



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:

Μιχαηλίδου Ευανθία

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Summary	4
1.Εισαγωγή.....	5
2. Ιστορική αναδρομή	6
3. Επιδημιολογία.....	7
A ΜΕΡΟΣ.....	9
1.Ανατομία.....	9
1.1 Η ανατομία των πνευμόνων.....	9
1.2. Αεραγωγοί.....	10
1.3. Κυψελίδες και τραχειοβρογχικό δέντρο	10
2. Η φυσιολογία των πνευμόνων.....	11
3. Ορισμός της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας.....	12
4. Οι παράγοντες που προκαλούν ΧΑΠ	13
4.1. Κάπνισμα	13
4.2. Περιβαλλοντικά και γενετικά αίτια	13
5. Κλινική εικόνα	14
6. Διάγνωση	15
7.Διαφοροδιάγνωση	16
8. Σταδιοποίηση.....	17
9. Πρόγνωση.....	18
10. Πρόληψη.....	18
11. Θεραπεία.....	19
11.1. Συντηρητική θεραπεία	19
11.2. Χειρουργική θεραπεία	20
B΄ ΜΕΡΟΣ.....	21
1.Εκτίμηση της κατάστασης υγείας του ατόμου από τον νοσηλευτή	21
1.1Συνέντευξη και λήψη ιστορικού υγείας	21
1.2. Φυσική εξέταση	22
2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση της ΧΑΠ.....	24
3.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη.....	25
4.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία της ΧΑΠ	26
4.1.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην συντηρητική θεραπεία.....	26

4.2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία.....	27
5. Κατ' οίκον φροντίδα	28
6.Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.....	29
Γ' ΜΕΡΟΣ.....	31
Έρευνα (Νέα δεδομένα)	31
1.Το είδος της έρευνας	31
2.Περιγραφή δείγματος.....	31
3.Μέθοδος συλλογής δεδομένων	31
4.Συλλογή δεδομένων.....	32
5.Πίνακας δεδομένων.....	32
6. Κατηγοριοποίηση των νέων δεδομένων	35
Συμπεράσματα.....	42
Βιβλιογραφία	43

Περίληψη

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια είναι μια ασθένεια του αναπνευστικού συστήματος που χαρακτηρίζεται από στένωση των αεραγωγών. Τις τελευταίες δεκαετίες αποτελεί μια από τις πιο συνηθισμένες αιτίες θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι αιτίες εμφάνισης της ΧΑΠ είναι το κάπνισμα, περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες. Τα συμπτώματα της ασθένειας είναι ο βήχας, η έκκριση βλέννας, η δύσπνοια και η δυσφορία και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενή και την ψυχολογική του κατάσταση. Έτσι, ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο σε όλα τα στάδια της ασθένειας, από την διάγνωση και την θεραπεία, μέχρι την φροντίδα και την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να μελετήσει τον ρόλο του νοσηλευτή στη ΧΑΠ και να εξετάσει τα νέα δεδομένα που υπάρχουν για την ασθένεια.

Υλικό και μέθοδος: Έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές πηγές Pubmed και Google Scholar με τις λέξεις COPD and nursing, COPD new treatment, COPD diagnosis, COPD and smoking, COPD new data. Επιλέχθηκαν τα πιο πρόσφατα άρθρα και αυτά στα αγγλικά, καθώς και τα άρθρα που μελετούν νέα δεδομένα σχετικά με την ΧΑΠ.

Αποτελέσματα: Τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότεροι άνθρωποι νοσούν από ΧΑΠ. Συνέχεια ανακαλύπτονται νέα δεδομένα για την ασθένεια. Το γεγονός ότι είναι μια χρόνια ασθένεια με επίπτωση στην ποιότητα ζωής του ατόμου δείχνει την εξέχουσα θέση που έχει ο νοσηλευτής.

Συμπεράσματα: Η ΧΑΠ έχει υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας και γι' αυτό τον λόγο απασχολεί την ιατρική κοινότητα. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει την ασθένεια και να έχει μια καλύτερη ζωή.

Λέξεις κλειδιά: ΧΑΠ, θεραπεία, νοσηλευτική φροντίδα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Summary

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is a disease of respiratory system, in which there is stenosis of airways. The last decades are one of the most common causes of death worldwide. The causes of COPD are smoking, environmental and genetic factors. The symptoms of the disease are caught with phlegm, breathlessness, and discomfort, which affect the patient's quality of life and psychology. The nurse plays an important role in every stage, from diagnosis and treatment to nursing care and psychological support.

Aim: The aim of this paper is to investigate the role of nurse in COPD and analyze new information about COPD.

Material and Method: The research was conducting in two websites, Pubmed and Google Scholar. We use words such as COPD and nursing, COPD and new treatment, COPD diagnosis. The articles, which have been chosen, were the most recent and in the English language. Also, these, which provide new information about COPD.

Results: The last decades more and more people are going down with COPD. There is a lot of new information about COPD. The fact that is a chronic disease, which has an impact on quality of life shows the significant role of nurse.

Conclusions: COPD has high percentages of morbidity and mortality and for this reasons it has a major interest for medical community. A nurse can help a patient to face the disease and have a better life.

Keywords: COPD, treatment, nursing care, psychosocial rehabilitation.

1.Εισαγωγή

Οι πνεύμονες είναι ένα ιδιαίτερα σύνθετο ζωτικό όργανο. Η περιπλοκότητα αφενός των ανατομικών χαρακτηριστικών τους και αφετέρου της φυσιολογίας τους, δηλαδή των λειτουργιών που επιτελούν, έχει ως φυσικό επακόλουθο να υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παθήσεων, οι οποίες σχετίζονται με τους πνεύμονες (Barret et al., 2012). Χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτών των παθήσεων, τα οποία είναι και περισσότερο γνωστά είναι η βρογχίτιδα είτε οξεία είτε χρόνια, το άσθμα, το εμφύσημα, η πνευμονία και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, εν συντομία ΧΑΠ.

Τα αίτια που οδηγούν στις παραπάνω νόσους μπορούν να διακριθούν σε περιβαλλοντικά, γενετικά, ενώ πολλές από αυτές τις ασθένειες είναι αποτέλεσμα των συνηθειών και του τρόπου ζωής των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, το κάπνισμα και το ενεργητικό και το παθητικό, αυξάνει τις πιθανότητες και τα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας από αναπνευστικές ασθένειες (Hart & Loeffler, 2014). Η ΧΑΠ αποτελεί το πιο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα ασθένειας που οφείλεται κυρίως στο κάπνισμα.

Η ΧΑΠ είναι ένας συνδυασμός δύο παθήσεων, της χρόνιας βρογχίτιδας και του εμφυσήματος (ELF, χ.η.). Τα τελευταία χρόνια η ΧΑΠ έχει τραβήξει την προσοχή, εξαιτίας του γεγονότος ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι παγκοσμίως νοσούν, καθώς και λόγω του μεγάλου ποσοστού θανάτων (Lopez-Campos et al., 2015). Αν στα παραπάνω προσθέσουμε ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2021) η ΧΑΠ είναι μέσα στην δεκάδα των πιο θανατηφόρων ασθενειών και τα άτομα που χάνουν την ζωή τους υπολογίζονται κοντά στα 3.000.000 συμπεραίνουμε πως η ασθένεια αυτή αποτελεί μια πρόκληση και πως λόγω της πολυπλοκότητας της ο ρόλος του νοσηλευτή, στον οποίο θα αναφερθούμε εκτενέστερα στη παρούσα εργασία, κρίνεται πρωτίστης σημασίας σε όλες τις φάσεις της ασθένειας, από την σωστή λήψη του ιστορικού του πάσχοντα και την διάγνωση, μέχρι την θεραπεία και την κατ' οίκον φροντίδα.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που βρίσκεται στην πρώτη γραμμή, όσον αφορά την ΧΑΠ και παρακολουθεί το άτομο σε όλα τα στάδια της ασθένειας, όπως παραδείγματος χάρη κατά την θεραπεία και καλείται να διαπιστώσει αν ο ασθενής ανταποκρίνεται ή όχι σε αυτήν (Scullion, 2018). Τα συμπτώματα και η εξέλιξη της ΧΑΠ έχουν άμεσο αντίκτυπο στον τρόπο και την ποιότητα ζωής του ατόμου, γι' αυτό και είναι αναγκαία η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της.

2. Ιστορική αναδρομή

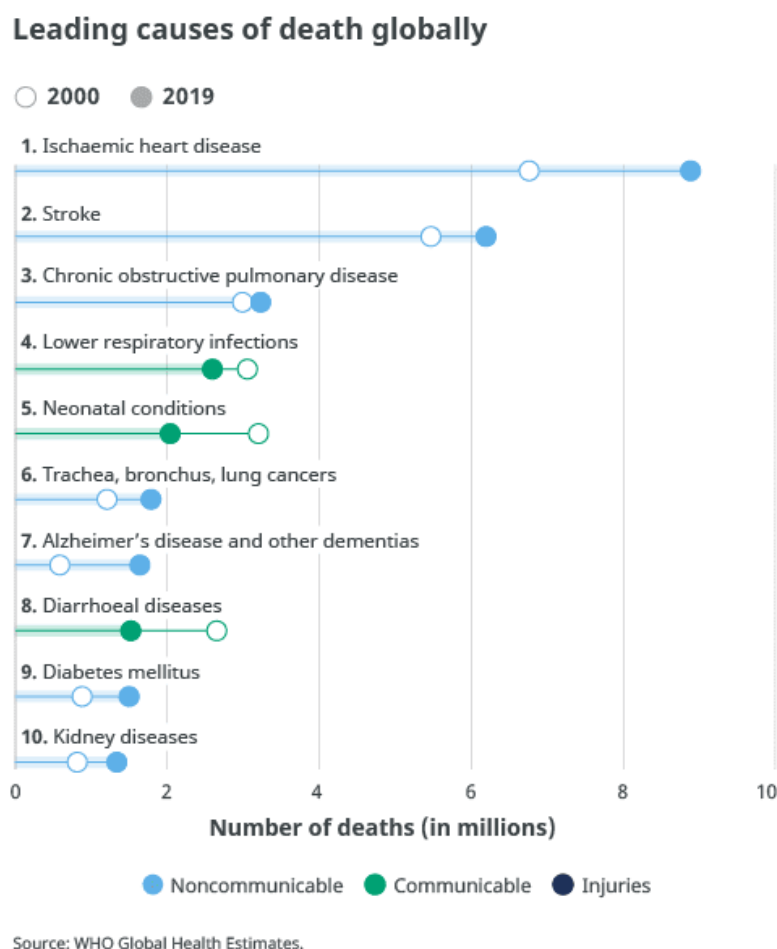
Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια αποτελεί μια ασθένεια του αναπνευστικού συστήματος, στην οποία αποδίδεται ένα μεγάλο ποσοστό θανάτων ετησίως, σε όλο τον κόσμο. Παρά το γεγονός, όμως, ότι αποτελεί μια συχνή αιτία θνησιμότητας οι γνώσεις μας γύρω από την ΧΑΠ ήταν περιορισμένες μέχρι πριν λίγες δεκαετίες. Καθώς πρόκειται για έναν συνδυασμό ασθενειών, της χρόνιας βρογχίτιδας και του εμφύσηματος, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, κατά καιρούς χρησιμοποιούνταν διαφορετικοί όροι, με σκοπό να περιγραφεί η εν λόγω νόσος. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτών των όρων είναι ασθματική βρογχίτιδα, χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα που αναφέρονταν στην νόσο που σήμερα αποκαλούμε Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Cazolla et al., 2007).

Τη σύγχυση που υπήρχε γύρω από την ΧΑΠ ήρθαν να ξεδιαλύνουν δύο ιδιαίτερα σημαντικές ανακαλύψεις που σημειώθηκαν κατά την διάρκεια του 19^{ου} αιώνα. Πρόκειται, αφενός για την ανακάλυψη του στηθοσκοπίου το έτος 1819 από τον Γάλλο γιατρό Rene Laennec και αφετέρου για την ανακάλυψη του σπιρόμετρου το 1842 από τον John Hutchinson (Fishman, 2005). Με την βοήθεια του στηθοσκοπίου ο εφευρέτης του Laennec απέκτησε την δυνατότητα να μελετάει τους ήχους που κάνουν η καρδιά και οι πνεύμονες και επιπρόσθετα κατηγοριοποίησε τις πνευμονικές ασθένειες. Έτσι, χάρη στον Laennec υπήρχε πλέον η βρογχίτιδα, το εμφύσημα, η πλευρίτιδα και η πνευμονία (Roguin, 2006).

Προς τα τέλη της δεκαετίας του 1950 και στις αρχές της δεκαετίας του 1960 πραγματοποιήθηκε πλήθος ιατρικών συναντήσεων παγκοσμίως που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα χαρακτηριστικά, με τα οποία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ορίζεται το εμφύσημα και τα χαρακτηριστικά που περιγράφουν την Χρόνια Βρογχίτιδα στο Ηνωμένο Βασίλειο εμφανίζουν μεγάλες ομοιότητες (Fishman, 2005). Το 1965 ο γιατρός William Briscoe στο 9^ο Συνέδριο για το Εμφύσημα χρησιμοποίησε για πρώτη φορά την ονομασία Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), που στα ελληνικά αποδίδεται ως Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Petty, 2006). Έτσι, η πρόταση του Briscoe να χρησιμοποιείται η έννοια ΧΑΠ καθιερώθηκε και έγινε ευρέως αποδεκτή.

3. Επιδημιολογία

Αν σκεφτεί κανείς πως η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια είναι υπεύθυνη για μεγάλο αριθμό θανάτων τις τελευταίες δεκαετίες, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως πρέπει να δώσουμε σε αυτή την ασθένεια την πρέπουσα σημασία. Αναλυτικότερα, η ΧΑΠ αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου παγκοσμίως, μετά από την ισχαιμική καρδιοπάθεια και το εγκεφαλικό και υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο χάνουν την ζωή τους από ΧΑΠ περίπου 3.230.000 άνθρωποι στον κόσμο (WHO, 2021).



Εικόνα 1: Οι δέκα κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως το 2019, με την ΧΑΠ να βρίσκεται στην τρίτη θέση (ΠΗΓΗ: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις μάλιστα το ποσοστό των ετήσιων θανάτων εξαιτίας της ΧΑΠ που σήμερα κυμαίνεται στο 5,6% περίπου αναμένεται να αυξηθεί κι άλλο τα προσεχή έτη και να αγγίξει το 7,8% το έτος 2030 (Fermont et al., 2019)

Η ΧΑΠ αποτελεί ένα φαινόμενο με πολυποίκιλες αιτίες. Οφείλεται σε μια συνάρτηση περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως η έκθεση σε σκόνη, αλλά και του τρόπου ζωής των ανθρώπων. Για παράδειγμα, το κάπνισμα είναι η κυριότερη αιτία εμφάνισης της νόσου. Κατά συνέπεια, στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου τα εισοδήματα των ανθρώπων είναι ιδιαίτερα υψηλά και συναντώνται και περισσότεροι καπνιστές τη δεκαετία του 2000, ένα ποσοστό 4 έως 10% των κατοίκων αυτών των χωρών εμφάνισαν ΧΑΠ, η οποία και εξελισσόταν διαρκώς (Adeloye, 2015). Είναι, επίσης, χρήσιμο να τονίσουμε ότι οι καπνιστές έχουν είκοσι φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από χρόνια βρογχίτιδα, η οποία μαζί με το εμφύσημα, όπως έχουμε επισημάνει, συναποτελούν την Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Osborn et al., 2016).

Είναι, όμως, αξιοσημείωτο το γεγονός ότι μεγαλύτερα ποσοστά θανάτων εξαιτίας της ΧΑΠ παρατηρούνται στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, σε ανθρώπους χαμηλών ή μεσαίων εισοδημάτων. Πρόκειται μάλιστα για το 90% των θανάτων, ιδιαίτερα υψηλό νούμερο, πράγμα που οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι σε αυτά τα κράτη δεν είναι πλήρως ενημερωμένοι για την νόσο και τους κινδύνους της (Adeloye, 2015).

Ο επιπολασμός της νόσου στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, δηλαδή τα άτομα που νοσούν συγκριτικά με το συνολικό πληθυσμό, κυμαίνεται από 8 έως 17% στους άνδρες και από 10 έως 19% στον γυναικείο πληθυσμό και μάλιστα η ΧΑΠ στις ΗΠΑ είναι τέταρτη αιτία θνησιμότητας (Osborn et al., 2016).

