



Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία με θέμα:
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
(ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ)



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Οικονόμου Βασιλική
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Γωνιάτη Μελπομένη
Κραμπή Ευθυμία

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	5
Περίληψη	6
Εισαγωγή.....	8
Επιδημιολογία	10
Ιστορική αναδρομή	11
1^ο ΜΕΡΟΣ	
1.1 Ανατομία	13
1.2 Φυσιολογία	16
1.3 Παθοφυσιολογία	18
1.3.1 Αίτια.....	19
1.3.2 Κλινική εικόνα.....	21
1.3.3 Διάγνωση	22
1.3.4 Διαφορική διάγνωση	24
1.3.5 Σταδιοποίηση.....	25
1.4 Πρόγνωση	27
1.5 Πρόληψη	28
1.6 Θεραπεία.....	30
1.6.1 Χειρουργική.....	30

1.6.2 Ακτινοθεραπεία32

1.6.3 Χημειοθεραπεία.....32

2 ° ΜΕΡΟΣ

2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή33

2.1.1 Στην Πρόληψη.....33

2.1.2 Στην ενημέρωση και θεραπεία της νόσου.....34

2.1.3 Στην χημειοθεραπεία36

2.1.4 Στην Ακτινοθεραπεία37

2.1.5 Στις διαγνωστικές εξετάσεις.....38

2.1.6 Στην προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....40

2.1.7 Στην μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα41

2.2 Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις43

2.2.1 Πόνος.....43

2.2.2 Διαταραχές της θρέψης: Πρόσληψη Μικρότερη των
Αναγκών του Οργανισμού.....44

2.2.3 Προπαρασκευαστικός θρήνος44

2.2.4 Κίνδυνος Διαταραχής της Σεξουαλικής Λειτουργίας.....45

2.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις.....47

3° ΜΕΡΟΣ

3.1 Νέα ερευνητικά δεδομένα49

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ78

Πρόλογος

Η εργασία αυτή γράφτηκε με βάση τις γνώσεις της τεταρτοετούς φοίτησης μου στη σχολή υγείας και πρόνοιας στο τμήμα νοσηλευτικής για την ολοκλήρωση των σπουδών μου. Ο λόγος που επέλεξα το θέμα μου να αναφέρεται σε καρκίνο είναι διότι αποτελεί μια παγκόσμια απειλή υγείας με ανυπολόγιστες προσωπικές, οικογενειακές και οικονομικές επιπτώσεις στη σύγχρονη κοινωνία. Συγκεκριμένα ο καρκίνος του παχέος εντέρου παρά τη συνεχιζόμενη έρευνα συνεχίζει να αυξάνεται. Πιστεύω όμως ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αντιληφθούμε όλοι τη σημασία της ενημέρωσης και τον τεράστιο ρόλο της έγκαιρης διάγνωσης για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου, έτσι ώστε, να γίνει όραμα όλων μας ένας κόσμος όπου ο καρκίνος δεν θα αποτελεί για τις μελλοντικές γενεές μια απειλητική ασθένεια για τη ζωή.

Η εργασία χωρίζεται σε κεφάλαια και υποκεφάλαια. Στο κάθε κεφάλαιο γίνεται μια πλήρης, σαφή και τεκμηριωμένη παρουσίαση. Η παρουσίαση αυτή βασίζεται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση και νεότερα δεδομένα μέσω έρευνας σε επιστημονικά άρθρα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια που φαίνεται να υπήρξε από τότε που ήταν ο πρώτος άνθρωπος πάνω στη γη, όμως εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά προβλήματα υγείας στην Ευρώπη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι να προσεγγίσει και να αναλύσει το θέμα του καρκίνου του παχέος εντέρου, το οποίο απαιτεί ενημέρωση και πρόληψη.

Υλικό Και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pub Med και google scholar και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν << Καρκίνος παχέος εντέρου>> (cancer colon), << Κολοστομία>> (Colostomy), <<Νοσηλευτική φροντίδα>> (nursing care), <<Ποιότητα ζωής>> (Quality of life).

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια νόσος που δεν μπορούν να εξακριβωθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες. Υπάρχουν όμως παθολογικές καταστάσεις που συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη του καρκίνου. Η τεκμηρίωση της διάγνωσης βασίζεται στην ακτινολογική εξέταση του παχέος εντέρου και στην ενδοσκόπηση με ενδοσκόπιο. Η θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι η χειρουργική αφαίρεση του τμήματος που αναπτύσσεται ο όγκος. Επίσης σε συνδυασμό με την χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται και η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

Συμπέρασμα: Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι κυριότεροι παράγοντες είναι η ιστολογική διαφοροποίηση του όγκου και το στάδιο της νόσου. Επιπλέον έχει αποδεχθεί πως ο νοσηλευτής διαδραματίζει ένα σπουδαίο ρόλο αφού συμβάλει ώστε ο ασθενής να αποδεχτεί τα αποτελέσματα της διάγνωσης, και κατά τη διάρκεια της θεραπείας συμβάλει ώστε να μειωθεί ο πόνος και το άγχος του.

Λέξεις ευρητηρίου: Καρκίνος παχέος εντέρου, κολοστομία, κολονοσκόπηση, θεραπεία, ποιότητα ζωής, νοσηλευτική φροντίδα.

Summary

Introduction: Cancer is a very old disease that seems to have been since the first man was on earth, but remains one of the major social health problems in Europe.

Purpose: The purpose of this retrospective study is to approach and analyze the topic of colon cancer, which requires information and prevention.

Material And Method: Carried review of Greek and international literature in electronic databases Pub Med and google scholar and library SEYP of TEI Epirus. The material of the study that was selected, were books and articles mainly in the last decade and the material was collected following a detailed study of the relevant literature. The selection was made from books, general articles, reviews, systematic studies. Words used in combinations in the search were << Colon Cancer >> (cancer colon), << Colostomy >> (Colostomy), << Nursing care >> (nursing care), << Quality of life >> (Quality of life).

Results: Colorectal cancer is a disease where the causative factors can be identified. But there are pathological situations directly linked to the development of cancer. Adenocarcinomas of the colon and rectum exhibit slow growth and that rate means that the cancer is asymptomatic at early stages. The documentation of the diagnosis is based on radiographic examination of the colon and endoscopy with endoscope. The treatment of colorectal cancer is surgical removal of the section the tumor develops. Also in conjunction with surgery, chemotherapy and radiotherapy can be applied.

Conclusion: The prognosis of colon cancer and colon depends on many factors. The main factors are the histologic differentiation of the tumor and the stage of disease. It has also been accepted that the nurse plays an important role since he contributes to the patient to accept the diagnosis results, and during the therapy helps to reduce pain and anxiety.

Key words: cancer colon, colostomy, colonoscopy, treatment, quality of life, nursing care.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι το δεύτερο κακοήθεις νεόπλασμα όσον αφορά τον αριθμό των θανάτων μετά το καρκίνο του πνεύμονα στους άντρες και τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει όλες τις ηλικίες κυρίως μετά τα 40 έτη. Παρά τις διαγνωστικές εξελίξεις η καθυστερημένη διάγνωση βρίσκεται σε υψηλά ποσοστά. Το 10% του συνόλου των περιπτώσεων ο όγκος δεν μπορεί να αφαιρεθεί χειρουργικά ενώ σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20% μπορεί να επιφέρει μεταστάσεις.

Ο καρκίνος είναι η αφύσικη κυτταρική ανάπτυξη σε ένα μέρος του οργανισμού δηλαδή αντί να πεθαίνουν τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να αναπτύσσονται και να δημιουργούν νέα κύτταρα. Τα καρκινώματα του παχέος εντέρου αρχικά εμφανίζονται με την μορφή πολύποδα και αν δεν ανιχνευθούν έγκαιρα μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Τα κύτταρα αυτά μπορούν να μεταφερθούν μέσω του κυκλοφορικού ή του λεμφικού συστήματος σε άλλα σημεία του σώματος δημιουργώντας όγκους που ονομάζονται μεταστάσεις.

Η αιτιολογία των περισσότερων ΚΠΕ παραμένει απροσδιόριστη, κάποιοι παράγοντες που μπορεί να οφείλονται είναι: η γενετική προδιάθεση, η φτωχή διατροφή σε φρούτα και λαχανικά, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, το οινόπνευμα και η έλλειψη άσκησης.

Τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου και του ορθού εμφανίζουν βραδύ ρυθμό ανάπτυξης. Ο καρκίνος σε πρώιμα στάδια είναι ασυμπτωματικός. Η συμπτωματολογία εξαρτάται από την εντόπιση του καρκίνου. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι δυσκοιλιότητα, ο κοιλιακός πόνος, αίμα στα κόπρανα, ανορεξία και απώλεια βάρους.

Ιδιαίτερη σημασία για τη διάγνωση αποτελεί η σωστή λήψη και αξιολόγηση του ιστορικού. Η τεκμηρίωση της διάγνωσης βασίζεται στη φυσική εξέταση που περιλαμβάνει τη δακτυλική εξέταση με την οποία μπορεί να ανακαλυφθεί κάποιος όγκος και με την ενδοσκόπηση η οποία περιλαμβάνει την ορθοσκόπηση και την κολonosκόπηση.

Το άτομο που νοσεί δεν επηρεάζεται μόνο σωματικά αλλά και ψυχικά καθώς αισθάνεται φόβο για τη ζωή του. Για το λόγο αυτό ο ρόλος του νοσηλευτή προ

εγχειρητικά και μετεγχειρητικά είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την αποκατάσταση του ατόμου. Η υποστήριξη, η συζήτηση και η επικοινωνία μπορούν να συμβάλλουν ώστε ο ασθενής να επανέλθει στην αρχική του κατάσταση. Οι νοσηλευτικές πράξεις πρέπει να περιλαμβάνουν την συναισθηματική υποστήριξη, την εκπαίδευση και την φροντίδα του ασθενή κατά την διάγνωση και την θεραπεία.

Επιδημιολογία

Ο Καρκίνος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά προβλήματα υγείας στην Ευρώπη. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η δεύτερη συχνή αιτία θανάτου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι το τρίτο πιο συχνό κακοήθες νεόπλασμα του ανθρώπου και διακρίνεται σε καρκίνο του κόλου και σε καρκίνο του ορθού. Στις Ηνωμένες Πολιτείες αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο. Υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου ευθύνεται για το 10% των νεοπλασμάτων του ανθρώπου. Η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου στους άνδρες εμφανίζεται ελαφρώς αυξημένη σε σχέση με αυτή των γυναικών. (Μπανκουσλί, 2008).

Αν και για την Ελλάδα αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης παρουσιάζει χαμηλότερη συχνότητα. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει και τα δύο φύλλα σε σχέση με το καρκίνο του ορθού που παρατηρείται κυρίως στους άνδρες. Με βάση επιδημιολογικές μελέτες έχει διαπιστωθεί πως για αυτή τη μορφή του καρκίνου ευθύνονται διαιτητικοί παράγοντες αφού η αυξημένη κατανάλωση κρέατος, ζωικού λίπους σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκινώματος. Επιπλέον ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από νοσήματα όπως είναι η ελκώδης κολίτιδα, ιστορικό πολυπόδων, ύπαρξη στην οικογένεια συγγενούς με καρκίνο παχέος εντέρου παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα να νοσήσουν από καρκίνο παχέος εντέρου (Ράπτης, 1996).

Ιστορική αναδρομή

Ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια που φαίνεται να υπήρξε από τότε που ήταν ο πρώτος άνθρωπος πάνω στη γη. Οι όγκοι προϋπήρχαν όμως και σε ζώα όπως δεινόσαυρους, ερπετά και θηλαστικά. Οι άνθρωποι εκείνη την περίοδο πίστευαν πως για την αντιμετώπιση των ασθενειών έπρεπε να πιστέψουν σε υπερφυσικές δυνάμεις. Αργότερα όμως μεγάλοι πνευματικοί ηγέτες υποστήριξαν πως η παρατηρητικότητα είναι το βασικότερο σημείο για ιατρική διάγνωση. Παρόλα αυτά όμως υπήρξε αναφορά για διαφορεική διάγνωση ανάμεσα κακοηθών όγκων και απλών φλεγμονών (Δοντάς, 1995).

Με το πέρασμα των αιώνων νέες ανακαλύψεις ήρθαν στο φως. Ο Ιπποκράτης ο οποίος έζησε τον 4^ο π.χ. αιώνα ασχολήθηκε ειδικότερα με τον καρκίνο και τόνισε τη διαφορά μεταξύ επιπολής και κατά βάθος καρκίνους. Μετά τον Ιπποκράτη και άλλοι Έλληνες ιατροί πρόσθεσαν τις γνώσεις τους και χειρουργούσαν αρρώστους με καρκίνο. Πολύ σημαντική ήταν η διαπίστωση του Γαληνού ο οποίος έλεγε πως η χειρουργική αφαίρεση ενός όγκου πρέπει να γίνει με τη ρίζα του. Γνώσεις οι οποίες μεταφέρονται χωρίς αλλαγές μέχρι και σήμερα (Δοντάς, 1995).

Όλες οι ανακοινώσεις τότε υποστήριζαν την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης για την θεραπεία καρκινωμάτων. Όμως είναι σκόπιμο να αναφέρουμε τον Petroncellus που τον 11^ο αιώνα συνιστά τη δακτυλική εξέταση για τη διάγνωση καρκινωμάτων του ορθού μια μέθοδος που ακόμα και σήμερα είναι βασική για την διάγνωση για αυτά τα νεοπλάσματα (Δοντάς, 1995).

Ο 18^{ος} αιώνας με την επιστημονική εξέλιξη του άρχισε να δίνει πιο συγκεκριμένα στοιχεία διευκρινίζοντας την έννοια καρκίνος και να διαφοροποιεί τους όγκους και τους καρκίνους ειδικότερα. Ο Morgagni , ο οποίος ήταν ιδρυτής της Παθολογικής Ανατομικής, ξεχωρίζει τους καρκίνους από τους καλοήθους όγκους, τα λιπώματα και τις φλεγμονές μια διαφορετική διάγνωση που προβληματίζει πολλούς ειδικούς μέχρι σήμερα. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στο τέλος του 1.700 δημιουργήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Middlesex ειδική μονάδα περιθάλψεως καρκινοπαθών, αφού διαπιστώθηκε πως ο άρρωστος με καρκίνο χρειάζεται ειδική μεταχείριση και περίθαλψη. Επίσης το 1.801, ιδρύθηκε από τον

Howart στην Αγγλία εταιρεία για την έρευνα της φύσεως του καρκίνου και την εύρεση ειδικής θεραπείας (Δοντάς, 1995).

Στο τέλος του 18^{ου} αιώνα μετά την ανακάλυψη των ακτινών X το 1.895 από τον Roentgen, και της ακτινοβολίας ραδίου το 1.897 από τους Pierre και Marie Curie ξεκίνησε η εφαρμογή τους για διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπευτικές ενέργειες. Όμως παρατηρήθηκε ανάπτυξη όγκων από την ακτινοβολία και άρχισε η χρήση προστατευτικών γαντιών και ολόσωμης προφύλαξης από μόλυβδο για να αποφύγουν τις παρενέργειες (Δοντάς, 1995).

Έπειτα ξεκίνησε η ερευνητική προσπάθεια για την ανεύρεση της αιτιολογίας του καρκίνου και ξεχώρισαν δύο παράγοντες πρόκλησης καρκίνου: τα εξωγενή αίτια που οφείλονται σε αιτίες που υπάρχουν στο περιβάλλον που ζούμε όπως ο ήλιος, η τροφή, τα διάφορα δηλητήρια και οι χρόνιοι τραυματισμοί μας. Τα ενδογενή αίτια είναι επιδράσεις κληρονομικότητας, γένους, ηλικίας, φυλής κλπ., χωρίς να ξεχνάμε και τις αλληλεπιδράσεις παραγόντων (Δοντάς, 1995).

Σήμερα η νόσος και οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν από τη παλιά εποχή αφού η πρόληψη έχει περιορίσει ένα πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών και η έγκαιρη διάγνωση φέρνει ασθενής στα πρώιμα στάδια. Όλοι οι όγκοι αντιμετωπίζονται με διάφορους θεραπευτικούς τρόπους ώστε η πλήρης ίαση να έχει ξεπεράσει το 50 η 60% των περισσότερων περιπτώσεων. Συνοψίζοντας λοιπόν διαπιστώνουμε πως η εξέλιξη του σήμερα βασίζεται σε γνώσεις του παρελθόντος (Δοντάς, 1995).

1^ο Μέρος

1.1 Ανατομία

Το παχύ έντερο αρχίζει από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και καταλήγει στο πρωκτό. Έχει μήκος περίπου 1,5 μ. Το παχύ έντερο έχει ορισμένα εξωτερικά γνωρίσματα όπως:

- Κολικές ταινίες: Είναι τρεις, ξεκινούν από τη σκωληκοειδούς απόφυση στη συνέχεια στο σιγμοειδές γίνονται δύο και στο απευθυσμένο εξαφανίζονται. Παριστάνουν παχύνσεις της μυϊκής στιβάδας.

- Εκκολπώματα: Δημιουργούνται από τις κολικές ταινίες και χωρίζονται μεταξύ τους με περισφίξεις.

- Επιπλοϊκές αποφύσεις: Είναι λιπώδεις εκβολές του περιτόναιου και βρίσκονται κατά μήκος των κολικών ταινιών (Χατζημπούγιας, 2003).

Το παχύ έντερο αποτελείται από τρεις μικρότερες μοίρες :

Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση

Αποτελούν την πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου, έχουν μήκος περίπου 6,5 εκ. και εντοπίζεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Η σκωληκοειδής απόφυση αποτελεί συνέχεια του τυφλού έχει βάση, σώμα και κορυφή. Έχει μήκος περίπου 7-9 εκ., η θέση της διαφέρει από άτομο σε άτομο αλλά συνήθως εντοπίζονται στη λαγονοπυελική θέση. Αποτελείται από τους ίδιους χιτώνες όπως το υπόλοιπο έντερο (Χατζημπούγιας, 2003).

Το κόλον

Αποτελεί τη δεύτερη μοίρα του παχέος εντέρου και διακρίνεται σε:

α) Ανιόν κόλον: Ξεκινά από το τυφλό εκτείνεται προς τα πάνω μέχρι το δεξιό λοβό του ήπατος και ύστερα μεταπίπτει στο εγκάρσιον κόλον σχηματίζοντας τη δεξιά κολική καμπή. Αποτελείται από περιτόναιο, τρεις κολικές ταινίες και δύο επιπλοϊκές αποφύσεις.

β) Εγκάρσιον κόλον: Ξεκινά από τη δεξιά κολική καμπή και μεταπίπτει στο κατιόν κόλον στο κάτω άκρο του σπλήνα σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή.

Περιβάλλεται από περιτόναιο, έχει τρεις κολικές ταινίες και ένα στίχο επιπλοϊκών αποφύσεων.

γ) Κατιόν κόλον :Αρχίζει από την αριστερή κολική καμπή, συνεχίζει προς τα κάτω και έπειτα εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο, μεταπίπτοντας στο σιγμοειδές κόλον. Έχει τρεις κολικές ταινίες και δύο στίχους επιπλοϊκών αποφύσεων και περικλείεται από περιτόναιο.

δ) Σιγμοειδές κόλον: Στις γυναίκες βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και μήτρας ενώ στους άνδρες μεταξύ ουροδόχου κύστης και απευθυσμένου. Περιβάλλεται παντού από περιτόναιο (Χατζημούγιας, 2003).

