

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΠΟΥ
ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

**ΑΝΔΡΙΑΝΑ ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ
ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΑΡΥΔΗ
ΜΑΡΙΑ ΣΙΔΕΡΟΠΟΥΛΟΥ**



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ**

ΠΑΤΡΑ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή.....	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Φυσιολογία Νεφρού

1.1 Νεφρώνας.....	13
1.2 Σπείραμα.....	13
1.3 Λειτουργία Σωληναρίων.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Αιτιολογία

2.1 Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια ή Τελικό Στάδιο της Νεφρικής Νόσου.....	16
2.1.1 Προνεφρικά Αίτια.....	17
2.1.2 Ενδονεφρικά Αίτια.....	17
2.1.3 Μετανεφρικά Αίτια.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Θεραπεία

3.1 Αιμοκάθαρση.....	20
3.2 Περιτοναϊκή Κάθαρση.....	20
3.3 Μεταμόσχευση Νεφρού.....	21
3.4 Βιοτεχνητός Νεφρός	21
3.5 Γενετική Τροποποίηση Περιτοναίου.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Χρόνιων Ασθενών

4.1 Ορισμός Χρόνιας Σωματικής Νόσου.....	25
--	----

4.2 Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα.....	25
4.2.1 Διαταραχές της Διάθεσης.....	26
4.2.2 Διαταραχές της Προσωπικότητας.....	26
4.2.3 Αγχώδης Διαταραχή.....	27
4.2.4 Διαταραχή της Προσαρμογής	27
4.2.5 Άρνηση.....	27
4.2.6 Κατάθλιψη.....	28
4.2.7 Διαταραχή του ύπνου.....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Ασθενών που Υποβάλλονται σε

Αιμοκάθαρση

5.1 Εξάρτηση από το Μηχάνημα.....	30
5.2 Εξάρτηση από το Νοσηλευτικό και Ιατρικό Προσωπικό.....	32
5.3 Άγχος.....	32
5.4 Σεξουαλική Δυσλειτουργία.....	33
5.5 Κατάθλιψη.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Παράγοντες που Επηρεάζουν τους Ασθενείς με ΧΝΑ

6.1 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες.....	36
6.1.1 Ηλικία.....	37
6.1.2 Συνοδοί νόσοι.....	38
6.1.3 Αναιμία.....	38
6.1.4 Σπειραματική διήθηση.....	39
6.1.5 Φύλο - Φυλή.....	39
6.1.6 Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες.....	39
6.1.7 Πρώιμη παραπομπή στο νεφρολόγο.....	40
6.1.8 Μέθοδοι κάθαρσης.....	41
6.1.9 Θρέψη.....	41
6.1.10 Απώλεια νεφρικού μοσχεύματος.....	41
6.1.11 Φυσική άσκηση.....	42

6.12 Η ποιότητα ζωής ως προγνωστικός παράγοντας νοσηρότητας και θνητότητας.....	42
6.2 Σωματικά Προβλήματα που επηρεάζουν την Κοινωνική Προσαρμογή του Ασθενή.....	42
6.3 Η Διαδικασία της Αιμοκάθαρσης ως Παράγοντας που Επηρεάζει την Κοινωνική Προσαρμογή του Ασθενή.....	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Στάδια Προσαρμογής και Μηχανισμοί Άμυνας

7.1 Στάδια Προσαρμογής στην Αιμοκάθαρση.....	45
7.2 Μηχανισμοί Άμυνας.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Παιδιά και ΧΝΑ

8.1 Παιδιά και Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.....	50
8.2 Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα που Αντιμετωπίζει η Οικογένεια.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Πρόληψη

9.1 Πρωτογενή	53
9.2 Δευτερογενής.....	54
9.3 Τριτογενής.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Νοσηλευτική Διεργασία

10.1 Νοσηλευτική διάγνωση.....	56
10.2 Νοσηλευτικός σκοπός.....	56
10.3 Νοσηλευτική φροντίδα - παρέμβαση.....	57
10.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Θεραπεία

11.1 Διδακτικές ή Εκπαιδευτικές Ομάδες.....	62
11.2 Εναισθητικού ή Ψυχαναλυτικού Προσανατολισμού Ομάδες.....	63
11.3 Ομαδικοαναλυτικές Ομάδες	63
11.4 Υποστηρικτικές Ομάδες	64
11.5 Ομάδες Άλλων Τύπων και Συνδυασμένων Τεχνικών.....	65
11.6 Συνδετικές Ομάδες	65
11.7 Τρόποι που μπορεί ένας ασθενής με Τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας να αποκτήσει μεγαλύτερο έλεγχο της κατάστασής του.....	66
11.8 Σχέση θεραπείας που πρέπει να υπάρχει μεταξύ του ασθενούς που υποβάλλεται σε Αιμοκάθαρση και των νοσηλευτών ή των τεχνικών της μονάδας.....	66
11.9 Βαθμός κοινωνικής αποκατάστασης που αναμένεται να φτάσει ο ασθενής που υποβάλλεται σε ΑΚ	67
11.10 Ενίσχυση της δυνατότητας αποκατάστασης των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ.....	68
11.11 Η κοινωνική υποστήριξη και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ.....	68
11.12 Τι συμβαίνει με τους ασθενείς που αποφασίζουν να διακόψουν την ΑΚ;.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Νοσηλευτική Διεργασία Ασθενή με ΧΝΑ.....	76
--	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Έρευνα: Ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε Χρόνιους Νεφροπαθείς	
Σχόλια.....	78
Γραφήματα.....	82
Επίλογος.....	92
Βιβλιογραφία.....	94

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις των Χρόνιων Νοσημάτων στους ασθενείς που έχουν μελετηθεί, ιδίως για χρόνια νοσήματα όπου ο ασθενής δεν νοσηλεύεται συνεχώς επί μακρός αλλά είναι αναγκασμένος να νοσηλεύεται συχνά για βραχύ χρονικό διάστημα, όπως στην περίπτωση των χρόνιων αιμοκαθαρώμενων.

Δεν θα ήταν υπερβολικό αν υποστηρίζαμε ότι μεγάλο ποσοστό ασθενών που επισκέπτονται ένα γιατρό για κάποια οργανική πάθηση, παρουσιάζουν ταυτόχρονα και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Επίσης, ακόμη πιο σπάνια είναι σήμερα η αξιολόγηση από τον ιατρό, των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στους ασθενείς από την ίδια την ασθένεια τους, ιδίως για ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, αφού η ίδια η νόσος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την καθημερινή συμπεριφορά των ασθενών αλλά και του άμεσου μικρό-περιβάλλοντος τους (οικογένεια, φίλοι) καθώς και του περιβάλλοντος εργασίας.

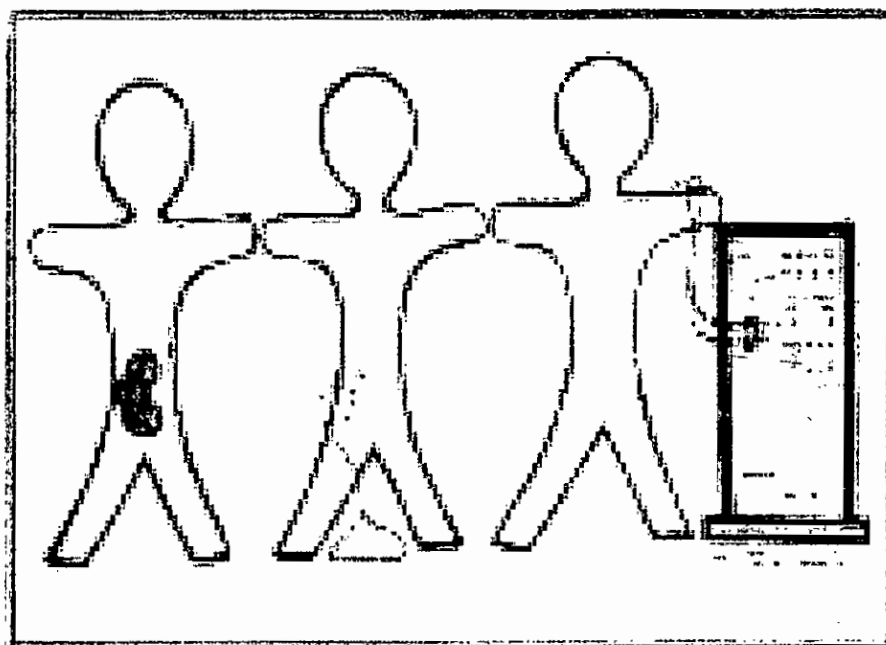
Αρκετά συχνά άλλωστε η χρόνια νόσος τροποποιεί «μέσα σε μια νύχτα» την σχέση του ασθενή με το μικροπεριβάλλον του αλλά και με την εργασιακή του κατάσταση, ακόμη κι αν αυτή η νόσος δεν έχει προκαλέσει άμεση αναπηρία ή θάνατο.

Κι αυτό επειδή η χρονιότητα της νόσου, επηρεάζει και επηρεάζεται και από το υπάρχον υγειονομικό σύστημα που συνήθως, «διαχειρίζεται» τον ασθενή, είτε μεσοπρόθεσμα, είτε μακροπρόθεσμα και διαχρονικά, με αποτέλεσμα να εμπλέκονται κι άλλοι πέραν του, ασθενούς παράγοντες στην καθημερινή φροντίδα του χρονίως πάσχοντος, και να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του. Τέτοιοι παράγοντες είναι το ασφαλιστικό ταμείο, οι παροχές, οι καλύψεις, η αποδοχή από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον ή να είναι καθηλωμένος σε ιατρική κλινική.

Η εργασία αυτή διερευνά ης ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στους ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Νεφρική, Ανεπάρκεια (ΧΝΑ) και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Από αυτήν την μελέτη που έγινε σε 86 Αιμοκαθαρώμενους από τις MTN του ΓΝ Πατρών "Άγιος Ανδρέας", του ΠΠΓΝ Πατρών και του ΓΝ Κέρκυρας, προέκυψαν και δύο εργασίες με τίτλους:

1. "Κοινωνικο-Οικονομική κατάσταση ασθενών σε χρόνια Αιμοκάθαρση" και

2. "Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις τις Χρόνιας Νόσου στους Αιμοκαθαρώμενους ασθενείς", που έγιναν δεκτές στο 30^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο και θα ανακοινωθούν τον Μάιο του 2005.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο νεφρός ήταν το πρώτο όργανο του οποίου η λειτουργία κατέστη δυνατόν να υποκατασταθεί με τεχνητό τρόπο και εξακολουθεί, μέχρι σήμερα, να είναι το μοναδικό, από όλα τα άλλα ζωτικά όργανα του σώματος, για το οποίο υπάρχει δυνατότητα μαζικής εφαρμογής θεραπείας με παράταση της επιβίωσης των πασχόντων από ΧΝΑ τελικού σταδίου.

Οι αλματώδεις εξελίξεις της ιατρικής τεχνολογίας, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, βελτίωσαν σε πολύ μεγάλο βαθμό την ποιότητα της εξωνεφρικής κάθαρσης και επομένως την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών, οι οποίοι σήμερα αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς και διάγουν βίον ασυγκρίτως καλύτερο, σε σχέση με το παρελθόν.

Παρότι η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση, στις διάφορες παραλλαγές τους, έχουν αλλάξει ριζικά την πρόγνωση της νεφρικής ανεπάρκειας, απέχουν πολύ από το να αποτελούν την τέλεια θεραπεία υποκατάστασης της, μη αναστρέψιμης, απολεσθείσας νεφρικής λειτουργίας, από διάφορες κληρονομικές και, κυρίως, επίκτητες αιτίες.

Η τρέχουσα θεραπευτική αντιμετώπιση της ΧΝΑ τελικού σταδίου, παρά τις συνεχείς προόδους που επιτελούνται στις μεθόδους εξωνεφρικής κάθαρσης και την καλύτερη γνώση των επιπλοκών της ΧΝΑ, δεν μπορεί να αποκαταστήσει παρά μόνο μερικές από τις φυσιολογικές νεφρικές λειτουργίες και μάλιστα, στο πλείστον των περιπτώσεων, σε διαλείπουσα βάση (αιμοκάθαρση 5 φορές την εβδομάδα, σε 4ωρες συνεδρίες).

Η απώλεια των ομοιοστατικών, μεταβολικών, ενδοκρινικών, συνθετικών και των λοιπών λειτουργιών του νεφρού εξηγεί την υψηλότερη νοσηρότητα και θνητότητα των πασχόντων από νεφρική ανεπάρκεια, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η μεταμόσχευση νεφρού, η οποία αποτελεί το κατ' εξοχήν σύγχρονο θεραπευτικό μέσο εναντίον της ΧΝΑ τελικού σταδίου δεν είναι, προς το παρόν, εφικτή για τους περισσότερους νεφροπαθείς, λόγω της μικρής, σε σχέση με τις ανάγκες, προσφοράς μοσχευμάτων. Υπάρχουν όμως (πέραν των προσπαθειών που καταβάλλονται προς την κατεύθυνση της αναδιοργάνωσης

του μεταμοσχευτικού συστήματος, με σκοπό την αύξηση του αριθμού των μεταμοσχεύσεων) συρρέουσες ενδείξεις και πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, που αφήνουν πολλά περιθώρια ελπίδας, ότι στο εγγύς μέλλον το πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων θα λυθεί οριστικά, είτε με την ξενομεταμόσχευση (xenotransplantation), δηλ. με την παραγωγή συμβατών οργάνων από άλλα θηλαστικά (ιδίως του χοίρου με τον οποίο ταιριάζουμε πιο πολύ από πλευράς ιστικών αντιγόνων), είτε με την κλωνοποίηση, για θεραπευτικούς σκοπούς, ανθρώπινων ιστών και οργάνων.

Επίσης αισιόδοξα μηνύματα έρχονται από τη συνεχή και εντατική έρευνα σε ότι αφορά την περαιτέρω βελτίωση των ήδη υπάρχουσών μεθόδων εξωνεφρικής κάθαρσης και την ανακάλυψη νέων φαρμακευτικών ουσιών που αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τις επιπλοκές της ΧΝΑ.

Η εργαστηριακή παραγωγή ερυθροποιητίνης, τα τελευταία χρόνια, έχει απαλλάξει τους ασθενείς από τις μεταγγίσεις αίματος, η καλσιτριόλη και τα νεότερα δεσμευτικά του φωσφόρου ελέγχουν καλύτερα τον δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό και, επομένως, τη νεφρική οστεοδυστροφία, η παραγωγή νέων φίλτρων και μηχανημάτων, η χρήση νέων διαλυμάτων αιμοκάθαρσης και περιτοναϊκής κάθαρσης εγγυώνται επαρκέστερη κάθαρση των τοξικών ουσιών, απόλυτα ακριβή προσδιορισμό και έλεγχο της υπερδιήθησης κ.ο.κ. Ακόμα καλύτερες ημέρες για τους νεφροπαθείς υπόσχονται οι τρέχουσες εξελίξεις στον χώρο της βιοτεχνολογίας. ¹

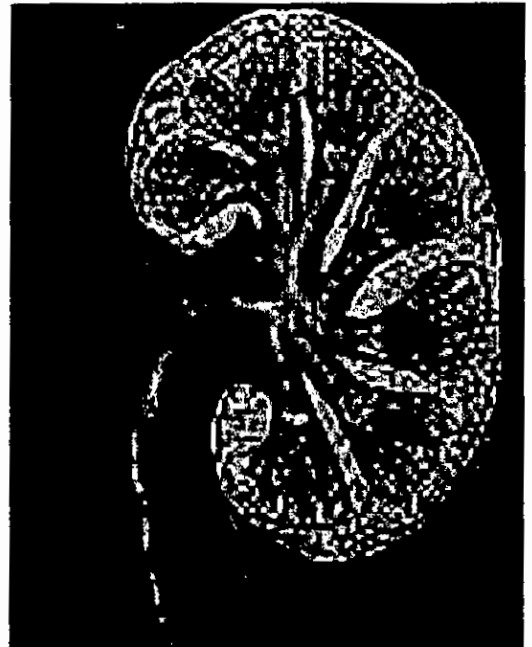
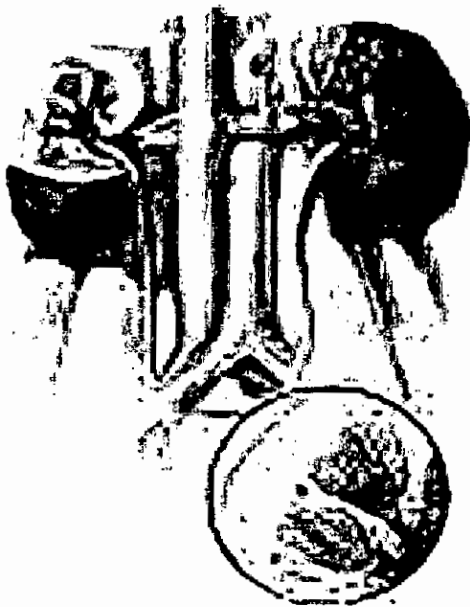
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

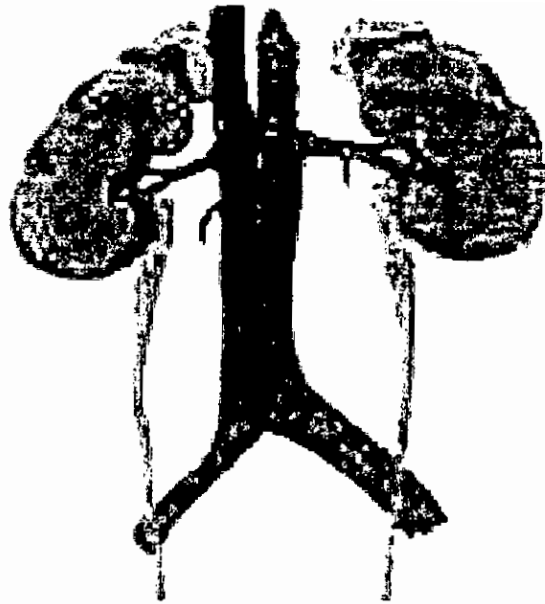
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

- **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΟΥ**
- **ΝΕΦΡΩΝΑΣ**
- **ΣΠΕΙΡΑΜΑ**
- **ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΩΛΗΝΑΡΙΩΝ**

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
Α' ΜΕΡΟΣ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΟΥ

1.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΟΥ





Δύο είναι οι πρωταρχικές λειτουργίες των νεφρών:

- (1) η απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού και άλλων τοξικών ουσιών
- (2) η διατήρηση σταθερής της σύνθεσης των υγρών του σώματος (δηλαδή του εσωτερικού περιβάλλοντος).

Επιπλέον, οι νεφροί επιτελούν αρκετές ενδοκρινικές λειτουργίες, που περιλαμβάνουν:

- (1) την παραγωγή Ρενίνης, η οποία επηρεάζει την αποβολή του Na^+ , τον όγκο των υγρών και την Αρτηριακή Πίεση(ΑΠ),
- (2) την παραγωγή ερυθροποιητίνης(ΕΡΟ), η οποία ρυθμίζει την παραγωγή, ερυθροκυττάρων από τον μυελό των οστών,
- (3) την παραγωγή των προσταγλανδινών και
- (4) τη συμμετοχή στο σύστημα καλικρεΐνης-κινίνης.

Επίσης, ο φυσιολογικός νεφρός είναι το όργανο-στόχος της δράσης πολλών ορμονών:

- (1) η αντιδιουρητική ορμόνη (antidiuretic hormone, ADH), που παράγεται στην υπόφυση, μειώνει την απέκκριση H_2O ,
- (2) η αλδοστερόνη, που παράγεται στο φλοιό των επινεφριδίων, αυξάνει την κατακράτηση Na^+ και την έκκριση K^+ και H^+ ,
- (3) η παραθορμόνη (PTH) αυξάνει την έκκριση φωσφόρου και HCO_3^- και διεγείρει τη μετατροπή της βιταμίνης D στη δραστική της μορφή, την

1.1 ΝΕΦΡΩΝΑΣ

Ο νεφρώνας είναι η λειτουργική μονάδα του νεφρού. Κάθε νεφρός περιέχει περισσότερες από ένα εκατομμύριο τέτοιες μονάδες. Σε κάθε νεφρώνα διακρίνουμε δύο κύρια τμήματα, το αγγειώδες σπείραμα και το νεφρικό σωληνάριο. Το αγγειώδες σπείραμα αποτελείται από δίκτυο λεπτοτοιχωματικών τριχοειδών που περιβάλλονται από επιθηλιακή μεμβράνη σε σχήμα ακλαδιού, που ονομάζεται κάψα του Bowman. Ο χώρος ανάμεσα στις δύο στοιβάδες της κάψας του Bowman εκβάλλει στο εγγύς σωληνάριο, το οποίο σχηματίζει αρκετές περιελίξεις (ΕΕΣ) στο φλοιό του νεφρού. Στη συνέχεια ευθείάζεται και σχηματίζει μια καμπή U σε σχήμα φουρκέτας, που ονομάζεται αγκύλη του Henle, στο μυελό του νεφρού.

