

Τ.Ε.Ι. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

“ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-
ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ
ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗ”

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΚΑΝΑΒΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΓΚΑΡΓΚΑΣΟΥΛΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ
ΤΣΟΥΤΣΑΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
1.Ιστορική ανασκόπηση του όρου "ψυχοσωματικός".....	4
2.Οι ψυχοσωματικές σχολές.....	5-6
3.Αιτιοπαθογενείς παράγοντες των ψυχοσωματικών νοσημάτων	7-11
4.Διαγνωστικά κριτήρια.....	12
5.Αναφορά των κυριότερων ψυχοσωματικών παθήσεων	13
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	14
1.Ψυχοσωματικές ασθένειες	14
1.1.Οι ψυχοσωματικές ασθένειες του πεπτικού σωλήνα.....	15
1.1.1.Έμετοι- ανάρροια.....	15
1.1.2.Πεπτικό έλκος	16
1.1.3.Ελκώδης κολίτιδα.....	17
1.1.4.Νόσος του Crohn.....	17
1.1.5.Ευερέθιστο κόλο ή σπαστική κολίτιδα.....	18
1.1.6.Δυσκοιλιότητα.....	18
1.2.Θεραπεία.....	19-20
1.3.Κλινικές περιπτώσεις	20
1.3.1.Ελκώδης κολίτιδα.....	20
1.3.2.Δυσκοιλιότητα.....	21
1.3.3.Σπαστική κολίτιδα με εκδήλωση αλεξιθυμίας.....	21
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	23
2.Ο ρόλος του νοσηλευτού σε ασθενείς με ψυχοσωματικές ασθένειες	23
2.1.Εισαγωγικά στοιχεία.....	24-25
2.2.Ψυχολογική φροντίδα ατόμων με ένταση(stress).....	25-30
2.2.1.Νοσηλευτική εκτίμηση αρρώστου με ένταση.....	30-32
2.2.2.Νοσηλευτική διάγνωση / Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	33-35
2.3.Ψυχολογική φροντίδα ατόμων με άγχος	36-38
2.3.1.Νοσηλευτική διάγνωση / Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	39-40
2.3.2.Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων.....	40
2.3.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	41-42
2.4.Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική νοσηλευτική ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο.....	43-44
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	46
3.Έρευνα.....	46
3.1.Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και οισοφαγίτιδα από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.....	47
3.1.1.Ορισμός.....	47
3.1.2.Αιτιολογία και παθογένεση.....	47-48

3.1.3.Κλινικές εκδηλώσεις.....	48-49
3.1.4.Διάγνωση.....	49-51
3.1.5.Θεραπεία και πρόγνωση.....	51-52
3.2.Ερωτηματολόγιο.....	53-58
3.3.Σκοπός της έρευνας.....	59
3.4.Μέθοδος της έρευνας.....	59-60
3.4.1.Ποσοστά δημογραφικών ερωτήσεων.....	61-63
3.5.Ανάλυση ερωτήσεων του ερωτηματολογίου γενικής υγείας GHQ-30 και της κλίμακας ποσοτικής εκτίμησης του άγχους (MAX HAMILTON).....	64-65
3.5.1.Σκορ ψυχοπαθολογίας στον άξονα της κατάθλιψης.....	66
3.5.1.α. Σκορ ψυχοπαθολογίας στον άξονα του άγχους.....	67
3.5.2.Κατανομή του σκορ κατάθλιψης των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ.....	68
3.5.2.α. Κατανομή του σκορ άγχους των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ.....	69
3.5.3.Ποσοστά εκδήλωσης σωματικών συμπτωμάτων του άγχους της κλίμακας ποσοτικής εκτίμησης του άγχους (MAX HAMILTON).....	70
3.5.4.Κατανομή του σκορ σωματοποιημένου άγχους της κλίμακας HAMILTON.....	71
3.5.5.Συσχέτιση του φύλου των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ με το σκορ κατάθλιψης.....	72
3.5.5.α.Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης.....	73
3.6.Ραβδογράμματα ποσοστών άνδρες –γυναίκες	74
3.6.1.Ραβδογράμματα ποσοστών μορφωτικού επιπέδου.....	75
3.6.2.Ραβδογράμματα συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης με την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης.....	76
3.6.3.Ραβδογράμματα συσχέτισης του φύλου των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ με τα ποσοστά εκδήλωσης κατάθλιψης.....	77
3.7.Γραφική παράσταση παρουσίασης κατάθλιψης σε ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ.....	78
3.7.1.Γραφική παράσταση παρουσίασης άγχους σε ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ.....	79
3.7.2.Γραφική παράσταση του σκορ σωματοποιημένου άγχους σε ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ.....	80
3.8.Κλινικές περιπτώσεις	81
3.8.1.Λειτουργικά ενοχλήματα από το ανώτερο πεπτικό – και ψυχολογικές διαταραχές.....	81
3.8.2.Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση –και καρδιακή στηθάγχη..	82
3.5.6.Συμπεράσματα.....	83-85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	86-87

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της Πτυχιακής μας εργασίας είναι:

"Ψυχοσωματικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος - έρευνα στην οισοφαγίτιδα από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) και την ψυχοσωματική της διάσταση".

Κατά καιρούς έχουμε ακούσει γνωστές λαϊκές εκφράσεις "μου κάθισε στο στομάχι", "μου φέρνει αναούλα", "δεν μπορώ να τον χωνέψω" κ.λ.π. Από τα παραπάνω είναι εύκολο να καταλάβουμε γιατί ο γαστρεντερικός σωλήνας δίκαια έχει χαρακτηριστεί ως "αντηχείο των συγκινήσεων", για την ικανότητα, (που είναι συγχρόνως και ατυχία του) να χρησιμεύει ως δίαυλος για την έκφραση συγκινησιακών καταστάσεων.

Σκοπός της Πτυχιακής μας εργασίας είναι αφ' ενός να εκθέσουμε τις γνωστές ψυχοσωματικές νόσους του πεπτικού συστήματος και αφ' ετέρου με την έρευνά μας σε ασθενείς με οισοφαγίτιδα από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) να εξετάσουμε κατά πόσο συμμετέχουν συναισθηματικοί παράγοντες έτσι ώστε να συσχετιστεί η πιθανότητα ψυχοσωματικής θεώρησης.

Για την πολύτιμη βοήθεια στην προσπάθειά μας αυτή, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο καθηγητή μας κ. Καναβάκη Εμμανουήλ, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των Γαστρεντερολογικών τμημάτων ενδοσκοπήσεων του Β.Γ.Ν.Η., και Π.Α.Γ.Ν.Η. της Γαστρεντερολογικής κλινικής του Π.Α.Γ.Ν.Η., των Παθολογικών κλινικών του Β.Γ.Ν.Η., καθώς και όλους όσους πήραν μέρος στην έρευνά μας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιστορική ανασκόπηση του όρου "ψυχοσωματικός"

Ο όρος "ψυχοσωματικός", οφείλεται στο Γερμανό ψυχίατρο Heinroth (1818), που θεώρησε την προέλευση της αϋπνίας ως "ψυχοσωματική". Οπωσδήποτε, όμως, η έννοια που απέδωσε ο Heinroth στον όρο ήταν ασαφής, όπως ασαφής ήταν και είναι η χρησιμοποίησή του από πολλούς μέχρι και σήμερα.

Παρ' όλα αυτά, είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, ότι ήδη ο Πλάτωνας είχε συλλάβει την ουσία του όρου γιατί είχε σημειώσει ότι η ικανότητα των γιατρών να θεραπεύσουν την αρρώστια ήταν περιορισμένη "επειδή παρέβλεπαν το όλο, που έπρεπε επίσης να μελετηθεί, καθώς το μέρος δεν μπορεί ποτέ να γίνει καλά εκτός αν γίνει το όλο καλά". Η μοντέρνα έννοια του όρου "ψυχοσωματικός", είναι ακριβώς αυτή της αρχαίας Ελλάδας: η "ολιστική άποψη του ανθρώπου και της ιατρικής, ότι δηλαδή ψυχή και σώμα είναι συνθετικά τμήματα του ατόμου, που διαχωρίζονται μόνο τεχνητά για λόγους μελέτης και ανάλυσης, αλλά που στη φύση είναι αδιαίρετα.

Μέχρι περίπου το 1920 με 1930, ο όρος ψυχοσωματικός χρησιμοποιούνταν με μεγάλη ασάφεια. Κάτω από την επήρεια της ψυχανάλυσης, της ψυχοφυσιολογίας και της ψυχοβιολογίας άρχισε προοδευτικά να χρησιμοποιείται ο όρος και πιο σωστά - με την έννοια του ολιστικού" που είπαμε παραπάνω - σαν αντίδραση στο δυϊσμό (ψυχή-σώμα) της ιατρικής και στη μηχανιστική αντιμετώπιση του αρρώστου σαν σώμα, που παραγνώριζε τις ψυχολογικές και κοινωνικές του διαστάσεις.

Έτσι δημιουργήθηκε η ενοποιημένη, συνθετική και ολοκληρωμένη άποψη της ανθρώπινης λειτουργίας, που είναι η ψυχοσωματική ιατρική. Αν λοιπόν θέλαμε να δώσουμε ένα ορισμό θα λέγαμε: η ψυχοσωματική ιατρική ορίζεται ως η επιστημονική μελέτη των σχέσεων μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην υγεία και την ασθένεια ως η προσέγγιση στην εξάσκηση της ιατρικής που βασίζεται στην ολιστική άποψη του ασθενή. Και ως οι κλινικές και ερευνητικές δραστηριότητες στο όριο μεταξύ ψυχιατρικής και ιατρικής, που είναι η συμβουλευτική – διασυνδεδετική ψυχιατρική.

2. ΟΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ

Μεταξύ του 1920-1930 και σήμερα τρεις ψυχοσωματικές σχολές διεκδίκησαν τα πρωτεία: η ψυχοκοινωνική, η ψυχοφυσιολογική και η ψυχοβιολογική (ή ολιστική ή βιοψυχοκοινωνική).

Η ψυχαναλυτική σχολή με κύριο εκπρόσωπο του F.Alexander προσπάθησε να εφαρμόσει την ψυχαναλυτική μέθοδο στη σωματική αρρώστια και εστιάστηκε στην ψυχογένεση ενός αριθμού σωματικών διαταραχών αγνώστου αιτιολογίας, όπως το δωδεκαδακτυλικό έλκος, το βρογχικό άσμα, η ελκώδης κολίτιδα, η θυρεοτοξίκωση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νευροδερματίτιδα και η ιδιοπαθής υπέρταση. Ψυχογένεση σήμαινε ότι υποθετικές συγκρούσεις που αφορούσαν κυρίως ενορμήσεις ή ανάγκες επιθετικές ή εξάρτησης οδηγούσαν σε σωματικές διαταραχές. Έτσι δημιουργήθηκε η θεωρία της εξειδίκευσης, ότι δηλαδή συγκεκριμένες ασυνείδητες συγκρούσεις, άμυνες και συναισθήματα οδηγούσαν σε συγκεκριμένη σωματική διαταραχή.

Μολονότι, λοιπόν, ο Alexander διακήρυσσε την ολιστική άποψη, εντούτοις η θεωρία του ουσιαστικά πρότεινε την απλοϊκή πρόκληση από ψυχολογικές αιτίες των σωματικών διαταραχών, άρα και τον δυϊσμό πάλι ψυχή-σώμα. Οι απόψεις του Alexander διαδόθηκαν ευρύτατα και διατηρήθηκαν για αρκετά χρόνια, έως ότου υποχώρησαν στη σημερινή μοντέρνα ολιστική άποψη.

Τα τελευταία 25 χρόνια, καθώς ο ρόλος της ψυχαναλυτικής σχολής σιγά σιγά ελαττώθηκε, οι δυο σχολές προοδευτικά κυριάρχησαν στον χώρο. Η ψυχοφυσιολογική σχολή βασίστηκε στις μελέτες του Ρανίου για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά και του Cannon για τις φυσιολογικές (σωματικές) συνιστώσες των συναισθημάτων. Σημαντικότερη μορφή της σχολής αυτής ήταν ο H.G. Wolff, ο οποίος μελέτησε με αυστηρή επιστημονική μεθοδολογία την επίπτωση των γεγονότων ή συμβάντων της ζωής πάνω στην υγεία, τα φυσιολογικά (σωματικά) ανάλογα των συγκινησιακών καταστάσεων, τα φυσιολογικά (σωματικά) ανάλογα παθήσεων όπως η στεφανιαία νόσος, τους φυσιολογικούς (σωματικούς) μηχανισμούς που κινητοποιούνται όταν το άτομο εκτεθεί σε προσωπικά σημαντική και ιδιαίτερα στρεσογόνα πληροφορήση κ.ο.κ. Όλο αυτό το πεδίο της έρευνας ονομάστηκε σιγά-σιγά ψυχοφυσιολογία.

Η ψυχοβιολογική σχολή ξεκίνησε από τις ιδέες του A.Meyer (ότι ο άνθρωπος είναι μια ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική ενότητα) και αναπτύχθηκε ιδιαίτερα από την F.Dunbar, η οποία και τόνισε την ανάγκη για μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη μελέτη και τον θεραπευτικό χειρισμό όλων των ασθενών, κι όχι μόνο των ονομαζόμενων “ψυχοσωματικών”. Η Dunbar ήταν πραγματικός εκπρόσωπος της ολιστικής προσέγγισης του ασθενή και από τους σκαπανείς της συμβουλευτικής – διασυνδεδετικής ψυχιατρικής. Η ολιστική άποψη της Dunbar ενέπνευσε την ενοποιημένη θεωρία της ανθρώπινης συμπεριφοράς του Grinker, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της νόσου και της ιατρικής πρακτικής του Engel, την πολυπαραγοντική αιτιολογική υπόθεση της αρρώστιας του Mirsky.

Έτσι, από τα παραπάνω, είναι φανερό ότι ο όρος “ψυχοσωματικός” ακόμη και σήμερα χρησιμοποιείται με δυο έννοιες: ψυχογενετικός και ολιστικός. Η πρώτη σημαίνει ότι ψυχολογικοί παράγοντες, και ειδικότερα συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν σωματική αρρώστια. Η υπόθεση αυτή σήμερα θεωρείται απλοϊκή και μη ικανοποιητική. Η γραμμική αιτιολογική υπόθεση δεν ανταποκρίνεται στα γεγονότα.

Η δεύτερη έννοια, ολιστικός θεωρείται σήμερα ως η μόνη σωστή, διότι αναφέρεται σ’ ένα σύστημα υποθέσεων για την ψυχή και το σώμα, στον ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην υγεία και την αρρώστια και στην πρακτική σημασία των παραγόντων αυτών στην θεραπευτική. Η ενότητα ψυχής – σώματος είναι βασικό φιλοσοφικό αξίωμα. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε κάθε αρρώστια και επεισόδια αρρώστιας. Κάθε πάθηση θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της σύμπλοκης αντίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων.

3. Αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες των ψυχοσωματικών νοσημάτων

Κληρονομικότητα

Αυτό που πιστεύεται ότι κληρονομείται είναι η ευεπιφορότητα (προδιάθεση) για νόσηση. Αυτή η ευεπεριφορότητα έχει επισημανθεί σε νοσήματα όπως το βρογχικό άσθμα, το έλκος του δωδεκαδακτύλου, η ημικρανία, η αρτηριακή υπέρταση κ.λ.π.

Προσωπικότητα

Παίζει κάποιο ρόλο στην εκδήλωση ψυχοσωματικών νοσημάτων, όχι όμως καθοριστικό ούτε εξειδικευμένο. Παλαιότερα, είχε υποστηριχθεί ότι ένας συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας προδιαθέτει για συγκεκριμένη πάθηση, η άποψη όμως αυτή είναι σήμερα ξεπερασμένη. Πολλοί θεώρησαν πιθανότερη την ύπαρξη συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που προετοιμάζουν και εγκαθιστούν την εκάστοτε ψυχοσωματική πάθηση. Από τους ψυχοδυναμικού προσανατολισμού ερευνητές υποστηρίζεται ότι παθήσεις του ανώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα (π.χ. έλκος του δωδεκαδακτύλου) απαντούν σε άτομα που έχουν καθλωθεί στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, ενώ παθήσεις του κατώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα σε άτομα που έχουν καθλωθεί στο πρωκτικό στάδιο

Συναισθηματική διαπάλη

Έχει υποστηριχθεί ότι ένας συγκεκριμένος τύπος συναισθηματικής διαπάλης προδιαθέτει στην εκδήλωση ενός συγκεκριμένου τύπου ψυχοσωματικής διαταραχής. Για παράδειγμα, ο Alexander και οι συνεργάτες του έχουν υποστηρίξει ότι η διαπάλη ανάμεσα στις συνειδητές τάσεις ανεξαρτησίας και στις υποσυνειδητές τάσεις εξάρτησης μπορεί να οδηγήσει στο έλκος του δωδεκαδακτύλου. Οι ψυχοδυναμικές αυτές απόψεις επιβεβαιώθηκαν από ορισμένες μελέτες, δεν έχουν όμως γενική εφαρμογή.

Στρεσσογόνοι παράγοντες

Ψυχοπιεστικές καταστάσεις που προκαλούν stress συμβάλλουν στην έκλυση ψυχοσωματικών νοσημάτων. Οι ψυχοπιεστικές αυτές καταστάσεις είναι συνήθως δυσάρεστες. Η αντίδραση πένθους μετά από θάνατο, οικονομικά προβλήματα, επαγγελματικές πιέσεις, τεταμένες ανθρώπινες σχέσεις. Υπάρχουν όμως και ευχάριστες καταστάσεις, που συνιστούν στρεσσογόνα γεγονότα. Η προαγωγή στην εργασία, ο γάμος, η απόκτηση παιδιού, δημιουργούν μεγαλύτερες υποχρεώσεις και περισσότερο stress που με τη σειρά του συμβάλλει στην ανάπτυξη των ψυχοσωματικών παθήσεων.

Ιδιαίτερη σημασία για την έκλυση ψυχοσωματικών νοσημάτων έχει αποδοθεί στις καταστάσεις ψυχολογικού αδιεξόδου (helplessness and hopelessness), στις καταστάσεις δηλαδή όπου οι συνθήκες είναι τόσο απελπιστικές, ώστε δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης ή οδός διαφυγής. Τέτοιες καταστάσεις παρατηρήθηκαν σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού κατά τον πρόσφατο πόλεμο στην πρώην Γιουγκοσλαβία, στις οποίες παρατήρησε σημαντική αύξηση παθήσεων όπως ο καρκίνος ο ολισμός κ.λ.π.

Πώς όμως, δρουν οι ψυχοπιεστικοί (στρεσσογόνοι) παράγοντες; Μέσα από ποιο δίαυλο επιδρούν; Ποιος είναι ο μεσάζων;

Ο μεσάζων μπορεί να είναι:

- Το αυτόνομο νευρικό σύστημα

Όπως είναι γνωστό, το μεν συμπαθητικό σύστημα κινητοποιείται προπαρασκευάζοντας τον οργανισμό σε καταστάσεις επικίνδυνες όπου επιβάλλεται μεγάλο έργο (με την άμυνα ή φυγή), το δε παρασυμπαθητικό περιστελλει τις λειτουργίες και την εξωτερική δραστηριότητα.

Οι κυριότεροι από τους μηχανισμούς του συμπαθητικού σκέλους είναι η επιτάχυνση της καρδιακής λειτουργίας, η αύξηση της αρτηριακής πίεσεως, η διαστολή των αιμοφόρων στους σκελετικούς μυς κ.λ.π. Έτσι μπορούν να εξηγηθούν πολλές νευρωτικές καταστάσεις της καρδιάς, να εξηγηθεί ο ρόλος των συγκινησιακών συντελεστών στο σακχαρώδη διαβήτη, αλλά ακόμη να εξηγηθεί και ο παθογενετικός ρόλος της επιθετικότητας στους χρόνιους ρευματισμούς με την ύπαρξη “χρόνιας μυϊκής τάσεως”.

