

**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**  
**Σ.Ε.Υ.Π.**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ**  
**ΑΛΛΑΓΜΕΝΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:** *ΜΑΡΙΝΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ*  
*ΜΕΤΑΒΙΤΣΙΑΔΗ ΜΑΡΙΑ*

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:** *ΠΑΥΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ*

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2003**

*Την εργασία αυτή νιώθουμε την ανάγκη να την αφιερώσουμε, στα άτομα που αποτέλεσαν το αντικείμενο της έρευνάς μας, τα οποία παρά τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν εξακολουθούν να είναι αγωνιστές στη ζωή.*

*Ευχαριστούμε θερμά την καθηγήτριά μας κα Παυλάκη Μαρία και όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας!*

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

### **ΣΚΟΠΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

#### **Θεωρητικό μέρος**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο αντίκτυπος της αλλαγής της σωματικής εικόνας στον ασθενή και το περιβάλλον του**

- Μεταβολές στην εικόνα του σώματος 2**
- Χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν διαταραχές στην  
ιδεατή εικόνα του σώματος 4**
- Στάδια εικόνας σώματος ατόμου 5**
- Αλλαγές στο σωματικό εγώ λόγω της χρόνιας ασθένειας ή  
της αναπηρίας 6**
- Επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας - αναπηρίας στο άτομο  
που πάσχει από αυτήν 9**
- Οικογένεια και αιφνίδια ασθένεια ενός μέλους της 13**
- Η αλλαγή της σωματικής εικόνας: Ψυχολογικές επιπτώσεις  
στο παιδί, στον έφηβο, στην οικογένεια 15**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Νοσηλευτική φροντίδα σε διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοϊδέας**

- Ο ρόλος των νοσηλευτών 24**
- Κατηγορίες ασθενών σε σχέση με το σχεδιασμό της  
νοσηλευτικής φροντίδας 28**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η αλλαγή της σωματικής εικόνας που σχετίζεται με ατυχήματα**

– Εγκαύματα	30
<b>3.1. Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ</b>	<b>37</b>
– Μαστεκτομή	37
– Ακρωτηριασμοί	39

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η αλλαγή σωματικής εικόνας που σχετίζεται με χρόνιες παθήσεις**

– AIDS	44
– Πολυοζώδης μη τοξική βρογχοκήλη	47
– Πολυοζώδης τοξική βρογχοκήλη - Νόσος Graves	49
– Συγγενείς ανωμαλίες των μαστών	51
– Σακχαρώδης διαβήτης	57
– Σκλήρυνση κατά πλάκας	58
– Μυασθένεια Gravis	59
<b>4.1. Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ</b>	<b>59</b>
– Σάρκωμα	62
– Οστεοπόρωση	64
– Νόσος Paget	65
– Συστηματική σκλήρυνση	66
– Αγκυλωτική σπονδυλίτις	67
– Οστεοαρθρίτις	67
– Ρευματοειδής αρθρίτιδα	69
– Γιγαντοκυτταρικός όγκος των αρθρώσεων	73
– Ουρική αρθρίτιδα	74
<b>4.2. Η ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</b>	<b>74</b>

– Καρκίνος παχέος εντέρου	74
– Κίρρωση ήπατος	77
– Καρκίνος ήπατος	77
– Ηπατίτιδα Β	78
<b>4.3. Η ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ</b>	
<b>ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</b>	<b>79</b>
– Νεφρική ανεπάρκεια	79
– Κακοήθη νεοπλασμάτα του κόλπου	82
– Καρκίνος αιδοίου	84

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η αλλαγή της σωματικής εικόνας σε παιδιά και**

### **έφηβους**

– Β – Μεσογειακή αναιμία	85
– Δρεπανοκυτταρική αναιμία	88
– Λαγώχειλος - Λυκόστομα	89
– Υποφυσιογενής νανισμός	91
– Υποφυσιογενής γιγαντισμός	91
– Άποιος διαβήτης	91
– Συγγενής υποθυρεοειδισμός	92
– Νόσος Graves	92
– Νοσήματα επινεφριδίων	92
– Νόσος Addison	92
– Σύνδρομο Cushing	93
– Συγγενής υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων	93
– Νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα	94
– Ραχίτιδα	96
– Παιδικό σκορβούτο ή νόσος του Barlow	97
– Αχονδροπλασία	98
– Συγγενείς ανωμαλίες και παθήσεις της σπονδυλικής	
στήλης	99
– Ραιβόκρανο	99

– Σκολίωση	100
– Κύφωση	103

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αρρώστους με  
αλλαγμένη σωματική εικόνα**

<b>6.1. ΣΚΟΠΟΙ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</b>	<b>105</b>
---	------------

<b>6.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ</b>	<b>108</b>
--	------------

– Νοσηλευτική εκτίμηση	110
------------------------	-----

<b>6.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΦΝΙΔΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ</b>	<b>111</b>
--	------------

– Χιούμορ και νοσηλευτική διεργασία	115
-------------------------------------	-----

**Ερευνητικό μέρος**

<b>ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>121</b>
----------------------------	------------

<b>ΠΙΝΑΚΕΣ – ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ</b>	<b>122</b>
---------------------------------	------------

<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	<b>164</b>
-----------------	------------

<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>171</b>
------------------	------------

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>	<b>174</b>
-----------------------	------------

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>176</b>
---------------------	------------

### **ΣΚΟΠΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

Σκοπός της πτυχιακής μας εργασίας, είναι να διερευνήσει, το πώς επιδρά στα άτομα η αλλαγή στο σωματικό τους είδωλο. Τις επιδράσεις στην ψυχική τους ισορροπία, τις ψυχικές τους διακυμάνσεις, από τη στιγμή που συμβαίνει η αλλαγή, τον αντίκτυπο που έχει στο περιβάλλον τους, στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή, καθώς και στην επαγγελματική καταξίωση. Τα μέσα και τους μηχανισμούς που χρησιμοποιούν για να περιορίσουν τις δυσκολίες και κατά πόσο τελικά καταφέρνουν να αποδεχτούν και να προσαρμοστούν οι ίδιοι και το περιβάλλον τους στις αλλαγές και με ποιο τρόπο γίνεται αυτό εφικτό. Τέλος, το ρόλο του Νοσηλευτή, με ποιές δηλαδή νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με αλλαγμένη σωματική εικόνα και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων.

# **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Ο αντίκτυπος της αλλαγής της σωματικής εικόνας στον ασθενή και το περιβάλλον του

Ο όρος "σωματική εικόνα", έχει περιγραφεί από διάφορες επιστήμες και η κάθε μία προσαρμόζει τον ορισμό στην άποψή της. Η νοσηλευτική έχει υιοθετήσει μία ολιστική προσέγγιση σε σχέση με τη φροντίδα υγείας.

Ο Mattheis περιγράφει τη σωματική εικόνα ως μία διανοητική παράσταση του σώματος, η οποία αναπτύσσεται από εσωτερικές αισθήσεις, συναισθήματα, λειτουργίες και εμπειρίες από εξωτερικά αντικείμενα και πρόσωπα. Είναι μία αντίληψη που έχει το άτομο για το σώμα του. Καθορίζεται, κατά μεγάλο μέρος, από το πώς το άτομο νομίζει ότι φαίνεται στους άλλους το σώμα του. Συμπεριλαμβάνει μια χωριστή έννοια του σώματος, η οποία αλλάζει σύμφωνα με τα ερεθίσματα του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος.

Η εικόνα του σώματος είναι σπουδαίος παράγοντας, προσδιοριστικός της συμπεριφοράς. Αν η εικόνα του σώματος καθορίζει τη συμπεριφορά και την αυτοϊδέα, τότε η συμπεριφορά των ατόμων πρέπει να μεταβάλλεται όταν συμβαίνουν σωματικές αλλαγές. Αυτό συμβαίνει στην εφηβεία και στην αρρώστια.

Η σωματική εικόνα θεωρείται μέρος τη φυσιολογικής ανάπτυξης της προσωπικότητας. Είναι ευέλικτη και επηρεάζεται σημαντικά από τη συμπεριφορά των άλλων. Η στάση ενός ατόμου προς τη σωματική του εικόνα αντανακλά την αυτοπεποίθησή του και την ασφάλεια. Η κατανόηση της σωματικής εικόνας και της ανάπτυξής της είναι βασική, ιδιαίτερα στους νοσηλευτές, όταν αντιμετωπίζουν άτομα που απειλείται η σωματική τους ακεραιότητα. Αυτή η γνώση θα βοηθήσει στην αξιολόγηση των διαταραχών της σωματικής εικόνας και στον κατάλληλο τρόπο παρέμβασης για την πρόληψη και την προσαρμογή.

## **Μεταβολές στην εικόνα του σώματος**

Οποιαδήποτε μεταβολή που δεν σχετίζεται με την κανονική φυσιολογική ανάπτυξη ταξινομείται ως αλλαγή της εικόνας σώματος. Οι μεταβολές αυτού του είδους ενδέχεται να προέλθουν από εσωτερικές ή εξωτερικές διεργασίες ή και από τον συνδυασμό αυτών. Εσωτερικές αλλαγές συμπεριλαμβάνουν τα εκ γενετής προβλήματα, κληρονομικές ανωμαλίες, εκφυλιστικές ασθένειες, ψυχιατρικές διαταραχές και ορμονικές ανωμαλίες. Εξωτερικές μεταβολές συμπεριλαμβάνουν τραύμα, καρκίνο, ακτινοβολία, ρύπανση, χειρουργικές επεμβάσεις, ιατρική θεραπεία και μόλυνση.

Οι μεταβολές στην εμφάνιση ή τη συμπεριφορά ενός μέλους του ανθρώπινου σώματος προκαλούν αλλαγή στην εικόνα σώματος του ατόμου. Ο ακρωτηριασμός ή η παραμόρφωση του προσώπου ενός ατόμου είναι εμφανείς αλλαγές, επειδή επηρεάζουν την εμφάνισή του. Αλλαγές όπως η κολοστομία και η ειλεοστομία, παρ' όλο που δεν είναι εμφανείς όταν κάποιος είναι ντυμένος και κινείται, αλλάζουν την εμφάνιση και λειτουργία του σώματός του. Άλλου είδους αλλαγές συμπεριλαμβάνουν νεφρικές και καρδιακές παθήσεις, επειδή το σώμα δεν λειτουργεί βέλτιστα και το άτομο είναι κατά κάποιον τρόπο περιορισμένο. Αλλαγές στην εικόνα σώματος ενδέχεται να σχετίζονται με τα ατυχήματα, καθώς και με ασθένειες που περιλαμβάνουν νευροκινητικά προβλήματα, χειρουργικές επεμβάσεις, και με τοξικές και μεταβολικές διαταραχές που μπορεί να αλλάξουν τη λειτουργία του σώματος.

Η σημασία της αλλαγής του σώματος διαφέρει μεταξύ ατόμων που προέρχονται από διάφορους πολιτισμούς. Για παράδειγμα, ένα άτομο που έχασε το πόδι του λόγω ακρωτηριασμού σε κάποιον πόλεμο απολαμβάνει μεταχείριση ήρωα, θεωρείται αξιέπαινο και δικαιούται χρηματικές παροχές για την επανόρθωση της βλάβης που υπέστη. Κάποιος άλλος όμως, που έχασε το πόδι του λόγω τροχαίου ατυχήματος υπό την επήρεια οινοπνεύματος, θα τύχει εντελώς διαφορετικής μεταχείρισης από την κοινωνία και η εξασφάλιση οικονομικών πόρων ενδέχεται να είναι πολύ πιο δύσκολη υπόθεση.

Οι κοινωνικές αλλαγές όσον αφορά στην εικόνα σώματος συνεχώς βελτιώνονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οποία παρουσιάζουν

ιστορίες διαφόρων ατόμων που προσαρμόζονται πολύ θετικά στη νέα τους κατάσταση. Αυτά τα άτομα παρουσιάζονται ως πρότυπα για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, τους φίλους τους και την κοινωνία.

Στις περισσότερες κοινότητες υπάρχουν σήμερα ομάδες αλληλοβοήθειας για άτομα που έχουν υποστεί μαστεκτομή, λαρυγγεκτομή ή άλλες παρόμοιες επεμβάσεις. Τα μέλη των ομάδων αυτών αλληλοϋποστηρίζονται, εφόσον όλα πάσχουν από τις ίδιες βλάβες. Κάποιος από την ομάδα που έχει προσαρμοστεί πλήρως αναλαμβάνει να βοηθήσει τους άλλους ώστε να αποδεχθούν την αλλαγή της εικόνας που έχει υποστεί το σώμα τους.

Ο Wilson περιγράφει το πρότυπο του Annon για σεξουαλική αγωγή για ασθενείς με κολοστομία ή ειλεοστομία ενώ ακόμη βρίσκονται στο νοσοκομείο. Κατ' αυτό τον τρόπο αντιμετωπίζεται η σεξουαλική συμπεριφορά του ασθενούς και επιλύονται τυχόν προβλήματα που δημιουργήθηκαν κατά τη χειρουργική επέμβαση. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συνήθως αγνοεί τη σεξουαλική συμπεριφορά των ασθενών που υποφέρουν από καρκίνο και έχουν υποστεί αλλαγή της εικόνας του σώματός τους καθώς και των ασθενών που έχουν υποστεί μαστεκτομή ή υστερεκτομή.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εικόνα του σώματος είναι:

1. Γονεϊκή και κοινωνική αντίδραση προς το σώμα του ατόμου.
2. Η ερμηνεία που δίνει το άτομο στις αντιδράσεις των άλλων προς το ίδιο.
3. Η ανατομική εμφάνιση και η φυσιολογική λειτουργία του σώματος, το φύλο, η ηλικία, η αρρώστια και η παραμόρφωση.

### **Χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν διαταραχές στην ιδεατή εικόνα του σώματος**

#### **1. Υποκειμενικά χαρακτηριστικά**

- Αλλαγές στον τρόπο ζωής
- Φόβος απόρριψης από τους άλλους. Συγκέντρωση προσοχής σε προηγούμενη σωματική δύναμη (ευρωστία), λειτουργία ή εμφάνιση.

- Αρνητικά συναισθήματα για το σώμα.
- Συναισθήματα αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης.
- Πίστη ότι έχει υψίστη αξία η ομορφιά του σώματος, η προηγούμενη ευρωστία κ.λ.π.
- Προκατάληψη με την αλλαγή του σώματος ή με την απώλεια μέλους σώματος.
- Έμφαση στις δυνάμεις που απέμειναν και σε όσα μπορούν να επιτευχθούν μ' αυτές.
- Επέκταση των σωματικών ορίων και ενσωμάτωση αντικειμένων του περιβάλλοντος.
- Προσωποποίηση μέρους του σώματος ή και απώλειάς του με ένα όνομα.
- Αποπροσωποποίηση ενός μέρους του σώματος ή απώλειάς του με τη χρήση απρόσωπων αντωνυμιών.
- Άρνηση της αλλαγής που συνέβη.

## 2. Αντικειμενικά χαρακτηριστικά

- Απουσία ενός μέρους του σώματος.
- Πραγματική αλλαγή στην κατασκευή ή τη λειτουργία του σώματος.
- Αποφυγή ενατένισης του μέλους του σώματος.
- Αποφυγή ψηλάφησης του μέλους του σώματος.
- Απόκρυψη ή υπέρ-επίδειξη του μέλους του σώματος (σκόπιμη και μη σκόπιμη, ακούσια και μη ακούσια).
- Τραυματισμός του μέλους που δεν λειτουργεί.
- Αλλαγή στην ικανότητα εκτίμησης της απόστασης του σώματος από το περιβάλλον.
- Ανικανότητα διάκρισης των ερεθισμάτων εάν προέρχονται από τον εαυτό του ή έξω από τον εαυτό του (απώλεια των ορίων του εγώ).
- Ανικανότητα αποδοχής της αλλαγής των ορίων του σώματος.
- Ανικανότητα αποδοχής της αλλαγής στην κατασκευή του σώματος π.χ. άρρωστος με ακρωτηριασμό, μαστεκτομή, κολοστομία.

Όταν συμβαίνει μία αλλαγή υπάρχει συχνά κάποια καθυστέρηση, ως προς τη συνειδητοποίηση της αλλαγής και κατά συνέπεια και της τροποποιημένης σωματικής εικόνας. Η αποδοχή της νέας σωματικής εικόνας είναι σημαντική για την προσαρμογή του ατόμου στην κατάσταση της υγείας που προκύπτει και στην ικανότητά του να αναπτυχθεί παρά την αλλαγή.

### **Στάδια εικόνας σώματος ατόμου**

Η αυτοεικόνα ενός ατόμου περιλαμβάνει τέσσερα στάδια:

1. Την εικόνα του σώματός του.
2. Την αυτοεκτίμησή του.
3. Τους ρόλους στους οποίους καλείται να ανταποκριθεί.
4. Την ταυτότητά του.

Το κάθε στάδιο αναπτύσσεται από τη γέννηση του ατόμου και αντανακλά σε όλες τις αλλαγές της εικόνας σώματος που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής του. Η εικόνα σώματος είναι η ψυχολογική εμπειρία ενός ατόμου στο πώς βλέπει και αντιλαμβάνεται το σώμα του, δηλαδή ο συνδυασμός του ιδεατού και πραγματικού, συμπεριλαμβανομένων των διαθέσεων και συναισθημάτων σε ό,τι αφορά στο σώμα του. Η αυτοεικόνα ενός ατόμου επηρεάζεται από την άποψη που έχει για τα φυσικά χαρακτηριστικά του και τις φυσικές του ικανότητες.

Οι κανονικές αλλαγές που επέρχονται λόγω της ανάπτυξης και γήρανσης σε ένα άτομο έχουν άμεσο αποτέλεσμα στο πώς αντιμετωπίζει το σώμα του. Ο Lawler αναφέρει ότι πολλά στοιχεία που σχετίζονται με τη σωματική διάπλαση και εξέλιξη ενός ατόμου έχουν άμεση επίδραση στη συμπεριφορά και ωρίμανση ως προς την εικόνα του σώματός του. Σωματικά στοιχεία συμπεριλαμβάνουν νευρολογικούς, μεταβολικούς, ενδοκρινολογικούς και ορμονικούς παράγοντες. Οι ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της εμμηνόπαυσης έχουν άμεση επίδραση στο πώς αντιλαμβάνεται κανείς την εικόνα του σώματός του. Κατά το στάδιο της γήρανσης επέρχονται διάφορες άλλες μεταβολές στη φυσική κατάσταση του

ατόμου καθώς και στη συμπεριφορά του, όπως: δυσκολία στην όραση, την ακοή, την κινητικότητα και την αντίληψη.

Τα ερεθίσματα που προέρχονται από τοπικούς παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τις φυσικές μεταβολές του σώματος κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενηλικίωσης, καθώς και οι πολιτιστικές και κοινωνικές επιρροές. Στην κοινωνία των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, για παράδειγμα, η έμφαση στην εικόνα σώματος είναι στην ομορφιά και τη νεότητα.

Επειδή η εικόνα του σώματος ενός ατόμου βασίζεται μόνο εν μέρει στην πραγματικότητα, οι άνθρωποι με δυσκολία προσαρμόζονται σε αλλαγές του σώματός τους. Έχει διαπιστωθεί ακόμη ότι σε πολλές περιπτώσεις άτομα που έχασαν πολύ βάρος δεν κατάφεραν να δουν το σώμα τους αδυνατισμένο και συνέχισαν να κάνουν δίαιτα, επειδή διατηρούσαν στο μυαλό τους την εικόνα του παλαιού τους σώματος. Το ίδιο συμβαίνει και κατά τη διάρκεια της γήρανσης, όταν οι άνθρωποι ισχυρίζονται ότι δεν αισθάνονται διαφορετικά παρ' όλο που τα μαλλιά του έχουν ασπρίσει και το σώμα τους φαίνεται καταπονημένο.

### **Αλλαγές στο σωματικό εγώ λόγω της χρόνιας ασθένειας ή της αναπηρίας**

Το σωματικό εγώ είναι τμήμα της αυτοεικόνας που έχει κάθε άνθρωπος για τον ίδιο και είναι συνδεδεμένο με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την αρρενωπότητα ή τη θηλυκότητά του, τη φυσική του αντοχή, τη δύναμη και τις άλλες ιδιαίτερες σωματικές του ικανότητες. Το σωματικό εγώ γίνεται αντιληπτό σαν μια κοινωνική οντότητα, ανεξάρτητη, με προσωπικότητα, με αίσθηση του εγώ, με διαμορφωμένη αυτοεικόνα, ταυτότητα και αυτοεκτίμηση. Η ιδέα για το σωματικό εγώ, η αυτοεικόνα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα από κοινωνικοψυχολογικούς παράγοντες και αφορά όχι μόνο το πώς ο άνθρωπος φαίνεται στους άλλους ανθρώπους αλλά ουσιαστικά το πώς εκείνος νομίζει ότι φαίνεται.

Οι ασθένειες και οι τραυματισμοί που επηρεάζουν τη δομή του σώματος διαφοροποιούν τη σωματική εικόνα και επηρεάζουν την αυτοεικόνα

που έχει διαμορφώσει το πάσχον άτομο για τον εαυτό του, στοιχεία που μπορεί να επηρεάσουν τόσο τον κοινωνικό, όσο και τον επαγγελματικό του ρόλο. Οι αλλαγές στο σωματικό εγώ που απασχολούν το άτομο μπορεί να μην αφορούν μόνο εξωτερικά σωματικά χαρακτηριστικά αλλά και απώλειες σε κινητικές ή αισθητικές λειτουργίες, αλλαγές στην ομαλή λειτουργία ενός οργάνου, αλλά και την αίσθηση που έχει σχηματίσει το άτομο για τον εαυτό του, καθώς πρέπει να αντιμετωπίζει καθημερινά την σωματική του έλλειψη.

Η δυσκολία που βιώνει ένα άτομο με μη ορατές εξωτερικές δυσκολίες είναι βαθιά εσωτερική διαδικασία που δεν εξωτερικεύεται πάντοτε. Πάντως, όταν οι σκέψεις εξωτερικεύονται, σ' αυτές τις περιπτώσεις η συνήθης περιγραφή των ατόμων για τον εαυτό τους είναι, "είμαι μισός άνθρωπος" ή "είμαι σακατεμένος".

Όταν η σωματική δυσλειτουργία ή έλλειψη είναι ορατή, οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εκδηλώνονται με διάφορες αντιδράσεις και συμπεριφορές όπως ντροπαλότητα, θλίψη, θυμό, μνησικακία. Ακόμα σε ακραίες περιπτώσεις παρατηρείται η άρνηση να ξεπεραστεί το πρόβλημα π.χ. "πώς μπορώ να ξεχάσω, να το ξεπεράσω, αφού κάθε πρωί που ξυπνάω αντιμετωπίζω τα ακίνητα πόδια μου, την αδυναμία μου. Είναι σα να μη θάβεις ένα αγαπημένο νεκρό αλλά να τον κρατάς άταφο, δίπλα σου, να φροντίζεις το πτώμα το και να το θρηνείς καθημερινά". Βεβαίως, οι αντιδράσεις εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Όταν οι αλλαγές στη σωματική εικόνα γίνονται προοδευτικά, ακολουθώντας τη φυσική πορεία της νόσου, η αργή αυτή διαδικασία αφήνει περιθώρια στο άτομο για προσαρμογή και πιθανά να αποβεί λιγότερο τραυματική ψυχολογικά από την ξαφνική σωματική αλλαγή που συμβαίνει εξαιτίας ενός ατυχήματος.

Οι αλλαγές στη σωματική εικόνα που εκλαμβάνονται αρνητικά έχουν σαν αποτέλεσμα ισχυρές αντιστάσεις, ειδικά όταν το άτομο νιώθει ότι χάνει την αυτοεκτίμησή του. Η αντίδραση και η αντίδραση προσαρμογής που προβάλλει ένα άτομο εξαρτάται κυρίως από το νόημα που έχουν για το άτομο οι αλλαγές που επισυμβαίνουν, παρά από τις πραγματικές συνέπειες των αλλαγών. Ακόμα έχει παρατηρηθεί τα άτομα που αρνούνται να παραδεχθούν

ότι π.χ. ένα μέλος τους έχει παραλύσει εμφανίζουν μια τάση να διατηρήσουν μια εξωπραγματική σωματική εικόνα.

Η αποδοχή μιας απώλειας στο σωματικό εγώ απειλεί σημαντικά το άτομο και έτσι το ίδιο ενεργοποιεί μηχανισμούς άμυνας για να αρνηθεί ή να απωθήσει το γεγονός ότι το πρόβλημα υφίσταται. Όμως η άρνηση και η απώθηση λειτουργούν σαν εμπόδια στη διαδικασία της αποκατάστασης γιατί το άτομο αφού δεν παραδέχεται την αναπηρική κατάσταση δεν έχει κίνητρα να προσπαθήσει να αποκατασταθεί. Οι άνθρωποι αντιδρούν στην απώλεια του σωματικού τους εγώ με ποικίλους τρόπους. Οι αντιδράσεις στις διαφοροποιήσεις του σωματικού εγώ επηρεάζονται από προηγούμενες απώλειες που είχε υποστεί το άτομο, από ψυχολογικούς παράγοντες, από την πρόγνωση της νόσου, τις απαιτούμενες θεραπείες, και από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ακόμα οι αντιδράσεις στις αλλαγές του σωματικού εγώ σχετίζονται και επηρεάζονται από τη φύση αυτών των αλλαγών και από τη συνειδητή και ασυνείδητη σημασία που έχει διαμορφώσει το άτομο σχετικά με τις αλλαγές και τις απώλειες που υφίσταται.

Η σωματική εμφάνιση λειτουργεί σαν μια έκφραση της ταυτότητας του εαυτού απέναντι στους άλλους. Ακόμα και αν ένα άτομο θεωρεί την αναπηρία σαν μια προσωπική υπόθεση, οι ορατές ελλείψεις, αδυναμίες ή παραμορφώσεις είναι πολύ δραστικές σε επίπεδο κοινωνικών σχέσεων και επικοινωνίας γιατί επηρεάζουν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν οι άλλοι για το άτομο που είναι φορέας τους. Σε κοινωνίες όπως οι σημερινές του δυτικού λεγόμενου κόσμου, που δίνουν μεγάλη σημασία στη φυσική ομορφιά και δύναμη, είναι πολύ δύσκολο να γίνει αποδεκτή η αναπηρία και το ψυχολογικό βάρος που συνδέεται με αυτήν.

Κάθε απώλεια ή αρνητική αλλαγή στη σωματική εμφάνιση είναι επώδυνη και δημιουργεί στρες. Η απώλεια ενός σωματικού χαρακτηριστικού που είχε μεγάλη αξία για το άτομο μπορεί να το κάνει να νιώσει ότι μειώθηκε και η αξία του σαν προσωπικότητα. Η προσαρμογή στη διαφοροποίηση του σωματικού εγώ διευκολύνεται αν το άτομο έχει αναπτύξει μια κατανόηση



σχετικά με την αναπηρία του και έχει εμπιστοσύνη στις εναπομένουσες δυνατότητές του.

### **Επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας - αναπηρίας στο άτομο που πάσχει από αυτήν**

Η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας και της αναπηρίας επιδρά στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους. Τα άτομα και οι οικογένειες με τη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας ή της εγκατάστασης μιας αναπηρικής κατάστασης λόγω ατυχήματος ακολουθούν τη διαδικασία πένθους που έχει διάφορα στάδια. Ασθενής και μέλη της οικογένειάς του βιώνουν απώλειες που σχετίζονται με την απώλεια της υγείας και της σωματικής λειτουργίας, την απώλεια της ενεργού συμβολής και της παρουσίας στο σπίτι ενός συντρόφου ή ενός γονέως, με την απώλεια των προνομίων του κοινωνικού ρόλου του ασθενούς και όλων όσων απέρρεαν από τον κοινωνικό αυτό ρόλο, αφορούν ακόμα σε πληθώρα συναισθηματικών και οικονομικών απωλειών. Τα στάδια της διαδικασίας του πένθους περιγράφονται από την Kubler-Ross.

Στο στάδιο της **διάγνωσης (shock)** ασθενής και οικογένεια παρουσιάζουν μια αδυναμία να αντιδράσουν ή αντιδρούν σπασμωδικά. Το στάδιο αυτό ακολουθείται από το στάδιο της άρνησης (denial), όπου ο άρρωστος και η οικογένεια αρνούνται να αποδεχθούν το γεγονός. "Όχι, δεν μπορεί να είναι αλήθεια!", είναι η συνήθης αντίδραση ατόμων και οικογενειών, θεωρούν ότι κάποιες διαδικασίες αποκατάστασης δεν τους αφορούν, τρέχουν από ιατρείο σε ιατρείο, με την ελπίδα πως κάποιος θα τους πει κάτι διαφορετικό, πως έγινε κάποιο λάθος.

Στο στάδιο του **θυμού (anger)** ο άρρωστος και η οικογένειά του βιώνουν και εκφράζουν θυμό, που είναι μια φυσιολογική και ανθρώπινη αντίδραση, μια διαμαρτυρία. "Γιατί εγώ; Αυτό είναι άδικο". Είναι θυμωμένοι γιατί η καθημερινή τους ζωή και τα σχέδια για το μέλλον ανατράπηκαν ξαφνικά. Οι περισσότεροι άνθρωποι εκφράζουν αυτό το θυμό στο περιβάλλον τους, παραπονιούνται για το σύστημα υγείας, για τους γιατρούς, το

νοσηλευτικό προσωπικό, καβγαδίζουν συχνά με το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας, ενώ άλλο στρέφουν την οργή τους σε μεταφυσικά επίπεδα, στο θεό, την τύχη.

Στο στάδιο της **απόσυρσης (retreat)**, θρήνου και κατάθλιψης ασθενής και οικογένεια θρηνούν για τις απώλειες που υπέστησαν και στο στάδιο αυτό είναι δυνατόν ασθενής και οικογένεια του να μην εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας, να μην εφαρμόζουν τις θεραπείες που τους έχουν συσταθεί και να περνούν μια φάση κατάθλιψης.

Στο στάδιο της **διαπραγμάτευσης (bargaining)** άρρωστος και οικογένεια αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι η αρρώστια είναι ένα αμετάκλητο γεγονός και είναι κάτι που μπορεί να συμβεί σ' όλους τους ανθρώπους, για να καταλήξουν στο "γιατί όχι και σε μένα". Τότε, αρχίζει η διαδικασία διαπραγμάτευσης, "θα ακολουθώ πιστά την θεραπεία, θα κάνω τις ασκήσεις που πρέπει, θα με βοηθήσει αυτό; Θα πηγαίνω τακτικά στην εκκλησία, θα με βοηθήσει αυτό να γίνω καλά;" Η διαπραγμάτευση είναι μια προσπάθεια να υπερνικηθεί η κρίση και να καλυτερέψει η κατάσταση.

Το τελικό στάδιο είναι το στάδιο της **αποδοχής/αντιμετώπισης (acceptance)**. Άρρωστος και οικογένεια αποδέχονται το γεγονός και αντιμετωπίζουν τη ζωή λαμβάνοντάς το υπ' όψιν, γίνονται συνεργάσιμοι και πειθαρχούν στις συνιστώμενες θεραπείες.

Η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας και της αναπηρίας απαιτεί συμβιβασμούς και στρατηγικές αντιμετώπισης τόσο από τον ασθενή, όσο και από την οικογένειά του. Η μελέτη και η κατανόηση του πώς διάφοροι παράγοντες παρεμβαίνουν και επηρεάζουν την πορεία της υγείας και την ποιότητα ζωής ασθενούς και οικογένειας βοηθά στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, ανοίγει νέες οπτικές στη θεώρηση της φροντίδας και συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση ασθενών και οικογενειών από τους επαγγελματίες υγείας.

Να σημειωθεί ότι κάθε αναπηρία είναι από τη φύση της χρόνιας ασθένειας γιατί συνοδεύεται από επιπλοκές και αποκλίσεις υγείας και το άτομο που έχει την αναπηρία χρειάζεται συνεχή θεραπεία και φροντίδα.

Ακόμα η Strain, προσδιόρισε αρκετές ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορεί να εμφανίσει ένα άτομο μετά τη διάγνωση της χρόνιας ασθένειας που επηρεάζουν την προσαρμογή του στη χρόνια ασθένεια.

- Αίσθηση απώλειας ελέγχου των σωματικών λειτουργιών, γεγονός που απειλεί την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση της ολότητάς του.
- Φόβοι ότι η αρρώστια και η εξάρτηση θα κουράσει τους οικείους του που θα πάψουν σε κάποια φάση να τον αποδέχονται και να τον αγαπούν.
- Απώλεια της ανεξαρτησίας.
- Ανησυχία λόγω του αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα και το οικείο περιβάλλον εξαιτίας της νοσηλείας στο νοσοκομείο.
- Φόβος για ατύχημα και περαιτέρω απώλεια της λειτουργικότητας διαφόρων μελών του σώματος.
- Ενοχές και φόβος ότι η οικογένεια θα εκδικηθεί γιατί μέλη της οικογένειας αναγκάζονται να θέσουν στις προτεραιότητές τους την αντιμετώπιση της ασθένειας ή της αναπηρίας του πάσχοντος μέλους της οικογένειας και να παραμελήσουν προσωπικές τους υποθέσεις.
- Φόβος του πόνου, φόβος θανάτου.
- Φόβος από τους ξένους (επαγγελματίες υγείας) που παρεμβαίνουν με την παροχή φροντίδας, ακόμη και σε θέματα που θεωρούνται απόλυτα προσωπικά.

Η Dittmar, κάνει ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις σχετικά με την ηλικία στην οποία εμφανίζεται η χρόνια ασθένεια ή η αναπηρία στο άτομο και πώς ποικίλουν λόγω αυτών των διαφορών ηλικίας οι αντιδράσεις των ατόμων. Άτομα με αναπηρίες που παρουσιάστηκαν με τη γέννησή τους ή αναπηρίες που εμφανίστηκαν πριν από την ηλικία των 18 ετών συνήθως διαμορφώνουν τον κύκλο των κοινωνικών τους σχέσεων ενώ είναι ανάπηροι. Καθώς το μέσο φυσιολογικό δεν ανταποκρίνεται ή μάλλον απέχει αρκετά από τη δική τους κατάσταση, πολλές φορές η αυτοεικόνα τους παραμένει αλώβητη. Τα άτομα αυτά δεν πενθούν για κάτι που έχασαν αλλά συχνά πενθούν για τη στέρηση

αγαθών και δραστηριοτήτων που άλλοι απολαμβάνουν φυσικά χωρίς περιορισμούς.

Όταν η αναπηρία παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη ηλικία έχει άλλο νόημα και διαστάσεις για το άτομο. Η εφηβεία είναι μια περίοδο αβεβαιότητας σχετικά με το μέλλον του ατόμου, τον τρόπο ζωής που θα ακολουθήσει, την ανεξαρτησία του, την εκλογή επαγγέλματος και τη σεξουαλική του έκφραση. Χρόνια ασθένεια ή αναπηρία που επέρχεται στην περίοδο της εφηβείας εξαναγκάζει το άτομο να αντιμετωπίσει πράγματα που σχετίζονται με τη γεροντική ηλικία, όπως λειτουργικές απώλειες, άκαιρα.

Η μέση ηλικία είναι η περίοδος που το άτομο αρχίζει να παρατηρεί βαθμιαίες αλλαγές και απώλειες στο σωματικό του εγώ, καθώς και θανάτους στο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Η περίοδος αυτή είναι ο χρόνος που το άτομο αναλαμβάνει ευθύνες για την ευημερία του και την ευημερία της οικογένειάς του, ακολουθεί τρόπους ζωής που το ικανοποιούν σαν προσωπικότητα και αρχίζει να ζητά την εσωτερική πληρότητα. Μια χρόνια ασθένεια ή αναπηρία αυτή την περίοδο απογοητεύει το άτομο και διακόπτει το δρόμο του προς την ευημερία.

### **Οικογένεια και αιφνίδια ασθένεια ενός μέλους της**

Ένα πλήθος άρθρων στη βιβλιογραφία αναφέρεται στην αιφνίδια ασθένεια και στις επιπτώσεις που αυτή έχει στην ζωή της οικογένειας. Η ξαφνική ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας αλλάζει αναπάντεχα τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και επηρεάζει το επίπεδο υγείας όλων των μελών της οικογένειας. Αυτό συμβαίνει γιατί η οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα που αποτελείται από αλληλεπιδρώντα άτομα και οποιαδήποτε αλλαγή μέσα στο σύστημα επηρεάζει τη σταθερότητά του. Η ολοκληρωμένη οντότητα της οικογένειας αντανακλάται στην σχέση εξάρτηση/ανεξαρτησίας που έχουν τα μέλη της. Αν και κάθε άτομο μέλος μιας οικογένειας έχει μια μοναδική προσωπικότητα, αλληλεπιδρά με τα άλλα άτομα/μέλη της οικογένειας και αυτό το σύνολο των αλληλεπιδράσεων αποτελεί την συνολική οντότητα της οικογένειας.

Η αιφνίδια ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας διαταράσσει το επίπεδο υγείας της οικογένειας και προκαλεί μια ανισορροπία που διαχέεται στο όλο σύστημα της οικογένειας, επηρεάζοντας τόσο τη λειτουργία του συστήματος όσο και τα άτομα/μέλη που λειτουργούν μέσα στο σύστημα. Η ξαφνική ασθένεια δεν αφήνει περιθώρια στα μέλη της οικογένειας να έχουν ευκαιρία για συναισθηματική προετοιμασία, ούτε, τις περισσότερες φορές, έχουν εμπειρία αντιμετώπισης παρόμοιων γεγονότων. Η αναπάντεχη νοσηλεία έχει σαν επακόλουθο μια σειρά προβλημάτων για τον ασθενή και την οικογένειά του και πολλά από τα προβλήματα αυτά είναι απόρροια του στρες. Η συσσώρευση όμως προβλημάτων και ερεθισμάτων στρες την ίδια χρονική περίοδο μπορεί να προκαλέσει κρίση ακόμα και σε καλά δομημένες και σταθερές οικογένειες. Για τους λόγους αυτούς τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς χρειάζονται υποστήριξη και φροντίδα και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας σαν πελάτες τους.

Στις περιπτώσεις οικογενειών που η αιφνίδια ασθένεια ενός μέλους τους οφείλεται σε τραυματισμό από ατύχημα παρατηρούνται διαφορετικές αντιδράσεις σε σχέση με αυτές που προκαλούνται από άλλου είδους κρίσιμες καταστάσεις. Οι αντιδράσεις αυτές ποικίλουν ανάλογα με τον τύπο του ατυχήματος, τη βαρύτητα του τραυματισμού, την πρόγνωση και την ανταπόκριση του ασθενούς στην θεραπεία, τους μηχανισμούς άμυνας που διαθέτουν τα μέλη της οικογένειας και το υποστηρικτικό δίκτυο της οικογένειας. Η Lee παρουσίασε μια ιεράρχηση των συναισθηματικών αντιδράσεων που βιώνουν τα θύματα τραυματισμού και οι οικογένειές τους. Το μοντέλο αυτό αποτελείται από τέσσερις φάσεις.

### **1) Άμεση αντίδραση**

Η φάση αυτή αναφέρεται στις πρώτες συναισθηματικές αντιδράσεις και το σοκ που βιώνουν οι οικογένειες των θυμάτων. Τα συναισθήματα αυτά είναι φόβος, αγωνία ή και μια αίσθηση ότι αυτά που συμβαίνουν είναι εξωπραγματικά, ένα κακό όνειρο.

## **2) Απόσυρση**

Η φάση αυτή συμβαίνει όταν το πρώτο σοκ έχει πια περάσει και οι οικογένειες είναι πιο ισορροπημένες συναισθηματικά. Στη φάση αυτή οι οικογένειες πρέπει να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα σε όλες της τις διαστάσεις και χρησιμοποιούν συχνά τον ψυχολογικό μηχανισμό της απόσυρσης μέχρις ότου συμβιβασθούν πλήρως με την πραγματικότητα.

## **3) Αναγνώριση**

Η φάση αυτή αναφέρεται στην κατάσταση που επέρχεται όταν η αληθινή πραγματικότητα έχει πλήρως κατανοηθεί από την οικογένεια και αρχίζει η διαδικασία του πένθους και της θλίψης. Όμως στο στάδιο αυτό παρατηρούνται παλινδρομήσεις στο στάδιο της απόσυρσης, ενώ οι αντιδράσεις κυμαίνονται μεταξύ άρνησης, παραδοχής, εκλογίκευσης και ενοχοποίησης άλλων.

## **4) Αναδιοργάνωση**

Είναι η φάση η οποία συμβαίνει στις οικογένειες όταν ο ασθενής είτε έχει ξεπεράσει πλέον τον κίνδυνο, είτε ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Βέβαια η φάση της αναδιοργάνωσης δεν σημαίνει ότι οι οικογένειες επανέρχονται πλήρως στο στάδιο που ήταν πριν το ατύχημα αλλά ότι αναγνωρίζουν τους αναπόφευκτους περιορισμούς που πρέπει να αντιμετωπίσουν και προχωρούν για να αντιμετωπίσουν το μέλλον τους.

## **Η αλλαγή της σωματικής εικόνας: Ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί, στον έφηβο, στην οικογένεια**

Καμιά άλλη αρρώστια δεν απειλεί την σωματική εικόνα όσο ο καρκίνος, αλλά και καμιά άλλη δεν επηρεάζει τόσο πολύ το όλο σύστημα της οικογένειας, εξαιτίας του άμεσου αντίκτυπου που έχει η νόσος στην λειτουργικότητα, στους ρόλους και στις σχέσεις των μελών της οικογένειας. Από πολλούς μάλιστα συγγραφείς ο καρκίνος θεωρείται σαν "οικογενειακή νόσος".

Η σωματική εικόνα αποτελεί μια από τις τρεις βασικές συνιστώσες, μαζί με την ψυχολογική και την κοινωνική, της συνολικής εικόνας του εαυτού, η

οποία είναι και το αποτέλεσμα μιας συνεχούς διαδικασίας δυναμικής αλληλεπίδρασης, ήδη από την στιγμή της γέννησης, του γενετικού μας υλικού με το φυσικό και κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον.

Στην σχηματοποίηση των κυριότερων πηγών προβλημάτων εξαιτίας του καρκίνου και της θεραπείας του που έχει ονομασθεί "τα πέντε D", βλέπουμε ότι τα προβλήματα αλλαγής στην σωματική εικόνα κατέχουν την εξίσου σημαντική θέση τους: Distance (απόσταση, διάσταση στις διαπροσωπικές σχέσεις), Dependence (εξάρτηση), Disability (ανικανότης στα εργασιακά και σχολικά καθήκοντα), Disfigurement (πρόβλημα αλλαγής της σωματικής εικόνας) και Death (φόβοι και άγχος γύρω από τον θάνατο).

Η αλλαγή της σωματικής εικόνας δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από λειτουργική ανικανότητα, για να έχει επίπτωση στην ψυχολογική κατάσταση του άρρωστου παιδιού, του εφήβου και των μελών της οικογένειάς του, και αυτή η αλλαγή ανήκει στα μείζονα τραυματικά γεγονότα της ζωής, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν αφορμή για την έκλυση μιας μείζονος συναισθηματικής απόσυρσης.

Η σωματική εικόνα, η σωματική ακεραιότητα, αποτελεί για πολλούς αντικείμενο ναρκισσιστικής επένδυσης και, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, απώλεια ή επαπειλούμενη απώλεια ενός παρόμοιου αντικειμένου αγάπης μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας. Επιπρόσθετα η απειλή της αλλαγής της σωματικής εικόνας μπορεί να έχει αντίκτυπο όχι μόνο στο άρρωστο παιδί, και περισσότερο στον έφηβο, αλλά και στα μέλη της οικογένειας. Αυτό φαίνεται από την βαρύτητα που δίνεται στην οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, η οποία για τους ειδικούς μπορεί να είναι μια πράξη ρουτίνας, αλλά για τον κόσμο αποτελεί δραματική εξέλιξη και αντιμετωπίζεται συνήθως με φόβο, καθώς συνδέεται με φαντασιώσεις ανοίγματος και συρρίκνωσης του σώματος ή και ακρωτηριασμού. Το εκπληκτικό είναι ότι σπάνια οι ειδικοί της "πρώτης γραμμής", δηλαδή οι ογκολόγοι και οι ειδικά εκπαιδευμένοι στη νοσηλευτική ογκολογία, ερωτούν ή συζητούν για τον αντίκτυπο και τα συναισθήματα τα οποία συνδέονται με την αλλαγή ή την επαπειλούμενη αλλαγή της σωματικής εικόνας του ασθενή τους.

Ο λόγος είναι η έλλειψη εκπαίδευσης επάνω σε θέματα επικοινωνίας με τα άρρωστα παιδιά, και ιδίως με όσα έχουν κακής πρόγνωσης νόσο, και ειδικότερα ο φόβος μήπως τέτοιες συζητήσεις ανοίξουν το "κουτί της Πανδώρας" και επακολουθήσουν ερωτήσεις ακόμη δυσκολότερες και τις οποίες ασφαλώς θα θέλαμε να αποφύγουμε, όπως "..... θα πεθάνω";

Από τη μια μεριά, παρ' όλο που στα παιδιά και στους εφήβους με καρκίνο δίνονται κάποια εναύσματα λεκτικά ή εξωλεκτικά για τέτοιες συζητήσεις, όπως έχει διαπιστωθεί από έρευνες συζητήσεων σε ομάδες πάνω στην θεραπευτική σχέση αρρώστων με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εντούτοις και τα ίδια τα παιδιά αποδέχονται αυτήν την κατάσταση ελλιπούς επικοινωνίας, κυρίως από το φόβο της επιβεβαίωσης των ενδόμυχων σκέψεων και την ανάγκη τους για μη οριοθέτηση ανάμεσα στην αλήθεια και στην πλάνη. Ωστόσο το τελικό αποτέλεσμα αυτής της έλλειψης ειλικρινούς επικοινωνίας πάνω σε θέματα αλλαγής της σωματικής εικόνας, είναι η παρεμπόδιση της ανάπτυξης των αμυντικών μηχανισμών του παιδιού, οι οποίοι και θα του έδιναν την δυνατότητα καλύτερης προσαρμογής.

Ο αντίκτυπος από την αλλαγή της σωματικής εικόνας διαφέρει σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, γιατί άλλες είναι οι ανάγκες και οι ρόλοι σε κάθε στάδιο. Και παρ' όλο που η ηλικία δε συμβαδίζει πάντα με την ανάπτυξη, μια σχηματοποίηση είναι αναγκαία για την κατανόηση των ρόλων, των αναγκών και των προβλημάτων από την αλλαγή της σωματικής εικόνας στο κάθε στάδιο. Μπορούμε να διακρίνουμε: το πρώτο στάδιο (από την γέννηση μέχρι 2 χρόνων), το προσχολικό (3-5 χρόνων), το σχολικό (6-11 χρόνων), την προεφηβεία και εφηβεία (12-18 χρόνων).

### **Πρώτο αναπτυξιακό στάδιο**

Από όλα τα στάδια της παιδικής ηλικίας, οι αναπτυξιακές αλλαγές οι οποίες συμβαίνουν εδώ είναι οι πλέον έντονες. Ένα ολοκληρωτικά απροστάτευτο πλάσμα την στιγμή της γέννησης μπορεί μέχρι τα τρία του χρόνια να βαδίζει, να μιλά, να τρώει μόνο του, να κάνει συλλογισμούς και ίσως να ελέγχει τους σφιγκτήρες του. Τρεις είναι οι κυριότερες ανάγκες του σταδίου



αυτού, οι οποίες και καθορίζουν τον αντίκτυπο από την αλλαγή της σωματικής εικόνας:

- α. Η παρουσία ενός σημαντικού ατόμου (μητέρα) για την παροχή φροντίδας
- β. Η σταθερότητα αυτού του δεσμού
- γ. Η εξερεύνηση του περιβάλλοντος ή η αλληλεπίδραση με αυτό, το να μάθει δηλαδή να ξεχωρίζει τον εαυτό του από το περιβάλλον.