Το σωληνάριο γίνεται πάλι εσπειραμμένο κοντά στο σπείραμα από το οποίο ξεκίνησε και τελικά συνενώνεται με άλλα άπω σωληνάρια και σχηματίζει το αθροιστικό σωληνάριο, που μεταφέρει τα ούρα, που μόλις σχηματίστηκαν, στη νεφρική πύελο. Από κάθε Νεφρική πύελο τα ούρα διοχετεύονται στον αντίστοιχο ουρητήρα, ο οποίος την ενώνει με την ουροδόχο κύστη. Τα ούρα αποβάλλονται από την ουροδόχο κύστη στο εξωτερικό περιβάλλον μέσω της ουρήθρας.²

1.2 ΣΠΕΙΡΑΜΑ

Το αίμα του προσαγωγού αρτηριολίου εισέρχεται στο θύσανο των τριχοειδών. Λόγω της πίεσης του αίματος μέσα στα τριχοειδή και του μικρού πάχους των τοιχωμάτων τους, γίνεται υπερδιήθηση του πλάσματος. Το H₂O και οι διαλυμένες ουσίες που έχουν ΜΒ μικρότερο από 68.000 πχ. Αλβουμίνη (Dalton) εισέρχονται ελεύθερα στο χώρο του Bowman. Αυτό το υγρό είναι το σπειραματικό διήθημα και ο ρυθμός παραγωγής του αποτελεί το ρυθμό σπειραματικής διήθησης (glomerular filtration rate. GFR)²

1.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΩΛΗΝΑΡΙΩΝ

Οι κύριες λειτουργίες των σωληναρίων είναι η επαναρρόφηση και η έκκριση. Από τα 180 L σπειραματικού διηθήματος που παράγονται καθημερινά, ο όγκος των ούρων που αποβάλλονται τελικά είναι περίπου 2 L. Η υπόλοιπη ποσότητα του H₂O επαναρροφάται μαζί με γλυκόζη, αμινοξέα, πρωτεΐνες μικρού ΜΒ και τους περισσότερους ηλεκτρολύτες. Το διήθημα που απομένει συμπυκνώνεται και αρχίζει να μοιάζει με τα ούρα, που τελικά αποβάλλονται, καθώς, διέρχεται μέσα από διάφορα τμήματα του σωληναρίου.

Οι τελικές προσαρμογές της αναλογίας του νερού προς τις διαλυμένες ουσίες γίνονται στο άπω σωληνάριο υπό την επίδραση της ADH. Τα σωληνάρια κατακρατούν H₂O και ηλεκτρολύτες, που επιστρέφονται στο αίμα. Τα H⁺ και τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού αποβάλλονται μαζί με τον κατάλληλο όγκο H₂O, ανάλογα με τις συνολικές ανάγκες του οργανισμού.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- **ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΟΡΙΣΜΟΣ**
- **ΑΙΤΙΕΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**
- **ΠΡΟΝΕΦΡΙΚΕΣ**
- **ΕΝΔΟΝΕΦΡΙΚΕΣ**
- **ΜΕΤΑΝΕΦΡΙΚΕΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

2.ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ Η΄ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Είναι μια προοδευτική μη αναστρέψιμη ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας. ³ Η μείωση της νεφρικής λειτουργίας μπορεί να προσδιοριστεί ως ελάττωση του βαθμού σπειραματικής διηθήσεως, δηλαδή σωληναρίων στη μονάδα του χρόνου.⁴

Ο οργανισμός αδυνατεί να διατηρήσει μεταβολική και υδατοηλεκτρική ισορροπία με αποτέλεσμα την ουραιμία (ένα σύνδρομο που προκαλείται από περίσσεια ουρίας και άλλων αζωτούχων άχρηστων ουσιών).³

Παρατηρείται ότι με την προοδευτική μείωση της νεφρικής λειτουργίας δίνεται η δυνατότητα στο νεφρώνα να προχωρήσει σε προσαρμοστικές μεταβολές και έτσι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια για μεγάλο χρονικό διάστημα να μην εμφανίζει συμπτώματα.⁴

Συμπερασματικά η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι μια ασθένεια που αναφέρεται σε βλάβη της λειτουργίας των νεφρών του ατόμου, κάτι που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του και αντιμετωπίζεται κυρίως με τη μέθοδο της αιμοκάθαρσης. Η χρονοβόρα αυτή διαδικασία ταλαιπωρεί τον ασθενή σωματικά και ψυχικά και δεν αποτελεί την οριστική λύση στο πρόβλημά του.⁵

2.1 ΑΙΤΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Οι κυριότερες παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι οι συστηματικές παθήσεις (αρτηριακή υπέρταση ,σακχαρώδης διαβήτης ,κολλαγονώσεις και άλλα.), πρωτοπαθή νεφρικά νοσήματα (σπειραματοπάθειες ,διάμεσες νεφροπάθειες), συγγενείς νεφρικές παθήσεις (πολυκυστική νόσος των νεφρών ,σύνδρομο Alport), επίσης αγγειακές ανωμαλίες, απόφραξη ουροφόρου οδού, λοιμώξεις ,φάρμακα ή τοξικές ουσίες. Περιβαλλοντικοί και επαγγελματικοί παράγοντες όπως μόλυβδος, κάδμιο, υδράργυρος και χρώμιο συνδέονται με την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.³

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να αποτελεί και εξέλιξη της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.Οι αιτίες της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας ταξινομούνται σε:

- **2.1.1 Προνεφρικές:** παράγοντες που μειώνουν τη νεφρική ροή του αίματος όπως shock, αφυδάτωση, εγκαύματα ,βαριά τραύματα, μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, που προκαλούν οξεία σωληναριακή νέκρωση που αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα προκαλούν θρόμβωση των νεφρικών αρτηριών.
- **2.1.2 Ενδονεφρικές:** νοσήματα νεφρικού παρεγχύματος όπως οξεία σπειραματονεφρίτιδα ,βλάβη του ενδιάμεσου ιστού ή συνδυασμός τους .Η χρήση νεφροτοξικών ουσιών παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόκληση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.Η πιο τυπική βλάβη του νεφρικού παρεγχύματος που προκαλεί η οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι η σωληναριακή νέκρωση που προκαλείται από ισχαιμία ή νεφροτοξικές ουσίες.

- **2.1.3 Μετανεφρικές:** παράγοντες που προέρχονται από το κατώτερο αποχετευτικό τμήμα του ουροποιητικού συστήματος. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι λίθοι ,οι στενώσεις και οι παραμορφώσεις που εμποδίζουν τη ροή των ούρων. Η αύξηση της υδροστατικής πίεσης στα σωληνάρια εμποδίζει τη διήθηση του αίματος και προκαλεί βλάβη των κυττάρων.³

Στην Ελλάδα και στην Ευρώπη η σπειραματονεφρίτιδα αποτελεί την προεξάρχουσα αιτία τελικού σταδίου της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Ακολουθούν η άγνωστη νεφροπάθεια, η χρόνια διάμεση νεφροπάθεια και η διαβητική νεφροπάθεια.⁴

Ανεξάρτητα από το γεγονός ότι η νόσος δεν είναι θεραπεύσιμη ,υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η χρόνια επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας μπορεί σε σημαντικό βαθμό να οφείλεται σε δευτερογενής παράγοντες μη σχετιζόμενους με την αρχική νόσο .Σημαντικότερα θεωρούνται η συστηματική και ενδοσπειραμετική υπέρταση ,η πρωτεϊνουρία ,η φλεγμονή του διάμεσου ιστού ,η αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών και φωσφόρου, η υπερλιπιδαιμία και άλλα.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
- **ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
- **ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**
- **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**
- **ΒΙΟΤΕΧΝΗΤΟΣ ΝΕΦΡΟΣ**
- **ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Νεφροπαθείς σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι τα άτομα των οποίων έχουν καταστραφεί εντελώς οι νεφροί και οι βλάβες είναι μη αναστρέψιμες .Οι νεφροί είναι ζωτικά όργανα του ανθρώπινου οργανισμού .Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίζεται με αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό ,με περιτοναϊκή κάθαρση και με μεταμόσχευση.

3.1 Αιμοκάθαρση: Η αιμοκάθαρση είναι ένας πολύτιμος τύπος θεραπείας που στοιχίζει πολύ .Η φυσική αρχή που χρησιμοποιείται είναι όμοια με εκείνη



της περιτοναϊκής κάθαρσης .Το αίμα του αρρώστου από την κερκιδική ή βραχιόνια ή υποκλείδια αρτηρία ωθείται μέσα σε μια διηθητική μεμβράνη από σελοφάν ,ενώ το υγρό αιμοκάθαρσης ρέει έξω από την μεμβράνη .Τα άχρηστα μεταβολικά προϊόντα, το νερό και οι ηλεκτρολύτες περνούν ελεύθερα μέσα από τους πόρους της μεμβράνης από το αίμα προς το υγρό κάθαρσης .³

Είναι δηλαδή μια εξωσωματική διαδικασία κατά την οποία ο νεφροπαθής είναι υποχρεωμένος να προσέρχεται ,μέρα παρά μέρα ,σε οργανωμένη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και να συνδέεται τουλάχιστον για 4-5 ώρες με το ειδικό μηχάνημα Τεχνητού Νεφρού προκειμένου να καθαρίσει το αίμα του από βλαβερές και άχρηστες για τον οργανισμό ουσίες.⁶

3.2 Περιτοναϊκή κάθαρση: Στην περιτοναϊκή κάθαρση το περιτόναιο παίζει ρόλο διηθητικής μεμβράνης .Μέσα από αυτό περνούν οι κρυσταλλικές ουσίες (ουρία ,γλυκόζη ,ηλεκτρολύτες) από το πλάσμα προς το διάλυμα που έχει τοποθετηθεί μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή και αντίθετα .Το υγρό μετά

την ανταλλαγή των κρυσταλλικών ουσιών παροχετεύεται με τη βοήθεια της βαρύτητας.³

Είναι διαδικασία κατά την οποία ο νεφροπαθής είναι υποχρεωμένος να χρησιμοποιήσει για φίλτρο το περιτόναιο ,δια μέσου καθετήρα .Η διαδικασία αυτή πρέπει να γίνεται κάθε 6 ώρες,⁶ ενώ σήμερα εφαρμόζεται και η συνεχής περιτοναϊκή κάθαρση όπου ο ασθενής μπορεί να είναι και εκτός νοσοκομείου.

3.3 Μεταμόσχευση νεφρού: Η μεταμόσχευση νεφρού περιλαμβάνει τη χειρουργική μεταφορά ανθρώπινου νεφρού από ένα άτομο σε άλλο .Όργανα για μεταμόσχευση μπορούν να εξασφαλιστούν από δύο πηγές :ζωντανό δότη και νεκρό δότη .Ανεξάρτητα της πηγής του οργάνου ο νεφρός τοποθετείται στο λαγόνιο βόθρο και η νεφρική αρτηρία του δότη αναστομώνεται τελικοπλάγια στην έξω λαγόνιο αρτηρία του λήπτη .³

Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς μετά την επιτυχημένη μεταμόσχευση είναι υποχρεωμένοι να παίρνουν για όλη τους τη ζωή κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ,για την προφύλαξη τυχόν απόρριψης του μοσχεύματος .Συγχρόνως θα πρέπει να διατηρούν λεπτές ισορροπίες στον τρόπο διαβίωσης όπως συνέπεια στην φαρμακευτική αγωγή ,σωστή και υγιεινή διατροφή ,επαρκή ενυδάτωση, γυμναστική, προφύλαξη από λοίμωξη κ.α.⁶

3.4 Βιοτεχνητός (ή βιολογικός τεχνητός) νεφρός (Bioartificial kidney):

Ο βιοτεχνητός νεφρός, όπως τον οραματίζεται η ομάδα ερευνητών του Ιατρικού Κέντρου του Παν/μίου του Michigan (με επικεφαλής τον David Humes), οι οποίοι έχουν προχωρήσει σημαντικά προς την τελειοποίησή του, θα αποτελείται από ένα σύνολο εξελιγμένων συνθετικών (τεχνητών) μεμβρανών, όμοιων περίπου με τις χρησιμοποιούμενες σήμερα, που θα έχουν επικαλυφθεί (επιστρωθεί) με καλλιεργημένα αυτόλογα ενδοθηλιακά κύτταρα νεφρικών σωληναρίων και ο συνδυασμός αυτός θα είναι ενσωματωμένος σε ένα καταλλήλου σχήματος και μεγέθους, ειδικό τριχοειδικό φίλτρο, το οποίο θα είναι δυνατόν να εμφυτευτεί στην ίδια θέση που τοποθετείται (μεταμοσχεύεται) ένα νεφρικό μόσχευμα, αναστομούμενο δηλ. με τη λαγόνια αρτηρία και τη σύστοιχο φλέβα (συνήθως στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας). Το παραγόμενο διήθημα θα επαναρροφάται και θα επιστρέφει στην κυκλοφορία

του αίματος, ενώ τα παραγόμενα, από την επεξεργασία του διηθήματος, ούρα θα αποβάλλονται μέσω ειδικής σωληνώσεως συνδεδεμένης με τον παρακείμενο ουρητήρα του ασθενούς.

Ο Βιοτεχνητός νεφρός αποτελεί μεγάλο βήμα προς την πραγματοποίηση ενός μεταμοσχεύσιμου επινοήματος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας και θα βελτιστοποιήσει την τρέχουσα θεραπεία των νεφροπαθών προσθέτοντας επανααρροφητικές μεταβολικές και ενδοκρινικές λειτουργίες , σε συνεχή βάση, και θα τους απελευθερώσει από τη μηχανική και νοσοκομειακή εξάρτηση. Υπολογίζεται ότι η ταχύτητα σπειραματικής διήθησης αυτού του τεχνητού και ταυτόχρονα οργανικού νεφρού θα είναι λίαν ικανοποιητική (περίπου 30% της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας).¹

3.5 Γενετική τροποποίηση του περιτοναίου: Η επιτυχία της θεραπείας της νεφρικής ανεπάρκειας με περιτοναϊκή κάθαρση εξαρτάται από τη διατήρηση της ακεραιότητας και, επομένως, της «καθαριότητας» ικανότητας της περιτοναϊκής μεμβράνης. Ένα από τα σημαντικότερα μειονεκτήματα της περιτοναϊκής κάθαρσης είναι ότι η μεμβράνη του περιτοναίου, λόγω της συνεχούς έκθεσής της στα χρησιμοποιούμενα εγχεόμενα διαλύματα και σε άλλους βλαπτικούς παράγοντες, που δρουν αθροιστικά, υφίσταται πάχυνση και διάφορες άλλες αλλοιώσεις, με αποτέλεσμα, όσο περνούν τα χρόνια, τη μείωση της απόδοσης της κάθαρσης. Η περιτοναϊκή κάθαρση έχει περιγραφεί ως μία κατάσταση, που συνοδεύεται από χρόνια φλεγμονή του περισιπλάχνιου και του τοιχωματικού πετάλου της περιτοναϊκής κοιλότητας και η όλη εικόνα περιπλέκεται σημαντικά κατά τη διάρκεια των οξέων επεισοδίων περιτονίτιδας.

Η γνώση των μηχανισμών, μέσω των οποίων επηρεάζεται αρνητικά η λειτουργικότητα του περιτοναίου, αυξάνεται συνεχώς, ενώ παράλληλα αναπτύσσονται στρατηγικές και ανακαλύπτονται νέες παρεμβατικές μέθοδοι με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσης της περιτοναϊκής κάθαρσης. Η πιο πολλά υποσχόμενη μέθοδος είναι η γενετική τροποποίηση (ανακατασκευή) της περιτοναϊκής μεμβράνης, με γονιδιακή θεραπεία, η οποία αποσκοπεί στη δημιουργία μιας μεμβράνης ανθεκτικότερης και βιωσιμότερης και, γενικά, στη βελτίωση του περιβάλλοντος της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Η γονιδιακή θεραπεία αρχικώς προτάθηκε ως θεραπεία διαφόρων κληρονομικών παθήσεων, που οφείλονται στην ύπαρξη ενός ελαττωματικού

γονιδίου και αργότερα περιέλαβε νεοπλασματικές, φλεγμονώδεις, ανοσολογικές και άλλες παθολογικές καταστάσεις. Η θεραπεία αυτή συνίσταται στη μεταφορά ενός τροποποιημένου γενετικού υλικού από ιούς ή από διάφορα κύτταρα (ινοβλάστες, ηπατοκύτταρα, μακροφάγα κ.τ.λ.) σε κύτταρα ή ιστούς «στόχους» του οργανισμού και η μεταφορά αυτή συνεπάγεται ένα συγκεκριμένο, εκ των προτέρων προγραμματισμένο, επιθυμητό (θεραπευτικό) αποτέλεσμα.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

- **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**
- **ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΟΡΙΣΜΟΣ**
- **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ**
- **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**
- **ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**
- **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ**
- **ΑΡΝΗΣΗ**
- **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**
- **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ**

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα τελευταία έτη οι χρόνιες ασθένειες κατέχουν μια σημαντική θέση στο ενδιαφέρον της ιατρικής και της ψυχολογίας. Μια από αυτές είναι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που αυτή την στιγμή στην Ελλάδα εμφανίζεται με σοβαρή οξύτητα και επηρεάζει την ζωή του πάσχοντος της οικογένειας του αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.⁵

4.1 Χρόνια σωματική ασθένεια: Ορίζεται κάθε οργανική διαταραχή η οποία διαρκεί άνω των τριών μηνών ή συνεπάγεται μια περίοδο νοσηλείας άνω του ενός μήνα, η οποία προκαλεί περιορισμούς στην κλίμακα των ικανοτήτων και των συμπεριφορών του ατόμου και επιφέρει μεταβολές στην κοινωνική του λειτουργικότητα ή στην άσκηση των κοινωνικών του ρόλων.⁷

4.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έφερε στην επιφάνεια και κάποιες άλλες πτυχές που συνδέονται άρρηκτα με τα χρόνια νοσήματα και που μπορεί να επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα : τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.

Από τότε που ο G. Engel δημοσίευσε το 1977 στο περιοδικό Science την

πρότασή του για ένα νέο ιατρικό μοντέλο, το οποίο ονόμασε βιοψυχοκοινωνικό, σε αντιδιαστολή με το ισχύον βιοιατρικό, αυξήθηκε πολύ το ενδιαφέρον για μια ολιστική προσέγγιση των ασθενών. Δεδομένου ότι ο άνθρωπος είναι μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, η αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να απευθύνεται ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις, δηλαδή και στην βιολογική και στην ψυχολογική και στην κοινωνική. Η ανάγκη αυτή είναι φανερό ότι γίνεται πιο επιτακτική σε νοσήματα που έχουν πολλές φορές άσχημο αποτέλεσμα και σχετικά μακροχρόνια πορεία.⁸

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζονται σε ασθενείς που πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο είναι κυρίως: διαταραχές προσωπικότητας, διάθεσης, προσαρμογής και ύπνου. Επίσης παρατηρείται στους ασθενείς αυτούς κατάθλιψη ,μελαγχολία ,άγχος ,άρνηση ,δυσφορία.

4.2.1 Διαταραχές της διάθεσης

Η διαταραχή της διάθεσης του ασθενούς μπορεί να οφείλεται στα αποτελέσματα μιας γενικότερης ιατρικής κατάστασης. Η διαταραχή αυτή μπορεί να εκδηλώνεται καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος , η της ευχαρίστησης ή και ευερέθιστη διάθεση.⁹

4.2.2 Διαταραχές της προσωπικότητας

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα σοβαρό νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους . Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δε το κατορθώνουν ποτέ .¹⁰

Οι διαταραχές της προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις στο stress που προκαλεί μια χρόνια νόσος. Εξαιτίας της διαταραχής αυτής επηρεάζεται ολόκληρη η ζωή του ατόμου.

