

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
ΣΤΗΝ
ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (Μ.Τ.Ν.).

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΠΑΥΛΑΤΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΠΑΤΡΑ ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1990.

ΑΡΙΘΜΟΣ	304
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
Περιεχόμενα	I
Πρόλογος	IV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
I.Γενικά περί Τεχνητού Νεφρού(T.N).	I
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
2.Οργάνωση και λειτουργία Μονάδος Τεχνητού Νεφρού (M.T.N.).	6
3.Η σημασία της αντισηψίας στην M.T.N.	13
4.Πως η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών(H/Y)βοηθά το νοσηλευτικό προσωπικό της M.T.N. να αναπτύξει καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις με τους νεφροπαθείς.	16
5.Ειδικά εργασιακά προβλήματα του νοσηλευτικού προσωπικού της M.T.N.	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
6.Νοσηλευτική φροντίδα αγγειακών προσπελάσεων.	25
6α.Εσωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία(FISTULA)	25
6β.Αρτηριοφλεβικά μοσχεύματα	32
6γ.Εξωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία(SHUNT)	34
6δ.Καθετηριασμός υποκλείδιας φλέβας	37
7.Πρόγραμμα παρακολούθησης μίας συνεδρίας τεχνητού νεφρού	40
7α.Στάδιο προετοιμασίας	40

	Σελ.
7β.Κύριο μέρος συνεδρίας	42
7γ.Απολύμανση μηχανήματος	45
8. Ειδική τακτική στις πρώτες συνεδρίες τεχνητού νεφρού	47
9. Νοσηλευτική αντιμετώπιση επιπλοκών-συμβαμάτων-διαταραχών κατά τη διάρκεια μίας συνεδρίας τεχνητού νεφρού	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
10. Νοσηλευτική φροντίδα διαβητικού αρρώστου σε αιμοκάθαρση	62
11. Νοσηλευτική προσέγγιση του παιδιού που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
12. Ο νεφροπαθής που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό,ως χρόνιος πάσχων	71
12α.Η προσπάθεια του νοσηλευτή για την ψυχολογική προσέγγιση του	
12β.Οι πιο συνηθισμένες ψυχολογικές αντιδράσεις των χρόνιων νεφροπαθών.	77
12γ.Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νεφροπαθείς.	81
12δ.Η επίδραση της χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (Χ.Ν.Α.) στην οικογένεια και αντίστροφα,οι επιπτώσεις των νέων οικογενειακών σχέσεων στην ψυχολογία του νεφροπαθή.	87
13. Αποκατάσταση και ο ρόλος του νοσηλευτή	90
13α.Παράμετροι εκτίμησης της αποκατάστασης	90

	Σελ.
Ι3β.Ορόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση του αιμοκαθαρόμενου αρρώστου	93
Ι3γ.Ποσοτική εκτίμηση της αποκατάστασης	96
Ι4.Νοσηλευτική διαπαιδαγώγηση σε θέματα υγείας των νεφροπαθών ,αλλά και των υγείων που κινδυνεύουν από νεφροπάθεια.	Ι00
Ι4α.Σε σχέση με τη θεραπεία	Ι02
Ι4β.Σε σχέση με τις επιπλοκές	Ι03
Ι4γ.Σε σχέση με την γεννητική λειτουργία	Ι03
Ι4δ.Σε σχέση με την φαρμακευτική αγωγή	Ι04
Ι4ε.Σε σχέση με την δόλαιτα	Ι04
Ι4στ.Σε σχέση με τα ψυχολογικά,κοινωνικά,επαγγελματικά,οικονομικά προβλήματα	Ι06
Ι4ζ.Σε σχέση με το AIDS	Ι06
Ι4η.Σε σχέση με την ηπατίτιδα	Ι07
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
Ι5.Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με Χ.Ν.Α που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση με τεχνικό νεφρό,εφαρμόζοντας την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.	Ι09
Ι5α.Α΄Κλινική Περίπτωση	Ι09
Ι5β.Β΄Κλινική Περίπτωση	Ι2Ι
Ι6.Προτάσεις λύσεις για το πρόβλημα της θεραπείας των νεφροπαθών.	Ι30
Επίλογος	Ι33
Βιβλιογραφία.	Ι34

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η χρόνια αιμοκάθαρση(Χ.Α)με τεχνητό νεφρό,ένα από τα ξεχωριστά ιατρικά επιτεύγματα των τελευταίων ετών,αποτελεί την κύρια μέθοδο αντιμετώπισης των αρρώστων με τελικό στάδιο Χ.Ν.Α.

Ο αριθμός των νεφροπαθών που υποβάλλεται σε Χ.Α. αυξάνει συνεχώς.Στη χώρα μας σήμερα ο αριθμός αυτός αγγίζει τις 2.800.Η αύξηση αυτή οφείλεται στην παράταση του χρόνου επιβίωσης των νεφροπαθών από την υψηλού επιπέδου αιμοκάθαρση που παρέχουμε στη χώρα μας,αλλά και στις δυσκολίες εξασφάλισης πτωματικών μοσχευμάτων.

Έτσι,η αύξηση αυτή κάνει επιτακτική την ανάγκη εξασφάλισης νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής στάθμης,από εξειδικευμένους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.Είναι γεγονός ότι αυτού του επιπέδου νοσηλευτές,εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις για την δημιουργία άρτια οργανωμένων μονάδων τεχνητού νεφρού,με άριστη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Ο νοσηλευτής δεν είναι πλέον,δεν πρέπει να είναι "ο εκτελεστής" οδηγίων του ιατρού αλλά "ο συνεργάτης" του στην αντιμετώπιση των πολλαπλών προβλημάτων του νεφροπαθούς που υποβάλλεται σε Χ.Α. Με αυτή την αλλαγή του ρόλου του νοσηλευτή η οποία προϋποθέτει αυξημένες υποχρεώσεις,γνώσεις,συνεχή εκπαίδευση στις νέες εξελίξεις της αιμοκάθαρσης αλλά και τεράστια αποθέματα υπομονής,ανθρωπιάς και αγάπης,ασχολείται η εργασία που ακολουθεί.

Θέλω να αφιερώσω την εργασία μου
στην μητέρα μου που με έμαθε να αγαπώ τα γράμματα,
στον πατέρα μου γιατί με σπούδασε με κόπο και στον
σύζυγό μου για την κατανόηση που έδειξε κατά την
διάρκεια της συγγραφής της.

Ευχαριστώ θερμά την Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
χάρι στις υποδείξεις και στη βοήθεια της ο-
ποίας μπόρεσα να ολοκληρώσω την εργασία μου.

Επίσης, ευχαριστώ όσους καθηγητές με βοήθησαν
κατά την διάρκεια των σπουδών μου να ενστερ-
νιστώ το πνεύμα της Νοσηλευτικής Επιστήμης
και ιδιαίτερα την Καθήγητρια Νάνου Κυριακή.

Σ Υ Μ Τ Ο Μ Ο Γ Ρ Α Φ Ι Ε Σ

- A.Γ. :Αρτηριακή Γραμμή
A.I.D.S. :Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας
A.K. :Αιμο-Κάθαρση
A.Π. :Αρτηριακή Πίεση
A.Φ. :Αρτηριο-Φλεβική
Η.Κ.Γ. :Ηλεκτρο-Καρδιο-Γράφημα
Η.Μ. :Ημιδιαπεδητή Μembrάνη
Ηζ :Αιματοκρίτης
I.V. :Ενδοφλέβια Χορήγηση
Μ.Τ.Ν. :Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
Ν.Α. :Νεφρική Ανεπάρκεια
Ρ. :Φώσφορος
Ρ.Ο. :Από το στόμα
Τ.Ν. :Τεχνητός Νεφρός
Φ.Γ. :Φλεβική Γραμμή
Χ.Α. :Χρόνια Αιμοκάθαρση
Χ.Ν.Α. :Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

I. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (T.N)

Τι είναι ο τεχνητός νεφρός: Είναι ένα μηχάνημα που δέχε-

ται το αίμα του αρρώστου, το καθαρίζει και το στέλνει πάλι πίσω στον άρρωστο. Ο T.N. δεν υποκαθιστά τον φυσικό νεφρό, παρά μόνο αντικαθιστά ορισμένες λειτουργίες του, διατηρώντας τον άρρωστο στη ζωή. Η μόνη ομοιότητα που παρουσιάζουν αυτοί οι δύο νεφροί είναι η ικανότητα απομάκρυνσης ορισμένων ουσιών από το πλάσμα, γεγονός αρκετό για να εξηγήσει τα μεγάλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νεφροπαθείς που παρατείνουν τη ζωή τους με το μηχάνημα αυτό.

Το σημείο που καθαρίζεται το αίμα λέγεται φίλτρο, και αλλάζει κάθε φορά που ο άρρωστος κάνει T.N. Ο άμεσος τρόπος καθαρισμού του αίματος με τεχνητά εξωσωματικά μέσα λέγεται αιμοδιάλυση, αιμοδιύλιση ή αιμοκάθαρση (A.K.). Η αρχή της A.K. βασίζεται στις ιδιότητες της ημιδιαπεδητής μεμβράνης (H.M.) που βρίσκεται μεταξύ δύο υγρών διαφορετικής οσμωτικής πίεσης, σ' αυτή την περίπτωση του αίματος και του ειδικού διαλύματος, που περνούν και τα δύο από το φίλτρο.

Το διάλυμα αυτό, παρασκευάζεται στις μονάδες τεχνητού νεφρού, και έχει ακριβώς την σύνθεση του ορού του αίματος, μόνο που δεν περιέχει ουρία. Έτσι λοιπόν η ουρία και όποια άλλη ουσία είναι αυξημένη στο αίμα, θα περάσει από την H.M. που περιέχει το φίλτρο για να πάει στο διάλυμα. Αυτό το διάλυμα, αφού περάσει από το φίλτρο και αφαιρέσει την ουρία από το αίμα, και τις άλλες τοξικές ουσίες, οδηγείται στην αποχέτευση της μονάδας και πετιέται.

Ιστορική αναδρομή: Πρώτη φορά λόγος περί Α.Κ. γίνεται

τον 18ο αιώνα από τον THOMAS GRAHAM. Το 1913 δημοσιεύτηκε η πρώτη εργασία για τον T.N., ενώ το πρώτο μοντέλο κατασκευάστηκε το 1950 στην Αμερική από τον KOLF. Το 1960 όμως ο KILL επινόησε ένα τύπο νέο T.N., που επίσης κυκλοφόρησε. Σήμερα χρησιμοποιούνται μηχανήματα μίας διόδου SINGLE PASS, με φίλτρα μιας χρήσεως, πλάκες, σπειράματα και τριχοειδή. Το ROYAL FREE HOSPITAL οργάνωσε την πρώτη ομάδα T.N. Την τεχνική της κάνουλας δημοσίευσε μία ομάδα ιατρών το 1959 από το BROOK ARMY MEDICAL CENTRE και έτσι έγινε δυνατή η εφαρμογή της αιμοδιαλύσεως, ενώ το 1960 οι QUINTON, BILLARD και SCRIBNER ανακαλύπτουν το SHUNT, και έτσι πλέον η Α.Κ. χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Χ.Ν.Α.).

Πότε και σε ποιά νοσήματα εφαρμόζεται ο T.N. : Εφαρμό-

ζεται προσωρινά, ωςότου αποκατασταθεί η λειτουργία των νεφρών στην οξεία νεφρική ανεπάρκεια (μετεγχειρητικά, μετά από ατύχημα, φαρμακευτική δηλητηρίαση, ασυμβατότητα αίματος, κτλ), ενώ εφαρμόζεται μόνιμα στην Χ.Ν.Α., όταν η λειτουργική βλάβη των νεφρών είναι μόνιμη.

Η θεραπεία του T.N. πρέπει να αρχίσει στην ώρα της, δηλαδή ούτε αργά, αλλά ούτε και νωρίς. Αυτό θα το κρίνει ο γιατρός, αλλά υπάρχουν τρεις κανόνες (με ισχυρότερο τον πρώτο) που τον αναγκάζουν να επισπεύσει την έναρξη του T.N. : α) όταν η κάθαρση της κρεατινίνης ορού είναι κάτω από 10MG/MIN β) όταν υπάρχει περικαρδίτιδα, γ) όταν υπάρχει σοβαρή, ανεξέλεγκτη υπέρταση.

Ενδείξεις και αντενδείξεις έναρξης χρόνιας Α.Κ. : Σήμερα

με την επάρκεια της νοσοκομειακής υποδομής που υπάρχει, δεν γίνεται καμία επιλογή σε ότι αφορά την ηλικία, το φύλο, τη φύση της νεφροπάθειας, την κοινωνική, οικονομική ή πνευματική στάθμη του νεφροπαθούς.

Ομως υπάρχουν και αντενδείξεις που βασίζονται σε καθαρά ιατρικά κριτήρια, όπως: η πολύ μεγάλη ηλικία, η επιβαρυνόμενη γενική κατάσταση, η κάμψη της πνευματικής λειτουργίας και τα ψυχικά προβλήματα χωρίς φαρμακευτική ανταπόκριση, η γενικευμένη νεοπλασία και η σοβαρή αιμοπάθεια.

Διάρκεια, συχνότητα και επάρκεια Α.Κ.: Η κλινική εμπει-

ρία έδειξε ότι η απαραίτητη διάρκεια Α.Κ. είναι περίπου 15 ώρες την εβδομάδα που κατανέμεται σε τρεις συνεδρίες, ενώ η Α.Κ. θεωρείται ικανοποιητική όταν οι τιμές της ουρίας και κρεατινίνης αίματος πριν από την συνεδρία είναι μικρότερες από 180 και 15MG% αντίστοιχα.

Αγγειακές προσπελάσεις: Η περιοδική Α.Κ. απαιτεί κατά

την διάρκεια της συνεδρίας του T.N. την διατήρηση της εξωσωματικής κυκλοφορίας. Για τον σκοπό αυτό είναι απαραίτητη η αγγειακή πύλη εισόδου και εξόδου του αίματος, δηλαδή η δημιουργία της αγγειακής προσπέλασης. Τα είδη των αγγειακών προσπελάσεων είναι τα εξής:

α) Εσωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία (FISTULA): Είναι η αναστόμωση μιας αρτηρίας με μία υποδόριο φλέβα, με θέση πρώτης επιλογής τον καρπό του αριστερού χεριού αν πρόκειται για δεξιόχειρα ασθενή. Αποτελεί την πιο ενδεδειγμένη μόνιμη αγγειακή προσπέλαση για την χρόνια Α.Κ.

β) Εξωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία (SHUNT): Αποτε-

λεί την προσωρινή αγγειακή προσπέλαση για την αντιμετώπιση ασθενών με οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Η τοποθέτησή του σήμερα ολοένα και ελαττώνεται, παραχωρώντας τη θέση του στους φλεβοκαθετήρες. Αποτελείται από δύο ελαστικούς σωλήνες από σιλικόνη. Στο άκρο που θα εισαχθεί στο αντίστοιχο αγγείο τοποθετείται ένας μικρός σωλήνας από TEFELON. Όταν δεν είναι σε λειτουργία για Α.Κ. τα εξωτερικά άκρα του συνδέονται με ένα συνδετικό που επιτρέπει την κυκλοφορία του αίματος.

γ) Αρτηριοφλεβικά μοσχεύματα: Τοποθετούνται όταν τα αγγεία για τη δημιουργία της FISTULA έχουν εξαντληθεί από προηγούμενες προσπάθειες ή δεν υπάρχουν άλλα. Το πιο κατάλληλο μόσχευμα είναι η φλέβα του ίδιου του αρρώστου (είτε η σαφηνής πάνω ή κάτω από το γόνατο, είτε η κεφαλική πάνω από τον αγκώνα) ή, σε αδυναμία χρησιμοποίησής της, σαν εναλλακτικού μοσχεύματα είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν τα: ομοιομοσχεύματα, ετερομοσχεύματα και προσθετικά μοσχεύματα.

δ) Καθετηριασμός σποκλειδίου και μηριαίας φλέβας: Περισσότερο συνηθισμένος είναι ο καθετηριασμός της σποκλειδίου. Εμφαρμόζεται όταν ο άρρωστος πρόκειται να υποβληθεί σε επείγουσα Α.Κ. και είτε δεν υπάρχει αρτηριοφλεβική επικοινωνία, είτε η υπάρχουσα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

Νεώτερες μέθοδοι Α.Κ. : Είναι οι εξής: αιμοδιήθηση, αιμοπροσρόφηση, πλασμαφαίρεση, ταυτόχρονη αιμοπροσρόφηση-αιμοκάθαρση, συνεχής αρτηριοφλεβική αιμοδιήθηση, αιμοκάθαρση με μία βελόνα, με χρήση διττανθρακικών

Οργανωτική υποδομή της χρόνιας Α.Κ: Διακρίνονται 3 περιπτώσεις: α) Νοσοκομειακή Α.Κ: γίνεται σε μονάδα T.N. ενσω-

ματωμένη σε μεγάλο νοσοκομειακό κέντρο και απευθύνεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα που απαιτούν νοσοκομειακή παρακολούθηση και αντιμετώπιση.

β) Κατ'οίκον Α.Κ.: δίνει τη δυνατότητα στον νεφροπαθή να ακολουθεί το χρόνιο πρόγραμμα της θεραπείας στο σπίτι του σε ωράριο που εξυπηρετεί τις προσωπικές, επαγγελματικές και οικογενειακές του υποχρεώσεις.

γ) Νοσηλευτική Α.Κ.: γίνεται σε ξενώνα χρόνιων πασχόντων σε μικρό νοσοκομείο ή σε τελείως εξωνοσοκομειακό κτίριο. Εκεί ο ασθενής αυτοεξυπηρετούνται, αλληλοβοηθούνται και αλληλοπαρακολουθούνται κατά την διάρκεια της συνεδρίας. Ο νεφρολόγος-γιατρός προσκαλείται μόνο σε επείγουσες περιπτώσεις, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ελάχιστο (ένας νοσηλεύτης σε 8-10 νεφροπαθείς).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (Μ.Τ.Ν)

Η μονάδα τεχνητού νεφρού (Μ.Τ.Ν) -ένα από τα πιο νευραλγικά τμήματα του νοσοκομείου- αποτελεί οργανωμένο τμήμα με ειδικό εξοπλισμό και ειδικευμένο προσωπικό. Πρέπει να είναι οργανωμένη σε τέτοια θέση, ώστε να μην δημιουργούνται προβλήματα διακινήσεως στους αρρώστους, δηλ. να είναι εύκολη η είσοδός τους και η εξοδός τους από το Νοσοκομείο.

Το περιβάλλον της μονάδας πρέπει να είναι άριστο, να παρέχει άπλετο φυσικό και τεχνητό φωτισμό, ησυχία, αερισμό, κλιματισμό άνετη και ξεκούραστη επίπλωση, μέσα επικοινωνίας-τηλεπικοινωνίας και μέσα ψυχαγωγίας. Οι τοίχοι και η οροφή να είναι ανοικτού χρώματος και με καλαίσθητη διακόσμηση στοιχεία σημαντικά για πολύωρη και άνετη παραμονή. Το δάπεδο να είναι επιστρωμένο με πλαστικό, για εύκολο και καλό καθαρισμό.

Σκοποί της Μ.Τ.Ν. :

1) Παροχή άριστης εξατομικευμένης Νοσηλευτικής φροντίδας με συνεχή και άγρυπνη κάλυψη.

2) Η διατήρηση του αρρώστου στην όσο το δυνατό καλύτερη φυσική και ψυχολογική κατάσταση.

3) Η εξασφάλιση του δικαιώματός του να υπάρχει και να συμμετέχει πλήρως στην οικονομικο-πολιτική και κοινωνική δραστηριότητα.

Ο ρ γ ά ν ω σ η : Οι χώροι που πρέπει να διαθέτει κάθε

M.T.N. είναι :

1) Χώρος υποδοχής: Ο χώρος αυτός, πρέπει να βρίσκεται στην είσοδο της μονάδας. Ιδανική θα ήταν η ύπαρξη μιας γραμματέως που να απαντά στο τηλέφωνο, να κατευθύνει τους επισκέπτες, να παραλαμβάνει το υλικό της κλινικής καθώς επίσης και ενός βοηθητικού ατόμου, π.χ. μια παρασκευάστρια που να δίνει στο εργαστήριο πα εργαστηριακά και να παίρνει τα αποτελέσματα.

2) Αποδυτήρια ασθενών: Θα πρέπει να υπάρχουν αποδυτήρια για άνδρες και γυναίκες που να είναι εφοδιασμένα με ντουλάπες, ξεχωριστές για κάθε άρρωστο. Μέσα στο χώρο αυτό, πρέπει να υπάρχουν νιπτήρες και τουαλέτες. Ο χώρος αυτός πρέπει να υπάρχει, ακόμα και αν η μονάδα χρησιμοποιεί πολυθρόνες (οπότε οι ασθενείς δεν ξεντώνονται και δεν ξαπλώνουν σε κρεβάτια) σε περίπτωση που κάποιος ασθενής παρουσιάζει συγκεκριμένο πρόβλημα.

3) Αποδυτήρια προσωπικά: Είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές που είναι εκτεθειμένοι καθημερινά σε κίνδυνο μόλυνσης να έχουν αυτή τη διευκόλυνση.

4) Αίθουσα αναμονής: Είναι χώρος για τους αρρώστους αλλά και για τους επισκέπτες. Ιδανικό θα ήταν να παρέχει αναπαυτικά καθίσματα, τραπέζια, περιοδικά και κυλικείο έτσι ώστε να εξυπηρετούνται οι συνοδοί που περιμένουν ώρες ολόκληρες τους αρρώστους τους.

5) Χώρος αιμοκαθάρσεως: Για την καλύτερη παρακολούθηση των αρρώστων, το τμήμα θα πρέπει να είναι σε σχήμα κυκλικό. Ο χώρος που θα πρέπει να αναλογεί σε κάθε άρρωστο είναι 9 τ.μ., ενώ η αναλογία ασθενών προς νοσηλευτές, θα πρέπει να είναι 1,1:1 έως 1,33:1. Πρέπει να υπάρχει κλιματισμός (AIR CONDITION), ούτως ώστε να εξαερίζεται και συγχρόνως να θερ-

μαίνεται ο χώρος τον χειμώνα. Τέλος, απαραίτητος θεωρείται ο ιδιαίτερος χώρος για τους αρρώστους που έχουν ηπατίτιδα από ιδό ή είναι φορείς του HBsAg ή του AIDS έτσι ώστε να αποφεύγεται η επικοινωνία με τους υπόλοιπους αρρώστους.

6) Γραφείο Νοσηλευτικού προσωπικού-προισταμένης: Είναι εύλογο ότι θα πρέπει να είναι κοντά στον χώρο αιμοκαθάρσεως, και δίπλα στο γραφείο των γιατρών της μονάδας.

7) Χώρος απιονισμού: Επειδή το νερό της βρύσης έχει συστατικά π.χ. Ca και Al ανάλογα με την εποχή άλλοτε άλλης περιεκτικότητας, για αυτό θα πρέπει να γίνει εγκατάσταση ούτως ώστε το νερό πριν φτάσει στο MONITOR της αιμοκαθάρσεως να υφίσταται κατά σειρά φιλτράρισμα, αποσκλήρυνση, ανάστροφη ώσμωση και απιονισμό, έτσι ώστε να καθαρίσει τελείως το νερό.

8) Χώρος καθαρισμού: Επειδή τα φίλτρα σε ορισμένα κέντρα επαναχρησιμοποιούνται για λόγους οικονομίας, πρέπει να υπάρχει χώρος με βρύσες και μαρμάρινα ράφια ούτως ώστε αφού καθαριστούν και αποστειρωθούν εισάγεται διάλυμα φορμόλης 2%, και στην συνέχεια τοποθετούνται στα ράφια με τα ονόματα των αρρώστων για φύλαξη. Αυτό αποτελεί μία επιπλέον δουλειά για τον νοσηλευτή, αλλά έχει βρεθεί ότι γίνεται ικανοποιητική καθαριση χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα.

9) Τραπεζαρία: Είναι απαραίτητη ειδικά για τους αρρώστους που πρόκειται να ταξιδέψουν.

10) Άλλοι χώροι: Ίματιοθήκη, αποθήκη υλικού, βοηθητικοί χώροι, χώρος για το τρόλευ των επείγοντων περιστατικών και τέλος, χώροι που κρατούνται εφεδρικά 2 μηχανήματα τεχνητού νεφρού.

Ιδανικό θα ήταν να υπάρχει: α) χώρος για μικροεπεμβά-

σεις π.χ. αποθρόμβωση μιας αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας,β) δωμάτιο εξετάσεως,γ)εργαστήριο για επείγουσες εργαστηριακές εξετάσεις,δ)γραφείο διαιτολόγου,ε)γραφείο κοινωνικής λειτουργού,ζ)αίθουσα σεμιναρίων η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί από το προσωπικό που εκπαιδεύεται,από την υγειονομική ομάδα για τα συμβούλιά της,αλλά και σαν αίθουσα διδασκαλίας για τους αρρώστους που εκπαιδεύονται πάνω στα προβλήματα της αιμοκάθαρσεως.

Λ ε ι τ ο υ ρ γ ι α : Οι κανονισμοί λειτουργίας είναι

οι εξής:

1)Παροχή νοσηλείας από γιατρό νεφρολόγο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

2)Κάλυψη νοσηλείας σε συγκεκριμένο αριθμό ασθενών,ανάλογα με τις δυνατότητες της κάθε μονάδας.

3)Προδιαγραφές φυσικών και τεχνητών χαρακτηριστικών του θαλάμου νοσηλείας και των υπόλοιπων χώρων.

4)Επαρκής τεχνολογικός εξοπλισμός και εφοδιασμός θεραπευτικού υλικού.

5)Προδιαγραφές όλων των παραμέτρων νοσηλείας: φίλτρων γραμμών,διαλυμάτων,απιονισμένου νερού.

6)Έλεγχος και συντήρηση των μηχανημάτων από ειδικούς τεχνικούς

7)Πλήρης εξοπλισμένο μικροβιολογικό εργαστήριο άμεσα ή έμμεσα συνδεδεμένο με την μονάδα,καθώς και μικρή μονάδα εργαστηρίου μέσα στο χώρο εργασίας για έλεγχο επειγόντων

καταστάσεων(ηλεκτρολύτες-αιματοκρίτης)καί αντιμετώπισή τους.

8)Οργανικές θέσεις ή έμμεση ανάθεση επιπρόσθετης ευθύνης σε: Αγγειοχειρουργό,Καρδιολόγο,Ακτινολόγο,Διαιτολόγο, Κοινωνική Λειτουργό.

Η διεξαγωγή όλης της συνεδρίας του τεχνητού νεφρού,είναι αποκλειστικά νοσηλευτικό έργο,καί θα πρέπει να παρέχεται από επιστήμονες νοσηλευτές,ειδικά εκπαιδευμένους.Ο νοσηλευτής την Μ.Τ.Ν.,πρέπει να ενδιαφέρεται για την επιστημονική του κατάρτιση καί την επαγγελματική του επίδοση,συμμετέχοντας σε συνέδρια ή σεμινάρια που γίνονται στο εσωτερικό ή εξωτερικό,σε θέματα που ενδιαφέρουν την ειδικότητά του.Πρέπει επίσης να έχει βασικές γνώσεις έρευνας καί να συμμετέχει σε νοσηλευτικά ερευνητικά προγράμματα κυρίως της ειδικότητάς του.

1)Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν:

-Αρχές της Φυσικής,Βιοφυσικής καί Χημείας,στις οποίες βασίζονται οι διεργασίες μέσα στα μηχανήματα.

-Γνώσεις λειτουργίας καί χειρισμού των μηχανημάτων

-Τους σκοπούς της θεραπείας της αιμοκάθαρσης που είναι:

Ελεγχος αρτηριακής πίεσης

Διόρθωση διαταραχών οξεοβασικής ισορροπίας,

Διατήρηση ηλεκτρολυτικής ισορροπίας

Ρύθμιση ισορροπίας υγρών

Απομάκρυνση τοξικών ουσιών καί άχρηστων μεταβολικών προϊόντων από το πλάσμα.

2)Να είναι σε θέση:

-Να εκτιμούν,να εξακριβώνουν καί να ιεραρχούν τις ανάγκες του αρρώστου.

-Να σχεδιάζουν νοσηλευτική φροντίδα και να υλοποιούν το νοσηλευτικό σχέδιο.

-Να μπορούν να αξιολογούν την θετική ή αρνητική απόκριση του αρρώστου και να τροποποιούν ανάλογα το σχέδιο

-Να διαπιστώνουν έγκαιρα δυσχέρειες και επιπλοκές που προέρχονται από την κακή λειτουργία του μηχανήματος.

-Να αναγνωρίζουν την οργανική αιτία από την παθολογική κλινική εικόνα του αρρώστου.

-Να βοηθούν τον άρρωστο:

να αποδεχτεί το διυλιτικό σχήμα

να συμβιώσει ρεαλιστικά με αυτό

να διατηρηθεί στην καλύτερη δυνατή οργανική και ψυχολογική κατάσταση

-Να κατανοούν τις προσδοκίες του αρρώστου που επιθυμεί:

να του προσφέρεται προσωπική και όχι απρόσωπη φροντίδα

να συμμετέχει στο σχεδιασμό της φροντίδας του

να του παρέχονται εξηγήσεις της νοσηλείας του

να αποδεχόνται την συμπεριφορά του.

-Να διαπαιδαγωγούν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

-Να διδάσκουν τους φοιτητές και σπουδαστές της νοσηλευτικής.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του κάθε ιδρύματος θα πρέπει να παρέχει γραπτή κάλυψη στο νοσηλευτή της Μ.Τ.Ν. για την χορήγηση ενδοφλέβιων συσκευασμάτων, ορών και άλλων νοσηλειών. Είναι μία πρόταση, που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στον μελ-

λοντικό σχεδιασμό του καθηκοντολογίου του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σ υ μ π έ ρ α σ μ α : Η επιτυχής λειτουργία της μονά-

δας προϋποθέτει:

- Επάρκεια εξειδικευμένου προσωπικού
- Υγιεινές και σωστές συνθήκες φυσικού περιβάλλοντος
- Επάρκεια υλικού και τεχνητών μέσων
- Πρόγραμμα συνεχούς ενδοσηπειακής επιμόρφωσης
- Δικαιώματα συμμετοχής των ασθενών στην νοσηλεία τους
- Σεβασμό και διατήρηση της προσωπικότητας του αρρώστου
- Υλική και Ηθική ικανοποίηση του προσωπικού για ώθηση και επίτευξη των προσδιοριζομένων σκοπών.

3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΗΨΙΑΣ ΣΤΗΝ Μ.Τ.Ν.

Είναι γνωστό ότι στο δέρμα του ανθρώπου διαβιούν μικροοργανισμοί που βρίσκονται σε κατάσταση δυναμικής ισορροπίας με τον οργανισμό. Όταν η ισορροπία αυτή είναι καλή (υγιή άτομα) ο πολλαπλασιασμός και ο αριθμός των μικροοργανισμών είναι σχετικά μικρός. Όταν ο οργανισμός νοσεί ιδίως από βαριές ή χρόνιες νόσους η ισορροπία διαταράσσεται υπέρ των μικροοργανισμών, ο πολλαπλασιασμός τους είναι εντονότερος και ο αριθμός τους μεγαλύτερος. Θα περίμενε λοιπόν κανείς στους ουραιμικούς μεγαλύτερο αριθμό μικροβίων από ότι συνήθως:

Οι μικροοργανισμοί που βρίσκονται στην επιφάνεια του δέρματος είναι: α) Σταφυλόκοκκοι (λευκός, χρυσίζων)

β) Στρεπτόκοκκοι της επιδερμίδας και άλλοι στρεπτόκοκοι

γ) Σπανιώτερα θετικά κατά GRAM (+) και αρνητικά κατά GRAM (-) βακτηρίδια.

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοδιύλιση, σε περίπτωση μη τήρησης των κανόνων αντισηψίας υπάρχει το ενδεχόμενο να παρασυρθούν μικροοργανισμοί της επιδερμίδας (με την φλεβοκέντηση). Άλλες φορές οι μικροοργανισμοί που παρασύρονται από τη βελόνα κατακρατούνται είτε μέσα στο δέρμα, ή υποδόρια, είτε στο τοίχωμα των αγγείων και δε φτάνουν στο αίμα.

Αν η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι ικανοποιητική, συνήθως η εισαγωγή αυτών των μικροβίων αντιμετωπίζεται από τον οργανισμό τοπικά υπό την μορφή φλεγμονής των μαλακών μορίων έως πυώδους συλλογής ή μικροαποστήματος ή τέλος φλεγμονής του σημείου της αναστομώσεως. Όταν όμως η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι επηρεασμένη με πολύ χαμηλή

ανοσοβιολογική απάντηση στις λοιμώξεις ή όταν δεν ληφθούν έγκαιρα μέτρα για την υποβοήθηση του ασθενούς οργανισμού, τότε η λοίμωξη προχωρεί δια μέσου του αίματος και μεταναστεύει από το σημείο της εισβολής προς την καρδιά(κίνδυνος βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας) ή τους πνεύμονες ή άλλα όργανα με την γενικώτερη συπτωματολογία της σηψαιμίας.

Ετσι λοιπόν, γίνεται φανερό ότι η τήρηση και η εφαρμογή των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην όλη πορεία του ασθενή και αυτό επειδή:

1) Η αιμοκάθαρση είναι μία χρόνια θεραπεία

2) Η τεχνική της αιμοκάθαρσης-φλεβοκέντηση, σύνδεση, αποσύνδεση του ασθενή-υποβοηθά στην είσοδο μικροβίων στον οργανισμό

3) Οι νεφροπαθείς είναι ασθενείς με μειωμένη άμυνα.

Εκτός όμως τα πιο πάνω, η καλή αντισηψία και η αποφυγή κυρίως των τοπικών λοιμώξεων για τους αιμοκαθαρόμενους, αποκτά ιδιαίτερη σημασία αν λάβουμε υπόψη πως μία τοπική φλεγμονή οδηγεί:

α) Σε προσωρινό αποκλεισμό της παρακέντησης και φυσικά αδυναμία υποβολής των ασθενών σε αιμοκάθαρση

β) Σε πιθανή καταστροφή της αναστομώσεως(θρόμβωση κ.λ.π) και στη συνέχεια ανάγκη δημιουργίας νέας.