Στην δεύτερη ομάδα, όπου τον πρωταρχικό ρόλο παίζει το παρασυμπαθητικό σκέλος, ανήκουν κατά τον Alexander όλες σχεδόν οι γαστρεντερικές νευρώσεις και το βρογχικό άσθμα. Οι ψυχοσωματικές αυτές παθήσεις οφείλονται στο ότι η νευρωτική προσωπικότητα αυτών των αρρώστων αποσπάται συναισθηματικά από την δράση και την αντιμετώπιση του κινδύνου και αναδιπλώνεται σε μια παθητική κατάσταση εξαρτήσεως.

- Ο υποθαλαμο-υποφυσικο-επινεφριδιακός άξονας

Η δυσλειτουργία του άξονα αυτού οδηγεί σε μια πλειάδα ψυχοσωματικών εκδηλώσεων.

- Οι αδένες έσω εκκρίσεως

Έχει επισημανθεί, π.χ. ο ρόλος των κορτικοστεροειδών στην περίπτωση του συνδρόμου γενικής προσαρμογής του Hans Selye.

- Το ανοσοβιολογικό σύστημα

Υπάρχει στενή σχέση του ανοσοβιολογικού συστήματος με τον εγκέφαλο. Μεταβολές στο Κ.Ν.Σ. τροποποιούν την απαντητικότητα του ανοσοβιολογικού συστήματος και οι ανοσοβιολογικές αντιδράσεις επιδρούν στη δραστηριότητα του Κ.Ν.Σ.

Οι ιντερλευκίνες και οι ιντερφερόνες (χημικές ουσίες που χρησιμοποιούν για την επικοινωνία των κυττάρων του ανοσοβιολογικού συστήματος μεταξύ τους) δρουν και σε υποδοχείς των εγκεφαλικών κυττάρων.

Είναι επίσης γνωστό ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά τις ανοσοβιολογικές αντιδράσεις (μείωση-T-λεμφοκυττάρων σε ανθρώπους που έχασαν το σύντροφό τους, σε άνεργους, στους ανθρώπους που έχουν συγγενείς με νόσο Alzheimer, ακόμη και σε φοιτητές σε περίοδο εξετάσεων).

Μαθησιακοί παράγοντες

Είναι γνωστό ότι, με μηχανισμούς μάθησης, μπορεί κανείς να επηρεάζει συνειδητά ορισμένες λειτουργίες του σώματος, όπως π.χ. τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση, τον ηλεκτροεγκεφαλογραφικό ρυθμό κ.λ.π.

Οι παρατηρήσεις αυτές έχουν οδηγήσει στη διατύπωση της άποψης ότι μαθησιακοί παράγοντες μπορεί να συνδέονται αιτιοπαθογενετικά με τα ψυχοσωματικά νοσήματα. Έχουν επίσης οδηγήσει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως π.χ. σε περιπτώσεις παροξυσμικής ταχυκαρδίας, κρίσεων κεφαλαλγίας κ.λ.π., με μηχανισμούς βιοανατροφοδότησης (bio feedback). Ο ασθενής δηλαδή, πληροφορείται π.χ. το ρυθμό της καρδιάς του παρακολουθώντας την καταγραφή του σε μια οθόνη και συνειδητά τον τροποποιεί.

Παράγοντες συνδεδεμένοι με τη συναισθηματική εκφόρτιση

Κατά την άποψη των ψυχοδυναμικών ψυχιάτρων, οι επιθετικές τάσεις εκφορτίζονται ακολουθώντας την παρακάτω διαδικασία.

- Σχεδιασμός της επιθετικής ενέργειας (ψυχοδιανοητική φάση).
- Προσαρμογή του οργανισμού στις ανάγκες που απορρέουν από την επιθετική ενέργεια (αύξηση κυκλοφορίας του αίματος, υπέρπνοια), μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος.
- Σωματοποίηση της επιθετικότητας με επιθετική μυϊκή ενέργεια (νευρομυϊκή φάση).

Αν η διαδικασία αυτή ανασταλεί κατά τη πρώτη φάση, μπορεί να προκληθεί ημικρανία, αν ανασταλεί στη δεύτερη φάση μπορεί να προκύψει υπέρταση, αν ανασταλεί στην τρίτη φάση μπορεί να προκύψει αρθρίτιδα.

Αν αποδεχθούμε τις απόψεις αυτές, το πρακτικό θεραπευτικό συμπέρασμα που απορρέει είναι ότι η επιθετικότητα θα πρέπει να εκφορτίζεται. Επειδή όμως η εκφόρτιση αυτή δεν επιτρέπεται να γίνεται προς τον αρχικό στόχο (δεν μπορεί π.χ. να χαστουκίζει κανείς ατιμωρητί τον προϊστάμενό του), ο στόχος αλλάζει και γίνεται, π.χ. μια μπάλα ποδοσφαίρου. Έτσι, η απαγορευμένη επιθετική ενέργεια μετασχηματίζεται σε μια κοινωνικά αποδεκτή επιθετική ενέργεια.

Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Έχει βρεθεί κάποια σχέση των ψυχοσωματικών διαταραχών με τη χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη, καθώς και με συνθήκες κοινωνικής αποδιοργάνωσης.

Η αρτηριακή υπέρταση ειδικότερα έχει συσχετιστεί με το χαμηλό οικονομικό εισόδημα, καθώς και με διαβίωση σε συνθήκες συνωστισμού (παρατηρήσεις σε ζώα του εργαστηρίου).

Αλεξιθυμία

Ο ψυχοσωματικός άρρωστος, γενικά δοκιμάζει μεγάλη δυσκολία όταν είναι να εκφράσει συναισθήματα, τα οποία ή διατείνεται ότι δεν έχει, ή δεν μπορεί να περιγράψει. Η δυσκολία αυτή έχει επικρατήσει να ονομάζεται αλεξιθυμία (Σιφναίος και Nemiah).

Εκτός από τη δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων στην αλεξιθυμία παρατηρείται περιορισμένη φαντασία, πρακτικός τρόπος σκέψης, τάση περιγραφής λεπτομερειών και όχι συναισθημάτων.

Η αλεξιθυμία είναι μια χρήσιμη έννοια, που μας βοηθάει να κατανοήσουμε το λόγο για τον οποίο ο ψυχοσωματικός ασθενής αναγκάζεται να επιλέξει το σωματικό κανάλι για να εκφράσει τα συναισθήματά του.

4. Διαγνωστικά κριτήρια

Στα τρέχοντα ταξινομικά συστήματα δεν υπάρχει ο όρος "ψυχοσωματικά νοσήματα". Η κατηγορία ατή των νοσημάτων έχει αντικατασταθεί στο διαγνωστικό σύστημα DSM-IV από τη περιέργη κατηγορία "ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν ιατρικές καταστάσεις", ενώ στο σύστημα ICD-10 υπάρχει πολυδιάσταση των ψυχοσωματικών νοσημάτων, που καταχωρούνται στις "σωματόμορφες διαταραχές", τις "διαταραχές στη πρόσληψη τροφής" στη "σεξουαλική δυσλειτουργία" και στη κατηγορία "ψυχολογικοί παράγοντες ή παράγοντες συμπεριφοράς συνδεόμενοι με διαταραχές ή νόσους που ταξινομούνται αλλού".

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV είναι:

A. Κάποια γενικά ιατρική κατάσταση είναι παρούσα (π.χ. άσθμα, κολίτιδα, έλκος).

B. Ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη γενική ιατρική κατάσταση με κάποιον από τους ακόλουθους τρόπους:

- (1) Οι παράγοντες που έχουν επηρεάσει την πορεία της γενικής ιατρικής κατάστασης, όπως δείχνει η στενή χρονική σχέση ανάμεσα στους ψυχολογικούς παράγοντες και στην εμφάνιση ή παρόξυνση ή καθυστέρηση της ανάρρωσης από τη γενική ιατρική κατάσταση. (π.χ. επιβράδυνση της ανάρρωσης από μια εγχείριση έλκους).
- (2) Οι παράγοντες παρεμβαίνουν στη θεραπεία της γενικής ιατρικής κατάστασης.
- (3) Οι παράγοντες αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου για την υγεία του ατόμου.
- (4) Φυσιολογικές απαντήσεις σχετιζόμενες με στρες προκαλούν ή παροξύνουν συμπτώματα της γενικής ιατρικής κατάστασης.

5.Αναφορά των κυριότερων ψυχοσωματικών παθήσεων

Οι παθήσεις που θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως ψυχοσωματικές, ενώ αρχικά αφορούσαν περιορισμένο αριθμό, σήμερα ξεπερνούν κατά πολύ τις 40, ενώ καθημερινά προστίθενται νέες.

Στον πίνακα 1 παρατίθενται ορισμένες διαταραχές που θεωρούνται κατεξοχήν "ψυχοσωματικές".

Πίνακας 1: Μερικές ψυχοσωματικές διαταραχές

Ακμή	Νευροδερματίτιδα
Αλλεργικές αντιδράσεις	Παχυσαρκία
Αγγειονευρωτικό οίδημα	Προεμμηνορρυσιακή συνδρομή
Αρρυθμία	τάσεως
Βρογχικό άσθμα	Κνησμός πρωκτού
Σύνδρομο χρόνιου πόνου	Τοπική εντερίτιδα
Στηθάγχη	Ρευματοειδής αρθρίτιδα
Στεφανιαία νόσος	Ταχυκαρδία
Σακχαρώδης διαβήτης	Ελκώδης κολίτιδα
Έλκος δωδεκαδακτύλου	Φυματίωση
Αρτηριακή υπέρταση	Ουρτικάρια
Κεφαλαλγία	Έμετοι
Ημικρανία	Καρκίνος
Σύνδρομο ευερέθιστου κόλου	Ανοσοβιολογικά νοσήματα
Βλεννώδης κολίτιδα	Υπερθυρεοειδισμός

Μέρος Πρώτο

«Ψυχοσωματικές Ασθένειες»

1.1 Οι ψυχοσωματικές ασθένειες του πεπτικού σωλήνα.

Το γαστρεντερικό σύστημα, όπως προαναφέραμε και στον πρόλογο μας, έχει χαρακτηριστεί ως «αντήχειο των συγκινήσεων». Στα νήπια η διατροφή, η πείνα και ο κόρος, η εκπαίδευση στον έλεγχο των σφιγκτήρων, είναι στενά δεμένα με την ανατροφή τους. Μια σειρά από διάφορα συναισθήματα επηρεάζουν την λειτουργία του πεπτικού συστήματος ή βρίσκουν διέξοδο μέσα από δραστηριότητες που έχουν σχέση με το πεπτικό σύστημα: θυμός, φόβος, διέγερση, χαρά και θλίψη, μπορεί να μεταβάλουν την κινητικότητα του στομάχου, όσο και των εντέρων, αλλά ακόμα και το ρυθμό λειτουργίας των αδένων, που έχουν σχέση με το πεπτικό σύστημα. Διάρροια και δυσκοιλιότητα είναι στενά συνδεδεμένα με συναισθηματικές καταστάσεις. Είναι φυσικό λοιπόν η έννοια της ψυχοσωματικής διαταραχής να βρίσκει την πληρέστερη έκφρασή της στις διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος.

1.1.1 Εμετοί-ανάρροια

Οι ψυχογενείς εμετοί είναι αρκετά συχνοί. Παρατηρούνται περιστασιακά σε καταστάσεις έντονης αηδίας ή φόβου. Σε μερικά άτομα παρατηρούνται πιο συχνά και παίρνουν συμβολικό χαρακτήρα. Συμβολίζουν την τάση για απόρριψη της εξάρτησης ή του ελέγχου από τα άλλα άτομα. Οι εμετοί μπορεί να είναι συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας ή της βουλιμίας.

Η ανάρροια είναι σχετικά συχνή διαταραχή. Πολλές φορές έχει σχέση με την κοίλη του οισοφάγειου τμήματος. Πρόκειται για έξοδο γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο εξαιτίας της σχετικής χαλαρότητας του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Μπορεί να επιδεινωθεί από συναισθηματικούς παράγοντες ή να εκδηλωθεί ως ισοδύναμο κατάθλιψης και άγχους.

1.1.2 Πεπτικό έλκος

Πρόκειται για μια εξέλκωση του βλεννογόνου του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου, που συμβαίνει σε περιοχές που εκτίθενται στην επίδραση του γαστρικού οξέος και της πεψίνης. Εκδηλώνεται με έντονο επιγάστριο άλγος ιδιαίτερα όταν το στομάχι είναι κενό. Παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις. Οι ψυχολογικοί παράγοντες πιστεύεται ότι διαδραματίζουν πολύ πιο σημαντικό ρόλο στο δωδεκαδακτυλικό παρά στο γαστρικό έλκος.

Όπως είναι γνωστό, υπάρχουν πολλές αιτιοπαθογενετικές απόψεις για το πεπτικό έλκος: αγγειακές, χημικές, λοιμώδεις, ανοσοβιολογικές, στερητικές, μηχανικές τραυματικές κ.τ.λ.

Στους ψυχολογικούς παράγοντες του πεπτικού έλκους, το κεντρικό ψυχολογικό πρόβλημα των ασθενών είναι η ύπαρξη παθητικών εξαρτητικών επιθυμιών, που δεν μπορούν να βρουν ικανοποίηση σε ομαλές διαπροσωπικές σχέσεις. Άτομα που παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή είναι κατά κανόνα φιλόδοξα, δραστήρια και ανταγωνιστικά που για την επιτυχία του σκοπού τους δίνουν ολόκληρο τον εαυτό τους. Τους αρέσει να αναλαμβάνουν ευθύνες και να φροντίζουν για τους άλλους. Αλλά η αυτοπεποίθηση και η ενεργητικότητα που τους χαρακτηρίζουν κρύβουν μια χρόνια νοσταλγία για μια ζωή άνετη, ξεκούραστη γεμάτη τρυφερότητα στο πρότυπο συμβιωτικής σχέσης ενός νηπίου με την μητέρα του-επιθυμία για την οποία αισθάνονται ντροπή αφενός και αφετέρου, καθώς δεν μπορούν να την ικανοποιήσουν.

Όταν οι εξαρτητικές τάσεις του ατόμου δεν βρίσκουν ικανοποίηση, δημιουργείται μια κατάσταση συνεχούς ψυχικής εντάσεως που κινητοποιεί τις γαστρικές λειτουργίες. Η όξινη αντίδραση και η υπερκινητικότητα του στομάχου μπορούν να λιγοστεύουν με την έκλυση συναισθημάτων ευαρέσκειας και ευεξίας. Επίσης διάφοροι μη ειδικοί στρεσογόνοι παράγοντες που εκλύουν άγχος μπορούν να ενοχοποιηθούν για το έλκος επειδή προκαλούν υπερέκκριση γαστρικού υγρού και πεψίνης. Τέλος πρέπει να τονίσουμε πως στο πεπτικό έλκος όπως και σε όλες τις ψυχοσωματικές διαταραχές αναγκαία προϋπόθεση είναι μια οργανική ευπάθεια.

1.1.3 Ελκώδης κολίτιδα.

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης πάθηση του παχέος εντέρου που συνοδεύεται από εξέλκωση του βλεννογόνου και αιματηρές κενώσεις. Παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις ψυχογένεση της διαταραχής ανάγεται στη λειτουργία της αφοδεύσεως και την εμπειρία που την συνοδεύει όταν το παιδί αρχίζει να αποκτά την ικανότητα να ελέγχει τους σφιγκτήρες του και επομένως την δυνατότητα να υπακούει ή να αντιστέκεται στην επιθυμία της μητέρας να τον συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πολιτισμού. Η διαταραχή εμφανίζεται όταν το άτομο αρχίζει να αισθάνεται ότι δεν μπορεί πια να ελπίζει πως θα τα καταφέρει με ένα έργο που απαιτεί ευθύνη, προσπάθεια και αυτοσυγκέντρωση. Παρότι εξακολουθεί το άτομο να πετύχει τις προσπάθειες που έχει αναλάβει, έχει χάσει πια την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και δουλεύει κάτω από συνθήκες εσωτερικού καταναγκασμού. Στον αποχωρισμό και την απώλεια το άτομο αντιδρά με θυμό, κατάθλιψη και παιδική συμπεριφορά, που όμως δεν τα εκφράζει φανερά αλλά τα εκδηλώνει με σωματικά συμπτώματα από τα παχύ έντερο. Η προσωπικότητα των ατόμων αυτών παρουσιάζει έντονα ψυχαναγκαστικά στοιχεία όπως τάση για υπερβολική καθαριότητα, τελειότητα, πείσμα και τάση για συμμόρφωση, καθώς και έντονη ανάγκη για αγάπη, αφοσίωση και εξάρτηση από τους γονείς. Επίσης στρεσογόνα γεγονότα ποικίλης προέλευσης μπορούν να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για την εκδήλωση ελκώδους κολίτιδας ή να επιδεινώσουν προϋπάρχουσα συμπτωματολογία.

1.1.4 Νόσος του Crohn.

Πρόκειται για φλεγμονώδη διαταραχή κυρίως του λεπτού και σπανιότερα του παχέος εντέρου. Τα άτομα με τη νόσο του Crohn παρουσιάζουν τα ίδια χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα όπως και τα άτομα που πάσχουν από ελκώδης κολίτιδα, δηλαδή μια μόνιμη και υποσυνείδητη σύγκρουση ανάμεσα στην τάση για υπομονή και συμμόρφωση και στην αντίθετη τάση για εχθρότητα και άρνηση. Φαίνεται ότι η ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn επηρεάζονται από τους ίδιους ψυχολογικούς παράγοντες.

1.1.5 Ευερέθιστο κόλο ή σπαστική κολίτιδα.

Χαρακτηρίζεται από κοιλιακά άλγη, κοιλιακές συσπάσεις, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, πόνο ήπιο ή πιο έντονο. Συχνά συνυπάρχουν και συμπτώματα που οφείλονται στην αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως εξάψεις, παλμοί, αδυναμία και κεφαλαλγίες. Είναι η πιο συχνή διαταραχή που παρατηρείται από το γαστρεντερολογικό. Υπολογίζεται ότι το 50 % των ασθενών που καταφεύγουν στο γιατρό παραπονούμενοι για γαστρεντερικές διαταραχές πάσχουν από ευερέθιστο κόλο. Άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή έχουν ψυχαναγκαστικά στοιχεία στην συμπεριφορά τους. Είναι υπερβολικά ευσυνείδητα, εξαρτημένα, υπερευαίσθητα, αγχώδη ,αβέβαια, χωρίς μεταιχμιακά στοιχεία στην προσωπικότητα τους.

1.1.6 Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα είναι μια πολύ συνηθισμένη πάθηση .Μπορεί να οφείλεται σε μεταβολές της διατροφής, αφυδάτωση, μείωση της σωματικής δραστηριότητας, έλλειψη κατάλληλης υγιεινής, φάρμακα, νευρολογικά νοσήματα κ.τ.λ.. Πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες σε ορισμένες περιπτώσεις δυσκοιλιότητας. Τους ψυχολογικούς παράγοντες της δυσκοιλιότητας θα τους αναζητήσουμε στην λειτουργία της αφόδευσης και την εμπειρία που τη συνοδεύει όταν το παιδί αρχίζει να ελέγχει τους σφιγκτήρες του και επομένως τη δυνατότητα να υπακούει ή να αντιστέκεται στην επιθυμία της μητέρας να τον συμμορφώσει με τις απαιτήσεις του πολιτισμού. Πολλές φορές πεισματάρικα παιδιά δείχνουν ότι δεν θέλουν να συμμορφωθούν με τις οδηγίες των γονιών τους. Το πείσμα των παιδιών αυτών μεγαλώνει και αρχίζει μια χρόνια δυσκοιλιότητα, που μπορεί να συνεχιστεί μέχρι την προχωρημένη ηλικία.

