

Health & Research Journal

Vol 3, No 2 (2017)

Volume 3 Issue 2 April- June 2017



Acupuncture, Alternative - Complementary Therapy in the Treatment of Chronic Pain

Evangelos Giavasopoulos

doi: [10.12681/healthresj.21172](https://doi.org/10.12681/healthresj.21172)

To cite this article:

Giavasopoulos, E. (2017). Acupuncture, Alternative - Complementary Therapy in the Treatment of Chronic Pain. *Health & Research Journal*, 3(2), 74-77. <https://doi.org/10.12681/healthresj.21172>

Ο ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ – ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

«Ο πόνος δεν είναι μόνο ένα σύμπτωμα που απαιτεί την συμπόνια μας μπορεί να αποτελεί ένα απειλητικό νόημα που καταστρέφει το νευρικό σύστημα.» [GARY BENNET]

Ο ανθρώπινος πόνος και οι τρόποι αντιμετώπισής του, αποτελούν ένα ζήτημα που συνεχίζει να απασχολεί σε μείζονα βαθμό τις ανθρωπιστικές επιστήμες και ιδιαίτερα τις επιστήμες Υγείας.

Εκτός από τις κλασσικές μεθόδους θεραπείας του πόνου και ιδίως του Χρόνιου, κατά περιόδους εμφανίστηκαν νέες μέθοδοι εναλλακτικής θεραπείας, οι οποίες συνεχίζουν να εφαρμόζονται σήμερα σε υψηλό ποσοστό, αφού το ενδιαφέρον τόσο, των ατόμων που βιώνουν έντονο οξύ ή χρόνιο πόνο όσο, και της επιστημονικής κοινότητας πάνω σε αυτόν τον τομέα ολοένα αυξάνει.

Βελονισμός είναι η θεραπεία λειτουργικών ανατάξιμων παθήσεων με τη εισαγωγή βελόνων από ατσάλι, χρυσό ή ασήμι σε συγκεκριμένα σημεία του δέρματος που καλούνται βελονιστικά, αποτελεί μία από τις αρχαιότερες επεμβατικές θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στον πλανήτη.

Κοιτίδα της αρχαίας αυτής τέχνης θεωρείται η Κίνα και ξεκίνησε πριν από 4.000 χρόνια περίπου.

Ο Βελονισμός βασίζεται στη θεωρία του Qi ή θεωρία της Ζωτικής ενέργειας, όπου σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, η ζωτική μας ενέργεια ρέει μέσα στο σώμα μας σε συγκεκριμένες διαδρομές οι οποίες ονομάζονται μεσημβριονία. Βελόνες οι οποίες εισάγονται σε συγκεκριμένα σημεία κατά μήκος αυτών των διαδρομών μπορεί να ενεργοποιήσουν την ροή του Qi και να αποτρέψουν ή να θεραπεύσουν καταστάσεις οι οποίες προκαλούνται από το μπλοκάρισμα ή και την υπερβολική ενέργεια.

Η εξέλιξη της τεχνικής του βελονισμού βασίστηκε στην μεγάλη σημασία της σωστής επιλογής και του συνδυασμού των σημείων του δέρματος καθώς και στην παραμονή για 20–30 λεπτά της ώρας των βελόνων στο δέρμα για καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η είσοδος των βελόνων δεν προκαλεί πόνο, μπορεί να γίνει απλώς με το χέρι αν και στο σύγχρονο βελονισμό, γίνεται συνήθως με τη βοήθεια, μέσα από λεπτά ειδικά σωληνάκια, με τα οποία προωθούνται-εισάγονται οι βελόνες στο δέρμα. Ο αριθμός των βελόνων που χρησιμοποιούνται πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μικρότερος και να μην ξεπερνά τις 16. Ο μέσος όρος των επισκέψεων είναι περίπου 15 συνεδρίες, με απόσταση 2–5 ημερών μεταξύ τους, αν και αυτό εξατομικεύεται ανά περίπτωση και ασθενή.

Ο Βελονισμός με ή χωρίς ηλεκτρική διέγερση, μεταφέρει τα ερεθίσματα στα ειδικά όργανα μέσω του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος και σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου και σε άλλους ιστούς, με αποτέλεσμα να προκαλεί έκκριση ενδορφινών. Η αύξηση των ενδογενών οπιούχων (ενδορφινών) εξηγεί πως είναι δυνατόν ο βελονισμός να ανακουφίζει από τον πόνο, την κατάθλιψη ή τις αλλεργίες.

Παρόλα αυτά δεν εξηγεί πως είναι δυνατόν να ανακουφίζει σε παρέσεις ή σε νευροαισθητικές δυσλειτουργίες. Η αναλγητική δράση του βελονισμού είναι αποδεκτή σήμερα από τους περισσότερους επιστήμονες υγείας.

Είναι μια θεραπευτική μέθοδος που έχει ένδειξη στην αντιμετώπιση οξέων και χρόνιων μυοσκελετικών και άλλων παθήσεων. Έχει καλή και μακροχρόνια δράση στη λύση του μυϊκού σπασμού και στην απενεργοποίηση των επώδυνων μυϊκών σημείων, ενώ παράλληλα έχει καλή αγγολυτική και αναλγητική δράση.

Ο Βελονισμός ενδείκνυται για την ανακούφιση από τον πόνο στις εξής παθήσεις: κεφαλαλγίες, ημικρανίες, νευραλγίες και παρέσεις του προσωπικού νεύρου, οδονταλγίες, μεσοπλεύριος νευραλγία, πόνοι σε αρθρώσεις των άνω άκρων, πόνοι των κάτω άκρων, γονυαλγίες, ισχιαλγία, οσφυαλγία, φλεγμονές των αρθρώσεων από έρπητα ζωστήρα, κ. ά.

Τα αποτελέσματα του κρίνονται από ικανοποιητικά έως πολύ καλά, αν και αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως: την πάθηση, τη χρονιότητα της νόσου, τη βαρύτητα της πάθησης και την επιμέρους εξατομίκευση της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η Πρόοδος της φυσιολογίας, η ανάπτυξη νέων τεχνικών απεικόνισης, η περιγραφή ενδογενών ρυθμιστικών μηχανισμών αλλά κυρίως η ραγδαία ανάπτυξη της νευροφυσιολογίας στην δεκαετία του '90 (η οποία χαρακτηρίστηκε ως η δεκαετία του εγκεφάλου), μας επέτρεψε να διευκρινίσουμε και να κατανοήσουμε μέρος των θεραπευτικών μηχανισμών τους οποίους ενεργοποιεί ο βελονισμός και μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η θεραπεία. Με επικρατέστερη τη νευρωνική θεωρία δράσης του, η οποία είναι η πλέον έγκυρη και αξιόπιστη θεωρία όπως αναφέρεται διεθνώς.

Σήμερα είναι μεγάλος ο αριθμός των κλινικών μελετών και ερευνών που έχουν διεξαχθεί τόσο σε τοπικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο για την διερεύνηση της θετικής δράσης και εφαρμογής του βελονισμού στην αντιμετώπιση του πόνου ως συμπληρωματική – εναλλακτική μέθοδο θεραπείας.

Η I.A.S.P (International Association for the study of Pain) αναγνωρίζει την σημαντική αναλγητική δράση του, υπάρχει σωρεία δημοσιευμένων ερευνητικών άρθρων σχετικά με το βελονισμό στο έγκριτο επιστημονικό περιοδικό για την Μελέτη του Πόνου «Pain».

