

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ  
ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΤΗΣ ΝΗΣΟΥ ΓΑΥΔΟΥ ΚΑΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΚΑΛΛΙΠΟΓΛΟΥ ΝΙΚΟΣ**

**ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2007**

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 1.

Ιστορική αναδρομή της Νήσου Γαύδου.....

### Κεφάλαιο 2.

Αγροτικό Ιατρείο Γαύδου.....

### Κεφάλαιο 3.

Αρτηριακή Υπέρταση.....

### Κεφάλαιο 4

Ρευματοειδής Αρθρίτιδα.....

### Κεφάλαιο 5

Πεπτικό Έλκος.....

### Κεφάλαιο 6

Οστεοπόρωση.....

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ.....

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νοσηλευτική αποτελεί σπουδαιότατο παράγοντα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Βασικοί σκοποί των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι **1)** Διαπαιδαγώγηση του κοινού σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους για πρόληψη και περιορισμό τους **2)** Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής διατροφής σε όλους **3)** Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινού νερού **4)** Φροντίδα υγείας μητέρας-βρέφους και οικογενειακός προγραμματισμός **5)** Εμβολιασμοί **6)** Πρόληψη και περιορισμός των νόσων που ενδημούν στην κάθε χώρα **7)** Αποτελεσματική αντιμετώπιση νόσων και ατυχημάτων **8)** Εξασφάλιση αναγκαίων φαρμάκων. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσφέρεται βασικά στα Κέντρα Υγείας, στα Αγροτικά Ιατρεία αλλά και στα εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων. Επεκτείνεται όμως στο σπίτι, στο σχολείο, τους χώρους εργασίας, ψυχαγωγίας και άθλησης και οπουδήποτε ζει, σπουδάζει, εργάζεται και δραστηριοποιείται το άτομο με οποιονδήποτε τρόπο. Τα αγροτικά ιατρεία αποτελούν έναν από τους κυριότερους φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και συχνά επείγουσας ιατρικής στην επαρχία. Αν και έχουν στην ευθύνη τους μια σημαντική μερίδα του πληθυσμού συχνά είναι ανεπαρκώς εξοπλισμένα με περιορισμένη δυνατότητα πρόσβασης στα Κέντρα Υγείας (π.χ. σε νησιά). Οπότε ο αγροτικός, άνευ ειδικότητας γιατρός με την πραγματικά μικρή εμπειρία του, καλείται να αντιμετωπίσει πολλές και δύσκολες περιπτώσεις, με αποτέλεσμα το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σ' αυτές τις περιοχές να μην ανταποκρίνεται στο ύψος των αναγκών

**Σκοπός** της εργασίας είναι η καταγραφή των προβλημάτων Υγείας των κατοίκων της Νήσου Γαύδου και η διατύπωση Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων με βάση τα σημαντικότερα προβλήματα Υγείας των κατοίκων. Θα γίνει διαχωρισμός των κατοίκων σε άντρες και γυναίκες και θα καταγραφούν τα προβλήματα Υγείας στο κάθε φύλο και θα γίνει ανάλυση των Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων με βάση το σημαντικότερο πρόβλημα Υγείας που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι της Γαύδου.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΓΑΥΔΟΥ

Η Γαύδος, το μικρό νησάκι που βρίσκεται 20 μίλια νότια της Κρήτης, αποτελεί και το νοτιότερο άκρο της Ευρώπης. Έχει έκταση 37 τετρ. χλμ. Συνδέετε ακτοπλοϊκά με την Παλαιόχωρα και τα Σφακιά. Η Γαύδος αν και μικρό νησάκι έχει πλούσια ιστορία, λόγο της στρατηγικής γεωγραφικής της θέσης. Κατοικείται από τα αρχαία χρόνια. Ο Όμηρος ταυτίζει την Γαύδο με το νησί της Καλυψώς στο οποίο διέμεινε ο πολυμήχανος Οδυσσέας. Και δεν ήταν ο μόνος διάσημος ναυαγό που φιλοξενήθηκε στο νησί. Ο Απόστολος Παύλος, έμεινε στο νησί το 64μ.Χ. όταν κατά την μεταφορά του στη Ρώμη για να δικαστεί, έπεσε σε θαλασσοταραχή. Τα νεότερα χρόνια η Γαύδος αποτέλεσε τόπο εξορίας. Σήμερα το νησί παραμένει αναξιοποίητο τουριστικά. Διαθέτει μοναδικές φυσικές καλλονές, αφού το μεγαλύτερο μέρος του νησιού καλύπτεται από πυκνή βλάστηση

#### Ιστορία – Αρχαιολογία

Παλαιά ονομαζόταν Καύδος και οι κάτοικοί της Καύδιοι. Άλλο όνομά της ήταν το Γαύδη. Ο Πλίνιος την αναφέρει με το σημερινό της όνομα Γαύδος. Ο ιστορικός Στράβων την αναφέρει ως Γαύδο. Στους ναυτικούς πίνακες του Μεσαίωνα σημειώνεται ως Γκότζο (Gozzo). Στην εποχή της βενετοκρατίας λεγόταν Γκότζο. Άλλη ονομασία της είναι Καύνος. Νεότερη ονομασία της ήταν και Γαυδονήσι. Ο Όμηρος αναφέρεται στο νησί πολλές φορές. Λέγεται ότι στο ακρωτήριο της Τρυπητής, το νοτιότερο σημείο της Ευρώπης βρισκόταν αιχμάλωτος της Καλυψώς ο Οδυσσέας.

Η ιστορία της Γαύδου ξεκινά από τους νεολιθικούς χρόνους, αφού υπάρχουν αναφορές για κατοίκηση της από τους αρχαίους συγγραφείς Ηρόδοτο, Στράβωνα, Πτολεμαίο και Ιεροκλή. Αρχαιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι κατοικείται από το 3.000 π.Χ. Το 1927 ο αρχαιολόγος F. Halbherr ανακάλυψε στο Πραιτόριο της Γόρτυνας, στην περιοχή του Ηρακλείου, τα δύο πρώτα τμήματα μιας επιγραφής χαραγμένης σε πωρόλιθο. Το 1960, βρέθηκε εντοιχισμένο σ' ένα αγροτόσπιτο στην περιοχή Μεσαράς του Ηρακλείου, το τρίτο τμήμα της ίδιας επιγραφής. Η μελέτη της ολοκληρωμένης πια επιγραφής έφερε στο φως τη Συνθήκη, που συνήφθει μεταξύ Γορτυνίων και Καυδίων και αποδεικνύει τη σχέση που υπήρχε ανάμεσα στην παντοδύναμη τότε Γόρτυνα και στην Γαύδο, τον 3ο αιώνα π.Χ. Το κείμενο είναι γραμμένο στη δωρική κρητική διάλεκτο της εποχής και αναφέρει ότι οι Γορτύνιοι επιτρέπουν στους

κατοίκους της Γαύδου να κατοικούν στο νησί τους ελεύθεροι και αυτόνομοι, με δικά τους δικαστήρια και νόμους και με το καθεστώς που καθόρισαν οι Γορτύνιοι. Οι κάτοικοι της Γαύδου υποχρεούνται να ακολουθούν τους Γορτύνιους σε πόλεμο και ειρήνη και να καταβάλλουν το 1/10 από τα γεννήματα που παράγει η γη τους εκτός από τα ζώα, τα λαχανικά και την πρόσοδο των λιμένων. Επίσης να δίνουν κάθε χρόνο πέντε χιλιάδες χόες αλατιού, από τη συνολική παραγωγή, και διακόσιους μεδίμνους από τους καρπούς του κέδρου, αν η σοδειά είναι καλή, και εξήντα μεδίμνους αν η σοδειά δεν είναι καλή. Το αλάτι και το κεδρέλαιο που χρησιμοποιείτο στη φαρμακευτική και τη συντήρηση των πλοίων ήταν τα κύρια προϊόντα της Γαύδου.

Στην παλαιοχριστιανική εποχή η Γαύδος ήταν βυζαντινή επαρχία με δικό της επίσκοπο. Στη νεώτερη ιστορία αναφέρεται σαν τόπος εξορίας.

Στο βρετανικό μουσείο βρίσκεται μαρμάρινο άγαλμα του 500-300 π.Χ. από τη Γαύδο.

### **Η Γαύδος σήμερα**

Πρόκειται για ένα ήσυχο, πεδινό νησί με φυσικές παραλίες και μαγευτικές αμμουδιές. Το μεγαλύτερο μέρος του νησιού είναι πράσινο με πεύκα, θάμνους, και τους περίφημους κέδρους του Λιβάνου. Τα Βασιανά είναι το νοτιότερο χωριό της Ευρώπης, ενώ στο ακρωτήριο Τρυπητή και συγκεκριμένα οι Καμάρες είναι το νοτιότερο σημείο της Ευρώπης. Εκεί μάλιστα έχει τοποθετηθεί μια μεγάλη πολυθρόνα πάνω στην οποία μπορεί κανείς να φωτογραφηθεί. Από το σημείο αυτό μπορεί να αγναντέψει στο Λυβικό πέλαγος, και να φανταστεί την πορεία του πλοίου που μετέφερε τον απ. Παύλο στη Ρώμη. Στο νησί υπάρχει επίσης ο δεύτερος μεγαλύτερος φάρος στον κόσμο.

Το νησί κατοικείται από λιγοστούς κατοίκους, περίπου 37, οι οποίοι ασχολούνται επί το πλείστον με την κτηνοτροφία, τα αμπέλια, και τους καλοκαιρινούς μήνες τον τουρισμό. Υπάρχει δημοτικό σχολείο με 3 παιδιά, και αγροτικό ιατρείο, στην πρωτεύουσα του νησιού Καστρί, καθώς και αστυνομία στο λιμάνι του νησιού, το Καράβε. Η παροχή ρεύματος πραγματοποιείται μόνο μέσω γεννητριών. Λόγω του πελάγους το νησί είναι πλούσιο σε ψάρια, αστακούς, караβίδες, γαρίδες, κ.α. Η Γαύδος προσφέρεται για ξεκούραστες, ανέμελες και συγχρόνως λιτές διακοπές, με καταπληκτικές παραλίες όπως το Σαρακίνηκο, ο Ποταμός, ο Κόρφος και ο Άγιος Ιωάννης, η ομορφότερη του νησιού στις οποίες τους αμμόλοφους και κάτω από τα κέδρα, διαμένουν σε σκηνές οι περισσότεροι νέοι παραθεριστές. Ενοικιαζόμενα λιτά δωμάτια και γραφικές ταβέρνες υπάρχουν τα περισσότερα στο Σαρακίνηκο, ελάχιστα και

στο λιμάνι. Συνδέεται ατμοπλοϊκά με την Κρήτη και συγκεκριμένα με τα Σφακιά (1 ώρα και 30 λεπτά) και την Παλαιοχώρα Χανίων (2 ώρα και 30 λεπτά) όταν ο καιρός είναι καλός, με δρομολόγια σχεδόν κάθε μέρα τους καλοκαιρινούς μήνες, όταν ο καιρός το επιτρέπει

**Να ποιά είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά στολίδια της:**

-Μοναδικότητα στο τοπίο

-Ιδιαιτερότητες στο φυσικό περιβάλλον

-Καρτερικότητα, καλοσύνη και με χαμόγελο άνθρωποι

-Παραθεριστές που σέβονται τον τόπο όπου θα περάσουν μερικές ανέμελες μέρες

-Σαρακήνικο, Αγιάννης, Λαύρακας, Κόρφος, Ποταμός, Πύργος, μερικές από τις πανέμορφες αμμουδιές

-Γραφικοί οικισμοί στο Καστρί, Βατσιανά, Αμπελος, Ξενάκη, αλλά και πολλά πέτρινα Μετόχια σόλο το νησί

-Ρωμαϊκό υδραγωγείο, ελαιοπιεστήρια και πατητήρια της άλλοτε ιστορικής διαδρομής



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΑΥΔΟΥ

Τα αγροτικά ιατρεία αποτελούν έναν από τους κυριότερους φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και συχνά επείγουσας ιατρικής στην επαρχία. Αν και έχουν στην ευθύνη τους μια σημαντική μερίδα του πληθυσμού συχνά είναι ανεπαρκώς εξοπλισμένα με περιορισμένη δυνατότητα πρόσβασης στα Κέντρα Υγείας (π.χ. σε νησιά). Οπότε ο αγροτικός, άνευ ειδικότητας γιατρός με την πραγματικά μικρή εμπειρία του, καλείται να αντιμετωπίσει πολλές και δύσκολες περιπτώσεις, με αποτέλεσμα το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σ' αυτές τις περιοχές να μην ανταποκρίνεται στο ύψος των αναγκών. Η ιατρική περίθαλψη των κατοίκων της Νήσου Γαύδου καλύπτεται από το Αγροτικό Ιατρείο, που βρίσκεται στην Χώρα του νησιού στο Καστρί. Εναλλακτικά, μπορούν να απευθυνθούν στο Κέντρο Υγείας Κανδάνου όπου υπάγεται το Αγροτικό Ιατρείο της Γαύδου και στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο των Χανίων. Το ιατρείο επανδρώνεται από έναν αγροτικό ιατρό. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στο Αγροτικό ιατρείο είναι οι εξής :

- Προληπτική Ιατρική (Εμβολιασμοί)
- Πλήρη Ιατρική Περίθαλψη
- Επισκέψεις κατ'οίκον
- Συνταγογράφηση
- Παροχή Πρώτων Βοηθειών
- Ψυχολογική Υποστήριξη
- Ενημέρωση του Γυναικείου φύλλου για αντισύλληψη και ετήσιες εξετάσεις

Βέβαια, σε περιπτώσεις ανάγκης οι ασθενείς μπορούν να καλέσουν τον ιατρό και εκτός του συγκεκριμένου ωραρίου λειτουργίας του ιατρείου.

