

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: κ. Μ. ΤΖΟΥΜΠΑΡΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΚΑΤΕΡΓΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ – ΕΛΕΝΗ & ΘΕΟΔΟΥΛΙΔΟΥ ΟΛΓΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007

*Αφιερώνεται
στις οικογένειες μας που συνέβαλαν οριστικά
στην υλοποίηση και ολοκλήρωση του στόχου μας
και ιδιαίτερα στον πατέρα μου
που έφυγε λίγο πριν δει ολοκληρωμένο τον στόχο μου.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ		σελίδα
1.	Τοπογραφική θέση του λάρυγγα	5
2.	Εμβρυολογία	6
3.	Ανατομία του λάρυγγα	7
4.	Αρθρώσεις του λάρυγγα	9
5.	Σύνδεσμοι και υμένες (μεμβράνες) του λάρυγγα	9
6.	Μύες του λάρυγγα	10
7.	Εσωτερικό του λάρυγγα	11
8.	Αγγεία του λάρυγγα	12
9.	Νεύρα του λάρυγγα	13
10.	Λεμφικό σύστημα του λάρυγγα	14
11.	Φυσιολογία	14
12.	Φωνή και ομιλία	15
13.	Τα συμπτώματα των παθήσεων του λάρυγγα	16
14.	Μέθοδοι εξέτασης του λάρυγγα	17
	I. Επισκόπηση και ψηλάφηση	17
	II. Λαρυγγοσκόπηση	17
	III. Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση	18
	IV. Στροβοσκόπηση	21
	V. Άμεση λαρυγγοσκόπηση ή αμεσοσκόπηση	21
	VI. Ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα	22
15.	Όγκοι του λάρυγγα	23
	I. Καλοήθεις	23
	II. Κακοήθεις όγκοι	25
16.	Η θεραπεία με ακτινοβολία	28
17.	Χειρουργική θεραπεία	29
18.	Καρκίνωμα του υποφάρυγγα – λάρυγγα	33
19.	Πρόγνωση του καρκινώματος του λάρυγγα	34
20.	Η φώνηση στις περιπτώσεις των λαρυγγεκτομημένων	35
21.	Ομιλία με την χρήση εξωσωματικών μηχανημάτων	36
22.	Ο Αλάρυγγος	38
23.	Τραχειοσωλήνας	39
24.	Κάλυψη και προστασία του τραχειοστομίου	40
25.	Η περιποίηση του τραχειοστομίου	41
26.	Νυχτερινή περιποίηση του στομίου	42
27.	Η υγιεινή του στόματος	43
28.	Το ξύρισμα	43

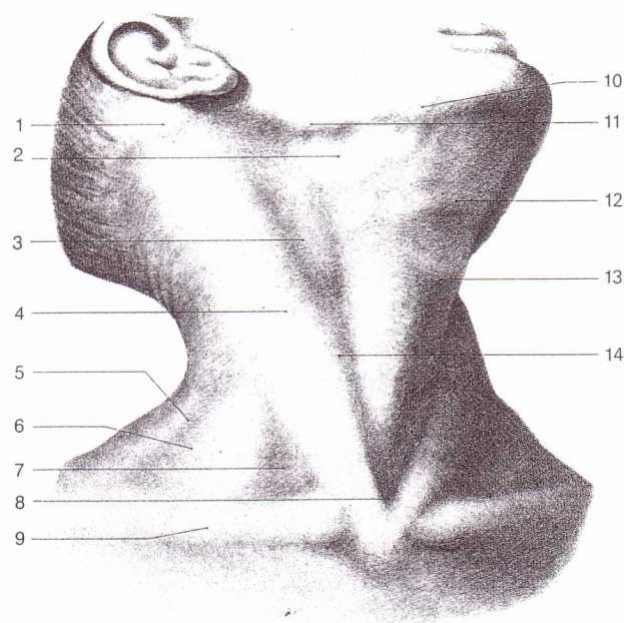
29.	Το ντους	44
30.	Φάρμακα – Ποτά – Τσιγάρο	45
31.	Η ηλιοθεραπεία	45
32.	Κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος καρκίνος	46
33.	Φάσεις του άρρωστου	49
	I. Ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενούς	49
	II. Στάδια προσαρμογής του αρρώστου	49
34.	Ψυχιατρικές διαταραχές	52
35.	Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο ανάλογα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας	53
36.	Αλλαγή σωματικής εικόνας σε ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία	56
37.	Παράγοντες που συμβάλλουν στην αποδοχή αλλαγής σωματικής εικόνας στον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία	58
38.	Νοσηλευτική βοήθεια για επαναφορά και αποδοχή αλλαγής σωματικής εικόνας ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία από την οικογένεια του.	61
39.	Ο ρόλος του παράγοντα ηλικία στην αποδοχή της νέας σωματικής εικόνας του καρκινοπαθούς; - Οι ψυχολογικές αντιδράσεις που παρουσιάζουν οι καρκινοπαθείς ανάλογα με την ηλικία τους; (έφηβοι – ηλικιωμένοι)	63
40.	Αντίκτυπος θεραπεία	67
41.	Ο άρρωστος μπαίνει επείγοντως στο χειρουργείο – Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς και της οικογένειας του, για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση	67
42.	Η ψυχοκοινωνική διάσταση της νοσηλευτικής στο χειρουργείο	70
43.	Χημειοθεραπεία	70
44.	Ακτινοθεραπεία	72
45.	Αποκάλυψη ή απόκρυψη της διάγνωσης του καρκίνου;	73
46.	Φάσεις της οικογένειας	79
47.	Φάσεις στην εξέλιξη της αρρώστιας και προσαρμογή	82
48.	Στάσεις απέναντι στην ασθένεια και τον θάνατο : Στάδια προσαρμογής	84
49.	Το πένθος των μελών της οικογένειας	88
50.	Αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο	90
51.	Θεραπευτικές παρεμβάσεις	94
52.	Νοσηλευτική διεργασία (προεγχειρητική)	96
53.	Νοσηλευτική διεργασία (μετεγχειρητική)	98
54.	Νοσηλευτική διεργασία (κατά την χημειοθεραπεία)	107
55.	Δωδεκάλογος του αλάρυγγου	110
56.	BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	111

1. Τοπογραφική θέση του λάρυγγα

(10) Ο λάρυγγας βρίσκεται στο σημείο διασταυρώσεως της αέρινης και της πεπτικής οδού και αποτελεί την είσοδο προς τις κατώτερες αεροφόρους οδούς. Βρίσκεται μπροστά από το κάτω τμήμα του υποφάρυγγα και κρέμεται από το υοειδές οστόν (Εικόνα).

Από εμπρός ο λάρυγγας καλύπτεται στη μέση γραμμή μόνο από το δέρμα και από επιφανειακή τραχηλική περιτονία, έτσι ο θυρεοειδής χόνδρος είναι καλά ορατός και ψηλαφητός και προβάλλει, ιδίως στους άνδρες σχηματίζοντας το λεγόμενο μήλο του Αδάμ (Eminentia Laryngea, Pomum Adami). Επάνω από το λαρυγγικό έπαρμα (μήλο του Αδάμ) βρίσκεται καλά ψηλαφούμενη η εντομή του θυρεοειδούς χόνδρου. Ανάμεσα στον θυρεοειδή και στον κρικοειδή χόνδρο ψηλαφούμε στο βάθος την κρικοθυρεοειδή μεμβράνη (Conicum), δηλαδή την θέση όπου σε κατάσταση ανάγκης είναι δυνατόν να ανοίξουμε την αεροφόρα οδό χωρίς κίνδυνο (κονικοτομή).

Αμέσως κάτω από τον κρικοειδή χόνδρο βρίσκεται στην τραχεία ο ισθμός του θυρεοειδούς αδένα. Επάνω από τον ισθμό γίνεται η ανώτερη και κάτω από αυτόν η κατώτερη τραχειοτομή. Εξαιτίας της εξαρτήσεως του λάρυγγα από το κινητό υοειδές οστόν και την χαλαρή σύνδεση του με τις προσπονδυλικές τραχηλικές περιτονίες, ο λάρυγγας είναι κινητός τόσο ενεργητικά (κατά την κατάποση και τη φώνηση) όσο και παθητικά. Η ακριβής τοποθεσία του λάρυγγα είναι διαφορετική σε κάθε άτομο. Συνήθως όμως στους ενήλικους αυτός βρίσκεται ανάμεσα στο άνω χείλος του 4^{ου} και στο κάτω χείλος του 6^{ου} αυχενικού σπονδύλου. Στα παιδιά βρίσκεται ψηλότερα, ενώ στους γέροντες χαμηλότερα. (10)



Εικόνα. Τοπογραφική θέση του λάρυγγα στον τράχηλο.

1) Μαστοειδής απόφυση, 2) Υπογνάθιος αδένας, 3) Έξω καρωτίδα, 4) Έξω σφαγιτίδα, 5) Τραπεζοειδής μυς, 6) Πλάγιο τραχηλικό τρίγωνο, 7) Υπερκλείδιο τρίγωνο, 8) Σφαγιτιδική εντομή, 9) Κλείδα, 10) Προσωπική αρτηρία, 11) Γωνία της κάτω γνάθου, 12) Υοειδές οστόν, 13) Λάρυγγας, 14) Πρόσθιο χείλος του στερνοκλειδομαστοειδούς μύος.

2. Εμβρυολογία

Ο λάρυγγας αναπτύσσεται από ενδοδερμικούς, εξωδερμικούς και μεσοδερμικούς ιστούς. Ήδη από την 4^η εμβρυϊκή εβδομάδα αρχίζει ο σχηματισμός του λάρυγγα που αρχικά αποτελεί μία απλή εμβάθυνση και ονομάζεται λαρυγγοτραχειακός σωλήνας. Το τραχειοοισοφαγικό διάφραγμα χωρίζει τον λάρυγγα και την τραχεία από τον οισοφάγο. Την 5^η με 6^η εβδομάδα εμφανίζεται η εμβρυϊκή καταβολή των αρυταινοειδών χόνδρων με τη μορφή διογκώσεων στις βάσεις του 4^{ου} βραγχιακού τόξου. Κατά τον 2^ο εμβρυϊκό μήνα αρχίζει ο σχηματισμός του θυρεοειδούς χόνδρου από το 4^ο βραγχιακό τόξο. Ο κρικοειδής και οι αρυταινοειδής χόνδροι προέρχονται από το 5^ο και 6^ο βραγχιακό τόξο. Το 5^ο τόξο στην συνέχεια εξαφανίζεται. Η επιγλωττίτιδα προέρχεται από το 4^ο τόξο, ενώ το υοειδές οστόν από το 2^ο και 3^ο. Αρχικά το ανώτερο άκρο του λάρυγγα είναι μια κατακόρυφη σχισμή, που στην συνέχεια παίρνει σχήμα Γ με την δημιουργία των διογκώσεων από τις οποίες θα προέλθουν οι αρυταινοειδής χόνδροι. Τα επιθηλιακά τοιχώματα αυτής της σχισμής

στη συνέχεια ενώνονται μεταξύ τους την 7^η εβδομάδα και αποκλείουν τον αυλό του λάρυγγα, ο οποίος θα ξανανοίξει τον 3^ο εμβρυϊκό μήνα. (10)

3. Ανατομία του λάρυγγα

Το όργανο του λάρυγγα βρίσκεται στην μεσότητα του τραχήλου στο σημείο διαχωρισμού της πεπτικής από την αναπνευστική οδό. Η ανώτερη επιφάνεια του λάρυγγα βρίσκεται στο επίπεδο του τρίτου αυχενικού σπονδύλου, ενώ η κατώτερη στο ύψος του έκτου.

Συνδέεται με το υοειδές οστόν και κατ' επέκταση με την βάση της γλώσσας και ανεβοκατεβαίνει με τις καταποτικές κινήσεις. Αποτελείται από χόνδρους που συνδέονται μεταξύ τους με συνδέσμους και μεμβράνες, από μύες και από βλεννογόνο που επενδύει τις εσωτερικές του επιφάνειες. (10)

Αριστερά: Οριζόντια τομή διαμέσου του λαιμού

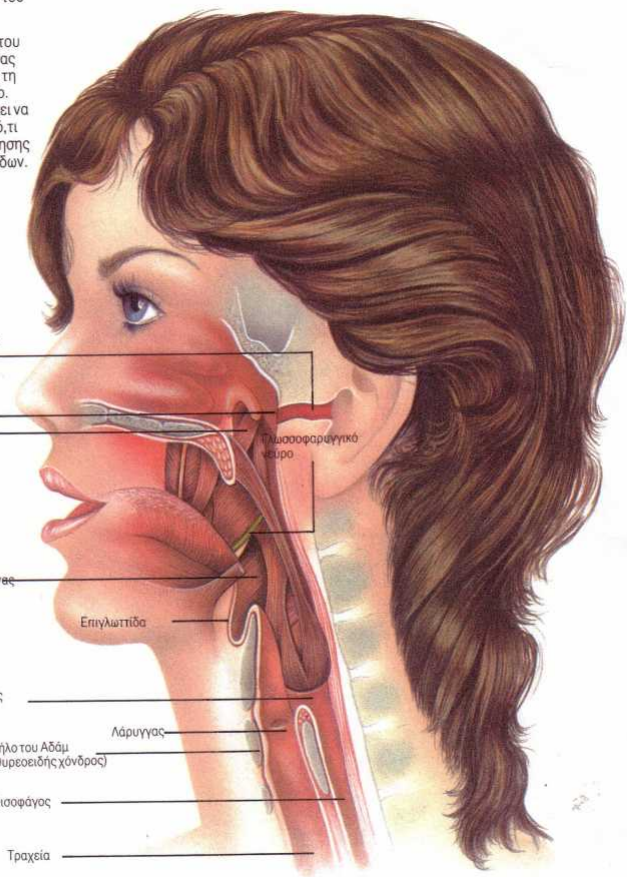
Κάτω αριστερά: Το κύριο εξάρτημα του λαιμού είναι ο φάρυγγας που είναι ένας μώδης σωλήνας που εκτείνεται από τη βάση του κρανίου μέχρι τον οισοφάγο. Είναι η διόδος μέσω της οποίας πρέπει να περάσει ό,τι τρώμε, ό,τι πίνουμε και ό,τι αναπνέουμε. Είναι το σημείο συνάντησης όλων των ρινικών και στοματικών διόδων.

Ευσταχιάνη σάλπιγγα που συνδέει το μέσο αυτί με το λαιμό
Άνοιγμα της ευσταχιάνης σάλπιγγας που οδηγεί προς το λαιμό.
Ρινοφάρυγγας
Στοματοφάρυγγας
Λαιμός
Υποφάρυγγας

Δεξιά: Η εικόνα δείχνει τη θέση του λαιμού σε σχέση με τη ρινική και τη στοματική διόδο. Ο λαιμός, μέσω του φάρυγγα, συνδέεται επίσης με τα αυτά μέσω των ευσταχιανών σαλπιδίων οι οποίες βοηθούν στην εξισορρόπηση της πίεσης του αέρα σε κάθε μία από τις δύο πλευρές των τυμπάνων των αυτιών.

Μήλο του Αδάμ (Θυρεοειδής χόνδρος)
Οισοφάγος
Τραχεία

Λάρυγγας



Χόνδροι του λάρυγγα

Χωρίζονται σε μονήρεις και διπλούς (ζεύγη). Οι μονήρεις είναι:

1. Ο θυρεοειδής χόνδρος, που είναι και ο μεγαλύτερος, έχει σχήμα θυρεού, αποτελείται από δύο συμμετρικά πέταλα που ενώνονται στη μέση γραμμή σχηματίζοντας μία δίεδρη γωνία 90 μοιρών στους άνδρες και 120 στις γυναίκες. Η οστεοποίηση του χόνδρου αρχίζει στην ηλικία των 25 χρόνων και στα 65 μπορεί να έχει πλήρως μετατραπεί σε οστόν. Από τις δύο άνω και οπίσθιες γωνίες προβάλλουν τα άνω κέρατα του θυρεοειδούς, ενώ από τις κάτω και οπίσθιες γωνίες τα κάτω κέρατα.
2. Ο κρικοειδής χόνδρος είναι παχύτερος και ισχυρότερος από τον θυρεοειδή, έχει σχήμα σφραγιδόλιθου (δακτυλιοειδές), με λεπτότερο τα πρόσθιο τμήμα του και παχύτερο το οπίσθιο. Η οστεοποίηση του αρχίζει στα τριάντα χρόνια και μπορεί να ολοκληρωθεί στα 65. Η οπίσθια μοίρα του ονομάζεται πέταλο ενώ η πρόσθια μοίρα του κρικοειδούς χόνδρου καλείται τόξο. Ο χόνδρος αυτός εμφανίζει εύκολα νέκρωση σε τραυματικές κακώσεις γεγονός που οδηγεί σε υπογλωττιδική στένωση. Για τον λόγο αυτό στην τραχειοτομή θα πρέπει να αποφεύγεται επιμελώς ο τραυματισμός του.
3. Ο χόνδρος της επιγλωττίδας είναι λεπτός, ελαστικός και με σχήμα φύλλου. Ο μίσχος του χόνδρου είναι λεπτός και έχει φορά προς τα κάτω προσφύόμενος στη γωνία των δύο πετάλων του θυρεοειδούς χόνδρου ακριβώς πάνω από την πρόσθια εντομή. Διακρίνονται δύο επιφάνειες, η άνω ή πρόσθια (γλωσσική) και η κάτω ή οπίσθια (λαρυγγική).

Οι διπλοί χόνδροι είναι:

1. Οι αρυταινοειδείς χόνδροι οι οποίοι έχουν σχήμα πυραμίδας. Η οπίσθια επιφάνεια τους είναι κοίλη και τριγωνική και στο έξω άκρο της καταλήγει στην μυϊκή απόφυση. Η προσθιοπλάγια επιφάνεια είναι κυρτή και καταλήγει στην φωνητική απόφυση. Η έσω επιφάνεια είναι στενή, ομαλή και επίπεδη, η βάση κοίλη και αρθρώνεται με τον κρικοειδή, ενώ η κορυφή κλίνει προς τα πίσω.
2. Οι κερατοειδής χόνδροι ή χόνδροι του Santorini. Πρόκειται για ένα ζεύγος πολύ μικρών χόνδρων που εδράζονται στην κορυφή των αντιρυταινοειδών, επιμηκύνοντας τους προς τα πίσω και έσω.
3. Οι σησαμοειδείς χόνδροι ή χόνδροι του Wrisberg. Πρόκειται για πολύ μικρά υπολείμματα ελαστικού χόνδρου πάνω στα ελεύθερα χείλη των αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών και δεν αρθρώνονται με κανέναν από τους υπόλοιπους χόνδρους του λάρυγγα. (10)

4. Αρθρώσεις του λάρυγγα

Διακρίνονται δύο σημαντικές αρθρώσεις, σε κάθε πλευρά του λάρυγγα:

1. Η κρικοθυρεοειδής άρθρωση. Πρόκειται για διάρθρωση που επιτρέπει δύο κυρίως κινήσεις, την περιστροφή γύρω από έναν εγκάρσιο άξονα και μία ελαφρά διολίσθηση.
2. Η κρικοαρυταινοειδής άρθρωση. Η διάρθρωση αυτή επιτρέπει δύο κινήσεις, μία περιστροφική του αρυταινοειδούς γύρω από τον κατακόρυφο άξονα και μια κίνηση διολίσθησης που τείνει να συμπλησιάσει ή να απομακρύνει τους αρυταινοειδείς μεταξύ τους. (10)

5. Σύνδεσμοι και υμένες (μεμβράνες) του λάρυγγα

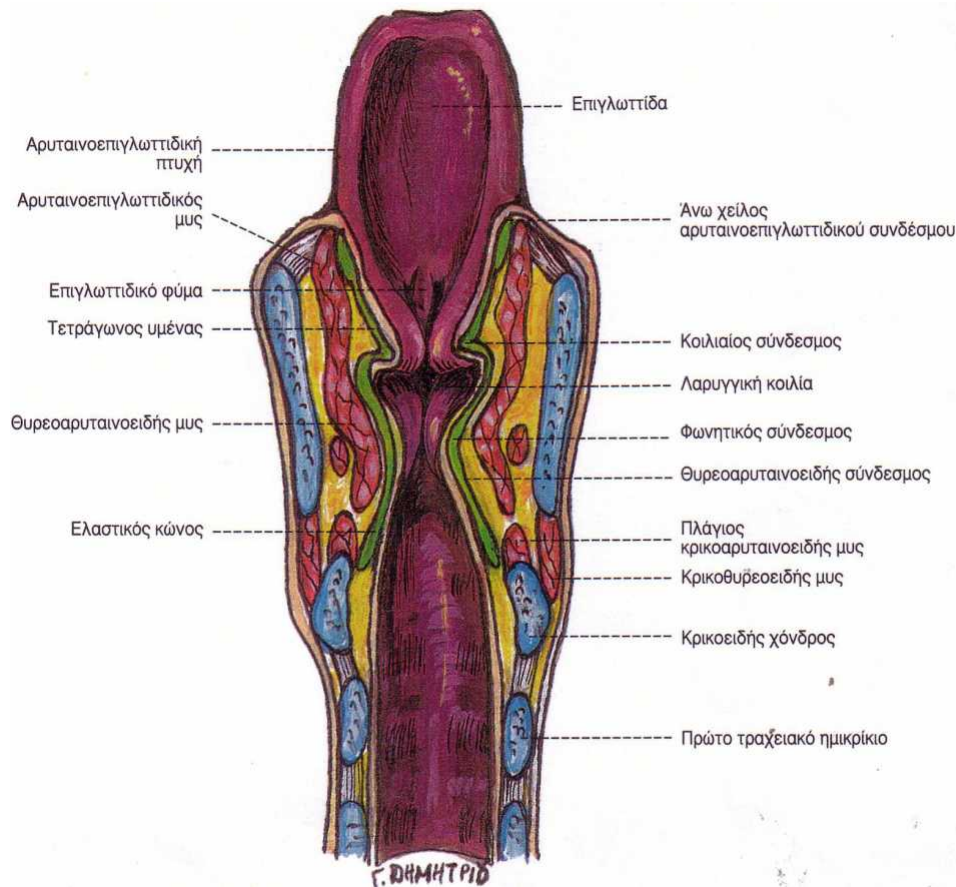
Διακρίνονται σε εσωτερικούς και εξωτερικούς.

1. Εσωτερικοί: Συνδέουν τους χόνδρους του λάρυγγα μεταξύ τους. Ο ινώδης σκελετός του λάρυγγα καλείται ελαστικός υμένας και βρίσκεται κάτω από τον βλεννογόνο. Διαιρείται σε ανώτερο και κατώτερο τμήμα. Το ανώτερο τμήμα ονομάζεται αρυταινοεπιγλωττιδικός υμένας και συμβάλει στη στήριξη των αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών και των νόθων φωνητικών χορδών. Το κατώτερο τμήμα καλείται ελαστικός κώνος.
2. Εξωτερικοί: Οι εξωτερικοί σύνδεσμοι και υμένες συμβάλλουν στη σύνδεση των χόνδρων του λάρυγγα με τους γύρω ιστούς, είναι δε οι παρακάτω:

Ο θυρεοϋοειδής υμένας που συνδέει ολόκληρο το άνω χείλος του θυρεοειδούς χόνδρου και τα άνω κερατά του με την οπίσθια επιφάνεια του σώματος και των μειζόνων κεράτων του υοειδούς. Ο υμένας αυτός διατιτραίνεται στα δύο πλάγια του από την άνω λαρυγγική αρτηρία και φλέβα, καθώς και από τον έσω κλάδο του άνω λαρυγγικού νεύρου.

Ο κρικοτραχειακός υμένας συνδέει το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου με την άνω επιφάνεια του πρώτου ημικρικού της τραχείας.

Ο υοεπιγλωττιδικός σύνδεσμος, τέλος, συνδέει την επιγλωττίδα με το υοειδές οστόν και αποτελεί το υπόθεμα των γλωσσοεπιγλωττιδικών βοθρίων. (10)



Εικόνα: Το πρόσθιο μέρος της κοιλότητας του λάρυγγα ύστερα από μετωπιαία τομή στο όριο ανάμεσα στο τόξο και το πέταλο του κρικοειδή χόνδρου. Με πράσινο χρώμα απεικονίζεται ο ελαστικός υμένας.

6. Μύες του λάρυγγα

Όπως και οι σύνδεσμοι έτσι και οι μύες του λάρυγγα διαιρούνται σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ή ιδίους.

Εσωτερικοί μύες

Οι μύες αυτοί συνδέουν τους χόνδρους του λάρυγγα μεταξύ τους

A. Απαγωγείς των φωνητικών χορδών. Είναι ένας σε κάθε πλευρά, ο οπίσθιος κρικοαρυταινοειδής μυς. Ενέργεια του είναι η διάνοιξη της γλωττίδας.

B. Προσαγωγείς των φωνητικών χορδών. Είναι τρεις σε κάθε πλευρά.

α) Πλάγιος κρικοαρυταινοειδής.

β) Εγκάρσιο τμήμα του μεσαρυταινοειδούς μύος.

γ) Έξω τμήμα του θυροαρυταινοειδούς μύος.

Γ. Τείνοντες τις φωνητικές χορδές μύες. Είναι δύο σε κάθε πλευρά.

α) Κρικοθυρεοειδής.

β) Φωνητικός μυς

Δ. Μύες που ανοίγουν ή κλείνουν την είσοδο του λάρυγγα

α) Θυρεοεπιγλωττιδικός μυς.

β) Δύο μύες είναι υπεύθυνοι για την σύγκλειση του λάρυγγα

Εξωτερικοί μύες

Συνδέουν τον λάρυγγα με τα γειτονικά όργανα και ιστούς. Διακρίνουμε δύο ομάδες:

α) Οι κάτωθεν του υοειδούς μύες. Από αυτούς ο μεν στερνοθυρεοειδής έλκει τον λάρυγγα προς τα κάτω, ο δε θυρεοϋοειδής προς το υοειδές οστόν.

β) Οι μύες του φάρυγγα. Μερικοί από αυτούς, όπως ο βλεννοφαρυγγικός, ο φαρυγγοϋπερώιος και ο κάτω σφιγκτήρας του φάρυγγα έχουν ίνες που προσφύονται στον λάρυγγα. Η ενέργεια τους είναι να κινούν τον λάρυγγα κατάλληλα κατά την κατάποση. (10)

7. Εσωτερικό του λάρυγγα

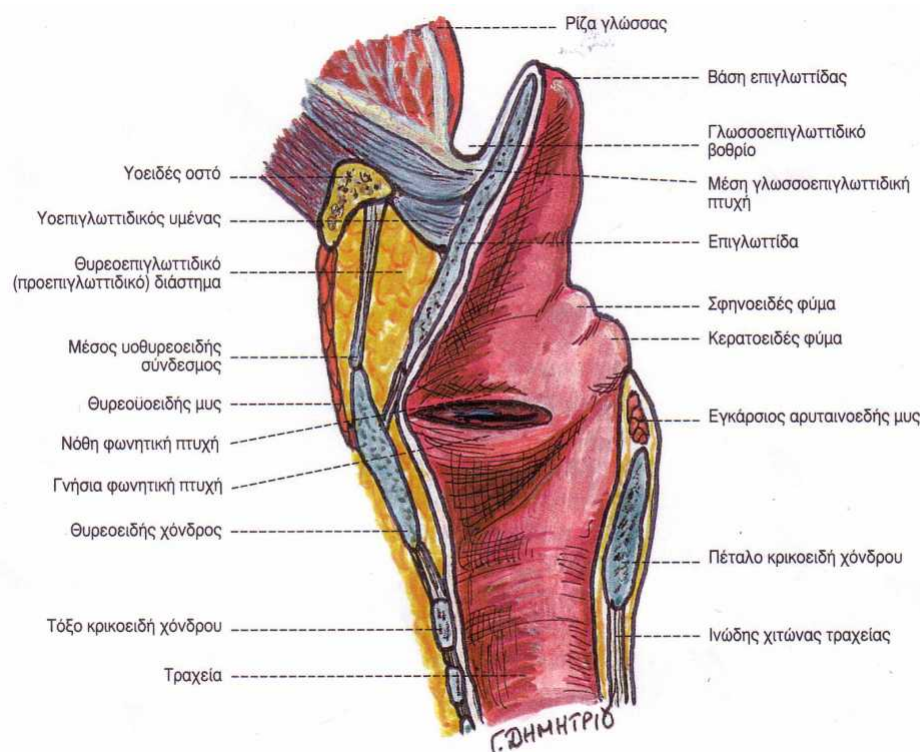
Το εσωτερικό του λάρυγγα έχει σχήμα κλεψύδρας, καλύπτεται από βλεννογόνο και έχει ως κατώτερο όριο το επίπεδο του κάτω χείλους του κρικοειδούς χόνδρου, από όπου την συνέχεια της αεροφόρου οδού αναλαμβάνει η τραχεία.

Νόθες φωνητικές χορδές ή ψευδοχορδές. Αποτελούν δύο συμμετρικές προβολές που βρίσκονται πάνω από τις γνήσιες φωνητικές χορδές.

Γνήσιες φωνητικές χορδές. Κάτω από τον βλεννογόνο της κάθε φωνητικής χορδής βρίσκεται ο φωνητικός σύνδεσμος, που ανήκει στον ελαστικό υμένα του λάρυγγα και ο φωνητικός μυς. Οι γνήσιες φωνητικές χορδές προέχουν προς την μέση γραμμή περισσότερο από τις νόθες, γι' αυτό και είναι ορατές κατά την λαρυγγοσκόπηση. Λόγω της μειωμένης αιμάτωσης του βλεννογόνου τους καθώς και της παρουσίας του φωνητικού συνδέσμου, εμφανίζουν λευκωπή χροιά σε σχέση με τον υπόλοιπο λάρυγγα. Το μέσο μήκος τους είναι 2,5 εκατοστά στους άνδρες και 1,6 εκ. στις γυναίκες. Η τριγωνική σχισμή που σχηματίζεται μεταξύ των φωνητικών χορδών καλείται γλωττίδα και χωρίζεται σε δύο μοίρες, την φωνητική και την αναπνευστική. Η πρώτη αντιστοιχεί στα πρόσθια 2/3 και η δεύτερη στο οπίσθιο 1/3 της γλωττίδας.

Λαρυγγική ή Μοργάνειος κοιλία. Πρόκειται για κοιλότητα που σχηματίζεται από την άνω επιφάνεια της κάθε φωνητικής χορδής και την κάτω επιφάνεια της σύστοιχης νόθας φωνητικής χορδής.

Βλεννογόνος του λάρυγγα. Καλύπτει όλη την κοιλότητα του λάρυγγα. Το επιθήλιο του είναι πολύστιβο πλακώδες στις γνήσιες φωνητικές χορδές και εν μέρει στην λαρυγγική επιφάνεια της επιγλωττίδας και κροσσωτό αναπνευστικό στις υπόλοιπες περιοχές. Τα ελεύθερα χείλη των φωνητικών χορδών στερούνται αδένων. Ο χώρος μεταξύ του επιθηλίου των φωνητικών χορδών και του ελαστικού υμένου καλείται χώρος του Reinke. Ο χώρος αυτός έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία, γιατί σε περιπτώσεις χρόνιου ερεθισμού παρουσιάζει συγκέντρωση υγρού. Η πάθηση αυτή είναι γνωστή ως «οίδημα του Reinke». (10)



Εικόνα: Μέση οβελιαία τομή του λάρυγγα (αριστερή πλάγια όψη)

8. Αγγεία του λάρυγγα

Ο λάρυγγας αιματώνεται από:

1. Τους λαρυγγικούς κλάδους της άνω θυρεοειδούς αρτηρίας.
2. Τους λαρυγγικούς κλάδους της κάτω θυρεοειδούς αρτηρίας.
3. Τους κρικοθυρεοειδείς κλάδους της άνω θυρεοειδούς αρτηρίας. (10)

9. Νεύρα του λάρυγγα

Ο λάρυγγας νευρώνεται από τα δύο άνω και δύο κάτω λαρυγγικά νεύρα που αποτελούν κλάδους των πνευμονογαστρικών νεύρων.

1. Το κάθε άνω λαρυγγικό έχει δύο κλάδους:

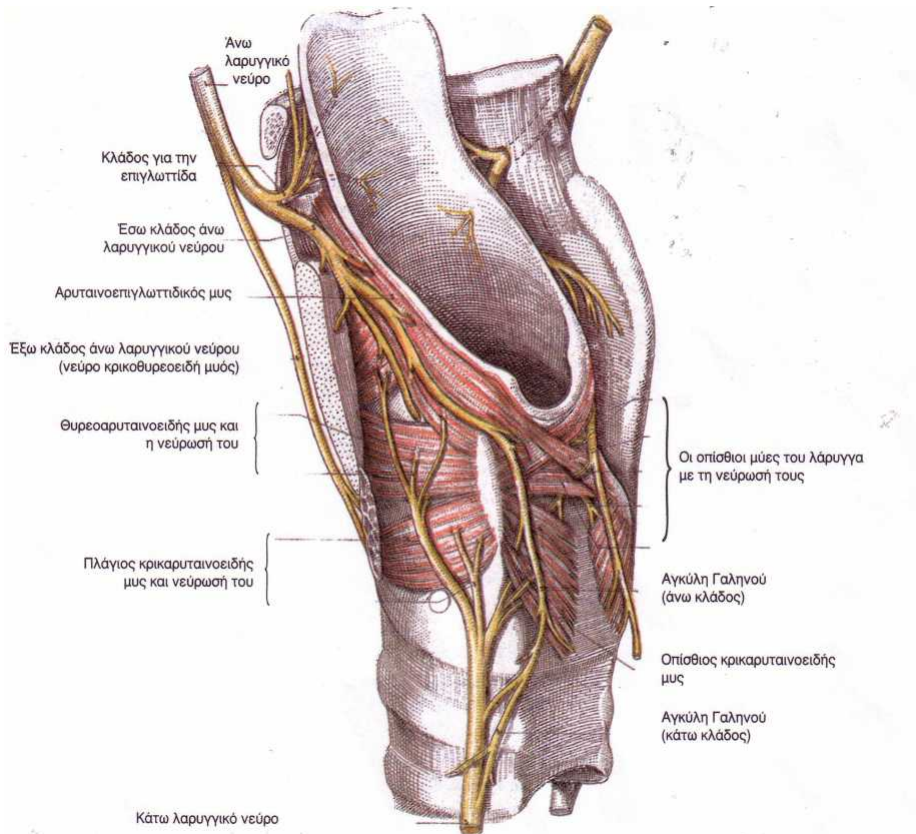
α) Τον έσω κλάδο, ο οποίος είναι αμιγώς αισθητικός και νευρώνει το εσωτερικό του λάρυγγα μέχρι το επίπεδο των φωνητικών χορδών.

β) Τον έξω κλάδο που είναι κινητικός και νευρώνει τον σύστοιχο κρικοθυροειδή μυ.

2. Κάτω λαρυγγικά νεύρα. Τα δύο νεύρα πορεύονται επί τα εντός του θυροειδούς χόνδρου ακριβώς πίσω από την κρικοθυροειδή άρθρωση. Στην συνέχεια διαιρούνται σε δύο κλάδους:

α) Τον πρόσθιο-πλάγιο κινητικό, που νευρώνει όλους τους αυτόχθονες μύες του λάρυγγα εκτός από τον κρικοθυροειδή.

β) Τον οπίσθιο-έσω αισθητικό κλάδο, που νευρώνει τον βλεννογόνο του λάρυγγα από τις φωνητικές χορδές και κάτω. (10)



Εικόνα: Νεύρα του λάρυγγα (οπίσθια, αριστερή όψη).

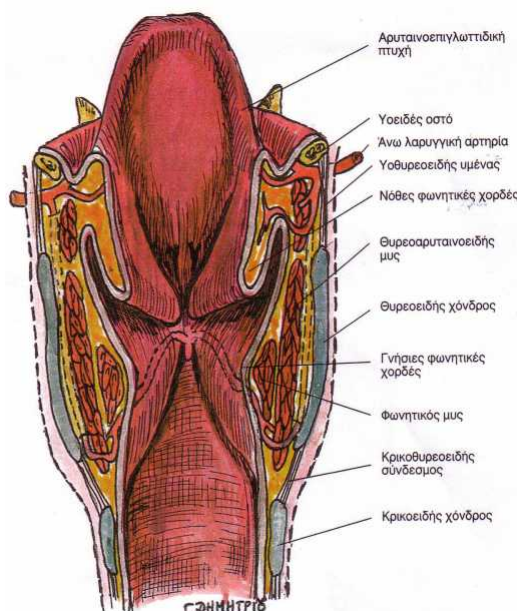
10. Λεμφικό σύστημα του λάρυγγα

Το λεμφικό σύστημα της υπεργλωττιδικής περιοχής του λάρυγγα είναι πολύ πλουσιότερο από αυτό της γλωττιδικής. Γι' αυτό και οι τραχηλικές μεταστάσεις σε περιπτώσεις καρκίνου είναι συχνότερες στους υπεργλωττιδικούς όγκους.

Η λέμφος της υπεργλωττιδικής περιοχής παροχετεύεται στους προεπιγλωττιδικούς λεμφαδένες καθώς και στους ανώτερους εν τω βάθει τραχηλικούς.

Η λέμφος της υπογλωττιδικής περιοχής παροχετεύεται στους προλαρυγγικούς και προτραχειακούς λεμφαδένες καθώς και στους κατώτερους εν τω βάθει τραχηλικούς.

(10)



Εικόνα: Το πρόσθιο ημιμόριο της κοιλότητας ύστερα από μετωπιαία τομή του (οπίσθια όψη). Διακρίνονται οι κλάδοι της άνω λαρυγγικής αρτηρίας.

11. Φυσιολογία

Οι λειτουργίες του λάρυγγα είναι η προστατευτική, η αναπνευστική και η φωνητική. Ο λάρυγγας συμβάλει επίσης στην αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης.

