



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕ ΘΕΜΑ:

Ελκώδης κολίτιδα & Νοσηλευτικές Διεργασίες

Σπουδάστρια:

Γεωργίου Μαρία

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	5
Summary.....	6
1. Εισαγωγή.....	7
1.1 Εισαγωγή.....	7
2. Επιδημιολογία.....	8
2.1 Επιδημιολογία.....	8
3. Ιστορική αναδρομή.....	9
3.1 Ιστορική αναδρομή.....	9
A' Μέρος	11
1. Ανατομία παχέος εντέρου.....	11
1.1 Ανατομία παχέος εντέρου.....	11
1.1.1 Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου.....	13
1.1.2 Αγγεία και νεύρα του παχέος εντέρου.....	15
2. Φυσιολογία του παχέος εντέρου.....	16
2.1 Φυσιολογία του παχέος εντέρου.....	16
2.1.1 Πέψη και Απορρόφηση.....	16
2.1.2 Κινητικότητα.....	18
2.1.3 Αφόδευση.....	19
3. Παθολογία.....	20
3.1 Παθολογία.....	20
3.1.1 Αιτιολογία.....	20
4. Κλινική εικόνα.....	22
4.1 Κλινική εικόνα.....	22
4.1.1 Ταξινόμηση της κλινικής εικόνας.....	23

5. Διάγνωση.....	25
5.1 Διάγνωση.....	25
6. Διαφορική Διάγνωση.....	28
6.1 Διαφορική Διάγνωση.....	28
7. Πρόγνωση.....	29
7.1 Πρόγνωση.....	29
8. Πρόληψη.....	31
8.1 Πρόληψη.....	31
9. Θεραπεία.....	32
9.1 Θεραπεία.....	32
9.1.1 Χειρουργική.....	33
9.1.2 Συντηρητική.....	34
B' Μέρος	
1. Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς.....	36
1.1 Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς.....	36
2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση.....	38
2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση.....	38
2.1.1 Διάρροια - Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....	38
2.1.2 Οξύς πόνος – Χρόνιος πόνος – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....	40
2.1.3 Διαταραχή της εικόνας του σώματος – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....	41
2.1.4 Διαταραχή θρέψης – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	42
2.1.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις.....	43
3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία.....	47
3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία.....	47
3.1.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών κατά την χορήγηση φαρμάκων.....	47
3.1.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών κατά την χορήγηση διατροφής.....	50
3.2 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	52

3.3 Διεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	53
3.4 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	54
3.5 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με ειλεοστομία.....	58
3.5.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αλλαγή της ειλεοστομίας.....	60
3.5.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αλλαγή της ειλεοστομίας.....	62
4. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	64
4.1 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	64
Γ' Μέρος	
1. Νέα Δεδομένα για την ελκώδη κολίτιδα.....	67
Βιβλιογραφία.....	86
Βιβλιογραφία Νέων Δεδομένων.....	88

Περίληψη

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία αναλύονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα. Αναφέρονται οι νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων, ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας, η συμβολή του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, ο ρόλος του κατά την ενημέρωση, οι νοσηλευτικές πράξεις που επιτελούνται και η νοσηλευτική φροντίδα κατά την προεγχειρητική και μετεγχειρητική περίοδο.

Σκοπός: Η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών σχετικά με το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την πορεία της νόσου, καθώς πρόκειται για μια ασθένεια που είναι χρόνια με πολύ συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο, αφορά κυρίως νεαρά άτομα και ο νοσηλευτής καλείται να εφαρμόσει γνωστικές και συναισθηματικές δεξιότητες προκειμένου να αντιμετωπίσει εξατομικευμένα τον εκάστοτε ασθενή.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pub Med, Google Scholar και InterNurse. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια δια βίου ασθένεια, υποτροπιάζουσα που έχει μια απρόβλεπτη πορεία. Τα συμπτώματα και η χρόνια φύση της νόσου επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζουν σημαντικές σωματικές, συναισθηματικές, και ψυχολογικές μεταβολές.

Συμπεράσματα: Η ελκώδη κολίτιδα αποτελεί μια πολυδιάστατη νόσο. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, όχι μόνο αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου αλλά είναι και υπεύθυνοι για την εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ώστε να είναι προετοιμασμένοι για τις αλλαγές που έχουν να αντιμετωπίσουν στον τρόπο ζωής. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μπορεί να βελτιώσει την περίθαλψη των ασθενών και την κατανόηση των προβλημάτων τους.

Λέξεις ευρετηρίου: Ελκώδης κολίτιδα, ο ρόλος του νοσηλευτή, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, νοσηλευτική φροντίδα.

Summary

This thesis analyzes the nursing interventions in patients suffering from ulcerative colitis. Indicate the nursing diagnoses and interventions during the diagnostic examination, the role of the nurse in the treatment of ulcerative colitis, the contribution of the nurse in mental patient support, its role in informing the nursing actions performed and nursing care in preoperative and postoperative period.

Objective: To raise awareness among nurses about how important the role of the nurse in the course of the disease, as it is a disease that is chronic with very frequent hospital admissions, concerns mainly young people and the nurse called upon to apply cognitive and affective skills to face individualized particular patient.

Methods: Carried out review of Greek and international literature and in online databases Pub Med, Google Scholar and InterNurse. The stuff of the study were selected books and articles published mainly in the last decade in the English and Greek language.

Results: Ulcerative colitis is a lifelong disease, relapsing has an unpredictable course. The symptoms and the chronic nature of the disease significantly affect the quality of life of patients. Patients with ulcerative colitis have significant physical, emotional, and psychological changes.

Conclusions: Ulcerative colitis is a multifaceted disease. Nurses play an important role not only take care of patients in the hospital but is also responsible for training and psychological support of patients, so be prepared for the changes that have to deal with lifestyle. The evaluation of patients' quality of life can improve patient care and understand their problem.

Key words: ulcerative colitis, the role of the nurse, nursing interventions, nursing care.

1.

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιδιοπαθής ελκώδης κολίτιδα είναι μια φλεγμονώδης εντερική νόσος του βλεννογόνου του παχέος εντέρου. Είναι πάθηση χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις που προσβάλλει συνήθως άτομα νέας και μέσης ηλικίας. Η αιτιολογία της δεν είναι ακόμη γνωστή. Η ελκώδης κολίτιδα μαζί με την νόσο του Crohn αποτελούν τις σπουδαιότερες μορφές φλεγμονώδους εντερικής νόσου στις δυτικές χώρες. Οι δύο νόσοι μαζί ονομάζονται “ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι” (ΙΦΕΝ) (Μανούσος, 2004).

Η ελκώδης κολίτιδα εκδηλώνεται κυρίως στην περιφερική μοίρα του παχέος εντέρου. Η πάθηση αρχίζει από το ορθό, επεκτείνεται προς τα άνω με τοπολογική συνέχεια και προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο στο 10-20 % των περιπτώσεων. Πιθανολογείται ότι πυροδοτείται από εξωγενείς παράγοντες όταν υπάρχει γενετική προδιάθεση. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι οι αιματηρές διάρροιες και ανάλογα με την επέκταση της πάθησης κοιλιακά άλγη εμφανίζονται στο αριστερό λαγόνιο βόθρο. (Classen et al., 2009).

Οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζουν υποτροπιάζουσα πορεία. Σε περιόδους υφέσεως, ο βλεννογόνος μπορεί να ιαθεί τελείως ή να παραμείνει ατροφικός με ελαττωμένο αριθμό αδένων, παραμόρφωση της αρχιτεκτονικής των αδενικών κρυπτών και ανώμαλη πάχυνση του χορίου του βλεννογόνου. Όταν ο άρρωστος φτάσει σε αυτή τη κατάσταση, υπάρχει απόλυτη ένδειξη για χειρουργική επέμβαση με σκοπό την επείγουσα κολεκτομή (Μανούσος, 2004).

Σε περιπτώσεις ελαφριάς οξείας έξαρσης ή μέτριας έξαρσης χορηγείται θεραπευτική αγωγή. Χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται σε όλες τις βαριές επιπλοκές και σε όλες τις περιπτώσεις όπου αποτυγχάνει η φαρμακευτική αγωγή. Περιλαμβάνει την ολική πρωκτοκολεκτομή με μόνιμη κολοστομία που δίνει οριστική θεραπευτική λύση στο πρόβλημα (Γιωτάκη, 2010).

2.

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας κυμαίνεται μεταξύ 3 και 14 νέων διαγνώσεων ανά 100.000 κατοίκους ετησίως. Συχνά η πορεία της ελκώδους κολίτιδας είναι ήπια, όταν προσβάλλεται αποκλειστικά το ορθό, πολλές παθήσεις δεν διαγιγνώσκονται, οπότε ο επιπολασμός είναι προφανώς ακόμα υψηλότερος. Οι αριθμοί για τον επιπολασμό κυμαίνονται μεταξύ 50 και 169 ανά 100.000 κατοίκους. Η πάθηση εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ορισμένες γεωγραφικές περιοχές και εθνολογικές ομάδες, όπως βορειοευρωπαίους και βορειοαμερικάνους και ορισμένες ομάδες εβραίων. Η πάθηση προσβάλλει και τα δύο φύλα με την ίδια συχνότητα. Για συγγενείς πρώτου βαθμού με ένα πάσχοντα, η πιθανότητα να νοσήσει είναι τετραπλάσια έως δεκαπλάσια σε σύγκριση με τον φυσιολογικό πληθυσμό. Εάν πάσχουν και οι δύο γονείς, τότε η πιθανότητα για το παιδί να νοσήσει τοποθετείται γύρω στο 50% (Classen et al., 2009).

Υπάρχει μεγαλύτερη γεωγραφική κατανομή της πάθησης στη Βόρεια Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική. Η χρόνια επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας είναι περίπου 2 με 10 νέα περιστατικά ανά 100.000 ατόμων. Ο επιπολασμός στις ΗΠΑ είναι 40-100 περιπτώσεις στις 100.000 πληθυσμού. Υπάρχει 10πλάσιος κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σε άτομα που έχουν πρώτου βαθμού συγγενή με την πάθηση. Ηλικιακά, η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης αφορά σε άτομα 15-25 ετών καθώς και τις ηλικίες 56-65 ετών. Οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο από τους άντρες (Ignatavicius & Workman, 2008).

Πιστεύεται ότι περίπου 2 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ πάσχουν από φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Η συχνότητα τόσο της ελκώδους κολίτιδας όσο και της νόσου του Crohn είναι παρόμοια. Η ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι συνήθως μεταξύ 15 και 25 ετών, αν και μπορεί να συμβεί ανά πάσα στιγμή. Άνδρες και γυναίκες εμφανίζουν εξίσου ΦΝΕ, αν και οι περισσότεροι άνδρες εκδηλώνουν ελκώδη κολίτιδα. Η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας είναι 229 ανά 100.000 άτομα (Osborn et al., 2013).

Η ετήσια επίπτωση της νόσου στις ΗΠΑ είναι περίπου 11 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού. Η συχνότητα είναι ίδια σε άνδρες και γυναίκες 15 έως 35 έτη, η δεύτερη μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται σε ηλικίες μεταξύ 50 και 70 ετών (Lemone & Burke, 2006).

3.

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο όρος ελκώδη κολίτιδα χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Wilks το 1859 και έχει επικρατήσει έκτοτε, αν και η εξέγκωση του βλεννογόνου δεν αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διάγνωση (Classen et al., 2009).

Ωστόσο, πριν ο Sir Samuel Wilks αναφερθεί πρώτη φορά στην ελκώδη κολίτιδα, κατά τους ρωμαϊκούς χρόνους, διάφορες μορφές μη λοιμώδους διάρροιας περιγράφηκαν ελεύθερα στην βιβλιογραφία από τους εν λόγω ιατρούς, όπως τον Αρεταίο και τον Συρανό (Classen et al., 2009).

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι το 1745 ο πρίγκιπας Κάρολος, ο νεαρός διάδοχος του θρόνου, έπασχε από ελκώδη κολίτιδα και να θεραπευτεί ο ίδιος υιοθετώντας μια δίαιτα χωρίς γάλα (Classen et al., 2009).

Μερικά χρόνια αφότου ο Wilks κατονόμασε για πρώτη φορά τη νόσο, ο Γενικός Χειρουργός της Ένωσης Στρατού, αναφέρεται επίσης ακριβώς στην «ελκώδη κολίτιδα» και ακόμα παρήγαγε μικροφωτογραφίες που δείχνουν τα ιστολογικά ευρήματα, ένα εξαιρετικό τεχνικό επίτευγμα για την εποχή (Butcher, 2008).

Μετά από αυτές τις πρωτοπόρες περιγραφές, τα παθολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου ήταν στενά χαρακτηρισμένα, κυρίως από τον Wilks και τον Moxon, τον Allchin και τον Hale-White (Classen et al., 2009).

Σταδιακά η ελκώδης κολίτιδα έγινε ευρύτερα αναγνωρισμένη - μέχρι το 1909, στο πλαίσιο ενός συμποσίου της Βασιλικής Εταιρίας της Ιατρικής, τουλάχιστον 300 περιπτώσεις, είχαν συλλεχθεί από τα διάφορα νοσοκομεία του Λονδίνου (Butcher, 2008).

Από το ότι η ασθένεια έχει αυξηθεί σταθερά σε δημοτικότητα, μέχρι τις πρόσφατες μελέτες από τον Evans και Acheson το 1965, έχει υποδειχθεί ότι επηρεάζει περίπου 1 στους 1000 του γενικού πληθυσμού (Butcher, 2008).

Η ελκώδης κολίτιδα ήταν γνωστή από τον 19^ο αιώνα. Η πρώτη περιγραφή της νόσου αποδίδεται στον Samuel Wilks (1859). Το 1909 είχαν ήδη περιγραφεί εκατοντάδες περιπτώσεις στα νοσοκομεία του Λονδίνου (Hawkins 1994). Η συχνότητα της ελκώδους κολίτιδας και η κλινική της σημασία αυξήθηκε πολύ τις τελευταίες δεκαετίες στις

βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την κλινική κυρίως εκτίμηση της νόσου τα τελευταία 30 χρόνια. Μεταξύ 1977-1985 έγινε στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Θεραπευτηρίου «Ευαγγελισμός» συστηματική μελέτη μεγάλου αριθμού ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Ακολούθησαν κλινικές μελέτες και άλλων ελληνικών νοσοκομείων από τις οποίες έχουν προκύψει έγκυρα συμπεράσματα για τη συμπεριφορά της νόσου στη χώρα μας (Μανούσος, 2004).

Α΄ Μέρος

1.

1.1 ANATOMIA

Το παχύ έντερο έχει μήκος 1,5-1,8 m. Βρίσκεται στην υποκοιλική μοίρα της κοιλιακής κοιλότητας (κάτω κοιλία) περιβάλλοντας τις έλικες του λεπτού εντέρου σαν κάδρο (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Το παχύ έντερο ξεκινάει από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό. Αποτελείται από τέσσερις χιτώνες οι οποίοι από έξω προς τα μέσα είναι ο ορογόνος, ο μυϊκός, ο υποβλεννογόνος και ο βλεννογόνος. Κατά την πορεία του σχηματίζει μια ατελή στεφάνη, που περιβάλλει τις έλικες του λεπτού εντέρου. Η διάμετρος του αυλού του είναι μεγαλύτερη από αυτή του λεπτού εντέρου, εμφανίζοντας μεγαλύτερη έκταση στην περιοχή του τυφλού και στη συνέχεια στενεύει σταδιακά έως το ευθύ, όπου μετά διογκώνεται πάλι για να σχηματίσει αμέσως πιο πάνω τον πρωκτικό σωλήνα την κοπροδόχο λήκυθο (Χατζημούγιας, 2002).

Το παχύ έντερο μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερις μοίρες: στο τυφλό και στην σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον που αποτελείται από το ανιόν κόλον, το εγκάρσιο κόλον, το κατιόν κόλον και το σιγμοειδές κόλον, το ορθό και τον πρωκτικό σωλήνα. Με την εξαίρεση του πρωκτικού σωλήνα ο οποίος προέρχεται από το εξώδερμα, ολόκληρο το παχύ έντερο προέρχεται από το ενδόδερμα (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Το τυφλό, το αρχικό τμήμα του παχέως εντέρου, έχει μήκος 6-8 cm. και χωρητικότητα 100-150 κυβικά εκατοστά. Έχει σακοειδή εμφάνιση και είναι τοποθετημένο μέσα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και περιέχει το στόμιο του ειλεού στο έσω τοίχωμα του. Η μεσοκολική ταινία βλέπει προς τα πίσω και έσω, η επιπλοϊκή ταινία βλέπει προς τα πίσω και έξω και η ελεύθερη κολική ταινία βρίσκεται μεταξύ των δύο παραπάνω και είναι ορατή από μπροστά (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Η σκωληκοειδής απόφυση ενώνεται με το πρόσθιο και έσω άκρο του τυφλού. Η θέση της ποικίλει ευρέως, συνηθέστερα βρίσκεται πίσω από το τυφλό στην ανιούσα οπισθοτυφλική θέση. Έχει κατά μέσο όρο μήκος 10 cm και πάχος 6 mm. Οι τρεις ταινίες του τυφλού συναντώνται στο στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης και δεν σχηματίζουν ταινίες στην επιμήκη μυϊκή στιβάδα της σκωληκοειδούς απόφυσης η οποία δεν έχει καμία ταινία (Fritsch & Kuhnel, 2009).

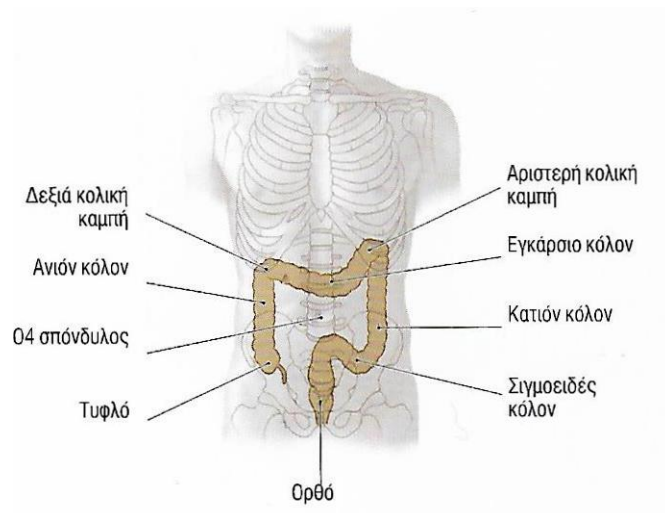
Το ανιόν κόλον έχει διάμετρο περίπου 15cm και αποτελεί τη συνέχεια του τυφλού προς τα πάνω και ο αυλός του έχει μικρότερη διάμετρο. Καλύπτεται από το περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειες, ενώ η οπίσθια επιφάνεια του βρίσκεται σε ανατομική συσχέτιση με τον ουρητήρα ενώ η δεξιά κολική καμπή επικαλύπτει συνήθως τον κάτω πόλο του δεξιού νεφρού (Χατζημπούγιας, 2002).

Το εγκάρσιον κόλον έχει μήκος 45cm εκτίνεται από τη δεξιά κολική καμπή έως το αριστερό υποχόνδριο, αντίστοιχα προς το κάτω άκρο του σπλήνα στρέφεται απότομα προς τα κάτω και πίσω μεταπίπτοντας έτσι στο κατιόν κόλον. Καλύπτεται εξολοκλήρου από το περιτόναιο και κρέμεται από δυο πτυχές του περιτοναίου, το εγκάρσιο, το μεσόκολο και το γαστροκολικό σύνδεσμο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι εξαιρετικά ευκίνητο και επομένως η θέση και το σχήμα του να εξαρτώνται από τη διάπλαση, την ηλικία και την θέση του σώματος του ατόμου (Χατζημπούγιας, 2002).

Το κατιόν κόλον έχει μήκος περίπου 25cm, αρχίζει μετά την αριστερή κολική καμπή, προς την ένατη ή δέκατη πλευρά, και φέρεται προς τα κάτω στην αρχή στο αριστερό υποχόνδριο και στη συνέχεια στην αριστερή οσφυϊκή χώρα έως τη λαγόνια ακρολοφία. Έχει τρεις κολικές ταινίες και δυο στίχους επιπλοϊκών αποφύσεων και καλύπτεται μπροστά και πίσω από περιτόναιο (Χατζημπούγιας, 2002).

Το σιγμοειδές κόλον είναι η συνέχεια του κατιόν κόλου και βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και της μήτρας στις γυναίκες και μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του απευθυσμένου στους άνδρες. Περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από πτυχή του περιτοναίου που λέγεται μεσοσιγμοειδές (Χατζημπούγιας, 2002).

Το ορθό είναι η τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου, φθάνει μέχρι τον αιμορροϊδικό δακτύλιο και εμφανίζει δυο μοίρες την ενδοπυελική και την περινεϊκή έχει μήκος 15cm και στηρίζεται στο περίνεο, στο περιτόναιο και την περιτονία του απευθυσμένου. Το περιτόναιο καλύπτει το ορθό και τα 2/3 του από μπροστά και πλάγια, ενώ η περιτονία του απευθυσμένου το περιβάλλει ως έλυτρο στο κάτω τριτημόριο του προς τα άνω και πίσω (Χατζημπούγιας, 2002).



Εικόνα 1. Παχύ έντερο, τμήματα του κόλου (Πηγή: Fritsch & Kuhnel, 2009).

1.1.1 Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου

Υπάρχουν τέσσερα μορφολογικά γνωρίσματα – τρία ορατά στην έξω επιφάνεια και ένα στο εσωτερικό – τα οποία διαχωρίζουν το παχύ από το λεπτό έντερο. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα γνωρίσματα αυτά δεν παρατηρούνται σε όλα τα τμήματα του παχέος εντέρου και λείπουν στο τυφλό, τη σκωληκοειδή απόφυση και το ορθό (Schunke et al., 2011).

Τα εξωτερικά γνωρίσματα είναι τα εξής (Schunke et al., 2011):

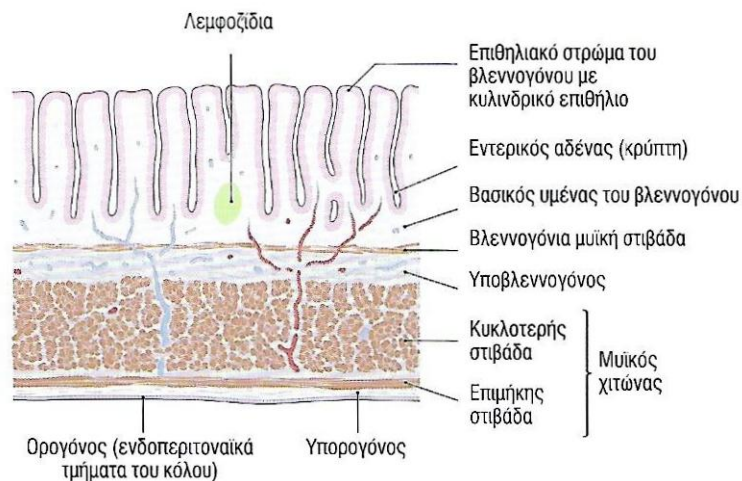
1.Οι **κολικές ταινίες** στα περισσότερα τμήματα του παχέος εντέρου, οι επιμήκεις μυϊκές ίνες δεν σχηματίζουν ένα συνεχές στρώμα γύρω από το εντερικό τοίχωμα, αλλά συναθροίζονται και σχηματίζουν τρεις επιμήκεις δεσμίδες, τις κολικές ταινίες. Ταινίες δεν υπάρχουν στο ορθό και την σκωληκοειδή απόφυση. Οι τρεις κολικές ταινίες συγκλίνουν και σχηματίζουν τον μυϊκό χιτώνα της σκωληκοειδούς απόφυσης.

2.Οι **επιπλοϊκές αποφύσεις** γεμάτες με λίπος προεξοχές του ορογόνου, διάσπαρτες σε ολόκληρη την επιφάνεια του παχέως εντέρου εκτός από το τυφλό και το ορθό.

3.Τα **εκκολπώματα** σακοειδείς προβολές του τοιχώματος μεταξύ των εγκάρσιων πτυχών του παχέως εντέρου.

Ορατές μόνο στο εσωτερικό, σε αντίθεση με τα παραπάνω εξωτερικά γνωρίσματα, είναι οι **μυνοειδείς πτυχές**. Είναι λειτουργικά γνωρίσματα που δημιουργούνται από τη σύσπαση του μυϊκού χιτώνα. Οι εσωτερικές πτυχές αντιστοιχούν σε εξωτερικές περισφίξεις που χαρακτηρίζουν τα εκκολπώματα (Schunke et al., 2011).

Το παχύ έντερο αποτελείται από τέσσερις χιτώνες οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι: Ο ορογόνος ο οποίος αποτελείται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου. Ο μυϊκός που αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες που βρίσκονται τοποθετημένες σε δυο στοιβάδες την έξω επιμήκη και την έσω κυκλωτερή στοιβάδα. Με την ενέργεια αυτού του χιτώνα διεκπεραιώνονται οι περισταλτικές και οι αντιπερισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου. Ο υποβλεννογόνιος παρεμβάλλεται μεταξύ του μυϊκού και του βλεννογόνου χιτώνα. Ο βλεννογόνος χιτώνας αποτελείται από μονόστιχο κυλινδρικό επιθήλιο, από μονήρη λεμφοζίδια και από αδένες ίδιους με αυτούς του λεπτού εντέρου (Χατζημπούγιας, 2002).



Εικόνα 2. Δομή τοιχώματος παχέος εντέρου (Πηγή: Schunke et al., 2011).