Συχνά το άτομο αποδίδει τα προβλήματά του στο περιβάλλον του και όχι στον εαυτό του .Πολλές επιπλοκές συνοδεύουν τη διαταραχή της προσωπικότητας, με πιο συχνές την κατάθλιψη, την αυτοκτονία, τη βία και την αντικοινωνική συμπεριφορά .⁹

4.2.3 Αγχώδης διαταραχή

Το άγχος στους χρόνιους ασθενείς μπορεί να έχει τη μορφή γενικευμένου άγχους, συνοδευόμενο από κρίσεις πανικού ή ψυχαναγκασμών .Η διαταραχή αυτή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό ,επαγγελματικό ή άλλους τομείς της ζωής .⁹

4.2.4 Διαταραχή της προσαρμογής

Το βασικό χαρακτηριστικό των διαταραχών της προσαρμογής σε χρόνιους ασθενείς είναι μια δυσπροσαρμοστική αντίδραση που συμβαίνει ως απάντηση σε κάποιο στρεσογόνο παράγοντα μέσα σε διάστημα τριών μηνών από την έναρξη της επίδρασής του .Οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να είναι ένα μοναδικό γεγονός ή πολλαπλοί ,να είναι υποτροπιάζοντες ή συνεχείς (π.χ. μια χρόνια ασθένεια).⁹

4.2.5 Άρνηση

Όποιες κι αν είναι οι προσαρμοστικές ικανότητες του ατόμου, η παρουσία της χρόνιας νόσου αντιμετωπίζεται από τον ασθενή με την εκδήλωση άρνησης .Η άρνηση είναι ένας προστατευτικός (ψυχολογικός) μηχανισμός απέναντι στο υπερβολικό άγχος που κινητοποιείται για να επιτρέψει στον ασθενή να αφομοιώσει την επώδυνη πραγματικότητα με τον δικό του ρυθμό. Ο βαθμός άρνησης διαφέρει από ασθενή σε ασθενή .⁹

4.2.6 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια σημαντική αντίδραση στην χρόνια νόσο. Τις περισσότερες φορές είναι απλώς μια φυσιολογική καταθλιπτική αντίδραση. Μόνο όταν υπάρχουν αισθήματα αναξιοτήτας, απώλεια της αυτοεκτίμησης, αισθήματα ενοχής και ιδέες αυτοκτονίας θεωρείται ότι υπάρχει επιπρόσθετη ψυχιατρική διάγνωση κατάθλιψης.⁹

4.2.7 Διαταραχή του ύπνου

Σύμφωνα με το DSM-IV, οι διαταραχές του ύπνου διακρίνονται στις αϋπνίες που χαρακτηρίζονται από ανωμαλίες στην ποσότητα ή την ποιότητα του ύπνου και στις παραυπνίες που χαρακτηρίζονται από κάποια ανώμαλα γεγονότα που συμβαίνουν κατά τον ύπνο.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

- **ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ**
- **ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**
- **ΑΓΧΟΣ**
- **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**
- **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

5. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΩΜΕΝΩΝ

Την 1 η Ιουλίου του 1973, τέθηκε σε εφαρμογή στις ΗΠΑ το πρόγραμμα για τη φροντίδα ασθενών σε Τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΤΣΧΝΑ). Από τότε, η αιμοκάθαρση ως μέσο παράτασης της ζωής, απέκτησε καινούριες ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις. Ο νόμος περί του ασφαλιστικού προγράμματος Medicare προέβλεπε την κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους του κόστους της θεραπείας, στο 90% των ασθενών με ΧΝΑ, ανεξάρτητα από την ηλικία ή τις σύννοδες παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να περιπλέκουν τη νόσο.

Διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είχαν εντοπιστεί και αναγνωριστεί από τους επαγγελματίες υγείας, ως τροχοπέδη στην προσαρμογή και την ικανοποιητική ποιότητα ζωής των ασθενών σε ΤΣΧΝΑ, πολύ πριν έρθει στο προσκήνιο το Medicare. Αυτό έγινε πιο εμφανές όταν αποφασίστηκε ότι, η ομοσπονδιακά υποστηριζόμενη αιμοκάθαρση (ΑΚ) είναι δικαίωμα όλων των ασθενών με ΧΝΑ. Μερικές από τις ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις περιλαμβάνουν: αλλαγές στη Ζωή και την εργασία του ατόμου, οικονομικά προβλήματα και το άγχος που προκαλεί μια νόσος που αποτελεί πρόκληση για τη Ζωή.¹¹

Στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αναφέρονται είναι:

1. εξάρτηση από το μηχάνημα,
2. η εξάρτηση από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό,
3. διαταραχή της εικόνας του εαυτού τους,

4. άγχος και
5. η σεξουαλική δυσλειτουργία.

5.1 Εξάρτηση από το μηχάνημα

Ο νεφροπαθής υποχρεώνεται να βρίσκεται τρεις φορές τη βδομάδα στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και να υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση .Η ζωή του ασθενούς εξαρτάται αποκλειστικά από το μηχάνημα Τεχνητού Νεφρού. Η εξάρτηση αυτή από το μηχάνημα ασκεί ψυχολογική πίεση στον ασθενή κυρίως όταν αντιλαμβάνεται ότι δεν έχει τη δυνατότητα να απομακρυνθεί από αυτό πριν ολοκληρωθούν τέσσερις ώρες αιμοκάθαρσης. Η ψυχολογική πίεση εντείνεται διότι καλείται ο ασθενής να αναπροσαρμόσει το πρόγραμμα της ζωής του σε σχέση με την ασθένεια .



Ο αιμοκαθαρώμενος μαθαίνει να ζει με την ασθένειά του την εντάσσει στην ζωή του ,και αξιοποιεί τον χρόνο και τις σχέσεις του σύμφωνα με αυτήν. Η εξασφάλιση ενός φυσιολογικού ρυθμού ζωής εξαρτάται από 4 βασικούς τομείς: τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό, τον εργασιακό και τον οργανικό.

Όσο αναφορά τον ψυχολογικό τομέα ο ασθενής βιώνει αυξημένο άγχος και κατάθλιψη, η αυτοεκτίμησή του μειώνεται με αποτέλεσμα να επηρεάζει αρνητικά την προσαρμογή του. Σημαντικό ρόλο παίζει η αντίληψη που έχει ο ασθενής για την νόσο του.

Ο κοινωνικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με το περιβάλλον του ασθενούς. Οι προκαταλήψεις και το κοινωνικό στίγμα τον επηρεάζουν αρνητικά. Είναι απαραίτητη η στήριξη των συγγενών, των φίλων, και του ερωτικού συντρόφου. Όταν ο ασθενής πονάει και υποφέρει, επηρεάζεται η ικανότητά του να λειτουργήσει με αποτέλεσμα να αυξάνεται το άγχος, η κατάθλιψη και να περιορίζονται οι κοινωνικές του σχέσεις. Σύμφωνα

λοιπόν με τα παραπάνω ένα ποσοστό αιμοκαθαρώμενων προσδίδει στο μηχάνημα ανθρώπινη υπόσταση διότι εξαρτάται από αυτό η ζωή του.⁵

5.2 Εξάρτηση από το Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό

Η θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου είναι μια οδυνηρή και γεμάτη άγχος εμπειρία για τον χρόνιο νεφροπαθή .Ο ασθενής που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση περνά από την ανεξαρτησία του σε μια κατάσταση εξάρτησης .¹⁵ Παράλληλα υφίσταται σημαντικές απώλειες και συνεχείς στερήσεις όπως η απώλεια συγκεκριμένων οργάνων, σωματικών λειτουργιών, αντοχής, δύναμης ελευθερίας, απώλεια δουλειάς που συνοδεύεται από οικονομική ανασφάλεια, απώλεια φιλίας ,τροποποίησης προσδοκιών και ονείρων για το μέλλον, αλλαγή στον τρόπο ζωής και ακόμη απειλή της ίδιας του της ζωής .^{12,13}

Οι περιορισμοί αυτοί και οι αλληπάλληλες συστηματικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης προκαλούν εξάρτηση του ασθενούς από τη θεραπευτική ομάδα .¹⁴ Ο ασθενής προσπαθεί ουσιαστικά να αναπληρώσει όλες αυτές τις ελλείψεις μέσα από τη θεραπευτική ομάδα με την οποία έρχεται σε καθημερινή επαφή.

Και από την μεριά της θεραπευτικής ομάδας αυτός ο τύπος της σχέσης μπορεί να ικανοποιεί την ανάγκη των μελών της ομάδας να αισθάνονται ότι τους έχουν ανάγκη. Ωστόσο, αυτού του είδους η στενή σχέση μπορεί να οδηγήσει τον επαγγελματία υγείας σε εσφαλμένες κρίσεις, πράγμα που είναι δυνατό να αποβεί ιδιαίτερα επιζήμιο για τον ασθενή. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν πράγματα να βοηθήσουν τον εαυτό τους, όποτε αυτό κρίνεται δυνατό, έτσι ώστε να διατηρείται και να προάγεται αίσθηση ανεξαρτησίας στο άτομο.¹¹

5.3 Άγχος

Οι ασθενείς με ΤΣΧΝΑ αντιμετωπίζουν πολύ αυστηρούς περιορισμούς και οι απαιτήσεις, στις οποίες πρέπει να ανταποκριθούν, τόσο οι ίδιοι, όσο

και η οικογένεια τους είναι αυξημένες. Έτσι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση ζουν σε μια κατάσταση μόνιμου άγχους. Πρέπει να ανιμετωπίσουν τις αλλαγές, που υπεισέρχονται στις ενδοοικογενειακές τους σχέσεις, όπως η αντιστροφή των ρόλων και η ελάττωση της σεξουαλικής ανταπόκρισης, αλλά και τα συναισθήματα ενοχής, κατάθλιψης και απώλειας που αναπτύσσονται. Η απειλή ενός επαγγέλματος με μειωμένες ευθύνες ή της ανεργίας συμβάλλουν στα αισθήματα αναξιοσύνης και απώλειας της αυτοεκτίμησης.

Οι ασθενείς, συχνά, βιώνουν μια σύγκρουση μεταξύ της επιθυμίας τους για ανεξαρτησία και της αναγκαστικής εξάρτησής τους από το μηχάνημα της ΑΚ και τον περίγυρο. Μπορεί ακόμα να αισθάνονται ότι εγκατέλειψαν τον έλεγχο της ζωής τους στα χέρια της ομάδας ΑΚ υποσυνείδητα, πίσω από πολλά από αυτά τα συναισθήματα υποβόσκει ο φόβος του θανάτου. Η εξάρτηση του ασθενούς από το μηχάνημα της ΑΚ είναι μια διαρκής υπενθύμιση ότι έχει σωθεί από το θάνατο.¹¹

5.4 Σεξουαλική Δυσλειτουργία

Η σεξουαλική δυσλειτουργία οφείλεται τόσο σε συναισθηματικούς όσο και σε οργανικούς παράγοντες. Οι οργανικοί παράγοντες, που πιστεύεται ότι συμβάλλουν στη σεξουαλική δυσλειτουργία, είναι η σοβαρή αναιμία, τα μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης και άλλων ορμονών και τα αυξημένα επίπεδα της ΡΤΗ. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση της γονιμότητας και της γενετήσιας ορμής (libido). Κάποια φάρμακα, όπως τα αντιυπερτασικά, μπορούν επίσης να συμβάλλουν σ' αυτή την κατάσταση. Εκτός από αυτές τις οργανικές αρρώστιες, η κατάθλιψη φαίνεται ότι, αποτελεί σημαντικό συμπαράγοντα για την εκδήλωση σεξουαλικής δυσλειτουργίας, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ. Ακόμη και μετά τη διόρθωση της αναιμίας με ΕΡΟ, η σεξουαλική δυσλειτουργία εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα.

Τόσο ο ασθενής όσο και ο ερωτικός του σύντροφος πρέπει να είναι ενθαρρύνονται να μιλούν για τα σεξουαλικά τους προβλήματα. Σε πολλές

περιπτώσεις, ο νεφρολόγος και ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας πρέπει να κάνουν την αρχή της συζήτησης σχετικά με το σεξ και να μην περιμένουν από τον ίδιο τον ασθενή να αναφέρει ότι υπάρχει πρόβλημα σ' αυτόν του τομέα.¹¹

5.5 Κατάθλιψη

Ένα σημαντικό ποσοστό αιμοκαθαιρομενων που εκτείνεται από 18-70%, σε διαφορές μελέτες, πάσχουν από κάποιο βαθμό κατάθλιψης, κατάστασης που επιδρά αρνητικά στη ποιότητα ζωής. Η συστηματική αναζήτηση υποκλινικών μορφών κατάθλιψης και η έγκαιρη αντιμετώπιση με οργανωμένα προγράμματα ψυχολογικής και ψυχιατρικής υποστήριξης των μονάδων τεχνητού νεφρού, μέθοδοι ανύπαρκτες στη χώρα μας, θα συνέβαλαν σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αιμοκαθαιρομενων.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

- **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**
- **ΗΛΙΚΙΑ**
- **ΣΥΝΟΔΟΙ ΝΟΣΟΙ**
- **ΑΝΑΙΜΙΑ**
- **ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ**
- **ΦΥΛΟ-ΦΥΛΗ**
- **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**
- **ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΤΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΟ**
- **ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΘΑΡΣΗΣ**
- **ΘΡΕΨΗ**
- **ΑΠΩΛΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**
- **ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**
- **Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑΣ**
- **ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
- **Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

6.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η ποιότητα ζωής του ασθενούς με ΧΝΑ και του αιμοκαθαιρόμενου επηρεάζεται λόγω της επίδρασης της κατάστασης του σε τρία κυρίως βασικά πεδία.

Τη *φυσική δραστηριότητα*, όπως είναι οι λειτουργικές σωματικές ικανότητες και η ικανότητα για εργασία.

Την *ψυχολογία* όπως είναι η ικανοποίηση, η ευχαρίστηση, η ευημερία, ο βαθμός αυτοεκτίμησης και η ύπαρξη άγχους, ανησυχίας, κατάθλιψης και μελαγχολίας και

Τη *κοινωνική προσαρμογή*, όπως είναι η αποκατάσταση στην εργασία, η διασκέδαση, η ψυχαγωγία και οι οικογενειακές και κοινωνικές αντιδράσεις.

Αυτές οι παράμετροι και οι μεταβολές τους αποτελούν τα στοιχεία ελέγχου των μεθόδων εκτίμησης της ποιότητας ζωής, η οποία έτσι κι αλλιώς δύσκολα μετριέται ποσοτικά γιατί πολλά στοιχεία της δεν είναι δυνατόν να παρατηρηθούν άμεσα και να εκτιμηθούν αντικειμενικά.

Βασικά εργαλεία των μεθόδων εκτίμησης της ποιότητας ζωής είναι ερωτηματολόγια, που αφορούν το γενικό περίγραμμα της ζωής, αλλά και τις προτιμήσεις του ασθενούς γιατί η ποιότητα ζωής σχετίζεται και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας κάθε ατόμου, όπως η προσωπική αντίληψη και ιδεολογία, η διανοητική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, οι προσδοκίες του και οι φιλοδοξίες του. Οι μέθοδοι εκτίμησης της ποιότητας ζωής πρέπει να χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία, ισχύ, κύρος, απαντητικότητα

και ευαισθησία και να μπορούν να μετρούν τις μεταβολές μεταξύ των ασθενών στη πορεία του χρόνου, να προβλέπουν τη μελλοντική έκβαση αυτών των μεταβολών και να διακρίνουν τις αληθείς διαφορές μεταξύ των ασθενών σε συγκεκριμένο χρόνο. Η ποιότητα ζωής του αιμοκαθαιρομένου επηρεάζεται:

1) Από παράγοντες που επιδρούν στη ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού. Οι σπουδαιότεροι από αυτούς τους παράγοντες είναι η ηλικία, η φυλή, το φύλο, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση, το διανοητικό και μορφωτικό επίπεδο και τα διάφορα νοσήματα.

2) Από παράγοντες που σχετίζονται με τη ΧΝΑ, όπως η πρόωμη παραπομπή σε νεφρολόγο, η τακτική παρακολούθηση, οι βιολογικές διαταραχές της συνοδού νόσου ή της αιτίας που προκάλεσε τη ΧΝΑ και η ψυχολογική επιβάρυνση της χρόνιας νόσου και 3% από παράγοντες που σχετίζονται με το είδος της θεραπείας του τελικού σταδίου της ΧΝΑ.¹⁶

6.1.1 Ηλικία

Είναι γνωστό ότι στο γενικό πληθυσμό η μεγάλη ηλικία ευρίσκεται σε αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής καθώς οι φυσικές, σωματικές και πνευματικές ικανότητες του ατόμου εκπίπτουν με την πρόοδο της ηλικίας ενώ παράλληλα μπορεί να μεταβάλλεται η οικογενειακή και η κοινωνική αποδοχή. Για κάθε ηλικία η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρομένων υπολείπεται αυτής του γενικού πληθυσμού. Μεταξύ όμως των αιμοκαθαιρομένων ασθενών φαίνεται ότι η επίδραση της αιμοκάθαρσης στους ηλικιωμένους έχει μικρότερη επίδραση στην ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτή των νεώτερων ηλικιών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τη ζωή τους και αποδέχονται καλύτερα από τους νεώτερους τους περιορισμούς της αιμοκάθαρσης.

6.1.2 Συνοδοί νόσοι

Όπως είναι γνωστό όλες οι νόσοι και ιδιαίτερα οι χρόνιες, συνοδεύονται με πτωχή ποιότητα ζωής και αυτό ισχύει για όλες τις ηλικίες. Η επίδραση είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες, σε άτομα χωρίς απασχόληση και συνεπώς χαμηλό εισόδημα καθώς και σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Το ίδιο συμβαίνει στους αιμοκαθαιρόμενους καθώς και στους νεφροπαθείς πριν την ένταξη στην αιμοκάθαρση μέσω αύξησης της νοσηρότητας και μείωσης των φυσικών δραστηριοτήτων.

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει αφορούν νεφροπαθείς με σακχαρώδη διαβήτη, μια συστηματική νόσο που είναι συχνό αίτιο ΧΝΑ προκαλεί βλάβες σε πολλά οργανικά συστήματα και γίνεται πρόξενος σοβαρών αναπηριών. Η βελτίωση των συνθηκών αιμοκάθαρσης, η στενότερη συνεργασία νεφρολόγων με τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων καθώς και η ανάπτυξη οργανωμένων προγραμμάτων φυσικοθεραπείας, ψυχοθεραπείας και οικονομικής και κοινωνικής στήριξης.

6.1.3 Αναιμία

Η αναιμία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα ψυχοκοινωνικών προβλημάτων για τον αιμοκαθαίρομενο, αλλά και για τον νεφροπαθή πριν την ένταξη του στην αιμοκάθαρση. Αυτό έχει αποδειχθεί με πολλές μελέτες που συνέκριναν νεφροπαθείς με αναιμία και νεφροπαθείς χωρίς αναιμία, ασθενείς με ΧΝΑ η αιμοκαθαιρόμενους με διαφορετικό βαθμό αναιμίας και έγινε πασιφανές με την διόρθωση της αναιμίας με τη συστηματική χορήγηση ερυθροποιητινης. Βασικές παράμετροι της ποιότητας ζωής, όπως η κινητική δραστηριότητα, ο ύπνος, η νοσηρότητα, η κοινωνική δραστηριότητα, οι συναισθηματικές σχέσεις, το άγχος, η κατάθλιψη και η ψυχική ικανοποίηση επηρεάζονται ευνοϊκά με τη διόρθωση της αναιμίας. Η βιολογική σύνθεση, η μαζική παραγωγή και η θεραπευτική εφαρμογή της ερυθροποιητινης απετέλεσε επανάσταση στο

χώρο της νεφρολογίας και εκτός των άλλων, βελτίωσε τα μέγιστα την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρομένων.

6.1.4 Σπειραματική διήθηση

Ο βαθμός έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας σχετίζεται αρνητικά με τη ποιότητα ζωής. Καθώς η νεφρική ανεπάρκεια εξελίσσεται προστίθενται στον ασθενή, πλην της ψυχικής επιβάρυνσης, διάφορα συμπτώματα, όπως κόπωση και αδυναμία, απώλεια ενεργητικότητας, κακή γεύση και ανορεξία, υποθρεψία, μυϊκές κράμπες και τάση για εμετό με άμεσο αντίκτυπο στη ποιότητα της ζωής του. Η ένταξη των ασθενών αυτών στην αιμοκάθαρση τους απαλλάσσει από αυτά τα συμπτώματα και συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής.

6.1.5 Φύλο – Φυλή

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρομένων γυναικών είναι χειρότερη αυτής των ανδρών και αυτό σχετίζεται με την ψυχολογία της γυναίκας, τον περιορισμό των κοινωνικών της δραστηριοτήτων και τη δυσκολότερη αποδοχή της κατάστασης της.

Παρά το γεγονός ότι η επίπτωση διάφορων νοσημάτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση είναι μεγάλη στους μαύρους, συγκριτικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ζωής των μαύρων αιμοκαθαιρομένων είναι καλύτερη αυτής των λευκών.

6.1.6 Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Η ένταξη του νεφροπαθούς στην αιμοκάθαρση, η συνακόλουθη εξάρτηση από το μηχάνημα και ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου του συχνά έχουν δραματικά αποτελέσματα στην επαγγελματική του κατάσταση. Πολλοί νεφροπαθείς αναγκάζονται να διακόψουν την εργασία

τους η να υποαπασχολούνται, άλλοι να αλλάζουν εργασία και οι περισσότεροι να αδυνατούν να βελτιώνουν την επαγγελματική τους κατάρτιση.

Άμεση συνέπεια είναι η αρνητική επίδραση στην οικονομική κατάσταση και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών αυτών, παράγοντες καθοριστικοί για την ποιότητα ζωής. Η ανάπτυξη κοινωνικών προγραμμάτων, που να αφορούν την απασχόληση των αιμοκαθαιρομένων θα είχε σημαντικά ευνοϊκή επίδραση στη ποιότητα ζωής τους.

6.1.7 Πρώιμη παραπομπή στο νεφρολόγο

Η πρώιμη παραπομπή του νεφροπαθούς από τον μη ειδικό γιατρό στο νεφρολόγο μπορεί να επιδρά θετικά στη ποιότητα ζωής του. Αυτό μπορεί να επιτυγχάνεται με την επιβράδυνση της εξέλιξης της ΧΝΑ, την καλύτερη αντιμετώπιση της υπέρτασης, της αναιμίας, της νεφρικής οστεοδυστροφίας και της υποθρεψίας, την έγκαιρη διενέργεια αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης (fistulae), την από κοινού επιλογή της μεθόδου της κάθαρσης και την έγκαιρη έναρξη αιμοκάθαρσης. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η πρώιμη παραπομπή σε νεφρολόγο μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα, κάνει πιο εύκολη την αποδοχή της ΧΝΑ και της αιμοκάθαρσης από τον ασθενή και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και οδηγεί σε μικρότερη ψυχολογική επιβάρυνση.

