



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΕΡΜΠΙΑΝ ΑΝΤΡΙΑΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΔΡ ΑΝΤΙΓΟΝΗ-ΜΑΡΙΑ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ

2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	
1.1 ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	9
1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΦΡΩΝ	9
1.3 ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
2.1 ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	11
2.2 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	11
2.2.1 Αιτιολογία και παθογένεση	12
2.2.2 Προνεφρική οξεία νεφρική βλάβη	12
2.2.3 Νεφρική ανεπάρκεια	12
2.2.4 Αντιμετώπιση	12
2.2.5 Μετανεφρική ανεπάρκεια	13
2.3 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	15
2.3.1 Αίτια χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας	17
2.3.2 Συμπτώματα Νεφρικής Ανεπάρκειας	18
2.3.3 Διάγνωση της νεφρικής ανεπάρκειας	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	19
3.2 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ	23
4.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

5.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	26
5.2 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	27
5.3 ΔΟΜΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	27
5.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	29
5.5 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	30
5.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	31
5.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	32
5.8 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ Χ.Ν.Α.	34
5.9 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	38
5.10 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΙΜΙΚΑΘΑΡΣΗ	39
5.10.1 Περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης	40
5.10.2 Η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής	40
5.11 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΝΑ	41
5.12 ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ	42
5.12.1 Νοσηλευτική παρέμβασή σε ασθενείς με χρόνιο νόσημα και διαταραχή στην εικόνα του σώματος	43
5.13 ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ	46
6.2 ΝΟΣΗΜΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	48
6.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	49
6.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ	50
6.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	51
6.6 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	52
6.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	55
6.8 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	58
6.9 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	64
-----------------------	-----------

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	71
-------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72
---------------------	-----------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Με την ολοκλήρωση της εργασίας μου κλείνω ένα σημαντικό κεφάλαιο στην ζωή.
Χρωστάω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επόπτρια μου Δρ. Αντιγόνη-Μαρία Μιχαλοπούλου για
την εμπιστοσύνη που μου έδειξε τόσο αναλαμβάνοντας την επίβλεψη της εργασίας μου , όσο και
για την επιλογή του θέματος.
Την παρούσα εργασία την αφιερώνω στην μητέρα μου, που αποτελεί για μένα σημείο αναφοράς,
που με στηρίζει σε κάθε μου επιλογή και προσπάθεια και με ενθαρρύνει πάντα να συνεχίζω.*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια φαίνεται να έχουν επιπτώσεις στην ψυχολογία τους, γεγονός που προκύπτει κυρίως από τις ιδιαίτερα απαιτητικές και τακτικές θεραπείες τους. Επίσης, εκδηλώνουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, παράγοντες που φαίνεται πως επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους. Οι τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης και ο χώρος του νοσοκομείου επιδρούν αρνητικά στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των ασθενών.

Σκοπός της παρούσης βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να επιτευχθεί μια επιστημονική προσέγγιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, με εστίαση στις επιπτώσεις της νόσου στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει το νοσηλευτικό προσωπικό όχι μόνο κατά την συνεδρία της αιμοκάθαρσης, καθώς συμβάλλει και στην ψυχολογία του ασθενή.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μελέτη της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας, αναζητήθηκαν δημοσιευμένα άρθρα σε έγκριτα ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά και σε αξιόπιστα συγγράμματα.

Συμπεράσματα: Μια από τις συνηθέστερες επιπλοκές που μπορεί να έχουν οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι η κατάθλιψη. Το νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει σημαντικά στην θεραπεία του ασθενή αλλά και στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του.

ABSTRACT

Patients suffering from chronic kidney disease appear to have an impact on their psychology, which results mainly from their highly demanding and regular therapies. They also exhibit symptoms of anxiety and depression. Factors that appear to adversely affect their quality of life. Regular dialysis sessions at the hospital may adversely affect patients' psychosocial status.

The purpose: The purpose of this literature review is to achieve a scientific approach to the year of renal failure, focusing on the effects of the disease on mental health and changes in patients' quality of life. Nursing staff also play an important role not only during the dialysis session but also contribute to the patient's psychology.

Methodology: Research of international and domestic bibliography was carried out, published articles were searched in prestigious medical and nursing journals and in reliable journals.

Conclusions: One of the most common complications that patients with chronic kidney disease may have is depression. Nursing staff plays an important role in the treatment of the patient but also in the psycho-emotional state.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μια κατάσταση στην οποία τα νεφρά δυσκολεύονται να εκτελέσουν τις καθημερινές τους λειτουργίες. Στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας συσσωρεύονται στο αίμα άχρηστες ουσίες και νερό που τα νεφρά δεν μπορούν να αποβάλλουν, ενώ παράλληλα δεν μπορούν να παραχθούν ουσίες που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μας.

Για την αντιμετώπιση της νόσου εδώ και αρκετές δεκαετίες υπάρχουν τρεις μέθοδοι: η αιμοκάθαρση, η περιτοναϊκή κάθαρση και η μεταμόσχευση. Συγκριτικά η περιτοναϊκή κάθαρση επιλέγεται σπανιότερα από τους ασθενείς σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση.

Η μεταμόσχευση θεωρείται η αποτελεσματικότερη μέθοδος και αξιοσημείωτο είναι ότι τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται αύξηση των επιτυχημένων επεμβάσεων.

Μια από τις συνηθέστερες επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσουν οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια είναι η κατάθλιψη. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει εξαχθεί το συμπέρασμα ότι τα επίπεδα της θνησιμότητας των ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια σχετίζονται άμεσα με την ψυχική νόσο της κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

1.1 ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το ουροποιητικό σύστημα χρησιμεύει για την παραγωγή και την αποβολή των ούρων από τον οργανισμό μας. Με τα ούρα αποβάλλονται άχρηστα ιόντα και προϊόντα του μεταβολισμού.

Το ουροποιητικό σύστημα διακρίνεται σε δύο μέρη την εκκριτική και την αποχετευτική.

Η εκκριτική μέρη αποτελείται από τους δύο νεφρούς ,μέσω των οποίων γίνεται η απέκκριση των ούρων

Η αποχετευτική μέρη για κάθε νεφρό αποτελείται από τους νεφρικούς κάλυκες, τις δύο νεφρικές πυέλους ,τους δύο ουρητήρες ,την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα.¹

1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΦΡΩΝ

Οι νεφροί είναι δύο και βρίσκονται οπισθοπεριτοναϊκά, δεξιά και αριστερά της σπονδυλικής στήλης αντίστοιχα στο ύψος του 12ου θωρακικού με 3ου οσφυϊκού σπονδύλου. Ο δεξιός νεφρός βρίσκεται λίγο πιο χαμηλά από τον αριστερό γιατί πιέζεται από το ήπαρ.

Κάθε νεφρός ζυγίζει περίπου 150γρ. (11x6x3), έχει σχήμα φασολιού και έχει δύο επιφάνειες, δύο άκρα ή πόλους και δύο χείλη.

Το έσω χείλος του νεφρού έχει σχήμα κοίλο και είναι στραμμένο προς τη σπονδυλική στήλη. Στο έσω χείλος υπάρχει μια εντομή που ονομάζεται πύλη του νεφρού από την οποία εισέρχεται η αρτηρία και εξέρχεται η νεφρική φλέβα και η νεφρική πύελος.

Η πύλη του νεφρού οδηγεί σε μια κοιλότητα, που ονομάζεται νεφρική κοιλία. Σ' αυτήν υπάρχουν οι νεφρικοί κάλυκες, η νεφρική πύελος και τα νεφρικά αγγεία.

Οι νεφροί αποτελούνται από δύο ουσίες με διαφορετικό χρώμα, υφή, όψη και λειτουργία: τη μυελώδη, η οποία βρίσκεται στο κέντρο και τη φλοιώδη η οποία βρίσκεται προς την περιφέρεια Η μυελώδης ουσία αποτελείται από 7 με 20 κωνικού σχήματος περιοχές, τις νεφρικές .Η φλοιώδης ουσία περιβάλλει την μυελώδη ουσία και δίνει προεκβολές που βρίσκονται ανάμεσα στις νεφρικές πυραμίδες.

Ανάμεσα στη φλοιώδη και στη μυελώδη ουσία του νεφρού βρίσκονται τα ουροφόρα σωληνάκια. Αυτά ξεκινούν τυφλά από τη φλοιώδη ουσία και καταλήγουν στην θηλή της νεφρικής πυραμίδας. Κάθε ουροφόρο σωληνάριο έχει μήκος 5,5 εκ περίπου και αποτελείται από πέντε μέρη.

Το έλυτρο του Bowman είναι το πρώτο τμήμα του ουροφόρου σωληναρίου και βρίσκεται στην φλοιώδη ουσία. Μέσα σε αυτό μαζεύεται το πρόουρο. Το έλυτρο του Bowman έρχεται σε επαφή με το αγγειώδες σπείραμα, το οποίο αποτελείται από το προσαγωγό αρτηρίδιο, το απαγωγό αρτηρίδιο και τα τριχοειδή αγγεία. Το έλυτρο του Bowman μαζί με το αγγειώδες σπείραμα αποτελούν το νεφρικό σωματίο.

Το εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο είναι η συνέχεια του έλυτρο του Bowman, ξεκινάει από τη φλοιώδη ουσία και συνεχίζει προς τη μυελώδη. Το αγκυλωτό σωληνάριο ή αγκύλη του Henle .Το οποίο βρίσκεται μέσα την μυελώδη ουσία Το εμβόλιμο ή άπω εσπειραμένο σωληνάριο.Το αθροιστικό σωληνάριο που είναι το τελικό τμήμα του ουροφόρου σωληναρίου και καταλήγει στη θηλή της νεφρικής πυραμίδας.Το νεφρικό σωματίο, το εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο, το αγκυλωτό και το άπω εσπειραμένο αποτελούν τη λειτουργική και ανατομική μονάδα του νεφρού που ονομάζεται νεφρώνας. Χρησιμοποιούν στην απέκκριση των ούρων, ενώ το αθροιστικό σωληνάριο χρησιμεύει στην παροχέτευση των ούρων.²

1.3 ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Με την παραγωγή των ούρων από τους νεφρούς ρυθμίζεται το ισοζύγιο των υγρών του σώματος και γίνεται η κάθαρση του πλάσματος. Αυτό επιτυγχάνεται γιατί αποβάλλονται διάφορα ιόντα και άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού όπως η ουρία, η κρεατινίνη, το ουρικό οξύ, τα ουρικά άλατα, φάρμακα και φυτοφάρμακα

Η παραγωγή των ούρων πραγματοποιείται με τη διήθηση μεγάλης ποσότητας πλάσματος από την σπειραματική μεμβράνη στα ουροφόρα σωληνάρια και με την επαναρρόφιση νερού και ηλεκτρολυτών από τα ουροφόρα σωληνάρια προς το αίμα.

Ακόμα συμβάλουν στην ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας και παράγουν γλυκόζη. Η γλυκόζη παράγεται από τα αμινοξέα και την απελευθερώνουν μέσω της αιματικής ροής.

Τέλος τα νεφρά λειτουργούν και ως ενδοκρινείς αδένες που παράγουν διάφορες ορμόνες οι οποίες είναι:

Ερυθροποιητίνη που ελέγχει την παραγωγή των πρωτεϊνών, η Ρενίνη που ελέγχει το σχηματισμό αγγειοτενσίνης η οποία επηρεάζει την αρτηριακή πίεση του αίματος και το ισοζύγιο του νατρίου και η 1,25-Διϋδροξυβιταμίνη που επηρεάζει στο ζυγό του ασβεστίου.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι η κατάσταση κατά την οποία οι νεφροί αδυνατούν να εκτελέσουν τις λειτουργίες τους. Στην νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου οι νεφροί αδυνατούν να αποβάλουν από τον οργανισμό το νερό και τις άχρηστες ουσίες, με αποτέλεσμα αυτές να συσσωρεύονται στο αίμα. Επίσης υπάρχει έλλειψη παραγωγής ουσιών που παίζουν σημαντικό ρόλο για τον οργανισμό όπως για παράδειγμα η βιταμίνη D, που είναι υπεύθυνη για την πρόσληψη ασβεστίου ώστε να διατηρούνται ανθεκτικά τα οστά.

Η νεφρική ανεπάρκεια εκδηλώνεται με δύο τρόπους, την οξεία και την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Για να αντιμετωπιστεί η νόσος διατίθενται δύο μέθοδοι η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση. Η αιμοκάθαρση είναι η συχνότερη επιλογή από τους ασθενείς συγκριτικά με την περιτοναϊκή κάθαρση.⁴

2.2 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι η αιφνίδια απώλεια της νεφρικής λειτουργίας εξαιτίας μιας βλάβης του νεφρικού ιστού ή της νεφρικής ροής του αίματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την άμεση εμφάνιση ουραιμίας στον οργανισμό.

Στις βαρύτερες περιπτώσεις η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας οδηγεί σε παρατεταμένη αύξηση των συγκεντρώσεων της ουρίας και της κρεατινίνης στο πλάσμα, στην διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, σε διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας και στη διαταραχή της ενδοκρινής νεφρικής λειτουργίας.

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι βλάβη των νεφρών που είναι προσωρινή και συχνά αναστρέψιμη σε αντίθεση με την χρόνια νεφρική ανεπάρκεια όπου η απώλεια της νεφρικής λειτουργίας είναι μόνιμη και μη αναστρέψιμη.

Για να χαρακτηριστεί οξεία νεφρική ανεπάρκεια πρέπει να εκδηλωθεί βλάβη των δύο νεφρών ή του ενός μονήρους νεφρού. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει η οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι αναστρέψιμη μέχρι και 90%. Παρόλ'αυτά συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα (30% με 50%) ανάλογα με το αίτιο που την προκάλεσε.

Επιπλέον από τους ασθενείς που επιβιώνουν μετά την οξεία νεφρική ανεπάρκεια το 80% από αυτούς διατηρεί φυσιολογική νεφρική λειτουργία ενώ το υπόλοιπο 20% παρουσιάζει απώλεια της νεφρικής λειτουργίας μετά από 12 μήνες περίπου.

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζεται συχνά σε ηλικιωμένα άτομα, σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, σε ασθενείς που βρίσκονται σε βαριά γενική κατάσταση.⁵

2.2.1 Αιτιολογία και παθογένεση

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια διακρίνεται σε: Προνεφρική–Νεφρική–Μετανεφρική.

2.2.2 Προνεφρική οξεία νεφρική βλάβη

Η προνεφρική οξεία νεφρική βλάβη χαρακτηρίζεται από την μείωση του GFR λόγω διαταραχών στη συστηματική ή την νεφρική αιμοδυναμική ισορροπία. Η προνεφρική οξεία νεφρική βλάβη οφείλεται στην υποογκαιμία σε βαριά αφυδάτωση, σε απώλεια αίματος και σε σηπτική καταπληξία.⁶

Τα συμπτώματα της προνεφρικής ανεπάρκειας είναι η αφυδάτωση και η περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια.

2.2.3 Νεφρική ανεπάρκεια

Η νεφρικού τύπου ανεπάρκεια αφορά βλάβη κυρίως σε ουροφόρο σωληνάριο είτε ακόμη και σε ολόκληρο τον νεφρόνα και οφείλεται σε παρατεταμένη ισχαιμία ή σε άμεση τοξική επίδραση μιας σειράς από ουσίες. Εκδηλώνεται με ολιγουρία ή ανουρία ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις η διούρηση χαρακτηρίζεται φυσιολογική.

Τα συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας είναι η υπερυδάτωση από αληθινή ουραιμία και υπερκαλιαιμία. Συγκεκριμένα η υπερκαλιαιμία αποτελεί την πιο επικίνδυνη ηλεκτρολυτική διαταραχή της ανουρίας και είναι η συχνότερη αιτία θανάτου λόγω των ανωμαλιών στον καρδιακό ρυθμό.

2.2.4 Αντιμετώπιση

Χορήγηση διττανθρακικών για την αντιμετώπιση της οξέωσης, η οποία επιτείνει την υπερκαλιαιμία.

Ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου. Ενδοφλέβια χορήγηση ζαχαρούχου διαλύματος, δηλαδή ινσουλίνης. Χορήγηση ανταλλακτικών ρητινών τα οποία δρουν με την ανταλλαγή ιόντων.

Εξωνεφρική κάθαρση, η οποία αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης της υπερκαλιαιμίας.⁷

2.2.5 Μετανεφρική ανεπάρκεια

Μετανεφρική ανεπάρκεια είναι ο τρίτος τύπος της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Χαρακτηρίζεται από την απόφραξη της ροής των ούρων. Η δεύτερη ονομασία της μετανεφρικής ανεπάρκειας είναι αποφρακτική ουροπάθεια. Η απόφραξη των ούρων μπορεί να είναι είτε εξωνεφρική είτε ενδονεφρική.

Το συνηθέστερο φαινόμενο είναι εξωνεφρική απόφραξη, η οποία εκδηλώνεται με αμφοτερόπλευρη απόφραξη των ουρητήρων ή απόφραξη του ουρητήρα μονήρους νεφρού.

Οι λίθοι, το αίμα, οι όγκοι, οι νεκρωθείσες νεφρικές θηλές ή η απρόσεκτη απόφραξη των ουρητήρων κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων αποτελούν τα κυριότερα αίτια εκδήλωσης της μετανεφρικής ανεπάρκειας.

Παρατηρείται πλήρης ανουρία και υπάρχει πόνος στις νεφρικές χώρες.

Τα συμπτώματα της είναι:

Η δίψα και η ξηροστομία. Ο λόξυγκας λόγω της οξείας ουραιμίας. Η δύσπνοια λόγω πνευμονικού οιδήματος που έχει προκληθεί από την υπερυδάτωση. Ο πόνος στην περιοχή των νεφρών. Μειωμένος ο όγκος των ούρων και πλήρης ανουρία.

Μετά την διάγνωση πραγματοποιείται αιμοκάθαρση. Η θνησιμότητα ανέρχεται στο 40-90%.Ο θάνατος μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια ανανήψεως και συχνά είναι το αποτέλεσμα λοιμώξεων, ηλεκτρολυτικών διαταραχών η οφείλεται την πρωτοπαθή αιτία.²

Πίνακας 1.1: Αίτια οξείας νεφρικής ανεπάρκειας⁶

<p>Παθήσεις των νεφρικών αγγείων</p> <p>Απόφραξη της νεφρικής αρτηρίας Θρομβοεμβολικά επεισόδια Αθηρωματώδη έμβολα Θρόμβωση Διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής Στένωση νεφρικής αρτηρίας Αγγειίτιδα Θρόμβωση νεφρικής αρτηρίας Αφυδάτωση(νεογνά) Υπερπηκτικότητα Νεοπλάσμα.</p>	<p>Οξείες σπειραματικές παθήσεις</p> <p>Οξεία σπειραματονεφρίτιδα Μεταλοιμώδης σπειραματονεφρίτιδα Βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα Προφύρα Henoch-Schonlein Αγγειίτιδα εξ υπερευαισθησίας Ταχέως προϊούσα σπειραματονεφρίτιδα Συστηματικός ερυθριματώδης λύκος Κοκκιωμάτωση Wegener Σύνδρομο Goodpasture</p>
<p>Παθήσεις του νεφρικού φλοιού</p> <p>Αμφοτερόπλευρη φλοιώδης νέκρωση Μαιευτικά συμβάσματα Αποκόλληση πλακούντα Πρόδρομος πλακούντας Σηψαιμία από Gram (-) μικρόβια Ισχαιμία Υπεροξεία απόρριψη νεφρικού αλλομοσχεύματος Γαστρεντερίτιδα(παιδιά)</p>	<p>Θρομβωτική μικροαγγειοπάθεια</p> <p>Αιμολυτικό-Ουραιμικό σύνδρομο Θρομβωτική- θρομβοκυτταροπενική πορφύρα Σκληροδερμία Κακοήθης υπέρταση</p>
<p>Οξείες σωληναρικές και διάμεσες παθήσεις</p> <p>Οξεία πυελονεφρίτιδα Οξεία αλλεργική διάμεση νεφρίτιδα Υποκαλιαμική νεφροπροπάθεια Υπερασβέστιαμία Οξεία νεφροπάθεια από ουρικό οξύ Πολλαπλό μύελωμα</p>	<p>Παθήσεις του νεφρικού μυελού</p> <p>Αμφοτερόπλευρη θηλώδης νέκρωση Κατάχρηση αναλγητικών Δρεπανοκυτταρική αναιμία Σακχαρώδης διαβήτης</p>
<p>Ισχαιμική οξεία νεφρική ανεπάρκεια</p>	<p>Αποφρακτική ουροπάθεια</p> <p>Ενδονεφρικές ανωμαλίες Απόφραξη ουρητήρων Παθήσεις ουροδόχου κύστης ή ουρήθρας</p>
<p>Νεφροτοξική οξεία νεφρική ανεπάρκεια</p>	

2.3 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ονομάζεται η μη αναστρέψιμη βλάβη της νεφρικής λειτουργίας και η μόνιμη καταστροφή των ιστών που καθαρίζουν το αίμα από τις άχρηστες ουσίες. Οι νεφροί δεν λειτουργούν αποτελεσματικά και δεν μπορούν να σχηματίσουν τα ούρα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την συσσώρευση άχρηστων ουσιών στο αίμα και την πρόκληση προβλημάτων στην υγεία. Επίσης, δεν παράγονται ορμόνες για την σωστή λειτουργία των νεφρών με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαταραχές και δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί μία βραδέως προϊούσα νόσο που συνήθως είναι ασυμπτωματική μέχρι ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) να ελαττωθεί σε 5 έως 10ml/min, οπότε και παρουσιάζεται το ουραιμικό σύνδρομο και η αιμοκάθαρση είναι απαραίτητη για την διατήρηση της ζωής.

Ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης είναι μια εξέταση που αποτελεί πολύ αξιόπιστο δείκτη για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας, αφού δείχνει πόσο γρήγορα διηθούνται τα ούρα στους νεφρούς. Ο προσδιορισμός του ρυθμού σπειραματικής διήθησης γίνεται με διάφορες μεθόδους, όπως είναι η μέτρηση της κρεατινίνης στο πλάσμα του αίματος ή ο προσδιορισμός της κάθαρσης της κρεατινίνης μετά από μετρήσεις σε 24ώρες συλλογές ούρων και κατάλληλους υπολογισμούς.⁶

Η ουραιμία είναι ένα σύνδρομο το οποίο επηρεάζει όλα τα συστήματα του οργανισμού. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για να αποδοθεί το σύνδρομο σε μία ουραιμική τοξίνη .Δεν έχουν δοθεί διευκρινιστικά αποτελέσματα. Βέβαια τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει η άποψη ότι το ουρικό σύνδρομο προκαλείται από τον συνδυασμό της επίδρασης ουσιών που κατακρατούνται και της έλλειψης σημαντικών ορμονών, όπως η ερυθροποιητίνη και η βιταμίνη D8

Πίνακας 1.2 κλινικές εκδηλώσεις του ουραιμικού συνδρόμου⁶

<p style="text-align: center;">ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</p> <p>Λήθαργος, κόμα Πολυνευρίτιδα Κόπωση Επιληπτικές κρίσεις Άνοια Μείωση μυϊκής ισχύος Κακουχία Αστηριξία Διαταραχές ύπνου Κεφαλαλγία Κράμπες Ανήσυχα πόδια</p>	<p style="text-align: center;">ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</p> <p>Στοματίτιδα Ναυτία, εμετός Γαστρίτιδα Έλκος Ανορεξία</p>
<p style="text-align: center;">ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</p> <p>Αναιμία Αιμορραγία</p>	<p style="text-align: center;">ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</p> <p>Περικαρδίτιδα Υπέρταση Αρτηριοσκλήρυνση Μυοκαρδιοπάθεια Οίδημα Διαστολική δυσλειτουργία</p>
<p style="text-align: center;">ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</p> <p>Πλευρίτιδα Πνευμονικό οίδημα Ουραιμικός πνεύμονας</p>	<p style="text-align: center;">ΔΕΡΜΑ</p> <p>Κνησμός Μελάγχρωση Επιβράδυνση επούλωσης τραυμάτων Ατροφία ονύχων</p>
<p style="text-align: center;">ΟΣΤΑ</p> <p>Οστεοδυστροφία Αμυλοείδωση Υπέρπαραθυρεοειδισμός Αδυναμική νόσος των οστών</p>	<p style="text-align: center;">ΔΙΑΦΟΡΑ</p> <p>Δίψα Ουραιμική απόπνοια Απώλεια βάρους Υποθερμία Διαταραχές στύσης</p>

2.3.1 Αίτια χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας

Υπέρταση

Η πίεση που ασκείται στα αγγεία είναι πολύ μεγάλη, οπότε μπορεί να καταστραφούν τα αγγεία που αιματώνουν τους νεφρούς και επομένως να επιδεινώσουν την νεφρική δυσλειτουργία. Σε περίπτωση που η νεφρική ανεπάρκεια προϋπάρχει, η υπέρταση μπορεί να συντελέσει στην εξέλιξη και την επιδείνωση της κατάστασης.

Σακχαρώδης διαβήτης

Όταν κυκλοφορεί μεγάλη ποσότητα γλυκόζης στο αίμα τα αγγεία καταστρέφονται με αποτέλεσμα να καταστρέφονται και τα αγγεία των νεφρών. Οι νεφροί δεν μπορούν να φιλτράρουν και να καθαρίσουν το αίμα. Συνεπώς δεν μπορούν να αποβάλουν από το σώμα το νερό και το αλάτι. Από τον διαβήτη πολλές φορές μπορεί να επηρεαστεί η κένωση της ουροδόχου κύστης .

Φάρμακα και ναρκωτικές ουσίες

Τα φάρμακα και ναρκωτικές ουσίες, όταν χρησιμοποιούνται σε χρόνια βάση προκαλούν προβλήματα στους νεφρούς μέχρι και την πλήρη καταστροφή τους.

Μόλυνση του ουροποιητικού

Τα μικρόβια που εισέρχονται από την ουροποιητική οδό έχουν ως αποτέλεσμα την μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος. Τις περισσότερες φορές η μόλυνση περιορίζεται στην ουροδόχο κύστη, μπορεί ωστόσο να επεκταθεί μέχρι και τους νεφρούς. Η εκδήλωση των μολύνσεων του ουροποιητικού γίνεται με συμπτώματα όπως είναι πόνος ή κάψιμο κατά την ούρηση, ενώ σε σοβαρότερες καταστάσεις παρουσιάζεται πυρετός και κάψιμο στην πλάτη.

Διάφορες νεφροπάθειες

Νεφροπάθειες πως για παράδειγμα σπειραματονεφρίτιδα, όπου από μια φλεγμονή των νεφρών μπορεί να εξελιχθεί και να συντελέσει στην απώλεια της νεφρικής λειτουργίας.

Νεφρολιθίαση

Ένα πρόβλημα στους περισσότερους ανθρώπους είναι η εμφάνιση πετρών στους νεφρούς. Οι πέτρες στους νεφρούς προκαλούν απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος. Η έλλειψη ποσότητας υγρών στο οργανισμό και η κληρονομικές διαταραχές αποτελούν σημαντικές αιτίες εμφάνισης πέτρας.⁹

2.3.2 Συμπτώματα Νεφρικής Ανεπάρκειας

Τα κύρια συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση ,η απώλεια των πρωτεϊνών στα ούρα, τα οιδήματα και ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Οι επιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στους ενήλικους εμφανίζονται στα οστά, γιατί το ασβέστιο που βρίσκεται αποθηκευμένο σε αυτά αποσπάται στην κυκλοφορία για να αναπληρώσει την ανάγκη για ισορροπία μεταξύ φωσφόρου και ασβεστίου. Το πρόβλημα αυτό οδηγεί σε νεφρική οστεοδυστροφία.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια εμποδίζει τα κύτταρα να παράγουν ινσουλίνη, με αποτέλεσμα να αναγκάζεται το πάγκρεας να παράγει περισσότερη, προκαλώντας έτσι υπερινσουλιναίμια.

Επίσης αυξάνεται η πίεση στα αγγεία λόγω της κατακράτησης του νερού και του νατρίου, με αποτέλεσμα να προκαλείται υπέρταση .

Στους χρόνιους νεφροπαθείς συνήθως παρουσιάζονται προβλήματα δύσπνοιας, τα οποία σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια πρωτεΐνης μπορεί να προκαλέσουν οιδήματα στους πνεύμονες.

Ακόμα στο πεπτικό σύστημα η νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζεται μέσω γαστρίτιδων, ξηροστομίας, φλεγμονής του οισοφάγου, έλκους και οιδήματος στον κοιλιακό χώρο.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται όσον αφορά το νευρικό σύστημα είναι κράμπες στα πόδια την νύχτα, δυσκολία στο βάδισμα, διαταραχές του ύπνου και σεξουαλικές διαταραχές.

Τέλος στο αναπαραγωγικό σύστημα, οι άνδρες παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης και στειρότητα, ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν διαταραχές ή και απώλεια της έμμηνου ρύσης και της γαλακτόρροιας.¹⁰

2.3.3 Διάγνωση της νεφρικής ανεπάρκειας

Η διάγνωση της νεφρικής ανεπάρκειας μπορεί να προκύψει από έναν ολοκληρωμένο έλεγχο όπως: ακτινογραφία θώρακος, αξονική τομογραφία, νεφρική βιοψία, σπινθηρογράφημα, νεφρόγραμμα, ηλεκτρολύτες πλάσματος, εξέταση αίματος(ουρία, κρεατινίνη, γενική αίματος). Επίσης , καλλιέργεια ούρων και μικροσκοπική ανάλυση ούρων.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η αιμοκάθαρση ή αλλιώς αιμοδιάλυση αποτελεί τη βασική μέθοδο αποκατάστασης της νεφρικής δυσλειτουργίας. Με την διαδικασία της αιμοκάθαρσης το αίμα φιλτράρεται και αφαιρούνται από αυτό άχρηστες ουσίες και τα υγρά. Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης εκτελείται όταν ο νεφρός δεν είναι σε θέση να φιλτράρει το αίμα.

Το υγρό που χρησιμοποιείται στην αιμοκάθαρση είναι ένα αποστειρωμένο διάλυμα στο οποίο υπάρχουν και μεταλλικά ιόντα. Το κάλλιο, το μαγνήσιο και ο φώσφορος βρίσκονται σε μικρές ποσότητες μέσα στο διάλυμα, έτσι ώστε να είναι δυνατή η διάχυση από το αίμα. Από την άλλη πλευρά, μέσα στο διάλυμα υπάρχουν και στοιχεία νατρίου και χλωρίου, σε φυσιολογικές όμως ποσότητες, προκειμένου να μπορούν να εξισορροπηθούν με αυτές του πλάσματος.¹¹

Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης μπορεί να πραγματοποιηθεί εντός νοσοκομειακού χώρου αλλά και στο σπίτι. Η χρόνια αιμοκάθαρση πραγματοποιείται σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, ή κλινικές τεχνητού νεφρού, οι οποίες στελεχώνονται από έμπειρο επιστημονικό προσωπικό και νοσηλευτές.

Για την διαδικασία της αιμοκάθαρσης στο σπίτι απαιτείται να υπάρχει κάποιο συγγενικό πρόσωπο για να βοηθά τον ασθενή ενώ παράλληλα είναι απαραίτητος ο έλεγχος από κάποιον νοσηλευτή.

Υπάρχουν τρεις μέθοδοι νεφρικής αποκατάστασης: η αιμοκάθαρση, η περιτοναϊκή κάθαρση και η μεταμόσχευση νεφρού. Η αιμοκάθαρση στο σπίτι είναι λιγότερο συχνή μέθοδος. Η πιο διαδεδομένη είναι η αιμοκάθαρση.¹²

Η ιστορία της αιμοκάθαρσης

Το 1827 ο Άγγλος γιατρός R.Bright ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις κλινικές εκδηλώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Το 1854 ένας χημικός από τη Σκωτία, ο T.Graham, παρουσίασε τις αρχές της μετακίνησης διαλυμένων ουσιών διαμέσου ημιδιαπερατής μεμβράνης. Το 1913 ο J.Abel από την Βαλτιμόρη των ΗΠΑ πραγματοποίησε τα πρώτα πειράματα αιμοκάθαρσης σε ζώα χρησιμοποιώντας ιρουδίνη ως αντιπηκτικό. Το 1924 ο Γερμανός γιατρός G.Haas, ήταν ο πρώτος που δοκίμασε να εφαρμόσει την αιμοκάθαρση σε ανθρώπους, χωρίς όμως να έχει κάποια επιτυχία. Χρησιμοποίησε μεμβράνες βασισμένες στην κυτταρίνη και στην ηπαρίνη ως αντιπηκτικό. Το 1943, κατά την διάρκεια

του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, ο Ολλανδός γιατρός W.Kolff έφτιαξε έναν πρωτόγονο τεχνητό νεφρό. Σε αυτόν ανήκει και η τιμή της πρώτης επιτυχούς αιμοκάθαρσης σε ασθενή με οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Το 1946 ο Σουηδός γιατρός N.Alwall, βελτίωσε σημαντικά τον τεχνητό νεφρό δίνοντας την δυνατότητα της απομάκρυνσης της περίσσειας των υγρών από τον ασθενή. Λίγο αργότερα το 1960 τρεις γιατροί στο Σιάτλ των ΗΠΑ τοποθέτησαν το πρώτο αρτηριοφλεβικό shunt από πλαστικά σωληνάκια. Δημιούργησαν την πρώτη αγγειακή προσπέλαση για μακροχρόνια χρήση. Η πρώτη μονάδα τεχνητού νεφρού για χρόνιους ασθενείς δημιουργήθηκε από τον B.Scribner. Το 1966 οι Cimino και Brescia βελτίωσαν σημαντικά την αγγειακή προσπέλαση εκτελώντας την πρώτη αρτηριο-φλεβική αναστόμωση γνωστή ως φίστουλα.¹³

3.2 Το σύστημα της αιμοκάθαρσης

Το σύστημα της αιμοκάθαρσης αποτελείται από τα εξής:

Φίλτρο (τεχνητός νεφρός): αποτελείται από το χώρο του αίματος, τον χώρο του διαλύματος και την ημιδιαπερατή μεμβράνη. Μικρά μόρια, όπως ηλεκτρολύτες, νερό και άχρηστες ουσίες διέρχονται την μεμβράνη ενώ τα ερυθρά αιμοσφαίρια, οι πρωτεΐνες και τα βακτήρια είναι πολύ μεγάλα για να την διαπεράσουν.

Διάλυμα: Διάλυμα ηλεκτρολυτών παρόμοιο με το φυσιολογικό πλάσμα. Η συγκέντρωση καλίου ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Απαραίτητη είναι η συγκέντρωση γλυκόζης για την αποφυγή αλλαγών στην συγκέντρωση αυτή στον ορό και στην οσμωτικότητα. Αν η γλυκόζη είναι μεγάλο μόριο μπορεί να περάσει από την ημιδιαπερατή μεμβράνη με αποτέλεσμα την πρόκληση υπογλυκαιμίας. Με την προσθήκη γλυκόζης περιορίζεται η πιθανότητα.

Αγγειακή προσπέλαση: Ο ρυθμός παροχής αίματος είναι 200-300 mL/min.¹¹

Για να έρθει σε επαφή το αίμα με το φίλτρο στην αιμοκάθαρση χρησιμοποιούνται τρεις μέθοδοι: ενδοφλέβιος καθετήρας, αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία (fistula) και συνθετικό μόσχευμα.

Ενδοφλέβιος καθετήρας

Ο ενδοφλέβιος καθετήρας αποτελείται από ένα πλαστικό καθετήρα με δύο αυλούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να υπάρχουν δύο ανεξάρτητοι καθετήρες οι οποίοι μπαίνουν σε μία μεγάλη φλέβα του τραχήλου, ή στην μηριαία φλέβα. Ο καθετήρας αποκαλείται κεντρικός φλεβικός καθετήρας, υποκλείδιος ή σφαγιτιδικός. Ο καθετήρας που εισέρχεται είτε στην μεγάλη φλέβα είτε στην μηριαία, επιτρέπει να απαχθούν μεγάλες ροές αίματος από το

ένα αυλό, να εισέρχονται στο σύστημα της αιμοκάθαρσης και να επιστρέφουν καθαρές πλέον από τον άλλο αυλό στο σώμα. Η ποσότητα του αίματος είναι μικρότερη από μια καλά λειτουργούσα φίστουλα ή μόσχευμα. Οι ενδοφλέβιοι καθετήρες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

Όχι σήραγγας (Non-tunneled): Οι καθετήρες αυτοί είναι για μικρής διάρκειας πρόσβαση, μέχρι δέκα ημερών περίπου, αλλά συνήθως χρησιμοποιούνται και για μία συνεδρία μόνο και ο καθετήρας αναδύεται από το δέρμα στο σημείο εισόδου της φλέβας.

Σήραγγας (tunneled): Οι καθετήρες σήραγγας περιλαμβάνουν έναν μακρύ καθετήρα που περνάει σε σήραγγα κάτω από το δέρμα, από το σημείο εισόδου στη φλέβα σε ένα σημείο εξόδου σε κάποια απόσταση μακριά. Συνήθως τοποθετείται στην έσω σφαγίτιδα φλέβα στο λαιμό και το σημείο εξόδου είναι στο θώρακα. Το tunnel δρα σαν φράγμα μικροβίων, αλλά οι καθετήρες αυτοί είναι σχεδιασμένοι για βραχείας και μέσης διάρκειας χρήση, δηλαδή για μερικές εβδομάδες μέχρι κάποιους μήνες για το λόγο ότι είναι πιθανός ο κίνδυνος της λοίμωξης.¹⁰

Εκτός από τις λοιμώξεις, η φλεβική στένωση είναι ένα σοβαρό πρόβλημα με τους καθετήρες. Ο καθετήρας είναι ένα ξένο σώμα και συχνά προκαλεί φλεγμονώδη αντίδραση στο τοίχωμα της φλέβας, με αποτέλεσμα την στένωση της φλέβας σε σημείο απόφραξης. Ο καθετήρας θα πρέπει να απομακρυνθεί το γρηγορότερο και η πρόσβαση να γίνεται με άλλο τρόπο, γιατί η απόφραξη μπορεί να αποβεί θανάσιμη.

Οι καθετήρες χρησιμοποιούνται κυρίως στην οξεία νεφρική ανεπάρκεια ή σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που περιμένουν μεγάλο χρονικό διάστημα προκειμένου να ωριμάσει η φίστουλα ή το μόσχευμα. Οι καθετήρες είναι δημοφιλείς στους ασθενείς για το λόγο ότι συνδέονται στο μηχάνημα χωρίς τη χρήση βελόνας και τα χέρια είναι ελεύθερα κατά τη συνεδρία.¹²

Αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία (fistula)

Αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία (φίστουλα) είναι η μέθοδος μέσα από την οποία γίνεται η εκλογή του αίματος για την αιμοκάθαρση. Για την δημιουργία μιας φίστουλας ο αγγειοχειρουργός ενώνει μια φλέβα με μια αρτηρία μέσω μιας αναστόμωσης. Με αυτήν την διαδικασία το αίμα ρέει γρήγορα μέσω της παράκαμψης που δημιουργεί η φίστουλα.

Επίσης οι φίστουλες δημιουργούνται κυρίως στο μη κυρίαρχο χέρι είτε στο αντιβράχιο, είτε πάνω από τον αγκώνα. Το αντιβράχιο είναι το σημείο συνένωσης της κερκιδικής αρτηρίας με την κεφαλική φλέβα, ενώ πάνω από τον αγκώνα για το σημείο στένωσης της βραχιόνιας αρτηρίας με την κεφαλική φλέβα. Στην περίπτωση που κάποιος ασθενής βάλει το

δάχτυλο του πάνω σε μια ώριμη φίστουλα, τότε θα αισθανθεί την ροή του αίματος. Η αίσθηση που θα δημιουργηθεί ονομάζεται ροίζος και παράγει ένα φύσημα το οποίο ακούγεται και με το στηθοσκόπιο πάνω από το σημείο της φίστουλας.

Η ωρίμανση της φίστουλας απαιτεί ένα ορισμένο χρονικό διάστημα το οποίο συνήθως κυμαίνεται μεταξύ δύο έως τριών μηνών. Κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης τοποθετούνται στην φίστουλα δύο βελόνες.

Από τη μία βελόνα εξέρχεται το αίμα, καθαρίζεται από τα απόβλητα και τις άχρηστες ουσίες μέσα από το σύστημα της αιμοκάθαρσης και στη συνέχεια εισέρχεται πάλι στο σώμα μέσα από την δεύτερη βελόνα. Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας είναι η χαμηλή πιθανότητα πρόκλησης θρομβώσεων και η χαμηλή εμφάνιση των λοιμώξεων. Αυτό συμβαίνει για το λόγο ότι το σύστημα της φίστουλας δεν περιλαμβάνει ξένα υλικά και επιπλέον επιτυγχάνονται γρήγορες ροές του αίματος, με αποτέλεσμα η αιμοκάθαρση να χαρακτηρίζεται πιο δραστική. Ωστόσο, αν η φίστουλα έχει υψηλή ροή και το αγγειακό δίκτυο που υποστηρίζει το υπόλοιπο χέρι είναι φτωχό τότε μπορεί να συμβεί το γνωστό σύνδρομο της υποκλοπής. Στο συγκεκριμένο σύνδρομο το αίμα που εισέρχεται στο άκρο τραβιέται προς την φίστουλα και επιστρέφει στη γενική κυκλοφορία χωρίς να αιμάτωσε το υπόλοιπο χέρι. Αυτό μπορεί να προκαλέσει παγωμένο άκρο, επώδυνες κράμπες και, αν η υποκλοπή είναι σοβαρή, ενδεχομένως να προκληθεί ιστική ισχαιμία.

Μια πιο μακροπρόθεσμη επιλοκή είναι η εξέλιξη ανευρύσματος. Πρόκειται για μια διάταση του τοιχώματος της φλέβας που εξασθενεί από την επαναλαμβανόμενη εισαγωγή των βελονών. Προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος ανευρύσματος, θα πρέπει να γίνεται κυκλική εναλλαγή θέσεων στην παρακέντηση ή ακόμη και στη χρήση της μεθόδου της «κουμπότρυπας» στην οποία υπάρχει ένα σταθερό σημείο. Τα ανευρύσματα μπορεί να χρειαστούν χειρουργική διόρθωση και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να ελαχιστοποιήσουν τον λειτουργικό χρόνο ζωής της φίστουλας.¹²

Συνθετικό μόσχευμα

Παρόμοιο με την φίστουλα είναι και το αρτηριοφλεβικά μόσχευμα με τη διαφορά ότι ένα τεχνικό αγγείο ενώνει μια αρτηρία και μια φλέβα. Το μόσχευμα συνήθως είναι ένα συνθετικό υλικό, συχνά πολυτετραφθοροαιθυλένιο (PTEE), ενώ ορισμένες φορές χρησιμοποιείται και μία αποστειρωμένη φλέβα ζώου. Τα μόσχευμα χρησιμοποιούνται όταν το φυσικό αγγείο του ασθενούς δεν επιτρέπει την φίστουλα. Ωριμάζουν γρήγορα και μπορούν να είναι έτοιμα μερικές εβδομάδες συντομότερα από την φίστουλα. Ωστόσο υπάρχει και υψηλός κίνδυνος για στένωση που μπορεί να οδηγήσει σε πήγμα και θρόμβωση. Ως ξένα

σώματα τα συνθετικά μοσχεύματα ενδέχεται να μολυνθούν ευκολότερα. Τέλος, μπορεί να τοποθετηθούν σε περισσότερες θέσεις επειδή έχουν μεγάλο μήκος όπως στον μηρό η στον τράχηλο.¹¹

Το πλεονέκτημα της αιμοκάθαρσης είναι η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα που παρέχει σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους. Επίσης χαρακτηρίζεται από τα χαμηλά επίπεδα θνησιμότητας. Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης απαιτεί σύντομες και συχνές συνεδρίες, ενώ όταν χρειάζεται ισορροπία των υγρών και των χημικών μπορεί να μεταβληθεί ταχύτατα. Τέλος, επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της αρτηριακής πίεσης και τον κοιλιακών κραμπών, ενώ, όσο αφορά τις διατροφικές συνήθειες, ο περιορισμός της διαίτας συγκριτικά με την διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης είναι μικρότερος.