1.1.2 Αγγεία και νεύρα του παχέος εντέρου

1.Αρτηρίες (Fritsch & Kuhnel, 2009): Το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση αρδεύονται αμφότερα από την ειλεοκολική αρτηρία, η οποία εκφύεται ως ένας τελικός κλάδος από την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Το ανιόν κόλον και περίπου τα 2/3 του εγκάρσιου κόλου δέχονται την αιμάτωση τους από την δεξιά κολική αρτηρία και την μέση κολική αρτηρία. Το αριστερό τριτημόριο του εγκάρσιου κόλου αρδεύεται, όπως και το κατίον κόλον, από την αριστερή κολική αρτηρία, που εκφύεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Το μεγαλύτερο μέρος του ορθού αρδεύεται μέσω της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας, η οποία εκφύεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία.

2.Φλέβες (Fritsch & Kuhnel, 2009): Η φλεβική αποχέτευση του τυφλού και του κόλου γίνεται μέσω των φλεβών που έχουν τα ίδια ονόματα με τις αρτηρίες και εκβάλλουν μέσω της άνω μεσεντέριας φλέβας ή της κάτω μεσεντέριας φλέβας στην ηπατική πυλαία φλέβα .

3.Νεύρα (Schunke et al., 2011):

- **Συμπαθητική νεύρωση:** Το τυφλό, το ανιόν κόλον και τα δυο κεντρικά τριτημόρια του εγκάρσιου κόλου νευρώνονται από μετασυναπτικούς κλάδους του άνω μεσεντέριου γαγγλίου μέσω του άνω μεσεντέριου πλέγματος, το οποίο δίνει κλάδους στα διάφορα τμήματα του εντέρου κατά μήκος των κλάδων της άνω μεσεντέριας αρτηρίας.

Κατά τον ίδιο τρόπο, το περιφερικό τμήμα του εγκάρσιου κόλου, το κατίον κόλον και το ανώτερο τμήμα του ορθού νευρώνονται από μετασυναπτικές ίνες του κάτω μεσεντέριου γαγγλίου και του αντίστοιχου πλέγματος, το οποίο διανέμεται κατά μήκος των κλάδων της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας.

Το μέσο και το κατώτερο τμήμα του ορθού νευρώνονται από τα οσφυϊκά και τα ιερά σπλαχνικά νεύρα μέσω του κάτω υπογάστριου πλέγματος.

- **Παρασυμπαθητική νεύρωση:** Το τυφλό το ανιόν και τα κεντρικά δύο τρίτα του εγκάρσιου κόλου νευρώνονται από το πνευμονογαστρικό στέλεχος και τους κλάδους του (Schunke et al., 2011).

Το υπόλοιπο κόλον και το ορθό νευρώνονται από τα πυελικά σπλαχνικά νεύρα από τα I2-14 νευροτόμια του νωτιαίου μυελού (Schunke et al., 2011).

2.

2.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το παχύ έντερο έχει δύο κύριες λειτουργίες. Χρησιμεύει κυρίως για την επαναρρόφιση νερού και ηλεκτρολυτών από το κοπρανώδες υλικό και για να αποθηκεύει τα κόπρανα μέχρι να απομακρυνθούν από το σώμα. Απορροφάει νερό και ηλεκτρολύτες, έτσι τα περίπου 500-1500 mL χυμού που φτάνουν στο παχύ έντερο μπορούν να ελαττωθούν κατά περίπου 100-200 mL. Το παχύ έντερο δεν είναι 'όργανο ζωτικής σημασίας, γι αυτό, μεγάλα τμήματα του εντέρου μπορούν να αφαιρεθούν για θεραπευτικούς λόγους (Silbernagl & Despopoulos, 2010).

Η κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η επαναρρόφιση νερού από το υδαρές περιεχόμενο, που έχει απομείνει μετά την πέψη και απορρόφιση στη νήστιδα και τον ειλεό. Έτσι, το υδαρές υλικό μετατρέπεται σε ημιστερεή κοπρανώδη μάζα που, τελικά, αποβάλλεται. Το μυϊκό σύστημα του κόλου ανακατεύει και συνθλίβει το κοπρανώδες υλικό και το προωθεί στο ορθό. Στο κόλον βρίσκεται ένας μεγάλος αριθμός από βλεννοπαραγωγικά κύτταρα. Αυτά παράγουν ένα μεγάλο ποσό από βλέννα για λίπανση. Η ολική κολεκτομή είναι καλά ανεκτή, εκτός ίσως από κάποιες απώλειες υγρών και ηλεκτρολυτών οι οποίες αποφεύγονται με την κατανάλωση αυξημένης ποσότητας άλατος και νερού (Keshav, 2009).

2.1.1 Πέψη και Απορρόφιση

Ο όρος πέψη αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία τα σύνθετα μόρια τροφής διασπώνται σε απλούστερα στοιχεία έτσι ώστε να μπορούν να απορροφηθούν από το έντερο και να μεταβολιστούν στο σώμα. Εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από μια ποικιλία εκκρίσεων στον γαστρεντερικό σωλήνα και τα σχετικά με αυτόν όργανα. Στο τοίχωμα του εντέρου βρίσκονται εξωκρινείς αδένες που εκκρίνουν στον αυλό ένα συνολικό όγκο 7-8 λίτρων εκκρίσεων καθημερινά (McGeown, 2009).

Η απορρόφιση περιλαμβάνει τη μεταφορά των προϊόντων της πέψης, μαζί με μέταλλα, βιταμίνες και νερό από τον αυλό του εντέρου στο αίμα. Αυτό συμβαίνει κυρίως στο λεπτό έντερο, το οποίο είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού,

διότι έχει αφ' ενός μεν εξειδικευμένα συστήματα μεταφοράς αφ' ετέρου δε μεγάλη επιφάνεια απορρόφησης (McGeown, 2009).

Για την διαδικασία της πέψης, τα ένζυμα είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες. Μετατρέπουν, υπό φυσιολογικές θερμοκρασίες τα πολύπλοκα και πολυμερή συστατικά των τροφών σε μονομερή, τα οποία μπορούν να απορροφηθούν από τον πεπτικό σωλήνα (Keshav, 2009).

Η ενζυμική πέψη αρχίζει στο στόμα με τη σιαλική αμυλάση, που διασπά το άμυλο σε σάκχαρα. Το οξύ του στομάχου αναστέλλει την ενεργότητα της αμυλάσης και ενεργοποιεί το γαστρικό πεψινογόνο, με συνέπεια την παραγωγή πεψίνης και την έναρξη της πέψης των πρωτεϊνών. Το μεγαλύτερο μέρος της ενζυμικά υποβοηθούμενης πέψης λαμβάνει χώρα στο δωδεκαδάκτυλο και τη νήστιδα, όπου τα ένζυμα του παγκρέατος και του λεπτού εντέρου δρουν σε αλκαλικό περιβάλλον. Το πάγκρεας παράγει τεράστια ποσότητα και ποικιλία πεπτικών ενζύμων, όπως πρωτεϊνάσες, αμυλάσες, λιπάσες και νουκλεάσες. Τα ένζυμα μπορούν δυνητικά να καταστρέψουν συστατικά των κυττάρων, από τα οποία παράγονται (αυτοπεψία). Για τον λόγο αυτό, συνθέτονται ως ανενεργά προένζυμα, τα οποία στη συνέχεια ενεργοποιούνται με πρωτεολυτική διάσπαση από άλλα ένζυμα. Τα εντεροκύτταρα υπεισέρχονται στο κρίσιμο, τελικό στάδιο της ενζυμικής πέψης. Δισακχαρίτες και πεπτιδάσες της κορυφαίας επιφάνειας τους, στην ψηκτροειδή παρυφή, διασπούν ακόμα περισσότερο τα σάκχαρα και τα πεπτίδια, που έχουν προέλθει από την πεπτική διαδικασία στον αυλό του εντέρου, μετατρέποντας τα σε ολιγομερή ή μονομερή, τα οποία, τελικά, απορροφούνται (Keshav, 2009).

Η απορρόφηση των τροφών μετά την πέψη εξαρτάται από την έκταση και την λειτουργικότητα της απορροφητικής επιφάνειας. Το λεπτό έντερο είναι η κύρια απορροφητική επιφάνεια (Keshav, 2009).

Οι κυκλοτερείς πτυχές στο εσωτερικό του εντέρου αυξάνουν την επιφάνεια τρεις φορές, και οι λάχνες, που είναι δακτυλοειδείς προεκβολές του βλεννογόνου στον αυλό του εντέρου, αυξάνουν την επιφάνεια 10 φορές. Οι μικρολάχνες, που είναι μικροσκοπικές δακτυλοειδείς προεκβολές της κορυφαίας επιφάνειας των εντεροκυττάρων, αυξάνουν την απορροφητική επιφάνεια 20 φορές (Keshav, 2009).

Τα εντεροκύτταρα είναι άριστα προσαρμοσμένα για να απορροφούν, εκφράζοντας τις απαραίτητες μεμβρανικές πρωτεΐνες μεταφορείς και τους απαραίτητους διαμεμβρανικούς

πόρους. Επιπλέον, διάφορα τμήματα του εντέρου είναι εξειδικευμένα για την απορρόφηση ειδικών θρεπτικών συστατικών, π.χ. το φυλλικό οξύ απορροφάται κυρίως στη νήστιδα, ενώ η βιταμίνη B12 και τα χολικά άλατα στον τελικό ειλεό (Keshav, 2009).

2.1.2 Κινητικότητα

Τα πρότυπα της κινητικότητας του παχέος εντέρου συμπεριλαμβάνουν αυτά που προωθούν το περιεχόμενο του αυλού προς το ορθό και αυτά που παρατείνουν την επαφή του περιεχομένου του εντέρου με τα απορροφητικά επιθηλιακά κύτταρα. Αυτές οι τελευταίες μορφές κινητικότητας επιτρέπουν τη μέγιστη απορρόφηση του υγρού από τα κόπρανα (Hansen & Koepfen, 2002).

Φυσιολογικά το παχύ έντερο παρουσιάζει μία χαμηλή συχνότητα κινήσεων κατάτμησης (2-4 συσπάσεις/ανά ώρα) εντούτοις τρεις με τέσσερις φορές τη μέρα το παχύ έντερο παρουσιάζει σύσπαση γνωστή ως μαζική κίνηση. Είναι μία συγχρονισμένη και παρατεταμένη σύσπαση του κυκλοτερούς μυός, η οποία δεν ταξιδεύει όπως συμβαίνει με το περισταλτικό κύμα. Συχνά συμβαίνει αμέσως μετά το γεύμα - πιθανόν λόγω έκκλησης του γαστροκολικού αντανακλαστικού το οποίο εξαρτάται από την γαστρίνη. Η μαζικές κινήσεις αναγκάζουν το εντερικό περιεχόμενο να μετακινηθεί προς το ορθό – το οποίο όταν διατείνεται εκκλύει το αντανακλαστικό της αφόδευσης. Η προσαγωγός αισθητική οδός του αντανακλαστικού ξεκινά από τους μηχανοϋποδοχείς που βρίσκονται στο τοίχωμα του ορθού και διεγείρουν τα νεύρα του παρασυμπαθητικού της ιεράς μοίρας του νωτιαίου μυελού, τα οποία εν συνεχεία αυξάνουν τη σύσπαση του κόλου ενώ χαλαρώνουν τον λείο μυ του έσω σιφκτήρα του πρωκτού. Τα σωματικά νεύρα προς το γραμμωτό μυ του έξω σιφκτήρα του πρωκτού αναστέλλονται επιτρέποντας έτσι την χάλαση του. Η διάσταση του ορθού, εξάλλου, ενημερώνει για την πίεση της αφόδευσης και νωρίς στη ζωή μας μαθαίνουμε να απαντούμε στη πίεση αυτή με την εκούσια σύσπαση του έξω σιφκτήρα. Αυτό μας επιτρέπει να ελέγχουμε την αφόδευση (εγκράτεια κοπράνων). Όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν ο έξω σιφκτήρας χαλαρώνει επιτρέποντας έτσι την κένωση. Η κένωση συχνά υποβοηθείται με την σύσπαση των κοιλιακών μυών και του διαφράγματος που αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση, γεγονός που νιώθουμε ως «κοιλιακή ενόχληση» (McGeown, 2009).

Όσον αφορά τα 3 είδη κινήσεων έχουμε (Schmidt, 2010):

- Μη προωθητικές περισταλτικές κινήσεις. Δακτυλοειδής συστολές που γίνονται συγχρόνως σε περισσότερες θέσεις και χρησιμεύουν στην ανάμειξη του χυμού
- Περισταλτικά κύματα. Αραιές συστολές που μετά από αρχική χάλαση, προωθούν περαιτέρω το χυμό περίπου κατά 20cm.
- Μαζικές κινήσεις. Εμφανίζονται μόνο 3 έως 4 φορές ημερησίως και προωθούν τον χυμό σε μεγάλες αποστάσεις.

2.1.3 Αφόδευση

Η αφόδευση προϋποθέτει την ακεραιότητα του ορθοσφιγκτηριακού αντανakλαστικού και την χάλαση τόσο του ακούσιου έσω σφιγκτήρα του πρωκτού (νευρώνεται από τα πυελικά σπλαχνικά νεύρα της παρασυμπαθητικής μοίρας του αυτόνομου νευρικού συστήματος) όσο και του εκούσιου έξω σφιγκτήρα του πρωκτού (νευρώνεται από το σωματικό αιδοϊκό νεύρο). Η σύσπαση του άνω παχέος εντέρου και του ορθού προκαλεί την έξωση των κοπράνων (Hansen & Koerppen, 2002).

Η πλήρωση του άνω τμήματος του πρωκτού (πρωκτική λήκυθος) με εντερικό περιεχόμενο διεγείρει τους πρωκτικούς υποδοχείς διάταξης προκαλώντας αντανakλαστική χαλάρωση του εντερικού σφιγκτήρα, σύσπαση του εσωτερικού σφιγκτήρα και την ανάγκη για αφόδευση. Με την (γενικά εκούσια) απόφαση για αφόδευση, το απευθυσμένο γίνεται μικρότερο. Ο ηβοπρωκτικός και ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού χαλαρώνουν και (μέσω ενός νωτιαίου παρασυμπαθητικού αντανakλαστικού μέσω S2-S4). Πρωκτικές συσπάσεις των κυκλικών μυών από το κατίον κόλον, σιγμοειδές κόλον και το ορθό - με την βοήθεια της αυξημένης κοιλιακής πίεσης - προωθούν τα κόπρανα έξω από το σώμα. Η φυσιολογική συχνότητα της κένωσης του εντέρου κυμαίνεται από 3 φορές τη μέρα έως 3 φορές την εβδομάδα, με βάσει το περιεχόμενο της τροφής σε δύσπεπτες ίνες (π.χ κυτταρίνη, λιγνίνη). Συχνή δίοδο υδαρών κοπράνων (διάρροια) ή μη συχνής διόδου των κοπράνων (δυσκοιλιότητα) μπορούν να οδηγήσουν σε διάφορες διαταραχές (Sllbernagl & Despopoulos, 2010).

3.

3.1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η φλεγμονώδης διεργασία της ελκώδους κολίτιδας αρχίζει στην περιοχή του ορθοσιγμοειδούς και στον πρωκτικό σωλήνα και επεκτείνεται προς τις εγγύτερες μοίρες του παχέος εντέρου. Στους περισσότερους ασθενείς, η νόσος περιορίζεται στον ορθό και το σιγμοειδές. Άλλες φορές πάλι, η νόσος μπορεί να εξελιχθεί και να προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο, μέχρι την ειλεοτυφλική συμβολή. Η ελκώδης κολίτιδα αρχίζει με φλεγμονή στη βάση των κρυπτών του Lieberkuhn στην περιφερική μοίρα του παχέος εντέρου και στο ορθό. Παρατηρούνται μικροσκοπικές αιμορραγίες στο βλεννογόνο, ενώ αναπτύσσονται αποστήματα στις κρύπτες. Τα αποστήματα αυτά διαπερνούν την επιφανειακή μοίρα του υποβλεννογόνιου χιτώνα και εκτείνονται προς τα πλάγια, με αποτέλεσμα την εμφάνιση νέκρωσης και απόπτωσης του βλεννογόνου του εντέρου. Το φλεγμονώδες εξίδρωμα και η απελευθέρωση μεσολαβητών της φλεγμονής προκαλούν περαιτέρω ιστική βλάβη. Ο βλεννογόνος του εντέρου εμφανίζεται ερυθρός και οιδηματώδης λόγω της αγγειακής συμφόρησης, εύθρυπτος και γεμάτος εξελκώσεις. Αιμορραγεί εύκολα, με αποτέλεσμα η αιμορραγία από το ορθό να αποτελεί συνηθισμένη κλινική εκδήλωση της διαταραχής. Το οίδημα δημιουργεί μια μικροκοκκιώδη εμφάνιση του βλεννογόνου. Καθώς το επιθηλιακό στρώμα του εντέρου αναγεννάται μπορούν να εμφανιστούν ψευδοπολύποδες. Η χρόνια φλεγμονή έχει ως αποτέλεσμα την ατροφία, τη στένωση και την ελάττωση του μήκους του παχέος εντέρου, όπως επίσης και τη απώλεια των φυσιολογικών κολικών κυψελών (Lemone & Burke, 2006).

3.1.1 Αιτιολογία

Η τρέχουσα άποψη είναι ότι χρειάζεται μια συγκυρία για να εκδηλωθεί η ΙΦΕΝ. Σε έδαφος γενετικώς προδιατεθειμένο, η επίδραση κάποιου αντιγονικού παράγοντος προκαλεί ανώμαλη ανοσολογική απάντηση με αποτέλεσμα την εκδήλωση και την διαίωνιση της φλεγμονής. Τα κλινικά δεδομένα, οι επιδημιολογικές μελέτες και η μοριακή γενετική παρέχουν ισχυρές ενδείξεις υπέρ της απόψεως ότι τόσο γενετικοί όσο και

περιβαλλοντολογικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην παθογένεση των ΙΦΕΝ (Μανούσος, 2004).

Οι κύριοι παράγοντες για την πρόκληση της ελκώδους κολίτιδας είναι λοιμώδη αίτια και ψυχολογικοί παράγοντες.

Όσον αφορά τα λοιμώδη αίτια, οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου μπορεί να συσχετίζονται με την σύνθεση της εντερικής χλωρίδας. Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου έχουν πολυπαραγοντικοί αιτιολογία και ενδέχεται ότι η ελκώδης κολίτιδα είναι το τελικό αποτέλεσμα της δράσης διαφόρων λοιμωδών και μη λοιμωδών αιτιών. Υπάρχει η πιθανότητα το υποτιθέμενο υπεύθυνο λοιμώδες αίτιο να προκαλέσει τη φλεγμονώδη αντίδραση και κατόπιν να καταστραφεί από τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού ή να παραμείνει σε μη καλλιεργήσιμη μορφή (Μανούσος, 2004).

Η πρώτη συστηματική υποστήριξη της ψυχοσωματικής αιτιολογίας της ελκώδους κολίτιδας έγινε από τον Murray (1930). Σύμφωνα με την άποψη αυτή, υπάρχει χαρακτηριστικός τύπος προσωπικότητας που είναι προδιατεθειμένος στην εκδήλωση ελκώδους κολίτιδας. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι άτομα συναισθηματικώς ανώριμα, εξαρτημένα, με παθητική συμπεριφορά, ιδιαίτερος ευαίσθητα σε καταστάσεις αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα, μπορεί κάτω από επίμονο στρες να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα. Οι παρατηρήσεις των μεταβολών της αιμάτωσης του εντερικού βλεννογόνου και της εντερικής κινητικότητας κάτω από συνθήκες στρες έδωσαν ώθηση στις απόψεις αυτές, εν όψει μάλιστα των πολύπλοκων ορμονο-νευρικών σχέσεων μεταξύ κεντρικού νευρικού συστήματος και εντέρου (Μανούσος, 2004).

4.

4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ελκώδης κολίτιδα είναι νόσος που παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία στην κλινική διαδρομή, την ένταση των συμπτωμάτων την τελικά έκβαση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (60-75%) παρουσιάζει συχνούς παροξυσμούς (υποτροπιάζουσα μορφή) με πλήρεις υφέσεις στα μεταξύ των παροξυσμών χρονικά διαστήματα. Ένα μικρό ποσοστό (5-15%) παρουσιάζει τη χρόνια συνεχή μορφή της νόσου με ήπια αλλά αδιάκοπα συμπτώματα και, τέλος, ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό χαρακτηρίζεται από ένα τυπικό επεισόδιο κολίτιδας, πλήρη ύφεση για πολλά χρόνια και κατόπιν παρουσιάζει υποτροπή (Μανούσος, 2004).

Η ελκώδης κολίτιδα υποτροπιάζει κατά μέσο όρο περίπου τρεις φορές το χρόνο και μπορεί να παρουσιάσει μόνο ένα επεισόδιο οξείας κεραυνοβόλου νόσου. Συνηθέστερος είναι ο υποτροπιάζων τύπος νόσου με χρόνια πορεία, με ή χωρίς επεισόδιο βαρείας μορφής στην αρχή ή στην πορεία. Σπανίως ο υποτροπιάζων τύπος παίρνει την χρόνια συνεχή μορφή με αδιάκοπη συμπτωματολογία (Μανούσος, 2004).

Η ένταση των συμπτωμάτων της ελκώδους κολίτιδας είναι ανάλογη με τη βαρύτητα των ιστολογικών αλλοιώσεων και την έκταση της προσβολής του παχέως εντέρου. Οι περισσότεροι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζουν 5-10 ρευστές κενώσεις την ημέρα καθώς και νυκτερινή διάρροια. Χαρακτηριστικώς παρατηρείται διαρροϊκή κένωση αμέσως μετά τα γεύματα. Η ανάγκη για κένωση είναι επίμονη έτσι που ο άρρωστος φοβάται να απομακρυνθεί από το σπίτι του. Συχνά παρατηρείται πλήρης ακράτεια κοπράνων. Δεν πρέπει όμως να διαφεύγει ότι σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών προέχει η δυσκοιλιότητα (Μανούσος, 2004).

Στην ελκώδη κολίτιδα δεν παρατηρείται ισχυρός κοιλιακός πόνος παρά μόνο στις σπάνιες περιπτώσεις κεραυνοβόλου μορφής της νόσου που επιπλέκεται από διάτρηση του παχέως εντέρου. Στις συνήθεις μορφές της νόσου παρατηρείται ήπιος κοιλιακός πόνος ιδίως στο υπογάστριο που υφίεται με την κένωση. Ο πόνος αποδίδεται στη διάταση του εντερικού αυλού (Μανούσος, 2004).

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι το αίμα, που είναι συνήθως αναμεμιγμένο με κοπρανώδη στοιχεία. Σε βαρείες μορφές της νόσου το εντερικό περιεχόμενο παίρνει

βυσσινί χρώμα και η σύσταση του είναι κρεμώδης λόγω της αναμείξεως του αίματος με πύον, βλέννη και κόπρανα. Σπανίως παρατηρείται ραγδαία αιμορραγία που απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση (Μανούσος, 2004).

4.1.1 Ταξινόμηση της κλινικής εικόνας

Μεγάλη σημασία για το θεραπευτικό χειρισμό μιας περίπτωσης έχει η κατάταξή της από πλευράς βαρύτητας. Βαρείας μορφής χαρακτηρίζεται η νόσος όταν ο αριθμός των διαρροϊκών κενώσεων που περιέχουν αίμα και πύον υπερβαίνει τις 6 ανά 24ωρο, συνυπάρχει πυρετός, ταχυκαρδία, αναιμία και αύξηση της ταχύτητας καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ως ήπια μορφή χαρακτηρίζεται, όταν οι κενώσεις είναι κάτω από 4 το 24ωρο, δεν υπάρχει μεγάλη ποσότητα αίματος στα κόπρανα ούτε συστηματικές εκδηλώσεις(πυρετός- ταχυκαρδία) και η ΤΚΕ είναι φυσιολογική. Όσες περιπτώσεις βρίσκονται ανάμεσα στις δύο αυτές μορφές, θεωρούνται ενδιάμεσης ή μέτριας βαρύτητας (Μανούσος, 2004).

Υπάρχουν τέσσερις κλινικοί τύποι ελκώδους κολίτιδας (Μανούσος, 2004):

1. Η αιμορραγική ή ελκώδης ορθίτις χαρακτηρίζεται από εντόπιση της φλεγμονής στα κατώτερα 5-10 μόνο εκ. του παχέος εντέρου. Τα συμπτώματα της ορθίτιδας είναι αρκετά τυπικά, ο άρρωστος παραπονείται για παρουσία ερυθρού αίματος στις κενώσεις που είναι συνήθως φυσιολογικής συστάσεως. Η διάρροια κατά κανόνα απουσιάζει, αντιθέτως οι ασθενείς παραπονούνται συνήθως για δυσκοιλιότητα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ορθίτις παραμένει εντοπισμένη και προκαλεί μόνο τυπικά συμπτώματα(αιμορραγία, τεινεσμό, πόνο κ.λπ.) Σε ένα ποσοστό μπορεί να γενικευτεί και να μεταπέσει σε τυπική ελκώδη κολίτιδα. Η πιθανότητα επέκτασης στο σιγμοειδές είναι 30% σε 10 χρόνια, ενώ πλήρης γενίκευση της νόσου παρατηρείται σε 5-10% σε διάστημα 10 ετών.