Στη χώρα μας ακόμη και σήμερα εξακολουθεί να υπάρχει πρόβλημα σχετικά με αυτό το θέμα καθώς αρκετοί γενικοί γιατροί ή παθολόγοι, συνήθως ιδιώτες, προτιμούν να παρακολουθούν τους ασθενείς με ΧΝΑ μέχρι τελικού σταδίου παρά να τους παραπέμπουν στον ειδικό.¹²

6.1.8 Μέθοδοι κάθαρσης

Μεταξύ των διάφορων μεθόδων εξωνεφρικής κάθαρσης φαίνεται ότι καλύτερα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής έχει η κατ' οίκον αιμοκάθαρση και η αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση. Οι λόγοι σχετίζονται κυρία με το μικρότερο βαθμό εξάρτησης και το μεγαλύτερο ελεύθερο χρόνο που επιτυγχάνονται με αυτές τις μεθόδους. Ο τύπος της μεμβράνης του φίλτρου, το είδος του διαλύματος και η επάρκεια της αιμοκάθαρσης, όπως αυτή προσδιορίζεται σήμερα, δε φαίνεται να επιδρούν, τουλάχιστον άμεσα, στην ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρομενων.

6.1.9 Θρέψη

Αποτελεί σημαντικό παράγοντα πωχής ποιότητας ζωής γιατί αυξάνει τους ρυθμούς νοσηρότητας και θνητότητας και μειώνει τη φυσική δραστηριότητα.

6.1.10 Απώλεια νεφρικού μοσχεύματος

Η “ελπίδα” κάθε αιμοκαθαιρομενου είναι η μεταμόσχευση νεφρού και η επάνοδος του μέσω αυτής σε μια “πιο” φυσιολογική ζωή. Ο αριθμός των ασθενών που αρχίζουν αιμοκάθαρση μετά από αποτυχία προηγηθείσας μεταμόσχευσης αυξάνεται συνεχώς και η επίδραση της απώλειας του μοσχεύματος στη ποιότητα της ζωής μπορεί να είναι σημαντική. Τα αποτελέσματα όμως διάφορων μελετών είναι αντιφατικά και αυτό φαίνεται ότι σχετίζεται με τον τρόπο απώλειας του μοσχεύματος (τραυματική, ταχεία και χωρίς επιπλοκές, μακροχρόνιες επιπλοκές).¹¹

6.1.11 Φυσική άσκηση

Η φυσική άσκηση σχετίζεται θετικά με τη ποιότητα ζωής και γι' αυτό οι αιμοκαθαιρόμενοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ασκούνται ατομικά και συλλογικά με τους περιορισμούς βεβαίως που επιβάλλει η κατάσταση τους.

6.12 Η ποιότητα ζωής ως προγνωστικός παράγοντας νοσηρότητας και θνητότητας.

Η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, το χαμηλό πνευματικά και μορφωτικό επίπεδο, η μη αποδοχή της νόσου σε συνδυασμό με μειωμένη συμμόρφωση του ασθενούς στην αιμοκάθαρση καθώς και το χαμηλά επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντικοί παράγοντες πτωχής ποιότητας ζωής. Μια πολυκεντρική μελέτη που περιέλαβε 7400 αιμοκαθαιρόμενους έδειξε ότι ο υψηλός βαθμός φυσικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με υψηλό πνευματικό και μορφωτικό επίπεδο μειώνει τον κίνδυνο εισαγωγής σε νοσοκομείο κατά 8% και το ρυθμό θνητότητας κατά 23%.¹¹

6.2 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Η αϋπνία, ο χρόνιος κνησμός, τα συμπτώματα νευροπάθειας, οι μυϊκές κράμπες, οι οστικοί πόνοι και οι αρθραλγίες, είναι μερικά μόνο από τα σωματικά προβλήματα που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Σε πολλές περιπτώσεις, η ιατρική παρέμβαση μπορεί να ανακουφίσει τον ασθενή από τα σωματικά συμπτώματα και να βελτιώσει την ψυχολογική προσαρμογή

και την ποιότητα ζωής του. Μερικοί ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αναφέρουν στο προσωπικό τα συμπτώματα που παρουσιάζουν, γιατί διαφορετικά, είναι πιθανό να αποκτήσουν την εντύπωση ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει για αυτά.¹¹

6.3 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ



Η χρονική δέσμευση είναι πιθανώς, η μόνη πλευρά της ΑΚ που έχει μεγάλη επίδραση στην προσαρμογή του ασθενούς στη θεραπεία. Αυτή η δαπάνη χρόνου μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να νιώθει εξαρτημένος, να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και να αναπτύσσει κατάθλιψη. Το προσωπικό πρέπει να συνεργαστεί με τον ασθενή στην κατάρτιση ενός, κατά το δυνατό, λιγότερο πιεστικού και περιοριστικού προγράμματος θεραπείας. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να εκτελούν δραστηριότητες αυτοφροντίδας και να διατηρούν ένα βαθμό ανεξαρτησίας. Έτσι ώστε να διατηρεί ένα καλό επίπεδο ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

ΣΤΑΔΙΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

ΑΜΥΝΑΣ

7.1 ΣΤΑΔΙΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΘΑΡΣΗ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΙΩΣΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.(ΤΣΧΝΑ)

Όταν η εγκατάσταση του ΤΣΧΝΑ είναι σταδιακή, ο ασθενής έχει το χρόνο να προσαρμοστεί στην ιδέα της ΑΚ και να κάνει τις σωστές επιλογές για τη θεραπεία του. Η αρχική αντίδραση στην ΑΚ μπορεί να είναι η ανακούφιση, ιδιαίτερα αν το άτομο βασανιζόταν από τη νόσο για πολύ καιρό πριν. Δυστυχώς, κάποιοι ασθενείς καθυστερούν την έναρξη της ΑΚ σε τέτοιο σημείο, που η νόσος έχει προχωρήσει αρκετά και τότε είναι πιθανό, η ΑΚ να ξεκινήσει μέσα στο νοσοκομείο, ως επείγουσα θεραπεία.

Όταν το ΤΣΧΝΑ εγκατασταθεί απότομα, μπορεί να υπάρξει μια οξεία φάση προσαρμογής, κατά την οποία ο ασθενής είναι σε κατάσταση σοκ και εκδηλώνει αισθήματα δυσπιστίας, απελπισίας και κατάθλιψης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυται η προσέγγιση του ασθενούς από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Έχουν προσδιοριστεί τρία στάδια προσαρμογής στην ΑΚ:

Η περίοδος του "*μήνα του Μέλητος*" αποτελεί την πρώτη αντίδραση στην ΑΚ, που μπορεί να διαρκέσει από λίγες εβδομάδες έως 6 μήνες ή περισσότερο. Συνήθως, σ' αυτή τη φάση, υπάρχει σωματική και ψυχική βελτίωση που συνοδεύεται από αισθήματα ελπίδας και εμπιστοσύνης. Κατά την περίοδο αυτή, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν το προσωπικό με θετικότητα και ευγνωμοσύνη. Αυτό δε σημαίνει ότι δε βιώνουν συναισθήματα άγχους ή κατάθλιψης, αλλά ότι συνολικά νιώθουν καλύτερα, σε σύγκριση με το διάστημα πριν την ΑΚ

Η περίοδος της *απογοήτευσης* και της *αποθάρρυνσης* χαρακτηρίζεται από εξασθενημένα αισθήματα εμπιστοσύνης και ελπίδας και διαρκεί από 3 έως 12 μήνες. Αυτή η φάση ξεκινά όταν ο ασθενής επιστρέψει στην καθημερινή ρουτίνα ή την εργασία του και προσπαθήσει να ενσωματώσει τους περιορισμούς που θέτει η ΑΚ σ' αυτές τις δραστηριότητες. Σ' αυτή τη φάση μπορεί να δημιουργηθούν συναισθήματα λύπης και ανικανότητας.

Η περίοδος της *μακροχρόνιας προσαρμογής* χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο ασθενής φτάνει σε σημείο να αποδέχεται τους περιορισμούς, τις αδυναμίες και τις επιπλοκές που η ΑΚ έχει φέρει στη Ζωή του. Οι ασθενείς μπορεί να βιώνουν μακρές περιόδους ικανοποίησης, που εναλλάσσονται με επεισόδια κατάθλιψης. Η προσαρμογή του ασθενούς μπορεί συχνά να διευκολυνθεί, είτε με την ανάθεση μιας δουλειάς ουσιαστικής αλλά όχι κουραστικής, είτε με τη μείωση του φόρτου εργασίας του επαγγέλματός του, είτε με την αποχή από οποιαδήποτε εργασία. Η ενσωμάτωση της διαίτας, των περιορισμένων δραστηριοτήτων και της διαδικασίας της ΑΚ στην καθημερινή Ζωή είναι μέρος αυτής της μακροχρόνιας προσαρμογής.

Αυτές οι περίοδοι προσαρμογής παρουσιάζονται μόνο ως γενικές κατευθύνσεις. Δε συμφωνούν όλοι οι ερευνητές και οι κλινικοί γιατροί στην αλληλουχία αυτών των φάσεων. Δεν υπάρχει πάντα μια γραμμική εξέλιξη από το ένα στάδιο στο άλλο και σε κάθε άτομο το χρονικό διάστημα που διαρκεί κάθε στάδιο ποικίλλει, είναι είτε πιο βραχύ είτε πιο μακρύ απ' ό,τι υποδεικνύεται παραπάνω. Επιπλέον, οι ασθενείς μπορεί να παλινδρομούν από το ένα στάδιο στο άλλο, εξαιτίας πολλών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων και των επιπλοκών της νόσου.¹¹

7.2 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Το άγχος είναι η πρώτη αντίδραση για τους περισσότερους ασθενείς και τις οικογένειές τους που αντιμετωπίζουν την προοπτική της ζωής με την ΑΚ. Αυτό το άγχος είναι αναμενόμενο και πρέπει η ομάδα να διαβεβαιώσει τους

ασθενείς ότι είναι απολύτως φυσιολογικό.

Πριν ή κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Αυτή είναι επίσης, μια λογική αντίδραση στην προοπτική μιας περιορισμένης και επικίνδυνης ζωής, που θέτει εντελώς διαφορετικούς αντικειμενικούς στόχους, απ' αυτούς που θα είχαν τεθεί υπό άλλες συνθήκες.

Η εκθρικότητα και η οργή είναι συχνές αντιδράσεις των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ. Η εκθρικότητα προς το προσωπικό και την διατροφική αγωγή είναι, ουσιαστικά, μια αντίδραση στους περιορισμούς που θέτει η νόσος, ενώ η οργή εκφράζεται εναντίον του προσωπικού και της διαδικασίας της ΑΚ.

Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις, όσον αφορά το ρόλο που παίζουν οι μηχανισμοί άρνησης σε ασθενείς που έχουν σταθεροποιηθεί στην ΑΚ. Το προσωπικό, που εμπλέκεται με την πρωτογενή φροντίδα αυτών των ασθενών, θεωρεί ότι η άρνηση είναι κοινός τρόπος άμυνας, που επιτρέπει στον ασθενή να αντιμετωπίσει την πραγματική κατάσταση, μέσω μιας διαδικασίας αποστασιοποίησης. Η άρνηση αυτού του είδους μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη για τον ασθενή, διότι απομονώνει τις αρνητικές πλευρές της νόσου. Ωστόσο, η άρνηση μπορεί να οδηγήσει στα άκρα. Να υπονομεύσει τη θεραπεία και να αποβεί καταστροφική.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.

ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

8.1 ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ



Από τις περισσότερες μελέτες που έχουν αναφερθεί βιβλιογραφικά προκύπτει ότι τα παιδιά τα οποία πάσχουν από χρόνιες σωματικές ασθένειες ή διαταραχές έχουν 1,5 έως 3 φορές περισσότερες πιθανότητες από ό,τι οι υγιείς συνομήλικοί τους να παρουσιάσουν ψυχικά, συμπεριφερολογικά και μαθησιακά προβλήματα. Υπάρχουν όμως και άλλες μελέτες οι οποίες αναφέρουν ότι δεν παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες από ό,τι οι άλλοι συνομήλικοί τους.⁶

Η χρόνια ασθένεια στο παιδί αποτελεί σοβαρό και συνεχή παράγοντα άγχους που μπορεί να διακόψει το φυσιολογικό ρυθμό ζωής του και της οικογένειας του ή να δημιουργήσει παράλληλα με τα προβλήματα υγείας και ψυχοκοινωνικά. Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχει παρατηρηθεί μεγάλη πρόοδος στις τεχνικές εφαρμογής θεραπείας της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου (αιμοδιύλιση, περιτοναϊκές πλύσεις και μεταμόσχευση), με αποτέλεσμα να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του παιδιού. Στους περισσότερους ασθενείς μοναδική ελπίδα για μια καινούρια ζωή απαλλαγμένη από το άγχος της θεραπείας είναι η μεταμόσχευση νεφρού. Εάν όμως και αυτή η ελπίδα χαθεί, τότε είναι πιθανό ο χρόνιος νεφροπαθής να αναπτύξει στάση παθητικότητας και απελπισίας.

Με τα παιδιά και τους εφήβους, τα προβλήματα είναι ακόμα μεγαλύτερα και εξαρτώνται ανάλογα με την αναπτυξιακή τους ωριμότητα. Γι αυτό η σύνδεση με το μηχανήμα ενός εφήβου που μόλις έχει αναπτύξει την εικόνα σώματος και εαυτού, έχει σοβαρότερες επιπτώσεις στη δομή της προσωπικότητάς του απ' ότι στον ενήλικα. Ειδικότερα αναφέρονται, διαταραχή της εικόνας εαυτού, άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα συμπεριφοράς και δυσκολίες στο σχολείο. Σχετίζονται με τις αντιδράσεις του ίδιου του παιδιού, της οικογένειάς του και του ευρύτερου κοινωνικού τους περιβάλλοντος προς τη χρόνια σωματική ασθένεια. Η εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στο παιδί εξαρτάται από πολλούς άλλους παράγοντες: τις προσωπικές ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά του παιδιού, τις προϋπάρχουσες εμπειρίες της ζωής του, την ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς του, την προσωπικότητα και τις σχέσεις των γονέων του.¹⁷

Η αρτηριοφλεβώδης αναστόμωση αν και διευκολύνει τη σύνδεση με το μηχανήμα, δημιουργεί στο αντιβράχιο ένα ανεξίτηλο σωματικό στίγμα που σημαίνει για το παιδί ότι ανήκει στο «χώρο των αρρώστων». Αποτελεί πηγή ντροπής, αλλά συγχρόνως πηγή ζωής και άγχους, γίνεται αντικείμενο προσεκτικών φροντίδων και ακραίων ενοχλήσεως εξ αιτίας του φόβου διακοπής της λειτουργίας της, ενώ ο ήχος της αποτελεί διαρκή αναφορά στη ζωή. Το μηχανήμα έρχεται να αντικαταστήσει το όργανο που λείπει ή που δεν λειτουργεί.

Στην αρχή βιώνεται ένα αντικείμενο που ενσωματώνεται για να αντικαταστήσει ένα ακρωτηριασμένο σώμα. Ο ασθενής δεν αργεί να αντιληφθεί ότι το μηχάνημα έρχεται να αναποδογυρίσει την ομοιότητα του εσωτερικού του οργανισμού και την εναλλαγή του μέσα- έξω. Έτσι το μηχάνημα γίνεται αντικείμενο αμφιθυμικών συναισθημάτων και αυξάνει σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών αυτών, δημιουργώντας ταυτόχρονα καινούριες ομάδες ατόμων με ειδικές ανάγκες.¹⁸

8.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Το άγχος είναι φυσιολογική και συχνή αντίδραση των μελών της οικογένειας. Ιδιαίτερα όταν ο ασθενής υποβάλλεται για πρώτη φορά σε ΑΚ. Με το πέρασμα του χρόνου, νέες πηγές άγχους είναι δυνατό να προκαλέσουν νέες αντιδράσεις, όπως η συνεχής απομύζηση των οικονομικών πόρων και η ανάγκη αλλαγής των ρόλων, μέσα στην οικογένεια. Συχνά, ένας ασθενής που υποβάλλεται σε ΑΚ γίνεται ολοένα περισσότερο εξαρτημένος από τους άλλους, απαιτητικός και οξύθυμος. Αρνείται την απώλεια της θετικής αυτοεικόνας και αυτοεκτίμησης, που μπορεί να είναι πραγματική ή φανταστική και μπορεί να αντιδρά ανταγωνιστικά προς τα άλλα μέλη της οικογένειας. Αντιστρόφως τα μέλη της οικογένειας μπορεί να συμπεριφερθούν εχθρικά απέναντι του και στη συνέχεια να νιώσουν ενοχή για αυτή τους τη συμπεριφορά.

Οι νοσηλευτές και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας ΑΚ οφείλουν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς και την οικογένεια τους, να φέρουν στην επιφάνεια τα αισθήματα εχθρικότητας και άγχους με τις τεχνικές του ανοικτού διαλόγου και της ενεργού ακρόασης. Το προσωπικό μπορεί να τους καθησυχάσει ότι αυτές οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές. Επιπλέον, κάποια άλλα μέλη της ομάδας είναι δυνατό να λειτουργήσουν ως σύνδεσμοι με τον ψυχίατρο ή τον κοινωνικό λειτουργό, στη διαδικασία κατάρτισης ενός ρεαλιστικού σχεδίου διευκόλυνσης του ασθενούς και της οικογένειάς του, στη διαδικασία επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.

- **ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ**

- **ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ**

- **ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ**

- **ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

9. ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Η πρόληψή επιδιώκεται σε τρία επίπεδα. Αυτά είναι: η πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη.

9.1 Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες που αποβλέπουν στη μείωση του αριθμού νέων περιπτώσεων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε αρρώστους.

Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους:

A.) Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις.

B.) Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.

Η νοσηλευτική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή πρόληψης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, αυτό γιατί συναντά άτομα σε κρίσιμες καταστάσεις, όπως σωματική ασθένεια, ατύχημα, αναπηρία, θάνατο κ.α. Έτσι έχει τη δυνατότητα να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα. Η φροντίδα γίνεται με θεραπευτικό διάλογο, με, καθοδήγηση στη του υποκείμενου προβλήματος και εκπαίδευση πώς να βγαίνει το άτομο από την κρίσιμη κατάσταση με αυξανόμενο δυναμικό για ψυχική υγεία.

Επιπλέον, γίνεται αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση του κοινού για τη φύση της ψυχοσωματικής ασθένειας, τις θεραπείες, τις τεχνικές πρόληψης όπως παράκαμψης και ανάκαμψης του στρες.

9.2. Η δευτερογενής πρόληψη επιδιώκει την ανίχνευση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και προσπαθεί με την κατάλληλη τεχνική να τα λύσει.

Στη δευτερογενή πρόληψη, η νοσηλευτική μπορεί να συντελέσει με ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής στους χρόνιους ασθενείς. Επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, όταν χρειάζεται, υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει την αποδιοργάνωση.

9.3. Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής, επαγγελματικής, σωματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των χρόνιων ασθενών και τους βοηθούν να επανέλθουν στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο. Έτσι προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής διαταραχής και η επιδείνωση των κοινωνικών προβλημάτων.

Μεταξύ των σημαντικών παραγόντων που επιδρούν στην ψυχική υγεία του ατόμου είναι αυτοί που σχετίζονται, με το περιβάλλον του και ιδιαίτερα με την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ορισμένων προσώπων στον άμεσο κύκλο του και του ίδιου. Αυτό έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα στην παιδική ηλικία, δηλαδή σχέσεις των γονέων επιδρούν άμεσα στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού. Αλλά το ίδιο ισχύει και στη ζωή των ενηλίκων. Η επαρκής ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών ενός ατόμου και ο βαθμός στον οποίο θα υποστηριχθεί σε κρίσιμες περιστάσεις στρες όπως η διάγνωση χρόνιου νοσήματος, εξαρτάται σημαντικά από τις σχέσεις του με την οικογένεια του, τους φίλους και συναδέλφους στην εργασία. Αυτά παίζουν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του ανθρώπου και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό κατά πόσο έχει ή θα αποκτήσει ψυχοκοινωνικά προβλήματα.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.

- **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**
- **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ**
- **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΒΑΣΕΙΣ-ΦΡΟΝΤΙΔΑ**
- **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

10. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.

10.1 Νοσηλευτική διάγνωση.

Η νοσηλευτική διάγνωση ή εκτίμηση ενός ασθενή με ψυχοκοινωνικά προβλήματα θα γίνει με πληροφορίες που ο νοσηλευτής θα πάρει από τον ασθενή την οικογένεια του και τους φίλους του.