Έτσι όταν η θεραπεία περιλαμβάνει καθεήρες και ενδοφλέβιες εγχύσεις, και μάλιστα σε ειδικά δωμάτια, τότε δεν μπορεί να αναπτυχθεί η αίσθηση της ανεξαρτησίας από το περιβάλλον, αφού το παιδί παραμένει τεχνητά συνδεδεμένο με αυτό. Υπάρχει τότε έλλειμμα στην σωματική εικόνα και αδυναμία να αναπτυχθεί η εικόνα του εαυτού. Σε αυτό το στάδιο υπάρχει μικρή κατανόηση της αρρώστιας, όμως το παιδί ερμηνεύει και αντιδρά στο προσλαμβανόμενο άγχος, τον φόβο και τον θυμό των γονιών. Και επιπρόσθετα σημαντικές αλλαγές της σωματικής εικόνας, όπως δυσμορφίες από κρανιοπροσωπικά χειρουργεία ή "προσωπεία" από ορμονοθεραπείες, μπορούν να προκαλέσουν παραποίηση της εν τω γεννάσθαι αυτοεκτίμησης του παιδιού, εξαιτίας της δυσφορίας στο βλέμμα των γονιών όταν το κοιτάζουν.

### **Προσχολικό στάδιο**

Είναι το στάδιο της κοινωνικοποίησης και της μετάβασης από την εξάρτηση στην ανεξαρτησία. Υπάρχει μεγαλύτερη εκτίμηση του εαυτού αλλά και σεξουαλικό ενδιαφέρον, πράγμα που προκαλεί ανησυχία για την πραγματική ή φανταστική αλλαγή της σωματικής εικόνας. Για αυτό τον λόγο το παιδί σ' αυτή την ηλικία εκφράζει υψηλά επίπεδα άγχους και δυσφορίας κατά την διάρκεια των ιατρικών παρεμβάσεων. Και χωρίς να υπάρξει αλλαγή στην σωματική εικόνα, οι διαδικασίες από μόνες τους (καθεήρες, παρακεντήσεις) φέρουν αναστάτωση και αγωνία και μπορεί να γίνουν αντιληπτές από το παιδί ως τιμωρία για τις υποτιθέμενες κακές του πράξεις.

Σε σχέση με τους γονείς είναι ενδιαφέρον το εξής: επειδή αυτή η ηλικία βασίζεται πολύ στους γονείς για προστασία, η αδυναμία των γονιών να

σταματήσουν τις επώδυνες δοκιμασίες μπορεί να προκαλέσει σημαντικό άγχος στα παιδιά και αμφιβολία για την ικανότητα των γονιών να προστατέψουν, έτσι να τους θεωρήσουν υπεύθυνους της αρρώστιας τους, όπως θεωρούν τους γονείς ή το Θεό και φρουρούς της υγείας τους.

Σωματικές αλλαγές από τη νόσο ή τις θεραπείες της, παραδείγματος χάριν: αλωπεκία, χειρουργικοί ακρωτηριασμοί, αλλαγές από τα στεροειδή κ.α., απειλούν την σωματική εικόνα και παρακωλύουν την εγκατάσταση της αυτοεκτίμησης και της σεξουαλικής ταυτότητας.

### **Σχολικό στάδιο**

Το σχολείο είναι για αυτή την ηλικία το σπουδαιότερο περιβάλλον κοινωνικοποίησης. Το σημαντικότερο θέμα και η ανησυχία αυτής της ηλικιακής ομάδας είναι η σύγκριση με τα άλλα παιδιά: ποιος έχει τους περισσότερους φίλους, ποιος τρέχει περισσότερο, ποιος είναι ψηλότερος κτλ.

Έτσι η αλλαγή της σωματικής εικόνας είναι πρωταρχικής σημασίας. Άγχος και δυσφορία αλλά και φόβοι ότι θα υποστούν δυσμορφίες παρατηρούνται συχνά, κυρίως όταν αρχίζουν οι εξετάσεις και οι θεραπείες. Τα παιδιά αυτής της ηλικίας μπορεί να αντιδράσουν καλά στην διάγνωση, αλλά χειρότερα στις θεραπείες. Έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα αντιμετώπισης των επώδυνων επεμβάσεων, αλλά μικρότερη ανοχή σε αυτές καθαυτές τις επεμβατικές διαδικασίες, ενέσεις κτλ. Έχουν επίσης περιορισμένη ικανότητα να ανταποκριθούν στην εκδήλωση συμπάθειας εκ μέρους του προσωπικού.

### **Προεφηβεία και εφηβεία**

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από μεγάλες και παράλληλες αλλαγές στην σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική σφαίρα, οι οποίες καθορίζουν τους στόχους και τους ρόλους αυτής της ηλικίας. Εξαιτίας των ραγδαίων αλλαγών, η απόκτηση της ατομικής ταυτότητας, η ανεξαρτησία από την οικογενειακή μονάδα, η είσοδος σε ώριμες σχέσεις και με τα δύο φύλα, και η αποδοχή του ενήλικου ψυχοσεξουαλικού ρόλου του φύλου του, είναι οι κυριότεροι ρόλοι οι οποίοι καθορίζουν και τον αντίκτυπο από την αλλαγή της

σωματικής εικόνας στον άρρωστο έφηβο. Η πρωταρχική ανησυχία σε αυτό το στάδιο είναι οι σχέσεις με το άλλο φύλο και η αποδοχή από την παρέα. Έτσι είναι εκπληκτικό ότι το μεγαλύτερο στρες της αρρώστιας σχετίζεται με την αλλαγή της εικόνας του σώματος, μάλιστα σε βαθμό που θα γίνει πιο σημαντική ακόμη και από αυτή την προοπτική του θανάτου. Εξάλλου τα κορίτσια βιώνουν με μεγαλύτερη δυσφορία την αλλαγή της σωματικής εμφάνισης από ότι τα αγόρια.

Αλλαγές στην σωματική εικόνα από την αλωπεκία, η επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης λόγω της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας, καθώς και παραμορφώσεις από τις χειρουργικές επεμβάσεις, μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση και στην ανάπτυξη του ιδεώδους του εγώ, με αποτέλεσμα να χαραχθούν στη μνήμη ως έντονα τραυματικές εμπειρίες. Ο έφηβος μπορεί να εκφράσει φόβους ότι είναι ακάθαρτος, και σχεδόν πάντα δείχνει δειλία και αμηχανία κατά την διάρκεια της εξέτασης του σώματός του.

Επειδή ο φόβος συνειδητοποιεί καλύτερα την αλληλεπίδραση σώματος και ψυχής από ότι οι μικρότερες ηλικίες, η αλλαγή της σωματικής εικόνας συνοδεύεται συχνά από φόβους ότι θα παραφρονήσει. Η αλλαγή της εικόνας του σώματος αποτελεί μεγάλο κτύπημα για το εφηβικό αίσθημα της σωματικής ατρωσίας. Ο αντίκτυπος στα μέλη της οικογένειας του εφήβου είναι επίσης σημαντικός, και εκ του λόγου ότι η αναμενόμενη υπερπροστασία των γονιών μετά τη διάγνωση του εφήβου έρχεται σε σύγκρουση με την επιθυμία των εφήβων για ανεξαρτησία, πράγμα το οποίο δημιουργεί σύγχυση συναισθημάτων και στα δύο μέρη.

Έτσι η ψυχολογική συμβουλευτική παρέμβαση με σκοπό την αύξηση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας, έχει περισσότερη σημασία από τις εστιασμένες παρεμβάσεις στα διάφορα προβλήματα που απορρέουν από τις διαταραχές της σωματικής εικόνας. Ειδικά ως προς τον αντίκτυπο στα παιδιά, αρκετές έρευνες έδειξαν ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς ήταν αυξημένα σε ποσοστό 33% κατά την διάρκεια της αρρώστιας και της θεραπείας της.

Τα αναφερόμενα προβλήματα συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία ήταν δυσκολίες στο σχολείο, δυσκολίες ύπνου, σίτισης, αυξημένη επιθετικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά. Σε παιδιά σχολικής ηλικίας αναφέρθηκαν αισθήματα θλίψης, μοναξιάς, ανησυχίας για την ασφάλεια της οικογένειας, αλλά σε εφήβους αναφέρονται περισσότερα συγκρουόμενα συναισθήματα και απορριπτική συμπεριφορά προς τους γονείς τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Νοσηλευτική φροντίδα σε διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοϊδέας

Στην ασθένεια και στην υγεία, στη νεαρή ηλικία και στο γήρας, ερεθίσματα διοχετεύονται συνεχώς μέσα στο δυναμικό σύστημα της σωματικής εικόνας του ατόμου. Αυτά τα ερεθίσματα ερμηνεύονται και κατόπιν απορρίπτονται, αναθεωρούνται ή γίνονται δεκτά μέσα στον μοναδικό τρόπο του ατόμου να διακρίνει τον σωματικό του εαυτό. Όταν συμβαίνουν ξαφνικές αλλαγές λόγω ασθένειας, τραυματισμού ή θεραπείας είναι δυνατόν τα ερεθίσματα να υπερφορτώσουν το σύστημα αυτό.

Τότε τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας καλούνται να παίξουν το ρόλο της υποστήριξης.

Η νοσηλευτική φροντίδα, η οποία επιτυχώς βοηθά τους ασθενείς να ενσωματώσουν τις σωματικές αλλαγές με το εγώ, μπορεί να γίνει ένας βασικός παράγοντας στη βοήθεια των ασθενών να προσαρμοσθούν και να επιζήσουν. Η ποιότητα της ζωής των ατόμων μπορεί να είναι συνυφασμένη με το πώς φαντάζονται τα σώματά τους.

Το θεωρητικό μοντέλο νοσηλευτικής φροντίδας της Roy που αναφέρεται στην "προσαρμογή" τονίζει τη σπουδαιότητα της αυτοϊδέας. Κατά την περιγραφή της σχέσης της αυτοϊδέας με την προσαρμογή και τη νοσηλευτική, η Roy τονίζει ότι: Αν οι νοσηλευτές έχουν ένα πλαίσιο για να αξιολογούν την αυτοϊδέα των αρρώστων, θα είναι πιο ικανοί να προβλέπουν πιθανά, δυναμικά, λανθάνοντα προβλήματα στην προσωρινή, μόνιμη ή διαρκή προσαρμογή του αρρώστου σε στρεσογόνες καταστάσεις στα πλαίσια του συνεχούς υγεία - αρρώστια. Επί πλέον, οι νοσηλευτές θα ήταν πιο ικανοί να βοηθούν τους αρρώστους να χρησιμοποιούν τις θετικές δυνάμεις της αυτοϊδέας τους για να αντιμετωπίζουν αυτές τις καταστάσεις, και κατά συνέπεια οι νοσηλευτές θα μπορούν να προωθούν και να βελτιώνουν τις δεξιότητες προσαρμογής των αρρώστων.

Όλες οι δυσμενείς αλλαγές της σωματικής εικόνας υπόκεινται λίγο-πολύ σε βελτίωση, μετά από παρεμβάσεις. Μερικές φαίνεται ότι είναι μόνιμες ακόμη και αν έχουν τροποποιηθεί, άλλες μπορούν να βελτιωθούν μέσω φυσικών σωματικών τρόπων ή καθοδήγησης.

Προκειμένου να προσδιορισθεί η ανάγκη του ασθενούς για βοήθεια, πρέπει να εκτιμηθεί ο βαθμός της αλλαγής και η στάση του ασθενούς απέναντι σ' αυτή.

Στην προσωπική επαφή του νοσηλευτή με τον άρρωστο, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η φυσιολογική σωματική εικόνα είναι μία πολύ προσωπική υπόθεση, και ο σκοπός της φροντίδας της πρέπει να είναι η βοήθεια του ασθενούς, ώστε να φθάσει, όσον είναι δυνατόν, τα όρια του κανονικού. Ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει την ευκαιρία στον ασθενή κατά τη συζήτηση, να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να υιοθετήσει αποτελεσματικά μέτρα για βοήθεια. Στις προσπάθειές του ο νοσηλευτής θα βοηθηθεί και από άλλα μέλη της ομάδας υγείας ανάλογα με την περίπτωση. Εκτός από τη βοήθεια στα ειδικά προβλήματα θα πρέπει να υπάρχει μια γενική ομαδική προσπάθεια προκειμένου ο ασθενής να βελτιώσει τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματός του. Ένας αρνητικός τρόπος αντιμετώπισης είναι αυτός με τον οποίο συχνά το άτομο προσπαθεί να αποφύγει το πρόβλημα. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ασθενής περιορίζει τις κοινωνικές του επαφές στο ελάχιστο. Αντίθετα, ένας θετικός τρόπος ωθεί τον ασθενή να πάρει ενεργό μέρος προκειμένου να βρει πηγές, οι οποίες θα τον βοηθούσαν να βρει μέσα, κοινωνικές δραστηριότητες και γνώσεις προς αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων της αλλαγμένης σωματικής εικόνας. Οι ενέργειες της ομάδας υγείας πρέπει να στοχεύουν ακριβώς προς τον σκοπό, αυτό δηλαδή ένα βήμα προς την ανεξαρτησία.

Ένα τυπικό παράδειγμα αυτής της ανεξαρτησίας στην πράξη, είναι πώς ο ασθενής θα εξηγήσει στους άλλους την αλλαγή της σωματικής εικόνας, δηλαδή πως θα συζητήσει το θέμα.

Οι τρόποι, που θα χρησιμοποιήσει, θα εξαρτηθούν από το κατά πόσο η αλλαγή στην εικόνα είναι φανερή και σαν ποια θα μοιάζει στο μέλλον. Επίσης, θα εξαρτηθεί μερικώς από το αν ο ασθενής είναι εξωστρεφής.

Προγράμματα αποκατάστασης σχετικά με τη βοήθεια του ασθενούς με αλλαγμένη σωματική εικόνα, πρέπει να κινείται από το κλειστό και προστατευμένο περιβάλλον προς το ανοικτό και απροστάτευτο ώστε να παίρνει θάρρος να δοκιμάζει τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματός του.

Κύριος σκοπός των επεμβάσεων, εκ μέρους των νοσηλευτών, είναι η πληροφόρηση, η συγκατάθεση και η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς. Η προσαρμογή σε μία καινούρια σωματική εικόνα είναι βαθμιαία, ακόμη και αν η αλλαγή εμφανίζεται ακαριαία λόγω τραυματισμού. Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια να αναπτύξει εμπιστοσύνη, ώστε όχι μόνο να δημιουργήσει μια ικανοποιητική καινούρια σωματική εικόνα, αλλά και να τη διατηρήσει.

Με τη νοσηλευτική διεργασία, ο νοσηλευτής αξιολογεί την εικόνα του σώματος του ατόμου, προγραμματίζει και εφαρμόζει νοσηλευτικές παρεμβάσεις και εκτιμά τα αποτελέσματα.

### **Ο ρόλος των νοσηλευτών**

Κατά τον Brennan οι νοσηλευτές παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της αλλαγής της εικόνας σώματος σε ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί. Αποτελούν λοιπόν πρότυπα για τον ασθενή και τους οικείους του οι οποίοι παρατηρούν τις αντιδράσεις των νοσηλευτών σε ότι αφορά στη νέα κατάσταση του ασθενούς.

Επομένως είναι απαραίτητο για τον νοσηλευτή να κατανοεί τον εξαιρετικής σημασίας ρόλο του, καθώς ενδέχεται να έχει ζωτική επίδραση στον ασθενή. Ο ασθενής, η οικογένειά του, οι φίλοι του και οι συνάδελφοί του θα αναγνωρίσουν τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις των νοσηλευτών μέσω της γραπτής, της προφορικής ή άλλου τύπου επικοινωνίας. Ο ασθενής και η οικογένειά του θα προσπαθήσουν να κατανοήσουν κατά πόσο ο νοσηλευτής αποδέχεται αυτή την αλλαγή χωρίς να αισθάνεται αηδία ή απόρριψη, γεγονός που θα τον οδηγήσει στην αποδοχή της νέας εικόνας του σώματός του.

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν σημαντική θεραπευτική επίπτωση στον ασθενή και θα πρέπει να γνωρίζουν μηχανισμούς και συναισθήματα που σχετίζονται με τις διάφορες ασθένειες. Θα πρέπει να κατανοούν τον επαγγελματικό τους ρόλο, να μην κατακρίνουν και να είναι σε θέση να επέμβουν αποτελεσματικά όταν χρειαστεί.

Φυσικά και οι νοσηλευτές έχουν συναισθήματα, ιδέες, αξίες, προσδοκίες και κρίση και ασκούν κριτική. Ο καθένας χρησιμοποιεί τις προσωπικές του αξίες και εμπειρίες ως βάση για τη λήψη των αποφάσεων που αφορούν στο άτομό του, το περιβάλλον του και τον συνάνθρωπό του. Ο νοσηλευτής χωρίς αυτοεκτίμηση δεν είναι σε θέση να προσφέρει στον ασθενή τις απαιτούμενες γνώσεις, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην τον εμπιστεύεται. Ίσως να προκαλέσει φόβο στον ασθενή με την επίκρισή του για τη λήψη περισσότερων ευθυνών που αφορούν στην προσωπική του φροντίδα. Μόνο ο νοσηλευτής με αυτοπεποίθηση είναι σε θέση να αποδεχθεί την κατάστασή του.

Στις περιπτώσεις αυτές ο ασθενής και το συγγενικό του περιβάλλον χρειάζονται εντατική ψυχολογική υποστήριξη προκειμένου να αποδεχθούν και να προσαρμοστούν στη νέα ζωή.

Είναι επίσης καθοριστικής σημασίας για τον νοσηλευτή να διαθέτει αυτοαντίληψη και κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς. Θα πρέπει να κατανοήσει και να ελέγξει τα προσωπικά του συναισθήματα και τις αντιδράσεις του αναφορικά με την κατάσταση του ασθενούς. Είναι αναγκαίο να διαθέτει πείρα σε παρόμοιες περιπτώσεις και να μάθει ο ίδιος να αποδέχεται το καθήκον, όπως π.χ. να φροντίζει έναν ασθενή με κολοστομία. Ένας μορφασμός, μια χειρονομία ή ένας άσχημος χαρακτηρισμός μπορεί να προσβάλει τον ασθενή, με αποτέλεσμα την τελική άρνησή του για βοήθεια. Είναι βέβαια δύσκολο καθήκον να εκπληρωθεί, όμως μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τον ασθενή και την οικογένειά του να θεωρήσει το γεγονός ως μία ακόμη δυσκολία που πρέπει να αντιμετωπίσει.



Οι συγκεκριμένοι ασθενείς χρειάζεται να βρίσκονται σε ασφαλές περιβάλλον στο οποίο να νιώθουν ότι υποστηρίζονται και ότι δεν ασκείται κριτική. Ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει τρία μηνύματα στον ασθενή του.

1. Ότι όλες οι μορφές επικοινωνίας είναι αποδεκτές.
2. Ότι δεν απειλείται από αυτήν την επικοινωνία.
3. Ότι δεν θα τον απορρίψει ή απομονώσει ό,τι και αν πει.

Θα τον αποδεχθεί ως άνθρωπο με αξία και ως άτομο που παρ' όλη την αλλαγή της εικόνας του σώματός του εξακολουθεί να είναι σημαντική.

Η ανασφάλεια και ο φόβος της απόρριψης που αισθάνεται ο ασθενής μπορούν να μειωθούν με την εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας που απαιτεί ευαισθησία και γνώση.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίζει το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής ώστε να προσφέρει την καλύτερη δυνατή φροντίδα.

Για παράδειγμα ως διαταραχή της εικόνας σώματος αναφέρεται ασθενής με κολοστομία. Ένας ασθενής με κολοστομία μπορεί να νιώσει μειονεκτικά. Είναι δυνατόν να νιώθει ότι αποπνέει μία δυσάρεστη οσμή, χωρίς όμως να υπάρχει τέτοια δυνατότητα. Ο νοσηλευτής πρέπει να επέμβει και να χρησιμοποιήσει τεχνικές επικοινωνίας και συμβουλευτικής, για να τον βοηθήσει να αποδεχθεί και να προσαρμοστεί στην νέα κατάσταση ζωής. Βασικά, ο ίδιος ο νοσηλευτής πρέπει να καταλάβει τη σημασία της κολοστομίας, τον λόγο που χρειάστηκε να γίνει και να τη δεχτεί θετικά. Είναι απαραίτητο να γνωρίζει βασικές τεχνικές επικοινωνίας, ώστε να αναπτύξει μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή του: πρέπει να δείξει ενδιαφέρον, να τον κάνει να αισθανθεί άνετα, ώστε να αποκαλύψει τα προσωπικά του συναισθήματα, τις απόψεις και τα προβλήματά του. Ο ασθενής πρέπει να νιώθει ότι ο νοσηλευτής είναι ανοικτός σε οποιαδήποτε άποψη άσχετα με το αν συμφωνεί με αυτήν ή όχι. Ο νοσηλευτής θα είναι ειλικρινής με τον ασθενή και θα του φέρεται ως άτομο με ίσα δικαιώματα, χωρίς να τον μειώνει.

Επίσης, προσπαθεί να κατανοήσει, όσο μπορεί, το παρελθόν του, την κουλτούρα του, πώς δημιουργήθηκε το πρόβλημά του και πώς θα μπορέσει να λυθεί.

Ο νοσηλευτής που θεωρείται επιτυχημένος στη συμβουλευτική που ασκεί και απολαμβάνει τον σεβασμό των ασθενών και των συναδέλφων του είναι αυτός που μπορεί να φαντάζεται πώς αισθάνεται και δρα ο ασθενής του.

Τέλος, ο σύμβουλος - νοσηλευτής πρέπει να φέρεται στον ασθενή του με αξιοπρέπεια και ως ένα άξιο άτομο με θετικά στοιχεία. Είναι απαραίτητη η άνευ όρων αποδοχή του ασθενούς, παρ' όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, η διαβεβαίωση ότι με τη βοήθειά του μπορεί να ξεπεράσει οποιοδήποτε πρόβλημα.

Συγκεκριμένα, μια ασθενής που αρχικά πληροφορείται ότι θα είναι υποχρεωμένη να έχει κολοστομία θα ξαφνιαστεί. Μπορεί να είναι ένα άτομο δραστήριο, σχετικά νέο, με κοινωνική ζωή, και ξαφνικά πληροφορείται ότι θα χρειαστεί να φορά ένα "σακουλάκι" εξωτερικά, στο πλάι της κοιλιακής χώρας, με τον κίνδυνο να αποπνέει ιδιαίτερη οσμή ή ακόμη χειρότερα τον κίνδυνο της ρήξης του σάκου. Όπως αντιλαμβάνεται κανείς, μια τέτοια περίπτωση είναι ικανή να ξαφνιάσει τον οποιονδήποτε, με αποτέλεσμα να περάσει στο στάδιο της άρνησης, πιθανόν δηλώνοντας ότι: "Όχι, δεν μπορεί. Δεν μπορεί αυτό να συμβαίνει σε μένα". Ίσως ξεσπάσει σε λυγμούς. Όταν όμως ο νοσηλευτής της μιλήσει χρησιμοποιώντας ανοικτού τύπου ερωτήσεις, τεχνικές ακρόασης και αντικατοπτρίζοντας τα λεγόμενα και τα συναισθήματά της, θα τη βοηθήσει να αντιληφθεί τι της συμβαίνει και πώς θα προσαρμοστεί. Με άλλα λόγια, ο νοσηλευτής βοηθά την ασθενή να περάσει στο τελικό στάδιο της αποδοχής. Διδάσκοντας στην ασθενή τον τρόπο αλλαγής και περιποίησης της κολοστομίας, τροποποίησης του διαιτολογίου και τεχνικές οργάνωσης της καθημερινότητάς της λόγω της κολοστομίας, τη βοηθά να περάσει στο στάδιο της προσαρμογής στη νέα της ζωή.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο νοσηλευτικός ρόλος στη χρόνια ασθένεια βασίζεται στην αναγνώριση της φύσης της χρόνιας ασθένειας και των συνακολούθων της, καθώς επίσης στην επικέντρωση σε παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση της χρόνιας ασθένειας. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται με χρόνιους ασθενείς είναι λιγότερο του ατόμου που παρέχει άμεση φροντίδα και θεραπεία

αλλά τείνει περισσότερο να είναι του επαγγελματία που παρέχει διευκολύνσεις, υποστηρίζει και ενδυναμώνει τις συμπεριφορές που στοχεύουν στην αποτελεσματική αυτοφροντίδα.

### **Κατηγορίες ασθενών σε σχέση με το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας**

Οι ασθενείς με χρόνιο νόσημα ή αναπηρία που ακολουθούν ένα πρόγραμμα αποκατάστασης μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις κατηγορίες σε σχέση με το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας που θα τους παρασχεθεί.

1. Άτομα που είναι σε θέση να κατανοήσουν ό,τι τους διδάσκεται, έχουν τις απαιτούμενες επιδεξιότητες και θέλουν να μάθουν τις βασικές αρχές αυτοφροντίδας τους μέσα σ' ένα νέο πλαίσιο.
2. Άτομα που δε διαθέτουν τις απαιτούμενες επιδεξιότητες και ικανότητες, όμως υπάρχουν στην οικογένειά τους άτομα που μπορούν και θέλουν να μάθουν τους κανόνες φροντίδας προκειμένου να παρέχουν αυτά φροντίδα στο άτομο που τις χρειάζεται.
3. Άτομα που δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους, αλλά και η οικογένεια δεν είναι πρόθυμη να τους φροντίσει.
4. Άτομα που μπορούν να τηρήσουν ένα πρόγραμμα και χρειάζονται ελάχιστη φροντίδα και βοήθεια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η αλλαγή της σωματικής εικόνας που σχετίζεται με ατυχήματα

#### Εγκαύματα

Εγκαύματα είναι ο βλάβες που προκαλεί στον οργανισμό ή άμεση επίδραση θερμότητας, χημικών παραγόντων και ακτινοβολίας. Οι βαθμοί των εγκαυμάτων εξαρτώνται από το βάθος της βλάβης και από την έκτασή της.

Οι βαθμοί διακρίνονται σε:

#### 1. *Πρώτου βαθμού εγκαύματα.*

Είναι εκείνα που περιορίζονται στις επιπολείς στοιβάδες του δέρματος, προκαλούν πόνο και ερυθρότητα της περιοχής, αλλά συνήθως επουλώνονται μέσα σε 7 ημέρες με απόπτωση των εξωτερικών στοιβάδων της επιδερμίδας.

#### 2. *Δεύτερου βαθμού εγκαύματα*

Εδώ η βλάβη προσβάλλει το δέρμα βαθύτερα, ο πόνος είναι εντονότερος, εμφανίζεται υποδόριο οίδημα και σχηματίζονται φυσαλίδες. Η επούλωση αυτών των εγκαυμάτων απαιτεί 2-3 εβδομάδες.

#### 3. *Τρίτου βαθμού εγκαύματα*

Έχουμε καταστροφή του δέρματος σ' όλο το πάχος και πιθανόν βαθύτερες βλάβες. Η εγκαυματική περιοχή φαίνεται ξηρή, ωχρή και ίσως απανθρακωμένη.

Υπάρχουν και άλλοι 3 βαθμοί εγκαυμάτων που δείχνουν πολύ προχωρημένα στάδια:

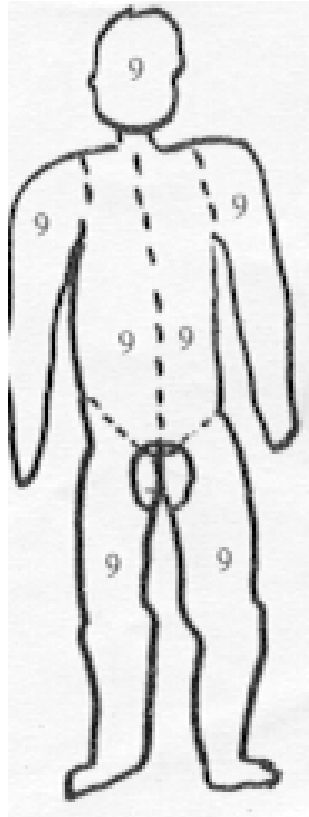
**4ος βαθμός** - Πλήρη καταστροφή δέρματος

**5ος βαθμός** - Μυϊκή καταστροφή

**6ος βαθμός** - Οστική καταστροφή

Όσον αφορά την έκταση των εγκαυμάτων χωρίζουμε την ανθρώπινη επιφάνεια σε 12 μέρη από τα οποία τα 11 υπολογίζονται ίσα σε ποσοστό 9% της συνολικής επιφάνειας του σώματος και η περιοχή των γεννητικών οργάνων σε ποσοστό 1%

## Υπολογισμός έκτασης εγκαύματος



Πηγή: Τσίκος Ν, Καραγεωργοπούλου, Γραβάνη Σ.  
Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής II  
Αθήνα 1999.

Έτσι έχουμε:

- 1) Περιοχή κεφαλιού.
- 2) Αριστερό άνω άκρο.
- 3) Δεξί άνω άκρο.
- 4) Δεξιά εμπρός ήμισυ κορμού.
- 5) Αριστερό εμπρός ήμισυ κορμού.
- 6 & 7) Τα αντίστοιχα πίσω.
- 8) Αριστερό εμπρός κάτω άκρο.
- 9) Δεξί εμπρός κάτω άκρο.

10 & 11) Αντίστοιχα τα πίσω μέρη των κάτω άκρων.

12) Ο χώρος των γεννητικών οργάνων.

Τα εγκαύματα δεν είναι μια τοπική βλάβη του δέρματος αλλά μια συστηματική νόσος που αφορά όλο τον οργανισμό.

### **Μορφές εγκαυματικής καταπληξίας:**

#### **Νευρογενής καταπληξία**

Η επίδραση του εγκαυματικού αιτίου πάνω στην επιφάνεια του δέρματος προκαλεί τη διέγερση πολλαπλών νευρικών απολήξεων με συνέπεια τον έντονο πόνο και την εγκατάσταση της νευρογενούς καταπληξίας. Κατ' αυτή, που διαρκεί περίπου 2-3 ώρες, παρατηρείται έντονη βραδυκαρδία και αγγειοδιαστολή ή έντονη ταχυκαρδία και αγγειοσυστολή, λόγω ερεθισμού των προμηκικών κέντρων από τον πόνο. Αποτέλεσμα αυτού είναι η πτώση της αρτηριακής πίεσης και η εγκατάσταση της καταπληξίας.

#### **Υποογκαιμική καταπληξία**

Σχεδόν ταυτοχρόνως με την επίδραση του θερμικού αιτίου, διευρύνονται τα τριχοειδή της μικροκυκλοφορίας και αυξάνεται η διαπερατότητά τους. Σε περιορισμένης έκτασης εγκαύματα η διαταραχή αυτή περιορίζεται στην εγκαυματική μόνο περιοχή, όπως και στην περιβάλλουσα ζώνη της υπεραιμίας, ενώ σε εκτεταμένα εγκαύματα εμφανίζεται σε όλο τον οργανισμό. Η διαταραχή αυτή των τριχοειδών οδηγεί σε μεγάλη έξοδο υγρών από τον ενδαγγειακό στο μεσοκυττάριο χώρο, κυρίως πλάσματος, ηλεκτρολυτών, λευκωματινών και γενικά ουσιών μοριακού βάρους μέχρι 350.000 Dalton (δεν εξέρχονται οι σφαιρίνες). Συνέπεια τούτου που συνοδεύεται από σύσπασση των μετατριχοειδικών σφικτήρων, είναι η αύξηση της κολλοειδωσμωτικής πίεσης στο μεσοκυττάριο χώρο, ενώ παράλληλα αυξάνει η αρτηριακή πίεση μέσα στα τριχοειδή. Στη συνέχεια, λόγω της αγγειοπαραλύσης, μειώνεται η κολλοειδωσμωτική πίεση, αυξάνεται ο αιματοκρίτης και συνεπώς παρατηρείται έντονη αιμοσυμπύκνωση και αύξηση της γλοιότητας του αίματος. Αυτά έχουν ως άμεση συνέπεια την ακόμη

μεγαλύτερη έξοδο υγρών, την αδυναμία επαναρρόφησης και την εγκατάσταση έτσι ενός εκτεταμένου οιδήματος ακόμα και σε περιοχές που δεν έχουν εγκαυματικά τραύματα. Άρα ο σχηματισμός του οιδήματος εμφανίζει χρονικώς δύο φάσεις: Αμέσως μετά την επίδραση του αιτιογόνου παράγοντα και εντός των πρώτων 30 λεπτών εμφανίζεται αύξηση του νερού στο μεσοκυττάριο χώρο της εγκαυματικής περιοχής κατά 70-80%. Κατά τις επόμενες 12-24 ώρες αυξάνεται σταδιακά το οίδημα όχι μόνο στις εγκαυματικές περιοχές αλλά και στις μη εγκαυματικές, ακόμα και όταν το έγκαυμα δεν υπερβαίνει το 10% της ΟΕΣ. Όλος αυτός ο φαύλος κύκλος έχει ως αποτέλεσμα την εγκατάσταση της υπογκαιμικής ή ολιγαιμικής καταπληξίας.

### **Απάντηση των συστημάτων στην εγκαυματική καταπληξία**

Η απάντηση των συστημάτων του οργανισμού στην εγκαυματική καταπληξία εξαρτάται από τη βαρύτητα του τραυματισμού. Κατά κανόνα όλα τα συστήματα εμπλέκονται στην άμεση ή απώτερη μετεγκαυματική περίοδο.

### ***Καρδιαγγειακό σύστημα***

Η αρχική ανταπόκριση του καρδιαγγειακού συστήματος συνοψίζεται σε μείωση του κατά λεπτό όγκου αίματος κατά 40-60% και αύξηση της περιφερειακής αγγειακής αντίστασης. Διάφοροι μηχανισμοί ενοχοποιούνται γι' αυτό όπως:

- 1) Μεγάλη απώλεια πλάσματος
- 2) Μείωση της καρδιακής συσταλτότητας
- 3) Συμμετοχή ελεύθερων ριζών οξυγόνου και
- 4) Αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων.

### ***Αναπνευστικό σύστημα***

Οι αλλοιώσεις που μπορούν να περιγραφούν στον πνεύμονα ταξινομούνται σε τρεις ομάδες:

- 1) Συμμετοχή στην παθοφυσιολογία της εγκαυματικής νόσου
- 2) Το εισπνευστικό έγκαυμα και
- 3) Επιπλοκές της εγκαυματικής νόσου.

*Συμμετοχή στην παθοφυσιολογία της εγκαυματικής νόσου.*

Η εγκαυματική καταπληξία προκαλεί οίδημα των κυψελίδων και αλλοιώσεις των λιποειδών surfactant των κυψελίδων που μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια:

- 1) Σπασμός των βρόγχων, λόγω της υπερέκκρισης σεροτονίνης.
- 2) Διάνοιξη των αρτηριοφλεβωδών αναστομώνσεων στο πνευμονικό παρέγχυμα και αδυναμία επαρκούς οξυγονώσεως του αίματος.
- 3) Αναστολή της λειτουργίας του αναπνευστικού κέντρου και
- 4) Εξάντληση του ασθενούς και των αναπνευστικών μυών με συνέπεια την αδυναμία έκπτυξης του θώρακα.

Ως *εισπνευστικό έγκαυμα* χαρακτηρίζονται αλλοιώσεις που προκαλούνται από την εισπνοή καπνού ή τοξικών αερίων (δηλητηρίαση με CO), όπως επίσης και από την άμεση επίδραση της θερμότητας στο βλεννογόνο του τραχειοβρογχικού δένδρου.

*Επιπλοκές της εγκαυματικής νόσου.*

Η εγκαυματική νόσος παράγει τέτοια ποικιλία παραγόντων για την εγκατάσταση του συνδρόμου της οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας του ενηλίκου (ARDS), ώστε να χαρακτηρίζεται μία από τις συχνότερες επιπλοκές. Ως τέτοιες θεωρούνται:

- 1) Η μειωμένη έκπτυξη του πνεύμονα λόγω του συνυπάρχοντος πόνου κατά τις εισπνευστικές κινήσεις.
- 2) Η αδυναμία πλήρους εκπτώξεως του θωρακικού κλωβού και του πνεύμονα, λόγω των δημιουργούμενων ανελαστικών εσχαρών σε εγκαύματα ολικού πάχους και
- 3) Η αδυναμία αλλαγής θέσεως του ασθενούς και της εφαρμογής φυσιοθεραπείας με συνέπεια την εμφάνιση ατελεκτασικών περιοχών στο πνευμονικό παρέγχυμα.

Πνευμονικές λοιμώξεις με την εικόνα πνευμονιών ή ατελεκτασιών είναι συχνές επιπλοκές στην εγκαυματική νόσο που εμφανίζονται συχνά στα



πλαίσια γενικευμένης σήψευς ή σηπτικής συμπτωματολογίας. Όμως μπορεί να οφείλεται και σε εισρόφηση, ιδιαιτέρως σε ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση ή λόγω της μετατοπίσεως του γαστροοισοφάγιου σωλήνα κατά την εντερική σίτιση.

### **Ουροποιητικό σύστημα**

Η νεφρική απάντηση στο εγκαυματικό τραύμα συγκρίνεται με αυτή του καρδιαγγειακού συστήματος. Ο μειωμένος ενδαγγειακός όγκος οδηγεί σε μειωμένη διήθηση χωρίς όμως παθολογικές επιπτώσεις, εφόσον η ενυδάτωση του ασθενούς αρχίσει το συντομότερο δυνατό μετά το ατύχημα και σε σωστό και ταχύ ρυθμό χορήγησης. Καθυστερημένη ή ανεπαρκής χορήγηση υγρών μπορεί να προκαλέσει οξεία σωληναριακή νέκρωση και νεφρική ανεπάρκεια.

### **Γαστρεντερικό σύστημα**

Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελεί από την αρχή της εγκαυματικής καταπληξίας το όργανο-στόχος που πλήττεται αμέσως από αυτή. Παρατηρείται λοιπόν εκσεσημασμένη ελάττωση της αιμάτωσης του γαστρεντερικού σωλήνα με αποτέλεσμα την έκπτωση ή κατάργηση του περισταλτισμού και στη συνέχεια γαστρική πάρεση και παραλυτικό ειλεό.

Έτσι δικαιολογείται η ανάπτυξη, ήδη εντός των πρώτων 3-5 ωρών, των οξέων ελκών στο στομάχι και δωδεκαδάκτυλο που είναι ισχαιμικής αιτιολογίας, εάν δεν αρχίσει αμέσως η προστατευτική για τους βλεννογόνους θεραπεία.

Οι αλλοιώσεις του ήπατος που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκαυματικής καταπληξίας επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξή της και βασίζονται στη μειωμένη αιμάτωση. Έχει όμως παρατηρηθεί ότι ηπατική δυσλειτουργία έχει κλινική συμπτωματολογία όταν διαρκεί περισσότερο από 10 ώρες, η δε επιφάνεια του εγκαύματος είναι μεγαλύτερη του 50% της ΟΕΣ. Συνεπώς και για το ήπαρ βασική αρχή είναι η κατά το δυνατό ταχεία έναρξη της ενυδάτωσης μετά το ατύχημα.

### **Κεντρικό νευρικό σύστημα**

Ψυχικές διαταραχές, όπως άγχος, αποπροσανατολισμός και κατάθλιψη, εμφανίζονται συχνά σε εγκαυματίες με εκτεταμένα εγκαύματα που παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μονάδα εγκαυμάτων.

Νευρολογική σημειολογία εμφανίζουν συχνότερα ασθενείς με ηλεκτρικά εγκαύματα, που χαρακτηρίζεται από περιφερικές παραλύσεις.

### **Αιμοποιητικό σύστημα**

Κατά τη διαδρομή της εγκαυματικής νόσου και ήδη από τις πρώτες ημέρες παρατηρείται έντονη καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων που έχει υπολογιστεί σε 8 -12% της ολικής μάζας τους κάθε ημέρα. Η μαζική αυτή καταστροφή οφείλεται αρχικώς στην επίδραση της θερμότητας αλλά και στην τοξική επίδραση διάφορων τοξινών που ελευθερώνονται από τους νεκρωμένους ιστούς.

### **Ανοσολογικό σύστημα**

Ο φυσιολογικός ανοσολογικός μηχανισμός αποτελείται από τρεις γραμμές άμυνας, που κάθε μία επηρεάζεται από το θερμικό έγκαυμα:

1. Η **πρώτη γραμμή άμυνας** είναι το δέρμα, οι βλεννογόνοι, το πεπτικό και το αναπνευστικό σύστημα. Είναι συνεπώς ευνόητο ότι πάσχει λόγω της απώλειας του δέρματος, των βλαβών στο αναπνευστικό σύστημα και των διαταραχών του φραγμού του εντερικού βλεννογόνου.
2. Η **δεύτερη γραμμή άμυνας** είναι η φυσική και μη ειδική ανοσία στην οποία υπάρχει το αγγειακό σκέλος με την ισχαιμία, λόγω θρόμβωσης και την παραγωγή κυτταροτοξικών ουσιών, το κυτταρικό σκέλος που δρα μέσω μακροφάγων και ουδετερόφιλων και το χυμικό που έχει ως αποτέλεσμα την άμεση κυτταροτοξικότητα.
3. Η **τρίτη γραμμή άμυνας** που αποτελείται από τα T- και B- λεμφοκύτταρα. Τα μεν T-λεμφοκύτταρα παράγουν τις κυτταροκίνες (ιντερλευκίνη, ιντερφερόνη) που ενεργοποιούν τα ουδετερόφιλα, τα δε B-λεμφοκύτταρα τις ανοσοσφαιρίνες που είναι όλες μειωμένες και κυρίως η IgG, που

ενεργοποιεί το συμπλήρωμα, που με τη σειρά του ενεργοποιεί τα ουδετερόφιλα.

### **3.1. Η αλλαγή τα σωματικής εικόνας, που σχετίζεται με την απώλεια μέλους**

#### **Μαστεκτομή**

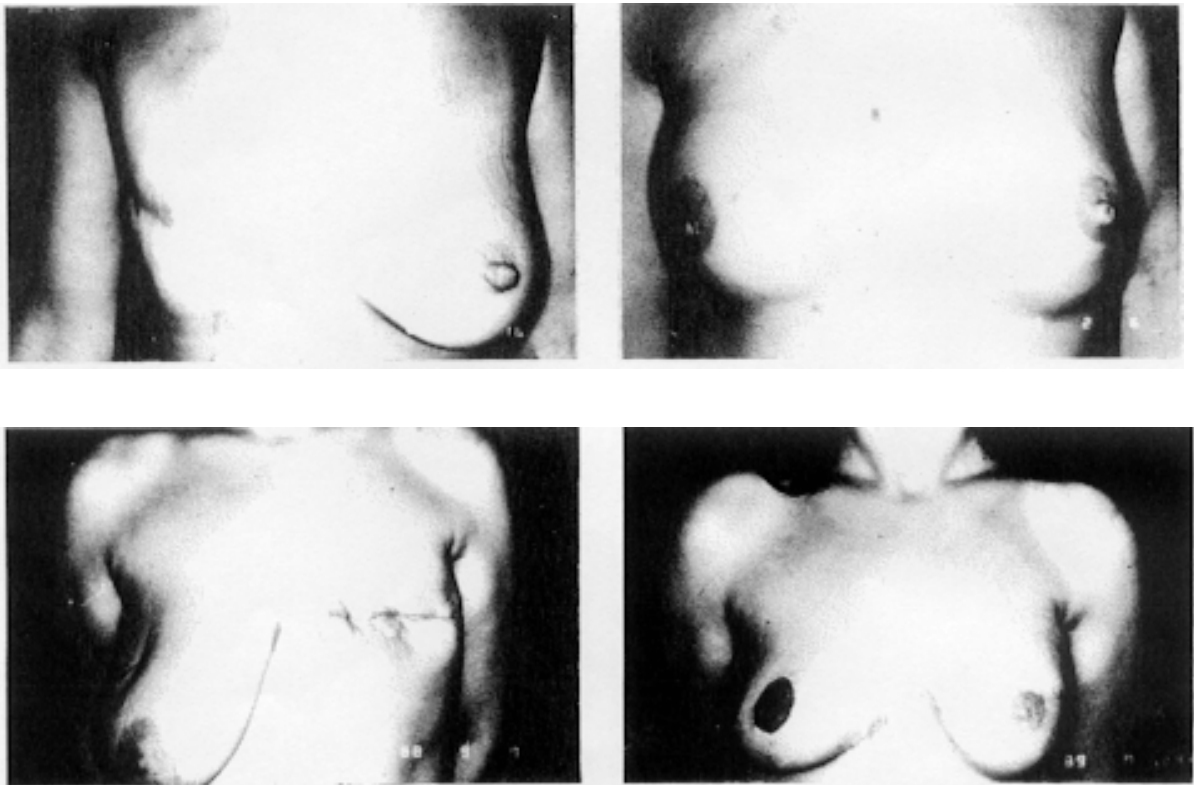
Μαστεκτομή είναι η αφαίρεση ολόκληρου ή τμήματος του μαστού λόγω της ύπαρξης καρκίνου του μαστού σταδίου III ή IV.

Η εγχειρητική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τις παρακάτω επεμβάσεις:

- 1) **Ριζική μαστεκτομή:** Προτάθηκε το 1894 από τον Halsted και συνίσταται στην εξαίρεση του μαστικού αδένα, του μείζονα και του ελάσσονα μυ με διατήρηση της κλειδικής μοίρας του πρώτου και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Τόσο αυτή όσο και η εγχείρηση που πρότεινε ο Urban με τη συνεξαίρεση και των παραστερνικών λεμφαδένων έχουν εγκαταλειφθεί.
- 2) **Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία:** Προτάθηκε το 1948 από τον Patey και συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού, του ελάσσονα θωρακικού μυ και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Όταν η διήθηση των λεμφαδένων είναι περιορισμένη, διατηρούμε τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Η εγχείρηση προτιμάται από τους περισσότερους χειρουργούς του μαστού, όταν υπάρχουν μεταστάσεις στη μασχάλη.
- 3) **Εκτεταμένη απλή μαστεκτομία:** Η εγχείρηση συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού και των επιφανειακών λεμφαδένων της μασχάλης.
- 4) **Απλή μαστεκτομία:** Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού.
- 5) **Τμηματεκτομία:** Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση του τμήματος του μαστού ή ολόκληρου του τεταρτημορίου που βρίσκεται ο όγκος και μπορεί να συνοδευθεί από καθαρισμό ή ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης.

6) **Ογκεκτομία:** Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση μόνο του όγκου και 3-4 cm φυσιολογικού ιστού γύρω από αυτόν και μπορεί να συνδυασθεί με καθαρισμό ή ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης.

Η ασθενής αντιλαμβάνεται συνήθως την παραμόρφωση και την απειλή ότι η ζωή της είναι μικρή λόγω του καρκίνου του μαστού.



Σέχας Μ.

Χειρουργική Τόμος III

Αθήνα 1996

### **Ακρωτηριασμοί**

Ο ακρωτηριασμός συμπεριλαμβάνει την αφαίρεση ενός τμήματος ή όλου του ενός ή περισσότερων δακτύλων, αντιβραχίου, βραχιονίων, μηρών, άκρων ποδών ή δακτύλων ποδών. Από ορθοπαιδικής πλευράς τα κατώτερα άκρα είναι τα περισσότερο ακρωτηριασμένα σε σχέση με άλλα μέλη, δακτύλους χεριών ή ποδιών, σχετίζεται δε τούτο περισσότερο συχνά με την

επίπτωση όγκου των οστών, τραυματικής βλάβης του ιστού και οστού, κυκλοφορική ανεπάρκεια ή λοιμώξεις όπως η οστεομυελίτιδα.