2. Ήπια κολίτιδα πρόκειται για το συνηθέστερο τύπο της νόσου που συνήθως χαρακτηρίζεται από εντόπιση της νόσου στο ορθοσιγμοειδές αν και σπανίως μπορεί να υπάρχει και πιο εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου. Το κύριο σύμπτωμα είναι οι αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις ενώ απουσιάζουν οι συστηματικές εκδηλώσεις. Σπανίως το μόνο σύμπτωμα είναι αίμα στα κόπρανα χωρίς διάρροια ή διαρροϊκές κενώσεις, χωρίς πρόσμιξη αίματος ή, ακόμα σπανιότερα δεν υπάρχουν καθόλου εντερικά ενοχλήματα και η νόσος εκφράζεται μόνο με εξωεντερικές εκδηλώσεις (οζώδες ερύθημα, αρθρίτιδα κ.λπ.).

3. Κολίτιδα μέτριας βαρύτητας είναι η μορφή αυτή της νόσου παρουσιάζει στο ¼ περίπου των περιπτώσεων. Εδώ προέχει η διάρροια ενώ ο κοιλιακός πόνος μπορεί να ξυπνήσει τον ασθενή τη νύχτα και υφίεται με την κένωση. Συχνά παρατηρείται μικρή πυρετική κίνηση και ο ασθενής νιώθει κουρασμένος και άκεφος. Η όρεξη όμως παρατηρείται σχετικώς καλή. Η μορφή αυτή της νόσου ανταποκρίνεται στη θεραπεία με θαυματικό τρόπο και η εισαγωγή κορτικοειδών είναι ιδιαίτερος αποτελεσματική. Μία περίπτωση μέτριας βαρύτητας μπορεί από την μια στιγμή στην άλλη να παρουσιάσει επιδείνωση και να μεταπέσει στην επόμενη βαθμίδα.

4. Βαρεία (κεραυνοβόλος) κολίτιδα είναι ένα, μικρό ευτυχώς, ποσοστό των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, παρουσιάζει βαριά κλινική εικόνα με μεγάλο αριθμό αιματηρών, διαρροϊκών κενώσεων, υψηλό πυρετό, ταχυκαρδία, ανορεξία. Συνήθως η κατάσταση συνεχίζει να επιδεινώνεται με ραγδαίο ρυθμό, επέρχεται αναιμία, υπολευκωματιναιμία, υποκαλιαιμία, λευκοκυττάρωση και η ζωή του ασθενούς διατρέχει άμεσο κίνδυνο γιατί, εκτός από τα παραπάνω ευρήματα, υπάρχει και η πιθανότητα των επικίνδυνων επιπλοκών (διάτρηση εντέρου, τοξικό megacolon.) Όταν ο άρρωστος φτάσει σε αυτήν την κατάσταση, υπάρχει απόλυτη ένδειξη για άμεση χειρουργική επέμβαση με σκοπό την επείγουσα κολεκτομή .

5.

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδος στηρίζεται στο ιστορικό, στη μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων αλλά κυρίως στην παρουσία των χαρακτηριστικών αλλοιώσεων του εντερικού βλεννογόνου που διαπιστώνονται με την ενδοσκόπηση. Η ακτινολογική μελέτη δίνει πολύτιμες πληροφορίες αλλά η τελική επιβεβαίωση της διαγνώσεως γίνεται με την ιστολογική εξέταση δειγμάτων βλεννογόνου του ορθού ή άλλων περιοχών του παχέος εντέρου. Η κλινική εξέταση βοηθά στην εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς, επισημαίνει την ύπαρξη αφυδάτωσης, πυρετού ή ταχυκαρδίας (που είναι αξιόπιστοι δείκτες της βαρύτητας της νόσου), την ύπαρξη αναιμίας (ωχρότητα), υπολευκωματιναιμίας (οίδημα), εξωεντερικών εκδηλώσεων (πληκροδακτυλία, ίκτερος, αρθρίτις, ιρίτις, αφθώδης στοματίτιδα, οζώδες ερύθημα κ.λπ.). Επίσης η φυσική εξέταση είναι πολύ χρήσιμη για την ανίχνευση σε πρώιμο στάδιο των τοπικών επιπλοκών (τοξικό megacolon και διάτρηση). Στις συνήθεις όμως περιπτώσεις κολίτιδος ήπιας ή μέτριας βαρύτητας, η φυσική εξέταση είναι τελείως αρνητική εκτός από την παρουσία ελαφράς ευαισθησίας στην ψηλάφηση της κοιλιάς. Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος δείχνει συνήθως φυσιολογικά ευρήματα σε περιπτώσεις ήπιας ή μέτριας βαρύτητας. Σε βαρύτερες μορφές της νόσου με παρατεταγμένη συμπτωματολογία ανευρίσκεται σιδηροπενία και υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία. Η ενεργός δραστηριότητα της νόσου συνδυάζεται συχνά με αύξηση της TKE και της CRP, των ορομουκοειδών και του αριθμού των αιμοπεταλίων (Μανούσος, 2004).

Σημαντικές διαγνωστικές πληροφορίες παρέχονται από την εξέταση των κοπράνων ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Οι ασθενείς με ορθίτιδα έχουν συνήθως κόπρανα σκληρής συστάσεως που καλύπτονται από πρόσφατο αίμα και πύον. Αντιθέτως, ασθενείς με εκτεταμένη νόσο έχουν ρευστές ή ημισχηματισμένες κενώσεις που περιέχουν αίμα και βλέννη. Μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων αποκαλύπτει την παρουσία μεγάλων αριθμών πυοσφαιρίων καθώς και ιωσινόφιλων. Για τον αποκλεισμό λοιμωδών αιτιών κολίτιδος πρέπει να γίνονται καλλιέργειες για διάφορα παθογόνα (σαλμονέλλες, σιγκέλλες, καμπυλοβακτηρίδιο της νήστιδος, *Clostridium difficile*) καθώς και μικροσκοπική εξέταση για την αναζήτηση ιστολυτικών αμοιβάδων (Μανούσος, 2004).

1.Ιστορικό (Classen et al., 2009): Εκτός από τα τρέχοντα συμπτώματα, με κατάλληλες ερωτήσεις μπορούμε να αναδείξουμε πάντοτε ενοχλήματα που υφίστανται από πολύ χρόνο

και δεν είχαν προσεχθεί από τον ασθενή, αλλά υποδηλώνουν μια μακροχρονιότερη κλινική πορεία. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό και η παρουσία εξωεντερικών εκδηλώσεων μπορούν να προσφέρουν αξιόλογες διαφοροδιαγνωστικές ενδείξεις, ήδη με τη λήψη ιστορικού.

2.Σωματική εξέταση (Classen et al., 2009): Ωχρότητα του δέρματος και των βλεννογόνων παρατηρείται συχνά λόγω της απώλειας αίματος στο έντερο, ενώ αντιθέτως συμπτώματα αφυδάτωσης συναντώνται σπάνια. Κατά την ψηλάφηση, ο πόνος εντοπίζεται κυρίως στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Ασθενείς με βαριά οξεία έξαρση (π.χ. τοξικό megacolon) εμφανίζουν ενδεχομένως κοιλία διατεταμένη και επώδυνη στην πίεση.

3.Εργαστηριακές εξετάσεις (Classen et al., 2009): Εργαστηριακές παράμετροι ενδεικτικές φλεγμονής (ΤΚΕ, λευκοκύτταρα, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη) είναι δυνατόν να ανιχνευθούν σε ενεργό ελκώδη κολίτιδα, ωστόσο συχνά δεν συσχετίζονται με τα κλινικά ενοχλήματα. Σε βαριά κλινική πορεία είναι δυνατόν να προκύψουν διαταραχές του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών (απώλεια καλίου). Η άνοδος των παραμέτρων της χολόστασης υποδεικνύει μια πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα ως επιπλοκή της ελκώδους κολίτιδας. Ο προσδιορισμός καρκινικών δεικτών ως εξέταση διαλογής για έγκυρη αναγνώριση όγκων δεν έχει νόημα και δεν μπορεί να υποκαταστήσει τον ενδοσκοπικό έλεγχο.

4.Ενδοσκόπηση (Classen et al., 2009): Η ενδοσκόπηση ολόκληρου του παχέος εντέρου με διασωλήνωση του τελικού ειλεού και λήψη βιοψιών από το λεπτό και παχύ έντερο, αποτελεί το χρυσό κανόνα στη διαγνωστική προσέγγιση και επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση. Στις ενεργούς φάσεις της πάθησης ο φλεγμαίνων βλεννογόνο είναι έντονα υπεραιμικός και αιμορραγεί κατά την επαφή με το ενδοσκόπιο. Εάν οι αρχικά επιφανειακές διαβρώσεις προχωρήσουν στον υποβλεννογόνο, τότε προκύπτουν οι εξελκώσεις που έδωσαν το όνομα «ελκώδης κολίτιδα» στην πάθηση. Πάντως εξελκώσεις παρατηρούνται μόνο σε μερικούς ασθενείς. Άλλα ενδοσκοπικά σημεία είναι η κατάργηση των φυσιολογικών σακοειδών προβολών του τοιχώματος του παχέος εντέρου, μεταξύ των κολικών ταινιών και η παρουσία ψευδοπολυπόδων οι οποίοι αντιστοιχούν σε νησίδες υπολειμματικού βλεννογόνου ανάμεσα σε εκτεταμένες εξελκώσεις .

5.Υπερηχογραφία του εντερικού τοιχώματος (Classen et al., 2009): Χρησιμοποιώντας σαρωτές υψίσυχων υπερήχων, ένας πεπειραμένος εξεταστής μπορεί να διαπιστώσει μια πάχυνση του εντερικού τοιχώματος ως σημείο φλεγμονής. Ως μέθοδος διαλογής η υπερηχογραφία του εντερικού τοιχώματος έχει ευαισθησία 90%, ωστόσο δεν μπορεί να υποκαταστήσει την ειλεοκολονοσκόπηση με λήψη βιοψιών, στο πλαίσιο της αρχικής

διάγνωσης ή της μετέπειτα παρακολούθησης για ανίχνευση δυσπλασιών. Κατά την εξέλιξη της πάθησης, η υπερηχογραφία μπορεί να δώσει ενδείξεις για την επέκταση της ελκώδους κολίτιδας, τα ευρήματα όμως δεν συσχετίζονται με τη δραστηριότητα της νόσου.



Εικόνα 3.Ελκώδης κολίτιδα σε σοβαρή έξαρση με εξέρυθρο βλεννογόνο με μικροκοκκιώδη όψη (παχύ έντερο) (Πηγή: Γιωτάκη, 2010).

6.

6.1 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στους ασθενείς που παρουσιάζονται με αιμορραγική διάρροια, η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από μια οξεία λοιμώδη κολίτιδα, έναν άλλο τύπο χρόνιας φλεγμονώδους εντεροπάθειας όπως η νόσος του Crohn ή η νόσος του Brehcet, τον κολονικό καρκίνο και την εκκολπωματική νόσο. Η οξεία ισχαιμική κολίτιδα παρουσιάζεται συνήθως σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα με σοβαρό κοιλιακό πόνο, σχετιζόμενο με αιμορραγική διάρροια. Λοιμώδη αίτια συνήθως έχουν μία αρκετά ξαφνική έναρξη, όπου συχνά συνδέονται με πυρετό. Όλες οι καινούργιες εκδηλώσεις απαιτούν καλλιέργεια κοπράνων και αν υπάρχει ιστορικό χρήσεις αντιβιοτικού τότε θα πρέπει να γίνει προσδιορισμός της τοξίνης για *Clostridium difficile*. Άμεσα δείγματα κοπράνων είναι απαραίτητα για *Entamoeba histolytica* για την διάγνωση της αμοιβαδικής δυσεντερίας σε άτομα που έχουν ταξιδέψει στην Μέση Ανατολή, στην Αφρική και στην Κεντρική Αμερική. Η σιγμοειδοσκόπηση και η βιοψία του ορθού μπορούν επίσης να βοηθήσουν στον διαχωρισμό της λοίμωξης από χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις, με τα ιστορικά χαρακτηριστικά χρονιότητας που εμφανίζονται στην ελκώδη κολίτιδα. Η διαφορική διάγνωση από την Crohn κολίτιδα μπορεί να είναι πιο δύσκολη. Η συμμετοχή του λεπτού εντέρου, η περιοριστική νόσος ή η χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα βοηθάνε στην διαφοροποίηση μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων. Εντούτοις, ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων είναι δύσκολο να διαχωριστεί και ευτυχώς, καθώς οι θεραπείες είναι αρχικά παρόμοιες, αυτό συνήθως δεν έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ιατρική αντιμετώπιση, αλλά είναι σημαντικό εάν απαιτηθεί χειρουργική επέμβαση (Butcher, 2008).

7.

7.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η επίδραση της ελκώδους κολίτιδος (όπως και κάθε άλλης χρόνιας νόσου) στη ζωή του ασθενούς εξαρτάται από τρεις κυρίως παράγοντες (Μανούσος, 2004):

1. Την κατάσταση του ασθενούς προ της ενάρξεως της νόσου (ηλικία, διανοητική και φυσική κατάσταση, προοπτικές στη ζωή κλπ).
2. Την διαδρομή της νόσου (υποτροπιάζουσα ή συνεχής, βαθμός βαρύτητας, ανάγκη χειρουργικών επεμβάσεων, κίνδυνοι για την ζωή του ασθενούς κλπ).
3. Την αποτελεσματικότητα και το είδος της θεραπευτικής αγωγής.

Αυτοί οι παράγοντες μαζί προσδιορίζουν την πρόγνωση της ελκώδους κολίτιδος με βάση την επιβίωση και την ποιότητα ζωής (Μανούσος, 2004).

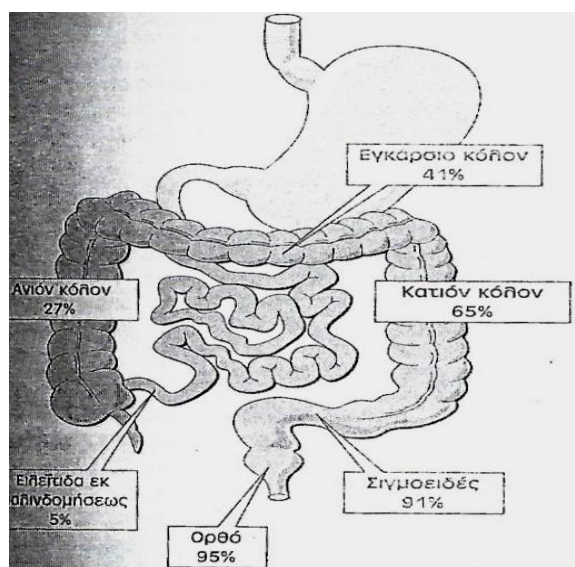
Η πρόγνωση της ελκώδους κολίτιδος μπορεί να συνοψισθεί ως εξής: Η μεγάλη πλειονότητα των αρρώστων με ελκώδη κολίτιδα υποφέρει από υποτροπιάζοντα επεισόδια παροξυσμού την νόσου. Μικρό ποσοστό έχει ήπια συνεχή ενοχλήματα. Η εισαγωγή των κορτικοειδών βελτίωσε σημαντικά την πρόγνωση κυρίως στις μορφές με ήπια ή μετρίως βαριά νόσο. Τα επεισόδια βαριάς νόσου εξακολουθούν να είναι επικίνδυνα για την ζωή του αρρώστου, ιδιαίτερα όταν αφορούν στη μεγάλη ηλικία και αν καθυστερήσει η διάγνωση. Εντούτοις, η εξέλιξη των μέσων θεραπείας (αντιβιοτικά, ηλεκτρολυτική αποκατάσταση, αναισθησία, χειρουργική τεχνική) βελτίωσε αποφασιστικά την κατάσταση. Η θνητότητα των βαρέων επεισοδίων από 33% της προ των κορτικοειδών εποχής, έχει περιοριστεί σημαντικά στις μέρες μας, που βρίσκεται στο ύψος του 2-3% (Μανούσος, 2004).

Η γενική επιβίωση έχει επίσης βελτιωθεί λόγω και της ελάττωσης των υποτροπών που επιτυγχάνεται από την προληπτική χορήγηση σουλφασαλαζίνης και των νεότερων αμινοσαλικυλικών φαρμάκων. Η ποιότητα της ζωής και η ικανότητα για εργασία επηρεάζονται χωρίς αμφιβολία, ιδίως κατά την διάρκεια των παροξύνσεων αλλά και σε φάσης ηρεμίας της νόσου. Το άγχος για την πιθανότητα υποτροπής και για τις ενδεχόμενες επιπτώσεις της χειρουργικής ή της φαρμακευτικής θεραπείας δηλητηριάζουν τη ζωή των ασθενών. Η συχνή τάση για κένωση και οι πόνοι στην περιοχή του πρωκτού επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή, την εργασία αλλά και τη κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών. Σε πολλούς υπήρχαν σοβαρά σεξουαλικά προβλήματα και 25% διαταράχθηκαν οι συζυγικές

σχέσεις. Είναι όμως ενδιαφέρον ότι στο 1/3 των περιπτώσεων τα προβλήματα της νόσου οδήγησαν σε ενίσχυση των συζυγικών σχέσεων (Μανούσος, 2004).

Πίνακας 1. Ποιότητα ζωής ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (Πηγή: Μανούσος, 2004)

	Αριθμός	%
Τελείως φυσιολογική ζωή υπό ιατρική παρακολούθηση	346	70
Κανονική ζωή αλλά ανάγκη για συχνή ιατρική παρακολούθηση	97	20
Συχνή διακοπή εργασίας λόγω εισαγωγής στο νοσοκομείο	30	6
Κανονική ζωή αλλά αλλαγή ή τροποποίηση επαγγέλματος	5	1



Εικόνα 4. Κατανομή της προσβολής του εντέρου σε ελκώδη κολίτιδα (Πηγή: Classen et al., 2009).

8.

8.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Υπάρχουν πολλοί τρόποι πρόληψης των προβλημάτων του γαστρεντερικού συστήματος. Η λήψη μιας φυσιολογικής ισορροπημένης διατροφής βοηθά στη διαδικασία της πέψης. Η διατήρηση καλής στοματικής υγιεινής είναι σημαντική για την υγεία του υπόλοιπου σώματος. Η διατήρηση του βάρους του σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα βοηθά στην πρόληψη. Η ανάπτυξη υγιών μηχανισμών αντιμετώπισης και ο περιορισμός του άγχους σε αποδεκτά επίπεδα, μπορεί να προλαμβάνουν τη δημιουργία ελκών και χρόνιου ερεθισμού του εντέρου. Μηχανισμοί και χημικοί ερεθιστικοί παράγοντες, οι οποίοι προάγουν τη δημιουργία φλεγμονής συχνά μπορούν αν αναγνωριστούν με περιορισμό των τροφίμων που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές του γαστρεντερικού σωλήνα. Από τη στιγμή που αναγνωρίζονται τα ένοχα τρόφιμα πρέπει να γίνουν προσπάθειες, ώστε ο ασθενής να τα αποφεύγει και να διατηρεί επαρκή διατροφή (Dewit, 2009).

9.

9.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι στόχοι της θεραπείας της ελκώδους κολίτιδος είναι αφ' ενός να αντιμετωπίσει τις κρίσεις της νόσου και αφετέρου να ελαττώσει τον κίνδυνο της υποτροπής με τη κατάλληλη θεραπεία συντήρησης. Η πλειοψηφία των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα αντιμετωπίζεται συντηρητικά για όλη τους τη ζωή. Υπάρχει, όμως, μια όχι ευκαταφρόνητη μειονότητα ασθενών (περίπου το 25%) που – σε κάποιο στάδιο της νόσου – χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση. Η δόση και η οδός χορήγησης των διάφορων σκευασμάτων για την αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας εξαρτάται από τη βαρύτητα της προσβολής (Μπονάτσος και άλλοι, 2011).

Ειδική δίαιτα για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα δεν υπάρχει. Οι ασθενείς παροτρύνονται να προσέξουν ποιες τροφές δεν ανέχονται και να τις αποφεύγουν. Συχνά πρόκειται για φαγητά που προκαλούν μετεωρισμό. Συμπληρωματικά, σε ορισμένους ασθενείς ενδείκνυται η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (Classen et al., 2009).

Πίνακας 2. Θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας ανάλογα με τη βαρύτητα

(Πηγή: Μπονάτσος και άλλοι, 2011).

Βαθμός βαρύτητας της προσβολής			
	Ήπια	Μέτριας	Μεγάλη
Εισαγωγή στο νοσοκομείο	Ποτέ	Σπάνια	Πάντοτε
Κορτικοστεροειδή από το στόμα	Πρεδνιζολόνη 5mg x 4	Πρεδνιζολόνη 10mg x 4	
Κορτικοστεροειδή τοπικά (υποκλυσμοί)	1 φορά/ 24ωρό (βράδυ)	2φορές/24ωρό (πρωί-βράδυ)	2φορές/24ωρό (πρωί-βράδυ)
Κορτικοστεροειδή ενδοφλεβίως			21-φωσφορική Πρεδνιζολόνη 64 mg/24ωρο
Σουλφασαλαζίνη από το στόμα	500mg x 4	500mg x 4	
Γενικά μέτρα υποστήριξης	Αντιμετώπιση πιθανής σιδηροπενικής αναιμίας	Μετάγγιση αίματος, διόρθωση ύδατος & ηλεκτρολυτών	Μετάγγιση αίματος, διόρθωση ύδατος & ηλεκτρολυτών, παρεντερική διατροφή
Χειρουργική επέμβαση		Σπάνια (Εκλεκτικά)	Επείγουσα, όταν η κατάσταση του ασθενούς επιβαρύνεται

9.1.1 Χειρουργική

Η χειρουργική θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας περιλαμβάνει (Μπονάτσος και άλλοι, 2011):

- 1.Επείγουσα κολεκτομή στις περιπτώσεις (α) οξείας μεγάλης βαρύτητας προσβολής, όταν, παρά την εντατική συντηρητική θεραπεία, η κατάσταση του ασθενούς επιβαρύνεται και (β) εμφάνισης σοβαρής τοπικής επιπλοκής (διάτρηση, μαζική αιμορραγία, τοξικό megacolon).
- 2.Εκλεκτική κολεκτομή για βελτίωση της ζωής του χρονίως πάσχοντα: (α) αν ο ασθενής υποφέρει από συχνές προσβολές που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην συντηρητική θεραπεία και (β) αν ο ασθενής αναπτύξει τοπική επιπλοκή που απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση.
- Προφυλακτική κολεκτομή για το κίνδυνο του καρκίνου.

Η πιθανότητα χειρουργικής αντιμετώπισης των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα στη πορεία της νόσου εξαρτάται από την έκταση της βλάβης (Μπονάτσος και συν., 2011).

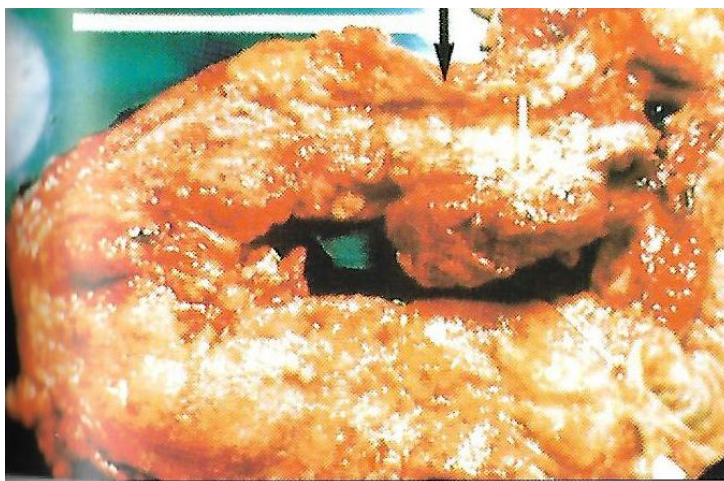
Η ιδανική επέμβαση για ελκώδη κολίτιδα θα έπρεπε: (1) Να αφαιρεί όλο τον πάσχοντα εντερικό βλεννογόνο, (2) να διατηρεί το σφιγκτηριακό μηχανισμό, με φυσιολογική εντερική λειτουργία και οδό αφόδευσης, (3) να έχει τον ελάχιστο δυνατό κίνδυνο για τον ασθενή και χαμηλό ποσοστό μετεγχειρητικής νοσηρότητας και (4) να αποκαθιστά την υγεία του ασθενή προ της νόσου επίπεδο, με αποδεκτή ποιότητα ζωής (Μπονάτσος και συν., 2011).

Στην επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας κρίσης μεγάλης βαρύτητας που δεν ανταποκρίνεται στην συντηρητική θεραπεία και των επιπλοκών της ελκώδους κολίτιδας (αιμορραγία, διάτρηση, τοξικό megacolon), η επέμβαση εκλογής είναι η κολεκτομή και τελική ειλεοστομία, με μετατροπή του εναπομένου τμήματος του ορθού σε βλεννώδες συρίγγιο, ή η ολική πρωκτοκολεκτομή. Η πρώτη επέμβαση είναι προτιμητέα, όχι μόνο γιατί είναι ταχύτερη, αλλά γιατί είναι δυνατό να μετατραπεί αργότερα σε ειλεοδακτυλική αναστόμωση και σύγκλειση της στομίας (Μπονάτσος και συν., 2011).

Για την εκλεκτική χειρουργική της ελκώδους κολίτιδας υπάρχουν σήμερα αρκετές τεχνικές ώστε να καλύπτονται όλες οι περιπτώσεις ασθενών αλλά και ο διαφορετικός βαθμός εμπειρίας του κάθε χειρουργού. Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα πρέπει να

χειρουργούνται σε νοσοκομεία που υπάρχει ειδική εμπειρία στη χειρουργική του παχέος εντέρου και όπου μπορεί να προσφερθεί στον ασθενή η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση (Μπονάτσος και άλλοι, 2011).