Ο Βελονισμός θεωρείται παρεμβατική μέθοδος, και στην Ελλάδα είναι απαραίτητο να γίνεται από γιατρούς που έχουν εκπαιδευτεί στη θεωρία και στην πρακτική του, εφόσον έχει χαρακτηριστεί με Υπουργική απόφαση (Υ7/1336 – 13- 03 -1996) από το 1996 σαν ιατρική πράξη.

Τα περισσότερα Ιατρεία Πόνου της Ελλάδας, όπως και στο εξωτερικό, χρησιμοποιούν πλέον τον βελονισμό και τον ηλεκτροβελονισμό για την ανακούφιση των χρονίως αλγούντων ασθενών, όπως: «Αρεταίειον» Νοσοκομείο Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αττικόν» Γ.Π.Ν.Α., «Ευαγγελισμός» Γ.Ν.Α, «Λαϊκό» Γ.Ν.Α., «Ιπποκράτειο» Γ.Ν.Α., «Γ. Γεννηματάς» Γ.Ν.Α., «Κ.Α.Τ» Γ.Ν.Α., «Σισμανόγλειο – Αμ. Φλέμινγκ» Γ.Ν.Α., «Κωνσταντοπούλειο» Γ.Ν. Ν. Ιωνίας – Πατησίων, «Αγ. Ανάργυροι» Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς, Γ.Κ.Ν. Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», ΑΧΕΠΑ, ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η, κ.ά.

Φυσικά υπάρχει και ο αντίλογος στη χρήση του βελονισμού όσον αφορά ότι: η θεραπευτική δράση του είναι ουσιαστικά απάντηση σε ένα placebo (εικονικό) φάρμακο, ότι ο βελονισμός δρα μόνο σε ψυχοσωματικά νοσήματα, ότι δεν υπάρχουν αποδείξεις της θεραπευτικής δράσης του βελονισμού μέσω διπλών τυφλών τυχαιοποιημένων μελετών με ομάδα ελέγχου placebo βελονισμού ή ψευδοβελονισμού.

Τα ερωτήματα αυτά δεν είναι δυνατόν να απαντηθούν επαρκώς στην περιορισμένη έκταση ενός άρθρου σύνταξης, αρκεί μια περιήγηση στο Medline καθώς και σε άλλες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων για να πείσει και τον πιο δύσπιστο επιστήμονα υγείας για την αρτιότητα, τη σοβαρότητα και το πλήθος των εργασιών που έχουν εκπονηθεί, για το θέμα αυτό την τελευταία δεκαετία.

Οι απαντήσεις στα περισσότερα από τα παραπάνω ερωτήματα έχουν ήδη δοθεί, ειδικότερα για τον οξύ πόνο, η απάντηση σε placebo θεραπεία κυμαίνεται από 30–55%, ενώ η θεραπευτική δράση του κυμαίνεται από 50–85%. Συμπερασματικά η ένταξη του Βελονισμού ως συμπληρωματική - εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος στην κλασική Ιατρική δεν εξελίσσεται άκοπα, ολοένα ανακοινώνονται νέα ερευνητικά δεδομένα και αποτελέσματα, που συμβάλλουν θετικά στην αποδοχή της θεραπευτικής του χρήσης.

Ο Νοσηλευτής ως σύγχρονος επιστήμονας Υγείας οφείλει να έχει άρτια επιστημονική ενημέρωση γύρω από το θέμα, ανοικτούς και διευρυμένους τους πνευματικούς του ορίζοντες στην νέα γνώση, πέρα από μύθους και προκαταλήψεις, προκειμένου να είναι σε θέση να ενημερώνει κατάλληλα και να πληροφορεί για τις νέες μεθόδους και τεχνικές, τον ασθενή που βιώνει χρόνια πόνο και αναζητά απεγνωσμένα σωτηρία και άμεση ανακούφιση από αυτόν, σε οποιαδήποτε μορφή είτε συμβατική, είτε εναλλακτική - συμπληρωματική μέθοδο θεραπείας.

Δρ. Ευάγγελος Κ. Γιαβασόπουλος

R.N, MSc, PhD,

**Προϊστάμενος Ν.Υ. Α΄ Χειρουργικού & Θωρακοχ/κού Τμήματος
«Σισμανόγλειο – Αμ. Φλέμινγκ» Γ.Ν.Α.**

Βιβλιογραφία

1. Gatzounis T., Damoulianos A. , Kiriakou S. , Kagiouli D. Bader A., Acupuncture Protocol for chronic Low Back Pain. (Ελεύθερη ανακοίνωση στο παγκόσμιο συνέδριο Βελονισμού, 2009.)
2. Berman BM, Langevin HM, Witt CM, Dubner R, Acupuncture for chronic low back pain. *N Engl J Med*, 2010;363(5):454-61.
3. Vickers AJ, et al, Individual patient data meta-analysis of acupuncture for chronic pain: protocol of the Acupuncture Trialists' Collaboration. *Trials*, 2010;11(1):90.
4. Yuan-Chi Lin, Acupuncture, IASP (International Association for the Study of Pain) newsletter, May/June, 1994.
5. Kaptchuk TJ, Chen KJ Song J, Recent clinical trials of acupuncture in the West: responses from the practitioners. *Chin J Integr Med*, 2010;16(3):197-203. Epub 2010 Aug 8.
6. Breuer B, Cruciani R, Portenoy RK, Pain management by primary care physicians, pain physicians, chiropractors, and acupuncturists: a national survey. *South Med J*, 2010;103(8):738-47.
7. Teets RY, Dahmer S, Scott E, Integrative medicine approach to chronic pain. *Prim Care*, 2010;37(2):407-21.
8. Sherman KJ, Coeytaux RR, Acupuncture for Improving Chronic Back Pain, Osteoarthritis and Headache. *J Clin Outcomes Manag*, 2009;16(5):224-230.

9. Mao JJ, Kapur R, Acupuncture in primary care, *Prim Care*, 2010;37(1):105-17.
10. Cantwell SL, Traditional Chinese veterinary medicine: the mechanism and management of acupuncture for chronic pain. *Top Companion Anim Med*. 2010;25(1):53-8.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

Κυριάκη Παναγιώτα¹, Σαρίδη Μαρία²

1. Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα
2. Επιστημονική Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

DOI: 10.5281/zenodo.822044

Περίληψη

Εισαγωγή: Η κατ' οίκον φροντίδα θεωρείται καλύτερη προσέγγιση νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών με καρκίνο, συγκρινόμενη με τη νοσοκομειακή, καθώς συνδέεται με λιγότερη ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των βιβλιογραφικών πηγών σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα παιδιατρικών ασθενών με προχωρημένο καρκίνο και το μέγεθος της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης αυτών των παιδιών.

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων για τη χρονική περίοδο 2000-2015, αλλά και παλαιότερες ενδεικτικές μελέτες οι οποίες στοιχειοθετούν την έναρξη της κατ' οίκον φροντίδας σε παιδιά με καρκίνο.

Αποτελέσματα: Οι παιδιατρικοί ασθενείς που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι ευάλωτα τμήματα του πληθυσμού, με συγκεκριμένες και μοναδικές ανάγκες. Η νοσηλεία στο σπίτι παιδιών με απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες είναι μία διαδικασία με απώτερο στόχο την εξασφάλιση ποιότητας ζωής τόσο για τα ίδια, όσο και για την οικογένεια. Η ολιστική αυτή φροντίδα αφορά όχι μόνο τις βιολογικές ανάγκες του παιδιατρικού ασθενή, αλλά και τις ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τέτοιες περιπτώσεις, εκτός από τις γνώσεις που πρέπει να διαθέτουν, είναι εξίσου σημαντικό με την παρουσία τους να μεταδίδουν στο παιδί τη θετική ενέργεια και την αγάπη. Η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αντιμετώπιση αποτελούν τις δύο κυριότερες προσεγγίσεις παρέμβασης σε παιδιά με εκδήλωση κατάθλιψης. Η πιο σημαντική υποστηρικτική δομή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παιδιού με καρκίνο παραμένει το οικογενειακό περιβάλλον. Η καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι το πρώτο βήμα που θα βοηθήσει την οικογένεια και το παιδί να αντιμετωπίσουν σωστά την ασθένεια.

