

**“ ΤΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ”**

Μετέχουσες σπουδάστριες:

*Μουρτζίνη Αντωνία
Χάψα Μεταξία*

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός:

*Νομικού Αντωνία
Καθηγήτρια Εφαρμογών*

Πτυχιακή για την λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανωτέρου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι) Πάτρας.

Πάτρα , Μάρτιος 2003

Αναγνώριση

Καταρχήν θα θέλαμε να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στην υπεύθυνη καθηγήτρια κα.Αντωνία Νομικού- Καθηγήτρια Εφαρμογών, για τις πολύ σημαντικές κατευθύνσεις της καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας μας πάνω στην μελέτη αυτή, καθώς και για την αμέριστη συμπαράστασή της.

Επίσης ευχαριστούμε τον κ.Ανθρακόπουλο, Παιδοπνευμονολόγο στο Π.Γ.Ν.Π. για την σημαντική συμβολή του στην διεκπεραίωση της εργασίας μας.

Ακόμα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Λάσκαρη, Ειδικό Πνευμονολόγο, για την πολύτιμη συνεργασία του και το ιατρικό υλικό που μας παρέθεσε.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που πήραν μέρος στην συνέντευξη που παρατίθεται στο παράρτημα II και έδωσαν πολύτιμες πληροφορίες για το κλείσιμο της έρευνας μας.

Ακόμα ένα ευχαριστώ σε όλους όσους μας προσέφεραν την βοήθεια και την στήριξη τους.

Η Επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Αναγνώριση	Σελ. 2
Περίληψη μελέτης	Σελ. 7
Κεφάλαιο I.	
Εισαγωγή	Σελ. 10
Σκοπός της μελέτης	Σελ. 11
Ορισμοί όρων	Σελ. 12
Κεφάλαιο II.	
1. Άσθμα	Σελ. 14
1.1 Ιστορική Αναδρομή	Σελ. 16
1.2 Επιδημιολογία	Σελ. 17
1.3 Ταξινόμηση- πρόγνωση	Σελ. 19
1.4 Αιτιολογία	Σελ. 24
1.5 Εκλυτικοί Παράγοντες	Σελ. 25
1.6 Παθογένεση	Σελ. 32
1.7 Κλινικές εκδηλώσεις	Σελ. 36
1.8 Διαγνωστική προσπέλαση	Σελ. 39
1.9 Θεραπεία	Σελ. 43
1.10 Εκπαίδευση ασθενών	Σελ. 49
Κεφάλαιο III.	
1. Εφηβεία	Σελ. 50
1.1 Σωματικές αλλαγές	Σελ. 52
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του εφήβου	Σελ. 55
1.3 Μεταβολές στην συμπεριφορά	Σελ. 56
1.4 Σχέσεις με συνομηλίκους	Σελ. 58
1.5 Κοινωνικές αλλαγές	Σελ. 59
1.6 Φόβοι και ανησυχίες των εφήβων	Σελ. 61
1.7 ο έφηβος μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	Σελ. 66

Κεφάλαιο IV.

1. Οξεία ασθματική κρίση	Σελ. 69
1.1 Εκτίμηση της βαρύτητας της κρίσης	Σελ. 70
1.2 Αντιμετώπιση στο σπίτι	Σελ. 74
1.3 Αντιμετώπιση στο ιατρείο	Σελ. 76
1.3.1 Αξιολόγηση του ασθενή	Σελ. 76
1.3.2 Ήπια ή μέτρια κρίση	Σελ. 77
1.3.3 Σοβαρή κρίση	Σελ. 80
1.4 Κριτήρια εισαγωγής στο νοσοκομείο	Σελ. 83
1.5 Αντιμετώπιση στο νοσοκομείο	Σελ. 84
1.6. Εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας	Σελ. 87
1.7 Έξοδος από το νοσοκομείο	Σελ. 88
2. Ο έφηβος στο νοσοκομείο	Σελ. 90
2.1 Ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στους γονείς	Σελ. 93
2.2 Ο έφηβος και η χρόνια ασθένεια	Σελ. 95
2.3 Αντιδράσεις εφήβων με χρόνια πρόβλημα υγείας	Σελ. 97
2.4 Αντιδράσεις γονέων	Σελ. 98
2.5 Αντιδράσεις αδελφών	Σελ.101
2.6 Συναισθηματική στήριξη νοσηλευόμενου εφήβου	Σελ.102
2.7 Ενημέρωση- Προετοιμασία	Σελ.103
2.8 Ενεργητική συμμετοχή	Σελ.105
2.9 Ψυχολογική επεξεργασία εμπειριών νοσηλευόμενου εφήβου	Σελ.106

Κεφάλαιο V.

1. Κοινωνική Εργασία και Υγεία	Σελ.108
1.1 Κοινωνική Εργασία στα Νοσοκομεία	Σελ.110
1.2 Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού σε παιδιατρική κλινική	Σελ.113
1.3 Ειδικά προγράμματα απασχόλησης εφήβων από Κοινωνικό Λειτουργό	Σελ.118
1.4 Επιμόρφωση γονέων	Σελ.121
2. Ο έφηβος μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο	Σελ.124

2.1 Ο ρόλος των γονέων	Σελ.126
2.2 Αντιδράσεις αδελφών	Σελ.127
2.3 Προβλήματα στο σχολείο	Σελ.128
2.4 Ο ρόλος του καθηγητή	Σελ.130
2.5 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	Σελ.132
Συμπεράσματα	Σελ.135
Προτάσεις	Σελ.136
Παράρτημα	Σελ.147
I. Συνέντευξη	Σελ.148
II. Σύγκριση κύριας μελέτης για το βρογχικό άσθμα	Σελ.169
III. «Γνώση και άσθμα». Παρουσίαση I & II	
Βιβλιογραφία	
I. Ελληνική	
II. Ξενόγλωσση	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σε αυτήν την μελέτη που έγινε για την λήψη του πτυχίου μας στην Κοινωνική Εργασία, καταπιαστήκαμε με ένα πρωτότυπο θέμα «Το βρογχικό άσθμα στην εφηβεία και τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού», το οποίο αφορά ιατρικούς όρους καθώς και πολλά στοιχεία της άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας.

Γι' αυτό το λόγο υπήρξαν διάφορες δυσκολίες σχετικά με την πρόσβαση στα κατάλληλα βιβλία και ιατρικά περιοδικά, που όμως ξεπεράστηκαν στην πορεία με βάση συστηματικές προσπάθειες από μέρους μας.

Πιο ειδικά, με την μελέτη αυτή, σκοπός μας ήταν να ερευνήσουμε ένα σύγχρονο πρόβλημα που προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας αλλά παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα σε παιδιά και εφήβους και να ξεδιπλώσουμε όλους εκείνους τους παράγοντες που δημιουργούν διαταραχές στον ασθματικό έφηβο. Γίνεται λοιπόν μία παρουσίαση όλων των στοιχείων που απαρτίζουν το άσθμα: επιδημιολογία, ταξινόμηση, πρόγνωση, αιτιολογία, παθογένεση, διάγνωση, θεραπεία.

Πρόκειται για μια βιβλιογραφική εργασία. Για την συγκέντρωση περισσότερων πληροφοριών και για να είναι η εργασία εγκυρότερη, καταφύγαμε στην μέθοδο της συνέντευξης. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από την συνέντευξη επιβεβαιώνουν όσα έχουν γραφτεί σε αυτήν.

Επίσης αναλύεται η αλλαγή του ατόμου κατά την διάρκεια της εφηβείας. Περιγράφονται οι σωματικές και κοινωνικές αλλαγές, οι μεταβολές στην συμπεριφορά και στις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Στην συνέχεια περιγράφεται η οξεία ασθματική κρίση επειδή είναι

πιθανό όταν προσβάλλει τον ασθματικό έφηβο, να καταλήξει αυτός στο νοσοκομείο.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο γίνεται ενημέρωση για το πώς κάποιος μπορεί να αντιμετωπίσει την ασθματική κρίση στο σπίτι. Για το τι πρέπει να κάνει αν η κρίση χειροτερέψει και διαφοροποιείται η νοσηλεία στο ιατρείο από εκείνη στο νοσοκομείο.

Ακολουθεί εκτενής αναφορά στα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στον έφηβο λόγω της πάθησης του, στο πως αντιμετωπίζει αυτά τα προβλήματα, τι συμβαίνει κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, την συναισθηματική στήριξη που χρειάζεται.

Επιπλέον, γίνεται ανάλυση των ψυχολογικών προβλημάτων που δημιουργούνται στους γονείς και τα αδέρφια του ασθματικού εφήβου.

Σε αυτό το σημείο περιγράφεται ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο και ειδικότερα σε μία παιδιατρική κλινική. Αναφέρονται ειδικά προγράμματα απασχόλησης των εφήβων μέσα στο νοσοκομείο καθώς και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο σπίτι, όταν ο έφηβος βγει από το νοσοκομείο.

Γίνεται ακόμα αναφορά στα συναισθήματα του εφήβου, των γονέων και των αδελφών του, καθώς και στα προβλήματα που αντιμετωπίζει στο σχολείο.

Στην συνέχεια παρατίθεται μία συγκριτική μελέτη ανάμεσα στο κυρίως υλικό που συγκεντρώθηκε για την εκπόνηση της πτυχιακής και αφορά το βρογχικό άσθμα στην εφηβεία και σε μία έρευνα για τα νέα επιδημιολογικά στοιχεία γύρω από το άσθμα.

Τέλος, έγιναν συνεντεύξεις από ένα δείγμα πνευμονολόγων από τα Νοσοκομεία της Πάτρας έτσι ώστε να δοθούν κάποιες πληροφορίες που επιτρέπουν

μεγαλύτερη εμβάθυνση στο θέμα που πραγματεύεται η πτυχιακή εργασία, καθώς και για την χρησιμότητα δημιουργίας σχολών επιμόρφωσης ασθματικών εφήβων και συνεργασίας με τον Κοινωνικό Λειτουργό.

Απ' όλη την εργασία καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- το άσθμα είναι μια χρόνια ασθένεια που όμως δεν επηρεάζει τις δραστηριότητες του ατόμου αν ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή.
- ο έφηβος αντιδρά αρνητικά συνήθως απέναντι στην πάθησή του εξαιτίας των μεταβολών αυτής της περιόδου.
- η στάση των γονέων παίζει σημαντικό ρόλο στο πως θα αντιδράσει ο έφηβος απέναντι στην ασθένειά του.
- σε ελάχιστες περιπτώσεις υπάρχει συνεργασία γιατρού και κοινωνικού λειτουργού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το βρογχικό άσθμα είναι μία πάθηση γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων. Οι αιτίες του άσθματος και το ερώτημα γιατί προσβάλλει ορισμένους μόνο ανθρώπους απασχόλησαν πολλούς επιστήμονες.

Σήμερα είναι πια παραδεκτό ότι αποτελεί χρόνια νόσημα με μεγαλύτερη συχνότητα στα παιδιά και τους εφήβους. Εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια με σχέση περίπου 2/1 σε σύγκριση με τα κορίτσια. Τα 2/3 των περιστατικών εκδηλώνονται πριν την ηλικία των 10 ετών.

Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για την αύξηση της συχνότητας και της βαρύτητας της νόσου όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε όλο τον κόσμο.

Κάνοντας μία μικρή περιγραφή της κλινικής εκδήλωσης του άσθματος, θα μπορούσε να αναφερθεί ότι υπάρχουν αυτόματες εξάρσεις και υφέσεις, καθώς και μεγάλα μεσοδιαστήματα ελεύθερα συμπτωμάτων.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο βασικός σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνηθεί το βρογχικό άσθμα στην εφηβεία. Δηλαδή ποιες είναι οι αντιδράσεις και τα προβλήματα που προκύπτουν στην ζωή του ασθματικού εφήβου από την στιγμή που γίνεται η διάγνωση της νόσου. Γι' αυτό το λόγο έγινε μία λεπτομερής περιγραφή του άσθματος και των παραμέτρων του, καθώς και της εφηβείας. Επίσης βασικός σκοπός της μελέτης ήταν να μελετηθεί και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο σπίτι του εφήβου.

Εκτός βέβαια από το γενικό σκοπό της μελέτης, υπήρξαν και κάποιοι επιμέρους στόχοι, οι οποίοι ήταν οι ακόλουθοι:

Για να γίνει σύνδεση του άσθματος και της νοσηλείας του εφήβου, προστέθηκε η οξεία ασθματική κρίση επειδή αυτή μπορεί να προσβάλλει τον έφηβο ξαφνικά και για πρώτη φορά. Ανάλογα με την σοβαρότητα της, μπορεί ο έφηβος να νοσηλευθεί.

Ένας άλλος επιμέρους στόχος ήταν να μελετηθούν και να αναφερθούν οι αντιδράσεις και τα προβλήματα που δημιουργούνται στους γονείς και τα αδέρφια του ασθματικού εφήβου, γιατί μόνο έτσι μπορεί να υπάρξει ολοκληρωμένη εικόνα του τι συμβαίνει στο σπίτι και δημιουργεί συναισθηματικές εντάσεις στον έφηβο.

Τέλος, μελετήθηκε η σχολική επίδοση του ασθματικού εφήβου και οι συμπεριφορές που προκύπτουν από την ύπαρξη του άσθματος σε σχέση με τους συνομηλίκους και τον καθηγητή.

ΟΡΙΣΜΟΙ

- α Ατοπία : είναι η αυξημένη αντίδραση ενός ατόμου σε εξωγενή παράγοντα, όχι απαραίτητα βλαπτικό για τους υπόλοιπους ανθρώπους, μέσω της παραγωγής ειδικής αιμοσφαιρίνης στον περιβαλλοντικό αυτό παράγοντα.

- α Βρογχικό άσθμα : είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος των αεραγωγών. Η φλεγμονή αυτή σε ευαίσθητα άτομα εκδηλώνεται με διάχυτη και διαφόρου βαθμού απόφραξη των αεραγωγών, που συχνά είναι αναστρέψιμη αυτόματα ή μετά από φαρμακευτική αγωγή και προκαλεί αύξηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας σε διάφορα ειδικά και μη ερεθίσματα.

- α Βρογχικό άσθμα : είναι χρόνια επιμένουσα φλεγμονώδης νόσος των αεραγωγών, που χαρακτηρίζεται από εξάρσεις βήχα, συρίτους, αναπνοής, βάρος στο θώρακα ή και αναπνευστική δυσχέρεια. Τα συμπτώματα είναι συνήθως αναστρέψιμα. Μπορεί όμως να είναι σοβαρά και θανατηφόρα.

- α Ήβη και εφηβεία : είναι η χρονική περίοδος της ζωής του ανθρώπου κατά την οποία συμβαίνουν έντονες ψυχολογικές μεταβολές που τον οδηγούν στην σεξουαλική ωριμότητα, δηλαδή στην αναπαραγωγή.

- α Κατάσταση κρίσης : ονομάζεται η αιφνίδια και ολοκληρωτική αναστάτωση μίας κατά κανόνα

σταθερής κατάστασης ή η σαφής απειλή εμφάνισης ενός ή περισσότερων επικίνδυνων γεγονότων.

- α Κοινωνικός Λειτουργός στον τομέα της υγείας : συμβάλλει στην πρόληψη ή αντιμετώπιση προβλημάτων που δημιουργούνται λόγω κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας του ατόμου ή οφείλονται στην προσωπικότητα του ή σε δυσμενείς καταστάσεις που επικρατούν στο περιβάλλον του και οι οποίες καθιστούν δυσχερή την διάγνωση και θεραπεία του ατόμου.
- α Οξεία ασθματική κρίση : χαρακτηρίζεται από αιφνίδια ή προοδευτικώς επιδεινούμενη δύσπνοια ή/ και βήχα, συριγμό και υποδηλώνει αποτυχία της μακροχρόνιας θεραπευτικής αντιμετώπισης ή έκθεση σε εκλυτικό παράγοντα.
- α Σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας : είναι η μελέτη και η αντιμετώπιση των πολλών και ποικίλων κοινωνικών και προσωπικών προβλημάτων που παρουσιάζουν άτομα ή ομάδες ατόμων, δεδομένου ότι συχνά τα κοινωνικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα προβλήματα υγείας, άλλοτε σαν συνέπεια και άλλοτε σαν αιτία ψυχοκοινωνικών δυσκολιών.
- α Status asthmaticus : είναι μία οξεία και σοβαρού βαθμού ασθματική κρίση που επιδεινώνεται και δεν ανταποκρίνεται στην χορηγούμενη θεραπεία.
- α Υγεία : είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου και αναπηρίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

1. ΑΣΘΜΑ

Το βρογχικό άσθμα είναι νόσος γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων. Παρά ταύτα ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει ένας γενικά παραδεκτός όρος της νόσου. Ο ορισμός που προτάθηκε πιο πρόσφατα παρουσιάστηκε στις διεθνείς θέσεις ομοφωνίας για την διάγνωση και θεραπεία του άσθματος το 1992.

Κατά τον ορισμό αυτό “το βρογχικό άσθμα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος των αεραγωγών. Η φλεγμονή αυτή σε ευαίσθητα άτομα εκδηλώνεται με διάχυτη και διαφόρου βαθμού απόφραξη των αεραγωγών , που συχνά είναι αναστρέψιμη αυτόματα ή μετά από φαρμακευτική αγωγή και προκαλεί αύξηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας σε διάφορα και μη ειδικά ερεθίσματα”.

Τα χαρακτηριστικά σημεία του ορισμού είναι:

- Η χρονιότητα της νόσου,
- Η φλεγμονή των αεραγωγών, που παίζει κύριο λόγο στην παθογένεση της νόσου,
- Η αυξημένη βρογχική υπεραντιδραστικότητα σε ειδικά και μη ειδικά ερεθίσματα,
- Η αναστρέψιμη απόφραξη των αεραγωγών.

Ένας άλλος ορισμός αναφέρει ότι “ το βρογχικό άσθμα είναι χρόνια επιμένουσα φλεγμονώδης νόσος των αεραγωγών που χαρακτηρίζεται από εξάρσεις βήχα, συρρίτουσας αναπνοής, βάρος στο θώρακα ή και αναπνευστική δυσχέρεια. Τα συμπτώματα είναι συνήθως αναστρέψιμα μπορεί όμως να είναι σοβαρά και θανατηφόρα”.

Η νόσος κλινικά παρουσιάζει αυτόματες εξάρσεις και υφέσεις και μεγάλα μεσοδιαστήματα ελεύθερα συμπτωμάτων. Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι πολλαπλές και η βαρύτητα της νόσου ποικίλει από την εμφάνιση και μοναδική εκδήλωση ξηρού βήχα ή ήπιας δύσπνοιας με ή χωρίς συριγμό έως την εμφάνιση αναπνευστικής ανεπάρκειας λόγω βαριάς ασθματικής κρίσης.

(Ράπτης Σωτήριος, «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισιανού, Αθήνα 1997, σελ 240)

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Πρώτος ο Ι Ιπποκράτης το 460 π.Χ. χρησιμοποίησε τον όρο άσθμα και ανέφερε ότι η δύσπνοια που προκαλείται, οφείλεται στο ψύχος και την υγρασία.

Αργότερα ο Καπαδόκης ο Αρεταίος 2^{ος} – 3^{ος} αιώνας π. Χ. θέλησε να το ταξινομήσει σε δύο τύπους ενώ ο Γαληνός το 200-231 μ.Χ. θέλησε να τεκμηριώσει πειραματικά τις αιτίες της δύσπνοιας χωρίς όμως επιτυχία.

Την περίοδο της Αναγέννησης ο Ιταλός Τζερολάμο Καρντάνο (1501- 1556) έκανε διάγνωση του άσθματος σε Αγγλοεπίσκοπο και τον θεράπευσε με δίαιτα και γυμναστική.

Ενώ το 1577-1664 ο Βαν Χέλμοντ περιγράφει την κρίση της δύσπνοιας που προκαλεί η εισπνοή της σκόνης και φτάνουμε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα όπου δύο Ρώσοι, ο Ε. Μανόιλοφ και Ν. Γκολουμπόφ ασχολούνται με το μηχανισμό του άσθματος και αναφέρουν ότι μοιάζει με τον ορισμό της αναφυλαξίας.

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το βρογχικό άσθμα είναι μία χρόνια νόσος που προσβάλλει παγκόσμια όλες τις ηλικίες και τα δύο φύλα. Εμφανίζεται συχνότερα κατά τα πρώτα έτη της ζωής. Περίπου το ήμισυ των περιστατικών εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 10 ετών και το υπόλοιπο 1/3 πριν την ηλικία των 40 ετών. Στην παιδική ηλικία εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια σε σχέση περίπου 2/1, ενώ στους ενήλικες παρουσιάζει την ίδια αναλογία μεταξύ ανδρών / γυναικών.

Η σύγκριση της συχνότητας της νόσου μεταξύ διαφορετικών χωρών είναι δύσκολη, αφ' ενός λόγω έλλειψης ενός παγκοσμίως κοινού παραδεκτού ορισμού, αφ' ετέρου λόγω διαφορετικής επιδημιολογικής μεθοδολογίας. Πιστεύεται όμως ότι υπάρχει διακύμανση της συχνότητας της νόσου από χώρα σε χώρα, που οφείλεται σε γενετικούς, περιβαλλοντικούς και γεωγραφικούς παράγοντες.

Ο επιπολασμός της νόσου στα παιδιά ποικίλει από 0% στην Γκάμπια έως 14% στην Νέα Ζηλανδία. Στην Ευρώπη αναφέρονται χαμηλές τιμές επιπολασμού, στην Ελβετία με 1,4% και 1,8% στην Φιλανδία, ενώ αυξημένη συχνότητα της νόσου αναφέρεται στην Αγγλία με 9,3% και στην Σουηδία με 7,7%. Στην Ελλάδα πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες σε παιδιά παρουσιάζουν ποσοστό συχνότητας 9,5% για το 1990, ενώ παλαιότερες μελέτες με άλλη μεθοδολογία αναφέρουν για μια μικρή περιοχή της Ελλάδας 1,49% για το έτος 1977 και 4,59% 14 χρόνια αργότερα.

Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για αύξηση της συχνότητας και της βαρύτητας της νόσου σε όλο τον κόσμο.

Αύξηση αναφέρεται ότι έχει παρατηρηθεί στην συχνότητα της νόσου στην Αγγλία, στην Αυστραλία και τις Η.Π.Α. από το 1968 έως σήμερα. Το γεγονός αυτό προκαλεί ανησυχία καθώς οι κύριοι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την αύξηση αυτή είναι οι αλλαγές στις περιβαλλοντικές συνθήκες και η αυξημένη ευαισθησία των ατόμων. Η ρύπανση του ατμοσφαιρικού αέρα, όπως και η ρύπανση των εσωτερικών χώρων, φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο. Το κάπνισμα της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως και η πρόωρη έκθεση των νεογνών στον καπνό, καθώς και οι ιογενείς λοιμώξεις των πρώτων χρόνων της ζωής αναγνωρίζονται σαν πιθανοί υπεύθυνοι παράγοντες.

(Ράπτης Σωτήριος, «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισσιανού, Αθήνα 1997, σελ 243)

1.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Το βρογχικό άσθμα μπορεί να ταξινομηθεί με βάση τους εκλυτικούς παράγοντες ή με βάση τη βαρύτητα των κλινικών συμπτωμάτων. Η ταξινόμηση αυτή βοηθά τον κλινικό ιατρό στην διάγνωση, την θεραπεία και την πρόγνωση της νόσου.

Ανάλογα με την ύπαρξη ή μη γνωστού εξωγενούς εκλυτικού παράγοντα διαχωρίζονται δύο μορφές της νόσου, το εξωγενές ή αλλεργικό και το ενδογενές ή κρυπτογενές βρογχικό άσθμα.

Εξωγενές⇒ Ειδικά χαρακτηριστικά:

- υπάρχει στο οικογενειακό περιβάλλον άσθμα, έκζεμα , αλλεργική ρινίτιδα
- ηλικία κάτω των 35 ετών που στο παιδικό αναμνηστικό τους αναφέρεται κατά κανόνα έκζεμα.
- αίτια : σπιτική σκόνη, γύρη λουλουδιών, σοκολάτα, σπόροι απέργιλου, τρίχες ζώων, μαλλί.
- στο μεσοδιάστημα μεταξύ των παροξυσμών το άτομο είναι ελεύθερο συμπτωμάτων
- πολλές φορές υποχωρεί μόνο του συνήθως στην παιδική ηλικία αλλά μπορεί να επιστρέφει αργότερα σαν ενδογενές άσθμα.
- η IgE σφαιρίνη είναι αυξημένη
- στους άνδρες παρουσιάζεται πριν τα 35 σε ποσοστό 90% ενώ στις γυναίκες 75%.

Ενδογενές⇒ Παρουσιάζεται μετά τα 35. Ο πρώτος παροξυσμός γίνεται μετά από λοίμωξη του αναπνευστικού και συνήθως της εξάρσεως ακολουθούν λοιμώξεις του αναπνευστικού, χρόνια βρογχίτιδα

- IgE σφαιρίνη είναι φυσιολογική η ελαττωμένη
- στα μεσοδιαστήματα των παροξυσμών οι ασθενείς δεν είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων.

Το εξωγενές ή αλλεργικό άσθμα οφείλεται στην επίδραση κυρίως παραγόντων που προέρχονται από έξω, δηλαδή από το περιβάλλον και λέγονται αλλεργιογόνοι. Η μορφή αυτή συνήθως προσβάλλει τα παιδιά.

Στο ενδογενές ή κρυπτογενές, δεν ανευρίσκεται κανένας παράγοντας που να θεωρείται υπεύθυνος για την πρόκληση αυτού. Για αυτό τον λόγο η μορφή αυτού του άσθματος είναι γνωστή και ως άσθμα αγνώστου αιτιολογίας.

Βέβαια πρέπει να τονιστεί ότι ο διαχωρισμός αυτό δεν πρέπει να είναι αυστηρός, δεδομένου ότι μπορεί ο εκλυτικός παράγοντας να μην είναι πάντα εύκολο να προσδιοριστεί.

Στους ασθενείς με αλλεργικό βρογχικό άσθμα υπάρχει ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ατοπίας με εκδηλώσεις αλλεργικής νόσου όπως αλλεργική ρινίτιδα, κνίδωση ή έκζεμα. Στα άτομα αυτά υπάρχει γενετική προδιάθεση που προκαλεί μία αντίδραση υπερευαισθησίας μετά την έκθεση σε αλλεργιογόνα του περιβάλλοντος.

Γενικά φαίνεται ότι σε ασθενείς που εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα σε νεαρή ηλικία ο αλλεργικός παράγοντας παίζει πρωτεύοντα ρόλο συγκριτικά με την ομάδα των αρρώστων που παρουσιάζουν εκδηλώσεις της νόσου αργότερα κατά την διάρκεια της ζωής τους. Παρά τον διαχωρισμό αυτό, υπάρχουν ασθενείς που δεν μπορούν να ενταχθούν απόλυτα στην μία ή την άλλη κατηγορία. Υπάρχουν επίσης ασθενείς που παρουσιάζουν ασθματική κρίση μετά από άσκηση, λήψη ή μη αναλγητικών ή λόγω επίδρασης κάποιου συγκινησιακού παράγοντα.

Η ταξινόμηση επίσης του βρογχικού άσθματος ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου, είναι μεγάλης σημασίας για την εφαρμογή σωστής θεραπείας και προγνώσεως της εξέλιξης της νόσου. Η ταξινόμηση του άσθματος με βάση την βαρύτητα της νόσου και των αριθμό των κρίσεων στην διάρκεια του προηγούμενου χρόνου έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με παθολογοανατομικούς δείκτες της φλεγμονής των αεραγωγών. Η εκτίμηση της βαρύτητας του άσθματος βασίζεται επίσης στην μεταβλητότητα που παρουσιάζει η βρογχική απόφραξη , μετρούμενη με καταγραφή της μέγιστης εκπνευστικής ροής (Peak Expiratory Flow P.E.F.) .

Η ταξινόμηση σύμφωνα με την εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου είναι απαραίτητη, δεδομένου ότι η θεραπεία κλιμακώνεται ανάλογα. Υποεκτίμηση της σοβαρότητας μιας ασθματικής κρίσης μπορεί να αποβεί μοιραία, εφ' όσον η επέλευση μιας οξείας και βαριάς κρίσης άσθματος, αν δεν έχει έγκαιρη και εντατική θεραπευτική αντιμετώπιση , μπορεί να οδηγήσει μερικές φορές στο θάνατο του ασθενούς. Ας ληφθεί υπόψη ότι ακόμα και άρρωστος με χρόνια ή ήπιο άσθμα είναι πιθανό να παρουσιάσει βαριά και οξεία κρίση. Προκειμένου να αποφευχθεί μία υποεκτίμηση της βαρύτητας της νόσου, επιδιώκεται να χρησιμοποιούνται κάποια αντικειμενικά κριτήρια που στηρίζονται σε λειτουργικά ευρήματα και κλινικά σημεία.(Πίνακας 1).

Μερικοί από τους παράγοντες που συνηθέστερα συσχετίζονται με υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας στο άσθμα ,είναι:

Ø το ιστορικό προηγούμενων απειλητικών για την ζωή του αρρώστου ασθματικών κρίσεων,

- Ø οι συχνές νοσηλείες λόγω κρίσεων κατά το διάστημα του τελευταίου έτους,
- Ø το ιστορικό προηγούμενης διασωλήνωσης για την αντιμετώπιση μιας κρίσης,
- Ø η απότομη μείωση ή διακοπή μιας θεραπείας,
- Ø η μη συμμόρφωση του ασθενούς προς τη συσταθείσα θεραπευτική αγωγή,
- Ø ψυχοκοινωνικά προβλήματα και
- Ø ανεπαρκής υγειονομική περίθαλψη.

Πίνακας 1 . Στάδια άσθματος

Στάδιο 1	Στάδιο 2	Στάδιο 3	Στάδιο 4
Επεισοδιακό- Διαλείπον	Χρόνιο – Ήπιο	Χρόνιο- Μέτριο	Χρόνιο –Σοβαρό
Διαλείποντα συμπτώματα < 1 εβδομάδα	Συμπτώματα <1 ημέρα αλλά > 1 την εβδομάδα	Συμπτώματα καθημερινά	Συνεχή συμπτώματα
Νυχτερινά ασθματικά συμπτώματα < 2 το μήνα	Νυχτερινά ασθματικά συμπτώματα > 2 το μήνα	Νυχτερινά ασθματικά συμπτώματα > 1 φορά την εβδομάδα	Συχνοί παροξυσμοί
Ασυμπτωματικός με φυσιολογική πνευμονική λειτουργία μεταξύ παροξυσμών	Οι παροξύνσεις μπορεί να επηρεάζουν την δραστηριότητα και τον ύπνο	Οι παροξύνσεις επηρεάζουν τη δραστηριότητα και τον ύπνο	Περιορισμός δραστηριοτήτων από το άσθμα

(Ράπτης Σωτήριος, «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισιανού, Αθήνα 1997)

1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τον Γαρδίκι., (1981), ο αιτιολογικός παράγοντας που προκαλεί το άσθμα δεν έχει ακριβώς προσδιοριστεί. Φαίνεται όμως ότι σε όλους τους ασθματικούς ασθενείς, υπάρχει μία αυξημένη , συγκριτικά με τα φυσιολογικά άτομα, υπερευαισθησία του τραχειοβρογχικού δέντρου να αντιδρά σε διάφορα ειδικά και μη ειδικά ερεθίσματα με αποτέλεσμα την εμφάνιση βρογχοσπασμού. Η « υπερευαισθησία» αυτή, γνωστή ως βρογχική υπεραντιδραστικότητα, αποτελεί χαρακτηριστικό σημείο του βρογχικού άσθματος.