Θα προσθέσουμε σε αυτό το σημείο ότι αρχικά θεωρήθηκε ότι η νόσος πλήττει κατά κύριο λόγο τους άνδρες και συγκεκριμένα μεγαλύτερης ηλικίας που είναι καπνιστές. Όμως, τα τελευταία χρόνια, μελέτες αποδεικνύουν πως η ασθένεια παρουσιάζει υψηλά ποσοστά και στις γυναίκες και τα ποσοστά εμφάνισης, αλλά και η θνησιμότητα από ΧΑΠ στις γυναίκες αυξάνονται ραγδαία και με μεγαλύτερους ρυθμούς απ' ότι στους άνδρες (Ntritsos et al., 2018).

Στην Ελλάδα το ποσοστό των καπνιστών είναι πάρα πολύ υψηλό. Το 45% των ανδρών και το 38% των γυναικών στην χώρα μας καπνίζουν και από τους ενήλικους καπνιστές υπολογίζεται ότι οι 600.000 εμφανίζουν Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, ενώ προκαλεί προβληματισμό το ότι από αυτούς περισσότεροι από το 50% δεν ξέρουν ότι είναι ασθενείς και επίσης το 50%, αφού ενημερωθεί ότι πάσχει δεν διακόπτει το κάπνισμα (Ρούπα και συν, 2015). Επομένως, συμπεραίνουμε ότι τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι ανησυχητικά και η ενημέρωση γύρω από την ΧΑΠ κρίνεται απαραίτητη.

Α ΜΕΡΟΣ

1.Ανατομία

1.1 Η ανατομία των πνευμόνων

Οι πνεύμονες αποτελούν ένα ζωτικό όργανο του ανθρώπινου οργανισμού. Χάρη σε αυτούς επιτυγχάνεται η διαδικασία της αναπνοής και το οξυγόνο εισέρχεται στο ανθρώπινο σώμα από την ατμόσφαιρα. Τα πνευμόνια είναι όργανο του αναπνευστικού συστήματος και καταλαμβάνουν τον περισσότερο χώρο στην θωρακική κοιλότητα. Άλλα όργανα του αναπνευστικού συστήματος είναι η μύτη ή ρίνα, το στόμα, η τραχεία, οι βρόγχοι και ο λάρυγγας.

Ο άνθρωπος διαθέτει δύο πνεύμονες, τον αριστερό και τον δεξιό. Ο δεξιός πνεύμονας, ο οποίος είναι και πιο μεγάλος και πιο βαρύν από τον αριστερό πνεύμονα διαιρείται στον άνω, στον μέσο και στον κάτω λοβό, ενώ ο αριστερός διαιρείται μόνο σε δύο λοβούς, τον άνω και κάτω (Platzer et al., 2011). Τον κάθε πνεύμονα περιστοιχίζει και διακρίνει από οτιδήποτε άλλο βρίσκεται στην θωρακική κοιλότητα ένας υπεζωκοτικός σάκος, ο οποίος αποτελείται από πέταλα που εκκρίνουν το λεγόμενο υπεζωκοτικό υγρό ή intrapleural fluid (Sherwood, 2016).

Χρειάζεται, επίσης, να γίνει αναφορά στην πλευρική επιφάνεια, στην διαφραγματική επιφάνεια και στη μεσοθωρακική επιφάνεια του πνεύμονα. Η πρώτη είναι μια λεία επιφάνεια με πλευρικό υπεζωκότα, ο οποίος διακρίνει τους πνεύμονες από τις πλευρές, η διαφραγματική επιφάνεια αποτελεί κατά κάποιο τρόπο το στήριγμα των πνευμόνων και βρίσκεται ακριβώς πάνω από το διάφραγμα, ενώ τέλος η μεσοθωρακική επιφάνεια έρχεται σε επαφή με το μεσοθωράκιο, το οποίο εγκλείει την καρδιά, αλλά και το περικάρδιο (Moore et al., 2016).

Στη μεσοθωρακική επιφάνεια συναντάμε και την πύλη (hilum), το σημείο εκείνο, από το οποίο οι διάφορες δομές εισέρχονται και εξέρχονται από τους πνεύμονες (Chaudhri & Bordoni, 2017). Οι δομές αυτές είναι οι βρόγχοι, οι πνευμονικές αρτηρίες, οι πνευμονικές φλέβες, τα λεμφαγγεία και τα νευρικά πλέγματα και με όλα αυτά οι πνεύμονες συνδέονται μέσω των ριζών (Moore et al., 2016). Τέλος, το διάστημα ανάμεσα στους δύο πνεύμονες αποτελεί το μεσοθωράκιο.

Οι πνεύμονες διαθέτουν πνευμονικά αγγεία που συμβάλλουν στην πνευμονική κυκλοφορία. Μέσα από την πνευμονική αρτηρία το αίμα περνάει στο τριχοειδικό δίκτυο,

οξυγονώνεται και από εκεί μέσα από τις πνευμονικές φλέβες καταλήγει στον αριστερό κόλπο (Barret et al., 2012). Παράλληλα, στους πνεύμονες συντελείται και η λεγόμενη βρογχική κυκλοφορία, η οποία παρέχει οξυγονωμένο αίμα στους αεραγωγούς (Suresh & Shimoda, 2016). Επίσης, η λειτουργία αυτή χρησιμεύει ως τροφοδοσία της τραχείας, των πυλαίων λεμφαδένων και του υπεζωκότα (Barret et al., 2014).

1.2. Αεραγωγοί

Οι αεραγωγοί, που όπως υποδηλώνει και το όνομά τους είναι οι αγωγοί που είναι επιφορτισμένοι με το έργο της μεταφοράς του αέρα από την ατμόσφαιρα στις κυψελίδες, για τις οποίες θα γίνει λόγος στη συνέχεια. Οι αεραγωγοί έχουν μήκος που φτάνει τα 2.500 χιλιόμετρα και αρχίζουν από τις ρινικές χοάνες, που εν συνεχεία φθάνουν στον φάρυγγα (Sherwood, 2016).

Ο αέρας που εισπνέει το άτομο είτε μέσω της ρινικής κοιλότητας, είτε από την στοματική κοιλότητα μέσω των αεραγωγών περνά στον λάρυγγα και μετέπειτα από την τραχεία (Effros, 2006). Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, όπως θα δούμε παρακάτω, προκαλεί στένωση των αεραγωγών και αυτό συνεπάγεται το άτομο να δυσκολεύεται να αναπνεύσει (ELF, χ.η.).

1.3. Κυψελίδες και τραγχειοβρογχικό δέντρο

Αν φανταστεί κανείς, πως η τραχεία μοιάζει με κορμό δέντρου και οι βρόγχοι με κλαδιά τότε σχηματίζεται το τραγχειοβρογχικό δέντρο. Η τραχεία διαιρείται σε δύο κύριους βρόγχους, τον δεξιό και τον αριστερό, οι οποίοι κατόπιν στο εσωτερικό των πνευμόνων διαιρούνται ο καθένας σε λοβαίους βρόγχους και οι λοβαίοι σε τμηματικούς βρόγχους (Moore et al., 2016). Με αυτόν τον τρόπο αρχίζουν να σχηματίζονται περαιτέρω τα κλαδιά του δέντρου. Στη συνέχεια, οι τμηματικοί βρόγχοι διακλαδίζονται σε μεσσαίους και μικρούς, ενώ οι μικροί βρόγχοι διαιρούνται σε βρογχιόλια (Platzer et al., 2011).

Στην άκρη από τα βρογχιόλια συναντάμε τις κυψελίδες ή alveoli. Στο εσωτερικό του κάθε πνεύμονα υπάρχουν περίπου 300.000.000 κυψελίδες και μέσω αυτών επιτυγχάνεται η ανταλλαγή των αερίων (Platzer et al., 2011). Οι κυψελίδες διαθέτουν τοιχώματα που αποτελούνται από πνευμονοκύτταρα, ενώ στο εσωτερικό κάθε κυψελίδας υπάρχουν

πνευμονοκύτταρα τύπου 2 και ένα φωσφολιπίδιο που δεν επιτρέπει στην κυψελίδα να διαλυθεί (Hart & Loeffler, 2014).

2. Η φυσιολογία των πνευμόνων

Όταν σκέφτεται κανείς τους πνεύμονες, το πρώτο πράγμα που του έρχεται στο μυαλό είναι η αναπνοή. Πράγματι, οι πνεύμονες συμμετέχουν στη διαδικασία της αναπνοής, μέσω της οποίας εισέρχεται οξυγόνο (O_2) από το περιβάλλον του ανθρώπου και ειδικότερα από την ατμόσφαιρα στο αίμα και παράλληλα εξέρχεται διοξείδιο του άνθρακα (CO_2). Άρα, η κύρια λειτουργία των πνευμόνων είναι η οξυγόνωση του αίματος και ταυτόχρονα η απομάκρυνση του διοξειδίου του άνθρακα απ' αυτό (EOM, χ.η.).

Στο παρόν σημείο, όμως, κρίνεται αναγκαίο να προβούμε σε μια διασαφήνιση. Η έννοια της αναπνοής είναι διττή. Αναφέρεται αφενός στην κυτταρική αναπνοή και αφετέρου στην εξωτερική, όπως ονομάζεται, αναπνοή. Η πρώτη αφορά την απελευθέρωση της ενέργειας των θρεπτικών συστατικών, η οποία πραγματοποιείται στα μιτοχόνδρια και απαιτεί για την διεξαγωγή της οξυγόνο, ενώ παράγει διοξείδιο του άνθρακα (Sherwood, 2016). Η εξωτερική αναπνοή αναφέρεται στην ανταλλαγή των δύο αερίων, δηλαδή του O_2 και του CO_2 .

Η διαδικασία, με την οποία αέρας περνάει από την ατμόσφαιρα στους πνεύμονες αποκαλείται αερισμός, ενώ η διαδικασία μεταφοράς αερίου από τον αέρα στο αίμα και το αντίστροφο αποκαλείται ανταλλαγή αερίων και αλλιώς διάχυση (Hart & Loeffler, 2014). Η ανταλλαγή αυτών των αερίων επιτυγχάνεται μέσω των αναπνευστικών μυών. Θα ήταν σοβαρή παράλειψη αν δεν αναφέρουμε ότι η ανταλλαγή πραγματοποιείται μέσω της επικοινωνίας του αίματος με τον αέρα που βρίσκεται στις κυψελίδες, μέσω της λεγόμενης κυψελιδοτριχοειδικής μεμβράνης (Πολυζωγόπουλος & Πολυχρονόπουλος, 2006). Πιο αναλυτικά, τα αέρια μέσω της κυψελιδοτριχοειδικής μεμβράνης περνούν από τις κυψελίδες στο αίμα των πνευμονικών τριχοειδών και αντίστροφα (Barret et al., 2012).

Κατά την διαδικασία της αναπνοής η κίνηση του αέρα μέσα και έξω στους πνεύμονες συνοδεύεται από αλλαγές στην πίεση ανάμεσα στις κυψελίδες και στην ατμόσφαιρα. Αξίζει να αναφέρουμε την ατμοσφαιρική πίεση που ασκεί η ατμόσφαιρα στην γη και εξαρτάται από το υψόμετρο, την ενδοπεζωκοτική ή ενδοθωρακική πίεση που ασκεί η θωρακική κοιλότητα στον πνεύμονα και τέλος την ενδοκυψελική πίεση, η οποία πρέπει να πέσει σε επίπεδα κάτω από την ατμοσφαιρική για να πραγματοποιηθεί η διαδικασία της εισπνοής και αναλόγως να

ανέλθει σε επίπεδα υψηλότερα από την ατμοσφαιρική για την έξοδο του αέρα και την επίτευξη της εκπνοής (Sherwood, 2016). Ο αέρας που εισπνέουμε και φτάνει στα πνευμόνια ονομάζεται εισπνεόμενος όγκος και υπολογίζεται στα 500 με 750 ml (Barret et al., 2012).

Άλλες λειτουργίες που επιτελούνται από την πνευμονική κυκλοφορία είναι η απομάκρυνση διάφορων σωματιδίων από το αίμα, ο βιολογικός μετασχηματισμός χημικών ουσιών, η συμβολή σε λειτουργίες συνυφασμένες με διαταράξεις της πήξης του αίματος (Πολυζωγόπουλος & Πολυχρονόπουλος, 2006).

3. Ορισμός της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας

Με τον όρο Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια αναφερόμαστε στην ουσία στον συνδυασμό δύο παθήσεων, της χρόνιας βρογχίτιδας και του εμφυσήματος, με τους καπνιστές να είναι αυτοί που κατά κύριο λόγο εμφανίζουν την ασθένεια (Hart & Loeffler, 2014). Η χρόνια βρογχίτιδα χαρακτηρίζεται από βρογχικές εκκρίσεις που σημειώνονται για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών το έτος και για δύο συναπτά έτη, ενώ το εμφύσημα είναι η ασθένεια στην οποία σταδιακά καταστρέφονται τα τοιχώματα των κυψελίδων (Ashar et al., 2017). Επομένως, από τα παραπάνω συνάγεται ότι η ασθένεια αποτελεί συνισταμένη πολλών άλλων ασθενειών, πράγμα που δικαιολογεί, γιατί καθυστέρησε η συστηματική μελέτη της.

Παρόλο που η νόσος σε αρχικό στάδιο επηρεάζει τους πνεύμονες, πρόκειται για μια χρόνια φλεγμονή που συνυπάρχει με μια σειρά από άλλες καταστάσεις που αποκαλούνται συννοσηρότητες και πρέπει να μελετηθούν, καθώς μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου και να επηρεάσουν τη θεραπεία. Χαρακτηριστικά παραδείγματα συννοσηροτήτων είναι διαταραχές στον μεταβολισμό, οστεοπόρωση και κατάθλιψη (Negewo et al., 2015).

Στην ΧΑΠ παρατηρείται απόφραξη των αεραγωγών. Πιο αναλυτικά, η αντίσταση των αεραγωγών, εξαιτίας της στένωσης του αυλού στους κατώτερους αεραγωγούς αυξάνεται και αυτό έχει ως άμεση συνέπεια να πρέπει να υπάρξει μεγαλύτερη πίεση, για να συνεχιστεί η συνηθισμένη είσοδος του αέρα στον οργανισμό και αυτή η μεγαλύτερη πίεση απαιτεί από τους αναπνευστικούς μύες να εργάζονται σκληρότερα και το άτομο κάνει υπερπροσπάθεια για να αναπνεύσει (Sherwood, 2016). Επιπλέον στη ΧΑΠ λιγότερος αέρας εισέρχεται και εξέρχεται από τους πνεύμονες είτε γιατί τα τοιχώματα των αεραγωγών έχουν καταστραφεί

τελείως είτε γιατί οι αεραγωγοί έχουν χάσει την ελαστικότητά τους είτε γιατί στους αεραγωγούς παράγεται περισσότερη βλέννα, με αποτέλεσμα αυτοί να φράζουν (NIH, χ.η.).

4. Οι παράγοντες που προκαλούν ΧΑΠ

4.1. Κάπνισμα

Όπως έχουμε ήδη πει, η ΧΑΠ είναι μια νόσος που εμφανίζεται κατά κύριο λόγο σε καπνιστές. Η απόφραξη των αεραγωγών είναι στην ουσία η αντίδραση των πνευμόνων απέναντι στην έκθεση του ατόμου στα βλαβερά αέρια του καπνού του τσιγάρου (Σαμαρά και συν, 2009). Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι ένα πολύ υψηλό ποσοστό καπνιστών, το 40% περίπου εμφανίζει ΧΑΠ, ενώ από τα άτομα που νοσούν το 80 με 90% είναι άτομα που καπνίζουν (Ρούπα και συν, 2015). Τα ποσοστά αυτά είναι ανησυχητικά αν σκεφτούμε ότι το όριο ηλικίας που τα άτομα ξεκινούν να καπνίζουν μειώνεται όλο και περισσότερο.

Ωστόσο, ΧΑΠ δεν εκδηλώνουν μόνο όσοι καπνίζουν, αλλά και όσοι μακροχρόνια εκτίθενται στον καπνό του τσιγάρου, δηλαδή οι παθητικοί καπνιστές. Στις ΗΠΑ το κάπνισμα αποτελεί τη πρώτη σε σειρά αιτία της Χρόνιας Αναπνευστικής Πνευμονοπάθειας και προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι μόλις ένας στους τέσσερις ενήλικες που νοσούν δεν καπνίζει (Wheaton et al., 2019). Επιπλέον, το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η παθητική έκθεση του εμβρύου στον καπνό αυξάνουν το κίνδυνο τα παιδιά αυτά ως ενήλικες να νοσήσουν με ΧΑΠ (Soriano et al., 2018).