Συμπεράσματα: Δεδομένου ότι η κατ' οίκον φροντίδα υπερέχει έναντι όλων των άλλων μορφών φροντίδας, οι παιδιατρικοί ασθενείς με καρκίνο που νοσηλεύονται στο σπίτι δέχονται την καλύτερη δυνατή φροντίδα με την κάλυψη των βιολογικών, ψυχικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους.

Λέξεις-κλειδιά: Παιδιατρικός καρκίνος, οικογενειακοί φροντιστές, ψυχολογική επιβάρυνση, , κατ' οίκον φροντίδα.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κυριάκη Παναγιώτα, Περσεφόνης, Κυρά-Βρύση, Κόρινθος, Ελλάδα, Τ.Κ:20100

e-mail: pan.kiriaki@hotmail.com, τηλ. 6956570432

BENEFITS OF HOME CARE FOR CHILDREN WITH ADVANCED CANCER

Kiriaki Panagiota¹, Saridi Maria²

1. RN, MSc, General Hospital of Athens “Evangelismos”
2. Scientific Fellow, Department of Social and Education Science, Corinth, Greece

DOI: 10.5281/zenodo.822044

Abstract

Introduction: It is considered that the home nursing care is better than the hospital care for a child with cancer because of the fact that the environment of a hospital may provoke a kind of psycho-emotional burden.

Aim: The purpose of this review was to investigate literature which concerns the hospital care of pediatric patients with advanced cancer and the size of psycho-emotional burden on these children.

Materials and methods: The data search was made in international databases for the period 2000-2015 and in earlier typical studies which signal the beginning of home care for children with cancer.

Results: Pediatric patients receiving home health care are vulnerable groups of the population with specific and unique needs. Home care for children with life-threatening diseases is a process which aims to provide quality of life to both children and their family. This holistic care involves not only the biological needs of the pediatric patient but also concerns their mental, social and spiritual needs. Pediatric nurses, as well as other health professionals, that deal with such cases should convey positive energy and love to the children except from just possessing knowledge. Psychotherapy and drug treatment are the two main intervening approaches in children with depression symptoms. The most important support resource during child cancer care is the family environment. Good communication between family members is the first step that will help them cope with the child's disease.

Conclusion: Given that home care is superior to all other types of care, pediatric cancer patients being treated in their home receive the best possible care in aspects of meeting their biological, psychological, social and spiritual needs.

Key-words: Pediatric cancer, family caregivers, psychological burden, depression, home care.

Corresponding author: *Kiriaki Panagiota, Persefonis, Kyra-Vrysh, Corinth, Greece, P.C:20100, e-mail: pan.kiriaki@hotmail.com, mob.phone: 6956570432*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο παιδικός καρκίνος ανήκει στις χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και πρόκειται για μια κατάσταση η οποία επιφέρει κρίση όχι μόνο στο παιδί που πάσχει, αλλά και σε ολόκληρη την οικογένειά του και το κοινωνικό του περιβάλλον. Χαρακτηρίζεται ως μία τραυματική εμπειρία, καθώς το παιδί καλείται να αντιμετωπίσει ποικίλους στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι οι επώδυνες επεμβατικές διαδικασίες, οι φυσικές επιπτώσεις που απορρέουν από τη θεραπεία και οι αλλαγές που υφίσταται το σώμα του.¹

Κάθε χρόνο περίπου 15.700 παιδιά διαγιγνώσκονται με καρκίνο και περισσότερο από 40.000 παιδιά υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία. Σε όλες τις παιδικές ηλικιακές ομάδες, ανεξαρτήτου έθνους και κοινωνικοοικονομικής τάξης, η ασθένεια αυτή παραμένει η πρώτη αιτία θανάτου στα παιδιά. Παρά τις σημαντικές προόδους, ο αριθμός των διαγνωσμένων κρουσμάτων σε ετήσια βάση παραμένει σταθερός εδώ και 20 χρόνια. Σύμφωνα με έρευνες, κάθε μέρα 43 παιδιά σε όλο τον κόσμο διαγιγνώσκονται με καρκίνο. Το 12% των παιδιών αυτών δεν θα επιβιώσουν. Το 60% των παιδιών που θα επιβιώσουν θα υποφέρουν από μεταγενέστερες επιπτώσεις, όπως στείριότητα, καρδιακή ανεπάρκεια και δευτερογενείς καρκίνους.²

Όπως προαναφέρθηκε, η διάγνωση του παιδικού καρκίνου συνεπάγεται μια στρεσογόνα και απειλητική για τη ζωή εμπειρία. Για το λόγο αυτό έχει αναπτυχθεί μια διαφορετική προσέγγιση της θεραπείας του καρκίνου, όπου κύριο ρόλο κατέχει η φροντίδα στο σπίτι. Πρόκειται για μια δυναμική υπηρεσία που ξεκίνησε στις ΗΠΑ το 1880.³ Η κατ' οίκον φροντίδα ορίζεται ως ένα μοντέλο φροντίδας

το οποίο παρέχει υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς με σοβαρά οξέα ή χρόνια προβλήματα. Οι ασθενείς αυτοί, επί απουσίας υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, έχουν ως μοναδική εναλλακτική τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, γεγονός που μπορεί να επιφέρει ψυχολογική, αλλά και σωματική επιβάρυνση.⁴ Η συγκεκριμένη υπηρεσία στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών που αφορούν την υγεία και την κοινωνική ζωή των χρηστών της στο σπίτι, παρέχοντας κατάλληλες και υψηλής ποιότητας παροχές, από επαγγελματίες και άτυπους φροντιστές, με τη χρήση της τεχνολογίας, όταν κρίνεται σκόπιμο, στο πλαίσιο μιας ισορροπημένης και προσιτής συνεχόμενης φροντίδας.⁵

Η κατ' οίκον φροντίδα έχει πολλούς υποστηρικτές καθώς πολλές φορές είναι πιο αποδοτική από την ενδονοσοκομειακή φροντίδα.⁶ Αυτός είναι ένας λόγος που εξηγεί το γεγονός ότι το σπίτι ενός παιδιατρικού ασθενή αποτελεί την καταλληλότερη και συχνά προτιμώμενη επιλογή παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περισσότερο από 500.000 παιδιά είναι χρήστες αυτών των υπηρεσιών στις ΗΠΑ.⁷ Οι ευρωπαϊκές χώρες ξεπερνούν κατά μέσο όρο το 0,6% των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης για θεραπεία και φροντίδα αποκατάστασης και το 3,5% για μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. Σύμφωνα με την καταγραφή μιας πρόσφατης έρευνας που χαρτογραφεί τις Υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδας ανά τον κόσμο, το 65 % των κρατών δεν διαθέτει καμία Υπηρεσία Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας, ενώ μόνο το 6% διαθέτει δομές που εξυπηρετούν το σύνολο του πληθυσμού. Αντίστοιχα, ανάμεσα σε 43