Πολυάριθμοι είναι επίσης οι δυσκοίλιοι που απέκτησαν την πάθησή τους εξαιτίας της αγωγής τους σε θέματα καθαριότητας και σεξ. Η σεμνότυφη σεξουαλική αγωγή συνδέεται με υπερβολικό φανατισμό για καθαριότητα. Η κένωση θεωρείται ντροπή. Έτσι η αποκτημένη από τέτοιες συναρτήσεις ένταση εμποδίζει συχνά για ολόκληρες δεκαετίες αργότερα την κανονική και απρόσκοπτη λειτουργία της κένωσης.

1.2.Θεραπεία

Ο ψυχοσωματικός άρρωστος δέχεται με δυσκολία την ιδέα ότι η πάθηση του έχει σχέση με ψυχολογικά προβλήματα, για τα οποία χρειάζεται βοήθεια. Είναι βέβαιο ότι σε βιολογικό επίπεδο η θεραπεία επιβάλλεται να αντιμετωπιστεί ανάλογα π.χ. στο έλκος δίνονται : αντιόξινα , αντιβιοτικά για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού , ανάλογη δίαιτα κ.τ.λ. ή γίνεται χειρουργική επέμβαση. Σε μία τέτοια περίπτωση, η συμβολή ενός ψυχιάτρου έρχεται δεύτερη, αποβλέποντας βασικά στην καταστολή του άγχους που συνοδεύει μια ψυχοσωματική κρίση με την βοήθεια μιας υποστηρικτικής σχέσης και αγχολυτικών φαρμάκων. Όταν η κατάσταση του αρρώστου είναι χρόνια, οι ψυχοσωματικές κρίσεις δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε μια σωματική θεραπευτική αγωγή, απαιτείται η συμμετοχή ενός ψυχοθεραπευτή του οποίου η αποτελεσματικότητα είναι συνάρτησή της σχέσης που μπορεί να δημιουργήσει με τον άρρωστο.

Περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική διαταραχή, η ψυχοθεραπεία με τον ψυχοσωματικό ασθενή αποβλέπει στην αλλαγή της στάσης του απέναντι στα προβλήματα της καθημερινής ζωής, κάτι που προϋποθέτει μια καλύτερη επίγνωση των ψυχολογικών αναγκών του, των απωθημένων του και γενικά των συναισθημάτων του που δεν μπορεί να εκφράσει , γιατί των φέρνουν σε αντίθεση με το κοινωνικό του περιβάλλον και των τρόπο που ο ίδιος βλέπει τον εαυτό του. Η σχέση του ψυχοθεραπευτή με τον ασθενή συμβαίνει συχνά να είναι προβληματική, όχι μόνο γιατί ο ασθενής δεν έχει την απαιτούμενη προθυμία έτσι ώστε να αναπτυχθεί μια καλή ψυχοθεραπευτική συνεργασία αλλά γιατί παλίνδρομη εύκολα. Η προσπάθεια να ερευνηθούν και να αντιμετωπιστούν αντικειμενικά τα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος, που να οδηγήσει σε μια πρόωρη διακοπή της θεραπείας, σε ένα ψυχωτικό επεισόδιο ή στην επανεμφάνιση οδυνηρών ή επικίνδυνων σωματικών συμπτωμάτων. Ακόμα πέρα από την θεραπεία σε βιολογικό επίπεδο, και την ψυχοθεραπεία σε ασθενείς με ψυχοσωματική νόσος, συνιστώνται και ασκήσεις αυτοσυγκέντρωσης ή χαλάρωσης , που σκοπό έχουν τον έλεγχο του νευροφυτικού συστήματος από τον ασθενή π.χ. (Autogenes Training) Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε κάθε ψυχοσωματικό ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο παράγων άνθρωπος, το ιστορικό του και η

προσωπικότητα του καθώς και να γίνεται ανάλυση των προβλημάτων του. Επίσης πρέπει να τον ενημερώνουν για την αλληλεπίδραση ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων του, ώστε να ισχυροποιηθεί το εγώ του και να δίνει πιο πρακτικές λύσεις οι οποίες θα οδηγήσουν σε μια καλύτερη προσαρμογή.

1.3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

1.3.1. Ελκώδης κολίτιδα

Αθηνά Π., 22 χρονών, φοιτήτρια, πάσχει από ελκώδη κολίτιδα και ήρθε στον ψυχίατρο ζητώντας να υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία. Δίνει το ακόλουθο ιστορικό: το πρώτο ενόχλημα που είχε σχέση με το γαστρεντερικό ήταν μια δυσκοιλιότητα μαζί με κάποιες καούρες στην προτελευταία τάξη του γυμνασίου. Τα συμπτώματα αυτά τα συνδέει με ένα έντονο συναίσθημα ανησυχίας που της δημιουργούσε ο πατέρας της ο οποίος ήταν φοβερά απαιτητικός με την απόδοσή της στα μαθήματα. Ο πρώτος παροξυσμός της κολίτιδας συνέπεσε με τις πανελλήνιες εξετάσεις πριν τρία χρόνια και ο δεύτερος το Μάιο πέρυσι λίγο πριν το τέλος του δεύτερου έτους στο Πανεπιστήμιο. Η τρίτη κρίση η πιο ισχυρή, συνέβηκε όταν κατάλαβε ότι ένας δεσμός που είχε εδώ και πέντε χρόνια ήταν οριστικά ξοφλημένος. Συμπληρώνει το ιστορικό της παρατηρώντας ότι μεγάλωσε μέσα σ' ένα περιβάλλον γεμάτο από φοβερές ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Οι γονείς της χώρισαν όταν εκείνη ήταν έξι χρόνων. Από τότε αρχίζει μια έντονη εξάρτηση από τη μητέρα της, την οποία η ίδια αναγνωρίζει, λέγοντας ότι ακόμα κοιμάται στο ίδιο κρεβάτι μαζί της. Από την άλλη μεριά παραδέχεται ότι έχει διατηρήσει έναν ιδιαίτερο δεσμό με τον πατέρα της, τον οποίο μισεί αλλά και κατά κάποιο τρόπο θαυμάζει. Η ίδια λέει: «μικρή ήμουν αρκετά εκρηκτική, φώναζα έκλαιγα. Έπειτα είδα ότι δεν μου έδιναν σημασία και ότι ενοχλούνταν μάλιστα. Κλείστηκα κι' εγώ στον εαυτό μου. Καμιά φορά ξεσπάω, βρίζω χυδαία σαν άντρας. Με πλημμυρίζει το δίκιο μου. Αλλά τον περισσότερο καιρό δεν μπορώ να σας πω πως αισθάνομαι: «μελαγχολία, αγανάκτηση, απογοήτευση; "Δεν ξέρω, και όταν θυμώνω ύστερα με πιάνουν οι τύψεις, σαν να φταίω εγώ για όλα, για την αδικία που υπάρχει στον κόσμο, για την αδικία που γεννήθηκα σ' ένα σπίτι σαν το δικό μου, δεν έχει νόημα".

1.3.2. Δυσκοιλιότητα

Γυναίκα 55 χρ. νοικοκυρά πάσχουσα πολλά χρόνια από δυσκοιλιότητα. Η εν λόγω κυρία είχε στο σπίτι της ένα ολόκληρο φαρμακείο από καθαρτικά, που τα χρησιμοποιούσε χωρίς επιτυχία. Η πάθηση της συνδεόταν με μια μικρή και μικροπρεπή και φοβισμένη στάση απέναντι στο χρήμα. Δεν επέτρεπε στον εαυτό της κανένα έξοδο και κρατούσε βιβλίο για τα έξοδα του νοικοκυριού, όπου τέτοια υπερβολική οικονομία, και μάλιστα στην οικονομική κατάσταση της οικογένειας της που δεν ήταν απαραίτητη. Απέναντι στον άντρα της έτρεφε μνησικακία, που δυσκόλευε την συμβίωση τους. Όταν η ψυχοθεραπεία παραμέρισε όλα αυτά, εξαφανίστηκε επίσης και η δυσκοιλιότητα που υπήρχε ήδη από δεκαετίες.

1.3.3 Σπαστική κολίτιδα με εκδήλωση αλεξιθυμίας.

Άνδρας, ηλικίας 30 ετών, όπου έπασχε από σπαστική κολίτιδα, και άλλες ψυχοσωματικές νόσους, αναφέρει στην πρώτη συνέντευξή του με τον ψυχίατρο, ότι υπήρξε θύμα πρόσφατου τροχαίου ατυχήματος, το οποίο είχε δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική του υγεία. Περιγράφει με κάθε λεπτομέρεια, ενάργεια και σχολαστικότητα τα συμβάντα του ατυχήματος. Όταν ρωτήθηκε όμως για τα συναισθήματά του για το ατύχημα απαντά μονολεκτικά, "δεν ξέρω τι εννοείτε". Όταν η ερώτηση του ψυχιάτρου έγινε συγκεκριμένη και ο ασθενής παροτρύνθηκε να περιγράψει περισσότερο τα συναισθήματά του αυτός απάντησε πάλι μονολεκτικά. Παρόλα αυτά πρόκειται για ένα νοήμονα άτομο καλής κοινωνικοοικονομικής και μορφωτικής κατάστασης.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ»**

2.1.Εισαγωγικά στοιχεία

Η Νοσηλευτική είναι η μόνη επιστήμη που ασχολείται με ολόκληρο τον άνθρωπο. Είναι ολιστική επιστήμη. Προσεγγίζει, νοσηλεύει και ανακουφίζει τον άνθρωπο, υγιή ή άρρωστο ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματική, μοναδική και αδιαίρετη οντότητα. Ενσωματώνει, συνδυάζει, συνθέτει εκλεκτικά και δημιουργικά, θεωρίες και αρχές από όλες σχεδόν τις επιστήμες και τις χρησιμοποιεί στη φροντίδα του αρρώστου.

Οι σωματικοί και ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διατήρηση της υγείας και την εμφάνιση της αρρώστιας μπορούν να παρακολουθούν την πορεία της ανθρώπινης ανάπτυξης. Από την καταβολή των γενετικών χαρακτηριστικών της ατομικής δόμησης και λειτουργίας, μέχρι την ωρίμανση ή την εκδήλωση των δυνατοτήτων και τη συμπεριφορά του ατόμου μέσα στο προγενετικό και μετά τη γέννηση του περιβάλλον. Στα πλαίσια της θεώρησης ή πλήρους διάγνωσης μιας αρρώστιας συνήθως περιλαμβάνει σωματικούς και ψυχικούς παράγοντες καθώς και κοινωνικά και πολιτιστικά στοιχεία.

Οι πιο συνηθισμένες ψυχολογικές αντιδράσεις και καταστάσεις πριν από την εκδήλωση σωματικής αρρώστιας, είναι ένα αίσθημα αθυμίας, μελαγχολίας και απελπισίας για τυχόν απώλειες αγαπημένων και σημαντικών πραγμάτων ή προσώπων ή ρόλων ή ευκαιριών(υπαρκτές, απειλούμενες ή συμβολικές απώλειες). Αυτά τα αισθήματα πολλές φορές συνοδεύονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, αδιαφορία για διαπροσωπικές σχέσεις και έλλειψη κινήτρων για προβολή αντίστασης ή για προσπάθεια υπέρβασης των δυσάρεστων εμπειριών και αλλαγής των προβληματικών συνθηκών. Ο συνδυασμός της άλυτης συναισθηματικής απώλειας με τα συνοδά αισθήματα αδυναμίας περιγράφεται με τον κλινικό όρο : αντίδραση "παραίτησης " (giving up reaction) από την αγωνιστικότητα που απαιτεί η ζωή. Είναι ευνόητο ότι η συνεχής αλληλεπίδραση ψυχικών και σωματικών φαινομένων στην υγεία και στην αρρώστια, υπαγορεύει την ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου.

Έτσι θα μπορούσαμε να πούμε πως η ολιστική νοσηλευτική βλέπει τον άνθρωπο υγιή ή άρρωστο είτε σωματικά είτε ψυχικά, ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματική αδιαίρετη ύπαρξη, που χρειάζεται ολιστική προσέγγιση και φροντίδα της υγείας του. Συμπερασματικά θα μπορούσαμε έτσι, να τονίσουμε

τη σπουδαιότητα που έχει η νοσηλευτική για τον ψυχοσωματικό ασθενή στην κοινότητα αλλά και στο γενικό νοσοκομείο.

Παρακάτω θα αναφέρουμε νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με ένταση (stress) και άγχος, δύο καταστάσεις που τις συναντάμε σε ψυχοσωματικούς ασθενείς, όπως αναφέραμε και στην εισαγωγή μας.

2.2. Ψυχολογική φροντίδα ατόμων με ένταση(stress)

Η ένταση είναι μια σωματική και ψυχολογική κατάσταση πάντα παρούσα στον άνθρωπο ως συνέπεια της ζωής. Εκδηλώνεται ως μη ειδική αντίδραση προς μεταβολές ή απειλές του εσωτερικού ή εξωτερικού περιβάλλοντος. Οι αντιδράσεις της έντασης δεν είναι οπωσδήποτε βλαπτικές. Αρχικά μάλιστα είναι προστατευτικές. Οι εκδηλώσεις είναι βιολογικές και ψυχολογικές, δομικές ή λειτουργικές, φανερές ή καλυμμένες. Κατά τη θετική πλευρά, η ένταση βοηθάει στη διατήρηση ομοιόστατης παρά τις συμβαίνουσες αλλαγές και στην αύξηση κινήτρων για δράση, εμπειριών μάθησης, δημιουργικότητας, ανάπτυξης, παραγωγικότητας και ικανοποίησης από την επιτυχία αυτών. Αντίθετα, όμως, προκαλείται δυσφορία όταν οι ανάγκες του ατόμου δεν μπορούν να εκπληρωθούν και όταν απειλούνται η ακεραιότητα και η ευεξία του. Έτσι κάθε εμπειρία έντασης, που προκαλεί δυσφορία, αφήνει ψυχοσυναισθηματική αδυναμία, πολλές φορές μη αναστρέψιμη.

Το σύνολο των μεταβολών που συμβαίνουν στον ανθρώπινο οργανισμό για να αντιμετωπίσει κάποιο εντασιογόνο ερέθισμα έχει χαρακτηριστεί από τον Selye ως : σύνδρομο γενικής προσαρμογής. Είναι γνωστό και ως σύνδρομο συναγερμού : φυγής, άμυνας ή επίθεσης (fight and flight syndrome). Γενικά , μετά την έκθεση του ατόμου σε κάποιο εντασιακό παράγοντα, προκαλείται υπερέκκριση φλοιοτρόπου ορμόνης (ACTH), που με τη σειρά της επιδρά στο φλοιό των επινεφριδίων προκαλώντας την έκκριση γλυκοκορτικοειδών. Η αντίδραση αυτή συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης όσον αφορά τη βιολογική πλευρά.

Η σχέση της έντασης με την υγεία παρουσιάζεται επιγραμματικά στη συνέχεια (ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΤΑΣΗ	
▲ Νεογλυκογένεση	Σακχ. διαβήτη
▼ Νεογλυκογένεση	Υπογλυκαιμία
▼ Μετακίνηση ενδοκυτταρίου καλίου στον εξωκυττάριο χώρο	Καρδιακή αρρυθμία
▲ Αγγειοσυστολή	Υπέρταση
▲ Αντιφλεγμονώδης	Λοιμώξεις
▼ Ανοσολογική άμυνα	Καρκίνος
▲ Πηκτικότητα αίματος	Θρόμβωση στεφαν.αγγείων
▲ Συστολές μυοκαρδίου	Μεταβολές καρδιακών Απαιτήσεων
▲ Ερεθισμός κεντ ρ.νευρ.συστήματος	Σύγχυση,αποπροσανατολι- σμός ,διαταραχές σκέψης

Προ πολλού έχει αναγνωρισθεί ότι η σωματική ένταση μπορεί να επηρεάσει την ψυχική λειτουργία και υγεία και η ψυχολογική ένταση μπορεί να επιδράσει στην προδιάθεση , εμφάνιση , πορεία και θεραπεία πολλών σωματικών διαταραχών και ασθενειών.

Η επιβίωση και η κατάσταση της υγείας του ατόμου εξαρτάται από το βαθμό ,τη διάρκεια και το επίκεντρο της έντασης καθώς και από την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου. Διάφοροι σωματικοί και ψυχολογικοί προσαρμοστικοί μηχανισμοί βρίσκονται σε συνεχή λειτουργία προσαρμόζοντας τον ανθρώπινο οργανισμό στα διάφορα σε αριθμό και τύπο εσωτερικά και εξωτερικά εντασιογόνα (στρεσσογόνα) ερεθίσματα ,που διαταράζουν την ομοιοστασία. Στη συνέχεια αναφέρονται μερικά εντασιογόνα ερεθίσματα ,που μπορεί να έχουν σωματικές και /ή ψυχολογικές επιπτώσεις (Πίνακας 2).

ΕΝΤΑΣΙΟΓΟΝΑ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ

Βιολογικά : αρρώστια ,εγχείρηση, πόνος ,έκθεση σε υπερβολικό ψύχος ή υψηλή θερμοκρασία ,έντονη μυϊκή δραστηριότητα ,αισθητηριακή υπερφόρτωση (π.χ. ηχορύπανση) ή αποστέρηση ,ατύχημα

Χημικά : φάρμακα, τοξικές ουσίες, μολυσμένη τροφή και νερό

Μικροβιακά : ιοί, βακτηρίδια, παράσιτα κ.α.

Ψυχολογικά :πραγματικά ή φανταστικά ή προβλεπόμενα δυσάρεστα γεγονότα π.χ. αρρώστια, θάνατος, χωρισμός, διαζύγιο, αποτυχία –δυσάρεστα συναισθήματα φόβου, οργής ,εσωτερικής διαμάχης –απειλές στην αυτοεκτίμηση ,στην εικόνα του σώματος –αισθήματα ανεπάρκειας, εξάρτησης, αχρηστίας κ.α.

Αναπτυξιακά :πρόωρη γέννηση ,ανατομικά ελαττώματα, αναστολή ανάπτυξης, παιδική ή γεροντική ηλικία

Κοινωνικο-πολιτιστικά :μη αρμονικές διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνική ανταγωνιστική κινητικότητα, επαγγελματικές πιέσεις, οικονομική δυσχέρεια, ταχύτατες αλλαγές κοινωνικών αξιών και ηθών, συμμετοχή σε ομάδα μειονότητας (μετανάστευση) ,μετάθεση ,μετακόμιση, εισαγωγή σε νοσοκομείο

Περιβαλλοντικά :ανεργία, ρύπανση ατμόσφαιρας, αστική ζωή, θεομηνίες ,πόλεμος, έγκλημα, ανθυγιεινή κατοικία, κλιματολογικές ακραίες συνθήκες όπως βροχή, συννεφιά, λιγυστή ηλιοφάνεια κ.α.