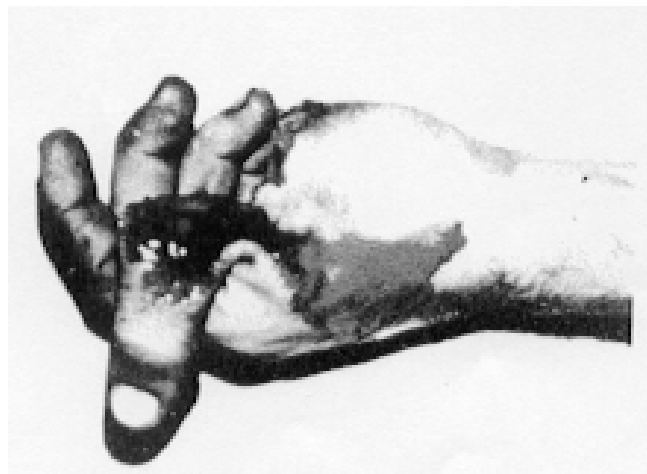
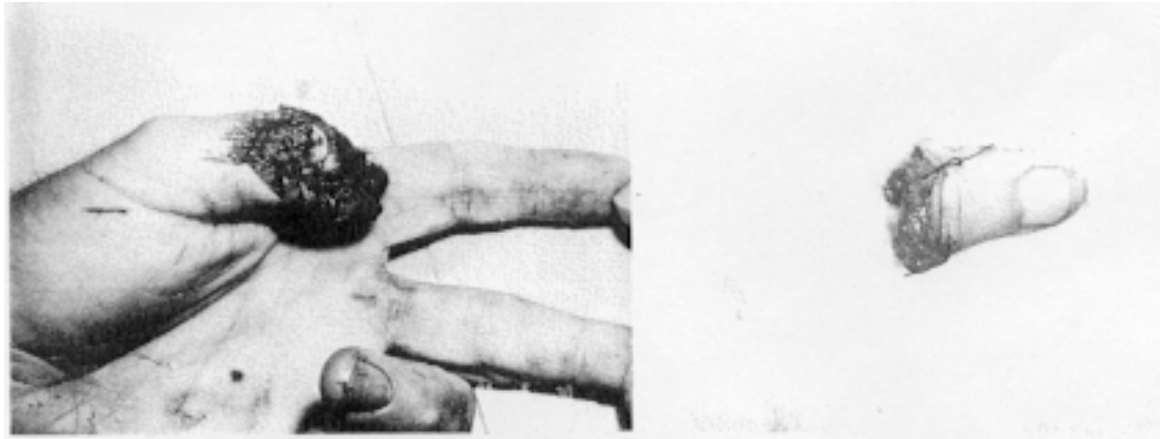
Οι ακρωτηριασμοί είναι δυσάρεστες επεμβάσεις για τον ορθοπαιδικό, πολλές φορές όμως είναι η μοναδική λύση και αποβαίνει σωτήρια για τη ζωή του ασθενούς. Τα συνήθη αίτια ακρωτηριασμών είναι:

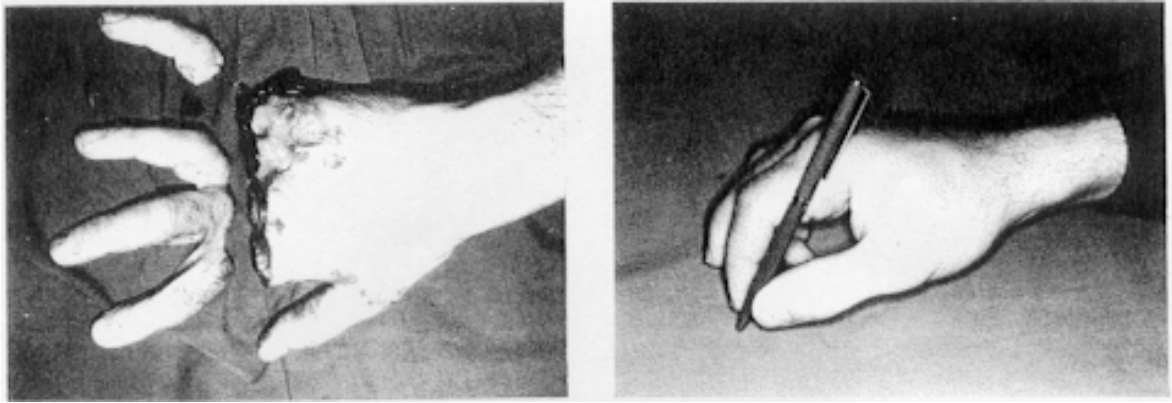
1. **Παθήσεις περιφερικών αγγείων** (π.χ. αρτηριοσκλήρυνση, νόσος Burger, αγγειίτιδες κλπ). Οι παθήσεις αυτές οδηγούν τα άκρα σε ισχαιμία και νεκρώσεις (γάγγραινα) και αφορούν άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών και κατά 85% προσβάλλουν τα κάτω άκρα.
2. **Τραυματισμοί**. Διακοπή της αιμάτωσης ενός άκρου μη επανορθώσιμη (εκτεταμένα θλαστικά τραύματα, εγκαύματα θερμικά ή ηλεκτρικά κλπ) οδηγεί συχνά σε ακρωτηριασμούς. Η πρόοδος της μικροχειρουργικής τα τελευταία χρόνια προκάλεσε μείωση της συχνότητας των ακρωτηριασμών. Σημαντικό ρόλο στην επιλογή του χειρουργού παίζει η λειτουργικότητα του μέλους που κινδυνεύει. Συχνά ένας σωστός ακρωτηριασμός είναι προτιμότερος από τη διάσωση ενός άχρηστου λειτουργικά μέλους.
3. **Μόλυνση - Φλεγμονές**. Οξείες (π.χ. αεριογόνος γάγγραινα) ή χρόνιες (π.χ. χρόνια οστεομυελίτιδα) φλεγμονές αποτελούν συχνά ενδείξεις ακρωτηριασμού. Στις οξείες φλεγμονές διότι πολλάκις απειλείται η ζωή του ασθενούς και στις χρόνιες γιατί συχνά καθιστούν το μέλος λειτουργικά άχρηστο.
4. **Όγκοι**. Κακοήθεις όγκοι των άκρων (π.χ. σαρκώματα, μελανώματα κλπ) ιδιαίτερα όταν καταλαμβάνουν μεγάλη έκταση μπορεί να αποτελέσουν ένδειξη ακρωτηριασμού.
5. **Κακώσεις νεύρων**. Διατομές μεγάλων νευρικών στελεχών μπορεί να προκαλέσουν άτονα έλκη μη επουλώσιμα που να οδηγήσουν σε ακρωτηριασμό. Πρέπει σαφώς να εξαιρεθούν οι παραπληγικοί ασθενείς από κακώσεις του νωτιαίου μυελού στους οποίους τα παράλυτα κάτω άκρα προσφέρουν στήριξη (δια του βάρους των) στο αναπηρικό καρότσι.
6. **Συγγενείς ανωμαλίες άκρων**. Ημιμέλια π.χ. κνήμης ή περόνης συγγενή ελλείμματα κλπ αποτελούν συνηθέστερη αιτία ακρωτηριασμών.

Η τοποθέτηση προθέματος, τεχνητού μέλους, μπορεί να γίνει άμεσα, μετά την επούλωση του χειρουργικού τραύματος ή σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 3 εβδομάδες (γενικά θεωρείται σωστό σε ισχαιμικά άκρα να προτιμάται η καθυστερημένη τοποθέτηση τεχνητού μέλους).

### **Επιπλοκές ακρωτηριασμών**

1. *Αιμάτωμα*. Μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση της επούλωσης του χειρουργικού τραύματος, διάσπαση του ή και φλεγμονή. Τονίζεται και πάλι η ορθότητα της χρήσης παροχετεύσεων στους ακρωτηριασμούς.
2. *Φλεγμονή*. Είναι συχνή σε ισχαιμικές βλάβες και στο σακχαρώδη διαβήτη. Ειδική μορφή φλεγμονής και ιδιαίτερα επικίνδυνη είναι η αεριογόνος γάγγραινα, η οποία οφείλεται σε αναερόβια κλωστηρίδια και μπορεί να προκαλέσει βαριά σηψαιμία και θάνατο.
3. *Νέκρωση*. Αφορά κυρίως δερματικούς κρημνούς με ανεπαρκή αγγείωση και αντιμετωπίζεται με εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό και πλαστική αποκατάσταση.
4. *Νεύρωμα*. Αποφεύγεται με την κατάλληλη διατομή των νευρικών στελεχών κατά τον ακρωτηριασμό. Αν εμφανισθεί ένα έντονα επώδυνο και πρέπει να αφαιρείται.
5. *Μέλος φάντασμα*. Πρόκειται για συχνή επιπλοκή όπου ο ασθενής συνεχίζει να αισθάνεται το ακρωτηριασμένο μέλος. Συνήθως είναι έντονα επώδυνη κατάσταση και υποχωρεί με την τοποθέτηση του τεχνητού μέλους. Σε επίμονες περιπτώσεις γίνονται διηθήσεις (block) των νευρικών γαγγλίων, ηλεκτροδιεγέρσεις ή και επισκληρίδιος αναισθησία, κυρίως στα κάτω άκρα.
6. *Συγκάμψεις*. Εμφανίζονται σε αρθρώσεις εγγύς του επιπέδου ακρωτηριασμού και προλαμβάνονται με τη χρήση ναρθίκων μετά την επέμβαση.
7. *Κατάγματα χαμηλής βίας*. Εμφανίζονται στα οστικά κολοβώματα τα οποία λόγω παρατεταμένης αχρησίας αλλά και πιθανόν λόγω της αρχικής πάθησης καθίστανται έντονα οστεοπορωτικά.





Σέχας Μ.

Χειρουργική Τόμος ΙΙΙ

Αθήνα 1996



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η αλλαγή σωματικής εικόνας που σχετίζεται με χρόνιες παθήσεις

#### AIDS

Το σύνδρομο καθορίστηκε αρχικά από τη διάγνωση ομάδας ευκαιριακών λοιμώξεων (Πνευμονίας από PCP κλπ) και νεοπλασιών (K.S. κλπ) που υποδήλωναν μείωση της κυτταρικής ανοσίας χωρίς όμως να προϋπάρχει ιστορικό ή αιτία ανοσοκαταστολής (CDC 1981).

Σήμερα οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας έχουν υιοθετήσει τον ορισμό του CDC όπως συνιστάται από την Π.Ο.Υ.

Σύμφωνα με αυτόν για να χαρακτηριστεί ως AIDS κάθε περίπτωση πρέπει να πληρεί τα ακόλουθα δύο διαγνωστικά κριτήρια:

- α) Διάγνωση με ακριβή μεθοδολογία μιας ή περισσότερων ευκαιριακών νοσησεων που είναι αρκετά ενδεικτικές ύπαρξης κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας.
- β) Απουσία άλλων γνωστών αιτίων κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας ή άλλων παραγόντων που ευθύνονται για μείωση της αντίστασης προς τις παραπάνω νοσήσεις.

Όσες περιπτώσεις πληρούν τα παραπάνω δύο διαγνωστικά κριτήρια μπορεί να μη χαρακτηρισθούν ως AIDS εφ' όσον δεν ανευρεθούν αντισώματα προς τον ιό HIV με ευαίσθητη τεχνική (εκτός αν έχει απομονωθεί ο ιός) και έχουν φυσιολογικό αριθμό  $T_4$  λεμφοκυττάρων και φυσιολογικό πηλίκιο  $T_4/T_8$ .

Η προϋπόθεση αυτή ισχύει βέβαια σαν τρίτο κριτήριο μόνο όταν υπάρχει η κατάλληλη υποδομή για εκτέλεση των παραπάνω εργαστηριακών εξετάσεων.

## Κλινικός ορισμός

Η Π.Ο.Υ. καθιέρωσε τον ακόλουθο κλινικό ορισμό για το AIDS στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η ακριβής διάγνωση των ευκαιριακών νοσησεων.

1) **για ενήλικες:** ύπαρξη τουλάχιστον δύο κυρίων και μίας δευτερεύουσας συστηματικής εκδήλωσης όταν δεν συνυπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής (π.χ. καρκίνος ή υποθρεψία κλπ).

### α) Κύριες εκδηλώσεις

1. Απώλεια σωματικού βάρους πάνω από 10%.
2. Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από ένα μήνα.
3. Πυρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα.

### β) Δευτερεύουσες εκδηλώσεις

1. Βήχας που επιμένει πάνω από ένα μήνα.
2. Γενικευμένη κνηδωτική δερματίτιδα
3. Έρπητας ζωστήρας που υποτροπιάζει
4. Στοματοφαρυγγική καντιντίαση
5. Χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επεκτείνεται
6. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια

2) **για παιδιά:** παρουσία δύο κυρίων και δύο δευτερευουσών εκδηλώσεων εφ' όσον δεν υπάρχει γνωστή αιτία ανοσοκαταστολής.

### α) Κύριες εκδηλώσεις

1. Απώλεια ή παθολογικά βραδεία αύξηση σωματικού βάρους
2. Χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από ένα μήνα.
3. Πυρετός που επιμένει πάνω από ένα μήνα.

### β) Δευτερεύουσες εκδηλώσεις

1. Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
2. Στοματοφαρυγγική καντιντίαση
3. Υποτροπιάζουσες κοινές λοιμώξεις (ωτίτιδα, φαρυγγίτιδα κλπ)
4. Βήχας που επιμένει πάνω από ένα μήνα.
5. Γενικευμένη δερματίτιδα
6. Μητέρα θετική για αντισώματα προς HIV

Όταν πληρούνται οι προϋποθέσεις του κλινικού ορισμού επιβάλλεται η δήλωση του ύποπτου κρούσματος στην αρμόδια υπηρεσία δημόσιας υγείας και η παράλληλη επιβεβαίωση της ύπαρξης αντισωμάτων προς τον HIV στα Εθνικά Κέντρα Αναφοράς AIDS.

Το AIDS είναι το καλούμενο σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας. Προκαλείται από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV). Οι μόνες διαπιστωθείσες οδοί μετάδοσης της νόσου είναι το αίμα και το μολυσμένο από τον HIV σπέρμα. Η μετάδοση μπορεί να γίνει με τη σεξουαλική επαφή, έκθεση σε μολυσμένο αίμα και παράγωγα του αίματος (μεταγγίσεις, χρήση συρίγγων για ενδοφλέβιο χρήση ναρκωτικών, τυχαίο τρύπημα με βελόνα, βλαβείσα περιοχή του δέρματος η οποία εκτίθεται σε μολυσμένο δέρμα) και από την έγκυο γυναίκα στο μη γεννηθέν παιδί.

Όταν ο HIV εισέλθει στο αίμα, επιδρά στο ανοσολογικό σύστημα και καθιστά το άτομο αδύναμο έναντι της αντιμετώπισης της νόσου. Κύτταρα - στόχοι είναι τα T κύτταρα. Αν και δεν εκκρίνουν αντισώματα, τα T κύτταρα είναι απαραίτητα για την φυσιολογική λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Χωρίς αυτά, η κυτταρική ανοσία επιδεινώνεται, διευκολύνουσα έτσι την εμφάνιση ασυνήθων επιθετικών νόσων του οργανισμού. Σε απάντηση της επιδρομής αυτής, ο οργανισμός αρχίζει να παράγει αντισώματα. Εντός δύο εβδομάδων μέχρι τριών μηνών από τη λοίμωξη, τα αντισώματα αυτά μπορεί να ανιχνευθούν συνήθως με την εξέταση του αίματος.

Για τα άτομα που έχουν μολυνθεί με τον HIV υπάρχουν τρεις πιθανές εκβάσεις:

- Μπορεί να παραμείνουν υγιείς, αλλά να είναι ασυμπτωματικοί φορείς.
- Μπορεί να αναπτύξουν σύμπλεγμα, σχετιζόμενο με AIDS (ARC).
- Μπορεί να αναπτύξουν την κλασική μορφή της νόσου του AIDS.

## Συμπτώματα

- Λεμφαδενοπάθεια
- Καντιντίαση του στόματος
- Αριθμός των CD<sub>4</sub> 500/mm<sup>3</sup> ή μικρότερος
- Διαλείποντες πυρετοί με νυχτερινούς ιδρώτες (συνήθως το πρώτο σύμπτωμα)
- Παρατεταμένη διάρροια
- Ανορεξία
- Μόνιμη κόπωση
- Εύκολοι μωλωπισμοί και αιμορραγία
- Απώλεια βάρους
- Δερματικά εξανθήματα
- Όγκοι σχετιζόμενοι με το AIDS, για παράδειγμα, νόσος του Hodgkin ή καρκίνος του στόματος
- Νευρολογικές επιπλοκές όπως ψύχωση, σπασμοί, μερική παράλυση, επώδυνος περιφερική νευροπάθεια, και απώλεια της συνεργίας
- Ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως φυματίωση, πνευμονία από *Pneumocystis Carinii*
- Σάρκωμα Kaposi (τύπος καρκίνου του δέρματος)

Συμπερασματικά, ο άρρωστος που πάσχει από AIDS παρουσιάζει έντονη απώλεια βάρους, εύκολους μωλωπισμούς και αιμορραγία, δερματικά εξανθήματα όγκους, μερική παράλυση.

## Πολυοζώδης μη τοξική βρογχοκήλη

Ο τύπος αυτός της βρογχοκήλης παρουσιάζεται συνήθως στις γυναίκες μέσης ηλικίας και χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών όζων διαφόρου μεγέθους, δομής και λειτουργικότητας σε όλη την έκταση του θυρεοειδούς. Η πολυοζώδης βρογχοκήλη αποτελεί την κατάληξη της πορεία της απλής ή άλλης βρογχοκήλης. Η μακροχρόνια επίδραση της TSH στο θυρεοειδή δημιουργεί αρχικά διάχυτη υπερπλασία του αδένου και στη συνέχεια ορμονικώς δραστικά και ανενεργή λοβίδια. Στο στάδιο αυτό δημιουργούνται

οζίδια και σε όλη την έκταση του αδένα υπάρχουν εναλλαγές υπερπλασίας, κυστικής εκφύλισης, αιμορραγίας, ίνωσης και ασβεστώσεων.

### **Κλινική Εικόνα**

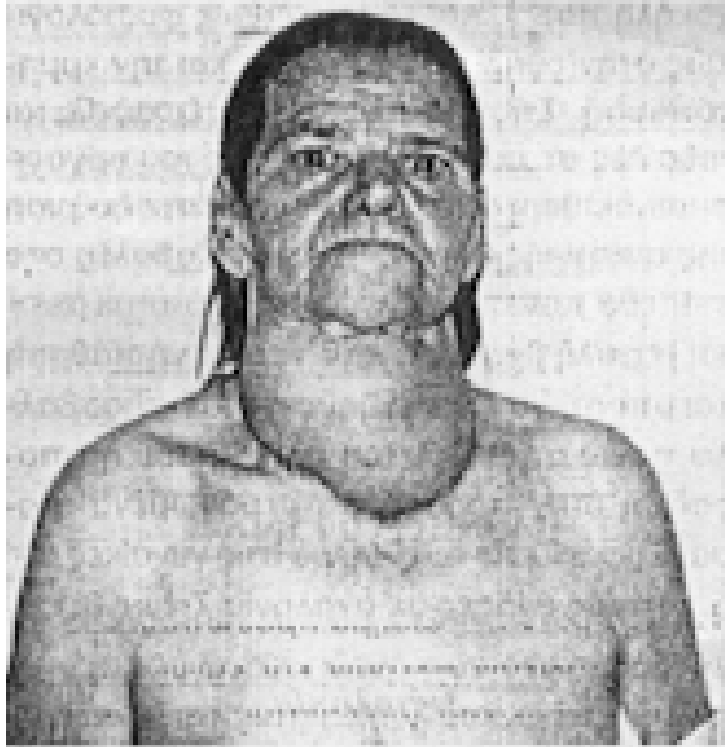
Η πολυοζώδης βρογχοκήλη ενίοτε καταδύεται στο μεσοθωράκιο οπότε λόγω πίεσης των παρακειμένων οργάνων (οισοφάγος - τραχεία - μεγάλα φλεβικά στελέχη) προκαλεί δυσκαταποσία, δύσπνοια και φλεβική στάση στο σύστημα της άνω κοίλης φλέβας. Επισκοπικά παρατηρείται οίδημα προσώπου, διόγκωση των επιπολής φλεβών και διαγραφή του επιπολής φλεβικού δικτύου στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα λόγω ανάπτυξης παραπλεύρου φλεβικής κυκλοφορίας.



Παπαδημητρίου Ι.

Σύγχρονη Γενική Χειρουργική Τόμος 1<sup>ος</sup>.

Αθήνα 1999



Παπαδημητρίου Ι.

Σύγχρονη Γενική Χειρουργική Τόμος 1<sup>ος</sup>.

Αθήνα 1999

## Πολυοζώδης τοξική βρογχοκήλη - Νόσος Graves

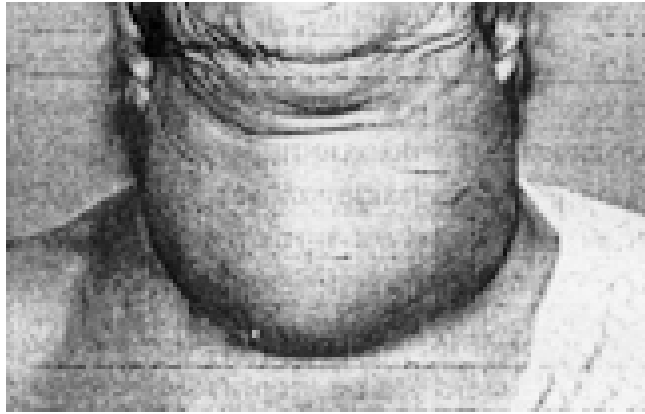
Η διάχυτη τοξική βρογχοκήλη, νόσος του Graves, είναι αυτοάνοσος νόσος.

Οφείλεται στη δημιουργία θυρεοδιεγερτικών ανοσοσφαιρινών, δηλαδή αυτοαντισωμάτων τα οποία συνδέονται με τον υποδοχέα της TSH στα θυλακιώδη κύτταρα του θυρεοειδούς. Τα αυτοαντισώματα αυτά μιμούνται τη δράση της TSH, διεγείρουν τους υποδοχείς τους στα θυρεοειδικά κύτταρα και προκαλούν μεγάλη παραγωγή και έκκριση θυρεοειδικών ορμονών.

Η νόσος του Graves χαρακτηρίζεται από την κλασική τριάδα: της βρογχοκήλης, του υπερμεταβολικού συνδρόμου και της οφθαλμοπάθειας. Η διόγκωση του θυρεοειδούς είναι διάχυτη και ελαστική. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρείται διάχυτη και συμμετρική διόγκωση του αδένα ο οποίος συνήθως ψηλαφάται λείος, ενίοτε όμως εμφανίζεται οζώδης με ανώμαλη επιφάνεια. Εξαιτίας της αυξημένης αιμάτωσης του θυρεοειδούς ψηλαφάται πολλές φορές ροίζος, ενώ κατά την ακρόαση μπορεί να ανευρεθεί συστολικός ήχος.

Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της θυρεοτοξίκωσης υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό στη νόσο του Graves. Ασθενείς με νόσο του Graves μπορεί επίσης να έχουν θυρεοειδική ακροπάθεια, απώλεια τριχών, γυναικομαστία και προκνημιαίο μυξοίδημα. Ενίοτε υπάρχει μεγαλοσπλαχνία. Προκνημιαίο μυξοίδημα εμφανίζεται περίπου στο 3-5% των ασθενών με νόσο του Graves. Εμφανίζεται στην πρόσθια επιφάνεια της κνήμης και περιστασιακά στη ράχη του άκρου ποδός. Το δέρμα είναι πεπαχυσμένο, ωχρό, και έχει εμφάνιση φλοιού πορτοκαλιού. Οφείλεται στην εναπόθεση βλεννοπολυσακχαριτών και υαλουρονικού οξέος στους υποδόριους ιστούς.

Ο εξώφθαλμος στη νόσο του Graves οφείλεται στην αύξηση του όγκου των οπισθοβολβικών ιστών από την εναπόθεση ύδατος και βλεννοπολυσακχαριτών σε συνδυασμό με λεμφοκυτταρική διήθηση.



Παπαδημητρίου Ι.

Σύγχρονη Γενική Χειρουργική Τόμος 1<sup>ος</sup>.

Αθήνα 1999

### **Συγγενείς ανωμαλίες των μαστών**

**Ασυμμετρία:** Στις περισσότερες γυναίκες υπάρχει ασυμμετρία των μαστών τόσο σε μέγεθος όσο και σε θέση. Η εφηβική ασυμμετρία οφείλεται σε ασύγχρονη ανάπτυξη των μαστών. Σε μερικές περιπτώσεις είναι τόσο έντονη που ενοχλεί αισθητικώς τη γυναίκα. Εξεσημασμένες περιπτώσεις ασυμμετρίας μπορούν να αντιμετωπιστούν χειρουργικά είτε με αύξηση του μεγέθους του μικρότερου είτε με ελάττωση του μεγέθους του μεγαλύτερου μαστού.



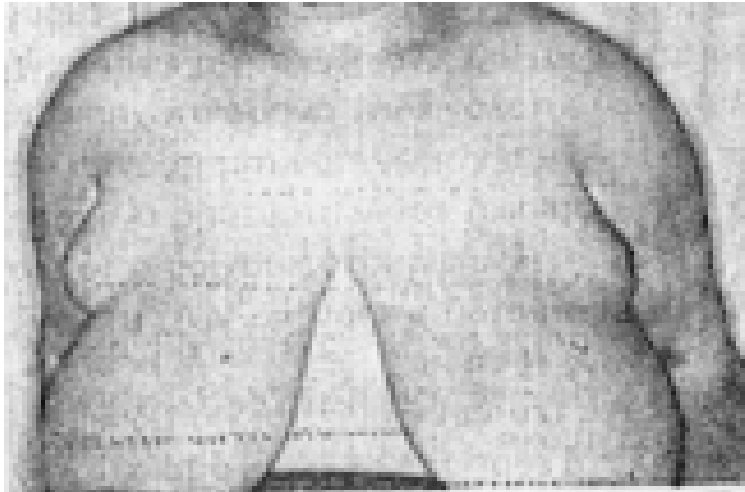
**Υπεράριθμες θηλές και μαστοί:** Στο 1-5% του πληθυσμού, κατά μήκος των μαζικών γραμμών, εμφανίζεται μεγαλύτερο αριθμός θηλών (πολυθηλία) και σπανιότερα μαστών (πολυμαστία). Η συχνότερη θέση εμφάνισης έκτοπων (υπεράριθμων) θηλών είναι κάτω από τους μαστούς, ενώ η συνηθέστερη θέση έκτοπων υπεράριθμων μαστών είναι στη μασχαλιαία κοιλότητα. Οι υπεράριθμοι μαστοί έχουν φυσιολογική κατασκευή και λειτουργία και εάν συνοδεύονται από θηλή μπορεί η γυναίκα κατά την περίοδο του θηλασμού να εμφανίσει παραγωγή γάλακτος. Η συμπτωματολογία τους είναι χαρακτηριστική. Η γυναίκα αναφέρει αυξομείωση του μεγέθους του υπεράριθμου μαστού ανάλογα με τον κύκλο της. Ιδιαίτερα ευαίσθητοι και ευμεγέθεις γίνονται κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. Η χειρουργική αφαίρεση του υπεράριθμου μαστού ενδείκνυται όταν προκαλεί έντονη συμπτωματολογία ή εμφανές αισθητικό πρόβλημα.



Παπαδημητρίου Ι.

Σύγχρονη Γενική Χειρουργική Τόμος 1<sup>ος</sup>.

Αθήνα 1999



Παπαδημητρίου Ι.

Σύγχρονη Γενική Χειρουργική Τόμος 1<sup>ος</sup>.

Αθήνα 1999

### **Απλασία - υποπλασία**

**Αμαστία.** Είναι η έλλειψη συνήθως ενός εκ των δύο μαστών. Είναι εξαιρετικά σπάνια και συνήθως συνοδεύεται από συγγενείς ανωμαλίες του μείζονα θωρακικού μυός. Επισυμβαίνει με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα. Η κατασκευή ενός μαστού στη θέση του ελλείποντος γίνεται χειρουργικά.

**Υποπλασία.** Αφορά στον ένα ή και τους δύο μαστούς, είναι περισσότερο συχνή και μερικές φορές συνοδεύεται από πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Μπορεί να αποτελεί εκδήλωση φυλογενετικού συνδρόμου.

**Ειστροφή της θηλής:** Η ειστροφή μίας ή και των δύο θηλών συχνά εμφανίζεται εκ γενετής. Υπάρχει μεγάλη σύγχυση από την αδιάκριτη χρήση των όρων ειστροφή και εισολκή. Η πρώτη αφορά την αδυναμία προβολής των θηλών συγγενώς, ενώ η εισολκή στην προς τα έσω έλξη φυσιολογικής μέχρι τότε θηλής εξαιτίας επίκτητου αιτίου (νεόπλασμα, φλεγμονή).

**Υπερτροφία:** Από τις συγγενείς παθήσεις συχνότερη είναι η διαταραχή της ανάπτυξης των μαστών με αποτέλεσμα την εμφάνιση υπερτροφικών μαστών.

Είναι η κατάσταση στην οποία οι μαστοί μεγεθύνονται χωρίς εμφανές αίτιο φθάνοντας σε εξαιρετικά μεγάλο μέγεθος, συνήθως και οι δύο και σπανιότερα ο ένας. Η υπερτροφία των μαστών ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης ονομάζεται νεογνική, προεφηβική η οποία συχνά είναι ετερόπλευρη και η οποία στο 50% των περιπτώσεων αποτελεί ένδειξη πρώιμης ήβης. Η υπερτροφία των ενηλίκων η οποία είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη χωρίς την ανάδειξη ορμονικού αιτίου και είναι η μόνη από τις υπερτροφίες που επιτρέπεται να αντιμετωπιστεί χειρουργικώς για αισθητικούς λόγους και τέλος η υπερτροφία της κύησης.

**Σύντηξη των μαστών:** Σε ορισμένες γυναίκες παρατηρείται συνένωση (σύντηξη) των μαστών στη μέση γραμμή που έχει ως αποτέλεσμα το μη - εμφανή διαχωρισμό των μαστών. Προκαλεί δυσχέρεια στην ένδυση και η διόρθωση είναι χειρουργική.

**Γυναικομαστία:** Η ανάπτυξη των μαστών στους άρρενες μέχρι την προεφηβική ηλικία είναι η ίδια όπως και στις γυναίκες. Αναπτύσσονται πόροι αλλά ένεκα της ελλείψεως οιστρογονικού ερεθισμού δεν σχηματίζονται λόβια. Οι συγγενείς παθήσεις των μαστών εμφανίζονται στους άνδρες με την ίδια συχνότητα όπως και στις γυναίκες. Ως γυναικομαστία ορίζεται η αύξηση του μεγέθους του ανδρικού μαστού η οποία είναι εμφανής κατά την επισκόπηση ή η αύξηση του μεγέθους του μαζικού αδένου η οποία γίνεται διακριτή από το υποδόριο λίπος με την ψηλάφηση. Φυσιολογικά στους άνδρες ο μαζικός αδένος δεν ψηλαφάται. Οφείλεται στην ανάπτυξη του συστήματος των πόρων και στην αύξηση του συνδετικού υποστρώματος του μαζικού αδένου. Το μέγεθος μπορεί να ποικίλλει από λίγα εκατοστά μέχρι το μέγεθος ενός καλά ανεπτυγμένου γυναικείου μαστού.

Είναι η συχνότερη πάθηση του ανδρικού μαστού. Μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφοπλευρη και πρωτοπαθής (φυσιολογική) ή δευτεροπαθής (σχετιζόμενη με κάποιο αιτιολογικό παράγοντα). Πρέπει να διακρίνεται από την ψευδό-γυναικομαστία στην οποία υπάρχει ανάπτυξη των μαστών χωρίς

όμως την ψηλαφητική ή ιστολογική παρουσία διογκωμένου μαζικού αδένου. Προκαλείται από την υπέρμετρη εναπόθεση τοπικώς λιπώδους ιστού.

Ο ασθενής παραπονείται συνήθως για ετερόπλευρη αύξηση του μεγέθους του μαστού η οποία συχνά συνοδεύεται από ευαισθησία. Άλλοτε παραπονείται περισσότερο για την αύξηση του μεγέθους και άλλοτε για την ευαισθησία. Στις περισσότερες περιπτώσεις δευτεροπαθούς γυναικομαστίας η αύξηση του μεγέθους είναι ασυμπτωματική και διαπιστώνεται από το περιβάλλον ή την κλινική εξέταση.

Η αύξηση του μεγέθους οφείλεται κυρίως στην ανάπτυξη και διακλάδωση του συστήματος των πόρων μαζί με την αύξηση του υποστρώματος. Η ανάπτυξη λοβίων παρατηρείται σε ελάχιστες περιπτώσεις δευτεροπαθούς γυναικομαστίας οφειλόμενης σε εξωγενή χορήγηση ή ενδογενή παραγωγή οιστρογόνων.

**Πρωτοπαθής (φυσιολογική) γυναικομαστία;** Διακρίνεται σε νεογνική, εφηβική και των ενηλίκων. Στα νεογνά παρατηρείται η ύπαρξη ψηλαφητού μαζικού αδένου σε ποσοστό 6-90% εξαιτίας της υπεροιστρογοναιμίας από τις πλακουντιακές ορμόνες. Είναι παροδική και υποχωρεί μετά παρέλευση ολίγων εβδομάδων. Συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη.

Η εφηβική γυναικομαστία εμφανίζεται σε αγόρια ηλικίας 10-19 ετών με τη μεγαλύτερη επίπτωσή της μεταξύ της ηλικίας των 13 έως 14 ετών. Είναι αρκετά συχνή και ένας βαθμός εφηβικής γυναικομαστίας υπάρχει σχεδόν σε όλα τα αγόρια. Παρ' ότι ο ορμονολογικός μηχανισμός που την προκαλεί δεν είναι γνωστός, πιθανολογείται η αυξημένη μετατροπή στην περιφέρεια των ανδρογόνων που αρχίζουν να παράγονται στην ηλικία αυτή σε οιστρογόνα. Τα παιδιά παραπονιούνται περισσότερο για την ευαισθησία κα το ψηλαφούμενο ογκίδιο παρά για το μέγεθος του μαστού. Στο 80% των περιπτώσεων η γυναικομαστία θα υποχωρήσει άνευ θεραπείας εντός 2 ετών. Σε εξεσημασμένες περιπτώσεις ή όταν η ενόχληση είναι μεγάλη αφαιρείται ο μαζικός αδένος μέσω τομής στο όριο μεταξύ άλω και δέρματος. Τμήμα του

μαζικού αδένου πρέπει να παραμείνει υπό τη θηλή προκειμένου να διατηρήσει το περίγραμμά της και την αιμάτωσή της.

Στους ενήλικες γυναικομαστία παρατηρείται μεταξύ των 50 και 80 ετών. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν αποκαλύπτεται κάποια ενδοκρινική ανωμαλία παρ' ότι ενοχοποιείται η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ LH και FSH ορμονών.

**Δευτεροπαθής γυναικομαστία:** Υπάρχει μακρύς κατάλογος αιτίων που μπορούν να προκαλέσουν γυναικομαστία σε κατά τα άλλα υγιείς άνδρες. Συχνότερα αίτια είναι η αυξημένη περιφερική αρωματοποίηση των στεροειδών ορμονών οφειλόμενη σε ηπατική ανεπάρκεια, επινεφριδιακή νόσο, θυρεοτοξίκωση, νηστεία κα επανασίτιση. Συχνή είναι επίσης η φαρμακευτική γυναικομαστία και μερικά ευρέως χορηγούμενα σκευάσματα μπορούν να την προκαλέσουν. Τέτοια είναι η διγοξίνη, τα ανδρογόνα τα οποία αρωματοποιούνται στην περιφέρεια, η σπιρονολακτόνη, η ρεζερπίνη, οι H<sub>2</sub> αναστολείς, η μετοκλοπραμίδη, η ισονιαζίνη, η μεθυλντόπα και η κάνναβης. Σπανιότερα αίτια περιλαμβάνουν τα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων είτε από όγκους του όρχεως είτε από έκτοπη παραγωγή τους σε καρκίνωμα του πνεύμονα, η εμφάνιση αντιστάσεων στα ανδρογόνα και η ελαττωμένη παραγωγή ανδρογόνων, όπως το σύνδρομο Klinefelter, σε κρυπορχία ή μετά ορχίτιδα, και σε νεφρική ανεπάρκεια.



Παπαδημητρίου Ι.

Σύγχρονη Γενική Χειρουργική Τόμος 1<sup>ος</sup>.

Αθήνα 1999

### **Σακχαρώδης διαβήτης**

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των λευκωμάτων και από βλάβη της υφής και της λειτουργίας των κυττάρων του σώματος και κυρίως των αγγείων. Διακρίνουμε δύο μορφές ΣΔ: α) τον πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή και β) το δευτεροπαθή. Η ακριβής αιτιολογία του πρωτοπαθή ΣΔ δεν είναι γνωστή, αν και πολλοί παράγοντες φαίνεται ότι συμμετέχουν στην εκδήλωσή του. Πιστεύεται ότι υπάρχει κληρονομική προδιάθεση μεταβιβαζόμενη με τον υπολειπόμενο χαρακτήρα. Επιβαρυσμένο κληρονομικό ιστορικό βρίσκεται στο 40% των αρρώστων. Δεν αρκεί όμως μόνο ο κληρονομικός παράγοντας για την κλινική εκδήλωση της νόσου, απαιτούνται και άλλοι υποβοηθητικοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων οι κυριότερες είναι η παχυσαρκία. Αν και δεν υπάρχει ικανοποιητική απόδειξη ότι το stress μπορεί να προκαλέσει μια μόνιμη διαβητική κατάσταση σε άτομα γενετικά φυσιολογικά μια ποικιλία βαριών καταστάσεων (φυσικών και συγκινησιακών) που προκαλούν stress συνδέονται με μειωμένη ανοχή γλυκόζης π.χ. εγκυμοσύνη, φυσικό και συγκινησιακό τραύμα, οξεία νόσος.

Τελευταία, πιστεύεται ότι ο νεανικού τύπου, ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ είναι αυτοάνοση νόσος. Παρουσιάζεται όχι σπάνια με νόσο του Addison, διαταραχές θυρεοειδή και με κακοήθη αναιμία.

Ο δευτεροπαθής ΣΔ εμφανίζεται μετά από γνωστές καταστάσεις, όπως ολική παγκρεατοτομή, παθήσεις του παγκρέατος (οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα, νεοπλασίες παγκρέατος), αιμοχρωμάτωση, σύνδρομο Cushing, μεγαλακρία, φαιοχρωμοκύττωμα, υπερθυρεοειδισμός, παθήσεις του ήπατος (κίρρωση ή καρκίνος) και θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

### **Συμπτώματα**

- Γλυκοζουρία, πολουουρία, πολυδιψία, αφυδάτωση, απώλεια βάρους.
- Θαμπή όραση
- Κνησμός και δερματικές λοιμώξεις
- Γενικευμένη αδυναμία, απώλεια μυϊκού ιστού
- Αλλαγή σωματικού ειδώλου
- Τύφλωση
- Ακρωτηριασμός
- Σεξουαλική δυσλειτουργία
- Κώμα

### **Σκλήρυνση κατά πλάκας**

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι απομυελινωτική νόσος. Σχεδόν κάθε βλάβη του νευρικού συστήματος προκαλεί εκφύλιση του μυελικού ελύτρου των νευρικών ινών, που αντικαθίσταται από πλάκες. Η απώλεια του μυελίνου ελύτρου διαταράσσει την αγωγή ώσεων μέσα από τους άξονες, με αποτέλεσμα την απώλεια λειτουργίας στο ανάλογο τμήμα του σώματος.

### **Συμπτώματα**

- Αδυναμία, αταξία, παράλυση, αισθητικές απώλειες ή διαταραχές, δυσλειτουργίες εντέρου, ουροδόχου κύστης και σεξουαλικές.
- Διαταραχές κρανιακών νεύρων: διπλωπία, νυσταγμός, ζάλη, δυσαρθρία, διαταραχή στον έλεγχο των μυών του προσώπου, δυσκολία στην κατάποση και μάθηση, ασταθές βάδισμα.

### **Μυασθένεια Gravis**

Φυσιολογικά, η αγωγή των ώσεων από τις νευρικές απολήξεις στην τελική κινητική πλάκα του μυός γίνεται με τη βοήθεια της ακετυλοχολίνης. Η ακετυλοχολίνη ελευθερώνεται από τις νευρικές απολήξεις και προκαλεί στην τελική πλάκα εκπόλωση, με αποτέλεσμα σύσπαση του μυός. Η ελευθερούμενη ακετυλοχολίνη διασπάται γρήγορα από τη χολινεστεράση. Στη

μυασθένεια μπορεί να υπάρχει ένα από τα εξής τρία προβλήματα: α) υπερπαραγωγή χολινεστεράσης, β) έλλειψη ακετυλοχολίνης, γ) τελική κινητική πλάκα μη ευαίσθητη στην εκετυλοχολίνη.

Ο άρρωστος που πάσχει από μυασθένεια παρουσιάζει μυϊκή αδυναμία. Έτσι, η κλινική εικόνα μπορεί να περιλαμβάνει βλεφαρόπτωση, διπλωπία, δυσκολία σε αναπνοή και κατάποση, ψηλή έρρινη ομιλία, δυσκολία συγκράτησης της κεφαλής και δυσκολία να χαμογελά.

#### **4.1. Η αλλαγή της σωματικής εικόνας που σχετίζεται με παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος**

Στις ορθοπαιδικές παθήσεις, συμπεριλαμβάνονται όλες εκείνες οι παθολογικές καταστάσεις, που αφορούν το μυοσκελετικό σύστημα, και μπορεί να είναι δυσμορφίες, δυσπλασίες ή παραμορφώσεις. Οι παθήσεις αυτές από απόψεως αιτιοπαθογένειας μπορεί να είναι συγγενείς, φλεγμονώδεις, εκφυλιστικές ή να αποτελούν τη συνέπεια μιας βλάβης του οστού, του συζευκτικού χόνδρου ή του αρθρικού χόνδρου.

##### **Δυσμορφίες**

Με τον όρο δυσμορφία στην Ορθοπαιδική χαρακτηρίζονται οι μόνιμες παρεκκλίσεις μέρους του σώματος από τη φυσιολογική ανατομική του σχέση και λειτουργία του.

Οι δυσμορφίες αυτές κατατάσσονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες και ταξινομούνται ανάλογα με τη σχέση που έχουν ως προς τα δύο επίπεδα, το μετωπιαίο και το οβελιαίο, με τα οποία και διαιρείται τοπογραφικά για λόγους διδακτικούς το ανθρώπινο σώμα.

Το οβελιαίο επίπεδο χωρίζει το σώμα σε δύο μέρη διερχόμενο θεωρητικά από το μέσο του σπλαχνικού κρανίου μπροστά και το μέσο του ινίου πίσω με κατεύθυνση προς τα κάτω, προς την ηβική σύμφυση και το μέσον του ιερού οστού. Το μετωπιαίο επίπεδο κάθετο προς το οβελιαίο, σχηματίζει διεδρικές γωνίες  $90^\circ$ .



Με βασικό κανόνα τη θέση των δύο αυτών επιπέδων και τη σχέση των μερών του σώματος ως προς το κάθε ένα από αυτά, οι παρεκκλίσεις από το οβελιαίο επίπεδο ονομάζονται πλάγιες, ενώ ως προς το μετωπιαίο επίπεδο προσθιοπίσθιες.

Οι πλάγιες αποκλίσεις είναι δύο κυρίως. Η απόκλιση σε ραιβότητα και η απόκλιση σε βλαισότητα.

### **Ραιβότητα**

Η σύγκλιση προς τη μέση γραμμή του σώματος ενός άκρου ή μέρους αυτού, καλείται παραμόρφωση σε ραιβότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η παραμόρφωση των γονάτων σε ραιβότητα η οποία καλείται και ραιβογονία.

Η έννοια της ραιβότητας υπάρχει σε πολλές ορθοπαιδικές παθήσεις, καθώς και σε μετατραυματικές παραμορφώσεις. Εξαίρεση αποτελεί το ραιβόκρανο, πάθηση που αφορά τους μυς του τραχήλου, με έμμεση συμμετοχή της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.



Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος

Θεσσαλονίκη 2001

## Βλαισότητα

Χαρακτηρίζεται η απόκλιση μέρους του σώματος από το οβελιαίο επίπεδο ή τη μέση γραμμή του σώματος. Είναι η αντίθετη παραμόρφωση από την ραιβότητα. Ανάλογο παράδειγμα είναι η βλαισιογονία κατά την οποία οι επιμήκεις άξονες του μηρού και της κνήμης δημιουργούν εσωτερική γωνία, μεγαλύτερη των  $180^\circ$ .

Με την έννοια της βλαισότητας χαρακτηρίζεται ένας αριθμός ορθοπαιδικών παθήσεων, όπως η βλαισοποδία, ο βλαισός μέγας δάκτυλος και άλλες.

Οι προσθιοπρόσθιες παρεκκλίσεις αφορούν το μετωπιαίο επίπεδο του σώματος. Οι πιο γνωστές είναι οι παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης, όπως η κύφωση και η λόρδωση όταν υπερβαίνουν το φυσιολογικό όριο τους. Στη σπονδυλική στήλη επίσης είναι δυνατό να διαμορφωθούν μικτές παραμορφώσεις, όπως η ιδιοπαθής σκολίωση όπου η απόκλιση αφορά κυρίως τον οβελιαίο άξονα, ενώ κυφωτική παραμόρφωση που μπορεί να συνυπάρχει αφορά το μετωπιαίο.

Στα κάτω άκρα οι παραμορφώσεις αυτές είναι εμφανέστερες π.χ. η ιπποποδία, η πτερνοποδία, η σύγκαψη του γόνατος, το ανάκυρτο γόναυ κλπ.



Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος

Θεσσαλονίκη 2001

## **Σάρκωμα**

Τα σαρκώματα εκ μαλακών ιστών αποτελούν ομάδα νεοπλασιών σχετικώς ομοιόμορφη και καλώς καθορισμένη.

Υπό το γενικό τίτλο σαρκώματα εκ μαλακών ιστών περιλαμβάνεται μια τεράστια ποικιλία ιστολογικώς διαφόρων νεοπλασιών με μεγάλη ποικιλία εντόπισης. Παρά το γεγονός ότι ο σκελετός και οι μαλακοί ιστοί αποτελούν το 75% του σωματικού βάρους, τα νεοπλάσματα εκ μαλακών ιστών είναι σχετικώς σπάνια και τους αναλογεί περίπου το 1% των κακοηθών νεοπλασιών του ενηλίκου και το 15% των παιδιατρικών νεοπλασιών. Το 1970 το 50% των ασθενών με σάρκωμα των άκρων υποβάλλονταν σε ακρωτηριασμό και οι ασθενείς που αντιμετωπίζονταν μόνο με ευρεία τοπική εκτομή για τη διάσωση του μέλους τους είχαν ποσοστό τοπικής υποτροπής περίπου 30%. Το 1980 με την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας το ποσοστό των ακρωτηριασμών μειώθηκε κάτω από 10% και το ποσοστό τοπικής υποτροπής μειώθηκε στο 10-15%. Σήμερα ο προσεκτικός σχεδιασμός της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς με σαρκώματα εκ μαλακών ιστών και η στενή συνεργασία πολλών ειδικοτήτων επιτυγχάνει τη διατήρηση αποδεκτής λειτουργικότητας με ταυτόχρονη ίαση.

Τα σαρκώματα από πλευράς εντόπισης μπορούν να διακριθούν σε τέσσερις ομάδες: των άκρων, της κεφαλής - τραχήλου - κορμού, του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου και των σπλάχνων. Το 50% των σαρκωμάτων εντοπίζεται στα άνω και κάτω άκρα και από τις περιπτώσεις αυτές τα 2/3 εντοπίζονται στην περιοχή του μηρού. Το 17-20% των περιπτώσεων εντοπίζονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο.