Ευρωπαϊκά Κράτη, τα 14 δεν διαθέτουν καμία δομή, ενώ 24 προσφέρουν ελλιπείς μόνο υπηρεσίες. Μόνο το 5% των Ευρωπαϊκών κρατών παρέχουν ολοκληρωμένο και υψηλό επίπεδο υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, υπάρχουν διάφορα προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας. Ωστόσο, η «Μέριμνα» αποτελεί το μοναδικό φορέα που παρέχει, από το 2010, παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα κατ' οίκον, μέσω της «Υπηρεσίας Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας στο Σπίτι». Βασικός σκοπός της Υπηρεσίας είναι η εξασφάλιση συνθηκών που προάγουν την ποιότητα ζωής του άρρωστου παιδιού, της οικογένειάς του και όσων είναι σημαντικοί στη ζωή του, καθώς και η εξασφάλιση συνθηκών για έναν αξιοπρεπή θάνατο.⁷

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των πηγών σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα παιδιατρικών ασθενών με καρκίνο και την ψυχοσυναισθηματική τους επιβάρυνση από τη νόσο, καθώς και η ανάλυση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε αναζήτηση δημοσιεύσεων στο Pubmed, IATROTEK και Cinahl την χρονική περίοδο 2000-2015. Ωστόσο χρησιμοποιήθηκαν και παλαιότερες μελέτες οι οποίες καταδεικνύουν τα πρώτα βήματα εφαρμογής της κατ' οίκον φροντίδας σε παιδιά με καρκίνο διεθνώς. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Pediatric cancer, family caregivers, psychological burden, home care και συνδυασμοί αυτών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η νοσηλεία στο σπίτι παιδιών με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες

Η κατ' οίκον νοσηλεία, έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα αποτελεσματικό σύστημα για παιδιά και ενήλικες στη διαχείριση του πόνου και των συμπτωμάτων, της πνευματικής αγωνίας και του οικογενειακού πένθους. Παρόλα τα αποδεδειγμένα οφέλη της κατ' οίκον νοσηλείας των παιδιών, οι έρευνες σχετικά με την οργάνωση των συστημάτων που παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα σε παιδιά με απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες είναι σπάνιες.⁸

Οι παιδιατρικοί ασθενείς που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα υγείας είναι ευάλωτα τμήματα του πληθυσμού, με συγκεκριμένες και μοναδικές ανάγκες. Πολλοί ασθενείς έχουν προβλήματα επικοινωνίας καθώς και ανησυχίες εξαιτίας της σοβαρότητας της κατάστασής τους και τη μικρή τους ηλικία. Χωρίς τη χρήση της υπηρεσίας φροντίδας στο σπίτι, μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια θα μπορούσε να διαχωρίσει το παιδί από την οικογένειά του, καθώς η μόνη επιλογή θα ήταν η «ιδρυματοποίησή» του. Οι έμπειροι και εκπαιδευμένοι νοσηλευτές διασφαλίζουν οι παιδιατρικοί ασθενείς να λαμβάνουν την καλύτερη φροντίδα στο σπίτι, διατηρώντας παράλληλα την οικογένεια ενωμένη.⁹

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, στις Η.Π.Α υπάρχουν πολλοί παιδιατρικοί ασθενείς που λαμβάνουν τις υπηρεσίες αυτές στο σπίτι και ολοένα αυξάνεται το ποσοστό των χρηστών της. Το γεγονός αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι στο οικείο περιβάλλον τα παιδιά νιώθουν μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας, ενώ στο νοσοκομειακό

βιώνουν μια κατάσταση έντονου στρες. Έρευνες με γονείς των οποίων το παιδί κατέληξε στο σπίτι κατέγραψαν μια γενική ικανοποίηση και αποτελεσματικότερη προσαρμογή στη δυσμενή συνθήκη της απώλειας σε σχέση με άλλους που βίωσαν την απώλεια σε νοσοκομειακό περιβάλλον.¹⁰⁻¹¹ Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η προσαρμογή τόσο των γονιών όσο και των αδελφών του παιδιατρικού ασθενή ήταν περισσότερο ικανοποιητική, όταν συμμετείχαν σε ένα οργανωμένο πρόγραμμα περίθαλψης στο σπίτι.¹²

Η νοσηλεία στο σπίτι παιδιών με απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες είναι μία διαδικασία με απώτερο στόχο την εξασφάλιση ποιότητας ζωής τόσο για τα ίδια, όσο και για την οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, αποσκοπεί στον έλεγχο και την ανακούφιση του παιδιού από ενδεχόμενο πόνο, ο οποίος μπορεί να είναι οργανικός, ψυχικός, κοινωνικός ή και πνευματικός. Επίσης αποβλέπει στην εκπαίδευση των μελών της οικογένειας, καθώς παρέχουν μεγάλο μέρος της φροντίδας στην τελική φάση της ζωής. Η κατ' οίκον παρεχόμενη φροντίδα μπορεί να χαρακτηριστεί ως ολιστική και εξατομικευμένη, καθώς προσεγγίζει όλο το πλαίσιο των αναγκών του ατόμου και παρέχει αυτονομία, τόσο στο περιβάλλον του ασθενή, όσο και στον ίδιο τον παιδιατρικό ασθενή σε πολλά σημεία του πλαισίου φροντίδας του. Η ολιστική φροντίδα αφορά όχι μόνο τις βιολογικές ανάγκες του παιδιατρικού ασθενή αλλά και για τις ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες. Σημαντική είναι δε η ανατροφοδότηση, συναισθηματική και ψυχολογική, που μπορεί να λάβει το υποστηρικτικό περιβάλλον από το ίδιο το παιδί, συμβάλλοντας στη δημιουργία ουσιαστικών σχέσεων. Η κατ' οίκον

φροντίδα ουσιαστικά αποβλέπει στην καλλιέργεια μιας αμφίδρομης επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.¹¹⁻¹²

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας εκτός από τις γνώσεις που πρέπει να διαθέτουν είναι εξίσου σημαντικό με την παρουσία τους να μεταδίδουν στο παιδί τη θετική ενέργεια και την αγάπη. Πολύ σημαντικό, επίσης, είναι οι νοσηλευτές να έχουν αρχικά επεξεργαστεί την έννοια του θανάτου, του πένθους και της αρρώστιας ώστε να μην επηρεαστούν, γιατί τότε διαλύεται η θεραπευτική σχέση του νοσηλευτή με το παιδί. Απαραίτητο είναι να παρέχεται συστηματικά στους επαγγελματίες υγείας, υποστήριξη και συμβουλευτική εποπτεία όταν παρουσιαστεί ανάγκη.¹³ Η γνώση της σωματικής, γνωσιακής, ψυχοκοινωνικής και πνευματικής ανάπτυξης του παιδιού θα βοηθήσει το νοσηλευτή να προσφέρει κατάλληλη βοήθεια στη διαχείριση του πόνου, να συνεισφέρει θετικά στην επικοινωνία των μελών, να συνηγορήσει για την κάλυψη των αναγκών του στην κοινότητα και να έρθει σε επαφή με τα άτομα εκείνα που μπορούν να βοηθήσουν, όπως είναι εθελοντές, σύμβουλοι ή κληρικοί.¹⁴

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα στο σπίτι περιλαμβάνουν τον συντονισμό του νοσηλευτικού με το ιατρικό προσωπικό και τα άλλα μέλη της ομάδας, για να εξασφαλισθεί η συνέχεια της φροντίδας, τη συμβουλευτική που πρέπει να δοθεί στον ασθενή καθώς και την οργάνωση και παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Εκτιμάται η συνολική κατάσταση που υπάρχει στο σπίτι. Ο νοσηλευτής αξιολογεί τη φροντίδα που παρέχεται, την καθαριότητα και την καταλληλότητα του

