

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

**PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND CURRENT
NURSING INTERVENTIONS**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ:

ΝΤΟΜΠΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΡΟΥΣΣΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2020

Στους γονείς μας και στα αδέρφια μας!

Copyright © 2020 – ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΤΟΜΠΡΟΣ, ΕΛΕΝΗ ΡΟΥΣΣΟΥ

e-mail: dimitrisdo815@gmail.com

e-mail: eleniamorgos97@gmail.com

Όλα τα δικαιώματα διατηρούνται. Τα δικαιώματα της παρούσας ανασκοπικής πτυχιακής εργασίας ανήκουν στους συγγραφείς ΔΗΜΗΤΡΙΟ ΝΤΟΜΠΡΟ και ΕΛΕΝΗ ΡΟΥΣΣΟΥ. Κανένα τμήμα αυτής της πτυχιακής εργασίας δεν μπορεί να αναπαραχθεί, να διανεμηθεί ή να μεταδοθεί με οποιαδήποτε μορφή ή με οποιονδήποτε τρόπο, συμπεριλαμβανομένης της φωτοτυπίας, της αναγραφής ή άλλων ηλεκτρονικών ή μηχανικών μεθόδων, χωρίς την προηγούμενη έγγραφη άδεια των συγγραφέων, εκτός από την περίπτωση της σύντομης αναφοράς σε κριτικές και σε ορισμένες άλλες μη εμπορικές χρήσεις που επιτρέπονται από το νόμο περί πνευματικών δικαιωμάτων. Για αιτήματα αδειών, γράψτε στους συγγραφείς στις παραπάνω διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail).

Copyright © 2020 – DIMITRIOS NTOMPROS, ELENI ROUSSOU

e-mail: dimitrisdo815@gmail.com

e-mail: eleniamorgos97@gmail.com

All rights reserved. The rights of this review thesis belong to the authors DIMITRIOS NTOMPROS and ELENI ROUSSOU. No part of this thesis may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any means, including photocopying, recording, or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the authors, except in the case of brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses permitted by copyright law. For permission requests, write to the authors at the above e-mail addresses.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας, οι οποίες μας στήριξαν οικονομικά και ψυχολογικά καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τη διδάσκουσα Σαμαρτζή Κυριακή, η οποία δέχτηκε να μας αναλάβει για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας, ενώ παράλληλα μας παρείχε βοήθεια καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ψυχοσωματικές διαταραχές αποτελούν ένα ολοένα και αυξανόμενο πρόβλημα στη σημερινή κοινωνία, καθώς σε σχέση με παλαιότερα φαίνεται να έχει αυξηθεί η συχνότητα εμφάνισής τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν να διερευνηθεί η έννοια της ψυχοσωματικής διαταραχής, να ευρεθούν τα νοσήματα που ανήκουν στις ψυχοσωματικές διαταραχές, να μελετηθούν τα αίτια και οι διαθέσιμες θεραπείες των ψυχοσωματικών διαταραχών, καθώς και να αναπτυχθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στις ψυχοσωματικές διαταραχές.

Μεθοδολογία: Αρχικά, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση για όλες τις χρονολογίες στις βάσεις δεδομένων ScienceDirect και PubMed με λέξεις κλειδιά “psychosomatic disorder”, “psychosomatic disease”, “psychosomatic medicine”, “psychosomatic nursing” και “psychosomatic treatment”. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση για κάθε μία ψυχοσωματική διαταραχή στις άνω αναφερόμενες βάσεις δεδομένων προς εύρεση επιστημονικών άρθρων κυρίως της τελευταίας πενταετίας.

Αποτελέσματα: Ψυχοσωματική ονομάζεται η διαταραχή, η οποία εμπλέκει τόσο το νου, όσο και το σώμα, ως δύο αμοιβαίως εξαρτημένες οντότητες. Ο όρος «ψυχοσωματική διαταραχή» χρησιμοποιείται για να κατηγοριοποιήσει τις διαταραχές στις οποίες υπάρχει απώλεια ή μεταβολή της σωματικής λειτουργίας, ως αποτέλεσμα ψυχολογικών παραγόντων. Οι κυριότερες ψυχοσωματικές διαταραχές είναι η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, το άσθμα, το πεπτικό έλκος, η ελκώδης κολίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η θυρεοτοξίκωση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η ψωρίαση και η ημικρανία. Τα πιο κοινά αίτια των ψυχοσωματικών διαταραχών αποτελούν το άγχος, η κατάθλιψη, τα γονίδια, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών, η σωματική αδράνεια, η λήψη φαρμάκων όπως τα μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Για την αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών απαιτείται λήψη φαρμακευτικής αγωγής για το εκάστοτε νόσημα ή/και χειρουργική επέμβαση.

Συμπεράσματα: Ο νοσηλευτής συμβάλλει τόσο στην πρόληψη των ψυχοσωματικών διαταραχών με την αγωγή του πληθυσμού για υγιεινό τρόπο ζωής, όσο και στην φαρμακευτική και χειρουργική αντιμετώπισή τους, ενώ ταυτόχρονα παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη όσον αφορά το άγχος και την κατάθλιψη.

ABSTRACT

Introduction: Psychosomatic disorders are a growing problem in today's society, as their incidence seems to have increased since the past.

Aim: The aim of the current review was to investigate the concept of psychosomatic disorder, to identify the psychosomatic disorders, to study the causes and the available therapies of psychosomatic disorders and to develop the nursing role in psychosomatic disorders.

Methods: Firstly, a literature review was conducted in ScienceDirect and PubMed, including articles of all years and using the key words "psychosomatic disorder", "psychosomatic disease", "psychosomatic medicine", "psychosomatic nursing" and "psychosomatic treatment". Then, a literature review was conducted in the same data bases for each psychosomatic disorder, in order to find mainly scientific articles of the last five years.

Results: Psychosomatic is the disorder, which involves both the mind and the body, as two mutually dependent entities. The term "psychosomatic disorder" is used to categorize disorders that have loss or alteration of physical function as a result of psychological factors. The main psychosomatic disorders are coronary heart disease, hypertension, asthma, peptic ulcer, ulcerative colitis, diabetes mellitus, thyroid toxicity, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, and systemic lupus erythematosus. The most common causes of psychosomatic disorders are anxiety, depression, genes, smoking, obesity, consumption of saturated fat, physical inactivity, taking drugs such as non-steroidal anti-inflammatory drugs. Treatment of psychosomatic disorders requires medication for the individual illness and/or surgery.

Conclusion: The nurse plays an important role in the prevention of psychosomatic disorders by teaching the population a healthy lifestyle and also contributes to the medication and surgery, while providing counseling and psychological support for anxiety and depression.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iii
ABSTRACT	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	v
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	vii

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Εισαγωγή Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές.....	2
1.1 Ορισμός Ψυχοσωματικής Διαταραχής Και Ψυχοσωματικής Νόσου	2
1.2 Ψυχοσωματική Ιατρική	2
1.3 Έρευνες Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές	3
1.4 Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες Ψυχοσωματικών Διαταραχών.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Ψυχοσωματικές Διαταραχές Ανά Σύστημα	10
2.1 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Καρδιαγγειακού Συστήματος	10
2.1.1 Στεφανιαία Νόσος.....	10
2.1.2 Υπέρταση	14
2.2 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Αναπνευστικού Συστήματος.....	18
2.2.1 Άσθμα.....	18
2.3 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Γαστρεντερικού Συστήματος.....	21
2.3.1 Πεπτικό Έλκος	21
2.3.2 Ελκώδης Κολίτιδα.....	25
2.4 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Ενδοκρινικού Συστήματος.....	29
2.4.1 Σακχαρώδης Διαβήτης	29
2.4.2 Θυρεοτοξίκωση.....	33

2.5 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Ανοσοποιητικού Συστήματος.....	36
2.5.1 Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	36
2.5.2 Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος.....	39
2.6 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Καλυπτήριου Συστήματος.....	42
2.6.1 Ψωρίαση.....	42
2.7 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.....	44
2.7.1 Ημικρανία.....	44

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Σύγχρονη Νοσηλευτική Φροντίδα Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές	47
3.1 Σύγχρονες Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές	47
3.2 Νοσηλευτική Διεργασία Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές.....	49
3.2.1 Εισαγωγή Στη Νοσηλευτική Διεργασία.....	49
3.2.2 1 ^ο Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας: Άσθμα	51
3.2.3 2 ^ο Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας: Πεπτικό Έλκος.....	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σημερινή εποχή, ολοένα και ακούγεται η έννοια των ψυχοσωματικών διαταραχών. Οι ψυχοσωματικές διαταραχές δεν είναι τίποτε άλλο παρά συνηθισμένα οργανικά νοσήματα, τα οποία όμως στην προκειμένη περίπτωση είναι ιδιοπαθή, δηλαδή δεν έχουν οργανικά αίτια αλλά ψυχολογικά. Τα τελευταία έτη, φαίνεται πως η συχνότητα των ψυχοσωματικών διαταραχών έχει αυξηθεί σε σχέση με παλαιότερα, πιθανόν λόγω του μεγαλύτερου επιπολασμού του άγχους και της κατάθλιψης.

Η διαθέσιμη βιβλιογραφία για τις ψυχοσωματικές διαταραχές είναι περιορισμένη. Επίσης, παρόλο που υπάρχει σαν έννοια βιβλιογραφικά η ψυχοσωματική ιατρική ως εξειδίκευση της ψυχιατρικής, η έννοια της ψυχοσωματικής νοσηλευτικής δεν αναγράφεται. Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ευρέθη ένα άρθρο που αναφερόταν στην ψυχοσωματική νοσηλευτική με την έννοια της φροντίδας των ασθενών με ψυχική νόσο που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικά ή γενικά νοσηλευτικά ιδρύματα, κάτι το οποίο είναι λανθασμένο, καθώς στις ψυχοσωματικές διαταραχές δεν συμπεριλαμβάνονται οι ψυχικές νόσοι.

Ο νοσηλευτής ως επιστήμονας υγείας αντιμετωπίζει τους ασθενείς ως ψυχοσωματικές οντότητες. Η συνεισφορά του νοσηλευτή στις ψυχοσωματικές διαταραχές αφορά κυρίως το οργανικό μέρος της νόσου. Όσον αφορά το ψυχολογικό κομμάτι της νόσου, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να παρέχει ως ένα βαθμό συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε ασθενείς με άγχος και κατάθλιψη, καθώς στις προπτυχιακές του σπουδές διδάσκεται τα μαθήματα «Ψυχολογία Της Υγείας», «Κοινωνιολογία Της Υγείας», «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας» και «Ψυχιατρική». Ωστόσο, όσον αφορά τη διαχείριση των ασθενών με άγχος και κατάθλιψη, τις περισσότερες φορές απαιτείται η συνεργασία του νοσηλευτή με ψυχολόγο ή/και ψυχίατρο, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Εισαγωγή Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές

1.1 Ορισμός Ψυχοσωματικής Διαταραχής Και Ψυχοσωματικής Νόσου

Ψυχοσωματική ονομάζεται η διαταραχή, η οποία εμπλέκει τόσο το νου, όσο και το σώμα, ως δύο αμοιβαίως εξαρτημένες οντότητες (Frith, 1985). Ο όρος «ψυχοσωματική διαταραχή» χρησιμοποιείται για να κατηγοριοποιήσει τις διαταραχές στις οποίες υπάρχει απώλεια ή μεταβολή της σωματικής λειτουργίας, ως αποτέλεσμα ψυχολογικών παραγόντων (Herzog and Jellinek, 1990). Επιπλέον, «ψυχοσωματική νόσος» ορίζεται ως κάθε σωματική κατάσταση με οργανική ή λειτουργική βλάβη που επηρεάζεται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κατά τη διαδικασία της έναρξης ή της ανάπτυξης της (Nakao and Ohara, 2014). Συνεπώς, οι όροι «ψυχοσωματική διαταραχή» και «ψυχοσωματική νόσος» ταυτίζονται ως έννοιες.

1.2 Ψυχοσωματική Ιατρική

Η ψυχοσωματική ιατρική είναι μία εξειδίκευση της ψυχιατρικής, η οποία επικεντρώνεται στην αναγνώριση, τη διάγνωση και τη διαχείριση ασθενών με συννοσηρότητα παθολογικών/χειρουργικών/γυναικολογικών και ψυχιατρικών καταστάσεων (Nisavic et al., 2015). Η προσέγγιση της ψυχοσωματικής ιατρικής είναι μία διεπιστημονική, ολιστική μελέτη της σωματικής και ψυχικής νόσου με μία βιολογική, ψυχοκοινωνική και κοινωνικο-πολιτισμική βάση (Putranto et al., 2017). Η ψυχοσωματική ιατρική έχει τη βάση της στην Αρχαία Ελλάδα, όπου πρώτος ο Σωκράτης εξέφρασε ότι το σώμα δεν μπορεί να θεραπευτεί χωρίς να θεραπευτεί ο νους (Raginsky, 1948). Ο Αριστοτέλης πήγε ακόμα παραπέρα, προτείνοντας ότι τα συναισθήματα σχετίζονται με τις φυσιολογικές αποκρίσεις του οργανισμού και ότι αυτές οι αποκρίσεις δεν ανταποκρίνονται στην ένταση του συναισθήματος, αφού κάποια συναισθήματα είναι υποσυνείδητα και επομένως δεν αξιολογούνται (Raginsky, 1948). Ο Γαληνός δημιούργησε διαφορετική διάγνωση, η οποία διέκρινε τις νόσους που αποδίδονταν σε σωματικά αίτια από τις νόσους που οφείλονταν σε συναισθηματικά αίτια (Sivik and Schoenfeld, 2006).

1.3 Έρευνες Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές

Πίνακας 1.1: Έρευνες στις ψυχοσωματικές διαταραχές.				
Έρευνα	Περιοχή	Δείγμα	Εργαλείο Μέτρησης	Συμπέρασμα
Sainsbury (1960)	Τσίτσεστερ	1352 εξωτερικοί ασθενείς δύο γενικών νοσοκομείων. Ηλικία: 20-59 ετών.	Maudsley Personality Inventory	Οι ασθενείς με ψυχοσωματικές διαταραχές είναι περισσότερο νευρωτικοί από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι ασθενείς αυτοί είναι συνήθως δυσθυμικοί και πιθανώς αυτή η συναισθηματική αστάθεια οφείλεται για τις ψυχοσωματικές διαταραχές που έχουν.
Smart and Schmidt (1962)	Οντάριο	271 άρρενες ασθενείς. Ηλικία: < 75 ετών.	-	Οι ασθενείς με πεπτικό έλκος είχαν σημαντικά περισσότερα τροχαία ατυχήματα από τον γενικό πληθυσμό των οδηγών του Οντάριο.
Eysenck (1963)	-	3000 άρρενες. Ηλικία: 45-64 ετών.	Personality Questionnaire, Psychosomatic Questionnaire	Το κάπνισμα σχετίστηκε με την εξωστρέφεια αλλά όχι με το νευρωτισμό. Οι ψυχοσωματικές διαταραχές ήταν συχνότερες σε καπνιστές. Οι ψυχοσωματικές διαταραχές σχετίστηκαν με το νευρωτισμό.

Πίνακας 1.1: Έρευνες στις ψυχοσωματικές διαταραχές (συνέχεια).				
Έρευνα	Περιοχή	Δείγμα	Εργαλείο Μέτρησης	Συμπέρασμα
Eastwood and Trevelyan (1972)	Λονδίνο	248 ασθενείς. Ηλικία: 40-64 ετών.	Ερωτηματολόγιο	Η κατανομή των μείζονων ψυχοσωματικών διαταραχών ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ψυχιατρικούς ασθενείς.
Ilfeld (1980)	Σικάγο	2299 ενήλικες. Ηλικία: 18-64 ετών.	Ερωτηματολόγιο	Η ηλικία αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό δείκτη, όσον αφορά τις ψυχοσωματικές διαταραχές, καθώς σχετίστηκε με την ύπαρξη στομαχικού έλκους, κολίτιδας, υπέρτασης και ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Υπάρχει αδύναμη σχέση μεταξύ των στρεσογόνων παραγόντων και των ψυχοσωματικών διαταραχών.
Hurrelmann et al. (1988)	Δυτική Γερμανία	1717 μαθητές. Ηλικία: 13-16 ετών.	Ερωτηματολόγιο	Η συχνότητα των ψυχοσωματικών διαταραχών αυξάνεται όταν οι μαθητές βιώνουν αποτυχία στο σχολείο και κοινωνική και συναισθηματική σύγκρουση με τους γονείς.

Πίνακας 1.1: Έρευνες στις ψυχοσωματικές διαταραχές (συνέχεια).				
Έρευνα	Περιοχή	Δείγμα	Εργαλείο Μέτρησης	Συμπέρασμα
Holdevici and Crăciun (2012)	-	92 ασθενείς. Ηλικία: 25-76 ετών.	Patients' Attitudes Toward Pain Scale, McGill Pain Questionnaire, SF-36	Η ύπνωση παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση του πόνου και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από ημικρανίες, άσθμα και γαστρεντερικές διαταραχές.
Manshaee and Hamidi (2013)	Τεχεράνη	168 άρρενες έφηβοι. Ηλικία: -	Ερωτηματολόγιο	Οι έφηβοι χρήστες ηλεκτρονικών υπολογιστών εμφανίζουν ψυχοσωματικά σημεία και συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό από τους μη-χρήστες ηλεκτρονικών υπολογιστών.
Manshaee and Amini (2013)	-	90 ασθενείς. Ηλικία: μέση τιμή $\chi=29$ έτη.	Spirituality Questionnaire, Allport's Religious Orientation Scale	Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της πνευματικότητας και των τριών μελετούμενων ψυχοσωματικών διαταραχών.
Montoya-Castilla et al. (2018)	Βαλένθια	367 παιδιά. Ηλικία: 10-12 ετών.	Clinical Educational Questionnaire for Anxiety and Depression, MOOD Questionnaire	Ο φόβος αποτελεί την σημαντικότερη συναισθηματική κατάσταση, όσον αφορά την πρόβλεψη του άγχους, της κατάθλιψης και των ψυχοσωματικών διαταραχών.

Ο Sainsbury (1960) μελέτησε τη σχέση μεταξύ των ψυχοσωματικών διαταραχών και της νεύρωσης. Το δείγμα της έρευνάς του αποτέλεσαν 1352 εξωτερικοί ασθενείς δύο γενικών νοσοκομείων του Τσίτσεστερ, ηλικίας 20-59 ετών, οι οποίοι προσήλθαν στο εκάστοτε νοσοκομείο προκειμένου να επισκεφτούν τον ιατρό. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το Απογραφικό Προσωπικότητας Του Maudsley (Maudsley Personality Inventory) την ώρα που ανέμεναν για την ιατρική επίσκεψη. Ο παθολόγος ή ο χειρουργός, αφού εξέταζε τον ασθενή, σημείωνε στο ερωτηματολόγιο τη διάγνωση. Στη συνέχεια, οι διαγνώσεις κατηγοριοποιήθηκαν στις εξής ομάδες: α) ψυχοσωματικές διαταραχές (άσθμα, στεφανιαία νόσος, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, πεπτικό έλκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, θυρεοτοξίκωση, αλωπεκία, δερματίτιδα, έκζεμα, κνησμός, ψωρίαση κτλ.), β) πιθανώς ψυχοσωματικές διαταραχές (συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος, παχυσαρκία κτλ.), γ) νευρωτικές διαταραχές και δ) έλεγχος. Η μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με ψυχοσωματικές διαταραχές είναι περισσότερο νευρωτικοί από τον υπόλοιπο πληθυσμό, ενώ παράλληλα οι ασθενείς αυτοί είναι συνήθως δυσθυμικοί και πιθανώς αυτή η συναισθηματική αστάθεια οφείλεται για τις ψυχοσωματικές διαταραχές που έχουν.

Οι Smart and Schmidt (1962) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των ψυχοσωματικών διαταραχών και της επιρρέπειας σε τροχαία ατυχήματα. Το δείγμα της έρευνάς τους αποτέλεσαν 271 άρρενες ασθενείς, ηλικίας κάτω των 75 ετών, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε ένα αστικό νοσοκομείο του Οντάριο την περίοδο Ιανουάριος 1956-Ιούλιος 1959 με διάγνωση πεπτικού έλκους. Η μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με πεπτικό έλκος είχαν σημαντικά περισσότερα τροχαία ατυχήματα από τον γενικό πληθυσμό των οδηγών του Οντάριο.

Ο Eysenck (1963) μελέτησε τη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας, του καπνίσματος και των ψυχοσωματικών διαταραχών. Το δείγμα της έρευνάς του αποτέλεσαν 3000 άνδρες, ηλικίας 45-64 ετών, οι οποίοι κλήθηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης να απαντήσουν στο Ερωτηματολόγιο Της Προσωπικότητας (Personality Questionnaire) και στο Ερωτηματολόγιο Των Ψυχοσωματικών (Psychosomatic Questionnaire), ενώ παράλληλα ερωτήθηκαν για τις καπνιστικές τους συνήθειες. Η μελέτη συσχέτισε το κάπνισμα με την εξωστρέφεια αλλά όχι με το νευρωτισμό. Επιπλέον, οι ψυχοσωματικές διαταραχές ήταν συχνότερες σε καπνιστές, ενώ ταυτόχρονα οι ψυχοσωματικές διαταραχές συσχετίστηκαν με το νευρωτισμό.

Οι Eastwood and Trevelyan (1972) μελέτησαν τις ψυχοσωματικές διαταραχές στην κοινότητα. Το δείγμα αποτέλεσαν 248 ασθενείς, ηλικίας 40-64 ετών, οι οποίοι κατοικούσαν σε έναν δήμο του Νοτιοανατολικού Λονδίνου. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο με αντικείμενα που αφορούσαν σωματικές και ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ παράλληλα τους διενεργήθηκαν έλεγχοι σε διάφορα συστήματα του οργανισμού. Από τους

248 συμμετέχοντες, οι 37 ήταν άνδρες με ψυχική νόσο, οι 37 ήταν άνδρες χωρίς ψυχική νόσο και αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου στο ανδρικό φύλο, οι 87 ήταν γυναίκες με ψυχική νόσο και οι 87 ήταν γυναίκες χωρίς ψυχική νόσο και αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου στο γυναικείο φύλο. Οι ψυχοσωματικές διαταραχές κατηγοριοποιήθηκαν σε μείζονες (στεφανιαία νόσος, υπέρταση, άσθμα, σακχαρώδης διαβήτης, θυρεοτοξίκωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα) και ελάσσονες (χρόνια ρινική λοίμωξη, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, ψωρίαση, έκζεμα, προβολή μεσοσπονδύλιου δίσκου, πεπτικό έλκος, διάβρωση τραχήλου της μήτρας, μηνορραγία, μυκητιασική λοίμωξη). Η μελέτη έδειξε ότι η κατανομή των μείζονων ψυχοσωματικών διαταραχών ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ψυχιατρικούς ασθενείς.

Ο Pfeld (1980) μελέτησε τη σχέση μεταξύ της ηλικίας, των στρεσογόνων παραγόντων και των ψυχοσωματικών διαταραχών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το καλοκαίρι του 1972 στο Σικάγο. Συνολικά συμμετείχαν 2299 ενήλικες, ηλικίας 18-64 ετών, οι οποίοι κλήθηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο. Η μελέτη έδειξε ότι η ηλικία αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό δείκτη, όσον αφορά τις ψυχοσωματικές διαταραχές, καθώς σχετίστηκε με την ύπαρξη στομαχικού έλκους, κολίτιδας, υπέρτασης και ρευματοειδούς αρθρίτιδας, ενώ αντιθέτως υπάρχει αδύναμη σχέση μεταξύ των στρεσογόνων παραγόντων και των ψυχοσωματικών διαταραχών.

Οι Hurrelmann et al. (1988) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της αποτυχίας στο σχολείο, των οικογενειακών συγκρούσεων και των ψυχοσωματικών διαταραχών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον χειμώνα του 1986 στη Δυτική Γερμανία, όπου συμμετείχαν 1717 μαθητές, ηλικίας 13-16 ετών. Ως εργαλείο μέτρησης της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Η μελέτη έδειξε ότι η συχνότητα των ψυχοσωματικών διαταραχών αυξάνεται όταν οι μαθητές βιώνουν αποτυχία στο σχολείο και κοινωνική και συναισθηματική σύγκρουση με τους γονείς.

Οι Holdevici and Crăciun (2012) μελέτησαν τον ρόλο της Ερικσονικής ύπνωσης στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Το δείγμα της έρευνάς τους αποτέλεσαν 92 ασθενείς, ηλικίας 25-76 ετών, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με ψυχοσωματικές διαταραχές, εκ των οποίων 30 είχαν ημικρανία, 32 είχαν άσθμα και οι υπόλοιποι 30 είχαν γαστρεντερικές διαταραχές. Ως εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν η Κλίμακα Στάσεων Των Ασθενών Για Τον Πόνο (Patients' Attitudes Toward Pain Scale), το Ερωτηματολόγιο Πόνου Του McGill (McGill Pain Questionnaire) και το SF-36. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα άνω αναφερόμενα εργαλεία μέτρησης πριν και μετά την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση περιλάμβανε ένα πρόγραμμα πέντε μηνών, όπου εφαρμόζονταν συγκεκριμένες τεχνικές Ερικσονικής ύπνωσης από δύο εξειδικευμένους στην ύπνωση θεραπευτές. Κάθε

ασθενής συμμετείχε συνολικά σε 15-20 συνεδρίες, μία κάθε εβδομάδα, όπου κάθε συνεδρία διαρκούσε 50 λεπτά. Η μελέτη έδειξε ότι η ύπνωση παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση του πόνου και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από ημικρανίες, άσθμα και γαστρεντερικές διαταραχές.