## **Κλινική εικόνα**

Οι περισσότεροι ασθενείς προσέρχονται με ανώδυνη βραδέως αυξανόμενη μάζα προερχόμενη από τους μαλακούς ιστούς οποιασδήποτε ανατομικής περιοχής του σώματος. Η χρονική διάρκεια του ιστορικού ποικίλλει από λίγες εβδομάδες μέχρι αρκετούς μήνες και εξαρτάται από τη θέση από την οποία εξορμάται και το κατά πόσον οι γειτονικοί ιστοί επιτρέπουν

ανεμπόδιστα την αύξησή της. Σχεδόν πάντα γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή ως ασυνήθιστη διόγκωση. Οι όγκοι του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου συνήθως φτάνουν σε μεγάλο μέγεθος πριν ο ασθενής αντιληφθεί την αύξηση της περιμέτρου της κοιλίας του, ενώ οι μάζες που εντοπίζονται στην κεφαλή και στην περιφέρεια των άκρων γίνονται αντιληπτές όταν έχουν ακόμα μικρό μέγεθος. Με καθυστέρηση επίσης αποκαλύπτονται μάζες οι οποίες βρίσκονται εν τω βάθει σε μεγάλες μυϊκές μάζες, όπως ο μηρός. Κάθε εν τω βάθει μάζα διαμέτρου μεγαλύτερης των 5 cm πρέπει να θεωρείται κακοήθης μέχρις απόδειξης του εναντίου. Η εμφάνιση πόνου ή αδυναμίας εκτέλεσης της λειτουργίας του μέλους ή φαινόμενα πίεσης γειτονικών οργάνων εμφανίζονται πολύ αργά στη διαδρομή της μάζας. Τα μεγάλα αρτηριακά στελέχη σπάνια διηθούνται, ενώ συνηθέστερα παρεκτοπίζονται. Περισσότερο συχνά επηρεάζεται η φλεβική επιστροφή έτσι ώστε το φλεβικό οίδημα του σκέλους περιφερικότερα από την ανάπτυξη της μάζας και το επίφλεβο του υπερκείμενου δέρματος να είναι συνήθη κλινικά σημεία. Η πίεση ή η διήθηση επίσημων νευρικών στελεχών μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της αισθητικότητας ή της κινητικότητας με επακόλουθο ατροφία των μυών ή κατάργηση των αντανακλαστικών.

Η διασπορά των σαρκωμάτων γίνεται κυρίως αιματογενώς, ενώ η διήθηση των περιοχικών λεμφαδένων δεν ξεπερνά το 5% αναλόγως βεβαίως και του ιστολογικού τύπου του σαρκώματος.

### **Οστεοπόρωση**

Η οστεοπόρωση είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία το ισοζύγιο μεταξύ σχηματισμού του οστού και απορρόφησης του οστού είναι διαταραγμένο, με αποτέλεσμα την ελάττωση της συνολικής μάζας του σώματος. Τα άτομα με οστεοπόρωση έχουν οστά τα οποία είναι μικρότερα από τα φυσιολογικά με συνέπεια να μην δύναται να μεταφέρουν το βάρος όπως τα φυσιολογικά.

### **Αιτιολογία**

- Ηλικία
- Φυλή (Λευκή)
- Θήλυ γένος (οι γυναίκες προσβάλλονται οκτώ φορές περισσότερο των ανδρών)
- Ορμονική ανεπάρκεια
- Χρήση ορμονών (ανασταλτικά της ωορρηξίας)
- Διαταραχή του ισοζυγίου μεταξύ των λειτουργιών των οστεοβλαστών και οστεοκλαστών.
- Ακινησία
- Χαμηλή λήψη ασβεστίου
- Φάρμακα (αντιόξινα περιέχοντα αργίλιο, στεροειδή, καφεΐνη, νικοτίνη)
- Εμμηνόπαυση
- Ωθηκεκτομή
- Ρευματοειδής αρθρίτις
- Καθιστικός τρόπος ζωής
- Τραύμα, μικρό ή απότομο

### **Κλινικές εκδηλώσεις**

- Μη φυσιολογική κυρτότητα της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης
- Μυϊκή ατροφία
- Οσφυϊκό άλγος με ή χωρίς επέκταση στα κάτω άκρα
- Συνολκές των αρθρώσεων
- Δυσμορφίες των σπονδύλων
- Κατάγματα ενός ή περισσότερων οστών (ισχία, κέρκις, σπόνδυλος)
- Απώλεια ύψους

### **Νόσος του Paget (παραμορφωτική οστεΐτις)**

Η νόσος του Paget ή παραμορφωτική οστεΐτις είναι σκελετική διαταραχή στην οποία υπάρχει μεγάλη οστική απορρόφηση με εκσεσημασμένη εντετοπισμένη υπερανάπτυξη του οστού. Τα οστά είναι μεγάλως παραμορφωμένα με ανομοιογενή αναγέννηση. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες περιοχές συμπεριλαμβάνουν τα οστά του προσώπου, κρανίου, σιαγόνων, μακρών οστών και σπονδυλική στήλη.

- Πιθανώς συγγενούς αιτιολογίας (οικογένεια παραμυξοίου)
- Άγνωστη αιτία της διαταραχής του ισοζυγίου μεταξύ σχηματισμού και απορρόφησης

### **Κλινικές εκδηλώσεις**

- Οστικές δυσμορφίες
- Υπερανάπτυξη του οστού
- Ανάπτυξη κάμψεων των μικρών
- Κόπωση
- Αυξημένη θερμοκρασία του δέρματος ύπερθεν του προσβληθέντος οστού(-ων)
- Έντονο σκελετικό άλγος
- Υπερτροφία του κρανίου

### **Συστηματική σκλήρυνση**

Η συστηματική σκλήρυνση (ΣΣ) (προηγουμένως ονομαζόταν σκληρόδερμα) είναι διαταραχή του συνδετικού ιστού η οποία χαρακτηρίζεται από εκφυλιστικές, ινωτικές και φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του δέρματος, των σκελετικών μυών, των εσωτερικών οργάνων, των αιμοφόρων αγγείων και του αρθρικού υμένος. Τα κύρια σημεία είναι η πάχυνση και σκλήρυνση του δέρματος. Μια παραλλαγή της ΣΣ είναι το καλούμενο σύνδρομο CREST, αναφερόμενο ως Ασβέστωση, Φαινόμενο Raynaud, Υποκινητικότητα του οισοφάγου και Τηλαγγειεκτασία (αγγείωμα του δέρματος). Η ΣΣ προσβάλλει

τις γυναίκες σε αναλογία 5:1 με τους άνδρες κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας.

- Η ακριβής αιτιολογία είναι άγνωστος
- Μπορεί να έχει ανοσολογική βάση όπως αναφέρεται κατωτέρω

### **Κλινικές εκδηλώσεις**

- Ελάττωση της ελαστικότητας του δέρματος
- Δυσφαγία οφειλούμενη στην υποκινητικότητα του οισοφάγου
- Κακοήθης υπέρταση
- Μυοκαρδιακή ίνωση οδηγούσα σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- Ανώδυνος συμμετρική διόγκωση και πάχυνση του δέρματος των χεριών και δακτύλων
- Συγκόλληση των αιμοπεταλίων• μπορεί να οδηγήσει σε έλκη ή γάγγραινα
- Πολυαρθραλγία
- Φαινόμενο Raynaud με αιμωδίες και βελονισμούς των δακτύλων
- Νεφρική νόσος
- Πάχυνση και σκλήρυνση του δέρματος• το δέρμα διατείνεται

### **Αγκυλωτική σπονδυλίτις**

Η αγκυλωτική σπονδυλίτις είναι φλεγμονώδης κατάσταση της σπονδυλικής στήλης και των ιερολαγονίων αρθρώσεων. Επιπροσθέτως, οι αρθρώσεις των ώμων, ισχίων και γονάτων μπορεί επίσης να προσβληθούν στα τελικά στάδια της νόσου. Οι προσβληθείσες αρθρώσεις καθίστανται δύσκαμπτες παραμορφούνται και αγκυλώνονται.

- Πιθανώς γενετικής αρχής με βάση την παρουσία του (HLA) B27 αντιγόνου στο 90% των ασθενών
- Πιθανώς αυτοανόσου αρχής

### **Κλινικές εκδηλώσεις**

- Αγκύλωση των σπονδυλικών και ιερολαγονίων αρθρώσεων με εμφάνιση ως από καλάμου bamboo
- Προσθία ραοειδίτις
- Εκσεσημασμένη κύφωση του θώρακος
- Προσθία έκταση της κεφαλής και του αυχένος
- Οσφυαλγία, τις περισσότερες φορές αρχόμενη από την ιερά περιοχή με τελική εξάλειψη της λорδώσεως.
- Προσβολή ανδρών:γυναικών 8:1, με μεγαλύτερη επίπτωση στις ηλικίες 20-40 ετών.
- Μυϊκοί σπασμοί
- Περιφερική αρτηρίτις
- Ουρηθρίτις

### **Οστεοαρθρίτις**

Η οστεοαρθρίτις είναι εκφυλιστική κατάσταση του χόνδρου των αρθρώσεων.

- *Πρωτοπαθής οστεοαρθρίτις*: μπορεί να οφείλεται στη μη φυσιολογική αναγέννηση του χόνδρου οφειλόμενη σε γενετική βλάβη ή υπερβολικό στρες και απόσπασση του αρθρικού χόνδρου.



- *Δευτεροπαθής οστεοαρθρίτις*: μπορεί να είναι επακόλουθο ή αποτέλεσμα από τραύμα, λοίμωξη ή συγγενή δυσπλασία, όπως η συγγενής δυσπλασία του ισχίου, κατάγματα και ενδοκρινικές ή μεταβολικές διαταραχές.
- *Παχυσαρκία*: μπορεί να συμβάλλει στην περαιτέρω επίδραση του στρες επί του αρθρικού χόνδρου.
- *Ηλικία*: παρατηρείται περισσότερο συχνά σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών.
- *Φύλο*: παρατηρείται ελαφρώς συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

### **Κλινικές εκδηλώσεις**

- Δυσμορφία της άρθρωσης ή αρθρώσεων: συνήθως μια άρθρωση μπορεί να προσβάλλεται περισσότερο από άλλες.
- Μεταβολές του βαδίσματος: μπορεί να αναπτυχθεί κλυδωνισμός του προσβαλλομένου ισχίου ή του γόνατος.
- Περιορισμός στην κίνηση των αρθρώσεων.
- Οι αρθρώσεις οι οποίες δέχονται το μεγαλύτερο βάρος όπως το ισχίο ή το γόνατο επηρεάζονται συνήθως προ των αρθρώσεων των άνω άκρων.
- Άλγος στην ή πέριξ της αρθρώσεως, αμβλύ ή έντονο, μπορεί να αφυπνίσει το άτομο από τον ύπνο και να επηρεάσει την ανάπαυση.
- Παρουσία των οζιδίων του Heberden στις άνω αρθρώσεις των δακτύλων ή οζιδίων του Bouchard στις εγγύς διαμεσοφαλαγγικές αρθρώσεις.
- Βράχυνση της προσβαλλομένης αρθρώσεως(-ων) ή του σκέλους.
- Ακαμψία και οίδημα της προσβαλλομένης αρθρώσεως.

## Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι η συχνότερη ρευματική πάθηση. Εμφανίζεται με συχνότητα 1-3% του πληθυσμού στις δυτικές χώρες, με αύξηση της συχνότητας εμφάνισης στις ηλικίες 45-55 ετών. Στις γυναίκες παρατηρείται αύξηση της συχνότητας και βαρύτητας της νόσου κυρίως μετά την εμμηνόπαυση, ενώ παρατηρείται ύφεση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της κύησης και έξαρσή της κατά το πρώτο δίμηνο μετά τον τοκετό. Τα τελευταία 40 χρόνια παρατηρείται σημαντική μείωση της συχνότητας της ΡΑ στις γυναίκες και αυτό αποδίδεται στη χρήση των αντισυλληπτικών φαρμάκων.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι νόσος πολυπαραγοντική. Στην πρόκλησή της ενοχοποιούνται ανοσολογικοί μηχανισμοί, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς επίσης ορμονικοί και ψυχολογικοί παράγοντες που ευνοούν τη στροφή του ανοσολογικού συστήματος για αυτοάνοση απάντηση και καταστροφή "δικών του" ιστών.

Πιθανοί εκλυτικοί παράγοντες της νόσου μπορεί να είναι εξωτοξίνες ή ιοί, υπεραντιδραστικότητα σε ειδικά αυτοαντιγόνα (κολλαγόνο τύπου II) και αυξημένη υπεραντιδραστικότητα σε πρωτεογλυκάνες του χόνδρου. Η κοινωνική και οικονομική κατάσταση, το stress και το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου φαίνεται ότι ανήκουν στους προδιαθεσικούς παράγοντες. Οι ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες του ηλιακού φωτός και οι αντιφλεγμονώδεις και αντιοξειδωτικές ιδιότητες του ελαιολάδου πιθανόν να ευθύνονται για την ηπιότερη κλινική εμφάνιση της ΡΑ στους Έλληνες απ' ό,τι στους Βρετανούς.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα εμφανίζεται ύπουλα ως βραδεία πολυαρθρίτιδα στο 50% των περιπτώσεων, ενώ οξέως στο 10-25% των περιπτώσεων, κυρίως ως μονοαρθρίτιδα του καρπού ή του γόνατος. Ακόμα μπορεί να αρχίσει ως βραδεία μονοαρθρίτιδα από μεγάλες αρθρώσεις και να εξελιχθεί σε πολυαρθρίτιδα. Σπάνια μία ή περισσότερες αρθρώσεις μπορεί να φλεγμαίνουν για λίγες ώρες ή ημέρες και να υποτροπιάζουν περιοδικά.

Ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά πρώιμης διάγνωσης της νόσου δεν υπάρχουν και η πορεία της ΡΑ διακρίνεται για την ετερογένειά της. Η

βαρύτητα της νόσου, η διάρκεια των εξάρσεων και υφέσεων και η απάντηση στη θεραπεία διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή.

Οι κύριες εκδηλώσεις της PA προέρχονται από τις αρθρώσεις και οφείλονται στη φλεγμονώδη υμενίτιδα και τις βλάβες των αρθρώσεων που γίνονται μη αναστρέψιμες στο τέλος του δεύτερου έτους από την έναρξη της νόσου. Οι βλάβες συνίστανται σε σχηματισμό κοκκιωματώδους υμένα, διάβρωσης του οστού και του αρθρικού χόνδρου, φλεγμονή των ελύτρων των τενόντων και των συνδέσμων.

Τυπικό χαρακτηριστικό της PA είναι η πρωινή δυσκαμψία, που σχετίζεται με την έξαρση και το βαθμό της φλεγμονής. Οι αρθρώσεις είναι επώδυνες, διογκωμένες και θερμές με περιορισμένο το εύρος κίνησης. Η προϊούσα βλάβη και παρεκτόπιση των τενόντων οδηγεί στις τυπικές παραμορφώσεις των άκρων χειρών, όπως είναι η ωλένια απόκλιση του καρπού και των δακτύλων. Σε ακτινογραφία παρατηρούνται διαβρώσεις και περιαρθρική οστεοπόρωση. Η παραμόρφωση των μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων των δακτύλων "δίκην κομβιοδόχης" ή "λαιμού κύκνου" είναι τυπική. Οι μύες γύρω από την άρθρωση βαθμιαία εμφανίζουν σπασμό, βράχυνση και ατροφία με αποτέλεσμα την επιδείνωση της παραμόρφωσης των δακτύλων. Στις μεγάλες αρθρώσεις η διήθηση του αρθρικού θυλάκου και των συνδέσμων και η κοκκιωματώδης διήθηση του υμένα, οδηγεί βαθμιαία στη χαλάρωση και αστάθεια των αρθρώσεων, όπως π.χ. του γόνατος και της ατλαντοαξονικής άρθρωσης της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, όπου μπορεί να προκαλέσει υπεξάρθρημα.

Η PA δεν καθορίζεται πλέον ως κλασική, σαφής ή πιθανή νόσος. Για τη διάγνωση της PA πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 από τα 7 κριτήρια. Τα κριτήρια 1-4 πρέπει να παραμένουν τουλάχιστον για 6 εβδομάδες.

Γενικά συμπτώματα που συνοδεύουν τη νόσο είναι ο πυρετός, η καταβολή δυνάμεων, η κακοδιαθεσία, η ανορεξία και η απώλεια βάρους.

Η νόσος μπορεί να είναι πολυσυστηματική και να συνοδεύεται από διάφορες εξωαρθρικές εκδηλώσεις, όπως λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία, σύνδρομο Felty, διάμεση πνευμονική ίνωση, πλευρίτιδα, ενδοκαρδίτιδα,

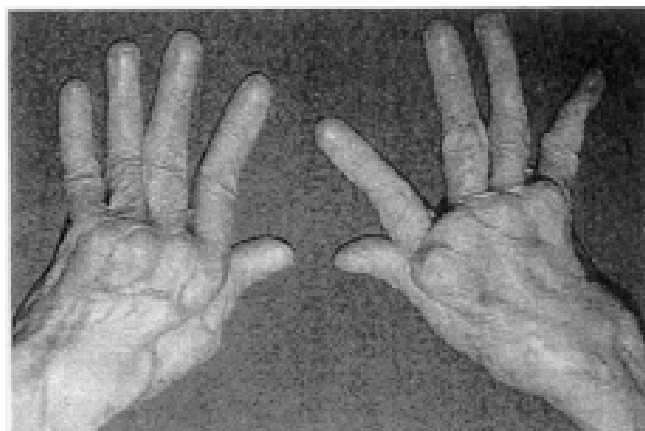
σπειραματονεφρίτιδα ή συμπτώματα από τους οφθαλμούς όπως ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα και επισκληρίτιδα.

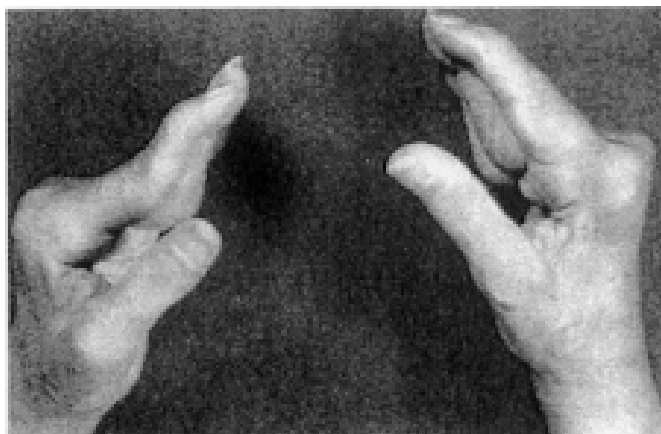
Η πορεία της ΡΑ διακρίνεται σε 4 τύπους: α) Μονοκυκλική (ένα επεισόδιο μόνο) 15%, β) Διαλείπουσα 25%, γ) Εμμένουσα 50% και δ) Ταχέως επιδεινούμενη 10%. Γενικά η έκβαση της νόσου δεν είναι ικανοποιητική. Μετά από 10-20 έτη από την έναρξη των συμπτωμάτων το 50% των ασθενών με εμμένουσα νόσο καταλήγει σε αναπηρία, ενώ η εμμένουσα και ταχέως επιδεινούμενη πορεία καταλήγουν, κατά 70%, σε αναπηρία από τα 15 έτη.

Δυσμενείς παράγοντες έκβασης αποτελούν η ύπουλη έναρξη, η μακρά διάρκεια μεταξύ εμφάνισης της νόσου και της έναρξης της θεραπείας, ο μεγάλος αριθμός των προσβεβλημένων αρθρώσεων (>20), η συστηματική προσβολή, η κακή γενική κατάσταση, η κατά την έναρξη της νόσου.

### **Κλινικές εκδηλώσεις**

Αδυναμία κάμψης και έκτασης της θωρακικής μοίρας, ευαισθησία στην περιοχή της ιερολαγονίου άρθρωσης (σημείο Menelli) και ελάττωση της περιστροφικής κίνησης του κορμού στο επίπεδο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Καταργείται επίσης η φυσιολογική διαφορά των 4 cm της περιμέτρου του θωρακικού τοιχώματος κατά την εισπνοή-εκπνοή εξαιτίας της αδυναμίας κινητοποίησης του θώρακα.





Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος

Θεσσαλονίκη 2001

### **Γιγαντοκυτταρικός όγκος των αρθρώσεων**

Ο γιγαντοκυτταρικός όγκος των αρθρώσεων ή των ελύτρων των τενόντων εντοπίζεται στην αρθρικό θύλακο, στους ορογόνους περιαρθρικούς θυλάκους και στα έλυτρα των τενόντων. Πρόκειται για υπερπλασία του αρθρικού υμένος που εμφανίζει αφθονία συνδετικού ιστού με πλήθος γιγαντοκυττάρων. Είναι σπάνια καλοήθης νεοπλασματική εξεργασία και προσβάλλει κυρίως ενήλικες και των δύο φύλων.

Κλινικά η εμφάνιση της βλάβης χαρακτηρίζεται από ομαλή διόγκωση η οποία με την πάροδο του χρόνου γίνεται ενοχλητική. Η εντόπισή της είναι συνήθως υποδόρια και διαπιστώνεται με την επισκόπηση.

Θεραπευτικά γίνεται εγχειρητική αφαίρεση του όγκου. Σε περίπτωση που ο όγκος είναι διάχυτος είναι απαραίτητη η σχολαστική αφαίρεσή του προκειμένου να αποφευχθούν οι υποτροπές



Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος

Θεσσαλονίκη 2001

## **Ουρική αρθρίτιδα - Ποδάγρα**

Η ουρική αρθρίτιδα είναι γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη. Η κλινική της εικόνα χαρακτηρίζεται από κρίσεις οξείας αρθρίτιδας συνήθως της μεταταρσιοφαλαγγικής άρθρωσης του μεγάλου δακτύλου του ποδός (κατά 70%) και γι' αυτό η πάθηση ονομάστηκε ποδάγρα. Επίσης της ποδοκνημικής άρθρωσης του γόνατος, της πηχειοκαρπικής άρθρωσης κλπ.

Η ουρική αρθρίτιδα διακρίνεται σε *πρωτοπαθή* (αύξηση της ποσότητας του ουρικού οξέος που παράγεται) και *δευτεροπαθή* (αύξηση της ποσότητας του ουρικού οξέος στο αίμα, που όμως παράγεται σε φυσιολογική ποσότητα). Η πάθηση είναι συχνότερη στους νέους άνδρες, ενώ στις γυναίκες εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση.

### **Κλινική εικόνα**

Στα αρχικά στάδια της νόσου έχουμε προσβολή μιας ή περισσότερων αρθρώσεων που είναι περιοδική. Διαπιστώνεται οίδημα και ερυθρότητα των μαλακών μορίων της άρθρωσης και ο ασθενής αλγεί έντονα.

Στη χρόνια μορφή της νόσου η πάθηση έχει τη μορφή της εκφυλιστικής πολυαρθρίτιδας (διόγκωση των αρθρώσεων, δυσκαμψία, και ψηλαφητοί ουρικοί τόφοι στα μαλακά μόρια των αρθρώσεων). Στους ασθενείς με ουρική αρθρίτιδα είναι συχνή η νεφρολιθίαση, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης (10%), η υπερχοληστεριναιμία και η στεφανιαία νόσος.

## **4.2. Η αλλαγή σωματικής εικόνας που σχετίζεται με παθήσεις του πεπτικού συστήματος**

### **Καρκίνος του παχέος εντέρου**

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου είναι σκληρός, συμπαγής όγκος με ανώμαλη ανάπτυξη, ο οποίος συνήθως εξελκείται και πολλές φορές αιμορραγεί. Ο καρκίνος αυτός εμφανίζει σχετικώς βραδεία ανάπτυξη. Είναι δυνατόν να περιορίζεται στο βλεννογόνο χιτώνα του εντέρου ή να επεκτείνεται πέραν του τοιχώματος του εντέρου και δίδει μεταστάσεις σε

απομεμακρυσμένες περιοχές κυρίως λεμφογενώς. Οι συνηθέστερες περιοχές μεταστάσεων είναι οι πνεύμονες, τα οστά, το ήπαρ και το περιτόναιο. Όταν ο όγκος μεγαλώσει, τότε προκαλεί απόφραξη του εντέρου.

Εκτομή του εντέρου (η μόνη επιτυχής θεραπεία):

- Δεξιά ή αριστερά ημικολεκτομή για αλλοιώσεις εντοπιζόμενες στο δεξιό ή αριστερό κόλον.
- Κοιλιακή - περιπρωκτική εκτομή με μόνιμη κολοστομία για αλλοιώσεις εντοπιζόμενες συνήθως στο ορθοσιγμοειδές σε απόσταση μικρότερη των 6 cm από τον πρωκτό.
- Ακτινοθεραπεία (για ανεγχείρητο αδενοκαρκίνωμα) χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του ασθενούς και τη σμίκρυνση του όγκου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εξακολουθεί να είναι και σήμερα η πιο συχνή κακοήθης πάθηση του ανθρώπου και έχει την πρώτη θέση μεταξύ των σπλαχνικών καρκίνων τόσο στις ΗΠΑ και Μεγάλη Βρετανία όσο και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνότερος στις γυναίκες ενώ ο καρκίνος του ορθού στους άνδρες. Εμφανίζεται από την ηλικία των 30 ετών με μεγαλύτερη συχνότητα κατά την έκτη και έβδομη δεκαετία. Σε μικρό ποσοστό προσβάλλει άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών.

Τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου και του ορθού εμφανίζουν σχετικά βραδύ ρυθμό ανάπτυξης. Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του όγκου που εντοπίζεται στο παχύ έντερο είναι περίπου 620 ημέρες, που σημαίνει ότι μεσολαβούν πολλά χρόνια κατά τα οποία ο καρκίνος παραμένει ασυμπτωματικός και κατ' επέκταση σε πρώιμα στάδια. Έτσι οι προσπάθειές μας είναι να διαγνώσουμε τον καρκίνο κατ' αυτή τη χρονική περίοδο που θα έχουμε και πολύ καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Η συμπτωματολογία εξαρτάται από την εντόπιση του καρκίνου γι' αυτό τα συμπτώματα θα διαχωριστούν σε συμπτώματα του δεξιού κόλου, του αριστερού κόλου και τέλος του ορθού. Συχνότερος είναι καρκίνος του ορθοσιγμοειδούς.



Τα συμπτώματα του καρκίνου του δεξιού κόλου είναι αόριστα και όχι τόσο χαρακτηριστικά για τους εξής λόγους: 1) το εύρος του αυλού του εντέρου είναι μεγαλύτερο περίπου 2½ φορές από αυτό του αριστερού κόλου, 2) το υδαρές περιεχόμενο του τελικού ειλεού προς το τυφλό και 3) η μακροσκοπική μορφή του καρκίνου που είναι κυρίως ανθοκραμβοειδής και όχι στενωτικού τύπου.

Έτσι, για όλα αυτά οι ασθενείς προσέρχονται καθυστερημένα χωρίς σαφή κλινική εικόνα. Τα σπουδαιότερα συμπτώματα είναι τα εξής:

- α) Μια ανεξήγητη αναιμία με τα ανάλογα επακόλουθά της, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, ζάλη, αδυναμία και δύσπνοια μετά από κόπωση. Η αναιμία αυτή προέρχεται από τη μικροσκοπική αιμορραγία του όγκου. Μακροσκοπική αιμορραγία δεν είναι συχνή.
- β) Διάφορα δυσπεπτικά ενοχλήματα ή και πόνος κατά τη δεξιά κοιλία με επέκταση στον ομφαλό. Μπορεί να θεωρηθούν σαν ενοχλήματα από χολοκυστοπάθεια ή γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος ή και σκωληκοειδίτιδα.
- γ) Στο 10% των ασθενών με καρκίνο του δεξιού κόλου το πρώτο σημείο είναι η ανεύρεση ψηλαφητής μάζας στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.
- δ) Η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου σε καρκίνο του δεξιού κόλου και η εντερική απόφραξη δεν είναι χαρακτηριστικά ούτε συχνά συμπτώματα.

Τα συμπτώματα του καρκίνου του αριστερού κόλου είναι πιο χαρακτηριστικά, αρκεί να μην εκληφθούν ως συμπτώματα άλλων παθήσεων. Χαρακτηριστική είναι η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου είτε υπό μορφή δυσκοιλιότητας είτε υπό μορφή διαρροϊκών κενώσεων ή εναλλαγή και των δύο. Είναι δυνατόν να υπάρχει αίμα στα κόπρανα που είναι συνήθως ανάμικτο με αυτά καθώς και βλέννα.

Η αιμορραγία που προκαλείται από τον καρκίνο του παχέος εντέρου σπάνια είναι μεγάλης μορφής. Η παρουσία όμως αναιμίας ή ψηλαφητής μάζας υποδηλώνει προχωρημένο καρκίνο. Άλλο χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου του αριστερού κόλου είναι η πλήρης ή ατελής εντερική απόφραξη. Στο τμήμα αυτό ο αυλός του εντέρου είναι μικρότερος και το εντερικό περιεχόμενο πιο συμπαγές. Επίσης στην περιοχή αυτή ο

μακροσκοπικός τύπος του καρκίνου είναι δακτυλοειδής, με αποτέλεσμα την προϊούσα εντερική απόφραξη.

### **Κίρρωση του ήπατος**

Η κίρρωση του ήπατος είναι χρόνια προοδευτική νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από διάχυτη φλεγμονή και ίνωση του ήπατος. Ουλώδης ιστός αντικαθιστά τα υγιή παρεγχυματικά κύτταρα του ήπατος. Επειδή η ροή του αίματος δε μπορεί να γίνει ελεύθερα μέσω του κίρρωτικού ήπατος, επιστρέφει μέσω των σπλαγχικών φλεβών (πυλαία φλέβα, πυλωρικές), προκαλούμενης τελικά συμφόρησης, αγγειακής αιμόστασης και υποξία των οργάνων που αρδεύονται από αυτές τις φλέβες. Επιπλέον, το πάσχον ήπαρ δεν δύναται να επιτελέσει τις φυσιολογικές μεταβολικές λειτουργίες του.

Οι κυριότερες επιπλοκές της ηπατικής κίρρωσης είναι:

- Ηπατική εγκεφαλοπάθεια προκαλούμενη από τα αυξημένα επίπεδα της αμμωνίας του αίματος
- Ασκίτης
- Πυλαία υπέρταση
- Ηπατονεφρικό σύνδρομο προκαλούμενο από αφυδάτωση ή λοίμωξη
- Ενδοκρινικές διαταραχές προκαλούμενες από ελαττωμένη έκκριση των γοναδοτροφινών

### **Καρκίνος του ήπατος**

Η κλινική εικόνα του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος παρουσιάζει πολυμορφία και δεν προσφέρει αξιόπιστη βοήθεια στη διάγνωση. Η νόσος δεν διαγιγνώσκεται εύκολα κλινικά. Η έναρξή της άλλοτε είναι αθόρυβη και ο καρκίνος μπορεί να παραμένει επί μακρόν λανθάνων και ασυμπτωματικός. Ευνόητο είναι ότι η κλινική εικόνα εξαρτάται από την συνύπαρξη ή όχι κίρρωσης. Η κλασική συμπτωματολογία που σχετίζεται άμεσα με τον όγκο σε υγιές ήπαρ περιλαμβάνει άλγος στο δεξιό υποχόνδριο, που μπορεί να αντανakλά στη σύστοιχη ωμοπλάτη, ψηλαφητή μάζα, επιγαστρικό βάρος, αλλαγή της γενικής κατάστασης, δυσπεπτικές διαταραχές, καταβολή, ανορεξία

και απώλεια βάρους. Ο ίκτερος είναι σπάνιος στον πρωτοπαθή καρκίνο, είναι δε συχνότερος κι πρωιμότερος στο χολαγγειοκαρκίνωμα. Στα 3/4 των περιπτώσεων παρατηρείται ηπατομεγαλία. Ασκίτης μπορεί να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα πυλαίας υπέρτασης αναπτυσσόμενης σταδιακά από την πίεση που ασκούν η νεοπλασία και οι διηθημένοι λεμφαδένες στο στέλεχος ή τους ενδοηπατικούς κλάδους της πυλαίας. Μια αιφνίδια επιπλοκή μπορεί να αποκαλύψει τη νόσο που μέχρι τη στιγμή αυτή ήταν τελείως αθόρυβη. Οξεία εισβολή άλγους συνοδεύεται σε περισσότερο από 10% των περιπτώσεων από οξύ αιμοπεριτόναιο που οφείλεται σε ρήξη νεοπλασματικών όζων που έχουν υποστεί κεντρική νέκρωση.

### **Ηπατίτις Β**

Ο ιός της ηπατίτιδας Β ανήκει στην ομάδα των ηπατίτιδων DNA. Η μόλυνση γίνεται παρεντερικώς, σεξουαλικώς και περιγεννητικώς. Ο χρόνος επώασης διαρκεί 3-180 ημέρες.

Αρχικά υπάρχουν πρόδρομα συμπτώματα που διαρκούν μερικές ημέρες από 2-10 ημέρες. Εμφανίζεται μια κατάσταση που μοιάζει με γρίπη, δηλαδή πυρετό, μυαλγίες, αρθραλγίες, κεφαλαλγίες, συνοδεύονται δε αυτά από ανορεξία, εμετούς, γαστρεντερικές διαταραχές και διάρροια.

Κατόπιν έρχεται ένα στάδιο που διαρκεί μερικές εβδομάδες περίπου 4-10 κατά τις οποίες επέρχεται αλλαγή στην σωματική εικόνα όπως ίκτερος Έχουμε εκτός από την ικτερική χροιά αρχικά των βλεννογόνων (κερατοειδούς) και κατόπιν του δέρματος, τα ούρα πολύ σκούρα, χρώματος τσαγιού ή κονιάκ και αποχρωματισμό των κοπράνων. Πολλές φορές οι ασθενείς έχουν κνησμό. Επίσης υπάρχει ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία.

### **4.3. Η αλλαγή σωματικής εικόνας που σχετίζεται με παθήσεις ουροποιογεννητικού συστήματος**

#### **Νεφρική ανεπάρκεια**

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία, λόγω βλάβης των νεφρών, δεν είναι δυνατή για μακρό διάστημα η διατήρηση της ομοιόστασης. Για δε τη διατήρηση στη ζωή, είναι αναγκαία η εφαρμογή τεχνητών μέσων. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν την αιμοδιύλιση, περιτοναϊκή διύλιση και τη μεταμόσχευση νεφρού. Σε ορισμένες περιπτώσεις η νεφρική ανεπάρκεια είναι αναστρέψιμη και η θεραπεία διακόπτεται όταν η νεφρική λειτουργία αποκατασταθεί. Οποσδήποτε όμως, σε ορισμένες περιπτώσεις η νεφρική βλάβη είναι μόνιμη και η θεραπεία γίνεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Η νεφρική ανεπάρκεια είναι οξεία ή χρόνια. Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται από την ταχεία εμφάνιση ολιγουρίας, ακολουθούμενη από διουρητική φάση για χρονικό διάστημα λίγων εβδομάδων έως ενός μηνός. Αν η νεφρική ανεπάρκεια δεν είναι αναστρέψιμη, τότε αναπτύσσεται χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αναπτύσσεται βραδέως για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του μηνός ή ετών, με βαθμιαία ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας και ακολούθως έχουμε αύξηση των προκαλούμενων συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση του τελικού σταδίου της νεφρικής ανεπάρκειας. Ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός κατά τη διάρκεια του αρχικού σταδίου της νεφρικής υπολειτουργίας. Αόριστα συμπτώματα και αύξηση της κρεατινίνης του ορού και της ουρίας του αίματος αναφέρονται στη νεφρική ανεπάρκεια. Στο τελικό στάδιο αυτά είναι περισσότερο, οι ηλεκτρολυτικές και βιοχημικές διαταραχές είναι περισσότερο εμφανείς και τα συμπτώματα επιδεινώνονται. Επειδή οι νεφροί διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην ομοιόσταση των υγρών και ηλεκτρολυτών του οργανισμού, για το λόγο αυτό δύναται να παρατηρηθούν ποικίλες διαταραχές αυτών (απλές και μικτές).

## Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ονομάζουμε την προοδευτική ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας φτάνοντας στη πλήρη ανικατότητα των νεφρών να επιτελέσουν το έργο τους. Τα αίτια που δημιουργούν τέτοιες καταστάσεις είναι κάποιες φλεγμονές (πυελονεφρίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα), μεταβολικές νόσοι, σακχαρώδης διαβήτης κ.α.

Κατά το πρώτο στάδιο της νόσου (καταστροφή 50-60% των νεφρώνων) τα μόνα συμπτώματα που υπάρχουν είναι η νυκτουρία και μια μέτρια πολυουρία. Στο δεύτερο στάδιο της νόσου (80-90% καταστροφή των νεφρώνων) έχουμε αύξηση των τιμών της ουρίας, κρεατινίνης, φωσφόρου, ουρικού οξέος, πτώση τιμής αιματοκρίτη, ασβεστίου κλπ. Στο τρίτο στάδιο που υπάρχει πλήρης νεφρική ανεπάρκεια, υπάρχουν βαριά κλινικά συμπτώματα, που καταλήγουν σε κώμα και θάνατο του αρρώστου. Γενικά υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία μεταβολικών διαταραχών του ισοζυγίου του νερού, καλίου, μαγνησίου, ασβεστίου, φωσφόρου, οξεοβασικής ισορροπίας και διαφόρων άλλων ουσιών.

Οι πρώτες εκδηλώσεις είναι:

- Απώλεια της φυσιολογικής ενέργειας και αυξημένη κόπωση στην άσκηση
- Ωχρότητα, η οποία συχνά είναι τόσο απαραίτητη, που η αλλαγή μπορεί να μην είναι εμφανής
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση, μερικές φορές

Με την εξέλιξη της νόσου, μπορεί να εμφανιστούν και άλλες, εκδηλώσεις όπως:

- Μείωση της όρεξης (ιδιαίτερα στη λήψη του προγεύματος)
- Μείωση ενδιαφέροντος για τις φυσιολογικές δραστηριότητες
- Αύξηση της διούρησης και αντισταθμιστική πρόσληψη υγρών
- Ωχρότητα, που γίνεται εμφανής καθώς το δέρμα παίρνει χαρακτηριστικό υποκίτρινο χρώμα, λόγω της αναιμίας και της εναπόθεσης χρωματογόνου στο δέρμα
- Κεφαλαλγίες, μυϊκές κράμπες και ναυτία

Άλλα σημεία και συμπτώματα

- Απώλεια βάρους
- Οίδημα προσώπου
- Κακουχία
- Αρθραλγίες και πόνο στα οστά
- Καθυστέρηση στην ανάπτυξη
- Ξηρότητα δέρματος και κνησμό
- Μώλωπες
- Αισθητικές και κινητικές διαταραχές, μερικές φορές
- Αμηνόρροια, στα κορίτσια της εφηβικής ηλικίας.

### **Κακοήθη νεοπλάσματα**

Κακοήθη είναι τα νεοπλάσματα, που μεγαλώνουν με γρήγορο ρυθμό, δεν έχουν σαφή όρια, ούτε περιβάλλονται από κάψα, διηθούν τους γειτονικούς ιστούς, προκαλούν μεταστάσεις σε άλλα όργανα και, αν δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, καταστρέφουν την υγεία και προκαλούν το θάνατο.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα εμφανίζουν απώλεια διαφοροποίησης, ατυπία, αναπλασία και, όσα προέρχονται από το μεσεγχυματικό ιστό, λέγονται σαρκώματα, όσα από το λεμφικό, λεμφώματα όσα από τον επιθηλιακό καρκινώματα ή καρκίνοι, όρος, που χρησιμοποιείται για όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα. Η λέξη χρονολογείται από την εποχή του Ιπποκράτη και προέρχεται από την εμφάνιση των επιφανειακών φλεβών του μαστού, όταν αυτές πιέζονται από την ύπαρξη κακοήθους νεοπλασίας. Στην περίπτωση αυτή, που πρώτη φορά ο Ιπποκράτης παρατήρησε σε γυναίκα από τα Άβδηρα, οι φλέβες διευρύνονται, έχουν αγκυλωτή διάταξη με κέντρο τη θηλή και μοιάζουν με πόδια κάβουρα (καρκίνου).

## **Κακοήθη νεοπλάσματα κόλπου**

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του κόλπου αποτελούν το 1-2% όλων των κακοηθών νεοπλασμάτων του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και, τις περισσότερες φορές, μεταστατικά με πρωτοπαθή εστία στο αιδοίο, στον τράχηλο, στο ενδομήτριο, στην ουρήθρα, στην ουροδόχο κύστη και στο ορθό. Πρωτοπαθή είναι κυρίως το επιθηλίωμα και το σάρκωμα και δευτεροπαθή το αδενοκαρκίνωμα και το χοριοκαρκίνωμα. Στο 60% των περιπτώσεων καρκίνου, έχει προηγηθεί υστερεκτομία και στο 30% καρκίνος του αιδοίου ή του τραχήλου.

Ο καρκίνος του κόλπου εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση, τις περισσότερες φορές στο πάνω τριτημόριο του οπισθίου κολπικού τοιχώματος. Άλλες φορές, αναπτύσσεται πάνω σε έλκος, που προκάλεσε χρόνιας ερεθισμός του κολπικού τοιχώματος από ολική πρόπτωση μήτρας ή ενδοκολπικός πτεσός.

Σπάνια, παρατηρούνται δευτεροπαθείς εντοπίσεις στο κάτω τριτημόριο του κόλπου από μεταστάσεις καρκίνου του τραχήλου, του ενδομητρίου, των ωοθηκών και των μαστών.

Προδιαθεσικοί παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του κόλπου θεωρούνται οι πολλοί τοκετοί, η πρόπτωση της μήτρας, η λευκοπλακία, η σύφιλη, τα κονδυλώματα κλπ.

Οι συχνότερες μορφές καρκίνου του κόλπου είναι:

**Επιθηλίωμα.** Αυτό είναι το συχνότερο κακοήθες νεόπλασμα του κόλπου και εμφανίζεται με ελκώδη μορφή, σπάνια με θηλωματώδη και εύκολα αιμορραγεί.

**Αδενοκαρκίνωμα.** Αυτό προέρχεται από υπολείμματα του επιθηλίου του μεσονέφρου ή από ενδομητρίωση. Μορφή αδενοκαρκινώματος του κόλπου, αποτελεί το αδενοκαρκίνωμα, που εμφανίζεται από αδένωση στον κόλπο των κοριτσιών, που η μητέρα τους έλαβε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης δισκετοξιστρίνη, που είναι με στεροειδική οιστρογόνο ορμόνη (σύνδρομο DES).

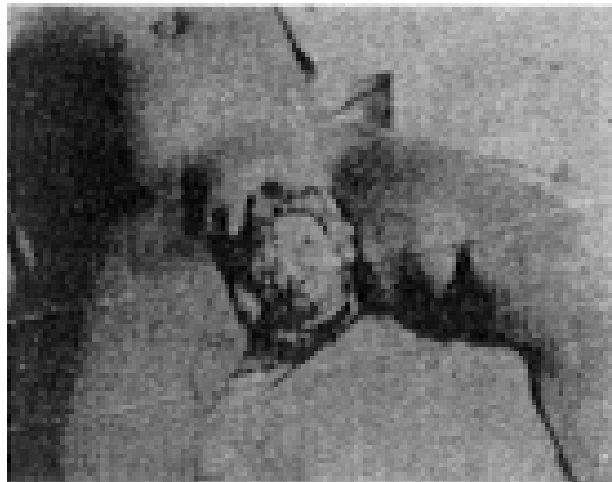
**Σάρκωμα.** Αυτό είναι σπάνιο. Όταν εμφανίζεται στα μικρά κορίτσια λέγεται βοτρυοειδές και προσβάλλει την πρόσθια επιφάνεια του κοιλιακού θόλου.

**Μελάνωμα.** Το κακόηθες μελάνωμα του κόλπου είναι πολύ σπάνιο. Προκαλεί γρήγορα μεταστάσεις και το θάνατο.

### **Συμπτώματα**

Αυτά είναι η κοιλιακή υπερέκκριση και η αιμορραγία μετά συνουσία ή κοιλιακή πλύση. Μόνο σε προχωρημένα στάδια εμφανίζεται πόνος, δυσουρία, αιματουρία ή αιμορραγικές κενώσεις.

Όταν ο καρκίνος επεκταθεί σε γειτονικούς ιστούς δημιουργεί κυστεοκολπικό ή ορθοκολπικό συρίγγιο.



Γεωργακόπουλος ΠΑ.

Επιτομή Μαιευτικής Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής.

Αθήνα 1993.



## **Καρκίνος του αιδοίου**

Το πλακώδες καρκίνωμα του αιδοίου αποτελεί το 5% των γυναικολογικών καρκίνων και εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας.

Η ριζική χειρουργική εξαίρεση του αιδοίου, ριζική αιδοιεκτομή - en bloc - με τους μηροβουβωνικούς λεμφαδένες αμφοτερόπλευρα, είναι η κύρια μορφή θεραπείας με την οποία επιτυγχάνεται ποσοστό πενταετούς επιβίωσης 91% στο στάδιο I και 81% στο στάδιο II.

Η χρησιμοποίηση τριών ξεχωριστών τομών για την εξαίρεση του αιδοίου και των μηροβουβωνικών λεμφαδένων, χρησιμοποιείται επίσης με εξίσου καλά θεραπευτικά αποτελέσματα και μικρότερη νοσηρότητα, συνήθως σε μικρούς όγκους που δεν συνοδεύονται από διογκωμένους ύποπτους λεμφαδένες.

Η επιβίωση μειώνεται σημαντικά αν διαπιστωθούν θετικοί λεμφαδένες στην ιστολογική εξέταση (66%). Στις περιπτώσεις αυτές συνιστάται μετεγχειρητικά συμπληρωματική ακτινοθεραπεία των μηροβουβωνικών χωρών και των πυελικών λεμφαδένων. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με την λεμφαδεκτομή των πυελικών λεμφαδένων που εφαρμόζετο στο παρελθόν.

Το ποσοστό των επιπλοκών της en bloc χειρουργικής θεραπείας είναι υψηλό και συνίσταται συνήθως σε διάσπαση του τραύματος (50%), λεμφοίδημα, λεμφοκύστεις, ψυχολογικά προβλήματα λόγω της αλλαγής του σώματος, σεξουαλικά προβλήματα κλπ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Η αλλαγή της σωματικής εικόνας σε παιδιά και εφήβους

Η ποικιλία των χρόνιων ασθενειών και συνδρόμων που παρατηρούνται στα παιδιά είναι πολύ μεγάλη. Η επιδημιολογία των ασθενειών στην παιδική ηλικία διαφέρει από αυτήν που παρουσιάζει η χρόνια ασθένεια στην ώριμη ηλικία. Διάφορες μελέτες υπολογίζουν ότι το 15-40% των παιδιών πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια και το 80% των παιδιών που πάσχουν από κάποιο σοβαρό χρόνιο νόσημα επιβιώνει μέχρι την ώριμη ηλικία με μια αυξητική τάση στο προσδόκιμο επιβίωσης των παιδιών αυτών.

Παρακάτω, αναφέρονται μερικές από τις παθήσεις, που είναι συχνές στην παιδική ηλικία και προκαλούν αλλαγή στη σωματική εικόνα παιδιών και εφήβων.

#### **β-μεσογειακή αναιμία**

Η β-μεσογειακή αναιμία (β-θαλασσαιμία ή αναιμία Cooley) είναι κληρονομική αναιμία μεταβιβαζόμενη με το υπολειπόμενο σωματικό γονίδιο. Οφείλεται σε διαταραχή της σύνθεσης των β-αλυσίδων, με αποτέλεσμα την ελάττωση του συνολικού ποσού αιμοσφαιρίνης που περιέχεται στο ερυθροκύτταρο και επομένως τη δημιουργία βαριάς υποχρωμίας. Η κληρονομικότητα είναι πολύπλοκη, αλλά μπορούν να αναγνωρισθούν δύο μορφές: η ομόζυγη μορφή - μείζων β-μεσογειακή αναιμία και η ετερόζυγη-ελάστων β-μεσογειακή αναιμία.

Η β-μεσογειακή αναιμία είναι αρκετά συχνή σε άτομα που κατάγονται από μεσογειακές χώρες, αλλά απαντάται και σε άλλες χώρες, όπως στη Μ. Ασία και στη Βόρειο και Κεντρική Αφρική.

Ο όρος "μεσογειακή αναιμία" έχει επικρατήσει, διότι παλιότερα πιστευόταν ότι αφορά μόνο Μεσογειακούς λαούς (Έλληνες, Ιταλούς κλπ.). Η πρώτη περιγραφή της έγινε το 1925 από τον Cooley σε Έλληνες και Ιταλούς μετανάστες της Αμερικής.

Είναι σοβαρή αιματολογική κατάσταση. Η βασική ανωμαλία είναι η ανεπαρκής σύνθεση της αιμοσφαιρίνης A (HbA) με αποτέλεσμα το μικρό χρόνο ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων, γι' αυτό κατατάσσεται και στις αιμολυτικές αναιμίες.

Ανάλογα με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας έχουμε:

- 1) Ομόζυγη ή μείζονα β-θαλασσαιμία ή νόσος Cooley.
- 2) Ετερόζυγη ή ελάσσονα β-θαλασσαιμία ή στίγμα μεσογειακής αναιμίας.