Η βρογχική υπεραντιδραστικότητα (BY) φαίνεται ότι μπορεί να έχει σχέση με γενετικούς παράγοντες και να συνδέεται με την ύπαρξη ατοπίας.

Αυξημένη BY μπορεί να παρατηρηθεί σε συγγενείς ασθματικών αρρώστων, χωρίς να εμφανίζουν συμπτώματα της νόσου, σε ασθενείς με αλλεργική ρινίτιδα. Η BY δεν έχει όμως σχέση μόνο με την ατοπία, μπορεί να εμφανιστεί και σε μη ατοπικά άτομα. Δυνατόν να εμφανιστεί επίκτητα μετά από έκθεση σε ερεθιστικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες και φαίνεται πως σχετίζεται απόλυτα με την ύπαρξη φλεγμονής των αεραγωγών.

Στους ασθματικούς ασθενείς η BY συσχετίζεται με το κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, αυξάνει μετά επανειλημμένη έκθεση των αεραγωγών σε κάποιο εκλυτικό παράγοντα και μειώνεται μετά χορήγηση θεραπείας.

1.5 ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αν και ο ακριβής αιτιολογικός παράγοντας της νόσου δεν είναι γνωστός, υπάρχουν αρκετοί εκλυτικοί παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν οξεία ασθματική κρίση. (Πίνακας 2)

Αναφέρονται εκλυτικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες (inducers) , που μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της ΒΥ, ακόμη και σε άτομα που δεν μπορεί να την εμφανίζουν πριν. Σε αυτούς ανήκουν τα αλλεργιογόνα, παράγοντες επαγγελματικής έκθεσης και πιθανώς ιογενείς λοιμώξεις του αναπνευστικού. Οι παράγοντες αυτοί προκαλούν παροξύνσεις του άσθματος και πιθανώς συνδέονται αιτιοπαθογενετικά με την νόσο.

Σε άτομα με ήδη αυξημένη ΒΥ εκλυτικοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν βρογχοσπασμό, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων άλλοτε άλλης χρονικής διάρκειας. Τέτοιοι παράγοντες είναι η άσκηση, ο κρύος αέρας, ερεθιστικές σκόρες και αέρια, ατμοσφαιρική ρύπανση.

Πίνακας 2 . Παράγοντες κινδύνου στο άσθμα

<u>Προδιαθετικοί παράγοντες</u> -Ατοπία -Γενετικοί παράγοντες
<u>Εκλυτικοί παράγοντες</u> Ø Αλλεργιογόνα -Ακάρι οικιακής σκόνης -Γύρεις -Σπόροι μυκήτων -Απεκκρίσεις, τρίχωμα ζώων Ø Αλλεργιογόνα εργασιακού χώρου -Ένζυμα -Αντιβιοτικά -Οργανικές και ανόργανες ουσίες -Φυτικές πρωτεΐνες Ø Λοιμώξεις Ø Άσκηση Ø Φάρμακα (ασπιρίνη) Ø Τροφές (προσθετικές ουσίες, χρωστικές τροφίμων) Ø Ατμοσφαιρική ρύπανση Ø Καιρικές συνθήκες (υγρασία, κρύος αέρας) Ø Κάπνισμα (παθητικό και ενεργητικό) Ø Ψυχολογικοί παράγοντες

(Ράπτης Σωτήριος, «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισιανού, Αθήνα 1997)

1.Αλλεργιογόνα : Τα αλλεργιογόνα είναι οργανικές πρωτεϊνούχες ουσίες, προερχόμενες από οποιοδήποτε φυτικό ή ζωικό είδος. Δρουν σαν αντιγόνα, συμμετέχοντας σε μία ανοσολογική αντίδραση που οδηγεί σε αυξημένη παραγωγή ανοσοσφαιρίνης και άλλων μεταβιβαστικών ουσιών που ευθύνονται για την εμφάνιση των συμπτωμάτων άμεσης υπερευαισθησίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την έναρξη μιας φλεγμονώδους διαδικασίας που ευθύνεται στην παθογένεση του βρογχικού άσθματος.

Η έκθεση σε αλλεργιογόνα, προκαλεί κλινικά συμπτώματα ατοπίας λόγω της αυξημένης παραγωγής ανοσοσφαιρίνης όπως έκζεμα, ρινίτιδα, βρογχικό άσθμα. Αναφέρεται ότι το ¼ περίπου των ατόμων με ατοπία, εμφανίζουν σε κάποια περίοδο της ζωής τους βρογχικό άσθμα. Υπάρχει σαφής γενετική προδιάθεση για την ατοπία.

Τα περισσότερα αλλεργιογόνων που θεωρούνται υπεύθυνα για την πρόκληση άσθματος είναι εισπνεόμενα και προκειμένου να προκαλέσουν μια αρχική ευαισθητοποίηση, πρέπει να υπάρχουν σε σημαντική συγκέντρωση στον αέρα για ένα χρονικό διάστημα. Εφ' όσον έχει γίνει η ευαισθητοποίηση του αρρώστου, έστω και μία μικρή ποσότητα του συγκεκριμένου αλλεργιογόνου μπορεί να είναι υπεύθυνη για έκλυση ασθματικής κρίσης.

Στα σπουδαιότερα εισπνεόμενα αλλεργιογόνα ανήκουν οι γύρεις, οι σπόροι των μυκήτων, απεκκρίσεις ζώων, το ακάρι της οικιακής σκόνης καθώς και τα αλλεργιογόνα που απαντούν στο χώρο της επαγγελματικής εργασίας, όπως διάφορα ένζυμα, αντιβιοτικά, εκχυλίσματα φυτών και άλλες οργανικές ή ανόργανες ουσίες που προκαλούν επαγγελματικό βρογχικό άσθμα.

Ανοσολογικοί μηχανισμοί φαίνεται να σχετίζονται αιτιολογικά με το βρογχικό άσθμα σε ποσοστό 25%-35%. Το αλλεργικό άσθμα παρουσιάζει εποχιακή κατανομή κυρίως όταν υπεύθυνα αλλεργιογόνα είναι οι γύρεις και παρατηρείται συχνότερα σε παιδιά ή νεαρούς ενήλικες. Μη εποχιακή εμφάνιση του άσθματος μπορεί να προκαλέσουν αλλεργιογόνα όπως το ακάρι της οικιακής σκόνης, σπόροι μυκήτων, εκκρίσεις ζώων, πούπουλα κ.α. οπότε παρουσιάζονται παροξύνσεις της νόσου καθ' όλη την διάρκεια του χρόνου.

2.Φάρμακα : Πολλά φάρμακα σχετίζονται με την εμφάνιση ασθματικών κρίσεων. Τα πιο γνωστά είναι η ασπιρίνη και άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αναστολείς της κυκλοοξυγενάσης, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης, σουλφίδια, τοπικά αναισθητικά, συντηρητικά ή και χρωστικές τροφίμων, προωθητικά μερικών εισπνεόμενων φαρμάκων.

Επίσης βρογχοσπασμός μπορεί να παρουσιαστεί ως επί μέρους σύμπτωμα μιας γενικευμένης αλλεργικής αντίδρασης μετά από λήψη ορισμένων φαρμάκων όπως π.χ. της πενικιλίνης.

Η ευαισθησία στην ασπιρίνη παρουσιάζεται κυρίως σε ενήλικες και σπανιότερα σε παιδιά. Συνδυάζεται συχνά με την εμφάνιση χρόνιας ρινίτιδας. Αμέσως μετά την λήψη έστω και μικρής ποσότητας ασπιρίνης, παρουσιάζονται συμπτώματα ρινικής καταρροής, δακρύρροια και μερικές φορές απόφραξη των αεραγωγών. Η συχνότητα του μετά ασπιρίνη εκδηλούμενου άσθματος δεν είναι ακριβώς γνωστή και κυμαίνεται από 2- 19%. Είναι συχνότερο σε γυναίκες και συχνά δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία με

κορτικοειδή. Σε άτομα που παρουσιάζουν ευαισθησία στην ασπιρίνη παρατηρείται συνήθως αντίδραση και σε άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Ασθενείς με ευαισθησία στην ασπιρίνη μπορούν να απευαισθητοποιηθούν λαμβάνοντας καθημερινά μικρές δόσεις του φαρμάκου.

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης της ασπιρίνης στην πρόκληση βρογχοσπασμού δεν είναι γνωστός. Φαίνεται όμως ότι δεν πρόκειται για αντίδραση άμεσης υπερευαισθησίας. Η ασπιρίνη αποτελεί αναστολέα του ενζύμου κυκλοοξυγενάση που υπεισέρχεται στον μεταβολισμό του αραχιδονικού οξέος. Το αραχιδονικό οξύ μετατρέπεται επίσης σε ουσίες που προκαλούν βρογχοσπασμό.

3. Ατμοσφαιρική ρύπανση: Έκθεση σε ορισμένες ερεθιστικές ουσίες του περιβάλλοντος μπορεί να προκαλέσει ασθματική αντίδραση σε άτομα με αυξημένη B.Y. Ουσίες που συμμετέχουν στην ατμοσφαιρική ρύπανση όπως το όζον, έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι επηρεάζουν τις αναπνευστικές λειτουργικές δοκιμασίες σε ασθματικούς αρρώστους. Φαίνεται δε ότι σημαντικό ρόλο παίζουν και κλιματολογικοί παράγοντες όπως η υγρασία και η θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Επιδημιολογικά δεδομένα αναφέρουν μεγαλύτερη συχνότητα εισαγωγών λόγω ασθματικών κρίσεων σε περιοχές με αυξημένη ατμοσφαιρική ρύπανση. Χρειάζονται όμως πρόσθετες επιδημιολογικές μελέτες προκειμένου να διευκρινιστεί η συσχέτιση ασθματικών παροξυσμών. Οι ιογενείς λοιμώξεις είναι συνηθέστερες των βακτηριακών.

Στα παιδιά ο πιο συχνός λοιμογόνος παράγοντας πρόκλησης ασθματικών κρίσεων είναι ο αναπνευστικός

συγκυτιακός ιός και ο ιός της παραϊνφλουέντζας. Σε μεγαλύτερα παιδιά και σε ενήλικες κυριαρχούν ο αδενοϊός και ο ιός της ινφλουέντζας. Ο μηχανισμός με τον οποίο οι ιογενείς λοιμώξεις προκαλούν ασθματική κρίση δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί, θεωρείται όμως ότι προκαλείται από καταστροφή του βρογχικού επιθηλίου, με αποτέλεσμα ευκολότερη διαπερατότητα και ερεθισμό των νευρικών υποδοχέων που βρίσκονται κάτω από το βλεννογόνο. Αποτέλεσμα του ερεθισμού αυτών των νευρικών ινών είναι η δημιουργία μιας φλεγμονής που εκδηλώνεται με αυξημένη βρογχική υπεραντιδραστικότητα. Η αύξηση αυτή της Β.Υ. διαρκεί από 2 έως 8 εβδομάδες σε ασθματικούς αλλά και σε φυσιολογικά άτομα.

5. Άσκηση: Παρόξυνση ασθματικής κρίσης μπορεί να προκληθεί μετά από σωματική άσκηση. Σε μερικά ασθματικά άτομα η άσκηση μπορεί να αποτελέσει το μόνο αρχικό εκλυτικό παράγοντα, που μπορεί να προκαλέσει εκδήλωση συμπτωμάτων. Το άσθμα μετά από άσκηση αποτελεί πρόβλημα σε παιδιά και σε νεαρά άτομα που έχουν διάθεση για αυξημένη σωματική δραστηριότητα.

Ο μηχανισμός με τον οποίο η άσκηση προκαλεί την έκλυση ασθματικού παροξυσμού δεν είναι πλήρως γνωστός. Φαίνεται ότι η διαφορά θερμοκρασίας που παρατηρείται κατά μήκος των αεραγωγών κατά την διάρκεια της άσκησης μπορεί να παίζει ρόλο. Μία ποσότητα θερμότητας και ύδατος μεταφέρεται μέσω του βλεννογόνου στον εισπνεόμενο αέρα προκειμένου να αυξηθεί η θερμοκρασία του πριν φτάσει στις κυψελίδες. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αερισμός και όσο πιο χαμηλή η θερμοκρασία του εισπνεόμενου αέρα, τόσο μεγαλύτερες

είναι οι μεταβολές της θερμοκρασίας εντός των αεραγωγών. Ο βαθμός της άσκησης και οι καιρικές συνθήκες με τις οποίες γίνεται, σχετίζεται με το βαθμό της βρογχικής απόφραξης. Έτσι το τρέξιμο μπορεί να προκαλέσει σοβαρότερου βαθμού ασθματική κρίση συγκριτικά με το περπάτημα. Επίσης σωματική άσκηση όπως το σκι σε παγωμένη και χαμηλή θερμοκρασία επιβαρύνει περισσότερο παρά το κολύμπι σε θερμαινόμενη κλειστή πισίνα.

6. Ψυχολογικοί παράγοντες: Ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί ορισμένες φορές να συμμετέχουν και να επιβαρύνουν μία ασθματική κρίση. Φαίνεται ότι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την δραστηριότητα νευρικών ινών προκαλώντας μεταβολές στην διάμετρο των αεραγωγών, οπότε επιδεινώνεται η κλινική συμπτωματολογία του άσθματος.

(Ράπτης Σωτήριος, «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισσιανού, Αθήνα 1997 , σελ 267-274)

1.6 ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Σύμφωνα με τον Γίτσιο (1988), η σύγχρονη έρευνα στο χώρο του βρογχικού άσθματος αποδεικνύει το βασικό ρόλο που παίζει η φλεγμονή του βρογχικού τοιχώματος στην παθογένεση της νόσου.

Μέχρι πριν λίγα χρόνια, η παθογοανατομική μελέτη του άσθματος γινόταν μόνο σε νεκροτομικό υλικό στις βαριές περιπτώσεις ασθενών που κατέληγαν από την νόσο σε βαριά κρίση status asthmaticus. Σήμερα η εφαρμογή νέων τεχνικών, όπως της βρογχοσκόπησης με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο και της δυνατότητας λήψης βρογχικών βιοψιών, μας επιτρέπουν να έχουμε και την μακροσκοπική εικόνα των βρόγχων καθώς και ιστολογικό και κυτταρολογικό υλικό από ασθενείς με ήπιο άσθμα. Έτσι αποδεικνύεται ότι υπάρχουν έντονα στοιχεία φλεγμονής του βρογχικού τοιχώματος ακόμη και σε ασθενείς με ελαφράς έως μέσης βαρύτητας άσθμα.

Φλεγμονώδη κύτταρα, τα οποία είτε βρίσκονται εξ αρχής στο βρογχικό ιστό (μαστοκύτταρα, μακροφάγα, επιθηλιακά κύτταρα), είτε προσελκύονται εκεί από το περιφερικό αίμα μετά από κάποιο ερέθισμα (πρωσινόφιλα, λεμφοκύτταρα, ουδετερόφιλα) αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, εκλύουν μεσολαβητικές ουσίες (mediators) και συμμετέχουν σε ένα φαύλο κύκλο μιας φλεγμονώδους διαδικασίας υπεύθυνης στην παθογένεση της νόσου. (Σχήμα 3).

Στην φλεγμονώδη αυτή διαδικασία, που έχει ως αποτέλεσμα το βρογχοσπασμό, το οίδημα και την αυξημένη παραγωγή βλέννας, συμμετέχουν επίσης και νευρογενείς μηχανισμοί. Μεταβιβαστικές ουσίες εκλυόμενες από τα φλεγμονώδη κύτταρα, προκαλούν ή

(Ράπτης Σωτήριος, «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις
Γρηγορίου Παρισσιανού, Αθήνα 1997)

διευκολύνουν την έκλυση νευροδιαβιβαστών από τις νευρικές απολήξεις των αεραγωγών.

Παρομοίως οι εκλυόμενοι νευρομεταβιβαστές διεγείρουν με την σειρά τους τα φλεγμονώδη κύτταρα και ρυθμίζουν τις φλεγμονώδεις διεργασίες μέσα στους αεραγωγούς.

Η καταστροφή του βρογχικού επιθηλίου, που είναι αποτέλεσμα της δράσης φλεγμονωδών μεταβιβαστικών ουσιών, καθιστά το βρογχικό βλεννογόνο ευπρόσβλητο σε λοιμώξεις καθώς και σε άλλα εισπνεόμενα ερεθίσματα. Έτσι προκαλείται αύξηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας, που έχει σαν αποτέλεσμα την εκδήλωση εντονότερης ασθματικής συμπτωματολογίας, ακόμη και σε μικρά ερεθίσματα.

Η ύπαρξη ενός εκλυτικού παράγοντα στο περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει ασθματικό παροξυσμό. Λίγα λεπτά μετά την έκθεση σε ένα εκλυτικό παράγοντα π.χ. σε ένα αλλεργιογόνο, παρουσιάζεται σπασμός των λείων μυϊκών ινών (βρογχοσπασμός) που εκδηλώνεται με βήχα, δύσπνοια ή συριγμό και λειτουργικά εκδηλώνεται με οξεία πτώση της F.E.V1.

Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν περίπου 1-2 ώρες. Αυτή περιγράφεται σαν πρώιμη φάση της ασθματικής αντίδρασης, αποτελεί την άμεση απάντηση στο αντιγονικό ερέθισμα και οφείλεται στην διέγερση των μαστοκυττάρων και την έκλυση μεταβιβαστικών ουσιών όπως ισταμίνης, λευκοτριενών, προσταγλανδινών.

Μερικές ώρες αργότερα, συνήθως 4-6 ώρες, παρουσιάζεται λειτουργικά μία δεύτερη πτώση της F.E.V.1 που εκδηλώνεται με επίταση της συμπτωματολογίας του βήχα ή της δύσπνοιας,

παρατείνεται επί μακρόν και συνοδεύεται και από αύξηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας.

Η αντίδραση αυτή ονομάζεται όψιμη ασθματική αντίδραση και μπορεί να διαρκέσει περίπου έως 24 ώρες ή και να παραταθεί. Κατά τη φάση αυτή παρατηρείται οίδημα του βλεννογόνου και διήθηση από πολλά φλεγμονώδη κύτταρα καθώς και άφθονες παχύρρευστες βλεννώδεις εκκρίσεις που αποφράσσουν τον αυλό των αεραγωγών. Τα φλεγμονώδη κύτταρα, όπως αναφέρθηκε, παράγουν μεταβιβαστικές ουσίες που επιτείνουν τον βρογχοσπασμό, καταστρέφουν το επιθήλιο και προκαλούν βλεννογόνο οίδημα. Η όψιμη ασθματική αντίδραση μοιάζει πολύ κλινικά και παθολογοανατομικά με το χρόνια άσθμα.

Αν η έκθεση στο εκλυτικό αίτιο συνεχιστεί επί μακρόν ή δεν γίνει έγκαιρα θεραπευτική αντιμετώπιση, η φλεγμονώδης διήθηση του βλεννογόνου συνεχίζεται και συνοδεύεται από καταστροφή και απόπτωση του επιθηλίου, πάχυνση της βασικής μεμβράνης και υπερτροφία των λείων μυϊκών ινών: χαρακτηριστικά παθολογοανατομικά ευρήματα του χρόνιου μη αντιστρέψιμου άσθματος.

Ας επισημανθεί επίσης ότι στην παθογένεια της νόσου εκτός από κάποιους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ίσως παίζουν ρόλο και γενετικοί παράγοντες, ο ρόλος των οποίων χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

1.7 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τον Ράπτη, (1997), η διάγνωση του άσθματος βασίζεται κυρίως στο ιστορικό περιοδικώς εμφανιζομένων επεισοδίων δύσπνοιας, συνήθως σε ηρεμία ή μετά κόπωση, με μεσοδιαστήματα τελείως ελεύθερα συμπτωμάτων. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη χρονιότητα της νόσου αλλά χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση εξάρσεων και υφέσεων στην συμπτωματολογία.

Ανεξάρτητα από το ποιος είναι ο εκλυτικός παράγοντας που προκαλεί την ασθματική κρίση που εκδηλώνεται με οξεία δύσπνοια, βήχα και συριγμό, κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία είναι η περιοδικότητα και η αναστρεψιμότητα των συμπτωμάτων, είτε αυτόματα είτε μετά από θεραπευτική αγωγή. Μερικά πρόδρομα σημεία δυνατόν είναι να εμφανιστούν πριν από την τυπική εκδήλωση της κρίσης, όπως κόπωση, νευρική διαταραχή, πταρνίσματα, ρινόρροια. Η κρίση εμφανίζεται με βήχα ξηρό, παροξυσμό, αίσθημα βάρους στο θώρακα και στην συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί συριγμός και δύσπνοια εκπνευστικού τύπου. Αν η κρίση αντιμετωπιστεί ή υποχωρήσει, η δύσπνοια βελτιώνεται και ο βήχας γίνεται παραγωγικός με απόχρεμψη βλεννώδη και κολλώδη. Τα πτύελα μπορεί να σχηματοποιούνται σαν μικροί κλάδοι δένδρων με ζελατινώδη υφή και παρουσιάζουν εκμαγεία μικρών αεραγωγών. Τα πτύελα μπορεί να είναι κίτρινης χροιάς χωρίς υποχρεωτική την συνύπαρξη λοίμωξης.

Η διάρκεια της ασθματικής κρίσης ποικίλλει από ώρες έως και ημέρες ή και εβδομάδες. Οι παροξυσμοί της δύσπνοιας μπορεί να παρουσιάζονται καθ' όλη την

διάρκεια της ημέρας αλλά συχνά και / ή μόνο την νύχτα. Ξηρός βήχας, αίσθημα δυσφορίας και μερικές φορές συριγμός, μπορεί να προκαλέσουν νυχτερινή αφύπνιση, που δυνατόν να παραβλεφθεί και να μην αξιολογηθεί έγκαιρα.

Πολλές φορές, μίας ασθματικής κρίσης δυνατόν να προηγείται μία ιογενής λοίμωξη του αναπνευστικού, οπότε παρουσιάζεται πρώτα η συμπτωματολογία του κοινού κρυολογήματος. Βακτηριδιακές λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού πυροδοτούν επίσης κρίσεις άσθματος.

Είναι δυνατόν κάποιος ασθενής να μην παρουσιάζει τυπικές κρίσεις άσθματος. Η μόνη ύπαρξη ξηρού βήχα κατά την ημέρα ή μόνο την νύχτα καθώς και η εμφάνιση του με ή χωρίς αίσθημα δυσφορίας μετά από κόπωση και σωματική άσκηση, μπορεί να διαφύγει της προσοχής παρ' ότι είναι πιθανόν τα συμπτώματα αυτά να υποδηλώνουν βρογχικό άσθμα. Στις περιπτώσεις αυτές, η ύπαρξη αυξημένης βρογχικής υπεραντιδραστικότητας μπορεί να επιβεβαιώσει την διάγνωση.

Η ύπαρξη μίας μόνιμης δύσπνοιας στην προσπάθεια και η συνύπαρξη βλεννοπυώδους απόχρεμψης, δηλώνουν μόνιμη απόφραξη των αεραγωγών και χρονιότητα της νόσου. Η διαφοροδιάγνωση της νόσου από την χρόνια βρογχίτιδα θα διαλευκανθεί με την καλή γνώση του ιστορικού και της πορείας της νόσου, την ύπαρξη ή μη μεγάλων και απότομων διακυμάνσεων καθώς και την ανταπόκριση στην αγωγή.

Ασθενείς με χρόνια άσθμα μπορεί να εμφανίσουν χρόνια πνευμονική καρδιά και αναπνευστική ανεπάρκεια. Κλινικά το άσθμα μπορεί να διακριθεί σε ήπιου, μετρίου και σοβαρού βαθμού, ανάλογα με την βαρύτητα και συχνότητα των κρίσεων.

Κατά την φυσική εξέταση του ασθενή με ήπια ασθματική κρίση υπάρχει συνήθως συριγμός στην αναπνοή και αύξηση της συχνότητας των αναπνοών, κατά την επίκρουση ήχος σαφής τυμπανικός και κατά την ακρόαση μουσικοί λεπτοί ρόγχοι αμφοτερόπλευρα και παράταση της εκπνοής.

Σε σοβαρή ασθματική κρίση η συρίττουσα αναπνοή μπορεί να απουσιάζει, ο ασθενής αγωνίζεται να αναπνεύσει, κάνει χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών και αδυνατεί να μιλήσει με ευκολία. Δυνατόν να παρουσιάσει μεγάλη αύξηση της συχνότητας αναπνοών και κυάνωση. Το αναπνευστικό ψιθύρισμα μειώνεται και οι μουσικοί ρόγχοι δυνατόν απουσιάζουν. Η παράδοξη αυτή εικόνα του σιωπηλού πνεύμονα, επιβάλλει την άμεση μεταφορά του ασθενούς στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Επιπρόσθετα αντικειμενικά σημεία κατά την κλινική εξέταση ασθενή με σοβαρού βαθμού κρίση άσθματος είναι ο παράδοξος σφυγμός, η ταχυκαρδία, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η παράδοξη κινητικότητα του διαφράγματος. Αν η κρίση δεν αντιμετωπισθεί, δυνατόν ο ασθενής να παρουσιάσει διέγερση, σύγχυση, απώλεια συνείδησης και καταπληξία. Μία οξεία και σοβαρού βαθμού ασθματική κρίση που επιδεινώνεται και δεν ανταποκρίνεται στην χορηγούμενη θεραπεία, παρουσιάζεται με την εικόνα που αναφέρθηκε παραπάνω και ονομάζεται status asthmaticus.

1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Το βρογχικό άσθμα χαρακτηρίζεται από μεταβλητή απόφραξη των αεραγωγών και οι κλινικές του εκδηλώσεις σχετίζονται με τον βαθμό απόφραξης αυτής. Η διάγνωση της νόσου είναι μάλλον απλή, αν ο άρρωστος ελέγχεται κατά την εμφάνιση έντονων συμπτωμάτων λόγω των χαρακτηριστικών κλινικών εκδηλώσεων.

Πρόβλημα στην διάγνωση παρουσιάζεται όταν υπάρχει σοβαρή και μόνιμη απόφραξη των αεραγωγών ή όταν ο ασθενής παρουσιάζει πολύ ήπια συμπτώματα.

Το ιστορικό και η κλινική εξέταση θα αποκλείσουν άλλες παθήσεις που μπορεί να εκδηλώνουν παρόμοια συμπτωματολογία, ενώ η ύπαρξη ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού αλλεργικής νόσου, όπως εκζέματος, κνίδωσης ή ρινίτιδας, θα κατευθύνουν ίσως την διάγνωση.

Σημαντική θέση στην διάγνωση του βρογχικού άσθματος έχει ο έλεγχος των αναπνευστικών λειτουργικών δοκιμασιών.

Ο λειτουργικός έλεγχος των πνευμόνων σε συνδυασμό πάντα με το ιστορικό, την φυσική εξέταση και την ακτινογραφία του ασθενή, βοηθά στην διάγνωση αλλά και στη εκτίμηση της βαρύτητας του άσθματος, καθώς και στην αξιολόγηση της θεραπείας. Ο έλεγχος των αναπνευστικών λειτουργικών δοκιμασιών περιλαμβάνει την σπιρομέτρηση, την καμπύλη ροής όγκου, την μέτρηση των αντιστάσεων με την μέθοδο της πληθυσμογραφίας και την μέτρηση διαχυτικής ικανότητας.

Η σπιρομέτρηση εκτιμά τις τιμές του μέγιστου εκπνεόμενου όγκου αέρα (FEV.1), την σχέση FEV.1

προς την ζωτική χωρητικότητα (FEV.1 / FVC) και την μέτρηση της εκπνευστικής ροής (PEF). Η απόφραξη των αεραγωγών στο άσθμα προκαλεί ελάττωση της F.E.V.1 και της PEF. Η αναστρεψιμότητα της απόφραξης των αεραγωγών και η βελτίωση των τιμών της σπιρομέτρησης (FEV1) κατά τουλάχιστον 15- 20 % μετά την χορήγηση του βρογχοδιασταλτικού αποτελεί κριτήριο στην διαφοροδιάγνωση του άσθματος.

Σε περίπτωση μόνιμης απόφραξης των αεραγωγών, χρόνια βαρύ άσθμα, οι κλινικές εκδηλώσεις δύσκολα θα διαφοροδιαγνωσθούν από τη συμπτωματολογία της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Ο σπιρομετρικός έλεγχος θα δώσει σημαντικού βαθμού απόφραξη των αεραγωγών με μικρότερη ανταπόκριση στην βρογχοδιαστολή (< 15%). Στις περιπτώσεις αυτές η επανεκτίμηση της αναστρεψιμότητας των αεραγωγών μετά την χορήγηση κορτικοειδών μπορεί να βοηθήσει στην διάγνωση.

Χρήσιμη δοκιμασία στην διάγνωση αλλά και στην παρακολούθηση της νόσου είναι η μέτρηση της μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEF) . Η PEF είναι η παράμετρος που είναι δυνατόν να μετριέται όχι μόνο με το σπιρόμετρο σε ειδικό εργαστήριο αλλά και στο σπίτι του ασθενούς με την βοήθεια μίας μικρής φορητής συσκευής, του ροόμετρου (PEFM). Σημασία στην διάγνωση του άσθματος έχει η ημερήσια διακύμανση των τιμών μέτρησης της PEF και η μεταβλητότητα των τιμών μετά την χορήγηση βρογχοδιασταλτικού. Η ημερήσια καταγραφή της PEF διευκολύνει στην αναγνώριση των διακυμάνσεων της αποφράξεως των αεραγωγών, χαρακτηριστικού στοιχείου του βρογχικού άσθματος.

Η εμφάνιση μειωμένων τιμών PEF τις πρώτες πρωινές ώρες βοηθά στην διάγνωση της νόσου.

Από τις λοιπές εξετάσεις ελέγχου της αναπνευστικής λειτουργίας η καμπύλη ροής-όγκου, προσφέρει επίσης πληροφορίες ειδικά για το σημείο απόφραξης των αεραγωγών στο άσθμα καθώς και για το σημείο επίδρασης των διαφόρων φαρμάκων.

Η πληθυσμογραφία δεν χρησιμοποιείται συχνά στην διάγνωση του άσθματος. Οι πληθυσμογραφικές μετρήσεις δηλώνουν αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων και σε σοβαρή κρίση άσθματος παρατηρείται αύξηση της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας (FRC) και του υπολειπόμενου όγκου αέρα (RV) λόγω παγίδευσης αέρα στους περιφερικούς αγωγούς. Η διαχυτική ικανότητα του μονοξειδίου του άνθρακα (DLCO) είναι φυσιολογική, ανεξάρτητα από το βαθμό απόφραξης των βρόγχων στο άσθμα και χρησιμεύει στην διαφοροδιάγνωση από άλλες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες.

Όταν η συμπτωματολογία του άσθματος είναι ήπια με άτυπα ή ελάχιστα συμπτώματα όπως π.χ. ξηρός βήχας κατά διαστήματα, η διάγνωση της νόσου δεν μπορεί να στηριχθεί στο ιστορικό, την κλινική εξέταση ή την σπιρομέτρηση μόνο. Ειδικές δοκιμασίες, όπως η μέτρηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας με την δοκιμασία μη ειδικής πρόκλησης με μεταλοξίνη ή ισταμίνη, είναι δυνατόν να διευκολύνουν την διάγνωση. Επίσης στην διάγνωση του επαγγελματικού βρογχικού άσθματος είναι δυνατόν οι δοκιμασίες με ειδική πρόκληση με συγκεκριμένα αλλεργιογόνα του εργασιακού περιβάλλοντος να αποκλείσουν ή να επιβεβαιώσουν τον αιτιολογικό παράγοντα.

