

Σ.Ε.Υ.Π ΠΑΤΡΩΝ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: "ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ".

ΣΥΝΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΚΑΒΒΑΔΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΠΑΤΡΑ 1991



APIC	4528
------	------

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Η εργασία που ακολουθεί, αφιερώνεται στους ανθρώπους με ειδικές ανάγκες και σ' όλους αυτούς που μοχθούν καθημερινά, για την πραγματοποίηση του δύσκολου αλλά επίμονου έργου της αποκατάστασής τους και της ομαλής επανένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ ολόθερμα, όλους όσους συνέβαλαν στην αποπεράτωση αυτής της εργασίας:

- 1) Τους γονείς μου, που μου έδωσαν την επιμονή και υπομονή
- 2) Όλους τους καθηγητές μου, που μου μετέδωσαν τα "φώτα" της μάθησης και την αγάπη για τον ασθενή-συνάνθρωπό μας και ιδιαίτερα την κα Φεωργούση, για την απεριόριστη πρόσφορά της στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής
- 3) Όλους αυτούς που με βοήθησαν και με συμβούλευσαν στο δύσκολο αυτό θέμα της αποκατάστασης των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	I
Εισαγωγή.....	II
Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Α. Διάκριση αναπηριών.....	I
Β. Εισαγωγικά.....	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Α. Ορισμός-Σκοπός αποκατάστασης.....	6
Β. Γενικά περί αποκατάστασης.....	7
Γ. Βασικές αρχές που εμπλέκονται στην αποκατάσταση.....	8
Δ. Γνωρίσματα της νόσου που επηρεάζουν την αντίδραση του αρρώστου.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Φυσικοθεραπεία-Αποκατάσταση.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Η εργασίαθεραπεία ως μέσο αποκατάστασης.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
Η σπαστικότητα και η αντιμετώπισή της.....	18
Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ	
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση της αναπηρίας	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Γενική νοσηλευτική φροντίδα.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Ψυχολογική υποστήριξη	
Α. Νοσηλευτής-Ανάπηρος.....	32
Β. Νοσηλευτής-Οικογένεια.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Γενικά συμπεράσματα για το ρόλο του νοσηλευτή στην αποκατάσταση των αναπήρων.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

A. Ιστορικά 2 ασθενών με παραπληγία (μετά από τροχαίο ατύχημα και μετά από σκλήρυνση κατά πλάκας)..... 44

B. Σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας σε παραπληγικό άρρωστο..... 46

Επίλογος..... 50

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αναπηρία αποτελεί στις μέρες μας ένα κοινωνικό στίγμα, με σοβαρές συνέπειες σ' όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής (ατομικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό). Για να εξετάσω την αληθοφάνεια των ήδη υπάρχουσών μέσων αποκατάστασης και την εφαρμογή αυτών στις ποικίλες σημερινές μορφές αναπηρίας, τόλμησα την παρακάτω μελέτη. Οι σελίδες που ακολουθούν πιθανό να διαφωτίσουν και ν' αποδείξουν τις πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου αυτού και τις πλέον άδυνατες εφαρμογές της ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή αναφέρεται στις αναπηρίες και στο ρόλο του νοσηλευτή στην αποκατάστασή τους. Επειδή αναπηρία μπορεί να παρουσιασθεί ανά πάσα στιγμή, από οποιαδήποτε αιτία μικρή (π.χ πέσιμο) ή μεγάλη (π.χ τροχαίο-Α.Ε.Ε), εδώ θ' ασχοληθώ σ' αυτές που είναι αποτέλεσμα Α.Ε.Ε ή ψυχικών νόσων. Στο γενικό μέρος παρουσιάζω τα είδη και τους αιτίες που προκαλούν αναπηρίες καθώς και τις μεθόδους της φυσικοθεραπείας και της εργασιοθεραπείας, που αποτελούν σημαντικά μέσα του δύσκολου αυτού τομέα της αποκατάστασης. Έναρξη του ειδικού μέρους της εργασίας αυτής αποτελεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση των σωματικών αναπηριών. Ο πολύπλευρος και σημαντικός αυτός ρόλος καλύπτει πολλές πλευρές του θέματος. Πρώτα τη γενική νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται σε κάθε άτομο με προβλήματα αναπηρίας και κατόπι τη ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του για την αντιμετώπιση του πολυδιάστατου προβλήματος. Τέλος το σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας σε παραπληγικό άρρωστο σφραγίζει και περιγράφει με λεπτομέρεια τη διαδικασία της νοσηλευτικής αντιμετώπισης των αναπήρων-ασθενών.

Ελπίζω η εργασία αυτή να διαφωτίσει πολλές πλευρές του φαινομένου "αναπηρία" και να συντελέσει στην ευρύτερη κατανόηση και συμπάρσταση του ανθρώπου που λέγεται "ανάπηρος", ενός ανθρώπου που χρειάζεται την ΑΓΑΠΗ μας για ν' αποκατασταθεί πραγματικά.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Α. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ

Οι αναπηρές διακρίνονται σε: 1) Σωματικές, 2) Ψυχικές κ' 3) Μικτές (ψυχοσωματικές).

Οι σωματικές αναπηρές προκαλούνται από: α) Τροχαία ατυχήματα (στο δρόμο ή το σπίτι), β) Α.Ε.Ε., αποτέλεσμα των οπείων είναι η ημιπληγία με ή όχι διαταραχή του λόγου, ανάλογα με το κέντρο βλάβης, που προσβλήθηκε (ημιπληγία είναι η παράλυση του ενός ημιμορίου του σώματος, συνέπεια της οποίας είναι η απώλεια δραστηριότητας των εκούσιων κινήσεων του ατόμου, ενώ αφασία είναι η διαταραχή της ομιλίας με διαταραχή κατανόησης των λέξεων δια της ακοής ή της οράσεως ή με αδυναμία προφοράς ή γραφής λέξεων)., γ) Σκλήρυνση κατά πλάκας (νόσος του Ν.Σ απομυελωτική, με προοδευτική παράλυση και διαταραχή σημαντικών λειτουργιών του οργανισμού όπως π.χ όραση, βάδιση, ομιλία, διανοητική δραστηριότητα), δ) Νόσο κινητικού νευρώνα ή νόσο του CHARCOT κ' ε) Διάφορες άλλες ασθένειες όπως: α) Βαρεία μυασθένεια (που χαρακτηρίζεται από μυική αδυναμία και έχει σχέση με ελαττωματική αγωγή των νευρικών ώσεων προς τους μυς), β) Παλαιά την πολυομυελίτιδα, γ) Εκφυλιστικά νοσήματα (μυοπάθειες, μυικές δυστροφίες), δ) Περιφερικές πολυνευροπάθειες.

Όλες οι παραπάνω νόσοι προκαλούν κυρίως διαταραχή στην κίνηση, όπως παραπληγία (παράλυση και των 2 κάτω άκρων) ή παραπάρεση ή τετραπάρεση ή τετραπληγία (παράλυση των άνω και κάτω άκρων μαζί).

Οι ψυχικές νόσοι προκαλούνται από: α) Ψυχιατρική νόσο και β) Διανοητική καθυστέρηση.

Οι μικτές αναπηρίες προκαλούνται από: α) Νοσήματα της παιδικής ηλικίας (μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, υδροκέφαλο, μηνιγγομυελοκλήλη) και β) Περιγγενητική ανοξία ή κακώσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επίσης αναπηρία είναι δυνατό να προκληθεί απ'ευθείας από μία αρρώστεια ή κάκωση. Η ανικανότητα που δημιουργείται πιθανόν να είναι προσωρινή, όπως στην περίπτωση ενός κατάγματος, ή μόνιμη, όπως στην περίπτωση ακρωτηριασμού ή ακόμη εξελικτική, όπως στο νευρολογικό σύστημα: σκλήρυνση κατά πλάκας. Εξάλλου αναπηρία μπορεί να προκληθεί και δευτερογενώς είτε σαν συνέπεια της εξελισσόμενης αρρώστειας είτε σαν αποτέλεσμα της παρατεταμένης ακινησίας και της ανεπαρκούς φροντίδας ή της αποθάρρυνσης και απώλεια ενδιαφέροντος για τη συνέχιση της ζωής.

Β. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ

Παρά τις προόδους της σύγχρονης ιατρικής, υπάρχουν πολλοί άρρωστοι που δε μπορούν να θεραπευτούν. Τέτοια παραδείγματα είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η σκλήρυνση κατά πλάκας. Σε άλλες περιπτώσεις ο άρρωστος μετά από οξεία νόσο παραμένει με χρόνια και μόνιμη βλάβη (μετά από τραυματισμό ή πολυμυελίτιδα). Οι σωματικά μειονεκτικοί άρρωστοι δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα. Για παράδειγμα, ένας άρρωστος με χρόνια επώδυνη ρευματοειδή αρθρίτιδα, θα χρειασθεί πολύ διαφορετική βοήθεια από έναν που υποφέρει από σκλήρυνση κατά πλάκας. Η μειωμένη κινητικότητα, η απώλεια του εισοδήματος και η εκ των προτέρων καταδίκη των ατόμων αυτών είναι παραδείγματα του φαινομένου που μπορεί να στερήσει τ'ανήλικα άτομα από μια ικανοποιητική θέση στην κοινωνία.

Πριν 30-40 χρόνια, η πολυμυελίτιδα και τα Α.Ε.Ε. ήταν αιτίες που προκαλούσαν μεγάλη ανικανότητα. Οι βελτιωμένες τεχνικές για την πρόληψη και θεραπεία αυτών των καταστά-

σεως, έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση του αριθμού των ατόμων που είναι ανίκανα από αυτές τις διαταραχές. Επιπρόσθετα, υπήρχαν πολλοί ανάπηροι πολέμου που οι περισσότεροι απ' αυτούς έχουν πεθάνει. Σήμερα η κατάσταση έχει αλλάξει ριζικά. Οι εκφυλιστικές παθήσεις έχουν γίνει αιτία χρόνιας ανικανότητας. Στη Δ. Ευρώπη, οι περισσότεροι σωματικοί περιορισμοί, συμβαίνουν τώρα μεταξύ των ατόμων με ηλικία μικρότερη των 50 ετών. Μερικά από τα πιο προκλητικά προβλήματα συμβαίνουν στα παιδιά και τους νεαρούς ενήλικες. Στα πρώτα λίγα χρόνια της ζωής σοβαρή σωματική ανικανότητα και μειονεκτήματα, προκαλείται από υδροκέφαλο, μηνιγγομυελοκήλη, παράλυση (από περιγγενητική κή ανοξία) και από μυϊκή δυστροφία. Επίσης, τ' ατυχήματα (στο δρόμο ή το σπίτι), είναι ένας από τους κυριότερους κινδύνους για να γίνει το άτομο ανίκανο στα μετέπειτα χρόνια της παιδικής ηλικίας και στην αρχή της ενηλικίωσης. Τα προβλήματα που απαντούν στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας μπορεί να παραμένουν σ' όλη τη μέση ηλικία. Σ' αυτή την περίοδο, εμφανίζονται πολλές καταστάσεις όπως π.χ σκλήρυνση κατά πλάκας και ρευματοειδής αρθρίτιδα. Περίπου το 75% των αρρώστων στις μονάδες για χρόνιους κάσχοντες, παρουσιάζουν νευρολογικής αιτιολογίας νόσο. Πάντως, οι περισσότεροι σωματικοί περιορισμοί συμβαίνουν σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 50 ετών.

Οι ψυχιατρικές παθήσεις προκαλούν ανικανότητα μειονεκτήματα. Ενδιαφέροντα παραδείγματα αποτελούν η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια και οι μανιακές καταστάσεις. Επιπλέον, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός διανοητικών καθυστερημένων ατόμων, οι περισσότεροι απ' τους οποίους ζουν μέσα στην κοινωνία, ενώ άλλοι χρειάζονται φροντίδα και επίβλεψη σε νοσοκομείο ή σε κατάλληλο ίδρυμα.

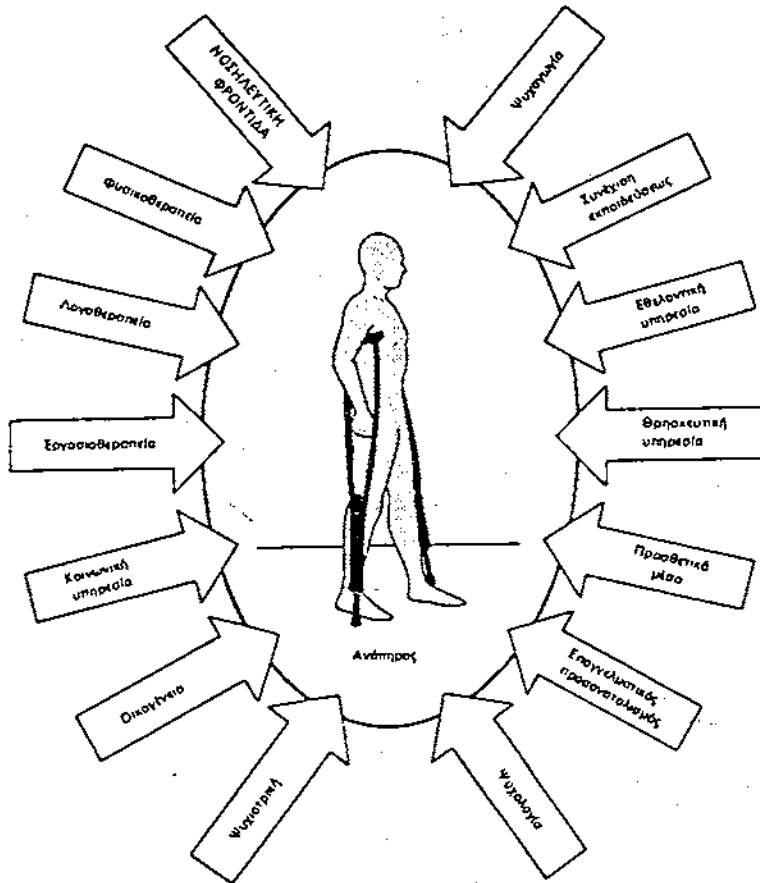
Η ανεξαρτησία των ηλικιωμένων ατόμων βρίσκεται σε πολύ ασταθή ισορροπία και μπορεί να προσβληθεί από πολλούς παράγοντες. Μία πάθηση όπως π.χ η πνευμονία, μπορεί να προκαλέσει ανικανότητα λίγων ημερών σ' ένα νεαρό άτομο, ενώ μπορεί να

προκαλέσει κατάρρευση της κατάστασης ισορροπίας, εμφάνιση σύγχισης και απώλεια κινητικότητας σ' ένα ηλικιωμένο άτομο. Ένας τέτοιος άρρωστος χρειάζεται προσεκτική αντιμετώπιση για να μπορέσει να ξαναβρεί την προηγούμενη ανεξαρτησία του. Είναι πολύ εύκολο γι' αυτόν να γίνει μια ακόμα "χρόνια περίπτωση". Η φροντίδα των ηλικιωμένων χρειάζεται συμπάθεια, κατανόηση, γνώση των ειδικών προβλημάτων και πάνω απ' όλα χρόνο.