σπιτιού, το είδος του φαγητού που δίνεται στον ασθενή, τη χορήγηση των φαρμάκων και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες που παρέχονται. Επίσης πρέπει να εκτιμάται η συνέπεια της οικογένειας του ασθενή, αξιολογώντας κατά πόσο αυτή εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες με βάση τις ανάγκες του ασθενή. Επιπλέον, πρέπει να πραγματοποιείται εκτίμηση της ασφάλειας του σπιτιού για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας, προτείνοντας τον εξοπλισμό που χρειάζεται ή τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν για την αύξηση της ασφάλειας του σπιτιού. Φυσικά, δεν πρέπει να παραλείπεται η καταγραφή όλων των νοσηλευτικών πράξεων και να υπάρχει μέριμνα για την εφαρμογή των κατάλληλων πρωτοκόλλων για όλες τις διαδικασίες και τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται. Πολύ σημαντικός είναι ο καθησυχασμός του ατόμου από το τηλέφωνο. Σε μέρες που οι επισκέψεις στο σπίτι δεν είναι προγραμματισμένες ίσως χρειαστεί να τηλεφωνήσει για παροχή υποστήριξης ή απάντηση ερωτήσεων. Ακόμη, μεγάλο ρόλο παίζει η αξιολόγηση των άμεσων και μακροχρόνιων αναγκών υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους, εξασφαλίζοντας προτεραιότητες προκειμένου να μειωθεί η ταλαιπωρία του αρρώστου¹⁵. Τέλος, η δημιουργία ομαδικών συναντήσεων με τις οικογένειες των χρόνιων πασχόντων με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, την αντιμετώπιση προβλημάτων, την αλληλοϋποστήριξη και την ψυχολογική ενίσχυση αποτελεί ένα από τα

κυριότερα σημεία της κατ' οίκον νοσηλείας παιδιατρικού ασθενούς.¹⁶

Ο ρόλος της οικογένειας στην κατ' οίκον νοσηλεία παιδιατρικού ασθενή με καρκίνο

Η πιο σημαντική υποστηρικτική δομή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παιδιού με καρκίνο είναι το οικογενειακό περιβάλλον. Η προσφορά της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία του παιδιατρικού ασθενή καθώς και στη ψυχολογική υποστήριξη του είναι αξιοσημείωτη.¹⁷

Η διάγνωση του καρκίνου αφορά και στον ίδιο τον ασθενή αλλά και σε όσους τον φροντίζουν και γι' αυτό διεθνώς αποδίδεται βιβλιογραφικά ορθότερα με τον όρο "cancer family" και όχι πλέον με τον όρο "cancer personality".¹⁸ Ο καρκίνος πλήττει την οικογένεια ως σύνολο, αποσταθεροποιώντας και αλλάζοντας τα πάντα μέσα σε αυτή.¹⁹ Πριν τη διάγνωση, υπάρχουν κανόνες και ρόλοι μέσα στην οικογένεια. Μετά τη διάγνωση αλλάζουν οι ρόλοι, η φυσιολογική ζωή διακόπτεται και αισθήματα άγχους, θυμού και λύπης εμφανίζονται. Οι γονείς καλούνται να αλλάξουν συμπεριφορά απέναντι στο πάσχον παιδί και να κρατήσουν τις ισορροπίες της οικογένειας όσο επώδυνο και αν είναι αυτό.

Η καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι το πρώτο βήμα που θα βοηθήσει την οικογένεια και το παιδί να οδηγηθούν σε σωστούς τρόπους συμπεριφοράς.²⁰⁻²¹ Η προσοχή και επαγρύπνηση εκ μέρους των γονιών είναι καθημερινή. Ο γονιός πρέπει να δίνει στο παιδί που πάσχει χρόνο, καθώς και ιδιαίτερη προσοχή, προσπαθώντας να αναγνωρίσει τα συναισθήματα που κρύβονται πίσω από τα λεγόμενα του παιδιού.²²

Η πειθαρχία σε ένα παιδί που πάσχει από νεοπλασία είναι δύσκολο να επιβληθεί και η κατάσταση μπορεί εύκολα να γίνει ανεξέλεγκτη. Η πρόγνωση της νόσου είναι πολύ σημαντικός παράγοντας. Ανάλογα με αυτή ο γονιός πρέπει να προετοιμαστεί, αναπτύσσοντας στρατηγικές που θα τον βοηθήσουν να ανταπεξέλθει στα συναισθήματα του παιδιού του. Το δεύτερο βήμα αφορά την προσαρμογή του ίδιου του γονιού ως προς την συμπεριφορά του, έτσι ώστε να προσεγγίσει όσο το δυνατόν περισσότερο τις προσδοκίες του παιδιού. Το τρίτο βήμα είναι να αναπτύξει συνεπή απάντηση στο θυμό του παιδιού ώστε να το βοηθήσει να αναπτύξει κοινωνική και συναισθηματική προσαρμοστική ικανότητα. Συνεπώς, η ομαλή και ψύχραιμη διαχείριση του συναισθηματικού κόσμου του παιδιού που πάσχει θα συμβάλει στην αποδοχή της ασθένειάς του, αλλά και του εαυτού του, με επακόλουθο τον θετικό αντίκτυπο και στο κοινωνικό περιβάλλον. Γενικά, οι αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού είναι συνήθεις σε έντονες καταστάσεις άγχους και ο γονιός πρέπει να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει.²²⁻²³ Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την καθοδήγηση του γονιού από το νοσηλευτή, διδάσκοντας τρόπους διαχείρισης των προβλημάτων, αφού πρώτα έχει δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας.

Ενημέρωση του πάσχοντος παιδιού

Η κατάλληλη ενημέρωση του παιδιού σχετικά με την κατάστασή του, καθώς και η ανάλογη προετοιμασία για όσα πρόκειται να αντιμετωπίσει αποτελούν τη βάση για την ορθή σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ θεραπευτικής ομάδας και πάσχοντος παιδιού.²⁴⁻²⁶ Μελέτες έχουν δείξει ότι το παιδί αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα της

κατάστασής του και τραυματίζεται ψυχικά, ακόμα και όταν αυτό δεν εκδηλώνεται απόλυτα ή δε συζητά με το περιβάλλον του.²⁶

Η εξήγηση του θανάτου με όρους που μπορεί να αντιληφθεί το παιδί μπορεί να μειώσει το φόβο για το άγνωστο. Απαντήσεις σχετικά με το θάνατο μπορούν να δοθούν στο παιδί, στα αδέρφια του, στην οικογένειά του και στους φίλους του, κατά τη διάρκεια της συζήτησης που διεξάγεται όταν τίθενται σχετικά ερωτήματα. Οι κοινοτικές παρεμβάσεις, όπως είναι η συζήτηση σχετικά με την έννοια του θανάτου και οι στρατηγικές επικοινωνίας με τους συμμαθητές του παιδιού που βρίσκεται σε τελικό στάδιο μπορεί να διευκολύνουν τον αποχαιρετισμό και την κατανόηση της πορείας του θανάτου, χωρίς φόβο. Βοηθώντας το παιδί και την οικογένειά του να προετοιμαστούν για την κηδεία, τους παρέχεται μια αίσθηση σιγουριάς και ελέγχου. Το παιδί μπορεί να προετοιμάσει κάποια ενθύμια, τα οποία θα δοθούν στην οικογένεια και στους φίλους του κατά τη διάρκεια της κηδείας, βοηθώντας έτσι το παιδί και την οικογένειά του στην αποδοχή του θανάτου ως κάτι αναπόφευκτο, δίνοντας κάτι δικό του.²⁷