Οι διάφορες τεχνικές για την αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες: αυτές που καλύπτουν μόνιμη στομία (ολική πρωκτοκολεκτομή και τελική ειλεοστομία ή ειλεοστομία κατά Kock) και αυτές που δεν περιλαμβάνουν στόμια (κολεκτομή και ειλεοορθική αναστόμωση, κολεκτομή και ειλεοδακτυλική αναστόμωση με κατασκευή θυλάκου) (Μπονάτσος και συν., 2011).



Εικόνα 5. Χειρουργικό παρασκεύασμα παχέος εντέρου ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα. Διακρίνονται οι ψευδοπολύποδες στον βλεννογόνο (Πηγή: Μπονάτσος και συν., 2011).

9.1.2 Συντηρητική

Η συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και δίαιτα. Η πρόνοια για σωματική και συναισθηματική ανάπαυση είναι επίσης σημαντικές (Ignatavicius & Workman, 2008).

Φαρμακευτική αγωγή (Ignatavicius & Workman, 2008): Ο υπεύθυνος παροχής φροντίδας συνταγογραφεί ένα συνδυασμό φαρμάκων που περιλαμβάνει σαλικυλικά, κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά και αντιδιαρροϊκά.

Σαλικυλικά (Ignatavicius & Workman, 2008): Η σουλφασαλαζίνη αποτελεί μία από τις πρώτιστες θεραπείες για την ελκώδη κολίτιδα. Θεωρείται ότι δρα μέσω αναστολής της

σύνθεσης προσταγλανδινών, με αποτέλεσμα να μειώνει τη φλεγμονή. Η σουλφασαλαζίνη χρησιμοποιείται για να προλάβει τις υποτροπές της νόσου, καθώς επίσης για να θεραπεύσει τις εξάρσεις ήπιας ή μέτριας βαρύτητας. Η συνήθης δόση της σουλφασαλαζίνης είναι 2 με 4 g ημερησίως .

Κορτικοστεροειδή (Ignatavicius & Workman, 2008): Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή από το στόμα ή ενδοφλεβίως μπορεί να συστηθεί από τον ιατρό κατά τη διάρκεια εξάρσεων της νόσου. Η πρεδνιζολόνη στα 40-65 mg ημερησίως δίνεται συνήθως από το στόμα. Για σοβαρά πάσχοντα ασθενή, η πρεδνιζολόνη μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως σε δόση 45-60 mg την ημέρα.

Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (Ignatavicius & Workman, 2008): Ως μονοθεραπεία τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας. Ωστόσο, όταν δίνονται σε συνδυασμό με στεροειδή, μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση της δοσολογίας των στεροειδών που απαιτούνται για να έχουμε απάντηση από τον οργανισμό.

Αντιδιαρροϊκά φάρμακα (Ignatavicius & Workman, 2008): Για συντηρητική αντιμετώπιση των διαρροιών μπορεί να χορηγηθούν αντιδιαρροϊκά φάρμακα. Ωστόσο, αυτά τα φάρμακα πρέπει να δίνονται πολύ προσεκτικά, γιατί μπορεί να επιταχύνουν τη διάταση του εντέρου και τη δημιουργία τοξικού megacolon. Τα κοινά αντιδιαρροϊκά φάρμακα περιλαμβάνουν την υδροχλωρική διφαινοξυλάτη, τη θειική ατροπίνη και τη λοπεραμίδη .

Διαιτητική θεραπεία (Ignatavicius & Workman, 2008): Η σοβαρότητα της ελκώδους κολίτιδας του ασθενούς θα καθορίσει και τον τύπο της διαίτας που απαιτείται. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να ξεκινήσουν με μια μορφή διαιτητικής αγωγής και να συνεχίσουν με μια πιο πλούσια διατροφή, όταν η συμπτωματολογία έχει ελαττωθεί, με στόχο την πρόληψη του υπερδραστήριου εντέρου.

Ανάπαυση (Ignatavicius & Workman, 2008): Στην έναρξη της θεραπείας, η δραστηριότητα πρέπει να είναι γενικά περιορισμένη, επειδή η ανάπαυση μπορεί να μειώσει την εντερική δραστηριότητα, να παρέχει άνεση και να προάγει την θεραπεία.

Β' ΜΕΡΟΣ

1.

1.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η πλήρης εκτίμηση της συνολικής κατάστασης της υγείας του ασθενούς πραγματοποιείται με τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού. Συλλέγουμε πληροφορίες σχετικά με οικογενειακό ιστορικό φλεγμονώδους πάθησης του εντέρου και προηγούμενες ή τρέχουσες θεραπείες για τη νόσο, καθώς επίσης και ημερομηνίες αλλά και τύπους χειρουργικών επεμβάσεων. Βασικό είναι να λαμβάνονται και πληροφορίες σχετικά με την διατροφή του ατόμου, που θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα συνήθη διατροφικά πρότυπα του ασθενούς και την συσχέτιση των χαρακτηριστικών της κένωσης με πιθανές δυσανεξίες σε τροφές, όπως γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα, λιπαρά, τηγασμένα, πικάντικα και καυτερά φαγητά. Ιστορικό απώλειας βάρους μπορεί να υπάρχει σε ασθενείς με σοβαρή μορφή της νόσου. Ρωτάμε για τα συμπτώματα της οξείας φάσης της ελκώδους κολίτιδας, τα οποία συχνά περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος, σύσπαση, πίεση και διάρροια μέχρι και 10-20 υδαρείς, αιματηρές κενώσεις ημερησίως, καθώς επίσης ανορεξία και εύκολη κόπωση. Επιπρόσθετα, ρωτάμε τον ασθενή για τα συνήθη χαρακτηριστικά των κενώσεων του, όπως το χρώμα, το περιεχόμενο και το σχήμα των κενώσεων καθώς και για την παρουσία ή απουσία αίματος σε όλες τις κενώσεις. Πρέπει να μπορούμε να συσχετίζουμε την εμφάνιση διαρροϊκών κενώσεων με το χρονικό διάστημα των γευμάτων, του πόνου, της συναισθηματικής κατάθλιψης και των δραστηριοτήτων γενικά του ασθενούς. Ρωτάμε τον ασθενή και για την ύπαρξη τυχόν εξωεντερικών εκδηλώσεων όπως αρθρίτιδα, στοματικά έλκη, προβλήματα όρασης και προβλήματα από το δέρμα (Ignatavicius & Workman, 2008).

Επίσης, πραγματοποιείται πλήρης αξιολόγηση της κοιλιάς. Ο ασθενής ελκώδη κολίτιδα μπορεί να εμφανίζει ποικίλα συμπτώματα, που διαφέρουν ανάλογα με την βαρύτητα της οξείας έναρξης και με τις επιπλοκές κατά την πρόοδο της νόσου. Είναι δυνατόν να παραπονείται για κοιλιακό πόνο, αιματηρή διάρροια και τεινεσμό (αίσθημα αφόδευσης χωρίς κένωση). Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κυμαίνονται συνήθως σε φυσιολογικά επίπεδα στην ήπια μορφή της νόσου. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να έχει χαμηλή πυρετική κίνηση (37,2-37,8). Τα ευρήματα από τη φυσική εξέταση είναι συνήθως

μη ειδικά και σε ηπιότερες περιπτώσεις μπορεί η κλινική εξέταση να είναι τελείως φυσιολογική. Πρέπει να επισημαίνουμε και την παραμικρή κοιλιακή διάταση κατά μήκος του παχέος εντέρου. Με την ψηλάφηση μπορεί να εντοπίσουμε περιοχές με αυξημένη ή εντοπισμένη ευαισθησία. Παλίνδρομη ευαισθησία μπορεί να υποδηλώνει περιτονίτιδα. Επίσης, επιβάλλεται να διερευνήσουμε για εντοπισμένες περιοχές κοιλιακού πόνου ή μυϊκής σύσπασης, πάνω από τμήματα πάσχοντος παχέος εντέρου. Ο ασθενής μπορεί να είναι εμπύρετος και με ταχυκαρδία, γεγονός που υποδηλώνει πιθανές επιπλοκές, όπως η περιτονίτιδα, η αφυδάτωση και η διάτρηση του εντέρου (Ignatavicius & Workman, 2008).

Γίνεται, επίσης, ψυχοκοινωνική εκτίμηση. Τα εντερικά και εξωεντερικά συμπτώματα που σχετίζονται με ελκώδη κολίτιδα μπορεί να φτάσουν να στιγματίζουν κοινωνικά το άτομο. Πρέπει να εξετάσουμε κατά πόσο ο ασθενής έχει κατανοήσει την πάθηση και την επίδραση της στον τρόπο ζωής του. Επιβάλλεται να ενθαρρύνουμε και να υποστηρίξουμε τον ασθενή ενώ ταυτόχρονα θα διερευνήσουμε τα παρακάτω (Ignatavicius & Workman, 2008):

- Τη σχέση μεταξύ των γεγονότων της καθημερινότητας και των εξάρσεων της νόσου.
- Παράγοντες πρόκλησης άγχους που προάγουν τη συμπτωματολογία της νόσου.
- Υποστηρικτικά συστήματα από την οικογένεια και την κοινωνία.
- Υποθέσεις που σχετίζονται με πιθανό γενετικό υπόστρωμα και συναφείς παράγοντες κινδύνου της πάθησης για εμφάνιση καρκίνου.

Πολλοί ασθενείς εμφανίζονται ανήσυχοι σχετικά με τη συχνότητα των κενώσεων και την παρουσία αίματος σε αυτές. Η έλλειψη δυνατότητας ελέγχου των συμπτωμάτων της νόσου, συγκεκριμένα της διάρροιας, μπορεί να είναι πολύ ενοχλητική και αγχογόνος. Σε πιο σοβαρές μορφές της νόσου ο ασθενής μπορεί να περιορίζεται ως προς τις δραστηριότητες του εκτός σπιτιού. Ως αποτέλεσμα της υπερβολικής διάρροιας, ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται εξαρτημένος από την ανάγκη να βρίσκεται πάντα κοντά σε ένα λουτρό. Το φαγητό είναι δυνατόν να συνοδεύεται από πόνο και μυϊκές συσπάσεις, καθώς επίσης και από αυξημένη συχνότητα κενώσεων. Έτσι, η ώρα του φαγητού μπορεί να γίνεται μια δυσάρεστη εμπειρία. Οι συχνές επισκέψεις σε κάποιο υπεύθυνο παροχής φροντίδας υπηρεσιών υγείας και η τακτική διερεύνηση του εντερικού βλεννογόνου για δυσπλασίες είναι δυνατόν να προκαλούν έντονο άγχος και αγωνία (Ignatavicius & Workman, 2008).

2.

2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι συνήθεις νοσηλευτικές διαγνώσεις που αποτελούν προβλήματα για τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα είναι η διάρροια και η διαταραχή της εικόνας του σώματος. Στις βαριές μορφές της νόσου, θα πρέπει να δίδεται προτεραιότητα και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της θρέψης (Lemone & Bruke, 2006).

2.1.1 Διάρροια – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Κατά τη διάρκεια ενός παροξυσμού της ελκώδους κολίτιδας, η διάρροια μπορεί να είναι συχνή και επώδυνη. Η συχνότητα των κενώσεων και ο συνοδός κοιλιακός πόνος μπορεί να επηρεάσουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης ελλείμματος όγκου υγρών και λύσης της συνέχειας του δέρματος (Lemone & Bruke, 2006).

- Καταγράφεται η συχνότητα, η ποσότητα και το χρώμα των κενώσεων χρησιμοποιώντας ένα ειδικό διάγραμμα. Μετρώνται και καταγράφονται οι υδαρείς κενώσεις ως αποβαλλόμενα υγρά. Η βαρύτητα της διάρροιας αποτελεί ένδειξη της σοβαρότητας της νόσου και βοηθά, στον προσδιορισμό της ανάγκης αναπλήρωσης των απωλειών υγρών.
- Έλεγχος για ύπαρξη μακροσκοπικής αιμορραγίας στα κόπρανα ή για λανθάνουσα απώλεια αίματος, ανάλογα με τις ενδείξεις. Η ύπαρξη σημείων αιμορραγίας, όπως μακροσκοπικά ορατού αίματος στις κενώσεις ή αιματοχесία πρέπει να αναφέρεται. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να απαιτηθεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση.
- Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κάθε 4 ώρες. Η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια, και ο πυρετός αποτελούν ένδειξη ύπαρξης ελλείμματος όγκου υγρών.
- Μετράται και καταγράφεται καθημερινά το σωματικό βάρος του ασθενούς. Η ταχεία απώλεια σωματικού βάρους (σε διάστημα ημερών ή μίας εβδομάδας)

συνήθως υποδηλώνει απώλεια όγκου υγρών, ενώ η απώλεια βάρους σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών μπορεί να υποδηλώνει υποθρεψία.

- Γίνεται αξιολόγηση για άλλες ενδείξεις ελλείμματος όγκου υγρών: ζεστό, ξηρό δέρμα, πτωχή σπαργή δέρματος, ξηροί και σπλιχνοί βλεννογόνοι, αδυναμία, λήθαργος, δίψα. Το μέγεθος της απώλειας του όγκου υγρών από τη διάρροια μπορεί να μην είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτό και ιδιαίτερα όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί την τουαλέτα χωρίς βοήθεια. Οι συστηματικές εκδηλώσεις του ελλείμματος όγκου υγρών μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη του προβλήματος.
- Διακοπή της σίτισης ή περιορισμός της πρόσληψης τροφής από το στόμα, έτσι ώστε το έντερο να αποσυμφορηθεί. Η αποσυμφόρηση του εντέρου κατά τη διάρκεια ενός οξέος παροξυσμού της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου διευκολύνει την επούλωση των ιστικών βλαβών και μειώνει τη διάρροια και τη βαρύτητα των άλλων συμπτωμάτων.
- Χορήγηση αντιφλεγμονωδών και αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, σύμφωνα με τις οδηγίες. Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα μειώνουν τη βαρύτητα της φλεγμονής του εντέρου και την διάρροια. Όταν χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα, θα πρέπει να παρακολουθείται στενά για εκδηλώσεις τοξικού μεγάλου (πυρετός, ταχυκαρδία, υπόταση, αφυδάτωση, πόνος στην κοιλιά ή κολικοειδή άλγη και αιφνίδια υποχώρηση της διάρροιας).
- Συνέχεια της χορήγησης υγρών είτε από το στόμα είτε ενδοφλεβίως, ανάλογα με τις ενδείξεις. Ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε αναπλήρωση των υγρών, έτσι ώστε να αποκατασταθούν οι απώλειες, ενώ ταυτόχρονα να χορηγούνται τα υγρά για την κάλυψη των συνήθων ημερήσιων αναγκών του οργανισμού.
- Εφαρμογή σωστής φροντίδας του δέρματος. Το έλλειμμα όγκου υγρών και η αφυδάτωση των ιστών αυξάνουν τον κίνδυνο λύσης της συνέχειας του δέρματος και εμφάνιση δερματικών βλαβών.
- Εξέταση της περιπτωκτικής περιοχής για ερεθισμό ή εξελκώσεις του δέρματος λόγω της διάρροιας. Χρησιμοποίηση μη ερεθιστικών παραγόντων για τον καθαρισμό του δέρματος ή τολύπια βάμβακος που έχουν εμποτισθεί με φυτικό εκχύλισμα. Εφαρμογή προστατευτικής κρέμας, όπως σκευάσματα με βάση το οξείδιο του ψευδαργύρου, για την προστασία του δέρματος από την

ερεθιστική δράση των διαρροϊκών κενώσεων. Τα πεπτικά ένζυμα που περιέχονται στις διαρροϊκές κενώσεις έχουν πολύ ισχυρή διαβρωτική δράση, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο λύσης της συνέχειας του δέρματος (Lemone & Bruke, 2006).

2.1.2 Οξύς πόνος – Χρόνιος πόνος – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο έλεγχος του πόνου μπορεί να γίνει με φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά μέτρα. Η συμπτωματολογία του ασθενούς μπορεί να του προξενήσει σωματική δυσφορία. Η χρήση μιας πληθώρας παρεμβάσεων περιορισμού των συμπτωμάτων και υποστηρικτικών μέτρων μπορεί να παρέχει αρκετή άνεση στον ασθενή (Ignatavicius & Workman, 2008).

Ο σκοπός της διαχείρισης του πόνου είναι η εξάλειψη του πόνου ή η ελάττωση σε τέτοιο βαθμό ώστε να είναι υποφερτός από τον ασθενή. Ο ασθενής με ελκώδη κολίτιδα υποφέρει από κοιλιακό άλγος και συσπάσεις, ειδικά στις εξάρσεις της νόσου. Βοηθούμε τον ασθενή να ελαττώσει ή να εξαλείψει τους παράγοντες που μπορεί να επισπεύσουν ή να αυξήσουν τις επώδυνες εμπειρίες. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να αξιολογήσει προσεκτικά τον πόνο (Ignatavicius & Workman, 2008).

- Διερευνούμε διεξοδικά τον πόνο του ασθενούς και συγκεκριμένα την εντόπιση, τα χαρακτηριστικά, την έναρξη/διάρκεια, τη συχνότητα, την ποιότητα, την ένταση ή τη σοβαρότητα του πόνου και τους παράγοντες επίσπευσης τους.
- Εκτιμούμε με τον ασθενή και την ομάδα παροχής φροντίδας υγείας την αποτελεσματικότητα των μέτρων που είχε λάβει στο παρελθόν για έλεγχο του πόνου.
- Χορήγηση αντιδιαρροϊκής αγωγής για τον έλεγχο της διάρροιας και επομένως μειώνεται η επακόλουθη δυσφορία.
- Περιορίζουμε ή εξαλείφουμε παράγοντες που μπορεί να επισπεύσουν ή να αυξήσουν την ένταση του πόνου (π.χ. φόβος, κόπωση, μονοτονία και έλλειψη γνώσης).
- Εκπαιδεύουμε σχετικά με τη χρήση μη φαρμακολογικών τεχνικών πριν, μετά ή κατά την διάρκεια των επώδυνων δραστηριοτήτων, πριν

ο πόνος ξεκινήσει ή αυξηθεί και μαζί με άλλα μέτρα ανακούφισης από τον πόνο (Ignatavicius & Workman, 2008).

2.1.3 Διαταραχή της εικόνας του σώματος – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο ασθενής με ελκώδη κολίτιδα είναι δυνατόν να αισθανθεί απογοήτευση λόγω του ότι δεν είναι σε θέση να ελέγξει ή ακόμη και να προβλέψει την αποβολή κοπράνων και ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι σοβαρής μορφής. Η διάρροια μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του να επιτυγχάνει τους στόχους του, να διατηρεί τη θέση του στην εργασία, να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες ή ακόμη και να καλύπτει βασικές ανάγκες όπως η λήψη τροφής, ο ύπνος και η σεξουαλική δραστηριότητα. Ως αποτέλεσμα αυτών, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί διαταραχή της εικόνας του σώματος. Η θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας, είτε πρόκειται για ολική κολεκτομή, ειλεοστομία ή χρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών, είναι επίσης δυνατόν να προκαλέσει διαταραχή της εικόνας του σώματος (Lemone & Bruke, 2006).

- Δείχνουμε ότι αποδεχόμαστε τα συναισθήματα και την αντίληψη που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του. Η απόρριψη των αντιλήψεων του ασθενούς παρεμποδίζει τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με αυτόν.
- Ενθαρρύνουμε τη συζήτηση με τον ασθενή για τις μεταβολές της εικόνας του σώματος του και τις συνέπειες που έχουν στην αντίληψη που έχει για τον εαυτό του. Με αυτό τον τρόπο επιδεικνύουμε την αποδοχή μας δίνοντας στον ασθενή τη δυνατότητα να εκφράσει την επίδραση που έχουν στη ζωή του η νόσος και η θεραπεία.
- Ενθαρρύνουμε τη συζήτηση για τις ανησυχίες που έχει ο ασθενής, όσον αφορά τις συνέπειες της νόσου ή της θεραπείας, στις στενές προσωπικές του σχέσεις. Με τον τρόπο αυτό δείχνουμε κατανόηση και προσφέρουμε τη δυνατότητα στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του σχετικά με την επίδραση της νόσου στις σχέσεις του με τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να επιλέγει και να αποφασίζει σχετικά με τη φροντίδα του. Έτσι ενισχύεται η αίσθηση ελέγχου της κατάστασης όσον αφορά τη νόσο και το μέλλον του.

- Συζητάμε ανοικτά και με ειλικρίνεια τις πιθανές θεραπευτικές επιλογές και τις συνέπειες τους. Η ανοικτή συζήτηση δίνει τη δυνατότητα για τη λήψη αποφάσεων μετά από πλήρη ενημέρωση του ασθενούς.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμμετέχει στη φροντίδα του, εκπαιδεύοντας τον και επιδεικνύοντας τις απαραίτητες διαδικασίες, ανάλογα με τις ανάγκες. Με τον τρόπο αυτό προάγεται το αίσθημα ανεξαρτησίας και διευκολύνεται η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων.
- Φροντίζουμε τον ασθενή δείχνοντας του ότι τον αποδεχόμαστε και ότι δεν τον κατακρίνουμε. Η εκ μέρους μας αποδοχή του ασθενούς, παρά τις πιθανές ενοχλήσεις λόγω των δυσάρεστων οσμών ή της διάρροιας, ενισχύει την αυτοεκτίμηση του.
- Φροντίζουμε ο ασθενείς να έρθει σε επαφή με άλλους ασθενείς ή ομάδες ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ή με άτομα που φέρουν στομίες. Ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι κάποιος που δεν έχει βιώσει το πρόβλημα του δεν μπορεί να καταλάβει τα συναισθήματα του.
- Εκπαιδεύουμε τον ασθενή σε στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος (έλεγχος οσμών, τροποποίηση δίαιτας, κ.λπ.) και ενθαρρύνουμε την εφαρμογή τους. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η σταδιακή προσαρμογή του ασθενούς στην πραγματικότητα της νόσου του.

2.1.4 Διαταραχές της θρέψης: Πρόσληψη μικρότερη των αναγκών του οργανισμού – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Στην ελκώδη κολίτιδα είναι δυνατόν να χαθεί αίμα και υγρό πλούσιο σε πρωτεΐνες με τις διαρροϊκές κενώσεις. Λόγω της διαταραχής της απορρόφησης και των συνεχιζόμενων απωλειών θρεπτικών ουσιών, είναι δυνατόν να εμφανιστούν πολλαπλά διατροφικά ελλείμματα, επηρεάζοντας την ανάπτυξη του ασθενούς, την επούλωση των ιστικών βλαβών, τη μυϊκή μάζα, την οστική πυκνότητα και το ισοζύγιο ηλεκτρολυτών (Lemone & Bruke, 2006).

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει βασικό ρόλο στη συνεχή αξιολόγηση του ασθενούς που παρουσιάζει διαταραχές θρέψης και εφαρμόζει μεθόδους θρεπτικής υποστήριξης (Lemone & Bruke, 2006).

- Παρακολουθούμε τις εργαστηριακές εξετάσεις (αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτης, συγκεντρώσεις ηλεκτρολυτών ορού και επίπεδα ολικής πρωτεΐνης και λευκωματίνης ορού). Οι εξετάσεις αυτές προσφέρουν ενδείξεις για το επίπεδο θρέψης του ασθενούς.
- Εκτιμούμε το επίπεδο θρέψης του ασθενούς κατά την εισαγωγή του, αλλά και περιοδικά εάν πρόκειται να παραμείνει νοσηλευόμενος για αρκετό διάστημα.
- Λαμβάνουμε ιστορικό υγείας: διατροφικές συνήθειες του ασθενούς (είδος και ποσότητα τροφών που καταναλώνει συνήθως), σύνηθες σωματικό βάρος και πρόσφατες μεταβολές αυτού, όρεξη, συγκεκριμένες τροφές που προτιμά ή απεχθάνεται, δυσκολία κατάποσης, προβλήματα όπως ανορεξία, , ναυτία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων ή χρόνιων νοσημάτων και χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή.
- Πραγματοποιούμε φυσική εξέταση: ύψος, βάρος, πάχος δερματικής πτυχής, δείκτης μάζας σώματος, ζωτικά σημεία, γενική κατάσταση, μυϊκή ατροφία, κινητικότητα, δέρμα- βλεννογόνοι, εντερικοί ήχοι.

2.1.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις

Οι διαγνωστικές εξετάσεις γίνονται με σκοπό την επιβεβαίωση της διάγνωσης της νόσου, τον προσδιορισμό της έκτασης της και την αξιολόγηση των συνεπειών της. Η σιγμοειδοσκόπηση, η κολονοσκόπηση, ο ακτινολογικός έλεγχος ολόκληρου του πεπτικού σωλήνα με βάριο γίνεται προκειμένου να ελεγχθεί άμεσα ο βλεννογόνος του εντέρου για την ύπαρξη των χαρακτηριστικών αλλοιώσεων της νόσου. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να προετοιμάσει κατάλληλα τον ασθενή για την εξέταση και να του παρέχει την απαραίτητη φροντίδα μετά το τέλος της εξέτασης (Lemone & Burke, 2006).

1. Βαριούχος υποκλυσμός διεξάγεται προκειμένου να προσδιοριστούν οι δομικές ανωμαλίες του ορθού και του παχέος εντέρου. Αυτή η ακτινοσκοπική εξέταση του παχέος

εντέρου πραγματοποιείται μέσω της ενδοορθικής χορήγησης ενός μέσου αντίθεσης (Lemone & Bruke, 2006).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Lemone & Burke, 2006): Ενημερώνουμε τον ασθενή να ακολουθήσει μια υδαρή δίαιτα για 24 ώρες και έπειτα να μην καταναλώσει ούτε τροφή ούτε υγρά για τουλάχιστον 8 ώρες πριν από την εξέταση. Καθοδηγούμε τον ασθενή σχετικά με τη χορήγηση των συνταγογραφημένων υπακτικών και υποκλυσμών το βράδυ πριν από την εξέταση. Μετά το πέρας της εξέτασης, ο ασθενής θα πρέπει να λάβει αυξημένη ποσότητα υγρών, καθώς και μία δόση υπακτικού, σύμφωνα με τις οδηγίες. Τα κόπρανα ενδέχεται να είναι λευκά μέχρι την πλήρη αποβολή του βαρίου.

