



Ανακουφιστική φροντίδα και νοσηλεία στο σπίτι



Επιμέλεια

Ι. Κωνσταντινίδης- Γ. Γαλλιού

Επιτροπή Σύνταξης

Μ. Βαρβουστή, Ε. Γκάτζιου, Α. Κουτρούμπα,
Π. Κωνσταντινίδης, Ολ. Παπαδοηλιοπούλου, Γ. Ρούσσος

Πνευματικά δικαιώματα

Το παρόν αποτελεί αντικείμενο πνευματικής ιδιοκτησίας
του Συλλόγου ΝΟΣΗΛΕΙΑ. ©



Ενόητες - Συγγραφείς

I. Ανακουφιστική Φροντίδα στο σπίτι.

Γεωργία Γαλλιού, Π.Ε. Νοσηλεύτρια, Εθελόντρια & Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Συλλόγου ΝΟΣΗΛΕΙΑ

II. Ιατρική και νοσηλεία στο σπίτι.

Πολύδωρος Κωνσταντινίδης MD, PhD, Παθολόγος
Εντατικολόγος, Εθελοντής Συλλόγου ΝΟΣΗΛΕΙΑ /
Ιωάννης Κωνσταντινίδης, MD, PhD, Παθολόγος,
Εθελοντής & Πρόεδρος Δ.Σ. Συλλόγου ΝΟΣΗΛΕΙΑ

III. Ο Πόνος.

Ελένη Μπούζουκα, MD, PhD, Αναισθησιολόγος,
Διευθύντρια ΓΟΝΚ «Αγ. Ανάργυροι», Εθελόντρια
Συλλόγου ΝΟΣΗΛΕΙΑ

IV. Κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα υγείας - Νοσηλευτική διεργασία.

Εύα Παγούνη, Π.Ε. Νοσηλεύτρια στο Σύλλογο ΝΟΣΗΛΕΙΑ

V. Κατακλίσεις.

Γεωργία Γαλλιού, Π.Ε. Νοσηλεύτρια, Εθελόντρια &
Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Συλλόγου ΝΟΣΗΛΕΙΑ

VI. Ψυχολογική στήριξη ασθενών και φροντιστών στο σπίτι.

Ηρώ Σταμπολίδου, Ψυχολόγος - CBT Ψυχοθεραπεύτρια
στο Σύλλογο ΝΟΣΗΛΕΙΑ, MSc Νευροψυχολογία

VII. Κοινωνικά προβλήματα των ογκολογικών ασθενών κατά την κατ' οίκον νοσηλεία τους.

Φωτεινή Χριστοδούλου, Κοινωνική Λειτουργός B.Sc,
M.Sc Δημόσιας Υγείας - Υπεύθυνη Κοινωνικής Υπηρεσίας
«Κ.Ε.Φ.Ι.»

VIII. Φυσικοθεραπεία στο σπίτι.

Γεωργία Φλώρου, Φυσικοθεραπεύτρια, PT, MSc στο
Σύλλογο ΝΟΣΗΛΕΙΑ

IX. Πρόληψη πτώσεων.

Ορέστης Σιάκης, Φυσικοθεραπευτής BSc, MSc stud.
ΕΚΠΑ στο Σύλλογο ΝΟΣΗΛΕΙΑ



Πρόλογος

Το Εγχειρίδιο αυτό δημιουργήθηκε στο πλαίσιο της συνεργασίας δύο Μη Κερδοσκοπικών Σωματείων, το Σύλλογο ΝΟΣΗΛΕΙΑ και το ΔΕΣΜΟ, για την ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας (ΑΦ) στην Ελλάδα.

Οι δύο φορείς μαζί και ο κάθε ένας ξεχωριστά, από την πλευρά του, προσπαθούμε να κάνουμε ένα κοινό αγώνα για να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

Με την υποστήριξη του ΔΕΣΜΟΥ, από τον Ιούλιο του 2021, η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ξεκίνησε μια σειρά από δράσεις προς αυτόν το σκοπό, με κυριότερες τις παρακάτω:

- τη λειτουργία του 1ου κύκλου του Προγράμματος «Ανακουφιστική Φροντίδα στο σπίτι». Το πρόγραμμα στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών και των οικογενειών τους, καλύπτοντας τις ανάγκες τους για σωματική, ψυχοκοινωνική και πνευματική ανακούφιση στο περιβάλλον του σπιτιού τους.

Συνδυαστικά με τη θεραπευτική αγωγή των ασθενών, η διεπιστημονική ομάδα του προγράμματος παρέχει ΔΩΡΕΑΝ:

- Κατ' οίκον φροντίδα (ιατρική, νοσηλευτική, ψυχοκοινωνική, φυσικοθεραπευτική και πνευματική).
- Υπηρεσίες τηλεϊατρικής (προσωποποιημένη ιατρική μέσω της Ψηφιακής Κλινικής της ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ).
- Τηλεφωνική καθοδήγηση & στήριξη (μέριμνα για τις επιπλέον ανάγκες φροντίδας των ασθενών).
- τη διοργάνωση επιστημονικών διαδικτυακών σεμιναρίων με στόχο την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των φροντιστών τους, την ανάδειξη της αξίας αυτών των υπηρεσιών για τους ασθενείς, την οικογένεια, το κράτος, καθώς και την προσέλκυση εθελοντών και υποστηρικτών.
- τη δημιουργία του παρόντος Εγχειριδίου με τίτλο «Ανακουφιστική φροντίδα και νοσηλεία στο σπίτι».





Λίγα Λόγια για το Εγχειρίδιο

Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ με το επιστημονικό προσωπικό που διαθέτει αλλά και με την πολύτιμη συνεισφορά εκλεκτών και έμπειρων συνεργατών, εκπόνησε το παρόν Εγχειρίδιο το οποίο περιλαμβάνει την ιατρονοσηλευτική, ψυχοκοινωνική και φυσικοθεραπευτική υποστήριξη των ασθενών με σοβαρά χρόνια νοσήματα.

Το Εγχειρίδιο εστιάζει και αναλύει τον τομέα της ΑΦ στο σπίτι, που είναι ο προνομιακός χώρος για τη φροντίδα των χρόνιων ασθενών. Το 95% των ασθενών με σοβαρά χρόνια νοσήματα, μπορεί να νοσηλεύεται στο σπίτι. Το όφελος για τον ασθενή, την οικογένειά του και την κοινωνική οικονομία είναι πολύ σημαντικό.

Αναλύονται απλά, καθημερινά θέματα π.χ. πυρετός, βήχας, πρόληψη κατακλίσεων και πτώσεων αλλά και εξειδικευμένα θέματα νοσηλείας, ψυχολογίας, κοινωνιολογίας και φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης.

Ευελπιστούμε ότι καλύπτονται τα συνηθέστερα προβλήματα που απαντώνται κατά την περίθαλψη των ασθενών αλλά και των οικογενειών και φροντιστών.

Ελπίζουμε ότι θα βοηθήσει όλους όσοι ασχολούνται στον τομέα των υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι, όπως και τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Με την ευχή, σε αυτήν την προσπάθεια να έχουμε συνοδοιπόρους τους πολίτες, το κράτος αλλά και επιπλέον υποστηρικτές, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσοι συνέβαλαν στην ολοκλήρωση του παρόντος Εγχειριδίου και ιδιαιτέρως το ΜΚΣ ΔΕΣΜΟΣ για την πολύτιμη αυτή συνεργασία.

Ιωάννης Π. Κωνσταντινίδης, MD, PhD, Παθολόγος
Πρόεδρος του Συλλόγου ΝΟΣΗΛΕΙΑ



www.nosilia.org.gr

Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ δραστηριοποιείται **από το 2001** στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και είναι ένας πιστοποιημένος, μη κερδοσκοπικός οργανισμός, που παρέχει δωρεάν **κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας** σε κόσμο που νοσεί. Η **διεπιστημονική ομάδα** της αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές, ενώ συνεργάζεται και με ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες, όπως και με εθελοντές. Κάθε χρόνο η δράση της **ωφελεί πάνω από 2.000 ασθενείς και οικογένειες**.

Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ απευθύνεται σε ανθρώπους με χρόνια νοσήματα που ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και δυσκολεύονται να μετακινηθούν (είτε λόγω νόσου ή λόγω ηλικίας) και παράλληλα στηρίζει και τις οικογένειές τους.

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Δρ Ιωάννης Π. Κωνσταντινίδης

Αντιπρόεδρος: Γεωργία Αμπουμόγλι- Γαλλιού

Γραμματέας: Γεώργιος Ρούσσος

Ταμίας: Σοφία Βαρβουτσή

Αναπλ. Ταμίας: Λαμπρινή Γιωτάκη

Αναπληρωματικά Μέλη

Αλεξάνδρα Μπέτη, Καλλιόπη Καραμπαλικογλου, Δημήτρης Ζαφειρόπουλος



www.desmos.org

Ο **ΔΕΣΜΟΣ** είναι ένα μη κερδοσκοπικό σωματείο που λειτουργεί ως **αποτελεσματικός και αξιόπιστος συνδεδεμένος κρίκος για την κοινωνική προσφορά στην Ελλάδα**. Για να το πετύχει αυτό **συνεργάζεται στενά αφενός με δωρητές του ιδιωτικού τομέα, αφετέρου με πάνω από 800 φορείς και κοινωνικές οργανισμούς** σε όλη τη χώρα, στηρίζοντας ενεργά το έργο τους και αναλαμβάνοντας δράσεις και πρωτοβουλίες που εστιάζονται στους εξής τομείς: **Κοινωνική Πρόνοια, Οικοδόμηση Ενός Καλύτερου Μέλλοντος, Υγεία, Αντιμετώπιση και Αποκατάσταση Κρίσεων**. Ο ΔΕΣΜΟΣ, ιδρύθηκε το 2012 στην Αθήνα, και από το 2013 λειτουργεί γραφείο και στη Θεσσαλονίκη.

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Αλέξια Κατσαούνη

Αντιπρόεδρος: Λένα Παπαλεξοπούλου

Γραμματέας: Μαρίνα Σωτηρίου

Ταμίας: Έφφη Στρατάκη

Μέλος: Μυρτώ Αναστασοπούλου

Μέλος: Λάρα Σταφυλοπάτη

Μέλος: Ελένη Μπαθιανάκη

Ο Δεσμός συνέβαλε στο πρόγραμμα του Συλλόγου Νοσηλεία «Ανακουφιστική Φροντίδα στο σπίτι» χάρη στις δωρεές εις μνήμη του Θεόδωρου Παπαλεξοπούλου και της επιθυμίας της οικογένειάς του να υποστηρίξει την Ανακουφιστική Φροντίδα στο σπίτι στη χώρα μας.

Περιεχόμενα

I. Ανακουφιστική Φροντίδα στο σπίτι	12
Εισαγωγή	12
1. Ορίζοντας την ανακουφιστική φροντίδα	13
1.1. Ιστορική Αναδρομή	13
1.2. Ορισμός ανακουφιστικής φροντίδας	13
1.3. Αφετηρία και είδη Ανακουφιστικής Φροντίδας	14
1.4. Διεπιστημονική Ομάδα	15
1.5. Επιδημιολογικά δεδομένα ασθενών που χρήζουν υπηρεσιών ΑΦ	15
2. Χρόνια νοσήματα	16
2.1. Κατηγορίες ασθενών	16
2.2. Δυσμενείς επιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών	17
2.3. Δυσμενείς συνέπειες της ακινησίας σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού	17
2.4. Αντιμετώπιση των δυσμενών συνεπειών της ακινησίας.	18
Βιβλιογραφία	19
II. Ιατρική και νοσηλεία στο σπίτι	20
Ενημέρωση και αξιολόγηση συχνών προβλημάτων υγείας που παρουσιάζονται στο σπίτι	21
Εισαγωγή	18
1. Ποια προβλήματα δεν μπορούν να επιλυθούν στο σπίτι	21
2. Συνήθη προβλήματα υγείας - Διαχείριση στο σπίτι	22
2.1. Φλεγμονή/Ανοσολογικές αντιδράσεις	22
2.2. Νεόπλασμα/Καρκίνος	23
2.3. Πόνος	23
2.4. Πυρετός/Υποθερμία	24
2.5. Αφυδάτωση	25
2.6. Αρτηριοσκληρυνση/αθηρωμάτωση	26
2.7. Υπέρταση/Υπόταση	27
2.8. Πονόλαιμος	28
2.9. Βήχας	28
2.10. Δύσπνοια	30
2.11. Οσφυαλγία/Οστικά άλγη/Αρθραλγίες	30
2.12. Κεφαλαλγία	31
2.13. Σύγχυση/Παραλήρημα	32

2.14. Αϋπνία/Υπνηλία	33
2.15. Άνοια	33
2.16. Διάρροιες και Έμετοι	34
2.17. Τυμπανισμός κοιλίας/μικροβιακή χλωρίδα	35
2.18. Δυσπεψία	36
2.19. Δυσκοιλιότητα	36
2.20. Δυσφαγία/Δυσκαταποσία	37
2.21. Ανορεξία	37
2.22. Ξηροστομία	38
2.23. Λόξιγκας	38
2.24. Ζάλη και Ήλιγγος	39
2.25. Εμβοές	39
2.26. Αδυναμία και Ατονία	40
2.27. Αναιμία	40
2.28. Αλλεργία	41
2.29. Κνησμός	42
2.30. Ξηροδερμία/Υπεριδρωσία	42
2.31. Αιμωδίες	43
2.32. Διαταραχές στην Ούρηση	44
2.33. Οίδημα	44
2.34. Άγχος	45
2.35. Τρόμος	46
2.36. Επιληπτική κρίση	46
3. Προβλήματα υγείας με επείγοντα χαρακτήρα	47
3.1. Κοιλιακοί πόνοι - Οξεία χειρουργική κοιλία	47
3.2. Οξεία Καρδιολογικά Προβλήματα/Έμφραγμα/Στηθάγχη	48
3.3. Αρρυθμία/Βραδυκαρδία/Ταχυκαρδία	49
3.4. Καρδιακή ανεπάρκεια	50
3.5. Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	50
3.6. Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια	51
3.7. Αναπνευστική Ανεπάρκεια/Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια/Οξυμετρία	52
3.8. Καταπληξία	54
3.9. Αιμορραγία	54
3.10. Σήψη	55
3.11. Κώμα	55

III. Ο Πόνος	57
Εισαγωγή	57
Αξιολόγηση του πόνου	58
Ταξινόμηση του πόνου	59
Αναλγητική κλίμακα του Π.Ο.Υ.	62
Ανακουφιστική ή Παρηγορητική φροντίδα	63
Συμπέρασμα	64
Βιβλιογραφία	65
IV. Κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα υγείας-Νοσηλευτική διεργασία	66
Εισαγωγή	66
1. Συντονισμός φροντίδας ασθενούς	67
2. Νοσηλευτική διεργασία	68
2.1. Αξιολόγηση ασθενούς/υποστηρικτικού περιβάλλοντος	69
2.2. Νοσηλευτική διάγνωση	70
2.3. Σχεδιασμός φροντίδας	71
2.4. Εκτίμηση αποτελεσμάτων	72
2.5. Ολοκλήρωση κατ' οίκον φροντίδας	72
2.6. Παράδειγμα νοσηλευτικής διεργασίας	74
Βιβλιογραφία - Βοηθήματα	81
V. Κατακλίσεις	82
1. Έλκη κατάκλισης	82
1.1 Ορισμός- Συνέπειες	82
1.2 Παράγοντες Κινδύνου για το Σχηματισμό Ελκών Κατάκλισης	83
1.3 Ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων	84
1.4 Σταδιοποίηση των ελκών κατάκλισης κατά ΑΗCPR	84
2. Μέτρα πρόληψης κατακλίσεων	84
2.1. Φροντίδα δέρματος	84
2.2 Μέτρα πρόληψης ανάπτυξης εκδορών και αποκόλλησης των βαθύτερων στιβάδων του δέρματος μεταξύ τους	85
Βιβλιογραφία	86
VI. Ψυχολογική στήριξη ασθενών και φροντιστών στο σπίτι	87

Εισαγωγή	87
1. Ο χρόνιος πόνος	88
2. Ο ρόλος του ψυχολόγου στην ανακουφιστική φροντίδα	88
5. Ασθενείς με χρόνιες παθήσεις	89
6. Φροντιστές ασθενών με χρόνιες παθήσεις	90
7. Κατ'οίκον ψυχολογική παρέμβαση σε ασθενείς και φροντιστές	91
8. Αντιμετώπιση	91
9. Προκλήσεις στην κατ'οίκον ψυχολογική στήριξη	92
Βιβλιογραφία	93
VII. Κοινωνικά προβλήματα των ογκολογικών ασθενών κατά την κατ'οίκον νοσηλεία τους	94
1. Κοινωνικά προβλήματα των ογκολογικών ασθενών κατά την κατ'οίκον νοσηλεία τους	95
2. Κατ'οίκον ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο	95
3. Τα κοινωνικά προβλήματα των ογκολογικών ασθενών κατ'οίκον και ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης	97
4. Υπηρεσίες για εξωδικαστική επίλυση ζητημάτων ασθενών και φροντιστών ασθενών	98
5. Ο ρόλος της οικογένειας - Υποστήριξη φροντιστών	98
Βιβλιογραφία	101
VIII. Φυσικοθεραπεία στο σπίτι	102
Εισαγωγή	102
1. Τι είναι φυσικοθεραπεία	103
2. Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας στην ανακουφιστική φροντίδα	103
3. Αξιολόγηση	104
4. Συνήθη συμπτώματα και φυσικοθεραπευτική διαχείριση	105
5. Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην εκπαίδευση της οικογένειας και του φροντιστή	109
Βιβλιογραφία	110
IX. Πρόληψη πτώσεων	111
Εισαγωγή	111
1. Επιδημιολογικά στοιχεία	112
2. Παράγοντες κινδύνου	112
3. Επιπλοκές μετά από πτώση	113
4. Πρόληψη πτώσεων	113
Βιβλιογραφία	115

Ανακουφιστική Φροντίδα ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Γεωργία Δ. Γαλλιού

«Αξίζεις επειδή υπάρχουν! Αξίζεις μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής σου. Εμείς θα κάνουμε ό,τι μπορούμε όχι μόνο να σε βοηθήσουμε να πεθάνεις ειρηνικά, αλλά και να ζεις μέχρι να πεθάνεις»

Dr Dame Cicely Saunders, 1967



Εισαγωγή

Η Ανακουφιστική φροντίδα (ΑΦ) αποτελεί πανανθρώπινη ανάγκη αλλά και δικαίωμα όλων των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή τους νοσήματα. Στις ενότητες του κεφαλαίου περιλαμβάνονται:

- Σύνοψη αναφορά στην ιστορική αναδρομή της ΑΦ, στον ορισμό, στα επίπεδα φροντίδας και στη διεπιστημονική ομάδα.
- Επιδημιολογικά δεδομένα ασθενών με ανάγκες σε ΑΦ παγκοσμίως, αλλά και στην Ελλάδα.
- Αναφορά στα χρόνια νοσήματα και στις δυσμενείς επιπτώσεις αυτών στην ποιότητα ζωής των ασθενών.
- Τα προβλήματα που προκύπτουν λόγω της περιορισμένης κινητικότητας ή/και ακινητοποίησης του κλινήρη ασθενή.
- Στο τέλος παρατίθενται δύο άρθρα από τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας που συνδέουν τα περιεχόμενα του κεφαλαίου με το ρόλο της νοσηλεύτριας/τη στην παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας.



1. Ορίζοντας την ανακουφιστική φροντίδα

Η έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας στον/στην ασθενή δεν περιλαμβάνει μόνο την τέραστια σημασία που έχει η νοσηλευτική φροντίδα. Η ανακούφιση ως προσφορά προϋποθέτει την αρχική αναγνώριση του ασθενή ως ένα πρόσωπο με ανθρώπινα δικαιώματα, όπως είναι το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, την περιθαλψη, και το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο για ασθενείς με προχωρημένη προοδευτική χρόνια νόσο.

Η διαδικασία της ανακουφιστικής φροντίδας επιδιώκει να εξασφαλίσει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής πρακτικής άσκησης κάθε επαγγελματία υγείας, όσο και μέρος ενός οργανωμένου και σωστά δομημένου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι αξίες που υπηρετεί η ανακουφιστική φροντίδα είναι η αυτονομία, ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια του ασθενή, η ποιότητα της ζωής του και η θετική στάση απέναντι στη ζωή και στο θάνατο.

1.1. Ιστορική Αναδρομή

Εμπνεύστρια της ανακουφιστικής φροντίδας ήταν η Dr Dame Cicely Saunders, Αγγλίδα νοσηλεύτρια, κοινωνική λειτουργός και στη συνέχεια γιατρός, η οποία δραστηριοποιήθηκε κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα και αφιέρωσε τη ζωή της στη θεμελίωση ενός νέου τρόπου φροντίδας των ανθρώπων οι οποίοι βρίσκονται στα όρια της ζωής. Το 1967 ίδρυσε τον Ξενώνα του Αγίου Χριστοφόρου στην Αγγλία και πρόσφερε, εκτός από εσωτερική νοσηλεία των ασθενών, και νοσηλεία στο σπίτι. Με το κλινικό εκπαιδευτικό και ερευνητικό της έργο διδάξε την ολιστική φροντίδα του ασθενή, τη φροντίδα στο πένθος και την ανάγκη για πραγματική διεπιστημονική ομαδική εργασία. Επιστήμο-

νες από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής που επισκέφτηκαν τον Ξενώνα υιοθέτησαν την αρχική ιδέα δημιουργώντας έτσι το κίνημα των Ξενώνων στη Βόρεια Αμερική. Μία νέα μορφή φροντίδας εμφανίστηκε και ονομάστηκε φροντίδα Ξενώνα (hospice care).

1.2. Ορισμός ανακουφιστικής φροντίδας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την ανακουφιστική φροντίδα (ΑΦ) ως μία προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με απειλητικά για τη ζωή τους νοσήματα, και των οικογενειών τους, μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης και ολοκληρωμένης αξιολόγησης και ανακούφισης του υποφέρειν και άλλων προβλημάτων, οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών. Αυτός ο ορισμός κατευθύνει την πρακτική στην ανακουφιστική φροντίδα σε πάνω από 100 χώρες, αυτόν χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας και σε αυτόν στηρίζονται οι πολιτικές σε παγκόσμιο επίπεδο για την ανάπτυξη των αντίστοιχων υπηρεσιών¹.

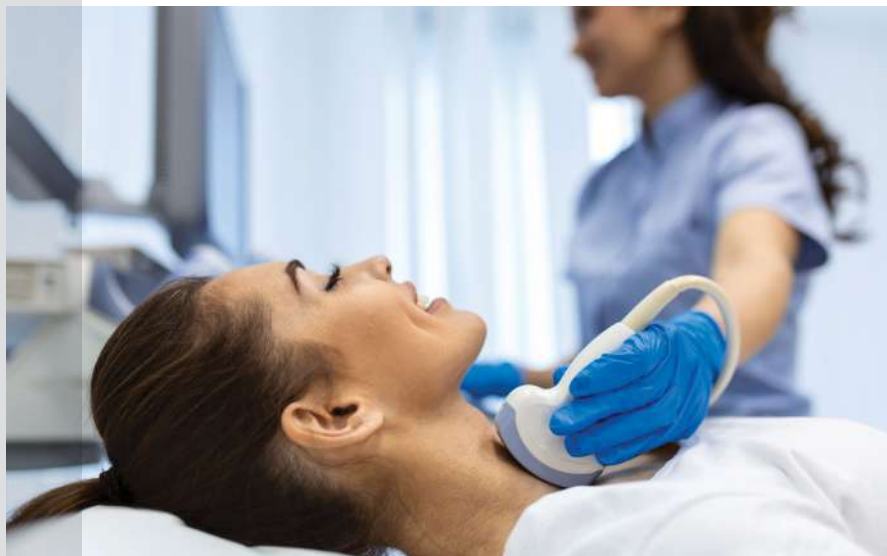
Οι φράσεις κλειδιά που ξεχωρίζουν από τον ορισμό είναι:

- η ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους
- η πρόληψη και η ανακούφιση του υποφέρειν
- η ολιστική προσέγγιση
- ένα σύστημα υποστήριξης ασθενή και οικογένειας²

Η ανακουφιστική φροντίδα θεωρεί το θάνατο φυσιολογική διεργασία, δεν τον επιταχύνει ούτε τον αναβάλλει. Είναι πρότυπο είδος φροντίδας επικεντρωμένη στο άτομο και στην οικογένεια και όχι στην ασθένεια, εύκολα εφαρμόσιμη στην πορεία της νόσου,

¹ World Health Organization.

² Becker R., (2018) Θεμελιώδεις Διαστάσεις της Ανακουφιστικής Φροντίδας στη Νοσηλευτική. Τεκμηριωμένη Γνώση και Πρακτική, μετφ Κάρλου Ι. Χ., Κουρμπάνη Ε. Σ., Πρωτόγερρος Π. Δ., Λευκωσία: Broken Hill Publishers.



σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που στοχεύουν στην επιμήκυνση της ζωής και περικλείει όλες εκείνες τις διερευνητικές εξετάσεις που απαιτούνται για την καλύτερη κατανόηση και τη διαχείριση των δυσάρεστων επιπλοκών. Βοηθά τον ασθενή να διατηρήσει στο μέτρο του δυνατού την αυτονομία του και τον ενισχύει ώστε να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν. Δημιουργεί αισθήματα ασφάλειας τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια διότι τους υποστηρίζει σε όλη την πορεία της νόσου.

1.3. Αφετηρία και είδη Ανακουφιστικής Φροντίδας

Αφετηρία της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η διάγνωση μιας χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή του ασθενή νόσου, αλλά μπορεί να ξεκινήσει και οιαδήποτε άλλη χρονική στιγμή στην πορεία της νόσου. Με την πρόωμη έναρξη της ΑΦ τα οφέλη για τον ασθενή και την οικογένειά του μεγιστοποιούνται.

Η ΑΦ παρέχεται ως Βασική, Γενική και Εξειδικευμένη, σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, αναλόγως των αναγκών του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται και το επίπεδο επιμόρφωσης/εξειδίκευσης των επαγγελματιών που την παρέχουν³.

³ Υπουργείο Υγείας, Εθνική Επιτροπή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση της στρατηγικής για την ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα Αθήνα, Φεβρουάριος 2019.

Η Βασική και Γενική ΑΦ δύναται να παρέχεται από όλους τους επαγγελματίες υγείας που έχουν επιμορφωθεί στις Θεμελιώδεις αρχές της. Ενδεικτικά περιλαμβάνει την ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του σε θέματα σχετικά με τη νόσο, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Παρέχεται σε όλους τους χώρους παροχής φροντίδας των ασθενών αλλά και στο σπίτι. Αναγνωρίζει τα άτομα που χρήζουν εξειδικευμένης υποστήριξης και συνεργάζεται ή τα παραπέμπει σε υπηρεσίες εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας.

Η *Εξειδικευμένη ΑΦ* είναι η φροντίδα που παρέχεται στις μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας (ξενώνες εσωτερικής νοσηλείας-hospice), σε ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, με σύνθετα και πολύπλοκα προβλήματα υγείας τα οποία δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν στο σπίτι.

1.4. Διεπιστημονική Ομάδα

Η πολύπλοκη φύση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής, ιδιαίτερα όσο η νόσος εξελίσσεται και επιδεινώνεται η συμπτωματολογία του, απαιτεί τη συμμετοχή μιας διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας προκειμένου να ανταποκριθούν στις υψηλές απαιτήσεις της ανακούφισής του. Την ομάδα απαρτίζουν επιστήμονες υγείας όπως ιατροί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, αλλά και ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και πνευματικοί/ιερείς, χωρίς να αποκλείονται και άλλοι επιστήμονες όπως φαρμακοποιοί, διαιτολόγοι-διατροφολόγοι, αλλά και εργοθεραπευτές, θεραπευτές μουσικής, δράματος, τέχνης και άλλοι, όταν η συμβολή τους κρίνεται αναγκαία. Σε μία οργανωμένη υπηρεσία παροχής ανακουφιστικής φροντίδας, εκτός από το επιστημονικό προσωπικό, απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό αποτελούν οι φροντιστές των ασθενών (οικογένεια, φίλοι, γείτονες), το υποστηρικτικό προσωπικό (βο-

ηθοί φροντίδας, διοικητικό προσωπικό, οδηγοί, κηπουροί και άλλοι), όπως επίσης και εθελοντές.

Κύριες αρμοδιότητες των συμμετεχόντων στην παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας είναι:

- Διάγνωση της εξέλιξης ή υποτροπής της νόσου και μεταβίβαση αυτών των πληροφοριών στην κατάλληλη εξειδίκευση.
- Σχεδιασμός ηθικά και ιατρικά αποδεκτού θεραπευτικού προγράμματος για τη νόσο ή/και τα συμπτώματα.
- Αναγνώριση της φάσης του επερχόμενου θανάτου.
- Ολοκληρωμένη προσωπική φροντίδα, υποστήριξη, αναγνώριση της οδύνης, ανακούφιση της καταπόνησης, επαναδόμηση της ελπίδας.
- Κινητοποίηση της προετοιμασίας για το θάνατο.
- Ψυχοκοινωνική υποστήριξη της οικογένειας/φροντιστών και ιδιαίτερα των παιδιών⁴.

1.5. Επιδημιολογικά δεδομένα ασθενών που χρήζουν υπηρεσιών ΑΦ

Η ανάγκη για ανάπτυξη υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας καθίσταται επιτακτική εάν αναλογιστεί κανείς τα παρακάτω επιδημιολογικά δεδομένα:

- Το 76% του παγκόσμιου πληθυσμού που χρειάζεται ξενώνες και ανακουφιστική φροντίδα βρίσκεται στις αναπτυσσόμενες χώρες.
- 57 εκατομμύρια χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα κάθε χρόνο, 25 εκατομμύρια να βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους.
- 18 εκατομμύρια πεθαίνουν κάθε χρόνο από περιπτώσεις πόνου και δυσφορία⁵.

⁴ Πατράκη-Κουρμπάνη Ε.(χ.χ) *Σύγχρονες Προσεγγίσεις στην Ανακουφιστική Φροντίδα*. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας, δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων. ΕΣΠΑ 2007-2013 σ. 15.

⁵ The Worldwide Hospice Palliative Care.(whpcca.org) τελευταία πρόσβαση 27.1. 2022

Στην Ελλάδα:

- 120.000 έως 135.000 ασθενείς με τις οικογένειές τους έχουν ανάγκη ανακουφιστικής φροντίδας το χρόνο. Το 95% των ασθενών αυτών μπορούν να λάβουν τις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.
- Το 37% ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα αφορά καρκινοπαθείς, και το 63% διάφορα άλλα χρόνια νοσήματα όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, φυματίωση, HIV/AIDS, σακχαρώδη διαβήτη, κίρρωση ήπατος, νεφροπάθειες, διαφορετικές μορφές άνοιας και άλλες περιπεπλεγμένες σοβαρές ασθένειες.

Υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας χρειάζονται επίσης και οι ενήλικες με συννοσηρότητες/ασθενικότητα λόγω προχωρημένης ηλικίας και τα παιδιά λόγω προβλημάτων κατά τη νεογνική ηλικία όσο και συγγενών σοβαρών παθήσεων⁶.

2. Χρόνια νοσήματα

Ως χρόνια ορίζονται τα νοσήματα με αργή εξέλιξη που δημιουργούν προβλήματα υγείας τα οποία απαιτούν συνεχή φροντίδα. Δεν υπάρχουν ηλικιακά όρια εμφάνισης ενός χρόνιου νοσήματος.

Το εύρος τους είναι μεγάλο, όμως υπάρχουν αρκετά χρόνια νοσήματα που είναι συχνότερα και οφείλονται στη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην υιοθέτηση του σύγχρονου τρόπου ζωής. Φαίνεται ότι έχουν πάρει τη θέση των μεταδοτικών νοσημάτων όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισής τους.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για τα έτη 2015 - 2016 οι τέσσερις κύριοι τύποι - κατηγορίες Χρόνιων Μη Μεταδοτικών Νοσημάτων είναι:

- Οι καρδιαγγειακές παθήσεις

- Οι καρκίνοι- κακοήθεις νεοπλασίες
- Οι χρόνιες πνευμονοπάθειες
- Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου -2

Η είδηση ότι το άτομο έχει διαγνωστεί με σοβαρό χρόνιο νόσημα δημιουργεί ποικίλα συναισθήματα που μπορούν να περιγραφούν με τον όρο υποφέρειν, ο οποίος περιλαμβάνει την ταλαιπωρία, την οδύνη και την αγωνία που βιώνει ο ασθενής όταν διαταράσσεται η φυσική, κοινωνική, συναισθηματική και πνευματική του κατάσταση⁷.

Η χρόνια ασθένεια αποτελεί μια πορεία με πολλές δυσκολίες για τον ασθενή και την οικογένειά του. Απαιτεί συνεχείς προσπάθειες για προσαρμογή, καθότι τα συμπτώματα που βιώνουν οι περισσότεροι ασθενείς επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα με εξάρσεις και υφέσεις. Η κλινική αυτή εικόνα επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικείων τους. Οι σημαντικότεροι στόχοι της ποιοτικής αντιμετώπισης του ατόμου που βιώνει μία απειλητική για τη ζωή νόσο είναι ο έλεγχος και η ανακούφιση των συμπτωμάτων, καθώς και η αξιοποίηση του χρόνου ζωής που του απομένει να ζήσει. Αυτό επιτυγχάνεται με την εξασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής άνεσης και λειτουργικότητας αλλά και την υποστήριξη, βελτίωση και ενίσχυση των οικογενειακών και των σημαντικών για εκείνον σχέσεων.

2.1. Κατηγορίες ασθενών

«Η φροντίδα στο τέλος της ζωής (end-of-life care) αν και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συνώνυμο με τον όρο ανακουφιστική φροντίδα ή φροντίδα ξενώνα, αφορά σε μία εκτενή περίοδο 1-2 ετών όπου ασθενής, οικογένεια και επαγγελματίες υγείας έχουν επίγνωση του περιορισμένου χρόνου της ζωής λόγω της νόσου. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναγνωρίζονται τρεις κατηγορίες ασθενών με διαφορετική πορεία επι-

⁶ Υπουργείο Υγείας, Εθνική Επιτροπή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση της στρατηγικής για την ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα, ό.π.

⁷ <http://pallipedia.org/serious-health-related-suffering>

δείνωσης στο τελικό στάδιο της νόσου.

Την πρώτη κατηγορία αποτελούν οι ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι διατηρούν καλό λειτουργικό επίπεδο ζωής για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και έχουν μία μικρή περίοδο ορατής επιδείνωσης.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι ασθενείς με χρόνια οργανική ανεπάρκεια (π.χ. καρδιακή, αναπνευστική). Η πορεία εξασθένησής τους είναι μεγαλύτερης διάρκειας, υπάρχει μακροχρόνιος περιορισμός της λειτουργικότητάς τους με περιοδικά επεισόδια σημαντικής επιδείνωσης που ακολουθείται από πλήρη ή μερική επαναφορά στο προηγούμενο επίπεδο. Ο θάνατός τους μπορεί να επέλθει αιφνίδια ή κατά τη διάρκεια μιας κρίσης ή μετά από πολλά επεισόδια.

Στην τρίτη ομάδα ανήκουν κυρίως ηλικιωμένα άτομα με καταβολή ή άνοια, με μέσο χρόνο επιβίωσης τα 8 χρόνια στα οποία παρατηρείται μία παρατεταμένη προοδευτική επιδείνωση της λειτουργικότητάς τους. Οι τρεις διαφορετικές αυτές πορείες επιβεβαιώνουν ότι η έννοια του τέλους της ζωής επεκτείνεται πέρα από την οξεία φάση της τελικής νόσου για να συμπεριλάβει όλη τη χρονική περίοδο επιδεινούμενης υγείας από μία σοβαρή νόσο»⁸.

2.2. Δυσμενείς επιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Τα συχνότερα κοινά συμπτώματα σε προχωρημένη νόσο είναι: Πόνος, ναυτία και εμετός, δυσκοιλιότητα, διάρροια, ανορεξία, κόπωση, δύσπνοια, σύγχυση, άπννια, άγχος και κατάθλιψη.⁹ Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ικανότητα της οικογένειάς τους

να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της νόσου και να σταθεί με αξιοπρέπεια μπροστά στον επικείμενο θάνατο. Ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα μπορούμε να συναντήσουμε σε όλους τους χώρους παροχής φροντίδας αλλά η μεγάλη πλειοψηφία (περίπου 90%) των ασθενών περνούν τον τελευταίο χρόνο της ζωής τους δεχόμενοι φροντίδα στο σπίτι.¹⁰

Στη φάση αυτή της νόσου οι ανάγκες για ανακουφιστική φροντίδα του ασθενή μεγιστοποιούνται καθώς η νόσος βρίσκεται στο καταληκτικό στάδιο.

Η έμφαση στην υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειας, η συνεργασία με τα μέλη της επιστημονικής ομάδας και η ποιοτική νοσηλευτική πρακτική επιτυγχάνει τους θεραπευτικούς στόχους ανακούφισης του ασθενή στη δύσκολη αυτή φάση.

Εάν τα συμπτώματα δεν μπορούν να ελεγχθούν στο σπίτι, τότε η διεπιστημονική ομάδα παραπέμπει τον ασθενή σε δομές εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας, όπως ήδη αναφέραμε. Η σχετιζόμενη με την επιδείνωση των συμπτωμάτων του ασθενή μειωμένη κινητικότητα/ ακινητοποίηση, επηρεάζει την ικανότητά του για αυτοφροντίδα και αυτοδιαχείριση της νόσου αφενός, και αφετέρου τον κρατά κλινήρη τις περισσότερες ώρες του εικοσιτετράωρου. Αυτό έχει δυσμενή αποτελέσματα σε πολλά συστήματα του οργανισμού του.

2.3. Δυσμενείς συνέπειες της ακινησίας σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού

- Στο μυοσκελετικό παρουσιάζονται μυϊκή ατροφία, δυσκαμψία των αρθρώσεων, πέλματσια κάμψη σε παρατεταμένη ακινητοποίηση, οστεοπόρωση, μυϊκές συσπάσεις.

⁸ Πατράκης-Κουρμπάνη, Ε. (2012) Ανακουφιστική Φροντίδα: Φροντίδα στα όρια της ζωής; Νοσηλευτική, 51(4):351-353

⁹ Becker R., ό.π. σ. 261.

¹⁰ Kinghorn S., Gamlin R. (2007) Ανακουφιστική Νοσηλευτική. Εξασφαλίζοντας Ελπίδα και Ποιότητα Ζωής, επιμ. Θεοδοσοπούλου-Ευθυμίου Ε. Αθήνα: Βήτα σ. 67 και 72.

- Στο δέρμα παρουσιάζονται έλκη από την πίεση (κατακλίσεις).
- Θρομβώσεις, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονική εμβολή.
- Στο αναπνευστικό μπορεί να παρουσιαστεί ατελεκτασία, υποστατική πνευμονία λόγω συσσώρευσης των εκκρίσεων και εάν δεν σιτίζεται με προσοχή και σε σωστή θέση, συμβαίνει και πνευμονία από εισρόφηση.
- Στο ουροποιητικό: δυσουρία, επίσχεση ούρων, νεφρολιθίαση, ακράτεια ούρων.
- Στο γαστρεντερικό: Δυσκοιλιότητα, εντερική απόφραξη, ανορεξία.
- Η παρατεταμένη ακινησία μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε αισθητηριακή αποστέρωση, δηλαδή στέρηση οπτικών, απτικών και άλλων ερεθισμάτων, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια προσανατολισμού, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις.

2.4. Αντιμετώπιση των δυσμενών συνεπειών της ακινησίας

Η έγκαιρη κινητοποίηση του ασθενή και η φυσικοθεραπεία του αναπνευστικού του θα επιφέρει θετικές επιδράσεις σε όλα τα συστήματα. Η ενθάρρυνση και η εκπαίδευση των οικογενειακών φροντιστών στην εκτέλεση παθητικών κινήσεων, η διδασκαλία και ενθάρρυνση του ίδιου του ασθενή σε ενεργητικές κινήσεις θα συμβάλλουν στην κινητοποίηση και αποτροπή στο μέτρο του δυνατού, των δυσμενών συνεπειών της ακινησίας.

Η αυξημένη πρόσληψη υγρών, εάν δεν υπάρχει αντίθετη ιατρική οδηγία, η ενθάρρυνση της επαρκούς πρόσληψης θρεπτικών συστατικών και η ενίσχυση της ποσότητας των φυτικών ινών στη διατροφή του ασθενή θα συμβάλλουν στην αποτροπή των επιπλοκών στη λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος. Μαλακτικά κοπράνων και καθαρικά χορηγούνται για την αντιμετώπιση αλλά και την πρόληψη της δυσκοιλιότητας. Οι ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή για την ανακούφιση του πόνου έχουν έναν επιπλέον λόγο να αναπτύξουν δυσκοιλιότητα. Η αύξηση της ποσότητας των υγρών βοηθά επίσης στην πρόληψη των επιπλοκών στη λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος και των προβλημάτων από την αφυδάτωση.

Για την πρόληψη αλλά και αντιμετώπιση της διατροφικής διαταραχής συμβουλευόμαστε τον διατροφολόγο της διεπιστημονικής ομάδας.

Ο έλεγχος και η ανακούφιση του πόνου βοηθά τον ασθενή να συνεργαστεί με τους επαγγελματίες υγείας και με τους οικογενειακούς φροντιστές για την επίτευξη του στόχου της κινητοποίησης. Για την πρόληψη των κατακλίσεων θα γίνει εκτενής αναφορά στο κεφάλαιο **IV. Κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα υγείας.**

Συνδέσεις του Κεφαλαίου με τον **Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. ΠΔ 216** Αθήνα, 18 Ιουλίου 2001

Άρθρο 2

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.

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 και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε

κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

Άρθρο 18

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντας του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του.



Βιβλιογραφία

- Becker R., (2018) Θεμελιώδεις Διαστάσεις της Ανακουφιστικής Φροντίδας στη Νοσηλευτική. Τεκμηριωμένη Γνώση και Πρακτική, μτφ Κάρλου Ι. Χ., Κουρμπάνη Ε. Σ., Πρωτογνηρος Π. Δ., Λευκωσία: Broken Hill Publishers.
- deWit S. C. (2005) Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας Τ. II Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Kinghorn S., Gamlin R. (2007) Ανακουφιστική Νοσηλευτική. Εξασφαλίζοντας Ελπίδα και Ποιότητα Ζωής, επιμ. Θεοδοσοπούλου-Ευθυμίου Ε. Αθήνα: Βήτα
- Μπαλτόπουλος, Γ. (2010) 13ο Θεματικό Συνέδριο: Έντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική. Κατευθυντήριες Οδηγίες. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε.(χ.χ). Σύγχρονες Προσεγγίσεις στην Ανακουφιστική Φροντίδα. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας, δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων. ΕΣΠΑ 2007-2013
- Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε.(2012) Ανακουφιστική Φροντίδα: Φροντίδα στα όρια της ζωής; Νοσηλευτική, 51(4):351-353
- Υπουργείο Υγείας, Εθνική Επιτροπή για την ανάπτυξη και την υλοποίηση της στρατηγικής για την ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα. Αθήνα, Φεβρουάριος 2019
- PALLIPEDIA the Free Online Palliative Care Dictionary <http://pallipedia.org/serious-health-related-suffering>
- The Worldwide Hospice Palliative Care. (whrca.org) τελευταία πρόσβαση 27.1.2022
- World Health Organization (<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>) τελευταία πρόσβαση 28.4.2022.

Ιατρική και νοσηλεία στο σπίτι

Πολύδωρος Ι. Κωνσταντινίδης, Ιωάννης Π. Κωνσταντινίδης

Ενημέρωση
και αξιολόγηση
συχνών
προβλημάτων
υγείας που
παρουσιάζονται
στο σπίτι



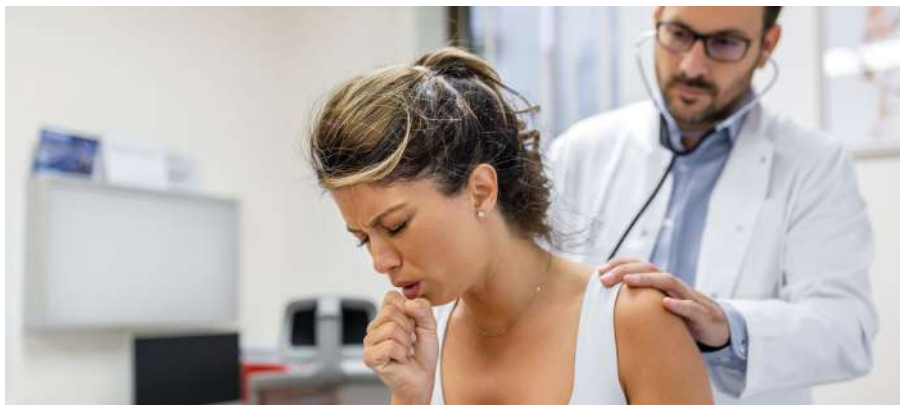
Εισαγωγή

Το κείμενο αυτό ξεκίνησε να γράφεται με σκοπό την ενημέρωση των ιατρών, των νοσηλευτών, των φυσικοθεραπευτών, των ψυχολόγων, των κοινωνικών λειτουργών, των εθελοντών και των εργαζομένων που ασχολούνται με τη νοσηλεία στο σπίτι, την ενημέρωση σε προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά με τους ασθενείς τους και συνήθη προβλήματα υγείας που απασχολούν τους πάσχοντες αλλά και το προσωπικό του τομέα της υγείας.

Παράτιθενται τρόποι αξιολόγησης των κλινικών εκδηλώσεων και των συμπτωμάτων των ασθενών με σκοπό τον βέλτιστο χειρισμό τους. Πότε ένα πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι, πότε χρειάζεται περαιτέρω έλεγχο ή νοσοκομειακή αντιμετώπιση. Όπως θα διαπιστώσετε, πολλά προβλήματα μπορούμε να τα διαχειριστούμε στο σπίτι. Όμως υπάρχουν και επείγοντα προβλήματα που χρειάζονται γρήγορη αντιμετώπιση και μεταφορά στο νοσοκομείο.

Ο ιατρός πρέπει να θυμάται ότι ο στόχος του στην άσκηση της ιατρικής είναι να βοηθήσει τόσο στην πρόληψη όσο και στην διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου, αλλά και να ανακουφίσει τον πάσχοντα στο σώμα και την ψυχή. Ο ιατρός στην προσπάθεια του να βοηθήσει τον ασθενή αναζητά σημεία της ασθένειας που μπορεί να μην είναι εμφανή στον πάσχοντα αλλά που, αν έγκαιρα αναγνωριστούν και αντιμετωπιστούν, βοηθούν σημαντικά στην διατήρηση της καλής υγείας. Η προληπτική ιατρική έχει μεγάλη σπουδαιότητα και για το άτομο αλλά και για τον πληθυσμό. Ο περιοδικός κλινικός και αν χρειάζεται και εργαστηριακός έλεγχος είναι σημαντικός για την έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Η θεραπεία των ασθενών εμπεριέχει την ψύχραιμη αντιμετώπιση της νόσου που όμως ενσωματώνει την ανθρώπινη ζεστασιά, τη συμπόνια και την κατανόηση.

Τα χρόνια νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας, παγκοσμίως. Το 70% αυτών των θανάτων στις αναπτυγμένες χώρες οφείλονται στα χρόνια νοσήματα. Τα τέσσερα συχνότερα χρόνια νοσήματα: καρδιαγγειακά, καρκίνος, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης τύπου2, συνδέονται με παράγοντες κινδύνου που μπορούν να προληφθούν. Το 80% των παραγόντων κινδύνου είναι τροποποιήσιμοι όπως η αρτηριακή



υπέρταση (ΑΥ), η υπερλιπιδαιμία, η παχυσαρκία αλλά και βλαπτικές συμπεριφορές όπως η ανθυγιεινή διατροφή, το αλκοόλ, η κακή φυσική κατάσταση και το κάπνισμα. Μέχρι το 2030 τα χρόνια νοσήματα θα έχουν προκαλέσει 52 εκατομμύρια θανάτους. Υπάρχουν χρόνια νοσήματα που είναι εύκολα στην διαχείριση τους και που ο ασθενής μπορεί να επισκέπτεται τον οικογενειακό του ιατρό και να λαμβάνει οδηγίες για την αντιμετώπιση τους εφόσον είναι περιπατητικός. Υπάρχουν επίσης επείγοντα προβλήματα υγείας που χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία.

Υπάρχουν όμως και ασθενείς με σοβαρά χρόνια νοσήματα που δεν μπορούν να μετακινηθούν είτε λόγω ηλικίας είτε λόγω νόσου, και ως εκ τούτου η νοσηλεία στο σπίτι τους είναι σημαντική και σε πολλές περιπτώσεις

επιβεβλημένη. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι περισσότεροι χρόνιοι ασθενείς και οι οικογένειές τους προτιμούν να νοσηλεύονται στο σπίτι παρά στο νοσοκομείο.

Τα νοσήματα αυτά είναι δυνατό να αφορούν όλα τα συστήματα του οργανισμού. Υπάρχουν προβλήματα απλά αλλά και σύνθετα. Προβλήματα που μπορούν να επιλύονται από τον Παθολόγο ή τον γενικό ιατρό, που είναι και τα περισσότερα, αλλά και εξειδικευμένα προβλήματα που έχουν ανάγκη εξειδικευμένου ιατρού για το συγκεκριμένο πρόβλημα (καρδιολόγος, νεφρολόγος κλπ.).

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την οικογένειά μας, τους συνεργάτες μας και τον φίλο και συνάδελφο Ν. Πουλάκη για τις συμβουλές του.

1. Ποια προβλήματα δεν μπορούν να επιλυθούν στο σπίτι

- i. Οξεία χειρουργικά προβλήματα π.χ. οξεία κοιλία, πνευμοθώρακας, μεγάλη αιμορραγία πεπτικού, αναπνευστικού, ΚΝΣ κλπ.
- ii. Κακώσεις, μεγάλα κατάγματα που χρήζουν ορθοπεδικής ανάταξης ή χειρουργικής αντιμετώπισης.
- iii. Οξύ Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

iv. Έμφραγμα μυοκαρδίου, οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, ρήξη ανευρύσματος, μεγάλη ταχυαρρυθμία ή βραδυαρρυθμία κ.ά.

v. Κακοήθης υπέρταση.

vi. Κώμα μη ανατασσόμενο.

vii. Βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια, σοβαρή υποξαιμία ή/και υπερκαπνία.

viii. Σηπτική κατάσταση.

ix. Κυκλοφορική καταπληξία.

x. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

2. Συνήθη προβλήματα υγείας - Διαχείριση στο σπίτι

Τα πιο πολλά καθημερινά προβλήματα υγείας των χρόνιων ασθενών μπορούν να επιλύονται στο σπίτι. Παρακάτω θα αναλυθούν τα συνηθέστερα από αυτά και ο τρόπος χειρισμού τους. Επίσης θα περιγραφεί πότε ένα καθημερινό πρόβλημα υγείας είναι σοβαρό και χρειάζεται είτε εξειδικευμένη παρακολούθηση είτε παραπομπή σε νοσοκομείο.

Αρχίζουμε με τα συνήθη καθημερινά προβλήματα υγείας αφού πρώτα προσεγγίσουμε ορισμένα βασικά θέματα, όπως την φλεγμονή και τις ανοσολογικές αντιδράσεις, τη νεοπλασία και τον καρκίνο, τον πόνο, την αρτηριοσκλήρυνση με την αθηρωμάτωση και την αφυδάτωση.

Η ανάλυση των θεμάτων υγείας που θα ακολουθήσουν στηρίζεται στην πολύχρονη εμπειρία και τη γνώση που προέρχεται από κλασσικά συγγράμματα της ιατρικής, όπως:

- Ειδική Νοσολογία. Κ. Γαρδίκας, 2005
- Νοσολογία. Γ. Δαίκος, 1971
- Γενικές αρχές και κλινική πράξη στην Ιατρική. Davidson, 2018
- Harrison's Principles of Internal Medicine. 2021
- The principles and practice of medicine. Harvey-John's-Owens-Ross, 1988
- Cecil Essentials of Medicine. 2021

2.1. Φλεγμονή/Ανοσολογικές αντιδράσεις

Ο οργανισμός όταν δέχεται επίθεση από διάφορους βλαπτικούς παράγοντες (ιούς, βακτηρίδια, τοξικές ουσίες κλπ.) ενεργοποιεί τοπικούς και συστηματικούς μηχανισμούς που αποτελούν αυτό που ονομάζουμε φλεγμονή. Η φλεγμονώδης αντίδραση αποτελεί ένα σημαντικό αμυντικό μηχανισμό.

Τα τοπικά φαινόμενα φλεγμονής είναι η ερυθρότητα, ο πόνος, το οίδημα (πρήξιμο) και τα συστηματικά φαινόμενα είναι ο πυρετός, η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια κλπ.

Η φλεγμονώδης αντίδραση περιλαμβάνει πολλούς μηχανισμούς όπως την άμεση και γρήγορη κινητοποίηση των λευκών αιμοσφαιρίων (κυρίως των πολυμορφοπυρήνων) και την παραγωγή ποικίλων χημικών ουσιών στο σημείο της βλάβης. Οι χημικές ουσίες ονομάζονται κυτταροκίνες και χημειοκίνες που δρουν τοπικά, αυξάνοντας την αιμάτωση με αγγειοδιαστολή για να κινητοποιήσουν περισσότερα λευκοκύτταρα. Επιπλέον επιδρούν και συστηματικά προκαλώντας τον πυρετό, την ταχυκαρδία κλπ.

Η αρχική φάση της φλεγμονώδους αντίδρασης είναι μη ειδική, ενώ η επόμενη φάση της ανοσολογικής αντίδρασης είναι ειδική με καθοριστικό το ρόλο των λεμφοκυττάρων. Οι ειδικές αντιδράσεις των λεμφοκυττάρων είναι τόσο οι κυτταρικές με τα Τ λεμφοκύτταρα όσο και οι χημικές με τα αντισώματα που παράγονται από τα Β λεμφοκύτταρα ενάντια στο συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα που τις προκάλεσε. Επιπλέον της ειδικότητας οι μηχανισμοί άμυνας περιλαμβάνουν τα λεμφοκύτταρα μνήμης για να κινητοποιούνται ταχύτερα σε μια επόμενη επαφή με τον ίδιο αιτιολογικό παράγοντα. Σε αυτόν ακριβώς το σπουδαίο μηχανισμό της μνήμης στηρίζονται και οι εμβολιασμοί.

Υπάρχουν οξείες και χρόνιες φλεγμονώδεις αντιδράσεις.