Στην ομόζυγη μορφή οι πάσχοντες κληρονομούν και από τους δύο γονείς τα υπεύθυνα γονίδια για τη διαταραχή, με αποτέλεσμα να έχουμε βαριά αναιμία που γίνεται εμφανής ακόμα και από την ενδομήτρια ζωή μετά από αμνιοπαρακέντηση.

Σε περίπτωση που δεν γίνει προγεννητικός έλεγχος και γεννηθεί το βρέφος, εμφανίζει έντονη ωχρότητα, ελλειμματική ανάπτυξη, διόγκωση κοιλιάς, ηπατοσπληνομεγαλία και αργότερα μογγολοειδές προσώπείο. Οι άρρωστοι έχουν ανάγκη από πολλές μεταγγίσεις αίματος και σαν συνέπεια των μεταγγίσεων έχουμε αιμοσιδήρωση (εναπόθεση σιδήρου) στα διάφορα όργανα όπως στον καρδιακό μυ και επίσης παρουσιάζεται καρδιακή ανεπάρκεια, η οποία καταλήγει σε θάνατο κατά την παιδική ηλικία.

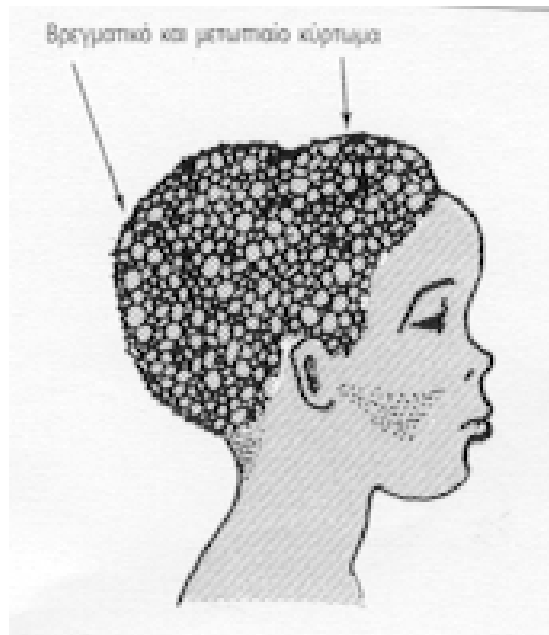
Στην ετερόζυγη μορφή (στίγμα) κληρονομείται από τον ένα γονιό μόνο το παθολογικό γονίδιο και συνήθως είναι τόσο ελαφρά η κατάσταση ώστε να μην υπάρχουν συμπτώματα. Απλά είναι φορείς του στίγματος.

Η αναιμία είναι μικρού βαθμού όπως και η σπληνομεγαλία. Πολλές φορές συγχέεται με τη σιδηροπενική αναιμία, αλλά αυτό εξακριβώνεται από τα εργαστηριακά ευρήματα, αναζήτηση της HbA, με ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης.

Κλινικές εκδηλώσεις της ομόζυγης β-μεσογειακής αναιμίας:

- Αναιμία, που εμφανίζεται από τους πρώτους μήνες της ζωής. Οι άρρωστοι έχουν έντονη ωχρότητα με λεμονοειδή απόχρωση (υπικτερική χροιά).

- Κεφαλαλγία, προκάρδιος και οστικός πόνος, μειωμένη αντοχή στην άσκηση, ανησυχία και ανορεξία μπορεί να εμφανισθούν με την πρόοδο της αναιμίας.
- Συχνή επίσταξη (κοινό σύμπτωμα που παρατηρείται σ' αυτά τα παιδιά, άγνωστης αιτιολογίας).
- Υπερουριχαιμία και αρθρίτιδα, λόγω γρήγορης κυτταρικής καταστροφής.
- Χολολιθίαση, λόγω αυξημένης αιμόλυσης.
- Προοδευτική διόγκωση του σπληνός που οδηγεί σε υπερσπληνισμό, ως αποτέλεσμα της εξωμυελικής αιμοποίησης, της γρήγορης καταστροφής των ελαττωματικών ερυθροκυττάρων και σπάνια, της προοδευτικής ίνωσης από την αιμοχρωμάτωση. Η μεγάλη διόγκωση του σπληνός παρεμβαίνει στη λειτουργία των άλλων κοιλιακών οργάνων και στην έκπτυξη του πνεύμονος. Η αναιμία επιδεινώνεται και παρατηρείται τάση για αιμορραγία και ευαισθησία στις λοιμώξεις.
- Αυξημένη προδιάθεση στις λοιμώξεις.
- Ηπατομεγαλία
- Τυπικό μογγολοειδές προσωπείο (διόγκωση των οστών του κρανίου, προεξοχή των μύλων των παρειών, πλατυσμένη μύτη με εισέρχουσα ρίζα, λοξή σχισμή των βλεφάρων, υπερπλασία της άνω γνάθου και αποκάλυψη κατά το χαμόγελο των ούλων και των δοντιών αυτής).
- Καθυστέρηση της ανάπτυξης του παιδιού, που γίνεται αισθητή στην ηλικία των 9-10 ετών.
- Απουσία ή καθυστέρηση εμφάνισης των δευτερογενών χαρακτηριστικών, λόγω αιμοχρωμάτωσης.
- Σακχαρώδης διαβήτης λόγω αιμοχρωμάτωσης.
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Ο κυριότερο αιτιολογικός παράγοντας καρδιακής ανεπάρκειας είναι η χρόνια αναιμία, που αντιμετωπίζεται με συχνές μεταγγίσεις αίματος, με αποτέλεσμα την εναπόθεση σιδήρου στο μυοκάρδιο.



Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ.

Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική.

Αθήνα 1997.

### **Δρεπανοκυτταρική αναιμία**

Η δρεπανοκυτταρική αναιμία οφείλει την ονομασία της στη δρεπανοειδή μορφή που παίρνουν τα ερυθροκύτταρα όταν βρεθούν κάτω από συνθήκες έλλειψης οξυγόνου, με αποτέλεσμα λόγω του σχήματος αυτού να δημιουργούνται θρομβώσεις αγγείων που φράζουν τα αγγεία κυρίως του σπλήνα, των νεφρών, προκαλώντας έτσι ισχαιμία και κατά συνέπεια ανοξία ιστών.

Η παθολογική αιμοσφαιρίνη S (sickle - δρέπανο), λόγω του σχήματος που παίρνει, δημιουργεί έμφρακτα και θρομβώσεις στα αγγεία όπως προαναφέραμε. Όπως και στη μεσογειακή αναιμία υπάρχουν δύο μορφές:

- α) ομόζυγη και
- β) ετερόζυγη μορφή.

Η ομόζυγη μορφή είναι βαριά αιμολυτική αναιμία γιατί έχει κληρονομήσει και από τους δύο γονείς τα παθολογικά γονίδια. Τα άτομα

έχουν έντονη ωχρότητα και περιορισμένη σωματική ανάπτυξη. Επίσης δημιουργείται σπληνομεγαλία.

Το χαρακτηριστικό της πάθησης είναι ότι κατά διαστήματα ο άρρωστος παθαίνει κρίσεις έντονου πόνου στη κοιλιά και στις αρθρώσεις που συνοδεύονται από πυρετό και αιμόλυση. Η διάγνωση θα γίνει εργαστηριακά όπου βρίσκεται η παθολογική αιμοσφαιρίνη (Hbs) στην ηλεκτροφόρηση της αιμοσφαιρίνης.

Θεραπεία της αρρώστιας δεν υπάρχει. Γίνεται προσπάθεια αποφυγής των αιτιών που προκαλούν δρεπάνωση και τα οποία είναι οι λοιμώξεις, η υποξία και στις κρίσεις έντονου πόνου γίνεται αγωγή για την ανακούφιση του αρρώστου, χορηγώντας του αναλγητικά. Οι μεταγγίσεις αίματος βοηθούν την κρίση δρεπανοκυτταρικής αναιμίας.

### **Λαγώχειλος ή χειλεοσχιστία**

Είναι συγγενής σχισμή της ακρολοφίας του φίλτρου του άνω χείλους και οφείλεται στη μη συνένωση του όζου της άνω γνάθου με την έσω ρινική απόφυση. Η δυσπλασία είναι οικογενής στο 30% των περιπτώσεων, ενώ ως εξωγενή αίτια θεωρούνται λοιμώξεις κατά την κύηση (ερυθρά - τοξοπλάσμωση).

Διακρίνεται σε ατελές, όταν η σχισμή αφορά το ερυθρό ή και μέρος του άνω χείλους και σε τέλειο, όταν εκτείνεται μέχρι το έδαφος του ρώθωνα. Το τέλειο λαγώχειλος συνοδεύεται συχνά με χάσμα της φατνιακής απόφυσης της γνάθου ή και της σκληράς και μαλθακής.

### **Λυκόστομα ή υπερωϊοσχιστία**

Οφείλεται στην ατελή σύγκλειση των διδύμων κρημνών της υπερώας, η οποία μπορεί να αφορά τη μαλακή ή τη σκληρή υπερώα και άλλοτε και τις δύο.

Το βρέφος εμφανίζει δυσκολίες κατά το θηλασμό και τη σίτιση κυρίως υπό τη μορφή ρινικής παλινδρόμησης του γάλακτος. Σε ένα ποσοστό των παιδιών εμφανίζονται επίσης διαταραχές ομιλίας (ανοικτή ρινολαλιά) και

διαταραχές ακοής κυρίως λόγω υποτροπιάζουσας μέσης ωτίτιδας. Τα προβλήματα αυτά παραμένουν ακόμη και μετά την πλήρη διόρθωση της ανωμαλίας, η οποία γίνεται μετά το 18ο μήνα ζωής, συνήθως σε ένα εγχειρητικό χρόνο, όταν αφορά μόνο τη μαλθακή υπερώα και σε δύο χρόνους, όταν αφορά και τη σκληρή υπερώα.



Λαγος Π, Αντωνιάδης Σ.

Βασική Παιδιατρική

Αθήνα 1995.

## **Διαταραχές της υπόφυσης**

### **Υποφυσιογενής νανισμός**

Οφείλεται σε ανεπαρκή έκκριση της αυξητικής ή σωματοτρόπου ορμόνης από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Η αιτία άλλοτε είναι άγνωστη (ιδιοπαθής) και άλλοτε είναι όγκοι ή διάφορες άλλες ασθένειες που βλάπτουν την περιοχή.

Κατά τη γέννηση το ύψος είναι φυσιολογικό όπως και το βάρος, η καθυστέρηση εκδηλώνεται μετά το πρώτο χρόνο. Οι αναλογίες του σώματος είναι συμμετρικές, το πρόσωπο ανώριμο, η φωνή οξεία και υπάρχει περισσότερο λίπος στην κοιλιά και στο θώρακα. Η πνευματική ανάπτυξη είναι συνήθως φυσιολογική ενώ η σεξουαλική λειτουργία στις μισές περιπτώσεις δεν επηρεάζεται.

### **Υποφυσιογενής γιγαντισμός**

Οφείλεται σε αυξημένη έκκριση της αυξητικής ορμόνης ή σε όγκους της περιοχής.

Εκδηλώνεται συνήθως κατά την εφηβική ηλικία με συμμετρική αύξηση του αναστήματος. Εάν συμβεί μετά τη σύγκλιση των εκφύσεων παρατηρείται ακρομεγαλία.

Θεραπευτικά γίνεται αφαίρεση ή καταστροφή της υπόφυσης, κρυοχειρουργικά ή με ραδιενεργές ουσίες.

### **Άποιος διαβήτης**

Οφείλεται σε ανεπαρκή έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης (πιπρεσίνη) από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Προκαλείται από κληρονομικά αίτια ή και δευτεροπαθή, όπως όγκοι, λοιμώξεις, φάρμακα κλπ.

Χαρακτηρίζεται από πολυουρία και πολυδιψία, ανεπαρκή λήψη τροφής και καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης. Υπάρχει πάντα κίνδυνος αφυδάτωσης.



## **Νοσήματα του θυρεοειδή αδένου**

### **Συγγενής υποθυρεοειδισμός**

Οφείλεται σε υποπλασία ή απλασία του θυρεοειδή αδένου ή σε δυσορμονογένεση από κληρονομικά αίτια. Σπάνια μπορεί να οφείλεται σε λήψη ιωδίου ή βρογχοκηλογόνων ουσιών από τη μητέρα ή και σε στέρηση ιωδίου.

Κατά τη γέννηση συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα, υπάρχουν όμως ύποπτα σημεία όπως, παράταση του νεογνικού ικτέρου, υπερμεγέθεις πηγές κρανίου, νωθρότητα, υποθερμία κλπ. Η κλινική εικόνα συμπληρώνεται βαθμιαία τις επόμενες εβδομάδες, όταν παρουσιάζεται ξηρό μυξοιδηματικό δέρμα με αραιές ξηρές και εύθραυστες τρίχες, μεγάλη γλώσσα, κοντό αυχένα, μεγάλη κοιλιά, ομφαλοκήλη, καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης, υποτονία, δυσχέρεια στη σίτιση, βραδυκαρδία κλπ.

### **Υπερθυρεοειδισμός (τοξική διάχυτη βρογχοκήλη - Νόσος Graves)**

Αιτιολογικά πιθανολογούνται ανοσολογικοί μηχανισμοί. Κλινικά είναι πιο συχνή στα κορίτσια και εκδηλώνεται με υπερδιεγερσιμότητα, αύξηση της όρεξης και στασιμότητα ή απώλεια βάρους, τρόμος, υπερθερμία, εφιδρώσεις, διάρροια, ταχυκαρδία κ.α. Επίσης μπορεί να υπάρχει λαμπερό βλέμμα και συχνά εξόφθαλμος. Εργαστηριακά βρίσκεται αυξημένη η  $T_3$  και  $T_4$ . Η πρόσληψη του ραδιενεργού ιωδίου είναι αυξημένη (δεν πρέπει να γίνεται σε μικρά παιδιά).

## **Νοσήματα επινεφριδίων**

### **Νόσος του Addison**

Οφείλεται σε ατροφία του φλοιού των επινεφριδίων από αυτοανοσοποίηση (συντά βρίσκονται αντισώματα εναντίον του επινεφριδιακού ιστού). Έχει οικογενή χαρακτήρα.

Εκδηλώνεται συνήθως βαθμιαία και χαρακτηρίζεται από καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, εμετούς, διάρροια, απώλεια βάρους, υπόταση. Παρατηρείται μελάγχρωση του δέρματος στο πρόσωπο, ούλα, στόμα, θηλές, ομφαλό, χέρια και στις αρθρώσεις. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται και απότομα σε κρίσεις κυρίως μετά από λοίμωξη, τραύμα, κόπωση κλπ.

### **Σύνδρομο Cushing**

Οφείλεται κυρίως σε ιατρογενή αίτια λόγω της μακρόχρονης χορήγησης μεγάλων δόσεων κορτικοστεροειδών. Σπάνια οφείλεται σε χρόνια υπερπαραγωγή γλυκοκορτικοειδών από όγκους των επινεφριδίων ή υπερπαραγωγή ACTH από όγκους της υπόφυσης.

Το κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η παχυσαρκία στο πρόσωπο και στο σώμα ενώ τα άκρα είναι λεπτά. Παρατηρείται επίσης αναστολή της αύξησης σε ύψος.

### **Συγγενής υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων**

Κληρονομείται με τον υπολειπόμενο σωματικό χαρακτήρα. Οφείλεται σε ανεπάρκεια των ενζύμων που είναι απαραίτητα για τη σύνθεση της κορτιζόλης από τα επινεφρίδια. Αποτέλεσμα της ελαττωμένης σύνθεσης της κορτιζόλης είναι υπερέκκριση ACTH, που προκαλεί υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων. Υπάρχει επίσης υπερπαραγωγή ορισμένων πρόδρομων ουσιών της κορτιζόλης, που έχουν αρρενοποιητικές ιδιότητες.

### **Κλινική εικόνα**

Το κυριότερο κλινικό εύρημα είναι η αρρενοποίηση που εκδηλώνεται σαν ψευδοερμαφροδιτισμός στα κορίτσια και σαν πρώιμη ήβη στα αγόρια. Είναι πολλές φορές αδύνατη η κλινική ταυτοποίηση του φύλου και ο διαχωρισμός μεταξύ πέους και κλειτορίδας ή μεταξύ χειλέων του οσχέου. Η πρώιμη αρρενοποίηση και η μεγέθυνση του πέους συνήθως παρατηρείται μετά το δεύτερο χρόνο.

Εάν η έλλειψη του ενζύμου είναι πλήρης, τότε υπάρχει και απώλεια άλατος (λόγω ανεπάρκειας της αλδοστερόνης) που γίνεται φανερή κατά τη δεύτερη εβδομάδα της ζωής με γενική κατάπτωση, εμέτους, αφυδάτωση. Διάρροια μπορεί να υπάρχει ή και να μην υπάρχει.



Λαγος Π, Αντωνιάδης Σ.

Βασική Παιδιατρική

Αθήνα 1995.

### **Νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα (NPA)**

Η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα αποτελεί τη συχνότερη νόσο του συνδετικού ιστού της παιδικής ηλικίας. Στις πιθανές αιτίες περιλαμβάνονται η ανοσολογική αντίδραση, η ανοσογενετική προδιάθεση, οι λοιμώξεις, πιθανός τραυματισμός και το stress. Εκδηλώνεται σε ηλικίες μικρότερες των 16 ετών με μεγαλύτερη συχνότητα στην ηλικία 1-3 ετών.

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια που θεσπίστηκαν από την Αμερικανική Ρευματολογική Εταιρεία το 1989 και είναι:

1. Ηλικία έναρξης < 16 ετών
2. Αρθρίτιδα μιας ή περισσότερων αρθρώσεων
3. Διάρκεια νόσου > 6 εβδομάδες
4. Μορφή νόσου που χαρακτηρίζεται στους πρώτους 6 μήνες από ολιγοαρθρίτιδα (< 5 αρθρώσεις).

Πολυαρθρίτιδα (> 5 αρθρώσεις)

Συστηματική μορφή (αρθρίτιδα και διαλείπων πυρετός)

5. Αποκλεισμός άλλων αιτιών

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλλουν και εξαρτώνται από τη μορφή της. Η διάκριση στις διάφορες μορφές βασίζεται στις κλινικές εκδηλώσεις που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια 6 μηνών από την εκδήλωσή της.

Η NPA εκδηλώνεται με τρεις μορφές: συστηματική (10%), πολυαρθρική (40%) και ολιγοαρθρική (50%). Κυριότερες κλινικές εκδηλώσεις της συστηματικής μορφής είναι ο υψηλός κυψατοειδής πυρετός, το κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα που εντοπίζεται κυρίως στον κορμό, η αρθρίτιδα με πολυαρθρικό χαρακτήρα (κυρίως προσβάλλονται οι μικρές αρθρώσεις των ποδιών και χεριών και από τις μεγάλες η ποδοκνημική και η κατά γόνα), η διόγκωση του ήπατος και του σπλήνα, η περικαρδίτιδα και η λεμφαδενίτιδα.

Η πολυαρθρική μορφή εμφανίζεται συχνότερα στα κορίτσια. Προσβάλλει συμμετρικά τις αρθρώσεις, προτιμώντας κυρίως τις μεγάλες και ειδικά τις κατά γόνα αρθρώσεις. Ακολουθούν σε συχνότητα οι πηχεοκαρπικές, ποδοκνημικές, και μετακαρπιοφαλαγγικές. Συχνά προσβάλλεται η αυχενική

μοίρα της σπονδυλικής στήλης που οδηγεί σε οξύ ραιβόκρानο με δυσκαμψία αυχενική και αγκύλωση των σπονδυλικών τόξων. Τη νόσο μπορούν να συνοδεύουν πυρετός και λεμφαδενίτιδα.

Η ολιγοαρθρική μορφή (50%) χαρακτηρίζεται από την ασύμμετρη προσβολή μικρού αριθμού αρθρώσεων (<4) και σε μεγάλο ποσοστό.

Η πρόγνωση εξαρτάται από τη μορφή της νόσου. Στο 95% των ασθενών της ολιγοαρθρικής και πολυαρθρικής μορφής η νόσος περιορίζεται βαθμιαία με την ηλικία και μόνο σε λίγους ασθενείς τα συμπτώματα επιμένουν μετά την ενηλικίωση.

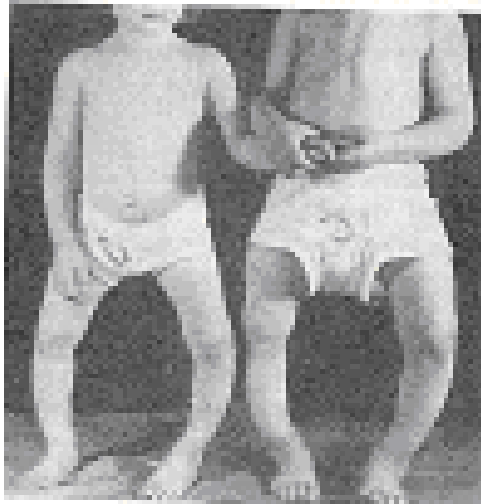
### **Ραχίτιδα**

Το σύνολο των παραμορφώσεων του σκελετού που παρατηρείται στα παιδιά εξ αιτίας της έλλειψης της βιταμίνης D καλείται ραχίτιδα.

Η πάθηση παρατηρείται συνήθως σε βρέφη από 6 μηνών έως 3 ετών. Τα οστά λόγω της ευπλαστότητάς τους από τη μη εναπόθεση ανόργανων συστατικών στη θεμέλιο ουσία, είναι εύκαμπτα και παραμορφώνονται με τη δράση του βάρους του σώματος. Το κρανίο είναι σχήμα πυελοειδές, οι μηροί και οι κνήμες παραμορφώνονται σε ραιβότητα και η οδοντοφυΐα καθυστερεί, όπως και η βιάδιση.

Η σπονδυλική στήλη παραμορφώνεται. Στη θωρακική μοίρα αυξάνει η κύφωση και στην οσφυϊκή μοίρα εμφανίζεται η λόρδωση. Την κλινική εικόνα της ραχίτιδας χαρακτηρίζει ακόμα η έκπτωση της μυϊκής ισχύος των ασθενών.

Χαρακτηριστική είναι η διόγκωση των συζευκτικών χόνδρων των πλευρών με αποτέλεσμα το σχηματισμό του ραχιτικού κομβολογίου.



Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος.

Θεσσαλονίκη 2001

### **Κλινικές μορφές της πάθησης**

Ανάλογα με την κλινική μορφή της πάθησης, αυτή χαρακτηρίζεται ως:

**Εμβρυϊκή ραχίτιδα.** Όταν πάσχει η μητέρα από αβιταμίνωση D, πάσχει και το έμβρυο. Την κλινική εικόνα χαρακτηρίζει η ύπαρξη ενδομητρίων καταγμάτων.

**Βρεφική ραχίτιδα.** Εμφανίζεται μετά τη διακοπή του θηλασμού, όταν η διατροφή του βρέφους δεν είναι σωστή.

**Εφηβική ραχίτιδα.** Εκδηλώνεται στους εφήβους που έχουν κακή διατροφή και έλλειψη βιταμίνης D.

Ως κοιλιακή ραχίτιδα (κοιλιοκάκη) χαρακτηρίζονται οι παραμορφώσεις του σκελετού που οφείλονται σε παθήσεις του εντέρου στις οποίες μειώνεται η απορρόφηση της βιταμίνης D, του Ca και του P εξαιτίας της κακής πέψης των λιπών (δυσανεξία του εντέρου στη γλουτένη, απόφραξη των χοληφόρων, χρόνια παγκρεατική απόφραξη, ηπατοπάθεια κλπ.).

### **Παιδικό σκορβούτο ή νόσος του Barlow**

Η διατροφή των βρεφών με προκατασκευασμένες παιδικές τροφές όταν αυτά δεν θηλάζουν, μπορεί να προκαλέσει παιδικό σκορβούτο. Είναι πάθηση που οφείλεται στην έλλειψη της βιταμίνης C.

Εξαιτίας της αβιταμίνωσης C προκαλούνται τριχοειδικές αιμορραγίες και διαταραχή της οστεοπαραγωγικής διαδικασίας. Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη στη σύνθεση της θεμέλιας ουσίας των οστών (matrix) και ειδικότερα του κολλαγόνου τύπου I.

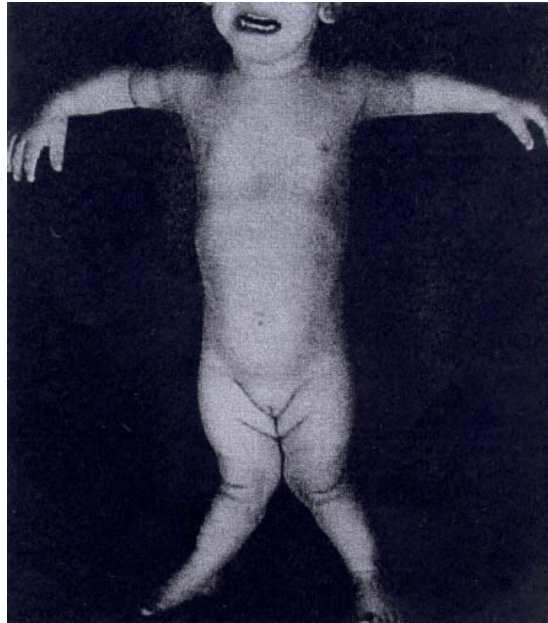
Το βρέφος είναι ανήσυχο με αιμορραγίες στα ούλα και αναιμικό. Υπάρχει ευαισθησία και άλγος στην περιοχή των μεταφύσεων και επιφύσεων. Είναι δυνατό να ψηλαφηθούν υποπερισστικά αιματώματα ή να έχουμε κατάγματα στα κάτω άκρα και διόγκωση των επιφύσεων στα μακρά οστά.

### **Αχονδροπλασία**

Η αχονδροπλασία είναι νόσος κληρονομική και μεταφέρεται με τον επικρατούντα σωματικό χαρακτήρα. Αποτελεί τη συχνότερη αιτία νανισμού και η συχνότητά της υπολογίζεται σε 1/67.000 γεννήσεις. Όταν ο ένας από τους γονείς είναι αχονδροπλασικός ο κίνδυνος εμφάνισης στα τέκνα είναι 50%, αλλά το 80% των περιπτώσεων αχονδροπλασικών ασθενών (νανισμός) οφείλεται σε νέες μεταλλάξεις.

Στην αχονδροπλασία ο σκελετός του κορμού των ασθενών (σπονδυλική στήλη και λεκάνη) έχει κανονικό μέγεθος σε αντίθεση με τα άκρα (άνω και κάτω) που είναι βραχέα καθώς και το κρανίο στο οποίο φαίνεται να προεξέχει το μέτωπο διότι η βάση του είναι μικρή. Η βράχυνση των άκρων αφορά κυρίως τα κεντρικά τμήματα των μακρών οστών (βραχιόνια και μηριαία οστά).

Η πνευματική ανάπτυξη των ασθενών αυτών είναι φυσιολογική



Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος

Θεσσαλονίκη 2001

### **Συγγενείς ανωμαλίες και παθήσεις της σπονδυλικής στήλης**

#### **Ραιβόκρानο**

Ραιβόκρानο καλείται η προς τα πλάγια κλίση της κεφαλής. Διακρίνεται σε ραιβόκρानο των νεογνών, σε επίκτητο και σε οξύ ραιβόκρानο.

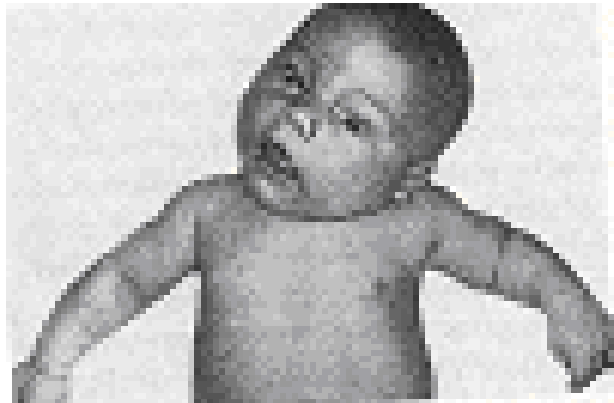
#### **Ραιβόκρानο των νεογνών**

Το συγγενές ή μαιευτικό ραιβόκρानο των νεογνών παρατηρείται κατά την εξέταση του βρέφους μετά τον τοκετό ή λίγες μέρες αργότερα. Στην αρχή παρατηρείται κλίση της κεφαλής προς ένα πλάγιο και με προσεκτική ψηλάφηση του τραχήλου διαπιστώνεται ευαισθησία και διόγκωση της γαστέρας του σύστοιχου στερνοκλειδομαστοειδούς μυός.

Με την πάροδο των ημερών διαμορφώνεται στην πλευρά που κλίνει η κεφαλή μια σφαιρική, ελαστική και ανώδυνη διόγκωση εντός της μάζας του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός, η οποία δεν συμφύεται με το δέρμα. Η



διόγκωση αυτή αρχικά αυξάνεται σε όγκο με την πάροδο όμως του χρόνου υποχωρεί ώστε να εξαφανισθεί προς το τέλος του πρώτου έτους της ηλικίας



Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος

Θεσσαλονίκη 2001



Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος

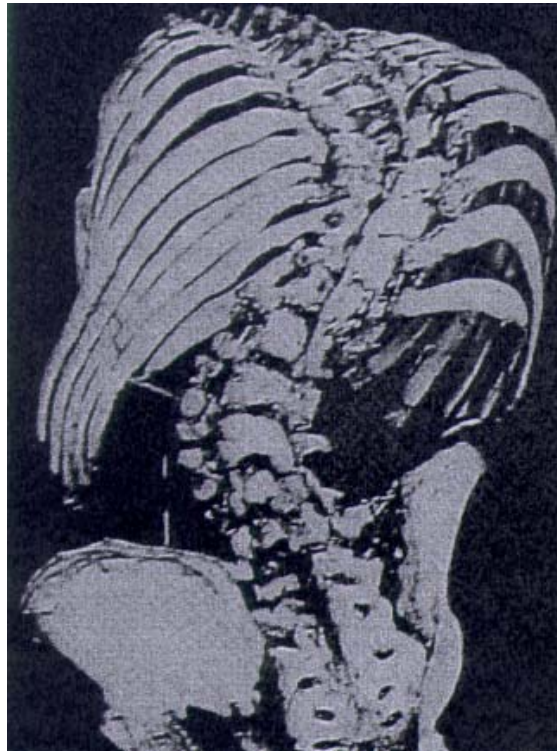
Θεσσαλονίκη 2001

## Σκολίωση

Σκολίωση καλείται η πάθηση στην οποία υπάρχει παρέκκλιση της σπονδυλικής στήλης από τη μέση γραμμή του σώματος. Η πλάγια κλίση της σπονδυλικής στήλης ανεξάρτητα από την αιτία που την προκαλεί δημιουργεί παραμόρφωση του κορμού, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει και στροφική παραμόρφωση.

Με βάση την αιτιοπαθογένεια της βλάβης, η σκολίωση χωρίζεται αρχικά σε δύο μεγάλες ομάδες, την οργανική ή πρωτοπαθή και τη λειτουργική ή δευτεροπαθή.

Οργανική ή πρωτοπαθής χαρακτηρίζεται η σκολίωση που οφείλεται σε παραμορφώσεις της δομής της σπονδυλικής στήλης, ενώ λειτουργική η δευτεροπαθής όταν η αιτία που την προκαλεί είναι εκτός της σπονδυλικής στήλης και στην περίπτωση που αυτή αρθεί, η παραμόρφωση αποκαθίσταται.



Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος

Θεσσαλονίκη 2001

## **Ιδιοπαθής σκολίωση**

Ιδιοπαθής χαρακτηρίζεται η οργανική μορφή σκολίωσης της οποίας η αιτιοπαθογένεια παραμένει άγνωστη. Απόψεις που υποστηρίζουν ότι λειτουργικές ανωμαλίες το κεντρικού νευρικού συστήματος είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην εμφάνιση της πάθησης, δεν έχουν αποδειχθεί βάσιμες.

Η ιδιοπαθής σκολίωση είναι η συχνότερη μορφή σκολίωσης και ανάλογα με την ηλικία που εμφανίζεται χωρίζεται σε βρεφική, παιδική και εφηβική.

**Βρεφική** χαρακτηρίζεται η ιδιοπαθής σκολίωση όταν εμφανισθεί μεταξύ του πρώτου και του τρίτου έτους της ηλικίας. Η μορφή αυτή είναι συχνότερη στα άρρενα βρέφη και αυτοιάται σε ποσοστό 90%. Στις υπόλοιπες 10% των περιπτώσεων η πάθηση εξελίσσεται προοδευτικά, η δε αντιμετώπισή της είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Το κύριο πρωτοπαθές κύρτωμα είναι θωρακικό και σπανιότερα θωρακοσφυϊκό.

Η **παιδική** μορφή σκολίωσης εμφανίζεται μεταξύ του τρίτου και του δέκατου έτους της ηλικίας, ενώ η **εφηβική** μορφή αρχίζει με την έναρξη της ήβης και συνεχίζεται σε όλη την διάρκεια αυτής. Η παιδική και η εφηβική μορφή εμφανίζονται συχνότερα στα κορίτσια.

Η συνηθέστερη μορφή της πάθησης είναι η ιδιοπαθής σκολίωση της εφηβικής ηλικίας, με εντόπιση κυρίως στο θωρακοσφυϊκό όριο της σπονδυλικής στήλης και την κυρτότητα της παραμόρφωσης δεξιά.

Η πρόγνωση της πάθησης εξαρτάται από την ηλικία εμφάνισης και το ύψος του κυρτώματος. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία που εμφανίζεται τόσο βαρύτερη θα είναι η εξέλιξη. Το θωρακικό κύρτωμα είναι σαφώς σοβαρότερο από το θωρακοσφυϊκό, ενώ το οσφυϊκό σπανίως δημιουργεί κοσμητικό πρόβλημα.

Η ιδιοπαθής σκολίωση χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο οργανικών παραμορφώσεων και ενώ δίνει την εικόνα πλάγιας κλίσης του κορμού, εν τούτοις αφορά το σύνολο των ανατομικών στοιχείων που απαρτίζουν τη σπονδυλική στήλη. Η παραμόρφωση αφορά ολόκληρο το σπόνδυλο, τους

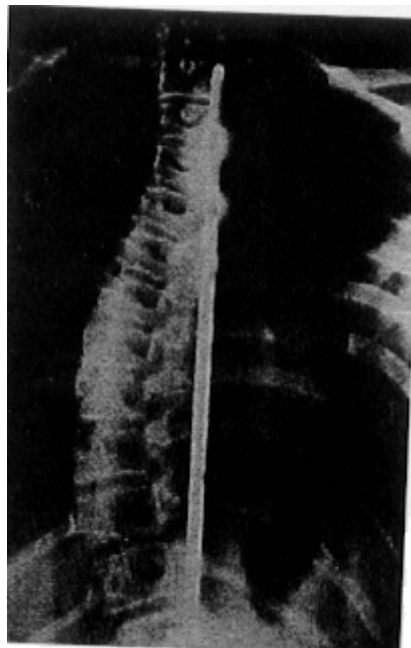
μεσοσπονδύλιους δίσκους, τα συνδεσμικά στοιχεία και τις πλευρές ανάλογα με το ύψος της εντόπισης. Πρόκειται για οργανική σκολίωση με κύρια εντόπιση στα οστά και τις αρθρώσεις.

### **Παραλυτική σκολίωση**

Νευρολογικές παθήσεις όπως η εγκεφαλική παράλυση, η καταστροφή των κυττάρων των προσθίων κεράτων του νωτιαίου μυελού (πολιομυελίτιδα), η διαταραχή των νευρομυϊκών συνάψεων που εκδηλώνεται ως μυοπάθεια, καθώς επίσης η συριγγομυελία και η μηνιγγομυελοκήλη μπορούν δευτεροπαθώς να προκαλέσουν σκολίωση.

Οι νευρολογικές αυτές παθήσεις προκαλούν βλάβες στη σπονδυλική στήλη οι οποίες αφορούν παραμορφώσεις των σπονδυλικών σωμάτων, των αρθρώσεων και των συνδεσμικών στοιχείων που τις απαρτίζουν και δημιουργούν συνήθως βαρύτατες μορφές σκολίωσης.

Οι σκολιώσεις αυτές μπορούν να διαιρεθούν σε κατηγορίες που είναι οι νευρογενούς και οι μυϊκού τύπου. Οι δύο αυτές κατηγορίες εκδηλώνονται με πολύ βαριές παραμορφώσεις και έντονα καρδιαγγειακά και αναπνευστικά προβλήματα.



Παπαβασιλείου Β.

Ορθοπαιδική, συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος  
Θεσσαλονίκη 2001

### **Κύφωση**

Η κύφωση ανήκει στις προσθιοπίσθιες παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης και χαρακτηρίζεται από την υπερβολική αύξηση του θωρακικού κυρτώματος.

Από την άποψη της αιτιοπαθογένειας η κύφωση χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: Στη συγγενή κύφωση, στη νεανική ή νόσο του Scheuermann και στη δευτεροπαθή που είναι αποτέλεσμα άλλης πάθησης όπως π.χ. της φυματίωσης.

### **Συγγενής κύφωση**

Η συγγενής κύφωση, όπως και η συγγενής σκολίωση οφείλεται στη μη φυσιολογική διάπλαση της σπονδυλικής στήλης. Πρόκειται για την αποτυχία σχηματισμού πλήρους σπονδύλου ή και την σχεδόν πλήρη έλλειψη του σπονδυλικού σώματος.

### **Νεανική κύφωση**

Η νεανική κύφωση εμφανίζεται συνήθως στην εφηβική ηλικία και είναι συχνότερη στα αγόρια.

Φυσιολογικά η θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης παρουσιάζει μια ομαλή κάμψη που κυμαίνεται από 35 έως 45 μοίρες. Η νεανική κύφωση χαρακτηρίζεται από αύξηση της κάμψης αυτής και δημιουργείται από τη σφηνοειδή παραμόρφωση. Αυτή είναι αγνώστου αιτιολογίας και οφείλεται στην συμπίεση του προσθίου τμήματος των σπονδυλικών σωμάτων.

Η πάθηση χαρακτηρίζεται από τη "στρογγυλή" ράχη και την πρόσθια θέση των ώμων. Με τη σύσπαση των μυών της ράχης και την προσπάθεια υπερέκτασης της σπονδυλικής στήλης, η δυσμορφία της κύφωσης

διορθώνεται τουλάχιστον οπτικά, επειδή οι ώμοι με τον τρόπο αυτό τοποθετούνται στη φυσιολογική τους θέση.

Η δυσμορφία αυτή είναι δυνατόν να προκαλέσει ενοχλήσεις, όχι όμως πόνο, αν και υπάρχουν αναφορές που χαρακτηρίζουν την πάθηση συνοδευόμενη με άλγος, κυρίως όταν αυτή αφορά το θωρακοσφυϊκό όριο.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από τη δευτεροπαθή κύφωση που εμφανίζεται στη φυματιώδη σπονδυλίτιδα. Στην περίπτωση αυτή ο ύβος είναι οξύς και υπάρχουν τα συνοδά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα της φυματίωσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με αλλαγμένη σωματική εικόνα

#### 6.1. Σκοποί των παρεμβάσεων και οι παρεμβάσεις

Όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες που συνθέτουν στο σύνολό τους την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Προγραμματίζονται βάσει επιστημονικών αρχών
- Είναι ασφαλείς και θεραπευτικές
- Εκτελούνται με τη συνεργασία του αρρώστου για να μεγιστοποιούνται οι δυνατότητές του και οι ικανότητες στη λήψη αποφάσεων σε προβλήματα που τον αφορούν
- Δίνονται ευκαιρίες για τη διδασκαλία του αρρώστου για την αυτοφροντίδα του, καθώς και την πρόληψη επιπλοκών της ασθένειας και της επανένταξής του στο κοινωνικό σύνολο να μεταβάλλονται διαρκώς ανάλογα με της ανάγκες του ασθενούς.

**1ος σκοπός.** Η διατήρηση θετικής αποδεκτής και ρεαλιστικής ιδεατής εικόνας του σώματος από τον άρρωστο.

#### Νοσηλευτική παρέμβαση

Αξιολόγηση της αντίληψης του αρρώστου για την εικόνα του σώματός του. Ποιες απόψεις του σώματός του θεωρεί ευχάριστες και ποιες δυσάρεστες; Εξερεύνηση μαζί με τον άρρωστο πώς έφθασε να αντιλαμβάνεται την εικόνα του σώματός του ως αρνητική (ίσως από προηγούμενες εμπειρίες επαφής με σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα). Αναγνώριση της θετικής ενίσχυσης το αρρώστου, όταν προσπαθεί να βελτιώσει την προσωπική εικόνα του σώματός του (π.χ. βελτιωμένη υγιεινή, καλλωπισμός, καινούρια ρούχα, χρήση διορθωτικών μέσων μετά από μία παραμορφωτική εγχείρηση). Βοήθεια του αρρώστου να αποδεχθεί και να δώσει αξία στην παρούσα σωματική του κατάσταση, τονίζοντας ότι μερικά

σωματικά χαρακτηριστικά δεν μπορούν να αλλάζουν και ότι το άτομο έχει κι άλλες σπουδαίες θετικές ψυχικές δυνάμεις, μοναδικές γι' αυτό. Αναφορά σ' αυτές τις δυνάμεις μαζί με τον άρρωστο.

Διδασκαλία των τρόπων που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ο ασθενής για να βελτιώσει τη σωματική του εικόνα [π.χ. πώς να ντύνεται, πως να περιποιηθεί τον εαυτό του, πως να εκτελεί ασκήσεις για να βελτιώσει τη σωματική του λειτουργία και πως να χρησιμοποιεί κοσμητικά είδη (προσθέσεις)].

**2ος σκοπός.** Αποδοχή της αλλαγής των ορίων του σώματος και ενσωμάτωση της αλλαγής στην ιδεατή εικόνα του σώματος και στην αυτοϊδέα.

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Αν ο άρρωστος έκανε ακρωτηριασμό ενός μέλους, μαστεκτομή, κολοστομία ή έπαθε ημιπληγία και παρουσιάζει διαταραχή των ορίων του σώματος, λόγω αλλαγής στην εμφάνιση ή λειτουργία του σώματος, συνιστώνται οι ακόλουθες νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει προφορικά τα συναισθήματα, την ανησυχία του, τον θυμό του για την απώλεια και τον φόβο του, για την αλλαγή στη λειτουργία ή τα όρια του σώματός του.
2. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει και να διερευνήσει τα συναισθήματά του, σχετικά με την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος ή των τροποποιημένων ορίων του σώματος στις καθημερινές του δραστηριότητες (στην οικογένεια, εργασία, σχολείο, κοινωνικές σχέσεις).
3. Ενθάρρυνση του αρρώστου να βλέπει και να αγγίζει την αλλαγμένη περιοχή του σώματός του. Παράλληλα, ενθαρρύνεται να εκφράσει λεκτικά, τι αισθάνεται μετά από αυτή την επαφή με το σώμα.
4. Ενθάρρυνση του ασθενή να αναλάβει κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες το συντομότερο δυνατό, χωρίς να κρύβει ή να υπερεπιδεικνύει την αλλαγμένη περιοχή του σώματος.



5. Υπενθύμιση της αλλαγμένης περιοχής του σώματος με το σχόλιο ότι μπορεί να είναι μόνιμη ή όχι.
6. Ενθάρρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιήσει υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης, για να βελτιώσει τη λειτουργία της προσβεβλημένης περιοχής του σώματος.
7. Ενθάρρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιεί κοσμητικά και μηχανικά μέσα (προσθέσεις και άλλα διαθέσιμα) για βελτίωση της λειτουργίας της προσβεβλημένης σωματικής περιοχής.
8. Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας να χρησιμοποιούν υποστηρικτικές υπηρεσίες και σχετικές κοινωνικές ομάδες αναφοράς (π.χ. να επισκεφθεί ή να δεχθεί επίσκεψη από ασθενή χωρίς μαλλιά ή ακρωτηριασμό κλπ.)

**3ος σκοπός.** Ολοκλήρωση των λειτουργιών και των ορίων του εγώ κατά τρόπο ώστε να είναι συμβατά με την πραγματικότητα και την αυτοϊδέα.

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Όταν τα όρια του εγώ διαταράσσονται και ο άρρωστος δεν μπορεί πλέον να διακρίνει μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων, συνιστώνται οι ακόλουθες παρεμβάσεις:

1. Δημιουργία ενός προγραμματισμένου ήσυχου και όχι ερεθιστικού περιβάλλοντος. Καθώς βελτιώνεται η ισχύς του εγώ του ατόμου, να αυξάνονται τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.
2. Βοήθεια του αρρώστου να ξεχωρίζει τα πραγματικά από τα μη πραγματικά περιβαλλοντικά ή εσωτερικά ερεθίσματα.
3. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματα και τις αγωνίες του.
4. Ενίσχυση και διατήρηση της επαφής του αρρώστου με την πραγματικότητα και απασχόληση με δραστηριότητες προσανατολισμένες στην πραγματικότητα.

5. Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε όλα τα θεραπευτικά σχήματα (φαρμακευτική θεραπεία, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία κλπ.). Συζήτηση για τις θεραπευτικές ωφέλειες αυτών των θεραπειών.
6. Όταν ο άρρωστος επανακτήσει τον έλεγχο των ορίων του εγώ του, να ενθαρρύνεται να εξετάζει και να αξιολογεί τι του προκάλεσε την εμπειρία της διαταραχής στα όρια του σώματός του.
7. Βελτίωση και διατήρηση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο.
8. Καλλιέργεια ικανότητας για την εκπλήρωση των προηγούμενων ρόλων του αρρώστου ή ανάπτυξης άλλων νέων ρόλων, λόγω του προβλήματος της υγείας.
9. Ανάπτυξη και διατήρηση θετικής προσωπικής ταυτότητας.

## **6.2. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων**

### **Αποτελέσματα στον άρρωστο**

Θετική αποδεκτή και ρεαλιστική εικόνα του σώματος.

### **Δεδομένα που το τεκμηριώνουν**

- Ελάττωση των εκδηλουμένων υποκειμενικών και αντικειμενικών χαρακτηριστικών που προσδιόριζαν τη σχετική διαταραχή, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω.
- Θετική έκφραση του αρρώστου για την αποδοχή της εικόνας του σώματός του.
- Κατανόηση του πώς αναπτύχθηκε η αρνητική εικόνα του σώματος σε σχέση με την ανάπτυξη του ατόμου και τις κοινωνικές, πολιτιστικές και διαπροσωπικές εμπειρίες του.
- Εκδήλωση δεξιοτήτων, λύσης προβλημάτων με στρατηγικές που προάγουν και διατηρούν μια θετική εικόνα του σώματος.

### **Αποτέλεσμα στον άρρωστο**

Η αλλαγή της εμφάνισης ή λειτουργίας και των ορίων του σώματος, έγινε αποδεκτή και ενσωματώθηκε στην ιδεατή εικόνα του σώματος και στην αυτοϊδέα.

### **Δεδομένα που τεκμηριώνουν το αποτέλεσμα**

- Ελάττωση της εκδήλωσης υποκειμενικών και αντικειμενικών χαρακτηριστικών που προσδιόριζαν τη σχετική διαταραχή.
- Θετική έκφραση της αποδοχής της πραγματικότητας της αλλαγμένης εμφάνισης ή των ορίων του σώματος.
- Ο άρρωστος περιγράφει την επίδραση που είχε η αλλαγή του σώματός του στην ανάληψη των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, στην οικογενειακή ζωή, στην εργασία και στις κοινωνικές σχέσεις.
- Χρησιμοποίηση κατάλληλων κοσμητικών ή μηχανικών μέσων, καθώς και συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες ομοιοπαθών ατόμων.
- Χρησιμοποίηση όλων των διαθέσιμων θεραπειών για βελτίωση της λειτουργίας της προσβεβλημένης περιοχής του σώματος.

### **Αποτέλεσμα στον άρρωστο**

Ανασυγκρότηση των λειτουργιών και των ορίων του εγώ, έτσι ώστε να είναι συμβατά με την πραγματικότητα και την αυτοϊδέα.