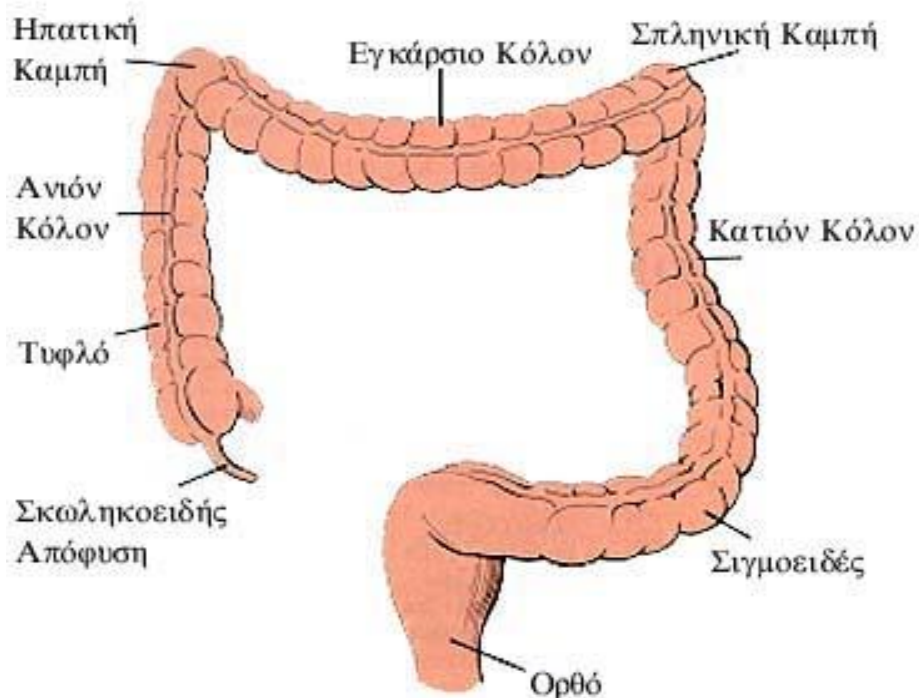
Απευθυσμένο ή Ορθό

Είναι η τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου, έχει μήκος 15 εκ. και στηρίζεται στο περίνεο, στο περιτόναιο και την περιτονία του απευθυσμένου εμφανίζει δύο μοίρες:

A) Ενδοπυελική μοίρα: Είναι κυλινδρικού σχήματος έχει μήκος 12 εκ. και σχηματίζει την κοπροδόχο λήκυθο όπου βρίσκονται τα κόπρανα και τα αέρια.

B)Περινεϊκή μοίρα ή πρωκτός: Έχει μήκος 2-3 εκ., εσωτερικά αποτελείται από 8-10 βλεννογόνιες πτυχές μεταξύ των οποίων αναπτύσσονται αύλακες που μεταπίπτουν σε πρωκτικούς κόλπους από όπου αρχίζει το αιμορροϊδικό πλέγμα. Ο πρωκτός καταλήγει στον αιμορροϊδικό δακτύλιο και έχει ως υπόστρωμα τον έσω σφιγκτήρα μυ, τον ανελκτήρα κα τον έξω σφιγκτήρα (Χατζημούγιας, 2003) .

Εικόνα 1 Ανατομία του παχέος εντέρου (Χατζημπούγιας, 2003)



Αγγείωση

Το τυφλό, το ανιόν και το εγκάρσιο κόλον αιματώνονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία μέσω της ειλεοκολικής μέσης και δεξιάς κολικής αρτηρίας. Το υπόλοιπο παχύ έντερο αιματώνεται από τη κάτω μεσεντέρια αρτηρία μέσω της αριστερής κολικής, τις σιγμοειδικές και την αιμορροϊδική αρτηρία. Επίσης το ορθό αιματώνεται από τις μέση και κάτω ορθικές αρτηρίες. Το φλεβικό δίκτυο ακολουθεί την ίδια πορεία με το αρτηριακό σύστημα και σχηματίζει την άνω και κάτω μεσεντέρια φλέβα η οποία μαζί με την σπληνική φλέβα σχηματίζουν την πυλαία φλέβα (Σεχά, 1996).

Νεύρωση

Η νεύρωση είναι συμπαθητική και παρασυμπαθητική. Οι ίνες του συμπαθητικού δρούν ανασταλτικά στις κινήσεις του εντέρου ενώ του παρασυμπαθητικού επιταχυντικά. Τα συμπαθητικά νεύρα από το 10^ο έως 12^ο θωρακικό νευροτόμιο και νευρώνουν το δεξιόν κόλον ενώ από το 1^ο έως 3^ο νευρώνουν το αριστερό κόλον. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του δεξιού κόλου γίνεται από το πνευμονογαστρικό ενώ από την αριστερή γίνεται από τα ιερά νεύρα από το 2^ο έως 4^ο νευροστόμιο (Σεχά, 1996).

1.2 Φυσιολογία

Οι κύριες λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι: η απορρόφηση, η απέκκριση, η προώθηση και η ενδοαυλική πέψη. Στα διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ως προς την λειτουργικότητα. Το εγγύς κόλον απορροφά ηλεκτρολύτες και νερό πιο αποτελεσματικά από το κατιόν κόλον και το ορθό. Η απώλεια της λειτουργικότητας του κόλου εξαιτίας νόσου ή χειρουργικής επέμβασης οδηγεί σε συνεχή αποβολή υπολειμάτων τροφής και αυξάνει καθημερινά τις εντερικές απώλειες ύδατος και ηλεκτρολυτών, κυρίως νατρίου και χλωρίου (Doherty & Way, 2008).

Έκκριση-Απορρόφηση

Τα καλυκοειδή και τα βλεννογόνια κύτταρα εκκρίνουν την βλέννη η οποία είναι το μόνο έκκριμα του παχέος εντέρου. Προστατεύει το βλεννογόνο του παχέος εντέρου από μηχανικούς τραυματισμούς και από την επίδραση οξέων, που παράγονται από μικροοργανισμούς της βακτηριακής χλωρίδας λόγω του υψηλού pH της. Το παχύ έντερο απορροφά το μεγαλύτερο μέρος ύδατος και ηλεκτρολυτών από τα 500-2000 ml που εισέρχονται καθημερινά στο τυφλό παραμένει ένα ποσό 100-200 ml το οποίο αποβάλλεται με την μορφή κοπράνων. Το νάτριο απορροφάται ενεργητικά από κορτικοειδή και λιπαρά οξέα παραγόμενα από βακτήρια, ενώ το κάλιο εισέρχεται στα κόπρανα με παθητική διάχυση ή με την έκκριση βλέννης. Η υπερβολική έκκριση βλέννης μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή υποκαλιαιμία (Σεχά, 1996).

Σχηματισμός αερίων και κοπράνων

Από άζωτο, οξυγόνο, διοξείδιο του άνθρακα, υδρογόνου και μεθάνιο σχηματίζονται τα αέρια. Το διοξείδιο του άνθρακα, το υδρογόνο και το μεθάνιο προέρχονται μόνο από το έντερο και όχι από τον καταπινόμενο αέρα. Από βακτηριακή ζύμωση των μη απορροφηθέντων υδατανθράκων ή πρωτεϊνών παράγεται σχεδόν όλο το υδρογόνο και πιθανώς το διοξείδιο του άνθρακα. Νερό, ανόργανες ουσίες, άπεπτες φυτικές ίνες, λίπος και βακτήρια περιέχουν τα κόπρανα. Ο όγκος τους είναι συνήθως 100 έως 200 ml ημερησίως και το χρώμα τους προέρχεται από την δράση των βακτηριδίων στις χολοχρωστικές της χολής (Σεχά, 1996).

Κινητικότητα

Η ειλεοκολική βαλβίδα φυσιολογικά παραμένει κλειστή και διανοίγεται μόνο κατά την άφιξη εκάστου περισταλτικού κύματος για βραχύ χρονικό διάστημα. Οι κινήσεις του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν: τμηματικές συσπάσεις, οι οποίες είναι μεγαλύτερης διάρκειας και έχουν ως σκοπό την ανάμιξη του περιεχομένου και διευκόλυνση της απορρόφησης ύδατος και ηλεκτρολυτών. Και περισταλτικά τμήματα όπου βοηθάτε η προώθηση του περιεχομένου από το τυφλό προς το ορθό. Μία με τρεις φορές την ημέρα εμφανίζονται τα “Μαζικά περισταλτικά κύματα” τα οποία είναι ισχυρές κινήσεις στην τοπική διάταση του παχέος εντέρου και προϋποθέτουν υγιές μυεντερικό πλέγμα. Ενίοτε παρατηρούνται σε ασθενείς αντιπερισταλτικές κινήσεις οι οποίες έχουν την τάση να περιορίσουν το περιεχόμενο στο τυφλό και το ανιόν κόλο (Σεχά, 1996).

Κένωση

Το μυεντερικό πλέγμα διεγείρεται από την διάταση του ορθού προκαλώντας την γένεση περισταλτικών κυμάτων στο κατιόν κόλο. Ταυτόχρονα μεταφέρονται ερεθίσματα από το ορθό στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού και από εκεί φέρονται στο κατιόν, σιγμοειδές, ορθό και τον πρωκτό με φυγόκεντρες παρασυμπαθητικές ίνες. Οι περισταλτικές κινήσεις ενισχύονται από τις ώσεις αυτές και επιτυγχάνεται η κένωση του παχέος εντέρου σε μεγάλη έκταση. Μετά την διάταση του ορθού επέρχεται χάλαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού από τα κόπρανα και η συμπαθητική νεύρωσή του είναι διεγερτική, ενώ η παρασυμπαθητική ανασταλτική. Από τα αιδοϊκά νεύρα, νευρώνεται ο γραμμωτός μύς του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, όπου βρίσκεται σε κατάσταση τονικής συστολής και χαλάται εκούσια. Τέλος η αφόδευση αποτελεί νωτιαίο αντανακλαστικό, το οποίο μπορεί να υποστεί αναστολή με εκούσια συστολή του έξω σφιγκτήρα (Σεχά, 1996).

1.3 Παθοφυσιολογία

Ο όρος νεόπλασμα περικλείει όλα τα κακοήθη νοσήματα, που συχνά αναφέρονται και σαν καρκίνος. Γενικά διακρίνονται σε ρευστούς όγκους που ξεκινούν από τους λεμφοειδείς αιμοποιητικούς ιστούς(λευχαιμίες, μυελώματα, λεμφώματα) και συμπαγείς όγκους που ξεκινούν από το συνδετικό ιστό, τον επιθηλιακό ιστό και τον κεντρικό νευρικό ιστό. Από ανοσολογικής συμπεριφοράς διακρίνονται σε δραστήριους ή επαγρυπνούντες και σε αδιάφορους ή κοιμώμενους. Όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα, ανεξάρτητα από τον ιστό προελεύσεως τους, τον τρόπο προεκτάσεως, το ρυθμό αναπτύξεως και την πρόγνωση, άλλα σε μικρό βαθμό, άλλα σε μεγαλύτερο κοινά βιολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία τα εντάσσουν σε ιδιαίτερη ομάδα νοσηρών οντοτήτων που διαφέρουν από τους άλλους τύπους ασθενειών (Φερτάκης, 2006).

Σαν θεμελιώδη μονάδα της ζωής θεωρούμε το κύτταρο, που πράγματι είναι η μονάδα για τους μονοκύτταρους οργανισμούς, ενώ ο άνθρωπος διαθέτει μερικά δισεκατομμύρια κύτταρα. Τα καρκινικά κύτταρα στο μικροσκόπιο, φαίνονται άλλοτε να έχουν περισσότερο και άλλοτε λιγότερο εμφανή τα χαρακτηριστικά του κυττάρου προελεύσεως τους, οπότε μιλάμε για διαφοροποιημένους ή αδιαφοροποίητους όγκους (Φερτάκης, 2006).

Ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος είναι το αδενοκαρκίνωμα . Μπορεί να είναι συμπαγής ή βλεννώδης. Το 45% περίπου του συνόλου των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθοσιγμοειδές αν και τα τελευταία χρόνια εντοπίζονται και στο δεξιό κόλον. Ο καρκίνος διηθεί στους ιστούς και τους λεμφαδένες ενώ κάνει μεταστάσεις κυρίως στο ήπαρ (Ράπτης, 1996).

Αρχικά ο όγκος μπορεί να αυξάνεται χωρίς να γίνει κλινικά εμφανής δημιουργώντας ελάχιστα συμπτώματα. Τα συμπτώματα γίνονται εμφανής όταν η νόσος έχει επεκταθεί σε βαθύτερα στρώματα του εντέρου. Ο καρκίνος διηθεί κατά συνέχεια του ιστού, της περιμέτρου του εντέρου, του υποβλεννογόνου και των υπολοίπων στοιβάδων. Επίσης μέσω της κυκλοφορίας του αίματος μπορεί να μεταφέρονται καρκινικά κύτταρα δημιουργώντας μεταστάσεις (Lemone & Burke, 2006).

Σήμερα θεωρείται πώς ο καρκίνος του παχέος εντέρου προέρχεται από μία δυσπλαστική βλάβη στο βλεννογόνο είτε σε αδενώματα. Οι βλάβες αρχικά είναι

ενδοθηλιακές αλλά στη συνέχεια επεκτείνονται στο βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο χιτώνα του εντέρου (Μπανκουσλί, 2008).

1.3.1 Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Σε ένα μεγάλο ποσοστό καρκινωμάτων του παχέος εντέρου δεν μπορούν να εξακριβωθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες της νόσου. Υπάρχουν όμως παθολογικές καταστάσεις οι οποίες συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη καρκίνου όπως τα αδενώματα, οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου και γενετικοί παράγοντες. Επίσης η διαίτα και το περιβάλλον αποτελούν δύο παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της νόσου (Μπανκουσλί, 2008).

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου είναι:

- **Ηλικία:** Μετά την ηλικία των 45 ετών αυξάνεται η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και 90% των περιπτώσεων εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών.
- **Οικογενειακό ιστορικό:** Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου υπάρχει στο 20% των ασθενών που εμφανίζουν τη νόσο. Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου ή αδενωματωδών πολυπόδων είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση της νόσου. Ο κίνδυνος του καρκίνου του κόλου εξαρτάται από τον αριθμό και την ηλικία των συγγενών πρώτου βαθμού που έχουν προσβληθεί από τη νόσο. Οι άνθρωποι με έναν συγγενή πρώτου βαθμού έχουν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο από αυτόν του γενικού πληθυσμού και με δύο συγγενείς έχουν τετραπλάσιο κίνδυνο. Επίσης στους ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό οι καρκίνοι αναπτύσσονται πρώιμα και απαιτούν προληπτικό έλεγχο σε πιο νεαρή ηλικία.
- **Φλεγμονώδης νόσος εντέρου:** Ο κίνδυνος αδενοκαρκινώματος του κόλου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn αρχίζει να αυξάνεται μετά από 7-10 χρόνια από την έναρξη της νόσου. Ο κίνδυνος φτάνει σε ποσοστό 5-10 % μετά από 20 χρόνια και 20% μετά από 30 χρόνια.

- **Διαιτητικοί παράγοντες:** Σύμφωνα με μελέτες οι δίαιτες πλούσιες σε λίπη και κόκκινο κρέας σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αδενωμάτων και καρκίνο παχέος εντέρου, ενώ δίαιτες πλούσιες σε φρούτα, λαχανικά και φυτικές ίνες σχετίζονται με ελαττωμένο κίνδυνο. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι το ανθρακικό ασβέστιο και το φυλλικό οξύ επιφέρουν μια σημαντική ελάττωση ανάπτυξης νεοπλασίας του παχέος εντέρου. Οι βιταμίνες A,C και E δεν έχουν δείξει κάποιο όφελος (McPhee et.al, 2008).

1.3.2 Κλινική εικόνα

Τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου και του ορθού εμφανίζουν βραδύ ρυθμό ανάπτυξης. Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του όγκου που εντοπίζεται στο παχύ έντερο είναι περίπου 620 ημέρες, που σημαίνει πώς ο καρκίνος είναι ασυμπτωματικός σε πρώιμα στάδια. Η συμπτωματολογία εξαρτάται από την εντόπιση του καρκίνου, γι αυτό τα συμπτώματα θα διαχωριστούν σε συμπτώματα του δεξιού κόλου, του αριστερού κόλου και τέλος του ορθού (Stein, 1997).

Τα σπουδαιότερα συμπτώματα είναι τα εξής:

- **Αναιμία.** Ο ασθενής αισθάνεται εύκολη κόπωση, ζάλη, αδυναμία και δύσπνοια έπειτα από κόπωση. Η αναιμία αυτή προέρχεται από μικροσκοπική αιμορραγία του όγκου.
- **Δυσπεπτικά ενοχλήματα ή και πόνος.** Μπορεί να θεωρηθούν σαν ενοχλήματα από χολοκυστοπάθεια ή έλκος ή σκωληκοειδίτιδα.
- Στο 10% των ασθενών με καρκίνο του δεξιού κόλου το πρώτο σημείο είναι η εντόπιση ψηλαφητής μάζας στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.
- Χαρακτηριστική είναι η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου είτε υπο μορφή δυσκοιλιότητας είτε υπο μορφή διαρροϊκών κενώσεων ή και εναλλαγή και των δύο.
- Πλήρης ή ατελής εντερική απόφραξη.
- Απώλεια αίματος που μπορεί να συνοδεύεται με βλέννη. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς αποδίδουν την αποβολή αίματος σε αιμορροΐδες και χάνεται χρήσιμος χρόνος.
- Σε περίπτωση που ο καρκίνος διηθήσει και άλλα όργανα όπως ουροδόχο κύστη ή προστάτη είναι δυνατόν να υπάρχουν συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας. Επίσης μπορεί να δημιουργηθούν εσωτερικά συρίγγια όπως ορθοκυστικά ή ορθοκολικά.
- Σε πολύ προχωρημένα στάδια και σε ηπατικές μεταστάσεις μπορεί να έχουμε κακουχία, ανορεξία και απώλεια βάρους (Σεχά, 1996).

1.3.3 Διάγνωση

Η σωστή λήψη και αξιολόγηση του ιστορικού έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διάγνωση. Η φυσική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει και τη δακτυλική εξέταση με την οποία μπορεί να ανακαλυφθεί ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα. Η τεκμηρίωση της διάγνωσης βασίζεται στην ακτινολογική εξέταση του παχέος εντέρου και στην ενδοσκόπηση με ενδοσκόπιο. Η ακτινολογική μορφολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου ποικίλει. Το συνηθέστερο εύρημα είναι η απόφραξη του εντερικού αυλού. Η ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου περιλαμβάνει την ορθοσκόπηση και την κολonosκόπηση. Η ολική κολonosκόπηση πρέπει να εκτελείται σε όλες τις περιπτώσεις για τον αποκλεισμό δεύτερου καρκινώματος σε άλλη θέση (Ράπτης, 1996).

Πρωκτοσκόπηση

Η εξέταση του πρωκτικού σωλήνα γίνεται με ένα άκαμπτο όργανο που μπορεί να είναι βραχύ όπως το πρωκτοσκόπιο ή μήκους ως 10 εκ. το ορθοσκόπιο. Για να διεξαχθεί η εξέταση χρειάζεται μικρή προετοιμασία, ο ασθενής τοποθετείται στην αριστερή πλάγια θέση γίνεται διάνοιξη των γλουτών και το όργανο προωθείται ήπια εντός του ορθού ύστερα από δακτυλική εξέταση. Αν η δακτυλική εξέταση είναι δύσκολο να διενεργηθεί λόγω παχυσαρκίας ή άλγους μπορεί να μετατεθεί σε άλλη χρονική στιγμή (Floch, 2010).