Οι αντιδράσεις του αμυντικού συστήματος, ορισμένες φορές, στρέφονται σε συστατικά του οργανισμού μας και ονομάζονται αυτοάνοσες και προκαλούν νόσους όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος κλπ. Υπάρχουν βέβαια και νοσήματα που προκαλούνται από την ανεξέλεκτη υπεραντίδραση του ανοσολογικού συστήματος έναντι βλαπτικών παραγόντων, όπως όταν έχουμε κεραυνοβόλο ηπατίτιδα από ιούς της ηπατίτιδας και τη συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση με το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) από κορονοϊούς. Η παθολογική υπεραντίδραση του ανοσολογικού συστήματος σχετίζεται με την αλλοίωση των αυτορρυθμιστικών καταστατικών μηχανισμών που ελέγχουν την κάθε φυσιολογική αντίδραση. Όπως υπάρχουν τα λεμφοκύτταρα που ενεργοποιούνται για να παράγουν αντισώματα και κύτταρα κυττα-

ροτοξικά για να καταστρέψουν τον βλαπτικό παράγοντα, υπάρχουν και κατασταλτικά λεμφοκύτταρα για τον έλεγχο των ενεργοποιημένων κυττάρων.

2.2. Νεόπλασμα/Καρκίνος

Το νεόπλασμα είναι μια μάζα ιστού που δημιουργήθηκε από τον ανώμαλο πολλαπλασιασμό των κυττάρων που δεν συντονίζονται με τα υπόλοιπα κύτταρα των φυσιολογικών ιστών γύρω από αυτό. Τα νεοπλάσματα μπορεί να είναι καλοήγη, προ-κακοήγη και κακοήγη (καρκινικά).

Τα καλοήγη είναι εντοπισμένα και δεν μετατρέπονται σε κακοήγη. Υπάρχουν όμως και τα δυνητικά κακοήγη όπως τα καρκινώματα *in situ* που μετατρέπονται εξελικτικά σε καρκινώματα.

Νεοπλάσματα μπορούν να αναπτυχθούν σε όλα τα σημεία του σώματος μας. Τα καλοήγη, ανάλογα με τη θέση και το μέγεθος, μπορούν να δημιουργήσουν και αυτά μικρά ή μεγαλύτερα προβλήματα και συχνά χρειάζονται αντιμετώπιση.

Ο καρκίνος όσο πιο έγκαιρα διαγνωστεί τόσο καλύτερα θεραπεύεται. Η καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία.

Η πρόληψη περιλαμβάνει την υγιεινή διατροφή χωρίς καρκινογόνες ουσίες και χρωστικές, την διαβίωση σε καθαρό περιβάλλον χωρίς ρύπανση, την αποφυγή του καπνίσματος, των καταχρήσεων οινοπνεύματος και άλλων ουσιών. Επιπλέον η διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης που βοηθά σημαντικά όπως και η αποφυγή της παρατεταμένης ηλιοθεραπείας. Υπολογίζεται ότι το 50% των καρκίνων μπορεί να προληφθεί.

Ιδιαίτερη όμως σημασία έχουν οι έγκαιροι εμβολιασμοί των νέων, ιδιαίτερα για την αποφυγή των καρκίνων που συσχετίζονται με ιούς όπως του τραχήλου της μήτρας, του ήπατος κλπ. Ο ρόλος της προληπτικής ιατρικής με τους τακτικούς ελέγχους με μαστογραφίες, test pap, ενδοσκοπήσεις κλπ. είναι εξίσου σημαντικός.

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στην Ευρώπη. Υπολογίζεται

ότι ένας στους πέντε άνδρες και μια στις έξι γυναίκες θα αναπτύξουν σε κάποια φάση της ζωής τους καρκίνο.

Οι συχνότεροι τύποι καρκίνου παρατηρούνται στον πνεύμονα, στο μαστό, στο παχύ έντερο, στον προστάτη κλπ.

Οι επιστημονικές εξελίξεις στην αντιμετώπιση του καρκίνου είναι μεγάλες με νέα φάρμακα και καινοτόμες στοχευμένες θεραπείες με σημαντικά αποτελέσματα. Τέσσερα στα πέντε παιδιά θεραπεύονται σήμερα από τον καρκίνο.

Αναμφίβολα όμως παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα η νοσηλεία και η στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.

2.3. Πόνος

Ο πόνος αποτελεί μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με μια πραγματική ή μια πιθανή ιστική βλάβη.

Σε ολόκληρο το σώμα μας υπάρχει ένας τεράστιος αριθμός νευρών, που μεταφέρουν τα ερεθίσματα του πόνου από το δέρμα και τα σπλάχνα στο φλοιό του εγκεφάλου, για επεξεργασία. Υπάρχει το σωματοαισθητικό σύστημα σε κάθε οργανισμό για να αισθάνεται τον πόνο, την αφή, τις δονήσεις, το θερμό και το ψυχρό. Η ικανότητα να αισθανόμαστε το ζεστό, το κρύο, την αφή είναι βασική για την επιβίωση μας και υποστηρίζει την αλληλεπίδραση μας με τον γύρω κόσμο που ζούμε. Η αποκάλυψη των υποδοχέων αυτών έδωσε το Νόμπελ για το 2021. Το σύστημα αυτό εκτός από τους υποδοχείς αποτελείται από τα περιφερικά νεύρα, τον νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Η συνειδητοποίηση του πόνου γίνεται στον εγκέφαλο όπου αναγνωρίζεται το αίτιο και γίνεται η ανάλογη αντίδραση. Όπως π.χ. οι κινήσεις αποφυγής με την κινητοποίηση του μυϊκού συστήματος και η προσπάθεια μετριασμού του πόνου. Ο πόνος δρα ως προειδοποίηση για προφύλαξη από τις δυσάρεστες συνέπειες του. Έχει μεγάλη σημασία για την υγεία μας να μπορούμε να νιώθουμε τον πόνο γιατί έτσι καταλαβαίνουμε ότι κάτι δεν πάει καλά και ενεργοποιούμαστε για να το αντιμετωπίσουμε και να αποφύγουμε το αίτιο.

Ο πόνος διαχωρίζεται σε κατηγορίες όπως ο αισθητικός όπου ενεργοποιούνται οι υποδοχείς, αισθητήρες του πόνου, ο νευροπαθητικός που προέρχεται από βλάβη του νευρικού συστήματος και ο ψυχογενής. Υπάρχει ο σωματικός και ο σπλαχνικός όπως και ο οξύς και ο χρόνιος πόνος.

Ο σωματικός πόνος αφορά μύες, αρθρώσεις, τένοντες κλπ. και ο σπλαχνικός αναφέρεται στην κοιλία με τα σπλάχνα που περιέχει και θώρακα με τους πνεύμονες και την καρδιά.

Ο εγκέφαλος, το ήπαρ, ο σπλήνας και οι πνεύμονες δεν παράγουν πόνο παρά μόνο όταν οι κάψες που τα περιβάλλουν και οι περιτονίες διατείνονται ή φλεγμαίνουν.

Ο νευροπαθητικός πόνος προκαλείται από νευρικές βλάβες όπως η διατομή, η σύνθλιψη, η συμπίεση των νευρών καθώς και από νευροτοξικά φάρμακα και ορισμένες ιώσεις.

Ιδιαίτερη σημασία έχει πάντα ο χρόνιος πόνος που διαρκεί περισσότερο από 3 ή κατ' άλλους 6 μήνες. Οι παθήσεις που προκαλούν χρόνιους πόνους είναι συνήθως οι μυοσκελετικές (ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, ινομυαλγία κλπ) οι νευρολογικές, οι νεοπλασματικές κλπ. Ο χρόνιος πόνος συνοδεύεται από αδυναμία, κόπωση, άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία κ.ά. Οι ψυχιατρικές διαταραχές συνδέονται με το χρόνιο πόνο και οδηγούν συχνά στην μετέθυση του προβλήματος.

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι καθοριστική σημασία έχει πάντα να βρεθεί το αίτιο του πόνου και να γίνει προσπάθεια να αρθεί εγκαίρα.

Στη συνέχεια περιγράφονται προβλήματα που αντιμετωπίζουμε με προεξάρχουσα εκδήλωση τον πόνο, όπως ο πονοκέφαλος, ο πονόλαιμος, η οσφυαλγία, η οξεία κοιλία, το οξύ έμφραγμα κλπ.

2.4. Πυρετός/Υποθερμία

Σε υγιή άτομα η θερμοκρασία του σώματος διατηρείται σε στενά όρια, παρόλες τις αλλαγές στο περιβάλλον και την φυσική δραστηριότητα. Η φυσιολογική θερμοκρασία του ανθρώπου κυμαίνεται από 35,8°C-37,2°C, ενώ η θερμοκρασία του πρωκτού είναι κατά 0,4°C μεγαλύτερη. Επίσης η θερμοκρασία του σώματος το πρωί αρχίζει από το 36,1°C και σταθερά ανεβαίνει στην διάρκεια της ημέρας με την μέγιστη τιμή να φτάνει κατά τις ώρες 18:00-22:00 (κυρκαδιανός ρυθμός). Σε πολύ θερμό περιβάλλον, με την έντονη άσκηση ή με τα ζεστά μπάνια η θερμοκρασία του σώματος ανεβαίνει παροδικά.

Είναι γεγονός ότι ο πυρετός αποτελεί ένα ευαίσθητο και αξιόπιστο δείκτη της νόσου και το θερμόμετρο είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο στην κλινική πράξη στο σπίτι και το νοσοκομείο.

Ο πυρετός είναι ένα σύμπτωμα κοινό πολλών ασθενειών. Σπάνια είναι επικίνδυνος στους ενήλικες και τις περισσότερες φορές

θα βελτιωθεί χωρίς καμία αντιμετώπιση. Συνήθως οφείλεται σε ιογενείς λοιμώξεις που οι περισσότερες είναι αθώες αλλά ενίοτε και σε βακτηριακές. Εκτός από τον πυρετό σε οξείες φλεγμονώδεις αντιδράσεις υπάρχει και ο χρόνιος πυρετός που παρατηρείται σε πολλά χρόνια νοσήματα (λοιμώδη, αυτοάνοσα, νεοπλασματικά κλπ). Η διαφορική διάγνωση του χρόνιου πυρετού αποτελεί ένα σημαντικό κεφάλαιο στην νοσολογία.

Ο πυρετός αποτελεί μια φυσική αντίδραση του ανοσοποιητικού μας συστήματος και είναι ένας χρήσιμος μηχανισμός άμυνας έναντι διάφορων καλοήθων έως και σοβαρών καταστάσεων του οργανισμού. Με την αύξηση της θερμοκρασίας αναστέλλεται ο πολλαπλασιασμός των μικροοργανισμών. Γενικά έχουν μελετηθεί οι ευεργετικές επιδράσεις του πυρετού για αυτό και η καταστολή του πρέπει να γίνεται με προσοχή. Αντιπυρετικά χορηγούμε μόνο αν ο πυρετός είναι μη ανεκτός, συνήθως $>38-38,5^{\circ}\text{C}$, και ο ασθενής δεν νοιώθει καλά, έχει πόνους, και ιδιαίτερα όταν ο πυρετός συνδυάζεται με ρίγη (τρέμουλο). Στα παιδιά που ανέχονται τον πυρετό, παίζουν και τρώνε με όρεξη, δεν χρειάζονται αντιπυρετικά.

Τονίζεται ότι ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται κυρίως τα βρέφη και οι υπερήλικες με υψηλό πυρετό γιατί από μόνοι τους αδυνατούν να το διαχειριστούν. Η πυρετική απάντηση των ηλικιωμένων είναι ελαττωμένη συγκριτικά με τους νέους. Όταν όμως αναπτύξουν πυρετό είναι περισσότερο πιθανό να οφείλεται σε λοίμωξη συνήθως από το αναπνευστικό ή το ουροποιητικό σύστημα.

Πότε ένας πυρετός θέλει προσοχή και ιατρική κάλυψη:

1. Αν υπάρχει υψηλός πυρετός, πάνω από $39,5^{\circ}\text{C}$ και συνοδεύεται από έντονα ρίγη, επίμονο πονοκέφαλο, σύγχυση που δεν βελτιώνεται με αντιπυρετικά.
2. Αν συνοδεύεται από πολλούς εμετούς και διάρροιες και αδυνατεί να λάβει αγωγή από το στόμα. Αν υπάρχει έντονος κοιλιακός πόνος.
3. Αν επιμένει πάνω από 3 μέρες.

4. Αν συνδυάζεται με δυσουρικά ενοχλήματα, αιματοουρία, επίμονο βήχα, δύσπνοια και δερματικά εξανθήματα. Γενικά αν ο πυρετός συνοπάρχει με διογκώσεις και οίδημα αρθρώσεων ή/και μυών. Επίσης αν συνδυάζεται με εντοπισμένο πόνο.

5. Ο πυρετός σε ευπαθείς πληθυσμούς ανοσοκατεσταλμένους (καρκινοπαθείς) ιδιαίτερα στην περίοδο της χημειοθεραπείας/ ακτινοβολίας ή όταν λαμβάνουν χρόνια ανοσοκατασταλτική αγωγή (π.χ. κορτικοειδή), όπως σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα.

Υποθερμία παρατηρείται συχνότερα σε ηλικιωμένους όταν εκτίθενται σε ψυχρό περιβάλλον. Οι μετρήσεις της θερμοκρασίας συνήθως είναι αναξιόπιστες γιατί τα κοινά θερμόμετρα δεν μετρούν κάτω από 35°C . Τυχαία υποθερμία έχει παρατηρηθεί σε ενδοκρινικές ανεπάρκειες, υποθυρεοειδισμό, νόσο του Addison, υποφυσιακή ανεπάρκεια, υπογλυκαιμία, σε βαριά κίρρωση, σε αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, σε κατάχρηση φαρμάκων και αλκοόλ.

Τα συμπτώματα της υποθερμίας είναι η υπνηλία, η αδυναμία και η διαταραχή στην ομιλία όπως και η απώλεια των αισθήσεων.

Ο πάσχων πρέπει να μπει σε ζεστό χώρο. Αν έχει βρεγμένα ρούχα πρέπει να αφαιρεθούν και να τυλιχθεί ο ασθενής με κουβέρτες. Καλό είναι ένα ζεστό ρόφημα αν έχει τις αισθήσεις του. Η κατανάλωση αλκοόλ δεν συνιστάται και μπορεί να γίνει επικίνδυνη. Να αποφεύγεται επίσης το τρίψιμο ή το μασάζ.

2.5. Αφυδάτωση

Η ισορροπία του νερού στο σώμα μας στηρίζεται στην πρόσληψή του σε ικανή ποσότητα για να αντικαταστήσει το νερό που χάνεται φυσιολογικά με την αναπνοή, τη διούρηση και τον ιδρώτα. Το νερό καλύπτει το 60% του σωματικού βάρους στους άνδρες και το 50% στις γυναίκες. Κατά τη γέννηση το ποσοστό σε νερό φτάνει το 80% και προοδευτικά, όσο αυξάνεται η μυϊκή μάζα και το λίπος του σώματος, μειώνεται.

Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν εύκολα να ανεχθούν την απώλεια του σωματικού

ύδατος μέχρι 4%. Από εκεί και πέρα μεγαλύτερες απώλειες προκαλούν κόπωση και ζάλη αλλά όσο περισσότερο χειροτερεύει η αφυδάτωση έχουμε σύγχυση, σπασμούς και κώμα. Η ήπια αφυδάτωση αντιμετωπίζεται με τον μηχανισμό της δίψας εφόσον ο ασθενής έχει φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης. Αν όχι, χρειάζεται εγγύηση, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους και βρέφη. Μεγαλύτερη απώλεια του σωματικού ύδατος >15% μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο.

Τα αίτια της αφυδάτωσης είναι πολλά, όπως η εργασία και η έντονη άσκηση σε θερμό και υγρό περιβάλλον, η κατάχρηση διουρητικών καθώς και σκευασμάτων ασβεστίου και βιταμίνης D κ.α. Σε ηλικιωμένους τη δημιουργούν η ανεπαρκής λήψη ή η ανεπαρκής χορήγηση υγρών, ιδιαίτερα όταν συμβαίνει σε συνθήκες αυξημένων αναγκών, όπως πολυουρία από υπεργλυκαιμία ή υπερασβεστιαιμία, αλλά και σε καταστάσεις με πολλούς εμετούς και πολλές διάρροιες. Επίσης σε εμπύρετες καταστάσεις που αυξάνονται οι ανάγκες σε νερό.

Πρέπει να είμαστε ευαισθητοποιημένοι ότι μπορεί να υπάρχει αφυδάτωση, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ή μικρά παιδιά, που δεν έχουν φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης. Αυτό φαίνεται από το δέρμα ότι είναι ξηρό χωρίς ελαστικότητα. Χαρακτηριστικό κλινικό σημείο είναι η σπαργή του δέρματος, δηλαδή όταν το ανασηκώσουμε και δεν επανέρχεται εύκολα στην θέση του, καθώς και όταν το στόμα και η γλώσσα φανούν ξηρά και κολώδη. Επιπλέον όταν μειωθούν τα ούρα και φανούν σκουρόχρωμα.

2.6. Αρτηριοσκλήρυνση/αθηρωμάτωση

Αποτελεί μια μορφή εκφύλισης στις μεγάλες και τις μεσαίες αρτηρίες. Προσβάλλει συνήθως τις μεγάλες ηλικίες και σπανίως τις μικρές. Η αρτηριοσκλήρυνση αφορά την απώλεια ελαστικότητας των αρτηριών και σχετίζεται με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Στην αθηρωμάτωση δημιουργούνται πλάκες στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών από οξειδωμένη χοληστερίνη και ασβέστιο, οι οποίες προοδευτικά μεγαλώνουν

και στενεύουν τον αυλό του αγγείου. Στην όλη διαδικασία συμμετέχουν και μηχανισμοί φλεγμονής.

Στις αναπτυγμένες χώρες η αρτηριοσκλήρυνση και η αθηρωμάτωση αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου, με κύριες εκδηλώσεις το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) και την περιφερική αρτηριοπάθεια. Το έμφραγμα και τα ΑΕΕ αναλύονται ξεχωριστά στα επόμενα κεφάλαια. Όσον αφορά την περιφερική αρτηριοπάθεια θα πρέπει να αναφερθεί ότι η νόσος εκδηλώνεται συνήθως με διαλείπουσα χωλότητα στα πόδια. Στην αρχή μπορεί να εμφανιστούν πόνοι στους μύες των ποδιών με το περπάτημα σε σχετικά μεγάλη απόσταση που όμως σιγά σιγά η απόσταση μικραίνει. Ο πόνος υποχωρεί με το σταμάτημα του βαδίσματος και την ξεκούραση. Μερικές φορές αντί για πόνο μπορεί να έχουμε σφίξιμο, βάρος ή αδυναμία στα πόδια. Όσο η νόσος χειροτερεύει μπορεί να εμφανιστούν και πόνοι στην ανάπαυση.

Η νόσος σχετίζεται με την υπέρταση, την υπερλιπιδαιμία (χοληστερίνη ή/και τριγλυκερίδια), τον σακχαρώδη διαβήτη, την παχυσαρκία, το κάπνισμα, την κακή φυσική κατάσταση και την καθιστική ζωή. Επίσης ενοχοποιείται το άγχος και η οικογενειακή προδιάθεση.

Η λεγόμενη αντιφλεγμονώδης διαίτα που περιλαμβάνει τα πράσινα λαχανικά, τα φρούτα, τη σόγια, τα προϊόντα ολικής άλεσης, το πράσινο και το μαύρο τσάι, προλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό τα προβλήματα αυτά. Βέβαια τα περισσότερα περιλαμβάνονται στην λεγόμενη Μεσογειακή διατροφή. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της διατροφής είναι η υψηλή κατανάλωση ελαιόλαδου, οσπρίων, ανεπεξέργαστων δημητριακών, φρούτων, λαχανικών, ψαριών, η μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών, κρασιού και η χαμηλή κατανάλωση κρέατος.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι ο πιο σοβαρός προδιαθεσικός παράγοντας είναι η μεγάλη κατανάλωση υδατανθράκων και γλυκαντικών ουσιών.

Η έγκαιρη ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου προλαμβάνει την αρτηριοσκλήρυνση.

2.7. Υπέρταση/Υπόταση

Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και οι μεταβολές της είναι ένα συχνό καθημερινό πρόβλημα που απασχολεί ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους. Υπέρταση θεωρείται όταν η ΑΠ ανευρεθεί πάνω από 140mmHg (14) η συστολική πίεση ή/και πάνω από 90mmHg (9) η διαστολική. Η αξιολόγηση προφανώς και δεν στηρίζεται σε μια μέτρηση. Χρειάζονται τουλάχιστον 3 μετρήσεις, σε διαφορετικούς χρόνους, σε ήρεμη κατάσταση, για να τεκμηριωθεί η διάγνωση. Σε αμφίβολες καταστάσεις μπορεί να τοποθετηθεί φορητή συσκευή συνεχούς 24ωρης ή 48ωρης καταγραφής της ΑΠ. Τα άτομα με συστολική πίεση 120-139 και διαστολική 85-89 θεωρούνται ότι βρίσκονται σε προυπέρταση και πρέπει να παρακολουθούνται.

Η συχνότητα της υπέρτασης φτάνει στο 30% των ενηλίκων. Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο συχνότερα ανευρίσκεται αυξημένη ΑΠ. Στις ηλικίες άνω των 70 χρόνων >60% των ανθρώπων είναι υπερτασικοί. Σε νεότερες ηλικίες <40 χρόνων, όταν ανευρεθεί υπέρταση πρέπει να γίνει έλεγχος για δευτεροπαθή αίτια της νόσου όπως νεφροαγγειακά, ενδοκρινικά νοσήματα, φάρμακα (αντιφλεγμονώδη) κλπ. Βέβαια στις περισσότερες των περιπτώσεων (90%) έχουμε την αποκλειστική ιδιοπαθή υπέρταση, δηλαδή αυτή που δεν βρίσκουμε την αιτία. Αποδίδεται σε γενετικούς παράγοντες, την κακή διατροφή και την κακή φυσική κατάσταση, την παχυσαρκία, τις καταχρήσεις, το άγχος κλπ.

Πρέπει αρχικά να επισημανθεί ότι η υπέρταση αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αρτηριοσκληρώσεως και καρδιαγγειακής νόσου (στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ΑΕΕ κ). Η σωστή ρύθμιση της ΑΠ με διαίτα, άσκηση και αν χρειάζεται με φάρμακα είναι καθοριστική και απαραίτητη. Εξουδετερώνει πλήρως τον κίνδυνο για αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και κατά τα 2/3 τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η ρύθμιση της πίεσης όταν συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερχοληστεριναιμία, το κάπνισμα κλπ.

Υπάρχουν πολύ χρήσιμα μη φαρμακευτικά μέσα που ρυθμίζουν την πίεση όπως η ελάττωση του σωματικού βάρους στους παχύσαρκους, η διαίτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, με άπαχα γαλακτοκομικά, η μείωση του αλατιού, ο περιορισμός του αλκοόλ, η διακοπή του καπνίσματος και η συστηματική άσκηση. Όταν όμως τα μη φαρμακευτικά μέσα δεν ρυθμίζουν την πίεση, τότε τα φάρμακα έχουν το λόγο συμπληρωματικά.

Καθοριστικό σημείο στον υπερτασικό είναι να μειωθεί η πίεση και αυτό συνήθως επιτυγχάνεται με συνδυασμούς αντιυπερτασικών φαρμάκων. Η επιλογή ανήκει στον γιατρό που θα χορηγήσει το κατάλληλο φάρμακο ανάλογα με την περίπτωση του κάθε ασθενούς. Άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα είναι κατάλληλα για τον νεφροπαθή, άλλα για τον στεφανιαίο αρρωστο κλπ.

Ο αρχικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής προφανώς είναι η ΑΠ να κυμαίνεται σε φυσιολογικά πλαίσια <140/90mmHg. Εφ' όσον η θεραπεία είναι ανεκτή στοχεύουμε χαμηλότερα επίπεδα <130/80mmHg. Σε ορισμένες βέβαια κατηγορίες ασθενών ο στόχος μεταβάλλεται όπως π.χ. σε διαβητικούς πρέπει η ΑΠ να κυμαίνεται οπωσδήποτε κάτω <130/80mmHg για να υπάρχει καλύτερη προφύλαξη, ιδιαίτερα στα νεφρά. Στις ηλικίες <65χρόνων ο στόχος είναι <130mmHg, ενώ στους ηλικιωμένους 65-80 χρόνων <140mmHg, στους υπερήλικες μπορεί να είναι σε υψηλότερα επίπεδα <150/80mmHg. Ο στόχος για τη διαστολική πίεση, «τη μικρή», είναι για όλους το <80mmHg(8).

Σε ασθενείς με γνωστή υπέρταση που λαμβάνουν φάρμακα οι μικρό-μεταβολές της πίεσης δεν αξιολογούνται ιδιαίτερα. Βέβαια αν αυξηθεί η πίεση πάνω από 180 η μεγάλη ή συστολική πίεση και πάνω από 110 η μικρή ή διαστολική, τότε χρειάζεται προσοχή. Κρατάμε ήρεμο τον ασθενή και μετράμε την πίεση τουλάχιστον 3 φορές με μεσοδιάστημα 10-15 λεπτών. Υπενθυμίζεται ότι την πρώτη φορά που ελέγχουμε την πίεση την μετράμε και στα δύο χέρια. Συνήθως είναι ίδια αν όμως υπάρχει διαφορά αξιολογούμε το χέρι με την μεγαλύτερη τιμή. Διαφορές πάνω από 20mmHg ελέγχονται περαιτέρω με ειδικές εξετάσεις.

Όταν οι ασθενείς μετρούν μόνοι τους στο σπίτι την πίεση πρέπει να γνωρίζουν ότι είναι σημαντικό να είναι ήρεμοι, να κάνουν τουλάχιστον 3 μετρήσεις και να αξιολογούν την τελευταία. Πολλές φορές με το άγχος, που καμιά φορά υπάρχει στην αρχή, μπορεί η πίεση να φανεί πιο ψηλή και μετά υποχωρεί. Πάντα βέβαια με το σωστό πιεσόμετρο, στη σωστή θέση. Η περιχειρίδα διαφέρει μεταξύ παιδιών και ενηλίκων όπως και μεταξύ λεπτόσωμων και παχύσαρκων.

Αν η πίεση παραμείνει υψηλή και παρατηρούμε συμπτώματα όπως σύγχυση, διαταραχές επιπέδου συνείδησης, δύσπνοια, επίμονη κεφαλαλγία κλπ, τότε θα πρέπει να επεμβούμε άμεσα θεραπευτικά. Αν όμως είναι γενικά καλά ανεκτή η πίεση χωρίς συμπτώματα, περιμένουμε και τροποποιούμε την αγωγή ή αν δεν λαμβάνει ήδη αγωγή, χορηγούμε ανάλογα με την περίπτωση. Όταν ανευρίσκεται σταθερά πίεση >200/120mmHg με εικόνα εγκεφαλικού επεισοδίου γίνεται προσπάθεια για σταδιακή μείωση της πίεσης όχι όμως <160/110mmHg.

Στην κακοήθη υπέρταση (διαστολική ΑΠ >130mmHg), λόγω της υψηλής πίεσης παρατηρούνται βλάβες οργάνων όπως για παράδειγμα στα μάτια, στα νεφρά, στον εγκέφαλο, με κίνδυνο να εξελιχθούν σε οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, ρήξη ανευρύσματος, εγκεφαλική αιμορραγία. Ο ασθενής με κακοήθη υπέρταση χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση και μεταφορά στο νοσοκομείο. Η ορθή αντιμετώπισή του γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, όπως η λαβεταλόλη, στο νοσοκομείο. Αν είναι δυσχερής και καθυστερεί η μεταφορά του ασθενούς, μπορεί να χορηγηθεί από του στόματος η καπτοπρίλη, η κλονιδίνη όπως και η φουροσεμίδα ιδιαίτερα σε περιπτώσεις με υπερφόρτωση (καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα). Καλύτερα να αποφεύγεται η νιφεδιπίνη. Το αποτέλεσμα της υπογλώσσιας καπτοπρίλης θα φανεί σε 15-20 λεπτά.

Υπόταση θεωρείται όταν η συστολική αρτηριακή πίεση ανευρίσκεται κάτω από 90/60 mmHg. Συχνά εκδηλώνεται με ζάλη ή και λιποθυμία. Τα αίτια είναι πολλά. Πρέπει πριν από όλα να επισημάνουμε ότι πολλά άτομα, ιδίως οι γυναίκες, ζουν με σχετικά χαμηλή πίεση χωρίς καμιά ενόχληση. Επίσης υπάρ-

χουν περιπτώσεις με παροδική μείωση της πίεσης που εύκολα ανατάσσεται με την ανάπαυση, χωρίς ιδιαίτερη σημασία. Υπάρχει και η ορθοστατική υπόταση, όταν η πίεση σε όρθια θέση πέφτει πάνω 20mmHg σε σύγκριση με την πίεση σε οριζόντια θέση. Συνήθως οφείλεται σε κακή χρήση ή παρενέργειες από ορισμένα αντιυπερτασικά φάρμακα, σε σακχαρώδη διαβήτη αλλά και σε ύδατο-ηλεκτρολυτικές διαταραχές (αφυδάτωση, χαμηλό νάτριο κ.α.). Μπορεί όμως να είναι εκδήλωση επαπειλούμενης καταπληξίας (σοκ) όπως αναφέρεται παρακάτω.

Η υπόταση με συμπτώματα μπορεί να οφείλεται σε κατάχρηση φαρμάκων αλλά και σε μεγάλη αιμορραγία, σε βαριά αφυδάτωση και σε βαριά λοίμωξη. Αυτές οι τελευταίες καταστάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε καταπληξία (σοκ) με σοβαρές συνέπειες αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα.

2.8. Πονόλαιμος

Πολλές είναι οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν πονόλαιμο με συνηθέστερες βέβαια τις ιώσεις (85-95%) όπως το κοινό κρυολόγημα και η γρίπη, αλλά και μικροβιακές λοιμώξεις με κύρια αιτία τον στρεπτόκοκκο.

Όπως είναι γνωστό οι συνήθεις ιώσεις όπως το κοινό κρυολόγημα και η γρίπη παρέρχονται συνήθως εύκολα χωρίς φάρμακα, με την ξεκούραση, τα ζεστά ροφήματα κλπ. Ενδεικτικά συμπτώματα για πιθανή ίωση είναι η ρινική καταρροή, η συμφόρηση, η οπισθορινική καταρροή, το βράγχος φωνής και ο βήχας. Πότε όμως μπορεί να έχετε στρεπτοκοκκική λοίμωξη; Συνήθως όταν υπάρχει υψηλός πυρετός, έντονος πόνος και διόγκωση στο λαιμό όπως και δυσκολία στην κατάποση, χωρίς συμπτώματα ίωσης. Αν παρατηρήσετε το λαιμό και οι αμυγδαλές είναι διογκωμένες, έντονα κόκκινες με λευκές κηλίδες, τότε πρέπει να ζητήσετε ιατρική βοήθεια, γιατί πιθανώς να χρειαστεί να σας χορηγηθεί η κατάλληλη αντιβίωση.

2.9. Βήχας

Όπως ο πυρετός έτσι και βήχας είναι ένας μηχανισμός άμυνας του οργανισμού για να απομακρυνθεί ότι βλαβερό υπάρχει στο ανα-

πνευστικό σύστημα. Σπανιότερα υπάρχει βήχας αντανakλαστικός από άλλα όργανα (παρarrinia, ΚΝΣ κ.ά.). Υπάρχει βήχας οξύς και χρόνιος. Μπορεί να είναι ξηρός ή παραγωγικός με βλέννες ή πύον. Ο βήχας είναι η κύρια οδός μετάδοσης των αερογενών λοιμώξεων όπως η γρίπη, το κοινό κρουολόγημα, η φυματίωση κλπ. γιατί με τον βήχα εκτοξεύονται μακριά τα σταγονίδια μέχρι 2 μέτρα. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος που πρέπει να καλύπτουμε το στόμα μας όταν βήχουμε.

Ο παραγωγικός βήχας με φλέγματα, συνήθως οφείλεται σε λοιμώξεις, σε αλλεργίες και σε καρδιακή ανεπάρκεια. Ο δε ξηρός βήχας οφείλεται σε ερεθισμό των βλεννογόνων αλλά και σε πίεση των βρόγχων εκ των έξω (όγκοι, λεμφαδένες). Υπάρχει και ο αποκαλούμενος κεντρικός βήχας από βλάβες του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού ή όταν προκαλείται ως παρενέργεια από φάρμακα (αΜΕΑ).

Οι κυριότερες αιτίες του χρόνιου βήχα είναι το βρογχικό άσθμα και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

Πότε ένας βήχας χρειάζεται προσοχή:

1. Ο νυκτερινός βήχας αξιολογείται ιδιαίτερα αν δεν συνυπάρχουν φαινόμενα ιώσεως.

Ένα κοινό κρουολόγημα ή μια γρίπη μπορεί να συνδυάζεται με βήχα στη διάρκεια του ύπνου. Όμως ένας βήχας χωρίς ίωση που σε ξυπνά το βράδυ και σε αναγκάζει να σηκωθείς χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για τον έλεγχο της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας αλλά και για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

2. Ο βήχας με πυρετό και απόχρεμψη πυώδη ή αν συνοδεύεται με αιμόπτυση ακόμη και χωρίς πυρετό.
3. Αν συνοδεύεται με συριγμό χρειάζεται προσοχή, συνήθως οφείλεται σε άσθμα, οξεία ή χρόνια βρογχίτιδα, ενίοτε δε σε είσοδο ξένου σώματος στην αναπνευστική οδό. Είναι ένα ιδιαίτερα συχνό πρόβλημα σε μικρά παιδιά. Σε ξένο σώμα και σε παθήσεις του ανώτερου αναπνευστικού όπως του λάρυγγα και της τραχείας, συνήθως παρατηρείται εισπνευστικός συριγμός ενώ στο άσθμα και στη βρογχίτιδα εκπνευστικός (σφύριγμα κατά την εκπνοή).
4. Σε μια αλλεργική αντίδραση με εξάνθημα και κνησμό αν συνυπάρχει βήχας ή και δύσπνοια χρειάζεται προσοχή και άμεση αντιμετώπιση (αδρεναλίνη, κορτικοειδή, αντιισταμινικά).



2.10. Δύσπνοια

Δύσπνοια είναι η δυσκολία στην αναπνοή. Μετά από έντονη φυσική δραστηριότητα αποτελεί ένα συνηθισμένο σύμπτωμα που υποχωρεί με την ανάπαυση. Όταν όμως εμφανιστεί σε άλλες καταστάσεις και σε ηρεμία, τότε αποτελεί παθολογικό πρόβλημα που χρειάζεται προσοχή.

Συνήθως οφείλεται σε καρδιοαναπνευστικά αίτια όπως άσθμα, ισχαιμία μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, αναπνευστική ανεπάρκεια, ΧΑΠ, αναιμία, μεταβολική οξέωση, υπνοαπνοϊκό σύνδρομο, πνευμονική εμβολή, αλλά ενίοτε και σε ψυχογενή αίτια (πανικός). Βέβαια τα ψυχογενή αίτια τίθενται όταν έχουμε αποκλείσει όλες τις άλλες αιτίες.

Πότε όμως πρέπει ζητήσουμε ιατρική βοήθεια;

1. Όταν η δυσκολία στην αναπνοή συνδυάζεται με πόνο στο προκάρδιο (στήθος).
2. Όταν συνυπάρχει έντονος βήχας, αιμόπτυση και πυρετός.
3. Σε κρίσεις δύσπνοιας στο ύπνο.
4. Σε δύσπνοια μετά από ελαφρά κόπωση που παλαιότερα δεν την προκαλούσε.
5. Δύσπνοια σε ασθενή με γνωστή στεφανιαία νόσο.
6. Σε δύσπνοια μετά από τσίμπημα εντόμου ή στην φάση αλλεργικής αντίδρασης από φάρμακο.

2.11. Οσφυαλγία/ Οστικά άλγη/Αρθραλγίες

Οι πόνοι στη μέση και στις αρθρώσεις είναι από τα πιο συχνά προβλήματα υγείας που συναντούμε στους ενήλικες, ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους. Ο χρόνιος πόνος στην πλάτη είναι η κύρια αιτία αναπηρίας και δυστυχώς η θεραπεία είναι αναποτελεσματική. Στο 85% των περιπτώσεων δεν μπορεί να αναγνωριστεί η αιτία του πόνου.

Στους νέους η επίμονη οσφυαλγία πρέπει πάντα να μας προβληματίσει για πιθανή

αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα ιδιαίτερα σε άνδρες σε περίπτωση που δεν αναφέρεται τραυματισμός. Σε νέες γυναίκες οι διογκώσεις των αρθρώσεων με πρωινή δυσκαμψία συχνότερα των μικρών, στα χέρια και πόδια, μας κατευθύνουν σε αυτοάνοσα νοσήματα όπως το Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο και τη Ρευματοειδή αρθρίτιδα κ.α.

Σε ηλικιωμένους το συνηθέστερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε είναι η οστεοαρθρίτιδα που αποτελεί την κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως. Στις περισσότερες των περιπτώσεων σχετίζεται με την εκφύλιση, την ηλικία όπως και τις συνθήκες διαβίωσης, χωρίς να παραγνωρίζουμε και την γενετική προδιάθεση. Πρέπει να επισημάνουμε ότι η δημιουργία του πόνου και οι μηχανισμοί πρόκλησής του, πολλές φορές έχουν σκοπό και να μας προφυλάξουν. Όμως, μερικές φορές ο πόνος όταν γίνει έντονος και τείνει να χρονιστεί, χρειάζεται αντιμετώπιση για να μην ταλαιπωρείται ο ασθενής.

Τα προβλήματα που συχνά αντιμετωπίζουμε σε αυτές τις περιπτώσεις είναι σχετικά απλά αν και ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους αρκετά. Συνήθως συσχετίζονται με την κίνηση, τη στάση του σώματος, το είδος του κρεβατιού κλπ, που αντιμετωπίζονται με απλές παρεμβάσεις, όπως τη ξεκούραση, τα αναλγητικά φάρμακα (παρακεταμόλη) και όποτε χρειάζεται με φυσικοθεραπεία. Συνήθως οι ηλικιωμένοι με οστεοαρθρίτιδα παρουσιάζουν αρθραλγίες αρχικά στα χέρια και στον αυχένα. Σε παχύσαρκους συχνότερα παρουσιάζονται πόνοι στα γόνατα. Οσφυαλγία παρατηρείται στο 80% των ηλικιωμένων και συνήθως οφείλεται σε καλοήγη αιτία όπως οστεοαρθρίτιδα και η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Στις γυναίκες χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και έλεγχος για πιθανή οστεοπόρωση. Υπάρχει η συνήθης εμμηνοπαυσιακή μορφή, όπως και η δευτεροπαθής οστεοπόρωση που οφείλεται συνήθως σε φάρμακα, όπως η κορτιζόνη, μετά από μακροχρόνια χρήση. Η έγκαιρη διάγνωση βοηθά τόσο στη θεραπεία όσο και στην πρόληψη περαιτέρω προβλημάτων, όπως τα εύκολα κατάγματα.

Σε περιπτώσεις οσφυαλγίας με αντανάκλαση των πόνων στα κάτω άκρα (ισχιαλγία) χρειάζεται ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Οι πόνοι

συνήθως χειροτερεύουν με την κόπωση και υποχωρούν με ξεκούραση. Βέβαια η κίνηση και η άσκηση με μέτρο βοηθούν.

Γενικά η κύρια θεραπεία των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα στηρίζεται στην εκπαίδευση πώς να χρησιμοποιούν το σώμα σωστά, την απώλεια βάρους σε παχύσαρκους, τις ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών και τα τοπικά αντιφλεγμονώδη (αλοιφές). Σε πιο δύσκολες καταστάσεις χρησιμοποιούνται από το στόμα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και σε επίμονους πόνους ενδοαρθρικές ενέσεις.

Συχνά οι ασθενείς με προβλήματα από το ερειστικό σύστημα (αρθρώσεις, μύες κλπ) παρουσιάζουν πρωινή δυσκαμψία (πίاسιμο). Δυσκαμψία μπορεί να παρουσιάσει κάποιος μετά από έντονη σωματική κόπωση που όμως παρέρχεται σιγά σιγά με την ξεκούραση. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν το πρωί πιάσιμο για λίγα λεπτά, που όμως παρέρχεται με την κίνηση, και δεν αξιολογείται. Όσο περνούν τα χρόνια οι χρόνιοι των αρθρώσεων, οι μύες, οι τένοντες και σύνδεσμοι χάνουν μέρος της ελαστικότητάς τους και δημιουργείται η συνήθης δυσκαμψία των ηλικιωμένων. Βέβαια δυσκαμψία προκαλείται και από τη φλεγμονή στις αρθρώσεις. Αν η δυσκαμψία το πρωί διαρκεί >30 λεπτά χωρίς να έχει προηγηθεί κόπωση τότε αξιολογείται και πρέπει να ελεγχθεί για πιθανό φλεγμονώδη μηχανισμό της βλάβης όπως και για την πιθανότητα να υποκρύπτεται ένα ρευματικό νόσημα.

Αν παρατηρήσουμε πόνο, διόγκωση και ευαισθησία των αρθρώσεων, σπονδύλων, μυών με πυρετό και σημεία φλεγμονής (διόγκωση, ερυθρότητα, θερμότητα), πρέπει να αναζητήσουμε ιατρική βοήθεια για ειδικό έλεγχο. Όταν οι διογκώσεις των αρθρώσεων, ιδιαίτερα στα χέρια, είναι σκληρές στην ψηλάφηση, τότε είναι οστικές από οστεοαρθρίτιδα, αν όμως το πρήξιμο είναι μαλακό, τότε οφείλεται σε φλεγμονώδη ρευματική νόσο όπως π.χ. στη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε ηλικιωμένους με πόνους και δυσκαμψία των κεντρομελικών μυών δηλ. των μυών του τραχήλου, της ωμικής ζώνης και της λεκάνης, όπως και για πόνους και ευαισθησία στους

κροτάφους. Οι ασθενείς αυτοί ορισμένες φορές παρουσιάζουν πόνους κατά την μάσηση στους μαστήρες μύες οπότε χρειάζονται έλεγχο για κροταφική αρθρίτιδα. Οι ασθενείς σε νεότερες ηλικίες που παρουσιάζουν κεντρομελική αδυναμία και δυσκαμψία πρέπει να ελεγχθούν για πολυμυοσίτιδα.

Οι νυκτερινοί πόνοι ιδιαίτερα όταν ξυπνούν τον ασθενή και είναι συχνοί και παρατείνονται, χρειάζονται προσοχή και έλεγχο. Βέβαια αν κάποιος κουραστεί σωματικά ιδιαίτερα έντονα, μπορεί να παρουσιάσει νυκτερινό πόνο παροδικά, που δεν αξιολογείται.

Ο νευροπαθητικός πόνος έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί είναι πόνος που συνδυάζεται με αισθητικές διαταραχές (μούδιασμα, κάψιμο κ.ά.) και σχετίζεται συνήθως με βλάβες στα περιφερικά νεύρα από πίεση, κάκωση, σακχαρώδη διαβήτη και έρπητα ζωστήρα. Γενικά οι πόνοι αυτοί δύσκολα θεραπεύονται. Τα εξανθήματα και η κατανομή του πόνου βοηθούν στη διάγνωση του έρπητα ζωστήρα.

Η ποδάγρα, με τη διόγκωση και τον έντονο πόνο και την ευαισθησία στο μεγάλο δάκτυλο του ποδιού παρατηρείται σε περιπτώσεις με αύξηση του ουρικού οξέος όταν δεν έχει προκληθεί από κάκωση. Αν είναι ήδη γνωστή ουρική νόσος τότε είναι γνωστός και ο χειρισμός με φάρμακα και διαίτα. Αν όμως είναι καινούργιο εύρημα τότε ψάχνουμε για δευτεροπαθή αίτια όπως νεφρική νόσος, διουρητικά φάρμακα κλπ. Υπενθυμίζουμε ότι η ουρική νόσος συχνότερα εμφανίζεται σε άνδρες που, με την πάροδο των χρόνων, μπορεί να εκδηλώνεται με προσβολή και άλλων αρθρώσεων. Επηρεάζεται ιδιαίτερα από την κακή διατροφή και την κατάχρηση οιονοπνευματικών. Επίσης να μην ξεχνούμε την άλλη συχνή κρυσταλλική νόσο την ψευδοουρική με τους πόνους στα χέρια που αποκαλύπτεται εύκολα με την απλή ακτινογραφία τους.

2.12. Κεφαλαλγία

Ο πονοκέφαλος είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα υγείας που αποτελεί και την συχνότερη αιτία επίσκεψης σε νευρολόγο. Υπάρχουν διάφορα είδη, με συχνότερη την κεφαλαλγία τάσεως, που εμφανίζεται με πόνο στους κροτάφους και στο μέτωπο που μοιάζει σαν να σφίγγει κάτι

το κεφάλι. Επίσης την ημικρανία, που είναι συχνότερη σε γυναίκες, και εντοπίζεται στο μισό κεφάλι. Μια άλλη μορφή είναι η αθροιστική κεφαλαλγία με έντονο διαξιφιστικό πόνο στο ίδιο πάντα σημείο, συνήθως πίσω από το μάτι. Αυτές οι μορφές κεφαλαλγίας είναι χρόνιες, θεωρούνται ιδιοπαθείς και υποτροπιάζουν περιοδικά με άλλοτε άλλη συχνότητα. Ταλαιπωρούν ιδιαίτερα τους πάσχοντες και συχνά παρουσιάζουν δυσκολία στην διαχείρισή τους.

Χρήσιμο είναι να γνωρίζουμε ότι στην κεφαλαλγία ο πόνος δεν προέρχεται από τον ίδιο τον εγκέφαλο αλλά από τα αγγεία και τις μήνιγγες που περιβάλλουν τον εγκέφαλο γιατί αυτά μόνο έχουν νευρικές απολήξεις.

Υπάρχει βέβαια και ο συνήθης πονοκέφαλος που παρουσιάζεται στα πλαίσια ενός κοινού κρουολογήματος ή μιας γρίπης. Παρέχεται με την ύφεση της ίωσης και αντιμετωπίζεται με απλά αναλγητικά, όπως η παρακεταμόλη. Γενικά μπορεί να έχουμε πόνους που έχουν προφανή αιτία και είναι εύκολοι στη διάγνωσή τους, όπως ο πονοκέφαλος στο μάτι από γλαύκωμα και οι πόνοι στα παραρρίνια από ιγμορίτιδα ή από πονόδοντο, κλπ. Ο πιο έντονος πονοκέφαλος παρατηρείται στην υπαραχνοειδή αιμορραγία και στην μηνιγγίτιδα.

Πότε όμως ένας πονοκέφαλος πρέπει να μας κινητοποιήσει και θεωρείται δευτεροπαθής;

1. Όταν είναι ξαφνικός, δυνατός και γρήγορα επιδεινώνεται.
2. Όταν αλλάζει το είδος και ο χαρακτήρα του.
3. Η προοδευτική επιδείνωση του που δεν βελτιώνεται με θεραπεία.
4. Όταν συνυπάρχει υψηλός πυρετός ιδιαίτερα σε ευπαθείς ομάδες όπως οι ανοσοκατεσταλμένοι.

5. Αν συνυπάρχουν νευρολογικά συμπτώματα (σύγχυση, παράλυση, διπλωπία, αστάθεια, δυσκαμψία αυχένος κ.α.).

6. Όταν ο πονοκέφαλος μεταβάλλεται με τη στάση του σώματος.

7. Όταν εκλύεται με την άσκηση, τον βήχα ή τη σεξουαλική πράξη.

2.13. Σύγχυση/Παραλήρημα

Σύγχυση είναι η κατάσταση όπου ο ασθενής παρουσιάζει αποπροσανατολισμό, διαταραχή στη σκέψη ή έλλειψη συγκέντρωσης. Επιπλέον όταν εμφανίζει και ψευδαισθήσεις, τότε έχουμε παραλήρημα. Ψευδαισθήσεις έχουμε όταν κάποιος βλέπει (οπτικές), ακούει (ακουστικές), μυρίζει (οσφρητικές), γεύεται (γευστικές) ή ακόμη αισθάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν (απτικές).

Οι ηλικιωμένοι με σύγχυση μπορεί να εμφανίσουν αϋπνία, ανησυχία και επιθετικότητα.

Το τρομώδες παραλήρημα παρατηρείται σε εξαρτημένα άτομα από αλκοόλ ή τοξικές ουσίες όταν απέχουν από τη χρήση λίγες ημέρες αλλά μπορεί και ώρες. Παρουσιάζουν ανησυχία, τρόμο, ταχυκαρδία, εφίδρωση και ψευδαισθήσεις. Οι ασθενείς αυτοί χρήζουν άμεσα νοσοκομειακής υποστήριξης.

Οι αιτίες που προκαλούν σύγχυση στους ασθενείς είναι πολλές. Στις μεγάλες ηλικίες μπορεί να προκληθεί σύγχυση από αλλαγή και μόνο του περιβάλλοντός τους, από πυρετό αλλά και από ποικίλα φάρμακα (ψυχοφάρμακα, δακτυλίτιδα, αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά κ.ά.). Σε νεότερους η σύγχυση συνήθως προκαλείται από καταχρήσεις.

Υπάρχουν όμως και άλλες ποικίλες αιτίες όπως τα μεταβολικά νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης), η νεφρική ανεπάρκεια, η κίρ-

ρωση, οι υδατο-ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες (αφυδάτωση, διαταραχές καλίου, νατρίου), τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι μηνιγγοεγκεφαλίτιδες, οι όγκοι εγκεφάλου, οι κακώσεις με υποσκληρίδιο αιμάτωμα κ.ά.

Αν διαπιστωθεί από τα δεδομένα ότι η αιτία της σύγχυσης είναι εύκολα αναστρέψιμη, όπως ο πυρετός που όταν παρέρχεται υποχωρεί η σύγχυση, μια πιθανή αλλαγή περιβάλλοντος ή η λήψη κάποιων φαρμάκων, τότε η αντιμετώπισή τους στο σπίτι παραμένει η σωστή επιλογή. Αν παρά την υποχώρηση του πυρετού επιμένει η σύγχυση, τότε χρειάζεται προσοχή.

2.14. Αϋπνία/Υπνηλία

Ο ύπνος είναι μια απαραίτητη βιολογική λειτουργία όπως η τροφή και το νερό. Δυστυχώς το 35-50% των ανθρώπων παρουσιάζουν διαταραχές στο ύπνο.

Η αϋπνία μπορεί να σχετίζεται με δυσκολία στην επέλευση του ύπνου στην έναρξη, με δυσκολία να μείνει κάποιος κοιμώμενος αφού αρχικά κοιμηθεί, όπως και όταν ξυπνά πολύ νωρίς.

Οι επιπτώσεις της αϋπνίας στην επόμενη μέρα είναι πολλές όπως η καταβολή, η αδυναμία συγκέντρωσης, η ευερεθιστότητα, το άγχος, η κατάθλιψη κ.α.

Υπάρχουν παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν αϋπνία όπως οι ρινίτιδες, η παραρρινοκολπίτιδα (ιγμορίτιδα), το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οι χρόνιοι πόνοι, η υπνική άπνοια, τα ψυχικά νοσήματα. Τα προβλήματα που δημιουργούνται είναι κοινωνικά, επαγγελματικά, παραγωγικότητας και αντίληψης.

Οι συνήθειες παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση της αϋπνίας είναι το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία, η κατάθλιψη, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα διαζύγια και οι χωρισμοί. Το καθημερινό άγχος είναι αναμφίβολα μια σημαντική αιτία αϋπνίας.

Οι επιπτώσεις της αϋπνίας είναι η υπέρταση, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι καρδιοπάθειες και στους ηλικιωμένους οι

διαταραχές στην συγκέντρωση, στη μνήμη, η κατάθλιψη και η άνοια.

Η βοήθεια από ψυχολόγους και ψυχιάτρους πολλές φορές είναι σημαντική. Υπναγωγά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι τα αντισταμινικά στις ήπιες καταστάσεις, οι ανταγωνιστές της μελατονίνης και τα αντικαταθλιπτικά. Οι βενζοδιαζεπίνες πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή γιατί προκαλούν εθισμό και εξάρτηση.

Μερικές χρήσιμες συμβουλές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν είναι να μην καταναλώνετε φαγητά πλούσια σε υδατάνθρακες το βράδυ, όπως και πολλά αλκοολούχα ποτά, καφέ και ροφήματα με καφεΐνη (τσάι, κόκα κόλα, σοκολάτα). Ακόμη και ο καφές τύπου ντεκαφεϊνέ περιέχει καφεΐνη. Επίσης μην κοιμάστε το μεσημέρι, να ασκείστε συχνά, όχι όμως αργά το βράδυ, και γενικά φτιάξε ένα σταθερό πρόγραμμα ύπνου που θα διατηρήσετε και τα σαββατοκύριακα. Αν τα συντηρητικά μέτρα δεν βοηθήσουν, απευθυνθείτε στον οικογενειακό ιατρό σας.

Η υπνηλία είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής κοιμάται κατά την διάρκεια της ημέρας. Ο ύπνος αυτός μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα ανεπαρκούς ανάπαυσης (λόγω δουλειάς ή και αϋπνίας) μπορεί όμως να συνδέεται με άγχος, κατάθλιψη, με χρόνιο πόνο, με αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη, με υπονατρίαemia, με υπνική άπνοια, υποθυρεοειδισμό, ναρκοληψία όπως και να αποτελεί προειδοποιητικό σύμπτωμα για την νόσο Αλτσχάιμερ. Επίσης μπορεί η λήψη φαρμάκων όπως τα αντισταμινικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα ηρεμιστικά να έχουν προκαλέσει την υπνηλία.

2.15. Άνοια

Είναι μια σοβαρή απώλεια της νοητικής ικανότητας με προέχον σύμπτωμα την απώλεια μνήμης. Η φυσιολογική γήρανση προκαλεί σε άλλους μικρό και σε άλλους μεγάλο βαθμό νοητική έκπτωση. Περίπου 10% των ατόμων >65 χρόνων παρουσιάζουν άνοια και στο 40% σε ηλικίες >90 χρόνων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας πάσχουν από άνοια πάνω από 55 εκατομμύρια ασθενείς.

Η διαταραχή αυτή όμως μπορεί να εμφανιστεί και σε νεότερες ηλικίες. Εκτός από τη μνήμη, που κυρίως αφορά την πρόσφατη μνήμη, παρατηρείται αλλοίωση στην προσοχή, τη γλώσσα και εξελικτικά παρατηρείται διαταραχή στον προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο, όπως και στην αναγνώριση προσώπων ακόμη και των οικείων τους. Τα πιο συχνά συμπτώματα, σε σχέση με την συμπεριφορά τους, είναι η επιθετικότητα, η απάθεια, η κατάθλιψη, η υπερκινητικότητα, η άρση αναστολών (χυδαία συμπεριφορά) και η αϋπνια.

Η νόσος μπορεί να είναι αναστρέψιμη και μη, όπως και να εξελίσσεται αργά ή γρήγορα. Αναστρέψιμες μορφές άνοιας έχουμε σε βαρύ υποθυρεοειδισμό, σε σοβαρές ελλείψεις βιταμινών και ιχνοστοιχείων σε όγκους εγκεφάλου, κατάχρηση αλκοόλ ή φαρμάκων κλπ.