Τα παιδιά από τη φύση τους είναι περίεργα και ίσως να κάνουν πολλές ερωτήσεις σχετικά με την ασθένειά τους και τη θεραπεία τους καθώς σε αντίθεση με τους ενήλικες ασθενείς, δυσκολεύονται να καταλάβουν γιατί αρρώστησαν, γιατί πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία που μερικές φορές είναι επώδυνη και γιατί πρέπει να αφεθούν στη φροντίδα αγνώστων ατόμων. Προκειμένου να ξεπεράσουν το άγχος που προκαλούν η άγνοια και η αβεβαιότητα, επιστρατεύουν τη φαντασία τους και ερμηνεύουν με το δικό τους υποκειμενικό τρόπο την αρρώστια,

τη θεραπεία και τον πόνο. Λόγω των περιορισμένων νοητικών ικανοτήτων που διαθέτουν, δημιουργούν μια προσωπική θεωρία, σύμφωνα με την οποία ερμηνεύουν τις εμπειρίες που βιώνουν. Τις περισσότερες φορές, οι ερμηνείες αυτές είναι τρομακτικότερες από την πραγματικότητα, καθώς προέρχονται από ασυνείδητες φαντασιώσεις των παιδιών που πιστεύουν ότι απειλούνται, τιμωρούνται, καταδιώκονται ή καταστρέφονται.²⁸

Έτσι, το παιδί χρειάζεται να ενημερώνεται επανειλημμένα, καθώς έχει ανάγκη από χρόνο ώστε να επεξεργαστεί, να αφομοιώσει και να χρησιμοποιήσει κατάλληλα τις πληροφορίες που λαμβάνει για την αντιμετώπιση της πραγματικότητας. Είναι σημαντικό να ενθαρρύνεται ο διάλογος και η επικοινωνία, λεκτικά και μη λεκτικά, καθώς τις περισσότερες φορές τα άρρωστα παιδιά χρησιμοποιούν έμμεσους και συμβολικούς τρόπους (π.χ. το παιχνίδι, τη ζωγραφική, τη συμπεριφορά), προκειμένου να εκφράσουν αυτά που τα απασχολούν. Επιπλέον, τρεις βοηθητικές μέθοδοι που συχνά χρησιμοποιούνται για την ενημέρωση παιδιών σχετικά με την αρρώστια, τις ιατρικές εξετάσεις, τις επεμβάσεις και τη νοσηλεία περιλαμβάνουν τη χρήση εικονογραφημένων βιβλίων, εντύπων ή και παραμυθιών, τη χρήση του παιχνιδιού από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και την προβολή ταινιών ή βίντεο που συνήθως παρουσιάζουν την εμπειρία ενός παιδιού που εισάγεται στο νοσοκομείο, νοσηλεύεται σ' ένα θάλαμο με άλλα παιδιά, ενημερώνεται για κάποια συγκεκριμένη επέμβαση στην οποία πρόκειται να υποβληθεί και, τέλος, επιστρέφει στο σπίτι του.²⁸

Νοσηλευτική προσέγγιση του παιδιατρικού πόνου

Ο πόνος αποτελεί ένα καθαρά υποκειμενικό κομμάτι της συνολικής φροντίδας του παιδιού και η εκτίμηση της παρουσίας του και της έντασής του είναι ιδιαίτερα δύσκολη, ειδικά στα παιδιά. Για τη σωστή εκτίμηση του πόνου των παιδιών πρέπει να λαμβάνεται ένα καλό ιστορικό και να γίνεται μία πλήρης αντικειμενική εξέταση. Ψυχολογικές αντιδράσεις είναι η ερυθρότητα του δέρματος (κυρίως του προσώπου), η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια, η ανησυχία, η μείωση του κορεσμού του αρτηριακού αίματος σε O₂ και η διαστολή της κόρης των οφθαλμών. Όταν υπάρχει αμφιβολία για την ύπαρξη πόνου, όπως συχνά συμβαίνει σε βρέφη και σε μικρά παιδιά, ενδείκνυται η διαγνωστική χρήση αναλγητικών. Επίσης, η εκτίμηση του πόνου πρέπει να γίνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της χορήγησης αναλγητικών, σε κάθε αναφορά πόνου, καθώς και μετά από κάθε αναπροσαρμογή της δόσης του αναλγητικού (15-30 min μετά από ενδοφλέβια έγχυση και 1 ώρα μετά τη χορήγηση από το στόμα). Η εκτίμηση του πόνου στα παιδιά πρέπει να βασίζεται στις παρακάτω αρχές (**πίνακας 1**).²⁹

Οι βασικές αρχές και οι στόχοι της αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου περιγράφονται στον **πίνακα 2** και αφορούν κυρίως τον τρόπο αναγνώρισης και αξιολόγησής του καθώς και μεθόδους που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη μείωσή του. Αξίζει να σημειωθεί ότι, χωρίς ολοκληρωμένη αξιολόγηση που να περιλαμβάνει τις πολλαπλές αλληλοεπηρεαζόμενες διαστάσεις του πόνου είναι άπιθανο οι παρακάτω αρχές να ικανοποιηθούν.

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση του καρκινικού πόνου με την

εκτίμηση και αξιολόγηση της έντασης και του είδους του πόνου, ώστε να μειώνεται η πιθανότητα υποεκτίμησης ή υποθεραπείας του πόνου. Θα πρέπει να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τον τρόπο χορήγησης, τη δράση, τις παρενέργειες και την αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο ασθενών με καρκίνο. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με το φόβο εξάρτησης, καθώς αποτελεί φραγμό ανακούφισης του πόνου.³⁰

Ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση παιδιών με καρκίνο τελικού σταδίου

Η διάγνωση καρκίνου έχει καταστροφικές συνέπειες, τόσο για το ίδιο το παιδί, όσο και για την οικογένεια, λόγω της αβεβαιότητας που τη συνοδεύει. Πρόκειται για μια κατάσταση που επιβάλλει σημαντικές αλλαγές, όχι μόνο στον τρόπο ζωής, αλλά και στην ψυχολογική πραγματικότητα, τόσο του παιδιού, όσο και του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Πολλές μελέτες, ήδη από το 1970, έχουν εστιάσει στις ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου στο παιδί αλλά και στο οικογενειακό περιβάλλον. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει αυξημένο ποσοστό εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων σε παιδιά με καρκίνο, τα οποία συχνά εμφανίζουν έλλειψη κοινωνικών ικανοτήτων και διαταραχές συμπεριφοράς. Αντίθετα, άλλες μελέτες δείχνουν μια μάλλον φυσιολογική ψυχοκοινωνική προσαρμογή των νεαρών ασθενών, συγκριτικά με παιδιά χωρίς καρκίνο.¹

Παρόλα αυτά, τα σωματικά συμπτώματα του καρκίνου και η θεραπεία του μπορούν να έχουν σοβαρές κοινωνικές και συναισθηματικές συνέπειες

για το παιδί. Έρευνες δείχνουν πως η αρνητική αντίληψη του παιδιού σχετικά με την εμφάνισή του συνδέεται άμεσα με την ακαδημαϊκή, κοινωνική και ψυχολογική δυσλειτουργία του, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που παρουσιάζει, καθώς και με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.³¹