γ) Σε σοβαρή ψυχική και σωματική δοκιμασία για τον ασθενή.

δ) Σε ανάλογη επιβάρυνση του προσωπικού

Η σωστή τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας αποτελεί αποκλειστικά έργο, ευθύνη και φροντίδα του νοσηλευτή. Εξ άλλου είναι γνωστό ότι η εμφάνιση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων αντικατοπτρίζει την ποιότητα του παρεχομένου νοσηλευτικού έργου.

Ο νοσηλευτής της Μ.Τ.Ν. για να είναι σίγουρος ότι εφαρ-

μόζει σωστά τους κανόνες αντισηψίας, πρέπει:

1) Να φορά μάσκα και γάντια κατά την διάρκεια της παρακέντησης και να τηρεί όλους τους κανόνες χειρουργικής προετοιμασίας.

2) Να χρησιμοποιεί αποστειρωμένα εργαλεία και βελόνες παρακεντήσεως.

3) Να πλένει καλά με αντισηπτικό διάλυμα πριν την παρακέντηση την περιοχή της FISTULA

4) Να συνδέει και να αποσυνδέει γρήγορα τον άρρωστο, έτσι ώστε να τον εκθέτει λιγότερο σε μικροβιακές μολύνσεις

5) Να παρέχει αναλυτικές και σαφείς οδηγίες στον ασθενή σχετικά με την περιποίηση της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας στο σπίτι.

4. ΠΩΣ Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ (Η/Υ) ΒΟΗΘΑ

ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν. ΝΑ ΑΝΑΠΤΥΞΕΙ

ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ

Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές (Η/Υ) και η επιστήμη της πληροφορικής που αναπτύχθηκαν αλματωδώς στην δεκαετία που διανύουμε, δεν ήταν δυνατό παρά να επηρεάσουν και την Νεφρολογία, η οποία μάλιστα ήταν και από τις πρώτες ιατρικές ειδικότητες που εκμεταλλεύθηκαν τις υπηρεσίες τους.

Παρακάτω θα μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι Η/Υ βοηθούν αποκλειστικά το νοσηλευτή της μονάδας να παρέχει καλύτερης ποιότητας εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Ας αναλογιστούμε όμως πρώτα τι συμβαίνει καθημερινά με ή χωρίς την βοήθεια του υπολογιστή.

1) Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει κατ' αρχήν να ετοιμάσει τα υλικά που χρειάζεται για την αιμοκάθαρση κάθε ασθενούς. Ανασύρει από την αποθήκη το φαρμακευτικό υλικό, τα φίλτρα, τις βελόνες, τα διαλύματα κ.λ.π. που δεν είναι ίδια για κάθε άρρωστο. Η αποθήκη λοιπόν πρέπει να διαθέτει σε επάρκεια τουλάχιστο 15 ημερών, όλα τα απαραίτητα αναλώσιμα υλικά. Ένα καλό πρόγραμμα υπολογιστή δίνει τη δυνατότητα στην προϊσταμένη να παρακολουθεί την αποθήκη υλικού και να προειδοποιεί όταν η ποσότητα κάποιου υλικού μειωθεί κάτω από το καθορισμένο όριο. Στη συνέχεια μπορεί αμέσως να δώσει τον κατάλογο των ασθενών της ημέρας και συγκεντρωτικά τα υλικά που χρειάζονται για την αιμοκάθαρση κάποιου ασθενούς.

2) Η επόμενη ενέργεια των νοσηλευτών είναι να καταγράψουν στο φύλο αιμοκάθαρσης διάφορες φυσικές παραμέτρους του ασθενούς π.χ. ΑΠ, βάρος, να υπολογίσουν την αύξηση του

βάρους από την προηγούμενη αιμοκάθαρση και τις παραμέτρους λειτουργίας του μηχανήματος που χρειάζονται με το συγκεκριμένο φίλτρο για να επιτευχθεί το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Στο τέλος της συνεδρίας, χρειάζεται νέα καταγραφή. Όλα τα παραπάνω γίνονται εύκολα στο φύλλο αιμοκάθαρσης, όμως θα χρειαστεί κάποια στιγμή ο νοσηλευτής να εκτιμήσει π.χ. την πορεία της αρτηριακής πίεσης του αρρώστου τους τελευταίους μήνες ή τελευταίο έτος.

Είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς πόσος χρόνος και κόπος χρειάζεται για το ξεφύλισμα, και πόσο τα πράγματα δυσκολεύουν αν χρειαστεί κανείς να συσχετίσει τις μεταβολές της πίεσης με τις μεταβολές του βάρους. Η απεικόνιση μιας ή περισσότερων διαχρονικών καμπυλών στο ίδιο διάγραμμα είναι υπόθεση ελάχιστων δευτερολέπτων για ένα σύγχρονο πρόγραμμα ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η εκτίμηση της θρέψης του ασθενούς και η διάρκεια -συχνότητα- φίλτρο της αιμοκάθαρσης καθώς και η δόση της ηπαρίνης που απαιτούν πολύπλοκους μαθηματικούς υπολογισμούς, είναι υπόθεση μερικών λεπτών για το νοσηλευτή (τον διαιτολόγο και τον γιατρό) με την βοήθεια του υπολογιστή.

3) Η Προισταμένη κάθε μήνα πρέπει να φτιάξει καταστάσεις και βεβαιώσεις για το λογιστήριο, τα ασφαλιστικά ταμεία κ.λ.π.

Η ίδια εργασία θα μπορούσε να γίνει με το πάτημα ενός πλήκτρου του υπολογιστή ο οποίος δίνει εντολή στον εκτυπωτή να τυπώσει όσα αντίγραφα χρειάζονται. Το ίδιο θα μπορούσε να γίνει για τις πληροφορίες που ζητούνται συχνά από την μονάδα είτε για επιστημονικούς λόγους π.χ. στατιστικές, είτε για διοικητικούς π.χ. σχεδιασμός παροχής υπηρεσιών υγείας από αρμόδια Υπουργεία.

Είναι φανερό λοιπόν ότι με την χρήση Η/Υ, μειώνεται στο ελάχιστο η γραφική εργασία που αναγκαστικά γίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι χρονοβόρες εργασίες απλουστεύον-

ται και ο νοσηλευτής έχει την δυνατότητα να ασκήσει ουσιαστικό έργο. Εξοικονομεί πολύ χρόνο, χρόνο που πλέον μπορεί να διαθέσει καντά στον άρρωστο του. Όταν το νοσηλευτικό προσωπικό δεν καταναλώνεται σε ανούσιες εργασίες, έχει τη διάθεση να γελάσει, να συζητήσει, να πλησιάσει με τον τρόπο που μόνο αυτό ξερει, ανθρώπους που για ώρες ολόκληρες βρίσκονται καθηλωμένοι στο κρεβάτι.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυξάνεται η αποδοτικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, επιτυγχάνεται κριτική ανάλυση του έργου του και της αποτελεσματικότητάς του, και συνεπώς βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.

5.ΕΙΔΙΚΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩ-
ΠΙΚΟΥ ΤΗΣ Μ.Τ.Ν.

Οι μονάδες αιμοκάθαρσης είναι επανδρωμένες με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό που επιδεικνύει μεγάλο ενδιαφέρον για την δουλειά του και για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Ταυτόχρονα όμως έχει να αντιμετωπίσει και ειδικά εργασιακά προβλήματα καθημερινής φύσεως, που απορρέουν από τις σχέσεις του:

α) με το ιατρικό προσωπικό και την υπόλοιπη υγειονομική ομάδα.

β) με το τεχνικό προσωπικό

γ) με την Νοσηλευτική Υπηρεσία

δ) με τους ασθενείς.

Προβλήματα που απορρέουν από τις σχέσεις του με το

Ιατρικό Προσωπικό και την υπόλοιπη Υγειονομική Ομάδα.

Καθώς οι σύγχρονες θεραπείες γίνονται πολύπλοκες και οι υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες αναπτύσσονται και επεκτείνονται, η συνεργασία μεταξύ αυτών γίνεται πιο σημαντική. Όλο και περισσότερα μέλη προστίθενται στην υγειονομική ομάδα για να λύσουν τα πολυσύνθετα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα του νεφροπαθή που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση. Ο νοσηλευτής είναι ουσιαστικό μέλος της υ-

υγειονομικής ομάδας, και μάλιστα έχει και την συντονιστική ευθύνη, έτσι ώστε να ενοποιούνται οι προσπάθειες όλως των ειδικών και να διατηρείται προσωπική και ολική η φροντίδα του αρρώστου. Γι αυτό και θεωρείται απαραίτητο νοσηλευτικό προσόν η ικανότητα αρμονικής και αποτελεσματικής συνεργασίας με την υγειονομική ομάδα.

Ο πεπειραμένος νοσηλευτής μπορεί να κάνει σημαντικές αναφορές για την πρόοδο ενός ασθενούς, οι οποίες δεν είναι δυνατό να είναι γνωστές από τον γιατρό που επισκέπτεται μία ή δύο φορές την ημέρα τον ασθενή. Μπορεί να αποβεί πολύ αποθαρρυντικό να φροντίζει κανείς έναν ασθενή για πολλές ώρες, αλλά να απέχει από τη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του. Σε περίπτωση λοιπόν που υπάρξει διαφωνία μεταξύ π.χ. διαιτολόγου-νοσηλευτή μόνο οι ανοιχτές συζητήσεις μπορούν να οδηγήσουν σε θετικές εποικοδομητικές λύσεις και η θεραπεία του ασθενούς να συνεχίσει να αποδίδει, ελπίζοντας ότι ο ασθενής δεν αντίληφθηκε τη σύγκρουση.

Ο έμπειρος στην αιμοκάθαρση νοσηλευτής δυσκολεύεται μερικές φορές να συνεργαστεί με καινούργια νεαρά μέλη του ιατρικού προσωπικού. Σε κάποιες στιγμές οι πρακτικές γνώσεις του σχετικά με την αιμοκάθαρση, είναι ανώτερες από αυτές του νεαρού ιατρού. Θα χρειαστεί να πάρει μία γρήγορη απόφαση σε ένα οξύ περιστατικό, χωρίς να περιμένει την διάγνωσή του, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει προστριβές. Έτσι λοιπόν θα λέγαμε ότι τα νεαρά μέλη του ιατρικού προσωπικού θα πρέπει να σέβονται την ικανότητα του έμπειρου νοσηλευτή να χρησιμοποιεί ορθή κρίση σε επίγουσες περιστάσεις, και να αναγνωρίζουν την προσφορά του.

Ο υπεύθυνος γιατρός της Μ.Τ.Ν. πρέπει να επεμβαίνει μόνο σε ειδικές περιπτώσεις" δύσκολη FISTULA, προσαρμογή της σύστασης του διαλύματος στις ανάγκες του νεφροπαθούς, σοβαρές επιπλοκές κατά την διάρκεια της συνεδρίας κ.τ.λ. Η αν-

τίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή η κάθε κίνηση του νοσηλευτή γίνεται με την υπόδειξη ή κάτω από την επίβλεψη του γιατρού, αποτελεί λαθεμένη τακτική:

α) γιατί καταργείται η πρωτοβουλία του νοσηλευτή, που μετατρέπεται έτσι σε εκτελεστικό όργανο και

β) γιατί διαταράσσεται η εμπιστοσύνη του νεφροπαθούς προς τον νοσηλευτή ο οποίος βρίσκεται κοντά του για 4-5 ώρες 2-3 φορές την εβδομάδα, έτοιμος να του δώσει σε κάθε περίπτωση ότι χρειαστεί.

Βέβαια όλα αυτά προϋποθέτουν την συνειδητά υπεύθυνη δουλειά του νοσηλευτή. Γιατί τότε ακριβώς κερδίζεται η εμπιστοσύνη του νεφροπαθούς, που έτσι δε θα διαμαρτυρηθεί ακόμα και αν καμμία φορά από ατυχο χειρισμό στη FISTULA τρουπηθεί δύο και τρεις φορές.

Προβλήματα που απορρέουν από τις σχέσεις του με το

Τεχνικό Προσωπικό:

Σε κάθε Μ.Τ.Ν. πρέπει να είναι άτομο ανά πάσα στιγμή τουλάχιστον ένα μηχάνημα τεχνητού νεφρού να αντικαταστήσει ένα άλλο που έπαθε βλάβη. Η ετοιμότητα του επιπλέον αυτού μηχανήματος, είναι έργο του τεχνικού προσωπικού, καθώς επίσης και η συντήρηση ρουτίνας των υπόλοιπων μηχανημάτων (αυτών που χρησιμοποιούνται καθημερινά). Έτσι θα αποφευχθούν δυσχέρειες στην αιμοκάθαρση των ασθενών της ημέρας.

Η επικοινωνία του νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού είναι αναπόφευχθη. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να σεβεται τις γνώσεις του τεχνικού σχετικά με το αντικείμενό του, και να μην επεμβαίνει στο πεδίο του χωρίς να το συμβουλευέται.

Είναι φανερή η ανάγκη της καλής λειτουργίας των μηχανημάτων. Επίσης είναι γνωστή η αγωνία και το άγχος των νεφροπαθών για την καλή λειτουργία αυτών και η εξάρτηση που τρέφουν από το μηχάνημα. Γι αυτό και δεν πρέπει ποτέ να γίνονται συζητήσεις που αφορούν την λειτουργία, απόδοση, βλάβη αλλαγή, συντήρηση των μηχανημάτων μπροστά στους νεφροπαθείς ακριβώς για να μην ενισχύονται αυτά τα αρνητικά αισθήματα.

Προβλήματα που απορρέουν από τις σχέσεις του με την
Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Η Προισταμένη πολλές φορές ζητά την βοήθεια της Διευθύνουσας. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις, η Διευθύνουσα μπορεί να μην έχει εμπειρία σε αυτήν την ειδικότητα, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να δείξει πλήρη κατανόηση των προβλημάτων. Το γεγονός αυτό αφήνει τους νοσηλευτές της Μ.Τ.Ν. χωρίς την υποστήριξη της κορυφής της νοσηλευτικής ιεραρχίας. Μία τέτοια κατάσταση αν και δεν είναι άγνωστη σε κάθε εξειδικευμένη Μονάδα, δεν παύει να προκαλεί πρόσθετη ένταση.

Ένα παράδειγμα που αποδεικνύει ότι η Νοσηλευτική Υπηρεσία κάποιες στιγμές απέχει από την ψυχολογία που επικρατεί στην Μ.Τ.Ν. είναι το εξής: το προσωπικό προσπαθεί να δημιουργήσει άνετο περιβάλλον και εγκάρδια ατμόσφαιρα για την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή. Έτσι, οι νοσηλευτές προσφωνούνται μεταξύ τους και από τους ασθενείς με το μικρό τους όνομα. Αυτή η έλλειψη τυπικότητας, μπορεί να θεωρηθεί ως ασυνήθιστη από την Νοσηλευτική Διεύθυνση του νοσοκομείου, και το προσωπικό να κριθεί άσχημα. Δεν είναι εύκολο να πεισθεί (η Νοσηλευτική Διεύθυνση) ότι τα βασικά νοσηλευτικά πρότυπα

διατηρούνται υψηλά μέσα από μία άνετη και ενδεικτική σχέση σεβασμού μεταξύ των μελών του προσωπικού και των ασθενών.

Επίσης, η Νοσηλευτική Υπηρεσία δεν παρέχει γραπτή κάλυψη στο νοσηλευτικό προσωπικό της Μ.Τ.Ν. για την χορήγηση ενδοφλέβιων συσκευασμάτων, ορών και άλλων νοσηλειών. Έτσι το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται μόνιμως εκτεθειμένο στην Νοσηλευτική Υπηρεσία, μια και συχνά βρίσκεται στην ανάγκη ν'αναλάβει κάποια από τις παραπάνω πρωτοβουλίες.

Προβλήματα που απορρέουν από τις σχέσεις του με τους ασθενείς.

Η Μ.Τ.Ν. αποτελεί κλειστή κοινότητα όπου οι ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους γνωρίζονται μεταξύ τους και δημιουργούν διαπροσωπικές σχέσεις. Από την κλειστή αυτή κοινότητα δεν λείπουν και οι Νοσηλευτές οι οποίοι, περισσότερο από κάθε άλλο νοσοκομειακό προσωπικό είναι συνδεδεμένοι με τους νεφροπαθείς και τις οικογένειές τους και στην πραγματικότητα βλέπουν τους νεφροπαθείς περισσότερο σαν φίλους παρά σαν ασθενείς. Επειδή μάλιστα το προσωπικό και οι ασθενείς γνωρίζονται πολύ καλά με την παρόδο μεγάλου χρονικού διαστήματος αναπτύσσουν μερικές φορές και σχέσεις κοινωνικές, εκτός νοσοκομείου.

Ο θάνατος ενός ασθενή ή μία αποτυχημένη μεταμόσχευση φέρνει αναταραχή και σε νοσηλευτές και ασθενείς, αφού πλέον όλοι τους είναι γνώριμοι φίλοι. Οι νοσηλευτές θα απογοητευθούν μια και χρόνια προσέφεραν τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες τους στους παραπάνω ασθενείς και ίσως για κάποιες στιγμές μέσα στη θλίψη τους, εγκαταλείψουν τον αγώνα σε επόμενους ασθενείς. Οι υπόλοιποι αιμοκαθαρόμενοι θα χάσουν το ηθικό τους, την εμπιστοσύνη στους εαυτούς τους και στην θε-

ραπεία τους.

Καί εδώ είναι το διπλό και δύσκολο έργο του νοσηλευτή της Μ.Τ.Ν. Η απογοήτευση του νοσηλευτή δύσκολα θα διαφύγει της προσοχής των ασθενών. Πρέπει όμως να κάνει προσπάθειες να μην επηρεαστούν οι ασθενείς από την δική του ένταση. Πρέπει να τους παρηγορήσει, να τους ανυψώσει το ηθικό, να τους ενισχύσει την αισιοδοξία.

Είναι ανάγκη ο νοσηλευτής να κατανοήσει και να ελέγξει πρώτα τα δικά του συναισθήματα και αντιδράσεις ώστε να μπορέσει να κατανοήσει πως αισθάνεται και αντιδρά ο χρόνιος άρρωστος.

Ο νοσηλευτής πρέπει να μάθει να βιώνει σωστά καταστάσεις ψυχικής έντασης έτσι ώστε να βοηθηθεί η ψυχική του ωρίμανση, ο ψυχικός εμπλουτισμός του και γενικά η ψυχική του υγεία, ώστε να ανακουφίζει και να υποστηρίζει ψυχολογικά τους αρρώστους του, ενώ συγχρόνως θα αντλεί χαρά και ικανοποίηση από αυτό το έργο.

Η Μ.Τ.Ν. είναι ένα μέρος που οι νεφροπαθείς εκφράζουν τις απογοητεύσεις της καθημερινής ζωής. Το άγχος ή ο θυμός που είναι συνδεδεμένα με τη δουλειά, κοινωνικές ή ιατρικές ή άλλες δυσκολίες, μπορεί να καταλήξουν σε συμπεριφορά μη συνεργάσιμη μέσα στη μονάδα. Ο νοσηλευτής πρέπει να διακρίνει και να αντιμετωπίσει αυτή τη συμπεριφορά που είναι άγνωστη στις υπόλοιπες κλινικές του νοσοκομείου σε τέτοιο βαθμό.

Γενικά η Μ.Τ.Ν. είναι ένας δύσκολος, κουραστικός και μόνοτονος χώρος εργασίας για ένα νοσηλευτή αφού οι ασθενείς με τα προβλήματα τους μένουν ίδιοι για χρόνια ολοκληρά. Τα νοσηλευτικά αποτελέσματα δεν είναι έντονα και καθαρά, και οι νοσηλευτές αυτής της μονάδας, δεν γεύονται την χαρά όπως οι νοσηλευτές των υπολοίπων κλινικών να βλέπουν τους ασθενείς τους "να γίνονται καλά".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΩΝ

Η εξασφάλιση της καλής λειτουργίας και μακροβιότητας της Αγγειακής προσπέλασης, που σημαίνουν "Επαρκή αιμοκάθαρση" και αποτελούν το μέσο διατήρησης του νεφροπαθούς στη ζωή, είναι ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας της αγγειακής προσπέλασης πριν και μετά την Α.Κ.

Ο νοσηλευτής είναι ο πρώτος δέκτης της αγωνίας και του φόβου του νεφροπαθή όταν δεν ακούει την FISTULA, του φράζει το SHUNT κ.λ.π, ο πρώτος που θα τον καθησυχάσει, θα του προσφέρει τις πρώτες βοήθειες αλλά και θα προβληματισθεί.

Η καλή λειτουργία και μακροβιότητα της αγγειακής προσπέλασης, απαιτεί από τον νεφροπαθή συνέπεια στην καθημερινή φροντίδα της, ενώ από τον νοσηλευτή απαιτεί πειθαρχία στους συγκεκριμένους κανόνες φλεβοκέντησης, δεξιολοτεχνία, σύστημα και επιστημονικές γνώσεις.

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή πριν και μετά την αιμοκάθαρση, περιλαμβάνει:

1) Νοσηλευτικές διαδικασίες στην Νεφρολογική Κλινική και Μ.Τ.Ν.

2) Εκπαίδευση του νεφροπαθή.

Παρακάτω εξετάζεται η διαφορετική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε κάθε είδος αγγειακής προσπέλασης.

6α. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΟΦΛΕΒΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ (FISTULA).

Προετοιμασία του ασθενούς για την δημιουργία της FISTULA

Περιλαμβάνει την ψυχολογική και την φυσική προετοιμασία:

α) Ψυχολογική προετοιμασία: Η εξασφάλιση στον νεφροπαθή συγκινησιακής υποστήριξης, είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα του νοσηλευτή για το ξεκίνημα της νέας του ζωής. Ο νοσηλευτής με τον ειδικό, μοναδικό του τρόπο οφείλει:

- να παρατηρεί τη συμπεριφορά του νεφροπαθή,
- να ανιχνεύει και να καταπραύνει τα σημεία αγωνίας του,
- να ενισχύει το αίσθημα ασφάλειάς του,
- να του εξηγεί με απλά λόγια: τί είναι FISTULA, τον σκοπό της, πότε θα χρησιμοποιεί, πως θα την φροντίζει,
- να ακούει με προθυμία τους προβληματισμούς του.

Μόνο έτσι θα μπορέσει να κερδίσει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία του που είναι απαραίτητη για την εξέλιξη της θεραπείας του.

β) Φυσική Προετοιμασία: Αφού κληθεί ο χειρουργός και επιλέξει το χέρι και τη θέση που θα κάνει τη FISTULA, λαμβάνεται μέριμνα για τα παρακάτω:

- Απαγορεύονται οι αιμοληψίες και οι ενδοφλέβιες εγχύσεις φαρμάκων. Πρέπει ν' αναφέρεται σχολαστικά στη λογοδοσία και ίσως να αναρτηθεί μία επιγραφή στο κρεβάτι του αρρώστου "Απαγορεύονται οι αιμοληψίες".
- Αποφυγή κακώσεων (τραυματισμοί, εγκαύματα).
- Αντιμετώπιση της παχυσαρκίας
- Παρακολούθηση των νεφροπαθών με αντιυπερτασική αγωγή για αποφυγή πτώσης της Α.Π.

-Ενυδάτωση του ασθενούς για την διατήρηση καλής Α.Π.
Για τα παραπάνω ,ενημερώνεται και ο ίδιος ο ασθενής,
πολύ περισσότερο δε όταν είναι εξωτερικός.

Νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με FISTULA

περιλαμβάνει:

- 1) Τοποθέτηση του χεριού σε ανάρροπο θέση για αποφυγή οιδήματος.
- 2) Έλεγχος του φυσημάτος. Το πρώτο 24ωρο ανά 2ωρο
- 3) Έλεγχος αιμορραγίας
- 4) Έλεγχος Α.Π. για διατήρησή της σε κανονικά επίπεδα
- 5) Ενυδάτωση του αρρώστου
- 6) Ασηπτη αλλαγή γαζών
- 7) Η κοπή των ραμμάτων γίνεται την 8η-12η μέρα
- 8) Σύσταση στον ασθενή να ασκεί το χέρι του πιέζοντας ένα μαλακό μπαλάκι (πουάρ ή παστελίνη), ή δέσιμο του χεριού με λάστιχο στον βραχίονα για δευτερόλεπτο και λύσιμο αρκετές φορές την ημέρα.
- 9) Χρησιμοποίηση της FISTULA μετά από 2-3 εβδομάδες. Η πρόωρη φλεβοκέντηση έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία αιματώματος, φλεγμονής ή και θρόμβωσης της FISTULA.

Εκπαίδευση του νεφροπαθούς, η οποία περιλαμβάνει:

- I) Την ψηλάφηση του ριζίου (πως θα ψηλαφά)

- 2) Το άκουσμα του φυσήματος (πλησιάζοντας το χέρι του στο αυτί).
- 3) Τοποθέτηση κομπρέσσας αλουμινίου και αλοιφής LASONIL
- 4) Λήψη Α.Π και σφύξεων
- 5) Τρόπος αιμόστασης (πως θα πιέζει με τα δάκτυλα)
- 6) Καθαριότητα (πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και άφθονο νερό).

Οδηγίες κατ'οίκον:

1) Να ψηλαφά τον ροίζο, με σημεία ανησυχίας: α) την ελάττωση ή εξαφάνιση του ροίζου, β) την εμφάνιση σκληρής ή επώδυνης μάζας στην περιοχή της FISTULA γ) την ελάττωση ή διακοπή του ακουστικού φυσήματος.

Η ενδεδειγμένη ενέργεια είναι: επικοινωνία και άμεση προσέλευση στη Μ.Τ.Ν.

2) Έλεγχος αφυδάτωση (έμμετοι, διάρροια, καύσωνας) και σε περίπτωση διαταραχών, προσέλευση στη Μ.Τ.Ν.

3) Προσοχή στη θέση του χεριού κατά τη διάρκεια του ύπνου (να κοιμάται από το αντίθετο πλευρό).

4) Προσοχή στους τραυματισμούς, εκδορές, εγκαύματα

5) Το ρολόι να φοριέται από το άλλο χέρι και τα ρούχα να είναι ευρύχωρα με μανίκια χωρίς λάστιχο.

6) Ν'αποφεύγεται η σκληρή εργασία και το σήκωμα βάρους.

7) Απαγορεύεται η τοποθέτηση ψυχρών και θερμών επιθεμάτων.

8) Συνεχής καθαριότητα με σαπούνι και άφθονο νερό.

9)Απαγορεύεται η λήψη Α.Π. από το χέρι που έχει τη FISTULA.

10)Περιποίηση με κομπρέσες από χλιαρό αλουμινόνερο και εναλλάξ τοποθέτηση αλοιφής LASONIL 2-4 φορές ημερησίως, σε περίπτωση εμφάνισης σκληρής επώδυνης μάζας στη FISTULA.

11)Απαγορεύεται η περιποίηση της FISTULA μετά την Α.Κ.

12)Σε περίπτωση αιμορραγίας της FISTULA πρέπει:

-να πιέσετε τα σημεία φλεβοκέντησης και να προκαλέσετε αιμόσταση

-να βάλετε το χέρι σας σε ανάρρωπο θέση

-εάν δεν πετύχετε αιμόσταση με τα παραπάνω,ζητήστε βοήθεια από την Μ.Τ.Ν. που κάνετε Α.Κ.

Κριτήρια επιλογής κατάλληλης φλέβας:

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την επιλογή της θέσης της φλεβοκέντησης κάθε φορά έτσι ώστε ν'αποφεύγεται η δημιουργία ανευρυσμάτων και θρόμβων.Η σωστή φλεβοκέντηση είναι αυτή που είναι εύστοχή,χωρίς τραυματισμούς και πολλούς χειρισμούς.

Η επιλογή της φλέβας καθορίζεται :α)από το εύρος της (αν είναι αρκετά μεγάλο για να μπει η βελόνα),β)τη θέση της κάτω από το δέρμα(πόσο επαρκής είναι,πρέπει δηλαδή να είναι ορατή και ψηλαφητή),γ)την κατάσταση των ιστών πάνω από τη φλέβα(οίδημα-μώλωπος κ.λ.π.) .

Επιπλοκές:

I.Θρόμβωση της FISTULA

Πρόληψη: α)σχολαστική τήρηση εκ μέρους του νεφροπαθή όλων των κατ'οίκων οδηγιών,β)ακρόαση της FISTULA σε κάθε συνεδρία από τον υπεύθυνο γιατρό,όσο και αν είναι βαρετό, γ)αποφυγή της έντονης και παρατεταμένης πίεσης μετά την αφαίρεση των βελονών,δ)αποφυγή της πολύ σφιγκτής περιίδεσης για πιο γρήγορη αιμόσταση,ε)αποφυγή της παρατεταμένης περιίδεσης με λάστιχο για διευκόλυνση της παρακέντησης.

Αντιμετώπιση: Δεν υπάρχει συντηρητική αγωγή με θρομβολυτικά μέσα.Το πρόβλημα είναι καθαρά αγγειοχειρουργικό είτε παρατηρηθεί πριν ακόμα αρχίσει η χρησιμοποίηση της FISTULA, είτε πολύ αργότερα.Η μέθοδος SAIGNA με τη χρησιμοποίηση καθετήρα FOGARTY είναι η πιο αποδεκτή.

2.Φλεγμονή της FISTULA:

Πρόληψη: α)αφαίρεση των ραμμάτων κατά την μετεγχειρητική περίοδο στον σωστό χρόνο και καλή αντισηψία του τραύματος,β)χρησιμοποίηση αποστειρωμένου και βίας χρήσης υλικού γ)προσεκτική αντισηψία του δέρματος πριν και μετά από κάθε συνεδρία.

Αντιμετώπιση: α)καλλιέργεια και της παραμικρής εκροής του τραύματος,β)κατάλληλη αντιβιοθεραπεία,γ)αποφυγή παρακέντησης στο σημείο της φλεγμονής.

3.Ανευρύσματα:

Πρόληψη:α)συχνή εναλλαγή του σημείου παρακέντησης της FISTULA,όσο και αν ο νεφροπαθής επιθυμεί το αντίθετο για να πονά λιγότερο,για να μην μειώνεται η αντίσταση του τοιχώματος του αγγείου,β)σωστός έλεγχος των CA και PH για να μην παρατηρηθεί αυξημένη εναπόθεση αλάτων CA στο αγγειακό τοίχωμα.

Αντιμετώπιση: η αποκατάσταση των ανευρυσμάτων είναι χειρουργική

4. Συνεχής μικροαιμορραγίες:

Είναι αποτέλεσμα πολλαπλών χειρισμών ή επανειλημμένων φλεβοκεντήσεων στο ίδιο σημείο. Επιβάλλεται πρόσκαιρη διακοπή και νέα φλεβοκέντηση.

5. Αιμορραγία:

Αν παρατηρηθεί αμέσως μετά τη δημιουργία της FISTULA είναι αναγκαία η διάνοιξη της και η απολίνωση του αγγείου που αιμορραγεί. Αργότερα η εκδήλωση αιμορραγίας είναι δυνατό να οφείλεται σε λοίμωξη της FISTULA

6. Καρδιακή ανεπάρκεια:

Αντιμετωπίζεται με χειρουργικό περιορισμό της FISTULA. Όμως η απόφαση αυτή πρέπει να στηρίζεται σε πολλές κλινικές και παρακλινικές μετρήσεις και να είναι αποτέλεσμα συνεργασίας νεφρολόγου, αγγειοχειρουργού και καρδιολόγου.

7. Διαταραχές παροχής αίματος:

Είναι είτε αύξηση της αρτηριακής παροχής, είτε μείωση της φλεβικής πίεσης. Πρίν επιχειρηθεί διόρθωση της φλεβοκέντησης πρέπει να γίνει έλεγχος για:

- πιθανό μηχανικό κώλυμα (φίλτρο, γραμμές, αντλία αίματος)
- πτώση Α.Π.

8. Αιμάτωμα:

-Περιγράφεται αναλυτικά στο κεφάλαιο "Νοσηλευτική αντι-

μετώπιση των επιπλοκών-συμβαμάτων-διαταραχών κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας T.N".

9.Φλεβική υπέρταση:

Αντιμετωπίζεται με διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος στην περιφερική φλέβα.

10.Ισχαιμία άκρος χειρός και σύνδρομο υποκλοπής:

Η μαζική εκτροπή του αρτηριακού αίματος στο φλεβικό σκέλος της αναστόμωσης προκαλεί ισχαιμία του άπω άκρου και συνοδεύεται από αντίστροφη ροή του αίματος στην περιφερική κερδική αρτηρία με αποτέλεσμα την εμφάνιση του συνδρόμου υποκλοπής(πόνος,ωχρότητα,ψυχρότητα και έλλειψη σπαργής στην παλάμη και το δάκτυλο).Αντιμετωπίζεται χειρουργικά με απολί-
νωση της κερικιδικής αρτηρίας περιφερικά,αμέσως μετά τη FIS-
TULA.

11.Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα:

Είναι ένα είδος περιφερικής νευροπάθειας αποτέλεσμα πίεσεως του μέσου ή του ωλένιου νεύρου.Χαρακτηρίζεται από αιμωδίες στην περιοχή κατανομής του μέσου νεύρου,πόνο,παραισθήσεις,εξάρσεις κατά τη νύχτα και μείωση της ικανότητας να εκτελεί λεπτές κινήσεις με τα δάκτυλα.Αντιμετωπίζεται χειρουργικά με διατομή του συνδέσμου.

66.ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ

Για την νοσηλευτική φροντίδα των μοσχευμάτων ισχύουν τα ίδια μέτρα που είναι αναγκαία για την περιποίηση της FIS-

ΤΩΛΑ με την διαφορά ότι πρέπει να τηρούνται με μεγαλύτερη αυστηρότητα διότι και η πιθανότητα λοίμωξης των μοσχευμάτων είναι μεγαλύτερη και ο χρόνος λειτουργίας τους ,μικρότερος.