Υπάρχουν πολλά είδη άνοιας όπως η νόσος Αλτσχάϊμερ, η αγγειακή άνοια και άλλες. Η συχνότερη από τις άνοιες (αφορά περίπου τους μισούς από τους πάσχοντες) είναι η νόσος Αλτσχάϊμερ που προσβάλλει 1 στους 10 μετά τα 65 χρ. και από αυτούς οι 2 στους 3 είναι γυναίκες. Χρειάζεται πάντα εκτίμηση από νευρολόγο για τη σωστή διάγνωση και θεραπεία.

Οι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν τις πολύ σπάνιες μορφές νόσου Αλτσχάϊμερ σε νεαρές ηλικίες. Στις μορφές που εμφανίζονται στους ασθενείς >65 χρονών, δηλαδή το 98% των ατόμων με την νόσο, δεν υπάρχει συσχέτιση με γενετικούς παράγοντες. Κύριο ρόλο έχουν οι κλασσικοί παράγοντες κινδύνου, όπως υπέρταση, κάπνισμα, αυξημένο σάκχαρο, λιπίδια, παχυσαρκία, κακή φυσική κατάσταση, και άλλοι παράγοντες που είναι αναστρέψιμοι και που ο έλεγχός τους βοηθά τόσο τον εγκέφαλο όσο και το καρδιαγγειακό σύστημα. Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο που πρέπει όλοι να γνωρίζουμε είναι ότι άνθρωποι που αρχίζουν ακόμη και από την μέση ηλικία και μετά να προσέχουν τους παράγοντες κινδύνου και να ζουν με υγιεινό και φυσικό τρόπο ζωής, μειώνουν τον κίνδυνο της νόσου κατά 40%. Ακόμη και η μέτρια τακτική άσκηση μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για άνοια.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη έχει και η σωστή διατροφή. Η μείωση της νοητικής ικανότητας συνδέεται με την ηλικία και με το λεγόμενο οξειδωτικό στρες. Η χρήση αντιοξειδωτικών στην διατροφή μας όπως είναι τα λαχανικά, τα φρούτα, η σόγια, τα προϊόντα ολικής άλεσης, το πράσινο και το μαύρο τσάι βοηθούν σημαντικά. Τα περισσότερα περιλαμβάνονται στην Μεσογειακή διαίτα. Αντίθετα οι προφλεγμονώδεις δίαιτες που περιέχουν συστατικά πλούσια σε θερμίδες όπως τα βούτυρα, τα γλυκά, τα τηγανητά, τα κόκκινα κρέατα και τα επεξεργασμένα, έχουν δυσμενή επίπτωση στην νοητική λειτουργία.

Ενδιαφέρον έχουν τα φλαβονοειδή που είναι ισχυρά αντιοξειδωτικά και ανευρίσκονται σε προϊόντα φυτικής προέλευσης όπως ο χυμός πορτοκαλιού, οι φράουλες, το σέλινο, το πιπέρι, τα γκρέιπφρουτ, τα μήλα και τα αχλάδια. Η καθημερινή χρήση τους είναι ωφέλιμη.

2.16. Διάρροιες και Έμετοι

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν αντιμετωπίσει στην διάρκεια της ζωής τους το πρόβλημα της διάρροιας, δηλαδή την αύξηση της συχνότητας των κενώσεων ή την αποβολή υδαρών κενώσεων ή και τα δύο.

Συνήθως οφείλεται σε μια απλή ιογενή λοίμωξη (ροτα ιοί στα παιδιά και νορο ιοί στους ενήλικες). Οι ιογενείς λοιμώξεις μεταδίδονται εύκολα με την κοινωνική επαφή, την μολυσμένη τροφή και το νερό, τα άπλυτα χέρια και τις μολυσμένες επιφάνειες. Διαρκούν 24-48 ώρες συνήθως και υποχωρούν με την κατάλληλη διαίτα. Το πρώτο 24ωρο κάνουνε αποφυγή τροφής, μόνο υγρά, και το επόμενο ελαφρά τροφή (ρύζι, βραστό κοτόπουλο, φρυγανιές). Διάρροιες μπορούν επίσης να προκληθούν και από τοξίνες στην τροφή, από βακτήρια, από παράσιτα και από φάρμακα.

Πότε μια οξεία γαστρεντερίτιδα με διάρροιες ή/και εμέτους είναι σοβαρή και χρειάζεται προσοχή;

Αν είναι έντονα τα συμπτώματα και παρατεταμένα, ιδιαίτερα σε υπερήλικες και παιδιά

ή σε ασθενείς με συνυπάρχοντα νοσήματα, που μπορούν εύκολα να πάθουν αφυδάτωση. Αυτό μπορούμε εύκολα να το διαπιστώσουμε και από τη συχνότητα των συμπτωμάτων και την αδυναμία λήψης υγρών, αλλά επίσης αν ο πάσχων ζαλίζεται, ιδιαίτερα στην προσπάθειά του να σηκωθεί. Επίσης αν συνυπάρχει έντονος πόνος στην κοιλία όπως και αν οι κενώσεις περιέχουν βλέννες ή αίμα.

Βέβαια είναι δυνατόν μια γαστρεντερίτιδα να οφείλεται και σε μικρόβια ή σε παράσιτα. Τα συνήθη παθογόνα μικρόβια για τις οξείες γαστρεντερίτιδες είναι τα κολοβακτηρίδια και οι σαλμονέλες που βρίσκονται σε μολυσμένα πουλερικά και αβγά. Στις μικροβιακές λοιμώξεις έχουμε πυρετό, έντονα συμπτώματα, παρατεταμένη λοίμωξη και ενίοτε αίμα στα κόπρανα. Σε παρασιτική λοίμωξη η διάρροια συνήθως είναι ηπιότερη αλλά παρατεινόμενη. Στις περιπτώσεις αυτές, η συμβουλή ιατρού και η καλλιέργεια των κοπράνων για να διακριβωθεί το ακριβές αίτιο, είναι τα επόμενα βήματα που πρέπει να γίνουν.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι πολλά φάρμακα μπορεί να ευθύνονται για διάρροιες, όπως η κατάχρηση υπακτικών, τα αντιβιοτικά που καταστρέφουν την φυσιολογική εντερική χλωρίδα, ορισμένα αντιδιαβητικά φάρμακα, οι πραζόλες κλπ. Σε νέους που παρουσιάζουν διάρροιες είναι δυνατόν να εμφανίζουν δυσανεξία σε ορισμένες τροφές (γλουτένη, λακτόζη) που με συγκεκριμένη διαίτα θεραπεύονται. Η δυσανεξία ή αλλιώς η δυσασπορόφηση στην λακτόζη, οφείλεται στην ανεπάρκεια του ενζύμου λακτάση που υπάρχει στο λεπτό έντερο, οπότε τα άτομα με την ανεπάρκεια αυτή έχουν προβλήματα στην πέψη των γαλακτοκομικών προϊόντων που περιέχουν λακτόζη και εμφανίζουν δυσπεψία, φουσκώματα, πόνους, αέρια και διάρροιες. Ανάλογα προβλήματα υπάρχουν και στην δυσασπορόφηση στην γλουτένη που υπάρχει στο σιτάρι και τα παράγωγά του. Υπάρχουν ειδικά διαιτολόγια για τις περιπτώσεις αυτές με καλά αποτελέσματα. Στα παιδιά οι δυσανεξίες που προαναφέρθηκαν μπορεί να δημιουργήσουν και προβλήματα στην ομαλή ανάπτυξη τους.

Αναμφίβολα όμως υπάρχουν και ορισμένα σπάνια φλεγμονώδη νοσήματα που δημιουργούν διάρροιες συνήθως σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή, όπως η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος Crohn κλπ που διαγιγνώσκονται με ενδοσκοπική μελέτη (κολοσκόπηση).

Εμέτους χωρίς διάρροιες είναι δυνατόν να έχουμε σε πολλές καταστάσεις. Όταν συνοδεύονται με κοιλιακά άλγη μπορεί να οφείλονται σε οξεία γαστρίτιδα, σε χολοκυστοπάθεια (χολολιθίαση, χολοκυστίτιδα), σε οξεία παγκρεατίτιδα και σε ειλεό. Επίσης είναι δυνατό να έχουμε εμέτους χωρίς κοιλιακό πόνο που μπορεί να συνοδεύονται με ζάλη ή με ίλιγγο σε καταστάσεις όπως η αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης από κακώσεις κεφαλής, τα νεοπλάσματα και τις φλεγμονές στον εγκέφαλο (μηνιγγοεγκεφαλίτιδες) κλπ.

2.17. Τυμπανισμός κοιλίας/ μικροβιακή χλωρίδα

Τα αυξημένα αέρια στο στομάχι και στο έντερο προκαλούν το σύμπτωμα του φουσκώματος. Τούτο μπορεί να συνδυάζεται με ακούσια αποβολή αερίων που απελευθερώνονται μέσω του πρωκτού ή/και μέσω του στόματος (ερυγές ή κοινώς το ρέψιμο).

Τα αέρια στο γαστρεντερικό σωλήνα μπορεί να προέλθουν από την αυξημένη κατάποση αέρα, από τη διαταραχή της φυσιολογικής κίνησης του εντέρου καθώς και από την αυξημένη παραγωγή αερίων στο έντερο. Φυσιολογικά στο παχύ έντερο παράγονται αέρια από τη δράση της μικροβιακής χλωρίδας μας στις τροφές.

Μικροβιακή χλωρίδα είναι οι φιλικόι μικροοργανισμοί που συμβιώνουν με τον άνθρωπο και ανευρίσκονται στο δέρμα, στους βλεννογόνους (στόμα, μύτη) και στις ανοικτές κοιλότητες (παχύ έντερο, κόλπος). Βοηθούν τον άνθρωπο στην άμυνά του, εμποδίζουν την εγκατάσταση παθογόνων μικροβίων, δηλαδή αυτών που προκαλούν νοσήματα και συνθέτουν βιταμίνες, όπως η βιταμίνη Κ. Στο στομάχι έχουμε >200 και στο παχύ έντερο >300 διαφορετικά είδη φιλικών μικροοργανισμών.

Η αυξημένη κατάποση αέρα προκαλείται από το άγχος, τη νευρική κατάσταση, τη γρήγορη φαγητό, τα πολλά αναπνευστικά καθώς και το μάσημα τσίχλας.

Η μειωμένη κινητικότητα του εντέρου προκαλεί δυσκοιλιότητα που μπορεί να συνδυάζεται με φούσκωμα στην κοιλιά. Η μειωμένη κινητικότητα μπορεί να οφείλεται και σε φάρμακα, όπως αυτά που προκαλούν δυσκοιλιότητα (αντικαταθλιπτικά, σπασμολυτικά, σίδηρο κλπ).

Οι αλλαγές στη διατροφή μπορεί να προκαλούν φούσκωμα, όπως επίσης οι μεγάλες δίαιτες και η απότομη αλλαγή του βάρους. Ορισμένες τροφές προκαλούν μεγαλύτερη παραγωγή αερίων όπως τα όσπρια, τα φρέσκα λαχανικά και οι σαλάτες, το κουνουπίδι και τα λάχανα.

Υπάρχουν καταστάσεις με δυσανεξία σε ορισμένα συστατικά των τροφών, όπως στην λακτόζη (γαλακτοκομικά), τη γλουτένη (σιτάρι) που με συγκεκριμένη διαίτα βελτιώνονται.

Στις γυναίκες μπορεί να εμφανίζεται το φούσκωμα κατά την έμμηνο ρύση.

Αν η διόγκωση της κοιλιάς και το φούσκωμα συνδυάζεται με πόνο, αναστολή αερίων από τον πρωκτό, δυσκοιλιότητα ή και εμέτους τότε χρειάζεται ιατρική βοήθεια γιατί μπορεί να υποκρύπτεται νόσος ενίοτε σοβαρή (ειλεός).

2.18. Δυσπεψία

Η δυσπεψία αφορά τα συμπτώματα του φουσκώματος, της δυσφορίας, του πόνου ή του καύσου στο επιγάστριο ή το άνω τμήμα της κοιλιάς. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν την εμπειρία της παροδικής δυσπεψίας μετά από ένα μεγάλο λιπαρό γεύμα ή μετά από καταχρήσεις με αλκοόλ. Επίσης αρκετές φορές, ορισμένα φάρμακα προκαλούν δυσπεψία όπως τα αντιφλεγμονώδη, ο σίδηρος κλπ, που η διακοπή τους διορθώνει το πρόβλημα.

Όταν όμως τα συμπτώματα επιμένουν επιβάλλεται έλεγχος από γαστρεντερολόγο. Ορισμένες φορές μπορεί να υποκρύπτεται ελκοπάθεια, γαστρίτιδα, ελικοβακτηρίδιο

του πυλωρού, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, χολοκυστοπάθεια αλλά και καρκίνος.

Συνήθως τα αίτια της ήπιας δυσπεψίας σχετίζονται με τον τρόπο ζωής μας και τις συνήθειές μας, οπότε αλλαγές σε αυτές μπορεί να βοηθήσουν. Για παράδειγμα προτείνεται η κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων χωρίς λίπος, η αποφυγή πικάντικων τροφών, ανθρακούχων ποτών, καφεΐνης, αλκοόλ, καπνίσματος και η τακτική σωματική άσκηση.

Ορισμένες φορές η δυσπεψία παρατηρείται σε άτομα με έντονο άγχος και κατάθλιψη, οπότε χρειάζεται εξειδικευμένη προσέγγιση αν ο ασθενής δεν μπορεί από μόνος του να το διαχειριστεί.

2.19. Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα που ταλαιπωρεί τους ανθρώπους, ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους. Ορίζεται ως η ελάττωση της συνήθους για κάθε άτομο συχνότητας αφόδευσης ή ποσότητας των κοπράνων που αποβάλλονται σε κάθε κένωση ή η δυσκολία αποβολής ασυνήθιστα σκληρών και στεγνών κοπράνων. Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί για κάθε άτομο ξεχωριστά ποια είναι η συνήθης συχνότητα αφόδευσης.

Ο αριθμός και το περιεχόμενο των κενώσεων επηρεάζονται από την τροφή και την σωματική άσκηση. Συνήθως στα φυσιολογικά άτομα που τρέφονται με όλα τα είδη των τροφών, ιδιαίτερα με πολλά φρούτα και λαχανικά, και πίνουν άφθονα υγρά, νερό αλλά και ασκούνται τακτικά, δεν παρουσιάζονται προβλήματα δυσκοιλιότητας. Όταν όμως αλλάζουν οι συνήθειες και η διατροφή, αλλάζουν και οι κενώσεις. Δυσκοιλιότητα επίσης μπορεί να παρουσιαστεί σε περιπτώσεις που μειωθεί απότομα το σωματικό βάρος ή που αυξηθεί στο αίμα μας το ασβέστιο, ή αν λάβουμε φάρμακα που επηρεάζουν την κίνηση του εντέρου (αντικαταθλιπτικά, σπασμολυτικά, σίδηρο κ.α).

Επιπλέον υπάρχουν τροφές που επιτείνουν τη δυσκοιλιότητα, όπως τα λίπη, οι επεξεργασμένες ζύμες με ζάχαρη, οι υδατάνθρακες, το ρύζι, τα πολλά γαλακτοκομικά, επίσης τα μήλα και οι μπανάνες. Αντίθετα οι

τροφές που βοηθούν στις ομαλές κενώσεις είναι τα όσπρια, ο αρακάς, τα φασολάκια, οι μπάμιες, όλα τα λαχανικά και τα φρούτα.

Πότε η δυσκοιλιότητα χρειάζεται ιατρική βοήθεια;

1. Όταν αλλάζουν οι συνήθειες του εντέρου χωρίς να έχουμε τροποποιήσει τις καθημερινές συνήθειές μας.
2. Όταν η δυσκοιλιότητα συνδέεται με κοιλιακούς πόνους και εμέτους ή/και αίμα στα κόπρανα. Επιπλέον αν συνδυάζεται με αναστολή των αερίων από τον πρωκτό.
3. Αν εναλλάσσεται με διάρροιες.

Η κολοσκόπηση πραγματοποιείται από τους γαστρεντερολόγους και γίνεται για όλους τους προαναφερθέντες λόγους. Προληπτικά πρέπει να γίνεται ανεξαρτήτως φύλου σε όλους που είναι πάνω από 45-50 χρόνων και εφόσον είναι αρνητική κάθε 10 χρόνια. Επίσης σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου σε συγγενή 1ου βαθμού πρέπει να γίνεται από τα 40 έτη ή 10 έτη πριν από τη μικρότερη ηλικία διάγνωσης του καρκίνου. Τέλος όταν ανευρεθούν πολύποδες στο παχύ έντερο ανεξαρτήτως ηλικίας πρέπει να ελέγχονται ανά 3-10 χρόνια αναλόγως του μεγέθους και της δυσπλασίας τους.

2.20. Δυσφαγία/ Δυσκαταποσία

Με την κατάποση εξασφαλίζεται η μεταφορά της τροφής και των υγρών. Ο μηχανισμός της κατάποσης αποτελεί μια πολύπλοκη λειτουργία με την νευρομυϊκή συμμετοχή του φάρυγγα, του λάρυγγα και του οισοφάγου.

Η δυσφαγία είναι κάθε δυσκολία στην κατάποση στερεάς τροφής ή υγρών ή η εμφάνιση βήχα ή πνιγμονής κατά την κατάποση. Η δυσκαταποσία περιγράφει κυρίως τη δυσκολία στην αρχή της κατάποσης ενώ η δυσφαγία τη δυσκολία στην προώθηση προς το εσωτερικό του στομάχου.

Μερικές φορές το πρόβλημα προκαλείται όταν βιαζόμαστε και δεν μασάμε καλά την τροφή. Ενδεχομένως όμως να υπάρχει σο-

βαρό ιατρικό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα.

Σε ηλικιωμένους ασθενείς υποπτευόμαστε ότι μπορεί να υπάρχει πρόβλημα στην κατάποση όταν δεν τρέφονται σωστά και χάνουν βάρος, όταν βήχουν και πνίγονται στο φαγητό ή στο νερό ή και στα δύο. Οι κατάκοιτοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν συχνά ανεξήγητους πυρετούς από μικροεισροφές στους πνεύμονες.

Κάποιες φορές υπάρχει δυσκαταποσία μόνο στα υγρά, δηλαδή ο ασθενής ενώ καταπίνει την στερεά τροφή πνίγεται με το νερό. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να θεωρήσουμε ότι πρόκειται για βλάβη του νευρικού κατά βάση μηχανισμού της κατάποσης από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, πολλαπλή σκλήρυνση κλπ. Αν όμως η κατάποση επηρεάζει αρχικά τις στερεές τροφές και εξελικτικά τα υγρά, τότε υπάρχει οργανική βλάβη στον οισοφάγο από αχαλασία, νεοπλάσματα, στενώσεις κλπ.

Για να διασφαλίσουμε ότι ο ασθενής με δυσφαγία ή δυσκαταποσία τρέφεται σωστά και για να αποφύγουμε τον κίνδυνο πνιγμονής και πνευμονίας από εισρόφηση μπορούμε να τοποθετήσουμε ρινογαστρικό σωλήνα σίτισης (Levine). Η διαδικασία μπορεί να γίνει με ασφάλεια στο σπίτι από έμπειρο ιατρό. Για χρόνιες περιπτώσεις μπορεί να τοποθετηθεί γαστροστομία (ένα σωληνάκι συνδεδεμένο απευθείας στο στομάχι) που πραγματοποιείται είτε χειρουργικά είτε αναιμακτα μέσω γαστροσκόπησης.

2.21. Ανορεξία

Ο γενικός όρος ανορεξία ορίζεται ως η μερική ή πλήρης απουσία της όρεξης ως αποτέλεσμα ασθενειών ή παρενέργειας φαρμάκων. Μερικές φορές μπορεί να συσχετίζεται με άγχος, στρες και κατάθλιψη. Η νευρογενής ανορεξία αποτελεί μια σοβαρή διαταραχή, που όταν εντοπιστεί, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και βοήθεια από ψυχολόγους και ψυχιάτρους.

Στους καρκινοπαθείς αποτελεί μια από τις συχνότερες παρενέργειες των χημειοθεραπειών και των ακτινοβολιών. Οι παρενέργειες αυτές διαρκούν 2-7 ημέρες μετά τη χορήγηση και παρέρχονται.

Καλό είναι όταν παρατηρηθεί ανορεξία στους καρκινοπαθείς να ακολουθούνται κάποιες απλές οδηγίες όπως να ασκούνται 5-10 λεπτά με μισή ώρα πριν το φαγητό, να δημιουργείται ευχάριστο περιβάλλον, να τρώνε συχνά και λίγο, να ενισχύουν την διατροφή με λευκώματα και αν χρειάζεται με θρεπτικά συμπληρώματα.

Η ανορεξία αποτελεί κοινό σύμπτωμα σε πολλά νοσήματα, τόσο στα οξέα όσο και στα χρόνια. Η σωστή αντιμετώπισή τους βοηθά στην αποκατάσταση της όρεξης.

2.22. Ξηροστομία

Όταν δεν έχουμε αρκετό σάλιο παρατηρείται ξηροστομία. Το σάλιο παράγεται από τους σιελογόνους αδένες και βοηθά να τρώμε και να καταπίνουμε, όπως επίσης προστατεύει το βλεννογόνο στο στόμα και τα δόντια από τις λοιμώξεις και την τερηδόνα. Στη διάρκεια της ζωής μας μπορεί να εμφανίσουμε παροδική ξηροστομία όπως σε έντονο άγχος και φόβο που όμως δεν αξιολογείται. Αν όμως η ξηροστομία είναι μόνιμη και χρόνια, τότε πρέπει να διερευνηθεί, κυρίως γιατί μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα ενός σοβαρού νοσήματος.

Τα συνήθη αίτια της ξηροστομία είναι:

1. Παρενέργειες φαρμάκων: Πάνω από 400 φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ξηροστομία όπως τα διουρητικά, τα αντισταμινικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιυπερτασικά κ.α.
2. Οι ακτινοβολίες και τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα σε καρκινοπαθείς.
3. Σε παθήσεις όπως το σύνδρομο Sjogren, ο αρρύθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος Πάρκινσον κ.α.
4. Το βαρύ κάπνισμα.
5. Η εμμηνοπαυση.
6. Η κακή υγιεινή στα δόντια και το στόμα.

Οι ασθενείς συνήθως εμφανίζουν μεταβολή στη γεύση, κολλώδες στόμα με παχύ σάλιο, δυσκολία στην κατάποση, κάψιμο στη γλώσσα, σκάσιμο στα χείλη και δυσκολία στην τοποθέτηση οδοντοστοιχιών.

Πριν από όλα χρειάζεται πάντα σωστή οδοντιατρική παρακολούθηση και στοματική υγιεινή.

Για τους καρκινοπαθείς υπό χημείο ή ακτινοθεραπεία για να αποφύγουν κατά το δυνατόν τα προβλήματα από το στόμα καλό θα είναι να διατηρούν το στόμα υγρό, να κρατούν στο στόμα παγάκια, να μασούν τσίχλες ή καραμέλες χωρίς ζάχαρη, αν χρειάζεται να χρησιμοποιούν υποκατάστατα σάλιου και να περιποιούνται τα δόντια τους.

2.23. Λόξιγκας

Όλοι μας έχουμε εμφανίσει κάποια στιγμή της ζωής μας παροδικό λόξιγκα μικρής διάρκειας που δεν έχει ιδιαίτερη σημασία. Αντίθετα

οι συχνές κρίσεις και οι παρατεταμένες, είναι δύσκολες τόσο στην διαφορική διάγνωση όσο και στην αντιμετώπισή τους. Πολλές φορές δυσκολεύουν ιδιαίτερα τη ζωή του πάσχοντα. Όταν δε διαρκέσει πάνω από 48 ώρες θεωρείται επίμονος και δυσίատος.

Συνήθως οφείλεται στον ερεθισμό του αριστερού ημιδιαφράγματος. Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες, αλλά συχνότερα σε ηλικιωμένους.

Ορισμένες φορές συσχετίζεται σε φαρμακοθεραπεία με βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, μεθυλντόπα κ.α. Συχνά παρατηρείται σε ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και διαφραγματοκλήη. Μπορεί να προκληθεί από ερεθισμό του διαφράγματος, λόγω υποδιαφραγματικού αποστήματος, ισχαιμίας μυοκαρδίου, περικαρδίτιδας. Επίσης προκαλείται σε βλάβες του εγκεφάλου από νεοπλάσματα, λοιμώξεις ΑΕΕ, τραύματα κλπ. όπως και σε υποκαλιαιμία, υπονατρίαιμία, υποασβεσταιμία κλπ.

Σε ασθενείς με ΧΑΠ η απορρύθμιση των αερίων τους με χαμηλό οξυγόνο προκαλεί ενίοτε λόξιγκα που η διόρθωση του βελτιώνει το πρόβλημα.

Σε έναν επίμονο λόξιγκα, πέραν της απαραίτητης ανεύρεσης του αιτίου, χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος. Υπάρχουν παραδοσιακοί τρόποι αντιμετώπισης, μη φαρμακευτικοί, που στηρίζονται σε νευρικά αντανakλαστικά, όπως ο άμεσος ερεθισμός της σταφυλής στο στόμα, ο άμεσος ερεθισμός του φάρυγγα με ρινικό ή στοματικό καθετήρα που έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα (90%), η εντριβή στον τράχηλο, η πρόκληση εμετού, η δοκιμασία valsava (η εκπνοή με κλειστή μύτη και στόμα μετά από μια βαθιά εισπνοή) κλπ. Βέβαια, αν χρειαστεί, υπάρχουν και φάρμακα όπως η μετοκλοπραμίδη και κυρίως η χλωροπρομαζίνη.

2.24. Ζάλη και Ίλιγγος

Αποτελεί ένα πολύ συχνό πρόβλημα που απασχολεί τους ανθρώπους. Η ζάλη είναι μια διαταραχή της ισορροπίας που μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα πολλών καταστάσεων. Τα αίτια είναι πολλά. Έχουμε ζαλάδες

από προβλήματα στα αυτιά, στα μάτια, σε διάφορες νευρολογικές παθήσεις, όπως και σε ψυχογενή αίτια. Ίλιγγο θεωρούμε τη ζάλη που συνδυάζεται με αίσθημα περιστροφής. Συχνά συνυπάρχουν ναυτία ή/και έμετοι, βάρος στο επιγάστριο κ.α.

Η ζάλη που συνδυάζεται με λιποθυμική τάση μπορεί να οφείλεται σε πτώση της αρτηριακής πίεσης και σε διαταραχές της καρδιακής παροχής. Η ζάλη με ανισορροπία συνήθως οφείλεται σε προβλήματα στα αυτιά, τα μάτια, τον εγκέφαλο ή και τη λήψη φαρμάκων.

Ο ίλιγγος συχνά είναι καλοήθης, παροξυσμικός και προκαλείται με την αλλαγή της θέσης μας. Αυτή η μορφή είναι η πιο συνηθισμένη αιτία ίλιγγου. Η ζαλάδα ή και ο ίλιγγος που παρουσιάζονται έντονα, επίμονα και επαναλαμβανόμενα, χρειάζονται ιατρική παρέμβαση.

Πότε μια ζάλη αποτελεί επείγον πρόβλημα;

1. Όταν έχει προηγηθεί κάκωση κεφαλής.
2. Αν συνυπάρχει δυσκολία στην ομιλία ή την ακοή ή/και την όραση.
3. Αν συνυπάρχει πυρετός και δυσκαμψία αυχένος.
4. Αν συνυπάρχει διαταραχή στην κίνηση στο χέρι ή/και στο πόδι.
5. Αν συνυπάρχει μια καινούργια, διαφορετική και δυνατή κεφαλαλγία.
6. Αν υπάρχει διαταραχή στο επίπεδο συνείδησης, αστάθεια ή πτώση ή διαταραχή στο βάδισμα.
7. Αν παρουσιάστηκε η ζάλη με πόνο στο στήθος ή αρρυθμία (βράδυ ή ταχυ-αρρυθμία).

2.25. Εμβοές

Οι εμβοές είναι η αντίληψη ήχων στο κεφάλι ή στα αυτιά χωρίς να υπάρχει αντικειμενική πηγή παραγωγής αυτού του θορύβου. Αποτελούν ένα πολύ συχνό πρόβλημα στους ανθρώπους (30%) και συσχετίζεται με την νευροαισθητηριακή μείωση της ακοής. Υπάρχουν πολλά είδη εμβοών όπως η παροδική, η ετερόπλευρη, η συνδυαζόμενη με ίλιγγο κλπ.

Επηρεάζουν ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής και οι χρόνιες μορφές σπάνια θεραπεύονται. Σχετίζονται συχνά με άγχος και κατάθλιψη, υπερλιπιδαιμία κ.α. Επίσης βρέθηκε συσχέτιση με ορισμένα φάρμακα όπως η ασπιρίνη, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα διουρητικά, ορισμένα χημειοθεραπευτικά κ.α.

Όταν οι εμβοές είναι επίμονες και ενοχλητικές χρειάζεται ακοολογικός έλεγχος από ΩΡΛ και πιθανώς απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία.

2.26. Αδυναμία και Ατονία

Οι μισοί από τους ασθενείς που επισκέπτονται τα νοσοκομεία παραπονούνται για αδυναμία, καταβολή ή ατονία. Η αδυναμία παρουσιάζεται πολύ συχνά στους ανθρώπους, ιδιαίτερα μετά από οξείες λοιμώξεις όπως οι ιώσεις και παρέρχεται σταδιακά με την άρση του αιτίου.

Σε πολλά όμως σοβαρά χρόνια νοσήματα συνυπάρχει σχεδόν πάντα το αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης και αποτελεί και ένα από τα κριτήρια της εξέλιξης ή της βελτίωσης του νοσήματος.

Αδυναμία και αίσθημα κόπωσης μπορεί να εμφανιστεί σαν σύμπτωμα σε πολλές άλλες καταστάσεις, όπως σε όλα τα είδη αναιμιών αλλά και σε σιδηροπενία χωρίς αναιμία. Επίσης, σε ανθρώπους που δεν τρέφονται καλά και σωστά με όλα τα είδη των τροφών, και σε αβιταμινώσεις, είτε λόγω κακής διατροφής είτε λόγω της κακής εντερικής απορρόφησης από χρόνιες διάρροιες.

Το αίσθημα της κόπωσης μπορεί να οφείλεται και στην τοξικότητα ορισμένων φαρμάκων όπως τα οπιοειδή, τα ηρεμιστικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιισταμινικά και οι β-αναστολείς. Επίσης από κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών.

Αδυναμία και ατονία παρατηρείται και σε νευρολογικά νοσήματα όπως η πολλαπλή σκλήρυνση και σε μυοπάθειες.

Καταβολή και αδυναμία μπορεί συχνά να εμφανιστεί σε άτομα με ψυχικά προβλήματα, σε διαταραχές του ύπνου, σε άτομα με

υπερκόπωση αλλά και σε ορμονικές ανωμαλίες. Αναμφίβολα υπάρχει μια μεγάλη ομάδα ασθενών που παρουσιάζουν αδυναμία, στα πλαίσια ενός ψυχικού νοσήματος, που συνήθως εμφανίζουν και αϋπνία, ευερεθιστότητα, νευρικότητα ή και μελαγχολία.

Στο σύνδρομο υπνικής άπνοιας, ένα συχνό πρόβλημα σε παχύσαρκους που ροχαλίζουν έντονα και σε ασθενείς με ΧΑΠ, είναι ότι παρουσιάζεται αδυναμία κατά τη διάρκεια της μέρας. Βέβαια σε όλους τους χρόνιους ασθενείς με καρδιοαναπνευστικά νοσήματα που έχουν κακή κυκλοφορία και κακή οξυγόνωση παρατηρείται το αίσθημα της κόπωσης. Όταν διορθωθούν οι παράμετροι της λειτουργίας των οργάνων αυτών με καλύτερη καρδιακή παροχή και καλύτερη οξυγόνωση βελτιώνεται αισθητά και η ποιότητα ζωής τους.

Η αδυναμία μπορεί να είναι γενικευμένη ή μπορεί να αφορά συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες. Η προοδευτική μυϊκή αδυναμία που εκφράζεται συχνά με δυσκολία να ανέβουμε τα σκαλιά ενώ πριν μπορούσαμε ή με αδυναμία να σηκώσουμε τα χέρια ψηλά, ή ακόμη αν εμφανιστούν πόνοι στους μύες χωρίς να προηγηθεί κόπωση ή χωρίς να συνυπάρχει μια λοίμωξη, πρέπει να μας κινητοποιήσει για ιατρική βοήθεια.

Τα τελευταία χρόνια αναγνωρίστηκε το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Μια οντότητα που αφορά πιο συχνά γυναίκες 20-50 χρόνων που εμφανίζουν το αίσθημα της κόπωσης μετά από έντονη πίεση και άγχος. Ο πλήρης κλινικοεργαστηριακός τους έλεγχος είναι αρνητικός για οποιαδήποτε παθολογική αιτία.

2.27. Αναιμία

Η αναιμία αποτελεί ένα πολύ συχνό πρόβλημα στους ανθρώπους μικρούς και μεγάλους. Τα κύτταρα που κυκλοφορούν στο αίμα, όπως τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια παράγονται στο μυελό των οστών. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια περιέχουν την αιμοσφαιρίνη και έχουν ως κύριο ρόλο την μεταφορά του οξυγόνου από τους πνεύμονες στους ιστούς. Τα λευκά αιμοσφαίρια κυρίως ασχολούνται με την άμυνα και τα αιμοπετάλια με την πήξη του αίματος, όταν χρειάζεται (π.χ. τραύμα).

Η παραγωγή των ερυθροκυττάρων ελέγχεται από την ερυθροποιητίνη που παράγεται από τα νεφρά συνεχώς. Το ερέθισμα για την αύξηση της παραγωγής της ερυθροποιητίνης είναι η υποξία, δηλαδή το χαμηλό οξυγόνο και η αναιμία. Αναιμία έχουμε όταν μειωθούν τα ερυθρά αιμοσφαίρια και η ποσότητα της αιμοσφαιρίνης.

Οι βασικοί μηχανισμοί της αναιμίας είναι η μειωμένη παραγωγή των ερυθροκυττάρων, η αυξημένη καταστροφή τους καθώς και η αναιμία μετά από αιμορραγία.

Σε σχέση με την ανεπαρκή παραγωγή ερυθροκυττάρων έχουμε τις κλασικές αναιμίες, όπως η σιδηροπενική και η μεγαλοβλαστική. Σιδηροπενία μπορεί να οφείλεται είτε στην κακή διατροφή ή στη μειωμένη απορρόφηση του σιδήρου, είτε να οφείλεται σε οξεία ή χρόνια απώλεια αίματος. Ο σίδηρος αποτελεί βασικό δομικό συστατικό για την σύνθεση της αιμοσφαιρίνης. Στους ηλικιωμένους παρουσιάζεται συχνά η μεγαλοβλαστική αναιμία από έλλειψη της βιταμίνης B12 ή/και του φυλλικού οξέος που βοηθούν στη σύνθεση του DNA των κυττάρων. Μειωμένη παραγωγή μπορεί να έχουμε και από ποικίλα άλλα αίτια, που επηρεάζουν τον οστικό μυελό όπως λευχαιμία, απλασία, μυελοίνοση κλπ.

Αναιμία είναι δυνατό να δημιουργηθεί και από αυξημένη καταστροφή των κυττάρων από αιμόλυση που οφείλεται είτε σε γενετικά κληρονομικά νοσήματα (μεσογειακή, δρεπανοκυτταρική αναιμία κ.α.) ή και σε επίκτητα νοσήματα (αυτοάνοσα, λοιμώδη, νεοπλασματικά).

Αιμορραγίες μπορεί να προκληθούν σε όλα τα συστήματα του οργανισμού και μπορεί να προκαλέσουν αναιμία. Από τις πιο απλές και συνήθεις μορφές είναι η εμμηνορρυσία (περίοδος) στις γυναίκες αλλά και πιο σοβαρές όπως τα καρκινώματα του παχέος εντέρου.

Σε όλα τα χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα (μικροβιακά, αυτοάνοσα, νεοπλασματικά) μπορεί να συνυπάρχει αναιμία οφειλόμενη στον ίδιο τον μηχανισμό της φλεγμονής (κυτταροκίνες) - μέσω της ανεπαρκούς παραγωγής στον μυελό, λόγω καταστολής - αλλά και από απώλεια αίματος και αιμόλυση κλπ.

Η αναιμία συνήθως εκφράζεται με αδυναμία, καταβολή, ωχρότητα του δέρματος και

των επιπεφυκότων, ζάλη, δύσπνοια, εύκολη κόπωση κ.α. Στις χρόνιες καταστάσεις ο πάσχος οργανισμός προσαρμόζεται σιγά σιγά και έτσι δεν εκφράζονται τα συμπτώματα, ακόμα και σε πολύ χαμηλό αιματοκρίτη (π.χ. μεγαλοβλαστική αναιμία). Σε αντίθεση προς την οξεία αναιμία (απώλεια αίματος ή αιμόλυση), που ανάλογα με την βαρύτητα εκφράζεται κλινικά άμεσα ακόμη και με καταπληξία (σοκ).

Πρέπει πάντα να αναζητούμε την αιτία και να μην «κουκουλώνουμε» την αναιμία χορηγώντας αίμα και βιταμίνες ανεξέλεγκτα. Το καλό ιστορικό και η σωστή κλινική εξέταση από τον Παθολόγο μπορεί να λύσει το πρόβλημα. Η γενική εξέταση αίματος και η μορφολογική αξιολόγηση των ερυθρών ανάλογα με τον όγκο των κυττάρων και την μέση πυκνότητα της αιμοσφαιρίνης βοηθούν στην επίλυση πολλών αναιμιών. Κλασικά έχουμε την υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία που συχνά οφείλεται σε σιδηροπενία και την μακροκυττάρωση που οφείλεται σε μεγαλοβλαστική αναιμία. Όμως υπάρχουν και πολλά άλλα μορφολογικά χαρακτηριστικά των ερυθρών, που βοηθούν στην διάγνωση τους, που σε συνδυασμό με μεταβολές στα λευκά αιμοσφαίρια και στα αιμοπετάλια, βοηθούν στον προσδιορισμό της διάγνωσης. Σε σπάνιες και δυσεπίλυτες καταστάσεις το μυελόγραμμα από τους Αιματολόγους μπορεί να βοηθήσει.

Η ανεύρεση, πολλές φορές τυχαία ή σε προληπτικό έλεγχο, μιας αναιμίας μπορεί να αποκρύπτει σοβαρό νόσημα που αν έγκαιρα αντιμετωπισθεί σώζεται η ζωή.

2.28. Αλλεργία

Η αλλεργία είναι μια αντίδραση υπερευαισθησίας απέναντι σε αβλαβείς γενικά ουσίες που λέγονται αλλεργιογόνα. Η υπερβολική αντίδραση αυτή του οργανισμού δημιουργείται από ειδικά κύτταρα και ειδικά αντισώματα.

Ως αλλεργιογόνα μπορούν να δράσουν ορισμένες τροφές, φάρμακα, σκιαγραφικές ουσίες, καλλυντικά, χρώματα, λουλούδια, σκόνες, τρίχες ζώων κλπ. Την πρώτη φορά που θα έλθει σε επαφή με το αλλεργιογόνο ο οργανισμός θα δημιουργήσει τα ειδικά αντισώματα Ε που θα καταλήξουν στους ει-

δικούς υποδοχείς των μαστοκυττάρων και τον βασεόφιλων κυττάρων. Όταν ο οργανισμός ξανασυναντήσει το ίδιο αλλεργιογόνο, τότε προκαλείται η υπεραντίδραση, που είναι μια γρήγορη αντίδραση και απελευθερώνονται από τα κύτταρα ουσίες, όπως η ισταμίνη που οδηγούν στο φτέρνισμα, στα εξανθήματα και τον κνησμό, αλλά και σπανιότερα σε καταπληξία (σοκ).

Τα πιο κοινά αλλεργιογόνα στην Ελλάδα είναι τα ακάρεα της σκόνης στο σπίτι μας, η γύρη, το περδικάκι στα χορτά, τρίχες ζώων, δηλητήρια μελισσών και σφηκών. Όσον αφορά τις τροφές τα πιο ισχυρά αλλεργιογόνα είναι τα γαλακτερά, τα οστρακοειδή, τα ψάρια και οι ξηροί καρποί. Όλα τα φάρμακα μπορούν να δράσουν ως αλλεργιογόνα συνθεστέρα βέβαια είναι η πενικιλίνη και τα παράγωγά της, οι σουλφοναμίδες κλπ.

Οι συνθεστέρες αλλεργικές παθήσεις είναι η ρινίτιδα, το άσθμα, η δερματίτιδα, η κνίδωση, το έκζεμα και η αναφυλαξία. Οι παθήσεις αυτές μπορούν να εμφανιστούν σε κάθε ηλικία, ενώ φαίνεται ότι η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο. Αν ο ένας γονέας πάσχει από αλλεργία ο κίνδυνος να παρουσιάσει το παιδί είναι περίπου 50% αν όμως είναι και οι δύο γονείς αλλεργικοί, τότε το ποσοστό φτάνει στο 70%. Μπορεί ο γονέας να έχει έκζεμα και το παιδί ρινίτιδα.

Η αναφυλαξία είναι μια οξεία αλλεργική αντίδραση που ο ασθενής παρουσιάζει αισθηση ζέστης, διάχυτη ερυθρότητα, εξανθήματα με φαγούρα, ζάλη, φτέρνισμα, δύσπνοια, εμετό και διάρροιες. Σε σοβαρές περιπτώσεις πέφτει η αρτηριακή πίεση, προκαλώντας απώλεια αισθήσεων και καταπληξία. Χρειάζεται άμεση ιατρική βοήθεια με αδρεναλίνη, αντιισταμικά, κορτικοειδή. Σε έκτακτη ανάγκη, όταν ο ασθενής γνωρίζει το πρόβλημα του και έχει προμηθευτεί την έτοιμη ενέσιμη αδρεναλίνη σε μορφή στείλεου, μπορεί άμεσα να το κάνει, ακόμη και μόνος του, στο μηρό του.

2.29. Κνησμός

Ο κνησμός (φαγούρα) είναι η επιθυμία για ξύσιμο που οφείλεται σε δερματικές παθήσεις, σε

συστηματικά νοσήματα αλλά και σε φάρμακα.

Οι δερματικές παθήσεις που συχνά προκαλούν κνησμό σε ηλικιωμένους είναι η ξηρότητα και η γήρανση του δέρματος, η ατοπική αλλά και η αλλεργική δερματίτιδα. Υπάρχει και η νευροδερματίτιδα με φαγούρα στους πέλχες, τις κνήμες και στη μεσοπλάτια περιοχή συνήθως. Δεν πρέπει να ξεχνούμε και τις φλεγμονώδεις δερματοπάθειες όπως το έκζεμα και τη ψωρίαση κ.α.

Η κνίδωση είναι η συχνότερη αλλεργική πάθηση του δέρματος με ερυθρότητα, πομφούς (πετάλες ή καντήλες) και κνησμό. Αγγειοοίδημα είναι το πρήξιμο σε ένα μέρος του σώματος, όπως τα χείλη, χωρίς κνίδωση. Μπορεί να είναι κληρονομικό αλλά και επίκτητο.

Τα συστηματικά νοσήματα που πρέπει πάντα να αποκλειστούν σε ένα χρόνιο κνησμό είναι η ουραιμία λόγω νεφρικής ανεπάρκειας, η χολόσταση με και χωρίς ίκτερο, τα παράσιτα, τα ενδοκρινικά και αιματολογικά νοσήματα, ορισμένες κακοήθειες κ.α.

Ο κνησμός μπορεί να συνδέεται με ένα συστηματικό νόσημα όταν είναι γενικευμένος, επίμονος και ανθεκτικός στην τοπική θεραπεία.

Τοπικά αίτια κνησμού όπως π.χ. στον πρωκτό μπορεί να παρατηρηθούν σε παρασιτώσεις, ιδιαιτερα σε παιδιά, σε αιμορροειδοπάθεια (όπως ο κνησμός από το κόκκινο κρασί), σε ραγάδες, σε κονδυλώματα αλλά και σε κακή υγιεινή.

2.30. Ξηροδερμία/ Υπεριδρωσία

Σε μερικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοβολίες μπορεί το δέρμα τους να κοκκινίσει, να ξεφλουδίζει και να εμφανίσει ξηροδερμία 3 βδομάδες μετά την θεραπεία.

Οι κλασσικές οδηγίες για τις περιπτώσεις αυτές είναι η αποφυγή των καυτών και των συχνών μπάνιων. Το δέρμα πρέπει να στεγνώνεται με μαλακή καθαρή πετσέτα χωρίς να την τρίβετε, να χρησιμοποιείτε ενυδατικές κρέμες και όχι οινόπνευμα ή προϊόντα που περιέχουν οινόπνευμα.

Ξηρότητα στο δέρμα μπορεί να έχουμε σε αρρύθμιστο σακχαρώδη διαβήτη, σε υπο-

θυρεοειδισμό, σε νεφρική ανεπάρκεια και σε καρκινώματα του δέρματος.

Η γνώμη των δερματολόγων είναι πάντα χρήσιμη.

Ο ιδρώτας χρειάζεται για την ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος. Η έκκριση του ιδρώτα από τους ιδρωτοποιούς αδένες επηρεάζεται από το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Η αύξηση της θερμοκρασίας στο περιβάλλον και το άγχος εντείνουν την έκκριση. Σε ένα ποσοστό 2% του πληθυσμού μπορεί να έχουμε υπέρμετρη παραγωγή ιδρώτα.

Όταν η παραγωγή του ιδρώτα αφορά όλο το σώμα, τούτο συνήθως είναι αποτέλεσμα μιας νοσηρής κατάστασης με πυρετό. Τα εμπύρετα νοσήματα μπορεί είναι πολλά και διαφορετικά, με συνηθέστερα τις λοιμώξεις, τις ρευματοπάθειες ή τα νεοπλάσματα. Άλλες παθολογικές καταστάσεις με υπερίδρωση παρατηρούνται σε περιπτώσεις υπογλυκαιμίας, στον υπερθυρεοειδισμό, σε καταστάσεις άγχους, στο οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, στο σύνδρομο στέρησης (ναρκωτικά, αλκοόλ) και άλλα.

2.31. Αιμωδίες

Οι αιμωδίες είναι το σύμπτωμα που συνήθως αποκαλούμε μούδιασμα. Οφείλεται είτε σε κακή οξυγόνωση των ιστών μιας περιοχής του σώματος είτε σε διαταραχή της αισθητικής νευρικής οδού.

Παροδική αιμωδία μπορεί να έχουμε στο έντονο κρύο ή αν εμποδίζεται η κυκλοφορία του αίματος σε μια περιοχή συνήθως στα άκρα που εύκολα παρέрχεται. Παροδικές αιμωδίες στα δάκτυλα έχουν οι ασθενείς με σύνδρομο Raynaud μετά από έκθεση στο ψύχος (τα δάκτυλα ασπρίζουν και μελανιάζουν).

Μόνιμες αιμωδίες που μπορεί στην αρχή να έχουν περιοδικότητα και να εξελίσσονται παρατηρούνται σε απομυελινωτικά νοσήματα όπως η πολλαπλή σκλήρυνση. Επίσης σε περιφερική νευρίτιδα που συνοδεύεται από αισθητικές διαταραχές (υπαισθησία ή παραισθησία) και έχουν κατανομή αντίστοιχη του νευρικού κλάδου που

έχει προσβληθεί. Σε αποφρακτική αρτηριακή νόσο, ανάλογα με την αρτηρία που προσβάλλεται και την περιοχή που έχει μειωμένη αιμάτωση.

Ορισμένα άτομα σε συνθήκες φόβου ή εντόνου στρες ή σε ασθενείς με υστερία, συνήθως γυναίκες, παρουσιάζονται μούδιασμα περιστοματικά και στα χέρια λόγω του υπεραερισμού από τις βαθιές και γρήγορες αναπνοές. Συγχρόνως εμφανίζουν αίσθημα ζάλης και ιδρώτες ενίοτε δε και σπασμούς στα χέρια (το χέρι μοιάζει με χέρι μαιευτήρα).

Σε άτομα με κρίσεις πανικού πρωταρχικό μας μέλημα είναι η ψυχραιμία και να καθησυχάσουμε τον πάσχοντα και το περιβάλλον. Σε καταστάσεις υπεραερισμού παροτρύνουμε τον ασθενή να αναπνεύσει μέσα από κλειστό κύκλωμα (π.χ. χαρτοσακούλα). Από την ταχύπνοια προκαλείται υποκαπνία, δηλαδή μείωση του CO₂. Αναπνέοντας μέσα από κλειστό κύκλωμα, επανεισπνέουμε το CO₂ που εκπνέουμε και έτσι διορθώνεται η ανωμαλία προσωρινά. Βέβαια μετά την αρχική αντιμετώπιση μιας κρίσης πανικού χρειάζεται και ψυχιατρική εκτίμηση και αντιμετώπιση.

Αιμωδίες συμμετρικές στα χέρια και στα πόδια οφείλονται σε περιφερική νευροπάθεια και αποτελούν σύμπτωμα πολλών νόσων. Μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια και να εκδηλώνεται με διαταραχή και άλλων αισθήσεων όπως στην αφή και στον πόνο κλπ. Τα μακρύτερα νεύρα στα χέρια και στα πόδια είναι πιο επιρρεπή σε βλάβες. Εμφανίζουν συχνά κατανομή των αιμωδιών και των αισθητικών διαταραχών σαν γάντι και σαν κάλσα.

Η περιφερική νευροπάθεια οφείλεται συχνότερα στο σακχαρώδη διαβήτη (30% των περιπτώσεων). Μπορεί όμως να οφείλεται σε κατάχρηση αλκοόλ, σε παρενέργειες φαρμάκων, στην ανεπάρκεια βιταμινών Β, σε έκθεση σε βαρέα μέταλλα π.χ. μόλυβδος. Επίσης σε αγγειίτιδες, σε απομυελινωτικά νοσήματα, στο σύνδρομο Quillen-Barre και σε βακτηριακές λοιμώξεις όπως η *Borrelia* που μεταδίδεται από τα τσιμπούρια (νόσος Lyme).

Πότε γενικά η αιμωδία χρειάζεται επείγουσα αντιμετώπιση;

- Όταν εμφανιστεί μετά από κάκωση κεφαλής ή της σπονδυλικής στήλης.
- Αν έχει αιφνίδια έναρξη και επιμένει.
- Αν αφορά ολόκληρο άνω ή κάτω άκρο ή ολόκληρο το ημιμόριο του σώματος.
- Αν συνυπάρχει πονοκέφαλος, ζάλη, διαταραχή ομιλίας και σύγχυση.

2.32. Διαταραχές στην Ούρηση

Πολυουρία

Η αποβολή >2-3 λίτρα ούρων την ημέρα χαρακτηρίζεται ως πολυουρία. Μπορεί να οφείλεται σε λήψη πολλών υγρών, σε λήψη διουρητικών φαρμάκων ή και βοτάνων, σε κατάχρηση καφέ και αλκοόλ αλλά και σε απορρόφηση του σακχάρου, σε αύξηση του σάβου, σε άποιο διαβήτη (ορμονική διαταραχή της αντιδιουρητικής ορμόνης). Επίσης παρατηρείται στην πολυουρική φάση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας που ακολουθεί την φάση της ολιγοουρίας ή/και ανουρίας.

Νυκτουρία

Διούρηση τη νύκτα κατά την περίοδο του ύπνου μπορεί να οφείλεται στα ίδια αίτια που αναφέρθηκαν παραπάνω για την πολυουρία, αλλά επίσης σε καρδιακή ανεπάρκεια όπως επιπλέον και σε υπερτροφία του προστάτη. Διαφέρει από την νυκτερινή ενούρηση των παιδιών.

Συχνουρία

Συχνουρία μπορεί να οφείλεται σε όλα τα αίτια που αναφέρθηκαν πιο πάνω γιατί πολλές φορές συνυπάρχει με την πολυουρία, αλλά και με τη νυκτουρία που οφείλεται σε υπερτροφία προστάτου. Αν η συχνουρία συνυπάρχει με δυσουρία, δηλαδή δυσκολία στην ούρηση και κάψιμο, τότε η πιθανή αιτία είναι η ουρολοίμωξη. Αν παρατηρείται και πυρετός τότε χρειάζεται προσοχή. Μπορεί να οφείλεται σε λοίμωξη στο ανώτερο

ουροποιητικό (νεφρά) και μπορεί να συνδυάζεται με πόνους στην μέση ή να οφείλεται στο κατώτερο ουροποιητικό, όπως στη κυστίτιδα (πόνος υπερηβικά, κάτω κοιλία), που παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες. Επίσης μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις ουρηθρίτιδας και προστατίτιδας στους άνδρες (πόνος στην κάτω κοιλία και στο περίνεο).

Πολλές φορές η συχνουρία συνδυάζεται με το αίσθημα της ατελούς κένωσης της ουροδόχου κύστεως που παρατηρείται τόσο σε παθήσεις του προστάτη όσο και σε παθήσεις της ουροδόχου κύστεως, σε περιπτώσεις λιθιάσεων ή νεοπλασμάτων αλλά και σε νευρολογικές παθήσεις (π.χ. βλάβες του αυτόνομου νευρικού συστήματος στο σακχαρώδη διαβήτη).

Το κεφάλαιο ολιγοουρία, ανουρία αναλύεται στο θέμα της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.

2.33. Οίδημα

Τα πρησμένα πόδια και οι αστράγαλοι είναι ένα καθημερινό πρόβλημα. Παρατηρείται συχνότερα σε ανθρώπους που στο επάγγελμα τους χρειάζονται ορθοστάσια (κουρεία, κομμωτήρια, χειρουργεία κλπ) και επιβαρύνεται ιδιαίτερα σε ζεστό περιβάλλον.

Το οίδημα δημιουργείται από την ανισορροπία που μπορεί να υπάρχει στα αγγεία (αρτηρίες, φλέβες, τριχοειδή) ανάμεσα στην υδροστατική πίεση και την κολλοειδωσμητική πίεση μέσα στα αγγεία. Η υδροστατική πίεση είναι η πίεση που ασκούν τα ρευστά (υγρά, αίμα) σε μια επιφάνεια (αγγειακό τοίχωμα). Η κολλοειδωσμητική πίεση αφορά την πίεση που ασκείται μέσα στο διάλυμα κυρίως από μεγάλα μόρια, όπως είναι τα λευκώματα που κυκλοφορούν στο πλάσμα του αίματος. Αν αυξηθεί η υδροστατική πίεση (καρδιακή ανεπάρκεια, στένωση ή απόφραξη φλεβών) ή μειωθεί η κολλοειδωσμητική πίεση (χαμηλά λευκώματα) δημιουργείται το πρήξιμο από την έξοδο υγρών από τα αγγεία στον ενδιάμεσο χώρο των ιστών και έτσι έχουμε το οίδημα με εντύπωμα (όταν ασκηθεί πίεση στο δέρμα αφήνει σημάδι). Πιο εύκολα φαίνεται το εντύπωμα του αρχόμενου οιδήματος αν ασκηθεί πίεση πάνω στην κνήμη, χαμηλά.