2. Κολονοσκόπηση πρόκειται για την οπτική απεικόνιση ολόκληρου του παχέος εντέρου μέχρι την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο εισέρχεται από το ορθό και προωθείται προς το παχύ έντερο (Μαυρογιάννης, 2008).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Μαυρογιάννης, 2008): Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι πρέπει να ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού σχετικά με την απαραίτητη προετοιμασία. Η προετοιμασία για την εξέταση περιλαμβάνει μόνο υδαρή δίαιτα την ημέρα πριν από την εξέταση. Ο ασθενής πρέπει να παραμείνει νηστικός για 8 ώρες πριν από την εξέταση. Χορηγούνται καθαρτικά 1-3 ημέρες πριν από την εξέταση και πραγματοποίηση υποκλυσμού το προηγούμενο βράδυ. Γίνεται προετοιμασία του εντέρου, με τη χρήση κιτρικού του μαγνησίου, υπακτικών ή πολυαιθυλενικής γλυκόλης. Εξηγούμε ότι χορηγούνται συνήθως κατασταλτικά φάρμακα κατά την διάρκεια της εξέτασης. Ενημερώνουμε τον ασθενή για τη διαγνωστική διαδικασία και για αυτό που θα βιώσει. Γίνεται εξασφάλιση έγγραφης συναίνεσης. Χορήγηση της καταστολής πριν από την εξέταση. Επίσης ενημερώνουμε τον ασθενή ότι μετά το πέρας της εξέτασης συνήθως επιπλοκή είναι ο μετεωρισμός. Παρακολουθούμε τον ασθενή, μετά την εξέταση, για αιμορραγία από το ορθό και σημεία διάτρησης, κοιλιακής διάτασης, άλγους και αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Συστήνουμε στον ασθενή να αναφέρει στον υπεύθυνο επαγγελματία υγείας συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος, ρίγη, πυρετός, αιμορραγία από το ορθό ή βλεννοπυώδεις κενώσεις.

3. Σιγμοειδοσκόπηση πρόκειται για την οπτική απεικόνιση του πρωκτού, του ορθού και του σιγμοειδούς. Η διαδικασία πραγματοποιείται με τη χρήση ενός εύκαμπτου σιγμοειδοσκοπίου (Μαυρογιάννης, 2008).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Μαυρογιάννης, 2008): Καθοδηγούμε τον ασθενή ώστε να ακολουθήσει μια υδαρή δίαιτα το βράδυ πριν από τη εξέταση, καθώς και να λάβει υπακτικά. Το πρωί της ημέρας που θα πραγματοποιηθεί η εξέταση είναι δυνατό να γίνει

υποκλυσμός. Εξηγούμε στον ασθενή ότι μετά το πέρας της εξέτασης ενδέχεται να αποβάλλει μεγάλες ποσότητες αερίων, λόγω του αέρα που εγχέεται στο έντερο κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Μετά την εξέταση παρακολουθούμε τον ασθενή για αιμορραγία από το ορθό, εμφάνιση πυρετού και κοιλιακό άλγος. Ενημερώνουμε τον ασθενή να αναφέρει τα παραπάνω συμπτώματα .

4. Δείγμα κοπράνων συλλέγεται δείγμα κοπράνων για μακροσκοπική και μικροσκοπική, καθώς και για τη μορφολογία, την υφή και το χρώμα των κοπράνων. Η μακροσκοπική εξέταση περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τον όγκο και το περιεχόμενο σε νερό, καθώς και σχετικά με την παρουσία αίματος, πύου και βλέννας. Μέσω της μικροσκοπικής εξέτασης προσδιορίζεται η παρουσία λευκών αιμοσφαιρίων, μη απορροφημένου λίπους και παρασίτων (Dewit, 2009).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Dewit, 2009): Ζητάμε από τον ασθενή να μας παράσχει ένα δείγμα κοπράνων. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συλλέξει το δείγμα, του παρέχουμε βοήθεια.



Εικόνα 6. Βαριούχος υποκλυσμός απεικονίζει ανώμαλο βλεννογόνο σε ελκώδη κολίτιδα (Πηγή: Butcher, 2008).



Εικόνα 7. Απεικόνιση τοξικού megάκολου σε απλή ακτινογραφία κοιλιάς
(Πηγή: Μανούσος, 2004).

3.

3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο νοσηλευτής που επωμίζεται τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τις τρέχουσες φαρμακευτικές δυνατότητες, τις προοπτικές των νέων φαρμάκων και τις δυνητικές παρενέργειες της θεραπείας. Πρέπει επίσης να είναι σε θέση να εκτιμά και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα θρέψης. Η διάρροια, η κακή θρέψη και η πλημμελής απορρόφηση που παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς οδηγούν σε ανεπάρκεια ουσιωδών στοιχείων της διατροφής (πρωτεϊνών, σιδήρου, φυλλικού οξέος, βιταμίνης B12 κ.α.) που η έλλειψη τους επιδεινώνει ακόμα περισσότερο την ακεραιότητα του εντερικού επιθηλίου. Έτσι, η διόρθωση των ελλειμμάτων θρέψης αποτελεί θεμέλιο λίθο της θεραπευτικής προσπάθειας (Osborn et al., 2013).

Εκτός όμως από τις βιολογικές αυτές πλευρές της νόσου υπάρχει σε ίση μοίρα και το ψυχολογικό πρόβλημα του ασθενούς και των συγγενών. Η δυσκολία προσαρμογής στην αδυσώπητη πραγματικότητα της χρονιότητας της νόσου και όλων των περιορισμών και προβλημάτων που δημιουργεί απαιτεί τον καλύτερο δυνατό χειρισμό. Εκτός από την αναμενόμενη αντίδραση του ασθενούς, πολλές φορές οι γονείς και ο/η σύζυγος του ασθενή δείχνουν ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής και άρνηση της πραγματικότητας. Ακόμη, η αβεβαιότητα της πρόγνωσης σε συνδυασμό με τις παρενέργειες της φαρμακευτικής θεραπείας και τις ατέλειες της χειρουργικής θεραπείας δημιουργούν ένα χρόνιο συναίσθημα ανασφάλειας που υποσκάπτει την ψυχολογία του ασθενούς, ιδίως στις φάσεις παροξυσμού της νόσου (Osborn et al., 2013).

3.1.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χορήγηση φαρμάκων

Ο σημαντικότερος στόχος της φροντίδας του ασθενούς είναι ο τερματισμός του εκάστοτε παροξυσμού όσο το δυνατόν συντομότερα, όπως επίσης και η μείωση της πιθανότητας υποτροπής. Η φαρμακευτική αγωγή κατέχει κεντρικό ρόλο στην προσπάθεια επίτευξης αυτού του στόχου. Ορισμένες φορές τα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες (Lemone & Bruke, 2006).

1.Χορήγηση Σουλφασαλαζίνης (Lemone & Bruke, 2006): αντιφλεγμονώδες φάρμακο, που χρησιμοποιείται για τις τοπικές του δράσεις στον εντερικό βλεννογόνο.

Νοσηλευτικές ευθύνες (Lemone & Bruke, 2006):

- Ελέγχουμε για αντενδείξεις στη χορήγηση του φαρμάκου, συμπεριλαμβανομένης της εγκυμοσύνης ή του ιστορικού υπερευαισθησίας σε σουλφοναμίδες ή σαλικυλικά.
- Αξιολογούμε τις εξετάσεις της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη ορού, άζωτο ουρίας ούρων, γενική ούρων), τις ηπατικές δοκιμασίες και τη γενική εξέταση αίματος προτού αρχίσουμε την χορήγηση του φαρμάκου.
- Χορηγούμε το φάρμακο, σύμφωνα με τις οδηγίες. Πριν από τη νυχτερινή κατάκλιση είναι δυνατόν να χορηγηθούν υπόθετα ή να γίνουν υποκλυσμοί με το φάρμακο. Χορηγούμε από το στόμα τα σκευάσματα του φαρμάκου με ένα ποτήρι νερό,
- Εξασφαλίζουμε τον απαραίτητο εξοπλισμό για την ανάνηψη του ασθενούς. Είναι δυνατόν να παρουσιαστούν αναφυλακτικές αντιδράσεις.
- Αξιολογούμε την ανταπόκριση του ασθενούς στη θεραπεία (π.χ. μείωση του αριθμού των κενώσεων, μείωση της αποβολής βλέννας και αίματος και βελτίωση της σύστασης των εντέρων).
- Παρακολουθούμε για πιθανές παρενέργειες:
- α. Κεφαλαλγία, ανορεξία, ναυτία ή εμετός
- β. Δερματικό εξάνθημα, δερματίτιδα, κνίδωση ή κνησμός
- γ. Ενδείξεις διαταραχών του αίματος, όπως αιμορραγία, εύκολες εκχυμώσεις, πυρετός
- δ. Λευκοπενία, θρομβοκυτοπενία, αιμολυτική αναιμία ή ακοκκιοκυτταραιμία
- ε. Μεταβολές της αποβολής ούρων ή της νεφρικής λειτουργίας
- στ. Ενδείξεις ηπατίτιδας ή μυοκαρδίτιδας

2.Χορήγηση Μεσαλαμίνης (Lemone & Bruke, 2006): ο μηχανισμός δράσης είναι ο ίδιος με της σουλφασαλαζίνης. Διατίθεται υπό τη μορφή υπόθετου, εναιωρημάτων για υποκλυσμούς ή ταμπλετών για λήψη από το στόμα.

Νοσηλευτικές ευθύνες (Lemone & Bruke, 2006):

1. Ελέγχουμε για πιθανές αντενδείξεις στη χορήγηση των φαρμάκων, όπως π.χ. εγκυμοσύνη, θηλασμός ή υπερευαισθησία σε αυτά τα φάρμακα ή στην ασπιρίνη.

2. Χορηγούμε το φάρμακο σύμφωνα με τις οδηγίες. Εάν ζητηθεί η χορήγηση περισσότερων της μιας δόσης ανά ημέρα, η δόσεις θα πρέπει να κατανέμονται ομοιόμορφα μέσα στο 24ωρό.
3. Αξιολογούμε τον ασθενή για την επιθυμητή δράση του φαρμάκου (όπως στην περίπτωση σουλφασαλαζίνης) και για πιθανές παρενέργειες, όπως:
4. α. ναυτία, διάρροια, κολικοειδή άλγη ή αίσθημα μετεωρισμού
5. β. δράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως κεφαλαλγία, ζάλη, αϋπνία, αδυναμία ή κόπωση
6. γ. εξάνθημα ή κνησμός
7. δ. γριπώδης συνδρομή, γενική κακουχία

3.Χορήγηση κορτικοστεροειδών (Lemone & Bruke, 2006): Τα γλυκοκορτικοειδή είναι ορμόνες που παράγονται από το φλοιό των επινεφριδίων. Οι ορμόνες αυτές είναι απαραίτητες για την απάντηση του οργανισμού στο στρες.

Νοσηλευτικές ευθύνες (Lemone & Bruke, 2006):

1. Αξιολογούμε για την ύπαρξη καταστάσεων που μπορεί να επιδεινωθούν από τα κορτικοστεροειδή: πεπτικό έλκος, γλαύκωμα ή καταρράκτης, σακχαρώδης διαβήτης ή ψυχικές διαταραχές.
2. Μετράμε και καταγράφουμε τα ζωτικά σημεία και το σωματικό βάρος πριν από την θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Η συστηματική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και του σωματικού βάρους θα πρέπει να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Λόγω της κατακράτησης ύδατος και νατρίου είναι δυνατόν να εμφανιστούν υπέρταση και αύξηση του σωματικού βάρους.
3. Παρακολουθούμε για τυχόν εμφάνιση οιδήματος.
4. Χορηγούμε το φάρμακο σύμφωνα με τις οδηγίες. Για καθημερινή λήψη του φαρμάκου ή για την λήψη αυτού ημέρα παρά ημέρα, η χορήγηση θα πρέπει να γίνεται το πρωί, όταν η φυσιολογικές τιμές των γλυκοκορτικοειδών βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα, προκειμένου να ελαττωθεί η καταστολή της παραγωγής κορτιζόλης από τα επινεφρίδια.
5. Χορηγούμε τα σκευάσματα από το στόμα μαζί με τροφή για την μείωση της πιθανότητας εμφάνισης παρενεργειών από το πεπτικό. Κατά την διάρκεια της θεραπείας με κορτικοστεροειδή είναι δυνατόν να χορηγηθούν αντιόξινα ή αναστολείς των H₂- υποδοχέων της ισταμίνης, όπως σιμετιδίνη.

6. Παρακολουθούμε για τις επιθυμητές ενέργειες των κορτικοστεροειδών (ελάττωση των διαρροϊκών επεισοδίων, απώλεια μικρότερης ποσότητας αίματος και βλέννας με τις κενώσεις και μείωση των κολικοειδών αλγών).
7. Παρακολουθούμε για τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών (Lemone & Bruke, 2006) :
 - α. αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις και συγκάλυψη των αρχικών εκδηλώσεων μιας λοίμωξης.
 - β. υπογλυκαιμία.
 - γ. υποκαλιαιμία, που εκδηλώνεται με μυϊκή αδυναμία, ναυτία, εμετός και διαταραχές του καρδιακού ρυθμού.
 - δ. οίδημα, υπέρταση και σημεία καρδιακής ανεπάρκειας.
 - ε. δημιουργία πεπτικού έλκους και πιθανή αιμορραγία από το πεπτικό (κοιλιακός πόνος, μέλαινες κενώσεις και εκδηλώσεις αιμορραγίας από το πεπτικό).
 - στ. μεταβολές της νοητικής κατάστασης, όπως κατάθλιψη, ευφορία, επιθετική διάθεση και μεταβολές της συμπεριφοράς.
 - ζ. με την μακρόχρονη χρήση είναι δυνατόν να εμφανισθούν εκδηλώσεις του τύπου του συνδρόμου Cushing, όπως παθολογική εναπόθεση λίπους στο πρόσωπο (σεληνοειδές προσωπείο) και στον κορμό (αυχένας buffalo), εξασθένηση των μυών και λεπτά άκρα, λέπτυνση του δέρματος και οστεοπόρωση.

3.1.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χορήγηση διατροφής

Έχει αποδειχθεί ότι η διατροφική υποστήριξη των ασθενών , δρώντας συμπληρωματικά στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, βελτιώνει τους δείκτες της φλεγμονής και την κλινική πορεία της νόσου (Κατσιλάμπρος, 2010).

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει βασικό ρόλο στη συνεχή αξιολόγηση του ασθενούς που παρουσιάζει διαταραχές θρέψης και εφαρμόζει μεθόδους θρεπτικής υποστήριξης (Lemone & Bruke, 2006).

- Χορηγούμε την προβλεπόμενη δίαιτα (υψηλής θερμιδικής και υψηλής περιεκτικότητας σε λεύκωμα, χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη, με περιορισμό της πρόσληψης γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων εάν υπάρχει δυσανεξία στη λακτόζη). Οι θερμίδες και οι πρωτεΐνες είναι βασικής σημασίας για την υποκατάσταση των απωλειών των θρεπτικών ουσιών. Ο περιορισμός της πρόσληψης λίπους βοηθά στη μείωση της διάρροιας και της απώλειας θρεπτικών ουσιών, ιδιαίτερα όταν έχει προηγηθεί η εκτομή μεγάλων τμημάτων του τελικού ειλεού.
- Εφαρμόζουμε εάν χρειαστεί, παρεντερική διατροφή, εφόσον ο ασθενής δεν είναι σε θέση να απορροφήσει τις θρεπτικές ουσίες από το έντερο. Η παρεντερική διατροφή μπορεί να βοηθήσει στην αποκατάσταση των διαταραχών θρέψης και να προαγάγει την αύξηση του σωματικού βάρους και την επούλωση των ιστικών βλαβών στον ασθενή με οξεία συμπτώματα.
- Προγραμματίζουμε την εκτίμηση του ασθενούς από διαιτολόγο. Να λαμβάνονται υπόψη οι διατροφικές προτιμήσεις του ασθενούς, εφόσον αυτές δεν είναι απαγορευμένες. Η κατανάλωση τροφών που προτιμά ο ασθενής συμβάλλει στην αύξηση πρόσληψης θρεπτικών ουσιών και βοηθά στη διατήρηση του επαρκούς επιπέδου θρέψης.
- Χορηγούμε στοιχειακά σκευάσματα εντερικής διατροφής και συμπληρώματα διατροφής, σύμφωνα με τις οδηγίες. Τα στοιχειακά σκευάσματα εντερικής διατροφής και τα συμπληρώματα διατροφής βοηθούν στην επούλωση των ιστικών βλαβών χωρίς να επιβαρύνουν το έντερο. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να αναπληρωθούν οι απώλειες σε θρεπτικές ουσίες και να βελτιωθεί το επίπεδο θρέψης πιο γρήγορα σε σύγκριση με την απλή δίαιτα.
- Συμπεριλάβετε στη διδασκαλία και τις συζητήσεις σχετικά με τη δίαιτα τα μέλη της οικογένειας και το άτομο που κατά βάση θα ασχοληθεί με την παρασκευή των γευμάτων. Η οικογένεια του ασθενούς μπορεί να τον βοηθήσει να μην ξεχνά την εκπαίδευση του και να τηρεί τους απαραίτητους διαιτητικούς περιορισμούς, ενώ τον

ενθαρρύνει και στην πρόσληψη των απαραίτητων θερμίδων και πρωτεϊνών (Lemone & Bruke, 2006).

3.2. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πριν από την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης στο παχύ έντερο, πρέπει να γίνονται προσπάθειες για την απομάκρυνση όσο το δυνατόν μεγαλύτερης ποσότητας κοπρανώδους περιεχομένου από το κόλον. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, ο ασθενής τοποθετείται σε δίαιτα με μικρό υπόλειμμα για τις τελευταίες 7 με 10 ημέρες πριν από την επέμβαση. Τις τελευταίες 12 με 72 ώρες πριν από την επέμβαση, η δίαιτα τροποποιείται σε υδρική. Βιταμίνες και μέταλλα μπορεί να χορηγούνται συμπληρωματικά κατά τη διάρκεια εφαρμογής αυτής της περιοριστικής δίαιτας. Εκτός από τη διαιτητική προετοιμασία, πρέπει να χορηγούνται υπακτικά και να πραγματοποιούνται υποκλυσμοί προκειμένου να καθαριστεί το κατώτατο έντερο όσο το δυνατόν καλύτερα. Μπορεί να χορηγηθούν προφυλακτικά αντιβιοτικά για την αποφυγή της λοίμωξης στο σημείο της εγχείρησης (Dewit, 2009).

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης είναι (Dewit, 2009):

- Να βοηθήσει τον ασθενή να πλυθεί και να φορέσει την ειδική ένδυση για το χειρουργείο.
- Να διασφαλίσει ότι δεν θα χορηγηθεί στον ασθενή τίποτα από το στόμα. Να προσφέρει πρόσθετες πληροφορίες και εκπαίδευση στον ασθενή.
- Να απομακρύνει τυχόν βαφές νυχιών, κραγιόν ή make up, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η εκτίμηση της κυκλοφορίας κατά τη διάρκεια της επέμβασης και έπειτα από αυτή.
- Να επιβεβαιώσει ότι οι ειδικές ταινίες επισήμανσης για την ομάδα αίματος του ασθενούς και των πιθανών αλλεργιών του είναι σωστές, ευανάγνωστες και στερεά τοποθετημένες.
- Να ολοκληρώσει την προετοιμασία του δέρματος και του εντέρου, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Να τοποθετήσει ουροκαθετήρα, φλεβική γραμμή ή ρινογαστρικό καθετήρα, σύμφωνα με τις οδηγίες.

- Να επιβεβαιώσει, πριν από την προεγχειρητική χορήγηση φαρμάκων, ότι έχει υπογραφεί η συγκατάθεση του ασθενούς έπειτα από την ενημέρωσή του.
- Να επιβεβαιωθεί, ότι το ύψος και το βάρος του ασθενούς έχουν καταγραφεί στο διάγραμμα του (για τον προσδιορισμό των δόσεων των αναισθητικών φαρμάκων).
- Να επιβεβαιώσει ότι όλα τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν ζητηθεί βρίσκονται στον φάκελο του ασθενούς.
- Να χορηγήσει τα προεγχειρητικά φάρμακα με βάση τις οδηγίες.
- Να παρακολουθεί και να καταγράφει τα ζωτικά σημεία.
- Να καταγράψει και να τεκμηριώσει την προεγχειρητική φροντίδα στα ανάλογα έντυπα, όπως στον πίνακα προεγχειρητικού ελέγχου, στο διάγραμμα χορήγησης φαρμάκων και στις νοσηλευτικές σημειώσεις.
- Να προετοιμάσει το θάλαμο του ασθενούς για τη μετεγχειρητική φροντίδα τακτοποιώντας το κρεβάτι του και διασφαλίζοντας την ύπαρξη των προβλεπόμενων προμηθειών και του απαραίτητου εφοπλισμού στο θάλαμο.

Μετά την ολοκλήρωση του προεγχειρητικού ελέγχου και έπειτα από την «κλήση» από τη χειρουργική αίθουσα, ο ασθενής εισέρχεται στην χειρουργική αίθουσα. Η προεγχειρητική φροντίδα έχει πλέον ολοκληρωθεί (Lemone & Bruke, 2006).

3.3 ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η διεγχειρητική φάση αρχίζει όταν ο ασθενής εισέρχεται στη χειρουργική αίθουσα και ολοκληρώνεται όταν ο ασθενής μεταφέρεται στην μονάδα ανάνηψης. Η νοσηλευτική φροντίδα στη φάση αυτή επικεντρώνεται στην ασφάλεια του ασθενούς και στην συνεχή παρακολούθηση των φυσιολογικών παραμέτρων. Ο νοσηλευτής κίνησης και ο εργαλειοδότης υποστηρίζουν και φροντίζουν τον ασθενή και βοηθούν τους χειρουργούς, στα πλαίσια του ειδικού τους ρόλου (Lemone & Bruke, 2006).

Κατά την είσοδο στη χειρουργική αίθουσα, ο νοσηλευτής επιβεβαιώνει την ταυτότητα του ασθενούς, το είδος του χειρουργείου, το ανατομικό μέρος το οποίο πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση, καθώς και τα δεδομένα που αφορούν την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή (Dewit, 2009).

Ο ασθενής τοποθετείται σωστά πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Ειδικές ζώνες ασφαλείας διασφαλίζουν τον ασθενή. Κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ο νοσηλευτής παρατηρεί και ενημερώνει την ομάδα σε περίπτωση που παρουσιαστούν προβλήματα (Dewit, 2009).

3.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει μόλις ο ασθενής μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης. Ο νοσηλευτής της αίθουσας ανάνηψης παρακολουθεί τον αεραγωγό του ασθενούς, τις αναπνοές του, τα ζωτικά σημεία του καθώς και την περιοχή της χειρουργικής τομής προκειμένου να προσδιορίσει την αντίδραση του ασθενούς στη χειρουργική επέμβαση και να ανιχνεύσει τυχόν σημαντικές μεταβολές. Η συχνή εκτίμηση της διανοητικής λειτουργίας και του επιπέδου συνείδησης του ασθενούς αποτελεί ένα ακόμη καθήκον του νοσηλευτή. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι επίσης σημαντική, καθώς ο ασθενής νιώθει ευάλωτος και εξαρτάται πλήρως από άλλους. Η εκτίμηση και η αξιολόγηση της ενυδάτωσης με την παρακολούθηση και την καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών είναι ζωτικής σημασίας για την αναγνώριση σημαντικών επιπλοκών. Επιπλέον, ο νοσηλευτής εκτιμά την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου του ασθενούς. Με την προσεκτική χορήγηση αναλγητικών εξασφαλίζονται η ανακούφιση και η άνεση του ασθενούς, χωρίς να επιδεινώνονται οι πιθανές παρενέργειες της αναισθησίας (Lemone & Bruke, 2006).

Η ανάνηψη μπορεί να διαρκέσει από 2 έως 6 ώρες. Επειδή οι ασθενείς που ανανήπτουν από τη γενική αναισθησία περνούν από διάφορα στάδια και είναι ασταθείς, στο περιβάλλον τηρείται, όσο είναι δυνατόν, περισσότερη ησυχία και ηρεμία. Ο ασθενής μπορεί να ξυπνήσει συγχυτικός και να χρειάζεται επαναπροσανατολισμό και επιβεβαίωση ότι η επέμβαση έχει τελειώσει, ότι βρίσκεται στην αίθουσα ανάνηψης, καθώς και ότι έχουν ενημερωθεί η οικογένεια και οι φίλοι του (Dewit, 2009).

Ο νοσηλευτής της ανάνηψης αξιολογεί τον ασθενή κάθε 15 λεπτά ή ανάλογα με την κατάσταση του. Η αξιολόγηση για πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία ή τη συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση είναι συνεχής. Ο ασθενής παραμένει στην αίθουσα ανάνηψης έως ότου σταθεροποιηθούν τα ζωτικά σημεία, είναι ξύπνιος και απαντά στα ερεθίσματα. Η δραστηριότητα, η αναπνοή, η κυκλοφορία, η συνείδηση, το χρώμα του

δέρματος και ο κορεσμός του οξυγόνου βαθμολογούνται από το 0 έως το 2. Μία συνολική βαθμολογία 9 έως 10 συνήθως υποδεικνύει ότι ο ασθενής είναι έτοιμος να μεταφερθεί στο νοσηλευτικό τμήμα (Dewit, 2009).