Η αναπηρία είναι ένα σύνθετο ΙΑΤΡΟ-ΨΥΧΟΚΩΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ, που απαιτεί πολύπλευρη αντιμετώπιση. Η αποκατάσταση πρέπει να είναι πλήρης. Η πλήρης αποκατάσταση είναι μια αλυσίδα μερικών αποκαταστάσεων σε ειδικούς τομείς, διαχωριζόμενους μεταξύ τους. Το γεγονός αυτό δημιουργεί την ανάγκη συνεργασίας στη διαδικασία της αποκατάστασης, πολλών ειδικών επαγγελματικών κλάδων σε μια συντονισμένη ομαδική προσπάθεια, οι κυριώτεροι απ' τους οποίους είναι:

- α) Γιατροί όλων των ειδικοτήτων και ψυχίατροι
- β) Φυσικοθεραπευτής
- γ) Δογοθεραπευτής
- δ) Ψυχολόγος
- ε) Σύμβουλος επαγγελματικού προσανατολισμού
- στ) Κοινωνικός λειτουργός
- ζ) Εθελοντική υπηρεσία και πολλοί άλλοι που φαίνονται αναλυτικώτερα στο σχήμα που ακολουθεί.

Επίπεδα φροντίδας του αναπήρου ατόμου
κατά τη διεργασία της ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ⁴⁵.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Α. ΟΡΙΣΜΟΣ- ΣΚΟΠΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ

Αποκατάσταση είναι η πλήρης ή μερική ανάρρωση από την ασθένεια, η επανάκτηση της σωματικής και ψυχολογικής ισορροπίας. Είναι η επιστροφή του αρρώστου στον αγώνα της ζωής, από τον οποίο είχε απομακρυνθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Είναι επίσης η δημιουργική διαδικασία, με την οποία το άτομο επιτυγχάνει τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση του έπειτα από μια ασθένεια, ατύχημα ή αναπηρία.

Οι σκοποί του προγράμματος αποκατάστασης είναι:

- 1) Η ανάκτηση της λειτουργικότητας που χάθηκε
- 2) Η μεγιστοποίηση των ικανοτήτων που απέμειναν
- 3) Η πρόληψη επιδεινώσεως της αναπηρίας
- 4) Η ψυχολογική ενεργητική προσαρμογή του ατόμου στους περιορισμούς της αναπηρίας και η ένταξη του στην κανονική ζωή.
- 5) Η εκπαίδευση του αναπήρου στο να χρησιμοποιεί τα υπολείμματα της αναπηρίας του, ώστε μ'αυτά να αναπροσαρμοσθεί στη ζωή και την εργασία του.

Κριτήρια της καλής πορείας του αναπήρου προς την επιτυχία των παραπάνω σκοπών θεωρούνται η ανάληψη από τον ίδιο τον εαυτό του της ευθύνης για την αυτοεξυπηρέτηση του με βοήθεια ή χωρίς αυτή η πρόληψη δευτερογενών ανικανοτήτων και η πρόοδος στην ανεξαρτητοποίηση από την άμεση φροντίδα των άλλων.

Β. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ

Η αποκατάσταση συνεπάγεται την αντιμετώπιση εκείνων των αρρώστων που έχουν περάσει το οξύ στάδιο της νόσου, αλλά έχουν παραμείνει με υπολειματικά προβλήματα. Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη διαδικασία που ακολουθείται στα ανίκανα άτομα, ώστε να επανέλθουν σε μια κατάσταση που θα τους επιτρέψει να ζήσουν μια κατά το δυνατό φυσιολογική ζωή. Πρακτικά, κάθε διαταραχή που δε μπορεί να θεραπευτεί ολοκληρωτικά, οδηγεί σε κάποιο βαθμό ανικανότητας, είτε παροδικό είτε εμόνιμο.

Η ουσία της αποκατάστασης, βρίσκεται στην ακριβή διάγνωση και πρόγνωση και στην κατάλληλη θεραπεία και αντιμετώπιση. Πολλοί άρρωστοι που προσέρχονται στο νοσοκομείο δε χρειάζονται εντατική θεραπεία αποκατάστασης. Πάντως βασικό είναι η πληροφόρηση του ασθενούς και της οικογένειας του για την αναμενόμενη πρόγνωση της πάθησης, την πιθανή έκβαση θεραπείας και τις ενδείξεις της επιστροφής του στην εργασία.

Ο ανάπηρος θεωρείται έτοιμος να φύγει από το νοσοκομείο, όταν:

- 1) Η παραμονή του στο νοσοκομείο δε χρειάζεται για την παροχή καθημερινής φροντίδας
- 2) Ο ίδιος έχει προετοιμασθεί ψυχικά για να επιστρέψει στο σπίτι του ή να μεταφερθεί σε άλλο ίδρυμα
- 3) Η οικογένεια του ή το ειδικό ίδρυμα είναι έτοιμα να τον υποδεχθούν
- 4) Ο οργανισμός απασχόλησεως εργατικού δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ) διαθέτει γραφείο εργασίας αναπήρων και διευκολύνει την επαγγελματική του αποκατάσταση (αν βέβαια είναι νέος και μπορεί να εργασθεί).

Γ. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΟΥ ΕΜΠΛΕΚΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- 1) Υπεύθυνη αντιμετώπιση των αρρώστων που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία και έχουν αφηθεί με μόνιμη ανικανότητα. Μερικές διαταραχές, όπως π.χ κατακλίσεις και αγκυλώσεις των αρθρώσεων είναι δυνατό ν' αποφευχθούν και πρέπει να γίνει κάθε προσπάθεια για να προλαμβάνονται.
- 2) Η αποκατάσταση του αρρώστου χρειάζεται μια ειδική ομάδα εργασίας. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι όχι μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό (που αποτελεί τη βάση της έννοιας της αποκατάστασης), αλλά και οι άλλοι κλάδοι της εργασίας (ψυχοθεραπευτές, ψυχολόγοι κλπ) θα πρέπει να εκτιμήσουν τη θεραπεία του.
- 3) Ο άρρωστος και οι στενοί του συγγενείς του (δηλ. το οικογενειακό του περιβάλλον), έχουν αποκλειστικά το δικαίωμα της απόφασης και επιλογής της μεθόδου της θεραπευτικής αγωγής.
- 4) Ακριβής και λεπτομερειακή εκτίμηση των σωματικών λειτουργιών του ασθενούς θεωρείται τόσο σημαντική όσο και η διάγνωση. Μια τέτοια εκτίμηση μπορεί να έχει σημαντικό αποτέλεσμα στην ικανότητα του αρρώστου για ανεξαρτητοποίηση και επιστροφή στην εργασία του.
- 5) Θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να εκτιμούνται τα ψυχολογικά αποτελέσματα από την πάθηση ή τη βλάβη και να καθορίζονται τα κίνητρα που επιτρέπουν στον καθένα να δραστηριοποιείται κατά το μέγιστο δυνατό.
- 6) Η ιδιαίτερη φροντίδα του αρρώστου δεν πρέπει να θεωρείται ολοκληρωμένη, προτού διδαχθεί πως να εξυπηρετείται και να εργάζεται με δυνάμεις του απέμειναν.

Δ. ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΣΤΙΔΡΑΣΗ

ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Υπάρχουν τουλάχιστον 4 γνωρίσματα της νόσου, που επηρεάζουν την αντίδραση του αρρώστου σ' αυτήν:

- 1) Η αναγνώριση της νόσου ως θανατηφόρας ή μη (π.χ έμφραγμα μυοκαρδίου- υπαραχνοειδής αιμορραγία). Η γνώση ότι κάποιος βρίσκεται προς το τέλος της ζωής, συνδέεται με τη δημιουργία αγωνίας, άγχους και αβεβαιότητας.
- 2) Ο τρόπος έναρξης της νόσου. Άρρωστοι με εξελισσόμενες διαταραχές όπως π.χ η ρευματοειδής αρθρίτιδα, αντιδρούν διαφορετικά από εκείνους με νοσήματα αιφνίδιας έναρξης. Έτσι π.χ πολλοί άρρωστοι που έχουν ξαφνικά παραλύσει από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, φαίνονται ότι τα άκρα τους θα επανέλθουν το ίδιο γρήγορα στη φυσιολογική τους κατάσταση.
- 3) Η πρόγνωση της νόσου. Διαταραχές με υποτροπές και εξάρσεις όπως π.χ η σκλήρυνση κατά πλάκας και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, προκαλούν ιδιαίτερα ψυχολογικά προβλήματα. Απελπίσια και ελπίδα μπορεί να εμφανισθούν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και είναι ιδιαίτερα δύσκολο ν' αντιμετωπισθούν. Ακόμα και σοβαρός βαθμός αναπηρίας που προκαλείται π.χ μετά από τραυματισμό, είναι ευκολότερα αποδεκτός παρά η αβεβαιότητα της χρόνιας πάθησης.
- 4) Η προσβολή του εγκεφάλου άμεσα ή έμμεσα απ' τη νόσο. Η προσβολή του εγκεφάλου (π.χ από Α.Β.Ε ή υπαραχνοειδή αιμορραγία) θα δημιουργήσει σημαντική δυσκολία στην ικανότητα του αρρώστου ν' αντιμετωπίσει την ανικανότητα του. Το μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα μπορεί να είναι η ελάτωση της ικανότητας για κρίση, της διανοητικής λειτουργίας, της μνήμης και τέλος του συγκινησιακού ελέγχου.

Μερικοί άρρωστοί είναι πιο ευπροσάρμοστοι στα επακόλουθα της νόσου από άλλους. Όταν εκτιμούμε την προσωπικότητα, είναι σημαντικό να πληροφορούμαστε για τις προηγούμενες ψυχιατρικές διαταραχές π.χ για επεισόδια επιθετικότητας και κατάθλιψης. Είναι επιθυμητό να γνωρίζουμε πως ο άρρωστος αντιμετώπισε προηγούμενες κρίσεις όπως π.χ δυσκολίες οικονομικές, οικογενειακές, επαγγελματικές. Σημαντικό επίσης είναι να γνωρίζουμε τυχόν εμπειρίες του αρρώστου με κάποιο νόσημα (Για παράδειγμα ένα άτομο που έβλεπε τον πατέρα του να γίνεται προοδευτικά πιο ανίκανος από επανειλημμένα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να έχει ιδιαίτερο φόβο μήπως συμβεί το ίδιο και σ'αυτόν και όταν συμβεί αυτό πράγματι, τ'αποτελέσματα μπορεί να είναι καταστροφικά). Είναι σημαντικό να ερευνήσουμε για τα προηγούμενα ενδιαφέροντα και τις ασχολίες του αρρώστου γιατί αποτελούν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της ασθένειας του. Έτσι π.χ ένα άτομο πολυάσχολο που η ζωή του ήταν αφοσιωμένη στη δουλειά του μπορεί να θεωρήσει ότι δεν υπάρχει λόγος ύπαρξής του γιατί λόγω της ανικανότητάς του δε μπορεί να εργασθεί. Έξοια άτομα βρίσκουν συχνά δυσκολίες προσαρμογής σ'ένα περιορισμένο τρόπο ζωής. Από την άλλη μεριά όμως, ο άρρωστος με τα διάφορα ενδιαφέροντα και ασχολίες μπορεί να βρει ευκολότερα το όρδο για το χτίσιμο μιας νέας ζωής.

Παρακάτω ακολουθεί ένας πίνακας με τους κύριους παράγοντες που χρειάζονται εκτίμηση από την ειδική ομάδα εργασίας, πως εργάζεται στην αποκατάσταση του αναπήρου.

ΠΙΝΑΚΑΣ: ΚΥΡΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- | | |
|---|--|
| α. Ιατρικά προβλήματα..... | Πόνος, οσαστικότητα άκρων, ακρωτηριασμοί. |
| β. Ψυχική κατάσταση..... | Κατάθλιψη, σύγχυση |
| γ. Κινητικότητα..... | Μεταφορά, περπάτημα, οδήγηση, μετακίνηση με αναπηρική καρέκλα, άνοδος-κάθοδος σκαλιών. |
| δ. Επικοινωνία..... | δραση, ακοή, γραφή, ομιλία. |
| ε. Δραστηριότητες που αφορούν την εξυπηρέτηση.... | Διατροφή, πλύσιμο, μπάνιο, τουαλέτα. |
| στ. Σπίτι | Σκαλιά, φαρδιές πόρτες για αναπηρική καρέκλα. |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η φυσικοθεραπεία παίζει σπουδαίο ρόλο στη θεραπεία πολλών νευρολογικών νόσων. Όταν η πάθηση προκαλεί μερική ή ολική παράλυση ενός ή περισσότερων άκρων, η κατάλληλη φυσικοθεραπεία πρέπει να ξεκινήσει όσο γίνεται γρηγορότερα.

Σκοπός της φυσικοθεραπείας είναι να μπορέσει ο άρρωστος να χρησιμοποιήσει όσο γίνεται καλύτερα τη δύναμη που του απομένει στη μερική παράλυση (όπως π.χ στην ημιπληγία) και να προλάβει τις μυικές βραχύνσεις, τη μυική σκλήρυνση και τις παραμορφώσεις στις ολικές παραλύσεις.

Όταν υπάρχει πλήρης παράλυση, χαλαρή (βλάβες του κατώτερου κινητικού νευρώνα) ή σπαστική (βλάβες του ανώτερου κινητικού νευρώνα) γίνονται παθητικές κινήσεις των προσβεβλημένων μυών σ' όλους τους άξονες των αρθρώσεων μέχρι τα ακραία σημεία. Αυτές οι παθητικές κινήσεις, θα διατηρήσουν την ελαστικότητα των σκελετικών μυών, θα προλάβουν την εγκατάσταση μυικών βραχύνσεων και ίσως βοηθήσουν στις σπαστικές παραλύσεις να ελαττωθεί ο αυξημένος μυικός τόνος. Αργότερα, όταν αρχίσει να επανέρχεται η δύναμη στους μυς, ο άρρωστος ενθαρρύνεται να κάνει ενεργητικές κινήσεις με υποστήριξη ή με κατάλληλη τοποθέτηση του μέλους, ώστε να εξουδετερώνεται η βαρύτητα και αργότερα κινήσεις υπερνίκησης και αντίστασης. Όλοι σχεδόν οι ημιπληγικοί άρρωστοι μπορούν να βοηθηθούν να περπατήσουν με μεγάλη ή μικρή βοήθεια, αλλά πολλοί απ' αυτούς ανακτούν πολλή περιορισμένη λειτουργικότητα στα χέρια. Επίσης ουσιαστική βοήθεια προσφέρουν οι φυσικοθεραπευτές στους άρρωστους με αναπνευστική παράλυση, αφού τους βοηθούν όχι μόνο ν'

αποβάλλουν τις εκκρίσεις, που διαφορετικά παραμένουν και φράζουν τους βρόγχους αλλά και να χρησιμοποιήσουν στον καλύτερο βαθμό την αναπνευστική ικανότητα που αποκτούν.

