



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

«Ψυχολογία ασθενών στο Νοσοκομείο»

ΦΟΙΤΗΤΗΣ

Δημήτριος Μάσσαλας

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μαίρη Γκούβα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ – Σεπτέμβριος 2017

Περιεχόμενα.

1.Πρόλογος.....	5
2.Εισαγωγή.....	6
3.Ασθένεια και Ψυχολογία.....	8
4.Διαφοροποίηση των Ψυχολογικών διακυμάνσεων αναλογικά με την πάθηση.....	13
5.Καρκίνος.....	13
I.Ορισμός.....	13
I.I Καρκίνος του μαστού.....	13
I.II Καρκίνος του μαστού και ψυχολογία.....	14
I.III Καρκίνος του παχέος εντέρου.....	15
I.IV Καρκίνος του παχέος εντέρου και ψυχολογία.....	15
I.V Καρκίνος του πνεύμονα.....	16
I.VI Καρκίνος του πνεύμονα και ψυχολογία.....	16
I.VII Καρκίνος του προστάτη.....	17
I.VIII Καρκίνος του προστάτη και ψυχολογία.....	18
6. Καρδιοπάθειες.....	18
II. Ορισμός.....	18
II.I Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.....	19
II.II Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ψυχολογία.....	20
II.III Καρδιακή ανεπάρκεια.....	20
II.IV Καρδιακή ανεπάρκεια και ψυχολογία.....	21
II.V Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	22
II.VI Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ψυχολογία.....	22
II.VII Στεφανιαία νόσος.....	23
II.VIII Στεφανιαία νόσος και ψυχολογία.....	24
7. Σεξουαλικός μεταδιδώμενα νοσήματα.....	24
III. Ορισμός.....	24
III.I HIV – AIDS.....	25

III.II HIV – AIDS και ψυχολογία.....	26
III.III HPV.....	26
III.IV HPV και ψυχολογία.....	27
III.V Ηπατίτιδα.....	28
III.VI Ηπατίτιδα και ψυχολογία.....	29
III.VII Εγκυμοσύνη στην εφηβεία.....	29
III.VIII Εγκυμοσύνη στην εφηβεία και ψυχολογία.....	30
8. Αυτοάνοσα Νοσήματα.....	31
IV. Ορισμός.....	31
IV.I Ρευματοειδής αρθρίτιδα.....	31
IV.II Ρευματοειδής αρθρίτιδα και ψυχολογία.....	32
IV.III Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1.....	32
IV.IV Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και ψυχολογία.....	33
IV.V Σκλήρυνση κατά πλάκα.....	33
IV.VI Σκλήρυνση κατά πλάκα και ψυχολογία.....	34
IV.VII Ψωρίαση.....	35
IV.VIII Ψωρίαση και ψυχολογία.....	36
9. Σκοπός.....	36
10. Υλικό και Μέθοδος.....	37
11. Αποτελέσματα.....	37
12. Συμπεράσματα.....	45
13. Νοσηλευτική Διεργασία.....	45
14. Ποιοτική Μελέτη.....	48
15. Ιστορικό Συμπτωμάτων.....	50
16. Κοινωνικό Ιστορικό.....	50
17. Αναπαράσταση και Αίτια της νόσου.....	51
18. Στόχοι Φροντίδας.....	51
19. Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	51
20. Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	52

Περίληψη: Ψυχολογία ορίζεται η επιστήμη που μελέτα τις αλλαγές στην συμπεριφορά του ανθρώπου και πως αυτή μεταβάλλεται μέσα από διάφορες καταστάσεις οι οποίες είναι απειλητικές για την ζωή. Έτσι και μια εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να μεταβάλει την ψυχολογία ενός ατόμου και είναι το επιστημονικό προσωπικό υγείας που πρέπει να παρέμβει για να υποστηρίξει τους ασθενείς.

Εισαγωγή: Κάθε απειλητική για την ζωή κατάσταση που επιβάλλει μια εισαγωγή στο νοσοκομείο μεταβάλλει την ψυχολογία του ανθρώπου καθώς ο ίδιος αισθάνεται αποπροσανατολισμένος, αβέβαιος και αγωνιεί για την έκβαση της ασθένειας, της θεραπείας του και κατ' επέκταση για την ζωή του. Βέβαια η ψυχολογία κάθε ασθενή διαφέρει ανάλογα με την νόσο και το κατά πόσο αυτή είναι απειλητική για την ζωή

Σκοπός: Σκοπός είναι να μελετηθεί σε βάθος η ανθρώπινη ψυχοσύνθεση και οι μεταβολές της όταν το άτομο βρίσκεται στο χώρο του νοσοκομείου και κατά πόσο μπορεί η ψυχολογική υποστήριξη να παίξει ρόλο στην προαγωγή της υγείας.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, Iatropedia. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η ψυχολογία αποτελεί έναν από τους βασικότερους τομείς τον οποίο θα πρέπει να διδάσκετε ένας επαγγελματίας υγείας προκειμένου να παρέχει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών στους ασθενείς. Έτσι δημιουργείτε παράλληλα μια σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον νοσηλευτή η οποία

επιτρέπει την καλύτερη συνεργασία τους με αποτέλεσμα την καλύτερη προαγωγή της υγείας. Ασφαλώς ο κάθε ασθενής διαφέρει ανάλογα από τον χαρακτήρα του αλλά και από τον λόγο για τον οποίο βρίσκεται στο νοσοκομείο. Με λίγα λόγια αλλιώς αντιδρά ένας ασθενής που πάσχει από κάποιο θεραπεύσιμο νόσημα και αλλιώς κάποιος ο οποίος πάσχει από κάτι πιο επιβλαβές ή/και χρόνιο νόσημα.

Συμπεράσματα: Όπως προαναφέρθηκε η ψυχολογία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την καλύτερη προαγωγή της υγείας. Έτσι κάθε επαγγελματίας υγείας γνωρίζει πως θα αλληλοεπιδράσει με τον ασθενή του και ταυτόχρονα πως θα τον υποστηρίξει ψυχολογικά για να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες που πιθανός δημιουργηθήκαν από την εκάστοτε ασθένεια είτε αυτές είναι σημαντικές είτε ασήμαντες.

Λέξεις ευρητηρίου: Ψυχολογία, ασθενείς, νοσοκομείο, προαγωγή υγείας, σχέση νοσηλευτή ασθενή

Abstract: Psychology is defined as the science that studies the changes in human behavior and how it changes through various situations that are life threatening. So, a hospitalization can alter the psychology of a person and is the scientific health staff should intervene to support patients.

Introduction: Each life-threatening condition that requires a hospitalization alters the psychology of man as he feels disoriented, uncertain and anxious about the outcome of the disease, its treatment and hence for life. Certainly, the psychology of each patient varies depending on the disease and whether it is life threatening.

Purpose: The purpose is to study in depth the human psyche and its changes while the person is in the hospital and how psychological support can play a role in health promotion.

Material and Method: There was a review of the literature in electronic databases PubMed, Google Scholar, Iatropedia. The material of the study was selected articles published mainly in the last decade in the English and Greek language.

Results: The psychology is one of the key areas in which a health practitioner must teach in order to provide high quality services to patients. Thus, creating a parallel relationship between the patient and the nurse that allows better cooperation leading to better health promotion.

Certainly each patient varies depending on the nature of and the reason for which is in hospital. In short otherwise react a patient suffering from a treatable disease and anyone else who is suffering from something more harmful and / or chronic disease.

Conclusions: As mentioned psychology is a very important factor for better health promotion. So, every health professional knows how to interact with the patient and at the same time that will support him psychologically to adapt to new conditions likely were created by each disease whether they are significant or insignificant.

Key words: Psychology, patients, hospital, health promotion, relationship nurse patient

1.ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ψυχολογία και γενικός οι ψυχολογικές μεταβολές που βιώνει ένας άνθρωπος πάντα αποτελούσαν ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον θέμα. Η πίστη πως ξεκλειδώνοντας την ψυχολογική υπόσταση ενός ατόμου είναι δυνατόν να μας κάνει να κατανοήσουμε αναρίθμητες πληροφορίες για το εκάστοτε άτομο και πώς αυτό διαμορφώνετε μέσα από τις διάφορες καταστάσεις που το μεταβάλλουν είναι το κίνητρο για την περαιτέρω βαθύτερη μελέτη αυτής της επιστήμης και το πώς αυτή σχετίζεται με το επάγγελμα της νοσηλευτικής.

Η ψυχολογία είναι πράγματι ένας ισχυρός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει ένα άτομο τόσο πολύ ώστε να καθορίσει την ίδια του την ζωή. Στα χέρια δε ενός επαγγελματία υγείας όπως ένας νοσηλευτής η επιστήμη αυτή αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο που μπορεί να τον βοηθήσει να καταλάβει πολλές πληροφορίες από έναν ασθενή ξεκλειδώνοντας σταδιακά τον ψυχισμό του. Έτσι και η δουλειά του νοσηλευτή γίνεται ευκολότερη καθώς είναι σε πλήρη συνεννόηση με τον ασθενή και ο τελευταίος αισθάνεται πιο άνετα καθώς νιώθει τον νοσηλευτή σαν έναν δικό του άνθρωπο μέσα στον άγνωστο χώρο του νοσοκομείου.

Βεβαία για να κατανοήσουμε καλύτερα την στάση ενός ασθενή θα ήταν ιδανικό να δούμε τα πράγματα από την δική του οπτική γωνία. Εκτός από σπάνιες περιπτώσεις κανένας δεν έρχεται σε ένα νοσοκομείο για καλό. Εισαγωγές στο νοσοκομείο γίνονται όταν υπάρχει μια απειλητική για την ζωή κατάσταση. Έτσι λοιπόν ο χώρος του νοσοκομείου αποτελεί φόβητρο και παράγοντας άγχους σε όλους τους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Μια νοσηρή κατάσταση αποδιοργανώνει τις λειτουργίες και την καθημερινότητα του ατόμου το οποίο ξαφνικά εισέρχεται σε έναν άγνωστο χώρο όπου

αγωνιά για την κατάσταση της υγείας του. Έχοντας αυτά στο νου σαν μια γενική ιδέα πως θα μπορούσε να αισθάνεται ένας άνθρωπος που χρειάζεται όντως να κάνει μια εισαγωγή στο νοσοκομείο?

Η εργασία αυτή λοιπόν επικεντρώνεται στην μελέτη της ψυχολογίας των ασθενών και στις μεταβολές της σχετικά με διάφορους παράγοντες όπως την σοβαρότητα ή όχι μιας νόσου, την εξελικτική τροχιά που μπορεί να πάρει ένα νόσημα και τέλος πως αλληλοεπιδρά ο ασθενής με τον περίγυρό του.

Σίγουρα η ψυχολογία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει και τις δύο πλευρές, του νοσηλευτή δηλαδή που έχει αναλάβει το δύσκολο έργο της αποκατάστασης της υγείας των νοσηλευόμενων αλλά και των ίδιων των ασθενών οι οποίοι πρέπει να παραμένουν ψύχραιμοι στις εξελίξεις και να συνεργάζονται με το προσωπικό υγείας για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος. Τελειώνοντας τον πρόλογο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου Μ. Γκούβα που επέβλεπε την εργασία μου και παρείχε τις απαιτούμενες πληροφορίες για την ολοκλήρωση της και την οικογένεια μου που μου στάθηκε σε όλη την διάρκεια της φοιτητικής μου σταδιοδρομίας.

2.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ψυχολογία ορίζεται ως η επιστήμη εκείνη που μελετά τις ψυχικές λειτουργίες και τον ανθρώπινο ψυχισμό. Είναι δηλαδή ένα σύστημα μελέτης που αφορά τις διακυμάνσεις του ψυχικού χορού. Με λίγα λόγια είναι ένας κλάδος που μας βοηθά να κατανοήσουμε την ανθρώπινη συμπεριφορά (Σπινάκης,2004).

Η απάντηση στην ερώτηση “πως αισθάνεστε” μπορεί να φαντάζει εύκολη αλλά σε νοσοκομειακό επίπεδο έχει σημαντικές προεκτάσεις για την υγεία του ασθενή. Η κατανόηση και η εξερεύνηση αυτών των προεκτάσεων ίσως αποτελεί το κλειδί για την βελτίωση της διαμονής των ασθενών στον νοσοκομειακό χώρο και κατ’ επέκταση το κλειδί για την βελτίωση της γενικότερης υγείας τους (Reimnitz et al.,2013).

Πολλοί ασθενείς αισθάνονται αποπροσανατολισμένοι μέσα στα νοσοκομεία λόγω του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού των ανθρώπων που εργάζονται σε αυτό. Το νοσοκομειακό προσωπικό εξειδικεύεται και αυξάνεται πλέον ραγδαία με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί επαγγελματίες οι οποίοι ασχολούνται με έναν μόνο ασθενή. Αυτό καθιστά αδύνατο την ανάπτυξη σχέσης μεταξύ νοσηλευτή – ασθενή ή ιατρού - ασθενή. Αναφορικά μόνο ένας ασθενής κατέγραψε σε διάστημα 24 ωρών 27

διαφορετικά άτομα τα οποία επιθυμούσαν και κάτι διαφορετικό κάθε φορά από τον ίδιο. Το να εγκαθιδρυθεί έστω και μια πρόχειρη σχέση σε διάστημα 24 ωρών ακόμα και από ένα υγιές άτομο φαντάζει αδύνατο πόσο μάλλον για έναν ασθενή. Έτσι οι ασθενείς αισθάνονται πως είναι θύματα μιας γραμμής παραγωγής με διαφορετικό εργάτη κάθε φορά για το κάθε διαφορετικό μέρος (Igles, 1960).

Η λέξη άγχος προέρχεται από το ρήμα «άγχω» που σημαίνει πιέζω σφικτά (κυρίως στο λαιμό), αποπνίγω, στραγγαλίζω. Αποτελεί συνειδητή ανθρώπινη εμπειρία που ακολουθεί τον άνθρωπο από την εποχή του *homo sapiens*. Αναλυτικότερα, το άγχος αποτελεί γενικευμένη αντίδραση μεγάλης διάρκειας προς μια άγνωστη αόριστη απειλή ή εσωτερική σύγκρουση την οποία το άτομο δεν μπορεί αποφύγει για το λόγο ότι δεν γνωρίζει το ερέθισμα. Γενικότερα, το άγχος αποτελεί συναισθηματική αντίδραση που αφενός προειδοποιεί και προετοιμάζει τον οργανισμό για την αντιμετώπιση επερχόμενου κινδύνου και αφετέρου εξασφαλίζει την ισορροπία με το περιβάλλον. Ωστόσο, όταν το άγχος είναι έντονο ή παρατεταμένο χάνει τον προσαρμοστικό του ρόλο και αναδύει συμπτώματα από την ψυχική και σωματική σφαίρα (Κουτελέκος, 2012)

Κάθε πάθηση αποτελεί για τον άνθρωπο μια απειλή. Για αυτό από την υπόνοια της νόσου μέχρι την εξέλιξη της αποκατάστασης, επικρατεί για τον ασθενή μια ατμόσφαιρα ανασφάλειας. Η πρώτη αντίδραση είναι μια αγωνία για την έκβαση της πάθησης, που φτάνει στα νοσηρά όρια του άγχους. Μια ασθένεια είναι ένα γεγονός μειωτικό της εικόνας που έχει ο καθένας για τον εαυτό του και αυτό επιφέρει άγχος και ελάττωση της αυτοπεποίθησης. Πολλοί ασθενείς χρειάζονται βοήθεια να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά και τα συναισθηματικά προβλήματα που περιπλέκουν τη νοσηρή κατάσταση και τη θεραπεία της και που μπορούν να επηρεάσουν τον άρρωστο σε οποιαδήποτε φάση της αρρώστιας του. Στο Νοσοκομείο, ο ασθενής νιώθει πολλές φορές ότι θίγεται η αξιοπρέπιά του, ο αυτοσεβασμός του, ότι καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματά του, ότι προσβάλλεται η ανεξαρτησία και η αυτοδιάθεσή του, αισθάνεται εξαρτημένος από τους άλλους και πώς επιδεινώνονται τα τυχόν προβλήματα που προϋπήρχαν (Τρίγωνη, 2001).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί σημαντικό κομμάτι της παρασχόμενης φροντίδας. Κάποιοι βασικοί άξονες ψυχολογικής υποστήριξης είναι αρχικά η παροχή βοήθειας στους ασθενείς ώστε να μπορέσουν να προσαρμοστούν στις τυχόν νέες συνθήκες που θα εμφανιστούν με την εκάστοτε ασθένεια, η ενθάρρυνση για αυτό-φροντίδα

αλλά και ενθάρρυνση για την ανάπτυξη θετικής και ταυτόχρονα ρεαλιστικής σκέψης για την ζωή έτσι ώστε να αποκτηθεί ο έλεγχος της ασθένειας και τέλος παροχή βοήθειας για την δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου από συγγενείς, φίλους, άλλους ομοιοπαθείς ή/και κάποιες τοπικές κοινωνικές ομάδες (Καμπά et al.,2014).

3.ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ.

Ένας καρκινοπαθής ασθενής σε μια προσωπική περιγραφή συναισθημάτων αναφέρει πως ο αισθάνθηκε σαν να έβλεπε εφιάλτη και πως ο χρόνος σταμάτησε. Η αγωνία και ο φόβος για το μέλλον είχαν κυριεύσει τις σκέψεις του. Επιπλέον ένιωσε πως τα καρκινικά κύτταρα έκαναν ανεξέλεγκτες μεταστάσεις μέσα στην ζωή του και στου ρόλους τους οποίους έπρεπε να ανταπεξέλθει. Κάποιες ψυχολογικές έρευνες έχουν κωδικοποιήσει τα συναισθήματα που προκαλεί το άκουσμα της λέξης “καρκίνος” σε μια διάγνωση. Έτσι λοιπόν λαμβάνοντας υπόψη και την διαφορετική προσωπικότητα, κάθε ασθενής αντιλαμβάνεται την νόσο είτε σαν πρόκληση, είτε σαν απειλή, είτε σαν απώλεια ή τέλος είναι απόλυτα αρνητικοί. Όσο πιο πολύ εμβαθύνουμε την ψυχολογική διάγνωση τόσο πιο καλά γίνεται η διάγνωση ή/και η θεραπεία της νόσου. Η προσωπικότητα του ατόμου σε συνδυασμό με τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής σκέφτεται επηρεάζουν την μελλοντική προσαρμογή του. Έτσι λοιπόν προκύπτουν οι ακόλουθοι ψυχολογικοί μηχανισμοί, μαχητικότητα, αποφυγή ή άρνηση, μοιρολατρία (fatalism), απελπισία και προσδοκώμενο άγχος. Στόχος της ψυχολογικής υποστήριξης που παρέχεται από τον κάθε επαγγελματία υγείας είναι με διάφορες συμβουλευτικές «τεχνικές μυαλού» να βοηθήσουν τον ασθενή από την πρώτη κιόλας μέρα της διάγνωσης να έχει στην σκέψη του την αντιμετώπιση της νόσου και τον έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων. Με λίγα λόγια προσπαθούμε να αυξήσουμε το μαχητικό συναίσθημα του ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο το μειώνεται το ποσοστό των ασθενών που εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και άλλες ψυχολογικές δυσκολίες. Αυτό συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου και την ευκολότερη συνεργασία του ασθενή ώστε να δεχτεί πιο εύκολα τις ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες. Ο ασθενής που έχει διαγνωσθεί με καρκίνο έχει να αντιμετωπίσει συμπτώματα και αλλαγές στην ζωή του. Οι αλλαγές που θα επηρεάσουν την ψυχολογία του ασθενή είναι πνευματικές και κινητικές λειτουργίες, αλλαγές του ρόλου και των σχέσεων του ατόμου και αλλαγές στην εμφάνιση είτε λόγω συμπτωμάτων είτε από τις θεραπείες. Οι δυσκολίες της ψυχολογικής προσαρμογής στη νέα

κατάσταση αναφορικά με τα στάδια της νόσου εμφανίζονται στην διάγνωση, στην θεραπεία, στις πιθανές μεταστάσεις, στον αυτοέλεγχο του ατόμου και στις αλλαγές στον τρόπο ζωής του.

