



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2007

**ΘΕΜΑ: «ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ»**



Όνομ/νυμο σπουδαστών:

**ΚΑΡΑΓΚΟΥΝΗΣ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΗΣ
ΣΑΡΙΚΑΚΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ
ΦΛΟΥΡΗ ΔΙΑΜΑΝΤΑ
ΚΑΚΑΒΕΛΑΚΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ**

Επιβλέπων καθηγητής:

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α' ΜΕΡΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ

1. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

1.1 Γεροντική κατάθλιψη

- 1.1.1 Εμφάνιση και συμπτώματα της καταθλιπτικής συμπεριφοράς .
- 1.1.2 Αιτιολογία και κατηγοριοποίηση της καταθλιπτικής συμπεριφοράς .

1.2 Γεροντική άνοια

- 1.2.1 Πίνακας ταξινόμησης τύπων άνοιας κατά DSM-IV
- 1.2.2 Εμφάνιση και συμπτώματα της γεροντικής άνοιας
- 1.2.3 Επιδημιολογικές έρευνες σε επιλεγμένες κοινότητες
- 1.2.4 Προοδευτική εξέλιξη της γεροντικής άνοιας
- 1.2.5 Ταξινόμηση των γεροντικών ανοιών

1.3 Νόσος Alzheimer

- 1.3.1 Πορεία της νόσου

1.4 Πολύ-εμφρακτική εγκεφαλοπάθεια

1.5 Νόσος του Pick

1.6 Νόσος του Huntington

- 1.6.1 Άλλοι τύποι ανοιών

1.7 Διάκριση της γεροντικής άνοιας από άλλες ασθένειες (κατάθλιψη, παραλήρημα)

2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

2.1 Μετεγχειρητικό παραλήρημα/Ντελίριο μετά από κάταγμα ισχίου

2.2 Οξύ παραλήρημα

2.3 Παραλήρημα – Ντελίριο

- 2.3.1 Επιδημιολογία

2.4 Γιατί θα έπρεπε να ενδιαφερθούμε ;

- 2.4.1 Αιτιολογία
- 2.4.2 Αιτιολογικοί παράγοντες

2.5 Ντελίριο από λίθιο

- 2.5.1 Παθογένεση
- 2.5.2 Κλινικά χαρακτηριστικά
 - Εγρήγορση*
 - Λόγος και Γνωσιακή λειτουργικότητα*
 - Αντίληψη*
 - Διάθεση*

2.5.3 Συνοδά Συμπτώματα:

- Διαταραχές ύπνου – εγρήγορσης*
- Νευρολογικά Συμπτώματα*
- Συζήτηση*

2.6 Διάγνωση

- 2.6.1 Σωματική και εργαστηριακή εξέταση
- 2.6.2 Διαφορική διάγνωση
 - Ντελίριο έναντι Άνοιας*
 - Ντελίριο έναντι Ψύχωσης ή Κατάθλιψης*
- 2.6.3 Πρόληψη και θεραπεία
- 2.6.4 Πορεία και θεραπευτικές παρεμβάσεις

- 2.6.5 Φαρμακολογική θεραπεία
- 2.7 Για το ζήτημα του παραληρήματος
- 2.8 Περιβαλλοντικές παρεμβάσεις στη θεραπεία του παραληρήματος
 - 2.8.1 Παροχή υποστήριξης του προσανατολισμού
 - 2.8.2 Παροχή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος
 - 2.8.3 Διατήρηση λειτουργικότητας
 - 2.8.4 Υποστηρικτικές παρεμβάσεις
 - 2.8.5 Υποστήριξη του ασθενούς μετά την έξοδό του
- 2.9 Επισκόπηση

3. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟ

- 3.1 Θεωρία του STRESS
 - 3.1.1 Τεχνικές αντιμετώπισης του STRESS
- 3.2 Τι είναι το άγχος
- 3.3 Το άγχος στη χειρουργική περίοδο
- 3.4 Ατομικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο βιώνετε το άγχος κατά την χειρουργική περίοδο
 - 3.4.1 Διαφορές κατά φύλο
 - 3.4.2 Διαφορές κατά ηλικία
 - 3.4.3 Διαφορές κατά τύπο αντιμετώπισης του άγχους
 - 3.4.4 Διαφορές κατά την προσωπικότητα
- 3.5 Διακρίσεις της χειρουργικής περιόδου
- 3.6 Η συμβολή της Ψυχολογίας της Υγείας στη χειρουργική
 - 3.6.1 Προεγχειρητικό στάδιο
 - 3.6.2 Μετεγχειρητικό στάδιο
 - 3.6.3 Στάδιο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

- 4.1 Γεροντολογία και το Σύστημα Φροντίδας Υγείας
- 4.2 Συνήθη Προβλήματα Υγείας του Ηλικιωμένου Ατόμου
 - 4.2.1 Χρόνια Ασθένεια
 - 4.2.2 Πόνος
 - 4.2.3 Διαταραχή του ύπνου
 - 4.2.4 Διαταραχές της κινητικότητας
- 4.3 Ειδικές Παθολογικές Καταστάσεις
 - 4.3.1 Αφυδάτωση
 - 4.3.2 Αναπνευστικές λοιμώξεις
 - 4.3.3 Ουρολοιμώξεις
 - 4.3.4 Καρκίνος
- 4.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Φροντίδα Υγείας
 - 4.4.1 Οδηγίες για την Νοσηλευτική Φροντίδα

5. ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

- 5.1 Κατάγματα του Ισχίου
 - 5.1.1 Διακευρικά κατάγματα (ενδοθυλακικά)
 - 5.1.2 Διατροχαντήρια κατάγματα
- 5.2 Κατάγματα του Μηριαίου Οστού
- 5.3 Κάταγμα του μηριαίου αυχένα
- 5.4 Διατροχαντήρια κατάγματα του μηριαίου οστού

5.5 Κατάγματα του μηριαίου αυχένα και της υποτροχαντηρίου περιοχής στα παιδιά

6.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

6.1 Προεγχειρητική Φροντίδα

6.1.1 Προεγχειρητικά κριτήρια

6.1.2 Νοσηλευτικές διεργασίες :

1. Άγχος
2. Πόνος
3. Διαταραχές ύπνου
4. Θλίψη για τις αναμενόμενες εξελίξεις
5. Έλλειμμα γνώσεων

6.2 Μετεγχειρητική Φροντίδα

6.2.1 Κριτήρια εξόδου

6.2.2 Νοσηλευτικές διεργασίες :

1. Πόνος
2. Άγχος
3. Ναυτία και εμετός
4. Έλλειμμα γνώσεων
5. Διαταραχή της θρέψης : ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του οργανισμού
6. Δυσανεξία στην κόπωση
7. Περιορισμός της κινητικότητας
8. Διαταραχή της φυσιολογικής κινητικότητας
9. Μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση
10. Διαταραχές ύπνου
11. Διαταραχές της αντίληψης του εαυτού
12. Ψυχική αδυναμία
13. Κοινωνική απομόνωση
14. Διαταραχές των οικογενειακών σχέσεων

Β' ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

- Περίληψη
- Εισαγωγή
- Μέθοδος – υλικό
- Αποτελέσματα
- Συζήτηση
- Συμπέρασμα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- Βιβλιογραφία

**Α΄ ΜΕΡΟΣ –
ΓΕΝΙΚΟ**

1.ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

1.1 ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μεταξύ όλων των πιθανών διαταραχών του συναισθήματος, η κατάθλιψη φαίνεται να είναι η πιο κοινή διαταραχή που συναντιέται στη μεγάλη ηλικία. Πράγματι, τα μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα απαντούν σε πολύ υψηλά ποσοστά μεταξύ των ατόμων της τρίτης ηλικίας με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Η δυσθυμία με επικρατέστερη τη μελαγχολική διάθεση, επηρεάζει τις γνωστικές και συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, γεγονός που γίνεται φανερό σ' όλη τη συμπεριφορά του. Σε ορισμένα ηλικιωμένα άτομα η δυσθυμία συνοδεύεται ε κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους. Σε άλλα η δυσφορία συνοδεύεται με ανησυχία, αϋπνία και σωματικά ενοχλήματα.

Αντίθετα, τα έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως ορίζονται από τον διαγνωστικό οδηγό DSM-IIIr αφορούν μια μικρή μόνο μερίδα των ηλικιωμένων ατόμων.

Εμφάνιση και συμπτώματα της καταθλιπτικής συμπεριφοράς

Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από μέτρια κατάθλιψη εμφανίζονται να τα καταφέρνουν αρκετά καλά σε δοκιμασίες μνήμης και αφηρημένης σκέψης, ενώ παράλληλα οι συναισθηματικές αντιδράσεις τους και οι αντιλήψεις τους για τον κόσμο είναι στραβές.

Εξ ορισμού, το συναισθηματικό πρόβλημα της κατάθλιψης δεν ταυτίζεται με την δυσθυμία, την ακεφιά και τη λύπη που όλοι οι άνθρωποι αισθάνονται μερικές φορές. Τα συναισθήματα αυτά θεωρούνται ότι είναι αναπόφευκτα, είναι το τίμημα που πληρώνουμε όλοι για το γεγονός ότι είμαστε ζωντανοί.

Η κατάθλιψη όμως είναι κάτι διαφορετικό: είναι μια πραγματική ψυχική διαταραχή, η οποία προκαλείται από μια σειρά αιτιών.

Μερικές από τις αιτίες αυτές είναι οι προδιαθέσεις του ατόμου, τόσο οι γενετικές όσο και οι προδιαθέσεις της προσωπικότητας του, οι πρώιμες εμπειρίες του μέχρι την ηλικία των 10 ετών, οι αποτυχίες και απώλειες που σημειώθηκαν στη ζωή του είτε πρόσφατες, είτε παλαιότερες και άλλοι ειδικοί και εξατομικευμένοι παράγοντες που έπαιξαν κάποιον καταλυτικό ρόλο στη ζωή του ατόμου. Σε μια πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα, η κατάθλιψη και τα καταθλιπτικά φαινόμενα ανευρέθησαν σε ποσοστό 27,1% του συνόλου των ηλικιωμένων του δείγματος. Μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω από δύο Αθηναϊκές κοινότητες, όσοι ανήκουν σε χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη, είναι χήροι ή χήρες, βιώνουν ψυχοπαιστικά προβλήματα ή ζουν μόνοι τους, εμφανίζουν αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ίδιας έρευνας, υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην καταθλιπτική συμπεριφορά και τη νοητική λειτουργική ανεπάρκεια.

Η κλινική εικόνα της γεροντικής κατάθλιψης μπορεί να διαφέρει από ελάχιστα μέχρι πάρα πολύ μεταξύ των ηλικιωμένων. Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος έχει χάσει το πραγματικό νόημα της ζωής του. Γι' αυτό και πολύ χαρακτηριστικά η κατάθλιψη ορίστηκε σαν " Θάνατος μέσα στη ζωή ", δηλαδή πλήρης απώλεια ζωτικότητας, κίνησης και σκοπού. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι τάσεις ή και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ συχνές. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς άνω των 65 ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη ομάδα ασθενών. Περίπου το 15% των καταθλιπτικών τελικά αυτοκτονούν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους ενώ παράλληλα οι περισσότεροι από τους αυτόχειρες σήμερα πάσχουν από κατάθλιψη.

Σίγουρα όμως, η γεροντική κατάθλιψη συνιστά μια κατηγορία per se σε σχέση με την κατάθλιψη που πλήττει νεότερες ηλικίες.

Σε μια προσπάθεια να βάλει μια τάξη στις διαφορετικές κλινικές εικόνες με τις οποίες εμφανίζεται η κατάθλιψη, ο ψυχίατρος Aaron Beck(1979)έχει ομαδοποιήσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε χωριστές κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές, τις οποίες θα εξετάσουμε διεξοδικά, περιλαμβάνουν: διαταραχές του συναισθήματος, αλλαγή στον τρόπο του σκέπτεσθε, έλλειψη κινήτρων, και φυσιολογικές διαταραχές όπως είναι η ανορεξία, ή αϋπνία, η αδικαιολόγητη κούραση κλπ. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις η γεροντική κατάθλιψη συνοδεύεται και από ψυχωτικά συμπτώματα όπως είναι οι παραισθήσεις και οι φαντασιώσεις.

Οι **συναισθηματικές διαταραχές** είναι κυρίαρχες στη γεροντική κατάθλιψη. Το άτομο ξεσπάει σε δάκρυα, τα βλέπει όλα μαύρα, και αδυνατεί να αισθανθεί οποιαδήποτε χαρά. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου οι εκδηλώσεις αυτές του συναισθήματος απουσιάζουν ή μάλλον παρουσιάζονται "μεταμφιεσμένες". Έχει επισημανθεί ότι η καταθλιπτική διαταραχή εκφράζεται με έντονα παράπονα για

σωματικά ενοχλήματα εκ μέρους των ηλικιωμένων. Στην περίπτωση αυτή, η διάγνωση της γεροντικής κατάθλιψης είναι εξαιρετικά δυσχερής.

Υπάρχει μια **αλλαγή στον τρόπο που σκέπτεσθε** χαρακτηριστική της γεροντικής κατάθλιψης. Το άτομο εκφράζει αβάσιμες σκέψεις ενοχής και διατυπώνει απόψεις ότι τίποτε δεν έχει αξία και χρησιμότητα, ότι ο κόσμος είναι άδειος και δεν έχει τίποτε θετικό να προσφέρει. Για τον εαυτό του το άτομο πιστεύει ότι έχει αρρωστήσει χωρίς δυνατότητα βελτίωσης. Όλες οι σκέψεις και οι συλλογισμοί του ατόμου είναι μη ρεαλιστικές.

Η **έλλειψη κινήτρων** αποτελεί καταθλιπτικό σύμπτωμα όταν καταδικάζει το άτομο στην απραξία και το βυθίζει στην απάθεια. Το πρόβλημα επικεντρώνεται στην ανικανότητα του ατόμου να δραστηριοποιηθεί και να ενεργήσει, και στην ενδόμυχη επιθυμία του να δραπετεύσει από τον κόσμο και να μην χρειάζεται να τον αντιμετωπίσει. Το άτομο βρίσκεται παγιδευμένο, ανίκανο να αντιδράσει, κυριευμένο από έναν παραλυτικό φόβο. Κατά διαστήματα, σκέψεις αυτοκτονίας περνούν από το μυαλό του. Η αδιαφορία για τη ζωή είναι προφανής.

Η κατάθλιψη μπορεί εξ άλλου να προκαλέσει μια σειρά από **φυσιολογικές αντιδράσεις** του οργανισμού. Μεταξύ αυτών, συνήθεις είναι οι διαταραχές στην όρεξη για λήψη τροφής, που μπορεί να εκφράζεται είτε ως αδιαφορία για το φαγητό, είτε ως ψυχαναγκαστική βουλιμία. Οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να είναι αϋπνίες και, λιγότερο συχνά, ύπνος υπερβολικής διάρκειας. Οι πεπτικές διαταραχές μπορεί να είναι ναυτίες και αναγούλες, καούρες στο στομάχι και δυσκοιλιότητα. Τέλος, μπορεί να σημειωθούν **ψυχοσωματικές διαταραχές** όπως είναι η ανικανότητα στη συγκέντρωση της προσοχής, ο αργός ρυθμός σκέψης και η μειωμένη κινητική ικανότητα

Όπως έχουν τονίσει σύγχρονοι ερευνητές, όταν η γεροντική κατάθλιψη εκδηλώνεται αποκλειστικά και μόνο μέσα από σωματικά ενοχλήματα και αλλαγές στον τρόπο του σκέπτεσθε, τότε μπορούν να παρανοηθούν και να ερμηνευθούν λανθασμένα είτε σαν εξελικτική γήρανση (Epstein, 1976; Gurland, 1976), είτε να δοθεί λανθασμένη διάγνωση ότι πρόκειται για σωματική ασθένεια. Για παράδειγμα, η συστηματική αφύπνιση ενός 80-χρόνου στις 2 τα ξημερώματα μπορεί να εκληφθεί από τον γιατρό του ως δείγμα φυσιολογικής γήρανσης. Ο αργός ρυθμός σκέψης μπορεί να θεωρηθεί ως σημείο φυσιολογικής γήρανσης ή, ακόμη χειρότερα, και σαν αρχικό στάδιο γεροντικής άνοιας. Και στις δύο περιπτώσεις, τα συμπτώματα μπορεί να υποδηλώνουν απλώς ελαφρύς μορφής καταθλιπτική συμπεριφορά.

Η καταθλιπτική συμπεριφορά βαρείας μορφής συνοδεύεται από ψυχωτικά συμπτώματα στη σκέψη του ηλικιωμένου. Το άτομο μπορεί να διακατέχεται από παραισθήσεις (δηλ. παράλογες ιδέες που έχουν εγκαθιδρυθεί) ή φαντασιώσεις (π.χ. το άτομο ακούει φανταστικές φωνές). Οι καταθλιπτικές παραισθήσεις και φαντασιώσεις ταλαιπωρούν εξαιρετικά το ηλικιωμένο άτομο. Η συχνή εμφάνιση των συμπτωμάτων αυτών μπορεί να επηρεάσει πολύ δυσμενώς το άτομο, το οποίο μοιραία υποφέρει. Για παράδειγμα, ο ηλικιωμένος μπορεί να υποβληθεί στην ιδέα ότι έχει διαπράξει ένα στυγερό έγκλημα, ή ακόμη να βασανίζεται από φανταστικές φωνές που του αποδίδουν φοβερές κατηγορίες και του νιθυρίζουν τρομακτικές προειδοποιήσεις.

Αιτιολογία και κατηγοριοποίηση της καταθλιπτικής συμπεριφοράς

Η αιτιολογία της καταθλιπτικής συμπεριφοράς έχει προσανατολίσει τους ερευνητές σε δύο κατευθύνσεις: Πρώτον, στη θεωρία και την έρευνα που αφορά τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που οδηγούν στην κατάθλιψη. Δεύτερον, σε μελέτες που αφορούν το βιολογικό υπόστρωμα και ειδικότερα τη βιοχημεία της καταθλιπτικής συμπεριφοράς.

Η κατηγοριοποίηση της καταθλιπτικής συμπεριφοράς ακολουθεί τον διαγνωστικό οδηγό DSM-IIIr, σύμφωνα με τον οποίο η κατάθλιψη διακρίνεται σε μείζονα κατάθλιψη και σε ελάσσονα κατάθλιψη. Η τελευταία καλείται επίσης δυσθυμική διαταραχή ή νευρωτική κατάθλιψη, στον ίδιο οδηγό DSM-IIIr.

Το άτομο που έχει προσβληθεί από μείζονα κατάθλιψη εμφανίζει πιο σοβαρά συμπτώματα, και είναι μάλλον απίθανο ότι η αιτιολογία της κατάθλιψης του εντοπίζεται σε εξωτερικές, περιβαλλοντικές αιτίες. Στην περίπτωση αυτή οι περιβαλλοντικές αιτίες απλώς συνηγορούν στην εμφάνιση της νόσου, ενώ η αιτιολογία εντοπίζεται στη γνήσια φυσιολογική προδιάθεση που έχει το άτομο ώστε να γίνει καταθλιπτικό

Η μείζονα κατάθλιψη έχει τις περισσότερες φορές κληρονομική βάση, συνδέεται με τη βιοχημεία του σώματος, και αντιμετωπίζεται κατά κύριο λόγο με φαρμακευτική αγωγή. Σπάνια συνδέεται με εξωτερικά καταλυτικά γεγονότα.

Τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής παίζουν, αντίθετα, τον κυριότερο ρόλο στις ελάσσονες καταθλίψεις. Στις περιπτώσεις αυτές απουσιάζουν οι φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού και επίσης δεν υπάρχει κληρονομική προδιάθεση. Εάν απομακρυνθούν τα περιβαλλοντικά και περιστασιακά αίτια που προκαλούν την κατάθλιψη, το άτομο είναι πιθανό να τροποποιήσει τον τρόπο σκέψης του που του προκαλεί κατάθλιψη. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί παροδικά να ωφελήσει, αλλά η ασφαλέστερη βοήθεια προέρχεται από συμβουλευτική ή ψυχοθεραπεία.

Θα πρέπει να γίνει σαφής ο διαχωρισμός ανάμεσα στις δύο κατηγορίες των καταθλίψεων στους ηλικιωμένους που υποφέρουν από κάποιας μορφής κατάθλιψη, ώστε να αποφασιστεί η ενδεδειγμένη θεραπεία. Ωστόσο, οι καταστάσεις της πραγματικής ζωής συχνά αποδεικνύουν ότι δεν είναι πάντα ευχερής ο διαχωρισμός, και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν εντάσσονται στις δικές μας κατηγοριοποιήσεις. Συχνή είναι η εμφάνιση συμπτωμάτων που ανήκουν σε διαφορετικούς αστερισμούς συμπτωματολογίας. Πολλοί ηλικιωμένοι κατέχουν χαρακτηριστικά που τους κατατάσσουν ταυτόχρονα στις μείζονες και στις ελάσσονες καταθλίψεις. Εξ άλλου, κάθε ηλικιωμένος είναι μια ατομική περίπτωση η οποία εμφανίζει ένα ιδιαίτερο κράμα συμπτωμάτων, τα οποία ενδέχεται να ανήκουν σε διαφορετικούς αστερισμούς.

1.1 Η ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ

Ο όρος "άνοια" δεν αναφέρεται σε μία και μόνη ασθένεια, αλλά σε ένα σύνολο χρονίων ασθενειών που έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: όλες προκαλούν την προοδευτική κάμψη του συνόλου των νοητικών λειτουργιών. Όλες οι άνοιες είναι το αποτέλεσμα της ατροφίας του Κεντρικού Νευρικού

Συνοτήματος (CNS). Η αντίληψη που επικρατεί για τις άνοιες είναι ότι αυτές συνδέονται αποκλειστικά με την γεροντική ηλικία, και ότι είναι ένα είδος "τιμωρίας" για το γεγονός ότι γερνάμε. Τούτο όμως δεν ευσταθεί. Η άνοια μπορεί να επέλθει σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο της ενήλικης ζωής. Απλώς, η πιθανότητα εμφάνισης κάποιας μορφής άνοιας αυξάνει με την ηλικία. Εξ άλλου, υπάρχουν ορισμένοι τύποι ανοιών που συναντώνται κυρίως σε άτομα νεότερα των 65 ετών, δηλ. πριν από την έλευση της τρίτης ηλικίας.

Έχουν καταμετρηθεί συνολικά 50 περιπτώσεις ανοιών (Haase, 1977). Μερικές από αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες, ενώ οι γεροντικές άνοιες ακολουθούν τον παρακάτω νόμο σε συχνότητα εμφάνισης: Μεταξύ των μη ιδρυματικών ατόμων ηλικίας 60 ετών περίπου η συχνότητα εμφάνισης είναι 1%. Το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται κάθε 5 χρόνια, έτσι ώστε μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών να είναι 2%. Στα 70 το αντίστοιχο ποσοστό έχει γίνει 4%, στα 75 έχει γίνει 8%, στα 80 έχει γίνει 16% κ.ο.κ. Θα "πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι ελαφρά συμπτώματα γεροντικής άνοιας συναντώνται σε πολλούς ηλικιωμένους, αλλά τα συμπτώματα αυτά συμφύρονται με τις άλλες ανεπάρκειες της γεροντικής ηλικίας, και δεν ακολουθούν μια προοδευτική καθοδική πορεία, όπως συμβαίνει στη συνήθη κλινική εικόνα της γεροντικής άνοιας. Οι ηλικιωμένοι αυτοί συνήθως ζουν μέχρι το τέλος της ζωής τους με τα ελαφρά αυτά συμπτώματα, και τελικά πεθαίνουν από άλλη αιτία.

Πίνακας ταξινόμησης τύπων άνοιας κατά DSM-IV

(Τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών) :

- Άνοια τύπου Alzheimer
- Αγγειακή άνοια
- Άνοια που οφείλεται σε γενικές σωματικές καταστάσεις
- Άνοια που οφείλεται σε νόσο HIV
- Άνοια που οφείλεται σε τραυματισμό κεφαλής
- Άνοια που οφείλεται σε νόσο του Parkinson
- Άνοια που οφείλεται σε νόσο του Pick
- Άνοια που οφείλεται σε νόσο των Creutzfeldt-Jacob
- Άνοια που οφείλεται σε άλλες γενικές σωματικές καταστάσεις

Αλλά ακόμη και μεταξύ των ιδρυματικών ηλικιωμένων, τα κρούσματα της γεροντικής άνοιας είναι περιορισμένα σε αριθμό. Έχει υπολογιστεί (Kermis, 1983) ότι στις δυτικές κοινωνίες ένα ποσοστό της τάξεως του 5% των ηλικιωμένων ζουν σε ιδρυματικό περιβάλλον. Από αυτούς, περίπου οι μισοί διαμένουν σε ίδρυμα εξ αιτίας διαφόρων αναπηριών, και οι άλλοι μισοί εξ αιτίας κάποιας μορφής γεροντικής άνοιας. Τούτο σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν προσβληθεί από γεροντική άνοια δεν ξεπερνούν το 2-3% του συνολικού πληθυσμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Επομένως, ο φόβος πολλών ανθρώπων ότι θα "χαζέψουν", θα "τρελαθούν", θα "τα χάσουν" στη μεγάλη ηλικία είναι κατά κύριο λόγο ανυπόστατος.

Εμφάνιση και συμπτώματα της γεροντικής άνοιας

Παρά το γεγονός ότι οι φόβοι των ηλικιωμένων ότι θα προσβληθούν από γεροντική άνοια είναι αβάσιμοι, η γεροντική άνοια είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Στις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερα, με την δημογραφική αύξηση του γεροντικού πληθυσμού, η γεροντική άνοια γίνεται ένα πραγματικό πρόβλημα για τις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Όπως είδαμε σε προγενέστερα κεφάλαια, η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων σε απόλυτους αριθμούς, αλλά και η ποσοστιαία αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι εντυπωσιακή. Κατά συνέπεια, και τα ποσοστά των ατόμων με γεροντική άνοια είναι φυσικό να αυξηθούν. Υποστηρίζεται ότι σήμερα υπάρχουν σε απόλυτους αριθμούς εν ζωή περισσότεροι ανοϊκοί ασθενείς στις δυτικές κοινωνίες, όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν (Stuart- Hamilton, 1991). Τα ποσοστά αυτά αναμένεται ότι θα αυξηθούν ακόμη περισσότερο μετά από χρόνια. Τούτο σημαίνει ότι οι ανάγκες για γηροψυχιατρικές υπηρεσίες και εξειδικευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό θα αυξάνονται διαρκώς.

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει στοιχεία από επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες, ως προς τις ηλικίες που προσβάλλονται από γεροντική άνοια. Με τον όρο " γεροντική άνοια", στην παρούσα περίπτωση, εξυπονοούνται μέτρια έως σοβαρά προβλήματα της μνήμης και της σκέψης.

Επιδημιολογικές έρευνες σε επιλεγμένες κοινότητες :						
ΗΛΙΚΙΕΣ						
ΧΩΡΕΣ		65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Δανία	(N=978)	2.1	4.0	7.8	7.8	21.4
Αγγλία	(N=758)	2.4	2.9	5.6		22.0
Ιαπωνία	(N=531)	1.9	2.7	11.3	9.9	33.3
Σουηδία	(N=443)	0.9		5.1		21.6
N. Υόρκη	(N.1805)	3.7	5.4	9.3	8.8	23.7

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα, η γεροντική άνοια ανέρχεται σε ποσοστά πάνω από 20% ή ακόμη και 30% των ηλικιωμένων μετά την ηλικία των 85 ετών. Με άλλα λόγια, υπάρχει μια σαφής διαφορά μεταξύ των δύο βασικών υποομάδων της τρίτης ηλικίας, που καλύπτουν τις ηλικίες 65-80(young-old) και τους άνω των 80(old-old). Για τους άνω των 80, τα ποσοστά προσβολής από γεροντική άνοια ανεβαίνουν δραματικά. Έχει υπολογιστεί ότι μετά τα 85 περίπου ένας στους τέσσερεις ηλικιωμένους από αυτούς που ζουν στο σπίτι τους πάσχει από μέτρια έως βαρεία νοητική ανεπάρκεια. Όπως τονίστηκε ήδη, οι άνθρωποι που χάρη στις τεχνολογικές και ιατρικές προόδους επιζούν μέχρι την ηλικία αυτή είναι ήδη

πολλοί, και θα αυξάνονται διαρκώς. Αμερικανοί ειδικοί έχουν επισημάνει το γεγονός ότι η γεροντική άνοια θα είναι το υπ'αριθμόν ένα πρόβλημα υγείας του επόμενου αιώνα (Belsky, 1990).

Τα συμπτώματα της γεροντικής άνοιας γίνονται κατ' αρχήν αισθητά με την κάμψη της μνήμης του ατόμου, ιδιαίτερα της μνήμης για τα πρόσφατα γεγονότα. Το άτομο δεν μπορεί να θυμηθεί τι συνέβη τις προηγούμενες ημέρες, ώρες, ή λεπτά της ώρας. Για παράδειγμα, η ηλικιωμένη γυναίκα μπορεί να ξεχάσει ότι τηλεφώνησε στην κόρη της πριν από λίγο, και να τηλεφωνηθεί ξανά. Ο ηλικιωμένος άνδρας μπορεί να ξεχάσει ότι πέρασε με το αυτοκίνητο του από ένα συγκεκριμένο μαγαζί, και να ξαναπάει εκεί για τον ίδιο λόγο που πήγε και την πρώτη φορά.

Οι ανεπάρκειες της μνήμης είναι δύσκολο να ερμηνευθούν ως προς την αιτιολογία τους. Στο αρχικό στάδιο της άνοιας, η μνημονική κάμψη δεν διαφοροποιείται εάν προέρχεται από άγχος, κατάθλιψη, ψυχοπνευστικά γεγονότα, ή είναι γνήσιο σημάδι γεροντικής άνοιας. Επίσης, ορισμένα κρούσματα παράξενης συμπεριφοράς του ατόμου μπορεί να ερμηνευθούν εκ των υστέρων, όταν η κατάσταση της άνοιας έχει προχωρήσει.

Σε μια έρευνα (Chenoweth & Spenser, 1986) πήραν μέρος 296 στενοί συγγενείς ηλικιωμένων που προσβλήθηκαν από γεροντική άνοια τύπου Alzheimer. Ερωτώμενοι για τη συμπεριφορά των ηλικιωμένων συγγενών τους, οι περισσότεροι είπαν ότι απέδιδαν τις αλλαγές της συμπεριφοράς τους σε συναισθηματικά προβλήματα. Γυναίκες ηλικιωμένων, βλέποντας την παράξενη συμπεριφορά του άνδρα τους, ανησύχησαν ότι ο γάμος τους εξελισσόταν άσχημα. Παιδιά ηλικιωμένων βλέποντας ότι ο πατέρας τους γινόταν όλο και πιο αφηρημένος και "ξεχασιάρης", αποφάσιζαν ότι ο πατέρας τους είχε περιπέσει σε κατάθλιψη. Πολλοί λίγοι από τους συγγενείς των πασχόντων σκέφτηκαν να ζητήσουν συμβουλευτική βοήθεια ή ιατρική θεραπεία.

Αλλά ακόμη και στις περιπτώσεις όπου οι συγγενείς υποψιάστηκαν ότι κάτι συμβαίνει, δεν μπόρεσαν να παρουσιάσουν μια σαφή εικόνα των ανησυχητικών συμπτωμάτων, έτσι ώστε οι υποψίες τους να ληφθούν σοβαρά υπ' όψη από τον οικογενειακό γιατρό. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μπορεί να περάσουν μήνες ή και χρόνια μέχρι να διαγνωστεί το πραγματικό πρόβλημα. Όμως, δεν μπορούν να κατηγορηθούν γι' αυτό οι γιατροί που παρακολουθούν τον ηλικιωμένο. Όπως τονίζει η Janet Belsky, δεν υπάρχει τρόπος απ'ευθείας εξέτασης του εγκεφάλου, ώστε να διαπιστωθούν οι παθολογικές αλλοιώσεις. Η διάγνωση, σύμφωνα με την ιατρική πρακτική, στηρίζεται στον αποκλεισμό όλων των άλλων πιθανών ασθενειών, και τούτο δεν είναι εύκολο να γίνει στα πρώτα στάδια. Η διάγνωση της γεροντικής άνοιας στηρίζεται στο ιστορικό της επιδείνωσης των συμπτωμάτων στη διάρκεια του χρόνου.

Προοδευτική εξέλιξη της γεροντικής άνοιας

Ενώ τα πρώτα στάδια της γεροντικής άνοιας είναι αδιαφοροποίητα, όπως έχουν δείξει συναφείς έρευνες, τα προχωρημένα στάδια της γεροντικής άνοιας είναι σαφέστατα, και τα συμπτώματα προχωρούν σε τρομακτικό βαθμό. Στο κεφάλαιο αυτό θα εξετάσουμε τη συνήθη συμπτωματολογία των προχωρημένων σταδίων, καθώς και των τελικών σταδίων της γεροντικής άνοιας.

Καθώς η παθολογική αλλοίωση του εγκεφάλου προχωρεί προς τα μεσαία στάδια, τα συμπτώματα πυκνώνουν. Σχεδόν κάθε πλευρά της σκέψης του ατόμου επηρεάζεται. **Η αφηρημένη σκέψη**, δηλ. η σκέψη σε αφαιρετικό επίπεδο γίνεται περίπου αδύνατη. Το άτομο κάνει μόνο συγκεκριμένους συλλογισμούς, και ασχολείται με την απτή καθημερινότητα. Στη συνέχεια, η **κρίση** του ατόμου προσβάλλεται, και το άτομο κρίνει με τρόπο λανθασμένο. Δεν μπορεί ακόμη **να πάρει αποφάσεις**, συνεκτιμώντας τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις σε ένα πρόβλημα. Η γλώσσα και ο γλωσσικός πλούτος περιορίζονται. Το άτομο δυσκολεύεται **να ονοματίσει τα αντικείμενα**, και δεν παρακολουθεί την άποψη του συνομιλητή του καθώς συζητά. Η γνήσια ανθρώπινη επικοινωνία, η γέφυρα που συνδέει τους ανθρώπους μεταξύ τους, έχει σπάσει.

Όταν η ασθένεια έχει εγκαθιδρυθεί σταθερά στα **μεσαία στάδια**, μια σειρά από ανάρμοστες συμπεριφορές κάνουν την εμφάνιση τους. Το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να ορμήσει μέσα στην κίνηση του δρόμου, προκειμένου να περάσει στο απέναντι πεζοδρόμιο. Δεν υπολογίζει κοινωνικούς κανόνες και χρειάζεται συνεχή καθοδήγηση. Ακόμη χάνει την αίσθηση του κινδύνου, και είναι σε θέση να διακινδυνεύσει σοβαρά τη ζωή του. Η καθημερινότητα, για το άτομο που πάσχει από γεροντική άνοια, απορρυθμίζεται σταδιακά. Δεν μπορεί να προσανατολισθεί στο χώρο και στο χρόνο. Χάνει το δρόμο για το σπίτι του, ακόμα και αν έχει επισκεφθεί ένα κοντινό του μαγαζί, στο οποίο ψώνιζε για πολλά χρόνια. Μπορεί να σκέπτεται ότι ζει στο 1943 και ότι δέχεται οδηγίες από τον υπολογαγό του, και όχι το 2007 στη συγκεκριμένη συνοικία. Στο τέλος επηρεάζονται και οι μνήμες που έχουν εγκαθιδρυθεί με την μεγαλύτερη σταθερότητα. Μια ηλικιωμένη γυναίκα μπορεί να ξεχνά την διεύθυνση του σπιτιού της, το όνομα της, ακόμη και το γεγονός ότι έχει τέσσερα παιδιά.

- **Στο τελικό στάδιο**, το άτομο χάνει την ικανότητα της ομιλίας ολοκληρωτικά. Στο σημείο αυτό, είναι πιθανό να μην εκτελεί ούτε τις πιο βασικές από τις βιολογικές λειτουργίες: να βαδίζει, να χρησιμοποιεί την τουαλέτα, ακόμη και να μασά την τροφή του και να την καταπίνει.

Σύμφωνα με την παραστατική εικόνα ενός ψυχιάτρου (Burgoyne, 1985), η προοδευτική απώλεια των νοητικών λειτουργιών μοιάζει με το ξεφλούδισμα ενός κρεμμυδιού. Μεγάλα στρώματα νοητικών λειτουργιών εκπίπτουν και χάνονται, και η πρόοδος της ασθένειας ταυτίζεται με την προοδευτική απώλεια που ξεκινά από τις ικανότητες που αποκτήθηκαν τελευταίες (π.χ. αφαιρετική σκέψη) και καταλήγει στις ικανότητες που αποκτήθηκαν στα πρώιμα στάδια της ζωής (δηλ. στη νηπιακή και παιδική ηλικία).

Υπάρχει όμως και ένα παρήγορο σημείο: οι περισσότεροι ειδικοί τονίζουν ότι όλες οι περιπτώσεις γεροντικής άνοιας δεν επιδεινώνονται με τον ίδιο τρόπο. Μερικοί ασθενείς είναι ικανοί να εκτελούν βασικές λειτουργίες, όπως να ντύνονται και να πηγαίνουν στην τουαλέτα, ακόμη και με τις πιο βαρείς προσβολές στην μνήμη και στη σκέψη. Άλλοι ασθενείς, αντίθετα, μπορούν να έχουν καλύτερο επίπεδο μνήμης και λογικής σκέψης, αλλά να χρειάζονται τη φροντίδα από κάποιον, προκειμένου να ντυθούν ή να κάνουν χρήση της τουαλέτας.

Το πιο απογοητευτικό σημείο από όλα, σε ότι αφορά τα στάδια εξέλιξης της γεροντικής άνοιας, είναι ότι δεν μπορεί να προβλεφθεί ο χρόνος διάρκειας του κάθε σταδίου. Οι ψυχίατροι που βλέπουν τέτοιους ασθενείς

δεν είναι σε θέση να απαντήσουν στις ερωτήσεις των συγγενών σχετικά με το ποιας μορφής θα είναι η επιδείνωση, πόσο θα διαρκέσει, ή πόσο θα επεκταθεί. Υπάρχουν ηλικιωμένοι, των οποίων η κατάσταση χειροτερεύει μέσα σε λίγους μήνες, και φθάνει στο τελικό στάδιο. Υπάρχουν όμως και ηλικιωμένοι με γεροντική άνοια, των οποίων η κατάσταση παραμένει βασικά αναλλοίωτη για αρκετά χρόνια μετά την πρώτη διάγνωση. Κατά μέσο όρο, οι άνθρωποι που προσβάλλονται από αυτήν ζουν για πέντε χρόνια από τότε που θα γίνει αισθητή. Το χρονικό όριο των πέντε ετών είναι ασφαλώς ένας στατιστικός μέσος όρος: μερικοί άνθρωποι μπορεί να πεθάνουν σε διάστημα ενός ή δύο μηνών, ενώ άλλοι, με εξαιρετική φροντίδα, μπορεί να ζήσουν μέχρι είκοσι χρόνια - σύμφωνα με συγκεκριμένες μαρτυρίες (Zariti, Orr & Zarit, 1985)

Ταξινόμηση των γεροντικών ανοιών

Το πρώτο βήμα για την ταξινόμηση των γεροντικών ανοιών είναι η διάγνωση σχετικά με το στάδιο της ασθένειας. Η γενική κατάσταση αξιολογείται με ένα μνημονικό τεστ και ένα τεστ συμπεριφοράς του ασθενούς, που μπορεί να είναι το Blessed Dementia Scale ή το Mental Status Questionnaire, συντομογραφικά MSQ. Το πρώτο χρησιμοποιείται ευρέως στην Βρετανία, και κατασκευάστηκε από τον Blessed και τους συνεργάτες του (1968). Το δεύτερο χρησιμοποιείται ευρέως στην Αμερική, και κατασκευάστηκε από τον Kalm και τους συνεργάτες του (1960).

Το τεστ για τη μνήμη χορηγείται ευθέως στον ασθενή, ενώ το τεστ συμπεριφοράς χορηγείται στον κοντινότερο άνθρωπο που τον φροντίζει. Το τεστ συμπεριφοράς προσπαθεί να αξιολογήσει το επίπεδο λειτουργικής ικανότητας του ηλικιωμένου στην καθημερινή του ζωή. Το μνημονικό τεστ περιλαμβάνει ερωτήσεις τις οποίες ένας ηλικιωμένος, οσοδήποτε κουτός και αν είναι, μπορεί να τις απαντήσει. Οι ερωτήσεις του διαγνωστικού οδηγού MSQ είναι οι ακόλουθες:

- 1) Που βρίσκεσαι τώρα;
- 2) Τί είναι αυτό το μέρος;
- 3) Τί μέρα είναι;
- 4) Τί μήνα έχουμε;
- 5) Σε ποιο έτος βρισκόμαστε;
- 6) Πόσων ετών είσαι;
- 7) Πότε είναι τα γενέθλια σου;
- 8) Ποιο έτος γεννήθηκες;
- 9) Ποιος είναι ο Πρόεδρος της Κυβέρνησης;
- 10) Ποιος ήταν Πρόεδρος πριν απ'αυτόν;

Εκτίμηση : 0 - 2 λάθη = καθόλου ή ελαφρά ανεπάρκεια

3 - 8 λάθη = μέτρια ανεπάρκεια

9-10 λάθη = βαρεία ανεπάρκεια

Τα δύο αρχικά τεστ ακολουθούνται από μια λεπτομερή αναζήτηση της συμπτωματολογίας, που συνθέτει την πλήρη εικόνα της γεροντικής άνοιας. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία εκδίδει περιοδικά μια ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, τη γνωστή DSM, η οποία επηρεάζει τις σχετικές διαγνώσεις σε πολλές χώρες, όπως και στην Ελλάδα.

Τα συμπτώματα της γεροντικής άνοιας σύμφωνα με το DSM-III (1980) είναι τα ακόλουθα: 1) Έκπτωση των νοητικών λειτουργιών σε σημείο που να επηρεάζεται η καθημερινή δραστηριότητα του ασθενούς. 2) Έκπτωση της λειτουργίας της μνήμης 3) Σαφής αλλαγή σε μία, τουλάχιστον, από τις ακόλουθες λειτουργίες: αφηρημένη σκέψη, κρίση, γλωσσική ικανότητα, ικανότητα αναγνώρισης αντικειμένων δια της αφής ή μέσω της όρασης, αλλοίωση της προσωπικότητας 4) Ο ασθενής συμπεριφέρεται με τον περιγραφέντα τρόπο ενώ είναι εντελώς ξύπνιος και χωρίς την επίδραση φαρμάκων ή ναρκωτικών 5) Δεν υπάρχει ένδειξη ότι τα συμπτώματα προκαλούνται από κάποιον ειδικό παράγοντα.

Γεροντικές άνοιες κάθε μορφής καλύπτονται από την ίδια συμπτωματολογία, και τον ίδιο γενικό ορισμό. Ωστόσο, οι γεροντικές άνοιες (άνοιες διαφορετικής αιτιολογίας, όπως καλούνται εναλλακτικά) παρουσιάζουν έναν ειδικό τύπο δυσλειτουργίας. Στη συνέχεια θα περιγράψουμε τους δύο επικρατέστερους τύπους γεροντικής άνοιας, και θα δώσουμε σύντομες περιγραφές και τις ονομασίες των τεσσάρων σπανιότερων τύπων γεροντικής (ή μη) άνοιας.

1.3 ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

Στην αρχή του αιώνα μας η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alois Alzheimer, από τον οποίο πήρε και το όνομα της. Η νόσος αυτή θεωρήθηκε ότι περιγράφει δύο διαφορετικές άνοιες: την προγεροντική και την γεροντική άνοια. Η προγεροντική άνοια είναι η ασθένεια που εκδηλώνεται στη διάρκεια της μέσης ηλικίας, με συμπτώματα συναφή με αυτά της γεροντικής άνοιας, ίδιας αιτιολογίας, δηλαδή προκαλούμενα από τις ίδιες παθολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου.

Ο Βρετανός ψυχίατρος Sir Martin ROTH (1985) που θεωρείται αυθεντία στο είδος του, πιστεύει ότι η διάκριση μεταξύ των δύο πρέπει να παραμείνει. Άγγλοι ειδικοί πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος, και ότι η νόσος είναι ενιαία. (Sloane, 1980, Tomlinson, 1984). Προσθέτοντας ακόμη περισσότερη σύγχυση, οι συντάκτες του διαγνωστικού οδηγού DSM-III έχουν δώσει στη νόσο αυτή ένα εναλλακτικό όνομα: πρωτογενής εκφυλιστική άνοια.

Το πιο γνωστό όνομα της νόσου είναι Dementia of the Alzheimer type, συντομογραφικά DAT. Από αυτήν υποφέρουν περισσότεροι από τους μισούς μεσήλικες ή υπερήλικες (50% ως 70%) του συνολικού αριθμού των ατόμων που έχουν προσβληθεί από άνοια. Με άλλα λόγια είναι η επικρατέστερη μεταξύ των ανοιών.

Η νόσος του Alzheimer χτυπά την πιο ανθρώπινη, κυριολεκτικά, από τις λειτουργίες μας: καταστρέφει προοδευτικά τους νευρώνες του εγκεφάλου. Με την πρόοδο της νόσου ο εγκέφαλος ατροφεί και οι συνάψεις μεταξύ των νευρώνων λιγοστεύουν διαρκώς και περισσότερο. Οι άλλοτε υγιείς νευρώνες εκπίπτουν και χάνονται. Ενώ στη φυσιολογική τους μορφή οι νευρώνες μοιάζουν με δένδρα που έχουν ρίζες και κλαδιά, με τον σταδιακό εκφυλισμό τους οι νευρώνες συρρικνώνονται σε τέτοιο σημείο ώστε

στη θέση τους απομένει ένας υποτυπώδης σχηματισμός, κάτι σαν ξερός κορμός αποξηραμένου δένδρου. Επιπλέον, στη θέση των κάποτε υγιών κυματοειδών ινιδίων, που καλούνται νευρινιδικοί σχηματισμοί, τώρα σχηματίζονται οι λεγόμενες γεροντικές πλάκες, και άλλα παθολογικά σημάδια.

Η αποδόμηση του εγκεφάλου είναι αρχικά περιορισμένη σε ένα εγκεφαλικό κέντρο. Βαθμιαία όμως εξαπλώνεται και στα άλλα εγκεφαλικά κέντρα και γενικεύεται. Σε μια κλασική στο είδος της μελέτη, βρετανοί ερευνητές έδειξαν πειραματικά ότι η έκταση των προβλημάτων μνήμης και σκέψης ενός ατόμου είναι μια απ'ευθείας αντανάκλαση του ποσού της νευρικής αποδόμησης του εγκεφάλου που έχει συμβεί μέχρι εκείνη τη στιγμή. Οι αυτοψίες που έγιναν σε εγκεφάλους ηλικιωμένων ατόμων, μετά το θάνατο τους, σε οποίοι εν ζωή υπέφεραν από μνημονικές ανεπάρκειες σε διαφορετικό βαθμό, έδειξαν ότι η συνάφεια ανάμεσα στις σχηματισθείσες γεροντικές πλάκες του εγκεφάλου και τις νοητικές ικανότητες του ατόμου (όπως είχαν εξελιχθεί την εποχή που κατέληξε να πεθάνει) ήταν πολύ υψηλή.

Τί προκαλεί αυτή τη νευρολογική φθορά; Ενώ δεν είμαστε ακόμη σε θέση να απαντήσουμε με σαφήνεια στην ερώτηση σχετικά με τα αίτια που προκαλούν την άνοια, εντούτοις πέντε διαφορετικοί παράγοντες έχουν επισημανθεί από τις έρευνες. Εξετάζοντας κάθε έναν από τους παράγοντες αυτούς, ως έχουμε υπόψη ότι η ύπαρξη ενός από αυτούς δεν αποκλείει την ύπαρξη και των άλλων. Σύμφωνα με επιφανείς ερευνητές (Reisberg, 1981; Roth, 1985) η νόσος Alzheimer είναι το τελικό αποτέλεσμα στο οποίο συντείνουν μια σειρά από βλάβες του εγκεφάλου. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

1) Ένα μικρόβιο. Ακριβώς όπως και σε ένα άλλο τύπο γεροντικής άνοιας (τη νόσο Creutzfeldt- Jakob) όπου ένα μικρόβιο ενεργεί υπόγεια, για δεκαετίες ίσως, μέχρι να ολοκληρώσει το καταστροφικό του έργο, το ίδιο μπορεί να υποτεθεί ότι συμβαίνει και στη νόσο Alzheimer.

2) Κάποια δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Ορισμένοι ερευνητές ανέφεραν ότι εντόπισαν φυσιολογικά αντισώματα σε ασθενείς πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer. Με βάση τα ευρήματα, οι ερευνητές αυτοί υπέθεσαν ότι τα αντισώματα αυτά, αντί να λειτουργούν φυσιολογικά και να εκδιώκουν τους εχθρούς που εισβάλλουν στο σώμα, στρέφονται εναντίον του "οργανισμού και δημιουργούν ένα ρήγμα. Οπότε, οποιοδήποτε μικρόβιο ή τοξική ουσία μπορεί εύκολα να προσβάλλει τον εγκέφαλο και να σημάνει την έναρξη της Alzheimer.

3) Το αλουμίνιο. Εκτός από κάποιο μικρόβιο, η τοξική ουσία του αλουμινίου έχει κατηγορηθεί ότι προκαλεί τη νόσο. Και τούτο, διότι έχει ανευρεθεί μεγάλη συγκέντρωση από αυτή την ουσία στον εγκέφαλο των πασχόντων από Alzheimer. Το θέμα παραμένει ανοιχτό για συζήτηση, όμως μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι σε περιοχές όπου το νερό περιλαμβάνει μεγαλύτερες από τις κανονικές τιμές αλουμινίου, οι κάτοικοι εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα να πάσχουν από Alzheimer.

4) Γενετική ανωμαλία. Το οικογενειακό ιστορικό των πασχόντων από Alzheimer εξετάζεται κατά κανόνα, στην προσπάθεια να αποδοθεί η νόσος σε κληρονομικούς παράγοντες. Τελικά, το 1987 οι ερευνητές απομόνωσαν ένα μικρό δείγμα ηλικιωμένων, στους οποίους υπήρχε προϊστορία της νόσου. Το γενετικό στίγμα εντοπίστηκε στο χρωμόσωμα 21, όπου εντοπίζεται - όπως είναι γνωστό - και η γενετική ανωμαλία του συνδρόμου Down.

Τα άτομα με σύνδρομο Down (μογγολοειδής ιδιοτεία), σε περίπτωση που καταφέρουν να ζήσουν μέχρι την ηλικία των 40 ετών, αναπτύσσουν καθολικά τη νόσο Alzheimer. Όπως φαίνεται, τα άτομα αυτά είναι γενετικά καθορισμένα να αναπτύξουν την εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου, και μάλιστα έχουν "διπλή δόση" του γενετικού προγράμματος, που οφείλεται σε ανωμαλίες του χρωμοσώματος 21.

Άλλοι ερευνητές (Barnes, 1987) υποθέτουν ότι για την εκφυλιστική νόσο Alzheimer ευθύνονται τα μη φυσιολογικά αποθέματα μιας πρωτεΐνης που καλείται Β-αμυλοειδής και η οποία αναπτύσσεται στον εγκέφαλο. Η Β-αμυλοειδής πρωτεΐνη είναι ένα από τα βασικά συστατικά που εμπεριέχεται τόσο στις γεροντικές πλάκες όσο και στους νευρινιδικούς σχηματισμούς.

Επομένως προκύπτουν τα ακόλουθα ερωτήματα: Μήπως η γενετικά καθορισμένη παραγωγή της τοξίνης που λέγεται Β-αμυλοειδής γίνεται πρόξενος της νόσου, καθώς συσσωρεύεται; Μήπως το μικρόβιο Alzheimer (που αναφέρθηκε ως πρώτη πιθανή αιτία) συμπράττει με κάποια ουσία όπως είναι το αλουμίνιο, και θέτει σε έναρξη την εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου; Σαφής απάντηση στα ερωτήματα αυτά δεν έχει ακόμη δοθεί.