Το φαινόμενο της έντασης (stress) που δοκιμάζει ένα άτομο και ο βαθμός προσαρμογής του στη δεδομένη στιγμή δεν μπορούν να υπολογισθούν με την αντικειμενική εκτίμηση του εντασιογόνου ερεθίσματος. Επειδή ακριβώς εξαρτώνται αποφασιστικά από τους βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς που διαθέτει το άτομο. Αυτοί είναι :

- Η προσωπικότητα, η συναισθηματική συγκρότηση και ο πνευματικός προσανατολισμός του ατόμου. Είναι πιθανό να αντιμετωπίσει θετικά και οικοδομητικά την ένταση, το άτομο που βλέπει τη ζωή ως βάρδια σε θερμοπύλες, ως χρέος ,ως υπηρεσία στον συνάνθρωπο ,ως ανοδική πορεία προς την πνευματική τελειότητα ,οπότε δεν αιφνιδιάζεται από τις δυσκολίες και τις αντιξοότητες.
- Οι προηγούμενες εμπειρίες αντιμετώπισης της έντασης
- Το είδος, η διάρκεια και η βαρύτητα της έντασης και της απαιτούμενης προσαρμογής. Π.χ. η προσαρμογή που απαιτείται σ' ένα μεγάλο τραύμα στη μηριαία αρτηρία είναι πολύ μεγαλύτερη απ' εκείνη που χρειάζεται σε μια μικρή τομή σ' ένα δάκτυλο. Άλλωστε μια μεγάλη και παρατεταμένη ένταση μπορεί να καταπονήσει ένα άτομο όσο ευπροσάρμοστο κι αν είναι.
- Η γνώμη του ατόμου για τον εαυτό του και το πρόβλημα που δημιουργεί την ένταση. Π.χ. δυο άτομα χάνουν την εργασία τους. Το ένα χρησιμοποιεί το γεγονός σαν ευκαιρία και εμπειρία μάθησης και το άλλο φθάνει σε βαθιά κατάθλιψη.
- Η ηλικία. Τα μικρά παιδιά και οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν την ένταση λιγότερο αποτελεσματικά από τους νέους και τους μεσήλικες.
- Η κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας. Όσο πιο υγιής είναι ο άνθρωπος τόσο λιγότερες εντασιογόνες απειλές δοκιμάζει και με μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα τις αντιμετωπίζει.
- Η πρόβλεψη της έντασης και ο προγραμματισμός της αντιμετώπισής της
- Η σωματική άσκηση. Η καρδιά ,οι πνεύμονες και οι σκελετικοί μυς του ατόμου, που ασκείται συστηματικά, έχουν αναπτυγμένη ετοιμότητα και μεγαλύτερη αντοχή για να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις μιας έντασης, συγκριτικά με τα όργανα του ατόμου που ζει ήρεμα χωρίς πολλή κίνηση και άσκηση
- Η ώρα της ημέρας που συμβαίνει η ένταση. Επειδή η έκκριση της υδροκορτιζόνης στον οργανισμό φυσιολογικά είναι μεγαλύτερη τις πρωινές ώρες ,τότε και τα εντασιογόνα ερεθίσματα είναι πιο ανεκτά και αντιμετωπίζονται πιο αποτελεσματικά

- Η κοινωνική υποστήριξη. Αν το άτομο σχετίζεται και συνδέεται ουσιαστικά με την οικογένειά του και άλλους –συγγενείς, γείτονες, φίλους, συναδέλφους –που ενδιαφέρονται γι' αυτό, το βοηθούν και το υποστηρίζουν σε περιστάσεις που δοκιμάζει ένταση. Είναι και πιθανό να ανταποκρίνεται πιο αποτελεσματικά στο εντασιογόνο ερέθισμα ,παρά ένα άλλο άτομο αποξενωμένο και απομονωμένο χωρίς καμιά υποστήριξη από το περιβάλλον.

Εκτός από όσα αναφέρθηκαν ,τονίζονται ωρισμένες ακόμη αρχές που εφαρμόζουν στα περισσότερα άτομα :

- Οι περισσότεροι εντασιογόνοι παράγοντες του περιβάλλοντος επιδρούν σε επίπεδα χαμηλότερα εκείνων που μπορούν να προκαλέσουν άμεση σωματική ή ψυχολογική βλάβη. Η επίδρασή τους συνήθως είναι αθροιστική .
- Το ψυχολογικό ή κοινωνικό νόημα του εντασιογόνου γεγονότος για το άτομο είναι τόσο σημαντικό όσο και οι φυσικές ιδιότητες του για την πρόκληση της έντασης.
- Το ίδιο εντασιογόνο ερέθισμα μπορεί να προκαλέσει διαφορετικές αντιδράσεις στα διάφορα άτομα από τις πιο θετικές και υγιείς μέχρι τις πιο αρνητικές και παθολογικές.
- Κανένας ιδιαίτερος εντασιογόνος παράγοντας μόνος δεν μπορεί να προκαλέσει αρρώστια.
- Η ένταση μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της ομοιοστασίας και το άτομο προσπαθεί πάντα να προσαρμοσθεί και να επιστρέψει στην ομοιοστασία.

Διάφοροι επιστήμονες που μελέτησαν το φαινόμενο της έντασης (στρες) έχουν αναπτύξει διάφορα πλαίσια εκτίμησης της, δηλαδή ποιες μεταβλητές πρέπει να ερευνηθούν και χρησιμοποιηθούν στη φροντίδα του ατόμου σε κατάσταση έντασης. Αυτές είναι :

- Σωματική υγεία και λειτουργία

- Ψυχολογική κατάσταση
- Προσαρμοστική ικανότητα
- Το εντασιογόνο ερέθισμα και η αντίδραση συναγεμμού
- Μακροκοινωνικο-πολιτιστικά χαρακτηριστικά (θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις)

2.2.1.Νοσηλευτική εκτίμηση αρρώστου με ένταση

Κατά την επικοινωνία του με τον άρρωστο ο νοσηλευτής προσπαθεί να επισημάνει τα εντασιογόνα αίτια που τον έχουν επηρεάσει με ωρισμένες ερωτήσεις ,όπως είναι οι παρακάτω :

- Περιγράψτε μου μια τυπική σας ημέρα
- Ποια γεγονότα συνέβησαν την περασμένη εβδομάδα πριν αρχίσουν τα συμπτώματα, για τα οποία παραπονείσθε ;
- Τι σας αρέσει λιγότερο από την εργασία σας ; και τι περισσότερο;
- Ποιο πράγμα θα θέλατε να αλλάξετε στη δουλειά σας ;στην οικογένειά σας; στις σχέσεις σας;
- Ποιες καταστάσεις σας εκνευρίζουν περισσότερο;
- Τι νομίζετε ότι θα έκανε καλύτερη την ζωή για σας;

Για την εξακρίβωση του συστήματος κοινωνικής υποστήριξης του αρρώστου, ο νοσηλευτής μπορεί να κάνει τις ακόλουθες ερωτήσεις :

- Ποια πρόσωπα θεωρείται σημαντικά στη ζωή σας ;
- Σε ποιον μιλάτε όταν είσθε εκνευρισμένος;
- Σε ποιον εμπιστεύεσθε ένα προσωπικό ζήτημα;
- Πόσους στενούς φίλους έχετε;
- Έχετε σημαντικές σχέσεις με την εκκλησία, με επαγγελματικούς και άλλους κοινωνικούς συλλόγους;
- Πως θα περιγράφατε τις σχέση σας με τους άλλους;
- Πόσο χρόνο ξοδεύετε μόνος ;πότε;
- Πόσο χρόνο ξοδεύετε με άλλους; πότε;

Ανάλογα με τις απαντήσεις του αρρώστου και στα πλαίσια της ολικής νοσηλευτικής προσέγγισής του ,εκτιμούνται :

- Οι ατομικές δεξιότητες του αρρώστου για την αντιμετώπιση της έντασης (stress) και την αποτελεσματικότητά τους.
- Η αντίληψή του για όσα του συμβαίνουν κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο. Κατά πόσο τα αισθάνεται ως απειλητικά. Το ενδιαφέρον του να μάθει πώς να αντιμετωπίζει την ένταση πιο αποτελεσματικά.
- Οι προηγούμενες εμπειρίες του με ένταση. Επιτυχημένη ελάττωση προηγούμενης έντασης βοηθεί το άτομο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά και νέες εντασιογόνες περιστάσεις.
- Ο βαθμός αυτοεκτίμησης του αρρώστου. Χαμηλή αυτοεκτίμηση συνήθως σχετίζεται με δυσπροσαρμοστική αντιμετώπιση της έντασης καθώς και με αισθήματα αδυναμίας και απελπισίας. Άρρωστοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση πιο εύκολα καταβάλλονται από διάφορα γεγονότα της ζωής και αντιδρούν αρνητικά ακόμη και στην ελαφρή ένταση.
- Η ικανότητα του αρρώστου να αναγνωρίζει και να λύνει δυσκολίες ή προβλήματα. Όσοι δεν μπορούν να λύσουν τα προβλήματα τους ,τείνουν να απωθούν τα δυσάρεστα συναισθήματά τους κι αυτό τους προδιαθέτει για βιολογική νοσηρή αντίδραση στην ένταση.
- Ο βαθμός αλλοτρίωσης και μόνωσης του αρρώστου. Αυτά συνήθως συνδέονται με εμφάνιση αρρώστιας και ροπή προς το ατυχήματα.
- Τα υποστηρικτικά συστήματα του αρρώστου (οικογένεια, φίλοι, κ.α.)
- Η αυτοαξιολόγηση του αρρώστου για τη ζωή του και τις σχέσεις του
- Οι βλαπτικές τυχόν συνήθειες του, π.χ. κάπνισμα, χρήση καφεΐνης ,ναρκωτικών, αλκοόλ κ.α.
- Οι συνήθειες άσκησης και χαλάρωσης του αρρώστου
- Το ιστορικό υγείας του αρρώστου. Σκοπός είναι η αναζήτηση σχέσεων μεταξύ εντασιογόνων περιστάσεων και ασθενειών
- Το οικογενειακό ιστορικό του αρρώστου

Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ έντασης και πρόκλησης σωματικής νόσου επικρατεί η άποψη ότι πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση ή μη νόσου. Μεταξύ άλλων είναι :

- Η προσωπικότητα ,η κληρονομική προδιάθεση και οι επιδράσεις του περιβάλλοντος
- Η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει δυσκολίες
- Οι λειτουργικοί βιολογικοί ρυθμοί του ατόμου, η κόπωση, η επίδραση ψυχοκοινωνικών γεγονότων και η ύπαρξη ή μη κοινωνικής υποστήριξης

Μετά την εκτίμηση της κατάστασης έντασης του αρρώστου ,των εντασιογόνων αιτιών που την προκαλούν ,καθώς και των σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων, που έχουν αναπτυχθεί στην προσπάθεια προσαρμογής στις απαιτήσεις των περιστάσεων, ο νοσηλευτής προχωρεί στη διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης.

2 2.2.2.Νοσηλευτική διάγνωση / Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η γενική νοσηλευτική διάγνωση μπορεί να είναι : Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση των εσωτερικών ή περιβαλλοντικών στρεσογόνων ερεθισμάτων σχετιζόμενη με ανεπαρκείς σωματικές, ψυχολογικές ή νοητικές δυνάμεις ή ικανότητες.

Οι αιτιολογικοί και συντελεστικοί παράγοντες δυνατόν να είναι : παθοφυσιολογικοί , περιστασιακοί /περιβαλλοντικοί ή και αναπτυξιακοί (ηλικία, επάγγελμα, γάμος ,μητρότητα /πατρότητα κ.α.).

Τα **χαρακτηριστικά –αποδεικτικά στοιχεία** συνήθως είναι :

- Λεκτική έκφραση αδυναμίας αντιμετώπισης των δυσκολιών

- Σύγχυση σχετική με τους προσωπικούς ρόλους και τις απαιτήσεις τους
- Ανικανότητα ικανοποίησης των βασικών αναγκών
- Ανικανότητα ζήτησης βοήθειας
- Καταστροφική συμπεριφορά προς τον εαυτό του ή τους άλλους
- Αλλαγή στους συνήθεις τρόπους επικοινωνίας
- Ακατάλληλη χρήση μηχανισμών άμυνας
- Συχνές σωματικές αρρώστιες
- Συχνά ατυχήματα

Ενδεικτικοί **νοσηλευτικοί σκοποί** της φροντίδας ψυχικής υγείας αρρώστου με τα παραπάνω προβλήματα έντασης ,οι οποίοι αποτελούν και τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αναφέρονται στη συνέχεια. Ο άρρωστος φθάνει στο σημείο ώστε :

- Αξιολογεί τους γενικούς στρεσογόνους παράγοντες και αναγνωρίζει αίτια και αποτελέσματα της έντασης στον εαυτό του, (π.χ. σωματικά συμπτώματα, συναισθηματικές αντιδράσεις κ.α.)
- Γνωρίζει και δοκιμάζει τη χρήση αποτελεσματικών μηχανισμών αντιμετώπισης της έντασης
- Μπορεί να ζητεί και να χρησιμοποιεί τη βοήθεια από υποστηρικτικά πρόσωπα ή υπηρεσίες υγείας για την ελάττωση της έντασής του ,αν χρειάζεται
- Εφαρμόζει τουλάχιστον μια από τις εξής πρακτικές : (α) συνειδητό ψυχολογικό τρόπο αντιμετώπισης της έντασης ,(β) ασκήσεις σωματικής χαλάρωσης ,(γ) ασκήσεις ψυχολογικής χαλάρωσης ,(δ) λεκτική εξωτερίκευση συναισθημάτων
- Περιγράφει θετικά χαρακτηριστικά του εαυτού του και του τρόπου της ζωής του
- Θέτει προτεραιότητες και σκοπούς κατάλληλους για την ηλικία και τις δυνατότητές του ,που δεν προδιαθέτουν για υπερβολικό στρες

Για την εκπλήρωση των σκοπών προτείνονται ωρισμένες **νοσηλευτικές παρεμβάσεις** με ανάλογη αιτιολόγηση :

- Ακρόαση του αρρώστου χωρίς δυσμενή κριτική και πρόωρες ερμηνείες. Η εμπειρία των σωματικών ενοχλημάτων του αρρώστου λόγω της έντασης είναι πολύ πραγματική
- Παροχή φροντίδας χωρίς ενίσχυση της εξάρτησης. Συνεργασία με τον άρρωστο για την εκπλήρωση των πραγματικών αναγκών μπορεί να εμπνεύσει ένα αίσθημα σιγουριάς
- Έκφραση αναγνώρισης των θετικών χαρακτηριστικών του και χρησιμοποίησή τους για μείωση των μακροπρόθεσμων εξαρτήσεων. Ο άρρωστος αναγνωρίζει και ο ίδιος και προσέχει τις υγιείς πλευρές του εαυτού του. Προσπαθεί να εγκαταλείψει το « ρόλο του αρρώστου» ως μέθοδο
- χειρισμού των συγκρούσεων.
- Βοήθεια του αρρώστου να βρει και να δοκιμάσει εναλλακτικές μεθόδους χειρισμού και ελάττωσης του στρες. Οι εναλλακτικές μέθοδοι χειρισμού του στρες ελαττώνουν τη συχνότητα εξωτερίκευσης της έντασης (θυμού, κατάθλιψης ,κ.α.) στα όργανα του σώματος.
- Συνεργασία με τον άρρωστο για την επισλύμανση εκείνων των περιστάσεων που αυξάνουν το στρες. Συχνά ο άρρωστος δεν συνειδητοποιεί τις συγκρούσεις που του προκαλούν ένταση (δυσκολία αυτοέκφρασης, εξάρτηση, εχθρικότητα, ανάγκη για αναγνώριση εκ μέρους των άλλων κ.λ.π.).
- Βοήθεια του αρρώστου να επισημάνει δυνητικά υποστηρικτικά συστήματα και να τα χρησιμοποιήσει. Οι σχέσεις του αρρώστου μπορεί να είναι περιορισμένες ή όχι βοηθητικές. Νέες γνωριμίες και συνδέσεις μπορούν να αυξήσουν την ψυχολογική υποστήριξη και την αυτοεκτίμηση.
- Εξέταση μαζί με τον άρρωστο ,των απαιτήσεων που επιβάλλει στον εαυτό του. Μη ρεαλιστικές απαιτήσεις από τον εαυτό του αυξάνουν την ένταση που με τη σειρά της μπορεί να μεταβιβασθεί σε όργανα του σώματος δια μέσου της «γλώσσας του σώματος».
- Αναφορά ή διδασκαλία στον άρρωστο εναλλακτικών μεθόδων χαλάρωσης (νοερή αναφορά σε ευχάριστες περιστάσεις, αυτοσυγκέντρωση και καλλιέργεια αυτογνωσίας, ασκήσεις

προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης κ.α.). Το ανθρώπινο σώμα εκπαιδεύεται σε εναλλακτικούς τρόπους διοχέτευσης του στρες (άλλους από τη σωματοποίηση).

2.3.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΓΧΟΣ

Άγχος είναι «ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή ,που, καθώς δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο ,δεν μπορεί να αποφευχθεί από το άτομο, το οποίο και εξουθενώνεται».

Αιτιολογία :

Κληρονομική επιβάρυνση δεν έχει αποδειχθεί. Γενικά το γονεϊκό περιβάλλον και οι οικογενειακές σχέσεις χαρακτηρίζονται από ένταση.

Προνοσηρή προσωπικότητα. Βασικό γνώρισμα είναι η ενδοστρέφεια και η έλλειψη εκδηλωτικότητας ,αυθορητισμού ή οποιοσδήποτε ενθουσιασμού.

Το συγγενές συναίσθημα του φόβου είναι «οξεία αυθόρμητη συναισθηματική αντίδραση, απόλυτα φυσιολογική, απέναντι σε κάποιο εξωτερικό και συγκεκριμένο κίνδυνο, που θέτει σε κατάσταση συναγερμού τον οργανισμό, ο οποίος μπορεί να τον αντιμετωπίσει με πάλη ή φυγή».

Το άγχος δεν αποτελεί οπωσδήποτε παθολογική κατάσταση. Είναι ουσιώδες διεγερτικό στοιχείο (αυτής της ίδιας) της ζωής, αλλά και της κοινωνικής ζωής, μέχρι ένα σημείο, χρήσιμο στοιχείο για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας.

Μικρής έντασης άγχος εξουδετερώνει τη ραθυμία και βοηθάει το άτομο να κάνει αναπροσαρμογές ή αντικαταστάσεις πολλών παλιών τρόπων συμπεριφοράς με νέους ,ωριμότερους και καταλληλότερους για τις παρούσες περιστάσεις.

Σε φυσιολογικό βαθμό το άγχος αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα για επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου, για να δράσει αμέσως, όσες

φορές μια απειλητική κατάσταση διασαλεύει την ψυχοσωματική συγκρότησή του.

Το υπερβολικό όμως άγχος και η διαρκής και συστηματική παρουσία του ,αποτελεί νοσηρή εκδήλωση ,που χαρακτηρίζει διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου.

Οι αγχώδεις καταστάσεις που κυριαρχούν για μεγάλη χρονική περίοδο ή και ξεπερνούν κάθε άλλο συναίσθημα τοποθετούνται στο πλαίσιο της ψυχοπαθολογίας.

Πολλοί μελετητές έχουν υποστηρίξει κατά καιρούς τη σχέση των ψυχοσωματικών παθήσεων με το άγχος και την κατάθλιψη.

Ο Alexander, μετά από ψυχαναλυτικές έρευνες σε ασθενείς που έπασχαν από ψυχοσωματικές παθήσεις, επιβεβαίωσε την ύπαρξη του άγχους και, προχωρώντας στην ψυχοδυναμική ερμηνεία του φαινομένου, ανέφερε ότι οι επιθετικές παρορμήσεις αποτελούν σημαντικούς ασυνείδητους παράγοντες συμπεριφοράς. Όταν η έκφραση αυτών των παρορμήσεων ανακόπτεται ,λόγω απαγορεύσεων του εξωτερικού περιβάλλοντος ή εσωτερικών αναστολών, η επακολουθούσα ψυχοσύγκρουση δημιουργεί άγχος.