Ο βασικός εξοπλισμός του Ιατρείου είναι :

1. Πιεσόμετρο
2. Μετρητής σακχάρου και ταινίες μέτρησης
3. Οξύμετρο
4. Εξεταστική κλίνη
5. Φιάλη οξυγόνου
6. Γραφείο
7. Κάθισμα γραφείου
8. Κλιματιστικό
9. Ντουλάπα μεταλλική δίφυλλη
10. Ψυγείο

11. Επιδησμικό υλικό
12. Φάρμακα πρώτων βοθθειών
13. Φάρμακα εγκαυμάτων
14. Οροί, συσκευές ορών, σύριγγες, φλεβοκαθετήρες, ουροκαθετήρες
15. Σεντόνια και κουβέρτες
16. Απιδινωτή
17. Κλίβανος για κλιβανισμό των εργαλείων
18. Εργαλεία για συρραφή ραμμάτων

Οι υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στο Ιατρείο ήταν οι παρακάτω

Έγινε οργάνωση και συμμετοχή, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων εμβολιασμών στην κοινότητα. Υπήρχε καθημερινή τακτοποίηση του ιατρείου καθώς και ο κλιβανισμός των εργαλείων. Κάθε Τρίτη και Παρασκευή γινότανε κατ' οίκον επισκέψεις στα σπίτια των κατοίκων όπου γινότανε λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους, παράδοση των φαρμάκων ή καταγραφή από ελλείψεις φαρμάκων που είχε ο καθένας και γενικά συζήτηση με τους κατοίκους για προβλήματα που αντιμετώπιζαν. Επίσης γινότανε αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών που ήρθαν στο Ιατρείο όπως θλαστικά τραύματα που χρειάζονταν συρραφή και αναπνευστικά περιστατικά που χρειάστηκαν επείγουσα αντιμετώπιση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η υπέρταση μπορεί να οριστεί ως η επίμονη παραμονή του επιπέδου της συστολικής πίεσης από 140 mmHg και της διαστολικής πάνω από 90 mmHg. Στα ηλικιωμένα άτομα ως υπέρταση ορίζεται η αύξηση της συστολικής πίεσης πάνω από 160 mmHg και της διαστολικής πάνω από 90 mmHg. Η υπέρταση είναι συνήθως μια ύπουλη κατάσταση, με μη ειδικά και ανιληπτά συμπτώματα στα αρχικά της στάδια. Είναι η σοβαρότερη αιτία εγκεφαλικών αγγειακών επεισοδίων, υπερτασικής καρδιακής νόσου, αρτηριακής νεφροσκλήρυνσης και αμφιβληστροειδοπαθειών. Φυσιολογική αρτηριακή πίεση είναι η πίεση που εξασκεί το αίμα κάθετα στα τοιχώματα των αγγείων του συστηματικού αρτηριακού δικτύου. Κυμαίνεται από 100/60 – 140/90 mmHg.

Η υπέρταση διακρίνεται σε :

1. Ιδιοπαθή ( το 90% περίπου των περιπτώσεων ), όταν η διαστολική πίεση είναι 90 mmHg ή ψηλότερη και απουσιάζουν άλλες αιτίες υπέρτασης. Στην ιδιοπαθή υπέρταση θεωρείται ότι σπουδαίο ρόλο διαδραματίζει η κληρονομικότητα, η διατροφή, ο τρόπος ζωής κ.α.
2. Δευτεροπαθή, που είναι επακόλουθο άλλων παθολογικών καταστάσεων **α)** Νεφρικές παθήσεις **β)** Ισθμική στένωση της αορτής στην οποία υπάρχει υπέρταση στο άνω μέρος του σώματος **γ)** Ενδοκρινικές διαταραχές.

#### **Παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση της πίεσης**

- Παχυσαρκία
- Λανθασμένη διαίτα
- Κάπνισμα
- Έλλειψη άσκησης
- Κληρονομικότητα
- Λήψη ορισμένων φαρμάκων
- Υψηλή κατανάλωση αλκοόλ
- Στρες / συναισθηματική φόρτιση
- Παθολογικά αίτια

## **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

1. Συνήθως ασυμπτωματικά ώσπου να εξελιχθεί η βαρεία.
2. Λήθαργος
3. Ζάλη
4. Οπτικά σκυτώματα
5. Παροδική παράλυση
6. Διαταραχή της ψυχικής κατάστασης
7. Κεφαλαλγίες,συνήθως το πρωί
8. Επίσταξη
9. Κώμα
10. Θωρακικό άλγος(μπορεί να είναι στηθάγχη ή διαχωριστικό ανεύρυσμα)
11. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
12. Καρδιακές αρρυθμίες
13. Ναυτία
14. Έμετος
15. Σπασμοί

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Για να γίνει η διάγνωση και η διαφορική διάγνωση της υπέρτασης, πρέπει να ακολουθηθεί η σωστή τακτική στη διερεύνηση του υπέρτασικού ασθενούς. Η διερεύνησης αυτή επιδιώκει να αποκαλύψει όχι μόνο την αιτιολογία αλλά και την σοβαρότητα της υπέρτασης στο συγκεκριμένο άτομο.

Έτσι πρέπει να γίνει λεπτομερής λήψη ιστορικού και φυσική εξέταση(ιδιαίτερη προσοχή θα δοθεί στο καρδιαγγειακό και ουροποιητικό σύστημα και στα ευρήματα από την βυθοσκόπηση των οφθαλμών) και πρέπει να προγραμματίζονται οι απαραίτητες σχετικές εξετάσεις.

Πλήρης όμως εργαστηριακή μελέτη πρέπει να γίνεται στους λίγους εκείνους ασθενείς για τους οποίους υπάρχει κλινική υποψία δευτεροπαθούς υπέρτασης( π.χ. στένωση ισθμού αορτής, φαιοχρωμοκύττωμα, νεφρική πάθηση). Οι συνιστώμενες εργαστηριακές εξετάσεις για την διερεύνηση της αρτηριακής υπέρτασης είναι οι ακόλουθες:

1. ΗΚΓ: Μπορεί να δείχνει αριστερή κοιλιακή υπερτροφία ή άλλες ανωμαλίες.
2. Ακτινογραφία για καθορισμό του μεγέθους της καρδιάς.
3. Εξέταση ούρων: πρωτεϊνουρία, μικροβιουρία( αν υπάρχει πυελονεφρίτιδα), πυουρία και αιματουρία.
4. Ουρία και κρεατινίνη ορού, για έλεγχο της λειτουργία των νεφρών.
5. Εξέταση ορού αίματος για επίπεδα νατρίου, καλίου και χλωρίου.
6. Ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις για διαπίστωση παθήσεων που

δευτεροπαθώς προκαλούν υπέρταση όπως: φαιοχρωμοκύτωμα, πρωτοπαθής αλδοστερονισμός, σύνδρομο Cushing.

### **Προβλήματα του αρρώστου**

Τα προβλήματα του υπερτασικού αρρώστου είναι τα εξής:

1. Ελλιπής διακίνηση O<sub>2</sub> (καρδιακή ανεπάρκεια, βλάβη του τοιχώματος των αγγείων).
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο( ναυτία,έμετοι)
3. Υδατοηλεκτρικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο ( καρδιακή ανεπάρκεια, κακή νεφρική λειτουργία, έμετοι).
4. Προβλήματα απέκκρισης (κακή νεφρική λειτουργία)
5. Μείωση δραστηριοτήτων(αίσθημα κόπωσης, απώλεια βάρους)
6. Μείωση άνεσης( πονοκέφαλος, δύσπνοια, πολυουρία, νυχτουρία)
7. Πόνος, αγωνία
8. Προβλήματα από την αλλαγή του σωματικού ειδώλου (αν η υποκείμενη πάθηση είναι σύνδρομο Cushing.)
9. Κίνδυνοι από κακή λειτουργία του εγκεφάλου
10. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.

### **Σκοποί της φροντίδας**

1. Μείωση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα συμβατά με την άριστη λειτουργία του οργανισμού και για πρόληψη επιπλοκών.
2. Διόρθωση υποκείμενης παθολογίας (δευτεροπαθής υπέρταση)
3. Διόρθωση ανισοζυγιών, αν υπάρχουν
4. Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει την φύση της κατάστασης του, καθώς και το θεραπευτικό σχήμα και να συμμορφωθεί με αυτό.

## Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Γενικά μέτρα σε ατομική βάση, ανάλογα με την πίεση του αίματος, την έκταση της αγγειακής βλάβης του και αν η υπέρταση είναι ιδιοπαθής η δευτεροπαθής **α)** Μείωση βάρους σώματος ( απαραίτητη αν ο άρρωστος είναι παχύσαρκος ) **β)** Υπονατριούχος δίαιτα ( 2g νατρίου περίπου την ημέρα) **γ)** Έναρξη τακτικής φυσικής άσκησης **δ)** Χορήγηση ηρεμιστικών, όπως βαρβιτουρικών και βενζοδιαζεπινών **ε)** Εξασφάλιση ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος και περιόδων ανάπαυσης **στ)** Μέτρηση της αρτηριακής του αρρώστου κάτω από τις ίδιες συνθήκες κάθε μέρα **ζ)** Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία επιπλοκών από τον εγκέφαλο, όπως σύγχυση, ευερεθιστότητα , λήθαργο, αποπροσανατολισμό, εμέτους. Προσοχή σε παράπονα για πονοκέφαλο, δυσκολία στην όραση και ναυτία **η)** Λήψη προστατευτικών μέτρων αν ο άρρωστος παρουσιάζει σπασμούς **θ)** Αποφυγή αντιδράσεων και δραστηριοτήτων που αυξάνουν την αρτηριακή πίεση, όπως συγκινησιακές διαταραχές και μεταβολές στις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες **ι)** Σερβίρισμα φαγητού σε μικρές ποσότητες και συχνά. Λήψη υγρών σε μικρές ποσότητες κάθε φορά **ια)** Συζήτηση με τον άρρωστο, ακρόαση των προβλημάτων του και εξασφάλιση υποστήριξης, όταν είναι απαραίτητο **ιβ)** Στενή παρακολούθηση, κλινική και εργαστηριακή, για έγκαιρη διαπίστωση παρενεργειών από τη φαρμακευτική θεραπεία.

### 2. Φαρμακευτική θεραπεία

Είναι ο πιο ειδικός τύπος παρέμβασης για τον υπερτασικό άρρωστο. Εφόσον κάθε άρρωστος αντιδρά διαφορετικά στη φαρμακευτική αγωγή, είναι απαραίτητη η στενή παρακολούθησή του για εκτίμηση των αποτελεσμάτων και των παρενεργειών των φαρμάκων ώστε αν χρειαστεί να αλλάξει το σχήμα. Όσοι έχουν ελαφρά υπέρταση μπορεί να χρειάζονται μόνο ένα διουρητικό ενώ εκείνοι που πάσχουν από υπέρταση βαριάς μορφής, παίρνουν διουρητικά σε συνδυασμό με αγγειοδιασταλτικά. Το φαρμακευτικό σχήμα της κλιμακωτής φροντίδας είναι μια προσέγγιση κατά την οποία αρχικά χορηγείται ένα διουρητικό και αξιολογείται η απόκριση του αρρώστου. Έτσι αυξάνεται ή μειώνεται η δόση ή προσθέτεται νέο φάρμακο, ενώ συνεχίζεται η εκτίμηση της απόκρισης του αρρώστου.

