

Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ»**

**«THE VALUE OF THE THERAPEUTIC COMMUNICATION
AND THE ADVICE ON PATIENTS WITH TIME DOSAGE»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΙΕΣ :ΚΑΤΗΦΟΡΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΚΟΡΚΟΛΗ ΝΕΦΕΛΗ

Εισηγητής : ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	7
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	7
1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	8
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ)	12
2.1 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	12
2.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ.....	18
2.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS).....	20
2.4 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	23
2.5 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	25
2.6 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	29
3.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	29
3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ..	31
3.3 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ.....	35
3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	35
3.5 Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ	39
4.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΙΑΤΡΟΥ	39
4.2 ΑΡΧΕΣ ΟΡΘΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΙΑΤΡΟΥ	43
4.3 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ	45
4.4 ΣΧΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	46
4.5 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	48
4.6 ΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ	53
5.1 ΑΞΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	53
5.2 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	54
5.3 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	58
6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1	58
6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2	62
6.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3	69
6.4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 4	74
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα χρόνια νοσήματα αποτελούν ακέραιο τμήμα μελέτης της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης. Η συνεχής μελέτη των αποτελεσμάτων των διεθνών ερευνών βελτιώνει το νοσηλευτικό επάγγελμα κατά μήκος όλων των παροχών του.

Σκοπός: σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των χρονίων νοσημάτων καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στην προσέγγιση και αντιμετώπιση των ασθενών.

Μεθοδολογία: για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα άρθρα από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα καθώς και ελληνική βιβλιογραφία μέσω των ψηφιακών μέσων αναζήτησης των διεθνών ακαδημαϊκών αποθετηρίων.

Αποτελέσματα: η βιβλιογραφικά ανασκόπηση κατέδειξε την άρρηκτη σχέση μεταξύ χρόνιου νοσήματος και συνεχούς μελέτης της επιστημονικής προσέγγισης της νοσηλευτικής επιστήμης στις ασθενείς αυτές.

Λέξεις – Κλειδιά: χρόνια νόσημα, ασθενής, νοσηλευτική επιστήμη, νοσηλευτική προσέγγιση

Σύνολο λέξεων: 113

ABSTRACT

Introduction: Chronic diseases form an integral part of the study of medicine and nursing science. Continuous study of the results of international research improves the nursing profession across all its benefits.

Purpose: The purpose of this work is to study the disease years as well as the role of the nurse in approaching and treating patients.

Methodology: Contemporary articles by the international scientific community as well as Greek bibliography through the digital search tools of the international academic repositories were used for the realization of the study.

Results: the bibliographic review has demonstrated the inextricable relationship between chronic disease and ongoing study of the scientific approach of nursing science to these patients.

Key words: chronic disease, patient, nursing science, nursing approach

Word Count: 113

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι, μέσα από τα αποτελέσματα διεθνών ερευνών, να περιγραφεί η έννοια και οι μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και να διερευνηθεί η θετική ή αρνητική επίδρασή της στη διαχείριση των χρόνιων νόσων.

Επιπλέον στόχος είναι να εντοπιστούν οι στρατηγικές και παρεμβάσεις με τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο τόσο τον άρρωστο, ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζεται αποτελεσματικότερα το στρες, τις διαταραχές και τα λοιπά προβλήματα που του δημιουργεί η ασθένειά του, όσο και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σύνθετη φύση της χρόνιας ασθένειας επηρέασε το βαθμό δυσκολίας για την εξεύρεση ενός ορισμού που θα κάλυπτε όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις των χρόνιων ασθενειών. Πολλοί επιστήμονες επιχείρησαν κατά καιρούς να ορίσουν τη “χρόνια ασθένεια” και έδωσαν διάφορους ορισμούς. “Η Εθνική Επιτροπή Χρονίων Νοσημάτων των ΗΠΑ ορίζει τη χρόνια νόσο ως οποιαδήποτε επιδείνωση ή απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

- η νόσος είναι μόνιμη
- αφήνει υπολείμματα ανικανότητας
- προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές και μπορεί να απαιτεί μακροχρόνια επίβλεψη, παρακολούθηση ή φροντίδα.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Αυστραλιανής κυβέρνησης η χρόνια νόσος έχει οριστεί ως ασθένεια που είναι παρατεταμένης διάρκειας, συχνά δεν υποχωρούν τα συμπτώματα αυθόρμητα, και σπάνια μπορεί να θεραπευτεί εντελώς. Οι χρόνιες ασθένειες είναι πολύπλοκες και ποικίλες ως προς τη φύση τους, τον τρόπο που προκαλούνται και την έκταση της επίδρασης τους στην κοινότητα. Ενώ κάποιες χρόνιες παθήσεις έχουν πραγματοποιήσει μεγάλες εισφορές σε πρόωρο θάνατο, ενώ άλλες συμβάλλουν περισσότερο στην αναπηρία.

Χαρακτηριστικά που είναι κοινά για τις περισσότερες χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνουν:

- σύνθετη αιτιότητα, με πολλαπλούς παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση τους
- μια μακρά περίοδο ανάπτυξης, για την οποία μπορεί να μην υπάρχει καθόλου συμπτώματα
- μια παρατεταμένη πορεία της νόσου, οδηγώντας ίσως σε άλλες επιπλοκές υγείας
- σχετίζεται λειτουργική ανεπάρκεια ή ανικανότητα (Rahi et.al 2004).

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται μακροχρόνια νοσήματα, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι κακοήθειες νεοπλασίες, ο διαβήτης κ.τ.λ., που ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος της σημερινής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν οφείλονται σε μικροβιακούς παράγοντες, αλλά δημιουργούνται από ιδιοσυγκρασιακούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ωστόσο, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι κακοήθειες νεοπλασίες είναι αυτές που ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος της σημερινής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Από τα παραπάνω δείγματα οι κακοήθειες νεοπλασίες, που είναι περισσότερο γνωστές με το συλλογικό όνομα καρκίνος, περιλαμβάνουν στην πραγματικότητα πολλές μορφές ανώμαλης υπερπλασίας των κυττάρων με διάφορη εντόπιση στο σώμα και μεγάλη θνητότητα. Όλες μαζί ευθύνονται για το ένα πέμπτο περίπου των θανάτων που σημειώνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας και εμφανίζονται, κυρίως, στις προχωρημένες ηλικίες (Stathopoulou, 2007).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Στην επιδημιολογία των χρόνιων νοσημάτων ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ασθένειες που οδηγούν στη θνησιμότητα. Μεγάλο πλήθος αυτών αποτελούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς και οι κακοήθειες νεοπλασίες. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. εκτιμάται ότι αντιπροσώπευσαν στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες και σε πολλές αναπτυσσόμενες, τον κύριο όγκο τόσο της θνησιμότητας όσο και της νοσηρότητας. Με τη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης, προβλέπεται ότι κατά τα επόμενα χρόνια, το ποσοστό των ατόμων των 65 ετών θα αυξηθεί. Με τη δυσανάλογη αύξηση των ηλικιωμένων σε παγκόσμιο επίπεδο, ο αριθμός των ηλικιωμένων ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο θα επεκταθεί σημαντικά.

Σύμφωνα με έρευνες, τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής όσο και στην Ευρώπη προκύπτει ότι στη μεγάλη ηλικία, τόσο η επίπτωση όσο και ο επιπολασμός της καρδιαγγειακής νόσου αυξάνονται. Ίδια ποσοστά επιπολασμού σε αυτή τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα έδωσαν και έρευνες στην Ελλάδα. Σχεδόν τα δύο τρίτα του συνόλου των θανάτων στις γυναίκες και στους άνδρες ≥ 65 ετών οφείλονται σε

κάποια εκδήλωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι συχνότερα στους άνδρες και η νοσηρότητα όπως και η θνησιμότητα αυξάνουν με την ηλικία. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα της καρδιαγγειακής νόσου υπόκειται σε ευρεία γεωγραφική διακύμανση τόσο μεταξύ των διαφόρων χωρών όσο και στο εσωτερικό τους (Shahidsales et.al. 2017).

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία σε τρεις κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων. Ειδικότερα:

Όσον αφορά την υπέρταση:

- Το 2025 το 29% του πληθυσμού, ήτοι 1,56 δισεκατομμύρια άνθρωποι θα πάσχουν από υπέρταση, ενώ σημειώνεται αύξηση 60% έναντι του 2000
- Η υπέρταση προκαλεί 7,1 εκατομμύρια πρόωρους θανάτους ετησίως (13% του συνόλου) σε παγκόσμιο επίπεδο, και ευθύνεται για το 62% των εγκεφαλικών, το 49% των ισχαιμικών καρδιακών επεισοδίων και το 10% των περιπτώσεων νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου
- Παράλληλα, η υπέρταση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, εν γένει, αποτελούν το σημαντικότερο πεδίο δυνητικά αποτρεπτής θνησιμότητας στα χρόνια νοσήματα νοσήματα.
- Στην Ελλάδα, περίπου 2.5 εκατομμύρια ενήλικοι πάσχουν από υπέρταση.
- Στην ΕΕ(25), το 2006, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κοστίζουν περίπου 169 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως.
- Εξ αυτών 62% αφορούν σε δαπάνες φροντίδας (άμεσο ιατρικό και μη ιατρικό κόστος), 21% σε απώλειες παραγωγικότητας και 17% σε άτυπη φροντίδα (αμφότερες, έμμεσες δαπάνες).
- Η στεφανιαία νόσος ήταν η αιτία για το 27% της συνολικής δαπάνης (45,6 δισεκατομμύρια ευρώ), ενώ η αντίστοιχη δαπάνη για τα ΑΕΕ εκτιμήθηκε ελαφρώς χαμηλότερα (20%, δηλαδή 33,8 δισεκατομμύρια ευρώ).
- Στο Ηνωμένο Βασίλειο, εκτιμήθηκε ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα αντιπροσωπεύουν το 21% των δαπανών του Βρετανικού ΕΣΥ, ήτοι 15,7 δισεκατομμύρια £ ετησίως. Η νοσοκομειακή φροντίδα ήταν το μεγαλύτερο τμήμα των εξόδων (63%), ακολουθούμενη από τις δαπάνες φαρμάκων (18%), ενώ όταν η ανάλυση συμπεριέλαβε και τις ιδιωτικές δαπάνες, το ποσό ξεπέρασε τα 17,4 δισεκατομμύρια £ (18% των συνολικών δαπανών υγείας).

- Στην Ελλάδα, το συνολικό κόστος από τα καρδιαγγειακά νοσήματα προσεγγίζει τα 2,4 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως.
- Εξ αυτών, τα 1,55 δισεκατομμύρια αφορούν σε υγειονομικές δαπάνες (άμεσο κόστος), οι οποίες αφορούν κυρίως σε φάρμακα και ενδονοσοκομειακή νοσηλεία (800 και 650 εκατομμύρια ευρώ αντίστοιχα) και κατά πολύ λιγότερο σε επισκέψεις σε τακτικά ή επείγοντα ιατρεία
- Όσον αφορά τις έμμεσες δαπάνες (830 εκατομμύρια ευρώ), αυτές κυρίως συντίθενται από τις απώλειες παραγωγικότητας λόγω θνησιμότητας (454 εκ. ευρώ) και λόγω της άτυπης φροντίδας (300 εκ. ευρώ). Οι απώλειες λόγω απουσίας από την εργασία δεν υπερβαίνουν, με βάση τους υπολογισμούς, τα 72 εκατομμύρια ευρώ ετησίως (Erdal et.al. 2017).

Όσον αφορά τον διαβήτη:

- Ο διαβήτης αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως
- Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ, το 2000, οι ενήλικοι διαβητικοί ασθενείς προσέγγιζαν τα 171 εκατομμύρια σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ ο αριθμός τους αναμένεται να φτάσει τα 366 εκατομμύρια έως το 2030.
- Η Ελλάδα, για το 2010 εκτιμάται ότι είχε απόλυτο επιπολασμό 8,8% και συγκριτικό επιπολασμό 6,0%
- Οι θάνατοι που αποδίδονται στο διαβήτη για το έτος 2010 υπολογίζονται σε 6.542 στην Ελλάδα.
- Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, στην έρευνα CODE-2 η οποία πραγματοποιήθηκε σε 8 χώρες της Ε.Ε. το κόστος της νόσου αντιστοιχούσε σε ποσοστό 3-6% των δαπανών υγείας ενώ η μέση ετήσια κατά κεφαλήν δαπάνη ήταν 2.834€
- Η δαπάνη για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία λόγω επιπλοκών ήταν ο κυριότερος παράγοντας αύξησης του κόστους, με συμμετοχή περίπου 55% επί του συνόλου των δαπανών.

Τέλος όσον αφορά τη ΧΑΠ:

- Παγκοσμίως, εκτιμάται ότι υπάρχουν περίπου 44 εκατομμύρια περιπτώσεις ΧΑΠ, ενώ υπολογίζεται ότι ως το 2020, η ΧΑΠ θα αποτελεί την

τρίτη κύρια αιτία θανάτου και θα ευθύνεται για περισσότερα από 6 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο

- Στα Ευρωπαϊκά κράτη, η συχνότητα της ασθένειας, ποικίλλει από 4 – 10% του ενήλικου πληθυσμού.
- Παγκοσμίως, κάθε χρόνο πεθαίνουν εξαιτίας της νόσου 200.000-300.000 άνθρωποι ενώ αποτελεί την αιτία θανάτου για το 4.1% των ανδρών και το 2.4% των γυναικών
- Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της νόσου, για τις ηλικίες άνω των 35 ετών είναι 8,4%. Στους άντρες το ποσοστό αυτό είναι 11,6% ενώ στις γυναίκες φτάνει το 4,8%
- Ενδεικτικά, στην Ισπανία όπου η ΧΑΠ εκτιμάται ότι προσβάλλει το 10% του πληθυσμού άνω των 40 ετών, η θεραπεία της νόσου και η διαχείριση των ασθενών ευθύνεται για το 2% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας
- Στην Ελλάδα, τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την οικονομική διάσταση της ΧΑΠ αφορούν στο κόστος διαχείρισης των παροξύνσεων
- Το πραγματικό κόστος ανά παρόξυνση ανά ασθενή είναι €1.711, και 2.614 για ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ.
- Εκτιμάται ότι το κόστος νοσηλείας ασθενών με σοβαρή ΧΑΠ για νοσηλεία 2-3 φορές/ετησίως υπερβαίνει τα €7.000, ενώ παρατηρείται μεγάλη απόκλιση μεταξύ κόστους νοσηλείας και αποζημίωσης από τους ασφαλιστικούς φορείς. Το κόστος αυξάνεται δραματικά όταν απαιτείται νοσηλεία σε ΜΕΘ (Viegi et al. 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ)

2.1 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, τα οποία προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία και περιλαμβάνουν:

- Στεφανιαία νόσος: Προκαλείται από στένωση των αιμοφόρων αγγείων (στεφανιαίων) που αιματώνουν τον καρδιακό μυ, κυρίως εξαιτίας εναπόθεσης λίπους, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αθηρωματικών πλακών.

- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Πρόκειται για τη διαταραχή της εγκεφαλικής αιματικής κυκλοφορίας. Μπορεί να προκληθεί είτε από διακοπή της αιματικής ροής του εγκεφάλου (ισχαιμικό επεισόδιο), είτε από ρήξη των εγκεφαλικών αγγείων (αιμορραγικό επεισόδιο). Παράγοντες κινδύνου είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση, κολπική μαρμαρυγή, υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα, διαβήτης, διατροφή, φυσική δραστηριότητα, προχωρημένη ηλικία (Ansseau et.al 2004).

- Ρευματική καρδιοπάθεια: Πρόκειται για την καταστροφή του καρδιακού μυ και των βαλβίδων της καρδιάς, η οποία προκαλείται από άνοση αντίδραση προς τη λοίμωξη από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A, η οποία δεν αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά (Ansseau et.al 2004).

- Συγγενής Καρδιοπάθεια: Πρόκειται για ανωμαλίες των καρδιαγγειακών δομών π.χ. μεσοκοιλιακά ή μεσοκολπικά ελλείμματα, ανωμαλίες των βαλβίδων, ανωμαλίες των καρδιακών κοιλοτήτων, οι οποίες υπάρχουν από τη γέννηση. Οφείλονται είτε σε γενετικούς παράγοντες για παράδειγμα, σύνδρομο Down, είτε σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα χρήση αλκοόλ, φαρμάκων (θαλιδομίδη, βαρφαρίνη) από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενδομήτριες λοιμώξεις (ερυθρά), κακή θρέψη της εγκύου (χαμηλή πρόσληψη φολικού οξέως), συγγενική σχέση εξ' αίματος μεταξύ των γονέων (Ansseau et.al 2004).

- Ανευρύσματα και διαχωρισμός αορτής: Πρόκειται για διάταση και ρήξη της αορτής. Παράγοντες κινδύνου είναι: η προχωρημένη ηλικία, μακροχρόνια υψηλή αρτηριακή πίεση, σύνδρομο Marfan, συγγενείς

ανωμαλίες της καρδιάς, σύφιλη και άλλοι λοιμώδεις και φλεγμονώδεις παράγοντες (Ansseau et.al 2004)

- Εν τω Βάθει Φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή: Πρόκειται για απόφραξη του φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων με θρόμβους, οι οποίοι μπορεί να αποσπαστούν και μέσω της κυκλοφορίας να καταλήξουν στον πνεύμονα. Παράγοντες κινδύνου είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις, παχυσαρκία, κακοήθειες, κύηση, λήψη αντισυλληπτικών και θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης, μακροχρόνια περίοδος ακινησίας π.χ. ταξίδια, ομοκυστιναμία

- Περιφερική αρτηριοπάθεια: Πρόκειται για νόσο των περιφερικών αγγείων που αρδεύουν τα άνω και κάτω άκρα.

- Άλλα Καρδιαγγειακά νοσήματα: Αρτηριακή υπέρταση, όγκοι καρδιάς, εγκεφαλικά ανeurύσματα, δυσλειτουργία του καρδιακού μυός όπως για παράδειγμα η καρδιομυοπάθεια και οι βαλβιδοπάθειες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συχνότερες μορφές καρδιαγγειακής νόσου είναι η στεφανιαία νόσος και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι οι παρακάτω:

Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και άλλων λιπιδίων στο αίμα είναι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο και ευθύνονται για το 1/3 του συνόλου των καρδιαγγειακών νοσημάτων παγκοσμίως (Ansseau et.al 2004).

Η χοληστερόλη μεταφέρεται στον οργανισμό με τη μορφή δύο ειδών λιποπρωτεϊνών: υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ή HDL και χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη ή LDL. Η HDL δεν προκαλεί αθηροσκλήρυνση, αντιθέτως έχει αντιαθηρογενείς ιδιότητες.

Αντιθέτως η LDL, προκαλεί το σχηματισμό αθηρωματικών πλακών στο εσωτερικό τοίχωμα των αγγείων, κυρίως στεφανιαίων και εγκεφαλικών, με αποτέλεσμα την παρακώλυση της αιματικής ροής στην καρδιά και στον εγκέφαλο αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου και ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Όπως διατυπώνεται σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες, το πρόβλημα αφορά τόσο άνδρες όσο και γυναίκες, παρόλο που οι γυναίκες προεμμηνόπαυσιακά έχουν συνολικά μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, διότι προστατεύονται από τα οιστρογόνα τα οποία προκαλούν αύξηση της HDL.

Η θετική συσχέτιση μεταξύ καρδιαγγειακού κινδύνου και υπερλιπιδαιμίας φαίνεται από το γεγονός ότι αύξηση κατά 10% της ολικής χοληστερόλης στον ορό του αίματος προκαλεί κατά 27% αύξηση στην επίπτωση της στεφανιαίας νόσου (Ansseau et.al 2004)

Αντιθέτως, 10% μείωση της ολικής χοληστερόλης συνδέεται με 25% μείωση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου μετά από 5 έτη, ενώ η μείωση της LDL κατά 40mg/dl, συνοδεύεται από μείωση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου κατά 23%, εγκεφαλικού κατά 19% και συνολικά καρδιαγγειακής νόσου κατά 21% (Garssen, 2004) .