Το μειονέκτημα της αιμοκάθαρσης είναι ότι υπάρχει κίνδυνος ρήξης της ισορροπίας λόγω ταχύτατων μεταβολών στα υγρά και στις βιομηχανικές παραμέτρους. Εξάλλου, η απώλεια αίματος μπορεί να οδηγήσει στην ανάγκη για μετάγγιση. Επίσης πιθανή είναι δυσκολία στην διατήρηση της αγγειακής προσπέλασης. Ακόμα απαιτείται χρόνος για την ρύθμιση και τον καθαρισμό του μηχανήματος. Τέλος απαιτείται ειδικός εξοπλισμός και εκπαιδευμένο προσωπικό και παράλληλα αυξημένες δαπάνες για τον εξοπλισμό και το βοηθητικό προσωπικό είτε πρόκειται για νοσηλευτή είτε για τεχνικό προσωπικό.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970 η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών αναπτύσσει τα πρώτα προγράμματα για την περιτοναϊκή κάθαρση. Η διαδικασία την περιτοναϊκής κάθαρσης μέχρι τα τέλη του 1960 παρουσίαζε δύο βασικά προβλήματα. Το πρώτο αφορούσε το υλικό κατασκευής των καθετήρων, οι οποίοι ήταν από γυαλί που δυσκόλευε στην αποθήκευση των περιτοναϊκών διαλυμάτων εντός του νοσοκομείου. Το δεύτερο πρόβλημα σχετιζόταν επίσης με το υλικό κατασκευής των καθετήρων καθώς θα έπρεπε να είναι μόνιμα τοποθετημένο στον ασθενή. Η λύση σε αυτά τα προβλήματα επήλθε στα τέλη του 1960 ο Tenckhoff παρουσιάζει ένα καθετήρα κατασκευασμένο από σιλικόνη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης σε μεγαλύτερο βαθμό επιλύοντας τα δύο βασικά προβλήματα που καθιστούν την συγκεκριμένη διαδικασία μη εφαρμόσιμη.

Σε αυτή την μέθοδο οι ουσίες μετακινούνται μέσα από το περιτόναιο το οποίο αποτελεί έναν ορογόνο υμένα που καλύπτει την περιτοναϊκή κοιλότητα και τα ενδοκοιλιακά όργανα.

Πρόκειται για μια μεμβράνη η οποία αποτελείται από δύο πέταλα: το τοιχωματικό πέταλο, το οποίο καλύπτει το διάφραγμα και τα τοιχώματα της κοιλιακής χώρας και το περιπλαχνικό πέταλο, το οποίο καλύπτει τα όργανα της κοιλιακής χώρας(στομάχι, έντερο, σπλήνας, ήπαρ και παράλληλα το μεσεντέριο και το μεσόκολο).

Η επιφάνεια του περιτοναίου, ή αλλιώς περιτοναϊκής μεμβράνης είναι περίπου 1 με 2 m² από την οποία το 80% αντιστοιχεί στο περιπλαχνικό πέταλο και το άλλο 20% αντιστοιχεί στο τοιχωματικό πέταλο.¹¹

Κατά τη διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης οι άχρηστες ουσίες αποβάλλονται στο περιτοναϊκό διάλυμα, το οποίο βρίσκεται σε έναν καθετήρα, ενώ οι άχρηστες ουσίες μετακινούνται μέσα από το διάλυμα στον ενδαγγειακό χώρο.

Κατά την εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης σε μεγαλύτερο ποσοστό συμμετέχει το τοιχωματικό περιτόναιο καθώς μόλις το 1/3 του σπλαχνικού περιτόναιου βρίσκεται σε επαφή με το περιτοναϊκό διάλειμμα.

Μεταξύ του διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα και του αιματικού διαμερίσματος υπάρχουν τρεις «φραγμοί»: το αγγειακό τοίχωμα, το υπόστρωμα και το μεσοθήλιο.

Η μετακίνηση ενός μορίου από το ενδαγγειακό στον ενδοπεριτοναϊκό χώρο προϋποθέτει τη διάβαση του διαδοχικά από έξι ανατομικά διακριτικές περιοχές, οι οποίες αναγράφονται στην συνέχεια.

Το ενδαγγειακό μεμβρανώδες κάλυμμα, το ενδοθηλιακό κύτταρο, η ενδοθηλιακή βασική, μεμβράνη, ο διάμεσος χώρος, τα μεσοθηλιακά κύτταρα και το ενδοπεριτοναϊκό μεμβρανώδες κάλυμμα.

Η μεταφορά των ουσιών από την αιματική κυκλοφορία στην περιτοναϊκή κοιλότητα μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάχυση, υπερδιήθηση και ώσμωση.

Με διάχυση γίνεται κυρίως μεταφορά και η διακίνηση των μικρομοριακών ουσιών. Η διάχυση οφείλεται στην διαφορά συγκέντρωσης της ουρίας τους δύο χώρους και γίνεται προς την κατεύθυνση της ηλεκτροχημικής διαφοράς. Υπάρχουν παράγοντες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα του μηχανισμού της διάχυσης στην περιτοναϊκή μεταφορά ουσιών και αυτοί είναι:

Η θέση του σώματος, η οποία καθορίζει την δραστική επιφάνεια του περιτοναίου. Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση υπάρχει καλύτερη κατανομή του διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα

Η σπλαχνική ροή και ο αριθμός των αιματούμενων τριχοειδών, τα οποία επηρεάζουν το pH του διαλύματος.

Τα ηλεκτρικά φορτία, από τα οποία εξαρτάται η μεταφορά των αρνητικών φορτισμένων μακρομορίων.

Υπερδιήθηση είναι η μεταφορά διαλύματος μέσω της περιτοναϊκής μεμβράνης λόγω της ύπαρξης διαφοράς πίεσης. Μέσω του φαινομένου αυτού επιτυγχάνεται ταχεία μεταφορά νερού και μεγαλομοριακών ουσιών από τα τριχοειδή της περιτοναϊκής μεμβράνης στην περιτοναϊκή κοιλότητα κατά την εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης. Τα χάσματα μεταξύ των ενδοθηλιακών κυττάρων, η δια-κυτταρική μεταφορά H₂O μέσω στενών συνδέσμων των κυττάρων, αποτελούν παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της υπερδιήθησης στην περιτοναϊκή κάθαρση.

Το φαινόμενο της ώσμωσης είναι υπεύθυνο για την συμπλήρωση της υπερδιήθησης στην περιτοναϊκή κάθαρση, όπου ο χρησιμοποιούμενος ωσμωτικός παράγοντας είναι η γλυκόζη.²

Τα τελευταία χρόνια στην διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης έχει αναπτυχθεί το μοντέλο των «τριών πόρων». Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό καθοριστικό ρόλο στην μεταφορά των ουσιών παίζει το τριχοειδικό ενδοθήλιο. Μέσα από το μοντέλο των «τριών πόρων» της περιτοναϊκής μεμβράνης, η διακίνηση των ουσιών γίνεται με μεγάλους πόρους (20-40 nm), με μικρούς πόρους (4-6nm) και πολύ μικρούς (< 0,8nm).²

4.2 Μέθοδοι περιτοναϊκής κάθαρσης

Οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν στην διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης, προσέρχονται καθημερινά στα κέντρα εκπαίδευσης μέχρι να διασφαλιστεί η ασφάλεια τους και η αποτελεσματική ανταλλαγή των διαλυμάτων. Η κατάρτιση διαρκεί συνήθως μία με δύο βδομάδες.

Υπάρχουν δύο μέθοδοι περιτοναϊκής κάθαρσης .

Η πρώτη μέθοδος είναι η συνεχής μη νοσοκομειακή περιτοναϊκή κάθαρση. Στην μη νοσοκομειακή περιτοναϊκή κάθαρση, οι ανταλλαγές εκτελούνται με το χέρι κατά τη διάρκεια της μέρας από τον ίδιο τον ασθενή. Οι ανταλλαγές γίνονται κατά κανόνα στο πρόγευμα, το μεσημεριανό γεύμα, αργά το απόγευμα και το βράδυ. Κάθε ανταλλαγή 2-3 λίτρων του διαλύματος αιμοκάθαρσης διαρκεί περίπου 45 λεπτά μέχρι να ολοκληρωθεί. Αυτές οι ανταλλαγές γίνονται σε διάστημα 4-6 ωρών κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μετά την αποστράγγιση του χρησιμοποιημένου διαλύματος, η σακούλα αποστράγγισης αποσυνδέεται από τον καθετήρα και απορρίπτεται.

Η δεύτερη μέθοδος είναι η αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση. Οι ανταλλαγές σε αυτή την περίπτωση πραγματοποιούνται για 8-10 ώρες κατά την διάρκεια της νύχτας με την χρησιμοποίηση ενός αυτοματοποιημένου κυκλοποιητή. Αυτό το μηχάνημα επιτρέπει να γεμίζει και να αποσραγγίζεται αυτόματα το διάλυμα αιμοκάθαρσης από την κοιλιακή κοιλότητα ενώ ο ασθενής κοιμάται. Μερικές φορές ενδέχεται να χρειαστεί να γίνει και μία ανταλλαγή κατά διάρκεια της ημέρας.

Όσον αφορά την τοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα επισημαίνοντας κάποια σημαντικά βήματα πριν την έναρξη της διαδικασίας της περιτοναϊκής κάθαρσης:

Κάθε κέντρο πρέπει να διαθέτει εξειδικευμένη μονάδα για την θετική τοποθέτηση και φροντίδα των περιτοναϊκών καθετήρων.

Όπου είναι δυνατόν η τοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα πρέπει να γίνεται δύο εβδομάδες πριν την έναρξη της μεθόδου και οι όγκοι του περιτοναϊκού διαλύματος κατά την πρώτη χρήση του, πρέπει να είναι μικροί και ο ασθενής σε ύπτια θέση.

Είναι απαραίτητη η ύπαρξη πρωτόκολλου τοποθέτησης περιτοναϊκού καθετήρα, στο οποίο θα συμπεριλαμβάνεται και η χορήγηση προφυλακτικής αντιμικροβιακής αγωγής.

Δεν υπάρχει καμία υπεροχή κάποιου περιτοναϊκού καθετήρα έναντι ενός άλλου.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

5.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο όρος «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα, συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι σχετικά συχνό φαινόμενο, δεν έχουμε καταλήξει σχετικά με το αν πρόκειται ουσιαστικά για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Υπάρχει όμως ομοφωνία στο ότι η κατάθλιψη παρουσιάζεται ως παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στον καθένα από εμάς μέχρι την βαριά κατάθλιψη. Πάντως η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών ψυχολογικών και οργανικών διαδικασιών.¹⁸

5.2 Ιστορία της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους «μελαγχολία» και «μανία» απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές. Ο όρος μανία αντιστοιχεί στις λειτουργικές ψυχώσεις ενώ ο όρος μελαγχολία στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στην νοσολογική έννοια της κατάθλιψης όπως έχει διαμορφωθεί ως σήμερα. Ακόμα ο Όμηρος στην *Ιλιάδα* περιγράφει την αυτοκτονία του Αίαντα ως αποτέλεσμα της λύπης και της κατάθλιψης του. Η ονομασία «κατάθλιψη» δόθηκε για πρώτη φορά το 1660, ενώ η ευρεία χρήση του όρου «κατάθλιψη» επικράτησε τον 19ο αιώνα.¹⁹

Ένας σημαντικός λόγος που καθιστά την διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης αναγκαία είναι η πρόληψη των αυτοκτονιών. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν συναισθήματα ενοχής, αναξιοτήτας και απελπισίας, αντιλαμβάνονται τα προβλήματά τους ως ανυπέρβλητα και γενικότερα πιστεύουν ότι βρίσκονται σε αδιέξοδο καταφεύγοντας στην αυτοκτονία ως ένα τρόπο να σταματήσουν να υποφέρουν.

Συχνά ο όρος «κατάθλιψη» δημιουργεί σύγχυση, ασάφεια και διαγνωστικές δυσκολίες και για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητη η διάκριση μεταξύ των παρακάτω όρων:

Καταθλιπτικό συναίσθημα: Είναι το δυσάρεστο η αρνητικό υποκειμενικό αίσθημα η βίωμα του ατόμου, που είναι δυνατόν να εκδηλωθεί σε κάθε δεδομένη στιγμή.

Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση: Είναι η παρουσία κατεξοχήν καταθλιπτικών συναισθημάτων κατά τη διάρκεια σχετικά μεγάλου χρονικού διαστήματος. Ενίοτε μπορεί να ασκεί διαβρωτική επίδραση σε όλη την λειτουργικότητα του ατόμου.

Καταθλιπτική διαταραχή: Είναι κλινικό σύνδρομο το οποίο συγκροτεί διάφορα συμπτώματα με προέχον χαρακτηριστικό την ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν δομή συνδρόμου ο οποίος περιλαμβάνει σχηματισμό σημείων και συμπτωμάτων που σχετίζονται μεταξύ τους και έχει συγκεκριμένη χρονική πορεία και έκβαση. Η συμπτωματική δομή διακρίνεται από άλλες ψυχοπαθολογικές δομές.¹⁹

5.3 Δομική συγκρότηση της κατάθλιψης

Η δομική συγκρότηση της καταθλιπτικής διαταραχής επιβάλλει την κατανομή των επιμέρους συμπτωμάτων σε πέντε βασικές διαστάσεις, τη συναισθηματική, συμπεριφορική, σωματική, γνωστική και την λειτουργική.

Συναισθηματική διάσταση: Η παθολογία της καταθλιπτικής διάθεσης συνίσταται στο ότι είναι δυσανάλογη προς αυτό που συμβαίνει στη ζωή του ατόμου, επιδρά σε όλη την λειτουργικότητα του ατόμου και έχει αυτονομία σε σχέση με άλλες συγκυρίες, για παράδειγμα δεν μεταβάλλεται με τις μεταβολές των εξωτερικών συνθηκών. Στην συναισθηματική διάσταση μπορούν να παρατηρηθεί καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση, άγχος και ευερεθιστότητα, ένταση, θυμός και εκνευρισμός σε κάθε απελπισία, απόγνωση. Επίσης υπάρχει απώλεια ενδιαφέροντος για τις συνήθειες δραστηριότητες, απώλεια ευχαρίστησης από δραστηριότητες που προηγουμένα ήταν ευχάριστες. Σε σοβαρό βαθμό κατάθλιψης υπάρχει πλήρης απώλεια του ενδιαφέροντος και αδυναμία βίωσης συναισθημάτων ακόμα και των πιο τραγικών συμβάντων. Η καταθλιπτική διάθεση παρουσιάζει διακυμάνσεις ως προς το χρόνο, για παράδειγμα μπορεί να είναι εντονότερη το πρωί και να βελτιώνεται το βράδυ ή να είναι εντονότερη σε περιόδους στις οποίες ο ασθενής βιώνει ως δύσκολες.

Συμπεριφορική διάσταση: Σε αυτή την διάσταση ο ασθενής δυσκολεύεται ακόμα και να κινητοποιηθεί για να κάνει τις πιο απλές πράξεις, ενώ η προτροπή ή απειλή τον κάνει πιο αδρανή. Επίσης συχνά χρονοτριβεί αποφεύγοντας να αναλάβει ευθύνες και δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις. Στην μείζονα κατάθλιψη υπάρχει ψυχοκινητική επιβράδυνση με απουσία ή μείωση των αυθόρμητων κινήσεων, σκυφτή στάση σώματος και χαμηλωμένο βλέμμα, μειωμένη ροή λόγου, καθυστέρηση στις απαντήσεις, υποκειμενική αίσθηση επιβράδυνσης της σκέψης.

Σωματική διάσταση: Οι κυριότερες σωματικές εκδηλώσεις είναι η ανορεξία, η απώλεια βάρους και η κόπωση. Σε σοβαρές περιπτώσεις, η ανορεξία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υποσιτισμό και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αντιθέτως σε ηπιότερες καταστάσεις είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αύξηση της προσλαμβανόμενης τροφής και σωματικού βάρους, γεγονός που επιδεινώνει άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα όπως η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές ως προς την επάρκεια του ύπνου. Συχνά υπάρχει μειωμένη ή ανύπαρκτη σεξουαλική επιθυμία και σε μερικές γυναίκες προσωρινή αμηνόρροια. Η συχνότητα και σοβαρότητα των συμπτωμάτων της σωματικής διάστασης αυξάνεται ανάλογα με την βαρύτητα της κατάθλιψης και την ηλικία.

Γνωστική διάσταση: Το άτομο έχει αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ιδέες ανεπάρκειας, απώλειας, αποτυχίας ήττας, αναξιότητας και αποστέρησης. Ως προς τη λειτουργία της σκέψης υπάρχουν μηχανισμοί γνωστικής διαστρέβλωσης με τάση για ανεύρεση αποδείξεων που να στηρίζουν την αρνητική

εκτίμηση του εαυτού και με εκλεκτική επιλογή των δεδομένων ώστε να απαρτίζουν την αρνητική εικόνα. Η διαταραχή του περιεχομένου της σκέψης μπορεί να φτάσει έως τις παραληρητικές ιδέες και αφορά στα 15% της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Επίσης υπάρχει απαισιοδοξία και απώλεια της ελπίδας, η οποία σχετίζεται με τις ιδέες του θανάτου και αυτοκτονικού ιδεασμού ως μιας προσπάθειας απαλλαγής από τα βάσανα.

Στις μείζονες καταθλίψεις υπάρχει διαταραχή των νοητικών λειτουργιών όπως διαταραχή της συγκέντρωσης και της προσοχής και εμφανίζει διαταραχές της μνήμης, όπως εύκολη απώλεια μνήμης και έκπτωση της μνημονικής ανάκλησης. Ακόμα υπάρχει ακαμψία στην επεξεργασία πληροφοριών αλλά και στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων.

Λειτουργική διάσταση: Υπάρχει διαταραχή της συνολικής λειτουργικότητας του ατόμου. Στον εργασιακό χώρο παρατηρείται ελάττωση της αποδοτικότητας και δημιουργικότητας ενώ στις διαπροσωπικές σχέσεις παρατηρείται δυσλειτουργία, κακή επικοινωνία, ένταση, τριβές, συγκρούσεις ρόλων και δυσκολία ανάληψης νέων ρόλων.¹

5.4 Αιτιολογία κατάθλιψης

Στη σημερινή εποχή η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Λόγω της στενής σχέσης με το πένθος και το συναίσθημα της θλίψης η κατάθλιψη θεωρήθηκε ως αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα της ζωής, όπως για παράδειγμα κάποια ασθένεια. Όμως κατά τις τελευταίες δεκαετίες η αλματώδης ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας της νευρογενετικής και των άλλων νευροεπιστημών έφερε στο προσκήνιο άλλους βιολογικούς – εγκεφαλικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για την εκδήλωση της. Πιστεύεται ότι η κατάθλιψη οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό στην εκδήλωση της. Η κατάθλιψη πάντως χαρακτηρίζεται ως νόσος του εγκεφάλου ανεξαρτήτως πιθανής συμμετοχής άλλων ποικίλων παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της.

Η εγκεφαλική λειτουργία σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων και υπερδραστηριότητας ορισμένων νευρικών ομάδων. Η ακριβής φύση της διαταραχής της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας δεν είναι γνωστή, θεωρείται όμως ότι στην κατάθλιψη παρατηρείται αύξηση του αριθμού και της λειτουργικής ετοιμότητας των υποδοχέων σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, που οδηγεί σε ελάττωση της διαθεσιμότητας αυτών των νευρομεταβιβαστών. Επίσης κεντρικό ρόλο στην αιτιολογία της κατάθλιψης έχει η διαταραχή των ετερορυθμιστικών ομοιοστατικών μηχανισμών της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας. Στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κατάθλιψη θεωρείται ότι υπάρχει

ενεργοποίηση του μεταιχμιακού συστήματος του προμετωπιαίου φλοιού, του ραβδωτού σώματος και του θαλάμου.

Θεωρείται ότι η ενεργοποίηση του αμυγδαλοειδούς πυρήνα σχετίζεται πρωταρχικά με την εμφάνιση της νόσου. Βέβαια ο αμυγδαλοειδής πυρήνας συμμετέχει στην πολύπλοκη εσωτερική διαδικασία παραγωγής των συναισθημάτων, όπως η ευχαρίστηση, ο πόνος, η ανταμοιβή και η τιμωρία. Ενεργοποιείται τόσο σε συνειδητά όσο και σε ασυνείδητα συναισθήματα και, μέσω των συνδέσεων της με τον υποθάλαμο και το νευρικό σύστημα, εκφράζει τις διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις. Η βιολογική/εγκεφαλική συνιστώσα της κατάθλιψης επίσης εκδηλώνεται μέσα από τις σχέσεις της με διαταραχές ορισμένων ενδοκρινών λειτουργικών, κυρίως με την ενεργοποίηση του υποθάλαμο-υποφυσικού άξονα. Στην κατάθλιψη παρατηρείται πως ένα ποσοστό 15% του πρώτου βαθμού συγγενών καταθλιπτικών ασθενών είναι κληρονομική.

Ωστόσο και ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το πένθος, η μετανάστευση, η ανεργία, η εμφάνιση σοβαρής σωματικής νόσου πολλές φορές προηγούνται της πρώτης εκδήλωσης κατάθλιψης. Η νόσος όμως αργότερα αυτονομείται και δεν χρειάζεται πλέον η παρουσία ψυχοπαιστικών παραγόντων για την εμφάνιση υποτροπών. Με την πάροδο του χρόνου ο εγκέφαλος ευαισθητοποιείται όλο και περισσότερο με αποτέλεσμα να εμφανίζονται επεισόδια χωρίς την ύπαρξη ερεθισμάτων. Τέλος άλλη μια παράμετρος που σχετίζεται με την εκδήλωση της κατάθλιψης είναι η ευαλωτότητα του νευρικού κυττάρου ως προς το χρόνιο άγχος. Το μοντέλο προδιάθεσης άγχους επιχειρεί να συνδέσει την γονιδιακή με την περιβαλλοντική επίδραση στην ανάπτυξη αυτής διαταραχής.

5.5 Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Παραπονούνται για ανύπαρκτες σωματικές ασθένειες, εκφράζουν παρανοειδής καταστάσεις, τέλος μπορεί να είναι λυπημένοι να εκφράζουν έντονη θλίψη.

Η εμφάνιση και η συμπεριφορά των καταθλιπτικών επηρεάζεται από την ψύχο-συναισθηματική βλάβη που τους διακατέχει. Εκφράζονται με άτονο και ικετευτικό βλέμμα, μειωμένη κινητικότητα, παραμελημένη εμφάνιση και η ομιλία τους είναι σε πολύ χαμηλούς τόνους. Το καταθλιπτικό συναίσθημα υπάρχει στο 90% των ασθενών. Έχουν την τάση να μεγαλοποιούν τα δυσάρεστα γεγονότα και να υποβαθμίζουν τα ευχάριστα. Χάνουν το ενδιαφέρον τους για τη δουλειά και το σπίτι και κυριαρχεί η αναβλητικότητα.

Το άγχος στους αναβλητικούς ασθενής είναι πολύ έντονο και ο ασθενής δεν μπορεί να ηρεμήσει.