#### α. Διουρητικά

- Θειαζίδες. Έχουν υποτασική δράση. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν μόνο τους για θεραπεία ελαφράς σταθερής υπέρτασης
- Καλιοσυντηρητικά διουρητικά. Δίνεται σε ελαφρά υπέρταση. Ενισχύει τη δράση άλλων υποτασικών φαρμάκων. Επίσης χορηγείται σε υπέρταση που οφείλεται σε υπεραλδοστερονισμό.
- Διουρητικά αγκύλης ( Edecrin, Lasix ). Είναι τα ισχυρότερα διουρητικά

### β. Αγγειοδιασταλτικά

- Ρεζερπίνη. Καταστέλλει τη δραστηριότητα του καρδιοεπιταχυντικού και αγγειοκινητικού κέντρου μειώνοντας το συμπαθητικό τόνο.
  - Κλονιδίνη. Είναι ισχυρό αντιυπερτασικό φάρμακο
  - Γαγγλιοπληγικά. Η χρήση τους περιορίζεται στη θεραπεία υπερτασικών κρίσεων
  - Γουανεθιδίνη, βεθανιδίνη, δεβριζοκινίνη. Αναστέλλουν τη δράση του συμπαθητικού
  - Αναστολείς των α-αδρενεργικών υποδοχέων όπως η φαινοξυβενζαμίνη
  - Υδραλαζίνη. Έχει πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες γι αυτό οι ενδείξεις για χορήγησή της είναι λίγες.
  - Παργουλίνη. Προκαλεί οξεία υπέρταση, επιπλοκή που έχει σχέση με τη πρόσληψη τροφών που περιέχουν τυραμίνη.
  - Νιτροπρωσικό νάτριο. Είναι χρήσιμο σε αρρώστους με επείγουσες υπερτασικές καταστάσεις που επιπλέκονται με καρδιακές και αορτικές παθήσεις ( οξύ πνευμονικό οίδημα )
  - Διαζοξίδη. Δρά στα αρτηρίδια. Δίνεται ενδοφλέβια σε υπερτασικές κρίσεις
  - α-μεθυλ-Dopa. Υπάρχουν ενδείξεις ότι μέρος της αντιυπερτασικής της δράσης οφείλεται σε ενέργειές της στο κεντρικό νευρικό σύστημα
3. Συμπαθεκτομή. Γίνεται για αποκλεισμό της πορείας των ώσεων του συμπαθητικού στο τοίχωμα των αγγείων σε περιπτώσεις αρρώστων που δεν μπορούν να ανεχθούν τη φαρμακευτική θεραπεία. Οι επιπλοκές της συμπαθεκτομής είναι : ορθοστατική υπόταση, νευρίτιδα,

αδυναμία εκσπερμάτωσης στους άνδρες και απουσία εφίδρωσης στις περιοχές όπου διακόπτεται η συμπαθητική νεύρωση

4. Κατάρτιση σχεδίου διδασκαλίας και αποκατάστασης. Η διδασκαλία περιλαμβάνει :
- Εξήγηση της φύσης της υπέρτασης, των κινδύνων που συνεπάγεται για τον εγκέφαλο, την καρδιά και τους νεφρούς, ότι είναι μια κατάσταση που δεν θεραπεύεται, μπορεί όμως να ελέγχεται και επομένως αποτελεί ένα διά βίου πρόβλημα για τον άρρωστο
  - Εξήγηση ώστε να κατανοήσει ο άρρωστος ότι είναι απαραίτητη η σχολαστική συμμόρφωσή του με το θεραπευτικό σχήμα που θα του δοθεί και ότι είναι επιτακτική η τακτική παρακολούθησή του από το γιατρό
  - Τρόπο λήψης και αναγραφής της αρτηριακής του πίεσης στο σπίτι και ίσως στην εργασία του και τις τιμές για τις οποίες πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό. Ακόμα εξήγηση ώστε να κατανοήσει ότι αν κατορθώσει να μειώσει την αρτηριακή του πίεση στα φυσιολογικά επίπεδα μπορεί να προλάβει τις επιπλοκές της υπέρτασης. Πρέπει επομένως να συνεχίσει τη θεραπεία όσο και αν αυτή του στοιχίζει σε χρήματα και κόπο.
  - Εξήγηση των διαιτητικών περιορισμών και των πινάκων των φτωχών σε νάτριο τροφών
  - Εξήγηση γιατί δεν πρέπει να παίρνει μεγάλες ποσότητες υγρών σε μικρό χρόνο.
  - Τρόπους αποφυγής των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία : **α)** Να σηκώνεται αργά στην κατακόρυφη θέση, για αποφυγή ζάλης **β)** Να ξαναγυρίζει στην οριζόντια θέση, αν αισθάνεται τάση για λιποθυμία **γ)** Να αποφεύγει καταστάσεις που δημιουργούν αγγειοδιαστολή όπως ζεστό μπάνιο, ζεστός καιρός, εμπύρετη κατάσταση, λήψη αλκοόλ.
  - Εξήγηση της ανάγκης να αναπτύξει ενδιαφέροντα γι αυτόν, χόμπι και ένα πρόγραμμα μέτριας άσκησης



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

#### Τι είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα;

- Είναι χρόνια και συστηματική πάθηση που προσβάλλει κυρίως τις αρθρώσεις καθώς και άλλα τμήματα του σώματος.
- Προκαλείται από φλεγμονή στον αρθρικό υμένα των αρθρώσεων.
- Η ηλικία έναρξης της είναι συνήθως μεταξύ 25–55 χρόνων.
- Μπορεί να προσβάλλει οποιαδήποτε άρθρωση αλλά συνήθως προσβάλλει περιφερειακές αρθρώσεις, όπως οι αρθρώσεις της άκρας χείρας και του άκρου πόδα (περιλαμβανομένων των δακτύλων).
- Μπορεί να προκαλέσει λειτουργική ανικανότητα, σημαντικό πόνο και καταστροφή των αρθρώσεων, με συνέπεια παραμόρφωση των αρθρώσεων και πρόωρο θάνατο.
- Διαφέρει από την οστεοαρθρίτιδα διότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι συστηματική πάθηση και προσβάλλει το σώμα συμμετρικά.

#### Τα χαρακτηριστικά της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

- Ευαίσθητες, θερμές και διογκωμένες αρθρώσεις.
- Προσβολή πολλών αρθρώσεων (πολυαρθρική προσβολή). Συχνά προσβάλλονται οι αρθρώσεις του καρπού και οι εγγύς φαλαγγικές αρθρώσεις των δακτύλων των χεριών' επίσης, μπορεί να προσβληθούν οι αρθρώσεις του αυχένα, οι ώμοι, οι αγκώνες, τα ισχία, τα γόνατα, οι ποδοκνημικές αρθρώσεις και οι αρθρώσεις των άκρων ποδών.
- Συμμετρική προσβολή. Για παράδειγμα, εάν πάσχει το ένα γόνατο, πάσχει και το αντίστοιχο από την άλλη πλευρά του σώματος.
- Εύκολη κόπωση, περιστασιακά πυρετός, γενικό αίσθημα κακοδιαθεσίας.
- Πόνος και παρατεταμένη δυσκαμψία των αρθρώσεων κατά την αφύπνιση ή μετά από μακρόχρονη ανάπαυση.
- Προσβολή και άλλων οργάνων του σώματος, εκτός από τις αρθρώσεις.

- Η συμπτωματολογία μπορεί να επιμένει για πολλά έτη.
- Η συμπτωματολογία ποικίλει μεταξύ των ασθενών.

## Τα αίτια της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

**Γενετικοί (κληρονομικοί) παράγοντες:** Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς κληρονομούν από τους γονείς τους ορισμένα γονίδια (δηλ. γενετικά χαρακτηριστικά) που τους κάνουν πιο επιρρεπείς στην ασθένεια αυτή. Μάλιστα, έχει γίνει κατανοητό ότι περισσότερα από ένα εμπλεκόμενα γονίδια καθορίζουν την μορφή και την βαρύτητα της ασθένειας. Ωστόσο, προς το παρόν, δεν υπάρχει απόλυτος και ακριβής τρόπος για να διαπιστωθεί αυτή η επιρρέπεια ή για να προβλεφθεί ποιος άνθρωπος θα εκδηλώσει ρευματοειδή αρθρίτιδα κάποια στιγμή της ζωής του.

Μερικά από τα γονίδια που έχουν διαπιστωθεί ότι καθορίζουν την προδιάθεση για Ρευματοειδή Αρθρίτιδα αντιπροσωπεύουν γονίδια που ελέγχουν την λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι ασθενείς που έχουν τέτοια γονίδια θα ασθενήσουν οπωσδήποτε, αφού φαίνεται ότι μια σειρά από άλλα ακόμη άγνωστα γονίδια, αλλά και περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο στην επαγωγή της ασθένειας.

**Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Πιθανότατα, κάποιος παράγοντας του περιβάλλοντος (π.χ. ένας λοιμώδης παράγοντας, όπως κάποιος ιός ή βακτήρια) πυροδοτεί τη διαδικασία εκδήλωσης της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας σε άτομα των οποίων το γενετικό υπόστρωμα τους καθιστά ευαίσθητους στη νόσο. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι, χωρίς αμφιβολία, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα δεν είναι μεταδοτική: ένας άνθρωπος δεν την "κολλάει" από κάποιον άλλον.

**Ορμονικοί παράγοντες:** Μια ποικιλία ορμονικών παραγόντων πιθανότατα εμπλέκεται στην γένεση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, όπως και άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων. Πιστεύεται ότι ή διαταραχή κάποιων ορμονών, είναι δυνατόν να επάγει την ανάπτυξη της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας σε ένα

γενετικά προδιατεθειμένο άτομο που έχει ήδη εκτεθεί σε εκλυτικό περιβαλλοντικό παράγοντα.

## **Διάγνωση**

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα ενδεχομένως διαγιγνώσκεται δύσκολα στα αρχικά της στάδια. Αυτό οφείλεται σε ποικίλους λόγους. Καταρχήν, συχνά δεν είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί με μια μόνο εξέταση. Επιπλέον, το είδος και η βαρύτητα των συμπτωμάτων διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Επίσης, είναι ενδεχόμενο να χρειάζεται χρόνος προκειμένου να αποκλεισθούν άλλες πιθανές διαγνώσεις, δεδομένου ότι τα συμπτώματα μπορεί να προσομοιάζουν σε αυτά άλλων τύπων αρθρίτιδας. Τέλος, μερικές φορές η συνολική κλινική εικόνα αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και λίγα μόνο συμπτώματα εμφανίζονται από τα αρχικά στάδια. Έτσι ο ιατρός χρησιμοποιεί ποικίλα μέσα για να διαγνώσει τη νόσο και να αποκλείσει άλλες καταστάσεις

### **1. Εργαστηριακές εξετάσεις**

Ποικίλες εργαστηριακές εξετάσεις είναι στην διάθεση των ιατρών και αποσκοπούν στο να διευκολύνουν ή να υποστηρίξουν την κατανόηση των συμπτωμάτων των ασθενών και τελικά την διάγνωση. Μια κοινή εξέταση αποτελεί η δοκιμασία για την ανεύρεση του ρευματοειδή παράγοντα, ενός παθολογικού αντισώματος που ανιχνεύεται στο αίμα των περισσότερων ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (τα αντισώματα είναι ειδικές πρωτεΐνες, προϊόντα του ανοσολογικού συστήματος, που φυσιολογικά βοηθούν στην άμυνα του οργανισμού από ξένους εισβολείς). Εντούτοις, δεν είναι όλοι οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα θετικοί στο ρευματοειδή παράγοντα, ειδικά στα αρχικά στάδια της νόσου, ούτε το σύνολο των ανθρώπων με ρευματοειδή παράγοντα αναπτύσσουν τη νόσο. Άλλες κοινές εξετάσεις είναι η γενική αίματος (λευκοκυτταρικός τύπος, έλεγχος για αναιμία) και η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (που υποδηλώνει την παρουσία φλεγμονής).

### **2. Ακτινολογικές και άλλες εξετάσεις**

Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα υποβάλλονται στην ακτινολογική εκτίμηση των αρθρώσεων προκειμένου να καθορισθεί η ενδεχόμενη παρουσία και ο βαθμός αρθρικών διαβρώσεων. Επιπρόσθετα, όταν κριθεί απαραίτητο, ποικίλες άλλες εξετάσεις (απλές ακτινογραφίες, αξονική

τομογραφία, υπερηχογραφία κλπ.) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διερεύνηση της μορφολογίας και της λειτουργίας των οργάνων

### **Θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας**

Αν και για την ώρα δεν υπάρχει μόνιμη ίαση για την Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, με σωστή και έγκαιρη αγωγή, στους περισσότερους ασθενείς η νόσος μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά. Δηλαδή, η νόσος θεραπεύεται, αλλά προς το παρόν δεν ιάται. Οι αντικειμενικοί στόχοι της θεραπείας περιλαμβάνουν την ύφεση της νόσου (δηλ. την ελαχιστοποίηση των φλεγμονωδών αντιδράσεων), την ανακούφιση του πόνου, τον περιορισμό της καταστροφής στις αρθρώσεις και την βελτίωση της λειτουργικότητας και του επιπέδου ζωής των ασθενών.