Η αυξημένη πρόσληψη κεκορεσμένων λιπών, ζωικής κυρίως προέλευσης, οδηγεί σε αύξηση της χοληστερόλης, ενώ τα πολυακόρεστα, τα οποία περιέχονται στα ψάρια και στις φυτικές τροφές, οδηγούν σε μείωση της χοληστερόλης. Τα μονοακόρεστα (κύρια πηγή των οποίων είναι το ελαιόλαδο), καθώς και τα ω-3 λιπαρά οξέα που υπάρχουν στα ψάρια, επιφέρουν μείωση του επιπέδου της ολικής χοληστερόλης, έχουν θετική επίπτωση στο επίπεδο της HDL και έχουν προστατευτική επίδραση έναντι των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Άλλος ένας παράγοντας είναι το κάπνισμα το οποίο επάγει τη νοσηρότητα της καρδιάς και των αγγείων μέσω πολλών μηχανισμών. Προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρωση. Με τους μηχανισμούς αυτούς, το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου.

Το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Ευθύνεται για το 1/5 των καρδιαγγειακών παθήσεων παγκοσμίως και για το 30-40% του συνόλου των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο (Benka et.al. 2012).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διεθνούς μελέτης «INTERHEART», υπολογίστηκε ότι το 29% των εμφραγμάτων στη Δυτική Ευρώπη και το 30% στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη οφείλονται στο κάπνισμα. Επίσης, στις ίδιες περιοχές οι καπνιστές διατρέχουν το διπλάσιο κίνδυνο καρδιακής προσβολής σε σχέση με όσους δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

Στην Ευρώπη περίπου το 20% των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο στους άνδρες και το 3% στις γυναίκες οφείλεται στο κάπνισμα (Garssen, 2004). Στον ευρωπαϊκό χώρο η επίδραση του καπνίσματος ως παράγοντας κινδύνου για

στεφανιαία νόσο, φαίνεται να είναι μικρότερη στους μεσογειακούς πληθυσμούς από ότι στους βόρειους.

Η Ελλάδα είναι μία από τις πρώτες χώρες σε σχετικό αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων στην Ευρώπη. Το 2000, οι Έλληνες κατανάλωσαν 56% περισσότερα τσιγάρα κατά άτομο, από το μέσο όρο του Ευρωπαϊού. Σύμφωνα με το πανευρωπαϊκό δίκτυο καταπολέμησης του καπνίσματος, το 47% των Ελλήνων ανδρών και το 29% των Ελληνίδων είναι καπνιστές.

Τα ίδια ποσοστά προκύπτουν και από τη μελέτη «ATTICA» το 2003. Η χρήση καπνού αποτελεί αίτιο καρδιακής προσβολής σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα και όχι μόνο σε ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τη διαχρονική μελέτη του Π.Ο.Υ., MONICA, περισσότερα από το 50% από τα μη θανατηφόρα καρδιολογικά επεισόδια σε νέους ανθρώπους ηλικίας 35-39 ετών, αποδίδονται στο κάπνισμα. Στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, ευθύνεται για το 45% των θανάτων στους άνδρες και το 41% στις γυναίκες. Στα άτομα άνω των 65 ετών, ευθύνεται για το 15-20% των θανάτων από τη νόσο. Το κάπνισμα εξάλλου, αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου (Garssen, 2004).

Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές. Ο σχετικός κίνδυνος είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών. Υπάρχει πληθώρα βιβλιογραφικών αναφορών που στηρίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.

Ο κίνδυνος αυξάνει δραματικά όταν η έναρξη του καπνίσματος γίνεται πριν από την ηλικία των 16 ετών, επίσης ο κίνδυνος εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα.

Από διάφορες έρευνες φαίνεται, ότι αυτοί που καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα έχουν 25-30% μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου από τους μη καπνιστές, αυτοί που καπνίζουν 10-20 τσιγάρα την ημέρα έχουν 30-50% μεγαλύτερη πιθανότητα, αυτοί που καπνίζουν 20-40 τσιγάρα έχουν 75% μεγαλύτερη πιθανότητα και αυτοί που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα πιθανότητα 100% μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές (Newman et.al. 2004).

Η χρήση καπνού με οποιοδήποτε τρόπο πέραν του τσιγάρου, καθώς και το παθητικό κάπνισμα περιλαμβάνονται στους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι υπάρχει ένα γονίδιο το οποίο όταν το έχει ένας καπνιστής διατρέχει τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσει καρδιαγγειακή νόσο. (Osborne et.al. 2007).

Πρόσφατες μελέτες διαπίστωσαν ότι η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα είναι υψηλότερη στις γυναίκες καπνίστριες σε σχέση με άνδρες καπνιστές. Οι γυναίκες καπνίστριες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων σε σχέση με τους άνδρες.

Συγκεκριμένα, όπως έχει φανεί από μελέτες, ο κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου διπλασιάζεται στις γυναίκες οι οποίες καπνίζουν 3-5 τσιγάρα ημερησίως, ενώ στους άνδρες διπλασιάζεται στα 6-9 τσιγάρα ημερησίως. Ακόμη πρέπει να σημειωθεί, ότι η επίδραση του τσιγάρου στη δημιουργία αθηρωματικών πλακών είναι μεγαλύτερη αν συνυπάρχει υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης (Sabaté, 2003).

Οι αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος φαίνονται ακόμη περισσότερο, στην περίπτωση διακοπής του σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο στους οποίους ο κίνδυνος επεισοδίου μετά από διακοπή πέφτει εντός 2-3 ετών στο επίπεδο ίδιο με αυτό αυτών με στεφανιαία νόσο και που δεν καπνίσανε ποτέ, ενώ ασυμπτωματικά άτομα χρειάζονται 10 έτη να φτάσουν το επίπεδο εκείνων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

Παθητικό Κάπνισμα: Στους μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα στην οικογένεια ή στη δουλειά τους, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιοπάθειας είναι 25-30% μεγαλύτερος σε σχέση με τους μη καπνιστές (Sabaté, 2003).

Υπολογίστηκε ότι το 2002 έχασαν τη ζωή τους εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος 80.000 άνθρωποι, εκ των οποίων οι 32.000 εξαιτίας καρδιαγγειακής νόσου.

Με βάση τα στοιχεία που προκύπτουν από μελέτες και στατιστικά στοιχεία του Π.Ο.Υ. και της Ε.Ε., οι άνθρωποι του πλανήτη γίνονται ολοένα πιο παχύσαρκοι. Οι ευρύτερα χρησιμοποιούμενοι δείκτες εκτίμησης της παχυσαρκίας είναι η περίμετρος της μέσης, και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI)-ΣΒ(kgr)/ύψος²(cm), ο οποίος χρησιμοποιείται κυρίως για την ταξινόμηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων.

Πρακτικά, κάποιος με BMI>25 θεωρείται υπέρβαρος και κάποιος με BMI>30 θεωρείται παχύσαρκος. Η περίμετρος της μέσης και ο λόγος μέση/περιφέρεια είναι ο καλύτερος δείκτης εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου. Εξαιτίας των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων, της αφθονίας των αγαθών και της αλλαγής του καθημερινού τρόπου διαβίωσης, η ανθρωπότητα καλείται να αντιμετωπίσει μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις.

Η παχυσαρκία είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενώ αποτελεί και μείζονα παράγοντα κινδύνου για:

- Σακχαρώδη διαβήτη
- Αρτηριακή υπέρταση
- Υπερλιπιδαιμία
- Μεταβολικό σύνδρομο

Αξιοσημείωτο είναι ότι η παχυσαρκία δρα συνεργικά και με τους υπόλοιπους παράγοντες καρδιαγγειακών νοσημάτων. Συγκεκριμένα οι παχύσαρκοι καπνιστές ζουν κατά μέσο όρο 14 έτη λιγότερα σε σχέση με τους καπνιστές που έχουν φυσιολογικό βάρος. Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στο γενικό πληθυσμό βρίσκεται πλέον στα υψηλότερα επίπεδα μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς και το συχνότερο αίτιο ακρωτηριασμών μη τραυματικής αιτιολογίας. Πάνω από 70 εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Η αλλαγή του τρόπου ζωής και διατροφής, καθώς και η έλλειψη σωματικής άσκησης έχουν οδηγήσει σε αύξηση της επίπτωσης της νόσου ήδη από την παιδική ηλικία.

Ο σακχαρώδης διαβήτης όχι μόνο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά δρα συνεργικά και μεγεθύνει την επίδραση των υπολοίπων παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως υπερλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα, παχυσαρκία.

Πληθυσμιακές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη διατρέχουν τριπλάσιο κίνδυνο να προσβληθούν από ισχαιμική καρδιοπάθεια, σε σχέση με τους υγιείς (Yusuf et al. 2001). Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη φαίνεται ότι αυξάνει σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη στην ευρωπαϊκή ήπειρο υπολογίζεται στο 7,8%. Συγκεκριμένα το 2003, 48 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 20-79 ετών έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη (IDF 2003). Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη υπολογίζεται στην Ελλάδα σε 6,1%, ενώ μέχρι το 2025 εκτιμάται ότι θα φτάσει το 7,3%.

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για αγγειακή εγκεφαλική νόσο, στεφανιαία νόσο, καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια και ευθύνεται για το 50% των καρδιαγγειακών νοσημάτων παγκοσμίως. Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος

καρδιαγγειακών νοσημάτων διπλασιάζεται για κάθε 10 βαθμούς αύξησης της διαστολικής πίεσης ή για κάθε 20 βαθμούς αύξησης της συστολικής .

Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ., υπολογίζεται ότι περισσότερα από το 50% των καρδιαγγειακών επεισοδίων και περίπου το 75% των αγγειακών εγκεφαλικών προκαλούνται εξαιτίας αρτηριακής υπέρτασης. Πληθυσμιακές μελέτες στον ευρωπαϊκό χώρο καταδεικνύουν ότι ασθενείς με υπέρταση διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, σε σχέση με τους νορμοτασικούς.

Η αρτηριακή υπέρταση συνήθως συνυπάρχει με άλλους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, γεγονός που συμβάλει στη μεγέθυνση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Η αρτηριακή πίεση συνήθως αυξάνει με την ηλικία, εκτός από περιπτώσεις χαμηλής πρόσληψης άλατος, συστηματικής σωματικής άσκησης και ικανοποιητικού ελέγχου του σωματικού βάρους.

Στα άτομα ηλικίας μέχρι 50 ετών, τόσο η αύξηση της συστολικής, όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης αποτελούν παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Άνω της ηλικίας των 50 ετών η αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης αποτελεί πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Η πρόσληψη άλατος είναι ένα από τα πιο σημαντικά αίτια αύξησης της αρτηριακής πίεσης. Τα περισσότερα φυσικά προϊόντα βέβαια περιέχουν αλάτι, αλλά τα επεξεργασμένα περιέχουν σε πολύ υψηλότερα ποσοστά και επιπλέον οι άνθρωποι το χρησιμοποιούν ως ενισχυτικό γεύσης (Κοτσαμπασάκη, 1997).

2.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (IARC 2008). Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι κατά φθίνουσα σειρά (WHO 2006): • Ο καρκίνος του πνεύμονα • Ο καρκίνος του στομάχου • Ο καρκίνος του ήπατος • Ο καρκίνος του παχέος εντέρου • Ο καρκίνος του μαστού. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α, η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ό τι στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες (OECD 2007). Μεταξύ των 34 χωρών μελών του Ο.Ο.Σ.Α, η Ελλάδα κατατάσσόταν το 2004 στη 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες και στην 23η στις γυναίκες. Όμως, η ευνοϊκή θέση της χώρας είναι σε κάποιο βαθμό πλασματική λόγω ελλείψεων στη διάγνωση,

σφαλμάτων στην ταξινόμηση και κυρίως λόγω της έλλειψης εθνικού αρχείου νεοπλασιών. Ωστόσο στη χώρα μας, σε αντίθεση με τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, παρατηρείται μεταξύ των ετών 1980-2004 σταθερή αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Στους άνδρες (αλλά τώρα πια και στις γυναίκες) πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, και ακολουθούν του προστάτη και του παχέος εντέρου. Στις γυναίκες πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και ακολουθούν του μαστού και του παχέος εντέρου. Από αρκετές μελέτες φαίνεται ότι η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας, στοιχείο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Μια πρόσφατη, τέλος, μελέτη έδειξε ότι η αποφεύξιμη θνησιμότητα μειώθηκε κατά 30,5% μετά από σύγκριση που έγινε μεταξύ των περιόδων 1980-1984 και 2000-2007, γεγονός που εν μέρει αποδίδεται στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Μηνασίδου & Λεμονίδου 2005).

Οι πάσχοντες υφίστανται δραματικές συνέπειες στην προσωπική, οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή. Στην επαγγελματική τους ζωή υφίστανται τον παροπλισμό ή τη στασιμότητα στην ανέλιξή τους, υπό το πρόσχημα της μη περαιτέρω καταπόνησής τους. Στο φιλικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, αντιμετωπίζουν συχνά τον οίκτο ή και την απόρριψη, γεγονός που δημιουργεί πρόσθετο δυσβάστακτο ψυχικό φορτίο στους ασθενείς, οι οποίοι ενοχοποιούν τον εαυτό τους για ό,τι συνέβη. Παράλληλα, η εκδήλωση φαινομένων κοινωνικού στιγματισμού εις βάρος των καρκινοπαθών πλήττει ανεπανόρθωτα την προσωπικότητα και την αξιοπρέπειά τους, καθιστά μαρτυρική εμπειρία τη βίωση της ασθένειας αλλά και δοκιμάζει τη συνοχή και αλληλεγγύη της κοινωνίας μας.

Ο καρκίνος είναι μια πάθηση για την οποία έχουν ενοχοποιηθεί ποικίλες μεταλλάξεις του γενετικού υλικού. Για τις μεταλλάξεις αυτές, φαίνεται ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο, πέραν των γονιδιακών και περιβαλλοντικοί παράγοντες, για τους οποίους τόσο τα άτομα, όσο και οι οργανωμένες κοινωνίες μπορούν να παρέμβουν. **Ατομικοί παράγοντες κινδύνου** (με διαφορετική συμμετοχή ο καθένας απ' αυτούς, ανάλογα με την επιδημιολογική μελέτη).

- Κάπνισμα
- Κατανάλωση αλκοόλ
- Διατροφή, Παχυσαρκία και Έλλειψη σωματικής άσκησης

Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Από αρκετές μελέτες προκύπτει ότι το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο του ατόμου σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης κάποιων μορφών καρκίνου. Οι καρκίνοι του πνεύμονα, του στομάχου και του οισοφάγου εμφανίζονται συχνότερα στα κατώτερα οικονομικά και κοινωνικά στρώματα. Ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται συχνότερα στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, ενώ του τραχήλου της μήτρας στα κατώτερα. Το σύνολο δε της θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες φαίνεται να σχετίζεται άμεσα και ισχυρά με το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τη χρόνια ψυχο-κοινωνική επιβάρυνση (psycho-social burden) και καταστάσεις όπως η ανεργία κ.ο.κ. Έχει επίσης πλήρως τεκμηριωθεί ότι για τις περισσότερες μορφές καρκίνου (π.χ. του πνεύμονα, του παχέος εντέρου και του μαστού) άτομα χαμηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου έχουν μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα ανεπαρκή πρόληψη, διάγνωση του καρκίνου σε πιο προχωρημένα στάδια και πλημμελή θεραπεία.

Λοιμογόνοι και περιβαλλοντικοί παράγοντες

Πιο σημαντικοί από αυτούς είναι οι ιοί της Ηπατίτιδας Β και C (ευθύνονται για την εμφάνιση μέρους των καρκίνων του ήπατος) και ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), κάποιιοι τύποι του οποίου αποτελούν την κύρια αιτία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ και ο HIV φαίνεται ότι συνδέεται με την εμφάνιση μορφών καρκίνου. Επίσης, σειρά από παράγοντες που σχετίζονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής (π.χ. ηλεκτρομαγνητικές ακτινοβολίες) φαίνεται ότι σχετίζονται με συγκεκριμένες μορφές κακοηθών νεοπλασιών (Γιαβασοπουλος & Γουρνη 2008).

2.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

Την χρονολογία 1981 καταγράφεται για πρώτη φορά το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ) στις ΗΠΑ. Παρατηρείται όμως ότι προϋπήρχε από το 1978. Στη συνέχεια μετά την πρώτη καταγραφή στις ΗΠΑ ακολουθούν και άλλες χώρες όπως είναι η Δ. Ευρώπη και ο Καναδάς όπου τα επιδημιολογικά στοιχεία τα οποία είναι αντίστοιχα με αυτά στις ΗΠΑ δείχνουν ότι τα άτομα που νοσούν είναι στην πλειοψηφία άντρες ομοφυλόφιλοι. Σε ορισμένες βέβαια περιοχές (Ισημερινή Αφρική, Καραϊβική) σύμφωνα με μελέτες, παρατηρείται ότι το συγκεκριμένο

φαινόμενο πρωτοεμφανίζεται αρχές της δεκαετίας του 1980 και τα επιδημιολογικά στοιχεία διαφέρουν από αυτά του Καναδά και της Δ. Ευρώπης.

Η εκδήλωση της συγκεκριμένης ασθένειας γίνεται με διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις οι οποίες δύναται να συνδυαστούν και με κάποιους τύπους κακοήθων όγκων. Όσον αφορά την κυτταρική ανοσολογική ανεπάρκεια που υφίσταται σε όλες τις περιπτώσεις δεν υπάρχει μέχρι και σήμερα κάποια θεραπευτική αντιμετώπιση κι έτσι τα επίπεδα θνησιμότητας είναι αρκετά ψηλά. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία φαίνεται ότι ο παράγοντας εξάπλωσης του συγκεκριμένου συνδρόμου είναι μεταδοτικός και επιπλέον φαίνεται να είναι ρετροϊός. Παρά το γεγονός ότι δεν είναι σαφές η προέλευση του ιού και ότι δεν υπάρχουν προληπτικές εξετάσεις, οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες επαρκούν ώστε οι υγειονομικές αρχές να καθορίσουν τα δεδομένα με σκοπό να εκτιμήσουν την συχνότητα της ασθένειας. Το συγκεκριμένο σύνδρομο είναι ένα μείζων πρόβλημα που αφορά τη δημόσια υγεία για αρκετές χώρες. Οι έρευνες που λαμβάνουν χώρα κατά καιρούς δείχνουν ότι υπάρχει ελπίδα για την αντιμετώπιση του ζητήματος καθώς φαίνεται να έχουν θετική εξέλιξη.

Ο HIV βρίσκεται κατά κύριο λόγο στα λεμφοκύτταρα και πιο μικρή ποσότητα είναι στον ορό του αίματος, στο σπέρμα και στις τραχηλικές εκκρίσεις. Στο αίμα βρίσκεται σε πυκνότητα πάνω από ένα εκατομμύριο φορές μικρότερο από ότι ο ιός της ηπατίτιδας Β.

Η καλλιέργεια του HIV δύναται να γίνει και από άλλες εκκρίσεις του ανθρώπινου οργανισμού όπως είναι το σάλιο, τα δάκρυα κλπ. Λόγω όμως ότι η ποσότητα του είναι πολύ μικρή δεν γίνεται να μεταδοθεί στους άλλους ανθρώπους που ζουν με τους φορείς στο ίδιο σπίτι ή βρίσκονται στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον.

Η αδρανοποίηση του HIV επέρχεται πολύ γρήγορα σε υγρή θέρμανση στους 56⁰ C και με αποστείρωση. Τα χημικά απολυμαντικά προκαλούν πολύ γρήγορη αδρανοποίηση του HIV. Είναι πάρα πολύ χρήσιμο το οινόπνευμα πυκνότητας 70% και η κοινή χλωρίνη. Επίσης, αδρανοποιείται ο HIV και με την χρήση των πλυντηρίων πιάτων και ρούχων. Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα προκύπτει το συμπέρασμα ότι η μετάδοση του HIV δεν γίνεται με την απλή επαφή αλλά ούτε και με τα κουνούπια. Για να υπάρξει μετάδοση του HIV θα πρέπει να εισβάλλει από τον φορέα στον ευπαθή άνθρωπο μεγάλη ποσότητα του ιού.

Γι αυτό το λόγο λοιπόν η μετάδοση του AIDS πραγματοποιείται με τους παρακάτω τρόπους:

1. Αιματογενής μετάδοση

Η αιματογενής μετάδοση γίνεται με τη μετάγγιση αίματος ή με τη χρήση μολυσμένων με αίμα φορέων ιατρικών ή άλλων εργαλείων που γίνεται η χρήση τους σε αιματηρές επεμβάσεις. Σύμφωνα με αυτά λοιπόν, εξηγείται η υψηλή συχνότητα φορέων στα πολυμεταγγιζόμενα άτομα και στους αιμορροφιλικούς. Βέβαια, επειδή σήμερα πραγματοποιείται έλεγχος του κάθε αιμοδότη, τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι μιας χρήσεως ενώ στα υπόλοιπα γίνεται αποστείρωση αυτός ο συγκεκριμένος τρόπος μετάδοσης είναι στην πράξη σχεδόν ανύπαρκτος. Παρουσιάζεται όμως πολύ συχνά στους τοξικομανείς λόγω του ότι μοιράζονται τις σύριγγες και τις βελόνες.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε κάποιες περιοχές στη Νέα Υόρκη το 90% των ατόμων που είναι τοξικομανείς έχουν νοσήσει από τον ιό ενώ στην Ισπανία και την Ιταλία αυτό το ποσοστό βρίσκεται πάνω από 50%.