Η αποκατάσταση είναι σπουδαία όχι μόνο για τους αρρώστους που αναλαμβάνουν από παθήσεις που προκαλούν παράλυση, αλλά και για τους αρρώστους που πάσχουν από χρόνια νευρολογικά νοσήματα π.χ στους αρρώστους με παρεγκεφαλιδική αταξία, βοηθάνε πολύ οι ασκήσεις βάδισης του FRANKEE, με τις οποίες ο άρρωστος μαθαίνει να περπατά πάνω σε γραμμές ή πάνω σε έμποτυπώματα ποδιών στο πάτωμα. Παρόμοιες ασκήσεις έχουν μεγάλη σημασία στην αποκατάσταση των παραπληγικών καθώς και των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση. Ακόμα βελτιώνουν εκείνες τις νευρολογικές παθήσεις όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας και η νόσος του PARKINSON, για τις οποίες υπάρχει ελπίδα ύφεσης ή σταθεροποίησης. Για τη μυϊκή δυστροφία στην οποία η νόσος είναι προοδευτική, οι τακτικές ήπιες κινήσεις επιβραδύνουν ίσως την εξέλιξη. Είναι επίσης σκόπιμο να διδάσκονται οι κατάλληλες παθητικές ασκήσεις (έκταση γόνατος, αγκώνος κλπ) στους γονείς των αρρώστων παιδιών για να συνεχίζουν στο σπίτι το πρόγραμμα θεραπείας, με το οποίο θα προληφθούν οι μυϊκές βραχύνσεις. Επίσης θα πρέπει να διδαχθούν τη σωστή στάση του σώματος και πως πρέπει να χρησιμοποιούν τα κατάλληλα μηχανήματα, ώστε να προληφθεί η σκολίωση.

Υπάρχουν πολλά βοηθήματα που αναπληρώνουν τις αναπηρίες και βοηθούν το έργο της φυσικοθεραπείας. Οι άρρωστοι που αρχίζουν να περπατούν μετά από κάποια αρρώστια ή εκείνοι που σιγά-σιγά επανακτούν τις δυνάμεις τους θα χρειασθούν ειδικά μηχανήματα (τρίποδο, πατερίτσες και ειδικές βακτηρίες), ώστε να βοηθηθούν σημαντικά και να αποκτήσουν ξανά

εμπιστοσύνη στις δυνάμεις τους. Οι νάρθηκες που εφαρμόζονται τη νύχτα στα σπαστικά ή παράλυτα άκρα προλαβαίνουν τις μυϊκές βραχύνσεις.

Με τη φυσικοθεραπεία- αποκατάσταση συνδέονται στενά οι τεχνικές χειρομαλάξεων-ακινητοποίησης. Οι μαλάξεις μυών και αρθρώσεων χρειάζονται για την υποχώρηση της υπερτονίας, των αγκυλώσεων και των μυϊκών βραχύνσεων, που πολλές φορές ακολουθούν την παράλυση. Για παράδειγμα αναφέρω το σύνδρομο του ακινητοποιημένου ώμου, που χαρακτηρίζεται από την ακινητοποίηση της άρθρωσης του ώμου και δυνατό πόνο που συχνά αναπτύσσεται στους ημιπληγικούς αρρώστους. Η συνεχής ή διαλείπουσα έλξη ανακουφίζει πολλές φορές και την αυχενική δισκοπάθεια. Αν τα συμπτώματα επιμένουν, τότε εφαρμόζεται ακινητοποίηση με πλαστικό κολάρο ή οσφυϊκή ζώνη (αν πρόκειται για οσφυϊκή δισκοπάθεια) με καλά συνήθως αποτελέσματα. Αν όλα αυτά δεν επιφέρουν τ'αναμενόμενα αποτελέσματα τότε ίσως είναι αναγκαία η βοήθεια εξειδικευμένου χειροπράκτη, αν και με τέτοιους χειρισμούς πάντοτε υπάρχει κίνδυνος, έστω και μικρός, να προκληθεί παραπληγία (στην αυχενική περιοχή) ή σύνδρομο ιππουρίδας (στην οσφυϊκή χώρα).

Χειρουργική επέμβαση θα συστηθεί σε νέα συνήθως άτομα, αν όλα αυτά τα μέσα αποτύχουν να σταματήσει ο πόνος ή όταν υπάρχουν αντικειμενικά παθολογικά σημεία (παράλυση κατωτέρου κινητικού νευρώνα, αισθητικές διαταραχές τύπου αναισθησίας) που δείχνουν επίμονη πύεση του νωτιαίου μυελού ή κάποιας νωτιαίας ρίζας. Η χειρουργική επέμβαση και αποσυμπίεση του νωτιαίου μυελού δεν είναι βέβαια η ιδανική λύση, αλλά φαίνεται να είναι η καλύτερη θεραπεία για τους αρρώστους που δείχνουν γρήγορα επιδείνωση της κατάστασής τους και στους οποίους υπάρχουν μυελογραφικά ευρήματα βαριάς πύεσης του νωτιαίου μυελού από ένα ή περισσότερους μεσοσπονδύλιους δίσκους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Η ΕΡΓΑΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η εργασιοθεραπεία, γνωστή ακόμα από την εποχή των αρχαίων Ελλήνων, κατέχει σημαντική θέση στην αντιμετώπιση των χρονίων νευρολογικών αρρώστων ή εκείνων που αναρρώνουν από παραλυτικά νοσήματα του Ν.Σ(συμπεριλαμβανομένων και των καώσεων).

Σκοπός της εργασιοθεραπείας, είναι να επαναφέρει τον ασθενή στο κανονικό επίπεδο λειτουργικότητας, είτε επιστρέφοντας τον στη συνηθισμένη του θέση στη κοινωνία ή δίνοντας του κάποιο σκοπό ύπαρξης του εκτός του νοσοκομειακού χώρου.

Καθώς οι ημέρες και οι εβδομάδες περνούν μονότονα για τον άρρωστο χωρίς να βλέπει εξέλιξη, απαραίτητο είναι να υπάρχει ένα οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Γι' αυτό πρέπει κατά το δυνατό να συμμετέχει στην οικογενειακή ζωή και ν' απασχολείται. Αυτό αποτελεί όχι μόνο ένα αντίδοτο για την απελπισία του αρρώστου αλλά τον ενθαρρύνει να χρησιμοποιεί τα μέλη του και να βελτιώνει τη συμπεριφορά του με τους άλλους.

Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από:

- 1) Τις αναληφθείσες δραστηριότητες - ότι είναι κατάλληλες για τον ασθενή
- 2) Την ατμόσφαιρα στην οποία εφαρμόζονται
- 3) Τις σχέσεις που αναπτύχθηκαν μεταξύ του ασθενούς και της ειδικής ομάδας εργασίας (επαγγελματικό προσωπικό)

Οι εργασιοθεραπευτές είναι κατάλληλοι για να εκτιμήσουν με ακρίβεια τις επιπτώσεις που έχει στην καθημερινή δραστηριότητα του αρρώστου η αναπηρία του και να σχεδιάσουν ασκήσεις και μηχανήματα-βοηθήματα που θα συμ-

βάλλουν στην αντιμετώπιση της αναπηρίας. Αυτού του είδους η θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάπηρη νοικοκυριά, ώστε να μπορεί να προσαρμόσει την ικανότητά της στις ανάγκες του σπιτιού, αλλά επίσης πολύ σημαντική και βασική και για κάθε ανάπηρο ανεξαρτήτου επαγγέλματος. Επίσης, η ενθάρρυνση για παρακολούθηση ραδιοφώνου ή τηλεδράσης καθώς και η συμμετοχή στα ομαδικά αθλήματα (μπάσκετ, βόλλεϋ κλπ) διατηρούν και τονώνουν το ηθικό κάθε αναπήρου-αρρώστου που θα μένει χρόνια σε ιδρύμα.

Μεγαλύτερη φροντίδα θα χρειασθεί να προσφέρει ο γιατρός στον ανάπηρο, που μένει στο σπίτι του. Αυτός που θα βοηθήσει τον άρρωστο θα πρέπει να του υποδείξει πως θ'αξιοποιήσει κάθε δυνατότητα που έχει και να μην επιτρέπει στον εαυτό του να μεταβληθεί σε άτομο που του παρέχουν τα πάντα και μοιρολατρικά να περιμένει την πάροδο του χρόνου.

Η εργασιοθεραπεία για το βραχυχρόνιο ασθενή, ίσως χρησιμοποιηθεί για να διατηρηθεί ή να συσταθεί η συνήθεια της εργασίας στη ζωή του. Ο άρρωστος θα πρέπει ν'ασχοληθεί με μια σειρά δραστηριοτήτων που παρέχουν μερικά μέσα εκτιμήσεως, η οποία βασίζεται στ'ακόλουθα:

- 1) Βαθμός επιδεξιότητας της χρήσεως των χεριών
- 2) Επιμονή προσπάθειας
- 3) Μέθοδος αντιμετώπισεως δυσκολιών
- 4) Προσαρμογή στις καινούργιες εργασίες
- 5) Ικανότητα διατήρησης πρόσφατης επιδεξιότητας και προόδου
- 6) Προτιμήσεις στην εργασία
- 7) Κοινωνικότητα με τους άλλους και
- 8) Ικανότητα συνεργασίας και αλλαγής απόψεων με τους άλλους

Η εργασιοθεραπεία, λοιπόν, αποτελεί ένα σημαντικό και συχνά επιτυχές μέσο αποκατάστασης τόσο των βραχυχρόνιων ασθενών όσο και των μακροχρόνιων. Η εργασιοθεραπεία, με τις μεθόδους και

τα μέσα που διαθέτει για τη μερική ή πλήρη αποκατάσταση των αναπήρων-ασθενών, μπορεί να συμβάλλει έτσι ώστε να μπορέσει ο άρρωστος αφ' ενός ν' απασχοληθεί και αφ' ετέρου να μπορέσει να επανακτήσει τη χαμένη λειτουργικότητά του, συνειδητοποιώντας την αξία της ζωής και προσπαθώντας με όλες του τις δυνάμεις να επανέλθει σε αυτή, παρ' όλες τις επιπλέον δυσκολίες και τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί επιπλέον λόγω της αναπηρίας του. Με την καθοδήγηση των εργασιοθεραπευτών, που αποτελούν ένα σημαντικό μέλος της ειδικής ομάδας εργασίας για την αποκατάσταση των αναπήρων, φαίνεται πως ο τομέας της εργασιοθεραπείας εξαπλώνεται σημαντικά και κατακτά τη θέση που του αρμόζει στο δύσκολο και συχνά επίμονο έργο της αποκατάστασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ V

Η ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

Η σπαστικότητα, αποτελεί ένα απ' τα σημαντικώτερα προβλήματα του ασθενούς με χρόνια νευρολογική νόσο. Η σπαστικότητα είναι μια δραστηριότητα των μυών στην οποία δεν ενεργεί η ανασταλτική δράση του Κ.Ν.Σ. Φέρει το κεφάλι το κορμό και τα παράλυτα άκρα σε στάσεις αουνηθιστες του φυσιολογικού και όχι λειτουργικές. Όμως, με τη σωστή αντιμετώπιση του αρρώστου με σπαστικότητα απ' την αρχή κιόλας της εμφάνισής της, είναι δυνατό αυτή να ελαττωθεί στο ελάχιστο δυνατό.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της σπαστικότητας φαίνεται πως δε μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την κινητικότητα των σπαστικών άκρων. Σε ορισμένες περιπτώσεις η χλωροπρομαζίνη (100 MG 3 φορές την ημέρα) σε συνδυασμό με φυσικοθεραπεία μπορεί να φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Πιο αποτελεσματικά φάρμακα φαίνεται να είναι το χλωροδιαζεποξείδιο (10-20 MG 3-4 φορές την ημέρα) και η διαζεπάμη (5 MG 3 φορές την ημέρα) καθώς επίσης και το BACLOFEN. Σε ορισμένους αρρώστους τα φάρμακα αυτά μειώνουν τον τόνο των εκτεινόντων μυών, σε τέτοιο βαθμό ώστε τα κάτω άκρα να γίνονται σχεδόν πλαδαρά (χαλαρά) και ο άρρωστος είναι σχεδόν αδύνατο να βαδίσει. Σε τέτοιες περιπτώσεις μειώνουμε σταδιακά τις χορηγούμενες δόσεις ή διακόπτουμε παντελώς τη θεραπευτική αγωγή.

Πάντως το καλύτερο αποτέλεσμα ελέγχου της σπαστικότητας το έχουμε με τη συνετή χρησιμοποίηση της φαινόλης και είναι εντυπωσιακό ότι μ' αυτήν τα μέλη όχι απλώς χαλαρώνουν, αλλά διατηρούν σε αρκετά μεγάλο βαθμό τη μυϊκή τους ισχύ.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με αναπηρία σε γενικές γραμμές, προγραμματίζεται ανάλογα με τις προσωπικές ανάγκες και τα προβλήματα που προκύπτουν από τις νέες συνθήκες της αρρώστειας, από την ψυχολογική του κατάσταση και από το περιβάλλον όπου νοσηλεύεται.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ οποιουδήποτε νοσήματος και αναπηρίας. Η αρρώστεια είναι κρίση, δοκιμασία, δύσκολη μεν και οδυνηρή, αλλά προσωρινή. Αντίθετα, η αναπηρία είναι μόνιμη κατάσταση, που πρέπει ν' αντιμετωπίζεται διαρκώς και επιβάλλει ιδιαίτερο τρόπο ζωής που οριστικά θα διαφέρει, έστω και μερικώς, από τον φυσιολογικό.

Ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει βασικά τα σωματικά προβλήματα του αρρώστου που σχετίζονται με την αναπηρία του, όπως είναι ο πόνος, η αδυναμία μετακινήσεως, η κατάργηση της κινητικότητας και αισθητικότητας σε θρισμένα μέλη του.