Σιγμοειδοσκόπηση

Με την ανακάλυψη του εύκαμπτου σιγμοειδοσκοπίου γίνεται η εξέταση, ο ασθενής τοποθετείται στην αριστερή πλάγια θέση χωρίς νάρκωση. Αρχικά με κατάλληλη κάθαρση, είτε με καθαρτικό ή με υποκλυσμούς αναλόγως με τη συνεργασία του ασθενούς το όργανο εισέρχεται εντός του ορθού και στη συνέχεια εντός του κόλου. Συνήθως προωθείται κατά 60 εκ. εκτός αν υπάρχει σπασμός του σιγμοειδούς ή κάποια ανωμαλία. Ο ασθενής αισθάνεται έντονο άλγος αφού το όργανο εισέρχεται στην σιγμοειδή αγκύλη (Floch, 2010).

Κολonosκόπηση

Με την εξέλιξη της επιστήμης είναι πλέον δυνατός ο έλεγχος ολόκληρου του εντέρου και του τελικού ειλεού με μία εξέταση αν ο ασθενής είναι καλά προετοιμασμένος. Οι ενδείξεις για κολonosκόπηση ποικιλούν αφού αρκετές φορές χρησιμοποιείται για προ συμπτωματικό έλεγχο για αποκλεισμό ύπαρξης πολυπόδων ή κακοήθειας (Floch, 2010).

Προκειμένου να ολοκληρωθεί η διαδικασία ο ασθενής θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος, αυτό απαιτεί εκπαίδευση και προετοιμασία του εντέρου. Για να διενεργηθεί μια κολonosκόπηση απαιτείται καταστολή. Ο μέσος ασθενής επιλέγει ήπια καταστολή με ένα αναλγητικό σε συνδυασμό με ένα κατασταλτικό ενώ οι ασθενείς που είναι τρομαγμένοι ή αρνούνται να συνεργασθούν απαιτείται αναισθησία. Τέλος η θεραπευτική κολonosκόπηση φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στην αφαίρεση πολυπόδων, στη διαστολή στενώσεων, στη συστροφή του σιγμοειδούς και στο διεγχειρητικό έλεγχο κατά τη χειρουργική επέμβαση (Floch, 2010).

Βιοψία

Λαμβάνεται κατά την διάρκεια της ενδοσκόπησης, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του καρκίνου και την αξιολόγηση του βαθμού διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων.

1.3.4 Διαφορική διάγνωση

Ορισμένες καταστάσεις θα πρέπει να διαφοροποιούνται από το καρκίνο του παχέος εντέρου. Η εκκολπωματίτιδα μπορεί να δημιουργήσει μια φλεγμονώδη μάζα και να προκαλέσει απόφραξη, που μπορεί να μοιάζει με καρκίνο ιδιαίτερα όταν εντοπίζεται στο σιγμοειδές κόλο. Πολλές φορές ο υποκλυσμός μπορεί να μην επαρκεί για να γίνει διάκριση μεταξύ εκκολπώματος και καρκινώματος γι' αυτό η κολονοσκόπηση είναι πολύτιμη για τη διάκρισή τους (Stein, 1997).

Σε ελκώδη κολίτιδα μπορεί να είναι δύσκολο να διακριθούν οι φλεγμονώδεις στενώσεις από τις κακοήθεις στενώσεις. Το κολονοσκόπιο όμως μπορεί να μην είναι δυνατόν να διέλθει μέσω της στενωμένης περιοχής. Για το λόγο αυτό είναι σκόπιμη η κυτταρολογική εξέταση με την οποία μπορεί να διέλθει μέσω της στενωμένης περιοχής, επιτρέποντας στον ιατρό να ανιχνεύσει κακοήθη κύτταρα (Stein, 1997).

Οι πολύποδες του παχέος εντέρου που φαίνονται καλοήθεις πρέπει να διαφοροποιούνται από τα καρκινώματα αν είναι μεγαλύτερα από 7 mm σε διάμετρο. Η απλή βιοψία των πολυπόδων μπορεί να παραπλανήσει από λάθος δειγματοληψία έτσι ο καλύτερος τρόπος για την αξιολόγηση ενός πολυπόδα είναι η εξ ολοκλήρου αφαίρεσή του με καυτηρίαση. Αν αφαιρεθεί ένας πολυποειδής καρκίνος τότε συνήθως ενδείκνυται η εκτομή του προσβληθέντος τμήματος του εντέρου και το αντίστοιχο τμήμα του μεσεντέριου. Οι πολύποδες που έχουν μέγεθος 7 mm ή μικρότεροι συνήθως δεν είναι κακοήθεις και μπορούν να αφαιρεθούν με ηλεκτροθερμοκαυτηρίαση. Με αυτή την τεχνική ο πολυπόδας καταστρέφεται με ηλεκτροπηξία και λαμβάνεται δείγμα για βιοψία (Stein, 1997).

1.3.5 Σταδιοποίηση

Αν και υπάρχουν πολλές αμφισβητήσεις για τα διάφορα συστήματα σταδιοποίησης της νόσου έχει διαπιστωθεί πως η προεγχειρητική προσπάθεια σταδιοποίησης του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει ιδιαίτερη σημασία για τους μετέπειτα θεραπευτικούς χειρισμούς. Η μεθοδολογία σταδιοποίησης περιλαμβάνει απεικονιστικές εξετάσεις και δακτυλική εξέταση. Το σύστημα TNM θεωρείται σύγχρονο και έχει προταθεί η συστηματική του χρήση. Η σταδιοποίηση κατά Dukes θεωρείται απλή και με σαφείς χαρακτηριστικά. Η ταξινόμηση κατά Astler – Coller είναι η πιο διαδεδομένη, αφού η περιγραφή περιέχει λεπτομέρειες. Σε γενικές γραμμές από ανάλυση μεγάλων σειρών με καρκίνους του παχέος εντέρου κατά την αντιμετώπισή τους, το 15 % των όγκων είναι σταδίου A, το 35% των όγκων είναι σταδίου B και το 50 % είναι σταδίου C (Μπανκουσλί, 2008).

Πίνακας 1.Σταδιοποίηση καρκίνου παχέος εντέρου και 5ετής επιβίωση (%)
(Μπανκουσλί, 2008).

Στάδιο	Σταδιοποίηση κατά Dukes	Σταδιοποίηση κατά Astler- Coller	Ποσοστό % 5ετούς επιβίωσης
I	A	A.Εντόπιση όγκου στον βλεννογόνο	95
I	A	B1.Επέκταση όγκου έως τον ορογόνο	90

IIA	B	B2.Επέκταση όγκου σε όλο το τοίχωμα, με επέκταση στο περικολικό λίπος	80
IIIB	C1	B3. Άμεση διήθηση γειτονικών οργάνων	75
IIIA	B	C1. Όπως το B1 με επιπλέον διήθηση 1-3 λεμφαδένων	75
IIIB	C2	C2.Όπως το B2 με επιπλέον διήθηση 1-3 λεμφαδένων	55
IIIC	C3	C3.Όπως το A ή B με επιπλέον διήθηση λεμφαδένων >3	50
IV	D	Απομακρυσμένες μεταστάσεις	5

1.4 Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι κυριότεροι παράγοντες είναι η ιστολογική διαφοροποίηση του όγκου και το στάδιο της νόσου. Η δεκαετής επιβίωση των ασθενών είναι 42% ύστερα από χειρουργική επέμβαση. Σε ποσοστό 80-90% όταν βρίσκεται σε πρώιμα στάδια ενώ σε περίπτωση που ο καρκίνος διηθήσει ολόκληρο το τοίχωμα χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις αγγίζει το 60% (Ράπτης, 1996).

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος απαιτείται η έγκαιρη διάγνωση, η αξιολόγηση της κακοήθειας και η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι συνηθέστεροι προγνωστικοί είναι:

1. Ηλικία. Υποστηρίζεται ότι άτομα μικρής ή πολύ μεγάλης ηλικίας έχουν συνήθως κακή πρόγνωση.
2. Φύλλο. Η πρόγνωση στις γυναίκες είναι καλύτερη σε σχέση με τους άντρες.
3. Εντόπιση. Η πρόγνωση του καρκίνου όταν εντοπίζεται στο αριστερό κόλο είναι καλύτερη σε σχέση με το σιγμοειδές και το πρωκτό.
4. Σταδιοποίηση. Αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εξέλιξη της νόσου και αξιολογείται το βάθος διήθησης του εντερικού τοιχώματος, την προσβολή των γειτονικών λεμφαδένων και την ύπαρξη μεταστάσεων.
5. Ιστολογικός τύπος. Σε ορισμένες περιπτώσεις όπως το βλενωδές καρκίνωμα, το μικροκυτταρικό και το “δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου” καρκίνωμα, η πρόγνωση είναι χειρότερη σε σχέση με ένα συνηθισμένο αδενοκαρκίνωμα.
6. Βαθμός κακοήθειας. Όσο πιο καλά διαφοροποιημένο είναι ένα καρκίνωμα τόσο πιο καλά και η πρόγνωση (Ράπτης, 1996).

1.5 Πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου

Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι υποθετική. Μελέτες έδειξαν ότι η διαίτα με άφθονα λιπαρά, κρέας και πρωτεΐνες αναπτύσσουν τον καρκίνο στην περιοχή αυτή, ενώ δίαιτες που περιλαμβάνουν άφθονες ποσότητες λαχανικών, φρούτων και ινών την αποτρέπουν. Απομένει όμως να αποδειχθεί ότι θα μειωθεί η συχνότητα των νεοπλασμάτων με την τροποποίηση των διαιτητικών συνηθειών. Επίσης θα πρέπει να διερευνηθεί αν η δευτερογενής πρόληψη είναι εφικτή, με την ανίχνευση και θεραπεία τυχόν προκαρκινικών βλαβών, όπως είναι οι πολύποδες του παχέος εντέρου ή η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου (Βασιλόπουλος, 1997).

Εξετάσεις προληπτικού ελέγχου

Οι κατηγορίες δοκιμασιών που έχουν χρησιμοποιηθεί για τον προληπτικό έλεγχο είναι τρεις: η δακτυλική εξέταση, η εξέταση κοπράνων για αφανή αιμορραγία του εντέρου και η ορθοσιγμοειδοσκόπηση (Βασιλόπουλος, 1997).

Δακτυλική εξέταση: Η δακτυλική εξέταση του ορθού είναι μια εύκολη δοκιμασία με περιορισμένη όμως οφελειμότητα, διότι μπορεί να ανιχνευθεί μόνο ένα μικρό ποσοστό των νεοπλασμάτων χαμηλά στο ορθό (Βασιλόπουλος, 1997).

Εξέταση κοπράνων για αφανή αιμορραγία:

Η εξέταση αυτή στοχεύει κυρίως στην ανίχνευση ασυμπτωματικών ασθενών που πάσχουν από καρκίνο πρώιμου σταδίου. Για να ανιχνευθεί απαιτείται η εξέταση των κοπράνων με χημικά ή ανοσολογικά μέσα, διότι τα πρώιμα νεοπλάσματα αιμορραγούν, αλλά η ποσότητα αίματος είναι μικρή. Οι κύριες μέθοδοι εξέτασης των κοπράνων είναι τρεις: ανοσοχημική, αιμοπορφυρίνης και γουαϊάκης. Η σφαιρίνη της ανθρώπινης αιμοσφαιρίνης ανιχνεύεται με την ανοσοχημική μέθοδο, χρησιμοποιώντας ειδικά αντισώματα. Συγκρινόμενη με τις υπόλοιπες δύο μεθόδους είναι ειδική στην ανίχνευση αιμορραγίας. Η μέθοδος αιμοπορφυρίνης ανιχνεύει τα ευρύτερα παράγωγα αποδόμησης του αίματος, αίμες από τις οποίες έχει διασπαστεί ο σίδηρος ή ανέπαφες αίμες από οποιαδήποτε μορφή. Τελικά η μόνη σε ικανοποιητικό βαθμό, είναι η μέθοδος της γουαϊάκης, με την οποία ανιχνεύεται η αίμη υπο οποιαδήποτε μορφή, με μια προϋπόθεση ότι ο σίδηρος δεν έχει αποχωριστεί από το δακτύλιο της πορφυρίνης (Βασιλόπουλος, 1997).

Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση ως δοκιμασία προληπτικού ελέγχου:

Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση είναι μια εξέταση με την οποία παρατηρείται το τελικό τμήμα του παχέος εντέρου που αποτελείται από τον πρωκτό, το ορθό και το σιγμοειδές. Η εξέταση αυτή πραγματοποιείται με τη βοήθεια του ορθοσιγμοειδοσκοπίου, είναι μια ανώδυνη και εύκολη εξέταση και πραγματοποιείται με σκοπό την παρακολούθηση φλεγμονών του εντέρου, την διάγνωση αιμορροΐδων , πολυπόδων ή καρκίνου και τη διερεύνηση αιμορραγίας των τμημάτων αυτών. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για τη λήψη τμημάτων ιστού για βιοψία, καθώς και θεραπευτικά, στην αφαίρεση πολυπόδων ή αιμορροΐδων στη διάνοιξη στενωμένων τμημάτων (Βασιλόπουλος, 1997).

1.6 Θεραπεία

Είναι σκόπιμο η αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου να γίνεται από μια ομάδα ειδικών ιατρών. Από μια σειρά παραγόντων εξαρτάται το είδος της αγωγής που θα εφαρμοστεί, ο κυριότερος παράγοντας επιλογής της αγωγής είναι το στάδιο της νόσου. Ανάμεσα στη χειρουργική, την ακτινοθεραπεία και την χημειοθεραπεία γίνεται μια εναλλαγή σε διάφορους περιόδους για την αντιμετώπιση της νόσου. Σε προχωρημένα στάδια η θεραπεία εκλογής είναι η παρηγορητική αντιμετώπιση ενώ σε στάδια A,B και C η χειρουργική αντιμετώπιση κατέχει τη πρώτη θέση. Σε περιπτώσεις καρκίνου του ορθού ή σε τοπικά εκτεταμένη νόσο εφαρμόζεται η ακτινοθεραπεία πριν τη χειρουργική, με σκοπό τη σμίκρυνση του μεγέθους του όγκου ώστε να μπορέσει ο ασθενής να χειρουργηθεί. Η χημειοθεραπεία παρατηρείται κυρίως τα τελευταία χρόνια και χρησιμοποιείται σαν συμπληρωματική θεραπεία ύστερα από την επέμβαση (Ράπτης, 1996).

1.6.1 Χειρουργική αντιμετώπιση

Η θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι η χειρουργική αφαίρεση του τμήματος που αναπτύσσεται ο όγκος μαζί με τους επιχώριους λεμφαδένες. Η επιλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης διαφέρει μπορεί να γίνεται είτε με την καταστροφή του όγκου με φωτοπηξία ή με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού με μόνιμη κολοστομία. Με την διαδικασία της φωτοπηξίας με λέιζερ καταστρέφονται μικροί όγκοι λόγω της θερμότητας που δημιουργείται από την ακτινοβολία. Η τεχνική της φωτοπηξίας μπορεί να εφαρμοστεί σε περίπτωση απόφραξης του εντέρου, σε περίπτωση προχωρημένου καρκίνου ή σε ασθενείς που δεν είναι σε θέση να υποβληθούν σε βαριές χειρουργικές επεμβάσεις. Η εκτομή του παχέος εντέρου (κολεκτομή) και αναστόμωση των κολοβωμάτων του εναπομείναντος εντέρου, εφαρμόζεται στους περισσότερους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου ενώ οι όγκοι του ορθού αντιμετωπίζονται με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή κατά την οποία αφαιρούνται το σιγμοειδές, το ορθό και ο πρωκτός με τομές στη κοιλιά και στο περίνεο (Lemone & Burke, 2006).

Κολοστομίες

Η κολοστομία είναι ένα άνοιγμα που δημιουργείται στο παχύ έντερο, μέσω του οποίου ο αυλός του παχέος εντέρου επικοινωνεί με το δέρμα. Η κολοστομία εφαρμόζεται για την εκτροπή του εντερικού περιεχομένου σε περιπτώσεις που ο αυλός του εντέρου αποφράσσεται από έναν όγκο. Χρησιμοποιείται ως προσωρινό μέτρο ή ως μόνιμη οδός για την αποβολή των κοπράνων. Ανάλογα με το τμήμα του εντέρου στο οποίο δημιουργούνται ονομάζονται : ανιούσα κολοστομία, εγκαρσιοστομία , κατιούσα κολοστομία και σιγμοειδοστομία (Lemone & Burke, 2006).

Η κολοστομίες μπορεί να διακριθούν σε :

- Σιγμοειδοστομία :είναι η πιο συνηθισμένη μορφή μόνιμης κολοστομίας ιδιαίτερα στον καρκίνο του ορθού. Η επέμβαση αυτή είναι σκόπιμη όταν πρέπει να γίνει αφαίρεση του σιγμοειδούς, του ορθού και του πρωκτού με τομές στη κοιλιά και το περίνεο. Συνήθως εντοπίζεται στο αριστερό κάτω κοιλιακό τεταρτημόριο.
- Δίαυλος κολοστομία : ο χειρουργός σχηματίζει δυο ξεχωριστά ανοίγματα του παχέος εντέρου στο κοιλιακό τοίχωμα. Μέσω της εγγύς στομίας γίνεται η αποβολή των κοπράνων ενώ μέσω της περιφερικής στομίας που είναι γνωστή και ως βλεννώδες αποβάλλεται βλέννα. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις τραυματισμού, όγκων ή φλεγμονής και μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη.
- Εγκαρσιοστομία αγκύλης :εφαρμόζεται σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση σε περιπτώσεις απόφραξης ή διάτρησης του εντέρου. Για να προληφθεί η διολίσθηση της έλικας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα η έλικα αφαιρείται εκτός του κοιλιακού τοιχώματος και καθηλώνεται με τη βοήθεια ενός πλαστικού υποστηρίγματος. Οι εγκαρσιοστομίες αγκύλης είναι συνήθως προσωρινές.
- Επέμβαση Hartmann : είναι μια συνηθισμένη επέμβαση κατά την οποία κατασκευάζεται μια προσωρινή κολοστομία. Έχει ως στόχο να δοθεί χρόνος στο έντερο να επουλωθεί ύστερα από εκτομή όγκου, φλεγμονής ή τραυματισμού. Ύστερα από 3 ως 6 μήνες πραγματοποιείται η σύγκλιση αυτής και η αποκατάσταση του εντέρου. Ίδια φροντίδα παρέχεται στους ασθενείς με προσωρινή κολοστομία όπως στους ασθενείς με μόνιμη κολοστομία (Lemone & Burke, 2006).

1.6.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία δεν χρησιμοποιείται ως κύρια μέθοδος για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου αλλά σε συνδυασμό με τη χειρουργική επέμβαση. Σε πολλές περιπτώσεις οι μικροί καρκίνοι μπορεί να αντιμετωπισθούν με ενδοαυλική ακτινοβόληση, εξωτερική ακτινοβόληση ή ακτινοβόληση με ραδιενεργό υλικό. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται προ εγχειρητικά ή μετεγχειρητικά για να μειώνει τη συχνότητα υποτροπής των όγκων της πυέλου. Επιπλέον η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται προ εγχειρητικά για να συρρικνώσει το μέγεθος του όγκου του ορθού, ώστε να είναι δυνατή η χειρουργική του αφαίρεση (Lemone & Burke, 2006).