2. Σεξουαλική μετάδοση

Η πιθανότητα να μεταδοθεί ο ιός με αυτό τον τρόπο είναι μικρότερη από 1%. Είναι αρκετή όμως μόνο μια σεξουαλική επαφή. Αυτή η πιθανότητα αυξάνεται στην ομοφυλοφιλική επαφή καθώς είναι περισσότερο τραυματική και το επιθήλιο του εντέρου δίνει τη δυνατότητα να υπάρξει πιο εύκολη διέλευση του HIV προς τα λεμφοκύτταρα που είναι συσσωρευμένα στην περιοχή αυτή. Γι αυτό το λόγο λοιπόν στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν οι ομοφυλόφιλοι, οι ιερόδουλες και τα άτομα που αλλάζουν πολύ συχνά ερωτικούς συντρόφους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι οι ομοφυλόφιλοι οι οποίοι έχουν νοσήσει σε κάποιες ανεπτυγμένες χώρες αγγίζουν το ποσοστό της τάξεως του 70% ενώ οι ιερόδουλες στην Κεντρική Αφρική που έχουν προσβληθεί αγγίζουν το ποσοστό της τάξεως του 80%. Στη χώρα μας το 15% των ομοφυλόφιλων και το 3,2 % των ιεροδούλων βρέθηκαν φορείς του HIV.

3. Περιγεννητική και κάθετη μετάδοση

Στην περίπτωση που η μητέρα είναι φορέας του ιού η πιθανότητα να προσβληθεί το έμβryo είναι 50%. Ο ιός μεταδίδεται και με το θηλασμό. Όμως στην περίπτωση που η μητέρα μολυνθεί μετά τον τοκετό το νεογνό δεν προσβάλλεται (Σόμπολος κ.συν. 1991).

2.4 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) ονομάζεται η μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας και η μόνιμη καταστροφή των ιστών που καθαρίζουν το αίμα από τις άχρηστες ουσίες. Οι νεφροί δεν λειτουργούν αποτελεσματικά και δεν μπορούν να σχηματιστούν τα ούρα. Απόρροια αυτών είναι να συσσωρεύονται στο αίμα οι άχρηστες ουσίες και να δημιουργούν προβλήματα στην υγεία. Πολλές φορές ωστόσο δεν παράγονται και οι ορμόνες που παρήγαγαν τα νεφρά όταν λειτουργούσαν φυσιολογικά, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ορμονικές διαταραχές και να προκαλούν επιπλέον δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αποτελεί μια βραδέως προϊούσα νόσο που συνήθως είναι ασυμπτωματική μέχρι ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) να ελαττωθεί σε 5 έως 10 ml/min, οπότε παρουσιάζεται το ουραιμικό σύνδρομο και η αιμοκάθαρση είναι απαραίτητη για την διατήρηση της ζωής.

Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης είναι μια εξέταση που αποτελεί έναν πολύ καλό δείκτη εκτίμησης της νεφρικής λειτουργίας και δείχνει πόσο γρήγορα διηθούνται τα ούρα στους νεφρούς. Ο προσδιορισμός του ρυθμού σπειραματικής διήθησης γίνεται με διάφορες μεθόδους, όπως είναι η μέτρηση της κρεατίνης στο πλάσμα του αίματος ή ο προσδιορισμός της κάθαρσης της κρεατίνης, μετά από μετρήσεις σε 24ωρες συλλογές ούρων και κατάλληλους υπολογισμούς.

Η ουραιμία από την άλλη πλευρά, είναι ένα σύνδρομο το οποίο επηρεάζει όλα τα συστήματα του οργανισμού. Παρόλες τις προσπάθειες που έχουν γίνει ώστε να αποδοθεί το σύνδρομο σε μια ουραιμική τοξίνη, δεν έχουν δοθεί διευκρινιστικά αποτελέσματα. Τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει η άποψη ότι το ουραιμικό σύνδρομο προκαλείται από τον συνδυασμό της επίδρασης ουσιών που κατακρατούνται και της έλλειψης σημαντικών ορμονών, όπως η ερυθροποιητίνη και η βιταμίνη D.

Ένας από τους συνηθέστερους παράγοντες, είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Όταν κυκλοφορεί στο αίμα αυξημένη ποσότητα γλυκόζης, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να καταστρέφονται τα μικρά αγγεία του σώματος και επομένως και των νεφρών. Οι νεφροί δεν μπορούν να καθαρίσουν αποτελεσματικά το αίμα και να αποβάλλουν νερό και αλάτι από το σώμα. Μία ακόμη επίπτωση του διαβήτη, είναι ότι μπορεί να προκαλέσει πιθανές βλάβες στα νεύρα, επηρεάζοντας έτσι την ουροδόχο κύστη.

Η υπέρταση είναι ένας δεύτερος παράγοντας που προκαλεί συνήθως νεφρική ανεπάρκεια. Όταν η πίεση που ασκεί το αίμα στα αγγεία είναι πολύ μεγάλη, τότε μπορεί να καταστραφούν τα αγγεία του σώματος, άρα και τα αγγεία που αιματώνουν τους νεφρούς, με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσλειτουργία. Η υπέρταση πολλές φορές επιδεινώνει τις ήδη χρόνιες παθήσεις νεφροπάθειας.⁵

Τρίτος παράγοντας είναι οι μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος. Τα μικρόβια που εισέρχονται από την ουροποιητική οδό, προκαλούν μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος. Παρόλο που τις περισσότερες φορές η μόλυνση περιορίζεται στην ουροδόχο κύστη, ενδέχεται ορισμένες φορές να επεκταθεί και στα νεφρά. Το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι ο πόνος, ή το κάψιμο κατά την ούρηση, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύεται με κάψιμο στην πλάτη και πυρετό. Οι μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος, μπορεί να οφείλονται και σε κληρονομικούς παράγοντες.

Αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, είναι και η νεφρολιθίαση. Πρόκειται για τον σχηματισμό πετρών στους νεφρούς. Οι πέτρες στους νεφρούς αποφράζουν το ουροποιητικό σύστημα και προκαλούν μολύνσεις. Ο σχηματισμός λίθων στο νεφρό μπορεί να γίνεται εξαιτίας της ελλιπούς ποσότητας υγρών, ή ακόμη και από κληρονομικές διαταραχές.⁵

Στους παράγοντες που προκαλούν νεφρική ανεπάρκεια, εντάσσονται και διάφορες νεφροπάθειες όπως η σπειραματονεφρίτιδα. Η σπειραματονεφρίτιδα, είναι μια φλεγμονή που υπάρχει στους νεφρούς και συνήθως προκαλεί την δυσλειτουργία τους.

Τα φάρμακα και οι ναρκωτικές ουσίες, μπορούν επίσης να προκαλέσουν πάθηση των νεφρών. Από την στιγμή που τα νεφρά αποτελούν το φίλτρο του οργανισμού, τα φάρμακα και οι ναρκωτικές ουσίες όταν χρησιμοποιούνται για χρόνια, καταστρέφουν την λειτουργία των νεφρών.

Μία επιπλέον αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, είναι η πολυκυστική νόσος των νεφρών. Πρόκειται για μια κληρονομική ασθένεια και χαρακτηρίζεται από αυξημένο αριθμό κύστεων στους νεφρούς.⁴

Τέλος, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μπορεί να προέρχεται από εκ γενετής προβλήματα που επηρεάζουν το ουροποιητικό. Τα προβλήματα αυτά προκαλούν απόφραξη της ουροποιητικής οδού, ή παλινδρόμηση των ούρων, πίσω προς τους νεφρούς, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται μολύνσεις ή καταστροφή των νεφρών.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα κυρία συμπτώματα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Η κλινική εικόνα του ασθενή που πάσχει από χρόνια νεφρική

ανεπάρκεια, στην αρχή παρουσιάζεται από την αυξημένη αρτηριακή πίεση. Πρόκειται για το πρώτο σύμπτωμα που μαρτυρά μια πιθανή πάθηση των νεφρών. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί ένα άτομο να πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια, χωρίς να νιώθει άρρωστο. Ωστόσο, εάν μετρηθεί θα παρατηρήσει αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Συχνά παρατηρείται και μια απώλεια πρωτεϊνών στα ούρα. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, τα νεφρά καθαρίζουν το αίμα και απομακρύνουν τις άχρηστες ουσίες από τον οργανισμό. Όταν όμως υπάρχει αναποτελεσματική λειτουργία, τα νεφρά δεν μπορούν να διαχωρίσουν τις επιβλαβείς ουσίες με τις πρωτεΐνες, με αποτέλεσμα να υπάρχει απώλεια τους με τα ούρα. Η πρωτεΐνη που φαίνεται στα ούρα όταν το πρόβλημα είναι σε ήπια μορφή, είναι η αλβουμίνη.

2.5 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης απασχολεί την ιατρική κοινότητα εδώ και 3.500 χρόνια. Η ιστορία της νόσου γράφτηκε με ασταμάτητη και επίμονη, προσπάθεια και σηματοδεύτηκε από χαρισματικούς ιατρούς –ερευνητές που με την δουλειά και τις ιδέες τους έφεραν στο φως άγνωστες πτυχές της νόσου και αποκάλυψαν σημαντικά κομμάτια στο μεγάλο πάζλ που λέγεται σακχαρώδης διαβήτης.

Η ταξινόμηση του σακχαρώδους διαβήτη έχει ως εξής:

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ

- 1) Τύπος 1 ή ινσουλινοεξαρτώμενος
- 2) Τύπος 2 ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος
 - α) άτομα κανονικού βάρους
 - β) άτομα παχύσαρκα
- 3) Διαβήτης κνήσεως

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ

ΣΔ στα πλαίσια άλλων νοσημάτων με γνωστή αιτία και ειδικό σύνδρομο :

- 1) Παγκρεατική νόσος

Χρόνια παγκρεατίτιδα

Αιμοχρωμάτωση

Ολική παγκρεατεκτομή

Όγκοι παγκρέατος

Μετά από οξεία παγκρεατίτιδα

2) Παθήσεις ενδοκρινών αδένων

Σύνδρομο Cushing

Μεγαλακρία

Φαιοχρωμοκύττωμα

Θυρεοειδοτοξίκωση

Γλουκαγόνωμα

Πρωτοπαθής αλδοστερονισμός

3) Φαρμακευτικός – ιατρογενής ΣΔ

4) Σύνδρομα με ανωμαλία στους υποδοχείς της ινσουλίνης

Συγκεκριμένα γενετικά νοσήματα

Νοσήματα του παγκρέατος

Οι πιο συχνές αιτίες είναι η αιμοχρωμάτωση και η χρόνια παγκρεατίτιδα. Η παραγωγή της ινσουλίνης είναι μειωμένη, λόγω του ελαττωμένου αριθμού των β-κυττάρων, ως συνέπεια της ίνωσης του παγκρέατος. Γι αυτό και στις περισσότερες περιπτώσεις παγκρεατικού διαβήτη χρειάζεται ινσουλίνη, έστω και σε μικρές δόσεις. Ο ΣΔ είναι επίσης πιθανή συνέπεια οξείας παγκρεατίτιδας ή παγκρεατεκτομής ή αφαιρέσεως όγκου νησιδίων παγκρέατος. Στον παγκρεατικής αιτιολογίας ΣΔ υπάρχει συχνά στεατόρροια.

Νοσήματα Ενδοκρινών Αδένων

Διαβήτης ή μειωμένη ανοχή γλυκόζης είναι συχνό φαινόμενο στο Cushing, στη μεγαλακρία, στον πρωτοπαθή αλδοστερονισμό και το φαιοχρωματοκύττωμα. Επίσης έχει περιγραφεί ΣΔ σε όγκο α-κυττάρων του παγκρέατος – (γλουκαγόνωμα) και σε σωματοστατίνωμα. Στα σύνδρομα αυτά ο διαβήτης είναι κατά ήπιος και εξαφανίζεται με την αφαίρεση του ενδοκρινικού όγκου.

Φαρμακευτικός ΣΔ

Τα φάρμακα που δρουν διαβητογενώς είναι: γλυκορτικοειδή, θειαζίδες, φουροσεμίδη, διαζοξίδη, β' αναστολείς συμπαθητικού, ριτοντρίνη, αντισυλληπτικά, διφαινυλοϋδαντοΐνη, ανοσοκατασταλτικά και ανταγωνιστές ασβεστίου. Από αυτά, τα κορτικοστεροειδή είναι τα πιο διαβητογόνα. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή εμφανίζουν ΣΔ σε συχνότητα που αυξάνουν όσο αυξάνουν η δόση, η διάρκεια χορήγησης, η ηλικία και το σωματικό βάρος. Οι θειαζίδες έχουν ασθενή διαβητογόνο επίδραση που οφείλεται σε απευθείας δράση

στα β-κύτταρα του παγκρέατος αλλά και στην υποκαλιαιμία. Η διαζοξίδη δρα όπως οι θειαζίδες, χωρίς φυσικά το μηχανισμό της υποκαλιαιμίας. Οι αναστολές των β-υποδοχέων δρουν διαβητογενώς, γιατί αφήνουν να δρα μόνη η α-διέγερση του συμπαθητικού, η οποία αναστέλλει την έκκριση ινσουλίνης. Η ριτοντρίνη είναι β2 συμπαθητικομιμητικό φάρμακο που δρα διαβητογενώς διαμέσου προαγωγής της γλυκογονολύσεως στο ήπαρ. Διαβητογενώς δρα και η διφαινυλοϋδαντοΐνη όταν χορηγείται IV σε μεγάλες δόσεις.

Τα αντισυλληπτικά δρουν διαβητογενώς με το προγεστερονοειδές φάρμακο που περιέχουν. Η χορήγηση τους πρέπει να αποφεύγονται σε γυναίκες με θετικό κληρονομικό για ΣΔ τύπου II. Τα κυτταροστατικά σε μεγάλες δόσεις ασκούν κατασταλτική δράση στο μηχανισμό εκκρίσεως ινσουλίνης από τα β-κύτταρα. Ιδιαίτερα μελετήθηκαν η L-ασπαραγινάση και η βινκριστίνη.

Όπως συμβαίνει με όλες τις πολυπεπτικές ορμόνες, πρώτο και απαραίτητο στοιχείο στο μηχανισμό δράσεως της ινσουλίνης είναι η δέσμευση της σε υποδοχείς που βρίσκονται στην επιφάνεια των κυττάρων-στόχων. Το σύμπλεγμα ινσουλίνης-υποδοχέα ενεργοποιεί το κύτταρο και επιτρέπει την είσοδο της γλυκόζης. Έχουν περιγραφεί καταστάσεις με μείωση του αριθμού των υποδοχέων αλλά και με μείωση της συγγένειας των υποδοχέων προς την ινσουλίνη. Ο αριθμός των υποδοχέων είναι μειωμένος στην παχυσαρκία και σε καταστάσεις υπερινσουλιναιμίας. Η επάνοδος στο φυσιολογικό βάρος αποκαθιστά στα φυσιολογικά όρια τον αριθμό των υποδοχέων. Επίσης η σωματική αυξάνει τον αριθμό των υποδοχέων (Μύγδαλης 2008).

2.6 ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) αποτελεί μακροχρόνια ασθένεια η οποία προκαλεί φλεγμονή στους πνεύμονες, σε κατεστραμμένο ιστό των πνευμόνων και στένωση των αεραγωγών, καθιστώντας δύσκολη την αναπνοή. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι της ασθένειας, αν και είναι γνωστά λίγα σχετικά με το τι προκαλεί αυτή την παραλλαγή και ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για τη διαχείριση διαφορετικών μορφών της νόσου.

Η ΧΑΠ είναι μια κατάσταση που αποτελείται από χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα. Η χρόνια βρογχίτιδα (φλεγμονή και στένωση των αεροφόρων οδών)

εμποδίζει τους πνεύμονες να αδειάζουν φυσιολογικά κατά την εκπνοή. Χρειάζεται περισσότερη προσπάθεια για την αναπνοή, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει την αίσθηση ότι κόβεται η ανάσα. Το εμφύσημα (βλάβη στη δομή των πνευμόνων) συμβαίνει στις περιοχές ανταλλαγής αερίων, γνωστές ως κυψελίδες. Τα τοιχώματα των κυψελίδων γίνονται λιγότερο ελαστικά κι έτσι είναι πιο δύσκολο να αδειάσει ο αέρας από τους πνεύμονες. Συμπτώματα όπως η δύσπνοια και ο βήχας σταδιακά χειροτερεύουν και μπορεί να έχουν σοβαρή επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Ο κύριος παράγοντας κινδύνου για τη ΧΑΠ είναι το κάπνισμα. Περίπου 40-50% των δια βίου καπνιστών θα εμφανίσουν ΧΑΠ, σε σύγκριση με το 10% των ανθρώπων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Δεν πρόκειται να εμφανίσουν όλοι οι καπνιστές την ασθένεια κάτι το οποίο υποδηλώνει ότι η γενετική διαδραματίζει και αυτή κάποιο ρόλο στο αν είναι κάποια άτομα πιο ευαίσθητα από άλλα. Το κάπνισμα έχει πρωτεύοντα ρόλο στην παθογένεια της ΧΑΠ, άλλωστε χαρακτηρίζεται και ως η νόσος των καπνιστών. Οι καπνιστές εμφανίζουν συμπτώματα χρόνιας βρογχίτιδας και ελάττωση των εκπνευστικών ροών. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων συσχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται.

Ο ρόλος της ατμοσφαιρικής ρύπανσης ως αιτιολογικού παράγοντα στην ΧΑΠ δεν έχει διευκρινιστεί. Η ατμοσφαιρική ρύπανση σχετίζεται με την υπερέκκριση βλέννας, όχι όμως και με την ελάττωση της εκπνευστικής ροής. Το βέβαιο είναι, ότι οι ρύποι αυτοί είναι βλαβεροί στους πάσχοντας ήδη από καρδιακά ή αναπνευστικά νοσήματα, ενώ κατά τη διάρκεια μεγάλης ατμοσφαιρικής ρύπανσης αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός των ασθενών που εισάγονται στα νοσοκομεία λόγω επιβάρυνσης της χρόνιας αποφρακτικής τους πνευμονοπάθειας ή του βρογχικού άσθματος. Σε παιδιά προκαλεί ελαττωμένη ανάπτυξη των πνευμονικών λειτουργιών και προδιαθέτει σε ΧΑΠ στην ενηλικίωση.

Ο επιπολασμός της ΧΑΠ κυμαίνεται από 1% στον ενήλικο γενικό πληθυσμό, έως 9%-10% σε άτομα ηλικίας ≥ 40 ετών, ωστόσο, το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς σταδίου I μπορεί να παραμένουν ασυμπτωματικοί ή να παρουσιάζουν συμπτώματα τα οποία δεν εκλαμβάνονται από τους ίδιους ως κατά ανάγκη παθολογικά, υποδηλώνει ότι τόσο οι παγκόσμιες όσο και οι εθνικές εκτιμήσεις υποεκτιμούν τον επιπολασμό της ΧΑΠ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

3.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η ποιότητα ζωής των ασθενών άρχισε να απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας από τη στιγμή που υποχώρησε το βιοϊατρικό μοντέλο σκέψης και αυξήθηκαν οι απαιτήσεις των ασθενών. Ωστόσο, η μέτρησή της είναι δύσκολη, καθώς σχετίζεται με πολλαπλές και αλληλεπιδρώσες διαστάσεις. Είναι γνωστό ότι τα χρόνια νοσήματα φέρνουν τους ασθενείς αντιμέτωπους με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, όπως η διατήρηση ικανοποιητικής συναισθηματικής ισορροπίας και αυτοεκτίμησης, ο αυτοέλεγχος, η ενίσχυση των σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους και ο συμβιβασμός με ένα αβέβαιο μέλλον. Επιπλέον, οι διαγνωστικές ασάφειες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής αποτελούν χαρακτηριστικά των χρόνιων νοσημάτων και έχουν δυσμενή επίδραση στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Καραδήμας, 2005).

Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η ποιότητα ζωής δεν αφορά μια μονοδιάστατη αντίληψη, αλλά ένα σύμπλεγμα αλληλοεπιδρώντων παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τέσσερις βασικούς τομείς, οι οποίοι περιλαμβάνουν τις ακόλουθες διαστάσεις:

- την ψυχολογική
- την κοινωνική
- την επαγγελματική και
- τη σωματική διάσταση.

Ψυχολογική Διάσταση

Ο Πλάτωνας ήταν ο πρώτος που μίλησε για τη σπουδαιότητα της ολιστικής φροντίδας: «Όπως δεν προσπαθούμε να φροντίσουμε τα μάτια αγνοώντας το κεφάλι ή το κεφάλι αγνοώντας το υπόλοιπο σώμα, ομοίως πρέπει να συμβαίνει και με την ψυχή». Επομένως, είναι πολύ σημαντική η ανίχνευση των ψυχολογικών προβλημάτων και η άμεση θεραπεία τους. Για μερικούς ασθενείς ίσως χρειαστεί θεραπεία συμπεριφοράς ή φαρμακευτική αγωγή. Η

θεραπεία συμπεριφοράς βοηθά τα άτομα να αλλάξουν τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης. Το άτομο οδηγείται στην επιλογή αποτελεσματικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της νόσου και διατηρεί μια θετική εικόνα του εαυτού του. Επομένως, οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα μπορούν να προσαρμοστούν καλύτερα στις προκλήσεις της νόσου μέσα από μια προσπάθεια ελέγχου και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης που επιφέρει η διάγνωση μιας νόσου.

Κοινωνική διάσταση

Σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και μακροχρόνια νόσηση παρατηρείται κατάθλιψη που οφείλεται στον φόβο ότι οι φίλοι και τα αγαπημένα πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν.

Υπάρχουν περιπτώσεις που η υποστήριξη του περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική και κυρίως όταν πρόκειται για χρόνια προχωρημένη θανατηφόρα νόσο.

Όταν η νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα, ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης που δυσκολεύει την επικοινωνία με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Η καλή κοινωνική κατάσταση είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί. Στην κοινωνική διάσταση υπάγεται μια σειρά σημαντικών λειτουργιών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η διατήρηση των δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας, η συνοχή της οικογένειας και η σεξουαλικότητα. Δεν υπάρχει σαφής ορισμός και συμφωνία των μελετητών για την κοινωνική διάσταση, αλλά έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον ίδιο τον ασθενή που προσπαθεί να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει με επιτυχία τη νόσο. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, η διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη, είναι μείζονος σημασίας για τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής (Gernaat, et.al 2017). Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα του ανθρώπου. Το άτομο μέσω της εργασίας μπορεί να επιτύχει την κοινωνική και οικονομική του καταξίωση. Πολλοί χάνουν την αυτοεκτίμησή τους όταν δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα για την οικογένεια και εξαρτώνται από άλλους για τις καθημερινές τους ανάγκες.

Η εξάρτηση αυτή μειώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και το καθιστά παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής. Ωστόσο, η εργασία δεν προσφέρει πάντα ικανοποίηση, καθώς συνδέεται με μεγάλο άγχος, που εμποδίζει το άτομο να απολαύσει τη ζωή. Για τα άτομα με χρόνια νόσημα, η

μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιτείνει την εξάρτηση και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, με αποτέλεσμα να μεγεθύνονται τυχόν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης.

Η καλή σωματική κατάσταση αναφέρεται στη σωματική λειτουργία και περιλαμβάνει εκδηλώσεις, όπως ο πόνος, η ναυτία και η κόπωση. Αντιπροσωπεύει μια ποικιλία παραγόντων, που συνίστανται από συμπτώματα της νόσου, την αντιμετώπισή τους και τη γενική καλή κατάσταση, όπως την ορίζει ο ασθενής. Η διάκριση της νόσου από τη σωματική κατάσταση είναι πολύ σημαντική για τον καθορισμό της θεραπείας, αν και για τους ίδιους τους ασθενείς είναι ασήμαντη. Η καλή λειτουργική κατάσταση συνδέεται με τη βιολογική φύση, αλλά αναφέρεται σε κάτι διαφορετικό. Αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί δραστηριότητες που σχετίζονται με τις προσωπικές ανάγκες, τις φιλοδοξίες ή την επιτέλεση του κοινωνικού ρόλου. Σε βασικό επίπεδο, αφορά δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως η βάρδια, η διατροφή, η καθαριότητα και η ένδυση. Αφορά στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί υπεύθυνες δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι, σε κοινωνικό, εργασιακό, διαπροσωπικό και προσωπικό επίπεδο (Μηνασίδου & Λεμονίδου 2005).

3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι ψυχολογικές επιδράσεις μιας χρόνιας νόσου είναι ένα σύνθηρες φαινόμενο που παρατηρείται στα λεγόμενα των ασθενών όταν περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο νιώθουν ότι η ασθένεια έχει καταβάλει την ζωή τους.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έδειξαν πως συχνά μια χρόνια ασθένεια δεν επιτρέπει στον ασθενή να έχει τη ζωή με τους ρυθμούς και τις συνήθειες που είχε υιοθετήσει, μειώνει κατά πολύ την ικανότητά του στον εργασιακό χώρο, και κάποιες φορές, αν υπήρχε προδιάθεση οδηγεί σε υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Είναι πιθανό ο ασθενής να επηρεαστεί στην ψυχική του σφαίρα με επιδράσεις όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση, φόβο για το μέλλον, και απώλεια της ευχαρίστησης που απορρέει από διαφορετικές καθημερινές δραστηριότητες, (Ogden, 1996).

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορεί να ισχυριστεί κανείς πως η χρόνια νόσος πέρα από μια δυσάρεστη αισθητική/οργανική εμπειρία, είναι μια εμπειρία που επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Κάθε πάθηση αποτελεί για τον άνθρωπο μια απειλή. Γι' αυτό σε οποιονδήποτε τεθεί η υπόνοια νόσου μέχρι και την οδυνηρή εξέλιξη της (με τις ποικίλες εξετάσεις, επεμβάσεις, εισόδους σε Νοσοκομεία), καθώς και στη φάση της θεραπείας και αποκατάστασης, επικρατεί μια ατμόσφαιρα ανασφάλειας. Κάθε άτομο αντιδρά με το δικό του, μοναδικό τρόπο στη γνωστοποίηση της διάγνωσης. Οι αντιδράσεις αυτές ποικίλλουν και μπορεί να έχουν εποικοδομητικές, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στην οργανική και ψυχική υγεία του ατόμου και στις σχέσεις του με τους άλλους. Συχνά, ο ασθενής εκφράζει έντονο άγχος, οργή και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχές επειδή αρρώστησε και φόβο για την εξέλιξη της υγείας του. Οι αντιδράσεις αυτές είναι απόλυτα φυσιολογικές. Η πρώτη αντίδραση είναι μια αγωνία για την έκβαση της πάθησης που συχνά φτάνει τα νοσηρά όρια του άγχους. Το συναίσθημα αυτό είναι συχνά δυσανάλογο προς τη βαρύτητα της ασθένειας. Η έννοια της αρρώστιας και οι περιορισμοί που τυχόν συνεπάγεται πυροδοτούν βαθύτερους και παιδικούς φόβους που κρατούν τον ασθενή σε μια διαρκή ανησυχία. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του ασθενούς και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένεια του. Μια σημαντική απόφαση που πρέπει να πάρει ο ασθενής αφορά την ανακοίνωση της ασθένειάς του σε άλλους. Πολλοί ασθενείς όταν τους ανακοινώνεται ότι πάσχουν από μια σοβαρή ασθένεια προτιμούν να κρατήσουν την ασθένεια τους μυστική, άλλοτε γιατί χρειάζονται χρόνο να την αποδεχτούν και άλλοτε για να προστατεύσουν το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον ή τον εαυτό τους από τις αντιδράσεις των άλλων. Επίσης, μια άλλη σημαντική απόφαση αφορά την αναζήτηση δεύτερης ή / και τρίτης γνώμης σχετικά με τη διάγνωση ή / και την θεραπεία. Μερικές φορές ο ασθενής την επιδιώκει γιατί του επιτρέπει να διερευνήσει άλλες απόψεις ή εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, είτε για να ασκήσει κάποιον έλεγχο στις καταστάσεις που αντιμετωπίζει είτε γιατί με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζει τον απαραίτητο χώρο και χρόνο για να αφομοιώσει την πραγματικότητα και να πάρει τις απαιτούμενες αποφάσεις (Chung et.al 2017) .

Η ανακοίνωση της διάγνωσης μιας χρόνιας ασθένειας έχει επιπτώσεις στην εικόνα που έχει το άτομο τόσο για τον εαυτό του, όσο και για το σώμα του. Η αίσθηση ότι ο ασθενής δεν ελέγχει το σώμα και τη ζωή του προκαλείται τόσο από τη αρρώστια, όσο

και από τις απώλειες που τη συνοδεύουν και συχνά οδηγούν τον ασθενή στην ενεργοποίηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την διάγνωση της αρρώστιας. Αυτές οι συμπεριφορές θεωρούνται απόλυτα φυσιολογικές και έχουν άλλοτε λειτουργικό και άλλοτε δυσλειτουργικό χαρακτήρα στη διαδικασία της προσαρμογής του ατόμου στην αρρώστια. Για μερικούς ασθενείς η διάγνωση αποτελεί μια κρίσιμη καμπή, καθώς ανακαλύπτουν τις σχέσεις, τις αξίες, τις προτεραιότητες και τις επιδιώξεις που είναι πραγματικά σημαντικές γι' αυτούς. Μπροστά στη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας οι οικογενειακές και οι φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές τροποποιούνται. Άλλοτε χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης και άλλοτε από μια τάση απομάκρυνσης.

Οι συνηθέστεροι τρόποι παρέμβασης για την ψυχολογική στήριξη των χρόνια ασθενών στηρίζονται στην πληροφόρηση, την αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης, στην εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του στρες, στη χρήση ειδικών παρεμβατικών και θεραπευτικών στρατηγικών και τεχνικών, στην οικογενειακή θεραπεία, καθώς και στην παρέμβαση στο προσωπικό υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Οι συνήθεις γενικοί στόχοι των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης είναι η μείωση της δυσφορίας και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η ενίσχυση της χρήσης λειτουργικότερων στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες. Η βιβλιογραφία έχει να παρουσιάσει αρκετά αναπτυγμένα μοντέλα παρέμβασης, τα οποία έχουν δείξει σημαντική αποτελεσματικότητα (NOF, 2016).

Οι μη φυσιολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές, καθώς όχι μόνο ενισχύουν την ποιότητα ζωής, αλλά βελτιώνουν τις πιθανότητες επιτυχίας των ιατρικών θεραπειών. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι οι στρατηγικές που έχουν επιδείξει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα είναι η εκπαίδευση του ασθενή, οι τεχνικές χαλάρωσης, η εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος και στις δεξιότητες επικοινωνίας, καθώς και η αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων. Επίσης σημαντικά αποτελέσματα έχουν οι παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας, κοινωνικής στήριξης, καθώς και σε επίπεδο κοινότητας με στόχο την ενίσχυση της κατανόησης των πολιτών για μια συγκεκριμένη ασθένεια ή κατάσταση.

Καίρια θέση στα προγράμματα παρέμβασης κατέχουν οι προσπάθειες για ενίσχυση της υλικής και συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι ασθενείς, καθώς και οι προσπάθειες για την ενίσχυση της χρήσης περισσότερο λειτουργικών και αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες.

Οι τρόποι κινητοποίησης για μεγαλύτερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης είναι συνήθως τρεις :

(α) κινητοποίηση των μελών της οικογένειας και των οικείων για συμμετοχή στην όλη θεραπευτική διαδικασία,

(β) παρόθηση των ασθενών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες και

(γ) παραπομπή σε ατομική στήριξη για την υπέρβαση των προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, αν αυτό είναι αναγκαίο. Όσον αφορά την ενίσχυση της χρήσης αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, οι παρεμβάσεις που αναπτύχθηκαν ήταν γενικά αποτελεσματικές.

Περιορίζονται, όμως, στην ενίσχυση ή την αλλαγή σε μία ή δύο στρατηγικές, οι οποίες συνήθως είναι εστιασμένες στο πρόβλημα. Η κύρια μέθοδος που χρησιμοποιείται, σύμφωνα με τους ερευνητές, είναι η γνωσιακή – συμπεριφοριστική αν και αυτό μπορεί μόνο να αντανakλά τον ισχυρό ανάλογο προσανατολισμό των περισσότερων ερευνητών. Τμήματα των προγραμμάτων παρέμβασης αποτελούν, επιπροσθέτως, ειδικά ζητήματα, όπως: η διαχείριση του πόνου και η αντιμετώπιση προβλημάτων ύπνου. Αν και το πρώτο θεωρείται αυτονόητο, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται και το δεύτερο, καθώς είναι σημαντική η επίδραση του ύπνου στο ανοσοποιητικό σύστημα, στη γενικότερη ποιότητα ζωής και στο γενικό επίπεδο υγείας. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ύπνου χρησιμοποιούνται κυρίως γνωσιακές – συμπεριφοριστικές τεχνικές, όπως: ο έλεγχος των ερεθισμάτων (π.χ. το άτομο να πηγαίνει για ύπνο μόνο όταν νυστάζει, αποκλεισμός δραστηριοτήτων, όπως: η παρακολούθηση τηλεόρασης και η λήψη φαγητού στο κρεβάτι κ.α.), η εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής ύπνου, η διαχείριση του στρες κ.λπ. . Οι κύριες αρχές που θα πρέπει να χαρακτηρίζουν τις προσπάθειες παρέμβασης των ψυχολόγων υγείας:

(α) η ευελιξία στην εφαρμογή του προγράμματος σε συνδυασμό με τη διατήρηση των ορίων, καθώς και

(β) η ανάπτυξη ρεαλιστικών προσδοκιών σε συνδυασμό με την ανάγκη να μάθουν να διαχειρίζονται την απώλεια. Επιπλέον χρειάζεται, να ενημερώνονται για θέματα ιατρικά και νομικά (Ιακωβίδης & Ιακωβίδης 2007) .

3.3 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα διασφάλισης του επιπέδου φροντίδας για την υγεία των πολιτών. Τα ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας, και ειδικότερα, το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας και ασφάλειας, το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και της αξιοπρεπούς μεταχείρισης στη παροχή υπηρεσιών υγείας και το δικαίωμα προστασίας της υγείας με κατάλληλα μέτρα πρόληψης ασθενειών καθώς και φροντίδας υγείας, αποτελούν βασικά ανθρώπινα δικαιώματα.

Οι χρόνιοι ασθενείς έχουν τα εξής δικαιώματα :

- Δικαίωμα να υπάρχουν οι απαραίτητες υπηρεσίες για την αντιμετώπισή του.
- Δικαίωμα να αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας με ολιστική προσπάθεια.
- Δικαίωμα να του παρέχεται χρόνος για συζήτηση με τους επαγγελματίες υγείας.
- Δικαίωμα στην ενημέρωση για τα στάδια της ασθένειάς του, τα συμπτώματα και την αντιμετώπισή τους.
- Δικαίωμα συναπόφασης στη θεραπεία και στη φροντίδα
- Δικαίωμα πληροφόρησης για εναλλακτικές μορφές θεραπείας.
- Δικαίωμα για υποστήριξη από το κράτος(Ιακωβίδης & Ιακωβίδης 2007).

3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η χρόνια νόσος αποτελεί μια προσωπική δοκιμασία για τον κάθε ασθενή η οποία προκαλεί διαφορετικού βαθμού ψυχολογική αντίδραση στον καθένα. Το είδος και η ένταση των αντιδράσεων του ασθενούς στην χρόνια ασθένεια του εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Η ηλικία του ασθενούς είναι ένας ισχυρός παράγοντας στη διαμόρφωση της ψυχολογικής αντίδρασης στην ασθένεια. Στην

παιδική ηλικία οι γνωστικές λειτουργίες και οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς με αποτέλεσμα μεγαλύτερη πιθανότητα συναισθηματικής παλινδρόμησης. Για τους έφηβους η ασθένεια αποτελεί πλήγμα στη διαδικασία σταθεροποίησης της εικόνας του Εγώ τους με συνέπεια την δημιουργία έντονου άγχους. Στους ενήλικες υπάρχει μεγαλύτερη επιβάρυνση λόγω της ύπαρξης αυξημένων οικογενειακών και επαγγελματικών υποχρεώσεων. Επέλευση της ασθένειας στους μεσήλικες συνοδεύεται συχνά από απαισιόδοξες σκέψεις για τα γηρατεία που πλησιάζουν και το αναπόφευκτο για όλους θάνατο. Το φύλο του ασθενούς έχει άμεση σχέση με την ψυχολογική αντίδραση στην ασθένεια. Οι γυναίκες αντιδρούν εντονότερα σε νόσους, κακώσεις ή επεμβάσεις που συνεπάγονται αισθητικές αλλοιώσεις, ενώ οι άνδρες σε χρόνια νοσήματα που έχουν σαν επίπτωση σοβαρό λειτουργικό περιορισμό που συνεπάγεται αυξημένη εξάρτηση από τους άλλους. Η προσωπικότητα του ασθενούς είναι ένας από τους ισχυρούς καθοριστικούς παράγοντες για την εμφάνιση της ψυχολογικής αντίδρασης στην ασθένεια. Άτομα ανεξάρτητα, με ενεργητικότητα και δυναμισμό δυσκολεύονται να “παίξουν” το ρόλο του καλού ασθενή, δηλαδή αυτού που συμμορφώνεται αμέσως προς τις ιατρικές εντολές, δεν παραπονείται για την υγεία του ή δεν κριτικάρει τις ενέργειες του γιατρού ή του νοσηλευτή. Ασθενείς με υστερική δομή προσωπικότητας είναι πιο πιθανό να αντιδράσουν με εντονότερη συναισθηματική παλινδρόμηση, αυξημένες ανάγκες περιποιήσεων και φροντίδας και σωματοποίηση του άγχους τους. Ασθενείς με παρανοειδή προνοσηρή προσωπικότητα είναι πιθανότερο να κινητοποιήσουν τον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της προβολής και να γίνουν οξύθυμοι, επιθετικοί ή ακόμα και διεκδικητικοί. Τέτοιοι ασθενείς συνεργάζονται δύσκολα στη θεραπεία και συνήθως την εγκαταλείπουν πρόωρα. Ασθενείς με ψυχαναγκαστική προνοσηρή προσωπικότητα κινητοποιούν πιο εύκολα τους μηχανισμούς της καταπίεσης, της μόνωσης και της διανοητικοποίησης. Ενδιαφέρονται πάρα πολύ για την ασθένεια τους, ενημερώνονται από βιβλία γι’ αυτή και παρακολουθούν τις εξελίξεις της, χωρίς όμως να συμμετέχουν συναισθηματικά.

Η μόρφωση του ασθενούς και η κοινωνική του θέση μπορούν επίσης να διαμορφώσουν τις ψυχολογικές του αντιδράσεις στην ασθένεια. Άτομα με χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αποδεχθούν, αλλά και να εγκαταλείψουν το ρόλο του ασθενούς. Αντίθετα άτομα πιο μορφωμένα κατανοούν καλύτερα τη νόσο τους και αποδέχονται ευκολότερα το ρόλο του ασθενούς. Η σοβαρότητα και η βαρύτητα της νόσου είναι οι πιο καθοριστικοί

παράγοντες για την διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων. Η σοβαρότερη ασθένεια ή και η βαρύτερη νόσηση είναι αυτονόητο ότι θα προκαλέσουν εντονότερες ψυχολογικές αντιδράσεις. Η βαθμιαία έναρξη μιας ασθένειας αφήνει περισσότερα περιθώρια για την ανάπτυξη των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών.

3.5 Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Συμβουλευτική είναι η διαδικασία κατά την οποία δίνονται κατευθύνσεις από τον Σύμβουλο στον ασθενή, έτσι ώστε να διερευνηθούν συνθήκες και συναισθήματα με σκοπό ο ασθενής να ανακαλύψει διάφορους μηχανισμούς και να τους χρησιμοποιήσει για να βοηθήσει τον εαυτό του να αντιμετωπίσει τα θέματα που τον απασχολούν. Ο σύμβουλος δεν παίρνει αποφάσεις για αυτό που αφορά τον ασθενή. Συμβουλευτική είναι η χρησιμοποίηση της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ συμβούλου και ασθενή έτσι ώστε ο ασθενής να είναι ευχαριστημένος ζώντας δημιουργικά και με περισσότερη ικανοποίηση.