Το Αμερικανικό Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV χρησιμοποιεί ενιαία διαγνωστικά κριτήρια για όλο το ηλικιακό φάσμα³². Ωστόσο, στην κλινική πράξη, η παιδική κατάθλιψη εκδηλώνεται με διαφορετική συμπτωματολογία.³³ Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάθλιψη των παιδιών αφορούν πέντε τουλάχιστον συμπτώματα, τα οποία επιμένουν επί δύο συνεχόμενες εβδομάδες ή και περισσότερο. Ένα τουλάχιστον από τα πέντε συμπτώματα πρέπει να είναι καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση ή η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.³⁴ Τα παιδιά με κατάθλιψη έχουν την τάση να εκδηλώνουν ευερεθιστότητα,³⁵ ενώ συχνά είναι αναποφάσιστα και εμφανίζουν προβλήματα συγκέντρωσης.³⁴ Σωματικά συμπτώματα όπως είναι οι κεφαλαλγίες και οι πόνοι στο στομάχι είναι πιο συχνά στα καταθλιπτικά παιδιά απ' ότι στους ενήλικες.³⁵ Εκτός των τυπικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, όπως είναι η λύπη και η ευερεθιστότητα, εμφανίζουν έλλειψη ευχαρίστησης από τις δραστηριότητες και το παιχνίδι. Επιπλέον, εμφανίζουν αϋπνία ή υπερυπνία, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν μειωμένη ενέργεια και κόπωση. Η πιθανή ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση είναι αντιληπτή από τους γύρω τους. Επίσης, αισθήματα αναξιοσύνης και ενοχών κατακλύζουν τα συγκεκριμένα παιδιά σε υπερβολικό βαθμό.³⁶ Αξίζει

επίσης να σημειωθεί ότι τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας με κατάθλιψη ασχολούνται με επικίνδυνα παιχνίδια που συχνά το περιεχόμενό τους περιλαμβάνει την έννοια της αυτοκτονίας.³⁷

Τα κυριότερα είδη κατάθλιψης είναι η διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, η δυσθυμική διαταραχή, η διπολική διαταραχή, η κυκλοθυμική διαταραχή και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή.³⁶ Οι κυριότεροι παράγοντες ανάπτυξης κατάθλιψης στα παιδιά είναι οικογενειακοί, περιβαλλοντικοί, καθώς και ατομικοί.

Είναι απίθανο μόνο ένας παράγοντας κινδύνου να εξηγήσει τον μηχανισμό ανάπτυξης της κατάθλιψης ή να μειώσει την πιθανότητα ανάπτυξής της, παρέχοντας προστασία από το συγκεκριμένο παράγοντα. Όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες κινδύνου, στοιχεία δείχνουν ότι μπορεί να είναι λιγότερο σημαντικοί για την εμφάνιση κατάθλιψης σε παιδική ηλικία.³⁸ Μελέτες που έχουν γίνει σε δίδυμα δείχνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα θα μπορούσαν να εξηγηθούν από την παρουσία γενετικών παραγόντων στο 40-70% των περιπτώσεων.³⁹ Ωστόσο, οι μηχανισμοί δράσης των γονιδίων σε διάφορα επίπεδα μέχρι την κλινική εκδήλωση της κατάθλιψης είναι ακόμα άγνωστοι.⁴⁰

Η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αντιμετώπιση αποτελούν τις δύο κυριότερες προσεγγίσεις παρέμβασης σε παιδιά με επίπτωση κατάθλιψης. Έχει διαπιστωθεί πως σε αυτή την ηλικία αυτό που βοηθάει σε σημαντικό βαθμό είναι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία.⁴¹

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία επισημοποιήθηκε ως μέθοδος κατά της κατάθλιψης στο τέλος του 70' και εστιάζει στην τροποποίηση

δυσλειτουργικών συμπεριφορών, αρνητικών σκέψεων που σχετίζονται με συγκεκριμένες καταστάσεις και στη θέση εμποδίων ανάπτυξης συμπεριφορών που σχετίζονται με κατάθλιψη. Τα σημαντικότερα σημεία της θεραπείας αυτής αφορούν το παρόν και βασίζονται στην υπόθεση ότι η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από την εσφαλμένη αντίληψη των γεγονότων και την έλλειψη δεξιοτήτων. Βασικά συστατικά της είναι η ενεργοποίηση της συμπεριφοράς (αυξάνοντας δυναμικά την επιθυμία για δραστηριότητες) και γνωστική αναδιάρθρωση (εντοπισμό, ανάκριση, υποκατάσταση αρνητικών σκέψεων). Τα εγχειρίδια κατάρτισης διαρθρώνονται σε εξάσκηση για απόκτηση δεξιοτήτων και συνεδρίες σε συγκεκριμένα προβλήματα. Οι στρατηγικές θεραπείας βασίζονται συνήθως στην κλινική διατύπωση του προβλήματος και η θεραπευτική συνεδρία αποτελείται από μια λίστα προβλημάτων που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Οι συνεδρίες με τους γονείς ή/και τα μέλη της οικογένειας γίνονται κυρίως για την αξιολόγηση της προόδου και την προσαρμογή τους με τη θεραπεία, ώστε να γίνει σαφές αν έχουν αποδεχτεί μια επιθετική θεραπεία για το παιδί τους και κατά πόσο μπορούν να επιτρέψουν μια ενδεχομένως ισχυρότερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία. Οι γονείς εκτός του ότι μπορούν να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην ψυχολογική αξιολόγηση και θα συνεισφέρουν στην οριοθέτηση στόχων και στον προσανατολισμό της θεραπείας, παίζουν σημαντικό ρόλο στην υλοποίηση των στόχων αυτών, βοηθώντας για παράδειγμα στην τήρηση καθημερινών δραστηριοτήτων από το παιδί που θέτονται στις συνεδρίες.⁴²

Η διαπροσωπική θεραπεία ασχολείται κυρίως με τις διαπροσωπικές σχέσεις και παρεμβαίνει στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς. Βασίζεται στην υπόθεση ότι διαπροσωπικά προβλήματα μπορεί να ενεργοποιούν ή επιδεινώνουν την κατάθλιψη. Έτσι εστιάζει στα συγκεκριμένα προβλήματα, μέσα από προσαρμογές οι οποίες θα οδηγήσουν σε βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι πρόκειται για μια τυποποιημένη θεραπεία και λαμβάνει χώρα μια φορά την εβδομάδα επί 12 εβδομάδες. Σε αντίθεση με το μοντέλο διαπροσωπικής θεραπείας των ενηλίκων, αυτή αποτελείται από 12 συνεδρίες, στις οποίες προστίθενται συνεδρίες που περιλαμβάνουν και τους γονείς. Έχει ως βασικό στόχο να καλύπτονται βασικές αρχές της εφηβείας όπως η εξατομίκευση, η δημιουργία αυτονομίας, η ανάπτυξη συναισθηματικών σχέσεων και οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση διαπροσωπικών απωλειών.⁴³

Όσον αφορά στη φαρμακευτική αντιμετώπιση παιδιών και εφήβων, υπάρχει μια αντιπαράθεση σχετικά με την πιο κατάλληλη θεραπεία και το ιδανικότερο αντικαταθλιπτικό φάρμακο, σε σχέση με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα. Υπάρχουν πολλές κατηγορίες φαρμάκων και η καθεμία έχει παρενέργειες και αντενδείξεις. Τα φάρμακα συνεχίζονται για τουλάχιστον 6 μήνες μετά την ανταπόκριση και στη συνέχεια γίνεται σταδιακή μείωση. Πολλοί θεραπευτές μπορεί να μειώσουν τον αριθμό των συνεδριών, αλλά να συνεχίσουν κάποια υποστηρικτική θεραπεία περισσότερο από αρχικά οριζόμενες 8 με 12 εβδομάδες θεραπείας. Η θεραπεία για το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης είναι πιθανό να διαρκέσει

τουλάχιστον 6 έως 12 μήνες, ακόμα και με φαρμακευτική αγωγή. Στις περιπτώσεις επαναλαμβανόμενων καταθλιπτικών επεισοδίων, πολλοί κλινικοί θα χορηγήσουν προφυλακτική θεραπεία για μεγαλύτερες περιόδους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι παιδιατρικοί ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου δικαιούνται την καλύτερη δυνατή φροντίδα, διότι με τον τρόπο αυτό υποστηρίζεται το δικαίωμα του ανθρώπου στη ζωή με αξιοπρέπεια. Σήμερα είναι αποδεκτό ότι η ποιότητα επιβίωσης επηρεάζει τη διάρκειά της.