1.6.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως τα τελευταία χρόνια μετεγχειρητικά για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Χρησιμοποιούνται διάφοροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες όπως η φθοριοουρακίλη ενδοφλεβίως και το φολινικό οξύ. Όταν συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία μειώνει τη συχνότητα υποτροπής του όγκου και παρατείνει την επιβίωση των ασθενών με όγκους του ορθού σταδίου II ή III. Το όφελος της χημειοθεραπείας είναι λιγότερο σαφές παρόλα αυτά μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της υποτροπής της νόσου αλλά και για τη μείωση της διασπορά της στο ήπαρ (Lemone & Burke, 2006).

2^ο Μέρος

2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή

2.1.1 Στην Πρόληψη

Ο καρκίνος αποτελεί μια σημαντική παγκόσμια απειλή υγείας με ανυπολόγιστες προσωπικές, οικογενειακές και οικονομικές επιπτώσεις στη σύγχρονη κοινωνία. Μια οικουμενικά αποδεκτή αλήθεια είναι ότι στην σύγχρονη κοινωνία δεν υφίσταται επαρκής επικέντρωση στην πρόληψη. Η πρόληψη της ασθένειας και η προαγωγή της υγείας αποτελεί ένα σταθερό στόχο της σύγχρονης κλινικής, διδακτικής και ερευνητικής νοσηλευτικής δραστηριότητας. Η έννοια της πρόληψης διαποτίζει κάθε νοσηλευτικό προγραμματισμό και κάθε νοσηλευτική πράξη σε όποιο τομέα και αν εφαρμόζεται. Επειδή οι νοσηλευτές εργάζονται σε όλες τις μορφές υπηρεσιών υγείας μπορεί να αναδειχθούν φύλακες και φρουροί της υγείας των ανθρώπων (Πατέρας και συν, 2004).

Ο νοσηλευτής συμμετέχει στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου με την επισήμανση και προσπάθεια αποφυγής και απομάκρυνσης των υπευθύνων καρκινογόνων παραγόντων και με την συμμετοχή του σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου που οργανώνονται από αντικαρκινικές εταιρίες και εξειδικευμένα προληπτικά προγράμματα. Η συμμετοχή του νοσηλευτή στην πρόληψη κληρονομούμενου καρκίνου είναι σημαντική και μόνο με την προσεκτική ακρόαση των αρρώστων λαμβάνουν τις πρώτες ενδείξεις για την ανάγκη προληπτικού ελέγχου τους. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες αφορούν την αξιολόγηση του αρρώστου και της οικογένειας για αυξημένο κίνδυνο, ενημέρωση για την δυνατότητα προγνωστικού ελέγχου, εκτίμηση κινδύνου και ενθάρρυνση συστηματικής επανεξέτασης όσων βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο (Πατέρας και συν, 2004).

Ακόμη αφορούν την ανάλυση των παραγόντων τρόπου ζωής και των περιβαλλοντικών κινδύνων, όπως επάγγελμα, διατροφικές συνήθειες, σωματικό βάρος, σωματική δραστηριότητα, κάπνισμα, αλκοόλ και ψυχολογική ευεξία. Γι' αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβάλει στην αποτελεσματική διαχείριση της παχυσαρκίας, με τη συμβουλευτική διατροφή και τον περιορισμό λήψης αλκοόλ. Τέλος ο νοσηλευτής μπορεί να συμμετέχει στη πρόληψη του καρκίνου με την παρότρυνση για εξετάσεις σε

άτομα υψηλού κινδύνου, όπως και με ενημερωτικά έντυπα με τα συμπτώματα της νόσου (Πατέρας και συν, 2004).

2.1.2 Στην ενημέρωση και τη θεραπεία της νόσου

Η καταπολέμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι τόσο βιολογική όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πιο πέρα από τις σωματικές βλάβες. Η ανάγκη της διεπιστημονικής προσέγγισης στην πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου, παρουσιάζεται ιδιαίτερα επιτακτική στην περίπτωση του καρκινοπαθούς (Πατέρας και συν, 2004).

Ο νοσηλευτής με την επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση, διαπιστώνει τις ανάγκες, αναλαμβάνει να ικανοποιήσει όσες εμπίπτουν στην δική του αρμοδιότητα και μεταφέρει στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες όσες ανάγκες πρέπει να αντιμετωπιστούν από άλλους επιστήμονες. Ο νοσηλευτής έχει την μοναδικότητα να αντιμετωπίζει το άτομο σαν ένα ενιαίο σύνολο με κοινές αλλά και ειδικές, ιδιαίτερες ανθρώπινες ανάγκες οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να αντιμετωπισθούν. Αυτό επιτυγχάνεται με την συνεργασία με όλους τους επιστήμονες που αποτελούν μέλη της ομάδας (Πατέρας και συν, 2004).

Σε μια διερευνητική μελέτη (1986) των αναγκών των οικογενειών και των ασθενών τους στην προδιαγνωστική φάση, στην φάση των διαγνωστικών εξετάσεων, της θεραπείας, της αποκατάστασης και της επανένταξης τους στο κοινωνικό σύνολο., αναφέρονται σε τρεις κατηγορίες:

- 1.Στις φυσικές ανάγκες.
- 2.Στις πληροφοριακές ανάγκες.
- 3.Στις συναισθηματικές.

Ψυχολογικά ο ασθενής και η οικογένειά του αρνούνται να παραδεχθούν την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τα θεωρούν ασήμαντα. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι πραγματικότητα και το άτομο δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στο χώρο, γι'αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες στον ασθενή και τους συνοδούς. Ύστερα από την εισαγωγή στο νοσοκομείο αρχίζει η φάση

των διαγνωστικών εξετάσεων. Στην φάση αυτή οι πληροφοριακές ανάγκες αυξάνονται (Πατέρας και συν, 2004).

Οι πληροφοριακές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, σύμφωνα με τον βαθμό σπουδαιότητάς τους είναι οι εξής:

1. Ανάγκη για ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις τους.
2. Ανάγκη να ξέρουν τι είδους θεραπείες κάνουν.
3. Ανάγκη να τους εξηγείτε ότι ρωτήσουν, με απλά λόγια για να καταλάβουν.
4. Ανάγκη να ξέρουν τι συμπτώματα προκαλούν οι διάφορες θεραπείες.
5. Ανάγκη να μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους.
6. Ανάγκη να ενισχυθεί η ελπίδα τους για την ζωή.
7. Ανάγκη να είναι κοντά τους ένα μέλος της οικογένειάς τους.
8. Ανάγκη να ξέρουν πώς αξιολογούν οι Γιατροί και οι νοσηλευτές την κατάστασή τους.
9. Ανάγκη να γνωρίζει το όνομα του γιατρού που τον παρακολουθεί και αυτών που τον φροντίζουν.

Η έναρξη της θεραπείας είτε είναι χημειοθεραπεία, ακτινοβολία, χειρουργική είτε συνδυασμός αυτών είναι για τον ασθενή μια δύσκολη περίοδος. Ο ασθενής καταπονείται φυσικά και συναισθηματικά. Η ανάγκη για συνεχή παρουσία μελών της οικογένειας είναι έκδηλη, ιδιαίτερα όταν τα αποτελέσματα της θεραπείας δημιουργούν συναισθηματικά τραύματα. Επίσης επειδή ο βαθμός του stress που περνούν αυτοί οι άνθρωποι είναι πολύ μεγάλος, έρευνες υποστηρίζουν ότι η επικοινωνία και η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, πρέπει να αρχίζουν πριν την έναρξη της θεραπείας και να συνεχίζονται σε όλη τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο (Πατέρας και συν, 2004).

Κατά την πληροφόρηση-εκπαίδευση ο άρρωστος ενημερώνεται για:

- Την ανάγκη της θεραπείας του
- Το θεραπευτικό σχήμα-φάρμακα

- Τη διάρκεια και τη συχνότητα της χορηγήσεώς τους
- Τις διαδικασίες της θεραπείας
- Τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας

2.1.3 Στην χημειοθεραπεία

Για την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ακολουθούν ορισμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

- εκτιμήσει το επίπεδο και τις δυνατότητες επιμόρφωσης του ασθενούς, τις επιθυμίες του για μάθηση και τα όρια της εκμάθησης
- εκτιμήσει το επίπεδο γνώσης του ασθενούς αναφορικά με τον καρκίνο
- εκτιμήσει την κατανόηση του ασθενούς αναφορικά με την συγκεκριμένη διάγνωση, την πορεία της νόσου και την προγραμματισμένη πιθανή θεραπευτική αντιμετώπιση
- εκτιμήσει την τυχόν προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς με την χημειοθεραπεία
- εκτιμήσει τις ανάγκες του ασθενούς και την οικογένειάς για παροχή υποστήριξης σε διάφορους τομείς
- συλλέξει από το ιστορικό πληροφορίες σχετικά με πρόσφατη θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, χειρουργική θεραπεία και ανοσοθεραπεία
- ελέγξει τις εξετάσεις αίματος που αφορούν την αιμοσφαιρίνη, τον χρόνο προθρομβίνης και τον αριθμό των αιμοπεταλίων
- εκτιμήσει το είδος της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής, που μπορεί να επηρεάσει την πήκτικότητα του αίματος
- εκτιμήσει τα επεισόδια ναυτίας-εμέτων αναφορικά με την συχνότητά τους, καθώς και την ποσότητα, το χρώμα και την σύσταση των εμεσμάτων
- εντοπίσει τους παράγοντες που προκαλούν ή αποτρέπουν την ναυτία και τον έμετο
- εκτιμήσει το διατροφικό ιστορικό, τις διατροφικές συνήθειες, τις διαιτητικές προτιμήσεις ή αντιπάθειες του ασθενούς, την ποσότητα και το είδος του

φαγητού που καταναλώνεται ως πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό και υπο μορφή σνακ

- σημειώσει τις αλλαγές στη λειτουργία των εντέρων και την ενδεχόμενη παρουσία άλλων γαστρεντερικών συμπτωμάτων (κάψιμο, αίσθημα βάρους, εντερικοί κωλικοί)
- εκτιμήσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων σχετιζόμενα με καθημερινές δραστηριότητες
- εκτιμήσει τις περιβαλλοντικές συνθήκες (φως, θόρυβος, θερμοκρασία δωματίου)
- πληροφορήσει τον ασθενή ότι η απώλεια μαλλιών είναι παροδική και ότι τα μαλλιά θα επανέλθουν μετά το τέλος της θεραπείας (συνήθως μετά από 2-6 μήνες)
- παρέχει πληροφορίες για αγορά ή δανεισμό περούκας, μαντιλιών και καπέλων
- ενθαρρύνει τον ασθενή να μοιράζεται τα συναισθήματά του σχετικά με τις σωματικές αλλαγές και ακόμη να τον πληροφορεί για την ύπαρξη υποστηρικτικών ομάδων (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004).

2.1.4 Στην ακτινοθεραπεία

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία περιλαμβάνουν:

- Διατήρηση ή αποκατάσταση της ακεραιότητας του δέρματος.
- Πρόληψη της επιμόλυνσης του δέρματος.
- Μείωση της κόπωσης και διατήρηση των καθημερινών δραστηριοτήτων διαβίωσης.
- Διατήρηση σταθερού διατροφικού προγράμματος και σωματικού βάρους.
- Διατήρηση της ακεραιότητας του στοματικού βλεννογόνου.
- Έλεγχος του πόνου από φαρυγγίτιδα/οισοφαγίτιδα.
- Μείωση του βήχα.
- Πρόληψη ή έλεγχος της ναυτίας-εμέτου.
- Πρόληψη ή έλεγχος της διάρροιας.
- Διατήρηση της σεξουαλικής δραστηριότητας κατά το επιθυμητό.

- Μείωση της κυστίτιδας.
- Αντιμετώπιση της αλωπεκίας.
- Μείωση ή έλεγχος του άγχους.
- Διδασκαλία του ασθενούς για αυτοφροντίδα (Μπαρμπούνη Κωνσταντάκου, 2007).

2.1.5 Στις διαγνωστικές εξετάσεις

Η προετοιμασία για τις διαγνωστικές εξετάσεις και η αναμονή των αποτελεσμάτων τους είναι δυνατόν να δημιουργήσουν σημαντικό άγχος στον ασθενή. Οι ασθενείς δεν έχουν να αντιμετωπίσουν μόνο μια απειλητική για τη ζωή τους νόσο αλλά είναι αναγκασμένοι να υποβληθούν σε δυσάρεστες και επώδυνες διαγνωστικές διαδικασίες. Ο ασθενής ενδέχεται να έχει αρκετά ερωτήματα που διστάζει να εκφράσει όπως για παράδειγμα:

- Έχω καρκίνο;
- Έχει επεκταθεί;
- Θα ζήσω;
- Τι είδους θεραπεία θα χρειαστεί;

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός διότι προσφέρει σημαντική υποστήριξη κατά τη διάρκεια αυτής της δύσκολη περιόδου. Όταν οι ασθενείς αρχίσουν να αισθάνονται πιο άνετα με τον νοσηλευτή είναι δυνατόν να εκφράσουν τις ανησυχίες και τους φόβους τους και άλλα συναισθήματά τους. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακούει προσεκτικά τον ασθενή, να τον υποστηρίζει και να του δίνει κατάλληλες πληροφορίες όχι όμως ψεύτικες ελπίδες (*Lemone P. & Burke K., 2006*).

Στην περίπτωση που οι ασθενείς δεν νιώθουν έτοιμοι να συζητήσουν τις ανησυχίες τους ή εκφράζουν θυμό οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να είναι επικριτικοί αλλά να δείχνουν κατανόηση και σεβασμό έτσι ώστε να απομακρύνουν την ένταση και οι ασθενείς να εκφραστούν πιο εύκολα. Επίσης η επικοινωνία με οικεία πρόσωπα του ασθενούς και η υποστήριξή τους είναι αρκετά σημαντική διότι τα άτομα αυτά προσπαθούν να φαίνονται δυνατοί μπροστά στον ασθενή αλλά στην πραγματικότητα αισθάνονται φόβο και ανησυχία.

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο αφορά την αντιμετώπιση των εκδηλώσεων του καρκίνου και των παρενεργειών της θεραπείας. Εφόσον τεθεί η διάγνωση του καρκίνου πρωτεύον μέλημα είναι η αντιμετώπιση της νόσου. Η θεραπεία έχει ως στόχο:

- Απομάκρυνση/ καταστροφή του όγκου ή των κακοήθων κυττάρων.
- Πρόληψη της εμφάνισης μεταστάσεων.
- Περιορισμός της ανάπτυξης των καρκινικών κυττάρων και του μεγέθους του όγκου.
- Προαγωγή της λειτουργικότητας του οργανισμού και ανακούφιση από το πόνο των ασθενών οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία (*Lemone P. & Burke K., 2006*).

2.1.6 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η Προεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στον ασθενή που προγραμματίζεται για χειρουργική επέμβαση. Ο στόχος της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να προετοιμαστεί ο ασθενής σωματικά και ψυχικά για την επέμβαση. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία ελαττώνει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο, το άγχος του ασθενούς και τον κίνδυνο των μετεγχειρητικών επιπλοκών (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2013).

Σύμφωνα με την Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου (2013) ο νοσηλευτής πρέπει να:

- παρέχει ευκαιρίες στον ασθενή ώστε να μπορέσει να εκφράσει τα συναισθήματά του, όσον αφορά στη διάγνωση και την πρόγνωση της νόσου
- του παρέχει βοήθεια έτσι ώστε να προσαρμόζεται σε αλλαγές, σχετικά με τις δραστηριότητές του
- τον πληροφορεί ώστε να βοηθήσει αυτός και η οικογένειά του στο να ανταπεξέλθουν στη χειρουργική θεραπεία
- ενθαρρύνει τον ασθενή να συζητήσει για τις σκέψεις και τις ανησυχίες του
- βοηθήσει στο να αναγνωρίσει, να προσδιορίσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του για την απώλεια τμήματος ή μέλους του σώματός του, τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και την αναμενόμενη πρόοδο
- προωθήσει την αποδοχή μιας θετικής και ρεαλιστικής εικόνας του σώματός του
- βοηθήσει τον ασθενή να απομακρύνει τις στρεσογόνες καταστάσεις
- του διδάξει πώς να εκτελεί πριν το χειρουργείο αυτογενή μυϊκή χαλάρωση
- ρυθμίσει την προγραμματισμένη χορήγηση φαρμάκων
- διευθετήσει τον θόρυβο, τον φωτισμό, τη θερμοκρασία του δωματίου και να ελέγξει την καταλληλότητα του κρεβατιού
- να περιορίσει το επισκεπτήριο (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2013).

2.1.7 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα περιλαμβάνει την υποβοήθηση του χειρουργημένου ασθενούς να ανακτήσει μετεγχειρητικά.

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

- παρακολουθεί τις ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς
- μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά
- παρακολουθεί τις τιμές των ηλεκτρολυτών
- χορηγεί ενδοφλεβίως ή από του στόματος υγρά και αντιεμετικά, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες
- παρακολουθεί τα βλεννώδη εκκρίματα
- παρακολουθεί την αιματολογική εικόνα του ασθενούς
- παρακολουθεί την υπεραιμία του δέρματος
- παρακολουθεί τα επίπεδα πόνου του ασθενούς
 - περιοχή και χαρακτηριστικά
 - αρχή
 - συχνότητα
 - ένταση (από το 0-10)
 - διάρκεια
- παρακολουθεί την έκφραση και κίνηση του ασθενούς
- χορηγεί φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες και το πρωτόκολλο του ιατρού, χρησιμοποιώντας την κατάλληλη δόση
- δίνει οδηγίες στον ασθενή για χαλάρωση
 - συγχρονισμό των δραστηριοτήτων και προγραμματισμός τους από πριν
 - παροχή υποστηρικτικού περιβάλλοντος
 - χρήση διάφορων στρατηγικών μείωσης του πόνου
- ελέγχει για σημεία/συμπτώματα υποθερμιακής, υποπρωτεϊνικής διατροφής του ασθενούς
 - οίδημα
 - αποχρωματισμό μαλλιών
 - πτώση μαλλιών
 - απώλεια μυϊκού ιστού

- δερματοπάθεια
- παρακολουθεί το διαιτολόγιο του ασθενούς
 - προτίμηση φαγητού
 - συμπεριφορά στη λήψη τροφής
 - μέτρηση θερμίδων
 - ενθάρρυνση για καλή στοματική υγιεινή
 - συζήτηση με διαιτολόγο σχετικά με τη δίαιτα και συμπληρώματα διατροφής
 - παροχή σωστής φροντίδας για τους σωλήνες διατροφής (όταν ο ασθενής τρέφεται με γαστρικό σωλήνα)
 - παροχή διδασκαλίας για την διατροφή στον ασθενή και την οικογένειά του, πριν την αποχώρηση από το νοσοκομείο ή σύσταση σε διαιτολόγο (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2013).

2.2 Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις

Κατά την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας λαμβάνονται υπόψη τόσο οι σωματικές ανάγκες του ασθενούς όσο και η συναισθηματική του απάντηση στη διάγνωση του καρκίνου. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τη συναισθηματική υποστήριξη, την εκπαίδευση και την άμεση φροντίδα του ασθενούς πριν και μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη χειρουργική επέμβαση και κατά τη διάρκεια της εφαρμογής των επικουρικών μεθόδων θεραπείας. Στις κυριότερες νοσηλευτικές διαγνώσεις περιλαμβάνονται ο πόνος, η διαταραχές θρέψης και ο προπαρασκευαστικός θρήνος του ασθενούς. Επίσης στην περίπτωση που ο ασθενής έχει υποστεί κολοστομία λαμβάνεται υπόψη ο κίνδυνος διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας.