Όλα τα παραπάνω οδηγούν στην ανάγκη της ψυχολογικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση των όποιων δυσκολιών. Οι βασικοί στόχοι της ψυχολογικής παρέμβασης σε καρκινοπαθή ασθενή αποτελούνται από την υποστήριξη στην προσαρμογή της διάγνωσης και της θεραπείας, την αντιμετώπιση των παρενεργειών και της νέας κατάστασης, την αναπροσαρμογή των κοινωνικό-εργατικών σχέσεων, την τοποθέτηση νέων προσωπικών στόχων, την υποστήριξη για την αντιμετώπιση των φόβων που υπάρχουν ή που θα δημιουργηθούν, την υποστήριξη στην αλλαγή της εμφάνισης, την αντιμετώπιση των κλινικών διαταραχών, την αντιμετώπιση του πόνου και τέλος την υποστήριξη της οικογένειας. Ο καρκίνος αποτελεί μια πολύ-παραγοντική νόσο και καθώς το κάθε άτομο την βιώνει και την αντιμετωπίζει με τον δικό του τρόπο. Ωστόσο η ψυχολογική υποστήριξη θα αποτελεί πάντοτε μείζον κομμάτι των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχονται από τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας (Χατζηδημητρίου, 2014).

Η ψυχολογία των ασθενών με HIV AIDS πριν τα αντιρετροϊκά φάρμακα, που βοηθούν στην αντιμετώπιση της νόσου, ήταν με μια φράση «είμαι τυχερός που ακόμα ζω». Αυτό σε συνδυασμό με τον κοινωνικό ρατσισμό που βίωσαν και βιώνουν οι φορείς και οι ασθενείς αυτής της θανατηφόρας, χρόνιας ασθένειας τους οδήγησαν στην ανάπτυξη διάφορων ψυχολογικών διαταραχών όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, μετά-τραυματικό στρες και αυτοκτονικές τάσεις. Αυτή την ήδη ταραγμένη ψυχολογική κατάσταση ήρθαν να χειροτερέψουν οι παρενέργειες των αντιρετροϊκών φαρμάκων. Η παρουσία κατάθλιψης στους οροθετικούς ασθενείς επιδεινώνει ακόμα περισσότερο την ήδη κακή σωματική κατάσταση. Πολλοί ασθενείς φτάνουν στα όρια της απόγνωσης και αρνούνται την φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον συχνά είναι τα φαινόμενα αυτοτραυματισμών και αυτοκτονικών ιδεασμών. Τέλος ακόμα και αν δεν υπάρχει κάποια ψυχική διαταραχή οι οροθετικοί ασθενείς είναι συχνά ευερέθιστοι, ασθενικοί, χωρίς πολύ ενεργεία, είναι νευρικοί και τέλος δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς που πάσχουν από HIV AIDS στην μακροπρόθεσμη υγεία τους, στην σωστή διαχείριση της κατάστασης τους και τέλος στην συμμόρφωση της θεραπείας τους. Η ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς αυτούς λαμβάνει παραμέτρους όπως την αντιμετώπιση του πένθους μετά την ανακάλυψη ότι πάσχει από HIV AIDS, την αποκάλυψη

της σεξουαλικής του ζωής και την πιθανότητα ενός επικείμενου θανάτου. Αυτοί οι 3 παράγοντες μπορεί να επιφέρουν συνέπειες όπως σχηματισμός κακής εικόνας για τον εαυτό και το σώμα, θυμός, αποξένωση, άγχος, κατάθλιψη, ενοχές, ντροπή και αυτοκτονικές απόπειρες (Παπαδάκης, 2013).

Οι ψυχολογικές επιδράσεις μιας χρόνιας νόσου είναι ένα σύνηθες φαινόμενο που παρατηρείται στα λεγόμενα των ασθενών όταν περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο νιώθουν ότι η ασθένεια έχει καταβάλει την ζωή τους. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έδειξαν πως συχνά μια χρόνια ασθένεια δεν επιτρέπει στον ασθενή να έχει τη ζωή με τους ρυθμούς και τις συνήθειες που είχε υιοθετήσει, μειώνει κατά πολύ την ικανότητά του στον εργασιακό χώρο και κάποιες φορές οδηγεί σε υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Έτσι είναι πιθανό ο ασθενής να επηρεαστεί στην ψυχική του σφαίρα με επιδράσεις όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση, φόβο για το μέλλον, και απώλεια της ευχαρίστησης που απορρέει από διαφορετικές καθημερινές δραστηριότητες. Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορεί να ισχυριστεί κανείς πως η χρόνια νόσος πέρα από μια δυσάρεστη αισθητική/οργανική εμπειρία, είναι μια εμπειρία που επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η ψυχολογία υγείας αποτελεί διεθνώς την πιο πρόσφατη εξέλιξη στη σφαιρική αντιμετώπιση του χρόνιου πάσχοντα με στόχο την ιατρική του αποκατάσταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Χρησιμοποιεί σαν μέθοδο το γεφύρωμα ανάμεσα στην διχοτομία «σώμα και μυαλό» προτείνοντας πρωταρχικό ρόλο στον τρόπο του σκέπτομαι για την ανεύρεση της αιτία, της αντιμετώπισης αλλά και για τη θεραπεία της ασθένειας. Η ψυχολογία υγείας αντιμετωπίζει τον ασθενή ολιστικά και άρα η ασθένεια υποθέτει ότι μπορεί να προκληθεί από ένα σύνολο συντελεστών και όχι μόνο από έναν συντελεστή. Στόχος της είναι να απομακρυνθεί από το γραμμικό μοντέλο υγείας και ισχυρίζεται ότι η ασθένεια μπορεί να προκληθεί από ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συντελεστών. Αυτή η προσέγγιση αντανάκλα το βίο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας και ασθένειας, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Έγκελς. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η αναγνώριση της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του ασθενή σε σχέση με τη νόσο του είναι ο πιο αξιόπιστος και αποτελεσματικός τρόπος σε συνδυασμό με την ιατρική θεραπεία για ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος. Αυτό μπορεί να πάρει τη μορφή αλλαγής στον αρνητικό τρόπο σκέψης, διαχείριση έντονων συναισθημάτων όπως θλίψη, άγχος και θυμό, ενθάρρυνση στην αλλαγή των ρόλων, στρατηγικές αντιμετώπισης, καθώς

επίσης συμμόρφωση και υποστήριξη σε ιατρικές συστάσεις. Η ψυχο-εκπαιδευτική προσέγγιση, η συμβουλευτική για θέματα υγείας αλλά και η γνωστική-συμπεριφορά ψυχοθεραπεία είναι θεραπευτικοί τρόποι που συνδυάζονται με την ιατρική θεραπεία με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και των ψυχολογικών επιδράσεων. Η αντιμετώπιση αυτή αφορά ογκολογικά, καρδιολογικά, αυτό-άνοσα νοσήματα, διαβήτη, παθήσεις με χρόνιο πόνο όπως ημικρανίες, πονοκέφαλο, οσφυαλγία-ισχιαλγίες, μετεγχειρητική αποκατάσταση, αντιμετώπιση παχυσαρκίας, διακοπή καπνίσματος, αντιμετώπιση κατάθλιψης, άγχους και φοβιών ως αντίδραση στην νόσο. Τα καρδιολογικά νοσήματα είναι παγκοσμίως τα νοσήματα με την πιο συχνή εμφάνιση αλλά και με το μεγαλύτερο δείκτη θνησιμότητας αμέσως μετά τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Είναι από τα κυριότερα νοσήματα που δημιουργούν μεγάλη επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενή σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως κάπνισμα, έλλειψη άσκησης, μη υγιεινή διατροφή, έντονα συναισθήματα άγχους και θυμού οφείλονται για την εξέλιξη της νόσου. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός και συνεπώς και η κάθε νόσος δεν μπορεί να έχει την ίδια επίδραση σε όλους τους ασθενείς. Οι στόχοι του ψυχολόγου υγείας, της γωνιακής θεραπείας και της ψυχό -εκπαιδευτικής προσέγγισης στα καρδιολογικά νοσήματα είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής μειώνοντας τις ψυχολογικές επιδράσεις, άγχος, κατάθλιψη, να υποστηρίξει τους ασθενείς για να επιστρέψουν στις καθημερινές τους ασχολίες, εργασία, κοινωνική ζωή, οικογενειακές υποχρεώσεις, να αυξήσει τη γνώση του ασθενή για τη νόσο του, τους παράγοντες που την επηρεάζουν, την επίδρασή της και τη σφαιρική αντιμετώπισή της και τέλος να αυξήσει τα κίνητρα των ασθενών που θα τους οδηγήσουν να καταφέρουν να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους και τις συνήθειες που επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου με στόχο τη μακροχρόνια διατήρηση των αλλαγών αυτών. Η θεραπεία της ψυχολογικής υποστήριξης σε συνδυασμό πάντα με τη θεραπεία της ιατρικής και νοσηλευτικής ομάδας έχει συγκεκριμένη δομή που αποσκοπεί να επιτύχει τους στόχους που αναφέρθηκαν (Χατζηδημητρίου, 2013).

Ο ασθενής με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, βρίσκεται σε ιδιόζουσα ψυχολογική κατάσταση. Παρουσιάζει αντιδράσεις που εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες όπως η προσωπικότητα που αποτελεί ισχυρό καθοριστικό παράγοντα για την εμφάνιση ψυχολογικής αντίδρασης στην αρρώστια, την ηλικία καθώς υπάρχει διαφορά αντίδρασης ανάμεσα σε ένα παιδιού, έναν 'έφηβου και έναν ηλικιωμένο. Το φύλο το οποίο επίσης

σχετίζεται με τις αντιδράσεις του ασθενή και τέλος το ίδιο το πρόβλημα υγείας ανάλογα την σοβαρότητα και βαρύτητα της συγκεκριμένης νόσου. Πολλές φορές τις ψυχολογικές αντιδράσεις ενός ασθενή τις χαρακτηρίζει το άγχος, η ανασφάλεια, ο φόβος, η απελπισία, η αγωνία για την εξέλιξη της υγείας, η ανησυχία για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για την οικογένειά του, ο θυμός, η ενοχή, η απειλή για την σωματική του αποκατάσταση, η απάθεια και η αδιαφορία. Ο νοσηλευόμενος υιοθετεί κάποιο ρόλο και τον εγκαταλείπει με την ανάρρωσή του ή όχι. Οι συχνότερες αντιδράσεις είναι περιορισμός ενδιαφέροντος, αυξημένη ευαισθησία σε ερεθίσματα, ανασφάλεια, συναισθηματική αστάθεια, επιθυμία για επικοινωνία ή όχι, έντονο άγχος, τάση για εξάρτηση και αναζήτηση βοήθειας. Ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον, βρίσκονται σε εγρήγορση και το άγνωστο τον κάνει αδύναμο και τα συναισθήματα που αναπτύσσει είναι τόσα πολλά, που τις περισσότερες φορές, είναι αδύνατο να τα ρυθμίσει μόνος του. Η απώλεια της σωματικής λειτουργικότητας, της εργασίας, των κοινωνικών σχέσεων, η οικογενειακή αναστάτωση και τα οικονομικά προβλήματα που δημιουργούνται, η αλλαγή του σωματικού ειδώλου είναι μερικές από τις συνέπειες μιας νόσου που καλείται ο άρρωστος να αποδεχτεί για τη υπόλοιπη ζωή του, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλές δυσάρεστες επιπτώσεις στον ψυχισμό του. Οι άνθρωποι αντιδρούν στην αρρώστια με πολλούς τρόπους όπως θυμό, απογοήτευση όσον αφορά την αδυναμία να δώσουν βοήθεια καθώς και για την στέρηση του τρόπου ζωής που τα άτομα θα ήθελαν να κάνουν, φόβο, πανικό, αγωνία, φόβο για το άγνωστο, πόνο, φόβο για έναν επικείμενο θάνατο, απώλεια και κατάθλιψη, απώλεια λειτουργικότητας, ιδιωτικότητας, αξιοπρέπειας, ζωής και αλλαγή στην εικόνα του εαυτού (Τριγώνη, 2001).

Φτάνοντας σε μια κατακλείδα θα λέγαμε ότι το ψυχολογικό άγχος που προκαλείται στον ασθενή που βρίσκεται εντός του νοσοκομείου είναι δικαιολογημένο αλλά πολλές φορές υπερβολικό. Φυσικά το πόσο άνετα νοιώθει ο εξεταζόμενος όταν υποβάλλεται σε ιατρική εξέταση είναι κάτι πολύ σημαντικό για τη σωστή διάγνωση. Πολλοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο, από το πόσο γνωρίζει και εμπιστεύεται ο εξεταζόμενος το γιατρό μέχρι ποιές είναι οι συνθήκες του χώρου, ο χρόνος της εξέτασης και πολλά άλλα. Την πρώτη φορά που ο γιατρός μας μετράει την αρτηριακή πίεση ενδέχεται να βρεθεί αυξημένη, χωρίς πραγματικά να είναι. Αυτό αποδίδεται στο άγχος που δημιουργεί η ιατρική εξέταση, ιδιαίτερα αν ο γιατρός είναι άγνωστος ή αν μας εξετάζει για πρώτη φορά. Χαριτολογώντας

σε κάποιο βαθμό, η κατάσταση αυτή ονομάστηκε "σύνδρομο της άσπρης μπλούζας (Ποντίκης, 2014).

4.ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ.

5.ΚΑΡΚΙΝΟΣ

1.Ορισμός: Ο Καρκίνος, επίσης γνωστός ως κακοήθης όγκος ή κακοήθες νεόπλασμα, είναι μία ομάδα ασθενειών που έχουν σχέση με την αφύσικη κυτταρική ανάπτυξη με πιθανότητα εισβολής ή διάδοσης σε άλλα μέρη του σώματος. Δεν είναι όλοι οι όγκοι καρκινικοί. Ο καλοήθης όγκος δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα μέλη του σώματος. Πιθανά Τα σημάδια και συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν: ένα νέο εξόγκωμα, αφύσικη αιμορραγία, παρατεταμένο βήχα, ανεξήγητη απώλεια βάρους, και μια αλλαγή στις κενώσεις του εντωμεταξύ άλλων. Ενώ αυτά μπορεί να είναι ένδειξη καρκίνου, μπορεί επίσης να οφείλονται σε άλλα ζητήματα. Υπάρχουν πάνω από 100 διαφορετικά γνωστά είδη καρκίνου που επηρεάζουν τους ανθρώπους. Ο καρκίνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που παρατηρούνται σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες. Οι στατιστικές δείχνουν ότι αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Συνήθως προσβάλλει ανθρώπους μεγάλης ηλικίας, υπάρχουν όμως και μορφές καρκίνου που εμφανίζονται σε νεαρής ηλικίας άτομα, ακόμη και σε παιδιά. Ο όρος «καρκίνος» δεν αποδίδεται σε μία και μόνη ασθένεια, αλλά σε μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Σε αντίθεση με τα φυσιολογικά κύτταρα στο σώμα μας, τα οποία αυξάνονται, διαιρούνται και πεθαίνουν με έναν αυστηρά ελεγχόμενο τρόπο, τα καρκινικά κύτταρα διαφέρουν διότι συνεχίζουν να διαιρούνται ανεξέλεγκτα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας μάζας κυττάρων, που ονομάζεται όγκος. Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. (wikipedia, 2016)

1.1 Καρκίνος του μαστού: Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περίπου μία στις 10 γυναίκες στις υγειονομικά αναπτυγμένες χώρες. Υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται το γυναικείο φύλο, η καυκάσια εθνικότητα, η μεγαλύτερη ηλικία, το μεγαλύτερο ύψος, η μετεμμηνοπαυσιακή παχυσαρκία, η υψηλής

πυκνότητας μαστογραφία, η πρώιμη ηλικία εμμηναρχής, η καθυστερημένη ηλικία εμμηνόπαυσης, η ατεκνία, η μεγάλη ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης, ο μικρός αριθμός παιδιών, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού και, τέλος, η ύπαρξη ορισμένων γονιδίων. Ουσιαστικά, όλοι οι καρκίνοι του μαστού είναι αδενοκαρκινώματα. Όσον αφορά στη συμπτωματολογία της νόσου, η εμφάνιση ενός απτού, συνήθως μη επώδυνου, ογκιδίου αποτελεί το πλέον συχνό πρώιμο σύμπτωμα της νόσου. Σε κάθε περίπτωση, όμως, κάθε αλλαγή στο σχήμα, το χρώμα και την υφή του μαστού ή της θηλής πρέπει να αποτελεί αντικείμενο περαιτέρω διερεύνησης. Στις ημέρες μας, πολλοί καρκίνοι μαστού διαγιγνώσκονται πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέσω της μαστογραφίας, περιορίζοντας έτσι το ποσοστό των περιπτώσεων όπου η εξάπλωση του καρκίνου σε επιχώριους λεμφαδένες ή η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, συχνά στον πνεύμονα ή στα οστά, ήταν ο λόγος που προκαλούσε την επίσκεψη στο γιατρό και τη διάγνωση της νόσου (Λάγιου, 2007).

I.II Καρκίνος του μαστού και ψυχολογία: Πολλοί έχουν ασχοληθεί με τις ψυχό -κοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου. Ανεξάρτητα από την ηλικία, η απειλή αυτή σε ένα ουσιαστικό μέρος της προσωπικότητάς τους, μαζί με τη διαπίστωση ότι έχουν μια αρρώστια η οποία απειλεί τη ζωή τους, είναι τα δύο κύρια συστατικά στον ψυχολογικό αντίκτυπο του καρκίνου του μαστού. Αυτά τα συναισθήματα συχνά αγγίζουν κάθε άποψη της ζωής τους κι έτσι εμπλέκουν την οικογένειά τους και το κοινωνικό πρότυπο συμπεριφοράς που έχουν δημιουργήσει. Για τους υγιείς ο καρκίνος είναι η αρρώστια που φοβούνται πιο πολύ από όλες. Χτυπά χωρίς προειδοποίηση, καθιστώντας το θύμα του ανίκανο. Με τη φυσική φθορά που επιφέρει συχνά ακολουθεί πόνος και παραμόρφωση. Ο καρκίνος του μαστού, όμως, αντιμετωπίζεται σαν λιγότερο θανατηφόρος. Αντί για το φόβο του θανάτου, η ανησυχία περιστρέφεται γύρω από την απώλεια ενός ουσιώδους φυσικού χαρακτηριστικού γνωρίσματος και ως μία επίθεση στα πρότυπα θηλυκότητας. Η ασθενής με καρκίνο του μαστού έχει μία επιπλέον ανησυχία, η οποία οφείλεται στη σημασία που προσδίδεται στο μαστό και, κατά συνέπεια, στην απώλειά του. Φέρει και το στίγμα του καρκίνου και την αίσθηση ότι την απασχολεί υπερβολικά η απώλεια του μαστού της. Το γεγονός ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού θεωρούνται λιγότερο ως καρκινοπαθείς και περισσότερο ως «ακρωτηριασμένες» τους στερεί από την υποστήριξη που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν τις συνεχείς δοκιμασίες

της αρρώστιας τους. Ενώ είναι αλήθεια ότι η απώλεια του μαστού συχνά δημιουργεί ψυχοσεξουαλικά προβλήματα, οι μαστεκτομημένες γυναίκες ταυτίζουν τους εαυτούς τους βασικά ως καρκινοπαθείς (Σουτζόγλου - Κοτταρίδη, 1985).

I.III Ο καρκίνος του παχέος εντέρου: Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας και μια από τις βασικές αιτίες θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες. Παρ' όλο που οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες έχουν αυξήσει την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων και την επιβίωση των ασθενών, έχουν συσχετιστεί και με ανεπιθύμητες ενέργειες, κάποιες από τις οποίες μπορεί να είναι αρκετά σημαντικές (τσουκαλάς, et al. 2012).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί τον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο για άντρες και γυναίκες και την δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο στο δυτικό κόσμο. Ευθύνεται για περίπου 1.023.000 νέα περιστατικά ανά χρόνο και 590.000 θανάτους σε όλο τον κόσμο. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μια από τις πιο συχνές μορφές καρκίνου στον άνθρωπο. Αν και η αιτιολογία του καρκίνου είναι γενικός άγνωστη, είναι βέβαιο ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να αναπτυχθεί σε άτομα με οικογενειακή πολυποδιάση, σύνδρομο Gardner, λαχνωτούς πολύποδες και χρόνια ελκώδη κολίτιδα. Οι έρευνες επιπλέον δίνουν στατιστικές συσχετίσεις με δίαιτα πλούσια σε ζωικό και ζάχαρη.

Συγκεκριμένα φαίνεται ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού ζωικού λίπους και κρέατος στο σύνολο των ημερήσιων λαμβανομένων θερμίδων και της επίπτωσης της νόσου (Ahmad, 2011).