Οποιαδήποτε και αν είναι η απάντηση, η προσοχή έχει τώρα στραφεί στον ιδιαίτερο ρόλο που παίζει η σταδιακή άθροιση των παραπάνω αναφερομένων ουσιών στην εμφάνιση της νόσου.

Πορεία της νόσου

Συνήθως η νόσος διέρχεται σε επτά στάδια:

1. Δε παρατηρούνται διαταραχές ανώτερων λειτουργιών αντικειμενικά και χωρίς υποκειμενικές αιτιάσεις .
2. Διαταραχές στη μνήμη
3. Ήπια νοητική καθυστέρηση
4. Μέτρια νοητική καθυστέρηση
5. Έναρξη της άνοιας
6. Μέτρια άνοια
7. Σοβαρή άνοια

Τέλος, η προσοχή των ερευνητών έχει ήδη στραφεί και σε έναν παράγοντα που αφορά τους νευροδιαβιβαστές. Οι νευροδιαβιβαστές συνίστανται σε χημικές ουσίες οι οποίες είναι παρούσες στις συνάψεις μεταξύ των νευρώνων, έτσι ώστε να είναι δυνατή η επικοινωνία των νευρώνων του εγκεφάλου μεταξύ τους. Για περισσότερο από μία δεκαετία (Roth, 1985) είναι γνωστό ότι η ελαττωματική φύση μιας από αυτές τις χημικές ουσίες, της ακετυλχολίνης (acetylcholine) είναι το σύνθημα χαρακτηριστικά στους νευροδιαβιβαστές των θυμάτων της νόσου Alzheimer. Με άλλα λόγια, αν βρισκόταν τρόπος να παρέμβουμε φαρμακευτικά και να προκαλέσουμε την έκκριση της υγιούς ουσίας της ακετυλχολίνης στον εγκέφαλο, τούτο θα ήταν το αντίδοτο που θα ανέστειλε της εμφάνιση της νόσου. Μέχρι στιγμής, οι ερευνητικές προσπάθειες δεν έχουν παρουσιάσει εντυπωσιακά αποτελέσματα.

Παρ¹ όλα αυτά όμως, οι προσπάθειες παρέμβασης για την επαναφορά της ακετυλχολίνης σε φυσιολογικά επίπεδα συνεχίζονται πυρετωδώς (Crook, 1986).

1.4 ΠΟΛΥ-ΕΜΦΡΑΚΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ

Είναι γεγονός ότι η υψηλή υπέρταση και άλλα παθολογικά αίτια είναι δυνατό να προκαλέσουν ελαφρά εγκεφαλικά επεισόδια στους υπερήλικες, τα οποία περνούν απαρατήρητα τις περισσότερες φορές. Ανάλογα με το εγκεφαλικό κέντρο το οποίο "χτυπούν", τα εγκεφαλικά επεισόδια καταστρέφουν τους νευρώνες του εγκεφάλου, οι οποίοι νεκρώνονται και παύουν να λειτουργούν. Στην περίπτωση που σημειωθούν πολλαπλά εγκεφαλικά επεισόδια, έστω και ελαφρά, ένα σημαντικός αριθμός νευρώνων του εγκεφάλου νεκρώνεται, με αποτέλεσμα να εγκαθιδρύεται μία μορφή γεροντικής άνοιας.

Η πολύ-εμφρακτική άνοια παραδοσιακά έφερε το όνομα "αρτηριοσκληρωτική άνοια". Πιστευόταν δηλ. από τους ειδικούς ότι αυτός ο τύπος της γεροντικής άνοιας είχε ως αιτία το γεγονός ότι, με το πέρασμα της ηλικίας, τα τοιχώματα των αρτηριών σκληρύνονται και παχαίνουν, με αποτέλεσμα να μην γίνεται καλή αιμάτωση του εγκεφάλου (Hashinkι και συν, 1974).

Σήμερα γνωρίζουμε ότι αυτός ο τύπος της γεροντικής άνοιας δεν προκαλείται από εν μέρει αποφραγμένες αρτηρίες, αλλά από εντελώς φραγμένες αρτηρίες. Η αιτιολογία ανάγεται σε μια σειρά από ελαφρά εγκεφαλικά, τα οποία στην ιατρική ορολογία ονομάζονται έμφρακτα (infarcts), που προξενούν παθολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου και, κατά συνέπεια, επιδείνωση των γνωστικών λειτουργιών.

Το εγκεφαλικό επεισόδιο συμβαίνει όταν μία αρτηρία που τροφοδοτεί τον εγκέφαλο μπλοκάρεται ολοκληρωτικά, οπότε διακόπτεται η παροχή αίματος στο συγκεκριμένο σημείο. Ένα βαρύ εγκεφαλικό έχει άμεσα και σοβαρά αποτελέσματα, όπως παράλυση των μερών του σώματος, διαταραγμένη ομιλία, ίσως και θάνατο. Αντίθετα, το άτομο που έχει πάθει πολυ-εμφρακτική άνοια έχει υποστεί εγκεφαλικά επεισόδια τόσο ελαφρής μορφής, ώστε τα αισθητά συμπτώματα να είναι πολύ περιορισμένα. Καθώς όμως ο αριθμός τους αυξάνει, σημειώνεται βαθμιαία πτώση των μνημονικών και γνωστικών λειτουργιών, ενώ εξωτερικά ο ηλικιωμένος θεωρείται ότι "είναι καλά".

Επειδή τα εγκεφαλικά επεισόδια έχουν κάποιο παθολογικό αίτιο, όπως είναι η υψηλή πίεση του αίματος, μπορεί κανείς να παρέμβει φαρμακευτικά ή διατροφολογικά στο αίτιο, έτσι ώστε να σταματήσει η καθοδική πορεία της γεροντικής άνοιας αυτού του τύπου (Sloane, 1980). Ωστόσο, όπως συμβαίνει και στη νόσο Alzheimer, το άτομο που υφίσταται πολλαπλά εμφράγματα των αρτηριών του, άρα και πολλαπλά εγκεφαλικά, παρουσιάζει ολοένα και χειρότερη εικόνα της κατάστασης του, καθώς νεκρώνονται διαρκώς και περισσότερες περιοχές του εγκεφάλου (νευρώνες και συνάψεις μεταξύ των νευρώνων).

Ο ρυθμός με τον οποίο τα εγκεφαλικά ακολουθούν το ένα το άλλο δεν μπορεί να προβλεφθεί με ακρίβεια. Κατά συνέπεια, δεν μπορεί να γίνει πρόβλεψη σχετικά με την εξελικτική πορεία της νόσου. Εξ άλλου, τα συμπτώματα επιδείνωσης μπορεί να διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των ασθενών. Ας υποθέσουμε ότι υπάρχουν οι περιοχές Α, Β, Γ, - και Ε του εγκεφάλου οι οποίες ελέγχουν τις "ανώτερες" λεγόμενες εγκεφαλικές λειτουργίες, όπως είναι η μνήμη, η κρίση, η λήψη αποφάσεων, η ικανότητα

αφαιρετικής σκέψης, και η ικανότητα για συγκεκριμένους συλλογισμούς. Ας ονομάσουμε τις πέντε ψυχολογικές λειτουργίες με τα συμβολικά γράμματα Κ,Λ,Μ,Ν, και Ξ.

Στο παράδειγμα μας, ένας ηλικιωμένος είναι θύμα πολύ-εμφρακτικής άνοιας, η οποία πλήττει τις περιοχές Α,Β και Δ. Κατά συνέπεια θα βλαβούν ή θα καταστραφούν οι αντίστοιχες ψυχολογικές λειτουργίες Κ,Λ και Ν. Ένας άλλος ηλικιωμένος είναι θύμα της ίδιας ασθένειας, η οποία όμως αφήνει ανέπαφες τις περιοχές που αναφέρθηκαν στον προηγούμενο ασθενή, και πλήττει τις περιοχές Γ και Ε. Αντίστοιχα, θα βλαβούν και οι ανάλογες ψυχολογικές λειτουργίες Μ και Ξ. Όπως γίνεται κατανοητό, οι δύο ηλικιωμένοι θα εμφανίζουν τελείως διαφορετικά συμπτώματα, παρά το γεγονός ότι πάσχουν από την ίδια ασθένεια.

Επίσης, πολύ συχνά η κλινική εικόνα της πολύ-εμφρακτικής άνοιας σε έναν ασθενή μπορεί να είναι τόσο παραπλανητική, ώστε να θεωρηθεί ως γεροντική άνοια άλλης αιτιολογίας. Για παράδειγμα, εάν τα εγκεφαλικά επεισόδια "χτυπούν" συστηματικά τον εγκεφαλικό φλοιό, τότε η πολύ-εμφρακτική άνοια (MID) συγγέεται με την άνοια τύπου Alzheimer (DAT). Εξαιτίας τέτοιων προβλημάτων, η διάγνωση της MID είναι δυσχερής και η συχνότητα εμφάνισης της MID στον γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων δεν καθορίζεται με ακρίβεια, αλλά κυμαίνεται μεταξύ 5 και 15% των συνολικών ανοιών(Moss & Albert,1988).

Παρά ταύτα υπάρχουν ορισμένες πλευρές της MID που την κάνουν ευδιάκριτη, σε σχέση με τις άλλες άνοιες. Για παράδειγμα, η εμφάνιση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι εντελώς ξαφνική σε ορισμένες περιπτώσεις. Δεν υπάρχει εξελικτικό σχήμα, με την έννοια που υπάρχει στις άνοιες των άλλων αιτιολογιών. Υπάρχουν όμως και ασθενείς με MID στους οποίους η εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι σταδιακή -επομένως η ξαφνική αλλαγή της μνημονικής και γνωστικής ικανότητας του ηλικιωμένου δε συνιστά ένα αλάθητο σημάδι για την άνοια MID.

Ένα άλλο σημείο που ίσως διευκολύνει τη διάγνωση είναι τα **ξαφνικά** (από την άποψη της λειτουργικής συνέχειας, και όχι με την έννοια του χρονικού "ξαφνικά") **κενά** που εμφανίζονται σε κάποια από τις γνωστικές λειτουργίες. Ενώ δηλ. οι περισσότερες από τις γνωστικές λειτουργίες είναι ανέπαφες, μία ή δύο από αυτές παρουσιάζονται ελλειμματικές. Το ίδιο το ηλικιωμένο άτομο αντιλαμβάνεται, στην περίπτωση αυτή, ότι κάπου υπολείπεται. Η κατάσταση του διατηρείται σταθερή για εβδομάδες ή μήνες, και μετά, με αναπάντεχο και ξαφνικό τρόπο, χειροτερεύει ξανά. Με την διαδικασία αυτή καταστρέφονται η μία μετά την άλλη οι νοητικές δυνάμεις. Στην αρχή, τα ελαφρά εγκεφαλικά καταστρέφουν μικρά τμήματα του εγκεφάλου και οι απώλειες είναι ανεπαίσθητες. Η ποσοτική φθορά κάποτε φθάνει σε ένα κρίσιμο σημείο, οπότε αναστέλλεται μία νοητική λειτουργία. Τότε η έλλειψη της γίνεται αισθητή, αφού οι εναπομείναντες υγιείς νευρώνες και οι συνάψεις τους δεν επαρκούν για την λειτουργική απόδοση του ατόμου σε έναν ορισμένο τομέα. Συνήθως, η **μνημονική ικανότητα** είναι ένα από τα πρώτα θύματα της πολυ-εμφρακτικής άνοιας, ενώ στα τελευταία στάδια είναι συχνή η **παράλυση του σώματος**. Ο εγκέφαλος έχει τότε νεκρωθεί σε τέτοιο σημείο ώστε ο ασθενής να περιέλθει σε κατάσταση φυτού. Ο θάνατος επακολουθεί, συχνά από καρδιαγγειακή αιτία, κατά μέσον όρο σε διάστημα πέντε ετών μετά την εμφάνιση των αρχικών συμπτωμάτων.

1.5 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PICK

Η νόσος του *Pick*, που πήρε το όνομα της από τον ερευνητή που την περιέγραψε πρώτος, δεν είναι μια κοινή ασθένεια των υπερηλικών. Από άποψη ηλικίας, σπάνια εμφανίζεται σε άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών, ενώ δεν υπάρχει κανείς που να έχει υπερβεί τα 70 και να έχει πληγεί από αυτήν και είναι πιο συχνή στους άνδρες, ιδιαίτερα σε αυτούς που έχουν πάσχοντα συγγενή πρώτου βαθμού. Κατά μέσον όρο, τα άτομα που πλήττονται δεν έχουν φθάσει τα 50 τους χρόνια.

Τα στάδια μέσα από τα οποία περνά και εξελίσσεται ή νόσος του Pick είναι σχετικώς καλά καθορισμένα. Η ατροφία των νευρώνων του εγκεφάλου αρχίζει από τους μετωπιαίους λοβούς και προχωρεί προς τα πίσω επηρεάζοντας διαδοχικά τα εγκεφαλικά κέντρα που πλήττονται. Σε κυτταρικό επίπεδο, παρατηρείται επίσης απώλεια νευρώνων, γλοίωση και οι νευρώνες εκφυλίζονται σε "σώματα του Pick", όπως ονομάστηκαν. Το κύριο χαρακτηριστικό των σωμάτων του Pick είναι η οιδηματική τους εμφάνιση(πρήξιμο). Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν την ατροφία των νευρώνων, αλλά όχι σε οιδηματική μορφή. Σχετικά με το αν αυτοί οι ασθενείς πρέπει να ταξινομούνται στην ίδια κατηγορία με τους άλλους, είναι ένα θέμα ανοικτό με αντικρουόμενα επιχειρήματα.

Οι πρώτες νοητικές λειτουργίες που εκπίπτουν μετά την προσβολή της νόσου είναι η απώλεια της αφαιρετικής σκέψης και της ικανότητας προγραμματισμού. Οι απώλειες αυτές συνοδεύονται συχνά από ψυχαναγκαστική σεξουαλική συμπεριφορά, στην οποία δεν λαμβάνεται υπόψη η κοινωνική ευπρέπεια. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, τα ανοϊκά συμπτώματα πληθύνονται και προσομοιάζουν με αυτά της νόσου Alzheimer (DAT). Συχνά, οι βλάβες που αφορούν την ομιλία, και γενικά τη γλώσσα, είναι πιο έντονες σε σχέση με τις λειτουργικές ανεπάρκειες της μνήμης, αλλά τούτο δεν αποτελεί αδιάψευστο κανόνα. Οι ασθενείς της νόσου Pick είναι επίσης πολύ επιρρεπείς στην επίκληση προφάσεων, με σκοπό να καλύψουν τα λάθη ή τις παραλείψεις τους. Κάτι τέτοιο δεν συναντάται κατά κανόνα σε ανοϊκούς ασθενείς άλλης αιτιολογίας(MID ή DAT). Η εξελικτική πορεία της νόσου Pick ολοκληρώνεται με την ολοκληρωτική κατάπτωση των νοητικών λειτουργιών, οπότε ο ασθενής περιέρχεται σε κατάσταση φυτού. Ο θάνατος επακολουθεί, περίπου 4 χρόνια μετά την αρχική εμφάνιση της νόσου.

1.6 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ HUNTINGTON

Η νόσος του Huntington δεν κατατάσσεται στις άνοιες από όλους τους ερευνητές, θεωρείται μάλλον ότι είναι μια κληρονομική εκφυλιστική νόσος, όπου κυριαρχεί το γενετικό στοιχείο. Τα πρώτα συμπτώματα της νόσου είναι η διαταραχή των κινήσεων (χωρειο-αθετωσικόμορφες κινήσεις).

Στα μεσαία στάδια της νόσου οι ασθενείς αναπτύσσουν ανοϊκά συμπτώματα, ενώ το γενικό σχήμα της έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών μοιάζει να μιμείται την ψυχωσική διαταραχή της σχιζοφρένειας(Kermis 1986). Η νόσος του Huntington διαρκεί για μακρύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τις άλλες άνοιες. Το προσδόκιμο της επιβίωσης μετά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων φθάνει τα 15 περίπου χρόνια. Η νόσος προσβάλλει τους υπερηλικες, αλλά δείχνει τη μεγαλύτερη της έξαρση στη μέση ηλικία, ενώ δεν είναι σπάνιες και οι προσβολές παιδιών από αυτήν.

ΑΛΛΟΙ ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΩΝ

Όπως αναφέρθηκε στην αρχή του κεφαλαίου, υπάρχουν 50 περίπου τύποι ανοιών οι οποίες έχουν επισημανθεί και είναι σήμερα γνωστές. Οι περισσότερες από αυτές είναι, ευτυχώς, εξαιρετικά σπάνιες. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι μερικές ασθένειες μπορεί να προκαλέσουν εκφυλιστικά ανοϊκά συμπτώματα, ή συμπτώματα που μοιάζουν με ανοϊκά. Κυρίαρχη μεταξύ αυτών είναι η νόσος του Parkinson (συντομογραφικά PD). Η νόσος αυτή, κατά κύριο λόγο, αφορά την κίνηση (τρόμος των άκρων) και προκαλεί έναν χαρακτηριστικό τρόμο ηρεμίας.

Συγχρόνως, τη νόσο του Parkinson συνοδεύει ένας υψηλότερος από τον κανονικό κίνδυνος ότι οι ασθενείς θα αναπτύξουν ανοϊκά συμπτώματα. Σύμφωνα με πρόσφατους υπολογισμούς (Moss & Albert, 1988) ο κίνδυνος αυτός αφορά ένα ποσοστό 10 ως 15% των ασθενών. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι πολλοί ασθενείς της Alzheimer αναπτύσσουν συμπτώματα της νόσου Parkinson, καθώς η Alzheimer προχωρεί και εξελίσσεται.

Μια άλλη νόσος που προκαλεί άνοια είναι η σύφιλις. Εάν η σύφιλις δεν θεραπευτεί, τότε μερικές δεκαετίες αργότερα γίνεται αιτία ώστε να ατροφήσει το κεντρικό νευρικό σύστημα και να εξελιχθεί η άνοια. Η συφιλιδική άνοια έχει ήδη υποχωρήσει στην παρούσα γενεά, και αναμένεται να υποχωρήσει ακόμη περισσότερο στο μέλλον, εξ αιτίας της βελτιωμένης θεραπείας των αφροδισίων νοσημάτων και της καλύτερης δημόσιας υγείας που εφαρμόζεται στις περισσότερες χώρες.

1.7 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ (ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ)

Η γνήσια γεροντική άνοια θα πρέπει να διαχωριστεί από άλλες καταστάσεις ψυχικής διαταραχής που προσβάλλουν τους ηλικιωμένους, και θυμίζουν έντονα την κατάσταση της άνοιας. Τέτοιες καταστάσεις ψευδο-άνοιας είναι συνήθως η κατάθλιψη και η οξεία συγχυτική κατάσταση-γνωστή ως παραλήρημα (delirium).

Προκαλεί ίσως απορία το γεγονός ότι μια διαταραχή του συναισθήματος, όπως είναι η κατάθλιψη, μπορεί να συγχέεται με μια διαταραχή στη νοητική σφαίρα, όπως είναι η άνοια. Και όμως, αυτή η ψευδο-άνοια παρατηρείται συχνά σε ηλικιωμένους που έχουν προσβληθεί από σοβαρή κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, ο ηλικιωμένος χάνει σε τέτοιο βαθμό τα κίνητρα του για δράση, ώστε οι μνημονικές και άλλες νοητικές του λειτουργίες να πέφτουν κατακόρυφα. Αν προστεθεί και η έλλειψη ενδιαφέροντος που τον χαρακτηρίζει, η κλινική εικόνα του ηλικιωμένου είναι μια πίστη προσομοίωση της γεροντικής άνοιας.

Οι κυριότερες διαφορές μεταξύ της γνήσιας άνοιας και της ψευδο-άνοιας είναι τριών ειδών. Πρώτον, οι ψευδο-ανοϊκοί ασθενείς είναι συνήθως καλά προσανατολισμένοι στο χώρο και στο χρόνο (δηλ. γνωρίζουν πού είναι, τη μέρα της εβδομάδας, το λόγο για τον οποίο εξετάζονται κλπ.). Δεύτερον, οι ψευδο-ανοϊκοί ασθενείς συνήθως έχουν καλύτερες επιδόσεις στο μέσον της ημέρας, δηλ. τις μεσημε-

ριανές ώρες, σε σχέση με τις πρωινές ώρες. Τρίτον, οι ψευδο-ανοϊκοί ασθενείς γνωρίζουν σε ποια περίπτωση είχαν κακή επίδοση - πράγμα που αγνοούν τραγικά οι γνήσιοι ανοϊκοί ασθενείς.

Η νοητική επίδοση των ψευδο-ανοϊκών συνήθως βελτιώνεται όταν θεραπευτεί η κατάθλιψη, ενώ των γνήσιων ανοϊκών δεν βελτιώνεται. Για τούτο είναι λογικό η διάγνωση της γεροντικής άνοιας να ακολουθεί, αφού έχουν αποκλεισθεί όλες οι άλλες περιπτώσεις ψυχικής διαταραχής.

Όπως έδειξε μια πρόσφατη έρευνα(Larson,1985), παρά τις δυσχέρειες που συνοδεύουν τη διάγνωση της ψυχικής νόσου στους ηλικιωμένους, στα χέρια των επαγγελματιών που κατέχουν γηριατρικές γνώσεις, οι διαγνώσεις είναι συνήθως ακριβείς. Στην συγκεκριμένη έρευνα, ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων, περίπου 200, που πέρασαν από μια γηριατρική κλινική για διάγνωση της ψυχικής τους διαταραχής, παρακολούθησαν στενά για ένα ολόκληρο χρόνο. Βρέθηκε ότι ο αριθμός των διαγνωστικών λαθών που διαπράχθηκαν είναι πολύ περιορισμένος. Στις περισσότερες περιπτώσεις που ένας ηλικιωμένος χαρακτηρίστηκε ότι πάσχει από γεροντική άνοια, η διάγνωση επιβεβαιώθηκε ότι ήταν σωστή.

Η δεύτερη σημαντική διαταραχή που μπορεί να εκληφθεί ως γεροντική άνοια είναι το **παραλήρημα**. Το παραλήρημα είναι μια οξεία κατάσταση σύγχυσης (συντομογραφικά ACS) η οποία μπορεί να προέλθει από διαφορετικές αιτίες. Οποιοδήποτε άτομο, κάθε ηλικίας, μπορεί να περιπέσει σε παραλήρημα.

Περισσότερο όμως πλήττονται τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι, σε περιπτώσεις που νοσηλεύονται. Η προσβολή από κάποια φυσική ασθένεια και η εκτεταμένη χορήγηση φαρμάκων μπορεί να προκαλέσουν τέτοιες βαθιές προσβολές στη γνωστική δομή του ατόμου, ώστε το άτομο να εκδηλώσει παραλήρημα(Habot και συν,1980). Επιπλέον, στα ηλικιωμένα άτομα είναι πιθανό να χορηγούνται ναρκωτικές ουσίες (Drugs) τις οποίες ο οργανισμός τους δεν είναι σε θέση να δεχθεί(δηλ. να αξιοποιήσει και να αποβάλλει κανονικά), με αποτέλεσμα η δόση να τους πέφτει βαριά και να προκαλεί παραλήρημα. Μια άλλη αιτία, που αφορά τους ηλικιωμένους που παραμένουν κλινήρεις για μακρύ χρονικό διάστημα, είναι η έλλειψη αισθητηριακών ερεθισμάτων, η οποία επίσης μπορεί να οδηγήσει σε οξεία κατάσταση νοητικής σύγχυσης.

Η κλινική εικόνα του παραληρήματος μπορεί να διακριθεί από τη γεροντική άνοια, κατά τα ακόλουθα σημεία: Το παραλήρημα (ACS) είναι μια κατάσταση που εγκαθιδρύεται σε διάστημα ωρών ή ημερών, και δεν ακολουθεί μια αργή εξελικτική πορεία. Οι ασθενείς που παραληρούν χαρακτηρίζονται είτε από πολύ χαμηλές μνημονικές και διανοητικές ικανότητες, είτε, αντίθετα, είναι εξαιρετικά φλύαροι και υπερκινητικοί. Κατά κανόνα πάσχουν από φαντασιώσεις, δηλ. οι αντιλήψεις τους για τον γύρω κόσμο είναι διασπασμένες- Οι φαντασιώσεις είναι πολύ σπάνιες στους ασθενείς με γεροντική άνοια, παρά το γεγονός ότι το στερεότυπο των ηλικιωμένων που "ζουν στον κόσμο τους" είναι πολύ διαδεδομένο.

Οι ασθενείς με παραλήρημα χαρακτηρίζονται επίσης από περιορισμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής. Οι εμπύρετες καταστάσεις, ειδικά ο πολύ υψηλός πυρετός, η ακατάλληλη τροφή(ιδιαίτερα η έλλειψη σε βιταμίνη B12) και η παράλληλη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, είναι η επικίνδυνοι συνδυασμοί που συνήθως καταλήγουν σε μια γενική διαταραχή του μεταβολισμού του κεντρικού νευρικού συστήματος, με έκδηλα συμπτώματα στη συμπεριφορά. Το ηλικιωμένο άτομο που παραληρεί μπορεί να δίνει την όψη τρελλού, να ψευδίζει χωρίς ειρμό και να βλέπει φανταστικές εικόνες στους

τοίχους. Μπορεί να περνά χρονικές περιόδους όπου είναι αποπροσανατολισμένο, με φωτεινά διαλείμματα όπου δεν εμφανίζει κανένα απολύτως παθολογικό σύμπτωμα.

Για παράδειγμα, ο 85-ετής κύριος Π. χειρουργείται και επιστρέφοντας από το χειρουργείο εκδηλώνει παραλήρημα. Για πολλές ημέρες, και ενώ βρίσκεται κάτω από την επίδραση δραστικής φαρμακευτικής αγωγής δεν αναγνωρίζει τη γυναίκα του και τα παιδιά του. Πιστεύει ότι μιλάει στον, από πολλά χρόνια πεθαμένο, συνταίρο του και βλέπει φανταστικές εικόνες μπροστά του.

Σε ένα άλλο παράδειγμα, η 90-χρονη κυρία Β. προβάλλει τέτοια συμπτώματα νοητικής σύγχυσης, ώστε τα μέλη της οικογένειας της υποθέτουν ότι έχει προσβληθεί από γεροντική άνοια. Ξεχνούν όμως ότι τα συμπτώματα της άρχισαν από τότε που ο γιατρός της χορήγησε τα χάπια για την καρδιά, που ακόμη συνεχίζει και παίρνει.

Συμπερασματικά, η χορήγηση πολλών φαρμάκων γνωστή ως πολυφαρμακία, οι παρενέργειες της αναισθησίας μετά την εγχείρηση, τα ατυχήματα, οι περιβαλλοντικές αλλαγές, η ελλιπής διατροφή σε πρωτεΐνες και βιταμίνες, η μη προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ηλικιωμένου δοσολογία ενός φάρμακου, και μια σειρά από σωματικές ασθένειες, ανήκουν στις αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν παραλήρημα. Μεταξύ των σωματικών ασθενειών που μπορεί να συνδέονται με μια παραληρητική κατάσταση, οι συχνότερα αναφερόμενες είναι τα καρδιακά προβλήματα, η εγκεφαλίτιδα, τα εγκεφαλικά επεισόδια, οι διαταραχές του μεταβολισμού κάθε είδους, ο καρκίνος του παγκρέατος, η βρογχοπνευμονία και κάθε άλλη ασθένεια που προκαλεί πυρετό, ακόμη και η δυσκοιλιότητα. Εάν θεραπευτεί η αιτία που υπόκειται, συνήθως απαλείφονται και τα συμπτώματα του παραληρήματος.

2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

2.1 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ/ΝΤΕΛΙΡΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Το παραλήρημα συνιστά κεφαλαιώδες ψυχιατρικό σημείο, η σπουδαιότητα του οποίου υπερβαίνει τα ψυχιατρικά πλαίσια και εισέρχεται στον ευρύτερο χώρο της ιατρικής. Θα μπορούσε να πει κανείς εξαρχής ότι δεν υπάρχει νόσημα της εσωτερικής παθολογίας, το οποίο να αφήνει απρόσβλητες εγκεφαλικές λειτουργίες, άρα δυνητικά οδηγεί και σε παραληρητικές καταστάσεις (Γαληνός, 1998) .

Το παραλήρημα αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα επίδρασης εξωγενών παραγόντων ονομάζεται: *εξωγενές οργανικό ψυχοσύνδρομο*, όρος ο οποίος χρησιμοποιήθηκε για να τονίσει την αντίθεση προς το ενδογενές ψυχοσύνδρομο .

Να δηλώσει δηλαδή την έλλειψη οποιασδήποτε σχέσης προς την προσωπικότητα του ασθενούς με όλες τις χαρακτηριστικές ιδιομορφίες της αφ' ενός και αφ' ετέρου να τονίσει την σχέση προς σωματικά αίτια. Διακρίνουμε δύο μεγάλες ομάδες οργανικών ψυχοσυνδρόμων : Τα οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα και τα χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα .

Το παραλήρημα αποτελεί κλινικό χαρακτηριστικό σημείο του οργανικού ψυχοσυνδρόμου και αντίστοιχα εμφανίζεται σαν : *οξύ παραλήρημα*, στα οξέα οργανικά ψυχοσύνδρομα και *χρόνιο παραλήρημα*, στα χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα .

2.2 ΟΞΥ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

Το παραλήρημα μαρτυρεί μια εγκεφαλική ταλαιπωρία. Οι Αγγλοσάξονες χρησιμοποιούν τον όρο *delirium* για να απεικονίσουν ένα σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζουν δύο κύριες κατηγορίες συμπτωμάτων : τα συγχυτικά και τα ονειρικά συμπτώματα. Δηλαδή κατά το παραλήρημα επικρατεί μία κατάσταση θόλωσης της διάνοιας και όλης της ψυχικής σφαίρας, κατά την οποία καταλαμβάνονται όλες οι ψυχικές και συναισθηματικές λειτουργίες. Η κατάσταση αυτή είναι γνωστή σαν *διανοητική σύγχυση* .

Το αμέσως επόμενο (κακοηθέστερο) στάδιο είναι αυτό του *συγχυτικού ονειρισμού*. Δηλαδή στην όλη εικόνα της διανοητικής σύγχυσης, επικάθονται τα ονειρικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να ζουν μια κατάσταση πολύ κοντά στο όνειρο. Έχουν μια εμπειρία λανθασμένων αισθητηριακών αντιλήψεων, τις οποίες βιώνουν σαν πραγματικές. Οι διαταραχές αυτές στην αισθητηριακή αντίληψη, οδηγούν σε λανθασμένη συνειδησιακή συνειδητοποίηση του περιβάλλοντος : είτε με την μορφή παραισθήσεων (παρερμηνεύοντας αντίληψη), είτε με την μορφή των ψευδαισθήσεων (ψευδαισθητική αντίληψη). Πάνω σε αυτό τον «*συγχυτικό ονειρικό καμβά*» εξυφαίνεται το παραλήρημα το οποίο βιώνετε σαν πραγματικό. Ο ασθενής δηλαδή οδηγείται σε αυτό υπό το κράτος των ψευδαισθητικών βιωμάτων του, τα οποία εκλαμβάνει σαν πραγματικά .

2.3 ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ - ΝΤΕΛΙΡΙΟ

Το καθοριστικό σύμπτωμα του παραληρήματος είναι η διαταραχή της συνείδησης, που συνήθως παρουσιάζεται μαζί με σφαιρική έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών. Οι διαταραχές της διάθεσης, της αντίληψης, και της συμπεριφοράς είναι συνήθη ψυχιατρικά συμπτώματα. Τρόμος, πτερυγοειδής τρόμος, νυσταγμός, ασυνέργεια και ακράτεια ούρων είναι συνήθη νευρολογικά συμπτώματα. Στην κλασική μορφή, το παραλήρημα έχει αιφνίδια εισβολή (ώρες ή μέρες), βραχεία και με διακυμάνσεις πορεία και ταχεία βελτίωση όταν ανευρεθεί και εξουδετερωθεί ο αιτιολογικός παράγοντας. Ωστόσο, καθένα από αυτά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα πιθανόν να ποικίλουν στον κάθε άρρωστο .

Το παραλήρημα είναι σύνδρομο, όχι νόσος. Είναι γνωστό ότι το παραλήρημα έχει πολλές αιτίες και όλες προκαλούν έναν παρόμοιο τύπο συμπτωμάτων που σχετίζονται με το επίπεδο συνείδησης και τη γνωσιακή έκπτωση του αρρώστου. Οι περισσότερες αιτίες του παραληρήματος βρίσκονται εκτός του κεντρικού νευρικού συστήματος. Το παραλήρημα παραμένει μια κλινική διαταραχή που δεν αναγνωρίζεται και δεν διαγιγνώσκεται πάντα. Μέρος του προβλήματος είναι ότι στο σύνδρομο έχει δοθεί μια ποικιλία άλλων ονομάτων, για παράδειγμα : οξεία συγχυτική κατάσταση, οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο, μεταβολική εγκεφαλοπάθεια, τοξική ψύχωση και οξεία εγκεφαλική ανεπάρκεια. Σκοπός του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών στην τρίτη (DSM-III), στην αναθεωρημένη τρίτη (DSM-III-R) και στην τέταρτη (DSM-IV) έκδοσή του, είναι για να βοηθήσει στην συγχώνευση μυριάδων όρων κάτω από ένα μοναδικό τίτλο .

Η σπουδαιότητα της αναγνώρισης στο παραλήρημα σχετίζεται με : α) την κλινική ανάγκη να ανακαλυφθεί και να θεραπευτεί η υποκειμενική αιτία και β) την ανάγκη να αποτραπεί η εμφάνιση επιπλοκών που εμφανίζονται με παραλήρημα. Τέτοιες επιπλοκές περιλαμβάνουν τον τυχαίο τραυματισμό λόγω της επισκίασης της συνείδησης του αρρώστου, του επηρεασμού της συνέργειάς του ή της μη αναγκαίας χρήσης σωματικού περιορισμού. Η μη εύρυθμη λειτουργία μιας κλινικής είναι ένα ιδιαίτερο σοβαρό πρόβλημα σε μη ψυχιατρικές μονάδες εντατικής θεραπείας και γενικές παθολογικές και χειρουργικές μονάδες .

2.3.1 Επιδημιολογία

Το παραλήρημα είναι συνήθης διαταραχή. Υπολογίζεται ότι ένα 20% των αρρώστων με σοβαρά εγκαύματα και ένα 30% των αρρώστων με σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) έχει επεισόδια παραληρήματος κατά την νοσηλεία του. Στις αιτίες του μετεγχειρητικού παραληρήματος περιλαμβάνονται το stress της εγχείρησης, ο μετεγχειρητικός πόνος, η αϋπνία, τα αναλγητικά, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η λοίμωξη και η απώλεια αίματος. Η προχωρημένη ηλικία αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου. Περίπου το 30-40% των άνω 65 ετών νοσηλευόμενων ασθενών έχει ένα επεισόδιο παραληρήματος. Περίπου το 10-15% των αρρώστων στους θαλάμους της γενικής χειρουργικής και το 15-25% των αρρώστων στους θαλάμους της γενικής παθολογίας, παρουσιάζει παραλήρημα στην διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο. Το 30% των αρρώστων στις χειρουργικές και καρδιολογικές μονάδες εντατικής θεραπείας και το 40-50% των αρρώστων που αναρρώνουν από εγχείρηση για κάταγμα ισχίου έχει ένα επεισόδιο παραληρήματος .

Ένα κάταγμα ισχίου στηρίζεται από 250.000 Αμερικανούς και αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2040, καθιστώντας το παραλήρημα την πιο κοινή περιπλοκή του, συμπεριλαμβάνοντας την διαταραχή της συνείδησης με μια μειωμένη δυνατότητα να στραφεί, να στηρίξει την προσοχή μετατόπισης. Οι πολλαπλάσιες μελέτες έχουν δείξει, ότι οι ασθενείς με μετεγχειρητικό παραλήρημα είναι λιγότερο πιθανό να επιστρέψουν στο προ του τραυματισμού τους, επίπεδο λειτουργίας, με αποτέλεσμα να τοποθετούνται συχνότερα στους οίκους ευγηρίας έχοντας τελικά ένα αυξανόμενο ποσοστό θνησιμότητας .

Η συχνότερη επιπλοκή που συνδέεται με το κάταγμα ισχίου στους ηλικιωμένους ασθενείς, είναι το μετεγχειρητικό παραλήρημα, με μια επικράτηση που κυμαίνεται μεταξύ 5% και 61%, ανάλογα με τον ασθενή πληθυσμό(Marcantonio ER και συν.,2000, Cummings SR.και συν., 1990) Το παραλήρημα είναι συχνά μη ανιχνευθέν(Cole MG. ,2004). Η εμφάνιση παραληρήματος είναι κακό προγνωστικό σημείο. Υπολογίζεται ότι ο τρίμηνος δείκτης θνησιμότητας σε αρρώστους που έχουν επεισόδιο παραληρήματος, είναι 23-33%(Duprils GS., και συν., 2004) Ο ετήσιος δείκτης θνησιμότητας σε αρρώστους που έχουν επεισόδιο παραληρήματος μπορεί να φτάσει και το 50%. Το παραλήρημα μπορεί να προληφθεί εντελώς μέχρι το ένα τρίτο των ασθενών κινδύνου. Όταν το παραλήρημα δεν μπορεί να προληφθεί, η επικράτηση του, βαριάς μορφής παραληρήματος μπορεί να μειωθεί κατά μέχρι 50% .

2.4 ΓΙΑΤΙ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΟΥΜΕ ;

Η βαθιά θρόμβωση φλεβών και ο επερχόμενος κίνδυνος θανάτου από το πνευμονικό έμβολο έχουν λάβει πολλή προσοχή στην ορθοπεδική βιβλιογραφία. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που συνδέονται με το μετεγχειρητικό παραλήρημα, είναι πολύ μεγαλύτερες από εκείνες που συνδέονται με τη βαθιά θρόμβωση φλεβών(Gustafson Y και συν.,1988) .

Ο Gustafson (και συν.,1988) μελέτησε 111 διαδοχικούς ασθενείς που είχαν υποβληθεί στη χειρουργική επέμβαση για ένα αυχενικό κάταγμα. Αξιολόγησε τους ασθενείς για προϋπάρχουσα άνοια και με την χρήση του DSM-III (διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των διανοητικών διαταραχών), τους εξέτασε προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά για την ανάπτυξη του παραληρήματος. 68 από τους 111 ασθενείς (61%) ήταν έντονα συγκεχυμένοι : το 33% αυτών, ήταν σε ένα οξύ σχετικό παραλήρημα και διανοητικά συγχυσμένοι κατά την προεγχειρητική φάση και το άλλο 28%, ήταν στην ίδια κλινική κατάσταση κατά την μετεγχειρητική όμως φάση .

Ο Gustafson (και συν.,1988) παρακολούθησε όλους τους ασθενείς για 6 μήνες μετά από την εγχείρηση και βρήκε σημαντική διαφορά που έγκειται στη διάρκεια της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο ($p < 0.5$), καθώς επίσης, και στις μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως η ουρική ακράτεια ($\pi = 0.0005$), και προβλήματα διατροφής ($\pi = 0.05$). Επιπλέον, οι ασθενείς με το παραλήρημα είχαν μια αυξανόμενη πιθανότητα να πεθάνουν ή να τοποθετηθούν σε έναν οίκο ευγηρίας για πρώτη φορά, ενώ ήταν λιγότερο πιθανό να επανακτήσουν το επίπεδο κινητικότητάς τους, στην φάση προ του κατάγματος .

Σε παρόμοια μελέτη, ο Marcantonio(και συν., 2000) αξιολόγησε 126 διαδοχικούς ασθενείς άνω των 65 ετών, οι οποίοι είχαν υποστεί κάταγμα ισχίου. Τους εξέτασε προεγχειρητικά, καθώς και μετεγχειρητικά σε ημερήσια βάση, ενώ αργότερα σε μηνιαία και εξαμηνιαία συχνότητα .

Το παραλήρημα αναπτύχθηκε σε 52 των 126 ασθενών (41%), παρέμεινε για ένα μήνα σε 15 ασθενείς και σε 3 ασθενείς για 6 μήνες. Οι ασθενείς που είχαν παραλήρημα, είχαν μια σημαντικά μεγαλύτερη μείωση στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (αναλογία πιθανοτήτων, 2,6 διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 1,1 έως 6.1), μια σημαντικά μεγαλύτερη πτώση στην δυνατότητα κινητικότητας (αναλογία πιθανοτήτων, 2,6 διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 1,03 έως 6.5), και ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό θανάτου ή νέα τοποθέτηση σε έναν οίκο ευγηρίας (αναλογία πιθανοτήτων, 3,0 διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 1,1 έως

8.4) κατά την διάρκεια της ακόλουθης περιόδου από εκείνους χωρίς παραλήρημα. Επιπλέον, οι ασθενείς των οποίων, το παραλήρημα παρέμεινε, είχαν τις χειρότερες εκβάσεις σε εκείνες τις κατηγορίες από τους ασθενείς των οποίων, το παραλήρημα επιλύθηκε .

Ο Edelstein(και συν., 2004) παρακολούθησε 921 ασθενείς για την εξέλιξη του παραληρήματος μετά από κάταγμα ισχίου. Αν και εξέθεσε μια πολύ χαμηλότερη επικράτηση (5.1%) από αυτή, των προαναφερθέντων συντακτών, εξέτασε τους ασθενείς για το παραλήρημα μόνο σε ένα χρονικό σημείο μετά από την εγχείρηση και επέλεξε τους υγιέστερους με τα κριτήρια, του συνυπολογισμού και αποκλεισμού. Αυτό όντως έδειξε ότι οι ασθενείς με το παραλήρημα είχαν μια σημαντική αύξηση στην διάρκεια της γενικής παραμονής τους στο νοσοκομείο ($p < 0.001$) και αυξανόμενη θνησιμότητα ($p = 0.02$) σε ένα έτος. Επιπλέον, οι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να επανακτήσουν την ικανότητα βάδισματος τους κατά την περίοδο πριν του τραυματισμού τους ($p = 0.003$) καθώς και στη συμμετοχή τους στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ($p < 0.001$) .

Τα άρρωστα ηλικιωμένα άτομα, στα οποία το παραλήρημα αναπτύσσεται κατά την διάρκεια της εισαγωγής στο νοσοκομείο, έχουν μια αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης εισαγωγής (σε ποσοστό 11% στον πρώτο μήνα και ένα ποσοστό 25% μέσα σε έξι μήνες)(American Psychiatric Association, 2000) .

Οι ανωτέρω εκθέσεις τεκμηριώνουν τον ουσιαστικό αντίκτυπο του παραληρήματος στην έκβαση της υγείας των ασθενών με α) αυξανόμενα ποσοστά θνησιμότητας β) νέας τοποθέτησης τους σε οίκους ευγηρίας μετδευγχειρητικά και γ) πολύ ακριβών νοσηλειών εξαιτίας των μακρόχρονων παραμονών τους σε νοσοκομεία(Webster JR., και συν., 1999). Το παρατεταμένο παραλήρημα είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ή την επιδείνωση της άνοιας. Για όλους αυτούς τους λόγους, το παραλήρημα απαιτεί την προσοχή μας .

2.4.1 Αιτιολογία

Οι κύριες αιτίες του παραληρήματος είναι οι νόσοι του κεντρικού νευρικού συστήματος (επιληψία), συστηματικές νόσοι (καρδιακή ανεπάρκεια) και είτε τοξίνωση, είτε στέρηση φαρμακολογικών ή τοξικών παραγόντων. Στην εκτίμηση ενός αρρώστου με παραλήρημα, ο κλινικός θα πρέπει να θεωρήσει ότι κάθε φάρμακο που παίρνει ο άρρωστος μπορεί να σχετίζεται αιτιολογικά με το παραλήρημα. Επίσης, μία από τις πιο συχνές αιτίες του παραληρήματος, είναι η τοξικότητα των πολλών συνταγογραφούμενων φαρμάκων που έχουν αντιχολινεργική δράση. Εκτός από τα αντιχολινεργικά φάρμακα, η αμιτριπτυλίνη (saroten), η δοξεπίνη (sinequan), η νορτριπτυλίνη (nortrilen), η ιμιπραμίνη (tofranil), η θειοριδαζίνη (melleril) και η χλωροπρομαζίνη (largactil), που είναι τα πλέον χρησιμοποιούμενα αντιχολινεργικά φάρμακα στην ψυχιατρική. Ο δικτυωτός σχηματισμός του εγκεφαλικού στελέχους, είναι η περιοχή που κυρίως ρυθμίζει την προσοχή και την εγρήγορση, και η κύρια οδός που εμπλέκεται στο παραλήρημα, είναι η ραχιαία καλυπτική οδός που προβάλλει από το μεσεγκεφαλικό δικτυωτό σχηματισμό στην καλύπτρα και το θάλαμο. Έχουν προταθεί και άλλοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί για το σύνδρομο. Ιδιαίτερα, το παραλήρημα που συσχετίζεται με στέρηση αλκοόλ, έχει συνδεθεί με υπερδραστηριότητα

του υπομέλανα τόπου και των νορεπινεφριδικών πυρήνων του. Άλλοι νευροδιαβιβαστές που έχουν εμπλακεί είναι η σεροτίνη και η γλουταμίνη .

2.4.2 Αιτιολογικοί παράγοντες

Ένας μεγάλος αριθμός παθολογικών καταστάσεων και ασθενειών, δηλαδή γενικών ιατρικών καταστάσεων καθώς και ουσιών σε κατάχρηση και φαρμάκων και τοξινών, μπορούν να προκαλέσουν παραλήρημα. Αναφέρουμε τους συχνότερους :

Γενικές ιατρικές καταστάσεις

- Συστηματικές λοιμώξεις (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, σηψαιμία)
- Μεταβολικές διαταραχές (υποξαιμία, υπερκαπνία, υπογλυκαιμία)
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- Ανεπάρκεια θειαμίνης
- Μετεγχειρητικές καταστάσεις (ιδιαίτερα σε εγχειρήσεις ανοιχτής καρδιάς, όπως bypass)
- Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια
- Τραύμα της κεφαλής
- Όγκοι του εγκεφάλου

Ουσίες, Φάρμακα και Τοξίνες

Παραλήρημα μπορούν να προκαλέσουν οι εξής ουσίες : Αλκοόλ, αμφεταμίνες και σχετιζόμενες με αυτές τις ουσίες, κάνναβη, κοκαΐνη και ψευδοαισθησιογόνα .

Όσον αφορά στα φάρμακα, είναι τα παρακάτω : Αντιχολινεργικά, αντιμικροβιακά, αντιεπιληπτικά, αντιυπερτασικά και καρδιαγγειακά, κατασταλτικά, οπιούχα, αντιπαρκινσονικά, σαλικυλικά, στεροειδή, γαστρεντερικά, ψυχοτρόπα και μυοχαλαρωτικά, και πολλά άλλα .

Οι τοξίνες που μπορούν να προκαλέσουν παραλήρημα περιλαμβάνουν την αντιχολινεράση, οργανοσφωρικά εντομοκτόνα, μονοξειδίο και διοξειδίο του άνθρακα και πτητικές ουσίες όπως καύσιμα ή μπιριές .

2.5 ΝΤΕΛΙΡΙΟ ΑΠΟ ΛΙΘΙΟ

Άρρωστοι με συγκέντρωση λιθίου στον ορό άνω των 1,5 mEq/L βρίσκονται σε κίνδυνο για παραλήρημα. Η έναρξη του παραληρήματος στους άρρωστους αυτούς πιθανόν να αναγγέλλεται με γενικό λήθαργο, βαταρισμό, τραυλισμό και μυϊκές δεσμιδώσεις που εμφανίζονται σε διάρκεια μερικών ημερών μέχρι μιας εβδομάδας. Το παραλήρημα από λίθιο μπορεί να χρειαστεί μέχρι και δύο εβδομάδες για να υποχωρήσει, ακόμα και αν η χορήγηση λιθίου έχει σταματήσει. Στην διάρκεια της ανάρρωσης είναι συχνή η εμφάνιση σπασμών και επεισοδίων εμβροντησίας. Οι κύριες θεραπείες, εκτός από την διακοπή χορήγησης του λιθίου, είναι η υποστηρικτική θεραπεία, η διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας του

αρρώστου και η διευκόλυνση της απέκκρισης του λιθίου. Η χρήση φαρμάκων που δρουν στα εγγύς σωληνάκια (αμινοφυλλίνη, ακεταζολαμίδη –diamox-) είναι πιο αποτελεσματική σε σχέση με τη χρήση φαρμάκων που δρουν στα αποσωληνάκια. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος απομάκρυνσης του λιθίου από το σώμα του αρρώστου είναι η αιμοδιάλυση ειδικότερα αν αυτή γίνει νωρίς κατά την πορεία της διαταραχής .

2.5.1 Παθογένεση

Η παθογένεση του παραληρήματος δεν γίνεται κατανοητή πλήρως. Μέρος της δυσκολίας στην μελέτη του παραληρήματος προέρχεται από το γεγονός ότι είναι παροδική και μπορεί συχνά να έχει πολλαπλάσιες ελλοχεύοντες αιτίες(Van der Mast RC., 1998). Το παραλήρημα έχει θεωρηθεί μια γενικευμένη, μη συγκεκριμένη δυσλειτουργία των υψηλότερων φλοιωδών διαδικασιών επειδή τα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα των παραληρηματικών ασθενών, έχουν παρουσιάσει διάχυτη επιβράδυνση(Winawer N., 2000). Εντούτοις, οι μελέτες σε ζώα καθώς επίσης και σε ασθενείς που έχουν υποστεί χτύπημα ή μια τραυματική απεικόνιση εγκεφαλικού ή και λειτουργικού τραυματισμού, προσφέρουν τη διορατικότητα σχετικά με την οποία οι περιοχές του εγκεφάλου και οι νευροδιαβιβαστές επηρεάζονται πρώτιστα(Samuels SC., 2005).

Παρόμοια με τα συγκεκριμένα κομμάτια στο νωτιαίο μυελό, υπάρχουν κομμάτια μέσα στον εγκέφαλο που περιλαμβάνονται στην υψηλότερη φλοιώδη λειτουργία μας(Trzepacz PT., 1996). Αυτά τα κομμάτια θεωρούνται περισσότερο ως παράλληλα ενσωματωμένα δίκτυα. Η εγρήγορση, η προσοχή, η διάθεση, και ο ύπνος εμφανίζονται να απαιτούν τη συνεχή και συνεπή δραστηριότητα σε αυτά τα διάφορα θαλαμικά δίκτυα(Lichter DG., και συν., 2001).

Αυτά τα νευρικά δίκτυα φαίνονται να είναι μεμονωμένα ευαίσθητα στις μεταβολικές και άλλες αλλαγές που θεωρούνται για να παράγουν το παραλήρημα. Οι περιοχές που επηρεάζονται είναι αυτές στα μεσολόβια τοιχώματα του εγκεφάλου και στους χρονικούς φλοιούς οι οποίοι σχετίζονται με την προσοχή ενεργοποιώντας το σύστημα στον ισθμό του εγκεφάλου(Grebb JA., 2005).

Μέσα στον εγκέφαλο, υπάρχουν διάφοροι νευροδιαβιβαστές που είναι αρμόδιοι για τις εγκεφαλικές λειτουργίες. Υπάρχουν δύο σημαντικοί νευροδιαβιβαστές : γ-αμινοβουτυρικό οξύ, που είναι ανασταλτικό, και γλουταμίνη, η οποία είναι ενισχυτική. Υπάρχουν επίσης τέσσερις διαμορφωτικοί νευροδιαβιβαστές που είναι πολύ σημαντικοί στην λειτουργία και στην δυσλειτουργία του εγκεφάλου : η ακετυλοχολίνη, η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη, και η νορεπινεφρίνη. Οι ψυχίατροι στοχεύουν σε αυτούς τους διαμορφωτικούς νευροδιαβιβαστές με τα διάφορα ψυχοτρόπα φάρμακα προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ψυχιατρικές ασθένειες. Οι αλλαγές σε κάθε έναν από αυτούς τους νευροδιαβιβαστές έχουν βρεθεί στους ασθενείς με παραλήρημα (Trzepacz PT. ,1994). Επιπλέον, αυτά τα συστήματα νευροδιαβιβαστών δεν είναι αμοιβαία αποκλειστικά αλλά αλληλεπιδρούν σε μεγάλο βαθμό(Arnsten AFT, και συν., 2003).