4.2. Περιβαλλοντικά και γενετικά αίτια

Εκτός από το κάπνισμα, υπάρχουν και περιβαλλοντικοί λόγοι που οδηγούν στην ΧΑΠ. Έτσι, αίτια της ΧΑΠ είναι η έκθεση του ατόμου σε σκόνη και καυσαέρια και η ατμοσφαιρική ρύπανση (Decramer et al., 2012). Παράλληλα, η επαγγελματική έκθεση σε καυσαέρια, αναθυμιάσεις και σκόνη σχετίζεται με την ΧΑΠ και μάλιστα τα άτομα που νοσούν είναι περισσότερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, παρά στις ανεπτυγμένες, λόγω της ελλιπούς προστασίας στο εργασιακό περιβάλλον (Huang et al., 2019).

Τέλος, μια πιο σπάνια αιτία είναι γενετικής φύσεως και πρόκειται για την πρωτεΐνη Α1-αντιθρυψίνη ή ΑΤΤ. Η πρωτεΐνη αυτή παράγεται από το ήπαρ και τα άτομα που την εμφανίζουν σε χαμηλά επίπεδα στο αίμα τους και ταυτόχρονα είναι εκτεθειμένα σε καπνό

τσιγάρου ή στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που ορίσαμε προηγουμένως είναι περισσότερο επιρρεπή σε ασθένειες των πνευμόνων, όπως είναι και η ΧΑΠ (NIH, χ.η.).

5. Κλινική εικόνα

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια αποτελεί έναν συνδυασμό του εμφυσήματος και της χρόνιας βρογχίτιδας. Ως αποτέλεσμα, ο ασθενής εκδηλώνει συμπτώματα είτε του εμφυσήματος είτε της βρογχίτιδας, ωστόσο ενδέχεται να έχει συμπτώματα και των δύο παθήσεων. Επιπρόσθετα, η ΧΑΠ αποτελεί μια ασθένεια που εξελίσσεται διαρκώς και καθώς εξελίσσεται, ο ασθενής εμφανίζει όλο και περισσότερα συμπτώματα, τα οποία χειροτερεύουν (Miravittles & Ribera, 2017). Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΧΑΠ είναι ο βήχας, η δύσπνοια και η έκκριση βλέννας, ενώ λιγότερο συνηθισμένα συμπτώματα είναι η δυσφορία στο στήθος και η αναπνοή με συριγμό (Miravittles & Ribera, 2017). Ο βήχας είναι χρόνιος, ενώ στα παραπάνω συμπτώματα έρχεται να προστεθεί και το αίσθημα κόπωσης (WHO, 2021). Οι ασθενείς εκδηλώνουν δύσπνοια, ενώ είναι σε κατάσταση ηρεμίας, ενώ το δέρμα και τα χείλη του αποκτούν έντονο κυανό χρώμα (Ashar et al., 2017).

Πολλά από αυτά τα συμπτώματα, όπως ο βήχας εντοπίζονται σε χρόνια καπνιστές, κι έτσι τα άτομα αυτά θεωρούν πως οφείλονται στο κάπνισμα και δεν το ερευνούν περεταίρω. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι συχνά περνούν περίπου δέκα χρόνια, μέχρι ο ασθενής να επισκεφτεί το γιατρό, κατά τη διάρκεια των οποίων ο βήχας, η δύσπνοια και η κόπωση επιδεινώνονται (LeMone et al., 2014). Ωστόσο, οφείλουμε να διευκρινίσουμε ότι ο βήχας είναι είτε ανύπαρκτος είτε πολύ ήπιος και σπάνια συνοδεύεται από πτύελα στην εμφυσηματικού τύπου ΧΑΠ, σε αντίθεση με την περίπτωση της χρόνιας βρογχίτιδας, όπου είναι έντονος και συνοδεύεται από την παραγωγή βλέννας (LeMone et al., 2014). Η εμφάνιση των συμπτωμάτων και ο τρόπος που επηρεάζουν το άτομο ποικίλλουν μέσα στην μέρα και μάλιστα τις πρωινές και τις βραδινές ώρες τα συμπτώματα γίνονται εντονότερα και επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Jones et al., 2016). Η πλειοψηφία των ασθενών αναφέρει ότι τα συμπτώματα είναι πιο έντονα το πρωί και το βράδυ, ενώ εμφανίζονται μέχρι και στις απλές δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους. Επιπλέον τα συμπτώματα εμποδίζουν τα άτομα να πραγματοποιήσουν οποιαδήποτε φυσική δραστηριότητα (Miravittles & Ribera, 2017).

6. Διάγνωση

Η βασική εξέταση που χρησιμοποιείται για την διάγνωση της ΧΑΠ είναι η σπιρομέτρηση που έχει ως σκοπό να ελέγξει την λειτουργία των πνευμόνων. Πρόκειται για εξέταση που μελετά τον όγκο του αέρα που εξέρχεται από τους πνεύμονες και ειδικότερα τη βίαιη ζωτική χωρητικότητα ή αλλιώς FCV, δηλαδή το ποσοστό αέρα που εκπνέει το άτομο μετά από μία μέγιστη εκπνοή και το ποσοστό αυτό συγκρίνεται με τον όγκο αέρα που εκπνέει το άτομο σε χρόνο ενός δευτερολέπτου, πραγματοποιώντας μέγιστη εκπνοή ή FEV₁ (Hart & Loeffler, 2014). Σε περίπτωση που σε έναν ασθενή, ο λόγος FCV προς FEV₁ είναι μικρότερος από 70%, τότε αυτό σημαίνει ότι πάσχει από ΧΑΠ, γιατί είναι ένδειξη απόφραξης των αεραγωγών (Ashar et al., 2017). Ωστόσο, στους ηλικιωμένους ανθρώπους ο λόγος αυτός συχνά είναι όντως μικρότερος από 70%, χωρίς να πάσχουν από ΧΑΠ, απλώς εξαιτίας της ηλικίας τους (Κοσμάς και συν, 2009).

Μια εξέταση που μπορεί να γίνει είναι η ακτινογραφία του θώρακα. Η ακτινογραφία θώρακα είναι χρήσιμη όχι τόσο στη διάγνωση της χρόνιας βρογχίτιδας, γιατί εμφανίζεται φυσιολογική, όσο στη διάγνωση του εμφυσήματος, αφού μπορεί να δείξει αύξηση του όγκου και επιπέδωση διαφράγματος που υποδεικνύουν ότι το άτομο πάσχει από εμφύσημα (Λαμπροπούλου & Δρόσος, 2009). Επίσης, για την αποφυγή της σύγχυσης της ΧΑΠ και του άσθματος είναι απαραίτητη η αναλυτική καταγραφή του ιστορικού του ασθενούς. Το άσθμα εμφανίζεται συνήθως σε άτομα νεότερης ηλικίας, συνοδεύεται από αλλεργίες και τα ποσοστά στη σπιρομέτρηση είναι φυσιολογικά, όταν το άτομο δεν έχει συμπτώματα (Burkhardt & Pankow, 2014).

Επιπλέον, άλλη εξέταση που μπορεί να ζητηθεί είναι η πληθυσμογραφία ή η διάχυση ηλίου στα πνευμόνια που αποσκοπούν στην μέτρηση του όγκου των πνευμόνων και μαρτυρούν κυρίως στοιχεία, όπως η παγίδευση αέρα στους πνεύμονες, λόγω της στένωσης τους και η στατική υπερδιάταση που εντοπίζεται σε ασθενείς που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο και το άτομο κατά την εκπνοή απελευθερώνει μικρότερη ποσότητα αέρα (Κοσμάς και συν, 2009).

Σημαντικό ρόλο παίζει και η παλμική οξυμετρία, με την οποία εξετάζεται ο κορεσμός του οξυγόνου στο αίμα και διαπιστώνεται σε ποιες περιπτώσεις είναι απαραίτητη η χορήγηση οξυγόνου στον ασθενή. Όταν το άτομο πάσχει από ΧΑΠ τα ποσοστά του κορεσμού του οξυγόνου στο αίμα πέφτουν και μάλιστα συχνά σε επίπεδα κάτω του 95% (LeMone et al.,

2014). Στο σημείο αυτό, θα προσθέσουμε και την εξέταση των αερίων αρτηριακού αίματος που θα μας επιτρέψει να καταλήξουμε σε συμπεράσματα σχετικά με την ανταλλαγή των αερίων, του οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακα. Για παράδειγμα, στην εμφυσηματικού τύπου ΧΑΠ παρατηρείται χαμηλή μερική πίεση διοξειδίου του άνθρακα (LeMone et al., 2014).

Όπως επισημάναμε προηγουμένως, τα άτομα που πάσχουν από ΧΑΠ ενδέχεται να έχουν στο αίμα τους χαμηλά ποσοστά της πρωτεΐνης A1- αντιθρυψίνη ή ΑΤΤ και παράλληλα καπνίζουν ή είναι παθητικοί καπνιστές. Έτσι, μπορεί να ζητηθεί και μια αιματολογική εξέταση για να ερευνηθούν τα ποσοστά της πρωτεΐνης.

7. Διαφοροδιάγνωση

Τα συμπτώματα της ΧΑΠ είναι κοινά με πολλές άλλες ασθένειες και η ίδια η ΧΑΠ είναι το κράμα της χρόνιας βρογχίτιδας και του εμφυσήματος. Αρχικά, το άσθμα εμφανίζει πολλά κοινά συμπτώματα με την ΧΑΠ, γι' αυτό και η διάγνωση των δύο ασθενειών είναι δύσκολη και προϋποθέτει αναλυτικό ιστορικό υγείας του ασθενή, καθώς δεν υπάρχει ακόμα κάποιο τεστ για τη διάκριση των δυο παθήσεων (Lange et al., 2016). Ωστόσο, η διαφορική διάγνωση μεταξύ των δύο είναι σημαντική, γιατί ακολουθείται διαφορετική θεραπευτική οδός. Στοιχεία όπως είναι η ηλικία του ατόμου, η έκθεσή του σε περιβαλλοντικούς ρύπους ή στον καπνό του τσιγάρου, το κάπνισμα και το οικογενειακό ιστορικό συμβάλλουν στην διάκριση ανάμεσα στο άσθμα και την ΧΑΠ (Price, 2010).

Η δύσπνοια, βασικό σύμπτωμα στη ΧΑΠ και μάλιστα η χρόνια δύσπνοια είναι παράλληλα και σύμπτωμα πολλών ασθενειών. Ενδέχεται να υποδεικνύει βλάβη στην καρδιά, πνευμονία ή ακόμη και άγχος, γι' αυτό και είναι απαραίτητη η λεπτομερής αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενούς, ώστε να διαπιστωθεί ότι τελικά πάσχει από ΧΑΠ και να αποκλειστούν οι άλλες παθήσεις (Berliner et al., 2016). Οι εξετάσεις αίματος μπορούν να αποκλείσουν και την αναιμία που εμφανίζει ως σύμπτωμα την δύσπνοια (Burkhardt & Pankow, 2014). Η σημασία της διαφορικής διάγνωσης φαίνεται και από το γεγονός ότι πολλές από τις θεραπείες που χορηγούνται σε ασθενείς που πιστεύεται ότι πάσχουν από ΧΑΠ, όπως οι Β- αγωνιστές αυξάνουν τον κίνδυνο το άτομο να εμφανίσει κάποιο καρδιακό πρόβλημα (Pellicori et al., 2017). Τέλος, η διάχυση μονοξειδίου του άνθρακα (CO), γνωστή

ως DLCO πραγματοποιείται σε ασθενείς που εμφανίζουν ως σύμπτωμα την δύσπνοια και παρέχει πληροφορίες σχετικά με το εμφύσημα και τη ΧΑΠ (Concalves et al., 2019).

8. Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση στη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια γίνεται με βάση την παράμετρο FEV_1 , η οποία αναφέρεται στην ποσότητα του αέρα που εκπνέεται σε ένα δευτερόλεπτο, μετά από μια μέγιστη αναπνοή (Μαθιουδάκης & Μαθιουδάκης, 2014). Κατά συνέπεια, σύμφωνα με την Παγκόσμια Πρωτοβουλία για την Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια ή όπως είναι ευρέως γνωστή GOLD, η διάκριση της ΧΑΠ γίνεται σε τέσσερα στάδια, ανάλογα με το ποσοστό του δείκτη FEV_1 . Στο πρώτο στάδιο κατατάσσονται οι ασθενείς με ποσοστό FEV_1 μεγαλύτερο του 80%, οπότε η ΧΑΠ είναι ήπια, στο δεύτερο στάδιο το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 50 έως 79% και κάνουμε λόγο για μέτρια ΧΑΠ, στο τρίτο στάδιο, όπου έχουμε σοβαρή μορφή της νόσου το ποσοστό είναι από 30 έως 49% και τέλος στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο, το οποίο πλέον αναφέρεται σε πολύ σοβαρή ΧΑΠ, το ποσοστό του δείκτη FEV_1 είναι μικρότερο από 30% (Χαϊνης, 2020).

Επιπλέον, αξίζει να αναφέρουμε και το ερωτηματολόγιο σχετικά με τη ΧΑΠ, το οποίο λέγεται CAT. Πρόκειται για σύντομο ερωτηματολόγιο που περιέχει απλές ερωτήσεις, οι οποίες απευθύνονται στον ασθενή και είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της ασθένειας και την εκτίμηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς (Jones et al., 2009). Το τεστ αποτελείται από οχτώ ερωτήσεις, με κάθε ερώτηση να έχει έξι πιθανές κλιμακωτές απαντήσεις από το 0 μέχρι το 5 και οι απαντήσεις από τις επιμέρους ερωτήσεις αθροίζονται, ενώ το μέγιστο σκορ που μπορεί να επιτύχει κάποιος είναι το 40 (Cheng et al., 2019). Αν κάποιος έχει σκορ από 0 έως 10, τότε εμφανίζει ήπια μορφή της νόσου, από 11 έως 20 μέτρια, από 21 έως 30 σοβαρή και από 31 έως 40 πολύ σοβαρή ΧΑΠ (Cheng et al., 2019). Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζεται συνδυαστικά με την κλίμακα δύσπνοιας, που ονομάζεται Mmrc, προκειμένου να διαπιστωθεί σε ποιο στάδιο της νόσου βρίσκεται ο ασθενής (Jones et al., 2009).

9. Πρόγνωση

Η ΧΑΠ και οι συννοσηρότητες καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολη την πρόγνωση της ασθένειας, καθώς το άτομο μπορεί να εμφανίσει παράλληλα μια πάθηση που είναι πιθανό να επιδεινώσει πολύ γρήγορα την κατάσταση της υγείας του. Ο δείκτης BODE που παρέχει στοιχεία για το δείκτη μάζας σώματος, για την απόφραξη των πνευμόνων, την δύσπνοια και την ικανότητα του ατόμου σχετικά με την άσκηση συμβάλλει στην συνολική εκτίμηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς και των συννοσηροτήτων και διαδραματίζει ουσιώδη ρόλο στη πρόγνωση της ΧΑΠ (Μπακάκος και συν, 2010).

Η διάγνωση ενός ασθενούς με ΧΑΠ συνοδεύεται από αυστηρή σύσταση διακοπής του καπνίσματος. Σε αυτή την περίπτωση οι ασθενείς αποκτούν άγχος ή ακόμα και κατάθλιψη, επειδή σταματούν το τσιγάρο που οδηγούν σε παρόξυνση της νόσου και καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολη την πρόγνωση, ενώ παράλληλα οδηγούν τους ασθενούς σε νοσηλεία και αυξάνουν την θνητότητα (Smith & Wrobel, 2014). Επιπλέον, οι μισοί ασθενείς, όπως ήδη αναφέραμε, εξακολουθούν να καπνίζουν μετά την διάγνωση τους, πράγμα που επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την υγεία τους και καθιστά την εξέλιξη της ΧΑΠ ραγδαία. Πολλές φορές οι παροξύνσεις της ασθένειας δεν αναφέρονται από τους ασθενείς, δυσκολεύοντας την έγκαιρη αντιμετώπισή τους και την πρόγνωση (Pavord et al., 2016).

10. Πρόληψη

Το κάπνισμα ως τη βασική αιτία εκδήλωσης ΧΑΠ. Επομένως, μπορεί κανείς να συμπεράνει εύκολα πως ο καλύτερος και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την πρόληψη της ασθένειας είναι η διακοπή του καπνίσματος. Στην διακοπή του καπνίσματος εκτός από τις μεθόδους υποκατάστασης της νικοτίνης είναι καθοριστικής σημασίας και η συμβολή του νοσηλευτή, όπως θα δούμε και στη συνέχεια, ο οποίος μπορεί να έχει συμβουλευτικό ρόλο απέναντι στους ασθενείς και να παρέχει και ψυχολογική υποστήριξη.