Σκοποί της συμβουλευτικής είναι αφενός μεν η διευκόλυνση του ατόμου να πετύχει τις απαραίτητες αλλαγές στη συμπεριφορά του ώστε να αξιοποιήσει συνετότερα τον εαυτό του και αφετέρου να βοηθήσει το άτομο να πετύχει αυτογνωσία και αυτοέλεγχο. Η Συμβουλευτική εφαρμόζεται ατομικά ή ομαδικά. Η τήρηση των βασικών αρχών της συμβουλευτικής βοηθούν στην ανάπτυξη και διατήρηση μιας καλής σχέσης μεταξύ συμβούλου και ατόμου, ώστε ο σύμβουλος να είναι ικανός να βοηθήσει αποτελεσματικά τον συμβουλευόμενο.

Οι αρχές αυτές είναι η βαθειά συναίσθηση του άλλου, η ικανότητα δηλαδή να μπορεί να δει τον κόσμο και τα πράγματα μέσα από τα μάτια του συμβουλευόμενου. Επίσης η δυνατότητα να βοηθήσει το άτομο να αντιλαμβάνεται ρεαλιστικά τον εαυτό του και την κατάσταση του. Να είναι λογικό σε ότι αφορά την διατήρηση και βελτίωση της κατάστασης του, να είναι υπεύθυνο για τις αποφάσεις του και τα αισθήματα του καθώς και για τις αλλαγές που επιδιώκονται. Τέλος να βελτιώσει τον αυτοσεβασμό και την εκτίμηση του εαυτού του και να αναπτύξει την ικανότητα για δημιουργία καλών διαπροσωπικών σχέσεων. Η συμβουλευτική που χαρακτηρίζεται μόνο από ομιλία, συζήτηση χωρίς πράξη, χωρίς προσπάθεια αλλαγής και από τους δύο συμμετέχοντες στην συμβουλευτική σχέση, έχει ανεπαρκή αποτελέσματα. Μαθαίνοντας τις συμβουλευτικές δεξιότητες όπως την ακρόαση, την ενσυναίσθηση, την παρακολούθηση, την αντανάκλαση σκέψεων και συναισθημάτων του άλλου, ο

σύμβουλος μπορεί να προσφέρει καλύτερα οφέλη στον συμβουλευόμενο του από ότι όταν δίδει σωρεία συμβουλών ασκώντας παράλληλα κριτική.

Η άσκηση της συμβουλευτικής στο χώρο της υγείας είναι μια αρκετά δύσκολη, υπεύθυνη και πολλές φορές επίπονη εργασία που απαιτεί αρκετή ψυχική ενέργεια. Απαιτείται τεχνογνωσία που θα οδηγήσει στην κατάλληλη εξατομικευμένη προσέγγιση του ατόμου για να το βοηθήσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση και να μπορέσει να δώσει μια ποιότητα στην καθημερινότητα του.

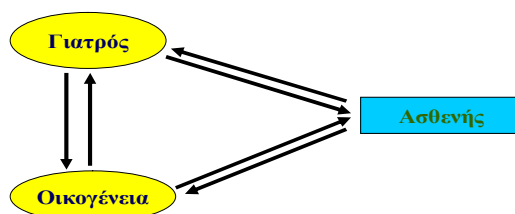
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ

4.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ–ΙΑΤΡΟΥ

Η θεραπευτική σχέση ασθενούς – γιατρού είναι μια μοναδική και ανεπανάληπτη εμπειρία. Ο ασθενής απευθυνόμενος στο γιατρό για διάγνωση και θεραπεία θα ακουμπήσει σε αυτή τη σχέση, φέρνοντας μαζί του και όλο το φάσμα των προηγούμενων εμπειριών και της προσωπικότητάς του. Παράλληλα, ο ασθενής δεν είναι ένας ανεξάρτητος ψυχολογικός οργανισμός, αλλά μέρος ενός οικογενειακού συστήματος, που οι δυναμικές του επιδρούν στον τρόπο που ο ασθενής αισθάνεται και συμπεριφέρεται. Η σχέση αυτή αποκτά ακόμα μεγαλύτερη σημασία σε χρόνια και σοβαρά νοσήματα που ενδεχομένως περιβάλλονται από μια άδικη μυθολογία και κοινωνικές προκαταλήψεις.

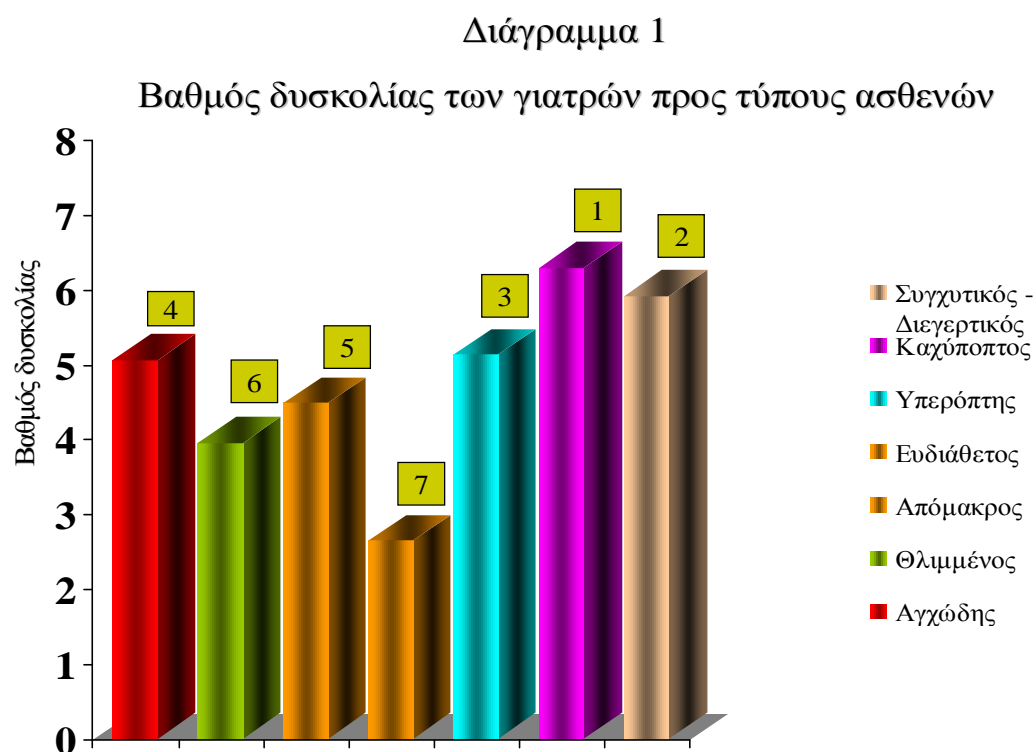
Ο γιατρός με την έναρξη της θεραπευτικής σχέσης γίνεται μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, του τριγώνου ασθενής – οικογένεια – γιατρός και αναπόφευκτα θα «μπλεχτεί» στην αλληλεπίδραση των μελών της οικογένειας, που θα αναζητήσουν συμμαχίες με το γιατρό εναντίον ενός άλλου μέλους, με άλλα λόγια θα βρεθεί στην κατάσταση «τριγωνοποίησης» (σχήμα 1). Συχνά μπαίνει στον πειρασμό να εμπλακεί σε αυτές τις καταστάσεις επηρεασμένος από τις δικές του ηθικές αξίες. Παράλληλα, ο γιατρός μεταφέρει στον ασθενή τις δικές του αντιδράσεις, οι οποίες προέρχονται από την υποδομή του, τα βιώματά του και την προσωπικότητά του.

Σχήμα 1 - Περιβαλλοντική υποστήριξη



Ο γιατρός επομένως, λειτουργεί στη θεραπευτική επικοινωνία όντας πρωταρχικά σε μια διαρκή συναισθηματική διαντίδραση με τον ασθενή. Διαφορετικές

συναισθηματικές ή συμπεριφορικές στάσεις των ασθενών επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τον γιατρό και τη συμμετοχή του στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία με τον άρρωστο. Μελετώντας το βαθμό δυσκολίας παθολογικών και χειρουργικών ειδικοτήτων σε σχέση με τους διάφορους τύπους συμπεριφοράς που εμφανίζουν οι ασθενείς διαπιστώσαμε ότι ο καχύποπτος, ο συγχυτικοδιεγερτικός, ο υπερόπτης και ο αγχώδης ασθενής προκαλούν μεγαλύτερη δυσκολία σε σύγκριση με τον θλιμμένο, τον ευδιάθετο ή και τον απόμακρο ασθενή (διάγραμμα 1).



Οι δυσκολίες επαφής ήταν μεγαλύτερες στους ειδικούς παρά στους ειδικευομένους και στους γιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων σε σύγκριση με τους γιατρούς παθολογικών ειδικοτήτων. Αντίθετα, δεν διαπιστώσαμε ιδιαίτερες διαφορές σε σχέση με το φύλο των γιατρών. Μια άλλη διάσταση που επηρεάζει την ψυχολογική αντίδραση του γιατρού απέναντι στον άρρωστο και κατ' επέκταση την ποιότητα της επικοινωνίας είναι η βαρύτητα της νόσου. Η πιθανότητα θανάτου του ασθενούς μπορεί να προκαλέσει ενοχή και εχθρότητα προς τον ασθενή, επειδή θέτει σε δοκιμασία την ασυνείδητη ανάγκη παντοδυναμίας του και την εξίσου ασυνείδητη ανάγκη να τον αγαπούν και του δημιουργούν τον ασυνείδητο φόβο ότι είναι

υπεύθυνος για τον θάνατο. Έτσι, η διάγνωση, ή ακόμα και η υποψία, ενός σοβαρού νοσήματος προκαλεί ένα πολύπλοκο φάσμα συναισθημάτων ασθενούς – οικογένειας – γιατρού. Αυτές οι καταστάσεις, ασυνείδητες ως επί το πλείστον, δημιουργούν συμπεριφορές αποστασιοποίησης μεταξύ των μερών αυτού του ευρύτερου συστήματος, συναισθήματα άγχους και ενοχής με αποτέλεσμα δυσκολίες στην επικοινωνία τους, που έρχονται να προστεθούν στις εγγενείς δυσκολίες κάθε επικοινωνίας (Ιακωβίδης & Ιακωβίδης 2007).

Η *θεραπευτική συμμαχία* στηρίζεται, από την πλευρά του γιατρού, σε μια σειρά ορθών στάσεων, τόσο λεκτικά, όπως ειλικρίνεια (αποφυγή ψεύτικων καθησυχασμών, τήρηση υποσχέσεων), διαβεβαίωση («θα σε βλέπω τακτικά», «θα αντιμετωπίσουμε οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαστεί»), ανάλογη εξωλεκτική στάση (ενεργητική ακρόαση, απαραίτητος χρόνος, κάθισμα στην άκρη του κρεβατιού, αποφυγή εικόνας «επί ποδός»), μείωση αβεβαιότητας (ενθάρρυνση του ασθενούς να ρωτάει). Ανοικτές ερωτήσεις, π.χ. «πως αισθάνεσαι;» και εξωλεκτική στάση προσεκτικής ακρόασης ενθαρρύνουν τον άρρωστο προκειμένου να εκφράσει συναισθήματα δυσφορίας.

Σήμερα, η *ενημέρωση* του ασθενούς για τη φύση της νόσου θεωρείται ως το πλέον απαραίτητο στοιχείο της υποστήριξής του, προκειμένου αφ' ενός να έχει ο ασθενής ευκρινή αντίληψη της απειλής ώστε να μπορεί να κινητοποιεί τις προσαρμοστικές του δυνάμεις, και αφ' ετέρου να αποτρέπονται οι συνωμοσίες σιωπής στην οικογένεια (όλοι γνωρίζουν αλλά δεν το συζητούν), με αποτέλεσμα τη φίμωση της κοινής έκφρασης συναισθημάτων. Επιπλέον, επιτρέπει στον ασθενή να συμμετέχει στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και προωθεί την ανάληψη αυτοδυναμίας και μαχητικότητας για την αντιμετώπιση της σωματικής νόσου και των επιπτώσεών της. Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται από το γιατρό που θέτει τη διάγνωση και να είναι ανάλογη προς την επιθυμία και τις αντοχές του αρρώστου για ενημέρωση. Υπολογίζεται ότι το 90% των αρρώστων με σοβαρά νοσήματα, όπως ο καρκίνος, επιθυμούν να είναι καλά ενημερωμένοι.

Σε δική μας μελέτη των απόψεων γιατρών γενικών νοσοκομείων ως προς ζητήματα ψυχοκοινωνικού χαρακτήρα και ενημέρωσης ασθενών με καρκίνο, προέκυψε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γιατρών, ιδιαίτερα των ειδικών σε σύγκριση με τους ειδικευόμενους, θα ήθελαν να αποφύγουν την ενημέρωση λόγω φόβων ψυχικών αντιδράσεων του ασθενούς και να μεταθέσουν το καθήκον της ενημέρωσης

σε άλλους, π.χ. κοινωνική λειτουργός, ψυχολόγος, ψυχίατρος. Στον αντίποδα βρίσκονται γιατροί (ευτυχώς λίγοι) που μη έχοντας υποτάξει αρκετά τις σαδιστικές τους ενορμήσεις, ευχαρίστως αναλαμβάνουν την ενημέρωση του ασθενούς και των συγγενών του, με τρόπο απότομο και τραυματικό. Στην πραγματικότητα, η αναγγελία μιας διάγνωσης σοβαρού νοσήματος, όταν γίνεται με σωστό τρόπο, προκαλεί συνήθως μια παροδική ψυχολογική αναστάτωση που δεν παίρνει παθολογικές διαστάσεις (Viegi *et al.* 2007).

Η διαδικασία ενημέρωσης του αρρώστου για τη φύση της πάθησης προϋποθέτει μια συμφωνία μεταξύ λεκτικών και εξωλεκτικών μηνυμάτων. Αρχίζει με τη διερεύνηση του «πόσα ήδη γνωρίζει ο ασθενής» με ερωτήσεις του τύπου «πόσο σοβαρή μοιάζει η πάθηση για σας», ή «τι σας έχουν πει οι προηγούμενοι γιατροί για το πρόβλημά σας;». Αν ο ασθενής δε ρωτήσει αυθόρμητα για μια ξεκάθαρη ανακοίνωση της διάγνωσης, τότε μπορεί να ρωτήσει μετά από μια «προειδοποιητική βολή» του γιατρού, π.χ. «οι εξετάσεις έδειξαν ότι θα μπορούσε να υπάρχει κάτι σοβαρό». Τέλος, μπορεί ο γιατρός να χρειαστεί να ρωτήσει ανοικτά «θα ήθελες να γνωρίζεις λεπτομέρειες και τί ακριβώς συμβαίνει;».

Η ενημέρωση δεν πρέπει να γίνεται ούτε τηλεφωνικά, ούτε στο διάδρομο, ούτε μέσω αντιπροσώπου. Γίνεται στο γραφείο του γιατρού και χρειάζεται ο απαραίτητος χρόνος. Αποφεύγονται τραχιές εκφράσεις και παρέχεται διαρκώς, λεκτικά και εξωλεκτικά, η διαβεβαίωση της κοινής αντιμετώπισης κάθε προβλήματος. Σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται η παρουσία στενών συγγενών, γεγονός που διευκολύνει τα «μοίρασμα» των αρνητικών συναισθημάτων. Η διαρκώς αυξανόμενη πείρα στα ζητήματα ενημέρωσης του αρρώστου, μειώνει το άγχος του γιατρού προοδευτικά και διαλύει τις προκαταλήψεις.

Η ενημέρωση του αρρώστου και γενικά η παροχή ευκαιρίας απ' την πλευρά του γιατρού προς τον άρρωστο να συμμετέχει στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, συμβάλλουν στη διαμόρφωση θεραπευτικής σχέσης τύπου «ενήλικα – ενήλικα», η οποία είναι γενικά παραδεκτό ότι διευκολύνει διαδικασίες σωματικής και ψυχολογικής αποκατάστασης, ιδιαίτερα στο απώτερο μέλλον.

Η συχνή και σε βάθος επικοινωνία αρρώστου – γιατρού διευκολύνει την ανίχνευση ενδεχόμενης ψυχολογικής κρίσης (κατάθλιψη, άγχος, αυτοκτονική τάση, κ.α.) και την παραπομπή στον ψυχίατρο αν κριθεί απαραίτητο (Garssen, 2004).

4.2 ΑΡΧΕΣ ΟΡΘΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΙΑΤΡΟΥ

Η κατανόηση των συναισθημάτων του αρρώστου από την πλευρά του γιατρού ή ενσυναίσθηση, όπως ονομάζεται αυτή η διαδικασία, προσφέρει όχι μόνο τα κατάλληλα ψυχολογικά εφόδια στο γιατρό για μια κατάλληλη λεκτική και εξωλεκτική στάση προς τον ασθενή, αλλά ενισχύει τη βραχυπρόθεσμη αλλά και μακροπρόθεσμη προσαρμογή του αρρώστου.

Οι διαμορφούμενες συνθήκες χώρου, χρόνου και τρόπου επικοινωνίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξωλεκτική διαβεβαίωση του γιατρού για το αμέριστο και ειλικρινές ενδιαφέρον του. Η θεραπευτική συζήτηση πρέπει να γίνεται ή στο γραφείο ή δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου, στο ίδιο ύψος με σταθερή βλεμματική επικοινωνία και να διαρκεί τόσο όσο χρειάζονται και τα δύο μέλη της θεραπευτικής σχέσης, με κατάλληλες συνθήκες θερμοκρασίας και φωτισμού.

Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει ορισμένες αρχές στη λεκτική και εξωλεκτική επικοινωνία :

- Οι συχνές και βιαστικές διακοπές για ερωτήσεις ή απαντήσεις δε βοηθούν
- Με τις αρχικές συχνές διακοπές φιμώνουμε την αυθόρμητη εκμυστήρευση του αρρώστου (απορίες, φόβοι). Ο άρρωστος θα συνεχίσει μόνο περιμένοντας ερωτήσεις
- Οι φόβοι του γιατρού ότι ο άρρωστος θα πλατειάσει σε άσχετα ζητήματα ή θα τον αποπροσανατολίσει δεν επιβεβαιώνονται. Ο άρρωστος σπάνια θα μιλήσει πάνω από 2 – 3 λεπτά αν δεν τον διακόψουμε
- Ο άρρωστος ρωτώντας κάποιες φορές δεν περιμένει μόνο απάντηση αλλά επιθυμεί να κινητοποιήσει το ενδιαφέρον του γιατρού
- Οι μη εκφρασμένες ανησυχίες από τον άρρωστο μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στην πορεία της προσαρμογής του
- Οι περισσότερες έρευνες με θέμα την επικοινωνία αρρώστου – γιατρού επικεντρώνονται κυρίως σε αυτά που λέγονται παρά σε αυτά που δεν εκφράζονται από τους ασθενείς

-Η στάση ενεργητικής ακρόασης από την πλευρά του γιατρού συμβάλλει σημαντικά στη διαμόρφωση σχέσης εμπιστοσύνης με τον άρρωστο.

Σύμφωνα με τις αρχές της ενεργητικής ακρόασης:

-Ο γιατρός δίνει μηνύματα στον ασθενή ότι τον ακούει και ενδιαφέρεται για αυτά που λέει

-Αποφεύγει διασπάσεις της επικοινωνίας (τηλεφωνήματα, άσχετες παρουσίες, κ.α.)

-Κινήσεις του κεφαλιού ή εκφράσεις όπως «ώστε έτσι λοιπόν» δίνουν μήνυμα για να συνεχίσει

-Η βλεμματική επαφή απαιτείται για την καλύτερη συνέχεια

-Η επανάληψη της λέξης «γιατί;» καλό είναι να αποφεύγεται από την πλευρά του γιατρού, διότι μπορεί να εκληφθεί ως κριτική ή να δυσκολέψει τον άρρωστο στην απάντησή του

Ο γιατρός οφείλει να δείχνει σταθερά φιλική ουδετερότητα, να αποφεύγει λεκτικές και εξωλεκτικές εκφράσεις οίκτου, φόβου, έκπληξης, θυμού, συμπόνιας, αδιαφορίας και υπερπροστατευτικής στάσης, αλλά και να αποφεύγει τη συνέντευξη όταν ο ίδιος αισθάνεται κουρασμένος, βιαστικός, ή εκνευρισμένος.