Τα αέρια αίματος επηρεάζονται στον ασθματικό παροξυσμό. Αρχικά συνήθως εμφανίζεται υποξαιμία λόγω διαταραχής της σχέσης αερισμού – αιμάτωσης (V/Q) με συνοδό υποκαπνία, λόγω του υπεραερισμού κατά την κρίση. Αργότερα, αν η κρίση δεν αντιμετωπισθεί και παραταθεί, μπορεί να οδηγήσει σε υπερδιάταση των πνευμόνων και σε κόπωση των αναπνευστικών μυών οπότε θα υπάρξει υπερκαπνία και αναπνευστική οξέωση.

Η ακτινογραφία θώρακα συνήθως δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα ευρήματα. Σε βαριά μόνο κρίση παρουσιάζει ευρήματα.

Θέση στον εργαστηριακό έλεγχο για την αιτιολογική διερεύνηση του άσθματος έχουν επίσης οι αλλεργικές δερματικές δοκιμασίες (prick tests) καθώς και η μέτρηση της ολικής IgE (PRIST) και των ειδικών IgE (RAST) για την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό συνυπάρχουσας ατοπίας. Επίσης η ανίχνευση πωσινοφίλων στα πτύελα και το περιφερικό αίμα διευκολύνουν την διάγνωση χωρίς όμως να είναι παθογνωμονικά στοιχεία του βρογχικού άσθματος.

(- Γαρδίκας Κ, « Ειδική Νοσολογία», Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισιάνου, Αθήνα 1981

- Γίτσιος Κ, «Νοσολογία», Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1988)

1.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Ράπτη (1997), η θεραπεία του βρογχικού άσθματος έχει σκοπό:

1. Την ελαχιστοποίηση και εξάλειψη των συμπτωμάτων (αποφυγή ξήρανσης βρογχικών εκκριμάτων, ενυδάτωση).
2. Την πρόληψη των παροξυσμών (καθαρισμός περιβάλλοντος, τεχνητή αναπνοή, χορήγηση οξυγόνου).
3. Την διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας σε φυσιολογικά επίπεδα ή στο καλύτερο δυνατό στο συγκεκριμένο άρρωστο.
4. Διατήρηση φυσιολογικής δραστηριότητας του ασθενή σε ηρεμία αλλά και σε σωματική άσκηση.
5. Την λήψη φαρμάκων στην μικρότερη αποτελεσματική δοσολογία και την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών.
6. Την πρόληψη εκδήλωσης μη αναστρεψιμότητας των αεραγωγών.
7. Την μείωση της θνησιμότητας της νόσου.
8. Ψυχιατρική αντιμετώπιση.
9. Φυσιοθεραπεία για να αποβάλλει τα εκκρίματα.

Στα γενικά μέτρα θεραπευτικής αντιμετώπισης του βρογχικού άσθματος, αναφέρεται η πρόληψη και η αποφυγή εκλυτικών παραγόντων της νόσου. Η αποφυγή αλλεργιογόνων του περιβάλλοντος (σκόνη ζώων, γύρεων κ.τ.λ.) αλλά και του καπνίσματος τόσο του ενεργητικού όσο και του παθητικού, θεωρείται απαραίτητη για την επιτυχία οποιασδήποτε θεραπείας.

Η φαρμακολογική θεραπεία του βρογχικού άσθματος χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της αναστρέψιμης απόφραξης των αεραγωγών και την πρόληψη και βελτίωση της υποκείμενης φλεγμονής των βρόγχων. Έτσι υπάρχουν δύο κατηγορίες προτεινόμενων φαρμάκων, τα αντιφλεγμονώδη (κορτικοειδή, χρωμογλυκίνη, νεδοκρομίλη) και τα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα (β_2 -διεγέρτες, μεθυλοξανθίνες, αντιχολινεργικά).

Οι σύγχρονες θεραπευτικές απόψεις προτείνουν την πρώιμη καθημερινή χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων σε όλους τους ασθενείς με ήπιο -μέτριο-βαρύ άσθμα, για τον έλεγχο της φλεγμονής των αεραγωγών, που θεωρείται υπεύθυνη για την παθογένεια της νόσου.

Τα κορτικοειδή αποτελούν τα πιο ισχυρά αντιφλεγμονώδη στην θεραπεία του άσθματος. Είναι δυνατόν να χορηγηθούν είτε συστηματικά (ενδοφλεβίως ή από το στόμα) είτε δια εισπνοής.

Έγκαιρη θεραπεία βαρέος ασθματικού παροξυσμού με κορτικοειδή από το στόμα (συστηματικά χορηγούμενα κορτικοειδή), προφυλάσσει από την εξέλιξη του, μειώνει την ανάγκη για επείγουσα θεραπεία στο νοσοκομείο και μειώνει την θνησιμότητα της νόσου. Χορήγηση υψηλών δόσεων κορτικοειδών από το στόμα για μικρό χρονικό διάστημα, μπορεί να χρειασθεί για την αντιμετώπιση σοβαρών παροξυσμών. Η μακροχρόνια χρήση τους

συνίσταται μόνο σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού άσθμα, που δεν ελέγχονται με την χρήση μεγάλων δόσεων εισπνεόμενων στεροειδών.

Οι σύγχρονες θεραπευτικές οδηγίες προτείνουν την πρόιμη έναρξη των εισπνεόμενων κορτικοειδών από την αρχική φάση της νόσου, που συμπίπτει με την αρχή της φλεγμονής των αεραγωγών. Τα εισπνεόμενα κορτικοειδή προτείνονται σε δοσολογίες 400-2.000 mcg ημερησίως, ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου, για μακρό χρονικό διάστημα, ώστε να ελέγχουν πλήρως τα συμπτώματα και η υποκείμενη φλεγμονή και βρογχική υπεραντιδραστικότητα.

Τα εισπνεόμενα κορτικοειδή αποτελούν ασφαλή και αποτελεσματικά φάρμακα στην χρόνια θεραπεία του άσθματος εφ' όσον χορηγούνται στις συνιστώμενες δόσεις και υπάρχει παρακολούθηση του ασθενή. Η συνεχής χορήγηση των εισπνεόμενων στεροειδών έχει ελαττώσει σημαντικά την ανάγκη χορήγησης κορτικοειδών από το στόμα, αποφεύγοντας έτσι τις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών.

Η νατριούχος χρωμογλυκίνη είναι μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες χορηγούμενο δια εισπνοής. Προφυλάσσει από την πρόιμη και όψιμη φάση του βρογχοσπασμού μετά από εισπνοή αλλεργιογόνου, καθώς και μετά από άσκηση. Όταν χορηγείται προφυλακτικά είναι αποτελεσματικό φάρμακο στο παιδικό άσθμα, στο αλλεργικό άσθμα νεαρών ενηλίκων και στο άσθμα μετά από κόπωση. Για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του απαιτείται συνεχής λήψη 4-6 εβδομάδες.

Η νεδοκρομίλη είναι νεότερο, επίσης μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο, που χορηγείται για

προφύλαξη σε αρχικά στάδια του άσθματος των ενηλίκων, όταν τα συμπτώματα είναι ήπιας βαρύτητας.

Τα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα αντιμετωπίζουν γρήγορα την αναστρέψιμη απόφραξη των ασθματικών αεραγωγών και προτείνονται για άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Οι β2-διεγέρτες βραχείας δράσης, χορηγούμενοι με εισπνοές, αποτελούν την θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση των οξέων ασθματικών παροξυσμών και για την προστασία από τον ασθματικό παροξυσμό μετά από άσκηση. Οι πρόσφατες μελέτες συνιστούν την λήψη των β2-διεγερτών μόνο όταν υπάρχουν συμπτώματα. Η ανάγκη για συνεχή λήψη αυτών σημαίνει επιδείνωση του άσθματος και ανεπάρκεια της αντιφλεγμονώδους αγωγής. Εκτός της βραχείας διάρκειας δράσης β2-διεγερτών που συνιστώνται για την άμεση αντιμετώπιση του βρογχοσπασμού, συνίσταται επίσης η χρήση των μακράς διάρκειας β2-διεγερτών για ασθενείς που χρειάζονται τακτική χορήγηση βρογχοδιασταλτικής αγωγής καθώς και για τον έλεγχο των νυκτερινών συμπτωμάτων.

Οι μεθυλοξανθίνες, με κύριους αντιπροσώπους την αμινοφυλλίνη και την θεοφυλλίνη είναι βρογχοδιασταλτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται παρεντερικά ή από το στόμα στην αντιμετώπιση των ασθματικών παροξυσμών. Χρειάζεται προσοχή στην δοσολογία ώστε να εξασφαλίζονται σταθερά επίπεδα στο αίμα για αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών. Στην σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση του άσθματος θεωρείται ότι οι μεθυλοξανθίνες έχουν συμπληρωματική θέση στην βρογχοδιασταλτική αγωγή μαζί με τους β2-διεγέρτες.

Τα εισπνεόμενα αντιχολινεργικά, δρουν επίσης βρογχοδιασταλτικά ελαττώνοντας τον τόνο του παρασυμπαθητικού, δρουν τοπικά και δεν έχουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των ατροπινούχων από το στόμα. Η ταυτόχρονη χορήγησή του με τους β2-διεγέρτες ενισχύει το βρογχοδιασταλτικό αποτέλεσμα ιδιαίτερα στους ασθματικούς παροξυσμούς.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του βρογχικού άσθματος και η επιλογή των θεραπευτικών σχημάτων, κλιμακώνεται ανάλογα με την ταξινόμηση της βαρύτητας της νόσου. (Πίνακας 4).

Σε σπάνιες περιπτώσεις κορτικοεξαρτώμενου βαρέως άσθματος έχει προταθεί θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (μεθοτρεξάτη, κυκλοσπορίνη Α, άλατα χρύσου) αλλά με σημαντικές παρενέργειες.

Εκτός από την έγκαιρή και σωστή επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του άσθματος παίζει η εκπαίδευση του ασθματικού ασθενούς. Ο ασθματικός ασθενής πρέπει να γνωρίζει να αποφεύγει τους εκλυτικούς παράγοντες, να κάνει σωστή χρήση των φαρμάκων, να μπορεί να αναγνωρίζει τα σημεία επιδείνωσης της νόσου και να ζητά έγκαιρα ιατρική βοήθεια.

(Ράπτης Σωτήριος, «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις
Γρηγορίου Παρισσιανού, Αθήνα 1997)

1.10 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο σκοπός είναι ο εφοδιασμός του ασθενή και του οικογενειακού περιβάλλοντος με τις απαραίτητες πληροφορίες έτσι ώστε ο ασθενής να ενθαρρύνεται να ακολουθεί με συνέπεια τις ιατρικές οδηγίες και να μπορεί να αναγνωρίζει τις διακυμάνσεις της νόσου του, έτσι ώστε να παίρνει τα απαραίτητα μέτρα. Η κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη παίζουν σημαντικό ρόλο στην θετική αντιμετώπιση της νόσου.

Στην αρχή ο ασθενής χρειάζεται πλήρη ενημέρωση για την νόσο του καθώς και για τα διαθέσιμα θεραπευτικά μέσα. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει με κάθε τρόπο να ενθαρρύνει τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα. Ακόμα είναι απαραίτητο να τονίζεται στους γονείς ότι το δικό τους κάπνισμα είναι πολύ βλαπτικό για τα παιδιά τους.

Το άσθμα με την ασταθή πορεία του δημιουργεί επιβάρυνση τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του. Είναι απαραίτητο να αποκτηθεί η εμπιστοσύνη του ασθενή και του περιβάλλοντος του. Ένα ευχάριστο περιβάλλον στο σπίτι, με κατανόηση όλων των μελών της οικογένειας αποτελεί ουσιώδες συστατικό για την επιτυχή αντιμετώπιση του άσθματος. Οι γονείς πρέπει να μειώσουν την αυστηρότητα αλλά και την υπερβολική προστατευτικότητα προς το παιδί. Η συνεννόηση με τους δασκάλους και η επίδειξη κατανόησης προς τον ασθενή βοηθάει πολύ, χωρίς όμως να ξεχωρίζουν το παιδί εμφανώς από τους υπολοίπους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

1. ΕΦΗΒΕΙΑ

Σε όλες τις ιστορικές περιόδους και σε όλες τις χώρες η εφηβεία θεωρείται μία από τις σημαντικές ηλικίες στην ζωή του ανθρώπου. Είναι μία χρονική περίοδος γεμάτη από προβλήματα, αμφισβητήσεις και δυσχέρειες τόσο για τους ίδιους τους εφήβους όσο για τους γονείς τους αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον.

Πρόκειται για μια ηλικία κατά την οποία συμβαίνουν αλλαγές στον έφηβο, αλλαγές που αφορούν το σημαντικό εαυτό, την διαμόρφωση ταυτότητας, την ανάγκη για απόκτηση ανεξαρτησίας και την συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων.

Στην σημερινή κοινωνία ο έφηβος δεν περνά μέσα από καθορισμένα στάδια για να μπει στην ενήλικη ζωή. Η προετοιμασία είναι σταδιακή και μακρύτερη, συμβάλλοντας σε αυτό και η σχολική εκπαίδευση. Ίσως η φοίτηση σε σχολές Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης αποτελεί μία σημαντική περίοδο δοκιμασίας. Ο έφηβος φεύγει από το οικογενειακό περιβάλλον και καλείται να ζήσει μόνος του. Η οικογένεια είναι εκείνη που είναι υπεύθυνη και έχει τον κύριο ρόλο να οδηγήσει τον έφηβο στην απόκτηση αυτονομίας- συναισθηματική – οικονομική – κοινωνική.

Ως βοηθό της μπορούμε να αναφέρουμε (τις παρέες) ομάδες συνομηλίκων και το σχολικό περιβάλλον.

Από μία σύντομη ανάλυση των όρων ήβη και εφηβεία διαπιστώνουμε πως η ήβη είναι η χρονική περίοδος στην ζωή του ανθρώπου κατά την οποία συμβαίνουν έντονες

φυσιολογικές μεταβολές που τον οδηγούν στην σεξουαλική ωριμότητα, δηλαδή στην αναπαραγωγή.

Η ήβη αποτελεί μία φάση έντονων φυσιολογικών και ψυχολογικών μεταβολών που οδηγούν στην διάπλαση ενός σώματος πιο ώριμου αλλά και σε συμπεριφορά πιο ώριμη.

Οι μεταβολές συμβαίνουν σε ένα μικρό χρονικό διάστημα 2-4 ετών καλύπτοντας μέρος της εφηβείας αλλά και προεφηβικής ηλικίας.

Η εφηβεία χωρίζεται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση διαρκεί από τα 13 –17 έτη και ο έφηβος ονομάζεται νεαρός έφηβος. Η δεύτερη φάση διαρκεί από τα 17-20 και ο έφηβος ονομάζεται μεγάλος έφηβος.

Η ήβη χωρίζεται στα ακόλουθα 3 στάδια:

1. **Στάδιο Προηβικό** κατά το οποίο αρχίζει η εμφάνιση δευτερευόντων γεννητικών χαρακτηριστικών αλλά δεν έχει αναπτυχθεί η παραγωγική λειτουργία.
2. **Στάδιο Κυρίως Ήβης** κατά το οποίο συνεχίζεται η ανάπτυξη δευτερευόντων γεννητικών χαρακτηριστικών χωρίς όμως να έχει ολοκληρωθεί. Τα γεννητικά κύτταρα (σπερματοζωάρια και ωάρια) παράγονται στα γεννητικά όργανα.
3. **Στάδιο Μεταηβικό** κατά το οποίο η ανάπτυξη των δευτερευόντων γεννητικών χαρακτηριστικών έχει ολοκληρωθεί και τα γεννητικά όργανα έχουν ωριμάσει.

Στην περίοδο της εφηβείας κατ' αρχήν παρουσιάζονται οι σωματικές αλλαγές. Ο έφηβος περνά από την παιδική ηλικία στην νεανική και το σώμα του αλλάζει.

1.1 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Η εφηβεία είναι μία περίοδο ραγδαίας ανάπτυξης και ολοκληρωτικών αλλαγών στο άτομο.

Οι μεταβολές οφείλονται στην επενέργεια ορμονών των ενδοκρινών αδένων και κυρίως υπόφυσης και των γεννητικών αδένων. Ορισμένες από αυτές τις μεταβολές αναφέρονται σε εξωτερικά χαρακτηριστικά και είναι ορατές, ενώ άλλες συμβαίνουν σε εσωτερικά όργανα και δεν είναι φανερές. Οι πιο σημαντικές βιοσωματικές αλλαγές είναι η αύξηση των διαστάσεων του σώματος- το αυξητικό τίναγμα της εφηβείας – όπως λέγεται. (Παρασκευόπουλος, Εξελικτική Ψυχολογία, σελ.22, Τόμος Δ').

Η πρώτη μεγάλη αλλαγή είναι η αύξηση του ύψους και του βάρους. Οι αλλαγές αυτές είναι τόσο μεγάλες ώστε είναι φανερές από όλους. Οι διαστάσεις του αλλάζουν απότομα και η ανάπτυξη συνεχίζεται και στις επόμενες ηλικίες όπου ολοκληρώνεται στο 20ο έτος της ηλικίας. Σε όλη την διάρκεια της εφηβείας το ύψος αυξάνει συνολικά 25% και το βάρος 50% περίπου (Παρασκευόπουλος, Εξελικτική Ψυχολογία, σελ.25). Το φαινόμενο αυτό είναι καθολικό και το συναντάμε σε όλους τους εφήβους. Βέβαια υπάρχουν διαφορές ως προς το χρόνο έναρξης του, την διάρκεια και την έντασή του. Η αύξηση ύψους στα αγόρια αρχίζει στα 12 ½ χρόνια ενώ στα κορίτσια στα 10. Η διάρκεια αυτής της ανάπτυξης είναι μικρότερη για τα κορίτσια τα οποία φτάνουν στο οριστικό ύψος τους στο 18^ο έτος ενώ τα αγόρια ξεπερνούν αυτή την περίοδο.

Τα κορίτσια έχουν μικρότερο ύψος και βάρος σε σχέση με τα αγόρια. Παράλληλα με την αύξηση του ύψους συναντάμε και ανάπτυξη του βάρους. Η αύξηση του

οφείλεται σε συσσώρευση λίπους και σε αύξηση του μυϊκού συστήματος αλλά και στην αλλαγή σύστασης των οστών. Αύξηση λίπους συναντάμε περισσότερο στα αγόρια και λιγότερο στα κορίτσια. Οι μισοί από τους εφήβους που παρουσιάζουν αυτό το φαινόμενο επανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα βάρους ύστερα από την αποκατάσταση της ορμονικής ισορροπίας.

Εκτός από το ύψος και το βάρος, μεταβολές συναντούμε και στις αναλογίες του σώματος. Οι αλλαγές στις αναλογίες συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου. Πολύ χαρακτηριστικές είναι οι αλλαγές στην αύξηση του μήκους στα μακρά οστά (μηριαίο, κνήμη, βραχίονας). Η απότομη επιμήκυνση των οστών αυτών έχει σαν αποτέλεσμα την αδεξιότητα στις κινήσεις π.χ. σκοντάφτουν σε αντικείμενα. Αυτό είναι ένα φαινόμενο που συναντάμε κυρίως όταν οι έφηβοι βρίσκονται εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος, γεγονός που προκαλεί αμηχανία, ανησυχία και ντροπή.

Αλλαγές συμβαίνουν και στις αναλογίες του προσώπου, όπου η ανάπτυξη εντοπίζεται κυρίως στο κάτω ήμισυ. Τα δόντια παίρνουν το κανονικό τους σχήμα και η μύτη πλαταίνει. Λίγο αργότερα διευρύνεται το στόμα, τα χείλη και το σαγόι. Το πρόσωπο παίρνει την κανονική του μορφή, γίνεται κωνοειδές για τα κορίτσια και γωνιώδες για τα αγόρια.

Εμφανείς είναι οι αλλαγές στο σώμα. Οι ώμοι γίνονται φαρδύτεροι στα αγόρια και στα κορίτσια

συναντάμε διεύρυνση της λεκάνης ενώ λεπταίνει η μέση. Βέβαια αρχίζουν να γίνονται εμφανείς οι διαφορές των δύο φύλων. Τα κορίτσια παρουσιάζουν καλύτερο συντονισμό στις λεπτές κινήσεις, χάρη και ακρίβεια στις κινήσεις τους, ενώ τα αγόρια έχουν μικρότερο

συντονισμό στα παραπάνω, υπερέχουν όμως σε μυϊκή δύναμη.

Επιπλέον οι αλλαγές συμβαίνουν σε όλα τα όργανα και τις λειτουργίες του σώματος. Στο κυκλοφοριακό σύστημα παρατηρούμε αύξηση της καρδιάς, στο αναπνευστικό μεγαλώνουν οι πνεύμονες ενώ ανάλογη αύξηση συναντάμε και στο πεπτικό σύστημα. Το στομάχι μεγαλώνει ώστε ο έφηβος να μπορεί να επεξεργάζεται όση τροφή χρειάζεται. Το νευρικό σύστημα είναι αυτό που αναπτύσσεται λιγότερο κατά την εφηβεία. Η ωρίμανση του έχει πραγματοποιηθεί στα προηγούμενα χρόνια.

1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Η ανάπτυξη του εφήβου επηρεάζεται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες όπως η κληρονομικότητα, η διατροφή, η κατάσταση της υγείας, οι συνθήκες ζωής στην οικογένεια, οι κλιματολογικές συνθήκες κ.α.

Η κληρονομικότητα είναι εμφανής από τα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου. Ορισμένα χαρακτηριστικά (χρώμα μαλλιών, ματιών κ.α) οφείλονται στους γεννήτορες. Το μέγεθος της αύξησης του σκελετού και των μυών είναι γενετικά προκαθορισμένα. Πολλά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στην διάρκεια της εφηβείας οφείλονται στην κληρονομική κατάσταση του εφήβου. Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του σώματος. Οι ανάγκες για θρεπτικές ουσίες είναι μεγάλες. Η έλλειψη για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα στην ανάπτυξη του εφήβου. Τόσο η στέρηση όσο και η αφθονία επηρεάζουν και τα δύο φύλα. Η στέρηση δημιουργεί ισχνά παιδιά, ισχνούς άνδρες και παχουλές γυναίκες. Η αφθονία από την άλλη πλευρά δημιουργεί παχουλά παιδιά και άνδρες αλλά αδύνατες γυναίκες.

Οι συνθήκες ζωής και η οικογένεια παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Το μορφωτικό- οικονομικό επίπεδο έχει να κάνει με τις συνθήκες διαβίωσης, το είδος και την διατροφή, την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και όλα όσα μπορεί να εξασφαλίσει η οικογένεια για τα μέλη της. Συμπληρώνοντας, οι κλιματολογικές συνθήκες είναι έμμεσες και σχετίζονται με την κατάσταση του περιβάλλοντος.

1.2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Όλες οι παραπάνω σωματικές αλλαγές έχουν σαν αποτέλεσμα και αλλαγές στην συμπεριφορά του ατόμου και των σχέσεων του με τα άτομα του περιβάλλοντος του.

Ο νεαρός έφηβος περνάει τα πιο κάτω χαρακτηριστικά:

A) Περνά μία περίοδο αμφιβολιών.

Όταν συμπεριφέρεται σαν παιδί κατηγορείται πως η συμπεριφορά του δεν είναι ανάλογη της ηλικίας του. Όταν ενεργεί σαν μεγάλος η δραστηριότητα του περιορίζεται από τους γονείς του από φόβο μήπως διατρέξει κάποιο κίνδυνο. Ο έφηβος βρίσκεται σε συνεχή διλήμματα για τον τρόπο που ενεργεί. Όλα αυτά τον οδηγούν στην αμφιβολία.

B) Ζει σε μια περίοδο συνεχών αλλαγών.

Οι σωματικές αλλαγές είναι έντονες και ακολουθούνται και από ψυχολογικές. Η διάθεση και η συμπεριφορά του μεταβάλλονται διαρκώς.

Γ) Ζει σε μία περίοδο έντονου συναισθηματισμού.

Τα συναισθήματα του είναι έντονα και ποικίλα.

Δ) Ζει μία περίοδο αστάθειας. Ο έφηβος βρίσκεται σε μία σειρά από συνεχείς μεταπτώσεις από ευχάριστες και δυσάρεστες καταστάσεις, από αυτοπεποίθηση στην απογοήτευση. Η αστάθεια αυτή γίνεται φανερή από την σχέση του με το άλλο φύλο. Οι μεταβολές αυτές

οφείλονται στην ανασφάλεια που νιώθει. Το αίσθημα ανασφάλειας γίνεται πιο έντονο ύστερα από τις απαιτήσεις που προκύπτουν από την οικογένεια και το σχολείο.

Ε) Έχει προβλήματα και ανησυχίες.

ΣΤ') Περνάει μία κρίσιμη ηλικία

Υ) Δεν αντιμετωπίζεται ευνοϊκά από τους ωρίμους.

Οι γονείς επιθυμούν να καθοδηγήσουν και να ελέγξουν τα παιδιά τους. Δεν μπορούν όμως να πετύχουν κάτι τέτοιο αν δεν βάζουν όρια. Οι έφηβοι από την άλλη πλευρά δεν μπορούν να ωριμάσουν και να αυτονομηθούν χωρίς να απορρίψουν και να αμφισβητήσουν. Η ύπαρξη ισορροπίας στις σχέσεις γονέων – εφήβων δεν σημαίνει ότι δεν θα υπάρχει καμία εξουσία ή αντίθετα ότι οι γονείς θα συμπεριφέρονται σαν συνομήλικοι. Μέσα από την οικογένεια ο έφηβος μαθαίνει πώς να διαπραγματεύεται κάτω από συνθήκες άνισης δύναμης, όπως θα χρειαστεί να κάνει αργότερα σαν ενήλικας.

Ο έφηβος είναι ιδιαίτερα εγωκεντρικός και για να μάθει να διαφοροποιείται χρειάζεται να αντιμετωπίσει τις απόψεις του γονέα, από τις οποίες ξέρει πως αν αποκλίνει θα υποστεί τις συνέπειες. Η ανταλλαγή απόψεων στην οικογένεια είναι πολύ χρήσιμη και είναι απαραίτητο να στηρίζεται στην συναισθηματική εγγύτητα και τον αλληλοσεβασμό. Μόνο τότε ο έφηβος θα μάθει να εκφράζει τις ανάγκες – επιθυμίες του λαμβάνοντας υπόψη τους γύρω του και να δέχεται τα αποτελέσματα των συμπεριφορών του.

1.4 ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ

Πολύ σημαντικό ρόλο για το πέρασμα στην ενήλικη ζωή παίζουν οι σχέσεις του εφήβου με τους συνομηλίκους του.

Στην πρώιμη ηλικία η στενή σχέση παιδιών του ίδιου φύλου είναι πιο έντονη από ποτέ. Αυτό το ευνοούν οι παρέες που δημιουργούνται μέσα από το σχολείο. Καθώς το παιδί περνά στην εφηβεία και προσπαθεί να ολοκληρώσει την προσωπικότητα του «γεμίζει» προβληματισμούς και αναστάτωση. Σε αυτό συμβάλουν και οι βιολογικές αλλαγές. Είναι φυσικό λοιπόν οι έφηβοι να στρέφονται προς τους συνομηλίκους τους για να μπορέσουν να κατανοήσουν τις αλλαγές που συμβαίνουν γύρω τους.

Μία ακόμη αιτία είναι η μη αποδοχή από τους γονείς των ετερόφυλων σχέσεων. Οι έφηβοι αφιερώνουν πολύ χρόνο μιλώντας με τους συνομηλίκους τους. Οι γονείς από την άλλη πλευρά, βρίσκονται σε τελείως διαφορετική φάση. Επομένως δεν μπορούν να καταφύγουν σε αυτούς.

Ένας ακόμη λόγος είναι ο εξής. Η μεταβατική φάση της εφηβείας ευνοεί τον πειραματισμό. Οι έφηβοι προσπαθούν να μάθουν νέες μορφές συμπεριφοράς. Προσπαθούν να ανακαλύψουν ποια τους ταιριάζει και ποια απορρίπτουν. Επιπλέον θέλουν να μάθουν πως οι ανάγκες και τα κίνητρα τους αλληλεπιδρούν με το κοινωνικό σύνολο και ποιες ταιριάζουν με την προσωπικότητα τους. Όλα αυτά πραγματοποιούνται μέσα από την επαφή με τους συνομηλίκους.

1.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Εκτός από τις βιοσωματικές αλλαγές και τις αλλαγές στην συμπεριφορά, στον έφηβο πραγματοποιούνται μία σειρά από κοινωνικές αλλαγές. Είναι ένα στάδιο κατά το οποίο το άτομο περνάει από τον κόσμο του παιδιού στον κόσμο του ενηλίκου. Ο έφηβος θέτει στόχους τους οποίους πρέπει να ολοκληρώσει για να νιώθει ευτυχισμένος.

Οι στόχοι που θέτει συνήθως είναι:

1. Να δεχτεί τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα του.
2. Να αποκτήσει συναισθηματική αυτονομία από γονείς.
3. Να δημιουργήσει προοπτικές για επαγγελματική ανάπτυξη.
4. Να διαμορφώσει αρμονικές ετερόφυλες σχέσεις.
5. Να αναπτύξει ικανότητες για ενεργό συμμετοχή στο κοινωνικό σύνολο.
6. Να αποκτήσει άποψη ζωής.
7. Να αποκτήσει ταυτότητα του εγώ.

Οι στόχοι αυτοί έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα του εφήβου αλλά και με τις σχέσεις του με τον εαυτό του, τους συνομηλίκους και τους ενηλίκους.

Στις σχέσεις προς τον εαυτό του ο έφηβος προσπαθεί να γνωρίσει τον εσωτερικό του κόσμο και προσπαθεί να

δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα της ταυτότητας του εγώ, όπως “ποιος είμαι”, “τι θέλω να κάνω στην ζωή” κ.α.

Όσον αφορά την σχέση του με τους συνομηλίκους του, ο έφηβος αναζητά την ετερόφυλη παρουσία, επιδιώκει να γίνει αποδεκτός από το άλλο φύλο και να διαμορφώσει μία σχέση ερωτική.

Στις σχέσεις με τους ενηλίκους, το παιδί ζει σε μία συμβατική σχέση και υποταγή προς τους γονείς. Σκέφτεται ανάλογα με την αυθεντία των μεγάλων. Ο έφηβος όμως απαιτεί αυτονομία και ανεξαρτησία.

1.6 ΦΟΒΟΙ ΚΑΙ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΕΦΗΒΩΝ

Οι απότομες μεταβολές που υφίστανται οι έφηβοι, γεννούν πολλά ερωτήματα σχετικά με την σωματική τους ανάπτυξη. Οι φόβοι τους εστιάζονται κυρίως στην εμφάνιση τους και την σεξουαλική τους ικανότητα.