Επιπλέον, συστήνεται στους ασθενείς να κάνουν το εμβόλιο κατά της γρίπης και το εμβόλιο κατά του πνευμονόκοκκου, προκειμένου να εμποδίσουν τις παροξύνσεις της νόσου, με το εμβόλιο της γρίπης να περιορίζει τις περιπτώσεις νοσηλείας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που νοσούν (Wedzicha & Seemungal, 2007). Το εμβόλιο της γρίπης συστήνεται κυρίως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ή σε άτομα που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες,

όπως είναι και η ΧΑΠ, καθώς προφυλάσσουν τον ασθενή και ο εμβολιασμός πρέπει να πραγματοποιείται κάθε έτος (ΕΟΔΥ, χ.η.). Εν κατακλείδι, η διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και ψάρια και τα θρεπτικά συστατικά που αυτά περιέχουν επιδρούν θετικά στην λειτουργία των πνευμόνων (Scoditti et al., 2019).

11. Θεραπεία

11.1. Συντηρητική θεραπεία

Η θεραπεία της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής και έχει διπλό σκοπό. Πρώτον, να εμποδίσει την εξέλιξη της νόσου και δεύτερον να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η θεραπεία που μπορεί να επιλεγεί είναι είτε συντηρητική είτε χειρουργική. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει αρχικά, την διακοπή του καπνίσματος. Η διακοπή καπνίσματος είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την παρεμπόδιση εξέλιξης της νόσου και μπορεί να περιλαμβάνει θεραπείες υποκατάστασης της νικοτίνης, όπως αυτοκόλλητα ή τσίχλες νικοτίνης, οι οποίες είναι αποτελεσματικές, όταν εφαρμόζονται για τουλάχιστον δύο με τρεις μήνες (Tønnesen, 2013).

Επίσης, άλλη μέθοδος αντιμετώπισης της ΧΑΠ είναι η οξυγονοθεραπεία. Το οξυγόνο δίνεται σε ασθενείς με χαμηλό οξυγόνο και έχει αποτέλεσμα όταν χορηγείται για τουλάχιστον 16 ώρες τη μέρα, ενώ είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται κατά τις βραδινές ώρες (ELF, χ.η.). Το οξυγόνο χορηγείται σε ασθενείς με κορεσμό σε οξυγόνο <89%, ενώ όταν υπάρχουν νευρογνωσιακές διαταραχές ή πνευμονική καρδιά χορηγείται σε ασθενείς με κορεσμό <90% (Ashar et al., 2017). Ο σκοπός της οξυγονοθεραπείας είναι αρχικά να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του ασθενή, καθώς επίσης και για να μπορεί να ανταπεξέλθει στην άσκηση, αλλά η χορήγηση του οξυγόνου πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, γιατί αν ο ασθενής έχει υψηλά ποσοστά διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα του η χορήγηση του οξυγόνου θα χειροτερέψει την κατάσταση της υγείας του και ενδέχεται να προκαλέσει και αναπνευστική ανεπάρκεια (LeMone et al., 2014).

Στα παραπάνω πρέπει να προσθέσουμε και τη χορήγηση βρογχοδιασταλτικών και εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών. Τα βρογχοδιασταλτικά περιλαμβάνουν κυρίως αντιχολινεργικά, β- αγωνιστές, ενώ τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή αποσκοπούν στην αντιμετώπιση και στον περιορισμό των παροξύνσεων (Ashar et al., 2017). Παράλληλα

χορηγούνται και αντιβιοτικά που και πάλι διαδραματίζουν κατασταλτικό ρόλο στις παροξύνσεις.

Τέλος, είναι χρήσιμο ο ασθενής να διατηρεί ένα καλό επίπεδο φυσικής άσκησης, γιατί αυτό έχει θετικό αποτέλεσμα και αποτρέπει την ραγδαία εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, η φυσική άσκηση ελαττώνεται όσο εξελίσσεται η νόσος, ιδίως στα στάδια της μέτριας και σοβαρής νόσου, λόγω της έντονης δύσπνοιας, γεγονός που επιταχύνει την εξέλιξη της ΧΑΠ (Jones et al., 2016).

11.2. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αντιμετώπιση της ΧΑΠ αφορά την μείωση του όγκου των πνευμόνων. Η προσέγγιση αυτή επιλέγεται σε εμφυσηματικού τύπου ΧΑΠ και πραγματοποιείται αφαίρεση του 30 με 40% του όγκου των πνευμόνων, με σκοπό ο εναπομείναν πνεύμονας να επεκταθεί και να βελτιωθεί η ελαστικότητα (Mulhal & Criner, 2016). Η χειρουργική αυτή αφαίρεση όγκου των πνευμόνων αποσκοπεί στη βελτίωση των συνθηκών ζωής του ασθενή, αφού επιτυγχάνεται η καλύτερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των πνευμόνων και το άτομο μπορεί να ανταποκριθεί καλύτερα στην άσκηση (LeMone et al., 2014). Επιπλέον, χειρουργείο μπορεί να πραγματοποιηθεί και για την αφαίρεση φυσαλίδων.

Η μεταμόσχευση πνεύμονα εφαρμόζεται σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ασθένειας και στην περίπτωση που όλες οι παραπάνω θεραπευτικές διαδικασίες δεν έχουν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η μεταμόσχευση προτείνεται σε ασθενείς, στους οποίους ο δείκτης BODE είναι μικρότερος από 7, ενώ ο δείκτης FEV₁ είναι μικρότερος από 20%, ενώ μετά τη μεταμόσχευση το ποσοστό FEV₁ υπολογίζεται ότι αυξάνεται στο 70% μέσα στους επόμενους έξι μήνες (Mulhal & Criner, 2016).

B' ΜΕΡΟΣ

1.Εκτίμηση της κατάστασης υγείας του ατόμου από τον νοσηλευτή

1.1Συνέντευξη και λήψη ιστορικού υγείας

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο σε όλα τα στάδια της ΧΑΠ, από την διάγνωση της ασθένειας μέχρι και την θεραπεία, διότι συμβάλλει στην εκτίμηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς, πράγμα που επιτρέπει να εξαχθεί το συμπέρασμα αν πρόκειται όντως για ΧΑΠ ή για κάποια άλλη νόσο με κοινή συμπτωματολογία. Σε πρώτο στάδιο, ο νοσηλευτής καλείται να πραγματοποιήσει μια συνέντευξη, κατά την οποία θα λάβει όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται για την υγεία του ατόμου.

Οι πληροφορίες που θα συλλέξει ο νοσηλευτής πρέπει να έχουν ακρίβεια και μάλιστα απαιτείται και η κριτική ικανότητα των νοσηλευτών, προκειμένου να διακρίνουν ποιες πληροφορίες, από αυτές που τους παρέχει ο ασθενής είναι χρήσιμες, αλλά και να εκμαιεύσουν από τον ασθενή τις πληροφορίες που θα τους δώσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για την υγεία του ατόμου (LeMone et al., 2014). Η λήψη του ιστορικού υγείας γίνεται όταν οι ασθενείς εισαχθούν στο νοσοκομείο ή όταν συμμετέχουν σε διάφορους φορείς που παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα και απαιτεί ο νοσηλευτής να έχει επικοινωνιακές δεξιότητες και να αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή (Dewit, 2013).

Οι διάφορες πληροφορίες που λαμβάνει ο νοσηλευτής μετά από ερωτήσεις που θέτει στον ασθενή αποκαλούνται υποκειμενικά στοιχεία (Dewit, 2013). Αρχικά, οι πρώτες ερωτήσεις του νοσηλευτή πρέπει να αφορούν τα συμπτώματα που ενδέχεται να έχει το άτομο, τα βασικά συμπτώματα της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας είναι η δύσπνοια, ο χρόνιος βήχας, η έκκριση βλέννας και το αίσθημα δυσφορίας. Έτσι, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ρωτήσει τον ασθενή αν ταλαιπωρείται από βήχα, για πόσο χρονικό διάστημα εμφανίζει βήχα και πιο συγκεκριμένα, πότε παρατηρεί ότι εκδηλώνεται ο βήχας, δηλαδή αρχίζει να βήχει μετά το κάπνισμα, μετά από κάποια έντονη δραστηριότητα ή μετά την έκθεση του σε διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα η σκόνη (Osborn et al., 2016). Σε περίπτωση που ο ασθενής απαντήσει καταφατικά στην ύπαρξη βήχα ο νοσηλευτής θα ήταν χρήσιμο να προχωρήσει και σε πιο εξειδικευμένες ερωτήσεις που θα δώσουν σαφείς απαντήσεις, σχετικά με τα αίτια εκδήλωσης αυτού του συμπτώματος, όπως για παράδειγμα αν το άτομο πρόσφατα ξεκίνησε να λαμβάνει κάποιο φάρμακο και επιπρόσθετα πότε

παρατηρεί ότι ο βήχας είναι πιο έντονος, τις πρωινές ώρες, τις βραδινές ώρες ή καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας.

Στη συνέχεια, οι επόμενες ερωτήσεις είναι απαραίτητο να αφορούν και τα άλλα συμπτώματα της ΧΑΠ, πέρα από το βήχα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων ερωτήσεων είναι τα ακόλουθα: παρατηρείτε ότι ο βήχας σας συνοδεύεται από έκκριση κάποιου είδους βλέννας, αντιμετωπίζετε δυσκολίες στην αναπνοή σας και τέλος μήπως η αναπνοή συνοδεύεται από ένα χαρακτηριστικό συριγμό. Ο νοσηλευτής καλείται να ενημερωθεί σχετικά με το εάν το άτομο εκκρίνει πτύελα ή όπως είναι κοινώς γνωστά φλέματα, και αν ναι είναι απαραίτητες περαιτέρω πληροφορίες για την ποσότητα των πτυέλων, καθώς και αν αυτά έχουν διαφανή όψη ή κάποιο χρωματισμό (Osborn et al., 2016).

Στις ερωτήσεις που θα συμπληρώσουν το ιστορικό υγείας του ασθενούς έρχονται να προστεθούν και αυτές που αφορούν τον τρόπο ζωής και τις συνήθειες του πάσχοντα. Έτσι, ο νοσηλευτής ρωτάει το άτομο αν καπνίζει, για πόσα έτη και κατά μέσο όρο πόσα πακέτα την ημέρα, καθώς και αν είναι εκτεθειμένος στο καπνό του τσιγάρου, δηλαδή παθητικός καπνιστής (LeMone et al., 2014). Κατόπιν, ζητάει από το άτομο να δώσει πληροφορίες για την επαγγελματική του κατάσταση, αφού ενδέχεται στο επαγγελματικό του περιβάλλον να εκτίθεται σε σκόνη και ρύπους. Τέλος, οι νοσηλευτές διατυπώνουν ερωτήσεις για την δυνατότητα του ατόμου να ασκείται, για το εάν έχει διαγνωσθεί με κάποια άλλη ασθένεια και αν λαμβάνει κάποιο είδος φαρμακευτικής αγωγής (LeMone et al., 2014). Στο σημείο αυτό, δεν πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε ότι το σύνολο των ερωτήσεων δίνει στον νοσηλευτή και στοιχεία σχετικά με την ικανότητα του πάσχοντα να ανταποκρίνεται στα ερωτήματα που του τίθενται. Αν για παράδειγμα, ο νοσηλευτής παρατηρήσει ότι ο πάσχοντας δυσκολεύεται να απαντήσει στις ερωτήσεις που του τίθενται με ολοκληρωμένες προτάσεις και να δώσει λεπτομερή περιγραφή των συμπτωμάτων του, αλλά αντιθέτως αρκείται να απαντά με ναι ή όχι, τότε αυτό μπορεί να αποτελεί ένδειξη έντονης δύσπνοιας που εμποδίζει το άτομο, ακόμη και στην ομιλία (Osborn et al., 2016).

1.2. Φυσική εξέταση

Μετά την διεξαγωγή της συνέντευξης και εφόσον έχουν συγκεντρωθεί όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την κατάσταση υγείας του ασθενή, ο νοσηλευτής προχωράει στην κλινική εξέταση, ώστε να ολοκληρωθεί το στάδιο της εκτίμησης του ατόμου με ΧΑΠ. Οι

πληροφορίες που συλλέγονται από τους νοσηλευτές κατά την διάρκεια της εξέτασης αποτελούν τα λεγόμενα αντικειμενικά δεδομένα (Dewit, 2013).

Ξεκινώντας την φυσική εξέταση, το πρώτο βήμα του νοσηλευτή είναι η λεγόμενη επισκόπηση. Πρόκειται για την διαδικασία, κατά την οποία ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί μια από τις αισθήσεις του και πιο συγκεκριμένη την όραση, ώστε να καταλήξει σε κάποια συμπεράσματα, αναφορικά με την υγεία του ατόμου. Κατά την διαδικασία της επισκόπησης, λοιπόν, οι νοσηλευτές παρατηρούν την εικόνα και την εξωτερική εμφάνιση των ασθενών τους, όπως επίσης και αν ο ασθενής κινείται με σχετική ευκολία ή αντίθετα με δυσκολία και συμπληρωματικά παρατηρούν και την αναπνοή (Dewit, 2013). Τα πρώτα στοιχεία, τα οποία είναι σε θέση να διακρίνει ένας νοσηλευτής αφορούν, όπως είναι φυσικό, το βάρος του ασθενή και κατ' επέκταση αν το βάρος του ατόμου που έχει μπροστά του δικαιολογείται από το ύψος του (LeMone et al., 2014). Ο νοσηλευτής, μέσω της προσεκτικής παρατήρησης του ασθενούς δύναται να συλλέξει και δεδομένα που αφορούν το χρώμα του προσώπου, των χειλιών και των νυχιών του ασθενή, αφού όπως ορίσαμε και προηγουμένως όσοι πάσχουν από ΧΑΠ έχουν κυανό χρώμα στο δέρμα και στα χείλη τους (Osborn et al., 2016).

Εκτός από την επισκόπηση, η φυσική εξέταση περιλαμβάνει επίσης και την ψηλάφηση. Ο όρος ψηλάφηση, όπως μπορεί να γίνει εύκολα κατανοητό από την ετυμολογία της λέξης, αναφέρεται στη χρήση της αφής (Dewit, 2013). Με την ψηλάφηση οι νοσηλευτές είναι σε θέση να ενημερωθούν τόσο για την θερμοκρασία του σώματος, όσο και για την θερμοκρασία του δέρματος (Osborn et al., 2016). Επιπρόσθετα, σημαντική κρίνεται και η ψηλάφηση του θώρακα, προκειμένου να διαπιστωθεί αν ο ασθενής εμφανίζει κάποιου είδους διόγκωση ή πρήξιμο.

Το τελευταίο στάδιο στην φυσική εξέταση ενός ασθενούς με ΧΑΠ είναι η ακρόαση, την οποία ένας νοσηλευτής πραγματοποιεί με στηθοσκόπιο, προκειμένου να ακροαστεί τον ήχο που κάνουν οι πνεύμονες. Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί το διάφραγμα του στηθοσκοπίου όταν πρόκειται να ακούσει ήχους που σχετίζονται με το αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου (Dewit, 2013). Στην εμφυσηματικού τύπου ΧΑΠ διακρίνεται ένα αχνό ψιθύρισμα, ενώ στην περίπτωση της χρόνιας βρογχίτιδας εντοπίζονται συρίττοντες και ρεγχάζοντες ήχοι (LeMone et al., 2014). Προκειμένου, όμως η ακρόαση να οδηγήσει σε σωστά συμπεράσματα είναι αναγκαίο να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις. Στον χώρο, όπου και πραγματοποιείται η εξέταση πρέπει να υπάρχει απόλυτη ησυχία και ο νοσηλευτής

θα πρέπει να υπολογίσει και τους ήχους που θα δημιουργηθούν από τα ρούχα του ασθενή (Osborn et al., 2016).

2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση της ΧΑΠ

Η σωστή λήψη και μετέπειτα αξιολόγηση του ιστορικού υγείας του ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο στην σωστή διάγνωση της ΧΑΠ. Τόσο το ιστορικό, όσο και η φυσική εξέταση από τον νοσηλευτή μπορούν να αποκλείσουν άλλες ασθένειες και να οδηγήσουν στην διάγνωση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (Make & Martinez, 2008). Στο παρόν κεφάλαιο, θα επιχειρήσουμε να εξετάσουμε τον τρόπο, με τον οποίο οι νοσηλευτές μπορούν να συμμετέχουν στο στάδιο της διάγνωσης της ΧΑΠ, δηλαδή με απλά λόγια θα δούμε τη συμβολή του νοσηλευτή σε κάθε μια από τις διαγνωστικές εξετάσεις, στις οποίες και υποβάλλεται το άτομο για να διαπιστωθεί αν πάσχει από ΧΑΠ.