Επιπλοκές:

1. Πρωτοπαθής λοίμωξη:

Είναι μία σοβαρή επιπλοκή που πολύ συχνά απαιτεί την απομάκρυνση του μοσχεύματος για την εκρίζωσή της. Για τη μείωση ή αποφυγή λοίμωξης πρέπει κατά τη διάρκεια της τοποθέτησής τους να τηρούνται αυστηρές συνθήκες αντισηψίας και να χορηγούνται αντιβιοτικά .

2. Θρόμβωση:

Προλαμβάνεται με: α) την μη παρατεταμένη αιμόσταση μετά την Α.Κ., β) την αποφυγή τραυματισμών κατά την διάρκεια πολλαπλών ανεπιτυχών παρακεντήσεων. Αντιμετωπίζεται με καθετήρα FOGARTY.

3. Αιμάτωμα:

Η παρακέντηση του μοσχεύματος πρέπει ν'αποφεύγεται πριν περάσουν 2-3 εβδομάδες από την τοποθέτησή τους γιατί οδηγεί σε διάχυση του αίματος μετά την απομάκρυνση της βελόνας. Το αιμάτωμα αυτό αποτελεί κατάλληλο θρεπτικό υλικό για την ανάπτυξη μικροβίων και προδιαθέτει την εμφάνιση λοιμώξεων. Η εμφάνιση αιματώματος αργότερα εξ αιτίας μόλυνσεως, μπορεί να δημιουργήσει απόστημα, που ειδικά στα βόεια μοσχεύματα είναι επικίνδυνη γιατί οι κολλαγενάσεις των μικροβίων είναι δυνατό να διαλύσουν το δίκτυο του μοσχεύματος και να προκαλέσουν αιμορραγία. Το απόστημα αντιμετωπίζεται με παροχετευση αντισηπτικών και έκπλυση , ενώ η συστηματική χορήγηση αν-

τιβιοτικών μπορεί να οδηγήσει σε επούλωση ,στο μεγαλύτερο αριθμό περιπτώσεων

6γ.ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ(SHUNT).

Η νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με SHUNT

περιλαμβάνει :

- 1)Τοποθέτηση του χεριού ή ποδιού σε ανάρροπη θέση .
- 2)Ελεγχος λειτουργίας του SHUNT(φύσημα,χρώμα,θερμοκρασία κάθε 2 ώρες το πρώτο 24ωρο και 2 φορές την ημέρα καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής του).
- 3)Ελεγχος αιμορραγίας .
- 4)Ελεγχος Α.Π. για αποφυγή θρόμβωσης(σε πτώση της).
- 5)Θερμή κατάσταση της περιοχής του SHUNT.
- 6)Ενυδάτωση του αρρώστου.
- 7)Ασηπτες αλλαγές.

Εκπαίδευση του ασθενούς με SHUNT-Οδηγίες :

Ο νεφροπαθής μπορεί να πάει σπίτι του εφόσον δεν συντρέχει λόγος να μείνει στο νοσοκομείο.Οι οδηγίες που του δίνονται είναι :

- α)Να τηρεί σχολαστική καθαριότητα των σκελών του SHUNT
- β)Να προσέρχεται στο νοσοκομείο με την παραμικρή υπονοια θρόμβωσης ή λοίμωξης.Εννοείται ότι έχει ήδη μάθει να αναγνωρίζει τα σημεία θρόμβωσης(χρώμα αίματος,θερμοκρασία,εξάλειψη φυσήματος)και λοίμωξης(ερυθρότητα,πόνος,οίδημα,εκροή πυώδους υγρού).

γ) Να προσέχει τις κινήσεις του, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της νύχτας για την αποφυγή αποσύνδεσης ή και θρόμβωσης λόγω κάμψεως του σώληνά.

δ) Να έχει δύο μικρές λαβίδες PEAN ή BILDORF σε περίπτωση αποσύνδεσης του SHUNT και φυσικά να θυμάται να τις χρησιμοποιεί όπως ο νοσηλευτής του έχει μάθει.

ε) Να δείχνει ιδιαίτερη προσοχή στο μπάνιο να μην βραχεί το SHUNT. Συνήθως καλύπτεται με ναυλον και υπάρχει δεύτερο άτομο για βοήθεια.

στ) Να μην παρεμβαίνει στην περιοχή του SHUNT αφού η αλλαγή του γίνεται κατά την προσέλευση του νεφροπαθούς για αιμοκάθαρση ημέρα παρά ημέρα.

ζ) Να ελέγχει την Α.Π

η) Να προσέχει την ενυδάτωσή του.

Ειδική νοσηλευτική μέριμνα:

Η εξωτερική Α.Φ. επικοινωνία (SHUNT) έχει ανάγκη ιδιαίτερης προσοχής και φροντίδας που περιλαμβάνει:

- Σωστή παρέμβαση στην πρόληψη των επιπλοκών
- Αποφυγή χρησιμοποίησης του SHUNT ως οδού χορήγησης φαρμάκων.
- Αποφυγή λήψης Α.Π. από το σκέλος που φέρει το SHUNT
- Διατήρηση επαρκούς όγκου κυκλοφορούντος αίματος (για την πρόληψη θρόμβωσης).
- Αποφυγή χρησιμοποίησης συνδετικού σχήματος T, όταν το SHUNT δεν είναι σε λειτουργία για Α.Κ, επειδή η διάμετρος του είναι μικρότερη εκείνης του SHUNT και είναι δυνατό να θρομβωθεί όταν μειωθεί η πίεση.

Επιπλοκές:

1. **Θρόμβωση** : Είναι η πιο συχνή επιπλοκή και αντιμετωπίζεται ως εξής: Μετά την αποσύνδεση των δύο σωληναρίων ο θρόμβος παρουσιάζεται με μορφή αιματικού καλωδίου. Με αποστειρωμένη κομπρέσα γίνεται η αφαίρεσή του, ενώ με σύριγγα επιχειρείται αναρρόφηση των τμημάτων που παραμένουν στον αυλό των σωληναρίων. Αν μετά από αρκετές προσπάθειες δεν αποκαθίσταται η ροή του αίματος, επιχειρείται η διάλυση του θρόμβου με την έγχυση ηπαρινισμένου ορού. Αν αποτύχει και αυτή η μέθοδος γίνεται έγχυση πρωτεολυτικών ενζύμων (π.χ ουροκινάσης). Μετά από αρκετές ώρες-που είναι απαραίτητες για την δράση των ενζύμων-γίνεται νέα αναρρόφηση. Η αποτυχία και αυτής της μεθόδου σταθμίζει την απόφαση της απόφραξης με την εφαρμογή πίεσης, εγχέοντας με δύναμη τον ορό μιας σύριγγας στον αυλό των σωληναρίων. Η αποκόλληση και εκτόξευση του θρόμβου στην κυκλοφορία προκαλεί διαφορετική κλινική συμπτωματολογία, ανάλογα με το αν η απόφραξη αφορούσε το φλεβικό σκέλος του SHUNT (πνευμονική εμβολή) ή το αρτηριακό (εμβολή καρωτίδας ή περιφερικότερη εγκεφαλική εμβολή).

2. **Αοίμωξη** : Αποτελεί σοβαρή επιπλοκή γιατί μπορεί να εξελιχτεί σε σηψαιμία. Απαιτεί άμεση αφαίρεση του SHUNT καλλιέργεια του πύου, και έναρξη αντιβίωσης. Η αναβολή της αφαίρεσης του SHUNT με την ελπίδα της ανταπόκρισης σε φαρμακευτική αγωγή είναι επικίνδυνη απόφαση για το νεφροπαθή. Ίσως αποτελεί κανόνα χωρίς παράβαση: μολυσμένο SHUNT και σημεία γενικής μικροβιαϊμίας, επιβάλλουν την άμεση αφαίρεσή του.

3. **Νέκρωση του δέρματος**: Μερικές φορές, η δερματική περιοχή εισόδου των σωληναρίων εμφανίζει

σημεία νέκρωσης από πίεση, χωρίς να έχει προηγηθεί τοπική φλεγμονή. Η επέκτασή της, επιβάλλει την αφαίρεση του SHUNT.

6δ. ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

Η νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με υποκλειδίο καθετήρα περιλαμβάνει:

- 1) Έλεγχος αιμορραγίας, διαρροής, αφυδάτωσης και Α.Π.
- 2) Άσηπτη αλλαγή αν παρίσταται ανάγκη.
- 3) Ρύθμιση της αντιπηκτικής αγωγής
- 4) Έλεγχος του καθετήρα για τυχόν μετακίνησή του (σε περίπτωση μετακίνησης ειδοποιείται ο χειρουργός).
- 5) Σε περίπτωση που ο φλεβοκαθετήρας χρησιμοποιείται και για χορήγηση φαρμάκων και έγχυση υγρών, πρέπει να τηρούνται άσηπτες συνθήκες και να ηπαρωρίζεται ο καθετήρας.
- 6) Η περιποίηση της εξόδου του καθετήρα (καθαριότητα-αντισηψία) πρέπει να γίνεται καθημερινά στο νοσοκομείο από το νοσηλευτή τις πρώτες ημέρες και εφόσον ο ασθενής είναι εσωτερικός.

Εκπαίδευση του ασθενούς με υποκλειδίο καθετήρα-Οδηγίες

Αν δεν συντρέχει λόγος να μείνει ο ασθενής στο νοσοκομείο, μπορεί να πάει σπίτι του με τον φλεβοκαθετήρα και να ξανάρθει στην Μ.Τ.Ν για την επόμενη αιμοκάθαρση. Οι οδηγίες που του δίνονται, είναι ίδιες με αυτές που δίνονται σε ασ-

θενή με SHUNT ,καί επίσης:

α) Σε καμμία περίπτωση δεν πρέπει να αχοληθεί με χειρισμό του φλεβοκαθετήρα π.χ. μετακίνησή του μέσα ή έξω, ηπαρινισμός κ.λ.π. γιατί η λοίμωξη είναι σίγουρη.

β) Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στα ρούχα. Πρέπει να είναι καθαρά καί να μην πιέζουν την περιοχή του καθετήρα.

γ) Να προσέρχεται αμέσως στο νοσοκομείο όταν αναγνωρίζει σημεία λοίμωξης ή θρόμβωσης (πρήγμα στην άκρη του καθετήρα) καί όταν κρίνει ότι η στερέωση του καθετήρα τείνει να γίνει μη ασφαλής. Εννοείται βέβαια ότι αυτά τα σημεία καί κριτήρια, τα έχει μάθει από το νοσηλευτή.

Επιπλοκές:

-Λοίμωξη στο σημείο εξόδου καί σηψαιμία.

Είναι η πιό συχνή επιπλοκή καί συνήθως ανταποκρίνεται στη χορήγηση αντιβιοτικών. Η απομάκρυνση του καθετήρα, είναι αναγκαία μόνο μετά την ανεύρεση θετικών καλλιιεργειών αίματος καί όταν δεν υπάρχει άλλη προφανής αιτία.

-Τραυματισμοί: πνευμοθώρακας, αιμοθώρακας, τρώση υποκλείδιας αρτηρίας, τρώση άνω κοίλης φλέβας.

Οι επιπλοκές αυτές αποφεύγονται εάν ο καθετηριασμός γίνεται από έμπειρο γιατρό καί ειδικά ο αιμοθώρακας όταν αντίστοιχα αποφεύγεται η επανεισαγωγή τμήματος του καθετήρα που έχει μετακινηθεί.

-Θρόμβωση υποκλείδιας φλέβας καί προσκόλληση θρόμβου στον καθετήρα.

Προλαμβάνεται με την έγχυση μετά κάθε συνεδρίας τόσης ποσότητας ηπαρίνης, ώστε να γεμίσει ο νεκρός χώρος του καθετήρα. Αντιμετωπίζεται με απλή εισφρόφηση ή έκλυση του καθετήρα με ηπαρινισμένο ορό καί σε περίπτωση αποτυχίας,

Έγχυση ουροκινάσης μια ώρα πριν την έναρξη της Α.Κ.

- Αιφνίδια απομάκρυνση καθετήρα,εμβολή αέρος,απώλεια αίματος.
- Απώλεια του καθετήρα μέσα στην καρδιά.
- Αυτόματη διάβρωση του τοιχώματος του αγγείου,ενδοπνευμονική αιμορραγία,αιμοπερικάρδιο.

7. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΜΙΑΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ

ΝΕΦΡΟΥ:

Η καλή απόδοση της αιμοκάθαρσης εξαρτάται πρωταρχικά από την ορθή διεξαγωγή της συνεδρίας T.N. Η όλη διαδικασία μπορεί να διαιρεθεί σε 3 στάδια:

1) Στάδιο προετοιμασίας: α) υλικών

β) μηχανήματος

γ) νεφροπαθούς.

2) Κύριο μέρος της συνεδρίας το οποίο περιλαμβάνει:

α) σύνδεση του αρρώστου με τον T.N.

β) φάση της αιμοκάθαρσης

γ) αποσύνδεση του αρρώστου από τον T.N.

3) Απολύμανση του μηχανήματος.

7α. Στάδιο προετοιμασίας.

α) Σ τ ά δ ι ο π ρ ο ε τ ο ι μ α σ ί α ς υ λ ι κ ώ ν :

Πρίν από κάθε συνεδρία ο νοσηλευτής πρέπει να τοποθετηθεί στο ατομικό τραπεζάκι του καθε μηχανήματος T.N, όλα τα απαραίτητα υλικά που θα χρειασθούν κατά την διάρκεια της συνεδρίας. Αυτά είναι:

- Οινόπνευμα και αντισηπτικό διάλυμα BETADINE

- Δύο βελόνες παρακέντησης FISTULA

- Γάζες και τολύπια βάμβακος

- Λάστιχο περίδεσης
- Αποστειρωμένα γάντρια
- L EUCOPLAST και φαλίδι
- Ηπαρίνη και δύο σύριγγες
- 1 ή δύο(2) φιάλες φυσιολογικού ορού
- 4 ή 5 λαβίδες
- Το κατάλληλο φίλτρο
- Φλεβική και αρτηριακή γραμμή σύνδεσης του φίλτρου με τις βελόνες παρακέντησης της FISTULA

β) Σ τ ά δ ι ο π ρ ο ε τ ο ι μ α σ ι α ς μηχανήματος

που περιλαμβάνει:

- Ξέπλυμα του μηχανήματος για την απομάκρυνση του διαλύματος φορμαλδεύδης που παρέμεινε στο κύκλωμα του υγρού αιμοκάθαρσης από την απολύμανση του μηχανήματος κατά την προηγούμενη μέρα.
- Έλεγχος ύπαρξης φορμαλδεύδης στο υγρό αιμοκάθαρσης με την χρήση δισκίων CLINITEST ή AMP FORMAL ET. Το σιελ χρώμα που θα πάρει το νερό με το ΚΛΙΝΙΤΕΣΤ δηλώνει ότι δεν υπάρχει ίχνος φορμαλδεύδης, ενώ το χακί είναι επικίνδυνο. Η ύπαρξή της στο διάλυμα προκαλεί αιμολυτική αντίδραση στον ασθενή.
- Παρασκευή του διαλύματος.
- Τοποθέτηση του φίλτρου, ηπαρινισμός του, έλεγχος των παραπλευρών σωληνώσεων και των οργάνων του μηχανήματος που αφορούν το κύκλωμα αίματος-υγρού αιμοκάθαρσης. Αφού περάσει το μεγαλύτερο μέρος του ηπαρινισμένου ορού μέσα από τις γραμμές αίματος και το φίλτρο, απομονώνουμε με λαβίδα τα ελεύθερα άκρα των 2 γραμμών και κλείνουμε την αντλία του αίματος.

-Ελεγχος του πίνακα-ελέγχου(λειτουργού όλοι οι δείκτες και το σύστημα συναγερμού). Το μηχανημα είναι έτοιμο

γ) Π ρ ο ε τ ο ι μ α σ ί α ν ε φ ρ ο π α θ ο ύ ς α π α ι -

τεί:

- Ακριβές ζύγισμα
- Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε όρθια και κατακλιμένη θέση.
- Μέτρηση της συχνότητας και του ρυθμού των σφυγμών
- Καταγραφή των παραπάνω παραμέτρων στο φύλλο αιμοκάθαρσης.

7β. Κύριο μέρος της συνεδρίας.

α) Σύνδεση του αρρώστου με τον T.N.:

- Πρώτη παρακέντηση της FISTULA. Σύνδεση αρτηριακής βελόνας παρακέντησης με την αρτηριακή γραμμή
- Αντλία αίματος σε λειτουργία με μικρό ρυθμό περιστροφής.
- Πρώτη ένεση ηπαρίνης στην αρτηριακή γραμμή.
- Παρακολούθηση αιματικής ροής. Το αίμα γεμίζει διαδοχικά την αρτηριακή γραμμή, το φίλτρο, την φλεβική γραμμή και τον θάλαμο ελέγχου της αιματικής ροής, εκτοπίζοντας τον ορό που παροχετεύεται σε έναν πλαστικό κάδο.
- Με την άφιξη του αίματος στο θάλαμο ελέγχου της αιματικής ροής, διακόπτουμε την αντλία αίματος.
- Τοποθέτηση λαβίδας στο άκρο της φλεβικής γραμμής.
- Δεύτερη παρακέντηση της FISTULA. Σύνδεση φλεβικής γραμμής και φλεβικής βελόνας παρακέντησης.

- Αφαίρεση λαβίδας. Αντλία αίματος σε λειτουργία με προ-
δευτικά αυξανόμενο ρυθμό περιστροφής της.
- Παροχή διαλύματος δια μέσου του φίλτρου, εάν είναι φίλ-
τρο -τριχοειδικό ή φίλτρο-πλάκα.
- Τελικός έλεγχος στις συνδέσεις των γραμμών του αίματος
καί στις παράπλευρες σωληνώσεις, ρύθμιση της αντλίας
αίματος στην επιθυμητή παροχή, ρύθμιση παροχής υγρού, αι-
μοκάθαρσης και έλεγχος των ορίων ασφαλείας στα όργανα
ελέγχου του μηχανήματος.

β) Φάση αιμοκάθαρσης: Στην κύρια φάση

της αιμοκάθαρσης περιλαμβάνονται:

- Οπτική παρακολούθηση της κυκλοφορίας του αίματος και
του υγρού της αιμοκάθαρσης στα αντίστοιχα κυκλώματα
- Οπτική και ακουστική (μέσω των ακουστικών συναγεργμών)
παρακολούθηση των οργάνων ελέγχου του μηχανήματος και
επέμβαση όταν απαιτείται για την διόρθωση των διαφόρων
μεταβολών των οργάνων αυτών.
- Χορήγηση σε προκαθορισμένα διαστήματα, της προγραμματισ-
μένης ποσότητας ηπαρίνης (συνήθως ανά 2ωρο).
- Συμπλήρωση όλων των στοιχείων στη συνεδρία στο φύλλο
αιμοκάθαρσης (και τοποθέτησή του στο φάκελλο του νεφρο-
παθούς) Ψ ημερομηνία, αύξοντας αριθμός συνεδρίας, είδος
φίλτρου, ώρα έναρξης συνεδρίας, δόση ηπαρίνης κ.λ.π.
- Υπολογισμός αύξησης του σωματικού βάρους από το επιθυ-
μητό.
- Ρύθμιση αφυδάτωσης (θετική φλεβική πίεση ή αρνητική
πίεση διαλύματος)
- Έλεγχος του αρρώστους: μέτρηση Α.Π. ανά 30'
μέτρηση συχνότητας και ρυθμού
σφυγμών.
ζύγισμα ανά 30' όταν απαιτείται

Το τακτικό ζύγισμα του αρρώστου γίνεται με την χρήση ενσωματωμένου ζυγού στο κρεβάτι, είναι απαραίτητο όταν το μηχάνημα δεν υφίσταται δυνατότητα απ'ευθείας μέτρησης του ρυθμού υπερδιήθησης με την βοήθεια ροόμετρου ή ψηφιακού μετρητή.

Η κατά τακτά χρονικά διαστήματα συνομιλία με τον άρρωστο και το άκουσμα με προσοχή οποιουδήποτε συπτώματος του αρρώστου κατά την διάρκεια της συνεδρίας, πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει στην λήψη μέτρων και στην πρόληψη συμβαμάτων κατά την αιμοκάθαρση.

-Περιγραφή στο φάκελλο, των κλινικών συμπτωμάτων του νεφροπαθούς κατά την διάρκεια της συνεδρίας και αντιμετώπισής τους. Καταγραφή της θεραπευτικής αγωγής.

γ) Αποσύνδεση του αρρώστου:

- Διακοπή στην λειτουργία της αντλίας αίματος
- Κλείσιμο της αρτηριακής γραμμής με λαβίδα, αποσύνδεση της από την αντίστοιχη βελόνα και σύνδεση με μία φιάλη φυσιολογικού ορού.
- Αφαίρεση της λαβίδας και άνοιγμα της αντλίας αίματος. Έτσι καθαρίζεται η γραμμή από το υπόλειμμα του αίματος μετά φυσικά από την επιστροφή αυτού στην κυκλοφορία. Η φλεβική γραμμή γίνεται "ασπρη", με παρουσία μόνο φυσιολογικού ορού.
- Αποσυνδέουμε τη φλεβική γραμμή από τη φλεβική βελόνα και αφαιρούμε τις βελόνες πιέζοντας με γάζες τα σημεία παρακέντησης για να σταματήσει η αιμορραγία για 15'. Κατόπιν τοποθετούμε HANSAELAST ή και επίδεσμο αν χρειάζεται.
- Μετά το τέλος της συνεδρίας οι γραμμές μεταφοράς αίματος, το φίλτρο και οι βελόνες πετιούνται απαραίτητα σε

κάρδους απορριμάτων με ιδιαίτερη προσοχή προς αποφυγή τρυπήματος του προσωπικού.

-Η αποσύνδεση είναι μία επικίνδυνη στιγμή για τον άρρωστο γι αυτό και δεν πρέπει ποτέ ν' αφήνεται μόνος τους. Μετά την αποσύνδεση γίνεται λήψη ζωτικών σημείων ζύγισμα, υπολογισμός ορού που χορηγήθηκε και καταγραφή αυτών στο διάγραμμα, καθώς και των συμβαμάτων που έλαβαν χώρα κατά την διάρκεια της συνεδρίας.

7γ. Απολύμανση του μηχανήματος

Το νερό που φτάνει στα μηχανήματος αιμοκάθαρσης περιέχει κοινά υδρόβια μικρόβια. Ακόμα οι αποσκληρυντές οι απιονιστές νερού, η θέρμανση του υγρού της αιμοκάθαρσης στους 37°C, τα οξικά και διττανθρακικά διαλύματα αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο πολλαπλασιασμού των μικροβίων.

Όταν το μηχάνημα χρησιμοποιείται κατά την ίδια μέρα δύο ή τρεις βάρδιες, μεταξύ της μίας και της άλλης βάρδιας γίνεται καλό ξέπλυμα με νερό για 20'-30' και μετά την τελευταία βάρδια γίνεται η απολύμανση. Επίσης το μηχάνημα σκουπίζεται για εξωτερικά για ν' απομακρυνθούν το αίμα και τα άλατα του διαλύματος από κάθε εξάρτημα. Απαραίτητο είναι ακόμα, να πλένονται και τα ατομικά τραπεζάκια που χρησιμοποιούν οι αιμοκαθαρόμενοι πριν την έναρξη νέας συνεδρίας.

Για την απολύμανση που γίνεται μετά την τελευταία συνεδρία, χρησιμοποιούνται δύο τρόποι:

α) Θερμικός (νερό θερμοκρασίας 80°-90°C περνάει στο κύκλωμα του υγρού αιμοκάθαρσης).

β) Χημικός (διάλυμα φορμαλδεύδης 37-40% αραιωμένο με νε-

ρό σε αναλογία 1/35-1/40 περνάει στο κύκλωμα του υγρού αιμοκάθαρσης και παραμένει εκεί).

Το πρωί, το μηχάνημα ξεπλένεται από την φορμόλη, κατά την διάρκεια του ξεπλύματος, το ροόμετρο πρέπει να είναι ανεβασμένο για να ξεπλυθούν και οι γραμμές που θα φέρουν το διάλυμα στο φίλτρο. Κατόπιν γίνεται έλεγχος με KLINITEST

Τέλος, μία φορά την εβδομάδα γίνεται απολύμανση και με διάλυμα αραιωμένης χλωρίνης για 15' μόνο. Καταστρέφει τον ιό της ηπατίτιδας αλλά η συχνή χρήση του μπορεί να προκαλέσει διαβρώσεις στα μέταλλα του μηχανήματος με τα οποία έρχεται σε επαφή.

8. ΕΙΔΙΚΗ ΤΑΚΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ T.N.

Οι πρώτες συνεδρίες T.N. πρέπει να είναι σύντομης διάρκειας, με χαμηλή ροπή διαλύματος και μικρό ρυθμό λειτουργίας στην αντλία αίματος, έτσι ώστε η συγκέντρωση της ουρίας και των άλλων ωσμωτικά δραστικών ουσιών, να μειώνεται βαθμιαία.

Συνήθως προγραμματίζουμε την πρώτη συνεδρία να είναι 2ωρης διάρκειας με ροή διαλύματος 300 και 400ML/MIN και χαμηλό ρυθμό λειτουργίας στην αντλία αίματος. Ανά συνεδρία, αυξάνουμε κατά 30' το χρόνο της μέχρι να φτάσουμε την επιθυμητή ολική διάρκεια. Επίσης ανά συνεδρία αυξάνουμε τμηματικά τη ροή του διαλύματος και το ρυθμό της αντλίας αίματος.

Μολονότι παίρνονται όλες οι προφυλάξεις, η εμφάνιση ναυτίας, εμετού και κεφαλαλγίας είναι συνηθισμένη. Η συμπτωματολογία αυτή δεν πρέπει να ανησυχεί, γιατί είναι πρόσκαιρη και εξαφανίζεται στην 5η ή 6η συνεδρία. Η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων είναι χωρίς αντικείμενο.

Τέλος, λόγω βαριάς υπασβεσταιμίας, απαιτείται συμπληρωματική βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου. Επίσης η βαθμιαία ελάττωση της αντιυπερτασικής αγωγής είναι απαραίτητη, γιατί η μείωση του ολικού σωματικού νατρίου που προκαλείται από την αιμοκάθαρση μπορεί να ευνοήσει την εκδήλωση ορθοστατικής υπότασης. Επί πλέον, ο περιορισμός του σωματικού βάρους και η κάθαρση τοξινών μέσω μοριακού βάρους, που ενοχοποιούνται στην πρόκληση της υπέρτασης των νεφροπαθών, συμμετέχουν στη βελτίωση της αρτηριακής πίεσης, πράγμα που απαιτεί κατάλληλη προσαρμογή της ακολουθούμενης αντιυπερτασικής αγωγής.

9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ - ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ - ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ Τ.Ν.

Στη διάρκεια της συνεδρίας του Τ.Ν. είναι δυνατό να δημιουργηθούν αιφνίδια προβλήματα, τόσο στο νεφροπαθή, όσο και στη συσκευή του Τ.Ν., στο φίλτρο, ή στο κύκλωμα της εξωσωματικής κυκλοφορίας του αίματος.

Για την αντιμετώπιση των περιπτώσεων αυτών, ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει:

- γνώσεις
- ικανότητα γρήγορης και σφαιρικής παρατήρησης και σωστής παρέμβασης
- ικανότητα γρήγορης αξιολόγησης της θετικής ή αρνητικής απόκρισης της παρέμβασης και αν είναι ανάγκη, άμεση αναπροσαρμογή της

Παρακάτω ακολουθεί με αλφαβητική σειρά η ονομαστική καταγραφή των οξέων συμβαμάτων αλλά εκτενής περιγραφή της νοσηλευτικής τους αντιμετώπισης.

I. ΑΙΜΑΤΩΜΑ

Μπορεί να είναι επιφανειακό ή διάχυτο.

Πρόληψη: α) προσοχή στην παρακέντηση (για το επιφανειακό) και β) προσοχή στην ένδειξη της φλεβικής πίεσης (για το διάχυτο) γιατί στις περιπτώσεις αυτές είναι αρκετά υψηλή σε σύγκριση πάντοτε με τις τιμές του συγκεκριμένου ασθενούς στις προηγούμενες συνεδρίες δηλαδή σωστή και συνεχής παρακολούθηση του νεφροπαθούς και των ενδείξεων του Τ.Ν.

Αντιμετώπιση: α) η αλλαγή σημείων παρακέντησης, εφ'όσον είναι δυνατό, είναι αναγκαίο, β) επάλειψη με θρυπιγόνες αλοιφές ή τοποθέτηση κομπρεσών ομοπνεύματος ή διαλύματος αλουμινίου που επιταχύνουν την απορρόφηση του αιματώματος.

2. ΑΙΜΟΛΥΣΗ

Οφείλεται σε κακή σύσταση του διαλύματος (υπότονο ή υπέρτονο), υπερθέρμανση διαλύματος, παρουσία φορμόλης στο διάλυμα.

Πρόληψη: σωστή απολύμανση του μηχανήματος T.N. και τακτική συντήρησή του.

Αντιμετώπιση: α) άμεση διακοπή της συνεδρίας, β) απόρριψη του αίματος των γραμμών και του φίλτρου, διόρθωση του αιτίου που δημιούργησε την αιμόλυση, επανασύνδεση του ασθενούς με νέο φίλτρο και μετάγγιση αίματος, γ) σε σοβαρές καταστάσεις απαιτείται αφαιμαξομετάγγιση η οποία πρέπει να γίνεται πάντα την ώρα της συνεδρίας του T.N., ώστε το κιτρικό κάλιο του διατηρημένου αίματος ν' απομακρύνεται προς το διάλυμα διαπήδησης.

3. ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΗΠΑΡΙΝΗ

Συμβαίνει αμέσως μόλις χορηγηθεί η αρχική δόση ηπαρίνης.

Αντιμετώπιση: αλλαγή του είδους της ηπαρίνης από χοίρειο σε βόειο, αν η χρήση χοίρειας ηπαρίνης χωρίς συντηριτι-

κό δεν είναι αρκετή.

4. ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΑΙΘΥΛΕΙΝΟΞΕΪΔΙΟ (ΕΤΟ)

Εάν μετά το "ξέπλυμα" του φίλτρου με φυσιολογικό ορό παραμείνει κάποια ποσότητα ΕΤΟ, (ένα από τα υλικά αποστείρωσης των φίλτρων), τότε αυτό περνά στην κυκλοφορία, διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων και σαν ξένο σώμα προκαλεί αλλεργική αντίδραση.

Πρόληψη: σωστό και πλήρες "ξέπλυμα" του φίλτρου με

2 LITRA φυσιολογικό ορό.

Αντιμετώπιση: α) άμεση χορήγηση κορτικοειδών, 02 και φυ-

σιολογικού ορού, β) αλλαγή φίλτρου με προτίμηση στο φίλτρο που δεν αποστειρώνονται με ΕΤΟ αλλά με γ ακτινοβολία ή σε ατμοκλίβανο.

5. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ-ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Πρόληψη: α) επίτευξη του ξηρού βάρους με αργό ρυθμό. Ξη-

ρό βάρος είναι εκείνο το βάρος του σώματος μετά τη συνεδρία, το οποίο εξασφαλίζει φυσιολογική Α.Π. και απουσία οδημάτων στα μεσοδιαστήματα των συνεδριών. Η ελαττωσή του προκαλεί υπόταση τόσο κατά, όσο και μετά τη συνεδρία, β) αναλη δίαιτα, γ) φαρμακευτική αγωγή, δ) εξατομικευμένη αιμοκάθαρση (προσοχή στην πυκνότητα του διαλύματος σε ΝΑ'), ε) κατάρτιση σχεδίου διδασκαλίας και αποκατάστασης, στ) συχνή λήψη ζωτικών σημείων ζ) αποφυγή αντιδράσεων και δραστηριοτήτων που ανεβάζουν την Α.Π.

Αντιμετώπιση: α)τροποποίηση παραμέτρων αιμοκάθαρσης,β)

φαρμακευτική αγωγή ταχείας δράσης,γ)έλεγχος Α.Π σε κάθε 3.5 MIN,δ)παρακολούθηση του αρρώστου για έμμετο(μπορεί να επιβραδύνει την απορρόφηση των φαρμάκων από το στόμα),ε)λήψη προστατευτικών μέτρων αν ο άρρωστος παρουσιάσει σπασμούς (στοματοδιαστολεια,γλωσσοπίεστρο,χαλαρά ρούχα,αντισπασμωδικά φάρμακα,ακινητοποίηση αρρώστου),στ)στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία μεγάλου βαθμού αγγειοδιαστολής,υπότασης ,εφίδρωσης,ανησυχίας, πονοκεφαλου κ.τ.λ.,ζ)μείωση της αγωνίας του αρρώστου,η)συνεχής εκτίμηση της κατάστασής του.

6.ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ

Είναι το πιο συχνό οξύ σύμβαμα κατά τη διάρκεια του T.N (20-30% του συνόλου των συνεδρίων T.N.) .Θφείλεται κατά κανόνα σε απότομη μείωση του όγκου αίματος.

Πρόληψη: α)αποφυγή υπερβολικής ενυδάτωσης του ασθενή

μεταξύ των συνεδριών,β)αντιμετώπιση καρδιαγγειακών προβλημάτων γ)αιμοκάθαρση με διάλυμμα διττανθρακικών,δ)ρύθμιση της ώρας λήψης των αντιυπερτασικών φαρμάκων,ε)προσαρμογή σε κάθε νεφροπαθή κατάλληλου φίλτρου,διαλύματος στ)ορθός προγραμματισμός και καταμερισμός της αφυδάτωσης κατά τη συνεδρία.

Αντιμετώπιση: α)ανάρροπη θέση,β)ταχεία χορήγηση ορού

NaCl , γ)εφ'άπαξ χορήγηση AMP NaCl 15% ,δ)συνεχής λήψη ζωτικών σημείων,ε)προσοχή για εισρόφηση σε περίπτωση εμέτου,στ)χορήγηση O2 σε υποξαιμία,ζ)αναθεώρηση του βαθμού αφυδάτωσης και παραμέτρων κάθαρσης(ροή αίματος,αλγωγιμότητα κ.λ.π) η) ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.