Η συνηθέστερη αιτία οίδηματος στα πόδια είναι η φλεβική ανεπάρκεια, που δημιουργεί συνήθως αμφοτερόπλευρο οίδημα με εντύπωμα. Υπάρχουν μερικά χαρακτηριστικά που το διαχωρίζουν από τα άλλα αίτια οίδηματος, όπως είναι η ανεύρεση κιρσών (διατεταμένες φλέβες), το καφέ ερυθρό δέρμα από την υπερπλασία των τριχοειδών, τις εξαγγειώσεις ερυθρών αιμοσφαιρίων, τις λιπονεκρώσεις και τις ουλές στο δέρμα και το υποδόριο λόγω στάσης και λίμνασης του αίματος.

Το πρήξιμο στα πόδια μπορεί επίσης να οφείλεται στην καρδιακή ανεπάρκεια που σχετίζεται με χρόνια πνευμονοπάθεια, με ενδιαφέρον κλινικό εύρημα τη διάταση των σφαγιτιδών φλεβών στον τράχηλο. Επίσης σε ηπατική ανεπάρκεια λόγω κίρρωσης με τη μειωμένη παραγωγή λευκωματινών, αλλά και από απώλεια λευκωμάτων λόγω παθήσεων του νεφρού (νεφρωσικό σύνδρομο) ή ακόμη από κακή απορρόφηση των τροφών από το έντερο (σύνδρομο δυσαπορρόφησης) ή και από αστία. Σπανίως αυτές οι παθολογικές καταστάσεις μπορούν να δημιουργήσουν γενικευμένο οίδημα, ασκίτη (ιδόγκωση της κοιλίας από υγρό) και οίδημα ανά σάρκα δηλαδή σε όλο το σώμα. Στους ηλικιωμένους που είναι κατάκοιτοι το οίδημα φαίνεται και ψηλαφάται στην οσφύ.

Εκτός από οίδημα στα άκρα από δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια λόγω πνευμονοπάθειας (λίμναση του αίματος στην περιφέρεια λόγω κακής αντλητικής λειτουργίας της καρδιάς) έχουμε και το πνευμονικό οίδημα από αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια (λίμναση αίματος στους πνεύμονες), που αποτελεί μια σοβαρή κατάσταση και συνήθως οφείλεται σε οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, στην αρρύθμιση υπέρταση κλπ.

Υπάρχει επίσης το λεμφικό οίδημα που διακρίνεται στο πρωτοπαθές και το δευτεροπαθές. Το πρωτοπαθές είναι συγγενούς αιτιολογίας, συνήθως σε γυναίκες νεαρής ηλικίας, λόγω απλασίας ή υποπλασίας των λεμφαγγείων. Το δευτεροπαθές μπορεί να οφείλεται σε τραύμα, φλεγμονή, νεοπλασίες, σε αφαίρεση ή σε καταστροφή των επιχώριων λεμφαδένων. Σύνηθες είναι το λεμφοίδημα άνω άκρου μετά από μαστεκτομή. Το λεμφοίδη-

μα γενικά στην αρχή αφήνει εντύπωμα με τον καιρό όμως παρατηρείται σκλήρυνση, ίνωση και μπορεί να εξελιχθεί σε ελεφαντίαση.

Σε εντοπισμένες οξείες φλεγμονές μπορούμε επίσης να παρατηρήσουμε τοπικά οίδημα που παρέχεται με την υποχώρηση της φλεγμονής. Υπάρχουν και άλλες περιπτώσεις τοπικών οιδημάτων όπως το οίδημα οπτικής θηλής στο μάτι, του εγκεφάλου κλπ.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το ετερόπλευρο οίδημα, συνήθως στα πόδια από οξεία θρομβοφλεβίτιδα, που χαρακτηρίζεται από πόνο, διόγκωση, ερυθρότητα είτε στην γαστροκνημία είτε σε όλο το άκρο, ανάλογα με τη θέση της φλεβικής απόφραξης. Ενδιαφέρον κλινικό σημείο αποτελεί η ευαισθησία με την πίεση στην γαστροκνημία όπως και η ευαισθησία στην ίδια περιοχή με την έκταση του άκρου ποδός. Η κατάσταση αυτή χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση με αντιπηκτικά και διαγνωστική προσέγγιση με υπερηχογράφημα. Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για πνευμονική εμβολή αν δεν γίνουν σωστοί χειρισμοί, γρήγορα.

2.34. Άγχος

Το άγχος είναι η πιο συχνή ψυχιατρική νόσος. Πολλοί άνθρωποι νοιώθουν σωματικά συμπτώματα που συνδέονται με το άγχος. Παρά την μεγάλη συχνότητά τους, δύσκολα αναγνωρίζεται η σχέση τους με το άγχος.

Τα κλασσικά συμπτώματα που συνδέονται με το άγχος είναι η ταραχή και η ανησυχία, η εύκολη κόπωση, η δυσκολία στην συγκέντρωση, η ευερεθιστότητα, η μυϊκή τάση και η αύπνια. Αν υπάρχουν 3 από αυτά τα συμπτώματα για περισσότερους από τους 6 μήνες τότε η διάγνωση του άγχους είναι ισχυρή.

Πολλά φάρμακα μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν εικόνα άγχους όπως τα κορτικοειδή, αμφεταμίνη, αμινοφυλλίνη, εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά, θυροξίνη, φαινυντοίνη, ατροπίνη, εφεδρίνη, ινσουλίνη, ισονιαζίδη, δακτυλίτιδα και τα νιτρώδη.

Ο πανικός είναι μια μορφή άγχους που αλλάζει την προσωπικότητα του ατόμου που μετατρέπεται σε παθητικό, εξαρτώμενο που αποσύρεται και κλείνεται στον εαυτό του. Η

κρίση πανικού κρατά συνήθως 20-30 λεπτά και πολλές φορές αφορά την έντονη ανησυχία για το θάνατο. Τα συμπτώματα που πανικού είναι η ταχυπαλμία, η ταχύπνοια, ο τρόμος, οι ιδρώτες, η ναυτία, το μούδιασμα και η ζάλη κλπ.

Το άγχος αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Φάρμακα εκλογής είναι τα νεότερα αντικαταθλιπτικά (SSRIs). Οι βενζοδιαζεπίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε σοβαρή κρίση άγχους στην αρχή αλλά μαζί με τα αντικαταθλιπτικά και προσδευτικά να μειωθούν και να αφαιρεθούν (6-12 εβδομάδες).

2.35. Τρόμος

Όταν εμφανιστούν κινήσεις του σώματος που δεν μπορούν να σταματήσουν με την θέληση του ατόμου τότε έχουμε τον τρόμο. Συνήθως είναι ρυθμικές κινήσεις στα χέρια αλλά μπορεί και στο κεφάλι που εξαφανίζονται στον ύπνο αλλά αυξάνονται σε συνθήκες έντονου άγχους.

Υπάρχουν διάφορα είδη τρόμου όπως ο τρόμος κατά την ηρεμία που συνήθως οφείλεται στην ν. Parkinson, τον τρόμο κατά την προσπάθεια που συνήθως σχετίζεται με τον ιδιοπαθή τρόπο όπως και τον τρόπο όταν το χέρι βρίσκεται σε παρατεταμένη θέση.

Βέβαια μπορεί να εμφανίσουμε τρόπο που παρέχεται όταν είμαστε αγχωμένοι, φοβισμένοι, πολύ κουρασμένοι και άυπνοι. Επίσης μετά από κατάχρηση αλκοόλ, καφέ και νικοτίνη αλλά και με την επίδραση διάφορων φαρμάκων όπως τα αντικαταθλιπτικά, το βαλπροϊκό νάτριο, τα βρογχοδιασταλτικά, θυροξίνη, αμιοδαρόνη κα.

Υπάρχουν πολλές παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν τρόπο εκτός από αυτές που προαναφέρθηκαν όπως διάφορες βλάβες του ΚΝΣ, ο υπερθυρεοειδισμός, η υποξυγοναιμία, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές κλπ.

2.36. Επιληπτική κρίση

Η κλασσική κρίση περιλαμβάνει τονικοκλονικές ανεξέλεγκτες κινήσεις μεγάλου τμήματος του σώματος με απώλεια συναι-

σθησης. Υπάρχουν και οι εστιακές κρίσεις με τρόπο μικρού μέρους του σώματος και επίπεδο συνείδησης ποικίλο. Τα επεισόδια κλασσικής κρίσης διαρκούν πάνω από 2 λεπτά και χρειάζονται οι πάσχοντες αρκετό χρόνο για να επιστρέψουν στο κανονικό ενώ οι εστιακές διαρκούν δευτερόλεπτα.

Τα επεισόδια μπορεί να οφείλονται σε αιτίες που διορθώνονται, όπως η υπογλυκαιμία, υπονατρία, υποασβεσταιμία, στέρηση οιοπνεύματος, ο πυρετός, αλλά και από αιτίες δευτεροπαθείς όπως εγκεφαλίτιδες, νεοπλάσματα πρωτοπαθή ή μεταστατικά, ΑΕΕ κλπ. Υπάρχουν βέβαια και μορφές όπως η επιληψία που είναι μια χρόνια διαταραχή με απρόκλητες επιληπτικές κρίσεις.

Η επιληπτική κρίση είναι μια επείγουσα κατάσταση που χρειάζεται έλεγχο και αντιμετώπιση. Επείγουσα κατάσταση είναι όταν διαρκεί η κρίση πάνω από 5 λεπτά ή αν συμβούν δυο επεισόδια στα 5 λεπτά. Κατ' αρχάς όταν συμβεί κρίση απομακρύνουμε άμεσα τα αντικείμενα που βρίσκονται κοντά στον άρρωστο για να μην τραυματιστεί. Μετά τους σπασμούς, αν το άτομο δεν έχει τις αισθήσεις του, τοποθετείται σε θέση ανάνηψης, πλάγια. Δεν πρέπει να προσπαθήσουμε να βάλουμε αντικείμενα στο στόμα, εκτός αν έχει πρόβλημα στην αναπνοή. Εξασφαλίζουμε την καλή αναπνοή και κυκλοφορία.

Φάρμακα πρώτης επιλογής είναι η λοραζεπάμη (π.χ. Tavor) ή άλλη βενζοδιαζεπίνη όπως και η διαζεπάμη (π.χ. Stedon). Αν δεν υπάρχει αποτέλεσμα, επαναλαμβάνεται η χορήγηση μετά από 10 λεπτά. Αν και πάλι δεν βελτιωθεί, χορηγούμε φαινυντοΐνη (π.χ. eranutin) ή βαρβιτουρικά, όπως η φαινοβαρβιτάλη (π.χ. gardenal).

Ο έλεγχος από νευρολόγο είναι επιβεβλημένος.

3. Προβλήματα υγείας με επείγοντα χαρακτήρα

3.1. Κοιλιακοί πόνοι - Οξεία χειρουργική κοιλία

Η κοιλιά είναι ο χώρος στο ανθρώπινο σώμα όπου βρίσκονται τα περισσότερα όργανα. Ο πόνος στην κοιλιά μπορεί να προέρχεται από όλα αυτά τα όργανα και οι κοιλιακοί πόνοι είναι μια σοβαρή πρόκληση για τον γιατρό που θέλει να βρει την σωστή διάγνωση.

Ο πόνος μπορεί να προέρχεται από οποιοδήποτε όργανο ακόμη και από όργανα εκτός κοιλίας λόγω των αντανakλάσεων, όπως όταν έχουμε πόνους στην κοιλιά από πνευμονία στη βάση του πνεύμονα, αλλά και πόνους στο επιγάστριο (άνω κοιλία) από κατώτερο έμφραγμα μυοκαρδίου.

Υπάρχουν πολλοί πόνοι που οφείλονται σε παθολογικά αίτια που αντιμετωπίζονται συντηρητικά και πόνοι που χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση.

Στις οξείες φλεγμονώδεις αντιδράσεις της κοιλιάς, ο πόνος αρχικά ως σπλαχνικός είναι βύθιος και ασαφής, στην συνέχεια όταν η φλεγμονή επεκταθεί στο περιτόναιο μεταβάλλεται σε οξύ και εντοπισμένο σωματικό

πόνος. Αντανakλαστικά προκαλείται σύσπαση των σκελετικών μυών που νευρώνονται από το ίδιο νευροτόμιο υπερκείμενα της φλεγμονής.

Το πιο ενδιαφέρον όμως πρώιμο κλινικό σημείο της οξείας χειρουργικής κοιλίας είναι το σημείο του περιτοναϊκού ερεθισμού που εκφράζεται πριν την σύσπαση της κοιλιάς. Η περιτοναϊκή φλεγμονή, κατά κανόνα, ενισχύεται με την διάταση ή την πίεση του περιτοναίου. Παρομοίως συμβαίνει με το βήχα ή το φάρνισμα όπου και επιτείνεται ο πόνος. Χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα αποτελεί η παλινδρομη ευαισθησία. Ασκείται ήπια εξελικτική πίεση στην περιοχή του πόνου από το χέρι του εξεταστή και ξαφνικά ανασπώμενο το χέρι εμφανίζεται έντονος πόνος. Ο ασθενής με περιτονίτιδα κάθετα συνήθως ακίνητος στο κρεβάτι με συσπασμένη κοιλία ενώ ο άρρωστος με κολικό περιστρέφεται συνεχώς.

Τα αίτια είναι πολλά. Στα παιδιά, το συχνότερο είναι η οξεία σκωληκοειδίτιδα. Σε ενήλικες, εκτός από σκωληκοειδίτιδα, έχουμε την οξεία χολοκυστίτιδα, την διάτρηση έλκους στομάχου και δωδεκαδακτύλου, την παγκρε-



ατίτιδα, τον ειλεό κλπ. Σε μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζονται προβλήματα αγγειακά (ανεύρυσμα, εμβολή μεσεντερίου αγγείου) αλλά και τα νεοπλασμάτα στομάχου και παχέος εντέρου.

Στο σημείο αυτό θα αναφερθούμε περιληπτικά στην έννοια κολικός - το είδος αυτό του πόνου στην κοιλιά που προέρχεται από κοίλα όργανα (έντερο, ουρητήρες, χοληφόρα). Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά έχει ο κολικός του εντέρου που είναι οξύς πόνος που αυξομειώνεται ανάλογα με την κίνηση του εντέρου, μπορεί να είναι ήπιος αλλά και έντονος. Ιδιαίτερα έντονος πόνος όμως είναι ο κολικός του νεφρού που εντοπίζεται συνήθως στην οσφύ και το πλάι της κοιλίας και αντανακλά στα γεννητικά όργανα. Ένας άλλος κλασσικός κολικός προέρχεται από τα χοληφόρα και εντοπίζεται στην δεξιά άνω κοιλία, στο υποχόνδριο, που μπορεί να αντανακλά στην μέση και στο σύστοιχο ώμο. Οι κολικοί στο νεφρό και τα χοληφόρα οφείλονται συνήθως σε λιθιάσεις και συνδυάζονται με ναυτία και εμέτους.

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα κλινικά σημεία είναι για τον κολικό του νεφρού το σημείο Giordano, με την ευαισθησία στην πλήξη της πάσχουσας περιοχής στην οσφύ και το σημείο Murphy, με ευαισθησία στην πίεση στο δεξιό υποχόνδριο σε χολοκυστοπάθειες.

Οι κολικοί μπορούν να αντιμετωπιστούν αρχικά και στο σπίτι με αναλγητικά (δικλοφαινάκη, παρακεταμόλη, τραμαδόλη) και σε δεύτερο χρόνο να γίνει έλεγχος συνήθως με υπερηχογράφημα. Η οξεία κοιλία, όμως, χρειάζεται άμεσα μεταφορά σε νοσοκομείο.

3.2. Οξεία Καρδιολογικά Προβλήματα/Έμφραγμα/Στηθάγχη

Υπάρχουν πολλά σοβαρά και επείγοντα προβλήματα που σχετίζονται με την καρδιακή λειτουργία και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση. Θα αναφερθούμε στα συχνότερα όπως είναι το οξύ έμφραγμα, η στηθάγχη, οι αρρυθμίες, η βραδυκαρδία, η ταχυκαρδία και η καρδιακή ανεπάρκεια.

Το έμφραγμα μυοκαρδίου παρουσιάζεται όταν περιοχές της καρδιάς δεν αιματώνονται. Στο τοίχωμα της καρδιάς υπάρχουν πολλά αγγεία για την αιμάτωσή του. Όταν στενέψουν ή αποφραχτούν δημιουργείται το πρόβλημα. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως με 9 εκ. θάνατοι, ενώ στην Ελλάδα καταγράφονται 7.000/έτος.

Όταν υπάρχει πλήρης απόφραξη της αρτηρίας έχουμε μόνιμη βλάβη σε τμήμα του καρδιακού μυός και τότε έχουμε το έμφραγμα.

Οι περισσότεροι ασθενείς με έμφραγμα νοιώθουν έντονο πόνο στο στήθος που ενίοτε αντανακλά στο λαιμό, τη γνάθο και στον αριστερό ώμο και χέρι. Μπορεί να συνοπάχει δύσπνοια και ναυτία, όπως και κρύος ιδρώτας. Η γρήγορη μεταφορά σε νοσοκομείο είναι καθοριστική για την επιβίωση. Μέχρι να έρθει ασθενοφόρο μπορείτε να δώσετε στον ασθενή ασπιρίνη 160-500mg στο στόμα να την μασήσει. Ο πόνος και η δύσπνοια μπορεί να αντιμετωπιστούν με οξυγόνο, οπιοειδή και νιτρώδη. Αν παρουσιαστεί ανακοπή χρειάζεται καρδιοαναπνευστική ανάταξη.

Στηθάγχη παρουσιάζουν συχνότερα οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (1,7/1) και εμφανίζεται όταν ο καρδιακός μυς έχει ανάγκη περισσότερο αίμα και οξυγόνο από αυτό που παρέχουν οι αρτηρίες λόγω στενώσεως ή σπασμών. Η σταθερή στηθάγχη συνήθως εμφανίζεται μετά από κόπωση, άγχος, μεγάλο γεύμα, έντονο κρύο και παρουσιάζεται με προκάρδιο πόνο, ανησυχία ή κάψιμο.

Ο πόνος στη στηθάγχη διαρκεί συνήθως 2-3 λεπτά και σπάνια μέχρι 15, ενώ του εμφράγματος >15 λεπτά. Συνήθως στηθάγχη παρουσιάζουν οι ασθενείς που γνωρίζουν ότι πάσχουν από στεφανιαία νόσο και την αντιμετωπίζουν με ανάπαυση και υπογλώσσια φάρμακα, τα νιτρώδη. Οι προκάρδιοι πόνοι μικρής διάρκειας δευτερολέπτων σπάνια σχετίζονται με στηθάγχη.

Υπάρχει και η ασταθής στηθάγχη που εμφανίζεται σε ηρεμία όπως και η αγγειοσυσπαστική μορφή η λεγόμενη Prinzmetal που εμφανίζεται σε νεότερες όμως ηλικίες που δεν έχουν τους κλασσικούς παράγοντες κινδύνου. Συνήθως εκδηλώνεται τις μεταμεσονύκτιες ώρες μέχρι το πρωί.

Πότε όμως ένας ασθενής με στηθάγχη πρέπει να αναζητά άμεση βοήθεια;

- Αν ο πόνος είναι ένα νέο σύμπτωμα, αν εμφανίζεται συχνά, αν δεν υποχωρεί με την ξεκούραση και τα νιτρώδη.

Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την στεφανιαία νόσο, την στηθάγχη και το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου αποτελούν το κάπνισμα, το αλκοόλ, η έλλειψη άσκησης, δυσλιπιδαιμία (αυξημένη χοληστερίνη ή/και τα τριγλυκερίδια), η υπέρταση, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και το στρες. Έχει απόλυτα τεκμηριωθεί ότι η σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση τους σώζει ζωές.

Κλασσικά φάρμακα πρώτης γραμμής για την στηθάγχη είναι τα νιτρώδη, οι β αποκλειστές και οι αναστολείς των διαύλων ασβεστίου.

3.3. Αρρυθμία/ Βραδυκαρδία/Ταχυκαρδία

Η καρδιά λειτουργεί σε φυσιολογικές συνθήκες ρυθμικά και σταθερά. Ο ρυθμός αυξομειώνεται ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού και κυμαίνεται φυσιολογικά από 60-100 παλμούς ανά λεπτό. Αν η λειτουργία δεν είναι ρυθμική έχουμε αρρυθμία και ο ασθενής συνήθως νοιώθει ένα ακανόνιστο κτύπο, το αίσθημα παλμών. Συχνά οι άνθρωποι νοιώθουν το φτερουγίσμα στην καρδιά, ενίοτε δε νοιώθουν να χάνονται παλμοί (αίσθημα κενού). Σε νέους και υγιείς τα φαινόμενα αυτά είναι παροδικά και αθώα και συνήθως σχετίζονται με καταχρήσεις καφέ, αλκοόλ και καπνίσματος. Μετά την διακοπή τους, παρέρχονται. Αν επιμείνουν, χρειάζονται έλεγχο. Σε μεγαλύτερες ηλικίες, αν οι αρρυθμίες συνοδεύονται με δύσπνοια ή ζάλη, τότε χρειάζεται διερεύνηση γιατί συχνά οφείλονται σε παθήσεις της καρδιάς.

Υπάρχουν αρρυθμίες που είναι ακίνδυνες αλλά και άλλες επικίνδυνες. Οι λεγόμενες υπερκοιλιακές έχουν συνήθως καλή πρόγνωση σε αντίθεση προς τις κοιλιακές. Χρειάζεται πάντα ηλεκτροκαρδιογράφημα και ανάλογα με τα ευρήματα περαιτέρω εξειδικευμένη έρευνα.

Η πιο συχνή αρρυθμία στους ηλικιωμένους είναι η κοιλιακή μαρμαρυγή που οφείλεται

σε πολλές αιτίες. Η συχνότητα της νόσου είναι 5% σε ηλικίες >65 χρονών και >10% σε άνω των 80 χρονών. Συνήθεις αιτίες είναι η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, οι βαλβιδοπάθειες και οι θυρεοειδοπάθειες. Σχετίζεται με την καθιστική ζωή και το μεγάλο σωματικό βάρος. Εκφράζεται με πολλές μορφές όπως η οξεία, η χρόνια και η παροξυσμική. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι με αυτή την αρρυθμία αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος για ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οπότε η σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση είναι καθοριστική.

Βραδυκαρδία έχουμε όταν η καρδιά παρουσιάζει <60 παλμούς ανά λεπτό. Όμως βραδυκαρδία ακόμη και με 50 παλμούς ανά λεπτό μπορεί να είναι φυσιολογική σε σωματικά δραστήρια άτομα και αθλητές. Την καρδιακή συχνότητα αποφεύγουμε να την αξιολογούμε στη διάρκεια του ύπνου, όπου ο ρυθμός φυσιολογικά μειώνεται ενίοτε κάτω από 50 σφύξεις/λεπτό. Αν η βραδυκαρδία συνδυάζεται με συμπτώματα όπως ζάλη, λιποθυμία, αδυναμία κλπ χρειάζεται αντιμετώπιση από τον καρδιολόγο. Η βραδυκαρδία μπορεί να οφείλεται σε φάρμακα, κυρίως β αναστολείς, διλιταζέμη κ.α. όπου απαιτείται μείωση της δόσολογίας ή και διακοπή του φαρμάκου. Επίσης ανευρίσκεται σε υποθυρεοειδισμό, υπερκαλιαιμία αλλά και σε διάφορα νοσήματα της καρδιάς, όπως η στεφανιαία νόσος κ.α.

Ως **ταχυκαρδία** ορίζεται όταν η καρδιακή συχνότητα είναι μεγαλύτερη από 100 ανά λεπτό. Μπορεί να διαπιστωθεί εύκολα από την ψηλάφηση του σφυγμού και την ταχυσφυγμία, όπως με την ακρόαση της καρδιάς και με το ΗΚΓ.

Υπάρχει φυσιολογική ταχυκαρδία όταν εκτελούμε μια φυσική δραστηριότητα ή όταν υπάρχει μια έντονη συγκίνηση ή σε περιπτώσεις κατάχρησης καφέ ή καπνίσματος.

Ταχυκαρδία μπορεί να έχουμε από παθολογικές καταστάσεις από καρδιακά και μη αίτια.

Τα μη καρδιακά αίτια είναι μια λοίμωξη με πυρετό, σε βαρεία αναιμία, σε υπερθυρεοειδισμό, σε μεγάλη αιμορραγία, σε αφυδάτωση, σε σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης, σε καταπληξία, σε αλλεργικό σοκ κλπ.

Όσο αφορά τα καρδιακά αίτια έχουμε τις ταχυαρρυθμίες με την υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, την κοιλιακή μαρμαρυγή κλπ. Επίσης στην καρδιακή ανεπάρκεια, την μυοκαρδίτιδα, πνευμονική εμβολή κλπ.

3.4. Καρδιακή ανεπάρκεια

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) είναι μια πάθηση όπου έχουμε μειωμένη παροχή αίματος της καρδιάς προς τους ιστούς. Παρατηρείται στο 1-2% του πληθυσμού. Αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο με κύρια συμπτώματα την δύσπνοια, το αίσθημα κόπωσης, την αδυναμία και τα οιδήματα κάτω άκρων. Αρχικά παρατηρείται δύσπνοια κατά την άσκηση αλλά σταδιακά εξελίσσεται και σε καταστάσεις ηρεμίας. Για παράδειγμα αρχικά η δύσπνοια παρουσιάζεται με την κόπωση και όσο επιδεινώνεται η ΚΑ εμφανίζεται η ορθόπνοια και η νυκτερινή δύσπνοια. Ορθόπνοια είναι η δύσπνοια που συμβαίνει στην ύπτια θέση και αναγκάζει τον ασθενή με ΚΑ να κοιμάται με πολλά μαξιλάρια ανασηκωμένος ή καθιστός.

Τα συνηθή αίτια της ΚΑ είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση, η στεφανιαία νόσος, οι βλάβες των βαλβίδων, η μυοκαρδιοπάθεια κλπ.

Η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια επείγουσα κατάσταση απειλητική για την ζωή που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Οι συχνότερες αιτίες απορρύθμισης των ασθενών με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια είναι η μη συμμόρφωση στη θεραπεία, η κακή διαίτα, οι αρρυθμίες, οι υπερτασικές κρίσεις, το οξύ έμφραγμα και οι λοιμώξεις.

Στην οξεία ΚΑ τοποθετούμε τον ασθενή σε καθιστή θέση, ελέγχουμε αναπνοές, σφύξεις, κορεσμό οξυγόνου, διούρηση, περιφερική αιμάτωση και θέτουμε ως στόχους την ανακούφιση των συμπτωμάτων, τη συστολική πίεση να είναι >90mmHg, και τον κορεσμό οξυγόνου >90%. Αν χρειάζεται και διαθέτουμε χορηγούμε οξυγόνο. Αν ο ασθενής είναι υπερφορτωμένος και έχει ζεστά άκρα με υπέρταση ή φυσιολογική πίεση και κατακράτηση υγρών χορηγούνται διουρητικά και αγγειοδιασταλτικά. Αν ο ασθενής έχει κρία άκρα και υγρά σημαίνει ότι η πίεση είναι <90mmHg και προσπαθούμε να την ανεβά-

σουμε με ινóτροπα ή/και αγγειοσυσπαστικά φάρμακα (στο νοσοκομείο) και μόνο όταν ανέβει η πίεση χορηγούνται τα διουρητικά. Η κατάσταση είναι επείγουσα και απαιτεί άμεση μεταφορά στο κοντινότερο ιατρικό κέντρο για πρώτες βοήθειες.

3.5. Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Σε έναν στους 4 ανθρώπους, κατά τη διάρκεια της ζωής τους, θα συμβεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Στην Ευρώπη εκδηλώνονται 1,8 εκατ. νέα περιστατικά με ΑΕΕ και 30.000 στην Ελλάδα. Τα ΑΕΕ αποτελούν την τρίτη κύρια αιτία θανάτου σε ανθρώπους άνω των 40 χρόνων και την κύρια αιτία αναπηρίας.

Προκαλούνται συνήθως από την απόφραξη αγγείου του εγκεφάλου, οπότε έχουμε το ισχαιμικό ΑΕΕ, που είναι και το συνηθέστερο είδος (80-85%), αλλά και από εγκεφαλική αιμορραγία. Ανάλογα με το σημείο βλάβης στον εγκέφαλο έχουμε και τα αντίστοιχα συμπτώματα όπως η διαταραχή στην ομιλία, στην κίνηση, στην αισθητικότητα κλπ.

Οι ασθενείς μπορούν να εμφανίσουν ποικίλα συμπτώματα όπως αιμωδία ή και αδυναμία ή παράλυση στην μια πλευρά του σώματος, στο πρόσωπο και τα άκρα, σύγχυση ή διαταραχή στην ομιλία, ίλιγγο, αστάθεια, δυσκολία στην βάδιση, επίμονη κεφαλαλγία αλλά και κώμα.

Το ΑΕΕ μπορεί να είναι παροδικό, μπορεί όμως να εξελίσσεται γρήγορα, οπότε πρέπει ο ασθενής άμεσα και ήρεμα να μεταφερθεί στο νοσοκομείο, προκειμένου να γίνει απεικόνιση με αξονική εγκεφάλου και να γίνει, εφόσον δύναται, γρήγορα η θεραπευτική παρέμβαση. Όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωση του ΑΕΕ (ισχαιμικό/αιμορραγικό) με αξονική τομογραφία τόσο πιο καλή η έκβαση με την ανάλογη αγωγή. Αν ο ασθενής μεταφερθεί σε νοσοκομείο και κατά πρότιμηση σε ειδικό τμήμα για εγκεφαλικά σε λιγότερο από 4 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων το αποτέλεσμα θα είναι το καλύτερο αφού υπάρχει πιθανότητα να πραγματοποιηθεί θρομβόλυση.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στους παράγοντες κινδύνου που είναι όμοιοι με αυτούς του εμφράγματος μυοκαρδίου (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, παχυσαρκία, κάπνισμα, κακή φυσική κατάσταση) και που η ρύθμισή τους έχει καθοριστική σημασία, τόσο για την πρόληψη, όσο και για την εξέλιξη του ΑΕΕ. Επίσης επιβάλλεται, στην περίπτωση των ισχαιμικών ΑΕΕ, η διερεύνηση για την ύπαρξη κολπικής μαρμαρυγής ή/και αθηρωμάτωσης καρωτίδων που είναι οι συνθεότερες αιτίες και η ανάλογη αντιμετώπιση με αντιπηκτικά ή αντι-αιμοπεταλιακά φάρμακα. Καθοριστική σημασία έχει η φυσική άσκηση. Έχει βρεθεί ότι σε ασθενείς που πέρασαν ΑΕΕ σε ηλικίες <75 χρόνων η άσκηση 10 ώρες την εβδομάδα μείωσε την θνησιμότητα κατά 80%.

Η εγκεφαλική αιμορραγία (10-15% των ΑΕΕ) σχετίζεται με την υπέρταση, με αγγειακές δυσπλασίες και την αμυλοειδική εκφύλιση των αγγείων λόγω ηλικίας, όπως επίσης και με τη λήψη αντιπηκτικών φαρμάκων. Συνήθως εμφανίζεται αιφνίδια με πονοκέφαλο, εμετό, αλλά και με αδυναμία στα άκρα, πτώση γωνίας του στόματος ή/και κώμα. Στην περίπτωση αιμορραγικού ΑΕΕ που λαμβάνει αντιπηκτικά φάρμακα τα διακόπτουμε και, αν χρειαστεί, χορηγούμε αντιδοτα.

Η αιφνίδια πτώση της αρτηριακής πίεσης στην οξεία φάση ενός ΑΕΕ μπορεί να επιδεινώσει τόσο τα συμπτώματα όσο και τη νευρολογική βλάβη. Στα οξέα ΑΕΕ, η ΑΠ θα πρέπει να ρυθμιστεί φαρμακευτικά εφόσον οι συστολικές και οι διαστολικές τιμές υπερβούν τα όρια των 220 mmHg και 120 mmHg, αντίστοιχα σε ασθενείς που δεν θα υποβληθούν σε θρομβόλυση. Στις καταστάσεις οξείας βλάβης οργάνου-στόχου όπως το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, το πνευμονικό οίδημα, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, η υπερτασική εγκεφαλοπάθεια και το διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής, στόχο θα πρέπει να αποτελεί η ελάττωση της ΑΠ κατά 10-15% της αρχικής τιμής. Στις περιπτώσεις ισχαιμικού ΑΕΕ που θα υποβληθεί σε θρομβόλυση, θα πρέπει να εφαρμοστεί αντι-υπερτασική αγωγή αν η ΣΑΠ >180 και/ή ΔΑΠ >105 mmHg.

Η διάκριση ενός πιθανού ΑΕΕ σε αιμορραγικό ή ισχαιμικό, αλλά και από άλλες οξείες νευρολογικές καταστάσεις, είναι δύσκολη τόσο στο σπίτι (προνοσοκομειακά) όσο και στο τμήμα των επειγόντων. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να έχει άμεσες επιπτώσεις στην επιλογή και εφαρμογή της υψηλού κινδύνου αγωγής όπως η θρομβόλυση. Η αρχική φάση αντιμετώπισης του ΑΕΕ πρέπει να εστιάζει στην εξασφάλιση της αεροφόρου οδού και του αερισμού, στην ταχεία εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης, στην αντίδραση και στην κινητικότητα των οφθαλμικών κορών και στην εκτίμηση του σακχάρου αίματος.

3.6. Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) θεωρείται η προοδευτική ή η απότομη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και η αδυναμία των νεφρών να επιτελέσουν το έργο τους που είναι η ισορροπία του ύδατος, των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας του σώματος. Οι ηλεκτρολύτες είναι μέταλλα με μικρό ηλεκτρικό φορτίο όπως το κάλλιο, το νάτριο, το μαγνήσιο, το ασβέστιο κ.α. που είναι απαραίτητα για τη σωστή λειτουργία των κυττάρων. Η ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας αποτελεί απαραίτητο ομοιοστατικό μηχανισμό για την διατήρηση της υγείας. Το pH του σώματος κυμαίνεται σε στενά πλαίσια. Κάθε εκτροπή του προς την οξέωση <7,35 ή την αλκάλωση >7,45 έχει επιπτώσεις στη φυσιολογική λειτουργία του σώματος. Οι αντιδράσεις των οξέων και των βάσεων συνήθως είναι αναστρέψιμες στο σώμα μας που έχει την ικανότητα να διορθώνει τις ανισορροπίες όταν υπάρχει σωστή θρεπτική και μεταβολική υποστήριξη. Εκτός από τη νεφρική λειτουργία για την ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας, καθοριστικό ρόλο έχουν οι πνεύμονες όπως και πολλά άλλα ρυθμιστικά συστήματα.

Οι νεφροί αποτελούν το φυσικό φίλτρο του σώματός μας. Καθαρίζουν 200 λίτρα αίματος την ημέρα και αποβάλλουν με τα ούρα ότι περιττό και επικίνδυνο υπάρχει. Οι νεφροί βέβαια εκτός από τον ρόλο του φίλτρου έχουν πολλούς μηχανισμούς ισορροπίας

ας με τις αναρροφήσεις και τις απεκκρίσεις ποικίλων μορίων και ηλεκτρολυτών στα σωληνάριά τους. Επίσης έχουν σημαντικό ρόλο στην αιμοποίηση με την ερυθροποιητίνη που παράγουν, στον μεταβολισμό του ασβεστίου και των οστών με την βιταμίνη D, όπως και στην ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης με την ρενίνη.

Η ONA μπορεί να δημιουργηθεί από πολλές αιτίες όπως τις προνεφρικές (καταπληξία, καρδιακή ανεπάρκεια), τις νεφρικές (από φλεγμονές, φάρμακα κλπ) και τις μετανεφρικές (απόφραξη).

Τα συχνότερα αίτια, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους, είναι η πτώση της αρτηριακής πίεσης και η μείωση της ροής του αίματος στα νεφρά από αιμορραγία, λοίμωξη (σηπτικό επεισόδιο), αφυδάτωση όπως και από καρδιακή ανεπάρκεια. Επίσης από απόφραξη της αποχέτευσης των ούρων από λίθους ή από διόγκωση του προστάτη (επίσχεση ούρων). Σημαντικό πρόβλημα παρουσιάζεται με πολλά νεφροτοξικά φάρμακα όπως είναι με τα αντιβιοτικά κυρίως οι αμινογλυκοσίδες, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, ορισμένα αντι-υπερτασικά όπως α-MEA (καπτοπρίλη), σκιαγραφικές ουσίες κ.α. Η φαρμακοθεραπεία στους ηλικιωμένους αποτελεί ιδιαίτερο και σημαντικό κεφάλαιο και πρέπει οι δόσεις των φαρμάκων να προσαρμόζονται στην ηλικία και την αναμενόμενη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και του μεταβολισμού τους.

Σε νεότερες ηλικίες η ONA μπορεί να οφείλεται σε οξεία σπειραματονεφρίτιδα (ορισμένα είδη στρεπτόκοκκων), σε αυτοάνοσα νοσήματα (ερυθριματώδης λύκος, αγγειίτιδες), σε οξεία πυελονεφρίτιδα κ.α.

Συνήθως στην ONA έχουμε μείωση των ούρων, οίδημα στα άκρα, ανορεξία και εξελικτικά μπορεί να έχουμε, ναυτία, κεφαλαλγία, υπέρταση, δύσπνοια κ.α. Η διαταραχή στη νεφρική λειτουργία διαπιστώνεται με τον προσδιορισμό και την αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης στο αίμα αλλά και με την γενική εξέταση ούρων. Για την πληρέστερη αξιολόγηση του ασθενούς βοηθά ιδιαίτερα το υπερηχογράφημα των νεφρών/ουρητήρων/ουροδόχου κύστεως.

Σε ηλικιωμένους έχει ιδιαίτερη σημασία η παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και η σωστή ρύθμισή της, η έγκαιρη ενυδάτωση και η χορήγηση υγρών αλλά και η παρακολούθηση της ποσότητας των ούρων (η τοποθέτηση ουροκαθετήρα βοηθάει στην ακριβή μέτρηση). Η μείωση των ούρων <500cc πρέπει να μας κινητοποιήσει για διορθώσεις και χορήγηση υγρών. Επίσης σε περίπτωση επίσχεσης ούρων σε ασθενή με σύγχυση ή κώμα πρέπει να ελέγχεται υπερηβικά η ύπαρξη διογκωμένης ουροδόχου κύστεως, και αν χρειάζεται, να τοποθετηθεί ουροκαθετήρας.

Αν βέβαια διαπιστωθεί ότι τα αίτια της ολιγοουρίας δεν είναι τα συνήθη (αφυδάτωση, επίσχεση, φάρμακα), που συχνά μπορούν να αντιμετωπιστούν στο σπίτι, τότε το πιθανότερο είναι ο ασθενής με ONA να χρειαστεί νοσοκομειακή υποστήριξη για να αντιμετωπιστούν τα πιο σοβαρά και σύνθετα προβλήματα όπως η καταπληξία, μια βαριά λοίμωξη, μια μεγάλη αιμορραγία κ.α.

3.7. Αναπνευστική Ανεπάρκεια/ Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια/Οξυμετρία

Η αναπνευστική ανεπάρκεια (ΑΑ) προκαλείται από την ανικανότητα των πνευμόνων να καλύψουν τις μεταβολικές απαιτήσεις του σώματος. Αυτό επιτυγχάνεται από την ανεπάρκεια της οξυγόνωσης των ιστών ή/και την ανεπάρκεια της ομοιοστασίας του CO₂. Το CO₂ προέρχεται από τις καύσεις και τον μεταβολισμό των τροφών στα κύτταρά μας και κυκλοφορεί στο αίμα για να αποβληθεί από τους πνεύμονες. Οι μεταβολές των αερίων οξυγόνου (O₂) και διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) με την αναπνοή αποτελούν καθοριστικό στοιχείο στην επιβίωση του ανθρώπου. Υπάρχουν βλάβες που προκαλούν υποξυγοναιμία με υποκαπνία (μειωμένο CO₂) π.χ. λόγω πνευμονίας ή πνευμονικής ίνωσης και βλάβες που προκαλούν υποξυγομαίμια με υπερκαπνία (αυξημένο CO₂) π.χ. σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Ο άνθρωπος οργανισμός αντέχει χωρίς φαγητό

και νερό για μέρες, χωρίς οξυγόνο όμως μόνο για 2-5 λεπτά.

Με την μέτρηση των αερίων αυτών στο αίμα μπορούμε να παρακολουθούμε την εξέλιξη και την πορεία ενός ασθενούς με ΑΑ. Η ΑΑ ορίζεται όταν οι μερικές πιέσεις που ανευρίσκονται στο αρτηριακό αίμα για το οξυγόνο είναι $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ και για το διοξείδιο του άνθρακα $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$. Η φυσιολογική πίεση του οξυγόνου είναι $> 85 \text{ mmHg}$. Μεταξύ του 60-85 έχουμε υποοξυγοναιμία.

Τα αίτια της ΑΑ είναι πολλά, όπως οι βλάβες στο αναπνευστικό κέντρο του εγκεφάλου λόγω καταστολής από ναρκωτικά και ηρεμιστικά φάρμακα, αλλά και από κακώσεις και νεοπλάσματα, από νοσήματα των πνευμόνων όπως το εμφύσημα, η χρόνια βρογχίτιδα, το άσθμα, η πνευμονία, η εμφύση κλπ. Επίσης είναι η πιο συχνή ΑΑ στα νοσοκομεία και κίνηση των πνευμόνων όπως ορισμένα νευρολογικά αλλά και από πλευριτίδα κ.α.

Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια μπορεί να οφείλεται σε καρδιακά αίτια (καρδιογενές πνευμονικό οίδημα) και σε μη καρδιογενή αίτια όπως είναι το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS). Το ARDS είναι η πιο συχνή ΑΑ στα νοσοκομεία και παρουσιάζει μεγάλη θνητότητα (35-50%). Σχετίζεται με φλεγμονώδη αντίδραση των πνευμόνων σε ποικίλα ερεθίσματα (λοιμώξεις, σήψη, κακώσεις, κ.α.). Η πιο συχνή αιτία για το ARDS είναι η πνευμονία και η σήψη.

Υπάρχουν 2 τύποι ΑΑ. Ο τύπος I που παρουσιάζει υποξαιμία και ο τύπος II που παρουσιάζει υπερκαπνία (αυξημένο CO_2). Στον τύπο II η υπερκαπνία παρουσιάζεται λόγω της ανεπάρκειας στον κυψελιδικό αερισμό και πάντα συνυπάρχει υποξυγοναιμία. Μπορεί να είναι οξεία αλλά και οξεία επιδείνωση χρόνιας νόσου.

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μια από τις πιο συχνές παθήσεις των πνευμόνων και αποτελεί την τρίτη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Σχετίζεται κυρίως με το κάπνισμα αλλά και σε πολύ μικρό ποσοστό με την ατμοσφαιρική ρύπανση. Οι δύο κλασσικοί τύποι της είναι το εμφύσημα και η χρόνια βρογχίτιδα. Οι ασθενείς με ΧΑΠ συνήθως παρουσιάζουν

χρόνιο βήχα, απόχρεμψη, συριγμό στην αναπνοή και εξελικτικά δύσπνοια, αδυναμία, εύκολη κόπωση κλπ. Πολλοί ασθενείς αν δεν αντιμετωπίσουν έγκαιρα τα προβλήματά τους με φαρμακευτική υποστήριξη καθίστανται ανάπηροι γιατί η νόσος εξελίσσεται σε χρόνια ΑΑ. Οι ασθενείς με σοβαρή νόσο μπορεί να χρειαστούν επιπλέον οξυγονοθεραπεία είτε περιοδικά είτε μόνιμα, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της ΑΑ είναι η κύανωση (μελανιασμένα χείλη, δάκτυλα, νύχια), η δύσπνοια, η υπνηλία, η εύκολη κόπωση, η αδυναμία, η σύγχυση και το κώμα. Αξίζει να τονιστεί ότι στους ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή αναιμία και ΑΑ δεν μπορεί να φανεί η κύανωση.

Αρκετά συχνά οι ασθενείς με ΧΑΠ παρά την θεραπεία τους μπορεί να απορρυθμιστούν από μια παρόξυνση. Ως παρόξυνση ορίζεται η επιδείνωση των συμπτωμάτων πέρα του συνθησμένου που απαιτεί προσαρμογή της φαρμακευτικής τους αγωγής. Οι περισσότερες (περίπου 80%) οφείλονται σε λοιμώξεις βακτηριακής αιτιολογίας (40-50%), ιογενούς αιτιολογίας (30-50%), σε άτυπα μικρόβια (5-10%), ενώ σε 10-20% των περιπτώσεων τα παθογόνα είναι πάνω από 2. Ως εκ τούτου οι ασθενείς με ΧΑΠ πρέπει να εμβολιάζονται έγκαιρα για γρίπη και πνευμονιόκοκκο αλλά και έναντι του κορονοϊού (SARS COV 2). Όταν η παρόξυνση αντιμετωπιστεί με επιτυχία στο σπίτι με προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής ή/και χορήγηση αντιβίωσης τότε ορίζεται ως ήπια/μέτρια. Σε αρκετές περιπτώσεις μια παρόξυνση οδηγεί τον ασθενή με ΧΑΠ στο νοσοκομείο ώστε να αντιμετωπιστεί σωστά (σοβαρή παρόξυνση). Οι σοβαρές, συνήθως, σχετίζονται με αναπνευστική ανεπάρκεια.

Οξυμετρία

Οι περισσότεροι ασθενείς και ιδιαίτερα οι πνευμονοπαθείς αλλά και οι καρδιοπαθείς διαθέτουν εκτός από το πιεσόμετρο και ένα οξύμετρο στο σπίτι. Το οξύμετρο ελέγχει με δυο ενδείξεις, τις σφύξεις και τον κορεσμό του οξυγόνου (CO_2 επί της %), δηλαδή την ποσότητα οξυγόνου που είναι δεσμευμένο στην αιμοσφαιρίνη που κυκλοφορεί στα μικρά τριχοειδή αγγεία του δακτύλου μας.

Φυσιολογικά ανευρίσκεται ο κορεσμός στο 94-100%. Τιμές <92% δηλώνουν υποξυγοναιμία. Τιμές 92-94% δηλώνουν ανησυχία και πιθανή υποξυγοναιμία.

Επειδή πλέον τα οξύμετρα κυκλοφορούν αρκετά πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι μπορεί να έχουμε λανθασμένα αποτελέσματα αν τα νύχια της ασθενούς είναι βαμμένα, αν είναι κρύα τα χέρια, αν έχουμε χαμηλή αρτηριακή πίεση ή αν έχει πέσει η μπαταρία. Σε κάθε περίπτωση αμφιβολίας ο ειδικός μπορεί να εκτιμήσει στο σπίτι την αναπνευστική λειτουργία του ασθενούς και εφόσον απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση τα αέρια αίματος στο νοσοκομείο.

3.8. Καταπληξία

Η κυκλοφοριακή καταπληξία ή σοκ (shock) είναι μια σοβαρή παθολογική κατάσταση απειλητική για την ζωή, όπου το καρδιοαγγειακό σύστημα αδυνατεί να εξασφαλίσει επαρκή ροή αίματος και οξυγόνου στους ιστούς και τα όργανα. Αν δεν αναστραφεί η κατάσταση αυτή έγκαιρα οδηγεί στο θάνατο.

Μπορεί να προκληθεί από πολλές αιτίες. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε την μεγάλη αιμορραγία και την απώλεια υγρών, τη δυσλειτουργία της καρδιάς, τη σοβαρή λοίμωξη με σήψη και τη σοβαρή αλλεργία.

Τα συμπτώματα συνήθως είναι κοινά για όλες τις αιτίες, με κύριο εύρημα την υπόταση δηλαδή την πτώση της αρτηριακής πίεσης (<90mm Hg η συστολική αρτηριακή πίεση ή μικρότερη κατά 40mmHg από την συνθησιμένη αρτηριακή πίεση σε χρόνιους υπερτασικούς), την μέση αρτηριακή πίεση <65mmHg ($MAP = (ΣΑΠ + 2ΔΑΠ) / 3$), την ταχυκαρδία, την ταχύπνοια, την ωχρότητα και την ψυχρότητα του δέρματος με περιφερική κύανωση, την διαταραχή στο επίπεδο συνείδησης (σύγχυση, διέγερση, άγχος, κώμα) και τη μείωση της ποσότητας των ούρων. Στη σηπτική καταπληξία το δέρμα μπορεί να είναι υπεραίμικο.

Όταν ο ασθενής έχει ενδείξεις καταπληξίας άμεσα πρέπει να κληθεί ασθενοφόρο και να μείνει ξαπλωμένος σε ζεστό περιβάλλον μέχρι να έλθει. Αν διαθέτουμε ενδοφλέβια

οδό για χορήγηση ορών γρήγορα βάζουμε φυσιολογικό ορό (N/S 0,9%) με στόχο να κρατήσουμε την αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα. Χορηγούμε οξυγόνο ώστε ο κορεσμός να είναι >95%. Τα αγγειοσυσπαστικά φάρμακα χορηγούνται στα νοσοκομεία (ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη).

3.9. Αιμορραγία

Είναι δυνατόν να έχουμε μικρές και μεγάλες αιμορραγίες με αντίστοιχες εκδηλώσεις στο σώμα μας. Οι αιμορραγίες μπορεί να οφείλονται σε προφανή αίτια όπως τα τραύματα, οι κακώσεις αλλά και σε άλλες, όπως οι φλεγμονές, ο καρκίνος και οι διαταραχές του μηχανισμού της πήξης. Στο μηχανισμό της αιμόστασης και του σχηματισμού του θρόμβου συμμετέχουν το αγγείο που συσπάται, τα αιμοπετάλια που κυκλοφορούν στο αίμα και συσσωρεύονται στη βλάβη και οι παράγοντες της πήξης (ποικίλα εξειδικευμένα πρωτεϊνικά μόρια που άλλοιλο-ενεργοποιούνται και παρμοιοιάζονται σαν καταρράκτης).

Αιμορραγία μπορεί να προκληθεί όταν επηρεαστεί τουλάχιστον ένα από τα παραπάνω 3, δηλαδή τα αγγεία (τραύματα, φλεγμονές), ο αριθμός ή/και η ποιότητα των αιμοπεταλίων (θρομβοπενία λόγω φαρμάκων, φλεγμονών, κακοηθειών) και οι παράγοντες της πήξης (συγγενείς ή επίκτητες βλάβες).

Οι αιμορραγικές κλινικές εκδηλώσεις στο δέρμα μπορεί να είναι οι εκχυμώσεις (μελανιές) και οι πετέχειες (ροζέ στρογγυλά στίγματα σαν κεφάλι καρφίτσας) από μικρό-αιμορραγίες.

Μια αιμορραγία από το αναπνευστικό σύστημα εκφράζεται με αιμόπτυση μικρή ή μεγάλη. Μπορεί να οφείλεται σε βρογχίτιδα αλλά και σε σοβαρότερες αιτίες όπως η φυματίωση, ο καρκίνος, οι βρογχεκτασίες, η πνευμονική εμβολή κλπ. Στην περίπτωση αιμοθώρακα (αίμα στον πλευρικό χώρο γύρω από τον πνεύμονα) έχουμε πόνο στο θώρακα και, ανάλογα με την ποσότητα του αίματος, μπορεί να παρουσιαστεί και δύσπνοια.

Η αιμορραγία από το ανώτερο γαστρεντερικό (ελκοπάθεια, κίρσοι οισοφάγου, καρκίνος κ.α.) αν είναι μεγάλη εκφράζεται με

αιματέμεση αν είναι μικρή με εμετούς σε χρώμα καφέ. Επίσης με κενώσεις μαύρες, μέλαινες αλλά και αιμορραγικές όταν είναι μεγαλύτερη η απώλεια αίματος. Μέλαινες κενώσεις μπορεί να έχουμε και σε χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου από το στόμα καθώς και σε ορισμένες τροφές όπως οι σουπιές με το μελάνι τους ή τα παντζάρια. Η αιμορραγία από το κατώτερο γαστρεντερικό σύστημα εκδηλώνεται με αιμορραγικές κενώσεις. Όταν το αίμα επαλείφει τα κόπρανα συνήθως οφείλεται σε αιμορροΐδες αλλιώς μπορεί να οφείλεται σε κοιλίτιδες, πολύποδες ή καρκινώματα. Γενικά πρέπει να γνωρίζουμε ότι σε κάθε περίπτωση αιμοπτύσεων ή αίματος στις κενώσεις επιβάλλεται ενδελεχής ιατρικός έλεγχος.

Η εσωτερική αιμορραγία στην κοιλία είτε από κάκωση ή από αυτόματη ρήξη οργάνων, είτε λόγω ρήξης ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής, μπορεί να εκφράζεται με πόνο στην κοιλία και στην οσφυ (μέση), με εκχυμώσεις στο δέρμα και αν είναι μεγάλη η απώλεια αίματος, με κλινικά σημεία καταπληξίας (υπόταση, ταχυκαρδία κλπ).

Όταν εμφανιστούν αιμορραγικές εκδηλώσεις χρειάζεται ιατρική βοήθεια και αν η απώλεια αίματος είναι μεγάλη χρειάζεται άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο.

3.10. Σήψη

Σήψη ονομάζουμε το σύνολο των μεταβολών του οργανισμού που επισυμβαίνουν σε μια έντονη φλεγμονώδη αντίδραση σε λοιμώδεις συνήθως αιτίες όπως από τα βακτήρια, τους ιούς και τα παράσιτα. Σύμφωνα με την Τρίτη Διεθνή Ομοφωνία Ορισμών της Σήψης (αποκαλούμενη Sepsis-3) ως σήψη ορίζεται η απειλητική για τη ζωή δυσλειτουργία οργάνων που προκαλείται από τη δυσανάλογη απόκριση του ξενιστή στη λοίμωξη.

Παρατηρείται πτώση της αρτηριακής πίεσης η οποία όταν είναι μη αναστρέψιμη προκαλείται πολυοργανική ανεπάρκεια και συχνά θάνατος. Σήψη παρατηρείται συχνότερα στα νοσοκομεία και ιδιαίτερα στις ΜΕΘ (75% των νοσηλευόμενων) με μεγάλη θνητότητα (20-50%), ιδιαίτερα από μικρόβια πολυανθεκτικά στα αντιβιοτικά.

Γενικευμένη φλεγμονώδης αντίδραση (SIRS) μπορεί να παρατηρηθεί και σε άλλες καταστάσεις όπως σε εκτεταμένα εγκαύματα, μεγάλες κακώσεις, πνευμονία, αλλεργίες κλπ.

Η κλινική εικόνα της σήψης χαρακτηρίζεται από πυρετό $>38^{\circ}\text{C}$ ή υποθερμία $<35^{\circ}\text{C}$, ταχυκαρδία >90 σφύξεις το λεπτό, ταχύπνοια >20 αναπνοές το λεπτό και εργαστηριακά ανευρίσκεται συχνά λευκοκυττάρωση $>12.000/\text{mm}$ με άωρα λευκοκύτταρα, όπως μπορεί και λευκοπενία $<4.000/\text{mm}$.

Υπάρχουν όμως και άλλα κριτήρια σήψης όπως η υπόταση $<100\text{mmHg}$, η ταχύπνοια >22 αναπνοές το λεπτό και διαταραχή του επιπέδου συνείδησης (σύγχυση, διέγερση, κώμα).

Η άμεση παραπομπή σε νοσοκομείο και η γρήγορη αντιμετώπιση με τη λήψη καλλιεργειών, με άμεση χορήγηση αντιβίωσης, με διόρθωση της υπότασης με ορούς και αγγειοσυσπαστικά φάρμακα μπορεί να σώσει τη ζωή του ασθενούς.