Η σπουδαιότερη εκπαίδευση του αρρώστου για αποκατάσταση είναι να μάθει ν' αυτοεξυπηρετείται και ν' αντιμετωπίζει με επιτυχία τις συγκεκριμένες απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Η απασχόληση στην καθημερινή αυτοφροντίδα είναι η βάση για όλες τις επόμενες διεργασίες της αποκαταστάσεως και συντελεί στην επανάκτηση τόσο της σωματικής ανεξαρτησίας όσο και του συναισθήματος της αυτοεκτιμή-

σεως. Αποτελεί αξίωμα της αποκατάσεως ότι ανεξάρτητα από τη έκταση της σωματικής αναπηρίας, ο ανάπηρος έχει ακόμα πολύ μεγαλύτερη ικανότητα παρά ανικανότητα.

Η αυτοεξυπηρέτηση αποτελεί τον πρώτο και σπουδαιότερο στόχο του προγράμματος φυσικής αποκατάστασης. Μετά ακολουθεί η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση. Πολλές φορές όταν πρόκειται για ηλικιωμένα κυρίως άτομα, η αποκατάσταση σταματά στον πρώτο της στόχο, δηλ. στην αυτοεξυπηρέτηση, ψι' αυτό ακριβώς θεωρείται και ο σπουδαιότερος.

Σκοπός της αυτοεξυπηρέτησης, είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να σηκωθεί από το κρεβάτι και να του ξαναδώσει πίστη στη ζωή, αρχίζοντας απ' την εξυπηρέτηση του εαυτού του, κάνοντας τον ανεξάρτητο, αυτόνομο, στις καθημερινές του ανάγκες (πλύσιμο, ντύσιμο, μεταφορές). Η αυτοεξυπηρέτηση είναι ένα τμήμα του κέντρου αποκατάσεως, όπου συναντώνται τα τρία αλληλοκαλυπτόμενα επαγγέλματα: Νοσηλεύτης-Φυσικοθεραπευτής-Εργασιοθεραπευτής. Η αποκατάσταση είναι ένας καινούργιος χώρος, που μεταβάλλει τον ανάπηρο από ακυβερητό και άτονο, που τον μεταφέρουν 2 άτομα, σ' ένα ευκίνητο, αυτοεξυπηρετούμενο, πολυσχολο και χαρούμενο άνθρωπο.

Ο νοσηλεύτης φροντίζει επιμελώς για την ατομική υγιεινή του ασθενούς, διδάσκοντάς του την καθαριότητα του δέρματος, έτσι ώστε να προληφθούν οι κατακλίσεις και οι διάφορες δερματικές μολύνσεις. Η ατομική καθαριότητα, εξάλλου, συντελεί στη τόνωση του ηθικού, στην ανάπαυση του σώματος και στη δημιουργία αισθήματος ανέσεως και ευεξίας. Γενικά, ο νοσηλεύτης διδάσκει στον ασθενή:

1) Ν' αναπαύεται επαρκώς. Να εργάζεται μέχρι να κουρασθεί. Ίδ-τε μπορεί να σταματήσει την απασχόληση του και να ξαναρχίσει από την αρχή

- 2)Ν'αποφεύγει γενικά τις μολύνσεις(κρυολογήματα κλπ)
- 3)Να παίρνει τακτικά γεύματα(πλούσια σε κρέας,γάλα,αυγά, φρούτα και λαχανικά)
- 4)Ν'αποφεύγει περιστάσεις περιστάσεις που τον εκνευρίζουν ή τον στενοχωρούν όπως π.χ η ταυτόχρονη αύξηση πολλών ατόμων για επίσκεψη
- 5)Ν'ασχολείται με ευχάριστα πράγματα που δε τον κουράζουν
- 6)Να εργάζεται ή να απασχολείται σύμφωνα με τις δυνατότητες που έχει,ενώ παράλληλα να ενθαρρύνεται στην ανάπτυξη ενασχολήσεων,τις οποίες μπορεί να συνεχίσει ακόμα και όταν δε μπορεί να εργασθεί.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ανάπηρου-αρρώστου,στηρίζεται σε 3 κυρίους άξονες:

- 1)Φροντίδα δέρματος, ώστε να προληφθούν οι δερματικές εξελκώσεις(κατακλίσεις)
- 2)Επανάκτηση λειτουργίας της κύστης και του ορθού
- 3)Πρόληψη μυϊκών βραχύνσεων και παραμορφώσεων με την κατάλληλη χρησιμοποίηση φυσικοθεραπευτικών μέσων,με τρόπο που να διασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση της μυϊκής δραστηριότητας που έχει διασθθεί και εκείνης που σταδιακά κερδίζεται στις αναστρέψιμες βλάβες.

Οι βλάβες του δέρματος οφείλονται στην παρατεταμένη πίεση κάποιας δερματικής επιφάνειας,η οποία στην αρχή κοκκινίζει και μετά ως αποτέλεσμα της ισχαιμίας,γαγγραινοποιείται ή εξελκώνεται.Σπουδαίοι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη των εξελκώσεων είναι:

- 1)Η απώλεια της δερματικής αισθητικότητας και
- 2)Η ακράτεια ούρων ή κοπράνων:

Η πρόληψη των ελκών θα εξαρτηθεί από:

- 1)Τη στάση του αρρώστου
- 2)Την τοποθέτηση στο κρεβάτι ειδικών στρωμάτων κ'μαξιλαριών

3) Το συχνό γύρισμα του αρρώστου (αλλαγή θέσεως κάθε 1/2 ώρα)

4) Τη διατήρηση σχολαστικής καθαριότητας των οικερασμάτων και των ευαίσθητων δερματικών περιοχών

Επίσης, μπορεί να προσφέρουν σημαντική βοήθεια διάφορες δερματικές-προστατευτικές αλοιφές. Ευάλωτες επιφάνειες για τη δημιουργία ελκών είναι οι αγκώνες, οι γλουτοί, το δέρμα πάνω από την ωμοπλάτη, η ιερή χώρα, τα ισχία και οι φτέρνες.

Οι ανάπηροι (περισσότερο βέβαια οι κατακλημένοι) αναπτύσσουν σταθερά κατακράτηση ούρων, αν και κάποτε υπάρχει από την αρχή κατακράτηση, με διαφυγή σταγόνων από την υπερπλήρωση της κύστης. Κατά συνέπεια, είναι αναγκαίος ο καθετηριασμός. Εδώ οι γνώμες διχάζονται στο αν θα γίνει διαλείπων καθετηριασμός κάτω από αυστηρές συνθήκες ασηψίας ή θα εφαρμοσθεί μόνιμος καθετήρας. Οι περισσότερες πάντως γνώμες συγκλίνουν στο μόνιμο καθετηριασμό (αν τοποθετηθεί μόνιμος καθετήρας, προτιμάται ο καθετήρας SYLICOPTES, ο οποίος θ' αλλάζεται κάθε 1 μήνα, ανάλογα βέβαια με την ποσότητα των συλλεχθέντων ούρων). Αν υπάρχει πλήρης ή μερική κατακράτηση ούρων, η τεχνική της περιοδικής κένωσης μπορεί να εφαρμοσθεί με επιτυχία για κάποιο χρονικό διάστημα. Σχεδόν πάντοτε συμβαίνουν ουρολοιμώξεις και τα ούρα παρακολουθούνται για πύοσφαιρα. Όταν αναπτυχθεί φλεγμονή, θα γίνει κ/α ούρων και θ' αρχίσει η κατάλληλη θεραπεία με σουλφοναμίδες, αντισηπτικά των ουροφόρων οδών ή αντιβιοτικά, ανάλογα βέβαια με το μικροοργανισμό που απομονώνεται και την ευαισθησία του. Σε περιπτώσεις σπαστικότητας, έστω και αν δε βελτιωθεί, θα εγκατασταθεί αυτόματη κύστη σε λίγες εβδομάδες ή μήνες. Η κύστη σ' αυτή την περίπτωση, αδειάζει αυτόματα κάθε λίγες ώρες, όταν η ενδοκυστική πίεση φτάνει σ' ένα ορισμένο επίπεδο. Όταν εγκατασταθεί η αυτόματη κένωση της κύστης, στους άν-

δρες χρησιμοποιούνται ειδικοί πλαστικοί ουροσυλλέκτες για ν' αποφεύγεται το βρέξιμο της περιοχής από τα ούρα. Αντίστοιχες συσκευές χρησιμοποιούνται και στις γυναίκες, αλλά δεν έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Η φροντίδα του εντέρου δεν παρουσιάζει τόσα προβλήματα όσα η κύστη. Η κατακράτηση κοπράνων και η δυσκοιλιότητα αποτελούν συχνά φαινόμενα στα αρχικά στάδια μερικών νόσων (π.χ παραπληγία) και αντιμετωπίζονται με τη μέτρια χρήση ελαφρών καθαρτικών καθώς και την πραγματοποίηση υποκλισμών κάθε 2-3 μέρες (ανάλογα βέβαια με την κάθε περίπτωση). Στη συνέχεια, ο άρρωστος ξαναποικιά κάποιο έλεγχο της λειτουργίας της αφόδευσης, εκτός αν η βλάβη αφορά την ιππουρίδα, οπότε χρειάζονται συνέχεια υποκλισμοί (εδώ, ίσως χρειασθεί μακροχρόνιος καθετηριασμός ή ακόμα και υπερηβική κυστεοστομία).

Στους αρρώστους με σοβαρή αναπηρία όπως π.χ παραπληγία, καταργείται η σεξουαλική δραστηριότητα. Σε τέτοια άτομα, αν υπάρχει έντονη επιθυμία απόκτησης παιδιού, γίνεται ενδοραχιαία ένεση μικρής δόσης νεοστιγμίνης, την οποία μπορεί ν' ακολουθήσει εκπερμάτωση και τεχνητή γονιμοποίηση της σύζυγου. Έτσι, η γυναίκα είναι ικανή να τεκνοποιήσει, αν και συνήθως θα χρειασθεί καισαρική τομή.

Η στάση του αρρώστου είναι καθοριστική στην εμφάνιση μυϊκών βραχύνσεων και σκελετικών παραμορφώσεων. Είναι εδώ απαραίτητη η χρησιμοποίηση ειδικών υποστηριγμάτων για τα κλινοσκεπάσματα, ώστε να μην πέσει το βάρος τους πάνω στους άκρους πόδες, οι οποίοι γι' αυτό το λόγο εμφανίζουν πτώση. Σε άλλες περιπτώσεις, θα χρειασθεί να χρησιμοποιηθούν νάρθηκες για ν' αποφευχθούν η βράχυνση των καμπτήρων της κνήμης. Αν γίνει σπασμός κνήμης στο ισχίο ή τα γόνατα, για τη λύση της βοηθά η διαζεπάμη (5-10 mg 4 φορές την ημέρα) και το BACLOFEN.

Αν ο σπασμός αυτός είναι πολύ έντονος και δεν υποχωρεί, για την ανακούφισή του θα γίνει είτε διατομή του θυρεοειδούς νεύρου ή ενδοραχιαία ένεση φαινόλης σε γλυκερίνη.

Η έγκαιρη έναρξη των ασκήσεων όχι μόνο προλαμβάνει τις μόνιμες μυϊκές συσπάσεις και τη καταστροφή των αχρησιμοποίητων μυών, αλλά διατηρεί την αισιοδοξία του ασθενούς ότι θα επιστρέψει στην κανονική ζωή όχι σαν αβοήθητο μέλος της κοινωνικής ομάδας, αλλά ως αυτόνομος, αυτοεξυπηρετούμενος και δημιουργικός παράγοντας αυτής (της κοινωνικής ομάδας).

Η πρόληψη των επιπλοκών και ιδιαίτερα των μόνιμων μυϊκών συσπάσεων, επιτυγχάνεται με:

- 1) Κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς, καθιστός και επί της κλίνης
- 2) Ασκήσεις (ενεργητικές και παθητικές)
- 3) Έγερση και βαθμιαία επιστροφή στις συνήθως δραστηριότητες

Αν επιτραπούν από το θεράποντα γιατρό ενεργητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς στην υγιή πλευρά και παθητικές ασκήσεις στην προσβληθείσα, ο νοσηλευτής προγραμματίζει την επανάληψη τους κατά τη διάρκεια της ημέρας, επιβλέπει τον ασθενή κατά την εκτέλεσή τους, του διδάσκει πως ν' ασκεί παθητικά τα προσβλημένα μέλη του, συνιστά τη διακοπή των ασκήσεων, προκού εμφανισθεί αίσθημα κόπωσης και τέλος αναφέρει τις παρατηρήσεις της γύρω από τις επιδόσεις του ασθενούς.

Αν παρατηρηθεί μικρή ενεργητική κίνηση στο άνω ή κάτω άκρο της προσβληθείσας πλευράς, ο νοσηλευτής πρέπει να χαίρεται και να ενθαρύνει τον ασθενή για μεγαλύτερη προσπάθεια. Ίσως, η μικρή αυτή αλλαγή αποτελέσει την αρχή της επιστροφής της λειτουργικότητας του μέλους που έχει προσβληθεί.

Στα σχήματα που ακολουθούν, βλέπουμε τις κινήσεις επί κλίνης, τις ενεργητικές κ' παθητικές άνω κ' κάτω άκρων.

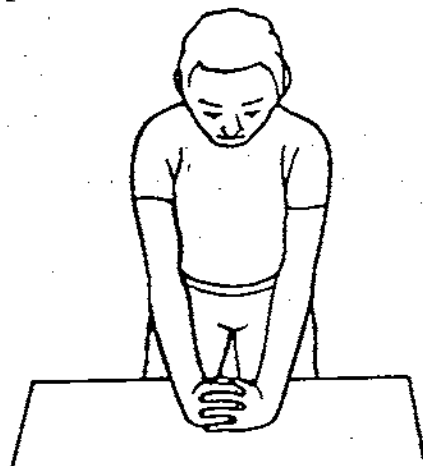
Εκπαίδευση του άνω άκρου.

Οι πιο κάτω δραστηριότητες βοηθούν την επάνοδο της λειτουργικότητας του άνω άκρου και χειρός. Ο άρρωστος τοποθετεί τα χέρια του σταυρωμένα επάνω σε ένα τραπέζι, διατηρεί τους αγκώνες τεντωμένους και μετακινεί το βάρος του σώματος προς τα εμπρός και προς τα δύο πλάγια. Εικ. 7.