I.IV Καρκίνος του παχέος εντέρου και ψυχολογία: Η ποιότητα ζωής είναι αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις ή παράγοντες, την σωματική διάσταση, την συναισθηματική κατάσταση και την κοινωνική διάσταση. Οι ασθενείς που απέκτησαν κολοστομία λόγω του καρκίνου του παχέος εντέρου παρουσίασαν συναισθήματα ανησυχίας για το αύριο και την πιθανή υποτροπή της νόσου ή ακόμη και το φόβο του θανάτου. Αυτοί αντιμετώπισαν την στομία με ανακούφιση, αφού αποτελούσε το μέσο για την επιβίωση τους ενώ δήλωσαν ότι μετά την εμπειρία τους άρχισαν να εκτιμούν άλλα πράγματα στη ζωή και να είναι ευγνώμονες για την κάθε μέρα που ζουν. Οι άρρωστοι

εκφράζουν επίσης ανησυχία για την σεξουαλική τους ζωή, ενώ παράλληλα διακατέχονται από αρνητικές σκέψεις για την εικόνα του σώματος τους. Ένα από τα ζητήματα που απασχολεί ιδιαίτερα τους αρρώστους με κολοστομία είναι η εικόνα του σώματός τους, μια εικόνα που επηρεάζει τα συναισθήματά τους, τη συμπεριφορά τους και την ψυχική τους υγεία. (Παπαδοπούλου, et al. 2014)

I.V Ο Καρκίνος του Πνεύμονα: Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί πλέον μία από τις πιο γνωστές ασθένειες που προκαλούν φόβο. Υπάρχουν καλοί λόγοι για αυτήν την αντίδραση. Εντούτοις, αυτή η κατάσταση μπορεί να αλλάξει στα επρχόμενα έτη, πρωτίστως μέσω της μείωσης του αριθμού καπνιστών τσιγάρων. Αν και άλλες ουσίες όπως τα προϊόντα πίσσας, αμιάντου και άνθρακα μπορούν να προκαλέσουν τον καρκίνο του πνεύμονα, τουλάχιστον το 85% της ασθένειας συσχετίζεται με το κάπνισμα. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι κατά ένα μεγάλο μέρος αποτρέψιμος, και η καλύτερη προστασία είναι η διακοπή του καπνίσματος. Βέβαια, για εκείνους που καπνίζουν, η εγκατάλειψη είναι το καλύτερο σχέδιο δράσης. Γενικά, ο κίνδυνος καρκίνου των πνευμόνων αφορά τη διάρκεια του καπνίσματος και όσο πιο σύντομα ένας καπνιστής σταματά, τόσο πιο σύντομα ο κίνδυνος θα πάψει να αυξάνεται. Παράλληλα, η παθητική απορρόφηση του καπνού (μεταχειρισμένος καπνός) αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου πνευμόνων, ακόμη και στους μη καπνιστές. Σήμερα ο καρκίνος πνευμόνων είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και τις γυναίκες. Στα συμπτώματα της τοπικής επέκτασης περιλαμβάνονται ο βήχας, η αιμόπτυση, το θωρακικό άλγος και η δύσπνοια. Βήχα εμφανίζουν το 50-75% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα και είναι συχνότερος στο πλακώδες και στο μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Η αλλαγή της ποιότητας του βήχα σε ένα καπνιστή ή πρώην καπνιστή θα πρέπει να θέσει την υπόνοια τόσο για παρουσία νόσου των αεραγωγών όσο και για ύπαρξη καρκίνου. Λόγω της ταχείας προόδου της νόσου ο καρκίνος του πνεύμονα σπάνια αποτελεί αίτιο χρόνιου βήχα. Με τέτοιο τρόπο συνήθως εκδηλώνονται νεοπλάσματα με βραδεία αύξηση, όπως οι καρκινοειδείς όγκοι και τα αιματώματα. (Χατζοπούλου, 2014)

I.VI Καρκίνος του πνεύμονα και ψυχολογία: Ο καρκίνος επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή. Σωματικά, επέρχεται η σταδιακή εξασθένηση λόγω της κακοήθειας, αλλά και των παρενεργειών της ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης. Οι ανεπιθύμητες συνέπειες για τους

ασθενείς είναι η σκέψη ότι θα προσέλθουν για νέο σχήμα χημειοθεραπείας, ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, οι παρεμβατικές πράξεις, οι επιπτώσεις στην οικογένεια ή στον σύντροφο, οι επιπτώσεις στη δουλειά, το σχολείο ή σε ασχολίες στο σπίτι, το άγχος ή η υπερένταση, ο φόβος, η κατάθλιψη, η κατάρπτωση. Οι σωματικές αλλαγές και η γνώση του ασθενή για τη νόσο και τον επερχόμενο θάνατο έχουν άμεσο αντίκτυπο στον ψυχισμό του, με αποτέλεσμα αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών διαταραχών. Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς στους οποίους τίθεται για πρώτη φορά η διάγνωση του καρκίνου, είναι υψηλή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Παρότι μειώνεται τα επόμενα χρόνια, εντούτοις παραμένει σημαντικά υψηλότερη του γενικού πληθυσμού για τα σύνολα σχεδόν των καρκίνων, είτε πρόκειται για ορμονοεξαρτώμενους καρκίνους, είτε για σχετιζόμενους με το κάπνισμα, είτε για ιογενείς. Ο καρκίνος του πνεύμονα ιδιαίτερα συνδυάζεται με υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS που σε προχωρημένα στάδια αφορούν περισσότερους από τους μισούς πάσχοντες. Η κατάθλιψη επιβαρύνει την πρόγνωση στους ασθενείς με καρκίνο. Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου σε ασθενείς που δηλώνουν ότι έχουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με άλλους. Στη μελέτη του Satin, οι ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία είχαν έως και 25% ψηλότερα ποσοστά θανάτου, ενώ σε καρκινοπαθείς ασθενείς στους οποίους είχε ήδη διαγνωσθεί ήπια ή σοβαρή κατάθλιψη, η θνητότητα ήταν 39% υψηλότερη σε σχέση με καρκινοπαθείς ασθενείς που δεν είχαν οποιαδήποτε σύμπτωμα κατάθλιψης. Τα αυξημένα ποσοστά θανάτων λόγω κατάθλιψης παρέμεναν ακόμη και μετά από το συνυπολογισμό των άλλων κλινικών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την επιβίωση των καρκινοπαθών ασθενών. Η καταπόνηση του ασθενούς και η στέρηση απολύτως βασικών λειτουργιών του εκλαμβάνονται ως σήμα τελικού σταδίου και πλήττουν την ποιότητα της ζωής του. Άλλοι βιολογικοί παράγοντες, που σχετίζονται επίσης με τη θεραπεία μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση και την επιδείνωση των ψυχολογικών διαταραχών (Καραπούλιος, et al.,2013).

I.VII Καρκίνος του προστάτη: Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί σήμερα τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονος, στους άνδρες και συγχρόνως η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε άνδρες άνω των 75 ετών. Σύμφωνα με μελέτες, 1 στους 3

άνδρες έχει πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του προστάτη κατά τη διάρκεια της ζωής του. Βέβαια, για πολλούς άνδρες, η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη μπορεί να είναι τρομακτική όχι μόνο γιατί υπάρχει ο φόβος για την ζωή τους αλλά και γιατί υπάρχει φόβος απώλειας της σεξουαλικότητας τους. Ο προστάτης είναι ένα μικρό όργανο-αδένας που περιβάλλει την ουρήθρα. Αναπτύσσεται κατά την εφηβεία και συνεχίζει να μεγαλώνει καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του άνδρα. Στους νέους άνδρες έχει μέγεθος κάστανου και ζυγίζει περίπου 15-20 γραμμάρια. Όταν υπερτραφεί και μεγαλώσει, μπορεί να φτάσει και τα 100-200 γραμμάρια. Ο Καρκίνος του προστάτη πρόκειται για την πάθηση του προστάτη, η οποία ενώ είναι αρκετά συχνή πάθηση του άνδρα εντούτοις δεν είναι συχνή και σαν αιτία θανάτου. Σχεδόν κάθε άνδρας άνω των 80 ετών έχει καρκίνο του προστάτη, έστω και χωρίς να του προκαλεί ενοχλήματα (Πρασιάδης, 2015).

I.VIII Καρκίνος του Προστάτη και ψυχολογία: Άνδρες με καρκίνο του προστάτη αδένα εμφανίζουν, ως κύρια σεξουαλική διαταραχή στυτική δυσλειτουργία που αγγίζει ποσοστό 60-90% μετά από ριζική προστατεκτομή και ποσοστό 67-85% μετά από εξωτερική ακτινοθεραπεία. Άλλες διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν είναι οι διαταραχές εκσπερμάτωσης, η μείωση της ερωτικής επιθυμίας και οι διαταραχές του οργασμού. Χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της πυέλου όπως η ριζική προστατεκτομή, η εκτομή του ορθού με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, η χαμηλή πρόσθια εκτομή, η ολική αφαίρεση του μέσο ορθού και η ριζική κυστεκτομή, δυνητικά μπορεί να προκαλέσουν σε κάποιο ποσοστό βλάβη στο οσφυοϊερό νευρικό πλέγμα που ελέγχει την αιματική ροή προς τα σπαραγγώδη σώματα του πέους με αποτέλεσμα την εμφάνιση στυτικής (Βόμβας, 2012).

6.ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

II.Ορισμός: Καρδιοπάθεια είναι οποιαδήποτε από τις καταστάσεις που μπορεί να προσβάλλουν την καρδιά. Μερικά παραδείγματα είναι η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή προσβολή, η καρδιοαγγειακή νόσος, η πνευμονική καρδιοπάθεια και η υπέρταση. Η καρδιοπάθεια είναι μεγάλο πρόβλημα στην σημερινή κοινωνία λόγω των προβλημάτων του τρόπου ζωής όπως η κακή διατροφή, η έλλειψη άσκησης και το κάπνισμα. (Υγείαonline, 2008).

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, από 17,1 εκατομμύρια ετήσιους θανάτους το 2004, που αντιστοιχεί στο 29% της παγκόσμιας θνησιμότητας, εκτιμάται ότι θα φτάσουν τα 23,6 εκατομμύρια το 2030. Δυσανάλογα η κατανομή αυτή, που αφορά το 82% του συνόλου των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα, συμβαίνει σε χώρες χαμηλής και μέσης οικονομικής στάθμης, ισότιμα σε άνδρες και γυναίκες. Κυριότερη έκφραση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η στεφανιαία νόσος υπεύθυνη για τους μισούς περίπου θανάτους, καθώς και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα όμως είναι η κύρια αιτία θανάτου και στην Ευρώπη, σε ποσοστό που αγγίζει το 50% (54% γυναίκες και 43% άνδρες) και σε απόλυτους αριθμούς αντιστοιχεί σε 4 εκατομμύρια καρδιαγγειακούς θανάτους ετησίως. Στην Ελλάδα σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία το 2003 περίπου 51.600 θάνατοι οφείλονταν σε καρδιαγγειακές παθήσεις, με συχνότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και στους άνδρες τη στεφανιαία νόσο. (Χανιώτης, et al. 2014)

II.I Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ορίζεται κάθε οξείας έναρξης εστιακή ή γενικευμένη διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας που διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες και οφείλεται αποκλειστικά σε αγγειακά αίτια. Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν στις χώρες του Δυτικού Κόσμου έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες νοσηρότητας και θνησιμότητας, ενώ σε παγκόσμια κλίμακα αποτελούν τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου και μακράν τη συνηθέστερη αιτία μόνιμης αναπηρίας. Είναι γνωστό ότι οι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι σχεδόν ταυτόσημοι με τους κινδύνους για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Πέραν της ηλικίας και του ανδρικού φύλου που αποτελούν τους σημαντικότερους μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν τους σπουδαιότερους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, γεγονός που καθιστά την αποτελεσματική ρύθμιση τους ως πρώτη προτεραιότητα στα πλαίσια της πρόληψης ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η υπερλιπιδαιμία, το κάπνισμα, η κολπική μαρμαρυγή, η παχυσαρκία, το θετικό οικογενειακό ιστορικό, το ιστορικό στεφανιαίας νόσου, περιφερικής αρτηριοπάθειας ή στένωσης της καρωτίδας αποτελούν επιπλέον επιβαρυντικούς παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και

να μελετώνται στα πλαίσια της διερεύνησης ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Σπένγγος, 2008).

II.II Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ψυχολογία: Η εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής αποτελεί τη συχνότερη νεύρο -ψυχιατρική διαταραχή μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Όπως αναφέρεται παρακάτω, περισσότεροι από τους μισούς επιζώντες κινδυνεύουν να εμφανίσουν κατάθλιψη μέσα σε διάστημα 3 μηνών από το εγκεφαλικό επεισόδιο και τουλάχιστον το 25% των επιζώντων παρουσιάζει κατάθλιψη μέσα σε ένα χρόνο. Η έγκαιρη διάγνωση και ορθή αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο έχει ιδιαίτερη σημασία καθόσον η κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό σχετίζεται με εκτεταμένη αναπηρία και ελάττωση της φυσικής λειτουργικότητας, μικρότερη συμμετοχή στην διαδικασία αποκατάστασης με αυξημένη εξάρτηση από τους φροντιστές, και πτωχά αποτελέσματα τόσο στη σωματική, όσο και τη γνωσιακή διάστασή της που εκδηλώνεται με έκπτωση των ανωτέρων νοητικών λειτουργιών. Γενικά, η κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συσχετίζεται με κακή ποιότητα ζωής, αυξημένη νοσηρότητα, κοινωνική απόσυρση, σκέψεις ή και σχεδιασμό αυτοκτονίας και αυξημένη θνησιμότητα στους 12 και 24 μήνες. Εξάλλου, όπως προκύπτει από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ του εγκεφαλικού επεισοδίου και κατάθλιψης, καθώς η ύπαρξη κατάθλιψης αποτελεί ιδιαίτερο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση νέου εγκεφαλικού επεισοδίου. Ας σημειωθεί επίσης ότι εκτός από την κλινική σημασία της, η ΚΜΑΕΕ αποτελεί επιπλέον και προνομιακή συνθήκη για τη διερεύνηση της νεύρο -βιολογίας της κατάθλιψης εφόσον δίνεται η δυνατότητα να συσχετισθεί άμεσα η ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας με το υποκείμενο ανατομικό -βιολογικό υπόβαθρο (Παπαρρηγόπουλος, et al. 2008).

II.III Καρδιακή Ανεπάρκεια: Καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να χαρακτηριστεί ένα κλινικό σύνδρομο το οποίο παρουσιάζει κάποια συμπτώματα διότι η καρδιά αδυνατεί να στείλει το αίμα στον υπόλοιπο οργανισμό μέσω της αορτής. Παύει να λειτουργεί ως αντλία. Επίσης το άτομο το οποίο πάσχει από καρδιακή ανεπάρκεια παρουσιάζει κάποια σωματική κόπωση. Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να οριστεί σε φυσιολογική και κλινική βάση. Από άποψη φυσιολογίας ο όρος καρδιακή ανεπάρκεια σημαίνει την αδυναμία του καρδιακού μυός να εξασφαλίσει

αρκετή παροχή αίματος στα κύτταρα για τις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού. Κλινικά η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί ένα σύνδρομο, που εκδηλώνεται με συμπτώματα οφειλόμενα σε συμφόρηση ή και σε χαμηλή καρδιακή παροχή σε συνδυασμό με χαρακτηριστικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. Η υποχώρηση της συμπτωματολογίας με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής υποστηρίζει, αλλά δεν τεκμηριώνει τη διάγνωση. Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να αφορά στην αριστερή, στη δεξιά ή σε αμφότερες τις κοιλίες και να είναι χρόνια ή οξεία, συστολική ή διαστολική. Ειδική μορφή καρδιακής ανεπάρκειας είναι η λεγόμενη καρδιακή ανεπάρκεια με υψηλή παροχή (Προβιστάλης, 2012).

II.IV Καρδιακή Ανεπάρκεια και Ψυχολογία: Η καρδιακή ανεπάρκεια, όπως έχει ήδη αναφερθεί, οφείλεται κυρίως σε άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα. Έχει φανεί ότι σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και εξέλιξη αυτών των νοσημάτων διαδραματίζουν διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, με σημαντικότερους το άγχος και την κατάθλιψη. Η οξεία αντίδραση στο άγχος γενικά οδηγεί σε ταχεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης, του ρυθμού της αναπνοής και της καρδιακής συχνότητας που απλά εκφράζουν την ταχεία αύξηση των επιπέδων ορμονών του άγχους. Όταν το άγχος εμφανίζεται σε χρόνια βάση, φαίνεται ότι το άτομο εμφανίζει τάση μόνιμης αρτηριακής υπέρτασης, που οφείλεται στα υψηλά επίπεδα ορμονών άγχους στο αίμα. Παράλληλα, στο χρόνιο άγχος παρατηρείται αύξηση των επιπέδων ομοκυστεΐνης και της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων, γεγονότα που οδηγούν σε αυξημένη θρομβογένεση και προδιαθέτουν για την εκδήλωση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Το άγχος μπορεί να επιδράσει στο καρδιαγγειακό σύστημα όχι μόνο μέσω των άμεσων βιολογικών μεταβολών που προκαλεί αλλά και μέσω της αλλαγής στην διατροφική συμπεριφορά του ατόμου. Ένα οξύ στρεσογόνο ερέθισμα φυσιολογικά προκαλεί μείωση της όρεξης για φαγητό, ελάττωση της πέψης και αύξηση της κατανομής της αιματικής κυκλοφορίας στο μυϊκό σύστημα εις βάρος του πεπτικού συστήματος. Ενώ η οξεία αντίδραση στο άγχος είναι η μείωση της όρεξης και η επακόλουθη μείωση του ποσότητας προσλαμβανόμενων θερμίδων, φαίνεται ότι στο χρόνιο άγχος τα άτομα οδηγούνται σε κατανάλωση περισσότερων γευμάτων σε ημερήσια βάση, τα οποία είναι πλουσιότερα σε θερμίδες και κορεσμένα λιπαρά, είναι υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες και χαμηλότερης σε πρωτεΐνες. Υπό την επίδραση του άγχους τα περισσότερα άτομα αναζητούν γευστικές αποζημιώσεις, συνήθως σε ταχυφαγεία, με την κατανάλωση προϊόντων πλούσιων σε λιπαρά,

ζάχαρη και αλάτι. Με βάση, λοιπόν, τις παρατηρήσεις και τα στοιχεία που αναπτύχθηκαν ανωτέρω, φαίνεται ότι οι μεταβολές που το χρόνιο άγχος προκαλεί στην καρδιαγγειακή λειτουργία, αλλά και στον τρόπο διατροφής μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, που αποτελεί τη συχνότερη αιτία πρόκλησης καρδιακής ανεπάρκειας (Αγγελοπούλου, et al. 2012).

II.V Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου: Ο όρος οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου περιγράφει την ανάπτυξη ισχαιμίας και νέκρωσης τμήματος του μυοκαρδίου, συνέπεια διακοπής ή ελάττωσης της αιμάτωσής του. Στέρωση της αιματικής ροής σε περιοχή του μυοκαρδίου για 20 λεπτά, προκαλεί μυοκαρδιακή νέκρωση. Η ισχαιμία ή, η νέκρωση αυτή, προκαλείται από την απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών, σε σημεία αθηροσκληρωτικής πλάκας που έχει αποσταθεροποιηθεί λόγω ρήξεως, εξέλκωσης ή ρωγμής. Η εντόπιση και η έκταση του εμφράγματος εξαρτάται από την ανατομική θέση του αγγείου που έχει αποφραχθεί, την κατάσταση των άλλων αγγείων και την κατάσταση της παράπλευρης κυκλοφορίας. Παθολογοανατομικά το έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να διακριθεί σε διατοιχωματικό που αφορά όλο το πάχος του μυοκαρδίου και υπενδοκάρδιο, μη διατοιχωματικό. Το πρώτο συνήθως οφείλεται στο σχηματισμό θρόμβου από αιμοπετάλια και ινική σε έδαφος ραγείσας αθηρωματικής πλάκας, η οποία πριν την ρήξη δεν προκαλούσε σοβαρού βαθμού στένωση του αγγείου και άρα ισχαιμία της αρδευόμενης περιοχής, ώστε να σχηματισθεί ικανοποιητική παράπλευρη κυκλοφορία. Το υπενδοκάρδιο έμφραγμα συνήθως προκύπτει όταν προϋπάρχει σοβαρή στένωση του αγγείου και η απόφραξη ή είναι υφολική ή είναι πλήρης αλλά παροδική ή είναι παρατεταμένη αλλά συνυπάρχουν πολυάριθμα παράπλευρα αγγεία (Κατσιμάρδος, 2008).