Η προστατευτική λειτουργία του λάρυγγα συνίσταται στην προστασία των κατώτερων αναπνευστικών οδών από την εισρόφηση υγρών ή στερεών τροφών,

εμεσμάτων και ξένων σωμάτων. Κατά την κατάποση ο λάρυγγας έλκεται προς τα πάνω, η επιγλωττίδα η οποία πιέζεται από την βάση της γλώσσας φέρεται προς την είσοδο του λάρυγγα και τον καλύπτει, ενώ οι αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές, οι νόθες και οι γνήσιες φωνητικές χορδές αντανακλαστικά κλείνουν προς την μέση γραμμή και αποφράσσουν τον λάρυγγα σε τρία αντίστοιχα επίπεδα. Το αντανακλαστικό του βήχα αποτελεί επιπρόσθετο προστατευτικό μηχανισμό και προκαλείται αμέσως μόλις ένα ξένο σώμα φτάσει στον λάρυγγα ή την τραχεία, ενώ ταυτόχρονα συμβάλει στην αποβολή των εκκρίσεων του τραχειοβρογχικού δένδρου.

Στην λειτουργία της αναπνοής ο λάρυγγας συμμετέχει παθητικά, λειτουργώντας ως απλός σωλήνας μέσα από τον οποίο περνά ο αέρας, που κατευθύνεται προς τις κατώτερες αναπνευστικές οδούς. Σε παθολογικές όμως καταστάσεις, όταν προκαλείται στένωση του αυλού του από οίδημα ή όγκους, δημιουργούνται σοβαρά και πολλές φορές επικίνδυνα προβλήματα από την παρακώλυση της διόδου του αέρα. Η τραχειοτομή ή η ενδοτραχειακή διασωλήνωση είναι σ' αυτές τις περιπτώσεις σωτήριες επεμβάσεις για την ζωή.

Κατά τη φωνητική λειτουργία ο λάρυγγας δρα σαν γεννήτρια παραγωγής ήχου και μάλιστα η περιοχή της γλωττίδας είναι το σημείο, που γεννάται ο βασικός τόνος κατά την φώνηση. Κατόπιν, στο χώρο των αντηχείων (στοματική κοιλότητα, ρινική κοιλότητα, φάρυγγας), ο βασικός τόνος ενισχύεται, χρωματίζεται και γεννιούνται οι φθόγγοι. Αυτοί με την βοήθεια πολύπλοκου νευρομυϊκού μηχανισμού, που χρησιμοποιεί τη γλώσσα, τα χείλη και τη στοματική κοιλότητα, αρθρώνονται σε ομιλία.

Η αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης επιτυγχάνεται με τη σύσπαση και προσαγωγή στη μέση γραμμή τόσο των γνήσιων όσο και των νόθων φωνητικών χορδών. Με τον τρόπο αυτό ταυτόχρονα καθλώνεται το διάφραγμα και συνεπώς αυξάνεται και η ενδοκοιλιακή πίεση. Η αύξηση της τελευταίας είναι απαραίτητη για τη φλεβική κυκλοφορία, κατά τον τοκετό, την αφοδέυση, την ούρηση, καθώς και για κάθε προσπάθεια ανύψωσης βάρους. Σε περίπτωση παράλυσης των φωνητικών χορδών δεν υπάρχει δυνατότητα αύξησης της ενδοθωρακικής πίεσης. (10)

12. Φωνή και ομιλία

Η παραγωγή της φωνής απαιτεί ένα ρεύμα αέρα, που παράγεται με τη δραστηριότητα των πνευμόνων, του θώρακα, των αναπνευστικών μυών και του διαφράγματος. Αυτό το ρεύμα υπόκειται σε πυκνώσεις και αραιώσεις, οι οποίες

επιτυγχάνονται στο επίπεδο των φωνητικών χορδών με τις δονήσεις τους, έτσι ώστε να παράγεται ο βασικός ήχος. Αυτό, με την προσθήκη δευτερευόντων ήχων που δημιουργούνται στα αντηχεία, πάνω και κάτω από το επίπεδο των φωνητικών χορδών (πνεύμονες, τραχεία, ενδολάρυγγας, φάρυγγας, στοματική κοιλότητα και ρινικές θαλάμες), δημιουργεί την φωνή.

Ομιλία είναι η άρθρωση του φθόγγου. Αυτή επιτυγχάνεται με το στόμα, το μεσοφάρυγγα, το ρινοφάρυγγα, τις ρινικές θαλάμες και έναν πολύπλοκο νευρομυϊκό μηχανισμό. Στην άρθρωση της φωνής συμβάλλουν ιδιαίτερα τα χείλη, οι οδοντικοί φραγμοί, η γλώσσα και η υπερώα. Με τη συμμετοχή των φλοιικών κέντρων του εγκεφάλου ο λόγος μετασχηματίζεται σε ομιλία. (10)

13. Τα συμπτώματα των παθήσεων του λάρυγγα

(11) Τα συμπτώματα των παθήσεων του λάρυγγα είναι το βράγχος της φωνής, η δύσπνοια, ο συριγμός, ο βήχας, η δυσκαταποσία, ο πόνος, η αιμορραγία και η κακοσμία. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους.

Βράγχος της φωνής είναι η διαταραχή της φωνής που μπορεί να προκληθεί από κάθε παθολογική κατάσταση του λάρυγγα, η οποία επηρεάζει την λειτουργία των γνήσιων φωνητικών χορδών. Τα συνήθη και σοβαρότερα αίτια του βράγχους της φωνής στα παιδιά είναι οι συγγενείς παθήσεις και οι οξείες λαρυγγίτιδες, ενώ στους ενήλικες είναι οι χρόνιες λαρυγγίτιδες και οι όγκοι, καλοήθεις και κακοήθεις.

Δύσπνοια παρουσιάζεται σε κάθε πάθηση, η οποία προκαλεί μερική απόφραξη του λάρυγγα, προσωρινή είτε χρόνια. Τέτοιες παθήσεις είναι οι λαρυγγίτιδες, οι τραυματισμοί, τα οιδήματα, τα νεοπλάσματα και τα ξένα σώματα.

Ο συριγμός μπορεί να εμφανιστεί αμέσως μετά από την γέννηση ή και αργότερα στα βρέφη και στα παιδιά και προκαλείται από συγγενείς παθήσεις του λάρυγγα, όπως η κύστες και οι λαρυγγομαλακία, από όγκους, όπως τα πολλαπλά θηλώματα και τα αιμαγγειώματα, από οξείες φλεγμονές και τέλος, από τα ξένα σώματα.

Η δυσκαταποσία εκδηλώνεται κυρίως σε παθήσεις της επιγλωττίδας, όπως η οξεία επιγλωττίδα, τα νεοπλάσματα της επιγλωττίδας, όπως η οξεία επιγλωττίδα, τα νεοπλάσματα της επιγλωττίδας και η οξεία φαρυγγολαρυγγίτιδα.

Πόνος εμφανίζεται στις φλεγμονές του λάρυγγα, όπως λαρυγγίτιδες και επιγλωττίτιδες, σε περίπτωση ξένων σωμάτων και σε τραυματισμούς. Συχνά εκδηλώνεται ως αντανακλαστική ωταλγία.

Η αιμορραγία στον λάρυγγα εκδηλώνεται με τη μορφή αιμόφυρτων πτυέλων. Πραγματική αιμορραγία, που οφείλεται σε αίτια που εδράζονται βαθύτερα στον λάρυγγα, εκδηλώνεται σπάνια.

Κακοσμία από τον λάρυγγα εμφανίζεται, όταν δημιουργηθεί κάποια ελκομεμβρανώδης εστία, όπως σε περιπτώσεις διφθερίτιδας, σε μικροβιακές υπογλωττιδικές λαρυγγίτιδες και σε εξελκωμένα καρκινώματα με νεκρωτικές εστίες.

(11)

14. Μέθοδοι εξέτασης του λάρυγγα

14.1 Επισκόπηση και ψηλάφηση

Παθήσεις του λάρυγγα είναι εξωτερικά ορατές, όταν η παθολογική επεξεργασία επεκταθεί από τον βλεννογόνο προς τον χονδρικό σκελετό και στη συνέχεια προς το περιβάλλον του λάρυγγα ή όταν αυτή προκαλέσει διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων (αυχενικοί, προλαρυγγικοί λεμφαδένες), όπως π.χ. σε περιχονδρίτιδα εξαιτίας TBC ή σύφιλης και σε κακοήθεις νεοπλασίες. Με την βοήθεια της ψηλάφησης παίρνουμε πληροφορίες για την ενεργητική και παθητική κινητικότητα, για την ευαισθησία στην πίεση και για την σύσταση της διογκώσεως, καθώς και για τις σχέσεις της με την γειτονία. Κατάγματα του θυρεοειδούς ή κρικοειδούς χόνδρου αναγνωρίζονται κατά την ψηλάφηση από τον ήχο κριγμού που παράγεται.

Απαραίτητη επίσης είναι η ψηλάφηση του θυρεοειδούς αδένου εξαιτίας των σχέσεων της θέσεώς του με το λάρυγγα και την τραχεία.

14.2 Λαρυγγοσκόπηση

Η θέση του λάρυγγα στο σώμα είναι τέτοια, ώστε ο επιμήκης άξονάς του, καθώς επεκτείνεται προς τα πάνω, τέμνει τον άξονα της στοματικής κοιλότητας σχεδόν με ορθή γωνία. Αν λοιπόν θελήσουμε να δούμε μέσα στον λάρυγγα, πρέπει ή να εξουδετερώσουμε την γωνία αυτή με την βοήθεια κατόπτρου, που φέρνουμε στον φάρυγγα, και μάλιστα στο σημείο συναντήσεως των δύο αξόνων (έμμεση λαρυγγοσκόπηση), ή πρέπει να ευθείασουμε την ορθή γωνία που σχηματίζεται από τους δύο άξονες, γεγονός που είναι δυνατόν να επιτευχθεί με την έκταση της κεφαλής και με πίεση στη βάση της γλώσσας (άμεση λαρυγγοσκόπηση).

14.3 Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση

Αυτή ήταν επινόηση του Ισπανού δασκάλου της Ωδικής M. Garcia (1854.) Ο Turk (1957) την εισήγαγε ως μέθοδο εξέτασεως στη Λαρυγγολογία.

Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση γίνεται με την βοήθεια του μετωπιαίου κατόπτρου, του οποίου ο χειρισμός έχει περιγραφεί λεπτομερώς στο κεφάλαιο της ωτοσκοπήσεως.

Προτού όμως εισαγάγουμε το λαρυγγικό κάτοπτρο (λαρυγγοσκόπιο) στο φάρυγγα, είναι σκόπιμο να εξετάσουμε λεπτομερειακά τη στοματική και τη φαρυγγική κοιλότητα.

Τεχνική της λαρυγγοσκοπήσεως: Αφού ενημερωθεί με λίγα λόγια ο άρρωστος για την εξέταση, αυτός ανοίγει δυνατά την στοματική κοιλότητα, έχοντας την κεφαλή του ελαφρά καμπτόμενη προς τα πίσω, ενώ ο ιατρός, που κάθεται απέναντι από τον άρρωστο, ρίχνει το αντανακλόμενο φως του κατόπτρου του στο υπερώιο ιστίο. Σύγχρονα πρέπει ο άρρωστος να εκτείνει προς τα έξω την γλώσσα όσο το δυνατόν περισσότερο.

Με τον τρόπο αυτό ανυψώνεται το υοειδές οστόν και ο λάρυγγας, ενώ το μετακινούμενο προς τα άνω τμήμα της βάσεως της γλώσσας με την επιγλωττίδα φέρονται προς τα μπρος, και έτσι είναι δυνατόν να γίνει η λαρυγγοσκόπηση. Αυτό επιτυγχάνεται, μόνο όταν ο ίδιος ο άρρωστος εκτείνει ενεργητικά τη γλώσσα, και ποτέ, όταν ο γιατρός την έλκει βίαια. Η κορυφή της εκτεινόμενης προς τα έξω γλώσσας περιβάλλεται με τολύπιο γάζας και συλλαμβάνεται από το αριστερό χέρι του εξεταστή, και μάλιστα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε η κορυφή της γλώσσας να βρίσκεται μεταξύ του έσω δακτύλου και του αντίχειρα, ενώ με το δείκτη ανυψώνεται το άνω χείλος ή το μουστάκι του αρρώστου που εμποδίζει κατά την εξέταση. Ο μέσος δάκτυλος χρησιμεύει ως υποστήριγμα της γλώσσας και την προφυλάσσει από τον τραυματισμό από τους οξείς τομείς οδόντες.

Δυσχέρειες κατά την έμμεση λαρυγγοσκόπηση:

Αυτές είναι οι εξής:

1. Πολύ μικρός χαλινός της γλώσσας είναι δυνατόν μερικές φορές να μην επιτρέπει την σύλληψη της γλώσσας από τα δάκτυλα.
2. Οι έντονα αναπτυγμένες αμυγδαλές αποτελούν εμπόδιο κατά την λαρυγγοσκόπηση. Σε μη ευαίσθητα άτομα είναι δυνατόν στην περίπτωση αυτή να

απωθήσουμε τις αμυγδαλές με ένα μεγάλο κάτοπτρο προς τα πλάγια και να γίνει έτσι εύκολη η λαρυγγοσκόπηση. Σε ευαίσθητα όμως άτομα πρέπει να προσπαθήσουμε με ένα μικρό κάτοπτρο να περάσουμε διαμέσου των αμυγδαλών, χωρίς να τις ψηλαφίσουμε.

3. Ο φόβος και η αγωνία του αρρώστου. Αν ο άρρωστος φοβάται προκαταβολικά ότι η εισαγωγή του κατόπτρου θα προκαλέσει σε αυτόν τάση για εμετό ή και εμετό, τότε συχνά παρουσιάζονται τα αντανακλαστικά αυτά, μόλις το άτομο ανοίξει το στόμα του για εξέταση. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται υπομονή και καθυσύχαση του αρρώστου από τον ιατρό και επίδειξη της εξετάσεως σε ήρεμο άτομο. Μερικοί από τους αρρώστους στην θέα της φλόγας για θέρμανση του κατόπτρου φοβούνται ότι θα και ο φάρυγγας τους. Αυτό αποφεύγεται, αν φέρουμε το ζεσταμένο κάτοπτρο σε επαφή με την παρειά του αρρώστου και του επεξηγήσουμε το σκοπό της θερμάνσεως του.

4. Η έλλειψη συνεργασίας στα μικρά παιδιά.

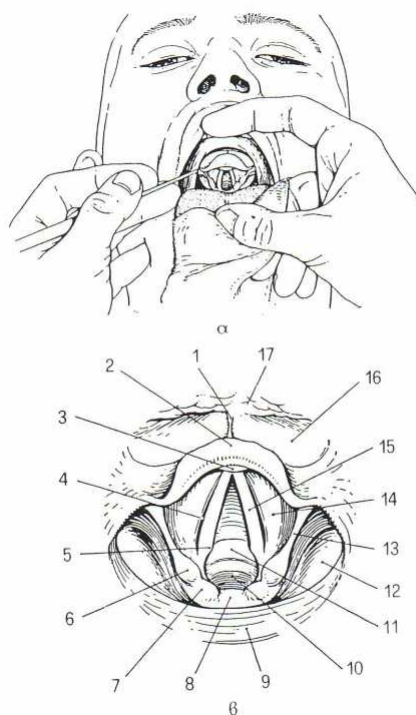
5. Η πολύ μεγάλη επιγλωττίδα που κρέμεται μπροστά στην είσοδο του λάρυγγα. Στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις αρκεί μόνο η φώνηση «χι» για ανύψωση της επιγλωττίδας ή μετά από αναισθησία έλξη της με ένα άγκιστρο.

Η εικόνα του λάρυγγα κατά την έμμεση λαρυγγοσκόπηση

Με την εισαγωγή του κατόπτρου στο φάρυγγα παρατηρούμε αμέσως τη βάση της γλώσσας με το γευστικό λάμδα, τη γλωσσική αμυγδαλή και συχνά τις φλέβες που διαγράφονται πάνω σ' αυτή. Στην συνέχεια απεικονίζεται η γλωσσική επιφάνεια της επιγλωττίδας με το γλωσσοεπιγλωτιδικό σύνδεσμο και από τις δύο πλευρές του τα γλωσσοεπιγλωτιδικά βοθρία.

Η λαρυγγική επιφάνεια της επιγλωττίδας δεν απεικονίζεται συχνά στο σύνολό της. Στην περίπτωση αυτή για καλύτερη επισκόπηση της επιγλωττίδας παραγγέλλουμε στον εξεταζόμενο να προφέρει «χι» ή κλίνουμε την κεφαλή του καθισμένου αρρώστου δυνατά προς τα πίσω. Τις πιο πολλές φορές παρατηρούμε επίσης και το μίσχο της επιγλωττίδας, που πιο πολύ καλύπτει την πρόσθια εντομή των φωνητικών χορδών. Λίγο πιο κάτω βρίσκονται οι ψευδοχορδές και κάτω από αυτές οι γνήσιες φωνητικές χορδές. Οι γνήσιες φωνητικές χορδές διακρίνονται αμέσως, διότι σε φυσιολογική κατάσταση έχουν λευκωπή χροιά, ενώ ο υπόλοιπος λαρυγγικός βλεννογόμος έχει ερυθρωπή χροιά. Σε ποσοστό 20% των περιπτώσεων οι φωνητικές χορδές έχουν όχι λευκωπή, αλλά τεφροερυθρωπή χροιά. Μεταξύ ψευδοχορδών και

γνήσιων φωνητικών χορδών από τις δύο πλευρές παρατηρούμε κάθε φορά λεπτή σχισμή, δηλαδή την είσοδο προς τη Μοργάνεια κοιλία.



Εικόνα: Έμμεση λαρυγγοσκόπηση

α) Τεχνική της έμμεσης λαρυγγοσκοπήσεως, β) Η εικόνα του λάρυγγα, της ρίζας της γλώσσας και του υποφάρυγγα κατά την έμμεση λαρυγγοσκόπηση. 1)

Γλωσσοεπιγλωττιδικός σύνδεσμος 2) Επιγλωττίδα 3) Επιγλωττιδικό φύμα 4) Λαρυγγική κοιλία 5) Φωνητική απόφυση 6) Προβολή του χόνδρου του Wrisbergi 7) Προβολή του χόνδρου του Santorini 8) Μεσοαρυταινοειδές διάστημα 9) Οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα 10) Τραχεία 11) Τόξο του κρικοειδούς χόνδρου 12) Απιοειδής κόλπος 13) Αρυταινοεπιγλωττιδική πτυχή 14) Κοιλιακή πτυχή 15) Φωνητική χορδή 16) Γλωσσοεπιγλωττιδικό βοθρίο 17) Βάση της γλώσσας

Για καλύτερη επισκόπηση του οπίσθιου τοιχώματος του λάρυγγα είναι προτιμότερο ο άρρωστος να στέκεται όρθιος κατά την εξέταση και να κλίνει την κεφαλή προς τα εμπρός, ενώ ο ιατρός να κάθεται, ή, αν ο εξεταζόμενος είναι μικρόσωμος, να γονατίζει ο ιατρός μπροστά του.

Για καλύτερη επισκόπηση της πρόσθιας εντομής των φωνητικών χορδών και της λαρυγγικής επιφάνειας της επιγλωττίδας ο άρρωστος πρέπει να κλίνει την κεφαλή

πολύ προς τα πίσω και ο ιατρός να στέκεται μπροστά στον εξεταζόμενο (μέθοδος Turck).

14.4 Στροβοσκόπηση

Αυτή είναι η μέθοδος έμμεση λαρυγγοσκοπήσεως, κατά την οποία μπορούμε να παρατηρήσουμε και τις δονήσεις των φωνητικών χορδών, ενώ αυτό είναι αδύνατο με την συνηθισμένη έμμεση λαρυγγοσκόπηση.

Κατά την Στροβοσκόπηση μπορούμε να διαπιστώσουμε αν οι δονήσεις είναι ομοιόμορφες αμφοτεροπλεύρως, κανονικές ή ακανόνιστες, και ελέγχουμε το εύρος και την διαδρομή τους στις φωνητικές χορδές (φυσιολογικώς έχουν κυματοειδή διαδρομή). Εκτός όμως από την λειτουργική εξέταση της φωνής, η στροβοσκόπηση βοηθεί στην έγκαιρη διάγνωση κάποιας διηθήσεως μιας φωνητικής χορδής (φλεγμονή, όγκος), διότι εξαιτίας της παρατηρείται περιορισμός των δονήσεων της χορδής αυτής.

14.5 Άμεση λαρυγγοσκόπηση ή αμεσοσκόπηση

Άπευθείας επισκόπηση του λάρυγγα υποβοηθεί πάρα πολύ στην διάγνωση και στην θεραπεία. Η εφαρμογή της αμεσοσκοπήσεως επιβάλλεται, όταν η διεξαγωγή της άμεσης λαρυγγοσκοπήσεως είναι αδύνατη, όταν θέλουμε να ελέγξουμε λεπτομερειακά όλα τα τμήματα του λάρυγγα και ιδιαίτερα την είσοδο προς την μοργάνεια κοιλία, τον υπογλωττιδικό χώρο και την τραχεία, και όταν θέλουμε να επισκοπήσουμε τον υποφάρυγγα. Εξαιτίας του πλεονεκτήματος της καλύτερης επισκοπήσεως του λάρυγγα, η μέθοδος αυτή συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση κακοηθών νεοπλασμάτων του και στην εκτίμηση της εξαπλώσεως τους. Εξάλλου, από θεραπευτική πλευρά είναι δυνατόν με την μέθοδο αυτή να εκτελέσουμε μέσα στον φάρυγγα μικροεπεμβάσεις, όπως π.χ. αφαίρεση πολυπόδων των φωνητικών χορδών, που βρίσκονται σε όχι ευνοϊκή θέση, θηλωμάτων, ξένων σωμάτων, καθώς και να εκτελέσουμε βιοψία από την ορθή θέση.

Το λαρυγγοσκόπιο είναι δυνατόν να στηρίζεται με ειδική λαβή στο στήθος του αρρώστου έτσι, ώστε να μην απαιτείται στήριξη του από το χέρι του ιατρού.

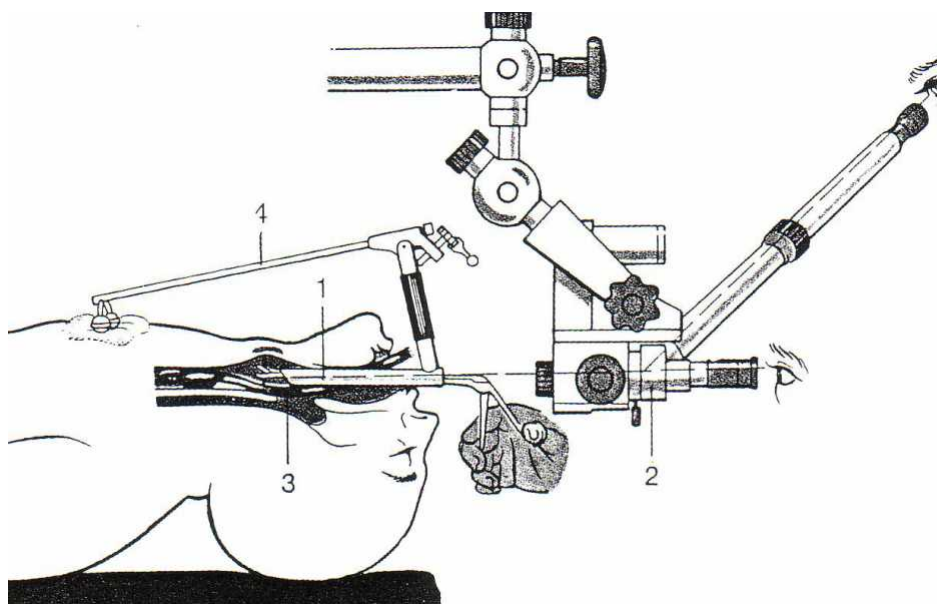
Κατά καιρούς επινοήθηκαν διάφορα λαρυγγοσκόπια, μέχρις ότου πρόσφατα ο Kleinsasser ανέπτυξε νέο τύπο λαρυγγοσκοπίου, με μεγάλη διάμετρο, που επιτρέπει και την διασωλήνωση του αρρώστου για νάρκωση και την εκτέλεση πλήθους μικρών ενδολαρυγγικών επεμβάσεων.

Η αμεσοσκόπηση είναι δυνατόν να εκτελεσθεί με τοπική αναισθησία ή με γενική ενδοτραχειακή νάρκωση

Η αμεσοσκόπηση με τοπική αναισθησία εκτελείται σπάνια πια. Σήμερα εφαρμόζουμε την αμεσοσκόπηση κατά Kleinsasser με γενική νάρκωση. Αυτή γίνεται, ενώ ο άρρωστος είναι πλαγιασμένος και αφού διασωληνωθεί (κατά προτίμηση με λεπτό Spiral τραχειοσωλήνα που δεν συμπιέζεται) για νάρκωση.

Μετά από αυτά εκτείνουμε την κεφαλή του αρρώστου πολύ προς τα πίσω και εισάγουμε το λαρυγγοσκόπιο κατά τέτοιο τρόπο, ώστε διαμέσου της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα να έλθει το άκρο του κάτω από την επιγλωττίδα και να την ανυψώσει.

Έτσι έχουμε μπροστά στα μάτια μας ολόκληρο το εσωτερικό του λάρυγγα.



Εικόνα: Άμεση λαρυγγοσκόπηση

1) Λαρυγγοσκόπιο, 2) Χειρουργικό μικροσκόπιο, 3) Ενδοτραχειακός σωλήνας ναρκώσεως, 4) Στήριγμα του λαρυγγοσκοπίου.

14.6 Ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα

Αυτή έχει μεγάλη σημασία για εντόπιση της θέσεως ξένων σωμάτων και όγκων και για διάγνωση λαρυγγοκηλών και καταγμάτων του χόνδρινου σκελετού του λάρυγγα.

Χρησιμοποιούμε δύο κυρίως προβολές για ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα, την προσθιοπίσθια και την πλάγια προβολή. Κατά την πλάγια προβολή απεικονίζεται ο χόνδρινος σκελετός του λάρυγγα και μάλιστα τόσο καλύτερα, όσο περισσότερο ασβεστοποιημένοι είναι οι χόνδροι. Σε μαλακές ακτινογραφίες είναι δυνατόν να φανούν επίσης τα μαλακά μόρια και ο εσωτερικός χώρος του λάρυγγα. Κατά την προσθιοπίσθια προβολή φαίνεται ο εσωτερικός χώρος του λάρυγγα με τις ψευδοχορδές, η μοργάνεια κοιλία και οι φωνητικές χορδές.

Για την διαπίστωση της εκτάσεως νεοπλασιών του λάρυγγα και για καλύτερη ακτινολογική μελέτη του χρησιμοποιούμε την τομογραφία.

Άλλη μέθοδος ακτινολογικής μελέτης του λάρυγγα είναι η λαρυγγογραφία, δηλαδή η ακτινογραφία του λάρυγγα με έγχυση μέσα σ' αυτόν σκιογόνας ουσίας, οπότε τυχόν αλλοιώσεις του βλεννογόνου του γίνονται σαφέστερες. (11)

15. Όγκοι του λάρυγγα

15.1 Καλοήθειες

Κομβία των φωνητικών χορδών και πολύποδες

(12) Πρόκειται για ινώματα, που είναι δυνατόν να εμφανισθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του λάρυγγα, συνήθως όμως, σε περιπτώσεις κομβίων, προτιμούν το ελεύθερο χείλος των φωνητικών χορδών, και μάλιστα περίπου στο όριο μεταξύ πρόσθιου και μέσου τριτημορίου της φωνητικής χορδής. Οφείλονται πιθανότατα σε υπερκόπωση των φωνητικών χορδών από έντονη ομιλία. Γι' αυτό συνηγορεί και η κλινική παρατήρηση.

Έτσι τέτοια κομβία παρατηρούνται σε παιδιά, που κάμνουν κατάχρηση της φωνής τους κατά την διάρκεια των παιχνιδιών, σε τραγουδιστές (κομβία των τραγουδιστών) κ.τ.λ., και προκαλούν βράγχος φωνής. Λαρυγγοσκοπικώς εμφανίζονται με μορφή δύο μικρών οζιδίων, που βρίσκονται στο ελεύθερο χείλος των φωνητικών χορδών και απέναντι το ένα από το άλλο.

Θεραπευτικώς επιβάλλεται οικονομία φωνήσεως. Αν δεν υπάρξει υποχώρηση, απαιτείται χειρουργική εξαίρεση με την βοήθεια της έμμεσης λαρυγγοσκοπήσεως.

Μεγαλύτερα ογκίδια, που ονομάζονται πολύποδες των φωνητικών χορδών, εμφανίζονται κυρίως μεμονωμένα. Το μέγεθός τους σπάνια είναι μεγαλύτερο από την φακή, συνήθως είναι μισχωτοί και εκφύονται όχι πάντοτε από το χείλος των

φωνητικών χορδών, αλλά μερικές φορές και από την επάνω ή την κάτω επιφάνειά τους.

Η διάγνωση γίνεται με την έμμεση λαρυγγοσκόπηση.

Η θεραπεία γίνεται με την χειρουργική αφαίρεση του πολύποδα είτε με την βοήθεια της έμμεσης λαρυγγοσκοπήσεως με τοπική αναισθησία είτε με την άμεση λαρυγγοσκόπηση με γενική νάρκωση. Ο πολύποδας που αφαιρείται πρέπει πάντοτε να δίδεται για ιστολογική εξέταση, διότι, μερικές φορές, είναι δυνατόν να κρύβεται καλοήθης νεοπλασία ή φυματίωση του λάρυγγα. Μετά από την αφαίρεση συνιστούμε στον άρρωστο αποχή από την ομιλία για 3-6 ημέρες.

Σπανιότεροι καλοήθεις όγκοι

Λυμφαγγείωμα και αιμαγγείωμα του λάρυγγα εμφανίζονται λαρυγγοσκοπικώς με την ίδια σχεδόν εικόνα.

Η θεραπεία τους, όπου απαιτείται, γίνεται με την αφαίρεση τους με αμεσοσκόπηση με την βοήθεια ηλεκτροπληξίας.

Σπανιότερα αναπτύσσονται στο λάρυγγα αδένωμα, μύξωμα, λίπωμα και λαρυγγοκήλη. Κύστες όμως αναπτύσσονται συχνότερα, ιδίως στην γλωσσική επιφάνεια της επιγλωττίδας.

Θηλώματα του λάρυγγα

Τα θηλώματα του λάρυγγα αποτελούν ανθοκραμβοειδείς, ιστολογικώς καλοήθεις όγκους, των οποίων η βασική στιβάδα αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο.

Μπορούν να αναπτυχθούν και σε παιδιά και σε ενήλικους. Η αιτιολογία, η επέκταση τους, αλλά κυρίως η θεραπεία και η πρόγνωση διαφέρουν μεταξύ των ηλικιών αυτών.

Θηλώματα παιδικής ηλικίας: Πρόκειται για νόσο που οφείλεται σε διηθητό ιό. Αρχίζει μεταξύ του 3^{ου} έως 4^{ου} έτους της ηλικίας και φθάνει ως την εφηβική ηλικία.

Λαρυγγοσκοπικώς διαπιστώνονται θηλωματώδεις ερυθρωπές προεκβολές, που εύκολα αιμορραγούν, που εντοπίζονται στη μία ή συνηθέστερα και στις δύο φωνητικές χορδές και που επεκτείνονται στις νόθες χορδές, στον υπογλωττιδικό χώρο ή και στην λαρυγγική επιφάνεια της επιγλωττίδας. Σε μερικές περιπτώσεις τα θηλώματα μπορούν να επεκταθούν ως το βρογχικό δένδρο. Καθώς αναπτύσσονται βαθμιαία, καταλαμβάνουν τελικά όλο τον αυλό του λάρυγγα.

Η συμπτωματολογία είναι στην αρχή βράγχος της φωνής, στο οποίο, καθώς συνεχώς επεκτείνεται, προστίθεται δυσχέρεια της αναπνοής, που μπορεί να φθάσει ως την απόλυτη άπνοια.

Η θεραπεία είναι δύσκολη, επειδή δεν μπορούμε να δράσουμε φαρμακευτικώς κατά του διηθητού ιού. Συνεπώς είμαστε υποχρεωμένοι να αφαιρέσουμε με προσοχή τα θηλώματα εγχειρητικώς. Η εγχείρηση γίνεται σήμερα με τον απόλυτο έλεγχο της μικρολaryγγοσκοπήσεως, με την οποία επιτυγχάνεται απόλυτος και ασφαλής καθαρισμός. Ωστόσο η πάθηση υποτροπιάζει και είμαστε υποχρεωμένοι να επαναλάβουμε τις εγχειρήσεις ως την ενηλικίωση του παιδιού, οπότε η πάθηση, συνήθως, υποχωρεί.

Αν υπάρχει δύσπνοια, επιβάλλεται να γίνει τραχειοτομή.

Η πρόγνωση των θηλωμάτων του λάρυγγα των παιδιών είναι αβέβαιη. Κακοήθης όμως εξαλλαγή τους είναι σπανιότατη.

Εντελώς διαφορετική είναι η νόσηση αυτή σε ενήλικους. Στην περίπτωση τους πρόκειται για νεόπλασμα, που αποτελεί, βασικά, προκαρκινωματώδη εξαλλαγή. Αν εξετασθούν ιστολογικώς, τα θηλώματα αυτά έχουν για πολύ χρόνο την ίδια εικόνα με τα θηλώματα των παιδιών, αλλά μπορούν να αυξηθούν γρήγορα, να καταλάβουν τον αυλό του λάρυγγα και να προσβάλλουν τον σκελετό του. Οπωσδήποτε σε θηλώματα της ηλικίας αυτής πρέπει να αναμένεται εξέλιξη σε καρκινωματώδη εξαλλαγή, για το σκοπό αυτό η επανειλημμένη ιστολογική εξέταση είναι σκόπιμη. Σε περίπτωση εξαλλαγής του θηλώματος θα γίνει η σωστή χειρουργική θεραπεία.

15.2 Κακοήθεις όγκοι

Καρκίνος του λάρυγγα

Αποτελεί τον συχνότερο κακοήθη όγκο των ώτων – ρινός – λάρυγγα και τραχήλου και σε ποσοστό 2 έως 3% του συνόλου των κακοηθών νεοπλασμάτων του ανθρώπινου σώματος.

Η νόσηση αφορά τη μέση και τη μετέπειτα ηλικία, όμως μπορεί να εμφανισθεί και σε προγενέστερη ηλικία. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται περίπτωση καρκινώματος του λάρυγγα σε ηλικία 14 ετών.

Αιτιολογία – Παθογένεια: Συχνότερα η πάθηση προσβάλλει τους άνδρες παρά τις γυναίκες, στις οποίες είναι πολύ σπάνια. Η αιτιολογία της διαφοράς αυτής δεν είναι γνωστή, ίσως ορμονικοί λόγοι παίζουν κάποιο ρόλο.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της γενέσεως του καρκινώματος του λάρυγγα δεν είναι ακριβώς γνωστοί. Οποσδήποτε έχει αποδειχθεί ότι χημικοί ερεθιστικοί παράγοντες (καπνοί, εισπνοή καρκινογόνων ουσιών) ασφαλώς παίζουν ρόλο στην γένεση του νεοπλάσματος, καθώς και φυσικοί (ακτίνες Pontgen κ.τ.λ.).

Συμπτωματολογία: Το καρκίνωμα των φωνητικών χορδών διαφέρει από το υπεργλωττιδικό καρκίνωμα σχετικά με την σειρά εμφανίσεως των συμπτωμάτων. Το πρώτο σύμπτωμα σε καρκίνωμα των φωνητικών χορδών είναι πάντοτε το βράγχος της φωνής. Έστω και ασήμαντες αλλοιώσεις του επιθηλίου της επιφάνειας των φωνητικών χορδών προκαλούν διαταραχή της προσαγωγής της γλωττίδας κατά την φώνηση, και έτσι η ποιότητα της φωνής αλλοιώνεται. Κατά την συνέχεια της διαδρομής της νόσου το βράγχος της φωνής συνεχώς επιδεινώνεται, άλλοτε γρήγορα, άλλοτε πολύ αργά, μέχρις ότου ο όγκος, καθώς αυξάνεται, προκαλέσει στένωση του αυλού του λάρυγγα, οπότε και εμφανίζονται δυσπνοϊκά φαινόμενα και τελικά εισπνευστικός συριγμός.

Σε υπεργλωττιδικό καρκίνωμα τα πρώτα συμπτώματα είναι αίσθηση ξένου σώματος στον φάρυγγα, ασαφές αίσθημα ερεθισμού, ενώ στην συνέχεια της διαδρομής της νόσου εμφανίζονται δυσκαταποτικά φαινόμενα και μερικές φορές άλγος κατά την κατάποση, που είναι δυνατόν να ακτινοβολεί προς το αυτί. Η συμπτωματολογία αυτή εξηγείται από την εντόπιση του καρκινώματος, που προκαλεί δυσκαμψία της επιγλωττίδας και της προεπιγλωττιδικής περιοχής.

Αν απλωθεί το νεόπλασμα προς την κατεύθυνση των ψευδοχορδών και των φωνητικών χορδών, ο άρρωστος παραπονείται για βράγχος της φωνής και τελικά, αν δημιουργηθεί εξωφυτική ανάπτυξη, εμφανίζεται δύσπνοια με συριγμό.

Η δυσμενής θέση του νεοπλάσματος στην περίπτωση του υπεργλωττιδικού καρκινώματος είναι συχνά η αιτία της εμφανίσεως των πρώτων συμπτωμάτων σε ήδη εκτεταμένο καρκίνωμα.

Είναι επίσης δυνατόν ο άρρωστος να επισκέπτεται τον ιατρό όχι για τα συμπτώματα του πρωτοπαθούς όγκου, που δεν έχουν εκδηλωθεί ακόμη, αλλά για διογκώσεις του τραχήλου του, που αποτελούν πρώιμες λεμφογενείς μεταστάσεις.