Οι Manshaee and Hamidi (2013) μελέτησαν τον επιπολασμό των ψυχοσωματικών σημείων και συμπτωμάτων μεταξύ των εφήβων που χρησιμοποιούσαν ηλεκτρονικό υπολογιστή. Το δείγμα της έρευνάς τους αποτέλεσαν 168 άρρενες έφηβοι, εκ των οποίων οι 84 ήταν χρήστες ηλεκτρονικού υπολογιστή, ενώ οι υπόλοιποι 84 δεν χρησιμοποιούσαν ηλεκτρονικό υπολογιστή. Το δείγμα πάρθηκε από δίκτυα παιχνιδιών της Τεχεράνης. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο 31 ερωτήσεων, το οποίο κατασκευάστηκε από τους ερευνητές και αφορούσε ψυχοσωματικά σημεία και συμπτώματα. Η μελέτη έδειξε ότι οι έφηβοι χρήστες ηλεκτρονικών υπολογιστών εμφανίζουν ψυχοσωματικά σημεία και συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό από τους μη-χρήστες ηλεκτρονικών υπολογιστών.

Οι Manshaee and Amini (2013) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της πνευματικότητας με έμφαση στον θρησκευτικό προσανατολισμό και των ψυχοσωματικών διαταραχών. Στην έρευνά τους συμμετείχαν 90 ασθενείς με μέση τιμή ηλικίας $\chi=29$ έτη, εκ των οποίων 30 είχαν διαγνωστεί με άσθμα, 30 είχαν διαγνωστεί με ημικρανία και οι υπόλοιποι 30 είχαν διαγνωστεί με υπέρταση. Οι άνω αναφερόμενοι ασθενείς επιλέχθηκαν τυχαία από δύο ψυχιατρικές κλινικές. Η πνευματικότητα αξιολογήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Της Πνευματικότητας (Spirituality Questionnaire). Για τη μέτρηση του θρησκευτικού προσανατολισμού, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την Κλίμακα Θρησκευτικού Προσανατολισμού Του Allport (Allport's Religious Orientation Scale). Η μελέτη έδειξε ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της πνευματικότητας και των τριών μελετούμενων ψυχοσωματικών διαταραχών, ενώ παράλληλα οι ερευνητές προτείνουν τη δημιουργία προγραμμάτων με έμφαση στην πνευματικότητα και τον θρησκευτικό προσανατολισμό, τα οποία θα συμβάλλουν στην πρόληψη, στη διαχείριση και στη θεραπεία των ψυχοσωματικών διαταραχών.

Οι Montoya-Castilla et al. (2018) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των συναισθηματικών καταστάσεων και των ψυχοσωματικών διαταραχών σε παιδιά. Συνολικά συμμετείχαν 367 παιδιά, ηλικίας 10-12 ετών, από επτά πρωτοβάθμια σχολεία δύο παρόμοιων κωμοπόλεων στην επαρχία της Βαλένθια (Ισπανία). Η έρευνα διεξήχθη την περίοδο Φεβρουάριος-Απρίλιος 2014. Ως εργαλεία μέτρησης της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν το Κλινικό Εκπαιδευτικό Ερωτηματολόγιο Για Το Άγχος Και την Κατάθλιψη (Clinical Educational Questionnaire for Anxiety and Depression/CECAD) και το Ερωτηματολόγιο Της Διάθεσης (MOOD

Questionnaire). Η μελέτη έδειξε ότι ο φόβος αποτελεί την σημαντικότερη συναισθηματική κατάσταση, όσον αφορά την πρόβλεψη του άγχους, της κατάθλιψης και των ψυχοσωματικών διαταραχών.

1.4 Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες Ψυχοσωματικών Διαταραχών

Η γιόγκα αποτελεί μία από τις μη φαρμακευτικές μεθόδους για τη διαχείριση της υπέρτασης, της ημικρανίας, του πεπτικού έλκους, της κολίτιδας, του βρογχικού άσθματος, του ρευματισμού και της κεφαλαλγίας (Singh, 2006). Επίσης, οι Holdevici and Crăciun (2012) απέδειξαν ότι η ύπνωση μπορεί να συμβάλλει στην ανακούφιση του πόνου και των συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από ημικρανίες, άσθμα και γαστρεντερικές διαταραχές. Η υπνοθεραπεία χρησιμοποιεί τη δύναμη της συμβουλής, προκειμένου να αλλάξει τις σκέψεις και τις συνήθειες του ασθενούς, δρώντας στο υποσυνείδητό του (Kuhn et al., 2017). Επιπλέον, η ψυχοθεραπεία φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας και του άσθματος (Chalke, 1965).

Επιπροσθέτως, η δομική οικογενειακή θεραπεία συνίσταται στη θεραπεία των ψυχοσωματικών διαταραχών των παιδιών (Sargent, 1983). Η οικογενειακή θεραπεία ορίζεται ως «μία διακριτική ψυχολογική θεραπεία για άτομα και τα δίκτυα υποστήριξής τους, η οποία στοχεύει στη μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων και της ελαστικότητας μεταξύ των μελών μίας οικογένειας, με σκοπό να βοηθήσει τους ανθρώπους να ξεπεράσουν προβλήματα που βίωσαν από συγκεκριμένα μέλη της οικογένειας ή από την οικογένεια ως σύνολο» (Messent, 2008). Η οικογενειακή θεραπεία ασκείται από τον ψυχίατρο ή τον ψυχοθεραπευτή (Yoshikawa, 2006). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι περισσότεροι ψυχοθεραπευτές έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα εξειδίκευσης και προηγούμενο της ψυχολογίας πτυχίο επάνω σε κάποιο σχετικό επάγγελμα, όπως στην κοινωνική εργασία ή στη νοσηλευτική (Messent, 2008). Η οικογενειακή θεραπεία αποτελεί μία μέθοδο για την κατανόηση της γένεσης και της ανάπτυξης των συμπτωμάτων λόγω της δυσλειτουργίας της οικογένειας (Hodas and Liebman, 1978). Κατά την προσέγγιση της οικογένειας, ιδίως όταν υπάρχει κάποιο παιδί ή κάποιος έφηβος με ψυχοσωματικές διαταραχές εντός αυτής, η μητέρα αποτελεί το κέντρο της προσοχής, επειδή οι παθολογικές πτυχές της μητέρας θεωρούνται ότι έχουν μεταβιβαστεί στο παιδί και προκαλούν τις ψυχοσωματικές διαταραχές (Kojima, 2006). Εκτός από τη δομική οικογενειακή θεραπεία, υπάρχουν η ψυχοαναλυτική, η συμπεριφορική, η στρατηγική και η συστημική (Breunlin et al., 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ψυχοσωματικές Διαταραχές Ανά Σύστημα

2.1 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Καρδιαγγειακού Συστήματος

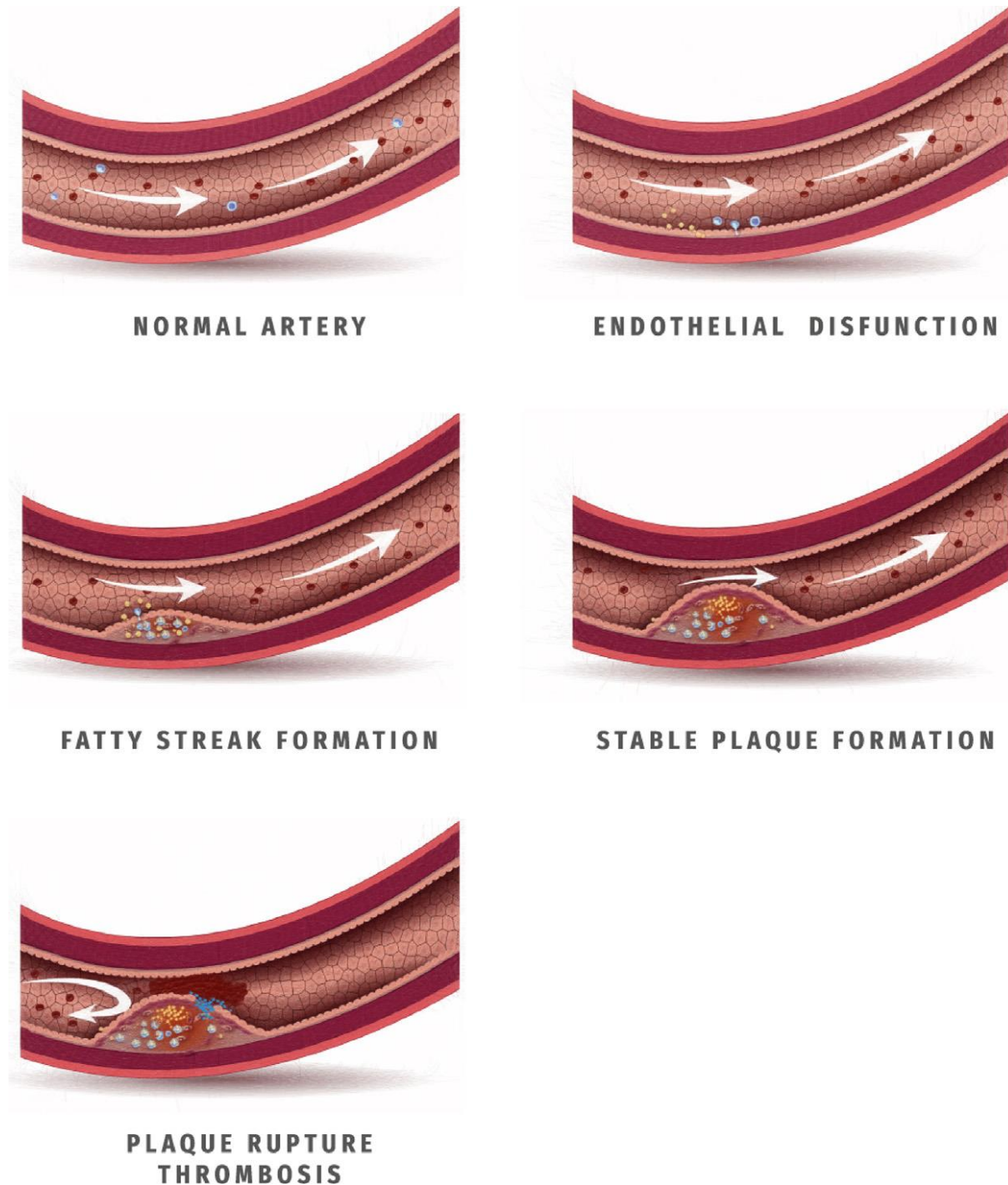
2.1.1 Στεφανιαία Νόσος

Το 2015, 17.7 εκατομμύρια θάνατοι σημειώθηκαν παγκοσμίως λόγω κάποιας καρδιαγγειακής νόσου, εκ των οποίων οι 6.7 εκατομμύρια προκλήθηκαν από στεφανιαία νόσο (Acharya et al., 2018). Η υποκείμενη αιτία της στεφανιαίας νόσου είναι η αθηροσκλήρωση, η οποία είναι μία φλεγμονώδης ασθένεια των αρτηριών που προκαλείται από την παθητική εναπόθεση λιπιδίων στο τοίχωμα της στεφανιαίας αρτηρίας και η οποία σε συνδυασμό με τη λειτουργία των κυττάρων του ανοσοποιητικού, προχωράει στον σχηματισμό αθηροσκληρωτικών πλακών (Kosmopoulos et al., 2019). Η αθηροσκλήρωση προκαλείται λόγω δυσλειτουργίας του εσωτερικού χιτώνα της στεφανιαίας αρτηρίας, η οποία οφείλεται σε παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των ελεύθερων ριζών, της αυξημένης LDL χοληστερόλης, της υπέρτασης, των λοιμωδών μικροοργανισμών, του καπνίσματος, της διαμηκτικής πίεσης (Kutty and Nair, 2012), του σακχαρώδους διαβήτη, του άρρενος φύλου, της προχωρημένης ηλικίας, του οικογενειακού ιστορικού πρώιμης στεφανιαίας νόσου (Zakkar and Hornick, 2007) και της λοίμωξης από τον HIV (Kupkoná et al., 2017; Sinha and Feinstein, 2019). Επιπλέον, η μελέτη των Liu et al. (2019) έδειξε ότι η βαριά κατάθλιψη και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή μπορούν να προκαλέσουν στεφανιαία νόσο. Οι αθηροσκληρωτικές πλάκες προκαλούν μυοκαρδιακή ισχαιμία, καθώς αυτές εμποδίζουν το προσφερόμενο οξυγόνο στο μυοκάρδιο και έτσι προκύπτει ανισορροπία μεταξύ του αναγκαίου και του προσφερόμενου οξυγόνου (Zakkar and Hornick, 2007).

Η στηθάγχη αποτελεί το συχνότερο σύμπτωμα της στεφανιαίας νόσου (Ong and Nair, 2015). Είναι ένα κλινικό σύνδρομο, το οποίο: α) χαρακτηρίζεται από δυσφορία (πόνος, σφίξιμο, βάρος, πίεση) στο πρόσθιο τμήμα του στήθους ή του τραχήλου, στους ώμους, στην κάτω γνάθο ή στα άνω άκρα, β) πυροδοτείται κατά τη φυσική άσκηση, γ) υποχωρεί εντός πέντε λεπτών με την ανάπαυση ή με τη λήψη τρινιτρικής γλυκερίνης (Gabara et al., 2018). Η συναισθηματική δυσφορία, ιδιαίτερα το άγχος και η κατάθλιψη, σχετίζεται με την πρόκληση στηθάγχης σε ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο (Ketterer et al., 2004). Άλλα συμπτώματα

της στεφανιαίας νόσου σχετιζόμενα με τη δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια αποτελούν το οίδημα κάτω άκρων, η διάταση των σφαγιτιδίων, η αυξημένη σφαγιτιδική πίεση και ο ασκίτης, ενώ το πνευμονικό οίδημα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο αποτελεί σύμπτωμα της ανεπάρκειας της αριστερής κοιλίας (Ong and Nair, 2015).

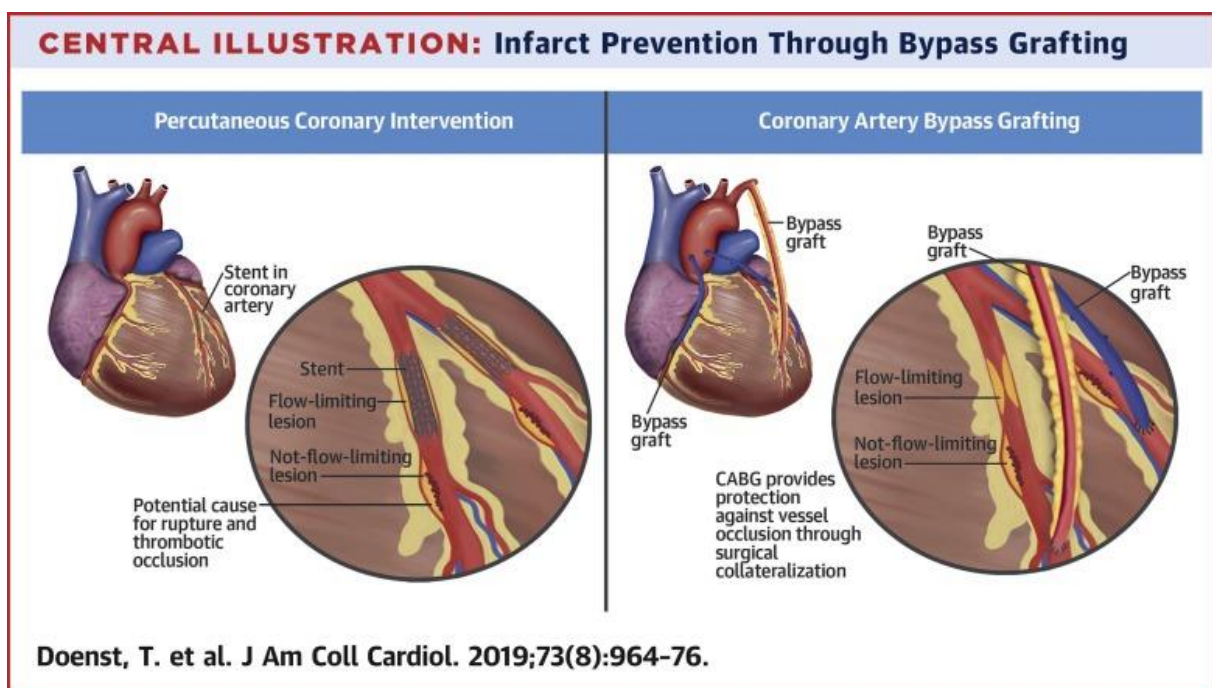
Εικόνα 2.1: Η διαδικασία της αθηροσκλήρωσης και ο σχηματισμός στεφανιαίας νόσου (Acharya et al., 2018).



Ο εργαστηριακός έλεγχος για τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου περιλαμβάνει μία σειρά από βιοδείκτες, οι οποίοι είναι: α) τα νατριουρητικά πεπτιδία BNP και NT-proBNP, β) ο soluble suppression of tumorigenicity 2 (sST2), γ) ο growth differentiation factor-15 (GDF-15), δ) η υψηλής ευαισθησίας καρδιακή τροπονίνη I (hs-cTnI), ε) η υψηλής ευαισθησίας καρδιακή τροπονίνη T (hs-cTnT), στ) η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), ζ) η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) και η) η μυελοπεροξειδάση (MPO) (McCarthy et al., 2015). Επίσης, για τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου χρησιμοποιείται το ηλεκτροκαρδιογράφημα άσκησης (τεστ κοπώσεως) (Sprigings and Graham, 2014). Ο απεικονιστικός έλεγχος για τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου περιλαμβάνει: α) το σπινθηρογράφημα (SPECT), β) το δυναμικό ηχοκαρδιογράφημα (stress echo), γ) η μαγνητική τομογραφία καρδιαγγειακού (CMR) και δ) η αξονική στεφανιογραφία (CTCA) (Mordi et al., 2017).

Η φαρμακευτική διαχείριση της στεφανιαίας νόσου περιλαμβάνει τη χορήγηση ασπιρίνης, κλοπιδογρέλης, β-αποκλειστών και αντιλιπιδαιμικών φαρμάκων (π.χ. στατίνες), ενώ παράλληλα για την ανακούφιση της στηθάγχης χορηγείται τρινιτρική γλυκερίνη (Ong and Nair, 2015). Η επεμβατική θεραπεία της στεφανιαίας νόσου περιλαμβάνει τη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) και την αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) (Doenst et al., 2019).

Εικόνα 2.2: Σχηματική απεικόνιση των επεμβατικών θεραπειών της στεφανιαίας νόσου (Doenst et al., 2019).



Πρωταρχικός ρόλος της νοσηλευτικής φροντίδας στη στεφανιαία νόσο αποτελεί η πρόληψή της. Η αγωγή του πληθυσμού για την αποφυγή του καπνίσματος αποτελεί ένα ισχυρό μέτρο για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Επίσης, ο νοσηλευτής συστήνει μέτρα για την πρόληψη της υπερλιπιδαιμίας, του σακχαρώδους διαβήτη και της υπέρτασης, συμπεριλαμβανομένων της φυσικής άσκησης (π.χ. περπάτημα) τουλάχιστον 30 λεπτά ημερησίως, της κατανάλωσης λαχανικών και φυτικών ινών καθημερινά, της αποφυγής κατανάλωσης κορεσμένων λιπαρών οξέων και του περιορισμού προσθήκης επιπλέον άλατος στο φαγητό. Επιπλέον, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση σχετικά με τη διαχείριση της νόσου τους, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες της προσβολής τους από τη στεφανιαία νόσο. Επιπροσθέτως, η αγωγή του πληθυσμού για την πρόληψη της λοίμωξης από τον HIV αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη μείζονος σημασίας. Τέλος, όσον αφορά το κομμάτι της πρόληψης, ο νοσηλευτής παρέχει ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη σε άτομα με κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές, καθώς αυτές σχετίζονται με την πρόκληση στεφανιαίας νόσου, ενώ παράλληλα τα παραπέμπει σε ψυχολόγο ή/και ψυχίατρο, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής τους.

Όσον αφορά τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, το οποίο επιτυγχάνει μέσω της λήψης ιστορικού, όπου αξιολογεί τους υπάρχοντες για τη στεφανιαία νόσο παράγοντες κινδύνου, καθώς επίσης και συμπτώματα που υποδηλώνουν στηθάγχη (π.χ. θωρακαλγία ύστερα από ήπια άσκηση). Παράλληλα, ο νοσηλευτής λαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών και το αξιολογεί για σημεία καρδιακής ισχαιμίας, ενώ παράλληλα μετράει την αρτηριακή πίεση, τους σφυγμούς και τον κορεσμό οξυγόνου, τα οποία αποτελούν χρήσιμους δείκτες της καρδιακής λειτουργίας. Ο νοσηλευτής παραπέμπει άμεσα τα άτομα με πιθανότητα στεφανιαίας νόσου στον καρδιολόγο για περαιτέρω εργαστηριακή και απεικονιστική αξιολόγηση.

Σε ασθενείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο, ο νοσηλευτής παρέχει εκπαίδευση σχετικά με τη λήψη των συνταγογραφούμενων από τον καρδιολόγο φαρμάκων, ενώ ταυτόχρονα ενημερώνει τους ασθενείς για σημεία ανεπαρκούς πήκτικότητας του αίματος (π.χ. αυτόματη αιμορραγία ρίνας και ούλων) που μπορούν να προκληθούν λόγω των αντιπηκτικών φαρμάκων (π.χ. ασπιρίνη). Κατόπιν, ο νοσηλευτής πραγματοποιεί μία φορά κάθε μήνα ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών για την έγκαιρη εύρεση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, το οποίο αποτελεί επιπλοκή της στεφανιαίας νόσου, ενώ παράλληλα αξιολογεί την αρτηριακή πίεση, τους σφυγμούς και τον κορεσμό οξυγόνου. Ταυτόχρονα, ο νοσηλευτής παρέχει ψυχολογική υποστήριξη σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο με απώτερο σκοπό τη μείωση του άγχους τους. Εάν κριθεί αναγκαίο, ο νοσηλευτής παραπέμπει τους ασθενείς με

στεφανιαία νόσο στον ψυχολόγο ή/και στον ψυχίατρο για τη διαχείριση του υπάρχοντος άγχους και της κατάθλιψης.

Σε περίπτωση όπου οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο χειρουργηθούν για την πάθησή τους με PCI ή CABG, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την προεγχειρητική προετοιμασία των ασθενών, ενώ μετεγχειρητικά είναι υπεύθυνοι για τη μέτρηση των ζωτικών σημείων και του κορεσμού οξυγόνου, την πρόληψη των λοιμώξεων μέσω της άσηπτης καθαριότητας του χειρουργικού τραύματος, ειδικά στην περίπτωση όπου πραγματοποιήθηκε CABG, τη μέτρηση του ισοζυγίου υγρών, τη χορήγηση των φαρμάκων βάσει της ιατρικής οδηγίας και την έγκαιρη διαπίστωση επιπλοκών λόγω της φαρμακευτικής αγωγής (π.χ. αναφυλαξία, ανεπαρκής πήκτικότητα αίματος) ή της χειρουργικής επέμβασης (π.χ. εσωτερική αιμορραγία).

2.1.2 Υπέρταση

Η υπέρταση ορίζεται παραδοσιακά ως συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) ≥ 140 mm Hg ή διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) ≥ 90 mm Hg, η οποία προκύπτει από το μέσο όρο τριών σωστών μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης σε δύο ή περισσότερες επισκέψεις στο εξωτερικό ιατρείο (Setters and Holmes, 2017). Η σωστή τεχνική για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης περιλαμβάνει τα κάτωθι:

1. δίνονται οδηγίες στον ασθενή για να απέχει από τη νικοτίνη και την καφεΐνη για τουλάχιστον 30 λεπτά πριν από τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης,
2. χρησιμοποιείται ένα σφυγμομανόμετρο υδραργύρου ή ένα καλά βαθμονομημένο σφυγμομανόμετρο άνευ υδραργύρου,
3. φουσκώνεται η περιχειρίδα που περιβάλλει το 80% του άνω βραχίονα,
4. η μέτρηση λαμβάνεται έπειτα από 5 λεπτά ανάπαυσης του ασθενούς, όπου ο ασθενής κάθεται με υποστηριζόμενη την πλάτη του και ο βραχίονάς του βρίσκεται στο επίπεδο της καρδιάς του, χωρίς να φέρει αντικείμενα,
5. λαμβάνεται ο μέσος όρος δύο μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης, με διαφορά 2 λεπτών μεταξύ τους (Rivera et al., 2019).