Οι περισσότεροι έφηβοι δεν έχουν ενημερωθεί για τον χρόνο και τον ρυθμό των αλλαγών ούτε για τις διαφορές που υπάρχουν από άτομο σε άτομο. Όλες αυτές τις αλλαγές οι έφηβοι τις θεωρούν μόνιμες και όχι παροδικές αν δεν είναι ενημερωμένοι. Για να αποφευχθούν όλα αυτά, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η έγκαιρη και υπεύθυνη ενημέρωση του για την φύση των αλλαγών. Υπεύθυνοι για αυτήν την ενημέρωση είναι το σχολείο και άλλοι υπεύθυνοι φορείς, ώστε να αποφευχθεί το άγχος των εφήβων για αυτές τις αλλαγές. Όλα αυτά δημιουργούν ψυχολογικές αντιδράσεις στους εφήβους. Οι πιο συνήθεις είναι οι εξής:

1. Επιθυμία να μένει μόνο του.

Το παιδί από την στιγμή της γέννησης του αναζητά επίμονα την συντροφιά. Με το πέρασμα στην εφηβεία στρέφεται στον εαυτό του, αποφεύγει τις ομαδικές δραστηριότητες και προτιμά να μένει μόνος του. Διακόπτει τις σχέσεις του με τους συνομηλίκους. Συγχρόνως όμως, απομακρύνεται από την οικογένεια και δεν επιθυμεί να συμμετέχει στις οικογενειακές δραστηριότητες.

2. Αδιαφορία – ανία.

Ο έφηβος δείχνει αδιαφορία για όλες τις δραστηριότητες που είχε κατά την παιδική του ηλικία π.χ. παραμελεί το διάβασμα, κάτι που δεν έκανε παλιότερα και μάλιστα εκφράζει αυτά τα συναισθήματα του.

3. Νευρική – ανησυχία.

Ο έφηβος είναι υπερκινητικός και νευρικός, δεν μπορεί να καθίσει σε ένα σημείο χωρίς να κάνει κάτι. Οι ψυχικές του εντάσεις είναι πιο έντονες και όσο προσπαθεί να τις ελέγξει τόσο πιο νευρικοί γίνονται. Η αυξημένη συναισθηματικότητα του εκφράζεται με μεγάλη νευρική.

4. Αποστροφή προς την εργασία.

Το παιδί στις προηγούμενες ηλικίες ενδιαφέρονταν για όλα, ασχολούνταν με πολλά πράγματα. Όταν περνά στην εφηβεία όμως γίνεται φυγόπονο. Δείχνει κουρασμένο και απρόθυμο να εκτελέσει τις υποχρεώσεις του τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι. Πολύ συχνό φαινόμενο είναι πτώση της σχολικής επίδοσης. Η απροθυμία αυτή δεν είναι τεμπελιά και αδιαφορία αλλά οφείλεται στις αλλαγές που έχει υποστεί ο έφηβος. Οι γονείς βλέποντας την στάση αυτή των εφήβων ανησυχούν και κάνουν αρνητική κριτική με αποτέλεσμα να ενισχύεται περισσότερο η τάση του εφήβου να εναντιώνεται στους ενήλικους και να μειώνεται η επιθυμία του να κάνει όσα «πρέπει».

5. Έλλειψη συντονισμού στις κινήσεις.

Ο έφηβος παρουσιάζει μια προσωρινή αδεξιότητα στις κινήσεις του, μπερδεύεται στα πόδια του, σκοντάφτει, είναι πολύ αδέξιος. Η αδεξιότητα αυτή είναι μεγαλύτερη όσο ταχύτερο είναι το αυξητικό τίναγμα της εφηβείας.

6. Αυξημένη ευσυγκινησία.

Ο έφηβος συνήθως είναι κακόκεφος, ευέξαπτος και πολύ εύκολα ξεσπάει σε κλάματα, πληγώνεται ο εγωισμός του με το παραμικρό και απογοητεύεται αν κάτι δεν πάει καλά. Δεν θέλει οι άλλοι να του κάνουν κριτική και θίγεται με το παραμικρό. Θέλει να βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής όλων και γίνεται ζηλότυπος. Με την πάροδο της ηλικίας εξασφαλίζεται ορμονική ισορροπία και μαζί με αυτήν συναισθηματική σταθερότητα.

7. Εχθρική στάση προς το άλλο φύλο.

Την εχθρότητα αυτή την συναντάμε στην έναρξη της εφηβείας. Στην παιδική ηλικία τα παιδιά αποφεύγουν το ένα φύλο το άλλο, ενώ στην εφηβεία υπάρχει ανοικτή σύγκρουση. Η εχθρική στάση δεν περιορίζεται μόνο στα άτομα της ίδιας ηλικίας αλλά και προς τους μεγαλύτερους. Τα κορίτσια είναι πιο εχθρικά από ότι τα αγόρια. Αυτό βέβαια συμβαίνει στα πρώτα χρόνια, σύντομα όμως αναπτύσσεται η ετερόφυλη έλξη.

8. Εναντίωση προς κάθε μορφή εξουσίας.

Ο έφηβος απορρίπτει κάθε τι που δεχόταν στην παιδική του ηλικία. Επιθυμεί να σχηματίσει τα δικά του πρέπει και απορρίπτει όσα του επιβάλλουν. Πιο συνηθισμένη μορφή αντίδρασης είναι αυτή απέναντι στους γονείς και απέναντι στο σχολείο.

9.Υπερβολική απασχόληση με θέματα του σεξ.

Η ωρίμανση των γεννητικών οργάνων και η εμφάνιση των γνωρισμάτων της ήβης οδηγούν τους νέους στην ιδιαίτερη έμφαση με θέματα του σεξ. Αρχίζουν να εξερευνούν τα διάφορα μέρη του σώματός τους, προσπαθούν να διαπιστώσουν τις διαφορές που υπάρχουν στα δύο φύλα και τις συγκρίνουν με το δικό τους σώμα. Ο έφηβος είναι γεμάτος απορίες σχετικά με αυτά τα θέματα και επιδίδεται στην ανάγνωση βιβλίων που μπορούν να τον βοηθήσουν να λύσει τις απορίες του.

10.Ονειροπόληση.

Ο έφηβος κλείνεται στον εαυτό του, απομακρύνεται από όλους και έτσι όπως είναι αφήνει την σκέψη του να περιπλανηθεί. Με αυτόν τον τρόπο δίνει διέξοδο στα προβλήματα του.

11.Έλλειψη αυτοπεποίθησης.

Το συναίσθημα αυτό εντείνεται από τους φόβους και τις ανησυχίες που έχει ο έφηβος. Οι ενήλικοι του κάνουν κριτική και αυτό τον κάνει να εναντιώνεται προς τις

υποδείξεις των μεγάλων. Φοβάται μήπως δεν μπορέσει να εκπληρώσει τα καθήκοντα του και να φανεί άξιος των προσδοκιών των ενηλίκων και επαναστατεί. Η άρνηση του να κάνει ότι του υποδεικνύουν, πηγάζει από ένα χαμηλό αυτοσυναίσθημα, ξεπερνιέται. Ο εγωκεντρισμός τους μειώνεται αισθητά και αρχίζουν να διαπιστώνουν ότι και οι άλλοι ασχολούνται με τα δικά τους προβλήματα και λιγότερο με τους γύρω τους. Επίσης ανακαλύπτει ότι και οι άλλοι έχουν παρόμοια συναισθήματα με τα δικά του.

1.7 Ο ΕΦΗΒΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Μετά την έξοδο του ατόμου από το νοσοκομείο, είναι χρήσιμο να δοθεί σημαντικό βάρος στην οικογένεια και στην σύνδεση του ατόμου με αυτήν. Έμφαση πρέπει να δοθεί επίσης και στην ανάπτυξη φροντίδας στην κοινότητα με μείωση στο ελάχιστο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Βασικές επιδιώξεις είναι:

- παροχή υπηρεσιών υποστήριξης
- ανάπτυξη κοινωνικής εργασίας
- δημιουργία πρωτοβαθμίων υπηρεσιών υγείας

Όταν μιλάμε για ένα μακροχρόνιο πρόβλημα, πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι η αντιμετώπιση του από την οικογένεια είναι δύσκολη και οι κοινωνικές υπηρεσίες παίζουν σημαντικό ρόλο για την επανένταξη του ατόμου.

Υπάρχει επιτακτική ανάγκη για παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι για εκμάθηση στην οικογένεια τεχνικής φροντίδας, ώστε να αποφεύγεται η άσκοπη μεταφορά στο νοσοκομείο και η κούραση του εφήβου και της οικογενείας για την παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις κρίσης άσθματος. Σχετικό με τα παραπάνω είναι και η δημιουργία πρωτοβαθμίων υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των κρίσιμων περιστατικών άσθματος ώστε να προληφθούν οξείες κρίσεις αλλά και η είσοδος στο νοσοκομείο που θα απομακρύνει τον έφηβο από συγγενικό και οικογενειακό περιβάλλον, σχολείο και φίλους. Σημαντική βοήθεια θα προσφέρουν στους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών, της οποίας η ταλαιπωρία είναι σαφώς μεγαλύτερη.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι χρήσιμες για να βοηθήσουν την οικογένεια να ξαναβρεί τον αρχικό τρόπο ζωής της και να μάθουν τα μέλη της να ζουν με τον έφηβο που πάσχει από άσθμα. Αυτό είναι μια καινούρια απάντηση στις νέες κοινωνικές συνθήκες και δεν επιδιώκει να αντικαταστήσει την οικογένεια ούτε τους ρόλους της αλλά να την βοηθήσει να συγκροτηθεί, ώστε και αυτή με την σειρά της να βοηθήσει τον έφηβο. Δυστυχώς όμως οι περιπτώσεις παρέμβασης των κοινωνικών υπηρεσιών στην χώρα μας είναι πολύ περιορισμένες για τέτοιες περιπτώσεις. (Κοινωνική Πρόνοια, Αθήνα 1989).

Ο έφηβος που πάσχει από μία χρόνια ασθένεια, βιώνει ένα σύνολο προκλήσεων και δυσκολιών που συνδέονται με τις ιδιαιτερότητες της εξελικτικής φάσης την οποία διέρχεται. Οι σημαντικότερες από αυτές περιλαμβάνουν:

- i. Την ανεξαρτησία και την αυτονομία που επιζητά ο έφηβος και οι οποίες παρεμποδίζονται από την ασθένεια, τους περιορισμούς που επιβάλλει η θεραπεία και την υπερπροστατευτική στάση των γονέων.
- ii. Την αποδοχή της εικόνας του σώματος και την αντίληψη που έχει το άτομο για αυτήν.
- iii. Την ένταξη του στην ευάλωτη ομάδα των συνομηλίκων και
- iv. Την αβεβαιότητα για το μέλλον του.

Το ποσοστό των εφήβων που πάσχουν από κάποια ασθένεια, δεν συμμορφώνονται με τις ιατρικές οδηγίες

αν και γνωρίζουν καλά τις συνέπειες. Η ενημέρωση του εφήβου δεν αρκεί για να τον κινητοποιήσει ώστε να συμμορφωθεί με τις ιατρικές εντολές μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Έφηβοι μεγαλύτεροι των 14 ετών μπορούν να επεξεργαστούν τις όψεις της αρρώστιας και να εκτιμήσουν τι πρέπει και τι όχι να κάνουν. Αντιθέτως έφηβοι κάτω των 14 ετών, δυσκολεύονται να διακρίνουν το μέλλον τους καθώς οι στόχοι τους είναι ασαφείς.

Σημαντικό ρόλο παίζουν οι σχέσεις με τους γονείς, τόσο όταν το παιδί νοσηλεύεται όσο και όταν βρίσκεται στους κόλπους της οικογενείας και μάλιστα τότε σε μεγαλύτερο βαθμό. Ένας λόγος συγκρούσεων, είναι η διαφωνία για το ποιος έχει την ευθύνη της χορήγησης των φαρμάκων. Οι γονείς προσπαθούν να προστατέψουν το παιδί και εκείνο να αποκτήσει αυτονομία. Οι έφηβοι στους οποίους δίνεται η δυνατότητα να διατηρήσουν την αυτονομία τους και να ασκήσουν έλεγχο στα θέματα υγείας που αντιμετωπίζουν, συμμορφώνονται καλύτερα στην θεραπευτική αγωγή σε σύγκριση με αυτούς που έχουν λιγότερη αυτονομία.

Επομένως οι παρεμβάσεις που έχουν σκοπό να ενθαρρύνουν τον έφηβο να συμμορφωθεί με την θεραπεία, δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στην πληροφόρηση πάνω στα θέματα υγείας αλλά να δίνουν έμφαση στις στρατηγικές που υιοθετεί τόσο ο έφηβος όσο και η οικογένεια του για να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες που προβάλλει η εμπειρία της χρόνιας ασθένειας (Η Ψυχολογία στον χώρο της υγείας, Δανάη Παπαδάτου, Φώτιος Αναγνωστόπουλος, σελ. 224-226).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

1. ΟΞΕΙΑ ΑΣΘΜΑΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η οξεία ασθματική κρίση χαρακτηρίζεται από αιφνίδια ή προοδευτικώς επιδεινούμενη δύσπνοια ή /και βήχα, συριγμό και υποδηλώνει αποτυχία της μακροχρόνιας θεραπευτικής αντιμετώπισης ή έκθεση σε εκλυτικό παράγοντα (ιογενείς λοιμώξεις του αναπνευστικού, αλλεργιογόνα, άσκηση, φάρμακα, ψυχρό αέρα κ.τ.λ.).

Αποτελεί επείγουσα κατάσταση και απαιτεί σωστή εκτίμηση της βαρύτητας της και άμεση αντιμετώπιση. Η νοσηρότητα και η θνητότητα σχετίζονται κυρίως με την αδυναμία έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισης της οξείας κρίσης, καθώς και με την ανεπαρκή θεραπεία. Το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης καθορίζεται από την σοβαρότητα τόσο της παρούσας όσο και των προηγούμενων κρίσεων.

1.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η οξεία ασθματική κρίση χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή με βάση τα ακόλουθα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα : (Πίνακας 5).

- α Αναπνευστική συχνότητα: Αξιολογείται όταν ο ασθενής είναι σε ηρεμία ή κοιμάται, διότι η δραστηριότητα ή το κλάμα, μπορούν να αυξήσουν σημαντικά την αναπνευστική συχνότητα του εφήβου. Ας σημειωθεί ότι με παρατεταμένη σοβαρή κρίση και μυϊκή κόπωση, είναι δυνατόν να παρουσιάζει φυσιολογικό αριθμό αναπνοών, η κατάσταση όμως να είναι απειλητική για την ζωή του.
- α Επίπεδο συνείδησης: Η σύγχυση ή η έντονη ανησυχία αποτελούν σημεία σοβαρής κρίσης.
- α Δύσπνοια: Εκτιμάται ο βαθμός δυσκολίας της αναπνοής, η δυσχέρεια στην ομιλία, δηλαδή αν μπορεί να πει μία πρόταση ή να μετρήσει ως το δέκα με μία αναπνοή.
- α Παράδοξος σφυγμός: Η αρτηριακή πίεση ελαττώνεται κατά την εισπνοή, όχι όμως περισσότερο από 10 mmHg. Πρακτικά είναι δυνατόν να υπολογιστεί αν από την ένδειξη του μονόμετρου που αντιστοιχεί στους πρώτους αριθμούς, αδύναμους ήχους, αφαιρεθεί η ένδειξη που αντιστοιχεί στους πρώτους ρυθμικούς ήχους (ένδειξη συστολικής πίεσης). Αν και αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της βαρύτητας του οξέος επεισοδίου, είναι δύσκολο να μετρηθεί λόγω μη ικανοποιητικής

συνεργασίας και λόγω της συχνά παρατηρούμενης ταχυκαρδίας.

- α Χρήση επικουρικών μυών: Ο βαθμός της εσολκής των σημείων του θώρακος σχετίζεται με την σοβαρότητα του οξέος του επεισοδίου. Αναπέταση των ρινικών πτερυγίων δηλώνει ότι οι επικουρικοί μύες έχουν ήδη επιστρατευθεί, γεγονός το οποίο αποτελεί σημείο σοβαρής κρίσης.
- α Χρώμα του ασθενή: Η ωχρότητα και η κυάνωση αποτελούν σημεία μέτριας ή σοβαρής κρίσης αντίστοιχα.
- α Κορεσμός οξυγόνου: Αν ο κορεσμός οξυγόνου σε περιβάλλον ατμοσφαιρικού αέρα είναι λιγότερο από 90%, τούτο αποτελεί σημείο σοβαρής κρίσης και ένδειξη παραπομπής του ασθενή στο νοσοκομείο. Ο κορεσμός του οξυγόνου είναι δυνατόν να μετρηθεί αναίμακτα με την χρήση οξύμετρου.
- α Μερική πίεση CO₂ (PaCO₂). Τιμές διοξειδίου του άνθρακα που πλησιάζουν ή υπερβαίνουν τις φυσιολογικές τιμές, αποτελούν σημείο μέτριας ή σοβαρής κρίσης. Η ήπια κρίση, χαρακτηρίζεται από αναπνευστική αλκάλωση και τιμές PaCO₂ χαμηλότερες του φυσιολογικού.
- α Μέγιστη εκπνευστική ροή: (PEFR). Η PEFR εκτιμά ποσοτικώς τον βαθμό απόφραξης των αεραγωγών καθώς και την απάντηση του ασθενή στην φαρμακευτική αγωγή. Με την χρήση μικρών

ροομέτρων, όπως το ροόμετρο Wright, μπορεί να μετρηθεί στο ιατρείο ή το σπίτι.

Όλα τα χαρακτηριστικά τα οποία αναφέρθηκαν, αποτελούν σημεία για την αξιολόγηση της βαρύτητας του οξέος επεισοδίου, δεν είναι απαραίτητη όμως η παρουσία όλων των χαρακτηριστικών για την ταξινόμηση του σε μία συγκεκριμένη κατηγορία.

Η ταξινόμηση της κρίσης μετατοπίζεται στο αμέσως επόμενο στάδιο της βαρύτητας, όταν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί στην αρχική αγωγή, αν υπάρχει ραγδαία επιδείνωση ή αν ο ασθενής ανήκει στην κατηγορία υψηλού κινδύνου.

(Ρασιδάκης Α. – Σιαφάκας Ν, «Βρογχικό Άσθμα»,
Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 1993)

1.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η οξεία ασθματική κρίση αναγνωρίζεται αρχικώς από τον ίδιο τον έφηβο ή τους γονείς. Ο έφηβος με το άσθμα και οι γονείς, πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν την σταδιακή επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας, η οποία προηγείται της κρίσης. Βήχας ο οποίος παρουσιάζει επιδείνωση, ιδίως κατά την διάρκεια της νύχτας, αποτελεί συχνό πρώιμο σύμπτωμα της οξείας κρίσης. Μείωση της δραστηριότητας και εύκολη κόπωση είναι δυνατόν επίσης να αποτελούν ένδειξη οξέος επεισοδίου σε ασθενή με άσθμα.

Όλοι οι γονείς ασθενών με άσθμα θα πρέπει να έχουν γραπτές οδηγίες από τον θεράποντα ιατρό, ώστε να αναγνωρίζουν τα πρώιμα σημεία της κρίσης, να αρχίζουν την κατάλληλη θεραπεία και να αναζητούν εγκαίρως ιατρική βοήθεια.

Η έναρξη της αγωγής είναι σημαντικό να γίνεται στο σπίτι, όταν υπάρχουν οι προϋποθέσεις, διότι αφενός επιτυγχάνεται έγκαιρη αντιμετώπιση, αφ' ετέρου οι γονείς ή ο έφηβος, αποκτούν αίσθηση ελέγχου της νόσου. Μπορεί ωστόσο να αποδειχθεί βλαπτική αν υποεκτιμηθεί η σοβαρότητα της κρίσης και δεν αναζητηθεί έγκαιρα ιατρική βοήθεια. Στο Σχήμα 6 αναγράφονται συνοπτικά οι ενέργειες για την αντιμετώπιση της οξείας κρίσης στο σπίτι.

(Ρασιδάκης Α. – Σιαφάκας Ν, «Βρογχικό Άσθμα»,
Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 1993)

1.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

1.3.1 Αξιολόγηση του ασθενή.

Αν η οξεία κρίση συμβαίνει σε έφηβο χωρίς ιστορικό άσθματος ή σε έφηβο με άσθμα του οποίου όμως το οικογενειακό περιβάλλον δεν είναι εκπαιδευμένο στην εκτίμηση της σοβαρότητας της, αλλά και στην αντιμετώπιση της ή τέλος σε ασθενή που δεν ανταποκρίθηκε στην αρχική αγωγή που χορηγήθηκε στο σπίτι, ο ασθενής πρέπει να απευθύνεται στον θεράποντα ιατρό ή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του πλησιέστερου νοσοκομείου.

Στο ιατρείο ή το τμήμα επειγόντων περιστατικών, γίνεται αρχικά αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενή, κατά την οποία διερευνώνται η βαρύτητα των συμπτωμάτων, η ώρα έναρξης και το πιθανό αίτιο του παροξυσμού, όλα τα προσφάτως χορηγηθέντα φάρμακα (δοσολογία και ώρα χορήγησης), η διάρκεια και η δοσολογία της τυχόν χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής και η λήψη ή όχι εισπνεόμενων και συστηματικώς λαμβανόμενων κορτικοστεροειδών.

Τέλος, εξετάζεται αν ο ασθενής ανήκει στην κατηγορία υψηλού κινδύνου. Υψηλού κινδύνου θεωρείται ο ασθενής με ένα τουλάχιστον από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, όπως ιστορικό αναπνευστικής ανεπάρκειας ή / και μηχανικού αερισμού, ιστορικό νοσηλείας δύο ή περισσότερες φορές λόγω οξέου άσθματος κατά το προηγούμενο έτος, ιστορικό νοσηλείας λόγω οξέου άσθματος τον τελευταίο μήνα, τέσσερα ή περισσότερα επεισόδια οξέου άσθματος ανά έτος ή τουλάχιστον δύο επεισόδια ανά εξάμηνο που αντιμετωπίστηκαν με υψηλές δόσεις

κορτικοστερινοειδών, η λήψη κορτικοστερινοειδών από το στόμα ή η πρόσφατη διακοπή τους ή η λήψη εισπνεόμενων κορτικοστερινοειδών σε υψηλές δόσεις, η αιφνίδια έναρξη οξέος άσθματος, ιδίως κατά την διάρκεια της νύκτας και η διάρκεια αναπνευστικής δυσχέρειας άνω των 12 ωρών.

Μετά την λήψη του ιστορικού, ακολουθεί η κλινική εκτίμηση της βαρύτητας της κρίσης και η έναρξη της αγωγής.

Το ιατρείο στο οποίο θα αντιμετωπισθεί ο ασθενής με οξεία κρίση άσθματος, πρέπει να διαθέτει νεφελοποιητή για την χορήγηση φαρμάκων σε εισπνοή, συσκευή παροχής οξυγόνου, ροοόμετρο για την μέτρηση της PEFr, προαιρετικώς οξύμετρο για την μέτρηση του κορεσμού οξυγόνου και κατάλληλο χώρο για την παρακολούθηση του ασθενή.

1.3.2 Ήπια ή μέτρια κρίση.

Η αντιμετώπιση της γίνεται σύμφωνα με το σχήμα 7. Αρχικά χορηγείται β2 διεγέρτης σε εισπνοή. Οι εισπνοές β2 διεγέρτη χορηγούνται κάθε είκοσι λεπτά, για μία ώρα αν χρειαστεί. Αν μετά την αρχική αγωγή η PEFr είναι > 80% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης ατομικής τιμής ή και εάν υπάρχει το πολύ ένα σημείο μέτριας κρίσης και ο ασθενής παραμένει σταθερός επί μία τουλάχιστο ώρα, εκτιμάται ότι ανταποκρίθηκε στην αρχική αγωγή.

Θεωρείται σημαντικό να εκτιμάται η ανταπόκριση στην θεραπεία σε εφήβους, στους οποίους είναι δυνατή η μέτρηση της PEFr , τόσο από την τιμή της PEFr όσο και από την κλινική σημειολογία, διότι είναι δυνατόν να παρατηρηθεί κλινική βελτίωση χωρίς ανάλογη αύξηση της PEFr. Αντιστρόφως, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί

αύξηση της PEFR λόγω αποκατάστασης της αποφράξεως των μεγάλων αεραγωγών, ενώ κλινικώς δεν παρατηρείται βελτίωση λόγω επιμονής της απόφραξης των μικρών αεραγωγών.

Ο ασθενής που ανταποκρίθηκε στην παραπάνω αγωγή και έμεινε σταθερός μπορεί να συνεχίσει την αγωγή στο σπίτι.

Μεγαλύτερη ασφάλεια υπάρχει εάν 2 ώρες μετά την σταθεροποίηση του ασθενή από την τελευταία εισπνοή β2-διεγέρτη, χορηγηθεί μία ακόμη εισπνοή β2-διεγέρτη και εφόσον η κατάσταση του ασθενή παραμείνει σταθερή, τότε μπορεί να αποχωρήσει μία ώρα αργότερα.

Μετά την μετάβαση του ασθενή στο σπίτι, χορηγούνται εισπνοές β2-διεγέρτη ανά 4 ώρες και σε περίπτωση που έπαιρνε χρονίως εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, συνεχίζει την αγωγή αυτή, ενώ είναι δυνατόν να προστεθεί και κορτικοστεροειδές από το στόμα, ειδικά εάν πρόκειται για μέτρια κρίση ή ο ασθενής ανήκει στην κατηγορία υψηλού κινδύνου.

Συνίσταται επίσης τηλεφωνική επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό εντός των επομένων 24 ωρών και κλινική επανεκτίμηση μετά 3 ημέρες, με την προϋπόθεση ότι νωρίτερα δεν θα υπάρξουν σημεία επιδείνωσης.

Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν ανταποκριθεί στην αρχική αγωγή της πρώτης ώρας, δηλαδή εάν η PEFR < 80% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης ατομικής τιμής του ασθενή ή/ και εάν υπάρχουν δύο τουλάχιστον σημεία μέτριας κρίσης ή εάν ο ασθενής ενώ ανταποκρίθηκε αρχικά δεν παρέμεινε σταθερός κατά την διάρκεια της παρακολούθησης, θα πρέπει να συνεχιστεί η αντιμετώπιση του στο ιατρείο.

(Ρασιδάκης Α. – Σιαφάκας Ν, «Βρογχικό Άσθμα»,
Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 1993)

Η αντιμετώπιση του ασθενή συνεχίζεται με επανάληψη εισπνοών κάθε 20 λεπτά για μία επιπλέον ώρα αν χρειαστεί, χορήγηση οξυγόνου πυκνότητας 30-40% και χορήγηση κορτικοστερινοειδών από το στόμα.

Αν υπάρξει ανταπόκριση, όπως προηγουμένως ορίστηκε και ο ασθενής παραμένει σταθερός κατά την παρακολούθηση της επόμενης τουλάχιστον ώρας ή για μεγαλύτερη ασφάλεια αφού η συχνότητα χορήγησης του β2-διεγέρτη περιοριστεί σε εισπνοή κάθε 2 ώρες, τότε ο ασθενής μπορεί να συνεχίσει την αγωγή στο σπίτι, όπως και προηγουμένως. Σε αντίθετη περίπτωση εισάγεται στο νοσοκομείο.

1.3.3 Σοβαρή κρίση.

Η αρχική αντιμετώπιση της σοβαρής κρίσης εξαρτάται από την βαρύτητα (Σχήμα 8).

α) Αν η είσοδος είναι μέτρια αλλά υπαρκτή και η PEFr > 20% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης ατομικής τιμής, ο ασθενής αντιμετωπίζεται αρχικά με χορήγηση εισπνοών ανά 20 λεπτά, οξυγόνου πυκνότητας 30-40% και κορτικοστερινοειδούς από το στόμα ή ενδοφλεβίως.

Σε περίπτωση ανταπόκρισης κατά την πρώτη ώρα της αγωγής και εφόσον η PEFr υπερβεί το 70% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης ατομικής τιμής ή / και εφόσον υπάρχει το πολύ ένα σημείο μέτριας κρίσης και ο ασθενής δεν ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου, συνεχίζεται η αντιμετώπισή του όπως και στην μέτρια κρίση.

Εάν δεν παρατηρηθεί σημαντική βελτίωση, όπως αναφέρθηκε φαινόμενο το οποίο είναι το συνηθέστερο

της σοβαρής κρίσης ή αν ο ασθενής είναι υψηλού κινδύνου, εισάγεται στο νοσοκομείο.

β) Εάν κατά την ακρόαση του ασθενούς δεν διαπιστώνεται αναπνευστικό ψιθύρισμα ή η PEFR είναι μικρότερη από 20% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης ατομικής τιμής του ασθενούς και το επίπεδο συνείδησης είναι επηρεασμένο σε σημαντικό βαθμό, τότε χορηγείται μεθυλοπρεδνιζολόνη ενδοφλεβίως και ακολουθεί μεταφορά στο νοσοκομείο με χορήγηση οξυγόνου πυκνότητας 40% και εισπνοών 20 λεπτά κατά την μεταφορά.

(Ρασιδάκης Α. – Σιαφάκας Ν, «Βρογχικό Άσθμα»,
Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 1993)

1.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κατόπιν των όσων αναφέρθηκαν, ως κριτήρια εισαγωγής στο νοσοκομείο θεωρούνται η μέτρια ή σοβαρή κρίση που δεν ανταποκρίνονται στην αρχική αγωγή, η τιμή της PEFr < 80% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης ατομικής τιμής μετά την αρχική αγωγή ή η τιμή της PEFr < 33% ή 50%.

Η τιμή της PEFr < 33% της προβλεπόμενης, αποτελεί τιμή εισαγωγής στο νοσοκομείο, όμως οι περισσότεροι ασθενείς με σοβαρή κρίση, δηλαδή τιμή PEFr < 50% εισάγονται συνήθως στο νοσοκομείο.

Άλλοι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη για την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, είναι η κατηγορία υψηλού κινδύνου, η ηλικία, η διαμονή σε μεγάλη απόσταση από οργανωμένο ιατρείο ή νοσοκομείο ή το οικογενειακό περιβάλλον δεν μπορεί να συνεργαστεί ικανοποιητικά για την αντιμετώπιση της κρίσης.

1.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή, επιβάλλει την άμεση έναρξη θεραπείας χωρίς να προηγηθεί εργαστηριακός έλεγχος, ο οποίος στην φάση αυτή συνεπάγεται απώλεια χρόνου. Ακολούθως, μετά την σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενή, αυτός ελέγχεται για τυχόν ύπαρξη λοίμωξης ή επιπλοκών.

Η θεραπευτική αγωγή έχει ως στόχο την διόρθωση της υποξαιμίας, την αποκατάσταση της απόφραξης των αεραγωγών και την αναστροφή της φλεγμονής των αεροφόρων οδών.

Προσοχή απαιτείται κατά την χορήγηση των φαρμάκων ώστε να αποφευχθεί η εμφάνιση τοξικών φαινομένων από υπερβολική δοσολογία αυτών.

Ø Φαρμακευτική αγωγή.

Τα θεραπευτικά μέσα για την αντιμετώπιση της σοβαρής κρίσης άσθματος στο νοσοκομείο είναι:

— Οξυγόνο σε συγκεντρώσεις τόσο υψηλές, ώστε ο κορεσμός του να είναι μεγαλύτερος από 95%. Χορηγείται συνήθως με μάσκα Venturi.