Διάγνωση: Αυτή στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται από το αναμνηστικό, από την ψηλάφηση και από τα ευρήματα της λαρυγγοσκοπήσεως. Γι' αυτό το λόγο ο καλά εκπαιδευμένος γενικός ιατρός είναι σε θέση να διαγνώσει έγκαιρα το καρκίνωμα του λάρυγγα. Υπάρχουν όμως και πολλές περιπτώσεις στις οποίες, εξαιτίας της δυσμενούς θέσεως του νεοπλάσματος, η διάγνωση απαιτεί μεγαλύτερη πείρα, προσεκτικότερη εξέταση ή καταλληλότερα μέσα εξέτάσεως.

Κατά την λαρυγγοσκόπηση, σε καρκίνωμα των φωνητικών χορδών, διακρίνουμε ότι η μία φωνητική χορδή είναι εξέρυθρη, παχυμένη, υβώδης, μερικές φορές ελκώδης και καλυμμένη με στρώμα ινικής. Τα περισσότερα καρκινώματα αρχίζουν από το πρόσθιο ή από το μέσο τρίτο της φωνητικής χορδής. Μεγάλη σημασία κατά την λαρυγγοσκόπηση έχει επίσης η παρατήρηση της κινητικότητας της φωνητικής χορδής που έχει προσβληθεί. Περιορισμός ή αναστολή της κινητικότητας της φωνητικής χορδής υποδηλώνουν διηθητική επέκταση του νεοπλάσματος, με προσβολή της περιοχής του αρυταινοειδούς χόνδρου, αυτό σημαίνει επιδείνωση της προγνώσεως. Μερικές φορές η επισκόπηση της πρόσθιας εντομής είναι δύσκολη, ιδίως όταν η επιγλωττίδα εξαιτίας ανώμαλης θέσεως την καλύπτει. Στις περιπτώσεις αυτές με την βοήθεια της τοπικής αναισθησίας και ενός κατάλληλου αγκίστρου επιτυγχάνεται η έλξη της επιγλωττίδας προς τα εμπρός και η παρατήρησή της. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται επίσης η επισκόπηση του προδρόμου του λάρυγγα και της λαρυγγικής επιφάνειας της επιγλωττίδας.

Και στην περιοχή αυτή του λάρυγγα (υπεργλωττιδική) τα καρκινώματα εμφανίζονται με μορφή υβώδους διογκώσεως ή σαν σαρκοφυούσες ελκώσεις με χείλη που έχουν σηκωθεί πολύ. Σήμερα η εξέταση του λάρυγγα με το μικροσκόπιο επιτρέπει την ανακάλυψη αμφισβητούμενων αλλοιώσεων του επιθηλίου και συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Επίσης με την μέθοδο αυτή γίνεται εύκολη η λεπτομερειακή επισκόπηση της εισόδου του λάρυγγα, της μοργάνειας κοιλίας και του υπογλωττιδικού χώρου. Τα ευρήματα από την λαρυγγοσκόπηση συμπληρώνονται με την στροβοσκόπηση, με την ακτινολογική εξέταση του λάρυγγα και με την τομογραφία.

Η ψηλάφηση του τραχήλου μας πληροφορεί στην αρχή για την ύπαρξη ψηλαφητών μεταστάσεων και στη συνέχεια, αν το καρκίνωμα έχει υποστεί ρήξη διαμέσου του λαρυγγικού χόνδρου, του κωνικού συνδέσμου ή της θυρεοϋοειδούς μεμβράνης.

Η διαφορική διάγνωση καρκινώματος του λάρυγγα από τους πολύποδες των φωνητικών χορδών ή από τα περιγεγραμμένα οιδήματά τους δεν είναι δύσκολη. Σε πολύποδες ή οιδήματα η επιφάνεια του βλεννογόνου είναι λεία και ομαλή, ενώ σε καρκίνωμα πάντοτε υβώδης και ανώμαλη. Δυσκολότερη είναι η διαφορική διάγνωση από τα θηλώματα του λάρυγγα και από τη φυματίωση του.

Η διάγνωση του καρκινώματος του λάρυγγα επισφραγίζεται πάντοτε με την βιοψία και με την ιστολογική εξέταση.

Η βιοψία στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται με τοπική αναισθησία και με έμμεση λαρυγγοσκόπηση. Σε δύσκολες και αμφισβητούμενες περιπτώσεις αυτή γίνεται με γενική νάρκωση με την βοήθεια της αμεσοσκοπήσεως και του χειρουργικού μικροσκοπίου, οπότε γίνεται η βιοψία από τη σωστή θέση.

Τις πιο πολλές φορές τα ευρήματα της ιστολογικής εξέτασεως της πρώτης ήδη βιοψίας επιβεβαιώνουν την κλινική διάγνωση. Αρνητική έκβαση της βιοψίας δεν αποτελεί πάντοτε απόδειξη μη υπάρξεως κακοήθους νεοπλάσματος. Σε τέτοιες περιπτώσεις απαιτείται η διενέργεια δεύτερης ή ακόμη και τρίτης βιοψίας.

Θεραπεία: Η απόφαση για το ποια θεραπευτική αγωγή θα εφαρμοσθεί εξαρτάται από τον λεπτομερειακό προσδιορισμό της εκτάσεως του νεοπλάσματος, από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες και από την ύπαρξη ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων (πνεύμονες, ήπαρ, οστικός μυελός). Σήμερα διαθέτουμε τρεις δυνατότητες θεραπευτικής αγωγής του καρκινώματος του λάρυγγα:

- Τη θεραπεία με ακτινοβολία
- Τη χειρουργική θεραπεία
- Τη συνδυασμένη αγωγή, δηλαδή χειρουργική και ακτινοβολία (12)

16. Η θεραπεία με ακτινοβολία

Η θεραπευτική αυτή αγωγή μπορεί να γίνει με τις ακόλουθες μεθόδους:

- με την ακτινοβολία με τηλεκοβάλτιο,
- με την ακτινοβολία με Betatron,
- με την ακτινοβολία με Supervolt,
- με την ακτινοβολία με ράδιο εξ επαφής.

Τα μειονεκτήματα της ακτινοβολίας με ακτίνες X, δηλαδή η βλάβη (νέκρωση) του χόνδρινου σκελετού του λάρυγγα και του ακτινοβολουμένου δέρματος, οδήγησαν

στον παραμερισμό της μεθόδου αυτής, τουλάχιστον στις μεγάλες κλινικές. Νεότερες μέθοδοι ακτινοβολίας είναι αυτές που γίνονται με τηλεκοβάλτιο, Betatron και Supervolt. Οι μέθοδοι αυτές δεν έχουν τα μειονεκτήματα της προηγούμενης, δηλαδή αφήνουν ανέπαφο το χόνδρο και το δέρμα, γι' αυτό το λόγο σήμερα εφαρμόζονται σε μεγάλη έκταση.

Για καταστροφή του κακοήθους νεοπλάσματος χρειάζεται συνολικά δόση ακτινοβολίας από 6000-8000 R. Η συνολική αυτή δόση χορηγείται σε επιμέρους καθημερινές δόσεις από 150-200 R. Οι δύσκολες ανατομικές σχέσεις του λάρυγγα απαιτούν ακριβή υπολογισμό της χορηγούμενης δόσεως (δοσιμετρία), αυτό προϋποθέτει μεγάλη πείρα και ακριβείς ανατομικές γνώσεις. Για τον λόγο αυτό η στενή συνεργασία μεταξύ Ραδιολόγου και Λαρυγγολόγου αποτελεί την προϋπόθεση για επιτυχημένη με ακτινοβολία θεραπεία του καρκινώματος του λάρυγγα.

Η εξ επαφής ακτινοβολία με ράδιο, επειδή έχει καλύτερα αποτελέσματα η ακτινοβολία με τηλεκοβάλτιο, έχει κατά τα τελευταία έτη σχεδόν εγκαταλειφθεί. Κατ' αυτή (κυρίως για θεραπεία του καρκινώματος της φωνητικής χορδής) γίνεται βελονισμός της φωνητικής χορδής που έχει προσβληθεί με κοίλες βελόνες που περιέχουν ράδιο (από εμπρός, διαμέσου του θυρεοειδούς χόνδρου) ή, αφού ανοίξουμε χειρουργικώς θυρίδα στο πέταλο του θυρεοειδούς χόνδρου, εισάγουμε όσο το δυνατόν πλησιέστερα προς το νεόπλασμα τον φορέα ραδίου.

Τα αποτελέσματα της θεραπείας με ακτινοβολία είναι ικανοποιητικά μόνο σε καρκινώματα της φωνητικής χορδής που βρίσκονται στο πρώτο στάδιο, δηλαδή όταν περιορίζονται στην επιφάνεια της φωνητικής χορδής και δεν έχουν ακόμη επεκταθεί προς τον αρυταινοειδή χόνδρο. Σε όλες τις άλλες εντοπίσεις και ιδιαίτερα σε εκτεταμένα καρκινώματα, που καταλαμβάνουν ολόκληρο τον λάρυγγα, και σε μεταστάσεις τραχηλικών λεμφαδένων, τα αποτελέσματα της θεραπείας με ακτινοβολία είναι πολύ χειρότερα από τα αποτελέσματα της χειρουργικής ή της συνδυασμένης θεραπείας χειρουργικής – ακτινοβολίας. (12)

17. Χειρουργική θεραπεία

Το ποια χειρουργική μέθοδο θα εφαρμόσουμε και ποια έκταση θα πάρει αυτή εξαρτάται από:

1. την εντόπιση,
2. την έκταση που καταλαμβάνει το νεόπλασμα,
3. τις υπάρχουσες μεταστάσεις,

4. την ηλικία και
5. την γενική κατάσταση του αρρώστου.

Τμηματικές λαρυγγεκτομές

- **Θυρεοτομή με χονδρεκτομή:** Αυτή γίνεται με την αφαίρεση της φωνητικής χορδής μετά από διάνοιξη του θυρεοειδούς χόνδρου στη μέση γραμμή. Γίνεται τότε μόνο, όταν το νεόπλασμα περιορίζεται ακόμη στη μια φωνητική χορδή και η κινητικότητά της είναι καλή.

Η αφαίρεση μικρού καρκινώματος της φωνητικής χορδής, με την ενδοσκοπική οδό, έστω και με την βοήθεια του χειρουργικού μικροσκοπίου, απαγορεύεται αυστηρά, διότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε την έκταση και το βάθος που καταλαμβάνει το νεόπλασμα και, επομένως, θέτουμε σε κίνδυνο την μοναδική ευκαιρία σωτηρίας του αρρώστου.

- **Τμηματικές εξαιρέσεις:** Αν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής έχει ξεπεράσει ελαφρά τα όρια της, έχουμε σειρά από διάφορες μεθόδους τμηματικών εξαιρέσεων του λάρυγγα. Αυτές σε γενικές γραμμές γίνονται διαμέσου μιας διευρυσμένης θυρεοτομής, αφαιρούνται τμήματα του θυρεοειδούς χόνδρου, της αντίθετης φωνητικής χορδής, της μοργάνειας κοιλίας και του υπογλωττιδικού χώρου.

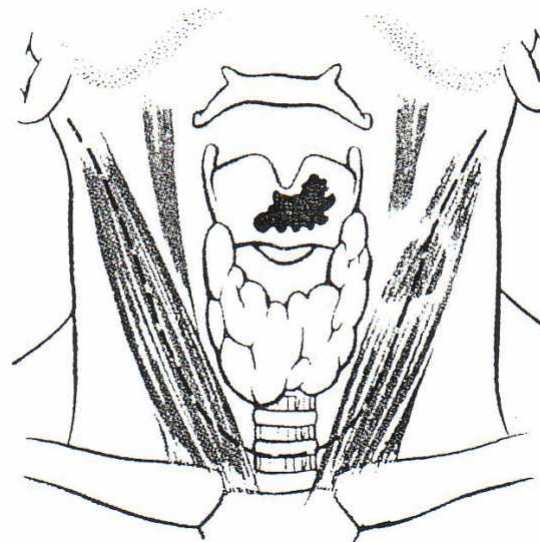
- **Ημιλαρυγγεκτομή:** Αυτή γίνεται με την αφαίρεση του ημισέως του λάρυγγα, όταν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής, καθώς αυξάνεται διηθητικώς, καταλαμβάνει μεγαλύτερα τμήματα του φωνητικού μυός και φθάνει ως τον αρυταινοειδή χόνδρο (καμιά κινητικότητα της φωνητικής χορδής). Η ημιλαρυγγεκτομή είναι δυνατόν να γίνει έτσι, ώστε είτε αμέσως μετά από το τέλος της εγχειρήσεως να γίνει και το κλείσιμο του λάρυγγα, είτε μετά από λίγες ημέρες μετεγχειρητικώς. Αν το νεόπλασμα έχει μεγαλύτερη έκταση, είναι δυνατόν μετά από την ημιλαρυγγεκτομή να επενδύσουμε τα τραύμα με κρημνό επιδερμίδας και στη συνέχεια μετά από 6 μήνες να γίνει πλαστική απόφραξη του λαρυγγοστόματος με μεταφορά κρημνού δέρματος.

- **Υπεργλωττιδική οριζόντια ημιλαρυγγεκτομή κατά Alonso:** Αυτή γίνεται σε περίπτωση υπεργλωττιδικού καρκινώματος. Δίνει την δυνατότητα της αφαίρεσεως του νεοπλάσματος μαζί με τους γειτονικούς ιστούς, δηλ. τον πρόδρομο του λάρυγγα,

τις ψευδοχορδές και την προεπιγλωττιδική περιοχή, ενώ σύγχρονα διατηρείται η λειτουργία του λάρυγγα ως οργάνου της φωνής και της αναπνοής. Μετά από την αφαίρεση της επιγλωττίδας την λειτουργία της αναλαμβάνει η βάση της γλώσσας, που κατά την κατάποση πηγαίνει επάνω από τη γλωττίδα και την καλύπτει, ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος της εισροφήσεως ξένων σωμάτων.

- Λαρυγγεκτομή (ολική λαρυγγεκτομή): Αποτελεί την σπουδαιότερη επέμβαση της χειρουργικής του καρκινώματος του λάρυγγα και γίνεται με την ολική αφαίρεση του. Γίνεται σε περίπτωση εκτεταμένου εσωτερικού καρκινώματος του λάρυγγα, σε περίπτωση υπογλωττιδικού, στο οποίο τμηματική εξαίρεση είναι δυνατόν να γίνει, σε περίπτωση καρκινώματος του υποφάρυγγα και σε περίπτωση καρκινώματος του λάρυγγα που έχει ξεπεράσει τα όρια του.

Η πρώτη επέμβαση έγινε από τον χειρουργό Billroth, που το 1873 επιχείρησε την εκτομή λάρυγγα σε ασθενή που είχε προσβληθεί από καρκίνο. Οι χειρουργοί Gluck και Sorensen, κατά το τέλος του 19^{ου} αιώνα, τελειοποίησαν τόσο πολύ την τεχνική της λαρυγγεκτομής, ώστε η αρχικά υψηλή θνησιμότητα (50%) χάρι στην επέμβαση να κατέβει στα 2-3%.



Εικόνα: Όρια ολικής λαρυγγεκτομής.

Η μέθοδος κατά Gluck και Sorensen με ελαφρές τροποποιήσεις εφαρμόζεται ως σήμερα.

Η επέμβαση γίνεται με ενδοτραχειακή νάρκωση. Η τομή του δέρματος έχει σχήμα U ή T. Στην συνέχεια παρασκευάζεται το δέρμα του τραχήλου, ελευθερώνεται ο λάρυγγας από το μυϊκό σύστημα που τον περιβάλλει και αφαιρείται τελικά με αποκόλληση από τον υποφάρυγγα και αποκοπή από την τραχεία από επάνω προς τα κάτω ή από κάτω προς τα επάνω. Το σημείο διανοίξεως της τραχείας συρράπτεται με το δέρμα για δημιουργία μόνιμου τραχειοστόματος και ο φάρυγγας που έχει ανοιχτεί κλείνεται με συρραφή επιμελώς. Σύγχρονα, αν έχουν προσβληθεί από μεταστάσεις τα μαλακά μόρια του τραχήλου, αυτά αφαιρούνται. Ο άρρωστος κατά τις πρώτες 8-10 μετεγχειρητικές ημέρες σιτίζεται με οισοφάγιο σωλήνα που περνά από τη μύτη.

Η θνησιμότητα από την επέμβαση σήμερα βρίσκεται κάτω του 1%.

Αν ο όγκος δεν επεκτείνεται μόνο στο εσωτερικό του λάρυγγα, αλλά έχει διαβρώσει το πρόσθιο τοίχωμα του και έχει προσβάλει τα μαλακά μόρια ως και το δέρμα ακόμη, πρέπει να αφαιρούνται οι περιοχές που έχουν προσβληθεί μαζί με τον λάρυγγα.

Όταν πρόκειται για πρωτοπαθή όγκο του υποφάρυγγα, που προσβάλει από έξω το τοίχωμα του λάρυγγα (εξωτερικό καρκίνωμα του λάρυγγα), πρέπει να εξαιρεθούν μαζί με τον λάρυγγα και μικρότερα ή μεγαλύτερα τμήματα του υποφάρυγγα ή της εισόδου του οισοφάγου. Σε πολλές παρόμοιες περιπτώσεις είναι αναγκαία ύστερα η πλαστική αποκατάσταση του υποφάρυγγα και της εισόδου του οισοφάγου με μετάθεση κρημνού δέρματος.

- Ριζική αφαίρεση των τραχηλικών λεμφαδένων (Neck – Dissection): Σ' όλες τις μορφές του καρκινώματος του λάρυγγα πρέπει να υπολογίζουμε την πιθανότητα προσβολής των τραχηλικών λεμφαδένων από μεταστάσεις, για το λόγο αυτό απαιτείται η αφαίρεση τους κατά την διάρκεια της λαρυγγεκτομής.

Διακρίνουμε τη θεραπευτική Neck – Dissection, που γίνεται σε περιπτώσεις ψηλαφητών ήδη μεταστάσεων, και την προφυλακτική Neck – Dissection, που γίνεται συστηματικά σε περιπτώσεις καρκινωμάτων που έχουν πρόωμη μετάσταση (π.χ. ψευδοχορδή, είσοδο του λάρυγγα, υποφάρυγγα), έστω και αν μακροσκοπικώς δεν υπάρχουν μεταστάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει η δυνατότητα μεταστάσεων που κλινικώς λανθάνουν και αποδεικνύονται με την ιστολογική εξέταση.

Κατά τη Neck – Dissection δεν αφαιρούνται μεμονωμένοι λεμφαδένες, αλλά όλα τα μαλακά μόρια της μιας τραχηλικής πλευράς με τα λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες που βρίσκονται μέσα τους. Ακόμη αφαιρείται η εσωτερική

σφραγίτιδα φλέβα, ο στερνοκλειδομαστροειδής μυς και το λίπος που βρίσκεται ενδιάμεσα. Κατά την συστηματική Neck – Dissection το παραπληρωματικό νεύρο είναι δυνατόν να διατηρηθεί. Διατηρούνται ανέπαφα οπωσδήποτε η καρωτίδα, το πνευμονογαστρικό νεύρο και οι σκαληνοί μυς.

- Συνδυασμένη θεραπεία χειρουργική – ακτινοβολία: Μόνο σε περίπτωση καρκινώματος της φωνητικής χορδής στο αρχικό στάδιο η ακτινοβολία έχει την ίδια αξία με την χειρουργική αγωγή. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, στις οποίες ο όγκος έχει επεκταθεί πέρα από το ευνοϊκό αυτό στάδιο, πρέπει να κάνουμε εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις ή να τις συνδυάσουμε με ακτινοβολία. Συγκεκριμένα σε περιπτώσεις καρκινωμάτων που έχουν καταλάβει όλους τους ορόφους του λάρυγγα, σε περιπτώσεις νεοπλασμάτων με εκτεταμένες μεταστάσεις και σε άλλες περιπτώσεις που έχουν προκαλέσει ρήξη του λαρυγγικού τοιχώματος επιβάλλεται απαραίτητα ο συνδυασμός εγχειρήσεως – ακτινοβολίας. Ο συνδυασμός αυτός είναι δυνατόν να γίνει με δύο τρόπους:

Μετά από την χειρουργική επέμβαση και μετά την επούλωση του τραύματος να ακτινοβοληθεί ο άρρωστος (μετεγχειρητική ακτινοβολία) ή

Η ακτινοβολία να προηγηθεί από την επέμβαση (προεγχειρητική ακτινοβολία)

Η δεύτερη περίπτωση έχει ορισμένους περιορισμούς, διότι σε περιπτώσεις υψηλής προεγχειρητικής ακτινοβολίας, επειδή ναρκώνεται το δέρμα, οι πιθανότητες πρωτοπαθούς επουλώσεως του χειρουργικού τραύματος ελαττώνονται. Τελικά σήμερα εφαρμόζεται μέθοδος, κατά την οποία τμήμα της συνολικής δόσεως της ακτινοβολίας δίδεται προεγχειρητικώς και το υπόλοιπο μετεγχειρητικώς.

Η σημασία της προεγχειρητικής ακτινοβολίας βρίσκεται στο ότι με αυτήν ελαττώνεται σημαντικά η ζωτικότητα των νεοπλασματικών κυττάρων, ώστε, όταν κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως αυτά εισχωρήσουν στην αιματική ή λεμφική κυκλοφορία, να μην μπορούν πια να δημιουργήσουν μεταστάσεις. (12)

18. Καρκίνωμα του υποφάρυγγα – λάρυγγα

Αυτό αποτελεί το συνηθέστερο κακοήγη όγκο του υποφάρυγγα. Εδώ ανήκουν τα νεοπλάσματα του οπίσθιου και του πλάγιου τοιχώματος του υποφάρυγγα, του αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών, των γλωσσοεπιγλωττιδικών βοθριών, της οπισθοκρικοειδούς περιοχής, του απιοειδούς κόλπου, της γλωσσικής επιφάνειας της επιγλωττίδας και των χειλέων της.

Η πρόγνωση των καρκινωμάτων του υποφάρυγγα είναι πολύ κακή, διότι και πολύ πρώιμα έχουν μεταστάσεις αιματογενώς και λεμφογενώς (80% των περιπτώσεων) και εξαιτίας της ασαφούς συμπτωματολογίας τους η διάγνωση τους δε γίνεται έγκαιρα.

Συχνά το πρώτο σύμπτωμα της νόσου αποτελούν οι μεταστάσεις στους επιχώριους τραχηλικούς λεμφαδένες. Για τον λόγο αυτό σε δυσδιάγνωστες διογκώσεις των τραχηλικών λεμφαδένων επιβάλλεται να γίνεται πάντοτε η λεπτομερής εξέταση του υποφάρυγγα, ιδιαίτερα του απιοειδούς κόλπου. Όταν ο όγκος πάρει ορισμένο μέγεθος, τότε παρουσιάζονται δυσκαταποτικά φαινόμενα, αίσθημα ξένου σώματος και διαξιφιστικά άλγη στο σύστοιχο αυτί.

Αν κατά την λαρυγγοσκόπηση παρατηρήσουμε αιμορραγούσες σαρκοφυούσες αλλοιώσεις του βλεννογόνου στις περιοχές που αναφέρονται παραπάνω και καλυπτόμενες συχνά από λευκωπά επιχρίσματα, αυτό αποτελεί πολύ ύποπτο εύρημα για καρκίνωμα του υποφάρυγγα. Η κλινική διάγνωση επιβεβαιώνεται με την βιοψία.

Θεραπεία: σε περίπτωση καρκινώματος που μπορεί ακόμη να χειρουργηθεί επιβάλλεται η λαρυγγεκτομή με τμηματική αφαίρεση του υποφάρυγγα και Neck – Dissection. Επίσης επιβάλλεται μετεγχειρητική ακτινοβολία. Σε ανεγχείρητο νεόπλασμα ή σε απομακρυσμένες μεταστάσεις επιβάλλεται να γίνει μόνο ακτινοβολία. Με τα κυτταροστατικά ως σήμερα κανένα ενθαρρυντικό θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν έχει επιτευχθεί σε καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο.

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα τόσο με την χειρουργική αγωγή, όσο και με την ακτινοβολία δεν ξεπερνούν το 20% σχετικά με την 5ετή επιβίωση. (12)

19. Πρόγνωση του καρκινώματος του λάρυγγα

Εξαρτάται από την πρωτοπαθή εντόπιση του νεοπλάσματος, από την έκταση και τις μεταστάσεις του. Η πιθανότητα 5ετούς επιβίωσης σε όλα τα καρκινώματα, δηλαδή νεοπλάσματα όλων των σταδίων, φθάνει κατά μέσο όρο σε 50%.

Τα περισσότερα από τα καρκινώματα του λάρυγγα αρχίζουν από την φωνητική χορδή. Αυτά έχουν πολύ ευνοϊκές πιθανότητες ίασεως (60% 5ετής επιβίωση).

Η αιτία του ότι αντίθετα με αυτά οι πιθανότητες ίασεως του καρκινώματος του λάρυγγα είναι γενικά δυσμενείς οφείλεται στο ότι πολλά καρκινώματα φωνητικών χορδών έρχονται για θεραπεία, όταν ήδη το νεόπλασμα έχει ξεπεράσει τα όρια της φωνητικής χορδής.

Για όλους αυτούς τους λόγους η έγκαιρη διάγνωση είναι η μοναδική δυνατότητα, που βελτιώνει ουσιωδώς τις πιθανότητες ίασεως του αρρώστου που πάσχει από καρκίνωμα του λάρυγγα. (12)

20. Η φώνηση στις περιπτώσεις των λαρυγγεκτομημένων

Σκοπός της μεταθεραπευτικής αγωγής του λαρυγγεκτομημένου είναι η επαναφορά του αρρώστου στην κοινωνία και στο επάγγελμα του. Προϋπόθεση γι' αυτό είναι η επανάκτηση της φωνής του, που έχει χαθεί εξαιτίας της εγχειρήσεως. Για το σκοπό αυτό υπάρχουν βασικά δύο δυνατότητες:

- Η οισοφάγεια φωνή ή η ομιλία με ερυγές
- Η χρησιμοποίηση τεχνητής συσκευής

Η οισοφάγεια φωνή στηρίζεται στο ότι ο λαρυγγεκτομημένος μαθαίνει να καταπίνει αέρα, να τον συγκεντρώνει στο κάτω τριτημόριο του οισοφάγου και στη συνέχεια με σύσπαση του μυϊκού τοιχώματος του οισοφάγου να τον βγάζει με ερυγές προς τα επάνω. Αν επιτυγχάνει ο άρρωστος να συσπά τους μυς στην είσοδο του οισοφάγου, τότε δημιουργούνται δύο πτυχές του βλεννογόνου αμφοτεροπλευρως (ψευδογλωττίδα), που δονούνται από τον διερχόμενο αέρα. Εξαιτίας αυτού δημιουργείται τόνος, που μέσα στο στόμα δεν είναι δυνατό να γίνει άρθρωση. Με κατάλληλη διδασκαλία οι άρρωστοι μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τον τόνο και την ομιλία αυτή κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι σε θέση να συνεννοούνται καλά με τους συνανθρώπους τους. Σε πολλές περιπτώσεις επιτυγχάνεται ακόμη η εξάσκηση από τον άρρωστο επαγγέλματος που έχει ανάγκη κατά κύριο λόγο της ομιλίας. Στα 70% περίπου των λαρυγγεκτομημένων επιτυγχάνεται η εκμάθηση της ομιλίας αυτής.

Στους υπόλοιπους ασθενείς που εξαιτίας ανατομικών ή άλλων αιτίων είναι αδύνατο να μάθουν ομιλία με ερυγές επιβάλλεται η χρησιμοποίηση ηλεκτρικών γεννητριών τόνου, που έρχονται σε επαφή με τα μαλακά μέρη του τραχήλου. Ο τόνος που παράγεται μπορεί να γίνει άρθρωση μέσα στην στοματική κοιλότητα και να γίνει κατανοητός ως ομιλία. (12)



Εικόνα: Οι αλάρυγγοι βοηθούνται μεταξύ τους για να μάθουν να μιλούν.

21. Ομιλία με την χρήση εξωσωματικών μηχανημάτων



(13) Όταν ο αλάρυγγος για οποιοδήποτε λόγο δεν είναι δυνατό να αποκτήσει την οισοφαγική φωνή, τότε του συνιστάται η χρήση ενός τεχνητού λάρυγγα. Ο τεχνητός λάρυγγας είναι ένα εξωσωματικό μηχανήμα, το οποίο προσαρμοζόμενο καταλλήλως στο σώμα του αλάρυγγου τον καθιστά ικανό να παράγει ακουστικούς ερεθισμούς στον ακροατή.

Μέχρι σήμερα έχουν επινοηθεί πάρα πολλοί τύποι τέτοιων μηχανημάτων. Από αυτά επεκράτησε το λεγόμενο λαρυγγόφωνο. Αυτό είναι ένα ηλεκτρομηχανικό

όργανο, το οποίο έχει την δυνατότητα να παράγει δονήσεις μιας ή και περισσότερων ακουστικών συχνοτήτων. Οι δονήσεις αυτές, συνοδευόμενες με ένα βασικό ήχο, μεταφέρονται στην στοματική κοιλότητα και εκεί μορφοποιούνται σε ομιλία.

Το σχήμα των λαρυγγόφωνων είναι συνήθως κυλινδρικό. Δίνεται το σχήμα αυτό, για να μπορεί εύκολα κανείς να το κρατήσει με το χέρι του και να κάνει τους χειρισμούς, που είναι απαραίτητοι. Λειτουργεί με μπαταρία, η οποία τοποθετείται από το κάτω μέρος του μηχανήματος. Το επάνω μέρος, που είναι και το βασικό όργανο για την ομιλία, λέγεται κεφαλή. Αυτή περικλείει έναν ηλεκτρικό ταλαντωτή. Οι ηλεκτρικές ταλαντώσεις, οι οποίες παράγονται από αυτόν, μετατρέπονται σε μηχανικές δονήσεις, οι οποίες εν συνεχεία μεταφέρονται με ένα έμβολο σε μια μεμβράνη, που καταλαμβάνει το επάνω τμήμα της κεφαλής. Έτσι είναι εύκολο να μεταδοθούν οι δονήσεις αυτές μέσω του δέρματος στην στοματική κοιλότητα, όταν η μεμβράνη τοποθετηθεί καταλλήλως επάνω στο λαιμό του αλάρυγγου. Στο σώμα του λαρυγγόφωνου υπάρχει ένα μπουτόν (διακόπτης), με το οποίο λειτουργεί και σταματά το μηχάνημα.

Ο αλάρυγγος πιάνει με το δεξί του χέρι το λαρυγγόφωνο έτσι, ώστε ο αντίχειρας να εφάπτεται στο μπουτόν λειτουργίας. Το πιέζει τότε με το άλλο του χέρι, ελέγχει τη μεμβράνη αν πάλλεται, και εφ' όσον ο διακόπτης (κουμπί) της εντάσεως είναι στην κατάλληλη θέση, θα ακούσει και το χαρακτηριστικό βόμβο του λαρυγγόφωνου. Άρα το μηχάνημα είναι έτοιμο να λειτουργήσει.

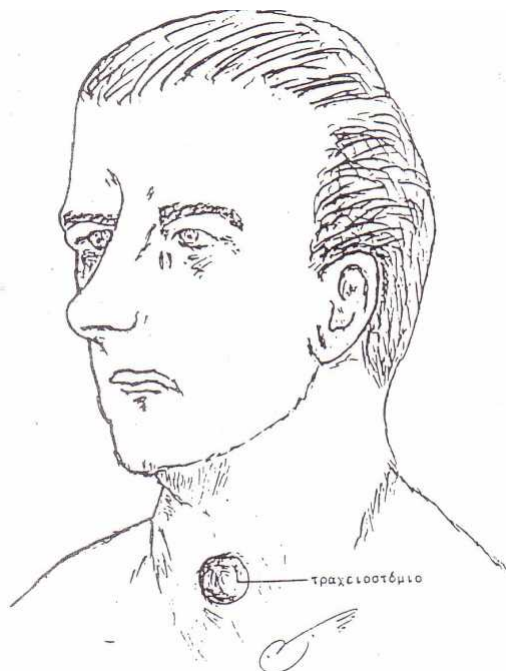
Ο αλάρυγγος πρέπει να εκπαιδευτεί κατά κάποιο τρόπο στο χειρισμό του μπουτόν αφής του λαρυγγόφωνου. Ο συγχρονισμός ομιλίας και λειτουργίας του λαρυγγόφωνου επιτυγχάνεται πολύ εύκολα. Αρκεί ο ασκούμενος να προπονηθεί για λίγο διάστημα στην εκφώνηση μεμονωμένων μονοσύλλαβων λέξεων. (13)



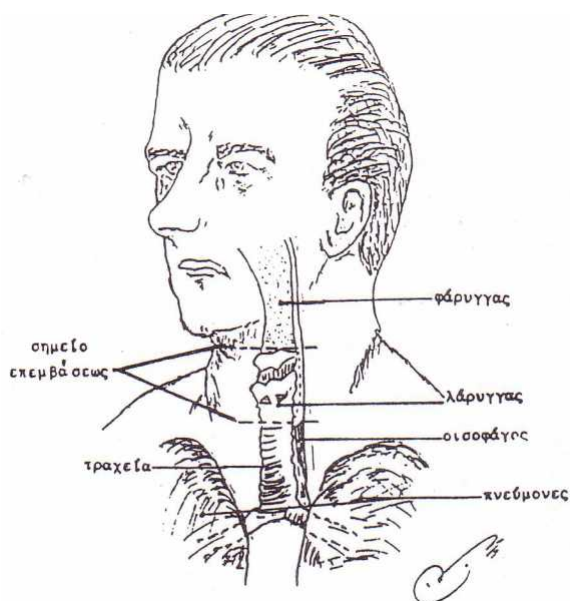
Εικόνα: Η πρώτη εμπειρία της καινούργιας φωνής αποκτάται στο νοσοκομείο

22. Ο Αλάρυγγος

Εκείνος που υποβάλλεται σε εγχείρηση και του αφαιρείται ολόκληρος ο λάρυγγας, γιατί διαπιστώθηκε η ύπαρξη καρκινώματος στο λάρυγγά του, λέγεται αλάρυγγος ή λαρυγγεκτομημένος.



Ο αλάρυγγος μαζί με τον λάρυγγα του χάνει και τις φωνητικές του χορδές, πράγμα που σημαίνει ότι από εδώ και πέρα ο λαρυγγεκτομημένος δεν θα μπορεί να μιλήσει με την φυσιολογική του φωνή, με την οποία μιλούσε προηγουμένως, πριν δηλαδή την εγχείρηση.



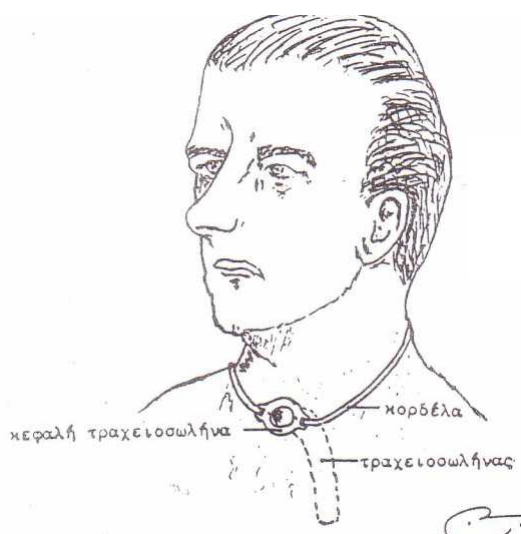
Εικόνα που δείχνει το τμήμα το οποίο αφαιρείται από την ολική λαρυγγεκτομή

Όμως δεν είναι βουβός ή κωφάλαλος. Ο αλάρυγγος ζει και μάλιστα πολύ καλά με μία άλλη φωνή. Μία φωνή που παράγεται με διαφορετικό τρόπο απ' ότι η φυσιολογική φωνή.

Με την ολική αφαίρεση του λάρυγγα που υπέστη ο αλάρυγγος, δεν μπορεί πια να αναπνεύσει από το στόμα. Αναπνέει από μία τρύπα, που του άνοιξε ο χειρουργός γιατρός Ω.Ρ.Λ. στην βάση του λαιμού του, όπου και έχει συραφεί η κομμένη πια τραχεία (αναπνευστική οδός). Η τρύπα αυτή λέγεται τραχειοστόμιο ή τραχειοπή ή στόμιο. (13)

23. Ο Τραχειοσωλήνας

Μόλις ο χειρουργός γιατρός Ω.Ρ.Λ. τελειώσει τη συρραφή της τραχείας με την περίμετρο της τρύπας (τραχειοστόμιο ή στόμιο) που έχει ανοίξει στο λαιμό του ασθενούς, τοποθετεί μέσα σ' αυτήν ένα μικρό και λιγάκι κυρτό σωληνάκι. Το σωληνάκι αυτό λέγεται τραχειοσωλήνας και συγκρατείται στην θέση του με ένα κορδονάκι ή μια κορδέλα, που δένεται γύρω απ' το λαιμό του ασθενούς.



Σκοπός της χρησιμοποίησεως του τραχειοσωλήνα είναι να συγκρατεί το μέγεθος του ανοίγματος του στομίου στα επιθυμητά όρια και να επιτρέπει στον ασθενή να αναπνέει και να βήχει με κάποια άνεση. Εάν η διάμετρος του τραχειοστομίου παραμένει σταθερή, τότε πλέον η εφαρμογή του τραχειοσωλήνα δεν είναι αναγκαία.