7. ΔΙΑΚΟΠΗ ΝΕΡΟΥ

Πρόληψη: α) δημιουργία δεξαμενής νερού σε υψηλότερο επίπεδο από την Μ.Τ.Ν., β) τοποθέτηση πιεστικού μηχανήματος, ώστε σε περίπτωση πτώσεως της πίεσεως ή διακοπής του νερού, να στέλνει το νερό της δεξαμενής με πίεση στη Μ.Τ.Ν., γ) σύνδεση της Μ.Τ.Ν. με ξεχωριστή γραμμή νερού της ΕΥΔΑΠ.

Αντιμετώπιση: διακοπή συνεδρίας Τ.Ν.

8. ΔΙΑΚΟΠΗ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΣ

Ο κίνδυνος από τη διακοπή είναι η πήξη του αιματικού διαμερίσματος λόγω στάσης της αντλίας του αίματος.

Πρόληψη: α) σύνδεση της Μ.Τ.Ν. με ξεχωριστή γραμμή με την ΔΕΗ, β) σύνδεση της Μ.Τ.Ν. με γεννήτρια ρεύματος.

Αντιμετώπιση: α) χορήγηση συμπληρωματικής δόσης ηπαρίνης, β) περιστροφή της αντλίας αίματος με χειροκίνητη μανιβέλα για λόγους γ) εάν το ρεύμα δεν επανέρθει, διακοπή συνεδρίας το αίμα της εξωσωματικής κυκλοφορίας θα επανέρθει στο νεφροπαθή μέσω βαρύτητας, διατηρώντας το φίλτρο σε υψηλό επίπεδο.

9. ΕΜΒΟΛΗ ΑΕΡΑ

Σπάνια επιπλοκή που οφείλεται σε ατύχημα στα σημεία εισόδου αέρα π.χ. σημεία συνδέσεως γραμμών - βελονων.

Πρόληψη: α) προσοχή στις διάφορες συνδέσεις, β) έλεγχος της καλής λειτουργίας της φουσαλλοδοπαγίδας του μηχανήματος

καί των συναγερμών.

Αντιμετώπιση: α) Η πρώτη ενέργεια είναι η δημιουργία κλει-
στού κυκλώματος χωρίς ν' αφαιρέσουμε τις βελόνες από τον άρρω-
στο, κλαμπάρωντας τις γραμμές. β) ανάρροπη θέση ασθενούς, γ) χο-
ρήγηση O₂, δ) ακτινογραφία θώρακος. Το ιδεώδες είναι -αλλά όχι
καί εφικτόνά τοποθετηθεί ο ασθενής σε θάλαμο υπερπίεσης.

ΙΟ. ΕΜΕΤΟΙ-ΝΑΥΤΙΑ.

Πρόληψη: Όταν ο έμετος δεν μπορεί ν' αποδοθεί σε: υπερ-
τασική ώση, υποτασική κρίση, σύνδρομο σκληρού νερού, οξεία αι-
μόλυση, χρόνια ηπατίτιδα, διαταραχή της ωσμωτικής πίεσης του
έξω και ενδοκυττάριου χώρου κατά την διάρκεια των πρώ-
των συνεδριών, άλλες αιτίες της γενικής παθολογίας, πρέπει να
αναθεωρηθούν οι συνθήκες αιμοκάθαρσης (χρονική διάρκεια, φίλ-
τρο κ.τ.λ) έτσι ώστε ν' αποφευχθεί η επανέμφανιση αυτής της
συχνής επιπλοκής.

Αντιμετώπιση: α) ρύθμιση ή αποφυγή της γεννεσιουργού
αιτίας, β) προσοχή για αποφυγή εισρόφησης, γ) ανακούφιση του
άρρωστου με περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, δ) παρακο-
λούθηση για αφυδάτωση, απώλεια ηλεκτρολυτών, συμπτώματα από
άλλα συστήματα, ε) σε ακατάσχετους εμέτους επιβάλλεται η χο-
ρήγηση αντιεμετικών. Όμως η συμπτωματική χορήγηση αντιεμετι-
κών, αποτελεί τακτική λαθεμένη. Υπάρχει ο "νεφρολογικός αφο-
ρισμός": η χρόνια λήψη αντιεμετικών υποδηλώνει την κακή α-
πόδοση της αιμοκάθαρσης.

ΙΙ. ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ.

Πρόληψη: α) χρησιμοποίηση διαλύματος με υψηλή περιεκτι-
κότητα καλίου ή IV χορήγηση καλίου από το μέσο της συνεδρί-

ας και μετά, σε ασθενείς βέβαια που έχουν στο ιστορικό τους προηγούμενες αρρυθμίες.

Αντιμετώπιση: α) θεραπεία της γεννεσιουργού αιτίας, β)

φαρμακευτική αγωγή, γ) εντατική παρακολούθηση του αρρώστου και σύνδεση με MONITOR δ) συχνή λήψη ζωτικών σημείων και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου ε) μείωση της αγωνίας και του φόβου στ) ενδεχομένως εκτέλεση απινίδωσης ή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

12. ΚΝΗΣΜΟΣ.

Οφείλεται στη χρόνια εναπόθεση αλάτων φωσφορικού ασβεστίου στο δέρμα.

Αντιμετώπιση: α) χορήγηση ξυλοκαΐνης 100MG σε στάγδην

ενδοφλέβια έγχυση κατά την διάρκεια της συνεδρίας, β) χορήγηση ηρεμιστικών, γ) χορήγηση αντιαλλεργικών φαρμάκων τύπου PCLLARAMINE δ) ακτινοβολία του δέρματος με υπεριώδεις ακτίνες σε επίμονες περιπτώσεις.

Η ορθή όμως αγωγή του κνησμού συνίσταται στη διατήρηση χαμηλής τιμής φωσφόρου (P) στο αίμα. Αυτό επιτυγχάνεται με την αύξηση του συνολικού χρόνου εβδομαδιαίας αιμοκάθαρσης, με την χορήγηση φωσφοροδεσμευτικών φαρμάκων και με την επιλογή φίλτρου με υψηλή κάθαρση P. Εάν μετά τις παραπάνω ενέργειες ο κνησμός δεν υποχωρήσει, απαιτείται διερεύνηση της ανάπτυξης δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού.

13. ΜΥΙΚΕΣ ΚΡΑΜΠΕΣ.

Είναι αποκλειστικό επακόλουθο οξείας απώλειας Na^+ από ταχεία αφυδάτωση.

Πρόληψη: α) σωστός ρυθμός αφυδάτωσης, β) σύσταση στο νεφροπαθή να ελέγχει την ενυδάτωσή του, γ) αύξηση του νατρίου στο διάλυμα σε ασθενείς που δεν παίρνουν βάρος μεταξύ των δύο συνεδριών αλλά εμφανίζουν κατ'επανάληψη κρίση από μυϊκές κράμπες, προλαβαίνει την εκδήλωσή τους.

Αντιμετώπιση: IV χορήγηση υπέρτονου NaCl.

14. ΠΝΗΞΗ ΑΙΜΑΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ

Μπορεί να είναι καθολική (στο φίλτρο και στις γραμμές) ή μερική (σε μερικές παράλληλες πλάκες ή τριχοειδή του φίλτρου).

Πρόληψη: α) ορθός ηπαρινισμός: αρχική δόση, χορήγηση στο δώρο, λειτουργία αντλίας ηπαρίνης, β) εκλογή φίλτρου ανάλογα με τον αιματοκρίτη, γ) σωστή προετοιμασία του φίλτρου ώστε αφ'ενός μεν να φεύγει όλος ο αέρας, αφ'ετέρου δε να ηπαρινίζονται όλα τα τριχοειδή, δ) φροντίδα για καλή επαναφορά του αίματος στον ασθενή ώστε να μη γίνεται στάση μέσα στο φίλτρο ε) ανελλιπή παρακολούθηση του χρώματος του αίματος κατά την συνεδρία.

Αντιμετώπιση: α) στην καθολική πήξη απαιτείται αντικατάσταση φίλτρου και γραμμών και επείγουσα μετάγγιση αίματος β) στην μερική δεν απαιτείται κατά κανόνα η αντικατάσταση του φίλτρου, αν και η απόδοση της συνεδρίας περιορίζεται.

15. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ (ΟΕΥ) ΟΙΔΗΜΑ.

Όταν εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας T.N, α-

ποτελεί κατά κανόνα επιπλοκή οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου, πνευμονικής εμβολής ή αιμορραγικής περικαρδίτιδας.

Πρόληψη: συνίσταται στην διδασκαλία του αρρώστου στην περίοδο ανάρρωσής του για πρόληψη υποτροπής και στις λοιπές νοσηλευτικές ενέργειες για την πρόληψη επιδείνωσης της κατάστασής του.

Αντιμετώπιση: α)αποδοτική και έντονη αφυδάτωση,β)αποκατάσταση αιμοδυναμικού ισοζυγίου,γ)διατήρηση επαρκούς αερισμού δ) υποστήριξη και ενθάρρυνση του αρρώστου,ε)προσεκτική χορήγηση φαρμάκων και ειδικά: Το O₂ πρέπει να χορηγείται σαν φάρμακο ,η αμινοφυλλίνη να χορηγείται πολύ αργά IV γιατί μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες και ξαφνικό θάνατο,και τέλος η μορφίνη πρέπει να χορηγείται σε μικρές IV δόσεις ώσπου να μειωθεί η δύσπνοια(μειώνει την αγωνία και τον πόνο,αλλά και το αναπνευστικό έργο),στ)προσεκτική παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας και της Α.Π ζ)εκτίμηση της ηλεκτρονικής κατάστασής του αρρώστου.

16. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Συμβαίνει στα πρώτα 15 της αιμοκάθαρσης και αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά και έγκαιρα, μπορεί ν'αποβεί μοιραία.

Πρόληψη: Σε άτομα που εμφανίζουν συχνά επεισόδια πνευμονικής δυσλειτουργίας στην έναρξη του T.N. επιβάλλεται η αλλαγή του φίλτρου.

Αντιμετώπιση: α)χορήγηση O₂ ,β)διακοπή της αιμοκάθαρσης

καί αλλαγή του φίλτρου σε ορισμένες περιπτώσεις.

17. ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ.

Οφείλεται κυρίως σε υπερτασική κρίση, οξεία αιμόλυση, υπερασβαιστιναιμία, υπό ή υπερνατριαμία ή απλώς αποτελεί αναμενόμενο φαινόμενο των πρώτων συνεδριών.

Πρόληψη: α) σωστός ρυθμός αφυδάτωσης, β) σωστή παρασκευή
διαλύματος όσον αφορά το Νάτριο καί το Ασβέστιο.

Αντιμετώπιση: αβασάνιστη I.V. η χορήγηση διαφόρων αναλγητικών με αμφίβολη κάθε φορά αποτελεσματικότητα, αποτελεί λαθεμένη τακτική, γιατί απομακρύνει τη σκέψη από την αναζήτηση καί αντιμετώπιση της πραγματικής αιτίας που είναι το μόνο σωστό νοσηλευτικό βήμα μετά την εκδήλωση του πονοκεφαλου.

18. ΠΥΡΕΤΟΣ.

I. Πυρετός που εμφανίζεται κατά την έναρξη της συνεδρίας συνοδευόμενος από ρίγος οφείλεται στη δόσο κάποιας ενδοτοξίνης από το διάλυμα ή άλλης αλλεργιογόνου ουσίας από το φίλτρο καί τις πλαστικές γραμμές στην γενική κυκλοφορία.

Αντιμετώπιση: α) διακόπτεται η αιμοκάθαρση, β) λαμβάνεται αιμοκαλλιέργεια (βγαίνει αρνητική) γ) επανασυνδέεται ο ασθενής με νέο υλικό

II. Πυρετός κατά την αιμοκάθαρση από μετάγγιση αίματος

Αντιμετώπιση: α) διακοπή μεταγγίσεως, β) επιστροφή του αίματος στην αιμοδοσία για επανέλεγχο.

ΙΙΙ. Πυρετός που διατηρείται και μετά την συνεδρία T.N. και συνδιάζεται με θετική αιμοκαλλιέργεια σημαίνει κατά νόνα λοίμωξη της FISTULA.

Πρόληψη: μεγάλη προσοχή στην αντισηψία και παρακέντηση της FISTULA.

Αντιμετώπιση: α) προσεκτική εξέταση της περιοχής παρακέντησης της FISTULA, β) άμεση έναρξη αντιβίωσης.

Ι9. ΡΗΞΗ ΜΕΜΒΡΑΝΗΣ.

Η αύξηση της υδροστατικής πίεσης του αιματικού διαμερίσματος του φίλτρου πέρα από τα όρια αντοχής της μεμβράνης προκαλεί ρήξη μεμβράνης και διαρροή του αίματος προς το διάλυμα.

Πρόληψη: α) έλεγχος της στεγανότητας του φίλτρου πριν την αιμοκάθαρση, β) σωστή τοποθέτηση των ορίων συναγερωμών της φλεβικής πίεσης έτσι ώστε σε περίπτωση αύξησης της φλεβικής με κίνδυνο την ρήξη, να σταματήσει η αντλία αίματος, γ) έλεγχος λειτουργίας οπτικοακουστικού συναγερωμού BLOODLEAK

Αντιμετώπιση: α) διακοπή της συνεδρίας, β) επαναφορά του αίματος στον ασθενή, γ) αλλαγή φίλτρου, δ) προσδιορισμός του Ηt. και αν χρειαστεί μετάγγιση.

20. ΣΠΑΣΜΟΙ.

Είναι συνοδό σύπτωμα αγγειακών μεταβολικών ή νευρικών διαταραχών.

Πρόληψη: α) ορθή φαρμακευτική ρύθμιση της πίεσης, β) στους αρτηριοσκληρωτικούς ενήλικες νεφροπαθείς, ορθή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και τοπικός ηπαρινισμός, γ) στενή παρακολούθηση του επιληπτικού ασθενή κατά την διάρκεια της συνεδρίας.

Αντιμετώπιση: α) τοποθέτηση του αρρώστου σε υπτία θέση με το κεφάλι στραμένο στο πλάι, β) τοποθέτηση υφάσματος στα δόντια του ή στοματοδιαστολέα για να μη δαγκώσει τη γλώσσα του, γ) τοποθέτηση αεραγωγού, δ) χορήγηση I.V φαρμακευτικής αγωγής, ε) προστασία του αρρώστου από τραυματισμό την ώρα του παροξυσμού, στ) ενημέρωση του αρρώστου μετά τον παροξυσμό για το δυσάρεστο αυτό συμβάν, ζ) θεραπευτική αγωγή για άρση της αιτίας.

21. ΣΤΗΘΑΓΧΙΚΟ ΑΛΓΟΣ (ΣΤΗΘΑΓΧΗ)

Εμφανίζεται είτε στην έναρξη της συνεδρίας, λόγω της εξωσωματικής κυκλοφορίας, είτε κατά την διάρκεια της λόγω έντονης και απότομης αφυδάτωσης.

Πρόληψη: α) διατήρηση υψηλού αιματοκρίτη με συχνές μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων, β) χρησιμοποίηση φίλτρου μικρού όγκου πλήρωσης, γ) έναρξη της συνεδρίας χωρίς την απομάκρυνση του φυσιολογικού ορού πλήρωσης του φίλτρου, δ) ορθός καταμερισμός της αφυδάτωσης σ' όλη την διάρκεια της συνεδρίας.

Αντιμετώπιση: α) I.V χορήγηση 100-300 c.c. φυσιολογικού

ορού, β) ελάττωση στο ρυθμό της αντλίας αίματος, γ) μείωση ή μηδενισμός της αρνητικής πίεσης του διαλύματος ή της θετικής φλεβικής πίεσης, δ) η συστηματική και άμεση χορήγηση τρινιτρίνης πρέπει να αποφεύγεται και να επιχειρείται μόνο στο έντονο άλγος που δεν υποχωρεί με τους πιο πάνω χειρισμούς. Τα β και γ θα διατηρηθούν μέχρι την πλήρη υποχώρηση του στηθαγχικού παροξυσμού. Μετά και μέχρι το τέλος της συνεδρίας, επιχειρείται η βαθμιαία αύξησή τους.

22. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΡΗΞΕΩΣ ΩΣΜΩΤΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ

Είναι σύνολο κλινικών εκδηλώσεων από το Κ.Ν.Σ που εμφανίζεται σε ταχεία αιμοκάθαρση και οφείλεται στη διαταραχή της ωσμωτικής ισορροπίας στον εγκέφαλο.

Πρόληψη: α) εφαρμογή ήπιας κάθαρσης με προοδευτική αύξηση των ωρών και της αντλίας αίματος, που θα περιορίσει την ταχεία απομάκρυνση της ουρίας και την ανάπτυξη ωσμωτικής διαταραχής, β) εντατική παρακολούθηση του αρρώστου, γ) νοσηλευτικό ιστορικό που θα βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση, δ) συνέχιση της αγωγής των επιληπτικών νεφροπαθών.

Αντιμετώπιση: α) διακοπή της αιμοκάθαρσης, β) ανάταξη της επιπλοκής, γ) χορήγηση φαρμάκων σε αυξημένη αρτηριακή πίεση, σπασμούς, επιληπτική κρίση, δ) παρακολούθηση του αρρώστου

23. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΚΛΗΡΟΥ ΝΕΦΟΥ

Ο όρος υποδηλώνει οξεία υπερασβεστιαμία (Ca^{++} αίματος 140MG/L) κατά την διάρκεια της συνεδρίας T.N., από υψηλή

περιεκτικότητα σε Ca του διαλύματος διαπήδησης.

Πρόληψη: α) συχνός προσδιορισμός του Ca^{++} του απιονισμένου νερού (TEST σκληρότητας), β) συχνός έλεγχος λειτουργίας του απιονιστήρα.

Αντιμετώπιση: α) διακοπή της συνεδρίας, β) επανασύνδεση του ασθενούς με το σωστό διάλυμα έτσι ώστε να επαναφερθεί το Ca^{++} του αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΙΟ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ανάμεσα στους νεφροπαθείς, οι διαβητικοί αποτελούν πολυπληθή και ιδιαίτερη ομάδα.

Από τη στιγμή που θα παρουσιαστεί ουραιμία στον διαβητικό, η επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας είναι ταχύτερη. Φτάνοντας λοιπόν πολύ σύντομα στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, οι διαβητικοί έχουν ανάγκη υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με μιας από τις μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης, ή με μεταμόσχευση.

Στο σημείο αυτό καλείται ο νοσηλευτής να βοηθήσει μαζί με την υπόλοιπη υγειονομική ομάδα, και να συμμετάσχει ενεργά στην θεραπευτική μέθοδο με την οποία αντιμετωπίζεται ο πάσχων.

Παρακάτω παρουσιάζεται η νοσηλευτική προσέγγιση των επι πλέον προβλημάτων που εμφανίζουν οι νεφροπαθείς με σακχαρώδη διαβήτη

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ
Υπογλυκαιμία	Παρακολούθηση για σημεία και συμπτώματα -αίσθημα πείνας -αδυναμία, εφίδρωση -απώλεια συνείδησης -σπασμοί.	-Λήψη σακχάρου αίματος. -Χορήγηση υπέρτονων σακχαρούχων διαλυμάτων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	-Όταν υποβαλλονται σε αιμοκάθαρση με διάλυμα που δεν περιέχει γλυκόζη.
Αρτηριακή υπόταση (συνήθισμένη).	-Εγκαιρή αντιμετώπιση -Ρύθμιση ροής αίματος	-Συχνές μετρήσεις ΑΠ -Συχνή ζύγιση βάρους	Αυτόνομη νευροπάθεια (όψιμη).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΣ
στον διαβητι- κό νεφροπαθή)	Διατήρηση σταθερής Α.Π.	<ul style="list-style-type: none"> σώματος. -Υπτια θέση ασθενή με ανυψωμένα σκέλη. -Ταχεία χορήγηση N/S 100 cc ή υπερωσμωτικών διαλυμάτων, σύμφωνα με ιατρική οδηγία. -Άμεση διακοπή υπερδιήθησης. -Χορήγηση αγγειοσυσπαστικών σύμφωνα με ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> επιπλοκή ΣΔ). -Συχνά απότοκος υποογκαιμίας, λόγω αφαίρεσης μεγάλης ποσότητας υγρών από υπερδιήθηση.
Αρτηριακή υπέρταση(συνηθισμένη στον διαβητικό νεφροπαθή)	<ul style="list-style-type: none"> Ρύθμιση ροής αίματος. Διατήρηση σταθερής Α.Π. 	<ul style="list-style-type: none"> -Συχνές μετρήσεις Α.Π. -Αιτιολογική αντιμετώπιση(π.χ αν η υπέρταση συνοδεύεται από υπερασβεσταιμία ή υπερνατριαιμία, γίνεται αντιμετώπιση του αιτίου). -Χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής. 	<ul style="list-style-type: none"> -Αγγειακές βλάβες(όφσιμη επιπλοκή του Σ.Δ)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΣ
Στηθαγχική κρίση(αυξη- μένη η συχ- νότητά της στους δια- βητικούς νε- φροπαθείς).	- Πρόληψη - Αντιμετώπιση.	- Αντιμετώπιση αναι- μίας με έλεγχο αι- ματοκρίτη και με- ταγγίσεις. - Λήψη Η.Κ.Γ. - Χορήγηση οξυγόνου - Χορήγηση νιτρωδών σύμφωνα με ιατρι- κή οδηγία. - Διακοπή αιμοκάθαρ- σης.	- Απότομη μετακίνηση υγρών. - Μικροαγγειοπάθεια
Δίαιτα		- Ρύθμιση διαιτολο- γίου σε σχέση με το βασικό μεταβο- λισμό, το συναισθηματικό STRESS, την καθημε- ρινή άσκηση.	
Ευπάθεια στις λοιμώ- ξεις(συχνό αίτιο νοση- ρότητας δια- βητικών νε- φροπαθών).	- Αποφυγή λοίμω- ξης με προλη- πτικά μέτρα. - Άμεση αντιμε- τώπιση.	- Καλό πλύσιμο χεριών Ασηπτη τεχνική στην παρακέντηση FISTULA - Ενίσχυση θρέψης ασ- θενούς, ορθή τήρηση διαιτολογίου. - Αποφυγή καθετηριασ- μό, ουροδόχου κύστης Αποφυγή μόνιμου ου- ροκαθετήρα.	- Μείωση άμυνας του οργανισμού. - Απίσχυραση Μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών. Απώλεια λευκώματος. - Συχνές ουρολοιμώ- ξεις.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ
		-Φροντίδα αεροφόρων οδών.	
		-Αποφυγή φλεβοκαθε- τήρων.	
		-Συχνή παρακολούθη- ση για σημεία λοι- μώξεων.	-Η TBC είναι συχνή λοιμώξη στην Χ.Ν.Α.
		-Ελεγχος λευκών,Τ. Τ.Κ.Ε κ.λ.π	
		-Σε λοίμωξη: λήψη καλλιεργειών πριν από κάθε άλλη ενέρ- γεια.	
		-Εγκαιρη χορήγηση κατάλληλων αντιμι- κροβιακών σύμφωνα με ιατρική εντολή, με ρυθμισμένες δό- σεις.	-Η τροποποίηση της δόσης είναι ο κα- νόνας στην Χ.Ν.Α.

II. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛ-
ΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Νοσοκομείου Παίδων, φτάνουν παιδιά ηλικίας 4 έως 15 ετών, όταν η πάθησή τους καταλήξει σε χρονιότητα και η νεφρική τους λειτουργία έχει φτάσει σε τελικού σταδίου ανεπάρκεια.

Αρχικά, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους εισάγονται σαν οξέα περιστατικά με αιματουρία ή λευκωματουρία, υπέρταση, ή ουρολογικά προβλήματα που αφορούν την αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού.

Στο διάστημα της παραμονής τους στο παιδιατρικό τμήμα, γίνεται η προετοιμασία για να μπει στο παιδί στο μηχανημα τεχνητού νεφρού, που συνίσταται σε μία μικροεπέμβαση στα αγγεία-συνήθως του ενός χεριού -FISTULA ή SHUNT. Πρίν αρχίσει τη θεραπεία του κάθε παιδί έχει την δυνατότητα να έρθει στη μονάδα για 2-3 εβδομάδες να δει τα άλλα παιδιά, να εκφράσει ή να λύσει τις απορίες του και να εξοικειωθεί με το περιβάλλον και το προσωπικό. Υπάρχουν όμως και οξέα περιστατικά με τόσο προχωρημένο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας που χρειάζονται να αρχίσουν αμέσως αιμοκάθαρση. Στις περιπτώσεις αυτές καθοριστικό ρόλο παίζουν η ικανότητα του νοσηλευτή να εμπνέει εμπιστοσύνη, η αποφασιστικότητά του και η εμπειρία του, γιατί το παιδί μην έχοντας τον απαιτούμενο χρόνο να προσαρμοστεί ψυχολογικά, κυριολεκτικά αιφνιδιάζεται.

Η θεραπεία της αιμοκάθαρσης αποτελεί μία άγνοση για αυτά εμπειρία. Για να διευκολυνθούν συναισθηματικά τα παιδιά στις πρώτες συνεδρίες, ο νοσηλευτής πρέπει να αφήνει την μητέρα τους να μένει κοντά τους ή να τα επισκέπτεται κατά διαστήματα κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

Ο χρόνος παραμονής του κάθε παιδιού στο μηχάνημα εξατομικεύεται γιατί σκοπός μας είναι στο τέλος της αιμοκάθαρσης να έχουμε τιμές ουρίας K , K όσο το δυνατό πλησιέστερες στα ανώτερα φυσιολογικά όρια. Ο νοσηλευτής ελέγχει κυρίως την γενική του κατάσταση, και τις μεταβολές της Α.Π γιατί κατά την διάρκεια της συνεδρίας παρατηρείται συχνή αύξηση ή πτώση αυτής. Επίσης, αποκλειστικά στην ευθύνη του νοσηλευτή ανήκει και η αντιμετώπιση των επιπλοκών που συνδέονται με την τεχνική της αιμοκάθαρσης. Οι κυριώτερες αντιδράσεις, που παρουσιάζουν τα παιδιά στο μηχάνημα, είναι: κράμπες από αφαίρεση Na στους μύς, έμμετο από ηλεκτρολυτικές διαταραχές πονοκέφαλος και μηνιγγισμός που αντιμετωπίζεται συμπτωματικά από τον Νοσηλευτή. Εκτός από αυτές τις επιπλοκές που θεωρούνται άμεσες κατά την ώρα της αιμοκάθαρσης, στα παιδιά παρατηρούνται συνήθως αλλοιώσεις οστών, οστεοδυστροφία, υπερέκκριση ρενίνης, και πολύ συχνά περικαρδίτιδα, αναιμία, μεταβολικές και ενδοκρινικές διαταραχές, κυτταρικά αντισώματα και σπανιότερα διαταραχές από το κυκλοφορικό σύστημα λόγω ηλικίας.

Η παρακολούθηση λοιπόν των παιδιών σε όλη τη διάρκεια της συνεδρίας είναι συνεχής και αναγκαία. Η αντίδραση όμως του κάθε παιδιού στο μηχάνημα είναι διαφορετική και εξαρτάται από πολλές παραμέτρους που οι κυριώτερες είναι:

1) Η ηλικία του παιδιού (εφηβεία)

2) Η προσωπικότητά του, πόσο κλειστό ή ανοιχτό είναι το παιδί στις σχέσεις του με τους άλλους και πως αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις.

3) Η ευαισθητοποίηση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος στα προβλήματα του παιδιού και η ετοιμότητα του να τα αντιμετωπίσει.

4) Το οικογενειακό περιβάλλον που για πολλά παιδιά απο-

τελεί την μεγαλύτερη πηγή ψυχικού STRESS .Καί αυτό γιατί δημιουργείται στους γονείς μία έντονη συναισθηματική αντίδραση, μία ανησυχία και μία αβεβαιότητα που μεταδίδεται εύκολα στο παιδί. Οι γονείς γίνονται άλλοτε υπερπροστατευτικοί, άλλοτε ανεκτικοί, υπερβολικά εκδηλωτικοί στην αγάπη τους και άλλοτε απορριπτικοί προς το παιδί σε στιγμές που αυτό χρειάζεται περισσότερο από ποτέ την σταθερότητα και σιγουριά των συναισθημάτων τους.

Η συμβολή του νοσηλευτή στην προσαρμογή του παιδιού με την νέα κατάσταση είναι πολύ σημαντική και επιτυγχάνεται με:

- 1) Σωστή προετοιμασία
- 2) Αναλυτική ενημέρωση
- 3) Προτροπή του παιδιού να συμμετάσχει ενεργά στη θεραπεία του.
- 4) Υποστήριξη τόσο του παιδιού όσο και της οικογενείας του.

Εξηγούμε στο παιδί με απλές λέξεις τι δουλειά ακριβώς κάνει το μηχάνημα και κυρίως τονίζουμε την χρησιμότητά του για την πορεία της θεραπείας του. Τονίζουμε επίσης τις τυχόν επιπτώσεις που θα παρουσιαστούν αν δεν θέλει να αρχίσει την θεραπεία του. Αν ο νοσηλευτής αποτύχει στο έργο του και το παιδί δεν καταλάβει με ακρίβεια τι συμβαίνει γύρω του, με την φαντασία που το διακρίνει είναι ικανό να δώσει ερμηνείες που συχνά είναι εφιαλτικώτερες και από την πραγματικότητα. Ένα παιδί για παράδειγμα είχε φανταστεί ότι θα του έβγαζαν όλο το αίμα από το σώμα του για να το αντικαταστήσουν με καινούργιο.

Λόγω των διαταραχών του μεταβολισμού και πολλών άλλων συμπτωμάτων ένα άλλο πρόβλημα πολύ σοβαρό που δημιουργεί η αιμοκάθαρση στα παιδιά, είναι:

- α) Το σταμάτημα της εμμηνορροσίας

β) Η αναστολή στη φυσιολογική ανάπτυξη (ύψος)

Η μειωμένη σωματική ανάπτυξη το χαρακτηριστικό χαλκοκίτρινο χρώμα του προσώπου, και η μόνιμη χειρουργική επέμβαση FISTULA στο ένα χέρι ή πόδι, τα υποχρεώνει σε συνεχή επαγρύπνηση και η μειωμένη χρησιμοποίησή του, τα κάνει να αισθάνονται ότι είναι διαφορετικά από τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους. Για να μάθει ένα παιδί να ζεί συμφιλιωμένο με την χρόνια αρρώστια του, πρέπει πρώτα από όλα να αποδεχτεί τον εαυτό του μέσα από την νέα εικόνα σώματος που διαμορφώνεται εξ αιτίας της αρρώστιας. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την αισθητή μείωση του ενδιαφέροντός του παιδιού για τον έξω κόσμο, την απομάκρυνσή του από το παιχνίδι και την αρνησή του να πάει σχολείο. Τα παιδιά αυτά, κλείνονται στον εαυτό τους, αδιαφορούν για τους άλλους και γίνονται εγωκεντρικοί.

Η χρονιότητα της αρρώστιας τους και η αναμονή για μεταμόσχευση για μεγάλο χρονικό διάστημα, δημιουργούν στα παιδιά φάσεις κατάθλιψης που εκφράζονται μέσα από έναν αρνητισμό να μην προσέρχονται στις καθορισμένες συνεδρίες, να μην παίρνουν τα φάρμακά τους, να μην τρώνε, να τρώνε χωρίς να ελέγχουν το είδος της τροφής, να πίνουν νερό σε ποσότητα επικίνδυνη για την υγεία τους, να μην εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους φτάνουν σε σημείο να μην μπορούν περπατήσουν, καταστάσεις που οδηγούν ακόμα και στον θάνατο.

Η συμπεριφορά του νοσηλευτή που θα τον καταστήσει ικανό να βοηθήσει πραγματικά σε τέτοιες κρίσιμες καταστάσεις πρέπει να βασίζεται στα εξής 3 απαραίτητα στοιχεία: **Σεβασμός Συνεργασία Συμπαράσταση.**

Ο νοσηλευτής στην προσπάθειά του να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, συζητά με τα παιδιά ατομικά ή ομαδικά, παροτρύνωντάς τα να εκφράσουν ελεύθερα τα προβλήματα, τις σκέψεις, τις δυσάρεστες ή ευχάριστες εμπειρίες τους με σκοπό να προσαρμοστούν και τέλος να αποδεχτούν την

την παθησή τους.

Η ενεργητική συμμετοχή στη θεραπεία τους όπως η καταγραφή και ο έλεγχος βάρους τους στο διάγραμμα, η παρακολούθηση διαφόρων ταινιών VIDEO που εκείνα διαλέγουν, δημιουργεί ένα αίσθημα υπευθυνότητας, ανεξαρτησίας και συνεργασίας στα παιδιά γιατί νιώθουν ότι ελέγχουν την κατάσταση μερικώς τουλάχιστον.

Είναι απαραίτητο να διοργανώνονται ημερίσιες εκδρομές και ακόμα καλύτερα πολυήμερες καλοκαιρινές μακριά από το αποπνηχτικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Έτσι, όχι μόνο τα παιδιά ξεφεύγουν από το πρόβλημά τους και διασκεδάζουν όπως όλα τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους, αλλά και οι σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ παιδιών-γονέων-νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού γίνονται στενότερες και πιο επικοινωνητικές για την όλη αντιμετώπιση και προσαρμογή του παιδιού στη θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

12. Ο ΝΕΦΡΟΠΑΘΗΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΩΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΣΧΩΝ

Αν ανατρέξει κανείς στη διεθνή βιβλιογραφία ,θα διαπιστώσει ότι ο χρόνιος πάσχων άρρωστος δεν έχει μελετηθεί επαρκώς από την Ιατρική και κατ'επέκταση από την Νοσηλευτική. Η αιτία που το ερμηνεύει είναι απλή: πριν μερικές δεκαετίες, ο χρόνιος άρρωστος αποτελούσε κάτι το σπάνιο ,μία ξεχωριστή περίπτωση με λοιμώδες κυρίως νόσημα. Την περίοδο εκείνη η Ιατρική τον αντιμετώπιζε αποστέλοντάς του σε ανατόριο ή σε ειδικές περιοχές, όπου μαζί με άλλους συγκροτούσε απομονωμένες ομάδες. Οι χρόνιοι εκείνοι άρρωστοι, έλυναν τα προβλήματά τους-όσο ήταν δυνατό-μεταξύ τους μέσα στην ομάδα.