II.VI Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου και Ψυχολογία: Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η ψυχική υγεία των κάρδιο -χειρουργημένων ασθενών αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο καθώς επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αποκατάσταση των ασθενών. Άγχος και κατάθλιψη αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες θνησιμότητας, επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, επανάληψης καρδιακών επεισοδίων και φτωχής ποιότητας ζωής. Έντονο ενδιαφέρον παρατηρείται προς τη διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών (άγχος και κατάθλιψη) των καρδιολογικών ασθενών διότι σχετίζεται με τεράστιες προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Επιπροσθέτως, η εισαγωγή στο νοσοκομείο

πυροδοτεί πλήθος ψυχολογικών αντιδράσεων, οι οποίες είναι δυνατόν να επηρεάσουν ακόμη και τη βιολογική πορεία της νόσου. Αντιθέτως με την επεμβατική καρδιολογία, οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μεγάλες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις έχουν χρόνο να αποδεχθούν το πρόβλημα και να προσαρμοστούν στις ανάγκες της επέμβασης. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν έχουν αναπτύξει προσαρμοστικούς μηχανισμούς λόγω του αιφνιδίου του γεγονότος συγκριτικά με όσους πρόκειται να υποβληθούν σε προγραμματισμένη αορτοστεφανιαία παράκαμψη που έχουν ήδη αναπτύξει διαφορετικού βαθμού εξοικείωση και προσαρμογή (Τούλια, et al. 2014).

Η διάγνωση κατάθλιψης μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τη θνητότητα λόγω αύξησης των αιφνιδίων θανάτων από αρρυθμία στην ομάδα των καταθλιπτικών σε σύγκριση με τους μη-καταθλιπτικούς ασθενείς. Επίσης, η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης νέων στηθαγχικών επεισοδίων (Αγγελοπούλου et al. 2012).

II.VII Στεφανιαία Νόσος: Η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πρωταρχική αιτία θανάτου στις σύγχρονες Δυτικές κοινωνίες, και οφείλεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων σε στενωτικές βλάβες των στεφανιαίων αρτηριών λόγω αθηρωματικών πλακών. Η στεφανιαία νόσος ή ισχαιμική καρδιοπάθεια, είναι μια συχνή και σοβαρή πάθηση της καρδιάς. Οφείλεται σε σκλήρυνση και στένωση των στεφανιαίων αγγείων, τα οποία διοχετεύουν αίμα στον καρδιακό μυ. Μπορεί να εκδηλωθεί είτε με τη μορφή της στηθάγχης, είτε με τη μορφή εμφράγματος. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις η στεφανιαία νόσος προκαλείται από τη σταδιακή δημιουργία της λεγόμενης αθηρωματικής πλάκας με την εναπόθεση λιπαρών ουσιών στο εσωτερικό τοίχωμα των στεφανιαίων αγγείων. Η στένωση των στεφανιαίων αρτηριών οφείλεται ακριβώς στην δημιουργία αυτής της αθηρωματικής πλάκας. Η πλήρης απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας προκαλεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου, που συχνά οδηγεί άμεσα σε θάνατο. Σήμερα γνωρίζουμε τους πιο σημαντικούς παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Οι παράγοντες αυτοί είναι Το κάπνισμα, η υπερχοληστερολαιμία, δηλαδή τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης ή κοινής χοληστερίνης στο αίμα, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η καθιστική ζωή (Κρουστάλλη, 2008).

II.VIII Στεφανιαία Νόσος και Ψυχολογία: Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ολοένα και περισσότερες μελέτες εστιάζουν την προσοχή τους προς τη διερεύνηση της σχέσης στεφανιαίας νόσου και ψυχικής υγείας (άγχους - κατάθλιψης). Στους νοσηλευόμενους ασθενείς, το άγχος εκδηλώνεται αμέσως μετά το έμφραγμα, κορυφώνεται τη δεύτερη ημέρα και συνήθως υποχωρεί μετά τις πρώτες ημέρες. Το 8-16% των ασθενών με στεφανιαία νόσο βιώνουν μετεμφραγματικό άγχος. Οι ασθενείς αυτοί έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποστούν κατά τη διάρκεια νοσηλείας αρρυθμίες ή νέα ισχαιμικά επεισόδια. Ομοίως, παρατηρείται υψηλή συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και ενώ στο γενικό πληθυσμό η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης ποικίλει από 3-10% στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο ανέρχεται στο 25%. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν κατά 1,5-3,5 φορές αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου ενώ όταν έχει ήδη εγκατασταθεί η στεφανιαία νόσος, η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο νέων καρδιακών επεισοδίων. Η υπόθεση ότι το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν διαφορετικές εκφάνσεις της ίδιας διαταραχής ή ξεχωριστές καταστάσεις με σαφή και διεθνώς αποδεκτά όρια αποτελεί αντικείμενο διχογνωμίας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να διευκρινισθεί, ότι η κατάθλιψη αποτελεί νόσο της εγκεφαλικής λειτουργίας που σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων και υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρωνικών ομάδων (Πολυκανδριώτη et al. 2013).

7.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.

III.Ορισμός: Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι εκείνα τα νοσήματα που μεταδίδονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή. Η επαφή αυτή μπορεί να είναι όχι μόνο κανονική αλλά και πρωκτική ή στοματική. Παλαιότερα τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα οριζόντουσαν ως Αφροδίσια νοσήματα. ήμερα ο όρος αφροδίσια δεν χρησιμοποιείται γιατί παραπέμπει στην θεά Αφροδίτη και υπονοεί ότι η γυναίκα είναι υπεύθυνη για τις ασθένειες αυτές, πράγμα που δεν ισχύει. Αρχικά στην ομάδα των αφροδισίων, περιλαμβάνονταν λίγα νοσήματα που ονομάζονταν κλασσικά αφροδίσια νοσήματα. Τελευταία στην ομάδα των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων έχουν περιληφθεί και άλλα νοσήματα που μεταδίδονται επίσης με τη σεξουαλική οδό. Τα νοσήματα αυτά αποκτούν συνεχώς μεγαλύτερο ενδιαφέρον λόγω της αυξανόμενης συχνότητάς τους. Στην ομάδα αυτή έχουν περιληφθεί και νοσήματα που η κύρια οδός

μετάδοσής τους μπορεί να είναι άλλη αλλά η συχνότητα μετάδοσής τους με τη σεξουαλική οδό είναι αρκετά μεγάλη. Σε όλο τον κόσμο η σημασία που έχουν τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα για την υγεία είναι πολύ μεγάλη. Ο αριθμός των περιπτώσεων που παρουσιάζονται αυξάνεται αντί να ελαττώνεται, παρά την τεράστια πρόοδο που έχει επιτευχθεί στην πρόληψη και στην θεραπεία τους. Η μεγάλη διάδοση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων οφείλεται κυρίως σε λόγους όπως η μεγαλύτερη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας, η μεγαλύτερη ελευθερία στις ερωτικές σχέσεις, η μεγαλύτερη διακίνηση πληθυσμών, η μείωση του φόβου για εγκυμοσύνη, η διάδοση της ομοφυλοφιλίας, η υποτίμηση της πιθανότητας να κολλήσουμε κάποιο Σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα, η διάδοση ψυχοφαρμάκων και ναρκωτικών, οι αποτυχίες στη θεραπεία και η έλλειψη εμβολίων (Τσιαπαλή, et al. 2007).

III.I Ιός της Ανθρώπινης Άνοσώ -ανεπάρκειας (HIV - AIDS): Ο HIV (Human Immunodeficiency virus) είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, ο ιός που προκαλεί το AIDS (σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας). Ο HIV προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου το οποίο είναι υπεύθυνο για την άμυνα του οργανισμού ενάντια σε διάφορες ασθένειες. Ο HIV είναι ο Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας. Με πιο απλά λόγια, είναι ο ιός που προκαλεί την ασθένεια του AIDS. Όπως όλοι οι ιοί, για να αναπαραχθεί χρησιμοποιεί τον γενετικό μηχανισμό κυττάρων, συγκεκριμένα των T- λεμφοκυττάρων. Ο HIV έχει την ικανότητα να μεταλλάσσεται γρήγορα και να εξαπλώνεται με το περιφερικό αίμα ταχύτερα από άλλους ιούς. Όσο αυξάνεται το ποσοστό του ιού που περνάει στο αίμα, τόσο πιο κοντά βρίσκεται ο ασθενής στην εκδήλωση της ασθένειας. Ο ιός του AIDS ονομάζεται έτσι από τα αρχικά των λέξεων Acquired Immunodeficiency Syndrome και στα ελληνικά μεταφράζεται ως Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Η ονομασία του και μόνο εξηγεί πολλά γι' αυτό. Χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο, που σημαίνει ότι έχουμε να κάνουμε με ένα σύνολο συμπτωμάτων, δηλαδή με μια ασθένεια. Οδηγεί στην ανοσολογική ανεπάρκεια, δηλαδή στην εξασθένιση της βασικής λειτουργίας του οργανισμού, που είναι να αναγνωρίζει τους ιούς που τον προσβάλλουν και να αμύνεται σε αυτούς. Τέλος, η ασθένεια αυτή προσδιορίζεται ως επίκτητη, δηλαδή δεν κληρονομείται, αλλά αποκτιέται στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου (Βασιλείου, 2014).

III.II Ιός της Ανθρώπινης Άνοσώ -ανεπάρκειας (HIV - AIDS) και

Ψυχολογία: Το πρώτο μεγάλο στρες επέρχεται με την διάγνωση της νόσου. Ένας τεράστιος φόβος κατακυριεύει το άτομο στο άκουσμα της οροθετικότητάς του, φόβος που ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη. Το άτομο γνωρίζει ότι απ' τη στιγμή που θα διαγνωστεί η οροθετικότητά του θα περάσει από διάφορα στάδια που θα τον καταστήσουν σωματικό και ψυχικό ερείπιο. Γνωρίζει επίσης ότι θα πρέπει να διαφοροποιήσει την συμπεριφορά του σε όλα τα επίπεδα, προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, ενώ παράλληλα αναμένει να διαφοροποιηθεί η συμπεριφορά των άλλων απέναντί του. Το 90% των θυμάτων του AIDS κατά τη διάγνωση της νόσου αντιδρούν με τρόμο και πανικό μαζί με ανάμεικτα συναισθήματα απόγνωσης, απελπισίας, πένθους, ενοχών και αδικίας. Τα Στάδια από τα οποία θα περάσει ο ασθενής με AIDS μέχρι το μοιραίο τέλος του, μοιάζουν μ' αυτά των ασθενών με καρκίνο ή άλλης παρόμοιας νόσου και είναι αρχικά το στάδιο της αρχικής κρίσης, Στο στάδιο αυτό οι μελέτες έδειξαν μια οξεία αντίδραση άρνησης που εναλλάσσεται με περιόδους έντονου άγχους. Οι ασθενείς δυσκολεύονται να διατηρήσουν ένα επίπεδο ενημέρωσης και μπορεί να παραποιήσουν αυτά που θα ακούσουν για τη νόσο. Αμέσως μετά είναι το μεταβατικό στάδιο, Το στάδιο αυτό ξεκινάει όταν εναλλακτικά κύματα θυμού, ενοχής, οίκτου και άγχους υπερισχύουν της άρνησης. Η μεταβατική περίοδος είναι μια περίοδος δυσφορίας και σύγχυσης και οι κοινωνικές αντιδράσεις επηρεάζουν και επιδεινώνουν την κατάσταση. Τέλος το στάδιο της παραδοχής. Το στάδιο της παραδοχής δεν είναι ένα σταθερό στάδιο. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν το φόβο του θανάτου και της προθανάτιας περιόδου, το αίσθημα της ευπάθειας στις ευκαιριακές λοιμώξεις, τη συνεχή ελάττωση της αυτοεξυπηρέτησης, της προκατάληψης, το χάσιμο φίλων που πεθαίνουν από AIDS και τελικά την ανάγκη να ετοιμάσουν οι ίδιοι το δικό τους θάνατο (Μουρατίδου, et al. 2014).

III.III Ο Ιός των ανθρώπινων Κονδυλωμάτων (HPV): Το HPV είναι τα αρχικά του Human Papilloma Virus. Ο HPV είναι ένας πολύ διαδεδομένος, σεξουαλικά μεταδιδόμενος ιός. Υπολογίζεται ότι περίπου 75% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού έχει μολυνθεί με κάποια μορφή του ιού. Ένα μικρό ποσοστό ανδρών και γυναικών που έχουν τον ιό, θα εμφανίσουν και εξωτερικά κονδυλώματα. Τα κονδυλώματα μοιάζουν πολύ με τις γνωστές σε όλους μυρμηγκιές (που οφείλονται σε άλλο τύπο του ιού). Ο ιός του θηλώματος του ανθρώπου (Human Papilloma Virus - HPV) ανήκει

στο γένος των Papillomaviruses και (μαζί με τους Polyomaviruses) στην οικογένεια Papovaviridae. Αποτελούν μικρούς ογκογόνους DNA - ιούς που προσβάλλουν τα θηλαστικά, συμπεριλαμβανομένου του ανθρώπου. Επίσης, και αυτό είναι το πιο σημαντικό, ένα ποσοστό γυναικών που έχουν τον ιό θα παρουσιάσουν αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας που μπορούν, σε βάθος χρόνου, να οδηγήσουν σε καρκίνο του τραχήλου. Ο ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) αποτελεί ένα από τα συχνότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το ένα τρίτο των τύπων του ιού μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής και αναπτύσσεται μόνο στη γεννητική περιοχή των ατόμων. Όπως και πολλά από τα υπόλοιπα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ο HPV συνήθως προκαλεί αρχικά «σιωπηρή» μόλυνση της ασθενούς (δηλαδή λοίμωξη η οποία δεν γίνεται άμεσα αντιληπτή λόγω απουσίας κλινικής συμπτωματολογίας). Έτσι, η λοίμωξη δεν θεραπεύεται, μπορεί να μεταδοθεί και σε άλλα άτομα, καθώς και να οδηγήσει σε δυσάρεστες και επικίνδυνες επιπλοκές. Η δραματική αύξηση των HPV λοιμώξεων του κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας (και του άνδρα) τις τελευταίες δύο δεκαετίες, έχει de facto θέσει πολλαπλά ερωτηματικά όσον αφορά ενδεχόμενη δυσμενή επίδραση στην πορεία και εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Οι δυσκολίες που υπάρχουν στη μελέτη του ιού λόγω της αδυναμίας να καλλιεργηθεί σε οποιοδήποτε θρεπτικό υλικό και της έλλειψης κατάλληλων ορολογικών τεχνικών, αίρονται σε ένα μεγάλο βαθμό με την ανάπτυξη τεχνικών της Μοριακής Βιολογίας που επιτρέπουν την άμεση ανίχνευση του (Παπά, et al. 2008).

III.IV Ο Ιός των ανθρώπινων Κονδυλωμάτων (HPV) και ψυχολογία:

Οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί από HPV βιώνουν μεγάλο βαθμό ανησυχίας και άγχους που σχετίζονται με την κατάστασή τους. Άλλες επιπτώσεις περιλαμβάνουν το αίσθημα θυμού, της ντροπής, της ενοχής καθώς και το αίσθημα ότι είναι λιγότερο επιθυμητές. Πολλές μελέτες ανέφεραν αλλαγές στις σεξουαλικές σχέσεις των γυναικών μετά από την διάγνωση της λοίμωξης από HPV. Οι προσβεβλημένες από τον ιό γυναίκες έτειναν στο να βιώνουν μείωση της αυτοεκτίμησης και περισσότερο αρνητική εικόνα του σώματος. Πολυάριθμες μελέτες αναφέρουν ότι οι ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου είναι και οι πιο σοβαρές για τον ασθενή και αφορούν τα αισθήματα θυμού, φόβου εξαιτίας της άμεσης σχέσης του HPV με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενοχής, κατάθλιψης, απέχθειας προς τον εαυτό τους και ανησυχίας για το μέλλον. Τα κονδυλώματα δεν προκαλούν πάντοτε σημαντική νοσηρότητα στους

ασθενείς, αλλά έχουν ουσιαστική επιπτώση στην ποιότητα ζωής τους και σημαντικό κόστος υγείας. Κάποιοι αναφέρονται στα κονδυλώματα ως ένα αφροδίσιο νόσημα που στιγματίζει τον ασθενή. Τη στιγμή της διάγνωσης, οι περισσότεροι μετέχοντες δεν γνώριζαν πως μπορούσαν να είναι συμπτωματικοί φορείς για κάποιο διάστημα μέχρι να εκδηλωθούν τα κονδυλώματα. Η αβεβαιότητα για την προέλευση της μόλυνσης συχνά οδήγησε σε ανησυχίες για απιστία από μέρους του/της συντρόφου. Στην πλειονότητα τους, οι μετέχοντες δεν γνώριζαν πολλά για την ασθένειά τους και ήταν αρχικά αισιόδοξοι για την θεραπεία από τον ιό. Σταδιακά όμως άρχισαν να απογοητεύονται, καθώς γίνονταν ολοένα και πιο σαφές ότι η θεραπεία των κονδυλωμάτων μπορεί να αποδειχθεί μια ιδιαίτερα περίπλοκη διαδικασία. Στις κοινωνικές συνέπειες των γεννητικών κονδυλωμάτων και εξαιτίας του φόβου μήπως τους στιγματίσουν από το κοινωνικό σύνολο, οι ασθενείς ήθελαν να καθορίσουν οι ίδιοι τον αριθμό των ατόμων που γνώριζαν την κατάσταση τους (Κουπίδης, 2011).

III.V Ηπατίτιδα: Το ήπαρ είναι ένα ζωτικό όργανο που βρίσκεται στο δεξιό άνω τμήμα της κοιλιακής χώρας. Έχει πολλές λειτουργίες και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό, στη σύνθεση παραγόντων πήξης του αίματος για τον έλεγχο αιμορραγιών, στην παραγωγή ουσιών απαραίτητων στη μάχη κατά των λοιμώξεων καθώς και στην απομάκρυνση τοξικών ουσιών και φαρμάκων από τον οργανισμό. Εάν το ήπαρ προσβληθεί από ιούς ή υποστεί βλάβη από άλλα αίτια όπως τοξίνες, φάρμακα, αλκοόλ, αναπτύσσεται φλεγμονή και νέκρωση, κατάσταση η οποία ονομάζεται ηπατίτιδα. Οι πιο γνωστοί ιοί ηπατίτιδας, είναι οι A, B, C, D και E. Εκτός από τους παραπάνω ιούς ηπατίτιδας υπάρχουν και κάποιοι άλλοι ιοί που δεν προσβάλλουν αποκλειστικά το ήπαρ, αλλά μπορεί να προκαλέσουν ηπατίτιδα ταυτόχρονα με προσβολή και άλλων οργάνων του ανθρώπου και χαρακτηρίζονται ως ηπατοτρόποι ιοί. Η ηπατίτιδα B αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας. Από τα 2 δισεκατομμύρια ανθρώπους που έχουν μολυνθεί παγκοσμίως, περισσότεροι από 350 εκατ. έχουν χρόνια λοίμωξη. Ο ιός της ηπατίτιδας B μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή, χωρίς χρήση προφυλακτικού, με άτομο που έχει μολυνθεί με τον ιό με την κοινή χρήση συριγγίων ή άλλων εργαλείων για την προετοιμασία υλικού για τη χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών από μολυσμένη μητέρα σε παιδί κατά τον τοκετό (κάθετη μετάδοση) με την κοινή χρήση προσωπικών αντικειμένων (ξυραφάκια, οδοντόβουρτσα, νυχοκόπτες) χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών με τρύπημα με μολυσμένη βελόνα ή αιχμηρό

αντικείμενο συνήθης τρόπος μετάδοσης σε προσωπικό νοσοκομείου ή κατά την εκτέλεση τατουάζ με μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του εξαιρετικά σπάνια πια λόγω του συστηματικού ελέγχου στις αιμοδοσίες (Βώρου, 2012).