Αφού ο ασθενής μεταφερθεί στην αίθουσα, ο νοσηλευτής της αίθουσας ανάνηψης μεταφέρει τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και τις μετεγχειρητικές οδηγίες στους νοσηλευτές του ορόφου πριν από την άφιξη του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό, ο νοσηλευτής προετοιμάζεται για τυχόν επιπλέον προβλήματα και προμηθεύεται τον απαιτούμενο εξοπλισμό (Lemone & Bruke, 2006).

Είναι απαραίτητη η συχνή αξιολόγηση των ζωτικών σημείων, του χειρουργικού τραύματος, και της ενδοφλέβιας γραμμής, καθώς ο ασθενής είναι πολύ επιρρεπής σε διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών. Η παροχέτευση του εντέρου πρέπει να αξιολογείται σχετικά με την ποσότητα και τα χαρακτηριστικά. Ο ασθενής αξιολογείται για την ύπαρξη ναυτίας. Ο εμετός ασκεί πίεση στη συρραφή του τραύματος. Πρέπει να τεκμηριώνονται τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα και να αξιολογείται το ισοζύγιο υγρών. Οι συνήθειες επεμβάσεις στο παχύ έντερο είναι μακράς διάρκειας. Η παρατεταμένη περίοδος αναισθησίας και η έκθεση του σώματος με τη σύνοδο απώλεια υγρών καθιστά τον ασθενή επιρρεπή στην ανάπτυξη καταπληξίας (shock). Η αποβολή των ούρων πρέπει να αξιολογείται τακτικά, γιατί η μειωμένη διούρηση μπορεί να αποτελεί σημείο καταπληξίας (Dewit, 2009).

Για την αποφυγή επιπλοκών όπως ατελεκτασία και πνευμονία ακολουθούνται οι εξής προφυλακτικές παρεμβάσεις: βαθιές αναπνοές και βήχας, χρήση σπιρομέτρου εξάσκησης της αναπνοής, πρώιμη κινητοποίηση, συχνή αλλαγή θέσης, διδασκαλία κατάλληλου τρόπου βηξίματος (Lemone & Bruke, 2006).

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που φέρει τραύμα κατά την μετεγχειρητική περίοδο εστιάζεται στην πρόληψη των επιπλοκών από το τραύμα και στην έγκαιρη αναγνώριση τους. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει βασικό ρόλο στην υποστήριξη της διαδικασίας επούλωσης του τραύματος, προσφέροντας συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή και εκπαιδεύοντας τον σχετικά με τη φροντίδα του τραύματος. Τα συνήθη σημεία του ασθενούς που παρουσιάζει επιμόλυνση του τραύματος είναι η εκροή δύσοσμου πυώδους υγρού και η ερυθρότητα, η αυξημένη τοπικά θερμοκρασία και το οίδημα γύρω από τα χείλη της τομής. Επιπλέον, ο ασθενής ενδέχεται να παρουσιάζει πυρετό, ρίγη. Ταχύπνοια και ταχυκαρδία. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την εφαρμογή των ακόλουθων μέτρων (Lemone & Bruke, 2006):

- Τήρηση των κανόνων ασηψίας κατά τις αλλαγές του τραύματος, τους χειρισμούς και τη διαχείριση των σωλήνων παροχέτευσης.
- Εκτίμηση των ζωτικών σημείων και ιδιαίτερα της θερμοκρασίας.
- Αξιολόγηση των χαρακτηριστικών του υγρού που παροχετεύεται από το τραύμα (χρώμα, οσμή, ποσότητα).
- Καθαρισμός, πλύσεις και τοποθέτηση γαζών στο τραύμα, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Διατήρηση επαρκούς επιπέδου ενυδάτωσης και θρέψης του ασθενούς.
- Καλλιέργεια δείγματος από το τραύμα πριν από την έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας.
- Χορήγηση αντιβιοτικών και αντιπυρετικών σύμφωνα με τις οδηγίες .

Για αποφυγή δερματολογικής βλάβης συσχετιζόμενη με την ερεθιστική δράση της παροχέτευσης από την ειλεοστομία γίνονται οι εξής νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Dewit, 2009):

- Αξιολόγηση του δέρματος σε κάθε αλλαγή του σάκου.
- Πλύσιμο του δέρματος με ήπιο σαπούνι και νερό και ταμποναριστό στέγνωμα με μια μαλακή πετσέτα πριν την εφαρμογή του σάκου.
- Διατήρηση της ακεραιότητας του σάκου.
- Σε περίπτωση ερεθισμού του δέρματος άμεση αντιμετώπιση.

Η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στην υποβοήθηση της φυσιολογικής αποβολής των ούρων και περιλαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα (Dewit, 2009):

- Εκτίμηση της ουροδόχου κύστης για διάταση εάν ο ασθενής δεν έχει ουρήσει εντός 7 έως 8 ωρών έπειτα από την χειρουργική επέμβαση ή εάν αποβάλλει συχνά μικρές ποσότητες ούρων.
- Παρακολούθηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Συνέχιση της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Εισαγωγή ουροκαθετήρα εάν δοθεί η ανάλογη οδηγία.
- Προαγωγή της φυσιολογικής αποβολής ούρων με τους εξής τρόπους (Dewit, 2009):
 - Υποβοηθώντας τον ασθενή και εξασφαλίζοντας του απομόνωση όταν χρησιμοποιεί το ουροδοχείο.
 - Βοηθώντας τον ασθενή να περπατήσει μέχρι το λουτρό.

- Αφήνοντας να τρέξει μια συγκεκριμένη ποσότητα ζεστού νερού στην περιοχή του περινέου.

Η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται και στην ανάκτηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου και περιλαμβάνει τα εξής μέτρα (Lemone & Bruke, 2006):

- Ακρόαση των εντερικών ήχων κάθε 4 ώρες.
- Αξιολόγηση της κοιλιάς για διάταση.
- Ερώτηση στον ασθενή εάν έχει αποβάλει αέρια.
- Παρακολούθηση για κενώσεις, οι οποίες ελέγχονται για την ποσότητα και την σύσταση τους.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να κινητοποιηθεί πρώιμα, στο βαθμό που αυτό είναι επιτρεπτό.

Η μετεγχειρητική φάση ολοκληρώνεται μόνον όταν ο ασθενής έχει αναρρώσει πλήρως από τη χειρουργική επέμβαση. Ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον ασθενή να επιστρέψει στο σπίτι, παρέχοντας του πληροφορίες και προσφέροντας του υποστήριξη ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες του για αυτοφροντίδα. Οι ανάγκες εκπαίδευσης ποικίλλουν, ωστόσο συνήθως υπάρχει η ανάγκη ενασχόλησης με τα παρακάτω θέματα (Lemone & Bruke, 2006):

- Τρόποι φροντίδας του τραύματος. Ο νοσηλευτής επεξηγεί τη διαδικασία φροντίδας του τραύματος στον ασθενή και στην οικογένεια του.
- Σημεία και συμπτώματα διαπύησης του τραύματος. Ο ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει εάν το τραύμα είναι φυσιολογικό.
- Μέθοδοι και συχνότητα θερμομέτρησης
- Περιορισμοί ή απαγορεύσεις που επιβάλλονται σε δραστηριότητες όπως η άρση βάρους, η οδήγηση, το λουτρό, η σεξουαλική δραστηριότητα και άλλες σωματικές δραστηριότητες.
- Έλεγχος του πόνου. Αν έχουν συνταγογραφηθεί αναλγητικά, ο ασθενής ενημερώνεται για τη δόση, τη συχνότητα λήψης και το σκοπό χορήγησης.

3.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ

Η στομία επισκοπείται για την εικόνα ροζ ή ερυθρού χρώματος που υποδηλώνουν επαρκή παροχή αίματος. Πρέπει να έχει την εικόνα υγιούς βλεννογόνου, όπως ο φυσιολογικός βλεννογόνος του στόματος. Στην συνέχεια, η στομία συρρικνώνεται σε μέγεθος και το χρώμα της γίνεται λιγότερο έντονο. Μπορεί να παρατηρηθεί μικρή αιμορραγία γύρω από τη στομία, αλλά αν η αιμορραγία είναι μεγαλύτερη πρέπει να αναφέρεται. Οι περισσότεροι σάκοι συλλογής είναι διαφανείς και έτσι δεν απαιτείται η αφαίρεση τους για την αξιολόγηση του χρώματος και της ποιότητας του περιεχομένου τους. Το δέρμα γύρω από τη στομία αξιολογείται για την ύπαρξη ερεθισμού και σημείων λύσης. Μια εμφανής στιλπνότητα ή αποχρωματισμός της στομίας μπορεί να υποδηλώνει μη επαρκή ροή αίματος διαμέσου των ιστών της στομίας. Το κυανό χρώμα μπορεί να υποδηλώνει απόφραξη της αιματικής ροής (Dewit, 2009).

Επίσης, η στομία παρακολουθείται για την ύπαρξη σημείων οιδήματος. Κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο, η στομία μπορεί να είναι ελαφρά οιδηματώδης και μεγαλύτερη σε σχέση με το μέγεθος της μετά την πλήρη επούλωση. Οίδημα της στομίας μπορεί να προκληθεί από την εφαρμογή ενός σάκου συλλογής ο οποίος να είναι πολύ στενός για να την περιβάλλει. Το άνοιγμα του στομίου πρέπει να είναι κατά 0,4 cm μεγαλύτερο από την περίμετρο της στομίας (Dewit, 2009).

Τις 2 με 4 πρώτες ημέρες δεν εμφανίζεται αποβολή κοπράνων από την κολοστομία καθώς ο ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα. Σε περίπτωση που υπάρχει τραύμα στο περίνεο, αξιολογείται και τεκμηριώνεται η εμφάνιση, η ποσότητα και ο χαρακτήρας της παροχέτευσης. Επίσης, ο ασθενής παρακολουθείται για σημεία λοίμωξης (Dewit, 2009). Πάνω από μια ειλεοστομία ποτέ δεν πρέπει να τοποθετούνται χειρουργικά επικαλύμματα. Σε περίπτωση που παρατηρείται μειωμένη παροχέτευση του ειλεού, η οποία συνοδεύεται από πόνο στο στομάχι, πιθανόν να υπάρχει απόφραξη. Τέτοια συμπτώματα πρέπει να αναφέρονται αμέσως στον χειρουργό. Αν η κατάσταση δεν αποκατασταθεί μπορεί να συμβεί ρήξη ή διάτρηση του εντέρου (Dewit, 2009).

Η ακριβής καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων είναι πολύ σημαντική στη φροντίδα ενός ασθενούς με στομία. Η συνολική αποβολή του κοπρανώδους υλικού μετράται κάθε 8 ώρες. Αν τα κόπρανα είναι υδαρή, η ακρίβεια της μέτρησης είναι πολύ σημαντική. Όταν η κατάσταση του ασθενούς είναι πλέον σταθερή, η αποβολή της στομίας είναι φυσιολογική και η κατάσταση θρέψης και ενυδάτωσης είναι επίσης

φυσιολογική, η καταγραφή των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων διακόπτεται (Dewit, 2009).

Ο ασθενής με ειλεοστομία πρέπει πάντοτε να παρακολουθείται για σημεία αφυδάτωσης και διαταραχής του ισοζυγίου των υγρών. Το γεγονός αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, αλλά εξακολουθεί να είναι στο επίκεντρο της φροντίδας όσο ο ασθενής φέρει την ειλεοστομία. Προκειμένου να προληφθεί η αφυδάτωση, η πρόσληψη υγρών πρέπει να είναι επαρκή για την αναπλήρωση των απωλειών με τα κόπρανα (Dewit, 2009).

Όταν ο ασθενής αρχίζει να ξανά σιτίζεται, ο σάκος της ειλεοστομίας πρέπει να αδειάζει κάθε 2 με 3 ώρες και όταν είναι μισογεμάτος. Στην ειλεοστομία με σάκο τύπου Kock εισάγεται σωλήνας παροχέτευσης ο οποίος συνδέεται με την αναρρόφηση κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, προκειμένου να προληφθεί η διάταση και να επιτρέψει στον σάκο να επουλωθεί. Μετά από διάστημα περίπου 2 εβδομάδων, ο ασθενής διδάσκεται πώς να εισάγει τον καθετήρα για την παροχέτευση του περιεχομένου. Καθώς ο σάκος ωριμάζει και η χωρητικότητα του αυξάνει, ο χρόνος ανάμεσα στις παροχετεύσεις αυξάνεται. Περιοδικά, πιθανών να απαιτούνται πλύσεις για την απομάκρυνση υπολειμμάτων κοπράνων (Dewit, 2009).

Η περιοχή του δέρματος γύρω από τη στομία πρέπει να διατηρείται καθαρή και προστατευμένη από το κοπρανώδες περιεχόμενο το οποίο έρχεται σε επαφή στα σημεία γύρω από το άνοιγμα του σάκου συλλογής. Η παροχέτευση από μία ειλεοστομία περιέχει ένζυμα και χολικά άλατα τα οποία είναι πολύ επιβλαβή για το δέρμα. Κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο, ο σάκος δεν πρέπει να αλλάζεται περισσότερες φορές από όσες είναι απολύτως απαραίτητες προκειμένου να αποφεύγεται ο τραυματισμός του δέρματος (Dewit, 2009).

Οι δύο βασικές αρχές οι οποίες πρέπει να τηρούνται προκειμένου να προστατεύεται το δέρμα είναι η καθαριότητα και η εφαρμογή ενός προστατευτικού φραγμού, ο οποίος εμποδίζει την επαφή ανάμεσα στο δέρμα και στο περιεχόμενο που ρέει από την στομία. Εάν υπάρχει κατάλληλη μόνωση για την πρόληψη της επαφής κοπράνων ή ούρων γύρω από την στομία, ο ερεθισμός και η λύση του δέρματος γύρω από αυτήν εμφανίζονται εξαιρετικά σπάνια (Dewit, 2009).

Γενικά, οι σάκοι αλλάζουν 2 φορές την εβδομάδα προκειμένου να διατηρείται η αποτελεσματικότητα του φραγμού. Όταν γίνεται αλλαγή του σάκου, αυτός πρέπει να αφαιρείται με προσοχή και το δέρμα να πλένεται με ήπιες κινήσεις με σαπούνι και νερό έτσι ώστε να μην προκαλείται βλάβη από έντονη τριβή. Η περιοχή πρέπει να ξεπλένεται

προσεκτικά και να στεγνώνεται ταμποναριστά χωρίς τριβή του δέρματος. Σε υγρό κλίμα, για το στέγνωμα του δέρματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα πιστολάκι μαλλιών στη χαμηλή σκάλα. Πιθανές αιτίες των προβλημάτων του δέρματος είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις, οι λοιμώξεις από μύκητες και ο ερεθισμός από την πολύ συχνή αλλαγή των σάκων. Η εφαρμογή προστατευτικής πάστας μετά τον καθαρισμό προλαμβάνει την επαφή του δέρματος με το υλικό της παροχέτευσης της στομίας (Dewit, 2009).

Οι προστατευτική φραγμοί είναι διαθέσιμοι σε διάφορες μορφές και τύπους. Ο νοσηλευτής καθορίζει τον τύπο του φραγμού που είναι αποτελεσματικότερος για κάθε συγκεκριμένο ασθενή. Όταν το δέρμα εμφανίζει ερεθισμούς παρά τις προσπάθειες προστασίας του, ο ιατρός συνήθως δίνει οδηγία για τοπική εφαρμογή φαρμακευτικών σκευασμάτων. Οι μυκητιάσεις του δέρματος είναι αρκετά συνήθεις (Dewit, 2009).

Τα επικαλύμματα του τραύματος στο περίνεο πρέπει να αλλάζονται τακτικά. Στην αρχή υπάρχει μεγάλη ποσότητα παροχετευόμενων εκκρίσεων από το τραύμα (Dewit, 2009).



Εικόνα 8. Εμφάνιση υγιούς στομίας (Πηγή: Lemone & Bruke, 2006).

3.5.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την αλλαγή της ειλεοστομίας

Εξοπλισμός

- Γάντια μιας χρήσης
- Σύστημα (στομίας) ενός ή δύο τεμαχίων
- Προστατευτική πάστα δέρματος
- Καθαριστικό δέρματος
- Λαβίδα
- Οδηγός μέτρησης

- Υλικά για την αφαίρεση της κολλητικής ουσίας
- Υγρό για τον καθαρισμό του δέρματος
- Πετσέτα
- Πλαστικός σάκος

Πριν από την διαδικασία

Εξηγούμε τη διαδικασία στον ασθενή και εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα. Εφαρμόζουμε τα συνήθη προφυλακτικά μέτρα. Φοράμε γάντια.



Εικόνα 9. Αλλαγή συστήματος στομίας (Πηγή: Lemone & Bruke, 2006).

Διαδικασία (Lemone & Bruke, 2006):

- Αφαιρούμε το σάκο της συσκευής στομίας που περιέχει κόπρανα (και τη βάση, εάν πρόκειται για σύστημα στομίας με δύο τεμάχια), έλκοντας ελαφρά το σάκο ή τη βάση και απωθώντας το δέρμα. Χρησιμοποιούμε το κατάλληλο υλικό για την αφαίρεση της κολλητικής ταινίας για να αφαιρέσουμε την πάστα που έχει χρησιμοποιηθεί για την προστασία του δέρματος.
- Αδειάζουμε τον σάκο της στομίας και τον πετάμε σε ένα πλαστικό σάκο. Ο σάκος ενός συστήματος δύο τεμαχίων μπορεί να καθαριστεί και να ξαναχρησιμοποιηθεί.
- Καθαρίζουμε το δέρμα και τη στομία με χλιαρό νερό και καθαριστικό δέρματος ή σαπούνι. Ξεπλένουμε το δέρμα και τη στομία και τα στεγνώνουμε.
- Παρατηρούμε το χρώμα της στομίας και την κατάσταση του δέρματος στην περιοχή γύρω από τη στομία.
- Εάν είναι απαραίτητο, ξυρίζουμε τις τρίχες από το δέρμα της περιοχής γύρω από τη στομία.

- Χρησιμοποιούμε τον οδηγό μέτρησης για να ελέγξουμε το μέγεθος της στομίας.
- Σημειώνουμε το μέγεθος της στομίας πάνω στο σάκο και ελέγχουμε για να σιγουρευτούμε ότι το μέγεθος είναι το σωστό.
- Κόβουμε τη βάση ώστε να ταιριάζει με το μέγεθός της στομίας: Αναγνωρίζουμε το σωστό μέγεθος της στομίας στο πίσω μέρος της βάσης και κόβουμε το άνοιγμα έτσι ώστε το μέγεθος του να ταιριάζει με το μέγεθος της στομίας.
- Χρησιμοποιούμε καθαριστικό δέρματος στο δέρμα που ήταν καλυμμένο από τη βάση της συσκευής της στομίας, το σάκο ή την κολλητική ταινία. Το αφήνουμε να στεγνώσει.
- Αφαιρούμε τα καλύμματα από το σάκο ή τη βάση της στομίας.
- Τοποθετούμε ειδική πάστα για την προστασία του δέρματος γύρω από τη βάση της στομίας ή γύρω από το άνοιγμα του σάκου ή της βάσης. Αφήνουμε την πάστα να στεγνώσει στον αέρα για 1 έως 2 λεπτά.
- Τοποθετούμε στο κέντρο το σάκο ή τη βάση της στομίας πάνω από το άνοιγμα της στομίας και την πιέζουμε έτσι ώστε να κολλήσει στο δέρμα.
- Στερεώνουμε το σάκο της στομίας όταν χρησιμοποιείται συσκευή στομίας δύο τεμαχίων, πάνω στη βάση που έχει κολλήσει στο δέρμα.
- Κλείνουμε την βαλβίδα του σάκου.
- Καθηλώνουμε με κολλητική ταινία στο σάκο της στομίας έτσι ώστε να εξασφαλίσουμε μεγαλύτερη ασφάλεια.

3.5.2 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την πλύση της ειλεοστομίας

Εξοπλισμός

- Γάντια μίας χρήσης
- Σύστημα πλύσης
- Σύριγγα 60 mL με ειδικό μπεκ για καθετήρα
- Καθετήρας 14 Fr
- Υδατοδιαλυτό λιπαντικό
- Φυσιολογικός ορός για πλύσεις
- Σκωραμίδα
- Καθαρός σάκος στομίας

Πριν από την διαδικασία

Εξηγούμε τη διαδικασία στον ασθενή και εξασφαλίζουμε την ιδιωτικότητα. Εφαρμόζουμε τα συνήθη προφυλακτικά μέτρα. Φοράμε γάντια.

Διαδικασία (Lemone & Bruke, 2006):

- Αφαιρούμε τον σάκο. Τοποθετούμε το σύστημα πλύσης.
- Τοποθετούμε τη λαβίδα στο κάτω μέρος της συσκευής πλύσης ή τοποθετούμε τη συσκευή πλύσης στη σκωραμίδα.
- Εξετάζουμε προσεκτικά με το δάκτυλο μας τη στομία έτσι ώστε να διασπαστεί τυχόν μάζα κοπρανώδους υλικού που βρίσκεται εγγύτερα στη στομία και να προσδιορισθεί η κατεύθυνση (πορεία) του εντέρου.
- Λιπαίνουμε τον καθετήρα και τον προωθούμε μέσα στη στομία μέχρι να φθάσουμε στο σημείο της απόφραξης. Εάν ο καθετήρας δεν φθάνει στο σημείο της απόφραξης παρότι έχει προωθηθεί 8-10 εκ., ειδοποιούμε τον γιατρό, γιατί στην περίπτωση αυτή μπορεί να υπάρχει απόφραξη σε υψηλότερο επίπεδο.
- Χορηγούμε 30 έως 50 mL φυσιολογικού ορού μέσω του καθετήρα.
- Αφαιρούμε τον καθετήρα. Αφήνουμε να παροχετευθεί το υγρό από τη στομία.
- Επαναλαμβάνουμε τη διαδικασία μέχρι να αφαιρεθεί όλη η μάζα.
- Αφαιρούμε το σύστημα πλύσης, όταν έχει εξαλειφθεί το αίτιο της απόφραξης.
- Καθαρίζουμε το δέρμα της περιοχής γύρω από τη στομία.
- Τοποθετούμε το σάκο και τη λαβίδα.

Μετά την διαδικασία (Lemone & Bruke, 2006):

- Καταγράφουμε τη διαδικασία, την ποσότητα του διαλύματος που έχει χρησιμοποιηθεί, τα αποτελέσματα και το πώς ανέχθηκε ο ασθενής την διαδικασία.
- Απαντούμε στις απορίες του ασθενούς όσον αφορά τη δίαιτα έτσι ώστε να διευκρινισθεί η αιτία της απόφραξης.

4.

4.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο χάνει τον έλεγχο ορισμένων λειτουργιών του φυσικού του σώματος κι αυτό έχει ως αποτέλεσμα σοβαρές κοινωνικές συνέπειες. Τα συμπτώματα της νόσου είναι απρόβλεπτα και είναι πιθανό να είναι σοβαρότερα σε κάποιες χρονικές περιόδους. Το απρόβλεπτο των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα της διάρροιας, μπορεί να παρεμποδίσει την ομαλή λειτουργία σε κοινωνικό επίπεδο. Για παράδειγμα, το να φεύγει κανείς τρέχοντας για την τουαλέτα κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης ή ενός γεύματος μπορεί να είναι αποδιοργανωτικό και να φέρει κάποιον σε δύσκολη θέση, ενώ κανείς πρέπει να δώσει εξηγήσεις για μια τέτοια, προφανώς ασυνήθιστη, κοινωνική συμπεριφορά. Το πόσο κοντά βρίσκεται κανείς σε τουαλέτα γίνεται σημαντικό, κι αυτό μπορεί να προκαλέσει προβλήματα οργάνωσης, σε περιπτώσεις μετακίνησης ή στο εργασιακό περιβάλλον. Υπάρχουν επίσης κοινωνικο-ψυχολογικές συνέπειες, καθώς τα συμπτώματα, ιδιαίτερα η απώλεια του ελέγχου της αφόδευσης, μπορούν να επηρεάσουν την ταυτότητα του ατόμου, πράγμα που με τη σειρά του μπορεί να έχει επιπτώσεις στην αίσθηση του εαυτού (Nettleton, 2002).

Πολλοί ασθενείς εμφανίζονται ανήσυχοι σχετικά με τη συχνότητα των κενώσεων και την παρουσία αίματος σε αυτές. Η έλλειψη δυνατότητας ελέγχου των συμπτωμάτων της νόσου, συγκεκριμένα της διάρροιας, μπορεί να είναι πολύ ενοχλητική και αγχογόνος. Σε πιο σοβαρές μορφές της νόσου ο ασθενής μπορεί να περιορίζεται ως προς τις δραστηριότητες του εκτός σπιτιού. Ως αποτέλεσμα της υπερβολικής διάρροιας, ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται εξαρτημένος από την ανάγκη να βρίσκεται πάντα κοντά σε λουτρό. Το φαγητό είναι δυνατόν να συνοδεύεται από πόνο μια μυϊκές συσπάσεις, καθώς επίσης και από αυξημένη συχνότητα κενώσεων. Έτσι, η ώρα του φαγητού μπορεί να γίνεται μια δυσάρεστη εμπειρία (Ignatavicius & Workman, 2008).