Η θεραπεία συνιστάται κυρίως στην χορήγηση δραστικών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που εμποδίζουν την ανάπτυξη των φλεγμονών σε συνδυασμό με την υποστηρικτική αγωγή που βελτιώνει το τρόπο ζωής. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως διαφορετική σε ασθενείς με μακρόχρονη νόσο (και συχνά ελλιπή θεραπευτική αγωγή), όπου μόνιμες βλάβες έχουν δημιουργηθεί, αλλά οι φλεγμονές δεν είναι πλέον παρούσες. Εδώ, η θεραπεία συνιστάται κυρίως σε συντηρητική αγωγή, αλλά και σε χειρουργικές επεμβάσεις. Έτσι, σε ένα ασθενή με παραμορφωτικές βλάβες από παλαιά αθεράπευτη αρθρίτιδα χορηγείται αγωγή για την ανακούφιση από τον πόνο και υποβάλλεται σε φυσιοθεραπεία και διορθωτικές ορθοπεδικές επεμβάσεις με σκοπό την διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων.

Η θεραπευτική αγωγή αποτελεί θέμα-κλειδί για την επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρού. Μεταξύ άλλων, η συζήτηση με τον ιατρό βοηθά στην κατανόηση των προβλημάτων του νοσήματος και την επιβεβαίωση ότι ακολουθείται η σωστή αγωγή. Επίσης, η συζήτηση βοηθά τον ασθενή να πάρει αποφάσεις για ενδεχόμενη χειρουργική επέμβαση.

### **Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Ρευματοειδή αρθρίτιδα**

#### **Σκοποί της φροντίδας :**

1. Προαγωγή άνεσης.

2. Αύξηση λειτουργικότητας των αρθρώσεων και μυικής δύναμης.
3. Πρόληψη επιπλοκών.
4. Αναστολή εξέλιξης της νόσου.
5. Διδασκαλία και βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να προσαρμοστούν στην χρόνια ανικανότητα.

## **Νοσηλευτική Παρέμβαση**

### **1. Συντηρητική Θεραπεία**

Το πρόγραμμα της συντηρητικής θεραπείας περιλαμβάνει ανάπαυση, Άσκηση, φαρμακευτική θεραπεία και διδασκαλία.

**A.** Κανονική ανάπαυση σε τακτικά χρονικά διαστήματα για έλεγχο του αισθήματος κόπωσης.

- Πλήρης θεραπευτική ανάπαυση για αρρώστους με ενεργό και εκτεταμένη νόσο.
- Θέση ύπτια, με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι, πάνω σε σταθερό στρώμα ( για να αφαιρεί το βάρος των αρθρώσεων ).
- Σε περίπτωση μη πλήρους θεραπευτικής ανάπαυσης, ενθάρρυνση αρρώστου να εγκαθιδρύσει μία ή περισσότερες περιόδους ανάπαυσης 30-60 min κατά την διάρκεια της ημέρας.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να αναπαύεται στο κρεβάτι 8-9 ώρες τη νύχτα.
- Ενθάρρυνση να μείνει σε πρηνή θέση δύο φορές την ημέρα, για πρόληψη κάμψης του ισχίου και μόνιμων συσπάσεων.
- Αποφυγή τοποθέτησης μαξιλαριών κάτω από τις επώδυνες αρθρώσεις, γιατί υποβοηθούν στις συσπάσεις κάμψης.

**B.** Τοποθέτηση επώδυνων αρθρώσεων σε νάρθηκα, για μείωση τοπικής θυλακίτιδας, πόνου, δυσκαμψίας και οιδήματος, ώστε να αποφευχθεί η μόνιμη παραμόρφωση και να ενισχυθεί η λειτουργία της άρθρωσης.

- Χρήσιμοι οι ελαφροί πλαστικοί νάρθηκες, που δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητα.

- Υποστήριξη άρθρωσης σε λειτουργική θέση μέσα σε νάρθηκες ανάπαυσης, διβαλβιδικούς γύψους κ.λ.π.
- Αλλαγή τρόπου εφαρμογής νάρθηκων, καθώς μεταβάλλονται οι δομές της άρθρωσης.
- Χρήση μετατάρσιων ράβδων ή γεμισμάτων ( για τα παπούτσια ) ή ένθετων Plastizote για μείωση πίεσης στο επώδυνο αρθρικό πόδι.

**Γ.** Εκτέλεση ασκήσεων για διατήρηση της λειτουργίας όλων των αρθρώσεων, ενδυνάμωση των μυών που υποστηρίζουν την άρθρωση, βελτίωση κυκλοφορίας και προαγωγή αντοχής.

- Ενθάρρυνση αρρώστου να ακολουθεί το καθημερινό πρόγραμμα άσκησης. **1)** Αποφυγή υπερβολικής άσκησης. Μπορεί να οδηγήσει σε γρήγορη καταστροφή της άρθρωσης. **2)** Διακοπή άσκησης προτού αισθανθεί κόπωση. **3)** Πόνος που διαρκεί πάνω από μισή ώρα μετά τη άσκηση είναι ενδεικτικός υπερβολικής δραστηριότητας. Μείωση, όχι όμως διακοπή δραστηριότητας. **4)** Άσκηση αργή και ομαλή σε συχνά, μικρά σχήματα ασκήσεων.
- Εκτέλεση ισομετρικών ασκήσεων για πρόληψη μυϊκής ατροφίας, που συμβάλλει στην αστάθεια της άρθρωσης.
- Ασκήσεις πλήρους τροχιάς όλων των αρθρώσεων του σώματος μία ως δύο φορές την ημέρα. **1)** Βοήθεια αρρώστου στην εκτέλεση τους, αν χρειάζεται. **2)** Αποφυγή υποστήριξης του άκρου με τις επώδυνες αρθρώσεις.
- Εκτέλεση ασκήσεων με προοδευτικά αυξανόμενη αντίσταση.
- Χρησιμοποίηση εξαρτημάτων για αυτοβοήθεια στην εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής. **1)** Σκεύη με χειρολαβές. **2)** Ψηλές καρέκλες και τουαλέτες. **3)** Ειδικές χειρολαβές ενδυμάτων.
- Χρήση δεκανικιών ή μπαστουιού από το αντίθετο προς την πάσχουσα πλευρά χέρι, για μείωση φόρτισης στην πάσχουσα άρθρωση του ισχίου/γονάτου.

**Δ.** Μείωση πόνου και υποχώρηση φλεγμονής.

- Εφαρμογή υγρής θερμότητας για μείωση του μυϊκού σπασμού και μεταναπαυσιακή δυσκαμψία. **1)** Θερμό μπάνιο σε μπανιέρα ή ντούζ αμέσως μετά την πρωινή έγερση, μειώνει τη διάρκεια της πρωινής

δυσκαμψίας. **2)** Χρήση ζεστών λουτρών παραφίνης για τα δάχτυλα και τα χέρια.

- Χρήση κρύων επιθεμάτων, όταν ενδείκνυται, για θερμές, οιδηματικές αρθρώσεις.
- Εφαρμογή ήπιου μασάζ για μυϊκή χαλάρωση.
- Μετά την θεραπεία με θερμότητα, ασκήσεις πλήρους τροχιάς.
- Ενθάρρυνση ανάπαυσης για υποχώρηση πόνου.
- Χορήγηση φαρμάκων για υποχώρηση φλεγμονής και πόνου.

#### **Ε.** Ψυχική υποστήριξη του αρρώστου.

- Διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης αρρώστου-νοσηλευτή-γιατρού, αφού η επιτυχής αγωγή απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία.
- Υιοθέτηση θετικής αισιόδοξης θέσης.
- Ενθάρρυνση αρρώστου να εκφράζει τα συναισθήματά του. Ο άρρωστος γίνεται εχθρικός και θυμώνει εύκολα εξαιτίας του χρόνιου πόνου, της δυσκαμψίας και της απώλειας κινητικότητας.
- Διαβεβαίωση αρρώστου με λόγια και έργα ότι η υγειονομική ομάδα γνωρίζει τους φόβους και οτιδήποτε γι αυτή, το μέλλον του είναι μεγάλης σημασίας.
- Χορήγηση ηρεμιστικών και/ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, για ανύψωση του ηθικού του.
- Αποθάρρυνση αρρώστου να υιοθετήσει ρόλο εξάρτησης.

#### **ΣΤ.** Διδασκαλία.

- Να διατηρήσει ανεξαρτησία : **1)** Να στηρίζεται στις δικές του δυνατότητες. **2)** Να διατηρεί ενέργεια απλοποιώντας τις καθημερινές δραστηριότητες του και χρησιμοποιώντας για την εκτέλεση τους μέσα αυτοβοήθειας. **3)** Να εργάζεται με ομαλό βηματισμό. **4)** Να εναλλάσσει περιόδους εργασίας, άσκησης και ανάπαυσης. Να αποφεύγει την υπερδραστηριότητα τις μέρες που αισθάνεται καλά. **5)** Να εναλλάσσει καθιστικές και ορθοστατικές εργασίες. Να μη μείνει πολλή ώρα σε καθιστική θέση.

- Να παίρνει τα φάρμακα ακριβώς όπως του δόθηκε η οδηγία. **1)** Η ασπιρίνη είναι το κύριο φάρμακο. Πρέπει να την παίρνει για πολύ χρόνο και σε ψηλές δόσεις, για να έχει την επιθυμητή απόκριση. **2)** Να αναφέρει όταν αισθανθεί κουδούνισμα στα αυτιά, γιατί αυτό δείχνει επαρκή δόση της ασπιρίνης. **3)** Να παίρνει την ασπιρίνη με το φαγητό.
- Να χρησιμοποιεί ζεστά ή κρύα επιθέματα, σύμφωνα με την οδηγία.
- Να εκτελεί ασκήσεις σύμφωνα με την οδηγία, για διατήρηση λειτουργίας των αρθρώσεων, αύξηση της μυϊκής δύναμης και του μυϊκού συντονισμού. Να ασκείται, επίσης, μέσα στο νερό, εκμεταλλευόμενος τη δύναμη άνωσης και τη χαλαρωτική ενέργεια του νερού.
- Να φορά τεντωμένα νάυλον γάντια τη νύχτα, για να ανακουφίζεται από το μούδιασμα και τη μυρμηκίαση των δαχτύλων.
- Να προστατεύει το μυοσκελετικό του σύστημα από περαιτέρω βλάβη. **1)** Να κάθεται ήρεμα στην καρέκλα, χρησιμοποιώντας τα στηρίγματα της, για πρόληψη τρύματος των αρθρώσεων του ισχίου και του γονάτου. **2)** Να χρησιμοποιεί ψηλή καρέκλα, αν πάσχουν οι αρθρώσεις ισχίου και γονάτου. **3)** Να ευθειάζει το σώμα του, όταν περπατά. **4)** Να αποφεύγει μεταφορά βαριών αντικειμένων ειδικά όταν ανεβαίνει σκάλες. **5)** Να αποφεύγει εξάσκηση τάσης στις αρθρώσεις των δαχτύλων. **6)** Να αποφεύγει την παχυσαρκία, η οποία αυξάνει τη φόρτιση των αρθρώσεων που σηκώνουν το βάρος του σώματος.
- Να ζητήσει σεξουαλικές συμβουλές αν η αρθριτιδική προσβολή εμποδίζει τη σεξουαλική λειτουργία.
- Να επισκέπτεται το γιατρό του τακτικά, για να γίνεται η λειτουργική αξιολόγηση ή για να διαπιστωθεί τυχόν απώλεια λειτουργίας κάποιας άρθρωσης.
- Το θεραπευτικό πρόγραμμα θα ακολουθείται σ' όλη τη ζωή του. Προς το παρόν δεν υπάρχει ίαση.



## **2. Χειρουργική θεραπεία**

Η χειρουργική θεραπεία, ενώ παλιότερα γίνονταν στα τελικά στάδια, σήμερα εφαρμόζεται και στα αρχικά. Σκοπός της είναι η πρόωμη υμενεκτομή που αφήνει δυσκαμψία πολύ μικρότερη από εκείνη που αναμένεται από την εξέλιξη της πάθησης. Σε προχωρημένες, μεγάλου βαθμού παραμορφώσεις, εκτελούνται αρθροπλαστικές ή αρθροδέσεις.

**A. Αντικατάσταση της άρθρωσης:** Είναι η πιο συχνή επέμβαση σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και εκτελείται πρωτίστως για να ανακουφίσει από τον πόνο και να βελτιώσει ή να προστατεύσει την αρθρική λειτουργία. Οι τεχνητές αρθρώσεις δεν είναι πάντα μόνιμες και ίσως κάποια στιγμή θα χρειασθεί να αντικατασταθούν.