—β2-διεγέρτης βραχείας δράσεως. Χορηγείται κάθε 20 λεπτά την πρώτη και δεύτερη ώρα και εφόσον δεν έχει προηγηθεί η χορήγηση του στο ιατρείο. Ακολούθως χορηγείται ανα 1-2 ώρες μέχρι να σταθεροποιηθεί η PEFr > 70% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης ατομικής τιμής και μέχρις ότου τα κλινικά σημεία περιοριστούν το πολύ σε δύο σημεία μέτριας κρίσης, οπότε οι εισπνοές χορηγούνται ανά 3-4 ώρες. Η εισπνοή β2-διεγέρτη με νεφελοποιητή,

πρέπει να γίνεται με ταυτόχρονη χορήγηση οξυγόνου, λόγω της παρατηρούμενης υποξαιμίας και της μείωσης του κορεσμού οξυγόνου κατά τα πρώτα 10 λεπτά μετά την εισπνοή που αυτοπεριορίζονται μετά την παρέλευση 15 λεπτών. Η υποξαιμία οφείλεται σε διαταραχή της αέρωσης-αιμάτωσης που παρατηρείται στο άσθμα και επιδεινώνεται μετά την χορήγηση εισπνοών β2-διεγέρτη, λόγω αύξησης της αιμάτωσης μη καλώς αεριζόμενων περιοχών των πνευμόνων. Σε περίπτωση επιμονής της υποξαιμίας πέρα των 15 λεπτών μετά το τέλος της εισπνοής, τίθεται η υποψία επιδείνωσης της υγείας του ασθενή.

- Κορτικοστερινοειδή. Τα κορτικοστερινοειδή χορηγούνται από το στόμα επί απουσίας διαταραχών από το πεπτικό σύστημα και εφόσον η κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει, διαφορετικά χορηγούνται ενδοφλεβίως. Η έναρξη της δράσης τους παρατηρείται 4-6 ώρες μετά την χορήγηση, για αυτό δεν πρέπει να αναμένεται άμεση βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Τα κορτικοστερινοειδή χορηγούνται για 4-5 μέρες ή έως ότου η αναπνευστική λειτουργία παραμένει επί 48 ώρες σταθερή σε τιμές που αντιστοιχούν στις ατομικές τιμές του ασθενή και ακολούθως διακόπτονται. Η σύντομη αυτή χορήγηση των κορτικοστερινοειδών δεν επηρεάζει τον οργανισμό αρνητικά και μπορεί να διακοπεί απότομα.
- Αντιβιοτικά. Ενδείκνυται μόνο όταν συνυπάρχει μικροβιακή λοίμωξη.

- Ενυδάτωση. Γίνεται με προσοχή ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των υγρών του 24ώρου και μόνο αυτές, λόγω της παράδοξης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης που είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε παροξυσμό άσθματος

- Ηρεμιστικά φάρμακα. Αντενδείκνυται η χορήγηση τους.

- Φυσικοθεραπεία. Όταν χρειάζεται εφαρμόζεται κατά την φάση ανάρρωσης και όχι κατά την διάρκεια οξείας κρίσης.

1.6 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η παραμονή των συμπτωμάτων και των σημείων σοβαρής κρίσης περισσότερο από 24-28 ώρες παρά την εφαρμοσθείσα αγωγή, χαρακτηρίζεται και ως status asthmaticus και συνοδεύεται από σημεία μυικής κόπωσης.

Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίζεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Τα σημεία τα οποία καθορίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης στην μονάδα εντατικής θεραπείας, είναι η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, η απουσία αναπνευστικού ψιθυρίσματος, η τιμή PEFV < 30% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης ατομικής τιμής και η κυάνωση.

1.7 ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο ασθενής με οξύ άσθμα ο οποίος αντιμετωπίστηκε σε νοσοκομείο ή σε μονάδα εντατικής θεραπείας, πρέπει να πληρεί τις ακόλουθες προϋποθέσεις, προκειμένου να εξέλθει από το νοσοκομείο:

- Η κλινική κατάσταση πρέπει να είναι σταθερή κατά τις τελευταίες 24 ώρες ή κατ' ελάχιστο τις τελευταίες 12 ώρες της νοσηλείας του, ενώ υποβάλλεται σε αγωγή την οποία πρόκειται να ακολουθήσει στο σπίτι.
- Να μην υπάρχει ανάγκη εισπνεόμενου β2-διεγέρτη βραχείας δράσεως συχνότερα από 4 ώρες.
- Να μην υπάρχει η ανάγκη λήψης φαρμακευτικής αγωγής κατά την νύχτα.
- Να παρουσιάζει ικανοποιητική δραστηριότητα.
- Η κλινική εξέταση να είναι φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική.
- Η PEFR να είναι μεγαλύτερη του 70-80% της προβλεπόμενης ή της καλύτερης ατομικής τιμής μετά την εισπνοή β2-διεγέρτη, ενώ η ημερήσια διακύμανση των τιμών της PEFR να μην υπερβαίνει το 20%.
- Οι γονείς και οι ασθενείς να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν τις συσκευές εισπνοών.

Πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο, επανεκτιμάται και αν χρειάζεται τροποποιείται η χρόνια αγωγή που τυχόν χορηγούνταν πριν από την κρίση.

Είναι σημαντικό οι γονείς και ο ασθενής να έχουν εκπαιδευτεί σωστά στην αντιμετώπιση της νόσου, ώστε να αποφευχθεί νέα κρίση και επανεισαγωγή σε νοσοκομείο. Προς τον σκοπό αυτό απαιτείται συνεχής εκπαίδευση των γονέων και του εφήβου, ώστε να κατανοήσουν τις πρώιμες εκδηλώσεις της κρίσης και να αρχίσουν έγκαιρα την αντιμετώπισή της.

2. Ο ΕΦΗΒΟΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Για τους περισσότερους ασθενείς η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο αποτελεί μια ψυχοπιεστική εμπειρία. Ο έφηβος σύμφωνα με την Rossant (1988) « μπαίνει στο νοσοκομείο μέσα σε ένα κλίμα αγωνίας και επείγουσας κατάστασης. Το επικίνδυνο συχνά οργανικό πρόβλημα αυξάνει το αίσθημα του φόβου. Επιπλέον, για κάποια άτομα η τεταμένη ατμόσφαιρα που επικρατεί μέχρις ότου γίνει η διάγνωση, συμβάλει στην δημιουργία ενός κλίματος τρόμου που μπορεί να επιδεινωθεί από τις συνθήκες υποδοχής και την έναρξη της θεραπείας.» (Σελ.30).

Το γεγονός αυτό και το ότι η ασθένεια επιφέρει στον έφηβο πολλές αλλαγές ξεκινώντας από την αλλαγή του περιβάλλοντος και φτάνοντας μέχρι τη νέα κατάσταση που βιώνει σχετικά με το σώμα του και το πώς έχει αντιληφθεί την αρρώστια, δημιουργεί στο έφηβο πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα τα οποία διαταράσσουν τον ψυχικό και συναισθηματικό τους κόσμο.

Φαίνεται λοιπόν ότι η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο μπορεί να γίνει αφορμή να δημιουργηθούν τραυματικές εμπειρίες τόσο στον ίδιο, όσο και στους γονείς του. Το αποτέλεσμα είναι ότι μπορεί να επηρεαστεί η προσωπικότητα και η ψυχοκοινωνική του εξέλιξη. Βέβαια και οι ενήλικες επηρεάζονται από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

Οι έφηβοι όμως επηρεάζονται όπως επισημαίνει ο Τσιάντης (1993) σε σημαντικότερο βαθμό για τους εξής λόγους:

Ø Το επίπεδο ωριμότητας του εφήβου (συναισθηματική και νοητική), εξαιτίας της οποίας ο έφηβος δεν μπορεί να διεργαστεί εύκολα εσωτερικά τις διάφορες εμπειρίες που βιώνει.

Ø Το γεγονός ότι η προσωπικότητα του δεν έχει πλήρως αναπτυχθεί και τείνει να δίνει δικές του ερμηνείες σε γεγονότα που του συμβαίνουν (σελ 107). Επιπλέον η έκταση του συναισθηματικού τραύματος που θα έχει η εισαγωγή του εφήβου στο νοσοκομείο, εξαρτάται σύμφωνα με τον Illinwsworth (1995) από πολλούς παράγοντες:

- την ηλικία του,
- την προσωπικότητα του,
- τις σχέσεις γονέων-παιδιού στο σπίτι,
- την ψυχολογική προετοιμασία για την είσοδο στο νοσοκομείο,
- το περιβάλλον μέσα στο οποίο θεραπεύεται.

Τον πιο σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα του εφήβου. Μερικοί έφηβοι προσαρμόζονται εύκολα στις νέες συνθήκες, ενώ άλλοι είναι τόσο προσκολλημένοι στους γονείς που υφίστανται μεγάλο κλονισμό όταν τους αποχωριστούν (σελ 450).

Αλλά και η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ γονέων – εφήβων, συνεχίζει ο Illinwsworth (1970), είναι εξίσου σημαντική και μπορεί να επηρεάσει την ομαλή ή μη προσαρμογή του εφήβου στο νοσοκομείο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο έφηβος που παθαίνει μεγάλη αναστάτωση από τον αποχωρισμό με τους γονείς είχε κακή διαπαιδαγώγηση στο σπίτι. (σελ.450).

Το περιβάλλον μέσα στο οποίο νοσηλεύεται ο έφηβος, λέει ο Plinworth, είναι διαφορετικό από το γνώριμο περιβάλλον του σπιτιού του. « Καλείται να συμβιώσει στον ίδιο θάλαμο με άλλα άγνωστα για αυτό πρόσωπα. Κατά αραιά διαστήματα τον επισκέπτεται κάποιος με λευκή μπλούζα τον οποίο ποτέ προηγουμένως δεν είχε δει. Του προσφέρονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα φαγητά τα οποία δεν είχε συνηθίσει ».(σελ. 451)

Από τα παραπάνω είναι επιτακτική η ανάγκη μιας ολοκληρωμένης και ομαδικής προσέγγισης, που θα πρέπει να προσφέρεται στον νοσηλευόμενο έφηβο για την όσο το δυνατόν ελαχιστοποίηση των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλεί η εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

« Η φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού σε επίπεδο βιολογικό, ψυχικό και κοινωνικό, αποτελεί μία πρόσκληση για συλλογική αντιμετώπιση της υγείας του» (Παπαδάτου, 1988, σελ.261)

2.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η νοσοκομειακή νοσηλεία ενός εφήβου, θα πρέπει να εξετάζεται πάντα σε συνάρτηση με την ψυχολογική σημασία και τις επιπτώσεις που έχει για την ενότητα της οικογενειακής μονάδας. Για τους γονείς η εισαγωγή του παιδιού τους στο νοσοκομείο αποτελεί συχνά πηγή αγωνίας και κάποιου συναισθήματος ενοχής.

Η Rossant (1988), αναφέρει « ότι η αγωνία των γονέων σχετικά με την νοσηλεία του παιδιού τους γίνεται πηγή επιθετικότητας που συχνά αντιμετωπίζεται δύσκολα από το προσωπικό υγείας. Αυτή η επιθετικότητα ωστόσο δεν είναι παθολογική. Είναι ένα ένστικτο που συμβάλλει , όπως όλα τα άλλα, στην διατήρηση της ζωής και του είδους». (σελ. 40)

Η ασθένεια του εφήβου είναι ανησυχητική και οι γονείς την αισθάνονται ως μία προσωπική επίθεση στην οποία ανταποκρίνονται με επιθετικότητα, είτε προς το προσωπικό υγείας, είτε προς τον εαυτό τους, είτε και αυτό είναι το χειρότερο, προς τον άρρωστο έφηβο.

Παράλληλα, συνεχίζει η Rossant (1988) « το να βάλει κανείς το παιδί του στο νοσοκομείο, είτε αιφνιδίως, είτε ακολουθώντας κάποια ιατρική εντολή, σημαίνει το να το στερηθεί και να το τοποθετήσει συνειδητά μέσα σε έναν ύποπτο και εχθρικό για τους γονείς, κόσμο. Ως εκ τούτου, αιωρείται ο φόβος ότι θα περάσουν σε δεύτερο πλάνο όσον αφορά την αγάπη του παιδιού τους. Η μητέρα υποφέρει όχι μόνο γιατί αποχωρίζεται το παιδί της αλλά και εξαιτίας της ανικανότητας της σε σχέση με το προσωπικό που φροντίζει το παιδί (σελ. 49).

Επιπλέον, σύμφωνα με την Rossant οι γονείς όταν φέρνουν το παιδί τους στο νοσοκομείο απαιτούν γρήγορη και αποκλειστική αντιμετώπιση, δεν ανέχονται να περιμένουν με αποτέλεσμα να δημιουργείται μία αντίθεση ανάμεσα στην απαίτηση των γονέων για άμεση αντιμετώπιση του αρρώστου παιδιού τους και στην δουλειά του προσωπικού. Δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν ότι το πολύτιμο για αυτούς πλάσμα που μετράει όσο τίποτα στον κόσμο αντιμετωπίζεται από το προσωπικό υγείας σαν ένας άρρωστος μεταξύ άλλων. (σελ. 58)

2.2 Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Σε αντίθεση με την ύπαρξη ενός οξέος προβλήματος υγείας που απαιτεί μία σύντομη νοσηλεία, η διάγνωση μίας χρόνιας αρρώστιας έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ζωή του εφήβου αλλά και της οικογενείας του και αυτό γιατί αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ζωής.

Τα ψυχολογικά προβλήματα που θα προκύψουν εξαιτίας της χρόνιας αρρώστιας, λέει η Παπαδάτου (1988), δεν βρίσκονται μέσα στο ίδιο το παιδί αλλά είναι συνάρτηση των σχέσεων του με την οικογένεια, το προσωπικό και το κοινωνικό περιβάλλον που επηρεάζεται αναμφισβήτητα από την αρρώστια.

Κάθε άτομο αμύνεται με τον δικό του προσωπικό τρόπο για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που δημιουργούνται από το χρόνιο stress που επιβάλλει η κατάσταση της υγείας του (σελ. 260).

Έτσι, συνεχίζει η Παπαδάτου, « μερικοί έφηβοι στην προσπάθειά τους να ξεπεράσουν τα συναισθήματα μειονεξίας που δημιουργεί η χρόνια αρρώστια και τους περιορισμούς που επιβάλλει, διοχετεύουν την ενεργητικότητά τους και διακρίνονται σε ορισμένους τομείς (καλλιτεχνικό, πνευματικό, κοινωνικό). Ενώ άλλοι έφηβοι αποσύρονται, κλείνονται στον εαυτό τους και δέχονται παθητικά την υπερπροστασία των γονέων, δημιουργώντας έτσι σχέση εξάρτησης (σελ 260).

Ως εκ τούτου, η Παπαδάτου (1988) τονίζει ότι έφηβοι με χρόνιο πρόβλημα υγείας βιώνουν έντονα και αντιφατικά συναισθήματα:

- Νιώθουν ντροπή γιατί διαφέρουν από τους συνομηλίκους τους και γιατί συχνά κουβαλούν το « στίγμα » της αρρώστιας, δημιουργώντας έγνοιες στην οικογένεια τους.
- Νιώθουν υπερηφάνεια γιατί η κατάσταση της υγείας τους, τους παρέχει μία ξεχωριστή θέση στο κέντρο της προσοχής και της αγάπης του περιβάλλοντος (σελ. 260).

Επιπλέον, όπως αναφέρει η Λιακοπούλου (1994) « πολλοί έφηβοι κρατούν μυστική την ύπαρξη της χρόνιας ασθένειας με αποτέλεσμα να ντρέπονται για τον εαυτό τους και να προσπαθούν να αποδείξουν μερικές φορές με αυτοκαταστροφικό τρόπο, ότι δεν είναι διαφορετικοί από τους άλλους εφήβους.

Αυτή η ντροπή για τον εαυτό τους αυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα με την αντίδραση του εκπαιδευτικού και των άλλων παιδιών στο σχολείο αλλά και από την στάση της κοινωνίας, η οποία συχνά θεωρεί τους εφήβους αυτούς ως άτομα δεύτερης κατηγορίας (σελ. 434).

Αυτή η μυστικότητα αναφορικά με την ασθένεια, συνεχίζει, η Λιακοπούλου (1994) ,είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη στην χώρα μας, παρότι δεν αποτελεί μόνο ελληνικό φαινόμενο. Γεγονός που υποδεικνύει την αλλαγή της νοοτροπίας και ευαισθητοποίησης όχι μόνο των γονέων και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, ώστε να πάνε να επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους περισσότερο στις ατέλειες των πασχόντων και να υποτιμούν τις δυνατότητες εξέλιξης τους» (σελ 434).

2.3 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η φάση ανάπτυξης που βρίσκεται το παιδί όταν πρωτοεμφανιστεί μία χρόνια αρρώστια, είναι στενά συνδεδεμένη με τον τρόπο αντίδρασης και προσαρμογής που θα υιοθετήσει απέναντι σε αυτήν, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που θα προκύψουν. Έτσι σύμφωνα με τα πρακτικά του Συνεδρίου της Ελληνική Εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής (1998):

Στην εφηβεία ντρέπονται για την αρρώστια τους, για τους περιορισμούς που του επιβάλλει ή για το κοινωνικό στίγμα που τη συνοδεύει. Ανησυχούν για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αρρώστια στα εκπαιδευτικά ή επαγγελματικά τους σχέδια αλλά και για την πιθανότητα που θα έχουν να παντρευτούν και να γίνουν γονείς. Επιπλέον έχουν μία σύγχυση για την ταυτότητα και την μελλοντική τους ανεξαρτησία. Εμφανίζουν μεγάλες αλλαγές διάθεσης, αισθήματα ανεπάρκειας, απελπισίας και έλλειψης βοήθειας, στερεοτυπική συμπεριφορά, προσκόλληση σε τελετουργίες και παροδικές υποχονδριακές σκέψεις.

Επίσης φοβούνται το θάνατο και μερικές φορές λειτουργούν προκλητικά με επικίνδυνη, παραπρωματική και αντικοινωνική συμπεριφορά. Ως εκ τούτου στα παιδιά με χρόνια νοσήματα διαταράσσεται η εικόνα εαυτού που είναι στενά συνδεδεμένη με την εικόνα του σώματος που είναι ο πυρήνας πάνω στον οποίο χτίζεται η ταυτότητα του παιδιού, η οποία επηρεάζεται από τις εμπειρίες τους και την στάση του περιβάλλοντος και συνδέεται άμεσα με την αυτοπεποίθηση του (σελ. 18).

2.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ

Η χρόνια αρρώστια του παιδιού σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995) αποτελεί « βαρύ ναρκισσιστικό πλήγμα για τους γονείς και οι αντιδράσεις κατά την περίοδο της διάγνωσης ποικίλουν (σελ. 228).

Αρχικά οι γονείς στην πρώτη διάγνωση του γιατρού ότι το παιδί τους πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα, βιώνουν τα ακόλουθα συναισθήματα : “ δεν μπορεί να είναι αλήθεια”, “ δεν μπορεί να συμβαίνει σε αυτούς”, “ δεν μπορεί να συμβαίνει στο παιδί τους”. Η άρνηση μπορεί να διαρκέσει βδομάδες ή μήνες και συνδέεται με ασυνείδητο αίσθημα ενοχής. Υπάρχουν παράπονα για ανεπαρκή πληροφόρηση και αναζήτηση

“ αναζήτηση δεύτερης γνώμης” (Πρακτικά Συνεδρίου-Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής, 1989, σελ.18).

Ακολουθεί « η φάση του φόβου και της απογοήτευσης, στην οποία αρχίζουν να αποδέχονται την πραγματικότητα και να “θρηνούν” για την αρρώστια του παιδιού. Έχουν ενοχές και κατηγορούν τον εαυτό τους για την αδυναμία τους να προστατέψουν το παιδί. Η κατηγορία μπορεί να προβάλλεται στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό ακόμα και για την μη απάντηση του παιδιού στην θεραπεία. Επιπλέον το φταίξιμο μπορεί να προβάλλεται στο σύντροφο τους, με αποτέλεσμα οι σχέσεις του ζευγαριού να περνούν κρίση »(ο.π. σελ.19) .

Τέλος, « μετακινούνται στην φάση της λογικής αποδοχής και του σχεδιασμού στην οποία αποδέχονται την κατάσταση και τους περιορισμούς του παιδιού, χειρίζονται μόνοι τους τις ανησυχίες στην αποκατάσταση του και στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανεξαρτητοποίηση του ».(ο.π. σελ .19).

Σύμφωνα με την Παπαδάτου η γονεϊκή τους ταυτότητα απειλείται γιατί δεν στάθηκαν « ικανοί» να φέρουν στον κόσμο ένα υγιές παιδί ή δεν κατάφεραν να το προστατεύσουν. Παράλληλα απειλείται η φιλοσοφία τους για την ζωή, οι αξίες, τα όνειρα και οι προσδοκίες τους. Βρίσκονται αντιμέτωποι με σημαντικές αναθεωρήσεις και ριζικές αλλαγές που επηρεάζουν την υπόσταση και την δομή της Οικογένειας (σελ. 228).

Ως εκ τούτου, σύμφωνα με τα πρακτικά του συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής (1989), μία από τις μεγαλύτερες δυσκολίες που συναντούν οι γονείς που έχουν παιδί που πάσχει από χρόνιο νόσημα είναι πώς να χειριστούν τις ανάγκες του για εξάρτηση- ανεξαρτητοποίηση. Έτσι υπάρχουν γονείς που απομονώνουν τα παιδιά τους και δεν τα βοηθούν να « βγουν έξω» φυσικά, κοινωνικά και ακαδημαϊκά και άλλη τα σπρώχνουν σε μη ρεαλιστική ανεξαρτητοποίηση (σελ.19).

Το σημαντικότερο όμως πρόβλημα που προκύπτει, λει η Παπαδάτου (1995), είναι ότι οι περισσότεροι γονείς στην Ελλάδα και τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού υιοθετούν μία προστατευτική στάση και αποφεύγουν να μιλήσουν ανοιχτά με τον έφηβο για την αρρώστια, με αποτέλεσμα ο έφηβος να στερείται ουσιαστικής υποστήριξης και να εγκλωβίζεται μέσα σε ένα κλίμα προσποίησης (σελ. 230).

Επιπλέον όπως επισημαίνει η Λιακοπούλου (1994) « οι αντιδράσεις των γονέων θα επηρεαστούν και από την ύπαρξη κοινωνικού δικτύου πρόθυμο να τους υποστηρίξει, το οποίο συνήθως αποτελείται από τους συγγενείς, τους φίλους, τους ιατρούς του νοσοκομείου, το προσωπικό των κοινωνικών υπηρεσιών και του σχολείου. Το καλά οργανωμένο κοινωνικό δίκτυο μπορεί

να βοηθήσει στις στιγμές των οξέων οικογενειακών προβλημάτων αλλά και στην κοινωνική προσαρμογή του εφήβου μετά την οξεία φάση (σελ.435).

2.5 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΔΕΛΦΩΝ

Συνήθως ο ένας γονιός και συχνά η μητέρα σύμφωνα με την κα.Παπαδάτου (1995), όταν έχει ένα παιδί με χρόνια νόσημα, αναπτύσσει μία στενή σχέση μαζί του. Συγκεκριμένα η μητέρα μονοπωλεί σε μεγάλο βαθμό την παροχή υποστήριξης προς το παιδί στις κρίσιμες φάσεις της αρρώστιας. Δημιουργεί έναν μικρόκοσμο μέσα στο οποίο απομονώνεται μαζί με το παιδί της, γεγονός που διαταράσσει την δυναμική των σχέσεων μέσα στα μέλη της οικογένειας (σελ.230).

Οι αλλαγές αυτές όπως επισημαίνεται στα πρακτικά του συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής (1989), επηρεάζουν τα αδέλφια του άρρωστου παιδιού που νιώθουν εγκαταλειμμένα: «Μπορεί να ζηλεύουν, να απαιτούν, να παραπονιούνται, να έχουν επιθετική και καταστροφική συμπεριφορά και μαθησιακές δυσκολίες. Τα μικρότερα αδέλφια υποκρίνονται ότι έχουν την ίδια αρρώστια με τα μεγαλύτερα και οι έφηβοι μπορεί να αναπτύξουν υποσυνείδητα συμπτώματα μετατροπής, παρόμοια με αυτά του άρρωστου εφήβου. Μπορεί να αναπτύξουν στάση και συμπεριφορά αυτοθυσίας ή να είναι μνησικάκα και αρνητικά»(σελ.20).

Παράλληλα η Παπαδάτου (1995) αναφέρει ότι αυτή η παρατεταμένη παραμέληση των αναγκών τους μπορεί να έχει σοβαρές και μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη. Γεγονός που υποδεικνύει την αναγκαιότητα έκφρασης και συζήτησης μέσα στην οικογένεια αυτών των συναισθημάτων (σελ.231).

2.6 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Καταρχήν η αρρώστια είναι για τον έφηβο μία πρωτόγνωρη κατάσταση. Ίσως είναι η πρώτη φορά που αφήνει το γνωστό, ζεστό περιβάλλον του σπιτιού και βρίσκεται ξαφνικά σε έναν άγνωστο χώρο με μία ομάδα αγνώστων ατόμων να το περιβάλλουν.

Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995), ο έφηβος στις δύσκολες αυτές στιγμές της ζωής του, προσπαθεί να στηριχθεί από τους γονείς του, τους οποίους θεωρεί ικανούς να τον προστατέψουν από κάθε δυσκολία. Με την εισαγωγή του όμως στο νοσοκομείο ο έφηβος δέχεται αντιφατικά μηνύματα από τους γονείς του, από την μία τον προτρέπουν να αφεθεί στην φροντίδα αγνώστων που του προκαλούν φόβο και από την άλλη λόγω του δικού τους άγχους και ανησυχίας, δυσκολεύονται να του προσφέρουν την κατάλληλη υποστήριξη. « Στις κρίσιμες αυτές στιγμές οποιαδήποτε παρέμβαση είναι σημαντικό να αποβλέπει στην ψυχολογική υποστήριξη τόσο του παιδιού, όσο και του γονιού που βρίσκεται στο πλευρό του (σελ.205).

Παράλληλα η Παπαδάτου (1995) αναφέρει ότι « για να είναι αποτελεσματική η συναισθηματική στήριξη του εφήβου, πρέπει να είναι στα πλαίσια μίας συλλογικής συνεργασίας. Το προσωπικό υγείας να διευκρινίζει ποιος είναι ο συγκεκριμένος ρόλος και τα καθήκοντα που μπορεί να αναλάβει ο γονιός για την φροντίδα του εφήβου, προκειμένου να συμβάλλουν όλοι μαζί στην μείωση των αρνητικών επιπτώσεων που προκαλεί το νοσοκομειακό περιβάλλον στον έφηβο» (σελ.207).

2.7 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Οι έφηβοι αν και είναι σε θέση να κατανοήσουν την αναγκαιότητα εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο, πολλές φορές στην προσπάθεια τους να ξεπεράσουν το άγχος που τους προκαλεί η άγνοια και η αβεβαιότητα, δίνουν τις δικές τους ερμηνείες σε κάθε καινούρια εμπειρία βασιζόμενοι σε όσα γνωρίζουν από το παρελθόν. Με αποτέλεσμα οι εξηγήσεις που δίνουν πολλές φορές για την κατάστασή τους να είναι πιο τρομακτικές από την ίδια την πραγματικότητα.

Κατά την Παπαδάτου (1988) « η ενημέρωση όσο και η προετοιμασία συμβάλλουν στην απομυθοποίηση ορισμένων λαθεμένων ερμηνειών που δίνει ο έφηβος στις εμπειρίες που βιώνει. Με τον τρόπο αυτό αποκτά την αίσθηση ότι έχει κάποιον έλεγχο πάνω σε γεγονότα που μπορεί πια να προβλέψει ότι θα συμβούν. Συγχρόνως αντιλαμβάνεται ότι οι ενήλικες που τον ενημερώνουν έχουν καλές προθέσεις, εφόσον τον υπολογίζουν και τον σέβονται » (σελ.258).

Παράλληλα τονίζει ότι « η κατάλληλη χρονική στιγμή, όπως και η μέθοδος και το περιεχόμενο της συζήτησης, πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε ασθενή και να σχετίζονται:

- α) με την ηλικία του,
- β) το στάδιο της νοητικής του ανάπτυξης,
- γ) την προσωπικότητα του,
- δ) το οικογενειακό του περιβάλλον,

ε) την οργανική και ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται,

στ) τις συγκεκριμένες ανάγκες που εκφράζει όσον αφορά την πληροφόρηση του σε θέματα υγείας.

Επιπλέον είναι απαραίτητο ο διάλογος να γίνεται τόσο σε ένα λεκτικό όσο και σε ένα μη λεκτικό επίπεδο, μια και τις περισσότερες φορές οι έφηβοι χρησιμοποιούν έμμεσους και συμβολικούς τρόπους (π.χ. ζωγραφιές) για να εκφράσουν όσα τους απασχολούν» (ο.π. σελ. 258).

2.8 ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Κατά την διάρκεια παραμονής του εφήβου στο Νοσοκομείο, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συχνά απαιτεί από τον έφηβο να είναι « ήσυχος», να συμμετέχει παθητικά στις θεραπευτικές διαδικασίες. Δηλαδή να γίνει «παράδειγμα προς μίμηση» ώστε να μην δημιουργεί κανένα πρόβλημα. Αυτό όμως δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την προσαρμογή του στο Νοσοκομειακό περιβάλλον, συνάμα με τους περιορισμούς που επιβάλλει η αρρώστια και η θεραπεία της.

Για να μπορέσει όμως ο έφηβος να προσαρμοστεί στο άγνωστο περιβάλλον και να συνεργαστεί, χρειάζεται σύμφωνα με την Παπαδάτου (1988) «μία ριζική αναθεώρηση των προσδοκιών που έχει το προσωπικό σχετικά με τον ρόλο που μπορεί να παίξει κάθε νοσηλεύόμενος έφηβος στην αποκατάσταση της υγείας του. Όταν οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες τον ενθαρρύνουν να συμμετέχει ενεργητικά στην φροντίδα του εαυτού του και τον βοηθούν να αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις και ικανότητες, όταν τον προτρέπουν να αναλάβει ευθύνες και να συμμετέχει με “αποφάσεις”, συμβάλλουν ουσιαστικά στην ενεργοποίηση και αξιοποίηση του δυναμικού που διαθέτει κάθε έφηβος. Επιπλέον η νοσηλεία μπορεί να αποτελέσει μία εκπαιδευτική εμπειρία, μέσα από την οποία καλλιεργείται η αυτοπεποίθηση του εφήβου μπροστά στις δύσκολες καταστάσεις της ζωής, συμβάλλοντας έτσι στην ταχύτερη ωρίμανση του » (σελ.259).

2.9 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Μέσα στον χώρο του νοσοκομείου ο έφηβος είναι δυνατό να βιώσει συναισθηματικά έντονες εμπειρίες, οι οποίες δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την παραμονή του σε αυτό. Οι εμπειρίες αυτές μπορεί να έχουν σχέση τόσο με την ατμόσφαιρα που επικρατεί στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα σε μέρη εφημερίας και οι οποίες αυξάνουν το άγχος και τον πανικό του. Ιδιαίτερα όταν νοσηλεύεται σε θάλαμο με πολλούς εφήβους ή καταλήγει σε ένα κρεβάτι στον διάδρομο.