Το ιστορικό του νοσηλευτή αφορά τον καθορισμό της ανάγκης για νοσηλευτική φροντίδα. Το ιστορικό αυτό βοηθάει στη δημιουργία μιας στενής σχέσης με τον ασθενή. Συμπληρώνεται επίσης από τις παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας/η σε ότι αφορά τον ασθενή και τη συμπεριφορά του στο νοσοκομείο. Εκτός από την λήψη ιστορικού γίνεται εργαστηριακός έλεγχος και ψυχολογικός έλεγχος.^{19, 20}

10.2 Νοσηλευτικός σκοπός.

A. Μελέτη των σχέσεων των ψυχολογικών και των κοινωνικών φαινομένων με τις σωματικές λειτουργίες.

Κάθε πάθηση θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της συμπλοκής αντίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων. Αν κάποια από αυτές τις παραμέτρους μεταβληθεί η πιθανότητα να νοσήσει το άτομο αυξάνεται. Αν αυτή η παράμετρος

αποδυναμωθεί η πιθανότητα να νοσήσει το άτομο ελαττώνεται.

Έτσι ο σκοπός της νοσηλευτικής είναι να προσεγγίσει το άτομο από όλες της παραπάνω μεταβλητές. Συμπερασματικά για σωστό χειρισμό του ασθενή πρέπει ο νοσηλευτής να λαμβάνει υπόψη του τις ψυχολογικές και κοινωνικοπολιτισμικές πλευρές του.¹⁹

B. Προώθηση της ολιστικής προσέγγισης.

Ολιστική προσέγγιση ονομάζεται η ολόπλευρη και ολότροπη προσέγγιση και επιστημονικά ορθή νοσηλευτική φροντίδα του χρόνιου ασθενή. Η ολιστική νοσηλευτική ενδιαφέρεται για ολόκληρη την περίσταση που ζει ο ασθενής και με ότι σχετίζεται το παρελθόν και το παρόν του, τις σχέσεις με τον εαυτό του και με τους συνανθρώπους του και γενικά, τις αντιλήψεις του για κάποια συγκεκριμένα γεγονότα, τις σκέψεις και συναισθήματα του, την συμπεριφορά και την σωματική του κατάσταση. Η ολιστική φροντίδα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων προϋποθέτει φιλοσοφική προοπτική, ιστορική συνείδηση, τεχνική δεξιότητα, επιστημονική κατάρτιση και ανθρωπιά.¹⁹

10.4 Νοσηλευτική φροντίδα - παρέμβαση.

Η νοσηλευτική παρέμβαση του χρόνιου ασθενή με ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι πολυδιάστατη, και αυτό επιτυγχάνεται με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.^{19, 20}

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με ψυχοκοινωνικά προβλήματα:

- Ανοικτός νοσηλευτικός διάλογος. Ο νοσηλευτής διαθέτει χρόνο για την ακρόαση των συναισθημάτων των φόβων και των προβλημάτων του ασθενούς.
- Δημιουργεί ατμόσφαιρα σεβασμού αποδοχής και θαλπωρής και εκδηλώνει θερμό ενδιαφέρον χωρίς όρους και προϋποθέσεις και χωρίς αρνητική κριτική για την συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του

ασθενούς.²¹

- Ψυχοθεραπευτική ακρόαση. Ενημερώνει ο νοσηλευτής τον ασθενή για τα ενθαρρυντικά ευρήματα των πρόσφατων ερευνών, σχετικών με την αντιμετώπιση του προβλήματος του με σκοπό τη βοήθεια του αρρώστου να συντηρεί την ελπίδα την αισιοδοξία και το ηθικό του και να συνεχίζει ζωή και μάλιστα με ένταση.
- Παρότρυνση του αρρώστου να επισκεφθεί έναν ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του και την λήψη φαρμάκων αν είναι αναγκαία.
- Εκπαίδευση του ασθενή πώς να προσαρμόζεται στο παρόν και στις μεταβολές της κατάστασης του, πώς να εκτονώνει την ένταση και να διατηρεί την ψυχική του υγεία, πώς να δημιουργεί υποστηρικτικά συστήματα για τον εαυτό του συζητώντας με την οικογένεια του και του φίλους του. Τονίζει ο νοσηλευτής τις θετικές ψυχικές δυνάμεις και υγιείς συμπεριφορές του ασθενούς *Π.χ.* την υπομονή και αυτοέκφραση, και τονίζει τις λειτουργίες που σταθεροποιήθηκαν ή βελτιώθηκαν.
- Ενθάρρυνση της συμμετοχής του ασθενή σε ομάδες υποστήριξης ατόμων με το ίδιο πρόβλημα.
- Νοσηλεία του ασθενή με ολιστική προσέγγιση.

10.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του ασθενή με ψυχοκοινωνικά προβλήματα πρέπει να είναι:

● Συμβουλευτικός.
● Θεραπευτικός.
● Υποστηρικτικός.
● Μεσολαβητικός.

Οι ρόλοι αυτοί στοχεύουν στην ανάπτυξη και βελτίωση της σωστής επικοινωνίας. Στον όρο συμβουλευτικός υπάγεται και ο διασαφητικός. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει όλα τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου να ξεκαθαρίσουν τα κοινά τους προβλήματα, και να προτείνει νέους λειτουργικούς τύπους συναλλαγής και συμπεριφοράς που θα εξομαλύνουν και θα ενισχύσουν την τις μεταξύ τους σχέσεις.

Ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή-θεραπευτή βασίζεται στο να εντοπίσει δυσλειτουργικές σχέσεις και προβλήματα μέσα στην οικογένεια και τους παράγοντες που τα δημιουργούν και να αντιμετωπίσει τα αίτια τους.

Υποστηρικτικός πρέπει να είναι ο νοσηλευτής-θεραπευτής απέναντι στον ασθενή άλλα κοντινά του άτομα. Το γεγονός ότι τους ακούει προσεκτικά και δείχνει ότι τους κατανοεί και τους αφήνει να εκφορτώσουν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους είναι πολύ ανακουφιστικό και ενισχυτικό για όλα τα μέλη.

Ο μεσολαβητικός ρόλος, ρόλος του ειρηνοποιού, είναι αναγκαίος να υπάρχει σε καταστάσεις συγκρούσεις και εντάσεις, οι οποίες επικρατούν σε τέτοιες οικογένειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

- **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
- **ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ Η' ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ**
- **ΕΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ Η' ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΟΜΑΔΕΣ**
- **ΟΜΑΔΙΚΟΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ**
- **ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ**
- **ΟΜΑΔΕΣ ΑΛΛΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ**
- **ΣΥΝΔΕΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ

Για μια ολοκληρωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς αποτελεί αναγκαιότητα η ενασχόληση πέρα από τη συγκεκριμένη πάθηση, με όλους τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που οδήγησαν σ' αυτή, καθώς η φροντίδα και η επεξεργασία των ψυχικών επακόλουθων που έχει η σωματική πάθηση σ' αυτόν.²²

Η ψυχοθεραπεία στον ασθενή αποβλέπει στην αλλαγή της στάσης του απέναντι στα προβλήματα της καθημερινής ζωής, κάτι που προϋποθέτει μια καλύτερη επίγνωση των ψυχολογικών αναγκών του, των απωθημένων επιθυμιών του και γενικά των συναισθημάτων που δεν μπορεί να εκφράσει γιατί τον φέρνουν σε αντίθεση με το κοινωνικό περιβάλλον και τον τρόπο που ο ίδιος βλέπει τον εαυτό του.

Η σχέση του ψυχοθεραπευτή με τον ασθενή συχνά είναι προβληματική, όχι μόνο γιατί ο ασθενής δεν έχει την απαιτούμενη προθυμία, αλλά γιατί παλινδρομεί εύκολα. Η προσπάθεια να ερευνηθούν και να αντιμετωπιστούν αντικειμενικά τα ψυχολογικά του προβλήματα μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος, που να οδηγήσει σε μια πρόωρη διακοπή της θεραπείας σε ένα ψυχωτικό επεισόδιο ή στην εμφάνιση οδυνηρών ή επικίνδυνων σωματικών συμπτωμάτων.²³

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι η καταλληλότερη θεραπεία για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων προσφέρει μια μοναδική ευκαιρία στους ασθενείς να μοιραστούν τις δυσκολίες τους με τα άλλα μέλη, να αντλήσουν την αναγκαία υποστήριξη και ενθάρρυνση, να εκφράσουν απωθημένα συναισθήματα, να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές αιτίες ή επιδράσεις της νόσου, να προχωρήσουν σε αναγκαίες αλλαγές του τρόπου ζωής τους, να μάθουν να σχετίζονται δημιουργικά και αποτελεσματικά με το

οικογενειακό ,και φιλικό περιβάλλον, καθώς να συνεργάζονται καλύτερα με τους θεραπευτές στα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα. ^{24, 25, 26}

Η θεραπευτική ομάδα της ομαδικής ψυχοθεραπείας αποτελείται από 4-8 άτομα, ώστε να μπορεί να λειτουργήσει αποδοτικά. Η σύσταση της μπορεί να είναι ομοιογενής ή ανομοιογενής ως προς μια ή περισσότερες παραμέτρους (όπως η ψυχιατρική διάγνωση, το φύλλο, η ηλικία των μελών).

Συνήθως η ομάδα είναι μικτή ως προς το φύλλο, αλλά λίγο-πολύ αμιγής ως προς την ηλικία το πνευματικό επίπεδο των μελών της. Η διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας είναι κατά κανόνα 90 λεπτά, ενώ η συνολική διάρκεια μιας ομαδικής θεραπείας ποικίλει. Μια ομάδα μπορεί να είναι ανοικτή δηλαδή όταν ένα μέλος της τερματίζει την θεραπεία του αντικαθίσταται από ένα καινούργιο μέλος, ή ως κλειστή όταν η αρχική ομάδα συμπορεύεται ως το τέλος χωρίς προσθήκες καινούργιων μελών , τερματίζοντας όταν πετύχει τους θεραπευτικούς σκοπούς της ή σε ένα κοινώς αναγνωρισμένο αδιέξοδο. ^{24, 27}

Οι τύποι θεραπευτικών ομάδων που θα αναπτύξουμε είναι οι εξής :

Διδακτικές ή Εκπαιδευτικές ,Εναισθητικές ή Αυτεπίγνωσης ,Ομαδικοαναλυτικές ,Υποστηρικτικές ,Ομάδες άλλων τύπων και Συνδυασμένων Τεχνικών ,Συνδετικές Ομάδες.

11.1 Διδακτικές ή Εκπαιδευτικές Ομάδες

Ο τύπος αυτός της ομαδικής θεραπείας είναι ο πρώτος και ο αρχαιότερος ιστορικά .Οι ασθενείς μοιράζονται σε δυο ομάδες την πειραματική (θεραπευτική) και την ομάδα ελέγχου. Η βαρύτητα της νόσου είναι μεγαλύτερη στην θεραπευτική ομάδα. Η θεραπεία είναι εντατική με συχνότητα επτά φορές την εβδομάδα επί έξι εβδομάδες και επικεντρώνεται σε διαλέξεις. Τα κύρια θέματα με τα οποία ασχολείται είναι ο έλεγχος της θλίψης, με απόσπαση της προσοχής σε ευχάριστες σκέψεις, ο περιορισμός της ομιλίας για σωματικά συμπτώματα, η ενθάρρυνση για θετικές σκέψεις και εξηγήσεις γύρω από την ψυχολογική και σωματική πλευρά της νόσου.

Οι ασθενείς ενθαρρύνονται και επιβραβεύονται συχνά για την πρόοδο τους. Ένας από τους κύριους σκοπούς της ομαδικής αυτής θεραπείας είναι η μετάδοση πληροφοριών σχετικά με τη νόσο που απασχολεί τον ασθενή. Άλλος

θεραπευτικός σκοπός είναι η αύξηση της επικοινωνίας των μελών με τις οικογένειες τους και τους γιατρούς καθώς και η εκπαίδευση των ασθενών προκειμένου να ζήσουν πιο ρεαλιστικά με την νόσο τους.²⁸

11.2 Εναισθητικού ή Ψυχαναλυτικού Προσανατολισμού Ομάδες

Ο θεραπευτικός σκοπός των ομάδων αυτών είναι η προώθηση της αυτεπίγνωσης για τη σχέση των παρελθοντικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας με την ενδοψυχική λειτουργία και τις διαπροσωπικές σχέσεις του παρόντος. Σε αυτή τη θεραπευτική διαδικασία παίζει σπουδαίο ρόλο η ανάλυση και η ερμηνεία των μεταβιβαστικών αντιδράσεων προς τα άλλα μέλη και το θεραπευτή. Στις θεραπευτικές τεχνικές πολλές φορές συμπεριλαμβάνεται και η ερμηνεία των ονείρων. Οι ομάδες αυτές έχουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές ως προς τη συχνότητα των συναντήσεων και το βαθμό απόκλισης από την ορθόδοξη ψυχαναλυτική προσέγγιση.²⁸

Η θεραπεία αυτή διαρκεί συνήθως 18 μήνες με συχνότητα μια συνεδρία την εβδομάδα. Ο βαθμός της βελτίωσης συσχετίζεται με το βαθμό ψυχολογικής βελτίωσης και συγκεκριμένα με κάποια μείωση της συναισθηματικής έντασης και ακαμψίας.

Ως ένδειξη επιτυχίας θεωρείτε η ικανότητα που αναπτύσσουν οι ασθενείς να εκφράζουν ανοιχτά τα συναισθήματα τους.

Συμπερασματικά, η ανταπόκριση των ασθενών με σωματικές νόσους εναισθητικού τύπου ομαδική θεραπεία είναι ποικιλότροπη. Άλλοτε υπάρχουν ενδείξεις για σωματική ή ψυχολογική βελτίωση και άλλοτε για επιδείνωση. Η τελευταία εκδηλώνεται κυρίως στην αρχική φάση της θεραπείας, πιθανών λόγω της έντονης μεταβιβαστικής παλινδρόμησης του σωματικού ασθενή.²⁸

11.3 Ομαδικοαναλυτικές Ομάδες

Οι ομάδες αυτές παρ' όλο που συχνά εντάσσονται στο εναισθητικού τύπου ομάδες λόγω συγγενών σημείων με τη ψυχαναλυτική σχολή, έχουν σημαντικές διαφορές εάν τις αξιολογήσει κανείς συνολικά. Στην ομαδική ανάλυση η

ψυχαναλυτική ερμηνεία αντικαθίσταται σε σημαντικό βαθμό από την ομαδική επικοινωνία και περιορίζεται η σπουδαιότητα του θεραπευτή ως κεντρικού προσώπου. Χαρακτηριστικό της κλασικής ψυχαναλυτικής σχολής είναι ότι αποσκοπεί στο «άτομο». Δηλαδή σε μια εικονική σχέση αναλυμένου και αναλυτή με τελικό ζητούμενο την αυτεπίγνωση, που αν επιτευχθεί επέρχεται αυτόματα η θεραπεία.

Το ομαδοαναλυτικό μοντέλο είναι ένα σύνθετο ολιστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας.

Διαθέτει ένα μοναδικό θεωρητικό υπόβαθρο για την ολιστική προσέγγιση στην θεραπεία των ασθενών με σωματικές νόσους. Προωθεί την ωρίμανση και την ανακούφιση από τα συμπτώματα.

Τέλος ιδιαίτερο θεωρητικό γνώρισμα της ομαδικής ανάλυσης στη θεραπεία του ασθενή αποτελεί η έννοια της «Matrix» (θεωρία που απαρτίζει ένα δίκτυο κυκλοφορίας όλων των συνειδητών και ασυνειδητών δυναμικών κατά τη διάρκεια της ομαδικής συνεδρίας) με ποικίλες θεραπευτικές ιδιότητες.²⁷

11.4 Υποστηρικτικές Ομάδες

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται οι ομάδες των οποίων ο κυρίως σκοπός είναι η υποστήριξη. Συχνά δίνεται και έμφαση και στην κοινωνικοποίηση ή στην κάθαρση. Οι ομάδες συνήθως είναι ανοικτές και διαρκούν για πολλά χρόνια. Ο θεραπευτής πρέπει να δείχνει μεγάλη επιδεξιότητα στην ρύθμιση των επιπέδων συναισθηματικής έκφρασης στην ομάδα, έτσι ώστε να μην υπερβαίνει κάποια επίπεδα που μπορεί να αποθαρρύνουν τους ασθενείς.

Συμπερασματικά, για τις υποστηρικτικού τύπου ομάδες μπορούμε να πούμε ότι με βάση τα μέχρι τώρα αποτελέσματα μολονότι που δεν φαίνονται εντυπωσιακά, προκύπτουν σημαντικά οφέλη ως προς την ποιότητα ζωής και το χρόνο επιβίωσης.²⁸

11.5 Ομάδες Άλλων Τύπων και Συνδυασμένων Τεχνικών

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται ομάδες που βασίζονται στο συμπεριφορικό μοντέλο ή σε ποικίλους συνδυασμούς διαφορετικών μοντέλων ομαδικής ψυχοθεραπείας. Ο συνδυασμός αυτός έχει γίνει πολύ δημοφιλής τα τελευταία χρόνια σε διάφορες σωματικές νόσους ή παθολογικές καταστάσεις. Πρόκειται συνήθως για σύντομες ομαδικές θεραπείες λίγων εβδομάδων ή μηνών, που εφαρμόζονται σε ασθενείς με διάφορες νόσους ή παθολογικές καταστάσεις.

Είναι ταχύρυθμα θεραπευτικά προγράμματα που πραγματοποιούνται συχνά από επαγγελματίες υγείας που εφαρμόζουν ψυχοθεραπευτικές τεχνικές χωρίς να είναι ειδικοί ψυχοθεραπευτές, και σε αυτό το σημείο διαφέρουν σημαντικά από την παραδοσιακή ψυχοθεραπεία. Αρκετά από τα προγράμματα όμως είναι πολύ καλά σχεδιασμένα και αποτελεσματικά και απευθύνονται σε μεγάλους πληθυσμούς ασθενών. Έτσι γίνονται εύχρηστα και πρακτικά συνδυάζοντας την αποτελεσματικότητα με το χαμηλό κόστος.²⁸

11.6 Συνδεδεμένες Ομάδες

Στον τύπο αυτό συμπεριλαμβάνονται οι ομάδες με το κοινό χαρακτηριστικό, ότι ανεξάρτητα από το θεωρητικό προσανατολισμό του θεραπευτή, ο κυρίως θεράπων γιατρός των ασθενών είναι θεραπευτής ή συνθεραπευτής στην ομάδα και παρών στις ομαδικές συναντήσεις. Με αυτή την έννοια οι ψυχολογικές και σωματικές θεραπείες των ασθενών δεν είναι παράλληλες αλλά συνδεδεμένες και υλοποιούν στην πράξη την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς.

Η συνδεδετική αυτή ομάδα εξασφαλίζει τις βασικές προϋποθέσεις συμφωνίας των θεραπειών και ταιριάζει απόλυτα στους σκοπούς και στον τρόπο λειτουργίας της Συμβουλευτικής-Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής.

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι θεαματικά σε αυτές τις ομάδες. Αυτό γίνεται γιατί δίνεται η ευκαιρία στο γιατρό να αντιμετωπίσει τον ασθενή ολιστικά ως «πρόσωπο» αλλά δίνεται και η ευκαιρία στον ασθενή να

επικοινωνήσει με το γιατρό μέσω των άλλων οδών και όχι μόνο μέσω των σωματικών συμπτωμάτων.

11.7 Τρόποι που μπορεί ένας ασθενής με Τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας να αποκτήσει μεγαλύτερο έλεγχο της κατάστασής του

Οι ασθενείς που πριν την έναρξη της ΑΚ ζούσαν μια πολύ ανεξάρτητη ζωή, είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν δυσκολία ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στη νέα κατάσταση. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό αυτά τα άτομα να συμμετέχουν στη θεραπεία τους, κατά το δυνατό περισσότερο. Οι ασθενείς μπορεί να αποκτήσουν μεγαλύτερη ώθηση ελέγχου, εάν ενθαρρύνονται να αποκτήσουν ορισμένες διαδικασίες αυτοφροντίδας στη MTN ή στο σπίτι. Η ΠΚ αποτελεί πολύ καλή επιλογή για τους ασθενείς που έχουν την ανάγκη να εκφράζουν την επιθυμία να απελευθερωθούν από τα προγράμματα που επιβάλλει η ΑΚ.¹¹

11.8 Σχέση θεραπείας που πρέπει να υπάρχει μεταξύ του ασθενούς που υποβάλλεται σε Αιμοκάθαρση και των νοσηλευτών ή των τεχνικών της μονάδας

Δεν είναι ασύνηθες να αναπτύσσεται μια σχέση εξάρτησης, μεταξύ προσωπικού και ασθενών όπως αναφέραμε και παραπάνω. Αυτός ο τύπος της σχέσης μπορεί να ικανοποιεί την ανάγκη των μελών της ομάδας να αισθάνονται ότι τους έχουν ανάγκη. Ωστόσο, αυτού του είδους η στενή σχέση μπορεί να οδηγήσει τον επαγγελματία υγείας σε εσφαλμένες κρίσεις, πράγμα που είναι δυνατό να αποβεί ιδιαίτερα επιζήμιο για τον ασθενή. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν πράγματα για να βοηθήσουν τον εαυτό τους, όποτε αυτό κρίνεται δυνατό, έτσι ώστε να διατηρείται και να προάγεται μια αίσθηση ανεξαρτησίας στο άτομο.