3.11. Κώμα

Το κώμα είναι μια σοβαρή παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την παραπεταμένη απώλεια της συνείδησης, της κινητικότητας και της αισθητικότητας, ενώ διατηρείται η αναπνοή και η κυκλοφορία. Υπάρχει το οξύ και το χρόνιο κώμα που οφείλονται σε ποικίλες αιτίες όπως νευρολογικές, μεταβολικές, αγγειακές, τοξικές, τραυματικές κλπ.

Ο ασθενής στο βαρύ κώμα δεν απαντά στις εντολές, δεν μιλά και δεν ανοίγει τα μάτια του σε ένα έντονο ερέθισμα ή πόνο. Συχνά όμως συναντάμε και ηπιότερες μορφές που χαρακτηρίζονται ως προ-κώμα. Σε αρκετές καταστάσεις όμως η άμεση παρέμβαση στο σπίτι μπορεί να σώσει τον ασθενή.

Αφού ελέγξουμε τα ζωτικά σημεία (σφύξεις, αναπνοή, θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση), αξιολογούμε το πρόβλημα ψυχραιμία. Αν είναι προφανή τα αίτια, και δεν μπορούμε να βοηθήσουμε στο σπίτι, καλούμε το ασθενοφόρο.

Πότε όμως είναι προφανή τα αίτια για μεταφορά σε νοσοκομείο; Σε βαρεία κάκωση,

σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σε μια σηπτική κατάσταση, σε κακοήγη υπέρταση, σε ένα χρόνιο νεφροπαθή ανουρικό, σε ένα κιρρωτικό, σε κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων τοξικών ουσιών ή φαρμάκων, σε ασθενή με ΧΑΠ και βαρεία υποξυγοναιμία και κυάνωση ή με υπερκαπνία με κατακόκκινο και ιδρωμένο δέρμα κλπ.

Τι μπορούμε να κάνουμε άμεσα για να βοηθήσουμε τον ασθενή μέχρι να έρθει βοήθεια

1. Εξασφαλίζουμε την αναπνοή και την κυκλοφορία αν είναι διαταραγμένες.

Αν αναπνέει τον βάζουμε σε στάση ανάντη-πλάγια θέση. Αν δεν αναπνέει χρειάζεται τεχνητή αναπνοή. Αν αναπνέει δύσκολα με μειωμένο κορεσμό οξυγόνου χορηγούμε ανάλογα οξυγόνο εφόσον διαθέτουμε. Αν δεν έχει σφυγμό χρειάζεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση με μαλάξεις. Μετρούμε την αρτηριακή πίεση και αν είναι χαμηλή τοποθετούμε ενδοφλεβίως ορό, κατά προτίμηση φυσιολογικό.

2. Αν υπάρχουν στοιχεία κατάχρησης αλκοόλ ή φαρμάκων κρατάμε τον ασθενή ξαπλωμένο στο πλάι για να μην πνιγεί από εμετούς. Πολλοί πεθαίνουν από εισροφές στον πνεύμονα. Αν δεν μπορεί να μεταφερθεί σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας, ο γιατρός μπορεί να τοποθετήσει ρινογαστρικό καθετήρα για πλύσεις στο σπίτι.

3. Μετράμε το σάκχαρο. Σε γνωστό διαβητικό ασθενή που ανευρίσκεται σε κώμα ιδρωμένος πιθανόν να έχει υπογλυκαιμία, τότε πρέπει να χορηγήσουμε άμεσα διάλυμα γλυκόζης, ζελέ ή καραμέλες με γλυκόζη. Η καθυστέρηση στην αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες. Αν μπορούμε να μετρήσουμε την γλυκόζη, μετράμε αρχικά και σε 15 λεπτά για επανεκτίμηση. Δεν χορηγούμε γλυκά, σοκολάτες που δεν περιέχουν ζάχαρη. Βέβαια αν είναι σε βαθύ κώμα και δεν μπορεί να καταπεί τοποθετούμε, αν έχουμε, ορό με γλυκόζη ενδοφλεβίως.

Αν αντίθετα ο διαβητικός ασθενής έχει υπεργλυκαιμία και κώμα με δέρμα στεγνό

και απόπνοια οξόνης (σαν ασετόν) μπορούμε άμεσα να χορηγήσουμε την ινσουλίνη του, εφόσον υπάρχει στο σπίτι, μέχρι να έρθει το ασθενοφόρο.

Η διατροφή στη ρύθμιση του σακχάρου στους διαβητικούς ασθενείς έχει ιδιαίτερη σημασία. Οι καταχρήσεις σε γλυκά απορυθμίζουν το σάκχαρο όπως και η ακατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, αλλά και η άσκοπη διακοπή της. Αν ο ασθενής δεν τρώει καλά και συνεχίζει την ίδια θεραπεία με αντιδιαβητικά φάρμακα ή ινσουλίνη είναι πιθανό να παρουσιάζει επεισόδια υπογλυκαιμιών.

4. Σε κιρρωτικούς ασθενείς που ανευρίσκονται σε κώμα και η μεταφορά τους καθυστερεί ή είναι δυσχερής μπορούμε άμεσα να τους βοηθήσουμε με υποκλυσμούς που τις πιο πολλές φορές βοηθούν και βγαίνουν από το κώμα.

Ιδιαίτερη αξία πάντοτε έχει η αιτία που προκάλεσε την απορρύθμιση και η προσπάθεια για την διόρθωσή τους. Όπως σε ένα διαβητικό έτσι και στον κιρρωτικό ασθενή καθοριστικό ρόλο απορρύθμισης έχουν η κακή διαίτα, η κακή θεραπεία και οι λοιμώξεις. Μια σημαντική παράμετρος επίσης που τους απορρυθμίζει είναι οι αιμορραγίες στο γαστρεντερικό σωλήνα (κιρσορραγία ή γαστρορραγία).

Στους κιρρωτικούς σε κάποια εξελικτική φάση της πορείας τους επιβάλλεται ο περιορισμός των πρωτεϊνικών τροφών (ζωικά προϊόντα κλπ), που αν δεν τηρηθεί μπορεί να οδηγήσει σε κώμα. Όπως και με τη μη σωστή τήρηση των οδηγιών, ιδιαίτερα στη χρήση των διουρητικών φαρμάκων στην περίοδο του ασκίτη. Λεπτές ισορροπίες που αν δεν τηρηθούν οι ιατρικές οδηγίες οδηγούν σε σοβαρά προβλήματα. Στην περίοδο του ασκίτη και της διουρητικής θεραπείας σημαντική και ουσιαστική λεπτομέρεια είναι να ζυγίζεται ο άρρωστος καθημερινά και να καταγράφει το βάρος του. Οι ημερήσιες μεταβολές δείχνουν με απλό τρόπο την απότομη κατακράτηση ή την απώλεια υγρών οπότε και πρέπει να ζητείται η ιατρική συνδρομή για την επίλυση του προβλήματος.

Ο Πόνος

Ελένη Μπούτζουκα



Εισαγωγή

Ο πόνος, όπως ορίστηκε από την IASP (International Association for the Study of Pain), είναι μια δυσάρεστη υποκειμενική αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης. Αποτελείται από δύο συνιστώσες, την αισθητική (φυσική) και τη συναισθηματική (ψυχολογική - υποκειμενική), σε δυναμική σχέση μεταξύ τους, η οποία ποικίλει και καθορίζει τη συμπεριφορά του ασθενή σε δεδομένη στιγμή. Σε οξύ πόνο προέχει η αισθητική συνιστώσα, ενώ στο χρόνιο πόνο ψυχολογικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, πνευματικοί και άλλοι παράγοντες συντελούν ώστε η συναισθηματική συνιστώσα να αποκτά μεγάλη σπουδαιότητα. Ο πόνος επομένως είναι μια ψυχοσωματική εμπειρία και αποτελεί υποκειμενικό βίωμα με επιπτώσεις σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου.

Οι παράγοντες που συνδέονται με τον πόνο είναι πολυάριθμοι και θα πρέπει όλοι να λαμβάνονται υπόψη στην αξιολόγησή του, ενώ η αποδοχή της περιγραφής που κάνει ο ασθενής αποτελεί βασικό παράγοντα για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του. Για την κατανόηση και την αντιμετώπιση του πόνου, αλλά και για λόγους επιστημονικής πληρότητας, είναι αναγκαία μια ολιστική - διεπιστημονική προσέγγισή του, όμως, η επίτευξη αυτού του στόχου είναι εξαιρετικά δύσκολη από ένα άτομο, όσο υψηλή κατάρτιση και αν διαθέτει.



Αξιολόγηση του πόνου

Ο πόνος ως μία σύνθετη, πολύπλοκη, πολυδιάστατη, υποκειμενική εμπειρία είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με ξεκάθαρα αντικειμενικά κριτήρια. Στην πράξη δεχόμαστε ότι ο ασθενής πονάει τόσο όσο ο ίδιος αισθάνεται και περιγράφει ότι πονάει. Η αξιολόγηση του βασίζεται στην αναζήτηση και σύνθεση πληροφοριών που προέρχονται από το ιστορικό του ασθενούς, την κλινική εξέταση και την εκτίμηση του πόνου με τις κατάλληλες κλίμακες μέτρησης, μονοδιάστατες ή πολυδιάστατες, ή με κλίμακες εξειδικευμένες σε συγκεκριμένες παθήσεις.

Οι **μονοδιάστατες κλίμακες εκτίμησης πόνου** είναι εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση μίας μόνο διάστασης, συνήθως της έντασής του. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες είναι:

A. Η οπτική αναλογική κλίμακα (Visual analogue scale, VAS)

Μετρά αξιόπιστα την ένταση του πόνου, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην έρευνα και στην κλινική πράξη, αποτελείται από μία ευθεία γραμμή, μήκους συνήθως 10cm, οριζόντιας ή κάθετης διάταξης και στα τελικά άκρα αυτής γράφονται οι λέξεις «καθόλου πόνος» και «ο χειρότερος πόνος που μπορεί κανείς να φανταστεί». Ο ασθενής καλείται να τοποθετήσει ένα σημάδι στο σημείο της γραμμής, που αντιπροσωπεύει καλύτερα την ένταση του πόνου του.

Visual Analogue Pain Scale



B. Η λεκτική περιγραφική (Verbal analogue scale, VRS)

Η λεκτική/περιγραφική κλίμακα αποτελεί παραλλαγή της κλίμακας οπτικής αναλογικής, με βασική διαφορά, το ότι διαθέτει διαστήματα τα οποία χαρακτηρίζονται από λεκτικούς χαρακτηρισμούς, μεταξύ των οποίων καλείται να επιλέξει ο ασθενής. Χρησιμοποιούνται από τέσσερα (4) έως έξι (6) επίθετα, για να περιγράψουν αυξανό-

μενα επίπεδα έντασης του πόνου (καθόλου πόνος, ήπιος, ενοχλητικός, βασανιστικός, φοβερός ή αβάστακτος πόνος).

Γ. Η αριθμητική αναλογική κλίμακα (Numeric scale, NRS)

Η αριθμητική κλίμακα 11 βαθμίδων, όπου το 0 αντιστοιχεί σε καθόλου πόνο και το 10 σε ισχυρότατο πόνο βοηθάει στην αξιολόγηση της θεραπείας. Μείωση της έντασης κατά 30% σύμφωνα με την κλίμακα αυτή ισοδυναμεί με σημαντική μείωση του πόνου και ως εκ τούτου με ανταπόκριση στη θεραπεία.

Δ. Η κλίμακα διαβάθμισης έκφρασης πόνου



Οι κλίμακες εκφράσεων πόνου αποτελούνται από μία σειρά διαδοχικών εικόνων, που απεικονίζουν διαφορετικές εκφράσεις προσώπου για τα διαφορετικά επίπεδα της έντασης του πόνου. Ο ασθενής καλείται να επιλέξει την έκφραση που αντιπροσωπεύει καλύτερα την ένταση του πόνου που βιώνει.

Οι **πολυδιάστατες κλίμακες εκτίμησης του πόνου** είναι εργαλεία αυτοεκτίμησης του ασθενούς που αξιολογούν περισσότερες από μία διαστάσεις του πόνου ταυτόχρονα, όπως η έντασή του, η εντόπισή του στο σώμα, η συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται και μας εφοδιάζουν με σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά του πόνου και τις επιδράσεις του στη γενικότερη λειτουργικότητα του ασθενούς στην καθημερινή του ζωή.

Κλίμακες εξειδικευμένες σε συγκεκριμένες παθήσεις

Εκτός από τις γενικές κλίμακες, εξειδικευμένες κλίμακες είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για πληθυσμούς ασθενών που πάσχουν από κάποια συγκεκριμένη πάθηση ή διαθέτουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Πλεονέκτημα των εν λόγω κλιμάκων

αποτελεί το ότι μπορούν να είναι πιο αποτελεσματικές από τις γενικές στη διάκριση των επιπέδων του πόνου και στην αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο ο ασθενής ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα χρήσης εξειδικευμένων κλιμάκων, αποτελεί η περίπτωση ύπαρξης νευροπαθητικού πόνου.

Ημερολόγιο του Πόνου (Pain Diary). Είναι χρήσιμο εργαλείο στην αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του πόνου και της καθημερινής δραστηριότητας. Ο πόνος αξιολογείται χρησιμοποιώντας την αριθμητική κλίμακα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, από το 0 μέχρι το 10, κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας (π.χ. το βάδισμα, την ορθοστάσια, το κάθισμα, μικρές εργασίες). Χρησιμοποιείται συχνότερα στο χρόνιο πόνο.

Ταξινόμηση του πόνου

Η ταξινόμηση του πόνου γίνεται συνήθως με βάση τη χρονική διάρκεια, την παθοφυσιολογία και την αιτιολογία του.

A. Με βάση τη χρονική διάρκεια, ο πόνος διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο, με σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο στην κλινική εικόνα και άρα και στην αντιμετώπιση.

Οξύς πόνος

Ο οξύς πόνος είναι η φυσιολογική, προβλεπόμενη απάντηση σε βλαπτικό, χημικό, θερμικό ή μηχανικό ερέθισμα. Οφείλεται σε διέγερση των υποδοχέων του πόνου από τραύμα, χειρουργική επέμβαση ή οξεία νόσο. **Θεωρείται σύμπτωμα και έχει προειδοποιητική και διαγνωστική αξία.** Έχει καθορισμένο χρόνο έναρξης και η διάρκειά του είναι περιορισμένη και προβλέψιμη. Συνοδεύεται από ανησυχία και κλινικά συμπτώματα συμπαθητικής διέγερσης όπως, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, υπέρταση, εφίδρωση, διαστολή της κόρης του οφθαλμού και χωρότητα. Η έντασή του εξαρτάται από την έκταση του ιστικού τραύματος, είναι εντονότερος τις πρώτες 24-72 ώρες και σταδιακά μειώνεται. Ως οξύς χαρακτηρίζεται ο πόνος που διαρκεί λιγότερο από 3 έως 6 μήνες. Η αντιμετώπισή του κατευθύνεται στη θεραπεία της οξείας νόσου ή της βλάβης που τον προκαλεί, με ή χωρίς βραχυπρόθεσμη χορήγηση αναλγητικών.

Χρόνιος πόνος

Χρόνιος χαρακτηρίζεται ο πόνος που εξακολουθεί να υπάρχει και μετά τον αναμενόμενο χρόνο αποδρομής της αιτίας που τον προκάλεσε, ή παρατείνεται περισσότερο από 3-6 μήνες από την αρχική προσβολή. Οφείλεται σε χρόνια, ενίοτε ανίατη, παθολογική διεργασία, είναι συνεχής και αυξάνει προοδευτικά. Η χρονιότητά του δημιουργεί μια κατάσταση φυσικής, συναισθηματικής, οικονομικής και κοινωνικής έντασης, που επηρεάζει τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του. Οι καταστάσεις αυτές επανατροφοδοτούν το σύστημα του πόνου και μειώνουν τον ουδό του. Διακρίνεται σε κακοήγη (καρκινικό πόνο) και μη κακοήγη. Ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί καμιά γνωστή σκοπιμότητα, είναι εξαιρετικά δύσκολος στην αντιμετώπισή του και χρειάζεται πολυπλήλ θεραπευτική προσέγγιση.

B. Με βάση την παθοφυσιολογία ο πόνος κατατάσσεται σε τρεις κύριες κατηγορίες: στον αλγαισθητικό πόνο, το νευροπαθητικό και το ψυχογενή.

Ο **αλγαισθητικός πόνος** είναι μια αναμενόμενη απάντηση σε επώδυνο ερέθισμα (βλάβη των ιστών), το οποίο ενεργοποιεί τους υποδοχείς του πόνου στην περιφέρεια και μεταβιβάζεται με κεντρομόλες ώσεις στο συνειδητό επίπεδο. **Διακρίνεται σε σωματικό και σπλαχνικό πόνο.**

Ο σωματικός πόνος είναι συνήθως καλά εντοπισμένος, οξύ διαξιφιστικός και αναπαράγεται με την κίνηση ή την πίεση του πάσχοντος ιστού ή περιοχής. Είναι επιφανειακός (δέρμα) ή βύθιος (περιτονίες, υπεζωκότας, περιτόναιο, μύες). Άγεται με τις Αδ και C ίνες και κατανέμεται στο σύστημα δερμοτόμιο. Τα φάρμακα που επιλέγονται για την αντιμετώπισή του είναι η παρακεταμόλη, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα ελαφρά οπιοειδή και τα ισχυρά οπιοειδή.

Ο σπλαχνικός πόνος άγεται κυρίως με τις C και λιγότερο με τις Αδ ίνες, είναι βύθιος, διάχυτος, συσφιγκτικός, συνεχής ή κωλικοειδής. Συνήθως αντανakλά στη μέση ή στην πλάτη, ανάλογα με το ύψος της βλάβης. Φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπισή του είναι τα ήπια και τα ισχυρά οπιοειδή.

Ο **νευροπαθητικός πόνος** προέρχεται από βλάβη ή δυσλειτουργία του Περιφερικού ή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ή και των δύο. Έχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα και δικούς του παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, που τον τοποθετούν σε ξεχωριστή νοσολογική οντότητα. Είναι συχνότερος απ' όσο έχει εκτιμηθεί και συνήθως είναι χρόνιος πόνος. Η βλάβη μπορεί να προέρχεται από: μικρόβιο ή ιό (π.χ. μεθερπητική νευραλγία), τραυματισμό ή πίεση νεύρου, χειρουργική επέμβαση (πόνος σε μέλος «φάντασμα» μετά από ακρωτηριασμούς), καρκινικός όγκος, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, εγκεφαλικό επεισόδιο, τοξικές ουσίες (χημειοθεραπεία, χρόνιος αλκοολισμός), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. διαβητική πολυνευροπάθεια), εκφυλιστικά νοσήματα (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας). Η συμπτωματολογία του είναι εξατομικευμένη, ιδιοσυγκρασιακή και απρόβλεπτη, ακόμη και σε ασθενείς με τις ίδιες οργανικές βλάβες.

Οι ασθενείς που υποφέρουν από νευροπαθητικό πόνο συνήθως παραπονιούνται για καυστικό άλγος, αιμωδία, μυϊκή αδυναμία, μούδιασμα, μυρμήγκιασμα ή διαξιφιστικό πόνο. Οι ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο εμφανίζουν συχνά διαταραχές του ύπνου, άγχος και κατάθλιψη, καταστάσεις που ενδέχεται να επιδεινώνουν ή μία την άλλη.

Η **διάγνωση** του **νευροπαθητικού πόνου** βασίζεται στο ιατρικό ιστορικό, τη φυσική εξέταση, τη νευρολογική εκτίμηση και την επαρκή εργαστηριακή διερεύνηση. Η επίμονη αλοδυνία και υπεραλγησία ακόμη και όταν οι ιστοί ιαθούν, είναι η απόδειξη ότι ο ασθενής υποφέρει από νευροπαθητικό πόνο.

Η **θεραπεία** του νευροπαθητικού πόνου πρέπει να επεκτείνεται πέραν του ελέγχου των συμπτωμάτων και στον υποκείμενο μηχανισμό, για καλύτερη αποτελεσματικότητα. Στόχος της αναλγητικής αγωγής είναι η ελάττωση του πόνου και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση αποτελεί πρώτης γραμμής θεραπεία του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, αλλά και οι παρεμβατικές τεχνικές και συμπληρωματικές θεραπείες όταν ενδείκνυνται, μόνες τους ή σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, μπορούν να βοηθήσουν.

Φάρμακα επιλογής είναι: τα αντιεπιληπτικά, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οπιοειδή αναλγητικά, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης - νοραδρεναλίνης, τοπικά επιθέματα ξυλοκαΐνης και καψαϊκίνης.

Κύριοι εκπρόσωποι των φαρμάκων πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου είναι η πρεγκαμπαλίνη και η γκαμπαπεντίνη, φάρμακα της κατηγορίας των αντιεπιληπτικών. Η πρεγκαμπαλίνη δεν παρουσιάζει αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, οι δε ανεπιθύμητες δράσεις της, είναι ήπιες ή μέτριας βαρύτητας και υποχωρούν σε 2-3 ημέρες, χρειάζεται όμως προσαρμογή της δοσολογίας της σε νευρική βλάβη. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως αμιτριπυλίνη, ιμιπραμίνη, νορτριπυλίνη, ευθύνονται για ορθοστατική υπόταση, διαταραχές καρδιακής αγωγιμότητας, ξηροστομία, κατακράτηση ούρων και δυσκοιλιότητα. Η ντουλοξετίνη της κατηγορίας «αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης - νορεπινεφρίνης (SNRI'S)», είναι καλά

ανεκτό φάρμακο και δεν παρουσιάζει ανεπιθύμητες δράσεις από το καρδιαγγειακό.

Τα οπιοειδή είναι φάρμακα δεύτερης γραμμής. Η τραμαδόλη είναι ασθενής, μ-αγωνιστής και αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης. Ο συνδυασμός αυτός της προσδίδει κλινική αποτελεσματικότητα για τον έλεγχο του νευροπαθητικού πόνου. Τα ισχυρά οπιοειδή (μορφίνη, οξυκοδόνη, φεντανίλη) δε συστήνονται ως πρώτης γραμμής θεραπεία στο χρόνιο νευροπαθητικό πόνο.

Το διαδερμικό επίθεμα καψαϊκίνης δρα στις αλγαισθητικές νευρικές απολήξεις της επώδυνης περιοχής και τους απευαισθητοποιεί. Συστήνεται για αντιμετώπιση του περιφερικού νευροπαθητικού πόνου. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα αναμένεται σε δύο εβδομάδες και διαρκεί 8-12 εβδομάδες. Η καψαϊκίνη 8% δεν παρουσιάζει συστηματικές αντιδράσεις. Θεωρείται ιδανικό φάρμακο για τον έλεγχο του νευροπαθητικού πόνου, ηλικιωμένων ατόμων με συνοσηρότητες και ανθεκτικότητα στα κεντρικώς δρώντα φάρμακα. Το τοπικό επίθεμα λιδοκαΐνης είναι αποτελεσματικό για τον έλεγχο συνδρόμων περιφερικού νευροπαθητικού πόνου. Δεν απορροφάται συστηματικά, οι δε ανεπιθύμητες δράσεις της είναι τοπικές και ήπιες βαρύτητας. Ενδείκνυται η εφαρμογή της σε περιοχές με σαφώς εντοπισμένη συμπτωματολογία νευροπαθητικού πόνου, καθώς και σε υπερήλικες με συνοσηρότητες και αδυναμία συμμόρφωσης.

Ψυχογενής πόνος

Αποτελεί αμφισβητούμενη από πολλούς οντότητα, αφού είναι σχεδόν αδύνατο να διαχωριστεί από το σωματικό πόνο. Δεν είναι σαφές αν οι ψυχολογικές διαταραχές είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα του πόνου. Ονομάζεται ψυχογενής όταν δεν διαπιστώνεται αιτιώδης οργανική βλάβη ή νευροανατομική συσχέτιση στη συμπτωματολογία του. Σε κάθε περίπτωση ο πόνος είναι ένδειξη απορρύθμισης του οργανισμού σε ένα ή περισσότερα επίπεδα και μέσα από αυτό το πρίσμα θα πρέπει να μελετηθεί.

Γ. Με βάση την αιτιολογία του ο πόνος κατατάσσεται σε μη καρκινικό (οξύ ή χρόνιο) και σε καρκινικό πόνο.

Ο **καρκινικός πόνος** είναι συνήθως σύνθετος. Μπορεί να είναι αλγαισθητικός, νευροπαθητικός ή ψυχογενής ή να συνυπάρχουν περισσότερα είδη ταυτόχρονα. Μπορεί να είναι οξύς, χρόνιος, χρόνιος με παροξύνσεις, περιστασιακός ή αυτόματος. Ο παροξυσμικός πόνος αποτελεί παροδική έξαρση επίμονου πόνου σε έδαφος σταθερού πόνου, ελεγχόμενου με συστηματική λήψη αναλγητικών. Οφείλεται πιθανά σε ανεπαρκή αναλγητική δοσολογία ή σε μεγάλα μεσοδιαστήματα μεταξύ των δόσεων. Ο περιστασιακός πόνος εμφανίζεται κάτω από προβλεπόμενες καταστάσεις (κίνηση, βήχας, μάσηση, κατάποση, αφόδευση). Ο αυτόματος πόνος εμφανίζεται αιφνிடώς άσχετα με τη δραστηριότητα. Ο πόνος οδηγεί τον ασθενή σε μειωμένη φυσική δραστηριότητα, σε υψηλότερα επίπεδα άγχους-κατάθλιψης και σε κακής ποιότητας ζωή.

Ως προς την αιτιολογία, ο καρκινικός πόνος μπορεί να προκαλείται από τον όγκο, από τη γενίκευση της νόσου ή να είναι συνέπεια της θεραπευτικής αγωγής. Προσταγλανδίνες, κυτταροκίνες και άλλοι φλεγμονώδεις μεσολαβητές εκκρίνονται από τα καρκινικά κύτταρα και προκαλούν διέγερση των αλγούποδοχών. Επίσης, η πίεση ή η διήθηση παρακείμενων ιστών και νευρών, η διάταση της κάψας οργάνων ή η απόφραξη - συστολή σπλάχνων από τον όγκο αποτελούν αιτίες πόνου. Ο πόνος που οφείλεται στη γενίκευση της νόσου προέρχεται κυρίως από παθολογικά κατάγματα οστών.

Η αντιστοίχια θεραπεία μπορεί να προκαλέσει στοματίτιδα, φλεβοθρόμβωση και νέκρωση ιστών, μετακτινική βλεννογονίτιδα, νευροπάθεια και μυελοπάθεια.

Το γεγονός ότι η αντίληψη του πόνου επηρεάζεται από σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και πνευματικούς παράγοντες, δικαιολογεί την πολυπλοκότητα του πόνου του καρκινοπαθούς και την υιοθέτηση του όρου «καθολικός πόνος». Για την αντιμετώπισή του θα πρέπει να αξιολογηθούν όλοι οι ανωτέρω παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν, προκαλούν φαύλο κύκλο, με συνέπεια την επιδείνωση του πόνου.

Αντιμετώπιση καρκινικού πόνου

Ο σκοπός της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου είναι η ανακούφιση του ασθενούς σε τέτοιο βαθμό, ώστε ο πόνος να μην παρεμβαίνει στην ικανότητά του να είναι λειτουργικός στην καθημερινότητα και να διατηρείται η ποιότητα της ζωής του. Βασικός παράγοντας είναι η αποδοχή της περιγραφής του πόνου που κάνει ο ασθενής. Χρειάζεται προσεκτική εξέταση και συνεκτίμηση όλων των στοιχείων (ιστορικό, φυσική εξέταση, εργαστηριακές εξετάσεις). Πρέπει να αξιολογείται κάθε είδος πόνου χωριστά. Η θεραπεία θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο τμήμα ενός πολυδύναμου σχεδίου ολιστικής φροντίδας και ανάλογη της πορείας της νόσου. Απαιτείται συνέχεια στη θεραπεία και συχνή επανεκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των χρησιμοποιούμενων θεραπευτικών σχημάτων.

Οι θεραπευτικές δυνατότητες, που έχουμε στη διάθεσή μας, περιλαμβάνουν τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου, φαρμακευτική προσέγγιση, επεμβατική προσέγγιση (αναισθησιολογική, νευροχειρουργική), μη φαρμακευτική - μη επεμβατική προσέγγιση (βελονισμός, TENS, φυσιοθεραπεία, ψυχοθεραπεία κ.λπ.) και παρηγορητική ανακουφιστική φροντίδα.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας του πόνου. Επεμβατικές τεχνικές απαιτούνται σε μικρό ποσοστό των ασθενών που δεν ανακουφίζονται διαφορετικά.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση βασίζεται σε μη οπιοειδή αναλγητικά, οπιοειδή αναλγητικά, συνοδά φάρμακα και προληπτικά φάρμακα. Ρυθμίζοντας τη φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να έχουμε υπόψη τους εξής κανόνες:

- Θα πρέπει να χορηγούμε επαρκή δόση φαρμάκου. Η τιτλοποίηση της δοσολογίας είναι διαφορετική για κάθε ασθενή.
- Η χορήγηση πρέπει να είναι συστηματική σε τακτά χρονικά διαστήματα και όχι επί πόνου, με προτίμηση σε σκευάσματα βραδείας αποδέσμευσης.
- Η αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου γίνεται με τη λήψη δόσης διάσωσης με σκευάσματα άμεσης απελευθέρωσης και ταχείας δράσης.

- Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για τις πιθανές παρενέργειες και πώς να τις αντιμετωπίζουν.
- Οι οδηγίες πρέπει να είναι πάντα γραπτές.
- Προτιμάται η χορήγηση από του στόματος, όπου αυτό είναι δυνατόν. Οι ενδομυϊκές ενέσεις θα πρέπει να αποφεύγονται.
- Υιοθετούμε κατά προτίμηση απλά αναλγητικά σχήματα.
- Επιδιώκουμε συχνούς επανελέγχους και τακτικές συνεδρίες επανεκτίμησης της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της θεραπείας.
- Τα φαρμακευτικά σχήματα, που χρησιμοποιούμε, θα πρέπει να βασίζονται στην αναλγητική κλίμακα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) η οποία παραμένει ο κύριος άξονας αντιμετώπισης του πόνου.

Αναλγητική κλίμακα του Π.Ο.Υ.

- Α.** Ο ήπιος πόνος αντιμετωπίζεται με ΜΗ ΟΠΙΟΕΙΔΗ + ΣΥΝΟΔΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
- Β.** Ο μέτριος πόνος αντιμετωπίζεται με ΑΣΘΕΝΗ ΟΠΙΟΕΙΔΗ + ΜΗ ΟΠΙΟΕΙΔΗ + ΣΥΝΟΔΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
- Γ.** Ο ισχυρός πόνος αντιμετωπίζεται με ΙΣΧΥΡΑ ΟΠΙΟΕΙΔΗ + ΜΗ ΟΠΙΟΕΙΔΗ + ΣΥΝΟΔΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Δ. Ο Ανθεκτικός πόνος αντιμετωπίζεται και με ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ.

Οι παρεμβατικές τεχνικές περιλαμβάνουν: νευρολύσεις (με αλκοόλη ή φαινόλη), θερμοπηξία με ραδιοσυχνότητες, νωτιαία χορήγηση οπιοειδών, εμφυτευμένους καθετήρες με αντλία για τη συνεχή χορήγηση αναλγητικών.

Τα μη οπιοειδή αναλγητικά περιλαμβάνουν το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, την παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ). Είναι αποτελεσματικά

στην ανακούφιση του ήπιου έως μέτριου πόνου. Έχουν δράση κυρίως περιφερική. Παρουσιάζουν συνεργική δράση με τα οπιοειδή. Εμφανίζουν φαινόμενο οροφής. Δεν προκαλούν ανοχή ή εξάρτηση. Τα ΜΣΑΦ χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην αντιμετώπιση κάθε χρόνιου πόνου. Οι κυριότερες παρενέργειες αφορούν το γαστρεντερικό σύστημα, τον πηκτικό μηχανισμό, τους νεφρούς και το κεντρικό νευρικό σύστημα (συνήθως ήπιες και παροδικές).

Τα οπιοειδή αναλγητικά αποτελούν τα βασικότερα φάρμακα για την αντιμετώπιση του μέτριου έως σοβαρού πόνου. Είναι αποτελεσματικά, τιτλοποιούνται εύκολα, με μια σχέση ωφέλειας - κινδύνου εξαιρετική. Παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ναυτία και δυσκοιλιότητα (οι πιο συχνές), έμετο, γαστρίτιδα, υπνηλία, σύγχυση (πιθανή ένδειξη για μείωση της δόσης), παραισθήσεις, καταστολή αναπνευστικού, ανοχή, σωματική και ψυχική εξάρτηση.

Η σωστή επιλογή οπιοειδούς βασίζεται στη φαρμακοδυναμική, στη φαρμακοκινητική, στο χρόνο ημίσειας ζωής, στην ισχύ και ισодυναμία του σκευάσματος, καθώς επίσης στην παθοφυσιολογία, στην ένταση, στα χαρακτηριστικά του πόνου και σε προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή. Τα οπιοειδή αναλγητικά χορηγούνται από όλες τις οδούς: διαβλεννογόνια (στοματικό & ρινικό βλεννογόνο), από το στόμα, από το ορθό, διαδερμικά, παρεντερικά (υποδόρια, ενδομυϊκά, ενδοφλέβια), ενδονηαία (επισκληρίδια, υπαραχνοειδώς), ενδοκεφαλικά (ενδοκοιλιακά), με χρήση καθετήρων και συσκευών συνεχούς ή ελεγχόμενης έγχυσης (PCA).

Κατά τη χρήση των οπιοειδών θα πρέπει να έχουμε υπόψη τα εξής: Η συγχορήγηση με συννοδά φάρμακα προκαλεί ενίσχυση της δράσης τους, (άρα απαιτείται μικρότερη δόση) και η πιθανότητα ανάπτυξης ανοχής είναι μικρότερη. Η δόση είναι όση χρειάζεται ο άρρωστος και δεν υπάρχει οροφή. Το μόνο περιορισμό αποτελούν οι παρενέργειες. Σε περίπτωση ανάγκης αύξησης δόσης, αυτή δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 30% της τελευταίας δόσης, ενώ η μείωση δόσης γίνεται σταδιακά, όχι πάνω από 20% της προηγούμενης. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση στη φάση της τιτλοποίησης.

λούθησης στη φάση της τιτλοποίησης.

Τα συννοδά φάρμακα είναι φάρμακα, που η πρωταρχική τους ένδειξη είναι άλλη από την αντιμετώπιση του πόνου. Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου, που δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στα παραδοσιακά αναλγητικά. Επιτρέπουν τη μείωση της δόσης των αναλγητικών, με επακόλουθο την ελάττωση των παρενεργειών καθώς και την αντιμετώπιση άλλων συμπτωμάτων. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα: αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά, κορτικοστεροειδή, τοπικά αναισθητικά, βενζοδιαζεπίνες, νευροληπτικά, ψυχοδιεγερτικά, αντισταμινικά, α2 αγωνιστές (κλονιδίνη), νιφεδιπίνη, κεταμίνη, μυοχαλαρωτικά, καλσιτονίνη, διφωσφονικά, ραδιοϊσότοπα και καψαϊκίνη.

Στα προληπτικά φάρμακα ανήκουν τα αντιεμετικά, τα υπακτικά και τα προστατευτικά του γαστρικού βλεννογόνου.

Ανακουφιστική ή Παρηγορητική φροντίδα

Σύμφωνα με τον ορισμό, τον οποίο δίνει ο Π.Ο.Υ. ανακουφιστική ή παρηγορητική φροντίδα είναι ένα είδος αντιμετώπισης και προσέγγισης της παροχής φροντίδας, που στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, που έρχονται αντιμέτωποι με ασθένειες απειλητικές για την ανθρώπινη ζωή, μέσω της πρόληψης και ανακούφισής τους.

Η ανακουφιστική φροντίδα απευθύνεται στον ασθενή του οποίου η κατάσταση της υγείας του είναι μη αναστρέψιμη, είτε γιατί βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου, ή επειδή η κατάσταση της υγείας του είναι μη αναστρέψιμη, συνεχώς επιδεινούμενη, με αμετάκλητη απώλεια των ζωτικών λειτουργιών του, ο δε θάνατος είναι βέβαιος και αναμένεται σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Στοχεύει στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο καθώς και από οποιοδήποτε άλλο σύμπτωμα τον κάνει να υποφέρει. Προσφέρεται στον ασθενή μια συνολική υποστήριξη, όχι μόνο σωματική αλλά και ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική. Ως εκ τούτου βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του

ασθενούς και της οικογένειάς του. Με κανένα τρόπο, ωστόσο, η ανακουφιστική αγωγή δεν στοχεύει στην επίσπευση του θανάτου. Αντιθέτως μάλιστα η ανακουφιστική φροντίδα, εκτός από την καθαρά συμπτωματική αγωγή ανακούφισης από τους πόνους συνδυάζει και θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και έτσι μπορεί τελικά να συμβάλει ακόμα και στην επιμήκυνση της ζωής του ασθενούς. Όλα τα παραπάνω επιτυγχάνονται με τη βοήθεια διεπιστημονικών ομάδων, που περιλαμβάνουν νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς, διαιτολόγους, φυσιοθεραπευτές και εθελοντές.

Τα πλεονεκτήματα της παρηγορητής φροντίδας γίνονται φανερά σε πολλαπλά επίπεδα. Σε ηθικό επίπεδο, προστατεύονται τα ατομικά δικαιώματα του ασθενούς, όπως της ζωής και της αξιοπρέπειας. Σε ψυχολογικό επίπεδο, ο ασθενής δεν βιώνει τη νόσο του, νιώθοντας εγκαταλελειμμένος σε ένα ψυχρό νοσοκομειακό περιβάλλον, δε νιώθει

ότι είναι βάρος στην κοινωνία και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Σε κοινωνικό επίπεδο, μέσω της οργάνωσης και εύρυθμης λειτουργίας δομών πρόνοιας και φροντίδας ασθενών, καθώς και της εκπαίδευσης στελεχών που θα απαρτίζουν τις ομάδες υποστήριξης, προωθείται η κοινωνική συνοχή.

Συμπέρασμα

Η ανακούφιση του πόνου είναι ανθρωπινό δικαίωμα και υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας. Η αναλγητική κλίμακα του Π.Ο.Υ. παραμένει ο κύριος άξονας αντιμετώπισης του. Συνήθως απαιτείται πολυδύναμη, πολυπαραγοντική προσέγγιση του ασθενούς.





Βιβλιογραφία

1. American Association of Nurse Anesthetists: Chronic Pain Management Guidelines. <https://www.aana.com>
2. American Academy of Family Physicians (AAFP): Chronic Pain Toolkit. <https://www.aaafp.org/family-physician/patient-care/care-resources/pain-management/aaafp-chronic-pain-management-toolkit.html>
3. Department of Veterans Affairs, Department of Defense: VA/DoD Clinical Practice Guideline for Opioid Therapy for Chronic Pain. Version 3.0 - 2017. https://www.oqp.med.va.gov/cpg/cot/ot_base.htm
4. National Cancer Institute (NCI): Taking Part in Clinical Trials: Cancer Prevention Studies <https://www.chid.nih.gov/ncichid/www.cancernet.nci.nih.gov>
5. Tompkins DA, Hobelmann JG, Comptonb P: Providing chronic pain management in the “Fifth Vital Sign” Era: Historical and treatment perspectives on a modern-day medical dilemma and Drug Alcohol Depend. HHS Public Access 2017;04(01), 173(Suppl1), S11-S21
6. Krebs EE, Lorenz KA, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Sutherland JM, Asch S, Kroenke K.: Development and Initial Validation of the PEG, a Three-item Scale Assessing Pain Intensity and Interference. JGIM, 2009; 24(6), 733-738.
7. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. Pain. 2019;160(1):28-37.
8. Treede R, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases (ICD-11). Pain. 2019;160(1):38-44.
9. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology 2010 Apr;112(4):810-33.
10. Perez j, Niburski k, Stoopler M, Ingelmo P. Telehealth and chronic pain management from rapid adaptation to long-term implementation in pain medicine: A narrative review. Pain Rep. 2021; 6(1): e912
11. Cornelius B. Caitlin B. et. al. Prevalence of Pain Management Techniques Among Adults With Chronic Pain in the United States, 2019. AMA Network Open. 2022;5(2):e2146697. doi:10.1001/jama.network.open.2021.46697
12. Guidance on the management of pain in older people Downloaded from https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/42/suppl_1/i1/9650.
13. Howe C. Cancer Pain in the Elderly: Patient Experience and Provider Treatment Arizon A Geriatrics Society 2009; 14:128-129.
14. Lucia G. Pain and aging. The emergence of a new subfield of pain research. The journal of pain 2009; 10:343.
15. Mercadante S, Arcuri E. Pharmacological management of cancer pain in the elderly. Drugs Aging 2007; 24:761-76.

Κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα υγείας - Νοσηλευτική διεργασία

Εύα Παγούνη



Εισαγωγή

Η κατ' οίκον νοσηλεία αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σπίτι από επαγγελματίες και μη φροντιστές, **με σκοπό τη διατήρηση, προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας των ατόμων/ ασθενών, βοηθώντας τους να αυξήσουν το επίπεδο αυτοφροντίδας και ανεξαρτησίας τους και περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της αρρώστιας.**

Πλέον γνωρίζουμε ότι η ανακουφιστική φροντίδα (ΑΦ) αφορά όχι μόνο την «τελική φροντίδα» των ασθενών, αλλά διευρύνεται στη φροντίδα ατόμων με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Περικλείει πρόσφατα διαγνωσθέντες από καρκίνο, άτομα με νευρολογικά νοσήματα, σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) ή χρόνιες παθήσεις του κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος. Η νέα προσέγγιση της ΑΦ, αλλάζει την έμφαση της θεραπευτικής προσπάθειας των επαγγελματιών υγείας από την ποσότητα της ζωής, στην ποιότητα της ζωής. Δυστυχώς, η εμπειρία δείχνει πως η νέα αυτή προσέγγιση δεν έχει πλήρως υιοθετηθεί στη χώρα μας, με αποτέλεσμα η ειλικρινής επικοινωνία, για τα επακόλουθα μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας και των θεραπευτικών της παρεμβάσεων, αρκετές φορές, να αναβάλλεται ή και να αγνοείται.

Στην κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα (ΑΦ) υγείας γίνεται προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με απειλητικές νόσους και των οικογενειών τους, μέσα στον οικείο χώρο του σπιτιού τους, διαμέσου της πρόληψης, αξιολόγησης και ανακούφισης του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων. Η παροχή της ΑΦ στο σπίτι είναι ευρύτερη από τις αρμοδιότητες ενός ατόμου και ενός επιστημονικού κλάδου και απαιτεί τη συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας υγείας.

Η φροντίδα είναι ολιστική, εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική και ο ασθενής/άτομο, ο φροντιστής και η οικογένεια αποτελούν το επίκεντρο και συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων (Cowley et al., 2015' Λάγιου 2013, 2014' Luker et al., 2012). Οι παρεμβάσεις που διενεργούνται αφορούν (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014):



- Την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (π.χ. πρόληψη κατακλίσεων)
- Τη θεραπεία και την αποκατάσταση (π.χ. μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος, φροντίδα ασθενούς με ΑΕΕ)
- Τη συμβουλευτική και εκπαίδευση (π.χ. διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, εκπαίδευση φροντιστή στη φροντίδα ατομικής υγιεινής του ασθενούς, συμβουλευτική για την προσωπική ασφάλεια του φροντιστή κατά τη φροντίδα κλινήρους ασθενούς κ.α.)
- Την υποστήριξη του ατόμου, της οικογένειας, του φροντιστή (π.χ. στο πένθος)
- Την προαγωγή της αυτοφροντίδας και αυτοδιαχείρισης (π.χ. φροντίδα στομίας, αυτοδιαχείριση στο σακχαρώδη διαβήτη, ΣΔ κ.α.)
- Γενική ανακουφιστική φροντίδα

1. Συντονισμός φροντίδας ασθενούς

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της φροντίδας υγείας, ως διαχειριστής φροντίδας και διαχειριστής περίπτωσης (care manager, case manager) με διπλούς αποδέκτες:

- 1) Το άτομο, την οικογένεια, την κοινότητα
- 2) Την ομάδα, την υπηρεσία, το σύστημα υγείας.

Οι νοσηλευτές έχουν το πλεονέκτημα του υψηλού βαθμού ανάληψης πρωτοβουλιών και την υπευθυνότητα να αλληλοεπιδρούν

πολυδιάστατα. Πολύ σημαντικό και καίριο ρόλο στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα σε ασθενή και νοσηλευτή παίζει η ειλικρινής, συνεπής και ουσιαστική επικοινωνία και αλληλεπίδραση μεταξύ τους, η οποία οδηγεί εν δυνάμει και στην αναγνώριση του έργου του νοσηλευτή. Επιπλέον, η αναγνώριση του έργου του από τους ασθενείς, ωθεί τον νοσηλευτή στη βελτίωση της απόδοσής του αλλά και τη μείωση της επαγγελματικής κόπωσης, καθώς η ηθική επιβράβευση αποτελεί κίνητρο. Η αναγνώριση του νοσηλευτικού έργου και η ικανοποίηση των ασθενών θα λέγαμε ότι αποτελούν συγκοινωνούντα δοχεία.

Αναμφίβολα όμως, απαραίτητη προϋπόθεση για τη σύσταση ενός πιο συντονισμένου και αποτελεσματικού σχεδίου παροχής φροντίδας υγείας, είναι η ύπαρξη αποτελεσματικών, αποδοτικών και υψηλής ποιότητας, **διεπιστημονικών ομάδων υγείας**. Μάλιστα, σήμερα, σε μια περίοδο με έντονη κοινωνικοοικονομική κρίση, εκείνοι που πλήττονται περισσότερο, είναι ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα, με χρόνια νοσήματα, ψυχικές διαταραχές και με δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ενώ φαίνεται να χρήζουν πολύπλευρης αντιμετώπισης από ένα ευρύτερο φάσμα επαγγελματιών υγείας (Chan et al., 2011). Η ομάδα αυτή αποτελείται συνήθως από: την νοσηλευτική ομάδα (νοσηλεύτες, βοηθοί νοσηλευτών), την ιατρική ομάδα (γενικοί, παθολόγοι, γιατροί άλλων ειδικοτήτων), την ψυχολογική ομάδα (ψυχολόγοι, ψυχοθεραπευτές), τη θεραπευτική ομάδα (ψυχοθεραπευτές, εργοθεραπευτές κ.α.), την κοινωνική ομάδα (κοινωνικοί λειτουργοί), την πνευματική ομάδα (ιερείς, πνευματικοί σύμβουλοι). Καθοριστικό ρόλο έχουν και οι οικογενειακοί φροντιστές (συγγενείς, φίλοι, γείτονες) όπως σημαντικό ρόλο έχει και το υποστηρικτικό προσωπικό (διοικητικοί, οδηγοί, εθελοντές).

Η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης των ατόμων/ασθενών που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα επισημαίνεται στα διαφορετικά μοντέλα διεπιστημονικής ομάδας (σύνθεση, λειτουργία και προσέγγιση) με επιβεβαιωμένη αποτελεσματικότητα με συγκριτικές μελέτες. Τα πλεονεκτήματα αφορούν την αύξηση της ικανοποίησης των ατόμων/ασθενών και φροντιστών, την αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών και τη μείωση του κόστους που σχετίζεται με τη μείωση των ημερών νοσηλείας σε ιδρύματα (nursing homes) ή νοσοκομεία (Curry & Hollis, 2002).

Όπως αναφέρθηκε η κατ' οίκον παρεχόμενη ανακουφιστική φροντίδα υγείας είναι εξατομικευμένη, δηλαδή τα απαιτούμενα καθήκοντα φροντίδας ποικίλουν ανάλογα με τον ασθενή και εξαρτώνται από: τα χαρακτηριστικά του ατόμου (ηλικία, φύλο, περιβάλλον, ατομικό ιστορικό, γενετική και πολιτισμική κληρονομιά και χρονική πορεία

νόσου), τις ανάγκες- προτεραιότητες ασθενή/οικογένειας, το πλαίσιο παροχής φροντίδας (χώρος, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο), διαθέσιμους και μη διαθέσιμους πόρους και από κοινού συμφωνημένους επικτούς στόχους. Ακριβώς εδώ αναδεικνύεται και ο ρόλος του νοσηλευτή στο συντονισμό της φροντίδας, ως διαχειριστής περίπτωσης (case manager).

Ο διαχειριστής φροντίδας, ενεργώντας και ως συντονιστής φροντίδας, επισκέπτεται τον ασθενή στο σπίτι, διενεργεί πολυδιάστατη αξιολόγηση, διατυπώνει διάγνωση, προσδιορίζει εμπόδια στην παροχή της φροντίδας, βοηθά στην αναγνώριση των συμπτωμάτων, εκπαιδεύει, θέτει μακροχρόνιους στόχους, συντονίζει το σχέδιο φροντίδας, μειώνει το κόστος φροντίδας (Herleman, 2008). Τα μέλη της ομάδας, τα οποία οφείλουν να συνεδριάζουν σε τακτά χρονικά διαστήματα, ενημερώνονται, αξιολογούν την κατάσταση του ασθενούς, την απάντησή του στη θεραπεία, διενεργούν τις παρεμβάσεις τους και στη συνέχεια το σχέδιο φροντίδας μπορεί να τροποποιηθεί, ανάλογα με την κατάστασή του και τις συστάσεις των μελών. Ο νοσηλευτής σε αυτήν τη συνεργασία μπορεί να λαμβάνει ρόλους και να επιτελεί δεξιότητες όπως η παροχή άμεσης φροντίδας (αξιολόγηση, παρεμβάσεις, εκπαίδευση ατόμου/οικογένειας κ.α.), έμμεσης φροντίδας (επίβλεψη βοηθητικού προσωπικού, παραπομπές, συμβουλευτική, διοικητικό έργο κ.α.).

Η διαχείριση περίπτωσης περιγράφεται ως μια διαδικασία συνεργασίας, η οποία εκτιμά, σχεδιάζει, εφαρμόζει, συντονίζει, παρακολουθεί και αξιολογεί τις επιλογές και τις υπηρεσίες ώστε να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες υγείας των ατόμων χρησιμοποιώντας διαθέσιμους πόρους για να προαχθεί η ποιότητα και η οικονομικά αποδοτική έκβαση (CMSA, 2010).

2. Νοσηλευτική διεργασία

Στη νοσηλευτική, η διαχείριση περίπτωσης απλά θα λέγαμε ότι περιλαμβάνει την ακριβή αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και της οικογένειας, την ανάπτυξη του σχεδίου φροντίδας, το συντονισμό των υπηρεσιών

και την παρακολούθηση της ποιότητας φροντίδας (Herleman, 2008).

Τα στάδια είναι ανάλογα με αυτά της νοσηλευτικής διεργασίας, και περιλαμβάνουν:

1. Αξιολόγηση ασθενούς/υποστηρικτικού περιβάλλοντος.
2. Διατύπωση νοσηλευτικών διαγνώσεων.
3. Σχεδιασμός και προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Παρεμβάσεις.
5. Επαναξιολόγηση φροντίδας.

Με απλά λόγια, η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική, επικεντρωμένη στον ασθενή, προσανατολισμένη σε στόχους, μέθοδος φροντίδας που παρέχει το πλαίσιο για την νοσηλευτική άσκηση. Τα στάδια της δεν είναι απολύτως διακριτά, αλλά αποτελούν μέρη ενός συνόλου. Χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν ανάγκες, να θέσουν προτεραιότητες φροντίδας, να μεγιστοποιήσουν τις δυνατότητες και να αναλύσουν τις πραγματικές ή ενδεχόμενες αλλαγές στις ανθρωπίνες αντιδράσεις στην υγεία και στην ασθένεια, προάγοντας έτσι την ευεξία στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο για κάθε ασθενή. Η διεργασία είναι αναπόσπαστο στοιχείο κάθε θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή - ασθενούς και το αποτέλεσμα της είναι η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

2.1. Αξιολόγηση ασθενούς/υποστηρικτικού περιβάλλοντος

Η αξιολόγηση, το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι η συστηματική και συνεχής συλλογή δεδομένων που αφορούν τον ασθενή, η επιβεβαίωση της εγκυρότητάς τους και η μετάδοσή τους σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι αξιολογείται τόσο ο ίδιος ο ασθενής, όσο και το υποστηρικτικό του περιβάλλον. Επιπλέον, τα δεδομένα που συλλέγονται κατά την αξιολόγηση μπορούν να ομαδοποιηθούν ως υποκειμενικά και αντικειμενικά. Τα υποκει-

μενικά δεδομένα αντανakλούν την εμπειρία του ασθενούς και περιλαμβάνουν σκέψεις, αξίες, αισθήματα, συναισθήματα και αντιλήψεις, ενώ τα αντικειμενικά δεδομένα είναι εμφανή και μετρήσιμα.

Η ικανότητα ορθής αξιολόγησης του ασθενούς αποτελεί σημαντικό προσόν του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας. Ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει δεξιότητες όχι μόνο για την αντικειμενική αλλά και για τη ψυχολογική, την κοινωνικοοικονομική, την περιβαλλοντική, την πνευματική και την πολιτισμική αξιολόγηση. Οι περισσότερες από τις αρχικές εκτιμήσεις πραγματοποιούνται κατά την πρώτη κατ' οίκον επίσκεψη. Η αξιολόγηση φυσικά συνεχίζεται στις επόμενες επισκέψεις, όπου ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί διάφορες δεξιότητες για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων. Όπως προαναφέρθηκε, εκτός από την αξιολόγηση του ασθενούς, αξιολογείται και η οικογένεια - υποστηρικτικό περιβάλλον, λαμβάνοντας υπόψη το διαφορετικό ρόλο που παίζει κάθε μέλος της και τον τρόπο με τον οποίο συνεισφέρει στην κατάσταση υγείας του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής προσδιορίζει εάν ο ασθενής και η οικογένεια κατανοούν και συμφωνούν με το πρόγραμμα της φροντίδας. Επίσης είναι σημαντικό να προσδιοριστεί αν τα μέλη της οικογένειας κατανοούν τις παρεχόμενες οδηγίες και αν είναι ικανοί να παρέχουν φροντίδα. Οι νοσηλευτές της κατ' οίκον φροντίδας χρησιμοποιούν την άμεση παρατήρηση κατά τις επισκέψεις για να αποφασίσουν αν ο τρόπος ζωής, η καθαριότητα και οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις αποτελούν δυνητικά προβλήματα στο σπίτι. Για παράδειγμα μπορούν να παρατηρήσουν ότι δεν υπάρχουν τρόφιμα, οπότε μπορεί να είναι απαραίτητη σύσταση για υπηρεσίες διανομής γευμάτων. Συχνά οι νοσηλευτές διαπιστώνουν κινδύνους για την ασφάλεια όπως ριγμένα χαλιά, γενική ακαταστασία, που θα μπορούσαν εύκολα να προκαλέσουν πτώσεις.