Πίνακας 2.1: Κατηγοριοποίηση των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης (Bhagani et al., 2018).		
Κατηγορία	Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mm Hg)	Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (mm Hg)
Άριστη αρτηριακή πίεση	< 120	< 80
Φυσιολογική αρτηριακή πίεση	< 130	< 85
Αυξημένη-φυσιολογική αρτηριακή πίεση	130-139	85-89
Υπέρταση βαθμού 1	140-159	90-99
Υπέρταση βαθμού 2	160-179	100-109
Υπέρταση βαθμού 3	> 180	> 110
Απομονωμένη συστολική-υπέρταση	> 140	< 90
Υπέρταση λευκής ρόμπας	> 140	> 90
Καμουφλαρισμένη υπέρταση	< 140	< 90

Στα πρωτογενή αίτια της υπέρτασης περιλαμβάνονται: α) η ηλικία, β) η παχυσαρκία, γ) η φυλή (μαύρη), δ) το γενετικό υπόβαθρο και το οικογενειακό ιστορικό, ε) ο μειωμένος αριθμός των νεφρώνων, στ) η σωματική αδράνεια, ζ) η αυξημένη κατανάλωση άλατος ή/και αλκοόλ, η) οι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου (π.χ. υπερλιπιδαιμία, διαβήτης) (Setters and Holmes, 2017). Στα δευτερογενή αίτια της υπέρτασης περιλαμβάνονται: α) η πρωτογενής νεφρική νόσος, β) ο πρωτογενής υπεραλδοστερονισμός, γ) το φαιοχρωμοκύττωμα, δ) η αποφρακτική υπνική άπνοια, ε) το σύνδρομο Cushing, στ) η στένωση της αορτής, ζ) η λήψη φαρμάκων (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αποσυμφορητικά, ερυθροποιητίνη, γλυκοκορτικοειδή, κυκλοσπορίνη, αμφεταμίνες, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και ανταγωνιστές επαναπρόσληψης σεροτονίνης) (Setters and Holmes, 2017). Επίσης, η έρευνα των Wu et al. (2014) έδειξε ότι οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές είχαν υψηλότερο επιπολασμό και υψηλότερη επίπτωση υπέρτασης από τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, η υπέρταση της λευκής ρόμπας εμφανίζεται σε άτομα που ενώ δεν έχουν γενικά αυξημένη αρτηριακή πίεση, εντός του κλινικού πλαισίου ή του ιατρείου παρουσιάζουν αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης (Karoor and Karoor, 2013). Η παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί προειδοποιητικό ή αμυντικό μηχανισμό ή αγχώδη αντίδραση λόγω της παρουσίας του ιατρού (Celis and Fagard, 2004). Η συστολική αρτηριακή πίεση μπορεί να ανέβει μέχρι 30 mm Hg, αλλά η άνοδος συνήθως κυμαίνεται σε 20 mm Hg, ενώ η διαστολική αρτηριακή

πίεση αυξάνεται περίπου 10 mm Hg (Celis and Fagard, 2004). Η μέγιστη αύξηση της αρτηριακής πίεσης λαμβάνει χώρα 1-4 λεπτά ύστερα από την άφιξη του ιατρού, επιμένει για 10-15 λεπτά και συνοδεύεται συνήθως από αυξημένο καρδιακό ρυθμό (Celis and Fagard, 2004).

Η υπέρταση είναι συνήθως ασυμπτωματική, αλλά αρκετοί ασθενείς περιγράφουν την παρουσία επίσταξης, κεφαλαλγίας, λήθαργου και ζάλης εξαιτίας της αυξημένης αρτηριακής πίεσης (Bhagani et al., 2018). Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της υπέρτασης περιλαμβάνουν: α) τον περιορισμό της κατανάλωσης άλατος, β) την ελάττωση της κατανάλωσης αλκοόλ, γ) την αύξηση της κατανάλωσης λαχανικών, φρούτων και γαλακτοκομικών προϊόντων με χαμηλά λιπαρά, δ) την απώλεια βάρους, ε) τη συχνή σωματική άσκηση, στ) τη διακοπή του καπνίσματος (Cuspidi et al., 2018). Η φαρμακολογική θεραπεία της υπέρτασης περιλαμβάνει: α) τα διουρητικά, β) τους β-αποκλειστές, γ) τους ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου, δ) τους αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης και ε) τους αποκλειστές των διαύλων αγγειοτασίνης (Cuspidi et al., 2018). Επιπροσθέτως, σε ασθενείς με ανιχνεύσιμο αίτιο δευτερογενούς υπέρτασης (π.χ. στένωση αορτής, φαιοχρωμοκύττωμα) διενεργείται χειρουργική επέμβαση για την αναχαίτιση του αιτίου.

Πρωταρχικός ρόλος του νοσηλευτή στην υπέρταση αποτελεί η πρόληψή της. Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον πληθυσμό σχετικά με την πρόληψη της υπέρτασης, συστήνοντας μέτρα όπως η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η αποφυγή κατανάλωσης κορεσμένων λιπαρών, η καθημερινή σωματική άσκηση τουλάχιστον 30 λεπτά ημερησίως, η διακοπή του καπνίσματος, ο περιορισμός της κατανάλωσης άλατος και αλκοόλ. Παράλληλα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση των ατόμων που υποφέρουν από άγχος, παρέχοντάς τους συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, ενώ ταυτόχρονα τα παραπέμπει για περαιτέρω ψυχολογική ή/και ψυχιατρική εκτίμηση. Κατόπιν, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τα άτομα της κοινότητας στο πως να μετρούν σωστά την αρτηριακή τους πίεση, ενώ παράλληλα συστήνει στους νορμοτασικούς να μετρούν την αρτηριακή τους πίεση τουλάχιστον μία φορά το μήνα και να το αναφέρουν σε κάποιο νοσηλευτή ή ιατρό εάν κάποια στιγμή βρουν αυξημένη αρτηριακή πίεση υπό συνθήκες ηρεμίας και αποχής από τη νικοτίνη και την καφεΐνη.

Όσον αφορά τους υπερτασικούς ασθενείς, ο νοσηλευτής τους συστήνει συντηρητικά μέτρα για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, ενώ παράλληλα τους παραπέμπει σε κάποιον καρδιολόγο εάν δεν έχουν επισκεφτεί κάποιον ήδη. Ο νοσηλευτής πρέπει να επιβεβαιώσει την αυξημένη αρτηριακή πίεση ως καταρτισμένος επαγγελματίας υγείας, ενώ προτείνεται η

μέτρηση της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς να γίνει εκτός κλινικού περιβάλλοντος ή ιατρείου σε φιλικό επίπεδο, ώστε να διαπιστώσει εάν πρόκειται για υπέρταση λευκής ρόμπας. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ασθενή σχετικά με τη συνιστώμενη από τον καρδιολόγο φαρμακευτική αγωγή, καθώς επίσης του συστήνει να μετράει καθημερινά την αρτηριακή του πίεση και να λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή ανάλογα με την τιμή της αρτηριακής πίεσης, όπως του υπέδειξε ο καρδιολόγος.

Τέλος, στην περίπτωση όπου ο ασθενής έχει δευτερογενή υπέρταση με χειρουργήσιμο αίτιο και προβεί σε χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για την προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς, ενώ μετεγχειρητικά μετράει τα ζωτικά σημεία και τον κορεσμό οξυγόνου, χορηγεί τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, ελέγχει για επιπλοκές των φαρμάκων και της εγχείρησης, λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των λοιμώξεων, χορηγεί οξυγόνο με απλή μάσκα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και μετράει το ισοζύγιο των υγρών του ασθενούς.

Εικόνα 2.3: Μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της υπέρτασης (Bakris et al., 2019).

Nonpharmacologic Intervention	Dose	Approximate Impact on SBP	
		Hypertension	Normotension
Physical activity			
Aerobic	<ul style="list-style-type: none"> 90–150 min/week 65%–75% heart rate reserve 	–5/8 mm Hg	–2/4 mm Hg
Dynamic resistance	<ul style="list-style-type: none"> 90–150 min/week 50%–80% 1 repetition maximum 6 exercises, 3 sets/exercise, 10 repetitions/set 	–4 mm Hg	–2 mm Hg
Isometric resistance	<ul style="list-style-type: none"> 4 × 2 min (hand grip), 1 min rest between exercises, 30%–40% maximum voluntary contraction, 3 sessions/week, 8–10 weeks 	–5 mm Hg	–4 mm Hg
Healthy diet			
DASH dietary pattern	Diet rich in fruits, vegetables, whole grains, and low-fat dairy products with reduced content of saturated and total fat	–11 mm Hg	–3 mm Hg
Weight loss			
Weight/body fat	Ideal body weight is best goal but ≥1 kg reduction in body weight for most adults who are overweight	–5 mm Hg	–2/3 mm Hg
Reduced intake of dietary [Na⁺]			
Dietary sodium	<1,500 mg/day is optimal goal but ≥1,000 mg/day reduction in most adults	–5/6 mm Hg	–2/3 mm Hg
Enhanced intake of dietary [K⁺]			
Dietary potassium	3,500–5,000 mg/day, preferably by consumption of a diet rich in potassium	–4/5 mm Hg	–2 mm Hg
Moderation in alcohol intake			
Alcohol consumption	In individuals who drink alcohol, reduce alcohol to <ul style="list-style-type: none"> Men: <2 drinks/day Women: <1 drink/day 	–4 mm Hg	–3 mm Hg

DASH = Dietary Approaches to Stop Hypertension; SBP = systolic blood pressure.

2.2 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Αναπνευστικού Συστήματος

2.2.1 Άσθμα

Το άσθμα χαρακτηρίζεται από τη φλεγμονή του αεραγωγού, τη μεταβλητή απόφραξη της ροής του αέρα στους πνεύμονες και τη βρογχική υπεραντιδραστικότητα (Nanda and Wasan, 2020). Το άσθμα πλήττει περίπου 300 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, ενώ στις ΗΠΑ περίπου το 7.5% των ενηλίκων πάσχει από άσθμα (Nanda and Wasan, 2020). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου 1.1 εκατομμύρια παιδιά λαμβάνουν θεραπεία για το άσθμα, ενώ το κόστος των υπηρεσιών υγείας για τη θεραπεία του άσθματος σε παιδιά και ενήλικες είναι περίπου ένα δισεκατομμύριο λίρες ανά έτος (Henderson, 2013).

Όσον αφορά την αιτιολογία του άσθματος, υπάρχει μία σειρά στοιχείων που υποστηρίζει ότι η λοίμωξη από τον ρινοϊό (RV) ή τον αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV) πυροδοτεί την έναρξη του άσθματος (Coverstone et al., 2019). Άλλοι ιοί που θεωρούνται ως αιτιολογικοί παράγοντες της έναρξης του άσθματος αποτελούν ο ιός της γρίπης (Influenza Virus), ο ανθρώπινος βokaϊός (HBoV) και ο ανθρώπινος μεταπνευμονιοϊός (hMPV) (Dulek and Peebles, 2011). Επίσης, πιστεύεται ότι το μυκόπλασμα της πνευμονίας (*Mycoplasma pneumoniae*), τα χλαμύδια της πνευμονίας (*Chlamydia pneumoniae*), τα χλαμύδια του τραχώματος (*Chlamydia trachomatis*), ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος (*Staphylococcus aureus*) και ο αιμόφιλος της γρίπης (*Haemophilus influenzae*) συμβάλλουν στην παθογένεση του άσθματος (Insel and Kraft, 2019). Επιπλέον, η έναρξη του άσθματος στην παιδική ηλικία οφείλεται στην ύπαρξη ισχυρού γενετικού υποβάθρου (Kuruvilla et al., 2019), ενώ παράλληλα η πρόωρη γέννηση του παιδιού φαίνεται να παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο (Coleman et al., 2019). Επιπροσθέτως, αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι εάν η μητέρα πάσχει από άγχος ή κατάθλιψη κατά τα πρώτα τρία χρόνια της ζωής του παιδιού, υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσει το παιδί άσθμα στην ηλικία των επτά ετών (Seth et al., 2019).

Οι εκλυτικοί παράγοντες του άσθματος στα παιδιά περιλαμβάνουν τα αλλεργιογόνα, συμπεριλαμβανομένων των ποντικών, των κατσαρίδων, της μούχλας, των ακάρεων της σκόνης, των σκυλιών, των γατών (Seth et al., 2019) και της γύρης (Coleman et al., 2019). Παράλληλα, στους εκλυτικούς παράγοντες του άσθματος στα παιδιά συμπεριλαμβάνονται οι εποχιακές διακυμάνσεις, η παχυσαρκία, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού, οι εξωτερικοί ρύποι (διοξειδίο του αζώτου, σωματίδια, όζον, διοξειδίο του θείου, μονοξειδίο του άνθρακα, μόλυβδος) και οι εσωτερικοί ρύποι, οι οποίοι προέρχονται από το κάπνισμα, το μαγείρεμα,

την καθαριότητα και τις συσκευές θέρμανσης/ψύξης (Seth et al., 2019). Οι εκλυτικοί παράγοντες του άσθματος στους ενήλικες περιλαμβάνουν το κάπνισμα, την παχυσαρκία, τα αλλεργιογόνα εντός του χώρου εργασίας, τους στρεσογόνους παράγοντες (Kuvuvilla et al., 2019) και τα φάρμακα (ασπιρίνη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, β-αποκλειστές) (Wong et al., 2016).

Η κλινική εικόνα του άσθματος περιλαμβάνει τον εκπνευστικό συριγμό, τη δυσκολία στην αναπνοή, το σφίξιμο στο στήθος και τον βήχα (Pari et al., 2018). Η διάγνωση του άσθματος βασίζεται στην κλινική εικόνα, καθώς και σε αντικειμενικές μετρήσεις της μεταβλητής απόφραξης της ροής του αέρα στους πνεύμονες, οι οποίες επιτυγχάνονται με τη σπιρομέτρηση (Wong et al., 2016).

Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του άσθματος περιλαμβάνουν την αποφυγή του καπνού, την αφαίρεση της μούχλας, την καθαριότητα του αέρα, την αφαίρεση των χαλιών, τη χρήση ηλεκτρικής σκούπας με φίλτρο αέρα υψηλής αποδοτικότητας, την τοποθέτηση αποθητικών για τα ακάρεα καλυμμάτων ή ακόμα και τη χρήση ακαρεοκτόνων, την απομάκρυνση των λούτρινων και κατοικίδιων ζώων από το δωμάτιο (Ulrich and Palacios, 2019).

Η φαρμακολογική θεραπεία του άσθματος στα παιδιά κατά την οξεία φάση περιλαμβάνει τη χορήγηση ενός εισπνεόμενου β2-αγωνιστή βραχείας δράσης (σαλβουταμόλη) (Arakawa et al., 2017). Για τη χρόνια διαχείριση του άσθματος στα παιδιά χρησιμοποιούνται τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό με έναν β2-αγωνιστή μακράς δράσης, οι ανταγωνιστές των υποδοχέων των λευκοτριενίων και η θεοφυλλίνη, ενώ τα χορηγούμενα από το στόμα κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται μόνο σε σοβαρά περιστατικά άσθματος, λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών (Arakawa et al., 2017).

Η φαρμακολογική θεραπεία του άσθματος στους ενήλικες κατά την οξεία φάση περιλαμβάνει τη χορήγηση ενός εισπνεόμενου β2-αγωνιστή βραχείας δράσης, ενώ σε μέτριου βαθμού εξάρσεις του άσθματος χορηγούνται κορτικοστεροειδή από το στόμα σε συνδυασμό με έναν εισπνεόμενο β2-αγωνιστή βραχείας δράσης για μία εβδομάδα (Ichinose et al., 2017). Για τη χρόνια διαχείριση του άσθματος στους ενήλικες χρησιμοποιούνται τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, είτε χορηγούμενα μόνα τους είτε σε συνδυασμό με έναν β2-αγωνιστή μακράς δράσης ή έναν μακράς δράσης ανταγωνιστή των μουςκαρινικών υποδοχέων (τιοτρόπιο), οι ανταγωνιστές των υποδοχέων των λευκοτριενίων, η θεοφυλλίνη, τα αντί-IgE αντισώματα (omalizumab) και τα αντιαλλεργικά εκτός των ανταγωνιστών των υποδοχέων των λευκοτριενίων (Ichinose et al., 2017).

Βασικό κομμάτι του νοσηλευτή στο άσθμα αποτελεί η πρόληψή του από την παιδική κιάλας ηλικία. Παρόλο που δεν υπάρχουν εμβόλια για τον ανθρώπινο συγκυτιακό ιό (RSV) και τον ρινοϊό (RV), ο νοσηλευτής ενημερώνει τους γονείς και κηδεμόνες των παιδιών σχετικά με τη συμπτωματολογία της λοίμωξης από τους άνω αναφερόμενους ιούς, τους συστήνει να απευθυνθούν αμέσως σε κάποιον παιδίατρο για την έγκαιρη θεραπεία της λοίμωξης και να κρατήσουν τα παιδιά στο σπίτι για όσο διάστημα διαρκεί η νόσος, προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοσή της στα υπόλοιπα παιδιά της κοινότητας. Εξίσου σημαντική είναι η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων του αναπνευστικού. Παράλληλα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τον εμβολιασμό των παιδιών και των ενηλίκων έναντι του ιού της γρίπης, ιδίως των ασθματικών ασθενών, καθώς η λοίμωξη από τον ιό της γρίπης σχετίζεται τόσο με την έναρξη του άσθματος, όσο και με την υποτροπή του σε ήδη ασθματικούς ασθενείς. Ταυτόχρονα, ο νοσηλευτής μεριμνάει για την ψυχική υγεία των μητέρων και τους παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη επί άγχους, ενώ στην περίπτωση της κατάθλιψης τις παραπέμπει σε ψυχολόγο και ψυχίατρο για περαιτέρω εξειδικευμένη βοήθεια, καθώς τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη των μητέρων μπορεί να πυροδοτήσει την έναρξη του άσθματος στα παιδιά τους.

Όσον αφορά τους πάσχοντες από άσθμα, ο νοσηλευτής συστήνει μέτρα ασφαλείας για την πρόληψη των εξάρσεων του άσθματος, όπως είναι η αποφυγή του καπνού και του καπνίσματος, η καθαριότητα της σκόνης με ηλεκτρική σκούπα, η τοποθέτηση καλυμμάτων έναντι των ακάρεων σε επιφάνειες που τείνουν να μαζεύουν ακάρεα, ο καθημερινός αερισμός του σπιτιού και ιδιαίτερα κατά την ώρα της καθαριότητας και του μαγειρέματος, η απομάκρυνση των χνουδωτών παιχνιδιών και των κατοικίδιων ζώων από το δωμάτιο του ασθενούς, η χρήση κατσαριδοκτόνου και τρωκτικοκτόνου σε εξωτερικά από το σπίτι μέρη (π.χ. κήπους, μπαλκόνια), η αποφυγή της άσκοπης λήψης φαρμάκων που προκαλούν έξαρση στο άσθμα (π.χ. ασπιρίνη), η καθαριότητα της μούχλας, η απομάκρυνση των χαλιών από το σπίτι και η χρήση αφυγραντήρα για τη ρύθμιση της υγρασίας στον χώρο. Κατόπιν, ο νοσηλευτής χορηγεί τη συνιστώμενη από τον ιατρό φαρμακευτική αγωγή στους ασθματικούς ασθενείς εντός του νοσοκομείου, μετράει τον κορεσμό οξυγόνου με τη χρήση παλμικού οξύμετρου και χορηγεί οξυγόνο επί ενδείξεων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ασθενή όσον αφορά τη μακροχρόνια λήψη της φαρμακευτικής αγωγής έναντι του άσθματος. Τέλος, ο νοσηλευτής παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς, τους διδάσκει στρατηγικές διαχείρισης του άγχους και τους συμβουλεύει να επισκεφτούν κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο επί σοβαρού άγχους ή κατάθλιψης.

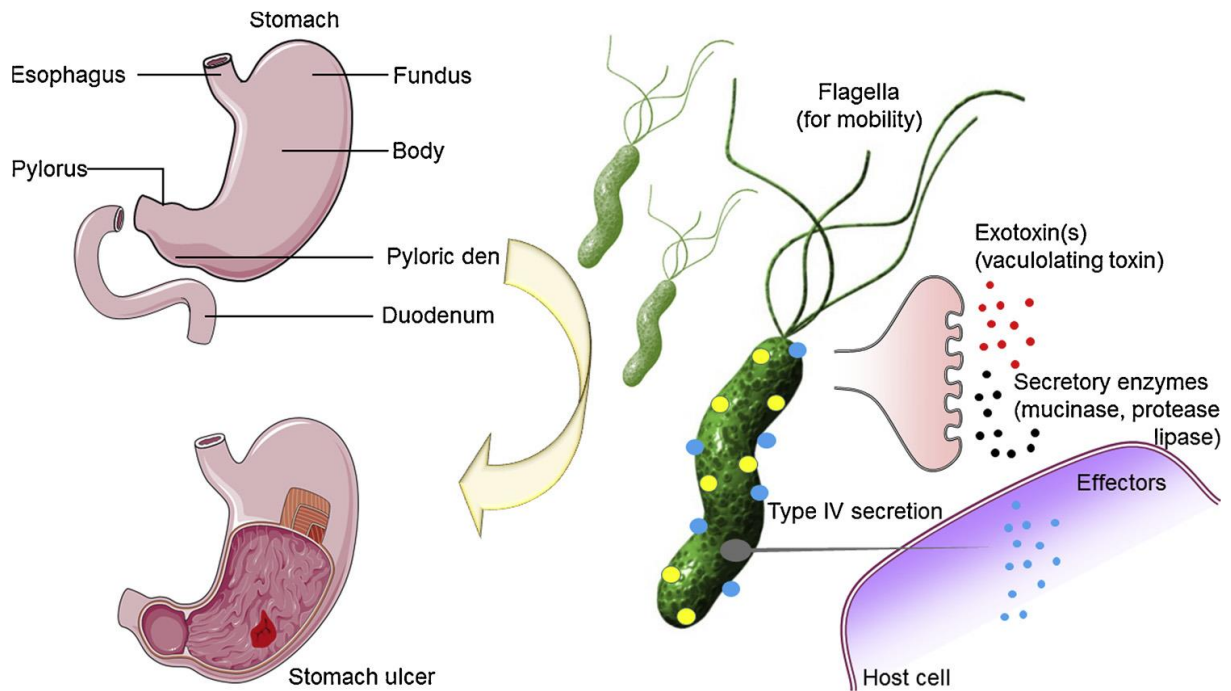
2.3 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Γαστρεντερικού Συστήματος

2.3.1 Πεπτικό Έλκος

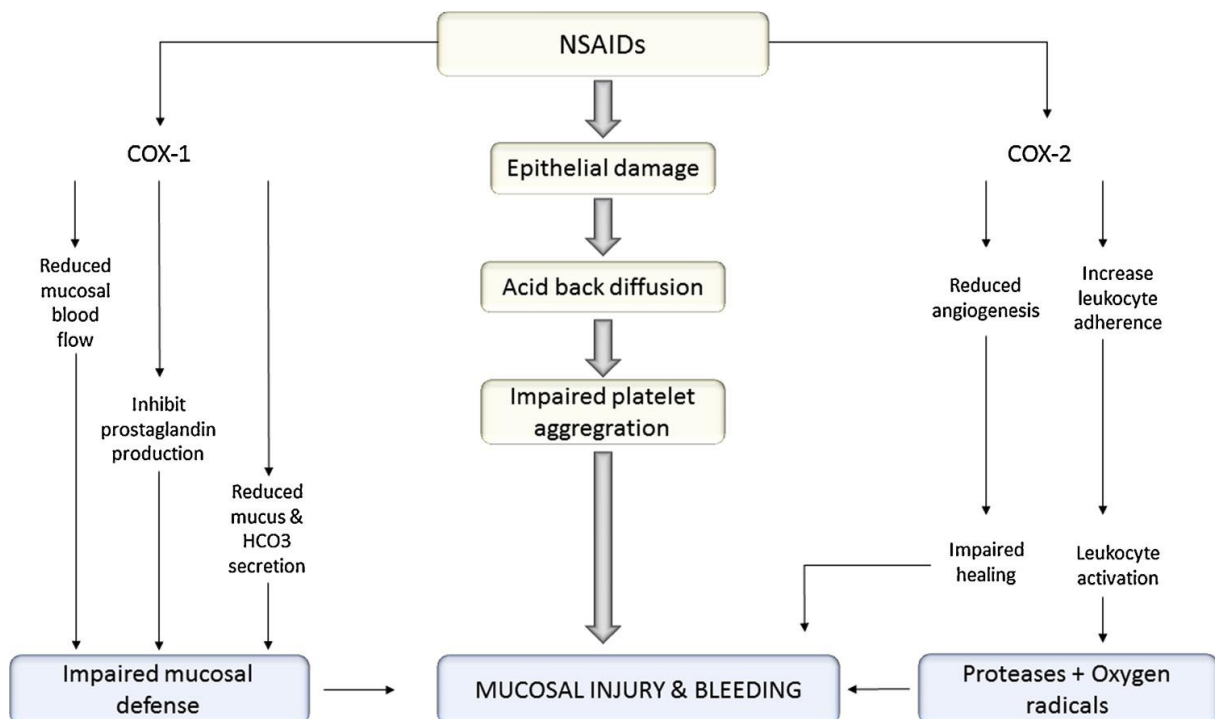
Το πεπτικό έλκος αποτελεί ένα ρήγμα στο βλεννογόνο του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου, το οποίο εκτείνεται μέχρι τον υποβλεννογόνο χιτώνα (Majumbar et al., 2007). Μικρά ή επιφανειακά ρήγματα μικρότερα των 5 mm ονομάζονται «διαβρώσεις», οι οποίες αν και είναι ασήμαντες μερικές φορές, μπορεί να προηγούνται του σοβαρού έλκους (Majumbar and Bebb, 2019). Παγκοσμίως, οι δύο συνηθέστερες αιτίες του πεπτικού έλκους είναι η λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter pylori*) και η χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται η ασπιρίνη (Orprong et al., 2015). Η φλεγμονώδης απόκριση εντός του βλεννογόνου λόγω του τοπικού ερεθισμού που αναπτύσσεται εξαιτίας της λοίμωξης από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού οδηγεί στον τραυματισμό του επιθηλίου (Ahmad et al., 2019). Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού περιέχει διάφορα γονίδια, εκ των οποίων τα πιο επικίνδυνα τοξικά γονίδια σχετιζόμενα με το πεπτικό έλκος είναι το VacA και το CagA, όπου το τελευταίο είναι υπεύθυνο για τη μεταφορά καρκινογόνου παράγοντα στο γαστρικό κύτταρο ξενιστή (Ahmad et al., 2019). Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη βλάπτουν τον γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο μέσω τοπικών και συστηματικών μηχανισμών, ωστόσο η συστηματική καταστολή του σχηματισμού των προσταγλανδινών μέσω της συστηματικής αναστολής της κυκλοοξυγενάσης (COX-1 και COX-2) αποτελεί τον κύριο μηχανισμό (Ahmad et al., 2019).