Είναι προτιμότερο, κάθε μέλος της ομάδας να αναλαμβάνει έναν ασθενή και την οικογένειά του. Αυτό θα αποτρέψει την δημιουργία σύγκυσης σε ασθενείς και οικογένεια, από αντιφατικές απαντήσεις, που προέρχονται από διαφορετικά άτομα, λόγω του άγχους, οι ασθενείς έχουν την τάση να θέτουν την ίδια ερώτηση, με ελαφρώς διαφορετικό τρόπο, σε κάθε επαγγελματία υγείας, που τους φροντίζει. Το αποτέλεσμα είναι να δημιουργείται ασάφεια και χάος.

Για να αποφευχθεί κάτι τέτοιο, οι απαντήσεις που δίνονται πρέπει να είναι ακριβείς και ειλικρινείς και να έχουν συνέχεια. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο όταν ένα συγκεκριμένο μέλος του προσωπικού αναλαμβάνει έναν ασθενή με τον οικογένειά του και, επομένως αποτελεί τη βασική πηγή πληροφοριών γι' αυτούς.¹¹

11.9 Βαθμός κοινωνικής αποκατάστασης που αναμένεται να φτάσει ο ασθενής που υποβάλλεται σε ΑΚ

Η αποκατάσταση μπορεί να οριστεί τόσο σε στενά όσο και σε ευρέα όρια. Χρησιμοποιώντας έναν πιο ελεύθερο ορισμό, η αποκατάσταση μπορεί να θεωρηθεί επιτυχημένη όταν το άτομο έχει έναν υπεύθυνο οικογενειακό ρόλο και επιδίδεται σε αρκετά ουσιαστικές δραστηριότητες. Αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, αν χρησιμοποιήσουμε τον όρο αποκατάσταση με την πιο περιορισμένη έννοια, δηλαδή την επιστροφή στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας, ο ασθενής έχει λίγες πιθανότητες αποκατάστασης. Οι νοικοκυρές και οι φοιτητές συχνά συνεχίζουν τις συνηθισμένες δραστηριότητές τους, χωρίς ιδιαίτερους περιορισμούς.

Ωστόσο, ο αυξανόμενος αριθμός ατόμων με ΤΣΧΝΑ, που εμφανίζουν ταυτόχρονα και άλλα νοσήματα με συνοδά αισθητηριακά και κινητικά προβλήματα, είχε ως συνέπεια να μειωθούν τα ποσοστά των ασθενών που μπορούν να επιστρέψουν πλήρως στις προηγούμενες δραστηριότητές τους. Οι βελτιωμένες τεχνικές ΑΚ και η διόρθωση της αναιμίας αυξάνουν την πιθανότητα επανόδου των ασθενών με ΤΣΧΝΑ σε κάποιου είδους επαγγελματική απασχόληση, μετά την ένταξή τους σε πρόγραμμα ΑΚ.¹¹

11.10 Ενίσχυση της δυνατότητας αποκατάστασης των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει προσπάθεια να βελτιωθεί η δυνατότητα αποκατάστασης των ασθενών, που υποβάλλονται σε ΑΚ. Οι ασθενείς μπορούν να απευθυνθούν, υπό την καθοδήγηση του κοινωνικού λειτουργού, στα κρατικά προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης, τα οποία μπορούν να εκτιμήσουν τις δυνατότητες κάθε ασθενούς ξεχωριστά και να υποδείξουν εναλλακτικές μορφές εργασίας γι' αυτόν. Αυτά τα προγράμματα συχνά περιλαμβάνουν εκπαίδευση σε συγκεκριμένο επάγγελμα ή εκπαιδευτικά προγράμματα που υπάγονται στο γενικό πρόγραμμα εκπαίδευσης της κοινότητας. Μερικές φορές παρέχεται οικονομική ενίσχυση σε ασθενείς με χαμηλό εισόδημα.¹¹

11.11 Η κοινωνική υποστήριξη και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών που υποβάλλονται σε ΑΚ

Η κοινωνική υποστήριξη, τόσο από ποιοτικής όσο και από ποσοτικής πλευράς, έχει συνδεθεί άμεσα με την καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών, που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Τα μέλη της οικογένειας αποτελούν συνήθως τη σημαντικότερη πηγή κοινωνικής υποστήριξης για κάθε ασθενή. Για να καταφέρουν, όμως, να διατηρήσουν την ικανότητά τους να υποστηρίξουν τον ασθενή, Χρειάζονται, με τη σειρά τους, βοήθεια και στήριξη από τα μέλη της ομάδας ΑΚ .

Επιπλέον, πρέπει να ενθαρρύνουμε τους ασθενείς και την οικογένειά τους να διατηρήσουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες, μέσα και πέρα από την οικογένεια. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προτείνει ομάδες υποστήριξης οικογένειας που λειτουργούν στην κοινότητα, καθώς και άλλες ευκαιρίες κοινωνικοποίησης, σε επίπεδο κοινότητας. Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να προταθεί η συμμετοχή σε ομάδες φροντιστών, ομάδες αλληλοϋποστήριξης ατόμων με παρόμοια προβλήματα και στις εκδηλώσεις κέντρων ηλικιωμένων πολιτών.¹

11.12 Τι συμβαίνει με τους ασθενείς που αποφασίζουν να διακόψουν την ΑΚ;

Κατά το σχεδιασμό του θεραπευτικού σχήματος, η ομάδα πρέπει να κάνει μια ανοιχτή και περιεκτική συζήτηση, σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές για το συγκεκριμένο ασθενή. Το δικαίωμα να μην ενταχθεί σε πρόγραμμα ΑΚ και το δικαίωμα να αποσυρθεί απ' αυτήν, περιλαμβάνονται μεταξύ αυτών των επιλογών. Αυτές οι αποφάσεις στηρίζονται στις ιδιαίτερες επιθυμίες και ανάγκες του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση της υγείας του. Η απόφαση να μην ξεκινήσει ή να διακόψει την ΑΚ λαμβάνεται, συνήθως, από κοινού με τα μέλη της οικογένειάς του, το γιατρό, τα μέλη της ομάδας ΑΚ αλλά και τον ιερέα και τον ψυχίατρο.

Γενικά, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, στους οποίους εμφανίζονται επιπλοκές από υποκείμενο νοσήματα, είναι πιο πιθανό να διακόψουν την ΑΚ συγκριτικά με τους πιο νέους. Όταν ένας ασθενής έχει επιλέξει να διακόψει τη θεραπεία, τα μέλη της ομάδας ΑΚ οφείλουν να τον στηρίξουν, δίνοντας περισσότερη έμφαση στην ανακούφισή του από σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα.¹¹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΝΑ

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΝΑ

Ιεράρχηση προβλημάτων/ αναγκών	Στόχος θεραπείας	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αξιολόγηση
1. Κατακράτηση υγρών	Τήρηση ισοζυγίου υγρών και ομοιόσταση	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός υγρών (Λήψη αποβολή) • Απομάκρυνση υγρών διουρητικά ή με αιμοδιάλυση • Περιορισμός αλατιού 	Αξιολόγηση ισοζυγίου υγρών
2. Αύξηση αρτηριακής πίεσης	Διατήρηση ΑΠ σε φυσιολογικά επίπεδα και έλεγχος αυτής	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός υγρών αλατιού • Χορήγηση διουρητικών ή αντιϋπερτασικών φαρμάκων όπου χρειάζεται 	Τήρηση ΑΠ σε φυσιολογικά επίπεδα
3. Διαταραχή ηλεκτρολυτών	Διατήρηση Οξεοβασικής ισορροπίας	<ul style="list-style-type: none"> • Διαιτητικοί περιορισμοί • Χορήγηση δεσμευτικών Φαρμάκων (π.χ. Kayexalate ασβέστιο κ.λ.π.) • Εξισορρόπηση με κάθαρση 	Διατήρηση των ηλεκτρολυτών στα φυσιολογικά όρια
4. Πλημμελής διατροφή	Ενθάρρυνση για επαρκή διατροφή	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση διαιτητικών σκευασμάτων από το στόμα, εντερικά ή παρεντερικά όπου ενδείκνυται • Μικρά συχνά γεύματα ειδικά στους ασθενείς των περιτοναϊκών 	Εξασφάλιση πλήρους διατροφής

		<ul style="list-style-type: none"> • πλύσεων • Υψηλή υδατανθρακική κάλυψη • Λήψη υψηλής αξίας λευκώματος • Ο χρόνος φαγητού είναι μια ευχάριστη κι όχι στρεσογόνα στιγμή 	
5. Αναιμία	Αντιμέτωπιση αναιμίας	<ul style="list-style-type: none"> • Ελαχιστοποίηση αιμορραγιών • Χορήγηση ερυθροποιητίνης και έλεγχος ανταπόκρισής της • Χορήγηση ειδικών συμπληρωμάτων Fe (η χορήγηση να γίνεται με χρονική απόσταση από τα δεσμευτικά του φωσφόρου) • Μετάγγιση μόνο σε έσχατη ανάγκη (με φιλτραρισμένα ερυθρά) 	Διατήρηση Ht - Hb στα επιτρεπτά όρια
6. Λοιμώξεις	Πρόληψη και περιορισμό λοιμώξεων	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση έκθεσης σε λοιμογόνο περιβάλλον • Τήρηση κανόνων Ασηψίας - αντισηψίας σε νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις (π.χ. φλεβοκέντηση Fistula, αλλαγές περιτοναϊκών σάκων κ.α. • Χρησιμοποίηση μάσκας σε ανοσοκατασταλαμέν 	Περιορισμός λοιμώξεων

		<p>ους ασθενείς (π.χ. μεταμοσχευμένους)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προγραμματισμός και εφαρμογή εμβολιασμών, όσο συχνά χρειάζεται κι όπου ενδείκνυται 	
7. Οδοντιατρικά και στοματολογικά προβλήματα	Διατήρηση καλής Στοματικής υγείας	<ul style="list-style-type: none"> • Οδοντιατρικός έλεγχος κάθε χρόνο • Καλό πλύσιμο • Πλύσεις με φθοριούχα διαλύματα • Αντιβιοτική προφύλαξη 	Εξασφάλιση καλής στοματικής υγείας
8. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα	Υποστήριξη ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος ασθενή και οικογένειας	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση ώστε να εκφράσουν αισθήματα, φόβους, άγχη • Σταδιακή διαδικασία θλίψης • Ενθάρρυνση για την αποδοχή της αρρώστιας και της θεραπείας της • Ενθάρρυνση για τη συμμετοχή στις διαδικασίες θεραπείας • Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες γιορτών, ομαδικές εκδηλώσεις, θεατρικές παραστάσεις κ.α. • Ανάπτυξη αυτοπεποίθησης • Προετοιμασία για τον ανταγωνισμό και τις προκλήσεις 	Εξασφάλιση υγιούς ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος ασθενή και οικογένειας

στο σχολείο

9. Ανάγκη ενημέρωσης

Εκπαίδευση οικογενειακού περιβάλλοντος και ασθενή για συμμετοχή τους στη θεραπεία

- Αξιολόγηση γης πνευματικής ανάπτυξης και το επίπεδο γνώσεων ασθενή και οικογένειας ώστε αν είναι δυνατή η προσέγγιση
- Προσέγγιση αυτών ανάλογα με το επίπεδο γνώσης, ενημέρωση για τη νόσο γενικά (πορεία, εξέλιξη θεραπείας της)
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή στη θεραπεία
- Έλεγχος των παραπάνω εκπαιδευτικών προγραμμάτων

Άρτια εκπαίδευση

10. Οικονομικά προβλήματα

Εύρεση οικονομικών λύσεων (επιδόματα κ.α.)

- Γνωριμία με όλες τις πιθανές πηγές οικονομικής βοήθειας (πρόνοια, ταμεία, σύλλογοι, κ.α.)
- Επαφή με την κοινωνική υπηρεσία

Κάλυψη των οικονομικών αναγκών της οικογένειας

11. Αδυναμία απομάκρυνσης για μακρύ χρονικό διάστημα (ιδιαίτερα το καλοκαίρι για τα παιδιά του τεχνητού νεφρού)

Ποιότητα ζωής

- Προγραμματισμός θερινών διακοπών χρονικής διάρκειας 10 ημερών
- Συνεργασία με άλλες νοσηλευτικές μονάδες τεχνητού νεφρού στην

Εξασφάλιση ποιότητας ζωής

		Ελλάδα	
12. Εξάρτηση του ασθενή από το μηχάνημα αιμοκάθαρσης	Αποδοχή του μηχανήματος ως θεραπευτικό μέσο	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση για τη λειτουργία του μηχανήματος • Πληροφόρηση για το σκοπό της θεραπείας • Ηθική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της κάθαρσης, αφιέρωση αρκετού χρόνου για συζήτηση, παιχνίδια ώστε ο χρόνος αιμοκάθαρσης για να μη θεωρείται νεκρός δημιουργικά χρόνος 	Μείωση του αισθήματος εξάρτησης από το μηχάνημα αιμοκάθαρσης
13. Εφηβεία	Ομαλή μετάβαση στην εφηβεία και στην ενηλικίωση	<ul style="list-style-type: none"> • Ενδυνάμωση βιοψυχοκοινωνικών στοιχείων • Ενίσχυση αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης • Συζήτηση με τον έφηβο για τα προβλήματα • Συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας για την επίλυση των προβλημάτων τους • Όπως η συνεργασία με το γιατρό για το πρόγραμμα θεραπείας, με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση του παιδιού 	

- Με τη διαιτολόγο για τη διαίτα και την προσαρμογή της, σύμφωνα με τις προτιμήσεις και τις ιδιαιτερότητες του παιδιού
- Με τα εργαστήρια για το σωστό προγραμματισμό των εξετάσεων
- Με τον ψυχολόγο ή ψυχίατρο για τα δύσκολα προβλήματα προσαρμογής του παιδιού
- Συνεργασία με το δάσκαλο για τις καλύτερες ώρες διδασκαλίας και ήρεμου περιβάλλοντος στη μονάδα, στο τμήμα κ.λ.π.
- Συνεργασία με τον επισκέπτη υγείας ώστε να συνεχιστεί η φροντίδα του μικρού ασθενή στην κοινότητα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ:

**' ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ '**

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να αποτυπώσουμε τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της Χρόνιας Νόσου και της ανάγκης για συνεχή αιμοκάθαρση, στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς.

Υλικό-Μέθοδος

Χρησιμοποιήσαμε ειδικό ερωτηματολόγιο από 26 ερωτήσεις και πολλαπλές απαντήσεις που συμπλήρωναν οι ασθενείς παρουσία μας (self-reported).

Καταγράψαμε το φύλλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση, ενώ από τις απαντήσεις τους αποτυπώσαμε τις σχέσεις με τους συγγενείς και τους φίλους, την εργασιακή κατάσταση, την διάρκεια αιμοκάθαρσης, τον τρόπο μετάβασης στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, την δυνατότητα να πάνε διακοπές, την σχέση τους με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, την ένταξη σε πρόγραμμα μεταμόσχευσης, στην συνύπαρξη άλλων παθήσεων.

Συνολικά απάντησαν στο ερωτηματολόγιο της έρευνάς μας 86 ασθενείς υπό χρόνια αιμοκάθαρση, 54 άντρες (62.79%) και 32 γυναίκες (37.21%) με μέσο όρο ηλικίας 60.7 έτη \pm 14. Η στατιστική αξιολόγηση έγινε με τη μέθοδο χ^2 -TEST.

Αποτελέσματα

Από τους 86 ερωτηθέντες, 39.53% (35.18% άντρες, 46.87% γυναίκες, $p \leq 0.01$) δεν έχουν τελειώσει το Δημοτικό, 27.90% (24.07% έναντι 34.37%, $p \leq 0.02$) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, 20.37% (20.37% έναντι 9.37%, $p \leq 0.001$), ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, 8.13% (9.25% έναντι 6.25%, $p \leq 0.05$) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, 8.13% (11.11% έναντι 3.12%, $p \leq 0.002$), ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Οι περισσότεροι απ' τους ερωτηθέντες (76.74%) ήταν έγγαμοι (89.33% αντρών έναντι 65.62% γυναικών) ενώ 12.79% (5.55% αντρών έναντι 25% γυναικών $p \approx 0.0001$) ήταν διαζευγμένοι/ χήροι-ες και 6.97% δεν είχαν σύντροφο. Η πλειοψηφία αυτών είχε κάνει γάμο πριν την εκδήλωση της νόσου (95.55%) και μόνο 3.33% έκανε γάμο μετά την εκδήλωση της νόσου, ενώ 2.89% αυτών τεκνοποίησε στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έκανε αιμοκάθαρση 1-3 χρόνια, 23.25% για 3-5 χρόνια και το 33.72% για περισσότερο από 5 χρόνια. Ωστόσο, μόνο το 25.58% είναι σε πρόγραμμα για Μεταμόσχευση Νεφρών, το 29.06% δεν έχει ενταχθεί σε πρόγραμμα Αιμοκάθαρσης και το 43.02% (38.88% αντρών έναντι 50% γυναικών, $p \approx 0.002$), δήλωσε πως δεν ενδιαφέρεται να ενταχθεί. Η εκδήλωση στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια και η ένταξη σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης δεν επηρέασε τις σεξουαλικές σχέσεις των ασθενών (64.55% με 71.42% αντρών 53.33% γυναικών, $p \approx 0.001$), ενώ στο ερώτημα: "έχετε σεξουαλική επαφή με τον/ την σύντροφο σας" 44.92% (38.29% αντρών έναντι 59.09% γυναικών με $p \approx 0.002$) απάντησε "όχι", ενώ θετικά απάντησε το 43.47% (48.93% αντρών έναντι 31.81%, $p \approx 0.01$) και σπάνια το 11.59% (12.76% αντρών έναντι 9.09% γυναικών).

Οι οικογενειακές σχέσεις των αιμοκαθαρώμενων δεν επηρεάστηκαν σημαντικά (79.06%) όπως και οι σχέσεις με τους φίλους τους (70.93%) η πλειοψηφία των αιμοκαθαρώμενων (79.06%) δεν εργάζεται (70.37% αντρών έναντι 13.75% γυναικών), ενώ ποσοστό 2.32% άλλαξε εργασία και μόνο 18.60% των ασθενών συνεχίζει να εργάζεται, 39.70% διέκοψε την εργασία του εξαιτίας της νόσου ενώ το 60.29% "για άλλο λόγο" που δεν προσδιόρισε με σαφήνεια. Η μετάβαση στη MTN γίνεται με ΙΧ (39.53%) ή Ταξί (46.51%) ή λεωφορείο (9.30%) και μόνο 4.65% των ασθενών μεταφέρεται με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ.

Οι περισσότεροι ασθενείς (55.81%) μετακινούνται για αιμοκάθαρση, εκτός του τόπου κατοικίας τους ενώ το 44.18% των ασθενών κάνουν αιμοκάθαρση στον τόπο διαμονής τους.

Η σχέση των αιμοκαθαρώμενων με το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό κρίνεται φυσιολογική 75.58% εξαρτησιακή 12.79% και ουδέτερη 11.62%. Ποσοστό 60.48% δηλώνει ότι συμμορφώνεται με τις διαιτητικές

οδηγίες των γιατρών 17.22% δηλώνει ότι του λείπουν τα φρούτα, 7.37% ότι του λείπουν τα λαχανικά, σε ένα 4.1% λείπουν οι σάλτσες, στο 18.86% λείπει το νερό, στο 1.64 λείπει το ψωμί, στ 2.46% λείπει το κρέας, στο 1.64% λείπουν τα τηγανητά και στο 3.28% τα αλμυρά.

Το 61.62% των ασθενών με (51.85% αντρών έναντι 78.12% γυναικών, $p=0.0001$) δεν πηγαίνει διακοπές γιατί φοβάται, 9.30% δεν πηγαίνει διακοπές γιατί δεν βρίσκει MTN στον τόπο των διακοπών, 16.27% πηγαίνει διακοπές έως 3 μέρες ενώ 5.81 πηγαίνει διακοπές περισσότερο από 3 μέρες και κάνει αιμοκάθαρση στον τόπο των διακοπών.

Συμπέρασμα:

Οι Χρόνιοι Νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση προέρχονται κυρίως από χαμηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα, είναι στην πλειοψηφία τους αγράμματοι ή έστω απόφοιτοι Γυμνασίου, Λυκείου ή ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση οι περισσότεροι για πάνω από τρία χρόνια αλλά μόνο ένας στους τέσσερις είναι σε πρόγραμμα για μεταμόσχευση για περισσότερο από τρία χρόνια.

Η χρόνια νόσος επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους αφού μικρό ποσοστό πηγαίνει διακοπές για λιγότερο από τρεις μέρες, ενώ σε μικρότερο βαθμό επηρεάζονται, η σεξουαλική τους συμπεριφορά, οι σχέσεις τους με το οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον.

Η σχέση τους με το Ιατρικό/Νοσηλευτικό προσωπικό κρίνεται "μη εξαρτησιακή" αλλά ελάχιστοι συμμορφώνονται στις διαιτητικές τους οδηγίες που επιδρούν άμεσα στην πορεία της νόσου.