Οι τραχειοσωλήνες κατασκευάζονται από μεταλλικά ή συνθετικά (πλαστικά) υλικά. (13)

24. Κάλυψη και προστασία του τραχειοστομίου

Το τραχειοστόμιο πρέπει να διατηρείται σε υψηλό επίπεδο καθαριότητας και υγιεινής. Για να το πετύχει αυτό ο αλάρυγγος, χρησιμοποιεί ένα κάλυμμα, που το φοράει όπως τα μικρά παιδιά τις σαλιαρίστρες, δηλαδή κρεμασμένο από τον λαιμό του μπροστά στο τραχειοστόμιο. Την σαλιαρίστρα αυτή τη δένει ο αλάρυγγος γύρω από τον λαιμό του και καλύπτει έτσι το άνοιγμα, που έχει στην βάση του λαιμού του.

Το κάλυμμα αυτό φιλτράρει από τις σκόνες τον αέρα που εισπνέει ο αλάρυγγος, πριν ακόμα φτάσει αυτός στην τραχεία και τον ζεσταίνει (τον κλιματίζει). Ακόμα τον διατηρεί σε ικανοποιητικό βαθμό νοτίσματος (υγρασίας). Έτσι το κάλυμμα του στομίου ενεργεί σαν ένα κλιματιστικό και καθαριστικό μηχάνημα για τον εισπνεόμενο αέρα. Με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται η αναπνοή και περιορίζεται κατά πολύ ο βήχας.

Συνήθως τα καλύμματα αυτά κατασκευάζονται από λινό ύφασμα, που είναι υφασμένο αραιά (τούλι), ώστε να επιτρέπεται η άνετη διέλευση του εισπνεομένου αέρα.

Πολλοί κατασκευάζουν τα καλύμματα από πλεκτά, που πλέκουν με τσιγκελάκι οι γυναίκες τους και με κλωστή λινή.

Άλλοι φορούν φουλάρια ή φαρδιές γραβάτες. Ορισμένοι πάλι φορούν πουκάμισα με το κουμπί του κολάρου κουμπωμένο και ξεκουμπωμένο το δεύτερο κουμπί. Αφήνουν το δεύτερο κουμπί ξεκουμπωμένο για να μπορούν με ευκολία να καθαρίζουν το στόμιο από τις βλέννες, που συσσωρεύονται γύρω από αυτό. Για λόγους καλαισθησίας, αυτοί που χρησιμοποιούν πουκάμισα, ράβουν το κουμπί επάνω στην κουμπότρυπα, που την κλείνουν ράβοντας την. Έτσι φαίνεται σαν να είναι κουμπωμένο το πουκάμισο κανονικά.

Οι γυναίκες φορούν σάρπες ή φορέματα με υψηλό γιακά. Όταν φορούν φορέματα με χαμηλό γιακά ή μπλούζες ή σαλιαρίστρες, τις συνοδεύουν με μια σειρά από κοσμήματα. Τα κοσμήματα αυτά τις περισσότερες φορές είναι περιδέραια, που τα στερεώνουν με κορδονέτα από χάνδρες γύρω από τον λαιμό τους.

Ο αλάρυγγος, όπου και να πηγαίνει μακριά από το σπίτι του, οφείλει να έχει μαζί του και μια δεύτερη καθαρή σαλιαρίστρα, για να την αλλάξει σε περίπτωση ρυπάνσεως αυτής που φοράει.

Τα καλύμματα (σαλιαρίστρες), επειδή προστατεύουν την τραχεία από τις σκόνες, τα έντομα και από κάθε άλλο ξένο σώμα, πρέπει η αλάρυγγοι να τα φοράνε και την

νύχτα που κοιμούνται και την ημέρα που εργάζονται. Μάλιστα την νύχτα κατά την ώρα του ύπνου προσφέρουν μια σημαντική υπηρεσία. Περιορίζουν το θόρυβο που προκαλείται από το τραχειοστόμιο κατά την εκροή από τους πνεύμονες ισχυρών ρευμάτων αέρα. Έτσι δεν ενοχλείται καθόλου εκείνος, που θα τύχει να κοιμάται με έναν αλάρυγγο. (13)



25. Η περιποίηση του τραχειοστομίου

Για να περιορισθεί ο ερεθισμός του τραχειοστομίου (δηλαδή της τρύπας που υπάρχει τώρα στην βάση του λαιμού του αλάρυγγου) και η συσσώρευση βλεννών και εφελκίδων επάνω σ' αυτό, πρέπει ο ασθενής να καθαρίζει συχνά το σημείο αυτό του σώματος του.

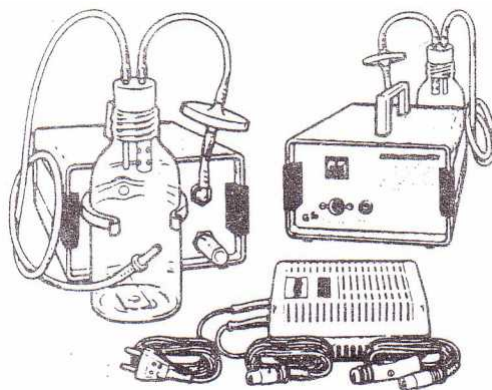
Το καθάρισμα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή και με τους παρακάτω τρόπους:

A) με την χρήση οξυζενέ. Ο αλάρυγγος χρησιμοποιεί ένα βύσμα από βαμβάκι, σαν κι αυτά που καθαρίζουμε τα αυτιά μας (μπατονέτα). Το βρέχει με οξυζενέ και το τρίβει γύρω γύρω στο χείλος του τραχειοστομίου και επάνω ακριβώς στις βλέννες. Αφήνει να περάσει λίγο και μόλις οι βλέννες πάρουν την μορφή αφρού σαπουνάδας και μαλακώσουν οι εφελκίδες, τις αφαιρεί με ένα χαρτομάντιλο ή με ένα κομμάτι γάζας ή βαμβακερού υφάσματος. Φυσικά τα χέρια του ασθενούς πρέπει να είναι πολύ καθαρά.

B) με την χρήση βρεγμένου βαμβακερού υφάσματος. Βρέχει ο αλάρυγγος ένα κομμάτι βαμβακερού υφάσματος ή μια μικρή πετσέτα με χλιαρό νερό. Το στύβει και το τοποθετεί, σαν κομπρέσα, επάνω στο τραχειοστόμιο. Αφού περάσουν δύο τρία λεπτά, πιάνει ο ασθενής με το δείκτη του χεριού του το ύφασμα ή την πετσέτα και κάνει μια κυκλατερή κίνηση επάνω και γύρω στο χείλος του τραχειοστομίου. Με την κίνηση αυτή παρασέρνονται οι συσσωρευμένες βλέννες και καθαρίζεται έτσι το τραχειοστόμιο. Αυτονόητο είναι ότι και σε αυτήν την περίπτωση πρέπει τα χέρια του ασθενούς να είναι τελείως καθαρά.

Η χρήση σαπουνάδας για το καθάρισμα των βλεννών απαγορεύεται. Η σαπουνάδα ερεθίζει την είσοδο της τραχείας και προκαλεί έναν πολύ ενοχλητικό, ισχυρό και ξερό βήχα.

Σε περιπτώσεις που στον ασθενή εμφανίζονται πολλές βλέννες και δεν μπορεί να τις αφαιρέσει εύκολα (περίπτωση χρόνιας βρογχίτιδας), συνιστάται η χρησιμοποίηση ειδικής φορητής ή μη συσκευής αναρροφήσεως, που έχει επινοηθεί για να διευκολύνει στις περιπτώσεις αυτές του λαρυγγεκτομημένου. Οι συσκευές αυτές μαζί με πολλές άλλες διατίθενται από εξειδικευμένες επιχειρήσεις κατασκευής ιατρικών μηχανημάτων του εξωτερικού.(13)



26. Νυχτερινή περιποίηση του στομίου

Πολύ συχνά οι αλάρυγγοι παρατηρούν ότι κατά την ώρα που κοιμούνται, ξεραίνεται το τραχειοστόμιό τους και καλύπτεται με κρούστες από βλέννες. Αυτό οφείλεται στο ότι ο αέρας, που υπάρχει το βράδυ μέσα στο υπνοδωμάτιο, είναι ξερός. Δεν υπάρχει δηλαδή ικανοποιητικό ποσοστό υγρασίας στον αναπνεόμενο αέρα.

Η ξηρότητα του αέρα του υπνοδωματίου περιορίζεται κατά πολύ, όταν το σπίτι ή το διαμέρισμα, που κατοικεί ο αλάρυγγος, έχει υγρή ατμόσφαιρα.

Για να περιορισθεί η ξηρότητα του αέρα σε χώρους, που από την φύση τους είναι ξεροί, χρησιμοποιείται ένας βραστήρας, μέσα στον οποίο βράζει νερό και τοποθετείται μέσα στο δωμάτιο του ασθενούς. Οι ατμοί οι οποίοι παράγονται από το νερό που βράζει, διατηρούν περίπου το 45% της υγρασίας στον αέρα, που βρίσκεται μέσα στο δωμάτιο. Τον ίδιο σκοπό εξυπηρετεί και μια χύτρα με νερό, η οποία τοποθετείται επάνω στην σόμπα ή το καλοριφέρ.

Παρατηρήσεις απέδειξαν ότι τα καλλωπιστικά φυτά, που βρίσκονται μέσα σε ένα δωμάτιο, εφοδιάζουν με αρκετά αξιόλογο ποσοστό υγρασίας τον αέρα του δωματίου ή οποιουδήποτε κλειστού χώρου μέσα στον οποίο βρίσκονται. Γι' αυτό από πολλούς γιατρούς συνιστάται η διατήρηση μέσα στο δωμάτιο του ασθενούς μερικών καλλωπιστικών φυτών. (13)

27. Η υγιεινή του στόματος

Όπως είναι γνωστό, ο αλάρυγγος χάνει προσκαιρώς την όσφρηση του. Έτσι δεν έχει την δυνατότητα να αντιληφθεί την τυχόν κακοσμία, που μπορεί να αναδίδεται από το στόμα του. Γι' αυτό επιβάλλεται να λαμβάνει ορισμένα μέτρα σε ότι αφορά την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας. Επιβάλλεται δηλαδή να πλένει τα δόντια του καθημερινά και ακριβώς όπως έκανε πριν από την λαρυγγεκτομή και χρησιμοποιώντας μαλακή βούρτσα να περιποιείται τα δόντια του ή την μασέλα του. Βουρτσίζει ακόμη την γλώσσα και τα μάγουλα εσωτερικά, γιατί έτσι βοηθάει στην κυκλοφορία του αίματος στους στοματικούς ιστούς. Μπορεί ακόμη να χρησιμοποιήσει ένα αντισηπτικό στόματος, το οποίο έχει την δυνατότητα να καθαρίζει και να διεγείρει τις γευστικές θηλές. (13)

28. Το ξύρισμα

Ο αλάρυγγος που χρησιμοποιεί λεπίδα και σαπουνάδα ή αφρό, πρέπει να προσέχει, η σαπουνάδα ή ο αφρός να μην είναι πολύ ρευστά. Γιατί σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει κίνδυνος να εισχωρήσει αφρός η σαπουνάδα στο στόμιο και να προκαλέσουν έναν αρκετά ενοχλητικό βήχα. Για να μην συμβεί αυτό, σε περίπτωση πολύ ρευστής σαπουνάδας πρέπει ο αλάρυγγος να τυλίγει στον λαιμό του μια στεγνή πετσέτα ή ένα λινό απορροφητικό ύφασμα. Ο λαρυγγεκτομημένος πρέπει να αρχίζει

το ξύρισμα πάντοτε από το λαιμό και το πηγούνι. Φυσικά λαμβάνονται τα κατάλληλα, όπως είπαμε, μέτρα, ώστε να μην τρέξει προς το στόμιο σαπουνάδα.

Εάν ο αλάρυγγος ξυρίζεται με ηλεκτρική ξυριστική μηχανή, πρέπει να φοράει το κάλυμμα του στομίου. Έτσι εμποδίζονται τα μικρότατα κομματάκια από τρίχες, που ξεφεύγουν κατά το ξύρισμα, να εισχωρήσουν με την αναπνοή στην τραχεία. (13)

29. Το ντους

Σύνηθες φαινόμενο στους αλάρυγγος είναι να φοβούνται να κάνουν ντους για να πλυθούν. Το θεωρούν πολύ επικίνδυνο. Νομίζουν ότι θα πνιγούν από το νερό που πέφτει επάνω τους. Δεν είναι έτσι τα πράγματα. Και ντους μπορούν να κάνουν οι αλάρυγγοι χωρίς κανέναν φόβο και λουτρό, όταν λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα, που απαιτεί η περίπτωση.

Πρώτο και κύριο πρέπει ο αλάρυγγος να χρησιμοποιεί τηλέφωνο λουτρού του χεριού και όχι σταθερό στο τοίχο. Έτσι κατευθύνει εύκολα το νερό να πέσει στο σημείο του σώματος του, που θέλει αυτός, και να αποφεύγει με ευκολία την περιοχή του τραχειοστομίου.

Το στόμιο προφυλάσσεται με ένα κάλυμμα. Μπορεί αντί για σαλιαρίστρα να χρησιμοποιήσει ένα σπογγώδες ύφασμα, που έχει την ικανότητα να απορροφά το νερό. Το κρατάει δαγκωμένο με τα δόντια του και το αφήνει να κρέμεται ακριβώς επάνω από το στόμιο. Αυτή την δουλειά μπορεί να την κάνει και με μια πετσέτα. Αυτού του είδους τα καλύμματα έχουν την ικανότητα να απορροφούν την υγρασία και το νερό.

Υπάρχουν πάρα πολλοί τρόποι προφυλάξεως. Η πείρα οδηγεί τον αλάρυγγο να εφευρίσκει όλο και πιο εύκολους. Όταν θέλει να σαπουνίσει το κεφάλι του ή τα μαλλιά του, γέρνει το κεφάλι του προς τα εμπρός ή προς τα πλάγια και σαπουνίζεται με άνεση. Όταν θέλει να ξεπλύνει το κεφάλι ή την περιοχή του λαιμού του, βάζει την παλάμη του χεριού του επάνω από το στόμιο, ώστε να εμποδίσει το νερό να μπει μέσα σ' αυτό. Ακόμα μπορεί να χρησιμοποιήσει και την πετσέτα την οποία τοποθετεί επάνω από το στόμιο.

Αφού τελειώσει το ντους, αλλάζει το κάλυμμα του στόμιο, που τυχόν φορούσε την ώρα που έκανε ντους, με ένα άλλο, μια και αυτό είναι βρεγμένο.

Την ώρα που ο αλάρυγγος κάνει το ντους του, πρέπει να φροντίζει να στέκεται επάνω σε λαστιχένια ψάθα, να μην κλειδώνει την πόρτα του λουτρού και να προβλέπει, εφόσον αυτό είναι δυνατό, να υπάρχει μέσα στο λουτρό ένα κρεμαστό

μπουτόν κουδουνιού κινδύνου. Το κουδούνι πολλές φορές υπήρξε σωτήριο σε περιπτώσεις ανάγκης (λιποθυμίες, πεσίματα κτλ.). (13)



30. Φάρμακα – Ποτά – Τσιγάρο

Η χρήση διάφορων φαρμάκων, και μάλιστα σε χάπια, χωρίς την γνώμη του ειδικού γιατρού Ω.Ρ.Λ., είναι επικίνδυνη για την υγεία του αλάρυγγου.

Πολλά χάπια και φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του βήχα και των κρυολογημάτων, ξηραίνουν πάρα πολύ τις βλέννες τόσο επάνω στο χείλος του στομίου όσο και μέσα στην τραχεία. Αυτό προκαλεί μια δυσφορία στον αλάρυγγο και μπορεί να υπάρξουν κάποιες επώδυνες για τον λαρυγγεκτομημένο καταστάσεις ή συνέπειες.

Επίσης και μικρές ακόμα ποσότητες μη αραιωμένων οινοπνευματωδών ποτών προκαλούν ερεθίσματα, τα οποία μάλιστα, όπως συμβαίνει με τον καπνό του τσιγάρου, μπορούν να εξελιχθούν σε κάποιο κακοήθη όγκο. Ύστερα από αυτά πρέπει να τονισθεί ότι η αλόγιστη χρήση, χωρίς την σύμφωνη γνώμη του γιατρού Ω.Ρ.Λ., φαρμάκων, είναι επικίνδυνο πράγμα για την υγεία των αλάρυγγων καθώς και τα οινοπνευματώδη ποτά και ο καπνός από τα τσιγάρα. (13)

31. Η ηλιοθεραπεία

Ο αλάρυγγος μπορεί να κάνει ηλιοθεραπεία, όπως έκανε και πριν από την εγχείρηση. Πρέπει όμως να παίρνει ορισμένες προφυλάξεις.

Εάν έχει κάνει ακτινοβολίες στο λαιμό του, να προφυλάσσει το μέρος αυτό που ακτινοβολήθηκε με μια πετσέτα ή με κάποιο βαμβακερό ύφασμα. Δηλαδή να μην εκτίθεται το μέρος αυτό απευθείας στις ηλιακές ακτίνες. Το ίδιο να εφαρμόζεται και για το τραχειοστόμιο, το οποίο θα πρέπει να καλύπτει οπωσδήποτε με μια πετσέτα, ώστε να μην επιτρέπεται στους κόκκους της άμμου και στις σκόνες να εισχωρήσουν μέσα στην τραχεία. (13)

32. Κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος καρκίνος

(1) Ο καρκίνος όπως γνωρίζουμε όλοι μας, είναι περισσότερο γνωστός σαν επάρατος – έξω από δω- η ξορκισμένο παρά σαν μία «χρόνια νόσος» όπως την ορίζει η ιατρική επιστήμη.

Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός, ότι είναι αρρώστια ταυτισμένη με τον θάνατο, αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο.

Αντιπροσωπεύοντας στην κοινή γνώμη, το αναπόφευκτο του θανάτου, μοιραίο είναι, να συνδέεται με έννοιες απελπισίας, μοναξιάς και εγκατάλειψης.

Το άγνωστο αίτιο, του καρκίνου, παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα, έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων, το «κοινωνικό στίγμα» της νόσου, διαμορφώνοντας μία ολόκληρη μυθολογία ή δεισιδαιμονία γύρω από αυτόν.

Ο προβληματισμός για την ενημέρωση του αρρώστου, η αυξημένη φροντίδα και προστασία, η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς μας προς τον «καρκινοπαθή» και κάθε άλλη μορφή «υπερπροστασίας» αποτελούν ίσως την χαρακτηριστικότερη μορφή έκφρασης του κοινωνικού στίγματος.

Έστω όμως και αν διαφέρουν μεταξύ τους, οι τρόποι που εκφράζεται το στίγμα αυτό, κοινή συνισταμένη όλων είναι ο οίκτος που δέχονται σαν μήνυμα τα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση αυτή.

Κατά συνέπεια τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τον καρκίνο, ξεκινούν από την «κοινωνική ταυτότητα» της νόσου. Ο τρόπος δε, που θα βιώσει ο κάθε ασθενής το προσωπικό του πρόβλημα, εξαρτάται άμεσα τόσο από την δική του αντίληψη περί καρκίνου, όσο και του περιβάλλοντος του.

Το γεγονός, βέβαια, ότι ο «καρκίνος» σαν ασθένεια, οδηγεί συχνά στον θάνατο και έχει ακόμα σκοτεινό χαρακτήρα για την επιστήμη, όχι μόνο συντελεί στο να συντηρείται το «κοινωνικό στίγμα», αλλά πολλαπλασιάζει τα κοινωνικά προβλήματα,

μέσα στον σύγχρονο τρόπο ζωής, εφόσον δεν γίνεται καμιά οργανωμένη προσπάθεια που να στοχεύει στο περιορισμό του στίγματος αυτού. Οι προσπάθειες για ενημέρωση και πρόληψη της νόσου σαφέστατα έχουν πετύχει τον στόχο της διαφώτισης του κοινού ως προς τα ύποπτα συμπτώματα. Δεν έχουν όμως επηρεάσει στο ελάχιστο, το πληροφοριακό αντίκτυπο που διατηρεί το στίγμα. Πριν 30 χρόνια με τη διαπίστωση ότι «ο καρκίνος» είναι κοινωνική μάστιγα, η οποία καθίσταται κάθε μέρα και περισσότερο απειλητική, διότι είναι ασθένεια πολυδάπανος και ζημιογόνος για την εθνική μας οικονομία, ξεκίνησε στην χώρα μας από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία μια «Σταυροφορία Κατά του Καρκίνου», με κυριότερο στόχο την διαφώτιση του λαού.

Η άγνοια τότε για τα «7 ύποπτα συμπτώματα» θα μπορούσε να χαρακτηριστεί.

Η επιτυχία δε της προσπάθειας για ενημέρωση του κοινού, μέσα σ' αυτά τα χρόνια, σίγουρα είναι πολύ σημαντική.

Ένας παρατηρητής όμως αυτής της τριακονταετίας, θα μπορούσε να πει, ότι ναι μεν σκότωνε τότε η άγνοια, τώρα όμως εξακολουθεί να σκοτώνει ο φόβος.

Η γνώση των συμπτωμάτων και μόνο, δεν επαρκεί, όπως φαίνεται, για να οδηγήσει κάποιον έγκαιρα στον γιατρό, για τον λόγο ότι, πάρα πολύ συχνά, λειτουργεί ανασταλτικά για το άτομο, το ποίο ακριβώς επειδή γνωρίζει και υποσιάζεται ότι το σύμπτωμα αυτό, μπορεί να σημαίνει «καρκίνος» μεταθέτει – κάτω από του κράτος του φόβου – που προκαλεί η αρρώστια αυτή, την επιβεβαίωση της «θανατικής καταδίκης».

Έτσι, τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, θα πρέπει να τις αξιολογήσει κανείς, όχι μόνο μέσα από το πρίσμα των προβλημάτων που δημιουργούν στα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση αυτή, αλλά και την δύναμη που έχουν, για να λειτουργούν σαν ανασταλτικό αίτιο στον τομέα της πρόληψης και την έγκαιρης διάγνωσης.

Κατά συνέπεια η αντιμετώπιση του «καρκίνου» δεν αποτελεί σήμερα, ένα πρόβλημα μόνο ιατρονοσηλευτικό, αλλά ένα πρόβλημα πολύπλευρο και σύνθετο.

Οι διαστάσεις του προβλήματος αυτού, αρχίζουν από τον ασθενή, περιλαμβάνουν το οικογενειακό του περιβάλλον και επεκτείνονται στο ευρύτερο κοινωνικό, άλλοτε σαν αίτιο και άλλοτε σαν αποτέλεσμα, δημιουργώντας τέτοιες αλληλεπιδράσεις, που δεν είναι δυνατόν να υποβαθμιστούν ή να απομονωθούν από το θεραπευτικό στόχο.

Στην καθημερινή πρακτική όμως, υπάρχει ακόμη μεγάλος ενδοιασμός στο να γίνει αποδεκτό, ότι τα Κοινωνικά – Συναισθηματικά και Οικονομικά προβλήματα που

συνοδεύουν τον καρκίνο είναι μέρος της αρρώστιας και πρέπει να αντιμετωπίζονται τόσο σοβαρά, όσο και η ίδια η νόσος.

Η λέξη σοβαρά βέβαια, δεν υπονοεί την έλλειψη σοβαρότητας, αλλά αναφέρεται στις προτεραιότητες και τις μεθόδους που μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την «ολιστική» αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού.

Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται ο «καρκίνος» σήμερα στην χώρα μας, θυμίζει περισσότερο παρά ποτέ, τον περίφημο «Καρτεσιανό Δυαλισμό», που χώριζε τον άνθρωπο σε δύο διαφορετικά στοιχεία, το σώμα και την ψυχή.

Έτσι, ενώ η αρρώστια βλέπουμε να αντιμετωπίζεται με όλη τη σύγχρονη επιστημονική γνώση, μέσα, και διεθνή πρωτόκολλα, ο άρρωστος, σαν άτομο και κοινωνική οντότητα, μένει ακόμη μόνος και αβοήθητος να βιώνει όχι μόνο το βάρος του «Κοινωνικού στίγματος», αλλά και όλες τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που συνοδεύουν την αρρώστια αυτή.

Το κοινωνικό στίγμα, προκαλεί τον οίκτο, για τα άτομα αυτά, συναίσθημα κατ'εξοχήν υπεύθυνο για την «Κοινωνική Απομόνωση», που παρατηρείται στα άτομα με καρκίνο.

Συνήθως όλοι, κάτω από το δικό τους φόβο, για την πάθηση αυτή, αντιμετωπίζουν τον ασθενή, όπως νοιώθουν, όπως μπορούν και όχι όπως πρέπει.

Κατά συνέπεια οι ασθενείς με καρκίνο, εκτίθενται στην ανεξέλεγκτη αντίδραση, των κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι όχι μόνο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών, αλλά σύμφωνα με σύγχρονες ενδείξεις ίσως και την διάρκεια αυτής.

Σύγχρονες έρευνες και μελέτες υποστηρίζουν ότι: «η κοινωνική ζωή» επηρεάζει την πορεία και την εξέλιξη της αρρώστιας σ' ένα ασθενή με καρκίνο.

Ενώ διάφορες μορφές «κοινωνικής υποστήριξης» ανεξάρτητα από της επίδραση στον χρόνο επιβίωσης, βελτιώνουν και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σήμερα, αποτελεί γεγονός αναμφισβήτητο, ότι ο καρκίνος, είναι μία ασθένεια που συνοδεύεται από δυσβάστακτες ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Οι κοινωνικοί παράμετροι της νόσου, όχι μόνον δεν αμφισβητούνται πλέον, αλλά αντίθετα επισημαίνεται διεθνώς, ότι όλα τα συστήματα υγείας, αντιμετωπίζουν ελλιπώς τις ανάγκες των καρκινοπαθών.

Έτσι, ενώ υπάρχουν καλά Προγράμματα, χαρακτηρίζονται από έλλειψη συντονισμού και αξιολόγησης και δεν επαρκούν για να καλύψουν παρά τις ανάγκες ολίγων ασθενών.

Έτσι τις Κοινωνικές διαστάσεις του Καρκίνου, όλοι τις ζούμε, όλους μας επηρεάζουν, αλλά δεν τις μελετάμε, δεν τις υπολογίζουμε.

Δεν ξέρουμε;

Δεν μπορούμε; ή

Δεν θέλουμε;

Γεγονός πάντων είναι, ότι συγκεκριμένη απάντηση για τις διαστάσεις του προβλήματος καθώς και για το Κοινωνικοοικονομικό κόστος των Ελλήνων καρκινοπαθών, δεν θα μπορούσε να δώσει κανείς ειδικός ή υπεύθυνος.

Θα μπορούσε όμως να δώσει πολύ συγκεκριμένα στοιχεία κάθε άτομο και οικογένεια που περιπλέκεται στην περιπέτεια αυτή και βιώνει όλο το μέγεθος της «επαράτου» μόνοι και αβοήθητοι.

Και όμως είναι λάθος να υποτιμάται η διαβρωτική επίδραση των καταστάσεων αυτών, διότι ο κάθε ασθενής και η κάθε οικογένεια, αποτελούν ταυτόχρονα τον Δέκτη αλλά και τον Πομπό των Κοινωνικών προβλημάτων μιας αρρώστιας που αποτελεί την 2^η αιτία θανάτου και εξακολουθεί να αποτελεί απειλή του Μέλλοντος.

(1)

33. Φάσεις του άρρωστου

33.1 Ψυχολογικές αντιδράσεις ασθενούς

(2) Τις τελευταίες δεκαετίες οι θεραπείες για τον καρκίνο έχουν γίνει πιο επιτυχείς με αποτέλεσμα την αύξηση των δεικτών επιβίωσης των ασθενών. Έτσι, η προσοχή της ιατρικής γενικότερα και της ογκολογίας ειδικότερα άρχισε να στρέφεται στην ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου και στις συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών, στα πλαίσια της ολιστικής προσέγγισης με την παράλληλη συμβολή των διαρκώς αναπτυσσόμενων ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά και ογκολογικά νοσοκομεία. (Lipowski 1991).

33.2 Στάδια προσαρμογής του αρρώστου

Τη δεκαετία του '60 μεγάλη δημοσιότητα και δημοτικότητα αποκτά η εργασία της Kubler – Ross πάνω στην ψυχολογία του θανάτου και στα στάδια συναισθηματικής προσαρμογής του ασθενούς κατά την πορεία της νόσου του. Η

συγγραφέας, επικεντρώνοντας την εργασία της σε συνεντεύξεις ασθενών κυρίως με καρκίνο τελικού σταδίου, περιέγραψε πέντε στάδια ψυχολογικής προσαρμογής κατά την πορεία της νόσου. (Kubler – Ross 1969)

Η άρνηση αποτελεί το πρώτο στάδιο ψυχολογικής απάντησης και προσαρμογής μετά την συνειδητοποίηση από τον ασθενή ότι πάσχει από καρκίνο είτε κατόπιν ενημέρωσης είτε συνειδητοποίησης από άλλες πηγές πληροφόρησης. Η άρνηση μπορεί να οριστεί ως η απόρριψη μιας απειλητικής πλευράς της πραγματικότητας και σε αντίθεση με την συμπίεση, λαμβάνει χώρα ασυνείδητα χωρίς την γνώση του ατόμου. Η άρνηση, κατά την συγγραφέα, «λειτουργώντας ως εξουδετερωτής της σύγκρουσης ύστερα από την απροσδόκητα συγκλονιστική είδηση, επιτρέπει στον ασθενή να προστατευθεί προσωρινά για να κινητοποιήσει αργότερα άλλους, λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας». Αν και αποτελεί το πρώτο στάδιο ψυχολογικής προσαρμογής, ο μηχανισμός αυτός χρησιμοποιείται από καιρό σε καιρό σε όλη τη διάρκεια της νόσου και σχεδόν από όλους τους ασθενείς. Είναι το στάδιο κατά το οποίο πολλοί ασθενείς γυρίζουν από γιατρό σε γιατρό στην προσπάθεια τους να καταρρίψουν τη διάγνωση και η διαδικασία αυτού του σταδίου μπορεί να συνοψιστεί στις λέξεις «όχι εγώ, δεν είναι δυνατόν».

Σε δεύτερο στάδιο η άρνηση δίνει τη θέση της, κατά τη συγγραφέα, σε συναισθήματα οργής. Η οργή του ασθενούς, που μπορεί να συνοψιστεί στις λέξεις «γιατί εγώ, είναι άδικο», προβάλλεται σε όλο το περιβάλλον του ασθενούς, οικογενειακό και νοσοκομειακό.

Το επόμενο τρίτο στάδιο είναι αυτό του παζαρέματος, της διαπραγμάτευσης, που στην ουσία είναι μία προσπάθεια αναβολής του τέλους. Ο ασθενής μπορεί να διαπραγματευθεί με τον Θεό για κάποια παράταση ζωής του ή μπορεί να αναλάβει υποχρέωση κάποιας δωρεάς σε περίπτωση που θα σταματούσε η δοκιμασία του.

Στο τέταρτο στάδιο επικρατεί η κατάθλιψη από τη συνειδητοποίηση των ήδη υφισταμένων απωλειών εξαιτίας της νόσου ή των συνεπειών της (απώλεια υγείας, εικόνας του σώματος, εργασίας, ρόλου στην οικογένεια), αλλά και από την συνειδητοποίηση των επαπειλούμενων απωλειών, όπως της ίδιας της ζωής.

Τέλος, όταν ο ασθενής περάσει από όλα τα στάδια συναισθηματικής προσαρμογής, ακολουθεί το στάδιο της αποδοχής του επερχόμενου θανάτου. Ο ασθενής δεν είναι ούτε θλιμμένος, ούτε οργισμένος, αλλά ούτε και χαρούμενος. Θέλει να μένει μόνος ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του έξω κόσμου. Η συγγραφέας χαρακτηρίζει την αποδοχή «σχεδόν άδεια από

συναισθήματα». Είναι σαν να έχει φύγει ο πόνος, ο αγώνας τελείωσε και τώρα έρχεται ο καιρός για την τελική ανάπαυση πριν από το μακρύ ταξίδι.

Σύμφωνα με την έννοια της ψυχολογικής κρίσης, το άτομο που έρχεται αντιμέτωπο με τη διάγνωση του καρκίνου είτε το έχει συνειδητοποιήσει από άλλες πηγές πληροφόρησης, είτε το υποψιάζεται με την ανακάλυψη ενός ογκιδίου ή μιας αιμορραγίας, βρίσκεται σε κατάσταση επικείμενης ψυχολογικής κρίσης, αφού η διάγνωση του καρκίνου εμπεριέχει μια έντονη απειλή για την ακεραιότητα του ατόμου και είναι μια καθοριστική αλλαγή της προηγούμενης κατάστασης ισορροπίας – υγείας.

Η φυσιολογική και αναμενόμενη αντίδραση του ασθενούς στην ψυχολογική κρίση της διάγνωσης του καρκίνου εκφράζεται με ανησυχία, συναισθήματα έκπληξης, δυσπιστίας ή άρνησης και, στη συνέχεια, συναισθήματα ενοχής ή ντροπής, αλλά και με φόβους όπως ο φόβος του επικείμενου θανάτου ή της αλλαγής της σωματικής εικόνας και με σύνοδα συμπτώματα άγχους ή θλίψης.

Οι συναισθηματικές αυτές αντιδράσεις διαρκούν από λίγες ημέρες μέχρι μία ως δύο εβδομάδες και, στην συνέχεια αναπτύσσονται οι μηχανισμοί άμυνας/ αντιμετώπισης, που οδηγούν στην θετική προσαρμογή στην νόσο και τις επιπτώσεις της. Λόγω αδυναμίας ανάπτυξης των αμυντικών μηχανισμών, όπως συμβαίνει σε ευάλωτες προσωπικότητες (Ιεροδιακόνου 1988), ή ύπαρξης προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού ή εξαιτίας της απουσίας υποστήριξης αναπτύσσεται κάποια ψυχιατρική διαταραχή με συνηθέστερη την κατάθλιψη είτε στα πλαίσια της μελαγχολίας είτε στα πλαίσια της αντιδραστικής κατάθλιψης. Εμφάνιση παρόμοιας αντίδρασης παρατηρείται σε υποτροπές, αναγγελία θεραπείας κλπ.

Όπως σε κάθε ψυχολογική κρίση, τρεις τουλάχιστον παράγοντες – κλειδιά είναι απαραίτητοι για την επιστροφή στην ισορροπία (Holmes 1987): η επίγνωση του γεγονότος (στην περίπτωση αυτή της φύσης της νόσου), η υποστήριξη και οι μηχανισμοί άμυνας. Η αντίληψη της φύσης της νόσου μέσω διευκρινιστικής υποστήριξης (ενημέρωσης) από τον θεράποντα είναι αναγκαία, ώστε να γίνει αντιληπτό το γεγονός της νόσου και να υπάρχει αναγνώριση της σχέσης μεταξύ του γεγονότος και της συναισθηματικής αντίδρασης.

Η υποστήριξη από τους ειδικούς υγείας, την οικογένεια, τους φίλους και από ομάδες υποστήριξης είναι ο δεύτερος σημαντικός παράγοντας για την προσαρμογή του ασθενούς, ενώ ο τρίτος σημαντικός παράγοντας είναι οι μηχανισμοί άμυνας. (2)

34. Ψυχιατρικές διαταραχές

Και ενώ οι μισοί από τους ασθενείς, μετά την αναμενόμενη ψυχολογική αντίδραση στην κρίση της διάγνωσης, αναπτύσσουν τους μηχανισμούς άμυνας και ξαναγυρίζουν σε προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας, οι υπόλοιποι μισοί παρουσιάζουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή στη συνέχεια της κρίσης είτε γιατί υπάρχει προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό είτε γιατί δεν μπορούν να αναπτύξουν τους μηχανισμούς άμυνας από έλλειψη υποστήριξης.

Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο σημαντική και πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή, αφού οι ασθενείς με καρκίνο έχουν αρκετούς λόγους (αντίκτυπος διάγνωσης, ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, απώλεια εργασίας, απώλεια ρόλου στην οικογένεια κλπ.) που θα μπορούσαν να αποτελέσουν αφορμές για την έκλυση μιας μελαγχολίας (μείζων κατάθλιψη) ή γενεσιουργά αίτια για την έκλυση μιας αντιδραστικής κατάθλιψης (διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτικό συναίσθημα). Επιπρόσθετα, η συχνότητα της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό είναι αρκετά σημαντική, ανερχόμενη σε ποσοστό 2-4% για τη μείζονα κατάθλιψη και 10-15% για τις ελαφριές καταθλίψεις. Έτσι είναι πολύ πιθανή η ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού συναισθηματικής διαταραχής που θέτει σε αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης το άτομο κατά την πορεία της νόσου.

Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περνά απαρατήρητη στο πολυάσχολο ογκολογικό τμήμα είτε γιατί αυτή καθεαυτή η κατάθλιψη κάνει τον ασθενή να μην αναζητά βοήθεια είτε γιατί οι θεράποντες την θεωρούν αναπόφευκτη.

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης είναι το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής ή κατάχρησης αλκοόλ, ο ανεπαρκώς ελεγχόμενος πόνος, το προχωρημένο στάδιο της νόσου όπως και ο καρκίνος του λάρυγγα.

Η ενδογενής κατάθλιψη, η μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, μπορεί να οφείλεται στους εξωγενείς στρεσογόνους παράγοντες της νόσου, αλλά μπορεί και όχι. Συνήθως χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη ένταση των συμπτωμάτων της αντιδραστικής κατάθλιψης και είναι πιο παρατεταμένη.