Άλλα αίτια του πεπτικού έλκους εκτός από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών αποτελούν: α) το γαστρικό αδενοκαρκίνωμα, β) το γαστρικό λέμφωμα, γ) ο τοπικός ερεθισμός από φάρμακα, δ) το έλκος του Cameron, ε) η ιδιοπάθεια, στ) η προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στο γαστρεντερικό, ζ) η ακτινοθεραπεία, η) το σύνδρομο Zollinger-Ellison, θ) η πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία τύπου I, ι) ο υπερθυρεοειδισμός χωρίς πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία τύπου I, κ) η συστηματική μαστοκυττάρωση, λ) το έλκος του Cushing, μ) η ιδιοπαθής ηωσινοφιλική ή λεμφοκυτταρική γαστρίτιδα, ν) η νόσος του Crohn, ξ) η στένωση της κοιλιακής αορτής και ο) η χημειοθεραπεία της ηπατικής αρτηρίας (Majumbar et al., 2011). Επιπλέον, το άγχος μπορεί να συμβάλλει στην παθογένεια του πεπτικού έλκους σε ασθενείς που δεν έχουν οργανικό αίτιο (Jones, 2006).

Εικόνα 2.4: Παθογένεση του πεπτικού έλκους λόγω του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (Ahmad et al., 2019).



Εικόνα 2.5: Παθογένεση του πεπτικού έλκους λόγω των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (Ahmad et al., 2019).



Το κυρίαρχο σύμπτωμα το πεπτικού έλκους είναι το επιγαστρικό άλγος, το οποίο μπορεί να συνοδεύεται από άλλα δυσπεπτικά συμπτώματα, όπως είναι το αίσθημα πληρότητας και φουσκώματος του στομάχου, το πρόωρο αίσθημα κορεσμού και η ναυτία (Malferttheiner et al., 2009). Σε ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος, το επιγαστρικό άλγος εμφανίζεται τυπικά κατά τη διάρκεια της νηστείας ή ακόμη και κατά τη διάρκεια της νύχτας και ανακουφίζεται από την πρόσληψη τροφής ή τη λήψη αντιόξινων (Malferttheiner et al., 2009). Η διάγνωση του πεπτικού έλκους επιτυγχάνεται με την ενδοσκόπηση (Lanas and Chan, 2017). Εκτός από τον αποκλεισμό της ύπαρξης κακοήθους νεοπλασματος, η ανίχνευση της λοίμωξης από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού με ιστολογικές δοκιμασίες ή με τη δοκιμασία ουρέασης είναι απαραίτητη για την επακόλουθη θεραπεία (Lanas and Chan, 2017). Η φαρμακολογική θεραπεία του πεπτικού έλκους περιλαμβάνει τους αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, τους H₂ ανταγωνιστές, ενώ στην περίπτωση όπου υπάρχει λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού χορηγούνται αντιβιοτικά για 10-14 ημέρες (κλαριθρομυκίνη, αμοξικιλίνη, μετρονιδαζόλη) (Kavitt et al., 2019).

Οι μείζονες επιπλοκές του πεπτικού έλκους είναι η αιμορραγία, η διάτρηση και η γαστρική απόφραξη (Proctor and Deans, 2014). Η αντιμετώπιση της αιμορραγίας του ανώτερου γαστρεντερικού επιτυγχάνεται με την ενδοσκόπηση εντός 24 ωρών από την παρουσίασή της (Wong and Sung, 2013). Ύστερα από την ενδοσκόπηση, χορηγούνται αναστολείς της αντλίας πρωτονίων για την καταστολή του γαστρικού υγρού, καθώς αυτό ενισχύει την αιμόσταση (Wong and Sung, 2013). Σε ασθενείς με συνεχόμενη αιμορραγία, συμπτωματική αναιμία ή με αυξημένο κίνδυνο ιστικής υποξίας (π.χ. ασθενείς με χρόνια καρδιακή νόσο) θα πρέπει να μεταγγίζεται αίμα (Lau et al., 2013). Οι ασθενείς με μαζική αιμορραγία που δεν ανταποκρίνονται στην ενδοσκοπική διαχείριση της αιμορραγίας, οδηγούνται στο χειρουργείο (Lau et al., 2013). Η αντιμετώπιση της διάτρησης επιτυγχάνεται με την εφαρμογή ραμμάτων στο σημείο της διάτρησης, μέσω της λαπαροσκοπικής χειρουργικής ή του ανοιχτού χειρουργείου (Søreide et al., 2015). Για την αντιμετώπιση της γαστρικής απόφραξης εφαρμόζεται ως θεραπεία εκλογής η ενδοσκοπική διαστολή με μπαλόνι, ενώ σε ασθενείς που δεν έχει επιτυχία η άνω αναφερόμενη διαδικασία, πραγματοποιείται χειρουργική επέμβαση (Proctor and Deans, 2014).

Όσον αφορά την πρόληψη του πεπτικού έλκους, ο νοσηλευτής συστήνει το καλό πλύσιμο των φρούτων και των λαχανικών πριν από την κατανάλωσή τους για την αποφυγή της λοίμωξης από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, ενώ παράλληλα συμβουλεύει τον πληθυσμό να αποφεύγει τη λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και ιδιαίτερα της ασπιρίνης και να λαμβάνονται μόνο με ιατρική συνταγή, εφόσον αυτό κρίνεται απαραίτητο. Επίσης, σε ασθενείς που λαμβάνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, ο νοσηλευτής τους συμβουλεύει να λαμβάνουν παράλληλα και έναν ανταγωνιστή διαύλων πρωτονίων (π.χ. ομεπραζόλη) για την προστασία του στομάχου από τις γαστρικές εκκρίσεις και συνεπώς την πρόκληση πεπτικού έλκους, ωστόσο στην Ελλάδα αυτό θα πρέπει να επιτυγχάνεται με ιατρική συνεννόηση. Επιπλέον, ο νοσηλευτής παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε ασθενείς με άγχος και κατάθλιψη, ενώ ταυτόχρονα τους παραπέμπει σε ψυχολόγο ή/και ψυχίατρο για περαιτέρω εξειδικευμένη αντιμετώπιση όταν κριθεί αναγκαίο, καθώς τόσο το άγχος, όσο και η κατάθλιψη μπορούν να συμβάλλουν στην πρόκληση πεπτικού έλκους.

Σε ασθενείς που ήδη πάσχουν από πεπτικό έλκος, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων του πεπτικού έλκους και την παραπομπή αυτών των ασθενών στον γαστρεντερολόγο για να τεθεί η διάγνωση και να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία. Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τους ασθενείς σχετικά με τη λήψη της συνταγογραφούμενης από τον γαστρεντερολόγο φαρμακευτικής αγωγής, ενώ παράλληλα μεριμνάει για σημεία που υποδηλώνουν επιπλοκές του πεπτικού έλκους, όπως είναι για παράδειγμα η αιματέμεση ή η μέλαινα κένωση επί αιμορραγίας του πεπτικού έλκους, ο έμετος ύστερα από γεύμα επί γαστρικής στένωσης, ο υψηλός πυρετός επί διάτρησης του έλκους και διαφυγής γαστρικού περιεχομένου. Η μέτρηση των ζωτικών σημείων και του κορεσμού οξυγόνου αποτελούν βασικά στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας στην ανίχνευση των επιπλοκών του πεπτικού έλκους.

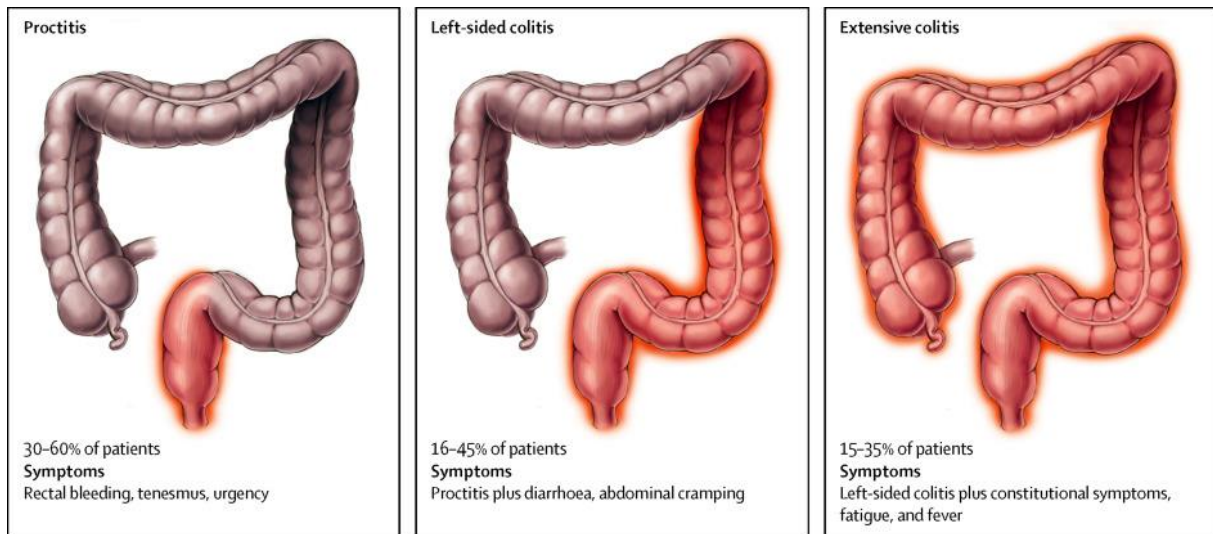
Σε ασθενείς που υπόκεινται σε ενδοσκοπική ή χειρουργική επέμβαση λόγω επιπλοκών του πεπτικού έλκους, ο νοσηλευτής χορηγεί αίμα, οξυγόνο και φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, μετράει τα ζωτικά σημεία και τον κορεσμό οξυγόνου για την έγκαιρη ανίχνευση τυχούσας επαναλαμβανόμενης αιμορραγίας, μετράει το ισοζύγιο των υγρών και λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη των λοιμώξεων.

2.3.2 Ελκώδης Κολίτιδα

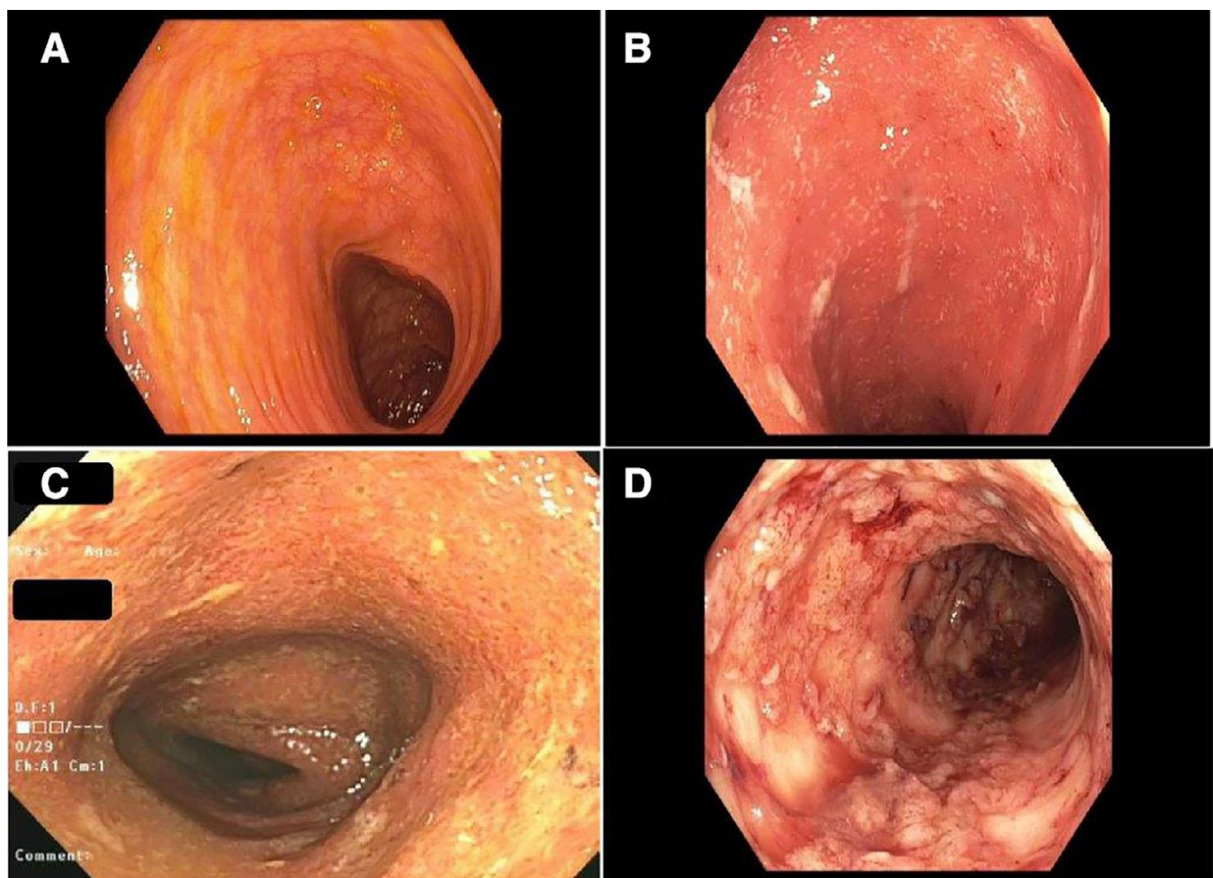
Η ελκώδης κολίτιδα είναι μία χρόνια ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του βλεννογόνου του ορθού και του παχέος εντέρου (Farrell and Peppercorn, 2002). Η διαταραχή ξεκινάει από το ορθό και επεκτείνεται κατά συνέχεια σε ολόκληρο το παχύ έντερο (Ordás et al., 2012). Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ελκώδους κολίτιδας αποτελούν: α) η ηλικία (δεύτερη ή τρίτη δεκαετία της ζωής και από 50 μέχρι 80 ετών), β) το άρρεν φύλο, γ) ο Εβραϊκός πληθυσμός, δ) η λευκή φυλή, ε) το γενετικό υπόβαθρο, στ) το κάπνισμα, ζ) το διαιτολόγιο των δυτικών χωρών (επεξεργασμένο κρέας, εξευγενισμένοι υδατάνθρακες κτλ.), η) η δυσβίωση των βακτηρίων που αποτελούν την εντερική μικροχλωρίδα (Gajendran et al., 2019), θ) το ιστορικό γαστρεντερίτιδας, ι) η κατοικία στην πόλη και κ) η λήψη φαρμάκων, όπως είναι τα αντισυλληπτικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (Ungaro et al., 2017). Επίσης, μελέτες υποστηρίζουν ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες μείζονος σημασίας στη ζωή, το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται με την πρόκληση ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (Ananthakrishnan, 2015). Αντιθέτως, η πραγματοποίηση σκωληκοειδεκτομής, ιδίως όταν αυτή πραγματοποιείται σε άτομα νεαρής ηλικίας λόγω σκωληκοειδίτιδας, ο μητρικός θηλασμός και η λήψη αντιβιοτικών φαίνεται να έχουν προστατευτική δράση έναντι της ελκώδους κολίτιδας (Ungaro et al., 2017).

Η κλινική εικόνα της ελκώδους κολίτιδας περιλαμβάνει την αιμορραγική διάρροια με ή χωρίς βλέννα, την ακράτεια κοπράνων, τον τεινεσμό και το κοιλιακό άλγος (Gajendran et al., 2019). Επιπλέον, ο πυρετός και η απώλεια βάρους μπορεί να είναι παρόντα συμπτώματα στη σοβαρή νόσο (Ungaro et al., 2017). Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας επιτυγχάνεται με την ενδοσκόπηση και την ιστολογική επιβεβαίωση (Steed, 2019). Επιπροσθέτως, πραγματοποιείται εργαστηριακός έλεγχος για τη διαφορική διάγνωση της λοιμώδους κολίτιδας από *Clostridium difficile*, ενώ παράλληλα μπορεί να διενεργηθεί ακτινογραφία κοιλίας για τη διαχείριση της κεραυνοβόλου ή της οξείας σοβαρής κολίτιδας (Steed, 2019).

Εικόνα 2.6: Φαινότυποι της ελκώδους κολίτιδας (Ungaro et al., 2017).



Εικόνα 2.7: Εικόνες από κολονοσκόπηση που δείχνουν: (A) φυσιολογικό παχύ έντερο, (B) ήπια κολίτιδα, (C) μέτρια κολίτιδα, (D) σοβαρή κολίτιδα (Gajendran et al., 2019).



Η φαρμακευτική διαχείριση της ήπιας και μέτριας ελκώδους κολίτιδας περιλαμβάνει τη χορήγηση μεσαλαζίνης ή σουλφασαλαζίνης από το στόμα, ενώ στην περίπτωση αριστερής ελκώδους κολίτιδας ή πρωκτίτιδας η δραστική ουσία μπορεί να χορηγηθεί τοπικά (Conrad et al., 2014). Η μεσαλαζίνη έχει προστατευτική δράση έναντι του καρκίνου του παχέος εντέρου στην ελκώδη κολίτιδα (Stacey and Thomas, 2014). Στη μέτρια ή σοβαρή ελκώδη κολίτιδα που δεν αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση μεσαλαζίνης ή σουλφασαλαζίνης, χορηγούνται κορτικοστεροειδή παρεντερικά, από το στόμα ή το ορθό, ωστόσο τα χορηγούμενα από το ορθό στεροειδή δεν είναι τόσο δραστικά όσο η μεσαλαζίνη και για το λόγο αυτό θα πρέπει να χορηγούνται παράλληλα (Stacey and Thomas, 2014). Οι ασθενείς με χρόνια ή εξαρτημένη από τα στεροειδή νόσο πρέπει να τίθενται υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία με αζαθειοπρίνη ή 6-μερκαπτοπουρίνη, ως θεραπεία συντήρησης (Conrad et al., 2014). Ενδείξεις για τη χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου αποτελούν: α) η ανθεκτική στη φαρμακευτική θεραπεία κολίτιδα, β) η επιβράδυνση της ανάπτυξης στα παιδιά και γ) η δυσπλασία του βλεννογόνου ή η ύπαρξη κακοήθειας (Ray and Sagar, 2017).

Όσον αφορά την πρόληψη της ελκώδους κολίτιδας, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την αγωγή του πληθυσμού σχετικά με την αποφυγή του ενεργού και παθητικού καπνίσματος, ενώ ταυτόχρονα συμβουλεύει τον πληθυσμό να αποφεύγει τη λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων άνευ αιτίου και άνευ ιατρικής συνταγής, καθώς επίσης και την κατανάλωση κόκκινου κρέατος, ενώ αντιθέτως ενθαρρύνει την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και φυτικών ινών. Παράλληλα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την παροχή συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης σε ασθενείς με άγχος ή/και κατάθλιψη και την παραπομπή τους για περεταίρω ψυχολογική ή ψυχιατρική εκτίμηση όταν ενδείκνυται, καθώς το άγχος και η κατάθλιψη συμβάλλουν στην δημιουργία της ελκώδους κολίτιδας και την υποτροπή της νόσου στους ήδη πάσχοντες. Κατόπιν, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για την έγκαιρη ανίχνευση της ελκώδους κολίτιδας βάσει της κλινικής εικόνας και την παραπομπή των ασθενών αυτών σε γαστρεντερολόγο.

Όσον αφορά την θεραπευτική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για την εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ στην περίπτωση όπου ο ασθενής λαμβάνει κορτικοστεροειδή ή ανοσοκατασταλτική αγωγή, ο νοσηλευτής τονίζει μέτρα προστασίας έναντι των λοιμώξεων στην κοινότητα, όπως είναι η αποφυγή της χρήσης των μέσων μαζικής μεταφοράς, η αποφυγή της συναναστροφής με άτομα που έχουν ενεργό λοίμωξη, τον καθημερινό αερισμό του σπιτιού και του χώρου εργασίας και τον ετήσιο εμβολιασμό για τη γρίπη με ιατρική συνεννόηση και εφόσον ενδείκνυται. Σε περίπτωση όπου ο ασθενής προβεί σε χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής

είναι υπεύθυνος για την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, ενώ μετεγχειρητικά ελέγχει την ποιότητα και τη συχνότητα των κενώσεων του ασθενούς, μετράει το ισοζύγιο των υγρών, χορηγεί φάρμακα, οξυγόνο και αίμα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, μετράει τα ζωτικά σημεία και τον κορεσμό οξυγόνου με παλμικό οξύμετρο. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στη θρέψη του χειρουργημένου ασθενούς λόγω της ελκώδους κολίτιδας και στην πρόληψη των λοιμώξεων, μέσω του αερισμού των δωματίων και της άσηπτης καθαριότητας του χειρουργικού τραύματος.

2.4 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Ενδοκρινικού Συστήματος

2.4.1 Σακχαρώδης Διαβήτης

Σακχαρώδης διαβήτης ονομάζεται μία σειρά μεταβολικών καταστάσεων που σχετίζεται με την υπεργλυκαιμία και προκαλείται από μερική ή ολική ανεπάρκεια της ινσουλίνης (Egan and Dinneen, 2019). Κατηγοριοποιείται σε: α) σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, β) σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και γ) σακχαρώδη διαβήτη κύησης (Egan and Dinneen, 2019).

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, γνωστός και ως ινσουλινοεξαρτώμενος, είναι μία χρόνια νόσος που χαρακτηρίζεται από την υπεργλυκαιμία που προκύπτει λόγω της απόλυτης ανεπάρκειας της ινσουλίνης και προκαλείται από την αυτοάνοση καταστροφή των ινσουλινο-παραγόμενων παγκρεατικών β-κυττάρων του Langerhans (Chetan et al., 2019). Παράγοντες που σχετίζονται με την πρόκληση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 αποτελούν: α) οι ιογενείς λοιμώξεις, β) η πρόωρη έκθεση στη γλουτένη, γ) οι τοξίνες στα τρόφιμα ή στο νερό, δ) το στρες των β-κυττάρων λόγω αυξημένων αναγκών ινσουλίνης που επάγεται από την ταχεία ανάπτυξη, την παχυσαρκία, την εφηβεία, τη μειωμένη φυσική άσκηση, το τραύμα, τις λοιμώξεις και την υπερφόρτωση με γλυκόζη, ε) το αυξημένο βάρος γέννησης και η ταχεία πρόσληψη βάρους σε ηλικία 12-18 μηνών (Rewers and Ludvigsson, 2016). Αντιθέτως, προστατευτικοί παράγοντες έναντι του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 αποτελούν: α) ο μητρικός θηλασμός και β) η πρόσληψη βιταμίνης D (Rewers and Ludvigsson, 2016).