**B. Ανακατασκευή τενόντων:** Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα μπορεί να προκαλέσει βλάβη - ακόμη και ρήξη - των τενόντων, δηλαδή των ιστών που συνδέουν τον μυ με το οστό. Η συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση, που πραγματοποιείται με μεγαλύτερη συχνότητα στα χέρια, ανακατασκευάζει τον κατεστραμμένο τένοντα προσαρτώντας τον σε άλλον άθικτο. Η παραπάνω επέμβαση μπορεί να αποκαταστήσει τη λειτουργικότητα του χεριού, ειδικά εάν ο τένοντας έχει υποστεί ολοκληρωτική ρήξη

**Γ. Υμενεκτομή:** Σε αυτή τη χειρουργική επέμβαση ο ιατρός ουσιαστικά απομακρύνει τον φλεγμαίνοντα αρθρικό υμένα. Υμενεκτομή σπάνια πραγματοποιείται σήμερα, γιατί αφενός δεν μπορεί να εξαιρεθεί όλος ο αρθρικός υμένας και αφετέρου ο ιστός που αφαιρείται, τελικά, αναπλάθεται. Η υμενεκτομή πραγματοποιείται στα πλαίσια χειρουργικής ανακατασκευής, ιδιαίτερα σε ανακατασκευή τενόντων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Πεπτικό έλκος είναι μια περιγεγραμμένη διάβρωση που περιλαμβάνει το βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο ή και το μυικό χιτώνα του γαστρεντερικού σωλήνα. Η συνήθης εντόπιση του είναι στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο, μπορεί όμως να συμβεί σε οποιαδήποτε περιοχή που εκτίθεται στο γαστρικό υγρό, όπως ο οισοφάγος, ή η νήστιδα, ή μετά από γαστρική χειρουργική. Πεπτικό έλκος αναπτύσσεται όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων αποδειχθεί πιο ισχυρή από τη βλεννογόνια άμυνα, όπως σε υπερχλωρυδρία, ή όταν η αντίσταση του βλεννογόνου μειωθεί εξαιτίας κακής κυκλοφορίας, ανεπαρκούς ιστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς βλέννας.

#### Αιτία στομαχικού έλκους

Αν και τα αίτια που προκαλούν το στομαχικό έλκος δεν έχουν καθοριστεί πλήρως, παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι οι εξής:

1. Η παλινδρόμηση της χολής εντός του στομάχου-χρόνια γαστρίτιδα.
2. Η λήψη φαρμάκων.
3. Γαστρική έκκριση.
4. Τοπική ισχαιμία.
5. Τραυματισμοί του βλεννογόνου.
6. Μικροβιακή φλεγμονή.
7. Η ελαττωμένη αντίσταση του βλεννογόνου.
8. Η γαστρική στάση και η γαστρίτιδα που προκαλεί

#### Επιπλοκές στομαχικού έλκους και αντιμετώπισή τους

Η συνηθέστερη επιπλοκή του στομαχικού έλκους είναι η γαστρορραγία που μπορεί να είναι μικρή ή μεγάλη και αντιμετωπίζεται συντηρητικά με H<sub>2</sub> αναστολείς και πλύσεις με ψυχρό φυσιολογικό ορό. Σε αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης γίνεται μερική γαστρεκτομή.

Άλλη επιπλοκή είναι η διάτρηση του στομάχου. Η οξεία διάτρηση αποτελεί επείγον ιατρικό συμβάν. Ενδείκνυται η άμεση χειρουργική επέμβαση και κατά προτίμηση η απλή συρραφή της διατρήσεως. Οι μεγαλύτερες χειρουργικές επεμβάσεις μάλλον δεν είναι φρόνιμες κατά τη διάρκεια του επεισοδίου λόγω του αυξημένου εγχειρητικού κινδύνου από την κακή φυσική κατάσταση του αρρώστου. Η νοσηρότητα και θνησιμότητα εξαρτώνται από το ποσό του υγρού που έχει χυθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα και ιδιαίτερη από τον χρόνο

που μεσολάβησε μεταξύ της διατήρησης και της εγχειρήσεως. Η χειρουργική σύγκλειση της διατήρησης πρέπει να γίνει όσο το δυνατό συντομότερα. Εάν η επέμβαση καθυστερήσει πέρα από 24ώρες η γαστρική αναρρόφηση, τα αντιβιοτικά και η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών αποτελούν τη θεραπεία επιλογής.

Τέλος στο προπυλωρικό στομαχικό έλκος μία επιπλοκή που μπορεί να παρουσιασθεί είναι η πυλωρική στένωση που αντιμετωπίζεται με βαγοτομή ή πυλωροπλαστική, ενώ επί ατόνου στομάχου γίνεται μερική γαστρεκτομή

### **Προβλήματα του αρρώστου**

1. Κακή οξυγόνωση των ιστών ( πόνος στο επιγάστριο και ίσως αναιμία)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο ( μη κανονική λήψη τροφής, ναυτία, έμετοι )
3. Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια
4. Μείωση δραστηριοτήτων ( απώλεια βάρους )
5. Μείωση άνεσης ( πόνος )
6. Πόνος, αγωνία
7. Προβλήματα προσωπικότητας
8. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου

### **Σκοποί της φροντίδας**

1. Άμεσοι
  - α) Απαλλαγή από τα συμπτώματα ( πόνος, ναυτία, έμετοι )
  - β) Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων
  - γ) Διατήρηση επαρκούς θρέψης
  - δ) Προαγωγή επούλωσης του έλκους

## 2. Μακροπρόθεσμοι

- α) Πλήρης επούλωση του έλκους και αποφυγή υποτροπής ή επιπλοκών
- β) Μείωση καταστάσεων stress στο σπίτι και στο χώρο δουλειάς
- γ) Ανάπτυξη υγιών στρατηγικών διαπραγμάτευσης για χειρισμό των stress

## Νοσηλευτική παρέμβαση

### A. Οξεία φάση

1. Διαιτητική θεραπεία ανάλογα με τις προτιμήσεις του αρρώστου. Συχνά μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές, που μπορεί να τις ανεχθεί. Αποκλείονται από τη δίαιτα χημικά ερεθιστικά και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεύματα, πολύ ζεστά φαγητά, που μπορούν να προκαλέσουν θερμικό ερεθισμό, και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως porcoron. Περιορισμός τροφών και υγρών που διεγείρουν τη γαστρική έκκριση, ειδικά αλκοόλ και καφέ. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα, σ' ένα εναλλασσόμενο σχήμα κάθε μισή ώρα, προτού εφαρμοστεί δίαιτα με τρία κύρια γεύματα την ημέρα, δυο μικρά ανάμεσά τους και ένα μικρό πριν από τον ύπνο.

Αν ο άρρωστος αισθάνεται νυχτερινό πόνο που τον ξυπνά από τον ύπνο του δίνεται γάλα ή ένα αντιόξινο.

2. Φαρμακευτική θεραπεία με στόχους την εξουδετέρωση του οξέος, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας και τη μείωση του άγχους

α. Αντιόξινα. Δεν απορροφώνται και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού. Ορισμένα από αυτά προκαλούν δυσκοιλιότητα, όπως το ανθρακικό ασβέστιο και το υδροξείδιο του αλουμινίου ενώ εκείνα που περιέχουν άλατα του μαγνησίου μπορεί να προκαλέσουν διάρροια. Αντιόξινα που αποτελούν συνδυασμό αυτών των ομάδων προκαλούν λιγότερες επιπλοκές. Ένα επίσης χρήσιμο αντιόξινο που δεν προκαλεί δυσκοιλιότητα είναι το κολλοειδές εναιώρημα και τα δισκία υδροξειδίου του αλουμινίου και του υδροξειδίου του μαγνησίου. Προσοχή χρειάζεται στη σύσταση των αντιόξινων, γιατί μερικά περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου και μπορεί να επηρεάσουν την κατάσταση αρρώστων στους οποίους εφαρμόζεται υπονατριούχος δίαιτα.

β. Αντιχολινεργικά για μείωση γαστρικής έκκρισης και καθυστέρηση γαστρικής κένωσης. Αυτό είναι πολύ χρήσιμο κατά τη διάρκεια της νύχτας. Τα αντιχολινεργικά προκαλούν παρενέργειες όπως ξηρότητα στόματος, ναυτία,

εμέτους, μείωση οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων. Γι' αυτό αντενδείκνυται σε αρρώστους με γλαύκωμα, υπερτροφία προστάτη, γαστρική κατακράτηση, παραλυτικό ειλεό και ελκώδη κολίτιδα.

**γ.** Ανταγωνιστές H<sub>2</sub>-υποδοχέων. Οι ανταγωνιστές H<sub>2</sub>-υποδοχέων, σιμετιδίνη, ρανιτιδίνη και φαμοτιδίνη, ελαττώνουν πολύ την όξινη έκκριση του στομάχου. Ψηλές δόσεις αυτών των φαρμάκων μειώνουν την έκκριση σε σχεδόν μη μετρήσιμα επίπεδα. Βραχεία θεραπεία με σιμετιδίνη επιφέρει πλήρη επούλωση όμως μπορεί να χρειαστεί θεραπεία συντήρησης με χαμηλή δόση για πρόληψη υποτροπής. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν : αλλαγές στις εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, γυναικομαστία, σύγχυση σε ηλικιωμένους αρρώστους και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων.

**δ.** Αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Είναι σχετικά νέα φάρμακα, με δυνατότητες πολύ μεγάλης μείωσης της γαστρικής οξύτητας. Κύριος αντιπρόσωπος της ομάδας αυτής είναι η ομεπραζόλη ( Losec ).

**ε.** Άλλα φάρμακα. Η σουκραλφάτη είναι ένα φάρμακο που δρα τοπικά και που έχει δείξει επίσης αντιελκωτικές ιδιότητες.

## **B. Υποξεία φάση**

**1.** Με την εφαρμογή της διαιτητικής και φαρμακευτικής θεραπείας, οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μια βδομάδα. Η θεραπεία όμως διαρκεί 6 εβδομάδες ώσπου να επουλωθεί το έλκος.

Όταν ο άρρωστος απαλλαγεί από τα κλινικά συμπτώματα γίνεται επανάληψη του ακτινολογικού ελέγχου για διαπίστωση της επούλωσης. Στο γαστρικό έλκος η αποτυχία κλινικής βελτίωσης και ακτινολογικής υποχώρησης του κρατήρα του έλκους μέσα σε 3-4 εβδομάδες με προσεκτικό θεραπευτικό σχήμα, υποδηλώνει γαστρική κακοήθεια

**2.** Σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου.

**α.** Διδασκαλία αιτιολόγησης της φαρμακευτικής θεραπείας του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της, που πρέπει να αναφέρονται όταν συμβαίνουν. Προειδοποίηση αρρώστων για τις συνέπειες κατάχρησης αντιόξινων ( διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας ). Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που αφορά την δίαιτα.

**β.** Διδασκαλία που αφορά υποτροπή της νόσου. Εξήγηση στον άρρωστο της χρόνιας και υποτροπιάζουσας φύσης της νόσου και προειδοποίηση για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας.

Η έμφαση δίνεται στους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροπή του έλκους, όπως μη σωστή διαίτα και απρογραμμάτιστη λήψη γευμάτων, ακατάστατες συνήθειες ζωής, χρήση αλκοόλ ή τσιγάρου, συγκινησιακό stress και λοιμώξεις, ειδικά της ανώτερης αναπνευστικής οδού.

**3.** Εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και ψυχαγωγία, που προάγουν τη φυσική και διανοητική χαλάρωση.

**4.** Διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων stress μαζί με τον άρρωστο και την οικογένειά του. Ανεύρεση τρόπων μείωσης του stress και βοήθεια αρρώστου στην ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού τους. Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων που προδιαθέτουν στο έλκος και προειδοποίηση του να μην παίρνει κανένα φάρμακο αν αυτό δεν έχει εγκριθεί προηγουμένος από το γιατρό.

**5.** Αν ο πόνος είναι έντονος και υποτροπιάζει και η γενική κατάσταση του αρρώστου καθιστά τη χειρουργική επέμβαση επικίνδυνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακτινοβολία. Η ακτινοβολία του στομάχου γίνεται με σκοπό την καταστροφή των καλυπτήριων και θεμέλιων κυττάρων, με αποτέλεσμα τη μείωση έκκρισης πεψίνης και υδροχλωρικού οξέος.