2.2.1 Πόνος

Κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της χειρουργικής επέμβασης ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί πόνο. Έπειτα από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή μπορεί να εμφανισθεί πόνος στη περιοχή ενός οργάνου που έχει ήδη αφαιρεθεί. Αυτό οφείλεται στη βλάβη των νεύρων κατά τη διάρκεια της ευρείας εκτομής του ορθού. Στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση του πόνου η τεχνική PCA ενώ σε περιπτώσεις πολύ προχωρημένες που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με την τεχνική PCA εφαρμόζεται η συστηματική χορήγηση αναλγητικών.

Ζητήστε από τον ασθενή να βαθμολογήσει την ένταση του πόνου χρησιμοποιώντας μια κατάλληλη κλίμακα και καταγράψτε την ένταση του πόνου. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στο πόνο διαφορετικά. Η αντίδραση στο πόνο μπορεί να επηρεαστεί από θρησκευτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

Ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε ενδοκοιλιακή αιμορραγία, περιτονίτιδα η παραλυτικό ειλεό. Στις περιπτώσεις αυτές θα μπορούσε εσφαλμένα να θεωρηθεί ότι ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή(φυσιολογικός μετεγχειρητικός πόνος).

- Χορηγείτε αναλγητικά πριν από κάποια δραστηριότητα ή παρεμβατική πράξη.
- Εφαρμόστε συμπληρωματικά μέτρα για την ανακούφιση από το πόνο, όπως τη σωστή θέση, την διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης και δραστηριότητες οι οποίες μπορούν να αποσπάσουν την προσοχή του ασθενούς.
- Υποστηρίξτε τη χειρουργική τομή με ένα μαξιλάρι και διδάξτε τον ασθενή πώς να κάνει το ίδιο όταν βήχει και όταν παίρνει βαθιές αναπνοές.

2.2.2 Διαταραχές της θρέψης: Πρόσληψη Μικρότερη των Αναγκών του Οργανισμού

Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας ο ασθενής κινδυνεύει να εμφανίσει διαταραχές στη θρέψη. Έπειτα από τη χειρουργική επέμβαση καταβάλλεται προσπάθεια για την αναπλήρωση σε υγρά και ηλεκτρολύτες και για την επούλωση των τραυμάτων απαιτείται η πρόσληψη επαρκούς ποσότητας θερμίδων και θρεπτικών ουσιών. Επιπλέον όταν ο όγκος είναι προχωρημένος οι μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού μπορεί να είναι αυξημένες και η όρεξη του ασθενούς μειωμένη.

- Αξιολογήστε το επίπεδο θρέψης με βάση το ύψος, το σωματικό βάρος, τη μέτρηση της πτυχής του δέρματος και τα εργαστηριακά ευρήματα.
- Αξιολογήστε εάν ο ασθενής είναι σε θέση να αρχίσει να σιτίζεται από το στόμα χρησιμοποιώντας κάποια κριτήρια όπως: εάν και πόσο πεινάει ο ασθενής, εάν υπάρχουν εντερική ήχοι, εάν έχει αποβάλλει αέρια και εάν υπάρχει ή όχι διάταση της κοιλιάς.
- Παρακολουθήστε και καταγράψτε τις προσβαλλόμενες τροφές και υγρά.
- Ζυγίστε καθημερινά τον ασθενή.
- Περιποιηθείτε τις κεντρικές φλεβικές γραμμές και συνεχίστε τη χορήγηση τις παρεντερικής διατροφής, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Όταν αρχίσει να σιτίζεται από το στόμα, σχεδιάστε ένα διαιτολόγιο στο οποίο θα συμπεριλαμβάνονται τροφές τις οποίες προτιμά ο ασθενής, λαμβάνοντας υπόψιν το καθημερινό πρόγραμμα και το περιβάλλον του.

2.2.3 Προπαρασκευαστικός θρήνος

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε κολεκτομή, καλείται να προσαρμοστεί στην απώλεια ενός οργάνου, ενώ την ίδια στιγμή έρχεται αντιμέτωπος με τη διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή κατάστασης. Ακόμη και αν η πρόγνωση είναι καλή πολλά άτομα αντιλαμβάνονται τον καρκίνο ως θανατηφόρο ασθένεια. Κατά τη διάρκεια της αρχικής φάσης του θρήνου η υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του παίζει

σημαντικό ρόλο ώστε να ενισχύσει τα ψυχικά του αποθέματα και να μπορέσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα.

- Συνεργασθείτε με τον ασθενή και την οικογένειά του ώστε να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης.
- Ακούστε με προσοχή και ενθαρρύνεται τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του να εκφράζουν τους φόβους και τις ανησυχίες.
 - Δείξτε σεβασμό για τις πνευματικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές αξίες και πεποιθήσεις.
 - Ενθαρρύνεται τη συζήτηση για την πιθανή επίδραση της απώλειας στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αλλά και στη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας.
 - Ζητήστε τη βοήθεια ομάδων υποστήριξης ατόμων με καρκίνο, κοινωνικών υπηρεσιών ή ψυχολόγου, ανάλογα με τις ανάγκες.

2.2.4 Κίνδυνος Διαταραχής της Σεξουαλικής Λειτουργίας

Η δημιουργία μιας κολοστομίας αυξάνει το κίνδυνο διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας. Διάφοροι παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή όπως: η διατομή νεύρων και αιμοφόρων αγγείων που νευρώνουν και αιματώνουν τα γεννητικά όργανα, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και άλλα φάρμακα που χορηγούνται μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Ψυχολογικά ο ασθενής που φέρει στομία αντιλαμβάνεται ότι η εικόνα του σώματός του έχει αλλοιωθεί με αποτέλεσμα να μειωθεί η αυτοεκτίμησή του. Ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι είναι ανεπιθύμητος και να φοβάται την απόρριψη έτσι το συναισθηματικό αυτό στρες μπορεί να συμβάλει στη διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας.

- Δώστε την ευκαιρία στον ασθενή και την οικογένεια να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου, τη στομία και τις συνέπειες της εφαρμογής των διαφόρων άλλων μεθόδων θεραπείας.
- Διαβεβαιώστε τον ασθενή και τα σημαντικά γι' αυτό πρόσωπα ότι οι συνέπειες της νόσου και των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων στη σεξουαλική λειτουργία συνήθως είναι προσωρινές.

- Παραπέμψτε τον ασθενή και τον/την σύντροφό του σε κοινωνική υπηρεσία ή ψυχολόγο για περαιτέρω αντιμετώπιση (*Lemone P. & Burke K., 2006*).

2.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις

Οι άνθρωποι όταν έρχονται αντιμέτωποι με δυσάρεστα γεγονότα τα οποία αφορούν την υγεία τους, καλούνται να τα αντιμετωπίσουν και να προσαρμοστούν σε αυτά. Κατά τη διάρκεια της προσαρμογής αυτής διέρχονται από διάφορα στάδια που κατά καιρούς συνυπάρχουν.

1^ο στάδιο: Άρνηση και απομόνωση. Η πρώτη αντίδραση του ατόμου είναι η άρνηση, αρνείται να αποδεχτεί τη διάγνωση ζητώντας εξετάσεις και επανεξετάσεις με την ελπίδα ότι η πρώτη διάγνωση ήταν λανθασμένη. Η άρνηση χρησιμοποιείται από όλους τους αρρώστους, όχι μόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων της αρρώστιας αλλά και αργότερα. Με τη πάροδο του χρόνου ο ασθενής χρησιμοποιεί την απομόνωση περισσότερο παρά την άρνηση. Για να αντιμετωπίσει την κατάσταση και να εγκαταλείψει το στάδιο της άρνησης, απαιτείται αρκετό χρονικό διάστημα.

2^ο στάδιο: Οργή. Η άρνηση αντικαθίσταται με αίσθημα οργής και θυμού, το άτομο αναρωτιέται << γιατί εγώ >>. Ο ασθενής σ' αυτό το στάδιο εκφράζει την οργή του στην οικογένειά του, στους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο σεβασμός και η κατανόηση από την οικογένεια και το προσωπικό του νοσοκομείου θα συμβάλλουν ώστε ο ασθενής να μειώσει την οργή του. Το άτομο θα πρέπει να αντιμετωπίσει του φόβους του σχετικά με το θάνατο και να ενεργοποιήσει μηχανισμούς άμυνας.

3^ο στάδιο: Παζάρεμα. Σ αυτό το στάδιο ο ασθενής επιδιώκει να πετύχει ένα είδος συμφωνίας. Η επιθυμία είναι η προέκταση της ζωής και η μείωση του πόνου. Το παζάρεμα είναι μια προσπάθεια αναβολής όπου το άτομο δεν ζητάει κάτι παραπάνω από την αναβολή αυτή.

4^ο στάδιο: Κατάθλιψη. Η άρνηση και η οργή αντικαθίστανται από την αίσθηση μιας μεγάλης απώλειας. Η απώλεια μπορεί να αφορά την ανδρική ταυτότητα, την εργασία, τους οικονομικούς πόρους κ. α, που οδηγούν τον ασθενή στη θλίψη. Επίσης η θλίψη προετοιμάζει τον ασθενή για το θάνατό του ή την απώλεια της φυσικής του υγείας. Η θλίψη είναι ένα μέσο που επιτρέπει στον άρρωστο να εκφράσει τη λύπη χωρίς να νιώθει ενοχή προκειμένου να φτάσει στη τελική αποδοχή.

5^ο στάδιο: Αποδοχή. Η αποδοχή είναι ένα στάδιο στο οποίο δεν υπάρχουν συναισθήματα από τον άρρωστο. Στη φάση αυτή η οικογένεια χρειάζεται περισσότερη

βοήθεια και κατανόηση διότι όπως ο άρρωστος έτσι και η οικογένεια διέρχεται από διάφορα στάδια. Αρχικά αντιδρούν με σοκ και άρνηση, στη συνέχεια περνούν στο στάδιο της οργής που περιλαμβάνει θυμό, ενοχές και απόγνωση. Ύστερα έρχεται η αποδοχή και η προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα (Πατέρας και συν, 2004).

3^ο ΜΕΡΟΣ

3.1 Νέα ερευνητικά δεδομένα

1) Quality of life after colostomy

Thamilselvam, P., Khairuzi, S., & Fadzli, I. (2013). *Rev Prog, I*(19), 1-4.

Purpose: To assess and improve the quality of life in colostomy patients who underwent Colostomy due to various causes.

Materials and Methods: 112 patients with colostomy were identified and subjected for this study for past 4 years in the Hospital Sultanah Nora Ismail, BatuPahat Johor. Some Patients were identified from ward, some from surgical clinic and few patients were identified through hospital record. The questionnaires were prepared by us and the study was conducted. The patients who were identified from the record, were interviewed through telephone.

Results: Following this study, we identified that most of the patients were depressed and stressed .They were also found to be isolated in the family and facing multiple problems. Some patients avoided certain type of food since the smell from the colostomy bag created most of social problems. This study also identified some family members and some people in the community who were also later counseled regarding the responsibility of giving care to the colostomy patients.

Conclusion: This study finally identified some good solutions which will help others and new colostomy patients to improve their quality of life and minimize their mental stress and social problems.

Μετάφραση

Ποιότητα ζωής μετά από κολοστομία

Σκοπός: Να αξιολογήσει και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς που υποβλήθηκαν Κολοστομία λόγω διαφόρων αιτιών.

Υλικά και μέθοδοι: Προσδιορίστηκαν και υποβλήθηκαν 112 ασθενείς με κολοστομία. Η μελέτη είναι για τα τελευταία 4 χρόνια στο Νοσοκομείο Sultanah Nora Ismail, BatuPahat, Johor. Μερικοί ασθενείς ταυτοποιήθηκαν από το θάλαμο, κάποιιοι από την χειρουργική κλινική και λίγοι ασθενείς εντοπίστηκαν μέσω ιατρικών αρχείων. Τα ερωτηματολόγια ετοιμάστηκαν από εμάς για τη μελέτη που διεξάχθηκε. Οι ασθενείς που εντοπίστηκαν από το αρχείο, συμμετείχαν σε συνέντευξη μέσω τηλεφώνου.

Αποτελέσματα: Μετά από αυτή τη μελέτη, εντοπίσαμε ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς ήταν καταθλιπτικοί και απομονωμένοι στην οικογένεια και αντιμετώπιζαν πολλαπλά προβλήματα. Μερικοί ασθενείς απέφευγαν κάποια είδη τροφής λόγω της μυρωδιάς από την τσάντα κολοστομίας. Επίσης στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε πως η οικογένεια και μερικοί άνθρωποι στην κοινότητα έχουν την ευθύνη για παροχή φροντίδας στους ασθενείς με κολοστομία.

Συμπέρασμα: Αυτή η μελέτη εντόπισε κάποιες καλές λύσεις που θα βοηθήσουν τους ασθενείς με κολοστομία να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και να ελαχιστοποιήσουν το ψυχικό τους άγχος και τα κοινωνικά προβλήματα.

2) Clinical utility of family history for cancer screening and referral in primary care: a report from the family health ware impact trial

Rubinstein, W. S., Acheson, L. S., O'Neill, S. M., Ruffin, M. T., Wang, C., Beaumont, J. L., & Rothrock, N. (2011). *Genetics in Medicine*, 13(11), 956-965.

Purpose: To assess the effectiveness of computerized familial risk assessment and tailored messages for identifying individuals for targeted cancer prevention strategies and motivating behavior change.

Methods: We conducted a randomized clinical trial in primary care patients aged 35–65 years using Family Healthware, a self-administered, internet-based tool that collects family history for six common diseases including breast cancer, colon cancer, and ovarian cancer, stratifies risk into three tiers, and provides tailored prevention messages. Cancer screening adherence and consultation were measured at baseline and 6-month follow-up.

Results: Of 3283 participants, 34% were at strong or moderate risk of at least one of the cancers. Family Healthware identified additional participants for whom earlier screening (colon cancer, 4.4%; breast cancer, women ages: 35–39 years, 9%) or genetic assessment (colon cancer, 2.5%; breast cancer, 10%; and ovarian cancer, 4%) may be indicated. Fewer than half were already adherent with risk-based screening. Screening adherence improved for all risk categories with no difference between intervention and control groups. Consultation with specialists did not differ between groups.

Conclusion: Family Healthware identified patients for intensified cancer prevention. Engagement of clinicians and patients, integration with clinical decision support, and inclusion of no familial risk factors may be necessary to achieve the full potential of computerized risk assessment.

Μετάφραση

Κλινική χρησιμότητα του οικογενειακού ιστορικού για την ανίχνευση καρκίνου και παραπομπή στην πρωτοβάθμια φροντίδα: μια αναφορά από τη δοκιμή οικογενειακής υγείας για τα αντικείμενα υγιεινής.

Σκοπός: Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του μηχανογραφικού οικογενειακού κινδύνου. Αξιολογημένα και εξατομικευμένα μηνύματα για τον εντοπισμό ατόμων για στοχοθετημένα και στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου και κίνητρο για αλλαγή συμπεριφοράς.

Μέθοδος: Διεξήγαμε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε ασθενείς ηλικίας 35-65 ετών που χρησιμοποιούν Family Healthware, είναι ένα διαδικτυακό εργαλείο που συλλέγει το οικογενειακό ιστορικό για έξι ασθένειες συμπεριλαμβανομένου καρκίνου του μαστού, καρκίνου του κόλου και καρκίνου ωοθηκών. Αποστειρώνει τον κίνδυνο σε τρεις βαθμίδες και παρέχει εξατομικευμένα μηνύματα πρόληψης. Η προσκόλληση και η διαβούλευση για τον έλεγχο του καρκίνου μετρήθηκαν κατά την έναρξη και έγινε παρακολούθηση 6 μηνών.

Αποτελέσματα: Από τους 3283 συμμετέχοντες, το 34% ήταν ισχυρός ή μέτριος κίνδυνος τουλάχιστον ενός από τους καρκίνους. Εντοπίστηκαν πρόσθετοι συμμετέχοντες για τους οποίους πραγματοποιήθηκε προηγούμενη προβολή Καρκίνου, 4,4% Καρκίνος του μαστού, γυναίκες ηλικίας: 35-39 ετών, καρκίνος του παχέος εντέρου 2,5%, καρκίνος του μαστού 10%, και Καρκίνο των ωοθηκών,4%. Λιγότερα από τα μισά ήταν ήδη Προσκολλημένα σε διαγνωστικούς ελέγχους με βάση τον κίνδυνο. Η προσκόλληση στη διαλογή βελτιώθηκε. Για όλες τις κατηγορίες κινδύνου χωρίς καμία διαφορά μεταξύ παρέμβασης και Ομάδες ελέγχου η διαβούλευση με τους ειδικούς δεν διέφερε μεταξύ των Ομάδων.

Συμπέρασμα: Το Family Healthware εντόπισε ασθενείς για εντατική πρόληψη του καρκίνου. Η δέσμευση των κλινικών και των ασθενών, ενσωματώνεται με την υποστήριξη των κλινικών αποφάσεων και την ένταξη των μη οικογενειακών παραγόντων κινδύνου η οποία μπορεί να είναι αναγκαία για την επίτευξη του πλήρους δυναμικού της Ηλεκτρονικής αξιολόγησης κινδύνου.

3) Quality of life and barriers to symptom management in colon cancer

Sun, V., Borneman, T., Koczywas, M., Cristea, M., Piper, B. F., Uman, G., & Ferrell, B. (2012). *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 276-280.

Purpose of the research: Pain and fatigue are recognized as critical symptoms that impact QOL for patients with colon cancer. Barriers to optimum pain and fatigue relief include patient-related beliefs and attitudes about the treatment of cancer-related symptoms. The overall objective of this paper was to describe quality of life (QOL) and barriers to pain and fatigue management in patients with colon cancer.

Methods and sample: This longitudinal, descriptive study included was conducted in the ambulatory clinic of one NCI-designated comprehensive cancer center. A cohort of 56 patients with colon cancer and a pain and/or fatigue of ≥ 4 (moderate to severe) was recruited. Subjects completed questionnaires to assess subjective ratings of overall QOL, fatigue, barriers to pain and fatigue, and pain and fatigue knowledge.

Key results: The majority of subjects (58%) reported having moderate to severe (4e6) fatigue at the time of accrual. Overall QOL score was moderate (M \bar{O} 5.20, SD \bar{O} 1.43), and the social well-being subscale had the lowest score (M \bar{O} 4.57, SD \bar{O} 1.82). Patient barriers to pain and fatigue existed in attitudes and beliefs regarding addiction, tolerance, and that fatigue is an inevitable part of cancer and its treatments. Patient knowledge of pain and fatigue was high (77%e88% correct), but lack of knowledge persisted in areas such as addiction to pain medications and utilizing physical activity to manage fatigue.

Conclusions: Several patient-related attitudes and beliefs may hinder optimum relief of symptoms such as pain and fatigue. Social well-being may be a major determinant of overall QOL for patients with colon cancer.