Σήμερα όμως, η εκπληκτική εξέλιξη της τεχνολογίας και της Ιατρικής έλυσε πολλά διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζονται με επιτυχία πολλά νοσήματα που στο παρελθόν οδηγούσαν στο θάνατο . Ταυτόχρονα όμως δημιούργησε και μεγάλο αριθμό χρόνιων αρρώστων με πολλά και ποικίλα προβλήματα μεταξύ των οποίων σημαντική θέση κατέχουν εκείνα που σχετίζονται με την ψυχολογία τους.

Οι χρόνιοι νεφροπαθείς θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι αποτελούν την πλέον αντιπροσωπευτική ομάδα των χρόνιων πασχόντων, γιατί σήμερα έχουν την δυνατότητα να ζούν για πολλά χρόνια μαζί με τα ποικίλα και πολυάριθμα οργανικά προβλήματά τους, που προέρχονται από τη νόσο και από τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται.

Είναι ανάγκη, ο νοσηλευτής πριν προσπαθήσει σε συνεργασία με την υπόλοιπη Υγειονομική Ομάδα να βοηθήσει τον χρόνιο νεφροπαθή να αντιμετωπίσει τα πάσης φύσεως προβλήματα του, να γνωρίσει την ψυχολογική του κατάσταση, τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο αισθάνεται και αντιδρά κατά την διάρκεια όλων των φάσεων της εξέλιξης της νόσου του. Γι αυτό και παρακάτω πριν μελετηθούν τα προβλήματα του υπό αιμοκάθαρση αρρώστου, θα γίνει μία ανάλυση της ψυχολογικής κατάστασής του σε συνδιασμό με την προσαρμογή του στη θεραπεία.

Ι2α. Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ.

Οι χρόνιοι νεφροπαθείς περνούν δύο σημαντικές φάσεις όσο αφορά την ψυχολογική τους κατάσταση. Η πρώτη αφορά την περίοδο που η νεφρική νόσος αντιμετωπίζεται με συντηρητικές μεθόδους και η δεύτερη περιλαμβάνει τη ζωή τους μετά την ένταξη σε κάποιο τύπο εξωνεφρικής κάθαρσης.

Ι) Κρίσιμο σημείο της πρώτης φάσης είναι η στιγμή που ο άρρωστος θα πληροφορηθεί ότι η θεραπευτική του αντιμετώπιση πρέπει να γίνει με μία μορφή εξωνεφρικής κάθαρσης. Είναι σημαντικό αυτή τη στιγμή ο νοσηλευτής να είναι ήδη πλήρως ενημερωμένος για την κοινωνική, συναισθηματική, οικογενειακή, οικονομική κατάστασή τους, όπως και για τις συνήθειες, το διανοητικό επίπεδο, την επιδεξιότητα και τα θρησκευτικά του πιστεύω. Αυτά είναι τα στοιχεία που διαμορφώνουν και συγκροτούν τον ψυχισμό του νεφροπαθούς. Η γνώση όλων αυτών θα οδηγήσει στην ανίχνευση της ψυχολογίας και στην εξατομίκευση των προβλημάτων του, με αποτέλεσμα να υ-

πάρξουν περισσότερες πιθανότητες να πετύχουμε στην προσπάθεια να ισορροπήσει, να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει αυτή τη δύσκολη περίοδο της ζωής του.

2) Η δεύτερη περίοδος, που αφορά την ζωή του στην εξωνεφρική κάθαρση, είναι πιο περίπλοκη και με μεγαλύτερες δυσκολίες. Γιατί κοντά στα πρόβλήματα της πρώτης περιόδου, προστίθενται νέα. Αυτά που ξεκινούν από τις καινούργιες συνθήκες οι οποίες δημιουργούνται από τον τρόπο που αντιμετωπίζεται ο άρρωστος. Έτσι, ο νεφροπαθής κάτω από τις νέες συνθήκες πρέπει τις περισσότερες φορές να αλλάξει ή να τροποποιήσει τις επαγγελματικές του δραστηριότητες, τον τρόπο κατοικίας του ίσως, την κοινωνική του συμπεριφορά, ακόμα και τις σχέσεις του μέσα στην οικογένειά του.

Σε αυτή τη δεύτερη περίοδο θα γίνει και η προσαρμογή του στη θεραπεία, η οποία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, αλλά κυρίως από την προσωπικότητά του με τα δυνατά και αδύνατα σημεία της. Ανεξάρτητα αν η θεραπεία αναμενόταν ή ήρθε ξαφνικά, η τελική στιγμή της εφαρμογής, πάντα συνοδεύεται από αγωνία, ψυχική ένταση και φόβο.

Η αρχική περίοδος της προσαρμογής, όταν τα ουραιμικά συμπτώματα έχουν βελτιωθεί με την αιμοκάθαρση, χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα ευφορίας, ανακούφισης, αυτοπεποίθησης ευγνωμοσύνης και θέλησης για ζωή. Ορισμένοι ασθενείς εκφράζουν κάποια ανησυχία για τη ζωή τους και την εξάρτησή τους από το μηχάνημα, όλοι όμως διαπιστώνουν ότι η θεραπεία δεν είναι τόσο άσχημη, όσο την φαντάζονται. Η περίοδος αυτή διαρκεί 2-6 μήνες και συνήθως ακολουθεί η φάση της απογοήτευσης, όπου ο άρρωστος αισθάνεται ανίκανος, λυπημένος, παγιδευμένος. Σε αυτή τη φάση που διαρκεί 3-12 μήνες, συνειδητοποιεί ότι το μηχάνημα αιμοκάθαρσης θα είναι ο μόνιμος σύντροφος στην υπόλοιπη ζωή του, εκτός αν κάνει μία επιτυχή με-

ταμόσχευση. Τα αισθήματα αυτά συνήθως παρουσιάζονται όταν ο νεφροπαθής ετοιμάζεται να επιστρέψει στην εργασία του και αναρωτιέται κατά πόσο αξίζει η θεραπεία.

Μετά ακολουθεί μία άλλη περίοδος, αυτή της λεγόμενης μακροχρονής προσαρμογής, όπου ο νεφροπαθής συμβιβάζεται με την όλη κατάσταση και αποδέχεται τους περιορισμούς που του επιβάλλει η θεραπεία και η Χ.Ν.Α. Η περίοδος αυτή, δεν είναι καθόλου ομαλή και χαρακτηρίζεται από έντονες διακυμάνσεις στην ψυχολογική και σωματική κατάσταση του νεφροπαθούς. Το αίσθημα της ικανοποίησης εναλλάσσεται με αισθήματα κατάθλιψης και ανικανότητας, και απαιτείται λεπτός χειρισμός της κατάστασης από το νοσηλευτικό προσωπικό, που πρέπει να γνωρίζει ότι ο νεφροπαθής χρησιμοποιεί ειδικούς μηχανισμούς άμυνας, και να εκτιμά κάθε αντίδραση του σε σχέση με την πραγματικότητά του. Η αντίδραση αυτή, μπορεί να βοηθά στη διατήρηση του αισθήματος της ψυχολογικής ισορροπίας, στη σωστή εφαρμογή της θεραπείας, στη σωστή επικοινωνία με την οικογένεια και τους νοσηλευτές και στη σωστή λήψη αποφάσεων για τη βελτίωση της κατάστασής του. Τότε πρέπει να υποστηρίζονται οι αντιδράσεις αυτές, ενώ στην αντίθετη περίπτωση να καταπολεμούνται. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις οι οποίες καταπολεμούνται είναι αυτές που εκφράζονται με:

- αρνητισμό(παρακοή ιατρικών εντολών.....)
- ευερεθιστότητα(επιθετικότητα και αυθάδεια χωρίς αφορμή.....)
- εξάρτηση(από γονείς, σύζυγος, νοσηλευτές.....)
- άρνηση νόσου(....δεν έχω τίποτα, λάθος διάγνωση.....)
- καχυποψία(ο ιατρός δεν ξέρει τη δουλειά του, θέλει να τον βλάψει.....)
- υποχόνδριος(κάνουν έρευνα, με εκμεταλεύονται οικονο-

- μικά.....)
- τάσεις αυτοκαταστροφής(δεν έρχεται στις συνεδρίες.....)
- τάσεις αυτοκτονίας(κυρίως άνδρες νεφροπαθείς)
- αδιαφορία (για τη ζωή,για τις κοινωνικές του σχέσεις...)
- απόκρυψη στοιχείων(στα φάρμακα ,στον πυρετό.....)
- υπεραναπλήρωση(αυτό το φίλτρο,τόση ροή.....)

Αν αυτή η ψυχολογική κατάσταση του νεφροπαθούς που διαμορφώνεται κατά την χρονική περίοδο της ενωνεφρικής κάθαρσης δεν τη γνωρίζει ο νοσηλευτής στις λεπτόμερειές της και δεν την ανιχνεύσει χωριστά για τον καθένα,δεν είναι δυνατό να τον βοηθήσει αποτελεσματικά ώστε να ισορροπήσει και να αντιμετωπίσει με επιτυχία αυτή την περίοδο της ζωής του.

Επειδή ακριβώς τον καθοριστικό ρόλο τον παίζει ο ψυχολογικός παράγοντας και η ψυχολογία του κάθε νεφροπαθή είναι διαφορετική ,δεν είναι δυνατό να δοθούν συγκεκριμένες απαντήσεις σ'όλα όσα απαιτούνται για την επιτυχημένη προσέγγιση και ορθή αντιμετώπιση του νεφροπαθούς.

Ομως μπορεί να καθοριστεί αχνά ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο είναι δυνατό να κινηθεί κάθε νοσηλευτής.Βασίζεται στις γνωστές θεμελιώδεις νοσηλευτικές αρχές.

- πίστη στην αξία του προσώπου του χρόνιου νεφροπαθή
- ολική θεώρηση του χρόνιου νεφροπαθή
- νοσηλεία με θερμό προσωπικό ενδιαφέρον.

Τα ερωτήματα που πρέπει να απασχολούν τον νοσηλευτή καθ'όλη τη διάρκεια της εκτελέσεως του σχεδίου που ακολουθεί, πρέπει να είναι τα εξής:

- ποιός είναι ο χρόνιος νεφροπαθής
- ποιά ταπροσωπικά του προβλήματα;

- πως επηρεάζουν τον ίδιο,την οικογένειά του,το περιβάλλον του;
- ποιό είδος βοήθειας χρειάζεται;
- ποιός ο καλύτερος τρόπος προσφοράς αυτής;

Τα βήματα λοιπόν που αποτελούν γενικές αρχές και πρόγραμμα για να βασιστεί ο νοσηλευτής και να ξεκινήσει είναι τα εξής:

α)Κατ'αρχήν πρέπει να σχεδιαστεί ένα γενικό πρόγραμμα για ανίχνευση και αξιολόγηση των προβλημάτων που έχουν οι νεφροπαθείς,για τους στόχους που ο νοσηλευτής επιδιώκει, και τους τρόπους που θα τους επιτύχει.

β)Επειτα πρέπει να ακολουθήσει η εκτίμηση χωριστά του κάθε νεφροπαθούς,σχετικά με τις συνθήκες ζωής του,το διανοητικό επίπεδο,την επιδεξιότητα και την κατάστασή του από πλευράς νόσου και στη συνέχεια πρέπει να καθοριστούν οι ειδικές ανάγκες και τα προβλήματα που παρουσιάζει.

γ)Υστερα από όλα αυτά πρέπει να εξατομικευθεί το γενικό πρόγραμμα για τον κάθε νεφροπαθή με τα στοιχεία που έχουν ληφθεί πιο πάνω.

δ)Με βάση το συγκεκριμένο αυτό πρόγραμμα,μετά από την πρώτη προσπάθεια,πρέπει να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα που είχε η προσέγγιση του νεφροπαθούς.Αν χρειαστεί,γίνεται νέα προσπάθεια με τροποποιημένο πρόγραμμα.

ε)Το τελικό επίτευγμα αυτών των προσπαθειών-αν τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά-θα είναι η δημιουργία ομάδων νεφροπαθών με κοινά χαρακτηριστικά ,όσο αφορά την κοινωνική ζωή και το διανοητικό επίπεδό τους.

Τα αποτελέσματα είναι εκείνα που θα αποκαλύψουν τα αδύνατα σημεία και θα βοηθήσουν να γίνουν τροποποιήσεις,οι

οποίες θα καταστήσουν μελλοντικά πλέον επιτυχημένες τις προσπάθειές μας για την προσέγγιση και την επίλυση των ψυχολογικών προβλημάτων των νεφροπαθών.

Δεν πρέπει όμως να μας διαφεύγει ότι ο χρόνιος νεφροπαθής με την ιδιαίτερη ψυχολογική κατάσταση, χρειάζεται και ειδική νοσηλευτική φροντίδα. Ο άρρωστος αυτός έχει την ικανότητα ελέγχου σε υψηλό επίπεδο. Δεν πρέπει λοιπόν ο νοσηλευτής ποτε να ξεχνάει ότι ο χρόνιος νεφροπαθής ελέγχει κάθε στιγμή τις νοσηλευτικές του πράξεις, και μόνο άμα είναι "τέλειος" είναι δυνατόν να τον προσεγγίσει και να εφαρμόσει το πρόγραμμα που τα βασικά του σημεία αναφέρθηκαν πιο πάνω.

12β. ΟΙ ΠΙΟ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ

ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Τα ψυχολογικά προβλήματα των νεφροπαθών καθώς και οι αιτίες που τα προκαλούν, αποτέλεσαν αντικείμενο πολλών εργασιών ιδίως την τελευταία δεκαετία τόσο από ξένους, όσο και από Έλληνες συγγραφείς. Οι πιο συνηθισμένες ψυχολογικές αντιδράσεις τους είναι η άρνηση, η κατάθλιψη, το άγχος, η οργή, ο φόβος του θανάτου, η μη συνεργάσιμη συμπεριφορά, ακόμη και η αυτοκτονία, και απορρέουν:

- από την εφαρμογή της αιμοκάθαρσης (δυσάρεστες και συχνές παρακεντήσεις, επιπλοκές κατά την διάρκεια της συνεδρίας, ιατρική νοσηλευτική και τεχνολογική εξάρτηση).
- από την ανίατη Χ.Ν.Α (διαιτητικές στερήσεις, διάφορες αναπηρίες).

-από τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στη ζωή του νεφροπαθούς(εργασία, τρόπος ζωής, κατοικία κ.λ.π).

Η άρνηση : Είναι ένας υγιής τρόπος αναμέτρησης με

την κρίσιμη και οδυνηρή θεραπεία της Χ.Ν.Α. με την οποία ο νεφροπαθής πρέπει να ζήσει για όλη του τη ζωή.Χρησιμοποιείται σαν μηχανισμός άμυνας ενάντια στα άγχη της αιμοκάθαρσης.Κάποιες φορές όμως η άρνηση μπορεί να είναι μη προσαρμοστή και να σχετίζεται με διαταραχές στο διαιτολόγιο κ.τ.λ. Ο νοσηλευτής πρέπει να διακρίνει τις δύο μορφές της άμυνας-άρνησης και να αντιμετωπίσει αυτή που δεν βοηθά τον νεφροπαθή.

Η κατάθλιψη : Είναι ένα από τα συμπτώματα της

Χ.Ν.Α. Παρουσιάζεται συνήθως στην περίοδο της απογοήτευσης αλλά και κατά την περίοδο της μακρόχρονης προσαρμογής.Πρέπει να γίνει κατανοητή από τον νοσηλευτή σαν μία αντίδραση σε κάποιες απώλειες,πραγματικές ή φανταστικές π.χ. απώλεια δουλειάς.Στο παράδειγμα αυτό,η απώλεια της ικανότητας για εργασία δεν έχει μόνο σαν αποτέλεσμα την οικονομική επιβάρυνση,αλλά και την απώλεια της αυτοεκτίμησης,της περιφάνειας της ταυτότητας του νεφροπαθούς σαν άτομο,ιδίως σ'αυτούς που βρίσκονται σε δημιουργική φάση της επαγγελματικής ζωής τους.

Συχνά η αντίδραση της κατάθλιψης παρεξηγείται από τους νοσηλευτές,θεωρείται σαν φυσιολογική και ο άρρωστος αφήνεται μόνος με τις καταθλιπτικές του σκέψεις.Αντιθέτως ο νοσηλευτής πρέπει να του παρέχει την απαιτούμενη συμπαράσταση,ενθαρρύνοντας του να προγραμματίζει το μέλλον και την δουλειά του.

Το άγχος : Είναι η πιο κοινή αντίδραση του νεφρο-

παθούς και συνδέεται πάντα με την έννοια της απειλής-πραγματικής ή φανταστικής-του αισθήματος της ευεξίας του. Η απειλή αυτή έχει σχέση κυρίως με την ομαλή διεξαγωγή της συνεδρίας. Οι νεφροπαθείς προσπαθούν να αντιδράσουν στο άγχος τους με πολλούς τρόπους: συγκρούονται με τους γύρω τους, δείχνουν εχθρικότητα στους νοσηλευτές, ιατρούς και στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Ένας ακραίος τρόπος ξεσπάσματος του άγχους είναι και ο αυνανισμός. Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την φροντίδα των νεφροπαθών, γνωρίζουν πόσο γενική είναι αυτή η πρακτική. Ο PAIXMAN και η LEVY, περιέγραψαν αυτό το γεγονός και συσχέτισαν τον αυνανισμό στους άνδρες που κάνουν αιμοκάθαρση με τους άνδρες που αυνανίζονται στον πόλεμο πριν από τη μάχη. Αυτό πρέπει να γίνει κατανοητό σαν ένας τρόπος ξεσπάσματος του άγχους μέσα από μία σεξουαλική εκτόνωση και όχι σαν ενδειξη μιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

Η ο ρ γ ή : Είναι ένα πολύ κοινό συναίσθημα αν και ε-

ξωτερικεύεται ελάχιστα. Η οργή, η διαμαρτυρία, η δυσαρέσκεια, η ζηλοφθονία, μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις, και ιδιαίτερα προς τους νοσηλευτές που είναι περισσότερο απ'τον καθένα κοντά του. Ακόμα και ο νοσηλευτής με τη μικρότερη πείρα έχει ακούσει την έκφραση "ελάτε εσείς στη θέση μας" ή "δοκιμάστε κι εσείς τον T.N. να δείτε τι περνάμε".

Ο νοσηλευτής οφείλει να κατανοεί την οργή του νεφροπαθούς σαν μία εκδήλωση στις χαμένες χαρές και ευκαιρίες της ζωής. Αν προσπαθήσει μέσα από το σεβασμό και την προσοχή να τον καταλάβει παρά να τον κρίνει ο νεφροπαθής, γρήγορα θα ελαττώσει τις οργισμένες απαιτήσεις του.

Φ ό β ο ς τ ο υ θ α ν ά τ ο υ : Τα προβλήματα αυπνίας

που έχουν ορισμένοι ασθενείς, έχουν σχέση με τον φόβο του θανάτου. Παραδειγματικά πολλοί νεφροπαθείς λένε "η ημέρα είναι για τη ζωή και η νύχτα για το θάνατο".

Επίσης ο φόβος του θανάτου σχετίζεται και με το γεγονός ότι κάθε συνεδρία, είναι και μία περίοδος απόφασης του κατά πόσο θέλει ο ασθενής να ζήσει ή να συντομεύσει το θάνατό του αρνούμενος την θεραπεία. Αυτό το δίλημμα παρουσιάζεται πιο έντονα στα ηλικιωμένα άτομα και σ' αυτούς που κάνουν κάθαρση στο σπίτι.

Μ η σ υ ν ε ρ γ ά σ ι μ η σ υ μ π ε ρ ι φ ο ρ ά :

Είναι ένας υποκειμενικός όρος, γιατί υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ του πως καταλαβαίνουν τον όρο αυτό οι νοσηλευτές και οι γιατροί και του πως οι νεφροπαθείς και οι συγγενείς τους.

Πάντως, υπάρχουν ακραίοι τύποι συμπεριφοράς που και οι δύο πλευρές συμφωνούν ότι είναι μη συνεργάσιμοι, και που δημιουργού προβλήματα στις μονάδες. Η αιτία αυτής της συμπεριφοράς βρίσκεται στη κατά κάποιον τρόπο νοσηρή προσωπικότητα των ασθενών. Ταπί πλέον STRESS της Χ.Ν.Α και οι συνεπαγόμενες ειδικές απαιτήσεις δίαιτας, φαρμάκων και διαδικασίας αιμοκάθαρσης, μπορεί να καταλήξουν σε μία αίσθηση ελαττωματικού ανθρώπου και σε συμπεριφορά που δεν είναι συνεργάσιμη.

Η ε υ γ ν ω μ ο σ ύ ν η : που δεν είναι και τόσο κοινό

χαρακτηριστικό των ανθρώπινων αισθημάτων, στους νεφροπαθείς είναι μικρής χρονικής διάρκειας και πολύ συχνά εκτοπίζεται από τον θυμό που αισθάνονται γιατί βρίσκονται σ' αυτή τη προβληματική κατάσταση.

Η αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των νεφροπαθών του T.N. δεν απαιτεί ειδικό ψυχίατρο. Είναι καθαρά έργο της ομάδας ιατρών, νοσηλευτών, και κοινωνικής λειτουργού κάθε M.T.N. Η ομάδα αυτή, και κυρίως ο νοσηλευτής που βρίσκεται κοντά του περισσότερο από όλους τους άλλους επαγγελματίες υγείας, πρέπει να δώσει στον κάθε νεφροπαθή το "αισθημα της προσφοράς χωρίς ανταπόδοση". Πρέπει με πρωτοβουλία δικιά του, ανεξάρτητα από το αν θα το ζητήσει ο ίδιος ο νεφροπαθής να προσεγγίσει τα προβλήματά του, χωρίς να περιμένει από τον νεφροπαθή άμεση αναγνώριση και ανταπόδοση του έργου του. Τότε θα κερδίσει την εμπιστοσύνη του και το κέρδος θανάτι διπλό και για τον ίδιο τον νεφροπαθή και για τον νοσηλευτή που η δουλειά του θα ξεφύγει από την καθημερινή ρουτίνα και θα περάσει σε άλλες πιο αποδοτικές σφαίρες.

12γ. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ

Φ υ σ ι κ ή α ν ι κ α ν ό τ η τ α: Παρά το γεγονός ότι

η αιμοκάθαρση δίνει στον άρρωστο την ευκαιρία για μία καλύτερη ζωή, αυτός παραμένει μακριά από το να είναι απόλυτα υγιής.

Κατά διαστήματα είναι με μία FISTULA που δημιουργεί ένα πρόσθετο STRESS στην καρδιά του με μεταβολικές διαταραχές, με χρόνια αναιμία, με τα επακόλουθα της εξάντλησης και του πόνου, και με το έντονο συναίσθημα ότι "χάνει κάτι συνεχώς".

Οι άνθρωποι που ζούν συνέχεια με τους νεφροπαθείς διαπιστώνουν πως δεν αντιλαμβάνονται εύκολα. Επιστημονικά αποδίδεται στην ουραιμική εγκεφαλοπάθεια. Όμως ο νοσηλευτής σαν άνθρωπος και λειτουργός, πρέπει να έχει στο νου του και το ότι αυτοί οι άρρωστοι έχουν μειωμένη αντίσταση. Είναι μονίμως κουρασμένοι (και οι υγιείς όταν είναι κουρασμένοι δεν μπορούν να

σκεφθούν σωστά). Το άγχος "του"σήμερα" ζούμε και αύριο πεθαίνουμε", τους καταβάλλει με αποτέλεσμα να απομονώνονται απ' το κοινωνικό σύνολο και να κλείνονται στους εαυτούς τους.

Π ρ ο β λ ή μ α τ α γ ε ν ν η τ ι κ ή ς σ φ α ί ρ α ς :

Οι διεθνείς στατιστικές έχουν δείξει ότι το 1/3 των νεφροπαθών έχουν κανονική σεξουαλική δραστηριότητα ,το 1/3 έχει μειωμένη και το υπόλοιπο 1/3 παντελή μείωση.Επειδή το πρόβλημα αυτό οφείλεται στις ορμονικές διαταραχές που υφίστανται οι πάσχοντες,οξύνονται περισσότερο τα ψυχολογικά τους προβλήματα.Σπανίως παρατηρείται ο λεγόμενος πριαπισμός κατά τον οποίο εμφανίζονται επίμονες στύσεις στους άνδρες.

Οι γυναίκες μπορεί να έχουν αιμορραγίες ή να παρουσιάσουν διακοπή της εμμήνου ρύσης στο τελικό στάδιο της Χ.Ν.Α. Όταν όμως αρχίσουν θεραπεία χρόνιας αιμοκάθαρσης οι ανωμαλίες αυτές συνήθως αποκαθίστανται.Σε λίγες περιπτώσεις αναγκάζεται να επέμβει ο γιατρός.Σε γυναίκες π.χ. που παρά τη θεραπεία εξακολουθεί η απώλεια αίματος από τα γεννητικά όργανα,συνιστάται ολική υστερεκτομή εφ'όσον μάλιστα η άρρωστη έχει τεκνοποιήσει.Σε άλλες γυναίκες αποκαθίσταται ο κύκλος και μπορούν άνετα να προχωρήσουν σε εγκυμοσύνη.Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις γυναικών στο εξωτερικό αλλά και στην Ελλάδα που ύστερα από πολλά χρόνια χρόνιας αιμοκάθαρσης προχώρησαν σε εγκυμοσύνη και γέννησαν υγιή παιδιά.

Επειδή η "ζωτικότητα" του σπέρματος του νεφροπαθούς μειώνεται με την εξέλιξη της Χ.Ν.Α,απαιτείται η δημιουργία "Τράπεζας" για τη διατήρηση του σπέρματος κάθε νεαρού νεφροπαθούς σε χρόνο που η πάθηση ακόμα δεν έχει προχωρήσει σημαντικά και ο βιολογικός αντίκτυπος είναι περιορισμένος.

Αυτό το σπέρμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τεχνική γονιμοποίηση, όταν ο νεφροπαθής παντρευτεί, ή όταν επιθυμεί κατά την εξέλιξη της νόσου του να αποκτήσει περισσότερα παιδιά. Μία τέτοια Τράπεζα αποτελεί ύψιστη κρατική προσφορά στην οικογένεια των νεφροπαθών.

Παράλληλα όμως ο νεαρός νεφροπαθής έχει μεγάλη πιθανότητα να υποβληθεί σε μεταμόσχευση. Σ' αυτή την περίπτωση η χρόνια λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, για τη διατήρηση του μοσχεύματος, επιδρά δυσμενώς στην σπερματογένεση. Έτσι, η έγκαιρη διατήρηση υγιούς σπέρματος σε ειδική Τράπεζα γίνεται επιτακτική.

Ε ξ έ ρ τ η σ η α π ό τ ο μ η χ ά ν η μ α : Ελάχιστα

άλλα είδη ιατρικής θεραπείας και όχι σε τέτοια ένταση, χρησιμοποιούν τον ασθενή στη θέση αντικειμένου που εξαρτάται από το μηχάνημα διαδικαστικά και προσωπικά.

Είναι αδιανόητο το πως αισθάνεται ο νεφροπαθής όταν ο νοσηλευτής του βάζει τις βελόνες και το αίμα του κυκλοφορεί με τις γραμμές προς το μηχάνημα. Εκείνη τη στιγμή είναι παραδομένος στην καλή λειτουργία του μηχανήματος και το μόνο που σκέπτεται είναι η ώρα που δεν περνά με τίποτα. Στη σκέψη ότι θα είναι όχι μόνο για αυτή τη φορά αλλά για πάντα ο νεφροπαθής απελπίζεται, χάνει την υπομονή του και την αυτοεκτίμησή του, γίνεται νευρικός. Πολλοί ασθενείς συχνά εκφράζουν κάποια σύγκλιση του κατά πόσο το σώμα τους είναι μέσα στο μηχάνημα ή κατά πόσο το μηχάνημα είναι μέσα στο σώμα τους.

Επίσης ο χρόνος που σπαταλάει ο νεφροπαθής στο μηχάνημα είναι ένα ουσιώδες εμπόδιο για μία φυσιολογική ζωή. Επειδή ακριβώς ο πάσχων περνά σχεδόν το 1/7 της ζωής του

στα αναγκαστικά τρισεβδομαδιαία ραντεβού του με τον T.N., αξίζει να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις που θα μετρίαζαν τη δοκιμασία του όπως:

- αιμοκάθαρση στο σπίτι(ανύπαρκτη στην Ελλάδα),
- προσαρμογή του ωραρίου του T.N. στις επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις,
- σωστή και ευχάριστη διαρρύθμιση της Μ.Τ.Ν.
- ψυχαγωγικά προγράμματα κατά την διάρκεια των συνεδριών (περιοδικά, TV, VIDEO, μουσική).
- δυνατότητα διακοπών: η ανταλλαγή των νεφροπαθών μεταξύ πόλεων ή και χωρών, αποτελεί μία άριστη πρόταση-λύση η οποία μπορεί πράγματι να μετατρέψει την εξάρτηση σε ευχάριστη συμβίωση με το μηχάνημα.

Δ ι α ι τ η τ ι κ ο ς π ε ρ ι ο ρ ι σ μ ο ς: Συνήθως

δεν αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στον νεφροπαθή όταν αυτός υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση που γίνεται με τις πιο σωστές συνθήκες και όταν η απόδοσή της ελέγχεται συχνά, ώστε κάθε φορά να γίνεται η ανάλογη προσαρμογή της στις βιολογικές και κλινικές ανάγκες του νεφροπαθούς.

Βέβαια, υπάρχουν και μη συνεργάσιμοι ασθενείς που δεν συμμορφώνονται και δεν ακολουθούν το απαιτούμενο διαιτολόγιο, σαν αντίδραση στην εξάρτησή του με το μηχάνημα. Σε αυτές τις περιπτώσεις επιβάλλεται στο νοσηλευτή να αναγνωρίζει τις αιτίες αυτής της συμπεριφοράς και να επεμβαίνει ανάλογα. Επίσης, ο προγραμματισμός της δίαιτας με βάση τις οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας, συχνά αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη.

Α ν α μ ο ν ή γ ι α μ ε τ α μ ό σ χ ε υ σ η : Ο ι α σ θ ε -

νείς που περιμένουν να βρεθεί κάποιο νεφρό, βρίσκονται σε θεραπεία με αιμοκάθαρση για ακαθόριστο χρόνο. Η μακρόχρονη αβεβαιότητα του κατά πόσο θα πετύχει η μεταμόσχευση, συμπληρώνεται με την καθημερινή αβεβαιότητα του πότε θα βρεθεί το νεφρό. Πάντως η ελπίδα ότι κάποια μέρα θα αποδεσμευτούν από το μηχάνημα, ελαττώνει κάπως το άγχος της αιμοκάθαρσης.

Ο ι κ ο ν ο μ ι κ ά π ρ ο β λ ή μ α τ α : Ο σ ο ι ε π ι δ ι ώ -

κουν να προσφέρουν ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον χρόνιο νεφροπαθή και την οικογένειά του, πρέπει να γνωρίζουν ότι η χρόνια αρρώστεια και η φτώχεια, συχνά συμπορεύονται.

Ενώ, τα Ιατρικά και Νοσηλευτικά έξοδα του νεφροπαθούς αυξάνουν, οι ευκαιρίες για εργασία και οι δυνατότητες εξασφάλισης ικανού εισοδήματος γενικά ελαττώνονται. Οι νοσηλευτές οφείλουν να κατανοούν και να είναι ικανοί να συμβουλεύουν τον νεφροπαθή και την οικογένειά του σχετικά με την οικονομική του κατάσταση, τη δυνατότητα εργασίας του αρρώστου (σε ευκολότερη και διαφορετική ίσως εργασία) και την ανάγκη να εργασθούν και άλλα μέλη της οικογενείας π.χ. η σύζυγος ή ένα παιδί. Επίσης εξηγούν και προσπαθούν να μειώσουν με όλη τους την εφευρετικότητα τη δαπάνη της ιατρικής παρακολούθησής, τα έξοδα των περιστασιακών περιθάλψεων στο νοσοκομείο, και τη δαπάνη για την προμήθεια ειδικού νοσηλευτικού υλικού στα πλαίσια των γενικών δαπανών της οικογένειας. Πρέπει να γνωρίζουν ακόμη τις διάφορες υπηρεσίες οικονομικής ενίσχυσης προς τους νεφροπαθείς και τις οικογένειές τους, είτε αυτές είναι κρατικές, είτε ιδιωτικές-φιλανθρωπικές και να κατευθύνουν ανάλογα την οικογένεια. Επίσης η οικονομική άποψη της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει και την ευ-

θύνη διατήρησής του μηχανήματος T.N. και την αγορά ειδικού υλικού(φίλτρων, γραμμών, λαβίδων κ.λ.π)στην περίπτωση της κατ' οίκον αιμοκάθαρσης.Οταν οι νοσηλευτές χειρίζονται με πείρα και δεξιότητα αυτά τα θέματα,ανακουφίζουν την οικογένεια και συντελούν στην ανάρρωση και βελτίωση της υγείας του νεφροπαθούς.