## **Αξιολόγηση**

Σε οποιονδήποτε χρόνο κατά τη διάρκεια της πορείας του πεπτικού έλκους ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει επιπλοκές, που είναι οι εξής :

- 1.** Αιμορραγία, εξαιτίας διάβρωσης αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδικού δικτύου από το έλκος ή πιο συχνά, διαρροής αίματος από τον κοκκιώδη ιστό. Οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην επίσχεση της αιμορραγίας και στην αντιμετώπιση του shock.
- 2.** Διάτρηση. Η θεραπεία της διάτρησης είναι πάντα η χειρουργική επιδιόρθωση. Πριν από τη χειρουργική επέμβαση γίνεται ρινογαστρική διασωλήνωση και αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου. Χορηγούνται αναλγητικά και αντιμετωπίζεται η υπογκαιμία.
- 3.** Διείσδυση του έλκους
- 4.** Πυλωρική στένωση

## **Χειρουργική θεραπεία**

Τα γαστρικά έλκη αναπτύσσονται πιο συχνά κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομαχίου. Ο πιο λογικός τρόπος θεραπείας του γαστρικού έλκους είναι επομένως η αφαίρεση του μεγαλύτερου δυνατού τμήματος του ελάσσονος τόξου και του παρακείμενου τμήματος του στομαχίου όπου είναι πιθανότερο να ξανασυμβεί η εξέλκωση.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται σήμερα για θεραπεία του πεπτικού έλκους είναι :

- Μερική γαστρεκτομή ( γαστρικά έλκη )
- Γαστροεντεροαναστόμωση
- Εκτομή τμήματος του άντρου του στομαχίου και βαγοτομή
- Βαγοτομή με πυλωροπλαστική
- Βαγοτομή με γαστρονηστιδοστομία.

Η οστεοπόρωση (πορώδη οστά) είναι μία νόσος που χαρακτηρίζεται από προοδευτική απώλεια της οστικής μάζας του σκελετού, η οποία έχει σαν συνέπεια την ελάττωση της μηχανικής αντοχής των οστών με αποτέλεσμα τα οστά να γίνονται λιγότερα ανθεκτικά και επομένως περισσότερο εύθραυστα. Άρα γίνεται ευκολότερη η πρόκληση καταγμάτων, κάτι που βέβαια έχει σαν επακόλουθα πόνους, παραμορφώσεις, απώλεια της κινητικότητας, ανικανότητα κ.τ.λ. Σε προχωρημένη οστεοπόρωση τα κατάγματα γίνονται χωρίς να ασκηθεί στα οστά σχεδόν καμία δύναμη (αυτόματα κατάγματα). Η οστεοπόρωση από την πλευρά της συμπτωματολογίας, είναι συνήθως, ένα σιωπηλό νόσημα, ιδίως στα αρχικά στάδια της. Αυτό έχει σα συνέπεια την καθυστερημένη διάγνωση. Υπό αυτή την προϋπόθεση πρέπει να αντιμετωπίζεται έγκαιρα πριν εκδηλώσει συμπτώματα.

### **Ποια είναι τα συμπτώματά της**

Στις μισές περίπου γυναίκες η οστεοπόρωση δεν δίνει κανένα σύμπτωμα. Διαγνώσκεται μόνο με τις ειδικές εξετάσεις (μέτρηση οστικής μάζας). Οι υπόλοιπες γυναίκες μπορεί να παρουσιάζουν:

- μικρά πονάκια ή εύκολη κόπωση στην ράχη.
- ισχυρό έντονο πόνο στη σπονδυλική στήλη, όταν δημιουργηθεί το κάταγμα κάποιου σπονδύλου.
- ελάττωση του ύψους τους και κύρτωση της ράχης (καμπούριασμα).
- κατάγματα σε άλλα σημεία εκτός της σπονδυλικής στήλης (αντιβράχιο - ισχίο).

### **Συχνότητα της οστεοπόρωσης**

Η οστεοπόρωση εμφανίζεται συνήθως μετά την ηλικία των 50 ετών, είναι πολύ συχνότερη στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες.

### **Προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου**

1. λευκή φυλή
2. χαμηλό σωματικό βάρος - λεπτός σκελετός
3. φύλο (πλήττει κυρίως τις γυναίκες)
4. εμμηνόπαυση, πριν την ηλικία των 45 ετών
5. υστερεκτομή, ιδιαίτερα αν έχουν αφαιρεθεί αμφότερες οι ωοθήκες, επίσης πριν την ηλικία των 45 ετών
6. διακοπή της περιόδου για κάποιο χρονικό διάστημα για λόγους εκτός της κύησης, π.χ. Παρατεταμένη αστία ή υπερβολική σωματική άσκηση
7. λήψη υψηλών δόσεων ή επί μακρό χρονικό διάστημα, κορτικοστεροειδών
8. οικογενειακό ιστορικό, σε πρώτου βαθμού συγγενείς
9. κάπνισμα - υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης
10. ανεπαρκής ή υπερβολική σωματική άσκηση



11. παρουσία άλλων παθολογικών καταστάσεων (υπερθυρεοειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, διαβήτης, ορισμένες διαταραχές της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας και το σύνδρομο Cushing)
12. καθημερινή διατροφή χαμηλή σε ασβέστιο και βιταμίνη D
13. άλλοι διατροφικοί παράγοντες (πρωτεΐνη, λακτόζη, αλάτι, οξαλικά άλατα, φυτική ίνα).

### **Υπάρχει φαρμακευτική θεραπεία της οστεοπόρωσης;**

Εφόσον εγκατασταθεί η οστεοπόρωση, η θεραπεία είναι τελείως απαραίτητη για να σταματήσουμε την παραπέρα επιδείνωση της και - αν μπορέσουμε - να δυναμώσουμε λίγο τον σκελετό.

Τα φάρμακα που σήμερα χρησιμοποιούμε είναι:

- Το ασβέστιο.
- Η καλσιτονίνη.
- Τα οιστρογόνα σε συνδυασμό με προγεστερόνη.
- Τα αναβολικά.
- Το φθόριο και ο φωσφόρος.

Δίνονται μόνα τους ή σε συνδυασμούς για μεγάλα ή μικρά χρονικά διαστήματα ή σε σχήματα που επαναλαμβάνονται. Ο γιατρός σας ξέρει και αυτός θα καταστρώσει το πιο αποτελεσματικό σχήμα, ανάλογα με την περίπτωση σας.

### **Πώς γίνεται η διάγνωση της οστεοπόρωσης**

Η μόνη εξέταση που επιτρέπει να ορίσουμε το βαθμό της αντοχής του οστού είναι η μέτρηση της οστικής πυκνότητας (BMD) σε ανόργανα άλατα.

Αυτή η εξέταση είναι εντελώς ανώδυνη και διαρκεί λίγα λεπτά. Βασίζεται στη διάβαση του οστού από μια μικρή δέσμη ακτινοβολίας. Όσο περισσότερο πυκνό είναι το οστόν, τόσο λιγότερη ακτινοβολία περνάει. Ένας υπολογιστής μετράει πόση ακτινοβολία καταφέρνει να περάσει και μετράει αυτόματα την ποσότητα του ασβεστίου που περιέχει το οστόν.

Μια άλλη εξέταση, χωρίς ακτινοβολία, που επιτρέπει να ορίσουμε το ρυθμό της οστικής απώλειας, δηλ. τον ρυθμό που μια γυναίκα χάνει κόκκαλο, είναι να μετρήσουμε ορισμένες βιοχημικές παραμέτρους. Αυτές μετρώνται στα ούρα και στο αίμα. Από τις παραμέτρους αυτές και από την μέτρηση της οστικής μάζας μπορούμε να προβλέψουμε αν μια γυναίκα θα γίνει οστεοπορωτική ή όχι τα επόμενα χρόνια. Έτσι, έχουμε την δυνατότητα να παρέμβουμε θεραπευτικά ή προληπτικά και να αποτρέψουμε τη δυσάρεστη κατάληξη της οστεοπόρωσης, δηλαδή το κάταγμα.

### **Πρόληψη της οστεοπόρωσης**

Η οστική πυκνότητα επηρεάζεται από παράγοντες διαιτητικούς, μηχανικούς και περιβαλλοντικούς.

#### **α) Διαιτητικοί παράγοντες :**

Το ασβέστιο σε υψηλές δόσεις (>1500 mg/ημ.) μπορεί να μειώσει το ρυθμό απώλειας οστικής μάζας που οφείλεται στην ηλικία, όχι όμως και την απώλεια που οφείλεται στην έλλειψη οιστρογόνων. Η καθημερινή λήψη 1500 mg ασβεστίου είναι και ασφαλής και φυσιολογική.

Οι ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο ποικίλουν ανάλογα με το φύλο και την ηλικία και ανέρχονται:

Κατά την εφηβεία σε 1500 mg/ημερησίως για άνδρες και γυναίκες πριν την εμμηνόπαυσή τους και σε άνω των 1500 mg/ημερησίως για γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Ο φώσφορος ο οποίος περιέχεται ως προσθετικό σε πολλά είδη της λεγομένης σύγχρονης διατροφής μπορεί να επηρεάσει το μεταβολισμό του ασβεστίου εφόσον σχετίζεται με την διά του νεφρού απέκκριση του ασβεστίου.

Οι πρωτεΐνες επηρεάζουν αρνητικά το μεταβολισμό του ασβεστίου. Με άλλα λόγια διπλασιάζοντας την ποσότητα των προσλαμβανόμενων πρωτεϊνών έχουμε 50% αύξηση της διά των ούρων απέκκρισης ασβεστίου.

Επίσης, σε πλήρη στέρηση τροφής όπως γίνεται σε μερικές περιπτώσεις αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, το ισοζύγιο ασβεστίου διαταράσσεται και η απώλεια ασβεστίου μπορεί να είναι σημαντική. Τα επίπεδα της βιταμίνης Κ είναι μειωμένα σε ασθενείς με κατάγματα ισχίου.

Συμπερασματικά, για τα περισσότερα διατροφικά στοιχεία ισχύει ότι η πολύ χαμηλή ή πολύ υψηλή πρόσληψη αυτών έχει αρνητική επίδραση στο οστόν, ενώ μικρές διακυμάνσεις έχουν μικρή επίδραση.

### **β) Μηχανικοί παράγοντες :** Η σωματική άσκηση

Το ιδανικό πρόγραμμα άθλησης, είδος, συχνότητα και διάρκεια των ασκήσεων που είναι απαραίτητες για να έχει η άθληση ευνοϊκό αποτέλεσμα στην οστική μάζα, δεν κατέστη δυνατό να καθοριστεί μέχρι σήμερα. Είναι όμως σίγουρο ότι:

**α)** Υπάρχει ένα όριο σωματικής άσκησης (5 ώρες την εβδομάδα), που αν το ξεπεράσουμε, το αποτέλεσμα είναι αντίθετο από το αναμενόμενο.

**β)** Η άσκηση για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να γίνεται υπό την επίδραση της βαρύτητας και αυτό για να επενεργούν ισχυρές δυνάμεις πίεσης ή έλξης στα όστα. Αθλήματα όπως η κολύμβηση και η ποδηλασία δεν δίνουν ευνοϊκό αποτέλεσμα, όπως το τρέξιμο, οι αερόβιες ασκήσεις, τα βάρη, το τένις κ.α.

Στις ηλικίες κάτω των 30 ετών η άθληση μπορεί αναμφισβήτητα να αυξήσει την οστική μάζα και να συμβάλλει στο σχηματισμό υψηλής οστικής μάζας πυκνότητας εφόσον γίνεται υπό τις εξής προϋποθέσεις.

**α)** Η άθληση να είναι τακτική και συνεχής γύρω στις 3-5 ώρες την εβδομάδα.

**β)** Η έντασή της να μην επηρεάζει τον εμμηνορρυσιακό κύκλο της γυναίκας.

**γ)** Η πρόσληψη ασβεστίου και των πρωτεϊνών να είναι ικανοποιητική, χωρίς φυσικά να μεταβάλλεται το σωματικό βάρος.

Μετά την ηλικία 50 ετών η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει ή και να αναστείλει την απώλεια οστικής μάζας που οφείλεται στην ηλικία, όχι όμως και

αυτή που οφείλεται στην έλλειψη οιστρογόνων ή καλσιτονίνης όπου χρειάζεται.

Μετά την ηλικία των 65 ετών ή σε γυναίκες με εγκατεστημένη οστεοπόρωση, η σωματική άσκηση θα πρέπει να είναι ήπια. Θα πρέπει να αποφεύγονται οι έντονες ασκήσεις και η καταπόνηση, επειδή ο κίνδυνος οστεοπορωτικού κατάγματος δεν είναι μόνο συνάρτηση της μειωμένης οστικής μάζας αλλά εξαρτάται και από τη διαταραγμένη αρχιτεκτονική του οστεοπορωτικού οστού. Ναί λοιπόν στην άσκηση σε αυτή την ηλικία, όχι στην έντονη άσκηση.