Η εξωλεκτική επικοινωνία αρρώστου – γιατρού παίζει σημαντικό ρόλο στην ομαλή εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης. Συνήθως δεν υπόκειται στον βουλητικό μας έλεγχο, αφού επηρεάζεται κυρίως από συναισθήματα, που κινητοποιούνται από τη σοβαρότητα της πάθησης, τη διάθεση και τη συμπεριφορά του αρρώστου αλλά και από προηγούμενα βιώματα του γιατρού.

Σύμφωνα με τον Watzlavik, «κανείς δε μπορεί να μην επικοινωνεί», άρα το θέμα εντοπίζεται στην καλή επικοινωνία έναντι της κακής, που ενώ εκ πρώτης όψεως φαίνεται να είναι σπατάλη εξειδικευμένου χρόνου, εντούτοις, συχνά είναι ικανή να ενισχύσει το ηθικό και να συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματική βελτίωση της σωματοψυχικής κατάστασης του αρρώστου.

Η βασική ανάγκη του αρρώστου, τις στιγμές της έντονης αβεβαιότητας, είναι να εξασφαλιστεί ότι δε θα εγκαταλειφθεί ποτέ, ότι κι αν συμβεί. Ένα μέρος αυτού του

μηνύματος μπορεί να δοθεί λεκτικά, π.χ. «θα σε βλέπω τακτικά» ή «θα αντιμετωπίσουμε οποιοδήποτε πρόβλημα κι αν παρουσιαστεί». Το μεγαλύτερο όμως μέρος αυτού του μηνύματος μεταβιβάζεται εξωλεκτικά με την ενεργητική ακρόαση και τη σταθερή συναισθηματική στάση και συμπεριφορά του γιατρού.

4.3 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ

Η νόσηση ενός μέλους της οικογένειας, από σοβαρή πάθηση, αναστατώνει την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται ποικίλες ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις.

Στις περιπτώσεις νοσημάτων με χρόνια ή ενδεχομένως καταληκτική πορεία, η εμπλοκή του συγγενικού περιβάλλοντος γίνεται πιο περίπλοκη και αναπτύσσεται το καλούμενο φορτίο της φροντίδας (burden care). Οι στενοί συγγενείς, που αναλαμβάνουν την κύρια φροντίδα του ασθενούς βιώνουν ενίοτε εκτεταμένες μεταβολές της καθημερινής ζωής και υψηλά επίπεδα συναισθηματικής φόρτισης, από θλίψη, φόβο και δυσφορία μέχρι θυμό και απορριπτική διάθεση. Η αλληλεπίδραση των συναισθημάτων των συγγενών με τις συναισθηματικές αντιδράσεις-ανάγκες των ασθενών επηρεάζεται τόσο από ενδοψυχικούς παράγοντες και την ποιότητα της μεταξύ τους σχέσης, όσο και από το βαθμό αναπηρίας ή δυσλειτουργίας που προκαλεί η σωματική πάθηση. Κοινωνικοοικονομικοί και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες παρεμβαίνουν στην προσπάθεια διαμόρφωσης μιας νέας ισορροπίας.

Αλλά ακόμα και σε καταστάσεις που ήδη έχουν χειρουργικά ιαθεί, η δημιουργία πιθανών δυσλειτουργιών ή μεταβολών της σωματικής ακεραιότητας, όπως π.χ. σε μαστεκτομή, υστερεκτομή, ορχεκτομή, μεταμοσχεύσεις κ.α. είναι δυνατόν να δημιουργήσει ιδιαίτερες επιπτώσεις τόσο στην ψυχολογική κατάσταση της/του ασθενούς (διατάραξη της εικόνας σώματος, προσβολή της αίσθησης της θηλυκότητας/αρρενωπότητας), όσο και στην ψυχοσεξουαλική πλευρά της σχέσης με το σύντροφο (Chung, et.al.2017).

Έχει βρεθεί ότι το φορτίο φροντίδας σχετίζεται σημαντικά με το βαθμό stress και άγχους των συγγενών και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής και την αίσθηση υγείας των συγγενών. Σε δικές μας μελέτες έχει βρεθεί θετική συσχέτιση μεταξύ

άγχους και κατάθλιψης των συγγενών που παρέχουν φροντίδα στους νεφροπαθείς και του περιορισμού των κοινωνικών δραστηριοτήτων και του ελεύθερου χρόνου τους. Η κατάθλιψη των συγγενών συσχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίησή τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Έχει βρεθεί επίσης ότι σε γυναίκες, που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή για καλοήθεις παθήσεις, η ψυχολογική προσαρμογή εξαρτάται σημαντικά από την ποιότητα της σχέσης με το σύζυγο, τόσο στο παρελθόν όσο και μετεγχειρητικά, ενώ το 1/5 των ασθενών με Χ.Ν.Α. ανέφερε παραμέληση ή απόρριψη από το οικογενειακό περιβάλλον

Μια δύσκολη στιγμή αποτελεί και η ανακοίνωση της διάγνωσης ή της βαρύτητας της νόσου από το γιατρό προς τους συγγενείς. Η πατερναλιστική στάση της οικογένειας δημιουργεί αντανάκλαστικά την ανάγκη προστασίας της ψυχολογικής ισορροπίας του ασθενούς, με αποτέλεσμα την απόκρυψη της διάγνωσης. Αυτή η «συνομωσία σιωπής» εξουδετερώνει ουσιαστικά την κοινή έκφραση συναισθημάτων μεταξύ ασθενούς και συγγενών, κάτι που θεωρείται απαραίτητο για την ομαλή εξέλιξη της συναισθηματικής συνοχής στην οικογένεια και την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης προς το άρρωστο μέλος της. Σήμερα, θεωρείται κεφαλαιώδους σημασίας η ολοκληρωμένη επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και συγγενών, με στόχο την κοινή έκφραση συναισθημάτων, την αποτροπή «συνομωσίας σιωπής» και τη μείωση του φορτίου της φροντίδας (Gernaat et.al. 2017).

4.4 ΣΧΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η φροντίδα που προσφέρεται από το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς μέσα στο Νοσοκομείο έχει καθοριστικό ρόλο στο ποσοστό των θανάτων και των επιπλοκών που παρουσιάζουν οι ασθενείς. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και η ποσότητα, με την έννοια του αριθμού ωρών που προσφέρονται στον κάθε ασθενή, μπορούν να μειώσουν τους θανάτους στα Νοσοκομεία και να διαφυλάξουν τους ασθενείς από σοβαρές επιπλοκές κατά την ενδονοσοκομειακή τους περίθαλψη. Ο νοσηλευτικός ρόλος στη χρόνια ασθένεια βασίζεται στην αναγνώριση της φύσης της χρόνιας ασθένειας και των συνακολούθων της, καθώς επίσης στην επικέντρωση σε παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση της χρόνιας ασθένειας. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας που εργάζεται με χρόνιους ασθενείς είναι λιγότερο του ατόμου που παρέχει άμεση φροντίδα και θεραπεία, αλλά τείνει περισσότερο να είναι του επαγγελματία που παρέχει διευκολύνσεις,

υποστηρίζει και ενδυναμώνει τις συμπεριφορές που στοχεύουν στην αποτελεσματική αυτοφροντίδα. Σύμφωνα με την Armstrong, “υπάρχουν μερικοί βασικοί κανόνες , τους οποίους οφείλουν να γνωρίζουν οι νοσηλευτές, που διέπουν την επαγγελματική σχέση του νοσηλευτή με το χρόνιο ασθενή και την οικογένεια του :

1. ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση για το νόσημα από το οποίο πάσχει ο ασθενής, να διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες για την εφαρμογή απλών αλλά και σύνθετων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, καθώς επίσης και παρεμβάσεων αγωγής υγείας και συμβουλευτικής,

2. να έχει ικανότητες να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένεια του για τη θέσπιση εφικτών στόχων υγείας και αυτοφροντίδας,

3. να έχει ικανότητες ώστε να ανταποκρίνεται θετικά στις ανάγκες του ασθενούς για επαναδιαπραγμάτευση θεσπισμένων στόχων, όταν διαπιστώνεται ότι αυτοί δεν είναι εφικτοί,

4. να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένεια για την υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής,

5. να διαθέτει υπομονή και ικανότητες για ανίχνευση και ενδυνάμωση των δυνατοτήτων των ασθενών και των οικογενειών τους να προβούν σε αλλαγές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής.

Αναμφίβολα το νοσηλευτικό προσωπικό θέλει να προσφέρει κάθε δυνατή οργανική και ψυχολογική βοήθεια στους ασθενείς. Ακόμη και σήμερα, όμως, το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται υπό το κράτος προκαταλήψεων και νοσοφοβικού πανικού και δεν αντιμετωπίζει τον ασθενή όπως θα έπρεπε. Συνειδητά ή ασυνείδητα το νοσηλευτικό προσωπικό αποφεύγει την προσωπική επαφή με τον ασθενή που πάσχει από μια σοβαρή νόσο για να προστατευτεί από το άγχος ή τη λύπη που θα του προκαλέσουν τα αντίστοιχα συναισθήματα του ασθενούς. Το προσωπικό υγείας αποφεύγοντας να δεθεί συναισθηματικά με τους ασθενείς συμπεριφέρεται κατά τρόπο απρόσωπο, παρουσιάζεται πολυάσχολο, μη διαθέσιμο, δίνει ανεπαρκείς πληροφορίες και εξαντλεί την παροχή φροντίδας στις σωματικές ανάγκες του ασθενή αγνοώντας τις ψυχοκοινωνικές του ανάγκες.

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς τόσο από τη φροντίδα, όσο και από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, αλλά και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν. Η επικοινωνία μεταξύ

ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας. Αν ένας γιατρός θα πρέπει να αναγγείλει στον ασθενή του και την οικογένεια του ότι πάσχει από μια χρόνια ασθένεια δεν θα πρέπει να ξεχνά ότι ο τρόπος με τον οποίο θα ειπωθεί αυτό το πράγμα θα μείνει χαραχμένο στη μνήμη του ασθενούς για όλη του τη ζωή.

Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί, να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιοποιήσει τις δυνατότητες του. Το προσωπικό εκφράζει τις προθέσεις και την διαθεσιμότητα του τόσο λεκτικά, όσο και μη λεκτικά. Η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα με την οποία ο επαγγελματίας της υγείας και ο άρρωστος κοιτάζουν ο ένας τον άλλον εξαρτάται από την άνεση που νιώθουν στη σχέση που διαμορφώνουν, από το περιεχόμενο της συζήτησης και από τη συναισθηματική κατάσταση του καθενός. Όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη αναπτύσσεται μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συχνότητα της οπτικής επαφής. Μια από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή και αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον άρρωστο είναι η χρήση φραγμών επικοινωνίας. Οι φραγμοί αυτοί πηγάζουν τόσο από κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές ανάγκες του επαγγελματία υγείας (Erdal et.al. 2017).

4.5 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Μια από τις πρώτες περιγραφές του τρόπου αντίδρασης του ατόμου μετά τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας έγινε από τον Shontz το 1975. Ο Shontz περιέγραψε τις αντιδράσεις υπό τη μορφή μιας διαδοχής:

(α) Αρχικό σοκ, όπου το άτομο νιώθει κεραυνοβολημένο, συμπεριφέρεται κατά τρόπο αυτόματο και αισθάνεται σαν να είναι έξω από την πραγματικότητα, ως ένας παρατηρητής.

Το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες ή και για εβδομάδες και είναι μάλλον πιο έντονο, όταν η κατάσταση αναπτύσσεται απροειδοποίητα,

(β) Αντιπαράθεση, που χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης και μια αίσθηση απώλειας, πένθους και απελπισίας,

(γ) Υποχώρηση, κατά την οποία το άτομο τείνει να χρησιμοποιεί την αποφυγή και την άρνηση, για να διαχειριστεί την πραγματικότητα, η οποία όμως βαθμηδόν «εγκαθίσταται» στη ζωή του ατόμου και τη μεταβάλλει.

Η διάγνωση μιας χρόνιας ή απειλητικής ασθένειας αποτελεί όμως μόνο την αρχή μιας μακράς διαδικασίας προσαρμογής, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία κρίση. Σύμφωνα, με τη θεωρία της κρίσης, η προσαρμογή εξαρτάται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που χρησιμοποιεί το άτομο. Οι στρατηγικές προσδιορίζονται από τρεις ομάδες παραγόντων: εκείνους που σχετίζονται με την ασθένεια, προσωπικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στη γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης και στην υιοθέτηση και εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης του στρες. Ως προς τους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, αυτοί αφορούν: (α) τη φύση της ασθένειας, καθώς κάποιες ασθένειες παρουσιάζονται ως πιο απειλητικές, επώδυνες ή αποδιοργανωτικές από κάποιες άλλες, (β) τις επιπτώσεις στον οργανισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου, καθώς και (γ) τις πλευρές της θεραπείας. Οι προσωπικοί παράγοντες αφορούν το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, τις φιλοσοφικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, το βαθμό ωριμότητας και το βαθμό πρότερης προσαρμογής, προϋπάρχοντα προβλήματα και δυσκολίες ψυχικής υγείας, πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια κ.α. Τέλος οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αναφέρονται σε πλευρές του νοσοκομειακού πλαισίου, του στενού κοινωνικού (οικογένεια, φίλοι) και ευρύτερου περιβάλλοντος (κοινότητα, κοινωνία), καθώς και σε θέματα κοινωνικής υποστήριξης. Σύμφωνα με τη θεωρία τα άτομα θα πρέπει να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία (π.χ. συμπτώματα, πιθανούς περιορισμούς, ιατρικές διαδικασίες, σχέσεις με ειδικούς), καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με τη γενικότερη λειτουργικότητά τους (αρνητικά συναισθήματα, φόβος για το μέλλον, αυτοεικόνα, σχέσεις με τους άλλους). Αν και τα παραπάνω αποτελούν πολύ δύσκολα στη διαχείρισή τους ζητήματα, πολλοί, αν όχι οι περισσότεροι άνθρωποι, τα καταφέρνουν λίγο ως πολύ καλά.

4.6 ΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Οι φάσεις του μοντέλου του Doca είναι: η προδιαγνωστική, η οξεία, που περιλαμβάνει και τη διάγνωση, η χρόνια και η τελική φάση, η οποία καταλήγει ορισμένες φορές στον θάνατο του ασθενούς. Δεν είναι όλες οι φάσεις «υποχρεωτικές» για κάθε ασθένεια ή για κάθε ασθενή, ενώ και οι «προκλήσεις» που περιλαμβάνουν, ποικίλλουν κατά περίπτωση. Στην προδιαγνωστική φάση το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα, τα οποία ίσως αποτελούν ενδείξεις μιας σοβαρής ασθένειας. Η οξεία φάση συνδέεται συνήθως με τη διάγνωση και τη συνακόλουθη αντίδραση του ατόμου.

Η αρχική ισχυρή έκπληξη, η πιθανή ανάγκη για επώδυνες και δύσκολες ή και επικίνδυνες ιατρικές διαδικασίες, η ανάγκη πιθανώς για μακρόχρονη νοσηλεία, η ανάγκη για αλλαγές στον τρόπο ζωής και ο φόβος για το μέλλον και την ίδια τη ζωή προκαλούν μια σειρά έντονων και αρνητικών συναισθημάτων. Το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση και να διαχειριστεί τα συναισθήματά του. Κατά την οξεία φάση θα πρέπει, επίσης, ο ασθενής να λάβει μια σειρά σημαντικών και συχνά δύσκολων αποφάσεων, όπως: για το εάν θα μιλήσει – ανακοινώσει την κατάσταση της υγείας του και σε ποιον, αν θα αναζητήσει περισσότερες ιατρικές γνώμες, τι είδους θεραπεία θα επιλέξει, που θα νοσηλευτεί, ποιος θα είναι ο γιατρός του κ.λπ. Κάποια άτομα προσπαθούν να ελέγξουν τη νέα κατάσταση, συγκεντρώνοντας πληροφορίες και εφαρμόζοντας στρατηγικές επίλυσης προβλήματος.

Κατορθώνουν να προσαρμοστούν στην κατάσταση και προσπαθούν να ανταπεξέλθουν, αλλάζοντας τη ζωή τους και αναθεωρώντας στόχους, συνήθειες και πεποιθήσεις. Άλλοι συνεχίζουν τη ζωή τους προσποιούμενοι ή αρνούμενοι την πραγματικότητα, ενώ άλλοι παλινδρομούν. Αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για τον ασθενή και την οικογένειά του και απαιτεί συνεχείς προσαρμοστικές προσπάθειες.

Η μορφή της ποικίλλει τόσο στη βάση χαρακτηριστικών του ασθενή, από το εάν, για παράδειγμα, τηρεί τις ιατρικές οδηγίες, εάν έχει μεταβάλλει τις συνήθειες της ζωής του κ.λπ., όσο και στη βάση των χαρακτηριστικών της ασθένειας. Κάποιες ασθένειες έχουν ταχύτατη εξέλιξη (π.χ. κάποιες μορφές καρκίνων), άλλες χαρακτηρίζονται από προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης

του ασθενούς (π.χ. είδη άνοιας), άλλες συνοδεύονται από υποτροπές, υφέσεις και εξάρσεις (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα), ενώ άλλες έχουν πιο ήπια εξέλιξη, εάν εξελιχθούν κατάλληλα (π.χ. η υπέρταση). Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς μαθαίνουν να ζουν με την ασθένειά τους, η οποία καθίσταται πλέον τμήμα της ζωής και της λειτουργίας τους. Η φάση της ανάρρωσης και της αποθεραπείας προκαλεί, βέβαια, θετικά συναισθήματα και ανακούφιση. Πολλά όμως άτομα, ακόμα και στην περίπτωση της αποθεραπείας, εξακολουθούν να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό και φόβο. Η εμπειρία της ασθένειας επηρεάζει τα πρόσωπα, τις σκέψεις, τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα κατά τρόπο καθοριστικό για πολλούς ανθρώπους.

Σε όλες τις φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας ιδιαίτερος σημαντικό είναι το ζήτημα της ποιότητας ζωής, καθώς στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι πλέον όχι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου επιβίωσης, αλλά και η βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει διαστάσεις, όπως: η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων, η λειτουργικότητα του ατόμου (π.χ.η ικανότητά του να ζει μόνο του, να φροντίζει τον εαυτό του), η κοινωνική λειτουργικότητα, η επαγγελματική δραστηριότητα, η συναισθηματική του κατάσταση, οι γνωστικές και οι νοητικές του ικανότητες, ο βαθμός της γενικής ικανοποίησης του από τη ζωή . Τα παραπάνω θέματα θα πρέπει να τίγονται και να αντιμετωπίζονται κάθε φορά και σε κάθε φάση στην εξέλιξη της ασθένειας, ώστε να διασφαλίζεται ένα καλό επίπεδο ζωής και διαβίωσης για τον ασθενή.

Είναι ενδιαφέρον και αξίζει να τονιστεί ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, ακόμα και κάτω από εξαιρετικά δυσχερείς συνθήκες, καταφέρνουν τελικά να αντεπεξέλθουν και να συνεχίσουν τη ζωή τους, ξαναβρίσκοντας την αισιοδοξία τους και την αίσθηση επάρκειας . Το ίδιο συμβαίνει και με τους πάσχοντες από χρόνιες και απειλητικές ασθένειες και με τις οικογένειές τους. Βέβαια, ο φόβος και η ανησυχία για το μέλλον δεν εξαλείφονται πλήρως, γεγονός δικαιολογημένο. Η επανεμφάνιση της ασθένειας, η υποτροπή ή η επιδείνωσή της σηματοδοτούν μια νέα κατάσταση κρίσης, ενώ για τους περισσότερους αποτελεί ένα ανησυχητικό σημάδι άσχημης πρόγνωσης. Τα άτομα αντιμετωπίζουν και πάλι τους αρχικούς φόβους τους. Συχνά επαναλαμβάνουν τις αρχικές αντιδράσεις και τις προσπάθειες, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, αλλά αυτή τη φορά με έναν ίσως λιγότερο ελπιδοφόρο τρόπο.

Η «συμβίωση» με μια ασθένεια υψηλού κινδύνου αποτελεί μια εξαιρετικά στρεσογόνο κατάσταση.