Ο καταθλιπτικός ασθενής δεν μπορεί να λάβει ευχαρίστηση απ' τη ζωή κυριαρχεί ανηδονία. Πράξεις που παλιότερα συνήθισε να του προσφέρουν ευχαρίστηση και ηδονή πλέον τους φαίνονται ανούσιες.

Επίσης υπάρχουν διαταραχές σκέψεις.

Οι διαταραχές σκέψης ενός καταθλιπτικού ατόμου διακρίνονται σε :

Διαταραχές μορφής όπου υπάρχει: Πτώχεια ιδεών , μονοϊδεασμός και λιμνασμός ιδεών.

Διαταραχές του περιεχομένου όπου υπάρχουν: Παρερμηνείες -Παραληρητικές ιδέες.

Επίσης παρατηρούνται διαταραχές στην ομιλία, όπου ο τόνος της φωνής είναι χαμηλός και σε βαριές καταστάσεις φτάνει μέχρι αφωνία και αλαλία. Η ψυχοκινητική δραστηριότητα του ασθενούς είναι μειωμένη και παραπονείται για εύκολη κόπωση ,υπάρχει νωχελικότητας στις κινήσεις του, μέχρι που φτάνει στην καταθλιπτική εμβροντησία(stupor), δηλαδή στην πλήρη ψυχοκινητική αναστολή.²⁰

Οι γνωσιακές λειτουργίεςκαταθλιπτικού ατόμου επηρεάζονται. Εμφανίζει απώλεια προσανατολισμού και της πρόσφατης μνήμης, έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης. Τέλος,οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν και σωματικά συμπτώματα τα οποία είναι αποτέλεσμα της συναισθηματικής διαταραχής ή οφείλεται σε παρενέργειες των διαφόρων φαρμάκων που λαμβάνουν. Αυτά τα συμπτώματα είναι αϋπνία, διαταραχή τις όρεξης, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, υπόταση ,διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και σεξουαλική ανικανότητα.

Όταν τα συμπτώματα αν δεν διαγνωστούν εγκαίρως από τους επιστήμονες υγείας τότε υπάρχει η πιθανότητα να μην προλάβουμε τυχόν απόπειρα αυτοκτονίας του ασθενή.²¹

5.6 Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης

Τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια κατάθλιψη είναι: καταθλιπτικό συναίσθημα ,μείωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης από ασχολίες που προηγουμένως ευχαριστούσαν τον ασθενή, επίσης, μείωση της όρεξης(απώλεια βάρος μεγαλύτερο του 5% σε ένα μήνα), αϋπνία ή αντίθετα υπερυπνία, ψυχοκινητική ανησυχία ή αντίθετα ψυχοκινητική επιβράδυνση, κόπωση η απώλεια ενεργητικότητας, συναίσθημα απαξίας ή ενοχής, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και σκέψεις, αναποφασιστικότητα, και τέλος αυτοκαταστροφικός ιδεασμός

Από τα κριτήρια αυτά πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 κατά την ίδια δεκαπενθήμερη περίοδο και μέσα σε αυτά τα 5 θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον το πρώτο ή το δεύτερο. Βέβαια για να καταλήξουμε στην διάγνωση κατάθλιψης θα πρέπει αυτά τα συμπτώματα: Να μην οφείλεται σε πένθος,να μην προκαλούν σημαντική δυσφορία ή

διαταραχή στην λειτουργικότητα του ασθενούς και τέλος να μην οφείλεται στην χρήση ουσιών ή φαρμάκων.^{21 22}

5.7 Θεραπεία

Η επικρατέστερη θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Η επαναφορά του καταθλιπτικού ασθενή στην προνοσηρή κατάσταση, τόσο όσον αφορά την υποχώρηση των συμπτωμάτων όσο και την αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας επιτυγχάνεται συνήθως μέσα σε διάστημα τριών με έξι εβδομάδων.

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες φαρμάκων: τα αντικαταθλιπτικά, τις βενζοδιαζεπίνες και τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διαφοροποιούνται ως προς το είδος και τη συχνότητα χορήγησης λόγω διαφόρων σκευασμάτων αυτών των φαρμάκων.

Για την επιτυχή αγωγή αντικαταθλιπτικών συνίσταται χορήγηση της κατάλληλης δόσης για επαρκές χρονικό διάστημα. Η παραμονή σε ανεπαρκή δοσολογία εξαιτίας της εμφάνισης τυχόν παρενεργειών αποτελεί εσφαλμένη τακτική, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσεται γρήγορα ανοχή σε αυτές και η αύξηση της δόσης είναι εφικτή. Το σημαντικότερο μειονέκτημα της φαρμακευτικής θεραπείας είναι η καθυστερημένη εμφάνιση της αντικαταθλιπτικής τους δράσης (περίπου 3 εβδομάδες σε σχέση με την έναρξη της χορήγησης). Συνεπώς, η εγκατάλειψη ή η αλλαγή κάποιου θεραπευτικού σχήματος πριν την παρέλευση του χρονικού αυτού διαστήματος θεωρείται άστοχη. Αντιθέτως, η εξασφάλιση της συνεργασίας του ασθενή και του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος μέσω της λεπτομερούς ενημέρωσης και της διαβεβαίωσης ότι η καθυστέρηση στην εμφάνιση της δράσης του φαρμάκου δεν αποτελεί ένδειξη φαρμακευτικής αποτυχίας του, αποτελεί ουσιαστικό βήμα. Μετά την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος συνίσταται η συνέχιση της θεραπείας για μερικούς μήνες και η σταδιακή διακοπή με ταυτόχρονη παρακολούθηση του ασθενούς για την πρόληψη υποτροπών.¹⁹

Επί μη επαρκούς ανταπόκρισης στην χορηγημένη φαρμακευτική αντιμετώπιση συνίσταται επιλογή άλλου αντικαταθλιπτικού με διαφορετικό μηχανισμό δράσης και παράλληλη ενίσχυση με άλλες φαρμακευτικές ουσίες ή εφαρμογή μη φαρμακευτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η μακροχρόνια φαρμακευτική αντιμετώπιση χορηγείται σε διπολική διαταραχή, υποτροπιάζουσα κατάθλιψη με τρία τουλάχιστον επεισόδια ή δύο επεισόδια αλλά με την συνύπαρξη άλλων επιβαρυντικών παραγόντων.

Οι δύο επικρατέστερες κατηγορίες φαρμάκων είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή και ναραδρεναλίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης(MAO). Κοινός τρόπος δράσης τους είναι η αύξηση της σεροτονίνης ή και της νοραδρενεργικής δραστηριότητας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα κλασικά αντικαταθλιπτικά, τους νεότερους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) και μερικά νεότερα αντικαταθλιπτικά με εκλεκτικό μηχανισμό δράσης. Τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας έχουν την ίδια σχεδόν αποτελεσματικότητα ενώ τα νεότερα από τα SSRI και λοιπά εκλεκτικώς δρώντας εμφανίζουν ηπιότερες και λιγότερες παρενέργειες και μικρότερη τοξικότητα από τα κλασικά φάρμακα. Τα τρικυκλικά προκαλούν αντιχολινεργική δράση, ορθοστατική υπόταση και ταχυκαρδία.

Τα SSRIέχουν αντιαιμοπεταλιακή δράση η οποία σχετίζεται με διάφορες επιπλοκές. Για παράδειγμα η μεταβολή της ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων αποτελεί βασικό μηχανισμό αιφνίδιων θανάτων στους καρδιολογικούς ασθενείς. Επί συγχορήγησης με αντικαταθλιπτική αγωγή, η πρόσκληση αιμορραγίας μέσω της παράτασης του χρόνου προθρομβίνης αποτελεί την κύρια ανεπιθύμητη παρενέργεια. Πολλές φορές χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες σε συνδυασμό με την αντικαταθλιπτική αγωγή για βραχύ χρονικό διάστημα. Τα αντιψυχωσικά μπορούν να χορηγηθούν λόγω ανησυχίας για χαμηλό δοσολογικό σχήμα στους ηλικιωμένους κυρίως για την πρόληψη παρενεργειών.

Παρότι οι κλασικοί αναστολείς της MAO είχαν ικανοποιητική αποτελεσματικότητα κυρίως στην άτυπη κατάθλιψη, πλέον δεν χορηγούνται διότι μπορούν να προκαλέσουν δυνητικά θανατηφόρες φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και υπερτασική κρίση. Όσο αφορά την μακροχρόνια πρόβλεψη των υποτροπών της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται τα θυμορυθμιστικά φάρμακα τα οποία σταθεροποιούν το συναίσθημα.

Τα φάρμακα μπορεί ναχορηγούνται εφόρου ζωής υπό την προϋπόθεση ότι μετρώνται και αξιολογούνται τα επίπεδά τους στο πλάσμα.

Η επανεμφάνιση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα μακροχρόνιας χορήγησης αντικαταθλιπτικής αγωγής. Η επανεμφάνιση της νόσου εντός έξι μηνών από την έναρξη της αγωγής θεωρείται ότι οφείλεται σε αναζωπύρωση του προ ηγηθέντος επεισοδίου. Αντιθέτως η εμφάνιση νέου επεισοδίου πέραν του διαστήματος των έξι μηνών και εφόσον η κατάθλιψη είχε αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά,

πρέπει να θεωρείται ως υποτροπή. Η επανεμφάνιση της νόσου όσο ο ασθενής είναι υπό φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει αλλαγή θεραπείας, θεραπεία συνδυασμού ή ενισχυτική θεραπεία. Επί λήψης χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής είναι πιθανό ανά διαστήματα να εκδηλωθεί ελαφρά καταθλιπτική συμπεριφορά στα πλαίσια κάποιων καταθλιπτικών επεισοδίων, τα οποία λόγω της ακολουθούμενης αγωγής δεν φτάνουν στη συνήθη ένταση.

Οι μη φαρμακευτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης αποτελούν συμπληρωματική θεραπευτική παρέμβαση που δρα συνεπικουρικά και περιλαμβάνει κυρίως διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας όπως συμπεριφορά η γνωσιακού τύπου.

Η ψυχοθεραπείες δεν διαρκούν περισσότερο από έξι μήνες και στοχεύουν στην ενεργοποίηση του ασθενή για την επίλυση των προβλημάτων και στην αντιμετώπιση αγχογόνων και καταθλιπτικών γνωσιακών σχημάτων και πεποιθήσεων. Κυρίως οι ήπιες έντασης καταθλιπτικές διαταραχές είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με ψυχοθεραπεία, κάτι το οποίο δεν ισχύει σε μέτριας και σοβαρής έντασης διαταραχές.

Αναλυτικότερα, η γνωστική θεραπεία έχει ως στόχο την καταπολέμηση των συμπτωμάτων με αναγνώριση και αναθεώρηση από τον ασθενή των αρνητικών τρόπων σχέσεων και σκέψεών του. Η συμπεριφορική θεραπεία προϋποθέτει την συνεργασία του ασθενή για τον προσδιορισμό συμπεριφορών που απαιτούν τροποποίηση. Ο ασθενής υιοθετεί νέους θετικούς τρόπους συμπεριφοράς αντικαθιστώντας την προγενέστερη δυσλειτουργική συμπεριφορά του.

Η διαπροσωπική θεραπεία εστιάζεται στην αναγνώριση και επίλυση προβλημάτων του ασθενή που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική λειτουργικότητα, τα οποία θεωρούνται επιβαρυντικοί παράγοντες για την κατάθλιψη.¹⁹

5.8 Κατάθλιψη στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Είναι αναμφισβήτητο το γεγονός ότι οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια λόγω των διαδικασιών που θα πρέπει να υποστούν, κουράζονται και σωματικά αλλά και ψυχικά. Αυτό σημαίνει ότι επηρεάζεται πολύ σε έντονο βαθμό η ψυχολογική τους κατάσταση.

Στη νεφρική ανεπάρκεια οι ασθενείς εξασθενούν και καταβάλλονται καθώς η θεραπευτική αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου έχει μεγάλη χρονική διάρκεια. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να εργαστούν κι έτσι αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους, με αποτέλεσμα να επέρχονται σημαντικές αλλαγές και στο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών. Οι αλλαγές στην καθημερινότητα οφείλονται και στο

γεγονός ότι θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε νοσοκομεία στο οποία θα παρέχονται μονάδες τεχνητού νεφρού.

Στα βασικότερα προβλήματα ψυχολογικής φύσεως των ασθενών που πάσχουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια περιλαμβάνεται το άγχος και η κατάθλιψη. Όσο αφορά το άγχος εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους και τα αρχικά συμπτώματα που παρουσιάζουν είναι χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση, απώλεια βάρους, διαταραχές ύπνου και τέλος έντονη κόπωση.

Παράλληλα με όλη την ψυχολογική κατάσταση παρουσιάζονται οικογενειακά προβλήματα με αποτέλεσμα την δυσαρμονία και την συνεχή σύγκρουση με το οικογενειακό περιβάλλον. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι ένας από τους λόγους που προκαλεί την ψυχολογική μετάπτωση είναι η αβεβαιότητα του μέλλοντος και ο φόβος του θανάτου.

Αναφορικά με την κατάθλιψη εμφανίζουν συμπτώματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και συναισθηματικό φόβο απώλειας. Παράλληλα ο ασθενής αισθάνεται ανήμπορος και απελπισμένος.

Η κατάθλιψη δύναται να παρουσιάσει και απώλεια σωματικού βάρους καθώς επίσης και διαταραχές ύπνου. Τέλος σε αρκετές περιπτώσεις παρουσιάζεται πονοκέφαλος, πόνος στις αρθρώσεις, απουσία σεξουαλικής δραστηριότητας, έντονη κούραση και κράμπες. Το αποτέλεσμα των προαναφερθέντων ψυχολογικών προβλημάτων είναι η δυσκολία επικοινωνίας των ασθενών με τον περίγυρό του ο οποίος είναι το οικογενειακό περιβάλλον, οι φίλοι, το νοσηλευτικό προσωπικό και γενικά τα άτομα με τα οποία μπορεί να συναναστραφεί στην καθημερινότητά του.

Το γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς δεν είναι σε θέση να αποδεχθούν την κατάσταση της υγείας τους και την αλλαγή της καθημερινότητας οδηγεί σε ακραίες αντιδράσεις όπως είναι η απόπειρες αυτοκτονίας . Η αιτία δεν πηγάζει μόνο από την στρεσογόνα κατάσταση στην οποία βρίσκονται αλλά και από την κατάθλιψη που τους έχει καταβάλει.

Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους με διαφορετικό τρόπο. Πολλές φορές συμβαίνει διότι ο κάθε άνθρωπος έχει τη δική του προσωπικότητα, τα δικά του χαρακτηριστικά.¹⁴ Η διαφορετικότητα φανερώνει το γεγονός ότι θα προσαρμοστεί ψυχολογικά στις διαδικασίες που θα επακολουθήσουν με το δικό του τρόπο. Η πορεία της νόσου στην ψυχολογική προσαρμογή του ασθενή διαδραματίζει ιδιαίτερο ρόλο εκτός από την προσωπικότητα του ασθενή όμως σημαντική είναι η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον και ο τρόπος που θα το αντιμετωπίσουν.

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε διαδικασία αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής κάθαρσης έχει ανάγκες για ψυχολογική υποστήριξη είναι πολύ σημαντικό να εκπληρώνεται. Το νοσηλευτικό προσωπικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό αρχικά πρέπει να παρέχει στον ασθενή την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη καθώς η καλή ψυχολογική κατάσταση έχει αποδειχθεί ότι επιδρά θετικά στην εξέλιξη της νόσου. Από την άλλη πλευρά η ψυχολογική υποστήριξη κρίνεται αναγκαία και από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή καθώς επίσης και από το ευρύτερο κοινωνικό κύκλο όπως είναι οι φίλοι. Θεωρείται πολύ βασικό για τα άτομα που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια να αισθάνονται χρήσιμοι στο κοινωνικό σύνολο και να έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση και να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες .

Είναι λίγες οι περιπτώσεις όμως που τα άτομα μπορούν να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες και να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα συμπεριφοράς. Τις περισσότερες φορές κυριαρχούνται από μειονεκτικά συναισθήματα χωρίς να είναι σε θέση να αντεπεξέλθουν.¹⁹

Πολύ συχνά, η κατάθλιψη που βιώνει ο αιμοκαθαιρόμενος παραμένει αδιάγνωστη είτε επειδή οι ίδιοι δείχνουν απροθυμία να αναζητήσουν βοήθεια, είτε γιατί οι επαγγελματίες υγείας αποτυγχάνουν να διακρίνουν τα συμπτώματα, γιατί προσπαθούν να ανακουφίσουν τον ασθενή από τα σωματικά ενοχλήματα. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις επικάλυψης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με άλλα σωματικά. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι παρόμοια με εκείνα της ουραιμίας .Επίσης, η αϋπνία η οποία συχνά συνοδεύει τους ασθενείς με κατάθλιψη, σε συνδυασμό με τα συμπτώματα που προκαλεί η έλλειψη φαρμακευτικής αγωγής, συχνά επικαλύπτουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Οι διαταραχές ύπνου σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και πιο συγκεκριμένα παρατηρείται δυσκολία στην έναρξη ή διατήρηση του ύπνου, κακή ποιότητα ύπνου, υπνηλία , κούραση κατά τη διάρκεια της ημέρας, πρωϊνοί πονοκέφαλοι, διαταραχές συγκέντρωσης και μειωμένη καθημερινή λειτουργικότητα.²⁵

Πολλές φορές η κατάθλιψη και το άγχος αυξάνουν την αποτυχία συμμόρφωσης τους, όσον αφορά τους διατροφικούς περιορισμούς, καθώς και τις έμμεσες προσπάθειες αυτοκτονίας. Πιθανές αιτίες για την μη συμμόρφωση τους με την θεραπεία είναι το χαμηλό ηθικό, η γνωστική εξασθένηση και το γεγονός ότι υψηλό ποσοστό των ηλικιωμένων ζουν μόνοι τους και έχουν ελάχιστη στήριξη . Η αποτυχία συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή αποτελεί το πιο πιθανό μηχανισμό που αιτιολογεί τον αυξημένο κίνδυνο.²⁶

Η ανάγκη για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλούνται από την ίδια την νόσο, αλλά και από τα θεραπευτικά προγράμματα, καθώς και η ανάγκη για βελτίωση

της ποιότητας ζωής, καθιστούν σημαντική την παρέμβαση του ψυχιάτρου σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου και των διατροφικών συνηθειών, η δυσκολία στην απομάκρυνση από το τόπο μόνιμης διαμονής, οι επιπλοκές (όπως συχνές λοιμώξεις), οι συχνές νοσηλείες και η εξάρτηση είτε από τα μέλη της οικογένειας είτε από το θεραπευτικό κέντρο, τροποποιούν σε τέτοιο βαθμό τις καθημερινές συνθήκες, ώστε αντιδρά να παρατηρούνται ευερεθιστότητα, άγχος και κατάθλιψη και να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό η ποιότητα ζωής.

Είναι γεγονός ότι οι ασθενείς με εξωνεφρική κάθαρση επιβαρύνεται η ποιότητα ζωής με το πέρασμα του χρόνου, αλλά η αντίληψη τους ότι κυρίως χειροτερεύει σωματική τους υγεία.

Μαζί με τα σωματικά συμπτώματα της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας που σε σχετίζεται με ψυχικές εκδηλώσεις, συχνά υπάρχουν διαταραχές σίτισης, η αναιμία και η σεξουαλική δυσλειτουργία.

Η κατάθλιψη επιδεινώνει την ανορεξία που οφείλεται σε ουραιμία και την υπολευκωματιναιμία, λόγω της μειωμένης προσλήψεις πρωτεϊνών. Η αναιμία από μειωμένη έκκριση ερυθροποιητίνης, κλινικά εμφανίζεται έως εύκολη κόπωση και η κατάθλιψη φαίνεται να συνδέεται με πτωχή ποιότητα ζωής σε αυτήν την ομάδα ασθενών, ενώ θεραπεία αποκατάστασης με ερυθροποιητίνη φαίνεται να βελτιώνει τα συμπτώματα κόπωσης, την λειτουργικότητα και αρκετές παραμέτρους της ποιότητας ζωής.

Για την επιβάρυνση όμως της ψυχικής και κοινωνικής ζωής των χρόνιων νεφροπαθών, ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό και η θεραπεία που περιλαμβάνει την συντηρητική και την ανοσοκατασταλτική θεραπευτική αγωγή, την αιμοκάθαρση και τέλος την νεφρική μεταμόσχευση. Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην νεφρική νόσο είναι γνωστό ότι προκαλούν ευερεθιστότητα, διαταραχές της διάθεσης, νευροτοξικότητα, ψυχωτικά συμπτώματα. Χαρακτηριστικό είναι το οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο που παρουσιάζεται σε ανοσοκατασταλμένους μεταμοσχευθέντες και εκδηλώνεται με διαταραχές του ύπνο, μειωμένη αντίληψη και συναισθηματική αστάθεια. Τέλος, η συχνή αιτία κατάθλιψη σε αυτή την κατηγορία ασθενών αποτελούν οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις και οι πολλαπλές επακόλουθες νοσηλείες.²⁷

5.9 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Το σημαντικότερο ρόλο στην ανάπτυξη των ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια διαδραματίζει η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών.

Η θετική ή αρνητική έκβαση της εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς και την υποστήριξη που δέχεται από το ιατρικό, νοσηλευτικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Ένας αδύναμος χαρακτήρας μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιτυχή προσαρμογή, ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών, μη συμμόρφωση ή άρνηση για θεραπεία, διατάραξη διαπροσωπικών -ενδοοικογενειακών σχέσεων και τελικά σε κακή έκβαση της ίδιας της νόσου.

Ασθενείς που δεν καταφέρνουν να διαχειριστούν το θυμό και την τάση τους για εξάρτηση, αναπτύσσουν κατάθλιψη, που με τη σειρά της συνδέεται με υψηλότερη θνησιμότητα, υψηλότερα ποσοστά περιτονίτιδας και πιο συχνές νοσηλείες.