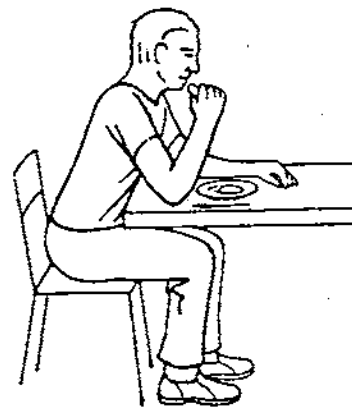
Όταν επανέλθουν έκούσιες κινήσεις στο άνω άκρον και το χέρι, τότε μπορεί ο ασθενής να καθίσει σωστά στο τραπέζι και να προσπαθήσει να φάει με το άρρωστο χέρι του. Είναι αρχικά εύκολότερο για αυτόν να φέρει στο στόμα του κομμάτια ψωμιού, φρούτων, γλυκών κ.λ.π. Εικ. 8.

Είναι δύσκολο στον ημιπληγικό να διατηρεί τον αγκώνα του τεντωμένο όταν κρατά κάτι με το χέρι του. Η άσκηση με μία ράβδο είναι πολύ χρήσιμη για αυτό το σκοπό. Αφού κρατήσει τη ράβδο με τα δυό του χέρια κάθετα ή παράλληλα, μετακινεί τα χέρια του με τεντωμένους τους αγκώνες πάνω κάτω και προς τα πλάγια. Εικ. 9.

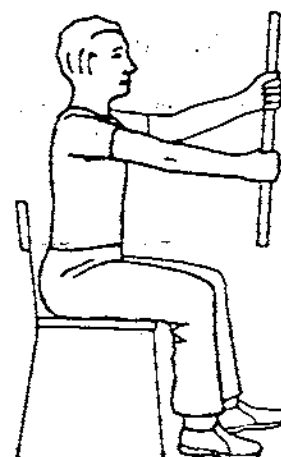
Εικ. 7.



Εικ. 8.



Εικ. 9.



Στάση στό κρεβάτι.

Η σωστή τοποθέτηση τού άρρώστου στό κρεβάτι του μπορεί νά διευκολύνει την έκούσια κίνηση και νά ελαττώσει τή σπαστικότητα. Ο άρρωστος μπορεί σιγά σιγά νά συνηθήσει κάθε θέση άλλα πρέπει νά αλλάζει θέση κάθε 2-3 ώρες.

Η καλύτερη στάση τού άρρώστου είναι πρὸς τὴν παράλυτη πλευρά γιατί βελτιώνει τὴν ἀντίληψη τῆς πλευρᾶς αὐτῆς. Ἡ τοποθέτησή του σὲ θέση ὕπτια αὐξάνει τὴ σπαστικότητα καὶ δημιουργεῖ κίνδυνο κατακλίσεων.

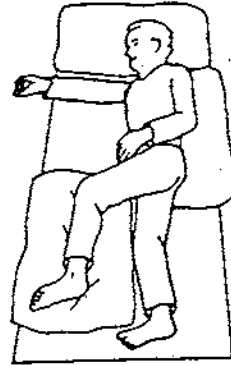
1. Τοποθέτηση ἐπὶ τῆς παράλυτης πλευρᾶς

Εἰκ. 11

Τὸ κρεβάτι πρέπει νά μὴ βουλιάζει. Ἐνα παχὺ μαξιλάρι τοποθετεῖται κάτω ἀπὸ τὸ κεφάλι του πού βρίσκεται σὲ εὐθεία μὲ τὸ κορμὶ του.

Ἡ παράλυτη ὠμοπλάτη εἶναι τοποθετημένη πρὸς τὰ ἔμπροσθ γιὰ νά μὴν πονεῖ. Ο ἄγκωνας εἶναι τεντωμένος καὶ ἡ παλάμη βλέπει πρὸς τὰ ἐπάνω. Τὸ παράλυτο κάτω ἄκρο τοποθετεῖται μὲ τὸ ἰσχίον σὲ ἔκταση καὶ τὸ γόνατο σὲ μικρὴ κάμψη.

Τὸ γερὸ σκέλος τοποθετεῖται κεκαμμένο ἐπάνω σὲ μαξιλάρι πιο μπροστὰ ἀπὸ τὸ παράλυτο. Εἰκ. 11.



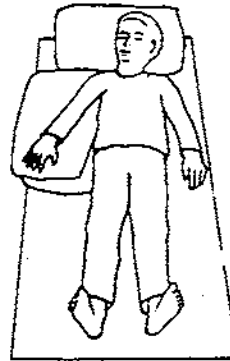
2. Τοποθέτηση ὕπτια

Τὸ κεφάλι βλέπει πρὸς τὴν ἄρρωστη πλευρά καὶ στηρίζεται μὲ μαξιλάρι.

Τὸ παράλυτο ἄνω ἄκρο τοποθετεῖται σὲ μαξιλάρι μὲ τὸν ἄγκωνα, τὸν καρπὸ καὶ τὰ δάχτυλα σὲ ἔκταση. Εἰκ. 12α. Κατὰ διαστήματα πρέπει ἐπίσης νά τοποθετεῖται πάνω ἀπὸ τὸ κεφάλι του σὲ θέση ἔξω στροφῆς. Εἰκ. 12β. Τὸ παράλυτο κάτω ἄκρο τοποθετεῖται σὲ θέση ἔκτασης.

Εἰκ. 12α.

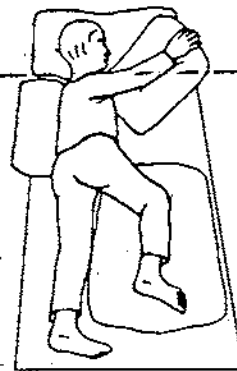
Εἰκ. 12β.



3. Τοποθέτηση ἐπὶ τῆς ὑγιούς πλευρᾶς

Εἰκ. 13

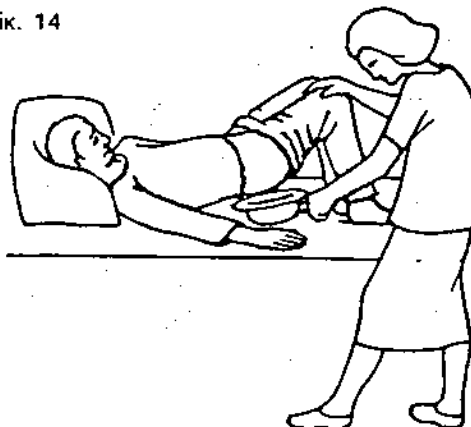
Τὸ κεφάλι τού άρρώστου τοποθετεῖται σὲ παχὺ μαξιλάρι, εὐθεία μὲ τὸ κορμὶ του. Τὸ παράλυτο ἄνω καὶ κάτω ἄκρο τοποθετεῖται ἐπάνω σὲ μαξιλάρια μπροστὰ ἀπὸ τὸ κορμὶ του καὶ σὲ θέση κάμψης. Εἰκ. 13.



Κινήσεις στο κρεβάτι

Κάθε ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται στον άρρωστο από την παράλυτη πλευρά. Η εκπαίδευση του άρρώστου να άνασηκώνει τους γλουτούς θα τον βοηθήσει να μετακινεί το σώμα του επάνω στο κρεβάτι. Εικ. 14.

Εικ. 14



Στροφή στο κρεβάτι

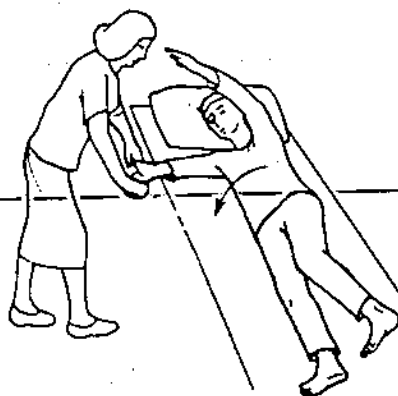
Για την παθητική στροφή ο άρρωστος τοποθετείται στην άκρη του κρεβατιού και κρατάει το παράλυτο χέρι του με το γερό. Τα δυό του πόδια είναι σε κάμψη και η αδέλφη που βρίσκεται στα πλάγια του κρεβατιού τον ρολάρει σε θέση πλάγια. Εικ. 15.

Εικ. 15

Για την ενεργητική στροφή ο άρρωστος σηκώνει μόνος του το γερό άνω και κάτω άκρο και έτσι στρέφεται προς την παράλυτη πλευρά. Η συνοδός όμως πρέπει να τοποθετήσει το άνω άκρο σε οριζόντια θέση. Εικ. 16.



Εικ. 16



Καθιστός στο κρεβάτι

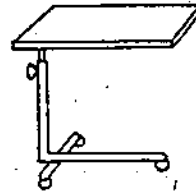
Είναι καλλίτερα για τον άρρωστο να κάθεται σε καρέκλα. Εάν όμως αυτό δεν είναι δυνατό και πρέπει να κάθεται στο κρεβάτι του, τότε πρέπει να φροντίσουμε για τα πόδια κάτω.

Το κρεβάτι πρέπει να μη βουλιάζει. Ο κορμός του άρρώστου να διατηρείται κατακόρυφο με μαξιλάρια στη ράχη του.

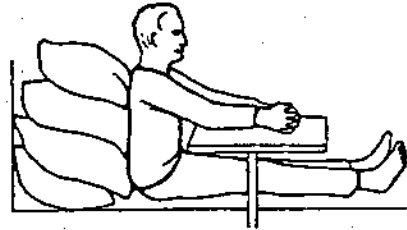
Το κεφάλι του άρρώστου δεν πρέπει να στηρίζεται για να μάθει να το κρατά και να το κινεί μόνος του.

Το βάρος του άρρώστου πρέπει να είναι μοιρασμένο και στους δύο γλουτούς. Ένα τραπέζιδο μπροστά του επάνω στο οποίο βάζει τα χέρια του τον βοηθά να κάθεται σωστά. Εικ. 17α, 17β.

Εικ. 17α



Εικ. 17β



Από την ύπτια στην καθιστή στάση.

Ο άρρωστος σηκώνεται από την ύπτια στην καθιστή στάση πάντα από την παράλυτη πλευρά. Για αυτό πρέπει να χαλαρωθεί, εάν υπάρχει, σπαστικότητα, με τη διάταση των μυών.

Ο άρρωστος γυρίζεται από την πάσχουσα πλευρά με λυγισμένα τα γόνατα.

Το χέρι της άελεφής τοποθετείται κάτω από τη μασχάλη του και συγκρατεί την ώμοπλάτη. Με το άλλο της χέρι μεταφέρει το σκέλη του έξω από το κρεβάτι και τον φέρνει σε θέση καθιστή. Εικ. 18α.

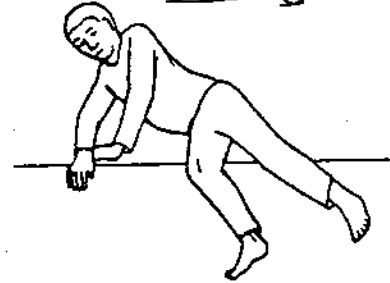
Εάν ο άρρωστος είναι σε θέση να καθίσει μόνος του, τότε ρίχνει το παράλυτο πόδι του έξω από το κρεβάτι, στρέφει την ώμοπλάτη και πιάνει το στρώμα με το γερό του χέρι για να στηριχθεί και οισά οισά ανακάθεται. Εικ. 18β.

Για να πατήσει τα πόδια του στο πάτωμα μετακινεί τους γλουτούς προς τα εμπρός με πλάγιες κινήσεις του κορμού. Αρχικά για να επιτύχει αυτή τη δραστηριότητα χρειάζεται βοήθεια. Εικ. 19α, β.

Εικ. 18α

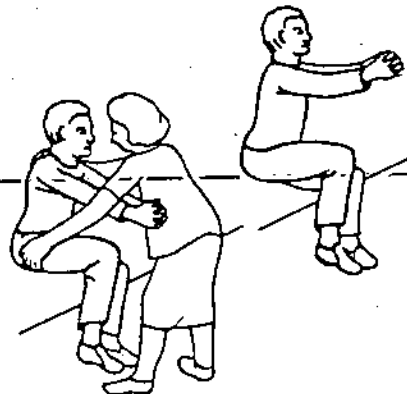


Εικ. 18β



Εικ. 19α

Εικ. 19β



Ενεργητικές ασκήσεις

Ο άρρωστος σταυρώνει τα χέρια του, στη συνέχεια τα φέρει προς τα εμπρός μέχρις ότου επιτύχει πλήρη έκταση των αγκώνων. Κατόπιν φέρει τα χέρια του τεντωμένα επάνω από το κεφάλι από την καθιστή και την ύπτια θέση. Αυτές τις ασκήσεις κάνει πολλές φορές. Είναι προτιμότερο να μη χρησιμοποιεί τροχαλία γιατί έτσι λιγοστεύει η σπαστικότητα. Εικ. 28α, β, γ.

Εικ. 28α



Εικ. 28β



Εικ. 28γ



Παθητικές ασκήσεις

Ο άρρωστος εύρισκεται σε θέση ύπτια με το πάσχον σκέλος σε κάμψη επάνω στο γερό. Ο βοηθός φέρει το άνω άκρο σε έξω στροφή επάνω από το κεφάλι του άρρώστου. Εν συνεχεία εκτείνει τα δάκτυλα και απαγάγει τον αντίχειρα χωρίς να προκαλέσει πόνο. Εικ. 29α, β.

Εικ. 29α



Εικ. 29β



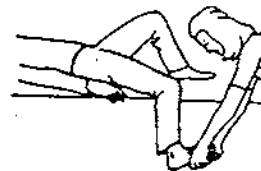
Ασκήσεις κάτω άκρου.

Οι δύο πιο κάτω ασκήσεις εμποδίζουν το κάτω άκρο να γίνει δύσκαμπτο και σπαστικό.

α. Με βοήθεια

Ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος ανάσκελα με το σκέλος κρεμασμένο έξω από το κρεβάτι. Ο βοηθός συλλαμβάνει το πόδι από τα δάκτυλα και εκτελεί κάμψη του γόνατος μέχρις ότου χαλαρώσει ο τετρακέφαλος. Έπειτα ο άρρωστος σηκώνει πάλι το σκέλος λυγισμένο και το τοποθετεί επάνω στο κρεβάτι. Εικ. 30α.

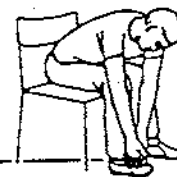
Εικ. 30α



β. Χωρίς βοήθεια

Ο άρρωστος καθιστός στην καρέκλα με τα πόδια του άκουμπισμένα στο πάτωμα και τα γόνατα ενωμένα, οδηγεί τα ενωμένα χέρια του προς τα κάτω μέχρι τα πόδια του. Εικ. 30β.

Εικ. 30β



Εκτός όμως από τους ασθενείς με προβλήματα καθαρά κινήτικότητας, υπάρχουν και αυτοί με προβλήματα συνομιλίας, συνεννοήσεως και ακοής. Όταν λοιπόν συνομιλούμε μ'ένα τέτοιο άρρωστο, πρέπει να του αποσπάμε την προσοχή για την αναπηρία του και να του μιλάμε με μικρές φράσεις και κατανοητές λέξεις.