Κοινωνικές σχέσεις: Η επιβίωση με αιμο-

κάθαρση για το μέσο άτομο έχει την έννοια μιας πολύ περιορισμένης κοινωνικής ζωής.Η πολύπλευρη εξάρτηση του νεφροπαθούς(από το μηχάνημα,το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό),του δημιουργεί ψυχολογικές συγκρούσεις με αποτέλεσμα τη μείωση του αισθήματος της προσωπικής αξίας.Οι νεφροπαθείς απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο και κλείνονται στους εαυτούς τους γιατί:

- αμφιβάλλουν για το πως γίνονται αποδεκτοί από το κοινωνικό σύνολο: με οίκτο,με φόβο(μήπως η πάθηση είναι μεταδοτική)
- συνήθως είναι κουρασμένοι αν όχι εξαντλημένοι.
- το χρώμα στην όψη προδίδει αισθητικά ιδιαίτερα για τις γυναίκες αυτό που με τέχνη προσπαθούν να κρατήσουν μυστικό,το ότι είναι άρρωστες.
- νοιώθουν μειονεκτικά απέναντι στους άλλους(συμμαθητές,γείτονες,συνεργάτες)λόγω της περιορισμένης δυνατότητας τους να εργασθούν,να αθληθούν και γενικά να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία.

Ο νοσηλευτής στην προσπάθειά του να προετοιμάσει τον νεφροπαθήνα έρθει σε επαφή με το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο με άνεση και χωρίς συμπλέγματα κατωτερότητας,πρέπει για αρ-

χή, να υποκινεί συναντήσεις των νεφροπαθών χωρίς να ενθαρρύνει κλειστή κοινωνία μεταξύ τους και στη συνέχεια να ανυψώνει συνεχώς το ηθικό και την αυτοπεποίθησή τους.

126. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ Χ.Ν.Α ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΑ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΠΑΘΟΥΣ.

Ο νεφροπαθής δεν είναι μόνος στη δοκιμασία του. Κανένας δε ζεί στο κενό. Η παρουσία του στο σπίτι επηρεάζει την ζωή της οικογένειας αναπόφευκτα και στα μεγάλα θέματα και στις καθημερινές λεπτομέρειες.

Στη σύγχρονη κοινωνία, ώριμη ηλικία σημαίνει ανεξαρτησία κοινωνική, οικονομική, συναισθηματική. Πραγματοποιείται από τον άνδρα με το ότι κερδίζει το "ψωμί" της οικογένειας και από την γυναίκα με την φροντίδα του σπιτιού, εκτός από τις άλλες επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Χωρίς αυτά τα έργα χάνουν το δικαίωμα στη διεύθυνση της οικογένειας και στην αγάπη και τον σεβασμό των μελών της. Αισθάνονται ανεπαρκείς ότι χάνουν την προσωπική τους αξία και δοκιμάζουν απελπισία, απογοήτευση και ενοχή. Αν ο νεφροπαθής είναι ο πατέρας, επηρεάζεται το οικονομικό εισόδημα και η οικογένεια αναπροσαρμόζει τους σκοπούς και τρόπους ζωής. Τα παιδιά θα ματαιώσουν τις σπουδές τους και η μητέρα θα αρχίσει να εργάζεται, ενώ συγχρόνως θα επιβλέπει τα παιδιά, θα φροντίζει το σπίτι και θα περιποιείται επί πλέον και τον ασθενή. Αν ο ασθενής είναι η μητέρα, η οικογενειακή ζωή διασπάται ακόμα περισσότερο: πρόχειρο μαγείρεμα, παραμέ-

ληση της καθαριότητας, απουσία μητρικής και συζυγικής φροντίδας. Όλα αυτά επηρεάζουν τη σωματική ευεξία και το συναισθηματικό τόνο της οικογένειας.

Αν ο ασθενής είναι το παιδί τα προβλήματα που δημιουργούνται στην οικογένεια, ούτε σε αυτή την περίπτωση λείπουν. Οι γονείς παρουσιάζουν μία έντονη συναισθηματική αντίδραση μία αγωνία και μία αβεβαιότητα που εύκολα μεταδίδεται στο παιδί. Οι γονείς γίνονται άλλοτε υπερπροστατευτικοί, άλλοτε ανεκτικοί, υπερβολικά εκδηλωτικοί στην αγάπη τους και άλλοτε απορριπτικοί προς το παιδί, σε στιγμές που αυτό χρειάζεται περισσότερο από ποτέ την σταθερότητα και σιγουρία των συναισθημάτων τους. Το άρρωστο παιδί γίνεται το κέντρο της οικογένειας και μονοπωλεί την προσοχή και τον χρόνο των γονέων με αποκλεισμό των αναγκών των άλλων παιδιών, που, όπως είναι φυσικό αντιδρούν και παραπονούνται.

Εξ άλλου η υπερπροστασία του νεφροπαθούς, αποκλεισμός του από τις χαρές και τις λύπες της καθημερινής ζωής, φαίνονται σαν άρνηση των δικαιωμάτων του σαν μέλους της οικογένειας. Σαν παθητικός παρατηρητής της οικογενειακής ζωής, ο νεφροπαθής αισθάνεται άχρηστος, παραμερισμένος, ανεπαρκής. Γι αυτό παραπονείται και ζητά ολοένα και περισσότερες εκδηλώσεις προσοχής, αγάπης και στοργής. Ωστόσο, και τα μέλη της οικογένειας είναι άνθρωποι με ανάγκες, επιθυμίες, επιδιώξεις, που η ασθένεια του αρρώστου τους παρεμποδίζει. Υπάρχουν και όρια στην ανθρώπινη αντοχή.

Είναι φανερό ότι η στάση της οικογένειας είναι σπουδαίο στοιχείο που επιβραδύνει ή επιταχύνει την πρόοδο του νεφροπαθούς προς την καλύτερη υγεία. Άρα χρειάζεται και η οικογένεια νοσηλευτική φροντίδα.

Στα πλαίσια αυτής της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής καλείται:

- να αναγνωρίζει το βάρος που επωμίζεται η οικογένεια

καί να μην περιμένει από τα μέλη της να αφιερώνουν όλο τους τον χρόνο στον άρρωστο, γιατί πρέπει να μένουν και μακριά του για να ξεφεύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργεί η παρουσία της ασθένειας, η φροντίδα του αρρώστου, οι νέες συνθήκες και ρόλοι

- να ακούει τα προβλήματα, τις ανησυχίες και τον πόνο της
- να την εκπαιδεύει συνεχώς στη σωστή αντιμετώπιση του νεφροπαθούς (πατέρας-μητέρα-παιδί) με τελικό στόχο
- να βοηθήσει με την ηθική του υποστήριξη στην γρήγορη και αποτελεσματική επανένταξη του νεφροπαθούς στην οικογενειακή ζωή.

Ι3. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Σήμερα, ο όρος "αποκατάσταση" αναφέρεται στη σφαιρική θεώρηση "ποιότητας ζωής" στην οποία περιλαμβάνονται οι ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές προσαρμογές των ατόμων που αγωνίζονται να διατηρήσουν τον δικό τους τρόπο ζωής, ενώ θα σηκώνουν και το επιπρόσθετο βάρος μιας χρόνιας νόσου και των θεραπειών που τη συνοδεύουν.

Αν και η τηλεόραση και οι παραγωγοί παιχνιδιών προαγουν στη φαντασία μας τον βιονικό άνδρα και την βιονική γυναίκα, που τα τεχνητά τους όργανα είναι κατά πολύ ανώτερα από τα φυσικά, στην πραγματικότητα αληθεύει το αντίθετο. Τα τεχνητά και μεταμοσχευμένα όργανα, δεν είναι μόνο κατώτερα των φυσικών, αλλά ακόμα περισσότερο η θεραπεία που απαιτείται για τη συνεχή χρήση τους θέτει ουσιαστικά φορτία πάνω στον άρρωστο. Φυσικά το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρσεις.

Η επανάληψη ή η διατήρηση της κανονικής επαγγελματικής και κοινωνικής δραστηριότητας, αποτελεί όχι μόνο μία κρατική οικονομική αναγκαιότητα, αλλά και απαραίτητη προϋπόθεση της ψυχολογικής ισορροπίας του νεφροπαθούς. Παρακάτω εξετάζεται: α) η επαγγελματική, ψυχοκοινωνική και φυσική αποκατάσταση ως παράμετροι εκτίμησης της αποκατάστασης, β) ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση του υπό αιμοκάθαρση αρρώστου γ) η ποσοτική εκτίμηση της αποκατάστασης.

Ι3α. Παράμετροι εκτίμησης της αποκατάστασης.

Ε π α γ γ ε λ μ α τ ι κ ή α π ο κ α τ ά σ τ α σ η :

Η επαγγελματική αποκατάσταση ή η επιστροφή στην επικερδή εργασία, έχει σημαντική κοινωνική αξία και είναι μία από τις πιο εύκολα μετρήσιμες πλευρές της αποκατάστασης.

Στη διάρκεια των πρώτων χρόνων χρησιμοποίησης της εξωνεφρικής κάθαρσης, η ιατρική βιβλιογραφία υποδήλωνε αξιολογούμενους φηλές αναλογίες επαγγελματικής αποκατάστασης. Η πιο πρόσφατη όμως βιβλιογραφία δείχνει ότι:

1) Η πλειοψηφία των αρρώστων αυτών, δεν έχει πετύχει στην επαγγελματική αποκατάσταση.

2) Το συνολικό δυναμικό αποκατάστασης έχει μειωθεί, κύρια εξ αιτίας των μεταβολών στο μελετούμενο πληθυσμό αιμοκάθαρσης.

3) Τα πλεονεκτήματα της κατ'οίκον αιμοκάθαρσης είναι περισσότερο φαινομενικά, παρά πραγματικά.

4) Είναι απαραίτητη περισσότερη πληροφόρηση για την ηλικία, εκπαίδευση και την κοινωνική κατάσταση των αρρώστων προτού συνδεθούν αιτιολογικά οι διαφορές στην απόδοση των αρρώστων με το είδος της θεραπείας.

Η επαγγελματική αποκατάσταση, εξ άλλου, επηρεάζεται και από φραγμούς που υπάρχουν στο κοινωνικό και οικονομικό οικοδόμημα της κοινωνίας μας. Επίσης, τα δελεαστικά προγράμματα παροχών στα άτομα που η ανικανότητά τους επιβεβαιώνεται ιατρικά, προτρέπουν τους υπό χρόνια αιμοκάθαρση αρρώστους να μένουν άνεργοι.

Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση:

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αρρώστων υπό αιμοκάθαρση φαίνεται να είναι μη ικανοποιητική, γιατί εμποδίζεται:

α) Από δυσκολίες που σχετίζονται από την εξάρτηση από

την Αιμοκάθαρση.

β) από την μεταβολή στο αυτοείδωλο

γ) από την μείωση της φυσικής δύναμης και της αντοχής

δ) από την απώλεια του LIBIDO και της αυτοεκτίμησης

Οι άρρωστοι που προσαρμόζονται επιτυχώς, τόσο στο σχήμα της θεραπείας της κάθαρσης όσο και στη Χ.Ν.Α, χρησιμοποιούν μία ποικιλία κοινωνικών προσεγγίσεων για να ελαχιστοποιήσουν τις ποικίλες ψυχολογικές επιπτώσεις και ιδιαίτερα τη βαρεία κατάληψη.

Εξ άλλου, οι άρρωστοι που έχουν πολλά μέλη της οικογένειάς τους και πολλούς φίλους τους που είναι πρόθυμοι να τους δώσουν συγκινησιακή υποστήριξη, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες και επιβίωσης και αποκατάστασης.

Φ υ σ ι κ ή α π ο κ α τ ά σ τ α σ η : Η αποκατάσταση

άσκησης, εφαρμόζεται πρόσφατα σε αρρώστους με Χ.Ν.Α. Αναφορές από μία ποικιλία κέντρων, τονίζουν ότι οι άρρωστοι που συμμετέχουν σε ένα τακτικό πρόγραμμα άσκησης, παρουσιάζουν αξιοσημείωτη βελτίωση στη διάθεση και ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον επιστροφής στην εργασία και τη ζωή γενικότερα.

Κλείνοντας, θα πρέπει να τονιστεί ότι, ο τρόπος που ο άρρωστος συνδέει τις δικές του αντιλήψεις για τον εαυτό του με εκείνες των προσώπων που είναι σημαντικά γι αυτόν στη ζωή δημιουργεί ένα σύνθετο εκείνου που τελικά γίνεται το αυτοείδωλό του. Η διάσταση ανάμεσα στην αντίληψη των περιορισμών του από τον ίδιο τον άρρωστο και στις προσδοκίες των άλλων που έχουν σημασία γι αυτόν, θα έχει σαν αποτέλεσμα ένα ασταθές

αυτοείδωλο, και αύξηση του βαθμού ανικανότητας του αρρώστου.

13β. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση του

αιμοκαθαρόμενου αρρώστου.

Η αποκατάσταση είναι συνυφασμένη με την πρακτική της νοσηλευτικής. Ένας νοσηλευτικός στόχος που αφορά την αποκατάσταση είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να πετύχει έναν τρόπο ζωής που ενισχύει την αυτοεκτίμηση και δημιουργεί προσωπική ικανοποίηση.

Τα όπλα που διαθέτει ο νοσηλευτής για να ενθαρρύνει την ανάπτυξη θέσεων που διευκολύνουν τις υγιείς φυσικές και ψυχοκοινωνικές του λειτουργίες είναι:

α) υποστήριξη

β) διδασκαλία

γ) ρεαλιστική επικέντρωση στις θετικές πλευρές της κατάστασης του αρρώστου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, αντανακλά τη στενή και προσωπική φύση της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή. Ο νοσηλευτής έχει και την επιδεξιότητα και την ευκαιρία να εκτιμά τον άρρωστο σφαιρικά. Του παρέχει φυσική φροντίδα εξατομικευμένης φύσης καθώς και σύγκινησιακή και κοινωνική υποστήριξη. Μένει κοντά στον άρρωστο πολύ περισσότερο χρόνο από τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Για τον λόγο αυτό, έργο του νοσηλευτή είναι:

1) Να συντονίζει υπεύθυνα όλες τις προσπάθειες των υπολοίπων μελών της υγειονομικής ομάδας που σχετίζονται με την θεραπεία και αποκατάσταση.

2) Να συζητά και να ερμηνεύει το σχέδιο της φροντίδας με τον άρρωστο και τους οικείους του με κατανοητό και σφαιρικό τρόπο, καθώς επίσης να διερμηνεύει τις υπηρεσίες των άλλων επαγγελματιών υγείας με σαφήνεια.

3) Να εκτιμά την κατάσταση του αρρώστου εκφράζοντας τις απόψεις του σε επιστημονική βάση.

4) Να υποστηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο και μέσα από την ακρόαση και την συζήτηση να τον βοηθά να παίρνει αποφάσεις για τη ζωή του.

5) Να διδάσκει τον άρρωστο ενθαρρύνοντας την ανεξαρτησία του.

Αφού η ιατρική παρέμβαση δε επιφέρει "ίση" στους αρρώστους με Χ.Ν.Α, η προσοχή πρέπει να στραφεί σε δραστηριότητες άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας που συμβάλλουν στην ικανότητα του αρρώστου να αντιμετωπίζει τη νεφρική ανεπάρκεια και να διατηρεί τη μέγιστη δυνατή λειτουργία του.

Ο ρόλος του νοσηλευτή αιμοκάθαρσης στη βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει την αρρώστεια και τη θεραπεία του είναι μεγάλος και συνεχώς διευρύνεται.

Πιο αναλυτικά, τα μέτρα που ενθαρρύνουν την ανεξαρτησία του υπό αιμοκάθαρση αρρώστου είναι:

α) Πρώιμη έναρξη της θεραπείας. Οι μηχανισμοί ψυχολογικής προσαρμογής προς την αιμοκάθαρση, διαμορφώνονται λίγο μετά την έναρξή της. Έτσι λοιπόν η έναρξη της αιμοκάθαρσης όταν ο άρρωστος είναι σε σχετικά καλή κατάσταση υγείας, του δίνει τη δυνατότητα έγκαιρης και ευνοϊκής προσαρμογής. Αντίθετα, αν οι αιμοκαθάρσεις αρχίσουν όταν οι επιπλοκές της ουραιμίας απαιτήσουν ενδονοσοκομειακή αγωγή και συνδεθούν με σοβαρή ανικανότητα, ο άρρωστος αιφνιδιάζεται, σχηματίζει άσχημες εντυπώσεις και η επιθυμία του να παραμείνει ανεξάρτητος αδυνατίζει.

β) Ανάληψη ευθύνης της κάθαρσης. Ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης ετοιμάζει τον άρρωστο για ανάληψη όλης της ευθύνης για την θεραπεία του, είτε η αιμοκάθαρση γίνει στο σπίτι, είτε στη μονάδα.

Διαφορετικά, το πρόγραμμα ενισχύει την εξάρτηση του αρρώστου που εμποδίζει την επιτυχή προσαρμογή του στη ζωή της κάθαρσης καθώς αυτή ορίζεται σε συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα, επαρκής κοινωνική λειτουργία και απουσία ψυχοπαθολογίας.

γ) Μείωση του αρρώστου-αυτοειδώλου. Η τελική προσαρμογή ενός αρρώστου στην κάθαρση επηρεάζεται επίσης σε μεγάλο βαθμό από το πόσο το πρόγραμμα ελαχιστοποιεί την τάση ενίσχυσης του αρρώστου ειδώλου του εαυτού, που οι άρρωστοι έχουν στην έναρξη της θεραπείας.

δ) Η θέση των μελών της υγειονομικής ομάδας, που αν πιστεύουν ότι ο άρρωστος έχει ανάγκη από στενή επίβλεψη κατά την αιμοκάθαρση, δεν ευνοούν την ανεξαρτησία του.

Οι πιά πολλοί άρρωστοι παρουσιάζουν μία λογική ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες εξάρτησης και ανεξαρτησίας και μπορούν να αποκριθούν ευνοικά σε ένα πρόγραμμα που στοχεύει να τους ανεξαρτητοποιήσει από την μονάδα. Αν όμως υπερισχύσουν οι ανάγκες εξάρτησης, ο στόχος της ανεξαρτησίας πρέπει μερικώς να συμβιβαστεί.

ε) Υψηλής ποιότητας πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, προσαρμοσμένο στις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε αρρώστου.

ζ) Εξασφάλιση εκπαιδευμένου βοηθού για την κάθαρση για αρρώστους που ενώ έχουν ανάγκη ενεργού υποστήριξης και βοήθειας, δεν υπάρχει διαθέσιμος για αυτό συγγενής ή στενός φίλος.

η) Επιστράτευση υποστηρικτικών υπηρεσιών για το κατ'οί-

κον πρόγραμμα αιμοκάθαρσης όπως: αγγειακής προσπέλασης, επι-
σκευής εξοπλισμού, τεχνικών, ιατρικών και άλλων συμβουλιών.

Οι υπηρεσίες αυτές, μαζί με την υποστήριξη και κατανόη-
ση από την οικογένεια, και τους φίλους, είναι πιο σημαντικές
από ότι η εξασφάλιση καθαρά ιατρικής επίβλεψης

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή αι-
μοκάθαρσης στη βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίζει την αρ-
ρώστεια και τη θεραπεία του, είναι μεγάλος και συχνάχως διευ-
ρύνεται.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι η επιτυχής αντιμετώπιση
και η αποκατάσταση των αρρώστων υπό αιμοκάθαρση δεν πετυ-
χαίνονται εύκολα. Συνήθως απαιτούν συντονισμένη προσπάθεια
διαφόρων επαγγελματιών υγείας, ώστε το δύσκολο αυτό έργο, να
γίνει μία λογικά ελπιδοφόρα προσπάθεια.

Ι3γ. Ποσοτική εκτίμηση της αποκατάστασης.

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των υπό αιμοκάθαρση αρ-
ρώστων πάνω σε ποσοτική βάση, είναι δύσκολη αν όχι αδύνατη
όταν μελετιέται ένας μεγάλος αριθμός αρρώστων από πολλά κέν-
τρα. Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι παρα πολλά, και ποικί-
λουν ευρέως, τόσο που η μόνη πρακτική μέθοδος ποσοτικής εκτί-
μησης της αποκατάστασης φαίνεται να είναι η επιστροφή στην
εργασία, το σχολείο, τα καθήκοντα του σπιτιού ή σε άλλες δρα-
στηριότητες που αναλάμβαναν οι άρρωστοι πριν την εκδήλωση
της νόσου.

Η προσέγγιση αυτή, ενώ αγνοεί τις λεπτομέρειες της ψυχο-
κοινωνικής και συγκινησιακής αποκατάστασης του αρρώστου, επι-

τρέπει ευκολότερη ποσοτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας.

Ο ευρωπαϊκός Σύνδεσμος Κάθαρσης και Μεταμόσχευσης (E.D.T.A) χρησιμοποίησε αυτή την προσέγγιση στη συλλογή διεθνών δεδομένων, χρησιμοποιώντας ειδικό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της επαγγελματικής αποκατάστασης. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών έχουν δείξει ότι:

1) η αποκατάσταση είναι δυνατή τόσο με την αιμοκάθαρση, όσο και με την μεταμόσχευση,

2) οι άρρωστοι με μεταμόσχευση συνολικά, έδειχναν κάπως καλύτερη αποκατάσταση από το γεγονός ότι πολλοί από αυτούς αύξησαν τις ευθύνες εργασίας τους και το εισόδημά τους, ενώ αντίθετα, πολλοί από τους υπό αιμοκάθαρση αρρώστους μείωσαν τις επαγγελματικές τους ευθύνες και το εισόδημά τους,

3) η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή και η συνεισφορά στην κοινωνία, την οικογένεια και τους εαυτούς τους, έτεινε να είναι κάπως, όχι όμως σημαντικά, πιο μεγάλη στους αρρώστους με μεταμόσχευση.

Παρακάτω αναφέρεται ο τρόπος με τον οποίο ο καθηγητής KARNOFSKY εκτιμά την αποκατάσταση των αρρώστων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (Χ.Ν.Α.Τ.Σ.).

ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ KARNOFSKY ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ Χ.Ν.Α.Τ.Σ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΙΑ	ΟΜΑΔΙΚΕΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ
-Κανονική* δεν υπάρχουν παράπονα, δεν υπάρχει μαρτυρία νόσου.	100	Αποκατεστημένοι (80% και άνω).
-Ικανός να εκτελέσει κανονική δραστηριότητα* μικρά σημεία ή συμπτώματα νόσου.	90	
-Κανονική δραστηριότητα με προσπάθεια* μερικά σημεία και συμπτώματα νόσου.	80	

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΙΔΑ	ΟΜΑΔΙΚΕΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ
-Αυτοφροντίδα· ανίκανος να εκτελέσει κανονική δραστηριότητα ή να κάνει ενεργό εργασία.	70	Μόνο αυτοφροντίδα (70%-79%).
-Χρειάζεται περιστασιακή βοήθεια όμως είναι ικανός να φροντίζει για τις περισσότερες ανάγκες.	60	
-Χρειάζεται σημαντική βοήθεια και συχνή ιατρική φροντίδα.	50	Χρειάζεται παροχή φροντίδας(40%-69%)
-Ανίκανος· έχει ανάγκη από ειδική βοήθεια και φροντίδα.	40	
-Πολύ ανίκανος· ενδείκνυται εισαγωγή στο νοσοκομείο, αν και ο θάνατος δεν είναι επικείμενος.	30	
-Πολύ άρρωστος· απαραίτητη εισαγωγή στο νοσοκομείο.	20	Ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο (1%-39%).
-Ετοιμοθάνατος· γρήγορη πορεία των θανατηφόρων διεργασιών.	10	
-Πεθαμένος.	0	

(CARISON ET AL-MAYD CLIN PREC 62,338,1987).

Κλείνοντας, θα λέγαμε ότι τα αποτελέσματα της επιτυχούς μεταμόσχευσης παρέχουν κάπως καλύτερη αποκατάσταση από τη χρόνια αιμοκάθαρση. Όμως ένα σωστό πρόγραμμα αποκατάστασης των υπό αιμοκάθαρση αρρώστων, είναι δυνατό να αποδώσει σημαντικά αποτελέσματα.

Επίσης είναι γνωστό ότι η αποκατάσταση των υπό αιμοκάθαρση αρρώστων αυξάνεται σημαντικά με την ενθάρρυνση της αιμοκάθαρσης στο σπίτι, όπου αυτή είναι εφικτή. Όταν όμως δεν

είναι εφικτή, η αιμοκάθαρση στη μονάδα πρέπει να επιτρέπει στον άρρωστο να συμμετέχει ενεργητικά ενισχύοντας έτσι την ανεξαρτησία του.

Παρ'όλα αυτά, κανένας άρρωστος υπό αιμοκάθαρση δεν μπορεί να αναλάβει τον ίδιο βαθμό δραστηριότητας που είχε πριν την εκδήλωση της νόσου. Αυτό φαίνεται από τα λόγια ενός γιατρού-αρρώστου: "Δε μου είναι δυνατό να θυμηθώ την τελευταία φορά που θα μπορούσα να πώ ότι αισθάνομαι πραγματικά καλά. Υπάρχουν συγκεκριμένα περιορισμοί που μου επιβάλλονται είτε από την κατάσταση της υγείας μου, είτε από τη θεραπεία. Δεν μπορώ να λειτουργήσω τόσο καλά όσο θα ήθελα"

14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ
ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΓΕΙΩΝ ΠΟΥ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ

ΑΠΟ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Οι ομάδες του πληθυσμού που χρειάζονται αγωγή υγείας για την νεφροπάθεια είναι: α) η μεγάλη οικογένεια των νεφροπαθών που περιλαμβάνει διάφορες υποομάδες π.χ. παιδιά, υπέρτασικούς κ.λ.π. β) όσοι έπασχαν για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα από νόσους που αποτελούν αίτια της Χ.Ν.Α. ή αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από αυτές.

Η αγωγή υγείας όλων αυτών των ομάδων μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά προτεραιότητα: α) Μέσα στο σύστημα υγείας, στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, δηλαδή στο κέντρο υγείας, στο αγροτικό ιατρείο, στην κινητή μονάδα που παρέχει πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη ή θεραπεία, στο νοσοκομείο και στο ίδρυμα χρονίων πασχόντων. β) έξω από το σύστημα περίθαλψης στην κοινότητα, στο σχολείο, στο εργοτάξιο και στο γηροκομείο. γ) Σε εθνικό επίπεδο.

Οι λειτουργοί υγείας που είναι υπεύθυνοι για την διαπαιδαγώγηση των νεφροπαθών είναι οι ειδικευμένοι στην Α.Κ. και περιτοναϊκή κάθαρση νοσηλευτές και νεφρολόγοι ιατροί. Στην διαπαιδαγώγηση όλων των υγιών, στην πρώτη γραμμή δράσης βρίσκονται οι επισκέπτριες, οι νοσηλευτές και οι γενικοί γιατροί.

Ο τελικός φιλόδοξος στόχος του νοσηλευτή μέσα από την διαπαιδαγώγηση είναι για τους μεν νεφροπαθείς η μείωση της θνησιμότητας και η καλύτερη αποκατάστασή τους, ενώ για τους υγιείς με αυξημένο κίνδυνο, η μείωση της νοσηρότητας από νε-

φροπάθεια. Χρειάζεται προσοχή όμως κατά την άσκησή της γιατί οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να παραμένουν στα όρια της νοσηλευτικής άσκησης και να μην υπεισέρχονται στην ιατρική άσκηση, δηλαδή στην περιγραφή θεραπευτικών μέτρων και οδηγιών.

Η πολιτεία κατοχυρώνει την συμμετοχή της νοσηλευτικής στην αγωγή υγείας ειδικά των νεφροπαθών, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων την Ι7.4.85, όπου ορίζει την συμμετοχή ενός νοσηλευτή στην επιτροπή για την πρόληψη και θεραπεία των νεφροπαθών. Βέβαια η συμμετοχή της νοσηλευτικής (Ι στα Ι2 μέλη) είναι πολύ μικρή, αν σκεφθεί κανείς ότι η αντιμετώπιση των νεφροπαθών σε Ι2ωρη ή 24ωρη βάση, γίνεται κατά κύριο λόγο από τους νοσηλευτές.

Οι μέθοδοι εφαρμογής των προγραμμάτων διαπαιδαγώγησης που εφαρμόζονται σε εθνικό, κοινοτικό, ομαδικό ή ατομικό επίπεδο, είναι:

-Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, που όμως δεν πετυχαίνουν μεγάλη αλλαγή γνώσεων ή απόψεων (3-6%), ιδιαίτερα στους χρόνιους πάσχοντες.

-Το έντυπο υλικό, που και αυτό παρουσιάζει περιορισμένη αποτελεσματικότητα, ιδιαίτερα αν γίνεται χωρίς να ζητηθεί.

-Η ατομική μέθοδος και η άμεση ομαδική διαφώτιση με ενεργό συμμετοχή των πασχόντων, που δίνουν κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα.

Επειδή οι νεφροπαθείς παρουσιάζουν πολλά ψυχο-κοινωνικά προβλήματα, αποτελούν απρόσφορη ομάδα για διαπαιδαγώγηση αλλά ταυτοχρόνως πρόκληση για τον επαγγελματία-άνθρωπο νοσηλευτή. Η μέθοδος που μπορεί με περισσότερη ευκολία και αποτελεσματικότητα να χειριστεί, είναι η ατομική και ομαδική διαφώτιση. Βέβαια μόνο αν δημιουργηθεί σωστό διαπροσωπικό

κλίμα και δοθεί η κατάλληλη ενθάρρυνση θα υπάρξουν θετικά αποτελέσματα στην αγωγή κάθε πάσχοντα ή κάθε ομάδας.

Οι ανάγκες αγωγής και διαφώτισης των νεφροπαθών έχουν σχέση με:

- Την θεραπεία της νόσου
- Τις επιπλοκές της
- Την γεννητική λειτουργία
- Την φαρμακευτική αγωγή
- Την δίαιτα
- Τα ψυχολογικά -κοινωνικά, επαγγελματικά, και οικονομικά προβλήματα
- Το AIDS
- Την ηπατίτιδα.

Αναλυτικότερα:

Ι4α. Σε σχέση με τη θεραπεία:

- Καθήκον του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον νεφροπαθή
- να γνωρίσει, να κατανοήσει, να αποδεχτεί και να τηρήσει μακροχρόνια θεραπεία
 - να προσέρχεται συχνά στο νεφρολογικό κέντρο.
 - να μην υποτιμά τον έλεγχο των συνοδών νόσων όπως του σακχαρώδη διαβήτη και της αρτηριακής υπέρτασης
 - να αποδέχεται τη χρονιότητα της νόσου, των περιορισμών της και της αυστηρής συντηρητικής αγωγής, πχ. δίαιτα.

- να μάθει να αυτοεξυπηρετείται και να φροντίζει καθημερινά την αγγειακή του προσπέλαση. Σε περίπτωση που ο νεφροπαθής δεν μπορεί να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, τον ρόλο αυτό θα τον αναλάβει κάποιος οικείος του, μετά από εκπαίδευση εκ μέρους του νοσηλευτή.
- να συνειδητοποιήσει την ανάγκη της συχνής παρακολούθησης από κάποιο νεφρολογικό κέντρο ή γιατρό και της τήρησης της εκάστοτε θεραπευτικής αγωγής σε περίπτωση που γίνει υποψήφιος για μεταμόσχευση.

Ι4β. Σε σχέση με τις επιπλοκές

Οι ανάγκες διαπαιδαγώγησης αφορούν την πρόληψη των επιπλοκών(από το καρδιακό και νευρικό σύστημα, αναιμία, λοιμώξεις κ.λ.π), εφόσον καταστεί δυνατός ο ενστερνισμός από τον πάσχοντα της αξίας της αναγνώρισης αυτών αλλά και της τηρήσεως όλων των προληπτικών μέτρων και οδηγιών.

Ι4γ. Σε σχέση με τη γεννητική λειτουργία.

Το θέμα αυτό έχει αναλυθεί με λεπτομέρεια στο κεφάλαιο "Ο ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΟΜΕΝΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΩΣ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΑΣΧΩΝ". Αυτό που πρέπει να τονιστεί σε σχέση με τη διαφώτιση, είναι η σπουδαιότητά:

- της σωστής πληροφόρησης,
- της σύστασης για έγκαιρη προσπάθεια τεκνοποίησης,

-της συνεχούς επαγρύπνησης για την δημιουργία "Τράπεζας Σπέρματος".

I4δ. Σε σχέση με την φαρμακευτική αγωγή:

Περιλαμβάνει κατά προτεραιότητα αντιυπερτασικά, καρδιοτονωτικά, δεσμευτικά του φωσφόρου, βιταμίνες, αντιβιοτικά κ.λ.π, φάρμακα που πολλές φορές φτάνουν τᾶ 10-15 δισκία την ημέρα. Αριθμός που τρομάζει αλλά και δυσκολεύει τον νεφροπαθή, αφού για να τα πάρει χρειάζεται μία υπολογίσιμη ποσότητα νερού που πολλές φορές είναι ανάγκη να το περιορήσει.

Ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει τον νεφροπαθή να πιστέψει στην αξία της φαρμακευτικής αγωγής, και επίσης να μάθει την δράση, τον τρόπο και χρόνο λήψης τους και τις παρενέργειες αυτών.

I4 ε. Σε σχέση με την δίαιτα:

Η δίαιτα των αρρώστων που κάνουν χρόνια αιμοκάθαρση αποτελεί το πιο σημαντικό στοιχείο θεραπείας. Από αυτήν εξαρτάται η ποιότητα ζωής των νεφροπαθών.

Είναι συχνό το πρόβλημα της ελαττωμένης θρέψης τους, λόγω μη ικανοποιητικών οδηγιών, παράλειψης αυτοελέγχου, κακών διαιτητικών παλιών συνηθειών, κακής κατανόησης εκ μέρους τους και τέλος λόγω άρνησης και μη συνεργασίας.

Γι αυτό και είναι έντονη η ανάγκη διαπαιδαγώγησης των νεφροπαθών για κατανόηση της δίαιτάς τους και λήψης υγρών,

της αποδοχής και σωστής εφαρμογής αυτής.