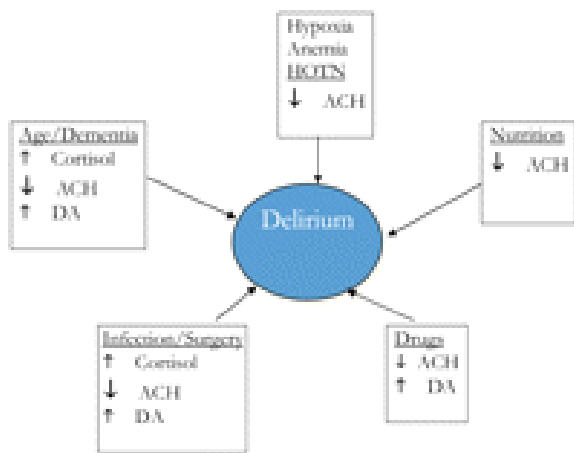
Μια μείωση στην ακετυλοχολίνη και μια αύξηση στην ντοπαμίνη εμφανίζονται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του παραληρήματος (Gleason OC., 2003). Η μειωμένη ακετυλοχολίνη συναντάται επίσης και στην άνοια (Neugroschl JA., και συν., 2005). Η ακετυλοχολίνη είναι σημαντική στην διέγερση, την προσοχή, την μνήμη, και στον γρήγορο ρυθμό μετακίνησης των ματιών κατά την διάρκεια του ύπνου (REM), που μπορούν να επηρεαστούν κατά την διάρκεια του παραληρήματος. Το παραλήρημα μπορεί να προκληθεί πειραματικά με την διαχείριση των αντιχολινεργικών φαρμάκων, και μπορεί να αντιστραφεί με την χορήγηση physostigmine (ένας χολινεργικός πράκτορας) ή των αντιψυχωτικών φαρμάκων. Επιπλέον, τα επίπεδα ορών αντιχολινεργικής δραστηριότητας, που μετρούνται συνήθως μόνο στις ερευνητικές τοποθετήσεις, αυξάνονται κατά την διάρκεια του παραληρήματος, και τα πιο υψηλά επίπεδα συσχετίζονται με τη μεγαλύτερη γνωστική εξασθένιση. Θεωρείται ότι αν η ντοπαμίνη αντικατασταθεί με την ακετυλοχολίνη, η δηλητηρίαση με την ντοπαμίνη μπορεί να προκαλέσει παραλήρημα (Trzepacz PT., 1996). Η χρήση των μετεγχειρητικών οπιούχων ουσιών μπορεί να συμβάλλει στο παραλήρημα με την αύξηση της δραστηριότητας της ντοπαμίνης μειώνοντας τα επίπεδα ακετυλοχολίνης (Trzepacz PT., 1996).

Η υπογλυκαιμία ή η υποξία μπορεί επίσης να οδηγήσει στα μειωμένα επίπεδα ακετυλοχολίνης και στα ευαίσθητα άτομα στο παραλήρημα (Brenningstall GN., 1999). Τέλος, οτιδήποτε προκαλεί μια φλεγμονώδη αντίδραση, όπως μόλυνση, τραύμα, ή χειρουργική επέμβαση, προκαλεί την απελευθέρωση κιτοκινών (Webster JR., και συν., 1999). Οι κιτκίνες, οι οποίες περιλαμβάνουν ιντερλευκίνες, παράγοντας νέκρωση όγκων (TNF), και ιντερφερόνη-άλφα, αυξάνει επίσης τα επίπεδα ντοπαμίνης και μειώνει τα επίπεδα ακετυλοχολίνης (Winawer N., 2001).

Ο αντίκτυπος της γήρανσης στον εγκέφαλο πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη (Van der Mast RC., 1998). Με τη γήρανση, υπάρχουν μορφολογικές αλλαγές στον εγκέφαλο, συμπεριλαμβανομένης μιας μείωσης σε γενικό βαθμό, μια μείωση στον αριθμό και τον όγκο των νευρώνων, και μια απώλεια δενδριτών και συνάψεων. Εκτός από αυτές τις μορφολογικές αλλαγές, υπάρχουν ορμονικές αλλαγές. Όπως ένα αυξανόμενο επίπεδο κορτιζόλης.

Επίσης, υπάρχει μια συνολική μείωση στο επίπεδο ακετυλοχολίνης, ως αποτέλεσμα μιας μείωσης στην ακετυλική τρανσφεράση με χολινεργική δραστηριότητα, η οποία είναι σημαντική στην σύνθεση ακετυλοχολίνης, που συνδυάζεται χωρίς αλλαγή στην ακετυλοχολινεστεράση, το ένζυμο αρμόδιο για την κατάλυση της ακετυλοχολίνης.

Αυτή η μείωση στην ακετυλοχολίνη συμβάλλει στην εξασθένιση της μνήμης που εμφανίζεται κατά το γήρας, δηλαδή στο Alzheimer's. Τελικά, υπάρχει μια αύξηση στην βασική απελευθέρωση της ντοπαμίνης. Το αποτέλεσμα αυτών των ηλιακών αλλαγών είναι μία μειωμένη εγκεφαλική αντίδραση για τον χειρισμό των μεταβολικών και άλλων πιέσεων. Ο αντίκτυπος των διαφόρων παραγόντων κινδύνου στα επίπεδα ακετυλοχολίνης και ντοπαμίνης συνοψίζεται στο σχήμα 1



Σχήμα 1 :

Σχέδιο 1, σχηματικό διάγραμμα Α που επιδεικνύει πώς οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου μπορούν να έχουν επιπτώσεις στα επίπεδα ακετυλοχολίνης και ντοπαμίνης, που οδηγούν στο παραλήρημα. (ACH = ακετυλοχολίνη, DA = ντοπαμίνη, και HCTN = υπόταση).

2.5.2 Κλινικά χαρακτηριστικά

Το βασικό χαρακτηριστικό του παραληρήματος, είναι η έκπτωση της συνείδησης, με την οποία το DSM-IV την περιγράφει ως «μειωμένη διαύγεια της επίγνωσης του περιβάλλοντος», με μείωση της ικανότητας για εστιασμό, διατήρηση ή μετατόπιση της προσοχής. Πράγματι, μερικοί ερευνητές (Marcantonio ER., και συν., 2001) έχουν υποθέσει ότι η αδυναμία του αρρώστου με παραλήρημα να διατηρεί την προσοχή του είναι το κεντρικό σημείο του συνδρόμου. Πολύ συχνά η έκπτωση της συνείδησης και η αδυναμία προσοχής κυμαίνονται στην διάρκεια της ημέρας, έτσι ώστε περίοδοι με διαύγεια να εναλλάσσονται με περιόδους με συμπτώματα. Λίγες ημέρες πριν από την κατάσταση του παραληρήματος μπορεί να προηγηθεί η εμφάνιση άγχους, ζάλης, υπνηλίας, παροδικών ψευδαισθήσεων, εφιαλτών και ανησυχίας. Η ανάπτυξη αυτών των συμπτωμάτων σε ένα άρρωστο με επικινδυνότητα για την εμφάνιση του συνδρόμου πρέπει να κινητοποιήσει τον κλινικό να παρακολουθεί προσεκτικά τον άρρωστο. Επιπλέον, άρρωστοι οι οποίοι είχαν προηγουμένως επεισόδιο με παραλήρημα είναι πιθανό να παρουσιάσουν επανάληψη του επεισοδίου κάτω από τις ίδιες συνθήκες.

Εγρήγορση

Δύο γενικοί τύποι ανώμαλης εγρήγορσης έχουν παρατηρηθεί σε αρρώστους με παραλήρημα. Ο ένας τύπος χαρακτηρίζεται από υπερδραστηριότητα που συνοδεύεται από αυξημένη εγρήγορση. Ο άλλος τύπος χαρακτηρίζεται από υποδραστηριότητα που συνοδεύεται από μειωμένη εγρήγορση. Οι άρρωστοι με παραλήρημα που σχετίζεται με στέρηση ουσίας έχουν παραλήρημα με υπερδραστηριότητα, το οποίο μπορεί να συνοδεύεται με σημεία από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως ερυθρότητα, ωχρότητα,

εφίδρωση, ταχυκαρδία, διεσταλμένες κόρες, ναυτία, εμετούς, και υπερθερμία. Άρρωστοι με συμπτώματα υποδραστηριότητας μερικές φορές εκλαμβάνονται ως καταθλιπτικοί, κατατονικοί ή ανοϊκοί. Άρρωστοι με μικτό τύπο συμπτωμάτων υποδραστηριότητας και υπερδραστηριότητας παρατηρούνται επίσης ως κλινικές περιπτώσεις .

Λόγος και Γνωσιακή λειτουργικότητα

Άρρωστοι με παραλήρημα εμφανίζουν συχνά διαταραχές στο λόγο. Αυτές οι διαταραχές μπορεί να περιλαμβάνουν ακατανόητο, άσχετο ή ασυνάρτητο λόγο και διαταραγμένη ικανότητα κατανόησης του λόγου. Ωστόσο, το DSM-IV δεν απαιτεί πλέον την ύπαρξη διαταραχής του λόγου για την διάγνωση, αφού αυτή είναι αδύνατο να διαγνωστεί σε αλαλία.

Άλλες γνωσιακές λειτουργίες που μπορεί να εμφανίζουν έκπτωση σε άρρωστο με παραλήρημα περιλαμβάνουν την μνήμη και τη γενική γνωσιακή λειτουργικότητα. Η ικανότητα καταγραφής συγκράτησης και ανάκλησης της μνήμης μπορεί να εκπέσει, αν και η ανάκληση παλαιάς μνήμης μπορεί να διατηρείται. Εκτός από τη μειωμένη προσοχή, οι άρρωστοι με παραλήρημα μπορεί να παρουσιάζουν δραματικά μειωμένη έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών, ως χαρακτηριστικό των συμπτωμάτων του παραληρήματος με υποδραστηριότητα. Άρρωστοι με παραλήρημα μπορεί επίσης να εμφανίζουν έκπτωση της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων, όπως επίσης και ασυστηματοποιημένες, συχνά παρανοοειδείς, παραληρητικές ιδέες .

Αντίληψη

Άρρωστοι με παραλήρημα έχουν συχνά μια γενικευμένη αδυναμία να διακρίνουν αισθητηριακά ερεθίσματα και να ενσωματώνουν τις παρούσες αντιλήψεις στις παλαιότερες εμπειρίες τους. Γι' αυτό, συχνά διασπώνται από άσχετα ερεθίσματα ή γίνονται ανήσυχτοι όταν τους παρουσιάζουν νέες πληροφορίες. Επίσης, οι ψευδαισθήσεις είναι σχετικά συχνές σε αρρώστους με παραλήρημα. Αυτές είναι συχνότερο οπτικές ή ακουστικές, αν και μπορεί να είναι απτικές ή οσφρητικές. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις μπορεί να ποικίλουν από απλά γεωμετρικά σχήματα ή έγχρωμα σχέδια μέχρι πλήρως μορφοποιημένα άτομα και παραστάσεις. Οι οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις είναι αρκετά συχνές στο παραλήρημα .

Διάθεση

Άρρωστοι με παραλήρημα εμφανίζουν συχνά διαταραχές στη ρύθμιση της διάθεσης. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι θυμός, παράφορα και αδικαιολόγητος φόβος. Άλλες ανωμαλίες στη διάθεση των αρρώστων με παραλήρημα είναι η απάθεια, η κατάθλιψη και η ευφορία. Σε μερικούς αρρώστους αυτά τα συναισθήματα εναλλάσσονται συχνά στην διάρκεια της ημέρας .

2.5.3 Συνοδά Συμπτώματα

Διαταραχές ύπνου-εγρήγορσης

Ο διαταραγμένος ύπνος είναι χαρακτηριστικός σε αρρώστους με παραλήρημα. Συχνά νυστάζουν την ημέρα και έτσι τους βρίσκουν να λαγοκοιμούνται στο κρεβάτι τους ή σε θαλάμους αναμονής. Ωστόσο, ο ύπνος των αρρώστων με παραλήρημα είναι σχεδόν πάντα σύντομος και κατακερματισμένος. Μερικές φορές όλος ο κύκλος ύπνου-εγρήγορσης απλά αναστρέφεται. Άλλες φορές οι άρρωστοι παρουσιάζουν επιδείνωση των συμπτωμάτων του συνδρόμου λίγο πριν πέσουν για ύπνο, μια κλινική κατάσταση που είναι γνωστή ως «του ηλιοβασιλέματος». Κάποιες φορές οι εφιάλτες και τα ανήσυχα όνειρα των αρρώστων με παραλήρημα μπορεί να συνεχίζουν και στην εγρήγορση ως ψευδαισθητικές εμπειρίες .

Νευρολογικά Συμπτώματα

Άρρωστοι με παραλήρημα εμφανίζουν συχνά έχουν συνοδά νευρολογικά συμπτώματα, που περιλαμβάνουν δυσφασία, τρόμο, πτερυγοειδή τρόμο, ασυνέργεια και ακράτεια ούρων. Εστιακά νευρολογικά συμπτώματα μπορεί επίσης να παρουσιαστούν ως μέρος των συμπτωμάτων σε αυτούς τους ασθενείς.

Ένας παθολόγος έστειλε παραπεμπτικό για εξέταση ενός 59 χρόνου αντικέρ που μπήκε στο νοσοκομείο για έλεγχο σοβαρής υπέρτασης. Ο άρρωστος, την Τρίτη ημέρα από την εισαγωγή του φαινόταν καταθλιπτικός. Ο σύμβουλος ψυχίατρος τον βρήκε μισοκοιμισμένο στο κρεβάτι. Ήταν εμφανές ότι είχε διασπείρει μέρος του γεύματός του στα σεντόνια. Ο άρρωστος ήταν δύσκολο να ξυπνήσει. Ανταποκρίθηκε στο όνομά του και κοίταξε τον ψυχίατρο, αλλά δεν φαινόταν να καταλαβαίνει απλές ερωτήσεις, όπως που βρισκόταν και ποια ήταν η ημερομηνία. Μουρμούριζε ακατάληπτα και, όταν εξετάστηκε, είχε εμφανή αδυναμία στο δεξιό άνω και κάτω άκρο. Η νευρολογική εκτίμηση επιβεβαίωσε την διάγνωση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου .

Συζήτηση

Η μειωμένη ικανότητα διατήρησης της προσοχής, η αποδιοργανωμένη σκέψη, το μειωμένο επίπεδο συνείδησης και η παρουσία ενδείξεων οργανικής βλάβης υποδηλώνουν παραλήρημα. Αν και στο παρελθόν ο όρος «παραλήρημα» είχε την έννοια συγχυτικής, με ανησυχία ή διέγερση, κατάστασης, πρόσφατα θεωρείται ότι η ουσία του συνδρόμου είναι η διαταραχή στην προσοχή και στην στοχοκατευθυνόμενη σκέψη. Άλλα συχνά σημεία του παραληρήματος, τα οποία ο άρρωστος δεν παρουσίαζε, περιλαμβάνουν αντιληπτικές διαταραχές (λανθασμένες ερμηνείες, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις), αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα και έκπτωση της μνήμης .

Αν και οι νευρολόγοι γενικά θα συμφωνήσουν ότι από τεχνικής πλευράς, ο άρρωστος αυτός είχε παραλήρημα όταν εξετάστηκε από ψυχίατρο, πιθανόν δεν θα το σημειώσουν στη δική τους διαγνωστική

εκτίμηση, καθώς θα εστιάσουν την διαγνωστική τους σκέψη στο αίτιο, δηλαδή στο εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο.

2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του παραληρήματος απαιτεί ένα υψηλό δείκτη υποψίας, λαμβάνοντας υπόψη ότι το παραλήρημα θα αναπτυχθεί σε σχεδόν 50% των ασθενών που έχουν υποστεί ένα κάταγμα ισχίου. Η χρήση των (διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των διανοητικών διαταραχών- DSM-IV), και ένα όργανο, όπως ο αλγόριθμος CAM (μέθοδος αξιολόγησης της σύγχυσης) αυξάνει την πιθανότητα παραγωγής της σωστής διάγνωσης (Inouye SK., και συν., 1990). Το CAM που είναι βασισμένο στα κριτήρια DSM-III-R, έχει επικυρωθεί στις διάφορες έρευνες(Inouye SK., και συν., 1990, Folstein MF., και συν., 1975). Έχει την υψηλή ευαισθησία και ιδιομορφία και μπορεί να διαχειριστεί περίπου σε δύο έως πέντε λεπτά (Samuels SC., 2005). Ως τμήμα της αξιολόγησης για τα συμπτώματα του παραληρήματος, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό το επίπεδο των βασικών γραμμών του ασθενή γνωστικής και άλλης λειτουργίας. Εάν ο ασθενής δεν επιδεικνύει τα συμπτώματα του παραληρήματος στην αποδοχή, η γνωστική λειτουργία βασικών γραμμών μπορεί να αξιολογηθεί εκείνη την περίοδο με την χρήση του «mini-mental test». Αυτή η εξέταση είναι εύκολα να διεξαχθεί και πρέπει να είναι μέρος της προεγχειρητικής αξιολόγησης. Η βασική γραμμή μπορεί επίσης να καθοριστεί λαμβάνοντας συνέντευξη από τα οικογενειακά μέλη και με την αναθεώρηση των ιατρικών αρχείων (Jacobi J., και συν., 2002).

Τα συμπτώματα όπως η αναταραχή, οι αυταπάτες, ή οι παραισθήσεις είναι εύκολο να παρατηρηθούν αλλά είναι παρόντα μόνος σε μια μειονότητα των περιπτώσεων(Durrills GS., και συν., 2004). Τα πιο κοινά, αλλά σημαντικά συμπτώματα είναι η μειωμένη σαφήνεια της συνειδητοποίησης του περιβάλλοντος με μια ελλιπή δυνατότητα να στραφεί, να μετατοπιστεί, ή να στηριχθεί η προσοχή και οι γνωστικές αλλαγές όπως η απώλεια μνήμης, ο αποπροσανατολισμός, ή ο τραυλισμός, συμπεριλαμβανομένων των ασυνάρτητων εκφράσεων(Bitsch M., και συν., 2004). Αυτά τα συμπεράσματα μπορούν να είναι ουσιαστικότερα και εν μέρει μπορούν να είναι παραπλανητικά και να οδηγούν σε εσφαλμένες διαγνώσεις. Ο αποπροσανατολισμός και η επείγουσα κλήση του ασθενή για προσοχή αποτελούν ενδεικτικά σημεία για το πρόδρομο στάδιο εκδήλωσης του παραληρήματος(Durrills GS., και συν., 2004). Όταν η διάγνωση του παραληρήματος εξετάζεται κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου για ένα ασθενή με κάταγμα ισχίου, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη η διαφορική διάγνωση της απόσυρσης οινοπνεύματος, του τρομώδους παραληρήματος, ή του συνδρόμου των παχιών εμβόλων. Αυτοί οι όροι θα συζητηθούν μόνο εν συντομία επειδή δεν είναι η εστίαση αυτού του άρθρου.

Η απόσυρση οινοπνεύματος εμφανίζεται πρώτιστα στους βαριά αλκοολικούς (περισσότερα από πέντε ποτά ανά ημέρα). Είναι ουσιαστικό να ληφθεί ένα ιστορικό σχετικά με την κατάχρηση οινοπνεύματος (ή άλλων ουσιών) από τα μέλη της οικογένειας των ασθενών προκειμένου να είναι σε επαγρύπνηση για την

πιθανότητα εκδήλωσης συνδρόμου στέρησης από το αλκοόλ ή από άλλες ουσίες (Chang PH., και συν., 2001). Τα συμπτώματα απόσυρσης αρχίζουν γενικά 5-10 ώρες μετά από το τελευταίο ποτό, φθάνοντας στο ζενίθ τους μέσα σε 48-72 ώρες, και υποχωρούν μέσα σε 5-7 ημέρες, αν και μπορούν να διαρκέσουν περισσότερο.

Η απόσυρση οινοπνεύματος χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα της αυτόνομης υπερδραστηριότητας όπως η ταχυκαρδία, η συστολική υπέρταση, το τρέμουλο χεριών, ακουστικές ή οπτικές παραισθήσεις, ανησυχία, ναυτία και εμετός, ψυχοκινητική αναταραχή και περιστασιακές κρίσεις. Ένας ασθενής που υποβάλλεται στην απόσυρση οινοπνεύματος, είναι άγρυπνος, προσανατολισμένος, ενήμερος για το περιβάλλον του και ικανός να έχει επαφή με την πραγματικότητα. Το σύνδρομο των παχέων εμβόλων εμφανίζεται μέσα σε 24-48 ώρες μετά από το κάταγμα αυχένα σε 0,5%-3% των ατόμων. Χαρακτηρίζεται από αλλαγή στη διανοητική θέση και από αναφυλαξία στις μη εκπίπτουσες όπως την ,μασχαλαία περιοχή, το στήθος, την περιομφαλική περιοχή, τον επιπεφυκότα και το στοματοφάρυγγα. Μπορεί επίσης να υπάρξει πυρετός, ταχυκαρδία, ίκτερος, νεφρικές αλλαγές και αμφιβληστροειδές μεταβολές (Parisi DM., και συν., 2002).

2.6.1 Σωματική και εργαστηριακή εξέταση

Το παραλήρημα, σχεδόν πάντα συμβαίνει σε άτομα με σοβαρή παθολογική, χειρουργική ή νευρολογική νόσο ή σε άτομα σε κατάσταση τοξίκωσης ή στέρησης. Μπορεί ακόμα, η εμφάνιση του παραληρήματος να προηγείται άλλων εκδηλώσεων της υποκείμενης νόσου. Για αυτό και η αναζήτηση του «οργανικού» παράγοντα που προκάλεσε το παραλήρημα είναι πολύ σημαντική. Η διάγνωση του παραληρήματος γίνεται συνήθως επί κλίνης και χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εισβολή των συμπτωμάτων. Η χρήση μίας, παρά την κλίνη, εξέτασης της ψυχικής κατάστασης – όπως η σύντομη εξέταση της ψυχικής κατάστασης (MMSE) ή η δοκιμασία πρόσωπο-χέρι μπορεί να είναι χρήσιμη στην τεκμηρίωση της γνωσιακής έκπτωσης και να δώσει την βάση για την εκτίμηση της κλινικής πορείας του αρρώστου. Η φυσική-σωματική εξέταση συχνά παρέχει ενδείξεις για την αιτία του παραληρήματος. Η φυσική εξέταση πρέπει να γίνει προσεκτικά με ιδιαίτερη έμφαση σε εστιακά νευρολογικά σημεία, οίδημα της θηλής και παθολογικά αντανακλαστικά του μετωπιαίου λοβού (απομύζησης, θηλασμού, παλαμοπογωνικό, σύλληψης και πολλών άλλων) που είναι χαρακτηριστικά καταστάσεων με σφαιρικά γνωστικά ελλείμματα

Η εργαστηριακή διερεύνηση ενός αρρώστου με παραλήρημα πρέπει να περιλαμβάνει τις εξετάσεις ρουτίνας όπως : ανάλυση ούρων, ακτινογραφία θώρακος, εξετάσεις αίματος-λευκά, τύπος, αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτης, ηλεκτρολύτες, σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, αξονική ή μαγνητική τομογραφία, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ενδεχομένως οσφυονωτιαία παρακέντηση, ανίχνευση τοξινών, αέρια αίματος και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, που συνήθως δείχνει διάχυτη επιβράδυνση.

2.6.2 Διαφορική διάγνωση

Ντελίριο έναντι Άνοιας

Είναι απαραίτητο να διακριθεί το παραλήρημα από την άνοια, και σε αυτό το διαχωρισμό βοηθούν ορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά. Σε αντίθεση με την αιφνίδια έναρξη του παραληρήματος, ή έναρξη της άνοιας είναι συνήθως ύπουλη. Αν και αμφότερες καταστάσεις περιλαμβάνουν έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών, οι μεταβολές στην άνοια είναι πιο σταθερές στο χρόνο και δεν παρουσιάζουν, π.χ. διακύμανση στην διάρκεια της ημέρας. Ένας άρρωστος με άνοια είναι συνήθως σε εγρήγορση, ενώ αντίθετα ο άρρωστος με παραλήρημα, έχει επεισόδια μείωσης της συνείδησης. Μερικές φορές το παραλήρημα εμφανίζεται σε ασθενή που πάσχει από άνοια, μια κατάσταση γνωστή ως νεφελώδη άνοια. Η διάγνωση του παραληρήματος μπορεί να γίνει και όταν υπάρχει βέβαιο ιστορικό προϋπάρχουσας άνοιας .

Ντελίριο έναντι Ψύχωσης ή Κατάθλιψης

Το παραλήρημα πρέπει επίσης να διαχωριστεί από την άνοια και τις καταθλιπτικές διαταραχές. Άρρωστοι με προσποητή διαταραχή μπορεί αν προσπαθήσουν να μιμηθούν τα συμπτώματα του παραληρήματος. Ωστόσο, αποκαλύπτουν συνήθως την προσποητή φύση των συμπτωμάτων τους από τις ασυνέπειες κατά την εξέταση της ψυχικής τους κατάστασης : το ΗΕΓ μπορεί εύκολα να βοηθήσει στις δύο διαγνώσεις. Μερικοί άρρωστοι με ψυχωτικές διαταραχές, συνήθως σχιζοφρένεια ή φάσεις μανίας, μπορεί να παρουσιάζουν επεισόδια με άκρως αποδιοργανωμένη συμπεριφορά η οποία μπορεί να είναι δύσκολη να διακριθεί από το παραλήρημα. Όμως, γενικά οι ψευδαισθήσεις και τα παραληρήματα των σχιζοφρενικών αρρώστων είναι πιο σταθερά και καλύτερα οργανωμένα από αυτά των αρρώστων με παραλήρημα. Επίσης, οι σχιζοφρενικοί άρρωστοι δεν παρουσιάζουν συνήθως μεταβολές στο επίπεδο της συνείδησης ή στον προσανατολισμό. Ασθενείς με συμπτώματα παραληρήματος με υποδραστηριότητα μπορεί να μοιάζουν λίγο με βαριά καταθλιπτικούς αρρώστους αλλά μπορούν να διαφοροδιαγνωστούν με το ΗΕΓ. Άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις που περιλαμβάνονται στην διαφορική διάγνωση του παραληρήματος, είναι η βραχεία ψυχωτική διαταραχή, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή και οι διασχιστικές διαταραχές .

2.6.3 Πρόληψη και θεραπεία

Συχνά, το παραλήρημα είναι αποτρέψιμο ή η δριμύτητά του μπορεί να ελαττωθεί, αλλά δυστυχώς δεν υπάρχει ούτε μια επέμβαση που έχει αποδείξει ότι προλαβαίνει το παραλήρημα (Marcantonio ER., και συν., 2000). Αντί αυτού, η μείωση της επίπτωσης και της δριμύτητας του παραληρήματος στηρίζεται στη βελτιστοποίηση της ιατρικής και χειρουργικής φροντίδας του ασθενή προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η νευρωνική λειτουργία(Weber JB., και συν., 2004). Εάν το παραλήρημα αναπτύσσεται, η θεραπεία

επικεντρώνεται έπειτα στην υποστηρικτική θεραπεία προσδιορίζοντας την ελλοχεύουσα αιτία που το προκαλεί .

Οι περισσότεροι χειρουργοί ελέγχουν τον μετεγχειρητικό πόνο για τους ασθενείς τους. Οι οπιούχες ουσίες μπορούν να συμβάλλουν στο παραλήρημα με την αύξηση των επιπέδων ντοπαμίνης και τη μείωση των επιπέδων της ακετυλοχολίνης. Εντούτοις, ο Morrison και η ερευνητική του ομάδα (2003) κατέδειξαν ότι τι παραλήρημα μπορεί επίσης να συσχετιστεί με τον έλεγχο του πόνου. Χρησιμοποίησαν την πολλαπλάσια λογιστική ανάλυση οπισθοδρόμησης για να προσδιορίσουν τους παράγοντες κινδύνου σε μια μελέτη 541 ασθενών με κάταγμα ισχίου. Ο δριμύς πόνος αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο παραληρήματος (αναλογία κινδύνου,9 διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 1,8 έως 45.2). επιπλέον, το παραλήρημα ήταν πιθανότερο να αναπτυχθεί στους ασθενείς που έλαβαν > 10 mg των παρεντερικών αντίτιμων θεικού άλατος μορφίνης ανά ημέρα απ' ότι ήταν στους ασθενείς που έλαβαν περισσότερη αναλγησία (αναλογία κινδύνου, 5,4 διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 2,4 έως 12.3). τέλος οι ασθενείς που έλαβαν το meperidine (Demerol) διατρέξαν τον αυξανόμενο κίνδυνο για την ανάπτυξη του παραληρήματος έναντι εκείνων που έλαβαν άλλα αναλγητικά οπιούχα (αναλογία κινδύνου, 2.4). Αυτό οφειλόταν πιθανώς στα αντιχολινεργικά αποτελέσματα του meperidine.

Ο χρησιμοποιούμενος τύπος αναισθησίας δεν εμφανίζεται να έχει επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παραληρήματος. Στην ίδια μελέτη από τον Morrison και την ομάδα του(2003) δεν υπήρξε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των ποσοστών παραληρήματος που συνδέθηκαν με την περιφερειακή και γενική αναισθησία. Από την άλλη ο Gustafson (και συν.,1988) παρουσίασαν μια τάση προς το αυξανόμενο παραλήρημα με τη νωτιαία αναισθησία, εντούτοις δεν ήταν σημαντική. Διαπίστωσαν ότι μια πτώση στην πίεση αίματος κάτω από 80 mm/Hg ήταν σημαντικότερη, και αυτό εμφανίστηκε συχνότερα με τη νωτιαία αναισθησία. Περίπου 90% των ασθενών τους που είχαν αυτή την μείωση στην πίεση αίματος πήγε να εκδηλώσει παραλήρημα(Gustafson Y, και συν., 1991). Ο Edelstein (και συν.,2004) εξέθεσε μια υψηλότερη επικράτηση του παραληρήματος με τη γενική αναισθησία και έθεσε ως αίτιμα ότι εκείνη η υψηλότερη επικράτηση μπορεί να οφείλεται σε εγκεφαλική υποξία κατά τη διάρκεια της γενικής αναισθησίας. Εντούτοις, φαίνεται ότι η δυνατότητα να διατηρηθεί η πρόσληψη οξυγόνου στον εγκέφαλο κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης είναι σημαντικότερη από τον τύπο της προτεινόμενης αναισθησίας .

Άλλοι ερευνητές έχουν επικεντρωθεί περισσότερο στη βελτιστοποίηση της προεγχειρητικής ιατρικής φροντίδας των ασθενών με ένα κάταγμα ισχίου σε μία προσπάθεια να μειωθεί η επικράτηση του παραληρήματος. Η παρέμβαση που αναφέρεται από τον Gustafson(1991) αποτελούνταν από προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές γηριατρικές αξιολογήσεις καθώς επίσης και από επιθετική διαχείριση των περιεγχειρητικών συνθηκών και των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η επικράτηση του παραληρήματος μειώθηκε από 61,3% στην παρατηρητική ομάδα τους σε 47,6% στην ομάδα επέμβασης τους ($\pi < 0.05$). η επικράτηση του βαριάς μορφής παραληρήματος ήταν επίσης σημαντικά χαμηλότερη

στην ομάδα επέμβασής τους (30% έναντι 7%) ($\pi < 0.0001$). η παραμονή στα νοσοκομεία μειώθηκε από 17 έως 11 ημέρες ($\pi < 0.001$), και τα ποσοστά των μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως η ουρική κατακράτηση και τα κατακείμενα έλκη υπέστησαν και αυτά απότομες μειώσεις .

Ο Milisen (και συν.,2001), αξιολόγησαν τον αντίκτυπο της αυξανόμενης εμπλοκής των νοσηλειών που διεξήγαγαν σχετικά με το παραλήρημα, σε μία ενδεχόμενη, τυχαία μελέτη δύο ομάδων 60 ασθενών με ένα κάταγμα ισχίου. Η επέμβαση τους αποτελέστηκε από την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού για να αναγνωρίσει το παραλήρημα, τη συστηματική γνωστική διαλογή των ασθενών, ένα σχεδιασμένο πρωτόκολλο πόνου και τη διαθεσιμότητα μιας συμβουλευτικής γηριατρικής νοσηλεύτριας ή ενός παθολόγου. Αν και δεν βρήκαν καμία σημαντική μείωση στην επικράτηση του παραληρήματος, παρατήρησαν μια σημαντική μείωση στην διάρκεια ($\pi = 0.03$) και δριμύτητα ($\pi = 0.015$) του παραληρήματος .

Ο Marcantonio και η ομάδα του(2001) διεξήγαγαν μια ενδεχόμενη τυχαία μελέτη για να ερευνηθεί η επίδραση δομημένων διαβουλεύσεων γεροντολογίας στην ανάπτυξη του παραληρήματος μετά από χειρουργική επέμβαση κατάγματος ισχίου. Η ομάδα επέμβασης έλαβε μία εν δυνάμει γεροντολογική συμβουλή είτε προεγχειρητικά είτε μέσα σε 24 ώρες μετά από την χειρουργική επέμβαση. Ο γηριατρικός νοσηλεύτης έκανε καθημερινές επισκέψεις κατά την διάρκεια της παραμονής στα νοσοκομεία και έδωσε τις στοχοθετημένες συστάσεις βασισμένες σε ένα δομημένο πρωτόκολλο. Η επικράτηση του παραληρήματος ήταν 32% στην ομάδα επέμβασης έναντι 50% στην ομάδα αυξημένης προσοχής ($\pi = 0.04$), και η επικράτηση του βαριάς μορφής παραληρήματος μειώθηκε επίσης (12% έναντι 29%). Αυτή η μελέτη υπογράμμισε ότι το παραλήρημα μπορεί να προληφθεί ή να ελαττωθεί σε πολλούς ασθενείς αλλά ότι δεν υπάρχει ούτε μία επέμβαση που προλαμβάνει με συνέπεια το παραλήρημα. Προσπάθειες να αποτραπεί η ανάγκη εστίασης του παραληρήματος στη ελαχιστοποίηση του αριθμού μεταβολικών ή άλλων πιθανών προσβολών κεντρικών νευρικών συστημάτων όπου οι ασθενείς βίωσαν με την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Η ηλικία, το επίπεδο συνείδησης, το κάταγμα, ή η ανάγκη ενός ασθενή για τη χειρουργική επέμβαση δεν μπορούν να αποτραπούν. Σε μερικούς ασθενείς, αυτοί οι τέσσερις παράγοντες μόνο θα είναι επαρκείς για να προκαλέσουν το παραλήρημα. Εντούτοις, μερικοί ασθενείς έχουν δυνατή άμυνα εγκεφάλου για να αντισταθούν σε αυτές τις προσβολές, και σε άλλες, όπως σε μια μείωση στην πίεση αίματος, υποξία ή τον ανεξέλεγκτο πόνο, οι οποίες προκαλούν τελικά το παραλήρημα. Η μείωση ή εξάλειψη αυτών των προσβολών μπορεί να προλάβει το παραλήρημα σε πολλούς ασθενείς ή μπορεί να μειώσει την δριμύτητά του .

Εάν το παραλήρημα όντως αναπτυχθεί, η θεραπεία κατόπιν εστιάζεται στην υποστηρικτική φροντίδα, τον προσδιορισμό πιθανών βιαιοτήτων και στην επεξεργασία οποιοδήποτε ελλοχευουσών αιτιών που μπορούν να διορθωθούν(Marcantonio ER., και συν.,2001). Αυτό περιλαμβάνει γενικά μια αφοσιωμένη ομάδα συμπεριλαμβανομένου του ορθοπεδικού χειρουργού, του νοσηλευτικού προσωπικού, και του συμβουλευτικού ειδικού με την εμπειρία και την πείρα στη διάγνωση και τη θεραπεία του

παραληρήματος. Η ιατρική διαχείριση πρέπει να αναθεωρηθεί και να βελτιστοποιηθεί, και η ομάδα πρέπει συστηματικά να αποκλείει τις πιθανές αιτίες έναρξης του παραληρήματος παρέχοντας ταυτόχρονα μια οργανωμένη προσέγγιση για την πρόληψη και τη θεραπεία του παραληρήματος στους ασθενείς με ένα κάταγμα ισχίου.

Η φυσική εξέταση πρέπει να περιλάβει τη μέτρηση των ζωτικών σημείων με το σφυγμό, την αξιολόγηση των υποδηλωτικών σημάδιων της απόσυρσης οιοπνεύματος, και μια έρευνα για το σύνδρομο των παχέων εμβόλων. Είναι επίσης σημαντικό να εντοπιστούν οποιαδήποτε σημάδια εκδοράς ή άλλων μολύνσεων και να αξιολογηθεί η υδάτωση. Ο θυρεοειδής, η καρδιά, ο πνεύμονας, οι κοιλιακοί (συμπεριλαμβανομένης της χαμηλότερης κοιλίας επειδή μια διασταλμένη κύστη μπορεί να είναι στοιχείο της αντιχολινεργικής υπερβολής), και οι νευρολογικές εξετάσεις είναι επίσης σημαντικές. Μια πρωκτική εξέταση συστήνεται εάν υπάρχει ανησυχία για την έντονη δυσκοιλιότητα (Hanson MR., και συν.,2004).

Οποιοσδήποτε σχετικές ανωμαλίες που προσδιορίζονται μέσω μιας αναθεώρησης της ιστορίας, μια αναθεώρηση των συστημάτων ή των φυσικών και εργαστηριακών εξετάσεων πρέπει να διορθωθούν, με μία εστίαση στην επαρκή οξυγόνωση, που αποκαθιστά την ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών, που μεταχειρίζεται τον πόνο, που αποβάλλει ή που απογαλακτίζει τον ασθενή μακριά των περιττών φαρμάκων, της ρυθμιούσας λειτουργίας εντέρων και κύστεων, που παρέχει την επαρκή θρεπτική εισαγωγή, που κινητοποιεί τον ασθενή εάν είναι δυνατόν, που εξετάζει οποιοδήποτε όραμα ή που ομαλοποιεί τον κύκλο του ύπνου και που παρέχει τα κατάλληλα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, τη διαβεβαίωση, τον προσανατολισμό και την υποστήριξη (Winawer N.,2001). Όσον αφορά τον έλεγχο πόνου, η φυσική απάντηση όταν ένας ασθενής είναι υπό παραλήρημα, είναι να αποσυρθεί το ναρκωτικό φάρμακο. Εντούτοις, ο Morrison (και συν.,2003), υποστηρίζουν ότι ο ανεπαρκής έλεγχος πόνου μπορεί επίσης να συμβάλλει στο παραλήρημα.

Εάν η ελλοχεύουσα αιτία ή οι αιτίες του παραληρήματος διορθώνεται, η πορεία του παραληρήματος είναι συχνά αυτοπεριοριστική και ο ασθενής επανέρχεται πλήρως.

Εάν η αιτία ή οι αιτίες εμμένουν, το παραλήρημα μπορεί να εμείνει και να προχωρήσει στην άνοια (Olofsson SM., και συν.,1996) Αν και η άνοια είναι ένας παράγοντας κινδύνου για το παραλήρημα, το παραλήρημα είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για την άνοια. Κατά συνέπεια, η πρόγνωση για ένα επεισόδιο του παραληρήματος εμφανίζεται να βελτιώνεται όταν η διάρκεια είναι πιο σύντομη (Marcantonio ER., και συν.,2001).

Εάν ένας ασθενής με το παραλήρημα είναι ταραγμένος, απατηλός ή έχει παραισθήσεις ή είναι πάρα πολύ απρόσεκτος ή ταραγμένος για να συνεργαστεί με την θεραπεία, το κατάλληλο φάρμακο μπορεί να χρειαστεί (Samuels SC., και συν.,2005). Η μεταχείριση αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να μικραίνει την θλίψη του ασθενή, να μειώσει τον κίνδυνο του πιθανού τραυματισμού και να μειώσει τις υπερβολικές ενεργειακές δαπάνες. Το πολύ συχνά χρησιμοποιημένο και μελετημένο φάρμακο σε αυτήν την κατάσταση είναι Haldol (haloperidol), ένα πρώτης γενιάς αντιψυχωτικό φάρμακο, αν και υπάρχουν λίγες μελέτες που καθοδηγούν την θεραπεία (Gleason OC.,2003). Το Haldol, το δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικό

φάρμακο, το Zyprexa (olanzapine), το Risperdal (risperidone), το Seroquel (fumarate quetiapine), και Geodon (ziprasidone) ή ο αντιψυχωτικός πράκτορας Abilify τρίτος παραγωγής (aripiprazole) μπορεί να βοηθήσουν να μειώσουν τη σύγχυση, την αναταραχή ή τις παραισθήσεις με την μείωση των επιπέδων ντοπαμίνης. Με αυτόν τον τρόπο βελτιώνει την αναλογία ακετυλοχολίνης – ντοπαμίνης. Επειδή υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος, ενδεχομένως μοιραίος, (κοιλιακής ταχυκαρδίας που χαρακτηρίζεται από τα πολύμορφα συγκροτήματα QRS), με ενδοφλέβιο Haldol, η βασική γραμμή και τα ακόλουθα ηλεκτροκαρδιογραφήματα (για να ψάξει της επέκταση του διαστήματος QTc) και το κάλιο και το μαγνήσιο να απαιτούν επιτακτική ανάγκη ελέγχου. Η ασφάλεια αυξάνεται περαιτέρω με τη χρησιμοποίηση της συνεχούς καρδιακής τηλεμετρίας (Trzepacz PT., 1996).

Οι νεότεροι αντιψυχωτικοί πράκτορες μπορούν να είναι δυσκολότερο να ρυθμιστούν από το Haldol, το οποίο έχει ελάχιστη αντιχολινεργική παρενέργεια και κανέναν ενεργό μεταβολίτη. Οι νεότεροι αντιψυχωτικοί πράκτορες έχουν επίσης φαρμακολογικά αποτελέσματα εκτός από την μείωση της ντοπαμίνης, που μπορεί να καταστήσουν δύσκολο να καθοριστεί εάν μικραίνουν ή επιδεινώνουν το παραλήρημα (Olofsson SM., και συν., 1996).

Επιπλέον, στις εξωπυραμιδικές παρενέργειες (σκλήρυνσης μυών ή πάρκινσον), το αντιψυχωτικό φάρμακο μπορεί να προκαλέσει ακαθισία (μια υποκειμενική αίσθηση της ανησυχίας και μιας ανικανότητας να καθίσει ακίνητος) ή σπάνια, το νευροληπτικό κακοήθες σύνδρομο (που αποτελείται από υψηλό πυρετό, ακαμψία μυών και αστάθεια). Η όψιμη δυσκινησία (ανώμαλες μετακινήσεις της γλώσσας, του στόματος, των χεριών, των ποδιών και του κορμού) πρώτιστα εμφανίζεται με τη μακροπρόθεσμη χρήση, αλλά μπορεί να εμφανιστεί με την βραχυπρόθεσμη χρήση (Bezchlibnyk-Butler KZ., και συν., 2005). Οι ηλικιωμένες γυναίκες αποτελούν μία ομάδα υψηλού κινδύνου για όψιμη δυσκινησία. Επίσης, ο Εθνικός Οργανισμός Τροφίμων και η διοίκηση φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών (FDA) πρόσφατα καθόρισε ότι τα συνταγογραφούμενα αντιψυχωτικά φάρμακα δεύτερης και τρίτης γενιάς συνδέονται με μία αύξηση 1,6 και 1,7 πτυχών στο θάνατο (από τα καρδιακώς σχετιζόμενα γεγονότα όπως η ανακοπή καρδιάς, ή ο ξαφνικός θάνατος ή τις λοιμώξεις, ειδικά την πνευμονία) των ηλικιωμένων ασθενών με άνοια όταν χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπίσουν συμπεριφοριστικές δυσλειτουργίες (Parisi DM., και συν., 2002). Ο FDA τοποθετεί το Haldol σε κατηγορία παρόμοιας επικινδυνότητας μαζί με άλλα της πρώτης γενιάς αντιψυχωτικά FDA (Public Health Advisory, 2005). Το Zyprexa και το Risperdal συνδέονται επίσης με έναν μικρό κίνδυνο εγκεφαλικού και άλλων δυσμενών εγκεφαλοαγγειακών γεγονότων στους ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια (Zyprexa. Physicians, 2005). Λόγω αυτών των πιθανών δυσμενών αποτελεσμάτων, το αντιψυχωτικό φάρμακο πρέπει να τιτλοδοτηθεί προσεκτικά στην αποτελεσματικότερη δόση και να χρησιμοποιηθεί μόνο εφ' όσον να ελεγχθούν οι προαναφερθείσες επιβλαβείς συμπεριφορές που συνδέονται με το παραλήρημα.

Άλλα φάρμακα, όπως οι βενζοδιαζεπίνες ή φυσοστιγμίνη, είναι λιγότερο χρησιμοποιημένα (American Psychiatric Association, 1999). Μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αυξήσουν το αντιψυχωτικό φάρμακο στην θεραπεία του παραληρήματος όταν προκύπτει η ανάγκη για μεγαλύτερες δόσεις. Οι βενζοδιαζεπίνες δεν είναι συχνά αποτελεσματικές σαν μονοθεραπεία για τις γενικές περιπτώσεις του

παραληρήματος και μπορούν να προκαλέσουν την συμπεριφοριστική διαταραχή, ειδικά σε ηλικιωμένα άτομα (Durrpils GS., και συν.,2004). Η φυσοστιγμίνη που είναι ένα χολινεργικό φάρμακο, είναι χρήσιμο μόνο εάν είναι γνωστό ότι το παραλήρημα προκαλείται από ένα αντιχολινεργικό φάρμακο (American Psychiatric Association,1999). Η φυσοστιγμίνη συνδέεται με έναν υψηλό κίνδυνο παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένων των κρίσεων, της βραδυκαρδίας, της ασυστολίας, του βρογόσπασμου και του πνευμονικού οιδήματος, που είναι αντιψυχωτικά φάρμακα (Physostigmine Thomson,2005). Το Aricept (donepezil) έχει χρησιμοποιηθεί περιστασιακά ως ασφαλέστερη εναλλακτική λύση της φυσοστιγμίνης σε αυτές τις καταστάσεις (Hanson MR.,και συν.,2004).

2.6.4 Πορεία και θεραπευτικές παρεμβάσεις

Αν και η έναρξη του παραληρήματος είναι αιφνίδια, πρόδρομα συμπτώματα (π.χ. ανησυχία και φόβος) μπορεί να εμφανιστούν τις μέρες που προηγούνται της έναρξης των εμφανών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα του παραληρήματος συνήθως διαρκούν όσο υπάρχουν οι σχετικοί αιτιολογικοί παράγοντες, αν και γενικά το σύνδρομο διαρκεί λιγότερο από μία εβδομάδα. Μετά την ανεύρεση και απομάκρυνση των αιτιολογικών παραγόντων, τα συμπτώματα του παραληρήματος συνήθως υποχωρούν σε 3-7 ημέρες αν και μερικά μπορεί να απαιτήσουν δύο εβδομάδες μέχρι την πλήρη υποχώρησή τους. Όσο πιο ηλικιωμένος είναι ο άρρωστος και όσο περισσότερο διήρκεσε το παραλήρημα, τόσος περισσότερος χρόνος απαιτείται για τη υποχώρησή του. Μετά από αυτήν, η ανάμνηση του τι διαδραματίστηκε στη διάρκειά του είναι χαρακτηριστικά διάσπαρτη. Ο ασθενής μπορεί να αναφέρεται σε αυτήν σαν ένα κακό όνειρο ή εφιάλη, τον οποίο θυμάται ασαφές. Όπως αναφέρθηκε και στην συζήτηση της επιδημιολογίας, η εμφάνιση του παραληρήματος συνοδεύεται με υψηλή θνησιμότητα τον επόμενο χρόνο κυρίως λόγω της σοβαρής φύσης των συνοδών σωματικών καταστάσεων που οδήγησαν στο παραλήρημα. Σε προσεκτικά ελεγχόμενες μελέτες δεν έχει αποδειχτεί κατά πόσο το παραλήρημα μεταπίπτει σε άνοια ακόμα αν και πολλοί κλινικοί πιστεύουν ότι έχει παρατηρηθεί μια τέτοια εξέλιξη. Μια κλινική παρατήρηση η οποία έχει επιβεβαιωθεί από μερικές μελέτες είναι ότι οι περίοδοι του παραληρήματος μερικές φορές ακολουθούνται από κατάθλιψη ή από διαταραχή μετά από τραυματικό στρες .

Ο κύριος στόχος είναι να θεραπευτεί η υποκείμενη κατάσταση που προκαλεί το παραλήρημα. Όταν αυτή είναι αντιχολινεργική τοξίκωση, μπορεί να ενδείκνυται η χρήση σαλικυλικής φυσοστιγμίνης 1-2 mg ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς με συμπεριλαμβανόμενες δόσεις ανά 15-30 λεπτά. Ο άλλος σημαντικός στόχος της θεραπείας είναι η εξασφάλιση φυσικής, αισθητηριακής και περιβαλλοντικής υποστήριξης. Η φυσική υποστήριξη είναι απαραίτητη, έτσι ώστε οι άρρωστοι με παραλήρημα να μην βρίσκονται σε καταστάσεις κατά τις οποίες μπορεί να συμβούν ατυχήματα. Οι άρρωστοι με παραλήρημα δεν πρέπει να είναι ούτε αισθητηριακά στερημένοι, ούτε να δέχονται υπερβολικά ερεθίσματα από το περιβάλλον. Συνήθως οι άρρωστοι με παραλήρημα υποβοηθούνται από την ύπαρξη κάποιου φίλου ή συγγενούς στο δωμάτιο τους ή μιας τακτικής αποκλειστικής νοσοκόμας. Οι οικείοι πίνακες και η οικεία διακόσμηση, η παρουσία ενός ρολογιού ή ημερολογίου και οι τακτικοί προσανατολισμοί στο πρόσωπο, στον τόπο και

στον χρόνο βοηθούν στην ανακούφιση αυτών των αρρώστων. Σε ηλικιωμένους αρρώστους με επίδεση οφθαλμών μετά από εγχείρηση καταρράκτη μερικές φορές εμφανίζεται παραλήρημα (black-patch delirium). Οι άρρωστοι αυτοί μπορεί να βοηθηθούν με το άνοιγμα μικρής οπής στον επίδεσμο, ώστε να εισέρχονται κάποια ερεθίσματα ή εναλλακτικά με την περιοδική αφαίρεση του ενός επιδέσμου στην διάρκεια της ανάρρωσης .