Άλλοι αναγνωρίσιμοι κίνδυνοι μπορεί να περιλαμβάνουν εκείνους που σχετίζονται με τον έλεγχο των λοιμώξεων, όπως βρώμικα σπitalia με εστίες τρωκτικών ή εντόμων κλπ.

Τέλος μπορεί να αντιληφθούν ότι τα άτομα τα οποία παρέχουν φροντίδα έχουν προβλήματα αλκοολισμού ή ψυχιατρικά κ.α., που μειώνουν την ικανότητά τους για φροντίδα του ασθενούς.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του ασθενούς είναι η συνέντευξη, το νοσηλευτικό ιστορικό, η φυσική αξιολόγηση (παρατήρηση + κλινική εξέταση), ο ιατρικός φάκελος, αλλά και οποιαδήποτε άλλη έγκυρη πηγή. Η συνέντευξη αποτελεί μία δομημένη επικοινωνία, που αποσκοπεί στην απόκτηση υποκειμενικών δεδομένων (Dillon, 2007; Doenges & Moorhouse, 1992).

Η κλινική εξέταση παρέχει αντικειμενικά δεδομένα και κατά τη διάρκεια της χρησιμοποιούνται οι ανθρώπινες αισθήσεις για τη συγκεντρωση δεδομένων, μέσω των τεχνικών της επισκόπησης, ψηλάφησης, επίκρουσης και ακρόασης (Dillon, 2007). Για να έχουν σημασία τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τα φυσιολογικά οργανικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ανθρώπου επαρκώς, ώστε να είναι ικανός να αναγνωρίζει τις αποκλίσεις (Doenges & Moorhouse, 1992).

Η παρατήρηση αποτελεί μία κεντρική νοσηλευτική δεξιότητα για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης. Η συλλογή των δεδομένων, με τη συγκεκριμένη μέθοδο, γίνεται μέσω των αισθήσεων (Brooker et al., 2007; Dillon, 2007; Doenges & Moorhouse, 1992) και αξιολογείται τόσο η λεκτική, όσο και η μη λεκτική επικοινωνία (μορφασμοί, νευρικές κινήσεις, οπτική επαφή κ.α.). Επίσης ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο ατομικό αναμνηστικό (παλαιότερα και υφιστάμενα προβλήματα υγείας, χειρουργικές επεμβάσεις, νοσηλείες), το οικογενειακό ιστορικό (γονείς-αδέρφια-παππούδες), στις διατροφικές συνήθειες, στις ιατρικές διαγνώσεις και φυσικά στην φαρμακευτική αγωγή. Η αξιολόγηση της φαρμακευτικής αγωγής, περιλαμβάνει πληροφορίες για όλα τα συνταγογραφημένα και μη φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής.

Ο νοσηλευτής ζητά την επίδειξη όλων των φαρμάκων και συγκεντρώνει πληροφορίες για τη δόση και τη συχνότητά τους ενώ συγ-

χρόνως ελέγχει την ικανότητα αυτοδιαχείρισής τους και τις εκπαιδευτικές ανάγκες. Ο έλεγχος της φαρμακευτικής αγωγής γίνεται σε κάθε επίσκεψη, ενώ οποιαδήποτε αλλαγή πρέπει να πιστοποιείται από την αντίστοιχη ιατρική συνταγογράφηση (Bakewell-Sachs 2000).

Τα δεδομένα που συλλέγονται κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, θα αποτελέσουν τη βάση για το σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας του ασθενούς. Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς και της οικογένειάς του και να αναγνωρίζει και να σέβεται τις αξίες τους. Η αποδοχή των συνθηκών διαβίωσής τους είναι αναγκαία ακόμη και αν διαφέρουν από τις δικές του. Είναι σημαντικό να ζητά άδεια πριν από τις ενέργειες, όπως το πλύσιμο των χεριών του, η εκτέλεση νοσηλευτικών πράξεων, καθώς και η αλλαγή της θέσης των επίπλων, ώστε να γίνει πιο προσιτός ο απαιτούμενος εξοπλισμός και να απομακρυνθούν οι κίνδυνοι για την ασφάλεια του ασθενούς.

2.2. Νοσηλευτική διάγνωση

Η διατύπωση των νοσηλευτικών διαγνώσεων είναι το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας όπου αναλύονται τα συλλεχθέντα δεδομένα, ώστε να αναγνωριστούν τα προβλήματα ή οι ανάγκες του ατόμου. Η διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης συνδυάζει την ειδική ανάγκη του ατόμου με τους σχετιζόμενους παράγοντες ή παράγοντες κινδύνου (αιτιολογία) και τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά (ενδείξεις) (Doengers, Moorhouse, Murr 2009). Ένας πιο απλός ορισμός δόθηκε από την Weber (1991) που προτείνει ότι «η νοσηλευτική διάγνωση είναι μία πρόταση, που περιγράφει τα υπαρκτά ή δυνητικά προβλήματα υγείας ενός ατόμου με βάση την πλήρη ολιστική αξιολόγησή του». Οι σχετιζόμενοι παράγοντες είναι αιτιολογικές ή συνεισφέρουσες καταστάσεις που επηρεάζουν μία αλλαγή στην κατάσταση υγείας όπως παθοφυσιολογικά, σχετικά με θεραπεία, περιστασιακά (περιβαλλοντικά, προσωπικά) και ωρίμανσης (π.χ. ηλικία) στοιχεία (Carpenito, 1997). Το συστατικό στοιχείο της αιτιολογίας μιας νοσηλευτικής διάγνωσης αναγνωρί-

ζει μία ή περισσότερες πιθανές αιτίες του προβλήματος υγείας, δίνει κατεύθυνση στην απαιτούμενη νοσηλευτική φροντίδα, και δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να εξατομικεύσει τη φροντίδα του ασθενούς. Διαφοροποίηση ανάμεσα σε πιθανές αιτίες στη νοσηλευτική διάγνωση είναι ουσιώδης, επειδή η κάθε αιτία μπορεί να απαιτεί διαφορετικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Η διαγνωστική διαδικασία απαιτεί κριτική σκέψη και ικανότητα λήψης αποφάσεων από το νοσηλευτή. Οι νοσηλευτές και ιδιαίτερα οι κοινοτικοί νοσηλευτές, στο πλαίσιο της εκπαίδευσής τους, αποκτούν κατάλληλες γνώσεις, δεξιότητες, αξίες και ηθικές αρχές, εφόδια τα οποία καθιστούν ουσιαστική την συμβολή τους στην ομάδα της κατ'οίκον φροντίδας υγείας.

2.3. Σχεδιασμός φροντίδας

Ο σχεδιασμός της φροντίδας του ασθενούς στο σπίτι περιλαμβάνει την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, τη θέσπιση στόχων και τον προσδιορισμό συγκεκριμένων/ειδικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων και είναι θεμιτό να γίνεται από τον κατ'οίκον νοσηλευτή και τη διεπιστημονική ομάδα. Η συγκεκριμένη διεργασία απαιτεί εισερχόμενες πληροφορίες από το άτομο ή το οικογενειακό περιβάλλον ώστε να καταλήξουν σε αμοιβαία συμφωνία μεταξύ νοσηλευτή-ασθενούς για το σχέδιο. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο ωθείται προς την ανάληψη υπευθυνότητας για τη φροντίδα του καθώς και την επίτευξη των επιθυμητών εκβάσεων και στόχων (Doenges et al., 2008; Brooker et al., 2007).

Τον καθορισμό προτεραιοτήτων καθορίζει το επείγον των αναγκών του ασθενούς. Η χρήση της πυραμίδας του Maslow* για την ιεράρχηση των αναγκών, εφαρμόζεται από τους νοσηλευτές ως οδηγός διερεύνησης των αναγκών του ασθενούς.

Μετά τον καθορισμό προτεραιοτήτων για τις ανάγκες του ατόμου, θέτονται οι ανάλογοι στόχοι για τη φροντίδα, οι οποίοι υποδεικνύουν την αναμενόμενη γενική βελτίωση ως ανταπόκριση του ατόμου στη φροντίδα. Οι στόχοι μπορεί να είναι μακροπρόθεσμοι ή/και βραχυπρόθεσμοι, αφορούν τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας και μπορούν να τροποποιούνται ανάλογα. Η θέσπιση αντικειμενικών στόχων προϋποθέτει να επικεντρώνονται στον ασθενή, να υπάρξει αμοιβαία συμφωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς, να είναι εξατομικευμένοι, κάθε στόχος να αναφέρεται σε μια ανάγκη/πρόβλημα, να είναι παρατηρήσιμοι, να είναι μετρήσιμοι, να προσδιορίζονται χρονικά και να είναι ρεαλιστικοί.

Οι στόχοι καθορίζουν τις επιθυμητές εκβάσεις. Συγκεκριμένα, εκβάσεις είναι οι επιτεύξιμες και επιθυμητές ανταποκρίσεις του ατόμου σε καθορισμένο χρονικό διάστημα για τη δεδομένη κατάσταση και τους πόρους (Doenges et al., 2008). Οι νοσηλευτικές εκβάσεις περιγράφουν αναμενόμενες αλλαγές στην κατάσταση υγείας του ασθενούς ως αποτέλεσμα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων π.χ. αλλαγές στο λειτουργικό επίπεδο, σε στρατηγικές αντιμετώπισης ή αυτοφροντίδας. Οι επιθυμητές εκβάσεις μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με τον τύπο της αλλαγής που περιγράφουν για τον ασθενή. Οι εκβάσεις που αφορούν στο γνωστικό τομέα περιγράφουν την αύξηση των γνώσεων του ασθενούς και τη διανοητική του συμπεριφορά. Οι ψυχοκινητικές εκβάσεις περιγράφουν την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων στον ασθενή ενώ οι εκβάσεις του συναισθηματικού τομέα περιγράφουν αλλαγές στις αξίες, τα πιστεύω και τις στάσεις του ασθενούς δηλαδή αλλαγή σε συμπεριφορά.

* Ο Αβραάμ Μάσλοου (Abraham Harold Maslow, 1 Απριλίου 1908 - 8 Ιουνίου 1970) ήταν Αμερικανός ψυχολόγος ο οποίος έμεινε γνωστός για τη θεωρία ιεράρχησης των αναγκών που υποστηρίζει ότι υπάρχουν πέντε επίπεδα αναγκών, από τα οποία εξαρτάται όλη σχεδόν η συμπεριφορά μας. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι ανάγκες των ανθρώπων είναι ιεραρχημένες από τις ανάγκες για επιβίωση, ανάγκες ασφαλείας, ανάγκες κοινωνικής αποδοχής, ανάγκες αυτοεκτίμησης, και κορυφώνονται με τις ανάγκες για αυτοολοκλήρωση (γνώση και ως Πυραμίδα αναγκών του Μάσλοου).

Με βάση τους μακροχρόνιους και βραχυχρόνιους σκοπούς που τέθηκαν από το νοσηλευτή, τον ασθενή/οικογένεια/φροντιστή και τη διεπιστημονική ομάδα, επιτελούνται συγκεκριμένες παρεμβάσεις, θεραπείες, δράσεις που θα συμβάλλουν στην επίτευξη των επιθυμητών εκβάσεων. Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας αφορά σε συγκεκριμένες νοσηλευτικές πράξεις, όπως παρεμβατικές και μη παρεμβατικές διεργασίες, ψυχολογική υποστήριξη, αυτοφροντίδα, εκπαίδευση και διδασκαλία, προαγωγή υγείας, συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, ειδικές φροντίδες (κολοστομία, τραχειοστομία, κ.α.) (Doengers, Moorhouse, Murr 2009).

2.4. Εκτίμηση αποτελεσμάτων

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και την αξιοποίηση των υποστηρικτικών πηγών (βοήθειας). Αξιολογείται η βελτίωση-πρόοδος της κατάστασης του ασθενούς/οικογένειας/φροντιστή και η επίτευξη των βραχυχρόνιων και μακροχρόνιων στόχων που διατυπώθηκαν στο σχεδιασμό (Rice 2001; Doengers, Moorhouse, Murr 2009).

Η εκτίμηση είναι η μέτρηση της έκτασης στην οποία έχουν επιτευχθεί οι σκοποί της φροντίδας του ασθενούς. Ο νοσηλευτής και ο ασθενής συνεκτιμούν το βαθμό επίτευξης των σκοπών εκβάσεων που καθορίστηκαν στο σχέδιο της φροντίδας και προσδιορίζουν τους παράγοντες που επηρέασαν, είτε θετικά είτε αρνητικά, στην επίτευξή τους. Η ανταπόκριση του ασθενούς στο σχέδιο καθορίζει αν η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να συνεχιστεί, να τροποποιηθεί ή να τερματιστεί.

Σε όλα τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συνεχής και επιστημονική καταγραφή (documentation) και τεκμηρίωση (evidence-based) όλων των ενεργειών που λαμβάνουν χώρα στη διάρκεια της επίσκεψης. Είναι ίσως από τις πιο σημαντικές διαδικασίες που διενεργούνται από τον κατ' οίκον νοσηλευτή.

Διότι «ότι δεν έχει καταγραφεί, πιθανόν να μην έχει συμβεί!» (Nelson 2000; Griffin 2004; Owen 2005). Η καταγραφή και τεκμηρίωση πρέπει να είναι σε απλή γλώσσα, σαφής, κατανοητή και αναγνώσιμη.

2.5. Ολοκλήρωση κατ' οίκον φροντίδας

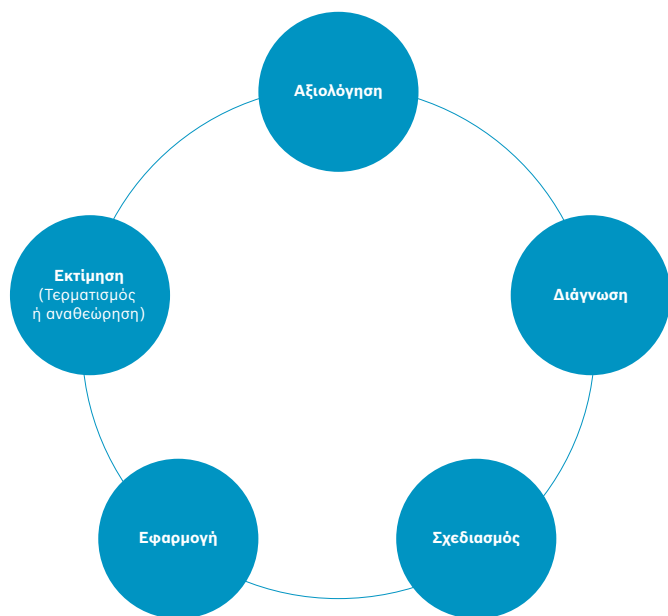
Η λήξη της συνεργασίας-παροχής φροντίδας από την υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας υγείας είναι μια ολόκληρη διαδικασία προετοιμασίας και ενημέρωσης του ασθενούς και της οικογένειας/φροντιστή. Αυτή επέρχεται σε περιπτώσεις όπως όταν ο ασθενής/οικογένεια μπορούν να αναλάβουν την αυτοφροντίδα τους, δεν επιθυμούν άλλο τη συνεργασία, δεν συμμορφώνονται με τις οδηγίες ή όταν ο ασθενής αποβιώσει (Mosby 1996).

Τα θεμελιώδη πιστεύω του επιστήμονα για τις αξίες «άνθρωπος» και «φροντίδα» επηρεάζουν βαθύτατα την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ανταπόκριση του αρρώστου στη συγκεκριμένη κατάσταση. Η τελική νοσηλεία δεν είναι πάντα επιτυχημένη προσπάθεια. Ανεξάρτητα από τις προσπάθειες που καταβάλλονται οι περισσότεροι θα υποφέρουν σε κάποιο βαθμό, κάποιοι υπερβολικά σε οργανικό, ψυχολογικό ή πνευματικό επίπεδο. Είναι επιβεβλημένο ο επαγγελματίας υγείας να είναι ικανός να παραμείνει ευγενής στην παρουσία των ατόμων που υποφέρουν. Ο ασθενής, η οικογένεια και ο επιστήμονας υγείας συμπορεύονται, στην ανάληψη της δυναμικής ευθύνης για ό,τι προκύψει στη διεργασία της πορείας στο θάνατο. Ο επιστήμονας μοιράζεται τη γνώση και την εξειδίκευσή του ώστε ο ασθενής/οικογένεια να μπορούν να λαμβάνουν πληροφορημένες αποφάσεις για ό,τι συμβαίνει ή ό,τι πρόκειται να συμβεί. Ως δυναμική υπευθυνότητα περιγράφεται η δυνατότητα του επαγγελματία υγείας να παραμένει πρόθυμος να αναλάβει τον έλεγχο, όταν χρειάζεται, αλλά και να παραιτηθεί του ελέγχου όταν είναι δυνατό.

Συμπερασματικά, η **νοσηλευτική διεργασία** περιλαμβάνει όλες τις σημαντικές ενέργειες του νοσηλευτή κατά την παροχή φροντίδας σε όλους τους ασθενείς και αποτελεί το θεμέλιο για τη λήψη αποφάσεων. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν ποιοτικό και ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό υπόβαθρο έτσι ώστε, αποτελεσματικά, να εφαρμόζουν την έννοια της νοσηλευτικής διεργασίας.

Αφορά την:

1. Συλλογή όλων των νοσηλευτικών δεδομένων του ασθενούς και του υποστηρικτικού περιβάλλοντος (γενικών και ειδικών).
2. Λογική θεμελίωση των δεδομένων για την εξαγωγή τεκμηριωμένων νοσηλευτικών διαγνώσεων.
3. Συλλογή προγνωστικών, νοσηλευτικών και ιατρικών στοιχείων και διατύπωση πρόγνωσης για κάθε νοσηλευτική διάγνωση.
4. Σχεδιασμός θεραπείας βασισμένος τόσο στην πρόγνωση όσο και στη διάγνωση.
5. Εφαρμογή του σχεδίου της νοσηλευτικής παρέμβασης, μετά από συζήτηση, και διαπραγμάτευση με τον ασθενή και την διεπιστημονική ομάδα.
6. Αξιολόγηση της ανταπόκρισης του ασθενούς προς τα σχέδια δράσης και εκτίμηση των αποτελεσμάτων.
7. Τερματισμός της συνεργασίας νοσηλευτή-οικογένειας.



2.6. Παράδειγμα νοσηλευτικής διεργασίας

Περιστατικό:

Ο κ. Μ. Π. είναι 72 ετών και πάσχει από μεταστατικό Ca ουροδόχου κύστης, διαγνωσθέν προ 2ετίας. Έχει δύο νεφροστομίες και στην τελευταία του ιατρική εξέταση διαπιστώθηκε ότι οι όγκοι έχουν υποτροπιάσει και ότι περεταίρω χημειοθεραπεία θα ήταν άσκοπη. Ζει μόνος του, καθώς έχει χάσει τη σύζυγό του εδώ και κάποια χρόνια και πλέον αδυνατεί να περπατήσει και να φροντίσει τις προσωπικές του ανάγκες. Έχει μια κόρη, που εργάζεται πολλές ώρες την ημέρα και δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει στις ανάγκες φροντίδας του πατέρα της.

Αξιολόγηση:

Η Ε.Π. νοσηλεύτρια του προγράμματος ανακουφιστικής φροντίδας κατ' οίκον συμπληρώνει το ιστορικό υγείας και καταγράφει τα δεδομένα από τη φυσική του εξέταση κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης στην οικία του. Κατά τη φυσική εξέταση η νοσηλεύτρια σημειώνει ότι ο ασθενής είναι ωχρός, αδύνατος, με εμφάνιση εξασθενημένου ατόμου και ότι έχει ανήσυχο προσώπιο. Διαμαρτύρεται για έντονο πόνο στην οσφύ, από τον οποίο δεν ανακουφίζεται πλέον επαρκώς με παυσίπονα τύπου παρακεταμόλης των 1000 mg, τα οποία λαμβάνει κάθε 4-5 ώρες. Επίσης λαμβάνει και αυτοκόλλητα φαιντανύλης των 100 mcg/24h. Η ΑΠ του είναι 90/50 mmHg, οι σφύξεις του 102/min, ρυθμικοί και ισχυροί και η θερμοκρασία του είναι 36°C. Η συχνότητα των αναπνοών του είναι 24/min, χωρίς σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας. Φέρει δύο νεφροστομίες ΑΡ και ΔΕ, χωρίς εμφανή εκροή υγρού, ερυθρότητα ή οίδημα στην περιοχή αυτή. Ο ίδιος αναφέρει πως καθημερινά αδειάζει περίπου το μισό των ουροσυλλεκτών. Τη στιγμή της επίσκεψης υπάρχουν περίπου 200 ml κίτρινων, θολών, φυσιολογικής οσμής ούρων. Ο ασθενής αναφέρει πως περνά τον περισσότερο του χρόνο στο κρεβάτι, βλέποντας τηλεόραση. Αναφέρει ότι νιώθει εξαντλημένος και ότι αισθάνεται λύπη που δεν μπορεί να φροντίσει ο ίδιος

για τις προσωπικές του ανάγκες. Η νοσηλεύτρια κατατάσσει τον ασθενή στο λειτουργικό επίπεδο 4 κατά MRS: «Μετρίως σοβαρή ανικανότητα, ανίκανος να περπατήσει χωρίς βοήθεια και ανίκανος να αυτοεξυπηρετείται και να φροντίσει για τις δικές του προσωπικές σωματικές ανάγκες, χωρίς βοήθεια». Η κόρη αναφέρει ότι ο πατέρας της δεν σιτίζεται ικανοποιητικά. Ο ίδιος ασθενής δηλώνει στη νοσηλεύτρια ότι δεν έχει όρεξη και ότι τρώει απλώς για να ευχαριστήσει την κόρη του. Πίνει τουλάχιστον τρία με τέσσερα ποτήρια νερό την ημέρα και το ζάχαρό του, όπως μετράται με dextro, βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια. Το σωματικό του βάρος είναι 54 κιλά και το ύψος 1.70 m. Έχει χάσει περίπου 14 κιλά στη διάρκεια των τελευταίων δύο μηνών. Οι πλέον πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις, την τελευταία επίσκεψη του στον ιατρό, δείχνουν μειωμένα ολικά λευκώματα, λευκωματίνη, αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτη και αυξημένη ουρία - κρεατινίνη.

Διαγνώσεις:

- Διαταραχές θρέψης: πρόσληψη μικρότερη των αναγκών του οργανισμού που σχετίζεται με ανορεξία και κόπωση.
- Χρόνιος πόνος που σχετίζεται με επιδείνωση της νόσου.
- Ελαττωμένη φυσική κινητικότητα που σχετίζεται με πόνο, κόπωση και με αρχόμενη διαταραχή της νευρομυϊκής λειτουργίας.
- Κίνδυνος διαταραχής της ακεραιότητας του δέρματος που σχετίζεται με μείωση της κινητικότητας και την πτωχή θρέψη.

Σχεδιασμός και εφαρμογή:

- Συζήτηση με τον ασθενή για τις τροφές που προτιμά και σύσταση για λήψη μιας μικρής μερίδας από αυτές τις τροφές κάθε μέρα.
- Ενθαρρύνουμε την καθημερινή κατανάλωση ειδικών θρεπτικών συμπληρωμάτων διατροφής, κατά προτίμηση σε υγρή μορφή, σιγοπίνοντας την ποσότητα αυτή καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας.

- Συζήτηση με τον ιατρό της ομάδας για το ενδεχόμενο χορήγησης κάποιου φαρμάκου που να διεγείρει την όρεξη.
- Διαμεσολάβηση με την κοινωνική λειτούργη της ομάδας για ένταξη στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και υποστήριξη από οικιακή βοήθο.
- Συζήτηση με τον αναισθησιολόγο σχετικά με την τροποποίηση του προγράμματος τος ελέγχου του πόνου.
- Παροχή πληροφοριών για διασύνδεση με τα ιατρεία πόνου.
- Συζήτηση με τον φυσικοθεραπευτή της ομάδας, προκειμένου να προσδιοριστεί το τρέχον επίπεδο δραστηριότητας και να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα βελτίωσης ή διατήρησής του.
- Παροχή νοσοκομειακής κλίνης και ειδικού αεροστρώματος για την πρόληψη των κατακλίσεων.
- Εκπαίδευση της κόρης του ασθενούς για καθημερινό έλεγχο του δέρματος, επαρκή φροντίδα του με μαλακτική λοσιόν, μετά το μπάνιο, και να αναφέρονται οποιοσδήποτε πρόδρομες αλλοιώσεις αμέσως στο νοσηλεύτη.
- Προγραμματισμός εβδομαδιαίων επισκέψεων για την περιποίηση και αλλαγή των νεφροστομιών καθώς και για την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων ΖΣ.

Αναμενόμενες εκβάσεις:

- Αύξηση της πρόσληψης τροφής από το στόμα και βελτίωση των επιπέδων λευκωμάτων ορού.
- Η κόρη θα είναι σε θέση να συνεχίσει να τον φροντίζει, για όσο χρονικό διάστημα ο ασθενής τη χρειάζεται.
- Ελάχιστος κατά το δυνατό πόνος για το υπόλοιπο της ζωής του.
- Βελτίωση ή διατήρηση του τρέχοντος επιπέδου δραστηριότητας.
- Διατήρηση ακεραιότητας δέρματος.

Εκτίμηση αποτελεσμάτων:

Ο ασθενής όντως προσλαμβάνει ελαφρώς περισσότερη τροφή από το στόμα, τρώγοντας μερικές φορές τις αγαπημένες του τροφές και πίνοντας ένα έως δύο ποτήρια υγρού συμπληρώματος διατροφής την ημέρα. Εντούτοις, το σωματικό του βάρος δεν αυξάνεται. Η κόρη του είναι πολύ ευγνώμων για τη βοήθεια που δέχεται.

Ο ασθενής αυξάνει την ποσότητα φαινανύλης που λάμβανε προσθέτοντας και υπογλώσσια φαινανύλη, καθώς επίσης και λήψη Tramal σε έντονο πόνο. Η αγωγή τον ανακουφίζει επαρκώς. Μετά από δύο μέρες θεραπείας διατηρούσε επαρκές επίπεδο συνείδησης στη διάρκεια του μεγαλύτερου μέρους του εικοσιτετράωρου, ώστε να είναι σε θέση να διεξάγει μία κανονική συζήτηση.

Το νοσοκομειακό κρεβάτι απλοποίησε τη φροντίδα του ασθενούς και τον διευκόλυνε να ξαπλώνει και να αλλάζει θέσεις με μεγαλύτερη άνεση. Το δέρμα του παρέμεινε άκερατο.

Στο τέλος η κόρη ανέφερε ότι ο ασθενής πέθανε ειρηνικά στον ύπνο του.

Λήψη Ζωτικών Σημείων

Η μέτρηση και καταγραφή των Ζωτικών Σημείων (ΖΣ) περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

- τη μέτρηση της θερμοκρασίας του σώματος
- την εκτίμηση των περιφερικών σφύξεων δια της ψηλάφησης
- τη μέτρηση των αναπνοών
- τη μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης (ΑΠ)

Η καταγραφή και αξιολόγηση των στοιχείων αυτών γίνεται νωρίς, κατά την αντικειμενική εξέταση, αλλά ενσωματώνονται επίσης σε διαφορετικές φάσεις της εξέτασης, καθώς αποτελούν τη βασική ένδειξη της κατάστασης υγείας του ασθενούς. Γενικά η συχνότητα της λήψης και της αξιολόγησης των ζωτικών σημείων καθορίζεται από τη γενική κατάσταση του ασθενούς αλλά και από την κρίση του νοσηλεύτη.

Θερμοκρασία:

Η θερμοκρασία «δείχνει» το βαθμό θερμότητας του σώματος και αντιπροσωπεύει την ισορροπία μεταξύ της παραγόμενης και της αποβαλλόμενης θερμότητας. Το θερμορρυθμιστικό κέντρο βρίσκεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Στην καθημερινή κλινική πρακτική γίνεται μέτρηση της θερμοκρασίας της περιφέρειας, δηλαδή του δέρματος και των υποδόριων ιστών. Η φυσιολογική θερμοκρασία κυμαίνεται από 35,8°C-37,2°C, ανάλογα από το σημείο λήψης. Η θερμοκρασία του πρωκτού ανευρίσκεται μεγαλύτερη κατά 0,4°C. Με τα νέα ανέπαφα θερμομέτρα υπέρυθρων στο μέτωπο η φυσιολογική θερμοκρασία κυμαίνεται από 35,4-37,4°C.

Οι τύποι των θερμομέτρων που χρησιμοποιούμε είναι τα ηλεκτρονικά θερμομέτρα (1 λεπτού), το θερμομέτρο της τυμπανικής μεμβράνης που αποτελείται από το ωτοσκόπιο και έναν υπέρυθρο αισθητήρα για την ανίχνευση της θερμοκρασίας της εν λόγω μεμβράνης, το θερμομέτρο κροταφικής αρτηρίας χρησιμοποιεί έναν ανιχνευτή υπέρυθρων και μετρά τη θερμοκρασία της κροταφικής αρτηρίας στο μέτωπο. Παλαιότερα χρησιμοποιούνταν και τα γυάλινα, υδραργυρικά θερμομέτρα, αλλά πλέον έχουν καταργηθεί, λόγω τοξικότητας του υδραργύρου.

Η θερμοκρασία του σώματος παρουσιάζει φυσιολογικά μια διακύμανση, η οποία σχετίζεται με την θερμοκρασία του περιβάλλοντος, τη μυϊκή άσκηση, το στρες, τον κιρκάδιο κύκλο (πιο χαμηλή το πρωί, ανεβαίνει το απόγευμα), την ηλικία (οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευαίσθητοι στις αλλαγές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος), τη λήψη θερμής ή κρύας τροφής κ.α.

Ως πυρετός ορίζεται η αύξηση της θερμοκρασίας του ανθρώπινου σώματος πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα. Η κατάσταση κατά την οποία εμφανίζεται ο πυρετός πάνω από 41°C ονομάζεται υπερπυρεξία και είναι δυνατόν να προκαλέσει θάνατο. Κάποιες από τις κλινικές εκδηλώσεις του πυρετού είναι: αυξημένη καρδιακή συχνότητα, επιτάχυνση του ρυθμού και του βάθους της αναπνοής, ρίγος, ερυθρό-θερμό δέρμα, εφίδρωση, ξηροστομία, ανορεξία, ζάλη, κράμπες, ανησυχία, κόπωση. Ως υποθερμία ορίζεται η πτώση της θερμοκρασίας κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα (κάτω από 34°C μπορεί να επέλθει θάνατος). Οι κλινικές εκδηλώσεις της υποθερμίας είναι το αίσθημα ψύχους, ωχρό, ψυχρό δέρμα, υπόταση, ελαττωμένη παραγωγή ούρων, αποπροσανατολισμός και υπνηλία.

Ο πυρετός είναι σύμμαχος και όχι εχθρός. Ο πυρετός δεν είναι αρρώστια, αλλά ένα σύμπτωμα που οφείλεται σε πολλά αίτια. Το κυριότερο από αυτά είναι οι διάφορες λοιμώξεις, είτε από μικρόβια είτε από ιούς, μπορεί όμως ο πυρετός να είναι εκδήλωση και άλλων παθήσεων, ακόμη και αντίδραση σε φάρμακα. Επομένως, ο πυρετός από μόνος του δεν είναι επικίνδυνος. Επικίνδυνη όμως μπορεί να είναι η αιτία για την οποία έχει πυρετό ο ασθενής.

Η αντιμετώπιση του πυρετού μπορεί να γίνει με φυσικά ή/και φαρμακευτικά μέσα. Τα φυσικά μέσα περιλαμβάνουν την τοποθέτηση υγρών πανιών (κομπρέσες) στο θερμό σώμα, την εφαρμογή λουτρού με υγρό σπόγγο, την τοποθέτηση ανεμιστήρα ή και το ολόσωμο μπάνιο με χλιαρό νερό, όπου είναι δυνατό. Τα πιο συνήθη φαρμακευτικά αντιπυρετικά μέσα για καθημερινή χρήση

στο σπίτι περιλαμβάνουν την παρακεταμόλη (Deron, Panadol, Apotel), η ιβουπροφαίνη (Nurofen, Brufen) και η ασπιρίνη, η οποία δεν πρέπει να δίνεται σε παιδιά.

Στη φάση που «ανεβαίνει» ο πυρετός, τότε ο ασθενής έχει ρίγος και κρύνει. Τότε πρέπει να σκεπαστεί, χωρίς ωστόσο να είναι βαριά ντυμένος. Ο ασθενής πρέπει να διατηρείται δροσερός, αλλά όχι παγωμένος. Κάτι πολύ σημαντικό που πρέπει να γίνεται όταν έχουμε πυρετό είναι να πίνουμε πολλά υγρά (νερό, χυμό ή οτιδήποτε άλλο). Πρέπει να το κάνουμε αυτό, διότι με την αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος χάνεται αρκετό νερό και κινδυνεύουμε να αφυδατωθούμε. Για κάθε αύξηση της θερμοκρασίας κατά 1 βαθμό Κελσίου αυξάνονται οι ανάγκες του οργανισμού σε υγρά κατά 0,1 μέχρι 0,3 λίτρα το 24ωρο, ενώ η έντονη εφίδρωση με υψηλό πυρετό αυξάνει τις ανάγκες του οργανισμού κατά ένα με ενάμιση λίτρο.

Σφύξεις:

Για τη μέτρηση των σφύξεων, δηλαδή του αριθμού των καρδιακών κύκλων ανά λεπτό, πιο συχνά χρησιμοποιείται ο κερκιδικός σφυγμός. Χρησιμοποιούμε τις ράγες του δευτέρου και του τρίτου δαχτύλου για να ψηφίσουμε τον κερκιδικό σφυγμό στην έσω εκτατική επιφάνεια του καρπού. Κατά την εκτίμηση των σφύξεων θα πρέπει να εξετάζονται στοιχεία όπως η συχνότητα, ο ρυθμός και το εύρος του παλμού.

Η ψηλάφηση του σφυγμού παρέχει πληροφορίες για τη γενική κατάσταση του ασθενούς αλλά και για την κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος.

Σε ένα άτομο που βρίσκεται σε ηρεμία οι σφυγμοί φυσιολογικά κυμαίνονται από 60-100/min και είναι ρυθμικοί. Υπάρχουν όμως και φυσιολογικές διακυμάνσεις (π.χ. όταν υπάρχει πυρετός, οι παλμοί αυξάνονται). Βραδυκαρδία ονομάζεται η συχνότητα <60/min και ταχυκαρδία >100/min. Σε περίπτωση που ένα άτομο έχει πολύ χαμηλές σφύξεις, δηλαδή κάτω από 40/min ή πολύ ψηλές, πάνω από 120/min, χρειάζεται να εκτιμηθεί επείγοντως από γιατρό ή την πλησιέστερη υγειονομική μονάδα.

Επίσης εκτιμάται ο ρυθμός του σφυγμού, ο οποίος μπορεί να είναι ρυθμικός ή άρρυθμος. Οι πιο συχνές καρδιακές αρρυθμίες είναι οι έκτακτες ή πρώιμες συστολές (μπορεί να οφείλονται σε άγχος, λήψη καφεΐνης, σε κάπνισμα ή υπέρταση) και η κολπική μαρμαρυγή δηλαδή σφυγμός εντελώς άρρυθμος. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) βοηθά στη διάγνωση των καρδιακών αρρυθμιών.

Όσον αφορά το εύρος σφυγμών, αυτός ταξινομείται σε:

- απουσία σφυγμού, δηλαδή ο σφυγμός δεν ψηλαφάται
- νηματοειδή σφυγμό, ο σφυγμός ψηλαφάται πολύ δύσκολα
- αδύναμος σφυγμός, είναι ισχυρότερος από τον νηματοειδή σφυγμό αλλά όχι πολύ δυνατός
- φυσιολογικός σφυγμός, η ψηλάφηση του σφυγμού είναι εύκολη
- αλλόμενος σφυγμός, δηλαδή ο σφυγμός είναι πολύ δυνατός

Ο αντίχειρας δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για την ψηλάφηση του σφυγμού, γιατί σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής πιθανόν να αισθανθεί το δικό του σφυγμό και όχι του ασθενούς. Επίσης όταν ψηλαφούμε καρωτιδικό σφυγμό, πιέζουμε ελαφρά μόνο στη μία πλευρά κάθε φορά. Ποτέ δεν πρέπει να ψηλαφούμε και τις δύο καρωτιδικές αρτηρίες ταυτόχρονα.

Φυσιολογικά, οι παλμοί της καρδιάς δεν γίνονται αντιληπτοί από το υγιές άτομο. Ωστόσο, έχουν αναφερθεί αρκετές φορές περιστατικά που αισθάνονται τους παλμούς τους. Ουσιαστικά παραπονιούνται για «χτυπήματα» ή «φτερούγισμα» ή «τρέξιμο της καρδιάς». Στην ιατρική ορολογία αναφέρεται ως «αίσθημα παλμών» και μπορεί να υποδηλώνει σοβαρή καρδιακή νόσο. Σε κάθε ασθενή με αίσθημα παλμών επιβάλλεται η φυσική εξέταση και η λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος στη διάρκεια ενός τέτοιου επεισοδίου.

Αναπνοές:

Οι αναπνοές μετρούνται και αξιολογούνται με την επισκόπηση. Παρατηρούμε τις ανοδικές και καθοδικές κινήσεις του θώρακα του ασθενούς και την ευκολία με την οποία πραγματοποιείται η αναπνοή. Μετράμε τον αριθμό των αναπνευστικών κύκλων (εισπνοή και εκπνοή) σε ένα λεπτό για να προσδιορίσουμε τη συχνότητα των αναπνοών. Οι φυσιολογικές τιμές είναι από 12 έως 20 αναπνοές το λεπτό. Επίσης αξιολογείται το βάθος των αναπνοών, ο ρυθμός της αναπνοής καθώς και αν ο ασθενής χρησιμοποιεί τους επικουρικούς μύες.

Ο ασθενής δεν πρέπει να αντιληφθεί τη μέτρηση, για να μην επηρεαστεί το αποτέλεσμα, λόγω άγχους και φόβου. Συνήθως η μέτρηση γίνεται κατά την πρώτη επαφή με τον ασθενή, σε αρρώστους με παθήσεις του αναπνευστικού ή όταν ο άρρωστος εμφανίζει κυάνωση, ζάλη, σύγχυση, απώλεια συνείδησης ή ανησυχία.

Κατά τη διάρκεια της ασθένειας η συχνότητα της αναπνοής μπορεί να παρεκκλίνει από το φυσιολογικό. Όταν ανεβαίνει η θερμοκρασία του σώματος, ανεβαίνει και η συχνότητα των αναπνοών. Η συχνότητα αυξάνεται κατά τέσσερις αναπνοές ανά λεπτό σε κάθε αύξηση 0,6 βαθμών Κελσίου της θερμοκρασίας πάνω από τα κανονικά επίπεδα. Ουσιαστικά οποιαδήποτε κατάσταση προκαλεί αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα και μείωση του οξυγόνου στο αίμα, τείνει να αυξάνει και τη συχνότητα και το βάθος των αναπνοών. Επίσης κάποια φάρμακα, ιδιαίτερα τα ναρκωτικά, καταστέλλουν την αναπνευστική συχνότητα.

Οι τύποι της αναπνοής είναι:

- Υποξια, δηλαδή στέρσηση επαρκούς οξυγόνωσης (συνήθως εκφράζεται με φόβο και ανησυχία).
- Ταχύπνοια, συχνή επιπόλαιη αναπνοή, πάνω από 24/min (σε άγχος, στρες, εμπύρετες καταστάσεις ή και φυσιολογικά στην άθληση).
- Βραδύπνοια, αραιή (επιπόλαιη) αναπνοή, κάτω από 10/min.

- Ορθόπνοια, δύσπνοια που υποχωρεί στην καθιστή θέση.
- Δύσπνοια, αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή (συνοδεύεται με αύξηση συχνότητας και βάθους).
- Άπνοια, πλήρης καταστολή της αναπνοής (συνήθως είναι παροδική). Είναι ωστόσο σοβαρή κατάσταση, που μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική βλάβη και θάνατο, αν διαρκέσει για περισσότερο από 4-6 λεπτά.
- Υπέρ-αερισμός, αυξημένη συχνότητα και βάθος αναπνοών.
- Υπό-αερισμός, μειωμένη συχνότητα και βάθος αναπνοών.

Επίσης, στην καθημερινή πρακτική χρησιμοποιούμε και το παλμικό οξυμέτρο για τη μέτρηση του ποσοστού κορεσμού του αίματος σε οξυγόνο. Τα φυσιολογικά του όρια είναι από 94%-100%. 92%-94% υποδηλώνει πιθανή υποξυγοναιμία και κάτω από 92% υποξυγοναιμία.

Αρτηριακή Πίεση (ΑΠ):

Ο όρος αρτηριακή πίεση αναφέρεται στην τάση/πίεση που ασκείται από το αίμα στα τοιχώματα των αγγείων. Η αρτηριακή πίεση καταγράφεται με δύο αριθμούς, π.χ. 140/90 και μετριέται σε χιλιοστά στήλης υδραργύρου (mmHg). Ο μεγαλύτερος αριθμός αποτελεί την «συστολική» πίεση, η οποία είναι γνωστή ως «μεγάλη» πίεση και ο μικρότερος καταγράφει την «διαστολική» πίεση, γνωστή ως «μικρή» πίεση.

Αρτηριακή **υπέρταση** εμφανίζουν τα άτομα στα οποία είτε η συστολική τους πίεση καταγράφεται ≥ 140 χιλιοστά στήλης υδραργύρου, είτε η διαστολική τους είναι ≥ 90 χιλιοστά στήλης υδραργύρου, σε τρεις ή περισσότερες μετρήσεις οι οποίες έγιναν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Η αρτηριακή υπέρταση επηρεάζει συνήθως τους ενήλικες και προκαλεί μακροπρόθεσμα πολυάριθμα νοσήματα. Ένας στους τρεις ενήλικες παγκοσμίως εμφανίζει υπέρταση, οπότε έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών όπως η στεφανιαία νόσος και τα εμφράγματα, τα

αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και η νεφρική ανεπάρκεια. Στη χώρα μας το ποσοστό του πληθυσμού που πάσχει από αρτηριακή υπέρταση είναι κατά μέσο όρο 20%. Στους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών η υπέρταση αγγίζει σε ποσοστό το 60% του πληθυσμού αυτού. Η υπέρταση είναι πάθηση η οποία ευθύνεται για το 50% του συνόλου των θανάτων από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και καρδιοπάθειες, σε παγκόσμιο επίπεδο.

Υπόταση είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης κάτω από το φυσιολογικό όριο (90/60 mmHg). Τα όρια της ΑΠ 120-139 mmHg της συστολικής και 85-99 mmHg της διαστολικής θεωρούνται προ υπέρταση και το άτομο πρέπει να παρακολουθείται.

Ταξινόμηση ΑΠ για ενήλικες >18 ετών

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ (mmHg)		ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ (mmHg)
Βέλτιστη	<120	και	<80
Φυσιολογική	<130	και	<85
Ανώτερη φυσιολογική	130-139	ή	85-89
Υπέρταση			
Στάδιο 1	140-159	ή	90-99
Στάδιο 2	160-179	ή	100-109
Στάδιο 3	≥ 180	ή	≥ 110

Υπάρχουν διάφοροι τύποι πιεσόμετρων, όπως υδραργυρικά σφυγμομανόμετρα, συσκευές με μανόμετρο, αυτόματα/ημι-αυτόματα ψηφιακά πιεσόμετρα. Η λειτουργική κατάσταση και η αξιοπιστία τους πρέπει να ελέγχονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Συνήθως χρησιμοποιείται η βραχιόνιος αρτηρία για την μέτρηση της ΑΠ. Επειδή τόσο στα φυσιολογικά, όσο και στα υπερτασικά άτομα η αρτηριακή πίεση παρουσιάζει μεγάλη μεταβλητότητα, για τη διάγνωση της υπέρτασης πρέπει να προσδιοριστεί η συ-

νήθης αρτηριακή πίεση του ατόμου, πράγμα που απαιτεί την τήρηση ορισμένων κανόνων. Το κατάλληλο μέγεθος της περιχειρίδας επιλέγεται με βάση τη διάμετρο του άκρου του ασθενούς. Για τους ενήλικες πρέπει να επιλεγθεί μία περιχειρίδα με πλάτος που να αντιστοιχεί στο 1/3 έως 1/2 της περιφέρειας του άκρου. Το μήκος του αεροθαλάμου πρέπει να είναι διπλάσιο του πλάτους της περιχειρίδας (80% της περιφέρειας του άκρου περίπου). Η περιχειρίδα τοποθετείται 3 εκ. πάνω από τον αγκώνα.

Όταν μετριέται η ΑΠ η περιχειρίδα πρέπει να φουσκώσει σε επίπεδα 20 mmHg υψηλότερα από την συστολική ΑΠ. Αυτό εκτιμάται από τη εξαφάνιση του σφυγμού στη βραχιόνιο αρτηρία με την ψηλάφηση. Το στηθοσκόπιο πρέπει να τοποθετηθεί ελαφρά πάνω στην βραχιόνιο αρτηρία. Η μέτρηση της ΑΠ πρέπει να γίνεται με τον βραχίονα πάντοτε υποβασταζόμενο στο ύψος της καρδιάς. Η περιχειρίδα πρέπει να ξεφουσκώνει αργά (με ρυθμό 2-3 mmHg/ δευτερόλεπτο). Η συστολική πίεση είναι η πίεση στην οποία ακούγεται ο πρώτος καρδιακός ήχος με το στηθοσκόπιο (Korotkoff).

Καθώς η περιχειρίδα ξεφουσκώνει, ο σφυγμός συνεχίζει να ακούγεται μέχρι την εξασθένησή του και αργότερα εξαφανίζεται. Η διαστολική πίεση είναι εκείνη που συμπίπτει με τον τελευταίο ήχο Korotkoff. Η ΑΠ πρέπει αρχικά να μετρηθεί και στα δύο χέρια και να μετριέται τουλάχιστον 2 φορές σε κάθε επίσκεψη. Αν η ΑΠ διαφέρει στα χέρια αξιολογείται στο χέρι με την μεγαλύτερη πίεση. Αν η διαφορά υπερβαίνει τα 20 mm χρειάζεται έλεγχος. Τέλος ο ασθενής πρέπει να είναι ξεκούραστος και χαλαρός, να μην έχει καταναλώσει καφεΐνη τις τελευταίες 2 ώρες, να μην έχει καπνίσει την τελευταία μισή ώρα, να επικρατεί ησυχία και να μην μιλάει την ώρα της μέτρησης. Θα πρέπει να αποφεύγεται η βραδεία ή επανειλημμένη συμπίεση της περιχειρίδας, γιατί μπορεί να προκαλέσει φλεβική συμφόρηση, με αποτέλεσμα ανακριβείς μετρήσεις. Εάν απαιτείται η διεξαγωγή επανειλημμένων μετρήσεων, αφήνουμε να μεσολαβήσουν τουλάχιστον 15 δευτερόλεπτα ανάμεσα σε δυο διαδοχικές μετρήσεις με τον αεροθάλαμο σε πλήρη αποσυμπίεση.



Βιβλιογραφία

4

1. Guyton, & Hall. (2001). Φυσιολογία του ανθρώπου και μηχανισμοί των νόσων. Αθήνα: Παρισιάνου ΑΕ.
2. Lemone, P., & Burke, K. (2004). Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική. Αθήνα: Λαγός.
3. R.S.Downie & Calman, Υγιής σεβασμός, (1997). Αθήνα: Λίτσας
4. Αναγνωστοπούλου, Α. Κ. (2015). Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
5. Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2002). Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Αθήνα: Πασχαλίδης.
6. Seidel-Ball-Dains-Benedict. (2001). Κλινική Εξέταση. Αθήνα: Πασχαλίδης.
7. Berman, Snyder, & Jackson. (2011). Η Νοσηλευτική στην κλινική πράξη. Αθήνα: Λαγός Δημήτριος.
8. Μπαλτόπουλος, Γ. Ι. (2009). Πρώτες Βοήθειες & Πρακτική Θεραπευτική συνήθων κατστάσεων. Αθήνα: Πασχαλίδης
9. Cowley, Whittaker, Malone, Donetto, Grigulis, & Maben. (2014, July 27). Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: a narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 465-480.
10. R, C., & Hollis, J. (2002). An evolutionary approach to team working in primary care. *British Journal of Community Nursing*, pp. 520-527.
11. Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές. Αθήνα: Βήτα.
12. Καλοκαιρινού, Α., & Σουρτζή, Π. (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Αθήνα: Βήτα
13. M, Z. (2005). Episodic case management in home care. *Home healthcare Nurse*, pp. 655-662.
14. Organization, W. H. (2000). The family Health Nurse: Context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: World health organization.
15. Case Management Society of America (CMSA) (2010). Standards of practice for case management. Little Rock: CMSA, p.8.
16. Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (χ.χ.). Σύγχρονες προσεγγίσεις στην ανακουφιστική φροντίδα. Αθήνα: Υπουργείο παιδείας, πρόγραμμα δια βίου μάθησης.
17. Herleman, L. (2008). Home Care Primary Nurse Case Management Model. *Home Health Care Management Practice*, pp. 235-244.

Κατακλίσεις

Γεωργία Δ. Γαλλιού



1. Έλκη κατάκλισης

1.1 Ορισμός- Συνέπειες

Η διεθνής συμβουλευτική επιτροπή κατακλίσεων (NPUAP) ορίζει την κατάκλιση «ως μια εντοπισμένη καταστροφή του δέρματος ή/και των υποκείμενων ιστών, συνήθως πάνω από οστικές προεξοχές, που αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης πίεσης ή του συνδυασμού πίεσης και λύσης της συνέχειας του δέρματος».¹ Σχηματίζονται συχνότερα στην ιεροκοκκυγική περιοχή, ακολουθούν ο μείζων τροχαντήρας, οι πτέρνες, τα σφυρά, η ωμοπλάτη, τα ζυγωματικά, οι αγκώνες, τα γόνατα (βλ. εικόνα για τα σημεία που εμφανίζουν κατακλίσεις).

Η παρατεταμένη πίεση παρεμποδίζει την κυκλοφορία του αίματος στην περιοχή που δέ-

χεται την πίεση με αποτέλεσμα η περιοχή να ισχαιμεί. Το δέρμα στο σημείο της πίεσης εμφανίζεται ωχρό. Αν αρθεί η πίεση σε αυτό το σημείο το δέρμα γίνεται ερυθρό ή πιο σκούρο ερυθρό λόγω της αγγειοδιαστολής, καθώς το αίμα οδεύει προς το σημείο όπου υπάρχει μειωμένη κυκλοφορία του. (αντιδραστική υπεραιμία).²

Τα έλκη πίεσης (κατακλίσεις) αποτελούν ένα μεγάλο κλινικό πρόβλημα που παρατηρείται στους κλινήριους ασθενείς τόσο στο περιβάλλον του νοσοκομείου, όσο και του σπιτιού.

Απαιτούν αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα και επαγρύπνηση, καθυστερούν την ανάρρωση του ασθενή, αυξάνουν τη θνητότητα και επιβαρύνουν σημαντικά το κόστος θεραπείας.

¹ Μπαλτόπουλος, Γ.(επιμ.) (2010) 13ο Θεματικό Συνέδριο: Εντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική. Κατευθυντήριες Οδηγίες. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

² deWit S. C. (2005) Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας Τμ. II Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

Είναι επώδυνα και επηρεάζουν όχι μόνο τη σωματική, αλλά και τη ψυχική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία του ασθενή και των οικογενειακών φροντιστών. Υπονομεύουν τη θετική εικόνα του σώματός τους, δημιουργούν συναισθήματα μη αποδοχής, κατάθλιψη, και κοινωνική απομόνωση.

1.2 Παράγοντες Κινδύνου για το Σχηματισμό Ελκών Κατάκλισης

Για τη δημιουργία μιας κατάκλισης στον κλινήρη ασθενή συντρέχουν, σε συνδυασμό, οι παρακάτω παράγοντες.

Ενδογενείς παράγοντες: Οι ενδογενείς παράγοντες επηρεάζουν τη λειτουργία της απορροφητικής ικανότητας του κολλαγόνου και της ελαστίνης που αποτελούν τις κύριες υποστηρικτικές δομές του δέρματος και είναι³:

- Ακίνησία ή μειωμένη κινητικότητα. Η κατάσταση της υγείας του πάσχοντα τον περιορίζει για μεγάλα χρονικά διαστήματα στην ίδια θέση με συνέπεια αυξημένο κίνδυνο δημιουργίας κατάκλισης.
- Διαταραχές θρέψης. Η δημιουργία κατακλίσεων συνδέεται άμεσα με την υπολευκωματιναιμία και την υποθρεψία λόγω της ανεπαρκούς πρόσληψης θρεπτικών συστατικών.
- Προχωρημένη ηλικία. Το δέρμα στα ηλικιωμένα άτομα είναι αφυδατωμένο, έχει μειωθεί το υποδόριο λίπος και η μυϊκή μάζα με συνέπεια να είναι ευαίσθητα και επιρρεπή στη δημιουργία κατακλίσεων.
- Η διανοητική κατάσταση. Εάν ο ασθενής είναι ανήσυχος, συγχυτικός ή διεγερτικός επηρεάζεται η κινητικότητά του, αλλά και η δυνατότητα να συνεργαστεί με τον φροντιστή στην παροχή της φροντίδας.
- Η μειωμένη αρτηριακή πίεση. Συντελεί στην κακή αιμάτωση των ιστών.
- Η υποκείμενη νόσος. Εάν ο ασθενής πάσχει από νεοπλασματικές, νευρολογικές, ορθοπεδικές και άλλες παθήσεις, έχει αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξει κατακλίσεις.
- Η έλλειψη αισθητικότητας, η οποία παρατηρείται σε άτομα με ημιπληγία ή παραπληγία, επίσης αυξάνει τον κίνδυνο δημιουργίας κατακλίσεων.
- Ψυχολογικοί παράγοντες. Σε καταστάσεις μεγάλου άγχους παρατηρείται αύξηση των γλυκοκορτικοστεροειδών από τα επινεφρίδια, με αποτέλεσμα αναστολή της σύνθεσης κολλαγόνου και οι ιστοί να καθίστανται επιρρεπείς στη δημιουργία κατακλίσεων.¹

Εξωγενείς παράγοντες:

Επηρεάζουν τα εξωτερικά στρώματα του δέρματος:

- Η πίεση που ασκείται μεταξύ των σημείων που προεξέχουν και της επιφάνειας που ακουμπάει ο ασθενής. Όταν η εξωτερική αυτή πίεση υπερβαίνει τα 32mmHg, δεν πραγματοποιείται σωστή αιμάτωση, ισχαιμεί ο ιστός και σε συνάρτηση με το χρόνο παραμονής στην ίδια θέση, αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας κατάκλισης.
- Ο παρατεταμένος χρόνος παραμονής του ασθενή στην ίδια θέση.
- Η υγρασία λόγω αυξημένης εφίδρωσης, ακράτειας ούρων/κοπράνων.
- Η τριβή που προκαλεί το σύριμο του ασθενή στο κρεβάτι.
- Η διατμητική τριβή ως αποτέλεσμα της πίεσης που ασκείται όταν το σώμα κινείται ή γλιστράει χωρίς να υπάρχει ανύψωσή του. Έτσι το δέρμα παραμένει στο ίδιο σημείο ενώ το σώμα μετακινείται προς άλλη κατεύθυνση με αποτέλεσμα τον τραυματισμό.³

³Μπαλτόπουλος, Γ.(επιμ.) (2010) 13ο Θεματικό Συνέδριο: Εντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική. Κατευθυντήριες Οδηγίες. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

1.3 Ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων

Για την αναγνώριση των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων απαιτείται, αφενός κλινική εμπειρία και γνώση εκ μέρους του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και αφετέρου η χρήση εργαλείων εκτίμησης κινδύνου. Υπάρχουν αρκετές κλίμακες τροποποιημένες για την εκτίμηση αυτού του κινδύνου, όπως είναι η κλίμακα της Norton που χρησιμοποιούμε στη ΝΟΣΗΛΕΙΑ.