Η δίαιτα του νεφροπαθή καθορίζεται από τον γιατρό και περιλαμβάνει τα παρακάτω κύρια σημεία:

- Υγρά: Στα αρχικά και μέσα στάδια της νόσου, ο ασθενής είναι πολυουρικός και λαμβάνει 2,5-3LT ανά 24ωρο. Στα προχωρημένα στάδια, τα πόσιμα υγρά, πρέπει να περιορίζονται στο ποσό των ούρων συν 500GR. Περιορισμένα είναι τα πόσιμα υγρά όταν ο άρρωστος υποβάλλεται σε Α.Κ. ανάλογα βέβαια με το ποσό των ούρων, γύρω στα 1000GR το 24ωρο.
- Χλωριούχο νάτριο : Σε πολλές περιπτώσεις (σπειραματική βλάβη και υπέρταση) περιορίζεται σε 0,8-IGR ανά 24ωρο, σε άλλες περιπτώσεις ο περιορισμός είναι επικίνδυνος όταν ο άρρωστος αποβάλλει μεγάλες ποσότητες Na με τα ούρα.
- Κάλιο: Περιορίζεται μόνο στα προχωρημένα στάδια και όταν ο άρρωστος είναι ολιγουρικός.
- Λεύκωμα: Ο νεφροπαθής έχει ανάγκη λευκώματος και μάλιστα υψηλής βιολογικής αξίας καθημερινά, μόνο που η ποσότητά του είναι καθορισμένη και περιορισμένη ανάλογα με την νεφρική βλάβη.
- Βιταμίνες: Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό, παίρνουν ανεξάρτητα από το διαιτολόγιό τους βιταμίνες σε δισκία του συμπλέγματος Β και φυλικό οξύ.

-Η δίαιτα των ουραιμικών ασθενών μπορεί να φαίνεται μονότονη, αλλά υπάρχουν πολλές εναλλακτικές λύσεις μεταξύ ισοδύναμων τροφών που βοηθούν στο να ξεπεραστεί η μονοτονία. Το διαιτολόγιο γενικά, περιέχει 2500-3000 θερμίδες που δίνουν-

ται από τους υδατάνθρακες (γλυκά, μέλι, ζάχαρη) και λίπη (κατά προτίμηση ακόρεστα).

14στ. Σε σχέση με τα ψυχολογικά, κοινωνικά, επαγγελματι-
κά, οικονομικά προβλήματα:

Το θέμα αυτό έχει αναλυθεί στο κεφάλαιο "Ο ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΟ-
ΜΕΝΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΩΣ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΑΣΧΩΝ". Όσο αφορά τον κοινωνικό
τομέα επι πλέον, ο νοσηλευτής πρέπει να πληροφορήσει τον κά-
θε ασθενή για την ύπαρξη σωματείων και συλλόγων των νεφροπα-
θών, που σκοπό τους έχουν την υποστήριξη και διεκδίκηση συλ-
λογικά δικαίων αιτημάτων από την πολιτεία, την δημιουργία ε-
παφών και ανταλλαγή γνώμων, τη συλλογή χρημάτων για βοήθεια
απόρων νεφροπαθών και τέλος την έκδοση της εφημερίδας "Φωνή
νεφροπαθών" και του 3μηνιαίου περιοδικού "Επιθεώρηση".

14ζ. Σε σχέση με το AIDS:

Επειδή οι νεφροπαθείς είναι πολυμεταγγίζομενα άτομα θε-
ωρούνται ότι είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για το AIDS, αν και
σε όλη την Ευρώπη έχουν ανακοινωθεί μόνο δύο περιστατικά
και μάλιστα δεν έχει αποδειχτεί ότι μολύνθηκαν στις Μ.Τ.Ν.
Ο νοσηλευτής έχει χρέος να καθησυχάσει τον νεφροπαθή πληρο-
φορώντας τον για:

- τους τρόπους μετάδοσης του AIDS
- τα προφυλακτικά μέτρα που εφαρμόζονται στις Μ.Τ.Ν. (απο-
στειωμένα μιας χρήσεως υλικά άσηπτη τεχνική κ.λ.π)

- τον έλεγχο του αίματος πρίν από κάθε μετάγγιση
- την εξέταση αίματος για AIDS που υποβάλλεται κάθε νέος νεφροπαθής πρίν γίνει δεκτός σε μία Μ.Τ.Ν.
- τις εξετάσεις αίματος που γίνονται κατά διαστήματα στους νεφροπαθείς κάθε Μ.Τ.Ν. για την ανακάλυψη και εντοπισμό τυχόν φορέων.

-14η. Σε σχέση με την ηπατίτιδα:

Στις Μ.Τ.Ν. λόγω των συχνών φλεβοκεντήσεων, αιμορραγιών, και μεταγγίσεων, η μετάδοση ηπατίτιδας είναι εύκολη και συχνά παρατηρούνται επιδημίες που προσβάλλουν αρρώστους και προσωπικό. Καθήκον του νοσηλευτή εκτός από το να τηρεί με συνέπεια τα προφυλακτικά μέτρα, είναι να καθησυχάσει τον νεφροπαθή εξηγώντας του τι είναι και πως μεταδίδεται η ηπατίτιδα και κώντάς του γνωστό ότι:

- όλοι οι ασθενείς της Μ.Τ.Ν υποβάλλονται συχνά σε εξέταση αίματος για αυστραλιανό αντιγόνο. Εάν βρεθεί κάποιος θετικός απομονώνεται και παρακολουθείται εντατικά.
- Οι νεφροπαθείς που έχουν μόνιμα θετικό αντιγόνο στο αίμα, υποβάλλονται σε Α.Κ σε ειδικές μονάδες με αυστηρά μέτρα απομονώσεως.
- Οι άρρωστοι που μετακινούνται από μονάδα σε μονάδα ελέγχονται πρίν γίνουν δεκτοί στη νέα Μ.Τ.Ν.
- το πρόβλημα της ηπατίτιδας και του θετικού Αυστραλιανού αντιγόνου άρχισε ν' αντιμετωπίζεται δραστικά με ειδικό εμβόλιο, πολύ αποτελεσματικό στην πρόληψη.

Συμπέρασμα : Θα λέγαμε ότι η Νοσηλευτική σαν εξελισ-

σόμενη επιστήμη που φροντίζει τον άνθρωπο, συμμετέχει στην διαπαιδαγώγηση των νεφροπαθών βοηθώντας κατά το δυνατό στην αποκατάστασή τους. Από την εκτίμηση δε των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων διαπαιδαγώγησης ή και της μη προγραμματισμένης διδασκαλίας στον κάθε νεφροπαθή, αποκομίζει και αυτή και η ιατρική χρήσιμα συμπεράσματα για την βελτίωση των προγραμμάτων για το καλό των πασχόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

15. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ
ΜΕ Χ.Ν.Α ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Παρακάτω θα εξεταστεί η νοσηλευτική προσφορά σε δύο τυχαίους νεφροπαθείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της Χ.Ν.Α και κάνουν 3 φορές την εβδομάδα αιμοκάθαρση στην Μ.Τ.Ν του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών.

Θα εξεταστούν τα προβλήματα τους, αποκλειστικά απ'τη στιγμή που άρχισαν Τ.Ν. και έπειτα:

15α. Α΄ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Α.Χ.

ΗΛΙΚΙΑ : 26

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: Πύργος

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Άγαμος

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Άνεργος

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Χρόνια σπειραματονεφρίτιδα

Σε ηλικία 6 ετών παρουσίασε λευκωματουρία η οποία και υπεχώρησε. Ο έλεγχος έγινε τυχαία, λόγω υπερευαισθησίας των γονέων μετά τον θάνατο της αδελφής του. Το 1983, σε ηλικία 18

σε έλεγχο που έκανε προκειμένου να διοριστεί σε δημόσιο οργανισμό, διαπιστώθηκε υπέρταση (160-100mmHg) και λευκωματουρία. Νοσηλεύθηκε επί 10ημερο στον Ευαγγελισμό, και συνεστήθηκε βιοψία νεφρού, LASIX 1χι, παρακολούθηση Α.Π. και προσδιορισμός λευκώματος ούρων 24 ώρου. Ο ασθενής δεν έκανε βιοψία, αλλά παρακολούθησε τα υπόλοιπα. Η διάγνωση ήταν εύκολη: χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.

Η νόσος εξελίχτηκε σε Χ.Ν.Α. ώσπου το 1985 (2 χρόνια αργότερα) στο τελικό στάδιό της πλέον, η θεραπεία δεν μπορούσε να παραμείνει συντηρητική.

Έτσι, σε ηλικία 20 ετών ο νεαρός νεφροπαθής πείσθηκε να αρχίσει Α.Κ. με τον Τ.Ν. Έγινε η μικρή χειρουργική επέμβαση για την δημιουργία της FISTULA και τις 2.12.1985 έγινε η πρώτη Α.Κ.

Σήμερα 6 χρόνια αργότερα, ο ασθενής κάνει 3 αιμοκάθαρσεις την εβδομάδα, διάρκειας 4-4,5h η κάθε μία. Μετακόμισε στην Πάτρα για ν'αποφύγει τρεις φορές την εβδομάδα το επίπονο ταξίδι και εργάζεται στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Πατρών μετά από δικιά μας μεσολάβηση. Αν θέλαμε να τον χαρακτηρίσουμε σαν ασθενή με μία λέξη, θα τον λέγαμε "μη συνεργάσιμο". Ιδιαίτερα παθολογικά προβλήματα δεν παρουσιάζει, παρουσιάζει όμως τεράστια ψυχολογικά προβλήματα, με αποτέλεσμα την ακραία συμπεριφορά του: δεν τηρεί τους διαιτητικούς περιορισμούς, φέρεται με ασέβεια και υβρίζει το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, προκαλεί λειτουργικά προβλήματα στην Μ.Τ.Ν. όταν εκδηλώνει έντονα τις απαιτήσεις του για χορήγηση 1-3 AMP STEDON. Βρίσκεται στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση, η οποία είναι ζήτημα χρόνου.

<p>Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.</p> <p>Προσέρχεται για Α.Κ. με υψηλές τιμές φωσφόρου & κρεατινίνης 11mg% και 23mg% αντίστοιχα.</p>	<p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Επάνοδος των τιμών στα φυσιολογικά όρια. - Κατανόηση από τον άρρωστο της σημασίας της σωστής δίαιτας, για προληπτικούς πλέον λόγους. 	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκαν οδηγίες ώστε να μην σιτίζεται με πολλά ψάρια όπως διαπιστώθηκε ότι συνηθίζει, και του προτάθηκαν άλλες εξίσου εύγεστες τροφές. - Έγινε υπενθύμιση των διαιτητικών κανόνων και περιορισμών. - Του εξηγήθηκε πάλι ότι η τήρηση της σωστής δίαιτας θα του εξασφαλίσει μακρά επιβίωση και ευχάριστη ζωή. - Επειδή προσέρχεται συχνά με αυξημένες τιμές, γίνονται περισσότεροι εργαστηριακοί έλεγχοι. 	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής τηρεί τους διαιτητικούς περιορισμούς μέχρι να διαπιστωθεί, με την βοήθεια των εργαστηριακών ελέγχων, ότι οι τιμές επανήλθαν στις φυσιολογικές. Μετά τους αθετεί πάλι. Όμως από την σταδιακή μείωση των αυξήσεων των τιμών που παρουσιάζει, φαίνεται ότι με το πέρασμα του χρόνου τείνει να αποδέχεται τους διαιτητικούς κανόνες.
<p>Συχνά κατά την διάρκεια της Α.Κ. εμφανίζει υπερτασικές κρίσεις (230/110mm Hg).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Άμεση μείωση της Α.Π. - Μείωση της αγωνίας του αρρώστου. - Προφύλαξη του αρρώστου σε περίπτωση σπασμών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τροποποίηση παραμέτρων Α.Κ. - 2 amp IV Catapressan. - Έλεγχος Α.Π. κάθε 4 min. - Παρακολούθηση του αρρώστου για έμετο. - Λήψη προστατευτικών μέτρων αν παρουσιάσει σπασμούς (στοματοδιαστολέα, χαλαρά ρούχα...). - Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία μεγάλου βαθμού αγγειοδιαστολής, εφίδρωσης, πονοκεφάλου. - Ψυχολογική ενθάρρυνση και υποστήριξη. - Συνεχής εκτίμηση της κατάστασής του και αναλόγως κλίση ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Άλλες φορές η νοσηλευτική παρέμβαση που προαναφέρθηκε είναι αρκετή για να ανταποκριθεί θετικά ο άρρωστος, ενώ άλλες φορές είναι απαραίτητη η χορήγηση Lamp Nerpresol κατόπιν εντολής ιατρού.

<p>Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.</p>	<p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>Δυσκοιλιότητα</p>	<p>- Μείωση του προβλήματος εντός 6 μηνών.</p>	<p>- Συνιστάται, το λίγο ψωμί που μπορεί να παίρνει να είναι "μαύρο" δηλ. πιτυρούχο και επι πλέον να παίρνει τουλάχιστο 2 κουταλιές της σούπας την ημέρα " all bran". Αυξάνονται λοιπόν οι τροφές με πολύ "υπόλειμμα".</p> <p>- Αντιθέτως, αποφεύγονται τα υπακτικά και καθαρτικά γιατί περιέχουν φάσφορο, νάτριο ή μαγνήσιο. Επίσης αποφεύγεται η χρήση των ελαιωδών καθαρτικών γιατί ελαττώνει την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D, Ε και Κ.</p>	<p>- Πράγματι, μετά από πιστή εφαρμογή των συμβουλών μας για 5 μήνες, το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας λύθηκε (1 κένωση ημερησίως) και όπως ο ίδιος ασθενής δήλωσε, η ανακούφιση που αισθάνεται είναι σωτήρια.</p>
<p>Προσέχεται για Α.Κ. σχεδόν πάντα υπέρβαρος, ως και 10 Kg περισσότερο από το Ιδανικό του Βάρους (ΙΒ), με συνοδό σύμπτωμα τη δύσπνοια.</p>	<p>- Επάνοδος του νεφροπαθούς στο Ι.Β. του, μέσω της Α.Κ.</p> <p>- Κατανόηση της σημασίας και τηρηση του ισοζυγίου των υγρών, από πλευρής πάντα αρρώστου.</p> <p>- Καταπολέμηση της δύσπνοιας με σκοπό την ανακούφιση του αρρώστου.</p>	<p>- Ορθός προγραμματισμός της αφυδάτωσης κατά την συνεδρία, για αποφυγή υπότασης.</p> <p>- Όταν το παραπανίσιο βάρος είναι πολύ, τότε υποβάλλεται σε έκτατες Α.Κ.</p> <p>- Αυξάνουμε τις ώρες της Α.Κ. σε 6. Την 6ή ώρα υποβάλλεται σε ξηρά Α.Κ.</p> <p>- Για μεγαλύτερη απώλεια υγρών, μερικές φορές αλλάζουμε το φίλτρο από 180 Μ σε 180 Η, κατόπιν εντολής ιατρού.</p> <p>- Εξηγούμε στον νεφροπαθή τον σκοπό όλων των παραπάνω ενεργειών μας, κάτι που και να θέλαμε δεν μπορούμε να το αποφυγούμε λόγω της αυξημένης παρατηρητικότητας και κριτικής ικανότητας των ασθενών αυτών.</p> <p>- Τον ενημερώνουμε για τους κινδύνους που διατρέχει από την μη τήρηση των κανόνων που αφορούν το ισοζύγιο των υγρών.</p>	<p>- Με το σωστό και εξατομικευμένο κάθε φορά πρόγραμμα Α.Κ. ο ασθενής επανέρχεται στο Ι.Β. του.</p> <p>- Ο ασθενής εξακολουθεί να έρχεται κάθε φορά να πέρβαρος, και εξακολουθεί να καταναλώνει περισσότερα υγρά από ότι του επιτρέπεται. Γι' αυτό ενημερώνουμε τον αδελφό του, ο οποίος φαίνεται ασκεί σημαντική επίδραση στον νεφροπαθή και πράγματι αυτή η ενεργειά μας φέρνει και αισθητό αποτέλεσμα. Ο ασθενής μαθαί-</p>

<p>Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.</p>	<p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>Επειδή παρουσίασε πρόβλημα με τα δόντια του, (ανάγκη για 3 εξαγωγές), επανήλθε και το πρόβλημα της αναιμίας.</p>	<p>- Εξαγωγή των 3 δοντιών, με όσο το δυνατό μικρότερη επιβάρυνση του αρρώστου όσο αφορά τις αιμορραγίες, με σκοπό την πρόληψη της αναιμίας.</p>	<p>- Ενώ βέβαια αντιμετωπίζεται η αιτία που προκάλεσε την δύσπνοια με Α.Κ., τοποθετείται ο ασθενής για λίγο σε ανάρροπη θέση, χαλαρώνονται τα ρούχα του (γραβάτα πουκάμισο) και του προσφέρεται συνεχώς συναισθηματική τόνωση με σκοπό την διατήρησή του σε ήσυχη κατάσταση, έτσι ώστε να μειωθούν οι μεταβολικές του ανάγκες. - Συνεχής παρακολούθηση και εκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας.</p>	<p>ναι να ελέγχει τις επιθυμίες του για υγρά.</p>
<p>Επειδή παρουσίασε πρόβλημα με τα δόντια του, (ανάγκη για 3 εξαγωγές), επανήλθε και το πρόβλημα της αναιμίας.</p>	<p>- Εξαγωγή των 3 δοντιών, με όσο το δυνατό μικρότερη επιβάρυνση του αρρώστου όσο αφορά τις αιμορραγίες, με σκοπό την πρόληψη της αναιμίας.</p>	<p>- Μετά από συνεννόηση με τον οδοντίατρο (και ενημερωσή του για την ιδιαιτερότητα της περίπτωσης) προγραμματίστηκαν οι 3 εξαγωγές με μεσοδιάστημα 10 ημερών. - Επίσης προγραμματίστηκε μετάγγιση μίας φιάλης αίματος μεταξύ της 1ης και 2ης εξαγωγής, ενώ και οι εξετάσεις του αιματοκρίτη θα γίνουν συχνότερες.</p>	<p>- Οι τρεις εξαγωγές έγιναν με επιτυχία χωρίς δηλαδή να επιβαρύνουν την αναμία του αρρώστου.</p>
<p>Θρόμβωση Fistula</p>	<p>- Αντιμετώπιση θρόμβωσης - Εξασφάλιση καλής Α.Φ. επιכוινώνιας - Πρόληψη νέας μελλοντικής θρόμβωσης μέσω δικών μας ενεργειών που περιλαμβάνουν και διδασκαλία του ασθενή.</p>	<p>- Το πρόβλημα είναι καθαρά αγγειοχειρουργικό (μέθοδος Saigna με χρησιμοποίηση καθετήρα Fogarty). Κλείστηκε ραντεβού για μεθαύριο στην Αθήνα στο Λαϊκό Νοσοκομείο, για αποκατάσταση της Fistula ή δημιουργία νέας. - Ο ασθενής ανέβηκε με ασθενοφόρο στην Αθήνα.</p>	<p>- Ο ασθενής επέστρεψε από το Λαϊκό Νοσοκομείο της Αθήνας με αποκαταστημένη Fistula - Όσο διάρκεσαν οι Α.Κ. από τον υποκλείδιο καθετήρα δεν παρατηρήθηκε καμία επιπλοκή, ενώ ο ασθενής ανταποκρίθη-</p>

<p>Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.</p>	<p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
		<p>- Επεστρέψε με αποκατεστημένη Fistula. Το εμβολό της αφαιρέθηκε εδώ από τον θεράποντα ιατρό.</p> <p>- Όλο αυτό το διάστημα οι Α.Κ. γίνονταν από καθετήρα υποκλειδίου με μονή βελόνα, και η νοσηλευτική παρέμβαση περιορίστηκε εκτός από την εκπαίδευση του ασθενούς με σκοπό την διατήρηση του υποκλειδίου καθετήρα σε καλή κατάσταση, στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, στην ενημέρωσή του και στις ενέργειες για την διακομιδή του στην Αθήνα.</p> <p>- Τα προληπτικά μέτρα που λαμβάνονται άρχεται με το αν έχει εμφανιστεί θρόμβωση, αλλά πολύ περισσότερο τότε για την πρόληψη μιας νέας θρόμβωσης, είναι:</p> <ul style="list-style-type: none"> • αποφυγή της έντονης και παρατεταμένης πίεσης μετά την αφαίρεση των βελονών. • αποφυγή της πολύ σφικτής περιδέσης για πιο γρήγορη αιμόσταση. • αποφυγή της παρατεταμένης περιδέσης με λάστιχο για διευκόλυνση της παρακέντησης • διαπίστωση ότι ο νεφροπαθής τηρεί σχολαστικά τις κατ' οίκον οδηγίες που του δόθηκαν • διαπίστωση ότι ο υπεύθυνος ιατρός ακροάσει την Fistula σε κάθε συνδεορίας όσο και αν του είναι βαρετό. 	<p>με θετικά στις οδηγίες μας.</p>

<p>Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.</p> <p>Εμφανίζει πολύ συχνά, υποτασιακά επεισόδια και κυρίως όταν προσέρχεται με αυξημένο βάρος (60/30 mm Hg ενώ συνηθίζει να έχει 150/90mm Hg).</p>	<p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.</p> <p>- Ξαπτή αντιμετώπισή του υποτασιακού επεισοδίου, έτσι ώστε ο νεφροπαθής να ολοκληρώσει την Α.Κ. στην οποία υποβάλλεται και να μην αναγκαστεί να διακόψει.</p> <p>- Ενσυνείδητος του αρρώστου της αφηρητικής επίδρασης που έχει στην υγεία του η υπερβολική ενυδάτωση μεταξύ των συνεδριών.</p>	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p> <p>- Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση</p> <p>- Ταχεία χορήγηση 100-200cc ορού NaCl</p> <p>- Εφ' άπαξ χορήγηση IVamp IaCl 15%</p> <p>- Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>- Προσοχή για εισρόφηση σε περίπτωση εμέτου.</p> <p>- Χορήγηση O₂ σε υποξαιμία.</p> <p>- Αναθεώρηση του βαθμού αφυδάτωσης και παραμέτρων κίνησης (ροή αίματος, αγωγιμότητα κ.λ.π).</p> <p>- Ψυχολογική υποστήριξη</p> <p>- Εξήγηση στον άρρωστο της σχέσης μεταξύ υποτασιακών επεισοδίων και υπερβολικής ενυδάτωσης μεταξύ των συνεδριών και προτροπή του να ακολουθήσει τις κατάλληλες οδηγίες.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.</p> <p>- Τα περισσότερα υποτασιακά επεισόδια αντιμετωπίζονται με επιτυχία με τις νοσηλευτικές ενέργειες που αναφέρθηκαν.</p> <p>- Άλλα όμως απαιτούν την χορήγηση Lamp Dipydergon IV κατόπιν ενημέρωσης και οδηγίας ιατρού.</p> <p>- Τέλος ένα μικρό ποσοστό, παρά την ιατρική επέμβαση δεν αντιμετωπίζεται και επιβάλλεται η διακοπή της Α.Κ.</p> <p>- Οι προτροπές μας για έλεγχο της ενυδάτωσης του δεν φέρνουν αξιόλογο άμεσο αποτέλεσμα, παρά μόνο μετά την ενημέρωση του αδελφού του.</p>
<p>- Έντονες κόπιας κάτω άκρων.</p> <p>- Ανακούφιση πόνου</p> <p>- Μείωση εννεύσιμου.</p>		<p>- IV ταχεία χορήγηση υπέρτονου (15% NaCl και 6amp Na.</p>	<p>- Ο ασθενής ανταποκρίνεται πάντα θετικά.</p>

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.
<p>Ο ασθενής παραπονείται για τριχόπτωση. Υποστηρίζει ότι: Οι τρίχες της κεφαλής του "εχασαν την στιλπνότητά τους και είναι ξηρές".</p>	<p>- Ανεύρεση και αντιμετώπιση της αιτίας που προκαλεί την τριχόπτωση, αφού πρώτα διαβεβαιωθεί από δερματολόγο η ύπαρξή της.</p> <p>- Ενθάρρυνση του ασθενούς για να δεχτεί τη νέα μελλοντική του εμφάνιση-με όσο το δυνατό λιγότερο ψυχολογικό κόστος.</p>	<p>- Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε δερματολόγο.</p> <p>- Ετάλλθηκε αίμα για εξετάσεις T3, T4, T.S.H και πράγματι διαπιστώθηκε πρόβλημα.</p> <p>- Το θέμα συζητήθηκε με τον ασθενή, με στόχο την ψυχολογική του τόνωση.</p>	<p>- Ο ασθενής δέχτηκε με πίστη τη θεραπεία, αφού ελπίζει στη λύση του προβληματός του, όπως εξάλλου τον διαβεβαίωσαμε σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων.</p>
<p>Ρυθμίζει με δικιά του πρωτοβουλία την φαρμακευτική αγωγή του, ενώ πολλές φορές επιμένει να ρυθμίζει μόνος του τις τιμές του T.N.</p>	<p>- Να αποκτήσει εμπιστοσύνη στο Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό, έτσι ώστε να ακολουθήσει τις οδηγίες που του δίνονται χωρίς καχυποψία.</p> <p>- Να κατανοήσει τη σημασία της σωστής τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής.</p>	<p>- Δόθηκαν εξηγήσεις στον άρρωστο απλές και κατανοητές εξηγήσεις σε σχέση με την αξία δόση, δράση κ.λ.π. των φαρμάκων.</p> <p>- Ο νοσηλευτής γνωρίζοντας ότι η αντίδραση αυτή είναι ένας μηχανισμός άμυνας που χρησιμοποιεί ο νεφροπαθής, προσπαθεί μέσα από το σεβασμό και την προσοχή να τον καταλάβει, παρά να τον κρίνει. Με συμπάθεια και λεπτούς χειρισμούς προσπαθεί μέσα από την συζήτηση και την καθημερινή επαφή, να κερδίσει την εμπιστοσύνη του και να τον πείσει ότι οι οδηγίες που του δόθηκαν πρέπει να τηρούνται για το καλό της υγείας του.</p>	<p>- Ο ασθενής μετά από πολλές προσπάθειες, φαίνεται αναθεωρήσει τις απόψεις του και να πείστηκε ότι η καχυποψία του ("δεν ξέρετε την δουλειά σας, θέλετε να με βλάψετε") ήταν αβάσιμη.</p>

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.
<p>Φέρεται με ασέβεια, υβρίζει το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, προκαλεί έντονες φασαρίες και ενοχλεί τους υπόλοιπους ασθενείς. Η κυριότερη αιτία, είναι η έντονη απαίτησή του για ηρεμιστικά 1,2 ή 3 amp STEDON ή ATARVITON, γιατί όπως υποστηρίζει έτσι "υποχωρούν" οι μυϊκές κράμπες.</p>	<p>- Σκοπός μας πάλι, είναι να αποκτήσει εμπιστοσύνη και σεβασμό στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, έτσι ώστε να σταματήσει να φωνάζει και να βρίζει για να βρεί την ηρεμία του αυτός, οι υπόλοιποι ασθενείς, αλλά και το προσωπικό της Μ.Τ. Ν. που πρέπει να εργάζεται νηφάλιο για να αντιδρά σωστά.</p> <p>- Να σταματήσει η εξάρτησή του από τις amp STEDON ή ATARVITON</p>	<p>- Ακολουθήθηκε πάλι η τακτική της νοσηλευτικής παρέμβασης του προηγούμενου προβλήματος. Ο νοσηλευτής κατανοεί ότι επειδή βρίσκεται περισσότερο απ' τον καθένα κοντά στον νεφροπαθή, είναι φυσικό αυτός να δέχεται την οργή, διαμαρτυρία και δυσaréσκεια του σαν εκδήλωση των χαμένων ευκαιριών και χαρών της ζωής.</p> <p>- Μετά από συζήτηση με το συγγενικό του περιβάλλον, διαπιστώθηκε ότι και εκεί ακολουθεί την ίδια τακτική, με μικρότερη όμως ένταση.</p> <p>- Ξηγήθηκε στον άρρωστο ότι οι amp STEDON δεν έχουν την ιδιότητα να ανακουφίζουν τις κράμπες, όπως ο ίδιος υποστηρίζει αντιθέτως κάνουν κακό στην υγεία του και πρέπει να σταματήσει να εξαρτάται από αυτές.</p> <p>- Όταν οι απαιτήσεις του γι' αυτές γίνονται έντονες και οι προσπάθειές μας αποβαίνουν άκαρες, καλείται ιατρός ο οποίος αποφασίζει για την χορήγησή τους ή όχι.</p> <p>- Ο νοσηλευτής έχοντας σαν σκοπό του την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα δεν ξεχνά μέσα στη φασαρία τους υπόλοιπους νεφροπαθείς. Φροντίζει να τους κάνει να δούν με συμπάθεια και κατανόηση την</p>	<p>- Επειδή η συμπεριφορά του ασθενούς δεν βελτιώθηκε, μετά από προσπάθεια τεσσάρων μηνών το νοσηλευτικό προσωπικό ήρθε σε επαφή με ψυχολόγο. Ακολούθησε νέα συμπεριφορά βασισμένη στις συμβουλές του ψυχολόγου και πρώγυατι παρατηρήθηκε μια θετική αλλαγή στον νεφροπαθή.</p> <p>Η συμπεριφορά του μέσα στην Τ.Μ.Ν. αλλά και προς την οικογένειά του έγινε πιο φιλική.</p> <p>- Κατόφερε να μην εξαρτάται επιπλέον από τις amp STEDON.</p> <p>- Κατά τους 4 μήνες που συνέβαιναν αυτά τα γεγονότα, οι υπόλοιποι νεφροπαθείς όχι μόνο δεν τον απομάκρυναν από την "οικογένεια των νεφροπαθών", αλλά</p>

<p>Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.</p>	<p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας</p>
<p>Η μεταμόσχευση του ήχει γίνεται έμμοχη ιδέα ενώ η αναμονή της (συνεχείς έλεγχοι, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα κ.λ.π) τον έχει εκνευρίσει.</p>	<p>- Σκοπός μας είναι η θετική πλευρά της μεταμόσχευσης να μπορέσει να καλύψει την αρνητική πλευρά της.</p>	<p>ακραία αυτή συμπεριφορά του συμπάσχοντά τους χωρίς να επηρεάζονται αρνητικά. Ο νοσηλευτής δεν χάνει ποτέ την υπομονή του ακόμα και όταν ο νεφροπαθής τον βρίζει, αντιθέτως με την πράξη και το χαμογέλο του μαθαίνει να αναχαιτίζει αυτές τις εχθρικές διαθέσεις.</p>	<p>αντιθέτως του στήριξαν με εύστοχες παρεμβάσεις τους. Επίσης, τρείς νεφροπαθείς που ένωσαν απογοήτευση σε εκείνη τη φάση της ζωής τους, άνηλθαν κουράγιο, αυτοπεποίθηση και παρηγοριά από αυτήν την ακραία συμπεριφορά, επιβραβεύοντας τον εαυτό τους που κατάφερε να αποφύγει παρόμοια αντίδραση. - Ο νοσηλευτής παρά τις βρισιές κατάφερε να μείνει ανέπαφος, ανεπηρέαστος και αντικειμενικός.</p>
<p>Η μεταμόσχευση του ήχει γίνεται έμμοχη ιδέα ενώ η αναμονή της (συνεχείς έλεγχοι, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα κ.λ.π) τον έχει εκνευρίσει.</p>	<p>- Σκοπός μας είναι η θετική πλευρά της μεταμόσχευσης να μπορέσει να καλύψει την αρνητική πλευρά της.</p>	<p>- Του προσφέρουμε την απαιτούμενη συμπαράσταση τονίζοντας του ότι η τωρινή αβελιότητα του πότε θα βρεθεί νεφρός και του κατά πόσο θα πετύχει η μεταμόσχευση, είναι ένα αναγκαίο ενδιάμεσο στάδιο για την αποδεδειγμένη του από το μηχανήμα του T.N.</p>	<p>- Μετά από τις επικοδομητικές συζητήσεις μαζί του και τις εύστοχες παρατηρήσεις μας, ο νεαρός νεφροπαθής απέκτησε νέες ελπίδες.</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ	. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.	Αισθάνεται τυχερός που είναι υποψήφιος για μεταμόσχευση, ενώ άλλοι γνωστοί του νεφροπαθείς όχι, και αυτό του δίνει κουράγιο και δύναμη.
Μεγάλη απόσταση τόπων διαμονής Μ.Τ.Ν (Πύργος-Πάτρα).	- Αποφυγή ταλαιπωρίας ταξιδιού. - Αποφυγή εξόδων μεταφοράς.	- Εξετάστηκε το ενδεχόμενο μετακόμισης σε συνάρτηση με την οικονομική βοήθεια από το ασφαλιστικό του ταμείο, την οικονομική δυνατότητα του ίδιου του ασθενούς ή της οικογένειάς του και την διάθεσή του ίδιου και της οικογένειάς του για αυτήν.	- Πράγματι, ο ασθενής με τακτότητα με τους γονείς στην Πάτρα, γλυτώνοντας έτσι την ταλαιπωρία και το χρονο και χρημάτων.
Μετά την μετακόμιση στην Πάτρα δείχνει σημεία κατάθλιψης.	- Διακριτική ανίχνευση των αιτιών που προκαλούν την κατάθλιψη και αντιμετώπισή τους.	- Μέσα από συζητήσεις με τον ίδιο και το οικογενειακό του περιβάλλον, διαπιστώθηκε ότι η κατάθλιψη που νιώθει απορρέει: • από το ότι δεν εργάζεται • από το ότι δεν μπόρεσε να βρει νέες παρές στην Πάτρα - Έγιναν προσπάθειες εξεύρεσης μιας εύκολης και μη κοπιαστικής εργασίας, εντός χώρου του Νοσοκομείου. - Υποκινήθηκαν συναντήσεις, με άλλους νεαρούς νεφροπαθείς εκτός χώρου Νοσοκομείου χωρίς βέβαια να ενθαρρυνθεί κλειστή κοινωνία μεταξύ τους.	- Οι προσπάθειές μας για εξεύρεση εργασίας απέδωσαν. Από την πρώτη κιόλας ημέρα εργασίας, ο ασθενής ξαναβρήκε την χαμένη του αυτοπεποίθηση, περηφάνεια, ανεξαρτησία και αυτοεκτίμηση. - Μετά από αρκετές συναντήσεις και αφοτάο κύκλος, γνωριμιών του νεφροπαθούς μεγάλωσε, άρχισε να νοιώθει αποδεκτός από το

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΤΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.</p>	<p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας</p>
<p>Παρουσιάζει άγχος στο θέμα γάμου και τεκνοποίησης.</p>	<p>Να γίνει γνώστης του θέματος, έτσι ώστε να καταστεί ικανός να αποφύγει το μοιραίο (να μείνει άτεκνος), με τη σωστή πρόληψη.</p>	<p>Του εξηγήθηκε με κάθε λεπτομέρεια ότι: η ζωτικότητα του σπέρματος μειώνεται με την εξέλιξη της Χ.Ν.Α. τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που παίρνει για τη διατήρηση του μοσχεύματος σε περίπτωση μεταμόσχευσης νεφρού, επιδρούν δυσμενώς στην σπερματογένεση. Επειδή στην Ελλάδα δεν υπάρχει "Τράπεζα σπέρματος" προσανατολίζουμε διακριτικά τον ασθενή στη λύση του έγκαιρου γάμου.</p>	<p>κοινωνικό σύνολο, ανυψώθηκε το ηθικό του και γενικά τα σημεία κατάθλιψης υποχώρησαν αισθητά.</p>
<p>Παρουσιάζει άγχος στο θέμα γάμου και τεκνοποίησης.</p>	<p>Να γίνει γνώστης του θέματος, έτσι ώστε να καταστεί ικανός να αποφύγει το μοιραίο (να μείνει άτεκνος), με τη σωστή πρόληψη.</p>	<p>Του εξηγήθηκε με κάθε λεπτομέρεια ότι: η ζωτικότητα του σπέρματος μειώνεται με την εξέλιξη της Χ.Ν.Α. τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που παίρνει για τη διατήρηση του μοσχεύματος σε περίπτωση μεταμόσχευσης νεφρού, επιδρούν δυσμενώς στην σπερματογένεση. Επειδή στην Ελλάδα δεν υπάρχει "Τράπεζα σπέρματος" προσανατολίζουμε διακριτικά τον ασθενή στη λύση του έγκαιρου γάμου.</p>	<p>- Ο ασθενής κατανόησε την φύση του προβλήματος και φροντίζει για την γαμιαία αποκατάστασή του.</p>

158. Β' ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Γ.Μ.