2.6.5 Φαρμακολογική θεραπεία

Τα δύο μεγαλύτερα προβλήματα στο παραλήρημα που μπορεί να απαιτήσουν φαρμακολογική θεραπεία είναι η ψύχωση και η αϋπνία. Φάρμακο εκλογής είναι η αλοπεριδόλη (aloperidol), ένα αντιψυχωτικό που ανήκει στις βουτυροφαινόνες, ανάλογα με την ηλικία, το βάρος και την σωματική κατάσταση του αρρώστου, η αρχική δόση μπορεί να κυμαίνεται από 2-10 mg (EM), με επανάληψη σε μία ώρα αν αυτός παραμένει διεγερτικός. Μόλις ηρεμήσει, θα πρέπει να αρχίσει η λήψη από το στόμα σε σταγόνες ή χάπια. Δύο δόσεις ημερησίως από το στόμα πιθανόν να επαρκούν, ενώ τα 2/3 της δόσης χορηγούνται στην κατάκλιση. Για να υπάρξει το ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα, η από του στόματος δόση θα πρέπει να είναι περίπου 1,5 φορά υψηλότερη από την παρεντερική τελεία. Για την πλειονότητα των αρρώστων με παραλήρημα, η αποτελεσματική ημερήσια δόση της αλοπεριδόλης μπορεί να κυμαίνεται από 5-50 mg. Η δροπεριδόλη (droperidol) είναι μία βουτυροφαινόνη διαθέσιμη ως εναλλακτικό ΕΦ σκεύασμα, αλλά σε αυτήν την περίπτωση είναι συνετή η προσεκτική ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση. Οι φαινοθειαζίνες θα πρέπει να αποφεύγονται στους αρρώστους με παραλήρημα, επειδή συνδυάζονται με σημαντική αντιχολινεργική δράση. Η αϋπνία αντιμετωπίζεται καλύτερα είτε με βραχείας διάρκειας ημιζωής βενζοδιαζεπίνες, είτε με υδροξυζίνη (atarax) 25-100 mg. Η μακράς διάρκειας ημιζωής βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά πρέπει να αποφεύγονται, εκτός αν χρησιμοποιούνται ως μέρος της θεραπείας της υποκείμενης διαταραχής (π.χ. αλκοολική στέρηση)

2.7 ΓΙΑ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΟΥ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ

Το Ιατρό-Νοσηλευτικό προσωπικό

Πως πρέπει να συμπεριφερθεί ο νοσηλευτής προκειμένου να επιτύχει παρόλα αυτά, τη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης ; Δεν θα πρέπει ούτε να επιχειρηματολογεί ή να προσπαθεί να μεταπείσει τον ασθενή, ούτε να αγνοεί ή να αντιμετωπίζει ως ασήμαντα τα λεγόμενα του, ούτε όμως και να δείχνει ότι επιβεβαιώνει τα παραληρητικά του βιώματα. Είναι προτιμότερα να πει εντίμως, αλλά και διακριτικά, ότι δεν μπορεί να συμμεριστεί την άποψή του σε αυτή την μορφή. Ταυτοχρόνως πρέπει να τον διαβεβαιώσει ότι θα αντιμετωπίσει με σοβαρότητα τόσο τα λόγια όσο και τα αισθήματά του και ότι θα καταβάλει κάθε προσπάθεια να τα κατανοήσει. Δεν είναι λίγοι οι παραληρητικοί ασθενείς που αποδέχονται αυτή τη στάση και δημιουργείται ένα καθεστώς (συμφωνία εντός ενός πλαισίου ασυμφωνίας). Ο νοσηλευτής μπορεί να παραδεχθεί ότι δεν γνωρίζει τα πάντα και ότι επομένως δεν επιτρέπει στον εαυτό του να έχει

και γνώμη για τα πάντα. Κι ενώ ο νοσηλευτής θα τα εννοεί όλα αυτά από ψυχολογική σκοπιά, ο ασθενής ίσως θεωρήσει πως αναφέρεται στα ίδια τα «γεγονότα».

Η συνομιλία θα πρέπει να κινείται ολοένα περισσότερο στο επίπεδο του υποκειμενικού βιώματος και να οδηγεί τον ασθενή στην επίγνωση ότι εκτός από την αντικειμενική, την (εξωτερική) πραγματικότητα, υπάρχει και μία εσωτερική πραγματικότητα. Μέσα από αυτήν την διαδικασία, ο ασθενής ενδέχεται να αρχίσει να αμφιβάλλει για την δική του οπτική γωνία, δηλαδή για το παραλήρημά του.

Ωστόσο δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι αποκρούουν συστηματικά τις ψυχοθεραπευτικές απόπειρες του γιατρού. Άλλοι πάλι μπορούν να αποδεχθούν μία θεραπεία υπό την ευρύτερη έννοια, εφόσον ο γιατρός τους εξηγήσει πως όσα τους συμβαίνουν τον επιβαρύνουν πολύ, τον ταλαιπωρούν και τον καταθλίζουν και ότι επομένως έχει ανάγκη από θεραπεία. Όλες οι προσπάθειες στοχεύουν στην επίτευξη μιας θεραπευτικής συμμαχίας, αξίζει μάλιστα να σημειωθεί πόσο συχνά επιτυγχάνεται αυτή η συμμαχία. Έστω κι αν δεν ευσταθεί δυνατόν να αρθεί αυτή η παραληρητική συμπτωματολογία, μία σταθερή σχέση ασθενούς και ιατρού-νοσηλευτή έχει μία εξ ίσου σταθερή θεραπευτική αξία, κυρίως σε περιπτώσεις χρόνιου παραληρήματος, η οποία συνίσταται στην περιχαράκωση των παραληρητικών βιωμάτων, πράγμα που διευκολύνει την διαπροσωπική επαφή.

2.8 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ

2.8.1 Παροχή υποστήριξης του προσανατολισμού

- Συνεχής υπενθύμιση της ημερομηνίας, του τόπου και της ταυτότητας των ατόμων (μελών της θεραπευτικής ομάδας και συγγενών)
- Βοηθάμε τον ασθενή ως προς το χρονικό προσανατολισμό του, έχοντας κοντά του ρολόι, ημερομηνία και το πρόγραμμα της ημέρας .
- Ύπαρξη οικείων αντικειμένων από το σπίτι του στο δωμάτιο νοσηλείας.
- Εξασφάλιση σταθερότητας στο προσωπικό (υπεύθυνη νοσηλεύτρια)
- Χρήση τηλεόρασης και ραδιόφωνου για χαλάρωση, βοηθά τον ασθενή στην επικοινωνία με τον έξω κόσμο.
- Ενεργοποίηση της οικογένειας και των ατόμων που τον φροντίζουν ώστε να ενισχύεται το αίσθημα ασφαλείας και προσανατολισμού.

2.8.2 Παροχή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος

- Διαρρύθμιση του χώρου νοσηλείας απομακρύνοντας αντικείμενα που δεν χρειάζονται και αφήνοντας αρκετό χώρο μεταξύ των κρεβατιών.
- Νοσηλεία σε μονόκλινο δωμάτιο για μείωση των αισθητηριακών ερεθισμάτων και ηρεμία.
- Αποφυγή της χρήσης ιατρικών όρων παρουσία του ασθενούς γιατί μπορεί να ενισχυθεί η παραληρητική επεξεργασία.

- Εξασφάλιση επαρκούς φωτισμού με νυχτερινό φως 40-60 W για ελαχιστοποίηση των παραισθήσεων.
- Έλεγχος του υπερβολικού θορύβου (εξαιτίας μηχανημάτων, του προσωπικού και των επισκεπτών) υπολογίζοντας < 45 decibels για την ημέρα και < 20 decibels για την νύχτα.
- Διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας δωματίου (21-24 °C) .

2.8.3 Διατήρηση λειτουργικότητας

- Ανεύρεση και διόρθωση αισθητηριακών διαταραχών : να έχουν τα γυαλιά τους, τα ακουστικά βαρηκοΐας και τις τεχνητές οδοντοστοιχίες. Ανεύρεση μεταφραστή (όταν είναι αλλοδαπός)
- Ενθαρρύνουμε την ατομική φροντίδα και συμμετοχή του ασθενούς στην θεραπεία (π.χ. να αξιολογεί ο ασθενής τον πόνο).
- Παροχή φαρμακευτικής αγωγής, ώστε να διατηρείται ο ύπνος για μεγάλη χρονική περίοδο χωρίς διακοπές .
- Διατήρηση του λειτουργικού επιπέδου : οι περιπατικοί ασθενείς να περπατούν τρεις φορές την ημέρα , οι μη περιπατικοί ασθενείς να υποβάλλονται στην πλήρη κινητική δραστηριότητα για 15 λεπτά, τρεις φορές την ημέρα.

Ο ψυχίατρος πρέπει να εκτιμά τον κίνδυνο της αυτοκαταστροφικής και επιθετικής συμπεριφοράς του ασθενούς και να παρεμβαίνει έτσι ώστε να μειωθεί αυτός ο κίνδυνος. Προσοχή για τον κίνδυνο πτώσης, περιπλάνησης και αυτοτραυματισμού από απροσεξία. Ο περιορισμός (καθήλωση) του ασθενούς να γίνεται όταν δεν επιτυγχάνεται ο έλεγχος με άλλους τρόπους, γιατί αυτός αυξάνει την διέγερση και τον κίνδυνο τραυματισμού, γι' αυτό απαιτείται συχνή παρακολούθηση .

2.8.4 Υποστηρικτικές παρεμβάσεις

Ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας για την φύση του παραληρήματος (ότι είναι παροδικό, ότι τα συμπτώματά του είναι μέρος της διαταραχής) βοηθά σημαντικά και τους δύο. Οδηγίες στο νοσηλευτικό προσωπικό να παρατηρούν συχνά τον ασθενή για την εμφάνιση τυχόν συμπτωμάτων. Ο στόχος των παρεμβάσεων αυτών είναι να μειωθεί το άγχος του ασθενούς γιατί η συναισθηματική αντίδρασή του στα συμπτώματα του παραληρήματος είναι ένας σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας. Επαναλαμβάνουμε στον ασθενή ότι τα συμπτώματά του είναι παροδικά και αντιμετωπίσιμα και ότι δεν πρόκειται να έχει μόνιμη ψυχιατρική διαταραχή. Το γνωστικό έλλειμμα κάνει τον ασθενή να πιστεύει ότι έχει εγκεφαλική βλάβη. Η εκπαίδευση των συγγενών, των φίλων του γύρω από το παραλήρημα βοηθά σημαντικά γιατί και αυτοί ανησυχούν όπως ο ασθενής με συνέπεια να φοβούνται, να αποθαρρύνονται και να επιβαρύνουν έτσι την κατάσταση του ασθενούς αντί να τον βοηθούν και να τον ενθαρρύνουν.

2.8.5 Υποστήριξη του ασθενούς μετά την έξοδό του

Πολλοί ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο χωρίς να έχουν υφαιθεί όλα τα συμπτώματα του παραληρήματος. Τα προβλήματα προσοχής και προσανατολισμού ειδικά, επιμένουν. Μελλοντικό

επεισόδιο παραληρήματος μπορεί να αποφευχθεί αν προβλεφθούν οι παράγοντες κινδύνου (όταν αυτοί έχουν εντοπιστεί). Κατάθλιψη ή μετατραυματικό σύνδρομο έχουν αναφερθεί σε τέτοιους ασθενείς. Πολλοί ασθενείς ξεχνούν το επεισόδιο του παραληρήματος μόλις παρέλθει, αλλά μία σημαντική μειονότητα διατηρεί μία τρομακτική ανάμνηση και παρατεταμένη ανησυχία ότι το παραλήρημα είναι το πρώτο βήμα στην απώλεια των νοητικών λειτουργιών τους. Ψυχιατρική παρακολούθηση ίσως να είναι απαραίτητη για να αντιμετωπιστούν το άγχος, η κατάθλιψη ή άλλη συναισθηματική κατάσταση .

2.9 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Το παραλήρημα είναι μια σοβαρή παθολογική κατάσταση που αποτελείται από συνειδησιακή διαταραχή και σφαιρική έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών. Εξελίσσεται γενικά σε ένα χρονικό διάστημα που ορίζεται από μερικές ώρες ,μέχρι και ημέρες. Είναι μια συχνή και επικίνδυνη επιπλοκή του κατάγματος ισχίου στους ηλικιωμένους που έχει λάβει λίγη προσοχή από την ορθοπεδική βιβλιογραφία. Εντούτοις, οι πολλαπλές μελέτες έχουν δείξει ότι το μετεγχειρητικό παραλήρημα μετά από κάταγμα ισχίου συνδέεται με την παρατεταμένη παραμονή στα νοσοκομεία, τις υψηλότερες δαπάνες και τις δυσάρεστες εκβάσεις(Marcantonio ER.,και συν.,2000). Οι ασθενείς που βιώνουν το παραλήρημα είναι λιγότερο πιθανό να επιστρέψουν στο επίπεδο κινητικότητας προ του τραυματισμού τους ή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Είναι επίσης ουσιαστικά πιθανότερο να τοποθετηθούν σε έναν οίκο ευγηρίας για πρώτη φορά και να πεθάνουν.

Αν και η παθοφυσιολογία του παραληρήματος δεν γίνεται κατανοητή πλήρως, φαίνεται ότι οι πολλαπλάσιες μεταβολικές και νευροχημικές προσβολές αναστατώνουν τη νευρωνική λειτουργία στις ευαίσθητες περιοχές, ειδικά στα κορτικοθαλαμικά δίκτυα. Αυτές οι προσβολές οδηγούν συνήθως σε μία ανισορροπία στην αναλογία ντοπαμίνης – ακετυλοχολίνης σε αυτές τις σημαντικές περιοχές του εγκεφάλου. Η πρόληψη και η βέλτιστη θεραπεία αποτελούνται από την ελαχιστοποίηση ή τη διόρθωση αυτών των μεταβολικών κα άλλων προσβολών. Διατηρώντας τον κορεσμό οξυγόνου κατά >90%, η συστολική πίεση αίματος σε >90mmHg και ο αιματοκρίτης κατά >30% είναι σημαντικοί, όπως επίσης άξια προσοχής είναι και οι τιμές των ηλεκτρολυτών στα υγρά του σώματος. Ο έλεγχος πόνου, η προσεκτική αναθεώρηση των φαρμάκων του ασθενή, η ρύθμιση λειτουργίας του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως, η επαρκής θρεπτική πρόσληψη, η πρόωρη κινητοποίηση και αποκατάσταση, η κατάλληλη περιβαλλοντική υποκίνηση και η ομαλοποίηση του κύκλου του ύπνου του ασθενή είτε επίσης βασικοί. Η έγκαιρη ανίχνευση της συνύπαρξης ή των μετεγχειρητικών ιατρικών προβλημάτων, των μολύνσεων ή άλλων περιπλοκών είναι κρίσιμη. Η αντιψυχωτική αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μειώσει την αναταραχή που παρεμποδίζει τη δυνατότητα του ασθενή να συνεργαστεί με τη θεραπεία, τοποθετεί τον ασθενή στον κίνδυνο της ζημιάς ή αυξάνει υπερβολικά τις μεταβολικές ανάγκες .

Δεν υπάρχει ούτε μία επέμβαση που μπορεί να θεραπεύσει το παραλήρημα. Η θεραπεία και πιθανόν, η πρόληψη απαιτούν την συνειδητοποίηση της διάγνωσης, της μείωσης ή της αποβολής των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, της πρόωρης διάγνωσης και της θεραπείας και της άριστης

ομαδικής εργασίας μεταξύ ορθοπαιδικού, του αναισθησιολόγου, του νοσηλευτικού προσωπικού και άλλων συμβουλευτικών ιατρικών ειδικών .

3. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΑΡΡΩΣΤΟ

Μια χειρουργική επέμβαση συνιστά την αμεσότερη ίσως εμπειρία του ανθρώπου με την απειλή στην υγεία του και, για το λόγο αυτό, δικαίως θεωρείται από τα πλέον αγχογόνα συμβάντα της ανθρώπινης ζωής (Holmes&Rahe,1967) .Το άγχος του ασθενούς που πρόκειται να χειρουργηθεί είναι ιδιαίτερα υψηλό ,αφού οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση δημιουργεί αναπόφευκτα μεγάλη αβεβαιότητα για την υγεία του, ακόμη και για την ίδια τη ζωή του. Πρόκειται, όμως για άγχος που δεν αφορά μόνον στην προεγχειρητική περίοδο, αλλά συχνά βιώνεται και μετά την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης .Το μετεγχειρητικό άγχος μπορεί να έχει ακόμη και την ίδια ή και μεγαλύτερη ένταση από τον πρόδρομό του ,μολονότι η μορφή του είναι διαφορετική.

Το άγχος της χειρουργικής περιόδου συναρτάται με σειρά σημαντικών παραμέτρων ,οι οποίες το καθιστούν εξαιρετικά πολύπλοκο και ενδιαφέρον φαινόμενο. Οι παράμετροι αυτές αφορούν στη συνολική εμπειρία του πόνου ,τη λήψη φαρμάκων την παραμονή στο νοσοκομείο ,τις σχέσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ,καθώς και την προοπτική της επιστροφής στον έξω κόσμο και τα προβλήματα της επανένταξης στο κοινωνικό πλαίσιο και το ρυθμό της καθημερινής ζωής . Η ψυχολογία της υγείας απευθύνεται σε όλες αυτές τις πτυχές του προεγχειρητικού άγχους ,με σκοπό τον έλεγχο και την περιστολή του και απώτερο στόχο την όσο το δυνατόν ομαλότερη ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή του χειρουργημένου ασθενούς .

Ο σχολιασμός που ακολουθεί περιέχει τα βασικά θεωρητικά και εμπειρικά δεδομένα της συμβολής της Ψυχολογίας της Υγείας στο πρόβλημα του άγχους κατά την χειρουργική περίοδο, με ιδιαίτερη έμφαση στα εξής ερωτήματα:

- A) Ποιες είναι οι αιτίες που προκαλούν άγχος κατά την συνολική διάρκεια της χειρουργικής περιόδου, με τις παρεπόμενες ψυχολογικές ιδιαιτερότητες για τον ασθενή.
- B) Ποιες είναι οι βασικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο το άγχος βιώνεται κατ' ασθενή.
- Γ) Σε τι συνίσταται η προσέγγιση της Ψυχολογίας της Υγείας στο όλο πρόβλημα της χειρουργικής περιόδου.
- Δ) Ποια είναι τα κύρια συστατικά και πώς αποτιμάται η αποτελεσματικότητα της ψυχολογικής προετοιμασίας του ασθενούς πριν από την εγχείρηση, η ψυχολογική του υποστήριξη κατά το άμεσο

μετεγχειρητικό στάδιο, καθώς και η μακροπρόθεσμη υποβοήθησή του, με σκοπό την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

3.1 ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ STRESS

Με τον όρο Stress περιγράφεται ή ορίζεται ένα πολύπλοκο φαινόμενο ,στο οποίο έχουν δοθεί διάφορες ερμηνείες. Το Stress άλλοτε περιγράφεται σαν κινητήριο δύναμη ή διεγέρτης και άλλοτε σαν ανταπόκριση σε μια πρόκληση .

Κατά τον Selye <<το stress είναι μια κατάσταση που υποδηλώνεται από ένα σύνδρομο που απαρτίζεται από όλες τις αλλαγές που επέρχονται στο βιολογικό σύστημα ενός ανθρώπου κατά την επίδραση διαφόρων στρεσογόνων παραγόντων>>. Ο Selye τονίζει ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες-ανεξάρτητα αν είναι ευχάριστοι ή δυσάρεστοι στη φύση τους-ενεργοποιούν παρόμοιες καταστάσεις .

Οι αλλαγές που προκαλούνται από τους στρεσογόνους παράγοντες περιγράφονται σαν γενικό σύνδρομο προσαρμογής .Το σύνδρομο αυτό έχει τρία στάδια :

α) το πρώτο στάδιο, είναι το στάδιο της αφύπνισης .

β) το δεύτερο στάδιο είναι η φάση της αντίστασης και της προσαρμογής και

γ) το τρίτο στάδιο είναι η φάση της εξάντλησης .Η φάση αυτή έρχεται, όταν στρεσογόνοι παράγοντες επιμένουν ,ενώ οι μηχανισμοί άμυνας είναι ανεπαρκείς .Στο στάδιο αυτό μπορούν να παρουσιαστούν ασθένειες ακόμη και ο θάνατος .

Ο Mechanic (1968) δίνει τον ακόλουθο ορισμό για το stress : <<stress είναι οι αντιδράσεις ενόχλησης ενός ατόμου σε ειδικές καταστάσεις>> και τονίζει ότι <<αν και κατά πόσο βιώνει το άτομο ένα stress εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο έχει μάθει να αντιμετωπίζει τις δύσκολες καταστάσεις στη ζωή του>>. Έτσι ,το stress είναι δυνατόν να εμφανιστεί όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι οι τρόποι που χρησιμοποιεί είναι ανεπαρκείς .

Ο Mechanic τονίζει ακόμη ότι η αντίληψη που έχει το άτομο για μια συγκεκριμένη κατάσταση καθορίζει την ανταπόκρισή του στο stress .Το σημείο αυτό είναι πολύ σημαντικό για να αντιληφθούμε τις διαφορετικές αντιδράσεις των ατόμων στην αναπηρία .

Σύμφωνα με την θεωρία του Stress οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να καταστρώσουν και ένα σχέδιο φροντίδας ,στο οποίο θα περιλαμβάνονται και μέτρα για την μείωση του stress στο άτομο που αντιμετωπίζει κάποιο σημαντικό πρόβλημα αλλά και στην οικογένεια .

3.1.1 Τεχνικές αντιμετώπισης του STRESS

Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός τεχνικών που βοηθούν στη μείωση του stress .Πολλές από αυτές τις τεχνικές αφορούν στη βελτίωση των συνθηκών στο περιβάλλον διαβίωσης, όπως μείωση των θορύβων ,προστασία από την υπερβολική έκθεση στον ήλιο ή σε οσμές, έλεγχος της θερμοκρασίας και υγρασίας του περιβάλλοντος κ.α.

Η προσεγμένη διατροφή επίσης βοηθά στην ανακούφιση από το stress. Ελαφρά γεύματα, δείπνο τρεις ώρες πριν από τον ύπνο ,αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης καφέ , οινοπνευματωδών και αλατιού και

μείωση της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος , κονσερβών και αλλαντικών .Η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, όσπρια και δημητριακά .

Τέλος η σωματική άσκηση επίσης βοηθά .Ηπιες ασκήσεις στα μέλη του σώματος και περπάτημα τουλάχιστον δύο χιλιομέτρων ημερησίως .

3.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ

Το άγχος κατά ένα ορισμό είναι << κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας >> με ασαφές αντικείμενο. Βιώνεται ως ψυχολογική πίεση (stress), η οποία με την σειρά της ορίζεται ως << μία κοινή ανθρώπινη εμπειρία, η οποία χαρακτηρίζεται από μια προσδοκία φόβου για κάποιο δυσάρεστο γεγονός στο μέλλον>>. (Kaplan & Sadock 1989) .Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ορισμός του άγχους είναι συμβατικός και δεν αποσαφηνίζει τυχόν εννοιολογικές αντιφάσεις που σχετίζονται με το άγχος ως ψυχική κατάσταση, αλλά και ως μηχανισμό ψυχολογικής άμυνας. Στο βαθμό λοιπόν που μια χειρουργική επέμβαση προκαλεί συναισθήματα αγωνίας, ανησυχίας και ψυχολογικής πίεσης (Johnston ,1988), σε αυτό το κεφάλαιο υιοθετείται ο << ανοικτός >> ορισμός της έννοιας του άγχους κατά τον τρόπο που προαναφέρθηκε.

Ως μηχανισμός άμυνας και ως ψυχική κατάσταση το άγχος έχει πολύ παραγοντική βάση. Αρχικά θεωρήθηκε ότι αποτελεί αντίδραση κάθε έμβιου όντος σε εξωτερικές απειλές, η οποία χαρακτηρίζεται από παροδικές αλλαγές στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού (Selye, 1956). Για παράδειγμα, αυξάνεται η λειτουργία του συμπαθητικού συστήματος (εφίδρωση παλαμών, ταχυκαρδία, υψηλή αρτηριακή πίεση κ.λ.π) στην προσπάθεια του οργανισμού να προσαρμοστεί στις αυξημένες απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Επίσης το άγχος βιώνεται με πολλούς άλλους τρόπους, οι οποίοι εκδηλώνονται με τις αντιδράσεις και των άλλων συστημάτων του οργανισμού, όπως του συναισθηματικού και του γνωστικού, καθώς και με έκδηλες αλλαγές στην ψυχοκοινωνική συμπεριφορά του ατόμου. Ένα απειλητικό ερέθισμα, ανάλογα με την ένταση και την φύση του, προκαλεί πολλά αρνητικά συναισθήματα, όπως αγωνία, πανικό και θυμό. Ενδέχεται επίσης να προκαλέσει έμμονες σκέψεις, ανησυχία, αδυναμία συγκέντρωσης και άλλες διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν μερική αδεξιότητα στις κινήσεις, υπερκινητικότητα ή κοινωνική απομόνωση.

Σημειωτέον ότι η ένταση του άγχους εξαρτάται όχι μόνο από εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και από ενδογενείς παράγοντες (π.χ προσωπικότητα, εμπειρία από προηγούμενα αγχογόνα γεγονότα που δρουν αθροιστικά στη βίωση μιας νέας απειλής, τρόπο με τον οποίο το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το εξωτερικό ερέθισμα, καθώς και τρόπους που επιλέγει για να το αντιμετωπίσει).(Lazarus & Folkman,1984).

3.3 ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Το άγχος κατά την χειρουργική περίοδο βιώνετε με πληθώρα συναισθημάτων, όπως ο φόβος, ο πανικός, η οργή, ο θυμός και η απελπισία. Όσον αφορά στην υποκειμενική αντίληψη των παραγόντων που

προκαλούν άγχος κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, η χρήση της κλίμακας << Στρες στο Νοσοκομείο >>(Hospital Stress Rating Scale), οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που θα υποστούν χειρουργική επέμβαση αποδίδουν το υψηλό άγχος α) στο άγνωστο περιβάλλον β) στην απώλεια της ανεξαρτησίας κινήσεων και γ) στην απειλή σοβαρής ασθένειας.(Johnston,1988) .

Η γνωστική συνιστώσα του χειρουργικού άγχους γίνεται αντιληπτή μέσα από τις ανησυχίες των ασθενών που πρόκειται να χειρουργηθούν. Οι πρώτες έρευνες σε αυτόν τον τομέα έδειξαν ότι οι εν λόγω ασθενείς ανησυχούν για θέματα που δεν είναι πάντα άμεσα συνδεδεμένα με αυτό καθαυτό το γεγονός της χειρουργικής επέμβασης .Σε πρόσφατη έρευνα ζητήθηκε από ασθενείς που επρόκειτο να χειρουργηθούν ,να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο <<σκέψεων>> και να εντοπίσουν όσες από αυτές τους είχαν ανησυχίσει περισσότερο κατά το τελευταίο εικοσιτετράωρο .

Διαπιστώθηκε έτσι ότι οι τρεις βασικές ανησυχίες σχετίζονται α) με την επιτυχία της επέμβασης , β) με την διάρκεια ανάρρωσης και τον χρόνο επιστροφής στον κανονικό τρόπο ζωής ,και γ) με μετεγχειρητικά προβλήματα υγείας .(Johnston,1988) .

Όσον αφορά στις οργανικές αλλαγές που επιφέρει το άγχος πριν, αλλά και μετά την εγχείρηση οι έρευνες που έχουν διενεργηθεί αναφέρονται στην δραστηριότητα των επινεφριδίων και του προμήκους μυελού. Ανάλογες μετρήσεις γίνονται σχετικά εύκολα,χωρίς την ανάγκη προσφυγής σε ιδιαίτερα πολύπλοκες διαδικασίες ,και, επιπλέον, θεωρούνται έγκυρες .Η έρευνα του Harrison και των συνεργατών του (1962) παρουσιάζει ενδιαφέρον ,γιατί χρησιμοποίησε την εφίδρωση των παλαμών ως δείκτη υποκειμενικού άγχους . Από την έρευνα προέκυψε ότι η εφίδρωση μειωνόταν πριν από την επέμβαση, ενώ επέστρεφε σταδιακά στα κανονικά επίπεδα κατά το μετεγχειρητικό στάδιο, χωρίς οι αλλαγές αυτές να οφείλονται στην εισαγωγή στο νοσοκομείο, την αλλαγή της τροφής ή την χορήγηση φαρμάκων .

Μετέπειτα έρευνες επιβεβαίωσαν αυτό το συμπέρασμα (Vogele & Steptoe,1986). Επίσης ο Boore (1978) διαπίστωσε ότι η ψυχολογική προετοιμασία για την εγχείρηση μείωνε την έκκριση των ουρικών κορτικοστεροειδών ,υπονοώντας ότι η δραστηριότητα της υπόφυσης και των επινεφριδίων επηρεάζεται από την ψυχολογική απειλή της εγχείρησης ,χωρίς τούτο να συνδέεται απαραίτητα με την ύπαρξη της φυσικής απειλής .Πάντως δεν υπάρχει μέχρι στιγμής σαφής κατανόηση των μηχανισμών που διαπλέκονται στην πρόκληση και την εμφάνιση του συγκεκριμένου φαινομένου.

3.4 ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΒΙΩΝΕΤΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Οι βασικές κατηγορίες διαφοροποίησης του άγχους που προκαλείται κατά την χειρουργική περίοδο είναι οι εξής:

3.4.1 Διαφορές κατά φύλο

Οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα από τους άνδρες επίπεδα άγχους.(Lucente & Fleck, 1972). Τούτο αποδίδεται συνήθως στις υψηλότερες τιμές άγχους που χαρακτηρίζουν την γυναικεία προσωπικότητα .

3.4.2 Διαφορές κατά ηλικία

Οι Lucente και Fleck(1972) υποστήριξαν ότι γενικά το άγχος προς τη χειρουργική επέμβαση μειώνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες ,αν και η εγκυρότητα ανάλογων ευρημάτων είναι αμφιλεγόμενη (Johnston,1988) .

3.4.3 Διαφορές κατά τύπο αντιμετώπισης του άγχους

Σύμφωνα με το μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984) για το άγχος ,κάθε εξωτερικό ερέθισμα που δημιουργεί πίεση είναι δυνατόν να ληφθεί είτε ως πρόκληση είτε ως απειλή. Στην περίπτωση που το αγχογόνο ερέθισμα εκληφθεί ως πρόκληση ,το άτομο εφαρμόζει στρατηγικές αντιμετώπισης επικεντρωμένες στο πρόβλημα με μεγάλη δυνατότητα ελέγχου της κατάστασης και επομένως περιστολής του άγχους .Αν το εξωτερικό ερέθισμα εκληφθεί ως απειλή το άτομο καταφεύγει σε στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους επικεντρωμένες στο πρόβλημα ή και το συναίσθημα .Συγκεκριμένα η χειρουργική επέμβαση εκτιμάται ως απειλή κυρίως επειδή ενέχει τον κίνδυνο του θανάτου ,το ενδεχόμενο της απώλειας της σωματικής ακεραιότητας και την πιθανότητα αρνητικών επιπτώσεων τόσο στην υγεία όσο και στην καθημερινή ζωή .Έτσι ,ο ασθενής είτε χρησιμοποιεί τον πρώτο τύπο στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους που προαναφέρθηκε ,εισερχόμενος στο νοσοκομείο το συντομότερο δυνατό ,απαιτώντας συγκεκριμένες πληροφορίες για την κατάσταση του και ζητώντας υποστήριξη από άτομα του περιβάλλοντός του ,είτε προσφεύγει σε ενδοψυχικούς μηχανισμούς άμυνας ,που συνιστούν το δεύτερο τύπο αντιμετώπισης του άγχους . Για παράδειγμα ,ενδέχεται να αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασής του ή να ελπίζει ότι η επέμβαση θα αποφευχθεί κατά κάποιο μαγικό τρόπο .Συνήθως το άγχος αντιμετωπίζεται με εφαρμογή στρατηγικών επικεντρωμένων τόσο στο πρόβλημα όσο και στο συναίσθημα.

Σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει δυνατότητα προετοιμασίας ή προσωπικού ελέγχου πάνω στη κατάσταση οι ενδοψυχικοί μηχανισμοί άμυνας ,εάν χρησιμοποιηθούν από άτομα με ανάλογη προσωπικότητα, ενδέχεται να αποδειχθούν βραχυπρόθεσμα πιο αποτελεσματικοί στη μείωση του υποκειμενικού άγχους .

3.4.4 Διαφορές κατά την προσωπικότητα

Η προσωπικότητα εμπλέκεται με ιδιαίτερο τρόπο όχι μόνο στην αντιμετώπιση του άγχους,αλλά και στην συνολική υποκειμενική εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης ,τόσο πριν από αυτήν, όσο και κατά την ανάρρωση και επανένταξη του ασθενούς .Ο Spielberg και οι συνεργάτες του (1970) επινόησαν την κλίμακα Stait-Trait Anxiety Inventory, για να μετρήσουν τον βαθμό στον οποίο η ένταση και η υφή του άγχους ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας (trait anxiety) ανησυχούν με διαφορετικό τρόπο από ότι οι λιγότερο αγχώδεις ,έχοντας μεγαλύτερο αριθμό ανήσυχων σκέψεων σχετικά με την επέμβαση, οι οποίες τους απασχολούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα .

Από άλλες έρευνες (Byrne,D.,1961), προέκυψε ότι το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας εμπλέκεται στη διαδικασία επιλογής στρατηγικών αντιμετώπισης ενός αγχογόνου ερεθίσματος .Ο Byrne(1961) διερεύνησε μια άλλα διάσταση της προσωπικότητας ,την ευαισθητοποίηση σε

αντιπαράθεση με την απώθηση ή την άρνηση, προτείνοντας και την σχετική κλίμακα μέτρησης. Σύμφωνα με αυτήν την διάσταση, το άτομο αντιδρά προς την χειρουργική επέμβαση είτε εντείνοντας την προσοχή του στην κατάσταση (ευαισθητοποίηση) είτε προσπαθώντας να την αγνοήσει (άρνηση). Το σημαντικό με αυτό το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι ότι καθορίζει όχι μόνο τους τρόπους αντιμετώπισης του άγχους, αλλά και την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Συγκεκριμένα, οι <<ευαισθητοποιημένοι>> ασθενείς προετοιμάζονται ψυχολογικά για την επικείμενη επέμβαση, συλλέγοντας <<ανήσυχα>> πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης και τις συνθήκες του μετεγχειρητικού σταδίου. Η συνεχής γνωστική επεξεργασία βοηθά την προσαρμογή του ασθενούς με αυτό το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, σε αντίθεση με τους ασθενείς που αρνούνται την κατάσταση και δεν ανησυχούν καθόλου (δηλαδή αυτούς που απωθούν) ή ανησυχούν υπερβολικά (προσηλωμένους).

Θα μπορούσε επίσης να παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς που χρησιμοποιούν την <<άρνηση>> (ή απώθηση), ως κύριο μηχανισμό αντιμετώπισης του άγχους, ενδέχεται να αποφύγουν συμπεριφορές που σκοπό έχουν την ομαλή προσαρμογή τους κατά την συνολική μετεγχειρητική περίοδο. Έτσι, το άγχος εμφανίζεται με συμπεριφορές <<υψηλού κινδύνου>> : οι ασθενείς αρνούνται ή <<ξεχνούν>> να πάρουν τα φάρμακα ή εμπλέκονται σε δραστηριότητες που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επιβαρύνουν την ήδη βεβαρυμένη κατάσταση της υγείας τους (π.χ. συνεχές κάπνισμα μετά από καρδιακή επέμβαση), παρεμποδίζοντας, κατ' αυτόν τον τρόπο τη διαδικασία της ανάρρωσης και επανένταξής τους στους κανονικούς ρυθμούς ζωής. Αντίθετα, οι ασθενείς που χρησιμοποιούν την <<ευαισθητοποίηση>> ως κύρια στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους παρουσιάζουν μεγαλύτερη μετεγχειρητική βελτίωση, σε σχέση με την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και την χρήση αναλγητικών φαρμάκων. Ενδέχεται όμως αυτού του είδους οι μελέτες να μην ερευνούν την πραγματική συναισθηματική κατάσταση των ασθενών κατά την διάρκεια της χειρουργικής περιόδου. Πιθανόν, ο ασθενής που <<αρνείται>> ή <<αποφεύγει>> την πραγματικότητα να υποφέρει το ίδιο με τους <<ευαισθητοποιημένους>> ασθενείς, αλλά να μην είναι σε θέση να γνωστοποιήσει την κατάστασή του στο νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να δέχεται λιγότερη προσοχή και να θεωρείται ότι είναι έτοιμος για έξοδο από το νοσοκομείο νωρίτερα απ' ότι οι άλλοι ασθενείς. (Johnston, 1988).

3.5 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Η διάκριση της χειρουργικής περιόδου σε στάδια ή φάσεις είναι επιβεβλημένη, διότι συνεισφέρει τόσο στην κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς κατά την συνολική διάρκεια της εμπειρίας της χειρουργικής επέμβασης, όσο και στο λεπτομερή σχεδιασμό των κατάλληλων παρεμβάσεων εκ μέρους του ψυχολόγου υγείας με στόχο την ομαλότερη προσαρμογή του ασθενούς.

Η χειρουργική περίοδος αποτελείται από τρία στάδια :

α) το προεγχειρητικό, που σχετίζεται με την προετοιμασία του ασθενούς για την επέμβαση
β) το μετεγχειρητικό, όπου η αποφυγή επιπλοκών και η ταχεία ανάρρωση είναι πρωταρχικό μέλημα της κλινικής ομάδας που είναι υπεύθυνη για την ομαλή διεξαγωγή της επέμβασης και την μετεγχειρητική προσαρμογή του ασθενούς, και
γ) το στάδιο που ακολουθεί την έξοδο από το νοσοκομείο, το οποίο αναφέρεται στη μακροπρόθεσμη υποστήριξη του χειρουργημένου ασθενούς, δηλαδή στην ολική (φυσική και ψυχολογική) αποκατάσταση του.

Σύμφωνα με έναν δεύτερο διαχωρισμό, η χειρουργική περίοδος αποτελείται από τρεις φάσεις: την απειλή, τον αντίκτυπο και την φάση μετά τον αντίκτυπο. Ενώ στην πρώτη φάση παρατηρείται συνήθως αδυναμία του ασθενούς να επεξεργαστεί γνωστικά την επικείμενη δυσάρεστη (ή και τραυματική) χειρουργική εμπειρία, η οποία αφενός είναι αναπόφευκτη και αφετέρου έχει αβέβαιη έκβαση, κατά την φάση του αντίκτυπου, ο ασθενής συνειδητοποιεί το φυσικό κίνδυνο που διατρέχει, καθώς και την ανάγκη του για φροντίδα και υποστήριξη. Στην φάση μετά τον αντίκτυπο, ο ασθενής καλείται να προσαρμοστεί σε μια νέα πραγματικότητα, η οποία πιθανόν να του δημιουργεί μεγάλο άγχος. Για να το αντιμετωπίσει, ενδέχεται να εμφανίσει αντιδράσεις παλινδρόμησης, όπως η υπερβολική εξάρτηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η παθητικότητα, καθώς και η παραμονή στο ρόλο του <<αρρώστου>>.

Στο άτομο που υφίσταται τη χειρουργική επέμβαση, οι εξαιρετικά υψηλές τιμές άγχους δημιουργούν ψυχοφυσιολογικές διαταραχές και παρεμποδίζουν τόσο την προετοιμασία για την επέμβαση, όσο και την μετεγχειρητική ανάρρωση. Έχουν επίσης εντοπιστεί ενδοπροσωπικοί, διαπροσωπικοί και <<α-πρόσωποι>> παράγοντες, που επιδρούν στην ψυχολογική βάση της χειρουργικής επέμβασης. Η ενδοπροσωπική διάσταση σχετίζεται με το πώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τις εμπειρίες του, τους φόβους του, το σώμα του. Η διαπροσωπική διάσταση αναφέρεται στο κοινωνικό δίκτυο και στους <<σημαντικούς άλλους>>, π.χ. οικογένεια ή σύζυγος, ιατρός, νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος η <<α-πρόσωπη>> διάσταση έχει να κάνει με το τραύμα της εγχείρησης καθεαυτό (φυσικό και ψυχολογικό), καθώς και με το γενικότερο αντίκτυπο της επέμβασης στον ασθενή.

Σύμφωνα με τις αρχικές υποθέσεις της Ψυχολογίας της Υγείας, το χειρουργικό άγχος είναι πολύ υψηλότερο σε ένταση κατά την προεγχειρητική περίοδο. Και τούτο, διότι, λογικά, το άγχος υποτίθεται ότι υποχωρεί μετά την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης, όταν πλέον η αβεβαιότητα για την έκβασή της και η άμεση απειλή στην υγεία του ασθενούς έχουν παρέλθει. Οι υποθέσεις αυτές είχαν στηριχθεί σε σειρά ερευνών (Spielberger και συνεργάτες, 1970), οι οποίες όμως εδράζονταν σε ελλιπή μεθοδολογία. Συγκεκριμένα, οι μετρήσεις στις οποίες οι εν λόγω έρευνες βασίζονται είχαν γίνει με αναδρομικό τρόπο, αφού δηλαδή οι ασθενείς είχαν πλέον συνέλθει από το άμεσο χειρουργικό σοκ και είχαν πληροφορηθεί ότι η μετεγχειρητική τους ανάρρωση δεν παρουσίαζε επιπλοκές. Αν όμως το άγχος μετρηθεί συνολικά, καθ' όλη την διάρκεια της χειρουργικής περιόδου, τότε διαπιστώνεται πως τα επίπεδά του παραμένουν υψηλά μετά την εγχείρηση. Ενδέχεται, μάλιστα, σε ορισμένες κατηγορίες

ασθενών το μετεγχειρητικό άγχος να υπερβαίνει σε ένταση το άγχος που σημειώθηκε πριν από την επέμβαση . .

Ανάλογη πορεία ενδέχεται να παρουσιάσει και η διάθεση του ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση .Σύμφωνα με την κρατούσα αντίληψη ,ο ασθενής εμφανίζει συνήθως αρνητική διάθεση πριν τη επέμβαση ,ενώ μετεγχειρητικά η διάθεση του βελτιώνεται .Τούτο όμως δεν είναι απόλυτο .Για παράδειγμα ,ενδέχεται η διάθεση του ασθενούς να μην παρουσιάσει επιδείνωση κατά το προεγχειρητικό στάδιο, ενώ στο στάδιο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ο ίδιος ο ασθενής να παρουσιάσει συμπτώματα κατάθλιψης (Johnston,1988) .Για να αποφευχθεί η πιθανότητα προκατειλημμένων συμπερασμάτων που εξάγονται από σχετικές έρευνες ,είναι σημαντικό να εντοπιστούν και να απομονωθούν εκ των προτέρων οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής που πρόκειται να χειρουργηθεί έχει βεβαρυμένο ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής ,έτσι ώστε να μελετηθούν οι αλλαγές της διάθεσης που προκαλούνται από την εγχείρηση και που δε επηρεάζονται από κάποια υποβόσκουσα κατάθλιψη .

3.6 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η συμβολή του ψυχολόγου υγείας στη χειρουργική συνοψίζεται στις ακόλουθες κατηγορίες επεμβάσεων:

3.6.1 Προεγχειρητικό στάδιο

Ο ψυχολόγος υγείας είναι σε θέση να αναλάβει την παροχή πληροφόρησης για θέματα σχετικά με τα συναισθήματα και τις αισθήσεις που βιώνουν οι ασθενείς πριν την επέμβαση, με τις ιατρικές και νοσηλευτικές διαδικασίες που θα υποστούν ,καθώς και με τις πιθανές μετεγχειρητικές συνθήκες προσαρμογής τους .

Ο Egbert και οι συνεργάτες του (1964) διεξήγαγαν την πρώτη έρευνα σχετικά με την προετοιμασία των ασθενών για χειρουργικές επεμβάσεις .Στην έρευνα πήραν μέρος ενενήντα επτά ασθενείς ,εκ των οποίων οι μισοί ενημερώθηκαν πριν από την εγχείρηση από τον αναισθησιολόγο σχετικά με τον χρόνο και την διάρκεια της επέμβασης που θα υφίσταντο ,την πιθανή ένταση και πόνο που θα ένιωθαν μετεγχειρητικά, ενώ έλαβαν επίσης οδηγίες σχετικά με την αναρρωτική περίοδο .Οι υπόλοιποι ασθενείς, οι οποίοι αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου ,δεν είχαν ανάλογη ενημέρωση .Για να αποφευχθούν αλλαγές στη συμπεριφορά του προσωπικού ,η οποία θα αλλοίωνε τα αποτελέσματα της έρευνας ,το νοσηλευτικό προσωπικό δεν γνώριζε ποιοι ασθενείς ανήκαν στην πειραματική ομάδα (ποιοι δηλαδή είχαν ενημερωθεί πριν από την εγχείρηση) και ποιοι στην ομάδα ελέγχου .Διαπιστώθηκε έτσι ότι η συνολική χρήση αναλγητικών φαρμάκων και η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μειώθηκαν σημαντικά για την ομάδα που είχε δεχθεί πληροφόρηση πριν από την επέμβαση .

Η Johnston (1988) αναφέρεται σε <<συστατικά>> πληροφόρησης διακρίνοντας το είδος των παρεχόμενων πληροφοριών όσον αφορά σε γνωστικές και ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις πριν και μετά την εγχείρηση από τις κατάλληλες ενέργειες εκ μέρους του ασθενούς και του νοσηλευτικού προσωπικού

κατά την συνολική διάρκεια της χειρουργικής περιόδου(Johnston,1988). Διερευνώντας την αποτελεσματικότητα των κατάλληλων τύπων πληροφόρησης ,όπως αυτοί εφαρμόζονται σε συγκεκριμένα είδη παρεμβάσεων ,ο ψυχολόγος υγείας είναι σε θέση να επιφέρει σημαντική μείωση του άγχους του ασθενούς.

Η μείωση του άγχους μπορεί επίσης να επιτευχθεί ,εάν διερευνηθεί εκ τω προτέρων η προσωπικότητα του ασθενούς ,σε συσχέτισμό με το βαθμό δεκτικότητάς του στην πληροφόρηση .Η συμβολή του ψυχολόγου υγείας σε αυτό το σημείο είναι πολύτιμη ,για να αποφευχθούν περιπτώσεις όπου ενδέχεται να χρειαστούν αυξημένες δόσεις αναλγητικών φαρμάκων μετά την εγχείρηση. Τούτο έχει προκύψει και από σχετικές έρευνες με ασθενείς που <<απωθούν>> ,νιώθοντας ενόχληση με την ακούσια παροχή πληροφοριών για την κατάστασή τους .

Ενδείκνυται επίσης η χρήση ψυχομετρικών κλιμάκων και άλλων συναφών δοκιμασιών από τον ψυχολόγο υγείας ,έτσι ώστε να εντοπιστούν οι ασθενείς , των οποίων η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και οι οποίοι ενδέχεται να ωφεληθούν λιγότερο από τις ψυχολογικές παρεμβάσεις πριν την επέμβαση από όσο οι ασθενείς με πιο ήπιο άγχος προσωπικότητας.

Η αναγκαιότητα της περιστολής του άγχους του ασθενούς κατά την προεγχειρητική περίοδο έχει προκύψει ,μεταξύ άλλων ,και από πορίσματα ερευνών τα οποία δείχνουν ότι οι ασθενείς με χαμηλές τιμές προεγχειρητικού άγχους παρουσίασαν καλύτερη προσαρμογή στο μετεγχειρητικό στάδιο από τους ασθενείς που βίωναν υψηλά επίπεδα άγχους πριν από την επέμβαση .

Ένας δεύτερος ρόλος του ψυχολόγου υγείας στην προετοιμασία του ασθενούς για την επικείμενη επέμβαση ,αλλά και για την μετεγχειρητική του προσαρμογή ,συνίσταται στην εφαρμογή κατάλληλων συμπεριφορικών ,γνωστικών ή ψυχοφυσιολογικών τεχνικών για την αντιμετώπιση του άγχους . Τέτοιου είδους τεχνικές αναφέρονται ,για παράδειγμα ,στην γνωστική επικέντρωση σε θέματα εκτός της χειρουργικής επέμβασης ,στη χαλάρωση ,καθώς και στην εξοικείωση με την πραγματικότητα της χειρουργικής εμπειρίας .

Ανάλογες τεχνικές περιστολής του χειρουργικού άγχους εστιάζονται κυρίως στη διαμόρφωση (ή και την αλλαγή) αφενός του περιεχομένου της σκέψης του ασθενούς (θεραπεία γνωστικού τύπου) και αφετέρου των αφομοιωμένων διαδικασιών συμπεριφοράς (θεραπεία συμπεριφορικού τύπου) . Αποδεικνύονται μάλιστα ιδιαίτερα χρήσιμες κυρίως σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής αντιδρά στην προοπτική της χειρουργικής επέμβασης με πανικό, φοβία και ,γενικά ,με ασυνήθιστα υψηλές τιμές άγχους .Μια πιθανή εξήγηση του μηχανισμού με τον οποίο ο ασθενής αξιολογεί την επικείμενη επέμβαση ,αλλά και κάθε εξωτερικό απειλητικό ερέθισμα γενικότερα(Lazarus & Folkman,1984) .

Η πρόσληψη ενός αγχογόνου ερεθίσματος ως απειλής διαμορφώνεται με βάση προϋπάρχοντα γνωστικά σχήματα του ατόμου σε σχέση με αγχογόνα ερεθίσματα και με την αντιμετώπιση τους .Τέτοιου είδους γνωστικά σχήματα έχουν συζητηθεί από τον Bowlby (1979). Σύμφωνα με τη θεωρία του Bowlby(1979) σχετικά με τους δεσμούς προσκόλλησης ,κάθε άτομο έρχεται στον κόσμο με μια εγγενή ικανότητα δημιουργίας δεσμών με το περιβάλλον του ,η οποία είναι απαραίτητη για την επιβίωσή του .Οι δεσμοί προσκόλλησης δημιουργούνται με τα άτομα που το φροντίζουν και του παρέχουν ασφαλές περιβάλλον

μέσα στο οποίο γνωρίζει τον κόσμο και αναπτύσσεται ,αλλά και στο οποίο μπορεί να καταφεύγει σε αγχογόνες καταστάσεις .Κατ' αυτόν τον τρόπο ,μέσω της διαδικασίας μάθησης ,σχηματίζεται το γνωστικό σχήμα της <<ασφάλειας>> ,καθιστώντας το άτομο ικανό να αξιολογεί τους κινδύνους ρεαλιστικά και να εφαρμόζει αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης του άγχους ,όντας ταυτόχρονα σε θέση να κινητοποιήσει μηχανισμούς υποστήριξης από το περιβάλλον του .Αντίθετα ,σε περιπτώσεις όπου οι δεσμοί προσκόλλησης δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς ή είναι ελλιπείς ,το άτομο αναπτύσσεται με βαθιά αίσθηση ανασφάλειας .Έτσι , οσάκις αντιμετωπίζει μια αντικειμενικά αγχογόνα κατάσταση (π.χ. χειρουργική επέμβαση) ,ενδέχεται να αντιδράσει είτε με δυσανάλογα υψηλό άγχος ,οπότε εμφανίζει αντιδράσεις πανικού ή προσήλωσης ,είτε με παντελή έλλειψη άγχους ,οπότε παρουσιάζει καταναγκαστική αυτάρκεια .Και στις δύο περιπτώσεις παρατηρείται όχι μόνον υπερβολικά υψηλό επίπεδο άγχους ,αλλά και αδυναμία επιλογής των κατάλληλων τρόπων για την αντιμετώπισή του .Για τούτο ,επιβάλλεται η χρήση εκ μέρους του ψυχολόγου υγείας κατάλληλων γνωστικών και συμπεριφορικών τεχνικών αντιμετώπισης του άγχους ,με σκοπό να τροποποιηθεί τόσο ο τρόπος σκέψης, όσο και το φάσμα συμπεριφοράς του ασθενούς σε ανάλογες περιπτώσεις ,με τελικό στόχο τον έλεγχο της έντασης των συναισθημάτων του ,την περιστολή του άγχους του και την καλύτερη προσαρμογή του ασθενούς στις εκάστοτε συνθήκες.

Η διερεύνηση της υποκειμενικής αντίληψης του <<σημείου ελέγχου>> του ασθενούς ενδέχεται να αποτελέσει τον τρίτο τύπο παρέμβασης του ψυχολόγου υγείας στο προεγχειρητικό στάδιο .Υπενθυμίζεται ότι ασθενείς που αποδίδουν την κατάσταση τους σε υποκειμενικά αίτια θεωρούνται ότι φέρουν εσωτερικό σημείο ελέγχου (internal locus of control) ,ενώ η απόδοση αιτιών σε εξωγενείς παράγοντες χαρακτηρίζει ασθενείς με εξωτερικό σημείο ελέγχου (external locus of control) .Φαίνεται ότι το σημείο ελέγχου εμπλέκεται τόσο στην διαδικασία πληροφόρησης κατά το προεγχειρητικό στάδιο, όσο και στη λήψη φαρμάκων μετεγχειρητικά ,γεγονός που καθιστά τη διερεύνησή του από τον ψυχολόγο υγείας εξαιρετικά χρήσιμη .