### **Δεδομένα που τεκμηριώνουν το αποτέλεσμα**

- Ελάττωση της εκδήλωσης υποκειμενικών και αντικειμενικών χαρακτηριστικών που προσδιόριζαν τη σχετική διαταραχή.
- Βελτίωση των ψυχικών λειτουργιών (απουσία ή ελάττωση ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς, π.χ. παλινδρόμηση και άλλα).
- Διάκριση μεταξύ των εσωτερικών και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων.

## Νοσηλευτική εκτίμηση

Η αξιολόγηση της αλλαγής της εικόνας σώματος και της επίδρασής της στην αλλαγή της εικόνας εαυτού, ποικίλλει και αυτό εξαρτάται από τον ασθενή και την ιδιαίτερη κατάστασή του.

Για να αναπτύξει κανείς πρωτόκολλο νοσηλευτικής παρατήρησης, πρέπει να εξετάσει τους παρακάτω τέσσερις τομείς:

1. Να καθορίσει την ύπαρξη αλλαγής της σωματικής εικόνας ή διαταραχής. Η σωματική εικόνα του ατόμου βασίζεται σε πολλούς παράγοντες. Η αντίληψη της ακεραιότητας της σωματικής εικόνας είναι ο πρωταρχικός καθοριστικός παράγοντας της διαταραχής της σωματικής εικόνας. Είτε η προσωπική αντίληψη του ατόμου για την εικόνα εαυτού, είτε οι εκδηλώσεις του που είναι ενδεικτικές διαταραχής, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για αξιολόγηση.
2. Να προσδιοριστεί η προσαρμογή στην αλλαγή της σωματικής εικόνας. Όταν υπάρχει μια αλλαγή στο σώμα, όλες οι ενέργειες του ατόμου αποβλέπουν στην αντιμετώπιση αυτής της αλλαγής. Ο νοσηλευτής, για να καταστρώσει ένα αποτελεσματικό σχέδιο, πρέπει να προσδιορίσει αν το άτομο είναι εύκολο ή όχι στην προσαρμογή. Η προσαρμοστικότητα από μέρους του θα το βοηθήσει να φθάσει από μία κατάσταση πένθους και θλίψης σε ένα σημείο αποδοχής της αλλαγής, την οποία θα συμπεριλάβει στο σχηματισμό μίας νέας ιδεατής σωματικής εικόνας. Η μη προσαρμοστικότητα εμποδίζει τον άρρωστο να φθάσει σε μία ισορροπία και αποδοχή της αλλαγής.
3. Να προσδιορίσει τους παράγοντες, που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη ασθένεια και επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου στην αλλαγή της σωματικής εικόνας. Υπάρχουν πολλές αιτίες διαταραχής της σωματικής εικόνας. Παρότι όλες έχουν μερικά κοινά σημεία, η κάθε μία από αυτές τις αιτίες θέτει ειδικές απαιτήσεις στο άτομο και την οικογένειά του. Αυτές οι απαιτήσεις πρέπει να καθορισθούν κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση. Οι φροντίδες και οι δεξιότητες που απαιτούνται, για παράδειγμα σε μια

κολοστομία, διαφέρουν από αυτές που απαιτούνται σε ένα πρόσφατα διαγνωσμένο διαβήτη.

4. Να καθορίσει το βαθμό προσαρμογής της οικογένειας ή των σημαντικών προσώπων. Ένα μεγάλο μέρος της αντίδρασης και εξέλιξης του ατόμου θα εξαρτηθεί από την προσαρμογή και αποδοχή των ατόμων εκείνων των οποίων η γνώμη και βοήθεια έχουν σημασία για το άτομο. Για να επιτευχθεί υψηλός βαθμός αποκατάστασης πρέπει να ενισχυθεί η προσαρμογή, τόσο της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων, όσο και του ασθενούς.

### **6.3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες για την αντιμετώπιση αιφνίδιας ασθένειας**

Η παροχή φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια αποτελούσε πάντοτε τμήμα της νοσηλευτικής γιατί αυτή η προσέγγιση συνδέεται παραδοσιακά με θεμελιώδη στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική σαν επιστήμη και τέχνη υποστηρίζει μία ανθρωποκεντρική και ολιστική θεώρηση της φροντίδας. Με την έννοια αυτή, οι νοσηλευτές έχουν υποχρέωση να παρέχουν φροντίδα και στα μέλη των οικογενειών των νοσηλευομένων ασθενών. Οι κυριότεροι μηχανισμοί που χρησιμοποιούν οι οικογένειες για να αντιμετωπίσουν το γεγονός της αιφνίδιας ασθένειας.

- 1) Προσπάθεια να κατανοήσουν τους κανόνες και τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου.
- 2) Επιδίωξη της ανάπτυξης σχέσεων με το προσωπικό του νοσοκομείου.
- 3) Προσπάθειες για διατήρηση μιας κατά το δυνατόν συναισθηματικής ισορροπίας.
- 4) Προετοιμασία για αλλαγές σε κοινωνικούς ρόλους και πιθανή αντίληψη ευθύνης μακροχρόνιας φροντίδας του ασθενούς.
- 5) Αναζήτηση υποστήριξης.

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τις ανάγκες φροντίδας, τους χρησιμοποιούμενους από τις οικογένειες μηχανισμούς, καθώς και τα ιδιαίτερα συναισθηματικά στάδια στα οποία βρίσκονται οι

συγγενείς για να παρεμβαίνουν κατάλληλα ώστε τα άτομα αυτά να απολαμβάνουν φροντίδες τις οποίες έχουν άμεση ανάγκη.

Η πρωταρχική νοσηλευτική παρέμβαση έγκειται στην αξιολόγηση της οικογένειας σε σύνολο ή των συγγενών που έχουν φυσική παρουσία στο χώρο του νοσοκομείου. Η αξιολόγηση αυτή περιλαμβάνει: 1) αξιολόγηση των αναγκών της οικογένειας, 2) αξιολόγηση και έγκαιρη αναγνώριση των οικογενειών που διατρέχουν σε υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν κρίση. Το αμέσως επόμενο στάδιο είναι ο προγραμματισμός της φροντίδας. Στον προγραμματισμό περιλαμβάνεται: 1) ιεράρχηση των αναγκών και των απαιτούμενων παρεμβάσεων, 2) επιλογή των κατάλληλων χειρισμών που θα χρησιμοποιηθούν για την κάθε οικογένεια, 3) ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών της οικογένειας.

Από τις κυριότερες ανάγκες των οικογενειών που προσδιορίστηκαν στις μελέτες είναι: 1) ανάγκη να βλέπουν συχνά τον ασθενή, 2) ανάγκη να έχουν καλή πληροφόρηση για την πορεία της υγείας του ασθενούς, 3) ανάγκη να βλέπουν σε καθημερινή βάση το γιατρό που είναι υπεύθυνος για τον ασθενή, 4) ανάγκη να έχουν διαβεβαίωση ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει τον ασθενή και ενδιαφέρεται για αυτόν, 5) ανάγκη για συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενούς, και τέλος 6) ανάγκη για επανεξέταση του συμβάντος της ασθένειας ή του ατυχήματος.

Οι νοσηλευτές έχουν τις ικανότητες από την εκπαίδευσή τους και την εμπειρία τους να βοηθούν τους ανθρώπους να καλύψουν τις ανάγκες φροντίδας τους. Οι νοσηλευτές ακόμα λόγω της θέσης και του ρόλου τους μέσα στο σύστημα υγείας αποτελούν σημεία αναφοράς τόσο για τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προς την οικογένεια του ασθενούς που νοσηλεύεται εξαιτίας αιφνίδιας ασθένειας διαφοροποιούνται βεβαίως ως προς το είδος της παρέμβασης ανάλογα με την περίπτωση όμως μέσα σ' ένα γενικό πλαίσιο συνίσταται:

- α) Ανάπτυξη ενός καλού επιπέδου επικοινωνίας με την οικογένεια
- β) Διάθεση χρόνου για ακρόαση

- γ) Παροχή πληροφοριών
- δ) Συμβουλευτική και υποστηρικτική
- ε) Αγωγή υγείας
- στ) Διεπαγγελματική συνεργασία για την κάλυψη αναγκών
- ζ) Παραπομπή σε ειδικούς, όταν αυτό απαιτείται
- η) Προετοιμασία της οικογένειας για πιθανή μακροχρόνια φροντίδα του ασθενούς, όταν η κατάστασή του προβλέπεται ότι θα αφήσει υπόλοιπα αναπηρίας.

Συμπερασματικά οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο χρόνιο ασθενή και στην οικογένειά του συνοψίζονται στις ακόλουθες γενικές κατηγορίες: **α)** ανάπτυξη ενός καλού επιπέδου επικοινωνίας, **β)** παροχή άμεσης φροντίδας, **γ)** αγωγή υγείας, **δ)** συμβουλευτική **ε)** παραπομπή σε ειδικούς. Η ανάπτυξη καλής επικοινωνίας έχει θεραπευτικό χαρακτήρα γιατί ενδυναμώνει τους μηχανισμούς προσαρμογής, ανταπόκρισης και συμμόρφωσης του ασθενούς και της οικογένειας, ενώ η αγωγή υγείας και η συμβουλευτική είναι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που είναι συνυφασμένες με την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας και της αναπηρίας. Η πολυπλοκότητα των προβλημάτων που ανακύπτουν από τη χρόνια ασθένεια αλλά και οι σύγχρονες τάσεις όσον αφορά στη φροντίδα, απαιτούν την ανάπτυξη αποτελεσματικής διεπαγγελματικής /διεπιστημονικής συνεργασίας και επιδίωξη της λειτουργίας της ομάδας υγείας.

### **Στάδια νοσηλευτικών παρεμβάσεων κατά τον Bob Price**

Η εικόνα του σώματος είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για την φυσική τους εμφάνιση βασισμένη σε δικές τους παρατηρήσεις αλλά και τις αντιδράσεις των γύρω τους. Η αντίληψη αυτή μπορεί να είναι συνειδητή ή ασυνείδητη και τροποποιείται κατά τη διάρκεια της ζωής, καθώς διάφοροι παράγοντες συνεισφέρουν στην ανάπτυξη αυτής της εικόνας, όπως η στάση των γονιών, η κοινωνία, το περιβάλλον ή και η κουλτούρα.

Η εικόνα του σώματος και η σημασία της για τον ασθενή είναι συχνά ένα περίπλοκο θέμα με σημαντικές εμπλοκές για τις νοσηλεύτριες που ασχολούνται με την ανακουφιστική φροντίδα. Η σωστή αξιολόγησή τους μπορεί να βοηθήσει σημαντικά την υποστήριξη των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, και να οδηγήσει σε θετικές στάσεις από την πλευρά των ασθενών ως προς την προώθηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαντίληψής τους. Σύμφωνα με το νοσηλευτικό μοντέλο που εισήγαγε το 1990 ο Bob Price, οι νοσηλευτικές επεμβάσεις μπορούν να καταταχθούν σε τρία στάδια.

- 1. Αξιολόγηση της εικόνας σώματος, Διάγνωση και Σχεδιασμός της Φροντίδας.** Στο στάδιο αυτό μας ενδιαφέρει η αξιολόγηση της πραγματικής εικόνας του σώματος, η έννοια του ιδανικού σώματος, ο τρόπος παρουσίασης του σώματος, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αλλαγής της εικόνας του σώματος καθώς και το κοινωνικό υποστηρικτικό της σύστημα.
- 2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.** Αυτές αφορούν την προληπτική νοσηλευτική φροντίδα όπως είναι η συζήτηση για τις αλλαγές που θα προκύψουν στην εικόνα του σώματος, η κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία, αλλά και η συζήτηση για την πιθανότητα αποκατάστασης του χαμένου μέλους, την υποστηρικτική νοσηλευτική φροντίδα με τοποθέτηση προσθέσεων, την εκπαίδευση του ασθενούς στην τοποθέτηση της πρόσθεσης, την συμβουλευτική σε θέματα ένδυσης που κολακεύουν το σώμα, όπως και τυχόν προβλημάτων σεξουαλικότητας και τέλος τη διασύνδεση του ασθενούς με ένα ισχυρό κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα.
- 3. Αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.** Στο στάδιο αυτό πρέπει να επανεκτιμηθούν η πραγματική εικόνα του σώματος σε σχέση με την ιδανική του ασθενούς, η παρουσίαση του αλλαγμένου σώματος και οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αλλαγής της εικόνας του καθώς και το κοινωνικό υποστηρικτικό της σύστημα. Αν τα προβλήματα του ασθενούς από την αλλαγή της εικόνας σώματος παραμένουν άλυτα, ξαναγυρίζουμε στο στάδιο 1 και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να διαφοροποιηθούν.



Στην αντίθετη περίπτωση έχουμε πετύχει την λύση των προβλημάτων που δημιουργήθηκαν από την αλλαγή που επέφερε η ασθένεια στην εικόνα του σώματος του ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια είναι στη μοναδική θέση που προσφέρει πρακτικές συμβουλές μιας και είναι αυτή με την πιο συχνή επικοινωνία με τον ασθενή. Συμβουλές για το στυλ της μπουζάμας που θα βοηθούσαν την μετεγχειρητική εμφάνιση, ή η δυνατότητα μιας προσωρινής πρόσθεσης τις πρώτες κιόλας μέρες μετά την εγχείρηση είναι απαραίτητες για την ψυχοκοινωνική τους ισορροπία.

### **Χιούμορ και νοσηλευτική διεργασία**

Η χρήση του χιούμορ δεν αντικαθιστά τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς αλλά λειτουργεί συμπληρωματικά. Στηρίζεται στην αποδοχή του χιούμορ από τον ασθενή ως μέρος της θεραπευτικής αγωγής του. Είναι πάντα εξατομικευμένο και μπορεί να ενσωματωθεί στο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας, ακολουθώντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς πριν την εφαρμογή του χιούμορ είναι απαραίτητη. Εάν σ' αυτό το στάδιο αναγνωριστεί κάποιο πρόβλημα με την επικοινωνία, ανησυχία, θρήνος, ανικανότητα, κοινωνική απομόνωση, τότε το χιούμορ ίσως είναι αποτελεσματική παρέμβαση. Όλοι οι ασθενείς δε συνηθίζουν το χιούμορ στη ζωή τους. Επίσης ένα άτομο που "γελάει πάντα απ' έξω" ίσως στην πραγματικότητα "κλαίει μέσα του". Οι νοσηλευτές επειδή δε γνωρίζουν το παρελθόν των ασθενών τους, πρέπει να εκτιμήσουν το χιουμοριστικό στυλ τους. Αυτό πρέπει να γίνει εφ' όσον έχει προϋπάρξει επικοινωνία και έχει εγκατασταθεί σχέση εμπιστοσύνης. Πρέπει οι νοσηλευτές να μάθουν αν αρέσει στον ασθενή να γελά, αν γελούσε στο παρελθόν, τι τον κάνει να γελά (κωμωδίες, αστεία, γελιογραφίες, κλπ), με ποιον ή με τι γελά περισσότερο κλπ. Μπορεί να βοηθήσουν και ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια για το σκοπό αυτό, τα οποία να συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ασθενή.

Επίσης, πρέπει να γίνεται εκτίμηση και των απόψεων της οικογένειας του ασθενούς, στον οποίο πρόκειται να γίνει θεραπευτική χρήση του χιούμορ. Πολλά μέλη της οικογένειας μπορούν να προτείνουν αποτελεσματικές προσωπικές προσεγγίσεις. Μέσω του χιούμορ είναι αποδεκτό ότι βρίσκουμε σημαντικά πράγματα, όπως απόψεις και ανησυχίες του ασθενούς, που δεν ομολογούνται με άλλο τρόπο.

Εάν ο ασθενής είναι διστακτικός πριν την ενσωμάτωση του χιούμορ στο σχέδιο φροντίδας του, πρέπει να συζητήσουμε τα πλεονεκτήματα του χιούμορ και να εξηγήσουμε πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί για απόσπαση της προσοχής του και ανάπαυση.

Αν δεν του αρέσει να γελά τότε πρέπει να ανιχνεύσουμε την αιτία. Ευθύνονται γι' αυτό οικονομικές δυσκολίες, πολιτισμικοί περιορισμοί ή η ίδια η φύση της ασθένειας; Μερικοί ασθενείς αισθάνονται ότι δεν είναι κατάλληλο, δεν πρέπει να γελούν όταν έχουν καρκίνο. Οι νοσηλεύτριες απλώς είναι ανάγκη σ' αυτή την περίπτωση να τους δώσουν την "άδεια" να γελάσουν, διαβεβαιώνοντάς τους ότι είναι επιτρεπτό και απολύτως φυσιολογικό.

Η βασική ανάγκη για γέλιο, μιας ασθενούς που είχε καρκίνο και επρόκειτο να χειρουργηθεί ξανά, καταφάνηκε όταν μετά από μεγάλο διάστημα κατάθλιψης και αρνητισμού για κάθε είδους θεραπεία, ξέσπασε σε γέλια όταν είδε να μπαίνει στο θάλαμο απομόνωσης που νοσηλευόταν μια νοσηλεύτρια που είχε ζωγραφίσει κόκκινα νύχια πάνω στα γάντια της, ένα μεγάλο χαμόγελο στη μάσκα της και μπούκλες στο καπέλο της. Η ασθενής από τότε έκανε σημαντικά βήματα επικοινωνίας και εκμυστηρεύτηκε στην συγκεκριμένη νοσηλεύτρια, που έκανε θεραπευτική χρήση του χιούμορ, πράγματα που την απασχολούσαν εδώ και αρκετό καιρό.

Εάν ο ασθενής συμφωνεί να χρησιμοποιηθεί το χιούμορ στη θεραπεία του, τότε προγραμματίζουμε χιουμοριστικές παρεμβάσεις στο γραπτό σχέδιο φροντίδας του (π.χ "περίοδος αστείων", "διαλείμματα με παιχνίδια" κλπ). Οι παρεμβάσεις είναι μοναδικές για κάθε ασθενή και για κάθε κατάσταση και προσαρμόζονται στην ηλικία, την ιδιοσυγκρασία, τις επιθυμίες και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς για τον οποίο προγραμματίστηκαν. Μπορούν να

εφαρμοστούν σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους για το σκοπό αυτό "humor rooms" αλλά και όταν η κατάσταση τους δεν επιτρέπει να πάνε εκεί, να υπάρχει δυνατότητα να μεταφερθεί στο θάλαμο του ασθενούς το υλικό (π.χ. βιβλία με χιουμοριστικές ιστορίες, βιντεοκασέτες με κωμωδίες, γελοιογραφίες κλπ).

Ο νοσηλευτής τέλος, θα πρέπει απαραίτητα να αξιολογεί τις χιουμοριστικές παρεμβάσεις του για την καταλληλότητά τους καθώς και την επίδραση που ενδεχομένως επέφεραν στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Η αξιολόγηση αυτή, των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεών του, θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και με τη συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς.

Εάν το χιούμορ αξιολογηθεί ως αναποτελεσματικό, προσδιορίζουμε τις πιθανές αιτίες και τροποποιούμε αν είναι εφικτό, αν όχι διακόπτουμε τη στρατηγική του χιούμορ. Επίσης αν δούμε ότι υπάρχουν λανθάνουσες ψυχολογικές διαταραχές του ασθενούς ή ακόμα και της οικογένειάς του τότε ζητάμε βοήθεια για συμβουλευτική ψυχιατρική.

### **Προβλήματα στη χρήση του χιούμορ**

Το χιούμορ μπορεί να είναι απρόβλεπτο ή προμελετημένο. Εφαρμόζεται με λεκτική ή μη επικοινωνία, προς τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους συναδέλφους. Σχετίζεται άμεσα με την προσωπικότητα του ατόμου. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν το γέλιο μέσω του χιούμορ ως χρήσιμο εργαλείο για τη φροντίδα των ασθενών και την αυτοπροστασία τους.

Το πλεονέκτημα του γέλιου είναι ότι μπορεί να γίνει οπουδήποτε και οποτεδήποτε. Όμως δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το χιούμορ είναι σαν το χειρουργικό νυστέρι, εάν το κρατήσει κάποιος απρόσεκτα μπορεί να κάνει τρομερή ζημιά.

Ακατάλληλο χιούμορ θεωρείται το χιούμορ που δεν αποτελεί αστείο για το πρόσωπο στο οποίο απευθύνεται, είτε εξαιτίας της ευαισθησίας του είτε εξαιτίας του περιεχομένου του ή της κατάστασής του ή της καταλληλότητας

της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής στην οποία αυτό εκφράστηκε. Κανείς δεν θα πρέπει να γελά ή να κάνει αστεία με την τραγωδία άλλου προσώπου ή να αστειεύεται με τα συμπτώματα του ασθενούς. Εάν όμως ο ίδιος ο ασθενής θέλει να αστειευτεί π.χ. με την απώλεια των μαλλιών του ή την απώλεια του βάρους του, το θέμα είναι ανοιχτό για συζήτηση. Συνήθως το χιούμορ κατά τη διάρκεια μιας οξείας κρίσης δεν είναι κατάλληλο. Ίσως αργότερα αφού περάσει αυτή η φάση να βοηθήσει στην προσαρμογή στην κρίση και ίσως ακόμη μειώσει και την ένταση.

Εκτός του ότι, το χιούμορ δεν είναι θεραπευτικό όταν γίνεται σε βάρος άλλου ατόμου, ο σαρκασμός, η ειρωνεία, εθνικιστικά, φυλετικά ή πολιτισμικά αστεία και σεξουαλικά υπονοούμενα θα πρέπει να αποφεύγονται και να μην ενθαρρύνονται.

Επομένως, το ακατάλληλο χιούμορ πρέπει να αποφεύγεται γιατί πληγώνει αισθήματα, προκαλεί ανησυχία, δημιουργεί εχθρικότητα και ντροπιάζει. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις θα πρέπει οπωσδήποτε να γίνονται σεβαστές καθώς επίσης και το ιδιαίτερο χιουμοριστικό στυλ του κάθε ατόμου.

### **Συμπεράσματα**

Είναι κοινά αποδεκτό πως το χιούμορ ωφελεί ποικιλοτρόπως τον άνθρωπο, τον ασθενή, τον επαγγελματία υγείας. Δεν γεννιόμαστε όλοι έχοντας μέσα μας την τάση να γελάμε. Το γέλιο δεν είναι έμφυτο, είναι επίκτητο, δηλαδή καλλιεργείται, μαθαίνεται, για την ακρίβεια διαπαιδαγωγείται. Για το λόγο αυτό όλοι οι άνθρωποι δεν είναι το ίδιο αυθόρμητοι, ούτε γελάνε με τον ίδιο τρόπο. Είναι μια φυσική λειτουργία και ανάγκη και δεν μπορεί ως εκ τούτου να τη "βιάσεις". Έτσι η σωστή εκτίμηση του ασθενούς στα πλαίσια του σχεδιασμού της φροντίδας του, θα πρέπει οπωσδήποτε να προηγείται της θεραπευτικής χρήσης του χιούμορ.

Είναι γεγονός ότι ακόμη και το καλύτερο φάρμακο αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά βλάπτει. Η ορθή χρήση κατά συνέπεια του χιούμορ, θα πρέπει να ενδυναμωθεί, έτσι ώστε να μην υπάρχουν δυσάρεστα επακόλουθα στη θεραπευτική του δυναμική. Μόνο η γνώση θα οδηγήσει στα

σωστά μονοπάτια της αποτελεσματικής εφαρμογής του χιούμορ. Γνώση, η οποία διδάσκεται αλλά και πρακτική που καλλιεργείται.

Απαιτείται λοιπόν από τους επαγγελματίες υγείας και φυσικά από τους νοσηλευτές, να στρέψουν την προσοχή τους σε τέτοιου είδους νέες αποτελεσματικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του και θα συμπληρώσουν την όλη θεραπευτική διαδικασία, στα πλαίσια της ολιστικής φροντίδας του αρρώστου. Γιατί όπως αναφέρει χαρακτηριστικά και η Miaskowski στο άρθρο της "Το μέλλον της Ογκολογικής Νοσηλευτικής" "αποκτώντας τη δεξιότητα με τη χρήση του χιούμορ να προσφέρεις ολιστική, εξατομικευμένη φροντίδα είναι αξιοθαύμαστο και σου παρέχει επιπλέον μια μέθοδο για να σχετίζεσαι με τον ασθενή και την οικογένειά του ως άτομα".

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

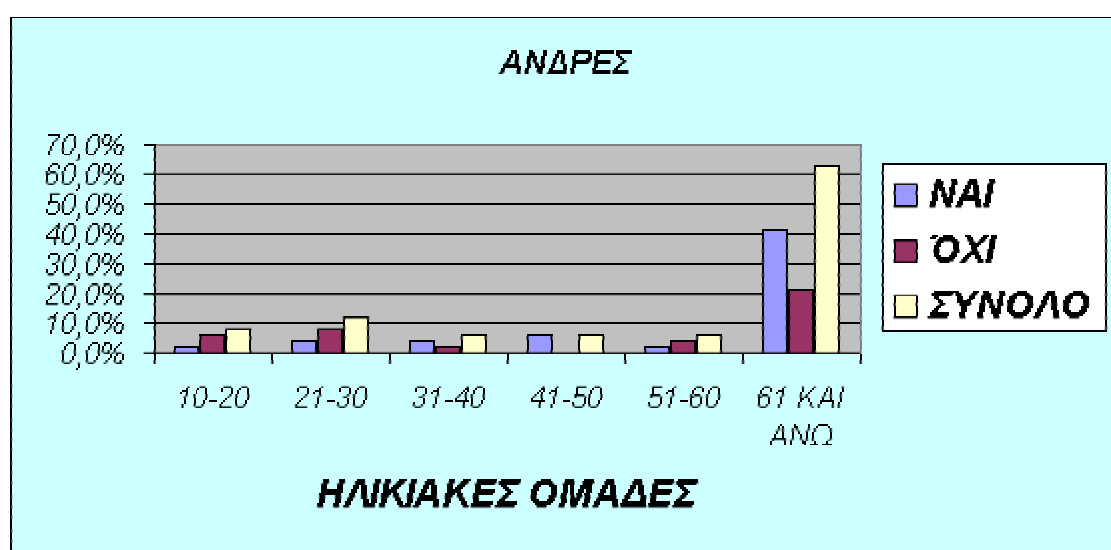
1.1 Υλικό: Η έρευνα για την Πτυχιακή Εργασία «Νοσηλευτική Προσέγγιση σε Ασθενείς με Αλλαγμένη Σωματική Εικόνα», πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από 24-1-2003 μέχρι 18-4-2003 . Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα δύο μεγάλα Νοσοκομεία του Ηρακλείου, δηλαδή στο ΠΑΓΝΗ και το Βενιζέλειο. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 ασθενείς με αλλαγή στη σωματική τους εικόνα. Από αυτούς οι 51 ήταν άντρες, ποσοστό 51% και οι 49 γυναίκες, ποσοστό 49%.

2.2 Μεθοδολογία: Για την πραγματοποίηση της έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια αποτελούνταν από το ατομικό ιστορικό, δηλαδή φύλο και ηλικία των ασθενών, καθώς επίσης από 14 ερωτήσεις που αφορούσαν τις αλλαγές που επήλθαν στη ζωή τους μετά την αλλαγή της σωματικής τους εικόνας και τρόπους αντιμετώπισης αυτών των αλλαγών. Τα αποτελέσματα προέκυψαν μετά από ανάλυση των στοιχείων σε λογισμικό πρόγραμμα ηλεκτρονικού υπολογιστή.

**ΕΡΩΤΗΣΗ 1.** Πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας έχει επηρεάσει το ρόλο σας μέσα στην οικογένεια;

ΑΝΔΡΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	1	2	2	3	1	21	30
ΟΧΙ	3	4	1	0	2	11	21
ΣΥΝΟΛΟ	4	6	3	3	3	32	51

ΑΝΔΡΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	2,0%	4,0%	4,0%	5,8%	2,0%	41,1%	58,9%
ΟΧΙ	5,8%	7,8%	2,0%	0,0%	4,0%	21,5%	41,1%
ΣΥΝΟΛΟ	7,8%	11,8%	6,0%	5,8%	6,0%	62,6%	100,0%

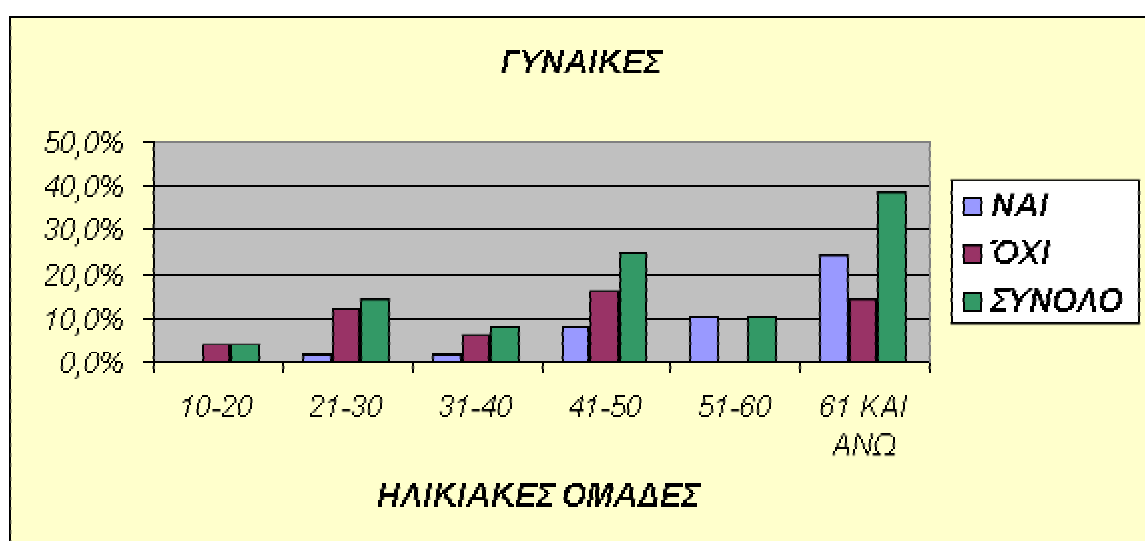




**ΕΡΩΤΗΣΗ 1.** Πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας έχει επηρεάσει το ρόλο σας μέσα στην οικογένεια;

ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	0	1	1	4	5	12	23
ΟΧΙ	2	6	3	8	0	7	26
ΣΥΝΟΛΟ	2	7	4	12	5	19	49

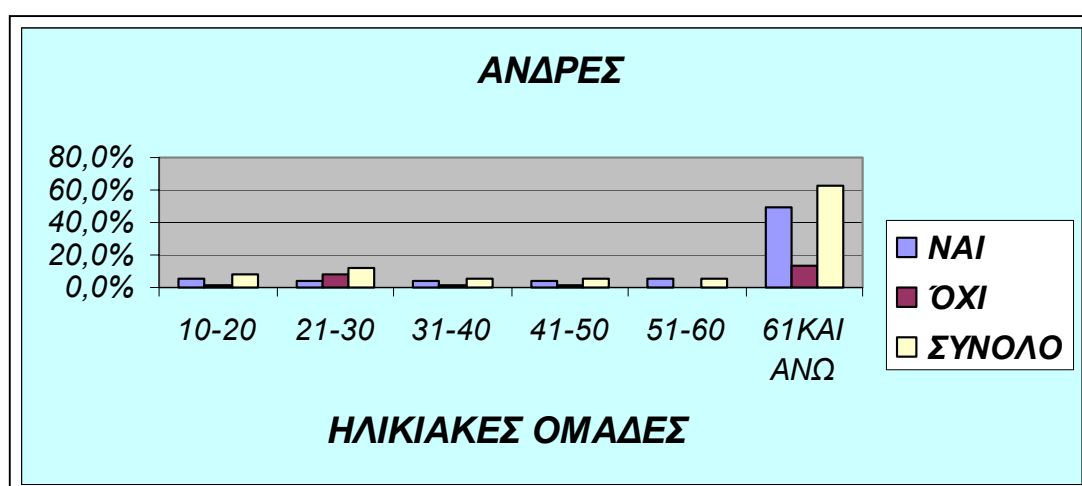
ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	0,0%	2,0%	2,0%	8,2%	10,3%	24,4%	46,9%
ΟΧΙ	4,0%	12,3%	6,2%	16,4%	0,0%	14,2%	53,1%
ΣΥΝΟΛΟ	4,0%	14,3%	8,2%	24,6%	10,3%	38,6%	100,0%



**ΕΡΩΤΗΣΗ 2.** Πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας, σας επηρέασε στην ανάληψη δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής;

ΑΝΔΡΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	3	2	2	2	3	25	37
ΟΧΙ	1	4	1	1	0	7	14
ΣΥΝΟΛΟ	4	6	3	3	3	32	51

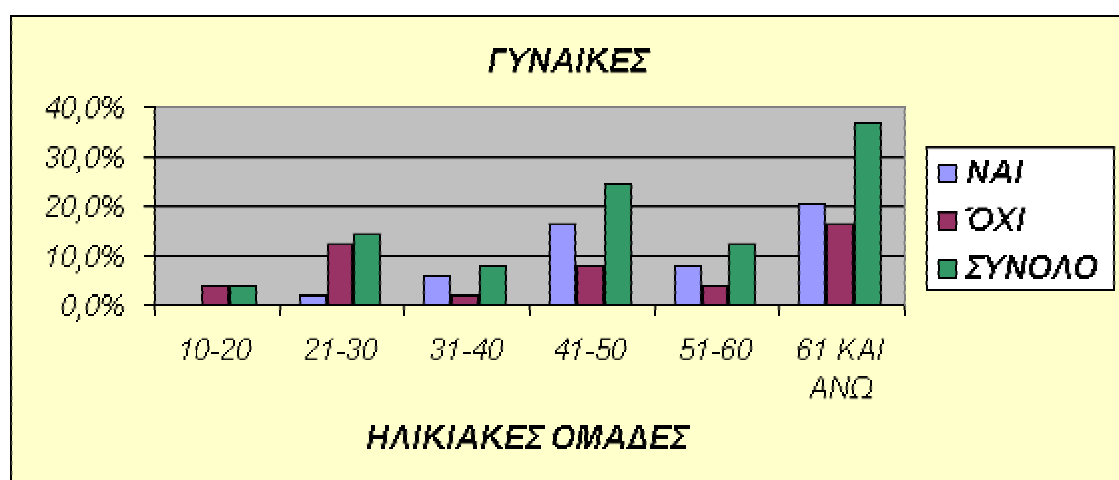
ΑΝΔΡΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 & ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	5,9%	3,9%	3,9%	3,9%	5,9%	49,0%	72,5%
ΟΧΙ	2,0%	7,8%	2,0%	2,0%	0,0%	13,7%	27,5%
ΣΥΝΟΛΟ	7,9%	11,7%	5,9%	5,9%	5,9%	62,7%	100,0%



**ΕΡΩΤΗΣΗ 2.** Πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας, σας επηρέασε στην ανάληψη δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής;

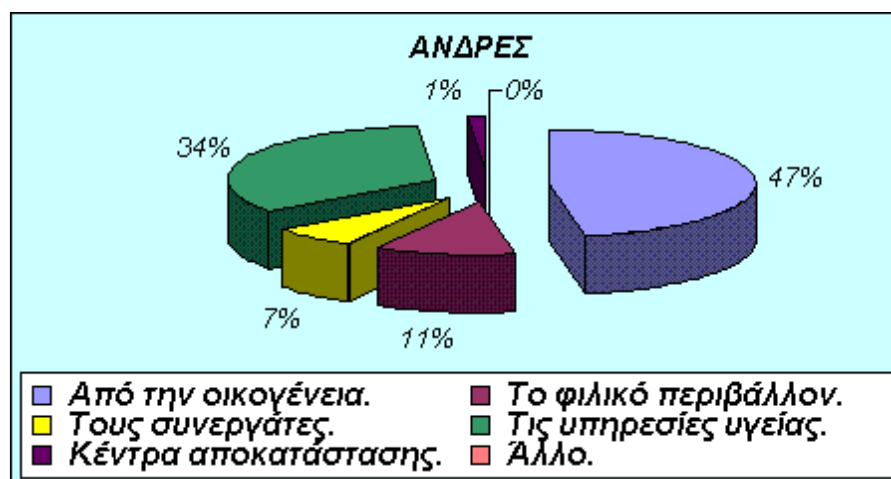
ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	0	1	3	8	4	10	26
ΟΧΙ	2	6	1	4	2	8	23
ΣΥΝΟΛΟ	2	7	4	12	6	18	49

ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	0,0%	2,0%	6,1%	16,3%	8,2%	20,4%	53,0%
ΟΧΙ	4,1%	12,3%	2,0%	8,2%	4,1%	16,3%	47,0%
ΣΥΝΟΛΟ	4,1%	14,3%	8,1%	24,5%	12,3%	36,7%	100,0%



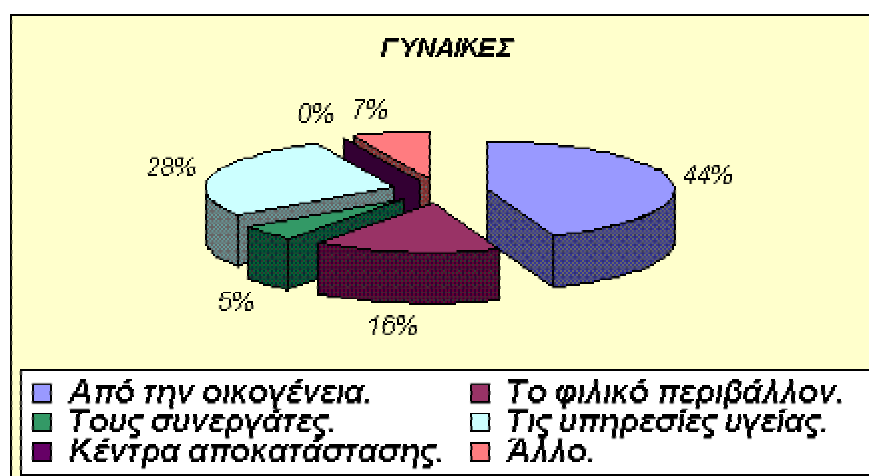
**ΕΡΩΤΗΣΗ 3.** Εάν ΝΑΙ, δέχεστε βοήθεια από άλλα άτομα;

<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Από την οικογένεια.	35	47%
Το φιλικό περιβάλλον.	8	11%
Τους συνεργάτες.	5	7%
Τις υπηρεσίες υγείας.	25	34%
Κέντρα αποκατάστασης.	1	1%
Άλλο.	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>



**ΕΡΩΤΗΣΗ 3.** Εάν ΝΑΙ, δέχεστε βοήθεια από άλλα άτομα;

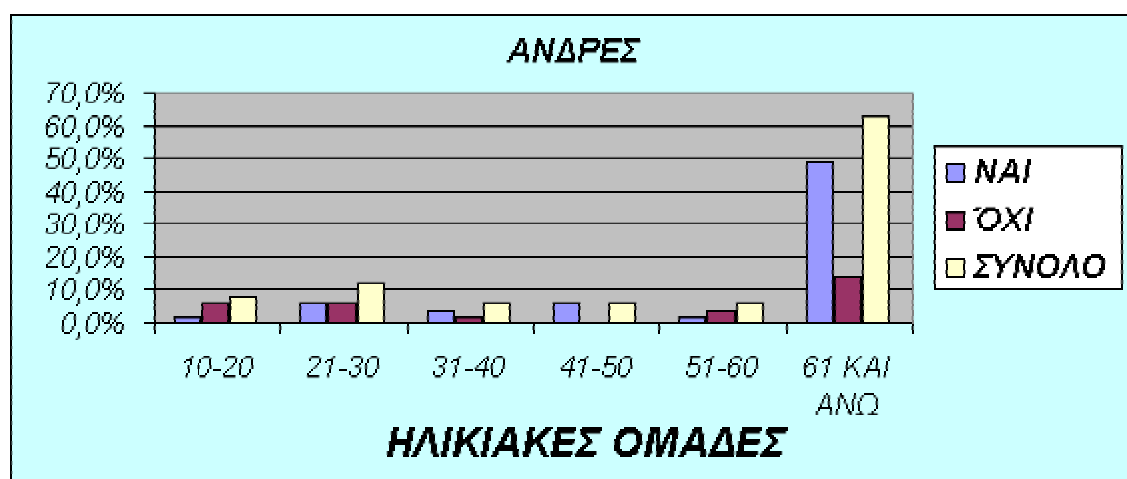
<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		
	ΝΑΙ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Από την οικογένεια.	27	44%
Το φιλικό περιβάλλον.	10	16%
Τους συνεργάτες.	3	5%
Τις υπηρεσίες υγείας.	17	28%
Κέντρα αποκατάστασης.	0	0%
Άλλο.	4	7%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>



**ΕΡΩΤΗΣΗ 4.** Θεωρείτε ότι η κοινωνική σας ζωή έχει επηρεαστεί;

ΑΝΔΡΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	1	3	2	3	1	25	35
ΟΧΙ	3	3	1	0	2	7	16
ΣΥΝΟΛΟ	4	6	3	3	3	32	51

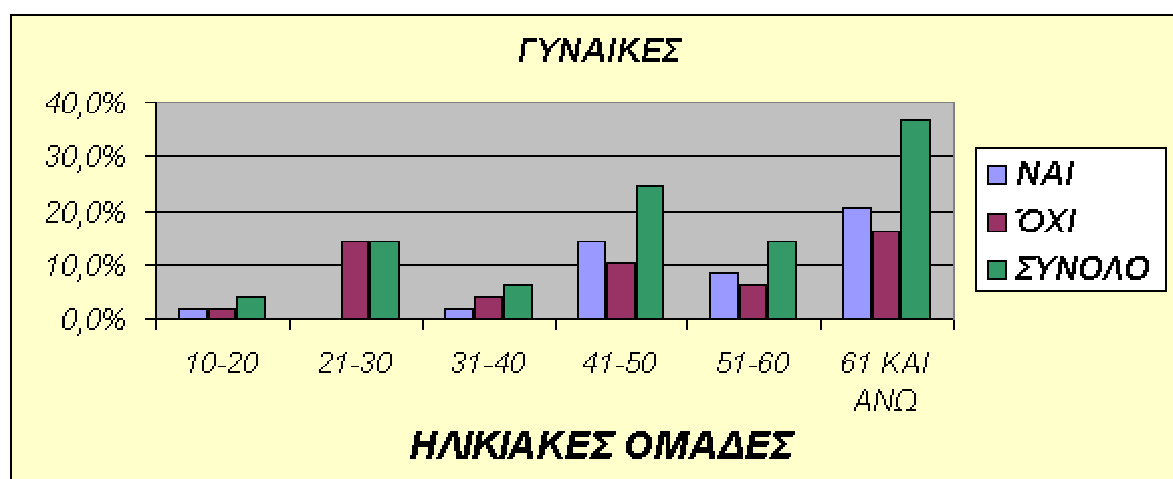
ΑΝΔΡΕΣ							
	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	2,0%	5,9%	3,9%	5,9%	2,0%	49,0%	68,7%
ΟΧΙ	5,9%	5,9%	2,0%	0,0%	3,9%	13,6%	31,3%
ΣΥΝΟΛΟ	7,9%	11,8%	5,9%	5,9%	5,9%	62,6%	100,0%



**ΕΡΩΤΗΣΗ 4.** Θεωρείτε ότι η κοινωνική σας ζωή έχει επηρεαστεί;

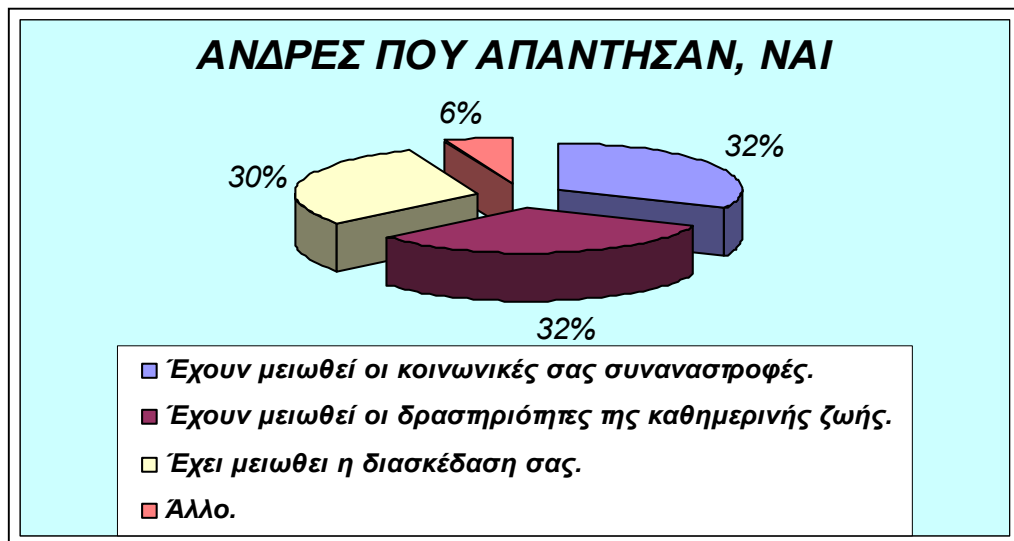
ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	1	0	1	7	4	10	23
ΟΧΙ	1	7	2	5	3	8	26
ΣΥΝΟΛΟ	2	7	3	12	7	18	49

ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	2,0%	0,0%	2,0%	14,3%	8,3%	20,4%	47,0%
ΟΧΙ	2,0%	14,3%	4,1%	10,2%	6,1%	16,3%	53,0%
ΣΥΝΟΛΟ	4,0%	14,3%	6,1%	24,5%	14,4%	36,7%	100,0%



**ΕΡΩΤΗΣΗ 5.** Εάν ΝΑΙ, με ποιο τρόπο;

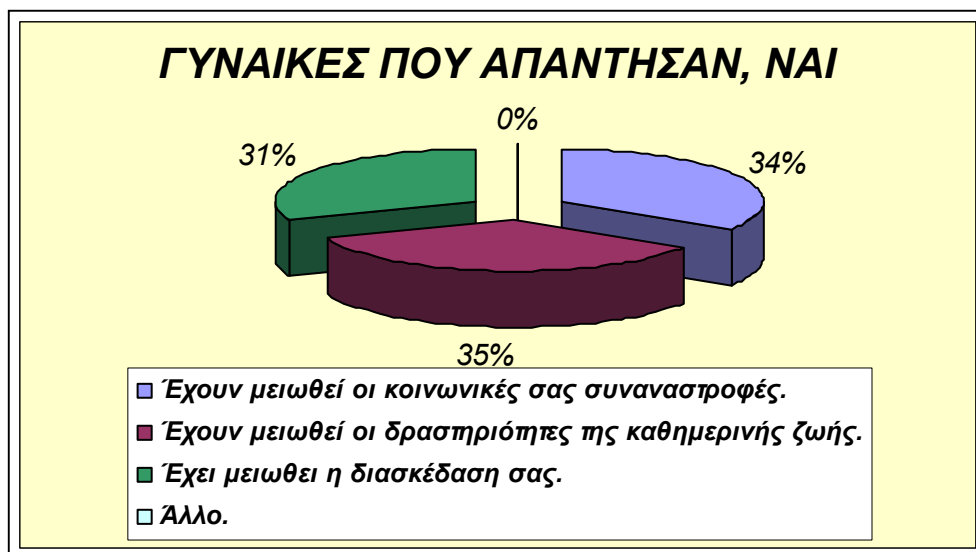
<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>			
		<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Έχουν μειωθεί οι κοινωνικές σας συναναστροφές.		31	32%
Έχουν μειωθεί οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.		31	32%
Έχει μειωθεί η διασκέδαση σας.		29	30%
Άλλο.		7	6%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>98</b>	<b>100,00%</b>