Από την άλλη πλευρά το προσωπικό λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας, γίνεται απότομο στην συμπεριφορά του και απρόθυμο στην επικοινωνία μαζί του. Όλα αυτά, σε συνάρτηση με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, επιδρούν αρνητικά και επιδεινώνουν την ψυχολογική του κατάσταση. Για να μπορέσει όμως ο έφηβος να επεξεργαστεί αυτό που βιώνει, είναι απαραίτητο σύμφωνα με την Παπαδάτου (1988) «να δίνεται η ευκαιρία στον έφηβο να μπορεί να εκφράσει και να επεξεργάζεται τις έντονες νοσοκομειακές εμπειρίες του μέσω του παιχνιδιού.

Μέσα στον ασφαλή κόσμο του παιχνιδιού μπορεί να μεταφέρει τις εμπειρίες και τα συναισθήματα που βιώνει καθημερινά στα πλαίσια του νοσοκομείου. Εκφράζει ελεύθερα το θυμό, το φόβο και την χαρά του» (σελ.259).

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι όταν υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις, μειώνεται το ποσοστό της προβληματικής συμπεριφοράς. Το άγχος και ο φόβος των εφήβων για το Νοσοκομείο, μπορεί να καταπολεμηθεί με την βοήθεια της έγκαιρης ψυχολογικής προετοιμασίας-υποστήριξης- παρέμβασης .

Για να μπορέσουν όμως όλα αυτά να γίνουν πραγματικότητα, χρειάζεται « η συλλογική ενεργοποίηση» όλων των εμπλεκομένων με τον νοσηλευόμενο έφηβο και η πρόκληση αυτή αφορά τόσο τους γονείς όσο και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.

1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας οργάνωσης υγείας : « Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου και αναπηρίας ». Γεγονός που δείχνει ότι το ιατροκεντρικό πρίσμα με το οποίο αντιμετωπιζόταν μέχρι τώρα η υγεία, έχει δώσει την θέση του στην κοινωνική διάσταση του όρου, έτσι ώστε όταν μιλά κανείς για την Υγεία να εννοεί ένα κοινωνικό αγαθό.

Η «υγεία» λοιπόν σαν τομέας επιστημονικής δραστηριότητας και σαν κοινωνικό αγαθό, ενδιαφέρει ιδιαίτερα την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας και τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Ως εκ τούτου, σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας σύμφωνα με την Αγάθωνος- Μουρούζη (1980) είναι « η μελέτη και η αντιμετώπιση των πολλών και ποικίλων κοινωνικών και προσωπικών προβλημάτων που παρουσιάζουν άτομα ή ομάδες ατόμων, δεδομένου ότι συχνά τα κοινωνικά προβλήματα συνυπάρχουν με τα προβλήματα υγείας, άλλοτε σαν συνέπεια και άλλοτε σαν αιτία ψυχοκοινωνικών δυσκολιών» (σελ.171).

Είναι προφανές ότι ο άνθρωπος πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν όλο και κανείς δεν μπορεί να πει ότι την ευθύνη της υγείας την έχει κατ' αποκλειστικότητα ο γιατρός. Την ευθύνη της υγείας την έχουν όλοι και πάνω απ' όλα το ίδιο το άτομο.

Όλα τα προβλήματα υγείας εκτός από την ιατρική τους πλευρά, έχουν και την κοινωνική τους διάσταση και οι

λύσεις θα βρεθούν μόνο με μία διεπιστημονική προσέγγιση.

1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Κατά το προεδρικό διάταγμα 891/1978 “ Περί καθορισμού αντικειμένου εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών” , καθορίζεται ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα συμβάλλει:

« Στην πρόληψη ή αντιμετώπιση προβλημάτων που δημιουργούνται λόγω κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας του ατόμου, ή οφείλονται στην προσωπικότητα του ή σε δυσμενείς καταστάσεις που επικρατούν στο περιβάλλον του και οι οποίες καθιστούν δυσχερή την διάγνωση και θεραπεία του ατόμου» (ΦΕΚ 213/Α/78).

Σύμφωνα με την Μιχοπούλου (1984), το έργο του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας, συνίσταται αφενός στην διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που αποτελούν γενεσιουργούς λόγους των προβλημάτων του ατόμου και αφετέρου στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και βοηθητικού χαρακτήρα τόσο προς τον ασθενή, όσο και προς τους οικείους του, με στόχο την επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και την ομαλή επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Οι δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της υγείας αναπτύσσονται μέσα στα πλαίσια συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας που συνίσταται στο νοσηλευτικό ίδρυμα (σελ.282).

Η εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο, δεν είναι ποτέ ευχάριστη για αυτόν. Τον κάνει να νιώθει ξένος μέσα σε άγνωστο περιβάλλον που λειτουργεί με δικούς του κανόνες και αγνώστους για το άτομο ρυθμούς, το

οποίο νιώθει σαν αντικείμενο στην όλη διαδικασία λειτουργίας του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται λοιπόν κοντά στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αφενός για να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια του και αφετέρου για να βοηθήσει το προσωπικό να αντιμετωπίσει το άγχος και την συναισθηματική κατάσταση του.

Σύμφωνα με τα πρακτικά του Γ΄ Πανελληνίου Συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε ένα νοσοκομειακό πλαίσιο είναι υποστηρικτικός και θεραπευτικός.

« Είναι υποστηρικτικός με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης, τόσο του ασθενή όσο και της οικογενείας του, με την έννοια της προσφοράς ουσιαστικής βοήθειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ασθένεια του. Όσον αφορά το θεραπευτικό σκέλος, ο Κοινωνικός Λειτουργός συμβάλλει στο ιατρικό έργο με την συλλογή στοιχείων κοινωνικού ιστορικού» (Βασικά Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας, Παπαφλέσσα 1984, σελ.282).

επιπλέον, όπως επισημαίνεται, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην επικοινωνία μεταξύ ασθενούς- οικογενείας. Μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια του να επικοινωνήσουν, όταν αυτοί οι δύο εξαιτίας των έντονων συναισθημάτων θλίψης, λύπης, επιθετικότητας και απογοήτευσης που βιώνουν έχουν χάσει την επαφή τους.

Επίσης η σοβαρότητα της ασθένειας, η επείγουσα κατάσταση για ιατρική φροντίδα και η συναισθηματική εμπλοκή της οικογένειας και του προσωπικού, θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την επικοινωνία

μεταξύ οικογενείας, ασθενούς και ιατρικού προσωπικού, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να λειτουργήσει σαν γέφυρα ανάμεσα τους (ο.π. σελ.283).

Επομένως η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομειακό πλαίσιο είναι μία δουλειά που απαιτεί ανάληψη πρωτοβουλιών και υπευθυνότητα για να ανταπεξέλθει κανείς ικανοποιητικά.

1.2 ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η ασθένεια είναι μία τραυματική εμπειρία για όλους, πόσο μάλλον για τον έφηβο που είναι ένα ξεχωριστό άτομο με δική του προσωπικότητα και μηχανισμούς άμυνας. Η αρχή αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία να παραμένει ζωντανή σε όλους όσους ασχολούνται με τον έφηβο. Εδώ ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι καθοριστικός. Για αυτό χρειάζεται αφ' ενός μεν να έχει αυτογνωσία και αφετέρου να είναι ικανός να αναγνωρίζει και να ερμηνεύει την στάση και την συμπεριφορά των αρρώστων εφήβων.

Για να το πετύχει πρέπει σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί να οπλιστεί θεωρητικά και πρακτικά.

Ø Οι θεωρητικές γνώσεις αφορούν κυρίως:

- Τις φάσεις ανάπτυξης και τις ανάγκες του παιδιού από την εμβρυϊκή ζωή μέχρι τέλος της εφηβείας.
- Τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη του και που είναι καθοριστικοί για το παρόν και το μέλλον του.
- Συνειδητοποίηση ότι η έννοια της “υγείας” δεν είναι απλά η απουσία νόσου αλλά η πλήρη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία, που για να επιτευχθεί απαιτείται πλήρης συνεργασία των ατόμων που ασχολούνται με παιδιά και εφήβους.

Ø Από πρακτικής άποψης :

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε μία παιδιατρική κλινική θα πρέπει να γνωρίζουν ότι το περιβάλλον του Νοσοκομείου είναι ιδιαίτερα οδυνηρό για τον έφηβο και να έχουν φροντίσει πάντα σε συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό του Νοσοκομείου για τα εξής:

- Το φυσικό περιβάλλον. Καθώς μπαίνει για πρώτη φορά στην Παιδιατρική νοσηλευτική μονάδα ο έφηβος μπορεί να τρομάξει αν μοιάζει με μία νοσηλευτική μονάδα ενηλίκων. Ενώ χρωματισμένοι και ζωγραφισμένοι τοίχοι, παιχνίδια, απομακρύνουν τον φόβο του.
- Δημιουργία ειδικών προγραμμάτων απασχόλησης των εφήβων κατά την διανομή τους στο Νοσοκομείο, όπως προγράμματα παιγνιοθεραπείας. Η μέθοδος της παιγνιοθεραπείας χρησιμοποιεί τα παιχνίδια για την ενίσχυση της θεραπευτικής αγωγής και την ψυχολογική τόνωση του εφήβου. Άλλη ψυχολογική μέθοδος είναι η χρήση βιβλίου.
- Οι έφηβοι που πάσχουν από βαριά χρόνια ασθένεια αποτελούν ξεχωριστές ομάδες, τις οποίες χρειάζεται να φροντίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι τόσο με απευθείας συνεργασία με τους εφήβους, όσο και με τις ομάδες των γονέων τους.

Είναι επιπλέον σημαντικό ο Κοινωνικός Λειτουργός να γνωρίζει σύμφωνα με την Παπαδάτου (1988) ότι οι εξηγήσεις που θα δοθούν στον έφηβο σχετικά με το τι

του συμβαίνει και για όσα πρόκειται να αντιμετωπίσει, πρέπει να εξατομικεύονται και να συσχετίζονται με την ηλικία του, το στάδιο της νοητικής του ανάπτυξης, την προσωπικότητα του, το οικογενειακό του περιβάλλον καθώς και την οργανική και ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται (σελ.258).

Ο έφηβος, συνεχίζει η Παπαδάτου (1988), είναι σε θέση να κάνει υποθετικούς συλλογισμούς και γενικεύσεις και επομένως μπορεί να συνειδητοποιήσει ότι η αρρώστια του οφείλεται σε πολλές διαφορετικές αιτίες. Τέλος, ο έφηβος μπορεί να κατανοήσει ιατρικές ερμηνείες της αρρώστιας και να υπομένει μία πρόσκαιρη δυσφορία που του προκαλεί η θεραπεία, γνωρίζοντας ότι μακροπρόθεσμα θα ανακουφιστεί (σελ. 258).

Είναι απαραίτητο ο διάλογος, λει η Παπαδάτου (1988) « να γίνεται τόσο σε λεκτικό, όσο και σε μη λεκτικό επίπεδο μιας και τις περισσότερες φορές οι έφηβοι χρησιμοποιούν έμμεσους και συμβολικούς τρόπους (μέσα από τις ζωγραφιές, την συμπεριφορά τους) για να εκφράσουν όσα τους απασχολούν» (ο.π. σελ. 258).

Επομένως η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού για να βοηθήσει τον έφηβο να προσαρμοστεί στην νέα του κατάσταση, είναι πολύ σημαντική και επιτυγχάνεται με την σωστή:

- προετοιμασία,
- ενημέρωση,
- προτροπή να συμμετέχει ενεργά στην θεραπεία,
- υποστήριξη τόσο στον έφηβο όσο και στους γονείς του.

Ως εκ τούτου η Παπαδάτου (1995) επισημαίνει ότι εφόσον ο έφηβος αποτελεί αναπόσπαστο μέλος του οικογενειακού συνόλου, η ψυχική φροντίδα που παρέχεται πρέπει να συμπεριλαμβάνει όλα τα μέλη της

οικογενείας που επηρεάζονται εξίσου από την εμπειρία μίας ασθένειας. Παράλληλα με την ιατρική προσέγγιση, η κατάλληλη ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να αρχίζει από την στιγμή που θα ανακοινωθεί η διάγνωση και σε όλη την πορεία της ασθένειας. Το προσωπικό και ιδιαίτερα ο κοινωνικός λειτουργός και ο ψυχολόγος, θα πρέπει να παρέχουν αυτή την βοήθεια, να ενθαρρύνουν μια ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των γονιών (σελ.207).

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην εξέλιξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης. Για αυτό θα πρέπει όλοι τους, γιατροί, νοσοκόμες, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί, να είναι ειλικρινείς, ενθαρρυντικοί, συζητήσιμοι και κατανοητοί στις απαιτήσεις και στις οδηγίες που δίνουν στους γονείς του παιδιού.

« Είναι σημαντικό να ξέρουν ότι ο τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη μίας οικογενείας, είναι ο σπουδαιότερος παράγοντας που προκαθορίζει το πόσο αποτελεσματικά θα προσαρμοστεί η οικογένεια στο ψυχικό stress και το πόσο πρόθυμα θα συνεργαστεί με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Έτσι λοιπόν, μία ανοιχτή επικοινωνία, ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων, βοηθά στην δημιουργία σχέσεων αλληλοβοήθειας, συμπαράστασης και κατανόησης μεταξύ των μελών της οικογενείας. Αντίθετα η αποσιώπηση και η έλλειψη επικοινωνίας, δημιουργούν σχέσεις βασισμένες σε φόβο, λύπηση και εξάρτηση ή σε συναισθήματα έντασης και επιθετικότητας που οδηγούν σε απομάκρυνση.» (Παπαδάτου, 1982, σελ.64).

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει κάθε περίπτωση να την αντιμετωπίσει με όλα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, για αυτό του είναι απόλυτα χρήσιμες γενικότερες

πληροφορίες γύρω από την μορφωτική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Αυτές θα δώσουν την βάση και το πλαίσιο του προβλήματος και θα προσδιορίσουν την αρχική παρέμβαση. Μία οικογένεια που τα μέλη της έχουν καλές σχέσεις μεταξύ τους, θα χρειαστεί υποστήριξη μικρότερου χρόνου. Μία οικογένεια με λιγότερο καλές σχέσεις, θα χρειαστεί περισσότερη υποστήριξη. Και τέλος μία οικογένεια με διαταραγμένες σχέσεις, θα χρειαστεί πολύπλευρη βοήθεια.

Επίσης σκοπός του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να βοηθήσει την οικογένεια να ακολουθήσει μία φυσιολογική πορεία κατά την διάρκεια της αρρώστιας του εφήβου και να βρίσκεται σε μία ισορροπία. (Τσαντίλη, 1979, σελ.48).

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ωθεί τους γονείς να μην αποκλείουν τις δραστηριότητες τους για χάρη της αποκλειστικής παρουσίας τους κοντά στον άρρωστο έφηβο.

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται πόσο σημαντική είναι η ύπαρξη του κοινωνικού λειτουργού για να προσθέσει και αυτός παράλληλα με τους άλλους ειδικούς στο χώρο της υγείας το λιθαράκι του, για την όσο το δυνατόν ομαλή προσαρμογή του εφήβου και της οικογένειας του στο νοσοκομειακό περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί η γρήγορη ανάρρωση του.

Γιατί σύμφωνα με την Καρατζά (1984), « η υγεία δεν είναι πια ευθύνη ενός ή δύο επαγγελματιών, μίας ειδικότητας ή ενός θεραπευτικού κέντρου, αλλά είναι μία συντονισμένη συλλογική προσπάθεια ατόμων που προέρχονται από διαφορετικά επαγγέλματα στον ευρύ χώρο της υγείας και που έχουν τον ίδιο κοινό σκοπό» (σελ. 285).

1.3 ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΕΦΗΒΩΝ ΑΠΟ Κ.Λ.

1. Το παιχνίδι.

- Η σημασία του παιχνιδιού για τον Κ.Λ.

Το παιχνίδι για τον Κ.Λ. σαν «μέσο διαγνωστικό και θεραπευτικό» έχει μεγάλη αξία διότι εκφράζει τις βαθύτερες τάσεις, τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις επιθυμίες του εφήβου και τις προβάλλει προς τα έξω. Παρατηρώντας την συμπεριφορά του εφήβου όταν παίζει, είναι δυνατόν να διαγνώσει ο Κ.Λ. το μέγεθος της κοινωνικότητας του, να εντοπίσει στοιχεία του χαρακτήρα του, απωθημένες επιθυμίες, παλιές εμπειρίες από την ιδιωτική του ζωή ακόμα και προβλήματα του.

Σαν θεραπευτικό μέσο πάλι, χρησιμοποιείται κάτω από μία άποψη «καθαρτική». Το τρέξιμο π.χ. (όπου οι αντίπαλοι δεν αντιμετωπίζονται απευθείας), επιτρέπει την εκτόνωση επιθετικών ενστίκτων χωρίς κίνδυνο. (Φιλιππίδου, Μέσα Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Κοινωνικής Εργασίας, σελ.15).

- Ομαδικά παιχνίδια εφηβικής ηλικίας.

Την εποχή αυτή το άτομο ανακαλύπτει τον κόσμο, προβληματίζεται γύρω από την σκοπιμότητα των αξιών, εξετάζει το κάθε τι αναζητώντας να σχηματίσει μία ιδέα για το τι είναι ο «κόσμος» από την μία και ποιος είναι ο ίδιος από την άλλη. Σε περίπτωση που πάσχει από χρόνιο πρόβλημα υγείας όπως το άσθμα και έχει αναγκαστεί να παραμείνει στο νοσοκομείο για κάποιο διάστημα, ο έφηβος αντιμετωπίζει προβλήματα ταυτότητας, θυμού

και σύγχυσης. Ο Κ.Λ. μπορεί να βοηθήσει το άτομο αυτής της ηλικίας να εκφράσει και να συνειδητοποιήσει τα προβλήματα του με πολλούς τρόπους: με την συζήτηση, την δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία.

Υπάρχουν δύο είδη ομαδικών παιχνιδιών για εφήβους:

A) πνευματικά ομαδικά.

B) παιχνίδια γνώσεων

(ο.π. σελ.39)

2. Η σημασία της μουσικής για τον έφηβο.

Για την διάπλαση της προσωπικότητας, η σημασία της μουσικής είναι μεγάλη, γιατί επενεργεί άμεσα στον συναισθηματικό κόσμο του ανθρώπου, ιδιαίτερα όταν ο κόσμος αυτός βρίσκεται σε σύγχυση όπως του εφήβου με άσθμα.

Η μουσική με το να βοηθά στην έκφραση των συναισθημάτων, θετικών ή αρνητικών, συντελεί στην ανάπτυξη μίας όσο το δυνατόν πιο ισορροπημένης προσωπικότητας.

Ιδιαίτερα όταν ο έφηβος με άσθμα που είναι «προβληματικός» από συναισθηματικά συμπλέγματα, ακούει μουσική και συμμετέχει σε διάφορες μουσικές δραστηριότητες, μπορεί να αποκτήσει την απαιτούμενη αυτοπεποίθηση για να απελευθερώσει και να δείξει τις πραγματικές του ικανότητες και συναισθήματα.

Μεγαλύτερη επιτυχία έχει η παραπάνω δραστηριότητα όταν συνδυάζεται με τον χορό. Και αυτό γιατί ο χορός γεννιέται από την ανάγκη να πει κάποιος αυτό που δεν λέγεται. Έτσι, ο έφηβος με άσθμα μπορεί να πει

περισσότερα συμμετέχοντας σε μία μουσική δραστηριότητα που περιλαμβάνει και χορό, παρά σε μία συζήτηση με τον Κ.Λ. (ο.π.σελ.89).

1.4 ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Η αντίδραση των γονέων στην εισαγωγή του παιδιού τους στο Νοσοκομείο και ως προς την ασθένεια παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάρρωση του.

Σύμφωνα με την Δρ. Μπέντζαμιν Σποκ (1987), δεν θα ήταν σωστό να του υποσχεθούν οι γονείς του ότι θα είναι ένας παραδεισένιος τόπος, γιατί αν του συμβεί κάτι άσχημο τότε θα χάσει την εμπιστοσύνη του στους γονείς. Προτείνει μερικούς τρόπους και μορφές συμπεριφοράς που θα μπορούσαν να υιοθετήσουν οι γονείς κατά την διάρκεια παραμονής των παιδιών τους στο νοσοκομείο και είναι οι εξής:

-Οι γονείς πρέπει να είναι ήρεμοι και να δείχνουν εμπιστοσύνη, χωρίς να πιέζουν τον εαυτό τους τόσο ώστε να φαίνεται η συμπεριφορά τους ψεύτικη.

Αν ο έφηβος δεν έχει ξανανοσηλευθεί στο νοσοκομείο, τότε θα προσπαθεί με αγωνία να φανταστεί πως θα είναι και θα φαντάζεται το χειρότερο. Οι γονείς μπορούν να τον ηρεμήσουν κάπως, αν του μιλήσουν για τα νοσοκομεία και τον ρόλο τους.

-Αφήνουν τον έφηβο να μιλήσει για τις στεναχώριες του.

- Πιο σημαντικό για τον έφηβο από το να του διηγούνται οι γονείς του τι μπορεί να συμβεί, είναι να του δίνουν την ευκαιρία να κάνει ερωτήσεις και να λέει ποιοι είναι οι φόβοι του. Για αυτό, οι γονείς θα πρέπει να βοηθούν τα παιδιά τους να κάνουν ερωτήσεις και να είναι έτοιμοι να ακούσουν τους παράλογους φόβους των παιδιών τους και να προσπαθούν να τα καθησυχάσουν (σελ. 541).

Ως εκ τούτου, σχετικά με το θέμα των επισκέψεων των γονιών στο Νοσοκομείο, ο Σποκ (1987) αναφέρει ότι ο έφηβος αποκτά κάποια αίσθηση ασφάλειας από τις επισκέψεις των γονιών του, ακόμα και αν τον αναστατώνουν κάπως. Γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να παρουσιάζονται χαρούμενοι και όσο το δυνατόν περισσότερο ήρεμοι. Γιατί αν έχουν μία αίσθηση αγωνίας στο πρόσωπο τους, τότε και ο έφηβος γίνεται περισσότερο ανήσυχος (σελ.542).

Επιπλέον, όταν οι γονείς γνωρίζουν ότι ο έφηβος πρόκειται να μπει στο Νοσοκομείο, δημιουργείται το θέμα πότε θα πρέπει να του το πουν. Αν δεν υπάρχει περίπτωση να το μάθει από άλλους, τότε θα είναι καλύτερο να ειπωθεί λίγες μέρες προτού εισαχθεί. Δεν θα του κάνει καλό να στεναχωριέται για ολόκληρες βδομάδες. Ποτέ δεν πρέπει οι γονείς να λένε ψέματα σε ένα παιδί οποιασδήποτε ηλικίας αν κάνει ερωτήσεις και ποτέ να μην οδηγείται στο νοσοκομείο με την πρόφαση ότι είναι κάτι άλλο (σελ.541).

Οι γονείς θα πρέπει να έχουν υπόψη τους σύμφωνα με τον Κακαβούλη (1990), μερικές γενικές αρχές αντιμετώπισης των φόβων του εφήβου, που είναι:

- Ø Να εξασφαλίζεται μία σταθερή ατμόσφαιρα αγάπης στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται ο έφηβος και στις διαπροσωπικές σχέσεις μαζί του να κυριαρχεί η φροντίδα, η ζεστή επικοινωνία, η ασφάλεια, η εμπιστοσύνη, η αποδοχή, η ενθάρρυνση και η αποφυγή συμπεριφοράς και εμπειριών που προκαλούν ή εντείνουν τους φόβους του εφήβου.

Ø Να ενθαρρύνεται κάθε έφηβος εξατομικευμένα να εκφράζει τους φόβους του, να τους αναλύει και να προσπαθεί με την βοήθεια των γονέων του ή των ειδικών, να βλέπει κατά πόσο είναι πραγματικά και επικίνδυνα αυτά που φοβάται.

Ø Να ελέγχουν οι γονείς και τους δικούς τους φόβους, ώστε να μην τους μεταβιβάζουν και στους εφήβους. Έχει διαπιστωθεί ότι οι φόβοι των εφήβων που είναι συγχρόνως και φόβοι των ενηλίκων προσώπων που το περιβάλλουν, είναι οι πιο δύσκολοι να ξεριζωθούν από την ψυχή του εφήβου (σελ.74-75).

2. Ο ΕΦΗΒΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η έξοδος από το νοσοκομείο αποτελεί για τον έφηβο με άσθμα την αρχή μίας νέας ζωής για αυτόν. Και αυτό, επειδή κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο ένιωθε μία ανασφάλεια για την υγεία του που δεν του επέτρεπε να σκεφτεί ψύχραιμα και λογικά.

Συνεπώς, ο ασθματικός έφηβος παλεύει για να σταθεί δυνατός, να αποδείξει ότι δεν φοβάται και ότι έχει μεγαλώσει, όμως μέσα του ικετεύει για να αισθανθεί ξανά ασφαλής. Χρειάζεται συνεχώς κάποιον να του λέει ότι όλα θα πάνε καλά.

Βοηθητικό είναι το γεγονός ότι βρίσκεται σε δικό του χώρο, στο σπίτι και όχι σε θάλαμο νοσοκομείου.

Η προηγούμενη εισαγωγή του εφήβου στο νοσοκομείο, έγινε αφορμή να δημιουργηθούν τραυματικές εμπειρίες στον ίδιο αλλά και στην οικογένεια του και τώρα χρειάζονται χρόνο για να κάνουν τις αλλαγές που απαιτούνται στις σχέσεις και τους ρόλους τους.

Ένα μεγάλο θέμα είναι η φαρμακευτική αγωγή. Τόσο ο έφηβος όσο και η οικογένεια του πρέπει να ασχοληθούν με το κάθε πότε θα παίρνει τα φάρμακα ο έφηβος, ποιος θα ελέγχει αν τηρεί τις δόσεις του φαρμάκου που πρέπει να παίρνει, να κανονίζουν τις συναντήσεις με τον γιατρό και οτιδήποτε άλλο είναι απαραίτητο.

Επίσης θα πρέπει να δοθεί υποστήριξη από την οικογένεια έτσι ώστε ο έφηβος να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανησυχίες του. Θα πρέπει να βοηθηθεί ώστε να έχει μία υγιή αντιμετώπιση της κατάστασης του. Η οικογένεια θα πρέπει να περιμένει ότι θα αλλάξουν πολλά πράγματα. Είναι η πιο δύσκολη περίοδος επειδή τώρα ο έφηβος συνειδητοποιεί την κατάσταση.

Όσον αφορά τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί στο σχολείο, ο έφηβος πρέπει να καλύψει τις ώρες και τα μαθήματα που έχασε. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι θα αναγκαστεί να δώσει εξηγήσεις στους συμμαθητές για την απουσία του. Και αυτό γιατί ο έφηβος χρειάζεται την αποδοχή από την ομάδα των συνομηλίκων του για να νιώσει σημαντικός, όμως αν μιλήσει για την ασθένεια του θα είναι «διαφορετικός». Είναι μεγάλο το δίλημμα που αντιμετωπίζει. Φοβάται μήπως αλλάξει κάτι στις μεταξύ τους σχέσεις. Ακόμα και αν αποφασίσει να το κρύψει, πολλές φορές οι ασθματικές κρίσεις τυχαίνουν στο σχολείο οπότε αναγκάζεται να το πει.

Φυσικά δεν θέλει να αισθάνονται οι συνομήλικοι οίκτο για το πρόσωπο του. Η μη παραδοχή ή η αμφισβήτηση από τους φίλους του, μπορούν να δημιουργήσουν μεγάλα προβλήματα στον έφηβο, που όχι μόνο αντιμετωπίζει τα δικά του συναισθήματα για την κατάσταση του αλλά και του κοινωνικού του περίγυρου. Ακόμα και αν οι φίλοι του συμπαραστέκονται στον ασθματικό έφηβο δεν παύουν να ανησυχούν υπερβολικά για την κατάστασή του. Προσπαθούν να τον πείσουν ότι όλα είναι όπως πρώτα! Όμως υπάρχουν και φορές που θα ενοχληθούν ή θα τρομάξουν από τις ασθματικές του κρίσεις.

Γενικά, τον πρώτο καιρό είναι δύσκολο να προσαρμοστεί ο έφηβος αλλά και ο κοινωνικός περίγυρος του στην νέα κατάσταση και υπάρχουν πολλά προβλήματα και αντιδράσεις.

2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Ιδιαίτερα οι γονείς περνούν μία πολύ άσχημη περίοδο που εντείνεται από το γεγονός ότι φοβούνται για την υγεία του παιδιού του. Τρομάζουν στην ιδέα μιας άλλης δυνατής ασθματικής κρίσης ή μίας νέας εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Εκτός όμως από τα δικά τους συναισθήματα πρέπει να σκεφτούν και του εφήβου και να τον στηρίζουν. Θα πρέπει να βρουν ένα νέο κώδικα επικοινωνίας μαζί του, να προσέξουν πως θα του συμπεριφέρονται από εδώ και στο εξής. Είναι απαραίτητο να μελετήσουν αρκετά ιατρικά και ψυχολογικά βιβλία για να κατανοήσουν την σοβαρότητα της κατάστασης. Και αυτό γιατί ο έφηβος βρίσκεται σε μία ηλικία αρκετά δύσκολη και οποιαδήποτε τραύματα μπορεί να σημαδέψουν την υπόλοιπη ζωή του. Επιπλέον οι έφηβοι έχουν μία τάση να ασκούν κριτική στο οτιδήποτε και για αυτό οι γονείς θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί στις κινήσεις τους.

Ίσως είναι σκόπιμο να ζητήσουν συμβουλές από έναν ειδικό για να ετοιμάσουν ένα πλάνο συμπεριφοράς και να εκφράσουν τα συναισθήματα πικρίας και απογοήτευσης με υγιή τρόπο. Επιπλέον, θα πρέπει να σκεφτούν ότι η συμπεριφορά τους έχει αντίκτυπο και στα υπόλοιπα μέλη της οικογενείας. Δεν πρέπει να αρχίσουν να παραμελούν τα υπόλοιπα παιδιά τους αλλά ούτε να κακομαθαίνουν τον ασθματικό έφηβο. Πρέπει να κρατήσουν τις ισορροπίες ώστε να κρατηθεί σε αρμονία το σπιτικό τους.

2.2 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΔΕΛΦΩΝ

Είναι φυσικό μετά την έξοδο του ασθματικού εφήβου από το νοσοκομείο, να υπάρχει χαρά για την επιστροφή του στο σπίτι. Μέσα τους όμως κυριαρχεί φόβος για την υγεία του αδελφού τους.

Γνωρίζουν ότι τα πράγματα θα αλλάξουν από δω και πέρα όμως δεν έχουν την ικανότητα να χειρίζονται τις δύσκολες καταστάσεις. Είναι αναγκαίο να υπάρξει και εκπαίδευση των αδελφών για να βοηθούν τον ασθματικό έφηβο όταν θα είναι στο σπίτι.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, δημιουργούνται αρνητικά συναισθήματα στα αδέλφια λόγω της ιδιαίτερης μεταχείρισης από τους γονείς στον ασθματικό έφηβο. Κάποια στιγμή αισθάνονται ότι το ενδιαφέρον των γονιών τους έχει μετατοπιστεί και ότι χάνουν την αγάπη τους.

Είναι δύσκολη η θέση τους και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από τους γονείς ιδιαίτερα όταν τα υπόλοιπα παιδιά τους είναι μικρότερα από τον ασθματικό έφηβο, γιατί δεν έχουν αναπτύξει ακόμα την προσωπικότητα τους και μπορεί να δημιουργηθούν τραύματα κατωτερότητας σε σχέση με τους άλλους.