Ο νοσηλευτής, πρέπει να γνωρίζει κατ'αρχήν, ποίό είναι ακριβώς το πρόβλημα του ασθενούς για να τον βοηθήσει ανάλογα με την περίπτωση του. Θα πρέπει να έχει υπομονή και να επαναλαμβάνει ήρεμα τις λέξεις ή φράσεις που θέλει να πει και δίνει την ευκαιρία στον άρρωστο ν'απαντά με ένα ναι ή όχι και με ανάλογη κίνηση του κεφαλιού του, αν δεν είναι δυνατό να μιλήσει. Η μιμική του προσώπου κατά τη διάρκεια της ομιλίας συντελεί στην κατανόηση του περιεχομένου αυτής. Αν ο ασθενής δε μπορεί να κατανοήσει ορισμένες λέξεις, χρησιμοποιούνται τεχνικές επικοινωνίας χωρίς λόγια όπως π.χ μορφασμοί, χειρονομίες κλπ. Εάν ο ασθενής κουρασθεί κατά τη διάρκεια της ομιλίας, θα πρέπει ο νοσηλευτής να μη θυμώνει ή να τον κοροϊδεύει για τα λάθη που τυχόν έκανε. Διάφορα παιχνίδια καθώς και η συμμετοχή σε καθημερινές δραστηριότητες (ανάγνωση εφημερίδων, περιοδικών), είναι δυνατό ν'αυξήσουν το ενδιαφέρον του για ζωή. Εάν ο ασθενής επιθυμεί να γράφει κάτι, πρέπει να του δοθεί η ευκαιρία, χωρίς να τον πιέσουμε ιδιαίτερα.

Γενικά, οι ασθενείς με τέτοιου είδους προβλήματα, ανάλογα με τις δυνατότητες τους, πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία λόγου. Οι λογοθεραπευτές, δηλ. αναλαμβάνουν την περαιτέρω παρακολούθηση και προγραμματισμό του σχεδίου αποκαταστάσεως, χωρίς βέβαια να διακόπτεται η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στο όλο έργο της.

Εδώ, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αρχίζει η συνεργασία των 2 βασικών κλάδων της ειδικής ομάδας: νοσηλευτή-λογοθεραπευτή, μια συνεργασία που πρέπει να ενισχύεται με τη συμβολή και των 2, με σκοπό την όσο το δυνατό ταχύτερη και αποτελεσματικότερη αποκατάσταση του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Α. ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ - ΑΝΑΠΗΡΟΣ

Η αναπηρία αποτελεί πολύπλοκο πρόβλημα. Δεν περιορίζει μόνο τις σωματικές ικανότητες για κίνηση ή δραστηριότητα, αλλά προκαλεί και συναίσθημα υποτιμήσεως του εαυτού και μειονεκτικότητας απέναντι στους άλλους. Αυτό συμβαίνει γιατί η προσωπική αξία του ανθρώπου συνδέεται με την σωματική αριμείλεια και ρώμη, στοιχεία που θεωρούνται από τους περισσότερους σαν προϋποθέσεις επιτυχίας στη ζωή ακόμη και στην συμμετοχή του ατόμου στην κοινωνική ομάδα.

Στην αποκατάσταση, δηλαδή τη συστηματική άσκηση και χρησιμοποίηση των ικανοτήτων του αναπήρου στο έπακρο αλλά και στην πρόληψη δευτερογενών ανικανοτήτων, πρωτεύουσα σημασία έχει το ακμαίο ηθικό και η ισχυρή θέληση του ίδιου. Ο Ανάπηρος δε μπορεί να είναι παθητικός θεατής της φροντίδας των άλλων για την αποκατάστασή του, από την "κερκίδα" του κρεβατιού του. Πρέπει να καταβεί στο στίβο της ζωής, να γίνει πρωταγωνιστής και υπεύθυνος μαχητής με ψυχικό σθένος στο πρόγραμμα της αποκαταστάσεώς του. Τυχόν μελαγχολία, απελπισία και απουσία ενδιαφέροντος είναι δυνατό όχι μόνο να καθυστερήσουν ή να παρεμποδίσουν την αποκατάσταση, αλλά και να προκαλέσουν οπισθοδρόμηση με τη δημιουργία νέων προβλημάτων.

Ο νοσηλευτής με υπομονή και προσωπικό θερμό ενδιαφέρον, βοηθά τον άρρωστο να εναρμονίσει και συντονίσει τις δυνάμεις του, ώστε να επιτελέσει σημαντικό έργο στην προσπάθεια αποκατάστασής του. Ειδικότερα τον βοηθά στα εξής:

- 1) Αποδοχή της αναπηρίας, με τις αλλαγές που αυτή προξένησε
- 2) Υπέρβαση της απώλειας της συγκεκριμένης λειτουργίας ή ωριμέ-νου μέλους
- 3) Καθορισμό σκοπών για να επιδιωχθούν βραχυπρόθεσμα και μακρο-πρόθεσμα, ανάλογα με τις ικανότητες και τις προσωπικές του αξίες
- 4) Πάθηση τρόπων για την μεγιστοποίηση των δεξιοτήτων που απέμει-ναν

5) Ανοικοδόμηση μιας αποδεκτής εικόνας του εαυτού του ύστερα από την αναπηρία

6) Ανάπτυξη νέων ή τροποποιημένων διαπροσωπικών σχέσεων με την οικογένεια, τους φίλους και την ειδική ομάδα εργασίας (νοσηλευτικό προσωπικό-θεραπευτές κλπ)

7) Προσαρμογή στο φυσικό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον, ανάλογα με το είδος της αναπηρίας

Κάθε ένας που έρχεται σ'επικοινωνία μ' έναν άρρωστο πρέπει να τον αντιμετωπίζει όπως και πριν από την αρρώστειά του. Για τον νοσηλευτή, η επικοινωνία αυτή γίνεται περισσότερο επιτακτική, αφού ο άρρωστος βρίσκεται σε στενή σχέση-εξάρτηση από αυτόν, τον οποίο σχεδόν χρειάζεται καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας.

Ο νοσηλευτής, είναι το άτομο εκείνο, ίσως το μοναδικό στον τομέα του, που μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο ν'αποδεχθεί την αναπηρία του σαν κατάσταση που δεν υποβιβάζει την προσωπική αξία. Η αυτοϋποτίμηση και η μειονεκτικότητα λόγω σωματικής αναπηρίας εξουδετερώνονται, όταν η σωματική αρτιότητα και ρώμη αποτελέσουν δευτερεύουσα αξία, ενώ οι πνευματικές και ηθικές αξίες π.χ η πίστη, η αρετή, ο αγώνας στις δυσκολίες της ζωής, η καλλιέργεια των ψυχικών αρετών, παίρνουν πρωτεύουσα θέση στην ιεραρχική κλίμακα των προσωπικών αξιών του ανθρώπου. Η σωματική αναπηρία, δεν πρέπει να θέτει περιορισμούς και να προκαλεί δυσκολίες και προβλήματα. Ο άρρωστος, με την ενθάρρυνση του νοσηλευτή, προσπαθεί να καλλιεργήσει τη βελτιώσιμη πλευρά όταν η βελτίωση αυτή διευκολύνει τις λειτουργίες της ζωής του π.χ ασκείται καθημερινά στο βάδισμα με βοηθήματα (π.χ δεκανίκια), αλλά δεν εγκαταλείπει αυτά, γιατί φαίνεται φυσιολογικό άτομο. Αντίθετα, αρχίζει να υιοθετεί την άποψη ότι η ζωή του συνεχίζεται παρά την αναπηρία του και παίρνει άλλο νόημα, σκοπό και αξία. Τότε ακριβώς ενισχύεται η άποψη του ότι έχει θέση χρήσιμη και στην οικογένειά του και στη κοινωνία.

Η αποκατάσταση δεν επιτυγχάνεται μια φορά και για πάντα. Απαρτίζεται από μικρές και πολυάριθμες, ίσως μόλις αντιληπτές νίκες, όσον αφορά τον έλεγχο ενός ασθενικού και ανίκανου σώματος. Πραγματικά, ο ασθενής με πρόσφατη αναπηρία αισθάνεται ότι πρέπει να κάνει νέα αρχή στη ζωή, μπροστά στην οποία διστάζει και φοβάται. Ο ασθενής χρειάζεται να έχει θάρρος, υπομονή και πίστη, γιατί η αποκατάσταση φαίνεται να είναι μακρινό και δύσκολο μονοπάτι γεμάτο περιπέτειες. Το κλειδί εδώ είναι η θέληση. Ακριβώς, εδώ ο ρόλος του νοσηλευτή, είναι σημαντικό. Χρειάζεται κινητοποίηση για την ενίσχυση και διατήρηση άκαμπτης θέλησης και συνεχούς προσπάθειας του ασθενούς.

Κατά την εφαρμογή του προγράμματος αποκαταστάσεως, ο ασθενής πρέπει να υπολογίζεται σα ξεχωριστό πρόσωπο με ιδιαίτερους τρόπο προσαρμογής, με ατομική ιδιοσυγκρασία και με μοναδικά δικά του προβλήματα από την αναπηρία του. Για το λόγο αυτό καταρτίζεται εξατομικευμένο σχέδιο αποκαταστάσεως και δεν ακολουθούνται σπυρεότυπα γενικά σχέδια. Ο νοσηλευτής δε βιάζεται ούτε βιάζει τον ασθενή. Δείχνει την ικανοποίησή του όταν βλέπει και μικρές έστω προόδους στην πορεία του προς το όριο της αποκατάστασης και του λέει να μην απαιτεί και ο ίδιος πολλά πράγματα από τον εαυτό του με μιας. Με την τακτική αυτή προλαμβάνεται η αποτυχία των προσπαθειών του και οι συνέπειες αυτής δηλ. η απογοήτευση και η αποθάρρυνση. Για την πρόοδό του πρέπει να ενημερώνεται και ο ίδιος ο άρρωστος. Μερικές φορές οι μικρές επιτυχίες περνούν απαρατήρητες, αν δεν επισημαίνονται. Όμως, κάθε μικρή επιτυχία που επιτυγχάνει ο άρρωστος και επαινείται, δημιουργεί κίνητρα για την επόμενη προσπάθειά του. Ο νοσηλευτής, αλλά και όλοι όσοι ασχολούνται με το πρόγραμμα αποκαταστάσεως, οφείλουν να επιδοκιμάζουν τη οκληρή προσπάθεια του αναπήρου ακόμα και αν δεν υπάρχει φανερή πρόοδος.

Συχνά η κυριότερη αιτία για την έλλειψη κινήτρων και την απογοήτευση κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης είναι η κόπωση. Γι' αυτό επιβάλλεται η συνεχής αξιολόγηση του επιπέδου κοπώσεως του αναπήρου. Ο πόνος και η υπερβολική άσκηση καταλήγουν σε κάματο. Ακόμη οι μη πραγματοποιήσιμοι σκοποί και η έλλειψη περιόδων αναπαύσεως προκαλούν κάματο και τελικά ο κάματος συντελεί στην αποτυχία. Υπάρχουν και περιπτώσεις που ο ανάπηρος είναι τόσο πρόθυμος να επιτελέσει ένα ορισμένο έργο, ώστε δεν υπολογίζει την κόπωση. Πρέπει λοιπόν να διδαχθεί πώς να εκτιμά την προδοσή του ή την έλλειψη αυτής με την εξακρίβωση του επιπέδου κοπώσεως και τον ανάλογο προγραμματισμό περιόδων αναπαύσεως.

Οι ανάπηροι συχνά περιφρονούνται από τους άλλους ή υποτιμούνται με πλάγιους τρόπους (π.χ δεν προσλαμβάνονται εύκολα για εργασία ή αποκλείονται από κοινωνικές δραστηριότητες). Συνεπώς αισθάνονται ντροπή για την αναπηρία τους και προσπαθούν να κρύψουν να λησμονήσουν ή να αρνηθούν την πραγματικότητα αυτή με όλους τους ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας, που μπορούν να χρησιμοποιήσουν. Η απόκρυψη της αναπηρίας προέρχεται από την πεποίθηση, ότι αυτή κάνει τον άνθρωπο ενοχλητικό, απαράδεκτο ή και λιγότερο αγαπητό στο περιβάλλον του. Ο άνθρωπος δε μπορεί να λησμονήσει, όταν η πραγματικότητα απαιτεί υπολογισμό της αναπηρίας κάθε στιγμή. Η προσοχή και η εγρήγορση για την κάλυψη της αναπηρίας δημιουργεί υπερένταση σωματική και ψυχική. Εδώ χρειάζεται η συμπαράσταση και η συνεχής βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για την αποδοχή της αναπηρίας και τη συνέχεια της μετέπειτα ζωής με τις ικανότητες που απέμειναν και όχι με την υπάρχουσα ανικανότητα.

Οι νοσηλευτές δεν πρέπει να εκδηλώνουν οίκτο για τον ανάπηρο, διότι η ηθική του οίκτου είναι ανίκανη να ενισχύσει την προσωπικότητα του αρρώστου. Πρέπει να πιστεύουν ότι η αναπηρία δεν υποβιβάζει την προσωπική αξία και αξιοπρέπεια του αρρώστου και αυτό

γιατί πρέπει να πείσουν τον ασθενή τους γι' αυτές τις αξίες. Εκδηλώνουν αγάπη, σεβασμό, ειλικρινές ενδιαφέρον, διάθεση και ετοιμότητα για να προσφέρουν ειδική νοσηλευτική βοήθεια και ψυχική συμπαράσταση, ώστε ο ίδιος να γίνει δυνατός να αντιμετωπίσει τα σωματικά και ψυχολογικά τους προβλήματα, που απορρέουν από την αναπηρία του.

Γνωρίζουν καλά τις ικανότητες και τις αδυναμίες του αρρώστου, παρακολουθούν τις προσπάθειες και τις προόδους του, παρατηρούν και αναφέρουν τυχόν αλλαγές στην κατάστασή του και την ικανότητα για άσκηση, προσαρμόζουν και συντονίζουν την νοσηλευτική τους φροντίδα σύμφωνα με το θεραπευτικό πρόγραμμα όχι μόνο των φυσικοθεραπευτών αλλά και των άλλων μελών της ειδικής ομάδας.