Μετάφραση

Ποιότητα ζωής και εμπόδια στη διαχείριση συμπτωμάτων στον καρκίνο του παχέος εντέρου

Σκοπός της έρευνας: Ο πόνος και η κόπωση αναγνωρίζονται ως κρίσιμα συμπτώματα που επηρεάζουν την QOL για τους ασθενείς με καρκίνο του κόλου. Τα εμπόδια για τον βέλτιστο πόνο και την ανακούφιση από την κόπωση περιλαμβάνουν τις πεποιθήσεις και τις νοοτροπίες που σχετίζονται με τον ασθενή για τη θεραπεία των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο. Ο γενικός στόχος αυτής της εργασίας ήταν να Περιγράψουν την ποιότητα ζωής (QOL) και τα εμπόδια στον πόνο και τη διαχείριση κόπωσης σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Μέθοδοι και δείγμα: Αυτή η διαχρονική, περιγραφική μελέτη που περιληφθεί, διεξήχθη στη περιπατητική Κλινική ενός ολοκληρωμένου κέντρου καρκίνου που ονομάζεται NCI. Συνολικά 56 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και ένας πόνος ή / και κόπωση 4 (μέτρια έως σοβαρή) προσλήφθηκε. Τα ερωτηματολόγια ολοκληρώθηκαν προς την αξιολόγηση των υποκειμενικών αξιολογήσεων του συνολικού QOL, κούραση, εμπόδια στον πόνο και την κόπωση και γνώση στο πόνο και την κόπωση.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ατόμων (58%) ανέφεραν ότι είχαν μέτρια έως σοβαρή κόπωση (4e6) την εποχή εκείνη Των δεδουλευμένων εσόδων. Η συνολική βαθμολογία QOL ήταν μέτρια (M ¼ 5,20, SD ¼ 1,43) και η υποκλίμα κοινωνικής ευημερίας είχε το χαμηλότερο αποτέλεσμα (M ¼ 4,57, SD ¼ 1,82). Τα εμπόδια του ασθενούς στον πόνο και την κόπωση υπήρξαν σε στάσεις και πεποιθήσεις Όσον αφορά τον εθισμό, την ανοχή και ότι η κόπωση είναι αναπόφευκτο μέρος του καρκίνου και των θεραπειών του. Η γνώση του ασθενούς για τον πόνο και την κόπωση ήταν υψηλή (77% e88% σωστή), αλλά η έλλειψη γνώσης συνέχισε σε τέτοιες περιοχές ως εθισμός στα φάρμακα για τον πόνο και με τη χρήση σωματικής δραστηριότητας για τη διαχείριση της κόπωσης.

Συμπεράσματα: Πολλές συμπεριφορές και πεποιθήσεις που σχετίζονται με τον ασθενή ενδέχεται να εμποδίσουν τη βέλτιστη ανακούφιση των συμπτωμάτων αυτών ως πόνο και κόπωση. Η κοινωνική ευημερία μπορεί να είναι ένας βασικός καθοριστικός παράγοντας της συνολικής QOL για ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου.

4) Clinicopathological characteristics of colorectal cancer

Presenting under the age of 50

Jones, H. G., Radwan, R., Davies, M., Evans, M., Khot, U., Chandrasekaran, T. V., & Beynon, J. (2015). *International journal of colorectal disease*, 30(4), 483-489.

Objective Previous: Studies suggest that colorectal cancer (CRC) presenting at a young age tends to be advanced, proximally located and associated with a poor outcome. The aim of this study was to analyse characteristics of CRC in a cohort under the age of 50.

Method: A single center retrospective cohort study of consecutive patients under the age of 50 receiving potentially curative resection was performed. Clinical and pathological data was collected from a prospectively maintained cancer registry database. Of 2799 patients having CRC resections between 2002 and 2013, 103 patients (3.6 %) were under 50, with full survival data available on 98 (3.5 %). An additional 7 patients under 50 had inoperable disease. The proportion of patients under 50 was constant throughout the study period. A group of 98 consecutive patients over the age of 50 undergoing surgery for colorectal cancer in the same center was used for comparison. Just 7 patients (7 %) had pathologically verified FAP or Lynch syndrome, although there was a high suspicion of Lynch syndrome in further 3 patients.

Conclusion: There was a higher proportion of rectal cancer in the under 50s ($p < 0.0001$), although there was no significant difference in the staging of the disease or lymph node positivity. There was a greater incidence of poor differentiation in the younger patients, but there was no effect on 5- year overall survival (71.4 %) which is much higher than in the reported literature. The majority of colorectal cancers presenting under the age of 50 were sporadic, and a higher proportion of rectal cancer was observed compared with the older patients, and as compared to the published literature on younger CRC patients. This paper adds to the literature by demonstrating that despite advanced stage at presentation of colorectal cancer requiring extended surgery and multimodal treatment, this young age group experienced good overall survival.

Μετάφραση

Κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του παχέος εντέρου Παρουσίαση κάτω από την ηλικία των 50 ετών.

Σκοπός: Προηγούμενες μελέτες υποδηλώνουν ότι ο ορθοκολικός καρκίνος (CRC) που εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία τείνει να είναι προχωρημένος, εγγύτερα τοποθετημένος και συνδυασμένος με κακή έκβαση. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αναλύσει τα χαρακτηριστικά του CRC σε μια ομάδα Κάτω από την ηλικία των 50 ετών.

Μέθοδος: Έγινε μία μεμονωμένη μελέτη αναδρομικής ομάδας με μετέπειτα ηλικία ασθενών κάτω των 50 ετών που έλαβαν δυνητικά θεραπευτική εκτομή. Κλινικά και παθολογικά δεδομένα Συλλέχθηκε από μια μελλοντικά διατηρούμενη βάση δεδομένων μητρώου καρκίνου. Από τους 2799 ασθενείς που είχαν εκτομές CRC μεταξύ 2002 και 2013, 103 ασθενείς (3,6%) ήταν κάτω των 50 ετών, με πλήρη στοιχεία επιβίωσης σε 98 (3,5%). Ένας επιπλέον 7 ασθενείς Κάτω από το 50 είχαν ασθένεια. Η αναλογία των ασθενών κάτω των 50 ετών ήταν σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης. Ομάδα 98 διαδοχικών ασθενών ηλικίας άνω των 50 ετών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση Για τον ορθοκολικό καρκίνο στο ίδιο κέντρο χρησιμοποιήθηκε για σύγκριση. Μόλις 7 ασθενείς (7%) είχαν παθολογικά ελεγμένο σύνδρομο FAP ή Lynch, αν και υπήρχε μεγάλη υποψία Του συνδρόμου Lynch σε άλλους 3 ασθενείς.

Συμπέρασμα: Υπήρχε υψηλότερη αναλογία καρκίνου του ορθού στην ηλικία κάτω των 50 ετών ($p < 0,0001$), αν και δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη σταδιοποίηση της νόσου ή της θετικότητας των λεμφαδένων. Υπήρξε μεγαλύτερη συχνότητα κακής διαφοροποίησης στους νεότερους ασθενείς, αλλά δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση στη συνολική επιβίωση 5 ετών (71,4%), η οποία είναι πολύ υψηλότερη από την αναφερόμενη βιβλιογραφία. Η πλειονότητα των καρκίνων του παχέος εντέρου που εμφανίζονται κάτω από την ηλικία των 50 ετών ήταν σποραδικές και παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αναλογία καρκίνου του ορθού σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους ασθενείς και σε σύγκριση με τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία για τους νεότερους ασθενείς με CRC. Αυτό το έγγραφο προσθέτει στη βιβλιογραφία αποδεικνύοντας ότι παρά το προχωρημένο στάδιο στην παρουσίαση του ορθοκολικού καρκίνου που απαιτεί εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση και Πολύτροπή θεραπεία, αυτή η ηλικιακή ομάδα γνώρισε καλή γενική επιβίωση.

5) Colonoscopy versus Fecal Immunochemical Testing in Colorectal-Cancer Screening

Quintero, E., Castells, A., Bujanda, L., Cubiella, J., Salas, D., Lanás, Á, & Jover, R. (2012). *New England Journal of Medicine*, 366(8), 697-706

Background: Colonoscopy and fecal immunochemical testing (FIT) are accepted strategies for colorectal-cancer screening in the average-risk population.

Methods: In this randomized, controlled trial involving asymptomatic adults 50 to 69 years of age, we compared one-time colonoscopy in 26,703 subjects with FIT every 2 years in 26,599 subjects. The primary outcome was the rate of death from colorectal cancer at 10 years. This interim report describes rates of participation, diagnostic findings, and occurrence of major complications at completion of the baseline screening. Study outcomes were analyzed in both intention-to-screen and as-screened populations.

Results: The rate of participation was higher in the FIT group than in the colonoscopy group (34.2% vs. 24.6%, $P < 0.001$). Colorectal cancer was found in 30 subjects (0.1%) in the colonoscopy group and 33 subjects (0.1%) in the FIT group (odds ratio, 0.99; 95% confidence interval [CI], 0.61 to 1.64; $P = 0.99$). Advanced adenomas were detected in 514 subjects (1.9%) in the colonoscopy group and 231 subjects (0.9%) in the FIT group (odds ratio, 2.30; 95% CI, 1.97 to 2.69; $P < 0.001$), and no advanced adenomas were detected in 1109 subjects (4.2%) in the colonoscopy group and 119 subjects (0.4%) in the FIT group (odds ratio, 9.80; 95% CI, 8.10 to 11.85; $P < 0.001$).

Conclusions: Subjects in the FIT group were more likely to participate in screening than were those in the colonoscopy group. On the baseline screening examination, the numbers of subjects in whom colorectal cancer was detected were similar in the two study groups, but more adenomas were identified in the colonoscopy group. (Funded by Instituto de Salud Carlos III and others; ClinicalTrials.gov number, NCT00906997.)

Μετάφραση

Κολονοσκόπηση έναντι της κοπριακής ανοσοχημικής δοκιμασίας στην εξέταση του παχέος εντέρου-καρκίνου.

Ιστορικό: Η κολονοσκόπηση και οι δοκιμασίες ανοσοχημικών κοπράνων (FIT) είναι αποδεκτές στρατηγικές για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του ορθοκολικού καρκίνου στον πληθυσμό μέσου κινδύνου.

Μέθοδος: Σε αυτή την τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη που αφορούσε ασυμπτωματικούς ενήλικες ηλικίας 50 έως 69 ετών, συγκρίναμε μία φορά κολονοσκόπηση σε 26.703 άτομα με FIT κάθε 2 χρόνια σε 26.599 άτομα. Το κύριο αποτέλεσμα ήταν ο ρυθμός θανάτου από τον καρκίνο του παχέος εντέρου σε 10 χρόνια. Αυτή η ενδιάμεση αναφορά περιγράφει τα ποσοστά συμμετοχής, τα διαγνωστικά ευρήματα και την εμφάνιση σημαντικών επιπλοκών κατά την ολοκλήρωση της βασικής ανίχνευσης. Τα αποτελέσματα της μελέτης αναλύθηκαν τόσο σε πληθυσμούς με σκοπό την παρακολούθηση όσο και σε πληθυσμούς υπό εξέταση.

Αποτελέσματα: Ο ρυθμός συμμετοχής ήταν υψηλότερος στην ομάδα FIT από ό, τι στην ομάδα κολονοσκόπησης (34,2% έναντι 24,6%, $P < 0,001$). Ο ορθοκολικός καρκίνος βρέθηκε σε 30 άτομα (0,1%) στην ομάδα κολονοσκόπησης και 33 άτομα (0,1%) στην ομάδα FIT (αναλογία πιθανότητας 0,99, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI], 0,61-1,64, $P = 0,99$). Τα προχωρημένα αδενώματα ανιχνεύθηκαν σε 514 άτομα (1,9%) στην ομάδα κολονοσκόπησης και 231 άτομα (0,9%) στην ομάδα FIT (αναλογία πιθανότητας, 2,30, 95% CI, 1,97 έως 2,69, $P < 0,001$) Σε 1109 υποκείμενα (4,2%) στην ομάδα κολονοσκόπησης και 119 άτομα (0,4%) στην ομάδα FIT (αναλογία πιθανότητας, 9,80, 95% CI, 8,10 έως 11,85, $P < 0,001$).

Συμπέρασμα: Τα άτομα στην ομάδα FIT ήταν πιο πιθανό να συμμετάσχουν στη διαλογή από ό, τι στην ομάδα κολονοσκόπησης. Στην εξέταση της βασικής γραμμής, ο αριθμός των ατόμων στους οποίους ανιχνεύθηκε καρκίνος του παχέος εντέρου ήταν παρόμοιος στις δύο μελέτες αλλά περισσότερα αδενώματα εντοπίστηκαν στην ομάδα κολονοσκόπησης. (Χρηματοδοτείται από το Instituto de Salud Carlos III και άλλους · αριθμός ClinicalTrials.gov, NCT00906997.)

6) The Influence of Social Support From the Family on Health Related-Quality of Life in Persons With a Colostomy

Leyk, M., Ksiazek, J., Habel, A., Dobosz, M., Kruk, A., & Terech, S. (2014). *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(6), 581-588

PURPOSE: We evaluated the influence of social support on health-related quality of life (HRQOL) in persons with a colostomy, taking into account time since surgery.

SUBJECTS AND SETTINGS: The study was conducted in 8 cities in Poland. The sample comprised 128 patients with a colostomy; their mean age was 66.24 years. Forty-five percent of participants had lived with a colostomy for more than 5 years, and 16% had a colostomy for less than 1 year.

INSTRUMENTS: The questionnaire used in the study included 76 questions divided into 3 parts. The first part comprised 8 questions that queried demographic characteristics. Parts 2 and 3 included 2 validated scales assessing HRQOL and social support, respectively. Health-related quality of life was assessed using the Functional Assessment of Cancer Therapy–Colorectal instrument. Social support received was assessed using the Berlin Social Support Scale. In the case of both scales, the respondents were asked to assess their status during the last 7 days.

METHODS: The study was conducted by an interviewer during monthly meetings of colostomy support groups as well as during hospitalization. The respondents gave their verbal answers to questions read by the interviewer or completed the questionnaires by themselves. After the questionnaire was completed, the interviewer verify end completeness of answers. The outcome time elapsed since surgery was categorized as 3 subgroups: (1) respondents having a colostomy 1 year or less, (2) respondents having colostomy for more than 1 or up to 5 years, and (3) respondents having colostomy more than 5 years.

RESULTS: Analysis revealed a statistically significant relationship between level of social support and HRQOL among persons with a colostomy ($R = 0.361$, $P = .000029$). Moreover, we observed that the time elapsed since colostomy surgery influenced this relationship. Level of social support and HRQOL were not significantly related in persons living with a colostomy ≤ 1 year ($R = 0.155$,

$P = .525$). The correlation was significant in persons with a colostomy for more than 1 to but less than 5 years ($R = 0.329$, $P = .02$), and in individuals living with a colostomy for more than 5 years ($R = 0.482$, $P = .0001$).

CONCLUSIONS: Persons with permanent colostomies and the higher level of social support from family reported higher HRQOL than did persons with lower levels of social support. Time elapsed since colostomy surgery exerts a positive effect on this relationship; the longer the patients live with a colostomy, the greater the influence of social support.

KEY WORDS: colostomy, family, ostomy, quality of life, social support.

Μετάφραση

Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια στην ποιότητα ζωής της υγείας σε άτομα με κολοστομία

Σκοπός: Αξιολογήσαμε την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) σε άτομα με κολοστομία, λαμβάνοντας υπόψη το χρόνο από τη χειρουργική επέμβαση

Θέματα και ρυθμίσεις: Η μελέτη διεξήχθη σε 8 πόλεις στην Πολωνία. Το δείγμα περιελάμβανε 128 ασθενείς με κολοστομία. Η μέση ηλικία τους ήταν 66,24 έτη. Το σαράντα τοις εκατό των συμμετεχόντων είχε ζήσει με κολοστομία για περισσότερο από 5 χρόνια και το 16% είχε κολοστομία για λιγότερο από 1 χρόνο.

Μέσα: Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη περιελάμβανε 76 ερωτήματα χωρισμένα σε 3 μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε 8 ερωτήματα που διερεύνησαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα μέρη 2 και 3 περιλάμβαναν 2 επικυρωμένες κλίμακες αξιολόγησης του HRQOL και της κοινωνικής υποστήριξης αντίστοιχα. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία εκτιμήθηκε με τη χρήση της Λειτουργικής Αξιολόγησης του Καρκίνου Θεραπείας-Κολλανοκαρδιακού οργάνου. Η κοινωνική υποστήριξη που δόθηκε αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τη κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης του Βερολίνου. Στην περίπτωση και των δύο κλιμάκων, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν την κατάστασή τους τις τελευταίες 7 ημέρες.

Μέθοδοι: Η μελέτη διεξήχθη από έναν ερευνητή κατά τη διάρκεια μηνιαίων συνεδριάσεων ομάδων υποστήριξης της κολοστομίας καθώς και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Οι ερωτηθέντες έδωσαν τις προφορικές απαντήσεις τους σε ερωτήσεις που διαβίβασε ο ερωτώμενος ή ολοκλήρωσαν τα ερωτηματολόγια από μόνοι τους. Αφού ολοκληρώθηκε το ερωτηματολόγιο, ο ερωτώμενος επαλήθευσε την πληρότητα των απαντήσεων. Ο χρόνος έκβασης που πέρασε από την επέμβαση χαρακτηρίστηκε ως 3 υποομάδες: (1) ερωτηθέντες με κολοστομία 1 έτος ή λιγότερο, (2) ερωτηθέντες με κολοστομία για περισσότερο από 1 ή έως 5 έτη, και (3) ερωτηθέντες με κολοστομία άνω των 5 Χρόνια

Αποτελέσματα: Η ανάλυση αποκάλυψε μια στατιστικά σημαντική σχέση Μεταξύ του επιπέδου της κοινωνικής υποστήριξης και του HRQOL μεταξύ των ατόμων με κολοστομία ($R = 0,361$, $P = 0,000029$). Επιπλέον, παρατηρήσαμε ότι ο χρόνος που πέρασε από τη χειρουργική επέμβαση κολοστομίας επηρέασε αυτή τη σχέση. Το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης και HRQOL δεν είχαν σημαντική σχέση σε άτομα που ζούσαν με κολοστομία ≤ 1 έτος ($R = 0,155$, $P = .525$). Η συσχέτιση ήταν σημαντική σε άτομα με κολοστομία για περισσότερο από 1 έως και 5 χρόνια ($R = 0,329$, $P = 0,02$) και σε άτομα που ζούσαν με κολοστομία για περισσότερο από 5 χρόνια ($R = 0,482$, $P = .0001$).

Συμπεράσματα: Τα άτομα με μόνιμη κολοστομία και το υψηλότερο επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια ανέφεραν υψηλότερο HRQOL από ό, τι τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης. Ο χρόνος που πέρασε από τη χειρουργική επέμβαση κολοστομίας ασκεί θετική επίδραση στη σχέση αυτή. Όσο μεγαλύτεροι είναι οι ασθενείς με κολοστομία, τόσο μεγαλύτερη είναι η επιρροή της κοινωνικής υποστήριξης.

Λέξεις κλειδιά: κολοστομία, οικογένεια, οστομία, ποιότητα ζωής, κοινωνική υποστήριξη

7) Laparoscopic Colon Resections with Discharge Less Than 24 Hours

Dobradin, A., Ganji, M., Alam, S. E., & Kar, P. M. (2013). *JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 17(2), 198.

Background and Objectives: A short hospital stay is one of the main advantages of laparoscopic surgery. Previous studies have shown that after a multimodal fast-track process, the hospital length of stay can be shortened to between 2 and 5 days. The objective of this review is to show that the hospital length of stay can, in some cases, be reduced to <24 hours.

Methods: This study retrospectively reviews a surgeon's experience with laparoscopic surgery over a 12-month period. Seven patients were discharged home within 24 hours after minimally invasive laparoscopic surgical treatment, following a modified fast-track protocol that was adopted for perioperative care.

Results: Of the 7 patients, 4 received laparoscopic right hemicolectomy for malignant disease and 3 underwent sigmoid colectomies for recurrent diverticulitis. The mean hospital stay was 21 hours, 47 minutes; the mean volume of intraoperative fluid (lactated Ringer) was 1850 mL; the mean surgical blood loss was only 74.3 mL; the mean duration of surgery was 118 minutes; and the patients were ambulated and fed a liquid diet after recovery from anesthesia. The reviewed patients had functional gastrointestinal tracts and were agreeable to the timing of discharge. On the follow-up visit, they showed no adverse consequences such as bleeding, infection, or anastomotic leak.