Πέντε ή περισσότερα από τα επόμενα συμπτώματα είναι απαραίτητα για την διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου: 1) καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, 2) αξιοσημείωτη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστηση σε σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες, 3) σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους (τουλάχιστο 5% σε ένα μήνα) μη οφειλόμενη σε διαιτητικούς παράγοντες ή άλλους λόγους, ή μείωση ή αύξηση της όρεξης καθημερινά, 4) αϋπνία ή υπερυπνία καθημερινά, 5) ψυχοκινητική ανησυχία ή αναστολή καθημερινά, 6) καταβολή δυνάμεων ή έλλειψη ενεργητικότητας καθημερινά, 7) αισθήματα αναξιοτήτας, ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής, 8) δυσκολία στη σκέψη και στη συγκέντρωση καθημερινά και 9) ιδέες αυτοκτονίας ή απόπειρες. Ενίοτε μπορεί να παρουσιαστούν και παραληρητικές ιδέες σύντονες ή όχι με το καταθλιπτικό συναίσθημα.

Τα σωματικά συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης όπως η διαταραχή του ύπνου, η απώλεια της όρεξης και του σωματικού βάρους, το αίσθημα της κόπωσης και οι πόνοι, δεν είναι τόσο χρήσιμα στη διάγνωση αφού μπορεί να οφείλονται σε αυτή καθαυτή τη νεοπλασματική διεργασία.

Όταν υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός ή ευχές θανάτου, απαιτείται προσεκτική αξιολόγηση για να καθοριστεί αν είναι σύμπτωμα της κατάθλιψης ή είναι ένας τρόπος του ασθενούς να εκφράσει την επιθυμία του να έχει τον «τελευταίο λόγο» σε κάποιο αφόρητο σύμπτωμα της νόσου. Αν και λίγοι ασθενείς με καρκίνο επιχειρούν αυτοκτονία ως καθαρή επιλογή, υπάρχει μία παραπλανητική μυθολογία που θέλει τις αυτοκτονίες των ασθενών με καρκίνο είτε σημαντικά αυξημένες είτε ανύπαρκτες (Breitbart 1990). (2)

35. Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο ανάλογα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας

(3) Κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο, έχει να παλέψει με δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων.

A) Με τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτή καθαυτή της αρρώστια και τις επιπτώσεις της θεραπείας, και

B) Με τα προβλήματα που δημιουργούνται από τον τρόπο που αντιμετωπίζονται τα άτομα αυτά, από το νοσοκομειακό, οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Τα προβλήματα της πρώτης κατηγορίας αναφέρονται κυρίως στην απειλή του θανάτου και την αλλαγή της εικόνας του σώματος, ενώ τα προβλήματα της 2ης κατηγορίας, αφορούν το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου και της αναπηρίας που προκαλείται συχνά από την θεραπεία της νόσου αυτής. Π.χ. λαρυγγεκτομή, πτώση μαλλιών μετά από χημειοθεραπεία, κ.α.

Οι επιρροές του κοινωνικού στίγματος, όπως είναι φυσικό, δεν αφορούν μόνο τον ασθενή, αλλά και το περιβάλλον, το οποίο πολλές φορές, μπορεί να βιώνει το στίγμα, εντονότερα και από τον ίδιο τον άρρωστο.

Μια χαρακτηριστική έκφραση του στίγματος αυτού, είναι η «υπερπροστασία» που παρατηρείται σαν στάση και συμπεριφορά της κοινωνίας, προς τον ασθενή με καρκίνο.

Η πρωταρχική εκτίμηση των αντιδράσεων που οφείλονται στα taboο του καρκίνου αποτελεί για μας βασική τεχνική για μια ιδιαίτερη συμβουλευτική και υποστηρικτική με τους καρκινοπαθείς. Σκοπός της τεχνικής αυτής, είναι να βοηθήσουμε τον άρρωστο και την οικογένεια του, να μάθουν να διακρίνουν την πραγματική διάσταση του προβλήματος τους, αποβάλλοντας τον «κοινωνικό φόβο και αγωνία» που οφείλονται στο στίγμα καρκίνος = θάνατος.

Με την τεχνική αυτή, στοχεύουμε στο να αποφευχθεί η συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση του αρρώστου, η οποία συχνά οδηγεί στην τέλεια απόρριξη αυτού.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που πρέπει να αξιολογούμε, σε όλες τις εντοπίσεις του καρκίνου, πριν προχωρήσουμε κατά περίπτωση στην εξειδικευμένη προσέγγιση, είναι:

- 1) Η κοινωνική ταυτότητα της νόσου
- 2) Η κοινωνική ταυτότητα της αναπηρίας ή ανικανότητας
- 3) Ο παράγων ηλικία
- 4) Το στάδιο και η πρόγνωση της εξέλιξης της νόσου
- 5) Η δομή και ο τρόπος λειτουργίας του νοσοκομείου
- 6) Ο ρόλος που έχει ο ασθενής μέσα στην οικογένεια
- 7) Ο ρόλος της κοινωνίας με την ύπαρξη ειδικών προγραμμάτων για την στήριξη

ασθενούς και οικογένειας.

Και τέλος η αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων σε σχέση με την προσωπικότητα του αρρώστου και την στάση του απέναντι στην αρρώστια.

Σταθμίζοντας τους παράγοντες αυτούς, προχωρούμε στην εξειδικευμένη και εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς.

Στην εξειδικευμένη προσέγγιση, καθοριστική σημασία έχει το αν η αλλαγή της εικόνας ή της λειτουργικότητας του σώματος είναι μόνιμος ή προσωρινή.

Άρα λοιπόν το 1^ο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ασθενής που θα χειρουργηθεί είναι η αλλαγή της σωματικής εικόνας του ή αλλιώς του Σωματικού εγώ του. Τι είναι όμως το Σωματικό εγώ;

Το σωματικό εγώ είναι τμήμα της αυτοεικόνας που έχει κάθε άνθρωπος για τον ίδιο και είναι συνδεδεμένο με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την αρρενωπότητα ή την θηλυκότητα του, την φυσική του αντοχή, την δύναμη και τις άλλες ιδιαίτερες σωματικές του ικανότητες.

Το σωματικό Εγώ ή αυτοεικόνα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από κοινωνικοψυχολογικούς παράγοντες, και αφορά όχι μόνο το πώς ο άνθρωπος φαίνεται στους άλλους ανθρώπους, άλλα ουσιαστικά το πώς εκείνος νομίζει ότι φαίνεται.

Οι ασθένειες και οι τραυματισμοί που επηρεάζουν την δομή του σώματος του διαφοροποιούν την σωματική εικόνα και επηρεάζουν την αυτοεικόνα που έχει διαμορφώσει το πάσχον άτομο για τον εαυτό του, τόσο που επηρεάζουν τον κοινωνικό όσο και τον επαγγελματικό του ρόλο. Οι αλλαγές στο σωματικό Εγώ δεν αφορούν μόνο εξωτερικά σωματικά χαρακτηριστικά αλλά και απώλειες σε κινητικές ή αισθητικές λειτουργίες.

Η συνήθης περιγραφή των ατόμων για τον εαυτό τους είναι είμαι μισός άνθρωπος ή είμαι σακατεμένος.

Όταν η σωματική δυσλειτουργία είναι ορατή, οι αντιδράσεις ποικίλουν και εκδηλώνονται με συμπεριφορές όπως ντροπή, θλίψη, θυμό, μνησικακία, και σε ακραίες περιπτώσεις παρατηρείται άρνηση να ξεπεράσουν το πρόβλημα.

Όταν οι αλλαγές στην σωματική εικόνα γίνονται προοδευτικά ακολουθώντας την φυσική πορεία της νόσου, η αργή αυτή διαδικασία αφήνει περιθώρια στο άτομο για προσαρμογή, και πιθανόν να είναι λιγότερο τραυματική από την ξαφνική σωματική αλλαγή που συμβαίνει εξ αιτίας ενός ατυχήματος. Έχει παρατηρηθεί ότι άνθρωποι πολλές φορές επεκτείνουν την σωματική αναπηρία ενός ατόμου και στις διανοητικές του ικανότητες. Ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας συνήθως δεν απευθύνουν τον λόγο στο άτομο που κάθεται στο αναπηρικό αμαξίδιο, αλλά στον συνοδό του.

Η αλλαγή στο σωματικό εγώ στο άτομο ενεργοποιεί μηχανισμούς άμυνας για να αρνηθεί ή να απωθήσει το γεγονός. Η άρνηση και η απώθηση λειτουργούν ανασταλτικά για την αποκατάσταση του, δεν έχει πλέον κίνητρα για να προσπαθήσει.(3)

36. Αλλαγή σωματικής εικόνας σε ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία

(4) Η υγεία εμφανίζεται σαν μία ολότητα και η αρρώστια σαν μια προειδοποίηση για την αλλαγή του τρόπου ζωής. Αυτή η προειδοποίηση για την αλλαγή του τρόπου ζωής συνοδεύεται και απαρτίζεται στην περίπτωση αρρώστων με λαρυγγεκτομή και μόνιμη τραχειοστομία από ορισμένα σημεία σωματικής διαφοροποίησης, που αφορούν βασικές λειτουργίες, όπως τρόπο αναπνοής, ομιλίας και εμφάνισης και οι οποίες συντελούν και ολοκληρώνουν τη διαφοροποίηση της σωματικής εικόνας ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία.

Ο λάρυγγας, το τόσο χαρισματούχο όργανο παραγωγής ή ήχου και εργαλείο καθορισμού κοινωνικότητας και συνδιαλλαγής του ατόμου, λαβωμένο ως επί το πλείστον από τον καρκίνο, βρίσκεται στα εν αχρηστία.

Αντί αυτού μία μόνιμη τραχειοστομία. Πίσω από την μόνιμη τραχειοστομία ένας ασθενής με καρκίνο, ένας Άνθρωπος Ασθενής.

Κατά πρώτο λόγο οι ψυχικές αντιδράσεις του ασθενούς ακολουθούν την κλιμάκωση και εξέλιξη των αντιδράσεων ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Κατά τον καθηγητή Στεφανή (1981), εξελίσσονται σε τρεις φάσεις:

- Η πρώτη φάση που χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία του ασθενούς με καρκίνο.
- Η δεύτερη, όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει την αρρώστια του και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα με θετικές και αρνητικές επιπτώσεις.
- Και η τρίτη φάση, όταν το άτομο έχει παγιωθεί στο όλο σύστημα της ψυχολογικής του άμυνας.

Οι τρεις αυτές φάσεις, εμφανίζονται στον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, εν όψει αλλαγής σωματικής εικόνας. Δεν είναι απαραίτητο να υπάρχουν χρονικά όρια. Βάζουν όμως την «πρώτη κακόγουστη πινελιά στην αρμονία της σωματικής και ψυχικής εικόνας του ασθενούς».

Τα πράγματα όμως αλλάζουν όταν ο ασθενής ξυπνήσει από το χειρουργείο δει το είδωλο του στον καθρέπτη. Ζει έντονες εφιαλτικές καταστάσεις ψυχικής και σωματικής διαφοροποίησης.

Να πως αφηγείται την κατάσταση του ένας άρρωστος με μόνιμη τραχειοστομία: «αμέσως μετά το χειρουργείο μου γεννήθηκε μία έντονη επιθυμία να γνωρίσω την πραγματική μου εικόνα, αισθανόμουν ότι πολιτογραφήθηκα σε μία χώρα που δεν ήθελα, έφευγα για ένα ταξίδι χωρίς γυρισμό με κατεύθυνση το άγνωστο της προσαρμογής μου, μου προμήθευσαν μια νέα ταυτότητα.

Όνομα και επώνυμο: Μόνιμη τραχειοστομία.

Γλώσσα: Οισοφάγειως.

Αποσκευές: Ένας σιδερένιος σωλήνας στο λαιμό μου, ένα πλαστικό σωλήνα στη μύτη μου, ένας καθρέπτης, ένα μπλοκ και μολύβι.

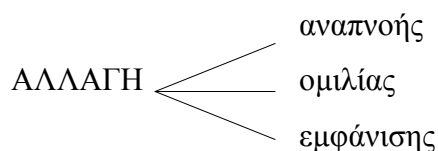
Ένας τουρίστας σε άγνωστη χώρα αξιοπρεπών.

Ένας εξωγήινος σε άγνωστο πλανήτη...

Κάθε μεταβολή στην κατασκευή και λειτουργία του σώματος δημιουργεί διαταραχή στην ακεραιότητα του όλου και τελικά δρα σαν «απειλή» στη νοητική εικόνα του σώματος.

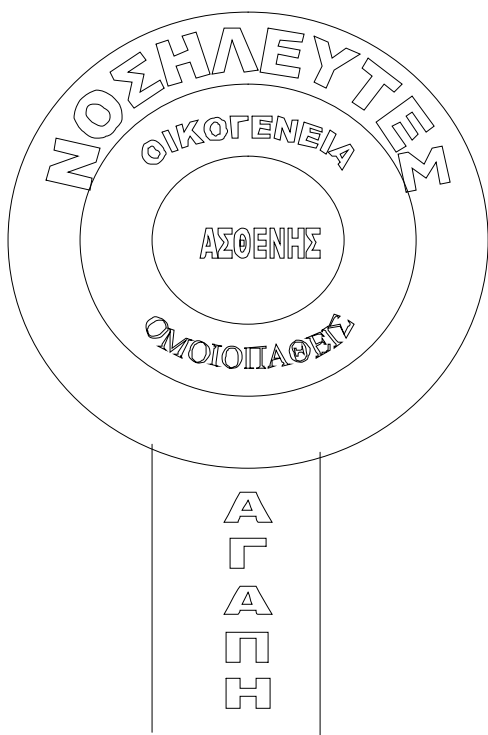
Ο ασθενής με λαρυγγεκτομή και μόνιμη τραχειοστομία νοιώθει απειλή και έχει το αίσθημα της «απώλειας», αισθάνεται δε ότι πρέπει να κάνει μια νέα αρχή στη ζωή του, προ της οποίας όμως φοβάται και διστάζει και σιγά σιγά πέφτει σε θλίψη και κατάθλιψη, η οποία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην αποδοχή της αλλαγμένης σωματικής του εικόνας.

Κύρια Σημεία Σωματικής Διαφοροποίησης Ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία



Απαραίτητη προϋπόθεση για την σωστή φροντίδα των στομίων είναι η λεπτομερής ενημέρωση του ασθενούς για τη διεργασία που θα ακολουθήσει και η παράκληση από μέρος μας για συνεργασία. (4)

37. Παράγοντες που συμβάλλουν στην αποδοχή αλλαγής σωματικής εικόνας στον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία



Ο καθηγητής Joseph Matzker στο ανάλογο σύγγραμμα του γράφει:

«επανεγκατάσταση του λαρυγγεκτομημένου στο σπίτι του πρέπει να γίνει με σωστό προγραμματισμό και καλή προετοιμασία. Πριν από την οριστική του επιστροφή πρέπει να επισκέπτεται διαδοχικά το σπιτικό του.

Πρώτα σαν επισκέπτης με μια απλή και σύντομη επίσκεψη, ύστερα με μία επίσκεψη ωρών – νύκτας – ημερών και τελικά οριστικά..»

Ένα μεγάλο μέρος του «άγχους» των συγγενών μειώνεται όταν συζητούν μαζί με τον νοσηλευτή για τις πρακτικές δυσκολίες που συναντούν από το δικό του stress.

Πολλές φορές από τέτοιου είδους συζητήσεις βγαίνει στην επιφάνεια το κεφάλαιο για την ευθύνη της αντιμετώπισης του λαρυγγεκτομημένου.

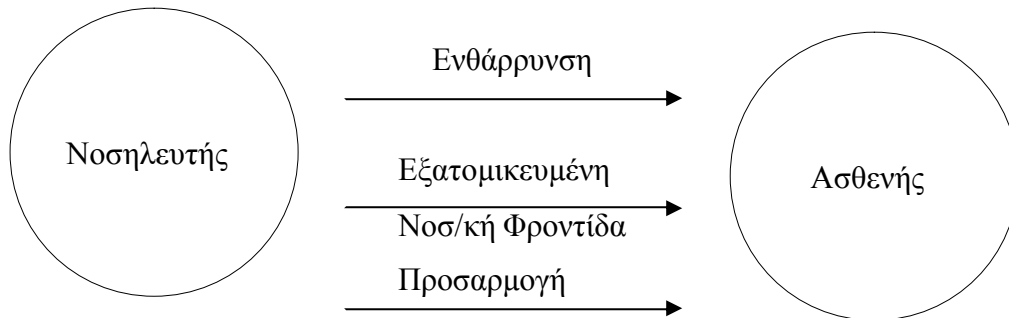
Πέραν όμως από της κινητοποίηση του υποστηρικτικού συγγενικού κύκλου που διαθέτει ο ασθενής με μόνιμη τραχειοστομία, ο νοσηλευτής προσανατολίζει τον ασθενή και σε ομάδες υποστήριξης ή σωματεία ομοιοπαθών ατόμων, π.χ. σύλλογος αλάρυγων ασθενών.

Οι σύλλογοι αυτοί συμβάλλουν σημαντικά στην εξύψωση του ηθικού του ασθενούς με τις ενημερωτικές συζητήσεις που κάνουν μεταξύ τους και

συνειδητοποιεί μέσα από του άλλους όμοιούς τους την χαμένη εικόνα τους αφ' ενός και αφετέρου ξελαμπικάρουν την καινούργια τους, με το επιγραμματικό:

«καταλαβαίνω πως αισθάνεσαι, βρέθηκα και εγώ στην θέση σου, το ξεπέρασα, κοίταξέ με, θα το ξεπεράσεις και εσύ»..

Στόχοι ψυχοκοινωνικού πλαισίου βοήθειας



Να τον βοηθήσει για την αναπροσαρμογή του με μεταφρασμένη ψυχολοπαρέμβαση σε

- Προώθηση αυτοφροντίδας
- Προαγωγή ανεξαρτησίας
- Ενίσχυση θέλησης
- Διατήρηση ελπίδας

Αποδοχή της τραυματικής εμπειρίας της «καινούργιας» εικόνας μόνιμης τραχειοστομίας.

Σ' αυτό το στάδιο ο νοσηλεύτης ενισχύει και βοηθά τον ασθενή να εξωτερικεύσει αρνητικά συναισθήματα, όπως π.χ.

«...Η συνεχής περιποίηση του τραχειοστομίου και του τραχειοσωλήνα, οι πολλαπλές εκκρίσεις των βλεννών, οι ενοχλητικοί θόρυβοι από τα συνεχή βηξίματα προκαλούν στους άλλους αηδία και με αποφεύγουν...»

Η συναίσθηση αυτή αυξάνει τον εκνευρισμό του και αμαυρώνει ακόμη περισσότερο την αλλαγμένη εικόνα του.

Ο νοσηλευτής σε αυτή τη φάση βοηθά τον ασθενή να δει και τις θετικές πλευρές της μόνιμης τραχειοστομίας, όπως: Περιορισμός της νόσου, παράταση χρόνου ζωής, βελτίωση ποιότητας ζωής, παρεμβαίνοντας δε στον κατάλληλο χρόνο συζητά, επιδεικνύει διάφορα μέσα που περιορίζουν την οξύτητα, όπως ειδικές ποδιτσες, σαλιάρες, κοσμήματα, κολάρα που καλύπτουν την τραχειοστομία και περιορίζουν τις εκκρίσεις.

Με τις γνώσεις του δε και την ικανότητα του να παρεμβαίνει στον κατάλληλο χρόνο για εξουδετέρωση των συναισθημάτων τέτοιου είδους προχωρεί σε «μετατροπή της πληροφόρησης σε πράξη» (Egger 1982) με την ενεργό συμμετοχή στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η απόλυτη έλλειψη «αυτοβοήθειας», το άγχος για πιθανή ελαττωματική λειτουργία ορισμένων μηχανημάτων, όπως π.χ. αναρροφητικής αντλίας σε περίπτωση διακοπής ρεύματος, θα πάθω ασφυξία εφόσον δεν θα μπορώ να κάνω αναρρόφηση, αυξάνει την μελαγχολία του ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία και το ποσοστό άγχους που συσσωρεύεται δεν τον αφήνει να αποδεχθεί την καινούργια σωματική του κατάσταση και τον οδηγεί σε ένα αρνητικό σημείο της «αυτοεγκατάλειψης».

Η μεγαλύτερη όμως εμπειρία που θέτει και την οριστική αποδοχή της «χαμένης εικόνας του» και ενισχύει το αρνητικό σημείο της αυτοεγκατάλειψης είναι η χαμένη φωνή του.

Το έργο του νοσηλευτή σ' αυτό το σημείο είναι να εξασφαλίσει στον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία την πεποίθηση ότι δεν είναι βωβός ή κωφάλαλος, μπορεί να μιλήσει και μάλιστα πολύ καλά με μια άλλη φωνή.

Μια φωνή που παράγεται με διαφορετικό τρόπο από ότι η φυσιολογική φωνή και όμως έχει θεαματικά αποτελέσματα.

Στο σημείο αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει στον λαρυγγεκτομημένο δυνατότητα έκφρασης από τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, έστω και με απλό γράψιμο με μπλοκ και μολύβι μέχρι και ειδικούς πίνακες και γραφομηχανές.

Ένας μεγάλος αριθμός λογοθεραπευτών επιμένουν ότι τα καλύτερα αποτελέσματα οισοφαγικής ομιλίας έχουμε όταν ο ασθενής προετοιμάζεται στην οισοφαγική ομιλία πριν από τη λαρυγγεκτομή από το νοσηλευτή και με το νοσηλευτή.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι η εξειδίκευση είναι ένα μεγάλο εφόδιο για τον νοσηλευτή. (4)

38. Νοσηλευτική βοήθεια για επαναφορά και αποδοχή αλλαγής σωματικής εικόνας ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία από την οικογένεια του.

Η αποδοχή της μόνιμης τραχειοστομίας από την οικογένεια του ασθενή αυξάνει κατά πολύ την «προσωπική του αποδοχή».

Οι στενοί συγγενείς είναι και αυτοί κατά τρόπο «ασθενείς», χρειάζονται υποστήριξη.

Οι νοσηλευτές με την οργάνωση και το συντονισμό ευκαιριών μέσω της συζήτησης τους πληροφορεί:

- για τις προσωπικές δυσκολίες του ασθενούς
- για τις αλλαγές του τρόπου ζωής του, τους ενισχύει δε με απλό και κατανοητό τρόπο
- για τις προσαρμογές του ασθενούς.

Διεθνώς θεωρείται πετυχημένη μια εγχείρηση ολικής λαρυγγεκτομής όπου ο λαρυγγεκτομημένος θα αποκτήσει την πλήρη και ολοκληρωμένη αποδοχή της σωματικής του εικόνας και θα ζήσει μ' αυτή δημιουργικά.

Αυτή όμως η αλλαγή σημαίνει «αρχίζω και ζω ξανά» (Burton 1985), και διαθέτω πολύ «ψυχική ενέργεια».

Προκειμένου ο νοσηλευτής να αρχίσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα μετεγχειρητικά για αποδοχή διαφοροποιημένης σωματικής εικόνας, από την τραχειοστομεία αρχίζει έχοντα υπόψη του τη «Σκάλα αναπροσαρμογής Holmes, R. Rohe 1967) με την κατάλληλη ψυχολογική βοήθεια ώστε ο ασθενής να ακολουθεί τις νοσηλευτικές οδηγίες του όλου προγράμματος θεραπείας

Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής βρίσκει «τρόπους πειθούς», ώστε ο άρρωστος να αρχίσει να φαντάζεται την καλύτερευση της κατάστασης του σαν κάτι το εκπληκτικά ελκυστικό. Π.χ. «πόσο σπουδαίο είναι για σας να μην αφήνετε εκκρίματα στον τραχειοσωλήνα, με το να κάνετε τις αναρροφήσεις σας, όπως το συζητήσαμε, με το να αλλάζεται την γάζα σας συχνά. Ελάτε να το προσπαθήσουμε μαζί, βοηθήστε μας και σιγά σιγά θα το πετυχαίνεται και μόνος σας».

Η κοινή επεξεργασία προγράμματος θεραπείας, η συνυπευθυνότητα νοσηλευτή – ασθενούς αυξάνει το ποσοστό «υπακοής» (Becker 1979).

Εδώ όμως πρέπει να σημειώσουμε ότι ο ασθενής προεγχειρητικά παρακολούθησε ειδικές προβολές πορείας ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία, ήλθε σε επαφή με

αρρώστους που έφθασαν στο σημείο αποδοχής, ξεπέρασαν τις δυσκολίες προσαρμογής.

Αυτή η ενασχόληση οδηγεί τον ασθενή σε μια «καινούργια ολοκληρωμένη αυτογνωσία» μέσα από την οποία αρχίζει και «ψηλαφά» την καινούργια του ζωή. Παράλληλα σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή σε ώρες «συζήτησης» που έχει μαζί του:

- A) να συνειδητοποιήσει τη θέση στην οποία βρίσκεται
- B) να μην θεωρεί ότι η αρρώστια ήταν ένα χτύπημα της μοίρας
- Γ) να έχει πεποίθηση στον εαυτό του
- Δ) να στοχεύει με πείσμα στην πλήρη αποκατάστασή του
- E) να μην αμφιβάλλει

Κάτι άλλο που βοηθά τον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία να συμβιβαστεί μ' αυτή, είναι και το να πιστέψει ο ίδιος ο νοσηλευτής, ότι δεν νοσηλεύει τον ασθενή με αντικειμενικό σκοπό να παραδεχθεί την αλλαγμένη του εικόνα, μετριάζοντας έτσι το δικό του άγχος αλλά: Νοσηλεύει – αξιολογεί και κατευθύνει ένα πρόσωπο με όλες τις σωματικές, διανοητικές, ψυχικές, κοινωνικές δεξιότητες που προϋπήρχαν και υπάρχουν.



Είναι γεγονός ότι η μόνιμη τραχειοστομία απαιτεί αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν:

A) έντονη επεξεργασία συναισθημάτων ανασφάλειας, αδυναμίας, φόβου, άγχους

B) εκμάθηση ορισμένων τεχνικών όπως αλλαγής τραχειοσωλήνα, καθαρισμού τραχειοσωλήνα, αλλαγής γάζας, αναρρόφηση, που απαιτούν διαδικασία φόρτισης

Γ) ανθρώπινη συμπαράσταση

Έχοντας υπόψη του όλες αυτές τις διαδικασίες και τις διεργασίες, ο νοσηλευτής μέσα από ένα ψυχοκοινωνικό πλαίσιο στοχεύει στο:

- Να ενθαρρύνει τον λαρυγγεκτομημένο να εκφραστεί και να καταλάβει ότι οι συναισθηματικές του αντιδράσεις είναι φυσιολογικές.

- Να βοηθήσει τον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα με την προσωπική και εξατομικευμένη Ν.Φ. (4)

39. Ο ρόλος του παράγοντα ηλικία στην αποδοχή της νέας σωματικής εικόνας του καρκινοπαθούς; - Οι ψυχολογικές αντιδράσεις που παρουσιάζουν οι καρκινοπαθείς ανάλογα με την ηλικία τους; (έφηβοι – ηλικιωμένοι)

(5) Στην εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών αυτών, ο παράγων ηλικία είναι πρωταρχικής σημασίας, δεδομένου ότι η παιδική και εφηβική ηλικία, απαιτούν και ειδικές γνώσεις προσέγγισης και χειρισμού π.χ. οι έφηβοι και τα νεαρά άτομα, που συνήθως προσβάλλονται από την εντόπιση αυτή, επιθυμούν πάντα να γνωρίσουν και να ερωτευθούν ωραία κορίτσια ή αγόρια που ταιριάζουν στην εικόνα του εξιδανικευμένου ιδώλου που έχουν σχηματίσει μέσα τους.

Η εμφάνιση όμως αυτής της αρρώστιας και της αναπηρίας πέραν των άλλων περιορισμών ή απογοητεύσεων, τους δημιουργεί ανησυχία που συχνά γίνεται αγωνία στην σκέψη ότι πρέπει να αποκλεισθούν ή να συμβιβασθούν με κάτι λιγότερο ιδεώδες.

Έτσι στα άτομα αυτά δημιουργούνται πολλά ερωτηματικά και επιφυλάξεις για τη στάση και το δικαίωμα απέναντι στην συναισθηματική σχέση, στο sex, στο γάμο, στην οικογένεια.

Καθώς δε η στάση της κοινωνίας μας, συνδέεται με πολιτιστικές αξίες που εξισώνουν τη σωματική ακεραιότητα, τη φυσική ελκυστικότητα και ομορφιά με το sex και το ρομαντισμό, ο στόχος της υποστήριξης μας, δεν πρέπει να περιορίζεται

στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της αρρώστιας μόνο, αλλά και στον αντίκτυπο που έχουν αυτές, σε τέτοια θέματα ζωτικής σημασίας για τον άρρωστο.

Η προσκόλληση της κοινωνίας στην εξωτερική εμφάνιση και τα πρότυπα που προβάλλονται σήμερα, κάνουν πιο έντονα τα προβλήματα των αρρώστων αυτών.

Έτσι ο ογκολογικός έφηβος ασθενής, δεν έχει να τα βγάλει πέρα μόνο με μία ακμή, σχέδιο ή χρώμα μαλλιών ή λίγο πάχος περισσότερο ή λιγότερο που είναι συνηθισμένα προβλήματα εμφανίσεως στην εφηβική ή νεαρά ηλικία, αλλά πρέπει να αποδεχθεί και να συμφιλιωθεί με ένα παραμορφωμένο ή ακρωτηριασμένο μέλος, μία περούκα, μία αναπηρική πολυθρόνα.

Στις περιπτώσεις των ογκολογικών ασθενών του «Γιατί εγώ» και το άγνωστο αίτιο μπορεί να πάρουν διαστάσεις τεράστιας σημασίας για την στάση του αρρώστου στην αποδοχή της θεραπείας, αλλά και της ποιότητας της ζωής του. Προεγχειρητική ή μετεγχειρητική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, περιορίζουν δραστηριότητες και σχέσεις και διαφοροποιούν την ζωή του αρρώστου και της οικογένειάς του, αναπτύσσοντας μία μακροχρόνια σχέση μεταξύ αρρώστου - νοσοκομείου.

Ο χρόνος και οι ασχολίες τους μοιράζονται μεταξύ νοσοκομείου – σπιτιού για πολύ μεγαλύτερο διάστημα από ότι σε άλλους ασθενείς.

Η μακροχρόνια σχέση και εξάρτηση πέρα των συναισθηματικών προβλημάτων συνοδεύεται συνήθως και από οικονομικά και άλλα προβλήματα πρακτικής φύσεως.

Στις περιπτώσεις αυτές η συμμετοχή του αρρώστου στην αντιμετώπιση της αρρώστιας του, αξιολογείται ελάχιστα ή αρνητικά από όλους, λόγω του νεαρού της ηλικίας. Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας ότι ακριβώς στην νεαρά ηλικία δύσκολα μπορεί να λειτουργήσει κανείς σαν παθητικός δέκτης εντολών, προσεγγίζει τον άρρωστο, αναγνωρίζοντας του όλα τα δικαιώματα μιας φυσιολογικής συμπεριφοράς.

Στη συνεργασία μας με την οικογένεια των ασθενών αυτών, οι ενοχές εμφανίζονται σε συχνότητα αλλά και ένταση και πρέπει να αποτελέσουν ιδιαίτερο κομμάτι της προσοχής.

Για παράδειγμα, η μείωση της ικανότητας τους να μάθουν μπορεί να οφείλεται σε φυσικούς περιορισμούς, όπως η απώλεια ακοής, η μείωση της προσοχής, η ελαττωμένη όραση, καθώς και σε μείωση των κινήτρων που προκαλείται από την αίσθηση ματαιότητας, όσον αφορά την πιθανότητα να θεραπευτούν ή από την κατάθλιψη που σχετίζεται με την αίσθηση ότι έζησαν μια ζωή χωρίς νόημα.

Οι ηλικιωμένοι καρκινοπαθείς, συχνά έρχονται αντιμέτωποι με τέσσερα τουλάχιστον κύρια προβλήματα, που τελικά επηρεάζουν την ικανότητα τους να

αντεπεξέλθουν και να συμμετάσχουν στην εκπαίδευση και στην θεραπεία τους. Το κάθε ζήτημα αναλύεται παρακάτω.

1. Αποξένωση: Αυτό το πρόβλημα εμπεριέχει φόβους εγκατάλειψης, μη αποδεξιμότητας και απομόνωσης, που κάποτε καταλήγουν σε βαθιά απελπισία. Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται μόνοι, ανίκανοι για αγάπη ή μίσος, και ότι δεν είναι σε θέση να δημιουργήσουν σχέσεις με τους άλλους. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να διογκωθούν από μία διακριτική απόρριψη εκ μέρους των άλλων, εξαιτίας του φόβου τους μήπως ο καρκίνος είναι μεταδοτικός, ή ως αποτέλεσμα της αντιφατικής συμπεριφοράς των ανθρώπων του στενού περιβάλλοντος τους. Κατά συνέπεια οι ασθενείς μπορεί να αποσυρθούν από την σχέση αλληλεπίδρασης με τους περιθάλποντες, και να συμμετέχουν λιγότερο ενεργητικά σε δραστηριότητες θεραπευτικής εκπαίδευσης τους.

2. Ακρωτηριασμός: Εδώ εντάσσονται οι φόβοι για τα αποτελέσματα χειρουργικών επεμβάσεων σε μέρη του σώματος που έχουν ιδιαίτερη σημασία για τον ασθενή. Το μάτι π.χ., το μέλος του σώματος ή ο λάρυγγας που χάθηκε, θεωρούνται από τον ασθενή ως μέρος μιας ευτυχισμένης ζωής. Η κατοχή αυτών των οργάνων ήταν γι' αυτόν συνώνυμη με την δραστηριότητα, με την αίσθηση της κοινωνικής ένταξης και την αξία, συναισθήματα που τώρα έχουν πληγεί ανεπανόρθωτα. Οι ασθενείς μπορεί να υποφέρουν από αϋπνία, δυσκολία στην συγκέντρωση της προσοχής και αδιαφορία για την ζωή, εκδηλώνοντας έτσι ένα μέρος της θλίψης τους για την απώλεια του οργάνου. Η αίσθηση ότι δεν είναι αρτιμελής μπορεί να τους προκαλέσει την μείωση των δραστηριοτήτων τους. Μπορεί να αποσυρθούν από κοινωνικές σχέσεις, φοβούμενοι μια απόρριψη λόγω της παραμόρφωσης τους.

3. Θάνατος: Το πρόβλημα αυτό συνίσταται στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιμετωπίζει τον θάνατο, στην συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι ο θάνατος είναι πιο κοντά από ότι πριν, και στις προοπτικές για την αντιμετώπιση του πόνου στο ενδιάμεσο.

4. Τρωτότητα: Αυτό το πρόβλημα στρέφεται γύρω από την αίσθηση που έχει ο ασθενής ότι ελέγχεται από εξωτερικούς παράγοντες, ότι δεν είναι σε θέση να εμποδίσει την ασθένεια ή την εξέλιξη της. Το ότι

αισθάνεται εξαρτημένος από άλλους μπορεί να αυξήσει αυτή την αίσθηση τρωτότητας.

Άρνηση, οργή, άγχος και φόβος, είναι κοινές αντιδράσεις όλων στην διάγνωση του καρκίνου, αλλά ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους καρκινοπαθείς, τα συναισθήματα αυτά μπορεί να πάρουν ακραία μορφή.

Ο καρκινοπαθής (ηλικιωμένος, μεσήλικας ή νέος) και η οικογένειά σχηματίζουν ένα σύστημα ανθρωπίνων αλληλεπιδράσεων, μέσα στο οποίο κάθε μέλος επηρεάζει τα υπόλοιπα. Συνεπώς η μελέτη του συστήματος είναι ιδιαίτερα σημαντική, προκειμένου να καθορισθεί η διαρκής ικανότητα όλων των μελών της οικογένειας να ζουν με τα προβλήματα που δημιουργεί ο καρκίνος.

Οι ασθενείς με καρκίνο, σχεδόν πάντα παρουσιάζουν μία τάση να αρνούνται την απογοήτευσή τους, με σκοπό να αποφύγουν να προκαλέσουν την προσοχή και τον οίκτο των άλλων, προσπαθώντας έτσι να ελαττώσουν τη φοβερή κοινωνική τους απομόνωση. Γι' αυτό και η προσέγγισή μας πρέπει να έχει σα στόχο να βοηθήσει τόσο τον ίδιο όσο και το περιβάλλον του να υιοθετήσουν ένα τρόπο ανοικτής επικοινωνίας, αποτρέποντας έτσι να υψωθεί μεταξύ τους, ένας τοίχος συναισθηματικής σιωπής η οποία οδηγεί τον άρρωστο σε στάση αυτολύπης και ηττοπάθειας.

Η στάση ανοικτής επικοινωνίας, επιτρέπει στον άρρωστο να εκφράσει φόβους και αγωνίες, να τις μοιραστεί με πρόσωπα που εμπιστεύεται και να εισπράξει κατανόηση και ενθάρρυνση, αντί οίκτου και σιωπής. Βοηθά τα μέλη της οικογένειας, να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες, ούτως ώστε βοηθούμενοι οι ίδιοι να μπορούν να παίζουν ένα υποστηρικτικό ρόλο για τον ασθενή, ζώντας παράλληλα τη δική τους ζωή χωρίς ενοχές και άγχος, χωρίς να μειώσουν σε τίποτε την παροχή φροντίδας ή προστασίας για τον άρρωστο.