Τα άτομα αυτά είναι:

- Ηλικιωμένοι
- Ασθενείς με μειωμένη κινητικότητα/κλινήριες
- Ασθενείς που έχουν διαταραχή θρέψης
- Τετραπληγικοί / παραπληγικοί ασθενείς
- Παχύσαρκοι
- Αφυδατωμένοι ασθενείς
- Με οιδημάτα
- Με υπερβολική εφίδρωση
- Με έκπτωση του επιπέδου συνείδησης
- Με απώλεια ελέγχου των σφιγκτήρων (κοπράνων και ούρων)

1.4 Σταδιοποίηση των ελκών κατάκλισης κατά AHCPR

(Φορέας έρευνας και ποιότητας της Υγειονομικής περιθαλψής)⁴

Η σταδιοποίηση των ελκών κατάκλισης είναι σημαντική για τη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία των. Υπάρχουν τέσσερα στάδια ελκών κατάκλισης:

Στάδιο I. Περιοχή ερυθρού, σκούρου ροδίνου χρώματος που δεν γίνεται ωχρό κατά την άσκηση πίεσης με το δάχτυλο.

Στάδιο II. Η ολικού πάχους απώλεια του δέρματος συμπεριλαμβανομένων της επιδερμίδας και/ή του χορίου. Μπορεί να μοιάζει με εγκοπή, εξάνθημα, ή να έχει ένα ρηχό κρατήρα.

Στάδιο III. Η ολικού πάχους απώλεια του δέρματος, συμπεριλαμβανομένου και του υποδόριου ιστού. Μπορεί να μοιάζει με ένα βαθύ κρατήρα και εκτείνεται μέχρι τη μυϊκή περιτονία. Ο υποκείμενος ιστός έχει υποστεί βλάβη ή νέκρωση. Η βακτηριακή λοίμωξη του έλκους είναι συχνή και προκαλεί εξίδρωση υγρού από την επιφάνειά του. Μπορεί να έχει υποστεί βλάβη και ο ιστός περιφερειακά του έλκους.

Στάδιο IV. Η ολικού πάχους απώλεια του δέρματος με εκτεταμένη νέκρωση των ιστών ή βλάβη του μυός, του οστού ή των σπληνικών δομών. Επίσης υπάρχουν συριγγώδεις πόροι. Η λοίμωξη είναι συνήθως εκτεταμένη, το έλκος μπορεί να είναι ξηρό, μαύρου χρώματος, με μία στιβάδα σκληρού νεκρού ιστού (εσχάρα ή καύκαλο) ή μπορεί να είναι υγρό με εκροή εξιδρωματικού υγρού. Όταν υπάρχει κάποια εσχάρα, το έλκος δεν μπορεί να ταξινομηθεί με ακρίβεια. Θα πρέπει να αφαιρεθεί η εσχάρα πριν να γίνει η κατηγοριοποίηση του έλκους σε στάδιο.

2. Μέτρα πρόληψης κατακλίσεων

Η άριστη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο κυριότερος παράγοντας στην πρόληψη του σχηματισμού ελκών κατάκλισης. Η επίγνωση των παραγόντων κινδύνου που ενδέχεται να εμφανίζει ο ασθενής είναι ευθύνη της νοσηλεύτριας.

2.1. Φροντίδα δέρματος

Εφαρμογή ενός πλάνου περιποίησης του δέρματος το οποίο να περιλαμβάνει:

- διατήρηση του δέρματος καθαρού και ενυδατωμένου
- άμεσο και σωστό καθαρισμό του δέρματος μετά από επεισόδια ακράτειας

⁴deWit S. C. Ό.π. σ. 321-327.

- αποφυγή χρήσης αλκαλικών σαπουνιών και καθαριστικών
- χρησιμοποίηση προϊόντων τα οποία προστατεύουν από τη διάβρωση του δέρματος
- αποφυγή έντονου τριψίματος σε περιοχές οι οποίες είναι υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη τραυμάτων πίεσης
- χρησιμοποίηση των προϊόντων με υψηλή απορροφητική ικανότητα στα άτομα που έχουν κατάκλιση ή υπάρχει κίνδυνος να αναπτύξουν και παρουσιάζουν ακράτεια⁵
- επισκόπηση του δέρματος ανά 8ωρο, με έμφαση σε περιοχές με οστικές προεξοχές που είναι περισσότερο επιρρεπείς
- σεντόνια καλά τεντωμένα, χωρίς πτυχώσεις
- Αποφυγή επαφής οστικών προεξοχών μεταξύ τους⁶ (π.χ. σφυρό με σφυρό, γόνατο με γόνατο).
- Όταν ο ασθενής είναι σε ύπτια θέση τα πόδια πρέπει να ανασηκώνονται χρησιμοποιώντας μαλακά μαξιλάρια ή υλικά από αφρολέξ ώστε οι φτέρνες να μην ακουμπούν στο κρεβάτι.
- Το μαξιλάρι πρέπει να τοποθετείται από το μέρος της κνήμης και μέχρι τους αστραγάλους ώστε να μη μειώνεται η αιματική ροή προς τα άκρα.
- Όταν ο ασθενής είναι σε καθιστή θέση να περιορίζεται η συνεχής παραμονή στη θέση αυτή πάνω από 2 ώρες η φορά.⁷
- Οι παραπληγικοί ασθενείς, εφόσον μπορούν, να διδάσκονται όταν κάθονται στην αναπηρική καρέκλα να μετακινούν το βάρος τους κάθε 15 λεπτά.
- Ανύψωση του κρεβατιού έως 30 μοίρες, αν η κατάσταση του ασθενή απαιτεί ανάρροπη θέση, και για το μικρότερο δυνατό διάστημα.⁸
- Αν ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται σε θέση ημι- Fowler (300–600) περιορίζουμε το χρόνο παραμονής του στη θέση αυτή στα 30 λεπτά.⁹
- Χρησιμοποίηση ειδικών στρωμάτων ανακατανομής πίεσης (αεροστρώματα, κ.α.).

2.2 Μέτρα πρόληψης ανάπτυξης εκδορών και αποκόλλησης των βαθύτερων στιβάδων του δέρματος μεταξύ τους

- Ο κίνδυνος τριβής και διάτμησης είναι αυξημένος όταν η ράχη του κρεβατιού είναι ανυψωμένη στις 50 με 60 μοίρες.
- Αλλαγή της θέσης του ασθενή με εξατομικευμένη συχνότητα, και εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη με συχνότητα ανά 2-4 ώρες, χρησιμοποιώντας τρεις με τέσσερις θέσεις, (ύπτια, δεξιά πλάγια, αριστερή πλάγια και πρηνή). Αντενδείκνυται το σύρσιμο του ασθενή για την αλλαγή θέσης γιατί προκαλεί τριβή με συνέπεια βλάβη των ιστών.
- Η Πλάγια θέση να είναι σε γωνία 30 μοιρών ώστε να ασκείται η πίεση στο γλουτιαίο μυ που είναι χαμηλής επικινδυνότητας περιοχής.

Οι συσκευές τύπου ντόνατ (κουλούρα) πρέπει να αποφεύγονται γιατί παρεμποδίζουν τη λεμφική παροχέτευση, επιτείνουν τη φλεβική στάση και το οίδημα, πιο πολύ συμβάλλουν στη δημιουργία κατακλίσεων παρά τις προλαμβάνουν.¹⁰

Γάντια με νερό κάτω από τις φτέρνες δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται. Η χρήση τους κρίνεται αναποτελεσματική διότι η μικρή έκταση της περιοχής της πτέρνας υποδεικνύει ότι δεν είναι εφικτή η αναδιανομή της πίεσης τοπικά σε αυτή την περιοχή και με αυτό τον τρόπο.¹¹

⁵epuap.gr <https://epuap.org/wp-content/uploads/2021>

⁶Epuap 2003

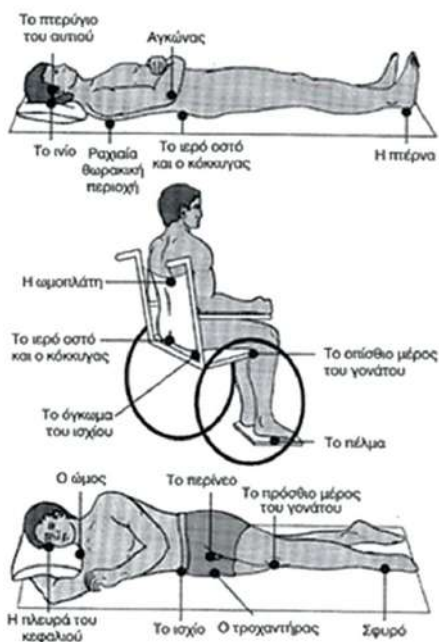
⁷N.I.C.E 2004 (<https://www.nice.org.uk/guidance/csg4>)

⁸N.P.I.A.P

⁹epuap.gr <https://epuap.org/wp-content/uploads/2021>

¹⁰N.I.C.E 2004

¹¹N.I.C.E 2004



Εικόνα 18-3. Σημεία πίεσης στα οποία εμφανίζονται συχνά έλκη κατάκλισης.

Εικόνα: Από deWit S. C. (2005) Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας Τ. II
Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος σ. 324



Βιβλιογραφία

- deWit S. C. (2005) Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας Τ. II Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Μπαλτόπουλος, Γ. (2010) 13ο Θεματικό Συνέδριο: Έντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική. Κατευθυντήριες Οδηγίες. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel <https://epuap.org/wp-content/uploads/2021>
- National Institute for Health and Care Excellence 2004: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer (<https://www.nice.org.uk/guidance/csg4>) τελευταία πρόσβαση 28.4.2022
- National Pressure Injury Advisory Panel (<https://npiap.com>)

Ψυχολογική στήριξη ασθενών και φροντιστών στο σπίτι

Ηρώ Σταμπολίδου

6



Εισαγωγή

Το ανά χείρας εγχειρίδιο, όπως αναφέρθηκε, στοχεύει στην ενημέρωση επαγγελματιών υγείας (ψυχολόγων, ιατρών, νοσηλευτών, φυσιοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών) και φροντιστών ατόμων με χρόνια νόσο (καρκίνο, εγκεφαλικό, άνοια, αυτοάνοσα νοσήματα κλπ).

Παρακάτω θα περιγραφούν τα συνήθη προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα τα άτομα με χρόνια νοσήματα ή/και οι φροντιστές των, και τα συνοδά προβλήματα ψυχικής υγείας. Θα παρουσιαστούν επίσης τρόποι αυτό-διαχείρισης των ψυχοσυναισθηματικών δυσκολιών των νοσούντων και των φροντιστών τους και η συμβολή του ψυχολόγου σε αυτές. Επιπλέον, παρατίθενται τρόποι αξιολόγησης των κλινικών εκδηλώσεων και συμπτωμάτων των ασθενών για τον καλύτερο χειρισμό τους. Πότε ένα πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι και πώς; Και τέλος, γίνεται αναφορά στις προκλήσεις που καλούνται οι ψυχολόγοι να αντιμετωπίσουν κατά την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι.

1. Ο χρόνιος πάσχων

Ως χρόνιος πάσχωντες θεωρούνται τα άτομα με μακροχρόνια ασθένεια η οποία παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις, ο ασθενής χρήζει ειδικής εκπαίδευσης για να τη διαχειριστεί και στην οποία απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση, ιατρικές επισκέψεις και διαγνωστικές εξετάσεις⁵. Μέσα σε αυτό το διάστημα ο ασθενής εμφανίζει ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές μεταπτώσεις, που επηρεάζουν τον ίδιο, την οικογένειά του και το κοντινό του περιβάλλον. Οι πιο συνήθεις χρόνιες παθήσεις είναι οι καρδιακές παθήσεις, το εγκεφαλικό, ο καρκίνος, οι χρόνιες πνευμονικές νόσοι και ο διαβήτης.⁹

2. Ο ρόλος του ψυχολόγου στην ανακουφιστική φροντίδα

Οι χρόνιες ασθένειες έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενούς αλλά και των φροντιστών τους σε ψυχο-συναισθηματικό, κοινωνικό-οικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο. Η εμπειρία προσαρμογής σε μια χρόνια ασθένεια είναι μια σύνθετη και επίπονη διαδικασία που μπορεί να θέσει τη ψυχική υγεία των πασχόντων σε κίνδυνο. Η ψυχολογική αυτή προσαρμογή επηρεάζει διάφορα πεδία της ζωής των. Συγκεκριμένα βιώνουν:

- **Βιολογικά.** Κόπωση, πόνο και άλλα συμπτώματα, παρενέργειες της αγωγής, μείωση της λειτουργικότητας.
- **Κοινωνικά.** Απομόνωση, περιθωριοποίηση, συγκρουσιακές σχέσεις με την οικογένεια και φίλους, στίγμα κ.ά.
- **Συναισθηματικά.** Επώδυνη αίσθηση αυτο-εικόνας, θυμό, απογοήτευση, επαναπροσδιορισμό στόχων και προσδοκιών, και
- **Συμπεριφορικά.** Συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες, συχνές ιατρικές εξετάσεις.

Σύμφωνα με την Ψυχίατρο Kübler - Ross⁴ συναισθηματικά, τα άτομα με χρόνιες παθήσεις βιώνουν απώλεια, καθώς πενθούν τον εαυτό που χάνουν. Η αίσθηση απώλειας περνά από 5 στάδια:

- **Άρνηση.** Μετά το αρχικό σοκ της διάγνωσης αρνούνται να αποδεχθούν την δύσκολη κατάσταση της υγείας τους.
- **Θυμό.** Θυμώνουν, απογοητεύονται και κατακλύζονται από αίσθημα αδικίας που κάνει το θυμό εντονότερο. Ο θυμός με την σειρά του μετατίθεται στο κοντινό περιβάλλον του.
- **Απόσυρση.** Ο ασθενής βιώνει θλίψη και απελπισία.
- **Κατάθλιψη.** Αίσθημα απώλειας της ζωής που είχε ο ασθενής, το οποίο αν δεν διαχειριστεί, οδηγεί στην κατάθλιψη.
- **Αποδοχή.** Το άτομο μπαίνει σε εσωτερικό διάλογο με τον εαυτό του και προσπαθεί να συμφιλιωθεί με την ιδέα της κατάστασης και να προσαρμοστεί στα καινούργια δεδομένα της ζωής του.¹⁰

Τα στάδια αυτά είναι εξαιρετικά επίπονα για τους ασθενείς και πάνω σε αυτά καλείται να επέμβει ο Ψυχολόγος με στόχο την αναγνώριση των συναισθημάτων και την ανακούφιση του πόνου που προκαλούν. Η αποτελεσματική ψυχοσυναισθηματική στήριξη αυξάνει τις πιθανότητες για καλύτερη πορεία της ασθένειας και μεγαλύτερη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινότητα.

Χαρακτηριστικά της ψυχολογικής παρέμβασης:

1. Είναι βραχυπρόθεσμη (10-15 συνεδρίες) συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία και ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς και την οικογένειά τους.
2. Γίνεται χρήση ψυχομετρικών τεστ που αξιολογούν τη συναισθηματική κατάσταση, τη μνήμη και τη γνωστική ικανότητα του ασθενούς.
3. Διενεργούνται ασκήσεις γνωστικής/νοητικής ενδυνάμωσης για ασθενείς σε αρχικά στάδια της άνοιας.
4. Γίνεται ψυχοεκπαίδευση στους ασθενείς και τους φροντιστές σχετικά με την πάθηση των πρώτων και τις συνοδές δυσκολίες σε συμπεριφορικά και συναισθηματικό επίπεδο. Ακόμη, ψυχοεκπαίδευση γίνεται και στους συνεργαζόμενους επαγγελμα-

τίες υγείας (νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές κ.α.) στο πώς να μεταχειρίζονται τους ασθενείς με ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες ή διαταραχές.

Οι Ψυχολόγοι μπορούν να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων που θα απευθύνεται στους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους φροντιστές τους. Ειδικότερα, μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση του άγχους και του πόνου καθώς και τη γενικότερη ανακούφιση από όλο αυτό το φορτίο που κουβαλούν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους.

5. Ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

Συχνά κάποιος που έρχεται σε επαφή με μια σοβαρή ασθένεια ή ένα σοβαρό τραυματισμό καλείται να αντιμετωπίσει αρκετές δυσκολίες. Σε πρώτο επίπεδο η πιο σημαντική του ανάγκη είναι η φροντίδα της σωματικής του υγείας. Σε ένα δεύτερο επίπεδο όμως, διακρίνεται και η ανάγκη ψυχοσυναισθηματικής ισορροπίας μέσα στις αλλαγές που υφίσταται η ζωή του ατόμου μετά τη νόσο. Έτσι, λοιπόν, πέρα από τη σωματική δοκιμασία, ο ασθενής θα πρέπει να ισορροπήσει εσωτερικά και να εργαστεί για την ανάκτηση μιας αξιοπρεπούς και ποιοτικής ζωής, όσο αυτό είναι εφικτό.

Μέσα σε αυτή τη δυσκολία προσαρμογής που βιώνει ο ασθενής γεννιούνται ποικίλες ανάγκες όπως διαφαίνονται παρακάτω.

Ανάγκες ασθενών

- Ανάγκη για υποστηρικτικό περιβάλλον: κατανόηση, συμπαράσταση.
- Ανάγκη για οικονομική στήριξη: ανάγκη για ενημέρωση επιδομάτων που δικαιούνται.
- Ανάγκη για αίσθηση ελέγχου της ζωής.
- Ανάγκη για καινούργια ερεθίσματα.

Κατάθλιψη, άγχος και φόβος

Έρευνες καταδεικνύουν την κατάθλιψη και το άγχος ως τις πιο συνήθεις συνοδές διαταραχές ατόμων με χρόνια νόσο, με βαθιές

επιπτώσεις στον έλεγχο της ασθένειάς τους, την ποιότητα ζωής και τη γενική υγεία τους.^{4,11}

Οι χρόνια πάσχοντες με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους πιο αρνητικά και δυσκολεύονται να την ελέγξουν⁶. Επιπλέον, αισθήματα κόπωσης, ανηδονίας και θλίψης δεν τους δίνουν κανένα κίνητρο κινητοποίησης για αλλαγές και προσαρμογή στην καινούργια πραγματικότητα.

Τα καταθλιπτικά συναισθήματα δεν είναι πάντα ανάλογα της βαρύτητας της νόσου. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και πίστευαν ότι η κατάστασή τους ήταν θεραπεύσιμη υπέφεραν από σοβαρότερη κατάθλιψη σε σχέση με όσους θεωρούσαν την πάθησή τους ανίατη⁷. Ίσως αυτό να εξηγείται επειδή οι πάσχοντες από ανίατη ασθένεια κάποια στιγμή συμβιβάζονται με την κατάστασή τους, ενώ οι πάσχοντες από μια νόσο που θα μπορούσε να βελτιωθεί, όταν δεν βλέπουν θετική εξέλιξη, νιώθουν αγωνία και απομονωσία, βιώνουν έντονη απογοήτευση, με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επίπεδα άγχους αλλά και κατάθλιψης.

Μια άλλη συχνή και σοβαρή συναισθηματική διαταραχή που συνοδεύει τις χρόνιες παθήσεις είναι το άγχος. Ο κόσμος αλλάζει κυριολεκτικά για τον χρόνια πάσχοντα, τον οποίο καλείται να αποδεχτεί και να προσαρμοστεί. Τα διάφορα εμπόδια που προκύπτουν στην νέα του καθημερινότητα, η αγωνία του για το πως θα ανταπεξέλθει σε αυτή καθώς και η ίδια η εξέλιξη της νόσου του, τού προκαλούν άγχος. Πολλές φορές σε βαριές ασθένειες το άτομο έχει επιπλέον να διαχειριστεί το φόβο και το άγχος θανάτου. Ο φόβος πολύ συχνά συνδέεται με το άγχος, και τα δύο αυτά συμπληρώνουν και ενισχύουν το ένα το άλλο.

Έρευνες δείχνουν ότι η ανασφάλεια, η απαισιοδοξία και το άγχος για το μέλλον με την πάροδο του χρόνου αυξάνονται αντί να μειώνονται, συναισθήματα που επιβαρύνονται ακόμη περισσότερο από την κόπωση μιας πολύ δύσκολης πορείας². Η αντιμετώπιση λοιπόν αυτών των συναισθηματικών διαταραχών αποτελεί βασική προτεραιότητα τόσο για τον ασθενή όσο και τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του.

Ο φόβος και το άγχος που έχουν οι ασθενείς ότι θα χάσουν την ικανότητα τους να είναι λειτουργικοί και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της καθημερινότητάς τους, σταδιακά μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της αυτοπεποίθησής τους. Παράλληλα, δυσκολεύονται να αντλήσουν ευχαρίστηση από δραστηριότητες που άλλοτε τους ευχαριστούσαν, κάτι που εν συνεχεία μπορεί να έχει αντίκτυπο και στην κοινωνική τους ζωή, γενικότερα⁶.

Γίνεται έκδηλο λοιπόν, πως οι χρόνιες παθήσεις συχνά οδηγούν σε έντονο άγχος και κατάθλιψη, η κατάθλιψη εν συνεχεία μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα μιας χρόνιας πάθησης, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο.

Σκέψεις που κάνουν:

- «Είμαι βάρος για τους άλλους»
- «Δεν θα γίνω ποτέ καλά»
- «Όλοι με αποφεύγουν»
- «Θέλω να πεθάνω».

6. Φροντιστές ασθενών με χρόνιες παθήσεις

Η κλινική εμπειρία καθώς και η σχετική βιβλιογραφία έχουν δείξει ότι οι συγγενείς και τα αγαπημένα πρόσωπα των ασθενών υφίστανται τεράστια ψυχική επιβάρυνση. Ο όρος “φορτίο φροντιστών” χρησιμοποιείται παγκοσμίως για να δηλώσει την επιβάρυνση (σωματική, πνευματική, συναισθηματική, κοινωνική, οικονομική) που επωμίζονται οι φροντιστές ατόμου με χρόνια πάθηση.

Λόγω της κατάστασης που αντιμετωπίζουν, οι φροντιστές πιστεύουν ότι δεν έχουν την πολυτέλεια να νιώθουν λύπη για τα αγαπημένα τους πρόσωπα γιατί πρέπει να επιδείξουν δύναμη και θετική προοπτική. Σε αυτούς τους ανθρώπους θα πρέπει επίσης να δοθεί η ευκαιρία να μιλήσουν, να μάθουν τρόπους χειρισμού του ασθενούς και να αποφορτίσουν το βάρος τους.

Οι φροντιστές διαδραματίζουν σημαντικό, πολλαπλό και απαιτητικό ρόλο στη στήριξη

του χρόνια πάσχοντα. Ένας ρόλος που μπορεί να φέρει ευχαρίστηση μεν, στα πλαίσια της προσφοράς, αλλά και άγχος και απογοήτευση¹. Είναι σημαντικό επομένως να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες των φροντιστών, να εντοπίζονται τα επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης και να παρέχεται η κατάλληλη παρέμβαση ή υποστήριξη ώστε να αποφευχθεί η ψυχική τους κόπωση (burnout).

Ανάγκες φροντιστών

- Ανάγκη για ελεύθερο χρόνο (ξεκούραση, ύπνος, άλλες υποχρεώσεις, εργασία, φροντίδα της οικογένειάς τους, δραστηριότητες).
- Ανάγκη για υποστήριξη και κατανόηση από το περιβάλλον τους.
- Οικονομική στήριξη.

Άγχος, φόβος και κατάθλιψη

Ο ρόλος που επιτελούν οι φροντιστές ατόμων με χρόνιες παθήσεις είναι απαιτητικός και πολλαπλός καθώς παράλληλα με το ρόλο του φροντιστή μπορεί να έχουν και αυτόν του συζύγου, του γονέα, του παιδιού και του εργαζόμενου. Ο συνδυασμός αυτών των ρόλων συχνά τους οδηγεί σε έντονο άγχος και πίεση. Μελέτες υποστηρίζουν ότι οι φροντιστές εκδηλώνουν αρκετές ψυχολογικές διαταραχές, όπως άγχος, φοβίες, κατάθλιψη^{10, 12}, διαταραχή ύπνου, ματαιώση, άγχος επικείμενου θανάτου του σημαντικού προσώπου, προβλήματα σωματικής υγείας, ψυχοσωματικές ενοχλήσεις, κοινωνικά προβλήματα, απομόνωση, επαγγελματικές δυσκολίες κ.λ.π.

Με έντονο το αίσθημα ευθύνης που φέρουν οι φροντιστές, το άγχος και η ανησυχία μεγαλώνουν καθώς και η ανασφάλεια σχετικά με το αν όντως προσφέρουν το καλύτερο («σύνδρομο αρωγής») στον πάσχοντα. Έτσι, για οποιαδήποτε αρνητική εξέλιξη στην νόσο νιώθουν ανεπαρκείς και βιώνουν ενοχές καθώς αισθάνονται ότι ευθύνονται οι ίδιοι. Όλο αυτό δημιουργεί μεγάλο ψυχικό φορτίο που μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές στον ύπνο τους αλλά και γενικότερη παραμέληση του εαυτού τους, ακόμα και προσωπικών θεμάτων υγείας.

Επιπροσθέτως, οι φροντιστές καλούνται να εκπαιδεύουν για την φροντίδα του ασθενούς, καθώς πολλές φορές η φροντίδα αυτή δεν είναι απλή και είναι σε τέτοιο επίπεδο εξειδικευμένη, ώστε μόνο ένας επαγγελματίας υγείας θα μπορούσε να ανταπεξέλθει επαρκώς.

Μέσα σε όλες αυτές τις ευθύνες που έχουν να φέρουν εις πέρας οι φροντιστές, ο χρόνος που τους απομένει ελεύθερος σταδιακά μειώνεται. Επιπλέον, απομακρύνονται από ευχάριστες δραστηριότητες που συνήθιζαν να κάνουν ενισχύοντας το άγχος και την αίσθηση αβεβαιότητας για το μέλλον. Πολλές φορές αναφέρονται αισθήματα τύψης, λόγω απομάκρυνσης από την δική τους οικογένεια και την φροντίδα της, κάτι που εν συνεχεία μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.

Τέλος, ένας τέτοιος απαιτητικός ρόλος συχνά οδηγεί σε υπερκόπωση και ματαιώση από την υπέρμετρη προσπάθεια να προσφέρουν καθώς πολλές φορές θεωρούν ότι μπορούν να επιτύχουν περισσότερα από όσα είναι πρακτικά δυνατόν, όπως το να αντιστρέψουν την πάθηση του ατόμου που φροντίζουν.

Σκέψεις που κάνουν:

- «Τα κάνω όλα καλά και όπως πρέπει;» Φόβος μήπως δεν ανταπεξέλθουν σωστά στην φροντίδα που πολλές φορές είναι απαιτητική (π.χ. νοσηλευτική)
- «Θα προλάβω να ανταπεξέλθω σε όλους μου τους ρόλους και υποχρεώσεις;»

7. Κατ' οίκον ψυχολογική παρέμβαση σε ασθενείς και φροντιστές

Η παρέμβαση του Ψυχολόγου σε ένα γενικό πλαίσιο, στοχεύει στη μείωση της δυσφορίας και άλλων αρνητικών συναισθημάτων των ασθενών ή και των φροντιστών. Σε ειδικότερο πλαίσιο, στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητα ζωής τους μέσα από την εκπαίδευσή των σε στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, δεξιότητες αυτοδιαχείρισης της ασθένειας και κυρίως τον επαναπροσδιορισμό του νοήματος της ζωής.

Συνηθέστεροι τρόποι παρέμβασης στη ψυχολογική στήριξη των χρόνια ασθενών και των φροντιστών τους:

- Ενίσχυση έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων σχετικά με την ασθένεια και μείωση της δυσφορίας.
- Αξιοποίηση ενός υποστηρικτικού δικτύου.
- Εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του στρες (τεχνικές χαλάρωσης π.χ. διαφραγματικής αναπνοής, προοδευτική μυϊκή χαλάρωση) καθώς και διαχείριση του πόνου μέσω των τεχνικών αυτών.
- Σχεδιασμός νέων δραστηριοτήτων προσαρμοσμένες στην ασθένεια με στόχο τη βελτίωση της διάθεσης και κατά συνέπεια της ποιότητας ζωής (συμπεριφορική ενεργοποίηση) γενικότερα.
- Αντιμετώπιση προβλημάτων του ύπνου (γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές).
- Διαχείριση των αρνητικών αυτομάτων σκέψεων και το νόημα που δίνουν σε αυτές σχετικά με την ασθένειά τους και τον πόνο που μπορεί να τη συνοδεύει μέσω γνωσιακών και συμπεριφορικών τεχνικών (π.χ. Ημερολόγιο Δυσλειτουργικών Σκέψεων και Εναλλακτικές Σκέψεις, Συμπεριφορικά Πειράματα).
- Αίσθηση απόκτησης ελέγχου πάνω στις αρνητικές σκέψεις και εν τέλει στην ασθένειά τους.
- Βοήθεια στη διαχείριση των συναισθημάτων του πένθους.
- Γνωσιακή αναδόμηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων σχετικά με τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον, αναφορικά με την ασθένεια (“όλοι με αποφεύγουν”, “είμαι βάρος για τους άλλους”).

8. Αντιμετώπιση Αυτοδιαχείριση

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αυτοδιαχείριση δεν περιλαμβάνει μόνο τη διαχείριση των συμπτωμάτων της πάθησης και την αλλαγή του τρόπου ζωής, αλλά και την προ-

σαρμολογή νέων στόχων ζωής και κοινωνικών ρόλων καθώς επίσης και την αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών συνεπειών.

Τρόποι αυτο-διαχείρισης:

- **Συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.**
- **Φροντίδα του εαυτού.** Σωστή διατροφή, ξεκούραση, άσκηση και διασκέδαση.
- **Διατήρηση κοινωνικού δικτύου.** Δημιουργία και διατήρηση ποιοτικών σχέσεων με φίλους και συγγενείς. Επιπλέον, υπάρχουν Σύλλογοι και Οργανισμοί Υγείας με ομάδες στήριξης που αποτελούνται από άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις και θέματα υγείας. Αυτές οι ομάδες, πέρα από προσωπική βοήθεια και στήριξη, παρέχουν τη δυνατότητα να προσφέρει ο ίδιος ο ασθενής ή ο φροντιστής στήριξη σε άλλους ασθενείς ή φροντιστές, αντίστοιχα.
- **Διατήρηση της καθημερινότητας.** Η προσπάθεια διατήρησης των εργασιών, των υποχρεώσεων, της φροντίδας του σπιτιού και των αγαπημένων δραστηριοτήτων, όσο περισσότερο είναι εφικτό, θα προσδώσει μια αίσθηση σταθερότητας μέσα στην καθημερινότητα και την αβεβαιότητα της ασθένειας.
- **Εκπαίδευση των φροντιστών από Συλλόγους που σχετίζονται με τις συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις.**
- **Ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής για την μείωση του άγχους και των αρνητικών σκέψεων.**

Όπως γίνεται έκδηλο από τα παραπάνω, η συμπεριφορική ενεργοποίηση είναι ένας τρόπος αυτοδιαχείρισης των νέων ρόλων και δυσκολιών στη ζωή των χρονίως ασθενών. Είναι σημαντικό ο ασθενής να εμπλέκεται σταδιακά σε ευχάριστες δραστηριότητες, όσο αυτό είναι εφικτό, δεδομένης της νόσου. Η μουσική, η γυμναστική, το περπάτημα με έναν φίλο και το διάβασμα είναι κάποιες από την δραστηριότητες που βοηθούν και προάγουν τη χαλάρωση και βελτιωμένη διάθεση, τόσο για τους ασθενείς όσο και τους φροντιστές.

9. Προκλήσεις στην κατ' οίκον ψυχολογική στήριξη

Δημιουργία ερεθισμάτων.

Δεν είναι εύκολη η αλλαγή συμπεριφορικά και συναισθηματικά όταν το άτομο είναι μόνιμα στο σπίτι, καθώς πολλές φορές δεν δύναται να μετακινηθεί εκτός, και επομένως δεν μπορούν να υπάρξουν διαφορετικά ερεθίσματα που θα ενισχύσουν τη διάθεση. Έτσι ο Ψυχολόγος καλείται μέσα σε ένα χώρο που ο χρόνος πάσχων περνάει όλη του την μέρα, ίσως και για πολλά χρόνια, να δημιουργήσει καινούργια ερεθίσματα. Το άτομο πολλές φορές ανθίσταται σε αυτό καθώς οτιδήποτε υπάρχει στο χώρο όπου βρίσκεται κλινήρης για πολύ καιρό, τον απωθεί. Εκεί ο Ψυχολόγος θα πρέπει να διερευνήσει το παραμικρό ερέθισμα που θα μπορούσε να τον κινητοποιήσει για μια καινούργια ασχολία.

Ιδιωτικότητα στις συναντήσεις.

Στις συναντήσεις με τους ασθενείς ή τους φροντιστές πολλές φορές δεν υπάρχει ιδιωτικότητα, καθώς συχνά είναι παρόντα στο σπίτι και άλλα άτομα και δεν αισθάνονται άνετα να μιλήσουν και να εκφραστούν. Έτσι, λοιπόν, καλείται ο Ψυχολόγος και ο ασθενής/φροντιστής να βρουν κοινή διαθέσιμη ώρα και εναλλακτικές επιλογές στο χώρο, προκειμένου να διενεργηθούν οι συναντήσεις.

Συνέπεια στις συναντήσεις.

Πολλές φορές δεν υπάρχει συνέπεια στις συναντήσεις από μέρους των ασθενών ή των φροντιστών λόγω π.χ. εξάρσεων των συμπτωμάτων της νόσου ή λόγω ραντεβού με ιατρούς/νοσοκομεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται κενά μεταξύ των συναντήσεων που δεν ευνοούν την ομαλή συνέχισή τους.

Έκθεση σε κινδύνους.

Λόγω των συνεχών μετακινήσεων στο χώρο των ασθενών, οι Ψυχολόγοι όπως και κάθε επαγγελματίας υγείας που εργάζεται κατ' οίκον, είναι εκτεθειμένοι στους κινδύνους των δρόμων (κυκλοφορία, καιρικές συνθήκες κ.α.).

«Ένας σοφός άνθρωπος πρέπει να θεωρεί ότι η υγεία είναι η μεγαλύτερη ανθρωπινή ευλογία και να μάθει πώς μπορεί με την ίδια του τη σκέψη, να αντλεί όφελος από την ασθένειά του».

Ιπποκράτης



Βιβλιογραφία

1. Canam, C., & Acorn, S. (1999). Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabilitation Nursing*, 24(5), 192-200.
2. Christman N.J. McConnell, E.A. et al. 1998. Uncertainty, coping and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. *Research in Nursing and health*.11, 71- 82.
3. Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., ... & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Cmaj*, 170(12), 1795-1801.
4. Kumbler Ross, Θάνατος το τελικό στάδιο της εξέλιξης, Δίοδος, Αθήνα 2009.
5. Minaire, P. (1992). Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *Bulletin of the world health organization*, 70(3), 373.
6. Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., Bernstein, R., (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 155-164.
7. Nicoloro-Santa Barbara, J., Lobel, M., & Wolfe, D. (2017). Psychosocial impact of mast cell disorders: Pilot investigation of a rare and understudied disease. *Journal of health psychology*, 22(10), 1277-1288.
8. Schiaffino, K.M., Shawaryn, M.A., Blum, D., 1998. Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illness. *Health Psychology*, 17, 262-268
9. WHO World Health Organization: Chronic Disease and Health Promotion, Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment.
10. Stavrou, V., Ploumis, A., Voulgaris, S., Sgantzios, M., Malliarou, M., & Sapountzi-Krepia, D. (2017). Informal caregivers' perceived needs for health education information and emotional support: A comparison between acute and sub-acute rehabilitation settings. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 243-250.
11. Gerontoukou, E. I., Michaelidou, S., Rekleiti, M., Saridi, M., & Souliotis, K. (2015). Investigation of anxiety and depression in patients with chronic diseases. *Health psychology research*, 3(2).
12. Govina, O., Vlachou, E., Kavga-Paltoglou, A., Kalemikerakis, I., Papageorgiou, D., Faso, G., & Patiraki, E. (2014). Exploring the factors influencing time and difficulty of tasks provided by family caregivers of patients with advanced cancer in Greece. *Health Science Journal*, 8(4), 438.

Κοινωνικά προβλήματα των ογκολογικών ασθενών κατά την κατ' οίκον νοσηλεία τους

Φωτεινή Χριστοδούλου



1. Κοινωνικά προβλήματα των ογκολογικών ασθενών κατά την κατ' οίκον νοσηλεία τους.

Στις μέρες μας το μοντέλο της κατ' οίκον φροντίδας προωθείται ως εναλλακτικός τρόπος περίθαλψης που χαρακτηρίζεται με εξατομίκευση, ευελιξία χρησιμοποιώντας τις τεχνολογικές και ψηφιακές υπηρεσίες που εξυπηρετούν την εφαρμογή της τηλεϊατρικής. Ορισμένοι λόγοι που οδηγούν στη στροφή της ανακουφιστικής φροντίδας των ασθενών κατ' οίκον είναι αρχικά η πρόληψη των κατακλίσεων, της νόσησης από ενδο-νοσοκομειακές λοιμώξεις, της χρόνιας νοσηλείας και χρήσης των κλινών στα νοσοκομεία, που επιβαρύνουν οικονομικά το εθνικό σύστημα δημόσιας υγείας. Μέσα από μελέτες φανερώνεται πως ο μέσος όρος του κόστους για κάθε νοσηλευόμενο, είναι μειωμένο κατά 19% για ορισμένες κατηγορίες ασθενών.

Στην προσπάθεια αποτύπωσης της αναγκαιότητας για ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα, υπάρχει δυσκολία καταγραφής της πραγματικής ανάγκης. Παρ' όλα αυτά, διεξήχθησαν μελέτες, οι οποίες υπολογίζουν πως κατά μέσο όρο ημερησίως χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας 15.000 ασθενείς και χρειάζονται 525 κλίνες. Επιπλέον, με βάση τα δεδομένα της ίδιας έρευνας, υπολογίζεται ότι χρειάζεται να παισιώσουν την κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα 500 γιατροί, 1.500 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και 1.000 επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων. Συμπληρωματικά, εξετάζεται η χρησιμότητα των εθελοντών στην υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους και υπολογίζεται πως το 25% εξ αυτών θα μπορούσαν να λάβουν, στο ελάχιστο, 2 ώρες την εβδομάδα εθελοντική υποστήριξη.

Οι ασθενείς και οι φροντιστές που βιώνουν όλες τις αλλαγές στην καθημερινότητά τους μετά την εμφάνιση ενός ογκολογικού νοσήματος μπορούν ολιστικά και υπεύθυνα να παισιωθούν εξω-νοσοκομειακά από επαγγελματίες υγείας μη κερδοσκοπικών φορέων, που θα λειτουργούν ως συνοδοιπόροι στο διάστημα αυτό. Φυσικά από τη διεπιστη-

μονική ομάδα, στα πλαίσια της ανακουφιστικής φροντίδας, δεν θα μπορούσε να λείπει ένας/μία κοινωνικός λειτουργός. Στόχος των παρεμβάσεων του αποτελεί η ενημέρωση των δικαιωμάτων του, αξιολόγηση αναγκών, η διασύνδεση με άλλες δομές της κοινότητας, η επίτευξη προσωπικών στόχων των ασθενών και διαχείριση λήψης αποφάσεων, η παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης, υποστήριξη φροντιστών αλλά και πενθούντων.

2. Κατ' οίκον ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο.

Οι ασθενείς που βιώνουν χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων ποιότητας ζωής με ψυχοκοινωνικές και πνευματικές ανησυχίες. Η υποστήριξη από εξειδικευμένους κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους μπορεί να ελαχιστοποιήσει το αίσθημα κατάθλιψης και άγχους της ασθένειας, τα οποία συχνά πυροδοτούν την ανάπτυξη και ψυχιατρικών προβλημάτων, εάν προϋπάρχουν σε κάποιο άτομο. Στρεσογόνα ενδέχεται να δράσει μια αναπάντεχη αλλαγή στην πορεία της νόσου, που μπορεί να επηρεάσει την αυτονομία του ατόμου. Οι έντονες παρενέργειες, η μειωμένη λειτουργικότητα, η συχνή και μακροχρόνια παραμονή σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή νοσοκομεία θα μπορούσαν, επίσης να θεωρηθούν τραυματικά σε διάφορα στάδια της νόσου.

Οι επαγγελματίες υγείας επιδιώκουν την κάλυψη πρακτικών αναγκών με τη διασύνδεση στην τοπική κοινότητα, με την εξασφάλιση της μεταφοράς, σίτισης, στέγασης και όποιων άλλων καθημερινών αναγκών προκύψουν. Στις περιπτώσεις απώλειας των ασθενών, παρέχουν υποστήριξη στους φροντιστές στην ομαλοποίηση και διαχείριση της εμπειρίας πένθους. Απώτερος σκοπός είναι η ελαχιστοποίηση κινδύνου έκθεσης σε τραυματικές εμπειρίες.

Η φιλοσοφία που φέρει τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή αποτυπώνει σημαντικό όφελος στους ασθενείς, καθώς ενδυναμώνει τη φωνή τους, ενθαρρύνει τις θεραπευτικές σχέσεις, αναδεικνύει τις αξίες, τις προτιμή-

σεις των ασθενών και υποστηρίζει τις επιλογές τους. Σε όποιο στάδιο της νόσου και να βρίσκεται ο ασθενής και η οικογένειά του, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη αποσκοπεί στην ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας, της εμπιστοσύνης, της προσωπικής εμπλοκής και επιλογής, της συνεργατικότητας, της ενδυνάμωσης και του σεβασμού πολιτιστικών και κοινωνικών διαφορών.

Η κοινωνική διάσταση της ασθένειας αφορά και καταγράφει τις κοινωνικές ανάγκες των ασθενών ειδικά εκείνων που λαμβάνουν νοσηλεία κατ' οίκον. Συχνά στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα είτε βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, εκλείπει η δυνατότητα για ευκαιρίες συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες. Ειδικότερα, περιορίζονται οι κοινωνικές επαφές, η εκπαίδευση, η διασκέδαση και άλλα κοινωνικά ενδιαφέροντα. Είναι εξαιρετικής σημασίας, παράλληλα, να καλύπτονται και ανάγκες ψυχολογικής και νοητικής φύσεως.

Δεν παύει, να υπάρχει στα άτομα που νοσούν, η ανάγκη για τη διατήρηση των ανθρώπινων σχέσεων που προϋπήρχαν της διάγνωσης, και την ισορροπημένη ενσωμάτωση στην οικογένεια, χωρίς το αίσθημα πως αποτελούν βάρος, να καλύπτεται το αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, πως είναι απαραίτητοι, δημιουργικοί, και πως εξακολουθούν να ασκούν επιρροή και λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις της καθημερινότητάς τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αναγνωρίζεται επαρκώς η προσφορά τους μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας, με αποτέλεσμα να στερούνται ερεθισμάτων και προσδοκιών.

Είναι σημαντικό το οικείο περιβάλλον να σέβεται την ελευθερία των ατόμων που νοσούν και να τους δίνουν τη δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό.

Όταν, λοιπόν, επέλθει το στάδιο του κατ' οίκον περιορισμού λόγω νόσησης από μια απειλητική ασθένεια για τη ζωή, όπως ο καρκίνος, προκύπτουν επιπλέον, ζητήματα κοινωνικής φύσεως. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς

έρχονται αντιμέτωποι με το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, γεγονός που τους καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτους σε μια αλληλουχία άλλων περιστάσεων. Μια πιθανή διακοπή της εργασίας ή ακόμα και η απόλυσή τους επηρεάζει σημαντικά το βιοτικό επίπεδο των ασθενών, καθώς μεταβάλλεται σε αισθητά χαμηλότερο, συγκριτικά με την προ-νόσησης περίοδο της ζωής τους. Σε μοναχικούς ασθενείς ανακύπτει έντονο το συναίσθημα της μοναξιάς, όπου δεν υπάρχει οικογενειακό ή γενικότερα υποστηρικτικό πλαίσιο. Ειδικότερα, σε αυτές τις περιπτώσεις, παρατηρείται αυξημένη καταγραφή έλλειψης σεβασμού ατομικών δικαιωμάτων και πολλές φορές την καταπάτησή τους.

Ο καρκίνος ως ασθένεια έχει εμφανή επίδραση στα άτομα που νοσούν με τη μείωση λειτουργικότητας του σώματος τους και την έλλειψη επικοινωνίας και συναναστροφής, περιορίζοντας τις καθημερινές τους σχέσεις και την εν τέλει απομόνωση τους. Ο ρόλος της οικογένειας είναι καθοριστικός στο πρώτο και πιο τραυματικό στάδιο της νόσου. Η ψυχο-κοινωνική υποστήριξη των ασθενών ευνοεί τη μείωση των παραγόντων που προκαλούν stress και ταυτόχρονα στοχεύει στη διατήρηση της αυτοπεποίθησής τους. Οι παράγοντες που υπογραμμίζονται ως ενισχυτικοί για την αύξηση του stress, αφορούν τις πιθανές συνεχόμενες επεμβάσεις, τα προβλήματα επαρκούς θρέψης, τις διατροφικές παρεμβάσεις και φυσικά την ανάγκη θεραπείας σε απομόνωση. Αντίθετα, το stress μειώνεται, όταν έχουμε περιορισμό της καθήλωσης στο νοσοκομείο και ακολουθεί η κατ' οίκον φροντίδα στον οικείο και προσωπικό τους χώρο. Η δυνατότητα πρόσβασης στο ιστορικό των ασθενών και η πληροφόρηση για την πορεία της νόσου και η ενημέρωσή τους για την ύπαρξη μη κερδοσκοπικών φορέων, οι οποίοι μπορούν να συνδράμουν υποστηρικτικά, είναι στοιχεία που δημιουργούν το αίσθημα της ασφάλειας και της φροντίδας.

3. Τα κοινωνικά προβλήματα των ογκολογικών ασθενών κατ' οίκον και ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης.

Στην πλειοψηφία τους, οι ασθενείς και οι φροντιστές τους δεν γνωρίζουν τα δικαιώματα τους ως ογκολογικοί ασθενείς. Μέσα στα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού, που πλαισιώνει μια υπηρεσία υποστήριξης ασθενών, είναι και η ενημέρωση για τις κοινωνικές παροχές, τις οικονομικές ελαφρύνσεις ή και απαλλαγές, την συμμετοχή σε ιατρικές εξετάσεις-φάρμακα, και την οικονομική ενίσχυση ανά περίπτωση. Ακόμα και όσοι διαθέτουν ποσοστό αναπηρίας, δεν είναι ενήμεροι για την κατάλληλη αξιοποίηση του. Ειδικότερα, η ενημέρωση αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί από κοινωνικές υπηρεσίες φορέων και προγράμματα κατ' οίκον υποστήριξης. Βιβλιογραφικά αναφέρεται πως μόνο το 4% των ασθενών γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, ενώ αιμορραγούν οικονομικά στην προσπάθειά τους να ανταπεξέλθουν.

Επιπρόσθετα, εντοπίζεται μεγάλος χρόνος αναμονής από τις υγειονομικές επιτροπές των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α) για τις κατ' οίκον εξετάσεις ασθενών που χαρακτηρίζονται με αδυναμία μετακίνησης. Έχει παρατηρηθεί πως οι επιβαρυνόμενοι ασθενείς, οι οποίοι προορίζονται για κατ' οίκον εξέταση, συχνά αποβιώνουν μέσα στο διάστημα της αναμονής, χωρίς να έχουν λάβει καμία αναπηρική παροχή για την ενίσχυση και την εξασφάλιση της ποιότητας κατ' οίκον φροντίδας τους. Οι επιτροπές πέραν της συχνά τουλάχιστον τριμήνιας καθυστέρησης, δεν αναγνωρίζουν τις σπάνιες μορφές καρκίνου, ταλαιπωρούν τους ασθενείς μειώνοντας τα ποσοστά αναπηρίας, ενώ ο ασθενής παραμένει στην ίδια η και σε χειρότερη κλινική κατάσταση. Στις μη αναστρέψιμες περιπτώσεις, καλούν τους ασθενείς ξανά στις επιτροπές μη σεβόμενοι τη βαρύτητα της κατάσταση.

«Η ευρύτερη έννοια της υγείας δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή

αναπηρίας» σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις τη σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία. Στους ασθενείς με καρκίνο που βιώνουν σωματικό πόνο, την ποιότητα ζωής επηρεάζουν παράγοντες, όπως προβλήματα ύπνου, η ελάττωση της όρεξης, αλλά και η αδυναμία διατήρησης της εργασίας, το αίσθημα λύπης ή ακόμη και κατάθλιψης, η έλλειψη από απλές χαρές της καθημερινότητας, που είχαν μέχρι το δεδομένο χρονικό σημείο της διάγνωσης και η εξάντληση της οικογένειας.

Η αλληλουχία των σκέψεων ξεκινάει με την ανασφάλεια και τον φόβο για το άγνωστο «Και αν υπάρξει υποτροπή της νόσου;», «Θα είναι ικανοποιητική η αντιμετώπιση πόνου;», ο κίνδυνος απώλειας βασικών λειτουργιών που συχνά οδηγεί στην άμεση εξάρτηση από την οικογένεια «Πώς θα επηρεάσει αυτό τις διαπροσωπικές, οικογενειακές μας σχέσεις;» και ένα μεγάλο ζήτημα αποτελούν οι οικονομικές επιπτώσεις που επέρχονται με τους ρόλους πολύ συχνά να αντιστρέφονται μέσα στην οικογένεια. Ακόμη, μια παράμετρος που αξιολογείται και λειτουργεί ως αγκυρόνος παράγοντας είναι το μέγεθος και η υποδομή της κατοικίας σχετικά με το κατά πόσο μπορεί λειτουργικά να υποστηριχθεί η κατ' οίκον φροντίδα των ασθενών μέσα στην οικία αυτή και η απόσταση της από νοσοκομειακές μονάδες υγείας σε περίπτωση επείγουσας κατάσταση.

Ένα ακόμα πρόβλημα στην καθημερινότητα των ασθενών αποτελεί η αποζημίωση μετακίνησης ασθενών. Σοβαρό έλλειμμα αποτελεί το γεγονός ότι δεν αποζημιώνεται η μετακίνηση ασθενών και συνοδών εντός του ίδιου νομού, που πραγματοποιείται με τη χρήση δημοσίων συγκοινωνιών ή ιδιωτικό όχημα από τον τόπο κατοικίας τους προς το πλησιέστερο Νοσοκομείο, για τις διενέργειες θεραπειών. Αυτό συχνά αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, που ενδέχεται να μην διαθέτουν ιδιωτικό όχημα ή να μην υπάρχει κάποιο οικείο πρόσωπο να τους συνοδεύει, και χωρίς να είναι αυτονόητο πως τα άτομα αυτά έχουν την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν οικονομικά στα έξοδα καυσίμων

ή τα έξοδα ταξί. Όσοι ασθενείς αναγκάζονται να μετακινηθούν από την επαρχία και την νησιωτική χώρα προς τα μεγάλα αστικά κέντρα για τις προβλεπόμενες θεραπείες, αποζημιώνονται ένα μέρος των εξόδων και αυτό με καθυστέρηση πιθανά δύο και τριών μηνών.

Σε επόμενο στάδιο είναι χρήσιμο να καταγραφούν οι εργασιακές μεταβολές που επέρχονται στον εργασιακό τομέα, όταν οι ασθενείς καθιλώνονται κατ' οίκον και αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στα εργασιακά τους καθήκοντα. Οι καθημερινές δυσκολίες στο τομέα της εργασίας παρατηρούνται στους παρακάτω τομείς:

- Εντοπίζεται αυξημένη γραφειοκρατία στην έκδοση των αναπηρικών συντάξεων και των αναρρωτικών αδειών.
- Δεν παρέχεται κάλυψη προς τον εργοδότη την περίοδο των θεραπειών με το δικαίωμα επαναφοράς στον εργασιακό χώρο, άνευ κυρώσεων.
- Δεν θεσπίζεται νομικά η απαγόρευση απόλυσης ασθενών στους εργοδότες σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία.
- Μετά την επιστροφή στην εργασία συχνά δεν δίνεται η δυνατότητα μετακίνησης σε θέσεις με μικρότερη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες, χωρίς μείωση μισθού.
- Οι ασφαλισμένοι με οικονομικές εκκρεμότητες στα ταμεία, δεν έχουν το δικαίωμα συνταξιοδότησης μέχρις ότου αποπληρωθεί και ρυθμιστεί με δόσεις το ωφελούμενο ποσό.
- Ασθενείς που ζουν μόνιμα την επαρχία και την νησιωτική χώρα έρχονται αντιμέτωποι με τους ανταποκριτές Ο.Γ.Α., που συχνά δεν έχουν τις γνώσεις ώστε να πληροφορήσουν ορθά για θέματα ασφαλιστικά του ταμείου.
- Όσον αφορά τις περιπτώσεις των ογκολογικών ασθενών που υπηρετούν στα Σώματα Ασφαλείας, δεν τους αναγνωρίζεται το δικαίωμα για την προσωρινή χρήση αναπηρίας και αν το επιθυμούν να οδηγούνται στην αποστράτευση από το αντίστοιχο σώμα.

Δυστυχώς, το 3,8% των τηλεφωνημάτων που δεχτήκαμε το περασμένο έτος στην υπηρεσία μας, αφορά καταγγελίες για τα ασφαλιστικά ταμεία, παράπονα για το σύστημα του Ε.Σ.Υ. που καταλήγουν με παραπομπή στον Συνήγορο του Πολίτη και τα αντίστοιχα Υπουργεία.

4. Υπηρεσίες για εξωδικαστική επίλυση ζητημάτων ασθενών και φροντιστών ασθενών

- 1) Συνήγορος του Πολίτη
- 2) Υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων ασθενών
- 3) Γραφεία υποστήριξης του πολίτη εντός των Νοσοκομείων
- 4) Ένωση Ασθενών Ελλάδας
- 6) Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμΕΑ)
- 7) Κοινωνικές Υπηρεσίες Νοσοκομείων, Δήμων ή Συλλόγων ασθενών

5. Ο ρόλος της οικογένειας. Υποστήριξη φροντιστών.