Ο ανάπηρος συχνά είναι δυνατό να παρουσιάσει συναισθητική αστάθεια (παιδική συμπεριφορά-απάθεια-τάση απομόνωσης) . Από τη μια μπορεί να αισθάνεται ενθουσιασμό και αισιοδοξία και από την άλλη δείχνει πως δεν κατανοεί την αιτία εξακολούθησης της ζωής του. Η εναλλαγή της εφορίας και της καταθλίψεως, μπορεί να οφείλεται, είτε σε βλάβη του Ν.Σ είτε στο άγχος του ασθενή γύρω από την αναπηρία του και την πρόγνωση αυτής. Ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά αρχήν να αποδεχθεί τις εκδηλώσεις αυτές ως αποτέλεσμα της νόσου και αργότερα να δείξει στον ασθενή πως κατανοεί το πρόβλημά του, πως δεν χρειάζεται να ταραάζεται γι' αυτή την κατάσταση αλλά πως είναι διαθέσιμος να συζητήσει το πρόβλημά του αφού πρώτα αυτός ηρεμήσει. Αν όμως αυτός εξακολουθεί να είναι εκνευρισμένος χρειάζεται να δείξει κατανόηση και απέραντη υπομονή μέχρι ο άρρωστος να του εμπιστευτεί τις ανησυχίες, τους φόβους και την αγωνία του για την έκβαση της αρρώστειας του. Δεν κατακρίνει ούτε σχολιάζει τη συμπεριφορά του. Αντίθετα, εκφράζει με το δικό του ξεχωριστό τρόπο το ειλικρινές ενδιαφέρον καθώς και την προσδοκία του για την ταχύτερη αποκατάστασή του. Προλαβαίνει τις επιθυμίες του, ακόμη και τις πιο μικρές, παρέχοντάς του έτσι ψυχική άνεση και ασφάλεια

παράγοντες που βελτιώνουν την ψυχική του διάθεση, αυξάνουν την αισιόδοξία του για την καλύτερευση της κατάστασώς του και τέλος ελαττώνουν το άγχος του και προ πάντων το φόβο του θανάτου, ενός φόβου που ποτέ δε λείπει από την καθημερινή ανθρώπινη θεώρηση των πραγμάτων.

Ο ρόλος του νοσηλευτή όμως επεκτείνεται και στους αρρώστους με ψυχικά νοσήματα όπως άγχος, θυμώ, κατάθλιψη ή μανία, που είναι συχνά στις μέρες μας. Αυτού του είδους οι άρρωστοι έχουν περισσότερη ανάγκη από οποιονδήποτε άλλο να μιλήσουν σε κάποιον που έχει γνώση της κατάστασώς τους και προφανώς είναι σε θέση να προσφέρει τη βοήθειά του. Εδώ ακριβώς ο ρόλος του νοσηλευτή μπορεί να εκπληρώσει ίσως τη μέγιστη αποστολή του. Το ενδιαφέρον αλλά και η διάθεση για προσφορά λαμβάνονται από τον ασθενή σοβαρά υπόψη. Νιώθει πως κάποιος άλλος νοιάζεται και ενδιαφέρεται πραγματικά γι' αυτόν και μπορεί αυτή η αίσθηση να κάνει τον ίδιο να ενδιαφερθεί για τον εαυτό του και για την καλύτερη έκβαση της αρρώστειας του. Σ' αυτές τις περιπτώσεις μεγαλύτερη βοήθεια ίσως προσφέρουν μερικά αγχολυτικά φάρμακα, το πιο διαδεδομένα απ' τα οποία είναι η διαζεπάμη (VALIUM). Ίσως όμως η κατάσταση να βελτιώνεται αν τη σκυτάλη του αγώνα για αποκατάσταση, περιέλθει στα χέρια άλλου μέλους της ειδικής ομάδας: Ψυχολόγων-Φυσιοθεραπευτών.

Εκείνοι που διακατέχονται από θρησκευτική πίστη είναι πιο αισιόδοξοι και πιο ευτυχισμένοι. Ο θάνατος γι' αυτούς, ενώ για άλλους είναι μια συνεχής αγωνία και φοβία για το άγνωστο, δεν είναι τίποτε άλλο παρά η πύλη, η είσοδος για ένα άλλο κόσμο καλύτερο από αυτόν που ζούμε και η αναπηρία τους δεν είναι παρά μια μορφή δοκιμασίας και γιατί όχι ένα μέτρο ανθρώπινης αντοχής. Και εδώ ο νοσηλευτής μπορεί να επιτελέσει σημαντικό ρόλο. Διδάσκει πως η πίστη και η ελπίδα δεν πρέπει να λείπουν ποτέ απ' τον άνθρωπο και ιδιαίτερα όταν βρίσκεται σε μια δύσκολη κατάσταση όπως αυτή της αναπηρίας. Η πίστη είναι εκείνη που οδηγεί σε μια διαφορετική θεώρηση των πραγμάτων στη ζωή και γεννά την ελπίδα για κάτι καλύτερο, διαφορετικό

που ίσως να ανατρέψει τη μέχρι τώρα στάση μας απέναντι στον κόσμο που μας περιβάλλει και να κατευθύνει τη σκέψη και το νού μας σε κάτι μοναδικό και ανεπανάληπτο. Ίσως για τους ανθρώπους με ειδικά προβλήματα και ανάγκες αυτό να αποτελεί τη μοναδική σανίδα σωτηρίας και λύτρωσης απ'τα βάσανά τους.

Β . ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η νοσηλευτική υπηρεσία επεκτείνει τη φροντίδα της και στην οικογένεια του αναπήρου. Επειδή η οικογένεια αποτελεί τον πρώτο πόλο έλξης του αναπήρου και η επιρροή της πάνω του είναι καθοριστική θα πρέπει η αρμονία της οικογενειακής ζωής να κρατιέται σε ισορροπία, ακόμη και όταν ένα μέλος της καταστεί ανάπηρο. Για να μπορέσουμε όμως να διαφωτίσουμε το οικογενειακό περιβάλλον σχετικά με τον τρόπο συμπεριφοράς προς τον ανάπηρο, πρέπει πρώτα εμείς οι υγειονομικοί να δεχθούμε τον ανάπηρο σαν ίσος προς ίσο και όχι σαν να τον υπηρετούμε φιλανθρωπικά και μόνο.

Η Οικογένεια έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και εκπαίδευσης για να μπορέσει να βοηθήσει τον ανάπηρο συστηματικά στην προσαρμογή του στις νέες ανάγκες και δυσκολίες, που δημιουργήθηκαν από την αναπηρία του. Ενθαρρύνεται η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα αποκατάστασης του αρρώστου απ' την αρχή ακόμη της εμφάνισης της αναπηρίας, για να κατανοήσει και να μάθει, ότι αυτή τη χρειάζεται άμεσα για την περαιτέρω ψυχολογική ανόρθωση του μέλους της. Ιδιαίτερα, η οικογένεια βοηθείται ψυχολογικά να αποδεχθεί το μέλος με την αναπηρία του, γιατί τότε μόνο θα μπορέσει να το βοηθήσει να μάθει πως να ζει με αυτή. Οι συγγενείς του αναπήρου συμβουλεύονται να:

- 1) Προσφέρουν πρόθυμα τη βοήθειά τους αλλά να μην επιβάλλονται στον ανάπηρο
- 2) Ανακαλύπτουν πια δραστηριότητα τον ενδιαφέρει περισσότερο και τον βοηθούν να την επιτύχει (π.χ ατομική περιποίηση-λήψη γεύματος)
- 3) Ζητούν πάντα τη γνώμη του, γιατί η κοινή προσπάθεια και η συνεργασία δίνουν καλύτερα αποτελέσματα
- 4) Εφαρμόζουν πάντα απλές μεθόδους με συνεργασία πάντοτε του θεράποντος Ιατρού που πιθανόν να συστήσει ανάλογα με την πρόοδο του ασθενούς πιο εφαρμόσιμες και ωφέλιμες μεθόδους.

Πολλές φορές αναρωτιόμαστε ποιά είναι η καλύτερη συμπεριφορά προς τον ανάπηρο για να μη τραυματίζεται ψυχικά. Οι παρακάτω αρχές ίσως δώσουν απάντηση στο ερώτημα αυτό. Οι αρχές αυτές είναι καλό να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και από το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, για την καλύτερη επιτυχία του προγράμματος αποκατάστασης. Οι αρχές αυτές είναι:

- 1) Μη συζητάτε για την αναπηρία παρά μόνο όταν ο ανάπηρος την αναφέρει
- 2) Μην απευθύνετε ερωτήσεις σχετικές με την αναπηρία
- 3) Μην παρατείνετε τη συζήτηση γύρω από το θέμα και μη τη διακόπτετε, όταν ο ίδιος ο ανάπηρος την ανοίγει. Βασικός κανόνας είναι να αφήνουμε τον ανάπηρο να καθορίζει πότε και πως θα αρχίσει η συζήτηση για την αναπηρία του και ποιά τροπή ή εξέλιξη θα πάρει αυτή στα πλαίσια βέβαια που δε θα καταλήξει σε απογοήτευση ή αμφισβήτηση της ύπαρξής του.
- 4) Μη στηρίζετε ερευνητικά το βλέμμα σας στο σημείο της αναπηρίας του κατά το διάλογο μαζί του. Να τον αντικρύζετε κατά τρόπο φυσικό σαν ένα ολοκληρωμένο και ελεύθερο άτομο.

Σημαντικό δείκτη για τη πρόγνωση της αποκατάστασης αποτελεί η ικανότητα του αρρώστου να διατηρεί καλές σχέσεις με το περιβάλλον του. Ο ανάπηρος χρειάζεται πίστωση χρόνου για να συνηθίσει την αναπηρία του. Οι ψυχολογικές του ανάγκες κυρίως σχετίζονται με τη μακρόχρονη εξάρτηση από τους άλλους για βοήθεια, με τη χρονιότητα της κατάστασής του και με την αβεβαιότητα κατά πόσο θα μπορέσει να αναλάβει ξανά τις συνηθισμένες του δραστηριότητες και ευθύνες. Η συνεχής εξάρτηση από τους άλλους ακόμα και για το παραμικρό π.χ ντύσιμο, οδηγεί πολλές φορές σε εκνευρισμό και εκρήξεις θυμού. Εξάλλου η δυσκολία μετακινήσεως προκαλεί άγχος. Εδώ το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να παίξει σημαντικό ρόλο στο πρόβλημά του. Χρειάζεται η συμπαράσταση και η μη δυσανασχέτηση για την ενδόχληση που είναι δυνατό να προκληθεί από τις συχνές ανάγκες του ασθενούς.

Η υπομονή και η ελπίδα για καλύτερευση πρέπει να χαρακτηρίζει όλα τα μέλη της οικογένειάς του αναπήρου. Εξάλλου, η ενθάρρυνση για συνεχείς προσπάθειες καθώς και η συνάντηση ή επίσκεψη ενός άλλου αναπήρου ή κάποιου άλλου που ξεπέρασε την κατάσταση του και τυγχάνει επιτυχημένης αποκατάστασης, ενισχύει τον άρρωστο με πρόσφατη αναπηρία, διότι τον πείθει πως είναι δυνατό και στον ίδιο με τον καιρό να υπερνικήσει την αναπηρία του και να ξαναγίνει πάλι έτοιμος να βγει στο στίβο της ζωής για νέες νίκες.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η κατανόηση, η αγάπη και ο σεβασμός της οικογένειας αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι οι συντελεστές στην αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας και αρμονίας χωρίς την οποία ο ανάπηρος και με τα τελειότερα επιστημονικά και τεχνολογικά μέσα δε μπορεί να επιτύχει ούτε την αποκατάσταση της σωματικής λειτουργικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΗΡΩΝ

Μοναδικός και μεγαλειώδης είναι ο νοσηλευτικός ρόλος. Βέβαια η πρόοδος της αποκατάστασης έρχεται σιγά-σιγά και οι επιπλοκές, όσο μικρές και αν είναι, μπορούν να προκαλέσουν οπισθοδρόμηση και ίσως μερική εγκατάλειψη της προσπάθειας. Ο σκοπός όμως της αποκατάστασης δεν εγκαταλείπεται ποτέ. Και αυτό το γνωρίζει πολύ καλά ο νοσηλευτής που πραγματικά επιθυμεί να προσφέρει τη βοήθειά του στον ανήμπορο συνάνθρωπό του, μια βοήθεια που τόσο πολύ την έχει ανάγκη.

Η αποτελεσματικότητα, λοιπόν, του ρόλου του εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά του προς τον ανάπηρο και γενικότερα τη στάση του απέναντι στην αναπηρία. Ανάλογα με τις ψυχολογικές αντιδράσεις του ίδιου, φέρεται ανάλογα. Άλλοτε τρυφερά και ευαίσθητα, άλλοτε πιο σκληρά, αλλά πάντοτε με ειλικρινές ενδιαφέρον και εντελώς ανθρώπινα εκφράζει την προσδοκία του για τη ταχύτερη ανάρρωσή του. Τον ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά του και ποτέ δεν αγανακτεί με τη συμπεριφορά του που συχνά αλλάζει. Βαθμιαία τον βοηθά να ευρύνει τον ορίζοντα των ενδιαφερόντων του και του έλκει την προσοχή για την αργή αλλά σταδιακή απόκτηση της χαμένης ικανότητας. Επιστρατεύει τις επιστημονικές του γνώσεις για την ανετώτερη και αποτελεσματικότερη νοσηλεία του εντός του νοσοκομειακού χώρου, αλλά και εκτός αυτού. Ο συνδυασμός λοιπόν των απαραίτητων νοσηλευτικών γνώσεων και μιας πραγματικά πανανθρώπινης συμπεριφοράς και αποδοχής της αναπηρίας, συνθέτουν το μοναδικό και ανεπανάληπτο έργο του. Βέβαια ο ρόλος του παίρνει μεγαλύτερες δια-

στάσεις και γίνεται ευρύτερος με τη συμμετοχή των άλλων κλάδων της ειδικής θεραπευτικής ομάδας. Είναι απαραίτητη η συνεργασία και η ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των μελών της ομάδας, γιατί μόνο έτσι ο συντονισμός των ενεργειών θα είναι επιτυχής και η διαδικασία της αποκατάστασης θα ολοκληρωθεί.