Έκτοτε, μολονότι πολλά πρότυπα συμπεριφοράς και συναισθηματικών καταστάσεων έχουν προσδιοριστεί ,το άγχος είναι ένα συνεχές εύρημα που συσχετίζεται με την έναρξη ,την εξέλιξη και τη σοβαρότητα της ασθένειας. Αλλά σε ποιες περιπτώσεις το άγχος μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της ψυχοσωματικής πάθησης και με ποιο μηχανισμό;

Κατά τον Wolpe η ψυχοσωματική απάντηση ενός συγκεκριμένου οργάνου στην αγχώδη συναισθηματική διαταραχή, οφείλεται στην εξάρτηση του οργάνου από το άγχος. Έτσι αυτή η δυσθυμική κατάσταση (το άγχος) ,ανάλογα με την προδιάθεση του ατόμου, είναι δυνατόν να προκαλέσει διαταραχή της λειτουργίας του πεπτικού (έλκος στομάχου- ελκώδη κολίτιδα κ.α.), του αναπνευστικού (βρογχικό άσθμα κ.α.), του κυκλοφορικού (νευρογενής υπέρταση κ.α.) ή του κινητικού συστήματος (ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.α.).

Ως προς τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό δράσης του άγχους, πιστεύεται ότι αυτό συμβάλλει στην αύξηση της μυϊκής τάσης, προκαλώντας πόνο και φλεγμονή στην προσβεβλημένη περιοχή. Πράγματι ,μερικοί ερευνητές

διαπίστωσαν ότι τις περισσότερες φορές το άγχος προηγείται ή συγχρονίζεται με την ευαισθησία του προσβεβλημένου οργάνου στον πόνο.

Συμπτώματα άγχους

Από το κινητικό :	αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας, ανησυχία και ακαθισία, χαρακτηριστική μιμική του προσώπου, λεπτός τρόμος χεριών, εφιδρώσεις .
Από το κυκλοφορικό :	ανωμαλίες καρδιακού ρυθμού, προκάρδια άλγη
Από το αναπνευστικό:	δύσπνοια, αίσθημα σύσφιξης του λάρυγγα, αίσθημα θωρακικής πίεσης
Από το πεπτικό :	ξηροστομία, γαστρεντερικές διαταραχές, ανορεξία ή βουλιμία
Από το ουροποιητικό:	πολυουρία, συχνουρία
Από το γεννητικό :	διαταραχές του κύκλου
Από την ψυχική σφαίρα :	φόβος ,ευερεθιστικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής ,διαταραχές της μνήμης ,καταθλιπτική δυσθυμία, διαταραχές του ύπνου, έμμονες ιδέες

2.3.1. Νοσηλευτική διάγνωση / Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Νοσηλευτική διάγνωση : Άγχος (έντονο) / συναισθηματική δυσφορία και αδυναμία αντιμετώπισης και λειτουργίας, σχετιζόμενα με :

Απειλή στη σωματική, ψυχολογική και /ή κοινωνική ακεραιότητα (αρρώστια, ψυχοτραυματισμός, απώλεια πραγματική ή νομιζόμενη), μη αποτελεσματική χρήση μηχανισμών χειρισμού, απελπισία, αδυναμία, απειλή στην αυτοεκτίμηση, κλπ.

Χαρακτηριστικά στοιχεία

Υποκειμενικά

Ο άρρωστος εκφράζει :

- Αυξημένη μυϊκή τάση, μούδιασμα στα χέρια και στα πόδια
- Συνεχές αίσθημα φόβου και επικείμενης καταστροφής
- Ανικανότητα να εξακρίβωση την αιτία της ψυχικής του δυσφορίας
- Δυσκολία να συγκεντρωθεί στην εργασία του ,δυσκολία να κοιμηθεί
- Αισθήματα αλλοτρίωσης από πρόσωπα και πράγματα
- Εκλεκτική (ψυχογενή) απροσεξία σε απειλητικά ερεθίσματα και προκατάληψη με λεπτομέρειες
- Αίσθημα αλλαγής των διαστάσεων των αντικειμένων και των χώρων

Αντικειμενικά

Ο άρρωστος εκδηλώνει :

- Ψυχοκινητική δραστηριότητα υπερβολική (βηματίζει συνεχώς)
- Συνοφρυωμένο πρόσωπο, ανήσυχο, ξαφνιασμένο, ερευνητικό ύφος
- Αφηρημάδα
- Ίδρωμένες παλάμες, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αυξημένα αντανακλαστικά, διακεκομμένος ύπνος
- Παλινδρομική συμπεριφορά (κλάμα, δάγκωμα νυχιών)
- Απότομο ανέβασμα της φωνής
- Γρήγορη και ίσως ακατανόητη ομιλία
- Μειωμένες γνωσιακές δεξιότητες (εναίσθηση, κρίση, λύση προβλημάτων)

- Συμπεριφορές αποφυγής (αποσύρεται από το περιβάλλον)
- Ανακουφιστικές συμπεριφορές (βηματίζει)
- Δυσπροσαρμοστική χρήση αμυντικών μηχανισμών (προβολή ,άρνηση, μετάθεση)

3 2.3.2.Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος φτάνει σε σημείο ώστε :

- Εκφράζει ότι αισθάνεται ήρεμος, χαλαρωμένος χωρίς μυϊκή ένταση
- Δείχνει σημαντική ελάττωση στα σωματικά, νοητικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα του άγχους
- Περιγράφει τα πρώιμα προειδοποιητικά σημεία άγχους (αυξημένος εκνευρισμός, γαστρεντερική αναστάτωση, αύξηση σφυγμών)
- Χρησιμοποιεί αποτελεσματικές τεχνικές χαλάρωσης που έμαθε
- Αναγνωρίζει τις περιστάσεις που του προκαλούν άγχος
- Χρησιμοποιεί λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης και ανακούφισης του άγχους
- Δείχνει απουσία συμπεριφορών αποφυγής επαφών με άλλους
- Εκδηλώνει ικανότητα λήψης αποφάσεων και λύσεις προβλημάτων
- Εκφράζει αισιόδοξα σχέδια για το μέλλον
- Ζητάει υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους του, από τον νοσηλευτή και το γιατρό, όταν χρειάζεται
- Μεταβιβάζει κατανόηση της ανάγκης να ζει κανείς με ελαφρά επίπεδα άγχους
- Διατυπώνει λεκτικά τη σπουδαιότητα διακοπής της χρήσης καφεΐνης, νικοτίνης και άλλων ουσιών διεγερτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος.

2.3.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Αναγνώριση της εκδήλωσης ανακουφιστικών συμπεριφορών ως δεικτών άγχους. Η έγκαιρη αναγνώριση του άγχους χρειάζεται για την πρόληψη της κλιμάκωσης των συμπτωμάτων και της απώλειας του ελέγχου.
- Παρατήρηση της τυχόν συμπεριφοράς φυγής από το περιβάλλον. Αυτό δείχνει ότι το περιβάλλον δημιουργεί στρες σε βαθμό που ξεπερνά την ικανότητα χειρισμού του από τον άρρωστο.
- Ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου και βοήθεια να περιγράψει τι αισθάνεται, να αναγνωρίσει το άγχος του και να εκτιμήσει το επίπεδο του όπως το αντιλαμβάνεται. Αυτό βοηθάει τον άρρωστο ν'αρχίσει να το αντιμετωπίζει.
- Περίπατος με τον άρρωστο ενώ συζητιέται το άγχος. Η σωματική άσκηση του βαδίσματος ελαττώνει την ένταση που συνδέεται με το άγχος. Η παραμονή του νοσηλευτού κοντά στον άρρωστο τον ενθαρρύνει να εξωτερικευθεί και να ηρεμήσει και του εμπνέει ασφάλεια.
- Ελάττωση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (θορύβων, εντόνου φωτισμού, υπερβολικής κίνησης και συνομιλίας άλλων ατόμων). Τα αυξημένα ερεθίσματα τείνουν να αυξήσουν το άγχος ενώ τα ελαττωμένα το μειώνουν.
- Επιμέλεια συστηματικής χορήγησης των αγχολυτικών ή και άλλων φαρμάκων που παραγγέλθηκαν. Τα φάρμακα μπορεί να αποδειχθούν ως τα πιο θεραπευτικά και λιγότερο περιοριστικά μέτρα για την ελάττωση του έντονου άγχους ή του πανικού.
- Ακρόαση του αρρώστου που είναι ικανός να συζητήσει την υποκειμενική εμπειρία του άγχους και τρόπους πρόληψης ή ελάττωσης του. Η ακρόαση του αρρώστου με θερμό ενδιαφέρον και η αποδοχή του χωρίς όρους και προϋποθέσεις μεταβιβάζει σεβασμό, επαληθεύει την προσωπική αξία του αρρώστου και παρέχει μια διέξοδο για εκτόνωση. Όλα αυτά ελαττώνουν το άγχος.

- Διδασκαλία ορισμένων στρατηγικών ελάττωσης του άγχους στον άρρωστο (ανάλογα με τις προτιμήσεις και ικανότητες του), όπως είναι οι παρακάτω:
 1. προοδευτική χαλάρωση (εναλλακτική σύσπαση και χαλάρωση όλων των μυών)
 2. ασκήσεις αργών βαθιών αναπνοών
 3. επικέντρωση του βλέμματος σε ένα μόνο σημείο ή αντικείμενο στο δωμάτιο
 4. ακρόαση απαλής μουσικής σε ήσυχο περιβάλλον
 5. νοερή αναπαράσταση μιας ήρεμης θάλασσας, ενός κήπου με λουλούδια, ενός όμορφου τοπίου κ.α.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για την σημασία της αποφυγής λήψης καφεΐνης, νικοτίνης και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, στην ελάττωση του άγχους
- Διδασκαλία στον άρρωστο να ανέχεται ελαφρά επίπεδα άγχους και να το διοχετεύει σε κανάλια οικοδομητικής συμπεριφοράς και δραστηριότητας. Το άγχος είναι αναπόσπαστο στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης και μπορεί να γίνει αποδεκτό και ανεκτό σε ελαφρό και μέτριο επίπεδο καθώς και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κινητοποίηση δημιουργικής και ικανοποιητικής συμπεριφοράς.
- Συνεχή υποστήριξη και παρακολούθηση εφαρμογής του νοσηλευτικού και ιατρικού προγράμματος φροντίδας για την πρόληψη της κλιμάκωσης των συμπτωμάτων και του επακόλουθου άγχους

2.4. Συμβουλευτική – Διασυνδεδετική νοσηλευτική ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομείο

Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία υπάρχει ομοφωνία ότι ο ειδικευμένος κλινικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας, είναι ο πιο κατάλληλος για τη συμβουλευτική-διασυνδεδετική εργασία στο γενικό νοσοκομείο.

Η συμβουλευτική είναι επικοινωνία μεταξύ του εκπαιδευμένου συμβούλου και του συμβουλευομένου ατόμου με σκοπό τη λύση τυχόν προβλημάτων και τη διδασκαλία τρόπων αντιμετώπισης των από τον συμβουλευόμενο.

Η διασυνδεδετική είναι το σύνολο των συμβουλευτικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων του νοσηλευτού ψυχικής υγείας σε μη ψυχιατρικό περιβάλλον με σκοπό την προαγωγή των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων της φροντίδας των αρρώστων, τη σχετική διδασκαλία του προσωπικού και τη βελτίωση των σχέσεων των μελών του προσωπικού με τους αρρώστους και μεταξύ τους.

Το θεωρητικό πλαίσιο αυτής της διάστασης της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας ενσωματώνει και εκλεκτικά χρησιμοποιεί επιστημονικές αρχές ψυχοπαθολογίας, γενικής και ψυχιατρικής νοσηλευτικής, των θεωριών των γενικών συστημάτων, του στρες, της προσαρμογής και λύσεις προβλημάτων, καθώς και αρχές της κλινικής έρευνας.

Ο νοσηλευτής –σύμβουλος ψυχικής υγείας πρέπει επίσης να έχει κλινική πείρα στη φροντίδα γενικών και ψυχιατρικών αρρώστων όπως και κατανόηση των συστημάτων οργάνωσης, διοίκησης και ανάπτυξης προσωπικού νοσοκομείων και άλλων δομών υπηρεσιών υγείας.

Οι αντικειμενικοί σκοποί της συμβουλευτικής –διασυνδεδετικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας είναι :

1. διδασκαλία των αρχών ψυχικής υγείας και επίδειξη της εφαρμογής τους στην κλινική νοσηλευτική
2. εκτέλεση κατάλληλων ψυχιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων
3. υποστήριξη των νοσηλευτών να συνεχίζουν να παρέχουν νοσοκομειακή φροντίδα υψηλής ποιότητας

4. προαγωγή και ανάπτυξη της επαγγελματικής και προσωπικής αυτοεκτίμησης κάθε νοσηλευτού
5. η καλλιέργεια καλής συνεργασίας και θετικών σχέσεων με τους συμβουλευομένους, ώστε να υπάρχουν αμοιβαία εμπιστοσύνη, σεβασμός και ισοτιμία, στοιχεία που συντελούν στη συμβουλευτική διεργασία

Οι παραπάνω σκοποί επιδιώκονται με τρεις κύριες λειτουργίες :

1. την απευθείας παροχή ψυχολογικής φροντίδας στους σωματικά αρρώστους
2. τη διδασκαλία και υποστήριξη των νοσηλευτών στην παροχή ψυχολογικής φροντίδας στους αρρώστους και στον χειρισμό του ατομικού των stress μέσα στην εργασία και
3. την έρευνα με κλινικό μάλλον παρά εργαστηριακό προσανατολισμό για μεγαλύτερη κατανόηση της ψυχοσωματικής αρρώστιας, του ψυχικού stress που προκαλούν ωρισμένες σωματικές αρρώστιες και της επίδρασης του νοσηλευτού-συμβούλου στην ελάττωση του stress τόσο των αρρώστων όσο και των κλινικών νοσηλευτών.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

« Ε Ρ Ε Υ Ν Α »

3.1.ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΙ **ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ** **ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ**

3.1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ: Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση άρχισε να εκτιμάται σαν οντότητα μόλις τη δεκαετία του 1930, αφού αναγνωρίστηκε ότι η οισοφαγίτιδα είναι αποτέλεσμα γαστρικών εκκρίσεων στον οισοφάγο. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) αποτελεί φάσμα κλινικών εκδηλώσεων που οφείλονται στην παλινδρόμηση περιεχομένου του στομάχου στον οισοφάγο. Κάποια επεισόδια καύσου ή αναγωγής είναι δυνατό να παρουσιάσουν και άτομα κατά τα άλλα υγιή, όταν όμως τα συμπτώματα είναι βαριά ή συνδυάζονται με τη βλάβη του οισοφαγικού βλεννογόνου, η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως πάθηση.

Η παθολογική ΓΟΠ αποτελεί το 75% της παθολογίας του οισοφάγου, πράγμα πολύ σημαντικό αφού έτσι είναι από τις κυριότερες αιτίες οισοφαγίτιδας. Το ποσοστό των ασθενών παθολογικής ΓΟΠ που έχουν οισοφαγίτιδα ποικίλει από 5 μέχρι και 30%, ανάλογα με το πληθυσμό. Το ποσοστό της οισοφαγίτιδας τείνει να είναι υψηλότερο μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών συγκριτικά με κοινωνικές ομάδες, σε ανεπτυγμένες παρά αναπτυσσόμενες χώρες και σε λευκούς συγκριτικά με έγχρωμους πληθυσμούς.

3.1.2.Αιτιολογία και παθογένεση.

Το κύριο παθοφυσιολογικό φαινόμενο της ΓΟΠ είναι η δημιουργία ενιαίας κοιλότητας λόγω εξισορρόπησης της ενδογαστρικής πίεσης με την ενδοοισοφαγική.

Το κύριο εμπόδιο στην παλινδρόμηση αποτελεί ο κάτω σφιγκτήρας του οισοφάγου μαζί με ένα δευτερεύον στοιχείο προερχόμενο από τα διάφραγμα στη διάρκεια της εισπνοής.

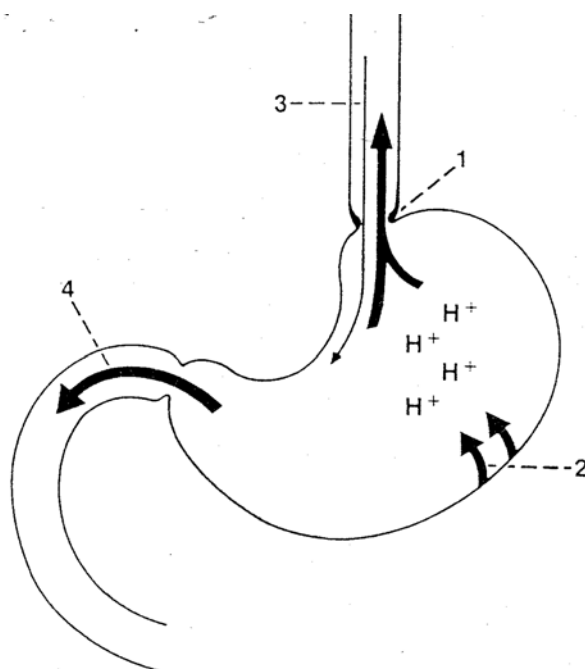
Η παλινδρόμηση οξέος στον οισοφάγο εμποδίζεται με μια διαδικασία που διακρίνεται σε δύο φάσεις: 1) τη γρήγορη απώθηση του υλικού που

παλινδρομεί με περισταλισμό και την αλκαλοποίηση των όξινων υλικών και 2) με την κατάποση σιέλου.

Οι ασθενείς με ΓΟΠ που προκαλεί συμπτώματα παρουσιάζουν ένα ή περισσότερα από τα εξής:(εικ.1) ελάττωση ή εξαφάνιση του τόνου του κάτω σφιγκτήρα ασυντόνιστη με την κατάποση και ελάττωση της κάθαρσης του οξέος που παλινδρομεί εξαιτίας ελάττωσης του περισταλισμού.

Μερικές φορές είναι δυνατό να συμμετέχουν διαταραχές της σύστασης του σιέλου, υπέρμετρη παραγωγή υδροχλωρικού οξέος, καθυστέρηση της εκκένωσης του στομάχου και παλινδρόμηση χολικών αλάτων και παγκρεατικών ενζύμων.

Οι ασθενείς με μέτρια έως βαριά ΓΟΠ έχουν ολισθαίνουσα διαφραγματικήλη που εμποδίζει τη φυσιολογική κένωση του οισοφάγου λειτουργώντας ως πώμα.



Εικ. 1. Παθογένεση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, (1) Ελαττωμένη λειτουργία του κάτω σφιγκτήρα του οισοφάγου - χαμηλές πιέσεις ή συχνή παροδική χάλαση. (2) Υπερέκκριση οξέος. (3) Ελαττωμένη αποβολή του οξέος λόγω ελαττωμένου περισταλισμού ή παθολογικής παραγωγής σιέλου. (4) Καθυστέρηση της εκκένωσης του στομάχου και/ή δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση χολικών οξέων και παγκρεατικών ενζύμων.

3.1.3.Κλινικές εκδηλώσεις:

Το συχνότερο σύμπτωμα της παθολογικής ΓΟΠ είναι ο καύσος(πύρωση),που μπορεί να είναι από ελαφρύς μέχρι πολύ έντονος και συχνά συνοδεύεται από δυσφαγία,οδυνοφαγία, ερυγές και αναγωγή όξινου περιεχομένου. Η δυσφαγία των στερεών τροφών οφείλεται συνήθως σε πεπτικό στένωμα. Άλλα αίτια μπορούν να είναι η φλεγμονή του οισοφάγου, η περισταλτική δυσλειτουργία που παρατηρείται στη βαριά οισοφαγίτιδα και ο καρκίνος του οισοφάγου που αναπτύσσεται σε έδαφος του οισοφάγου του Barrett.Η ΓΟΠ μπορεί να εκδηλωθεί και με συμπτώματα που δεν μπορούν να αποδοθούν αμέσως στο γαστρεντερικό σωλήνα, όπως είναι ο θωρακικός πόνος και αναπνευστικά,ωτικά,ρινικά και φαρυγγικά προβλήματα. Τα αναπνευστικά ενοχλήματα είναι χρόνιος βήχας,υποτροπιάζουσα εισρόφηση και συρίττουσα αναπνοή.Τα ωτικά, ρινικά και φαρυγγικά είναι βράγχος της φωνής,φαρυγγίτιδα,δύσοσμη απόπνοια και αίσθημα πλήρωσης στο τράχηλο(αίσθημα βλωμού).