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 χαρακτηρίζεται από σχετική ανεπάρκεια της ινσουλίνης που προκαλείται από τη δυσλειτουργία των παγκρεατικών β-κυττάρων και την ανοχή στην ινσουλίνη των οργάνων στόχων (Chatterjee et al., 2017). Προκλητικοί παράγοντες του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 αποτελούν: α) τα γονίδια, β) η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γ) η παχυσαρκία, δ) η διατροφή πλούσια σε ενέργεια σε συνδυασμό με μειωμένη φυσική άσκηση και ε) η ανεπάρκεια των βιταμινών B12 και D (Nolan et al., 2011). Ωστόσο, ο μητρικός θηλασμός έχει προστατευτικό ρόλο έναντι του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (Nolan et al., 2011).

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης χαρακτηρίζεται από δυσανεξία στη γλυκόζη μεταβλητής βαρύτητας, ο οποίος αρχίζει ή διαγιγνώσκεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συνήθως διαρκεί μέχρι μερικό διάστημα ύστερα από τον τοκετό (Reece et al., 2009). Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη κύησης αποτελούν: α) ο δείκτης μάζας σώματος μεγαλύτερος των 30 kg/m² (BMI > 30 kg/m²), β) η προηγηθείσα γέννηση νεογνού με βάρος μεγαλύτερο των 4.5 kg, γ) η ύπαρξη σακχαρώδους

διαβήτη κύησης σε προηγούμενη εγκυμοσύνη, δ) το οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και ε) η καταγωγή από έθνη που έχουν αυξημένο επιπολασμό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, στα οποία περιλαμβάνονται η Δυτική Ασία (Ινδία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές), η Μαύρη Καραϊβική και η Μέση Ανατολή (Murphy, 2010).

Όσον αφορά το ψυχοσωματικό κομμάτι του σακχαρώδους διαβήτη, η έρευνα των Hasan et al. (2016) έδειξε ότι το άγχος στην αναπαραγωγική ηλικία των γυναικών σχετίζεται με την πρόκληση σακχαρώδους διαβήτη. Επίσης, οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από διαβήτη της κύησης (Arafa and Dong, 2019). Επιπλέον, η έρευνα των Chien and Lin (2016) έδειξε ότι οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές είχαν μεγαλύτερο επιπολασμό και μεγαλύτερη επίπτωση σακχαρώδους διαβήτη σε νεαρή ενήλικη ηλικία από τον γενικό πληθυσμό. Επιπροσθέτως, η κατάθλιψη σχετίζεται με την πρόκληση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2 (Yu et al., 2015).

Η κλινική εικόνα του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 περιλαμβάνει την πολυουρία, την πολυδιψία, την απώλεια βάρους ή την κετοξέωση (Chetan et al., 2019). Η συμπτωματολογία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 περιλαμβάνει την ασυνήθη δίψα, τη συχνουρία, την απώλεια βάρους, τον κνησμό στα γεννητικά όργανα, τη στοματίτιδα, τις οπτικές διαταραχές, την κόπωση, τη σύγχυση και τη βαλανίτιδα (Drivsholm et al., 2005).

Οι μικροαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 περιλαμβάνουν: α) την αμφιβληστροειδοπάθεια, β) τη νευροπάθεια και γ) τη νεφροπάθεια (DiMeglio et al., 2018). Οι μακροαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 περιλαμβάνουν την αθηροσκλήρωση και τη θρόμβωση εντός της καρδιάς, των περιφερικών αρτηριών και του εγκεφάλου (DiMeglio et al., 2018). Οι επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 είναι κοινές με τις επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 (DeFronzo et al., 2015).

Οι επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη της κύησης στην εγκυμονούσα περιλαμβάνουν: α) την υπέρταση, β) την προεκλαμψία, γ) την αυξημένη πιθανότητα διενέργειας καισαρικής τομής, δ) την κετοξέωση και ε) την αμφιβληστροειδοπάθεια (Singh and Rastogi, 2008). Οι επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη της κύησης στο έμβρυο περιλαμβάνουν: α) τη μακροσωμία, β) τη νεογνική υπογλυκαιμία, γ) την υπερχολερυθριναιμία, δ) την πολυκυτταραιμία, ε) την υπασβεστιαίμια και την υπομαγνησιαίμια, στ) την περιγεννητική θνησιμότητα, ζ) τις συγγενείς ανωμαλίες και η) το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (Singh and Rastogi, 2008).

Η διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 τίθεται όταν: α) η συγκέντρωση της γλυκόζης πλάσματος νηστείας είναι μεγαλύτερη από 7.0 mmol/L (126 mg/dl), β) η τυχαία μέτρηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης πλάσματος είναι μεγαλύτερη από 11.1 mmol/L (200 mg/dl) με συνοδά συμπτώματα, γ) υπάρχει μη φυσιολογικό αποτέλεσμα σε μία από του στόματος δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη, δ) η συγκέντρωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA_{1c}) είναι μεγαλύτερη από 48 mmol/mol (6.5%) (DiMeglio et al., 2018). Η διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 ακολουθεί τα ίδια κριτήρια για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 (Olokoba et al., 2012), ενώ παράλληλα τα ίδια κριτήρια ισχύουν και για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη της κύησης (Alfadhli et al., 2015).

Η θεραπευτική διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 περιλαμβάνει τη χορήγηση ινσουλίνης είτε με ένεση είτε με αντλία ινσουλίνης (DiMeglio et al., 2018). Η συντηρητική θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 περιλαμβάνει: α) την κατανάλωση υψηλής περιεκτικότητας φυτικών ινών, β) την κατανάλωση τροφίμων με χαμηλά κορεσμένα και trans λιπαρά, γ) την κατανάλωση τροφίμων με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, δ) την τακτική σωματική άσκηση, ε) την αποχή από το κάπνισμα και στ) την μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (Olokoba et al., 2012). Η φαρμακευτική διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 περιλαμβάνει: α) τη μετφορμίνη, β) τις σουλφονουριές (γλικλαζίδη, γλιμεπιρίδη), γ) τις θειαζολιδινεδιόνες (ροσιγλιταζόνη, πιογλιταζόνη), δ) τις ινκρετίνες (GLP-1 αγωνιστές και DPP-4 αναστολείς), ε) τους SGLT-2 αναστολείς (δαπαγλιφλοζίνη, καναγλιφλοζίνη, εμπαγλιφλοζίνη) και στ) την ινσουλίνη (Chatterjee et al., 2017). Η συντηρητική θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη της κύησης είναι όμοια με αυτή του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (Piper et al., 2017). Η φαρμακευτική θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη της κύησης περιλαμβάνει τη χορήγηση μετφορμίνης και ινσουλίνης (Lefkovits et al., 2019).

Η πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη αποτελεί βασικό κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας. Όσον αφορά την πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και του σακχαρώδους διαβήτη της κύησης, ο νοσηλευτής συστήνει μέτρα για την πρόληψή του στον πληθυσμό, όπως είναι η καθημερινή σωματική άσκηση (π.χ. περπάτημα) τουλάχιστον 30 λεπτά ημερησίως, η αποφυγή και η διακοπή του καπνίσματος, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών καθημερινά, η αποφυγή της κατανάλωσης κορεσμένων λιπαρών και η ελαχιστοποίηση της κατανάλωσης αλκοόλ. Επίσης, όσον αφορά το ψυχοσωματικό υπόβαθρο του σακχαρώδους διαβήτη, ο νοσηλευτής παρέχει ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα με άγχος και κατάθλιψη, ενώ παράλληλα τα παραπέμπει σε ψυχολόγο ή/και ψυχίατρο, καθώς τόσο το άγχος, όσο και η κατάθλιψη σχετίζονται με την πρόκληση σακχαρώδους διαβήτη.

Παράλληλα, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για την έγκαιρη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη, το οποίο επιτυγχάνει μετρώντας τις τιμές σακχάρου πλάσματος του πληθυσμού με μετρητή σακχάρου και στην περίπτωση όπου διαπιστώσει παθολογική τιμή σακχάρου, παραπέμπει τον ασθενή σε διαβητολόγο. Κατόπιν, ο νοσηλευτής συμβουλεύει τους ενήλικες να προβαίνουν σε ετήσιο έλεγχο του σακχάρου αίματος και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης τόσο οι ίδιοι, όσο και τα τέκνα τους για την έγκαιρη ανίχνευση του σακχαρώδους διαβήτη. Επιπλέον, ο νοσηλευτής διδάσκει στις έγκυες γυναίκες πως να μετρούν μία φορά τον μήνα το σάκχαρό τους με μετρητή σακχάρου, ενώ ταυτόχρονα τις συμβουλεύει να απευθυνθούν σε διαβητολόγο επί παθολογικών ενδείξεων.

Όσον αφορά τους ινσουλινοεξαρτώμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, ο νοσηλευτής τους εκπαιδεύει πως να χορηγούν την ινσουλίνη σωστά και πως να ρυθμίζουν τη δόση της ινσουλίνης ανάλογα με την τιμή του σακχάρου αίματος. Σε μη ινσουλινοεξαρτώμενους ασθενείς, ο νοσηλευτής τους εκπαιδεύει σχετικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τους συστήνει συντηρητικά μέτρα για τη ρύθμιση της γλυκόζης πλάσματος. Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής συστήνει στους διαβητικούς ασθενείς να κουβαλάνε μαζί τους πάντοτε καραμέλες ζαχαρίνης και να καταναλώσουν μία σε περίπτωση όπου αισθανθούν ότι έχουν υπογλυκαιμία. Τέλος, σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης, ο νοσηλευτής συστήνει την καθημερινή μέτρηση της αρτηριακής τους πίεση για την έγκαιρη ανίχνευση τυχούσας προεκλαμψίας.

2.4.2 Θυρεοτοξίκωση

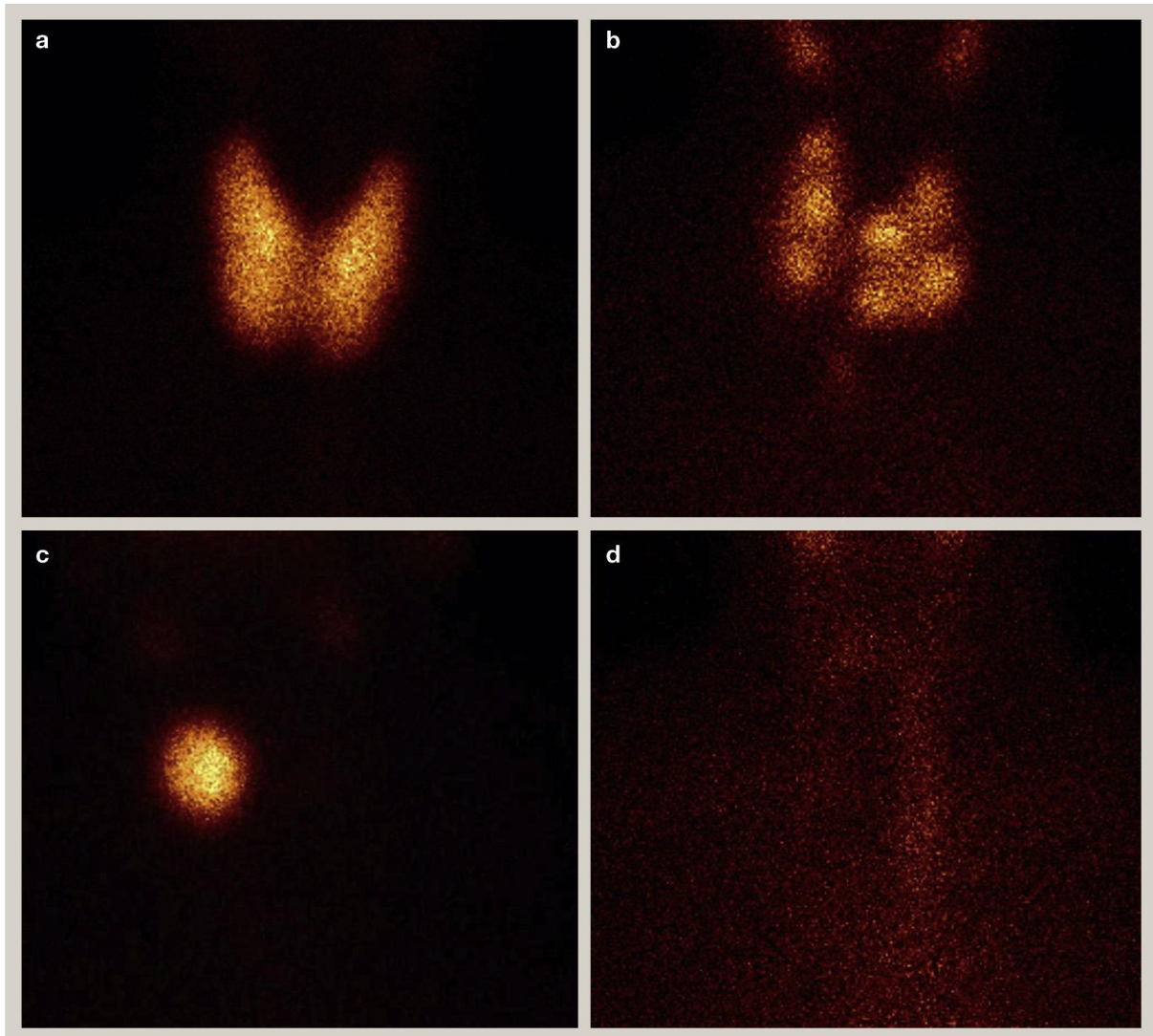
Η θυρεοτοξίκωση είναι ένα σύνδρομο που προκύπτει από την υπερβολική κυκλοφορία ελεύθερης θυροξίνης (FT4) ή/και ελεύθερης τριωδοθυρονίνης (FT3) στο αίμα (Weetman, 2009). Ο όρος «υπερθυρεοειδισμός» αναφέρεται στην υπερδραστηριότητα του θυρεοειδούς αδένου, το οποίο οδηγεί στην θυρεοτοξίκωση, ωστόσο η θυρεοτοξίκωση μπορεί να συμβεί χωρίς την παρουσία υπερθυρεοειδισμού όταν αποθηκευμένες ορμόνες απελευθερώνονται από έναν τραυματισμένο θυρεοειδή (π.χ. υποξεία θυρεοειδίτιδα) ή όταν λαμβάνεται υπερβολική θυροξίνη (Weetman, 2009).

Τα αίτια τη θυρεοτοξίκωσης είναι: α) η νόσος του Graves, β) η τοξική πολυσωματιδιακή βρογχοκήλη, γ) το τοξικό αδένωμα, δ) ο μεταστατικός καρκίνος του θυρεοειδούς, ε) τα γενετικά σύνδρομα, στ) ο έκτοπος θυρεοειδής ιστός, ζ) το αδένωμα της υπόφυσης, η) η κύηση, θ) οι τροφοβλαστικοί όγκοι, ι) το σύνδρομο αντίστασης στις θυρεοειδικές ορμόνες, κ) η καταστροφική θυρεοειδίτιδα, λ) η θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό, μ) η υποξεία θυρεοειδίτιδα, ν) η αμιοδαρόνη και ξ) η υπερβολική χορήγηση θυροξίνης (Weetman, 2013). Επίσης, παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη υπερθυρεοειδισμού και συνεπώς θυρεοτοξίκωσης αποτελούν: α) το άγχος, β) το κάπνισμα και γ) το γυναικείο φύλο (De Leo et al., 2016).

Τα συμπτώματα της θυρεοτοξίκωσης είναι: α) η κόπωση, β) η νευρική κατάσταση, γ) το άγχος, δ) η υπερδραστηριότητα, ε) η φτωχή συγκέντρωση, στ) το αδυνάτισμα και η απώλεια των μαλλιών, ζ) το άλγος και η ερυθρότητα των οφθαλμών, η) το οίδημα του τραχήλου, θ) η αδυναμία και ο τρόμος των μυών, ι) η δυσανεξία στη ζέστη και ο αυξημένος ιδρώτας, κ) το αίσθημα παλμών και η δύσπνοια, λ) η αυξημένη όρεξη και η απώλεια βάρους, μ) τα αυξημένα αντανακλαστικά, ν) η ολιγομηνόρροια και η μειωμένη γονιμότητα στις γυναίκες, ξ) η μειωμένη σεξουαλικότητα στους άνδρες (Franklyn and Boelaert, 2012).

Για τη διάγνωση της θυρεοτοξίκωσης διερευνώνται τα επίπεδα της ελεύθερης θυροξίνης (T4) και της ελεύθερης τριωδοθυρονίνης (T3) στο πλάσμα, τα οποία είναι αυξημένα και επιβεβαιώνουν τη διάγνωση, ενώ παράλληλα διερευνώνται τα επίπεδα της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH) στο πλάσμα, τα οποία είναι μειωμένα, εκτός από την περίπτωση όπου υπάρχει αδένωμα στην υπόφυση που υπερεκκρίνει θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (Ali et al., 2017). Επιπλέον, μπορεί να πραγματοποιηθεί διερεύνηση για την ύπαρξη αντισωμάτων έναντι των υποδοχέων της TSH (TRAb) ή αντισωμάτων έναντι της θυρεοειδικής υπεροξειδάσης (TPO-Ab), ενώ παράλληλα το υπερηχογράφημα και το σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς είναι χρήσιμα για την επιβεβαίωση της διάγνωσης (Ali et al., 2017).

Εικόνα 2.8: Εικόνες από σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς αδένος, οι οποίες δείχνουν: (a) νόσο του Graves, (β) τοξική πολυσωματιδιακή βρογχοκήλη, (c) τοξικό αδενοκαρκίνωμα, (d) καταστροφική θυρεοειδίτιδα (Novodvorsky and Allahabadia, 2017).



Η αντιμετώπιση της θυρεοτοξίκωσης περιλαμβάνει τη χορήγηση κάποιου αντιθυρεοειδικού φαρμάκου (μεθιμαζόλη, καρβιμαζόλη και προπυλθειουρακίλη), ενώ παράλληλα χορηγείται κάποιος β-ανταγωνιστής (προπρανολόλη 10-40 mg τρεις φορές/ημέρα) ή κάποιος ανταγωνιστής διαύλων ασβεστίου (βεραπαμίλη 40 mg τρεις φορές/ημέρα) όταν αντενδείκνυται η χορήγηση β-αποκλειστή, για την ανακούφιση των συμπτωμάτων (Novodvorsky and Allahabadia, 2017). Σε περίπτωση αποτυχίας της αντιθυρεοειδικής αγωγής, χορηγείται ραδιενεργό ιώδιο (^{131}I) (Novodvorsky and Allahabadia, 2017). Η χειρουργική αντιμετώπιση της θυρεοτοξίκωσης περιλαμβάνει την ολική θυρεοειδεκτομή και ενδείκνυται όταν υπάρχει: α) καρκίνος στον θυρεοειδή αδένος,

β) εγκυμοσύνη και τα φάρμακα προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, γ) επιθυμία για εγκυμοσύνη, δ) οφθαλμοπάθεια (Franklyn and Boelaert, 2012).

Αρχικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί η πρόληψη του υπερθυρεοειδισμού και συνεπώς της θυρεοτοξίκωσης. Ο νοσηλευτής παρέχει αγωγή για την πρόληψη και τη διακοπή του καπνίσματος στην κοινότητα, ενώ παράλληλα παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα που πάσχουν από άγχος. Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής συστήνει στον πληθυσμό τεχνικές διαχείρισης του άγχους, όπως είναι η σωματική άσκηση, η ενασχόληση με ενδιαφέρουσες και ευχάριστες για τα άτομα δραστηριότητες και η απόσπαση της προσοχής.

Κατόπιν, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την έγκαιρη ανίχνευση των ατόμων με θυρεοτοξίκωση λαμβάνοντας ιστορικό, πραγματοποιώντας μία ολική επισκόπηση και μετρώντας τους σφυγμούς του ασθενούς. Σε περίπτωση υποψίας θυρεοτοξίκωσης, ο νοσηλευτής παραπέμπει τον ασθενή άμεσα στο νοσοκομείο, καθώς αποτελεί επείγον περιστατικό. Σε ασθενείς με θυρεοτοξίκωση, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για τη χορήγηση των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων και των β-αποκλειστών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, τον έλεγχο για τυχούσες παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, τη μέτρηση των ζωτικών σημείων και ιδιαίτερα των σφυγμών, τον έλεγχο των εργαστηριακών εξετάσεων του ασθενούς και ειδικότερα των επιπέδων της θυροξίνης και της τριωδοθυρονίνης πλάσματος, καθώς και την εκπαίδευση του ασθενούς για τη λήψη των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων όταν λάβει εξιτήριο. Σε περίπτωση όπου ο ασθενής προβεί σε θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο, ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή ότι θα πρέπει να παραμείνει στην απομόνωση έως 72 ώρες μετά τη θεραπεία και να μη συναναστραφεί με ανθρώπους ή ζώα, καθώς μέχρι να παρέλθουν οι 72 ώρες για την πλήρη αποβολή του ραδιενεργού ιωδίου από τον οργανισμό, ο ασθενής εκπέμπει ραδιενέργεια.

Σε περίπτωση όπου ο ασθενής προβεί σε ολική θυρεοειδεκτομή, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, ενώ μετεγχειρητικά μετράει τα ζωτικά σημεία και τον κορεσμό οξυγόνου, χορηγεί αναλγητικά, λεβοθυροξίνη και οξυγόνο σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη των λοιμώξεων, όπως είναι η καθημερινή άσηπτη καθαριότητα του χειρουργικού τραύματος, ενώ ταυτόχρονα εκπαιδεύει τον ασθενή σχετικά με τη λήψη λεβοθυροξίνης όταν λάβει εξιτήριο.

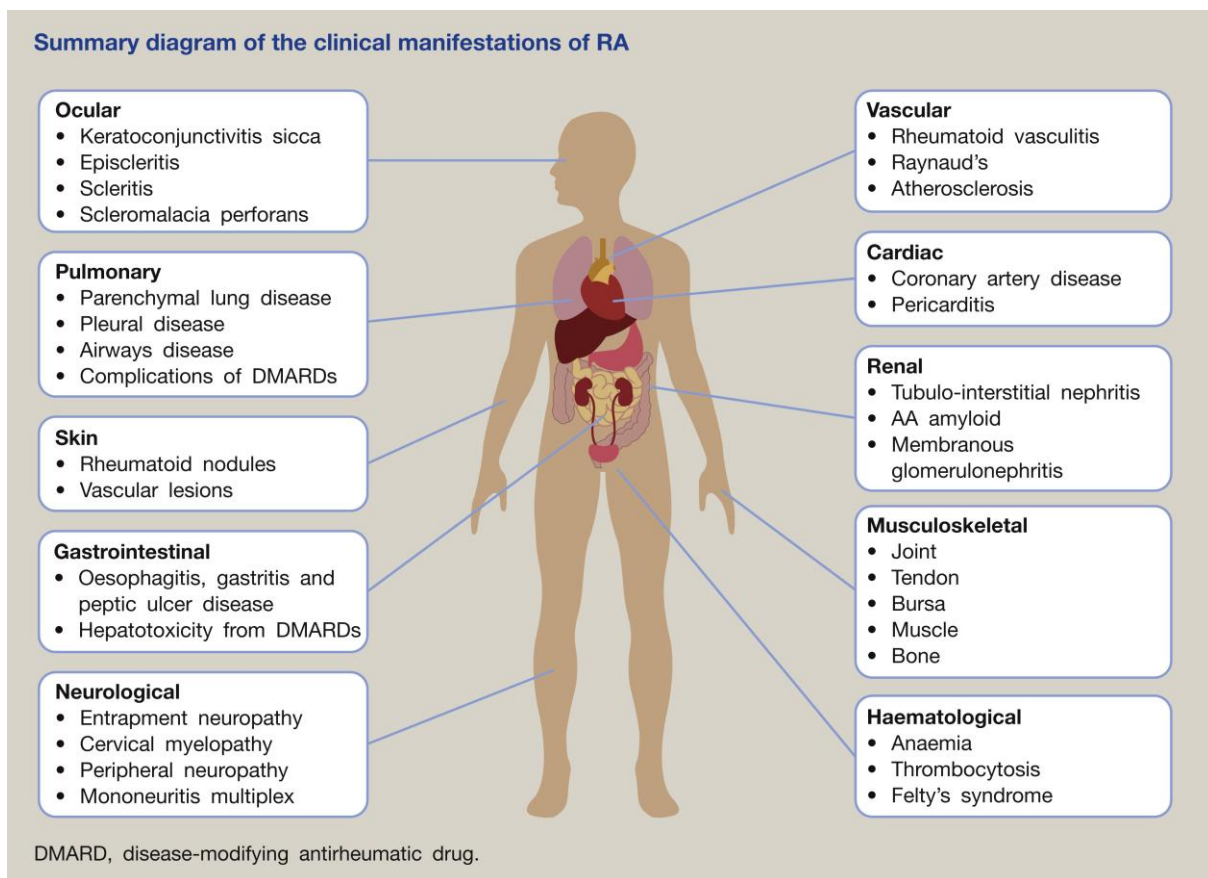
2.5 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Ανοσοποιητικού Συστήματος

2.5.1 Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μία χρόνια συστηματική αυτοάνοση νόσος, η οποία στοχεύει κυρίως τις αρθρώσεις και ως αποτέλεσμα προκαλεί πόνο και λειτουργικούς περιορισμούς (Littlejohn and Monrad, 2018). Παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση ρευματοειδούς αρθρίτιδας αποτελούν: α) τα γονίδια, β) το γυναικείο φύλο, γ) η έκθεση σε καπνό τσιγάρου, δ) η επαγγελματική σκόνη (διοξειδίο του πυριτίου), ε) η ατμοσφαιρική ρύπανση, στ) η υψηλή κατανάλωση άλατος, κόκκινου κρέατος και σιδήρου, ζ) η παχυσαρκία και η) η χαμηλή πρόσληψη και τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης D (Deane et al., 2017). Επίσης, το άγχος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Cutolo and Straub, 2006). Επιπλέον, η κατάθλιψη αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Vallerand et al., 2019). Αντιθέτως, προστατευτική δράση έναντι της ρευματοειδούς αρθρίτιδας αποτελούν: α) η κατανάλωση ψαριών και ω-3 λιπαρών οξέων, β) η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, γ) η υγιεινή διατροφή, δ) η λήψη στατινών και ε) η λήψη αντισυλληπτικών ή φαρμάκων ορμονικής υποκατάστασης (Deane et al., 2017).