Όπως προέκυψε από σχετικές έρευνες ,οι ασθενείς με εσωτερικό σημείο ελέγχου συχνά εμφανίζονται ως καλύτεροι γνώστες της ανάγκης τους για αναλγητικά φάρμακα από ό,τι οι ασθενείς με εξωτερικό σημείο ελέγχου .Κατά τούτο ,οι ασθενείς της πρώτης κατηγορίας ενδέχεται να ωφελούνται περισσότερο από την παροχή πληροφοριών πριν από την επέμβαση.

3.6.2 Μετεγχειρητικό στάδιο

Με βάση τα προηγούμενα, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο ρόλος της πληροφόρησης και των γνωστικο-συμπεριφορικών τεχνικών ψυχοθεραπείας στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς που αντιμετωπίζει την προοπτική της χειρουργικής επέμβασης είναι κρίσιμος τόσο στο προεγχειρητικό ,όσο και στο μετεγχειρητικό στάδιο .

Σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων ,θα ήταν σκόπιμο να τονιστεί το γεγονός ότι η αξιολόγησή τους βασίζεται στις επιδράσεις τους στη διάθεση και τα επίπεδα πόνου του ασθενούς κατά την χειρουργική περίοδο , στην λήψη φαρμάκων (συχνότητα και ποσότητα) ,στη

συμπεριφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο ,στο χρόνο της εκεί παραμονής του μετά την επέμβαση κ.λ.π.

Πρόσθετες παράμετροι αξιολόγησης θεωρούνται η ανάρρωση ,το ευνοϊκό αποτέλεσμα της χειρουργικής παρέμβασης και η μετεγχειρητική προσαρμογή του ασθενούς .Εφόσον στις έρευνες που αφορούν στην αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων χρησιμοποιούνται ποικίλα αξιολογικά κριτήρια χωρίς αδιαμφισβήτητη εγκυρότητα ,θα πρέπει να δοθεί προσοχή στην πιθανή ύπαρξη προκατειλημμένων συμπερασμάτων που προκύπτουν από ανάλογες έρευνες .Τα ερωτήματα που γεννώνται σε αυτό το σημείο είναι ,μεταξύ άλλων τα εξής: Τι θεωρείται αποτελεσματικό; Τι έχει αντικειμενική ισχύ; Και τι εν τέλει, αντανακλά την υποκειμενική εμπειρία βελτίωσης του ασθενούς ; (Johnston,1988) .

Άλλες παρεμβάσεις του ψυχολόγου υγείας στη χειρουργική συνίσταται στη διερεύνηση του τύπου της κοινωνικής υποβοήθησης που ο ασθενής χρειάζεται ,στην ψυχολογική υποστήριξη του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος ,καθώς και στην διευκόλυνση της ενδονοσοκομειακής επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που τον περιθάλλει .

Η κοινωνική υποστήριξη του ασθενούς ,τόσο από το στενό οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον, όσο και από το προσωπικό του νοσοκομείου αποτελεί έναν από τους αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης του άγχους υποβοηθώντας την ταχύτερη ανάρρωση του οργανισμού κατά τη μετεγχειρητική περίοδο .Παρ' όλα αυτά ,η κοινωνική υποστήριξη αποδίδει τα μέγιστα στο ψυχοσωματικό <<ευ ζην>> του ασθενούς ,όταν παράλληλα ο ψυχολόγος υγείας διερευνά θέματα που σχετίζονται με τις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς για κοινωνική υποστήριξη όσον καιρό ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο μετά το πέρας της επέμβασης (Johnston,1988) .

Ένας άλλος τομέας πεδίου δράσης του ψυχολόγου υγείας στο νοσοκομείο κατά το μετεγχειρητικό στάδιο είναι η υποστήριξη της οικογένειας του χειρουργημένου ασθενούς ,με σύντομες συνεδρίες συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής εκπαίδευσης .Καθίσταται συχνά αναγκαίο να διερευνηθούν θέματα όπως για την οικογένεια μιας χειρουργικής επέμβασης σε ένα από τα μέλη της ,οι πιθανές μακροπρόθεσμες συνέπειες στο ρυθμό της καθημερινής ζωής (π.χ. οικονομικά προβλήματα κατά την μετεγχειρητική περίοδο) ,η αντιμετώπιση αυτών των συνεπειών ,οι τρόποι με τους οποίους τα μέλη της οικογένειας βιώνουν και αντιμετωπίζουν το άγχος που προκλήθηκε από την επέμβαση του στενού συγγενούς και, τέλος ,η συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεται ο ασθενής ,έτσι ώστε το οικογενειακό περιβάλλον να συμβάλλει στην ταχύτερη και πληρέστερη ψυχοφυσιολογική αποκατάστασή του .

Μερικοί από τους λόγους εξαιτίας των οποίων ο ψυχολόγος υγείας απουσιάζει συνήθως από το νοσοκομειακό περιβάλλον έχουν να κάνουν με την κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου, η οποία εκδηλώνεται ,ανάμεσα στα άλλα ,στην ίδια την συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Έτσι λ.χ. έχει παρατηρηθεί ό,τι ,στην προσπάθεια του να καθησυχάσει τους ασθενείς ,το νοσηλευτικό προσωπικό συχνά μειώνει τη σοβαρότητα της κατάστασης ,δεν διαθέτει χρόνο να ασχοληθεί

με τις πιθανές αντιδράσεις του ασθενούς ή δημιουργεί υπερβολικά θετικές προσδοκίες για την έκβαση της εγχείρησης .Κατ' αυτόν όμως τον τρόπο ,ο ασθενής ενδέχεται να μείνει με την εντύπωση 'ότι του αποκρύπτουν ζωτικές πληροφορίες για την κατάστασή του ή ότι υποτιμούν την νοημοσύνη του ,με αποτέλεσμα να νιώθει αποκομμένος ,μόνος και αβοήθητος ,και συνεπώς να μην συνεργάζεται με το προσωπικό του νοσοκομείου .Οι ιατροί και οι νοσηλευτές δεν φαίνεται να γνωρίζουν τι πραγματικά απασχολεί έναν ασθενή που υφίσταται την εμπειρία του χειρουργείου ,είτε επειδή δεν διαθέτουν χρόνο για την συζήτηση παρόμοιων θεμάτων είτε επειδή δεν θεωρούν αναγκαία τη συζήτηση είτε ,τέλος ,επειδή δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι στη συλλογή τέτοιου είδους πληροφοριών από τους ασθενείς .Σε αντίθετες περιπτώσεις ,το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σε θέση να εντοπίζει τις ανησυχίες των χειρουργημένων ασθενών και να τους προσφέρει ανακούφιση .Επιπλέον ,όσον αφορά στην επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και ασθενών ,είναι πιθανόν οι αντιλήψεις των ιατρών να εμποδίζουν τη ρεαλιστική εκτίμηση των ανησυχιών και των αναγκών των ασθενών .Για παράδειγμα ,οι χειρουργοί τείνουν να αποφεύγουν συζητήσεις για θέματα ,όπως ο πόνος μετά την εγχείρηση ,οι παρεπόμενοι κίνδυνοι ,η έκβασή της και οι εναλλακτικές λύσεις εκτός από την επέμβαση (Johnston,1988) .

Τέλος ,και σε σχέση πάντοτε προς τις δυσχέρειες της ενδονοσοκομειακής επικοινωνίας με τους ασθενείς, ο ψυχολόγος υγείας θα μπορούσε να προβεί σε εξαιρετικά χρήσιμες ενέργειες για την διευθέτηση διαφορών ,την παροχή πληροφοριών στον ασθενή σε κατάλληλο χρόνο και με ανάλογες μεθόδους ,όπως επίσης και στην διεξαγωγή σεμιναρίων σχετικά με θέματα αφενός συμβουλευτικής υποστήριξης και ψυχολογικής εκπαίδευσης προς τους χειρουργημένους ασθενείς και αφετέρου τεχνικών επικοινωνίας προς το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό .

3.6.3 Στάδιο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

Ενώ στην προεγχειρητική φάση ο ψυχολόγος υγείας ασχολείται κυρίως με την ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και στην μετεγχειρητική με την περιστολή του άγχους του χειρουργημένου ασθενούς ,τη μείωση του πόνου που βιώνει και την ψυχολογική υποστήριξη τόσο του ασθενούς ,όσο και των συγγενών του ,στο στάδιο που ακολουθεί την έξοδο από το νοσοκομείο, ο ψυχολόγος υγείας είναι επίσης σε θέση να συμβάλλει στην ολική αποκατάσταση του ασθενούς .Τούτο είναι δυνατό με την οργάνωση συναντήσεων με τον χειρουργημένο ασθενή επί μακρό χρονικό διάστημα μετά την επέμβαση ,με σκοπό την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και πληροφόρησης για την διατήρηση υγιών προτύπων συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της επανένταξης του ασθενούς και με απώτερο στόχο την αποφυγή μακροπρόθεσμων επιπλοκών στην υγεία του .Ο ασθενής ενδέχεται μάλιστα να χρειαστεί περαιτέρω ψυχοθεραπεία ,έτσι ώστε η αποκατάσταση του να είναι μόνιμη και ουσιαστική. Σε αυτήν την περίπτωση ,και με την σύμφωνη γνώμη του ασθενούς ,ο ψυχολόγος υγείας μπορεί να εφαρμόσει κατάλληλες τεχνικές βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με στόχο τη βαθύτερη επαφή του χειρουργημένου ασθενούς με την πηγή και την φύση των αντιδράσεων και συναισθημάτων του και, κατ' ακολουθία, τη μεγαλύτερη πιθανότητα ελέγχου τους .

Η χρησιμότητα της βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας κατά την αποκατάσταση του ατόμου στο στάδιο που ακολουθεί την έξοδο από το νοσοκομείο σχετίζεται με την απαλλαγή από ανεξέλεγκτες ασυνείδητες διαδικασίες ,οι οποίες ενδέχεται να δημιουργήσουν υπερβολικές αντιδράσεις άγχους στο χειρουργημένο ασθενή, δυσχεραίνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την ομαλή σωματική και ψυχοκοινωνική προσαρμογή του στους κανονικούς ρυθμούς ζωής .Εκτός από την θεωρία της προσκόλλησης (Bowlby,1979) ,η οποία έχει ήδη αναφερθεί ,οι Wortall και May (1989) επιχείρησαν να εξηγήσουν το μηχανισμό βίωσης δυσανάλογα υψηλών τιμών άγχους σε σχέση με την πραγματική σοβαρότητα ενός αγγογόνου ερεθίσματος ,αναπτύσσοντας την έννοια του <<πυρηνικού άγχους>> .Αν ο ασθενής βιώνει ασυνήθιστα υψηλό άγχος κατά την συνολική χειρουργική περίοδο ,ενδέχεται να επηρεάζεται ασυνείδητα από <<υπολείμματα>> προηγούμενων αγγογόνων ερεθισμάτων ,τα οποία προσομοιάζουν την εμπειρία της χειρουργικής επέμβασης ως εμπειρίας άκρως απειλητικής και επικίνδυνης για την επιβίωσή του .Τα εν λόγω αγγογόνα υπολείμματα προηγούμενων εμπειριών ,τα οποία συνιστούν υψηλό πυρηνικό άγχος, μπορούν να μεταφερθούν στο συνειδητό του ατόμου μέσω της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας και έτσι να ξεπεραστούν .Ενδέχεται τότε να επέλθει περιστολή της έντασης του άγχους σχετικά με οποιοδήποτε εξωτερικό απειλητικό ερέθισμα ,όπως στην περίπτωση της χειρουργικής επέμβασης .Εφόσον το άτομο δεν θα διοχετεύει πλέον τα αποθέματα της ψυχικής του ενέργειας στη διατήρηση εύθραυστων ενδοψυχικών ισορροπιών ,αλλά στην καλύτερη προσαρμογή του στις εκάστοτε συνθήκες, ενδέχεται να ανακαλύψει αποτελεσματικότερους τρόπους αντιμετώπισης του άγχους .

Η αξιολόγηση των εν λόγω παρεμβάσεων κατά την αποκατάσταση των ασθενών που έχουν υποστεί χειρουργική επέμβαση είναι δυνατή με το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων ,με τα οποία διερευνώνται η καταλληλότητα και η αποτελεσματικότητα ποικίλων συμπεριφορικών και γνωστικών θεραπευτικών τεχνικών ,σε αντιπαράθεση ή και σε συνδυασμό με τεχνικές βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στη μακροπρόθεσμη αποκατάσταση του ατόμου μετά από χειρουργικές επεμβάσεις .

4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

4.1 ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η γνώση για τη διεργασία της γήρανσης έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία 40 χρόνια . Η γεροντολογία είναι η επιστημονική και συμπεριφορική μελέτη όλων των διαστάσεων της γήρανσης και των συνεπειών της .Οι φυσιολογικές αλλαγές που προκύπτουν με τη γήρανση είναι αποτέλεσμα σύνθετων αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γενετικών ,των βιολογικών συστημάτων ,και του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος .Η ασθένεια περιπλέκει την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται και να διατηρεί τη λειτουργική του υγεία (η ικανότητα να εκτελεί τις συνήθειες και επιθυμητές καθημερινές δραστηριότητες) .Η πνευματική ή σωματική εξασθένιση του ηλικιωμένου ατόμου μπορεί συχνά να μην

σχετίζεται με τη διεργασία της γήρανσης ,αλλά να πηγάζει από την έλλειψη υποστηρικτικής φροντίδας και υπηρεσιών που θα μπορούσαν να προλάβουν την ασθένεια και να διατηρήσουν την ικανότητα του να λειτουργεί ικανοποιητικά .

Η αύξηση του γερασμένου πληθυσμού έχει επιβαρύνει αισθητά τα συστήματα υγείας που παραδοσιακά επικεντρώνονται στις θεραπείες και τα οξέα νοσήματα .Η φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενούς με χρόνια προβλήματα υγείας θα πρέπει να εστιάζει στους στόχους του ασθενούς και της οικογένειάς του και να προάγει τη λειτουργική υγεία και την ανεξάρτητη διαβίωση όσο το δυνατόν περισσότερο .Η γηροντολογική νοσηλευτική συνδυάζει τις βασικές γνώσεις και δεξιότητες της νοσηλευτικής με την εξειδικευμένη γνώση της διεργασίας της γήρανσης όσον αφορά την υγεία και την ασθένεια .

4.2 ΣΥΝΗΘΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη φροντίδας για την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας, ανευρίσκονται σε όλους τους χώρους παροχής φροντίδας υγείας , όπως νοσοκομεία ,ιδρύματα χρόνιας φροντίδας ,τμήματα επειγόντων περιστατικών , ιατρεία και σπίτια .Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να βασίζεται στους ακόλουθους παράγοντες :

- Τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας ,αλλά είναι λειτουργικά για την κοινότητα ,με αποτέλεσμα να επωφελούνται από παρεμβάσεις προσανατολισμένες προς την κατεύθυνση της προαγωγής της ευεξίας .

- Τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο ευάλωτα σε οργανικά ,συναισθηματικά ,και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα απ' ότι άτομα άλλων ηλικιακών ομάδων ,και πιθανόν να απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα προκειμένου να καταστεί δυνατή η προαγωγή και διατήρηση της υγείας τους .

4.2.1 Χρόνια Ασθένεια

Η πιθανότητα νόσησης αυξάνεται με την ηλικία .Τα συχνότερα χρόνια νοσήματα των ηλικιωμένων ατόμων είναι η αρθρίτιδα ,η υπέρταση ,οι ακουστικές διαταραχές και τα καρδιαγγειακά νοσήματα .Άλλες αιτίες νοσημάτων είναι ή αναπηριών είναι περιλαμβάνουν τα κατάγματα ,τις πνευμονίες ,τα τροχαία δυστυχήματα ,και τις πτώσεις που μπορούν να εξελιχθούν σε χρόνια προβλήματα υγείας .Οι κυριότερες αιτίες θανάτου στα ηλικιωμένα άτομα (7 στους 10 θανάτους) είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα ,ο καρκίνος και τα εγκεφαλικά επεισόδια .

Αν και η ασθένεια επηρεάζει όλες τις διαστάσεις του ατόμου ,ανεξάρτητα από την ηλικία, τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να μάθουν να ανέχονται ποικιλία προβλημάτων καθώς ζουν με χρόνια νοσήματα .Συχνά στους ηλικιωμένους ,ταυτόχρονα με την γήρανση εμφανίζονται και τα χρόνια νοσήματα .Τα προβλήματα της προχωρημένης ηλικίας και τα προβλήματα των χρόνιων νοσημάτων αλληλεπιδρούν ,αυξάνοντας τα προβλήματα σε όλους τους τομείς της ζωής ,όπως στην αυτοφροντίδα ,

στον τρόπο ζωής ,στην οικονομική κατάσταση ,στην κοινωνική ζωή και στην διαχείριση του σπιτιού.
Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα :

- Τα χρόνια νοσήματα περιορίζουν τις δραστηριότητες σε περίπου 15% του πληθυσμού ,αλλά σχεδόν το 50% των ατόμων άνω της ηλικίας των 65 ,έχουν περιορισμούς ως αποτέλεσμα ενός ή περισσότερων χρόνιων νοσημάτων .

- Η κάλυψη των δαπανών της φροντίδα υγείας είναι συχνά δύσκολη για τα ηλικιωμένα άτομα και τις οικογένειες τους .Το κόστος των φαρμάκων για τα χρόνια νοσήματα συνεχίζεται για όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου ,με τους συνδυασμούς των φαρμάκων να αποτελούν μάλλον τον κανόνα παρά την εξαίρεση .Οι δαπάνες για την νοσοκομειακή φροντίδα συνεχίζουν να αυξάνονται ,και το κόστος της χρόνιας φροντίδας υψηλής ποιότητας ,μπορεί να ξεπερνά τις οικονομικές δυνατότητες του ασθενούς ή της οικογένειας του .Επιπρόσθετα ,οι ειδικές δίαιτες ,ο ειδικός εξοπλισμός , ή άλλα υγειονομικά υλικά αυξάνουν τις οικονομικές δυσκολίες .

- Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες του άρρωστου ατόμου .Σ' αυτές περιλαμβάνονται η προσωπική υγιεινή ,η χορήγηση φαρμάκων ,οι ειδικές δίαιτες ,η απέκκριση ,οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ,και η αναγνώριση συμπτωμάτων που απαιτούν θεραπευτική αντιμετώπιση .Επίσης ,τα μέλη της οικογένειας πρέπει ,να προσαρμοστούν σε ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες που έχουν την μορφή αλλαγών στην επικοινωνία ,αλλαγών στους ρόλους (για παράδειγμα ,η ηλικιωμένη μητέρα στην ουσία γίνεται η ίδια το παιδί) ,και αλλαγών στον ίδιο τρόπο ζωής τους καθώς αναλαμβάνουν να παρέχουν τη φροντίδα υγείας .

Μερικά και από άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι και τα παρακάτω:

4.2.2 Πόνος

Ο πόνος είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και έχει τρία βασικά συστατικά :

- Το συστατικό της αισθηματικής κινητοποίησης (υποκειμενική εκτίμηση του πόνου)
- Το συστατικό της συναισθηματικής κινητοποίησης (το άτομο απαντά συγκινησιακά στην εμπειρία του πόνου)
- Το γνωστικό συστατικό (περιλαμβάνει παλιές εμπειρίες του πόνου και συμπεριφορές ως προς αυτόν).

Ο πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο λέει ότι είναι πόνος και οπουδήποτε αυτό λέει ότι υπάρχει πόνος . Η ευαισθησία στον πόνο είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ποσοτικά .Εντούτοις ,υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πόνος μετά το 70ο έτος μειώνεται σημαντικά .

Ο ηλικιωμένος παρουσιάζει ορισμένες αντιδράσεις στον πόνο :

- Κλινική αντίδραση: θέση του σώματος ,προστατευτικά μέτρα κατά των κατακλίσεων ,έγερση ,ντύσιμο .
- Αυτόνομη αντίδραση: σφυγμός ,καρδιακές αρρυθμίες ,αρτηριακή πίεση ,εφιδρώσεις
- Ψυχική αντίδραση: άγχος, ψυχοτραυματικές εμπειρίες ,λεκτική και μη λεκτική αντίδραση.

Ακόμη μπορούμε να αντλήσουμε ορισμένες υποκειμενικές πληροφορίες για: α)τη φύση του πόνου (οξύς, αμβλύς ,διαξιφιστικός) β) την ένταση του πόνου (ήπιος ,μέτριος ,δριμύς) γ) την έναρξη του πόνου (ξαφνική ,προοδευτική ,με σπασμούς) δ) τον τρόπο εμφάνισης του (μετά από προσπάθεια ή μετά από απότομες κινήσεις) .

Η αντιμετώπιση του πόνου αρχίζει με απλές νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως :

- Εξασφάλιση ευχάριστου περιβάλλοντος
- Αλλαγή θέσης σώματος
- Ελαφρά εντριβή και απ(α)λό massage
- Θερμά ή ψυχρά επιθέματα (ανάλογα)
- Ενίσχυση με βιταμίνη B-complex
- Χαλάρωση και θεραπεία συμπεριφοράς
- Επικοινωνία με τον ηλικιωμένο

4.2.3 Διαταραχή του ύπνου

Ύπνος είναι μία περίοδος χαλάρωσης όμοια με την κωματώδη κατάσταση .Το άτομο δεν είναι αναίσθητο, η αντίληψη του περιβάλλοντος είναι ελαττωμένη αλλά όχι απύσχα (είναι δηλαδή μια προσωρινή περιοδική παύση ή διακοπή της αφυπνιστικής κατάστασης ,η οποία επικρατεί σε υγιή ενήλικα0 .Η εναλλαγή ύπνου –αφύπνισης στον καθορισμένο κύκλο του 24ώρου ονομάζεται βιολογικό ρολόι του ανθρώπου .Η αδυναμία πραγματοποίησης αυτού του κύκλου είναι γνωστή ως <<αϋπνία>>.

Για την αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην:

- Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος
- Εξασφάλιση κατάλληλης θερμοκρασίας
- Εξασφάλιση καθαρής και ασφαλούς κλινοστρωμνής
- Καταπολέμηση του άγχους ,της ανησυχίας και της κατάθλιψης
- Κάλυψη των βιολογικών αναγκών (πείνα, δίψα)
- Αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας του εντέρου και της κύστης
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

4.2.4 Διαταραχές της κινητικότητας

Η ικανότητα να κινείται ο ηλικιωμένος άνετα και ελεύθερα αποτελεί την άριστη κτήση της ισορροπίας όλων των οργάνων καθώς και την ισορροπία όλων των βιο-ψυχο-κοινωνικών λειτουργιών του οργανισμού .

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις :

- Τροποποίηση των αρχιτεκτονικών εμποδίων (σκαλοπάτια κ.τ.λ) .

- Απομάκρυνση των εμποδίων από το χώρο που ζει ο ηλικιωμένος .
- Εξασφάλιση βοηθητικών μέσων βάδισης (πατερίτσες , αναπηρική καρέκλα) .
- Τοποθέτηση ειδικού τραπεζιού στο κρεβάτι .
- Στηρίγματα στο διάδρομο και την τουαλέτα .
- Σχολαστική φροντίδα για την πρόληψη των κατακλίσεων .
- Φυσικοθεραπεία για την λειτουργικότητα των αρθρώσεων

4.3 ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων σχεδόν πάντα είναι πολυπαραγοντικά . Συχνά , είναι επακόλουθα του φυσιολογικού γήρατος , το οποίο καθιστά το γηρασμένο οργανισμό λιγότερο ικανό να απαντήσει στις προσβολές και στις προ(σ)κλήσεις που κατά το παρελθόν δεν τον προβλημάτιζαν . Με το πέρασμα του χρόνου η ικανότητα του οργανισμού να διατηρήσει την ομοιόσταση μειώνεται , με αποτέλεσμα να εμφανίζονται οξεία ή και χρόνια νοσήματα σε μεγαλύτερη συχνότητα .

Μερικά απ' αυτά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι τα εξής :

Αφυδάτωση

Αναπνευστικές λοιμώξεις

Ουρολοιμώξεις

Καρκίνος

Αξίζει ν' αναφερθούν λίγα στοιχεία για το καθένα απ' αυτά :

4.3.1 Αφυδάτωση

Η αφυδάτωση στους ηλικιωμένους είναι από τις πιο κοινές διαταραχές των υγρών ή των ηλεκτρολυτών του οργανισμού . Πολύ συχνά , η απώλεια νερού συνοδεύεται με υπερνατρίαμια , η οποία προκαλεί σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα . Επιπλέον , η αφυδάτωση ευθύνεται για ένα μεγάλο αριθμό εισαγωγών στο νοσοκομείο , γεγονός που υποχρεώνει τους νοσηλευτές να γνωρίζουν καλά τους μηχανισμούς ομοιόστασης καθώς και τους παράγοντες που τους απορυθμίζουν .

4.3.2 Αναπνευστικές λοιμώξεις

Κάνοντας αναφορά στις αναπνευστικές λοιμώξεις κυρίως εννοούμε την πνευμονία , η οποία εξακολουθεί να παραμένει μια από τις βασικές αιτίες θανάτου για τους ηλικιωμένους .

Η πνευμονία είναι φλεγμονή του πνευμονικού παρεγχύματος , που πολύ συχνά συνοδεύεται με υγρό στις κυψελίδες .

Οι κυριότερες αιτίες που προκαλούν την πνευμονία είναι :

- *Οι διάφορες λοιμώξεις*
- *Τα χημικά ερεθίσματα*
- *Η ραδιοθεραπεία και*
- *Η υπερευαισθησία του ατόμου*

Εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν με την ηλικία ,η πνευμονία μπορεί να αποβεί θανατηφόρα για τους ηλικιωμένους .Από αυτές τις αλλαγές ως κυριότερες ενοχοποιούνται :η ελαττωμένη ανταλλαγή αερίων ,ο ανεπαρκής αερισμός ,ο δυσχερής έλεγχος του αναπνευστικού κέντρου και η εξασθένιση της ανοσοποιητικής λειτουργίας .

4.3.3 Ουρολοιμώξεις

Οι νοσοκομειακές ουρολοιμώξεις μεταδίδονται συνήθως με τους ακόλουθους τρόπους :

Κατά την διάρκεια του καθετηριασμού της κύστης ή μετά απ 'αυτόν .

Κατά την διαδικασία των ουρογεννητικών επεμβάσεων .

Κατά τις ουρολογικές εξετάσεις με τη χρησιμοποίηση των διαφόρων οργάνων .

Ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης είναι ο σοβαρότερος παράγοντας κινδύνου των ουρολοιμώξεων .Από κλινικής άποψης ,οι περισσότερες ουρολοιμώξεις που συνοδεύουν τον καθετηριασμό της κύστης χαρακτηρίζονται ως καλοήθειες (ασυμπτωματικές) ,επειδή μόνο το 20-30% απ' αυτές προκαλεί κλινικές εκδηλώσεις χαρακτηρίζοντας αυτό το ποσοστό ως συμπτωματικές βακτηριουρίες .

Ίσως το μοναδικό και περισσότερο αποτελεσματικό μέτρο στην πρόληψη των ουρολοιμώξεων είναι η αποφυγή του καθετηριασμού ,όπου είναι δυνατόν .Αλλά ,όταν υπάρχουν ενδείξεις καθετηριασμού ,αυτές πρέπει να αναθεωρούνται καθημερινά ,αφού ο κίνδυνος ανάπτυξης βακτηριουρίας σχετίζεται με τη διάρκεια καθετηριασμού .Μέτρο εξίσου σημαντικό στην πρόληψη των ουρολοιμώξεων είναι και αυστηρή προσήλωση των γιατρών και των νοσηλευτών στις άσηπτες τεχνικές κατά την εκτέλεση της διαδικασίας του καθετηριασμού της ουροδόχου κύστης .

4.3.4 Καρκίνος

Ο καρκίνος –σύνθετος και ευρύς στο στόχο του – μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό ,όργανο και σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού .Αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας ,ειδικότερα στις ανεπτυγμένες χώρες . Συγκεκριμένα ,στα ηλικιωμένα άτομα ο καρκίνος στην αρχική του φάση αναπτύσσεται περισσότερο σιωπηλά και πιο ύπουλα .Οι ηλικιωμένοι ασθενείς διαφοροποιούνται από τις άλλες ηλικίες ως προς τον πόνο ,ο οποίος δεν εκδηλώνεται με την ίδια ένταση όπως στους νέους ,επειδή αμβλύνεται και πολλές φορές οι ηλικιωμένοι δεν το αναφέρουν .Θεωρούν ότι είναι κάτι συνηθισμένο της ηλικίας και θα περάσει .

Είναι γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι καρκινοπαθείς συνήθως είναι χρόνιοι ασθενείς και χρειάζονται μακροχρόνια θεραπεία .Η φθίνουσα πορεία της νόσου εναλλάσσεται με υφέσεις και εξάρσεις ,οι οποίες επηρεάζουν σε βάθος όχι μόνο τον άρρωστο αλλά και ολόκληρη την οικογένειά του ,με αποτέλεσμα να χρειάζονται όλοι βοήθεια .

Οι ηλικιωμένοι ογκολογική ασθενείς ,οι οποίοι με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζουν πολλαπλά προβλήματα και αυξημένες ανάγκες υγείας ,χρειάζονται εντατική υποστηρικτική νοσηλευτική

φροντίδα, που μπορεί να μειώσει την εξάρση, την αβεβαιότητα και το άγχος και να αυξήσει την αυτοεκτίμηση, τη γενική ευεξία, ακόμα και την ανοσολογική λειτουργία και την επιβίωση των ασθενών αυτών.

Η νοσηλευτική παρέμβαση στη φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών επικεντρώνεται στις εξής περιοχές:

- Στην παρεμπόδιση της εξέλιξης της νόσου.
- Στον έλεγχο των συμπτωμάτων.
- Στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των συγγενών του.
- Στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή.
- Στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενούς.

4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Αν και εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που προσαρμόζεται στις ανάγκες του ηλικιωμένου ασθενούς περιγράφεται σε όλη την έκταση αυτού του κειμένου, εδώ περιλαμβάνονται οι γενικές επιπτώσεις που αφορούν αυτή τη φροντίδα. Ο νοσηλευτής πρέπει αναγνωρίζοντας τις οργανικές και ψυχοκοινωνικές αλληλεπιδράσεις να αντιμετωπίζει τον ηλικιωμένο ασθενή ολιστικά.

Η ασθένεια μπορεί να διαταράξει σοβαρά την ικανότητα του ηλικιωμένου ατόμου να λειτουργήσει ανεξάρτητα. Ο ασθενής βρίσκεται κάτω από αυξημένη σωματική και συναισθηματική ένταση, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών, λόγω της έλλειψης φυσικών αποθεμάτων. Όταν ο ασθενής εισαχθεί στο νοσοκομείο ή σε κάποιο άλλο ίδρυμα, οι αλληλεπιδράσεις με την οικογένεια και την κοινότητα περιορίζονται σημαντικά. Το ίδιο το περιβάλλον της οξείας φροντίδας προσθέτει νέους στρεσογόνους παράγοντες, όπως διαγνωστικές δοκιμασίες, θεραπευτικά σχήματα και χειρουργικές επεμβάσεις. Η άγνωστη ρουτίνα και τα νέα ερεθίσματα από το περιβάλλον, πιθανά παρεμποδίζουν την ικανότητα του ηλικιωμένου ατόμου να κατανοήσει και να ελέγξει το νέο περιβάλλον. Το ηλικιωμένο άτομο είναι πιθανότερο από ένα νέο ενήλικα να αντιμετωπίσει πολυοργανικές διαταραχές, ιατρογενείς επιπλοκές (αυτές που προκαλούνται από φάρμακα ή άλλες θεραπείες), ατυχήματα, όπως πτώσεις, και αυξημένη εξάρτηση και σύγχυση.

Οι κυριότεροι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο να συνεχίσει να λειτουργεί όσο το δυνατό πιο ανεξάρτητα και να αναπτύσσει το μέγιστο δυναμικό του. Ο νοσηλευτής συνεργάζεται με την οικογένεια και τους άλλους επαγγελματίες υγείας για την πρόληψη των επιπλοκών, την εξασφάλιση ασφαλούς και άνετου περιβάλλοντος και την προαγωγή της ευεξίας. Οι γενικές οδηγίες για τη νοσηλευτική φροντίδα σκιαγραφούνται στο πλαίσιο που ακολουθεί:

4.4.1 Οδηγίες για την Νοσηλευτική Φροντίδα

Φροντίδα των Ηλικιωμένων Ατόμων

- Διατήρηση των φυσικών αποθεμάτων τους ασθενούς .Προσεκτική αξιολόγηση του ασθενούς για την έγκαιρη ανακάλυψη επιπλοκών .
- Πρόληψη πολυοργανικών επιπλοκών .Φροντίδα για την διατήρηση της σωματικής ακεραιότητας και λειτουργίας ,όπως φροντίδας δέρματος και προγραμματισμός περιόδων ανάπαυσης και δραστηριοτήτων .Διδασκαλία του ασθενούς και των μελών της οικογένειας σχετικά με τα ποια συμπτώματα θα πρέπει να αναφέρονται στον επαγγελματία υγείας .
- Παροχή ασφαλούς και τακτοποιημένου περιβάλλοντος με σωστή θερμοκρασία και φωτισμό. Εάν το περιβάλλον είναι άγνωστο ,προσανατολισμός του ασθενούς όσον αφορά στο πρόγραμμα και τον εξοπλισμό του χώρου .Διδασκαλία μέτρων ασφάλειας στο σπίτι , όπως κάποιο φως αναμμένο τη νύχτα ,αποφυγή μικρών χαλιών και αντικειμένων στο δάπεδο και μπάρες ασφαλείας γύρω από την μπανιέρα και την τουαλέτα .
- Επιβράδυνση του ρυθμού παροχής της φροντίδας .Ο ασθενής πρέπει να έχει στην διάθεσή του αρκετό χρόνο για να πραγματοποιήσει τις διάφορες δραστηριότητες ,ειδικά εκείνες που απαιτούν συντονισμό κινήσεων ,όπως η ένδυση και η λήψη τροφής .
Προαγωγή της ανεξαρτησίας .Διδασκαλία της οικογένειας να επιτρέπει στον ασθενή την αυτοφροντίδα όσο το δυνατόν περισσότερο .
- Επαγρύπνηση για τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα .Παροχή φροντίδας σε κάθε ασθενή ως μοναδικού προσώπου .Αν και πολλοί ηλικιωμένοι έχουν συχνά παρόμοιες ανάγκες ,παράγοντες όπως το υπόβαθρο του ατόμου ,τα ενδιαφέροντά του ,οι δυνατότητες, οι αξίες ,η καλλιέργεια και ο τρόπος ζωής μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο .
- Προαγωγή της συνεχούς εξέλιξης .Παροχή βοήθειας στο ηλικιωμένο άτομο και την οικογένεια του προκειμένου να αποδεχτούν τους σωματικούς περιορισμούς που επιβάλλει η ηλικία του .Συνεργασία για την προσαρμογή του περιβάλλοντος έτσι ώστε να μπορεί να διατηρηθεί η λειτουργική υγεία του ασθενούς .Ο νοσηλευτής πρέπει να θέτει στον εαυτό του τα ακόλουθα ερωτήματα :
 - Έχει το ηλικιωμένο άτομο εμφανή εξελικτικά ελλείμματα που πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω ;
 - Μήπως ο ιδρυματισμός ή η απομόνωση στερεί από τον ασθενή ή την οικογένεια του κάποιες φυσιολογικές ανάγκες ή δραστηριότητες ;
 - Αντιμετωπίζει το άτομο προβλήματα στη φυσιολογική διεργασία της μάθησης λόγω σωματικών ή αισθητηριακών περιορισμών ;
 - Πώς μπορούν να βοηθήσουν το άτομο ή την οικογένειά του στην ανεύρεση δημιουργικών εναλλακτικών λύσεων για την επίτευξη των εξελικτικών θεμάτων ;
- Ενημέρωση για τις διαθέσιμες πηγές της κοινότητας .Συνεργασία με την ομάδα φροντίδα υγείας για την παροχή πληροφοριών και της οικογένειάς του στις διάφορες πηγές .

5. ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Όπως περιγράφουν οι Myers και Sharpe (1990) ,οι τραυματισμοί που προκύπτουν στα ηλικιωμένα άτομα <<αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα όσον αφορά τη θνησιμότητα ,τη νοσηρότητα ,τις αλλαγές στο επίπεδο αυτοφροντίδας ,την ταλαιπωρία ,τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας ,το κόστος και την ποιότητα ζωής>>. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν αυξημένο κίνδυνο για τυχαία τραυματισμούς ,εξαιτίας αλλαγών στην όραση και ακοής , απώλειας της μυϊκής μάζας και ισχύος ,επιβράδυνσης των αντανακλαστικών και μεγαλύτερου χρόνου αντίδρασης ,καθώς και μειωμένης ικανότητας αντίληψης των ερεθισμάτων .Επιπρόσθετα ,οι επιδράσεις των χρόνιων νοσημάτων και των φαρμάκων , μπορούν να κάνουν το ηλικιωμένο άτομο περισσότερο επιρρεπές σε τυχαίους τραυματισμούς .

Οι τραυματισμοί που προκύπτουν από πτώσεις αποτελούν τις πλέον σοβαρές απειλές .Οι πτώσεις μπορεί να συμβούν στο σπίτι ,στην κοινότητα ,ή στο ίδρυμα φροντίδας υγείας .Η αιτιολογία των πτώσεων είναι πολυπαραγοντική .Οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε : α) φυσικούς β)ψυχολογικούς και γ) περιβαλλοντικούς .Από πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο των Αθηνών προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των πτώσεων ανήκει στην ομάδα ηλικίας άνω των 60 ετών και ως προς το φύλο υπερτερούν οι άνδρες .
- Αναφορικά με τον τόπο της πτώσης οι περισσότεροι αναφέρουν πτώση από κρεβάτι .
- Ως προς το χρόνο της πτώσης η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται μεταξύ της 5ης και της 6ης πρωινής ώρας .
- Οι ασθενείς που παρουσίασαν μώλωπες είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό

Παράγοντες που εντοπίστηκαν είναι :

- *Μετεγχειρητικοί*
- *Νεοπλασματικές επεξεργασίες*
- *Ασθενείς με ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα*
- *Ασθενείς με αναιμίες*
- *Παθολογικά νοσήματα*

Αίτια πτώσεων :

- 1.περιβαλλοντικά : έπιπλα ,χαλαρά πατάκια ,ακατάστατο περιβάλλον ,ανεπαρκής φωτισμός, ύψος του κρεβατιού
2. ψυχολογικά : stress ,κατάθλιψη ,φόβος ,σύγχυση ,επανειλημμένες πτώσεις .

3. αισθητηριακά : μειωμένη οπτική οξύτητα ,δυσλειτουργία του αιθουσαίου νεύρου .
4. νευρολογικά : εγκεφαλικά επεισόδια ,επιληπτική κρίση ,νόσος του Parkinson .
5. καρδιολογικά : συγκοπτικά επεισόδια ,ορθοστατική υπόταση ,καρδιακή ανεπάρκεια .
6. μεταβολικά : υπογλυκαιμία ,υπερκαλιαιμία ,υπερθυρεοειδισμός .
7. μυοσκελετικά : αυχενικό σύνδρομο ,μυϊκή αδυναμία .

Εκπαίδευση των ηλικιωμένων για την πρόληψη των πτώσεων

- Να φορούν παπούτσια χωρίς τακούνι και όχι δερμάτινα .
- Να καλούν συχνά τον ειδικό για την φροντίδα των κάτω άκρων .
- Να επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο για την διατήρηση της όρασης σε καλή κατάσταση .
- Όταν παρουσιάζουν αστάθεια ,να χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα (μπαστούνια ,μπάρες ,στηρίγματα στο λουτρό) .
- Να μην σηκώνονται απότομα όταν είναι ξαπλωμένοι .
- Όταν μετακινούνται από το σκοτάδι στο φως ,να κλείνουν τα μάτια .
- Όταν βαδίζουν μέσα στο σπίτι ,να στηρίζονται στα έπιπλα .
- Να μην φορούν μακριές ρόμπες .
- Να μην χρησιμοποιούν μικρά χαλιά μέσα στο σπίτι .
- Να μην κρατούν βαριά και ογκώδη αντικείμενα .
- Να χρησιμοποιούν τηλεφωνικό σύστημα και να επικοινωνούν καθημερινά με φίλους και συγγενείς .
- Να εκτελούν ασκήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του φυσιοθεραπευτή και του γιατρού .

Τα κατάγματα του ισχίου αποτελούν την πιο συνηθισμένη συνέπεια των πτώσεων ,με αποτέλεσμα η χειρουργική επέμβαση του ισχίου να αποτελεί την πιο συνηθισμένη επέμβαση σε άτομα άνω των 75 ετών. Το κάταγμα του ισχίου και η συνεπαγόμενη χειρουργική επέμβαση σημαίνουν ότι το άτομο θα πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο ,ότι αντιμετωπίζει αυξημένο κίνδυνο αναπηρίας και θανάτου ,και συχνά μόνιμους περιορισμούς ,ακόμη και μετά την ανάρρωση .

5.1 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Πρόκειται για κατάγματα πολύ συχνά στα ηλικιωμένα άτομα και με σημαντικό κοινωνικό-οικονομικό κόστος .

Τρόπος πρόκλησης

Συνήθως προκαλούνται από τραυματισμό χαμηλής ενέργειας (πτώση στο έδαφος από την όρθια θέση) Η εξασθένηση του νευρομυϊκού συστήματος με την ηλικία ,μαζί με τα συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας και με την ελάττωση της οστικής μάζας φαίνεται να διευκολύνουν την πρόκληση αυτών των καταγμάτων (Dretakis και Christodoulou ,1983) .

Σε νεώτερα άτομα αυτά τα κατάγματα συναντώνται μετά από τραυματισμό μεγαλύτερης βίας (Hwang, 2001) .

Ταξινόμηση

Ανάλογα με τη σχέση της γραμμής του κατάγματος και του θυλάκου της άρθρωσης ,τα κατάγματα αυτά διακρίνονται σε :

- Ενδοθυλακικά και
- Εξωθυλακικά

Ενδοθυλακικά κατάγματα είναι τα υποκεφαλικά ή διαχενικά ενώ εξωθυλακικά είναι τα διατροχαντήρια κατάγματα .

5.1.1 Διαχενικά κατάγματα (ενδοθυλακικά)

Η αιμάτωση της μηριαίας κεφαλής στον ενήλικο γίνεται κυρίως από τα θυλακικά αγγεία ενώ συμβάλλουν επίσης και τα αγγεία της μετάφυσης καθώς και η αρτηρία του στρογγυλού συνδέσμου (Trueta και Harrison ,1953) .Έτσι όταν συμβαίνει ένα ενδοθυλακικό κάταγμα ,διαταράσσεται η αιμάτωση της μηριαίας κεφαλής και μάλιστα ευθέως ανάλογα με την παρεκτόπιση του κατάγματος (Pugh 2000) .Αυτός είναι ο κύριος λόγος ,για τον οποίο τα διαχενικά κατάγματα θεωρούνται εξαιρετικά σοβαρά από άποψη πρόγνωσης και απαιτούν ιδιαίτερη αντιμετώπιση .

Ταξινόμηση

Η πιο διαδεδομένη ταξινόμηση για τα κατάγματα αυτά είναι του Garden(Parker,1993) . Διακρίνονται 4 τύποι(Εικόνα 5.111) :

Τύπος I : Ατελές κάταγμα (ενσφήνωση σε βλαισότητα)

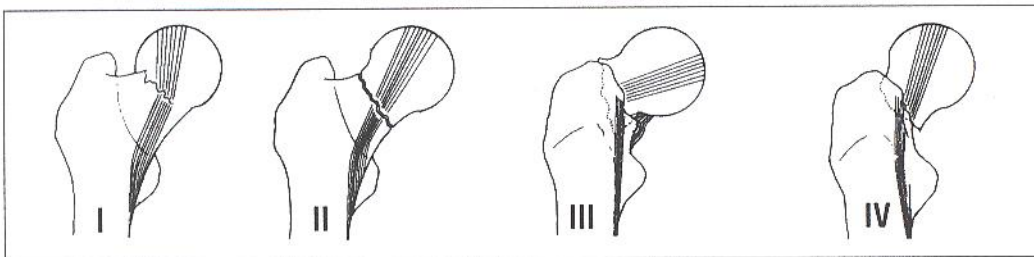
Τύπος II : Πλήρες κάταγμα ,αλλά χωρίς παρεκτόπιση .

Τύπος III : Πλήρες κάταγμα ,παρεκτοπισμένο μερικά .

Τύπος IV : Πλήρως παρεκτοπισμένο κάταγμα (οι δοκίδες του μηριαίου ευθυγραμμίζονται με τις δοκίδες της κοτύλης) .

Υπάρχει όμως η τάση ,τα κατάγματα αυτά του ισχίου να χαρακτηρίζονται απλά ως :

- Απαρεκτόπιστα(Garden I,II) ή
- Παρεκτοπισμένα(Garden III,IV) .



ΕΙΚΟΝΑ 5.111 : Η ταξινόμηση του Garden για τα διαχενικά κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου .

Κλινική εικόνα

Ο ασθενής με παρεκτοπισμένο ενδοθυλακικό κάταγμα του ισχίου αισθάνεται :

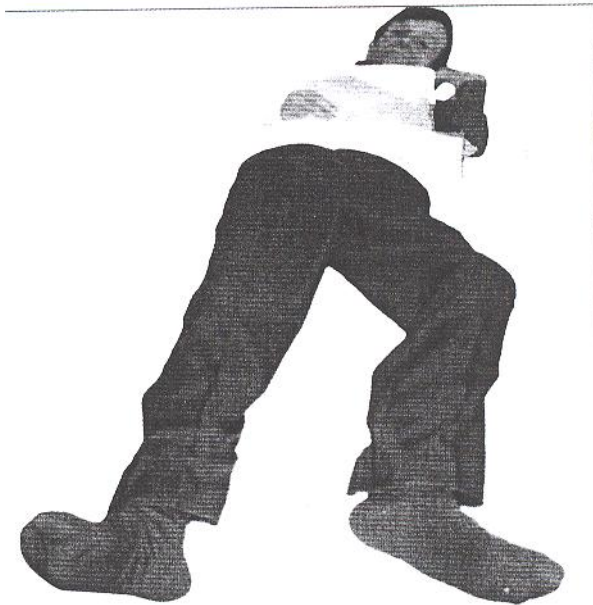
- πόνο στο ισχίο και
- δεν μπορεί να περπατήσει .

Όταν είναι σε θέση να περιγράψει τι συνέβη χαρακτηριστικά αναφέρει ότι μετά το συμβάν (συνήθως πτώση μέσα στο σπίτι) δεν μπόρεσε να σηκωθεί και να περπατήσει ξανά .

Το μέλος βρίσκεται σε θέση :

- Ελαφριά βράχυνσης
- Εξωτερικής στροφής και
- Ήπιας απαγωγής (Εικόνα 5.112) .

Η παθητική κίνηση του μέλους είναι επώδυνη και η ενεργητική είναι αδύνατη .Ο ασθενής όμως που έχει υποστεί ατελές ή ενσφηνωμένο ή अपαρεκτόπιστο κάταγμα είναι δυνατό να παρουσιαστεί στο ιατρείο περιπατητικός και να παραπονείται μόνο για πόνο στην βουβωνική χώρα ή βαθύ πόνο στο γοφό .Αν δεν ληφθεί μέριμνα γι' αυτό ,είναι πολύ πιθανό να καταλήξει σε πλήρες παρεκτοπισμένο κάταγμα .μερικές μέρες αργότερα .



ΕΙΚΟΝΑ 5.112 : Ο ασθενής με κάταγμα του άνω

άκρου του μηριαίου, συνήθως έχει το μέλος σε ελαφρά απαγωγή και εξωτερική στροφή .

Απεικονιστικός έλεγχος

Είναι απαραίτητος ο ακτινολογικός έλεγχος με :

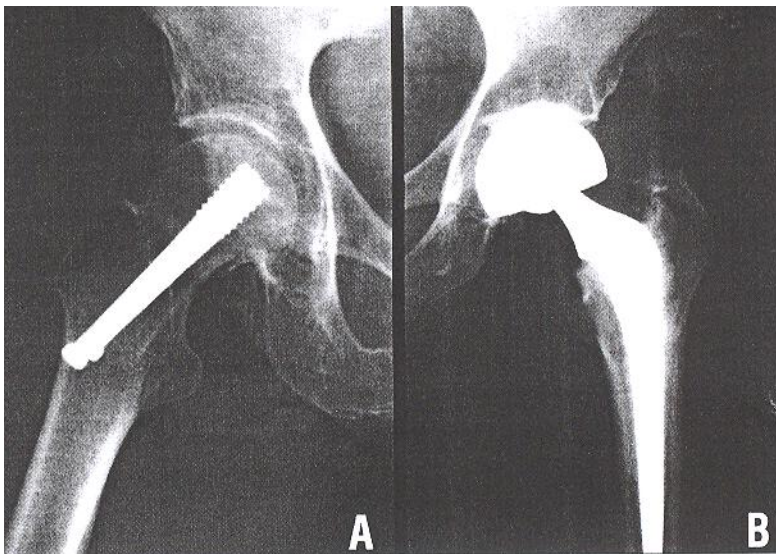
- μια προσθιοπίσθια και
- μια πλάγια (προφίλ) προβολή .

Σε περίπτωση υπόνοιας κατάγματος το οποίο δεν επιβεβαιώνεται ακτινολογικά μπορεί να χρειαστεί επαναληπτικός ακτινολογικός έλεγχος δύο εβδομάδες μετά .Για τον ίδιο σκοπό μπορεί να γίνει σπινθηρογράφημα σκελετού με Tc99 ,όποτε αυτό εφικτό χρονικά μετά την κάκωση (Holder,1990) .Η μαγνητική τομογραφία έχει τη δυνατότητα να αποκλείσει ή να επιβεβαιώσει κάποιο μη εμφανές ακτινολογικά κάταγμα σε κάθε περίπτωση (Quinn και McCarthy, 1993) .

Θεραπευτική αντιμετώπιση

- η ηλικία και η γενικότερη κατάσταση της υγείας παίζει καθοριστικό ρόλο στην αγωγή που θα ακολουθηθεί και η οποία είναι κατά κανόνα χειρουργική .
- για τα अपαρεκτόπιστá σφηνωμένα σε βλαισότητα κατάγματα αρκεί η τοποθέτηση 2-3 κοχλίων που μπορεί να γίνει και διαδερμικά (δηλαδή χωρίς την κλασική τομή) .
- τα παρεκτοπισμένα κατάγματα ,στους νεότερους των 65 ετών ασθενείς αντιμετωπίζονται με κλειστή ή ανοικτή ανάταξη και οστεοσύνθεση με τη χρήση κοχλίων όπως προηγουμένως. Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να γίνει επειγόντως .
- σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με παρεκτοπισμένο κάταγμα , η ημιαρθροπλαστική(Εικόνα 5.113) αποτελεί την ενδεδειγμένη λύση(Asnis ,1994 ,Parker & Blyundell 1998 ,Pugh,2000).