Conclusion: Laparoscopic colon surgery that incorporated multimodal perioperative care allowed patients to be discharged within the first 24 hours. Careful postoperative outpatient follow-up is important in monitoring complications such as anastomotic leak, which may not present until postoperative day 5.

Key Words: Length of stay, Fast track, Laparoscopic colectomy.

Μετάφραση

Λαπαροσκοπική επανάληψη του παχέος εντέρου με εκκένωση λιγότερο από 24 ώρες

Ιστορικό και στόχοι: Μια σύντομη παραμονή στο νοσοκομείο είναι ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι μετά από μια πολυτροπική διαδικασία ταχείας παρακολούθησης, η διάρκεια της διαμονής στο νοσοκομείο μπορεί να μειωθεί σε διάστημα μεταξύ 2 και 5 ημερών. Ο στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι να δείξει ότι η διάρκεια διαμονής στο νοσοκομείο μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να μειωθεί σε 24 ώρες

Μέθοδοι: Αυτή η μελέτη ανασκοπεί αναδρομικά την εμπειρία ενός χειρουργού με τη λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση σε περίοδο 12 μηνών. Επτά ασθενείς απελευθερώθηκαν εντός 24 ωρών μετά την ελάχιστη επεμβατική λαπαροσκοπική χειρουργική αγωγή, ακολουθώντας ένα τροποποιημένο πρωτόκολλο ταχείας παρακολούθησης που υιοθετήθηκε για τη διεγχειρητική περίθαλψη.

Αποτελέσματα: Από τους 7 ασθενείς, οι 4 έλαβαν λαπαροσκοπική δεξιά ημικυτοεκτομή για κακοήγη νόσο και 3 υποβλήθηκαν σε σιγμοειδές συλλεκτορίες για υποτροπιάζουσες εκκολπωματίσεις. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 21 ώρες, 47 λεπτά. Ο μέσος όγκος του ενδοεγχειρητικού υγρού (Ringer με γαλακτικό οξύ) ήταν 1850 mL. Η μέση χειρουργική απώλεια αίματος ήταν μόνο 74,3 mL. Η μέση διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ήταν 118 λεπτά. Και οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε δίαιτα και τράφηκαν με υγρή δίαιτα μετά από ανάκτηση από την αναισθησία. Οι εξετασθέντες ασθενείς είχαν λειτουργικές γαστρεντερικές οδούς και ήταν ευχαριστημένοι με το χρονισμό της απόρριψης. Στην επίσκεψη παρακολούθησης, δεν έδειξαν αρνητικές συνέπειες όπως αιμορραγία, λοίμωξη ή αναστομωτική διαρροή.

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση παχέος εντέρου που ενσωμάτωσε την πολυτροπική περιεγχειρητική φροντίδα επέτρεψε στους ασθενείς να αποφορτιστούν εντός των πρώτων 24 ωρών. Η προσεκτική μετεγχειρητική παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών είναι σημαντική για την παρακολούθηση

επιπλοκών όπως η ανατομική διαρροή, η οποία μπορεί να μην εμφανιστεί μέχρι την μετεγχειρητική 5η ημέρα

Λέξεις-κλειδιά: Μήκος διαμονής, Ταχεία διαδρομή, Λαπαροσκοπική συλλεκτομή.

8) Cancer Treatment Survey (CaTS): development and validation of a new instrument to measure patients' preparation for chemotherapy and radiotherapy

Schofield, P., Gough, K., Ugalde, A., Carey, M., Aranda, S., & Sanson-Fisher, R. (2012). *Psycho-Oncology*, 21(3), 307-315.

Objective: Cancer patients experience high levels of pre-treatment anxiety. Chemotherapy and radiotherapy are threatening medical procedures. Preparation for these procedures should include the provision of sensory and procedural information, and addressing fears. The aim of this study was to develop a cancer treatment survey (CaTS) to assess the preparation for chemotherapy and radiotherapy in cancer patients.

Methods: Drawing on evidence for how to prepare patients for threatening procedures, items were generated by psychosocial/clinical experts and pilot tested with cancer patients. The 36- item draft CaTS was administered to 192 cancer patients commencing chemotherapy for lymphoma, breast or colon cancer. Participants also completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and basic medical and demographic information was recorded.

Results: A systematic process of item selection removed 11 items. Factor analysis indicated a two-factor solution, with 11 items representing sensory/psychological concerns and 14 items representing procedural concerns. The two subscales demonstrated excellent internal reliability with Cronbach's alpha both over 0.90 and the average inter-item correlation for each scale exceeded 0.30. Divergent validity was established for both CaTS subscales with the HADS-A -T (all $r > 0.30$). Younger participants (under 65 years of age) had significantly greater procedural concerns ($p < 0.001$; medium effect).

Conclusions: The CaTS is a two factor, 25-item measure that assesses sensory/psychological concerns and procedural concerns relating to cancer treatment.

The instrument provides a reliable and valid outcome measure for interventions to prepare cancer patients for chemotherapy and radiotherapy.

Μετάφραση

Έρευνα για την αντιμετώπιση του καρκίνου (CaTS): ανάπτυξη και επικύρωση ενός νέου μέσου για τη μέτρηση της προετοιμασίας των ασθενών για χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία

Στόχος: Οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα άγχους πριν από τη θεραπεία. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία απειλούν τις ιατρικές διαδικασίες. Η προετοιμασία αυτών των διαδικασιών πρέπει να περιλαμβάνει την παροχή αισθητηριακών και διαδικαστικών πληροφοριών και την αντιμετώπιση των φόβων. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η ανάπτυξη μιας έρευνας για την αντιμετώπιση του καρκίνου (CaTS) για την αξιολόγηση της προετοιμασίας για χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο.

Μέθοδοι: Με βάση στοιχεία για την προετοιμασία των ασθενών για απειλητικές επεμβάσεις, τα αντικείμενα δημιουργήθηκαν από ψυχοκοινωνικούς / κλινικούς εμπειρογνώμονες και πειραματόζωα δοκιμασμένους με καρκινοπαθείς. Το 36 ημερήσιο σχέδιο CaTS χορηγήθηκε σε 192 ασθενείς με καρκίνο που άρχισαν χημειοθεραπεία για λέμφωμα, καρκίνο του μαστού ή του κόλου. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν επίσης την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης του Νοσοκομείου (HADS) και καταγράφηκαν βασικές ιατρικές και δημογραφικές πληροφορίες.

Αποτελέσματα: Μια συστηματική διαδικασία επιλογής αντικειμένων απέσυρε 11 στοιχεία. Η ανάλυση παραγόντων έδειξε μια λύση δύο παραγόντων, με 11 στοιχεία που αντιπροσωπεύουν αισθητηριακές / ψυχολογικές ανησυχίες και 14 στοιχεία που αντιπροσωπεύουν διαδικαστικές ανησυχίες. Οι δύο υποκλίμακες επέδειξαν εξαιρετική εσωτερική αξιοπιστία με το Alpha του Cronbach πάνω από το 0,90 και η μέση συσχέτιση μεταξύ στοιχείων για κάθε κλίμακα ξεπέρασε το 0,30. Έχει καθοριστεί διαφορετική ισχύς και για τα δύο υποκείμενα του CaTS με τα HADS-A και -T (όλα $\geq 0,30$). Οι μικρότεροι συμμετέχοντες (κάτω των 65 ετών) είχαν σημαντικά μεγαλύτερες διαδικαστικές ανησυχίες ($p < 0,001$, μεσαία επίδραση).

Συμπεράσματα: Το CaTS είναι ένα μέτρο δύο παραμέτρων, το οποίο αξιολογεί τις αισθητηριακές / ψυχολογικές ανησυχίες και τις διαδικαστικές ανησυχίες σχετικά με την αντιμετώπιση του καρκίνου. Το εργαλείο παρέχει ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο έκβασης για παρεμβάσεις για την προετοιμασία καρκινοπαθών για χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Λέξεις-κλειδιά: μέτρηση; επικύρωση; Χημειοθεραπεία; ακτινοθεραπεία; Προετοιμασία καρκίνου.

9) Factors Influencing Communication Between the Patients with Cancer and their Nurses in Oncology Wards

Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd, H., & Ghahramanian, A. (2014). *Indian journal of palliative care*, 20(1), 12.

Aims: The purpose of this study was to demonstrate the factors influencing nurse-patient communication in cancer care in Iran.

Materials and Methods: This study was conducted with a qualitative conventional content analysis approach in oncology wards of hospitals in Tabriz. Data was collected through purposive sampling by semi-structured deep interviews with nine patients, three family members and five nurses and analyzed simultaneously. Robustness of data analysis was evaluated by the participants and external control.

Results: The main theme of the research emerged as “three-factor effects” that demonstrates all the factors related to the patient, nurse, and the organization and includes three categories of “Patient as the center of communication”, “Nurse as a human factor”, and “Organizational structures”. The first category consists of two sub-categories of “Imposed changes by the disease” and the “patient's particular characteristics”. The second category includes sub-categories of “sense of vulnerability” and “perception of professional self: Pre-requisite of patient-centered communication”. The third category consists of the sub-categories of “workload and time imbalance”, “lack of supervision”, and “impose duties in context of neglecting

nurse and patient needs”. Characteristics of the patients, nurses, and care environment seemed to be the influential factors on the communication.

Conclusions: In order to communicate with cancer patients effectively, changes in philosophy and culture of the care environment are essential. Nurses must receive proper trainings which meet their needs and which focus on holistic and patient-centered approach.

Keywords: Cancer, Effective factors, Nurse-patient communication, Oncology

Μετάφραση

Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών με καρκίνο και των νοσοκόμων τους στους θαλάμους ογκολογίας

Στόχος: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αποδείξει τους παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία νοσοκόμων-ασθενών στην περίθαλψη του καρκίνου στο Ιράν.

Υλικά και μέθοδοι: Η μελέτη αυτή διεξήχθη με μια ποιοτική προσέγγιση συμβατικής ανάλυσης περιεχομένου στις ογκολογικές κλινικές των νοσοκομείων στο Tabriz. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω σκόπιμης δειγματοληψίας με ημιδομημένες βαθιές συνεντεύξεις με εννέα ασθενείς, τρία μέλη της οικογένειας και πέντε νοσηλευτές και αναλύθηκαν ταυτόχρονα. Η ανθεκτικότητα της ανάλυσης δεδομένων αξιολογήθηκε από τους συμμετέχοντες και τον εξωτερικό έλεγχο.

Αποτελέσματα: Το κύριο θέμα της έρευνας προέκυψε ως «επίδραση τριών παραγόντων» που δείχνει όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, τη νοσοκόμα και την οργάνωση και περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες «Ασθενής ως κέντρο επικοινωνίας», «Νοσοκόμα ως ανθρώπινο παράγοντα», , και "Οργανωτικές δομές". Η πρώτη κατηγορία αποτελείται από δύο υποκατηγορίες "Επιβαλλόμενες αλλαγές από τη νόσο" και τα "ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς". Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει υπο-κατηγορίες "αίσθησης ευπάθειας" και "αντίληψη του επαγγελματικού εαυτού: Προϋπόθεση επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή". Η τρίτη κατηγορία αποτελείται από τις υποκατηγορίες "φόρτου εργασίας και ανισορροπίας χρόνου", "έλλειψη εποπτείας" και "επιβάλλει καθήκοντα στο πλαίσιο της παραμέλησης των αναγκών των νοσοκόμων και των ασθενών". Χαρακτηριστικά των ασθενών, των

νοσοκόμων και του περιβάλλοντος φροντίδας φαίνεται να είναι οι σημαντικοί παράγοντες στην επικοινωνία.

Συμπέρασμα: Προκειμένου να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς με καρκίνο, οι αλλαγές στη φιλοσοφία και τον πολιτισμό του περιβάλλοντος φροντίδας είναι απαραίτητες. Οι νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν κατάλληλες εκπαιδεύσεις που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους και οι οποίες επικεντρώνονται σε μια ολιστική προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος, Αποτελεσματικοί παράγοντες, επικοινωνία νοσηλευτών-ασθενών, Ογκολογία.

10) Sexual Dysfunction among Patients having undergone Colostomy and its Relationship with Self-Esteem

Ozturk, O., Yalcin, B. M., Unal, M., Yildirim, K., & Ozlem, N. (2015). *J Family Med Community Health*, 2(1), 1028.

Objective: This study investigated sexual problems which may be faced by patients of either gender after undergoing temporary or permanent colostomy and the relationship between these problems and self-esteem.

Materials and Methods: 42 participants undergoing temporary or permanent colostomy (study group) at the Samsun Education and Research Hospital and 42 participants working as auxiliary staff in the same hospital (control group) were included in the study. All participants completed a questionnaire investigating socio-demographic characteristics and the Rosenberg Self-Esteem Scale. Female participants also completed the Female Sexual Function Index and male participants the International Index of Erectile Function by the sealed envelope method. After one week, the data obtained from the questionnaires were evaluated among the groups.

Findings: In the study group, 17 out of 42 cases (40%) had undergone permanent colostomy and 25 temporary colostomy. Self-esteem levels in the study group were lower (1.01 ± 1.13) than those in the control group (0.5 ± 0.44) ($p=0.021$). There was a significant relationship between male patients' IIEF scores and the self-esteem scale

($r=0.123$, $p=0.013$). Male cases (45.00 ± 23.71 points) in the study group had lower IIEF test scores (59.0 ± 21.31) than the control group ($p=0.026$). Females with colostomy had significantly lower scores than the control group in the “arousal” subgroup only ($p=0.045$). Males with temporary colostomy had higher IIEF and all subgroup scores than the permanent colostomy group, and females had higher scores on the arousal, satisfaction and pain subscales.

Conclusion: Cases of permanent colostomy have more serious sexual problems than those with temporary colostomy. More detailed studies are needed concerning sexual problems faced by patients who have undergone colostomy.

Μετάφραση

Σεξουαλική δυσλειτουργία μεταξύ ασθενών που έχουν υποβληθεί σε κολοστομία και της σχέσης τους με την αυτοεκτίμηση

Σκοπός: Αυτή η μελέτη διερεύνησε τα σεξουαλικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς κάθε φύλου μετά από προσωρινή ή μόνιμη κολοστομία και τη σχέση μεταξύ αυτών των προβλημάτων και αυτοσεβασμού.

Υλικά και Μέθοδοι: 42 συμμετέχοντες που υποβλήθηκαν σε προσωρινή ή μόνιμη κολοστομία (ομάδα μελέτης) στο Εκπαιδευτικό και Ερευνητικό Νοσοκομείο Samsun και 42 συμμετέχοντες που εργάστηκαν ως βοηθητικοί υπάλληλοι στο ίδιο νοσοκομείο (ομάδα ελέγχου) περιλαμβάνονται στη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που διερεύνησε τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και τη κλίμακα αυτοεκτίμησης Rosenberg. Οι γυναίκες συμμετέχοντες συμπλήρωσαν επίσης το Δείκτη Γυναικείας Σεξουαλικής Λειτουργίας και τους άνδρες συμμετέχοντες στον Διεθνή Δείκτη Στυτικής Λειτουργίας με τη μέθοδο του σφραγισμένου φακέλου. Μετά από μια εβδομάδα, τα στοιχεία που ελήφθησαν από τα ερωτηματολόγια αξιολογήθηκαν μεταξύ των ομάδων.

Ευρήματα: Στην ομάδα μελέτης, 17 από τις 42 περιπτώσεις (40%) είχαν υποβληθεί σε μόνιμη κολοστομία και 25 προσωρινή κολοστομία. Τα επίπεδα αυτοσεβασμού στην ομάδα μελέτης ήταν χαμηλότερα ($1,01 \pm 1,13$) από αυτά της ομάδας ελέγχου ($0,5 \pm 0,44$) ($p = 0,021$). Υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ των βαθμολογιών IIEF των αρσενικών ασθενών και της κλίμακας αυτοσεβασμού ($r = 0,123$, $p = 0,013$). Οι

αρσενικές περιπτώσεις ($45,00 \pm 23,71$ μονάδες) στην ομάδα μελέτης είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες δοκιμών ΠΕΦ ($59,0 \pm 21,31$) από την ομάδα ελέγχου ($p = 0,026$). Τα θηλυκά με κολοστομία είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες από την ομάδα ελέγχου στην υποομάδα "διέγερση" μόνο ($p = 0,045$). Τα αρσενικά με προσωρινή κολοστομία είχαν υψηλότερη βαθμολογία ΠΕΦ και όλες τις υποομάδες από τη μόνιμη ομάδα κολοστομίας και τα θηλυκά είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα διέγερσης, ικανοποίησης και πόνου.

Συμπέρασμα: Οι περιπτώσεις μόνιμης κολοστομίας έχουν σοβαρότερα σεξουαλικά προβλήματα από εκείνα με προσωρινή κολοστομία. Απαιτούνται λεπτομερέστερες μελέτες σχετικά με τα σεξουαλικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε κολοστομία.

11) Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCORE-5-a population-based study

De Angelis, R., Sant, M., Coleman, M. P., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., & Bielska-Lasota, M. (2014). *The lancet oncology*, 15(1), 23-34.

BACKGROUND: Cancer survival is a key measure of the effectiveness of health-care systems. EUROCORE-the largest cooperative study of population-based cancer survival in Europe-has shown persistent differences between countries for cancer survival, although in general, cancer survival is improving. Major changes in cancer diagnosis, treatment, and rehabilitation occurred in the early 2000s. EUROCORE-5 assesses their effect on cancer survival in 29 European countries.

METHODS: In this retrospective observational study, we analyzed data from 107 cancer registries for more than 10 million patients with cancer diagnosed up to 2007 and followed up to 2008. Uniform quality control procedures were applied to all datasets. For patients diagnosed 2000-07, we calculated 5-year relative survival for 46 cancers weighted by age and country. We also calculated country-specific and age-specific survival for ten common cancers, together with survival differences between time periods (for 1999-2001, 2002-04, and 2005-07).

FINDINGS: 5-year relative survival generally increased steadily over time for all European regions. The largest increases from 1999-2001 to 2005-07 were for prostate cancer (73.4% [95% CI 72.9-73.9] vs 81.7% [81.3-82.1]), non-Hodgkin lymphoma

(53.8% [53.3-54.4] vs 60.4% [60.0-60.9]), and rectal cancer (52.1% [51.6-52.6] vs 57.6% [57.1-58.1]). Survival in eastern Europe was generally low and below the European mean, particularly for cancers with good or intermediate prognosis. Survival was highest for northern, central, and southern Europe. Survival in the UK and Ireland was intermediate for rectal cancer, breast cancer, prostate cancer, skin melanoma, and non-Hodgkin lymphoma, but low for kidney, stomach, ovarian, colon, and lung cancers. Survival for lung cancer in the UK and Ireland was much lower than for other regions for all periods, although results for lung cancer in some regions (central and eastern Europe) might be affected by overestimation. Survival usually decreased with age, although to different degrees depending on region and cancer type.

INTERPRETATION: The major advances in cancer management that occurred up to 2007 seem to have resulted in improved survival in Europe. Likely explanations of differences in survival between countries include: differences in stage at diagnosis and accessibility to good care, different diagnostic intensity and screening approaches, and differences in cancer biology. Variations in socioeconomic, lifestyle, and general health between populations might also have a role. Further studies are needed to fully interpret these findings and how to remedy disparities.