Ο κάθε άνθρωπος είναι απρόθυμος να αρχίσει μία μάχη για την οποία νοιώθει πως σίγουρα θα τη χάσει. Και οι ογκολογικοί άρρωστοι άσχετα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας, έχουν την ανάγκη να πιστέψουν ότι μπορεί να κερδίσουν τις ατομικές, συναισθηματικές και σωματικές μάχες που ακολουθούν μία διάγνωση καρκίνου. Αυτοί πρέπει να είναι και ο στόχος της εξειδικευμένης μας προσέγγισης.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου, έχει καλλιεργήσει μία στενή θεώρηση, ότι ο καρκίνος βρίσκεται εντοπισμένος σ' ένα μέρος του σώματος. (5)

40. Αντίκτυπος θεραπεία

Χειρουργική

Η χειρουργική επέμβαση που μπορεί να είναι ρουτίνα για τους ειδικούς υγείας, αποτελεί μοναδική εμπειρία για τον ασθενή. Η αναμονή μιας χειρουργικής επέμβασης κινητοποιεί πολλούς φόβους, όπως ο φόβος του αγνώστου, του πιθανού κινδύνου θανάτου ή της απώλειας κάποιας λειτουργικότητας ή μελλοντικής ανικανότητας. Η χειρουργική επέμβαση είναι μία διαδικασία και αντιμετωπίζεται με φόβο όχι μόνο επειδή συνδέεται με φαντασιώσεις σχετικά με το γεγονός ότι ο ασθενής «θα ανοιχθεί», θα «συρρικνωθεί», αλλά και γιατί μπορεί να προκαλέσει μία μη αναστρέψιμη διαδικασία, που αποφασίζει μέσα σε ανά μικρό χρονικό διάστημα αν κάποιος θα έχει την ευκαιρία να επιστρέψει στην κανονική ζωή ή θα σηματοθετεί επιπλέον φθορά ή ίσως πρόωμο θάνατο. (5)

41. Ο άρρωστος μπαίνει επειγόντως στο χειρουργείο –

Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς και της οικογένειάς του, για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση

(6) Είναι ένας από τους χώρους, ίσως ο πιο σημαντικός, ή και πολλές φορές πιο σίγουρος για την ταυτοποίηση ενός κοινού αρρώστου σε καρκινοπαθή.

Είναι ένας χώρος μέσα στον οποίο σβήνονται ή αναζωπυρώνουν εξαρχής τελευταίες σπίθες ελπίδας που κρατούν κρυφές εκείνοι οι άρρωστοι για τους οποίους υπάρχει η υποψία του καρκίνου και όχι μόνο.

Σίγουρα το χειρουργείο και ειδικά του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου είναι ο χώρος με το μεγαλύτερο ψυχολογικό stress και για το προσωπικό και για τον ασθενή.

Η εργασία περιλαμβάνει τρία στάδια:

1. Προεγχειρητική νοσηλεία και προετοιμασία του αρρώστου.
2. Διεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς
3. Μετεγχειρητική νοσηλεία και αποκατάσταση του ατόμου.

Η νοσηλευτική φροντίδα μέσα και έξω από το χειρουργείο είναι μέρος της νοσηλευτικής. Έχει, εκτός από την επιστημονική και τεχνική και μια ψυχοκοινωνική διάσταση ενδιαφέρουσα και μοναδική, που την ολοκληρώνει μαζί με την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, την κάνει προσωπική απευθείας προς

το πρόσωπο του αρρώστου. Έτσι δίνει και κερδίζει τη μάχη ενάντια στην προσωποποίηση και την αντικειμενοποίηση του αρρώστου μέσα στο χειρουργείο.

Παράμετροι της ψυχοκοινωνικής χειρουργικής είναι:

- Ο σεβασμός της αξίας της ζωής και των δικαιωμάτων του αρρώστου.
- Η προσωπική γνωριμία και η εξατομικευμένη προσέγγιση του αρρώστου προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά
- Η αντιμετώπιση των νοσηλευτικών διλημάτων με γνώμονα τις ανώτερες ανθρωπιστικές ηθικές αρχές της νοσηλευτικής δεοντολογίας
- Η ελάττωση του ψυχικού stress του αρρώστου προεγχειρητικά και κυρίως μέσα στον χώρο του χειρουργείου, όπου αυξάνεται ακόμη περισσότερο και στη συνέχεια σε όλο το διάστημα της νοσηλείας του

Ο άρρωστος έρχεται στο χειρουργείο όχι σαν ένας λάρυγγας που χρειάζεται αφαίρεση, ούτε σαν μια μήτρα που θα χρειασθεί ολική υστερεκτομή, ούτε σαν ένα χαλασμένο μάτι που χρειάζεται εξόρρυψη.

Έρχεται σαν ένα άτομο με βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα, μοναδική και αδιαίρετη. Έρχεται με την προσωπικότητά του, τις γνώσεις, την πείρα, τις πεποιθήσεις, τους τρόπους συμπεριφοράς, τα ιδιαίτερα χαρίσματα αλλά και τα ελαττώματα του, τον ατομικό του χαρακτήρα δηλαδή, με λίγα λόγια.

Με την αρρώστια και την εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο, του στερείται ο κανονικός του ρυθμός ζωής και η εργασία του. Αποχωρίζεται από την οικογένεια του, από τους φίλους, τους συναδέλφους του, ματαιώνονται τα σχέδια του, γεμίζει με άγχος και φόβο για την υγεία του, με αποτέλεσμα να οδηγείται σε εξάρτηση από το περιβάλλον του.

Φοβάται την διάγνωση, φοβάται την αναισθησία και την εγχείρηση, φοβάται τον μετεγχειρητικό πόνο, φοβάται τέλος – το αποτέλεσμα της εγχείρησης – κυρίως ο καρκινοπαθής μήπως μείνει ανάπηρος, μήπως έχει ήδη μεταστάσεις και κάπου αλλού, φοβάται μήπως πεθάνει.

Άγχος δημιουργεί στον άρρωστο, επίσης, το άγνωστο και το παράξενο περιβάλλον του νοσοκομείου. Αισθάνεται χαμένος, μόνος, ανώνυμος, άγνωστος στο προσωπικό που θα τον φροντίζει στην αρρώστια του. Τρομάζει στην σκέψη: δεν

γνωρίζω κανέναν, θα είμαι μόνος στην εγχείρηση και δεν με γνωρίζει κανείς. Αυτά τον γεμίζουν άγχος και ανασφάλεια.

Η σωματική προετοιμασία του αρρώστου προεγχειρητικά προγραμματίζεται και διεκπεραιώνεται σχολαστικά, ζητούνται ευθύνες, αν κάτι παραληφθεί και υπογράφεται από υπεύθυνα πρόσωπα.

Η ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου και ιδιαίτερα του καρκινοπαθούς προγραμματίζεται υπεύθυνα; Περιγράφεται γραπτά; Ή τα πράγματα βαίνουν όπως μπορούν από την πλευρά των ασθενών;

Δυστυχώς, αρκετές φορές παραμελείται τελείως η προετοιμασία του ψυχολογικού εδάφους του αρρώστου. Δεν είναι λίγες φορές που στην επικοινωνία με τους αρρώστους, λίγο πριν μπουν στην χειρουργική αίθουσα, διαπιστώνεται ότι όχι μόνο δεν είναι ενημερωμένοι σχετικά με το τι πρόκειται να γίνει στο χειρουργείο, γιατί θα γίνει αυτή η επέμβαση, τι ακριβώς θα γίνει.

Πολλές φορές διαπιστώνεται ότι η ενημέρωσή τους έχει γίνει μέσα στο θάλαμο του τμήματος από τις συζητήσεις τους με τους άλλους αρρώστους, που μπορεί να έχουν, ή που οι ίδιοι νομίζουν, ότι έχουν το ίδιο πρόβλημα με αυτούς. Η έλλειψη υπεύθυνης ενημέρωσης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό είναι φανερή, γιατί υπάρχουν ένα σωρό ερωτήματα από τα πολύ απλά, όπως πόση ώρα θα διαρκέσει η επέμβαση, μέχρι αν θα συνέλθουν γρήγορα από την νάρκωση. Αυτή η ερώτηση κρύβει τον φόβο τους μήπως δεν ξυπνήσουν από την νάρκωση. Περίπου ποια ώρα θα έρθουν στο χειρουργείο, κάτι πολύ απλό και όμως κανείς δεν μπαίνει στον κόπο να τους απαντήσει, γι' αυτό και η αγωνία τους φθάνει έτσι στο κατακόρυφο. Ίσως όλα αυτά για μας να είναι ρουτίνα και ασήμαντα, αλλά για τους αρρώστους έχουν σημαντική σπουδαιότητα.

Πάνω σε αυτό το θέμα, κορυφαίοι επιστήμονες τονίζουν ότι η μετεγχειρητική πορεία εξαρτάται από την υποδομή του αρρώστου και κυρίως από το νευροψυχικό μέρος.

Εξ' άλλου, ολόκληρη επιστήμη έχει αναπτυχθεί γύρω από την ψυχική απήχηση των χειρουργικών νοσημάτων, που εξαρτάται από την προσωπικότητα του αρρώστου, τις περιστάσεις, την οικογένειά του, αλλά και τον ίδιο τον χειρουργό και από την νοσηλεύτρια που τον φροντίζουν.

Νοσηλευτικές επιστημονικές έρευνες απέδειξαν ότι η προεγχειρητική ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου, μαζί με την πληροφόρησή του για την εγχείρηση, για το περιβάλλον του χειρουργείου και τα αναμενόμενα αποτελέσματα, καθώς και η

μετεγχειρητική του φροντίδα, έχουν σημαντική επίδραση στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, στον καλύτερο ύπνο, στο υψηλό ηθικό, στην συνεργασία για την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών, και όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την συντόμευση της παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο. (6)

42. Η ψυχοκοινωνική διάσταση της νοσηλευτικής στο χειρουργείο

Η ψυχοκοινωνική διάσταση της νοσηλευτικής στο χειρουργείο απαιτεί την επίσκεψη και την γνωριμία του αρρώστου με την νοσηλεύτρια. Έτσι ο άρρωστος αισθάνεται, ότι γνωρίζει κάποιον και τον ίδιο, ότι τον γνωρίζει κάποιος.

Ακόμη, συνιστάται και η μετεγχειρητική επίσκεψη της νοσηλεύτριας, για να διαπιστώσει τις μετεγχειρητικές συνθήκες που δημιουργήθηκαν από την ευαισθησία του αρρώστου και την εγχείρηση, το επίπεδο προσαρμογής του και τις ανάγκες του για ειδική νοσηλευτική φροντίδα.

Η νοσηλευτική του σήμερα είναι ένα ανεξάρτητο, αυτόνομο και αυτορυθμιζόμενο επάγγελμα, με πρωταρχικό σκοπό του να βοηθήσει κάθε άρρωστο να επανακτήσει το μεγαλύτερο επίπεδο υγείας. (6)

43. Χημειοθεραπεία

(5) Η χημειοθεραπεία αντιμετωπίζεται από τους ασθενείς ως πιο απειλητική σε σχέση με την χειρουργική θεραπεία όχι μόνο λόγω των τοξικών της παρενεργειών, αλλά και λόγω προηγούμενων γνώσεων των ασθενών από εμπειρίες του περιβάλλοντος τους και από εποχές που η χημειοθεραπεία δινόταν μόνο για παρηγορητικούς σκοπούς.

Δεν είναι απορίας άξιο που η αναγγελία μιας χημειοθεραπείας μπορεί να προκαλέσει νέα ψυχολογική κρίση στον ασθενή που έχει μόλις προσαρμοστεί στην κρίση της διάγνωσης (Holland 1990).

Αν και έχουν σημαντικές παρενέργειες, ο βαθμός των παρενεργειών ποικίλει από άτομο σε άτομο, και εξαρτάται από τις δόσεις, τον αριθμό των κύκλων ή τον συνδυασμό τους με ακτινοθεραπεία (Coates 1986). Η πιο σημαντική παρενέργεια είναι η επίδραση στα φυσιολογικά κύτταρα, ιδίως τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα που γίνονται στόχοι της τοξικής επίδρασης των χημειοθεραπευτικών παραγόντων. Άλλες παρενέργειες περιλαμβάνουν την αλωπεκία, τη ναυτία, τον έμετο, την κούραση, την

ανορεξία, τις διάρροιες, την περιφερική νευροπάθεια, τη στοματίτιδα και πολύ αργότερα από τη συμπλήρωση της θεραπείας εξαρτημένη ναυτία και έμετο.

Η αντίληψη των σθενών για την επίδραση της χημειοθεραπείας, ιδίως της ανακουφιστικής, στην ποιότητα της ζωής τους, όπου η σχέση όφελος / επίδραση στην ποιότητα ζωής πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, αποτέλεσε αντικείμενο πολλών μελετών. Οι Coates και συν. (1983) χρησιμοποιώντας κάρτες με αναλογική κλίμακα που περιλάμβαναν μια σειρά 45 σωματικών συμπτωμάτων και μια σειρά 28 μη σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία κατά την γνώμη των ασθενών οφειλόταν στη χημειοθεραπεία, βρήκαν ότι τα τρία πρώτα συμπτώματα ήταν , όπως αναμενόταν, ναυτία, έμετος και αλωπεκία. Αλλά παρόλο που ο αριθμός των καρτών των μη σωματικών συμπτωμάτων ήταν πολύ μικρότερος, 37 από τους 99 ασθενείς περιέλαβαν τρία ή περισσότερα από τα μη σωματικά συμπτώματα (ερχομός στο νοσοκομείο, άγχος, θλίψη κ.λπ.) στα πέντε πρώτα συμπτώματα τους.

Μετά το τέλος των κύκλων της χημειοθεραπείας, ένα ποσοστό 25-75% των ασθενών (Morrow και Black 1991) αναπτύσσουν εξαρτημένη ναυτία και έμετο με την διεργασία της εξαρτημένης μάθησης, που παρ' όλο την πρόοδο στην αντιεμετική αγωγή, εξακολουθεί να παραμένει πρόβλημα επειδή δεν ανταποκρίνεται στις συνήθεις αντιεμετικές αγωγές. Συγκεκριμένα, ουδέτερα ερεθίσματα από το περιβάλλον της κλινικής (άσπρη μπλουζα, κουδούνι, μυρωδιά κλπ.) μπορεί να γίνουν εξαρτημένα ερεθίσματα και να προκαλούν προκαταβολική ναυτία και έμετο, πολύ αργότερα από την συμπλήρωση της θεραπείας.

Οι Nesse και συν. (1983), σε μια μελέτη 22 ασθενών που έκαναν χημειοθεραπεία ως περιπατητικοί, βρήκαν στους 8 από αυτούς παρουσία οσφρητικών ή γευστικών (οσμή κλινικής ή φαρμάκου) ψευδοψευδαισθήσεων. Οι ασθενείς παρουσίαζαν ναυτία μετά την θεραπεία, η δε κατάστασή αυτή εμφανιζόταν προοδευτικά μετά τους έξι μήνες χημειοθεραπείας. Για την εξήγηση αυτού του φαινομένου οι συγγραφείς έδωσαν διάφορες ερμηνείες όπως τις αντίδρασης σε στρεσογόνο κατάσταση, της τραυματικής νεύρωσης ή της μάθησης, όπως π.χ. ο πόνος που νιώθουν μερικά άτομα με τον ήχο του οδοντιατρικού τροχού.

Σε μία πρόσφατη μελέτη, οι Redd και συν. (1993) βρήκαν ότι 8 από τους 10 ασθενείς με κλινικό ιστορικό προκαταβολικής ναυτίας (εξαρτημένης) σε ερεθίσματα της κλινικής βίωσαν ναυτία όταν φαντάστηκαν χημειοθεραπεία και δεν ένιωσαν ναυτία όταν φαντάστηκαν μη χημειοθεραπευτική ιατρική διαδικασία. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η νοητική αναπαράσταση της χημειοθεραπείας προκαλεί ναυτία και

προτείνουν την ιδέα ότι γνωστικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ένα πιο σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας απ' ότι αναγνωριζόταν παλαιότερα.(5)

44. Ακτινοθεραπεία

Χωρίς να είναι εξακριβωμένος ο μηχανισμός της βιολογικής επίδρασης της ακτινοθεραπείας στους ιστούς, είναι κοινά αποδεκτό ότι σημαντικό μέρος της δράσης της οφείλεται στην αλλοίωση του DNA των καρκινικών κυττάρων

Διακρινόμενη σε ριζική (θεραπευτική) και ανακουφιστική, η ακτινοθεραπεία συνήθως διαιρείται σε καθημερινές δόσεις για να θιγούν οι φυσιολογικού ιστοί, ο δε αριθμός των δόσεων ποικίλει από μία μέχρι τριάντα και η όλη διάρκεια της θεραπείας από ημέρες μέχρι βδομάδες.

Η ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζεται από τους ασθενείς με περισσότερη καχυποψία και σκεπτικισμό απ' ότι οι άλλες θεραπείες και ένας σημαντικός βαθμός άγχους, θλίψης, οργής, ενοχής και φόβων ακολουθούν την αναγγελία της. Οι ασθενείς φοβούνται ότι ο όγκος έχει επεκταθεί χωρίς να το γνωρίζουν, φοβούνται επώδυνα εγκαύματα ως αναμενόμενες παρενέργειες, όπως επίσης φοβούνται την ανάπτυξη μιας νέας νεοπλασίας ή ότι αυτά τα τεράστια, ψυχρά μηχανήματα θα τους πλακώσουν ή θα εκπέμψουν υπερβολική ακτινοβολία. Οι παρενέργειες εξαρτώνται από το σημείο που ακτινοβολείται, αλλά οι γενικές παρενέργειες ναυτίας, κούρασης, αδυναμίας, κακουχίας, ενοχής, κατάθλιψης, που περιγράφονται με τον γενικό όρο «νόσος της ακτινοβολίας» ποικίλουν από άτομο σε άτομο και δεν είναι δυνατό να προβλεφθούν. Αν και εξαρτώνται από την έκταση της ακτινοβολούμενης επιφάνειας και το μέρος του σώματος που ακτινοβολείται, σημαντικό αιτιολογικό ρόλο παίζει η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών αφού εμφανίζονται το πρωί της ημέρας που προσέρχονται για θεραπεία.

Ήδη από το 1961, μια μελέτη των Parsons και Webster (1961) έδειξε ότι ακόμα και μεταξύ ασθενών που έλαβαν πλαστή (εικονική) ακτινοθεραπεία, το 75% ανέπτυξαν ναυτία και κούραση στην αναμονή της επόμενης θεραπείας.

Συνήθεις αντιδράσεις στην ακτινοθεραπεία είναι το άγχος, η κατάθλιψη, ο θυμός και η ενοχή, ενώ προς το τέλος της θεραπείας οι ασθενείς νιώθουν περισσότερο καταθλιπτικοί και εκφράζουν περισσότερο θυμό και λιγότερη ελπίδα εξαιτίας των παρενεργειών κούρασης, ανορεξίας και γενικής κακουχίας. (5)

45. Αποκάλυψη ή απόκρυψη της διάγνωσης του καρκίνου;

(7) «Ο καρκινοπαθής και η αλήθεια» είναι ένα μέρος του μεγαλύτερου προβλήματος της αλήθειας στην Ιατρική. Θα πρέπει από την αρχή να τονιστεί πως δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος στις διάφορες χώρες. Κι ακόμα ότι δεν θα πρέπει να θεωρείται οριστικοποιημένη η στάση που σήμερα τηρείται.

Σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στις ΗΠΑ έχει τα τελευταία χρόνια επικρατήσει η άποψη της ανακοίνωσης στον άρρωστο όλης της αλήθειας σχετικά με την νόσο του και λεπτομερειών σχετικά με την πρόγνωση.

Στην Ελλάδα όπου συνήθως ως τώρα η αλήθεια δεν ομολογείται και ο άρρωστος δεν ενημερώνεται επίσημα, πολλοί ξέρουν τελικά την αλήθεια μαθαίνοντας την έμμεσα: είτε από τα μισόλογα και τις κουβέντες του διαδρόμου, είτε από το υπέρμετρο ενδιαφέρον και τον υπερπροστατευτισμό που δείχνουν συγγενείς και φίλοι είτε από τον χώρο στον οποίο νοσηλεύονται, είτε από το είδος της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται κ.λ.π.

Φυσικό είναι, μετά από αυτά, να μας δημιουργείται το ερώτημα μήπως ήρθε ο καιρός να μεταβληθεί η στάση μας απέναντι στο θέμα αυτό. Ο σχετικός προβληματισμός εκφράζεται ήδη σε συζητήσεις γιατρών που γίνονται με την ευκαιρία ανακοίνωσης συναφών προβλημάτων:

Άποψη 1^η: ο άρρωστος δεν πρέπει να ενημερώνεται για τον καρκίνο του, αλλά αντίθετα πρέπει να καθησυχάζεται.

Άποψη 2^η: ο άρρωστος πρέπει να ενημερώνεται με ακρίβεια και λεπτομέρειες για την πάθηση, τη θεραπεία του και την πρόγνωση της αρρώστιάς του.

Άποψη 3^η: όλοι πρέπει να μαθαίνουν ένα μέρος τουλάχιστον της αλήθειας, όσο μπορούν να σηκώσουν, όσο χρειάζεται για τη συνεργασία και συμμόρφωση τους στους θεραπευτικούς χειρισμούς. Ορισμένοι όμως από τους αρρώστους πρέπει να ενημερώνονται περισσότερο ή πλήρως, ανάλογα με την προσωπικότητα και την ψυχική τους δύναμη.

Πρέπει από την αρχή να διευκρινισθεί πως όλες οι στάσεις και απόψεις σχετικά με την ενημέρωση ή όχι του αρρώστου ξεκινούν από την πρόθεση προστασίας και παροχής βοήθειας προς τον άρρωστο. Με το δεδομένο αυτό θα πρέπει να δούμε την επιχειρηματολογία που αναπτύσσεται από κάθε πλευρά.

Άποψη 1^η: ο καρκινοπαθής δεν πρέπει να ενημερώνεται για την αρρώστια του.

Ακόμα ως σήμερα όταν ο κόσμος μιλά για τον καρκίνο χρησιμοποιεί τις λέξεις «ξορκισμένος» ή «καταραμένος» ή μεταχειρίζεται φράσεις και περιφραστικά σχήματα προκειμένου να αποφύγει ακόμα και την αναφορά της επίμαχης λέξης. Ο τύπος και τα μέσα «μαζικής ενημέρωσης» χρησιμοποιούν την πιο επίσημη έκφραση «επάρατος νόσος», ακόμα ως σήμερα. Πρέπει βέβαια να τονιστεί πως αυτό ελάχιστα συμβάλλει στην εξοικείωση του κόσμου με τη θέση αυτή. Γιατί, φυσικά, καμία αρρώστια δεν είναι... ευλογημένη, και υπάρχουν πολλές ακόμη αρρώστιες εξίσου επάρατες με τον καρκίνο.

Από την άλλη πλευρά ο κόσμος δεν είναι ενήμερος για τις μεταβολές που έχουν συντελεστεί στην θεραπευτική του καρκίνου, κι εξακολουθεί να τον θεωρεί συνώνυμο με τον θάνατο. Έτσι η αναγγελία της διάγνωσης κινητοποιεί φόβο θανάτου, που παραλύει, αποδιοργανώνει τους ψυχολογικούς μηχανισμούς και συνεπάγεται αρνητικές επιπτώσεις στην ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ατόμου.

Η απόκρυψη της διάγνωσης έχει ακριβώς σαν σκοπό της, την αποτροπή των πιο πάνω αντιδράσεων.

Άλλοι για την απόκρυψη της διάγνωσης επικαλούνται και εθνικούς, κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες για εκείνους τους ασθενείς που μερικοί χαρακτηρίζουν με τη συνοπτική ονομασία «Μεσογειακούς» και άλλοι «Νότιους».

Τα προβλήματα που δημιουργούνται από την απόκρυψη της αλήθειας, εκτός από ηθικά και νομικά είναι και ιατρικά.

Τα κυριότερα από αυτά είναι: 1) η έλλειψη συνεργασιμότητας (compliance) και η μη εφαρμογή των θεραπευτικών οδηγιών, πολύ περισσότερο που κάθε θεραπεία συνεπάγεται προβλήματα, όπως μεταβολές στην εικόνα του σώματος, τοξική δράση φαρμάκων κ.λ.π. 2) κλονισμός στην σχέση γιατρού – αρρώστου από τη συνεχή διάψευση του γιατρού. Αυτό δημιουργεί αμφίδρομη ένταση, έχει επίπτωση στον ψυχισμό του αρρώστου, συνεπάγεται επιδείνωση της συνεργασιμότητας κ.ο.κ. 3) εκκρεμότητες στην ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του αρρώστου, με εργασιακές, οικονομικές, κληρονομικές και άλλες συνέπειες.

Άποψη 2^η: ο καρκινοπαθής πρέπει να ενημερώνεται για την πάθηση τους, τη θεραπεία του και την πρόγνωση της αρρώστιας του.

Επιχειρήματα υπέρ της άποψης αυτής υπάρχουν βέβαια θρησκευτικά, ηθικά, νομικά, εμείς θα ασχοληθούμε μόνο με τα ιατρικά.

Μεγαλύτερη συνεργασιμότητα εξασφαλίζεται με ασθενείς ενήμερους. Είναι γνωστό πόσο μεγάλη σημασία έχει π.χ. να γίνει στις τακτές ημερομηνίες η χημειοθεραπεία, για την οποία κανένας δεν έχει την διάθεση να είναι συνεπής αν δεν ξέρει τους λόγους. Το ίδιο ισχύει για την ακτινοθεραπεία ή και για μεγάλες ακρωτηριαστικές επεμβάσεις. Ακόμα ο άρρωστος είναι σε θέση να αποφασίζει μόνος του για τα προβλήματα και τις υποθέσεις του.

Με την ενημέρωση διαφυλάσσεται η καλή σχέση του γιατρού με τον άρρωστο, μια και η υπάρχουσα επικοινωνία είναι ευθεία, χωρίς μισόλογα, εκκρεμείς απαντήσεις, μεσάζοντες, χωρίς συχνές ή συνεχείς διαψεύσεις του γιατρού σε περιπτώσεις εξέλιξης της νόσου.

Το πιο σημαντικό όμως στοιχείο υπέρ της άποψης αυτής είναι ότι ο γιατρός γνωστοποιώντας στον άρρωστο της αλήθεια για τη νόσο, αναλαμβάνει και το βαρύ φορτίο της ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών σ' αυτόν. Αναλαμβάνει δηλαδή όχι μόνο την «παραδοσιακή» θεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά και την ψυχολογική υποστήριξη και την κοινωνική κάλυψη των προβλημάτων. Και αυτό είναι πραγματικά η μεγαλύτερη υπηρεσία.

Επιχειρήματα όμως μπορούν να διατυπωθούν και κατά της άποψης που υποστηρίζει την ενημέρωση των αρρώστων.

Ο γιατρός έχει ταχθεί να υπηρετεί τον άρρωστο και όχι την αλήθεια. Οτιδήποτε βοηθά τον άρρωστο είναι επιτρεπτό για τον γιατρό. Από την άλλη μεριά ο καρκίνος έχει γίνει στην γενική αντίληψη συνώνυμος με το θάνατο και με τον πόνο, και η ιδέα του πόνου και του θανάτου σίγουρα δεν βοηθά τον άρρωστο, αντίθετα μπορεί να δράσει αρνητικά στο σύνολο των βιολογικών του μηχανισμών.

Πολλοί τονίζουν ότι ένα τέτοιο δυσάρεστο γεγονός δεν μπορεί να το αντέξει ο άρρωστος ο οποίος ενδέχεται κάτω από την πίεση αυτή να οδηγηθεί στην αυτοκτονία.

Στο επιχείρημα αυτό αντιτάσσεται πόσο σπάνιες είναι οι αυτοκτονίες μεταξύ των καρκινοπαθών λόγω της ανάπτυξης ειδικών αμυντικών ψυχολογικών μηχανισμών.

Επιχειρήματα κατά της αποκάλυψης της αλήθειας παρέχουν και μεμονωμένες μαρτυρίες ατόμων που δεν άντεξαν το βάρος της γνώσης.

Άποψη 3^η: πλήρης ενημέρωση επιλεγμένων αρρώστων. Μερική ενημέρωση όλων των αρρώστων.

Είναι φανερό πως η άποψη αυτή προσπαθεί να συμβιβάσει τις άλλες δύο θέσεις. Υπάρχει μικρό ποσοστό αρρώστων που έχει και την επιθυμία και την ψυχική δύναμη να αντέξει την αλήθεια της διάγνωσης. Αυτό το μικρό επιλεγμένο ποσοστό μπορεί

και πρέπει να ενημερώνεται. Μια σημαντική δύναμη που απορρέει από την επιθυμία για ζωή βοηθά τα άτομα αυτά στον σκληρό τους αγώνα, και τα βοηθά βιολογικά και κοινωνικά. Η αναγνώριση και επιλογή αυτών των ατόμων προϋποθέτει την πολύ κοντινή σχέση τους με τον γιατρό, ο οποίος εκτός από όλες τις βιολογικές παραμέτρους της νόσου, πρέπει να γνωρίζει και τα βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους και όλες τις πληροφορίες για τις κοινωνικές διαστάσεις των προβλημάτων των αρρώστων του.

Αλλά και οι άρρωστοι που δεν ενημερώνονται με ακρίβεια για την πάθηση τους πρέπει να γνωρίζουν ότι υπάρχει μια σοβαρή διαταραχή στην υγεία τους που οπωσδήποτε απαιτεί χρόνο για την αποθεραπεία. Πρέπει ακόμη να ξέρουν ότι κατά την διάρκεια της θεραπείας θα υπάρχουν σοβαρά προβλήματα και ότι θα απαιτηθεί η πλήρης συνεργασία τους ώστε να υπάρξει τελικά ένα καλό αποτέλεσμα. Κρίνουμε πως δημιουργεί μια ατμόσφαιρα παραλόγου το να καθησυχάζει απολύτως ο γιατρός τον άρρωστο του, να του δηλώνει κατηγορηματικά ότι δεν είναι τίποτα, όταν έχει λ.χ. έχει προηγηθεί μια λαρυγγεκτομή και πρόκειται να ακολουθήσει ακτινοθεραπεία.

Ιδιαίτερα πρέπει να ενημερώνονται οι άρρωστοι για τις σοβαρές παρενέργειες ειδικών θεραπειών (για οποιοδήποτε λόγο και αν τους ανακοινωθεί, τελικά, ότι γίνονται αυτές). Με τον τρόπο αυτό δεν κλονίζεται η εμπιστοσύνη του αρρώστου προς τον γιατρό, δεν δημιουργείται πρόσθετη ανησυχία, δεν υπάρχουν οδυνηρές εκπλήξεις και τελικά οι παρενέργειες φαίνονται πιο ήπιες από ότι περιγράφονται.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα είναι ποιος θα ενημερώσει τον άρρωστο για το πρόβλημα του. Φοβάμαι πολύ ότι η ενημέρωση των αρρώστων για τον καρκίνο θυμίζει την ενημέρωση των νέων για την σεξουαλική ζωή. Ενώ κανένα από τα αρμόδια πρόσωπα (γονείς, παιδαγωγοί, δάσκαλοι κ.λ.π.) δεν μιλά στα παιδιά για το σεξ, αυτά με τον έναν ή τον άλλο τρόπο τα μαθαίνουν όλα... Έτσι και με τον καρκίνο. Ενώ τα αρμόδια πρόσωπα δεν μιλούν στους αρρώστους για την πάθηση τους, εκείνοι κάποια στιγμή, από άλλες πλάγιες και ανεπίσημες πηγές τα μαθαίνουν όλα και οπωσδήποτε όχι με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Η ενημέρωση των καρκινοπαθών θα πρέπει, αν και όταν γίνεται, να γίνεται από τον γιατρό, κατά προτίμηση τον θεράποντα του αρρώστου. Φυσικά για να μπορέσει ο γιατρός να το κάνει και να το κάνει σωστά, θα πρέπει και να ενημερωθεί και να εκπαιδευτεί σε αυτό. Και φυσικά θα πρέπει να ξεπεράσει και να αποδεχθεί ορισμένα πράγματα ο ίδιος. Ο ψυχολόγος και σε ορισμένες περιπτώσεις ο ψυχίατρος, μπορούν

να συμπαρασταθούν στον άρρωστο που πρόσφατα ενημερώθηκε για την πάθηση του, ώσπου να κινητοποιηθούν οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ.

Ακόμη χρήσιμη είναι και η συνεργασία των πιο πάνω ειδικών με το γιατρό. Η βοήθεια τους στην καθοδήγηση του ογκολόγου είναι χρήσιμη όχι μόνο για τον ίδιο μα και για τους αρρώστους του.

Χρήσιμο είναι να θυμίσουμε σε τι ψυχική κατάσταση βρίσκεται ξαφνικά ο άρρωστος που πληροφορείται ότι πάσχει από καρκίνο. Σύμφωνα με δημοσιεύματα η ψυχική αντίδραση εξαρτάται από την προσωπική του ιστορία και τα βιώματά του, την προσωπικότητά του και την ειδική ικανότητά του να αναπτύσσει αμυντικούς μηχανισμούς. Η απώλεια ενός μέρους του σώματος, τα συνεπακόλουθα λειτουργικά προβλήματα, η ανικανότητα, η κοινωνική απομόνωση, η αδυναμία ικανοποίησης των σεξουαλικών και επιθετικών αναγκών, προκαλούν μεγάλη φόρτιση στον άρρωστο. Υπάρχει επίσης μια μεγάλη διάθεση εξάρτησης από διάφορα πρόσωπα, κι ο γιατρός είναι ένα από τα πρόσωπα αυτά.

Σημαντική θέση στον προβληματισμό σχετικά με τον καρκινοπαθή και την αλήθεια κατέχει και η άποψη την οποία φαίνεται να έχει το κοινό. Τα στοιχεία που έχουμε αν και αρκετά πρόσφατα χάρις στην έρευνα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, έχουν το «μειονέκτημα» να προέρχονται από υγιείς, οι οποίοι, ψυχολογικά, λειτουργούν τελείως διαφορετικά από τους καρκινοπαθείς.

Συμπεράσματα

Από τα στοιχεία που έχουν εκτεθεί πιο πάνω γίνονται φανερά ορισμένα πράγματα που αξίζει να επισημανθούν και εδώ συνοπτικά.

1. Ωριμάζει ο καιρός, τόσο στην αντίληψη των γιατρών όσο και του κοινού, για μια αλλαγή της στάσης απέναντι στη διάγνωση του καρκίνου. Σ' αυτό έχουν συντελέσει η σταδιακή άνοδος του επιπέδου, η ενημέρωση για την πρόληψη ή την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και η επίδραση κοινωνικών μεταβολών.
2. Γενικεύσεις του τύπου να λέγεται όλη η αλήθεια σε όλους, ή να αποκρύπτεται πάντα και από όλους είναι επικίνδυνες.
3. Καλύτερη στάση είναι η εξατομίκευση. Θα λέγεται η αλήθεια με τον τρόπο που θα είναι πιο κατάλληλος για τον συγκεκριμένο άρρωστο, και ως το σημείο που αυτός μπορεί να αντέξει. Στόχος είναι να υπάρχει

άμεση επικοινωνία και συνεργασιμότητα γιατρού – ασθενούς, κι ακόμα η παροχή ελπίδας και η εμφύτευση αγωνιστικής διάθεσης στον άρρωστο για την καλύτερη θεραπευτική του αντιμετώπιση.

4. Ποσοστό αρρώστων είναι φυσικό ότι δεν θα ενημερώνεται. Άτομα με ανώριμες προσωπικότητες, χωρίς υποστηρικτικά κοινωνικά συστήματα, με χαμηλό μορφωτικό και νοητικό επίπεδο είναι πιθανόν ότι δεν θα μπορέσουν να αντέξουν το βάρος της διάγνωσης.

5. Στις περιπτώσεις που ανακοινώνεται η διάγνωση σκόπιμο είναι να αποφεύγονται οι βραχυπρόθεσμες προγνώσεις, ενώ αντίθετα πρέπει να τονίζονται οι υπάρχουσες δυνατότητες για ανακούφιση από την νόσο.

6. Για να είναι ο γιατρός ικανός για το νέο αυτό ρόλο θα πρέπει να υποβληθεί σε σχετική εκπαίδευση, όπως γίνεται ήδη αλλού. Ακόμα θα πρέπει να υπάρχει σε κάθε αντικαρκινικό νοσοκομείο ψυχίατρος και ομάδα ψυχολόγων, σε αμφίδρομη επικοινωνία με τον άρρωστο, το γιατρό και την οικογένεια του αρρώστου.

7. Η οικογένεια, με τον δεσμό που υπάρχει μεταξύ των μελών της, μπορεί κατάλληλα καθοδηγούμενη να αποτελέσει ένα σημαντικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο.

8. Η ανακοίνωση της διάγνωσης στον άρρωστο τότε μόνο έχει αξία αν αποτελεί την αφετηρία για την αντιμετώπιση και των ψυχολογικών του αναγκών και των κοινωνικών του προβλημάτων. Η μη ανακοίνωση της διάγνωσης αφήνει τον γιατρό να ασχολείται με τα σωματικά – βιολογικά προβλήματα του αρρώστου, τον αναγκάζει όμως να εθελοτυφλεί μπροστά στα ολοφάνερα και αναμφισβήτητα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του αρρώστου.

9. Οποιαδήποτε μεταβολή γίνει στη σήμερα τηρούμενη στάση θα πρέπει να γίνει σταδιακά λαμβάνοντας υπόψη τη γνώμη του κοινωνικού σώματος.

Κατά την διάρκεια όλης αυτής της δύσκολης φάσης που διανύει ο άρρωστος, σημαντική είναι η συμβολή της νοσηλεύτριας στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης για την δημιουργία καλύτερων προϋποθέσεων προσαρμογής του αρρώστου στις συνθήκες της πάθησης του, καθώς και την επαναδραστηριοποίηση του, επαναφορά δηλαδή σε μια πιο φυσιολογική ζωή.

Η εργασία μας στρέφεται κυρίως στις εξής κατευθύνσεις.

A) να βοηθήσουμε τον άρρωστο να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις ανησυχίες του. Με τη μορφή που έχουν τα νοσοκομεία μας – μεγάλα και απρόσωπα – είναι επιτακτική η ανάγκη του αρρώστου να μπορεί να βρει ένα άτομο που θα τον ακούσει και στο οποίο θα εκφράσει τα συναισθήματα του.