Το να μάθει κανείς να ζει με τα συμπτώματα περιλαμβάνει την μόνιμη υιοθέτηση και άλλων στρατηγικών αντιμετώπισης. Ένα κεντρικό πρόβλημα είναι αυτό της αβεβαιότητας. Τα συμπτώματα της κολίτιδας τείνουν να είναι κυκλικά, αλλά οι περίοδοι ύφεσης και επιδείνωσης είναι απρόβλεπτες. Υπάρχει επίσης αβεβαιότητα δεδομένου του ότι η απώλεια ελέγχου των κινήσεων του εντέρου μπορεί να προκύψει οποιαδήποτε στιγμή. Προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν αυτό το πρόβλημα, οι ασθενείς προσπαθούν να παρακολουθούν και να ελέγχουν τη δίαιτα τους, να εξετάζουν το περιβάλλον για να

βεβαιωθούν ότι υπάρχουν κοντά τουαλέτες, και ακόμα, να αποφεύγουν ορισμένες κοινωνικές περιστάσεις ιδιαίτερα εκείνες που περιλαμβάνουν φαγητό και ποτό σε δημόσιο χώρο. Ένας σημαντικός στόχος αυτών των στρατηγικών αντιμετώπισης είναι να είναι κανείς ικανός να ζει και να διατηρεί μια «φυσιολογική» ταυτότητα (Nettleton, 2002).

Το να λύσει κανείς το δίλλημα αν θα κάνει ή όχι μια εγχείρηση η οποία θα τον απαλλάξει μεν από την παθηση, αλλά θα σημαίνει την ύπαρξη ενός διαφορετικού σώματος και μιας συσκευής ειλεοστόματος, αντιπροσωπεύει για το άτομο που υποφέρει από κολίτιδα μια επιπλέον ανησυχία την οποία πρέπει να αντιμετωπίσει. Υπάρχουν οι συναισθηματικές επιπτώσεις του να μάθει κανείς να ζει με ένα αλλαγμένο σώμα κι υπάρχουν και οι πρακτικές επιπτώσεις του να πρέπει κανείς να μάθει να χρησιμοποιεί την ειλεοστοματική συσκευή (Nettleton, 2002).

Τα εντερικά και εξωεντερικά συμπτώματα που σχετίζονται με ελκώδη κολίτιδα μπορεί να φτάσουν να στιγματίζουν κοινωνικά το άτομο. Πρέπει να εξετάσουμε κατά πόσο ο ασθενής έχει κατανοήσει την πάθηση και την επίδραση της στον τρόπο ζωής του. Επιβάλλεται να ενθαρρύνουμε και να υποστηρίζουμε τον ασθενή, ενώ ταυτόχρονα θα διερευνήσουμε τα παρακάτω (Ignatavicius & Workman, 2008):

- Τη σχέση μεταξύ των γεγονότων της καθημερινότητας και των εξάρσεων της νόσου.
- Παράγοντες πρόκλησης άγχους που προάγουν τη συμπτωματολογία της νόσου.
- Υποστηρικτικά συστήματα από την οικογένεια και την κοινωνία.
- Υποθέσεις που σχετίζονται με πιθανό γενετικό υπόστρωμα και συναφείς παράγοντες κινδύνου της πάθησης για εμφάνιση καρκίνου.

Ο νοσηλευτής εφαρμόζει την ενεργητική ακρόαση, παρέχει συναισθηματική υποστήριξη και κατανόηση. Είναι πολύ βασική η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης νοσηλευτή- ασθενούς προκειμένου να βοηθηθεί ο ασθενής όσον αφορά στις ψυχοκοινωνικές του ανησυχίες. Μόνο τότε ο ασθενής θα μπορέσει να ανταποκριθεί στην ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων του (Dewit, 2009).

Ενθαρρύνεται η κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλα άτομα και η επαφή με τις διαθέσιμες ομάδες υποστήριξης. Όταν ελεγχθεί ο μετεγχειρητικός πόνος, είναι καλύτερο ο ασθενής να μιλάει με άλλα άτομα τα οποία έχουν προσαρμοστεί καλά στη στομία τους και ζουν μια πλήρη και ενεργητική ζωή. Είναι καλύτερο να πραγματοποιείται μια σειρά επισκέψεων προκειμένου να δίδεται ο χρόνος να απαντηθούν ερωτήσεις, εφόσον η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει (Dewit, 2009).

Η στάση του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή, τη στομία και τη φροντίδα της έχει άμεση επίδραση στη στάση που θα αναπτύξει ο ασθενής για την αλλαγή της εικόνας του σώματος του και την αυτοφροντίδα. Η απομάκρυνση των κοπράνων δεν είναι ευχάριστη νοσηλευτική παρέμβαση, αλλά η αντίδραση στην εικόνα και την οσμή είναι κάτι το οποίο μπορεί να ελεγχθεί. Στην πραγματικότητα, πρέπει να πραγματοποιείται προσεκτική και υπομονετική φροντίδα της στομίας, των εκκρίσεων και της αντικατάστασης του συλλέκτη (Dewit, 2009).

Ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται από το νοσηλευτή ζεστά και με στάση αποδοχής. Πρέπει να του δίδεται η δυνατότητα να εκφράζει τις ανησυχίες του σχετικά με σωματικά, σεξουαλικά και κοινωνικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν εξαιτίας της στομίας. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν ανησυχίες σχετικά με την κακοσμία, τη διαφυγή εντερικού περιεχομένου και το θόρυβο που μπορεί να προκληθεί από τη διέλευση αερίων. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει και συνεργάζεται με τον ασθενή για την αναγνώριση των απαραίτητων αλλαγών στον τρόπο ζωής του και συνιστά ρεαλιστικές εναλλακτικές λύσεις (Dewit, 2009).

Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή ότι μπορεί να έχει κάποιες ανησυχίες σχετικά με την σεξουαλική του λειτουργία και τον βεβαιώνει ότι είναι αποδεκτό να μιλάει για αυτή την περιοχή της ζωής του. Οι ανησυχίες του ασθενούς πρέπει να συζητιούνται πρακτικά και ο/η σύντροφος του πρέπει να συμμετέχει στη συζήτηση. Ο εξειδικευμένος για τις στομίες θεραπευτής είναι μια άριστη πηγή για συγκεκριμένες πληροφορίες και υποδείξεις στο συγκεκριμένο αντικείμενο (Dewit, 2009).

Ο ασθενής με στομία θα περάσει από όλα τα στάδια του θρήνου και της απώλειας. Αν ο ασθενής συνεχίσει να θρηνεί για μεγάλη χρονική περίοδο, είναι καταθλιπτικός ή δεν μπορεί να αποδεχθεί την αλλαγή της εικόνας του σώματος του, ο νοσηλευτής πρέπει να προγραμματίσει παραπομπή για εξειδικευμένη συμβουλευτική (Dewit, 2009).

Γ' ΜΕΡΟΣ

1. ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Abstract 1

Managing Ulcerative Colitis in the Adolescent: Highlighting the Developmental and Self-management Needs.

Ulcerative colitis (UC) is a lifelong disease that peaks in diagnosis between the ages of 15 to 25 years, making UC a significant chronic disease among adolescents that could affect the adolescents throughout their life. This article provides an overview of the role of nurse practitioners as health care providers in managing adolescent patients with UC with a holistic approach that encompasses the physical aspects of the disease, as well as developmental and psychosocial needs. By describing the influence that developmental stage and psychological stress have on patients with UC, the nurse practitioners can facilitate evidence-based and holistic care for adolescents and promote self-management (Ahmed et al., 2016).

Περίληψη

Η διαχείριση της Ελκώδους Κολίτιδας στην ομάδα των εφήβων: Η ανάδειξη των Αναπτυξιακών και Αυτοδιαχειριστικών Αναγκών.

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια δια βίου ασθένεια που κορυφώνεται στη διάγνωση μεταξύ των ηλικιών 15 έως 25 ετών, κάνοντας την ελκώδη κολίτιδα μια σημαντική χρόνια ασθένεια μεταξύ των εφήβων, που θα μπορούσε να επηρεάσει τους εφήβους σε όλη τη ζωή τους. Αυτό το άρθρο παρέχει μια επισκόπηση του ρόλου των επαγγελματιών νοσηλευτών ως φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης στη διαχείριση των εφήβων ασθενών με ελκώδη κολίτιδα με μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει τις φυσικές πτυχές της νόσου, καθώς και στις αναπτυξιακές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες. Περιγράφοντας την επίδραση που έχει το αναπτυξιακό στάδιο και το ψυχολογικό άγχος σε ασθενείς με ελκώδη

κολίτιδα, οι επαγγελματίες νοσηλευτές μπορούν να διευκολύνουν μια εμπεριστατωμένη και ολιστική φροντίδα για τους εφήβους και να προωθήσουν την αυτοδιαχείριση.

Abstract 2

Quality of life in patients with ulcerative colitis treated surgically.

INTRODUCTION:

Ulcerative colitis belongs to the group of inflammatory bowel diseases. The specific symptoms and chronic nature of the disease significantly affect the quality of patients' lives. Quality-of-life assessment helps to define its determining factors as well as the efficiency of surgical procedures.

AIM:

Quality-of-life evaluation of patients with ulcerative colitis treated surgically.

MATERIAL AND METHODS:

A retrospective review was carried out on 35 patients with ulcerative colitis, who were treated surgically in the Clinic of General and Colorectal Surgery, University of Medical Sciences in Poznan. The research tools used to assess the quality of life consisted of: the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, a Polish version of the Short Form Health Survey-36, and a questionnaire.

RESULTS:

The mean of the IBDQ scale was 152.51, and the median was 161. In this scale, a higher score indicates better quality of life. The situation in the subjective SF-36 scale is reversed: a lower score indicates better quality of life. The mean of the SF-36 was 115.94, and the median was 58. Many discrepancies in the field (e.g. the influence of determining factors) create a niche for further studies.

CONCLUSIONS:

Moreover, quality-of-life evaluation may lead to better patient care, understanding their problems or treatment modifications, and finally may become a kind of therapy efficiency parameter (Kozłowska et al., 2014).

Περίληψη

Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα που αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η ελκώδης κολίτιδα ανήκει στην ομάδα των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα και χρόνια φύση της νόσου επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής βοηθά να οριστούν οι καθοριστικοί παράγοντες της καθώς και η αποτελεσματικότητα των χειρουργικών επεμβάσεων.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα που αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Μια αναδρομική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 35 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην Κλινική της Γενικής Χειρουργικής και της Χειρουργικής του παχέος εντέρου, του Πανεπιστημίου Ιατρικών Επιστημών στο Πόζναν. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής αποτελούνται από: το Ερωτηματολόγιο των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, μια πολωνική εκδοχή της Έρευνας για την υγεία, και ένα ερωτηματολόγιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η μέση τιμή της κλίμακας IBDQ ήταν 152,51, και η ενδιάμεση τιμή ήταν 161. Σε αυτή την κλίμακα, η υψηλότερη βαθμολογία δείχνει την καλύτερη ποιότητα ζωής. Η κατάσταση στην υποκειμενική κλίμακα SF-36 αντιστρέφεται: η μείωση της βαθμολογίας σημαίνει βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η μέση τιμή του SF-36 ήταν 115,94, και η ενδιάμεση ήταν 58. Πολλές διαφορές στον τομέα (π.χ. η επίδραση των καθοριστικών παραγόντων) δημιουργούν σημείο για περαιτέρω μελέτες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Επιπλέον, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενδέχεται να οδηγήσει σε καλύτερη περίθαλψη των ασθενών, σε κατανόηση των προβλημάτων τους ή σε τροποποιήσεις της θεραπείας, και τέλος, μπορεί να γίνει ένα είδος παραμέτρου με αποτελεσματική θεραπεία.

Abstract 3

Adolescents' Lived Experiences While Hospitalized After Surgery for Ulcerative Colitis.

Adolescents are in a transitional phase of life characterized by major physical, emotional, and psychological challenges. Living with ulcerative colitis is experienced as a reduction of their life quality. Initial treatment of ulcerative colitis is medical, but surgery may be necessary when medical treatment ceases to have an effect. No research-based studies of adolescents' experience of the hospital period after surgery for ulcerative colitis exist. The objective of the study was to identify and describe adolescents' lived experiences while hospitalized after surgery for ulcerative colitis. This qualitative study was based on interviews with eight adolescents. Analysis and interpretation were based on a hermeneutic interpretation of meaning. Three themes were identified: Body: Out of order; Seen and understood; and Where are all the others? The adolescents experience a postoperative period characterized by physical and mental impairment. Being mentally unprepared for such challenges, they shun communication and interaction. The findings demonstrate the importance of individualized nursing care on the basis of the adolescent's age, maturity, and individual needs. Further study of adolescent patients' hospital stay, focusing on the implications of being young and ill at the same time, is needed. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 License, where it is permissible to download and share the work provided it is properly cited. The work cannot be changed in any way or used commercially (Olsen et al., 2015).

Περίληψη

Βιωματικές εμπειρίες των εφήβων ενώ βρίσκονται στο νοσοκομείο μετά από χειρουργική επέμβαση για την ελκώδη κολίτιδα.

Οι έφηβοι βρίσκονται σε μια μεταβατική φάση της ζωής που χαρακτηρίζεται από σημαντικές σωματικές, συναισθηματικές, και ψυχολογικές προκλήσεις. Ζώντας με ελκώδη κολίτιδα έχει εμπειρία στην μειωμένη ποιότητα ζωής τους. Η αρχική θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας είναι η ιατρική, αλλά η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι απαραίτητη όταν η ιατρική θεραπεία παύει να έχει αποτέλεσμα. Δεν υπάρχουν μελέτες που να βασίζονται στην έρευνα της εμπειρίας εφήβων από την μετεγχειρητική περίοδο στο νοσοκομείο για την ελκώδη κολίτιδα. Ο στόχος της έρευνας ήταν να εντοπίσει και να περιγράψει τα βιώματα των εφήβων, ενώ νοσηλεύονταν μετά από την χειρουργική επέμβαση για την ελκώδη κολίτιδα. Αυτή η ποιοτική μελέτη βασίστηκε σε συνεντεύξεις με οκτώ εφήβους. Η ανάλυση και η ερμηνεία βασίστηκαν σε μια ερμηνευτική διερμηνεία της έννοιας. Τρία θέματα εντοπίστηκαν: Σώμα: Εκτός λειτουργίας, κατανόηση, και πού είναι όλοι οι άλλοι; Οι έφηβοι βιώνουν μια μετεγχειρητική περίοδο που χαρακτηρίζεται από σωματική και ψυχική δυσλειτουργία. Όντας πνευματικά απροετοίμαστοι για τέτοιου είδους προκλήσεις, αυτοί αποφεύγουν την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση. Τα ευρήματα αποδεικνύουν τη σημασία της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας με βάση την ηλικία του εφήβου, την ωριμότητα, και τις ατομικές ανάγκες. Περαιτέρω μελέτη της νοσηλείας εφήβων ασθενών, με επίκεντρο τις συνέπειες του να είσαι νέος και άρρωστος, ταυτόχρονα, είναι απαραίτητη.

Abstract 4

Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland.

Inflammatory bowel disease (IBD), including Crohn's disease and ulcerative colitis, present a major challenge for present-day gastroenterology due to their increasing incidence, chronic nature, risk of permanent worsening of quality of life of patients, and the costs of conservative and invasive treatment. Basic and advanced nursing care are important parts of

the multidisciplinary care for patients. The developed guidelines on the nursing care, which are compliant with the European guidelines published by Nurses-European Crohn's & Colitis Organisation (N-ECCO), were adjusted to the current situation in Poland. Significant issues that are important for nursing teams have been identified, with particular emphasis on the specificity of working in centres specialising in the care of IBD patients. The Working Group paid attention to the conditions that should be satisfied in order to optimise the nursing care for IBD patients, and the necessity to develop professional and scientific cooperation with European centres within European Crohn's & Colitis Organisation (ECCO) and N-ECCO (Golik et al., 2014).

Περίληψη

Κατευθυντήριες γραμμές της Ομάδας Εργασίας σχετικά με τους ρόλους νοσηλευτικής στη φροντίδα ασθενών με νόσο του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας στην Πολωνία.

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας, αποτελούν μία σημαντική πρόκληση για τη σημερινή γαστρεντερολογία λόγω της αύξησης των κρουσμάτων τους, του χρόνιου χαρακτήρα, του κινδύνου μόνιμης επιδείνωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών, καθώς και τα έξοδα της συντηρητικής και επεμβατικής θεραπείας. Οι βασικές και προηγμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι σημαντικά μέρη της διεπιστημονικής φροντίδας για τους ασθενείς. Οι αναπτυγμένες κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα, οι οποίες είναι συμβατές με τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές που δημοσιεύτηκαν από τις Ευρωπαϊκές οργανώσεις νοσηλευτών του Crohn και Κολίτιδας (N-ECCO), προσαρμόστηκαν με την τρέχουσα κατάσταση στην Πολωνία. Έχουν αναφερθεί αξιολογικά ζητήματα που είναι σημαντικά για τις ομάδες νοσηλευτικής, με ιδιαίτερη έμφαση στην εξειδίκευση της εργασίας σε κέντρα που ειδικεύονται στη φροντίδα των ασθενών με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Η Ομάδα Εργασίας δίνει προσοχή στις συνθήκες που πρέπει να πληρούνται προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η νοσηλευτική φροντίδα για τους ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, και στην ανάγκη να αναπτυχθούν την επαγγελματική και επιστημονική συνεργασία με τα ευρωπαϊκά κέντρα εντός της ευρωπαϊκής Οργάνωσης του Crohn και Κολίτιδας (ECCO) και N-ECCO.

Abstract 5

N-ECCO survey results of nursing practice in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis in Europe.

BACKGROUND AND AIMS:

The difference in nursing roles when caring for patients with inflammatory bowel disease varies across Europe with different levels of responsibility. This might vary widely from country to country and even hospital to hospital depending on the local requirements of the patients and the gastroenterology team. This survey was developed to assess the current nursing practice across Europe.

METHODS:

A total of 220 nursing delegates who attended the N-ECCO Meeting and School in 2012 were invited to complete a survey. The survey consisted of 11 questions about the role and responsibility of nurses in the care of patients with inflammatory bowel disease.

RESULTS:

Of the 220 European nurses, 192 responded (87%). A majority (61%) came from 5 European countries, most were between 30 and 50 years old, 73% worked in public hospitals and 68% were involved in adult care. The level of education varied equally between certificate level, degree level, diploma level and masters' level. The nurses' level of experience, above that of the level of education, was the main factor in determining whether to offer advice or not to the patient, independent of a doctor ($p < 0.01$).

CONCLUSION:

This survey has provided an understanding of the nursing role in the care of patients with IBD across Europe as well as Australia, Canada and Israel. It demonstrates that the role of nurses in IBD exists in various settings within hospital care, providing complex management and autonomous nursing care in a range of services to a significant number of patients with IBD (O'Connor et al., 2014).

Περίληψη

Τα αποτελέσματα της έρευνας Necco της νοσηλευτικής πρακτικής στη φροντίδα ασθενών με νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα στην Ευρώπη.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ:

Η διαφορά στους ρόλους νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ποικίλει σε όλη την Ευρώπη με διαφορετικά επίπεδα ευθύνης. Αυτό μπορεί να διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, ακόμη και νοσοκομείο σε νοσοκομείο, ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες των ασθενών και της ομάδας γαστρεντερολογίας. Η έρευνα αυτή αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει την τρέχουσα νοσηλευτική πρακτική σε όλη την Ευρώπη.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Ένα σύνολο από 220 εκπροσώπους νοσηλευτικής, το οποίο παρέστη στη συνάντηση της Ευρωπαϊκής οργάνωσης του Crohn και Κολίτιδας και στη σχολή το 2012 κλήθηκαν να συμπληρώσουν μια έρευνα. Η έρευνα περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις σχετικά με το ρόλο και την ευθύνη των νοσηλευτών για τη φροντίδα των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από τους 220 Ευρωπαίους νοσηλευτές, ανταποκρίθηκαν 192 (87%). Η πλειοψηφία (61%) προέρχονταν από 5 ευρωπαϊκές χώρες, οι περισσότεροι ήταν μεταξύ 30 και 50 ετών, το 73% εργάστηκε σε δημόσια νοσοκομεία και το 68% έχει ασχοληθεί με τη φροντίδα των ενηλίκων. Το επίπεδο της εκπαίδευσης ποικίλει εξίσου μεταξύ του επιπέδου του πιστοποιητικού, του πτυχιακού επιπέδου, του επιπέδου διπλώματος και μεταπτυχιακού επιπέδου. Το επίπεδο εμπειρίας των νοσηλευτών, πάνω από εκείνο το επίπεδο της εκπαίδευσης, ήταν ο κύριος παράγοντας στον καθορισμό εάν θα προσφέρουν συμβουλές ή όχι στον ασθενή, ανεξάρτητα από έναν γιατρό ($p < 0,01$).

ΣΥΝΑΨΗ:

Η έρευνα έχει παράσχει μια κατανόηση του ρόλου της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με ΙΦΕΝ σε όλη την Ευρώπη καθώς και την Αυστραλία, τον Καναδάς και το Ισραήλ. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι υπάρχει ο ρόλος των νοσηλευτών στα ΙΦΕΝ σε

διάφορες ρυθμίσεις εντός της νοσοκομειακής περίθαλψης, στην παροχή σύνθετης διαχείρισης και αυτόνομης νοσηλευτικής φροντίδας σε ένα φάσμα υπηρεσιών σε σημαντικό αριθμό ασθενών με ΙΦΕΝ.

Abstract 6

Nursing resources and responsibilities according to hospital organizational model for management of inflammatory bowel disease in Spain

Background: Nurses play an important role in the multidisciplinary management of inflammatory bowel disease (IBD), but little is known about this role and the associated resources.

Objective: To improve knowledge of resource availability for health care activities and the different organizational models in managing IBD in Spain.

Methods: Cross-sectional study with data obtained by questionnaire directed at Spanish Gastroenterology Services (GS). Five GS models were identified according to whether they have: no specific service for IBD management (Model A); IBD outpatient office for physician consultations (Model B); general outpatient office for nurse consultations (Model C); both, Model B and Model C (Model D); and IBD Unit (Model E) when the hospital has a Comprehensive Care Unit for IBD with telephone helpline, computer, including a Model B. Available resources and activities performed were compared according to GS model (chi-square test and test for linear trend).

Results: Responses were received from 107 GS: 33 Model A (31%), 38 Model B (36%), 4 Model C (4%), 16 Model D (15%) and 16 Model E (15%). The model in which nurses have the most resources and responsibilities is the Model E. The more complete the organizational model, the more frequent the availability of nursing resources (educational material, databases, office, and specialized software) and responsibilities (management of walk-in appointments, provision of emotional support, health education, follow-up of drug treatment and treatment adherence) ($p < 0.05$).

Conclusions: Nurses have more resources and responsibilities the more complete is the organizational model for IBD management. Development of these areas may improve patient outcomes (Marin et al., 2011).

Περίληψη

Νοσηλευτικά μέσα και αρμοδιότητες, σύμφωνα με το νοσοκομειακό οργανωτικό μοντέλο για τη διαχείριση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου στην Ισπανία.

Ιστορικό: Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διεπιστημονική διαχείριση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, αλλά λίγα είναι γνωστά για αυτό το ρόλο και τα συναφή μέσα.

Στόχος: Να βελτιωθεί η γνώση των διαθέσιμων μέσων για τις δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης και τα διάφορα οργανωτικά μοντέλα στη διαχείριση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου στην Ισπανία.

Μέθοδοι: Διασταυρούμενη μελέτη με δεδομένα που λαμβάνονται από το ερωτηματολόγιο που απευθύνονται στις ισπανικές Υπηρεσίες Γαστρεντερολογίας. Πέντε μοντέλα GS προσδιορίστηκαν ανάλογα με το αν έχουν: καμία συγκεκριμένη υπηρεσία για τη διαχείριση των ΙΦΝΕ (Υπόδειγμα Α), γραφείο ΙΦΕΝ στα εξωτερικά ιατρεία για διαβουλεύσεις με τον γιατρό (Υπόδειγμα Β), γενικό γραφείο στα εξωτερικά ιατρεία για διαβουλεύσεις με τον νοσηλευτή (Υπόδειγμα Γ), αμφότερα (Υπόδειγμα Δ), και Μονάδα ΙΦΕΝ (Υπόδειγμα Ε), όταν το νοσοκομείο έχει μια Ολοκληρωμένη Μονάδα Φροντίδας για ΙΦΕΝ με τηλεφωνική γραμμή βοήθειας, ηλεκτρονικό υπολογιστή, συμπεριλαμβανομένου ενός μοντέλου Β. Τα διαθέσιμα μέσα και οι δραστηριότητες που εκτελούνται συγκρίθηκαν με βάση το μοντέλο GS.

Αποτελέσματα: Απαντήσεις ελήφθησαν από 107. GS: 33 Υπόδειγμα Α (31%), 38 Υπόδειγμα Β (36%), 4 Υπόδειγμα Γ (4%), 16 Υπόδειγμα Δ(15%) και 16 Υπόδειγμα Ε (15%). Το υπόδειγμα στο οποίο οι νοσηλευτές έχουν τα περισσότερα μέσα και αρμοδιότητες είναι το υπόδειγμα Ε. Το πιο ολοκληρωμένο οργανωτικό υπόδειγμα, το πιο συχνό είναι η διαθεσιμότητα των νοσηλευτικών μέσων (εκπαιδευτικό υλικό, βάσεις δεδομένων, το γραφείο, και εξειδικευμένο λογισμικό) και οι ευθύνες (διαχείριση του

περπατήματος –τα εφόδια, παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, εκπαίδευση σε θέματα υγείας, παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής και η τήρηση της θεραπείας) ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές έχουν περισσότερα μέσα και αρμοδιότητες το πιο ολοκληρωμένο είναι το οργανωτικό μοντέλο για τη διαχείριση των ΙΦΕΝ. Η ανάπτυξη αυτών των τομέων μπορεί να βελτιώσει την έκβαση των ασθενών.