Η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί σοβαρό αιτιολογικό παράγοντα μη συνεργασίας και διατάραξης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Από τη στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης κινητοποιούνται στον ασθενή φόβοι αναπηρίας ή θανάτου, επαγγελματικής και κοινωνικής ανεπάρκειας και οικονομικής καταστροφής. Οι ίδιοι ασθενείς ανέφερε ανησυχία για ενδεχόμενη οικονομική και οικογενειακή καταστροφή, απώλεια της εργασίας τους, απώλεια της ανεξαρτησίας και του ρόλου τους στην οικογένεια. Η αλλαγή των ρόλων φαίνεται επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την σεξουαλική ζωή του ασθενούς, που μετατρέπεται σε ασθενή και ο/η σύντροφος του καλείται να πάρει το ρόλο του φροντιστή.²⁷

Ένα ακόμα στοιχείο που επηρεάζει την ύπαρξη ή μη κατάθλιψης στα άτομα με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι η θεραπεία που επιλέγεται για την αντιμετώπιση της ασθένειας και η χρονική διάρκεια κατά την οποία υπόκεινται σε αυτήν. Παρατηρείται ότι κατάθλιψη εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια οι οποίοι υπόκειντο σε διαδικασία της αιμοκάθαρσης, κυρίως κατά τον τρίτο χρόνο της συγκεκριμένης θεραπείας και μέχρι και τον ένατο. Αυτό είναι ενδεχομένως αποτέλεσμα της εξάρτησης που δημιουργεί το μηχάνημα του τεχνητού νεφρού και η έντονη περιορισμοί που επιβάλλει.

Σε αντίθεση με τους ασθενείς που υπόκειται σε περιτοναϊκή κάθαρση εμφανίζουν λιγότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και καλύτερη ποιότητα ζωής.²⁸

Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ότι σχετίζεται με την ιατρική διαδικασία της αιμοκάθαρσης, εφόσον ο ασθενής χρειάζεται να είναι συνεχώς συνδεδεμένος με το μηχάνημα τεχνητό νεφρού, συνθήκη, η οποία συμβάλλει στην ύπαρξη σοβαρών περιορισμών στην αυτόνομη διαβίωση. Το ποσοστό των αυτοκτονιών στους ασθενείς που ακολουθούν

πρόγραμμα αιμοκάθαρσης είναι υψηλότερο, στο οποίο θα μπορούσε να συνυπολογιστεί το ποσοστό των θανάτων που προέρχονται από διαιτολογικές παραβιάσεις. Αντίθετα οι ασθενείς με περιτοναϊκή κάθαρση φαίνεται να δηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.²⁹

5.10 Προσαρμογή στην αιμοκάθαρση

«Μήνας του μέλιτος»

Η περίοδος μήνας του μέλιτος χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτη σωματική και συναισθηματική βελτίωση, την οποία βιώνει ο ασθενής σε μεγάλο βαθμό. Συνοδεύεται από προσπάθεια απολαύσεις της ζωής και από αίσθηση ελπίδας και εμπιστοσύνης.

Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, οι περισσότεροι αποδέχονται σχετικά εύκολα την σημασία της εξάρτησης από το μηχάνημα και τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι διαχειρίζονται προς όφελος των ασθενών όλη τη διαδικασία. Η περίοδος αυτή παρατηρείται συχνότερα στους βαρύτερα πάσχοντες και σε ασθενείς, που η έναρξη της νόσου είναι σχετικά οξεία αφού η ανακούφιση, η οποία ακολουθεί μετά την αιμοκάθαρση, είναι σε αυτούς περισσότερο εμφανής.

Αντίθετα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν αργή και προοδευτική εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής νόσου τρομάζουν στην προοπτική της επαπειλούμενης απώλειας της αυτοδυναμίας, που σχετίζεται με την έναρξη της διαδικασίας αιμοκάθαρσης. Μερικοί προσπαθούν να παρακάμψουν την διαδικασία αυτή επιλέγοντας στην λύση της πρώιμης μεταμοσχεύσεις. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα, έντονα επεισόδια άγχους που σχετίζονται με την αιμοκάθαρση. Επειδή διακατέχονται ακόμα από ένα έντονο φόβο στη σκέψη ενδεχόμενης βλάβης του μηχανήματος, ενώ σημαντική πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στον ύπνο για περιόδους που κυμαίνονται από δύο μήνες έως ένα χρόνο. Πολλές υποθέσεις διατυπώνονται γύρω από τις αιτίες των διαταραχών του ύπνου. Ενοχοποιούνται παράγοντες όπως για παράδειγμα τα τροποποιημένα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης, η κατανάλωση καφέ και το κάπνισμα, η επάρκεια της αιμοκάθαρσης, το στρες, κατάθλιψη, και το άγχος. Το διάστημα αυτό αρχίζει από ένα έως τρεις εβδομάδες από την πρώτη αιμοκάθαρση και συνήθως διαρκεί για έξι εβδομάδες έως έξι μήνες.³⁰

5.10.1 Περίοδος της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης

Σε άλλους ασθενείς εμφανίζετε απότομα και σε άλλους βαθμιαία . Το συναίσθημα της ικανοποίησης, της εμπιστοσύνης και της ελπίδας μειώνονται σημαντικά και την θέση τους καταλαμβάνει η εξάντληση και η λύπη. Σε ορισμένους ασθενείς παρατηρούνται επίσης ενοχές, απαισιοδοξία και ντροπή, η οποία προέρχεται από τη φύση της νόσου και των επιπλοκών της. Ένα από τα συναισθήματα που εμφανίζεται πιο συχνά είναι ο θυμός και μερικοί ασθενείς τα εκφράζουν έντονα, ιδιαίτερα προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας. Η συναισθηματική κατάσταση διαρκεί περίπου 3 με 12 μήνες και σχεδόν πάντα έχει προηγηθεί κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός.³⁰

5.10.2 Η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής

Η περίοδος της μακροπρόθεσμης προσαρμογής χαρακτηρίζεται από μερική αποδοχή εκ μέρους του ασθενή των περιορισμών του καθώς και των μειονεκτημάτων και των επιπλοκών της αιμοκάθαρσης. Η μετάβαση των ασθενών σε αυτό το χρονικό διάστημα είναι σταδιακή και χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις τόσο στην σωματική όσο και στην συναισθηματική τους κατάσταση. Η ένταση των διακυμάνσεων ποικίλλει κατά διαστήματα από ασθενή σε ασθενή, καθώς και στον ίδιο ασθενή. Οι ασθενείς βιώνουν παρατεταμένα διαστήματα ικανοποίησης, που εναλλάσσονται με κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια της αντίφασης ο μηχανισμός άμυνας που χρησιμοποιείται συχνότερα από τους ασθενείς είναι η άρνηση. Η άρνηση εξυπηρετεί μία αποτελεσματική λειτουργία προσαρμογής.

Κατά τις περιόδους της ικανοποίησης συντηρεί την αίσθηση ευεξίας του ασθενή, ενώ κατά τις περιόδους της κατάθλιψης τον προστατεύει από την εντονότερη βίωση του συναισθήματος ότι είναι αβοήθητος και ανήμπορος. Παράλληλα, οι ασθενείς αποκτούν πλήρη επίγνωση της εξάρτησης από το τεχνητό νεφρό και ενημερώνονται καλύτερα για την εργασία και το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης, ο θυμός και η επιθετικότητα τους συχνά κατευθύνονται, περισσότερο ή λιγότερο ανοιχτά, προς το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης, αποδίδοντας στις δυσχέρειες και τις ταλαιπωρίες που υφίστανται κατά την αιμοκάθαρση. Έτσι επιδιώκουν μεγαλύτερη υποστήριξη και όταν την εξασφαλίσουν ο θυμός και η επιθετικότητος μειώνεται.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που κατέληξαν σε τελικό στάδιο ΧΝΑ λόγω υποκείμενης συστηματικής νόσου, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο συστηματικός ερυθρεμάτης ή η υπέρταση, ανέχονται την αιμοκάθαρση λιγότερο καλά από αυτούς με πρωτοπαθή νόσο των νεφρών. Επίσης ασθενείς με κληρονομικές νόσου π.χ πολυκυστικοί

νεφροί που οδηγούν σε νεφρική ανεπάρκεια, ταυτίζονται με την δυσμενή εμπειρία ή και το θάνατο των προγόνων τους, ενώ γονείς με πάσχοντα παιδιά διακατέχονται από αίσθημα ενοχής και θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για την νόσηση των παιδιών τους.³⁰

Στην πραγματικότητα οι περισσότεροι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ανταποκρίνονται καλά. Τους διακατέχει ένα μόνιμο άγχος προερχόμενο από την απώλεια του ελέγχου την σωματικές λειτουργίες, την εξάρτηση από τον τεχνητό νεφρό και το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης, καθώς και από την οικογένεια τους για μεγαλύτερη υποστήριξη. Η προσπάθεια επικεντρώνεται μεταξύ άλλων, στην διατήρηση της ανησυχίας και του άγχους του ασθενή σε ελεγχόμενα όρια, στην διατήρηση των πηγών ευχαρίστησης και την αυτοεκτίμηση, στην επιτυχή αποκατάσταση, στην μέγιστη φυσική ικανότητα του ασθενή και στην διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης και αποτελεσματικότητας για τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή η προσαρμογή, σημαντική θεωρούνται παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα τα απαιτούμενα μέσα μεταφοράς προς το θεραπευτικό κέντρο, εικόνα που είχε ο ασθενής για τον εαυτό του πριν από την νόσο, η ηλικία και η αξιολόγηση της θεραπείας του τον ασθενή.^{30\}

5.11 Ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

Η φροντίδα ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί εξειδικευμένο τομέα στο χώρο της υγείας με μεγάλες ιδιαιτερότητες. Υψηλές απαιτήσεις που συνεπάγεται η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλουν την παροχή ολιστικής φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει τη βιολογική διάσταση της νόσου όπως επίσης και την ψυχοκοινωνική. Πιο συγκεκριμένα, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σε οργανικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενή και την προσωπική του ικανοποίηση από την καθημερινότητα.

Για τον ασθενή η εξωνεφρική κάθαρση, η αίσθηση ότι χειροτερεύει ή περιορίζεται η ζωή του ενισχύεται από το γεγονός ότι δεν μπορεί πλέον να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις καθημερινές υποχρεώσεις, ενώ η μειωμένη σωματική ενεργητικότητά του τον οδηγεί συχνά σε περιορισμό της αυτοεκτίμησης και σοβαρό πλήγμα της αυτοεικόνας του. Συνεπώς, η δημιουργία ενός εξατομικευμένου ολιστικού θεραπευτικού προγράμματος προσανατολισμένου στις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενή με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια κρίνεται απαραίτητη.

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει η αποτελεσματική επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η ψυχολογική στήριξη, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και η παροχή ποιοτικής φροντίδας φαίνεται να μειώνουν την αναγκαιότητα καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας για τους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και να βελτιώνουν το επίπεδο ζωής.¹⁷

Η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν στην υγεία τους οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας.

Συχνά οι επαγγελματίες υγείας δεν ανιχνεύουν και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζουν το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνει στο κλινικό περιβάλλον είτε διότι το θεωρούν φυσική συνέπεια της νόσου και των συνθηκών νοσηλείας είτε διότι δίνουν περισσότερη σημασία στην αντιμετώπιση της κύριας νόσου, αγνοώντας την ψυχική σφαίρα των ατόμων.

Την χρονική στιγμή της αιμοκάθαρσης, που είναι περίοδος απογοήτευσης και αποθάρρυνσης, το συναίσθημα της ελπίδας μειώνεται σημαντικά και την θέση του καταλαμβάνει η εξάντληση και η λύπη. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι τόσο έντονα ώστε να παρατηρείται έκφραση θυμού και οργής προς το προσωπικό της μονάδας αιμοκάθαρσης και μπορεί να διαρκέσει τρεις με δώδεκα μήνες. Άλλα πειστικά γεγονότα ζωής και η επιπλοκή της υγείας είναι δυνατόν να επιδεινώσουν τις ψυχικές διαταραχές στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που οι ασθενείς κινητοποιούν ως μηχανισμό άμυνας την άρνηση.

5.12 Χρόνια ασθένεια και διαταραχή της εικόνας του σώματος

Η σωματική εικόνα ενός ατόμου είναι η βάση της ταυτότητας του και σχεδόν οποιαδήποτε αλλαγή στην δομή της ή τη λειτουργία της θεωρείται απειλή. Η σωματική εικόνα σχετίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος σε ένα συγκεκριμένο χρόνο κατά τη διάρκεια της ζωή του ατόμου. Τα άτομα προστατεύουν την εικόνα από την αλλαγή, την υποτίμηση και την επίθεση και όταν προκαλείτε κάποια αλλαγή στο σώμα περνάει καιρός για να αφομοιωθεί η αλλαγή μέσα στην σωματική εικόνα. Χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν διαταραχές στην ιδεατή εικόνα του σώματος.

Υποκειμενικά χαρακτηριστικά: αλλαγές στον τρόπο ζωής, φόβος απόρριψης από τους άλλους, Συγκέντρωση προσοχής σε προηγούμενη σωματική δύναμη λειτουργία ή εμφάνιση. Εκδηλώνουν αρνητικά συναισθήματα για το σώμα, συναισθήματά αποπροσωποποίησης και από πραγματοποιήσεις. Πίστη ότι έχει ύψιστη αξία η ομορφιά του σώματος, προκατάληψη με την αλλαγή του σώματος ή με την απώλεια μέλους σώματος, έμφαση στις δυνάμεις που

απέμειναν, επέκταση των σωματικών ορίων και ενσωμάτωση αντικειμένων του περιβάλλοντος και τέλος άρνηση της αλλαγής που συνέβη.

Αντικειμενικά χαρακτηριστικά: απουσία ενός μέρους του σώματος, πραγματική αλλαγή στην κατασκευή ή την λειτουργία του σώματος, αποφυγή ενατένισης του μέλλοντος του μέλους του σώματος, αποφυγή ψηλάφησης του μέλους του σώματος, απόρριψη ή υπέρ-επίδειξη του μέλους του σώματος, τραυματισμός του μέλους που δε λειτουργεί. Ανικανότητα διάκρισης των ερεθισμάτων εάν προέρχεται από τον εαυτό του ή έξω από τον εαυτό του και τέλος ανικανότητα αποδοχής της αλλαγής στην κατασκευή του σώματος.

Η αξιολόγηση της εικόνας του σώματος ενός αρρώστου επηρεάζεται από: συναισθήματα για τον εαυτό του πριν και μετά την αρρώστια, αξίες για την προσωπική υγιεινή .Ατομικές αξίες για την ομορφιά ,αυτοκυριαρχία, δραστηριότητα, ακεραιότητα και αξίες για την επιδράσεις των άλλων .

Υποκειμενική σημασία του μέρους του σώματος που προσβλήθηκε για τον ίδιο τον άρρωστο Αντίληψη του άρρωστος, όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και θεραπεία. Συνειδητοποίηση της έκταση της αρρώστιας³¹

Επίδραση της αρρώστιας το άτομο, τους ρόλους του στις καθημερινές δραστηριότητες, την οικογένεια και την χρήση του ελεύθερου χρόνου. Αντίληψη της αντίδρασης των άλλων προς τα άτομα με την κατάσταση αυτή.

5.12.1 Νοσηλευτική παρέμβασή σε ασθενείς με χρόνια νόσημα και διαταραχή στην εικόνα του σώματος

Νοσηλευτική εκτίμηση

Αξιολόγηση στις αλλαγές της εικόνας του σώματος και της επίδραση της στην αλλαγή της εικόνας εαυτού, ποικίλλει και εξαρτάται από τον ασθενή και την ιδιαίτερη κατάσταση του. Αλλαγές στην εικόνα τους αντιμετωπίζουν οι διαβητικοί νεφροπαθείς όπου γίνεται αφαίρεση μελών του σώματος. Ο νοσηλευτής θα χρειαστεί να προσδιορίσει την προσαρμογή στην αλλαγή της σωματικής εικόνας. Ακόμα χρειάζεται να καταστρώσει ένα αποτελεσματικό σχέδιο. Πρέπει να προσδιορίσει αν το άτομο είναι εύκολο ή όχι στην προσαρμογή. Να προσδιορίσει τους παράγοντες που σχετίζονται με την συγκεκριμένη ασθένεια και επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου στην αλλαγή της σωματικής εικόνας. Να καθορίσει το βαθμό προσαρμογής της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων.

Νοσηλευτική παρέμβαση

1Σκοπός: Η διατήρηση θετικής αποδεκτής και ρεαλιστικής εικόνας του σώματος του αρρώστου.

Αξιολόγηση της αντίληψης του αρρώστου για την εικόνα του και το σώμα του. Ποιες απόψεις τους σώματος θεωρεί ευχάριστες και ποιες δυσάρεστες. Βοήθεια του αρρώστου να αποδεχθεί και να δώσει αξία στην παρούσα σωματική του κατάσταση τονίζοντας μερικά σωματικά χαρακτηριστικά.

Διδασκαλία των τρόπων που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ο ασθενής για να βελτιώσει την σωματική του εικόνα πώς να εκτελεί ασκήσεις για να βελτιώσει την σωματική λειτουργία. Να χρησιμοποιεί, κοσμητικά ήδη αν υπάρχει κάποια απώλεια στο σώμα.

2Σκοπός : Αποδοχή της αλλαγής των ορίων του σώματος και ενσωμάτωσης της αλλαγής της εικόνας του σώματος.

Αν ο άρρωστος έπαθε ημιπληγία και παρουσιάζει διαταραχή των ορίων του σώματος λόγω αλλαγή στην εμφάνιση ή λειτουργία. Συνίσταται :

Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει προφορικά τα συναισθήματα, την ανησυχία, τον φόβο και το θυμό του για την απώλεια. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει και να διερευνήσει τα συναισθήματά του, σχετικά με την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος ή των τροποποιημένων ορίων του σώματος στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Ενθάρρυνση του αρρώστου να βλέπει και να αγγίζει την αλλαγμένη περιοχή του σώματος. Παράλληλα, ενθαρρύνεται να εκφράσει λεκτικά τι αισθάνεται μετά από την επαφή με το σώμα. Ενθάρρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιεί υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης³¹

5.13 Αγχώδης διαταραχή

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από το Κυανούς Σταυρός Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Πάτρα. Εφάρμοσαν τα GAD-7 και GDS ερωτηματολόγια, τα οποία αφορούν στην αγχώδη διαταραχή και στην κατάθλιψη και τα οποία συμπληρώθηκαν από 84 ηλικιωμένους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση.

Το GeneralisedAnxietyDisorder ερωτηματολόγιο (GAD- 7) είναι ένα επικυρωμένο εργαλείο για τον εντοπισμό δυνητικών ασθενών που πάσχουν από υπερβολικά συμπτώματα άγχους, ανησυχία, συναίσθημα εκνευρισμού, ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές ύπνου και κόπωση. Το cutoff γιατην διάγνωση της αγχώδους διαταραχής είναι GAD - 7>9.

Αγχώδης διαταραχή διαγνώσθηκε στο 33.75% των ασθενών που χρησιμοποίησαν το GAD-7 ερωτηματολόγιο. Η στατιστική ανάλυση για την σύγκριση του ερωτηματολογίου με τις κλινικο-εργαστηριακές παραμέτρους, έγινε με τους ειδικούς δείκτες Spearman και Pearson. Δεν αναδείχθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις κλινικο-εργαστηριακές μεταβλητές που μελετήθηκαν.

Κατάθλιψη διαγνώσθηκε στο 54.21% των ηλικιωμένων ασθενών με τη χρήση του GDS. Στην ομάδα των ασθενών που θετικοποίησαν την GDS κλίμακα κατάθλιψης υπήρξε θετική συσχέτιση με τον απόλυτο αριθμό προσλαμβανομένων φαρμάκων (Spearman = 0,2555 Δείκτης, Συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούν κλινικές παραμέτρους όπως: τα υποκείμενα νεφρικά νοσήματα, η διάρκεια παραμονής στην αιμοκάθαρση, η αγγειακή προσπέλαση, οι βάρδιες, το είδος αιμοκάθαρσης, η αύξηση του βάρους μεταξύ των συνεδριών, οι ημέρες νοσηλείας, ο αριθμός των προσλαμβανομένων φαρμάκων, η συν-νοσηρότητα (δείκτης Charlson-CCI, στεφανιαία νόσος, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) και η ενεργότητα στη λίστα μεταμόσχευσης. Παράλληλα, συσχετίστηκαν εργαστηριακές παράμετροι όπως η νεφρική οστεοδυστροφία, (παραθορμόνη, γινόμενο ασβεστίου- φωσφόρου) και η αναιμία³³

Επίσης ερευνητές από το Ιατρικό Κέντρο Cedars-Sinai, στο Los Angeles των Ηνωμένων Πολιτειών ανέλυσαν συνδυαστικά τα ευρήματα 20 προγενέστερων μελετών για την κατάθλιψη στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία δημοσιεύτηκαν στην ιατρική επιθεώρηση Journal of Hospital Medicine, έδειξαν πως 33% των νοσηλευομένων έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα όπως κακή ψυχική διάθεση ή απελπισία, απώλεια ενδιαφέροντος για πράγματα που τους ευχαριστούσαν και σημαντικές αλλαγές στις συνήθειες ύπνου και στην όρεξη για φαγητό.

Όπως διαπίστωσαν ο επικεφαλής της έρευνας Dr. Waguih William IsHak και οι συνεργάτες του, οι ασθενείς έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν απρόσμενα αργή ανάρρωση η οποία μοιραία παρατείνει τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ενώ μετά το εξιτήριο είναι πιθανότερο να μην παίρνουν σωστά τα φάρμακά τους. Έχουν επίσης αυξημένες πιθανότητες να μην τηρούν το πρόγραμμα επανελέγχου που συνιστούν οι γιατροί.

Οι συμπεριφορές που είναι πιο πιθανές σε όσους ζουν μόνοι και στους ηλικιωμένους, αυξάνουν τον κίνδυνο νέας εισαγωγής και παρατεταμένης νοσηλείας. Όπως εξήγησε ο δρ IsHak, όταν ένας ασθενής χρειασθεί νέα νοσηλεία υπό αυτές τις συνθήκες, η αιτία που αρχικά

τον είχε οδηγήσει στο νοσοκομείο ενδέχεται να μην έχει αντιμετωπιστεί εξαιτίας της πλημμελούς φροντίδας μετά το εξιτήριο.

Επιπλέον, η κατάθλιψη μπορεί να έχει επιδεινωθεί από την πρώτη νοσηλεία αλλά και από την αδυναμία ανάρρωσης. Πρόκειται δηλαδή για έναν φαύλο κύκλο που εξηγεί γιατί η κατάθλιψη παίζει τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάρρωση από οποιαδήποτε ασθένεια.³⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και προβαίνουν στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης χρειάζονται την στήριξη των νοσηλευτών τόσο για ψυχολογικούς λόγους όσο και για λόγους εκπαιδευτικής κατάρτισης. Σχετικά με την ψυχολογική υποστήριξη, οι νοσηλευτές οφείλουν να δίνουν το απαραίτητο θάρρος και δύναμη στον ασθενή για να μπορέσει να αντιμετωπίσει με μεγαλύτερη ψυχραιμία τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του.