Σ' αυτόν τον τομέα και η βοήθεια της οικογένειας δεν είναι σημαντική και δεν δίνει στον άρρωστο τη δυνατότητα να εκφραστεί στην προσπάθεια της να τον προστατέψει, καθησυχάζοντας τον και προσπαθώντας να τον πείσει ότι δεν είναι κάτι σοβαρό.

B) να βοηθήσει τον άρρωστο να διακρίνει το πραγματικό από τα υποψιαζόμενο ή το κατά φαντασία – γύρω από την φύση της αρρώστιας, τη διάγνωση, το θεραπευτικό πρόγραμμα. Θα μπορούσε να ενημερωθεί ο άρρωστος για τις τυχόν αλλαγές που θα προκύψουν στο σώμα του, για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί και τι επιπτώσεις θα έχει αυτό στον οργανισμό και στην εξωτερική του εμφάνιση (π.χ. έμμετοι, χάσιμο των μαλλιών από την χημειοθεραπεία κλπ). Εάν ο ασθενής ξέρει τι έχει, θα αντιμετωπίσει, θα δεχθεί καλύτερα την όλη κατάσταση, χωρίς οδυνηρές υπερβολές.

Γ) να τον υποστηρίξουμε και να του δώσουμε κουράγιο, χωρίς όμως να τον παραπλανήσουμε. Θα βοηθήσουμε τον άρρωστο να δεχθεί την αρρώστια του, να ξανακερδίσει το ενδιαφέρον για την ζωή και να μπορέσει να υπομείνει έτσι όλες τις δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει.

Δ) να βοηθήσουμε την οικογένεια του να δεχθεί την αρρώστια ξεπερνώντας τους αρχικούς φόβους και τις τυχόν ενοχές, να κατανοήσουν τον άρρωστο και να σταθούν κοντά του. Επίσης να κάνουν τη δική τους εκφόρτιση και να συζητήσουν για τις δικές τους ανησυχίες.

E) ενημερώνουμε τους αρρώστους σχετικά με τις κρατικές παροχές που δικαιούνται και γίνονται ενέργειες για την επιδότηση των παιδιών τους και των εξόδων μετακίνησής των. (7)

46. Φάσεις της οικογένειας

(4) Η ύπαρξη μιας σοβαρής ασθένειας αναπόφευκτα θέτει σε δοκιμασία τους συναισθηματικούς, οργανωτικούς, οικονομικούς και προσαρμοστικούς πόρους μιας οικογένειας. Εκτενής βιβλιογραφία αναφέρεται στην εφαρμογή ατομικής και

οικογενειακής θεραπείας επικεντρωμένης στις επίσημες επιδράσεις της ασθένειας σε κάθε μέλος της οικογένειας, αλλά και στο σύνολο της οικογενειακής δομής. Έχουν δημοσιευθεί πολλά συγγράμματα αναφορικά με προβλήματα, όπως η οικογενειακή απομόνωση, η υπερβολική σύνδεση του αρρώστου παιδιού με το γονιό που το φροντίζει και τα συναισθηματικά προβλήματα στα αδέρφια. Αντίθετα υπάρχουν λιγότερες αναφορές στα προσαρμοστικά στύλ, τα στοιχεία των υπηρεσιών υγείας ή άλλους πόρους, που βοηθούν την οικογένεια να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά μια σοβαρή και χρόνια ασθένεια. Ωστόσο πολλές από τις οικογένειες, που βιώνουν την ανάπτυξη μιας σοβαρής ασθένειας σε κάποιο από τα μέλη τους, καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ασθένειας και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του άρρωστου μέλους και των υπολοίπων μελών της οικογένειας, ανεξάρτητα από τα συνεχιζόμενα προβλήματα πόνου, ανασφάλειας, οικογενειακής αναδιοργάνωσης, και πιθανών των απειλητικών για την υγεία αλλαγών που συμβαίνουν με το πέρασμα του χρόνου.

Κάθε αρρώστια επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και κάθε οικογένεια. Οι αντιδράσεις εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, βασικότεροι από τους οποίους είναι: (α) παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την ασθένεια (π.χ. τη φύση, τη σοβαρότητα, το είδος της θεραπείας), (β) παράγοντες που συνδέονται με την χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου, και (γ) ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικό-οικονομικό, εκπαιδευτικό, πολιτιστικό επίπεδο κ.λ.π.). Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους επηρεάζουν το υποκειμενικό βίωμα της ασθένειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Ο Rolland (1984) αναφέρει ως κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας, που επιδρούν στον αντίκτυπο που αυτή θα έχει στην οικογένεια, το είδος της εμφάνισης (ξαφνική ή σταδιακή), την πορεία της ασθένειας (προοδευτική, σταθερή ή με υποτροπές), το αποτέλεσμα (θανατηφόρο ή όχι) και τον βαθμό της αποδυνάμωσης που επιφέρει η ασθένεια. Σύμφωνα με τον Rolland (1984), καθεμία από αυτές τις διαστάσεις πολλοί πιθανοί συνδυασμοί αυτών δημιουργούν διαφορετικά επίπεδα έντασης και διαφορετικά πρότυπα αναγκών στον ασθενή και την οικογένεια. Η αναγνώριση των χαρακτηριστικών αυτών της ασθένειας μας βοηθά στην κατανόησή της ψυχοκοινωνικής επίδρασης που αυτή θα έχει στην οικογένεια και στην εκτίμηση του επιπέδου προσαρμογής, επίλυσης προβλημάτων, επαναπροσδιορισμού των ρόλων και συνοχής που καλεί η ασθένεια. Ο Herz (1980) προτείνει ότι μεγαλύτερος αντίκτυπος προκαλείται σε μια οικογένεια από την

ασθένεια του μέλους εκείνου που έχει αναλάβει την δεδομένη στιγμή εμφάνισης της αρρώστιας τις περισσότερες οικογενειακές ευθύνες.

Για παράδειγμα η σοβαρή ασθένεια, όπως ο καρκίνος και η είσοδος στο νοσοκομείο ενός συζύγου, μπορεί να επιφέρουν σχετικές αλλαγές με τις οποίες η σύζυγος πρέπει να εξοικειωθεί. Μπορεί να αισθάνεται απειλούμενη χάνοντας την ασφάλεια της από τον σύζυγο της, οφείλει να αναλάβει περισσότερες δραστηριότητες και να προσαρμόσει το δικό της σχέδιο στις αυξημένες απαιτήσεις. Ξαφνικά μπορεί να εμπλακεί σε θέματα οικονομικά και επαγγελματικά, τα οποία νωρίτερα απέφευγε. Μπορεί να υπάρξουν αλλαγές στην οικογενειακή ατμόσφαιρα στις οποίες θα αντιδράσουν και τα παιδιά, προσθέτοντας της αυξημένη ευθύνη μεταδίδοντας την αίσθηση ότι προσωρινά είναι ένας μοναχικός γονιός.

Η ασθένεια του συγκεκριμένου μέλους που φέρει τις περισσότερες οικογενειακές ευθύνες, μπορεί να έχει σοβαρότατες συναισθηματικές, οικονομικές και δομικές συνέπειες στην ενότητα της οικογένειας. Παρ' όλα αυτά, η σοβαρή ασθένεια (π.χ. καρκίνος ενός παιδιού) έχει δυνητικά τις πιο έντονες συναισθηματικές επιδράσεις στην ενότητα της οικογένειας (Herz,1980). Η ασθένεια ενός παιδιού σε μια οικογένεια απαιτεί από την οικογένεια να οργανωθεί κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι διαθέσιμοι και να ανταποκρίνεται σε ένα ευέλικτο και απρόβλεπτο πρόγραμμα και να παρέχει απεριόριστες ποσότητες υποστήριξης και επιβεβαίωσης με στόχο την μείωση του άγχους και του συναισθηματικού πόνου των μελών της.

Η οικογένεια πρέπει να αναπτύξει δημιουργικά μέσα με στόχο την σύνδεση του αρρώστου παιδιού με την κοινότητα και τους θεσμούς της. Παρόλο που οι τρεις διαστάσεις της αρρώστιας που σημείωσε ο Rolland (1984) αναφέρονται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, υπάρχουν και άλλες σημαντικές διαστάσεις σχετικές με την επίδραση της ασθένειας των παιδιών στις οικογένειές τους. Διαστάσεις όπως ο πόνος, οι παραμορφώσεις που μπορεί να συνεπάγεται η νόσος και η θεραπευτική ασάφεια, σχετίζονται με το συναισθηματικό αντίκτυπο της ασθένειας ενός παιδιού στο οικογενειακό του σύστημα. Ασθένειες που περιλαμβάνουν τις συγκεκριμένες διαστάσεις έχουν δυνητικά διπλάσιες πιθανότητες να φέρουν δυσκολίες στις οικογένειες, καθώς ενισχύουν ένα μεγαλύτερο από το σύνηθες βαθμό εξάρτησης του παιδιού από τους γονείς, και ταυτόχρονα παρέχουν ακόμη πιο πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη συναισθημάτων γονεϊκής αποτυχίας. Το σίγουρο είναι, όπως αναφέρει η Kubler – Ross (1981), ότι οι ανάγκες της οικογένειας αλλάζουν με την εμφάνιση

της ασθένειας και υπάρχουν σε διάφορες μορφές για πολύ καιρό ακόμη και μετά τον θάνατο του μέλους που νοσούσε. (4)

47. Φάσεις στην εξέλιξη της αρρώστιας και προσαρμογή

Κάθε αρρώστια διακρίνεται από διάφορες φάσεις. Κάθε στιγμή χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα «έργα» (tasks), που απαιτούν διευθέτηση, ώστε το άρρωστο μέλος και η οικογένεια του να προσαρμοστούν στις συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπεία της. Τα «έργα» αυτά, οι «προκλήσεις» δεν είναι για όλους τους ασθενείς, ενώ καθένας επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα τις αντιμετωπίσει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Συνήθως, στην προδιαγνωστική φάση το άτομο αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα, που αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής. Καλείται τότε να αναγνωρίσει την πιθανότητα ότι η υγεία του έχει διαταραχθεί, να αντιμετωπίσει το άγχος και την αβεβαιότητα που του προκαλεί το γεγονός αυτό και να αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια που θα συμβάλει στην ακριβή διάγνωση του προβλήματος της υγείας του. Οι στρατηγικές που ενεργοποιεί το άτομο, θα επηρεάσουν τόσο την οργανική του κατάσταση, όσο και την προσαρμογή του στην ενδεχόμενη εκδήλωση της ασθένειας. Η οξεία φάση συνδέεται με την ανακοίνωση της διάγνωσης της χρόνιας αρρώστιας και την συνειδητοποίηση του προβλήματος υγείας. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στην εμφάνιση του αρρώστου και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένεια του.

Έρευνες έχουν δείξει ότι στο διάστημα των 4-6 πρώτων εβδομάδων μετά την ανακοίνωση, η οικογένεια ξαναβρίσκει μια νέα ισορροπία καθοριστικής σημασίας που προσδιορίζει την προσαρμογή στις νέες συνθήκες ζωής. Ορισμένες από τις προκλήσεις που καλείται ο ασθενής να αντιμετωπίσει, την κρίσιμη αυτή περίοδο της διάγνωσης, περιλαμβάνουν: την κατανόηση της αρρώστιας, την αναθεώρηση του τρόπου ζωής και την προώθηση συνηθειών και συμπεριφορών υγείας, την ενεργοποίηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την διάγνωση της αρρώστιας, την αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών, την αναγνώριση των επιθέσεων της αρρώστιας στην εικόνα εαυτού, στις σχέσεις με τους άλλους (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986).

Η χρόνια φάση αποτελεί την περίοδο που έπεται της διάγνωσης και κυμαίνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας που είναι η ίαση ή ο θάνατος. Οι εμπειρίες που ο ασθενής και η οικογένεια του βιώνουν κατά την χρόνια εξαρτώνται από την φύση της αρρώστιας, την πρόγνωση και την εξέλιξη της πορείας του πάσχοντος. Ο άρρωστος και η οικογένεια μαθαίνουν να «ζουν» με την ασθένεια, την εντάσσουν στην ζωή τους, αξιοποιούν τον χρόνο και τις σχέσεις (ή στιγμές) τους προσπαθώντας να βρουν νόημα στην ζωή τους.

Η μεγαλύτερη ίσως πρόκληση για τον άρρωστο είναι να μάθει να ζει με την ασθένειά του και τις ενδεχόμενες επιπλοκές που παρουσιάζει κατά την χρόνια φάση. Κατά την φάση ανάρρωσης και αποθεραπείας, ο ασθενής που βρίσκεται σε ύφεση επιστρέφει στο σπίτι του, η οικογένεια αρχίζει την διαδικασία προσαρμογής της σε ένα νέο ρυθμό ζωής. Τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει στην διάρκεια της χρόνιας θεραπείας είναι σύνθετα και πολλαπλά. Εντούτοις, δύο γεγονότα φέρνουν σε κρίση που απαιτεί νέα προσαρμογή.

Τα γεγονότα αυτά είναι η ενδεχόμενη υποτροπή της αρρώστιας και η πιθανότητα αποθεραπείας. Η πρώτη υποτροπή της αρρώστιας φέρνει την οικογένεια και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιμέτωπους με μια κρίση που είναι σαφώς εντονότερη από την αρχική κρίση της διάγνωσης. Ο ασθενής διαισθάνεται την διάχυτη ανησυχία και αναζητά στο περιβάλλον του ένα διάλογο που μοιάζει να είναι δυσκολότερος από κάθε προηγούμενη φορά. Ειδικότερα, όταν η υποτροπή εμφανίζεται στο στάδιο της αποθεραπείας, το σοκ είναι μεγάλο και η εμπειρία πολύ τραυματική.

Εξέχουσα όμως σημασία έχει η φάση της διάγνωσης και η αρχική στάση της οικογένειας απέναντι στην διάγνωση της σοβαρής ασθένειας, που καθορίζει και την μακροχρόνια προσαρμογή στην εμπειρία της αρρώστιας και στις καταστάσεις που απορρέουν από αυτήν. Η διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος δημιουργεί μεγάλη «κρίση» και δοκιμασία στην δομή της οικογένειας. Η οικογένεια τώρα καλείται να δεχτεί τη νέα πραγματικότητα και να προσαρμοστεί αποτελεσματικά. Οι αντιδράσεις της οικογένειας εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες (Τσιαντής & Μανωλόπουλος, 1987). Οι βασικότεροι από αυτούς είναι: (α) Η ηλικία έναρξης της αρρώστιας: Αν η αρρώστια αρχίσει, για παράδειγμα, με την γέννηση ενός παιδιού, οι γονείς θα υποστούν έντονο ψυχολογικό σοκ και τραυματισμό του ναρκισσισμού τους, καθώς δεν κατάφεραν να φέρουν στον κόσμο ένα φυσιολογικό και καθ' όλα τέλειο παιδί. Όπως αναφέρουν οι Carter & McGold (1980), τα μέλη της οικογένειας

αντιμετωπίζουν διαφορετικές απαιτήσεις και διαφορετικές εντάσεις στις διάφορες φάσεις του κύκλου ζωής της οικογένειας.

Μια σοβαρή ασθένεια σε οποιοδήποτε σημείο της οικογενειακής ζωής είναι δύσκολη, αλλά στην περίπτωση που μια χρόνια και σοβαρή ασθένεια συμπίπτει με μια ήδη στρεσογόνο περίοδο του κύκλου της οικογενειακής ζωής τότε είναι αναμενόμενος μεγαλύτερος αριθμός δυσκολιών. Για παράδειγμα, ένα πρόσφατα παντρεμένο ζευγάρι που αντιμετωπίζει ήδη δυσκολίες και προβλήματα στην αναδιανομή των καθηκόντων του και την έλλειψη χρόνου και προσωπικών στιγμών λόγω της ανάληψης ενός καινούργιου ρόλου, του γονεϊκού, κινδυνεύει περισσότερο από τις αυξημένες απαιτήσεις ενός μωρού που έχει διαγνωσθεί με καρκίνο.

Η εκτίμηση του ιστορικού αντιμετώπισης κρίσεων της οικογένειας με φυσιολογικές αναπτυξιακές περιόδους κρίσεων θα βοηθήσει τον ειδικό να αξιολογήσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης που έχει αναπτύξει η οικογένεια (β) η σοβαρότητα της αρρώστιας, η πρόγνωση και η δυνατότητα για θεραπευτική αντιμετώπιση: όσο σοβαρότερα είναι τα αποτελέσματα της ασθένειας και όσο σοβαρότερη είναι η πρόγνωση, το στρες για την οικογένεια θα είναι πιο μεγάλο, (γ) αν η ασθένεια είναι συγγενής ή επίκτητη: ειδικά για ασθένειες, όπως η μεσογειακή αναιμία για παράδειγμα, οι αντιδράσεις είναι πιο έντονες, λόγω των αισθημάτων ενοχής και τύψεων για την νόσο που μεταβίβασαν οι γονείς στο παιδί τους. (δ) η παρουσία ή η απουσία προηγούμενης ψυχολογικής διαταραχής στα μέλη της οικογένειας: τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα θα είναι μεγαλύτερα στις οικογένειες με προηγούμενες της ασθένειας διαταραγμένες σχέσεις. (ε) η παρουσία άλλων υγιών παιδιών στην οικογένεια: είναι συνήθως διευκολυντικά και τα συναισθήματα άγχους και ανεπάρκειας είναι λιγότερα για τους γονιούς που φέρνουν στον κόσμο ένα παιδί με χρόνια ασθένεια. (στ) το οικονομικό κόστος της οικογένειας: η περίπτωση της χρόνιας ασθένειας αναμφισβήτητα αποτελεί βάρος, ειδικότερα για τις οικογένειες με περιορισμένα εισοδήματα. (4)

48. Στάσεις απέναντι στην ασθένεια και τον θάνατο : Στάδια προσαρμογής

(2) Οι άνθρωποι όταν αντιμετωπίζουν τραγικά νέα και πρέπει να διαχειριστούν εξαιρετικά δύσκολες περιστάσεις, διέρχονται διάφορα στάδια. Αυτά τα μέσα διαρκούν για διάφορες χρονικές περιόδους και αντικαθιστούν το ένα το άλλο η κατά καιρούς συνυπάρχουν (Kubler – Ross, 1981).

Πρώτο στάδιο: άρνηση και απομόνωση. Μία από τις πιο κοινές ανθρώπινες αντιδράσεις στην επίγνωση μιας σοβαρής και ιδιαίτερα μιας θανατηφόρου ασθένειας, περιγράφεται με την δήλωση: «όχι, όχι εγώ, δεν μπορεί να είναι αλήθεια». Οι περισσότεροι σε αυτό το στάδιο αντιδρούν ζητώντας εξετάσεις και επανεξετάσεις και περαιτέρω αποτιμήσεις με την ελπίδα ότι η πρώτη διάγνωση ήταν λανθασμένη. Σύμφωνα με την Kubler – Ross (1981), έστω και μερική άρνηση χρησιμοποιείται από όλους τους άρρωστος, όχι μόνο κατά την διάρκεια των πρώτων σταδίων της αρρώστιας, αλλά και αργότερα από καιρό σε καιρό. Η άρνηση λειτουργεί σαν εξισοροποιητικό στοιχείο της σύγκρουσης ύστερα από απειλητικές ειδήσεις και επιτρέπει στον ασθενή να σκεφθεί και σταδιακά να κινητοποιήσει λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας. Αργότερα ο άρρωστος μπορεί να είναι σε θέση να μιλήσει με κάποιον για την ασθένεια του, ακόμη και για τον επικείμενο θάνατο του. Πρόκειται για μια συχνά προσωρινή άμυνα, που σύντομα αντικαθιστάται από μια μερική αποδοχή.

Η ανάγκη για άρνηση ενυπάρχει σε κάθε άρρωστο κατά καιρούς, στην πρώτη αρχή μιας σοβαρής ασθένειας περισσότερο παρά προς το τέλος της ζωής. Η ανάγκη αυτή έρχεται και φεύγει και ο ευαίσθητος ακροατής το αναγνωρίζει, επιτρέποντας στον ασθενή να καταφύγει στην άμυνα του. Είναι αργότερα που ο άρρωστος χρησιμοποιεί την απομόνωση περισσότερο παρά την άρνηση. Τότε μπορεί να μιλήσει για τον θάνατο και την αρρώστια του διατηρώντας πάντα την ελπίδα. Με βάση το πώς ειπώθηκε στον άρρωστο, το χρονικό διάστημα που του παραχωρήθηκε για να αναγνωρίσει βαθμιαία το γεγονός και να προετοιμαστεί για να αντιμετωπίσει κατάσταση έντασης, θα εγκαταλείψει σταδιακά την άρνηση και θα χρησιμοποιήσει λιγότερο πρωτογενείς μηχανισμούς άμυνας. Ο τρόπος προσέγγισης σε αυτό το στάδιο δεν αποσκοπεί τόσο στην δήλωση του επικείμενου θανάτου, αλλά στην ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή, την συνειδητοποίηση των δυνάμεων και των αδυναμιών του και τον προσδιορισμό των τρόπων επικοινωνίας, που θα μας δείξουν πόσο ο άρρωστος θέλει να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα την δεδομένη στιγμή.

Δεύτερο στάδιο: η οργή. Όταν δεν μπορεί πια να διατηρηθεί το στάδιο της άρνησης, αντικαθίσταται με αισθήματα οργής, θυμού, μανίας και πιθανώς φθόνου. Το επόμενο λογικό ερώτημα είναι: «γιατί εγώ;». Το στάδιο το οποίο είναι πολύ δύσκολο, σύμφωνα με την Kubler – Ross (1981), να το αντιμετωπίσει κανείς από την σκοπιά της οικογένειας και του προσωπικού.

Η οργή μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις και προβάλλεται από το περιβάλλον σχεδόν τυχαία. Ο άρρωστος σε αυτό το στάδιο αναφέρει παράπονα, προς την οικογένεια, τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο άρρωστος που θα τύχει σεβασμού και κατανόησης και που του δίνεται και προσοχή, θα μειώσει τις οργισμένες του απαιτήσεις, θα νιώσει ότι είναι ανθρώπινη ύπαρξη με αξία. Η αυξανόμενη οργή από την οικογένεια και το προσωπικό ενός νοσοκομείου τροφοδοτεί τον θυμό και την εχθρική συμπεριφορά των αρρώστων. Η ανακούφιση που προκαλεί η έκφραση της οργής από την πλευρά του αρρώστου, βοηθά σε μια καλύτερη αποδοχή των τελευταίων ίσως φόβων του. Αυτό γίνεται μόνο όταν έχουμε αντιμετωπίσει τους δικούς του φόβους γύρω από τον θάνατο και έχουμε συνειδητοποιήσει τους δικούς μας μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι επεμβαίνουν στην φροντίδα μας για τον άρρωστο, γεγονός ότι το άτομο που νοσεί, πρέπει να συμβιβαστεί με την ιδέα ότι αναγκάζεται να εγκαταλείψει τον έλεγχο που είχε μέχρι τότε στον εαυτό του και του γεννά επιπλέον θυμό και οργή.

Τρίτο στάδιο: το παζάρεμα. Πρόκειται για το στάδιο στο οποίο ο άρρωστος επιχειρεί να πετύχει ένα είδος συμφωνίας. Η επιθυμία του είναι η προέκταση της ζωής και η μείωση του πόνου και της στεναχώριας. Το παζάρεμα είναι μια προσπάθεια αναβολής, που περιέχει ένα αντίτιμο το οποίο προσφέρεται για την «καλή συμπεριφορά» και μια υπόσχεση, ότι δεν θα ζητηθεί κάτι περισσότερο όταν παραχωρηθεί στον άρρωστο αυτή η αναβολή.

Τέταρτο στάδιο: η κατάθλιψη. Η άρνηση και η μανία γρήγορα αντικαθιστάται από την αίσθηση μια μεγάλης απώλειας. Η απώλεια μπορεί να αφορά την γυναικεία ταυτότητα (αν πρόκειται π.χ. για μια γυναίκα με καρκίνο στη), την εργασία, τους οικονομικούς πόρους κ.α., που οδηγούν τον/ την άρρωστο στην θλίψη. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε την σημασία της θλίψης, που προετοιμάζει τον ασθενή για τον θάνατο του ή για την απώλεια της φυσικής του υγείας. Η συνήθης αντίδραση απέναντι στην θλίψη των άλλων, είναι η ενθάρρυνση της αντίληψης των πραγμάτων με έναν τρόπο περισσότερο θετικό. Αυτό συνδέεται συχνά με την αδυναμία μας να χειριστούμε και να αντέξουμε την λύπη των γύρω μας για παρατεταμένο διάστημα. Όταν όμως η θλίψη είναι ένα μέσο προπαρασκευής για την απώλεια όλων των αγαπημένων αντικειμένων και προσώπων, η παροχή ενθαρύνσεων δεν έχει νόημα. Χρειάζεται να επιτραπεί στον άρρωστο να εκφράσει την λύπη του χωρίς να νιώθει ενοχή, προκειμένου να φτάσει στην τελική αποδοχή. Σε αυτό το στάδιο υπάρχει λίγη

ανάγκη για λόγια. Πρόκειται για ένα αίσθημα που μπορεί να εκφραστεί αμοιβαία κυρίως μέσω εξωλεκτικών τρόπων επικοινωνίας.

Πέμπτο στάδιο: η αποδοχή. Η αποδοχή δεν πρέπει να εκλαμβάνεται σαν ένα χαρούμενο στάδιο. Πρόκειται για ένα στάδιο άδειο σχεδόν από συναισθήματα από τον άρρωστο. Είναι ο χρόνος κατά τον οποίο η οικογένεια χρειάζεται συνήθως περισσότερη ενίσχυση, βοήθεια και κατανόηση.

Τα μέλη της οικογένειας περνούν από διάφορα στάδια προσαρμογής, παρόμοια με εκείνα που περιγράψαμε για τους αρρώστους. Αρχικά αντιδρούν με σοκ και άρνηση («Αποκλείεται, κάποιος λάθος έχει γίνει...») αναζητώντας τον γιατρό που θα τους επιβεβαιώσει το λανθασμένο της διάγνωσης. Στην συνέχεια όπως ο άρρωστος περνά στο στάδιο της οργής, έτσι και η οικογένεια δοκιμάζει την ίδια συναισθηματική αντίδραση, τον θυμό («Γιατί να τύχει αυτό σε μας;»), τις ενοχές («Δεν ήμουν αρκετά καλός γονιός, ώστε να προστατέψω το παιδί μου...»), άγχος («Τι θα απογίνει το παιδί μας;»), απόγνωση («Δεν θα τα βγάλουμε πέρα...»), (Kubler – Ross, 1981, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Ύστερα από την έκπληξη, τον θυμό, την διαμαρτυρία και την θλίψη, έρχεται τελικά η αποδοχή της ασθένειας και η προσαρμογή στην καινούργια πραγματικότητα. Αυτή η περίοδο του πένθους είναι διαφορετική για κάθε οικογένεια αλλά διαφέρει και ενδοοικογενειακά, και διαρκεί συνήθως γύρω στους έξι μήνες έως και ένα χρόνο. Σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις, το πένθος που ακολουθεί την εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να είναι παρατεταμένο.

Κάποιες φορές η άρνηση της ασθένειας σαν άμυνα μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία του αρρώστου μέλους. Σε άλλες περιπτώσεις, όταν νοσεί κάποιο παιδί, ο θυμός και η προβολή ενοχών δημιουργούν κλίμα έντασης ανάμεσα στο γονεϊκό ζευγάρι, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην αποξένωση και τελικά στο διαζύγιο (Τσιαντής, 1994). Ειδικότερα, όταν η χρόνια ασθένεια απειλεί κάποιο παιδί της οικογένειας, τα στάδια αφορούν κυρίως το υποσύστημα των γονέων. Το αρχικό σοκ της άρνησης διαδέχεται ο θυμός, μια πολύ κοινή αντίδραση, που εκφράζει την βαθύτερη απελπισία κι ένα αίσθημα αδικίας. Η επιθετικότητα του γονιού σε αυτήν την φάση κατευθύνεται άλλοτε προς τον Θεό, άλλοτε προς το νοσηλευτικό προσωπικό κι άλλοτε προς τον ίδιο τον εαυτό του.

Έχει συχνά τονιστεί ότι ο κυριότερος παράγοντας για αποτελεσματική προσαρμογή είναι η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Αυτή η επικοινωνία βέβαια προϋποθέτει ότι τα μέλη της οικογένειας ή οι

γονείς που βιώνουν την ασθένεια του συγγενούς τους: α) έχουν καταλάβει σωστά και έχουν συνειδητοποιήσει την φύση της ασθένειας, β) έχουν την ικανότητα να ενημερώσουν και να συζητήσουν ανοιχτά το θέμα της ασθένειας και της θεραπείας με όλα τα μέλη της οικογένειας, γ) έχουν μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση απέναντι στην διάγνωση (αρχικό σοκ, άρνηση, θυμός, κατάθλιψη και άγχος, αποδοχή νέας πραγματικότητας), δ) έχουν μια ενθαρρυντική στάση προτρέποντας όλα τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματα τους (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986). Για να γίνουν όλα αυτά βέβαια απαιτείται σωστή και ευαισθητοποιημένη πληροφόρηση σχετικά με την διάγνωση. Αυτή περιλαμβάνει αρχικά απλή και κατανοητή πληροφόρηση της διάγνωσης με απλοποιημένες έννοιες όλων των ιατρικών όρων.

Η ενημέρωση σχετικά με την θεραπεία και τις επιπτώσεις της πρέπει να γίνεται σταδιακά μέσα από σύντομες αλλά συχνές συναντήσεις με τον γιατρό. Η ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση πρέπει να βασίζεται στην ελπίδα για το μέλλον. Επίσης ευαισθητοποιημένη ενημέρωση σημαίνει κατανόηση ορισμένων κοινών φυσιολογικών συναισθημάτων και αντιδράσεων, που οι ασθενείς ή οι γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας εκδηλώνουν μπροστά στην διάγνωση (σοκ, άρνηση, αμφισβήτηση των ικανοτήτων του γιατρού, θυμός), και πρόσκληση των γονιών και ή άλλων μελών για μια στενή συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η έκταση και ο τρόπος ενημέρωσης πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε οικογένεια. Το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο, οι σχέσεις και η δυνατότητα υποστήριξης που υπάρχει ανάμεσα στα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς και οι ανάγκες τους για ενημέρωση, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986). (2)

49. Το πένθος των μελών της οικογένειας

Έχει ερευνηθεί και περιγραφεί μια συμπεριφορά θρήνου που εκδηλώνεται από την οικογένεια πριν ο ασθενής πεθάνει. Αυτός ο κατά κάποιο τρόπο προπαρασκευαστικός θρήνος αρχίζει με την συνειδητοποίηση ότι ο επικείμενος θάνατος είναι αναπόφευκτος. Ο επικείμενος θάνατος διαταράσσει τα οικογενειακά συστήματα και απαιτεί την αναζήτηση μιας νέας δυναμικής ισορροπίας. Οι αλλαγές αυτές και η «διάλυση» που επιφέρουν επηρεάζονται από τους εξής παράγοντες:

(α) κοινωνικό περιβάλλον (τελετουργίες, κοινωνικές διαδικασίες που φέρνουν την οικογένεια αντιμέτωπη με αυτό που συνέβη κλπ.),

(β) ιστορική άλλων απωλειών (τρόπος αντιμετώπισης άλλων απωλειών, ανάληψη ρόλων από κάθε μέλος, αναγνώριση μελών που χρειάζονται περισσότερη βοήθεια),

(γ) χρόνος που πεθαίνει κάποιος μέσα στον κύκλο ζωής της οικογένειας (πρώτος θάνατος ή όχι, θάνατος μικρού παιδιού),

(δ) φύση του θανάτου (αναμενόμενος ή ξαφνικός, τραγικός ή όχι),

(ε) ρόλος και θέση του ατόμου στο οικογενειακό σύστημα (η διάλυση της ισορροπίας της οικογένειας θα επηρεαστεί και από τον ρόλο που είχε ο άρρωστος μέσα στο οικογενειακό σύστημα),

(στ) πόσο ανοιχτό είναι το οικογενειακό σύστημα (όσο πιο ανοιχτό, τόσο πιο ομαλά θα δεχθεί την απώλεια).

Ο θρήνος και το πένθος είναι μια απαραίτητη αντίδραση, που έχει θετικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας στον επερχόμενο θάνατο. Τα μέλη της οικογένειας αρχίζουν να «συμφιλιώνονται» με την σκέψη του θανάτου, περνώντας ταυτόχρονα από φάσεις άρνησης, θυμού και αποφυγής της πραγματικότητας. Το άγχος τους εντείνεται μπροστά στον αναμενόμενο χωρισμό κι αρχίζουν να σκέφτονται πως θα είναι η ζωή τους. Αυτή η νοητική προετοιμασία έχει συνήθως θετικές συνέπειες στην προσαρμογή της οικογένειας (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986). Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θάνατο παιδιού με σοβαρή ασθένεια, ο γονιός δεν θρηνεί μόνο τον χαμό του παιδιού του, αλλά και όλα τα όνειρα, τις προσδοκίες, τις ανάγκες, τις σκέψεις που είχε εναποθέσει σ' αυτό το παιδί. Θρηνεί ένα κομμάτι από τον εαυτό του.

Η αίσθηση κενού, ανασφάλειας, σύγχυσης και κατάθλιψης διαρκούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Συνοδεύονται από συναισθήματα ενοχής, τύψεων λόγω των μη ρεαλιστικών προσδοκιών που είχε θέσει για τον ρόλο του ο γονιός (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Όταν αυτή η διαδικασία του θρήνου αρχίσει πολύ πρώιμα, υπάρχει ο κίνδυνος να απομακρυνθεί συναισθηματικά η οικογένεια από τον παιδί πριν ακόμα πεθάνει. Αντίστροφα πάλι, όταν η οικογένεια δεν προετοιμάζεται έγκαιρα, μπορεί να αντιδράσει αρνητικά στις κρίσιμες τελευταίες στιγμές του παιδιού. Ο Parkes περιέγραψε λεπτομερώς την φαινομενολογία του θρήνου των ενηλίκων μετά τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Πρώτα έρχεται η δυσπιστία

και η άρνηση. Κατόπιν αρχίζει το δεύτερο στάδιο (διαμαρτυρία) του θρήνου, που χαρακτηρίζεται από γοερό κλάμα και ανησυχία.

Όταν οι απεγνωσμένες προσπάθειες να ξυπνήσει το νεκρό αποτυγχάνουν, η οικογένεια μπαίνει στο τρίτο στάδιο του θρήνου, που μοιάζει με οξεία καταθλιπτική ασθένεια. Οι κινήσεις γίνονται αργές, το κλάμα είναι πιο ήρεμο και θλιμμένο και οι αυτοκατηγορίες συχνές. Στο τελικό στάδιο η οικογένεια προσαρμόζεται κάπως στην απώλεια. Το στάδιο αυτό μπορεί να αργήσει για αρκετούς μήνες και απαιτεί πολλή δουλειά επεξεργασίας του θρήνου. Η πορεία μέσα από τα στάδια του θρήνου δεν είναι σταθερή. Αλλά υπό φυσιολογικές συνθήκες υπάρχει μια πορεία προς τα εμπρός. Σε μια φυσιολογική αντίδραση θρήνου, ο έντονος πόνος διαρκεί μερικές εβδομάδες ή το πολύ μήνες. Το καταθλιπτικό στάδιο μπορεί να συνεχιστεί για μερικούς μήνες και στην πρώτη ή, το πολύ, στην δεύτερη επέτειο υπάρχει σημαντική βελτίωση. (2)

50. Αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο

Ο καρκίνος είναι μία λέξη που προκαλεί φόβο. Ο άνθρωπος που αντιμετωπίζει αυτή την αρρώστια. Ο άνθρωπος που αντιμετωπίζει αυτή την αρρώστια έχει να παλέψει με δύο κυρίως προβλήματα. Το ένα είναι η ίδια η αρρώστια. Το άλλο είναι το αντίκτυπο που έχει το γεγονός αυτό στην προσωπικότητα, στη δουλειά, στις σχέσεις με τους άλλους και γενικά σε ολόκληρη τη ζωή του.

Η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης γίνεται μέσα στο νοσοκομείο, οι συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου όμως, εξακολουθούν να υπάρχουν και αφού βγει από το νοσοκομείο.

Η ανάγκη βοήθειας του ατόμου με καρκίνο και πέρα από το νοσοκομειακό πλαίσιο, οδήγησε την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία στην οργάνωση του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο τον Ιανουάριο του 1983.

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει υπεύθυνα, το θέμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Στο Πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να απευθυνθεί κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο, ανεξάρτητα από το φύλλο, την εντόπιση της νόσου, την

ηλικία και την μόρφωση με μόνη προϋπόθεση την πληροφόρηση για την διάγνωση της αρρώστιας.

Τι είναι η αποκατάσταση;

Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδα του, προκειμένου να αποκτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική – ψυχική – πνευματική – κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.



Εικόνα: Στιγμιότυπο από σκετς που παίχτηκε από αλάρρυγους σε μία ετήσια εκδήλωση αλαρύγγων στις Η.Π.Α.

Σκοπός του προγράμματος

Είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο με καρκίνο.

Η λειτουργία του Κέντρου στηρίζεται στην συνεργασία Κοινωνικών Λειτουργών και Ψυχολόγων.

A. ΕΠΙΠΕΔΟ:

Κεντρικός άξονας στο επίπεδο αυτό είναι η ομάδα Σεμιναρίου. Τα άτομα που εντάσσονται σε αυτό το επίπεδο είναι συνήθως άτομα που βρίσκονται στην πρώτη φάση της αρρώστιας δηλαδή μετά την διάγνωση και την θεραπεία. Εδώ το άτομο εκφράζει φόβους για μεταστάσεις, για θάνατο και υπάρχει ανάγκη προσαρμογής εκ νέου στην ζωή.