Φάση	Προκλήσεις
<i>Οξεία</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Κατανόηση της ασθένειας. 2. Αλλαγή τρόπου ζωής και συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία. 3. Αντιμέτωπιση της ασθένειας και των συνεπειών της. 4. Έκφραση συναισθημάτων. 5. Αναγνώριση της νέας κατάστασης και των επιπτώσεών της στον εαυτό, τη ζωή και τις σχέσεις με τους άλλους.
<i>Χρόνια</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εξασφάλιση της ποιότητας ζωής σε επίπεδο ψυχολογικό, κοινωνικό, εργασιακό και βιολογικό - σωματικό. 2. Τήρηση των ιατρικών οδηγιών. 3. Κινητοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου. 4. Κατανόηση της κατάστασης της υγείας και της θεραπείας. 5. Έκφραση συναισθημάτων. 6. Αναγνώριση των επιπτώσεων της κατάστασης στον εαυτό, τη ζωή και τις σχέσεις με τους άλλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ

5.1 ΑΞΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η νοσηλευτική επιστήμη είναι μεθοδευμένη γνώση της Νοσηλευτικής, που προέρχεται από την παρατήρηση, τη μελέτη και τον πειραματισμό. Η έρευνα στη Νοσηλευτική προσφέρει γνώσεις που μεταφράζονται και μεταφέρονται στην πράξη. Οι νοσηλευτικές θεωρίες είναι συσσωρευμένη νοσηλευτική πείρα και γνώση που αναπτύχθηκε με την επιστημονική έρευνα, ενώ πλέον η Νοσηλευτική εξελίσσεται ως επιστημονικός κλάδος και όχι μόνο ως πρακτικό έργο. Η Αγγλίδα Florence Nightingale το 19ο αιώνα έθεσε τα θεμέλια μιας νέας εποχής για το επάγγελμα της Νοσηλευτικής (ίδρυσε την πρώτη σχολή νοσοκόμων στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά στο Λονδίνο το 1860). Οι Νοσηλευτές πλέον, παρείχαν νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη σε γνώσεις και δεξιότητες που είχαν αποκτηθεί μετά από εκπαίδευση. Επίσης, ανέπτυξε την πρώτη νοσηλευτική θεωρία, που όμως για να εφαρμοστεί χρειάστηκε να περάσουν τουλάχιστον 100 χρόνια. Μόλις το 1970 αρχίζουν τα διδακτικά βιβλία να αναφέρονται σε νοσηλευτικά μοντέλα και θεωρίες. Η Kim (1983) υποστήριξε ότι οι νοσηλευτικές θεωρίες αναπτύχθηκαν από ανάγκη του νοσηλευτικού επαγγέλματος να βρει την αληθινή του φύση, τον προορισμό και τους στόχους του. Οι νοσηλευτικές θεωρίες που έχουν δημοσιευθεί, βασίζονται στη χρήση νοσηλευτικού μοντέλου κατά την άσκηση, εκπαίδευση και έρευνα δίνοντας έτσι τη δυνατότητα στη Νοσηλευτική για ανεξάρτητο επιστημονικό κλάδο. Η Νοσηλευτική είναι αυτόνομη επιστήμη με δικό της ρόλο και ευθύνη, δική της ιδεολογική βάση και συνεισφορά στην προαγωγή της υγείας. Οι νοσηλευτικές θεωρίες και πράξεις είναι βασικές και ισότιμες έννοιες στη Νοσηλευτική που όμως συγκρούονται διχάζοντας τη Νοσηλευτική σε δύο όψεις, σε επιστήμη και εφαρμοσμένη πράξη. Η Νοσηλευτική σήμερα σαν επιστήμη βρίσκεται σε επίπεδα αξιολόγησης των εννοιολογικών μοντέλων. Οι περισσότεροι θεωρητικοί της Νοσηλευτικής υποστηρίζουν την ύπαρξη πολλών μοντέλων. Μέσα από τις θεωρίες και τις βασικές έννοιες που την αποτελούν, δημιουργούνται οδηγοί και πρότυπα για την εξάσκηση του επαγγέλματος. Οι κυριότερες έννοιες που ενδιαφέρουν το επάγγελμα είναι: Πρώτον, οι αρχές και

νόμοι που ακολουθούν τη ζωή, η υγεία και οι λειτουργίες του ανθρώπου, ασθενή και υγιή (Viegi *et al.* 2007).

Δεύτερον, η ανθρώπινη συμπεριφορά σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον σε συνήθη γεγονότα και καταστάσεις και τρίτον, οι διεργασίες με τις οποίες επιτυγχάνονται θετικές αλλαγές στο επίπεδο υγείας. Μία από τις βασικές έννοιες της Νοσηλευτικής είναι η νοσηλευτική διεργασία, όπου θεωρείται μέθοδος για τη συστηματική λύση των προβλημάτων αλλά και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, δηλαδή που δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε άλλο άρρωστο παρά μόνο σε εκείνον για τον οποίο σχεδιάστηκε. Όταν η γνώση εφαρμόζεται κλινικά, οι Νοσηλευτές κατανοούν τα στοιχεία που έχουν σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και έτσι καθορίζουν αναλόγως τη θεραπευτική αγωγή. Επίσης, κατά τη διάρκεια της άμεσης νοσηλευτικής πρακτικής, χρειάζεται κλινική κρίση που όμως απαιτεί ευφυΐα, αναπτυγμένες διανοητικές ικανότητες και μεγάλη προσοχή στη δουλειά των χεριών. Επιπλέον, σημαντικό μέρος στη νοσηλευτική επιστήμη καταλαμβάνει ο σκεπτικισμός, ο οποίος όταν συνδυάζεται με συνεχή αναζήτηση στοιχείων και θεωριών και επιβεβαίωση αυτών, είναι ιδιαίτερα χρήσιμος.

Η επιστημονική πρόοδος, οι τεχνολογικές δυνατότητες, η γνώση αλλά και η κοινωνία που όλο και περισσότερο αναγνωρίζει την αξία της νοσηλευτικής δίνουν τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να κλείνουν το χάσμα μεταξύ επιστήμης και τέχνης και να συνεχίζουν την εξέλιξη της νοσηλευτικής. Από τον 20ο αιώνα η νοσηλευτική έπαψε να είναι πλέον μια πρακτική-εμπειρική μέθοδος. Σε όλες τις επιστημονικά αναπτυγμένες χώρες εμφανίζεται μια επιστήμη που απαιτεί χρόνο, κόπο και μόχθο για να γίνει κτήμα των σπουδαστών της. Η νοσηλευτική εκπαίδευση δε σταματάει με την απόκτηση του πτυχίου ανώτερων σχολών ή πανεπιστημίου. Η συνεχής και συστηματική νοσηλευτική επιμόρφωση αποτελεί πλέον απαραίτητο στοιχείο επιστημονικής καταξίωσης. (Rahi, *et.al*2004).

5.2 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Τα γενικά καθήκοντα των νοσηλευτών ορίζονται ως εξής:

- Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει κάθε τι που επιβάλλει το καθήκον του

σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

- Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.

- Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσου της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.

- Ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άλλα άτομα για την απόκτηση παράνομου οφέλους του ίδιου ή τρίτου ή συγκάλυψη των ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα.

-Οφείλει να διατηρεί αγαθές σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό.

Ο νοσηλευτής οφείλει:

- απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή,

- να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου, απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρηση της και απέχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να οδηγήσει στη διακύβευση της,

-να παρέχει τις υπηρεσίες του με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και τα όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος,

αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει ο νοσηλευτής να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητες του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης,

-να προστατεύει τον ασθενή από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον καθώς και να διαφυλάττει τα ατομικά του δικαιώματα από οποιαδήποτε μορφή παραβίασης τους, να ενημερώνει ορθώς και στα πλαίσια σεβασμού τον ασθενή αναφορικά με τη διάγνωση, τη πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και να λαμβάνει την ενημερωμένη συναίνεση του πριν τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης, απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενή, απέχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρίας της άσκησης των καθηκόντων του, να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν αυτό το επιβάλλουν δικαιολογημένα συμφέροντα του ίδιου ή τρίτου, εκτός και αν πρόκειται για έκτακτη ανάγκη, όταν κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα, όταν η ενδεδειγμένη αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του αντιλήψεις (Stathopoulou 2007).

5.3 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Η παροχή ΚΥ στους χρόνιους ασθενείς, από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας μπορεί να γίνει εκτός από το επίπεδο πληροφόρησης, σε συναισθηματικό επίπεδο, σε πρακτικό επίπεδο και σε επίπεδο εκτίμησης/έκφρασης των στρεσογόνων καταστάσεων που τα άτομα αυτά βιώνουν. Για το σκοπό αυτό εφαρμόζονται διάφορες ψυχολογικές παρεμβάσεις, συμπεριφοριστικού τύπου (τροποποίηση δραστηριοτήτων), γνωσιακού τύπου (πιο λειτουργικές σκέψεις και ερμηνείες ή διεργασίες σκέψης) και συνδυασμός παρεμβάσεων συμπεριφοριστικού-γνωσιακού τύπου (Μηνασίδου & Λεμονίδου 2005).

Οι ψυχοκοινωνικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις δύναται να βελτιώσουν την ψυχολογική και σωματική ευεξία των χρόνιων ασθενών μέσω της διαχείρισης του τρόπου ζωής και του άγχους, της κοινωνικής υποστήριξης και της εκπαίδευσης σε επίπεδο δεξιοτήτων. Ειδικότερα, σε ασθενείς με ΣΔ, βρέθηκε ότι συμβάλουν εκτός

από τον αποτελεσματικό έλεγχο της γλυκόζης, στη μείωση της κατάθλιψης, στην αύξηση της φυσιολογικής καθημερινής δραστηριότητας, στην αυτοφροντίδα / αυτοδιαχείριση και στη βελτίωση της ΠΖ. Ανάλογα οφέλη βρέθηκαν και σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα και νεοπλασματικές νόσους, όπως η μείωση της κατάθλιψης και της δυσφορίας, ο περιορισμός των οργανικών συμπτωμάτων και η βελτίωση της ΠΖ (Newman et al 2004).

Οι πιο διαδεδομένες τεχνικές ψυχοκοινωνικού γνωσιακού και συμπεριφορικού τύπου που εφαρμόζονται σε χρόνιους ασθενείς, είναι η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, η βιοανάδραση, ο έλεγχος της διαφραγματικής αναπνοής, ο υπερβατικός διαλογισμός και ο νοητικός έλεγχος (Osborne et.al. 2007).

Ωστόσο, η ολοένα αυξανόμενη διαχείριση της χρόνιας αρρώστιας στο χώρο διαβίωσης των ασθενών, είτε από τους ίδιους, είτε από τους φροντιστές τους, καθιστά επιτακτική την ανάγκη έναρξης παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας με τη μορφή προγραμμάτων εκπαίδευσης και αυτοδιαχείρισης. Στόχοι των προγραμμάτων αυτών είναι, η θετική και ενεργή συμμετοχή των ατόμων στη ζωή, η ρύθμιση της συμπεριφοράς υγείας τους, η απόκτηση τεχνικών δεξιοτήτων, η απόκτηση επικοινωνιακών στάσεων και συμπεριφορών, η αυτοπαρακολούθηση και η αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών υγείας, η κοινωνική ένταξη, η ενδυνάμωση και η συναισθηματική υποστήριξη και ευεξία (Osborne et al 2007). Επίσης, οι παρεμβάσεις σε επίπεδο αυτοδιαχείρισης είναι πιο αποτελεσματικές, όταν αυτές εξειδικεύονται ανάλογα με την ασθένεια, όπως για παράδειγμα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπου ο στόχος των παρεμβάσεων είναι η μείωση του πόνου και η αύξηση φυσικής και ψυχολογικής λειτουργίας, στο ΣΔτ2 οι παρεμβάσεις επικεντρώνονται σε θέματα όπως ο υγιεινός τρόπος ζωής και η διαχείριση του στρες, ενώ στο άσθμα οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επικεντρώνονται στην πρόληψη των παροξυσμικών επεισοδίων, μέσω της αναγνώρισης και αποφυγής των ψυχολογικών και άλλων παραγόντων που τα προκαλούν, την παρακολούθηση των συμπτωμάτων και την προσαρμογή και τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι οι ομαδικές συναντήσεις ασθενών με την ίδια χρόνια νόσο, στις οποίες συμμετέχουν και μέλη της οικογένειας μαζί με τους επαγγελματίες υγείας, φαίνεται να έχουν θετική επίδραση στην ευεξία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Ασθενής ηλικίας 59 ετών εισήχθη στην παθολογική κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ρίου με συμπτώματα αδυναμίας, ζάλη, ναυτία και εμετό.

Στις εξετάσεις παρουσιάστηκαν υψηλά ποσοστά γλυκόζης 315mg/dl.

Ο ασθενής δεν γνώριζε ότι πάσχει από διαβήτη. Έλαβε οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για τη χορήγηση της ινσουλίνης, για τον τρόπο μέτρησης σου σακχάρου και για το διαιτολόγιο που πρέπει να ακολουθήσει.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Κεφαλαλγία	Εξάλειψη συμπτωμάτων κεφαλαλγίας Ανακούφιση του ασθενούς	Συνεχής παρακολούθηση ου επιπέδου το σακχάρου Συζήτηση με το διαιτολόγο για την διατροφή του ασθενούς Τήρηση ισοζυγίου υγρών	Χορήγηση 12IU κρυσταλλικής ινσουλίνης Apidra υποδόρια κατόπιν ιατρικής οδηγίας Χορήγηση υγρών IV και ηλεκτρολυτών Εφαρμογή δίαιτας διαβητικό ασθενούς 1800 kcal /24 h	Η γλυκόζη του αίματος επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p style="text-align: center;">Αδυναμία</p>	<p style="text-align: center;">Απαλλαγή ασθενούς από το αίσθημα αδυναμίας</p> <p style="text-align: center;">Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p style="text-align: center;">Καταγραφή ζωτικών σημείων</p> <p style="text-align: center;">Μέτρηση γλυκόζης</p> <p style="text-align: center;">Ψυχική τόνωση ασθενούς</p>	<p style="text-align: center;">Τοποθέτηση ασθενούς σε ήπια θέση</p> <p style="text-align: center;">Έλεγχος αίματος και ούρων</p> <p style="text-align: center;">Χορήγηση βιταμινών μετά από ιατρική οδηγία</p>	<p style="text-align: center;">Ο ασθενής απαλλάχθηκε από το αίσθημα αδυναμίας</p>

<p><i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i></p>	<p><i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i></p>	<p><i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i></p>	<p><i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i></p>	<p><i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i></p>
<p>Ναυτία/ εμετός</p>	<p>Πρόληψη επιπλοκών διατροφικού ισοζυγίου</p> <p>Απαλλαγή ασθενούς από το αίσθημα ναυτίας</p>	<p>Τοποθέτηση ασθενούς για αποφυγής εισρόφησης</p> <p>Τήρηση ισοζυγίου υγρών</p> <p>Ψυχική τόνωση ασθενούς</p> <p>Φροντίδα στοματική κοιλότητας</p>	<p>Τοποθέτηση ασθενούς σε ημικαθιστή θέση</p> <p>Χορήγηση primperan amp μέσα σε 200cc N/S 0,9% μετά από ιατρική οδηγία</p> <p>Βούρτσισμα της Στοματικής Κοιλότητας 3 φορές το 24ωρο</p> <p>Χρήση ειδικών συστημάτων εμποτισμένα με 1,5% υπεροξείδιο του υδρογόνου για επιπλέον καθαρισμό του στόματος κάθε 2-4 ώρες</p>	<p>Ο ασθενής δεν παρουσιάζει πλέον συμπτώματα ναυτίας και εμετού</p> <p>Ο ασθενής δεν εμφάνιση αφυδάτωση</p>

6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Ασθενής ηλικίας 54 ετών, εισήλθε στη παθολογική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείο Πατρών στις 21/04/2017 λόγω παρενεργειών από τις ακτινοβολίες στις οποίες υποβάλλεται το τελευταίο τρίμηνο.

Η ασθενής διεγνώσθη με «Καρκίνο στον αριστερό μαστό», Στάδιο 2, T₁,N₁,M₀ ενώ παράλληλα ανακάλυψε μετά από test Pap ογκίδιο στον αριστερό μαστό διαστάσεων 1x1cm στις 21/12/2016. Στις 22/12/2016 υποβάλλεται σε ογκεκτομή. Η περίπτωση της ασθενούς περιγράφεται ως εξής:

«Κάτω από τη θηλή του αριστερού μαστού ανευρέθη ογκίδιο ανώδυνο, σκληρό με διαστάσεις 1x1cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα».

Η ασθενής καπνίζει, δεν κάνει χρήση αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει κληρονομικότητα. Έναρξη εμμήνου ρύσεως στα 13 έτη. Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Στο χειρουργείο που υπεβλήθη αφαιρέθηκαν και 9 λεμφαδένες προληπτικά. Το μόνο μετεγχειρητικό πρόβλημα που αντιμετώπισε ήταν η αύξηση της θερμοκρασίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής υπεβλήθη σε χημειοθεραπείες και έπειτα σε ακτινοθεραπείες. Οι ακτινοθεραπείες της παρουσίασαν τις εξής παρενέργειες: ναυτία και εμετοί, ευαισθησία δέρματος και διάρροια.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ναυτία και εμετοί από την ακτινοθεραπεία.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από το δυσάρεστο αίσθημα της ναυτίας και τον έμετο.</p> <p>Να σταματήσουν οι ναυτίες και οι εμετοί.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.</p> <p>Να γίνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία..</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει άφθονα υγρά για την αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>Να γίνει λήψη μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας για τη σωστή θρέψη.</p> <p>Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας,</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων.</p> <p>Χορηγήθηκε amp Primperan σύμφωνα με ιατρική οδηγία στις 18:00 μμ με σκοπό την αντιμετώπιση των εμετών.</p> <p>Η ασθενής έλαβε υγρά και επιτεύχθηκε η σωστή σίτιση της.</p> <p>Έγινε μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και δεν υπήρξε ανισοζύγιο.</p> <p>Έγινε η περιποίηση της στοματικής</p>	<p>Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι εμετοί μειώθηκαν σε συχνότητα μετά από τη χορήγηση τη χορήγηση Primperan το οποίο είναι μετακλοπραμίδη και βοηθάει στη γρήγορη κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο.</p> <p>Η στοματική κοιλότητα διατηρήθηκε καθαρή, με την χορήγηση του hexalen το περιέχει εξετιδίνη, ένα τοπικής χρήσης φάρμακο με αντισηπτικές ιδιότητες, που δρα εναντίον πολλών</p>

		<p>ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Παρακολούθηση συχνότητας και ποιότητας εμετών με σκοπό την επαρκή ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p> <p>Εργαστηριακός και βιοχημικός έλεγχος αίματος.</p>	<p>κοιλότητας με rot cotton και Hexalen και ενθαρρύνθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Σημειώθηκαν 2 εμετοί στην βραδινή βάρδια. Η σύσταση τους ήταν βλέννη, σίελος και μικρή ποσότητα γαστρικού υγρού και η ποσότητα τους ήταν περίπου 40cc. Η ασθενής λαμβάνει 3000 ml IV/24h: 1000 ml LR+1000 ml D/W+1000 ml N/S 0,9%.</p>	<p>μικροβίων και μυκήτων που ευθύνονται για λοιμώξεις της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας.</p> <p>Εξασφαλίστηκε επαρκής ενυδάτωση και σωστή σίτιση της ασθενούς.</p>
--	--	---	--	---

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ευαισθησία δέρματος λόγω ακτινοθεραπείας (δερματοπάθεια)</p>	<p>Να αποκατασταθούν οι τοπικές βλάβες όσο το δυνατόν γρηγορότερα.</p>	<p>Να γίνει παρακολούθηση της ασθενούς για ξηρότητα και ερυθρότητα του δέρματος.</p> <p>Να ενημερωθεί η ασθενείς για προστασία δέρματος της ακτινοβολούσας περιοχής από ερεθισμό που μπορεί να οφείλεται σε ηλιακή ακτινοβολία ή υψηλή θερμοκρασία καθώς και αποφυγή τραυματισμού από στενά ρούχα.</p> <p>Να ενημερωθεί η ασθενής για αποφυγή αλοιφών, λοσιόν, σκόνης και επιθεμάτων στην περιοχή του δέρματος που</p>	<p>Δεν βρέθηκαν σημεία ερυθρότητας ή ξηρότητας στο δέρμα.</p> <p>Ενημερώθηκε η ασθενής για την προστασία του δέρματος της.</p> <p>Έγιναν πλύσεις με σαπούνι και χλιαρό νερό όπως καθορίστηκε από τον γιατρό.</p>	<p>Δεν παρουσιάστηκαν αντιδράσεις από το δέρμα λόγω της ακτινοθεραπείας.</p>

		<p>έχει υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία.</p> <p>Να γίνονται πλύσεις με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό, ύστερα από ιατρική οδηγία.</p>		
--	--	---	--	--

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Διάρροια λόγω ακτινοθεραπείας.</p>	<p>Να σταματήσουν οι διαρροϊκές κενώσεις το συντομότερο δυνατό.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να γίνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Να μειωθεί η ποσότητα του φαγητού και σταδιακή αύξηση μετά το πρώτο 24ωρο σύμφωνα με τις αντοχές τις ασθενούς.</p> <p>Να ληφθούν άφθονα υγρά με αυξημένη συγκέντρωση καλίου και νατρίου για την αποφυγή αφυδάτωσης κατόπιν εντολής ιατρού.</p> <p>Να γίνει χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών σύμφωνα με τις ανάγκες τις</p>	<p>Χορηγήθηκε Immodium 2mg, 2 tablets ανά 6ωρο.</p> <p>Προσαρμόστηκε το διαιτολόγιο της σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.</p> <p>Έλαβε άφθονα υγρά πλούσια σε κάλιο και νάτριο για την πρόληψη αφυδάτωσης.</p> <p>Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς η διάρροια ύστερα από τη χορήγηση Immodium, το οποίο περιέχει λοπεραμίδη, μία δραστική ουσία, η οποία δρα στα τοιχώματα του εντέρου και αποκαθιστά τη φυσιολογική του κινητικότητα, καθώς και την ισορροπία στην απορρόφηση θρεπτικών συστατικών.</p> <p>Έγινε η πρόληψη αφυδάτωσης μετά από την πρόληψη άφθονων υγρών την μέτρηση</p>

		<p>ασθενούς.</p> <p>Να μετρηθεί το ποσό των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Εργαστηριακός και βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Χορηγήθηκαν 2000 ml το 24ωρο: 500 ml L/R+ 1000 ml N/S+ 500 ml D/W.</p> <p>Έγινε καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και το ισοζύγιο ήταν φυσιολογικό.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος για βιοχημικό έλεγχο και τα αποτελέσματα ήταν: Νάτριο: 134 mEq/L, Κάλιο: 3mEq/L, Ασβέστιο: 7, Φόσφορος: 4mg/dl, Σίδηρος: 99mg/kg.</p>	<p>προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p>
--	--	---	--	--

6.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3

Ασθενής ηλικίας 54 ετών, στις 15/05/2017 στην εισήρθε καρδιολογική κλινική, ύστερα από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Συγκεκριμένα, ο ασθενής παρουσίαζε καρδιακό άλγος, πρόκληση εμετού, υψηλή χοληστερόλη, ίλιγγο, σκοτοδίνη, δύσπνοια, αντανάκλαση πόνου στον ώμο, βραδυκαρδία, ακανόνιστο χτύπο καρδιάς και εφίδρωση.