**ΕΡΩΤΗΣΗ 5.** Εάν ΝΑΙ, με ποιο τρόπο;

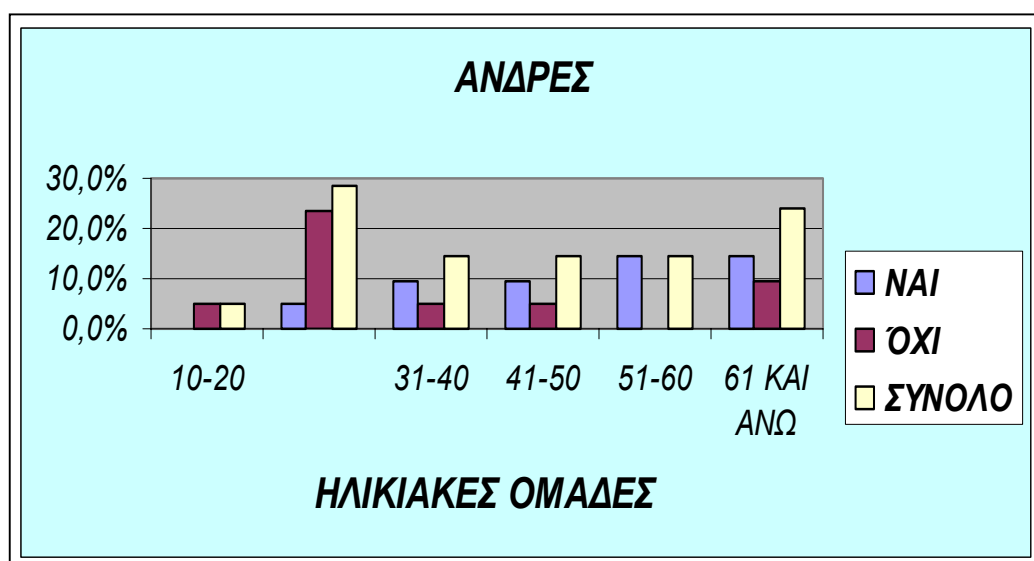
	ΝΑΙ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έχουν μειωθεί οι κοινωνικές σας συναναστροφές.	20	34%
Έχουν μειωθεί οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.	21	35%
Έχει μειωθεί η διασκέδαση σας.	18	31%
Άλλο.	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>59</b>	<b>100,00%</b>



**ΕΡΩΤΗΣΗ 6.** Πιστεύετε ότι έχει επηρεαστεί η απόδοση στην εργασία σας;

<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	0	1	2	2	3	3	11
ΟΧΙ	1	5	1	1	0	2	10
ΣΥΝΟΛΟ	1	6	3	3	3	5	21

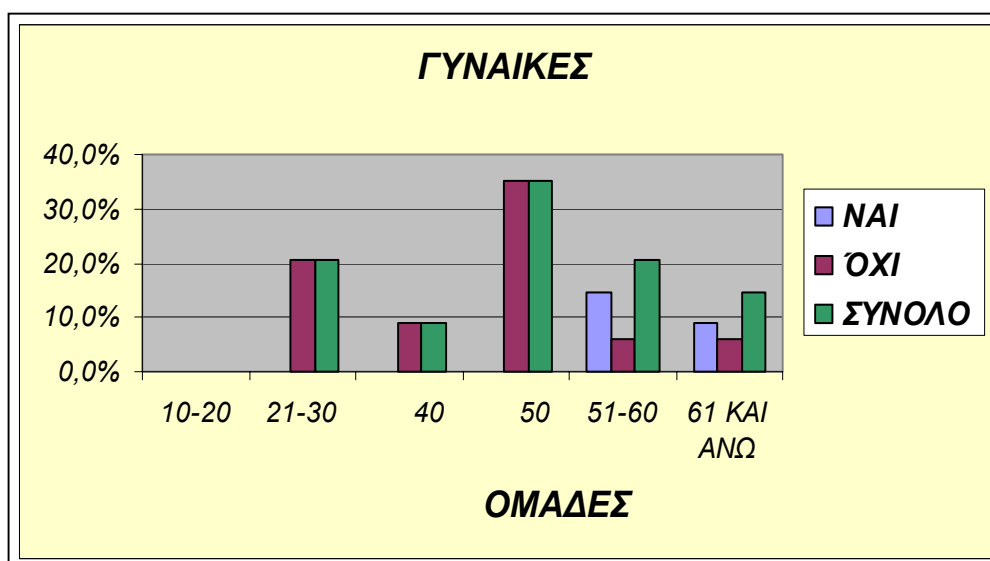
<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	0,0%	4,8%	9,5%	9,5%	14,3%	14,3%	52,4%
ΟΧΙ	4,8%	23,7%	4,8%	4,8%	0,0%	9,5%	47,6%
ΣΥΝΟΛΟ	4,8%	28,5%	14,3%	14,3%	14,3%	23,8%	100,0%



**ΕΡΩΤΗΣΗ 6.** Πιστεύετε ότι έχει επηρεαστεί η απόδοση στην εργασία σας;

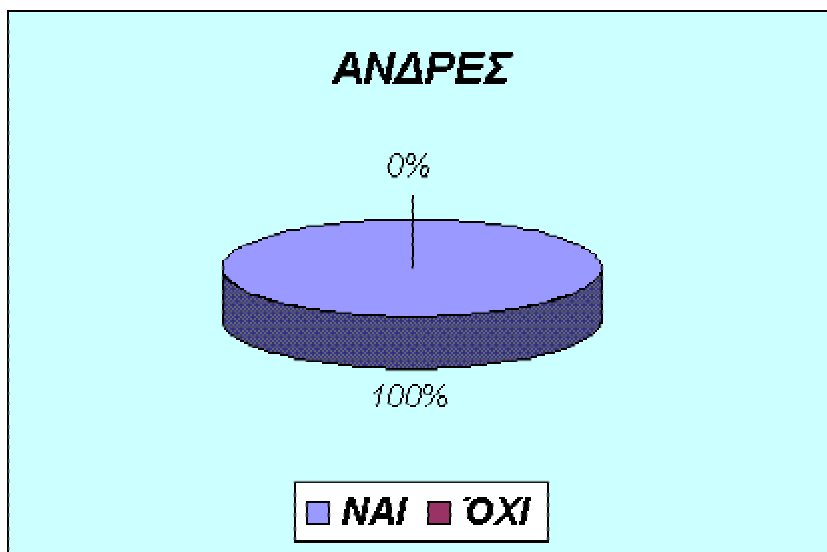
ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	0	0	0	0	5	3	8
ΌΧΙ	0	7	3	12	2	2	26
ΣΥΝΟΛΟ	0	7	3	12	7	5	34

ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,7%	8,8%	23,5%
ΌΧΙ	0,0%	20,6%	8,8%	35,3%	5,9%	5,9%	76,5%
ΣΥΝΟΛΟ	0,0%	20,6%	8,8%	35,3%	20,6%	14,7%	100,0%



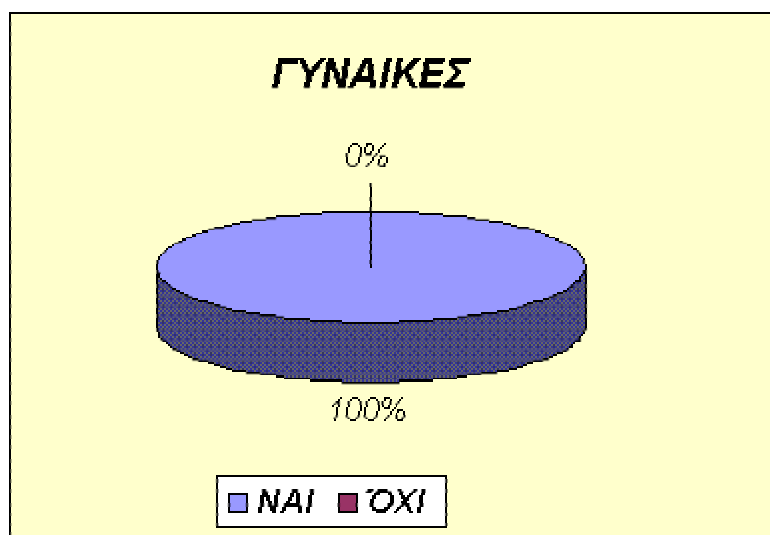
**ΕΡΩΤΗΣΗ 7.** Έχετε απευθυνθεί σε αρμόδιες υπηρεσίες, ώστε να περιορίσετε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε;

<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>		
	ΝΑΙ	ΌΧΙ
	51	0
ΣΥΝΟΛΟ	51	0
ΠΟΣΟΣΤΟ	100%	0%



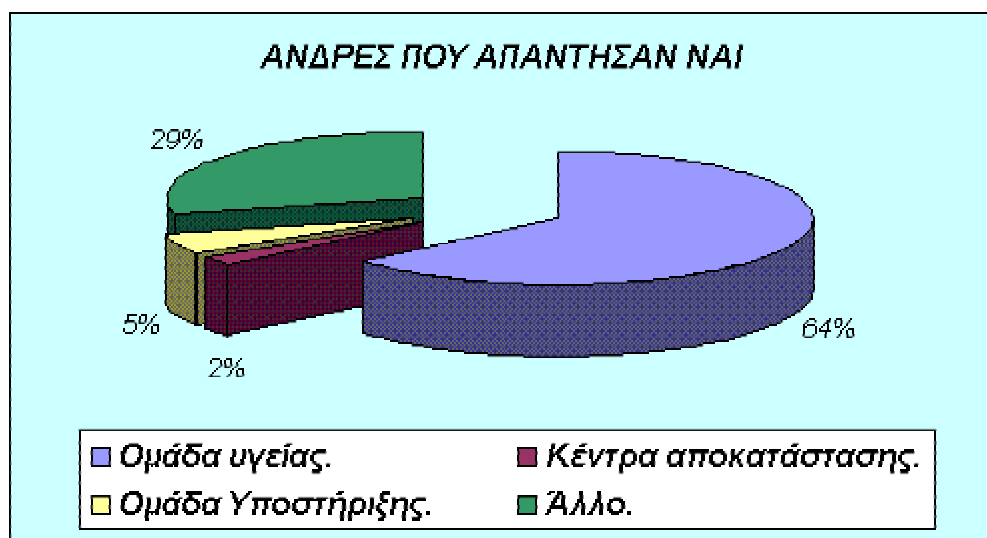
**ΕΡΩΤΗΣΗ 7.** Έχετε απευθυνθεί σε αρμόδιες υπηρεσίες, ώστε να περιορίσετε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε;

<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΌΧΙ</b>
	49	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	49	0
<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	100%	0%



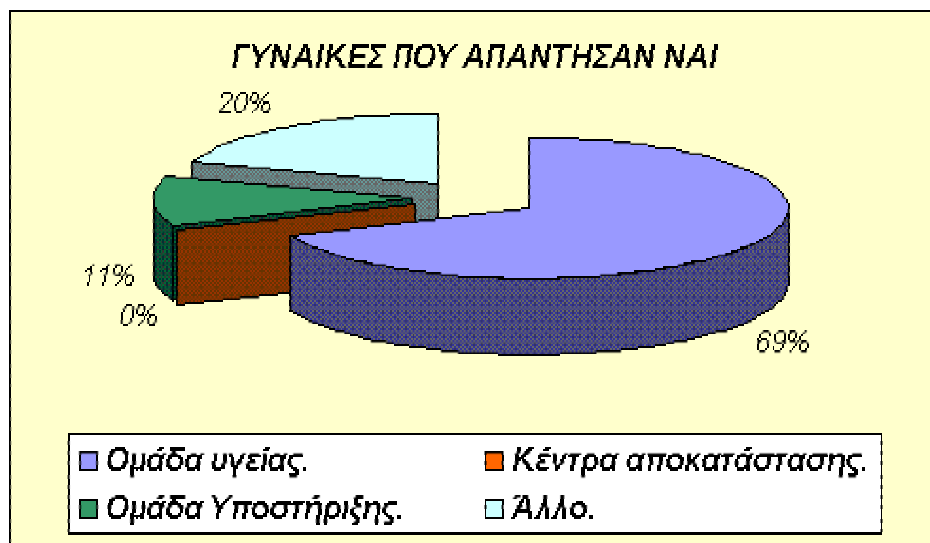
**ΕΡΩΤΗΣΗ 8. Εάν ΝΑΙ, σε ποιες;**

<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Ομάδα Υγείας.	36	64%
Κέντρα αποκατάστασης.	1	2%
Ομάδες Υποστήριξης.	3	5%
Άλλο	16	29%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>



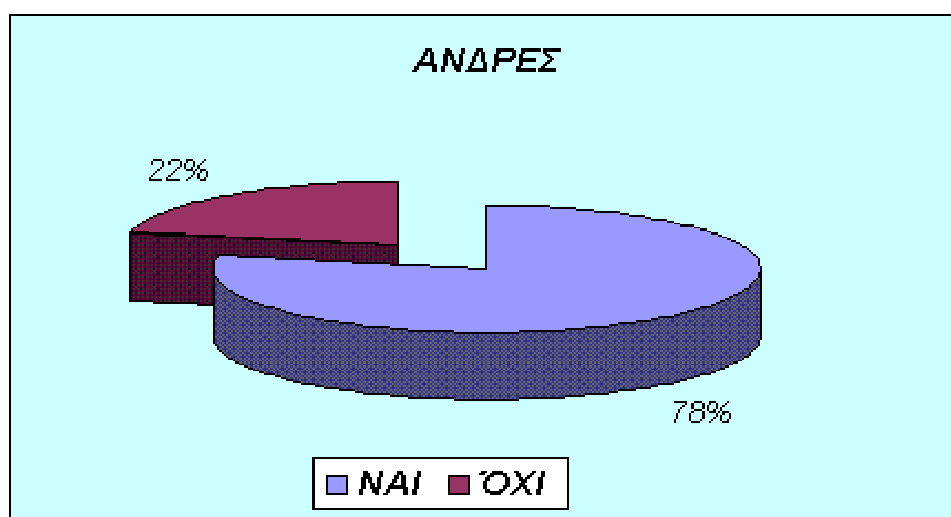
**ΕΡΩΤΗΣΗ 8. Εάν ΝΑΙ, σε ποιες;**

<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Ομάδα Υγείας.	49	69%
Κέντρα Αποκατάστασης.	0	0%
Ομάδες Υποστήριξης.	8	11%
Άλλο.	14	20%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>



**ΕΡΩΤΗΣΗ 9.** Κατά το διάστημα της νοσηλείας σας λάβατε συμβουλές ή διδαχτήκατε τρόπους αυτοφροντίδας;

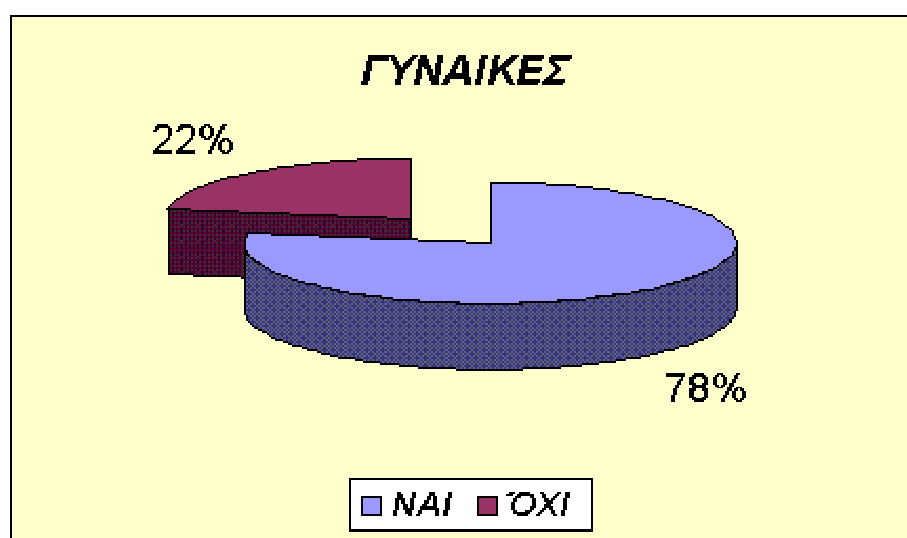
ΑΝΔΡΕΣ		
		ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	40	78%
ΟΧΙ	11	22%
ΣΥΝΟΛΟ	51	100%





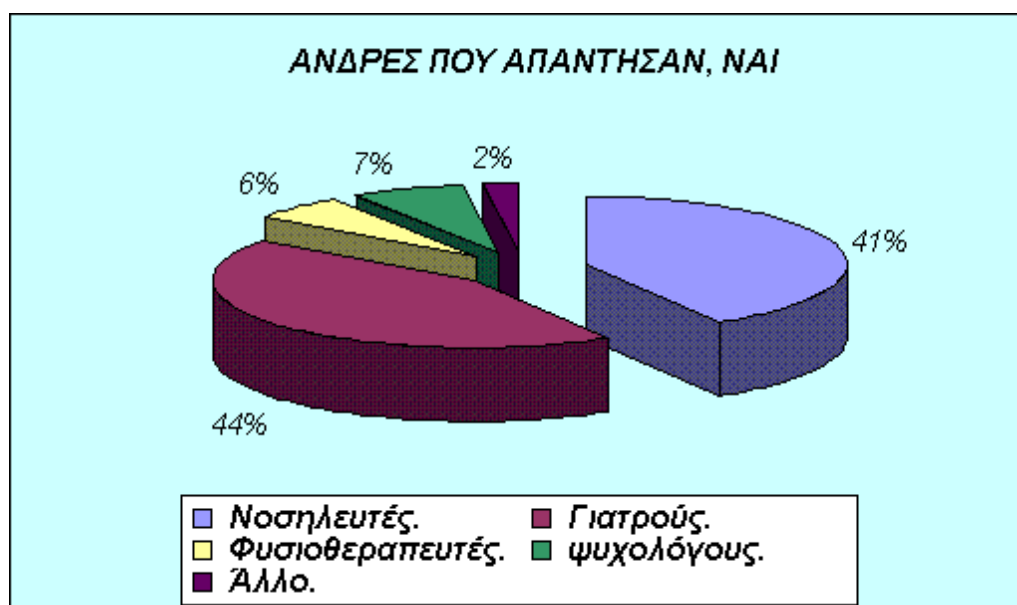
ΕΡΩΤΗΣΗ 9. Κατά το διάστημα της νοσηλείας σας λάβατε συμβουλές ή διδαχθήκατε τρόπους αυτοφροντίδας;

ΓΥΝΑΙΚΕΣ		
		ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	38	78%
ΟΧΙ	11	22%
ΣΥΝΟΛΟ	49	100%



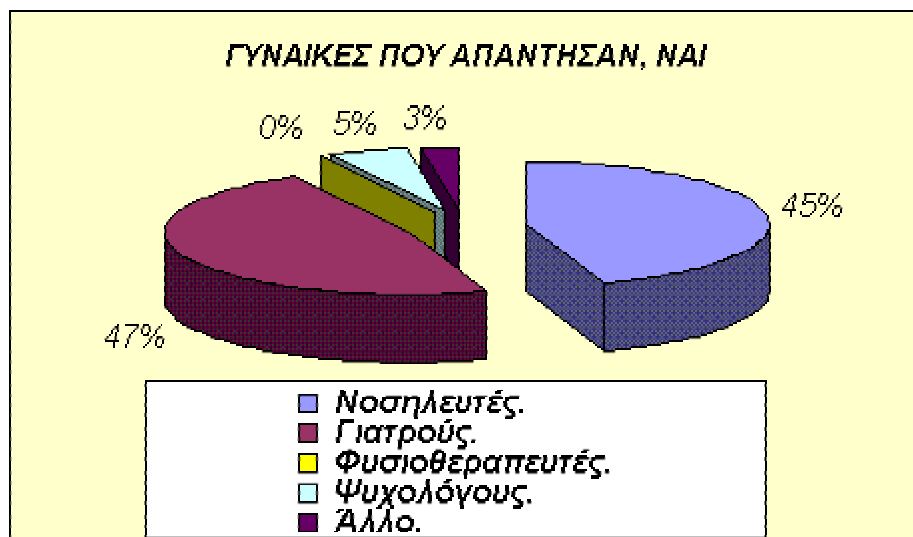
**ΕΡΩΤΗΣΗ 10.** Εάν ΝΑΙ, από ποιους;

<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>		
	ΝΑΙ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Νοσηλευτές.	36	41%
Γιατρούς.	38	44%
Φυσιοθεραπευτές.	5	6%
ψυχολόγους.	6	7%
Άλλο.	2	2%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>



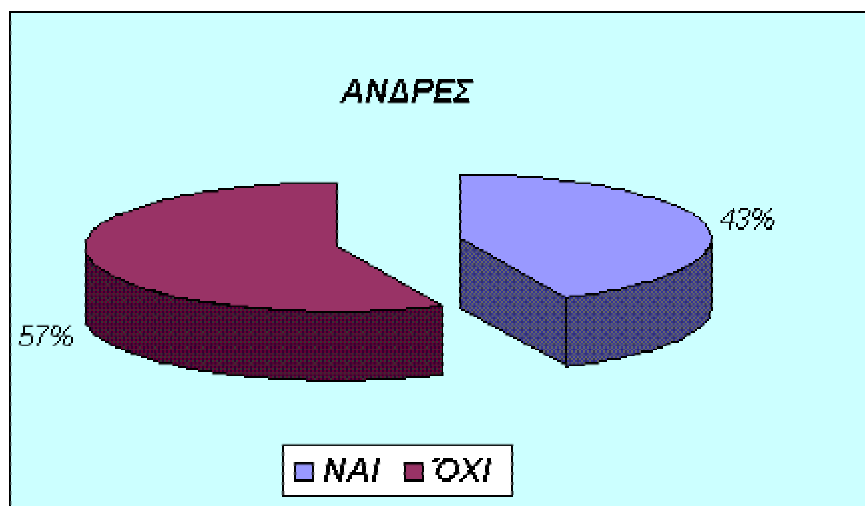
**ΕΡΩΤΗΣΗ 10.** Εάν ΝΑΙ, από ποιους;

<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Νοσηλεύτες.	34	45%
Γιατρούς.	36	47%
Φυσιοθεραπευτές.	0	0%
Ψυχολόγους.	4	5%
Άλλο.	2	3%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>



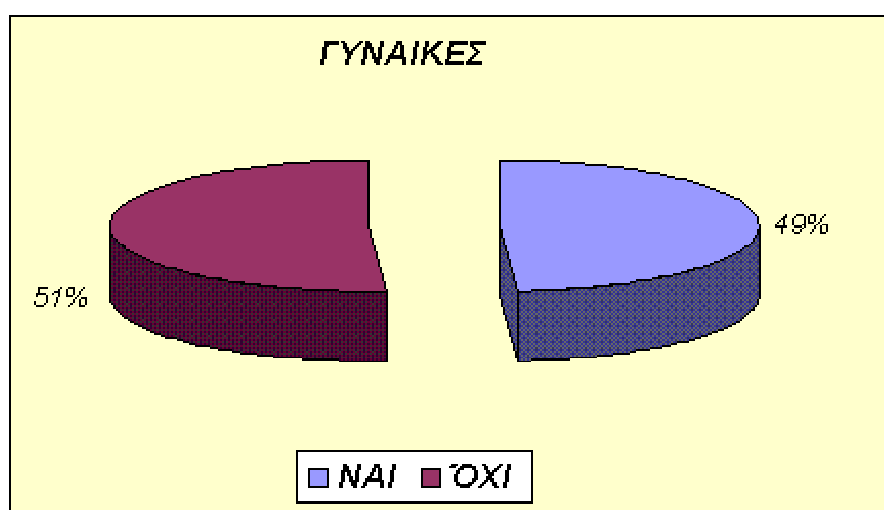
**ΕΡΩΤΗΣΗ 11.** Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας, είχατε ενημέρωση για τις αλλαγές που ενδεχομένως επέφερε η θεραπευτική σας αγωγή;

<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>			
		ΠΟΣΟΣΤΟ	
ΝΑΙ	22	43%	
ΌΧΙ	29	57%	
ΣΥΝΟΛΟ	51	100%	



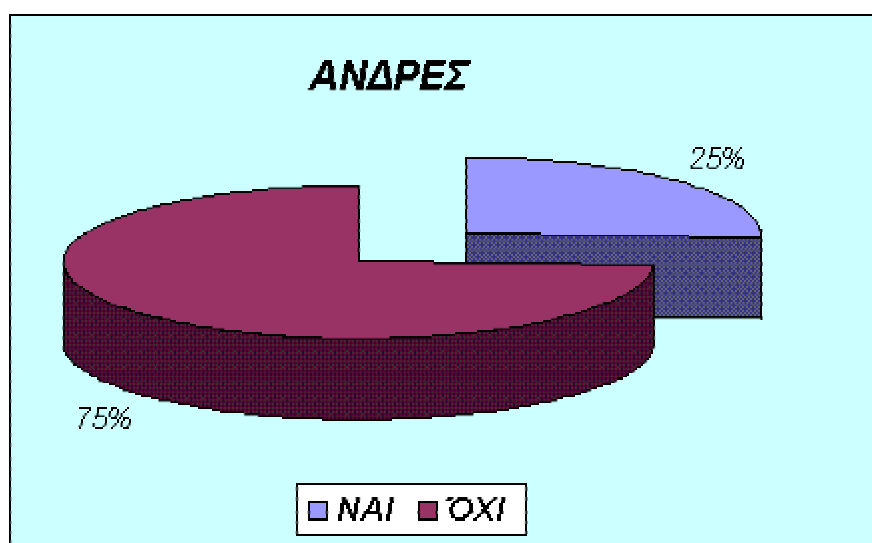
**ΕΡΩΤΗΣΗ 11.** Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας, είχατε ενημέρωση για τις αλλαγές που ενδεχομένως επέφερε η θεραπευτική σας αγωγή;

ΓΥΝΑΙΚΕΣ			
		ΠΟΣΟΣΤΟ	
ΝΑΙ	24	49%	
ΌΧΙ	25	51%	
ΣΥΝΟΛΟ	49	100%	



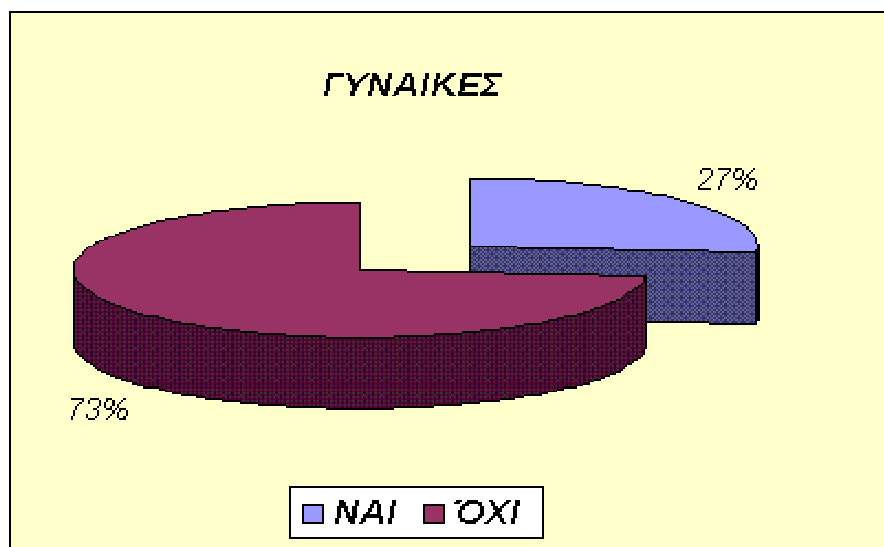
**ΕΡΩΤΗΣΗ 12.** Χρησιμοποιείτε ή χρησιμοποιήσατε κάποια μέσα, για να αντιμετωπίσετε ή ελαχιστοποιήσετε τις αλλαγές στην εικόνα σας;

<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>		
		ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	13	25%
ΌΧΙ	38	75%
ΣΥΝΟΛΟ	51	100%



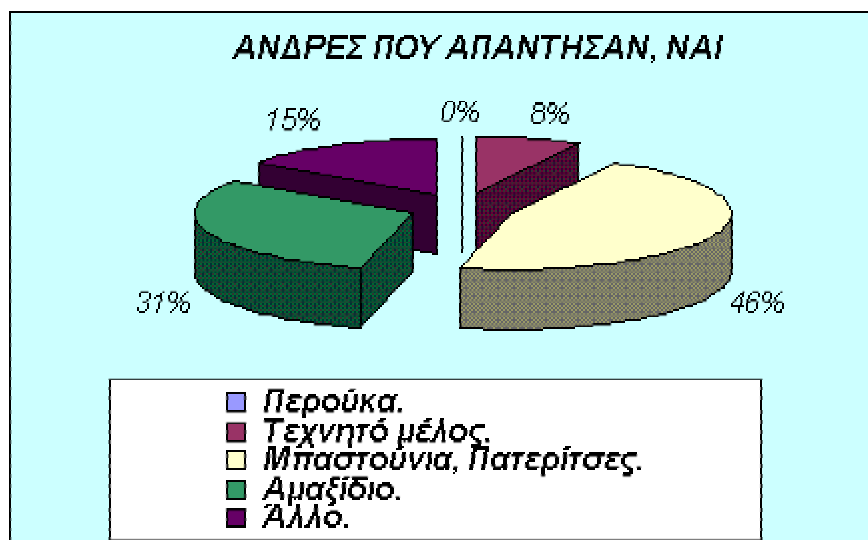
**ΕΡΩΤΗΣΗ 12.** Χρησιμοποιείτε ή χρησιμοποιήσατε κάποια μέσα για να αντιμετωπίσετε, ή ελαχιστοποιήσατε τις αλλαγές στην εικόνα σας;

ΓΥΝΑΙΚΕΣ		
		ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	13	27%
ΌΧΙ	36	73%
ΣΥΝΟΛΟ	49	100%



**ΕΡΩΤΗΣΗ 13. Εάν ΝΑΙ, ποια;**

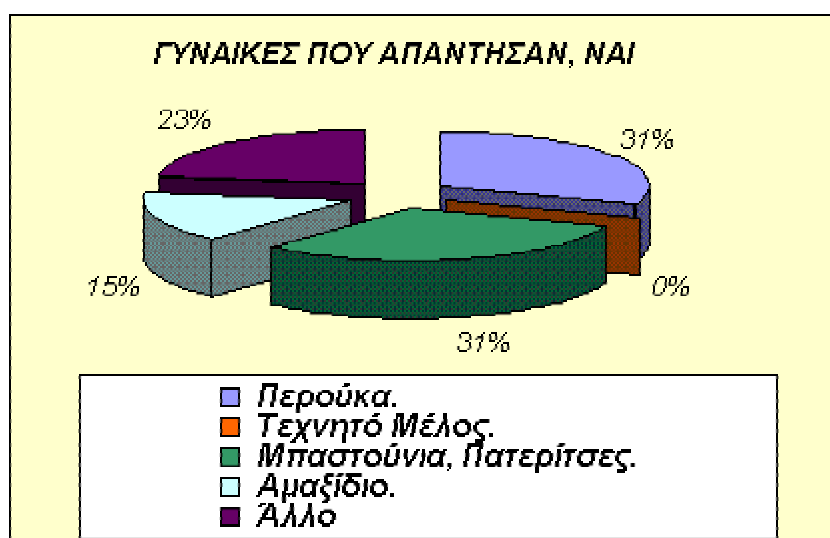
<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Περούκα.	0	0%
Τεχνητό μέλος.	1	8%
Μπαστούνια, Πατερίτσες.	6	46%
Αμαξίδιο.	4	31%
Άλλο.	2	15%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>





**ΕΡΩΤΗΣΗ 13.** Εάν ΝΑΙ, ποια;

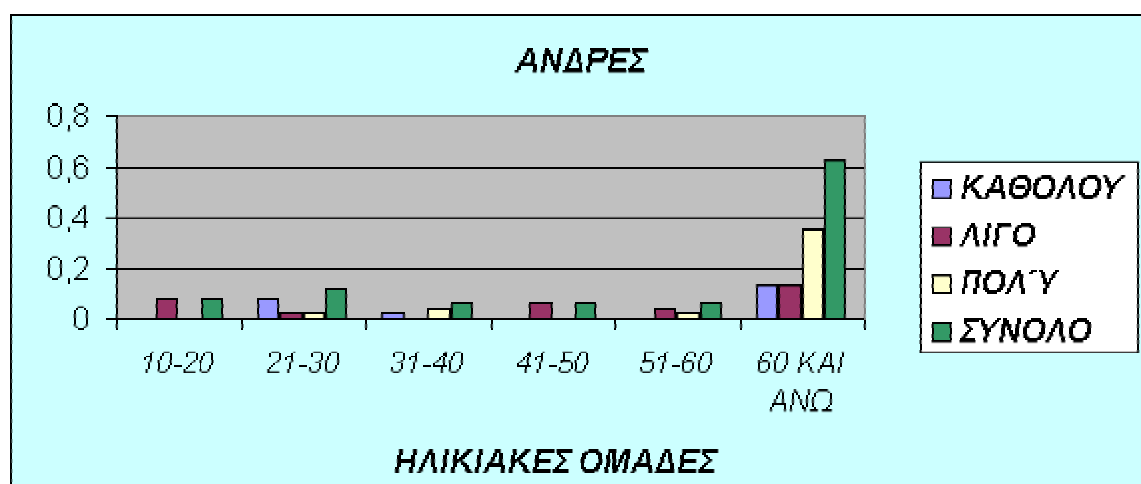
<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Περούκα.	4	31%
Τεχνητό Μέλος.	0	0%
Μπαστούνια, Πατερίτσες.	4	31%
Αμαξίδιο.	2	15%
Άλλο	3	23%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>



**ΕΡΩΤΗΣΗ 14.** Η οικονομική σας κατάσταση έχει επηρεαστεί;

ΑΝΔΡΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	4	1	0	0	7	12
ΛΙΓΟ	4	1	0	3	2	7	17
ΠΟΛΥ	0	1	2	0	1	18	22
ΣΥΝΟΛΟ	4	6	3	3	3	32	51

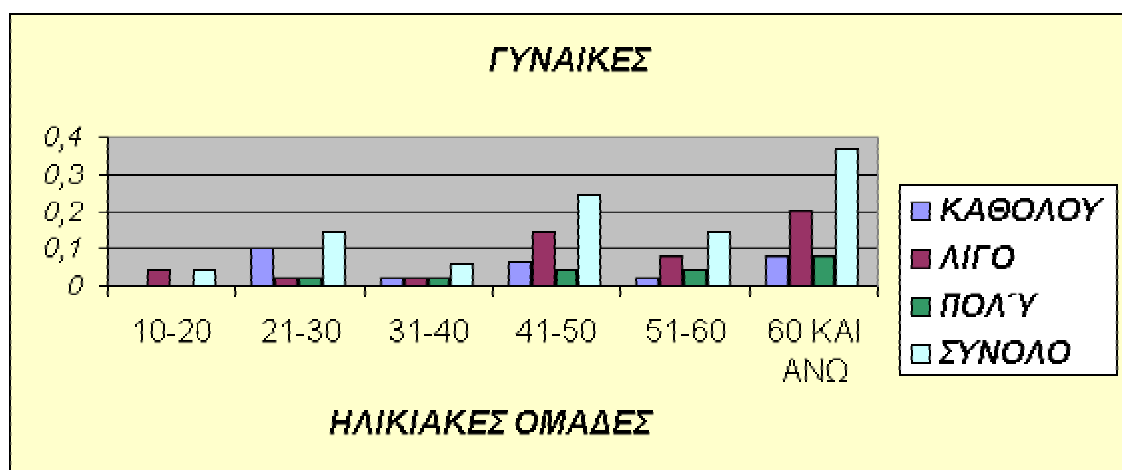
ΑΝΔΡΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0%	7.8%	1.9%	0%	0%	13.7%	23.5%
ΛΙΓΟ	7.8%	1.9%	0%	5.9%	3.9%	13.7%	33.3%
ΠΟΛΥ	0%	1.9%	3.9%	0%	1.9%	35.2%	43.1%
ΣΥΝΟΛΟ	7.8%	11.8%	5.9%	5.9%	5.9%	62.7%	100.00%



**ΕΡΩΤΗΣΗ 14.** Η οικονομική σας κατάσταση έχει επηρεαστεί;

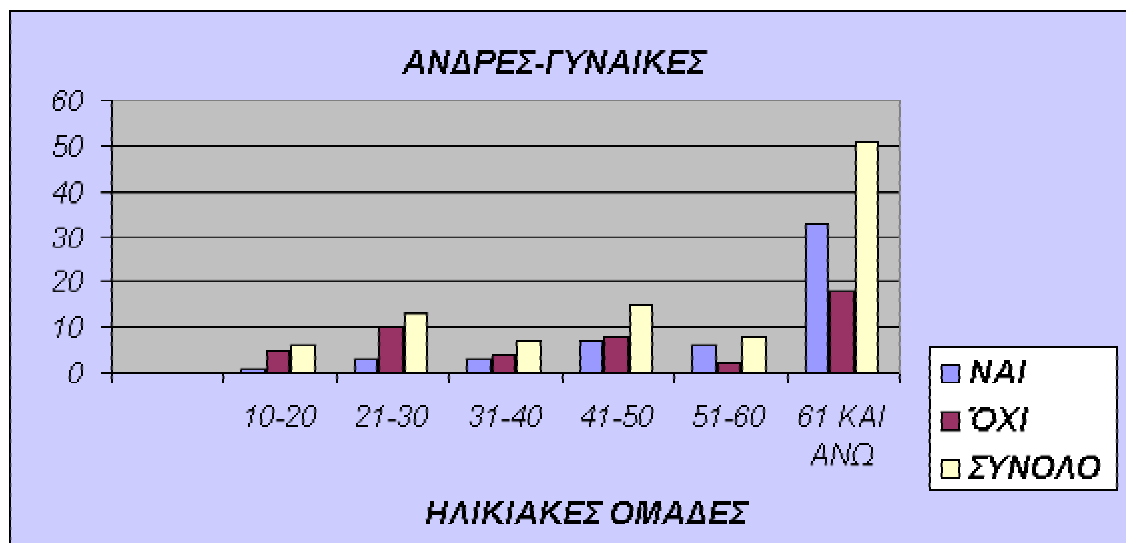
ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	5	1	3	1	4	14
ΛΙΓΟ	2	1	1	7	4	10	25
ΠΟΛΥ	0	1	1	2	2	4	10
ΣΥΝΟΛΟ	2	7	3	12	7	18	49

ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0%	10.2%	2%	6.1%	2%	8.2%	28.6%
ΛΙΓΟ	4%	2%	2%	14.3%	8.2%	20.4%	51%
ΠΟΛΥ	0%	2%	2%	4%	4%	8.2%	20.4%
ΣΥΝΟΛΟ	4%	14.2%	6%	24.4%	14.3%	36.7%	100.00%



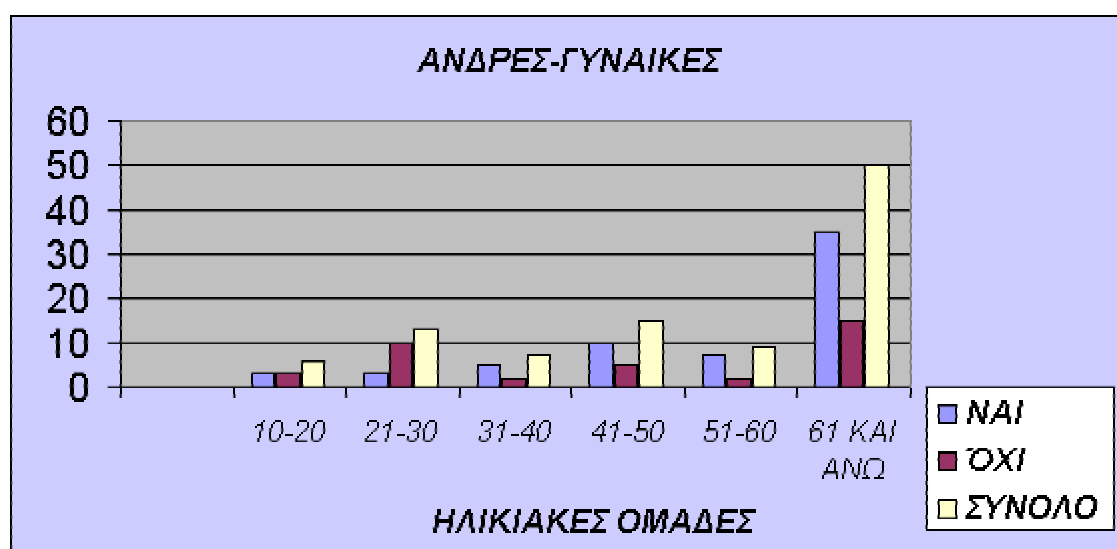
**ΕΡΩΤΗΣΗ 1.** Πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας έχει επηρεάσει το ρόλο σας μέσα στην οικογένεια;

ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	1	3	3	7	6	33	53
ΟΧΙ	5	10	4	8	2	18	47
ΣΥΝΟΛΟ	6	13	7	15	8	51	100



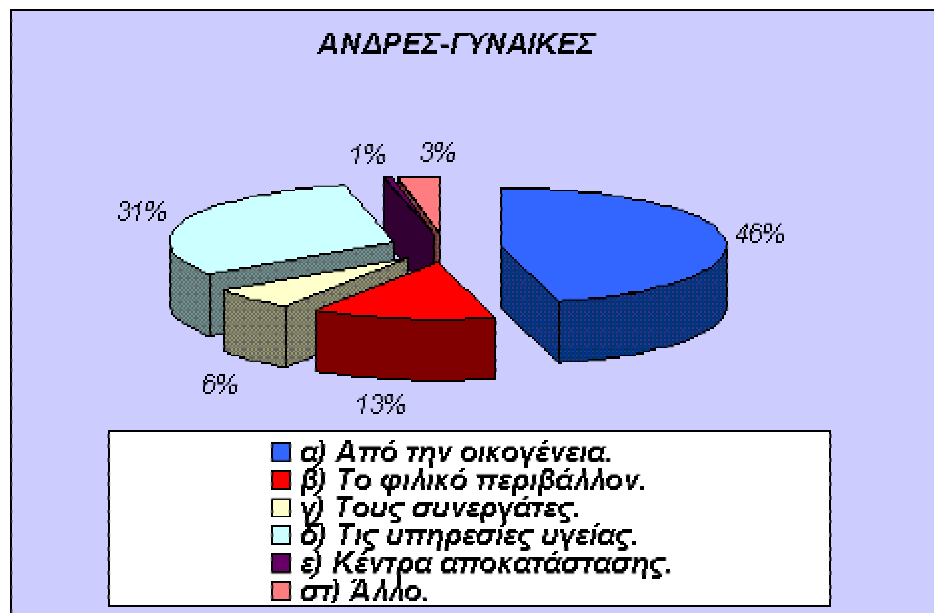
**ΕΡΩΤΗΣΗ 2.** Πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας, σας επηρέασε στην ανάληψη δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής;

<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	3	3	5	10	7	35	63
ΟΧΙ	3	10	2	5	2	15	37
ΣΥΝΟΛΟ	6	13	7	15	9	50	100



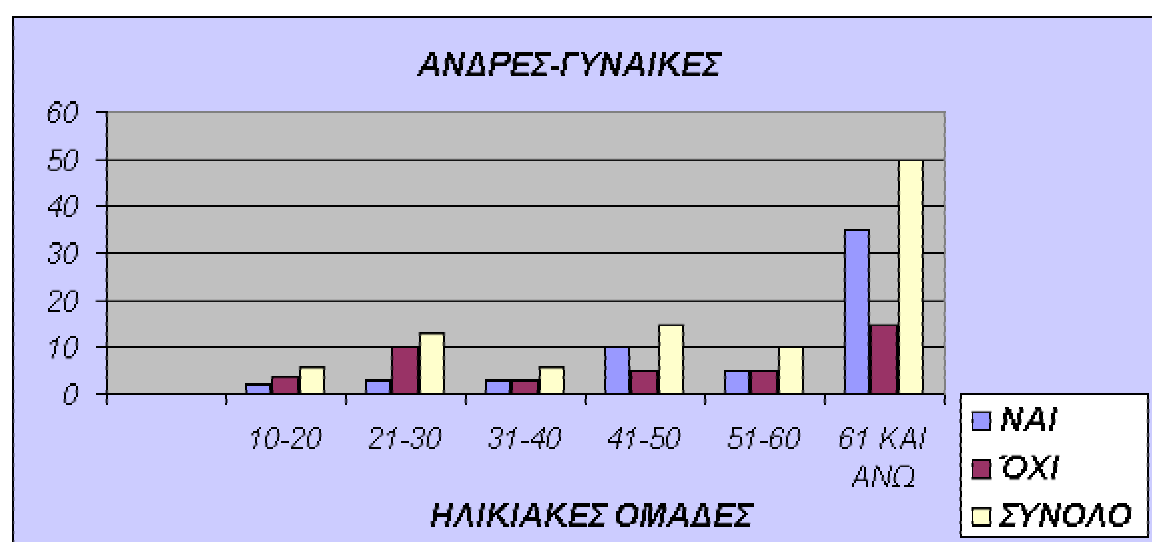
**ΕΡΩΤΗΣΗ 3.** Εάν ΝΑΙ, δέχεστε βοήθεια από άλλα άτομα;

<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
α) Από την οικογένεια.	62	46%
β) Το φιλικό περιβάλλον.	18	13%
γ) Τους συνεργάτες.	8	6%
δ) Τις υπηρεσίες υγείας.	42	31%
ε) Κέντρα αποκατάστασης.	1	1%
στ) Άλλο.	4	3%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>135</b>	<b>100%</b>



**ΕΡΩΤΗΣΗ 4.** Θεωρείτε ότι η κοινωνική σας ζωή έχει επηρεαστεί;

ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	2	3	3	10	5	35	58
ΌΧΙ	4	10	3	5	5	15	42
ΣΥΝΟΛΟ	6	13	6	15	10	50	100



**ΕΡΩΤΗΣΗ 5.** Εάν ΝΑΙ, με ποιο τρόπο;

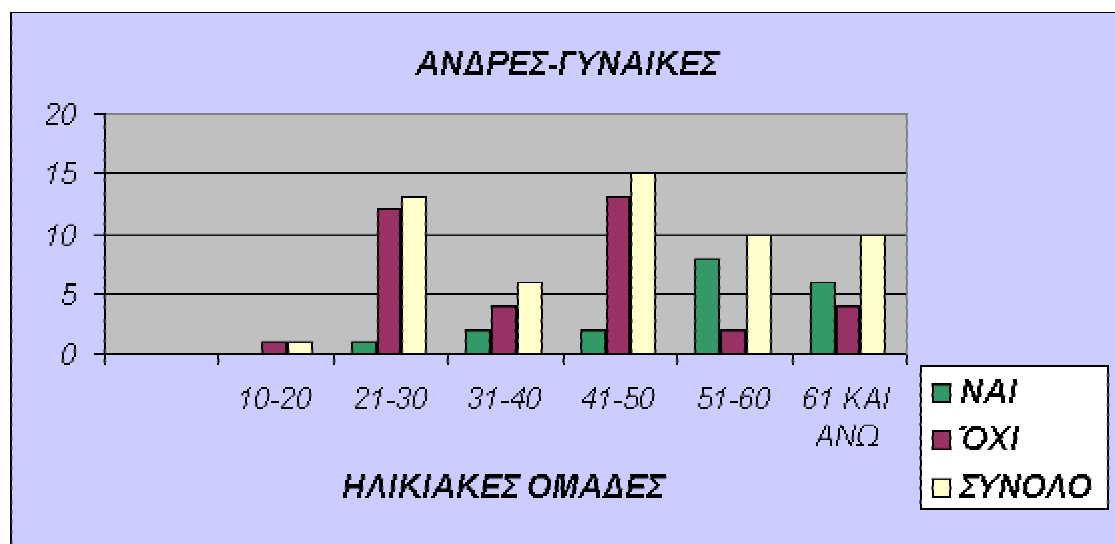
<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		ΝΑΙ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έχουν μειωθεί οι κοινωνικές σας συναναστροφές.		51	32%
Έχουν μειωθεί οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.		52	34%
Έχει μειωθεί η διασκέδαση σας.		47	30%
Άλλο.		7	4%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>157</b>	<b>100%</b>