Συντηρητική είναι η αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών σε ασθενείς που πριν από το κάταγμα δεν ήταν περιπατητικοί και η κατάσταση της υγείας τους δεν επιτρέπει να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση .Η αγωγή συνίσταται σε πρόωπη κινητοποίηση του ασθενή (καρέκλα- κρεβάτι) για την αποφυγή των δυσάρεστων επακόλουθων του παρατεταμένου κλινοστατισμού (κατακλίσεις, θρομβοεμβολική νόσος ,ατελεκτασία και λοίμωξη αναπνευστικού ,ουρολοίμωξη).Ο πόνος μέρα με τη μέρα θα υποχωρεί .Το κάταγμα πιθανότατα δεν θα παρωθεί και η κεφαλή θα υποστεί ισχαιμική νέκρωση χωρίς όμως ιδιαίτερες συνέπειες για το συγκεκριμένο άτομο .

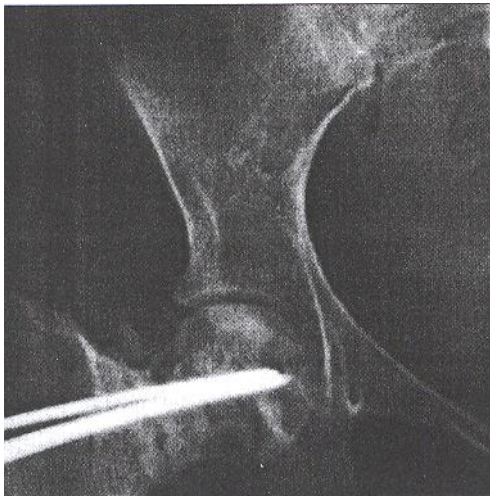


ΕΙΚΟΝΑ 5.113 : **A.** Διαχευνικό κάταγμα ισχίου που αντιμετωπίστηκε με ανάταξη και κοχλίωση.
B. Η ημιαρθροπλαστική χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των διαυχευνικών καταγμάτων σε ηλικιωμένους ασθενείς .

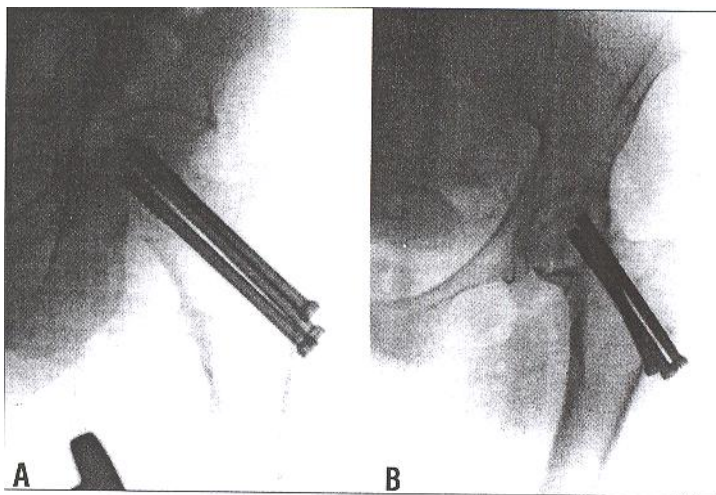
Επιπλοκές

Η κυριότερη επιπλοκή μετά από οστεοσύνθεση είναι η εμφάνιση άσηπτης νέκρωσης της μηριαίας κεφαλής (Εικόνα 5.114). Η άσηπτη νέκρωση μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της σφαιρικότητας της κεφαλής, διαταραχή της αρμονίας της άρθρωσης (Εικόνα 5.115) και ακολούθως αρθρίτιδα που σημαίνει πόνο με περιορισμό της κινητικότητας και κατ' επέκταση της λειτουργικότητας του μέλους.

Μετά από την αντικατάσταση του άνω άκρου του μηριαίου με πρόθεση (ημιαρθροπλαστική) μπορεί να συμβούν χαλάρωση της πρόθεσης, αρθροκατάδυση της κεφαλής, οστική λοίμωξη κλπ. Σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι συχνότερες επιπλοκές από το αναπνευστικό ή και φλεβοθρόμβωση. Η θνησιμότητα τον πρώτο χρόνο από την επέμβαση ανέρχεται στο 20% (Gerber 1993, Pugh 2000).



ΕΙΚΟΝΑ 5.114 : Άσηπτη νέκρωση της μηριαίας κεφαλής με ψευδάρθρωση, έπειτα από πλημμυρή ανάταξη, και οστεοσύνθεση με βελόνες Kirschner, διαυχενικού κατάγματος.



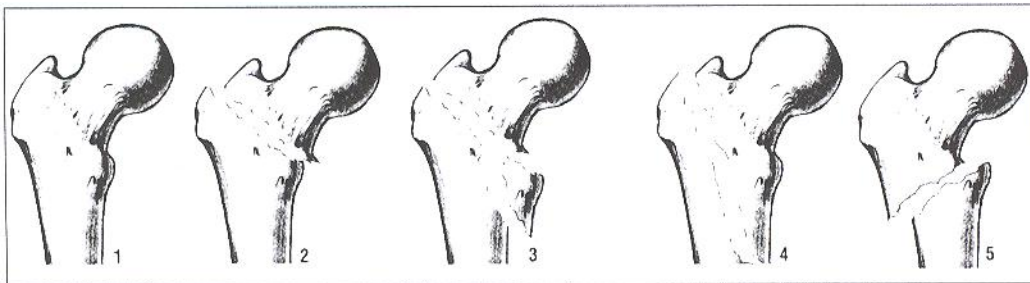
ΕΙΚΟΝΑ 5.115 : Υποκεφαλικό κάταγμα ισχίου που αντιμετωπίστηκε με κλειστή ανάταξη και κοχλίωση. Ένα χρόνο μετά (δεξιά ακτινογραφία) είναι εμφανής η άσηπτη νέκρωση της μηριαίας κεφαλής με απώλεια του σχήματος της κεφαλής. Αυτό θα οδηγήσει σε γρήγορη εγκατάσταση μετατραυματικής αρθρίτιδας στο ισχίο.

5.1.2 Διατροχαντήρια κατάγματα

Η κλινική εικόνα είναι όμοια με τα διαυχενικά κατάγματα .Όμως ,η αιμάτωση της μηριαίας κεφαλής δεν παραβλάπτεται .Ο απεικονιστικός έλεγχος είναι παρόμοιος .

Ταξινόμηση

Τα διατροχαντήρια κατάγματα διακρίνονται σε σταθερά και σε ασταθή .Στα σταθερά κατάγματα ο έσω –πίσω φλοιός είναι ακέραιος (περιοχή ελάσσοнос τροχαντήρα) .Ασταθή είναι τα διατροχαντήρια κατάγματα ,εκείνα στα οποία ο έσω και πίσω φλοιός του μηριαίου (στην περιοχή του ελάσσοнос τροχαντήρα) είναι σπασμένος ,εκείνα στα οποία υπάρχει υποτροχαντήρια προέκταση του κατάγματος και τα ανάστροφα λοξά κατάγματα(Εικόνα 5.121)(Baumgaertner και Brennan 2000) .

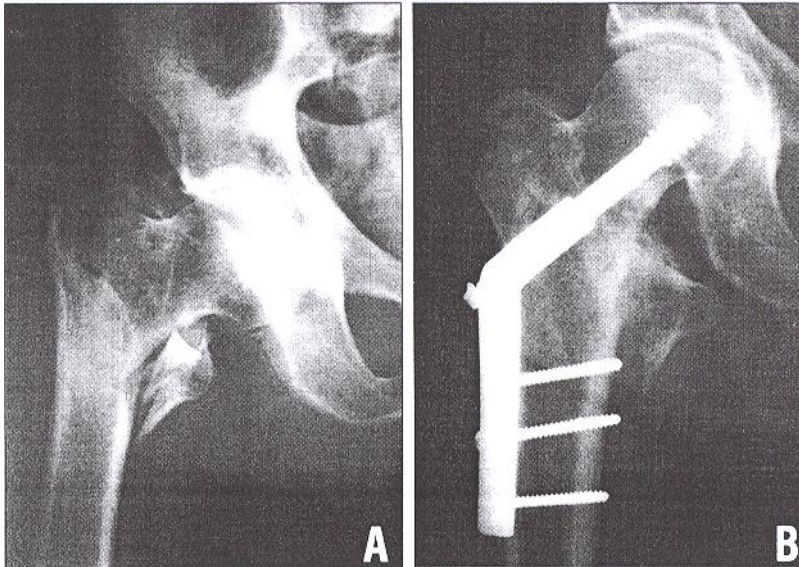


ΕΙΚΟΝΑ 5.121 : 1.Φυσιολογικό, 2.Σταθερό διατροχαντήριο κάταγμα, 3.Ασταθές(κάταγμα και στον έσω-πίσω φλοιό), 4.Ασταθές (υποτροχαντήρια επέκταση της γραμμής του κατάγματος, 5.Ασταθές (ανάστροφο διατροχαντήριο κάταγμα) .

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η αντιμετώπισή τους είναι χειρουργική .Οι ασθενείς με διατροχαντήρια κατάγματα θα πρέπει να χειρουργούνται γρήγορα (μέσα σε 24-48 ώρες) , εφόσον η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή και τα οποία συνυπάρχοντα ιατρικά προβλήματα έχουν ρυθμιστεί ,για την αποφυγή των δυσάρεστων επιπλοκών από την παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι (κατακλίσεις ,λοιμώξεις αναπνευστικού , κλπ.)

Η χειρουργική αποκατάσταση γίνεται με την χρησιμοποίηση συστημάτων ήλου –πλάκας ή ολισθαίνοντος κοχλίου –πλάκας .(Εικόνα 5.122)(Galanakis 1995) ή με ενδομυελικό ήλο και ολισθαίνοντα κοχλίο ,ή με σύστημα ολισθαίνοντος ήλου- ολισθαίνουσας πλάκας (Masen 1998, Watson 1998) .



ΕΙΚΟΝΑ 5.122 : Οστεοσύνθεση διατροχαντήριου κατάγματος (ασταθές κάταγμα) με σύστημα ολισθαίνοντος κοχλία-πλάκας .

Συντηρητική είναι η αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών σε ασθενείς που πριν από το κάταγμα δεν ήταν περιπατητικοί ,και η κατάσταση της υγείας της δεν επιτρέπει να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση .Η αγωγή συνίσταται σε πρώιμη κινητοποίηση του ασθενή (καρέκλα- κρεβάτι) .Ο πόνος βαθμιαία θα υποχωρεί .Το κάταγμα αναμένεται ότι θα πωρωθεί σε πλημμελή θέση .

Επιπλοκές

Οι ασθενείς με διατροχαντήρια κατάγματα διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο θρομβοεμβολικής νόσου και παρουσιάζουν ανάλογη θνησιμότητα όπως στα διαυχενικά κατάγματα .

Οι κυριότερες επιπλοκές μετά από τη χειρουργική θεραπεία των διατροχαντήριων καταγμάτων είναι :

- Η απώλεια της ανάταξης και η αποτυχία της οστεοσύνθεσης με πιθανή κατάληξη την πώρωση σε πλημμελή θέση ,άσηπτη νέκρωση της κεφαλής και με προβλήματα από το υλικό .
- Η ψευδάρθρωση (συμβαίνει σπάνια)
- Η οστική λοίμωξη .

Οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών μετά από διατροχαντήρια κατάγματα (10% λοίμωξη ,10% άσηπτη νέκρωση ,28% επανεγχείριση για αντικατάσταση της άρθρωσης.(Bogoch 1993) .

5.2 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ

ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ (FRACTURES OF THE UPPER END OF THE FEMUR)

Η ανατομική κατασκευή του άνω άκρου του μηριαίου οστού και η γωνία που σχηματίζεται μεταξύ του αυχένα και της διάφυσης, καθώς και η πρόσθια απόκλιση της μηριαίας κεφαλής, δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την υψηλή συχνότητα των καταγμάτων αυτών, τα οποία έχουν αυξηθεί τα τελευταία 50 χρόνια, πιθανόν λόγω της αύξησης του μέσου όρου ζωής.

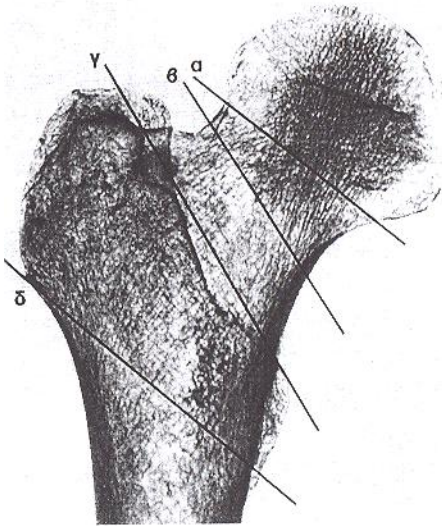
Τα κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου οστού ταξινομούνται κατ' αρχάς σε τρεις ομάδες ανάλογα με το ύψος στο οποίο συμβαίνουν :

Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται όλα τα κατάγματα του ανατομικού αυχένα του μηριαίου οστού τα οποία είναι ενδαρθρικά (κατάγματα του μηριαίου αυχένα) .

Στην δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται τα κατάγματα μεταξύ της περιφερικής πρόσφυσης του αρθρικού θυλάκου και της μεσοτροχαντηρίου γραμμής που ενώνει τη βάση του μείζονα τροχαντήρα (διατροχαντήρια κατάγματα) .

Στην τρίτη ομάδα ανήκουν τα κατάγματα του χειρουργικού αυχένα του μηριαίου, της περιοχής δηλαδή που εκτείνεται από τη βάση των τροχαντήρων μέχρι τη διάφυση (υποτροχαντήρια κατάγματα) .

Μια απλούστερη και πρακτικότερη ταξινόμηση των καταγμάτων του άνω πέρατος του μηριαίου είναι σε υποκεφαλικά, διαυχενικά, βασειοαυχενικά, διατροχαντήρια και υποτροχαντήρια (Εικόνα 5.2.1) .



ΕΙΚΟΝΑ 5.2.1 : Σχηματική εικόνα του άνω τμήματος του μηριαίου οστού που δείχνει τις περιοχές εντόπισης των καταγμάτων : Γραμμή (α) η συνήθης θέση των υποκεφαλικών καταγμάτων. Γραμμή (β) εντοπίζονται τα διαυχενικά κατάγματα. Γραμμή (γ) η θέση των βασειοαυχενικών καταγμάτων. Μεταξύ των γραμμών (γ) και (δ) είναι η περιοχή των διατροχαντηρίων καταγμάτων. Περιφερικά της γραμμής (δ) εντοπίζονται τα υποτροχαντήρια κατάγματα .

Μηχανισμός κάκωσης

Τα κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου οστού είναι αποτέλεσμα έμμεσης βίας, συχνότερα στροφικής ή άμεσης από απ' ευθείας πλήξη στην περιοχή των τροχαντήρων ή συνδυασμός των. Συχνή αιτία στροφικής βίας αποτελεί μια απότομη κίνηση στροφής της λεκάνης και του σώματος ενώ άμεση αιτία είναι η πτώση στο έδαφος και απ' ευθείας πλήξη του τροχαντήρα .Για την πρόκληση των καταγμάτων αυτών ενοχοποιήθηκε και η κόπωση, που μπορεί να προκαλέσει κάταγμα από καταπόνηση .Στην περίπτωση αυτή η πτώση του πάσχοντος οφείλεται στο ήδη δημιουργηθέν κάταγμα .

5.3 ΚΑΤΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΑΥΧΕΝΑ (FRACTURES OF THE FEMORAL NECK)

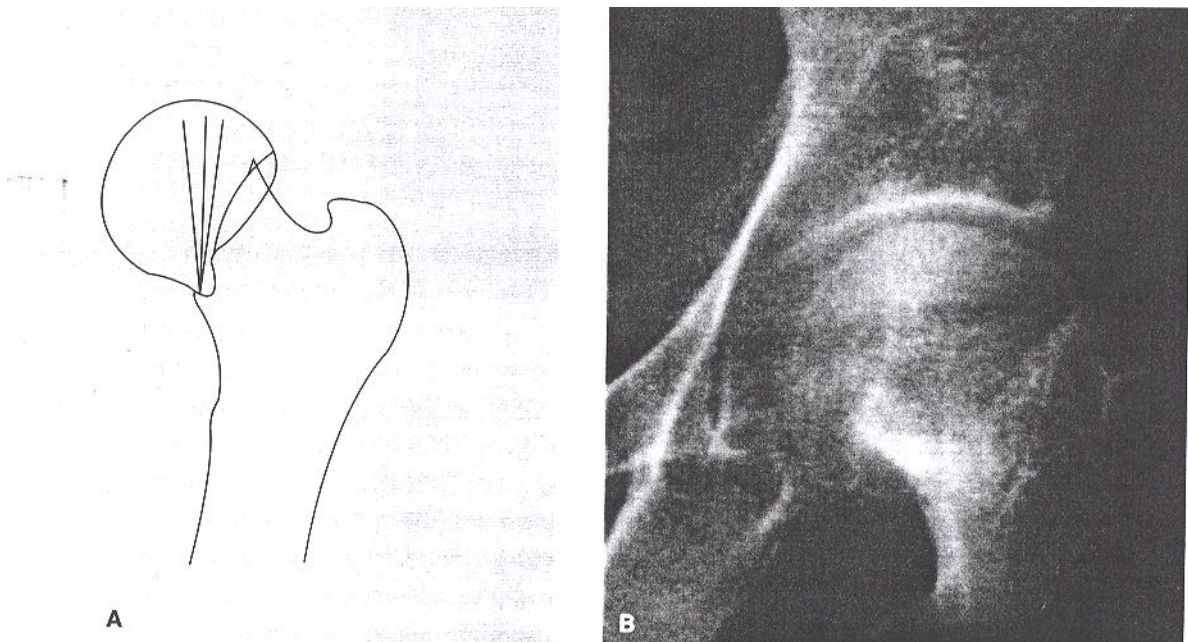
Τα κατάγματα του μηριαίου αυχένα είναι συχνά σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών και ιδιαίτερα στις γυναίκες της ηλικίας αυτής .Η μεγαλύτερη συχνότητα των καταγμάτων αυτών στις γυναίκες οφείλεται στην οστεοπόρωση που εμφανίζεται νωρίτερα στο γυναικείο φύλο απ' ότι στους άνδρες .Επίσης η διάμετρος της πυέλου των γυναικών είναι μεγαλύτερη με συνέπεια να ασκούνται μεγαλύτερες δυνάμεις διάτμησης στο μηριαίο αυχένα ,κατά την διάρκεια της στήριξης και της βάδισης ,απ' ότι στους άνδρες . Τα κατάγματα του μηριαίου αυχένα εντοπίζονται συνήθως στο τμήμα που η κεφαλή ενώνεται με τον αυχένα (υποκεφαλικά) ,ενώ σπάνια δημιουργούνται στη μεσότητα του αυχένα (διαυχενικά) και τη βάση του (βασεοαυχενικά) .

Ταξινόμηση

Τα υποκεφαλικά κατάγματα του μηριαίου αυχένα ταξινομήθηκαν κατά καιρούς σε διάφορες ομάδες ,η ταξινόμηση όμως του Garden είναι η επικρατέστερη .Η ταξινόμηση κατά **Garden** είναι :

- 1.Ατελές υποκεφαλικό κάταγμα ή υποκεφαλικό κάταγμα ενσφηνωμένο σε βλαισότητα ή κάταγμα εξ απαγωγής .Οι δυναμικές γραμμές εμφανίζουν γωνίωση(Εικ.5.3.1) .
- 2.Τέλειο κάταγμα χωρίς παρεκτόπιση .Οι δυναμικές γραμμές εμφανίζονται χωρίς παραμόρφωση .
- 3.Τέλειο κάταγμα με μερική παρεμπόδιση και στροφή της κεφαλής εντός της κοτύλης .Οι δυναμικές γραμμές εμφανίζουν σαφή διακοπή και αλληλοεπικάλυψη .
- 4.Υποκεφαλικό κάταγμα με πλήρη παρεκτόπιση .Η μηριαία κεφαλή που βρίσκεται μέσα στη κοτύλη διαχωρίζεται από τον αυχένα και υπάρχει πλήρης παρεκτόπιση των δυναμικών γραμμών .

Τα διαυχενικά και τα βασεοαυχενικά κατάγματα είναι σπάνια και εμφανίζονται σε νεότερα άτομα. Δημιουργούνται με ισχυρή βία σε τροχαία ατυχήματα ή πτώση στα πλάγια .Η αγγείωση της μηριαίας κεφαλής στις περιπτώσεις αυτές δεν επηρεάζεται σημαντικά .



ΕΙΚΟΝΑ 5.3.1 : **A.** Γραμμική παράσταση που δείχνει ενσφηνωμένο κάταγμα σε βλαισότητα .
B. Ακτινογραφία ισχίου στην οποία φαίνεται ενσφηνωμένο κάταγμα .

Κλινική εικόνα

Οι ασθενείς παρουσιάζουν αδυναμία βάρδισης και πόνο στο ισχίο που συνοδεύονται από έξω στροφή και βράχυνση του σκέλους .Στα ατελή ,όμως κατάγματα η στροφή και η βράχυνση του σκέλους απουσιάζουν και οι πάσχοντες παρουσιάζουν μόνο ήπιο άλγος κατά τις κινήσεις του ισχίου .Τα ατελή κατάγματα είναι δύσκολο να διαγνωσθούν λόγω της ήπιας κλινικής εικόνας αλλά και των όχι σαφών ακτινολογικών ευρημάτων .Για τα κατάγματα αυτά θα πρέπει να τεθεί η υποψία όταν ο ασθενής είναι γυναίκα τρίτης ηλικίας .

5.4 ΔΙΑΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΟΣΤΟΥ (TRANSTROCHANTERIC FRACTURE OF THE FEMUR)

Τα διατροχαντήρια μαζί με τα κατάγματα του μηριαίου αυχένα αποτελούν την συχνότερη τραυματική βλάβη στα ηλικιωμένα άτομα .

Τα διατροχαντήρια κατάγματα αφορούν την περιοχή που βρίσκεται μεταξύ της βάσης του μηριαίου αυχένα και τη γραμμή που ενώνει τον μείζονα και τον ελάσσονα τροχαντήρα .

Ταξινόμηση

Υπάρχουν διάφορες ταξινομήσεις που προτάθηκαν κατά καιρούς .Από αυτές ,η πιο πρακτική και ακριβής είναι η ταξινόμηση κατά Evans ,σύμφωνα με την οποία τα διατροχαντήρια κατάγματα διακρίνονται σε δύο τύπους .

Στον τύπο I κατατάσσονται τα διατροχαντήρια κατάγματα τα οποία χαρακτηρίζονται ως σταθερά .Αυτά είναι τέλεια κατάγματα με μικρή ή με χωρίς παρεκτόπιση και είναι δυνατόν να συμμετέχει και ο ελάσσων τροχαντήρας(Εικ.5.4.1) .



ΕΙΚΟΝΑ 5.4.1 : Προσθιοπίσθια ακτινογραφία ισχίου. Τέλειο διατροχαντήριο κάταγμα με συμμετοχή του ελάσσονα τροχαντήρα χωρίς παρεκτόπιση .

Στον τύπο II κατατάσσονται τα ασταθή διατροχαντήρια κατάγματα στα οποία η γραμμή του κατάγματος ακολουθεί μερικώς τη διατροχαντήριο γραμμή .Στα κατάγματα αυτά συμμετέχει και ο ελάσσων τροχαντήρας ο οποίος είναι σαφώς παρεκτοπισμένος(Εικ.5.4.2) .Στην αστάθεια συμβάλλει και το κάταγμα του οπίσθιου φλοιού της περιοχής των τροχαντήρων το οποίο κινούμενο σαν πλήκτρο εμποδίζει την σταθεροποίηση της ανάταξης .



ΕΙΚΟΝΑ 5.4.2 : Προσθιοπίσθια ακτινογραφία ισχίου στην οποία φαίνεται διατροχαντήριο κάταγμα με παρεκτόπιση .

Τα υποτροχαντήρια κατάγματα λόγω της συντριπτικότητας που συνήθως παρουσιάζουν και της συμμετοχής των τροχαντήρων ,ιδίως του ελάσσονα τροχαντήρα ,μπορούμε και πρακτικά να τα κατατάσσουμε στη δεύτερη ομάδα κατά Evans .Τα υποτροχαντήρια κατάγματα έχουν συνήθως την ίδια θεραπευτική αντιμετώπιση ,όπως και του τύπου II διατροχαντήρια κατάγματα(Εικ.5.4.3) .

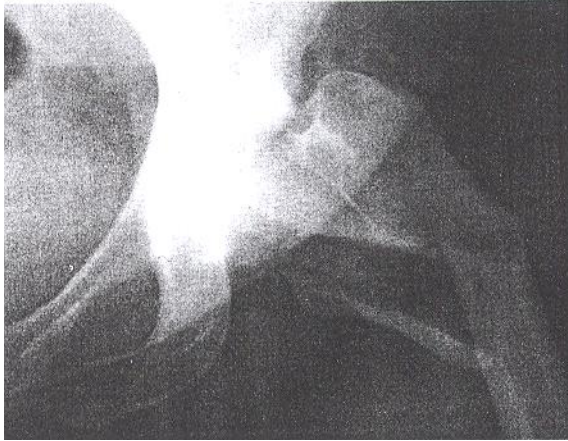
Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα των καταγμάτων αυτών είναι χαρακτηριστική .Το πάσχον ισχίο βρίσκεται σε θέση απαγωγής και έξω στροφής με ελαφρά κάμψη στο ισχίο και το γόνατο .Υπάρχει έντονο άλγος στην περιοχή ,κατάργηση της κινητικότητας και το σκέλος εμφανίζεται βραχύτερο .

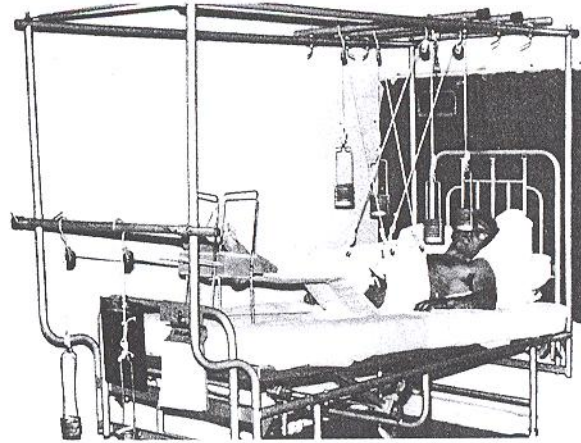
Με προσθιοπίσθια ακτινογραφία διαπιστώνεται το κάταγμα και ο βαθμός συντριπτικότητας που αυτό παρουσιάζει .

Θεραπεία

Σε νέα σχετικά άτομα μπορεί να εφαρμόζεται συντηρητική θεραπεία με σκελετική έλξη από τους μηριαίους ή κνημιαίους κονδύλους για 6 εβδομάδες .Στην περίπτωση που υπάρχουν και άλλες συνοδές κακώσεις ,η έλξη συνδυάζεται με αιώρα(Εικ.5.4.4) .Στα κατάγματα της περιοχής αυτής η πόρωση επιτυγχάνεται σχετικά γρήγορα λόγω της πλούσιας αιμάτωσης και της σπογγώδους σύστασης του οστού .

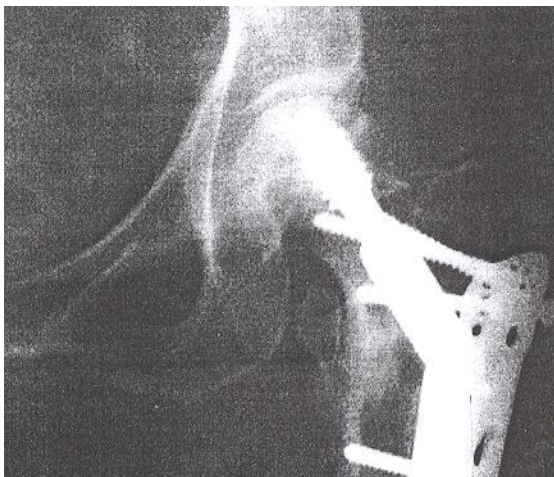


ΕΙΚΟΝΑ 5.4.3: Προσθιοπίσθια ακτινογραφία ισχίου. Δείχνει υποτροχαντήριο κατάγμαμα με εκτεταμένη απόσπαση του έσω φλοιού.



ΕΙΚΟΝΑ 5.4.4 : Τραυματίας με κατάγμα ισχίου και άλλες συνοδές τραυματικές βλάβες με έλξη σε αιώρα .

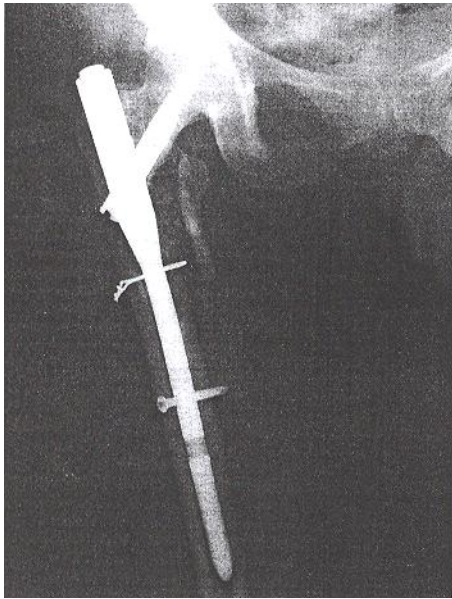
Εν τούτοις στην πλειονότητα των περιπτώσεων ακολουθείται εγχειρητική αντιμετώπιση με οστεοσύνθεση του κατάγματος .Μια από τις τεχνικές που εφαρμόζονται σήμερα είναι η τοποθέτηση κοχλιωτού ήλου με πλάκα (Εικ.5.4.5) .



ΕΙΚΟΝΑ 5.4.5 : Προσθιοπίσθια ακτινογραφία στην οποία φαίνεται συντριπτικό κατάγμα της περιοχής των τροχαντήρων που έχει ηλωθεί .

Η μέθοδος εφαρμόζεται ιδιαίτερα όταν το κατάγμα είναι συντριπτικό .Η τοποθέτηση ήλου σταθεράς γωνίας (**Gamma Nail**) έχει ένδειξη κυρίως στα υποτροχαντήρια κατάγματα στα οποία απαιτείται σταθερή και ισχυρή συγκράτηση .Η χρήση του γωνιώδους ενδαυλικού ήλου και του ήλου του μηριαίου αυχένα (**proximal femoral nail**) μεταφέρει τις δυνάμεις τάσης που ασκούνται στον έξω φλοιό του μηριαίου οστού ενδαυλικά στη διάφυση του μηριαίου ώστε να μην επηρεάζεται η σταθερότητα της περιοχής του κατάγματος (Εικ.5.4.6).

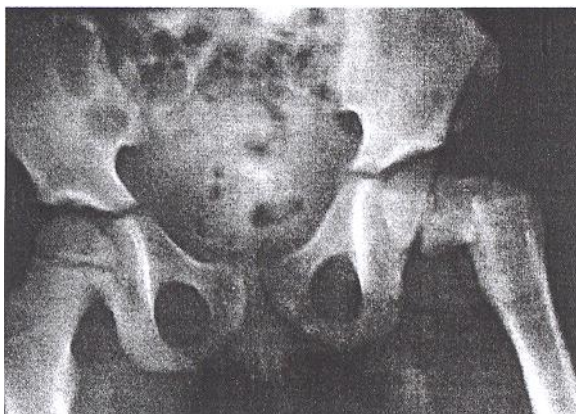
Τα τελευταία χρόνια ιδίως σε ασθενείς ηλικιωμένους και με συντριπτικό διατροχαντήριο κατάγμα άρχισε να χρησιμοποιείται η ημιαρθροπλαστική του ισχίου με διάφορους τύπους προθέσεων .



ΕΙΚΟΝΑ 5.4.6 : Προσθιοπίσθια ακτινογραφία ισχίου-μηρού. Είναι τυπική η θέση και η έκταση ενδαυλικού ήλου σε συνδυασμό με τον κοχλιωτό ήλο του μηριαίου αυχένα. Το αποσπασθέν οστικό τεμάχιο με τον ελάσσονα τροχαντήρα έχει αναταχθεί .

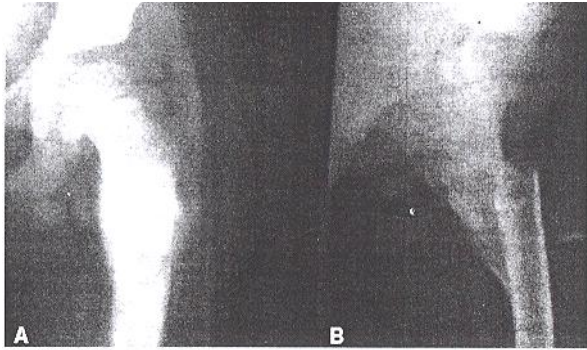
5.5 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΑΥΧΕΝΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΟΥ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τα κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου στα παιδιά είναι εξαιρετικά σπάνια .Πρόκειται κυρίως για κατάγματα που εντοπίζονται στη βάση του ανατομικού αυχένα του μηριαίου οστού(Εικ.5.5.1) και στην υποτροχαντήριο περιοχή .Τα υποκεφαλικά κατάγματα στα παιδιά λόγω της ύπαρξης του συζευκτικού χόνδρου χαρακτηρίζονται ως οξείες επιφυσιολύσεις που κατατάσσονται στον τύπο I και στον τύπο II κατά Salter –Harris



ΕΙΚΟΝΑ 5.5.1 : Ακτινογραφία λεκάνης-ισχίου παιδιού. Αριστερά διαγράφεται τέλειο βασηοαυχενικό κάταγμα σε παρεκτόπιση .

Τα διατροχαντήρια κατάγματα δεν συναντώνται στα παιδιά επειδή υπάρχει ο συζευκτικός χόνδρος στο μείζονα και τον ελάσσονα τροχαντήρα .Αντίθετα ,τα υποτροχαντήρια κατάγματα μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της δράσης βίας που συνήθως δημιουργεί τα διατροχαντήρια κατάγματα στους ενήλικες .Τα υποτροχαντήρια αυτά κατάγματα εντοπίζονται αμέσως κάτω από την βάση του μείζονα και του ελάσσονα τροχαντήρα(Εικ.5.5.2) .



ΕΙΚΟΝΑ 5.5.2 :

- A.** Προσθιοπίσθια ακτινογραφία παιδιού στην οποία φαίνεται υποτροχαντήριο κάταγμα
- B.** Πλάγια ακτινογραφία του ισχίου δείχνει τη θέση πώρωσης του κατάγματος .

Η βαρύτητα ενός κατάγματος του άνω πέρατος του μηριαίου οστού εκτιμάται ανάλογα με τις συνοδές τραυματικές βλάβες των αγγείων της περιοχής .Η καταστροφή της αγγείωσης στην περιοχή του μηριαίου αυχένα ,δηλαδή η βλάβη των θυλακικών αγγείων της μηριαίας κεφαλής ,προκαλούν ισχαιμική νέκρωση του τμήματος μεταξύ του κατάγματος και του συζευκτικού χόνδρου .

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

6.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στον ενήλικα άρρωστο, που προγραμματίζεται για χειρουργική επέμβαση. Οι στόχοι της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να προετοιμασθει ο άρρωστος σωματικά και ψυχολογικά για την επέμβαση και τη μετεγχειρητική περίοδο. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία ελαττώνει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος του αρρώστου και τον κίνδυνο των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Για να εξατομικευτεί αυτό το σχέδιο φροντίδας, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συναισθηματική και η σωματική κατάσταση του αρρώστου, ο τύπος της αναισθησίας που προκειται να χρησιμοποιηθεί και η προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Αυτό το σχέδιο φροντίδας χρησιμοποιείται σε συνάρτηση με το κάθε σχέδιο χειρουργικής φροντίδας.

6.1.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Πριν από την επέμβαση, ο άρρωστος πρέπει:

- * να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του σχετικά με την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της
- * να καταλάβει τη συνηθισμένη προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα και το τι θα πρέπει να αναμένει όσον αφορά την αίσθηση μετά το χειρουργείο
- * να δείξει ότι είναι ικανός για τις δραστηριότητες που σκοπεύουν στην αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΑΓΧΟΣ

που σχετίζεται με:

- α. το μη οικείο περιβάλλον και τον χωρισμό από οικεία πρόσωπα
- β. την προβλεπόμενη απώλεια ελέγχου, τα αποτελέσματα από τη νάρκωση και τα διεγχειρητικά ευρήματα
- γ. τη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων και της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης
- δ. τους οικονομικούς παράγοντες που αφορούν τη νοσηλεία στο νοσοκομείο·
- ε. την πιθανή αμηχανία ή την απώλεια της αξιοπρέπειας από την επίδειξη του σώματος.
- στ. τον κίνδυνο μετάδοσης νόσου από πιθανή μετάγγιση αίματος·
- ζ. την προβλεπόμενη στενοχώρια, δυσφορία, τους περιορισμούς και τις αλλαγές στον συνηθισμένο τρόπο ζωής και ρόλο
- η. την πιθανότητα θανάτου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ :

Το άγχος του αρρώστου πρέπει να ελαττωθεί, πράγμα που θα φανεί από:

- α. την έκφραση συναισθημάτων μειωμένου άγχους και φόβου
- β. τον συνηθισμένο τύπο ύπνου
- γ. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και τις κινήσεις του σώματος
- δ. τα σταθερά ζωτικά σημεία
- ε. τη συνηθισμένη δυνατότητα αντίληψης και σχέσεων με άλλα άτομα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. Συγκεντρώνονται τα ακόλουθα στοιχεία από τον άρρωστο κατά την προεγχειρητική περίοδο:

1. φόβοι, παρανοήσεις και επίπεδο κατανόησης της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης
2. βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης και της νοσηλείας στο νοσοκομείο
3. κατανόηση των αναμενόμενων από την επέμβαση
4. προηγούμενες εμπειρίες από χειρουργικές επεμβάσεις και νοσηλείες σε νοσοκομείο
5. ύπαρξη επαρκών συστημάτων υποστήριξης.

β. Αναζητούνται στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα άγχους (π.χ.

εξωτερίκευση των φόβων και των ανησυχιών, αϋπνία, ένταση, τρόμος, ευερεθιστότητα, υπερκινητικότητα, επιδρώσεις, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα ή ερυθρότητα προσώπου, ελάττωση του πεδίου αντίληψης, απομόνωση).

γ. Εφαρμόζονται μέτρα για τη μείωση του άγχους και του φόβου:

1. Προσανατολισμός του αρρώστου στο περιβάλλον του νοσοκομείου, στα μηχανήματα και στις διαδικασίες
2. Συστήνετε το προσωπικό που θα συμμετέχει στη φροντίδα του ώστε να δημιουργούνται αισθήματα σταθερότητας και άνεσης με το περιβάλλον
3. Βεβαιώνεται ο άρρωστος ότι το προσωπικό βρίσκεται κοντά του, απάντηση σε κάθε σήμα κλήσης όσο το δυνατόν συντομότερα
4. Διατηρείται ένας ήρεμος, ενισχυτικός και με αυτοπεποίθηση τρόπος ανταπόκρισης προς τον άρρωστο
5. Ενθαρρύνεται η έκφραση του φόβου και της ανησυχίας
6. Τονίζονται οι εξηγήσεις των ιατρών και διευκρινίζονται λανθασμένες αντιλήψεις που έχει ο άρρωστος σχετικά με την επέμβαση (π.χ. σκοπός, μέγεθος και θέση της τομής, αποτέλεσμα)
7. Εξηγούνται όλες οι προεγχειρητικές εξετάσεις
8. Καθοδηγείται ο άρρωστος σχετικά με την προεγχειρητική ρουτίνα και τη μετεγχειρητική φροντίδα
9. Διευκόλυνση του αρρώστου να αποκτήσει αίσθηση ελέγχου με:
 - α. τη συμμετοχή του στο σχεδιασμό της προεγχειρητικής φροντίδας και δίνοντας τη δυνατότητα της επιλογής όπου αυτό είναι εφικτό
 - β. την κατανόηση του σκοπού και της σημασίας της γραπτής συγκατάθεσης (π.χ. εκούσια και κατόπιν ενημέρωσης συγκατάθεση, προστασία από χειρουργική επέμβαση χωρίς τη συγκατάθεση)
10. Εξασφαλίζεται ένα ήρεμο και αναπαυτικό περιβάλλον
11. Διδασκαλία του αρρώστου στις τεχνικές χαλάρωσης και ενθάρρυνση της συμμετοχής του σε ποικίλες δραστηριότητες
12. Βοήθεια του αρρώστου να αναγνωρίσει τα αγχογόνα ερεθίσματα και τους τρόπους αντιμετώπισης τους
13. Καθησυχάζεται ο άρρωστος ότι μετεγχειρητικά θα του χορηγηθούν παυσίπονα
14. Καθησυχάζεται ο άρρωστος ότι το αίμα ελέγχεται προσεκτικά και ο κίνδυνος να νοσήσει από αρρώστια που μεταδίδεται με το αίμα είναι ελάχιστος
15. Ξεκινάει η διαδικασία παραπομπής του στην οικονομική ή κοινωνική υπηρεσία υποστήριξης, εάν χρειάζεται
16. Ενθαρρύνεται το περιβάλλον του να επιδείξει συμπεριφορά με ενδιαφέρον και στοργή χωρίς εμφανές άγχος
17. Κανονίζεται η επίσκεψη κληρικού, εάν το επιθυμεί ο άρρωστος
18. Χορηγούνται φάρμακα εάν έχουν συνταγογραφηθεί.

- δ. Περιλαμβάνονται άτομα από το περιβάλλον του σε μαθήματα προσανατολισμού και διδασκαλίας ενθαρρύνοντας τη συνεχή υποστήριξη τους προς τον άρρωστο.
- ε. Δίνονται πληροφορίες σχετικά με τις τρέχουσες ανάγκες του αρρώστου και των ατόμων του περιβάλλοντος του, σε κατανοητή γλώσσα. Ενθαρρύνονται ερωτήσεις και διευκρινίσεις στις πληροφορίες που δίνονται.
- στ. Λαμβάνεται ιατρική οδηγία, εάν οι πιο πάνω πράξεις αποτύχουν στο να ελέγξουν το φόβο και το άγχος.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΟΝΟΣ

που σχετίζεται με τραύμα των ιστών και αντανακλαστικό μυϊκό σπασμό που οφείλεται στη χειρουργική επέμβαση, στον ερεθισμό από τους σωλήνες παροχέτευσης και σε τάση στην περιοχή της επέμβασης από βαθιά αναπνοή, βήχα και/ή κίνηση

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο άρρωστος να αισθάνεται μειωμένης έντασης πόνο όπως φαίνεται από:

- α. τη λεκτική έκφραση της ανακούφισης από τον πόνο
- β. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και της θέσης του σώματος
- γ. την αυξημένη συμμετοχή σε δραστηριότητες
- δ. τα σταθερά ζωτικά σημεία

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- α. Καθορίζεται το πώς συνήθως αντιδρά ο άρρωστος στο πόνο.
- β. Καθορίζεται η αντίληψη του πόνου του αρρώστου, συμπεριλαμβανομένων της εντόπισης, της έντασης και του τύπου. Χρησιμοποιείται αριθμητική κλίμακα για τον καθορισμό της έντασης του πόνου,
- γ. Αναζητώνται μη λεκτικά σημεία του πόνου (π.χ. συνοφρύωση προσώπου, σφίξιμο των γροθιών, απροθυμία στη κίνηση, ανησυχία, αϋπνία, ωχρότητα στο πρόσωπο, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία),
- δ. Ερευνώνται οι παράγοντες που φαίνεται να επιδεινώνουν και να ανακουφίζουν τον πόνο.
- ε. Λαμβάνονται μετρά για να ελαττωθεί ο πόνος:
 - 1. γίνονται ενέργειες ώστε να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος για τον πόνο (π.χ. διαβεβαιώνοντας τον άρρωστο ότι οι ανάγκες του για παυσίπονα θα καλυφθούν)

2. χορηγείται στον άρρωστο φαρμακευτική αγωγή πριν από οποιαδήποτε επώδυνη θεραπεία ή επέμβαση και πριν ο πόνος γίνει δυνατός
 3. εξασφαλίζεται ή βοηθιέται με μη φαρμακευτικές μεθόδους ελέγχου του πόνου (π.χ. τρίψιμο πλάτης, αλλαγή θέσης, τεχνικές ηρεμίας, διαδερμική διέγερση νεύρων, καθοδηγούμενη φαντασία, ήρεμη συζήτηση, ξεκούραστο περιβάλλον, διάφορες δραστηριότητες)
 4. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί ελεγχόμενη από τον ίδιο αναλγησία (PCA) με μηχανήμα σύμφωνα με τις οδηγίες
 5. χορηγήστε αναλγητικά, ανπφλεγμονώδη φάρμακα και μυοχαλαρωτικά σύμφωνα με τις οδηγίες.
- στ. Δίνονται συμβουλές από τον ιατρό εάν τα πιο πάνω μέτρα αποτύχουν να ανακουφίσουν τον άρρωστο από τον πόνο.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

που σχετίζονται με φόβο, άγχος, τη διαδικασία προετοιμασίας του αρρώστου για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και το μη οικείο περιβάλλον.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

- Ο άρρωστος πρέπει να καταφέρει να κοιμάται αρκετά, όσο επιτρέπουν οι παράμετροι της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής, το οποίο θα φαίνεται από:
- α. τις δηλώσεις ότι αισθάνεται να έχει αναπαυθεί καλά
 - β. το συνηθισμένο διανοητικό του επίπεδο
 - γ. την έλλειψη συχνών χασμουρητών, μαύρων κύκλων κάτω από τα μάτια και τρόμου στα χέρια.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- α. Αναζητώνται στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα διαταραχών του ύπνου (π.χ. παράπονα ότι δυσκολεύεται να κοιμηθεί, ύπνος με διακοπές ή αίσθημα ότι δεν έχει ξεκουραστεί καλά, ευερεθιστότητα, λήθαργος, αποπροσανατολισμός, συχνά χασμουρητά, μαύροι κύκλοι κάτω από τα μάτια, ελαφρός τρόμος στα χέρια).
- β. Καθορίζονται οι συνήθειες στον ύπνο του αρρώστου.
- γ. Λαμβάνονται μέτρα για την υποβοήθηση του ύπνου:
 1. ενέργειες για να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος
 2. ενθαρρύνεται η συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες που ηρεμούν, κατά τις απογευματινές ώρες

3. αποθαρρύνεται η κατανάλωση υγρών πλούσιων σε καφεΐνη (π.χ. καφές, τσάι, ποτά τύπου cola), ιδιαίτερα το απόγευμα
4. προσφέρεται στον άρρωστο ένα απογευματινό γεύμα υψηλής πρωτεϊνικής αξίας (π.χ. γάλα, τυρί) εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
5. επιτρέπεται στον άρρωστο να συνεχίσει τις συνήθειες του στον ύπνο (π.χ. θέση, χρόνος, συνήθειες κατά την κατάκλιση όπως διάβασμα και περισυλλογή) εάν είναι δυνατό
6. ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες, όπως άνεση και ζέστη πριν από τον ύπνο
7. παροτρύνεται ο ασθενής να αδειάσει την ουροδόχο κύστη του πριν από την κατάκλιση
8. διατηρείται μία ήσυχη και αναπνευστική ατμόσφαιρα· έχοντας στη διάθεση του αρρώστου ωτοασπίδες εάν τις χρειασθεί
9. χρησιμοποιούνται τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, μασάζ στη πλάτη, φαρμακευτική αγωγή, απαλή μουσική) πριν από τον ύπνο
10. εξασφαλίζεται καλός αερισμός του δωματίου
11. χορηγούνται ηρεμιστικά-υπνωτικά εάν έχουν συνταγογραφηθεί
12. γίνονται ενέργειες ώστε να ελαττωθούν οι διακοπές του ύπνου (80-100 λεπτά συνεχούς ύπνου χρειάζονται συνήθως για να συμπληρωθεί ένας κύκλος ύπνου):
 - α. περιορίζονται οι επισκέπτες
 - β. ομαδική φροντίδα των ασθενών του θαλάμου (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, φυσική φροντίδα) όταν είναι δυνατό.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΘΛΙΨΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

που σχετίζεται με τη δυνητική απώλεια ή μεταβολή σε κάποιο μέλος του σώματος και/ή στη συνήθη λειτουργία του σώματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο άρρωστος να αρχίσει να παρουσιάζει πρόοδο στη διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης το οποίο θα φαίνεται από:

- α. τη λεκτική απόδοση των συναισθημάτων του σχετικά με την αναμενόμενη αλλαγή της εικόνας του σώματος του και της συνηθισμένης σωματικής λειτουργίας

- β. την έκφραση της θλίψης
- γ. τη συμμετοχή στην προεγχειρητική φροντίδα και σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης
- δ. τη χρησιμοποίηση των προσφερόμενων συστημάτων υποστήριξης .

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α Αναζητώνται στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα θλίψης (π.χ. αλλαγή στο τρόπο που τρώει, αδυναμία συγκέντρωσης, αϋπνία, θυμό, μη συμμόρφωση, απομόνωση από τα άτομα του περιβάλλοντος του). Πρέπει είναι γνωστό ότι η αντίδραση του αρρώστου σε αναμενόμενη απώλεια θα επηρεαστεί και από παράγοντες όπως η προηγούμενη εμπειρία απώλειας, το στάδιο ανάπτυξης, τα διαθέσιμα συστήματα υποστήριξης, το πνευματικό και πολιτιστικό επίπεδο, την τρέχουσα κατάσταση υγείας και τη βαρύτητα της αναμενόμενης απώλειας.