Στα συμπτώματα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνονται: α) το οίδημα των περιφερικών αρθρώσεων, β) ο πόνος και η δυσκαμψία των περιφερικών αρθρώσεων (συνήθως το πρωί με διάρκεια άνω της μίας ώρας), γ) η αδυναμία, δ) η παραμόρφωση του σώματος, ε) η κόπωση, στ) η δυσφορία, ζ) ο πυρετός, η) η απώλεια βάρους και θ) η κατάθλιψη (Lee and Weinblatt, 2001). Στις εξωαρθρικές εκδηλώσεις της ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνονται: α) τα ρευματικά οζίδια στο δέρμα, β) η αθηροσκλήρωση, γ) η ρευματοειδής αγγειίτιδα, δ) το φαινόμενο Raynaud, ε) οι νευροπάθειες, στ) η αναιμία, ζ) η θρομβοκυττάρωση, η) το σύνδρομο Felty, θ) η πλευρίτιδα, ι) η στεφανιαία νόσος, κ) η περικαρδίτιδα, λ) η νεφρίτιδα, μ) η κερατοεπιπεφυκίτιδα, ν) η επισκληρίτιδα, ξ) η σκληρίτιδα και ο) η σκληρομαλακία (Gulati et al., 2018).

Εικόνα 2.9: Κλινικές εκδηλώσεις της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Gulati et al., 2018).



Σύμφωνα με τα κριτήρια για την ταξινόμηση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας που ορίστηκαν από το Αμερικανικό Κολλέγιο Ρευματολογίας και τον Ευρωπαϊκό Σύνδεσμο Κατά Του Ρευματισμού το 2010, η σίγουρη διάγνωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας βασίζεται στην ύπαρξη φλεγμονής του αρθρικού υμένα σε τουλάχιστον μία άρθρωση και στην επίτευξη συνολικού σκορ τουλάχιστον ίσου με 6 από τις μεμονωμένες βαθμολογίες σε τέσσερις τομείς που απεικονίζονται στην εικόνα 2.10 (Agora et al., 2016).

Η φαρμακευτική διαχείριση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνει τη χορήγηση μεθοτρεξάτης, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με σουλφασαλαζίνη και υδροξυχλωροκίνη, ενώ παράλληλα μπορεί να χορηγηθούν βιολογικοί παράγοντες, όπως είναι ο αντι-TNF παράγοντας (Alam et al., 2017). Επιπλέον, χορηγούνται μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη για τη μείωση του άλγους και της δυσκαμψίας (Smolen et al., 2016).

Εικόνα 2.10: Κριτήρια ταξινόμησης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας του Αμερικανικού Κολλεγίου Ρευματολογίας και του Ευρωπαϊκού Συνδέσμου Κατά Του Ρευματισμού το 2010 (Arora et al., 2016).

Joint involvement	1 large joint (shoulder, elbow, hip, knee, ankle)	0
	2–10 large joints	1
	1–3 small joints (MCP, PIP, thumb IP, MTP, wrists)	2
	4–10 small joints	3
	>10 joints (at least 1 small joint)	5
Serology	Negative RF and negative Anti-CCP antibodies	0
	Low positive RF or low-positive anti-CCP antibodies (≤ 3 times ULN)	2
	High positive RF or high-positive anti-CCP antibodies (> 3 times ULN)	3
Acute phase reactants	Normal CRP and normal ESR	0
	Abnormal CRP or abnormal ESR	1
Duration of symptoms	<6 weeks	0
	≥ 6 weeks	1

Abbreviations: CCP, cyclic citrullinated peptides; CRP, C-reactive protein; ESR, erythrocyte sedimentation rate; IP, interphalangeal joint; MCP, metacarpophalangeal joint; MTP, metatarsophalangeal joint; PIP, proximal interphalangeal joint; RF, rheumatoid factor; ULN, upper limit of normal.

Όσον αφορά την πρόληψη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, ο νοσηλευτής συστήνει μέτρα πρόληψης στην κοινότητα, όπως είναι η αποφυγή του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος, η κατανάλωση ψαριών και $\omega 3$ -λιπαρών οξέων, η αποφυγή προσθήκης άλατος στο φαγητό, η αποφυγή κατανάλωσης κόκκινου κρέατος, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η καθημερινή σωματική άσκηση για τη διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους. Επιπλέον, ο νοσηλευτής παρέχει ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα με άγχος και κατάθλιψη στα πλαίσια πρόληψης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, ενώ παράλληλα τα παραπέμπει σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής τους.

Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, το οποίο επιτυγχάνει με τη λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση του μυοσκελετικού. Ο νοσηλευτής παραπέμπει τους ασθενείς με υποψία ρευματοειδούς αρθρίτιδας σε ρευματολόγο για περαιτέρω εκτίμηση. Όσον αφορά τους πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ασθενή σχετικά με τη λήψη των συνταγογραφούμενων από τον ρευματολόγο φαρμάκων και μεριμνάει για επιπλοκές των φαρμάκων αυτών, όπως είναι η ηπατοτοξικότητα και η νεφροτοξικότητα, ενώ

ταυτόχρονα συστήνει στον ασθενή να προβαίνει σε μηνιαίο αιματολογικό έλεγχο για την έγκαιρη αναγνώριση των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων. Κατόπιν, ο νοσηλευτής συστήνει στον ασθενή να ξεκινήσει κολύμβηση, καθώς αυτή δεν καταπονεί τις αρθρώσεις, ενώ παράλληλα προάγει την σωματική και την ψυχική ευεξία. Ακόμα, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για την έγκαιρη ανίχνευση των εξωαρθρικών επιπλοκών της νόσου, το οποίο επιτυγχάνει μέσω της λήψης ιστορικού, της κλινικής εξέτασης του κάθε συστήματος, τη διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος 12 απαγωγών, την παραπομπή για αιματολογικές και ουρολογικές εξετάσεις σε συνεργασία με τον ιατρό, καθώς στην Ελλάδα ο νοσηλευτής δεν μπορεί να συνταγογραφήσει καμία εξέταση. Τέλος, ο νοσηλευτής συστήνει στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα μέτρα κατά των λοιμώξεων, όπως είναι η αποφυγή της χρήσης των μέσων μαζικής μεταφοράς και ο επαρκής αερισμός και η καθαριότητα του σπιτιού.

2.5.2 Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος είναι μία πολυσυστηματική, αυτοάνοση διαταραχή του συνδετικού ιστού με ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων (D’Cruz et al., 2007). Παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση συστηματικού ερυθματώδους λύκου αποτελούν: α) το γυναικείο φύλο, β) τα γονίδια, γ) το πυρίτιο, δ) το κάπνισμα, ε) η λήψη αντισυλληπτικών, στ) η μετεμμηνοπαυσιακή θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, ζ) η ατμοσφαιρική ρύπανση, η) το υπεριώδες φως, θ) οι διαλύτες, ι) τα εντομοκτόνα, κ) τα βαρέα μέταλλα (Parks et al., 2017) και λ) η λοίμωξη από τον ιό Epstein-Barr (Gulati and Brunner, 2018). Επίσης, το άγχος έχει συνδεθεί με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης συστηματικού ερυθματώδους λύκου κατά 50% (Fava and Petri, 2019). Αντιθέτως, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να έχει προστατευτική δράση έναντι του συστηματικού ερυθματώδους λύκου (Parks et al., 2017).

Η κλινική εικόνα του συστηματικού ερυθματώδους λύκου περιλαμβάνει: α) την κόπωση, β) τον πυρετό, γ) την λεμφαδενοπάθεια, δ) την απώλεια βάρους, ε) την γενικευμένη αρθραλγία, στ) την πρωινή δυσκαμψία, ζ) το ήπιο οίδημα των αρθρώσεων, η) την μυαλγία, θ) την μυοσίτιδα, ι) το ερύθημα δίκην πεταλούδας στο πρόσωπο, κ) τα φωτοευαίσθητα εξανθήματα, λ) την αγγειίτιδα των άνω και κάτω άκρων, μ) το φαινόμενο Raynaud, ν) την δικτυωτή πελίωση, ξ) την υποδερματίτιδα, ο) την αλωπεκία, π) το θωρακικό άλγος κατά την εισπνοή, ρ) το στοματικό έλκος, σ) το κοιλιακό άλγος, τ) τη ναυτία, υ) τον έμετο ή τη διάρροια, φ) την κεφαλαλγία, χ) τις επιληπτικές κρίσεις και ψ) την λευκοπενία (Smith and Gordon, 2010). Σύμφωνα με τα ταξινομικά κριτήρια του συστηματικού ερυθματώδους

λύκου που ορίστηκαν από τον Ευρωπαϊκό Σύνδεσμο Κατά Του Ρευματισμού και του Αμερικανικού Κολλεγίου Ρευματολογίας το 2019, η διάγνωση του συστηματικού ερυθματώδους λύκου τίθεται όταν ο ασθενής συγκεντρώσει σκορ τουλάχιστον ίσο με 10 από δέκα τομείς που απεικονίζονται στην εικόνα 2.11 (Dörner and Furie, 2019).

Εικόνα 2.11: Ταξινομικά κριτήρια του συστηματικού ερυθματώδους λύκου του Ευρωπαϊκού Συνδέσμου Κατά Του Ρευματισμού και του Αμερικανικού Κολλεγίου Ρευματολογίας το 2019 (Dörner and Furie, 2019).

Entry criterion Anti-nuclear antibodies at a titre of $\geq 1:80^*$ on HEp-2 cells or an equivalent positive test			
Additive criteria Do not count a criterion if an explanation other than systemic lupus erythematosus is more likely Occurrence of a criterion on at least one occasion is sufficient At least one clinical criterion is required Criteria need not occur simultaneously Within each domain, only the highest weighted criterion is counted toward the total score			
Clinical domains and criteria	Weight	Immunological domains and criteria	Weight
Constitutional Fever	2	Anti-phospholipid antibodies Anti-cardiolipin antibodies or anti- $\beta 2$ GP1 antibodies or lupus anticoagulant	2
Cutaneous Non-scarring alopecia	2	Complement proteins Low C3 or low C4 Low C3 and low C4	3 4
Oral ulcers	2		
Subacute cutaneous or discoid lupus	4		
Acute cutaneous lupus	6		
Arthritis Either synovitis characterised by swelling or effusion in \geq two joints or tenderness in \geq two joints plus ≥ 30 min of morning stiffness	6	Highly specific antibodies Anti-dsDNA antibody [†] Anti-Smith antibody	6 6
Neurological Delirium	2		
Psychosis	3		
Seizure	5		
Serositis Pleural or pericardial effusion	5		
Acute pericarditis	6		
Haematological Leucopenia	3		
Thrombocytopenia	4		
Autoimmune haemolysis	4		
Renal Proteinuria >0.5 g/24 h	4		
Renal biopsy class II or V lupus nephritis	8		
Renal biopsy class III or IV lupus nephritis	10		
Classify as systemic lupus erythematosus with a score of 10 or more if entry criterion fulfilled			

Για τη θεραπεία του συστηματικού ερυθματώδους λύκου χορηγούνται: α) κορτικοστεροειδή (πρεδνιζολόνη), β) υδροξυχλωροκίνη, γ) ανοσοκατασταλτικά (κυκλοφωσφαμίδη, αζαθειοπρίνη) επί σοβαρών επιπλοκών και δ) βιολογικές θεραπείες (Belimumab, Rituximab, Ofatumumab, Atacicept) (Yeoh et al., 2018).

Πρωταρχικός ρόλος του νοσηλευτή στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο αποτελεί η πρόληψή του. Ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον πληθυσμό να αποφεύγει το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα, ενώ παράλληλα συμβουλεύει τους εργάτες να φορούν μάσκα κατά τη διάρκεια της εργασίας τους για την αποφυγή εισπνοής ρύπων. Επίσης, ο νοσηλευτής συστήνει μέτρα διαχείρισης του άγχους στην κοινότητα στα πλαίσια της πρόληψης του συστηματικού ερυθματώδους λύκου. Όσον αφορά την έγκαιρη διάγνωση του συστηματικού ερυθματώδους λύκου, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για την ανεύρεση των πασχόντων, χρησιμοποιώντας το ιστορικό και την κλινική εξέταση, ενώ ταυτόχρονα παραπέμπει τους ασθενείς με πιθανότητα ύπαρξης συστηματικού ερυθματώδους λύκου σε ρευματολόγο για περεταίρω διαχείριση.

Όσον αφορά τους πάσχοντες από συστηματικό ερυθματώδη λύκο, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ασθενή σχετικά με τη λήψη των φαρμάκων, ενώ παράλληλα μεριμνά για τυχούσες ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων (π.χ. ηπατοτοξικότητα) ή της ίδιας της νόσου. Επιπλέον, ο νοσηλευτής συστήνει στον ασθενή να προβαίνει σε μηνιαίο αιματολογικό και ουρολογικό έλεγχο, κατόπιν ιατρικής συνεννόησης, ώστε να ανιχνευθούν έγκαιρα τυχούσες επιπλοκές των φαρμάκων ή της νόσου. Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής συμβουλεύει τους πάσχοντες να μην εκτίθενται για πολύ ώρα στον ήλιο και να αποφεύγουν την ηλιοθεραπεία, ενώ παράλληλα τους συνιστά να χρησιμοποιούν αντιηλιακό. Τέλος, ο νοσηλευτής συστήνει στους ασθενείς μέτρα πρόληψης των λοιμώξεων-στα πλαίσια της θεραπείας με κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικά-όπως είναι η αποφυγή της χρήσης μέσων μαζικής μεταφοράς, η επαρκής καθαριότητα και ο καθημερινός αερισμός του σπιτιού και του χώρου εργασίας, η αποφυγή της συναναστροφής με άτομα που φέρουν λοιμώδες νόσημα και ο ετήσιος εμβολιασμός για τη γρίπη, εφόσον ενδείκνυται.

2.6 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Καλυπτήριου Συστήματος

2.6.1 Ψωρίαση

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης δερματική νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από αλλοιώσεις του δέρματος και από τον ανώμαλο πολλαπλασιασμό των κερατινοκυττάρων (Qian et al., 2019). Αποτελεί μια πολυπαραγοντική γενετική διαταραχή, όπου η εκδήλωση και η σοβαρότητά της εξαρτάται από το γενετικό υπόβαθρο και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες στους οποίους ζει ο ασθενής (Chandra et al., 2015). Έτσι, σύμφωνα με το φαινόμενο Koebner, μη εξωγενείς αιτίες προκαλούν την εκδήλωση τυπικών ψωριασικών αλλοιώσεων τοπικά στο δέρμα των ασθενών, ενώ επιπλέον πολυάριθμες άλλες αιτίες είναι υπεύθυνες για τη γενική επιδείνωση όπως είναι: α) τα ήπια εντοπισμένα τραύματα όπως είναι οι γρατζουνιές, τα τρυπήματα, τα τατουάζ, τα ηλιακά εγκαύματα, τα χημικά ερεθίσματα, β) τα φάρμακα συμπεριλαμβανομένων των β-αναστολέων, του λιθίου, των ανθελονοσιακών και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, γ) η λοίμωξη από τον HIV, δ) η στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα (Boehncke, 2015). Επίσης, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε τις τελευταίες δύο δεκαετίες, επιβεβαιώθηκε πως η ψωρίαση είναι μια διαταραχή που προκύπτει από το ανοσοποιητικό σύστημα, στην οποία υπάρχει μια πολύπλοκη σχέση που περιλαμβάνει μακροφάγα και δενδριτικά κύτταρα, ενώ τα T κύτταρα και οι κυτοκίνες προκαλούν πολλές από τις παθολογικές αλλαγές που σχετίζονται με τη νόσο (Schleicher, 2016). Η ηλικία εμφάνισης της ψωρίασης κυμαίνεται από 7 έως 83 έτη, ενώ η μέση ηλικία εμφάνισης της ψωρίασης ορίζεται στα 38,5 έτη (Brown et al., 2017).

Η ψωρίαση κατά πλάκας εμφανίζεται συχνότερα και παρουσιάζει τύκνωση (σκλήρυνση) και ερυθρότητα (φλεγμονή) (Higgins, 2017). Οι πλάκες συνήθως είναι συμμετρικές και οι συνηθέστερες τοποθεσίες εμφάνισής τους περιλαμβάνουν: α) το τριχωτό της κεφαλής, β) τους αγκώνες και γ) τις πρόσθιες πτυχές των κάτω άκρων (Higgins, 2017). Επειδή δεν υπάρχουν διαγνωστικά κριτήρια για την ψωρίαση, η διάγνωσή της επιτυγχάνεται μέσω αναγνώρισης προτύπων, όπως είναι η προσεκτική μορφολογική αξιολόγηση της δερματικής αλλοίωσης και έτσι με βάση τη μορφολογία της δερματικής βλάβης και της ανατομικής θέσης η ψωρίαση ταξινομείται σε διάφορους κλινικούς φαινότυπους (Raychaudhuri et al., 2014).

Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ψωρίαση βιώνει άγχος, το οποίο έχει αρνητικό αντίκτυπο στην πορεία αλλά και στην εξέλιξη της νόσου, ενώ παράλληλα επηρεάζονται η ποιότητα της ζωής του και οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, δημιουργώντας τους κατάθλιψη και έντονη ανησυχία (Fortune et al., 2005). Επιπλέον, το άγχος ευθύνεται σε ένα βαθμό για την πρόκληση της ψωρίασης (Picardi et al., 2003). Η θεραπευτική διαχείριση της ψωρίασης περιλαμβάνει τη χορήγηση στεροειδών είτε τοπικά είτε από το στόμα (Strowd et al., 2009), ενώ παράλληλα χρησιμοποιούνται βιολογικές θεραπείες, όπως είναι οι κάτωθι: α) Etanercept, β) Adalimumab, γ) Infliximab, δ) Certolizumab, ε) Ustekinumab, στ) Secukinumab, ζ) Ixekizumab, η) Brodalumab, θ) Cuselkumab, ι) Tidrakizumab (Schadler et al., 2019).

Ένας από τους ρόλους του νοσηλευτή είναι η πρόληψη της ψωρίασης. Για το λόγο αυτό, η σωστή λήψη του ιστορικού διαδραματίζει αρκετά σημαντικό ρόλο, καθώς μέσα από αυτό λαμβάνονται οι πληροφορίες οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν μετέπειτα στη θεραπεία. Η φυσική εξέταση παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο καθώς μέσα από αυτή ο νοσηλευτής μπορεί να κατανοήσει καλύτερα το μέγεθος του προβλήματος. Η ψυχολογική υποστήριξη ειδικά σε άτομα που νοσούν πρώτη φορά από την ασθένεια είναι σημαντική, μιας και είναι λογικό να νιώθουν έντονο άγχος ή να είναι σε αρχικά στάδια. Παράλληλα, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει τους ασθενείς για τη νόσο. Ακόμα, μια σημαντική αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι η σωστή χορήγηση των φαρμάκων, αλλά και η ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τη χορήγησή τους και τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκύψουν. Τέλος, ακόμα ένας ρόλος του νοσηλευτή είναι να συμμορφώνει και να νουθετεί τους ασθενείς όταν δεν ακολουθούν τις οδηγίες που τους έχουν δοθεί φέρνοντάς τους αντιμέτωπους με τις καταστροφικές συνέπειες που θα επιφέρει αυτό στην υγεία τους και κατ' επέκταση στην ποιότητα της ζωής τους.

2.7 Ψυχοσωματικές Διαταραχές Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

2.7.1 Ημικρανία

Η ημικρανία είναι μία χρόνια νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μονόπλευρη, έντονη κεφαλαλγία, η οποία συνδέεται με προειδοποιητικά συμπτώματα, όπως κούραση, ατονία, χασμουρητό, ναυτία, έμετο, φωτοφοβία και φωνοφοβία, ενώ παράλληλα συνοδεύεται από νευρολογική δυσλειτουργία, όπως οπτικές και αισθητικές διαταραχές, διαταραχές του λόγου, απώλεια της προσοχής και αλλαγή της διάθεσης (Agumugam and Narayan, 2019).

Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση ημικρανίας μπορεί να είναι γενετικοί, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί, ενώ παράλληλα οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς, καθώς σε αυτές αναφέρονται υψηλότερα βιόματα κατάθλιψης και stress, όπως και δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας (Lagman-Bartolome and Lay, 2019). Ακόμα, σημαντικό ρόλο φαίνεται να κατέχει η παχυσαρκία και οι γυναικείες ορμόνες, καθώς η τεστοστερόνη καταστέλλει την ημικρανία (Lagman-Bartolome and Lay, 2019). Η διάγνωση της ημικρανίας τίθεται σύμφωνα με τα κριτήρια της Παγκόσμιας Ένωσης της Κεφαλαλγίας, τα οποία απεικονίζονται στην εικόνα 2.12 (Fiessler et al., 2002).

Για τη θεραπευτική διαχείριση της ημικρανίας χρησιμοποιούνται: α) μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, β) αντίντοπαμινεργικά φάρμακα (π.χ. μετοκλοπραμίδη), γ) η σουματριπτάνη, δ) η διϋδροεργοταμίνη και ε) οι αναστολείς της κυκλοοξυγενάσης (π.χ. ακετυλοσαλικυλικό οξύ) (Friedman, 2019). Για τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με ημικρανία και κυρίως για εκείνους που έχουν χαμηλό εισόδημα, μία καλή επιλογή θεραπείας είναι η ασπιρίνη, καθώς το σύνολο των στοιχείων αρκετών τυχαιοποιημένων δοκιμών υποδηλώνει ότι η ασπιρίνη είναι μία ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία για τους περισσότερους ασθενείς με οξεία ημικρανία. (Biglione et al., 2019). Οι ασθενείς που νοσηλεύονται για ημικρανία λαμβάνουν πληθώρα φαρμάκων και σε συνδυασμούς, ανάλογα με τη θεραπευτική στρατηγική που υιοθετείται κάθε φορά, ενώ πολλές φορές συνδυάζονται και εναλλακτικές θεραπείες, όπως βιοανάδραση, χαλάρωση, ψυχοθεραπεία με στόχο τη μείωση του χρόνου παραμονής. (Marmura and Hou, 2019).

Εικόνα 2.12: Διαγνωστικά κριτήρια της ημικρανίας της Παγκόσμιας Ένωσης της Κεφαλαλγίας (Fiesseler et al., 2002).