Abstract 7

Nurse perspectives in ulcerative colitis: an approach to individualised care.

The most important goal when caring for patients with ulcerative colitis is to achieve and maintain remission, in order to minimise the impact this debilitating condition has on their quality of life. However, there is no single approach to achieve this goal, and what works for one patient may not work for another. Each patient's unique circumstance and attitude affect both the impact of the disease and the care they need. In this article, Santosh Chadda explores the importance of individualised care approaches and examines how evidence can be used to help set realistic expectations for both nurses and patients (Chadda, 2013).

Περίληψη

Οι προοπτικές του νοσηλευτή στην ελκώδη κολίτιδα: μια προσέγγιση για την εξατομικευμένη φροντίδα.

Ο πιο σημαντικός στόχος κατά τη φροντίδα για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είναι η επίτευξη και διατήρηση της υφέσεως, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η επίπτωση αυτή στην εξουθενωτική κατάσταση που έχει στην ποιότητα της ζωής τους. Ωστόσο, δεν υπάρχει ενιαία προσέγγιση για την επίτευξη αυτού του στόχου, και ό,τι λειτουργεί για έναν ασθενή δεν μπορεί να λειτουργήσει για έναν άλλο. Η μοναδική περίπτωση και η στάση του κάθε ασθενούς επηρεάζουν τόσο την επίπτωση της νόσου όσο και τη φροντίδα που χρειάζονται. Σε αυτό το άρθρο, ο Santosh Chadda διερευνά τη σημασία των προσεγγίσεων της εξατομικευμένης φροντίδας και εξετάζει πως τα αποδεικτικά στοιχεία μπορούν να

χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν στον καθορισμό ρεαλιστικών προσδοκιών τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους ασθενείς.

Abstract 8

"Take your medicine": nonadherence issues in patients with ulcerative colitis.

Ulcerative colitis is a lifelong disease causing inflammation and ulceration of the colon. Symptoms of ulcerative colitis include abdominal pain, bloody diarrhea, bloating, and fecal urgency. The current standard therapy for mild to moderate ulcerative colitis is the use of 5-aminosalicylates, with patients requiring continuous treatment to maintain remission. A substantial proportion of patients, however, are nonadherent to prescribed 5-aminosalicylate treatment regimens, resulting in a greater chance of disease relapse with severe associated symptoms. There are many reasons why a patient with ulcerative colitis may be nonadherent including the patient's perception of the condition or a lack of understanding about the disease or treatment. Multiple daily dosing or rectal administration of 5-aminosalicylate medications also can adversely affect adherence rates. Because gastrointestinal nurses often are the primary points of contact for patients with ulcerative colitis, they are in a unique position to take simple steps that will improve adherence rates and thus increase the efficacy of prescribed therapy. This article highlights important aspects of education and patient care for patients with ulcerative colitis (Turnbough & Wilson, 2007).

Περίληψη

"Πάρτε το φάρμακό σας»: τα θέματα μη συμμόρφωσης των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα.

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια δια βίου ασθένεια που προκαλεί φλεγμονή και εξέλκωση του κόλον. Τα συμπτώματα της ελκώδους κολίτιδας περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος, διάρροια με αίμα, μετεωρισμό, και κατεπείγοντος χαρακτήρα κόπρανα. Η τρέχουσα πρότυπη θεραπεία για την ήπια έως μέτρια ελκώδη κολίτιδα είναι η χρήση του 5-αμινοσαλικυλικών, με τους ασθενείς που χρειάζονται συνεχή θεραπεία με τη διατήρηση της υφέσεως. Ένα

σημαντικό ποσοστό των ασθενών, ωστόσο, δεν τηρεί τις προδιαγραφόμενες 5-αμινοσαλικυλικό θεραπευτικές αγωγές, με αποτέλεσμα μια μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής της νόσου που σχετίζεται με σοβαρά συμπτώματα. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους ένας ασθενής με ελκώδη κολίτιδα μπορεί να είναι μη προσηλωμένος συμπεριλαμβανομένης της αντίληψης του ασθενούς για την κατάσταση ή μια έλλειψη κατανόησης για την ασθένεια ή τη θεραπεία. Πολλαπλή ημερήσια δόση ή πρωκτική χορήγηση των φαρμάκων 5-αμινοσαλικυλικό μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά τα ποσοστά τήρησης. Επειδή οι νοσηλευτές του γαστρεντερικού τμήματος συχνά είναι τα βασικά σημεία επαφής για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, είναι σε μοναδική θέση για να λάβουν απλά μέτρα που θα βελτιώσουν τα ποσοστά τήρησης και έτσι να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα της καθορισμένης θεραπείας. Το άρθρο αυτό τονίζει τις σημαντικές πτυχές της εκπαίδευσης και της φροντίδας των ασθενών για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.

Abstract 9

Contribution of nurses to the quality of care in management of inflammatory bowel disease: A synthesis of the evidence.

Background: The purpose of quality of care programs is to improve patient outcomes. In programs targeting patients with inflammatory bowel disease (IBD), nurses play a key role.

Aim: To know the available scientific evidence on the quality of care in IBD management, at the levels of structure, process and outcome, in relation to nurses.

Methods: Systematic search in MEDLINE, EMBASE, Índice Médico Español, Cochrane Library, and grey literature. Inclusion criteria were: 1) documents referring IBD; 2) documents providing relevant information on nurses' involvement in the management of IBD; and 3) an original article.

Results: A total of 284 documents were identified, 15 of which were included: 8 related with structure, 12 with process, and 6 with outcomes. Some documents treated more than one level. At the level of structure, services should incorporate specialist nurses as part of the multidisciplinary team, as well as resources to facilitate patient access to nursing care. Notable at the process level, organizational aspects and nurses' competencies and skills in

the management of IBD have been described. Among the outcomes mentioned are clinical outcomes, quality of life, and patient satisfaction attributable to nursing staff. No evidence was found about the association between structure or process issues with patient outcomes. Most of the studies reviewed have methodological limitations.

Conclusions: The available evidence provide useful information for the design of standards of structure and process relating to nurses' management of IBD. The IBD nurses' challenge is to provide evidence that these standards help improve health outcomes in patients (Hernandez-Sampelayo et al., 2010).

Περίληψη

Η συμβολή των νοσηλευτών για την ποιότητα της περίθαλψης στον τομέα της διαχείρισης της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου: Μια σύνθεση των αποδεικτικών στοιχείων.

Ιστορικό: Ο στόχος της ποιότητας των προγραμμάτων φροντίδας είναι η βελτίωση της υγείας των ασθενών. Σε προγράμματα που απευθύνονται σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο.

Στόχος: Να γνωρίζει τα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης στον τομέα της διαχείρισης στην ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο, στα επίπεδα της δομής, τη διαδικασία και τα αποτελέσματα, σε σχέση με τους νοσηλευτές.

Μέθοδοι: Συστηματική αναζήτηση στο MEDLINE, EMBASE, Índice Médico Español, Cochrane Library, και στη γκριζα βιβλιογραφία. Τα κριτήρια ένταξης ήταν: 1) τα έγγραφα που αναφέρονται στα IFEN, 2) τα έγγραφα που παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαχείριση των IFEN, και 3) ένα πρωτότυπο άρθρο.

Αποτελέσματα: Συνολικά 284 έγγραφα εντοπίστηκαν, 15 εκ των οποίων περιλαμβάνονταν: 8 που σχετίζονται με τη δομή, 12 με τη διαδικασία, και 6 με τα αποτελέσματα. Ορισμένα έγγραφα επεξεργάζονται περισσότερα από ένα επίπεδα. Στο επίπεδο της δομής, οι υπηρεσίες θα πρέπει να ενσωματώνουν το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, ως

μέρος της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς και τα μέσα για να διευκολύνουν την πρόσβαση των ασθενών στην περίθαλψη. Αξιοσημείωτες στο επίπεδο της διαδικασίας, οι οργανωτικές πτυχές και οι ικανότητες των νοσηλευτών και οι δεξιότητες στη διαχείριση των ΙΦΝΕ που έχουν περιγραφεί. Μεταξύ των αποτελεσμάτων που αναφέρονται είναι τα κλινικά αποτελέσματα, η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών που οφείλεται στο νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν βρέθηκαν στοιχεία σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ των θεμάτων δομής ή διαδικασίας με την έκβαση των ασθενών. Οι περισσότερες από τις μελέτες που εξετάστηκαν έχουν μεθοδολογικούς περιορισμούς.

Συμπεράσματα: Τα διαθέσιμα στοιχεία παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για τον σχεδιασμό των επιπέδων της δομής και της διαδικασίας σχετικά με τη διαχείριση των νοσηλευτών των ΙΦΝΕ. Η πρόκληση των νοσηλευτών των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου είναι να παρέχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τα πρότυπα αυτά βοηθούν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας σε ασθενείς.

Abstract 10

The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery

Inflammatory bowel disease (IBD) management is increasingly concentrated in units with expertise in the condition leading to substantial improvement in outcomes. Such units often employ nurses with a specialised interest in IBD with enhancements in care reflecting in part the promotion of more efficient use of medical and hospital services by this role. However, the relative contributions of nurse specialist input, and the effect of medical staff with a sub-speciality interest in IBD are unclear although this has major implications for funding. Determining the value of IBD nurses by assessing the direct impact of an IBD nurse on reducing admissions and outpatient attendances has immediate cost benefits, but the long-term sustainability of these savings has not been previously investigated.

We therefore assessed the effect of an IBD nurse on patient outcomes in a tertiary hospital IBD Unit where the position has been established for 8 years by measuring the number of occasions of service (OOS) and outcomes of all interactions between the nurse and patients in a tertiary hospital IBD Unit over a 12-month period.

There were 4920 OOS recorded involving 566 patients. IBD nurse intervention led to avoidance of 27 hospital admissions (representing a saving of 171 occupied bed days), 32 Emergency Department presentations and 163 outpatient reviews. After deducting salary and on-costs related to the IBD nurse there was a net direct saving to the hospital of AUD \$136,535.

IBD nurse positions provide sustained direct cost reductions to health services via reducing hospital attendances. This is additional to benefits that accrue through better patient knowledge, earlier presentation and increased compliance (Leach et al., 2014).

Περίληψη

Η επίδραση της θέσης ενός νοσηλευτή φλεγμονωδών νόσων του εντέρου για την παροχή υπηρεσιών.

Η διαχείριση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου συγκεντρώνεται όλο και περισσότερο σε μονάδες με εμπειρία στην κατάσταση που οδηγεί σε σημαντική βελτίωση των αποτελεσμάτων. Οι μονάδες αυτές συχνά απασχολούν νοσηλευτές με ένα εξειδικευμένο ενδιαφέρον για τις ΙΦΕΝ με βελτιώσεις στην περίθαλψη η οποία αντικατοπτρίζει εν μέρει την προώθηση της αποδοτικότερης χρήσης των ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών από αυτόν τον ρόλο. Ωστόσο, οι σχετικές συνεισφορές του ειδικευμένου νοσηλευτή που ενεργεί, και η επίδραση του ιατρικού προσωπικού με ενδιαφέρον στην επιμέρους ειδικότητα στις ΙΦΕΝ είναι ασαφές αν και αυτό έχει σημαντικές επιπτώσεις για τη χρηματοδότηση. Ο προσδιορισμός της αξίας των νοσηλευτών ΙΦΕΝ από την αξιολόγηση των άμεσων επιπτώσεων του νοσηλευτή ΙΦΕΝ στη μείωση των εισαγωγών και των επεμβάσεων στα εξωτερικά ιατρεία έχει άμεσα οφέλη του κόστους, αλλά η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των οικονομιών αυτών δεν έχει ερευνηθεί στο παρελθόν.

Ως εκ τούτου, εκτίσαμε την επίδραση ενός νοσηλευτή ΙΦΕΝ για την έκβαση των ασθενών σε μία Μονάδα ΙΦΕΝ σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, όπου η θέση έχει καθιερωθεί εδώ και 8 χρόνια μετρώντας τον αριθμό των περιπτώσεων των υπηρεσιών και τα αποτελέσματα όλων των αλληλεπιδράσεων μεταξύ του νοσηλευτή και των ασθενών σε μια Μονάδα ΙΦΕΝ ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών.

Υπήρχαν 4920 περιπτώσεις υπηρεσιών που κατέγραψαν συμμετοχή 566 ασθενών. Η νοσηλευτική παρέμβαση οδήγησε στην αποφυγή 27 εισαγωγών στο νοσοκομείο (που αντιπροσωπεύει μια εξοικονόμηση κατειλημμένου κρεβατιού για 171 ημέρες), 32 επισκέψεις στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και 163 αξιολογήσεις στα εξωτερικά ιατρεία. Μετά την αφαίρεση των μισθών και των δαπάνες που σχετίζονται με τον ΙΦΕΝ νοσηλευτή υπήρχε μια καθαρή άμεση εξοικονόμηση στο νοσοκομείο του AUD \$136.535.

Οι θέσεις των ΙΦΕΝ νοσηλευτών παρέχουν διαρκή μειώσεις του άμεσου κόστους για τις υπηρεσίες υγείας μέσω της μείωσης επισκέψεων στο νοσοκομείο. Αυτό προστίθενται στα οφέλη που προκύπτουν μέσα από την καλύτερη γνώση των ασθενών, την πρόιμη παρουσίαση και την αυξημένη συμμόρφωση.

Abstract 11

Support Often Outweighs Stigma for People With Inflammatory Bowel Disease

Inflammatory bowel disease is associated with many embarrassing symptoms: frequent, urgent, or bloody diarrhea; weight loss from malnutrition or weight gain from adverse effects of medicine; abdominal cramping and bloating; and occasionally incontinence. The course of the disease is often unpredictable, as the disease fluctuates between remission and flare-up. Because of the embarrassing nature and the unpredictability of the disease, many people feel stigmatized or perceive that they will be stigmatized because of their disease. For this study, 14 people with inflammatory bowel disease were interviewed about their experiences disclosing their disease to others. Although everyone perceived at some point that their disease would be stigmatizing, participants for the most part had very positive experiences once they shared their disease with others. Support and stigma are examined during initial diagnosis of the disease, romantic relationships, work and school, surgery, and medicine. Interviews were examined not only for common themes but also for overt situations of stigma, which were few in occurrence, but often had a strong impact on the person's life. Discussed are the implications of this discrepancy: people's perceptions of stigma do not always conform to their experience of stigma (Frohlich, 2014).

Περίληψη

Η Υποστήριξη Συχνά Αντισταθμίζει το Στίγμα για τα Άτομα Με Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου

Η φλεγμονώδη νόσος του εντέρου σχετίζεται με πολλά ενοχλητικά συμπτώματα: συχνή, επείγουσα ή αιματηρή διάρροια, απώλεια βάρους από υποσιτισμό ή αύξηση του σωματικού βάρους από τις δυσμενείς επιπτώσεις των φαρμάκων, κοιλιακές κράμπες και μετεωρισμό, και περιστασιακά ακράτεια. Η πορεία της νόσου είναι συχνά απρόβλεπτη, καθώς η νόσος κυμαίνεται μεταξύ ύφεσης και υποτροπής. Λόγω της ενοχλητικής φύσης και του απρόβλεπτου χαρακτήρα της ασθένειας, πολλοί άνθρωποι αισθάνονται στιγματισμένοι ή αντιλαμβάνονται ότι θα πρέπει να στιγματίζονται λόγω της ασθένειάς τους. Για τη μελέτη αυτή, 14 άτομα με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ερωτήθηκαν για τις εμπειρίες τους σχετικά με την αποκάλυψη της νόσου τους σε άλλους. Αν και ο καθένας αντιλαμβάνεται σε κάποιο σημείο ότι η νόσος τους θα τους στιγματίζει, οι συμμετέχοντες ως επί το πλείστον είχαν πολύ θετικές εμπειρίες από τη στιγμή που μοιράστηκαν την ασθένειά τους με τους άλλους. Η υποστήριξη και το στίγμα εξετάζονται κατά την αρχική διάγνωση της νόσου, οι ερωτικές σχέσεις, η εργασία και το σχολείο, η χειρουργική επέμβαση, και η φαρμακευτική αγωγή. Συνεντεύξεις εξετάστηκαν όχι μόνο για κοινά θέματα, αλλά και για τις εμφανείς καταστάσεις του στίγματος, οι οποίες ήταν λίγες σε εκδήλωση, αλλά είχαν συχνά μια ισχυρή επίδραση στη ζωή του ατόμου. Οι επιπτώσεις αυτής της απόκλισης που συζητήθηκαν είναι: οι αντιλήψεις των ανθρώπων για το στίγμα δεν είναι πάντα σύμφωνες με την εμπειρία τους με το στίγμα.

Abstract 12

Inflammatory Bowel Disease Support Groups: A Primer for Gastroenterology Nurses.

This article discusses the importance of a support group for people living with inflammatory bowel disease. The support group provides these patients and their families with a social framework for promoting positive adjustment to the illness and seeks to improve the patients' quality of life. The use of a support group has been described in the literature as a method of helping patients and their families to face living with chronic illness, but relatively little has been written about support groups for people with inflammatory bowel disease and the role of the gastroenterology nurse. In this article, the benefit of support

groups and the content of the intervention are discussed including health education, self-efficiency, coping skills, and ways to increase feelings of social acceptance (Leshem, 2003).

Περίληψη

Ομάδες Στήριξης για Τις Φλεγμονώδους νόσους του Εντέρου : Ένα αλφαβητάρι για τους Νοσηλευτές Γαστρεντερολογίας.

Αυτό το άρθρο αναλύει τη σημασία μιας ομάδας υποστήριξης για ανθρώπους που ζουν με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Η ομάδα υποστήριξης παρέχει σε αυτούς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους με ένα κοινωνικό πλαίσιο για την προώθηση της θετικής προσαρμογής στην ασθένεια και επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η χρήση μιας ομάδας υποστήριξης έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία ως μέθοδος για να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να ανταπεξέλθουν στη ζωή με χρόνιες ασθένειες, αλλά σχετικά λίγα έχουν γραφτεί για τις ομάδες υποστήριξης για άτομα με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και ο ρόλος του νοσηλευτή γαστρεντερολογίας . Σε αυτό το άρθρο, το όφελος από τις ομάδες υποστήριξης και το περιεχόμενο της παρέμβασης αναλύονται συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής εκπαίδευσης, της αυτο-αποδοτικότητας, τις δεξιότητες αντιμετώπισης, καθώς και τρόπους για να αυξήσει τα συναισθήματα της κοινωνικής αποδοχής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Butcher, G. (2008). *Γαστρεντερολογία Έγχρωμο Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο*. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κολιός, Γ.). Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Classen, M., Diehl, V., Kochsiek, K. (2009). *Εσωτερική Παθολογία & Διαφορική Διαγνωστική*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Γιωτάκη, Ε., Δημητριάδης, Γ., Διαμάντη – Κανδαράκη, Ε., Ελευσινιώτης, Ι., Κίτρου, Μ., Κώτσιου, Σ., Μαυρογιάννης, Χ., Μπαλτόπουλος, Γ., Μυριανθεύς, Π., Πεκτασίδης, Δ., Σαράφης, Π., Τσιρώνη, Μ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Dewit, S. (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική*. Τόμος Ι. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού, Αι., & Λεμονίδου, Χ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Dewit, S. (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική*. Τόμος ΙΙ. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού, Αι., & Λεμονίδου, Χ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Fritsch, H., & Kuhnel, W. (2009). *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομίας*. Τόμος ΙΙ (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Δημητρίου, Θ., Θαλασσινός, Ν., Καναβάρος, Π., Μανώλης, Ε., Νάτσης, Κ., Παπαδήτριου, Ε.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Hansen, J., & Koerppen, B. (2002). *Φυσιολογία του ανθρώπου Άτλας Βασικών Ιατρικών Επιστημών*. Τόμος ΙΙΙ. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Κοτσιφάκη, Ε., Κουτσίλιερης, Μ., Κάμπερ, Ε., Λυμπέρη, Μ., Μπεχράκης, Π., Τσιμπουκίδου, Λ., Παπαφίλης, Α., Τσακίρης, Στ., Αγγελολιάννη, Π., Δεληκωνσταντίνου, Γ., Κονσούλας, Χ., Πογιατζή, Α.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Ignatavicius, D., & Workman, L. (2008). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα*. Τόμος ΙΙ. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Βασιλειάδου, Α.). Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Keshav, S. (2009). *Το Γαστρεντερικό σύστημα με μια Ματιά*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Σουγιουλτζής, Σ.). Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Lemone, P., & Burke, K. (2006). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Τόμος Α. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Παναουδάκη – Μπροκαλάκη, Η.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

- Lemone, P., & Burke, K. (2006). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Τόμος Β. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Παναουδάκη - Μπροκαλάκη, Η.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- McGeown, J., G. (2009). *Συνοπτική Φυσιολογία του ανθρώπου*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Μολυβδάς, Π., Α., Γουργουλιάνης, Κ., Χατζηευθυμίου, Α.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Αγραφιώτης, Δ.). Αθήνα, Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Osborn, K., Wraa, C., Watson, A. (2013). *Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Τόμος II (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Κουρκούτα, Λ., Μαντζούκας, Σ., Μπατσολάκη, Μ., Παπαδημητρίου, Μ., Τσίου, Χ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Schmidt, R. (2010). *Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Αναστασόπουλος, Δ., & Κουτσιλιέρης, Μ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Schunke, M., Schulte, E., Schumacher, U. (2011). *Βασική Περιγραφική Ανατομική*. Τόμος II. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Αρβανίτης, Δ., Βαράκης, Ι., Δημητρίου, Θ., Καναβάρος, Π., Μανώλης, Ε., Μπαλτόπουλος, Π., Μυλωνάς, Α., Νάτσης, Κ., Τσικάρας, Π., Τουσίμης, Δ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Silbernagl, S., & Desporoulos, A. (2010). *Εγχειρίδιο Φυσιολογίας*. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Αναστασόπουλος, Δ., Ανωγειανάκης, Γ., Κουτσιλιέρης, Μ., Χαραμπόπουλος, Κ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Γιωτάκη – Χαράτση, Ε. (2010). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Αθήνα, Εκδόσεις Σιώκης.
- Κατσιλάμπρος, Ν. (2010). *Κλινική Διατροφή*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Μανούσος, Ο. (2004). *Κολίτιδες και “Κολίτιδες”*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα.
- Μαυρογιάννης, Χ. (2008). *Ενδοσκοπήσεις Πεπτικού Συστήματος-Βασικές αρχές κλινικές εφαρμογές κλινικές εφαρμογές περιενδοσκοπική φροντίδα*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Μπονάτσος, Γ., Κακλαμάνος, Ι., Γολεμάτης, Β. (2011). *Χειρουργική Παθολογία*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Χατζημπούγιας, Ι. (2002). *Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις GM Design.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΝΕΩΝ ΔΕΔΟΝΕΝΩΝ

- Ahmed, AH., Sonnenburg, K., Foli, KJ., Walters, B. (2016). Managing Ulcerative Colitis in the Adolescent: Highlighting the Developmental and Self-management Needs. *Holistic nursing practice Journal*, 30(1):39-46.
- Chadda, S. (2013). Nurse perspectives in ulcerative colitis: an approach to individualised care. *Gastrointestinal Nursing*, 11(5): 24–29.
- Frohlich, DO. (2014). Support often outweighs stigma for people with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 37(2):126-36.
- Golik, M., Kurek, M., Poteralska, A., Bieniek, E., Marynka, A., Pabich, G., Liebert, A., Kłopocka, M., Rydzewska, G. (2014).Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland. *Przegląd gastroenterologiczny*, 9(4):179-93.
- Hernández-Sampelayo, P., Seoane, M, Oltra, L., Marín, L., Torrejón, A., Vera, MI., García, V., Lázaro, P., Parody, E., Blasco, AJ., Casellas, F. (2010). Contribution of nurses to the quality of care in management of inflammatory bowel disease: a synthesis of the evidence. *Journal of Crohn's & Colitis*, 4(6):611-22.
- Kozłowska, KA., Bączyk, G., Krokowicz, P. (2014). Quality of life in patients with ulcerative colitis treated surgically. *Przegląd gastroenterologiczny*, 9(4):220-6.
- Leach, P., De Silva, M., Mountifield, R., Edwards, S., Chitti, L., Fraser, RJ., Bampton, P. (2014). The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery. *Journal of Crohn's & Colitis*, 8(5):370-4.
- Leshem, RN. (2003). Inflammatory Bowel Disease Support Groups: A Primer for Gastroenterology Nurses. *Gastroenterology Nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 26(6): 246-250.
- Marín, L, Torrejón, A., Oltra, L., Seoane, M., Hernández-Sampelayo, P., Vera, MI., Casellas, F., Alfaro, N., Lázaro, P., García-Sánchez, V. (2011). Nursing resources and responsibilities according to hospital organizational model for management of inflammatory bowel disease in Spain. *Journal of Crohn's & Colitis*, 5(3):211-7.
- O'Connor, M., Gaarenstroom, J., Kemp, K., Bager, P., van der Woude, CJ. (2014). N-ECCO survey results of nursing practice in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis in Europe. *Journal of Crohn's & Colitis*, 8(10):1300-7.

- Olsen, IØ., Jensen, S., Larsen, L., Sørensen, EE. (2015). Adolescents' Lived Experiences While Hospitalized After Surgery for Ulcerative Colitis. *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, [Epub ahead of print].
- Turnbough, L., Wilson, L. (2007) "Take your medicine": nonadherence issues in patients with ulcerative colitis. *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 30(3):212-7.