III.VI Ηπατίτιδα και Ψυχολογία: Οι ηπατικές παθολογικές καταστάσεις που συνδέονται από ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις είναι η ιογενής ηπατίτιδα, η κίρρωση του ήπατος και η μεταμόσχευση του ήπατος. Η ηπατίτιδα τύπου Β θεωρείται από ορισμένους συγγραφείς ως νόσος που προδιαθέτει στην εμφάνιση συνδρομής χρόνιας κόπωσης με έντονα καταθλιπτικά χαρακτηριστικά. Αυτό που κυριαρχεί στη σκέψη των καταθλιπτικών αρρώστων είναι οι αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό τους, τον κόσμο, το παρόν και το μέλλον. Υπάρχει συνεχώς αυτοκριτική, ιδέες αναξιοσύνης και αποστέρησης. Ο καταθλιπτικός ασθενής δυσκολεύεται να κινητοποιηθεί για να κάνει ακόμη και απλές πράξεις, χρονοτριβεί και αποφεύγει να αναλάβει πρωτοβουλίες ή ευθύνες. Η ανορεξία και η συνακόλουθη απώλεια βάρους είναι αξιόπιστη σωματική εκδήλωση. Συχνή είναι η αίσθηση συνεχούς κόπωσης, που πολλές φορές είναι το πρώτο σύμπτωμα που παρατηρείται. Ακόμη συχνό σύμπτωμα είναι οι διαταραχές του ύπνου. Συχνά υπάρχει μειωμένη ή ανύπαρκτη σεξουαλική επιθυμία (Νικολούδη, 2001)

III.VII Εγκυμοσύνη την Εφηβεία: Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία είναι το αποτέλεσμα ανεπαρκούς ενημέρωσης στο γενετήσιο πρόβλημα και εσφαλμένης αντίληψης και αντίδρασης της εφήβου σε γεγονότα και καταστάσεις που σχετίζονται με τη συναισθηματική και σεξουαλική συμπεριφορά της νεαρής ηλικίας. Νέοι και νέες θέλουν να ανήκουν στην ομάδα, να είναι μέσα στον κύριο κορμό και τη δράση της «παρέας», να αισθάνονται «in», αδιαφορώντας για τις συνέπειες και το τίμημα. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα περιοδικά, ο κινηματογράφος, ο τύπος και η τηλεόραση, οι διαφημίσεις, το ένδυμα και ασφαλώς η χαλάρωση του ελέγχου από την άμεση οικογένεια, τον πατέρα και τη μητέρα, προάγουν την πρόωγη σεξουαλική σχέση και μειώνουν το μέγεθος της ευθύνης. Αίτια της εφηβικής εγκυμοσύνης αποτελούν η άγνοια φυσιολογίας της σύλληψης, η έλλειψη αντισυλληπτικού, η έναρξη της εμμήνου ρύσης σε νεαρότερη ηλικία, οι σεξουαλικές σχέσεις σε νεαρότερη ηλικία, η έλλειψη επικοινωνίας με τους γονείς, η προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης, η αδιαφορία για ακαδημαϊκή ή άλλη πρόοδο, η επιθυμία ενίσχυσης του

δεσμού με το σύντροφο, η επίδραση του περιβάλλοντος ή κάποια προηγούμενη εγκυμοσύνη. Οι επιπλοκές της κύησης στις εφήβους διαφέρουν των επιπλοκών που παρατηρούνται στις ενήλικες γυναίκες τόσο στη συχνότητα όσο και στη σοβαρότητα τους. Οι επιπλοκές της κύησης είναι συνήθως το αποτέλεσμα ελλιπούς διατροφής, κατάχρησης φαρμάκων, οίονοπνεύματος και καπνού κατά την περίοδο της κύησης, φλεγμονών και ιώσεων και η αυτόματη αποβολή του εμβρύου. Υπέρταση, προεκλαμψία και εκλαμψία είναι μια σοβαρή επιπλοκή με ιδιαιτερότητα που καθιστά δύσκολη όλη την αντιμετώπιση της στην εφηβική ηλικία. Πρέπει να ελπίζουμε ότι η έγκυος έφηβη θα έχει τέτοιου είδους σχέση με τους γονείς της, ώστε να μπορεί να τους εκμυστηρευτεί την εγκυμοσύνη της. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται και οι ενέργειες που γίνονται στην περίπτωση αυτή μπορεί να είναι επώδυνες. Η απόφαση για τη συνέχιση ή όχι της εγκυμοσύνης εξαρτάται από την απάντηση που θα δώσει η έγκυος σε ερωτήματα που έχουν να κάνουν με ηθικά ζητήματα, ή σε άλλα που σχετίζονται με άμεσα, καθαρά πρακτικά ζητήματα (Καρέτσου, et al. 2009).

III.VIII Εγκυμοσύνη την Εφηβεία και Ψυχολογία: Η εφηβική εγκυμοσύνη, αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, που συνδέεται με πολλές σωματικές, ψυχολογικές, και κοινωνικές επιπτώσεις και μπορεί να καταλήξει σε γέννηση, αποβολή ή άμβλωση. Σε ψυχολογικό επίπεδο επίσης, ο κίνδυνος που απορρέει από μια κύηση στην εφηβεία είναι η διακοπή ή μερικές φορές η αναστολή των εξελικτικών στόχων της εφήβου. Οι έφηβες μητέρες παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό αυτοεκτίμησης, πράγμα που τις δυσκολεύει ακόμη περισσότερο στο να ανταπεξέλθουν στον ρόλο τους, ενώ υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στις έφηβες από ότι στις ενήλικες μητέρες. Σε κοινωνικό επίπεδο, οι έφηβες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ζουν σε πιο στερημένα οικονομικά συνθήκες και ως εκ τούτου, να μην συνεχίζουν ούτε την εκπαίδευση τους στο σχολείο. Μεγάλο ποσοστό από αυτές τις μητέρες, ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες ή άνεργες και ως εκ τούτου βρίσκονται σε μια σημαντικά μειονεκτική οικονομική κατάσταση. Τέλος, η πιθανότητα μιας δεύτερης εγκυμοσύνης στη εφηβεία είναι μεγαλύτερη σε έφηβες που έχουν γίνει ήδη μητέρες, και αυτό μπορεί να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση τους και στη μη χρήση σωστών αντισυλληπτικών μέτρων για την αποφυγή μιας δεύτερης εγκυμοσύνης (Σιέτου, et al. 2011).

8.ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.

IV.Ορισμός: Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι ένα πολύπλοκο δίκτυο από κύτταρα και χημικές ουσίες. Ο φυσιολογικός ρόλος του είναι να προστατεύει τον οργανισμό και να αντιμετωπίζει τις λοιμώξεις που προκαλούνται από βακτήρια, ιούς και άλλους μικροοργανισμούς που εισβάλλουν στο σώμα. Όταν κάποιος πάσχει από αυτοάνοσο νόσημα, το ανοσοποιητικό του σύστημα λανθασμένα επιτίθεται εναντίον του ίδιου του σώματος του, στοχεύοντας τα κύτταρα, τους ιστούς και τα όργανα του. Το αμυντικό σύστημα στα αυτοάνοσα άτομα δεν είναι δυσλειτουργικό, είναι υπερδραστήριο. Αντιδρά σε οτιδήποτε, δεν μπορεί να ξεχωρίσει τι είναι δικό του και τι είναι ξένο. Άτομα με αυτοάνοσα νοσήματα χάνουν την κύρια ιδιότητα του αμυντικού συστήματος, την ανοσολογική ανοχή. Δηλαδή, ενώ το αμυντικό σύστημα πρέπει να ανέχεται τον εαυτό του στα αυτοάνοσα νοσήματα δεν τον ανέχεται και τον χτυπά. (Μουτσόπουλος, 2001) Τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι συνεπώς τα νοσήματα που προκαλούνται από την επίθεση του ανοσολογικού συστήματος του οργανισμού εναντίον δικών του κυττάρων, ιστών και οργάνων με αποτέλεσμα τη βλάβη τους και την ακόλουθη ανάπτυξη νόσου. Τα νοσήματα αυτά είναι πολυπαραγοντικά, δηλαδή στην ανάπτυξη τους συμβάλλει η δράση πολλών παραγόντων όπως γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ορμονικοί και νευροψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται να συμμετέχουν στην ανάπτυξη των αυτοανόσων νοσημάτων. Τα αυτοάνοσα νοσήματα δεν κληρονομούνται, κληρονομείται όμως η προδιάθεση σε αυτά. Για τον λόγο αυτό είναι δυνατόν πολλά μέλη της ίδιας οικογένειας να πάσχουν από κάποιο αυτοάνοσο νόσημα. Τα αυτοάνοσα νοσήματα αφορούν όλες τις ηλικιακές ομάδες. Όμως, συχνά εμφανίζουν μία προτίμηση για τις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Τα νοσήματα αυτά διακρίνονται σε οργανοειδικά, δηλαδή σε αυτά όπου προσβάλλεται ένα όργανο και σε συστηματικά όπου προσβάλλονται συγχρόνως ή/και διαδοχικά πολλά όργανα. Πιο επικίνδυνη, βέβαια, θεωρείται η προσβολή ζωτικών οργάνων που η λειτουργία τους είναι απαραίτητη για την επιβίωση του οργανισμού. Το ευρύ κλινικό φάσμα των νοσημάτων αυτών καθιστά απαραίτητη τη συνεργασία όλων των κλάδων της ιατρικής για την αντιμετώπισή τους. (Μουτσόπουλος 2004).

IV.I Ρευματοειδής Αρθρίτιδα: Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα αποτελεί ένα από τα συνηθέστερα ρευματικά νοσήματα της ενήλικης ζωής και προκαλεί δυσλειτουργίες με μεγάλο κόστος στην φυσική κατάσταση, καθώς και στον επαγγελματικό, οικογενειακό, κοινωνικό, και ψυχολογικό τομέα. Η νόσος

χαρακτηρίζεται από χρονιότητα, πολλαπλότητα, και διακύμανση της έντασης των συμπτωμάτων, αδυναμία πρόβλεψης της εξέλιξης, συμπτωματική και όχι αιτιολογική αντιμετώπιση. Η Ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια φλεγμονώδης νόσος που προκαλεί πόνο, οίδημα, δυσκαμψία και απώλεια λειτουργικότητας των αρθρώσεων. Παρουσιάζει μερικά χαρακτηριστικά που την κάνουν να διαφέρει από άλλα είδη αρθρίτιδας. Στην ρευματοειδή αρθρίτιδα οι αρθρώσεις είναι ευαίσθητες, θερμές και διογκωμένες. Επιπλέον η ρευματοειδής αρθρίτιδα προσβάλλει πολλές αρθρώσεις. Συχνά προσβάλλονται οι αρθρώσεις του καρπού και οι εγγύς αρθρώσεις του αυχένα, οι ώμοι, οι αγκώνες, τα ισχία, τα γόνατα, οι ποδοκνημικές αρθρώσεις και οι αρθρώσεις των άκρων ποδών. Επιπλέον είναι δυνατόν να προσβληθούν και άλλα όργανα του σώματος, εκτός από τις αρθρώσεις. (Γιαβασόπουλος, et al. 2007).

IV.II Ρευματοειδής Αρθρίτιδα και Ψυχολογία: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα έχει συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας του γενικού πληθυσμού αλλά και με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας άλλων χρόνιων παθήσεων. Παρά ταύτα, στο ίδιο επίπεδο βαρύτητας και ενεργότητας της νόσου κάποιοι ασθενείς επηρεάζονται λιγότερο και διατηρούν σχετικά το προωοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας τους, ενώ άλλοι περιορίζουν σημαντικά τον τρόπο ζωής τους, εμφανίζουν κατάθλιψη και δηλώνουν έντονα ανικανοποίητοι. Η κατάθλιψη και άλλες ψυχολογικές παράμετροι συσχετίζονται ισχυρότερα με τον πόνο και την λειτουργική ανικανότητα. Ο πόνος, η λειτουργική ανικανότητα, καθώς και η χαμηλή προβλεψιμότητα της εμφάνισης της εξέλιξης τους έχει βρεθεί ότι ενδέχεται να οδηγήσουν μακροπρόθεσμα σε σταθερή αύξηση του αρνητικού συναισθήματος. Συνεπώς αποτελούν πηγές χρόνιου στρες που επιβαρύνουν τα αποθέματα του ασθενή για αποτελεσματική αντιμετώπιση (Βασιλάκη, 2007).

IV.III Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 είναι χρόνιο αυτοάνοσο νόσημα που οφείλεται στην μειωμένη έκκριση ινσουλίνης στον οργανισμό λόγω καταστροφής των β-κυττάρων του παγκρέατος. Στην περίπτωση που δεν ελεγχθεί ο ΣΔ έχει ως αποτέλεσμα την συνεχώς υψηλή συγκέντρωση των σακχάρων στο αίμα, μια κατάσταση γνωστή ως υπεργλυκαιμία. Οι επιπλοκές που προκαλούνται από τη χρόνια υπεργλυκαιμία περιλαμβάνουν την καταστροφή, δυσλειτουργία και ανεπάρκεια διάφορων οργάνων όπως οι νεφροί, τα μάτια, τα Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου 1 καθίσταται αναγκαίος ο γλυκαιμικός έλεγχος, ο οποίος

επιτυγχάνεται μέσω τακτικών μετρήσεων των επιπέδων γλυκόζης και της εξωγενούς χορήγησης ινσουλίνης από τον ασθενή όταν είναι απαραίτητο. Αυτό το σύστημα ανοιχτού βρόχου εξαρτάται από τον ίδιο τον ασθενή και απαιτεί την καθημερινή και ενεργό συμμετοχή του για την ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης. Οι τελευταίες εξελίξεις στον τομέα Διατάξεων Συνεχούς Μέτρησης Γλυκόζης και αντλιών έγχυσης ινσουλίνης καθιστούν ρεαλιστική την ανάπτυξη συστήματος γλυκαιμικού ελέγχου κλειστού βρόχου. Προς αυτή την κατεύθυνση, σημαντικό ρόλο παίζουν τα μοντέλα πρόβλεψης των επιπέδων γλυκόζης. (Μπεςαράτ, 2013)

IV.IV Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 και Ψυχολογία: Τα άτομα με διαβήτη ανησυχούν έντονα για πιθανές επιπλοκές στο μέλλον και εκφράζουν άγχος για δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά την θεραπευτική αγωγή. Η ψυχολογική ένταση θεωρείται ένας παράγοντας που συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματική ρύθμιση του διαβήτη. Η ψυχολογική δυσφορία αναφέρεται στο στρες, στο άγχος και στην ένταση που συνδέεται με την εργασία, την οικογένεια, τους φίλους και την οικονομική κατάσταση καθώς επίσης και στην ένταση από την προσπάθεια για αποτελεσματική αντιμετώπιση του διαβήτη. Η ένταση σε κάθε έναν τομέα της ζωής του ατόμου βιώνεται σαν μια επιπρόσθετη ένταση. Επιπλέον, η προσπάθεια για την αντιμετώπιση του διαβήτη δημιουργεί ένταση και επιδρά σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου. το στρες θεωρείται ότι προκαλεί μια γενική διέγερση στον οργανισμό και όσο αυξάνεται τόσο αυξάνεται και η διέγερση αυτή. Η εμφάνιση του στρες εξαρτάται όχι μόνο από μια μεγάλη ποικιλία προσωπικών χαρακτηριστικών. Τα προσωπικά αυτά χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα καθορίζουν την αντίδραση του ατόμου απέναντι στο στρες, το οποίο είναι απόρροια της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο συγκεκριμένο άτομο και την κατάσταση. Σε βιολογικό επίπεδο, η ψυχολογική πίεση αυξάνει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και επηρεάζει τον μεταβολισμό της ινσουλίνης. Από ψυχολογικής πλευράς, το στρες είναι πιθανό να οδηγήσει σε αλλαγή της επιθυμητής συμπεριφοράς που σχετίζεται με την αυτοδιαχείριση του διαβήτη. Η ψυχολογική δυσφορία εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Γκίκα, 2007)

IV.V Σκλήρυνση κατά Πλάκας: Η Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια χρόνια φλεγμονώδης απομυελινωτική νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, αυτοάνοσης αρχής που χαρακτηρίζεται από την πολλαπλότητα των συμπτωμάτων της, τη διακύμανση της σοβαρότητας και της διάρκειας

τους καθώς και την απρόβλεπτη πορεία και εξέλιξη της, η οποία είναι πλήρως εξατομικευμένη. Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας θεωρείται αυτοάνοση νόσος που προσβάλλει άτομα με γενετική προδιάθεση. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι η απομυελίνωση που υφίσταται το κεντρικό νευρικό σύστημα, δηλαδή η απώλεια της μυελίνης σε ποικίλα τμήματα του, με συνέπεια την αξονική δυσλειτουργία και την εκδήλωση νευρολογικών διαταραχών. Οι βλάβες αυτές αποκαλούνται «πλάκες» και στις χρόνιες περιπτώσεις είναι πολυάριθμες, εντοπισμένες στην λευκή ουσία των ημισφαιρίων. Η φαιά ουσία μπορεί επίσης να προσβληθεί αλλά σε μικρότερο βαθμό. Μεταξύ των ασθενών υπάρχει αρκετά μεγάλου βαθμού ποικιλομορφία στα δομικά και ανοσολογικά χαρακτηριστικά των βλαβών. Παρόλο που οι περισσότερες βλάβες χαρακτηρίζονται από μια φλεγμονώδη αντίδραση κυρίως από τα λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα, έχουν περιγράψει διάφορα μοντέλα καταστροφής της μυελίνης. (Γουρζουλίδου, 2008).

IV.VI Σκλήρυνση κατά Πλάκας και Ψυχολογία: Η συμβίωση με τη νόσο αρχίζει από την εμφάνιση του πρώτου κιάλας συμπτώματος. Η πρώτη σκέψη είναι να αρνηθείς το πρόβλημα και να το αγνοήσεις. Αν το σύμπτωμα επιμένει ο φόβος κυριαρχεί της άρνησης πολλές φορές συνοδευόμενος από θυμό εναντίον του εαυτού σου. Ο κυρίαρχος φόβος είναι ότι τρελαίνεσαι, ότι τίποτα δεν συμβαίνει πραγματικά αλλά απλώς όλα είναι στο μυαλό σου. Οι εξετάσεις αρχίζουν και οι γιατροί βάζουν τη διάγνωση "σκλήρυνση κατά πλάκας". Το άγχος και ο φόβος υποχωρούν και ένα αίσθημα ανακούφισης κυριαρχεί αφού βεβαιώνεσαι ότι το πρόβλημα είναι οργανικό και όχι ψυχολογικό. Γρήγορα η ανακούφιση υποχωρεί και έρχεται ο θυμός και το αίσθημα ότι είχες μετωπική σύγκρουση πάνω σε κάτι που δεν ξέρεις. Ο θυμός μερικές φορές είναι προς την οικογένεια, τους φίλους ή το γιατρό επειδή τους θεωρείς υπεύθυνους για την ασθένεια. Όλα αυτά καταλήγουν σε ένα θυμωμένο και αποθαρρημένο άτομο. Ο θυμός είναι αυτό που φαίνεται εξωτερικά ενώ η κατάθλιψη είναι το βαθύ εσωτερικό αίσθημα. Ο ασθενής νιώθει προδομένος από το ίδιο του το σώμα. Ο θυμός διώχνει τους άλλους τότε που περισσότερο χρειάζεται τη συμπαράστασή τους και το συνεχές εξοντωτικό άγχος είναι μόνιμη κατάσταση. Αυτός ο κύκλος συναισθημάτων οδήγησε στην αντίληψη ότι υφίσταται συγκεκριμένη προσωπικότητα στη ΣΚΠ, κάτι που είναι αναληθές. Η λειτουργικότητα του ατόμου ελαττώνεται, υπάρχουν ένα σωρό πράγματα που παλιότερα μπορούσε να κάνει ενώ τώρα όχι, όλη η ζωή του πρέπει να αλλάξει σαν να μην είναι πια ο ίδιος άνθρωπος, θρηνεί την Αλεξάνδρεια που

έχασε και η αυτοεκτίμησή του πέφτει συνεχώς. Υπάρχουν πολλά συμπτώματα που δεν είναι ορατά στους άλλους και ο ασθενής κινδυνεύει να κατηγορηθεί ότι τα φαντάζεται ή ότι επιδεινώνεται για να τραβήξει την προσοχή. Το περισσότερο παρεξηγημένο σύμπτωμα είναι η κόπωση που διακυμαίνεται όπως και τα άλλα υποκειμενικά συμπτώματα της νόσου σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, κυριολεκτικά από λεπτό σε λεπτό. Τη μια στιγμή ο ασθενής είναι ενεργητικός και χαρούμενος και την επόμενη στιγμή δεν μπορεί να κάνει ούτε λίγα βήματα. Διαταραχές της μνήμης, πόνοι, διαταραχές στο συναίσθημα και κόπωση προκαλούν έντονο άγχος στους ασθενείς που συχνά ονομάζονται από τους επαγγελματίες και την οικογένειά τους νευρωτικοί ή καταθλιπτικοί. Η διαδικασία της αποδοχής και της συμβίωσης με τη νόσο μπορεί να ολοκληρωθεί ή όχι. Κάποιοι δεν τα καταφέρνουν να συμβιβαστούν με την πραγματικότητα και να δημιουργήσουν καινούριες συνθήκες και προοπτικές με βάση τα καινούρια δεδομένα και έτσι εγκλωβίζονται σε μία μυθική κατάσταση, αποζητώντας ένα όνειρο, μία φαντασίωση που μπορεί να τους οδηγήσει μέχρι την πλήρη απομόνωση από τους γύρω τους (Κουτσοιράκη, et al. 2008).