Μετάφραση

Η επιβίωση του καρκίνου στην Ευρώπη 1999-2007 ανά χώρα και ηλικία: αποτελέσματα του EUROCARE - 5η δημογραφική μελέτη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Η επιβίωση του καρκίνου αποτελεί βασικό μέτρο της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Το EUROCARE - η μεγαλύτερη μελέτη συνεργασίας στον πληθυσμό με βάση την επιβίωση του καρκίνου στην Ευρώπη - έχει επιδείξει επίμονες διαφορές μεταξύ των χωρών για την επιβίωση του καρκίνου, αν και γενικά η επιβίωση του καρκίνου βελτιώνεται. Σημαντικές αλλαγές στη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση του καρκίνου συνέβησαν στις αρχές της δεκαετίας του 2000. Το EUROCARE-5 αξιολογεί την επίδρασή τους στην επιβίωση του καρκίνου σε 29 ευρωπαϊκές χώρες.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε αυτήν την αναδρομική μελέτη παρατήρησης, αναλύσαμε δεδομένα από 107 μητρώα καρκίνου για περισσότερα από 10 εκατομμύρια ασθενείς με καρκίνο

που διαγνώστηκαν μέχρι το 2007 και συνεχίστηκαν μέχρι το 2008. Ομοιόμορφες διαδικασίες ελέγχου ποιότητας εφαρμόστηκαν σε όλα τα σύνολα δεδομένων. Για τους ασθενείς που διαγνώστηκαν το 2000-07, υπολογίσαμε 5ετή σχετική επιβίωση για 46 καρκίνους σταθμισμένους κατά ηλικία και χώρα. Υπολογίσαμε επίσης την επιβίωση ανά χώρα και την ηλικία για δέκα κοινούς καρκίνους, μαζί με διαφορές επιβίωσης μεταξύ χρονικών περιόδων (για το 1999-2001, 2002-04 και 2005-07).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η 5ετής σχετική επιβίωση γενικά αυξήθηκε σταθερά με την πάροδο του χρόνου για όλες τις ευρωπαϊκές περιφέρειες. Οι μεγαλύτερες αυξήσεις από το 1999-2001 έως το 2005-07 ήταν για καρκίνο του προστάτη (73,4% [95% CI 72,9-73,9] έναντι 81,7% [81,3-82,1]), λέμφωμα μη Hodgkin (53,8% [53,3-54,4] έναντι 60,4% [60,0-60,9]) και καρκίνο του ορθού (52,1% [51,6-52,6] έναντι 57,6% [57,1-58,1]). Η επιβίωση στην ανατολική Ευρώπη ήταν γενικά χαμηλή και κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, ιδιαίτερα για τους καρκίνους με καλή ή ενδιάμεση πρόγνωση. Η επιβίωση ήταν υψηλότερη για τη βόρεια, κεντρική και νότια Ευρώπη. Η επιβίωση στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία ήταν ενδιάμεση για τον καρκίνο του ορθού, τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο του προστάτη, το μελάνωμα του δέρματος και το λέμφωμα μη Hodgkin, αλλά χαμηλό για καρκίνο των νεφρών, του στομάχου, των ωοθηκών, του κόλου και του πνεύμονα. Η επιβίωση για καρκίνο του πνεύμονα στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία ήταν πολύ χαμηλότερη από ό, τι για άλλες περιοχές για όλες τις περιόδους, αν και τα αποτελέσματα για τον καρκίνο του πνεύμονα σε ορισμένες περιοχές (κεντρική και ανατολική Ευρώπη) ενδέχεται να επηρεαστούν από υπερεκτίμηση. Η επιβίωση συνήθως μειώθηκε με την ηλικία, αν και σε διαφορετικούς βαθμούς ανάλογα με την περιοχή και τον τύπο του καρκίνου.

ΕΡΜΗΝΕΙΑ: Οι σημαντικές προόδους στη διαχείριση του καρκίνου που σημειώθηκαν μέχρι το 2007 φαίνεται να έχουν οδηγήσει σε βελτίωση της επιβίωσης στην Ευρώπη. Πιθανές εξηγήσεις των διαφορών στην επιβίωση μεταξύ των χωρών περιλαμβάνουν: διαφορές στα στάδια της διάγνωσης και της προσβασιμότητας σε καλή περίθαλψη, διαφορετικές προσεγγίσεις διαγνωστικής έντασης και διαλογής και διαφορές στη βιολογία του καρκίνου. Οι διακυμάνσεις στον κοινωνικοοικονομικό, τον τρόπο ζωής και τη γενική υγεία μεταξύ των πληθυσμών μπορεί επίσης να έχουν κάποιο ρόλο. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την πλήρη ερμηνεία αυτών των ευρημάτων και τον τρόπο αντιμετώπισης των ανισοτήτων.

12) Taking good care of myself: a qualitative study on self-care behavior among Chinese persons with a permanent colostomy.

Tao, H., Songwathana, P., Isaramalai, S. A., & Wang, Q. (2014). *Nursing & health sciences*, 16(4), 483-489.

Abstract

In Chinese culture, as a possible consequence of Confucianism, caring for the sick is considered a moral obligation of family members, while self-care is only the basis of fulfilling filial piety. This qualitative study aims to explore the self-care behavior among persons with a permanent colostomy in a Chinese cultural context of emphasizing the role of family caregiving. Data from in-depth interviews with seven Chinese adults at a university hospital in southwest China were analyzed using content analysis. Informants' self-care behavior was characterized by "taking good care of myself," which underlined individuals' efforts to manage colostomy-related impacts involving: (i) taking care of my colostomy with a proper degree of independence; (ii) taking care of my life by dealing with limitations; (iii) taking care of my mood in a positive way. Findings revealed that informants' self-care behavior was linked to their Confucian beliefs in family obligations, and also influenced by a happy-go-lucky outlook of life, a likely product of Taoism. The information is useful for nurses to design a culturally appropriate care plan to improve self-care behavior and proper family caregiving.

Μετάφραση

Η καλή φροντίδα του εαυτού μου: μια ποιοτική μελέτη σχετικά με τη συμπεριφορά αυτοεξυπηρέτησης μεταξύ των κινεζικών ατόμων με μόνιμη κολοστομία.

Στην κινεζική κουλτούρα, ως πιθανή συνέπεια του Κομφουκιανισμού, η φροντίδα για τους άρρωστους θεωρείται ηθική υποχρέωση των μελών της οικογένειας, ενώ η αυτοφροντίδα είναι μόνο η βάση για την εκπλήρωση της συγγενικής ευσέβειας. Αυτή η ποιοτική μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τη συμπεριφορά αυτοεξυπηρέτησης μεταξύ των ατόμων με μόνιμη κολοστομία σε ένα κινεζικό πολιτιστικό πλαίσιο δίνοντας

έμφαση στο ρόλο της οικογένειας caregiving. Στοιχεία από σε βάθος συνεντεύξεις με επτά Κινέζους ενήλικες σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στη νοτιοδυτική Κίνα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ανάλυση περιεχομένου. Η συμπεριφορά αυτοεξυπηρέτησης των πληροφοριοδοτών χαρακτηριζόταν από την «καλή φροντίδα του εαυτού μου», η οποία υπογράμμιζε τις προσπάθειες των ατόμων να διαχειριστούν τις επιπτώσεις που σχετίζονται με την κολωση, οι οποίες περιλαμβάνουν: (i) τη φροντίδα της κολοστομίας μου με τον κατάλληλο βαθμό ανεξαρτησίας, (ii) φροντίζοντας τη ζωή μου αντιμετωπίζοντας περιορισμούς, (iii) φροντίζοντας τη διάθεσή μου με θετικό τρόπο. Τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι η συμπεριφορά των αυτοεξυπηρέτησης των πληροφοριοδοτών συνδέεται με τις εμπιστοσύνη των Κομφουκιανών σε οικογενειακές υποχρεώσεις και επηρεάζεται επίσης από μια ευτυχημένη προοπτική της ζωής, ένα πιθανό προϊόν του ταοϊσμού. Οι πληροφορίες είναι χρήσιμες για τις νοσοκόμες να σχεδιάσουν ένα πολιτιστικά κατάλληλο σχέδιο περίθαλψης για να βελτιώσουν τη συμπεριφορά τους και την σωστή φροντίδα της οικογένειας.

13) Quality of life and functional status in patients with advanced cancer admitted to hospice home care in Malaysia: a cross-sectional study.

Shahmoradi, N., Kandiah, M., & Loh, S. P. (2012). *European journal of cancer care*, 21(5), 661-666.

Abstract

Cancer patients more than often experience poor quality of life after diagnosis and treatment of cancer. As the disease progresses quality of life issues become important. This cross-sectional study assessed various features of quality of life among 61 (33 women and 28 men) patients with advanced cancer cared by selected hospices in Peninsular Malaysia. The Hospice Quality of Life Index was used to assess quality of life. The mean total Hospice Quality of Life Index score for all subjects was 189.9 ± 51.7 . The possible scores range from 0 to 280. The most problem areas in these patients were in the domain of functional well-being, followed by psychophysiological and social/spiritual domain. Patients with advanced cancer have a diminished quality of life.

These findings suggest that there is a need for improving quality of life in terminally ill cancer patients in hospice care.

Μετάφραση

Ποιότητα ζωής και λειτουργική κατάσταση σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο που γίνονται δεκτοί σε νοσοκομειακή περίθαλψη στο νοσοκομείο στη Μαλαισία: μια συγχρονική μελέτη.

Οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν συχνά κακή ποιότητα ζωής μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, τα ζητήματα ποιότητας ζωής είναι σημαντικά. Αυτή η δια τομεακή μελέτη αξιολόγησε διάφορα χαρακτηριστικά ποιότητας ζωής μεταξύ 61 (33 γυναικών και 28 ανδρών) ασθενών με προχωρημένο καρκίνο που νοσηλεύτηκαν από επιλεγμένα νοσοκομεία στη χερσόνησο της Μαλαισίας. Ο δείκτης Hospice Quality of Life χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Η μέση συνολική βαθμολογία Hospice Quality of Life Index για όλα τα υποκείμενα ήταν $189,9 \pm 51,7$. Οι πιθανές βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 280. Οι πιο προβληματικές περιοχές σε αυτούς τους ασθενείς ήταν στον τομέα της λειτουργικής ευεξίας, ακολουθούμενη από ψυχοφυσιολογικό και κοινωνικό / πνευματικό τομέα. Οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι υπάρχει ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο που βρίσκονται σε τελική φάση σε νοσοκομειακή περίθαλψη.

14)A chance to live: women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery.

Andersson, G., Engström, Å., & Söderberg, S. (2010). *International journal of nursing practice*, 16(6), 603-608.

Abstract

The aim of this study was to describe women's experience of living with a colostomy after rectal cancer surgery. Interviews with five women about their experiences were

subjected to thematic content analysis. The findings showed that receiving a cancer diagnosis gave rise to thoughts about life and death. For the women to feel comfortable, the information and health-care measures need to focus on supporting them through the entire process, also when the treatment is completed. After the surgery, the women adjusted to living with colostomy and carried on as before the cancer diagnosis, but they constantly worried about leakage or flatulence. The women were happy to have survived the cancer and this realization helped them to accept and have a good life with colostomy. In conclusion, women with colostomy because of rectal surgery need specific rehabilitation and nursing care that focuses on adjustment to temporary or permanent changes in life.

Μετάφραση

Μια ευκαιρία να ζήσεις: τις εμπειρίες των γυναικών που ζουν με μια κολοστομία μετά από χειρουργική επέμβαση ορθού καρκίνου.

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να περιγράψει την εμπειρία των γυναικών να ζουν με κολοστομία μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του ορθού. Οι συνεντεύξεις με πέντε γυναίκες σχετικά με την εμπειρία τους υποβλήθηκαν σε θεματική ανάλυση περιεχομένου. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η λήψη μιας διάγνωσης για τον καρκίνο προκάλεσε σκέψεις για τη ζωή και το θάνατο. Για να αισθάνονται άνετα οι γυναίκες, τα μέτρα ενημέρωσης και υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να επικεντρωθούν στην υποστήριξή τους σε όλη τη διαδικασία, ακόμα και όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία. Μετά από τη χειρουργική επέμβαση, οι γυναίκες προσαρμόστηκαν στη ζωή με κολοστομίες και συνέχισαν όπως πριν από τη διάγνωση του καρκίνου, αλλά ανησυχούσαν συνεχώς για διαρροή ή μετεωρισμό. Οι γυναίκες ήταν ευτυχείς που επέζησαν από τον καρκίνο και αυτή η συνειδητοποίηση τους βοήθησε να αποδεχτούν και να έχουν μια καλή ζωή με κολοστομία. Συμπερασματικά, οι γυναίκες με κολοστομία λόγω ορθικής χειρουργικής χρειάζονται ειδική αποκατάσταση και νοσηλευτική φροντίδα που επικεντρώνεται στην προσαρμογή σε προσωρινές ή μόνιμες αλλαγές στη ζωή.

15) Colostomy Care: Management beyond Hospitalization

Case Report

Saleem, Z., & Ghazal, L. (2014). *International Journal of Nursing Education*, 6(1), 269.

ABSTRACT

Colostomy formation brings lot of changes in patients' physical, social, spiritual, sexual and psychosocial health. The modified elimination pattern, after the permanent colostomy may deteriorate patients' quality of life. Lack of patient preparation for the procedure may lead to impair the domains of patient quality of life. The prior education, patient involvement and continuous facilitation of patient in his recovery period may enhance patients' ability to cope with changes in their life after permanent colostomy and enhanced their quality of life after the modified elimination pattern.

Keywords: Colostomy, Quality of Life After Colostomy and Colostomy Care

Μετάφραση

Φροντίδα κολοστομίας: Διοίκηση πέρα από την Νοσηλεία, Αναφορά υπόθεσης

Ο σχηματισμός κολοστομίας φέρνει πολλές αλλαγές στη σωματική, κοινωνική, πνευματική, σεξουαλική και ψυχοκοινωνική υγεία των ασθενών. Το τροποποιημένο πρότυπο απομάκρυνσης, μετά τη μόνιμη κολοστομία, μπορεί να επιδεινώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η έλλειψη προετοιμασίας του ασθενούς για τη διαδικασία μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη των τομέων της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η προηγούμενη εκπαίδευση, η συμμετοχή του ασθενούς και η συνεχής διευκόλυνση του ασθενούς στην περίοδο αποκατάστασης μπορεί να ενισχύσουν την ικανότητα των ασθενών να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές στη ζωή τους μετά από μόνιμη κολοστομία και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους μετά το τροποποιημένο πρότυπο αποβολής.

Λέξεις-κλειδιά: Κολοστομία, Ποιότητα Ζωής Μετά την Κολοστομία και τη Φροντίδα Κολοστομίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Doherty, G. & Way, L., 2008. *Σύγχρονη Χειρουργική: Διάγνωση & Θεραπεία*. 2^{ος} τόμος. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Floch, M., 2010. *Παθολογία Γαστρεντερικό Σύστημα*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Καντιαμής. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Lemone, P., & Burke, K., 2006. *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική*. 3^η Έκδοση, 2^{ος} τόμος. Επιμέλεια: Παναουδάκη – Μπροκαλάκη Η. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.
- McPhee, S. et al., 2008. *Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική*. 4^η Έκδοση. Επιμέλεια: Τσιάνος Ε. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού.
- Stein, J., 1997. *Παθολογία*. 4^η Έκδοση. 1^{ος} τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Βασιλόπουλος, Π., 1997. *Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού.
- Δοντάς, Ν., 1995. *Ο καρκίνος στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Βουδούρη.
- Μπανκουσλί, Ι., 2008. *Πρακτική προσέγγιση στην κλινική ογκολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού.
- Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, Ε., 2004. *Χημειοθεραπεία*. 3^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, Ε., 2007. *Ακτινοθεραπεία*. 2^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, Ε., 2013. *Στοιχεία χειρουργικής ογκολογίας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Πατέρας, Χ., Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε., Αναγνωστόπουλος, Φ., Κουτσιαύτη, Π., Στάνηρα, Σ., Κόκκαλης, Γ.Α., (2004). *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*. Αθήνα.
- Ράπτης, Σ., 1996. *Εσωτερική παθολογία*. 2^{ος} τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού.
- Σεχά, Μ., 1996. *Χειρουργική*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη.
- Φερτάκης, Α., 2006. *Παθολογική φυσιολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

- Χατζημπούγιας, Ι., 2003. *Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου*. 3^η Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις GM desing.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΝΕΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

- Andersson, G., Engström, Å., & Söderberg, S. (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International journal of nursing practice*, 16(6), 603-608.
- De Angelis, R., Sant, M., Coleman, M. P., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., & Bielska-Lasota, M. (2014). Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5—a population-based study. *The lancet oncology*, 15(1), 23-34.
- Dobradin, A., Ganji, M., Alam, S. E., & Kar, P. M. (2013). Laparoscopic colon resections with discharge less than 24 hours. *JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 17(2), 198.
- Jones, H. G., Radwan, R., Davies, M., Evans, M., Khot, U., Chandrasekaran, T. V., & Beynon, J. (2015). Clinicopathological characteristics of colorectal cancer presenting under the age of 50. *International journal of colorectal disease*, 30(4), 483-489.
- Leyk, M., Ksiazek, J., Habel, A., Dobosz, M., Kruk, A., & Terech, S. (2014). The influence of social support from the family on health related-quality of life in persons with a colostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(6), 581-588.
- Ozturk, O., Yalcin, B. M., Unal, M., Yildirim, K., & Ozlem, N. (2015). Sexual dysfunction among patients having undergone colostomy and its relationship with self-esteem. *J Family Med Community Health*, 2(1), 1028.
- Quintero, E., Castells, A., Bujanda, L., Cubiella, J., Salas, D., Lanás, Á., & Jover, R. (2012). Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *New England Journal of Medicine*, 366(8), 697-706
- Rubinstein, W. S., Acheson, L. S., O'Neill, S. M., Ruffin, M. T., Wang, C., Beaumont, J. L., & Rothrock, N. (2011). Clinical utility of family history for cancer screening and referral in primary care: a report from the Family Healthware Impact Trial. *Genetics in Medicine*, 13(11), 956-965.
- Saleem, Z., & Ghazal, L. (2014). Colostomy Care: Management beyond Hospitalization Case Report. *International Journal of Nursing Education*, 6(1), 269.
- Schofield, P., Gough, K., Ugalde, A., Carey, M., Aranda, S., & Sanson-Fisher, R. (2012). Cancer Treatment Survey (CaTS): development and validation of a new instrument to measure patients' preparation for chemotherapy and radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 21(3), 307-315.
- Shahmoradi, N., Kandiah, M., & Loh, S. P. (2012). Quality of life and functional status in patients with advanced cancer admitted to hospice home care in Malaysia: a cross-sectional study. *European journal of cancer care*, 21(5), 661-666.

- Sun, V., Borneman, T., Koczywas, M., Cristea, M., Piper, B. F., Uman, G., & Ferrell, B. (2012). Quality of life and barriers to symptom management in colon cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *16*(3), 276-280.
- Tao, H., Songwathana, P., Isaramalai, S. A., & Wang, Q. (2014). Taking good care of myself: A qualitative study on self-care behavior among Chinese persons with a permanent colostomy. *Nursing & health sciences*, *16*(4), 483-489.
- Thamilselvam, P., Khairuzi, S., & Fadzli, I. (2013). Quality of life after colostomy. *Rev Prog*, *1*(19), 1-4.
- Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd, H., & Ghahramanian, A. (2014). Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in oncology wards. *Indian journal of palliative care*, *20*(1), 12.