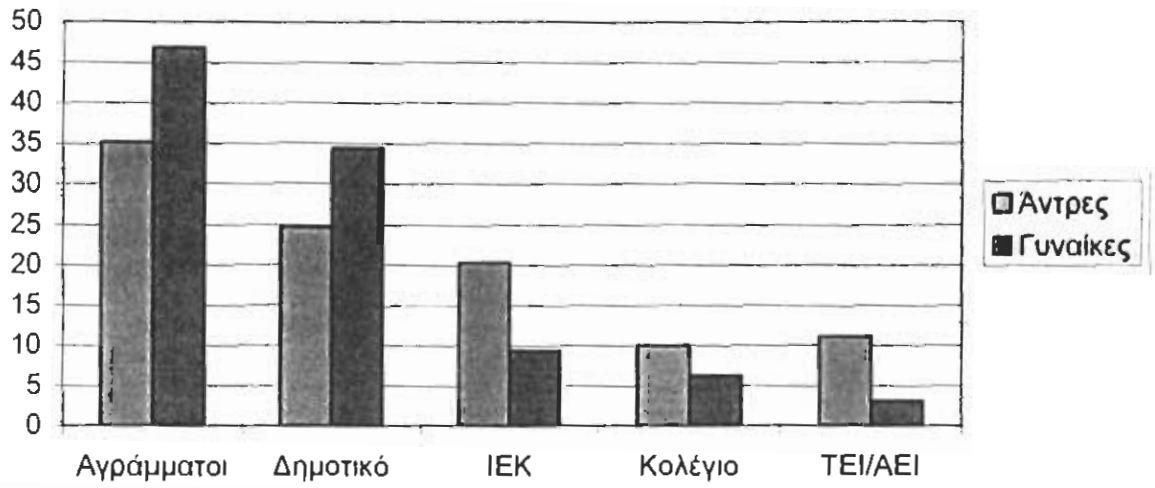
Κρίνεται απαραίτητη η καλύτερη οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας και των παροχών των Ασφαλιστικών Ταμείων, προκειμένου οι Χρόνιοι Νεφροπαθείς να μην στερούνται στοιχειωδών απολαύσεων όπως η καλοκαιρινές διακοπές καθώς και η καλλίτερη Ιατρονοσηλευτική προσέγγιση προκειμένου αυτοί να γίνονται πιο πειστικοί στις διαιτητικές οδηγίες τους αφού είναι γνωστό ότι η παρέκκλιση από αυτές, επιδρά άμεσα στην πορεία της νόσου.

Απαιτείται καλύτερη ενδονοσοκομιακή οργάνωση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη των Χρόνιων Αιμοκαθαρώμενων προκειμένου αυτοί να διατηρήσου και να ενισχύσουν την εμπιστοσύνη τους προς το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και να είναι προετοιμασμένοι για κάθε κοινωνικό πρόβλημα π-ου θα αντιμετωπίσουν από την ενδεχόμενη μη αποδοχή του οικογενειακού ή φιλικού τους περιβάλλοντος.

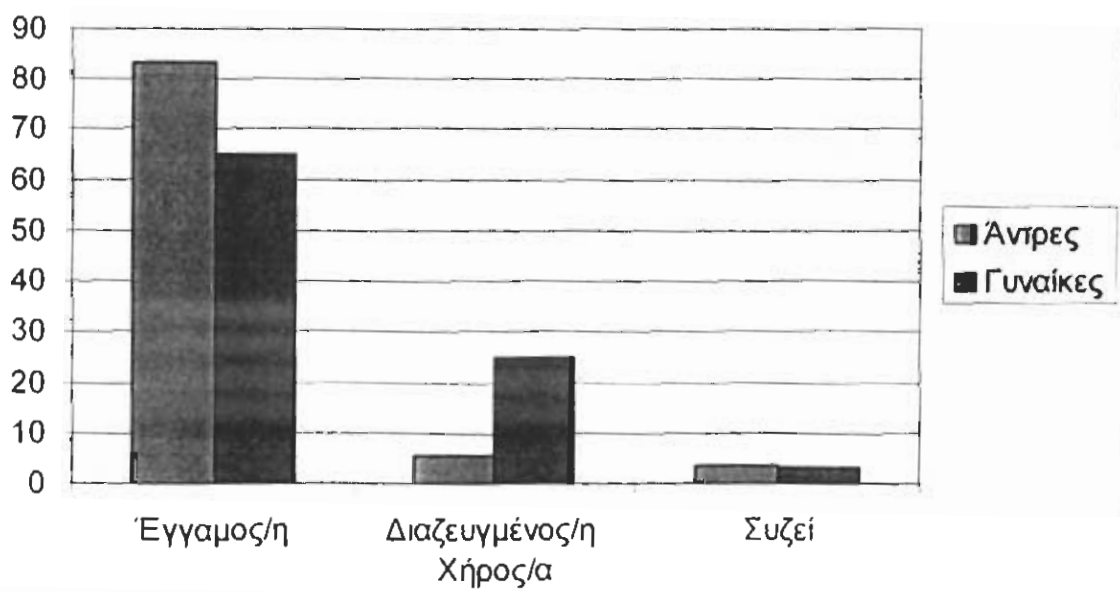
Επίσης απαιτείται αναπροσαρμογή της εργασιακής πολιτικής για τους χρόνιους πάσχοντες προκειμένου αυτοί να μη χάνουν την θέση εργασίας τους, εφόσον έχουν την δυνατότητα να εργαστούν μερικώς ή πλήρως, αφού οι περισσότεροι από αυτούς είναι στην πιο παραγωγική ηλικία, μέχρι 65 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ-ΠΙΝΑΚΑΣ

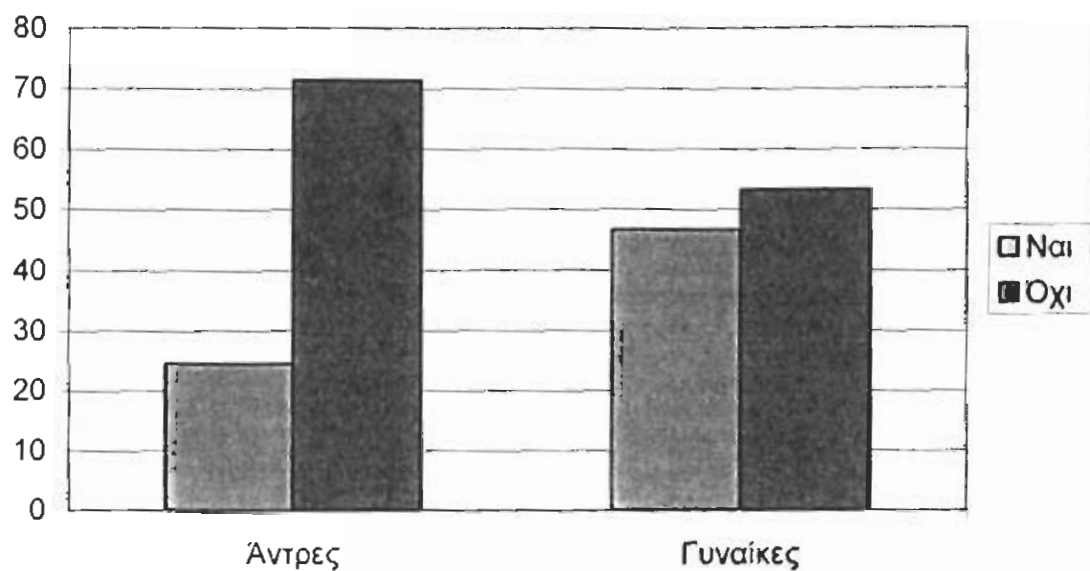
1. Εκπαίδευση



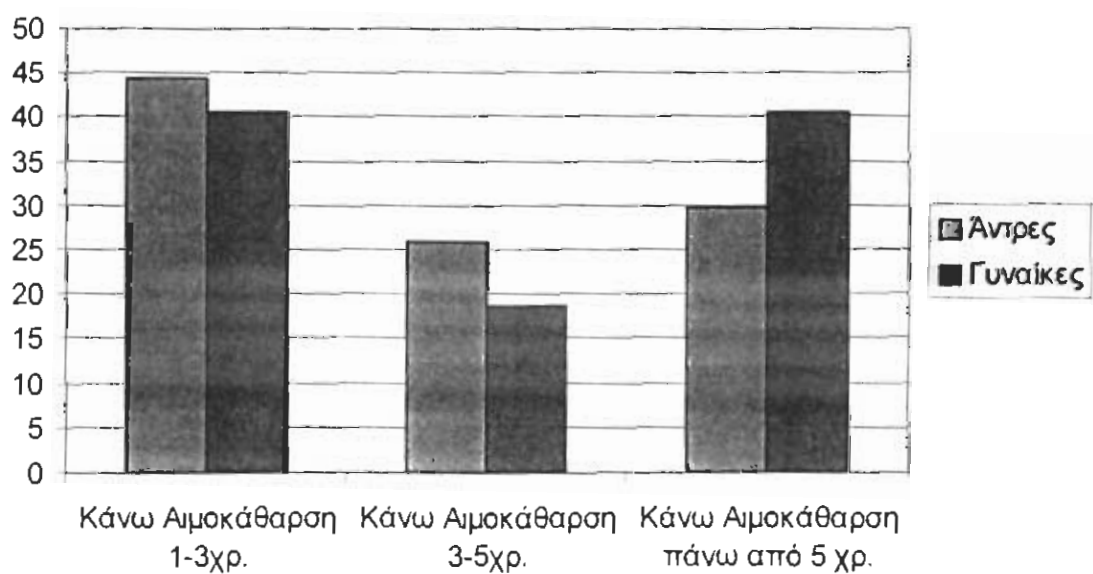
2. Οικογενειακή κατάσταση

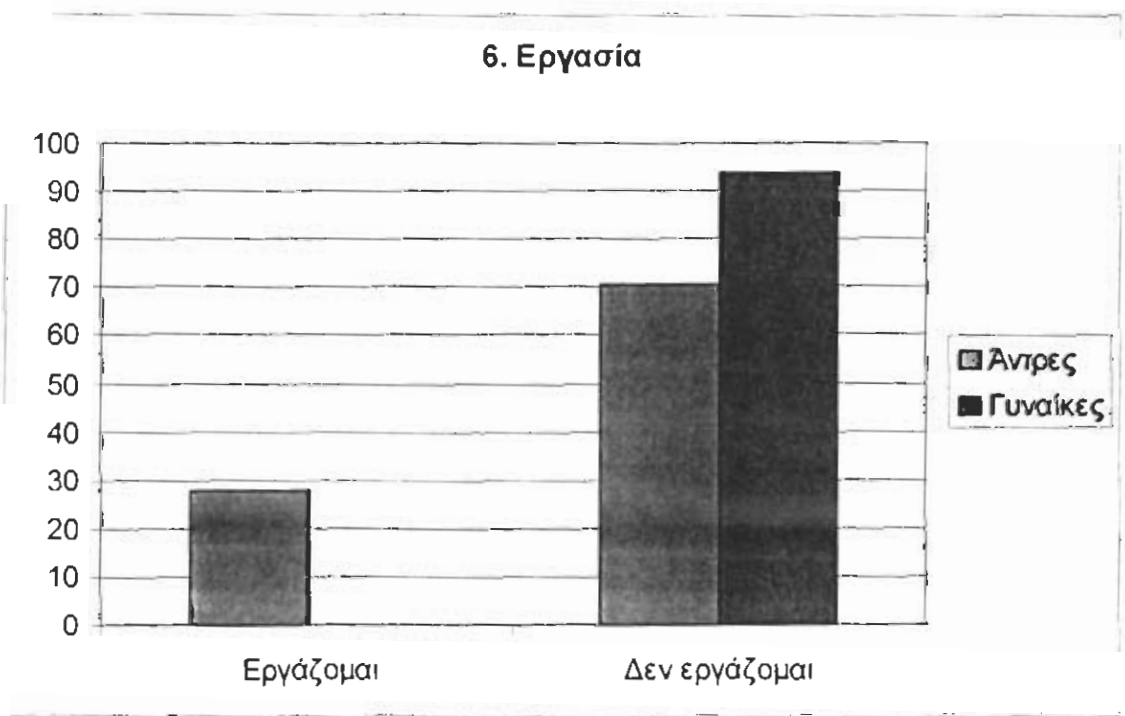
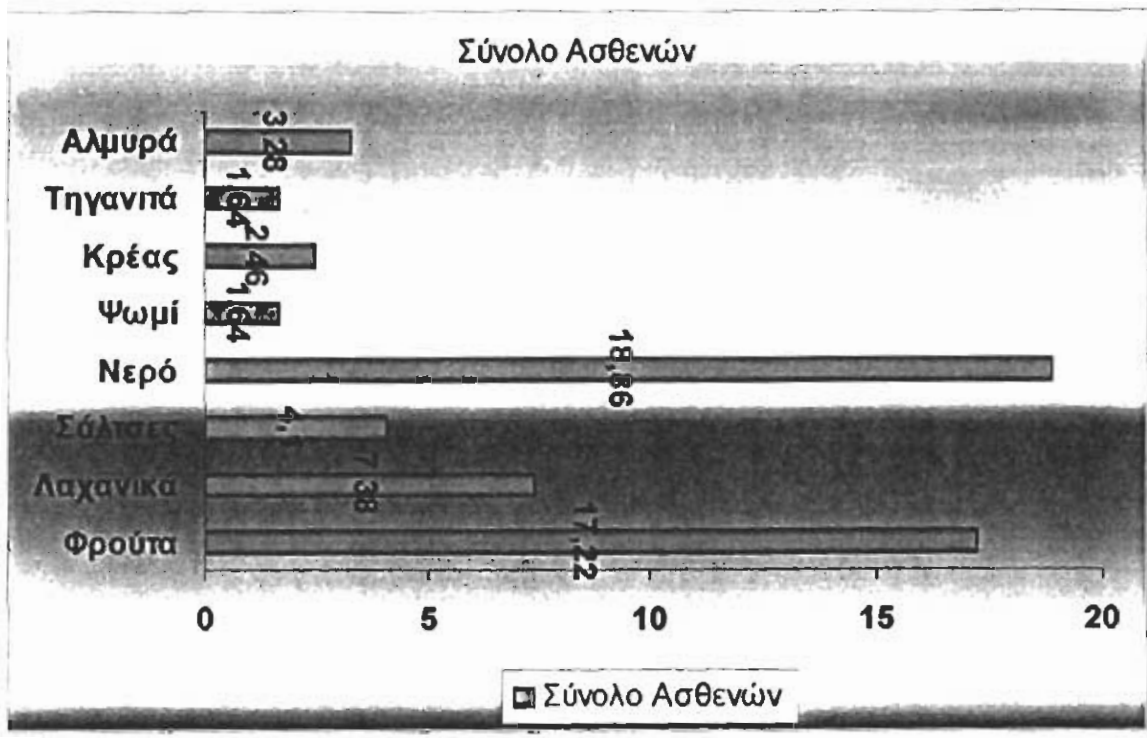