<p>Migraine without aura</p> <p>A. At least five attacks fulfilling B to D</p> <p>B. Headache attacks lasting 4-72 hours (untreated or unsuccessfully treated)</p> <p>C. Headache has at least two of the following characteristics:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Unilateral location2) Pulsating quality3) Moderate or severe intensity (inhibits or prohibits daily activities)4) Aggravated by walking, climbing stairs, or similar routine physical activity <p>D. During headache at least one of the two following symptoms occur:</p> <ol style="list-style-type: none">a) Phonophobia and photophobiab) Nausea and/or vomiting <p>E. At least one of the following:</p> <ol style="list-style-type: none">1) History, physical, and neurologic examination do not suggest one of the disorders listed in group 5 to 11*2) History and/or physical, and/or neurologic examination do suggest such disorder, but it is ruled out by appropriate investigation3) Such disorder is present, but migraine attacks do not occur for the first time in close temporal relation to the disorder <p>Migraine with aura</p> <p>A. At least two attacks fulfilling B</p> <p>B. At least three of the following four characteristics:</p> <ol style="list-style-type: none">1) One or more fully reversible aura symptoms indicating focal cerebral cortical and/or brain stem functions2) At least one aura symptom develops gradually over more than four minutes, or two or more symptoms occur in succession3) No aura symptom lasts more than 60 minutes; if more than one aura symptom is present, accepted duration is proportionally increased4) Headache follows aura with free interval of at least 60 minutes (it may also simultaneously begin with the aura) <p>C. At least one of the following:</p> <ol style="list-style-type: none">1) History, physical, and neurologic examination do not suggest one of the disorders listed in group 5 to 11*2) History and/or physical, and/or neurologic examination do suggest such disorder, but it is ruled out by appropriate investigation3) Such disorder is present, but migraine attacks do not occur for the first time in close temporal relation to the disorder <p>* Group 5 to 11 include headache associated with head trauma, vascular and nonvascular disorder, substance or their withdrawal, noncephalic infection, metabolic disorder, and disorders of the cranium, neck, ears, nose, sinuses, teeth, mouth, or other facial or cranial structures</p>
--

Ένας νοσηλευτής μπορεί να περιθάλψει έναν ασθενή με ημικρανία σε πολλές διαφορετικές καταστάσεις. Ο ρόλος του είναι πολύ σημαντικός και περικλείει σφαιρικά την κατάσταση προκειμένου να ωφεληθεί ο εκάστοτε ασθενής. Περιλαμβάνει την ενημέρωση του ασθενή για την πάθηση του, τη θεραπεία που πρόκειται να λάβει και τις τυχούσες παρενέργειες από αυτή. Επιπλέον, ο νοσηλευτής αποτελεί υποψήφιο πρόσωπο παροχής ψυχολογικής υποστήριξης στους ασθενείς του και στις οικογένειές τους, ενέργεια εξαιρετικά πολύτιμη για την υγεία και τον ψυχισμό του ασθενούς γενικότερα. Ακόμα, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να γνωρίζει τις καινούριες θεραπευτικές τάσεις, οι οποίες συνεχώς εξελίσσονται και τις νέες εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας που πολλές φορές αλληλοσυμπληρώνονται με τη φαρμακευτική αγωγή. Επιπροσθέτως, τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται στους ασθενείς με πολλή προσοχή και υπευθυνότητα, σύμφωνα με τις οδηγίες. Τα ζωτικά σημεία πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά ειδικά μετά από απότομη μεταβολή της κατάστασης του ασθενούς.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Σύγχρονη Νοσηλευτική Φροντίδα Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές

3.1 Σύγχρονες Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές

Η έννοια του «σύγχρονου» στη νοσηλευτική επιστήμη αναφέρεται στην πρωτοβουλία του νοσηλευτή, όσον αφορά τη φροντίδα του ασθενούς, καθώς παλαιότερα οι νοσηλευτές εκπαιδεύονταν στο να εκτελούν ιατρικές εντολές. Παρόλο που σήμερα έχει αντικατασταθεί ευρέως ο όρος «ιατρική εντολή» με τον όρο «ιατρική οδηγία», σε αρκετά νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα εφαρμόζεται ακόμα ο πρώτος όρος, ωστόσο η διαφορά είναι ότι ο νοσηλευτής φέρει νομική ευθύνη των πράξεων του. Για το λόγο αυτό, ο επιστήμονας νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις και κριτική σκέψη στο χώρο εργασίας του και όχι να αποτελεί απλώς ένα εκτελεστικό όργανο.

Όσον αφορά τις ψυχοσωματικές διαταραχές, η ψυχοσωματική νοσηλευτική φροντίδα συνδυάζει γνώσεις παθολογικής νοσηλευτικής, νοσηλευτικής ψυχικής υγείας και ψυχολογίας. Στο ψυχολογικό κομμάτι ο νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδράμει σε μεγάλο βαθμό και για το λόγο αυτό απαιτείται συχνά η συνεργασία με ψυχολόγο και ψυχίατρο στη διαχείριση των ψυχοσωματικών διαταραχών. Ωστόσο, ο νοσηλευτής διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του οργανικού μέρους των ψυχοσωματικών διαταραχών. Στις επόμενες παραγράφους, θα αναφερθούν γενικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν τις περισσότερες ψυχοσωματικές διαταραχές, καθώς στο 2^ο κεφάλαιο έγινε εκτεταμένη αναφορά στον ρόλο του νοσηλευτή σε κάθε ψυχοσωματική διαταραχή ξεχωριστά.

Όσον αφορά την πρόληψη των ψυχοσωματικών διαταραχών, ο νοσηλευτής διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο. Καταρχάς, η αποφυγή του καπνίσματος αποτελεί το σημαντικότερο και ισχυρότερο μέτρο πρόληψης έναντι των ψυχοσωματικών διαταραχών. Ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για την αγωγή του πληθυσμού σχετικά με την αποφυγή αλλά και τη διακοπή του καπνίσματος. Η εκπαίδευση για την αποφυγή του καπνίσματος θα πρέπει να ξεκινάει από τις τάξεις του Δημοτικού κιόλας και να επαναλαμβάνεται στο Γυμνάσιο και στο Λύκειο, προκειμένου να αφομοιώσουν οι νέοι τους ψυχοσωματικούς και λοιπούς κινδύνους του

καπνίσματος. Επίσης, ο νοσηλευτής συστήνει στην κοινότητα έναν υγιεινό τρόπο ζωής, ο οποίος περιλαμβάνει:

1. την καθημερινή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και φυτικών ινών,
2. την καθημερινή φυσική άσκηση (π.χ. περπάτημα) τουλάχιστον 30 λεπτά καθημερινά,
3. την κατανάλωση ψαριών τουλάχιστον μία φορά ανά εβδομάδα,
4. την κατανάλωση κόκκινου κρέατος μόνο μία φορά την εβδομάδα και την προτίμηση κατανάλωσης λευκού κρέατος,
5. την αποφυγή κατανάλωσης κορεσμένων και trans-λιπαρών,
6. την περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη στον πληθυσμό, όσον αφορά μέτρα πρόληψης και διαχείρισης του άγχους και της ήπιας θλίψης. Σε περίπτωση βαριάς μορφής άγχους ή κατάθλιψης, ο νοσηλευτής παραπέμπει τον ασθενή σε ψυχολόγο ή/και ψυχίατρο. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής παρακολουθεί και αξιολογεί τον ασθενή σε συνεργασία με τον ψυχολόγο ή/και τον ψυχίατρο, στα πλαίσια της πρόληψης των ψυχοσωματικών διαταραχών.

Όσον αφορά την έγκαιρη διάγνωση της ψυχοσωματικής διαταραχής, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την έγκαιρη ανεύρεση των πασχόντων χρησιμοποιώντας: α) τα ζωτικά σημεία, β) την κλινική εξέταση, γ) το ιστορικό, δ) το ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών και ε) την παλμική οξυμετρία. Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής παραπέμπει τους ασθενείς με υποψία ύπαρξης ψυχοσωματικών διαταραχών στον αντίστοιχο ειδικευμένο ιατρό.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών, ο νοσηλευτής χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή εντός του νοσοκομείου, μεριμνά για επιπλοκές της φαρμακευτικής αγωγής (π.χ. αλλεργία, ηπατοτοξικότητα, νεφροτοξικότητα), μετράει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και τον κορεσμό οξυγόνου, λαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών και εκπαιδεύει τον ασθενή σχετικά με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής μετά το εξιτήριο. Σε περίπτωση όπου ο ασθενής προβεί σε χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, ενώ μετεγχειρητικά χορηγεί αίμα, φάρμακα και οξυγόνο σύμφωνα με την ιατρική οδηγία, μετράει το ισοζύγιο των υγρών, λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη των πτώσεων και των λοιμώξεων.

3.2 Νοσηλευτική Διεργασία Στις Ψυχοσωματικές Διαταραχές

3.2.1 Εισαγωγή Στη Νοσηλευτική Διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία εισήχθη το 1960 στις ανεπτυγμένες χώρες και πρωτοξεκίνησε ως έννοια από την Hall το 1955 (Wagoro and Rakuom, 2015). Η νοσηλευτική διεργασία, η οποία είναι το σημαντικότερο εργαλείο στη νοσηλευτική επιστήμη για την εφαρμογή της γνώσης στην κλινική πράξη, είναι μία συστηματική μέθοδος για την επίλυση των προβλημάτων, όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη του υγιούς και του ασθενούς πληθυσμού και την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας (Yilmaz et al., 2015). Η νοσηλευτική διεργασία, ως μία δυναμική προσέγγιση, αποτελείται από τα παρακάτω πέντε στάδια (Yilmaz et al., 2015):

1. αξιολόγηση,
2. νοσηλευτική διάγνωση,
3. προγραμματισμός,
4. εφαρμογή,
5. εκτίμηση.

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τη συλλογή δεδομένων και την αναγνώριση του προβλήματος (Lauri, 1982). Η αρχική συλλογή δεδομένων μπορεί να περιλαμβάνει την αξιολόγηση των λειτουργικών δυνατοτήτων του ατόμου, την ψυχική και κοινωνική συμπεριφορά του (Lauri, 1982). Η νοσηλευτική διάγνωση είναι μία σύντομη και ακριβής ανάλυση των αντιδράσεων του ασθενούς σε παράγοντες που διαταράσσουν την υγεία του (Lauri, 1982). Κατά τον προγραμματισμό, ο νοσηλευτής βασίζεται στην αξιολόγηση και στις νοσηλευτικές διαγνώσεις προκειμένου να σχεδιάσει τους στόχους και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Karimi, 2011). Στον προγραμματισμό ο νοσηλευτής πράττει τα κάτωθι (Karimi, 2011):

1. θέτει προτεραιότητες στις νοσηλευτικές διαγνώσεις και στα συνυπάρχοντα προβλήματα,
2. προσδιορίζει τα αναμενόμενα αποτελέσματα,
3. καθορίζει τους άμεσους, ενδιάμεσους και μακροπρόθεσμους στόχους της νοσηλευτικής δράσης,
4. θέτει συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, κατάλληλες για την επίτευξη των αποτελεσμάτων,

5. προσδιορίζει τις αλληλεξαρτώμενες παρεμβάσεις,
6. καταγράφει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, τα συνυπάρχοντα προβλήματα, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τους νοσηλευτικούς στόχους και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής δράσης,
7. Επικοινωνεί και συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας, όποτε κρίνεται απαραίτητο.

Η εφαρμογή περιλαμβάνει την εκτέλεση των προγραμματισμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Folami et al., 2019). Κατά την εκτίμηση, ο νοσηλευτής και ο ασθενής μετράνε μαζί πόσο καλά επιτεύχθηκε το σχέδιο φροντίδας (Karimi, 2011). Μέσω της εκτίμησης, ο νοσηλευτής μπορεί να απαντήσει τις παρακάτω ερωτήσεις (Karimi, 2011):

- Ήταν οι νοσηλευτικές διαγνώσεις ακριβείς;
- Ο ασθενής πέτυχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα εντός του χρονικού περιθωρίου;
- Έχουν επιλυθεί οι νοσηλευτικές διαγνώσεις του ασθενούς;
- Έχουν επιλυθεί τα συνυπάρχοντα προβλήματα;
- Οι προτεραιότητες πρέπει να ανακατανεμηθούν;
- Έχουν ικανοποιηθεί οι νοσηλευτικές ανάγκες του ασθενούς;
- Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να συνεχιστούν, να ανασταλούν ή να διακοπούν;
- Έχουν αναπτυχθεί νέα προβλήματα για τα οποία δεν έχουν αναπτυχθεί ή εφαρμοστεί νοσηλευτικές παρεμβάσεις;
- Ποιοι παράγοντες επηρέασαν την επίτευξη ή την αδυναμία επίτευξης των στόχων;
- Πρέπει να γίνουν αλλαγές στα αναμενόμενα αποτελέσματα και τα αναμενόμενα κριτήρια;

3.2.2 1^ο Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας: Άσθμα

Ασθενής άρρεν 30 ετών προσήλθε σε Κέντρο Υγείας νησιώτικης περιοχής αισθανόμενος δυσκολία στην αναπνοή και σφίξιμο στο στήθος. Επίσης, ο ασθενής παρουσιάζει βήχα και εκπνευστικό συριγμό. Ο ασθενής δεν καπνίζει, καταναλώνει σπάνια αλκοόλ και έχει δείκτη μάζας σώματος ίσο με 23 kg/m^2 ($\text{BMI}=23 \text{ kg/m}^2$). Επιπλέον, δεν υπάρχει ατομικό και οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας ή αναπνευστικής πάθησης. Ωστόσο, αναφέρεται ότι η μητέρα του ασθενούς εμφάνισε επιλόχειο κατάθλιψη ύστερα από τη γέννησή του. Ο ασθενής αναφέρει ότι διαγνώστηκε πριν από μία βδομάδα με μέτρια κατάθλιψη από ψυχίατρο. Η κατάθλιψη οφειλόταν στο γεγονός ότι απέθνησκαν πρόσφατα και οι δύο γονείς του ασθενούς. Επιπροσθέτως, ο ασθενής αναφέρει ότι είναι αγχωμένος επειδή έμεινε άνεργος προ δύο εβδομάδων. Ο ψυχίατρος του συνταγογράφησε Ladose 20mg μία φορά ανά ημέρα.

Αρχικά διενεργήθηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών προς αποκλεισμό του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, ενώ παράλληλα εστάλη έλεγχος των βιοδεικτών του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν φυσιολογικό, ενώ ταυτόχρονα ανευρέθηκαν φυσιολογικά επίπεδα των καρδιακών τροπονινών (CTnI και CTnT), της κρεατινικής φωσφοκινάσης (CPK) και του ισοενζύμου της κρεατινικής φωσφοκινάσης (CK-MB). Αντιθέτως, ευρέθη αυξημένη τιμή της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP), το οποίο υποδεικνύει ύπαρξη φλεγμονώδους αντίδρασης. Κατόπιν, διενεργήθηκε σπιρομέτρηση, η οποία ανεδείχθη παθολογική. Η διάγνωση που τέθηκε από τον πνευμονολόγο του Κέντρου Υγείας ήταν άσθμα ψυχοσωματικής αιτιολογίας.

Κατά τη μέτρηση των ζωτικών σημείων, ο νοσηλευτής διαπίστωσε τις παρακάτω τιμές: α) θερμοκρασία= 36.5°C , β) αρτηριακή πίεση= $110/70\text{mmHg}$, γ) σφύξεις= $90/\text{λεπτό}$ και δ) αναπνοές= $18/\text{λεπτό}$. Κατά τη μέτρηση της παλμικής οξυμετρίας με παλμικό οξύμετρο, ο νοσηλευτής διαπίστωσε τιμή $\text{SpO}_2=94\%$. Ο γιατρός επιβεβαίωσε την τιμή, καθώς έλαβε αέρια αρτηριακού αίματος. Ο γιατρός ζήτησε από το νοσηλευτή του Κέντρου Υγείας να χορηγήσει στον ασθενή άπαξ οξυγόνο με μάσκα νεφελοποίησης με ροή 6 L/min και εντός του νεφελοποιητή να τοποθετήσει μία αμπούλα Atrovent και μία αμπούλα Pulmicort. Ύστερα από τη χορήγηση της άνω αναφερόμενης αγωγής, ο γιατρός είπε ότι ο ασθενής μπορούσε να επιστρέψει σπίτι του, εφόσον ο κορεσμός του οξυγόνου ήταν φυσιολογικός. Ο γιατρός συνταγογράφησε στον ασθενή σπρέι Aerolin, το οποίο θα λαμβάνει άπαξ επί ασθματικής κρίσης. Ο ασθενής εκφράζει στο νοσηλευτή πλήρη άγνοια όσον αφορά τη νόσο και τη φαρμακευτική αγωγή μετά από την έξοδό του από το Κέντρο Υγείας.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις		
1. SpO ₂ =94%	1. Υποξαιμία που οφείλεται σε ανεπαρκή αερισμό	1. Υποξαιμία	1. Ο ασθενής να έχει SpO ₂ τουλάχιστον ίσο με 97% εντός 1 λεπτού	1α. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ημικαθιστή θέση 1β. Χορήγηση οξυγόνου με ροή 6 L/min με νεφελοποιητή + 1 amp Atrovent + 1 amp Pulmicort	1α. Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση 1β. Χορηγήθηκε οξυγόνο με ροή 6 L/min με νεφελοποιητή + 1 amp Atrovent + 1 amp Pulmicort	1. Ο κορεσμός του ασθενούς έφτασε το 99% εντός 1 λεπτού και διατήρησε φυσιολογικό κορεσμό ύστερα από την αγωγή
2. Άγνοια επί του άσθματος	2. Άγνοια επί του άσθματος που οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων	2. Άγνοια επί του άσθματος	2. Ο ασθενής να αποκτήσει γνώσεις για τα προληπτικά μέτρα κατά του άσθματος εντός 10 λεπτών	2. Ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τα προληπτικά μέτρα έναντι των ασθματικών κρίσεων	2. Ο ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με τα προληπτικά μέτρα έναντι των ασθματικών κρίσεων	2. Ο ασθενής κατανόησε τα μέτρα πρόληψης έναντι των εκλυτικών παραγόντων του άσθματος εντός 10 λεπτών
3. Άγνοια επί της φαρμακευτικής αγωγής	3. Άγνοια επί της φαρμακευτικής αγωγής που οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων	3. Άγνοια επί της φαρμακευτικής αγωγής	3. Ο ασθενής να αποκτήσει γνώσεις για τη φαρμακευτική αγωγή εντός 5 λεπτών	3. Υπόδειξη του τρόπου λήψης του σπρέι Aerolin	3. Ο ασθενής εκπαιδεύτηκε σχετικά με τον τρόπο λήψης του σπρέι Aerolin	3. Ο ασθενής κατανόησε τον τρόπο λήψης του Aerolin εντός 5 λεπτών

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις		
4. Κατάθλιψη	4. Κατάθλιψη που οφείλεται στον πρόσφατο θάνατο των γονέων	4. Κατάθλιψη	4. Ο ασθενής να είναι πιο ευδιάθετος εντός 1 μήνα	<p>4α. Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με την ορθή λήψη του Ladose</p> <p>4β. Ενθάρρυνση του ασθενούς για να εκφράσει τα συναισθήματά του</p> <p>4γ. Ενθάρρυνση του ασθενούς για επίσκεψη σε ψυχολόγο μετά το εξιτήριο</p>	<p>4α. Ο νοσηλευτής ενημέρωσε τον ασθενή να μην καταναλώνει αλκοόλ και να αναφέρει στον ψυχίατρό του τυχούσες παρενέργειες</p> <p>4β. Ο νοσηλευτής συζήτησε με τον ασθενή και ο ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματά του</p> <p>4γ. Ο νοσηλευτής συμβούλεψε τον ασθενή να επισκεφτεί ψυχολόγο</p>	4. Ο ασθενής προσήλθε στο Κέντρο Υγείας για αξιολόγηση του άσθματος μετά από 1 μήνα και φαίνεται πιο ευδιάθετος, καθώς ξεκίνησε συνεδρίες με ψυχολόγο και λαμβάνει κανονικά τη φαρμακευτική αγωγή που του σύστησε ο ψυχίατρος χωρίς να εμφανίσει ανεπιθύμητες ενέργειες

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις		
5. Άγχος	5. Άγχος που οφείλεται στην πρόσφατη απώλεια εργασίας	5. Άγχος	5. Ο ασθενής να είναι πιο ήρεμος εντός 1 μήνα	5α. Ενθάρρυνση του ασθενούς σχετικά με την εύρεση νέας εργασίας 5β. Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τεχνικές διαχείρισης του άγχους	5α. Ο νοσηλευτής ενθάρρυνε τον ασθενή να βρει άμεσα εργασία και του υπέδειξε μέρη όπου μπορεί να απευθυνθεί για το σκοπό αυτό 5β. Ο νοσηλευτής σύστησε στον ασθενή να γυμνάζεται καθημερινά ως μέσο αντιμετώπισης του άγχους	5. Ο ασθενής προσήλθε στο Κέντρο Υγείας για αξιολόγηση του άσθματος μετά από ένα μήνα και φαίνεται πιο ήρεμος, καθώς βρήκε εργασία και ξεκίνησε κολύμβηση

3.2.3 2^ο Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας: Πεπτικό Έλκος

Ασθενής άρρεν 35 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ νοσοκομείου αστικής περιοχής, επειδή αισθανόταν επιγαστρικό άλγος και έκανε έμετο, ο οποίος περιείχε αίμα. Ο ασθενής δεν καπνίζει, καταναλώνει σπάνια αλκοόλ, έχει δείκτη μάζας σώματος ίσο με 22 kg/m² (BMI=22 kg/m²), δε λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και δεν υπάρχει ατομικό και οικογενειακό ιστορικό γαστρεντερικής νόσου. Ωστόσο, ο ασθενής αναφέρει ότι υποφέρει από άγχος στην καθημερινότητά του, λόγω του επαγγέλματός του.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε αμέσως στη χειρουργική αίθουσα, όπου πραγματοποιήθηκε γαστροσκόπηση και διαπιστώθηκε η ύπαρξη έλκους στον στόμαχο, το οποίο αιμορραγούσε. Η αιμορραγία του έλκους αντιμετωπίστηκε ενδοσκοπικά με επιτυχία και στη συνέχεια ο ασθενής νοσηλεύτηκε στη Χειρουργική Κλινική του νοσοκομείου. Επίσης, ελήφθησαν κόπρανα προς καλλιέργεια, τα οποία δεν ανέδειξαν την ύπαρξη ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Το ιατρικό προσωπικό κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το πεπτικό έλκος ήταν αποτέλεσμα έντονου άγχους.

Κατά τη λήψη των ζωτικών σημείων, ο νοσηλευτής διαπίστωσε τις παρακάτω τιμές: α) θερμοκρασία=36.4°C, β) αρτηριακή πίεση=114/72mmHg, γ) σφύξεις=80/λεπτό, δ) αναπνοές=16/λεπτό. Επιπλέον, η τιμή της παλμικής οξυμετρίας ήταν ίση με 93% (SpO₂=93%). Η τιμή επιβεβαιώθηκε με λήψη αερίων αρτηριακού αίματος από τον γιατρό. Η ιατρική οδηγία ανέγραφε τη χορήγηση Losec 40mg ενδοφλεβίως 1X1 και τη χορήγηση οξυγόνου με ροή 6 L/min άπαξ με μάσκα νεφελοποίησης, όπου εντός του νεφελοποιητή να τοποθετηθεί μία αμπούλα Atrovent. Επιπλέον, ο γιατρός ανέγραφε τη χορήγηση Paracetamol Kabi 10mg/ml των 100ml 1X3, καθώς ο ασθενής ανέφερε επιγαστρικό άλγος.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις		
1. SpO ₂ =93%	1. Υποξαιμία που οφείλεται στην ενδοσκοπική επέμβαση	1. Υποξαιμία	1. Ο ασθενής να έχει SpO ₂ τουλάχιστον ίσο με 97% εντός 1 λεπτού	1α. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ημικαθιστή θέση 1β. Χορήγηση οξυγόνου με ροή 6 L/min με νεφελοποιητή + 1 amp Atrovent	1α. Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση 1β. Χορηγήθηκε οξυγόνο με ροή 6 L/min με νεφελοποιητή + 1 amp Atrovent	1. Ο κορεσμός του ασθενούς έφτασε το 99% εντός 1 λεπτού και διατήρησε φυσιολογικό κορεσμό καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του
2. Πεπτικό έλκος	2. Κίνδυνος επαναιμορραγίας ή διάτρησης που οφείλεται σε άγχος	2. Κίνδυνος επαναιμορραγίας ή διάτρησης	2. Να επουλωθεί το πεπτικό έλκος εντός 1 μήνα	2. Χορήγηση Losec 40mg ενδοφλεβίως 1X1	2. Χορηγήθηκε Losec 40mg ενδοφλεβίως 1X1	2. Το πεπτικό έλκος επουλώθηκε πλήρως και ο ασθενής έλαβε εξιτήριο
3. Επιγαστρικό άλγος	3. Επιγαστρικό άλγος που οφείλεται στην ενδοσκοπική επέμβαση	3. Επιγαστρικό άλγος	3. Ο ασθενής να μην πονάει εντός 1 εβδομάδας	3. Χορήγηση Paracetamol Kabi 10mg/ml των 100ml 1X3	3. Χορηγήθηκε Paracetamol Kabi 10mg/ml των 100ml 1X3	3. Ο ασθενής είναι ελεύθερος πόνου έπειτα από 1 εβδομάδα

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις		
4. Ενδοσκοπική επέμβαση	4. Μετεγχειρητική φροντίδα που σχετίζεται με την ενδοσκοπική επέμβαση	4. Μετεγχειρητική φροντίδα	<p>4α. Ο ασθενής να διατηρήσει φυσιολογικά ζωτικά σημεία και φυσιολογικό κορεσμό οξυγόνου καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του</p> <p>4β. Ο ασθενής να παραμείνει ελεύθερος λοιμώξεων καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του</p>	<p>4α. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ημικαθιστή θέση</p> <p>4β. Άσηπτη τεχνική κατά τη χορήγηση των ενδοφλέβιων φαρμάκων</p> <p>4γ. Καθημερινός αερισμός του θαλάμου</p> <p>4δ. Μέτρηση των ζωτικών σημείων και του κορεσμού οξυγόνου ανά 8 ώρες</p>	<p>4α. Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση</p> <p>4β. Τα ενδοφλέβια φάρμακα χορηγούνταν με άσηπτη τεχνική</p> <p>4γ. Ο θάλαμος του ασθενούς αεριζόταν καθημερινά</p> <p>4δ. Τα ζωτικά σημεία και ο κορεσμός οξυγόνου μετριόντουσαν ανά 8 ώρες</p>	<p>4α. Ο ασθενής διατήρησε φυσιολογικά ζωτικά σημεία και φυσιολογικό κορεσμό οξυγόνου μέχρι το τέλος της νοσηλείας του</p> <p>4β. Ο ασθενής παρέμεινε ελεύθερος λοιμώξεων μέχρι το τέλος της νοσηλείας του</p>

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις		
5. Άγχος	5. Άγχος που σχετίζεται με το επάγγελμα του ασθενούς	5. Άγχος	5. Να μειωθεί το άγχος του ασθενούς εντός ενός μήνα	<p>5α. Ενθάρρυνση του ασθενούς να ασχολείται με πράγματα που τον ευχαριστούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του</p> <p>5β. Ενθάρρυνση του ασθενούς για έκφραση των συναισθημάτων του</p> <p>5γ. Παραπομπή του ασθενούς στον ψυχολόγο του νοσοκομείου</p>	<p>5α. Ο νοσηλευτής σύστησε στον ασθενή να ασχολείται με δραστηριότητες που τον ευχαριστούν</p> <p>5β. Ο ασθενής συζήτησε με το νοσηλευτή σχετικά με το εργασιακό άγχος και έκφρασε τους φόβους του</p> <p>5γ. Ο νοσηλευτής κάλεσε τον ψυχολόγο του νοσοκομείου και ζήτησε βοήθεια</p>	5. Ο ασθενής δεν αισθάνεται πλέον αγχωμένος, καθώς ασχολήθηκε με τον προγραμματισμό στον υπολογιστή του, ενώ παράλληλα έκανε αρκετές συνεδρίες με τον ψυχολόγο του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

Acharya U.R., Hagiwara Y., Koh J.E.W., Oh S.L., Tan J.H., Adam M. & Tan R.S. (2018). Entropies for automated detection of coronary artery disease using ECG signals: A review. *Biocybernetics and Biomedical Engineering* 38: 373-384.