Η αιμορραγία από διαβρώσεις του οισοφάγου μπορεί να είναι έντονη,αλλά συχνότερα έχει χρόνιο χαρακτήρα.

3.1.4.Διάγνωση

Η διάγνωση της ΓΟΠ βασίζεται γενικά στο ιστορικό και στις κλινικές εκδηλώσεις της.Οι αντικειμενικές δοκιμασίες χρησιμεύουν για τον προσδιορισμό της έκτασης και της βαρύτητας της πάθησης σε ποσοτική βάση και για την αναζήτηση απάντησης σε τρία ερωτήματα:1)αν υπάρχει πράγματι παλινδρόμηση, 2)αν για τα συμπτώματα ευθύνεται η παλινδρόμηση οξέος και 3)αν η παλινδρόμηση έχει προκαλέσει βλάβη του οισοφάγου.

Η παλινδρόμηση μπορεί να διαπιστωθεί κατά την κατάποση βατιούχου γεύματος ή με σπινθηρογράφημα μετά από εισαγωγή θειούχου κolloειδούς ^{99m}Tc στο στόμαχο.περισσότερο ευαίσθητη δοκιμασία ανίχνευσης της παλινδρόμησης οξέος αποτελεί η παρακολούθηση του PH του οισοφάγου.Η ύπαρξη παλινδρόμησης δεν σημαίνει οπωσδήποτε ότι αυτή ευθύνεται για τα συμπτώματα του ασθενούς.Τα συμπτώματα,τέλος,που οφείλονται στην παλινδρόμηση οξέος δεν συμβαδίζουν πάντα με την έκταση της βλάβης του

οισοφαγικού βλεννογόνου. Η διαπίστωση τους έχει μεγάλη σημασία, διότι οι ασθενείς με οισοφαγίτιδα τείνουν να θεραπεύονται πιο δύσκολα και έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν βαριές επιπλοκές από τον οισοφάγο. Οι διαβρώσεις, οι εξελκώσεις και τα στενώματα του οισοφάγου μπορούν να εκτιμηθούν με βαριούχο γέυμα. Η μικρού βαθμού οισοφαγίτιδα όμως δεν αποκαλύπτεται με το βαριούχο γέυμα και, συνεπώς η πιο ευαίσθητη εξέταση διαπίστωσης της λόγω παλινδρόμησης βλάβης του βλεννογόνου είναι η ενδοσκόπηση με βιοψία (εικ. 2).



Εικ. 2. Ενδοσκοπική εικόνα των σχισμών του βλεννογόνου σε ασθενή με οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση.

Οι ενδοσκοπικές αλλοιώσεις εκτείνονται από τις πολύ αβασίλες γραμμοειδείς διαβρώσεις με ευθραυστότητα, μέχρι τις συρρέουσες εξελκώσεις και την πλήρη απογύμνωση του βλεννογόνου. Μικροσκοπικά είναι δυνατό να παρατηρηθούν βασικοκυτταρική υπερπλασία, διήθηση από πολυμορφοπύρρηνα ή ηωσινόφιλα ή πραγματική εξέλκωση.

Σε μερικές περιπτώσεις βρίσκεται ο λεγόμενος 'οισοφάγος Barrett', δηλαδή η παρουσία στον οισοφάγο κυλινδρικού γαστρικού επιθηλίου, που αποτελεί ένδειξη βαριάς χρόνιας παλινδρόμησης και μεγαλύτερου κινδύνου κακοήθους εξαλλαγής σε άδενο καρκίνωμα.

Παρακάτω στον πίνακα 2 βλέπουμε την παραδοσιακή μέθοδο περιγραφής της βαρύτητας της οισοφαγίτιδας από ΓΟΠ (ταξινόμηση Savary-Miller)

Πίνακας 2

Ταξινόμηση της οισοφαγίτιδας κατά Savary-Miller	
Grade I	Γραμματοειδείς μη-συρρεύουσες διαβρώσεις
Grade II	Επιμήκεις συρρεύουσες μη-περιμετρικές διαβρώσεις
Grade III	Επιμήκεις συρρεύουσες περιμετρικές διαβρώσεις
Grade IV	Εξέλκωση, στένωση ή μεταπλάσια του οισοφάγου

3.1.5.Θεραπεία και πρόγνωση

Η ΓΟΠ είναι χρόνιο πρόβλημα του οποίου η ένταση μπορεί να παρουσιάσει υφέσεις και εξάρσεις με συχνές υποτροπές.Όταν δεν υπάρχει οισοφαγίτιδα,στόχος της θεραπείας είναι απλώς η ανακούφιση των συμπτωμάτων που οφείλονται στο υδροχλωρικό οξύ.

Σε ασθενείς με οισοφαγίτιδα ο τελικός στόχος είναι η ίαση ή η ελαχιστοποίηση της οισοφαγίτιδας με ταυτόχρονη προσπάθεια πρόληψης των περαιτέρω επιπλοκών.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3 η αλλαγή του τρόπου ζωής εξακολουθεί να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας της ΓΟΠ και μπορεί να επιφέρει την ίαση των ασθενών που παρουσιάζουν ελαφρά συμπτώματα.

Οι περιπτώσεις με πιο βαριά συμπτώματα, αλλά χωρίς οισοφαγίτιδα, ανταποκρίνονται γενικά στα αντιόξινα, στα φάρμακα που διεγείρουν την κινητικότητα ή στους αναστολείς H₂ υποδοχέων, συνήθως σε δύο δόσεις την ημέρα, για να επουλωθούν οι βλάβες του βλεννογόνου.

Σε περιπτώσεις αόρητων συμπτωμάτων ή εξελκωτικής οισοφαγίτιδας είναι δυνατό να χρειασθεί αναστολέας της αντλίας πρωτονίων (π.χ ομεπραζόλη) για να τεθεί η πάθηση υπό έλεγχο μέσω της σημαντικής διακοπής της έκκρισης οξέος. Σε περιπτώσεις βαριάς παλινδρόμησης και οισοφαγίτιδας μπορεί να απαιτηθεί χρόνια θεραπεία.

Με τη χειρουργική θεραπεία-που εφαρμόζεται σε λίγες περιπτώσεις (3-5%) αντικειμενικά αβέβαιης παλινδρόμησης, η οποία δεν ανταποκρίνεται στην επαρκή συντηρητική αγωγή-επιχειρείται με διάφορες μεθόδους η αποκατάσταση της λειτουργίας του κάτω σφιγκτήρα του οισοφάγου, η επαναφορά της διαφραγματοκήλης και της γαστροοισοφαγικής παρυφής στο κύτος της κοιλιάς και η αποκατάσταση με συρροφή γύρω από το κατώτερο τμήμα του οργάνου ενός τμήματος του μυϊκού χιτώνα του πυθμένα του στομάχου.

Οι επεμβάσεις αυτές έχουν συχνά επιτυχία, αλλά είναι αδύνατο να εκτελεστούν σε ασθενείς με, ενδεχομένως βαριά, ΓΟΠ εξαιτίας έλλειψης περισταλτισμού του οισοφάγου (π.χ σε σκληρό δέρμα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Απλά μέτρα (τρόπος ζωής)

Ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού
Αποφυγή τροφής ή ποτών 2-3 ώρες πριν από την κατάκλιση
Αποφυγή τροφών πλούσιων σε λίπη ή καρυκεύματα
Αποφυγή του καπνίσματος και των οινόπνευματων
Απώλεια βάρους
Λήψη υγρών αντιόξινων (υδροξειδίου του αργιλίου- υδροξειδίου του μαγνησίου) σε δόσεις 30 ml, 30 min μετά τα γεύματα και πριν από την κατάκλιση

Μέτρα σε επίμονες περιπτώσεις

Χωρίς οισοφαγίτιδα

Αντιόξινα τύπου φυκόζης, 10 ml
30 min μετά τα γεύματα και
πριν την κατάκλιση
Διεγερτικά της κινητικότητας
Βεθανεχόλη, 10-15 mg*4/24h
Μετοκλοπραμίδη, 10 mg*4/24h
Αναστολείς των H₂ υποδοχέων
Σιμετιδίνη, 400 mg*2/24h
Ρανιτιδίνη, 150 mg*2/24h
Φαμοτιδίνη, 20 mg*2/24h
Νιζατιδίνη, 150 mg*2/24h

Με οισοφαγίτιδα

Αναστολείς των H₂ υποδοχέων,
σε κανονική ή διπλάσια δόση,
ανάλογα με τη βαρύτητα
Αναστολέας των H₂ υποδοχέων
και μετοκλοπραμίδη
Ομεπραζόλη, 20 mg κάθε πρωί
Χειρουργική επέμβαση

3.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Τ.Ε.Ι ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η οισοφαγίτιδα από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι μια ασθένεια, η οποία ενοχλεί ένα μεγάλο αριθμό ανθρώπων. Γνωρίζοντας τις οργανικές αιτίες της νόσου, στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα: «Ψυχοσωματικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος – έρευνα στην οισοφαγίτιδα από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και τη ψυχοσωματική της διάσταση», ψάχνουμε και τις τυχόν, ψυχοσωματικές αιτίες της οισοφαγίτιδας από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Παρακαλούμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, γνωρίζοντας ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία. Έχει σημασία να προσπαθήσετε, να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας

1. ΦΥΛΟ

ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΗΛΙΚΙΑ.....

3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ

ΛΥΚΕΙΟΥ

ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος /η

Έγγαμος /η

Διαζευγμένος /η

Χήρος /α

5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

.....

6. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ

A. Σωματικά προβλήματα

ΝΑΙ ΟΧΙ

B. Ψυχικά προβλήματα

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Τον τελευταίο καιρό βγαίνεις από το σπίτι σου όσο έβγαίνες συνήθως ;

Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Ίδια όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Έχεις αισθανθεί πως δεν θα μπορούσες να ξεπεράσεις τις δυσκολίες σου;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Βρίσκεις πως η ζωή είναι ένας συνεχής αγώνας ;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Παίρνεις τα πράγματα βαριά;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Αισθάνεσαι δυστυχισμένος /η και μελαγχολικός /η;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Έχεις χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σου;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Αισθάνεσαι αισιόδοξος /η για το μέλλον σου;

Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο απ' ότι συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερη ελπίδα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Σε γενικές γραμμές αισθάνεσαι ευτυχισμένος /η;

Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο απ' ότι συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερη ελπίδα
-----------------------------	---------------------------------	--------------------------	----------------------

11. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
---------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

12. Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
---------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

13. Έχετε αίσθημα ανησυχίας ;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
---------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

14. Περιμένετε να σας συμβεί κάποιο μεγάλο κακό;

ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν γνωρίζω
-----	-----	-------------

15. Έχετε κάποιους ακαθόριστους φόβους ;

Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
---------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

16.Είστε ένα ευερέθιστο άτομο;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

17.Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;

Καθόλου Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

18.Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός /η, και σε υπερδιέγερση;

Καθόλου Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

19.Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος /η;

Καθόλου Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

20.Έχεις περάσει ανήσυχες και ταραγμένες νύχτες ;

Καθόλου Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

21.Έχετε τον τελευταίο καιρό δυσάρεστα όνειρα ή εφιάλτες ;

Καθόλου Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

22. Έχετε τον τελευταίο καιρό ταχυκαρδία ή προκάρδιο άλγος ;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

23. Έχετε τον τελευταίο καιρό ένα αίσθημα πνιγμού;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

24. Έχετε τον τελευταίο καιρό ένα αίσθημα πίεσεως στο θώρακα;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

25. Έχετε τον τελευταίο καιρό συσπάσεις στο επιγάστριο (περιοχή πάνω απ' το στομάχι) ;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

26. Έχετε αισθανθεί τον τελευταίο καιρό ξηροστομία;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

27. Έχετε αισθανθεί τον τελευταίο καιρό τάσεις για κεφαλαλγία;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

28. Έχετε αισθανθεί τον τελευταίο καιρό εφίδρωση και ιδίγγους ;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

29. Έχετε αισθανθεί τον τελευταίο καιρό ωχρότητα του προσώπου σας ;

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ

3.3.Σκοπός της έρευνας

Στα πλαίσια της εργασίας μας με το θέμα ‘Ψυχοσωματικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος – Έρευνα στην οισοφαγίτιδα από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και τη ψυχοσωματική της διάσταση’ είναι και το ερευνητικό μέρος.

Σκοπός της ερευνάς μας είναι να εξετάσουμε κατά πόσο συμμετέχουν συναισθηματική παράγοντες σε ασθενείς με ΓΟΠ και οισοφαγίτιδα, έτσι ώστε να συσχετιστεί η πιθανότητα ψυχοσωματικής θεώρησης της εν λόγω ασθένειας.

3.4.Μέθοδος έρευνας

Στην προσπάθεια μας αυτή αναζητήσαμε περιστατικά οισοφαγίτιδας από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Αυτό έγινε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο του Ηρακλείου. Δυστυχώς δεν καταφέραμε να συλλέξουμε κάποια περιστατικά από το Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, λόγω της μη λειτουργίας ενδοσκοπικού γαστρεντερολογικού τμήματος ή γαστρεντερολογικής κλινικής στο νοσοκομείο αυτό.

Έτσι η ερευνά μας διεξήχθη στα δύο νοσοκομεία του Ηρακλείου. Αρχικά επικοινωνήσαμε με τα Δ.Σ των νοσοκομείων, και πήραμε γραπτές άδειες για τη διεξαγωγή έρευνας σε αυτά τα νοσοκομεία, και συγκεκριμένα στα γαστρεντερολογικά τμήματα ενδοσκοπήσεων του Β.Γ.Ν.Η και ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η καθώς και στην Γαστρεντερολογική κλινική του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η και τις Παθολογικές κλινικές του Β.Γ.Ν.Η. Η διάρκεια της έρευνας ήταν από 9/3/02 μέχρι και 28/8/02 σε τυχαίο δείγμα ασθενών στα προαναφερόμενα τμήματα και κλινικές των δυο νοσοκομείων του Ηρακλείου.

Στις επισκέψεις μας στους χώρους των κλινικών, αλλά και των ενδοσκοπικών ιατρείων ενημερώναμε το προσωπικό για το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου μας, καθώς και τον σκοπό της πτυχιακής μας. Το

προσωπικό, ιατρικό και νοσηλευτικό, ήταν πρόθυμο, τις περισσότερες φορές, να μας υποδείξει περιστατικά, καθώς και να μας απαντήσει σε όλες τις απορίες που είχαμε γύρω από τα περιστατικά. Βρήκαν το θέμα της πτυχιακής μας πρωτότυπο και πολύ ενδιαφέρον, όπως ενδιαφέρουσα είναι όλη η ψυχοσωματική εξάλλου.

Η ανταπόκριση των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ δεν μπορούμε να πούμε πως ήταν και η καλύτερη δυνατή. Στη δυσκολία να βρούμε περιστατικά λόγω του ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν παρέμεναν σε κλινική για νοσηλεία, παρά μόνο τα βαριά περιστατικά, προτίθετο συχνά και μια έντονη επιφυλακτικότητα, προκατάληψη και καχυποψία προς το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο και το σκοπό της ερευνάς μας.

Κάποιοι μάλιστα, από τους ασθενείς, ευτυχώς λίγοι, αρνήθηκαν να το συμπληρώσουν υποστηρίζοντας ότι "δεν έχουν κανένα ψυχολογικό πρόβλημα". Συγκεκριμένα καταφέραμε να συλλέξουμε 90 ερωτηματολόγια από ανάλογα περιστατικά εκ των οποίων ήταν 36 από το ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η και τα υπόλοιπα 54 από το Β.Γ.Ν.Η.

Η οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ είναι μια ασθένεια η οποία ποικίλλει σε βαρύτητα και σε κλινικές εκδηλώσεις: μόνο τα βαριά περιστατικά χρήζουν μιας συντηρητικής αγωγής, με αλλαγή του τρόπου ζωής και φαρμακευτική θεραπεία στο σπίτι. Έτσι από τα 90 περιστατικά μας τα 67 συμπληρώθηκαν από ασθενείς των ενδοσκοπικών τμημάτων του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η και του Β.Γ.Ν.Η και τα 23 από τη γαστρεντερολογική κλινική του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η και τις παθολογικές κλινικές του Β.Γ.Ν.Η.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε στην ερευνά μας αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από 6 ερωτήσεις που περιέχουν δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό παιδιών) και μια ερώτηση που ερευνά την ύπαρξη σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων στην οικογένεια του ασθενή.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από 29 ερωτήσεις. Στην προσπάθειά μας να εξετάσουμε κατά πόσο συμμετέχουν συναισθηματικοί παράγοντες σε ασθενείς με οισοφαγική ΓΟΠ, έτσι ώστε να συσχετιστεί η πιθανότητα ψυχοσωματικής θεώρησης της εν λόγω ασθένειας, χρησιμοποιήσαμε 16 ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας GHQ-30 που εξετάζει την εμφάνιση ψυχικών δυσλειτουργιών όπως άγχος και κοινωνική δυσλειτουργία.

Ακόμα χρησιμοποιήσαμε και 13 ερωτήσεις βασισμένοι στην κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του άγχους (MAX HAMILTON).

3.4.1.ΠΟΣΟΣΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

1.ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΥΛΟΥ

ΦΥΛΟ	ΑΠΟΛΥΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ F	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ RF
ΑΝΔΡΕΣ	39	43%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	51	57%
ΣΥΝΟΛΟ	90	100%

2.ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΦΥΛΟ ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΔΡΑΣ		ΓΥΝΑΙΚΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	RF	F	RF	F	RF
77-81	2	2.5%			2	2.2%
72-76	4	4.5%	1	1%	5	5.5%
67-71	4	4.5%	2	2%	6	7%
62-66	5	5.5%	2	2%	7	8%
57-61	2	2%	6	7%	8	9%
52-56	2	2%	5	5.5%	7	8%
47-51	2	2%	4	4.5%	6	6.5%
42-46	3	3%	6	7%	9	10%
37-41	2	2%	3	3%	5	5.5%
32-36	5	5.5%	8	9%	13	14%
27-31	5	5.5%	7	8%	12	13%
22-26	3	3%	4	4.5%	7	8%
17-21	1	1%	3	3%	4	4.4%
ΣΥΝΟΛΟ	39	43%	51	57%	90	100%

3.ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ

ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	RF	F	RF	F	RF
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙ.						
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΙ	2	2.2%	3	3.3%	5	5.5%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	16	17.7%	16	17.7%	32	35.5%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	5	5.5%	8	8.8%	13	14.5%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΛΥΚΕΙΟΥ	10	11%	13	14.4%	23	25.5%
ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	6	6.6%	11	12.2%	17	19%
ΣΥΝΟΛΟ Ν	39	43%	51	57%	90	100%

4.ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	F	RF
ΑΓΑΜΟΣ /Η	24	26.5%
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	57	63%
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	3	3.5%
ΧΗΡΟΣ/Α	6	7%
ΣΥΝΟΛΟ	90	100%

5. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	F	RF
ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ	6	6.5%
ΔΥΟ ΠΑΙΔΙΑ	26	29%
ΤΡΙΑ ΠΑΙΔΙΑ	16	18%
ΤΕΣΣΕΡΑ ΠΑΙΔΙΑ	5	5.5%
ΠΕΝΤΕ ΠΑΙΔΙΑ	1	1%
ΕΞΙ ΠΑΙΔΙΑ	1	1%
ΚΑΝΕΝΑ ΠΑΙΔΙ	35	39%
ΣΥΝΟΛΟ Ν	90	100%

6. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΑ Ή ΨΥΧΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ;

ΚΑΤΑΝΟΜΗ	ΝΑΙ		ΌΧΙ		ΣΥΝΟΛΟ	
ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	F	RF	F	RF	F	RF
ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	26	29%	64	71%	90	100%
ΨΥΧΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	9	10%	81	90%	90	100%

3.5.ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ GHQ-30 ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ (MAX HAMILTON)

4 Στην προσπάθεια μας να συσχετιστεί η πιθανότητα ψυχοσωματικής θεώρησης της οισοφαγίτιδας από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση χρησιμοποιήσαμε 16 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου γενικής υγείας , που εξετάζει την ύπαρξη πιθανής ψυχοπαθολογίας ή την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής συγκεκριμένα της υποχονδρίασης , του άγχους , της κατάθλιψης και της κοινωνικής δυσλειτουργίας.