Υπάρχουν ορισμένες αρμοδιότητες των νοσηλευτών που πρέπει να αναλάβουν για να προσφέρουν φροντίδα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

Όταν ο νοσηλευτής χορηγεί σίδηρο ενδοφλέβια κατά την διάρκεια της συνεδρίας κάθαρσης πρέπει να γνωρίζει ότι έχει πολύ μεγάλη σημασία ο ρυθμός χορήγησης του φαρμάκου. Θεωρείται ότι μια τέτοια έγχυση είναι ασφαλής όταν η κάθε αμπούλα (100 mg) δίνεται σε χρόνο μεγαλύτερο από 30 λεπτά. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται οι αντιδράσεις που οφείλονται στον ελεύθερο σίδηρο. Πιο συγκεκριμένα, όταν χορηγείται ο σίδηρος γρήγορα, δεν προλαβαίνει να συνδεθεί με την τρανσφερρίνη, οπότε μένει ελεύθερος στο αίμα και τότε είναι πολύ τοξικός. Τα συμπτώματα από την γρήγορη χορήγηση σιδήρου είναι ο πυρετός, το ρίγος, οι πόνοι σε λεμφαδένες, το εξάνθημα και εικόνα σοκ. Σε μια ανάλογη περίπτωση κρίνεται αναγκαία η διακοπή του φαρμάκου και η χορήγηση κορτιζόνης.¹⁵

Όταν γίνεται συνεχής αιμοκάθαρση, για να διαπιστωθεί εάν το φίλτρο έχει θρομβωθεί ή όχι, ο νοσηλευτής μπορεί να στηριχθεί σε διάφορες ενδείξεις. Για παράδειγμα το αίμα γίνεται πιο σκούρο, αυξάνεται η αντίσταση επιστροφής του αίματος στον ασθενή και όταν το φίλτρο ξεπλυθεί με φυσιολογικό ορό διαπιστώνεται ότι τα τριχοειδή του δεν καθαρίζουν.

Όταν ο νοσηλευτής τρυπήσει μια φίστουλα θα πρέπει αφού απολυμάνει την περιοχή του δέρματος που θα καθετηριάσει, να εντοπίσει στην συνέχεια το σημείο της παρακέντησης. Πρέπει να πιάσει με δύο δάχτυλα την φλέβα που θα καθετηριάσει και να τρυπήσει ανάμεσα

τους. Η βελόνα πρέπει να έχει γωνία 30-45 μοίρες και η πλάγια πλευρά να βλέπει προς τα πάνω. Η βελόνα πρέπει να στερεωθεί στο δέρμα και να συνδεθεί με το σύστημα. Θα ήταν προτιμότερο ο ασθενής να μην καθετηριαστεί σε σημεία που δεν επιτρέπουν κινήσεις το χέρι, σε μέρη που τον δυσκολεύουν. Η διάρκεια των 4 ωρών της συνεδρίας της κάθαρσης είναι πολύ μεγάλη για να κάνει ασθενής υπομονή χωρίς να μετακινείται ή να αλλάζει θέσεις στο χέρι.¹⁵

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να καθετηριάζει τις φίστουλες σε σημεία που να απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον 10cm. Αυτό βοηθά στο να επηρεάζεται η επανακυκλοφορία, οπότε επιτυγχάνεται καλή κάθαρση σε προγραμματισμένο χρόνο και δεν χάνεται χρόνος λόγω επανακυκλοφορίας. Η κατεύθυνση της βελόνας που αποτελεί την αρτηριακή σύνδεση πρέπει να είναι φυγόκεντρος προς το σώμα του ασθενή, αντίθετη από την φορά προς την καρδιά και να βρίσκεται πιο κάτω, ενώ η κατεύθυνση της βελόνας που παίζει ρόλο φλέβας πρέπει να είναι προς την καρδιά και να βρίσκεται πιο κεντρικά.⁹

Θα πρέπει ο νοσηλευτής να φοράει πάντοτε γάντια και μάσκα, που βοηθούν και προστατεύουν τον ασθενή ο οποίος είναι ευαίσθητος στις λοιμώξεις, ενώ παράλληλα ο νοσηλευτής αποτελεί τον φορέα μικροβίων που τα μεταφέρει σε αυτόν. Έτσι προστατεύει τον ασθενή από τα μικρόβια που υπάρχουν στη μύτη του νοσηλευτή, ενώ τα γάντια τον προστατεύουν από άλλα μικρόβια τόσο του ίδιου του νοσηλευτή όσο και των άλλων ασθενών. Επιπλέον θα πρέπει να φορά και ο ασθενής μάσκα κατά τον καθετηριασμό της φίστουλας, καθώς αυτή βοηθά ώστε να μην μεταφέρονται μικρόβια από το ανώτερο αναπνευστικό του ασθενή στο πεδίο της παρακέντησης.

Οι οδηγίες για την αιμοκάθαρση αποτελούν οδηγίες οι οποίες δεν μπορούν να παραλλαχθούν, διότι αν για κάποιο λόγο μειωθεί κάτι από τα παραπάνω ο ασθενής θα λάβει μικρότερη κάθαρση και φυσικά αυτό θα έχει επιπτώσεις στην υγεία του. Για παράδειγμα, θα έχει συχνότερα ανάγκη για νοσηλεία και θα έχει μικρότερο χρόνο επιβίωσης. Η σημασία της παρεχόμενης κάθαρσης στον ασθενή είναι πολύ μεγάλη για αυτό και δεν επιτρέπεται να μειώνεται από αβλεψίες η κάθε είδους λάθη.

Ένα πολύ σημαντικό σημείο το οποίο πρέπει να προσέξει ο νοσηλευτής είναι να μην ξεχάσει να παρακεντήσει την φίστουλα στο αρτηριακό σκέλος της, διότι μπορεί να είναι εμφανής ενώ ταυτόχρονα η φλέβα δεν είναι. Αυτό είναι θανάσιμο λάθος και δεν επιτρέπεται ποτέ. Η αρτηρία χρησιμεύει για να παρέχει αίμα, ώστε μετά το χρόνο να ωριμάσει η φλέβα και να μπορεί στη συνέχεια να καθετηριάσει.⁹

Όταν επιστρέφεται το αίμα σε αιμοκαθαριζόμενο ασθενή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει να καθαριστεί πλήρως το φίλτρο κάθε φορά που τελειώνει η συνεδρία. Στην περίπτωση που το φίλτρο δεν καθαρίζει θα πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός διότι μπορεί να είναι μικρή η δόση της ηπαρίνης ή να συμβαίνει κάτι άλλο. Το αίμα που χάνεται κάθε φορά που δεν καθαρίζει το φίλτρο είναι αρκετό και μπορεί να έχει σημασία σε μερικούς ασθενείς για τα επίπεδα του αιματοκρίτη τους.¹⁵

6.2 Νοσηλευτική φροντίδα στην διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Ο ρόλος που διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της περιτοναϊκής κάθαρσης δεν είναι τόσο σημαντικός όσο στην αιμοκάθαρση. Αυτό συμβαίνει διότι η συγκεκριμένη μέθοδος εφαρμόζεται σε οικείο χώρο του ασθενούς και όχι σε κάποια μονάδα αιμοκάθαρσης.

Παρόλα αυτά όμως το προσωπικό θα πρέπει να στηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί στις καινούριες συνθήκες και να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις αλλαγές που θα παρουσιαστούν στην καθημερινότητά του. Παράλληλα, οφείλει να ακούσει τον ασθενή για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να τον βοηθήσει συμβουλευοντάς τον και δίνοντάς του τις κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την επίσκεψή του σε κάποιον ειδικό στην περίπτωση που κριθεί αυτό απαραίτητο.

Στη συνέχεια, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συνεργάζεται με την υπόλοιπη εξειδικευμένη ομάδα που συμβάλλει στην εκπαίδευση του ασθενούς για την εφαρμογή της συγκεκριμένης διαδικασίας, ώστε να μπορέσουν να ελέγξουν ολοκληρωτικά την πορεία της διαδικασίας, όταν ο ασθενής θα πραγματοποιεί την επίσκεψή του στην νοσοκομειακή μονάδα. Κατά κύριο λόγο πραγματοποιείται μία επίσκεψη μηνιαίως.

Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι το γεγονός ότι εφαρμόζεται στον οικείο χώρο του ασθενή, πράγμα που σημαίνει ότι ψυχολογικά αισθάνεται καλύτερα. Η εφαρμογή της όμως προϋποθέτει σωστή εκπαίδευση του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό και το λοιπό εξειδικευμένο προσωπικό, ενώ παράλληλα θα πρέπει να ελέγχεται ότι υπάρχει ο κατάλληλος χώρος για να εφαρμοστεί.

Ωστόσο αυτή η μέθοδος παρουσιάζει κινδύνους λοιμώξεων, όπως είναι η περιτονίτιδα και προϋποθέτει ιδιαίτερη προσοχή από τον νοσηλευτή.⁹

6.3 Ψυχολογική Υποστήριξη

Εκτός από την νοσηλευτική φροντίδα, ο νοσηλευτής παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς, παρέχει το απαραίτητο θάρρος και την δύναμη ώστε να αντιμετωπίζουν τις αλλαγές στη ζωή τους μεγαλύτερη ψυχραιμία. Σημειώνεται ότι η ψυχολογική υποστήριξη που δίνεται στους νεφροπαθείς είναι αναγκαία και εξαρτάται από τη μέθοδο υποστήριξης νεφρικής λειτουργίας που ακολουθούν. Ειδικότερα όταν πρόκειται για περιτοναϊκή κάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού η ψυχολογική υποστήριξη είναι ο σημαντικότερος τρόπος παρέμβασης των νοσηλευτών

Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή στην φροντίδα των ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια. Αυτό γιατί με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη τα άτομα αυτά και οικογένειες μπορούν να ξεπεράσουν την κρίση της διάγνωσης, να αποδεχθούν την κατάστασή τους και να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στο νέο τρόπο ζωής τους.

Παράλληλα, έχουν την ψυχική ικανότητα να αναπτύξουν δεξιότητες αυτοφροντίδας και να προλάβουν την εμφάνιση οποιοδήποτε επιπλοκών. Βασικοί σκοποί της ψυχολογικής υποστήριξης θα πρέπει να είναι:

Η παροχή βοήθειας στους ασθενείς προκειμένου να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στις απαραίτητες θεραπείες τους. Η ενθάρρυνση των ασθενών να έχουν κίνητρα στη ζωή τους και να συμμετέχουν σε ευχάριστες δραστηριότητες. Η ενθάρρυνση των ασθενών για αυτοφροντίδα. Η ενθάρρυνση των ασθενών να αναπτύξουν θετική και ρεαλιστική αντίληψη για την ζωή τους και να αποκτήσουν τον έλεγχο της ασθένειάς τους και της θεραπείας τους. Η παροχή βοήθειας στους ασθενείς για δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου από ομοιοπαθείς φίλους ή τοπικές ομάδες της κοινότητας.

Υπάρχουν σύλλογοι νεφροπαθών σε διάφορες περιοχές της χώρας, οι οποίοι μπορούν να προσφέρουν ενημέρωση και οργανώνουν ψυχαγωγικές δραστηριότητες για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Για μια αποτελεσματική παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στο άτομο με νεφρική ανεπάρκεια, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει διαθεσιμότητα χρόνου, επίγνωση της κατάστασης του κάθε ασθενούς, άριστη κλινική κατάρτιση, αποτελεσματικές ικανότητες επικοινωνίας και μη κρητική στάση απέναντι στον ασθενή. Παράλληλα θα πρέπει να ευαισθητοποιείται από τα πολύπλοκα προβλήματα των ασθενών και των οικογενειών τους που προκύπτουν εξαιτίας της κατάστασής τους.¹⁶

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την σωστή λειτουργία της θεραπείας του ασθενή.

Θα πρέπει να εστιάσει περισσότερο σε τρεις ομάδες αναγκών οι οποίες είναι:

Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και της ασφάλειας του ασθενούς π.χ πρόληψη αυτοκτονίας. Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν την νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία του αρρώστου. Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό περισσότερο χρονικό διάστημα.²¹

6.4 Νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού ατόμου

Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού του που σχετίζεται με το καταθλιπτικό συναίσθημα και την αντιμετώπιση του θανάτου ως λύτρωση.

Συμπεριφορά αρρώστου με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει αλλά και αποπειράται να αυτοκτονήσει

Αιτιολογικοί σχετιζόμενοι παράγοντες:

Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας, φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής, εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του, εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης, άρνηση φαγητού ,φαρμάκου ή φροντίδας, ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα, κλαίει συχνά, είναι κατηφής και αναφέρει ότι δεν έχει σκοπό στη ζωή, βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον και τέλος όταν το συναίσθημα δεν ξανοίγει.

Νοσηλευτικοί Σκοποί: Ο άρρωστος πρέπει να φτάσει στο σημείο ώστε:

Να εκφράζει επιθυμία να ζήσει. Να εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα. Να κάνει σχέδια για το μέλλον.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις: Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας- δυνατότητα για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές μοίρασμα των μικρών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας. Οι 8 στους 10 ασθενείς που λένε ότι θα αυτοκτονήσουν το κάνουν. Όποιος σκέφτηκε σχέδιο είναι πιθανό να το πραγματοποιήσει.

Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαίτερα σε περίπτωση αλλαγής διάθεσης, αύξηση της απόσυρσης, ετοιμασίας της εξόδου πριν να πραγματοποιηθεί.

Στενή παρακολούθηση, τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σε όλες τις μετακινήσεις του. Να μην χρησιμοποιούνται μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυραφάκια, ψαλίδια. Στα πλαίσια ασφαλείας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται η αφαίρεση αντικειμένων που μπορούν να παρακινήσουν σε

σκέψεις για απόπειρα αυτοκτονίας. Έλεγχος όλων των ατομικών ιδεών που έφερε ο άρρωστος το νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας του να μην φέρνει επικίνδυνα ήδη. Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει και να μην τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας. Νοσηλευτική επιτήρηση στους θαλάμους συχνά αλλά όχι σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το χώρο που βρίσκεται ο ασθενής ιδιαίτερα τις ώρες που το προσωπικό είναι απασχολημένο. Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία π.χ οι ανοιχτές πόρτες, παράθυρα και πρόσβαση σε σκάλες. Βοήθεια του ασθενούς να αποκτήσει ένα θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του και του κόσμου. Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα.²⁴

6.5 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Όσο η ιατρική γνώμη και τεχνολογία εξελίσσονται και βελτιώνονται οι τεχνολογικές εξωνεφρικής κάθαρσης και μεταμόσχευσης τόσο μεγαλύτερη πρόκληση αποτελεί η επιτυχής ψυχιατρική παρέμβαση, τόσο στο επίπεδο της πρόληψης όσο και στο επίπεδο της αντιμετώπισης των σοβαρών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν.

Η οργάνωση ομάδων υποστήριξης οικογενειών των ασθενών από το σύμβουλο ψυχίατρο βοηθά στην συνειδητοποίηση του προβλήματος και την πιο εύκολη αποδοχή του, μέσω ανταλλαγής κοινών εμπειριών. Οικογενειακή συμβουλευτική παρέμβαση ενδείκνυται σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακών συγκρούσεων και διατάραξης των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αναγνώριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι πολύ μεγάλη σημασία όπως επίσης η ενθάρρυνση των ασθενών να αναφέρουν τα ψυχολογικά τους προβλήματα.

Στα πλαίσια της διασύνδεσης με άλλες ειδικότητες, η ψυχιατρική ομάδα δρα εκπαιδευτικά για την διασφάλιση της τακτικής επικοινωνίας προσωπικό και ασθενών, ώστε να δομηθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική σχέση, την διοργάνωση θεραπευτικών ομάδων για ειδικές κατηγορίες ασθενών, την ενημέρωση και παραπομπή σε ομάδες αυτοβοήθειας καθώς και σε συμβουλές για εναλλακτικούς τρόπους βελτίωσης της σωματικής και ψυχοκοινωνικής κατάστασης όπως για παράδειγμα η σωματική άσκηση.

Θα μπορούσε να προταθεί η ανάπτυξη εξατομικευμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων με στόχο την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ιδιαίτερα εκείνων που είναι ηλικιακά

μεγαλύτεροι, λιγότερο μορφωμένοι, που ζουν μόνοι και οι οποίοι αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Επίσης, θα μπορούσε να αναπτυχθούν παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού τύπου και προγράμματα προαγωγής της υγείας σε νεφροπαθείς, τα οποία να εστιάζουν στην ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση σε συγκεκριμένες συνιστώσες της ψυχικής υγείας, όπως τα καταθλιπτικά στοιχεία, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, αλλά και η ανίχνευση των πεποιθήσεων των ασθενών σχετικά με την δυνατότητα τους να έχουν οι ίδιοι έναν καθαριστικό ρόλο στα θέματα που αφορούν την υγεία τους.

Η αντίληψη των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σχετικά με το ότι οι ίδιοι μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση της υγείας τους οδηγεί στην εμφάνιση λιγότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Επιπλέον η εσωτερική εστίαση ελέγχου δεν αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση κατάθλιψης ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια κάτι διάρκειας της θεραπείας τους. Ο προσωπικός έλεγχος πάνω στο πρόβλημα της υγείας συνδέεται θετικά με τη φυσική και κοινωνική δραστηριότητα, τον έλεγχο του πόνου του σώματος καθώς και την αντίληψη για την γενική κατάσταση της υγείας στους ασθενείς που υπόκειται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση.

Επιπρόσθετα ο προσωπικός έλεγχος σχετίζεται με χαμηλότερη συναισθηματική αντίδραση και καλύτερη κατανόηση της νόσου.

Ειδικότερα, οι ασθενείς που υπόκειται σε αιμοκάθαρση φαίνεται να δείχνουν την προτίμηση τους στην εσωτερική εστίαση ελέγχου σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, πιστεύοντας στο δικό τους προσωπικό έλεγχο προκειμένου να διαχειριστούν το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν με την υγεία τους. Αυτό το στοιχείο μπορεί να αντικατοπτρίζει την ισχυρή ανάγκη των συγκεκριμένων ασθενών να αντισταθούν στην εξάρτηση που επιβλήθηκε από την διαδικασία της αιμοδιάλυσης καθώς και την περιοριστική διαιτητική θεραπευτική αγωγή, με την άσκηση προσωπικού ελέγχου της ασθένειάς τους. Η πιθανότητα και η αδυναμία προκαλούν καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ σε συνδυασμό με την έλλειψη συμμετοχής των ασθενών στην φροντίδα επηρεάζουν την σωματική και ψυχική ευεξία.¹⁹

6.6 Διερεύνηση Εκπαιδευτικών Αναγκών των Νοσηλευτών

Η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση, χρειάζεται να στηρίζεται στις εκπαιδευτικές ανάγκες των Νοσηλευτών ώστε να μεγιστοποιούνται τα θετικά αποτελέσματά της. Η εφαρμογή της απαιτεί διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών και το μετασχηματισμό αυτών σε αντίστοιχα προγράμματα επιμόρφωσης.

Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη της αναζήτησης και συμμετοχής σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες αλλά και την ευθύνη της συνειδητοποίησης των προσωπικών μαθησιακών και γνωστικών αναγκών τους.³⁵

Η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση, έχει τον χαρακτήρα της αυτοκατευθυνόμενης, αυτορυθμιζόμενης εκπαίδευσης σε ότι αφορά την εκπαίδευση η οποία προσφέρεται εκτός υπηρεσίας. Θετική είναι η συσχέτιση της αυτοκατευθυνόμενης μάθησης με την επιτυχία των νοσηλευτών να αντιμετωπίζουν τις νέες προκλήσεις, την αύξηση της αυτοπεποίθησης, την ενίσχυση της αυτονομίας, την παροχή κινήτρων και την προετοιμασία για τη δια βίου μάθηση. Στην ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, τα διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που προσφέρονται είτε με την μορφή διαλέξεων, είτε με την μορφή κλινικών φροντιστηρίων, έχουν προαιρετικό ή υποχρεωτικό χαρακτήρα σύμφωνα με τον αρχικό τους σχεδιασμό. Οι κοινωνικές αλλαγές υπογραμμίζουν την ανάγκη της εκπαίδευσης των νοσηλευτών, με νέα προγράμματα εκπαίδευσης καθοδηγούμενα από τις αρχές και θεωρίες της εκπαίδευσης ενηλίκων και βασιζόμενα στις εκπαιδευτικές τους ανάγκες.³⁶

Η ικανοποίηση των εκπαιδευτικών αναγκών των νοσηλευτών προϋποθέτει αντίστοιχες πηγές εκπαίδευσης. Ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη και η υλοποίηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης, περιλαμβάνει μια σειρά από στάδια, η ακολουθία των οποίων μπορεί τις περισσότερες φορές να εγγυηθεί την επιτυχία και αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης. Τα μοντέλα σχεδιασμού παρουσιάζουν συνήθως όχι μόνο τη σειρά και ακολουθία διαφόρων φάσεων και δραστηριοτήτων, αλλά υποδεικνύουν και τις διαδικασίες τις οποίες χρειάζεται να ακολουθούν οι ειδικοί κατά το σχεδιασμό του προγράμματος. Μέθοδοι και τεχνικές (οι οποίες είναι πιο στενές και πιο συγκεκριμένες από τις διαδικασίες) εξειδικεύουν και συγκεκριμενοποιούν ακόμη περισσότερο το μοντέλο.³⁷

Η διερεύνηση και ο καθορισμός των εκπαιδευτικών αναγκών των νοσηλευτών, αποτελούν πολύ σημαντικό στάδιο του σχεδιασμού και της υλοποίησης του προγράμματος εκπαίδευσης. Η διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών, η έρευνα του πλαισίου αναφοράς και η έρευνα του πληθυσμού-στόχου, οδηγούν στον καθορισμό των αναγκών εκπαίδευσης. Οι εκτιμήσεις των αναγκών συμβάλλουν στη βελτίωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και στην ανάπτυξη νέων. Η σημασία της διερεύνησης των εκπαιδευτικών αναγκών γίνεται ακόμη μεγαλύτερη με δεδομένη την έλλειψη ομοιογένειας (επίπεδο εκπαίδευσης, ηλικία, στόχοι, του πληθυσμού στόχου. Χρήσιμη πηγή πληροφοριών για την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών είναι οι πληροφορίες που προέρχονται από το εσωτερικό του οργανισμού, διότι οι πληροφορίες και τα δεδομένα που συλλέγονται είναι συγκεκριμένα και μπορούν να

χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση προ και μετά της εκπαιδευτικής διαδικασίας, επιτρέποντας την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της επιμόρφωσης. Με τη διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών διασφαλίζεται η ενεργός συμμετοχή των εκπαιδευομένων και αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής παρέμβασης.³⁸

Προσπαθώντας κανείς να αποσαφηνίσει την έννοια ανάγκη και να προσδιορίσει το σημασιολογικό της περιεχόμενο, διαπιστώνει ότι η έννοια αυτή επιδέχεται πολλές και συχνά διαφορετικές ερμηνείες, τόσο στον καθημερινό όσο και στον επιστημονικό λόγο, ενώ είναι πολλές και οι προσεγγίσεις, με βάση τις οποίες προσδιορίζονται οι ανάγκες. Πολύ γενικά ως εκπαιδευτική ανάγκη, μπορεί να οριστεί το κενό ανάμεσα στο υπάρχον και στο επιθυμητό επίπεδο γνώσεων ή δεξιοτήτων, για την κάλυψη του οποίου απαιτείται αφενός μια μαθησιακή δραστηριότητα και αφετέρου το ενδιαφέρον και το κίνητρο για συμμετοχή στην εκπαιδευτική διαδικασία.³⁹

Οι εκπαιδευτικές ανάγκες μπορεί να είναι:

Συνειδητές ρητές, δηλαδή ανάγκες που γνωρίζουμε ότι υπάρχουν και τις δηλώνουμε, Συνειδητές μη ρητές, είναι οι ανάγκες που γνωρίζουμε ότι υπάρχουν αλλά δεν τις δηλώνουμε και λανθάνουσες και προφανώς μη ρητές εφόσον δεν έχουμε συνειδητοποιήσει ότι υπάρχουν και δεν τις αναφέρουμε.