3. Σεξουαλικές σχέσεις

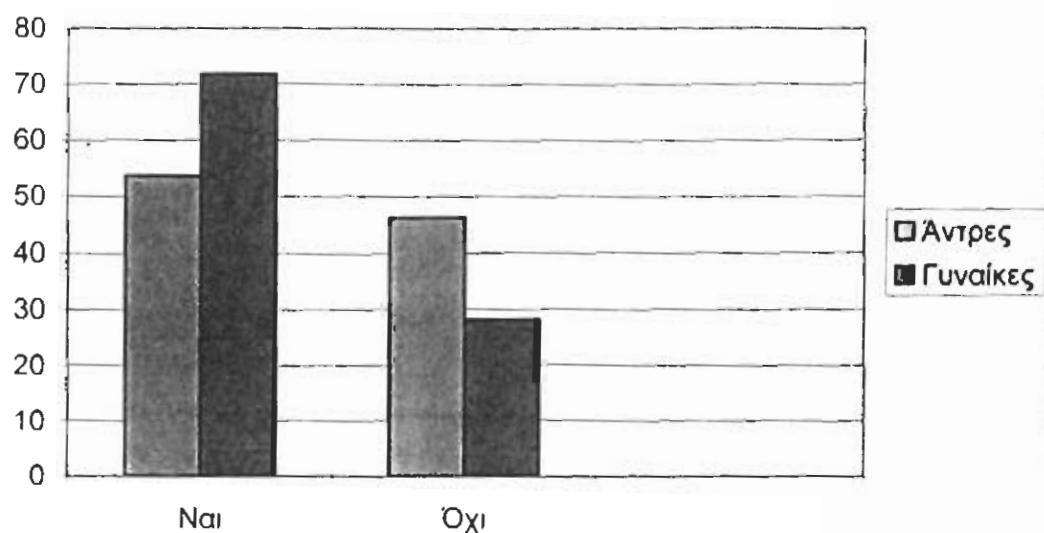


4. Αιμοκάθαρση

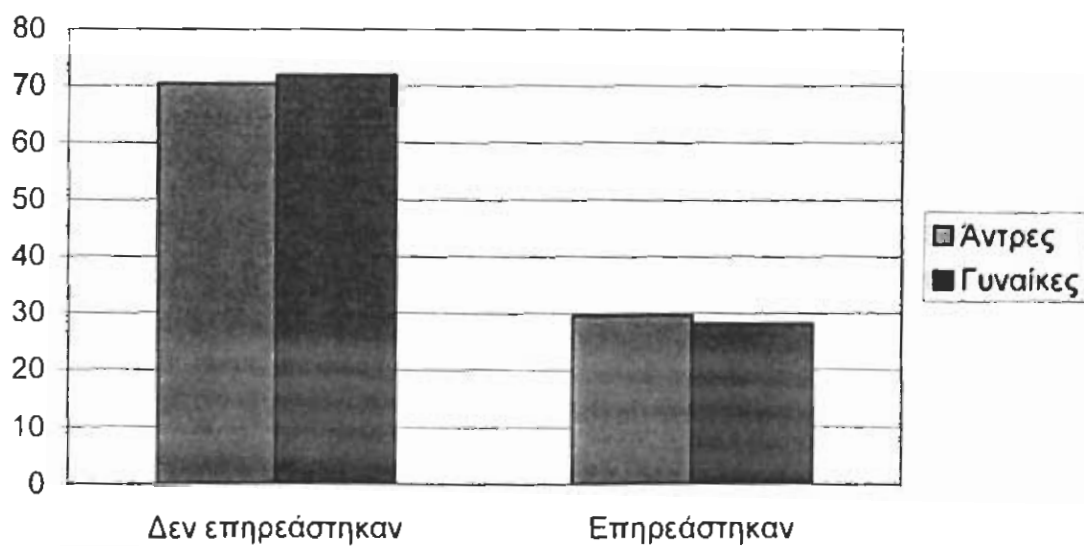




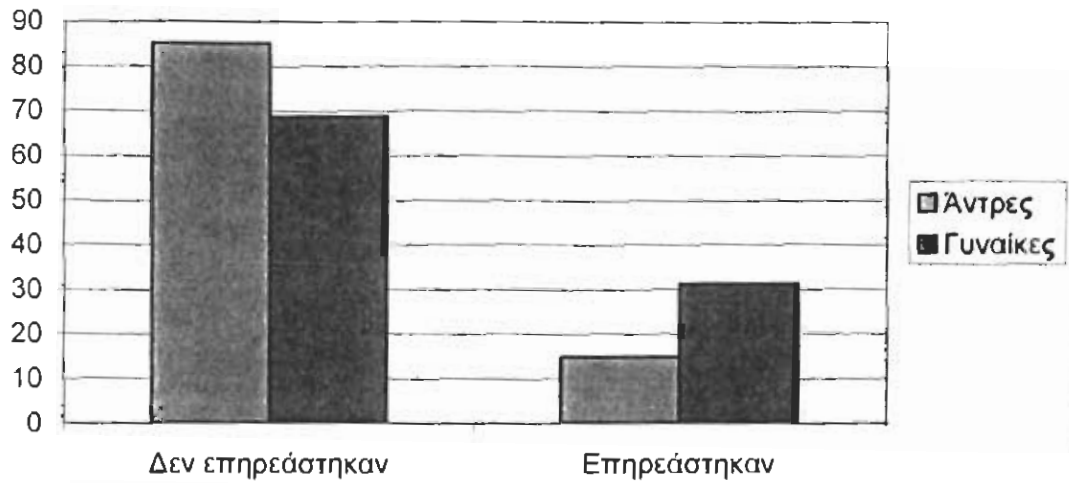
7. Συνιστώμενη διατροφή



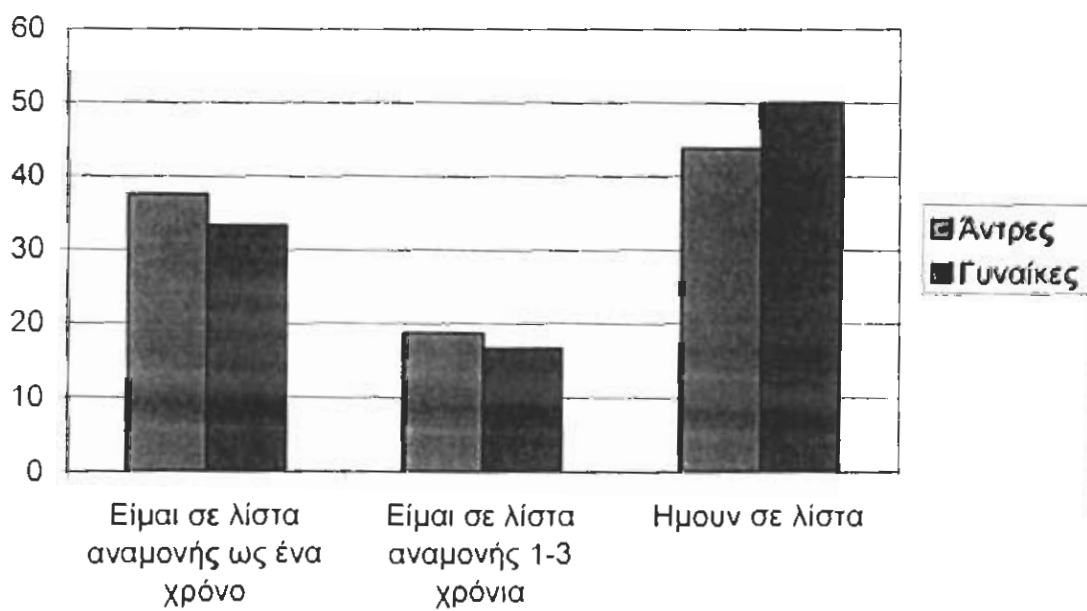
8. Σχέσεις με φίλους



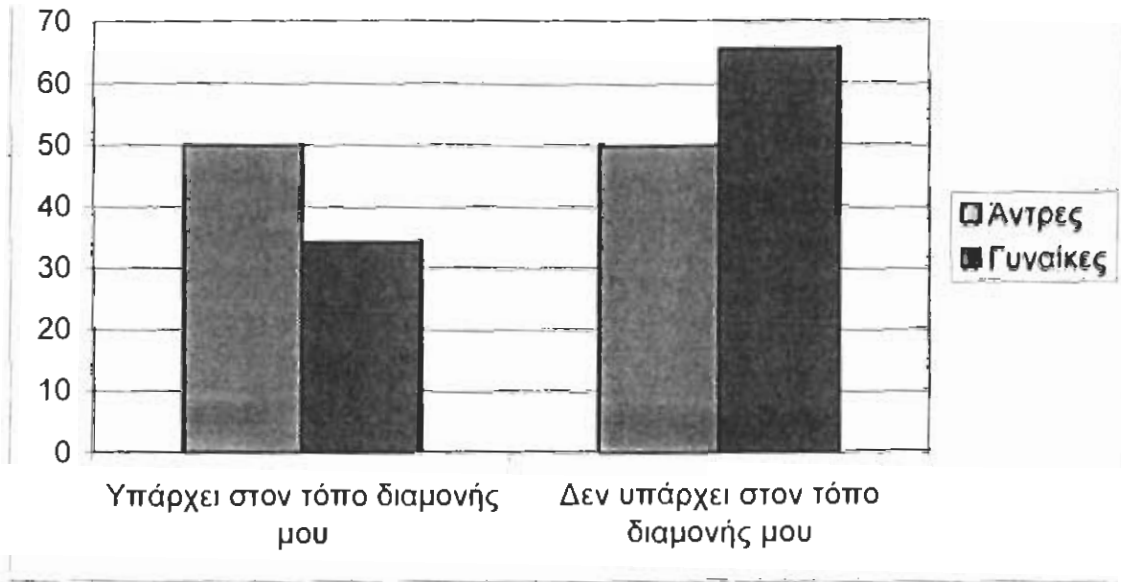
9. Σχέσεις με συγγενείς



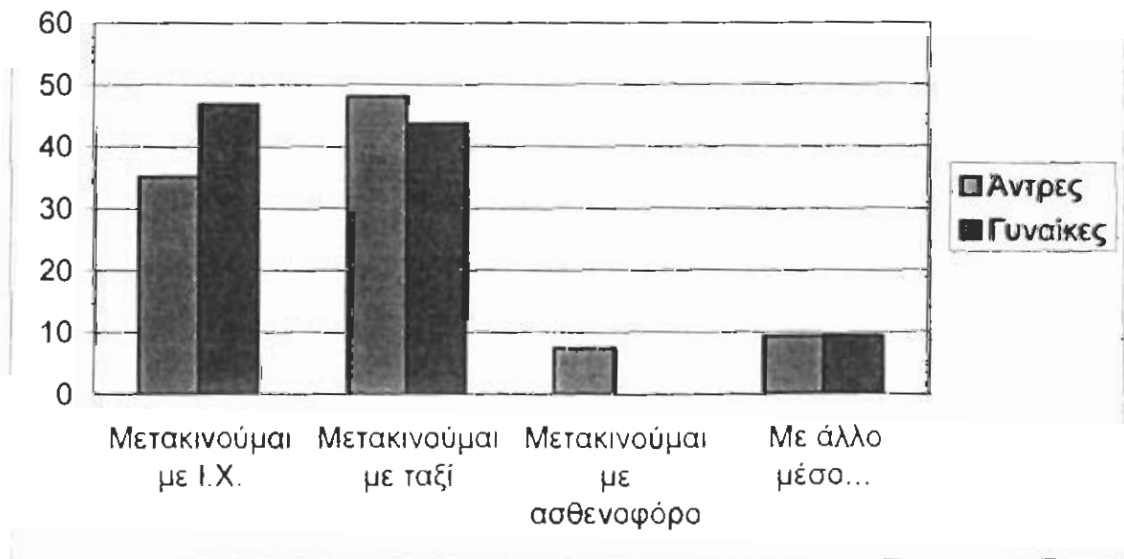
10 Λίστα αναμονής



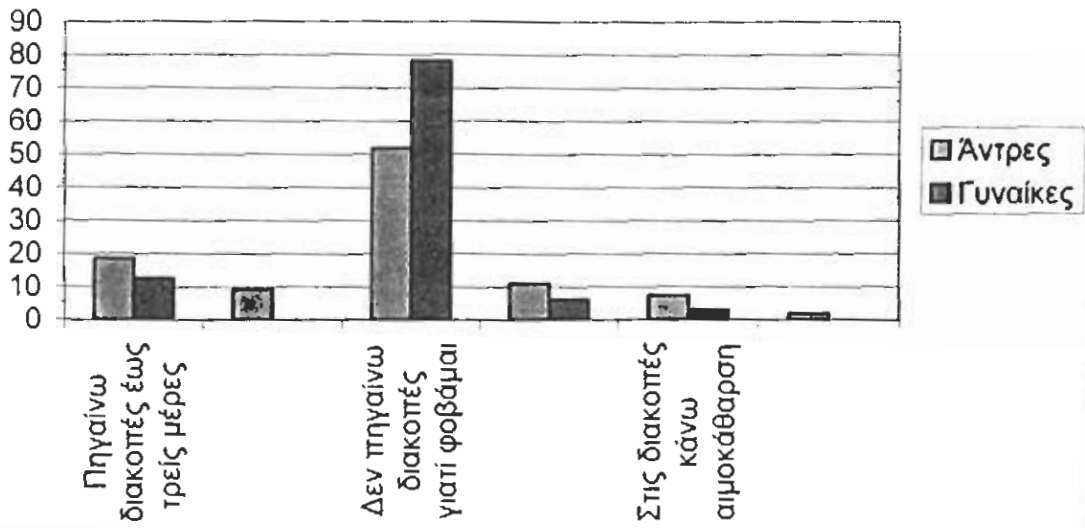
11. Μονάδα τεχνητού νεφρού



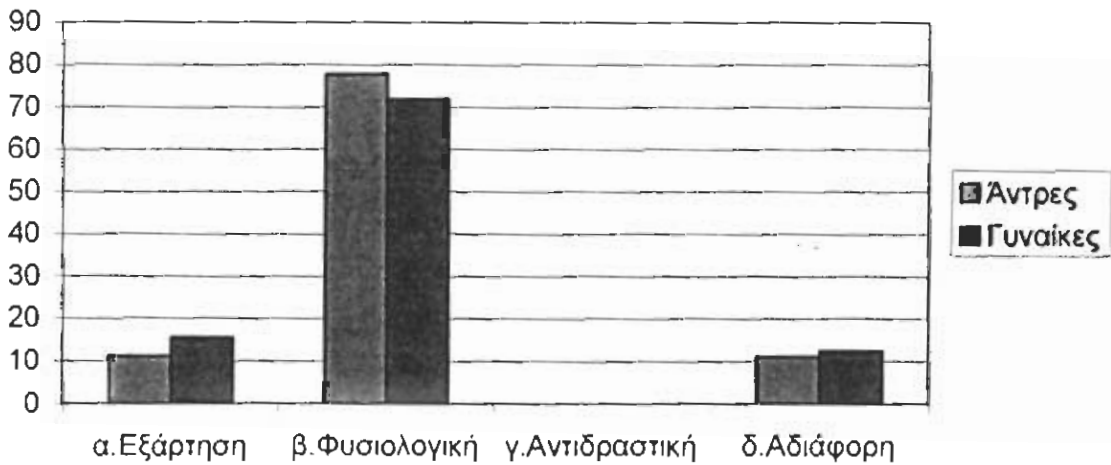
12. Τρόπος μετακίνησης για αιμοκάθαρση



13. Διακοπές



14. Σχέσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με αιμοκαθαρούμενους ασθενείς



1.Ηλικία:	60.7		
2.Φύλο:			
Αρρεν	54		
Θήλυ	32		
		ΠΟΣΟΣΤΑ%	
		Άντρες	Γυναίκες
		Σύνολα	
3.Εκπαίδευση			
Αγράμματος/η - πρώτες τάξεις δημοτικού	35.18	46.87	39.53
Απόφοιτος/η Δημοτικού	24.07	34.37	27.90
Απόφοιτος/η Γυμνασίου	20.37	9.37	16.27
Απόφοιτος/η Λυκείου	9.95	6.25	8.13
Απόφοιτος/η ΤΕΙ-ΑΕΙ	11.11	3.12	8.13
4.Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	83.33	65.62	12.79
Διαζευγμένος/η,Χήρος/α	5.55	25.0	3.48
Συζεί	3.70	3.12	6.97
5.Για έγγαμο			
Παντρευτήκατε πριν την εκδήλωση νόσου;	95.55	100.0	96.96
Παντρευτήκατε μετά την εκδήλωση νόσου;	4.44		3.03
6.Διαζευμένο/η			
Χωρίσατε πριν;	100.0	100.0	100.0
Χωρίσατε μετά;			
7.Σεξουαλικές σχέσεις			
Επηρέασε την σχέση σας η χρόνια αιμοκάθαρση;			
Ναι	22.48	46.66	32.91
Όχι	7.42	53.33	64.55
8.Έχετε επαφή με τον/ην σύντροφό σας;			
Ναι	48.93	31.81	43.47
Όχι	38.29	59.09	44.92
Σπάνια	12.76	9.09	11.99
9.Έχετε παιδιά;			
Ναι	89.58	89.65	89.61
Όχι	10.41	10.34	10.38
10.Τα παιδιά τα κάνετε			
Πριν	95.34	100.0	97.10
Μετά	4.65	0.0	2.89
11.Γιατί δεν κάνετε παιδιά;			
Δεν θέλαμε λόγο της νόσου			
Δεν θέλαμε συνειδητά	20.0	66.66	37.5
Δεν μπορούμε	80.0	33.33	62.5
12.Αιμοκάθαρση:			

Ξεκίνησα Αιμοκάθαρση σε ηλικία			
Κάνω Αιμοκάθαρση 1-3χρ.	44.44	40.62	43.02
Κάνω Αιμοκάθαρση 3-5χρ.	25.92	18.75	23.25
Κάνω Αιμοκάθαρση πάνω από 5 χρ.	29.62	40.62	33.72

13.Πως εκδηλώθηκε η Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια;

Shock			
Αφυδάτωση			
Εγκαύματα			
Τραύματα			
Χειρουργικές επεμβάσεις			9.30
Θρόμβωση νεφρικών αρτηριών			3.48
Οξεία σπειραματονεφρίτιδα			5.31
Χρήση νεφροτοξικών ουσιών-φαρμάκων			2.32
Οξεία περιτονιτίδα-παγκρεατίτιδα			
Πάθηση Ουροποιητικού	24.07	46.87	32.55
Άλλο αίτιο	48.14	34.37	43.02

14.Ακολουθήτε συνιστώμενο διαιτολόγιο;

Ναι	53.70	7.87	60.46
Όχι	46.29	28.12	39.53
Δεν μου έχουν συστήσει			

15.Εργασία

Εργάζομαι	27.77	6.25	18.60
Δεν εργάζομαι	70.37	93.75	79.06
Εργάζομαι περιστασιακά			32.5

16.Διακοπή εργασίας

Διέκοψα λόγο της νόσου	39.47	40.0	39.70
Διέκοψα για άλλο λόγο	60.52	60.0	60.29
Άλλαξα λόγω της νόσου			

17.Τι σας λείπει πιο πολύ από την διατροφή σας;

α.			Νερό
β.			Φρούτα
γ.			Λαχανικά

18.Σχέσεις με φίλους

Δεν επηρεάστηκαν	70.37	7.87	70.93
Επηρεάστηκαν	29.62	28.12	29.06

19.Σχέσεις με συγγενείς

Δεν επηρεάστηκαν	85.18	68.75	79.06
Επηρεάστηκαν	14.81	31.25	20.93

20.Μεταμόσχευση Νεφρού

Είμαι σε πρόγραμμα	29.62	18.75	25.58
Δεν είμαι σε πρόγραμμα	27.77	31.25	29.06
Δεν βρέθηκε ως τώρα μόσχευμα			

Δεν με ενδιαφέρει	38.88	50.0	43.02
Το απέρριψα			
Άλλο			2.32
21.Λίστα αναμονής			
Είμαι σε λίστα αναμονής ως ένα χρόνο	37.50	33.33	36.36
Είμαι σε λίστα αναμονής 1-3 χρόνια	18.75	16.66	18.18
Είμαι σε λίστα αναμονής πάνω από 3 χρόνια	43.75	50.0	45.45
22.Μονάδα Τεχνητού Νεφρού			
Υπάρχει στον τόπο διαμονής μου	50.0	34.39	44.18
Δεν υπάρχει στον τόπο διαμονής μου	50.0	65.62	55.81
23.Μετακίνηση για Αιμοκάθαρση			
Μετακινούμε με Ι.Χ.	35.18	46.87	39.53
Μετακινούμε με ταξί	48.14	43.75	46.51
Μετακινούμε με ασθενοφόρο	7.40		4.65
Με άλλο μέσο...	9.25	9.37	9.30
24.Διακοπές			
Πηγαίνω διακοπές έως τρεις μέρες	18.51	12.50	16.27
Πηγαίνω διακοπές πάνω από τρεις μέρες	9.25		5.81
Δεν πηγαίνω διακοπές γιατί φοβάμαι	51.85	78.12	61.62
Δεν πηγαίνω διακοπές γιατί δεν βρίσκω Μ.Τ.Ν.	11.11	6.25	9.30
Στις διακοπές κάνω αιμοκάθαρση	7.40	3.12	5.81
Στις διακοπές δεν κάνω αιμοκάθαρση	1.85		1.16
25.Ποία η σχέση σας με το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό;			
α.Εξάρτηση	11.11	15.62	12.79
β.Φυσιολογική	77.77	71.87	75.78
γ.Αντιδραστική			
δ.Αδιάφορη	11.11	12.50	11.62
26.Από ποία άλλη πάθηση πάσχετε;(σημειώσατε)			
Ρευματοειδής αρθρίτιδα			
Θυροειδοπάθεια			
Έλκος στομάχου/ 12δακτύλου			
Ελκώδης κολίτιδα			
Βρογχικό άσθμα			
Νευροδερματίτιδα			
Άλλη νόσο...	46.29	40.62	16.04
Τίποτα	46.29	27.77	16.27

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις της χρόνιας νόσου στους ασθενείς και στην περίπτωση μας στους Νεφροπαθείς είναι ποικίλες αλλά όχι τόσο σοβαρές ώστε να τους καθιστούν "δια βίου ανήμπορους" και να τους θέτουν εκτός κοινωνίας, όπως συμβαίνει με άλλες ομάδες ασθενών χρονίως πασχόντων, (καρδιοπαθείς, καρκινοπαθείς κ.λ.π)

Από τα ευρήματα της έρευνας μας προκύπτει ότι η κυριότερη επίπτωση της Χρόνιας Νόσου είναι η στέρηση της απόλαυσης των διακοπών εφόσον οι άλλες στερήσεις και οι περιορισμοί, κυρίως οι διαιτητικοί είναι απαραίτητοι για την καλύτερη έκβαση της νόσου και την επιβάρυνση της επιδείνωσης της.

Η εξάρτηση από το μηχάνημα, δεν φαίνεται να προκαλεί "κατά τα λεγόμενα των ίδιων των ασθενών" ανάλογης έντασης εξάρτηση από το γιατρό ή το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η επίδραση της χρόνιας νόσου στις σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και τον ερωτικό σύντροφο είναι ηπιότερη ενώ δεν φαίνεται να προκαλεί ξεχωριστή νοσολογική ψυχιατρική οντότητα. Οι Χρόνιοι Νεφροπαθείς είναι ενταγμένοι στο Κοινωνικό Σύνολο, μετέχουν στις κοινωνικές δραστηριότητες (πολιτικές, συνδικαλιστικές, αθλητικές) και γενικά διάγουν ομαδοποιημένη ζωή που προσομοιάζει με αυτή των μη νοσούντων.

Οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις που αναφέρονται και αυτοαξιολογούνται από τους ερωτηθέντες θεωρούνται ήσσονος σημασίας παρά τη χρονιότητα της νόσου αλλά όχι αμελητέες. Θεωρούμε ότι απαιτούνται αυτές οι κοινωνικό-πολιτικές ρυθμίσεις ώστε οι Χρόνιοι Νεφροπαθείς να μη νοιώθουν και να μην αντιμετωπίζονται ως παρείσακτοι από την κοινωνία μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.[http://www antimetopish XNA.gr](http://www.antimetopish.XNA.gr)
2. Cutch. C.F., Φυσιολογία Νεφρού και Παθολογία της Νεφρικής Ανεπάρκειας, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1998
3. Άννα Σαχίνη-Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Βήτα, Β' Έκδοση, 1^{ος} τόμος, Αθήνα 2000
- 4.[http://www virvidakiw.gr/nefrikh_aneparkeia htm](http://www.virvidakiw.gr/nefrikh_aneparkeia.htm)
- 5.Ευρυτανικά Νέα.Σχόλιο Ανώνυμου, Έκδοση Τετάρτη 26 Μαΐου 2004.Αριθμος φύλλου 80, Σελ:8
- 6.[http://www specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr)
- 7.[http://wwwchildmentalhealth.gr](http://www.childmentalhealth.gr)
- 8.[http://www stress.gr](http://www.stress.gr)
- 9.Νίκος Μάνος Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Αναθεωρημένη Έκδοση. Θεσσαλονίκη 1997
- 10.B.R.Cassileth, Psychosocial correlates of survival in advanced malignant disease, New England 1985

11. Apolone G. Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. Dial Transplant 13: 565-569, England 1998

12. Wright R.G. Sand Livingston, Psychological Stress during hemodialysis for chronic renal failure of internal Medicine, England 1996

13. Levy M.B. The uncooperative patient with ESRD causes and treatment. Proc Eur Dial Traupl Association, Boston 1980

14. <http://www.clubs.pathfinder.gr>

15. Kimball G.B Farmulato R.A. The experience of hemodialysis and Renal Transplantation. Gen. Hospital Psychiatric, N.York 1980

16. <http://www.pshrenal.gr>

17. Μαθιουδάκη-Χλαπανίδη Ελένη, Παιδί και Αιμοκάθαρση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991

18. Tabanne K. Ben Rejed R. Chodhbanne T. Daikis L' image du corps chez lew hemodialyses. Am Med Psychol (Paris) 147 (3): 325, 1989.

19. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Τρίτη Έκδοση, Αθήνα 2001

20.Χρ. Γιαννοπούλου, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1993

21.Γρηγόρης Α. Ποταμιανός, Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας, Εκδόσεις Ελληνικών Γραμμάτων, Αθήνα 1990

22.Ευάγγελος Γ.Παπαγεωργίου, Ψυχολογία Ασθενών Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισσιανού, Αθήνα 1990

23.Ν.Κ. Ρασιδάκη, Στοιχεία Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Ε-Μ, Μωραϊτίδου Σιδέρη, Αθήνα 1989

24.Πέτρος Χαρτοκόλλης, Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, Εκδόσεις Θεμέλιο, Δεύτερη Έκδοση, Αθήνα 1991

25.Σταυρούλα Γ. Γιουνίτση, Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997

26.Νίκος Μάνος, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Press, Θεσσαλονίκη 2002

27.Σ.Τουρνάς ,Χ. Τουλούμης ,Ν. Ζαχαριάδης ,Α. Ζουμβρούλη Βασικές Γνώσεις Ψυχιατρικής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Τρίτη Έκδοση Αθήνα 1994

28.Γιώργος Πιντέρης, Προσωπικότητα και Υγεία, Εκδόσεις **Θυμάρη** Τρίτη Έκδοση, Αθήνα 1994