β Λαμβάνονται μέτρα για την υποβοήθηση της διαδικασίας αντιμετώπισης της θλίψης:

1. βοηθιέται ο άρρωστος να ομολογήσει την αναμενόμενη απώλεια έτσι ώστε να αρχίσει η διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης· αναζητώντας παράγοντες που μπορούν να διευκολύνουν ή να δυσχεράνουν τη διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης
2. συζητιέται η διαδικασία της θλίψης και βοηθιέται ο άρρωστος να αποδεχθεί τις φάσεις της θλίψης (οι φάσεις ποικίλλουν κατά τις διάφορες θεωρίες αλλά προχωρούν από το shock και τον πανικό στην αποδοχή) σαν μία αναμενόμενη αντίδραση στις αναμενόμενες απώλειες
3. εξασφαλίζεται μία ατμόσφαιρα φροντίδας και ενδιαφέροντος (π.χ. εξασφαλίζοντας απομόνωση, να υπάρχουν διαθέσιμοι και χωρίς κριτική διάθεση, δείχνοντας κατανόηση και σεβασμό) έτσι ώστε ο άρρωστος να αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματα του
4. γίνονται ενέργειες έτσι ώστε να προάγεται η εμπιστοσύνη του αρρώστου (π.χ. να απαντώνται οι ερωτήσεις του με ειλικρίνεια, παρέχοντας του τις πληροφορίες που ζητάει)
5. παροτρύνεται η λεκτική έκφραση του θυμού και της λύπης για τις απώλειες που μπορεί να υποστεί· αναγνωρίζοντας τη μετατόπιση του θυμού και βοηθώντας τον άρρωστο να δει την πραγματική αιτία του θυμού
6. ενθαρρύνεται ο άρρωστος να εκφράσει τα συναισθήματα του με οποιοδήποτε τρόπο (π.χ. γράφοντας, σχεδιάζοντας, συνομιλώντας)
7. δίνεται βοήθεια στον άρρωστο να αναγνωρίσει τα αποθέματα των ψυχικών του δυνάμεων που τον βοήθησαν να ξεπεράσει παρόμοιες καταστάσεις απώλειας στο παρελθόν
8. υποστηρίζονται ρεαλιστικές ελπίδες για τις αλλαγές που μπορεί να υποστεί μετεγχειρητικά
9. υποστηρίζονται οι τρόποι συμπεριφοράς που υποδηλώνουν επιτυχία στη διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης (π.χ. εκφράζοντας λεκτικά τα συναισθήματα του σχετικά με τις αναμενόμενες απώλειες, εκφράζοντας λύπη, εστιάζοντας την προσοχή του στους τρόπους προσαρμογής στις απώλειες που θα υποστεί)
- 10.εξηγούνται οι φάσεις της θλίψης σε άτομα του περιβάλλοντος του και ενθαρρύνονται η υποστήριξη και η κατανόηση τους

- 11.βοηθούνται τα άτομα του περιβάλλοντος του να προσαρμοστούν στις απώλειες που θα υποστεί ο άρρωστος, ενθαρρύνοντας τα να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και προετοιμάζοντας τα για τις αναμενόμενες αλλαγές που θα υποστεί ο άρρωστος
 - 12.πληροφορούνται σχετικά με τις συμβουλευτικές υπηρεσίες και τις ομάδες υποστήριξης που μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο και τα άτομα του περιβάλλοντος του να ξεπεράσουν τη θλίψη
 13. κανονίζεται η επίσκεψη κληρικού, εάν το επιθυμεί ο άρρωστος.
- γ. Λαμβάνονται συμβουλές από ιατρό για παραπομπή σε ψυχίατρο, εάν υπάρχουν σημεία αναποτελεσματικής αντιμετώπισης της θλίψης (π.χ. επιμένουσα άρνηση αποδοχής της αναμενόμενης απώλειας, υπερβολικός θυμός ή λύπη, υστερία, τάσεις αυτοκτονίας)

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΕΛΛΕΙΜΜΑ ΓΝΩΣΕΩΝ

όσον αφορά τη ρουτίνα του νοσοκομείου σχετικά με την εγχείριση, την προετοιμασία, το τι θα αισθάνεται φυσιολογικά ο ασθενής μετά τη χειρουργική επέμβαση και αναισθησία καθώς και τη μετεγχειρητική φροντίδα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

- α. Ο άρρωστος να εκφράσει προφορικά ότι κατάλαβε την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, καθώς και το τι θα πρέπει να περιμένει όσον αφορά την αίσθηση μετά το χειρουργείο και την αναισθησία.
- β. Ο άρρωστος να δείξει την ικανότητα να εκτελεί πράξεις που αποσκοπούν να προλάβουν μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- α. 1. Δίνονται πληροφορίες σχετικά με τη συνηθισμένη προεγχειρητική ρουτίνα της επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί (π.χ. εξετάσεις αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακος, τοποθέτηση ουροκαθετήρα και/ή ρινογαστρικού καθετήρα, προετοιμασία του εντέρου και του δέρματος, αφαίρεση προσθετικών εξαρτημάτων).
2. Δίνονται πληροφορίες σχετικά με:
 - α. τον προγραμματισμένο χρόνο και την υπολογιζόμενη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
 - β. τον περιορισμό σε τροφή και υγρά προεγχειρητικά
 - γ. την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή
 - δ. τη θέση του σώματος στο χειρουργικό τραπέζι
 - ε. τις αίθουσες προνάρκωσης και ανάνηψης (π.χ. το σκοπό τους και τον υπολογιζόμενο χρόνο παραμονής σ' αυτές)
 - στ. το τι αισθάνεται συνήθως κανείς από την χειρουργική επέμβαση και τη νάρκωση
3. Τονίζονται η διδασκαλία και οι πληροφορίες που δόθηκαν από τον

αναισθησιολόγο και τον χειρουργό.

4. Δίνονται πρόσθετες πληροφορίες για την ειδική προεγχειρητική νοσηλεία του ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί σε π.χ.ολική αρθροπλαστική του ισχίου/γόνατος:

α. εξηγείται στον ασθενή ότι τα κάτωθι μέτρα πρόκειται να εφαρμοστούν με σκοπό τη μείωση του κινδύνου μετεγχειρητικής λοιμώξεως π.χ. ισχίου / γόνατος:

1. το χειρουργημένο άκρο θα πλυθεί καλά με ειδικό αντισηπτικό διάλυμα (π.χ. ιωδιούχος ποβιδόνη) πριν την εγχείρηση
2. στο άκρο που θα υποστεί τη εγχείρηση δεν πρόκειται να γίνουν ενέσεις
3. υπάρχουσες λοιμώξεις θα αντιμετωπιστούν πριν την εγχείρηση, συμβουλευτείτε τον ασθενή να αναφέρει κάθε σύμπτωμα λοιμώξεως (π.χ. βήχας, καταρροή, καύσος κατά την ούρηση)
4. πιθανώς να χορηγηθούν αντιμικροβιακά προφυλακτικός πριν και μετά την εγχείρηση

β. εξηγείται στον ασθενή ότι πριν την εγχείρηση πιθανώς να του χορηγηθούν αντιπηκτικά (π.χ. ηπαρίνη , βαρφαρίνη) ή/και αντιαιμοπεταλιακά (π.χ. δεξτράνες χαμηλού μοριακού βάρους , μικρές δόσεις ασπιρίνης), για την ελάττωση του κινδύνου σχηματισμού θρόμβων μετεγχειρητικά .

Ενημερώνεται ο ασθενής ότι ο έλεγχος της πήκτικότητας γίνεται συνήθως πριν από την έναρξη χορήγησης των ανωτέρων φαρμάκων, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής παίρνει ασπιρίνη, ασπιρινούχα σκευάσματα ή ιβουπροφίνη.

5. Πληροφορείται ο άρρωστος για τη μετεγχειρητική φροντίδα:

α. τα εξαρτήματα (π.χ. γάζες, ενδοφλέβιες γραμμές, σωλήνες παροχέτευσης, όργανα έλξης, ελαστικές κάλτσες ή επιδέσμους, κάλτσα ή μπότες με διακοπτόμενη πίεση αέρος)

β. τους περιορισμούς στη δραστηριότητα και τα αναμενόμενα αποτελέσματα

γ. τις τροποποιήσεις στη διαίτα

δ. τις πιθανές θεραπευτικές παρεμβάσεις (π.χ. αναπνευστική φροντίδα, αντιμετώπιση κυκλοφοριακού, περιποίηση τραύματος) και την αναμενόμενη συχνότητα εφαρμογής αυτών

ε. τις μετρήσεις (π.χ. προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, ακρόαση πνευμόνων, ζωτικά σημεία, νευρολογικές εξετάσεις, εντερικοί ήχοι) και την αναμενόμενη συχνότητα πραγματοποίησης των μετρήσεων

στ. τη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. αντιεμετικά, αναλγητικά, αντιβιοτικά)

ζ. τις μεθόδους ελέγχου του πόνου (π.χ. θέση σώματος, φαρμακευτική αγωγή, διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νεύρων, ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, αναλγησία ελεγχόμενη από τον άρρωστο).

6. Δίνεται χρόνος για ερωτήσεις και διευκρινίσεις των πληροφοριών που δόθηκαν.

β.1. Δείχνονται στον άρρωστο οι δραστηριότητες που αναμένεται να τις εκτελεί

μετεγχειρητικά. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν:

α. αποτελεσματικό βήχα και βαθιές αναπνοές

β. σωστή χρήση του σπιρόμετρου με ορισμένο στόχο

γ. ενεργητικές ασκήσεις άκρου ποδός και κάτω άκρου

δ. σωστό τρόπο για την αλλαγή θέσης και αύξηση της δραστηριότητας (π.χ. με αργή κίνηση, κρατώντας το σώμα σε σωστή ευθυγράμμιση, χρησιμοποιώντας σωστή μηχανική του σώματος, αναζητώντας βοήθεια εάν χρειαστεί).

2. Δίνονται πρόσθετες οδηγίες για την πρόληψη επιπλοκών μετά την ολική αντικατάσταση (αρθροπλαστική) ισχίου / γόνατος

α. τονίζονται οι οδηγίες του ιατρού και του φυσικοθεραπευτή όσον αφορά τα εξής:

1. τεχνικές βάρδισης που πρέπει να εφαρμόζονται χωρίς κάμψη του ισχίου

2. ασκήσεις (π.χ. τετρακέφαλων και γλουτιαίων, άνω άκρων, ανύψωση κάτω άκρου σε ευθειασμό, κάμψη γόνατος)

3. τεχνικές βάρδισης και μετακίνησης και κατάλληλη χρήση των βοηθημάτων βάρδισης (οι περιορισμοί ως προς τη φόρτιση με βάρος καθορίζονται από τον ιατρό και ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της προθέσεως· η φόρτιση με βάρος επιτρέπεται νωρίτερα όταν έχει χρησιμοποιηθεί πρόθεση με συγκολλητική ουσία)

β. συμβουλευεται ο ασθενής για τον ορθό τρόπο χρήσης των λαβών ανύψωσης πάνω από την κλίνη και του υγιούς άκρου για την μετακίνηση του

γ. εξηγούνται οι κάτωθι περιορισμοί κινήσεων και θέσεων που πρέπει να εφαρμόζονται μετεγχειρητικά με σκοπό την αποφυγή μετατόπισης της προθέσεως:

1. το χειρουργημένο κάτω άκρο πρέπει να διατηρείται σε θέση απαγωγής με τη χρήση της ειδικής συσκευής ή με την τοποθέτηση 2-3 μαξιλαριών κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες

2. το χειρουργημένο κάτω άκρο δεν πρέπει να φέρεται προς τη μέση γραμμή ή να στρέφεται προς τα έσω

3. όταν επιτραπεί η στροφή του ασθενούς πρέπει να γίνεται μόνο με τη βοήθεια εκπαιδευμένου ατόμου

4. σε πρώτη φάση, θα επιτραπεί η κάμψη του ισχίου κατά 45-60° και στη συνέχεια η κάμψη δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 90° κατά τη φάση της αποκατάστασης.

5. εξηγείται η ανάγκη να αφήνει το χειρουργημένο άκρο (γόνατο) στη συσκευή συνεχούς παθητικής

κινήσεως (CPM) εάν έχει δοθεί σχετική εντολή

3. Διαθέτουμε χρόνο για τις ερωτήσεις του ασθενούς, τις διευκρινήσεις, την επίδειξη και την πρακτική του εξάσκηση.

6.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φάση αρχίζει όταν ο άρρωστος μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης και τελειώνει όταν έχει αναρρώσει από τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στη μετεγχειρητική φροντίδα του ενήλικα αρρώστου που υποβλήθηκε σε γενική αναισθησία και μεταφέρθηκε από την αίθουσα ανάνηψης στη χειρουργική κλινική. Οι στόχοι της φροντίδας είναι η πρόληψη των επιπλοκών και η υποβοήθηση του αρρώστου να αποκτήσει μετεγχειρητικά την καλύτερη κατάσταση υγείας. Το σχέδιο αυτό φροντίδας θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε συνάρτηση με όλα τα σχέδια χειρουργικής φροντίδας.

6.2.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ

Πριν από την έξοδο ο άρρωστος πρέπει:

- να ανέχεται την προτεινόμενη διαίτα
- να ανέχεται το αναμενόμενο επίπεδο δραστηριότητας
- να μην πονάει
- να μην έχει σημεία και συμπτώματα επιπλοκών
- να γνωρίζει τρόπους αποφυγής της μετεγχειρητικής λοίμωξης
- να μπορεί να περιποιηθεί το χειρουργικό τραύμα
- να μπορεί να αναφέρει σημεία και συμπτώματα στο ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό
- να μπορεί να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του για τη χειρουργική επέμβαση, τη διάγνωση, την πρόγνωση και το θεραπευτικό σχήμα
- να καταλαβαίνει και να σχεδιάζει τον τρόπο που θα ανταποκριθεί στην φροντίδα κατά την περίοδο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών συναντήσεων με τους γιατρούς, στο επίπεδο δραστηριότητας, της θεραπευτικής αντιμετώπισης και των συνταγογραφημένων φαρμάκων

1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΟΝΟΣ

που σχετίζεται με τραύμα των ιστών και αντανακλαστικό μυϊκό σπασμό που οφείλεται στη χειρουργική επέμβαση, στον ερεθισμό από τους σωλήνες παροχέτευσης και σε τάση στην περιοχή της επέμβασης από βαθιά αναπνοή, βήχα και/ή κίνηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο άρρωστος να αισθάνεται μειωμένης έντασης πόνο που θα φανεί από:

- α. τη λεκτική έκφραση της ανακούφισης από τον πόνο
- β. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και της θέσης του σώματος
- γ. την αυξημένη συμμετοχή σε δραστηριότητες
- δ. τα σταθερά ζωτικά σημεία

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- α. Καθορίζεται το πώς συνήθως αντιδρά ο άρρωστος στο πόνο.
- β. Καθορίζεται η αντίληψη του πόνου του αρρώστου, συμπεριλαμβανομένων της εντόπισης, της έντασης και του τύπου. Χρησιμοποιήστε αριθμητική κλίμακα για τον καθορισμό της έντασης του πόνου,
- γ. Αναζήτηση μη λεκτικών σημείων του πόνου (π.χ. συνοφρύωση προσώπου, σφίξιμο των γροθιών, απροθυμία στη κίνηση, ανησυχία, αϋπνία, ωχρότητα στο πρόσωπο, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία),
- δ. Ερευνώνται οι παράγοντες που φαίνεται να επιδεινώνουν και να ανακουφίζουν τον πόνο.
- ε. Λαμβάνονται μέτρα για να ελαττωθεί ο πόνος:
 1. γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες ώστε να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος για τον πόνο (π.χ. διαβεβαιώστε τον άρρωστο ότι οι ανάγκες του για παυσίπονα θα καλυφθούν)
 2. χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής πριν από οποιαδήποτε επώδυνη θεραπεία ή επέμβαση και πριν ο πόνος γίνει δυνατός
 3. εξασφάλιση ή βοήθεια με μη φαρμακευτικές μεθόδους ελέγχου του πόνου (π.χ. τρίψιμο πλάτης, αλλαγή θέσης, τεχνικές ηρεμίας, διαδερμική διέγερση νεύρων, καθοδηγούμενη φαντασία, ήρεμη συζήτηση, ξεκούραστο περιβάλλον, διάφορες δραστηριότητες)
 4. καθοδήγηση ή βοήθεια ώστε ο άρρωστος να υποστηρίξει την κοιλιακή ή τη θωρακική τομή με μαξιλάρι ή τα χέρια του όταν γυρίζει, βήχει και αναπνέει βαθιά
 5. εάν ο άρρωστος έχει τομή στην κοιλιά, συμβουλευεται να λυγίζει τα γόνατα του όταν βήχει και αναπνέει βαθιά, για να ελαττωθεί η τάση στους κοιλιακούς μυς και στην τομή
 6. καθηλώνονται οι σωλήνες παροχέτευσης για να ελαττωθεί ο ερεθισμός του δέρματος από την κίνηση των σωλήνων
 7. ενθαρρύνετε ο άρρωστος να χρησιμοποιεί ελεγχόμενη από τον ίδιο

αναλγησία (PCA) με μηχανήμα σύμφωνα με τις οδηγίες

8. χορήγηση αναλγητικών, αντιφλεγμονώδων φαρμάκων και μυοχαλαρωτικών σύμφωνα με τις οδηγίες.

στ. Δίνονται συμβουλές από τον ιατρό εάν τα πιο πάνω μέτρα αποτύχουν να ανακουφίσουν τον άρρωστο από τον πόνο.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΑΓΧΟΣ

που σχετίζεται με το άγνωστο περιβάλλον, τον πόνο, τη μη κατανόηση των χειρουργικών επεμβάσεων που έγιναν, της διάγνωσης και του σχεδίου της θεραπευτικής αντιμετώπισης, τις αλλαγές στο σώμα και το ρόλο του ατόμου και με οικονομικά προβλήματα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο άρρωστος να αισθανθεί ελάττωση του άγχους του που θα φανεί από:

- α. τα λεγόμενα του ότι αισθάνεται λιγότερο άγχος και φόβο
- β. το συνηθισμένο τρόπο ύπνου
- γ. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και των κινήσεων του σώματος
- δ. τα σταθερά ζωτικά σημεία ε. τη συνηθισμένη δυνατότητα αντίληψης και συνύπαρξης με άλλους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. Αναζητώνται στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα άγχους (π.χ. λεκτική έκφραση φόβου και ανησυχιών, αϋπνία, ένταση, τρόμος, ευερεθιστότητα, ανησυχία, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα ή ερυθρότητα στο πρόσωπο, μείωση του πεδίου αντίληψης, απομόνωση, μη συμμόρφωση με το σχέδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης). Εκτιμάται η αντίληψη του προσεκτικά έχοντας κατά νου, ότι ορισμένοι τρόποι συμπεριφοράς μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες όπως πόνος, διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών και λοίμωξη,

β. Λαμβάνονται μέτρα για την ελάττωση του φόβου και του άγχους:

1. προσανατολισμός του αρρώστου στο περιβάλλον του νοσοκομείου, στις συσκευές και την καθημερινή πρακτική του νοσοκομείου
2. συστήνεται στον άρρωστο το προσωπικό που θα συμμετέχει στην περιποίηση του· εάν είναι δυνατόν διατηρήστε σταθερό το προσωπικό που θα αναλάβει τη φροντίδα του για να έχει το αίσθημα της; σταθερότητας και της άνεσης με το περιβάλλον
3. βεβαιώνεται στον άρρωστο ότι το προσωπικό είναι κοντά του· ανταποκριθείτε στις κλήσεις του το συντομότερο δυνατό

4. όταν συνδιαλέγεστε με τον άρρωστο διατηρείτε έναν ήρεμο, υποστηρικτικό και σίγουρο τρόπο
 5. ενθαρρύνετε η λεκτική έκφραση του φόβου και του άγχους
 6. τονίζονται οι εξηγήσεις των ιατρών και αποσαφηνίζονται παρανοήσεις του αρρώστου σχετικά με τη διάγνωση, τη χειρουργική επέμβαση στην οποία έχει υποβληθεί, τη θεραπευτική αγωγή και την πρόγνωση
 7. γίνονται ενέργειες ώστε να ελαττωθεί ο πόνος
 8. εξασφαλίζεται ένα ήρεμο και αναπαυτικό περιβάλλον
 9. εκμάθηση του αρρώστου των τεχνικών χαλάρωσης και ενθάρρυνση της συμμετοχής του σε διάφορες δραστηριότητες
 - 10.δίνεται βοήθεια στον άρρωστο να αναγνωρίσει ειδικά αγχογόνα ερεθίσματα και τρόπους αντιμετώπισης τους
 - 11.κανονίζεται η επίσκεψη ενός κληρικού, εάν ο άρρωστος το επιθυμεί
 - 12.ξεκινάτε η διαδικασία παραπομπής του στην οικονομική ή κοινωνική υπηρεσία υποστήριξης, εάν χρειάζεται
 - 13.ενθαρρύνονται τα άτομα του περιβάλλοντος του να δείχνουν στοργική, με ενδιαφέρον συμπεριφορά, χωρίς εμφανές άγχος
 - 14.χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων εάν έχουν συνταγογραφηθεί
- γ. Περιλαμβάνονται άτομα από το περιβάλλον του σε μαθήματα προσανατολισμού και διδασκαλίας, ενθαρρύνοντας τη συνεχή υποστήριξη στον άρρωστο,
- δ. Δίνονται πληροφορίες βασισμένες στις τρέχουσες ανάγκες του αρρώστου και των ατόμων του περιβάλλοντος του σε κατανοητό επίπεδο.
Ενθάρρυνση για ερωτήσεις και διευκρινήσεις στις πληροφορίες που δίνονται,
- ε. Δίνονται συμβουλές από το γιατρό εάν οι πιο πάνω πράξεις αποτύχουν να ελέγξουν το φόβο και το άγχος.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΣ

που σχετίζεται με τη διέγερση του κέντρου του εμετού και οφείλεται σε:

1. διέγερση των προσαγωγών οδών του πνευμονογαστρικού και/ή του συμπαθητικού που προκαλείται από σπλαχνικό ερεθισμό από την διάταση της κοιλιάς.
2. διέγερση του φλοιού από πόνο και stress

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο άρρωστος να ανακουφιστεί από τη ναυτία και τον εμετό που θα φανεί από:

1. τη λεκτική έκφραση της ανακούφισης από τη ναυτία
2. την απουσία εμετού.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Παρατηρείτε ο άρρωστος εάν εμφανίζει ναυτία και εμετό.
2. Λαμβάνονται μέτρα για να αποφευχθεί η ναυτία και ο εμετός:
 - α. γίνονται ενέργειες ώστε να ελαττωθεί η συγκέντρωση αερίων και υγρών στο γαστρεντερικό σωλήνα
 - β. γίνονται ενέργειες ώστε να ελαττωθεί ο πόνος
 - γ. γίνονται ενέργειες ώστε να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος
 - δ. απομάκρυνση δυσάρεστων οσμών και εικόνων από το περιβάλλον
(δυσάρεστα ερεθίσματα προκαλούν φλοιώδη διέγερση του κέντρου εμετού)
 - ε. ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές αργά όταν αισθάνεται ναυτία
 - στ. δίνονται εξηγήσεις στον άρρωστο να αλλάζει θέσεις αργά (η γρήγορη κίνηση διεγείρει την αιθουσαιοπαραγκεφαλιδική οδό με αποτέλεσμα τη διέγερση της ζώνης ερεθισμού των χημειοϋποδοχέων)
 - ζ. να γίνεται υγιεινή του στόματος κάθε 2 ώρες ή πριν από τα γεύματα, εάν επιτρέπεται η κατανάλωση υγρών και μετά από κάθε εμετό
- η. όταν επιτραπεί η λήψη υγρών από το στόμα:
 1. αρχή της δίαιτας σταδιακά (συνήθως αρχίζοντας με καθαρά υγρά και προχωρώντας σε στερεές τροφές)
 2. αποφυγή χορήγησης φαγητού με υπερβολικό άρωμα και αφαίρεση των καλυμμάτων των πιάτων από τα ζεστά φαγητά πριν μπειτε στο δωμάτιο
 3. χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων αποφεύγοντας μόνο 3 μεγάλα γεύματα
 4. εκμάθηση του αρρώστου να προσλαμβάνει τις τροφές και τα υγρά αργά
 5. εκμάθηση του αρρώστου να αποφεύγει τροφές/υγρά που ερεθίζουν το γαστρικό βλεννογόνο (π.χ. φαγητά με καρυκεύματα, ποτά που περιέχουν καφεΐνη όπως καφές, τσάι και ποτά τύπου cola)
 6. ενθάρρυνση του αρρώστου να τρώει στεγνά φαγητά (π.χ. τوست, κράκερς) και να αποφεύγει να καταναλώνει υγρά κατά τη διάρκεια του γεύματος εάν αισθάνεται ναυτία
 7. ενημέρωση του αρρώστου να αποφεύγει τροφές πλούσιες σε λίπος (το λίπος επιβραδύνει τη γαστρική κένωση)

8. εκμάθηση του αρρώστου να αναπαύεται μετά το γεύμα έχοντας .
σηκώσει το πάνω μέρος του κρεβατιού
- θ. χορήγηση αντιεμετικών και διεγερτικών του γαστρεντερικού σωλήνα (π.χ.metoclopramide) σύμφωνα με τις οδηγίες.
3. Δίνονται συμβουλές από τον ιατρό εάν τα πιο πάνω μέτρα αποτύχουν να ελέγξουν τη ναυτία και τον εμετό.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΕΛΕΙΜΜΑ ΓΝΩΣΕΩΝ

Σχετικά με τη φροντίδα κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

- α. Ο άρρωστος να αναγνωρίζει τρόπους για να αποφύγει τη μετεγχειρητική λοίμωξη.
- β. Ο άρρωστος να είναι ικανός να περιποιείται το τραύμα του.
- γ. Ο άρρωστος να μπορεί να αναφέρει σημεία και συμπτώματα στο ιατρικό/ νοσηλευτικό προσωπικό.
- δ. Ο άρρωστος να αναφέρει ότι κατάλαβε το προτεινόμενο σχέδιο της παρακολούθησης συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών συναντήσεων με τον ιατρό, των διαιτητικών τροποποιήσεων του επιπέδου δραστηριότητας και της συνταγογραφημένης θεραπευτικής αγωγής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- α. Εκμάθηση του αρρώστου για τρόπους αποφυγής της μετεγχειρητικής λοίμωξης :
1. προτροπή του αρρώστου να βήχει (εάν επιτρέπεται) και να αναπνέει βαθιά κάθε 2 ώρες, όταν είναι ξύπνιος
 2. ενθάρρυνση για συνεχή χρήση του σπιρομέτρου με ορισμένο στόχο, εάν υπάρχει ένδειξη
 3. αύξηση της δραστηριότητας του, σύμφωνα με τις οδηγίες
 4. αποφυγή της επαφής του με άτομα που εμφανίζουν λοίμωξη
 5. αποφυγή του συνωστισμού σε εποχές γρίπης και κρυολογημάτων
 6. μείωση ή και διακοπή του καπνίσματος
 7. ενθάρρυνση τον να πίνει τουλάχιστον 10 ποτήρια υγρών την ημέρα
 8. διατήρηση μιας ισορροπημένης διαίτας
 9. διατήρηση ισορροπίας στην ξεκούραση και στις δραστηριότητες
 10. διατήρηση καλής προσωπικής υγιεινής (ιδιαίτερα υγιεινή στόματος, πλύσιμο χεριών και περιποίηση του περινέου)
 11. αποφυγή να αγγίζει οποιοδήποτε τραύμα εκτός εάν έχει επουλωθεί τελείως

12. εφαρμογή στείρας και καθαρής τεχνικής κατά την περιποίηση του τραύματος, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- β. 1. Συζήτηση του σκοπού, τη συχνότητας και των αναγκαίων υλικών για την περιποίηση του τραύματος.
2. Εξασφάλιση στον άρρωστο των απαραίτητων υλικών (π.χ. γάζες, διάλυμα καθαρισμού, αυτοκόλλητες ταινίες) για την περιποίηση του τραύματος καθώς και τα ονόματα με τις διευθύνσεις που μπορεί να αναζητήσει πρόσθετα υλικά.
3. Δείχνεται ο τρόπος περιποίησης του τραύματος και του σωστού καθαρισμού του εξοπλισμού πολλαπλών χρήσεων. Δίνεται χρόνος για ερωτήσεις, για διευκρίνιση και επίδειξη.
- γ. Εκμάθηση του αρρώστου να αναφέρει τα πιο κάτω σημεία και συμπτώματα:
1. επίμονη μικρή ή σημαντική αύξηση ($38,3^{\circ}\text{C}$ [101°F]) της θερμοκρασίας
 2. δυσκολία στην αναπνοή
 3. πόνο στο στήθος
 4. έντονη αδυναμία ή έλλειψη αντοχής για το παραγγελλόμενο επίπεδο δραστηριότητας
 5. παραγωγικό βήχα με αποβολή πυωδών, πράσινου χρώματος ή σκουρόχρωμων πτυέλων
 6. αυξημένη ενόχληση ή ενόχληση που δεν ελέγχεται από τα συνταγογραφημένα φάρμακα και τη θεραπεία
 7. συνεχιζόμενη ναυτία ή εμετό
 8. αυξημένη διάταση της κοιλιάς
 9. διάσπαση των χειλέων του τραύματος
 10. αυξημένη ερυθρότητα, θερμότητα, πόνο ή διόγκωση γύρω από το τραύμα
 11. ασυνήθη ή υπέρμετρη παροχέτευση από τη θέση του τραύματος
 12. πόνος, ερυθρότητα ή οίδημα στην γαστροκνημία, στο ένα ή και στα δύο πόδια
 13. επίσχεση ούρων
 14. συγχή, επείγουσα ή με αίσθημα καύσους ούρηση
 15. θολά, δύσοσμα ούρα.
- δ. 1. Τονίζεται η σημασία της διατήρησης των προγραμματισμένων συναντήσεων παρακολούθησης με το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό.
2. Τονίζονται οι οδηγίες του ιατρού σχετικά με τις τροποποιήσεις στη

δίαιτα. Συστήνεται ένας διαιτολόγος στον άρρωστο, εάν χρειάζεται.

3. Τονίστε τις οδηγίες του ιατρού για το προτεινόμενο επίπεδο δραστηριότητας και τη θεραπευτική αγωγή.
4. Δίνονται εξηγήσεις για τον σκοπό, τις παρενέργειες και τη σημασία της λήψης των φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν.
5. Λαμβάνονται μέτρα για την ενίσχυση της δεκτικότητας του αρρώστου:
συμπεριλαμβάνονται άτομα του περιβάλλοντος του στα εκπαιδευτικά μαθήματα, εάν είναι δυνατόν ενθαρρύνετε τις ερωτήσεις και δίνεται χρόνος για τον τονισμό και διευκρίνιση των παρεχόμενων πληροφοριών, δίνονται γραπτές οδηγίες για τις προγραμματισμένες συναντήσεις με το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό, τις τροποποιήσεις στο διαιτολόγιο, το επίπεδο δραστηριότητας, το σχέδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα φάρμακα που συνταγογραφήθηκαν καθώς και τα σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφερθούν.

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ: ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

που σχετίζεται με:

α ελαττωμένη πρόσληψη τροφής που οφείλεται σε:

1. ανορεξία λόγω ανίας, κατάθλιψης, επιβράδυνσης του μεταβολικού ρυθμού και πρόωρο αίσθημα κορεσμού, που εμφανίζεται όταν η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα είναι μειωμένη
2. δυσκολία σίτισης λόγω παρεμπόδισης ή περιορισμού δραστηριότητας

β διαταραχή στο ισοζύγιο καταβολισμού και αναβολισμού (στο ακινητοποιημένο άτομο οι καταβολικές λειτουργίες προχωρούν με ταχύτερο ρυθμό απ' ότι οι αναβολικές).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

. Ο ασθενής να διατηρήσει επαρκή θρέψη που θα φανεί από:

- α. το σωματικό βάρος στα φυσιολογικά όρια για την ηλικία, το ύψος και τον ιδιοσυστασικό τύπο του ασθενούς
- β. τη φυσιολογική ουρία, λευκωματίνες ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνη, τρανσφερρίνη και λεμφοκύτταρα
- γ. το πάχος δερματικής πτυχής του τρικέφαλου στα φυσιολογικά όρια
- δ. την απουσία περαιτέρω ελάττωσης της δύναμης και της ικανότητας σωματικής δραστηριότητας
- ε. τον υγιή στοματικόβλενογόνο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. Εκτιμώνται και αναφέρονται σημεία και συμπτώματα υποθρεψίας :

1. σωματικό βάρος κάτω από τα φυσιολογικά όρια για την ηλικία, το ύψος και τον ιδιοσυσταστικό τύπο του ασθενούς
2. παθολογική ουρία και χαμηλές λευκοματίνες, αιματοκρίτη αιμοσφαιρίνη, τρανσφερρίνη και λεμφοκύτταρα
- 3 πάχος δερματικής πτυχής τρικέφαλου κάτω από τα φυσιολογικά όρια
- 4 αδυναμία και κόπωση
- 5 στοματίτιδα.

β. Ελέγχονται τα γεύματα και τα πρόχειρα φαγητά που καταναλώνει ο ασθενής. Αναφέρεται ελαττωμένη πρόσληψη,

γ. Λαμβάνονται μέτρα διατήρησης επαρκούς κατάστασης θρέψης:

1. γίνονται ενέργειες έτσι ώστε να βελτιωθεί η πρόσληψη τροφής από το στόμα:
 - α. ζητείτε η συνδρομή διαιτολόγου αν είναι αναγκαίο, για να βοηθηθεί ο ασθενής στην επιλογή τροφών/υγρών που ανταποκρίνονται στις θρεπτικές ανάγκες καθώς και στις προσωπικές και πολιτισμικές του προτιμήσεις, όταν αυτό είναι δυνατό
 - β. ενθαρρύνετε η ανάπαυση πριν τα γεύματα, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η κόπωση
 - γ. διατηρείτε καθαρό περιβάλλον και χαλαρή, ευχάριστη ατμόσφαιρα
 - δ. εφαρμόζεται στοματική υγιεινή πριν από τα γεύματα
 - ε. σερβίρονται μικρές μερίδες θρεπτικών τροφών/υγρών, που να είναι ελκυστικές στον ασθενή
 - στ. λαμβάνονται μέτρα πρόληψης της δυσκοιλιότητας έτσι ώστε να ελαττωθεί το αίσθημα πλήρωσης
 - ζ. ενθαρρύνονται τα σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα να φέρνουν τα αγαπημένα του φαγητά, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη, και να τρώνε μαζί του/της, έτσι ώστε το φαγητό να γίνει περισσότερο οικεία κοινωνική εμπειρία
 - η. ενθαρρύνονται τα σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα να τον βοηθούν στο φαγητό, αν υπάρχει ανάγκη
 - θ. δίνεται αρκετός χρόνος για τα γεύματα· ξαναζεσταίνετε το φαγητό αν είναι αναγκαίο
 - ι. περιορίζεται η πρόσληψη υγρών (εκτός αν έχουν υψηλή θρεπτική αξία) με τα γεύματα, έτσι ώστε να ελαττωθεί το αίσθημα πρόωρου κορεσμού και η επακόλουθη ελαττωμένη πρόσληψη τροφής

ία. ενθαρρύνετε ο ασθενής να σιτίζεται μόνος του, αν είναι δυνατό,

αν ο ασθενής πρέπει να σιτιστεί, προσφέρονται οι τροφές/υγρά με τη σειρά που προτιμά

ιβ. Αύξηση της δραστηριότητας σύμφωνα με τις οδηγίες (η δραστηριότητα αυξάνει την όρεξη).

2. Βεβαιώνεται ότι τα γεύματα είναι ισορροπημένα και υψηλής περιεκτικότητας σε βασικά θρεπτικά συστατικά" προσφέρονται διαιτητικά συμπληρώματα πλούσια σε πρωτεΐνες και θερμίδες μεταξύ των γευμάτων, αν υπάρχει ένδειξη

3. χορηγούνται βιταμίνες (ειδικά η βιταμίνη C είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση των εξαντλημένων πρωτεϊνικών αποθεμάτων) και μεταλλικά άλατα αν δοθεί εντολή.

δ. Υπολογίζονται οι θερμίδες 72 ωρών αν δοθεί εντολή. Αναφέρετε το αποτέλεσμα στον ιατρό και το διαιτολόγο,

ε. Δίνονται συμβουλές από τον ιατρό σχετικά με εναλλακτικές μεθόδους θρέψης (π.χ. παρεντερική θρέψη, σίτιση με καθετήρα), αν ο ασθενής δεν καταναλώνει αρκετό φαγητό ή υγρά για ικανοποίηση των θρεπτικών του αναγκών.

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΠΩΣΗ

Που σχετίζεται με:

- α. υποξία των ιστών που οφείλεται σε μειωμένη αιμάτωση των ιστών και αναιμία από απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
- β. ανεπαρκές επίπεδο θρέψης
- γ. δυσκολία στην ανάπνοση και στον ύπνο που οφείλεται σε ανησυχία, φόβο και άγχος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο άρρωστος να δείχνει αυξημένη αντοχή στις δραστηριότητες που θα φανεί από:

- α. τη λεκτική έκφραση μειωμένου αισθήματος κούρασης και αδυναμίας
- β. τη δυνατότητα να εκτελεί δραστηριότητες της καθημερινής ζωής χωρίς να εμφανίζει δύσπνοια, πόνο στο στήθος, ζάλη και σημαντικές διαταραχές στα ζωτικά σημεία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. Παρατηρώνται σημεία και συμπτώματα δυσανεξίας στη σωματική δραστηριότητα όπως είναι:

1. οι δηλώσεις κούρασης και αδυναμίας

2. η ύπαρξη δύσπνοιας, πόνου στο στήθος ή ζάλης
3. ο παθολογικός καρδιακός ρυθμός κατά τη δραστηριοποίηση (π.χ. αύξηση της συχνότητας κατά 20 σφύξεις/λεπτό πάνω από το επίπεδο ηρεμίας, μείωση της συχνότητας, η συχνότητα δεν επιστρέφει στα επίπεδα πριν από τη δραστηριότητα μέσα σε 3 min από τη διακοπή της, αλλαγή από ρυθμική σε άρρυθμη συχνότητα)
4. η ελάττωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης ή σημαντική αύξηση (10-15 mm Hg) της συστολικής ή της διαστολικής πίεσης με τη δραστηριότητα.

β. Λαμβάνονται μέτρα για την βελτίωση της αντοχής στη δραστηριότητα:

1. γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες για την βελτίωση της ανάπαυσης και/ή εξοικονόμηση ενέργειας :

α. διατηρούνται οι περιορισμοί στη δραστηριότητα σύμφωνα με τις οδηγίες

β. ελαχιστοποιείτε η δραστηριότητα και οι θόρυβοι του περιβάλλοντος

γ. οργανώνεται η νοσηλεία ώστε να υπάρχουν περίοδοι ανάπαυσης χωρίς διακοπές

δ. ελαττώνεται ο αριθμός των επισκεπτών και ο χρόνος παραμονής τους

ε. βοήθεια του αρρώστου στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης του

στ. διατηρούνται τα τρόφιμα και τα προσωπικά αντικείμενα του αρρώστου σε προσιτή θέση

ζ. εκμάθηση του αρρώστου τεχνικών εξοικονόμησης ενέργειας (π.χ. τη χρησιμοποίηση καρέκλας λουτρού όταν πλένεται, το βούρτσισμα των δοντιών και την περιποίηση των μαλλιών σε καθιστή θέση)

η. λαμβάνονται μέτρα για να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος

θ. λαμβάνονται μέτρα για τη βελτίωση του ύπνου

ι. λαμβάνονται μέτρα για να μην αισθάνεται άβολα

2. γίνονται ενέργειες για τη διατήρηση επαρκούς αιμάτωσης των ιστών
3. γίνονται ενέργειες για την βελτίωση του τρόπου αναπνοής και δίνεται βοήθεια για τον καθαρισμό των αεροφόρων οδών για τη μέγιστη οξυγόνωση των ιστών
4. διατηρείτε η αγωγή με το οξυγόνο σύμφωνα με τις οδηγίες
5. γίνονται ενέργειες για την διατήρηση του επιπέδου θρέψης
6. χορηγείται αίμα ή συμπυκνωμένα ερυθρά σύμφωνα με τις οδηγίες
7. αυξάνονται σταδιακά οι δραστηριότητες του αρρώστου όσο επιτρέπεται και το αντέχει.

γ. Εκμάθηση του αρρώστου να:

1. αναφέρει τη μειωμένη αντοχή σε δραστηριότητες
2. σταματάει οποιαδήποτε δραστηριότητα του προκαλεί πόνο στο στήθος, δύσπνοια, ζάλη ή υπερβολική κούραση ή αδυναμία.

δ. Δίνονται συμβουλές από τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της δυσανεξίας στη σωματική δραστηριότητα επιμένουν ή επιδεινώνονται

7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

που σχετίζεται με:

- α. τον περιορισμό της δραστηριότητας λόγω ασθενείας και/ή της θεραπευτικής αγωγής·
- β. την απώλεια μυϊκής μάζας, τόνου και ισχύος, λόγω παρατεταμένης αχρησίας και ανεπαρκούς θρέψης

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο ασθενής να διατηρήσει την καλύτερη δυνατή σωματική δραστηριότητα, μέσα στους περιορισμούς που υπαγορεύει η ασθένεια ή ο τραυματισμός του και η θεραπευτική αγωγή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. λαμβάνονται μέτρα διατήρησης της καλύτερης δυνατής κινητικότητας των αρθρώσεων και μυϊκής λειτουργίας κατά τη διάρκεια των περιόδων ακινητοποίησης:

1. καθοδήγηση του ασθενή και βοήθεια σε πρόγραμμα ασκήσεων κινητικότητας τουλάχιστον 3 φορές ημερησίως, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη
2. υποστηρίζονται οι οδηγίες, οι δραστηριότητες και το σχέδιο ασκήσεων που έχει συσταθεί από τους φυσιοθεραπευτές και τους εργασιοθεραπευτές
3. δίνεται βοήθεια στον ασθενή στη χρήση οργάνων ηλεκτρικής διέγερσης, τα οποία βοηθούν στην ενδυνάμωση των μυών
4. ενθαρρύνετε η συμμετοχή του ασθενούς στην αυτοεξυπηρέτηση του σύμφωνα με τις οδηγίες, τοποθετούνται πλάγια προστατευτικά κινγκλιδώματα στο κρεβάτι και το τραπέζι πάνω από το κεφάλι του ασθενούς, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη, έτσι ώστε να διευκολυνθούν οι ανεξάρτητες κινήσεις
5. γίνονται ενέργειες έτσι ώστε να ελαττωθεί ο κίνδυνος των αγκυλώσεων
6. γίνονται ενέργειες έτσι ώστε να διατηρηθεί η επαρκής θρέψη του ασθενούς για να διατηρηθεί η μυϊκή μάζα, ο τόνος και η μυϊκή ισχύς.

- β. Ενθαρρύνετε η υποστήριξη του ασθενή από τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα. Επιτρέπονται να βοηθήσουν στο πρόγραμμα των ασκήσεων κινητικότητας και στην τοποθέτηση του ασθενούς, αν αυτό είναι επιθυμητό.

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

που σχετίζεται με:

- α. μειωμένη αντοχή στη δραστηριότητα που οφείλεται σε ιστική υποξία, ανεπαρκές επίπεδο θρέψης και δυσκολία στον ύπνο και στη ξεκούραση·
- β. πόνο και ναυτία
- γ. κατασταλτικό αποτέλεσμα της νάρκωσης και ορισμένων φαρμάκων (π.χ. ναρκωτικά αναλγητικά, μυοχολαρωτικά με κεντρική δράση)
- δ. φόβο πτώσης στο έδαφος, μετακίνηση σωλήνων παροχέτευσης και έκθεση κίνδυνο του εγχειρητικού τραύματος
- ε. περιορισμό της κινητικότητας στα πλαίσια της θεραπευτικής αγωγής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο άρρωστος να επιτύχει το μέγιστο της κινητικότητας μέσα στους περιορισμούς που επιβάλλονται από τη χειρουργική επέμβαση και τη μετεγχειρητική αγωγή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- α. Λαμβάνονται μέτρα για την αύξηση της κινητικότητας :
 - 1. γίνονται ενέργειες για την βελτίωση της αντοχής στη δραστηριότητα
 - 2. γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες για να ελαττωθεί ο πόνος
 - 3. γίνονται ενέργειες για να αποτραπεί η ναυτία και ο εμετός
 - 4. προγραμματίζονται οι προσπάθειες για την αύξηση της δραστηριότητας όταν τα αναλγητικά και/ή τα αντιεμετικά έχουν τη μέγιστη δράση
 - 5. ενθαρρύνετε η χρήση μη ναρκωτικών αναλγητικών όταν ο έντονος πόνος έχει υποχωρήσει
 - 6. γίνονται ενέργειες για να ελαττωθεί ο φόβος του αρρώστου για τραυματισμό:
 - α. λαμβάνονται μέτρα για να αποτραπεί η πτώση του στο έδαφος
 - β. καθλώνονται οι επιδέσεις του τραύματος και των σωλήνων για να ελαττωθεί ο κίνδυνος μετατόπισής τους
 - 7. βεβαιώνεται στον άρρωστο ότι το επίπεδο δραστηριότητας που συνιστάται στις οδηγίες θα βοηθήσει παρά θα βλάψει τη διαδικασία επούλωσης

8. ενθαρρύνετε η δραστηριότητα και η συμμετοχή στη φροντίδα του εαυτού του όσο επιτρέπεται και το ανέχεται ο ασθενής, τοποθετούνται τα πλαϊνά προστατευτικά κιγκλιδώματα του κρεβατιού καθώς και η λαβή πάνω από το κεφάλι του κρεβατιού, για να βοηθηθεί η κίνηση του αρρώστου.

β. Επιβραβεύονται και ενθαρρύνονται όλες οι προσπάθειες του για την αύξηση της κινητικότητας του.

γ. Ενθαρρύνετε η υποστήριξη των οικείων του. Επιτρέπονται να βοηθούν τον άρρωστο στην κινητοποίηση του εάν το επιθυμεί,

δ. Δίνονται συμβουλές από τον ιατρό εάν ο άρρωστος αδυνατεί να επιτύχει το αναμενόμενο επίπεδο κινητικότητας.

9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

που σχετίζεται με διαταραχή της κινητικότητας που οφείλεται σε δυσανεξία στη σωματική δραστηριότητα, πόνο, ναυτία, κατασταλτική δράση ορισμένων φαρμάκων, φόβο για μετακίνηση των σωλήνων και έκθεσης του χειρουργικού τραύματος σε κίνδυνο και περιορισμούς στις δραστηριότητες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο άρρωστος να μπορεί να εκτελεί τις δραστηριότητες της φροντίδας του εαυτού του μέσα στα πλαίσια των φυσικών ορίων και των περιορισμών της μετεγχειρητικής δραστηριότητας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. Σε συνεργασία με τον άρρωστο σχεδιάζεται ένα ρεαλιστικό πλάνο των ημερήσιων φυσικών του αναγκών.

β. Ενθαρρύνετε η μέγιστη ανεξαρτησία στα πλαίσια των φυσικών ορίων και των περιορισμών της μετεγχειρητικής δραστηριότητας.

γ. Λαμβάνονται μέτρα για την διευκόλυνση της δυνατότητας του αρρώστου να εκτελεί δραστηριότητες φροντίδας του εαυτού του:

1. οργανώνεται η νοσηλεία σε ώρα που πιθανότατα ο άρρωστος θα μπορεί να συμμετάσχει (π.χ. όταν τα παυσίπονα έχουν τη μέγιστη δράση, ύστερα από περίοδο ανάπαυσης, όχι μετά από γεύματα ή θεραπευτικές αγωγές)

2. διατηρούνται τα αντικείμενα που του χρειάζονται σε προσιτή θέση
 3. δίνεται αρκετός χρόνος για την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων φροντίδας του εαυτού του
 4. γίνονται ενέργειες για την αύξηση της κινητικότητας .
- δ. Επιδοκιμάζονται όλες οι προσπάθειες και τα κατορθώματα της φροντίδας του εαυτού του.
- ε. Βοήθεια του αρρώστου στις δραστηριότητες που δεν μπορεί να εκτελέσει μόνος του.
- στ. Ενημερώνεται το περιβάλλον του για τις δυνατότητες του αρρώστου να φροντίζει τον εαυτό του.
- Εξηγείτε η σημασία της ενθάρρυνσης και του να διατηρεί ο άρρωστος ένα άριστο επίπεδο ανεξαρτησίας μέσα στα πλαίσια των περιορισμών της δραστηριότητας και του επιπέδου αντοχής του.

10. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

που σχετίζονται με φόβο, άγχος, ανησυχία, αδυναμία του αρρώστου να πάρει τη συνηθισμένη θέση ύπνου και συχνές μετρήσεις και θεραπεία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο άρρωστος να μπορεί να κοιμάται ικανοποιητικά μέσα στα όρια του θεραπευτικού σχήματος που θα φανεί από:

- α τις δηλώσεις του ότι αισθάνεται να έχει αναπαυθεί καλά
- β. τη συνηθισμένη διανοητική κατάσταση
- γ. την έλλειψη συχνών χασμουρητών, μαύρων κύκλων κάτω από τα μάτια και τρόμου στα χέρια.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. Αναζητώνται σημεία και συμπτώματα διαταραχής του ύπνου (π.χ. δυσκολία στο να κοιμηθεί, διακοπές του ύπνου ή παράπονα ότι δεν έχει ξεκουραστεί καλά, ευερεθιστότητα, λήθαργος, αποπροσανατολισμός, συχνά χασμουρητά, μαύροι κύκλοι κάτω από τα μάτια, ελαφρός τρόμος χεριών).

β. Καθορίζονται οι συνήθειες του αρρώστου στον ύπνο.

γ. Λαμβάνονται μέτρα για την βοήθεια του ύπνου :

1. αποθαρρύνονται μεγάλες περιόδους ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας εκτός εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα έλλειψης ύπνου ή αν ο ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι συνήθεια του αρρώστου
2. γίνονται ενέργειες για να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος
3. εφαρμόζονται μέτρα για την άνεση του ασθενούς
4. ενθαρρύνετε η συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες που προκαλούν χαλάρωση τις απογευματινές ώρες
5. όταν επιτραπεί η σίτιση από το στόμα:

- α. αποθαρρύνετε η κατανάλωση υγρών πλούσιων σε καφεΐνη (π.χ. καφές, τσάι, ποτά τύπου cola) ιδιαίτερα κατά τις απογευματινές ώρες
- β. προσφέρετε στον άρρωστο ένα απογευματινό γεύμα υψηλής πρωτεϊνικής αξίας (π.χ. γάλα, τυρί) εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
- 6. επιτρέπεται στον άρρωστο να συνεχίσει τον συνηθισμένο τρόπο ύπνου (π.χ. θέση, χρόνο, συνήθειες κατά την κατάκλιση όπως διάβασμα και περισυλλογή) εάν είναι δυνατό
- 7. ικανοποιούνται οι ανάγκες του, όπως άνεση και ζέστη πριν από τον ύπνο
- 8. διατηρείτε μια ήσυχη και αναπνευστική ατμόσφαιρα, δίνεται στη διάθεση του άρρωστου ωτοασπίδες εάν τις χρειαστεί
- 9. χρησιμοποιούνται τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, μασάζ στη πλάτη, φαρμακευτική αγωγή, απαλή μουσική) πριν από τον ύπνο
- 10. ενθαρρύνετε ο άρρωστος να αδειάσει την κύστη του πριν από την κατάκλιση
- 11. εξασφαλίζεται καλός αερισμός του δωματίου
- 12. χορηγούνται ηρεμιστικά υπνωτικά εάν έχουν συνταγογραφηθεί
- 13. γίνονται ενέργειες ώστε να ελαττωθούν οι διακοπές του ύπνου (80-100 λεπτά συνεχούς ύπνου χρειάζονται συνήθως για να συμπληρωθεί ένας κύκλος ύπνου):
 - α. περιορίζεται ο αριθμός των επισκεπτών
 - β. ομαδική φροντίδα (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, φυσική φροντίδα) όταν είναι δυνατό.
- δ. Δίνονται συμβουλές από τον γιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα έλλειψης ύπνου επιμένουν ή επιδεινωθούν.

11. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ

που οφείλονται σε:

- α. μεταβολές στην εμφάνιση και στη σωματική λειτουργία (π.χ. λεύκανση και λέπτυνση των τριχών, διόγκωση της μύτης και των αυτιών, ξηρό ρυτιδωμένο δέρμα, μείωση αναστήματος, αύξηση και μεταβολή της κατανομής του σωματικού λίπους, μείωση της μυϊκής μάζας, ανικανότητα, ελαττωμένος έλεγχος της κύστης, διαταραχές οράσεως, ακοής, γεύσης, οσμής ή αφής)·
- β. αυξημένο βαθμό εξάρτησης από άλλους για την κάλυψη των βασικών αναγκών·
- γ. αισθήματα αδυναμίας·
- δ. μεταβολές του συνήθους τρόπου ζωής και του ρόλου του ατόμου λόγω της μειωμένης δύναμης και αντοχής και των διαταραχών των αισθήσεων και της αντίληψης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο ασθενής να αρχίζει να προσαρμόζεται στις μεταβολές της εμφάνισης, της σωματικής του λειτουργίας, στο βαθμό ανεξαρτησίας του, στον τρόπο ζωής και στον κοινωνικό του ρόλο, που θα φανεί από :

- α. τις προφορικές εκφράσεις αισθημάτων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικής επάρκειας
- β. τη διατήρηση των σχέσεων με τους οικείους του
- γ. την ενεργό συμμετοχή σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής
- δ. το ενεργό ενδιαφέρον σχετικά με την προσωπική του εμφάνιση
- ε. την προθυμία διατήρησης του συνήθους ρόλου του και συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες
- στ. την έκφραση προθέσεων για την προσαρμογή του τρόπου ζωής στους περιορισμούς που επιβάλλονται από την ηλικία και τη διάγνωση της νόσου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- α. Ελέγχεται ο ασθενής για σημεία και συμπτώματα διαταραχών της αντίληψης του εαυτού (π.χ. προφορικά και μη στοιχεία που δείχνουν αρνητική αντίδραση στις μεταβολές της σωματικής λειτουργίας ή της εμφάνισης, όπως άρνηση των μεταβολών ή διαταραχή της επαφής με τους οικείους του),
- β. Περιγράφεται στον ασθενή η σημασία των μεταβολών της εμφάνισης, της σωματικής λειτουργίας, του τρόπου ζωής και του κοινωνικού ρόλου του, ενθαρρύνοντας τον να εκφράσει τα αισθήματά του.
- γ. Λαμβάνεται υπόψη ότι ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται θλίψη για τις μεταβολές που συνέβησαν. Δίνεται βοήθεια στην αρχική φάση της θλίψης (π.χ. shock, άρνηση, οργή, λύπη, κατάθλιψη),
- δ. Εφαρμόζονται μέτρα για να υποβοηθηθεί ο ασθενής να επανακτήσει την αυτοεκτίμησή του (π.χ. αποθάρρυνση της αρνητικής αυτοαξιολόγησης, ενθάρρυνση των θετικών σχολίων σχετικά με τον εαυτό του, υποβοήθηση στην προσπάθεια αναγνώρισης των δυνάμεων του, ενθάρρυνση συμπεριφοράς ενδεικτικής αυξημένης αυτοεκτίμησης).
- ε. Δίνεται βοήθεια στον ασθενή να αναγνωρίσει και να χρησιμοποιεί τεχνικές αντιμετώπισης που είχαν αποβεί αποτελεσματικές στο παρελθόν,
- στ. Εφαρμόζονται μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να προσαρμοστεί στη διαταραχή της σεξουαλικής δραστηριότητας
- ζ. Εφαρμόζονται μέτρα για την υποβοήθηση του ασθενούς να προσαρμοστεί στις διαταραχές αντίληψης και αισθητικότητας
- η. Όταν ο ασθενής έχει ακράτεια, συμβουλεύεται να χρησιμοποιεί τρόπους

να ελαχιστοποιεί το πρόβλημα έτσι ώστε η κοινωνικότητα να είναι δυνατή (π.χ. χρήση απορροφητικών εσφουράχων),

θ. Δίνεται βοήθεια στον ασθενή στην καθημερινή περιποίηση της εμφάνισής του εφόσον χρειάζεται.