Ακόμα χρησιμοποιήσαμε και 13 ερωτήσεις , βασισμένοι στην κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του άγχους (MAX HAMILTON) , από τις οποίες στις 5 ψάχνουμε τις ψυχικές εκδηλώσεις του άγχους και στις άλλες 8 τις σωματικές εκδηλώσεις (σωματοποίηση του άγχους). Αυτό που εμείς ζητάμε στις παρακάτω ερωτήσεις είναι να δούμε κατά πόσο οι ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ παρουσιάζουν διαταραχές άγχους και κατάθλιψης έτσι ώστε να μπορέσουμε να εκτιμήσουμε την ψυχολογική διάσταση της οισοφαγίτιδας από ΓΟΠ .

Για την ανάλυση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου γενικής υγείας GHQ – 30 χρησιμοποιήσαμε τη διχοτομημένη κλίμακα στην οποία αριθμήσαμε τις δύο πρώτες απαντήσεις με 0,0 και τις επόμενες δύο με 1,1. Στη συνέχεια , αφού αντιστοιχίσαμε τον αριθμό 0 ή 1 που αναλογούσε σε κάθε απάντηση, αθροίσαμε όλες τις απαντήσεις και βγάλαμε το τελικό σκορ του κάθε ερωτηματολογίου ,σε ότι αφορά το σκορ ψυχοπαθολογίας στον άξονα του άγχους ,το σκορ ψυχοπαθολογίας στον άξονα της κατάθλιψης και την κατανομή του σκορ άγχους και κατάθλιψης των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ.

Για την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης θα εξετάσουμε τις συγκεκριμένες ερωτήσεις που αντιστοιχούν στο καθένα. Ειδικότερα στον άξονα του άγχους αντιστοιχούν οι ερωτήσεις : 13, 17 ,18, 19 ,20 και στον άξονα της κατάθλιψης οι ερωτήσεις : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

Στη συνέχεια ,θέλοντας να ερευνήσουμε τα ποσοστά εκδήλωσης σωματικών συμπτωμάτων του άγχους καθώς και την κατανομή του σκορ του σωματοποιημένου άγχους χρησιμοποιήσαμε 8 ερωτήσεις σωματοποιημένου άγχους ,βασισμένες στη κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του άγχους (MAX HAMILTON). Συγκεκριμένα οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν στο σωματοποιημένο άγχος είναι : 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29

3.5.1.ΣΚΟΡ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΞΟΝΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σκορ κατάθλιψης	0		1	
	F	rF	F	rF
Ερώτηση 1	54	60%	36	40%
Ερώτηση 2	58	64%	32	36%
Ερώτηση 3	23	26%	67	74%
Ερώτηση 4	32	35%	58	65%
Ερώτηση 5	53	59%	37	41%
Ερώτηση 6	69	77%	21	23%
Ερώτηση 7	80	88%	10	12%
Ερώτηση 8	76	84%	14	16%
Ερώτηση 9	75	83%	15	17%
Ερώτηση 10	63	70%	27	30%
Ερώτηση 11	76	84%	14	16%
Ερώτηση 12	43	48%	47	52%

Ερώτηση1:Το τελευταίο καιρό βγαίνεις από το σπίτι σου όπως έβγαίνες συνήθως;

Ερώτηση2:Έχεις αισθανθεί πως δε μπορούσες να ξεπεράσεις τις δυσκολίες σου;

Ερώτηση3:Βρίσκεις πως η ζωή είναι ένας συνεχής αγώνας;

Ερώτηση4:Παίρνεις τα πράγματα βαριά;

Ερώτηση5:Αισθάνεσαι δυστυχισμένος\η και μελαγχολικός\η;

Ερώτηση6:Έχεις χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σου;

Ερώτηση7:Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;

Ερώτηση8:Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;

Ερώτηση9:Αισθάνεσαι αισιόδοξος\η για το μέλλον σου;

Ερώτηση10:Σε γενικές γραμμές αισθάνεσαι ευτυχισμένος\η;

Ερώτηση11:Έχεις αισθανθεί πως δεν αξίζει κανείς να ζει;

Ερώτηση12:βρήκες μερικές φορές ότι δε μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;

Οι παραπάνω ερωτήσεις δηλώνουν κατάθλιψη, επομένως μπορούμε να συμπεράνουμε από τις απαντήσεις που μας δόθηκαν ,ότι το 47% αισθάνεται

δυστυχησμένος και μελαγχολικός (ερώτηση 5).Ακόμα ενδεικτικά αναφέρουμε ,ότι το 74% βρίσκει πως η ζωή είναι ένας συνεχής αγώνας (ερώτηση 3).

3.5.1.α.ΣΚΟΡ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΞΟΝΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Σκορ άγχους	0		1	
	F	rF	F	rF
Ερώτηση 17	39	43%	51	57%
Ερώτηση 18	52	58%	38	42%
Ερώτηση 19	45	50%	45	50%
Ερώτηση 20	56	62%	34	38%
Ερώτηση 13	40	45%	50	55%

Ερώτηση17:Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;

Ερώτηση18:Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός\η και σε υπερδιέγερση;

Ερώτηση19:Έχειςξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος\η;

Ερώτηση20:Έχεις περάσει ανήσυχες και παραγμένες νύχτες;

Ερώτηση13:Έχετε αίσθημα ανησυχίας;

Ο παραπάνω πίνακας αποτελείται από ερωτήσεις που δηλώνουν την ύπαρξη άγχους. Έτσι από τα συγκεντρωμένα ποσοστά μπορούμε να πούμε πως το 57% των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ ,έχει αισθανθεί να βρίσκεται συνεχώς κάτω από πίεση (ερώτηση 17). Ακόμα το 50% των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ, έχει ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήταν ανήσυχος (ερώτηση 19). Ένα 42% αισθάνεται συνεχώς νευρικό και σε υπερδιέγερση (ερώτηση 18). Ένα 38% έχει περάσει ανήσυχες και παραγμένες νύχτες (ερώτηση 20) και ένα 55% έχει αίσθημα ανησυχίας (ερώτηση 13).

3.5.2.ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΣΚΟΡ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΓΟΠ

Σκορ κατάθλιψης	F	rF
12	0	-
11	0	-
10	4	4.5%
9	5	5.5%
8	3	3.5%
7	3	3.5%
6	5	5.5%
5	19	21%
4	9	10%
3	18	20%
2	14	15.5%
1	7	7.5%
0	3	3.5%
N	90	100%

Στον παραπάνω πίνακα χρησιμοποιήσαμε 12 αντιπροσωπευτικές ερωτήσεις του GHQ-30 που δηλώνουν κατάθλιψη. Βάλαμε ως ανώτατο σκορ το 12 που σημαίνει ότι απαντούν και στις 12 ερωτήσεις και κατώτατο όριο το 0, που σημαίνει ότι δεν απάντησαν θετικά σε καμία από αυτές. Θεωρήσαμε ότι για την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης, οι ασθενείς θα πρέπει να απαντήσουν σε 5 τουλάχιστον απαντήσεις καταφατικά.

Από τα ποσοστά συμπεραίνουμε ότι το 43.5% των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ εκδηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης.

3.5.2.α.ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΣΚΟΡ ΑΓΧΟΥΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΓΟΠ

Σκορ άγχους	F	Rf
5	15	16,50%
4	15	16,50%
3	19	21,50%
2	10	11%
1	12	13%
0	19	21,50%
N	90	100%

Στον πίνακα αυτό χρησιμοποιήσαμε τις 5 βασικές ερωτήσεις που δηλώνουν άγχος. Έτσι βάλαμε ως ανώτατο σκορ το 5 που σημαίνει ότι και στις 5 ερωτήσεις απαντά θετικά ο ασθενής (δηλαδή παρουσιάζει δηλώσεις άγχους) και ως κατώτατο όριο το 0, δηλαδή δεν έχει καμία εκδήλωση άγχους. Θέσαμε ως όριο εκδήλωσης του άγχους τις 5 καταφατικές απαντήσεις.

Έτσι από τα ποσοστά συμπεραίνουμε ότι το 16.50% των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ εκδηλώνει άγχος.

3.5.3.ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ (MAX HAMILTON)

ΠΟΣΟΣΤΑ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	ΝΑΙ		ΌΧΙ		ΔΕΝ ΞΕΡΩ		ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	
	F	RF	F	RF	F	RF	F	RF
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	40	44%	44	49%	6	7%	-	-
ΕΡΩΤΗΣΗ 23	31	35%	53	58%	6	7%	-	-
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	35	39%	41	45.5%	13	14.5%	1	1%
ΕΡΩΤΗΣΗ 25	54	60%	34	38%	2	2%	-	-
ΕΡΩΤΗΣΗ 26	49	54.5%	35	39%	6	6.5%	-	-
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	48	53%	36	40%	6	7%	-	-
ΕΡΩΤΗΣΗ 28	39	43%	46	51%	5	6%	-	-
ΕΡΩΤΗΣΗ 29	24	27%	53	59%	13	14%	-	-

Ο παραπάνω πίνακας αποτελείται από ερωτήσεις που δηλώνουν την ύπαρξη σωματοποιημένου άγχους. Οι ερωτήσεις αυτές ,όπως προαναφέραμε, είναι βασισμένες στην κλίμακα ποσοτικής εκτίμησης του άγχους (MAX HAMILTON). Έτσι από τα συγκεκριμένα ποσοστά μπορούμε να πούμε πως το 44% των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ, έχει αισθανθεί τον τελευταίο καιρό ταχυκαρδία ή προκάρδιο άλγος (ερώτηση 22), το 35% έχει αισθανθεί τον τελευταίο καιρό ένα αίσθημα πνιγμού (ερώτηση 23), ένα 39% έχει αισθανθεί τον τελευταίο καιρό ένα αίσθημα πίεσεως στο θώρακα (ερώτηση 24), το 60% έχει αισθανθεί τον τελευταίο καιρό συσπάσεις στο επιγάστριο (ερώτηση 25), ένα 54.5% έχει αισθανθεί τον τελευταίο καιρό ξηροστομία (ερώτηση 26), ένα 53% έχει αισθανθεί τον τελευταίο καιρό κεφαλαλγία (ερώτηση 27), ένα 43% έχει αισθανθεί τον τελευταίο καιρό εφίδρωση και ιλίγγους (ερώτηση 28) και τέλος ένα 27% έχει αισθανθεί τον τελευταίο καιρό ωχρότητα στο πρόσωπό του (ερώτηση 29).

3.5.4.ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΣΚΟΡ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ HAMILTON

ΣΚΟΡ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	F	RF
8	4	4.5%
7	4	4.5%
6	6	7%
5	13	15%
4	16	17.5%
3	19	21%
2	13	15%
1	12	13%
0	2	2.5%
N	90	100%

Στον παραπάνω πίνακα χρησιμοποιήσαμε τις 8 ερωτήσεις που μας δείχνουν εκδήλωση σωματοποιημένου άγχους. Έτσι βάλαμε ως ανώτατο σκορ το 8 που σημαίνει ότι και στις 8 ερωτήσεις είχαμε θετική απάντηση και ως κατώτατο όριο το 0, δηλαδή δεν έχει καμία σωματική εκδήλωση άγχους. Θέσαμε ως κατώτατο όριο για την εκδήλωση σωματοποιημένου άγχους τις 5 θετικές απαντήσεις. Έτσι από τα ποσοστά συμπεραίνουμε ότι το 31% των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ εκδηλώνει σωματοποιημένο άγχος.

3.5.5.ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΓΟΠ ΜΕ ΤΟ ΣΚΟΡ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σκορ κατάθλιψης	Άνδρες		Γυναίκες	
	F	RF	F	RF
12	-	-	-	-
11	-	-	-	-
10	2	5%	2	4%
9	0	-	5	10%
8	1	2.5%	2	4%
7	0	-	3	5.5%
6	1	2.5%	4	8%
5	7	18.5%	12	23.5%
4	5	13%	4	8%
3	11	28%	7	13.5%
2	8	20.5%	6	11.5%
1	2	5%	5	10%
0	2	5%	1	2%
N	39	100%	51	100%

Πιο συγκεκριμένα θέλουμε να συσχετίσουμε το φύλο με την κατάθλιψη αφού γνωρίζουμε πως οι γυναίκες 55% παρουσιάζουν επιδημιολογικά ακόμη και διπλάσια ποσοστά κατάθλιψης από μελέτες στην κοινότητα. Αυτό που και εμείς παρατηρούμε είναι ότι η κατάθλιψη είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ απ' ότι στους άνδρες.

Πιο συγκεκριμένα το δείγμα των γυναικών που απάντησε καταφατικά σε τουλάχιστον 5 από τις 12 αντιπροσωπευτικές ερωτήσεις κατάθλιψης του GHQ-30 και άρα εκδηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης είναι το 55% σε αντίθεση με το δείγμα των ανδρών που αντίστοιχα εκδηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό 28.5%.

3.5.5.α.ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οικογενειακή κατάσταση	Κατανομή οικογενειακής κατάστασης		Ποσοστό εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης	
	F	RF	F	RF
Άγαμος /η	24	26.5%	9	37.5%
Έγγαμος /η	57	63%	26	46%
Διαζευγμένος/η	3	3.5%	2	66%
Χήρος /α	6	7%	2	33%
Σύνολο	90	100%	39	

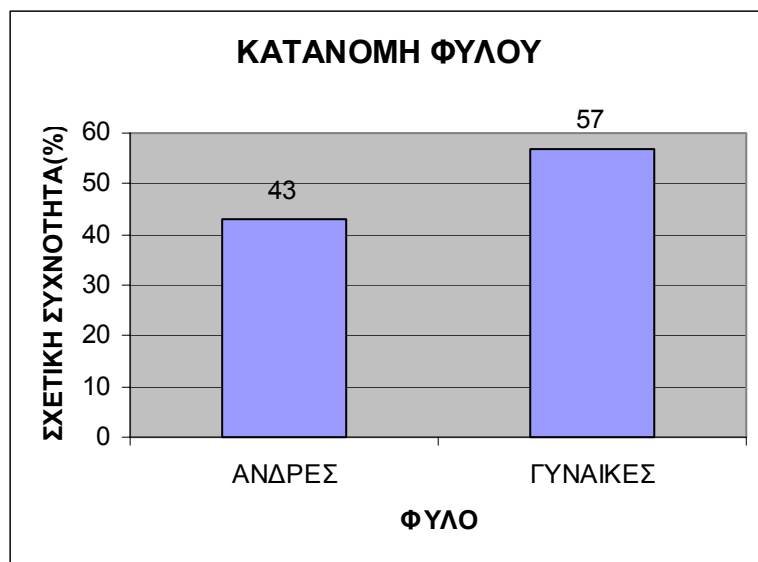
Στο παραπάνω πίνακα κάνουμε συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών οισοφαγίτιδας από ΓΟΠ με το ποσοστό εκδήλωσης κατάθλιψης που έχει η κάθε κατηγορία οικογενειακής κατάστασης.

Έτσι από τα ποσοστά βλέπουμε πως οι άγαμοι ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό 37.5%. Επίσης το 46% των έγγαμων ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ εκδηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης. Τα ποσοστά εκδήλωσης κατάθλιψης έχουν να κάνουν με το αν το σκορ του κάθε ασθενή είναι πάνω από 5, δηλαδή έχει απαντήσει θετικά σε τουλάχιστον 5 από τις 12 ερωτήσεις του GHQ-30, όπως έχουμε αναφέρει και στον πίνακα του σκορ κατάθλιψης.

Θεωρήσαμε ότι οι κατηγορίες Χήρου /ας και Διαζευγμένου /ης δεν μπορούν να έχουν κάποια στατιστική αξία λόγω του μικρού αριθμού δείγματος και γι' αυτό δεν τις αναφέρουμε.

3.6.ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΑΝΔΡΕΣ- ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΑΝΔΡΕΣ	39	43
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	51	57
ΣΥΝΟΛΟ	90	100



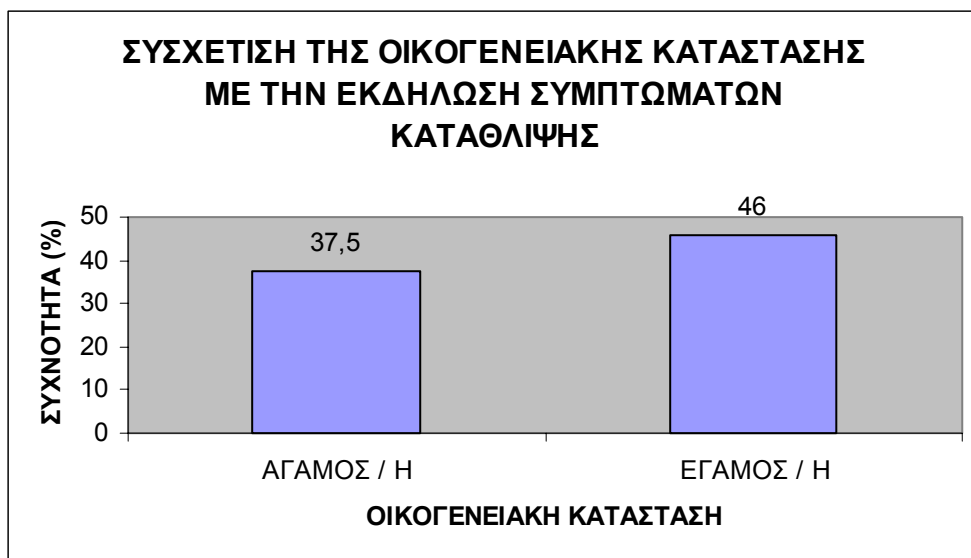
3.6.1.ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ

ΦΥΛΟ	RF
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΙ	5,5
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	35,5
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	14,5
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΛΥΚΕΙΟΥ	25,5
ΑΝΩΤΕΡΗΣ/ΑΝΩΤΑΤΗΣ	19



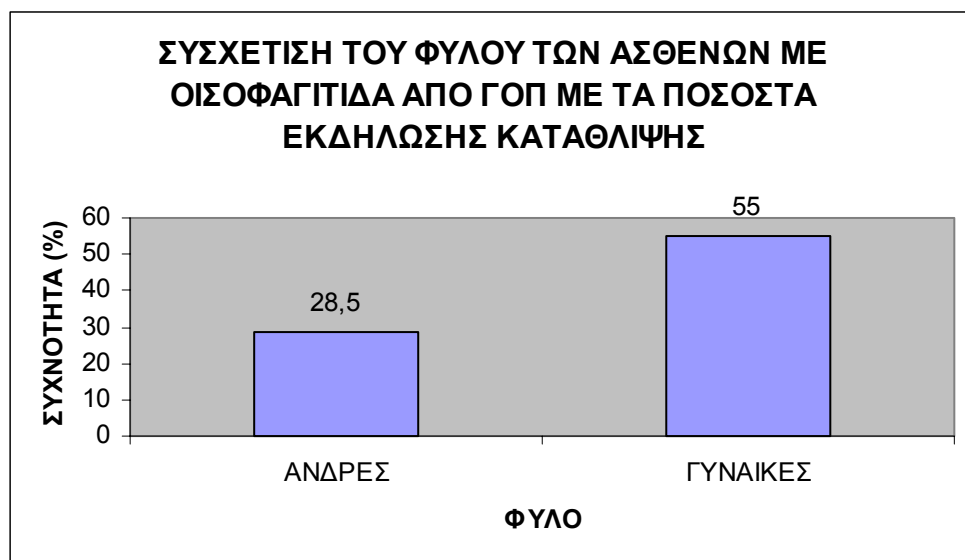
**3.6.2.ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