ΗΛΙΚΙΑ: 50

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: Πάτρα,

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Εγγαμη, μητέρα 3 τέκνων

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Νοικοκυρά

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Συμπτωματικός ερυθηματώδης λύκος

Το 1975 σε ηλικία 34 ετών, κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης καλοκαιρινής εξόρμησης στη θάλασσα μετά παιδιά της, εμφάνισε έντονο χρυσαλιδώδες εξάνθημα στο πρόσωπο, πόνο στην αριστερή ωμοπλάτη και τα πέλματα και θερμοκρασία 38°C. Ένα χρόνο μετά, οι εξετάσεις που έκανε στην Αθήνα, επιβεβαίωσαν τις υποψίες του θεράποντα γιατρού· η διάγνωση ήταν ερυθηματώδες λύκος++++. Από τότε έως και σήμερα παίρνει κορτιζόνη έτσι ώστε να αποφεύγονται τα εξανθήματα και ο κνησμός.

Το 1984 και αφού η νόσος είχε εξελιχτεί σε Χ.Ν.Α δημιουργήθηκε FISTULA για κάθε ενδεχόμενο.

Τις 31.7.1985 εισήχθη στην Νεφρολογική Κλινική με ΑΠ: 260MMHG και ολιγουρία. Οι απαντήσεις του νεφρολογικού ελέγχου ήταν ουρία: 220MG% και Κ: 7NEG/L. Προς αντιμετώπιση του αυξημένου Κ χορηγήθηκαν 20 AMP CALONSE IV και 18 AMP κρυσταλικής ινσουλίνης. Διεκόπει η χορήγηση ALDACTONE. Παρ'όλα αυτά, είχε ανάγκη Α.Κ. Η ίδια, αντέδρασε με σημεία κατάθλιψης και κλάματα.

Τις 1.8.1985 (μία μέρα μετά δηλαδή) έγινε η πρώτη Α.Κ. για 2 1/2 ώρες. Εμφάνισε ζάλη και έμετο συμπτώματα που υποχώρησαν μετά την 3η συνεδρία όπως εξ άλλου συνηθίζεται. Σήμερα

κάνει Α.Κ. 4 ωρών 3 φορές την εβδομάδα.

Η ασθενής πάσχει από γενικευμένη οστεοπόρωση, αποτέλεσμα της Χ.Ν.Α, των κορτικοειδών και τις εμμηνόπαυσης. Το πρόβλημα είναι μεγάλο, αφού λόγω της οσφυαλγίας δεν περπατά άνετα και χωρίς βοήθεια, ενώ τα κατάγματα που υφίσταται είναι συχνά. Είναι υποψήφια για μεταμόσχευση. Έχει αποδεχθεί την πάθησή της με την βοήθεια της πίστης και προσευχής του Παντοδύναμο Θεό.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ		ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.
Κνησμός	<ul style="list-style-type: none"> - Υποχώρηση κνησμού - Ανακούφιση ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> - Χρησιμοποίηση φίλτρου AM 140 NOVA που προσφέρει υψηλή κάθαρση - Χορήγηση Ξυλοκαΐνης 100 mg σε στάγδην IV έγχυση - Επάλειψη με αλοιφή Ξυλοκαΐνης - Χορήγηση πρεμιστικών σε ακραίες περιπτώσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πάντα, η υποχώρηση είναι σημαντική και η ασθενής ανακουφίζεται ικανοποιητικά.
Δύο φορές μετά την Α.Κ. έχει παρουσιάσει αλλεργικό εξάνθημα με μερικούς πομφούς στα κάτω άκρα και το αριστερό άνω άκρο.	<ul style="list-style-type: none"> - Υποχώρηση του αλλεργικού εξανθήματος πριν την αποχώρηση της ασθενούς από την Μ.Τ.Ν. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επάλειψη με αλλοιφή Phenergan, 	<ul style="list-style-type: none"> - Άμεση υποχώρηση του εξανθήματος εντός της Μ.Τ.Ν.
Πολλές φορές μετά την συνεδρία και ενώ βρίσκεται σπίτι της, εμφανίζει μυϊκές κράμπες που διαρκούν όλη την ημέρα.	<ul style="list-style-type: none"> - Πρόληψη αυτών - Διδασκαλία του ασθενούς με σκοπό την επιτυχή αντιμετώπισή τους στο σπίτι. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αύξηση του Νατρίου στο διάλυμα της Α.Κ. - Η διδασκαλία περιλαμβάνει την εκμάθηση εκ μέρους της νεφροπαθούς. - της ειδικής τοποθέτησης του άκρου που προσβλήθηκε - την μέθοδο του μασάζ 	<ul style="list-style-type: none"> - Οι κράμπες μετά τις συνεδρίες εμφανίζονται όλο και αραιότερα. - Η ασθενής, όχι μόνο έχει μάθει την μέθοδο αντιμετώπισής τους αλλά και την εφαρμόζει σωστά και με επιτυχία.
Από 4ημέρου εμφάνισε περιορισμένη θρόμβωση σε κλάδο της αναστοματικής φλέβας.	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση θρόμβωσης - Εξασφάλιση καλής Α.Φ. επικοινωνίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η γραμμή της επιστροφής (ή φλεβική) τοποθετήθηκε στο άλλο άνω άκρο. - Τοποθετήθηκαν κομπρέσες Iasonil και χορηγήθηκαν αντιαιμοπεταλικές tablifluxin για την αντιμετώπιση της θρόμβωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποκαταστάθηκε η καλή λειτουργία της Α.Φ. επικοινωνίας και πλέον οι φλεβοκεντήσεις γίνονται χωρίς προβλήματα.

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.
<p>Ο οφθαλμίατρος συστήνει εγχείρηση για τον καταρράκτη αλλά η ίδια αρνείται.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να προχωρήσει η διαδικασία της εγχείρησης με την σγκατάθεση βέβαια της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά από εκτεταμένη συζήτηση μαζί της, διαπιστώθηκε ότι αρνείται την εγχείρηση, από φόβο μήπως επηρεάσει αρνητικά την μεταμόσχευση στο μέλλον. - Εξηγούμε στην άρρωστη ότι δεν υπάρχει κανένας τέτοιος κίνδυνος, γιατί η απόφαση για την εγχείρηση του καταρράκτη πάρθηκε μετά από αλληλοενημέρωση, συζήτηση και ανταλλαγή ιατρικών γνώμών μεταξύ του θεράποντα οφθαλμιάτρου και νεφρολόγου. - Καλείται ο σύζυγός της και ενημερώνεται για την αναγκαιότητα της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η άρρωστη δείχνει να πείσθηκε και αποφάσισε σε συνενόηση με τους θεράποντες ιατρούς, να προχωρήσει στην επέμβαση μετά τις εορτές του Πάσχα, θέλοντας να περάσει τις Άγιες Μέρες με την οικογένειά της.
<p>Προσήλθε στην Μ.Τ.Ν. με συνεχές προκάρδιο άλγος κυρίως στη ξιφοειδή απόφυση και εμφανή ανησυχία.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση του πόνου εντός 1 ή - Ηθική τόνωση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε υπογλώσσιο δισκίο νιτρογλυκερίνης κατόπιν μετρήσεως της Α.Π. της ασθενούς η οποία βρέθηκε 140/85mm Hg Όμως δεν απέδωσε. - Χορηγήθηκε ενδομυϊκά (IM) ναρκωτικό αναλγητικό (Lamp Romidon). - Έγινε ΗΚΓ το οποίο δεν παρουσίασε παθολογικά ευρήματα. - Ο νοσηλευτής με σεβασμό και αγάπη, πλήρως σίασε την ασθενή και την βοήθησε να εξωτερικεύσει και να αποβάλλει τα αρνητικά συναισθήματα που την κατέκλιζαν. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παρατηρήθηκε μείωση του εντός 35'πλή μετά την Ι. Μ. χορήγηση του ναρκωτικού αναλγητικού. Όμως η ασθενής θα παραμείνει στην Νεφρολογική Κλινική για επιπλέον παρακολούθηση. - Έγινε φανερό ότι μετά την δική μας παρέμβαση η ασθενής απέκτησε αισιοδοξία και ψυχραιμία.

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.	ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Γενικευμένη οστεοπόρωση με αποτέλεσμα οσφυαλγία, συχνά κατάγματα και θλάσεις.</p>	<p>- Διδασκαλία της ασθενούς με σκοπό της πρόληψη των επιπλοκών (κατάγματα, θλάσεις). - Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα της γενικευμένης οστεοπόρωσης (Οσφυαλγία, δυσκολία στο βάδισμα).</p>	<p>Επειδή είναι επιρρεπής στα κατάγματα και της θλάσεις π.χ. - στις 7-6-88 υπέστη θλάσεις στις πλευρές κατόπιν τρυφερού αγκαλιάσματος του γιού της - τις 3-2-89 γλύστρησε στο λουτρό και υπέστη κάταγμα έσω σφυρού αριστερά της συστήσαμε να είναι πιο προσεκτική στις κινήσει της έτσι ώστε να αποφεύγει τα ατυχήματα. της προτείναμε: χρήση βακτηρία και εγκυτάσταση κιγκληδώματος στις σκάλες της οικίας της. Επίσης την συμβουλέψαμε να κάνει μπάνιο κάτω από την επίβλεψη δευτέρου προσώπου. Η οσφυαλγία αντιμετωπίζεται έως και σήμερα με: - Ξωστή κατάκλιση (υπτία θέση σε σκληρό στρώμα) και σωστή στάση του σώματος σε κάθε δραστηριότητα. - Χορήγηση βιταμινών του συμπλέγματος Β (B1, B6, B12) για την τόνωση του ισχυακού νεύρου. - Χορήγηση αναλγητικών-αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (VOLTAREN) I.M. ή P.O. κατά την οξεία φάση της οσφυαλγίας. - Τοποθέτηση πομάδων στην πάσχουσα περιοχή.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>- Η ασθενής ακολούθησε τις συμβουλές μας και όπως δήλωσε η ίδια, τώρα αισθάνεται μεγαλύτερη σιγουριά στις κινήσεις της. - Οι παρεμβάσεις μας για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας δεν είχαν θεραπευτικό αποτέλεσμα, εξαιτίας του βεβαρυμένου ιστορικού της ασθενούς (γενικευμένη οστεοπόρωση λόγω Χ.Ν.Α. κορτικοστεροειδών και εμμηνοπαυσής) αλλά όπως υποστηρίζει και η ίδια η ασθενής, η παρέμβασή μας ελάττωσε τους πόνους της.</p>

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ασθενούς.</p>	<p>ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ</p> <p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>Κλινικές εκδηλώσεις αρχόμενου οξέως πνευμονικού οιδήματος (διανοητική σύγχυση, άκρα ψυχρά, νόχια κυανωτικά, δύσπνοια, θορυβώδης αναπνοή, βήχας με αφρώδη πτύελα).</p>	<p>Έγκαιρη διαπίστωση και υποχώρηση του οξέως πνευμονικού οιδήματος.</p>	<p>-Οι τιμές του μηχανήματος ρυθμίστηκαν έτσι ώστε η Α.Κ. να γίνει πιο έντονη και αποδοτική.</p> <p>-Διατηρήθηκε ανοικτή φλέβα με βραδεία IV χορήγηση υγρών, για να είναι εφικτή η IV χορήγηση φαρμάκων κατά την αντιμετώπιση του πνευμονικού οιδήματος.</p> <p>-Αποφεύχθηκε κάθε περιττή μετακίνηση της ασθενούς ή κόπωση, για την μείωση των αναγκών της περιφερικής αιματώσεως.</p> <p>-Η ασθενής διατηρήθηκε ζεστή σε ημικαθιστή θέση, και πόθησαν μέτρα για την μείωση του πόνου με ισχυρά παυσίπωνα, μικρή δόση IV μορφίνης για τον περιορισμό του άγχους και της ανηυχίας της και για την δημιουργία κλίματος αισιοδοξίας με στόχο την μείωση του αναπνευστικού έργου.</p> <p>-Επίσης χορηγήθηκαν προσεκτικά το O₂, και η αμινοφυλλίνη, η οποία επειδή μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες και ξαφνικό θάνατο, η διάρκεια της IV χορήγησης της ήταν μεγάλη.</p> <p>-Ακολούθησε προσεκτική παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας και της Α.Π. (γιατί το οξύ πνευμονικό οίδημα προκαλεί υπόταση).</p>	<p>Η ασθενής έχασε 2 Kg επί πλέον και αισθάνθηκε καλύτερα.</p> <p>-Αποφεύχθηκε η δραματική εξέλιξη του αρχόμενου πνευμονικού οιδήματος τα συμπτώματα του οποίου αντιμετωπίστηκαν ικανοποιητικά.</p>
<p>Εξελκώσεις γλώσσας και ούλων.</p>	<p>Αντιμετώπισή τους και πρόληψη νέων μελλοντικών εξελκώσεων.</p>	<p>-Συστήνουμε στην ασθενή:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Να αποφεύγει ερεθιστικές τροφές και ποτά •Να κάνει συχνή φροντίδα στοματικής κοιλότητας με ήπια και κρύα αντισηπτικά διαλύματα. 	<p>-Οι εξελκώσεις επουλώθηκαν.</p> <p>-Με την σχολαστική τήρηση των συμβουλών μας τα 2 τελευταία έτη, δεν παρατηρήθηκαν.</p>

<p>Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.</p>	<p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>Συνεχής αύξηση της αναιμίας η οποία οφείλεται κυρίως στην χαμηλή ερυθροποιητική(αιμοσφαιρίνη (Hb) < 6 gr/dl).</p>	<p>Έλεγχος και βελτίωση της αναιμίας ώπου η αιμοσφαιρίνη να σταθεροποιηθεί στα 10-12 gr/dl.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να χρησιμοποεί μαλακή οδοντόβουρτσα ή σπάτουλα τυλιγμένη με τολύπιο βάλσακος. • Να φροντίζει την στοματική καθαρότητα πριν και μετά το φαγητό. 	<p>ρήθηκε επανεμφάνιση παρόμοιων περιστατικών.</p>
<p>Συνεχής αύξηση της αναιμίας η οποία οφείλεται κυρίως στην χαμηλή ερυθροποιητική(αιμοσφαιρίνη (Hb) < 6 gr/dl).</p>	<p>Έλεγχος και βελτίωση της αναιμίας ώπου η αιμοσφαιρίνη να σταθεροποιηθεί στα 10-12 gr/dl.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Η κύρια αιτία (χαμηλή παραγωγή ερυθροποιητίνης) αντιμετωπίστηκε με την IV χορήγηση ερυθροποιητίνης K-HuEPO, 100IU/kg , 2 φορές εβδομαδιαίως με διάρκεια χορήγησης άνω των 1-2 mln, και την χορήγηση συμπληρώματος σιδήρου. - Όλες οι άλλες αιτίες της αναιμίας, βρίσκονται κάτω από τον δικό μας έλεγχο και εξαρτώνται άμεσα από το βαθμό της προσοχής μας κατά την διεξαγωγή της συνεδρίας T.N. Έτσι περιορίζεται: • Η χρόνια απώλεια αίματος, λόγω ατελής επιστροφής αίματος (τέλος συνεδρίας), πήξης ή ρήξης φίλτρου, επανειλημμένων αιμοληψιών για εξετάσεις • Η περιφερική αιμόλυση, λόγω επίδρασης ουραιμικών τοξινών επίδρασης ουσιών αποστείρωσης (φορμόλης ΕΤΟ). - Όταν κρίνεται αναγκαία και μετά τις κατάλληλες προφυλάξεις, γίνεται μετάγγιση 1 φιάλης αίματος (200-250 CC). 	<p>Η χορήγηση K-HuEPO σταθεροποίησε την Hb στα επίπεδα των 11gr /dl, όπως διαπιστώθηκε από τις εβδομαδιαίες μετρήσεις.</p> <p>Οι μεταγγίσεις δεν παρουσιάζουν επιπλοκές και κατά τα λεγόμενα της ασθενούς μετά από κάθε μετάγγιση, αισθάνεται απαλλαγμένη από την κόπωση και την εξάντληση.</p>

<p>Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.</p>	<p>Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.</p>	<p>Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.</p>
<p>Η αντιμετώπιση της αναιμίας της απαιτεί την χορήγηση ερυθροποιητίνης (r-HuEPO) με αποτέλεσμα η ασθενής να αντιμετωπίσει οικονομικό πρόβλημα, εξαιτίας του κόστους του φαρμάκου και των συχνών ταξιδιών του συζύγου της στην Αθήνα για την μεταφορά αυτού.</p>	<p>Αντιμετώπιση του οικονομικού προβλήματος της ασθενούς, κατά τον καλλίτερο δυνατό τρόπο εντός 30 ημερών.</p>	<p>Κατόπιν βεβαιώσεώς μας (σε συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό) για την πραγματική ύπαρξη του προβλήματος, συννενοηθήκαμε με τον θεράποντα ιατρό να αναλάβει το Νοσοκομείο την διακομιδή του φαρμάκου. Επίσης η εκκλήσεία της ενορίας της πρόθυμα ανταποκρίθηκε στην έκκλησή μας για οικονομική βοήθεια, αναλαμβάνωντας να πληρώσει το ποσοστό του κόστους του φαρμάκου που δεν καλύπτεται από το ταμείο της.</p>	<p>Η παρεμβασή μας επέφερε πλήρη άρση του προβλήματος της εντός 20 ημερών.</p>
<p>Συζυγικά προβλήματα</p>	<p>Επίτευξη συζυγικής σταθερότητας.</p>	<p>Προσεκτική ακρόαση και φιλική συζήτηση. Βοήθεια της αρρώστου να αποκτήσει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, εφόδια που θα την βοηθήσουν στη σχέση της με τον σύζυγό της. Ενθάρρυνσή της να συζητήσει μαζί του. Ενημέρωση του συζύγου με εχεμύθεια και λεπτότητα για το πρόβλημα μυστικά από την άρρωστη.</p>	<p>Μετα την κούφή μας παρέμβαση και τον διάλογο μεταξύ τους, η σχέση τους αποκαταστάθηκε. Η άρρωστη αντιλήφθηκε ότι όλα ήταν της ιδέας της: π.χ. θεώρησε την τυχαία άρνηση του συζύγου της να την συνοδεύσει σε 3 συνεχείς συνεδρίες, ως άρνηση προς την ίδια. Η παρεξήγηση λύθηκε και η σταθερότητα επανήλθε στη σχέση τους.</p>

Νοσηλευτικά προβλήματα ασθενούς.	ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.
<p>Η ασθενής παρουσίασε σημεία κατάθλιψης. Δείχνει στενοχωρημένη και δύσκολα ανοίγει συζήτηση με εμάς αλλά και τους άλλους νεφροπαθείς.</p>	<p>- Ανεύρεση και αντιμετώπιση των αιτιών που προκάλεσαν την κατάθλιψη.</p>	<p>- Με δυσκολία καταφέραμε να συζητήσουμε μαζί της όπου και διαπιστώσαμε ότι: στενοχωριέται γιατί η κούραση και η εξάντληση που νιώθει, δεν την αφήνουν να περιποιηθεί το σπίτι με αποτέλεσμα να είναι πάντα ακατάστατο. Δεν δείχνει την στενοχώρια της στους συγγενείς της με αποτέλεσμα να νιώθει μοναξιά. - Προτρέψαμε την άρρωστη να αναθερμώσει και να αναπροσαρμόσει στα μέτρα της το πρότυπο της "καλής νοικοκυράς" που είχε στο νού της, ενώ παράλληλα της συστήσαμε να μην διστάζει να ζητήσει βοήθεια από την αδελφή της για τις βαριές δουλειές. - Ψυβουλέψαμε την ασθενή να πλησιάσει τους συγγενείς και να αφήσει και αυτούς να κάνουν τό 'ίδιο. - Ενισχύσαμε το θεραπευτικό αίσθημα της ασθενούς παρέχοντάς της χριστιανικά έντυπα, με σκοπό να αντλήσει μέσα από αυτά πίστη, δύναμη και κουράγιο.</p>	<p>- Τα σημεία κατάθλιψης όπου χώρσαν. Ειδικότερα: • Η ασθενής δέχεται τακτοποιημένο το σπίτι της με τις λίγες δουλειές που μπορεί να κάνει η ίδια και με αυτές που με χαρά της προσφέρει η αδελφή της. • Ο κύκλος των επαφών της μεγάλωσε. • Ο διάλογος μαζί της έγινε πιο εύκολος. • Αντλήσε μεγάλα αποδέματα πίστης και δύναμης από την Χριστιανική θρησκεία Όπως η ίδια λέει, η πίστη της είναι μία δοκιμασία που της έστειλε ο Κύριος. Αυτός την βοηθά να την υπομένει & χαρη σε Αυτόν ζει ακόμα.</p>

16. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΤΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Για τη χώρα μας, η θεραπεία του τελικού σταδίου της Χ.Ν.Α είναι ένα μεγάλο ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα. Και αυτό γιατί από τις δύο μεθόδους που εφαρμόζονται για την θεραπεία των ουραιμικών αρρώστων, τη συντηρητική (Τ.Ν και περιτοναϊκή κάθαρση) και τη χειρουργική (μεταμόσχευση νεφρού), αναπτύχθηκε σχετικώς ικανοποιητικά μόνο η πρώτη.

Σήμερα στη χώρα μας υπάρχουν πάνω από 2.800 ουραιμικοί σε συντηρητική θεραπεία, ενώ οι δυνατότητες να υποβληθούν σε νεφρική μεταμόσχευση είναι λίγες. Ενώ δηλαδή κάθε χρόνο προσθέτονται 300-400 καινούργιοι άρρωστοι, ο αριθμός των ευκαιριακών σχεδόν μεταμοσχεύσεων (50-60) παραμένει σταθερός. Στόχος πρέπει να είναι οι 150-200 τουλάχιστον μεταμοσχεύσεις τον χρόνο. Αυτό θα δώσει λύση στο πρόβλημα: οι περισσότερες μεταμοσχεύσεις.

Ειδικότερα, πρέπει:

1) Να ιδρυθούν νέες Μ.Τ.Ν., έτσι ώστε κάθε Νομαρχιακό Νοσοκομείο να έχει τη δικιά του Μονάδα, για να σταματήσει επιτέλους η Οδύσσεια μετακόμισης ή καθημερινής μετακίνησης πολλών ουραιμικών ασθενών και κατά συνέπεια η σπατάλη δυσέυρετων χρημάτων.

2) Να οργανωθούν και να λειτουργήσουν καλύτερα πολλές από τις ήδη υπάρχουσες Μ.Τ.Ν. που η απόδοσή τους είναι χαμηλή λόγω έλλειψης σύγχρονου εξοπλισμού και εξειδικευμένου νοση-

λευτικού και ιατρικού προσωπικού.

3) Να προωθηθεί η νεφρική μεταμόσχευση που είναι η ολοκληρωμένη θεραπεία του τελικού σταδίου της Χ.Ν.Α.

4) Να οργανωθεί σωστά και να ευαισθητοποιηθεί η κοινή γνώμη πάνω στο θέμα της προσφοράς οργάνων μετά θάνατο.

5) Να γίνει χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών στις Μ.Τ.Ν. από το νοσηλευτικό προσωπικό (και όχι μόνο από το ιατρικό), έτσι ώστε να εξασφαλιστεί χρόνος για την προσφορά καλύτερης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

6) Να δημιουργηθεί Τράπεζα Σπέρματος, μία επιτακτική και ύψιστη προσφορά στις οικογένειες των νεφροπαθών αλλά και άλλων κατηγοριών χρονίων πασχόντων, που θα λύσει ένα βασικό "αγχος" που αφορά την μελλοντική τεκνοποίηση.

7) Να οργανωθεί ένα ιδιαίτερο σύστημα αιμοδοσίας για νεφροπαθείς. Ο αριθμός των μεταγγίσεων που κάνουν κάθε χρόνο είναι μεγάλος, για αυτό και βρίσκονται συχνά σε λυπηρή θέση όταν αναγκάζονται να ζητούν για πολλοστή φορά αίμα από συγγενείς και φίλους.

8) Να γίνεται ανταλλαγή νεφροπαθών μεταξύ πόλεων ή και χωρών, έτσι ώστε να τους προσφέρεται η δυνατότητα διακοπών και γενικότερα απομάκρυνσης από το πληκτικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

9) Να ξεκινήσει πειραματικά στην αρχή να εφαρμόζεται η "κατ'οίκον" αιμοκάθαρση, σύστημα που χαρίζει στον νεφροπαθή την χαμένη ανεξαρτησία του.

10) Να υπάρχει αποδοτική συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτή της Μ.Τ.Ν. και του κοινοτικού νοσηλευτή ή κοινωνικού λειτουργού ανάλογα με την περίπτωση.

II) Να εφαρμόζεται και όχι μόνο ν'αναγνωρίζεται το ότι, η γνώση των λειτουργικών και παθολογοανατομικών αλλοιώσεων λόγω της ασθένειας είναι σημαντική στη νοσηλευτική επιστήμη, όχι όμως αρκετή για να μπορούν οι νοσηλευτές να προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας στον χρόνο νεφροπαθή.

Είναι ανάγκη το νοσηλευτικό προσωπικό της Μ.Τ.Ν. να είναι άρτια εξοπλισμένο από ειδικές γνώσεις και εξειδικευμένη τεχνική κατάρτιση, αλλά και από άφθονα αποθέματα αγάπης, συμπάθειας, κατανόησης και στοργής για έναν άρρωστο που η ψυχική του δύναμη δοκιμάζεται επί σειρά ετών.

Αυτές οι προτάσεις-λύσεις απαιτούν αναγκαστικά τη συντονισμένη συνεργασία μεταξύ κράτους, ιατρών, νοσηλευτών και οργανώσεων των νεφροπαθών, μία συνεργασία που σαν άμεση επιδίωξή της πρέπει να έχει την ταχεία κοινωνικο-επαγγελματική αποκατάσταση του νεφροπαθή, που δεν το θέλησε από μόνος του να γίνει "χρόνιος πάσχων".

Αν λοιπόν όλα τα παραπάνω εφαρμοσθούν και μπορούν να εφαρμοσθούν, τότε:

- τα τεράστια έξοδα των αρκετών δισεκατομμυρίων που διατίθενται από το κράτος θα περιοριστούν σημαντικά,
- οι διαμαρτυρίες εκ μέρους των νεφροπαθών και των οικογενειών τους που δικαιολογημένα γίνονται σήμερα θα σταματήσουν, και τέλος
- οι περισσότεροι νεφροπαθείς θα ξαναδοθούν γεροί και δραστήριοι στις οικογένειές τους και στην κοινωνία.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Για μία τόσο δαπανηρή θεραπεία-από συναισθηματική και οικονομική άποψη-όπως είναι η χρόνια αιμοκάθαρση, αξίζει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή σε όλες τις παραμέτρους που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών.

Το κλειδί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι το ότι πρώτα πρέπει να πειστεί ο νοσηλευτής και έπειτα να πείσει τον ίδιο τον νεφροπαθή ότι δεν είναι άρρωστος. Ο νεφροπαθής είναι ότι ακριβώς λέει η ίδια η λέξη: π ά σ χ ω ν . Καί είναι σίγουρο, ότι άλλο είναι πάσχων και άλλο άρρωστος. Ο άρρωστος παραμένει στο κρεβάτι κάποιου νοσοκομείου, ενώ ο πάσχων μετέχει ενεργά στη ζωή.

Βέβαια, όπως ο καρδιοπαθής έχει εξάρτηση από τη φιάλη οξυγόνου, έτσι και ο νεφροπαθής έχει εξάρτηση από τον T.N. Το πρόβλημα αλλά και το μέλημά μας είναι: αυτή η εξάρτηση από το μηχάνημα να γίνει όσο το δυνατό πιο ευχάριστη συμβίωση.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Θ: Τεχνητός Νεφρός, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ., Αθήνα 1984.
- ΒΟΥΖΑΒΑΛΗ Φ: Νοσηλευτική παρέμβαση στον νεφροπαθή με σακχαρώδη διαβήτη, Νοσηλευτική, Τόμος 28, Τεύχος 3ο, Εκδόσεις Βήτα, σελ.204-216, Ιούλιος - Σεπτέμβριος, Αθήνα 1989.
- ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Π.-ΚΑΡΤΙΡΖΟΓΛΟΥ Α. και συν: Αιμοκάθαρση, Πρακτικά απο το Σεμινάριο Αδελφών Τεχνητού Νεφρού, 7 Μαρτίου, Αθήνα 1986, Έκδοση Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας, Θεσσαλονίκη 1986.
- ΘΑΝΟΥ Ι : Νοσηλευτικοί χειρισμοί αγγειακών προσπελάσεων, Πρακτικά, Εισήγηση στο Β'Επιμορφωτικό Σεμινάριο Νοσηλευτικών Μονάδων Εξωνεφρικής Κάθαρσης, Αθήνα 1988.
- KNAPTON M: Renal Dialysis and mood swings, Nursing Times, Volume 86, NO 16, Macmillan Magazines, page 40-42, April, London 1990.
- LOCKMANN J. SORENSEN K.: Medicul Surgical Nursing : a psychophysiological approach, Editior 3rd, Saunders Company, Philadelphia 1987.
- MACKEVITT R.- CARNEY R.: Psychological effects of exercise training in hemodialysis patients, Nephron, Volume 33, NO 3, Medical Scientific Publishers, page 178-180, Murch, New York 1983.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ: Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2ος, Μέρος 1ο, Έκδοση 9η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ: Διαταραχές αιμόστασης ασθενών σε χρόνια αιμοκάθαρση, Ιατρική, Τόμος 5ος, Τεύχος 1ο, Εκδόσεις Βήτα, σελ. 37-38, Ιανουάριος-Φεβρουάριος, Αθήνα 1988.
- ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ Γ: Στοιχεία ουρολογίας, Επίτομος, Έκδοση 1η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987.

- ΜΠΑΡΟΝΙΚΟΥ ΒΑΣΙΛΑΤΟΥ Σ: Προβλήματα νεφροπαθούς που χρειάζεται τεχνικό νεφρό και ο ρόλος της νοσηλεύτριας, Νοσηλευτική, Τόμος 26ος, Τεύχος 4ο, Εκδόσεις Βήτα, σελ.132-136, Ιούλιος - Αύγουστος, Αθήνα 1987.
- ΜΠΟΥΚΟΥΒΑΛΑ Μ : Αγωγή υγείας νεφροπαθών και υγιών με αυξημένο κίνδυνο νεφροπάθειας, Εισήγηση στο ΙΓ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά '86, 20-22 Μαΐου, Σέρρες 1986.
- ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Ν.- ΘΑΝΟΥ Ι: χρήσιμες οδηγίες και πληροφορίες για τους νεφροπαθείς, Εκδοση 3η, Εκδόσεις Αργύρου Ν., Αθήνα 1984.
- ΡΑΡΡΕΡ Σ : Κλινική Νεφρολογία, Μετάφραση και απόδοση Ζηρογιάννη Π., Επίτομος, Εκδοση 2η, Ιατρικές Εκδόσεις Αΐττας, Αθήνα 1981.
- ΠΥΡΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Μ: Το πρόβλημα με την θεραπεία των νεφροπαθών αρρώστων, πως έχει το θέμα, τι πρέπει να γίνει, Επιθεώρηση υγείας, Τόμος 2ος, Τεύχος 7ο, Εκδόσεις Μοάτσος Χρ., σελ.12-14, Ιούλιος Αθήνα 1990.
- ΡΑΓΙΑ Α : Βασική Νοσηλευτική, Επίτομος , Εκδοση 1η, Εκδόσεις Ευνική, Αθήνα 1987.
- ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1ος, Επανεκδόση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985.
- ΤΖΟΥΠΑ Π : Νοσοκομειακή φροντίδα παιδιών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, Εισήγηση στο ΙΒ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά '85, 12-14 Μαΐου, Αθήνα 1985.