ι. Εφαρμόζονται μέτρα για την υποβοήθηση του ασθενούς να διατηρήσει την ερωτική του ταυτότητα (π.χ. δεν έκθετε το σώμα του ασθενούς αναίτια κατά τη διάρκεια των εξετάσεων, των χειρισμών και της νοσηλείας· δεν συζητώνται τα επεισόδια ακράτειας μπροστά στους επισκέπτες του ασθενούς· δίνεται βοήθεια στον ασθενή στο λουτρό, στο χτένισμα και στο ξύρισμα πριν τις επισκέψεις των οικείων του).

ία. Εφαρμόζονται μέτρα για την καταπολέμηση της αντίληψης του ασθενούς ότι είναι αδύναμος

ιβ. Γίνεται φανερό η αποδοχή του ασθενούς από μέρος σας, με απλούς χειρισμούς, όπως το άγγιγμα και οι συχνές επισκέψεις. Ενθαρρύνονται οι οικείοι του να κάνουν το ίδιο.

ιγ. Αξιολογείται και υποστηρίζεται η συμπεριφορά που δείχνει θετική προσαρμογή στις μεταβολές που συνέβησαν.

ιδ. Δίνεται βοήθεια στην προσαρμογή του ασθενούς και των οικείων του,

ακούγοντας τους με προσοχή, διευκολύνοντας την επικοινωνία τους και δίνοντας πληροφορίες.

ιέ. Δίνεται βοήθεια στον ασθενή και τους οικείους, ώστε να έχουν παρόμοιες προσδοκίες και κατανόηση για το μελλοντικό τρόπο ζωής του και να εντοπίσουν τρόπους για την τροποποίηση μάλλον των στόχων της προσωπικής και οικογενειακής του ζωής αντί για την εγκατάλειψή τους.

ιστ. Ενθαρρύνονται οι επισκέψεις και η υποστήριξη από μέρος των οικείων του.

ιζ. Ενθαρρύνετε ο ασθενής να συνεχίζει την ανάμιξη του στις κοινωνικές δραστηριότητες. Εάν οι προηγούμενοι ρόλοι, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες δεν μπορούν να διατηρηθούν, ενθαρρύνετε η ανάπτυξη νέων.

ιη. Δίνονται συμβουλές στον ασθενή για τρόπους βελτίωσης και διατήρησης της καλύτερης δυνατής σωματικής λειτουργίας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (π.χ. διατήρηση καλής θρέψης, συμμετοχή σε ενεργό πρόγραμμα ασκήσεων).

ιθ. Δίνονται πληροφορίες και ενθαρρύνετε η χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών-ομάδων (π.χ. υπηρεσίες παροχής ατομικών, κοινωνικών, οικογενειακών ή και οικονομικών συμβουλών).

κ. Δίνονται συμβουλές από τον ιατρό για να δοθούν ψυχολογικές συμβουλές από αρμοδίους εάν το επιθυμεί ο ασθενής ή εάν ο ασθενής δείχνει ανίκανος να προσαρμοστεί στις μεταβολές που οφείλονται στην προχωρημένη ηλικία.

12. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΨΥΧΙΚΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ

που οφείλεται σε:

α. μεγάλου βαθμού εξάρτηση από άλλους για την κάλυψη των βασικών αναγκών·

β. ανικανότητα να διατηρήσει τις συνήθειες δραστηριότητες και ρόλους, λόγω των μεταβολών με την ηλικία στη σωματική λειτουργία, της νόσου και της θεραπευτικής αγωγής και των ανεπαρκών οικονομικών πόρων

γ. ανικανότητα ελέγχου πολλών από τις αλλαγές που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο ασθενής να δείχνει αισθήματα ελέγχου σχετικά με την κατάσταση του που θα φανεί από:

α. τα λεγόμενα του

β. την ενεργό συμμετοχή του στη νοσηλεία

γ. τη συμμετοχή στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης, μέσα στα όρια περιορισμού της σωματικής δραστηριότητας

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. Αξιολογούνται συμπεριφορές που πιθανώς δείχνουν αισθήματα ψυχικής αδυναμίας (π.χ. έκφραση έλλειψης ελέγχου για την αυτοεξυπηρέτηση του, θυμός, απάθεια, εχθρότητα, υπερβολική εξάρτηση, μη συμμετοχή στη νοσηλεία και αγωγή).

β. Συγκεντρώνονται πληροφορίες από τον ασθενή και τους οικείους του σχετικά με τη συνήθη αντίδραση του ασθενούς σε καταστάσεις κατά τις οποίες είχε περιορισμένο έλεγχο (π.χ. απώλεια εργασίας, οικονομική πίεση),

γ. Αξιολογούνται από κοινού με τον ασθενή η αντίληψη που έχει για την παρούσα κατάσταση, τις ψυχικές του δυνάμεις, τις αδυναμίες του, τις προσδοκίες του και ποιο τμήμα της παρούσας κατάστασης βρίσκεται υπό τον έλεγχο του. Περιορίζονται οι λαθεμένες αντιλήψεις του και ενθαρρύνετε η συζήτηση των αισθημάτων του για τα σημεία στα οποία αντιλαμβάνεται ότι δεν διαθέτει τον έλεγχο,

δ. Δίνεται βοήθεια στον ασθενή να καθορίσει ρεαλιστικούς βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους,

ε. Διευκρινίζονται περαιτέρω οι εξηγήσεις του ιατρού σχετικά με τη γήρανση, την κατάσταση της νόσου ή του τραυματισμού του και το πρόγραμμα θεραπείας,

στ. Ενισχύονται οι ρεαλιστικές ελπίδες του σχετικά με την πιθανότητα μελλοντικής ανεξαρτητοποίησης του.

ζ. Υπενθυμίζεται στον ασθενή το δικαίωμα του να ρωτά για τις μεταβολές που συμβαίνουν, την παρούσα κατάσταση και το πρόγραμμα αγωγής,

η. Υποστηρίζονται οι προσπάθειες του ασθενούς να αυξήσει τις γνώσεις του και τον έλεγχο του επί της καταστάσεώς του. Δίνονται σχετικά φυλλάδια και ανάλογο υλικό,

θ. Περιλαμβάνεται και ο ασθενής στη σχεδίαση της νοσηλείας και ενθαρρύνετε

η μέγιστη δυνατή συμμετοχή του με σκοπό την αύξηση του αισθήματος ελέγχου από μέρους του.

- ι. Δίνονται πληροφορίες σχετικά με τους χειρισμούς και τις εξετάσεις που έχουν προγραμματιστεί, έτσι ώστε να περιοριστεί το αίσθημα απώλειας ελέγχου από την πλευρά του ασθενούς.
- ία. Δίνονται συμβουλές από τον ιατρό σχετικά με πιθανή επίσκεψη από ειδικευμένο φυσιοθεραπευτή για την εκτίμηση της σωματικής λειτουργίας.
Ενημερώνεται για τις υπάρχουσες συσκευές υποστήριξης και υποβοήθησης και προσαρμογές του περιβάλλοντος στο σπίτι που θα επιτρέψουν στον ασθενή να έχει μεγαλύτερο βαθμό ανεξαρτησίας στις καθημερινές δραστηριότητες.
- ιβ. Ενθαρρύνονται οι οικείοι του να επιτρέπουν στον ασθενή να αξιοποιεί στο μέγιστο τις δυνατότητες του, έτσι ώστε να διατηρείται το αίσθημα της ανεξαρτησίας
- ιγ. Ενθαρρύνετε ο ασθενής να συμμετέχει όσο το δυνατόν πιο ενεργά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο ζωής του.
- ιδ. Ενθαρρύνετε η συμμετοχή του ασθενούς σε ομάδες αυτοβοήθειας, εάν ενδείκνυται.

13. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ

που οφείλεται σε:

- α. διαταραχές της αισθητικής και κινητικής λειτουργίας
- β. ελαττωμένες ευκαιρίες κοινωνικότητας, λόγω ανεπαρκών οικονομικών πόρων, θανάτων φίλων ή μελών οικογένειας, αρνητικής διάθεσης των άλλων για τη συμμετοχή του ηλικιωμένου στις δραστηριότητες τους, διστακτικότητα δημιουργίας νέων σχέσεων και δραστηριοτήτων
- γ. μειωμένη επιθυμία επικοινωνίας με άλλους λόγω της αυξημένης προσπάθειας που απαιτείται για αυτό και του μειωμένου σχετικά ενδιαφέροντος από μέρους του ασθενούς.
- δ. φόβο τραυματισμού (π.χ. από πτώσεις) σε μη οικείο περιβάλλον
- ε. απόσυρση από τις επαφές με άλλους εξαιτίας του φόβου ότι θα βρεθεί σε δυσχερή θέση λόγω των λειτουργικών διαταραχών, όπως η ακράτεια ή η απώλεια της ακοής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Ο ασθενής να εμφανίζει μείωση του αισθήματος απομόνωσης που θα φανεί από:

- α. τη διατήρηση των σχέσεων με τους οικείους του και των συνήθων γνωριμιών του

β. τα λεγόμενα του, ότι νοιώθει μειωμένο το αίσθημα της μοναξιάς και της απομόνωσης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- α. Εξακριβώνεται ο συνήθης βαθμός κοινωνικότητας του ασθενούς.
- β. Αξιολογούνται σημεία ενδεικτικά κοινωνικής απομόνωσης (π.χ. απουσία οικείων προσώπων, έλλειψη επικοινωνίας, απόσυρση, έκφραση αισθημάτων απόρριψης, μοναξιά, εχθρότητα, λύπη),
- γ. Εφαρμόζονται μέτρα για τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης:
 1. δίνεται βοήθεια στον ασθενή να εντοπίσει τους λόγους που αισθάνεται απομονωμένος· δίνεται βοήθεια στην ανάπτυξη ενός σχεδίου ενεργειών για τη μείωση των αισθημάτων αυτών
 2. εφαρμόζεται η τεχνική του αγγίγματος για να φανεί η αποδοχή από μέρος μας του ασθενούς
 3. ενθαρρύνονται οι οικείοι να τον επισκέπτονται
 4. παροτρύνετε ο ασθενής να διατηρεί τηλεφωνική επαφή με άλλους
 5. διατίθεται χρόνος καθημερινώς για συζήτηση με τον ασθενή
 6. δίνεται βοήθεια στον ασθενή να αναγνωρίσει μερικά πρόσωπα με τα οποία αισθάνεται άνετα και ενθαρρύνονται οι επαφές μαζί τους
 7. καταστρώνεται προσιτά στον ασθενή αντικείμενα, όπως τηλέφωνο, τηλεόραση, ραδιόφωνο και εφημερίδες
 8. ζητείτε από τους οικείους του να φέρνουν στον ασθενή τα αγαπημένα του αντικείμενα από το σπίτι και να τα τοποθετούν στο δωμάτιο
 9. ρυθμίζεται η κατανομή των ασθενών στα δωμάτια όσο είναι δυνατόν ώστε να συνυπάρχουν ασθενείς με παρόμοια ενδιαφέροντα· ενθαρρύνετε τις επαφές τους
 10. συζητείται με την οικογένεια του ασθενούς η πιθανότητα εφαρμογής τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς, εάν ενδείκνυται, ώστε να υποβοηθηθεί η ανάπτυξη της κοινωνικότητας του ασθενούς (π.χ. συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες)
 11. τονίζετε η σημασία της διατήρησης ενεργού φιλίας και της αναζήτησης νέων σχέσεων· ενθαρρύνετε η συμμετοχή του ασθενούς σε ομάδες υποστήριξης εάν χρειάζεται
 12. ενθαρρύνετε ο ασθενής να συμμετέχει σε προγράμματα κοινών δραστηριοτήτων ηλικιωμένων μετά την έξοδο από το νοσοκομείο δώστε στοιχεία σχετικά με αντίστοιχα κοινωνικά κέντρα και τα προγράμματα που προσφέρουν.

14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Που οφείλονται σε :

- α. οικονομική, σωματική και ψυχολογική πίεση, λόγω της νόσου μέλους της οικογένειας ή και της επιδεινούμενης σωματικής ανικανότητας του
- β. ανεπαρκή γνώση σχετικά με τη φυσιολογική διαδικασία γήρανσης, την πάθηση του ασθενούς και την αναγκαία αγωγή
- γ. ανεπαρκείς υποστηρικτικές υπηρεσίες
- δ. μειωμένη ικανότητα του ασθενούς να εκπληρώσει τους συνήθεις ρόλους του στην οικογένεια
- ε. αίσθημα ενοχής που συνδέεται με την ανάγκη αλλαγής του τρόπου ζωής του ασθενούς λόγω της ανικανότητας της οικογένειας να παρέχει την αναγκαία περίθαλψη.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Τα μέλη της οικογένειας να προσαρμόζονται στις μεταβολές της λειτουργίας του ασθενούς μέλους της οικογένειας και των ρόλων του, που θα φανεί από το γεγονός ότι:

- α. καλύπτουν τις ανάγκες του ασθενούς
- β. εκφράζουν διάθεση προσαρμογής στις αναγκαίες μεταβολές του ρόλου και του τρόπου ζωής του ασθενούς
- γ. συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στο πρόγραμμα αποκατάστασης του ασθενούς
- δ. έχουν θετικό τρόπο επικοινωνίας μεταξύ τους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- α. Αξιολογούνται σημεία και συμπτώματα διαταραχής των οικογενειακών σχέσεων (π.χ. ανικανότητα κάλυψης των αναγκών του ασθενούς, έκφραση αδυναμίας να αποδεχτούν τα μειονεκτήματα του ασθενούς ή να κάνουν τις αναγκαίες μεταβολές του τρόπου ζωής τους, αδυναμία να λάβουν αποφάσεις, αρνητικές ενδοοικογενειακές σχέσεις),
- β. Γνωριμία με τα κύρια μέλη της οικογένειας και τον τρόπο που επικοινωνούν καθώς και τις προσδοκίες τους σχετικά με το ρόλο του ασθενούς,
- γ. Εφαρμόζονται μέτρα για τη διευκόλυνση της προσαρμογής των μελών της οικογένειας στην πάθηση ή/και στη διαδικασία γήρανσης του ασθενούς και στις μεταβολές που θα προκληθούν στο ρόλο του στην οικογένεια:
 - 1. ενθαρρύνονται τα μέλη της οικογένειας να εκφράζουν τα αισθήματά τους για τη νόσο του ασθενούς και την επίδραση της στη δομή της οικογένειας· διατηρείτε μια υπομονετική αλλά και μη επικριτική στάση απέναντι στα αναφερόμενα αισθήματα

2. ενημερώνεται ο ασθενής και η οικογένεια του σχετικά με τις διαταραχές των λειτουργιών που παρατηρούνται φυσιολογικά στο γήρας (π.χ. διαταραχές αισθητικότητας, μείωση μυϊκής ισχύος)
3. αποσαφηνίζονται περαιτέρω οι εξηγήσεις του ιατρού σχετικά με τις συνέπειες που θα έχει η νόσος, η αγωγή και η διαδικασία αποκατάστασης του ασθενούς
4. δίνεται βοήθεια στα μέλη της οικογένειας να αποκτήσουν ρεαλιστική άποψη για την κατάσταση του ασθενούς, χωρίς να τρέφουν υπερβολικές ελπίδες
5. δίνεται στα μέλη της οικογένειας η δυνατότητα ησυχίας και απομόνωσης ώστε να μοιραστούν τα αισθήματα μεταξύ τους
6. δίνεται βοήθεια στα μέλη της οικογένειας να αναλύσουν καλύτερα τα αισθήματα θλίψης· εξηγείτε ότι μπορεί να αισθανθούν συχνά την ανάγκη να εστιάσουν το ενδιαφέρον τους στον εαυτό τους μάλλον παρά στις ανάγκες του ασθενούς
7. τονίζεται η ανάγκη για τα μέλη της οικογένειας να αναπαύονται και να σιτίζονται ικανοποιητικά και να γνωρίζουν τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους, έτσι ώστε να έχουν την καλύτερη δυνατή ικανότητα συναισθηματικά και σωματικά να αντιμετωπίζουν τις μεταβολές που θα επέλθουν
8. ενθαρρύνονται και βοήθιούνται τα μέλη της οικογένειας να αναγνωρίσουν τρόπους για την αντιμετώπιση των λειτουργικών μεταβολών του ασθενούς και των επιδράσεων που αυτές θα έχουν στην οικογένεια
9. δίνεται βοήθεια στα μέλη της οικογένειας στη διαμόρφωση ρεαλιστικών στόχων και στην αναζήτηση τρόπων για την επίτευξη των στόχων αυτών
10. συμπεριλαμβάνονται και τα μέλη της οικογένειας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον ασθενή και την αγωγή του
11. ενθαρρύνετε και επιτρέπετε η συμμετοχή των μελών της οικογένειας στο πρόγραμμα αγωγής και αποκατάστασης του ασθενούς, εκπαιδεύετε η οικογένεια για κάθε ειδικό χειρισμό και επιτρέπετε να κάνουν πρακτική εξάσκηση εντός του νοσοκομείου, κάτω από επίβλεψη, πριν από την έξοδο του ασθενούς

12.δίνεται βοήθεια στα μέλη της οικογένειας να γνωρίσουν τις υπηρεσίες βοήθειας που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των άμεσων και των μεταγενέστερων αναγκών τους (π.χ. κοινωνικές υπηρεσίες συμβουλών, εκκλησιαστικές υπηρεσίες, ομάδες υποστήριξης).

δ. Δίνονται συμβουλές από τον ιατρό εάν τα μέλη της οικογένειας εξακολουθούν να δείχνουν δυσκολία προσαρμογής στις μεταβολές της λειτουργίας των ρόλων του ασθενούς μέσα στην οικογένεια λόγω της νόσου του.

**Β' ΜΕΡΟΣ –
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το παραλήρημα αποτελεί μια συχνή επιπλοκή σε ηλικιωμένους ασθενείς με κάταγμα στην περιοχή του ισχίου, με ποσοστό που κυμαίνεται από 9 μέχρι 65% [1,2] και το οποίο επηρεάζει την έκβαση της θεραπείας. Το μετεγχειρητικό παραλήρημα στους ορθοπαιδικούς αυτούς ασθενείς ενδέχεται να αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, δεδομένου ότι απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα και επίβλεψη, την οποία στερούνται οι άλλοι ασθενείς, ενώ κινδυνεύουν από περαιτέρω πτώσεις αλλά και από τις βλαβερές συνέπειες της επιπλέον ακινητοποίησης που ίσως χρειαστούν. Το παραλήρημα συνιστά επίσης μια σημαντική πηγή καταπόνησης και έντασης για τους ασθενείς και τους οικείους τους και πιθανό να συμβάλλει στην φτωχή λειτουργική αποκατάσταση.

Διάφοροι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται τους ασθενείς με κάταγμα ισχίου, όπως η ηλικία, το φύλο, η άνοια, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η κατάθλιψη και η θεραπεία με διάφορα είδη φαρμάκων. [2-4, 7-9].

Το παραλήρημα έχει επίσης σχετιστεί με πλειάδα περιεγχειρητικών και μετεγχειρητικών καταστάσεων και επιπλοκών, όπως ο μεγάλος χρόνος αναμονής για το χειρουργείο, ο τύπος της αναισθησίας, η αναιμία, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού, η επίσχεση ούρων, οι μολύνσεις ουτραύματος, ο πυρετός και τα προβλήματα θρέψης. [2,3,7,9-11].

Οι ασθενείς με κάταγμα ισχίου εκτίθενται σε έναν αριθμό καταστάσεων, οι οποίες δημιουργούν μεγάλο στρες στον οργανισμό του ηλικιωμένου. Καθώς το μετεγχειρητικό παραλήρημα ίσως να προλαμβάνεται μέσω πολυπαραγοντικών νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων, εμφανίζεται επιτακτική η ανάγκη για την ανάπτυξη ενός πρακτικού εργαλείου προεγχειρητικής παρακολούθησης και παρέμβασης από τους νοσηλευτές, ώστε να λαμβάνονται έγκαιρα τα αναγκαία μέτρα στους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να μελετήσει την εμφάνιση μετεγχειρητικού παραληρήματος σε ηλικιωμένους ασθενείς με κάταγμα ισχίου. Επίσης επιχειρεί να διερευνήσει και να αξιολογήσει τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνισή του.

ΜΕΘΟΔΟΣ – ΥΛΙΚΟ

Μελετήθηκαν από τον Μάρτιο του 2007 μέχρι και τον Σεπτέμβριο του 2007 100 συνεχόμενοι ηλικιωμένοι ασθενείς (80 γυναίκες και 20 άνδρες) που προσήλθαν με κάταγμα ισχίου στην Ορθοπαιδική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και στη Β΄ Ορθοπαιδική Κλινική του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 64 μέχρι 94 έτη (ΜΟ ηλικίας τα 82 +/- 7,7 έτη).

Κατά την εισαγωγή των ασθενών διερευνήθηκε για κάθε ένα το ατομικό αναμνηστικό και η χρήση φαρμάκων. Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε εσωτερική οστεοσύνθεση με ραχιαία αναισθησία.

Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν πριν από το χειρουργείο, την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και κατά την ημέρα της εξόδου, για την εμφάνιση παραληρήματος με την κλίμακα CAM [5] από μέλη της ερευνητικής ομάδας. Η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα ευαίσθητο, αξιόπιστο και ειδικό εργαλείο, κατάλληλο για την αναγνώριση του παραληρήματος. Ο αλγόριθμος CAM (Μέθοδος Αξιολόγησης της Σύγχυσης) δημιουργήθηκε από τον Ινουκε (και συν., 1990) με σκοπό να βελτιώσει την αξιολόγηση του παραληρήματος διαχωρίζοντας το από τα ψυχιατρικά περιστατικά.

Εντούτοις από τη μέθοδο CAM δεν προκύπτουν πληροφορίες σχετικά με την ένταση του παραληρήματος.

Το αποτέλεσμα CAM καθορίζεται με την εξέταση του ασθενή σε:

- α) οξεία έναρξη και μεταβολή του πνευματικού επιπέδου
- β) έλλειψη προσοχής
- γ) αποδιοργάνωση ή ασυναρτησία σκέψης και
- δ) τροποποίηση του επιπέδου συνείδησης.

Το αποτέλεσμα του αλγόριθμου CAM θεωρείται θετικό εάν ο ασθενής επιδεικνύει το 1, το 2, και το 3, ή το 1, το 2, και το 4, ή το 1, το 2, το 3 και το 4. Ένας ασθενής θεωρήθηκε ότι έχει (+) CAM λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω κριτήρια, τα οποία διενεργήθηκαν κατόπιν μετεγχειρητικής εξέτασης 24 ώρες μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο. Ο προσδιορισμός CAM εκτελούνταν κάθε ημέρα κατά την διάρκεια του μεσοπρωινού. Για να καθοριστούν οι παράγοντες κινδύνου που προηγούνται της ανάπτυξης του παραληρήματος, οι επικρατούσες περιπτώσεις του παραληρήματος που εμφανίζονται στην αποδοχή, έχουν αποβληθεί, και μόνο οι μετεγχειρητικές συναφείς περιπτώσεις συμπεριλήφθηκαν. Η προϋπάρχουσα άνοια είναι σημαντικός προάγγελος του μετεγχειρητικού παραληρήματος αλλά δεν είναι θεραπεύσιμη, επομένως τα άτομα με διάγνωση άνοιας αποβλήθηκαν από τη μελέτη.

Συμπτώματα γνωστικής διαταραχής κατά τις πρώτες 8 ώρες μετά το χειρουργείο δεν ελήφθησαν υπόψη, αφού αποδόθηκαν στη δράση των φαρμάκων που χορηγήθηκαν εντός του χειρουργείου.

Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με την βοήθεια περιγραφικής στατιστικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον πίνακα 1 και 2. Τριάντα τέσσερις ασθενείς (34%) είχαν θετικά ευρήματα, σύμφωνα με την κλίμακα CAM, για παραλήρημα, το οποίο διάρκεσε τουλάχιστον 1 εβδομάδα. Οι 16 από αυτούς είχαν εμφανίσει παραλήρημα πριν την εισαγωγή τους στο χειρουργείο και με εξαίρεση 1 ασθενή παρέμειναν σε αυτή την κατάσταση και μετεγχειρητικά. Οι ασθενείς που βρίσκονταν σε παραλήρημα πριν το χειρουργείο εμφάνιζαν συχνότερα άνοια, λάμβαναν θεραπεία με νευροληπτικά φάρμακα και είχαν εμφανίσει και στο παρελθόν αντίστοιχο επεισόδιο παραληρήματος (πίνακας 3). Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές αλλαγές σε ότι αφορά την ηλικία και το φύλο στους ασθενείς με παραλήρημα, σε σύγκριση με αυτούς που δεν εμφάνισαν.

Πίνακας 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ		
	Ασθενείς με παραλήρημα (N=24)	Ασθενείς χωρίς παραλήρημα (N=76)
Φύλο (% γυναίκες)	70%	83%
Ηλικία > 80 έτη (%)	75	64,5
Μέση παραμονή στο νοσοκομείο (SD)	12,2 (8-14)	15,8 (8-10)

Πίνακας 2. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ		
Καρδιακή νόσος	46	46%
ΑΕΕ	23	23%
Υπέρταση	26	26%
Προηγούμενο παραλήρημα	26	26%
Άνοια	21	21%
Προηγούμενο κάταγμα ισχίου	15	15%
Κατάθλιψη	11	11%

Λήψη ηρεμιστικών	22	22%
Λήψη αναλγητικών	23	23%
Κατοικία πριν το κάταγμα		
- οικία	94	94%
- ίδρυμα	6	6%
Ικανότητα βάδισης πριν το κάταγμα		
- ανεξάρτητος	64	64%
- με βοήθημα	29	29%
- αναπηρική καρέκλα/ κατάκοιτος	7	7%

Πίνακας 3. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ ΠΡΙΝ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ		
	Ασθενείς με παραλήρημα Π/Χ	Ασθενείς χωρίς παραλήρημα Π/Χ
Σύνολο	16 (16%)	74 (74%)
Άνδρες	8 (50%)	4 (5,3%)
Άνοια	9 (56,37%)	4 (5,3%)
Προηγούμενο παραλήρημα	10 (62,5%)	5 (6,8%)
Λήψη νευρολογικών φαρμάκων	7 (43,7%)	18 (24,3%)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το παραλήρημα συνιστά κεφαλαιώδες ψυχιατρικό σημείο ,η σπουδαιότητα του οποίου υπερβαίνει τα ψυχιατρικά πλαίσια και εισέρχεται στον ευρύτερο χώρο της ιατρικής (Γαληνός,1998) .Το παραλήρημα είναι σύνδρομο, όχι νόσος. Καθοριστικό σύμπτωμα αυτού αποτελεί η διαταραχή της συνειδήσεως ,που συνήθως παρουσιάζεται μαζί με σφαιρική έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών (Kaplan & Sadoes,2000).

Κάταγμα ισχίου έχουν υποστεί 250.000 Αμερικανοί και ο αριθμός αυτός αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2040 .(Cummings S.R.,1990) .Η συχνότερη επιλοκή που συνδέεται με το κάταγμα ισχίου στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι το μετεγχειρητικό παραλήρημα με μια επικράτηση που κυμαίνεται μεταξύ 5% και 61% ,ανάλογα με τον ασθενή ,πληθυσμό (Marcantonio,2000,Cummings S.R.,1990) .

Η εμφάνιση του παραληρήματος αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο με τρίμηνο δείκτη θνησιμότητας να ανέρχεται στο 23-33% (Duppils E.S.,2004,Edelstein D.M.,2004,Inouye S.K.,1990). Σε μελέτη που διεξήγαγε ο Gustafson (και συν.,1988) σε 111 ασθενείς μετεγχειρητικά, βρήκε σημαντική διαφορά μεταξύ τους που έγκειται, στην διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο ,στις μετεγχειρητικές επιπλοκές καθώς όπως επίσης και στην αυξανόμενη πιθανότητα να πεθάνουν ή να τοποθετηθούν σε έναν οίκο ευγηρίας για πρώτη φορά στην ζωή τους, ενώ ήταν λιγότερο πιθανό να επανακτήσουν το επίπεδο κινητικότητάς τους στην φάση, προ του κατάγματος .

Παρά τον αυξημένο αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων στους ηλικιωμένους, υπάρχουν σχετικά λίγες βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με την περιεγχειρητική φροντίδα αυτών των ασθενών. Το κάταγμα ισχίου είναι μια συχνή κλινική οντότητα σε αυτόν τον πληθυσμό. Θεωρείται η πιο συχνή επιπλοκή μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται σε κλινικές, ιδιαίτερα αυτών που υποβάλλονται σε ορθοπαιδικές χειρουργικές επεμβάσεις.

Μελετήσαμε αυτό το σύνδρομο σε 100 ηλικιωμένους ασθενείς που έπασχαν από κάταγμα ισχίου. Στο δείγμα μας συμπεριλαμβάνονταν ασθενείς με περίπλοκη κλινική παθολογική κατάσταση, καθώς τα νοσοκομεία στα οποία απευθυνθήκαμε είχαν τη δυνατότητα να νοσηλεύσουν ασθενείς με βεβαρημένη κλινική εικόνα.

Η παρούσα εργασία επιβεβαιώνει ότι οι γνωστικές διαταραχές αποτελούν τον σημαντικότερο παράγοντα ο οποίος σχετίζεται με την ανάπτυξη μετεγχειρητικού παραληρήματος σε ασθενείς με κάταγμα του ισχίου, χωρίς να παραβλέπονται και οι άλλοι παράγοντες κινδύνου που ενδέχεται να συνυπάρχουν, όπως η περιεγχειρητική υπόταση, η μόλυνση του τραύματος. Οι παράγοντες αυτοί που επιδρούν μετά την κάκωση είναι δυνατόν να προληφθούν.

Η πλειοψηφία των ασθενών που εμφάνισαν παραλήρημα πριν το χειρουργείο έπασχαν από γνωστικές διαταραχές οι οποίες προϋπήρχαν πριν το κάταγμα. Μεγάλος αριθμός μελετών αποκλείουν τους ασθενείς που πάσχουν κυρίως από άνοια από το δείγμα του, για το λόγο ακριβώς ότι εμφανίζουν πολύ συχνότερα παραλήρημα. Παρόλα αυτά υπάρχουν περιπτώσεις τέτοιων ασθενών που δεν εμφάνισαν την κατάσταση αυτή. Επίσης είναι δύσκολος ο διαχωρισμός των δύο αυτών καταστάσεων και απαιτείται για το λόγο αυτό κλινική εμπειρία και εξειδικευμένη γνώση – συμβολή ψυχιάτρου.

Μεγάλες σειρές ασθενών με παραλήρημα που έχουν δημοσιευτεί τεκμηριώνουν την υπεροχή εμφάνισης παραληρήματος σε ασθενείς που έχουν υποστεί κάταγμα ισχίου, σε σύγκριση με άλλους που υποβάλλονται σε εκλεκτική προγραμματισμένη επέμβαση.

Πριν δύο δεκαετίες, το παραλήρημα εθεωρείτο καλοήθης παροδική κατάσταση, σε αντίθεση με τη σημερινή εποχή που αυτή η αντίληψη έχει αλλάξει σημαντικά.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η λήψη προληπτικών μέτρων ίσως να μην είναι πολύ αποτελεσματική για πολύ ηλικιωμένους ασθενείς με πρωτογενή άνοια. Ωστόσο, θεωρούμε ότι αξίζει η προσπάθεια για πρόληψη στους ηλικιωμένους ασθενείς με κάταγμα ισχίου, ακόμα και σε αυτούς με γνωστικές διαταραχές, καθώς συνυπάρχει μεγάλος αριθμός παραγόντων κινδύνου οι οποίοι μπορούν να προληφθούν.

Συμπερασματικά, το παραλήρημα είναι μια συχνή επιπλοκή στους ηλικιωμένους ασθενείς με κάταγμα ισχίου. Είναι ένα σύμπτωμα που κινητοποιεί τους εμπλεκόμενους με την φροντίδα του ασθενούς, απαιτεί κατάλληλη αντιμετώπιση – ιδιαίτερα προς την κατεύθυνση των αιτιολογικών παραγόντων – και σχεδόν πάντα δυσκολεύει την ανάρρωση του ασθενούς.

Εκτιμάμε ότι χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για την αποκάλυψη των αιτιοπαθογενετικών διαταραχών αλλά και νέων εναλλακτικών θεραπευτικών λύσεων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γαληνός, Γεωργίου Γ., Νάνου Γ., Παπαδημητρίου Χρ., Πετρίκης Π. : *Από το κέντρο ψυχικής υγείας Κατερίνης* (1998), Τόμος 40^{ος}, Τεύχος 6^ο, 651-658 .
- Γκίκα Α.(1995) : *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας* . Ελληνικά Γράμματα ,111-127.
- Ηλίας Σ., Κωνσταντοπούλου Α., Μαυρομάτη Ε., Περτέση Ε., Σαββάνη Μ.(2003) : *Εγκέφαλος*,118-121 .
- Παγοροπούλου Α.Α., : *Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας* ,Αθήνα (2000) .
- Arnsten AFT, Castellanos FX. *Neurobiology of attention regulation and its disorders*. In: Martin A, Scahill L, Charney DS, Leckman JF, editors. *Pediatric psychopharmacology: principles and practice*. New York: Oxford University Press; 2003. p 99-109.
- Badger, T. (1993) *Physical impairment and depression among older adults* .*IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 325-330.
- Barnes, D. (1987) *Defect in Alzheimer's is on chromosome 21*, Science, 235, 846-847 .
- Baumgaertner MR, Brennan MJ. *Intertrochanteric femur fractures*. In: *Orthopaedic Knowledge Update Trauma2*, Kellam et al (eds), AAOS, 2000; pp 125-131.
- Beck, A.T. (1979) *Depression : Causes & Treatments* (ed⁷). Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Belsky, J.K. (1990) : *The psychology of aging, Theory, research and interventions* (2nd ed.) Brooks/Cole Publishing Company .
- Bennet, EG. & Woolf, D. (Eds). (1991) *Substance abuse* (2nd ed.) .Albany: Delmar.
- Berkman, L.F. (1983) *The assessment of social networks and social support in the elderly* .*Journal of the American Geriatric Society*, 31(12), 228-232.
- Berry, A.L. & Davignon, D.R. (1991). *Changes with age*. In M.Patrick, S. Woods, R .Craven, R. Rokosky, & P. Bruno (Eds.) *Medical – surgical nursing: Pathophysiological concepts* (2nd ed.) .Philadelphia: Lippincott.
- Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ, editors. *Clinical handbook of psychotropic drugs*. 15th ed. Ashland, OH: Hogrefe and Huber; 2005. p102.
- Birchennall, J., & Streight, M. (1993) *Care of the older adult* (3rd ed.) . Philadelphia: Lippincott.
- Bitsch M, Foss N, Kristensen B, Kehlet H. *Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture: a review*. Acta Orthop Scand.2004; 75:378 -89.
- Boore, J.R.P. (1978).*Prescription for recovery*. London: Editions Royal College of Nursing.
- Boynton, P.R. (1989) *Health maintenance alteration: A nursing diagnosis of the elderly* .*Clinical Nurse Specialist*, 3(1), 5-10.
- Brenningstall GN. *Oxidative metabolism disorders*. In: Swaiman KF, Ashwal S, editors. *Pediatric neurology. Principles and practice*. St. Louis: Mosby; 1999. p 483-93.
- Bronstein YL, Cummings JL. *Neurochemistry of frontal-subcortical circuits*. In: Lichter DG, Cummings JL, editors. *Frontal-subcortical circuits in psychiatric and neurologic disorders*. New York: Guilford Press; 2001. p59 -91.
- Bronstein YL, Cummings JL. *Neuropharmacology of frontal-subcortical circuits*. In: Lichter DG, Cummings JL, editors. *Frontal-subcortical circuits in psychiatric and neurologic disorders*. New York: Guilford Press; 2001. p401 -20.
- Burgener, S., & Chiverton, P. (1992) *Conceptualizing psychological well-being in cognitively-impaired older persons* .*IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 24(3), 209-213.

Burke, M.M., & Walsh, M.B. (1992) .*Gerontologic nursing: Care of the frail elderly* .St.Louis: Mosby –Year Book.

Byrne, D. (1961).*The Repression-Sensitisation scale: Rationale, Reliability, and Validity*. Journal of Personality, 29,334-349.

Canale S.W., Ulrich S.P., Wendell S.A. : *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Σχεδιασμός φροντίδας* (έκδοση 3^η),Αθήνα (1997) .

Chang PH, Steinberg MB. *Alcohol withdrawal*. *Med Clin North Am*.2001; 85:1191 -212.

Chenoweth, B. & Spencer B. (1986) *Dementia : The experience of family caregivers*, Gerontologist 26,266-271 .

Cole MG. *Delirium in elderly patients*. *Am J Geriatric Psychiatry* .2004; 12:7 - 21

Crook, T. (1986) *Drug effects in Alzheimer's disease*, Clinical Gerontologist 5, 489-501 .

Cummings SR, Rubin SM, Black D. *The future of hip fractures in the United States. Numbers, costs, and potential effects of postmenopausal estrogen*. Clin Orthop Relat Res.1990; 252:163 -6.

Deaths with antipsychotic in elderly patients with behavioral disturbances. FDA Public Health Advisory. www.fda.gov/cder/drug/advisory/antipsychotics.htm. 2005.

Delirium, dementia, and amnesic and other cognitive disorders. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. p135 -80

Dretakis EK, Christodoulou NA. *Significance of endogenic factors in the location of fractures of the proximal femur* .Acta Orthop Scand (1983); 54(2): 198-203.

Donepezil. Thomson MICROMEDEX.

Duppils GS, Wikblad K. *Cognitive function and health-related quality of life after delirium in 2005connection with hip surgery. A six-month follow-up*. Orthop Nurs.2004; 23:195 -203

Duppils GS, Wikblad K. *Delirium: behavioral changes before and during the prodromal phase*. J Clin Nurs. 2004;13; 609 -16.

Edelstein DM, Aharonoff GB, Karp A, Capla EL, Zuckerman JD, Koval KJ. *Effect of postoperative delirium on outcome after hip fracture*. Clin Orthop Relat Res.2004; 422:195 -200.

Egbert, I.B.,Battit, G.E., Welch, C.E. & Barlett, M.K.(1964).*Reduction in postoperative pain by encouragement and instruction of patients*.New England Journal of Medicine,270,825-827 .

Epstein HC: *Traumatic dislocations of the hip* .Clin Orthop (1973); 92: 116-142.

Fillit, H.M., Kemeny, E. Luine, V., Weksler, M. & Zabriskie, J.B. (1987) *Antivascular antibodies in the sera of patients with senile dementia of the Alzheimer's type*, Journal of Gerontology 42,180-184 .

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. *"Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J Psychiatry Res.1975; 12:189 -98.

Gleason OC. *Delirium*. *Am Fam Physician*. 2003; 67:1027 -34.

Grebb JA. *Neural sciences: introduction and overview*. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p1 -3.

Gustafson Y, Brannstrom B, Berggren D, Ragnarsson JI, Sigaard J, Bucht G, Reiz S, Norberg A, Winblad B. *A geriatric-anaesthesiology program to reduce acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fractures*. J Am Geriatric Soc. 1991; 39:655 -62

Gustafson Y, Berggren D, Brannstrom B, Bucht G, Norberg A, Hansson LI, Winblad B. *Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture*. J Am Geriatric Soc.1988; 36:525 -30.

Gustafson Y. *Postoperative delirium: a challenge for the orthopaedic team [editorial]*. Acta Orthop Scand. 2004; 75:375 -7.

Haase, E.R.(1997) : *Diseases presenting as dementia in* : Wells, C.E. (ed) *Dementia*, Philadelphia : Davis .

- Hanson MR, Galvez-Jimenez N. *Management of dementia and acute confusional states in the preoperative period*. *Neurol Clin* .2004; 22: vii-viii, 413 -22.
- Harold, I., Kaplan, M.D., Benjamin J. Sadock, M.D., Jack, A., Grebb, M.D.(2000)Williams & Wilkins (2nd ed.).
- Harrison, J., Mackinnon, P. & Monk-Jones, M.E., (1962).*Behaviour of palmar sweat glands before and after operation*. *Clinical Science*, 23,371-377.
- Holmes, T.H. & Pahe, R.H. (1967).*The Social Readjustment Rating Scale*. *Journal of Psychosomatic Research*, 11,213-218.
- Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium*. *Ann Intern Med*. 1990;113:941 -8. [
- Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, Chalfin DB, Masica MF, Bjerke HS, Coplin DW, Crippen DW, Fuchs BD, Kelleher RM, Marik PE, Nasraway SA Jr, Murray MJ, Peruzzi WT, Lumb PD; *Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American College of Chest Physicians. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult*. *Crit Care Med*.2002; 30: 119-41. Erratum in: *Crit Care Med*. 2002; 30:726.
- Kaplan, H.L. & Sadock, B.I. (1989).*Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.
- Kellam J.F., Browner B.D. *Fractures of the pelvic ring* .In: *Skeletal Trauma*, Browner et al (eds), W.B. Saunders, Philadelphia (1992); pp 849-897.
- Kernis, M.D.(1993) : *The psychology of human aging. Theory, research and practice*, Boston : Allyn & Bacon .
- Koval K.J. , Swiontowski M.F. *Hip: Trauma* .In : *Orthopaedic Knowledge Update 6*,Beauty J.H. (ed), AAOS ,Rossemont ,Illinois ,(1999); pp 441-453 .
- Larson, E.B. et al. (1985) *Diagnostic evaluation of 200 elderly outpatients with suspected dementia*, *Journal of Gerontology* 40, 536-543 .
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) .*Stress, Appraisal, and Coping* .New York: Springer Publishing Co.
- Lenihan, A.A. (1988). *Identification of self-care behaviors in the elderly: A nursing assessment tool*. *Journal of Professional Nursing*, 4(4), 285-288.
- Levinson ,D.J. ,Darrow ,C.N., Klein ,E.B., Levinson ,M.H., & McKee ,B. (1978) .*The seasons of a man's life* .New York :Knopf .
- Lichter DG, Cummings JL, editors.*Frontal-subcortical circuits in psychiatric and neurological disorders*. New York: Guilford Press; 2001. Introduction and overview; p 1-43.
- Lien-Gieschen, T. (1993) .*Validation of social isolation related to maturational age: Elderly* .*Nursing Diagnosis*, 4(1), 37-44.
- Lierman ,L., Young ,H., Powell-Cope ,G ., Georgiadou ,F., & Benoliel ,J. (1994) .*Effects of education and support on breast self-examination in older women* .*Nursing Research* ,43(3) ,158-163 .
- Letournel E., Judet R. (Eds): *Fractures of the Acetabulum*, ed 2. Berlin, Germany, Springer-Verlag, (1993).
- Lubin, J.S. (1989) *Alzheimer's linked to aluminum in water*, *The Wall street journal*, 13/1/89, p. B 2-3 .Lucente, F.E. 7 Fleck, S. (1972) *A study of hospitalized anxiety in 408 medical and surgical patients* . *Psychosomatic Medicine*, 34,304-312.
- Lundstrom M, Edlund A, Bucht G, Karlsson S, Gustafson Y. *Dementia after delirium in patients with femoral neck fractures*. *J Am Geriatric Soc*.2003; 51:1002 -6.
- Magistretti PJ, Pellerin L, Martin J-L. *Brain energy metabolism: an integrated cellular perspective*. www.acnp.org/G4/GN401000064. 2000.

Marcantonio ER, Flacker JM, Michaels M, Resnick NM. *Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture*. J Am Geriatric Soc.2000; 48:618 -24.

Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. *Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial*. J Am Geriatric Soc. 2001; 49:516 -22.

Matteson, M.A., & McConnell, E.S. (1998) .*Gerontological nursing: Concepts and practice* .Philadelphia: Saunders.

Mattice, M., & Mitchell, G.J. (1990) .*Caring for confused elders* .*Canadian Nursing*, 86(11), 16-18.

Milisen K, Foreman MD, Abraham IL, De Geest S, Godderis J, Vandermeulen E, Fischler B, Delooz H, Spiessens B, Broos P. *A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients*. J Am Geriatric Soc.2001; 49:523 -32.

Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, Koval KJ, McLaughlin MA, Orosz G, Strauss E, Siu AL. *Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture*.J Gerontol A Biol Sci Med Sci .2003; 58:76 -81.

Moss, M.B. & Albert, M.S. (1988) *Alzheimer's disease and other dementing disorders in:* Albert, M.S. & Moss, M.B. (eds) *Geriatric Neuropsychology* NY: Guilford .

Murray, R., & Zentner, J. (1993) .*Nursing assessment and health promotion: Strategies through the life-span (5th ed.)*. Norwalk, C.T.: Appleton & Lange.

Myers, A.H., & Sharpe, A. (1990) .*Risks and prevention* .In C. Eliopoulos (Ed.). *Caring of the elderly in diverse care settings* (pp.110-145) .Philadelphia: Lippincott.

Neugroschl JA, Kolevzon A, Samuels SC, Marin DB. Dementia. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p1068 -93.

Nolan, M. (1994). *Geriatric nursing: An idea whose time has gone? A polemic* .*Journal of Advanced Nursing*, 0(60,989-996.

Olofsson SM, Weitzner MA, Valentine AD, Baile WF, Meyers CA. *A retrospective study of the psychiatric management and outcome of delirium in the cancer patient*. *Support Care Cancer*.1996; 4:351 -7.

Parisi DM, Koval K, Egol K. *Fat embolism syndrome*. Am J Orthop.2002; 31:507 -12.

Parker M.J., *Garden grading of intracapsular fractures: meaningful or misleading?* *Injury* 1993; 24(4):241-2

Parker M.J., *The management of intracapsular fractures of the proximal femur* J. Bone Joint Surg Br (2000); 82(7): 937-941.

Porter, E. (1994). *Older widow's experience of living alone at home*. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26(1), 19-24.

Roth, M. (1985) *Evidence on the possible heterogeneity of Alzheimer's disease and its bearing on future enquiries into etiology and treatment in:* Butler, R.N. & Bearn, A.G. (eds) *The aging process: Therapeutic implications* NY: Raven .

Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. 1999; 156(5 Suppl): 1-20.

Physostigmine. Thomson MICROMEDEX. 2005

Pugh K.J., *Intracapsular hip fractures* .In *Orthopaedic Knowledge Update Trauma2*, Kellam et al (eds), AAOS, (2000); pp 115-124.

Risperdal. *Physicians desk reference*. 59th ed. Montvale: 2005. p1743.

Rosen, S. (1994). *Managing delirious older adults in the hospital*. *MED-SURG Nursing*, 3(3), 181-189.

Samuels SC, Neugroschl JA. *Delirium*. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p 1054-68.

Seymour, M. (1991). *Too old for care* .*Canadian Nurse*, 87(11), 26-27.

Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, Gottfried SB. *Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting*. Intensive Care Med.2004; 30:444 -9.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushere, R.E. (1970) *.State Trait Anxiety Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Sorenson, H., &Thorson, J. (1995). *Biological theories of aging* .*Journal of Subacute Care*, 1(3), 35-39.

Stiefel F. *Delirium: is the confusion slowly clearing up [editorial]*. Support Care Cancer.1996; 4 :325 -6.

Stolley, J. (1994) *.When your patient has Alzheimer's disease*. *American Journal of Nursing*, 94(8), 34-41.

Sruart-Hamilton, I. (1991) : *The psychology of Aging*, Jessica Kingley Publishers, London .

Tappen, R., & Beckerman, A. (1993). *A vulnerable population: Multi-problem older adults in acute care*. *Journal of Gerontological Nursing*, 19(11) 38-42.

Tecott LH, Smart SL. *Monoamine neurotransmitters*. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p49 -60.

Thompson, V.P., Epstein , H.C., *Traumatic dislocation of the hip :A survey of two hundred and four cases covering a period of twenty-one years* .J. Bone Joint Surg (1951); 33A: 746-778 .

Tile, M.: *Fractures of the acetabulum* .In: *Fractures of the pelvis and acetabulum*, Tile, M. (ed.), 2nd edition, Williams and Wilkins, Baltimore, (1995); pp.22-40.

Trzepacz PT. Delirium. *Advances in diagnosis, pathophysiology, and treatment*. Psychiatr Clin North Am. 1996; 19:429 -48.

Trzepacz PT. *The neuropathogenesis of delirium. A need to focus our research*. *Psychosomatics*.1994; 35:374 -91.

U.S. Department of Health and Human Services. (1991) *.Aging America: Trends and projections* . Prepared by the U.S. Senate Special Committee on Aging, the American Association of Retired Persons, the Federal Council on Aging, and the U.S. Administration on Aging .Washington, DC: US Department of Health and Human Services (DHHS Pub. No. [FCOA] 91-28001).

Van der Mast RC. *Pathophysiology of delirium*. J Geriatric Psychiatry Neurol.1998; 11:138 -45.

Valente, S. (1994) *.Recognizing depression in elderly patients* .*American Journal of Nursing*, 94(12), 18-25.

Voeller KKS. *Attention-deficit/hyperactivity disorder as a frontal-subcortical disorder*. In: Lichter DG, Cummings JL, editors. *Frontal-subcortical circuits in psychiatric and neurological disorders*. New York: Guilford Press; 2001. p 334-72.

Vogele, C. & Stepoe, A. (1986).*Physiological and subjective stress responses in surgical patients*. *Journal of Psychosomatic Research*, 30,205-215.

Weber JB, Coverdale JH, Kunik ME. *Delirium: current trends in prevention and treatment*. Intern Med J. 2004; 34:115 -21.

Webster JR, Chew RB, Mailliard L, Moran MB. *Improving clinical and cost outcomes in delirium: use of practice guidelines and a delirium care team*. Ann Long-Term Care.1999; 7:128 -34.

Winawer N. *Postoperative delirium*. Med Clin North Am. 2001; 85:1229 -39.

Worrall, N. & May, D.S.(1989). *Towards a Person-in-Situation Model of Teacher Stress*. British Journal of Education Psychology, 59,174-186.

Zarit, S.H., Orr, N. & Zarit, J. (1985) *The hidden victims of Alzheimer's disease : Families under stress* NY: NY University Press .

Zorumski CF, Isenberg KE, Mennerick SJ. *Basic electrophysiology*. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p99 -115.

Zyprexa. Physician's desk reference. 59th ed. Montvale: 2005. p1901