Όπως παρατίθεται μέσα στο Συλλογικό έργο «Εισαγωγή στην νοσηλευτική επιστήμη και την φροντίδα υγείας», η έννοια των φροντιστών ορίζεται ως εξής: «Φροντιστές, μπορεί να είναι τα μέλη της οικογένειας, που αναλαμβάνουν ένα στενό υποστηρικτικό ρόλο και μοιράζονται την εμπειρία της ασθένειας του ατόμου, αναλαμβάνοντας τη ζωτικής σημασίας φροντίδα του και τη διαχείριση των συναισθηματικών δυσκολιών του». Ένα άτομο μπορεί να οριστεί αυτοβούλως ως κύριος φροντιστής και να δέχεται τις συμβουλές και την καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με θέματα διαχείρισης της φροντίδας του ασθενούς. Το δίκτυο υποστήριξης μπορεί να συμπεριλαμβάνει άτομα του ευρύτερου φιλικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Μελέτες στον Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αναδείξει πως είναι συχνότερο, σαν φαινόμενο, οι γυναίκες να αναλαμβάνουν τον ρόλο του φροντιστή σε ποσοστό 54% έναντι του αντρικού φύλλου, που ανέρχεται στο 46%.

Προκειμένου να μπορέσει να επιτευχθεί το μοντέλο της κατ' οίκον υποστήριξης των ασθενών, ειδικότερα στα προχωρημένα στάδια καρκίνου, είναι στενά συνδεδεμένο με το υποστηρικτικό πλαίσιο κυρίως μέσω των οικογενειακών σχέσεων και δεσμών. Η ικανότητα, η διαθεσιμότητα και η προθυμία των φροντιστών αποτελούν παράγοντες που διευκολύνουν το έργο των επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν την κατ' οίκον φροντίδα. Μερικά από τα χαρακτηριστικά των φροντιστών που τους καθιστούν ανθεκτικούς, ώστε να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των ασθενών, είναι η σχέση που τους ενώνει με τον ασθενή και η εμπειρία που έχουν αποκομίσει μέσα από την νόσο, ο θετικός τρόπος σκέψης και αντίληψης για τη ζωή, η αίσθηση του χιούμορ, και τέλος σημαντικό ρόλο παίζει η αναγνώριση της προσφοράς τους από τον ίδιο τον ασθενή.

Μείζονος σημασίας είναι η καταγραφή και η ανάδειξη των φυσικών, ψυχικών, κοινωνικών και πρακτικών αναγκών των φροντιστών, καθώς αρκετά συχνά παρατηρείται να παραμερίζουν τις προσωπικές τους ανάγκες, καθώς προτεραιότητα τους είναι η φροντίδα των ασθενών. Ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν επί του πρακτέου τους φροντιστές είναι να τους παρέχουν επαρκείς πληροφορίες και οδηγίες σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα των ασθενών που αφορά ζητήματα ιατρονοσηλευτικής φύσεως. Για παράδειγμα, τη σωστή διαχείριση του πόνου, των φαρμάκων και ειδικότερα τις βραδινές ώρες για την ανακούφιση του πόνου, το χειρισμό του ασθενούς προκειμένου να αποφευχθούν τραυματισμοί και η σωματική κόπωση των φροντιστών.

Επιπλέον, υπάρχει η ανάγκη για έγκυρη καθοδήγηση σε πρακτικά, γραφειοκρατικά και κοινωνικά ζητήματα που αφορούν την περίθαλψη, με νοσοκομειακές δομές και υπηρεσίες που μπορούν να απευθυνθούν. Με αυτό τον τρόπο εξοπλίζεται με πληροφόρηση ο φροντιστής που του επιτρέπει να έχει τον έλεγχο της κατάστασης και να αποφεύγεται το αίσθημα της ανικανότητας και του πανικού και οι άσκοπες μετακινήσεις εκτός της οικίας.

Αντίστοιχα, στις καθημερινές δυσκολίες των φροντιστών, οι οποίοι αναγκάζονται να συνεισφέρουν στην φροντίδα των ασθενών κατ' οίκον στον εργασιακό τομέα, παρατηρούνται τα εξής:

- Εντοπίζεται νομοθετικό κενό για φροντιστές ατόμων με καρκίνο σχετικά με τη χορήγηση άδειας φροντιστών από την εργασία για λόγους ασθένειας του οικείου τους προσώπου ειδικά για τις μέρες χημειοθεραπείας.
- Δεν γίνεται δεκτό το αίτημα για ευέλικτο ωράριο του φροντιστή στον ιδιωτικό τομέα, καθώς και η μετακίνηση σε ευνοϊκότερες θέσεις εργασίας.
- Αρκετές φορές φροντιστές ασθενών απειλούνται από την απόλυση, όταν πλέον έχουν εξαντλήσει όλες άδειες δικαιούνται και αδυνατούν να επιστρέψουν στα εργασιακά καθήκοντα όταν η φροντίδα του ασθενή τους είναι τόσο απαιτητική.
- Δεν παρέχεται ένα ξεκάθαρο και σαφές ενημερωτικό πλαίσιο των δικαιωμάτων τους, το οποίο να κοινοποιείται και στους αντίστοιχους εργοδότες.



Η φροντίδα ενός ασθενούς έχει αντίκτυπο στον ελεύθερο χρόνο του φροντιστή και στη ροή της εργασίας του, στην οποία συχνά θα χρειάζεται να διαπραγματεύεται το ωράριο εργασίας του και την λήψη ειδικών αδειών. Σημαντικός είναι και ο αντίκτυπος στον οικονομικό προϋπολογισμό της οικογένειας, καθώς οι ανάγκες της κατ' οίκον φροντίδας είναι πιο δαπανηρές, με την αγορά εξειδικευμένου εξοπλισμού, την υιοθέτηση ειδικού διαιτολογίου, και την κάλυψη των συχνών μετακινήσεων από και προς τις νοσοκομειακές μονάδες.

Απαραίτητη είναι και η συστηματική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών όσο είναι εν ζωή ο ασθενής, αλλά και σε πιθανή κατάσταση πένθους από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.

Εφόσον εξασφαλιστούν και καλυφθούν μερικές από αυτές τις ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών τους, μπορεί το υποστηρικτικό περιβάλλον να εκπαιδευτεί, να θωρακιστεί και να αντιμετωπίσει τις νέες συνθήκες που θα πρέπει να προσαρμόσουν στην καθημερινή τους ζωή.

Συμπερασματικά

Στις μέρες μας κρίνεται αναγκαία η αναδιαμόρφωση του νομοθετικού πλαισίου για κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών, η γνώση τους από τους εμπλεκόμενους στο χώρο της υγείας, και η ουσιαστική διεκδίκηση από τους ίδιους τους ασθενείς.

Η συνεργασία των ιατρών και των υπόλοιπων επιστημόνων υγείας είναι σημαντική για την ποιοτική, αποτελεσματική κατ' οίκον θεραπεία και φροντίδα των ασθενών. Ζητάμε τη συνεργασία κρατικών και μη φορέων για την στρατηγική πλαισίωση και παροχή ανακούφισης και αξιοπρέπειας που δικαιούται κάθε ασθενής.

Οι ασθενείς με καρκίνο αγωνίζονται να συνεχίσουν τη ζωή τους γνωρίζοντας ότι κάποια στιγμή τα πράγματα μπορεί να γίνουν πιο δύσκολα. Αξίζουν την υποστήριξη και συμπαράσταση όλης της κοινωνίας.

Ως κοινωνικοί λειτουργοί δηλώνουμε την ενεργή συμμετοχή μας σε οποιαδήποτε πράξη και κίνηση χρειαστεί να γίνει για ένα ασφαλέστερο και δικαιότερο σύστημα υγείας. Προτεραιότητα μας είναι ο σεβασμός στις ανάγκες των ασθενών και καθήκον μας η διεκδίκηση ενός καλύτερου κράτους πρόνοιας. Είμαστε διατεθειμένοι να πράξουμε ως δίαυλος επικοινωνίας μεταξύ της κοινωνίας των πολιτών και των πολιτικών για την βελτιστοποίηση του υπάρχοντος συστήματος υγείας και πρόνοιας.



Βιβλιογραφία

1. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann Intern Med* 2000, 132(3): 209-218.
2. Farabelli JP, Kimberly SM, Altilio T, Otis-Green S, Dale H, Dombrowski D, Kieffer JR, Leff V, Schott JL, Strouth A, Jones CA. «Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Psychosocial and Family Support». *J Palliat Med*. 2020 Feb;23(2):280-286. doi: 10.1089/jpm.2019.0506. Epub 2019 Nov 5. PMID: 31687876.
3. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. «Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care». *CA Cancer J Clin*. 2018 Sep;68(5):356-376. doi: 10.3322/caac.21490. Epub 2018 Sep 13. PMID: 30277572; PMCID: PMC6179926.
4. Mercadante, S., Gregoretti, C. & Cortegiani, A. (2018). «Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how». *BMC Anesthesiol* 18, 106.
5. Oxford Textbook of Palliative Social Work (2011). Secretariat of the Commission of the Bishops' Conferences of the European Community. (2016). Brussels «Opinion of the working group on ethics in research and medicine on palliative care in the European Union». COMECE.
6. Teresa L. Hagan, Jiayun Xu, Ruth P. Lopez, Toby Bressler. «Nursing's role in leading palliative care: A call to action, *Nurse Education Today*» (2018). Volume 61, Pages 216-219, ISSN 0260-6917, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>.
7. World Health Organization. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. World Health Organization.
8. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
9. www.who-outlines-steps-to-save-7-million-lives-from-cancer
10. Αδαμακίδου, Θ., Σταθάτος, Μ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. «Νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι. Ένα μοντέλο υψηλού επιπέδου κλινικής διαχείρισης ασθενών στην κοινότητα» (2015). *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 32(2):149-157.
11. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας (2017). Καλοκαιρινού, Α., Αναγνωστοπούλου, Α. & Αδαμακίδου, Θ. «Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα Έννοιες, Δεξιότητες, Εφαρμογές» (2014). Αθήνα: ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS.
12. «Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα». Υπουργείο Υγείας-ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Νέα Υόρκη-Αθήνα, Ελλάδα, Φεβρουάριος 2019.
13. Μπελλάλη, Θ., Μηνασίδου, Ε. «ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ». (2015) Ενότητα 46, Ο Ασθενής που Πεθαίνει και οι Φροντιστές του. Ενότητα 7 Νοσηλευτική Φροντίδα Ατόμων με Ειδικές Καταστάσεις. 777-779.

Φυσικοθεραπεία στο σπίτι

Γεωργία Φλώρου



Εισαγωγή

Η Ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται σε όλη την διάρκεια της χρόνιας νόσου και δίνεται παράλληλα με την όποια θεραπευτική αγωγή. Έχει ολιστική εστίαση και αναφέρεται στην ενεργό διεπιστημονική φροντίδα των σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών, όχι μόνο των ασθενών, αλλά και των φροντιστών τους.

Πολλοί επαγγελματίες υγείας εμπλέκονται στη διεπιστημονική ομάδα παρηγορητικής φροντίδας¹⁰. Οι φυσικοθεραπευτές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο σ' αυτήν την ομάδα, ξεκινώντας από τον έλεγχο του πόνου και άλλων συναφών συμπτωμάτων έως τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς¹⁰.



1. Τι είναι φυσικοθεραπεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ):

«Η φυσικοθεραπεία παρέχει υπηρεσίες σε άτομα και πληθυσμούς, με στόχο την ανάπτυξη, διατήρηση και αποκατάσταση της κίνησης και της λειτουργικότητας, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής των ασθενών. Ειδικότερα, οι φυσικοθεραπευτικές υπηρεσίες παρεμβαίνουν σε περιπτώσεις όπου η κινητικότητα και η λειτουργική ικανότητα απειλούνται από κακώσεις ή τραυματισμούς, παθήσεις ή διαταραχές, την ηλικία ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Βασική υποστήριξη του φυσικοθεραπευτή είναι η παρέμβαση για τον έλεγχο του πόνου, ως παράγοντα περιορισμού της λειτουργικότητας».

Η Παγκόσμια Συνομοσπονδία Φυσικοθεραπευτών (W.C.P.T.) προσθέτει ότι η Φυσικοθεραπεία ασχολείται με την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και της δυνατότητας κίνησης, μέσω της προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας/παρέμβασης, προσαρμογής και αποκατάστασης. Αυτό περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική και κοινωνική φυσικοθεραπευτική πρακτική, την αλληλεπίδραση μεταξύ φυσικοθεραπευτή και ασθενή, την σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας, με οικογένειες, με άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς και την κοινότητα, σε μια διαδικασία όπου η κίνηση αξιολογείται και αποφασίζονται οι στόχοι, χρησιμοποιώντας τις μοναδικές γνώσεις και δεξιότητες των φυσικοθεραπευτών.

2. Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας στην ανακουφιστική φροντίδα

Σήμερα οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς, χάρη στην βελτιωμένη ιατρική θεραπεία, ζουν με την ασθένειά τους περισσότερο σε ένα ανακουφιστικό στάδιο. Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς παρουσιάζουν χρόνια λειτουργική έκπτωση ή απώλεια που προκαλείται από τη νόσο ή από ιατρικές ή χειρουργικές θεραπείες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να έχει μειωμένη αυτοπεποίθηση και λιγότε-

ρη πιθανότητα ανεξαρτησίας, κάτι που είναι πολύ αγχωτικό, τόσο για τον ίδιο όσο και για την οικογένειά του. Ο στόχος λοιπόν της φυσικοθεραπείας είναι να διατηρήσει, όσο το δυνατόν, περισσότερη ανεξαρτησία για να διευκολύνει τις σημαντικές δραστηριότητες για τον ασθενή.

Τα υπάρχοντα στοιχεία, αν και στα προκαταρκτικά τους στάδια, υποστηρίζουν τον ρόλο των φυσικοθεραπευτών και της αποκατάστασης στην ανακουφιστική φροντίδα^{1,2,3}. Η πρώτημη παραπομπή στην αποκατάσταση έχει συνδεθεί με ασθενείς με υψηλότερη λειτουργικότητα³, επομένως η κατάλληλη παραπομπή στην φυσιοθεραπεία είναι κρίσιμη για τη βέλτιστη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή.

Ο πρωταρχικός στόχος της φυσικοθεραπείας στην ανακουφιστική φροντίδα είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του.

Ο γενικός στόχος της φυσιοθεραπείας στην ανακουφιστική φροντίδα είναι να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής για το υπόλοιπο της ζωής του, να φροντίσει τη σωματική αλλά και την ψυχολογική πλευρά για όσο το δυνατόν περισσότερο. Όταν ο πάσχων έχει μια χρόνια ανίατη ασθένεια, ο ασθενής, οι οικογένειες και το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης συχνά αποδέχονται την απώλεια λειτουργικότητας ως αναπόφευκτη και δεν κάνουν χρήση λειτουργιών που παραμένουν άθικτες⁶. Ο φυσιοθεραπευτής, με στόχο την αποκατάσταση και την εστίαση στη φυσική ικανότητα του ανθρώπινου σώματος, παίζει σημαντικό ρόλο προσπαθώντας να υπενθυμίσει και να ενεργοποιήσει τις λειτουργίες που παραμένουν ανεπηρέαστες από την οποία ασθένεια.

Αναπόσπαστο μέρος της φυσικοθεραπευτικής αγωγής είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ του φυσικοθεραπευτή και του ασθενή, της οικογένειας ή του φροντιστή του, για να αναπτύξει μια αμοιβαία κατανόηση. Αυτό το είδος της αλληλεπίδρασης είναι απαραίτητο για την θετική αλλαγή της συμπεριφοράς, της επίγνωσης του σώματος και της κίνη-

σης, με σκοπό την προαγωγή της υγείας και την ευεξία. Ως μέλη των διεπιστημονικών ομάδων πρέπει επίσης να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, αλλά και με τους ασθενείς, την οικογένεια και τους φροντιστές, για να καθορίσουν τις ανάγκες και να διατυπώσουν τους στόχους για την φυσικοθεραπευτική παρέμβαση/θεραπεία.

Οι φυσικοθεραπευτές μπορεί να συμμετέχουν στην ανακούφιση του πόνου από μυοσκελετικά προβλήματα, στη βελτιστοποίηση ή ανάκτηση της δύναμης και της κίνησης ή στη διαχείριση της δύσπνοιας, της κόπωσης ή του λεμφοιδήματος. Ένα άτομο που νιώθει πιο άνετα ή πιο δυνατό, μπορεί να είναι σε θέση να διατηρήσει ή να ανακτήσει την ανεξαρτησία του, ακόμα και σε απλές καθημερινές δραστηριότητες.

Η ικανότητα μετάδοσης της γνώσης και αλλαγής της στάσης και των συμπεριφορών του ασθενούς απέναντι στην ανακουφιστική φροντίδα εξαρτάται αποκλειστικά από τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές του φυσικοθεραπευτή¹¹. Για να επιτευχθεί η μέγιστη απόδοση από τη θεραπεία, ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να αξιολογήσει τις πεποιθήσεις (στάσεις) και τη συμπεριφορά του ασθενούς και πρέπει να τον επηρεάσει από τις δικές του πεποιθήσεις (στάσεις), την συμπεριφορά του και τις γνώσεις του.

Ο φυσικοθεραπευτής που παρέχει τις υπηρεσίες του σε ασθενείς που είναι βαριά άρρωστοι και που είναι στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους χρησιμοποιεί κοινές μεθόδους φυσικοθεραπευτικής θεραπείας, είναι όμως απαραίτητο να γνωρίζει αρκετά για τη νόσο του ασθενούς. Οι στόχοι πρέπει να είναι βραχυπρόθεσμοι και ευέλικτοι καθώς μπορεί να χρειαστεί να αλλάξουν για να συμμορφωθούν με τη μεταβαλλόμενη κατάσταση υγείας του ασθενούς. Μπορεί να είναι απαραίτητο να κάνει μια επαναξιολόγηση ανά συνεδρία, επειδή η γενική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να διαφέρει από μέρα σε μέρα. Ίσως χρειαστεί να εργαστεί για έναν μη ρεαλιστικό στόχο, αλλά αυτό μπορεί να είναι σημαντικό για τον ασθενή για να μπορεί να χειριστεί την κατάστασή του.

3. Αξιολόγηση

Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην ανακουφιστική φροντίδα περιλαμβάνει την αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς, τη διαχείριση των συμπτωμάτων, την αποκατάσταση, την εκπαίδευση του ασθενούς, της οικογένειας και των φροντιστών.

Η αξιολόγηση του ασθενούς εντοπίζει τα προβλήματα και δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή και στον φυσικοθεραπευτή να συμφωνήσουν σε ρεαλιστικούς στόχους, να διαμορφώσουν μια θεραπεία και να προσαρμόζουν το πρόγραμμα αποκατάστασης στις καθημερινές ανάγκες του ασθενούς.

Η φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση (ΥΑΣΟ) περιλαμβάνει τη συλλογή των υποκειμενικών συμπτωμάτων (Υ), αντικειμενικών ευρημάτων (Α), την συνεκτίμηση των συλλεγόμενων στοιχείων (Σ) και την οργάνωση του προγράμματος της φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης (Ο). Τα αντίστοιχα αρχικά που χρησιμοποιούνται Διεθνώς χρησιμοποιούνται τα αρχικά SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan). Το SOAP είναι μέθοδος καταγραφής στοιχείων που χρησιμοποιείται προκειμένου να

καταγραφεί, σε μορφή σημειώσεων, η κατάσταση του ασθενούς.

Οι κλίμακες αξιολόγησης κωδικοποιούν την αξιολόγηση βοηθώντας έτσι στην εξειδίκευση των προβλημάτων της πάθησης και τη διεξαγωγή ερευνών. Για τη σωστή και ολοκληρωμένη λειτουργική αποκατάσταση ενός ασθενή ο Φυσικοθεραπευτής καλείται να πραγματοποιεί ολοκληρωμένη αξιολόγηση χρησιμοποιώντας κλίμακες και δοκιμασίες που να παράγουν έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα. Η ανάλυση των προβλημάτων καθώς και η αξιολόγηση πρέπει να είναι βασισμένη στην σύγχρονη ερευνητική τεκμηρίωση (evidence-based practice).

Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες από τις κλίμακες αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται διεθνώς:

- Κλίμακα έντασης πόνου VAS (0: καθόλου πόνος / 10: ανυπόφορος πόνος): Εκτίμηση πόνου.
- Modified Rankin Scale (MRS): Μετρά τον βαθμό αναπηρίας ή εξάρτησης στις καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων που έχουν υποστεί εγκεφαλικό ή άλλες αιτίες νευρολογικής αναπηρίας.
- Η κλίμακα δύσπνοιας του BORG. Αριθμητική κλίμακα για την εκτίμηση της δύσπνοιας, από το 0 που αντιπροσωπεύει τη μη δύσπνοια έως το 10 τη μέγιστη δύσπνοια.
- Η κλίμακα αξιολόγησης της αναπηρίας της σχετιζόμενης με τη δύσπνοια MRC (Medical Research Council). Αποτιμάται η δύσπνοια σε σχέση με προτυποποιημένη δραστηριότητα, όπως βάδιση σε οριζόντιο επίπεδο ή σε επίπεδο με κλίση. Με τη κλίμακα αυτή, ο εξεταζόμενος βαθμολογείται από 0 έως 5 ανάλογα με την ικανότητά του στην κίνηση.
- Η κλίμακα Ποιότητας Ζωής. Το SF-36 είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 36 στοιχεία, θεωρείται ένα γενικό μέτρο κατάστασης υγείας. Δημιουργήθηκε με σκοπό τη χρήση του σε ιατρικές μελέτες, έτσι ώστε να περιλαμβάνει στοιχεία για τη γενική υγεία και κατάσταση του ασθενούς, χωρίς να απευθύνεται σε συγκεκριμένη ηλικία, πάθηση ή θεραπεία.

- Κλίμακα αυτοπεποίθησης για δραστηριότητες ισορροπίας (ABC). Η κλίμακα Activities-Specific Balance (ABC), είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αξιολόγησης που δημιουργήθηκε για να αξιολογήσει την αυτοπεποίθηση του ασθενή κατά την εκτέλεση¹⁶ καθημερινών δραστηριοτήτων χωρίς να χάνει την ισορροπία του. Όλοι οι στόχοι πρέπει να είναι επικεντρωμένοι στον ασθενή, μετρήσιμοι και κατορθωτοί. Μπορεί να είναι απλοί ή σύνθετοι (π.χ. να παρευρεθεί σε ένα σημαντικό κοινωνικό γεγονός).

Μπορεί να είναι απαραίτητο, σε καθημερινή βάση, να γίνεται επαναξιολόγηση και επαναπροσδιορισμός των στόχων, καθώς η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να παρουσιάζει διακυμάνσεις.

Οι σαφείς φυσικοθεραπευτικοί στόχοι είναι προϋπόθεση για να μπορούμε να αξιολογήσουμε τις δραστηριότητες. Σε μια πρώιμη ανακουφιστική φάση όπου ο στόχος μπορεί να είναι η άσκηση για την ανάκτηση της προηγούμενης λειτουργίας του ασθενούς, τα τεστ ισορροπίας και βάδισης μπορεί να είναι σχετικά εργαλεία αξιολόγησης.

4. Συνήθη συμπτώματα και φυσικοθεραπευτική διαχείριση

Οι ασθενείς που έχουν ανάγκη Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι οι καρκινοπαθείς, ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άσθμα, σακχαρώδη διαβήτη, κίρρωση, νεφροπάθειες, διάφορες μορφές άνοιας, αρθρίτιδα, χειρουργικές επεμβάσεις ορθοπαιδικής φύσεως, ψυχική ή συμπεριφορική πάθηση, αυτοάνοσα νοσήματα, παθήσεις νευρολογικής φύσεως και άλλες περιπεπλεγμένες σοβαρές ασθένειες. Επίσης, υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδας χρειάζονται ενήλικες με συννοσηρότητα/ασθενικότητα λόγω προχωρημένης ηλικίας. Θα πρέπει φυσικά να συμπεριλάβουμε πια και όλους τους ασθενείς που νόσησαν από τον ιό SARS-CoV-2 και νοσηλεύτηκαν για μακρό χρονικό διάστημα σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Τα άτομα με μια απειλητική για τη ζωή πάθηση μπορούν να επωφεληθούν από την ανακουφιστική φροντίδα, καθώς η ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις καθημερινές δραστηριότητες μπορεί γρήγορα να επιδεινωθεί και να επηρεάσει σοβαρά την ποιότητα της δικής τους ζωής, της οικογένειας και των φροντιστών τους.

Τα συνήθη συμπτώματα που παρουσιάζονται σε αυτούς τους ασθενείς είναι πόνος, σωματική αδράνεια, αδυναμία, κόπωση, διαταραχές ισορροπίας, δύσπνοια, κατάθλιψη (εικόνα 1).



Εικόνα 1. Συνήθη συμπτώματα που παρουσιάζουν ασθενείς με ανακουφιστική φροντίδα

Πόνος:

Η εμπειρία του πόνου είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει σωματικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά συστατικά²¹. Συναντάται σε πάσχοντες με νεοπλασματικά νοσήματα, σε ασθενείς με χρόνια πόνο, οποιασδήποτε αιτιολογίας, οι οποίοι δεν μπορούν να ανακουφιστούν με επεμβατικές τεχνικές (νοσήματα του κολλαγόνου/ρευματικές παθήσεις, βαριά ορθοπεδικά νοσήματα και σακχαρώδη διαβήτη με χρόνια νευροπαθητικό πόνο, κεφαλαλγίες-νευραλγίες), σε γηριατρικούς και νευρολογικούς ασθενείς, σε ασθενείς με προχωρημένου βαθμού άνοια και σε ασθενείς στα τελικά στάδια χρόνιας καρδιακής/πνευμονικής/νεφρικής ανεπάρκειας.

Κοινή απάντηση στον πόνο είναι η ανάπτυξη συμπεριφορών πόνου, για παράδειγμα, η αποφυγή δραστηριοτήτων που επιδεινώνουν. Η πλήρης αδράνεια βέβαια οδηγεί σε αυξημένη μυϊκή ένταση, δυσκαμψία των αρθρώσεων, πιθανές συσπάσεις και βράχυνση των μυών, που οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση του πόνου.

Ο στόχος είναι η ανακούφιση του πόνου και η βελτίωση της λειτουργίας χρησιμοποιώντας τους καλύτερους διαθέσιμους τρόπους αντιμετώπισής του.

Φυσικοθεραπευτική διαχείριση:

Η κατάλληλη τοποθέτηση/θέση των ασθενών βοηθά στη μείωση της φόρτισης στις εξασθενημένες αρθρώσεις και τους μύες και αποτρέπει την ανάπτυξη περιοχών πίεσης. Τα σημεία κατάγματος, οι εξασθενημένοι μύες και οι παραμορφώσεις μπορεί να ακινητοποιηθούν και να ενισχυθούν με νάρθηκες, αυχενικά ορθοπεδικά περιλαίμια και διάφορα στηρίγματα.

Οι τεχνικές φυσικοθεραπείας για τη διαχείριση του πόνου μπορεί να περιλαμβάνουν εκτέλεση παθητικών κινήσεων, θεραπευτική άσκηση, εκ νέου εκπαίδευση της στάσης του σώματος, διαδερμική νευρική διέγερση (TENS), εφαρμογή θερμότητας ή πάγου και μάλαξη.

Παθητικές κινήσεις: Πρόκειται για κινήσεις που εκτελούνται από τον φυσικοθεραπευτή στον ασθενή χωρίς ο ασθενής να συμμετέχει ενεργά. Επιλέγονται όταν η ενεργητική κίνηση είναι αδύνατη (παράλυση), αντενδείκνυται (χειρουργικές επεμβάσεις), είτε σε δυσκαμψίες, παραμορφώσεις και μυϊκές βραχύνσεις.

Πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης: Με τον όρο «θεραπευτική άσκηση» χαρακτηρίζεται η διαδικασία της αποκατάστασης, κατά την οποία ο ασθενής πραγματοποιεί επαναλαμβανόμενες εκούσιες κινήσεις ή στατικές συσπάσεις των μεγάλων μυϊκών ομάδων, είτε σε ολόκληρο το σώμα, είτε σε συγκεκριμένες περιοχές του, με ή και χωρίς εξωτερικά φορτία¹⁶ (Barker and Eickmeyer, 2020).

Στάση σώματος: Δίνονται οδηγίες για τρόπους σωστής στάσης του σώματος σε καθιστή, σε όρθια θέση και κατά τη διάρκεια του ύπνου.

TENS - Διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός: Χρησιμοποιούνται ευρέως στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου αλλά και για την αντιμετώπιση του οξέως πόνου. Ενεργοποιούν το σύστημα του ίδιου του σώματος για τη μείωση του πόνου. Λειτουργούν με δύο βασικούς τρόπους, είτε διεγερτικά (ερεθίσματα υψηλής συχνότητας), είτε καταπραυντικά (ερεθίσματα χαμηλής συχνότητας) και βάζουν τις φυσικές ουσίες

του ίδιου του οργανισμού (ενδορφίνες) να καταπολεμούν τον πόνο είτε μπλοκάροντας τον είτε μειώνοντας την ένταση του μηνύματος του πόνου.

Μετά από οδηγίες, τα TENS μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ασθενή και αυτό του δίνει τη δυνατότητα να ελέγχει καλύτερα τον πόνο. Τα ηλεκτρόδια μπορούν να μένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας και ο ασθενής μπορεί να ξεκινήσει τη θεραπεία μόνος του, όταν αρχίσει ο πόνος.

Θερμό-Κρύο: Η θεραπεία με θερμότητα αυξάνει την κυκλοφορία τοπικά όπου εφαρμόζεται η θερμότητα και έχει χαλαρωτική επίδραση στους μύες. Το κρύο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ανακούφιση από τον πόνο σε έναν οξύ τραυματισμό και να μειώσει το πρήξιμο που εμφανίζεται και που μπορεί να προκαλέσει πόνο. Καλό θα είναι η χρήση του πάγου να μην υπερβαίνει τα 15-20 λεπτά.

Μάλαξη: Ορίζεται ως η θεραπεία των μαλακών ιστών του σώματος που πραγματοποιείται με το χέρι με στόχο την απόκριση του αγγειακού, μυϊκού, καθώς και του νευρικού συστήματος. Είναι ίσως η παλαιότερη μέθοδος ανακούφισης του πόνου και της δυσφορίας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μείωση του μυϊκού σπασμού, την ανακούφιση του πόνου και τη χαλάρωση.

Κόπωση

Η κόπωση περιγράφεται ως ένα επίμονο, υποκειμενικό αίσθημα κόρασης, ατονίας ή έλλειψη ενέργειας, που μπορεί να είναι σωματική ή ψυχολογική, και σχετίζεται με καρκίνο ή προχωρημένη χρόνια ασθένεια. Η κόπωση είναι ένα κοινό και στρεσογόνο σύμπτωμα που βιώνουν οι ασθενείς και θα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής¹⁸. Μια συστηματική ανασκόπηση προτείνει ότι η σωματική άσκηση, για παράδειγμα, αερόβιο περπάτημα και ποδηλασία, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της κόπωσης κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία του καρκίνου¹⁹. Οι Hayes et al. (2009) συνιστούν αερόβια άσκηση τρεις έως πέντε φορές την εβδομάδα για 20-30 λεπτά σε δραστήριους ασθενείς και καθημερινή άσκηση για ασθενείς με προβλήματα υγείας.

Φυσικοθεραπευτική διαχείριση:

Το περπάτημα είτε σε εξωτερικούς χώρους είτε σε διάδρομο γυμναστικής, πάντα με προσοχή και επίβλεψη, καθώς και η χρήση stepper είναι ένας καλός τρόπος αερόβιας άσκησης. Δίνονται συμβουλές για συχνά διαλείμματα μικρής χρονικής διάρκειας και σωστής ενυδάτωσης κατά την αερόβια άσκηση.

Δύσπνοια

Η δύσπνοια ή όπως αλλιώς περιγράφεται η δυσκολία στην αναπνοή αναφέρεται ως το αίσθημα αδυναμίας ολοκλήρωσης της ανάσας. Είναι κοινό σύμπτωμα σε ασθενείς με αναπνευστικές παθήσεις, καρκίνο και άλλες προχωρημένες προοδευτικές ασθένειες.

Φυσικοθεραπευτική διαχείριση: Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία→ Είναι ο κλάδος της φυσικοθεραπείας που βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ανθρώπων που έχουν χρόνια αναπνευστικά, καρδιολογικά και άλλα προβλήματα. Εφαρμόζονται ασκήσεις και τεχνικές (πιέσεις-δονήσεις, πλήξεις) για διευκόλυνση από αναπνευστικά προβλήματα, δίνονται οδηγίες για θέσεις χαλάρωσης και προτείνεται η χρήση βοηθημάτων βάδισης ή αναπηρικού αμαξιδίου για λιγότερη κούραση.

Στόχος είναι η διαχείριση της δύσπνοιας, η κάθαρση των αεραγωγών από βρογχικές εκκρίσεις, η ενδυνάμωση των αναπνευστικών μυών και βελτίωση της αντοχής στην άσκηση.

Για ασθενείς σε μεταγενέστερη ανακουφιστική φάση της νόσου, όπου οι ασκήσεις αναπνοής μπορεί να είναι πολύ κουραστικές, οι οδηγίες για τις θέσεις ανάπαυσης μπορεί να είναι πιο χρήσιμες. Οι διαφορετικές θέσεις ανάπαυσης προσφέρουν χαλάρωση των μυών που μπορεί να διευκολύνει την αναπνοή και να μειώσει τη δύσπνοια και το άγχος. Είναι σημαντικό να δίνονται πληροφορίες και στην οικογένεια για να δημιουργηθεί ηρεμία και άνεση στον ασθενή.

Διαταραχή Ισορροπίας

Είναι μια κατάσταση κατά την οποία διαταράσσεται η διατήρηση του κέντρου βάρους του σώματος μη μπορώντας να εξισορροπήσει τις μυϊκές και εξωτερικές δυνάμεις που ενεργούν στο σώμα. Η κατάσταση αυτή μπορεί να προ-

κληθεί από μυοσκελετικά, γνωστικά, νευρομυϊκά αίτια καθώς και από γεροντική άνοια, Parkinson, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κατάθλιψη, φόβο. Η μειωμένη ικανότητα ισορροπίας είναι η κύρια αιτία πτώσεων.

Φυσικοθεραπευτική διαχείριση:

Εφαρμόζονται συνδυαστικά προγράμματα μυϊκής ενδυνάμωσης και βελτίωσης ισορροπίας. Ασκήσεις δύναμης, ισορροπίας, διατάσεων και αντοχής είναι η καλύτερη προσέγγιση όχι μόνο για τη βελτίωση της ισορροπίας αλλά και την πρόληψη και αποφυγή των πτώσεων.

Ενδεικτικά το πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει ασκήσεις για ενδυνάμωση των κάτω άκρων με πρόσθετα βαράκια, ορθοστάτηση στο ένα πόδι, χρήση δίσκου ισορροπίας, βάδιση σε διάφορες κατευθύνσεις (μπροστά-πλάι-πίσω).

Λεμφοίδημα

Το λεμφοίδημα προκαλείται από την έλλειψη μεταφορικής ικανότητας στο λεμφικό σύστημα. Μπορεί να εμφανιστεί μετά από έναν αναπτυσσόμενο όγκο, μετά από χειρουργική επέμβαση ή ακτινοβολία, μετά από μόλυνση ή να είναι συγγενές. Προσβάλλει συνήθως τα άκρα, αλλά μπορεί να αφορά οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Η διαχείριση όλων των τύπων λεμφοιδήματος είναι σε μεγάλο βαθμό ανακουφιστική, καθώς δεν υπάρχουν χειρουργικές ή άλλες θεραπείες που να προσφέρουν ριζική λύση για το πρόβλημα στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Φυσικοθεραπευτική διαχείριση:

Η συνδυασμένη αποσυμφορητική θεραπεία (CDT) είναι μια προσέγγιση η οποία αποτελείται από συμπίεση, δια χειρών λεμφική παροχέτευση, συμβουλές για φροντίδα δέρματος και ασκήσεις. Το πιο σημαντικό συστατικό είναι η συμπίεση, είτε μέσω ενδυμάτων συμπίεσης είτε με επίδεσμο. Ο ασθενής πρέπει να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία όσο το δυνατόν περισσότερο. Η δια χειρών λεμφική παροχέτευση μπορεί να προσφέρει ανακούφιση, μειωμένο οίδημα και επίσης χαλάρωση.

5. Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή στην εκπαίδευση της οικογένειας και του φροντιστή

Η συμπερίληψη της οικογένειας και/ή του φροντιστή στις φυσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις θα βοηθήσει να παρακινηθεί ο ασθενής να συμμετάσχει στη θεραπεία και μπορεί να τη βρει πιο ανακουφιστική και ευχάριστη, καθώς θα εμπλέκεται ένα οικείο πρόσωπο⁹. Μια σειρά από αλληλένδετα οφέλη συνδέονται με τη συμμετοχή της οικογένειας ή/και του φροντιστή στη θεραπεία φυσικοθεραπείας όπως για παράδειγμα ότι ο ασθενής αποκτά ένα κίνητρο, έχει κοινούς στόχους με τον φροντιστή του, συνεργάζονται, βελτιώνονται οι σχέσεις τους, μειώνεται το άγχος και νιώθει καλύτερα όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχολογικά, (εικ.2).

Οι φυσικοθεραπευτές έχουν ένα ρόλο στην παροχή συμβουλών ή εκπαίδευσης στον ασθενή και την οικογένεια/φροντιστές, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να προσαρμοστούν στις συνέπειες της ασθένειας^{4, 8}. Η επαρκής εκπαίδευση και συμβουλευτική στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αποκατάστασης.



Εικόνα 2. Οφέλη εκπαίδευσης της οικογένειας/φροντιστή από τον φυσικοθεραπευτή.



Βιβλιογραφία

1. WHO Definition of Palliative Care. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. [Last accessed on 2020 Mar 3].
2. Horne-Thompson A, Bramley R. The benefits of interdisciplinary practice in a palliative care setting: a music therapy and physiotherapy pilot project. *Progress in Palliative Care* 2011; 19(6): 304-308.
3. Nelson LA, Hasson F, Kernohan WG. Exploring district nurses' reluctance to refer palliative care patients for physiotherapy. *International Journal of Palliative Nursing* 2012; 18(4):163-170.2.
4. Cobbe S, Nugent K, Real S, Slattey S, Lynch M. A profile of hospice-at-home physiotherapy for community-dwelling palliative care patients. *International Journal of Palliative Nursing* 2013; 19(1): 39-45.
5. MI. Physiotherapy in cancer rehabilitation: a theoretical approach. *Physiotherapy* 2003; 89(12):729-733.
6. Santiago Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer* 2001; 92(Suppl 4): 1049-1052.
7. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, Asp MB, Vidvei U, Wiken AN, Hjermsstad MJ, Kaasa S. The Effect of a Physical Exercise Program in Palliative Care: A Phase II Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 31 (5): 421-430.
8. Lowe SS, Watanabe SM, Baracos VE, Courneya KS. Associations between physical activity and quality of life in cancer patients receiving palliative care: A Pilot Survey. *Journal of Pain and Symptom Management* 2009; 38(5):785-796.
9. Frymark U, Hallgren L, Reisberg A. Physiotherapy in palliative care - a clinical handbook. 2009. Stockholm.
10. Pollak KI, Childers JW, Arnold RM. Applying Motivational Interviewing Techniques to Palliative Care Communication. *Journal of Palliative Medicine* 2011; May 14(5): 587-592.
11. Kumar SP, Jim A, Sisodia V. Effects of palliative care training program on knowledge, attitudes, beliefs and experiences among student physiotherapists: A preliminary quasi-experimental study. *Indian J Palliat Care* 2011;17:47-53.
12. Divyalasya TV, Vasundara K, Pundarikaksha HP. Impact of the educational session on knowledge and attitude toward palliative care among undergraduate medical, nursing, and physiotherapy students: A comparative study. *Int J Basic Clin Pharmacol* 2014;3:442-6.
13. Sobush DC, Fehring RJ. Physical fitness of physical therap students. *Phys Ther* 1983;63:1266-73.
14. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford textbook of palliative medicine. Third edition 2004.
15. JE Ware Jr - Spine, 2000 - journals.lww.com
16. Barker, K., & Eickmeyer, S. (2020). Therapeutic Exercise. *The Medical Clinics of North America*, 104(2), 189-198.
17. Watson, T., & Mock, V. (2004). Exercise as an intervention for cancer-related fatigue. *Physical therapy*, 84(8), 736-743.
18. Cramp, F., & Byron-Daniel, J. (2012). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).
19. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). Acceptance and commitment therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
20. Fallon, M., Hanks, G., & Cherny, N. (2006). Principles of control of cancer pain. *Bmj*, 332(7548), 1022-1024.
21. Rankin, J., Murtagh, N., Robb, K., Cooper, J., & Lewis, S. (Eds.). (2009). Rehabilitation in cancer care. John Wiley & Sons.

Πρόληψη πτώσεων

Ορέστης Σιάκης



Εισαγωγή

Κάθε χρόνο εκατομμύρια άνθρωποι της ηλικιακής ομάδας άνω των 65 ετών βιώνουν έστω μία πτώση και σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) των Η.Π.Α., οι πτώσεις είναι η κύρια αιτία θανατηφόρων και μη θανατηφόρων τραυματισμών στα άτομα αυτά. Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία όσον αφορά τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και το κόστος για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Έτσι, καθίσταται επιτακτική ανάγκη η δημιουργία ενός πλάνου ενημέρωσης και καθοδήγησης, τόσο των ηλικιωμένων ατόμων όσο και των φροντιστών τους, σχετικά με την πρόληψη των πτώσεων. Στο εγχειρίδιο αυτό θα προσπαθήσουμε να παραθέσουμε μερικούς βασικούς τρόπους σχετικά με την πρόληψη αλλά και την αναγνώριση καταστάσεων που μας προειδοποιούν πως είμαστε πιο ευάλωτοι σε μία πτώση.

1.Επιδημιολογικά στοιχεία

- Τα άτομα άνω των 65 ετών έχουν 30-40% πιθανότητα για έστω μία πτώση το χρόνο.
- Οι ηλικιωμένοι άνω των 80 ετών έχουν ακόμα μεγαλύτερες πιθανότητες, κοντά στο 60%.
- Η συχνότητα των πτώσεων αυξάνεται ανάλογα με την αύξηση της ηλικίας.
- Πάνω από τις μισές πτώσεις, στις ηλικίες αυτές, συμβαίνουν μέσα στο σπίτι.
- Οι σοβαροί τραυματισμοί μετά από πτώση ανέρχονται στο 15%.
- Στη χώρα μας, βάσει ερευνών, έχουμε 7.594 πτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό.
- Ο αριθμός των θανάτων σε ηλικιωμένους, μετά από πτώση, στην Ελλάδα, ανέρχονται στους 29 ανά 100.000 πληθυσμό.
- Ενώ, σύμφωνα με τον CDC το οικονομικό κόστος, μετά από τις πτώσεις των ηλικιωμένων, υπολογίζεται στα \$50 δις.

2. Παράγοντες κινδύνου

Σε προηγούμενες έρευνες έχει βρεθεί πως πάνω από 400 πιθανοί παράγοντες ευθύνονται για τον κίνδυνο πτώσεων. Παρακάτω θα αναφερθούν ορισμένοι από τους πιο βασικούς και στη συνέχεια θα παρατεθούν και πιθανές λύσεις.

1. Ηλικία

Η ηλικία είναι ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες της λίστας αυτής καθώς όσο αυξάνεται, βλέπουμε εκθετική αύξηση και στον κίνδυνο για μία ή περισσότερες πτώσεις. Επίσης, η αποκατάσταση ενός τραυματισμού μετά την πτώση, γίνεται πιο δύσκολη και οι πιθανότητες ίσης μικρότερες. Το φυσιολογικό γήρας είναι συνήθως συνδεδεμένο με μυϊκή αδυναμία, μείωση της ικανότητας ακοής και όρασης, μειωμένα αντανάκλαστικά, όπως και πιθανή συνοσπρότητα διαφόρων παθήσεων που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτό.

2. Φύλο

Έρευνες έδειξαν πως οι γυναίκες έχουν 58% παραπάνω πιθανότητες να αντιμετωπίσουν

έναν μη θανάσιμο τραυματισμό από πτώση, σε σχέση με τους άνδρες. Σε αντίθεση οι άνδρες έχουν 46% παραπάνω πιθανότητες να καταλήξουν μετά από πτώση, συγκριτικά με τις γυναίκες. Στις Η.Π.Α. πάνω από το 95% των καταγμάτων ισχίου έχουν προκληθεί από πτώση και ο αριθμός των γυναικών που υπέστησαν ήταν τριπλάσιος του αριθμού των ανδρών.

3. Περιβάλλον

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου πτώσεων στους ηλικιωμένους ανθρώπους είναι το φυσικό περιβάλλον που ζουν. Πιο συγκεκριμένα το σπίτι στο οποίο ζουν πολλές φορές γίνεται η αιτία μίας πτώσης. Ο χαμηλός φωτισμός, τα μικρά χαλάκια που δεν εφαρμόζουν καλά, το ολισθηρό πάτωμα του μπάνιου, τα σκαλοπάτια χωρίς σημεία στήριξης, όπως και η ύπαρξη κατοικίδιου είναι μερικές από τις πιθανές αιτίες πρόκλησης πτώσεων εντός της οικίας. Εκτός του σπιτιού, τα ολισθηρά και ψηλά πεζοδρόμια, η έλλειψη κιγκλιδωμάτων στήριξης στους δρόμους, η έλλειψη βοηθητικού ατόμου για τη βάρδια εκτός σπιτιού αυξάνει τον κίνδυνο ακόμα περισσότερο.

4. Παθήσεις

Υπάρχουν παθήσεις οι οποίες έχουν βασικό ρόλο στην πρόκληση μίας πτώσης. Κυρίως είναι οι μυοσκελετικές, οι νευρολογικές και οι καρδιαγγειακές. Μερικές από αυτές είναι η άνοια, το Πάρκινσον, οι αρθρίτιδες, οι μυοπάθειες, η ορθοστατική υπόταση, η υπέρταση, η κολπική μαρμαρυγή, η κατάθλιψη κ.α.

5. Φυσική κατάσταση

Είναι εύκολο να καταλάβουμε πως η έλλειψη άσκησης και η μυϊκή αδυναμία, ειδικά των κάτω άκρων, καθιστούν ένα ηλικιωμένο άτομο εύαλτο απέναντι στο ενδεχόμενο της πτώσης. Η μειωμένη ελαστικότητα και δύναμη των μυών, δημιουργούν περαιτέρω μείωση της ικανότητας αντίδρασης που ήδη έχει επηρεαστεί από την ηλικία.

6. Προβλήματα όρασης

Τα προβλήματα όρασης όπως ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας και η τύφλωση, αυξάνουν τον κίν-

δυο πτώσης περίπου 2,5 φορές. Είναι από τα βασικά αίτια επιδείνωσης της ισορροπίας και αλλαγής της βαδιστικής ικανότητας.

7. Βάδιση και ισορροπία

Οι διαταραχές στη βάδιση και στην ισορροπία μπορεί να είναι και από τους πιο σημαντικούς παράγοντες πρόκλησης πτώσεων. Στα ηλικιωμένα άτομα το μοτίβο βάδισης γίνεται πιο δύσκαμπτο και με έλλειψη συντονισμού. Έτσι, δυσκολεύονται να κρατήσουν την ισορροπία τους, μειώνουν το μήκος του βήματός τους και αυξάνουν τις πιθανότητες να πατήσουν το ένα πόδι πάνω στο άλλο με αποτέλεσμα να πέσουν. Η συχνή ύπαρξη ζάλης στους ηλικιακά μεγαλύτερους ανθρώπους επιδεινώνει την κατάσταση της ισορροπίας τους και μειώνει τα αντανakλαστικά τους.

8. Φαρμακευτική αγωγή

Οι διαφορετικές φαρμακευτικές αγωγές των ηλικιωμένων ατόμων είναι σύνθετες να προκαλέσουν παρενέργειες. Ψυχοτρόπα φάρμακα (αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά/ υπνωτικά, αντιψυχωσικά κ.α.), φάρμακα για το διαβήτη ή για καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως και κάποια μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, έχουν αποδειχθεί ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου πτώσεων σε ηλικιωμένους ασθενείς.

3. Επιπλοκές μετά από πτώση

Οι πτώσεις οδηγούν σε ήπιους ή πιο σοβαρούς τραυματισμούς, οι ασθενείς χάνουν την ανεξαρτησία τους και προκαλείται ο φόβος πτώσεως. Οι πιο συνήθεις επιπλοκές είναι τα κατάγματα και κυρίως αυτά του ισχίου, της σπονδυλικής στήλης και του καρπού. Ο τραυματισμός στο κεφάλι με συνδυασμό εγκεφαλικής αιμορραγίας συναντάται επίσης σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, ενώ ένας στους τρεις ηλικιωμένους θα χάσει τη ζωή του από πτώση ή από επιπλοκές που δημιουργήθηκαν μετά. Τα παραπάνω έχουν ως

αποτέλεσμα, τα ηλικιωμένα άτομα να αδρανοποιούνται και να μειώνουν τις δραστηριότητές τους, οι κοινωνικές τους επαφές ελαχιστοποιούνται και αναπτύσσεται κατάθλιψη και πρόωρος θάνατος.

4. Πρόληψη πτώσεων

Είναι γνωστή η ρήση «Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία» και στην περίπτωση των πτώσεων δε θα μπορούσε να ταιριάζει περισσότερο. Όπως αναφέραμε και παραπάνω οι επιπτώσεις μετά από πτώση σε ηλικιωμένα άτομα είναι πολλές, το κόστος θεραπείας είναι μεγάλο και οι ανάγκες του ασθενή αυξάνονται. Για αυτό το λόγο παρακάτω θα αναφερθούν οι τρόποι πρόληψης, που είναι το βασικό μας εργαλείο για την αποφυγή μίας δυσάρεστης πτώσης.

Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για τα ηλικιωμένα άτομα

- Τοποθέτηση προστατευτικών μέσων στους χώρους του μπάνιου (π.χ. λαβές στήριξης, αντιολισθητικό χαλάκι).
- Αποφυγή ολισθηρών πατωμάτων.
- Δημιουργία καλού φωτισμού σε όλους τους χώρους του σπιτιού κυρίως τις βραδινές ώρες.
- Αφαίρεση χαλιών που διπλώνουν εύκολα.
- Προστατευτικά κιγκλιδώματα στις σκάλες.
- Αναδιάταξη επίπλων έτσι ώστε να μην εμποδίζουν τους κύριους διαδρόμους βάδισης.
- Εύκολη πρόσβαση στα είδη πρώτης ανάγκης.
- Χρήση ψηλών καθισμάτων.
- Χρήση βοηθήματος βάδισης αν έχει συστηθεί από ιατρό ή φυσικοθεραπευτή.
- Χρήση αντιολισθητικών υποδημάτων.
- Βάδιση στους εξωτερικούς χώρους με συνοδεία άλλου ατόμου.

Διαχείριση ενδογενών παραγόντων

- Επικοινωνήστε με τον ιατρό ή το φυσικοθεραπευτή σας.
- Ακολουθήστε πιστά το θεραπευτικό πλάνο για τις παθήσεις που έχει δημιουργήσει ο ιατρός.
- Κάντε τακτικό έλεγχο της όρασης και της ακοής σας.
- Ρωτήστε τον ιατρό σας για τη λήψη συμπληρωμάτων, όπως βιταμίνης D.
- Ρυθμίστε τη φαρμακευτική σας αγωγή σε συνεργασία με τους ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων.
- Αποφύγετε το αλκοόλ και το κάπνισμα.
- Διατήρηση ενός προγράμματος καλής διατροφής και λήψης νερού. Αποφύγετε την παχυσαρκία.

Βελτίωση της φυσικής κατάστασης

- Απευθυνθείτε στον ιατρό ή το φυσικοθεραπευτή σας για να σας καθοδηγήσουν σχετικά με τα προγράμματα ενδυνάμωσης και ισορροπίας.
- 150 λεπτά/εβδομάδα άσκησης μέτριας έντασης έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο πτώσεων κατά 23%.
- Ήπιες ασκήσεις διάρκειας 20-30 λεπτά τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα.
- Ασκήσεις ισορροπίας για τη βελτίωση της ισορροπίας, της ιδιοδεκτικότητας και της δύναμης, όπως βάδιση στα δάχτυλα ή τις πτέρνες των ποδιών, εναλλαγή στήριξης βάρους στα πόδια, ανεβοκατέβασμα σε μικρό σκαλοπάτι κ.α.
- Ασκήσεις ενδυνάμωσης των κάτω άκρων για αύξηση της μυϊκής μάζας και δύναμης π.χ. με βάρackia ή λάστιχα.
- Ασκήσεις ευλυγισίας (διατάσεις).
- Αερόβιες ασκήσεις για βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας και αντοχής.
- Βάδιση σε συχνά διαστήματα και αποφυγή καθιστής ή ξαπλωτής θέσης για παρατεταμένο χρονικό διάστημα.
- Το Tai-Chi έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την ισορροπία, δυναμώνει τον κορμό και τα κάτω άκρα, ενισχύει το καρδιαγγειακό σύστημα και τη σωστή αναπνοή και δημιουργεί μεγαλύτερη επίγνωση του σώματός μας.
- Πρόγραμμα Otago. Εκτελείται υπό την επίβλεψη του φυσικοθεραπευτή και αποτελείται από ασκήσεις ενδυνάμωσης, ισορροπίας και βάδισης.

Όλες οι παραπάνω οδηγίες πρέπει να εφαρμοστούν κατόπιν επικοινωνίας με τον ιατρό ή τον φυσικοθεραπευτή. Ζητήστε τη βοήθειά τους και ενημερώστε τους οικείους σας.



Βιβλιογραφία

1. Haagsma JA, et al. *Inj Prev* 2020;0:1–8. doi:10.1136/injuryprev-2019-043347
2. Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51–61. doi:10.1016/j.maturitas.2013.02.009
3. Cadore, E. L., Rodríguez-Mañas, L., Sinclair, A., & Izquierdo, M. (2013). Effects of Different Exercise Interventions on Risk of Falls, Gait Ability, and Balance in Physically Frail Older Adults: A Systematic Review. *Rejuvenation Research*, 16(2), 105–114. doi:10.1089/rej.2012.1397
4. Masud, T & Morris, Rob. (2001). Epidemiology of Falls. Age and ageing. 30 Suppl 4. 3-7. 10.1093/ageing/30.suppl_4.3.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Facts About Falls <https://www.cdc.gov/falls/facts.html>
6. World Health Organization, Falls <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>



ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ

www.nosilia.org.gr



www.desmos.org

Το εγχειρίδιο δημιουργήθηκε
από το Σύλλογο Νοσηλεία στο
πλαίσιο του Προγράμματος
«Ανακουφιστική Φροντίδα στο
σπίτι» με την υποστήριξη του
ΜΚΣ ΔΕΣΜΟΣ.



Ο Δεσμός συνέβαλε στο πρόγραμμα του Συλλόγου Νοσηλεία «Ανακουφιστική Φροντίδα στο σπίτι» χάρη στις δωρεές εις μνήμη του Θεόδωρου Παπαλεξόπουλου και της επιθυμίας της οικογένειάς του να υποστηρίξει την Ανακουφιστική Φροντίδα στο σπίτι στη χώρα μας.