Επιπλέον, πολλές φορές αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν τις επιθέσεις του ασθματικού εφήβου. Αυτό συμβαίνει επειδή τα αισθήματα θυμού και απογοήτευσης τον σπρώχνουν σε μία κατάσταση όπου δεν μπορεί να ελέγξει τις αντιδράσεις του και ξεσπά στα πολύ κοντινά του πρόσωπα για να ανακουφιστεί. Σιγά σιγά όμως αυτό δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στα αδέλφια του ασθματικού εφήβου και υπάρχουν αντιδράσεις και προστριβές.

2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Τον πρώτο καιρό μετά την έξοδο του ασθματικού εφήβου από το νοσοκομείο είναι συνηθισμένο φαινόμενο να παρατηρείται μία κάμψη στις σχολικές του επιδόσεις. Είναι τόσα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθματικός έφηβος που δίνει ελάχιστη βαρύτητα στο διάβασμα για το σχολείο.

Πολλές φορές επειδή πιστεύει ότι βρίσκεται σε κατώτερη θέση από τους συμμαθητές του, έχει περισσότερες πιθανότητες να αποθαρρυνθεί και να καταφύγει σε αρνητική συμπεριφορά:

- Ø Αναζήτηση προσοχής: Ο σκοπός του ασθματικού εφήβου είναι να τραβήξει την προσοχή των συνομηλίκων του και των καθηγητών του. Να δείξει ότι είναι ακόμα ανάμεσά τους και ότι έχει τα ίδια ενδιαφέροντα και ανησυχίες με αυτούς.
- Ø Αγώνας υπεροχής: Εδώ ο έφηβος αγωνίζεται να δείξει ότι παρά την ασθένειά του είναι το ίδιο ικανός με τα άλλα παιδιά. Προσπαθεί σε όλα να είναι καλύτερος από τους άλλους για να σταματήσουν οι αντιδράσεις απέναντι του, καθώς και οι κουβέντες ότι ευνοείται από τους καθηγητές λόγω της κατάστασης του.
- Ø Εκδίκηση: Ο έφηβος που επιδιώκει την εκδίκηση νιώθει πληγωμένος από την ζωή και η συμπεριφορά του έχει σκοπό να ανταποδώσει το χτύπημα. Ο νέος αυτός έχει ανάγκη να νιώσει ότι τον αγαπούν και τον αποδέχονται όπως είναι.

- Ø Η επιθυμία να μείνει μόνος: Ακόμα δεν έχει συνειδητοποιήσει τις αλλαγές στην ζωή του και θέλει να απομονωθεί για να σκεφτεί. Υπάρχει η περίπτωση να πιστεύει ότι όλοι τον λυπούνται και γι' αυτό αποφεύγει κάθε δραστηριότητα ώστε να μείνει μόνος του.
- Ø Αναζήτηση συγκινήσεων: Νιώθοντας ότι το άσθμα του έχει περιορίσει τις χαρές στην ζωή, αναζητά συγκινήσεις για να αποδείξει στους γύρω του ότι μπορεί να κάνει τολμηρά πράγματα που οι άλλοι δεν κάνουν. Συχνά καταφεύγει σε συγκινήσεις που περιλαμβάνουν ανεύθυνη ή και παράνομη συμπεριφορά. (Φράνσις Γουόλτον, “Κερδίστε τους εφήβους στο σπίτι και το σχολείο” ,Θυμάρι, Αθήνα 1982).

2.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

Από την αρχή θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση του σχολείου για την κατάσταση του ασθματικού εφήβου. Και αυτό γιατί χρειάζεται η βοήθεια του σχολείου, για να γίνεται έλεγχος στο αν ο ασθματικός έφηβος παίρνει σε τακτά χρονικά διαστήματα την φαρμακευτική αγωγή. Ακόμα θα πρέπει να λάβουν οι καθηγητές την κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση, για να βοηθήσουν τον έφηβο σε μελλοντική κρίση του.

Είναι γεγονός ότι ο ρόλος του καθηγητή είναι ιδιαίτερα δύσκολος γιατί δεν γνωρίζει ποιος είναι ο κατάλληλος τρόπος για να συμπεριφερθεί στον έφηβο που έχει άσθμα.

Είναι πολύ εύκολο να γίνουν λάθη που μπορούν να πληγώσουν τον ασθματικό έφηβο και να δημιουργήσουν προβλήματα σε σχέσεις του με τους συμμαθητές του.

Υπάρχει η περίπτωση ο καθηγητής να δείχνει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον ασθματικό έφηβο, να αφιερώνει περισσότερο χρόνο σε αυτόν και να τον κρίνει σε πιο ελαστικό βαθμό από τους υπολοίπους. Επιπλέον να ανέχεται ορισμένες συμπεριφορές του ασθματικού εφήβου όσο ενοχλητικές και αν είναι και εμποδίζουν την φυσιολογική ροή του μαθήματος. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αντιδράσεις των άλλων μαθητών και να δημιουργηθεί μεγάλο πρόβλημα.

Από την άλλη, αν προσπαθήσει να κρατήσει τις ισορροπίες και να μην δείξει ιδιαίτερη εύνοια στον ασθματικό έφηβο, τότε μπορεί να κάνει τον έφηβο να αισθανθεί ακόμα πιο άβολα, επειδή αισθάνεται ότι δεν υπάρχει κατανόηση και ότι ο καθηγητής δεν μπορεί να του προσφέρει υποστήριξη.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, ο ρόλος του καθηγητή είναι δύσκολος γιατί δεν γνωρίζει ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για να συμπεριφερθεί στον έφηβο με άσθμα. Γι' αυτό είναι καλύτερο να απευθυνθεί σε έναν ειδικό, ώστε να του υποδείξει ποια είναι η καλύτερη συμπεριφορά.

2.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ως συνέπεια της εμφάνισης ασθματικών κρίσεων στον έφηβο, διαταράσσονται οι οικογενειακές σχέσεις. Υπάρχουν πολλές πιέσεις, οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας αλλάζουν εξαιτίας αυτών των πιέσεων και εμφανίζεται δυσλειτουργία ανάμεσα τους. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν σε πολυπροβληματική κατάσταση και γι' αυτό το λόγο κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού.

Η πρώτη κίνηση του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να δει κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά, ώστε να αντιληφθεί την φύση των εντάσεων μέσα στην οικογένεια και το βαθμό σοβαρότητας αυτών των εντάσεων. Έτσι θα βοηθήσει καθέναν ξεχωριστά να αναλάβει τις ευθύνες του απέναντι στους άλλους και να προσπαθήσει ώστε να ξεχαστούν τα προβλήματα.

Μόλις γίνει ικανοποιητική πρόοδος με το κάθε άτομο ξεχωριστά, τότε ο Κοινωνικός Λειτουργός θα φέρει «αντιμέτωπα» τα μέλη της οικογένειας, ώστε μέσα από την παράλληλη συνέντευξη και την Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, τα μέλη να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τα συναισθήματα των υπολοίπων μελών της οικογένειας και να συνεργαστούν, ώστε να υπάρξει αρμονία και συμπαράσταση στις μεταξύ τους σχέσεις.

Πολύ σημαντική είναι η παρέμβαση σε κρίση μέσα στην οικογένεια από τον Κοινωνικό Λειτουργό.

Η παρέμβαση σε κρίση είναι ένα πρότυπο (μοντέλο) άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας, που αναφέρεται στην εργασία των Κοινωνικών Λειτουργών, οι οποίοι

έρχονται αντιμέτωποι με άτομα της οικογένειας ακριβώς την στιγμή ή λίγο μετά την εκδήλωση μίας κατάστασης κρίσης. Στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι η ασθματική κρίση και η διάγνωση της πάθησης στον έφηβο.

Ως κατάσταση κρίσης ονομάζεται η αιφνίδια και ολοκληρωτική αναστάτωση μίας κατά κανόνα σταθερής κατάστασης ή η σαφής απειλή εμφάνισης ενός ή περισσότερων επικίνδυνων γεγονότων. Το μοντέλο δίνει έμφαση στην πραγματικότητα του εξυπηρετούμενου, στο «εδώ και τώρα» και όχι στις αιτίες του προβλήματος. Η βοήθεια επικεντρώνεται στην άμεση αντιμετώπιση και στην επούλωση των σοβαρότερων και πιο απειλητικών τραυμάτων στην συναισθηματική υποστήριξη, στην βοήθεια για εξεύρεση προσωρινών λύσεων (Καλλινικάκη Θεανώ, Κοινωνική Εργασία σελ.131-132). Με τον παραπάνω τρόπο ο Κοινωνικός Λειτουργός θα μπορέσει να βοηθήσει τον έφηβο να ξεπεράσει την άσχημη ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται λόγω της αιφνίδιας διάγνωσης του άσθματος και θα τον κατευθύνει ώστε να αποδεχτεί την νέα αυτή κατάσταση, ώστε να μην ξεσπά στην οικογένεια του όταν αισθάνεται θυμό και απογοήτευση για την κατάσταση της υγείας του. Επιπλέον θα βοηθήσει τους γονείς να αποδεχτούν τα δικά τους αρνητικά συναισθήματα και θα τους οδηγήσει στην επιλογή του πιο ικανοποιητικού μοντέλου συμπεριφοράς απέναντι στον ασθματικό έφηβο, ώστε να τον βοηθήσουν να διαμορφώσει την προσωπικότητα του σε αυτή την δύσκολη ηλικιακή φάση στην οποία βρίσκεται, με υγιή τρόπο.

Εκτός αυτού, τα μικρότερα αδέλφια με την καθοδήγηση του Κοινωνικού Λειτουργού, θα αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα τους για την ασθένεια του αδελφού τους

και δεν θα νιώθουν παραμελημένα και αποκομμένα από τους γονείς τους, όπως συχνά συμβαίνει.

Με την άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας, μετά την έξοδο του εφήβου από το νοσοκομείο θα βελτιωθούν οι ενδοοικογενειακές σχέσεις. Ενώ η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα στο νοσοκομείο ήταν για την αποδοχή της ασθένειας από τον έφηβο, τώρα η βοήθεια στοχεύει στην αποκατάσταση της ισορροπίας στο σπίτι. Ίσως είναι το πιο δύσκολο κομμάτι της παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού, αλλά με υπομονή και επιμονή από μέρους του και ανταπόκριση από την οικογένεια και τον έφηβο, αυτή η πολυπόθητη ισορροπία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας θα επιτευχθεί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το βρογχικό άσθμα είναι μία πολύ διαδεδομένη πάθηση του αναπνευστικού συστήματος στην σημερινή εποχή. Ενώ λοιπόν είναι πολύ γνωστή πάθηση, η διάγνωση της προκαλεί μεγάλη ανησυχία στους ασθενείς και ιδιαίτερα στους γονείς των ασθματικών παιδιών και εφήβων.

Ειδικά όταν η διάγνωση της νόσου γίνεται στην εφηβεία, τότε είναι πολύ δύσκολο να πειστεί ο ασθματικός έφηβος ότι όλα θα πάνε καλά, ότι η πάθηση δεν θα σταθεί εμπόδιο στα μελλοντικά του σχέδια και ότι δεν θα πεθάνει από μία σοβαρή κρίση.

Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει παραπληροφόρηση για το άσθμα και γιατί οι περισσότεροι ασθενείς φοβούνται ότι θα πεθάνουν. Όμως αυτό δεν αληθεύει γιατί με τα νέα ιατρικά δεδομένα η θνητότητα έχει μειωθεί και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή βελτιώνει την κατάσταση υγείας του ασθενή.

Σημαντικό ρόλο παίζει και η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού ο οποίος βοηθά τόσο τον ασθματικό έφηβο όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογενείας του να αποδεχτούν την πάθηση και να συνεχίσουν την ζωή τους χωρίς προστριβές.

Εξάλλου η συγκεκριμένη πάθηση έχει ελάχιστες κρίσεις όσο υπάρχει κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και επιτρέπει στον ασθενή να ζει όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικά σε σχέση με άλλες παθήσεις.

Έτσι λοιπόν, για να υπάρχει καλύτερη αντιμετώπιση της είδησης της πάθησης από τον ασθενή, θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν ορισμένες προτάσεις.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Για να αντιδρά όσο το δυνατόν πιο θετικά ο έφηβος στην πάθηση του, θα χρειαστεί:

- α Να υπάρξει ενημέρωση στα σχολεία από ειδικούς για το άσθμα, τα συμπτώματα, την θεραπεία, την επιδημιολογία και γενικά για όλα εκείνα τα στοιχεία που απαρτίζουν και ίσως προκαλούν φόβο στον έφηβο.
- α Θα ήταν ωφέλιμο για τον ασθματικό έφηβο και για την οικογένεια του να υπάρχει σχολή επιμόρφωσης ώστε να μάθουν να αντιμετωπίζουν μόνοι τους την ασθένεια και να προσφέρουν τις κατάλληλες φροντίδες όταν υπάρχει κρίση στο σπίτι.
- α Να γίνονται συναντήσεις γονέων ασθματικών εφήβων για να γίνεται ανταλλαγή απόψεων πάνω στα προβλήματα των παιδιών τους και να αναζητούν και να βρίσκουν κοινές λύσεις. Επίσης είναι βοηθητικό επειδή κάνει τους γονείς να νιώθουν ότι δεν είναι μόνοι τους και ότι υπάρχουν και άλλοι που έχουν τις ίδιες ανησυχίες με αυτούς.
- α Επίσης να παραπέμπονται οι περιπτώσεις των ασθματικών εφήβων στην Κοινωνική Υπηρεσία των νοσοκομείων και να υπάρχει συνεργασία μεταξύ θεράποντα ιατρού και Κοινωνικού Λειτουργού. Έτσι ώστε να γίνονται όλες οι ενέργειες που χρειάζονται για να αντιμετωπίσει ο ασθματικός έφηβος την δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

- α Επιπλέον, η Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου θα ήταν καλό να παραπέμπει τον ασθματικό έφηβο εφόσον ο ίδιος και η οικογένεια του το επιθυμούν σε κάποιον κοινωνικό λειτουργό εκτός του νοσοκομείου για να τους βοηθήσει μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον.

Προς την κατεύθυνση που προτείνεται παραπάνω, κινείται το Π.Γ.Ν.Π. στο Ρίο όπου κάθε 15 ημέρες λειτουργεί εκεί σχολή επιμόρφωσης πάνω στο άσθμα.

Σ' αυτήν τη σχολή ασχολούνται με πρακτικά κυρίως θέματα προς βοήθεια των παιδιών και των γονιών τους για την καλύτερη χρήση των συσκευών. Λειτουργού κλειστές ομάδες.

Ειδικότερα, το πρόγραμμα αυτό ονομάζεται «Γνώση και Άσθμα» και σχεδιάστηκε με σκοπό την εκπαίδευση και ενημέρωση ασθματικών ασθενών και την ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ ασθενούς και ιατρού για την καλύτερη αντιμετώπιση του άσθματος.

Κύριος σκοπός του «Γνώση και Άσθμα» είναι να δώσει ευκαιρία στον ασθματικό άρρωστο και στην οικογένεια του να ενημερωθεί σχετικά με την πάθηση του και να εκπαιδευτεί έτσι ώστε, συνεργαζόμενος πάντα με τον ιατρό του να έχει μία καλύτερη ποιότητα ζωής.

Στον σχεδιασμό και την υλοποίηση του προγράμματος συνεργάστηκε ομάδα πνευμονολόγων και παιδιάτρων από το πανεπιστήμιο της χώρας και τις κρατικές πνευμονολογικές κλινικές. Ο σχεδιασμός βασίστηκε σε πρότυπα παρόμοιων δραστηριοτήτων που γίνονται από χρόνια σε άλλες χώρες.

Για το πρόγραμμα αυτό οργανώθηκαν «Σεμινάρια εκπαίδευσης ασθματικών», όπου ο ασθενής και οι γονείς

του θα έχουν την δυνατότητα να έχουν προφορική ενημέρωση καθώς και γραπτές πληροφορίες σχετικά με:

- Τι είναι και πώς εκδηλώνεται το βρογχικό άσθμα.
- Ποιοι είναι οι τρόποι και οι σκοποί της θεραπείας.
- Τι πρέπει να προσέχει και να αποφεύγει ο ασθματικός.
- Πότε να ανησυχεί ώστε γρήγορα να ζητά την βοήθεια του ιατρού.
- Πώς να κάνει σωστή χρήση των εισπνεόμενων αντιασθματικών φαρμάκων.

Οι στόχοι εφαρμογής του προγράμματος «Γνώση και Άσθμα» είναι μέσα από «τα σεμινάρια εκπαίδευσης», να μάθει ο ασθενής και να εκπαιδευτεί ώστε σε άμεση συνεργασία με τους γονείς του και τον θεράποντα ιατρό του να πετύχει:

- να έχει όσο το δυνατόν λιγότερα συμπτώματα (έως και καθόλου).
- να έχει φυσιολογική ή την καλύτερη δυνατή πνευμονική λειτουργία.
- να μπορεί να έχει απόλυτα φυσιολογική δραστηριότητα.

Ο ασθματικός ασθενής :

Ø αν ενημερωθεί σωστά,

Ø αν εκπαιδευτεί και

Ø αν έχει τακτική ιατρική παρακολούθηση,
μπορεί να συνυπάρξει με το άσθμα του, δηλαδή να ζει
φυσιολογικά όπως όλοι οι άλλοι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην συνέντευξη πήραν μέρος γιατροί που ασχολούνται με το άσθμα τουλάχιστον τα τελευταία 5 χρόνια. Έχουν όμως όλοι εμπειρία της ασθένειας αυτής, μία εμπειρία που προκύπτει από την ενασχόληση τους με το άσθμα και μάλιστα αρκετοί από τους οποίους συμμετέχουν σε συνέδρια, ημερίδες και εκπαιδευτικά προγράμματα.

Το άσθμα όπως προέκυψε από τις απαντήσεις των ιατρών, εμφανίζεται συνήθως στην βρεφική ηλικία (0 μηνών) ενώ η διάγνωση της μπορεί να γίνει κατά την παιδική ηλικία ή ακόμα και στην εφηβεία. Αυτό βέβαια συμβαίνει σε ελάχιστες περιπτώσεις. Σε μία τέτοια περίπτωση ο έφηβος συνήθως γίνεται πιο απόμακρος και επιθετικός.

Καθώς το παιδί περνά από την παιδική ηλικία στην εφηβεία, έχει όλα τα χαρακτηριστικά της μεταβατικής αυτής περιόδου. Στις περιπτώσεις που ο έφηβος πάσχει από άσθμα, δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές από ένα φυσιολογικό έφηβο. Μπορεί να γίνεται καταθλιπτικός και βίαιος όμως όλα αυτά είναι αποτέλεσμα της εφηβείας και όχι τόσο της ασθένειας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι έφηβοι ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες και την φαρμακευτική αγωγή. Μόνο ένα ποσοστό 5% γίνονται αντιδραστικοί. Αυτό οφείλεται κυρίως σε άλλους παράγοντες (οικογενειακούς, κοινωνικούς, οικονομικούς). Το πιο σύνηθες φαινόμενο είναι να ξεπερνιούνται τα διάφορα προβλήματα όταν ο έφηβος βρίσκεται σε μία αρμονική οικογενειακή σχέση, έχει φίλους και μπορεί να στηριχθεί σε δικούς του ανθρώπους για να ξεπεράσει τα τυχόν προβλήματα του.

Επιπλέον είναι χρήσιμο να σημειωθεί ότι το άσθμα δεν περιορίζει τις διάφορες δραστηριότητες ενός εφήβου που

πάσχει από άσθμα. Εξαιρούνται βέβαια ορισμένες περιπτώσεις(3% 5%), οι οποίες θεωρούνται ιδιαίτερα σοβαρές.

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν οι σχέσεις του εφήβου με την οικογένεια του: αδέρφια – γονείς. Ο ρόλος της οικογένειας επισημαίνεται από όλους τους γιατρούς ανεξαιρέτως.

Αρχικά οι γονείς αγχώνονται και ανησυχούν. Αν η διάγνωση γίνει σε μικρή ηλικία, μαθαίνουν να ζουν με αυτό και σιγά σιγά συνηθίζουν και μαθαίνουν να συμπεριφέρονται αναλόγως. Με το πέρασμα του χρόνου και οι ίδιοι χαλαρώνουν και ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες, βοηθώντας συγχρόνως και τα παιδιά τους που έχουν να αντιμετωπίσουν και την εφηβεία.

Οι σχέσεις με τα αδέρφια από την άλλη πλευρά, είναι συνήθως ομαλές. Όλα εξαρτώνται από τον καταμερισμό των πόλων. Οι ασθματικοί έφηβοι δεν θέλουν να αισθάνονται τον ασφυκτικό έλεγχο των γονιών που σε ορισμένες περιπτώσεις γίνονται υπερπροστατευτικοί. σε μία τέτοια συμπεριφορά νιώθουν σαν να έχουν κάτι φοβερό που επηρεάζει όλες τις δραστηριότητες τους. Αν οι γονείς τους συμπεριφέρονται σαν ισότιμα και ισάξια μέλη, τότε και οι έφηβοι αναλαμβάνουν τις υποχρεώσεις τους και νιώθουν ισότιμη με τα αδέρφια τους. αυτό έχει σαν αποτέλεσμα και τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας να έχουν ομαλές σχέσεις με τον ασθματικό έφηβο χωρίς να νιώθουν ότι αυτός αποσπά την προσοχή και την αγάπη των γονιών τους.

Οι ασθματικοί έφηβοι και οι γονείς τους καταφεύγουν στον γιατρό για οποιοδήποτε πρόβλημα τους, ενώ σε πολύ λίγες περιπτώσεις έχουν εκφράσει την ανάγκη να συμβουλευτούν κάποιο ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό. Αν οι ίδιοι ζητήσουν ψυχολογική υποστήριξη,

τότε ο γιατρός τους παραπέμπει στο παιδοψυχιατρικό τμήμα των νοσοκομείων. Οι γιατροί όμως είναι εκείνοι που συναντούν τις αντιδράσεις των εφήβων και των γονιών τους. Όλοι δίνουν έμφαση στην φαρμακευτική αγωγή. Αν ακολουθηθεί αυτή, τότε τα πράγματα πηγαίνουν καλά χωρίς να χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη.

Οι θεράποντες ιατροί όμως είναι πρόθυμοι να συνεργαστούν με ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και παιδοψυχιάτρους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζονται. Για να γίνει κάτι τέτοιο όμως θα πρέπει να αλλάξει η υποδομή στα νοσοκομεία και να καλυφθούν οι θέσεις από τα μέλη διεπιστημονικής ομάδας καθώς οι «ειδικοί» ασχολούνται με πιο βαριά περιστατικά π.χ. καρκίνο, μεσογειακή αναιμία κ.α.

Το άσθμα είναι μία ασθένεια που την συναντάμε στο 10% -15% του ελληνικού πληθυσμού. Πρόκειται για μία χρόνια ασθένεια επομένως, που την συναντάμε σε ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων. Δεν σημαίνει όμως ότι είναι ευρέως γνωστή και ο ασθματικός ασθενής αντιμετωπίζεται ρατσιστικά και με προκατάληψη.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι πρέπει να γίνει ενημέρωση προς όλους και μάλιστα ξεκινώντας από τα σχολεία. Πρέπει να γίνει γνωστό πως το άσθμα είναι μία χρόνια πάθηση μεν αλλά αν ακούει κανείς τον γιατρό και ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή, μπορεί ο ασθενής να ζήσει φυσιολογικά χωρίς να περιορίζει τις δραστηριότητες του.

Επιπλέον θα πρέπει να εκπαιδευτούν όχι μόνο οι ασθματικοί έφηβοι, αλλά και τα μέλη της οικογενείας του για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που δημιουργεί αυτή η ασθένεια. Εκπαίδευση χρειάζονται

και όλοι όσοι ασχολούνται με τους ασθματικούς ασθενείς (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό).

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους γιατρούς των τεσσάρων μεγάλων νοσοκομείων της περιοχής των Πατρών, συμφωνούν στο μεγαλύτερο μέρος τους σε όσα αναφέρονται στην Βιβλιογραφία σχετικά με το άσθμα, την συμπεριφορά των ασθενών, των οικογενειών τους αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από το επιστημονικό προσωπικό.

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν στο 28^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο για το άσθμα, προκύπτει ότι πρόκειται για μία χρόνια νόσο η οποία μπορεί να επηρεάσει στο ελάχιστο την ζωή των ασθενών αν ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες.

Όλοι οι ερωτηθέντες γιατροί συμφωνούν με τα παραπάνω και επισημαίνουν ότι ο ασθματικός ασθενής δεν υστερεί σε τίποτα από κάποιο φυσιολογικό άτομο. Βασική προϋπόθεση είναι όμως όλοι να τηρούν την φαρμακευτική αγωγή και να αποφεύγουν δραστηριότητες οι οποίες επιδεινώνουν την κατάσταση.

Όσον αφορά τον έφηβο και την συμπεριφορά του, όλοι συμφωνούν ότι πρόκειται για μία ιδιαίτερη περίοδο στην ζωή του ατόμου. Αν ο έφηβος πάσχει από άσθμα, χρειάζεται έναν ιδιαίτερο χειρισμό. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάποιος που υστερεί από τους υπόλοιπους συνομηλίκους του αλλά σαν ισότιμος και ισάξιος.

Η εφηβεία είναι μία περίοδο έντονων σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών, σύμφωνα με όσα αναφέρει ο Μάνος στο βιβλίο του « Ψυχολογία του εφήβου». Απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και όλα εξαρτώνται από τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Ο ρόλος της οικογένειας

επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο όταν μιλάμε για έναν ασθματικό έφηβο.

Οι αντιδράσεις της εφηβείας πρέπει να αφήσουν ανεπηρέαστη την φαρμακευτική αγωγή και τις ιατρικές οδηγίες. Αν τα θεμέλια της οικογενείας είναι δομημένα γερά, ο έφηβος γνωρίζει από την παιδική ηλικία τι πρέπει να προσέχει και η υγεία του δεν εμπίπτει στις αντιδράσεις και στις ανατροπές. Οι γιατροί από την δική τους πλευρά ενημερώνουν συνέχεια τον έφηβο και συνήθως δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Σε μία αντίθετη περίπτωση, ζητούν την συνεργασία παιδοψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων.

Η άποψη αυτή όμως των γιατρών και της κοινωνικής εργασίας στο νοσοκομείο, έρχεται σε αντίθεση με την πραγματικότητα.

Η συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας δεν είναι εφικτή σε όλα τα νοσοκομεία. Οι γιατροί δεν συμφωνούν με όσα αναφέρονται στην βιβλιογραφία.

Το νοσοκομείο έχει σαν πρωταρχικό σκοπό την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και την αντιμετώπιση της οξείας κρίσης. Δεν μπορεί να προσφέρει την δυνατότητα ψυχολογικής υποστήριξης σε όλους τους ασθματικούς εφήβους και τις οικογένειες τους. Κάτι τέτοιο δεν μπορεί να συμβεί λόγω της πληθώρας των προβλημάτων που καταφθάνουν στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και στην μη ύπαρξη αρκετών επιστημόνων (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών) για την ενασχόληση τους με όλα τα περιστατικά. Εστιάζουν μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που θα το ζητήσουν, όμως και σε αυτές τις περιπτώσεις δεν μπορεί να γίνει τίποτα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, οπότε και γίνεται παραπομπή στην αρμόδια κοινωνική υπηρεσία.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται τέλος, στην εκπαίδευση και στην ενημέρωση προς το γενικό πληθυσμό.

Όλα τα πανελλήνια Ιατρικά Συνέδρια κάνουν λόγο για την αναγκαιότητα της ενημέρωσης προς όλους.

Την ίδια ακριβώς θέση έχουν όλοι οι ερωτηθέντες γιατροί, οι οποίοι πιστεύουν πως μόνο με αυτόν τον τρόπο θα βελτιωθούν τα πράγματα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Το δείγμα μου αποτελούν πνευμονολόγοι από τα τέσσερα νοσοκομεία της περιοχής μας (Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος, Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παιδών, Περιφερειακό Νοσοκομείο Πατρών ο “Άγιος Ανδρέας” και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών).

Οι λόγοι επιλογής των πνευμονολόγων των παραπάνω νοσοκομείων είναι οι εξής:

- α Οι γιατροί έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στους εφήβους με άσθμα, ενώ ελάχιστες περιπτώσεις φτάνουν στους κοινωνικούς λειτουργούς.
- α Οι γονείς και οι έφηβοι καταφεύγουν στους γιατρούς για την άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.
- α Οι γιατροί αντιμετωπίζουν πρώτοι τις αντιδράσεις όταν γίνει η διάγνωση της ασθένειας από τους εφήβους και τους γονείς τους.

Αποφασίσαμε να ετοιμάσουμε ένα δείγμα ερωτήσεων και να καταφύγουμε στην μέθοδο της συνέντευξης, επειδή είναι το κύριο μέσο συλλογής πληροφοριών που έχουν άμεση σχέση με το αντικείμενο της έρευνας. Επίσης δίνει ευκαιρίες για διευκρίνιση των απαντήσεων και για εμβάθυνση πάνω στο θέμα.

Πρόκειται για μια δεδομένη συνέντευξη που περιλαμβάνει ερωτήσεις ανοικτού τύπου.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Πόσα χρόνια ασχολείστε με την διάγνωση και την θεραπεία του άσθματος ;
2. Σε ποια ηλικία παρουσιάζεται το άσθμα για πρώτη φορά ;
3. Υπάρχει περίπτωση να πρωτοεμφανιστεί και να διαγνωσθεί στην εφηβεία ;
4. Ποιες είναι οι συχνότερες αντιδράσεις του ασθματικού εφήβου ;
5. Συναντάται διαφορές ανάμεσα στις αντιδράσεις του ασθματικού παιδιού και του ασθματικού εφήβου ;
6. Ο ασθματικός έφηβος ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή ή δημιουργεί προβλήματα ;
7. Η εμφάνιση του άσθματος περιορίζει τον έφηβο στις διάφορες δραστηριότητες του σε σχέση με τους συνομήλικους του, οι οποίοι δεν έχουν αυτή την πάθηση ;
8. Ποιες είναι οι συχνότερες αντιδράσεις της οικογένειας εφήβου με άσθμα ; α)γονείς , β) αδέρφια
9. Έχει εκφραστεί η ανάγκη τόσο από τον ασθματικό έφηβο όσο και από τους γονείς του να συνεργαστούν με κάποιο κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο ;

10. Υπάρχει συνεργασία μεταξύ θεράποντα ιατρού και κοινωνικού λειτουργού ;

11. Πιστεύετε ότι η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας είναι απαραίτητη ;

12. Υπάρχουν κάποια πράγματα που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στο μέλλον για την βοήθεια των ασθματικών εφήβων και των γονιών τους (ενημέρωση, εκπαίδευση) ;

13. Μπορεί ο ασθματικός έφηβος να βοηθήσει το πρόβλημα του ; Αν ναι, με ποιο τρόπο ;

“ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ”

(Στο νοσοκομείο αυτό, δεν καταφθάνουν πλέον περιπτώσεις ασθματικών εφήβων. Λειτουργεί το “Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων” και το περιφερειακό νοσοκομείο “Άγιος Ανδρέας” . Οι απαντήσεις στηρίζονται στην εμπειρία του ερωτηθέντος γιατρού).