Η σπιρομέτρηση είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί από γιατρούς ή και από νοσηλευτές, οι οποίοι όμως πρέπει να έχουν εξειδικευτεί στην εκτέλεσή της. Για άλλη μια φορά, απαιτείται η ανάπτυξη άριστης επικοινωνίας ανάμεσα στον νοσηλευτή και στον ασθενή, γιατί διαφορετικά ενδέχεται να μην εξαχθούν σωστά αποτελέσματα (Miller et al., 2005). Η σπιρομέτρηση σε ασθενείς, για τους οποίους υπάρχουν ενδείξεις ότι πάσχουν από ΧΑΠ, ακόμα και αν δεν εμφανίζουν όλα τα συμπτώματα της νόσου, μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση της ΧΑΠ (Kaplan & Thomas, 2017).

Σε αντίθεση με την εξέταση της σπιρομέτρησης, την οποία παραδοσιακά εκτελούσαν κυρίως οι γιατροί και μόλις πρόσφατα μπορούν να πραγματοποιήσουν και νοσηλευτές, με την προϋπόθεση ότι έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα, η παλμική οξυμετρία είναι δυνατόν να διεξαχθεί από όλους τους νοσηλευτές. Αρχικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει ώστε η εξέταση να πραγματοποιηθεί σε χώρο που πληροί τις αναγκαίες προϋποθέσεις. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να υπάρχει ο σωστός φωτισμός και παράλληλα ο νοσηλευτής να ελέγχει τις κινήσεις του ασθενούς, γιατί λανθασμένες κινήσεις θα οδηγήσουν σε διαφορετικά αποτελέσματα (Osborn et al., 2016). Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσέξει, ώστε τα μεταλλικά άκρα στο παλμικό οξύμετρο να μην βρίσκονται κοντά σε άκρα με περιχειρίδες που μετρούν την αρτηριακή πίεση ή φίστουλες αιμοδιάλυσης, γιατί αυτό ενδέχεται να οδηγήσει σε λανθασμένη μέτρηση και σε ανακριβή αποτελέσματα (Osborn et al., 2016). Επιπλέον, ο νοσηλευτής οφείλει να ρωτήσει τον ασθενή αν το προηγούμενο

χρονικό διάστημα πραγματοποίησε διαγνωστικές εξετάσεις, κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκε κάποια ενδοφλέβια χρωστική, γιατί και σε αυτή την περίπτωση ενδέχεται να επηρεαστεί το αποτέλεσμα της παλμικής οξυμετρίας, όπως και να ζητήσει από τον ασθενή να μην έχει είτε βαμμένα είτε τεχνητά νύχια που αυξάνουν τον κίνδυνο αλλοίωσης της μέτρησης (Dewit, 2013). Συμπεραίνουμε πως για τη συγκεκριμένη εξέταση απαιτείται οι νοσηλευτές να επιδεικνύουν ιδιαίτερη προσοχή, να έχουν παρατηρητικότητα και να επικοινωνούν με τον ασθενή, ώστε να αποφευχθούν τυχόν λάθη.

Τέλος, ο νοσηλευτής είναι επιφορτισμένος με το έργο της παρακολούθησης των εξετάσεων, σχετικά με τα αέρια του αίματος, όπως και να συλλέξει δείγμα των πτυέλων που εκκρίνει ο ασθενής και να το στείλει για καλλιέργεια (Osborn et al., 2016).

3.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια είναι μια ασθένεια του αναπνευστικού συστήματος και όπως συμβαίνει με όλες τις ασθένειες που πλήττουν το αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου, το πιο αποτελεσματικό μέτρο για την πρόληψή της είναι η αποφυγή του καπνίσματος και η διακοπή του σε περίπτωση που τα άτομα καπνίζουν. Κατά συνέπεια, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τα άτομα σχετικά με το κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα, οφείλει να διαβεβαιωθεί ότι το άτομο είναι πλήρως ενημερωμένο για τις βλαβερές επιπτώσεις που επιφέρει στην υγεία του το τσιγάρο, αλλά πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, ώστε να μην επιβάλλει στο άτομο την δική του γνώμη για την διακοπή του καπνίσματος, αλλά αφού τον ενημερώσει να τον αφήσει να κάνει τις δικές του επιλογές, τις οποίες οφείλει και να σεβαστεί (LeMone et al., 2014).

Στα άτομα εκείνα που αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στην οριστική διακοπή του καπνίσματος ο νοσηλευτής είναι σε θέση να παρέχει πληροφορίες για διάφορα υποκατάστατα της νικοτίνης και επιπρόσθετα να τους παρέχει και ψυχολογική υποστήριξη, ώστε να αποφευχθούν το άγχος και γενικότερα τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται από την διακοπή του καπνίσματος. Τα υποκατάστατα της νικοτίνης έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν σημαντικά τα ποσοστά των ατόμων που απέχουν μακροχρόνια από το κάπνισμα και αυτό σε συνδυασμό με την ψυχολογική βοήθεια που μπορούν να παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας στα άτομα αυξάνει τα ποσοστά των ανθρώπων που διακόπτουν το κάπνισμα (Vogelmeier et al., 2017).

Ο νοσηλευτής μπορεί, επιπλέον, να παρέχει στο άτομο συμβουλές, ώστε να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα για την διακοπή του καπνίσματος και αυτό γιατί αν το ίδιο το άτομο οργανώσει με προσοχή τα βήματα για να σταματήσει να καπνίζει, θα εμπλακεί προσωπικά στην διαδικασία, θα νιώσει ότι προσφέρει και αυτό θα έχει θετικό αντίκτυπο τόσο στην ψυχολογία του, όσο και στην προσπάθειά του να σταματήσει να καπνίζει (LeMone et al., 2014). Ο νοσηλευτής όμως πρέπει να συμβουλεύει τα άτομα να αποφεύγουν να είναι παθητικοί καπνιστές και σε περίπτωση που στο εργασιακό τους περιβάλλον είναι εκτεθειμένοι σε ρύπους, να χρησιμοποιούν όλα τα απαραίτητα μέσα για την προστασία τους, όπως για παράδειγμα μάσκα. Επίσης, πρέπει να συστήσει στα άτομα να είναι προσεκτικά, ώστε να αποφύγουν διάφορες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος (Osborn et al., 2016). Τέλος, ο νοσηλευτής μπορεί να προτείνει στον ασθενή να ασκείται περισσότερο, ώστε να βελτιωθεί η λειτουργία των πνευμόνων.

4.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία της ΧΑΠ

4.1.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην συντηρητική θεραπεία

Ο νοσηλευτής είναι παρών και στο στάδιο της θεραπείας για την ΧΑΠ, βρίσκεται σε διαρκή επικοινωνία με τον ασθενή και αυτή η συμβολή του στη διαδικασία της θεραπείας επιφέρει θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του πάσχοντα (Fletcher & Dahl, 2013). Ιδιαίτερα, τις τελευταίες δεκαετίες που αναπτύσσεται όλο και περισσότερο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η διαδικασία της θεραπείας δεν πραγματοποιείται στο νοσοκομείο, ο ρόλος των νοσηλευτών αυξάνεται, καθώς παρέχουν στους ασθενείς την απαραίτητη φροντίδα (Weldam et al., 2017).

Ένα μεγάλο μέρος των φαρμάκων που συνταγογραφούνται από τους θεράποντες ιατρούς είναι εισπνεόμενα. Έτσι, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με τη χορήγηση των εισπνεόμενων φαρμάκων, να καθοδηγεί τον ασθενή και να παρατηρεί αν ο ασθενής ανταποκρίνεται στην συγκεκριμένη θεραπεία (Scullion, 2018). Ο νοσηλευτής καλείται να δείξει στον ασθενή πώς να χρησιμοποιεί τις διάφορες συσκευές εισπνοής, ώστε τα φάρμακα να φτάνουν απευθείας στους πνεύμονες, να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με την τεχνική που πρέπει να εφαρμόζει, ώστε να εισπνέει τη σωστή ποσότητα φαρμάκου και να αξιολογεί τις κινήσεις του ασθενή, ώστε να διαπιστώνει τυχόν λάθη που θα έχουν ως αποτέλεσμα την ελλιπή θεραπεία (Scullion, 2018).

Μια θεραπευτική οδός που επιλέγεται σε ασθενείς με ΧΑΠ είναι η χορήγηση οξυγόνου ή όπως αλλιώς ονομάζεται η οξυγονοθεραπεία. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι καταρτισμένος σχετικά με την χορήγηση οξυγόνου και να ενημερώσει τον ασθενή για την διαδικασία, ενώ παράλληλα είναι υποχρεωμένος να παρατηρεί και πάλι αν ο πάσχοντας ανταποκρίνεται θετικά στη ποσότητα του οξυγόνου που του χορηγείται ή αν πρέπει να πραγματοποιηθούν αλλαγές από τον γιατρό, γιατί για παράδειγμα ο ασθενής εμφανίζει και συννοσηρότητες, όπως μια καρδιακή βλάβη και ως επακόλουθο έχει πιο έντονη δύσπνοια και χρειάζεται άλλη ποσότητα οξυγόνου (Hill Bailey et al., 2013).

Οι νοσηλευτές έχουν και την ευθύνη να παρακολουθούν στενά τις αντιδράσεις και του ίδιου του ασθενή και του οργανισμού του απέναντι στη θεραπεία. Θα πρέπει να μεριμνούν για την τακτική εξέταση του αναπνευστικού συστήματος των νοσούντων, να ελέγχουν την αναπνοή τους, να εκτιμούν την συχνότητα του βήχα και την ποσότητα των παραγόμενων εκκρίσεων, καθώς μόνο έτσι θα είναι σε θέση να διακρίνουν αν η θεραπεία που παρέχεται στο άτομο είναι αποτελεσματική ή αν επιδεινώνει την κατάσταση της υγείας του (LeMone et al., 2014). Στο σημείο αυτό, πρέπει να συμπληρώσουμε ότι οι νοσηλευτές οφείλουν να ελέγχουν σε καθημερινή βάση το βάρος των ασθενών, όπως και την ποσότητα των γευμάτων που λαμβάνουν, για να διαπιστώσουν τυχόν προβλήματα στην πρόσληψη τροφής και να τους παρακινούν να προσλαμβάνουν μεγάλες ποσότητες υγρών, ώστε οι εκκρίσεις να είναι λεπτόρρευστες (LeMone et al., 2014). Τέλος, ένας νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει πώς να τοποθετεί το άτομο σε θέση Fowler, ώστε να είναι ευκολότερη η διαδικασία του αερισμού και να παρακινεί τον ασθενή να βήχει και να πραγματοποιεί βαθιά εισπνοή και εκπνοή ανά δύο ώρες (LeMone et al., 2014).

4.2.Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία

Σε περίπτωση που επιλεγεί η χειρουργική αντιμετώπιση της ΧΑΠ σε πρώτο στάδιο ο νοσηλευτής καλείται να ετοιμάσει τον ασθενή για το χειρουργείο. Έτσι, όσον αφορά την προεγχειρητική φροντίδα ο νοσηλευτής καλείται να προετοιμάσει τον ασθενή, βοηθώντας τον για παράδειγμα να φορέσει την ειδική νοσοκομειακή ρόμπα, να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με την διαδικασία της εγχείρησης, να απαντήσει στις ερωτήσεις που του θέτει το άτομο και να φροντίσει να παραμείνει ήρεμο, χωρίς άγχος, πράγμα που απαιτεί οι νοσηλευτές να παρέχουν και συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη και να βοηθούν

τους ασθενείς να καταπολεμήσουν το άγχος και το φόβο τους σχετικά με το επικείμενο χειρουργείο (LeMone et al., 2014).

Όσον αφορά τώρα την μετεγχειρητική φροντίδα, ο νοσηλευτής υποχρεούται να ελέγχει ανά τακτά χρονικά διαστήματα τον ασθενή. Πρέπει να ελέγχει τα ζωτικά σημεία, τα επίπεδα πόνου που αισθάνεται το άτομο, να πραγματοποιεί ακρόαση των πνευμόνων, να φροντίζει το σημείο της τομής, ώστε να αποφευχθεί κάποια λοίμωξη και γενικότερα να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα, ώστε να αποφευχθούν διάφορες μετεγχειρητικές επιπλοκές (Dewit, 2013).

Αξίζει να κάνουμε λόγο και στην συμβολή του νοσηλευτή σε περίπτωση που το άτομο που νοσεί με ΧΑΠ υποβληθεί σε μεταμόσχευση πνεύμονα. Συνήθως η φροντίδα των ασθενών μετά από μεταμοσχεύσεις πραγματοποιείται σε ειδικά κέντρα αποκατάστασης, παρόλ' αυτά υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το άτομο να μην μπορεί να επισκεφτεί ένα τέτοιο κέντρο για διάφορους λόγους και στο σημείο αυτό έρχεται να βοηθήσει ο νοσηλευτής (LeMone et al., 2014). Στη περίπτωση αυτή, οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο να τηρούν όλους τους κανόνες υγιεινής, να περιποιούνται την περιοχή της τομής, να μην επιτρέπουν σε κανένα με κάποια αναπνευστική λοίμωξη να επισκέπτεται τον ασθενή, και όταν αυτό δεν είναι δυνατό η επίσκεψη να πραγματοποιείται παρά μόνο με τη χρήση μάσκας. (LeMone et al., 2014).

5. Κατ' οίκον φροντίδα

Ο νοσηλευτής παρέχει την απαραίτητη φροντίδα στα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια όχι μόνο στις διάφορες υγειονομικές δομές, όπως τα νοσοκομεία, αλλά και στο σπίτι των ασθενών. Η ΧΑΠ είναι μια ασθένεια που όπως έχουμε ήδη ορίσει, εξελίσσεται και περιλαμβάνει τέσσερα στάδια, τα οποία χαρακτηρίζονται από διακυμάνσεις συμπτωμάτων. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των διάφορων παροξύνσεων και μάλιστα αν αναλογιστεί κανείς πως οι παροξύνσεις της ασθένειας είναι ο βασικός λόγος, γι' αυτόν οποίο ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο, καταλαβαίνουμε πως η επιτυχής αντιμετώπισή τους από τον νοσηλευτή είναι καθοριστική (Fletcher & Dahl, 2013).

Επιπλέον, οι νοσηλευτές που επισκέπτονται τους ασθενείς στο σπίτι τους είναι σε θέση να παρατηρήσουν τυχόν αλλαγές στην κατάσταση υγείας του ασθενή τους, να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που λαμβάνουν και να διευκολύνουν την ποιότητα

ζωής των ασθενών τους, οι οποίοι σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου γίνονται όλο και πιο ευάλωτοι και χρειάζονται βοήθεια (Øfsti et al., 2020).

Η ΧΑΠ είναι και μια χρόνια ασθένεια, έτσι το περισσότερο διάστημα ο ασθενής το περνάει στο σπίτι του και εδώ έρχεται ο νοσηλευτής που εκπαιδεύει το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου, σχετικά με τη σωστή φροντίδα του. Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές ενημερώνουν την οικογένεια για διάφορες πρακτικές αναπνοής και βήχα που πρέπει να γίνονται σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, για τις διατροφικές συνήθειες που πρέπει να ακολουθεί το άτομο, κατευθύνουν την οικογένεια σχετικά με τη σωστή χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και την αποφυγή έκθεσης του ασθενούς σε επιβλαβείς συνθήκες, όπως ο καπνός του τσιγάρου (LeMone et al., 2014).

Καθώς, ο νοσηλευτής επισκέπτεται τον ασθενή στον σπίτι του μπορεί να παρακινήσει τον ασθενή και να τον βοηθήσει να σταματήσει το κάπνισμα, που αποτελεί την βασική αιτία της ΧΑΠ και να αυξήσει την φυσική του δραστηριότητα (Fletcher & Dahl, 2013). Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τις επιβλαβείς επιπτώσεις που θα έχει το κάπνισμα στην υγεία του και τον συμβουλεύει σχετικά με προγράμματα διακοπής του καπνίσματος (Osborn et al., 2016). Κλείνοντας, δεν πρέπει να παραλείψουμε ότι ο νοσηλευτής πρέπει να παρακινήσει τον ασθενή και την οικογένεια του να εμβολιαστούν κατά της εποχικής γρίπης και κατά του πνευμονόκοκκου και να εμβολιαστεί και ο ίδιος για την προστασία του ασθενούς (LeMone et al., 2014).

6. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Το γεγονός ότι η ΧΑΠ είναι μια ασθένεια που συχνά συνοδεύεται από την εκδήλωση συννοσηροτήτων έχει σοβαρό αντίκτυπο στη ψυχολογία του ασθενούς. Ανάμεσα σε αυτές τις συννοσηρότητες συμπεριλαμβάνονται το άγχος και η κατάθλιψη και μάλιστα θεωρείται ότι πολλές φορές η εμφάνιση της κατάθλιψης και η ύπαρξη έντονου άγχους σε ασθενείς με ΧΑΠ οδηγούν σε παροξύνσεις και επιδεινώνουν την υγεία του πάσχοντα (Pooler & Beech, 2014). Το κάπνισμα που αποτελεί και την πρωταρχική αιτία εμφάνισης της ΧΑΠ από μόνο του συνδέεται με την κατάθλιψη, αφού πολλοί καπνιστές στρέφονται σε αυτό, λόγω της κακής ψυχολογικής τους κατάστασης και επιπρόσθετα η κατάθλιψη εμποδίζει τα άτομα να σταματήσουν να καπνίζουν (Matte et al., 2016).

Η ΧΑΠ επηρεάζει όλες τις πλευρές της καθημερινότητας του ατόμου. Κυρίως, δεν επιτρέπει στο άτομο να πραγματοποιεί καμία φυσική δραστηριότητα, τα συμπτώματα είναι συνεχώς παρόντα και εμποδίζουν το άτομο, ενώ από την άλλη πλευρά οι διάφορες παροξύνσεις, σχεδόν στο σύνολό τους οδηγούν τον ασθενή στο νοσοκομείο, αφού για να αντιμετωπιστούν πρέπει το άτομο να νοσηλευτεί (Pooler & Beech, 2014). Όπως είναι αναμενόμενο, όλα τα παραπάνω αυξάνουν δραματικά τα επίπεδα άγχους των ασθενών και στη συνέχεια αυτό το άγχος επιβαρύνει όλο και περισσότερο την υγεία τους.

Ένα ποσοστό 10 με 30%, ιδιαίτερα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που νοσούν από ΧΑΠ και καταλήγουν να νοσηλεύονται σε κάποιο νοσοκομείο παρουσιάζουν κατάθλιψη (Escarrabill, 2009). Όταν ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο, αλλά ακόμα κι όταν βρίσκεται στο σπίτι του και τα συμπτώματα δεν του επιτρέπουν να έχει κοινωνική ζωή οδηγείται στην κοινωνική απομόνωση. Στις θεραπευτικές μεθόδους που επιλέγονται για την αντιμετώπιση της ΧΑΠ δεν δίνεται η πέπουσα σημασία στα ψυχολογικά προβλήματα που προκαλεί αυτή η ασθένεια στους πάσχοντες, έτσι η κατάθλιψη και το άγχος δεν έρχονται στο προσκήνιο και δεν λαμβάνεται κάποια μέριμνα για την αντιμετώπισή τους (Panagioti et al., 2014).

Ο νοσηλευτής, όπως ήδη αναφέραμε είναι σε καθημερινή επικοινωνία με τον ασθενή και έτσι μπορεί να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τις δύο αυτές συννοσηρότητες, το άγχος και την κατάθλιψη. Είναι σημαντικό, οι νοσηλευτές να παρέχουν στα άτομα εκτός από σωματική βοήθεια και ψυχολογική και συναισθηματική βοήθεια. Σε ένα πρώτο στάδιο, ο νοσηλευτής μπορεί να θέσει στον ασθενή ερωτήματα, σχετικά με τα φαινόμενα και τις καταστάσεις που του προκαλούν έντονο άγχος, αφού όταν τα άτομα εξωτερικεύουν τους προβληματισμούς και τις καταστάσεις που τους δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα, όπως το άγχος αυτά μειώνονται και το άτομο αισθάνεται ήδη καλύτερα (Osborn et al., 2016).

Ο νοσηλευτής, στα πλαίσια της καλής επικοινωνίας με τον ασθενή θα πρέπει να μπορεί να διακρίνει πότε ο ασθενής πάσχει από κατάθλιψη ή είναι ιδιαίτερα αγχώδης, να έχει θετική στάση και υπομονή, να δείχνει στον ασθενή πως ενδιαφέρεται και να απαντάει σε όλες του τις ερωτήσεις, ώστε να περιορίζεται το άγχος του (Dewit, 2013). Επιπλέον, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να δείξει στον ασθενή ορισμένες τεχνικές, ώστε να χαλαρώσει, ενώ παράλληλα μπορεί να διδάξει το άτομο και τεχνικές αναπνοής που θα τον βοηθήσουν να περιορίσει το στρες και να αισθανθεί αμέσως καλύτερα (Osborn et al., 2016).

Γ' ΜΕΡΟΣ

Έρευνα (Νέα δεδομένα)

1.Το είδος της έρευνας

Στην παρούσα εργασία διεξήχθη μια δευτερογενής έρευνα, η οποία έχει ως στόχο να μελετηθούν τα νέα δεδομένα και οι νέες πληροφορίες που υπάρχουν για την Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Η ΧΑΠ είναι μια ασθένεια με πολλές διαστάσεις που συνδέεται με την εκδήλωση πολλών συννοσηροτήτων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να υπάρχουν συνεχώς νέα δεδομένα που μας οδηγούν στην καλύτερη κατανόηση της ασθένειας. Τα δεδομένα αυτά μελετούνται στην παρούσα εργασία.

2.Περιγραφή δείγματος

Για την έρευνα μας αναζητήσαμε και συγκεντρώσαμε δέκα άρθρα. Τα κοινά χαρακτηριστικά αυτών των δέκα άρθρων είναι ότι πρώτον είναι πρόσφατα, αφού το πιο παλιό άρθρο της έρευνάς μας γράφτηκε το 2017, δύο το 2018, τέσσερα το 2019 και τρία άρθρα το 2020. Δεύτερον, όλα τα άρθρα είναι γραμμένα στην αγγλική γλώσσα και τρίτον αναζητήθηκαν στις ηλεκτρονικές πηγές Google Scholar και PubMed, αλλά τελικά και τα δέκα άρθρα επιλέχθηκαν από την ηλεκτρονική πηγή PubMed, γιατί ανταποκρίνονταν στα κριτήρια αναζήτησής μας. Τέλος, όλα τα άρθρα εισάγουν νέα δεδομένα για την ΧΑΠ και για τον ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής σχετικά με την ασθένεια αυτή.

3.Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για την έρευνά μας, αναζητήσαμε στην ηλεκτρονική πηγή PubMed άρθρα που όπως αναφέραμε είναι πρόσφατα και συγκεκριμένα μέχρι και τα τελευταία τέσσερα χρόνια και παρέχουν νέες πληροφορίες για την ΧΑΠ. Στην αναζήτησή μας χρησιμοποιήσαμε τις εξής λέξεις κλειδιά: COPD and nursing, COPD new treatment, COPD diagnosis, COPD and smoking και COPD new data. Από τα διαθέσιμα αποτελέσματα επιλέξαμε τελικά τα άρθρα που ταιριάζουν στις προϋποθέσεις που θέσαμε για την έρευνα.

4.Συλλογή δεδομένων

Τα δέκα άρθρα που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα μας, τα αντλήσαμε από την ηλεκτρονική πηγή PubMed. Στην αναζήτηση αυτής της ηλεκτρονικής πηγής, αρχικά πληκτρολογήσαμε τις λέξεις COPD diagnosis και στην συνέχεια στα αριστερά της οθόνης του υπολογιστή επιλέξαμε από τα διαθέσιμα φίλτρα την επιλογή 5 years, καθώς θέλαμε να εντοπίσουμε τα άρθρα που γράφτηκαν μέχρι και πέντε χρόνια πριν. Τα διαθέσιμα αποτελέσματα της αναζήτησής μας ήταν 8.289 και μετά από προσεκτική έρευνα επιλέξαμε αυτά που ανταποκρίνονται με τον σκοπό της εργασίας, δηλαδή αυτά που εισάγουν νέα δεδομένα για την ΧΑΠ και την συμβολή του νοσηλευτή στην διάγνωσή της. Κατόπιν πληκτρολογήσαμε τις λέξεις COPD and new treatment, βάλαμε πάλι το φίλτρο των 5 χρόνων και τα άρθρα που εμφανίστηκαν ήταν 1.733. Και πάλι με προσοχή διαλέξαμε τα δύο άρθρα που αναφέρονται σε νέες θεραπείες για την αντιμετώπιση της ΧΑΠ και στον τρόπο που ο νοσηλευτής μπορεί να συμμετέχει σε αυτές τις θεραπείες. Ακολούθησε η αναζήτηση των λέξεων COPD and nursing, από την οποία προέκυψαν 623 αποτελέσματα και η αναζήτηση των λέξεων COPD and smoking με 3.347. Και σε αυτές τις δύο περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε η επιλογή των 5 χρόνων και πάλι καταλήξαμε στα άρθρα που είναι σχετικά με το θέμα που μελετούμε. Στην πρώτη περίπτωση, επιλέχθηκαν τα άρθρα που παρέχουν πληροφορίες για τον τρόπο που ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή με ΧΑΠ να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της ασθένειας και να βελτιώσει τόσο την σωματική όσο και την ψυχική του υγεία, αφού η ΧΑΠ επηρεάζει σημαντικά και την ψυχολογία των ασθενών, ενώ στην δεύτερη περίπτωση επιλέχθηκαν τα άρθρα που αναφέρονται σε νέα δεδομένα σχετικά με τον κάπνισμα, την κύρια αιτία εκδήλωσης της ΧΑΠ. Τέλος, πληκτρολογήσαμε τις λέξεις κλειδιά COPD new data και από τα 1.076 αποτελέσματα επιλέχθηκαν τα πιο σχετικά με την έρευνά μας.

5.Πίνακας δεδομένων

α/α	Συγγραφέας, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	O' Donnell et al., (2019)	Ποιοτική μελέτη	Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί το	Από την μελέτη συμπεράναμε ότι το σύμπτωμα της δύσπνοιας

			σύμπτωμα της δύσπνοιας σε ασθενείς με ΧΑΠ και να ερευνηθούν τρόποι για την ανακούφιση από αυτό το σύμπτωμα.	δεν μπορεί να εξαφανιστεί, αλλά να περιοριστεί. Αυτό μπορεί να γίνει με τα κατάλληλα φάρμακα και με παρεμβάσεις που θα αποκαταστήσουν την σχέση ανάμεσα στο νευρικό σύστημα που ωθεί το άτομο στην εισπνοή και στην αναπνευστική παροχή.
2	Hou et al., (2019)	Ποσοτική μελέτη	Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να ερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα, τον καρκίνο του πνεύμονα και την ΧΑΠ.	Παρατηρήθηκε ότι άτομα με ιστορικό ΧΑΠ εμφάνισαν καρκίνο του πνεύμονα. Ο καπνός του τσιγάρου είναι αιτία της ΧΑΠ και οδηγεί στην καταστροφή των επιθηλιακών κυττάρων, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται καρκινικά κύτταρα.
3	Gut-Gobert et al., (2019)	Ποσοτική μελέτη	Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στις γυναίκες καπνίστριες και στην ΧΑΠ.	Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι η εμφάνιση της ΧΑΠ παρατηρείται και σε γυναίκες που καπνίζουν και όχι μόνο σε άνδρες. Επιπλέον οι γυναίκες δυσκολεύονται περισσότερο να διακόψουν το κάπνισμα, όταν διαγνωστούν με ΧΑΠ.
4	Branson, (2018)	Ποσοτική μελέτη	Σκοπός της μελέτης είναι να εξεταστεί αν η ο οξυγονοθεραπεία	Σύμφωνα με την μελέτη η μακροχρόνια χορήγηση οξυγόνου διευκολύνει την

			είναι αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας σε ασθενείς με ΧΑΠ.	ποιότητα ζωής του ασθενή.
5	Barnes, (2020)	Ποσοτική μελέτη	Σκοπός της μελέτης είναι να μελετηθούν οι ήδη υπάρχουσες θεραπείες για την αντιμετώπιση της ΧΑΠ και να ερευνηθεί αν υπάρχουν νέες υποσχόμενες θεραπείες.	Σύμφωνα με την μελέτη, μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί κάποια αποτελεσματική νέα θεραπεία. Είναι ανάγκη να αναζητηθούν θεραπείες που θα προλαμβάνουν την εξέλιξη της ΧΑΠ.
6	Early et al., (2019)	Ποιοτική μελέτη	Σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με ΧΑΠ.	Τα ευρήματα της έρευνας δίνουν πληροφορίες στους επαγγελματίες υγείας για την σωστότερη και αποτελεσματικότερη φροντίδα των ασθενών με ΧΑΠ και για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.
7	Aasbø et al., (2018), Νορβηγία	Ποιοτική μελέτη	Σκοπός της μελέτης είναι να εντοπισθεί ο τρόπος που οι νοσηλευτές μπορούν να στηρίξουν τους ασθενείς με ΧΑΠ στο σπίτι τους.	Μέσα από την έρευνα διαπιστώθηκε η απαιτητική και λεπτή φύση της δουλειάς του νοσηλευτή, ο οποίος καλείται να βοηθήσει τους ασθενείς με ΧΑΠ να αντιμετωπίσουν την νόσο και να τους στηρίξει.

8	Ouellette & Lavoie, (2017)	Ποσοτική μελέτη	Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναλυθούν οι ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζονται σε άτομα με ΧΑΠ.	Συμπεράναμε ότι η ΧΑΠ συνδέεται με συννοσηρότητες, όπως ψυχολογικές διαταραχές και πως ο νοσηλευτής καλείται να βοηθήσει τα άτομα να τις αντιμετωπίσουν.
9	Olloquequi, (2020)	Ποσοτική μελέτη	Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθεί αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ΧΑΠ και στον covid-19.	Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ είναι πιο πιθανό να νοσήσουν πιο βαριά από covid-19.
10	Hasan et al., (2020)	Ποσοτική μελέτη	Σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστωθεί αν η λήψη κορτικοστεροειδών από ασθενείς με ΧΑΠ τους καθιστά πιο επιρρεπείς στο covid-19.	Παρατηρήσαμε ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή είναι πιο επιρρεπείς σε ιούς, καθώς το ανοσοποιητικό τους σύστημα δεν μπορεί να τους αντιμετωπίσει.

6. Κατηγοριοποίηση των νέων δεδομένων

Όπως παρατηρούμε, ορισμένα από τα άρθρα που παραθέσαμε στον παραπάνω πίνακα έχουν κοινό περιεχόμενο και παρέχουν πληροφορίες γύρω από τον ίδιο θεματικό άξονα, όπως για παράδειγμα για την Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και την σχέση της με το κάπνισμα. Έτσι, επιχειρήσαμε να κατηγοριοποιήσουμε τα άρθρα, στα οποία καταλήξαμε μετά από την έρευνά που πραγματοποιήθηκε. Σκοπός αυτής της κατηγοριοποίησης, η οποία όπως είναι εύκολα κατανοητό έγινε με βάση το θέμα του κάθε άρθρου, είναι να μπορέσουμε να μελετήσουμε αποτελεσματικότερα τα νέα δεδομένα που παρέχουν αυτά τα άρθρα και κατ' επέκταση να κατανοήσουμε και τις επιμέρους διαστάσεις της ΧΑΠ.

6.1 Τρόποι ανακούφισης από την δύσπνοια, το πιο συχνό σύμπτωμα στη ΧΑΠ

Οι O' Donnell et al. (2019) στην μελέτη τους τονίζουν πως η δύσπνοια αποτελεί το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα που εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Αναφέρουν πως η δύσπνοια δυσκολεύει την καθημερινότητα και την ζωή των ασθενών, οι οποίοι στην προσπάθειά τους να την αντιμετωπίσουν και να διευκολύνουν την ζωή τους περιορίζουν όλο και περισσότερο τις καθημερινές τους συνήθειες και δραστηριότητες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υιοθετούν έναν καθιστικό τρόπο ζωής, πράγμα όμως που έχει αντίκτυπο και στη σωματική και στην ψυχική τους υγεία. Πιο συγκεκριμένα, η καθιστική ζωή μειώνει την αντιδραστικότητα των σκελετικών μυών και παράλληλα οδηγεί τους ασθενείς σε κοινωνική απομόνωση, η οποία όπως είναι φυσικό επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία τους.