Επομένως, η υπομονή και η επιμονή (αρετές που βοηθούν τον άρρωστο ν' αποδεχθεί ψυχολογικά την αναπηρία του), η κατανόηση και η συμπάθεια (άλλες που τον βοηθούν να διακρίνει το ενδιαφέρον των μελών της ομάδας γι' αυτόν και στη συνέχεια τη συμμετοχή του στο έργο της αποκατάστασής του), αποτελούν απαραίτητα προσόντα που θα πρέπει να καλλιεργήσει ο νοσηλευτής, που βρίσκεται σε στενή επικοινωνία με τέτοιους ασθενείς. Αν μάλιστα αναλογιστούμε ότι ο ανάπηρος ακριβώς λόγω της καταστάσεώς του έχει μεγαλύτερη και επιτακτική ανάγκη επικοινωνίας από οποιονδήποτε άλλον άρρωστο, τότε μπορούμε να κατανοήσουμε τους λόγους που ο νοσηλευτής, περισσότερο από ποτέ, να μη διστάζει να προσφέρει αυτό που πραγματικά ζητάει ο κάθε άνθρωπος στη ζωή του: την Α Γ Α Π Η. Ένα αγαθό, που δυστυχώς λείπει στις μέρες μας και που πολύ δύσκολα και αν ακόμα φανεί κάποιο ίχνος της, προσφέρεται απλόχερα και με ανιδιοτέλεια σε κάποιον που έχει ^{την} ανάγκη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

A. Ιστορικό ασθενούς με παραπληγία μετά από τροχαίο ατύχημα

Ε.Κ, ετών 35

Νέος άνδρας, ετών 35, μετεφέρθη στο νοσοκομείο μετά από τροχαίο ατύχημα. Ήταν ωχρός και αναίσθητος, με σχισμένα ρούχα και μελανιές σε διάφορα σημεία του σώματός του. Δεν έφερε κακώσεις ή εξωτερικά αιματώματα. Μετά την επαναφορά των αισθήσεών του, είπε πως αισθανόταν έντομο πόνο στην οσφυϊκή του χώρα, αδυναμία αισθητικότητας και κινήσεως των κάτω άκρων. Πουθενά αλλού δε φαινόταν να πονάει και όπως αποδείχθηκε κατά τη ψηλάφησή του δεν έφερε καμιά άλλη κάκωση.

Τ' ακτινολογικά ευρήματα έδειξαν ελαφρά μετατόπιση του μεσοσπονδύλιου δίσκου και διατομή του νωτιαίου μυελού. Μετά την εισαγωγή του στο τμήμα και σε διάστημα μιας μέρας, το μούδιασμα και η δυσκολία κίνησης των κάτω άκρων μετατράπηκαν σε παράλυση-παραπληγία (με εμφανή τα σημάδια της ακινητοποίησης και της παντελούς έλλειψης αισθητικότητας, λειτουργικότητας και κινητικότητας των κάτω άκρων).

Β. Ιστορικό ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας με προοδευτική
παράλυση των κάτω άκρων

Σ.Τ, ετών 65

Ο ασθενής αυτός έφερε ιστορικό σκλήρυνσης κατά πλάκας πριν ένα περίπου χρόνο. Επίσης, έφερε αδυναμία προφοράς ορισμένων λέξεων, φράσεων (δυσarthρία) καθώς και ελαφρά διανοητική καθυστέρηση. Ο συνοδός του είπε πως παραπονιόταν πριν 2 περίπου μέρες, για μούδιασμα των κάτω άκρων. Στην αρχή νόμισε πως οφειλόταν στη συνεχή παραμονή του στο κρεβάτι, ώσπου διαπίστωσε πως δεν αισθανόταν τα πόδια του καθόλου. Φοβόταν πολύ και δεν ήθελε να έρθει στο νοσοκομείο.

Όπως φάνηκε αργότερα, ο ασθενής αυτός δεν παρουσίαζε τίποτα άλλο παρά προοδευτική παράλυση των κάτω άκρων, συνέπεια άλλωστε της ήδη υπάρχουσας ασθένειάς του (σκλήρυνση κατά πλάκας).

Η εισαγωγή του στο νοσοκομείο δεν ήταν υποχρεωτική και για το λόγο αυτό, η θεραπευτική του αγωγή θα εφαρμοζόταν στο σπίτι.

ΣΧΕΔΙΑΒΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟ

Προβλήματα- Ανάγκες που Διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός-Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών	Αποτελέσματα-Εκτίμηση
Δυσκολία τοποθέτησης επί κλίσης	Παροχή κατάλληλης θέσης	Τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από τα άκρα ή άλλων βοηθημάτων για τα κλινოსκεπέματα (π.χ Στεφάνη).	Ανακούφιση άκρων, αλλά παράπονα για γρήγορη κόπωση ή μούδιασμα.
Αλλαγή θέσεως επί κλίσης	Εύρεση ανετώτερης και λιγότερο κουραστικής θέσης (από αυτήν την ύπτια)	Προσπάθεια για γύρισμα στο πλάι-Σταδιακή αφαίρεση ή απομάκρυνση των μαξιλαριών.	Αδυναμία παραμονής στο πλάι, αλλά προσπάθεια σταδιακής αλλαγής.
Κατακράτηση ούρων-Αδυναμία διουρητικής ικανότητας	Ρύθμιση λειτουργίας διούρησης -Καθετηριασμός	Εφαρμογή καθετήρα-Παρακολούθηση αντιφρώσεων και τυχόν εμφάνισης ουρολοιμώξεων -συχνές εξετάσεις ούρων και καλλιέργεια αυτών για πυοσφαίρια.	Εμφάνιση ουρολοιμώξεων-Ακριβής παρακολούθηση λειτουργίας ουροδόχου κύστεως.
Κατακράτηση κοπράνων-Δυσκοιλιότητα	Ρύθμιση λειτουργίας εντέρου -Αποφυγή κατά το δυνατό της δυσκοιλιότητας.	Χρήση ελαφρών καθαρτικών-Πραγματοποίηση υποκλυσμών κάθε 2-3 μέρες (ανάλογα βέβαια με την περίπτωση).	Μερική επαναπόκτηση ελέγχου λειτουργίας της αφόδευσης-Μερική ρύθμιση και αποφυγή της δυσκοιλιότητας.

<p>Δυσκινησία-Αίσθημα βάρους στα κάτω άκρα.</p>	<p>Ρύθμιση βάρους του σώματος .</p>	<p>Λήψη τακτικών γευμάτων πλούσιων σε κρέας, φρούτα, λαχανικά-Αρκιβής μέτρηση των λαμβανόμενων θερμίδων ημερησίως (περίπου 1400)</p>	<p>Λήψη των απαραίτητων θερμίδων για τη μη αύξηση του βάρους και δυσκινησίας των κάτω άκρων.</p>
<p>Κατακλίσεις Δερματικές εξελκώσεις.</p>	<p>Πρόληψη επέκτασως των ήδη υπάρχουσών δερματικών εξελκώσεων.</p>	<p>Ατομική καθαριότητα (λουτρό επί κλίνης-λούσιμο-περιποίηση των ευαίσθητων περιοχών (φτέρνες, αγκώνες κλπ) - συχνή αλλαγή θέσεως ανά 1/2 ώρα.</p>	<p>Απομάχξη εμφάνισης άλλων δερματικών εξελκώσεων-Επανόκτηση ελαστικότητας δέρματος-Διατήρηση καθαρού και υγιούς δέρματος-Επίτευξη σωματικής ευεξίας, προύπθεση της ψυχικής ηρεμίας.</p>
<p>Ανισοχία του ασθενούς για παραμόρφηση της αναπηρίας, εμφάνιση παραμορφώσεως και αδυναμία βάδισης.</p>	<p>Πρόληψη μυϊκών βραχύνσεων και παραμορφώσεων .</p>	<p>Χρησιμοποίηση ειδικών υποστηριγμάτων των κλινοσκεπασμάτων (Στεφάνης)- Έναρξη μικρών παθητικών ασκήσεων με συνδιασμό κάμψης των γονάτων και χρησιμοποίησης των μυών των κάτω άκρων.</p>	<p>Ανακούφιση από το βάρος στα κάτω άκρα-πρόωρη χρησιμοποίηση των προσβεβλημένων μυών των κάτω άκρων, (π.χ τετρακέφαλου)-προσπάθεια αποφυγής σκελετικών παραμορφώσεων και μυϊκών βραχύνσεων.</p>
<p>Δυσκολία κίνησης κάτω άκρων.</p>	<p>Ενίσχυση της πεπόλησης για σύντομη αποκατάσταση της αισθητικότητας και κινητικότητας του σκέλους.</p>	<p>Εύληψη των ποδιών με τα δάκτυλα του νοσηλευτή, κάμψη γόνατος μέχρι χαλάρωσης των μυών-επαναφορά του σκέ-</p>	<p>Πλήρης αδυναμία εκτέλεσης της άσκησης-Προσπάθεια και επαναφορά του σκέλους σε οριζόντια θέση.</p>

		<p>λους στην οριζόντια θέση- επίβλεψη πραγματοποίησης της άσκησης.</p>	
<p>Έγερση από της κλίνης στην καθέσ- τηκυία θέση (έξω από το κρεβάτι- τι).</p>	<p>Έγερση του αρρώστου για αποφυγή σπαστικότητας και μόνιμης παράλυσης ή αγκύλωσης.</p>	<p>Ελαφρά κλίση του κορμού προς τα εμπρός-Τοποθέτηση του ενός χεριού μας κάτω από τη μασχάλη του για συγκράτηση της ωμοπλάτης και του άλλου χεριού στα κάτω άκρα για τη μεταφορά τους έξω από το κρεβάτι.</p>	<p>Επιτυχία αλλαγής θέσεως-Αδυναμία παραμονής στη θέση αυτή για πολλή ώρα.</p>
<p>Παραμονή των κάτω άκρων έξω απ' το κρεβάτι</p>	<p>Απομάκρυνση του αρρώστου από το κρεβάτι-Ευκαιρία χρησιμοποίησης της ικανό- τητας που απέμεινε.</p>	<p>Μετακίνηση των γλουτών προς τα εμπρός με πλάγιες κινή- σεις του κορμού-Πτώση του αρρώστου στο πάτωμα-Ενθάρ- ρυνση για συνεχείς προσπά- θειες.</p>	<p>Αδυναμία σταθεροποίησης των πελμάτων στο πάτωμα-Γρήγορη κίνηση αποκατάστασης της βά- δισης-Πιθανή χρησιμοποίηση ειδικών βοηθημά- των(Βακτηρίες, πατερλίτσες ή αναπηρική καρέκλα)</p>
<p>Παντελής έγερση από το κρεβάτι χρησιμοποίηση των ειδικών βοη- θημάτων(αναπηρική καρέκλα)</p>	<p>Μάθηση και χρησιμοποίηση άλλων μέσων για την αποκα- τάστασή του.</p>	<p>Χρήση αναπηρικής καρέκλας- Τελική απομάκρυνση του αρρώ- στου από το κρεβάτι-Ενθάρ- ρυνση για την έναρξη ενεργη- τικών κινήσεων.</p>	<p>Αδυναμία έναρξης των ασκήσεων αυτών-Σταδιακή προσαρμογή του αρρώστου στις νέες συνθήκες της αναπηρίας του.</p>

Από εδώ και κάτω, αναλαμβάνει ο άλλος τομέας του έργου της αποκατάστασης, ο φυσικοθεραπευτής, εφαρμόζοντας ασκήσεις φυσικοθεραπείας για την αποφυγή των μυϊκών βραχύνσεων και της σπαστικότητας των άκρων. Ο ρόλος μας εδώ περιορίζεται στη παρακολούθηση της εκτέλεσης των ασκήσεων της φυσικοθεραπείας και την ενθάρρυνση για συνεχείς προσπάθειες.

Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας, χρειάζεται εκτός από τη βοήθειά μας και αυτήν του λογοθεραπευτή και του κοινωνικού λειτουργού από την ειδική ομάδα θεραπείας και οπωσδήποτε τη συμπαράσταση και τη συμμετοχή της οικογένειας και του περιβάλλοντός του, γιατί στην ήδη υπάρχουσα διανοητική καθυστέρηση έχει προστεθεί και η παραπληγία (σαν αποτέλεσμα της αρρώστειας του, που χαρακτηρίζεται από προοδευτική παράλυση των κάτω άκρων).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η διαδικασία της αποκατάστασης μπορεί να είναι εφικτή στις περιπτώσεις εκείνες που η πρωταρχική αναπηρία έχει, κατά κάποιο τρόπο, ξεπεραστεί. Αντίθετα η αποκατάσταση δεν επιτυγχάνει το σκοπό της στις ψυχιατρικές αναπηρίες, όπου τα αίτια τους δε μπορούν να εξαλειφθούν. Ένα πράγμα είναι σίγουρο: Όλη η ειδική ομάδα αγωνίζεται συστηματικά και σε καθημερινή βάση για να συμβάλλει στην επιτυχία του υψηλότερου σκοπού της αποκατάστασης: Την επιστροφή στις κοινωνικές υποχρεώσεις και την κατά το δυνατόν επανένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινωνική ομάδα ως αποδεκτά και ενεργά μέλη.

Επειδή η αναπηρία αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, ίσως η κάλυψη που θέματος να μην ήταν επαρκής στα πλαίσια αυτής της εργασίας. Μπορώ να υπάρχουν και άλλα μέσα ή τρόποι αποκατάστασης που διέφυγαν της προσοχής μου ή δεν είναι ακόμα εφαρμόσιμοι. Γι' αυτό οι πιθανές ελλείψεις, παρανοήσεις ή λάθη που σημειώθηκαν εδώ, να μην επηρεάσουν την κρίση και προπάντων, την επιεικειά σας.

Ελπίζω η παραπάνω μελέτη να προσέφερε ένα σημαντικό βοήθημα κατανόησης του ανωτέρου προβλήματος, μεύκαιρτα εφαρμογής ενός προγράμματος εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας για την ταχύτερη και αποτελεσματικώτερη, κατά το δυνατό και εφικτό τρόπο, αποκατάσταση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Μούσουρα-Οικονόμου Αδ., " Σημειώσεις νευρολογικής νοσηλευτικής", Τ.Ε.Ι Πατρών, Πάτρα 1988.
- 2) Μουτσόπουλος Χ. " Χρόνιες παθήσεις και αναπηρία", έκδοση 2η, Ιατρικές εκδόσεις Αίττας, Αθήνα 1984.
- 3) Νάνου Κυριακή, "Σημειώσεις ψυχιατρικής νοσηλευτικής", Τ.Ε.Ι Πατρών, Πάτρα 1988.
- 4) Ραγιά Χ. Αφροδίτη, "Βασική νοσηλευτική", εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989.
- 5) WALTON J., " Νευρολογία", έκδοση 5η, Ιατρικές εκδόσεις Αίττας, Αθήνα 1984.
- 6) "Νευρολογία", έκδοση 5η, Ιατρικές εκδόσεις Αίττας, Αθήνα 1984.
- 7) " Νοσηλευτική" , τεύχος 8ο, έκδοση ΕΣΔΕΝ, Μάρτιος-Απρίλιος, Αθήνα 1980.
- 8) "Πρακτικά '81", Η' Πανελλήνιον νοσηλευτικόν συνέδριον, έκδοση ΕΣΔΕΝ, Αθήνα 1981.