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. 10 χρόνια.
2. Το πιο πιθανό είναι να εμφανιστεί στην βρεφική – παιδική ηλικία.
3. Ναι, μπορεί να διαγνωστεί για πρώτη φορά στην εφηβεία.
4. Είναι ανήσυχος και επιθετικός.
5. Ο ασθματικός έφηβος αντιδρά πιο άσχημα από ότι το παιδί.
6. Συνήθως ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή.
7. Όχι, αν ακολουθεί πιστά τις φαρμακευτικές οδηγίες.
8. α) Συνήθως οι γονείς αισθάνονται φόβο και είναι πολύ πιεστικοί απέναντι στον γιατρό. Απέναντι στον έφηβο, θα έλεγα ότι είναι υπερπροστατευτικοί. β) Τα αδέλφια συνήθως επηρεάζονται από την συμπεριφορά των

γονιών τους και όχι από την εξέλιξη της παθήσεως στον έφηβο.

9. Ελάχιστες φορές.

10. Αν ζητηθεί, ναι.

11. Πιστεύω πως ναι.

12. Να μπορούσαν να λειτουργήσουν σεμινάρια εκπαίδευσης των ασθματικών και των γονιών τους.

13. Μπορεί, με το να ακολουθεί τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού.

“ ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ”

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. Γύρω στα έξι χρόνια.
2. Συνήθως στην βρεφική ηλικία, αλλά δεν υπάρχει ηλικιακός περιορισμός.
3. Είναι αρκετά πιθανό.
4. Φόβος, οργή, αλλά μετά το αποδέχεται.
5. Ο έφηβος μπορεί να γίνει πιο επιθετικός.
6. Σε λίγες περιπτώσεις δημιουργεί προβλήματα.
7. Όχι ιδιαίτερα.
- 8.α) Οι γονείς δημιουργούν υπερβολική πίεση στον ασθματικό έφηβο. Ίσως αυτοί χρειάζονται περισσότερη βοήθεια από τον ασθενή. β) Σπάνια υπάρχει πρόβλημα στις σχέσεις των αδελφών.
10. Σε ελάχιστες περιπτώσεις.
11. Φυσικά και είναι.
12. Να υπάρχει εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους.

13. Με το να μην δημιουργεί προβλήματα στην λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Να μην ξεχνά να πάρει τα φάρμακά του.

“ ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ”

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. Πέντε χρόνια.
2. Κατά την βρεφική ηλικία.
3. Αρκετές φορές συμβαίνει και αυτό.
4. Επιθετικότητα και φόβος.
5. Όχι ιδιαίτερες.
6. Τις περισσότερες φορές ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή.
7. Όχι εφόσον ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή.
- 8.α) Οι γονείς επηρεάζονται πολύ μάλλον λόγω της ελάχιστης ενημέρωσης που υπάρχει για το άσθμα.
β) Τα αδέρφια δεν επηρεάζονται ιδιαίτερα.
9. Όχι .
10. Ελάχιστες φορές.
11. Αν κρίνεται αναγκαίο ναι.
12. Να υπάρχει περισσότερη ενημέρωση και ευκαιρίες για την εκπαίδευση των ασθενών.

13. Να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες του θεράποντος
ιατρού.

“ ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ”

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. Πέντε - έξι χρόνια.
2. Από 0 μηνών μέχρι οποιαδήποτε ηλικία.
3. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να συμβεί.
4. Γίνεται επιθετικός, απόμακρος, καταθλιπτικός.
5. Όχι, μόνο τις φυσιολογικές.
6. Όχι, μόνο σε λίγες περιπτώσεις..
7. Σε πολύ λίγες περιπτώσεις.
- 8.α) Οι γονείς αρχικά αγχώνονται και ανησυχούν. Αν διαγνωσθεί από την παιδική ηλικία, καθώς περνούν τα χρόνια και φτάνουν στην εφηβεία, έχουν ηρεμήσει.
β) Όλα εξαρτώνται από τον χειρισμό των γονέων. Αν συμπεριφέρονται σε όλα τα παιδιά το ίδιο δεν υπάρχει πρόβλημα στις σχέσεις με τα αδέρφια.
9. Σε λίγες περιπτώσεις.
10. Αν χρειαστεί βεβαίως.
11. Στις περιπτώσεις που χρειάζεται, ναι.
12. Το άσθμα το συναντάμε στο 10-15% του ελληνικού πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι αφορά μία μεγάλη ομάδα

ανθρώπων, άρα δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φοβερό. Άρα χρειάζεται ενημέρωση και μάλιστα από την σχολική ηλικία. Συγχρόνως όμως χρειάζεται και εκπαίδευση όλων όσων ασχολούνται με ασθματικούς και κυρίως με εφήβους.

13. Ακούγοντας τους ιατρούς και έχοντας καλή σχέση με την οικογένεια.

**“ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΠΑΤΡΑΣ”**

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. 8 Χρόνια.
2. Στην βρεφική κατά κανόνα.
3. Είναι αρκετά πιθανό.
4. Γίνεται ανήσυχος, φωνάζει, δεν πιστεύει ότι λέμε την αλήθεια.
5. Ο έφηβος είναι πιο καχύποπτος και επιθετικός από ένα παιδί.
6. Πιο πολύ ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή.
7. Εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, δεν περιορίζει τον έφηβο από δραστηριότητες.
8. α) Είναι ανήσυχοι, επιφυλακτικοί, θέλουν και δεύτερη γνώμη. β) Τα αδέλφια δεν επηρεάζονται από την πάθηση. Μόνο όταν υπάρχουν προβλήματα σπίτι υπάρχουν αντιδράσεις.
9. Λίγες φορές.
10. Λίγες φορές.
11. Φυσικά και είναι απαραίτητη.

12.Πρέπει να υπάρξει περισσότερη ενημέρωση γιατί οι περισσότεροι ασθενείς φοβούνται επειδή δεν γνωρίζουν.

13.Μπορεί με το να μην δημιουργεί προβλήματα και με το να παίρνει όλα τα φάρμακα του.

**“ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΠΑΤΡΑΣ”**

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. Περίπου 10 χρόνια.
2. Συνήθως από την βρεφική ηλικία.
3. Για ένα μικρό ποσοστό μπορεί να συμβεί.
4. Αντιδρά επιθετικά στην αρχή.
5. Βεβαίως όπως συμβαίνει σε όλα τα παιδιά.
6. Εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και κυρίως οικογενειακούς.
7. Όχι καθόλου, πλην μερικών σοβαρών περιπτώσεων.
8. α) Νιώθουν άγχος και έντονη πίεση. Εκείνοι χρειάζονται περισσότερη παρακολούθηση από ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. β) Πολύ σπάνια διαταράσσονται οι αδελφικές σχέσεις. Συνήθως υπάρχει ενημέρωση προς όλη την οικογένεια.
9. Όχι.
10. Μερικές φορές ναι.
11. Βεβαίως και είναι.

12. - Εκπαίδευση των γονιών και των ασθματικών εφήβων.

- Ενημέρωση προς όλους τους ασθματικούς και μη.

13. Μπορεί να ακολουθεί πιστά τις συμβουλές των ιατρών που τον παρακολουθούν.

**“ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΠΑΤΡΑΣ”**

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. Έντεκα χρόνια στο Π.Γ.Ν.Π.
2. Το 90% ξεκινά από 0 μηνών.
3. Αρκετές φορές εμφανίζεται στην εφηβεία.
4. Έχει τις αντιδράσεις όλων των εφήβων, γίνεται καταθλιπτικός.
5. Όλα αλλάζουν κατά την εφηβεία, όλα ανατρέπονται.
6. Αν και μερικές φορές υπάρχουν αντιδράσεις, συνήθως υπακούει.
7. Αν τηρεί τις ιατρικές οδηγίες, όχι.
8. α) Οι γονείς στην αρχή είναι αγχωμένοι και τους πιάνει τρόμος. Σιγά σιγά ηρεμούν όμως και σε συνδυασμό με τον γιατρό όλα ξεπερνιούνται.
β) Τα αδέλφια πολύ σπάνια επηρεάζονται και μόνο όταν οι γονείς είναι υπερπροστατευτικοί ως προς τον ασθματικό έφηβο.
9. Πολύ σπάνια.
10. Πολύ σπάνια.
11. Ναι, όταν συντρέχουν λόγοι.

12. Εκείνο που προέχει είναι η ενημέρωση προς όλους τους γονείς-μαθητές των ασθματικών παιδιών ώστε να ηρεμήσουν.

13. Μπορεί, αρκεί να πάρει τις οδηγίες του γιατρού.

**“ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΠΑΤΡΑΣ”**

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. Δέκα χρόνια.
2. Στην βρεφική ηλικία.
3. Πολλές φορές είναι δυνατό να διαγνωσθεί στην εφηβεία.
4. Ανησυχία και φόβος για την υγεία του.
5. Ο έφηβος έχει πιο πολλές γνώσεις και πιο πολλές φορές κρίνει.
6. Συνήθως υπακούει.
7. Όχι, εφόσον τηρεί την φαρμακευτική αγωγή.
8. α) Στην αρχή φοβούνται για την υγεία του παιδιού τους και ρωτούν συνέχεια. Στην πορεία όμως το ξεπερνούν, σε συνδυασμό βέβαια με την καλυτέρευση της υγείας του παιδιού τους.
β) Πολύ σπάνια επηρεάζονται και αυτό συμβαίνει γιατί τους επηρεάζουν οι γονείς.
9. Ελάχιστες φορές.
10. Αν χρειαστεί, ναι.
11. Ναι, εφόσον υπάρχει ανάγκη.

12. Πρέπει να ενημερώνονται τα παιδιά στο σχολείο γιατί είναι θέμα που τους αφορά.

13. Μπορεί, αν τηρεί τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού.

**“ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΠΑΤΡΑΣ”**

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

1. Εφτά χρόνια.
2. Στην βρεφική ηλικία συνήθως.
3. Μερικές φορές ναι.
4. Είναι επιθετικός, ανήσυχος, εριστικός.
5. Όχι ιδιαίτερες. Όλοι ανησυχούν για την εξέλιξη της νόσου.
6. Τις περισσότερες φορές ακολουθεί την φαρμακευτική αγωγή.
7. Σε ελάχιστες περιπτώσεις.
8. α) Στην αρχή είναι ιδιαίτερα ανήσυχοι και ρωτούν συνέχεια πληροφορίες για την πάθηση. Μετέπειτα έχουν πιο ήρεμες αντιδράσεις.
β) Τα αδέρφια συνήθως επηρεάζονται από την συμπεριφορά των γονιών τους, όχι από την πάθηση.
9. Σε ελάχιστες περιπτώσεις.
10. Αν χρειαστεί, ναι.
11. Σαφώς είναι απαραίτητη.

12. Φυσικά και θα έπρεπε να υπάρχει ενημέρωση με ειδικά προγράμματα στα σχολεία, με διαφημιστικά «σποτάκια» κ.λ.π., γιατί απαντάται σε μεγάλη μερίδα του πληθυσμού.

13. Ακολουθώντας την φαρμακευτική αγωγή.

II. Σύγκριση κύριας μελέτης για το βρογχικό άσθμα στην εφηβεία με δεύτερη μελέτη για τα νέα επιδημιολογικά στοιχεία του άσθματος, που περιλαμβάνεται στο παράρτημα II.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης για το άσθμα στην εφηβεία, παρατηρείται μία σύγκλιση απόψεων όσον αφορά την αύξηση του άσθματος ανά όλον τον κόσμο.

Στην μελέτη που παρουσιάζεται στο Παράρτημα I είναι ευδιάκριτη μία μικρή διαφορά με την κυρίως μελέτη. Στο παράρτημα εξετάζονται και τα επιδημιολογικά στοιχεία των ασιατικών χωρών ενώ στην κυρίως μελέτη έγινε έκθεση στοιχείων για την Ευρώπη, τις Η.Π.Α. και την Αυστραλία. Όσον αφορά την Ελλάδα στην δεύτερη μελέτη υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία.

Επιπλέον στην δεύτερη μελέτη γίνεται μία λεπτομερής περιγραφή των παραγόντων κινδύνου, όπως η γενετική προδιάθεση, η ατοπία, η βρογχική υπεραντιδραστικότητα, το φύλο και η εθνικότητα- φυλή. Σχετικά με την γενετική προδιάθεση οι μελετητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι δεν μπορεί να βρεθεί ότι εξαρτάται από ένα μόνο γονίδιο και γι' αυτό το λόγο είναι δύσκολο να υπάρξει γονιδιακή θεραπευτική προσέγγιση. Με βάση τον πίνακα που αναφέρει τον μέσο κίνδυνο ανάπτυξης άσθματος στο παιδί και κατ' επέκταση στον έφηβο, είναι πιο πιθανό όταν υπάρχει μητέρα με άσθμα να νοσήσει το παιδί σε σύγκριση με την περίπτωση που υπάρχει πατέρας με άσθμα. Βέβαια η απόκλιση δεν είναι μεγάλη, γύρω στο 0,3 %.

Μεγαλύτερη διαφορά υπάρχει στην περίπτωση εξωγενούς και ενδογενούς άσθματος γύρω στο 3,4 % περίπου. Δηλαδή είναι πιο εύκολο να νοσήσει ένα παιδί

με γονέα που έχει εξωγενές άσθμα. Διαφορά ανάμεσα σε μητέρα και πατέρα με εξωγενές άσθμα δεν υπάρχει.

Η δεύτερη μελέτη κάνει μία μεγάλη αναφορά στην ατοπία ως παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση του άσθματος. Αναφέρεται ότι ο επιπολασμός της ατοπίας είναι 30% ενώ ο επιπολασμός του άσθματος είναι περίπου 6% στο γενικό πληθυσμό. Και τίθεται το ερώτημα γιατί όλοι οι ατοπικοί ασθενείς δεν εμφανίζουν ασθματικούς παροξυσμούς. Σύμφωνα με τους πίνακες που υπάρχουν στο παράρτημα I, προκύπτει ότι η ατοπία δεν αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξη άσθματος και ότι η βαρύτητα της έχει υπερεκτιμηθεί. Έτσι οι μελετητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι είναι σωστότερο να θεωρείται ένας παράγοντας ανάπτυξης άσθματος.

Στην κύρια μελέτη για το άσθμα στην εφηβεία, υπάρχει μερική αναφορά τόσο για την ατοπία όσο και για την βρογχική υπεραντιδραστικότητα ως παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση του άσθματος. Και αυτό γιατί υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις. Άλλοι τους δίνουν μεγάλη βαρύτητα και άλλοι όχι.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στην παιδική ηλικία το άσθμα είναι συχνότερο στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια, ενώ υπάρχει διαφορά όσον αφορά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Στην κυρίως μελέτη γίνεται αναφορά στο ότι η συχνότητα είναι περίπου η ίδια και στα δύο φύλα ενώ στην μελέτη του παραρτήματος αναφέρεται ότι η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες.

Όσον αφορά την φυλή και εθνικότητα δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην εκδήλωση άσθματος στους διάφορους πληθυσμούς.

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στις δύο μελέτες. Είναι αποδεδειγμένο ότι το παιδί γεννιέται με προδιάθεση σε αλλεργίες και στο άσθμα. Περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να επιδράσουν σε κάποια φάση της ζωής του ανθρώπου και γι' αυτό μπορεί να αναπτύξει άσθμα κατά την εφηβεία ή την ενήλικη ζωή του χωρίς προηγουμένως να έχει συμπτώματα άσθματος.

Τα πιο συχνά αλλεργιογόνα που προκαλούν ασθματικές αντιδράσεις είναι εισπνεόμενα. Στα σπουδαιότερα εισπνεόμενα αλλεργιογόνα ανήκουν οι γύρεις, οι σπόροι των μυκήτων, οι απεκκρίσεις ζώων, το ακάρι της οικιακής σκόνης καθώς και αλλεργιογόνα που απαντούν στο χώρο της επαγγελματικής εργασίας όπως διάφορα ένζυμα, αντιβιοτικά, εκχυλίσματα φυτών και άλλες οργανικές ή ανόργανες ουσίες που προκαλούν επαγγελματικό βρογχικό άσθμα.

Με βάση την μελέτη του παραρτήματος I τα ακάρεα οικιακής σκόνης είναι τα πιο κοινά αλλεργιογόνα που έχουν συσχετισθεί με το άσθμα παγκοσμίως, όμως σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες ο επιπολασμός του άσθματος σε νέους ενήλικες, φαίνεται να έχει ασθενή συσχέτιση με την συγκέντρωση ακάρεων κατά την παιδική ηλικία.

Όσον αφορά τα κατοικίδια ζώα, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι δεν ευθύνονται για την εμφάνιση ασθματικών κρίσεων αλλά αντιθέτως η παιδική έκθεση σε κατοικίδια, ελαττώνει την ευαισθητοποίηση σε κατοικίδια κατά την ενήλικη ζωή.

Επίσης, η δεύτερη μελέτη αναφέρει ότι αν και υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι η έκθεση στην γύρη επάγει ασθματικούς παροξυσμούς, δεν υπάρχουν έως τώρα

επαρκείς ενδείξεις ότι η ευαισθητοποίηση στην γύρη αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη άσθματος.

Υπάρχει μία μικρή διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο μελέτες για το επαγγελματικό άσθμα. Στην έρευνα για το άσθμα στην εφηβεία γίνεται αναφορά ότι τα αίτια είναι διάφορα ένζυμα, αντιβιοτικά, εκχυλίσματα φυτών και άλλες οργανικές ή ανόργανες ουσίες.

Στην έρευνα του παραρτήματος αναφέρεται ότι τα επαγγελματικά αλλεργιογόνα χωρίζονται συνήθως ανάλογα με το μοριακό τους βάρος. Υπάρχουν τα χαμηλού βάρους επαγγελματικά αλλεργιογόνα των οποίων ο μηχανισμός δράσης είναι ακόμα άγνωστος και τα υψηλού μοριακού βάρους επαγγελματικού αλλεργιογόνα τα οποία ευαισθητοποιούν τα άτομα και προκαλούν ασθματικούς παροξυσμούς όπως και τα κοινά αλλεργιογόνα.

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα. Τόσο το παθητικό όσο και το ενεργητικό. Το παθητικό κάπνισμα της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη μαζί με το κάπνισμα ενός μέλους της οικογενείας μετά την γέννηση του παιδιού, αυξάνει τον κίνδυνο στο παιδί να εκδηλώσει άσθμα και συριγμό της αναπνοής επόμενα χρόνια.

Το ενεργητικό κάπνισμα φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στους ασθματικούς παροξυσμούς και όχι τόσο στην εμφάνιση του άσθματος αυτού καθ' εαυτού.

Στην κυρίως έρευνα γίνεται αναφορά στις ουσίες του περιβάλλοντος που μπορεί να προκαλέσουν ασθματική αντίδραση. Τέτοιες ουσίες είναι το όζον και το νέφος. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι κλιματολογικοί παράγοντες όπως η υγρασία και η θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

Στην μελέτη του παραρτήματος υπάρχουν δύο κύριοι τύποι της ατμοσφαιρικής ρύπανσης: το βιομηχανικό και

το φωτοχημικό νέφος. Τα δεδομένα όμως από όλες τις επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η ατμοσφαιρική ρύπανση, ενώ μπορεί να προκαλέσει εξάρσεις άσθματος, δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη του άσθματος και δεν συμβάλλει στην παρατηρούμενη τα τελευταία χρόνια αύξηση του επιπολασμού.

Ένας άλλος παράγοντας που προκαλεί ασθματικές κρίσεις είναι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Οι λοιμώξεις είναι το πιο σύνηθες αίτιο των ασθματικών παροξυσμών. Στους εφήβους κυριαρχούν ο αδενοϊός και ο ιός της ινφλουέντσας. Ο μηχανισμός με τον οποίο οι ιογενείς λοιμώξεις προκαλούν ασθματική κρίση, δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Στην δεύτερη μελέτη αναφέρεται ότι οι λοιμώξεις του αναπνευστικού έχουν μία πολύπλοκη συσχέτιση με το άσθμα. Ιδιαίτερα στην περίπτωση της βρογχιολίτιδας στην βρεφική ηλικία όπου υπάρχει μεγάλη πιθανότητα στην ανάπτυξη άσθματος αργότερα στην ενήλικη ζωή.

Ακόμα, στην δεύτερη μελέτη γίνεται αναφορά στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση ως παράγοντα εμφάνισης άσθματος. Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι υψηλότερα επίπεδα επιπολασμού άσθματος εμφανίζονται στις αναπτυγμένες χώρες σε σχέση με τις φτωχές. Με άλλα λόγια η αύξηση του άσθματος μπορεί να αποδοθεί στην αυξημένη «καθαριότητα» και στις λιγότερες λοιμώξεις που προκύπτουν από την επέκταση του δυτικού πολιτισμού, την μείωση του μεγέθους της οικογενείας και την απομάκρυνση από το φυσικό περιβάλλον.

Ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας για αυξημένη επίπτωση του άσθματος που παρουσιάζεται σε όλες τις μελέτες είναι το μέγεθος της οικογένειας. Στις μεγάλες

οικογένειες με πολλά παιδιά η συμβίωση των νεαρότερων παιδιών με τα μεγαλύτερα αδέρφια τους, προφυλάσσει τα μικρότερα παιδιά από την ανάπτυξη άσθματος. Στις μέρες μας όμως οι οικογένειες έχουν λίγα παιδιά και γι' αυτό το λόγο σύμφωνα με την μελέτη νοσούν συχνότερα.

Ένας άλλος παράγοντας στον οποίο κάνει αναφορά η δεύτερη μελέτη είναι οι διατροφικές συνήθειες. Υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα για την συσχέτιση διαίτας και άσθματος, καθώς και για το ρόλο του μητρικού θηλασμού στην ανάπτυξη του άσθματος. Παρόλα αυτά λέγεται ότι η διατροφή με φρούτα υψηλής περιεκτικότητας σε βιταμίνη C, σχετίζεται με ελάττωση των συμπτωμάτων συριγμού στα παιδιά, ειδικά ανάμεσα σε αυτά που παρουσιάζουν ατοπική προδιάθεση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κυρίως έρευνα κάνει μία εκτεταμένη αναφορά στα φάρμακα ως αίτιο πρόκλησης ασθματικού παροξυσμού. Αναφέρεται ότι η ασπιρίνη είναι ένα από τα πιο γνωστά φάρμακα που προκαλούν εμφάνιση κρίσεων. Η συχνότητα του μετά ασπιρίνη εκδηλουμένου άσθματος δεν είναι ακριβώς γνωστή και κυμαίνεται από 2-19% και είναι συχνότερη σε γυναίκες.

Στην δεύτερη μελέτη, αν και ειπώνεται ότι υπάρχουν αρκετά φάρμακα που σχετίζονται με την πρόκληση βρογχοσπασμού και αναφέρονται στον πίνακα 12, δεν υπάρχουν όμως πειστικές αποδείξεις ότι τα φάρμακα αυτά σχετίζονται με την ανάπτυξη του άσθματος. Αναφέρεται ότι γίνονται ακόμα μελέτες και ότι χρειάζεται να γίνουν ακόμα περισσότερες για να προκύψουν σαφή ευρήματα.

Ένα άλλο σημείο στο οποίο υπάρχει διαφορά απόψεων ανάμεσα στις δύο μελέτες, είναι το γεγονός ότι στην πρώτη αναφέρονται η άσκηση και οι ψυχολογικοί

παράγοντες ως αίτια πρόκλησης ασθματικής κρίσης ενώ στην δεύτερη δεν υπάρχει αναφορά. Κι όμως μέσα σε πολλά κείμενα γίνεται αναφορά στο γεγονός ότι η άσκηση μπορεί να προκαλέσει ασθματική κρίση, ιδιαίτερα σε νεαρά άτομα, διότι απαιτείται αυξημένη σωματική δραστηριότητα. Ο μηχανισμός με τον οποίο προκαλείται έκλυση ασθματικού παροξυσμού δεν είναι πλήρως γνωστός. Ίσως η διαφορά θερμοκρασίας κατά την άσκηση μπορεί να παίζει ρόλο. Γεγονός είναι ότι υπάρχουν πολλές διαφωνίες για τον ρόλο της άσκησης.

Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες είναι αποδεδειγμένο ότι μπορεί ορισμένες φορές να επιβαρύνουν μία ασθματική κρίση. Ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την δραστηριότητα των νευρικών ινών προκαλώντας μεταβολές στην διάμετρο των αεραγωγών, οπότε επιδεινώνεται η κλινική συμπτωματολογία του άσθματος.

Επιπλέον στην δεύτερη μελέτη αναφέρεται ότι η θνητότητα λόγω άσθματος αυξάνεται παρά την ύπαρξη διεθνών οδηγιών για την αντιμετώπιση της πάθησης και αποτελεσματικών φαρμάκων. Ορισμένες υποθέσεις περιλαμβάνουν την αυξημένη βαρύτητα του άσθματος, την αποτυχία της θεραπευτικής προσέγγισης ανάμεσα στους νέους, τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής.

Στην κυρίως μελέτη όμως υπάρχει αισιοδοξία για την αντιμετώπιση του άσθματος και την έκβαση της θεραπείας. Και αναφέρεται ότι η θνητότητα είναι μειωμένη. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι οι αναφορές στην δεύτερη έρευνα αφορούν ξένες χώρες και όχι την Ελλάδα.

Σχετικά με την νοσηρότητα τώρα, αναφέρεται ότι το άσθμα είναι μία από τις κυριότερες αιτίες αποχής από την εργασία στις περισσότερες χώρες του κόσμου (είτε

είναι γονέας, είτε είναι ο ίδιος ο ασθενής) όπως επίσης και οικονομικού βάρους για τις οικογένειες. Ο χρόνος που χρειάζεται για την περίθαλψη ενός ατόμου με άσθμα καθώς και το κόστος των ιατρικών επισκέψεων και της αγοράς των φαρμάκων, μπορούν να αποτελέσουν δυσβάσταχτο οικονομικό βάρος για μία οικογένεια. Ένα σημείο στο οποίο υπάρχει συμφωνία απόψεων ανάμεσα στις δύο μελέτες, είναι ότι το άσθμα μπορεί να θεραπευθεί και ότι οι θάνατοι μπορούν να μειωθούν ακόμα περισσότερο.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι η δεύτερη μελέτη είναι μία από τις πιο πρόσφατες που έγιναν πάνω στο άσθμα. Τα στοιχεία πάνω στα οποία βασίστηκε η έρευνα αφορούν όχι μόνο την Ελλάδα αλλά και πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Όπου στην μελέτη του παραρτήματος αναφέρεται η λέξη ενήλικος, περιλαμβάνει και τον έφηβο. Δεν υπάρχει διαχωρισμός στην συγκεκριμένη έρευνα γιατί τα στοιχεία αφορούν τόσο τον έφηβο, όσο και τον ενήλικο.

Με βάση την σύγκριση που έγινε παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι αν και έχουν γίνει πολλές έρευνες πάνω στο άσθμα, η φύση της ασθένειας είναι τέτοια ώστε να μην υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στους μελετητές. Υπάρχουν πολλά κοινά σημεία αλλά εμφανίζεται διαφορετικός βαθμός βαρύτητας σε διάφορα στοιχεία που απαρτίζουν το άσθμα (αίτια, διάγνωση, κλινικά συμπτώματα, θεραπεία, θάνατος, νοσηρότητα) ανάμεσα σε διάφορες έρευνες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

I. ΕΛΛΗΝΙΚΗ:

- 1.**Αγάθωνος-Μαρούλη Ελένη « Τα επαγγέλματα υγείας στην σύγχρονη περίθαλψη. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού», Εκλογή, Δεκέμβριος 1980 τεύχος 53.
- 2.**Αποστολόπουλος Α.π. «Τα προβλήματα του εφήβου στο νοσοκομείο», Ιατρική, Ιανουάριος 1986, τόμος 50^{ος} , σελ. 587-593.
- 3.**Γαρδίκας Κ. «Ειδική Νοσολογία», Εκδόσεις Γρηγορίου Κ.Παρισιάνου, Αθήνα 1981.
- 4.**Γίτσιος Κ. «Νοσολογία», Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1988.
- 5.**Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγή της Υγείας, «Παιδί με χρόνια πρόβλημα υγείας», Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα 1989.
- 6.**Ίδρυμα Ερευνών για το παιδί « Εφηβεία: Προσδοκίες και Αναζητήσεις», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1992.
- 7.**Κακαβούλης Αλέξανδρος «Ψυχοπαιδαγωγική», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1990.
- 8.**Καλλινικάκη Θεανώ «Κοινωνική Εργασία», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.

9.Κρασανάκης Γεώργιος «Ψυχοπαιδαγωγική θεώρηση της εφηβείας», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993.

10.Λιακοπούλου Μάγδα « Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού με χρόνια νόσο και της οικογενείας του», Παιδιατρική, Οκτώβριος 1994, τόμος 57^{ος} , τεύχος 5^ο, σελ. 433-437.

10.Μάνος Κώστας «Ψυχολογία του εφήβου», Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1989.

11.28^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο για το άσθμα « Νέα επιδημιολογικά στοιχεία για το άσθμα» Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 2002.

12.Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. « Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.

13.Παπαϊωάννου Καλλιόπη « Ψυχική υγεία και παιχνίδι», Εκλογή, Δεκέμβριος 1976 τεύχος 40^ο-41^ο, σελ 60-63.

14.Παρασκευόπουλος Ιωάννης «Εξελικτική Ψυχολογία», Τόμος 4, Αθήνα 1984.

15.Προεδρικό Διάταγμα 891- ΦΕΚ 213/Α/78 « Περί καθορισμού αντικειμένου Κοινωνικής Εργασίας»

16.Ράπτης Σωτήριος «Εσωτερική Παθολογία», Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισιανού, Αθήνα 1997.

17.Ρασιδάκης Α., Σιαφάκας Ν. «Βρογχικό άσθμα»
Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1993.

18.Σταύρου Λάμπρος «Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία
νηπίου- παιδιού- έφηβου» Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα,
1984.

19.Τσαντίλη – Ευπολυτά Δανάη « Ο έφηβος και ο
θάνατος» Ιατρική 1979, τόμος 36^{ος} , τεύχος 2^ο σελ. 170-
172.

20.Τσιάντης Ιωάννης « Ψυχική υγεία του παιδιού και της
οικογενείας», τεύχος Β, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα,
1993.

21.Χουρδάκη Μαρία «Οικογενειακή Ψυχολογία»
Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, 1982.

22.Χουρδάκη Μαρία «Ψυχολογία της οικογενείας και
εξελικτική σχολικής και εφηβείας» Εκδόσεις Ελληνικά
Γράμματα, Αθήνα, 1995.

II. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Barnes P.J. « Neural mechanisms in astma» Chapman& Hall, London, 1992.
2. Barnes P.J. « Neural mechanisms in astma» Chapman& Hall, London, 1992.
3. Clark T.J.H «Definition and clinical categories of astma» Chapman& Hall, London, 1996.
4. Golden D. «Play therapy for hospitalized children: the social worker's role in hospital» Social work today, 1992.
5. Goolard Ph., Bousquet, Michael F.B. « Epidemiology-environment» The Parhenon Publishing Group, London, 1992.
6. Heyman B., Shaw M. « Looking at relationships in nursing» John Wiley and sons, London, 2001.
7. Vermeire P. « Compliance issues in astma» European Respiratory society, London, 2001.
8. Woolcock A. « The problem of astma worldwide» European Respiratory Review, London, 1991.