Στην μελέτη των O' Donnell et al. (2019) αναφέρεται πως το σύμπτωμα της δύσπνοιας δεν είναι δυνατόν να εξαφανιστεί τελείως στους ασθενείς με ΧΑΠ, ωστόσο υπάρχουν στοιχεία, τα οποία δείχνουν ότι υπάρχουν διάφοροι τρόποι που μπορούν να οδηγήσουν στην ανακούφιση από την δύσπνοια. Σύμφωνα λοιπόν με την μελέτη των O' Donnell et al. (2019) ένας συνηθισμένος τρόπος για την ανακούφιση της δύσπνοιας, αλλά και για την αύξηση της αντοχής του ατόμου στην άσκηση, ανάμεσα στις διάφορες θεραπευτικές οδούς που επιλέγονται και ακολουθούνται, όπως είναι η χορήγηση των βρογχοδιασταλτικών και η οξυγονοθεραπεία, είναι διάφορες παρεμβάσεις, οι οποίες μεμονωμένα και σε συνδυασμό, μπορούν εν μέρει να αποκαταστήσουν την αρμονική σχέση ανάμεσα στο νευρικό σύστημα που ωθεί το άτομο στην εισπνοή και στην αναπνευστική παροχή. Θεωρείται ότι η διαταραχή στην αρμονική σχέση ανάμεσα στον τρόπο που το νευρικό σύστημα προωθεί την εισπνοή και στην ταυτόχρονη απάντηση του αναπνευστικού συστήματος ουσιαστικά προκαλεί την δυσφορία που νιώθει κάποιος στην ΧΑΠ. Οι παρεμβάσεις που περιορίζουν την παραπάνω διαταραχή, χωρίς να θέσουν σε κίνδυνο την ανταλλαγή αερίων ανάμεσα στις κυψελίδες και την ατμόσφαιρα ή που βελτιώνουν τους μηχανισμούς της αναπνοής και την λειτουργία των μυών ή αντιμετωπίζουν την ψυχολογική διάσταση της δύσπνοιας μπορούν να έχουν σημαντικά αποτελέσματα στην ανακούφιση από την δύσπνοια.

6.2 Το κάπνισμα αποτελεί την βασική αιτία εκδήλωσης της ΧΑΠ

Με βάση την μελέτη των Hou et al. (2019) η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια συνδέεται στενά με το κάπνισμα. Στην μελέτη τους αναφέρουν πως ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περίπου 4.500 συστατικά, όπως για παράδειγμα το μονοξείδιο του άνθρακα, η νικοτίνη, αλλά και αιωρούμενα σωματίδια και αλδεΐδες. Αυτά τα συστατικά οδηγούν στην εκδήλωση και στην μετέπειτα εξέλιξη των ασθενειών των πνευμόνων, ανάμεσα στις οποίες είναι και η ΧΑΠ. Είναι χαρακτηριστικό πως ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο των πνευμόνων είχαν ιστορικό ΧΑΠ, πράγμα που δείχνει ότι μπορεί να υπάρχει και κάποια σύνδεση ανάμεσα στις δύο ασθένειες. Όταν ένα άτομο αρχίζει να καπνίζει, το φράξιμο των πνευμόνων από τον καπνό του τσιγάρου προκαλεί την αντίδραση και την επιδιόρθωση από το DNA, για να προστατευθεί το άτομο και να περιοριστούν αυτές οι αλλαγές. Σε περίπτωση που το άτομο εξακολουθεί να καπνίζει για χρόνια ο παραπάνω μηχανισμός υπολειτουργεί και οδηγεί στην εξέλιξη της νόσου. Η διείσδυση φλεγμονωδών κυττάρων στους βλεννογόνους και στους αδενικούς ιστούς κατά την εισπνοή του καπνού του τσιγάρου οδηγεί σε έλλειψη αποθεμάτων αίματος και στο θάνατο των επιθηλιακών κυττάρων. Έτσι, τα καρκινικά κύτταρα έχουν το χώρο να πολλαπλασιαστούν. Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών είναι απαραίτητη για την πρόληψη και την θεραπεία της ΧΑΠ, αλλά και του καρκίνου των πνευμόνων. Σε αυτή την μελέτη, επομένως εξετάζεται η σύνδεση ανάμεσα στο κάπνισμα, την ΧΑΠ και τον καρκίνο των πνευμόνων.

Οι Gut-Gobert et al. (2019) μελετούν τη σχέση ανάμεσα στην ΧΑΠ και στο κάπνισμα στο γυναικείο φύλο και κάνουν τις απαραίτητες συγκρίσεις με το ανδρικό φύλο. Οι γυναίκες αργούν να συνειδητοποιήσουν ότι η δύσπνοια που εμφανίζουν αποτελεί σύμπτωμα της ΧΑΠ, διότι η ασθένεια αυτή εμφανίζεται κυρίως σε άνδρες και μάλιστα μεγαλύτερης ηλικίας και έτσι δεν σκέφτονται ότι μπορεί να πάσχουν από ΧΑΠ. Ωστόσο, στις ΗΠΑ η ΧΑΠ είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες, οι οποίες καπνίζουν. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει πως πιθανόν υπάρχει ένας γενετικός παράγοντας, ο οποίος συνδέεται με το φύλο σχετικά με την εμφάνιση της ΧΑΠ και εξαιτίας αυτού του παράγοντα υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος οι γυναίκες που καπνίζουν να εμφανίσουν σοβαρή μορφή της ΧΑΠ. Στην μελέτη τους οι Gut-Gobert et al. (2019) επισημαίνουν ότι οι γυναίκες που καπνίζουν χρόνια και μάλιστα πολύ, όταν νοσούν από ΧΑΠ έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τους άνδρες

ασθενείς, οι οποίοι καπνίζουν με την ίδια ένταση. Οι γυναίκες με ΧΑΠ εξαιτίας του γεγονότος ότι έχουν περισσότερο άγχος και είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες είναι δυσκολότερο να σταματήσουν το κάπνισμα και γι' αυτό τον λόγο έχουν οργανωθεί καμπάνιες και εκστρατείες που αφορούν την διακοπή του καπνίσματος και απευθύνονται αποκλειστικά σε γυναίκες. Τέλος, στη μελέτη τους οι Gut-Gobert et al. (2019) επισημαίνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς και ευαίσθητες στα επιβλαβή αέρια του καπνού του τσιγάρου.

6.3 Φαρμακοθεραπεία, οξυγονοθεραπεία και ανάγκη να βρεθούν νέες θεραπείες για την ΧΑΠ

Ο Branson (2018) μελέτησε την οξυγονοθεραπεία σε ασθενείς με ΧΑΠ. Στην έρευνά του αναφέρει πως η χορήγηση οξυγόνου για μεγάλο χρονικό διάστημα στο σπίτι έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την επιβίωση σε ασθενείς με ΧΑΠ. Επίσης, σύμφωνα με την έρευνά του, η οξυγονοθεραπεία κατά τη διάρκεια της άσκησης ανακουφίζει το άτομο από τα συμπτώματα και διατηρεί τον κορεσμό του αρτηριακού οξυγόνου, χωρίς όμως να έχει μακροχρόνια αποτελέσματα. Η οξυγονοθεραπεία στις διάφορες παροξύνσεις άλλες φορές αποδεικνύεται πως είναι χρήσιμη και άλλες όχι. Οι τεχνολογικές καινοτομίες γύρω από την οξυγονοθεραπεία είναι πρόκληση για τους γιατρούς που αποφασίζουν να ακολουθήσουν ως θεραπεία για την αντιμετώπιση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας την χορήγηση οξυγόνου, για όσους παρέχουν τον απαραίτητο εξοπλισμό, για όσους παρέχουν φροντίδα και για τους ασθενείς. Οι νέες τεχνολογίες γύρω από τον αυτοματοποιημένο έλεγχο του οξυγόνου που χορηγείται μακροχρόνια είναι ιδιαίτερα υποσχόμενες, αλλά υπάρχουν αρκετά εμπόδια όπως είναι το πολύ υψηλό κόστος.

Σύμφωνα με την μελέτη του Barnes (2020), σήμερα υπάρχουν διάφορες αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της ΧΑΠ, όμως δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια θεραπεία που να περιορίζει σημαντικά την ραγδαία εξέλιξη της νόσου, όπως δεν υπάρχουν και φάρμακα που θα περιορίσουν τα ποσοστά θνητότητας εξαιτίας των διάφορων συννοσηροτήτων, πράγμα που κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στο γεγονός ότι δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως οι μηχανισμοί της ΧΑΠ. Φάρμακα, όπως είναι οι β- αγωνιστές και τα βρογχοδιασταλτικά έχει αποδειχθεί ότι περιορίζουν τα συμπτώματα και διευκολύνουν την ζωή του ασθενούς, αλλά δεν συμβάλλουν στον περιορισμό της εξέλιξης της ΧΑΠ. Έγινε μια προσπάθεια να αναπτυχθούν κάποιες αντιφλεγμονώδεις θεραπείες, οι οποίες όμως δεν

έφεραν τα επιθυμητά αποτελέσματα, λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών που προκάλεσαν. Ο Barnes (2020) υποστηρίζει πως είναι αναγκαίο να ανακαλυφθούν νέες θεραπείες για την ΧΑΠ, οι οποίες θα στοχεύουν αποκλειστικά στην παρεμπόδιση της εξέλιξης της ασθένειας και θα χρησιμοποιούνται ήδη από τα πρώιμα στάδια της ΧΑΠ, ώστε να έχουν και τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

6.4 Η συμβολή των νοσηλευτών στην εξοικείωση του ασθενή με την ΧΑΠ και στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που προκαλεί η ασθένεια

Σύμφωνα με τους Early et al. (2019), η ΧΑΠ επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών και επηρεάζει όλες τις καθημερινές δραστηριότητες τους, αλλά και την ψυχολογική και συναισθηματική τους κατάσταση. Σε αυτή την έρευνα, 40 άτομα με ΧΑΠ συμμετείχαν σε συζητήσεις με έναν νοσηλευτή, σχετικά με το τι δουλεύει, τι δεν δουλεύει και πάει λάθος και τι πρέπει να γίνει μελλοντικά για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών με ΧΑΠ. Οι απαντήσεις αναλύθηκαν και συζητήθηκαν από τους ασθενείς, από τα άτομα που τους φροντίζουν, αλλά και από επαγγελματίες υγείας. Σχετικά με το τι δεν δουλεύει σωστά οι ασθενείς έδωσαν τις εξής απαντήσεις: τα άτομα που με φροντίζουν δεν ανταποκρίνονται πάντα όταν τα χρειάζομαι, δεν μου συμπεριφέρονται σαν άνθρωπο, δεν μπορώ να κάνω όλα όσα θέλω εξαιτίας της ασθένειάς μου, έχω άγχος και κατάθλιψη, δεν μπορώ να φάω. Μέσα από την επαφή με τους ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας έλαβαν ιδιαίτερα χρήσιμες πληροφορίες για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΧΑΠ. Αυτό που είχε σημασία για τους ασθενείς είναι το επίκεντρο να είναι οι ίδιοι, το επίκεντρο όλης της φροντίδας που λαμβάνουν να είναι ο παράγοντας άνθρωπος. Έτσι, η μελέτη των Early et al. (2019) παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΧΑΠ και για τον τρόπο που μπορούν να βελτιώσουν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, στην οποία η ΧΑΠ έχει αρνητικό αντίκτυπο.

Οι Aasbø et al. (2018) πραγματοποίησαν μια μελέτη, η οποία έχει ως σκοπό να ερευνήσει πως οι επαγγελματίες υγείας, κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους στο σπίτι ενός ασθενή με ΧΑΠ στηρίζουν τους ασθενείς, αλλά και τα άτομα που τους βοηθούν και επιπρόσθετα βοηθούν τον ασθενή να αποδεχτεί και να εξοικειωθεί με την ασθένεια. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Νορβηγία και συμμετείχαν 3 νοσηλευτές, οι οποίοι επισκέφτηκαν συνολικά 20 ασθενείς. Από αυτούς τους ασθενείς οι 14 ήταν γυναίκες και οι 6

ήταν άνδρες και οι ηλικίες τους κυμαίνονται από 45 έως και 90 ετών. Η διάρκεια της επίσκεψης ήταν από 30 έως 120 λεπτά. Οι νοσηλευτές, κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στο σπίτι παρατήρησαν τους ασθενείς και στην συνέχεια πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με αυτούς τους νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Aasbø et al. (2018) δείχνουν την ευαίσθητη και λεπτή πλευρά της εργασίας των νοσηλευτών, σχετικά με τους ασθενείς που πάσχουν από ΧΑΠ και τα άτομα που τους φροντίζουν, κατά τις επισκέψεις τους στο σπίτι. Οι νοσηλευτές βοηθούν τους ασθενείς και όσους τους φροντίζουν να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και τις αρνητικές επιπτώσεις της, αφού απαντούν στα ερωτήματα των ασθενών και παρέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες στα άτομα που τους φροντίζουν.

Οι Ouellette & Lavoie (2017) μελέτησαν τις ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζονται σε ασθενείς με ΧΑΠ. Οι κλινικοί γιατροί γνωρίζουν ότι οι ασθενείς είναι επιρρεπείς στην κατάθλιψη και σε αγχώδεις διαταραχές. Το γεγονός ότι η ΧΑΠ είναι μια πολύπλευρη ασθένεια, έχει ως αποτέλεσμα πολλές μελέτες να αναφέρονται στην εμφάνιση νευροψυχιατρικών διαταραχών στους ασθενείς. Αυτή η μελέτη παρουσιάζει στοιχεία σχετικά με νευροψυχιατρικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν σε ασθενείς με ΧΑΠ είναι βλάβες στην γνωστική λειτουργία, κατάθλιψη και άγχος. Οι Ouellette & Lavoie (2017) επίσης, επισημαίνουν την ανάγκη να αξιολογηθούν και να μελετηθούν περαιτέρω αυτές οι διαταραχές, ώστε να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά. Επιπλέον, τονίζουν πως οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν τους ασθενείς με ΧΑΠ πρέπει να ενημερωθούν για τις συννοσηρότητες που σχετίζονται με την ΧΑΠ, ανάμεσα στις οποίες είναι και οι παραπάνω διαταραχές στην ψυχολογία των ασθενών, ώστε να μπορούν να τους βοηθήσουν.

6.5 Covid-19 και ΧΑΠ

Ο Olloquequi (2020) στη μελέτη του για τη σύνδεση ανάμεσα στον covid-19 και τη ΧΑΠ αναφέρει πως οι μέχρι στιγμής έρευνες που έχουν διεξαχθεί δείχνουν ότι όσοι ασθενείς πάσχουν από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια έχουν και περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν πιο βαριά από τον covid-19. Είναι γνωστό σε όλους ότι όσα άτομα εκτίθενται στο καπνό του τσιγάρου, είτε είναι οι ίδιοι καπνιστές είτε πρόκειται για παθητικούς καπνιστές έχουν πνεύμονες με ιδιαίτερα μειωμένες αντοχές και άμυνες απέναντι στις διάφορες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, όπως είναι και ο covid-19. Άλλη μια αιτία της

ΧΑΠ είναι και η έκθεση των ατόμων σε βλαβερά αέρια, όπως αυτά που προκαλούνται από την καύση της βιομάζας. Οι άνθρωποι αυτοί που έχουν εκτεθεί σε αυτά τα αέρια και έχουν εμφανίσει ΧΑΠ διατρέχουν επίσης, μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν βαριά από covid-19, ανεξάρτητα από το εάν καπνίζουν ή δεν καπνίζουν. Στην μελέτη του ο Olloquequi (2020) επισημαίνει ότι όσοι πάσχουν από ΧΑΠ και ειδικότερα όσοι εμφανίζουν και πολλές συννοσηρότητες που συνδέονται με την ΧΑΠ θα πρέπει να προσέχουν την υγεία τους και να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα μέτρα, ώστε να αποφύγουν να κολλήσουν τον ιό. Τέλος, προσθέτει ότι σε πολλές περιπτώσεις άτομα που ανάρρωσαν από covid-19 εμφάνιζαν διάφορα προβλήματα, κυρίως αναπνευστικά για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την ανάρρωσή τους, πράγμα που θα επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ που ανάρρωσαν από covid-19.

Σύμφωνα με την μελέτη των Hasan et al. (2020), τα στεροειδή έχουν βλαβερές επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα και την ικανότητά του να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τους ιούς, πράγμα που δημιουργεί ανησυχία για τους ασθενείς που λαμβάνουν στεροειδή για πολύ καιρό. Μια πρόσφατη προειδοποίηση του ΠΟΥ, για τα κορτικοστεροειδή εν μέσω του covid-19 δημιούργησαν προβληματισμό στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την ασφάλεια των κορτικοστεροειδών στην πανδημία. Τα κορτικοστεροειδή είτε αυτά λαμβάνονται από το στόμα είτε είναι εισπνεόμενα αποτελούν μια συχνή θεραπευτική οδό σε ασθενείς με ΧΑΠ και άσθμα. Αυτό το άρθρο μελετά την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των κορτικοστεροειδών σε ασθενείς με άσθμα και ΧΑΠ, είτε έχουν είτε δεν έχουν covid-19. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να συνεκτιμώνται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα μιας θεραπείας με κορτικοστεροειδή. Τα πλεονεκτήματα είναι να μειωθούν τα συμπτώματα της ΧΑΠ, αλλά τα μειονεκτήματα είναι η μεγάλη πιθανότητα να μην μπορεί το άτομο να αντιμετωπίσει διάφορους ιούς, όπως ο covid-19. Έτσι, θα πρέπει να παρέχεται η μικρότερη δυνατή ποσότητα αυτών των φαρμάκων ή να επιλέγεται κάποια άλλη θεραπεία.