**γ) Περιβαλλοντικοί παράγοντες :** Συνήθειες και τρόπος ζωής

Μια ουσία που είναι σχεδόν παγκόσμια παραδεκτό ότι είναι ένας ισχυρός παράγοντας που συμβάλλει στην οστεοπόρωση είναι το αλκοόλ (οινόπνευμα). Έχει βρεθεί ότι άνδρες που πίνουν για κοινωνικούς λόγους 1-2 ποτά ημερησίως έχουν διπλάσια αυξημένο κίνδυνο για οστεοπόρωση. Το αλκοόλ μειώνει την απορρόφηση του ασβεστίου και έχει αρνητική αντίδραση στην ακεραιότητα του οστού.

**ΝΙΚΟΤΙΝΗ:** Το κάπνισμα κουβαλάει επίσης ένα αυξημένο κίνδυνο για οστεοπόρωση, αν και η απόδειξη θεωρείται από μερικούς επιστήμονες ότι είναι λιγότερο πειστική από αυτή για το αλκοόλ.

**ΚΑΦΕΪΝΗ:** Η λήψη καφεΐνης έχει επίσης συνδεθεί με την οστεοπόρωση κυρίως γιατί αυξάνει την φθορά του ασβεστίου. Εάν πίνετε πολύ καφέ, μεγαλύτερη αναλογία ασβεστίου απεκκρίνεται στα ούρα σας που σημαίνει ότι απορροφάται λιγότερο από τα οστά σας.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ**

### **Σκοποί της φροντίδας :**

1. Διόρθωση μεταβολικής διαταραχής ασβεστίου
2. Πρόληψη επιπλοκών
3. Πρόληψη υποτροπής

### **Νοσηλευτική Παρέμβαση**

1. Ενθάρρυνση για φυσική δραστηριότητα, της οποίας η ένταση αυξάνεται μέσα σε μια σχεδιασμένη χρονική περίοδο.
2. Να αποφεύγει να μένει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο κρεβάτι ή στην πολυθρόνα.
3. Να περπατάει τουλάχιστον 1-2 ώρες την ημέρα, ακόμη και αν χωρίζει αυτό το χρονικό διάστημα σε μικρότερα των 10-15 λεπτών την φορά.
4. Να φορά παπούτσια μαλακά και χαμηλά, με ελαστική σόλα (όπως τα αθλητικά).
5. Να αποφεύγει να λυγίζει τον κορμό προς τα εμπρός (κίνηση επικίνδυνη που προκαλεί εύκολα κατάγματα στους οσφυϊκούς σπονδύλους).

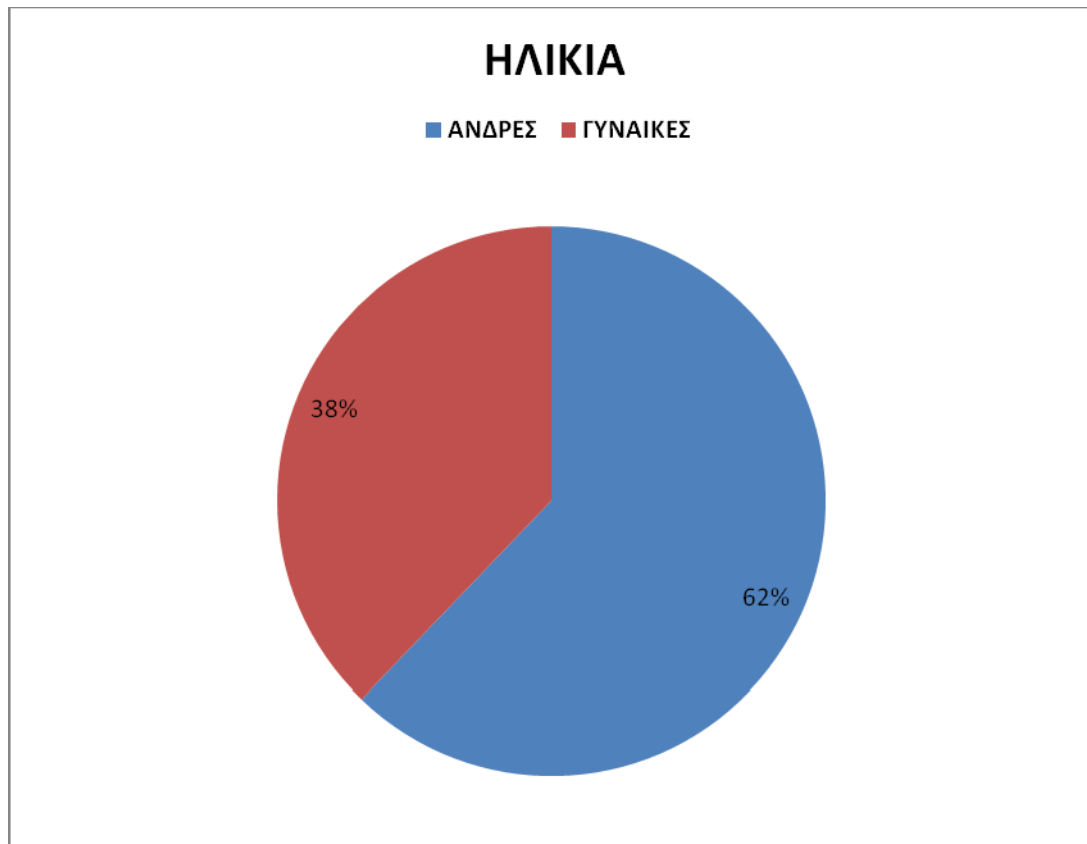
- 6.** Να αποφεύγει ανώμαλους δρόμους, διαβάσεις με εμπόδια, σκάλες κ.λ.π., ώστε να περιορισθεί όσο το δυνατόν ο κίνδυνος πτώσης
- 7.** Συσχέτιση του σχήματος ασκήσεων που άρχισε στη φυσικοθεραπεία
- 8.** Εξακολούθηση βοήθειας για κίνηση του αρρώστου όπως μπαστούνι, περιπατητής, ανάλογα με τις ανάγκες του.
- 9.** Διδασκαλία τρόπων για αποφυγή πιθανής πτώσης ή τραυματισμού, καλής μηχανικής του σώματος και αποφυγή άρσης βαριών αντικειμένων
- 10.** Δίαιτα με άφθονο λεύκωμα, ασβέστιο, φώσφορο, βιταμίνες και άλατα.
- 11.** Ορμονοθεραπεία που γίνεται μόνο από προσεκτική εκτίμηση της κατάστασης υγείας του κάθε ατόμου.
- 12.** Παρακολούθηση και ενημέρωση αρρώστου για αιμορραγία από τον κόλπο, που μπορεί να συμβεί σε οιστρογονοθεραπεία. Άμεση αναφορά της.
- 13.** Παροχή ψυχικής υποστήριξης του αρρώστου. Ευκαιρίες για εξωτερίκευση των συναισθημάτων του.

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ**

Στην μελέτη μου συμμετείχαν όλοι οι μόνιμοι κάτοικοι της Νήσου Γαύδου οι οποίοι είναι 37 άτομα από τα οποία 23 είναι άνδρες και 14 γυναίκες. Η μελέτη και η καταγραφή των ιστορικών τους έγινε κατά την περίοδο που βρισκόμουν στην Γαύδο στα πλαίσια της πρακτικής μου άσκησης του μήνες Ιούλιο και Αύγουστο 2007. Η έρευνα περιέχει πίνακες σχετικά με το φύλλο ( άνδρες-γυναίκες ), ηλικία ( 0-20, 20-40, 40-60, 60 και άνω ), οικογενειακή κατάσταση ( έγγαμοι-άγαμοι-χήροι ), επάγγελμα, χρόνια προβλήματα ανδρών και χρόνια προβλήματα γυναικών.

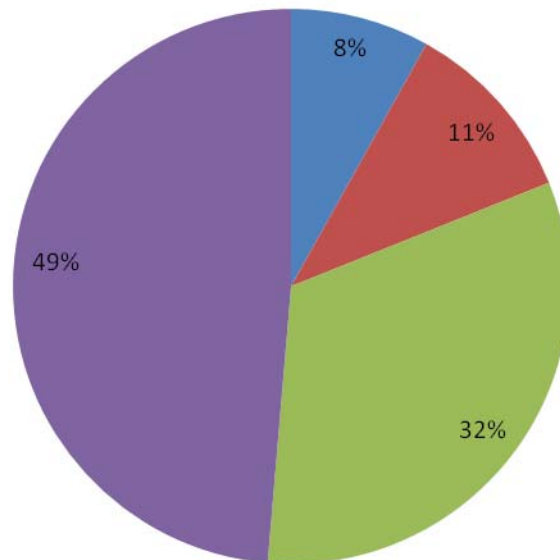
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



Ο συνολικός αριθμός των κατοίκων της Νήσου Γαύδου είναι 37 άτομα από τα οποία 23 άτομα είναι άνδρες δηλαδή το 62% και 14 άτομα γυναίκες δηλαδή το 38%.

## ΗΛΙΚΙΑ

■ ΗΛΙΚΙΑ 0-20   ■ ΗΛΙΚΙΑ 20-40   ■ ΗΛΙΚΙΑ 40-60   ■ ΗΛΙΚΙΑ 60 ΚΑΙ ΑΝΩ

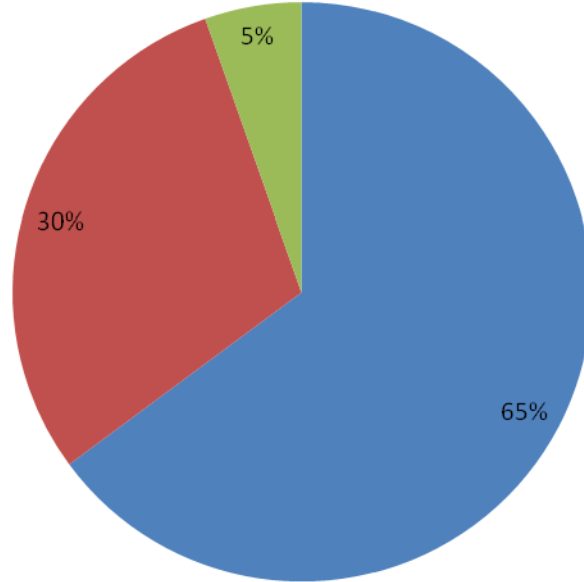


Στο σύνολο των 37 ατόμων υπάρχουν 3 άτομα μεταξύ ηλικίας 0-20 ετών δηλαδή σε ποσοστό 8%, 4 άτομα μεταξύ ηλικίας 20-40 ετών δηλαδή σε ποσοστό 11%, 12 άτομα μεταξύ ηλικίας 40-60 ετών δηλαδή σε ποσοστό 32% και 18 άτομα μεταξύ ηλικίας 60 και άνω ετών δηλαδή σε ποσοστό 49%. Η μικρότερη ηλικία που υπάρχει στο Νησί είναι 7 ετών και η μεγαλύτερη 91 ετών.



## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

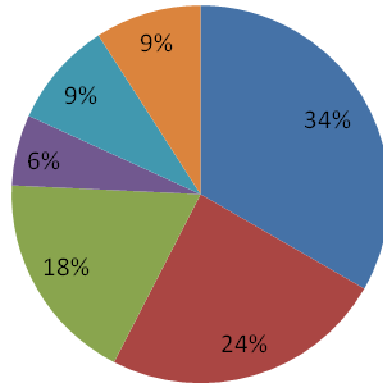
■ ΕΓΓΑΜΟΙ ■ ΑΓΓΑΜΟΙ ■ ΧΗΡΟΙ



Στο σύνολο των 37 ατόμων υπάρχουν 24 άτομα οι οποίοι είναι έγγαμοι δηλαδή σε ποσοστό 65%, 11 άτομα τα οποία είναι άγαμοι δηλαδή σε ποσοστό 30% και υπάρχουν και 2 χήρες γυναίκες δηλαδή σε ποσοστό 5%.