Με τη διαδικασία της διερεύνησης των εκπαιδευτικών αναγκών καταλήγουμε στον προσδιορισμό του εκπαιδευτικού περιεχομένου μιας παρέμβασης, που αναφέρεται σε συγκεκριμένο πληθυσμό και στοχεύει στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων ελλειμμάτων του σε σχέση με το πλαίσιο αναφοράς. Η δόμηση του περιεχομένου του προγράμματος αποτελεί την εξειδίκευση του σκοπού και των στόχων του προγράμματος εκπαίδευσης. Το περιεχόμενο αποτελείται από ενότητες που αντιστοιχούν στους στόχους του προγράμματος, λαμβάνοντας υπόψη τη διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών, χαρακτηριστικά των εκπαιδευομένων, το κόστος, το χρόνο, την υποδομή και τον εξοπλισμό. Σε ότι αφορά τα ζητήματα οργάνωσης προγραμμάτων εκπαίδευσης γίνεται η επιλογή του κατάλληλου χώρου συνθηκών, μέσων και συντελεστών, όπως επιστημονικά υπεύθυνος, συντονιστής προγράμματος και εκπαιδευτές.³⁷

Αναμφισβήτητα, η ανάγκη ικανοποίησης των εκπαιδευτικών αναγκών των Νοσηλευτών παρέχοντας αντίστοιχες πηγές εκπαίδευσης, οδηγεί στο σχεδιασμό και την οργάνωση στοχευμένης εκπαίδευσης με αντίστοιχα προγράμματα. Η ανίχνευση των εκπαιδευτικών αναγκών αποτελεί προϋπόθεση μιας τέτοιου είδους εκπαίδευσης, επιτρέποντας τη συλλογή όλων εκείνων των αναγκαίων δεδομένων, που οδηγούν στην κατάρτιση σχεδίων εκπαίδευσης

επιτρέποντας την αποτίμηση των αποτελεσμάτων της επιμόρφωσης. Η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών είναι μια συνεχής διαδικασία που στοχεύει στην προσφορά εκπαιδευτικών ευκαιριών για τους σκοπούς της βελτίωσης φροντίδας των ασθενών.³⁸

6.7 Ποιότητα Φροντίδας Υγείας και Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Ο νοσοκομειακός ασθενής, έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας, με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Η φροντίδα αυτή περιλαμβάνει τόσο την εν γένει άσκηση της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής, όσο και τις Παραϊατρικές Υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική Διοικητική και Τεχνολογική εξυπηρέτηση. Η ποιότητα στον τομέα της φροντίδας υγείας αποτελεί το νέο διακύβευμα της εποχής.⁴⁰

Μελέτη που έγινε από τους YuenPP. etal., το 2012, σε Δημόσια νοσοκομεία του Χονγκ Κονγκ, η οποία επιχείρησε να αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο μέτρησης της απόδοσης και αξιολόγησης των Δημόσιων νοσοκομείων, έδειξε ότι η έμφαση στον έλεγχο του κόστους, αποβαίνει εις βάρος της ποιότητας φροντίδας υγείας και επιπλέον η απουσία στόχων υγείας σημαίνει ότι δε λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Αυτό που απαιτείται είναι να τεθεί σε εφαρμογή ένα ισορροπημένο σύστημα μέτρησης της απόδοσης, που να συνδέεται με τους στόχους της υγείας και να υποστηρίζεται από σχετική κατανομή των πόρων. Οι πολιτικές μείωσης του κόστους στο τομέα της υγείας, οδήγησαν σε μειώσεις του αριθμού και της σύνθεσης των Νοσηλευτών και αύξησαν τις ανησυχίες για την ασφάλεια και την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών.⁴¹

Με δεδομένο ότι οι πόροι για την υγεία είναι περιορισμένοι και όχι ανεξάντλητοι, η οργάνωση και η διοίκηση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, δε πρέπει να περιορίζεται σε μια λογιστική αντιμετώπιση με αριθμολογικά στοιχεία, αλλά χρειάζεται να δίνει προτεραιότητα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού σαν το μοναδικό και αποδοτικό τρόπο για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας ολόκληρου του οργανισμού. Η επένδυση σε ένα πεπειραμένο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να διασφαλίσει παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Αυτό που χρειάζεται είναι αναμόρφωση του συστήματος κατανομής των πόρων και παροχή κίνητρων για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας.⁴²

Η ποιότητα στο τομέα της φροντίδας υγείας έχει χαρακτήρα δυναμικό, πολυδιάστατο και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει. Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής, συνδέει την ποιότητα με την τρέχουσα γνώση ορίζοντα την ως: «το βαθμό στον οποίο οι

παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα της επίτευξης των επιθυμητών θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση». Ο όρος «τρέχουσα γνώση» τονίζει το δυναμικό χαρακτήρα της ποιότητας και καθιστά τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στο χώρο της υγείας, σημαντική παράμετρο ποιότητας φροντίδας. Κάποιες από τις διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος όπου παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και αποτελούν δείκτες ποιότητας φροντίδας. Οι δείκτες αντικατοπτρίζουν την προσπάθεια των Επαγγελματιών Υγείας να μετρήσουν την απόδοσή τους, προκειμένου να τη βελτιώσουν.⁴⁰

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών, ορίζει την ποιότητα ως ένα τρισδιάστατο μοντέλο που περιλαμβάνει: πρότυπα δομής, πρότυπα διαδικασίας και πρότυπα έκβασης. Τα πρότυπα δομής ρυθμίζουν την καθημερινή πρακτική του επαγγέλματος φροντίδας υγείας, τα πρότυπα διαδικασίας αναφέρονται στο κατά πόσο οι δραστηριότητες του οργανισμού βαίνουν αποτελεσματικά και τα πρότυπα έκβασης αναφέρονται στο αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας. Τα πρότυπα ποιότητας αποτελούν τα πολύτιμα εργαλεία για την αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας. Η ανάπτυξη των προτύπων της νοσηλευτικής φροντίδας προέκυψε από την ανάγκη προσδιορισμού του ρόλου, των ευθυνών και των υποχρεώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού.

Το επίπεδο ποιότητας στην υγεία τελεί σε άμεση συνάρτηση με τη γνώση και την εμπειρία, την εκπαίδευση, το κατάλληλο νοσηλευτικό προσωπικό, τη δυνατότητα έρευνας, την υλικοτεχνική υποδομή κτλ .

Η Συνεχής Εκπαίδευση και ειδίκευση στη Νοσηλευτική μετατοπίζει το πρότυπο φροντίδας του ασθενούς προς τα πάνω. Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει φροντίδα ανάλογη με την εκπαίδευση και την εξειδίκευση του και σύμφωνα με τις προδιαγραφές ποιότητας παροχής υγείας στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Η Διοίκηση ολικής ποιότητας στους οργανισμούς υγείας, εστιάζει στις απαιτήσεις του πελάτη-ασθενή και τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η συνεχή ικανοποίηση των πελατών-ασθενών και η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της Συνεχούς Εκπαίδευσης και κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού. Στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση η έννοια της ολικής ποιότητας και της διαχείρισής της, αναφέρεται στην επιδίωξη του οργανισμού να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κατάρτισης, με τη διαρκή προσαρμογή των προγραμμάτων κατάρτισης στις ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτήσεις των εκπαιδευόμενων, το

συνεχή έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών διαδικασιών ως προς το σχεδιασμό, την υλοποίηση και αξιολόγησή τους και τέλος την ανάπτυξη και εφαρμογή κατάλληλων μεθόδων, τεχνικών και κριτηρίων ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας των προσφερόμενων προγραμμάτων κατάρτισης.³⁷

Οι Νοσηλευτές που συμμετέχουν σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, βελτιώνουν τις επιστημονικές και πρακτικές τους γνώσεις, καθώς επίσης και την τεχνογνωσία τους πάνω στην αποκατάσταση των ασθενών και αυτό αποτελεί κρίσιμης σημασίας για την βελτίωση της συνολικής υγειονομικής περίθαλψης και τη διαχείριση ασθενών με εξαιρετικά σύνθετες ασθένειες και αναπηρίες.

Η σπουδαιότητα της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για τους Νοσηλευτές και η επίδρασή της στην ασφάλεια και ποιότητα φροντίδας του ασθενή, έχει επανειλημμένως τονιστεί διεθνώς, μέσα από τη σχετική βιβλιογραφία. Μελέτη που έγινε σε ένα Ιατρικό Κέντρο στην Ταϊβάν από τους YehSH. et al., το 2004, σχετικά με τις γνώσεις, την αντίληψη, τη συμπεριφορά και την κλινική πρακτική των Νοσηλευτών στις μονάδες ΜΕΘ, όσον αφορά τη χρήση μέσων περιορισμού και ασφάλειας του ασθενούς, αναφέρει ότι τα Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, ενημερώνουν το προσωπικό σχετικά με νέους κανονισμούς και νεωτερισμούς και εξασφαλίζουν καινούργια Νοσηλευτικά κλινικά μονοπάτια και καινοτόμες λύσεις σε υπάρχοντα προβλήματα.⁴³ Η σπουδαιότητα της συμμετοχής των Νοσηλευτών σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη που έγινε από τους PamRibelinetal., το 2006, στο Φράνκλιν της Ιντιάνα, σε μια ομάδα Νοσηλευτών Παθολογικών και Χειρουργικών κλινικών, σχετικά με τη νοσηλευτική πρακτική και φροντίδα υγείας σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Τα αποτελέσματα που αναφέρουν οι συγγραφείς της έρευνας, μετά την εφαρμογή ενός συγκεκριμένου εκπαιδευτικού προγράμματος στους Νοσηλευτές, ήταν η βελτίωση της γνώσης, όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και της διαχείρισης της ασθένειας, η αυξημένη εμπιστοσύνη των ασθενών προς το νοσηλευτικό προσωπικό και η ανάπτυξη σχέσεων αλληλεγγύης με τους συναδέλφους.⁴⁴ Ανάλογα αποτελέσματα έδειξε και η μελέτη που έγινε στο Πόρτο Αλέγκρε της Βραζιλίας από τους CastroRC. et al., το 2012, η οποία συνέκρινε την ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σε μια πολυπαραγοντική ανάλυση, οι μεταβλητές «Εξειδικευμένη Εκπαίδευση στη Δημόσια φροντίδα υγείας» και «Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση» συσχετιζόταν θετικά με υψηλό δείκτη ποιότητας φροντίδας. Συμπερασματικά, οι συγγραφείς της μελέτης υποδεικνύουν την επαγγελματική εκπαίδευση, ως μια σημαντική στρατηγική για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας.⁴⁵

Στη χώρα μας επισημαίνεται επίσης, η αναγκαιότητα της συμμετοχής σε δραστηριότητες Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης μέσα από άρθρα και από βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Στο πεδίο όμως της έρευνας διαπιστώνεται ένδεια. Ωστόσο μελέτες στη χώρα μας, δείχνουν ότι τα προβλήματα που επισημαίνονται αφορούν στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων κατάρτισης. Τα προβλήματα αυτά αναδεικνύονται και στη μελέτη των Σαρρή Μ. και συν, το 2006, στην Αθήνα, που έγινε σε Προϊστάμενους των νοσοκομείων του ΕΣΥ και Διευθυντές των Κέντρων Υγείας και ΔΥΠΕ. Ανάλογα αποτελέσματα έχει δείξει και η μελέτη των Torstad και Bjork, το 2007, στη Νορβηγία, όπου αναδεικνύεται η πραγματική έλλειψη δεξιοτήτων στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης. Διαπιστώνεται επίσης, μεγάλη ανάγκη καθιέρωσης προγραμμάτων κατάρτισης στο χώρο εργασία και η ανάγκη εκπαίδευσης εντοπίζεται σε αντικείμενα που παρέχουν βασικές ή απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες , ενώ ακολουθούν τα αντικείμενα εξειδικευμένης ή τεχνολογικής γνώσης (specializedknowledge)., ⁴⁶

Η επαγγελματική πιστοποίηση που παρέχει η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση, διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα και ποιότητα της φροντίδας που παρέχει ο Επαγγελματίας Υγείας, καθώς προχωρά πιο πέρα από το ελάχιστο κριτήριο ποιότητας που κατοχυρώνεται με την Ακαδημαϊκή πιστοποίηση.⁴⁰

6.8 Αναγκαιότητα Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης

Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, αποτελεί πρόκληση και αναγκαιότητα για το σύγχρονο Νοσηλευτή, καθώς σχετίζεται άμεσα με τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών. Η ραγδαία τεχνολογική πρόοδος, η μεγάλη ταχύτητα των εξελίξεων και αλλαγών στο τομέα της υγείας, η πολυπλοκότητα και ποικιλία των ασθενειών, η εισαγωγή νέων πληροφοριών στο χώρο της Νοσηλευτικής, καθιστούν τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση επιτακτική ανάγκη. Η βασική εκπαίδευση δεν είναι αρκετή για να καταστήσει ικανούς τους Νοσηλευτές για τη παροχή υψηλού επιπέδου και ασφαλή νοσηλευτική πρακτική. Ο Νοσηλευτής τονίζεται ότι χρειάζεται όχι μόνο να διαθέτει επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά να διατηρεί αυτή την επάρκεια και να χαρακτηρίζεται από διάθεση να διευρύνει τα προσόντα του, τις ικανότητες και δεξιότητές του, με απώτερο σκοπό την προσφορά ποιοτικής φροντίδας.^{25,46}

Η συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης αποτελεί περισσότερο από ποτέ αναγκαιότητα για τη διασφάλιση και πιστοποίηση της ικανότητας και της αποτελεσματικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού.⁴⁰

Η Νοσηλευτική είναι ολιστική και συνθετική επιστήμη και η τεχνογνωσία της για τις διάφορες διαδικασίες της νόσου, μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την εμπειρία, το μορφωτικό επίπεδο και τις γνώσεις όσον αφορά την τεκμηριωμένη πρακτική. Η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων σχετικά με την τρέχουσα κλινική πράξη και φροντίδα, μπορεί να οδηγήσει σε κακή έκβαση των ασθενών και υψηλό κόστος νοσηλείας. Η εμπιστοσύνη στην εκτέλεση ασφαλούς και ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί επίσης να επηρεαστεί από την έλλειψη γνώσεων. Αυτό που απαιτείται είναι συνεχής επανεκτίμηση των γνώσεων και δεξιοτήτων και συνειδητοποίηση των προσωπικών μαθησιακών και γνωστικών αναγκών του Νοσηλευτή.

Μελέτη που έγινε από τους CovellCL. etal., το 2008, σε 6 νοσοκομεία του Καναδά, με σκοπό να διερευνηθεί αν η γνώση και η ανάπτυξη δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού, έχει επίδραση στην καλύτερη φροντίδα υγείας στους ασθενείς, έδειξε ότι η γνώση των Νοσηλευτών επηρεάζει την ποιότητα φροντίδας υγείας των ασθενών και ότι ο συνδυασμός ακαδημαϊκής γνώσης, πιστοποιημένης εκπαίδευσης και εμπειρίας σχετίζονται με καλύτερη φροντίδα υγείας των ασθενών.⁴²

Με επίκεντρο πάντα τον ασθενή η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση αποσκοπεί στην βελτίωση της υπάρχουσας γνώσης, στην ανατροφοδότηση γενικών και ειδικών γνώσεων, στην καλλιέργεια δεξιοτήτων για παροχή φροντίδας βασιζόμενης στη τεκμηριωμένη πρακτική και στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς του Νοσηλευτή. Επιπροσθέτως, η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση εκτός από την επικαιροποίηση και τη βελτίωση της υπάρχουσας γνώσης, συμβάλλει άμεσα στη μείωση του εργασιακού άγχους, στην ανάπτυξη της κριτικής σκέψης, στην επίτευξη υψηλής παραγωγικότητας, σε λιγότερα επαγγελματικά ατυχήματα και λάθη, στο καλύτερο εργασιακό κλίμα, στην ενδυνάμωση της ομαδικής εργασίας, στην οικοδόμηση σχέσεων με τους συναδέλφους, στην επαγγελματική ικανοποίηση. Επιπλέον, φαίνεται να σχετίζεται με την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς μέσω της εκπαιδευτικής διαδικασίας, μπορούν να προαχθούν οργανωτικές ικανότητες, η ικανότητα της αυτοδιαχείρισης, και η αξιοποίηση και χρήση υποστηρικτικών συστημάτων. Επίσης, η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση είναι λειτουργικά συνυφασμένη τόσο με την επαγγελματική ανάπτυξη, που αποτελεί μια πορεία αυτοανάπτυξης, η οποία διαρκεί ολόκληρη τη ζωή όσο και με την αξιολόγηση της απόδοσης. Η αξιολόγηση της απόδοσης σημαίνει ολοκλήρωση από τον εργαζόμενο ενός συγκεκριμένου έργου και στην ουσία αποτελεί ανάλυση των δυνατών και αδύνατων σημείων του, στη συγκεκριμένη θέση για μια δεδομένη χρονική

περίοδο και έχει το χαρακτήρα της ανάδειξης των αναγκών για εκπαίδευση και βελτίωση των αδύνατων σημείων.⁴⁰

Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση προσφέρει στους Νοσηλευτές τη δυνατότητα να αναπτύσσονται και τους καθιστά καινοτόμους στην κλινική πράξη, ικανούς να απαντούν στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας, ικανούς να αντιδρούν στις αλλαγές των καταστάσεων, ικανούς να εφαρμόζουν τη σωστή κλινική πρακτική και γνώση, προσαρμόσιμους στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της ιατρικής φροντίδας, δημιουργικούς στην κλινική πρακτική, αυτοδύναμους και υπεύθυνους στην εργασία τους. Επιπλέον οι δεξιότητες που αποκτώνται από τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, είναι η ικανότητα ταυτοποίησης μιας ανάγκης, η πρόσβαση και η άντληση πληροφοριών, το φιλτράρισμά τους σε σχέση με το ειδικό πρόβλημα του ασθενούς και τελικά η χρήση της κατάλληλης πληροφορίας για την εξασφάλιση της ποιοτικότερης φροντίδας του ασθενούς. Οι απαραίτητες αυτές δεξιότητες χρειάζεται να διδαχθούν. Τα επιχειρήματα που προβάλλονται στη βιβλιογραφία για αυξημένη έμφαση στη συνεχή εκπαίδευση είναι πολυάριθμα. Μεταξύ αυτών είναι η επαγγελματική υπευθυνότητα, η έκρηξη της γνώσης, οι κοινωνικές αλλαγές, και τα πρότυπα της ασθένειας. Τα ζητήματα προς εξέταση, διάκριση και περαιτέρω διερεύνηση είναι επίσης πολλά και περιλαμβάνουν συζητήσεις που αφορούν στη σημασία της «δια βίου μάθησης» στη Νοσηλευτική, στα συγκριτικά πλεονεκτήματα της εθελοντικής και υποχρεωτικής εκπαίδευσης, στις στάσεις και στις προσδοκίες των Νοσηλευτών απέναντι στη ΣΝΕ, στα κίνητρα συμμετοχής σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, στα εμπόδια που περιγράφονται για την αξιοποίηση των εκπαιδευτικών ευκαιριών, καθώς και στη διερεύνηση των θεμάτων που προκύπτει πίσω από αυτό.⁴⁷

Σε μελέτη που έγινε από τους Πιερράκο Γ. και συν, το 2006, σε εργαζόμενους σε νοσοκομεία του ΕΣΥ στην Αθήνα, προκύπτει ότι η μη συμμετοχή των Νοσηλευτών σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, οφειλόταν στο μεγαλύτερο ποσοστό σε επαγγελματικές υποχρεώσεις (έλλειψη προσωπικού) και ακολουθούσαν οικογενειακοί λόγοι, η έλλειψη χρόνου και οικονομικοί λόγοι, ενώ ένα μικρό ποσοστό δε διευκρίνισε τους πιθανούς λόγους μη συμμετοχής.

Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η μελέτη που έγινε από τους Edwards N. et al., το 2001, σε δεκατέσσερα νοσοκομεία του τρίτου μεγαλύτερο Δήμου της Λαϊκής Δημοκρατίας της Κίνας. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι, τα σημαντικά εμπόδια που αποθαρρύνουν τους Νοσηλευτές από τη συμμετοχή σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, αναφέρονται στην έλλειψη χρόνου, στο κόστος και στην απόσταση. Στην ίδια έρευνα οι Νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσοκομεία αγροτικών και ημιαστικών περιοχών, ανέφεραν λιγότερες δυνατότητες

πρόσβασης και ευκαιριών για συμμετοχή σε Προγράμματα Συνεχούς Εκπαίδευσης από ότι οι Νοσηλευτές που εργάζονταν σε αστικά νοσοκομεία. Συμπερασματικά, οι συγγραφείς της μελέτης αναφέρονται στην ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικών για τη μείωση των εμποδίων συμμετοχής στη Συνεχή Εκπαίδευση, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι είχαν προβεί σε αλλαγές στην κλινική πρακτική τους, ως αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων συμμετοχής σε Προγράμματα Συνεχούς Εκπαίδευσης.⁴⁸

Στη συζήτηση για την υποκίνηση των Νοσηλευτών για συμμετοχή σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, γίνεται αναφορά σε εσωτερικούς παράγοντες υποκίνησης ως σημαντικότερους. Ανάλογα αποτελέσματα έδειξε και η μελέτη που έγινε από τους BjørkIT. et al., το 2007, στη Νορβηγία.⁴³ Ενώ σε μελέτη που έγινε από τους FloresPeñaY. et al., το 2006, στο Μεξικό, επαγγελματικοί παράγοντες όπως το εισόδημα και η επαγγελματική εξέλιξη αναδείχθηκαν ως σημαντικότεροι παράγοντες υποκίνησης.⁴⁹

Επιπροσθέτως, εξετάζεται η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών απαιτήσεων και επανεξετάζεται η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προσφορών, μαζί με τη σημασία της διασφάλισης της ποιότητας, όχι μόνο στο πλαίσιο των προτάσεων για την εκπαίδευση, αλλά και σε σχέση με τα πιθανά οφέλη που θα προκύψουν στη φροντίδα υγείας στο ευρύ κοινό. Μελέτη που έγινε από τους RobertsonEM. et al., το 1999, στις ΗΠΑ, έδειξε ότι οι Νοσηλευτές που συμμετείχαν σε περισσότερες δραστηριότητες συνεχούς επιμόρφωσης, ανέφεραν υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία τους.⁴⁵ Επίσης μελέτη που έγινε από τους JoSmithetal., το 2001, στην Αγγλία, αναδεικνύει ως απτά οφέλη από τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση, τη βελτίωση των γνώσεων, τη βελτίωση της παροχής φροντίδας και την επαγγελματική ανάπτυξη.⁵⁰

Με την προοπτική της βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και της ασφάλειας των ασθενών επιβάλλεται όλοι οι Νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη της γνώσης και της νοσηλευτικής πρακτικής, συμμετέχοντας στα προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, είτε σε εθελοντική είτε σε υποχρεωτική βάση. Η Συνεχής Εκπαίδευση χρειάζεται να αποτελέσει προτεραιότητα για το Νοσηλευτή προκειμένου να παρέχει ασφαλή και υψηλής ποιότητας φροντίδα.⁴⁴

6.9 Προγράμματα εκπαίδευσης σε χρόνια νοσήματα

Ένα ενδιαφέρον πράγμα ψυχολογικής παρέμβασης σε χρόνιους ασθενείς έχει αναπτυχθεί από τον Farzy και τους συνεργάτες. Το πρόγραμμα φαίνεται ότι μπορεί να συμβάλει στην μείωση του άγχους, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, της κόπωσης και του θυμού, όπως και στην βελτίωση της διαχείρισης του στρες.

Φαίνεται ότι έχει επιπτώσεις και στο χρόνο επιβίωσης, πιθανώς μέσω των αλλαγών που επιφέρει στις συμπεριφορές και συνήθειες υγείας, μέσω της κινητοποίησης για την λήψη μεγάλης κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και μέσω της μείωσης του στρες και της λειτουργικής αντιμετώπισης του.

Το πρόγραμμα παρέμβασης περιλαμβάνει τέσσερις τομείς: α. εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα υγείας και ασθένειας, γενικά και ειδικά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. β. Διαχείριση του στρες {τι είναι στρες, πως αξιολογούνται οι πηγές του στρες και οι ατομικές αντιδράσεις σε αυτό, εκμάθηση απλών τεχνικών χαλαρώσεις γ. εκπαίδευση στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, επίλυση προβλημάτων, συνειδητοποίηση των παραγόντων που σχετίζονται με το στρες (όπως η αισιοδοξία η πρακτικότητα, η ευελιξία και η ευρηματικότητα) και δ. ψυχολογική στήριξη και κοινωνική υποστήριξη.

Το πρόγραμμα που λαμβάνει χώρα σε ομαδική βάση, αποτελείται από δέκα περίπου εβδομαδιαίες συναντήσεις, διάρκεια δύο περίπου ωρών. Σε κάθε συνάντηση τυγχάνουν συζήτηση και ανάλυσης κάθε ένα από τα τέσσερα στοιχεία του προγράμματος. Το πρόγραμμα μπορεί να έχει προσαρμοστεί για χρήση από άτομα σε διαφορετικά στάδια διαφορετικών ασθενειών.³²

Ένα άλλο γνωστό πρόγραμμα είναι το MiamiGETSMARTProgram. Το πρόγραμμα αυτό έχει τους εξής στόχους: α. αύξηση της κατανόησης από την πλευρά των συμμετεχόντων των πηγών στρες που αντιμετωπίζουν και των αντιδράσεων τους, β. ανάπτυξη λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, γ. εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης στρες, δ. αναγνώριση δυσλειτουργικών σκέψεων, ε. τροποποίηση δυσλειτουργικών γνωστικών διεργασιών και σκέψεων, στ. ενίσχυση των ικανοτήτων επίλυση διαπροσωπικών συγκρούσεων και διαχείρισης του θυμού και ζ. παροχή ενός υποστηρικτικού πλαισίου.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δέκα εβδομαδιαίες ομαδικές συναντήσεις στις οποίες συμμετέχουν έξι ως οκτώ ασθενείς και δύο συντονιστές. Στην πρώτη και δεύτερη συνάντηση λαμβάνει χώρα πληροφόρηση, συζήτηση για το στρες και τους σχετικούς παράγοντες, καθώς και για την επίδραση του στην λειτουργία του ατόμου. Στην τρίτη συνάντηση ιδιαίτερη έμφαση στην διαδικασία της γνωστικής αξιολόγησης. Στην τέταρτη στις αυτόματες σκέψεις,

τις αρνητικές σκέψεις και τα γνωστικά λάθη. Στην πέμπτη συνάντηση αναπτύσσονται θέματα γνωσιακής αναδόμησης στην έκτη και την έβδομη συνάντηση θέματα αντιμετώπισης του στρες, στην όγδοη και ένατη συζητούνται θέματα γύρω από την έκφραση συναισθημάτων, διαχείριση θυμού και διεκδικητικότητα. Στην 10η συνάντηση δίνεται έμφαση στην κοινωνική υποστήριξη και στους κατάλληλους τρόπους για να την αναζήτηση της.

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε ασθενείς με AIDS και επέδειξε βελτίωση της ευεξίας των συμμετεχόντων, αλλά υπήρξαν μικτά αποτελέσματα ως προς την κατάσταση της σωματικής υγείας και την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Παρά το τελευταίο οι ερευνητές βρήκαν πως η διαχείριση του στρες επιδρά θετικά σε διάφορες νευροορμόνες που σχετίζονται με την διεργασία του στρες και είναι σημαντικές για την εξέλιξη της νόσου.³⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ
ΠΡΩΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Π.Μ

ΦΥΛΟ: ΑΝΤΡΑΣ

ΗΛΙΚΙΑ: 42

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΠΑΤΡΑ

ΟΙΚ.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΟΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαβητική νεφροπάθεια

Ατομικό Ιστορικό

Ο ασθενής εισήχθη στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας» με υψηλό σάκχαρο, με οίδημα των κάτω άκρων, κρεατινίνη 7mg/dl, ουρία 62mg/dl. Ανίχνευση λευκωμάτων στην γενική ούρων. Ο ασθενής διεγνώσθη με διαβητική νεφροπάθεια, ο γιατρός συνέστησε την ένταξη του ασθενούς σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης σε μονάδα τεχνητού νεφρού.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Υπεργλυκαιμία.	Ρύθμιση σακχάρου αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα.	<p>Χορήγηση ινσουλίνης κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα</p> <p>Μέτρηση σακχάρου μετά από 30 λεπτά.</p> <p>Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά μια ώρα</p> <p>Μέτρηση ισοζυγίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p>	<p>Χορηγήθηκαν υποδόρια επτά μονάδες actrapid.</p> <p>Τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας</p> <p>Ελέγχθηκε το σάκχαρο μετά από μισή ώρα.</p> <p>Έγινε μέτρηση ζωτικών ανά μια ώρα</p>	<p>Επαναφορά του σακχάρου σε χαμηλότερα επίπεδα.</p> <p>Φυσιολογική αρτηριακή πίεση</p>

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Εφαρμογή προσωρινού κεντρικού φλεβικού καθετήρα διπλού αυλού	Επιτυχημένη εφαρμογή προσωρινού κεντρικού φλεβικού καθετήρα.	Ενημέρωση του ασθενή για την διαδικασία που θα ακολουθήσει. Εξασφάλιση ότι ο ασθενής θα παραμείνει νηστικός. Εργαλιοδότηση και βοήθεια του γιατρού στην τοποθέτηση φλεβικού καθετήρα Περιποίηση της περιοχής	Ο ασθενής ενημερώθηκε για την διαδικασία που θα ακολουθηθεί, λύθηκαν οι απορίες που εξέφρασε και παραμένει νηστικός. Τοποθετήθηκε προσωρινό κεντρικό φλεβικό καθετήρα διπλού αυλού Έγινε περιποίηση της περιοχής	Η εφαρμογή προσωρινού κεντρικού φλεβικού καθετήρα διπλού αυλού πραγματοποιήθηκε με επιτυχία.

<p>Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση</p>	<p>Αντικειμενικός Σκοπός</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδα</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p>Εκτίμηση Αποτελέσματος</p>
<p>Ένταξη του ασθενούς σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης σε μονάδα τεχνητού νεφρού.</p>	<p>Μείωση σωματικού βάρους</p> <p>Υποχώρηση οιδημάτων</p> <p>Εξασφάλιση συνεδρίας χωρίς επιπλοκές.</p>	<p>Εφαρμογή προσωρινού κεντρικού φλεβικού καθετήρα διπλού αυλού.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενή για την διαδικασία της αιμοκάθαρσης.</p> <p>Προετοιμασία του χώρου που θα πραγματοποιηθεί η διαδικασία.</p> <p>Ζύγιση του ασθενή πριν την αιμοκάθαρση</p> <p>Εξασφάλιση της σωστής υγιεινής του ασθενή.</p> <p>Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</p>	<p>Ο χώρος προετοιμάστηκε λαμβάνοντας τα απαραίτητα μέτρα προστασίας για τον ασθενή και για το νοσηλευτικό προσωπικό.</p> <p>Σημειώθηκε το βάρος του ασθενή</p> <p>Πριν από την διαδικασία αιμοκάθαρσης πραγματοποιήθηκε περιποίηση της περιοχής γύρω από τον καθετήρα με άσηπτη τεχνική.</p> <p>Μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση</p>	<p>Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης πραγματοποιήθηκε ομαλά χωρίς επιπλοκές.</p> <p>Δεν υπήρξε αύξηση ή μείωση της αρτηριακής πίεσης κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης</p> <p>Μειώθηκε το βάρος του ασθενή κατά 2 κιλά</p> <p>Υποχώρηση οιδημάτων</p>

ΔΕΥΤΕΡΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:Τ.Α

ΦΥΛΟ:ΑΝΤΡΑΣ

ΗΛΙΚΙΑ:51

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ :ΠΑΤΡΑ

ΟΙΚ.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ/ ΧΝΑ

Ατομικό Ιστορικό

Ο ασθενής εισήχθη στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο « Άγιος Ανδρέας» στο τμήμα των ΤΕΠ με τραύματα στο χέρι από απόπειρα αυτοκτονίας. Ενημερώθηκαν οι νεφρολόγοι καθώς ο ασθενής πάσχει από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια και έχει ενταχθεί για παρακολούθηση και θεραπεία με τρεις συνεδρίες αιμοκάθαρσης την εβδομάδα. Ο ασθενής είναι σκεπτικός, θλιμμένος και αρνείται να κάνει την θεραπεία του. Ο γιατρός των ΤΕΠ συνέστησε παρακολούθηση από ψυχιάτρων και άμεση θεραπεία.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Θλίψη /απογοήτευση	Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.	<p>Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα</p> <p>Χορήγηση αντικαταθλαπτικής θεραπείας.</p> <p>Συχνή παρακολούθηση του ασθενή</p> <p>Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά μία ώρα</p> <p>Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.</p>	<p>Τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας</p> <p>Χορήγηση 20mgSeropram (με εντολή γιατρού).</p> <p>Αφήνουμε τον ασθενή να εκφράσει τους φόβους του.</p> <p>Μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση και οι σφυγμοί</p>	<p>Μείωση των συμπτωμάτων.</p> <p>Φυσιολογική αρτηριακή πίεση</p> <p>Φυσιολογικοί σφυγμοί</p> <p>Ο ασθενής νιώθει πιο ήρεμος.</p> <p>Βελτιώθηκαν οι σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή</p>

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες Προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αυτοκτονικές τάσεις.	<p>Καταπολέμηση των αυτοκτονικών τάσεων του ασθενή.</p> <p>Βεβαίωση αντίληψης του ασθενή</p>	<p>Συζήτηση με τον ασθενή και ενημέρωση του ψυχιάτρου.</p> <p>Συχνός έλεγχος επίπεδου συνείδησης</p> <p>Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος.</p> <p>Εκτέλεση νοσηλείας</p> <p>Περιποίηση τραύματος.</p>	<p>Αξιολογήθηκε ως προς το επίπεδο συνείδησης του ασθενή</p> <p>Φροντίδα ώστε να μην υπάρχουν αιχμηρά αντικείμενα στον θάλαμο.</p> <p>Χορήγηση Effexor 75mg(με οδηγία γιατρού).</p> <p>Καθαρισμός τραύματος και τοποθέτηση επιδέσμου.</p>	<p>Μείωση αυτοκτονικών τάσεων.</p> <p>Επούλωση τραύματος.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση αγωνίζονται σκληρά για να ανταποκριθούν στις οικογενειακές, επαγγελματικές και κοινωνικές υποχρεώσεις τους. Η αντιμετώπιση των ψυχικών εκδηλώσεων του οργανικού συνδρόμου προϋποθέτει σωστή και έγκυρη διαγνωστική εκτίμηση της κατάστασης μετά από ψυχιατρική εξέταση. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και εκδηλώνεται με σωματική κόπωση, μείωση της όρεξης, απώλεια σωματικού βάρους και απομόνωση. Η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση συμβάλλει στην σωστή θεραπεία των ασθενών και στην καλύτερη ποιότητα ζωής, αφού αποτρέπει από μια άμεση ή έμμεση αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η ανάγκη της συνεργασίας της ομάδας του τεχνητού νεφρού με τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό είναι προφανής, αφού οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια πάσχουν από μια σωματική νόσο με συχνές ψυχικές επιπλοκές και μαζί με τους ασθενείς συμπάσχουν και οικογένειες τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαδόπουλος,Τ. – Ρίζου,Ε. – Διαμαντοπουλου,Μ. – Μαρκαντωνάκης,Π.(2011),*Ανατομία- Φυσιολογία*, Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα.
2. Βαρμεγέμης, Βασίλειος – Θώδης, Ηλίας – Πασαδάκης, Πλουμής(2005), *Βασικές Αρχές Νεφρολογίας*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη,Αθήνα.
3. Vender, A –Sherman, J -, Luciano, D –Τσακόπουλος, Μ (2011), *Φυσιολογία του ανθρώπου*,επιμέλεια ελληνικής έκδοσης:Ν. Γελαδάς,Μ.Τσακόπουλος,Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα
4. McGeown, J.G.(2000),*Συνοπτική φυσιολογία του ανθρώπου*,μετάφραση-επιμέλεια: Α. Χατζηευθυμίου,Κ. Γουργουλιάνης,Α. Μολυβδάς,Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη,Αθήνα.
5. Γερογιάννη, Γ – Γερογιάννη, Σ. (2007), «Οξεία νεφρική ανεπάρκεια μια αιφνίδια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας», *DialysisLiving*, τ. 18.
6. Netter,F. – Marschall,S–Greganti, M.Andrew(2015), *Παθολογία Βασικές Αρχές*,Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη
7. Δημόπουλος, Κωνσταντίνος (1977), *Μάθημα Ουρολογίας*, Παλμός, Αθήνα.
8. <http://www.nefrologia.gr/neph/article.jsp?categoryid=3126&context=103&globalid=1012&articleid=3187>
9. Swearingen, Pamela – Baird, Marianne –Keen,Janet, (2001)*Επείγουσα νεφρολογική, επιμέλεια Γιώργος Ι.Μπαλτόπουλος*,Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις,Αθήνα.
10. Papper, Solomon (1981), *Κλινική νεφρολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
11. Πυρπασόπουλος, Μάριος (2009), *Θέματα νεφρολογίας*, UniversityStudioPress,Αθηνα.
12. Σόμπολος, Κωνσταντίνος Ι. – Ντόμπρος, Νικ. .Β.,Κεχαΐδου – Χατζηαναστασιάδου,Γεωργία,(1991),*Χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση*, UniversityStudioPress,Αθήνα
13. Κυρίτσης, Ηλίας – Τρίγκα, Κωνσταντίνα (2015), «Η ιστορία της αιμοκάθαρσης», *Αχαϊκή Ιατρική*,τόμος 34, τευχος 2.
14. Αναγνωστόπουλος, Φ. – Καραδήμας, Ε. (2008),*Υγεία και ασθένεια.Ψυχολογικές διεργασίες*, Λιβάνης,Αθήνα.
15. http://www.renalkomotini.gr/news_nosil_06.htm
16. http://vimaasklipiou.gr/volumes/2004/VOLUME%2003_14/VA_SP_2_13_03_14.pdf

17. Λένη, Αγλαΐα-Ειρήνη –Τουρκογιάννη, Μαρία – Σταυροπούλου, Αρετή –Ζηδιανάκης, Ζαχαρίας (2013), «Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια», *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, τόμος 2, τεύχος 2.
18. Evans, M. E. (1994), «Physical Illness and Depression», στο Copeland, J.R.M.–Abou-Saleh, M. T.,–Blazer, D. G. E. (εκδ.), σσ. 525-532.
19. Πολυκανδριώτη, Μαρία – Στεφανίδου, Σπυριδούλα (2013), «Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς», *Το βήμα του Ασκληπιού*, τόμος 12, τεύχος 4.
20. Δασκαλόπουλος Θ., Ψυχίατρος (2006) «Κλινικές μορφές κατάθλιψης» <http://www.psi-gr.tripod.com>
21. Ραγιά Α., «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας» 2005, Αθήνα, Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
22. <http://www.psynet.gr> «Πληροφόρηση για την Ψυχική Υγεία»
23. Αλεβαζόπουλος Γ. (1991). «Η βιολογική θεραπεία της φαρμακολογικής προσέγγιση. Τετράδια ψυχιατρικής 1.»
24. <http://www.helth.in.gr>
25. Huertas-Vieco, M.P., Perez-Garcia, R., Albalade, M., et al. (2014). «Psychosocial factors and adherence to drug treatment in patients on chronic haemodialysis.» *Nefrologia*
26. Τουλιά Γ., -Κουτσοπούλου, Β. (2013). «Πιότητα ζωής αυτοκαθαιρόμενων ασθενών» *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, τόμος 4, τεύχος 1
27. Σπυρίδη, Σ., - Ιακωβίδη Α., - Καπρίνης, Γ. (2008) «Νεφρική ανεπάρκεια βιολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις» *Ψυχιατρική*, τόμος 19, τεύχος 1
28. Οικονομίδου, Γ. - Ζλατάνος, Δ. - Βαϊόπουλος, Χ., και συν. (2005) «Κατάθλιψη ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια» *Dialysis Living*, τεύχος 14
29. Μωυσιάδου, Ε. - Μαντουλίδης Ν, (2015) «Η κατάθλιψη στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς» *Dialysis Living*, τεύχος 42
30. Θεοφίλου, Π.Α. (2010) «Ψυχιατρικές διαταραχές στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση». *Το βήμα του Ασκληπιού*, τόμος 4, τεύχος 2
31. Ευάγγελος Κ. Γιαβασοπούλου 1, Παρασκευή Γ. Γουρνή (2008)
32. «Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς» *Το βήμα του Ασκληπιού*, τόμος 7, τεύχος 1
33. https://www.ene.gr/PENELLHNTIA_SYNEDRIA/18/PDF/P70.pdf
34. <https://www.healthview.gr/34353/1-stous-3-asthenis-sta-nosokomia-echoun-katathlipsi/>

35. Miceli A, Sebuyira LM, Crozier I, Cooke M, Naikoba S, Omwangangye AP, RaykoFarrar L, Ronald A, Tumwebaze M, Willis KS, Weaver MR. (2012)Advances in clinical education: a model for infectious disease training for mid-level practitioners in Uganda. *Int J Infect Dis* .
36. Θεοφανίδης Δ, Φουντούκη Α. Η διά βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη. *Νοσηλευτική* 2006
37. Χασάπης Δ. Σχεδιασμός, οργάνωση, Εφαρμογή και αξιολόγηση Προγραμμάτων Επαγγελματικής Κατάρτισης. Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα, 2000
38. Hanna LA. Staffing effectiveness evaluation: a best kept secret for educational needs assessment. *J NursesStaffDev*. 2005
39. Παναγιωτοπούλου Κ. Ευαισθητοποίηση και κίνητρα νοσηλευτών για τη συμμετοχή τους σε Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση. *Νοσηλευτική* 2008
40. Ραφτόπουλος Β. Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Έκδοση Β. Ραφτόπουλος, Λευκωσία, 2009
41. Rowell PA, Milholland DK. Nursing and threats to patient and nurse safety and quality of patient care. *J Nurs Care Qual* 1998
42. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB [Quality assessment of primarycare by health professionals: a comparison of different types of services]. *Cad Saude Publica* 2012
43. Yeh SH, Hsiao CY, Ho TH, Chiang MC, Lin LW, Hsu CY, Lin SY. The effects of continuing education in restraint reduction on novice nurses in intensive care units. *J Nurs Res* 2004
44. Pam Ribelin, MSN, RN,C Louise Neufelder, MPA, RN. Congestive Heart Failure Education Study. *journal for nurses in staff development* 2006
45. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB [Quality assessment of primarycare by health professionals: a comparison of different types of services]. *Cad Saude Publica* 2012
46. Lin Perry RGN DipHS CertEd. Continuing professional education: luxury or necessity *Journal of Advanced Nursing* 1995
47. Edwards N, Hui ZD, Xin SL. Continuing education for nurses in Tianjin Municipality, the People's Republic of China. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2001
48. Flores Peña Y, Alonso Castillo M Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006

49. Jo Smith, Annie Topping. Unpacking the 'value added' impact of continuing professional education: a multi-method case study approach. *Nurse Education Today* 2001