Ο ασθενής είναι υπέρβαρος και εθισμένος στο κάπνισμα. Κατά την λήψη του ιστορικού ανέφερε ότι σε μακρά χρονικά διαστήματα που πραγματοποιούσε αιματολογικές εξετάσεις η τιμή της χοληστερόλης βρισκόταν πάντα σε υψηλά επίπεδα διότι κατέχει κληρονομική υψηλή χοληστερόλη.

Ο ασθενής πρόβηκε σε εμετό κατά την είσοδο του στην καρδιολογική κλινική και παραπονιόταν για έντονο καρδιακό άλγος με αντανάκλαση στον ώμο του. Παρουσίαζε δύσπνοια, ίλιγγο, σκοτοδίνη, εφίδρωση, υψηλή χοληστερόλη, βραδυκαρδία και ακανόνιστο χτύπο της καρδιάς. Ο θεράπων ιατρός διέγνωσε ότι πρόκειται για έμφραγμα του μυοκαρδίου και ζήτησε από το νοσηλευτικό προσωπικό την άμεση συνεργασία του για αποφυγή περαιτέρω επιδείνωσης.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Καρδιακό άλγος	Αντιμετώπιση του πόνου εντός λίγο ωρών .	<p>Ενημέρωση του ιατρού.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>Χορήγηση β-αποκλειστών</p> <p>Χορήγηση νιτρώδων φαρμάκων κατόπιν οδηγίας ιατρού.</p> <p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση ημικαθιστή μέχρι την υποχώρηση του άλγους.</p> <p>Λήψη ΗΚΓ</p>	<p>Ο ιατρός ενημερώθηκε</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>Χορηγήθηκε μορφίνη(5mg υποδορίως)κατόπιν οδηγίας ιατρού</p> <p>Χορηγήθηκαν νιτρώδη,κάψα Vyndaquel 20mg μετά από ιατρική οδηγία</p> <p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημικαθιστή για ανακούφιση του πόνου</p> <p>Έγινε λήψη ΗΚΓ</p>	Ανακούφιση από τα συμπτώματα και εξάλειψη του πόνου

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Υψηλή LDL</p>	<p>Άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων</p> <p>Μείωση της χοληστερόλης όσο το δυνατόν συντομότερα</p> <p>Διατήρηση της χοληστερόλης σε ικανοποιητικά επίπεδα</p>	<p>Παρακολούθηση για αύξηση της χοληστερόλης από τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων</p> <p>Λήψη αίματος για εξετάσεις</p> <p>Τήρηση διατροφικής αγωγής</p> <p>Λήψη φαρμακευτικής αγωγής –στατινών για τη ρύθμιση και μείωση της χοληστερόλης</p> <p>Κινητοποίηση ασθενούς με δραστηριότητες</p>	<p>Εφαρμόστηκε ειδική διατροφή με μείωση της πρόσληψης του ζωικού λίπους και έναρξη πρόσληψης τροφής πλούσιας σε διαλυτές ίνες ,για μείωση της χοληστερόλης</p> <p>Έγινε λήψη φαρμακευτικής αγωγής – δισκίο Ierour 20mg για ρύθμιση και μείωση της χοληστερόλης</p> <p>Έγινε κινητοποίηση του ασθενούς με έναρξη αθλητικής δραστηριότητας</p>	<p>Επιτυχής μείωση και ρύθμιση της LDL</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Δύσπνοια</p>	<p>Αποκατάσταση της αναπνοής του ασθενούς</p> <p>Οξυγόνωση των ιστών</p> <p>Επαρκής οξυγόνωση και αποβολή του CO₂</p> <p>Επαναφορά των αναπνοών στα φυσιολογικά όρια</p>	<p>Ενημέρωση ιατρού</p> <p>Λήψη αρτηριακού αίματος</p> <p>Εφαρμογή οξυγονοθεραπείας για αποκατάσταση ή διατήρηση επαρκούς ανταλλαγής αερίων σύμφωνα με ιατρική οδηγία</p> <p>Φροντίζουμε την ρινική και στοματική κοιλότητα του ασθενούς</p> <p>Έλεγχος του διανοητικού επιπέδου του ασθενούς</p> <p>Αερισμός του χώρου</p>	<p>Ο ιατρός ενημερώθηκε</p> <p>Έγινε λήψη αρτηριακού αίματος από τον ιατρό για έλεγχο του επιπέδου του οξυγόνου</p> <p>Τοποθετήθηκε μάσκα οξυγόνου-venturi 28% στα 4lt</p> <p>Πραγματοποιήθηκε υγιεινή της στοματικής και ρινικής κοιλότητας του ασθενούς</p> <p>Ελέγχθηκε ο διανοητική κατάσταση του ασθενούς</p> <p>Ο χώρος αερίστηκε επαρκώς</p> <p>Χορηγήθηκε ο ορός N/S 0,9% 1000cc για ενυδάτωση σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού</p>	<p>Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενούς</p> <p>Πρόληψη των συνεπειών που επιφέρει η δυσλειτουργία της αναπνοής</p> <p>Επανελέγχος της κατάστασης του ασθενούς σε σύντομα χρονικά διαστήματα</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ίλιγγος, Εφίδρωση & Σκοτοδίνη</p>	<p>Αντιμετώπιση του εμετού και του πόνου</p> <p>Στενή παρακολούθηση του ασθενούς και μείωση εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου</p>	<p>Ενημέρωση ιατρού</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>Τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη και ήρεμη θέση</p> <p>Έλεγχος φαρμάκων για παρενέργειες</p> <p>Φροντίδα στοματικής και ρινικής κοιλότητας του ασθενούς</p> <p>Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων</p> <p>Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής για λήψη αίματος για εξετάσεις</p> <p>Χορήγηση ορού N/S 0,9% 1000cc για ενυδάτωση του ασθενούς</p>	<p>Ο ιατρός ενημερώθηκε</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση</p> <p>Έγινε έλεγχος για παρενέργειες των φαρμάκων που ήδη λαμβάνει</p> <p>Εξασφαλίστηκε φλεβική γραμμή με εισαγωγή φλεβοκαθετήρα για λήψη αίματος για εξετάσεις</p> <p>Χορηγήθηκε ορός 24h N/S0,9% 1000cc για ενυδάτωση του ασθενούς</p>	<p>Πλήρης αποκατάσταση του ασθενούς και επαναφορά στη φυσιολογική του κατάσταση</p>

6.4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 4

Ασθενής ηλικίας 35 ετών, παρουσίαζε από τα παιδικά της χρόνια συχνές ουρολοιμώξεις. Σε ηλικία 10 ετών διαγνώστηκε με χρόνια νεφρική νόσο ενώ παράλληλα διεγνώσθη με υψηλές τιμές Αρτηριακής Πίεσης. Πιο συγκεκριμένα οι τιμές είναι οι εξής:

Συστολική: 160-150 και

Διαστολική: 110-100 mmHg.

Κατόπιν εντολής του θεράποντος ιατρού της υπεβλήθη σε καθετηριασμούς για ένα χρόνο. Δυστυχώς όμως θα έπρεπε να σταματήσει καθώς παρουσιάστηκαν μικρόβια στα ούρα και κολοβακτηρίδια. Επίσης εμφάνιζε και ακράτεια ούρων με αποτέλεσμα να πρέπει να τοποθετηθεί τεχνητός σφιγκτήρας.

Σε ηλικία 35 χρονών και κατόπιν εντολής του θεράποντος ιατρού της αρχίζει Αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό όπου τοποθετήθηκε Fistula (AP) στο βραχίονα. Στη συνέχεια, μετά από δυο εβδομάδες παρουσιάζει άλγος στον (AP) νεφρό καθώς εμφανίστηκε ουρολοίμωξη για την αντιμετώπιση της οποίας χορηγήθηκε αντιβίωση.

Στη συνέχεια τοποθετήθηκε καθετήρας στην κύστη για πλύσεις όπου απέδωσε μεγάλη ποσότητα πύου. Το ίδιο πραγματοποιήθηκε μετά από τρεις μέρες όπου τοποθετήθηκε (αρ) νεφροστομία. Μετά από την καλλιέργεια πύου που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκαν δύο μικρόβια για την αντιμετώπιση των οποίων χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή.

Με εντολή του θεράποντος ιατρού η ασθενής λόγω της Χρόνιας Πυελονεφρίτιδας υπεβλήθη σε ριζική (AP) Νεφρεκτομή.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Υπέρταση τιμές Α/Π. 180/100mmHg	Ρύθμιση της Α/Π στα φυσιολογικά επίπεδα.	Λήψη αρτηριακής πίεσης ανά 3 ώρες για τη ρύθμιση από τον θεράποντα γιατρό. Φαρμακευτική αγωγή συμπληρωματική με αντιπυρετικό σκεύασμα.	Επεξήγηση στον ασθενή για τις ώρες λήψης των φαρμάκων αφού πρώτα μετρήσει την Α/Π Εφαρμογή ειδικού διαιτολογίου όπου θα απαγορεύει ορισμένες τροφές όπως αλάτι, με στόχο τη ρύθμιση τις Α/Π . Σύσταση για απώλεια βάρους σε υπέρβαρους ασθενείς. Σύσταση για χαμηλή πρόσληψη υγρών Χορηγήθηκε Lopressor (tab) των 100mg.	Σωστή λειτουργία ζωτικών οργάνων.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Αιμορραγία (οι νεφροί έχουν πλούσια αιματική παροχή και συνδέονται άμεσα με την κοιλιακή αορτή κ την κάτω κοίλη φλέβα)</p>	<p>Έλεγχος της αιμορραγίας και παρακολούθηση στο σημείο τομής για αίμα ζωηρού ερυθρού χρώματος ή απότομη αύξηση τις ποσότητας του παροχτευμένου υγρού.</p>	<p>Τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών στο σημείο τομής και παρακολούθηση της παροχέτευσης.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων ανά 1 ώρα και ιδιαίτερη προσοχή στις Σφίξεις (συνήθως παρατηρείται ταχυσφυγμία + χαμηλή Αρτηριακή Πίεση)</p> <p>Ενημερώνουμε τον θεράποντα ιατρό για την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς.</p>	<p>Ιδιαίτερη προσοχή κατά την αλλαγή των επικαλυμμάτων και επιβεβαίωση ότι οι σωλήνες δεν έχουν μετατοπισθεί από την περιοχή της χειρουργικής τομής.</p> <p>Συχνή αλλαγή θέσης και παρότρυνση βαθιών εισπνοών.</p> <p>Προσοχή στην ποσότητα αποβαλλόμενων ούρων και υγρού της παροχέτευσης.</p>	<p>Τα ζωτικά σημεία σταδιακά αποκαθίσταται και η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή είναι ομαλή.</p> <p>Μετά από 30min. έγινε λήψη της Α.Π., σταθεροποίηση 130mmHg</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Πυρετός 38,5 ° πόνος υποψία λοίμωξης</p>	<p>Επαναφορά θερμοκρασίας °C σε φυσιολογικά επίπεδα και έρευνα για σημεία και συμπτώματα λοιμώξεων</p> <p>Αντιμετώπιση του πόνου και ανακούφιση της ασθενή.</p> <p>Συχνή λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, σφίξεις, SPO², A/Π.)</p>	<p>Προγραμματίστηκε χορήγηση αντιπυρετικού και άμεση προσεκτική εξέταση της τομής και θέσεων φλεβοκέντησης, καταπολέμηση τυχών στρεπτοκοκκικής λοίμωξης</p> <p>Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό.</p>	<p>Χορηγήθηκε iv Apotel σε N/S 0,9% 100cc και έγινε αλλαγή στις γάζες της τομής, τήρηση σχολαστικής και άσηπτης τεχνικής στην αλλαγή.</p> <p>Διδασκαλία αρρώστου να αποφεύγει συστηματικά κάθε πηγή μόλυνσης</p> <p>Απόφαση νοσηλείας ασθενούς σε μονόκλινο δωμάτιο.</p> <p>Χορηγήθηκε αναλγητικό IV Tramal σε 100cc N/S 0,9% με οδηγία του θεράποντος ιατρού.</p>	<p>Αποφυγή λοίμωξης</p> <p>Ο πυρετός υποχώρησε.</p> <p>Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο, έγερση και κινητοποίηση του εφόσον δεν πονά.</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Θρόμβωση Φλεγμονή</p>	<p>Πρόληψη μεταφοράς του θρόμβου σε άλλα όργανα. Φροντίζουμε την τομή καθαρή μακριά από εστίες μόλυνσης (κλειστή τομή)</p>	<p>Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων τακτικά και αν κριθεί αναγκαίο μεταφορά του στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ).</p>	<p>Σύσταση προς τον ασθενή να παραμείνει κλινήρης. Εφαρμογή ιατρικών οδηγιών (αντιπηκτική αγωγή) Συγκέντρωση των υλικών που θα χρειαστεί ο γιατρός για την αλλαγή γαζών στην τομή. Πάντα εφαρμογή αποστειρωμένης τεχνικής.</p>	<p>Έγερση – κινητοποίηση του ασθενή και συνέχιση αντιπηκτικής αγωγής. Υποχώρηση της φλεγμονής τρεις μέρες αργότερα με την σωστή περιποίηση και συνέχιση σχήμα αντιβιώσεων .</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαχείριση της χρόνιας νόσου αποτελεί ίσως την κυριότερη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας διεθνώς, οι οποίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν ποικίλα προβλήματα του ατόμου σε οργανικό, αλλά και σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση της χρόνιας νόσου, καθώς σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, σχετίζεται θετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία.

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με τη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους, την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών υγείας, την προσήλωση στη θεραπευτική και διαιτητική αγωγή, την αυτοφροντίδα, την αυτοδιαχείριση, την καλύτερη ποιότητα ζωής και την έκβαση της νόσου, σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασματικές νόσους, αναπνευστικά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη και αυτοάνοσα νοσήματα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004, 56, 501-56.

Benka J., Nagyova I., Rosenberger J., Calfova A., Macejova Z., Middel B., Lazurova I., van Dijk JP. & Groothoff JW. (2012) Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a four-year prospective study. *Disability & Rehabilitation* 34: 754-761.

Chung, P.-W., Cho, S.-J., Kim, W.-J., Yun, C.-H., Chu, M.K. (2017) Study of clinical characteristics of breast cancer among women older than 70 years, *Journal of Headache and Pain* 18(1), 47

Erdal, A., Flo, E., Selbaek, G., Slettebo, D.D., Husebo, B.S. (2017) Associations between pain and depression in nursing home patients at different stages of dementia, *Journal of Affective Disorders* 15, 1255

Garssen, B. (2004) Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of Research. *Clinical Psychology Review*, 2004, 24, 315-339.

Gernaat, S.A.M., Ho, P.J., Rijnberg, N., Hartman, M., Verkooijen, H.M. (2017), Risk of death from cardiovascular disease following breast cancer in Southeast Asia: A prospective cohort study, *Scientific Reports* 7(1), 1365

Network for Oncological Advisory Service (NOF) (2016) - A Pilot Project for (Long-Term) Follow-Up Care of Pediatric Cancer Patients. *Klinische Padiatrie* 228(6-7), pp. 325-331

Newman S., Steed L. & Mulligan K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 364: 1523-37.

Osborne RH., Elsworth GR. & Whitfield K. (2007). The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and

self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling* 66: 192–201.

Papper Solomon, (1981). *Κλινική νεφρολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Rahi, J.S., Manaras, I., Tuomainen, H., Hundt, G.L. (2004) Meeting the needs of parents around the time of diagnosis of disability among their children: Evaluation of a novel program for information, support, and liaison by key worker, *Pediatrics* 114(4), pp. e477 e482

Sabaté E, (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: *World Health Organization*.

Shahidsales, S., Toussi, M.S., Joudi, M., Simab, S.A., Shahabadi, M. (2017) Restless legs syndrome and tension-type headache: a population-based study, *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 19(38), pp. 1-6

Stathopoulou HG. (2007) Violence and aggression towards health care professionals. *Health Science Journal*, issue 2, April–June.

Viegi G, Pistelli F, Sherill DL, (2007). Definition, epidemiology and natural history of COPD. *Eur Respir J* ; 30: 993–1013.

Γιαβασοπουλος Ε, Γουρνη Γ. (2008). Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς. *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 7ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος – Μάρτιος 2008

Ιακωβίδης Β., Ιακωβίδης Α. (2007) *Ψυχικές επιδράσεις του καρκίνου-Επικοινωνώντας με τον ασθενή*. Αθήνα: Εκδόσεις Γράφημα.

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005) Κατάθλιψη, άγχος, θυμός και σωματική υγεία και οι πιθανοί ενδιάμεσοι μηχανισμοί, *Ψυχολογία*, 12(2).

Κοτσαμπασάκη Σ.. Νοσηλευτική θεωρία και πράξη. Οδεύοντας προς τον 21ο αιώνα. Αθήνα 1997. Νοσηλευτική 3:75-184.

Μηνασίδου Ε. & Λεμονίδου Χ. (2005) Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών» *Νοσηλευτική* , 44 (2) [202-211].

Μηνασίδου Ε. & Λεμονίδου Χ. (2005) Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών» *Νοσηλευτική* , 44 (2) [202-211].

Μόσχου-Κάκκου Α.. Νοσηλευτική επιστήμη στη διαχρονική πορεία μέχρι το 2000. Αθήνα 1998. Νοσηλευτική 37(1):41-47.

Μύγδαλης Η. (2008) *Στρατηγικές στο σακχαρώδη διαβήτη*. Αθήνα: Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις

Πυρπασόπουλος Μάριος, (2009). *Θέματα νεφρολογίας*. Αθήνα:University Studio Press

Σόμπολος Κωνσταντίνος Ι., Ντόμπρος Νικόλαος Β., Κεχαΐδου - Χατζηαναστασιάδου

Γεωργία, (1991). *Χρόνια περιοδική αιματοκάθαρση*. Αθήνα:University Studio Press

Χρυσανθόπουλος, Χρ. (2004) *Παιδιατρική Πρωτοβάθμιας Φροντίδας*. Θεσσαλονίκη : Γραφικές Τέχνες ΜΕΛΙΣΣΑ