IV.VII Ψωρίαση: Η ψωρίαση δεν είναι μεταδοτικό νόσημα, δεν μεταδίδεται, δηλαδή, αγγίζοντας το δέρμα ή τα ρούχα του πάσχοντος, ούτε είναι αποτέλεσμα κακής προσωπικής υγιεινής, όπως συχνά πιστεύεται. Η ψωρίαση, όπως πολλές παθήσεις όχι μόνο του δέρματος αλλά και άλλων οργάνων, είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού γενετικής προδιάθεσης και διαταραχής της λειτουργίας του ανοσολογικού συστήματος του οργανισμού. Προκειμένου να γίνει κατανοητή, σε γενικές γραμμές, η παθογένεια της ψωρίασης, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το δέρμα αποτελείται από 3 στοιβάδες, την εξωτερική στοιβάδα, ή επιδερμίδα, την ενδιάμεση στοιβάδα, ή χόριο, και την εσωτερική στοιβάδα, ή υποδερμίδα. Η επιδερμίδα, με τη σειρά της, αποτελείται από 4 στοιβάδες τη βασική, την ακανθωτή, την κοκκώδη και την κεράτινη στοιβάδα. Η επιδερμίδα ανανεώνεται συνεχώς ανά 45 περίπου ημέρες, δηλαδή ένα κύτταρο της βασικής στοιβάδας μεταμορφώνεται και φθάνει τελικά στην κεράτινη στοιβάδα, απ' όπου αποβάλλεται στο περιβάλλον, εντός του χρονικού αυτού διαστήματος. Στην ψωρίαση ο χρόνος αυτός ζωής του κυττάρου της επιδερμίδας μειώνεται δραματικά και φθάνει τις 4 ημέρες, δηλαδή τα κύτταρα πολλαπλασιάζονται και διαφοροποιούνται με πολύ εντονότερο από τον φυσιολογικό ρυθμό. Έτσι τα κύτταρα που φυσιολογικά κυκλοφορούν στο αίμα, στα αιμοφόρα αγγεία του χορίου κάτω από την επιδερμίδα, και συγκεκριμένα τα T λεμφοκύτταρα, εξέρχονται των αγγείων στο χόριο και προκαλούν τις

διαταραχές λειτουργίας στα κύτταρα της επιδερμίδας και, επομένως, την ανάπτυξη των βλαβών της ψωρίασης (Ιωαννίδης, 2007).

IV.VIII Ψωρίαση και Ψυχολογία: Η φύση της ψωρίασης αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τον καθορισμό του ιδιαίτερου ψυχολογικού προφίλ των ασθενών. Σε αυτό συμβάλλει το εύρημα ότι στο 60% των ασθενών η ψωρίαση ξεκινά πριν από τα 30 έτη. Πολλές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στο αίσθημα του στίγματος με το οποίο φαίνεται ότι οι ψωριασικοί ασθενείς αντιλαμβάνονται του εαυτούς τους. Διαφορετικά συναισθήματα χαρακτηριστικά έχουν αναγνωριστεί σε ομάδες ασθενών με ψωρίαση. Έτσι έχουν βρεθεί αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αυξημένη τάση ψυχαναγκαστικότητας και αυξημένη στάση επιθετικότητας. Σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχιατρική νοσηρότητα σε ψωριασικούς ασθενείς η νόσος σχετίστηκε με την μειωμένη αυτοεκτίμηση, σεξουαλική δυσλειτουργία, άγχος, κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό. Η έννοια του κοινωνικού στίγματος είναι επίσης μια σοβαρή παράμετρος. Η πλειοψηφία των ασθενών συμφώνησε ότι το χειρότερο πράγμα σχετικά με την ασθένειά τους ήταν οι επιπτώσεις στην εμφάνισή και η επακόλουθη δυσφορία. Οι ψωριασικοί ασθενείς είναι πιο πιθανό να αναφέρουν στρεσογόνα γεγονότα που προηγήθηκαν της έναρξης ή επιδείνωσης της ψωρίασης απ' ότι ασθενείς με άλλες δερματοπάθειες. Τα πιο συνηθισμένα ζητήματα ήταν οικογενειακά αλλά και εργασιακά ή ακαδημαϊκά (Καρανίκας, 2006).

Νέα Δεδομένα στην ψυχολογία των ασθενών με χρόνια νοσήματα και ο ρόλος του νοσηλευτή

9.ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η εξερεύνηση του ψυχισμού των ασθενών μέσα στον νοσοκομειακό χορό, οι διαφορές στις ψυχολογικές διακυμάνσεις και οι μεταβολές που νιώθουν οι ασθενείς αναλογικά με τις διαφορετικές ασθένειες από τις οποίες πάσχουν και τέλος οι νοσηλευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις και ενέργειες που πρέπει να γίνονται από το νοσηλευτικό αλλά και το ιατρικό επιστημονικό προσωπικό για την καλύτερη και ευκολότερη αντιμετώπιση της κάθε νόσου και των συμπτωμάτων της προλαμβάνοντας έτσι νέες επιβλαβείς καταστάσεις.

10.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, GoogleScholar και Iatropedia. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «ψυχολογία ασθενών» (patient psychology), «ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές διαφορές ασθενειών» (psychological and psychosocial diseases differences), «νοσοκομείο και φοβίες» (hospital and phobias), «ο ρόλος του νοσηλευτή στην νόσο» (nurse role on illness), «ψυχολογικές παρεμβάσεις σε χρόνιους ασθενείς» (psychological interventions in chronic patients), «ψυχολογικές διαφορές αναλογικά με την νόσο» (psychological differences depending on the disease).

11.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τον Stephane Khatam μεγάλο ποσοστό ανθρώπων αγχώνονται στο άκουσμα της λέξης "νοσοκομείο", τρέμουν το χειρουργείο και φοβούνται να λάβουν φαρμακευτική αγωγή. Nosocomerphobia είναι το όνομα της φοβίας που σχετίζονται με το φόβο των νοσοκομείων. Η μείωση του άγχους των ασθενών αποτελεί μια ρουτίνα της προ-εγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με μελέτες που διεξήχθησαν περισσότερο άγχος υπάρχει στους ασθενείς οι οποίοι πρόκειται να χειρουργηθούν. Όσον αναφορά το φύλο στατιστικά οι γυναίκες βιώνουν περισσότερο άγχος από ότι οι άντρες. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το χαμηλότερο επίπεδο του άγχους βιώνουν οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση το πρωί. Καταλήγοντας σε ένα συμπέρασμα το προ-εγχειρητικό άγχος συνδέεται με τον χρόνο της επέμβασης και φύλο και τον τύπο της επέμβασης (Khatam, 2014).

Η Parker Nicola Sarah στην έρευνα της για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις αναφέρει πως ενώ η γένεση και η διαχείριση των νοσοκομειακών λοιμώξεων έχουν μελετηθεί επαρκώς στη βιβλιογραφία της υγείας, πολύ λίγη σημασία έχει δοθεί στις εμπειρίες των ασθενών. Τα αποτελέσματα

οκτώ ποιοτικών ερευνών έδειξαν ότι ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών με αυτογενείς λοιμώξεις συχνά αντιμετωπίζονται ανεπαρκώς, και ότι οι εμπειρίες των ασθενών που νόσησαν εξαιτίας κάποιας αυτογενούς μόλυνσης χαρακτηρίζεται από τον φόβο, την ανησυχία, το άγχος και την ενοχή. Επιπλέον, τονίζεται η ανεπαρκής πληροφόρηση, σε ορισμένες περιπτώσεις, λόγω των ανησυχιών του προσωπικού μήπως τρομοκρατηθεί ο ασθενής, είτε επειδή θεωρήθηκε ότι ασθενείς γνώριζαν ότι είχαν μολυνθεί. Έτσι παρεμποδίζεται προσαρμογή του ασθενούς στη μόλυνση και μπορεί να έχει ως εκ τούτου αναπτυχθεί μια διπλή αυτογενή επίδραση σε αυτούς τους ασθενείς. Αναδυόμενα θέματα ήταν η έλλειψη πληροφόρησης, η ψυχολογική δυσφορία και οι ανησυχίες για μια πιθανή μελλοντική νοσηλεία. Επιπλέον οι ασθενείς ανέφεραν την κακή συμμόρφωση με το πρωτόκολλο υγιεινής από το προσωπικό του νοσοκομείου αλλά και τον φόβο για την υποβολή μιας καταγγελίας λόγω της πιθανότητας των αντιποίνων. Εν κατακλείδι πρέπει να δοθεί περισσότερη προσοχή στην εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα υγιεινής και σωστή ενημέρωση των ασθενών ως προς το που μπορούν να παραπονεθούν αν υποπέσει στην αντίληψη τους κάποιο παράπτωμα (Nicola S., 2011).

Παρά τις φιλότιμες προσπάθειες των επαγγελματιών της υγείας, τα ιατρικά λάθη είναι αναπόφευκτα αναφέρει ο Thomas H. Gallagher και οι συνεργάτες του. Η γνωστοποίηση λαθών είναι κάτι που οι ασθενείς επιθυμούν και συνιστώνται από ηθικολόγους και επαγγελματικές οργανώσεις, αλλά λίγα είναι γνωστά για το πώς θα πρέπει αυτά τα λάθη να συζητούνται ανάμεσα στους ιατρού και τους ασθενείς. Από την μια πλευρά οι ασθενείς ήθελαν να αποκαλυφθούν όλα τα ιατρικά λάθη και ζήτησαν πληροφορίες σχετικά με το τι συνέβη, γιατί συνέβη, πώς θα μετριαστούν οι συνέπειες των σφαλμάτων, και πώς θα αποφευχθούν οι υποτροπές. Από την άλλη οι ιατροί συμφωνούν να στην αποκάλυψη των σφαλμάτων τους αλλά θα "διαλέγουν πολύ προσεκτικά τις λέξεις" τις οποίες θα χρησιμοποιήσουν για να ανακοινώσουν κάτι τέτοιο σε έναν ασθενή. Επιπλέον αν και οι γιατροί αποκαλύπτουν το ανεπιθύμητο σφάλμα, συχνά αποφεύγουν να δηλώσουν τι είδους σφάλμα συνέβη, γιατί συνέβη, ή πώς θα προληφθούν οι υποτροπές. Μετά την αποκάλυψη του σφάλματος οι ασθενείς συνήθως αναζητούν ψυχολογική υποστήριξη από τους θεραπευτές και πολλές φορές και μια απολογία. Ωστόσο, οι γιατροί ανησυχούν ότι η συγγνώμη μπορεί να δημιουργήσει τη νομική ευθύνη καθώς είναι και εκείνοι αναστατωμένοι λόγω του σφάλματος που διέπραξαν. Οι γιατροί δεν μπορούν να παρέχουν τις πληροφορίες ή συναισθηματική υποστήριξη που

οι ασθενείς αναζητούν αναφορικά με τα ιατρικά σφάλματα παρόλα αυτά θα πρέπει να προσπαθήσουν να καλύψουν τις επιθυμίες των ασθενών, για έναν απολογισμό και για πληροφορίες σχετικά με την φύση, την αιτία και πρόληψη των λαθών (Gallagher et al., 2003).

Η έρευνα του Sime A. Marilyn αποτελεί μια αξιολόγηση των αρνητικών μετεγχειρητικών επιπτώσεων όπως ο φόβος, η κατάθλιψη και ο θυμός και του αριθμού των αναλγητικών ηρεμιστικών που δίνονται μετεγχειρητικά και τον συνολικό αριθμό της νοσηλείας μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου. Κόντρα σε κάθε πρόβλεψη καμία καμπυλόγραμμη αλληλεπίδραση δεν βρέθηκε μεταξύ του προεγχειρητικού επιπέδου του φόβου ή το είδος της αντιμετώπισης και της αποκατάστασης μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Τα αποτελέσματα δείχνουν μια γραμμική σχέση μεταξύ του επιπέδου του προεγχειρητικού φόβο και της αποκατάστασης. Μια σημαντική αλληλεπίδραση βρέθηκε ανάμεσα στο επίπεδο του προεγχειρητικού φόβου σχετικά με την ποσότητα των πληροφοριών που προεγχειρητικά λαμβάνουν οι ασθενείς. Τα ευρήματα συζητούνται με βάση το μοντέλο της παράλληλης αντίδρασης που πρότεινε ο H. Leventhal (1970), το οποίο υποδηλώνει ότι τα συναισθήματα και οι προσαρμοστικές αποκρίσεις συμπεριφοράς είναι ανεξάρτητες αντιδράσεις σχετικά με την εκτίμηση των ερεθισμάτων άγχους ενός ατόμου (Sime A., 2012).

Η Young Ho Yun ανέθεσε σε ένα σύνολο 481 ασθενών και 381 οικογένειες ασθενών με τερματικές νόσους συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο. Η πλειοψηφία των ασθενών (58,0%) και των φροντιστών (83,4%) είχαν επίγνωση του τερματικού της κατάστασης του ασθενούς. Περίπου το 28% των ασθενών και το 23% των φροντιστών ανέφεραν ότι το είχαν καταλάβει από την επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς. Οι ασθενείς στατιστικά ήταν πιο πρόθυμοι να ενημερωθούν για την κατάσταση της νόσου από ότι οι φροντιστές τους. Οι ασθενείς που ενημερώθηκαν από τη διάγνωση για το τερματικό της ασθένειας τους είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής, λιγότερα συμπτώματα και είχαν χαμηλότερο ποσοστό της συναισθηματικής δυσφορίας από τους ασθενείς που το μαντέψατε από την επιδείνωση της κατάστασής τους. Οι νεότεροι ασθενείς και οι ασθενείς οι οποίοι πλήρωσαν το κόστος της θεραπείας οι ίδιοι ήταν πιθανότερο να θέλουν να ακούσουν ότι η ασθένειά τους ήταν σε τερματικό στάδιο. Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου προτιμούν την αποκάλυψη της ασθένειας τους και οι ασθενείς οι οποίοι γνώριζαν ότι ήταν στο έπασχαν από κάποια ανίατη

νόσο είχαν χαμηλότερο ποσοστό της συναισθηματικής δυσφορίας (Young, 2010).

Η νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (ESRD) είναι μια χρόνια, απειλητική για τη ζωή κατάσταση που επηρεάζει πάνω από 300.000 Αμερικανούς αναφέρουν οι Christensen Alan J. και Ehlers Shawna L. Οι ασθενείς με ψυχολογικές εμμονές και συμπτώματα δυσφορίας συναντώνται συχνά μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Αυτό είναι αρνητικό για την εξέλιξη της νόσου αφού συμβάλει στην αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των ασθενών. Μια σειρά παραγόντων έχουν εξεταστεί ως πιθανοί προσδιοριστικοί παράγοντες της προσαρμογής του ασθενή. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η τήρηση στην προσαρμογή μεγιστοποιείται στους ασθενείς που είναι συνεπής με τα εννοιολογικά χαρακτηριστικά γνώρισμα ή τις απαιτήσεις της νεφρικής επέμβασης. Οι προκλήσεις για το μέλλον της κλινικής έρευνας περιλαμβάνουν την μέθοδο του ραφιναρίσματος για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, την σαφέστερη αξιολόγηση, την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων, και την αποσαφήνιση της έννοιας της κατάθλιψης (Christensen et al., 2002).

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό ζήτημα υγείας για πολλές γυναίκες από διαφορετικούς πολιτισμούς. Ενώ φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την κατάθλιψη, οι μητέρες είναι συχνά απρόθυμες να πάρουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, λόγω ανησυχιών για τη μετάδοση τους στο μητρικό γάλα ή πιθανές παρενέργειες. Είναι σημαντικό να μελετηθούν μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις και μέθοδοι αντιμετώπισης σε γυναίκες που βιώνουν επιλόχεια κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Δέκα μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, εκ των οποίων εννέα μελέτες ανέφεραν τα αποτελέσματα για 956 γυναίκες. Κάθε ψυχοκοινωνική ή ψυχολογική παρέμβαση, σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα μετά τον τοκετό, συσχετίστηκε με μείωση της πιθανότητας της συνέχισης της κατάθλιψης, ωστόσο η τελική αξιολόγηση έγινε εντός του πρώτου έτους μετά τον τοκετό. Τόσο ψυχοκοινωνικές όσο και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις ήταν αποτελεσματικές στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αν και η μεθοδολογική ποιότητα της πλειοψηφίας των δοκιμών, σε γενικές γραμμές δεν είναι ισχυρή, τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν ότι οι ψυχοκοινωνικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι μια αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή

για τις γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη (Dennis et al., 2007).

Οι J. H. Barlow and D. R. Ellard ασχολήθηκαν με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που δημιουργεί μια χρόνια νόσος στα παιδιά. Μέσα από έξι κριτικές ψυχοκοινωνικής ευημερίας, τρεις για χρόνια ασθένεια, μία για το άσθμα, μία για νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα και μια για τη δρεπανοκυτταρική αναιμία, προέκυψε ότι τα παιδιά ήταν σε ελαφρόν αυξημένο κίνδυνο ψυχοκοινωνικής δυσφορίας. Οι ψυχολογία των παιδιών βέβαια επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όχι απαραίτητα ενδονοσοκομειακούς. Θα λέγαμε ότι η ψυχολογική τους διάθεση και κατ' επέκταση η βελτίωση της υγείας τους εξαρτάται στο μεγαλύτερο ποσοστό από τον οικογενειακό περίγυρο, τον κοινωνικό περίγυρο και τέλος στην ικανότητα κάθε παιδιού να κατανοήσει την σοβαρότητα της νόσου (Barlow et al., 2006).

Στην έρευνα του ο Richard S. Lazarus αναφέρει πως η ερευνητική σκέψη στην ψυχοσωματική ιατρική πρέπει να επιδιώξει την κατανόηση των ψυχολογικών διεργασιών καθιστώντας το άτομο ικανό να αντιμετωπίσει το άγχος που προκαλείτε από το περιβάλλον του και το πως αυτό θα τον οδηγήσει σε μια ποικιλία διαδικασιών αντιμετώπισης διαφόρων συναισθηματικών καταστάσεων, τις πρόδρομες ουσίες μιας νόσου και τις αγχώδεις διαταραχές. Σημαντικό θέμα αποτελεί η προσαρμογής κάθε του ατόμου στο περιβάλλον. Αυτές οι εκτιμήσεις αποτελούν τη βάση της ροής των συναισθηματικών καταστάσεων όσον αναφορά την ποιότητα και την έντασή τους. Ένα δεύτερο θέμα είναι η ανάλυση της συζήτησης για το αν η σωματική αντίδραση μπορεί να τονίσει τα συναισθήματα. Τρίτον, υποστηρίζεται ότι οι διαδικασίες αυτορρύθμισης καθώς και γνωστικές αξιολογήσεις είναι βασικοί μεσολαβητές των αντιδράσεων του ατόμου σε στρεσογόνες συναλλαγές, και ως εκ τούτου διαμορφώνουν το σωματικό αποτέλεσμα. Δύο τύποι αυτό -ρυθμιστικών διαδικασιών διακρίνονται πρώτον από την άμεση δράση, η οποία αναφέρεται σε κάθε προσπάθεια με σκοπό την αλλαγή των ταραγμένων σχέσεων του ατόμου με το περιβάλλον, και δεύτερον με παρηγορητική δραστηριότητα που συμπεριλαμβάνει α) ενδοψυχικές διεργασίες όπως η άρνηση, με την απόσπαση και την ανάπτυξη της προσοχής και β) σωματικά προσανατολισμένων συσκευών όπως τα φάρμακα, εκπαίδευση χαλάρωση, διαδικασίες βίο-ανάδραση, και ούτω καθεξής, τα οποία χρησιμοποιούνται σε μια προσπάθεια να μετριάσουν το στρες και την συγκίνηση (Lazarus S., 1974).

Η καταγραφή του πόνου ξεκινά ταυτόχρονα με την καταγραφή της ιστορίας αναφέροντας στην έρευνά τους οι Τσιρτσιρίδου Βασιλική και η Βασιλοπούλου Γεωργία. Η εμπειρία αυτή θεμελιώνεται σε πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αυτοί καθορίζουν την αντίληψη και έκφραση του πόνου, την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και την δεκτικότητα στη θεραπεία. Στις μελέτες καταγράφονται διαφορές μεταξύ διαφορετικών εθνοτήτων αλλά και μεταξύ των ατόμων της ίδιας εθνότητας. Ο πόνος απειλεί την ανθρώπινη υπόσταση, προκαλεί αίσθηση πρόωρης γήρανσης, αυτό -παγίδευση καθοριστικών πλευρών της προσωπικότητας του ατόμου και κοινωνική απομόνωση. Ο πόνος έχει ψυχολογικές παραμέτρους καθώς διακόπτει τις γνωσιακές ή άλλες λειτουργίες που επιτελεί το άτομο τη στιγμή της εφαρμογής του επώδυνου ερεθίσματος ενώ παρεμβάλλεται στη ζωή του ατόμου εφόσον γίνει χρόνιος. Κάποια επώδυνα σύνδρομα προτιμούν τις γυναίκες ενώ οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητες στον πόνο. Πιθανά αυτό να σχετίζεται με ορμονικούς παράγοντες, διαφορές στην ανατομία, σε υποδοχείς οπιοειδών αλλά και με ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. αντίληψη του πόνου είναι υποκειμενική και πολυπαραγοντική. Το ίδιο και οι επιπτώσεις των χρόνιων επώδυνων συνδρόμων στον άνθρωπο (Τσιρτσιρίδου et al., 2014).