Ο απώτερος σκοπός μας σε αυτή την φάση είναι να μάθει το άτομο να αισθάνεται ενεργητικό με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμη και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να βρει την δύναμη και της ελπίδα να αγωνισθεί για την ζωή του.

Συγκεκριμένα οι στόχοι μας είναι:

1. Να βοηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματα τους (φόβο, άγχος, κατάθλιψη).
2. Να αντιμετωπίσουν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια.
3. Να βοηθούν ώστε να μπορούν να ζουν με την γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της και να μπορούν να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες.
4. Να βοηθούν στο να προσαρμοστούν στην νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
5. Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες.
6. Να ενεργοποιηθούν προς την Κοινωνική τους επανένταξη.

Πέραν από την ομάδα Σεμιναρίου σ' αυτό το επίπεδο εντάσσονται και οι εξής ομάδες:

1. Η ομάδα ατόμων με λαρυγγεκτομή. Η ομάδα αυτή έχει σαν σκοπό αφ' ενός μεν την εκμάθηση ισοφαγικής φωνής, αφ' ετέρου δε την αντιμετώπιση

των προβλημάτων (κοινωνικών – ψυχολογικών) που δημιουργεί η συγκεκριμένη επέμβαση.

2. Ομάδες οικογενειακού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα ομάδα εφήβων που ένας από τους γονείς πάσχει από καρκίνο και ομάδα συζύγων – συντρόφων.

Η υποστηρικτική παρέμβαση στις ομάδες αυτές αποσκοπεί στα εξής :

A. Να οδηγηθεί η οικογένεια να πάρει την καλύτερη δυνατή στάση απέναντι στον πάσχοντα και να σπάσει την σιωπή με την οποία συχνά περιβάλλεται το άτομο.

B. Να ενθαρρυνθεί η οικογένεια να συζητήσει με τον ασθενή τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα συναισθήματα του.

Γ. Να βοηθούν τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα που δημιουργούνται από την εμφάνιση της ασθένειας και να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα δηλαδή την ένταση, τις ενοχές και την θλίψη τους.

B. ΕΠΙΠΕΔΟ:

Όταν το άτομο ολοκληρώσει το πρώτο στάδιο εντάσσεται (εφ' όσον το επιθυμεί) στο δεύτερο επίπεδο, στην ομάδα υποστήριξης. Η ομάδα αυτή έχει ψυχοθεραπευτικό σκοπό.

Σκοπός της θεραπείας είναι το άτομο να βοηθηθεί και να οδηγηθεί μεθοδικά στην αποκατάσταση της συναλλαγής που θα οδηγήσει στην αμοιβαία διαφοροποίηση, μια διαφοροποίηση που πρέπει να γίνει α) στις αξίες, β) στους ρόλους που αναθέτονται και αναλαμβάνονται και γ) στα μέσα που χρησιμοποιούνται για την εκπλήρωση των στόχων (Βασιλείου 1987).

Γ. ΕΠΙΠΕΔΟ:

Στο τρίτο επίπεδο εντάσσονται τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει ή ολοκληρώνουν την ψυχο – θεραπευτική τους πορεία και θέλουν να ενταχθούν στην ομάδα εθελοντικού. Την επιλογή των εθελοντών ακολουθεί η εκπαίδευση τους μέσα από την ομάδα του εθελοντικού.

Σκοπός της ομάδας είναι τόσο η εκπαίδευση των εθελοντών όσο και η αντιμετώπιση των πρακτικών και συναισθηματικών προβλημάτων που δημιουργούνται από τον ρόλο του εθελοντή.

Εθελοντές είναι τα άτομα με διάφορες εντοπίσεις της νόσου και επισκέπτονται ασθενείς στα νοσοκομεία, ενώ περιοδικά συμμετέχουν στην υποστήριξη των ατόμων στο πρώτο επίπεδο. Π.χ. οι εθελοντές της ομάδας λαρυγγεκτομής, που έχουν σαν στόχο την εκπαίδευση εθελοντών πρώην ασθενών, την διδασκαλία φώνησης και την παροχή ψυχοκοινωνικών φροντίδων. Η σπουδαιότητα του εθελοντικού σώματος πρώην ασθενών έγκειται στο ότι η βοήθεια στο νέο ασθενή δίνεται σε μία πρόσωπο με πρόσωπο επαφή βασισμένη στην ανταλλαγή κοινών εμπειριών με ένα άτομο που είχε περάσει την ίδια εμπειρία και κατάφερε να προσαρμοστεί επιτυχώς.

Στο σημείο αυτό ολοκληρώνοντας την περιγραφή των επιπέδων του Προγράμματος Αποκατάστασης θα θέλαμε να αναφερθούμε και στον τομέα των Κοινωνικών δραστηριοτήτων του Κέντρου.

Οι κοινωνικές δραστηριότητες έχουν σαν σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος της απομόνωσης που συχνά παρατηρείται μετά την ασθένεια και την συμβολή στην κοινωνική επανένταξη του ατόμου.

Οι κοινωνικές δραστηριότητες πραγματοποιούνται μέσα από την διασύνδεση των ατόμων με προγράμματα φορέων και οργανισμών π.χ. Δήμοι, XEN, ΟΑΕΔ κ.λ.π. και την ενημέρωσή τους σε τακτά διαστήματα γι' αυτά.

Όπως επίσης και μέσα από δραστηριότητες που οργανώνονται από το Πρόγραμμα Αποκατάστασης Ψυχαγωγικού χαρακτήρα (επισκέψεις σε Μουσεία, εκδρομές, θερινές διακοπές, ανοικτές συγκεντρώσεις στο χώρο του Προγράμματος).

Το Πρόγραμμα του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπως παρουσιάστηκε έχει διαμορφωθεί μέσα από την εμπειρία των οκτώ (8) χρόνων λειτουργίας του, συνέχεια όμως βελτιώνεται και αξιολογείται. (2)

51. Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για τις συναισθηματικές αντιδράσεις ή τις ψυχιατρικές διαταραχές των ασθενών με καρκίνο έχουν μεγάλη εφαρμογή σήμερα.

Οι κυριότερες που χρησιμοποιούνται κυρίως είναι οι τρεις ακόλουθες:

1. Ομαδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

2. Οι αμιγείς ψυχοσυμπεριφερσιολογικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και
3. Οι ομάδες αυτοβοήθειας και οι ομάδες υποστήριξης

Οι **ομαδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις** έχουν σήμερα σημαντική θέση στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο. Σε ομάδα ψυχοθεραπείας ασθενών λάρυγγα (πληροφορίες για την νόσο, χειρισμό της νέας φωνής, τεχνικές χαλάρωσης κ.λ.π) και καθορισμένης χρονικής διάρκειας 8 συνεδριών, στο τέλος της παρέμβασης οι ασθενείς ανέφεραν ότι τα συναισθήματα απομόνωσης, άγχους, κατάθλιψης, θυμού ήταν σημαντικά μειωμένα, ενώ η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους είχε αυξηθεί σημαντικά (Payne et al, 1997).

Οι **αμιγείς συμπεριφερσιολογικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις** περιλαμβάνουν την παθητική χαλάρωση, την ύπωση, τη συστηματική απευαισθητοποίηση, την προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, την επανατροφοδότηση κ.λ.π. Έχει αποδειχθεί ότι προσφέρουν σημαντικά οφέλη στην αντιμετώπιση του πόνου, της εξαρτημένης ναυτίας και του εμέτου και στις φοβικές αντιδράσεις κατά τις ιατρικές εξετάσεις, ενώ η απουσία παρενεργειών τις κάνει να κατέχουν σημαντική θέση στην ογκολογία (Levy 1982). Επιπρόσθετα, οι ασθενείς, μαθαίνοντας να ελέγχουν τα συμπτώματα, έχουν το αίσθημα της ενεργού συμμετοχής στη θεραπεία και επανακτούν το χαμένο αίσθημα ελέγχου. Έχουν δε σημαντική προσφορά σε συνδυασμό με τις άλλες μορφές ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Οι **ομάδες αυτοβοήθειας και οι ομάδες αμοιβαίας υποστήριξης** (American Cancer Society 1988) διακρίνονται από τις αντίστοιχες της ομαδικής δυναμικής ψυχοθεραπείας.

Ενώ η έκβαση της συμμετοχής σε μια ομάδα αμοιβαίας υποστήριξης ή αυτοβοήθειας μπορεί να είναι θεραπευτική, εντούτοις οι ομάδες αυτές δεν συνιστούν μεθόδους για την ενδοψυχική εξερεύνηση ή ανασύσταση της προσωπικότητας. (2)

52. ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ (ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ)

(8)Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Στόχοι	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
1. Άγχος	<p>Λόγω:</p> <p>A) της παραμορφωτικής εγχείρησης που προκαλεί απώλεια της φυσιολογικής ομιλίας και σημαντική μεταβολή της εξωτερικής εμφάνισης</p> <p>B) στη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων, της εγχείρησης και της αγωγής που απαιτείται για την παράκαμψη ή την πρόθεση της συσκευής ομιλίας</p> <p>Γ) σε οικονομικούς παράγοντες που συνδέονται με την νοσηλεία</p> <p>Δ) στην πιθανή απόρριψη από τους οικείους</p>	<p>- Η μείωση του άγχους</p> <p>- Η αλλαγή της αρνητικής σκέψης</p>	<p>A) ενθάρρυνση του ασθενούς να αναφέρει το άγχος ή τον φόβο του και ψυχολογική υποστήριξη</p> <p>B)σχεδιασμός με τον ασθενή ή τον ειδικό επί των διαταραχών της ομιλίας μία μέθοδο επικοινωνίας κατά την μετεγχειρητική περίοδο (π.χ. λαρυγγόφωνο, χαρτί & μολύβι)</p> <p>Γ)την επίσκεψη ασθενούς που έχει επιτυχώς προσαρμοστεί στην λαρυγγεκτομή</p> <p>Δ)επεξήγηση του ασθενούς σχετικά με τις εγχειρητικές διαγνωστικές εξετάσεις που πρέπει να υποβληθεί, την εγχείρηση και την μετέπειτα αγωγή που απαιτείται</p> <p>E) παραπομπή του ασθενούς σε οικονομικές υπηρεσίες βοήθειας.</p>	<p>A) ο ασθενής μοιράζεται αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα με αποτέλεσμα να μειώνεται το άγχος ή ο φόβος του</p> <p>B) ο ασθενής εξοικειώνεται με τον νέο τρόπο ομιλίας του και προετοιμάζεται στην οισοφάγειο ομιλία</p> <p>Γ) η επαφή ή συνάντηση με κάποιον που υποβλήθηκε σε λαρυγγεκτομή δίνει στο ασθενή ανακούφιση, τονώνει την αυτοπεποίθηση του και συνεισφέρει στην λύση διαφόρων αποριών του</p> <p>Δ) η επεξήγηση όλων των προεγχειρητικών ή μετεγχειρητικών διαδικασιών στις οποίες θα υποβληθεί ο ασθενής συμβάλλουν στην μείωση του άγχους και του φόβου που προκαλεί ή άγνοια όλων αυτών</p> <p>E) Οι οικονομικές υπηρεσίες θα προσφέρουν στον ασθενή οικονομική στήριξη έως ότου ανακτήσει και πάλι τις δυνάμεις του για να είναι σε θέση να εργάζεται</p>

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
2) Έλλειμμα γνώσεων	Σχετικά με τις νοσ/κές εργασίες που σχετίζονται με την εγχείρηση, τη σωματική προετοιμασία για την λαρυγγεκτομή και το ριζικό καθαρισμό του τραχήλου, με την αίσθηση που συνήθως ακολουθεί την εγχείρηση ή την αναισθησία ή με την μετεγχειρητική φροντίδα.	Η παροχή γνώσεων σχετική με την εγχείρηση, την σωματική προετοιμασία και την μετεγχειρητική φροντίδα	<p>A) Επεξήγηση στον ασθενή για τον σκοπό του κάθε τμήματος του σωλήνα της τραχειοστομίας και την λειτουργία του</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δίνω πρόσθετες πληροφορίες για τα αναμενόμενα αποτελέσματα μετά την λαρυγγεκτομή και το ριζικό καθαρισμό του τραχήλου - α) την διάρκεια παραμονής του σωλήνα τραχειοστομίας - β) το σκοπό – συχνότητα και όλη την διαδικασία της περιποίησης της τραχειοστομίας - γ) τη διαδικασία ή τον σκοπό των αναρροφήσεων και το πώς αισθάνεται ο ασθενής (πόνος πίεση, αίσθημα πνιγμού) - Τις τεχνικές που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την εφύγρανση του εισπνεομένου αέρα (π.χ. νεφελοποιητής) <p>B) Παροχή οδηγιών σχετικά με την λαρυγγεκτομή ή το ριζικό καθαρισμό του τραχήλου:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Επίδειξη στον ασθενή των τεχνικών υγιεινής του στόματος που θα χρησιμοποιεί μετεγχειρητικά (π.χ. ειδικό spray χαμηλής πίεσης, εκπλύσεις με φυσιολογικό ορό.) - Επίδειξη στον ασθενή των ασκήσεων που πιθανώς θα συσταθούν για την πρόληψη της δυσλειτουργίας του ώμου και του τραχήλου (π.χ. κάμψη – απαγωγή, έξω στροφή του ώμου, ασκήσεις αναρρίχησης με τα δάχτυλα, ασκήσεις έλξεων) <p>Γ) Τονίζω την ανάγκη διακοπής καπνίσματος</p>	<p>A) Η προεγχειρητική ενημέρωση του ασθενή συμβάλει στην μείωση του άγχους και του μετεγχειρητικού φόβου</p> <p>B) Ο ασθενής εμφανίζει την ικανότητα να εκτελεί τις δραστηριότητες που έχουν σκοπό την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών</p> <p>Γ) Η διακοπή του καπνίσματος συμβάλει στην: πρόληψη των αναπνευστικών λοιμώξεων και του ερεθισμού του στοματικού βλεννογόνου.</p>

53. ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ (ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ)

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
1. Αποτελεσματικός καθαρισμός της αεροφόρου οδού	Λόγω: - απόφραξης ή μετακίνησης του σωλήνα τραχειοστομίας - στάσης των εκκριμάτων	Η διατήρηση ανοιχτών και καθαρών αεροφόρων οδών για τον επαρκή αερισμό του ασθενούς	A) αναζήτηση κατάλληλης βοήθειας από άλλο άτομο όταν αλλάζουμε τις σταθεροποιητικές ταινίες του σωλήνα - τακτικός έλεγχος των ταινιών για το ότι δεν έχουν χαλαρώσει - αποθάρρυνση του ασθενούς από το να βήχει έντονα - χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων (κατόπιν ιατρικής εντολής) B) εξασφάλιση της ύγρανσης του εισπνεόμενου αέρα: - τοποθετώντας μια υγρή λεπτή γάζα επάνω από το άνοιγμα του στομίου - τοποθετώντας στο δωμάτιο έναν υγραντήρα - χορηγώντας οξυγόνο μέσω νεφελοποιητή	A) Η λήψη των μέτρων αυτών συμβάλει στη μείωση του κινδύνου μετακίνηση του σωλήνα τραχειοστομίας B) Η λήψη των μέτρων αυτών συμβάλει στην υγροποίηση και διευκόλυνση της αποβολής των παχύρρευστων πνευμονικών εκκρίσεων.

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
2) Διαταραχές της κατάποσης	Λόγω: - Άλγους στον στόμα και στον τράχηλο	Βελτίωση της κατάποσης του ασθενή	<p>A) Τοποθέτηση του ασθενούς σε υψηλή θέση Fowler κατά τα γεύματα, ενώ η κεφαλή και ο τράχηλος πρέπει να μετακινούνται ελαφρά προς τα εμπρός για την διευκόλυνση της οπίσθιας κίνησης της γλώσσας</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση ειδικών φαρμάκων (κατόπιν ιατρικής εντολής) για την ελάττωση της δυσφορίας κατά την κατάποση - Παροχή βοήθειας στον ασθενή στην επιλογή τροφών που έχουν κάποια υφή, δεν είναι κολλώδεις και καταπίνονται εύκολα (π.χ. τυρί, πουρές πατάτας - Χρησιμοποίηση κατάλληλων βοηθημάτων (π.χ. κουτάλια με μακρύ χερούλι) για την τοποθέτηση της τροφής στο πίσω μέρος του στόματος, εάν η κίνηση της γλώσσας έχει διαταραχθεί. 	A) Η λήψη αυτών των μέτρων συμβάλλει στην βελτίωση της ικανότητας κατάποσης

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
3. Διαταραχές της θρέψης : ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος	Από την: - Μειωμένη πρόσληψη από το στόμα	Ο ασθενής να διατηρήσει επαρκές επίπεδο θρέψης	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση διατροφής μέσω σωλήνα σύμφωνα με τις Ι. εντολές (συνήθως η σίτιση προχωρά σταδιακά από τη χορήγηση νερού έως τη χορήγηση τυποποιημένων διαλυμάτων) - Εφαρμογή μέτρων για την αύξηση της από του στόματος πρόσληψης τροφής, όταν αυτή επιτραπεί (συνήθως 8-14 ημέρες μετά την επέμβαση) - Παροχή βοήθειας στον ασθενή κατά την εκτέλεση στοματικής υγιεινής πριν από τα γεύματα - Παροχή βοήθειας του ασθενούς στην προσπάθεια του να σιτιστεί μόνος του, παραμένοντας δίπλα του - Εξασφάλιση απομόνωσης του ασθενούς κατά τις πρώτες προσπάθειες του να σιτιστεί μόνος του. 	- Με την λήψη των μέτρων αυτών συμβάλλουμε στην επαρκή κάλυψη των θρεπτικών αναγκών του ασθενούς.

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
4. Διαταραχή της προφορικής επικοινωνίας	Λόγω της χειρουργικής αφαίρεσης	Ο ασθενής να επικοινωνεί επιτυχώς για τις ανάγκες ή τις επιθυμίες του	<ul style="list-style-type: none"> - Εφαρμογή μέτρων για την διευκόλυνση της ψυχολογικής προσαρμογής του ασθενούς στις συνέπειες της εγχείρησης: - Προσεγγίζουμε τον ασθενή με ηρεμία και υπομονή - Ακούμε προσεκτικά και διαθέτουμε χρόνο για την επικοινωνία μαζί του - Απαντάμε στις κλήσεις του με προσωπική επαφή, παρά μέσω του συστήματος ενδοεπικοινωνίας - Απευθύνουμε ερωτήσεις που απαιτούν βραχείες απαντήσεις ή κινήσεις του κεφαλιού εάν έχει δυσχέρεια στην επικοινωνία - Δίνουμε υλικό επικοινωνίας, π.χ. χαρτί, μολύβι, κάρτες λέξεων - Εάν έχει εκτελεσθεί τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο και έχει τοποθετηθεί φωνητική πρόθεση (συνήθως την 5^η μετεγχειρητική ημέρα). Τονίζουμε τις οδηγίες του ειδικού σχετικά με την χρήση της 	<ul style="list-style-type: none"> - Η εφαρμογή των μέτρων έχουν σκοπό την ανάπτυξη της επικοινωνίας μας με τον άρρωστο

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
5. Δυσλειτουργία του ώμου και του αυχένα	Λόγω: απονεύρωσης του τραπεζοειδούς μυός που οφείλεται στην βλάβη ή αφαίρεση του παραπληρωματικού νεύρου, κατά την εγχείρηση	Η διόρθωση της προσωρινής βλάβης	<ul style="list-style-type: none"> - Παροχή συμβουλών του ασθενή να υποστηρίζει, με ανάρτηση με τριγωνικό επίδεσμο, τον προσβληθέντα βραχίονα κατά την βάδιση και στήριξη του σε πολυθρόνα, σε τραπέζι ή μαξιλάρι όταν είναι καθιστός - Τονίζουμε στον ασθενή την ανάγκη για έναρξη ασκήσεων του ώμου και του τραχήλου (π.χ. περιστροφή του ώμου, ασκήσεις ώσεως, αυχένα), αμέσως μόλις επιτραπούν - Διαβεβαιώνουμε τον ασθενή ότι η λειτουργικότητα του ώμου και του τραχήλου θα αποκατασταθεί, εάν ακολουθήσει πιστά το πρόγραμμα ασκήσεων και φυσιοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή της υπερέκτασης του τραπεζοειδούς μυός - Με σκοπό την βελτίωση του τόνου και της ισχύος των μυών που αντιρροπούν την απώλεια του τραπεζοειδούς μυός - Με σκοπό την αύξηση της συνεργασίας του με τους φυσιοθεραπευτές για την επανάκτηση της λειτουργικότητας του ώμου και του τραχήλου

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
<p>6. Διαταραχή της αντίληψης του εαυτού και στην ιδεατή εικόνα του σώματος του</p>	<p>Λόγω:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Μεταβολής της εμφάνισης - Μεταβολή των συνήθων λειτουργιών π.χ. γέλιο, ομιλία, τραγούδι, οσμή, γεύση - Μεταβολή του αισθήματος της αρρενωπότητας – θηλυκότητας 	<p>Η δημιουργία θετικής και ευχάριστης αντίληψης του εαυτού τους</p>	<p>A) Αποθάρρυνση της αρνητικής αυτοκριτικής</p> <ul style="list-style-type: none"> - Παροχή συμβουλών στον ασθενή να σκουπίζει συχνά το στόμα του ή εκτελούμε αναρροφήσεις της στοματικής κοιλότητας - Εξασφάλιση της απομόνωσης του ασθενούς όταν τρώει <p>B) Παραμονή μαζί με τον ασθενή όταν για 1^η φορά θα αντικρίσει τον εαυτό του, μετά την αφαίρεση των επιδέσμων και εξηγούμε οι μεταβολές αυτές δεν θα παραμείνουν το ίδιο έντονες όταν το οίδημα και η ερυθρότητα υποχωρήσουν και αφαιρεθεί ο σωλήνας</p> <p>Γ) Ενθάρρυνση για δραστηριότητες που απαιτούν από τον ασθενή να αντιμετωπίσει μεταβολές του σώματος (π.χ. αναρροφήσεις, περιποίηση τραχειοστομίας, σίτιση δια του σωλήνα, ασκήσεις ώμου – βραχίονα)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ενθάρρυνση του αρρώστου να βλέπει και να αγγίζει την αλλαγμένη περιοχή του σώματος του και παράλληλα ενθάρρυνση να εκφράζει λεκτικά το τι αισθάνεται μετά από αυτή την επαφή με το σώμα του <p>Δ) Ενθάρρυνση του ατόμου να χρησιμοποιεί κοσμητικά μέσα (π.χ. κασκόλ, φουλάρια) για την βελτίωση της αισθητικότητας της προσβεβλημένης περιοχής του σώματος</p>	<p>A) Τόνωση του αισθήματος αυτοεκτίμησης</p> <p>B) Μείωση του φόβου και της ανησυχίας που προκαλεί η πρώτη επαφή με την αντίκριση της νέας σωματικής εικόνας του ασθενούς.</p> <p>Γ) Αποδοχή των μεταβολών και εξοικείωση με την νέα εικόνα του</p> <p>Δ) Αυξάνεται η αυτοπεποίθησή του.</p>

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
7. Έλλειψη γνώσεων σχετικά με την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση	Λόγω αισθήματος ανασφάλειας που προκαλεί η απομάκρυνση από την ενδονοσοκομειακή ή περίθαλψη και φροντίδα	Η απαίτηση γνώσεων για την ατομική φροντίδα του	<p>* Επιδεικνύουμε στον ασθενή τα ακόλουθα:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Την διαδικασία τοποθέτησης νέου σωλήνα τραχειοστομίας σε επείγουσες συνθήκες - Την διαδικασία καθαρισμού του στομίου και αλλαγής του στομίου τραχειοστομίας και των επιθεμάτων - Τις μεθόδους για την διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος - Την αφαίρεση/ καθαρισμό του έσω σωλήνα - Την αναρρόφηση του στόματος / τραχείας - Τους τρόπους ύγρανσης του αέρα (π.χ. χρήση υγραντήρα) - Τη στοματική υγιεινή (π.χ. διαβροχή με φυσιολογικό ορό) <p>* Παροχή οδηγιών του ειδικού επί των διαταραχών της ομιλίας για την χρήση και φροντίδα του τεχνητού λάρυγγα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής είναι ικανός να εκτελέσει σωστά την φροντίδα της τραχειοστομίας, τις αναρροφήσεις, την στοματική υγιεινή και την σίτιση μέσω καθετήρα - Ο ασθενής είναι σε θέση να χρησιμοποιεί σωστά και να φροντίζει τον τεχνητό λάρυγγα

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
			<p>* Δίνουμε τις έξω οδηγίες για την φροντίδα του τραχειοοισοφαγικού συριγγίου και της συσκευής φωνητικής πρόθεσης (εάν υπάρχει)</p> <p>α) Να καθαρίζεται και να επανατοποθετείται η συσκευή παραγωγής φωνής (φωνητική πρόθεση) σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού ή του ειδικού (ορισμένοι τύποι αφαιρούνται καθημερινά και καθαρίζονται με διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου, ενώ άλλοι παραμένουν στην θέση τους και καθαρίζονται με ειδική συσκευή)</p> <p>β) Για την διατήρηση ανοιχτού του τραχειοοισοφαγικού συριγγίου, να τοποθετείται ένας ειδικός καθετήρας όταν η πρόθεση έχει αφαιρεθεί για καθαρισμό διότι αλλιώς το σημείο της παρακέντησης θα κλείσει σε 1-2 ώρες, εάν δεν τοποθετηθεί καθετήρας.</p> <p>γ) Να σταθεροποιείται η ταινία της πρόθεσης στο δέρμα πάνω από το στόμιο με μια αυτοκόλλητη μη αλλεργιογόνο ταινία</p> <p>* Να λαμβάνει φάρμακα αντιμυκητιασικά, σύμφωνα με τις οδηγίες με σκοπό την πρόληψη ή τον έλεγχο της ανάπτυξης Candida – Albicaus στην πρόθεση</p> <p>* Συμβουλευέτε ο ασθενής να αναφέρει τυχόν διαφυγή υγρών, σιελού ή τροφής γύρω από το σημείο του στομίου</p> <p>* Να αντικαθίσταται η πρόθεση όσο συχνά συνιστά ο γιατρός (συνήθως κάθε 9-12 εβδομάδες λόγω βλάβης της βαλβίδας)</p> <p>* Να διατηρεί πάντα ένα πώμα και έναν εξωτερικό αυλό για επείγουσα ανάγκη</p> <p>* Να φέρει πάντα το ειδικό σήμα (Medic – Alert) που υποδηλώνει την αναπνοή μέσω τραχειοστομίας</p> <p>* Να αποφεύγονται οι καυτές τροφές ή υγρά για την μείωση κινδύνου εγκαύματος της στοματικής κοιλότητας ή του οισοφάγου</p>	<p>* Η σωστή φροντίδα του τραχειοοισοφαγικού συριγγίου, συμβάλει στην πρόληψη επιπλοκών και λοιμώξεων</p> <p>* Οι οδηγίες αυτές παρέχουν τις απαραίτητες προφυλάξεις για την ασφάλεια λόγω της ύπαρξης τραχειοστομίας και βλάβης των νεύρων κατά την εγχείρηση</p>

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
			<ul style="list-style-type: none"> * Να μην φοριούνται από τον ασθενή πολύ σφιχτά ρούχα γύρω από τον λαιμό * Να τοποθετείται στο στόμιο συνεχώς προστατευτικό επικάλυμμα * Να αποφεύγεται η είσοδος νερού στο στόμιο (π.χ. απαγορεύεται το κολύμπι εκτός εάν φοράει την ειδική συσκευή και στο λουτρό συνιστάται η χρήση ειδικού πώματος στομίου) * Η κρέμα ξυρίσματος τοποθετείται με τα χέρια και δεν ψεκάζεται απευθείας στο πρόσωπο ή τράχηλο * Παροχή πληροφοριών για τις σχετικές κοινωνικές οργανώσεις και ομάδες στήριξης * Τονίζουμε την προσοχή του ασθενούς να αποφεύγει την ανύψωση βάρους >1 κιλού με τον προσβληθέντα βραχίονα έως ότου βελτιωθεί η μυϊκή ισχύς του βραχίονα * Τονίζουμε την σημασία συμμόρφωσης στο συστηθέν πρόγραμμα ασκήσεων για την ενίσχυση των μυών που αντιρροπούν την απώλεια τραπεζοειδούς μυός * Εφαρμογή θερμότητας, μασάζ ή επαλείψεις για την μείωση του πόνου στον προσβληθέντα ώμο. 	<ul style="list-style-type: none"> * Με σκοπό τον αποκλεισμό της διόδου αέρα ή την είσοδο υγρών και ξένων αντικειμένων στην τραχειοστομία * Ο ασθενής γνωρίζει τις κοινωνικές οργανώσεις που μπορούν να τον βοηθήσουν στην κατ' οίκον προσαρμογή * Ανακούφιση από τα συμπτώματα της δυσλειτουργίας ώμου – αυχένα (8)

54. ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ (ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ)

(9) Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
1. Δυσφορία: ναυτία – έμετος	Λόγω: άμεσης διέγερσης του κέντρου εμετού από τα κυτταροστατικά φάρμακα	Εξάλειψη της δυσφορίας	<ul style="list-style-type: none"> - Δίνουμε στον ασθενή να γλείφει ένα σκληρό, ξινό ζαχαρωτό, εάν αισθάνεται την γεύση του φαρμάκου - Προσφέρουμε στον ασθενή ανθρακούχα αναψυκτικά - Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να τρώει ξηρές τροφές (π.χ. κράκερ, φρυγανιές) και να αποφεύγει την λήψη τροφών που είναι πλούσιες σε λίπη το οποίο καθυστερεί την κένωση του στομάχου - Εξαλείφουμε δυσάρεστες οσμές από το περιβάλλον και - Αποφεύγουμε την χορήγηση τροφών με έντονη οσμή - Συμβουλεύουμε τον ασθενή να ξεπλένει το στόμα του με ζεστό φυσιολογικό ορό ή διάλυμα σόδας και νερού - Λήψη υγρών 2500ml/ ημέρα - Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να αναπνέει από την μύτη και όχι από το στόμα 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής θα εμφανίσει μείωση της ναυτίας και του έμετου - Οι δυσάρεστες οσμές προκαλούν ερεθισμό του κέντρου του εμετού στο φλοιό του εγκεφάλου
2. Ξηροστομία	Λόγω: μειωμένης πρόσληψης υγρών από το στόμα	Καταπολέμηση της ξηροστομίας	<ul style="list-style-type: none"> - Δημιουργία στοματικής υγιεινής για την αποφυγή της ξηροστομίας - Ενυδάτωση 	<ul style="list-style-type: none"> - Δημιουργία στοματικής υγιεινής για την αποφυγή της ξηροστομίας - Ενυδάτωση

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
3. Στοματίτιδα	<p>Λόγω:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ανεπαρκούς στοματικής υγιεινής - Διακοπής της διαδικασίας ανανέωσης των επιθηλιακών κυττάρων λόγω της κατασταλτικής δράσης των κυτταροστατικών φαρμάκων 	<p>Η πρόληψη της στοματίτιδας</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή λήψης υπερβολικά ζεστών, πικάντικων, όξινων φαγητών και υγρών - Χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων 	<ul style="list-style-type: none"> - Οι τροφές/ υγρά αυτά ερεθίζουν περισσότερο τον στοματικό βλεννογόνο - Καταπολέμηση του μικροβίου που προκαλεί στοματίτιδα
4. Αυξημένος κίνδυνος λύσης της συνέχειας του δέρματος	<p>Λόγω:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Βλάβης του δέρματος από την παρατεταμένη πίεση στους ιστούς τριβής ή αποκόλλησης ιστών εάν η κινητικότητα είναι μειωμένη 	<p>Η μείωση του κινδύνου της λύσης συνέχειας του δέρματος</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Καθοδήγηση ή βοηθούμε τον ασθενή να ρίχνει το βάρος του σώματος του σε άλλο σημείο κάθε 30 λεπτά - Διατήρηση του δέρματος στεγνό και καθαρό - Διατήρηση κλινοσκεπασμάτων στεγνών και καθαρών - Τοποθέτηση λεπτού στρώματος ταλκ σε περιοχές που έρχονται σε επαφή δύο δερματικές επιφάνειες (π.χ. μασχάλες, περίνεο, κάτω από τους μαστούς) 	<ul style="list-style-type: none"> - Άρση πίεσης στα μέρη του σώματος που πιέζονται για πρόληψη διακοπής της μικροκυκλοφορίας του αίματος στα σημεία αυτά - Απορρόφηση υγρασίας και μείωση τριβής.

Νοσ/κη Διάγνωση	Αίτια	Σκοποί	Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
5. Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης	<p>Λόγω:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Υποθρεψίας και γενικής εξασθένησης - Καταστολής του μυελού των οστών από την χημειοθεραπεία - Η μειωμένη κυτταρική ή χημική ανοσία 	<p>Πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση λοίμωξης</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολούθηση απόλυτου αριθμού ουδετερόφιλων λευκών αιμοσφαιρίων - Λήψη δείγματος για κ/α (π.χ. αίμα, ούρα, πτύελα) - Αποτροπή της επαφής του ασθενούς με άλλα άτομα με λοίμωξη - Χρήση σωστής τεχνικής καθαρισμού των χεριών - Χορήγηση διατροφής υψηλής θερμιδικής αξίας 	<ul style="list-style-type: none"> - Όλα αυτά τα μέτρα προλαμβάνουν την εμφάνιση λοίμωξης του ανοσοκατασταλμένου ασθενούς - Η κακή διατροφή οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα σχηματισμού αντισωμάτων για την καταπολέμηση λοιμώξεων (9)

55. Δωδεκάλογος του αλάρυγγου

1. Να είσαι πάντα αισιόδοξος
2. Να μιλάς χωρίς λαρυγγόφωνο. Δεν είσαι βουβός.
3. Να καθαρίζεις το τραχειοστόμιο ή τον τραχειοσωλήνα τουλάχιστον τρεις (3) φορές την ημέρα.
4. Να φοράς νύχτα και μέρα το κάλυμμα του τραχειοστομίου (σαλιαρίστρα).
5. Να μην καπνίζεις και να μην πίνεις αλκοολούχα ποτά.
6. Να μην παίρνεις κανένα φάρμακο χωρίς την σύμφωνη γνώμη του γιατρού.
7. Να αποφεύγεις τους χώρους που δεν αερίζονται καλά ή που υπάρχουν έντονες αναθυμιάσεις παντός είδους.
8. Να αποφεύγεις τα πολύ ζεστά ή τα πολύ κρύα φαγητά και ποτά. Να μασάς πολύ καλά την τροφή σου.
9. Να μην υποβάλλεσαι σε σκληρές καταπονήσεις, είτε από την δουλειά είτε από άλλη έντονη δραστηριότητα.
10. Να κάνεις όσο μπορείς πιο συχνά ζεστά λουτρά ή ντους. Είναι ευεργετικά στις βλέννες που βγάζεις.
11. Να βοηθάς το συνάδερφο σου εν υγεία αλάρυγγου. Κάποιος σε βοήθησε και σένα.
12. Να έχεις πάντα επάνω σου και σε εμφανές μέρος την κάρτα επειγούσης ανάγκης που σου δίνει ο σύλλογος των αλάρυγγων. (13)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο». Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών. Πρακτικά Ημερίδας Οργάνωση Νοσηλευτική Υπηρεσία και Α' τμήμα κλινικής Ογκολογίας ΑΝΘ «Θεαγένειο». Επιμέλεια Έκδοσης Π.Σ. Παρασκευόπουλος. Θεσσαλονίκη 2000.
2. Αρχές Ψυχοογκολογίας, Ψυχοσωματική και Σωματοψυχική θεώρηση του καρκίνου, Β. Ιακωβίδης Διευθυντής Ψυχολογικού τομέα Αντικαρκινικού τομέα Μεταξάς. Α. Ιακωβίδης Αναπληρωτής καθηγητής Ψυχιατρικού τομέα Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
3. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργιών. Ελληνική επιτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων: « Η Ευρώπη κατά του καρκίνου». Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών με θέμα : « Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου».
4. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας Περίοδος Μάρτιος / Ιούνιος 1998. Τόμος Α' Αθήνα 1998
5. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας Περίοδος Νοέμβριος / Φεβρουάριος 1999-2000. Αθήνα 2001.
6. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Κύρια θέματα: * Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση όγκων * Ψυχοκοινωνική παρέμβαση * Κλινικά φροντιστήρια. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών Περίοδος Οκτώβριος 2003 – Ιανουάριος 2004. Αθήνα 2004.
7. Νικ. Κορδιόλη – Γερ. Ρηγάτου. Η αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα 1990.Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

Επίσημη Ευρωπαϊκή κοινότητα: «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου». Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα: «Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή».

8. Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας. 3^η έκδοση ULRICH – CANALE – WENDELL. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Π. Δημήτριος. Αθήνα 1997

9. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. Άννα Σαχίνη – Καρδάση – Μαρία Πάνου. Β' Έκδοση 2^{ος} Τόμος.

10. Επίτομη Ωτορινολαρυγγολογία – Παθήσεις Ώτων – Ρινός – Λάρυγγος – Κεφαλής και Τραχήλου. Λεωνίδα Μανωλίδη. 10^η Έκδοση. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη 1986.

11. Κλινική Ωτορινολαρυγγολογία & Στοιχεία Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου. Ιωάννης Δανηλίδης. Εκδόσεις University Studio Press.

12. Μαθήματα Ωτορινολαρυγγολογίας. Χ.Ι. Φραντζής. Εκδόσεις University Studio Press.

13. Κων/νου Αν. Μουρίκη. Χωρίς λάρυγγα. Ένα βοήθημα για τον αλάρυγγο. Θεσσαλονίκη 1989.

14. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας & ΨυχοΟγκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών της Ελλάδος. Περίοδος Απρίλιος – Ιούνιος 2000. Αθήνα 2001