ΑΓΑΜΟΣ / Η	ΕΓΓΑΜΟΣ / Η
37,5	46



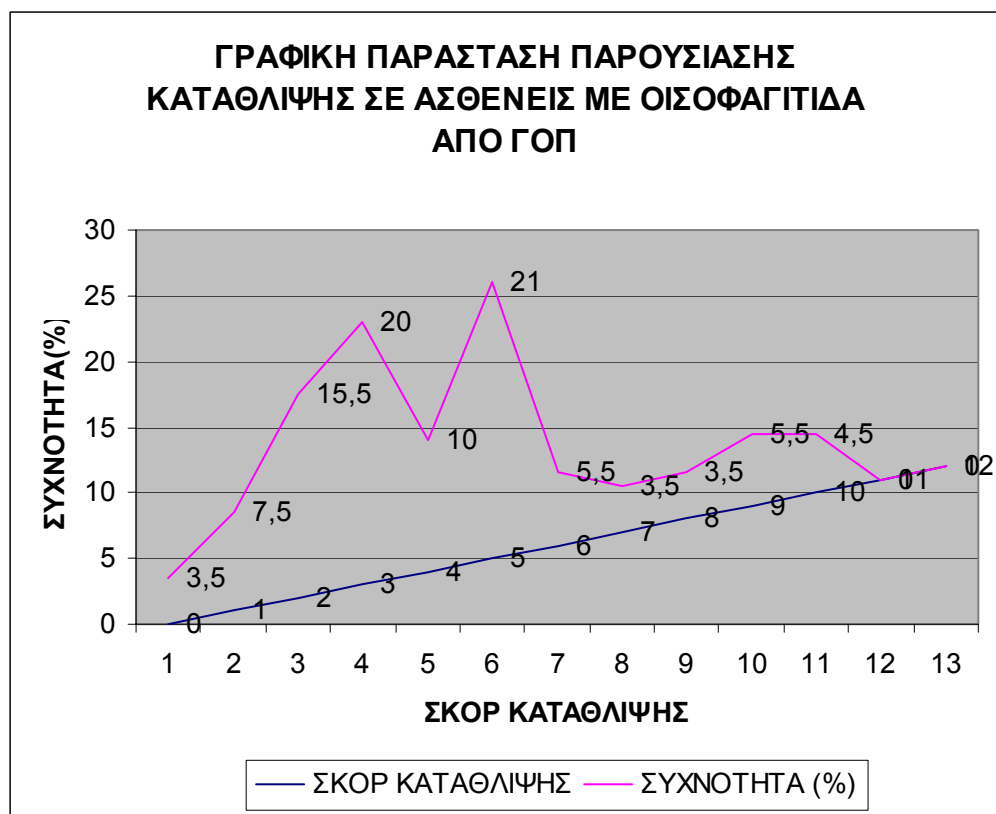
3.6.3.ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΓΟΠ ΜΕ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
28,5	55



3.7.ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΓΟΠ

ΣΚΟΡ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
0	3,5
1	7,5
2	15,5
3	20
4	10
5	21
6	5,5
7	3,5
8	3,5
9	5,5
10	4,5
11	0
12	0



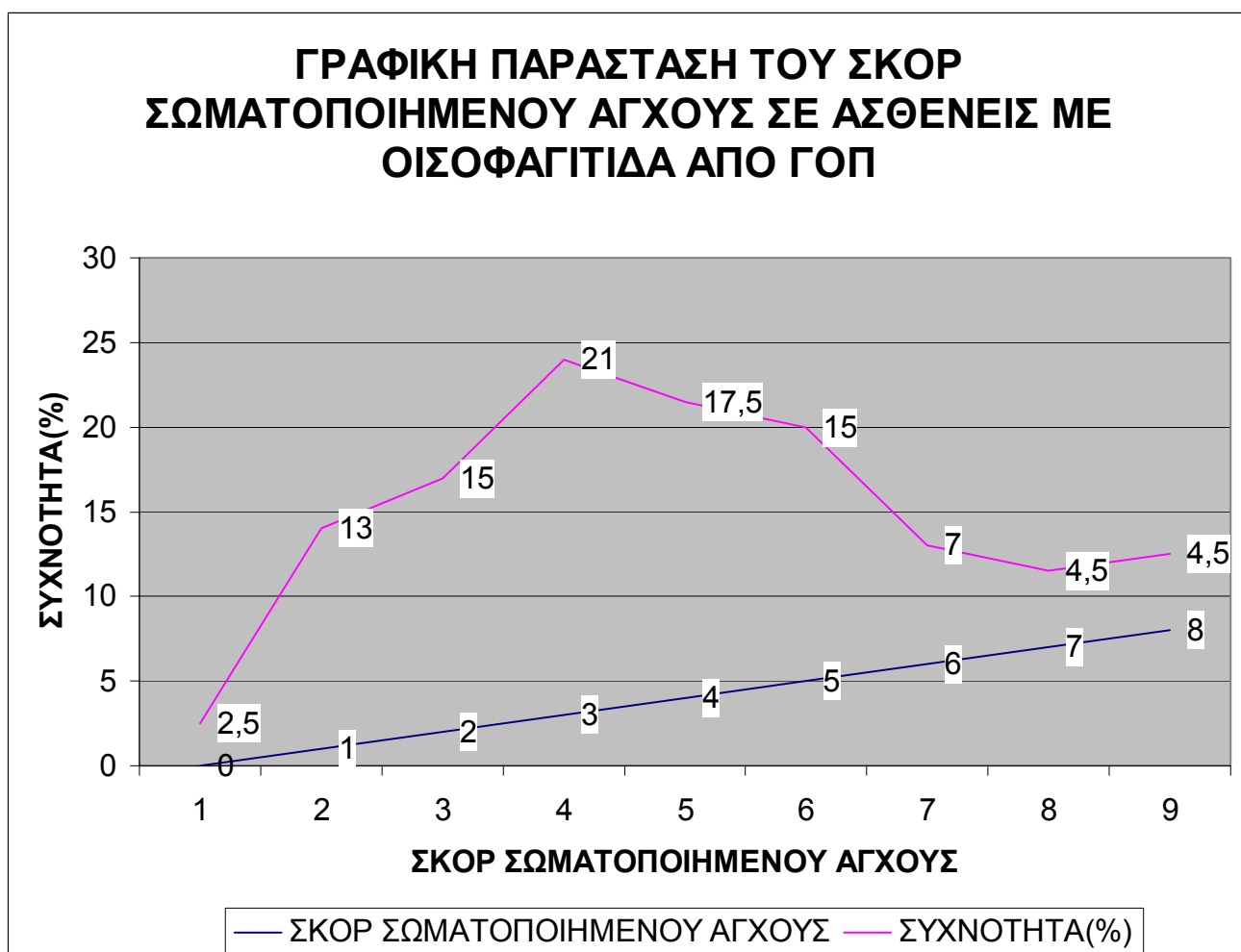
3.7.1. ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΓΟΠ

ΣΚΟΡ ΑΓΧΟΥΣ	Rf
0	21,5
1	13
2	11
3	21,5
4	16,5
5	16,5



3.7.2.ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΚΟΡ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΓΟΠ

ΣΚΟΡ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ(%)
0	2,5
1	13
2	15
3	21
4	17,5
5	15
6	7
7	4,5
8	4,5



3.8.ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

3.8.1.ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ- ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Σε ασθενή θήλυ 60 ετών, διενεργήθηκε ενδοσκοπικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού, τα ευρήματα του οποίου (διαφραγματοκήλη, οισοφαγίτιδα), επέβαλαν τον μανομετρικό έλεγχό του.

Στην στατική μανομετρία του οισοφάγου, αναδείχθηκε ένας φυσιολογικός, αλλά με ατελή χάλαση ΚΟΣ, καθώς και διαταραχές στην κινητική συμπεριφορά του κατώτερου τριτημορίου του σώματος του οισοφάγου (παρατεταμένη διάρκεια περισταλτικών κυμάτων). Η φορητή 24ωρη pH-μετρία ανέδειξε ΓΟΠ (μετρίως αυξημένο DeMeester score : 30 με Φ.Τ. :18).

Λίγους μήνες αργότερα ,η ασθενής ,κατόπιν επιμονής της, υποβλήθηκε σε ανοικτή χαλαρή θολοπλαστική Nissen, της οποίας τα αποτελέσματα δεν ήταν αναμενόμενα, αφού τα συμπτώματα της ασθενούς όχι μόνον δεν υποχώρησαν, αλλά προστέθηκε και έντονη μεταγευματική γαστρική και κοιλιακή διάταση.

Η διαπίστωση χολολιθίασης, θεωρήθηκε η αιτία της επιμονής των ενοχλημάτων, σε συνδυασμό με την μετεγχειρητική κοιλιοκήλη που η ασθενής έφερε από προηγούμενη επέμβαση. Όμως, η χειρουργική θεραπεία τους απέτυχε στο να απαλλάξει την άρρωστη από τα συμπτώματα, προσέθεσε δε σ' αυτά και δυσκοιλιότητα, για την οποία υποβλήθηκε σε λειτουργικό έλεγχο του παχέως εντέρου και της ορθοπρωκτικής περιοχής. Τα αποτελέσματά του ,μακράν απείχαν από το να δικαιολογήσουν την συμπτωματολογία. Η ασθενής συνεχίζει ακόμη να προσέρχεται με τα ίδια ενοχλήματα που την βασάνιζαν και προεγχειρητικά, και τα οποία στο μεγαλύτερο μέρος τους αποδίδονται στο βαρύ ψυχολογικό υπόστρωμά της.

8.2. 2° ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Ασθενής 57 ετών, καπνιστής, υπερλιπιδαιμικός προσήλθε παραπνούμενος για επανειλημμένα επεισόδια οπισθοστερνικού συσφιγκτικού άλγους από δώρου, διάρκειας 2-10 λεπτών, με συνοδό εφίδρωση και τάση για εμετό. Ο ασθενής την τελευταία διετία εμφάνισε ανάλογα επεισόδια ,κυρίως στην ηρεμία, για τα οποία είχε τεθεί η διάγνωση της οισοφαγίτιδας από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση μετά από ενδοσκόπηση.

Ο ασθενής εισήχθη στην καρδιολογική κλινική με τη διάγνωση της στηθάγχης Prinzmetal.

Σχολιάζοντας το περιστατικό θέλουμε να τονίσουμε ότι η στεφανιαία νόσος περιλαμβάνεται στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Ο M.Friedman είχε περιγράψει τον τύπο Α προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από φιλοδοξία, ανυπομονησία, ανταγωνιστική συμπεριφορά και διαρκή αίσθηση ότι λειτουργούν κάτω από την πίεση του χρόνου.

Η κατάθλιψη και το στρες ενοχοποιούνται για τη στεφανιαία νόσο σύμφωνα με έρευνες. Στο παρακάτω περιστατικό που είναι από ένα σεμινάριο κλινικής ιατρικής λέγετε πως είναι καθήκον του κλινικού ιατρού μετά από λεπτομερή λήψη του ιατρικού ιστορικού, την κλινική εξέταση, τις παρακλινικές εξετάσεις και τις απεικονιστικές μεθόδους, να διαφοροδιαγνώσει την αιτία των συμπτωμάτων του ασθενή και να καταλήξει στη σωστή διάγνωση της νόσου. Μήπως όμως οι δύο συνυπάρχουσες ασθένειες έχουν ένα κοινό παρανομαστή; Γιατί όχι οι ψυχολογικοί παράγοντες να μη βρίσκουν και άλλα σωματικά κανάλια εκδήλωσης ;

3.9. Συμπεράσματα

Ένα πολύ σημαντικό ποσοστό –43.5%- των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ εκδηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης. Για να γίνει πιο αντιληπτό αυτό, αναφέρουμε χαρακτηριστικά ότι το ποσοστό κατάθλιψης στον Ελληνικό χώρο σήμερα, κυμαίνεται 17-27% (Μαδιανός και συν.). εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε πως οι γυναίκες ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος -57%- και αφετέρου εκδηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό 55% σε σχέση με τους άνδρες ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ που συγκεντρώνουν αντίστοιχα ποσοστό 28.5%.

Η κατάθλιψη ως μην ξεχνάμε αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες των ψυχοσωματικών διαταραχών· αν μη τι άλλο δείχνει πως κάτι δεν πάει καλά στον ασθενή μας εκτός από την οργανική πάθησή του.

Ένα 16.5% των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ εκδηλώνει σωματοποιημένο άγχος. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως το ποσοστό της διαταραχής γενικευμένου άγχους στον Ελληνικό χώρο είναι 13.4% (Marveas et al). Το ποσοστό που αναφέρεται στο σωματοποιημένο άγχος είναι πολύ σημαντικό. Δείχνει ότι ο οργανισμός των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ βρίσκει «σωματικά κανάλια» για την εκδήλωση άγχους. Ας μην ξεχνάμε πως το άγχος και το stress αποτελούν τους κυριότερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ψυχοσωματικών παθήσεων.

Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ και συγκεκριμένα το 63% είναι έγγαμοι. Μέσα στον έγγαμο βίο εκλύονται στρεσογόνα (ψυχοπιεστικά) γεγονότα της ζωής που μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση κάποιας ψυχοσωματικής διαταραχής. Ο γάμος, η διάσταση με τον /την σύζυγο, η αύξηση των μελών της οικογένειας (γέννηση παιδιού), η αναχώρηση κάποιου μέλους από το σπίτι (λόγω γάμου, σπουδών, μετανάστευσης κ.λ.π.). όλοι αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχοσωματικές παθήσεις. Από την ερευνά μας προκύπτει ότι οι έγγαμοι ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης 46% σε σχέση με τους άγαμους ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ που παρουσία ζουν ποσοστό 37.5%. φαίνεται λοιπόν πως στο δείγμα μας οι έγγαμοι με οισοφαγίτιδα από

ΓΟΠ, και είναι περισσότεροι 63% και παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης.

Από την ερευνά μας στην ερώτηση εάν υπάρχουν μέσα στην οικογένειά σας σωματικά ή ψυχικά προβλήματα μπορούμε να πούμε πως: Στα μεν σωματικά προβλήματα οι θετικές απαντήσεις αντιστοιχούσαν στο 29%. Όλοι αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα σε μια οικογένεια. Πολλές φορές όμως μπορεί να μην είναι μόνο οργανικά, αλλά να έχουν και ψυχικές αιτίες. Άγχος, stress και κατάθλιψη μπορούν να οδηγήσουν σε τέτοια σωματικά προβλήματα μέλος ή και μέλη μιας οικογένειας.

Στα δε ψυχικά προβλήματα ένα 10% απάντησε πως κάποιο μέλος στην οικογένεια του αντιμετωπίζει ψυχικά προβλήματα. Δεν γνωρίζουμε κατά πόσο έγκυρο είναι αυτό το ποσοστό, αφού το ψυχικό πρόβλημα κάποιου συγγενή, αποτελεί "ταμπού" δυστυχώς σήμερα. Είναι πάντως ένα αξιόλογο ποσοστό από το δείγμα μας. Και όταν μιλάμε για ένα ψυχικό πρόβλημα κάποιου συγγενή, δε μιλάμε μόνο για μια μανιοκαταθλιπτική ψύχωση ή μια σχιζοφρένια. Το άγχος, η κατάθλιψη, οι νευρώσεις, οι ψυχοσωματικές διαταραχές αποτελούν επίσης ψυχικό πρόβλημα μιας οικογένειας. Η διαπίστωση ψυχικών προβλημάτων μέσα στην οικογένεια μπορεί να υποδηλώνει σημαντική συμμετοχή γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, από τη στιγμή μάλιστα, που τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ στην ερευνά μας, είναι αυξημένα σε σχέση με του γενικού πληθυσμού.

Ο σκοπός της ερευνάς μας είναι να διερευνήσουμε την ψυχοσωματική διάσταση που μπορεί να έχει η οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ. Έτσι στην προσπάθειά μας αυτή, μπορούμε να πούμε πως τα ευρήματα σε ότι αφορά την κατάθλιψη και το άγχος είναι πολύ σημαντικά. Δεν μπορούμε όμως να πούμε αν η οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ είναι μια ψυχοσωματική πάθηση. Γι' αυτό, χρειάζονται διαγνωστικά κριτήρια (DSM-IV) όπως έχουμε αναφέρει στην εισαγωγή μας για τις ψυχοσωματικές ασθένειες. Τα αποτελέσματα της ερευνάς μας όμως υποδεικνύουν ότι συναισθηματικοί παράγοντες ίσως να συμμετέχουν στην συγκεκριμένη ασθένεια. Η ΓΟΠ χαρακτηρίζεται από ειδικούς σαν το γαστρεντερικό νόσημα της χιλιετίας. Η πάθηση αυτή γίνεται όλο και συχνότερη στο γενικό πληθυσμό. Οι σωματικές αιτίες της οισοφαγίτιδας από ΓΟΠ είναι σαφείς. Είναι όμως ικανές από μόνες τους να

δικαιολογήσουν την ανοδική επιδημιολογική τάση -5-7%- της ΓΟΠ (πανελλήνιο γαστρεντερολογικό συνέδριο Α.Π.Θ 23/3/01) στον γενικό πληθυσμό;

Μήπως θα πρέπει να ερευνηθούν περαιτέρω οι παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική σφαίρα των ασθενών με οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ; Εμείς πάντως, έπειτα από την προσπάθεια που κάναμε με την ερευνά μας, προτείνουμε και το τελευταίο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Νίκου Μάνου (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Univercity studio press, Θεσσαλονίκη.
2. Γ. Ν. Χριστόδουλου και συνεργάτες (2000) Ψυχιατρική κλινική πανεπιστημίου Αθηνών. Βήτα medical arts, Αθήνα.
3. Δρ Γιάννη Γ. Γαλανού (1972). Η θεωρία της ψυχιατρικής. Εκδόσεις Ροτόντα, Θεσσαλονίκη.
4. Χαρτοκόλλης Π. (1986). Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
5. F. Alexanter. (1951) Psychosomatische Medizine, Berlin.
6. Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου (2000). Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις η' Ταβίθα' ΣΑ, Αθήνα.
7. Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου (1988). Ψυχιατρική. Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.
8. Josef. Rattner (1969) Ψυχοσωματικές αρρώστιες. Εκδόσεις Μπουκομάνη, Αθήνα.
9. Ευάγγελος Γ. Παπαγεωργίου. (1998) Ψυχιατρική. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
10. Γεωγίου Σ. Φιλιππούλου (1980). Κλινική ψυχιατρική. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
11. Ραγιά Α. (1987). Βασική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Αδελφότητος 'ΕΥΝΙΚΗ', Αθήνα.
12. Ραγιά Α. (1993). Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας. Εκδόσεις Αδελφότητας 'ΕΥΝΙΚΗ', Αθήνα.
13. John Bennet, Mounes Dakkak (1998). Νόσος της γαστροοισοφαγικής παλινδρομησης. Εκδόσεις Βαγιωνάκης, Αθήνα.
14. Thomas Andreoli, J. Claude Bennet, Charles C. J. A Carpenter, Frennd Plum, L. Loyd, H. Smith Jr (1996). Cecil essentials of medicine. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
15. Σεμινάριο κλινικής ιατρικής (1999). 'Πεπτικό ή εκτός;' Αλληλεπίδραση πεπτικού με άλλα συστήματα στην κλινική πράξη. Γαστρεντερολογική κλινική ΠΑ.Γ.Ν.Η.

16.Ν.Κ. Ρασιδάκη (1979). Στοιχεία ψυχιατρικής. Εκδόσεις Μωραΐτου – Σιδερίδη, Αθήνα.