Στην μελέτη του David N. Juurlink και της ερευνητικής του ομάδας αναφέρετε ότι η αυτοκτονία είναι μια από της κύριες αιτίες θανάτου, με ιδιαίτερα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά μεταξύ στους ηλικιωμένων. Κάποιες ιατρικές παθήσεις μπορεί να προδιαθέτουν αυτοκτονικές τάσεις παρόλα αυτά λίγες ελεγχόμενες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ συγκεκριμένων νόσων και την αυτοκτονία. Πολλές κοινές ασθένειες σχετίζονται ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους. Ο κίνδυνος αυξάνεται σημαντικά μεταξύ των ασθενών με πολλαπλές ασθένειες. Η αυτοκτονία είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας και αποτελεί την 11η αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες, θέση που αντιπροσωπεύει περίπου 30 000 θανάτους κάθε χρόνο. Στους παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας περιλαμβάνονται οι διαταραχές της διάθεσης, αλκοολισμός και κατάχρηση ουσιών καθώς και άλλων σταθερών χαρακτηριστικών όπως αντρικό φύλο και η προχωρημένη ηλικία. Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν γενικά μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονιών και θνησιμότητας από τους νεότερους και ή από κάθε άλλο τμήμα του πληθυσμού. Οι αυτοκτονίες μεταξύ των ηλικιωμένων διαφέρουν σε πολλά σημεία από τις αυτοκτονίες των νεότερων. Επειδή τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας γενικά προσπαθούν να αυτοκτονήσουν με πιο

θανατηφόρες μεθόδους. Τα ηλικιωμένα άτομα που αυτοκτονούν είναι λιγότερο πιθανό να έχουν συζητήσει τα σχέδιά τους εκ των προτέρων και πολλές φορές δεν μπορεί να συσχετιστεί η νόσος με την αυτοκτονία. Επιπλέον, τονίζονται διακριτικά άλλοι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν τον ηλικιωμένο στην αυτοκτονία όπως είναι η συνταξιοδότηση, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η κοινωνική απομόνωση, καθώς και αύξηση του βάρους της κάποιας αναπηρίας, καθένα από τα οποία έχει προταθεί ως παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία σε ηλικιωμένους (Juurlink et al., 2004)

Η μελέτη των Joyce Nichols και Barbara Riegel διερεύνησε την αποδοχή του θανάτου στις χρόνιες παθήσεις. Με δεδομένο ότι η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας θα βοηθούσε στην αποδοχή της ιδέας ενός πρόωρου θανάτου. Αυτό θα έκανε τους ανθρώπους να αναζητήσουν λιγότερη ιατρική βοήθεια και περίθαλψη και τρόπους αποφυγής του αναμενόμενου τέλους. Έγινε έρευνα προκειμένου να παραχθεί η απαραίτητη πληροφορία για την συσχέτιση της αποδοχής του θανάτου, της χρόνιας ασθένειας και της ηλικίας του ασθενή. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από την αποδοχή του θανάτου χρησιμοποιώντας την αναθεωρημένη έκδοση του Προφίλ Στάση ζωής. Αριθμός χρόνιων ασθενειών ελήφθη από την αυτό-αναφορά και την αναθεώρηση του ιατρικού φακέλου σε ένα δείγμα 76 ατόμων στο νοσοκομείο. Το ποσοστό συσχέτισης ανάμεσα στην αποδοχή του θανάτου και της χρόνιας ασθένειας ήταν θετικό, όχι όμως και εκείνο της ηλικίας. Οι Χρόνιες ασθένειες είναι σαφώς μόνο ένας από πολλούς παράγοντες που οδηγούν τους ασθενείς να σκεφτούν το θάνατο νωρίτερα από το αναμενόμενο. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε εγρήγορση για την πιθανότητα ότι τα άτομα με πολλαπλές χρόνιες ασθένειες ήδη συμφιλιωμένα με την ιδέα του θανάτου (Nichols et al., 2006).

Οι συγγραφείς του American journal of psychiatry πιστεύουν ότι οι υποχονδριακοί ασθενείς πιστεύουν λανθασμένα πως η καλή υγεία είναι απλώς μια συμπτωματική κατάσταση μιας ασθένειας και αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα ενδεικτικά μιας για μια συγκεκριμένη νόσο από ότι οι μη υποχονδριακοί ασθενείς. Αποτελέσματα ερευνών που έγιναν σε υποχονδριακούς ασθενείς αποκαλύπτουν ένα μοτίβο συμπτωμάτων που συνεχώς ανέφεραν οι ασθενείς. Συμπτώματα όπως διαταραχές σωματοποίησης και ευαισθησία της σωματικής αίσθησης. Τα συμπτώματα αυτά δεν είχαν σχέση με κάποια διαγνωσμένη ασθένεια. Τα δεδομένα αυτά είναι συμβατά με την υπόθεση ότι οι ασθενείς με το DSM-III-R

υποχονδριακή διαταραχή πιστεύουν ότι η καλή υγεία να είναι μια σχετική ασυμπτωματική κατάσταση και πως αυτό τους οδηγεί στο να φαντάζονται ανύπαρκτα συμπτώματα. Αυτό μπορεί να συμβάλει σε μερικά από τα κλινικά χαρακτηριστικά της υποχονδριακής διαταραχής συμπεριλαμβανομένων των πολυάριθμων σωματικών συμπτωμάτων όπως αυτά της σωματικής ανησυχίας και της αντίστασης στην άσκηση της ιατρικής περίθαλψης (Barsky A.J.R. et al., 1993).

Η ερευνητική ομάδα των Jurgen Unutze, Donald L. Patrick, Greg Simon, David Grembowski, Edward Walker, Carolyn Rutter και Wayne Katon προσπάθησε να εξετάσει το αν και κατά πόσο συμβάλλει η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών γενικής ιατρικής στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ενήλικες και σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Ανάμεσα στα άτομα της εξεταζόμενης ομάδας παρατηρηθήκαν κοινά καταθλιπτικά συμπτώματα και εμμονές τα οποία πιστεύεται ότι προήλθαν από την συνεχόμενη αύξηση του ιατρικού κόστους. Τέτοια συμπτώματα παρατηρήθηκαν σε κάθε έξοδο που τα άτομα αυτά καλούνταν να καλύψουν άσχετα με το πόσο σημαντικό ή ασήμαντο ήταν. Όπως ήταν αναμενόμενο στην αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης υπήρξαν διαφορές αναφορικά με την ηλικία, το φύλο και το χρόνιο ιατρικό νόσημα. Έτσι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ηλικιωμένους και ενήλικες είναι δυνατό να προκύψουν από μια σημαντική αύξηση στο κόστος των ιατρικών υπηρεσιών (Jurgen Unutze et al., 1997).

Ο πόνος συνοδεύει τον άνθρωπο σ' όλη την πορεία της επίγειας ζωής του αναφέρει ο Γεώργιος Κατσιμίγκας και η ερευνητική του ομάδα στο άρθρο τους σχετικά με την θρησκεία και τον πόνο . Ο πόνος προκαλεί θλίψη στον άρρωστο, στην οικογένειά του και όσους τον φροντίζουν. Ο άνθρωπος θέλησε και προσπάθησε να εξηγήσει το φαινόμενο του πόνου από τους αρχαίους χρόνους. Η βοήθεια προς τον άρρωστο που πονά είναι ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της νοσηλευτικής. Η επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών είναι αφιερωμένη στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου δεν είναι εύκολη για τους νοσηλευτές. Απαιτείται καλή επαγγελματική κατάρτιση, συνεχή μάθηση, αξιολόγηση του αρρώστου και ειλικρινή αναζήτηση του νοήματος της ζωής. Από την πλευρά της ορθόδοξης θεολογία, ο πόνος θεωρείται ως μέσο παιδαγωγίας και πνευματικής εγρήγορσης. Ο πιστός καλείται να μιμηθεί τον ίδιο το Χριστό και τους αγίους της εκκλησίας. Οι πατέρες της εκκλησίας θεωρούν τον πόνο και την ασθένεια ως έκφραση της θείας πρόνοιας, σαν

τρόπο παιδαγωγίας και ευλογίας για τον μετά-πτωτικό άνθρωπο (Κατσιμίγκας et al., 2009).

12.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχέση το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τον ασθενή εξαρτάτε και επηρεάζεται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που υιοθετούν οι πρώτοι στα θέματα υγείας. Όταν το προσωπικό θεώρει την ασθένεια σαν μια οργανική δυσλειτουργία τότε αντιλαμβάνεται τον ασθενή σαν βιολογικό περιστατικό. Στόχος φυσικά είναι η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου και ενώ οι γνώσεις των ειδικών είναι ορθές και επιστημονικά τεκμηριωμένες αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή και άμεση επαφή με τον ασθενή, αποκτώντας έτσι μια βαθύτερη γνώση της ψυχολογικής του κατάστασης, ωστόσο δεν μπορεί να αξιοποιήσει αυτή την γνώση εποικοδομητικά. Ο ασθενής από την άλλη παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός. Συμμορφώνεται με της ιατρικές οδηγίες και δέχεται αδιαμαρτύρητα την οποιαδήποτε θεραπεία παγιδευμένος σε μια άνιση σχέση με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Παπαδάτου, 2015).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί πολύ σημαντικό κομμάτι της παρασχόμενης φροντίδας. Αυτό γιατί με την κατάλληλη υποστήριξη τα άτομα αυτά μπορούν είτε να ξεπεράσουν την κρίση της διάγνωσης είτε να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες που πιθανός θα δημιουργηθούν από την νόσο. Κάποιοι βασικοί άξονες ψυχολογικής υποστήριξης είναι αρχικά η παροχή βοήθειας στους ασθενείς ώστε να προσαρμοστούν, ενθάρρυνση των ασθενών για συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, ενθάρρυνση για αυτό-φροντίδα, ενθάρρυνση για ανάπτυξη θετικής και ρεαλιστικής άποψης για την ζωή με σκοπό να αποκτηθεί ο έλεγχος της ζωής και της ασθένειας και τέλος παροχή βοήθειας για την δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου από συγγενείς, φίλους, ομοιοπαθείς και άλλες ψυχολογικές ομάδες υποστήριξης (Καμπά, 2014).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

13.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μία συστηματική διαδικασία, που χρησιμοποιείται από τους νοσηλευτές σε παγκόσμιο επίπεδο, και στηρίζεται στη μέθοδο ανάλυσης και επίλυσης προβλημάτων. Είναι μία σειρά από

δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται κατά την επίλυση ενός νοσηλευτικού προβλήματος και έχουν νοσηλευτικό περιεχόμενο, δηλαδή ανταποκρίνονται στον πυρήνα της νοσηλευτικής επιστήμης και υποστηρίζονται από τη Νοσηλευτική θεωρία. Ουσιαστικά η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει όλες εκείνες τις ενέργειες των νοσηλευτών που έχουν σαν στόχο τους τη φροντίδα του ασθενή τους, επιλύοντας τα προβλήματα υγείας τους. Στα προβλήματα υγείας δεν περιλαμβάνονται μονάχα οι διάφορες αρρώστιες αλλά και η ανάγκη του ατόμου για πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα και ευεξία. Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια ευρεία και ολιστική προσέγγιση η οποία ασχολείται όχι μόνο με το σώμα του ασθενή αλλά και με την ψυχή του. Ο σκοπός της δεν περιορίζεται στο να θεραπεύσει το πρόβλημα υγείας του ασθενή αλλά να τον βοηθήσει ώστε να μεγιστοποιήσει τη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία του και να μπορεί να εκτελεί μόνο τους τις δραστηριότητες που θεωρεί σημαντικές. Σαν σύστημα η νοσηλευτική διεργασία είναι αρκετά ελαστική και ανοιχτή καθώς έχει τη δυνατότητα να αναπροσαρμόζεται ανάλογα με το βαθμό στον οποίο έχουν επιτευχθεί οι σκοποί της και ανάλογα με την πορεία της κατάστασης του ασθενή. Αποτελείται από πέντε βήματα – στάδια, τα οποία είναι αλληλοσχετιζόμενα και αλληλοεξαρτώμενα και χρησιμοποιούνται κυκλικά (Καραγιάννη, 2014).

Τα στάδια αυτά είναι η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή (Νοσηλευτική αξιολόγηση) Το πρώτο βήμα στη νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική συλλογή από τον νοσηλευτή πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Η συλλογή των πληροφοριών είναι μία συνεχής διαδικασία που συνεχίζεται καθημερινά καθώς η κατάσταση της υγείας του ασθενή μεταβάλλεται διαρκώς και μπορεί να προκύψουν νέα δεδομένα. Η διαδικασία αυτή γίνεται κυρίως με τη λήψη του ιστορικού υγείας και με τη φυσική εξέταση. Βασικό όμως εργαλείο στη νοσηλευτική αξιολόγηση είναι ο διάλογος - συνέντευξη με τον ασθενή και την οικογένειά του, ο οποίος θα πρέπει να γίνεται μέσα σε καλό διαπροσωπικό κλίμα γι' αυτό και ο νοσηλευτής θα πρέπει αν έχει ειδικές δεξιότητες χειρισμού της λεκτικής και της μη λεκτικής επικοινωνίας. Η νοσηλευτική διάγνωση είναι η κλινική κρίση ή διαπίστωση που προκύπτει από τη συγκέντρωση και συστηματοποίηση των διαφόρων δεδομένων που προέκυψαν κατά την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή. Στη νοσηλευτική διάγνωση, αφού αναλυθούν τα στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, εντοπίζονται και διατυπώνονται οι ιδιαίτερες

ανάγκες και τα υπαρκτά προβλήματα που αντιμετωπίζει αλλά και τα δυνητικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στο μέλλον.

Η νοσηλευτική διάγνωση μέσα από την λεπτομερή ανάλυση των διαφόρων δεδομένων, παρέχει τη δυνατότητα και τη βάση για τον ορισμό της θεραπείας που θα ακολουθηθεί καθώς και για τη λήψη των σχετικών αποφάσεων. Εφαρμογή του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας – Θεραπεία. Σε αυτό το σημείο εφαρμόζεται, μέσω των κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, το πρόγραμμα φροντίδας που καταστρώθηκε στο προηγούμενο στάδιο. Στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται όλες οι νοσηλευτικές τεχνικές και δεξιότητες που παρέχονται προκειμένου να ανακουφιστούν οι ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής ο νοσηλευτής παρακολουθεί συνεχώς την κατάσταση της υγείας του ασθενή, συγκεντρώνει τα νέα δεδομένα που προκύπτουν και αν το κρίνει αναγκαίο τροποποιεί τη νοσηλευτική παρέμβαση ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ιδιαίτερες ανάγκες που προέκυψαν. Κάθε παρέμβαση που πραγματοποιείται στον ασθενή καταγράφεται με κάθε λεπτομέρεια για να μπορεί να γίνει η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της. Η εφαρμογή του προγράμματος θα πρέπει να είναι σύμφωνη με τους κανόνες και τις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης και να γίνεται με υπευθυνότητα, ευσυνειδησία, ενδιαφέρον και σεβασμό προς τον ασθενή. Η εκτίμηση το αποτελέσματος (Αξιολόγηση) Στο τελευταίο αυτό στάδιο επαναξιολογείται από το νοσηλευτή και την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που εφαρμόστηκαν σύμφωνα με τους αντικειμενικούς σκοπούς και τα κριτήρια αξιολόγησης που είχαν οριστεί κατά την κατάρτιση του προγράμματος φροντίδας. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων γίνεται προγραμματισμένα και με αντικειμενικό τρόπο ενώ στο τέλος πραγματοποιείται και η επαλήθευσή της. Εκτός από τις αντικειμενικές ιατρικές και εργαστηριακές μετρήσεις η διενέργειά της περιλαμβάνει, σε κάποιες περιπτώσεις, και την παρατήρηση του ατόμου και τη διεξαγωγή συνεντεύξεων με το ίδιο, την οικογένειά του και την υπόλοιπη ομάδα που ασχολείται με το συγκεκριμένο περιστατικό. Το στάδιο αυτό αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της νοσηλευτικής διεργασίας γιατί επιτρέπει στο νοσηλευτή να διαπιστώσει το αποτέλεσμα της όλης προσπάθειας που κατέβαλε και να επαναπροσδιορίσει το πρόγραμμά του όπου χρειάζεται ώστε να βελτιώσει την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή (Καραγιάννη, 2014).

Επομένως, η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας απαιτεί από τους σύγχρονους νοσηλευτές να έχουν υψηλού επιπέδου γνώσεις και δεξιότητες και να εκπαιδεύονται και να ενημερώνονται συνεχώς για τα νέα δεδομένα και τις εξελίξεις στο αντικείμενό τους. Επίσης θα πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιούν τις νέες μεθόδους ώστε να εντοπίζουν έγκαιρα και έγκυρα τις ανάγκες του ασθενή, να προχωρούν στη διάγνωση και την αποκατάστασή του και να προλαμβάνουν τυχόν μελλοντικά προβλήματα. Η χρησιμοποίηση της νοσηλευτικής διεργασίας είναι πολύ σημαντική και συντελεί στην πρόοδο και τον εκσυγχρονισμό της νοσηλευτικής επιστήμης. Επίσης συγκεντρώνει πολλαπλά οφέλη τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του. Οι νοσηλευτές διαγιγνώσκουν και αντιμετωπίζουν υπαρκτά και δυνητικά προβλήματα υγείας με μεγαλύτερη ταχύτητα. Βελτιώνουν την επικοινωνία τους και προλαμβάνουν τα λάθη. Αποκτούν μια γραπτή περιγραφή της κάθε περίπτωσης και μπορούν να ανατρέχουν σε αυτή κάθε στιγμή που αυτό είναι αναγκαίο. Εξατομικεύουν τις παρεμβάσεις τους για τη συγκεκριμένη κάθε φορά περίπτωση. Αντιλαμβάνονται τη σημασία του ανθρώπινου παράγοντα και αποκτούν το αίσθημα της ικανοποίησης όταν πετυχαίνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ο ασθενής λαμβάνει εξατομικευμένη φροντίδα και καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και συνειδητοποιεί ότι τα δυνατά του σημεία αποτελούν σημαντικά πλεονεκτήματα που μπορούν να βοηθήσουν στην θεραπεία του. Η οικογένεια του ασθενή μαθαίνει να συνεργάζεται με τους ειδικούς που ασχολούνται με το δικό της άνθρωπο και κατανοεί τη σπουδαιότητα της συμβολής της στη θεραπεία του (Καραγιάννη, 2014).

14.ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ: Ο Γιώργος είναι ένας νέος, εμφανίσιμος, πολύ δραστήριος, ευγενικός και εργατικός, από τον οικογενειακό μου χώρο, ηλικίας 24 ετών. Είναι ένας νέος που τραυμάτισε τους χιαστούς των γονάτων του σε έναν αγώνα ποδοσφαίρου με αποτέλεσμα να χρειαστεί να χειρουργηθεί στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και στην συνέχεια να ακολουθήσει πρόγραμμα φυσιοθεραπείας για την πλήρη αποκατάσταση του προβλήματος.

Σε ολόκληρη την διάρκεια της εφηβικής του ηλικίας έως και τα φοιτητικά του χρόνια ο Γιώργος αθλούνταν τρέχοντας στο ύπαιθρο ή σε γυμναστήρια προσπαθώντας να χάσει κάποια περιττά κιλά. Ως προς τις αθλητικές του δραστηριότητες ο Γιώργος ήταν παραπάνω από συνεπής φτάνοντας πολλές φορές σε υπερβολικά σημεία με εξουθενωτικές προπονήσεις και σκληρά προγράμματα εκγύμνασης.

Για αρκετά χρόνια ακολουθούσε καθημερινό πρόγραμμα γυμναστικής χωρίς κανένα πρόβλημα, μέχρι την στιγμή του ξαφνικού τραυματισμού. Η πλήρης διάγνωση του ιατρού που τον εξέτασε ήταν ρήξη πρόσθιου χιαστού γόνατος και ρήξη μηνίσκου.