Ahmad A.A., Kasim K.F., Ma'Radzi A.H. & Gopinath S.C.B. (2019). Peptic ulcer: Current prospects of diagnostic and nanobiotechnological trends on pathogenicity. *Process Biochemistry* 85: 51-59.

Alam J., Jantan I. & Bukhari S.N.A. (2017). Rheumatoid arthritis: Recent advances on its etiology, role of cytokines and pharmacotherapy. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 92: 615-633.

Alfadhli E.M. (2015). Gestational diabetes mellitus. *Saudi Medical Journal* 36: 399-406.

Ali O., Truran P. & Aspinall S. (2017). Thyrotoxicosis and thyroiditis. *Surgery (Oxford)* 35: 569-575.

Ananthakrishnan A.N. (2015). Epidemiology and risk factors for IBD. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* 12: 205-217.

Arafa A. & Dong J.Y. (2019). Depression and risk of gestational diabetes: A meta-analysis of cohort studies. *Diabetes Research and Clinical Practice* 156: 107826-107831.

Arakawa H., Hamasaki Y., Kohno Y., Ebisawa M., Kondo N., Nishima S., Nishimuta T. & Morikawa A. (2017). Japanese guidelines for childhood asthma 2017. *Allergology International* 66: 190-204.

Arora S., Rafiq A. & Jolly M. (2016). Management of rheumatoid arthritis: Review of current guidelines. *Journal of Arthroscopy and Joint Surgery* 3: 45-50.

Arumugam M. & Narayan S.K. (2019). Rethinking of the concepts: Migraine is an autoimmune disease?. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 31: 20-26.

- Bakris G., Ali W. & Parati G. (2019). ACC/AHA Versus ESC/ESH on Hypertension Guidelines: JACC Guideline Comparison. *Journal of the American College of Cardiology* 73: 3018-3026.
- Bhagani S., Kapil V. & Lobo M.D. (2018). Hypertension. *Medicine* 46: 509-515.
- Biglione B., Gitin A., Gorelick P.B. & Hennekens C. (2019). Aspirin in the Treatment and Prevention of Migraine Headaches: Possible Additional Clinical Options for Primary Healthcare Providers. *The American Journal of Medicine*: In Press, Corrected Proof.
- Boehncke W.-H. (2015). Etiology and Pathogenesis of Psoriasis. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 41: 665-675.
- Breunlin D.C., Breunlin C., Kearns D .L. & Russell W.P. (1988). A review of the literature on family therapy with adolescents 1979–1987. *Journal of Adolescence* 11: 309-334.
- Brown G., Wang E., Leon A., Huynh M., Wehner M., Matro R., Linos E., Liao W. & Haemel A. (2017). Tumor necrosis factor- α inhibitor-induced psoriasis: Systematic review of clinical features, histopathological findings, and management experience. *Journal of the American Academy of Dermatology* 76: 334-341.
- Celis H. & Fagard R.H. (2004). White-coat hypertension: a clinical review. *European Journal of Internal Medicine* 15: 348-357.
- Chalke F.C.H. (1965). Effect of Psychotherapy for Psychosomatic Disorders. *Psychosomatics* 6: 125-131.
- Chandra A., Ray A., Senapati S. & Chatterjee R. (2015). Genetic and epigenetic basis of psoriasis pathogenesis. *Molecular Immunology* 64: 313-323.
- Chatterjee S., Khunti K. & Davies M.J. (2017). Type 2 diabetes. *Lancet* 389: 2239-2251.
- Chetan M.R., Thrower S.L. & Narendran P. (2019). What is type 1 diabetes?. *Medicine* 47: 5-9.
- Chien I.-C. & Lin C.-H. (2016). Increased risk of diabetes in patients with anxiety disorders: A population-based study. *Journal of Psychosomatic Research* 86: 47-52.

- Coleman A.T., Teach S.J. & Sheehan W.J. (2019). Inner-City Asthma in Childhood. *Immunology and Allergy Clinics of North America* 39: 259-270.
- Conrad K., Roggenbuck D. & Laass M.W. (2014). Diagnosis and classification of ulcerative colitis. *Autoimmunity Reviews* 13: 463-466.
- Coverstone A.M., Wang L. & Sumino K. (2019). Beyond Respiratory Syncytial Virus and Rhinovirus in the Pathogenesis and Exacerbation of Asthma: The Role of Metapneumovirus, Bocavirus and Influenza Virus. *Immunology and Allergy Clinics of North America* 39: 391-401.
- Cuspidi C., Tadic M., Grassi G. & Mancia G. (2018). Treatment of hypertension: The ESH/ESC guidelines recommendations. *Pharmacological Research* 128: 315-321.
- Cutolo M. & Straub R.H. (2006). Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Neuroimmunomodulation* 13: 277-282.
- D’Cruz D.P., Khamashta M.A. & Hughes G.R.V. (2007). Systemic lupus erythematosus. *Lancet* 369: 587-596.
- De Leo S., Lee S.Y. & Braverman L.E. (2016). Hyperthyroidism. *Lancet* 388: 906-918.
- Deane K.D., Demoruelle M.K., Kelmenson L.B., Kuhn K.A., Norris J.M. & Holers V.M. (2017). Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 31: 3-18.
- DeFronzo R.A., Ferrannini E., Groop L., Henry R.R., Herman W.H., Holst J.J., Hu F.B., Kahn C.R., Raz I., Shulman G.I., Simonson D.C., Testa M.A. & Weiss R. (2015). Type 2 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers* 1: 1-22.
- DiMeglio L.A., Evans-Molina C. & Oram R.A. (2018). Type 1 diabetes. *Lancet* 391: 2449-2462.
- Doenst T., Haverich A., Serruys P., Bonow R.O., Kappetein P., Falk V., Velazquez E., Diegeler A. & Sigusch H. (2019). PCI and CABG for Treating Stable Coronary Artery Disease: JACC Review Topic of the Week. *Journal of the American College of Cardiology* 73: 964-976.

- Dörner T. & Furie R. (2019). Novel paradigms in systemic lupus erythematosus. *Lancet* 393: 2344-2358.
- Drivsholm T., de Fine Olivarius N., Nielsen A.B. & Siersma V. (2005). Symptoms, signs and complications in newly diagnosed type 2 diabetic patients, and their relationship to glycaemia, blood pressure and weight. *Diabetologia* 48: 210-214.
- Dulek D.E. & Peebles R.S. (2011). Viruses and asthma. *Biochimica et Biophysica Acta* 1810: 1080-1090.
- Eastwood M.R. & Trevelyan M.H. (1972). Psychosomatic disorders in the community. *Journal of Psychosomatic Research* 16: 381-386.
- Egan A.M. & Dinneen S.F. (2019). What is diabetes?. *Medicine* 47: 1-4.
- Eysenck H.J. (1963). Smoking, personality and psychosomatic disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 7: 107-130.
- Farrell R.J. & Peppercorn M.A. (2002). Ulcerative colitis. *Lancet* 359: 331-340.
- Fava A. & Petri M. (2019). Systemic lupus erythematosus: Diagnosis and clinical management. *Journal of Autoimmunity* 96: 1-13.
- Fiessler F.W., Kec R., Mandell M., Eskin B., Anannab M., Riggs R.L. & Richman P.B. (2002). Do ED patients with migraine headaches meet internationally accepted criteria?. *The American Journal of Emergency Medicine* 20: 618-623.
- Folami F., Olowe A. & Olugbade J. (2019). Factors affecting the use of nursing process in Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 10: 26-30.
- Fortune D.G., Richards H.L. & Griffiths C.E.M. (2005). Psychologic Factors in Psoriasis: Consequences, Mechanisms, and Interventions. *Dermatologic Clinics* 23: 681-694.
- Franklyn J.A. & Boelaert K. (2012). Thyrotoxicosis. *Lancet* 379: 1155-1166.
- Friedman B.W. (2019). Migraine in the Emergency Department. *Neurologic Clinics* 37: 743-752.

- Frith P.A. (1985). Is Asthma a Psychosomatic Illness?. *Australian Journal of Physiotherapy* 31: 19-23.
- Gabara L., Jokhi P. & Curzen N. (2018). Ischaemic heart disease: stable angina. *Medicine* 46: 520-527.
- Gajendran M., Loganathan P., Jimenez G., Catinella A.P., Ng N., Umapathy C., Ziade N. & Hashash J.G. (2019). A comprehensive review and update on ulcerative colitis. *Disease-a-Month* 65: 1-37.
- Gulati G. & Brunner H.I. (2018). Environmental triggers in systemic lupus erythematosus. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 47: 710-717.
- Gulati M., Farah Z. & Mouyis M. (2018). Clinical features of rheumatoid arthritis. *Medicine* 46: 211-215.
- Hasan S.S., Clavarino A.M., Mamun A.A. & Kairuz T. (2016). Anxiety symptoms and the risk of diabetes mellitus in Australian women: evidence from 21-year follow-up. *Public Health* 130: 21-28.
- Henderson A.J. (2013). Aetiology of asthma. *Paediatrics and Child Health* 23: 287-290.
- Herzog D.B. & Jellinek M.S. (1990). Psychosomatic disorders. *Current Problems in Pediatrics* 20: 610-619.
- Higgins E. (2017). Psoriasis. *Medicine* 45: 368-378.
- Hodas G. & Liebman R. (1978). Psychosomatic disorders in children: Structural family therapy. *Psychosomatics* 19: 709-711, 715, 719.
- Holdevici I. & Crăciun B. (2012). The use of Ericksonian hypnosis in somatic disorders. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 33: 75-79.
- Hurrelmann K., Engel U., Holler B. & Nordlohne E. (1988). Failure in school, family conflicts, and psychosomatic disorders in adolescence. *Journal of Adolescence* 11: 237-249.
- Ichinose M., Sugiura H., Nagase H., Yamaguchi M., Inoue H., Sagara H., Tamaoki J., Tohda Y., Munakata M., Yamauchi K. & Ohta K. (2017). Japanese guidelines for adult asthma 2017. *Allergology International* 66: 163-189.

- Ifeld F.W. (1980). Age, stressors and psychosomatic disorders. *Psychosomatics* 21: 56-58, 63-64.
- Insel M. & Kraft M. (2019). Bacteria in Asthma Pathogenesis. *Immunology and Allergy Clinics of North America* 39: 377-389.
- Jones M.P. (2006). The role of psychosocial factors in peptic ulcer disease: Beyond *Helicobacter pylori* and NSAIDs. *Journal of Psychosomatic Research* 60: 407-412.
- Kapoor P. & Kapoor A. (2013). What should we know about white coat hypertension. *Clinical Queries: Nephrology* 2: 33-37.
- Karimi H. (2011). Applying nursing process education in workshop framework. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 29: 561-566.
- Kavitt R.T., Lipowska A.M., Anyane-Yeboah A. & Gralnek I.M. (2019). Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease. *The American Journal of Medicine* 132: 447-456.
- Ketterer M.W., Mahr G., Cao J.J., Hudson M., Smith S. & Knysz W. (2004). What's "Unstable" in Unstable Angina?. *Psychosomatics* 45: 185-196.
- Kojima T. (2006). The development of family therapy in Japanese psychosomatic medicine. *International Congress Series* 1287: 154-157.
- Kosmopoulos M., Drekolias D., Zavras P.D., Piperi C. & Papavassiliou A.G. (2019). Impact of advanced glycation end products (AGEs) signaling in coronary artery disease. *BBA-Molecular Basis of Disease* 1865: 611-619.
- Kuhn H., Mennella C., Magid M., Stamu-O'Brien C. & Kroumpouzou G. (2017). Psychocutaneous disease: Pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of the American Academy of Dermatology* 76: 795-808.
- Kupková P., Heczko M., Kaučák V. & Kryza R. (2017). HIV as a risk factor of coronary artery disease and of acute coronary syndrome. *Cor et Vasa* 59: e553-e556.
- Kuruvilla M.E., Vanijcharoenkarn K., Shih J.A. & Lee F.E.-H. (2019). Epidemiology and risk factors for asthma. *Respiratory Medicine* 149: 16-22.

- Kutty R.S. & Nair S.K. (2012). Surgery for coronary artery disease. *Surgery (Oxford)* 30: 32-38.
- Lagman-Bartolome A.M. & Lay C. (2019). Migraine in Women. *Neurologic Clinics* 37: 835-845.
- Lanas A. & Chan F.K.L. (2017). Peptic ulcer disease. *Lancet* 390: 613-624.
- Lau J.Y.W., Barkun A., Fan D.-M., Kuipers E.J., Yang Y.-S. & Chan F.K.L. (2013). Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *Lancet* 381: 2033-2043.
- Lauri S. (1982). Development of the nursing process through action research. *Journal of Advanced Nursing* 7: 301-307.
- Lee D.M. & Weinblatt M.E. (2001). Rheumatoid arthritis. *Lancet* 358: 903-911.
- Lefkovits Y.R., Stewart Z.A. & Murphy H.R. (2019). Gestational diabetes. *Medicine* 47: 114-118.
- Littlejohn E.A. & Monrad S.U. (2018). Early Diagnosis and Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 45: 237-255.
- Liu H., Tian Y., Liu Y., Nigatu Y.T. & Wang J. (2019). Relationship between major depressive disorder, generalized anxiety disorder and coronary artery disease in the US general population. *Journal of Psychosomatic Research* 119: 8-13.
- Majumbar D. & Bebb J. (2019). Helicobacter pylori infection and peptic ulcers. *Medicine* 47: 292-300.
- Majumbar D., Bebb J. & Atherton J. (2007). Helicobacter pylori infection and peptic ulcers. *Medicine* 35: 204-209.
- Majumbar D., Bebb J. & Atherton J. (2011). Helicobacter pylori infection and peptic ulcers. *Medicine* 39: 154-161.
- Malfertheiner P., Chan F.K.L. & McColl K.E.L. (2009). Peptic ulcer disease. *Lancet* 374: 1449-1461.

- Manshaee G. & Amini K. (2013). The Relationship between Spirituality with Emphasis on Religious Orientation and Psychosomatic Disorders (Asthma, Migraine and Blood Pressure). *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 84: 1260-1264.
- Manshaee G.R. & Hamidi E. (2013). Prevalence of Psychosomatic Symptoms among Adolescent's Computer Users. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 84: 1326-1332.
- Marmura M.J. & Hou A. (2019). Inpatient Management of Migraine. *Neurologic Clinics* 37: 771-788.
- McCarthy C.P., McEvoy J.W. & Januzzi J.L. (2015). Biomarkers in stable coronary artery disease. *American Heart Journal* 196: 82-96.
- Messent P. (2008). The place of family therapy in modern British child psychiatry. *Psychiatry* 7: 380-383.
- Montoya-Castilla I., Postigo S., Prado-Gascó V. & Pérez-Marín M. (2018). Relationships between affective states and childhood internalizing disorders. *Archives of Psychiatric Nursing* 32: 591-598.
- Mordi I.R., Badar A.A., Irving R.J., Weir-McCall J.R., Houston J.G. & Lang C.C. (2017). Efficacy of noninvasive cardiac imaging tests in diagnosis and management of stable coronary artery disease. *Vascular Health and Risk Management* 13: 427-437.
- Murphy H.R. (2010). Gestational diabetes: what's new?. *Medicine* 38: 676-678.
- Nakao M. & Ohara C. (2014). The perspective of psychosomatic medicine on the effect of religion on the mind-body relationship in Japan. *Journal of Religion and Health* 53: 46-55.
- Nanda A. & Wasan A.N. (2020). Asthma in Adults. *Medical Clinics of North America* 104: 95-108.
- Nisavic M., Shuster J.L., Gitlin D., Worley L. & Stern T.A. (2015). Readings on Psychosomatic Medicine: Survey of Resources for Trainees. *Psychosomatics* 56: 319-328.
- Nolan C.J., Damm P. & Prentki M. (2011). Type 2 diabetes across generations: from pathophysiology to prevention and management. *Lancet* 378: 169-181.
- Novodvorsky P. & Allahabadia A. (2017). Thyrotoxicosis. *Medicine* 45: 510-516.

- Olokoba A.B., Obateru O.A. & Olokoba L.B. (2012). Type 2 diabetes mellitus: a review of current trends. *Oman Medical Journal* 27: 269-273.
- Ong L.P. & Nair S.K. (2015). Surgery for coronary artery disease. *Surgery (Oxford)* 33: 78-85.
- Oppong P., Majumbar D., Atherton J. & Bebb J. (2015). Helicobacter pylori infection and peptic ulcer. *Medicine* 43: 215-222.
- Ordás I., Eckmann L., Talamini M., Baumgart D.C. & Sandborn W.J. (2012). Ulcerative colitis. *Lancet* 380: 1606-1619.
- Papi A., Brightling C., Pedersen S.E. & Reddel H.K. (2018). Asthma. *Lancet* 391: 783-800.
- Parks C.G., de Souza Espindola Santos A., Barbhैया M. & Costenbader K.H. (2017). Understanding the role of environmental factors in the development of systemic lupus erythematosus. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 31: 306-320.
- Picardi A., Pasquini P., Cattaruzza M.S., Gaetano P., Baliva G., Melchi C.F., Tiago A., Camaioni D., Abeni D. & Biondi M. (2003). Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis: Results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research* 55: 189-196.
- Piper L.K., Stewart Z. & Murphy H.R. (2017). Gestational diabetes. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 27: 171-176.
- Proctor M.J. & Deans C. (2014). Complications of peptic ulcers. *Surgery (Oxford)* 32: 599-607.
- Putranto R., Mudjaddid E., Shatri H., Adli M. & Martina D. (2017). Development and challenges of palliative care in Indonesia: role of psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine* 11: 29-33.
- Qian H., Wang M., Wang Y., Ying W., Zhang J., Huan Y., He Y., Liu Y. & Shi G. (2019). Role of Galphaq in pathogenesis of psoriasis, a new mechanism about the immune regulation in psoriasis. *International Immunopharmacology* 68: 185-192.

- Raginsky B.B. (1948). Psychosomatic medicine: Its History, Development and Teaching. *The American Journal of Medicine* 5: 857-878.
- Ray C. & Sagar P. (2017). Management of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Surgery (Oxford)* 35: 439-442.
- Raychaudhuri S.K., Maverakis E. & Raychaudhuri S.P. (2014). Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmunity Reviews* 13: 490-495.
- Reece E.A., Leguizamón G. & Wiznitzer A. (2009). Gestational diabetes: the need for a common ground. *Lancet* 373: 1789-1797.
- Rewers M. & Ludvigsson J. (2016). Environmental risk factors for type 1 diabetes. *Lancet* 387: 2340-2348.
- Rivera S.L., Martin J. & Landry J. (2019). Acute and Chronic Hypertension: What Clinicians Need to Know for Diagnosis and Management. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 31: 97-108.
- Sainsbury P. (1960). Psychosomatic disorders and neurosis in out-patients attending a general hospital. *Journal of Psychosomatic Research* 4: 261-273.
- Sargent J. (1983). The family and childhood psychosomatic disorders. *General Hospital Psychiatry* 5: 41-48.
- Schadler E.D., Ortel B. & Mehlis S.L. (2019). Biologics for the primary care physician: Review and treatment of psoriasis. *Disease-a-Month* 65: 51-90.
- Schleicher S.M. (2016). Psoriasis: Pathogenesis, Assessment, and Therapeutic Update. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery* 33: 355-366.
- Seth D., Saini S. & Poowuttikul P. (2019). Pediatric Inner-City Asthma. *Pediatric Clinics of North America* 66: 967-979.
- Setters B. & Holmes H.M. (2017). Hypertension in the Older Adult. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 44: 529-539.
- Singh S.K. & Rastogi A. (2008). Gestational diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2: 227-234.

- Singh A.N. (2006). Role of yoga therapies in psychosomatic disorders. *International Congress Series* 1287: 91-96.
- Sinha A. & Feinstein M.J. (2019). Coronary Artery Disease Manifestations in HIV: What, How, and Why. *Canadian Journal of Cardiology* 35: 270-279.
- Sivik T. & Schoenfeld R. (2006). Psychosomatology as a theoretical paradigm of modern psychosomatic medicine. *International Congress Series* 1287: 23-28.
- Smart R.G. & Schmidt W.S. (1962). Psychosomatic disorders and traffic accidents. *Journal of Psychosomatic Research* 6: 191-197.
- Smith P.P. & Gordon C. (2010). Systemic lupus erythematosus: Clinical presentations. *Autoimmunity Reviews* 10: 43-45.
- Smolen J.S., Aletaha D. & McInnes I.B. (2016). Rheumatoid arthritis. *Lancet* 388: 2023-2038.
- Søreide K., Thorsen K., Harrison E.M., Bingener J., Møller M.H., Ohene-Yeboah M. & Søreide J.A. (2015). Perforated peptic ulcer. *Lancet* 386: 1288-1298.
- Sprigings D. & Graham A. (2014). Exercise electrocardiography in the management of obstructive coronary artery disease and other cardiac disorders. *Medicine* 42: 436-441.
- Stacey R. & Thomas L. (2014). Medical management of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Surgery (Oxford)* 32: 418-420.
- Steed H. (2019). Ulcerative colitis. *Medicine* 47: 371-376.
- Strowd L.C., Yentzer B.A., Fleischer A.B. & Feldman S.R. (2009). Increasing use of more potent treatments for psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 60: 478-481.
- Ulrich L. & Palacios S. (2019). Asthma Self-management: It's Not One Size Fits All. *Immunology and Allergy Clinics of North America* 39: 573-582.
- Ungaro R., Mehandru S., Allen P.B., Peyrin-Biroulet L. & Colombel J.-F. (2017). Ulcerative colitis. *Lancet* 389: 1756-1770.

- Vallerand I.A., Patten S.B. & Barnabe C. (2019). Depression and the risk of rheumatoid arthritis. *Current Opinion in Rheumatology* 31: 279-284.
- Wagoro M.C.A. & Rakuom C.P. (2015). Mainstreaming Kenya-Nursing Process in clinical settings: The case of Kenya. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 3: 31-39.
- Weetman A.P. (2009). Thyrotoxicosis. *Medicine* 37: 430-435.
- Weetman A.P. (2013). Thyrotoxicosis. *Medicine* 41: 540-545.
- Wong E.H.C., Farne H.A. & Jackson D.J. (2016). Asthma: diagnosis and management in adults. *Medicine* 44: 287-296.
- Wong S.H. & Sung J.J.Y. (2013). Management of GI emergencies: Peptic ulcer acute bleeding. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 27: 639-647.
- Wu E.-L., Chien I.-C. & Lin C.-H. (2014). Increased risk of hypertension in patients with anxiety disorders: A population-based study. *Journal of Psychosomatic Research* 77: 522-527.
- Yeoh S.-A., Dias S.S. & Isenberg D.A. (2018). Advances in systemic lupus erythematosus. *Medicine* 46: 84-92.
- Yilmaz F.T., Sabanciogullari S. & Aldemir K. (2015). The Opinions of Nursing Students Regarding the Nursing Process and Their Levels of Proficiency in Turkey. *Journal of Caring Sciences* 4: 265-275.
- Yoshikawa S. (2006). Approach of family therapy for psychosomatic diseases in Japan. *International Congress Series* 1287: 158-163.
- Yu M., Zhang X., Lu F. & Fang L. (2015). Depression and Risk for Diabetes: A Meta-Analysis. *Canadian Journal of Diabetes* 39: 266-272.
- Zakkar M. & Hornick P. (2007). Surgery for coronary artery disease. *Surgery (Oxford)* 25: 231-237.