Συμπεράσματα

Η ΧΑΠ είναι ένας συνδυασμός του εμφυσήματος και της χρόνιας βρογχίτιδας. Στην εργασία μας ασχοληθήκαμε αρχικά, με τους τρόπους, με τους οποίους μπορεί να γίνει η διάγνωση της ΧΑΠ, αναφερθήκαμε στους παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση της ασθένειας, εστιάζοντας στο κάπνισμα, το οποίο, όπως τονίστηκε αποτελεί και την κύρια αιτία εμφάνισης της νόσου. Στη συνέχεια, μελετήθηκαν τα συμπτώματα των ασθενών που εμφανίζουν ΧΑΠ, με κύριο σύμπτωμα την δύσπνοια και αναφέρθηκαν οι τρόποι θεραπείας της νόσου.

Μετά την παράθεση των διάφορων παραμέτρων της ΧΑΠ, όπως η διάγνωση, η κλινική εικόνα, η σταδιοποίηση και η θεραπεία, μελετήθηκε ο ρόλος που έχει ο νοσηλευτής σχετικά με την ΧΑΠ. Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο σε κάθε στάδιο της ασθένειας από την διάγνωσή της και την θεραπεία, μέχρι και την παροχή ψυχολογικής στήριξης στα άτομα. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που έρχονται πρώτοι σε επαφή με τον ασθενή, επικοινωνούν μαζί του και πραγματοποιούν λήψη του ιστορικού υγείας του και μετέπειτα προχωράνε στην φυσική εξέταση, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην σωστή διάγνωση της ΧΑΠ. Αλλά ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός και στην θεραπεία. Ενδεικτικά, αναφέρουμε πως οι νοσηλευτές ενημερώνουν τον ασθενή σχετικά με τη λήψη φαρμάκων, αλλά και την χορήγηση οξυγόνου. Επιπλέον, σημαντική είναι η συμβολή των νοσηλευτών και στην κατ' οίκον φροντίδα των ατόμων με ΧΑΠ. Επιπλέον, αξίζει να αναφέρουμε και το ρόλο που διαδραματίζει ένας νοσηλευτής στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Η ΧΑΠ είναι μια ασθένεια που προκαλεί άγχος και κατάθλιψη και οι νοσηλευτές βοηθούν τα άτομα να τα αντιμετωπίσουν. Τέλος, αναφέρθηκαν νέες θεραπείες σχετικά με την ΧΑΠ και η σύνδεση ανάμεσα στην ΧΑΠ και στον covid-19.

Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία

- **Aasbø, G., Kristvik, E., Solbrække, K. & Werner, A., 2018.** Searching for “transformative moments”: A qualitative study of nurses’ work during home visits to COPD patients and their caregivers in Norway. *Nursing Open*, 6(2), p.293-300.
- **Adeloye, D. et al., 2015** Global and regional estimates of COPD prevalence: systematic review and meta- analysis. *Journal of Global Health*, 5(2).
- **Ashar, B., Miller, R. & Sisson, S., 2017.** *The Jonhs Hopkins Παθολογία*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- **Barret, K., Barman, S., Boitano, S. & Brooks, H., 2012.** *Ιατρική Φυσιολογία*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- **Barnes, P., 2020.** COPD 2020: new directions needed. *American Journal of Physiology*.
- **Berliner, D., Schneider, N., Welte, T & Bauersachs, J., 2016.** The Differential Diagnosis of Dyspnea. *Deutsches Arzteblatt International* , 113(49), p.834-845.
- **Branson, R., 2018.** Oxygen Therapy in COPD. *Respiratory Care*, 63 (6), P.734-748.
- **Burkhardt, R. & Pankow, W., 2014.** The Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(49), p. 834-846
- **Cazzola, M., Donner, M. & Hanania, N., 2007.** One Hundred Years of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory Medicine Journal*. 6, p.1049-1065.
- **Chaudhry, A. & Bordoni, B., 2017.** *Anatomy, Thorax, Lungs*, Available at: <https://europepmc.org/article/nbk/nbk470197#free-full-text> [Accessed 29 August 2021]
- **Cheng, S. et al., 2019.** Comparison between COPD Assessment Test (CAT) and modified Medical Research Council(mMRC) dyspnea scores for evaluation of clinical symptoms, comorbidities and medical resources utilization in COPD patients. *Journal of the Formosan Medical Association*, 1, p.429-435
- **Decramer, P., Janssens, W. & Miravittles, M., 2012.** Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Lancet*, 9823, p.1341-1351.
- **Dewit, S., 2013.** *Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας*, Μεταφρασμένο από Αγγλικά. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

- **Early, F., Lettis, M., Winders, S. & Fuld, J.,** 2019. What matters to people with COPD: outputs from Working Together for Change. *npj Primary Care Respiratory Medicine*, 2.
- **Effros, R.,** 2006. Anatomy, development, and physiology of the lungs. *GI Motility Online*, Available at: <https://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo73.html> [Accessed 5 September 2021].
- **Escarrabill, J.,** 2009. Discharge planning and home care for end-stage COPD patients. *European Respiratory Journal*, 34, p 507-512
- **European Lung Foundation,** 2021. *Living well with COPD*. Available at: <https://europeanlung.org/en/information-hub/factsheets/living-well-with-copd/> [Accessed 10 September 2021]
- **Fermont, J. et al.,** 2019. Biomarkers and clinical outcomes in COPD: A systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 74(5), p.439-446
- **Fishman, A.,** 2005. One Hundred Years of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(9), p.941-948.
- **Fletcher, M. & Dahl, B.,** 2013. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal*, 22, p.230–233
- **Gonçalves, I. et al.,** 2018. Clinical and molecular markers in COPD. *Pulmonology*, 24(4), p.250-259.
- **Gut-Gobert, C., et al.,** 2019. Women and COPD: do we need more evidence? *European Respiratory Review*, 28
- **Hart, M., & Loeffler, A.,** 2014. *Παθοφυσιολογία Νόσων: Από τον εκλυτικό παράγοντα στη βλάβη ιστών και το κλινικό σύμπτωμα*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- **Hasan, S., et al.,** 2020. Use of corticosteroids in asthma and COPD patients with or without COVID-19. *Respiratory Medicine*, 170.
- **Hill Bailey, P.,** 2013. Best practice in nursing care of dyspnea: The 6th vital sign in individuals with COPD. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(1), p. 108-122.
- **Hou, W. et al.,** 2019. Cigarette Smoke Induced Lung Barrier Dysfunction, EMT, and Tissue Remodeling: A Possible Link between COPD and Lung Cancer. *BioMed Research International*,

- **Huang, X. et al.**, 2019. The etiologic origins of chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary*,14, p. 1139-1158
- **Jones, P. et al.**, 2009. Development and first validation of the COPD Assessment Test, *European Respiratory Journal*, 34, p.648-654.
- **Jones, P. et al.**, 2016. COPD: The patient perspective. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary*, 11,p.13-20.
- **Kaplan, A. & Thomas, M.**, 2017. Screening for COPD: the gap between logic and evidence. *European Respiratory review*, 26(143)
- **Lange, P., Halpin, D., O' Donnell, D. & MacNee, W.**, 2016. Diagnosis, assessment, and phenotyping of COPD: beyond FEV_1 . *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, p.3-12.
- **LeMone, P., Burke, K. & Bauldoff, G.**, 2014. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*, Μεταφρασμένο από Αγγλικά. Τόμος Β, Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- **Lopez-Campos, J., Tan W. & Soriano, J.**, 2015. Global burden of COPD. *Official Journal of the Asian Pacific society of Respiriology*, p.14-23
- **Make, B. & Martinez, F.**, 2008. Assessment of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 5(9), p. 884-890.
- **Matte, D. et al.**, 2016. Prevalence of depression in COPD: A systematic review and meta-analysis of controlled studies. *Respiratory MEDICINE*,117, p.154-161.
- **Miller, M. et al.**, 2005. Standardisation of spirometry. *European Respiratory journal*, 26, p. 319-338.
- **Miravittles, M. & Ribera, A.**, 2017. Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. *Respiratory Research*, 67
- **Moore, K., Dalley, A. & Agur, A.**, 2016. *Κλινική Ανατομία*, Μεταφρασμένο από Αγγλικά. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- **Mulhall, P.& Criner, G.**, 2016. Non-pharmacological treatments for COPD. *Official Journal of the Asian Pacific society of Respiriology* 5, p. 791-809.
- **National Heart, Lung and Blood Institute, COPD.** Available at: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/copd>, [Accessed 8 September 2021]

- **Newego, N., Gibson, B., & McDonald, V.,** 2015. COPD and its comorbidities: impact, measurement and mechanisms. *Official Journal of the Asian Pacific society of Respiriology*,8,p. 1160-1171.
- **Ntritsos, G. et al.,** 2018. Gender specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis, *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*,13,p.1507-1514.
- **O'Donnel, D. et al.,** 2019. Dyspnea in COPD: New Mechanistic Insights and Management Implications. *Advances in Therapy*, 37, p. 41–60.
- **Øfsti, R., Devik, S., Enmarker, I. & Olsen, R.,** 2020. Looking for Deviations: Nurses' Observations of Older Patients With COPD in Home Nursing Care. *Global Qualitative Nursing Research*, 7.
- **Olloquequi, J.,** 2020. COVID-19 Susceptibility in chronic obstructive pulmonary disease. *European Journal of Clinical Investigation*,50(10).
- **Osborn, K., Wraa, C., Watson, A. & Holleran, R.,** 2016. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Μεταφρασμένο από Αγγλικά. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- **Ouellette DR., & Lavoie KL,** 2017. Recognition, diagnosis, and treatment of cognitive and psychiatric disorders in patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12 ,p. 639-650.
- **Panagioti, M., Scott, C., Blakemore, A., & Coventry, P.,** 2014. Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9(1), p.1289—1306.
- **Pavord, I., Jones, P., Burgel, B. & Rabe, K.,** 2016, Exacerbations of COPD, *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*,11,P. 21-30.
- **Pellicori, P., Salekin, D., Pan, D. & Clark, A.,** 2017. This patient is not breathing properly, is this COPD, heart failure, or neither, *Expert review of Cardiovascular Therapy*, 15(5). p.389-396
- **Petty, T.,** 2006. The history of COPD, *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 1(1), p.3-14.
- **Platzer, W. et al.,** 2011. *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομίας*, Μεταφρασμένο από Γερμανικά από Λ. Αρβανίτη. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

- **Pooler, A. & Beech, R.,** 2014. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. . *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary*, 9(1), p. 315-330
- **Price, D., Yawn, B. & Jones, R.,** 2010, Improving the differential diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Primary Care. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(12), p.1122-1129
- **Roguin, A.,** 2006. Rene Theophile Hyacinthe Laennec (1781-1826): The Man Behind The Stethoscope. *Clinical Medicine & Research*, 4(3), p.230-235.
- **Scoditti, E., Massaro, M., Garbarino, S. & Toraldo, D.,** 2019. Role of Diet in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Treatment. *Nutrients*, 11(6), 1357.
- **Scullion, J.,** 2015. The Nurse Practicioners' Perspective on Inhaler Education in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Canadian Respiratory Journal*.
- **Sherwood, L.,** 2016. *Εισαγωγή στη Φυσιολογία του Ανθρώπου*, Μεταφρασμένο από Αγγλικά. Αλεξανδρούπολη: Ακαδημαϊκές Εκδόσεις Ι. Μπάσδρα και ΣΙΑ Ο.Ε.
- **Smith, M., Wrobel, J.,** 2014. Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary*, 9(1), p.871-888.
- **Soriano, G., Polverino, F.& Cosio, B.,** 2018. What is early COPD and why is it important. *European Respiratory Journal*, 52
- **Suresh, K. & Shimoda, L.,** 2016. Lung Circulation. *Author Manuscript*, 6(2), p. 897-943.
- **Tønnesen, P.,** 2013. Smoking cessation and COPD, *European Respiratory review*, 22, p. 37-43.
- **Vogelmeier, C. et al.,** 2017. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 195(5), p.557-582.
- **Weldam, S., Lammers, J., Zwakman, M.& Schuurmans, M.,** 2017. Nurses' perspectives of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study. *Applied Nursing Research*, 33, p.85-92.
- **Wedzicha, J. & Seemungal, T.,** 2017. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. *Lancet*, 370, p.786-796

- **Wheaton, A., et al.,** 2019. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Smoking Status- United States,2017. Centers for Disease Control and Prevention MMWR, 68(24),p. 533-538.
- **World Health Organization,** 2021. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) [Accessed 29 August 2021]

Ελληνική Βιβλιογραφία

- **Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας,** *Γρίπη και Εποχική Γρίπη*, Διαθέσιμο από : <https://eody.gov.gr/disease/gripi-kai-epochiki-gripi/> [Έγινε πρόσβαση 4 Οκτωβρίου 2021].
- **Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων,** *Μεταμόσχευση Πνευμόνων*, Διαθέσιμο από: <https://www.eom.gr/metamoscheysi-pneymona/> [Έγινε πρόσβαση 9 Σεπτεμβρίου 2021].
- **Κοσμάς, Ε. και συν.,** 2009. Το εργαστήριο αναπνευστικής λειτουργίας στην χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Στην Γουργουλιάνης, Κ. και συν. Έκδοση, 2009. *Συμβολή του Εργαστηρίου στην Εκτίμηση του Πνευμονολογικού Ασθενούς* . Αθήνα: Περιοδικές Εκδόσεις της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, σελ. 81-103.
- **Λαμπροπούλου, Π., & Δρόσος, Χ.,** 2009. Το ακτινολογικό εργαστήριο στον ασθενή με ΧΑΠ- Βρογχεκτασίες Δυσκολίες στην ερμηνεία της A/A- Ο ρόλος της CT. Στην Γουργουλιάνης, Κ. και συν. Έκδοση, 2009. *Συμβολή του Εργαστηρίου στην Εκτίμηση του Πνευμονολογικού Ασθενούς* . Αθήνα: Περιοδικές Εκδόσεις της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, σελ.105-144
- **Μαθιουδάκης, Α.& Μαθιουδάκης, Γ.,** 2014. Οι φαινότυποι της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Διαθέσιμο από: https://www.researchgate.net/publication/267037410_The_phenotypes_of_chronic_obstructive_pulmonary_disease [Έγινε πρόσβαση 10 Σεπτεμβρίου 2021]
- **Μπακάκος, Π., Κωστίκας, Κ., & Λουκίδης, Σ.,** 2010. ΧΑΠ και συννοσηρότητες. *Πνεύμων*,5(23), σελ. 21-27
- **Πολυζωγόπουλος, Α., & Πολυχρονόπουλος, Β.,** 2006. Πνευμονική κυκλοφορία: Δομή και Λειτουργία. Στην Αναγνωστοπούλου, Ο., Κατής, Κ., Κωσταντίνου, Κ. &Τουμπής, Μ., έκδοση, 2006. *Φυσιολογία του Αναπνευστικού Συστήματος*. Αθήνα: Περιοδικές Εκδόσεις της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, σελ. 113-166.

- **Ρούπα, Α., Τσάρας, Κ., & Παπαθανασίου, Ι.,** 2015. Κάπνισμα : η σχέση με την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, *Επιστημονικά Χρονικά* , 20(1),p: 41-53.
- **Σαμαρά, Κ., Βλαχάκη, Ε., & Τζανάκης, Ν.,** 2009. Ορισμός και Παθογένεια της ΧΑΠ. Στην Γουργουλιάνης, Κ. και συν. Έκδοση, 2009. *Συμβολή του Εργαστηρίου στην Εκτίμηση του Πνευμονολογικού Ασθενούς* . Αθήνα: Περιοδικές Εκδόσεις της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, σελ.71-79
- **Χαΐνης, Ν.,** 2020. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια: ο ρόλος της σπιρομέτρησης στην πρόωμη διάγνωσή της. Διαθέσιμο από: <https://www.metropolitan-hospital.gr/el/metropolitan-> [Έγινε πρόσβαση 11 Σεπτεμβρίου 2021]