Ο πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος αποτελεί δομή που συμβάλλει στην σταθερότητα της άρθρωσης του γόνατος, περιορίζοντας παθητικά την πρόσθια κνημιαία ολίσθηση επί του μηριαίου οστού, αλλά κυρίως ρυθμίζοντας τη βέλτιστη ενεργοποίηση και συνεργία των μυϊκών ομάδων γύρω από την άρθρωση. Ο τραυματισμός του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου είναι ιδιαίτερα συχνή αθλητική κάκωση και αφορά κυρίως αθλήματα με συχνές εναλλαγές κατεύθυνσης, άλματα και περιόδους με τρέξιμο υψηλής έντασης (Πάτρας, 2009).

Ύστερα από την εξέταση ο Γιώργος ήταν φανερά αγχωμένος και εκνευρισμένος καθώς δεν είχε υποβληθεί ποτέ σε κάποια χειρουργική επέμβαση και επιπλέον η πολύμηνη αποκατάσταση θα τον αποσπούσε από το πρόγραμμα του όπως ο ίδιος δήλωνε. Αρχικά τα συναισθήματά του συγκεντρώθηκαν στον φόβο του χειρουργείου. Ο ίδιος συζητούσε με την οικογένεια του και διάφορους φίλους του για το αν πρέπει ή όχι να πραγματοποιήσει την επέμβαση. Η πολυγνωμία είχε ως αποτέλεσμα να μπερδέψουν τον ασθενή καθώς οι απόψεις ήταν πολύ διαφορετικές μεταξύ τους. Μετά από συζητήσεις με ειδικούς όμως που αρχικά τον καθησύχασαν αποφάσισε να πραγματοποιήσει την επέμβαση όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Ο Γιώργος προσπαθώντας μόνος του να διαχειριστεί το άγχος του αποφάσισε να ενημερωθεί για τις διαδικασίες της επέμβασης και της αποκατάστασης διαβάζοντας ιατρικές εκθέσεις ή βλέποντας video στο internet από παρόμοιες επεμβάσεις. Αυτό φαίνεται να καθησύχαζε αρκετά τον ασθενή ο οποίος παρέμεινε ψύχραιμος μέχρι την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Το άγχος πάντα υπήρχε βέβαια όπως ο ίδιος αναφέρει αλλά η ψυχολογία του παρέμενε θετική. Το ίδιο άγχος επικρατούσε προ - εγχειρητικά μαζί με κάποιες φοβίες οι οποίες κατέλαβαν τον Γιώργο. Μετά την επέμβαση ο ίδιος, αν και πονούσε αρκετά παρόλα τα παυσίπονα, ήταν ιδιαίτερα χαρούμενος και ευχαριστημένος με την έκβαση της επέμβασης και ήταν έτοιμος να ακολουθήσει το πρόγραμμα της αποθεραπείας. Κατά την διάρκεια της αποκατάστασης ο Γιώργος ήταν αρχικά αρκετά εκνευρισμένος καθώς χρειαζόταν βοήθεια για να μετακινηθεί ακόμα και μέσα στο σπίτι.

Επιπλέον μέσα στο πρόγραμμα της αποκατάστασης ο ιατρός συνέστησε αντιπηκτικές ενέσεις ηπαρίνης, είκοσι στον αριθμό, οι οποίες έπρεπε να πραγματοποιηθούν σταδιακά ανά δύο κάθε μέρα πράγμα που στρες στον ασθενή καθώς φοβόταν την βελόνα. Παρόλα αυτά όλες οι οδηγίες αποκατάστασης ακολουθήθηκαν πιστά και στην συνέχεια άρχισε το πρόγραμμα της φυσιοθεραπείας.

Σε ολόκληρη την διάρκεια της εξαμήνης αποκατάστασης το παράπονο που συχνά εξέφραζε ο Γιώργος ήταν το γεγονός ότι δεν μπορούσε να τρέξει όσο ήθελε καθώς το τρέξιμο, όπως ο ίδιος αναφέρει είναι η αγαπημένη του ασχολία. Πολλές φορές ρωτούσε αν θα μπορέσει να επανέλθει πλήρως στην αρχική του κατάσταση πράγμα του κάθε φορά επιβεβαίωνε ο φυσικοθεραπευτής του.

15.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ: Όπως αναφέρθηκε παραπάνω δεν υπήρξαν σημαντικές ενδείξεις για τον αναπάντεχο τραυματισμό. Οι εξετάσεις του Γιώργου, πριν τον τραυματισμό, κυμαίνονταν σε απολυτός φυσιολογικές τιμές. Οι μόνοι λόγοι που δικαιολογούσαν τον τραυματισμό ήταν τα παραπάνω κιλά του ασθενούς και η κόπωση των μυών από την σκληρή εκγύμναση.

16.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο Γιώργος προέρχεται από μια τετραμελή οικογένεια που αποτελείται από τον πατέρα του, την μητέρα του και την κατά δύο χρόνια μεγαλύτερη αδερφή του. Σαν νέος είναι αρκετά δραστήριος και εργατικός. Μετά το τέλος των σπουδών του στην σχολή οπτικής και οπτομετρίας στο Αίγιο γύρισε πίσω στην γενέτειρα πόλη του, τα Ιωάννινα όπου εκεί ξεκίνησε την πρακτική του άσκηση συνδυάζοντας παράλληλα και το γυμναστιακό του πρόγραμμα. Τον ελάχιστο ελεύθερο χρόνο του τον περνάει είτε σε εξόδους με τους φίλους του, είτε παίζοντας ηλεκτρονικά παιχνίδια, είτε πηγαίνοντας για ένα ήπιο τρέξιμο.

Όσο αναφορά την συμπεριφορά του μέσα στην οικογένεια, ο Γιώργος, βοηθάει όσο πιο πολύ μπορεί τους δικούς του τόσο στις εσωτερικές, όσο και στις εξωτερικές υποχρεώσεις του σπιτιού. Γενικά είναι άτομο πολύ οργανωτικό και παίρνει πρωτοβουλίες. Στις εργασιακές του υποχρεώσεις του θέλει να είναι όσο συνεπής γίνεται. Τέλος στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ο Γιώργος είναι αρκετά κοινωνικός και ομιλητικός με όλο τον κόσμο. Κάνει εύκολα παρέες είναι ιδιαίτερα ευγενικός με όλους.

17.ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ: Ο Γιώργος σε όλη την διάρκεια της αθλητικής του πορείας δεν ήταν επιρρεπής σε τραυματισμούς ούτε και είχε αναφέρει ποτέ κάποια ενόχληση. Όταν ο ίδιος ρωτήθηκε για το ποιος πιστεύει ότι ήταν ο λόγος για τον οποίο τραυματίστηκαν οι χιαστοί του γόνατός του αναφέρει ότι τα αίτια που έγινε αυτός ο τραυματισμός ήταν το γεγονός ότι είχε κάποια παραπάνω κιλά από ότι έπρεπε και ότι πολλές φορές πίεζε τον εαυτό του και τα όρια του σώματος του παραπάνω από όσο έπρεπε με εξουθενωτικά προγράμματα εκγύμνασης.

18.ΣΤΟΧΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ: Ο ιατρός συμβούλεψε τον ασθενή να προχωρήσει σε χειρουργείο πλαστικής πρόσθιου χιαστού για την αποκατάσταση του προβλήματος. Οι συμβουλές του ιατρού ήταν να πραγματοποιήσει, ο Γιώργος, την επέμβαση καθώς είναι ένα νέο παιδί και δεν θα έπρεπε να εγκαταλείψει την άθληση. Ύστερα ο ιατρός αναφέρθηκε στους περιορισμούς μετά το χειρουργείο. Μέσα σε αυτούς αναφέρθηκε αρχικά σε πρόγραμμα ξεκούρασης, κίνηση με υποστήριξη και ηπίας μορφής κινήσεις του άκρου ποδιού ώστε να αποφευχθούν τυχόν κατακλίσεις ή μυϊκή χάλαση. Αργότερα συνέστησε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας με πιο εντατική εκγύμναση του χειρουργημένου μέρους ώστε να επανέλθει σταδιακά στην αρχική του κατάσταση.

Πιο αναλυτικά μετά την επέμβαση, για αρκετό καιρό, ο Γιώργος θα ήταν τον περισσότερο καιρό ξαπλωμένος έχοντας το χειρουργημένο πόδι του όσο πιο άνετα γίνεται και ελαφρός υψωμένο με μαξιλάρια. Δύο φορές την ημέρα θα έκανε ελαφριά άσκηση στο πόδι του ανασηκώνοντας το αρκετές φορές. Πέρα από αυτά ο ιατρός συνέστησε μια σειρά φαρμάκων και ειδική διατροφή πλούσια σε πρωτεΐνες. Μετά από κάποιο διάστημα και αφού ο ίδιος θα μπορούσε να μετακινηθεί μόνος του θα άρχιζε η περίοδος της φυσικοθεραπείας. Η φυσικοθεραπεία περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τεχνική μαλακών μορίων, αρθρική κινητοποίηση, taping, πάγο - θεραπεία, υδροθεραπεία, ασκήσεις βελτίωσης της μυϊκής ελαστικότητας και εκπαίδευση.

19.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αρχικά όπως συμβούλεψε ο ιατρός που εξέτασε τον Γιώργο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί η επέμβαση για την αποκατάσταση του τραυματισμού και την αποφυγή επιπλέον προβλημάτων. Ύστερα από την επέμβαση θα πρέπει ο ασθενής να ξεκουραστεί όσο το δυνατό περισσότερο και να περιορίσει τις μετακινήσεις. Αν χρειαστεί να μετακινηθεί να το πραγματοποιεί με κάποια

βοήθεια έτσι ώστε να ασκείτε όσο το δυνατό λιγότερη πίεση στο χειρουργημένο γόνατο. Επιπλέον να γίνεται η λήψη των φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού και να τηρείτε το ειδικό πρόγραμμα διατροφής. Επιπλέον τις ώρες που ο ασθενής θα είναι ξαπλωμένος το χειρουργημένο άκρο θα πρέπει να βρίσκεται σε άνετη θέση και ελαφρός υπερυψωμένη. Αν παρατηρηθεί οποιοδήποτε οίδημα ή κάποια ενόχληση θα πρέπει να τοποθετηθεί πάγο - νάρθηκας για να αποφευχθούν επεκτάσεις τυχόν προβλημάτων. Μετά από αυτά θα αρχίσει ειδικό πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Κάθε ενόχληση θα πρέπει να αναφέρεται και να καταγράφεται κατευθείαν

20.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. **Ahmad, D.** (2011). Μελέτη του καρκίνου του παχέος εντέρου με μεθόδους ανοσοϊστοχημείας: συσχέτιση με προγνωστικούς παράγοντες. www.phdtheses.ekt.gr.
2. **Barlow, J. H. & Ellard, D.R.** (2006) Child Care, Health and Development Volume 32, Issue 1, p.p. 19-31
3. **Barsky, A.J.** (2001). The American journal of psychiatry, Hypochondriacal patient's beliefs about good health, Volume 150 Issue 7, pp. 1085-1089
4. **Christensen, A.J. & Shawna E.L.** (2002). Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70(3), p.p. 712-724
5. **Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Ebers, A.G., Fraser, J.V. & Wendy, L.** (2003). www.jamanetwork.com
6. **Ingles, T.** (1960). Do patients feel lost in general hospitals? The American Journal of Nursing vol. 60 p.p. 600-714
7. **Juurink, D.N., Herrmann, D., Szalai, J.P., Kopp, A. & Redelmeier, D.A.** (2004) Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly.
8. **Khatam, S.** (2014). The Supplement of Shefaye Khatam p.p. 73-73
9. **Lazarus, R.S.** (1974) Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness. Psychiatry Med December, Vol. 5, no. 4, p.p. 321-333
10. **Nichols, J. & Riegel, B.** (2006). Death Acceptance in Cancer Patients, OMEGA - Journal of Death and Dying vol. 52 p.p. 217-235
11. **Nicola, P.S.** (2011). The Psychological Impact of Nosocomial Infection: A Phenomenological Investigation of Patients' Experiences of Clostridium difficile.

12. **Reimnitz, J. ,William, R. & Kantiktar, K.** (2013). Feeling facts about hospital patients. www.gallup.com
13. **Sime, A. M.** (2012). Relationship of preoperative fear, type of coping, and information received about surgery to recovery from surgery. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 34 p.p. 716-724
14. **Unutzer, J., Patrick, D.L., Simon, G., Grembowski, D. Walker, E., Rutter, C. & Katon, W.** (1997). www.jamanetwork.com
15. **wikipedia**, (2016). Καρκίνος. www.wikipedia.org
16. **Young, H.Y.** (2010). Cancer Management Branch, the American Society of Clinical Oncology p.p. 411-769
17. **Αγγελοπούλου, Ζ. Φώτος, Ν. & Μπροκαλάκη, Η.** (2012). Η επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στην εμφάνιση και εξέλιξη της καρδιακής ανεπάρκειας. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 11, Τεύχος 3. www.vima-asklapiou.gr
18. **Βασιλάκη, Ε.** (2007). Στρατηγικές αντιμετώπισης της χρόνιας πίεσης (χρόνιου στρες) και αντίληψη ελέγχου στον ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση με την ψυχολογική δυσφορία. www.didaktorika.gr
19. **Βασιλείου, Ε.** (2014). Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας και η πορεία του μέχρι σήμερα. Το AIDS και η μελλοντική αντιμετώπιση του.
20. **Βόμβας, Δ.** (2012). Διαταραχές σεξουαλικής λειτουργικότητας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία www.nemertes.lis.upatras.gr
21. **Βώρου, Ρ.** (2012). Ιογενείς Ηπατίτιδες – Ηπατίτιδα Β. www.keelpno.gr
22. **Γιαβασόπουλος, Ε. & Μανίκου, Ο.** (2007). Ρευματοειδής αρθρίτιδα. Ολιστική θεώρηση - θεραπευτική αντιμετώπιση. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 6, Τεύχος 3, www.vima-asklapiou.gr
23. **Γουρζουλίδου, Ε.** (2008). Η σκλήρυνση κατά πλάκας στην περιοχή της δυτικής Ελλάδας - επιδημιολογία της νόσου και κλινική μελέτη των πασχόντων. www.nemertes.lis.upatras.gr
24. **Γκίκα, Ε.** (2007). Ψυχαναλυτική και ψυχοσωματική προσέγγιση του εφήβου με νεανικό διαβήτη. www.didaktorika.gr
25. **Ιωαννίδης, Δ.** (2007). Ψωρίαση. Κοινωνία και υγεία, Τόμος IV, p.p. 123-132. www.helios-eie.ekt.gr
26. **Καμπά, Ε. & Γερογιάννη, Γ.** (2014) Ο πόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 13, τεύχος 3 www.vima-asklapiou.gr
27. **Καρανίκας, Ε.** (2006). Ψυχονευροενδοκρινικοί και ανοσολογικοί μηχανισμοί σε ασθενείς με χρόνια δερματοπάθεια. www.phdtheses.ekt.gr

28. **Καραπούλιος, Δ. Γκέτσιος, Ι. Ρίζου, Β. Τσικλιτάρα, Α. Κωστοπούλου, Σ. Μπαλοδήμου, Χ. & Μάργαρη, Ν.** (2013). Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 12, Τεύχος 4 www.vima-asklipiou.gr
29. **Καρέτσου, Ε. & Κουρουκούνη Ι.** (2009). Η κύηση στην εφηβεία. www.hypatia.teiath.gr
30. **Κατσιμάρδος, Ν.** (2008). Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου - Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΜΕΘ. www.hypatia.teiath.gr
31. **Κατσιμίγκας, Γ., Σπηλιοπούλου, Χ., Νάστου, Χ., & Γκίκα, Μ.** (2009). Νοσηλευτική και θρησκευτική αντιμετώπιση του πόνου, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8, τεύχος 2
32. **Κουπίδης, Σ.** (2011). Σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (Σ.Μ.Λ.) και δημόσια υγεία: ποιότητα ζωής, ψυχολογική επιβάρυνση, κόστος - δαπάνες. www.phdtheses.ekt.gr
33. **Κουτσουράκη, Ε. & Μπαλογιάννης Ι.** (2008) Η συμβίωση με τη σκλήρυνση κατά πλάκας - επιπτώσεις στην οικογένεια. www.enkephalos.gr
34. **Κρουστάλλη, Ε.** (2008). Παράγοντες στεφανιαίας νόσου και ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη. www.hypatia.teiath.gr
35. **Λάγιου, Α.** (2007). Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. www.mednet.gr
36. **Μπεςαράτ, Μ.** (2013). Ανάπτυξη αναδρομικού νευρωνικού δικτύου για την εξατομικευμένη πρόβλεψη της συγκέντρωσης γλυκόζης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. www.dspace.lib.ntua.gr
37. **Μουρατίδου, Δ. & Σιβρόγλου, Κ.** (2014). Νοσηλεία ασθενών με HIV λοίμωξη: Γνώση, προστασία και ενημέρωση εναντίον στον τρόπο και το κοινωνικό αποκλεισμό.
38. **Μουτσόπουλος, Χ.** (2001). Αυτοάνοσα νοσήματα. www.helios-eie.ekt.gr
39. **Μουτσόπουλος, Χ.** (2004). Τι είναι τα αυτοάνοσα νοσήματα. www.helios-eie.ekt.gr
40. **Νικολούδη, Π.** (2001). Μελέτη του ρόλου του συντονιστή νοσηλευτή στην παρακολούθηση ασθενών με χρόνιες ηπατίτιδες (Β και C) www.didiktorika.gr
41. **Παπά, Χ. & Ταράντη, Ε.** (2008). Ο ιός του ανθρώπινου θηλώματος - HPV. www.hypatia.teiath.gr
42. **Παπαδάκης Π.** (2013). AIDS: Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου. www.psychologos-papadakis.gr
43. **Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ.** (2015) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας . Κεφ. 1, Υγεία και αρρώστια: η θέση της ψυχολογίας, σχέσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και αρρώστου στα πλαίσια του βιοϊατρικού και του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας.

44. **Παπαδοπούλου, Λ. & Παπούλια Φ.** (2014). Ψυχοκοινωνικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με κολοστομία. Περιεγχειρητική νοσηλευτική, Τόμος 3, Τεύχος 3 www.hypatia.teiath.gr
45. **Παπαρρηγόπουλος, Θ. & Σταχτέα Ξ.** (2008). Κατάθλιψη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. www.encephalos.gr
46. **Πολυκανδριώτη, Μ. & Φούκα, Γ.** (2013). Σχέση στεφανιαίας νόσου και άγχους - κατάθλιψης. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 12, Τεύχος 1, www.vima-asklipiou.gr
47. **Πρασιάδης, Χ.** (2015). Καρκίνος του προστάτη.
48. **Προβιστάλης, Χ.** (2012). Καρδιακή ανεπάρκεια και ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα ασθενούς με καρδιακή ανεπάρκεια. www.digilib.teiimt.gr
49. **Σιέτου, Μ. & Σαρίδη, Μ.** (2011). Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 10, Τεύχος 1, www.vima-asklipiou.gr
50. **Σουτζόγλου-Κοτταρίδη, Γ.** (1985). Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας: ο καρκίνος του μαστού.
51. **Σπένγγος, Κ.** (2008). Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια-Πού βρισκόμαστε σήμερα; www.encephalos.gr
52. **Σπινάκης Π.** (2004). Ορισμός - ψυχολογίας www.web4healt.info/gr/
53. **Τούλια, Γ. & Κουτσοπούλου Β.** (2014). Άγχος και κατάθλιψη καρδιοχειρουργημένων ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 1, Τεύχος 1, www.hypatia.teiath.gr
54. **Τσιαπαλή, Χ. & Ξακουστή, Μ.** (2007) Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και αγωγή υγείας. www.hypatia.teiath.gr
55. **Τσιρτσιρίδου, Β. & Βασιλοπούλου, Γ.** (2014). Ψυχοκοινωνικές και πολιτισμικές όψεις του πόνου. Περιοδικό: Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.
56. **Τσουκαλάς, Ν. Παπακωστίδη, Α. Τόλια, Μ.** (2012). Καρκίνος παχέος εντέρου ανεπιθύμητες ενέργειες αντινεοπλασματικών θεραπειών. www.mednet.gr
57. **Τριγώνη Μ.** (2001) www.pagni.gr
58. **Υγείαonline,** (2008). Καρδιοπάθεια. www.ygeiaonline.gr
59. **Χανιώτης, Ι.Κ. & Χανιώτης Ι.Φ.** (2010). Γενετική και επιγενετική μελέτη στην εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης. www.hypatia.teiath.gr
60. **Χατζηδημητρίου Α.** (2014). Πως βοηθά η ψυχολογική υποστήριξη τον ασθενή. www.iatronet.gr
61. **Χατζοπούλου, Χ.** (2014). Καρκίνος του πνεύμονα και κάπνισμα. www.hypatia.teiath.gr

Τέλος Εργασίας