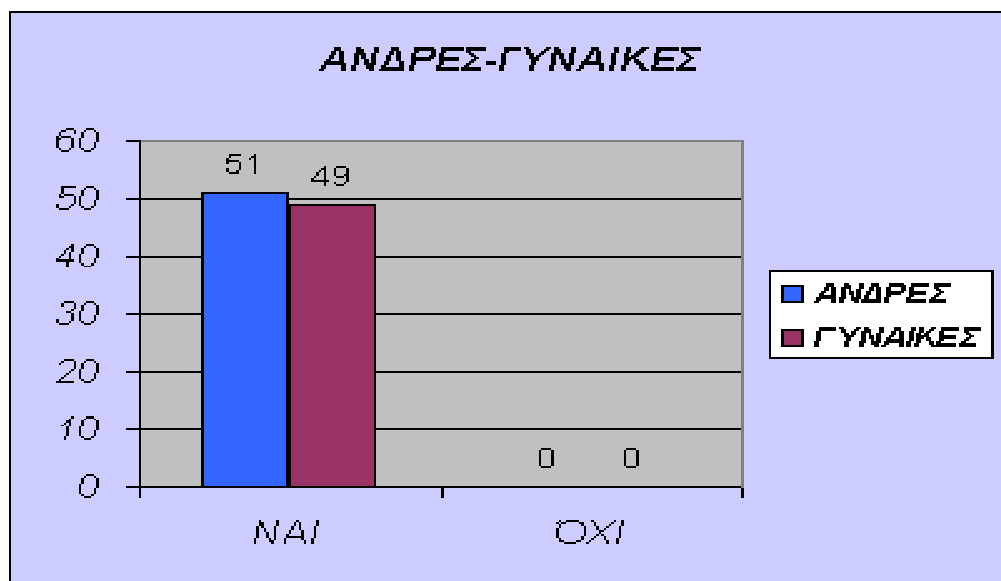
**ΕΡΩΤΗΣΗ 6.** Πιστεύετε ότι έχει επηρεαστεί η απόδοση στην εργασία σας;

ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	0	1	2	2	8	6	19
ΌΧΙ	1	12	4	13	2	4	36
ΣΥΝΟΛΟ	1	13	6	15	10	10	55



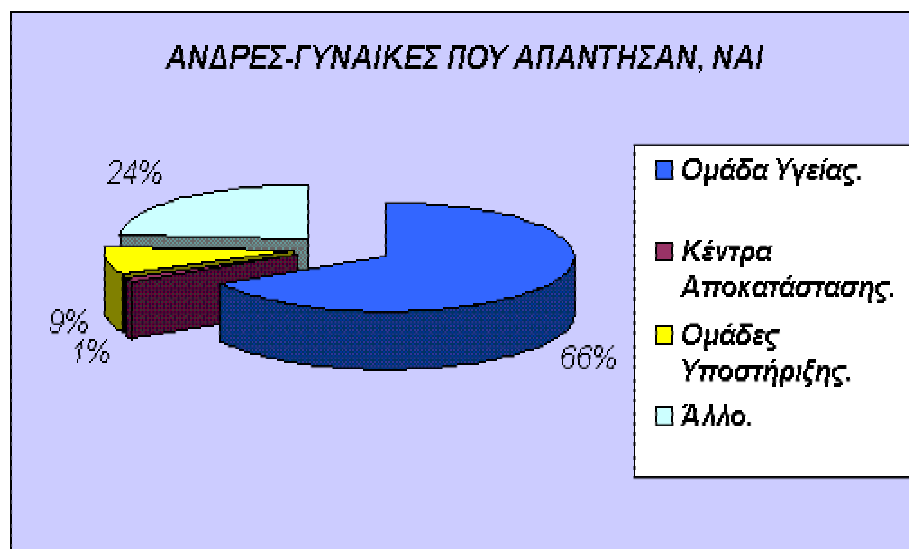
**ΕΡΩΤΗΣΗ 7.** Έχετε απευθυνθεί σε αρμόδιες υπηρεσίες, ώστε να περιορίσετε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε;

<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		
	ΝΑΙ	ΌΧΙ
ΑΝΔΡΕΣ	51	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	49	0
ΣΥΝΟΛΟ	100	0



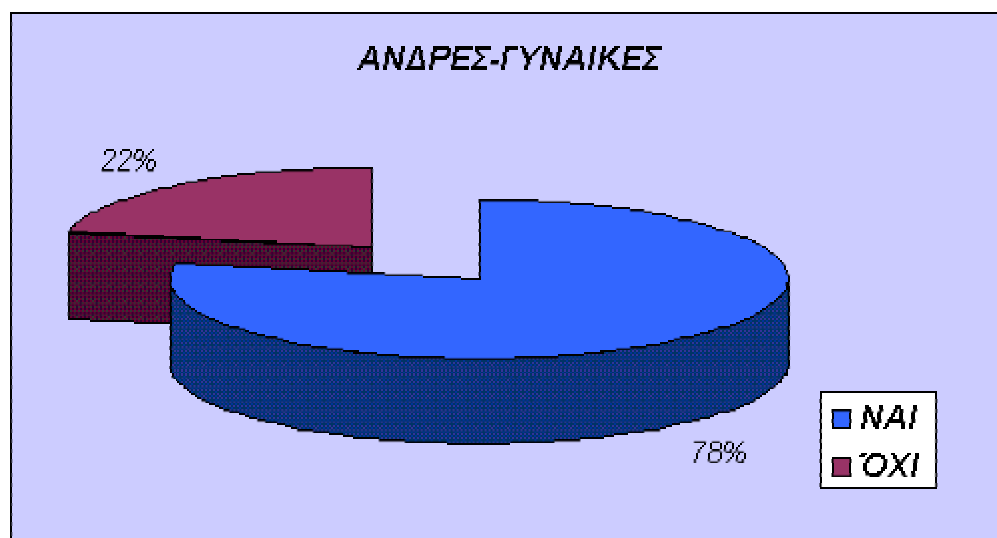
**ΕΡΩΤΗΣΗ 8. Εάν ΝΑΙ, σε ποιες;**

<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Ομάδα Υγείας.	85	66%
Κέντρα Αποκατάστασης.	1	1%
Ομάδες Υποστήριξης.	11	9%
Άλλο.	30	24%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>



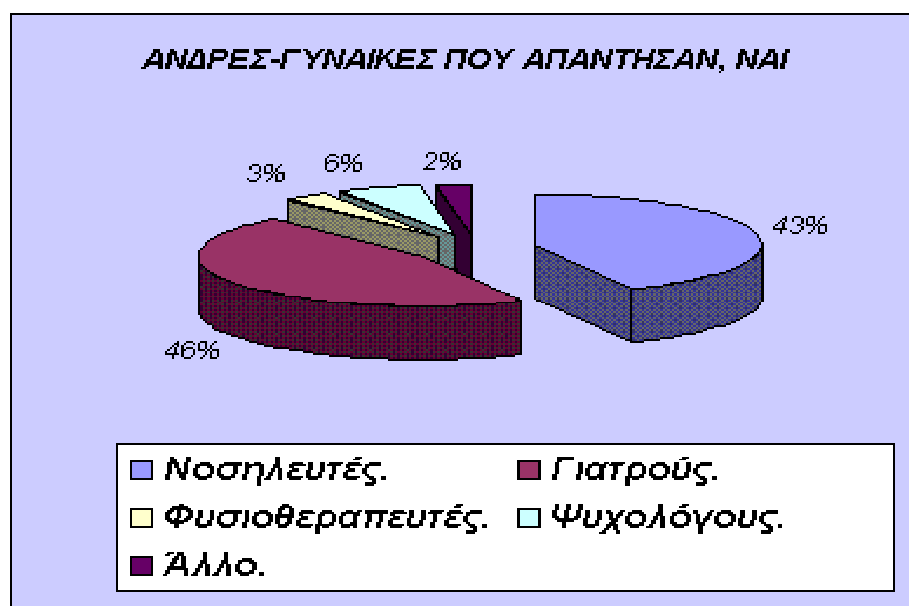
**ΕΡΩΤΗΣΗ 9.** Κατά το διάστημα της νοσηλείας σας λάβατε συμβουλές ή διδαχτήκατε τρόπους αυτοφροντίδας;

<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	
ΝΑΙ	78
ΌΧΙ	22
ΣΥΝΟΛΟ	100



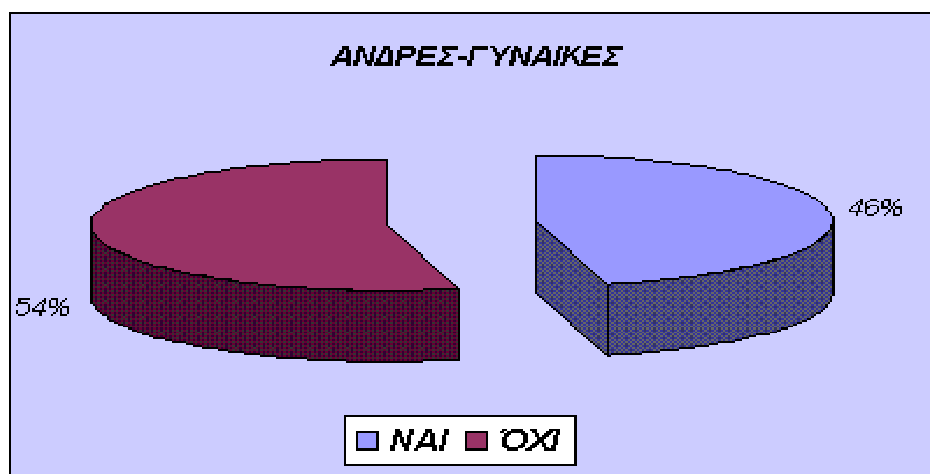
**ΕΡΩΤΗΣΗ 10.** Εάν ΝΑΙ, από ποιους;

<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	
	<b>ΝΑΙ</b>
Νοσηλεύτες.	70
Γιατρούς.	74
Φυσιοθεραπευτές.	5
Ψυχολόγους.	10
Άλλο.	4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>163</b>



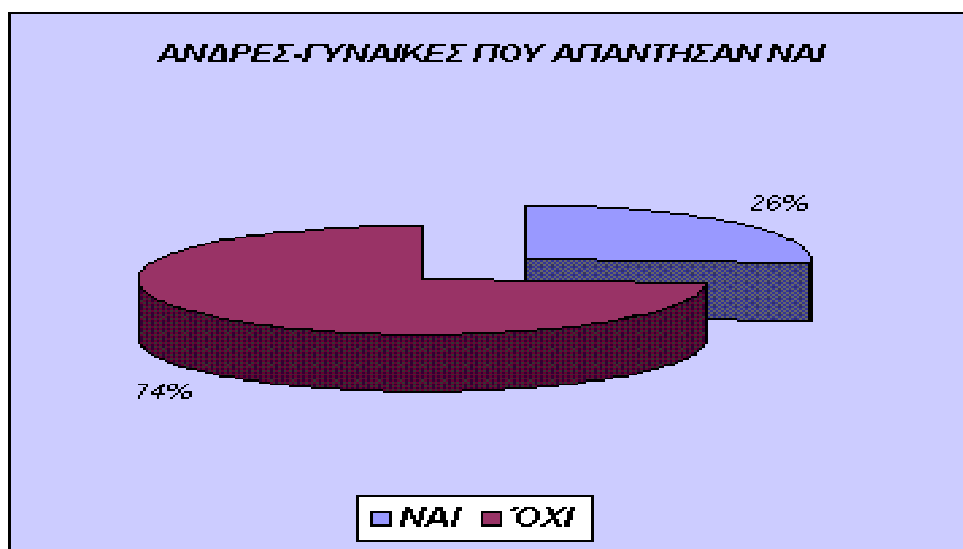
**ΕΡΩΤΗΣΗ 11.** Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας, είχατε ενημέρωση για τις αλλαγές που ενδεχομένως επέφερε η θεραπευτική σας αγωγή;

<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	
ΝΑΙ	46
ΟΧΙ	54
ΣΥΝΟΛΟ	100



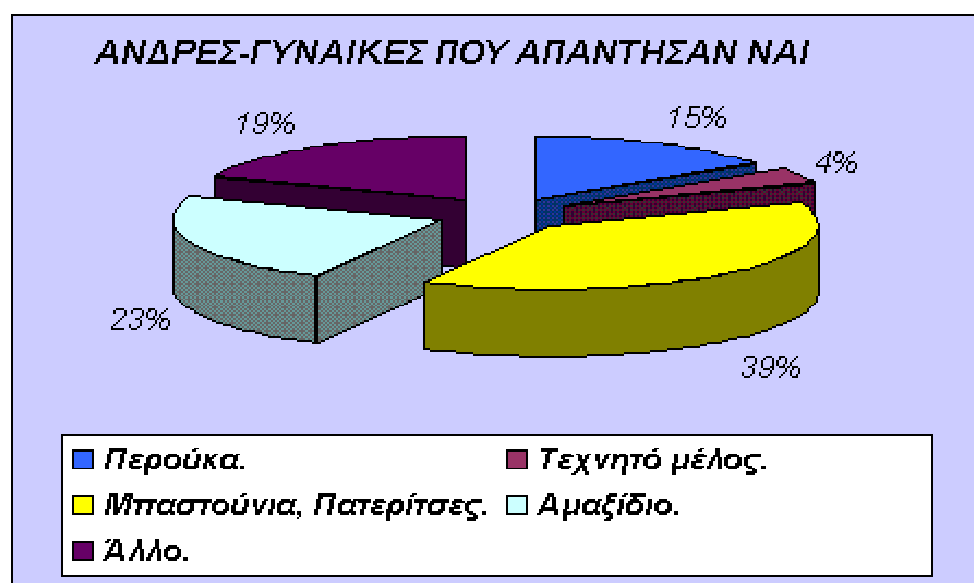
**ΕΡΩΤΗΣΗ 12.** Χρησιμοποιείτε ή χρησιμοποιήσατε κάποια μέσα για να αντιμετωπίσετε, ή ελαχιστοποιήσετε τις αλλαγές στην εικόνα σας;

ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
ΝΑΙ	26
ΌΧΙ	74
ΣΥΝΟΛΟ	100



**ΕΡΩΤΗΣΗ 13.** Εάν ΝΑΙ, ποια;

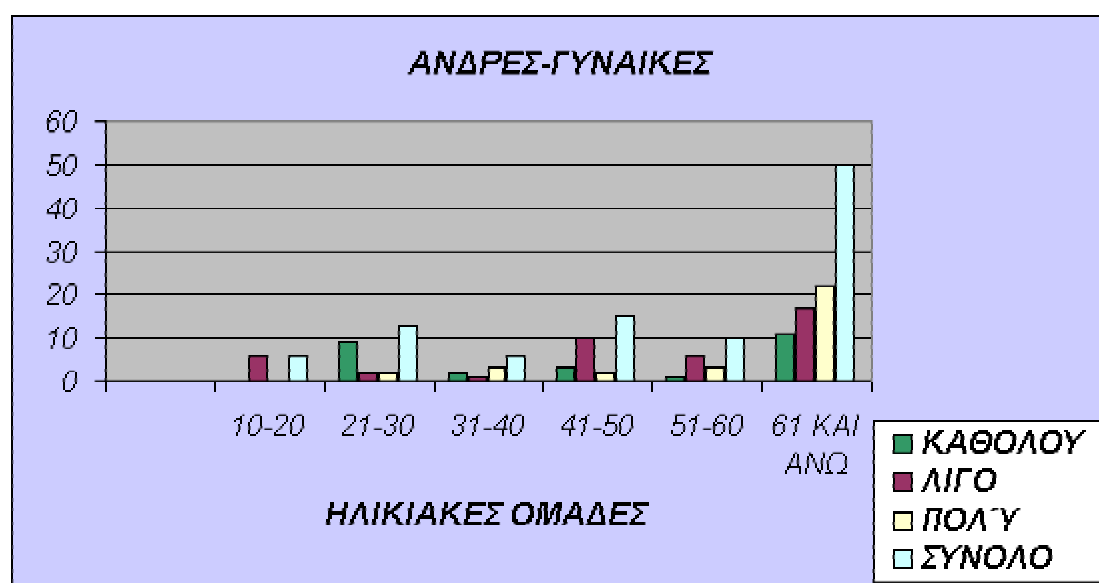
<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	
	<b>ΝΑΙ</b>
Περούκα.	4
Τεχνητό μέλος.	1
Μπαστούνια, Πατερίτσες.	10
Αμαξίδιο.	6
Άλλο.	5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>26</b>





**ΕΡΩΤΗΣΗ 14.** Η οικονομική σας κατάσταση έχει επηρεαστεί;

<b>ΑΝΔΡΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>							
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	9	2	3	1	11	26
ΛΙΓΟ	6	2	1	10	6	17	42
ΠΟΛΥ	0	2	3	2	3	22	32
ΣΥΝΟΛΟ	6	13	6	15	10	50	100



## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:**

Η έρευνα για την Πτυχιακή Εργασία με θέμα «Νοσηλευτική Προσέγγιση Ασθενών με Αλλαγμένη Σωματική Εικόνα» πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από 24/1/2003 μέχρι 18/4/2003.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε ασθενείς των δύο νοσοκομείων του Ηρακλείου, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο και στο Βενιζέλειο. Το δείγμα ήταν 100 ασθενείς, 51 Άνδρες και 49 Γυναίκες.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα: Στην ερώτηση αν οι ασθενείς πιστεύουν ότι η κατάσταση της υγείας τους επηρέασε το ρόλο τους μέσα στην οικογένεια, σε σύνολο 51 ανδρών που ερωτήθηκαν διαπιστώθηκαν τα εξής: Στις ηλικιακές ομάδες 10-20, 21-30 και 51-60 οι περισσότεροι απάντησαν ότι ο ρόλος τους δεν έχει αλλάξει, σε ποσοστό 7.8%, 11.8% και 5.9% αντίστοιχα. Αντίθετα, στις ηλικιακές ομάδες 31-40, 41-50 και 61 κ' άνω, απάντησαν ότι ο ρόλος τους έχει αλλάξει, σε ποσοστό 5.9%, 5.9% και 62.7%. Όσον αφορά τις γυναίκες, από τις 49 που ρωτήθηκαν, μόνο όσες άνηκαν στις ηλικιακές ομάδες 51-60 και 61 κ' άνω, απάντησαν ότι ο ρόλος τους μέσα στην οικογένεια άλλαξε, κατά 10.2% και 38.8%. Οι περισσότερες που άνηκαν σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες απάντησαν ότι ο ρόλος τους δεν άλλαξε.

Συνεπώς, όπως προκύπτει από τα παραπάνω ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην αλλαγή του ρόλου που κατείχαν μέσα στην οικογένεια τα άτομα με αλλαγμένη σωματική εικόνα, είναι και η αυξανόμενη ηλικία. Τα νεότερα άτομα ανταπεξέρχονται στα νέα δεδομένα με καλύτερο τρόπο, ενώ τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα έχουν να αντιμετωπίσουν δύο εχθρούς. Την αλλαγή στο σωματικό τους είδωλο και τον χρόνο, που τους στερούν το ρόλο που κατείχαν μέσα στην οικογένεια. Εξάλλου, οι μικρές ηλικίες δεν έχουν δημιουργήσει ακόμη δική τους οικογένεια. Τα παιδιά οι γονείς τα αντιμετωπίζουν πάντα σαν παιδιά, και ο ρόλος ενός νέου ανθρώπου δεν αλλάζει μέσα στην οικογένεια. Οι μεγάλοι που έχουν δημιουργήσει οικογένειες και είχαν ένα συγκεκριμένο ρόλο, να προστατεύουν, να

υποστηρίζουν και να καθοδηγούν την οικογένεια τους, ξαφνικά βρίσκονται στη θέση να χρειάζονται οι ίδιοι φροντίδα και υποστήριξη.

Έπειτα, στην ερώτηση αν οι ασθενείς πιστεύουν ότι η κατάσταση της υγείας, τους επηρέασε στην ανάληψη δραστηριοτήτων της καθημερινότητας, από τους άνδρες που ρωτήθηκαν, μόνο όσοι άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30 απάντησαν όχι, κατά 7.8%. Οι υπόλοιποι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Όσον αφορά τις γυναίκες, όσες άνηκαν στις ηλικιακές ομάδες 10-20 και 21-30, απάντησαν πως δεν αντιμετωπίζουν δυσκολία στις καθημερινές τους δραστηριότητες, κατά 4% και 12.2% αντιστοίχως. Οι υπόλοιπες γυναίκες, που άνηκαν στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες απάντησαν ότι, μετά την ασθένεια και την αλλαγή στην σωματική τους εικόνα, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάληψη δραστηριοτήτων της καθημερινότητας.

Συνεπώς, η αναπηρία, ο ακρωτηριασμός και όλες οι ασθένειες που αλλάζουν το σωματικό είδωλο, επηρεάζουν τα άτομα και δεν τους επιτρέπουν να πραγματοποιούν όπως πριν τις καθημερινές δραστηριότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν από τη φροντίδα του σπιτιού, μέχρι την αυτοεξυπηρέτηση.

Ακολούθως, στην ερώτηση εάν δέχονται βοήθεια από άλλα άτομα, όσοι επηρεάζονται στην ανάληψη καθημερινών δραστηριοτήτων, από τους 37 άνδρες που απάντησαν ναι, ποσοστό 72.5% βρέθηκε: Η οικογένεια κατέχει τον πρώτο ρόλο στην παροχή βοήθειας, κατά 47%. Ακολουθούν, οι υπηρεσίες υγείας κατά 34%, το φιλικό περιβάλλον κατά 11%, οι συνεργάτες κατά 5%, και τα κέντρα αποκατάστασης κατά 3%. Από τις 26 γυναίκες που απάντησαν ναι, ποσοστό 53% βρέθηκε: Η οικογένεια και πάλι είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στήριξης, κατά 44%. Ακολουθούν, οι υπηρεσίες υγείας κατά 28%, το φιλικό περιβάλλον κατά 16%, οι συνεργάτες κατά 5%, κάποια άλλη απάντηση, όπως οικιακή βοηθός, αποκλειστική κατά 7% ,ενώ καμία γυναίκα δεν δήλωσε ότι δέχεται βοήθεια από κέντρα αποκατάστασης.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, στην Ελληνική κοινωνία του σήμερα, η οικογένεια ευτυχώς εξακολουθεί να κατέχει τον πρώτο ρόλο στην παροχή βοήθειας στα μέλη της. Γονείς, σύζυγοι, και παιδιά συμπαραστέκονται και στηρίζουν τα άτομα με αλλαγή στο σωματικό τους είδωλο.

Δυστυχώς όμως, τα κέντρα αποκατάστασης στη χώρα μας υπολειποντο, όπως φαίνεται από τα παραπάνω στοιχεία, ενώ φαίνεται να είναι ελλιπής η ενημέρωση των ασθενών γύρω από αυτά. Οι πλειοψηφία δεν γνωρίζει ότι υπάρχουν, ούτε έχουν ενημερωθεί σχετικά με το πώς μπορούν απευθυνθούν σε αυτά και τα οφέλη που μπορούν να αποκομίσουν.

Επίσης, στην ερώτηση αν οι ασθενείς θεωρούν ότι η κοινωνική τους ζωή έχει επηρεαστεί, όλες οι ηλικιακές ομάδες των ανδρών απαντούν ναι. Εξαίρεση αποτελούν οι ηλικιακές ομάδες 10-20 κατά 1.9%, και 51-60 κατά 1.9%. Οι γυναίκες που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 10-20, 21-30, 31-40, απάντησαν ότι δεν επηρεάστηκε η κοινωνική τους ζωή. Αντίθετα, η κοινωνική ζωή επηρεάστηκε μετά το πρόβλημα που προέκυψε και την αλλαγή της σωματικής εικόνας στις ηλικίες 41-50, κατά 14.2%, 51-60, κατά 8.1%, και 61 κ' άνω, κατά 20.4%.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε λοιπόν ότι, η κοινωνική ζωή επηρεάζεται περισσότερο στις μεγάλες ηλικίες. Τα άτομα που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία είχαν οργανώσει τη ζωή τους με συγκεκριμένο τρόπο. Όμως, τα νέα δεδομένα έρχονται να ταραξουν αυτή την οργάνωση. Δεν είναι πλέον εύκολο να εξακολουθούν να κάνουν όσα έκαναν στο παρελθόν, για λόγους λειτουργικούς και συναισθηματικούς.

Σε αντίθεση, τα νεότερα άτομα, μαθαίνουν από νωρίς να συμβιώνουν με το πρόβλημα τους και να προσαρμόζουν την κοινωνική τους ζωή στις ανάγκες τους, έτσι ώστε να έχουν μια φυσιολογική ζωή.

Συνακόλουθα, στην ερώτηση με ποιον τρόπο επηρεάστηκε η κοινωνική ζωή των ασθενών, το 68.62% των ανδρών που απάντησαν, δήλωσαν ότι έχουν μειωθεί οι κοινωνικές τους συναναστροφές κατά 31%, αναλόγως και οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, ακολουθούν, η διασκέδαση κατά 30% και κάποια άλλη απάντηση, όπως χόμπι κατά 7%. Όσον αφορά τις γυναίκες, το 46.9% που απάντησαν ότι έχει επηρεαστεί η κοινωνική τους ζωή, δήλωσαν ότι έχουν μειωθεί οι κοινωνικές τους συναναστροφές κατά 34%, έχουν μειωθεί οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής κατά 35%, έχει μειωθεί η διασκέδαση κατά 31%, ενώ καμία απ' τις ερωτηθείσες απάντησαν ότι η κοινωνική τους ζωή έχει επηρεαστεί με άλλο τρόπο.

Συνεπώς, η κοινωνική ζωή στους άνδρες επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό 68.6%, ενώ στις γυναίκες λιγότερο κατά 46.9%. Διαφορά προκύπτει και στον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται. Στις γυναίκες μειώνονται οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής περισσότερο, οι οποίες περιλαμβάνουν τις εξωτερικές δουλειές, και ακολουθούν οι κοινωνικές συναναστροφές και η διασκέδαση. Αντιθέτως, στους άνδρες η μείωση των κοινωνικών συναναστροφών και των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής μειώνονται στο ίδιο ποσοστό, και ακολουθεί η διασκέδαση κατά 30% και κάποια άλλη απάντηση όπως, χόμπυ κατά 7%.

Στην ερώτηση εάν έχει επηρεαστεί η απόδοση στην εργασία, οι άνδρες απαντούν ναι, κατά 52.3%. Μόνο στην ηλικιακή ομάδα 21-30 απάντησαν ότι δεν επηρεάστηκε η απόδοση στην εργασία, κατά 23.8%, σε σχέση με εκείνους που επηρεάστηκαν στην ίδια ηλικιακή ομάδα, κατά 4.7% μόλις.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες, κατά 76.5% δήλωσαν ότι δεν επηρεάστηκε η απόδοση τους στην εργασία. Μόνο στις ηλικιακές ομάδες 51-60 και 61 κ' άνω, δήλωσαν ότι επηρεάστηκε η απόδοση στην εργασία κατά, 14.7% και 8.8%, σε σχέση με αυτές που δεν επηρεάστηκαν κατά 5.8% και 5.8% αντιστοίχως.

Γεγονός πάντως είναι ότι ακόμη και μετά το 61<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας, άνδρες και γυναίκες, εξακολουθούν να εργάζονται, παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν λόγω της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση, οι άνδρες επηρεάζονται πολύ στην απόδοση στον εργασιακό τομέα κατά 52.3%, ενώ οι γυναίκες που επηρεάζονται, αγγίζουν μόλις το 23.5%, σε σχέση με αυτές που δεν επηρεάζονται στην απόδοση στον εργασιακό τομέα και ανέρχονται κατά 76.5% .

Επιπροσθέτως, στην ερώτηση εάν έχουν απευθυνθεί σε αρμόδιες υπηρεσίες, ώστε να περιορίσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, άνδρες και γυναίκες απάντησαν ναι, κατά 100%. Βέβαια, αυτό είναι αναμενόμενο, αφού η νόσος και η αλλαγή του σωματικού ειδώλου, οδηγούν εκ' των πραγμάτων τα άτομα στα νοσοκομεία για να ζητήσουν βοήθεια.

Στην ερώτηση σε ποιες αρμόδιες υπηρεσίες έχουν απευθυνθεί οι ασθενείς, οι άνδρες απαντούν: στην ομάδα υγείας κατά 64%, κάποια άλλη απάντηση, όπως σε ασφαλιστικό φορέα για τη χορήγηση οικονομικού επιδόματος κατά 29%, σε ομάδες υποστήριξης κατά 5%, τέλος σε κέντρα αποκατάστασης κατά 2% μόλις. Όσον αφορά τις γυναίκες, έχουν απευθυνθεί σε ομάδα υγείας, κατά 69%, σε κάποια άλλη υπηρεσία όπως σε ασφαλιστικό φορέα, κατά 20%, σε ομάδες υποστήριξης, κατά 11%, ενώ καμία απάντηση δεν δόθηκε για καταφυγή σε κέντρα αποκατάστασης. Χαρακτηριστικό είναι ότι η ομάδα υγείας κατέχει την πρώτη θέση. Όλοι οι ασθενείς όταν προκύψει πρόβλημα υγείας που προκαλεί αλλαγή στη σωματική εικόνα απευθύνονται σε ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς. Το νοσοκομείο είναι ένας χώρος που απευθύνονται οι ασθενείς, προκειμένου να περιορίσουν δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Ακόμα, στην ερώτηση αν κατά το διάστημα της νοσηλείας τους, οι ασθενείς έλαβαν συμβουλές, ή διδάχτηκαν τρόπους αυτοφροντίδας, το 78% των ανδρών απάντησαν ναι, το 22% όχι. Όσον αφορά τις γυναίκες το 78% απάντησαν ναι, το 22% όχι. Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έχει ενημερωθεί από το προσωπικό-ιατρούς, νοσηλευτές- τι πρέπει να προσέχουν, τι πρέπει να αποφεύγουν, πώς να περιποιούνται τον εαυτό τους, μετά τις αλλαγές που έχουν στη ζωή τους συνέπεια της αλλαγής στη σωματική τους εικόνα. Όμως υπάρχει ένας μικρός, αλλά σημαντικός αριθμός ασθενών που δεν έχει διδαχτεί τρόπους αυτοφροντίδας, που δεν έχει λάβει συμβουλές, συνεπώς δεν θα είναι σε θέση να προσαρμοστούν γρήγορα στα νέα δεδομένα, μετά την αλλαγή της σωματικής τους εικόνας.

Ακολουθεί η ερώτηση από ποιους οι ασθενείς έχουν λάβει συμβουλές και διδαχτεί τρόπους αυτοφροντίδας κατά το διάστημα της νοσηλείας τους. Όσον αφορά τις απαντήσεις των ανδρών, την πρώτη θέση έχουν οι γιατροί, κατά 44%, στη συνέχεια οι νοσηλευτές κατά 41%, έπειτα οι ψυχολόγοι κατά 7%, οι φυσιοθεραπευτές κατά 6% και κάποια άλλη απάντηση με ποσοστό 2%. Οι γυναίκες με τη σειρά τους απάντησαν ότι ενημερώνονται για τρόπους αυτοφροντίδας από τους γιατρούς, κατά 47%, τους νοσηλευτές, κατά 45%, τους ψυχολόγους, κατά 5%, κάποια άλλη απάντηση, κατά 3%, ενώ δεν

δόθηκε καμία απάντηση για τους φυσιοθεραπευτές Γιατροί και νοσηλευτές είναι εκείνοι που κατά κύριο λόγο καθοδηγούν, συμβουλεύουν και διδάσκουν τρόπους αυτοφροντίδας.

Έπειτα, στην ερώτηση εάν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, οι ασθενείς είχαν ενημερωθεί για αλλαγές που θα επέφερε η θεραπευτική τους αγωγή, μόλις το 43% των ανδρών απάντησαν ναι και το 57% όχι. Οι γυναίκες στην πλειοψηφία τους απάντησαν ότι δεν είχαν δεχθεί ενημέρωση κατά 51%, ενώ εκείνες που ήταν ενημερωμένες αποτελούσαν το 49%. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι οι ασθενείς είναι ελλιπώς ενημερωμένοι. Περισσότεροι από τους μισούς δεν είχαν ενημερωθεί για παράδειγμα, για τις παρενέργειες των φαρμάκων ή για τα αποτελέσματα μιας κολοστομίας. Δεν είναι λόγοι εκείνοι που δηλώνουν ότι αν γνώριζαν ότι η κολοστομία θα ήταν μόνιμη και όσα συνεπάγεται αυτό, δεν θα έκαναν ποτέ τη συγκεκριμένη επέμβαση.

Όσον αφορά τώρα την ερώτηση εάν χρησιμοποιούν κάποια μέσα για να αντιμετωπίσουν ή να ελαχιστοποιήσουν τις αλλαγές στην εικόνα τους, οι άνδρες απάντησαν ναι κατά 25%, και όχι το 75%. Στην ίδια ερώτηση από τις γυναίκες το 27% απάντησαν ναι, και το 73% όχι.

Όπως γίνεται φανερό από τα παραπάνω ο αριθμός των ατόμων που χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα για να καλύψουν αλλαγές στην σωματική τους εικόνα είναι εξαιρετικά μικρός. Πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα η καθημερινότητα αυτών των ατόμων να καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη από πλευρά μετακίνησης, αυτοεξυπηρέτησης, από ψυχολογικής πλευράς. Για παράδειγμα, αν τα άτομα με αλωπεκία φορούσαν περούκες, ή τα άτομα με ακρωτηριασμό είχαν τεχνητό μέλος θα αισθάνονταν πολύ καλύτερα στην καθημερινή τους ζωή.

Ακόμη, στην ερώτηση ποια μέσα χρησιμοποιούν οι ασθενείς προκειμένου να αντιμετωπίσουν ή να ελαχιστοποιήσουν αλλαγές στη σωματική τους εικόνα, οι άνδρες απάντησαν: μπαστούνια, πατερίτσες κατά 46%, αμαξίδιο κατά 31%, άλλο μέσο όπως καπέλο κατά 15%, τεχνητό μέλος κατά 8%, ενώ κανείς από τους άνδρες ασθενείς δεν χρησιμοποιεί περούκα. Οι γυναίκες χρησιμοποιούν με την ίδια συχνότητα μπαστούνια-πατερίτσες και περούκες

κατά 31%, άλλο μέσο όπως καπέλο, αποσμητικό σάκου κολοστομίας κατά 23%, αμαξίδιο κατά 15%, ενώ καμία δεν απάντησε ότι χρησιμοποιεί τεχνητό μέλος.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι, άνδρες και γυναίκες χρησιμοποιούν κυρίως μπαστούνια, πατερίτσες και αμαξίδια, δηλαδή μέσα που τους βοηθούν στη μετακίνηση. Οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο περούκες, καθώς η γυναικεία φύση προστάζει να είναι όμορφες και ελκυστικές, ακόμη και μετά τη νόσο και την αλλαγή στο σωματικό είδωλο.

Τέλος, στην ερώτηση εάν έχει επηρεαστεί η οικονομική τους κατάσταση, οι άνδρες απάντησαν ως εξής: Άτομα της ηλικιακής ομάδας 10-20 ότι έχουν επηρεαστεί λίγο ποσοστό 7.8%, 21-30 δεν επηρεάστηκαν καθόλου ποσοστό 7.8%, 31-40 επηρεάστηκαν πολύ ποσοστό 3.9%, 41-50 επηρεάστηκαν λίγο κατά 5.9%, 51-60 επηρεάστηκαν λίγο κατά 3.9%, και τέλος όσοι βρίσκονταν από 61 και άνω επηρεάστηκαν πολύ ποσοστό 35.2%.

Όσον αφορά τις γυναίκες, η ηλικιακή ομάδα 10-20 έχει επηρεαστεί λίγο κατά 4%, από 21-30 καθόλου κατά 10.2%, 31-40 οι απαντήσεις είναι ίδιες για όλες τις ηλικίες κατά 2%, 41-50 επηρεάστηκαν λίγο ποσοστό 14.3%, 51-60 επηρεάστηκαν λίγο ποσοστό 8.2%, τέλος όσοι βρίσκονταν από 61 και άνω επηρεάστηκαν λίγο ποσοστό 20.4%.

Στις ηλικιακές ομάδες 10-20, 21-30, 41-50, 51-60, γυναίκες και άνδρες επηρεάστηκαν στον ίδιο ακριβώς βαθμό. Τα άτομα επηρεάζονται οικονομικά μετά την αλλαγή της σωματικής τους εικόνας, τις περισσότερες φορές. Ακόμη και στην ηλικία των 61 και άνω επηρεάζονται οικονομικά καθώς η σύνταξη δεν επαρκεί για να καλύψει τα αυξημένα έξοδα των φαρμάκων, της θεραπείας, της μετακίνησης. Μόνο εκείνοι που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 21-30, άνδρες και γυναίκες δήλωσαν ότι δεν έχουν επηρεαστεί καθόλου, και ένας λόγος μπορεί να είναι το γεγονός ότι δεν έχουν αποκατασταθεί ακόμη επαγγελματικά. Συνεπώς τα έξοδα συντήρησης τους και τα νοσήλεια τα αναλαμβάνει η οικογένεια τους.



## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:**

Ένα από τα συμπεράσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε είναι ότι τα κέντρα αποκατάστασης στη χώρα μας υπολειτουργούν. Ελάχιστα είναι τα άτομα τα οποία έχουν απευθυνθεί σε αυτά. Πιθανόν, αν υπήρχε συνεργασία μεταξύ νοσοκομείων και κέντρων αποκατάστασης, να είχαμε καλύτερα αποτελέσματα. Στο νοσοκομείο θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση για το πώς θα μπορέσουν μετά την έξοδό τους να πάνε σε κάποιο κέντρο αποκατάστασης. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει ολοκληρωμένη και ειλικρινής ενημέρωση για τα αποτελέσματα που θα έχουν καθώς επίσης και τον χρόνο που θα χρειαστεί για να υπάρξουν αποτελέσματα. Προϋπόθεση βέβαια είναι να υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός κέντρων αποκατάστασης, που δυστυχώς είναι ελάχιστα καθώς επίσης και σωστή οργάνωση. Τέλος εκτός από άμεση ενημέρωση, χρήσιμα θα ήταν και ενημερωτικά φυλλάδια.

Όπως προκύπτει από την έρευνα, η κοινωνική απομόνωση πλήττει κυρίως τα μεγάλα σε ηλικία άτομα. Εδώ ακριβώς πρέπει να επικεντρωθεί ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών αλλά και των νοσηλευτών. Να ενημερώσουν το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με αλλαγή στο σωματικό τους είδωλο, πόσο σημαντικό είναι το γεγονός να εξακολουθήσουν να έχουν μια κανονική κοινωνική ζωή και τον τρόπο που θα συμβάλλουν στο να επιτευχθεί το παραπάνω. Επίσης οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να προσεγγίζουν τα ίδια τα άτομα και να τα φέρνουν σε επαφή με τον κόσμο. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους που έχουν και το μεγαλύτερο πρόβλημα, η συναναστροφή με συνομηλίκους τους στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), θα μείωνε την κοινωνική απομόνωση.

Κατά το διάστημα της νοσηλείας πολλοί ασθενείς δεν έχουν διδαχτεί τρόπους αυτοφροντίδας, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται αρκετά να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν τα νέα δεδομένα. Η ομάδα υγείας οφείλει να ενημερώνει, διδάσκει και καθοδηγεί τους ασθενείς με αλλαγμένη

σωματική εικόνα. Η πληροφόρηση θα αφορά τη σωστή διατροφή, ασκήσεις, τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων και των μηχανημάτων, τι πρέπει να αποφεύγουν, πώς να φροντίζουν τον εαυτό τους και οτιδήποτε άλλο, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου χωριστά, ώστε να είναι σε θέση να προσαρμοστεί και να αντεπεξέλθει στην νέα κατάσταση.

Τον κύριο λόγο στην διδασκαλία έχουν γιατροί, νοσηλευτές και πολύ λιγότερο φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί. Είναι σαφές ότι τα νοσηλευτικά ιδρύματα οφείλουν να ενισχύσουν τον ρόλο των παραπάνω καθώς οι ασθενείς ζητούν τη βοήθειά τους, αλλά, δεν γνωρίζουν πώς θα απευθυνθούν σε αυτούς για να τους βοηθήσουν.

Ένα πολύ επικίνδυνο συμπέρασμα που προκύπτει, είναι ότι οι ασθενείς με αλλαγμένη σωματική εικόνα δεν είναι ενημερωμένοι για τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Δεν γνωρίζουν τους κινδύνους από τις χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες και την φαρμακευτική αγωγή. Δεν γνωρίζουν ότι τα αποτελέσματα πολλών θεραπευτικών χειρουργικών επεμβάσεων είναι μόνιμα και πολλά από αυτά προκαλούν μόνιμες αναπηρίες. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς γνωρίζουν για τις παρενέργειες, είτε επειδή συνέβησαν, είτε επειδή έψαξαν από μόνοι τους. Επομένως, η ομάδα υγείας οφείλει να ενημερώνει για τις αρνητικές/ δυσάρεστες επιπτώσεις της θεραπείας, ώστε οι ασθενείς να είναι πλήρως ενημερωμένοι και να γνωρίζουν τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις που θα προκύψουν από τη θεραπεία. Έτσι, η επιλογή θα είναι συνειδητή και υπεύθυνη και δεν θα βρίσκονται ξαφνικά προ αρνητικών εκπλήξεων, αλλά, θα γνωρίζουν ότι είναι κάτι που πιθανά θα συνέβαινε.

Οι ασθενείς με αλλαγμένη σωματική εικόνα δεν χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα για να αντιμετωπίσουν ή ελαχιστοποιήσουν τις αλλαγές της εικόνας τους. Η πλήρης και σωστή ενημέρωση θα τους βοηθήσει να αυξήσουν τη χρήση τους και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Η χρήση τεχνητών μελών για παράδειγμα θα συντελέσει στην αυτοεξυπηρέτηση και ανεξαρτησία τους και συνεπώς στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης.

Τέλος, η αλλαγή της σωματικής εικόνας, η είσοδος στο νοσοκομείο, τα αυξημένα έξοδα και η μείωση των εσόδων, λόγω της αδυναμίας να αντεπεξέλθουν τα άτομα αυτά στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, επιφέρουν οικονομική κρίση. Το κράτος πρέπει να μεριμνήσει και να επιδείξει το κοινωνικό του πρόσωπο. Να χορηγεί αναπηρικές συντάξεις και επιδόματα μετακίνησης προς τα νοσοκομεία για να πραγματοποιήσουν τις θεραπείες τους. Ακόμη, πρέπει να διαμορφώσει χώρους πρόσβασης ειδικούς για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, ώστε να είναι σε θέση να προσεγγίζουν το χώρο της εργασίας και να εξασκούν το βιοποριστικό τους επάγγελμα. Σε διαφορετική περίπτωση είναι αναγκασμένοι μετά το πρόβλημα που προέκυψε και την αλλαγή στην σωματική τους εικόνα, αλλά, και στη ζωή τους γενικότερα, να παραμένουν αποκλεισμένοι στο σπίτι, ενώ έχουν τη θέληση να εργαστούν και συνεπώς να στερούνται το πολύ σημαντικό γι' αυτούς εισόδημα.

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

ΘΕΜΑ: «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΛΛΑΓΜΕΝΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ»

Ηλικία:  Φύλο:

ΕΡΩΤΗΣΗ 1. Πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας έχει επηρεάσει το ρόλο σας μέσα στην οικογένεια;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Σημειώστε «X» όπου συμφωνείτε.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2. Πιστεύετε ότι η κατάσταση της υγείας σας, σας επηρέασε στην ανάληψη δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 3. Εάν ναι, δέχεστε βοήθεια από άλλα άτομα;

- α) Την οικογένειά σας
- β) Το φιλικό περιβάλλον
- γ) Τους συνεργάτες σας
- δ) Τις υπηρεσίες υγείας (νοσηλευτές, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι)
- ε) Κέντρα αποκατάστασης
- στ) Άλλο ...

ΕΡΩΤΗΣΗ 4. Θεωρείτε ότι η κοινωνική σας ζωή έχει επηρεαστεί;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 5. Εάν ναι, με ποιό τρόπο;

- α) Έχουν μειωθεί οι κοινωνικές σας συναναστροφές.
- β) Έχουν μειωθεί οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
- γ) Έχει μειωθεί η διασκέδαση σας.
- δ) Άλλο ...

ΕΡΩΤΗΣΗ 6. Πιστεύετε ότι έχει επηρεαστεί η απόδοση στην εργασία σας;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 7. Έχετε απευθυνθεί σε αρμόδιες υπηρεσίες, ώστε να περιορίσετε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 8. Εάν ναι, σε ποιές;

- α) Ομάδα υγείας (νοσηλευτές, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι).
- β) Κέντρα αποκατάστασης.
- γ) Ομάδες υποστήριξης
- δ) Άλλο ...

ΕΡΩΤΗΣΗ 9. Κατά το διάστημα της νοσηλείας σας λάβατε συμβουλές ή διδαχθήκατε τρόπους αυτοφροντίδας ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 10. Εάν ναι, από ποιούς ;

- α) Νοσηλευτές .
- β) Γιατρούς .
- γ) Φυσιοθεραπευτές.
- δ) Ψυχολόγους.
- ε) Άλλους.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας, είχατε ενημέρωση για τις αλλαγές που ενδεχομένως επέφερε η θεραπευτική σας αγωγή;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 12. Χρησιμοποιείτε ή χρησιμοποιείσατε κάποια μέσα για να αντιμετωπίσετε, ή ελαχιστοποιήσετε τις αλλαγές στην εικόνα σας;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 13. Εάν ναί, ποιά;

- α)Περούκα.
- β)Τεχνητό μέλος.
- γ)Μπαστούνια,Πατερίτσες.
- δ)Αμαξίδιο.
- ε)Άλλο...

ΕΡΩΤΗΣΗ 14. Η οικονομική σας κατάσταση έχει επηρεαστεί;

Καθόλου  Λίγο  Πολύ

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

### ▪ Βιβλία:

1. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Π. Α. (1993). *Επιτομή Μαιευτικής Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις.
2. GETTRUST, Κ. V. (1999). *Ορθοπεδική- Νοσηλευτική φροντίδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
3. ENGRAM, B. (1997). *Νοσηλευτική Φροντίδα στην Παθολογία και Χειρουργική*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
4. ΛΑΓΟΣ, Π. - ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Σ. (1995). *Βασική Παιδιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
5. ΠΑΝΟΥ, Μ. (1998). *Παιδιατρική Νοσηλευτική- εννοιολογική προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts.
6. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Β. (2001). *Ορθοπεδική. Συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University studio press Α. Ε.
7. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Ι. (1999). *Σύγχρονη Γενική Χειρουργική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε.
8. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Γ.- ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΣ, Γ. (1986). *Aids*. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσας.
9. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, (1994). *Γυναικολογία*. Αθήνα
10. ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΠΑ, Δ. (1998). *Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική Φροντίδα- Μια Ολιστική Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
11. ΣΑΧΙΝΗ- ΚΑΡΔΑΣΗ, Α.- ΠΑΝΟΥ, Μ. (1997). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts.
12. ΣΕΧΑΣ, Μ. (1996). *Χειρουργική ΤΟΜΟΣ ΙΙΙ*. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
13. ΤΣΙΚΟΣ, Ν.- ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ- ΓΡΑΒΑΝΗ, Σ. (1999). *Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

### ▪ Άρθρα:

1. ΑΜΑΝΑΤΙΔΟΥ, Α. (2002). Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενών με Πολλαπλή Σκλήρυνση. *Νοσηλευτική*, No. 2, σελ. 185-190.
2. ΓΚΕΛΕΜΠΕΣΗΣ, Κ. (1997). Ηλεκτρικό Έγκαυμα σε Παιδί. *Επιθεώρηση Υγείας*, No. 49, σελ. 73- 76.
3. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ, Ε. (1999). Ο Διαβητολογικός Ασθενής και η Εκπαίδευση στην Αυτοφροντίδα. *Νοσηλευτική*, No. 3, σελ. 209- 213.
4. ΚΥΡΙΤΣΗ-ΚΟΥΚΟΥΛΑΡΗ, Ε. (1999). Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενών με αλλαγμένη σωματική εικόνα, *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας*, σελ. 74-80
5. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ, Α-Μ. (2002). Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος του ασθενούς. *Νοσηλευτική*, No. 3, σελ. 253-257.
6. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. (1996). Χιούμορ και Ογκολογικός Ασθενής. *Ογκολογική Ενημέρωση*, σελ. 26-34.

7. ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΠΑ,Δ.(1996).Χρόνια Ασθένεια και Οικογένεια:  
Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις. *Νοσηλευτική*, No. 3, σελ.152- 157.
8. ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΠΑ,Δ.(1997).Νοσηλευτική Φροντίδα της Οικογένειας:  
Αιφνίδια Ασθένεια και Οικογένεια. *Νοσηλευτική*, No. 2, σελ. 148- 152.
9. ΦΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗ,Κ.(Χ.Χ).Ψυχολογική Στήριξη Ασθενών στο Τελικό Στάδιο.  
*Νοσηλευτική*, No. 1, σελ. 8- 9.