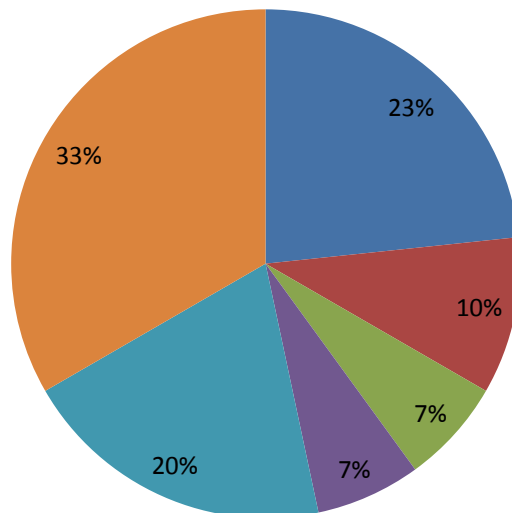
## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

■ ΑΓΡΟΤΗΣ ■ ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ ■ ΟΙΚΙΑΚΑ ■ ΨΑΡΑΣ ■ ΆΛΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ■ ΑΝΕΡΓΟΙ



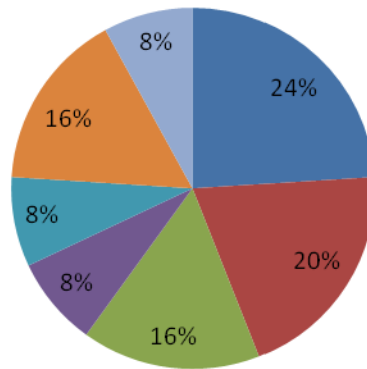
Από τα 37 άτομα υπάρχουν 11 άτομα με το επάγγελμα του Αγρότη δηλαδή σε ποσοστό 34%, 8 άτομα με το επάγγελμα του Κτηνοτρόφου δηλαδή το 24%, 6 άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά σε ποσοστό δηλαδή 18%, 2 άτομα που είναι Ψαράδες σε ποσοστό δηλαδή 6%, 3 άτομα που κάνουν άλλες εργασίες ( οδηγός λεωφορείου, σερβιτόρα, Ιερέας) σε ποσοστό δηλαδή 9% και τέλος υπάρχουν 3 άτομα άνεργοι σε ποσοστό 9%

## ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΔΡΩΝ



Από τους 24 άνδρες υπάρχουν 7 άτομα τα οποία έχουν Αρτηριακή Υπέρταση σε ποσοστό δηλαδή 23%. Ο μικρότερος σε ηλικία που παρουσιάζει αρτηριακή υπέρταση είναι 51 ετών. Υπάρχουν 3 άτομα που έχουν Χ.Α.Π (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια) σε ποσοστό δηλαδή 10%. Ο μικρότερος σε ηλικία είναι 51 ετών. Υπάρχουν 2 άτομα ηλικίας 86 και 62 ετών που παρουσιάζουν Κατάθλιψη δηλαδή το 7%. Υπάρχουν 2 άτομα ηλικίας 59 και 65 ετών που έχουν Σακχαρώδη Διαβήτη σε ποσοστό δηλαδή 7%. Υπάρχουν 10 άτομα τα οποία δεν αντιμετωπίζουν κανένα χρόνια πρόβλημα υγείας που αναλογεί στο 33% του συνόλου των ανδρών. Τέλος υπάρχει ένα ποσοστό 20% (6 άτομα) μέσα στο ποσοστό των ατόμων που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας οι οποίοι έχουν και επιπλέον και άλλο χρόνια πρόβλημα υγείας. Τα προβλήματα αυτά είναι ( 1 άτομο με Νόσος Parkinson, 1 άτομο με Ca προστάτη, 1 άτομο με Καρδιοπάθεια, 1 άτομο με Αρθρίτιδα, 1 άτομο με Ελκος στομάχου και 1 άτομο με Υπερθυρεοειδισμό).

## ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ



Από το σύνολο των 13 γυναικών υπάρχουν 6 γυναίκες με Αρτηριακή Υπέρταση σε ποσοστό δηλαδή 24%. Η μικρότερη ηλικία που εμφανίζει αρτηριακή υπέρταση είναι 56 ετών. Υπάρχουν 5 άτομα που παρουσιάζουν Αρθρίτιδα δηλαδή το 20% από τα οποία τα 4 παρουσιάζουν και άλλο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Η μικρότερη γυναίκα σε ηλικία είναι 62 ετών. Υπάρχουν 4 άτομα με Ελκος στομάχου σε ποσοστό δηλαδή 16% από τα οποία τα 2 παρουσιάζουν και άλλα χρόνια προβλήματα υγείας. Υπάρχουν 2 άτομα με οστεοπόρωση σε ποσοστό δηλαδή 8% από τα οποία το 1 άτομο παρουσιάζει και άλλα προβλήματα υγείας. Υπάρχουν 2 άτομα που παρουσιάζουν Ημικρανίες δηλαδή το 8% από τα οποία το 1 άτομο παρουσιάζει και άλλα προβλήματα υγείας. Υπάρχουν 2 άτομα τα οποία δεν έχουν κανένα χρόνιο πρόβλημα υγείας και αποτελούν το 8%. Τέλος υπάρχει ένα ποσοστό 16% ( 4 άτομα) μέσα στο σύνολο το γυναικών που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας τα οποία αντιμετωπίζουν και επιπλέον και άλλα προβλήματα υγείας όπως ( 1 άτομο με Ρευματοπάθεια, 1 άτομο με Υποθυρεοειδισμό, 1 άτομο με Χ.Α.Π και 1 άτομο με Σακχαρώδη Διαβήτη)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι μόνιμοι κάτοικοι της Γαύδου είναι 37 άτομα εκ των οποίων οι 23 είναι άνδρες (62% ) όπου υπάρχουν και 3 παιδιά και 14 γυναίκες ( 38% ).

Η ηλικία των κατοίκων κυμαίνεται από 7 ετών μέχρι 91 ετών. Από ηλικία 0-20 υπάρχουν 3 άτομα ( 8% ), από 20-40 υπάρχουν 4 άτομα ( 11% ), από 40-60 υπάρχουν 12 άτομα ( 32% ) και από 60 και άνω υπάρχουν 18 άτομα ( 49% ).

Στην οικογενειακή κατάσταση υπάρχουν 24 άτομα ( 65% ) οι οποίοι είναι έγγαμοι, 11 άτομα ( 30% ) οι οποίοι είναι άγαμοι και 2 χήρες γυναίκες ( 5% ). Από τα 37 άτομα υπάρχουν 11 άτομα (34% ) με το επάγγελμα του Αγρότη, 8 άτομα (24% ) με το επάγγελμα του Κτηνοτρόφου, 6 άτομα (18%) που ασχολούνται με τα οικιακά, 2 άτομα (6% ) που είναι Ψαράδες, 3 άτομα (9% ) που κάνουν άλλες εργασίες ( οδηγός λεωφορείου, σερβιτόρα, Ιερέας) και τέλος υπάρχουν 3 άτομα ( 9% ) άνεργοι.

Από τους 24 άνδρες υπάρχουν 7 άτομα ( 23% ) τα οποία έχουν Αρτηριακή Υπέρταση. Ο μικρότερος σε ηλικία που παρουσιάζει αρτηριακή υπέρταση είναι 51 ετών. Υπάρχουν 3 ( 10% ) άτομα που έχουν Χ.Α.Π (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια). Ο μικρότερος σε ηλικία είναι 51 ετών. Υπάρχουν 2 άτομα ( 7% ) ηλικίας 86 και 62 ετών που παρουσιάζουν Κατάθλιψη. Υπάρχουν 2 άτομα ( 7% ) ηλικίας 59 και 65 ετών που έχουν Σακχαρώδη Διαβήτη. Υπάρχουν 10 άτομα ( 33% ) τα οποία δεν αντιμετωπίζουν κανένα χρόνιο πρόβλημα υγείας. Τέλος υπάρχουν 6 άτομα ( 20% ) μέσα στο ποσοστό των ατόμων που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας οι οποίοι έχουν και επιπλέον και άλλο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Τα προβλήματα αυτά είναι ( 1 άτομο με Νόσος Parkinson, 1 άτομο με Ca προστάτη, 1 άτομο με Καρδιοπάθεια, 1 άτομο με Αρθρίτιδα, 1 άτομο με Ελκος στομάχου και 1 άτομο με Υπερθυρεοειδισμό).

Από το σύνολο των 13 γυναικών υπάρχουν 6 γυναίκες ( 24% ) με Αρτηριακή Υπέρταση. Η μικρότερη ηλικία που εμφανίζει αρτηριακή υπέρταση είναι 56 ετών. Υπάρχουν 5 άτομα ( 20% ) που παρουσιάζουν Αρθρίτιδα από τα οποία

τα 4 παρουσιάζουν και άλλο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Η μικρότερη γυναίκα σε ηλικία είναι 62 ετών. Υπάρχουν 4 άτομα ( 16% ) με Ελκος στομάχου από τα οποία τα 2 παρουσιάζουν και άλλα χρόνια προβλήματα υγείας. Υπάρχουν 2 άτομα ( 8% ) με οστεοπόρωση από τα οποία το 1 άτομο παρουσιάζει και άλλα προβλήματα υγείας. Υπάρχουν 2 άτομα ( 8% ) που παρουσιάζουν Ημικρανίες από τα οποία το 1 άτομο παρουσιάζει και άλλα προβλήματα υγείας. Υπάρχουν 2 άτομα( 8% ) τα οποία δεν έχουν κανένα χρόνιο πρόβλημα υγείας. Τέλος υπάρχουν 4 άτομα ( 16% )μέσα στο σύνολο το γυναικών που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας τα οποία αντιμετωπίζουν και επιπλέον και άλλα προβλήματα υγείας όπως ( 1 άτομο με Ρευματοπάθεια, 1 άτομο με Υποθυρεοειδισμό, 1 άτομο με Χ.Α.Π και 1 άτομο με Σακχαρώδη Διαβήτη).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

"Στην Κρήτη έπαιψε ο Θεός  
τη πιο καλή του τέχνη  
κι όντες γεννά τον Κρητικό,  
τον κάνει καλλιτέχνη!"

"Κρήτη την ιστορία σου  
όποιος την ε διαβάσει  
αν είναι φίλος θα χαρεί  
αν είναι εχθρός θα σκάσει."

"Εγώ δεν είμαι κρητικός  
μα αυτό δεν με εμποδίζει  
τσι κρήτης βάνω πάντοτε  
μπροστά το μετερίζι..."

"Όσο η Κρήτη τραγουδεί  
και το χορό θα στένει  
Με μαντινάδες και σκοπούς  
ποτέ τση δεν ποθαίνει."

"Κρήτη διαμαντοστόλιστη  
κλίνω πιστά το σώμα  
και προσκυνώ ευλαβικά  
το ιερό σου χώμα"

"Θεέ μου γιατί δεν έκανες  
μια Κρήτη παραπάνω  
στην μια να είμαι όταν ζω  
στη άλλη όταν πεθάνω "

"Στην όμορφη Κρήτη έρχομαι  
τον τόπο να γνωρίσω  
ανθρώπους της και έθιμα  
από κοντά να ζήσω "



( Παραλία Τρυπητής )



( Παραλία Λαβρακά )



( Λιμάνι Γαύδου )



( Φάρος Γαύδου )



# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Κοινωνική Νοσηλευτική, Αθηνά Καλοκαρινού-Αναγνωστοπούλου, Παναγιώτα Σουρτζή, Αθήνα : Εκδόσεις Βήτα
- Κοινωνική Νοσηλευτική, Κυριακίδου Ελένη Θ., Αθήνα 1993
- Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Κυριόπουλος Γιάννης, Αθήνα Θεμέλιο 1996
- Γεροντολογική Νοσηλευτική, Πλατή Χρυσάνθη Δ., Αθήνα 1993
- Υπέρταση Πρόγνωση Διάγνωση Θεραπεία, Μουντοκαλάκης Δ., Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη
- Καρδιαγγειακή περίθαλψη στους υπερήλικες, T.Strasser, Βητα Ιατρικές εκδόσεις ΕΠΕ 1994
- Νοσηλευτική υπερηλίκων, Stephen G Wright, Εκδόσεις "Έλλην"
- Κρήτη Ά τόμος Τουρισμός Ιστορία Αρχαιολογία, Στεργίου Γ. Σπανάκη
- Πόλεις και χωριά της Κρήτης στο πέρασμα των αιώνων, Τόμος Α, Στεργίου Γ. Σπανάκη

- Σακχαρώδης Διαβήτης, Petrides Platon, Αθήνα : Παρισσιανός 1974
- Διατροφή και Υγεία, Μπαζαίος Κώστας, Αθήνα : Ελληνικό Κέντρο Μελετών και Εφαρμογών Υγιεινής Διατροφής, 1989
- Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Εκδόσεις Β, 1ος τόμος, Αθήνα 2002
- Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Εκδόσεις Β, 2ος τόμος, Αθήνα 2002
- Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Εκδόσεις Β, 3ος τόμος, Αθήνα 2002
- <http://asclepieionpark.med.uoa.gr>
- [http://www.ifet.gr/guidelines/hyper\\_1.htm](http://www.ifet.gr/guidelines/hyper_1.htm)
- <http://www.imlarisis.gr/main.php>
- <http://www.katsikas.net/osteoporosi.php>
- <http://fysiatrikh-poiothtazwhs.blogspot.com>