Είναι προφανές ότι ο ρόλος του παιδιατρικού νοσηλευτή που παρέχει κατ' οίκον φροντίδα είναι ιδιαίτερα απαιτητικός. Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί ένα σύστημα το οποίο απαιτεί από το νοσηλευτή γνώση και υπευθυνότητα. Ο παιδιατρικός νοσηλευτής αντιμετωπίζει τις ανάγκες του παιδιού, λαμβάνοντας υπόψη ιατρικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και οικογενειακούς παράγοντες. Επομένως, ο παιδιατρικός νοσηλευτής στο σπίτι αναλαμβάνει να επιτελέσει όχι μόνο νοσηλευτικό αλλά και κοινωνικό έργο.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου μέσω της κατ' οίκον φροντίδας, αποτελεί μία πολυσύνθετη διαδικασία. Απαιτεί ολοκληρωμένη ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του και προετοιμασία του κοινωνικού περιβάλλοντος για την επανένταξη του ασθενούς. Στο πλαίσιο της θεραπείας και αποκατάστασης, η επικοινωνιακή επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή αποτελεί ουσιώδη παράμετρο για να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Προϋποθέτει δε μία καθαρά συνεργατική

διαδικασία ανάμεσα στον ασθενή και στους επαγγελματίες υγείας με κοινό στόχο την προαγωγή υγείας του ασθενούς.

Οι νοσηλευτές που επιλέγουν να συμμετάσχουν στο σύστημα αυτό πρέπει να αξιολογούνται ορθά και αυστηρά αλλά και να επανελέγχονται ανά διαστήματα σχετικά με την επίδοσή τους και τις γνώσεις τους.

Η ποιοτική παροχή φροντίδας στους ασθενείς αποτελεί κύριο μέλημα των επιστημόνων υγείας. Ειδικότερα, η παροχή ορθής νοσηλευτικής φροντίδας σε παιδιατρικούς ασθενείς με καρκίνο αποτελεί υποχρέωση για κάθε νοσηλεύτη. Θεωρείται πως η κατάλληλη παρέμβαση των νοσηλευτών στη φροντίδα ενός ασθενούς με καρκίνο μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη της κατάστασής τους και να επιμηκύνει πιθανόν την επιβίωσή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gerali M, Servitzoglou M, Paikopoulou D, Theodosopoulou H, Madianos M, Vasilatou-Kosmidis H. Psychological Problems in Children with Cancer in the Initial Period of Treatment. *Cancer Nursing* 2011, 34(4):269-276.
2. Anonymous. Childhood Cancer Statistics – Graphs and Infographics. Cure search for children’s cancer. Available at: <http://curesearch.org/Childhood-Cancer-Statistics>. Accessed in:20/09/2016
3. The National Association for Home Care & Hospice. Basic Statistics About Home Care. Home Care Hospice 2010,1-23. Available at: http://www.nahc.org/assets/1/7/10hc_stats.pdf. Accessed in:15/09/2016
4. Cheng J, Montaldo M, Leff B. Hospital at home. *Clin Geriatr Med* 2009, 25:79-91
5. Tarricone R, Tsouros AG. Home Care in Europe. World Health Organization 2008. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf Accessed in:15/09/2016
6. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman R. Home Care across Europe. *Nivel* 2013,1-330.
7. Ελληνική Εταιρεία για την Ανακουφιστική Φροντίδα Παιδιών και Εφήβων, ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ. 2016, Available at: http://ppc.org.gr/?page_id=1657 accessed in: 11/01/2017
8. [Lindley L](#), [Mark B](#), [Daniel Lee SW](#). Providing hospice care to children and young adults: A descriptive study of end-of-life organizations. *J Hosp Palliat Nurs* 2009,11(6): 315–323.
9. The Alliance for Home Health Quality and Innovation Releases Faces of Home Health Series. Caring for Pediatric Patients and Family Caregivers Through Innovations in Home Health. Available at: <http://www.ahhqi.org/media-center/78>. Accessed in:15/10/2016
10. Friebert S, Williams C. Pediatric Palliative and Hospice in America. National Hospice and Palliative Care Organization 2015 Available at: <https://www.nhpco.org/sites/default/files/public/quality/Pediatric Facts-Figures.pdf> Accessed in:29/3/2017
11. Martison IM, Moldow DG, Armstrong GD, Henry WF, Nesbit ME, Kersey JE. Home care for children dying of cancer. *Research in Nursing and Health* 1986,(9):11-16.

12. Mulhern RK, Laner ME, Hoffman RG. Death of a child at home or in the hospital: Subsequent psychological adjustment of the family. *Pediatrics* 1983,(71):743-747.
13. Laner ME, Cammita BM. Home care for the dying child. A nursing model. *Journal of pediatrics* 1980,(97):1032-1035.
14. Πλατή Χ. Η αντιμετώπιση του θανάτου στο σπίτι, στο γενικό νοσοκομείο, στον ξενώνα. *Νοσοκομειακά Χρονικά* 1986,333-338.
15. Σουρτζή Π. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Νοσηλεία στο σπίτι. *Νοσηλευτική* 1997,(1):24-30.
16. Beukelman D, Ray P. Communication Supports in Pediatric Rehabilitation. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine* 2010, 3: 279–288. Available at: http://aac-merc.psu.edu/documents/beuk_ped_rehab_2010.pdf. Accessed in:15/10/2016
17. National Cancer Institute. Family Caregivers in Cancer: Roles and Challenges. PDQ Cancer Information Summaries 2017, Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0032750/> Accessed in: 29/3/2017.
18. Georgaki S, Kalaidopoulou O, Liarmakopoulos I, Mystakidou K. Nurses' attitudes towards truthful communication with patients with cancer. *Cancer Nurs* 2002,(25):431-441.
19. Iconomou G, Viha A, Kalofonos HP, Kardamakis D. Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncol* 2001,(40):766-771.
20. Sparks LA, Setlik J, Luhman J. Parental Holding and Positioning to Decrease IV Distress in Young Children: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing*.2007, 22(6):440-447.
21. Jacobson P, Manne S, Gorfinkle K. Analysis of child and parent behavior during painful medical procedures. *Health Psychology* 1990,(9):576-599.
22. Manne S, Jacobsen P, Gorfinkle K. Treatment adherence difficulties among children with cancer: the role of parenting style. *Journal of Pediatric Psychology* 1993,(18):47-62.
23. Trask PC, Paterson AG, Trask CL, Bares CB, Birt JO, Maan C. Parent and Adolescent Adjustment to Pediatric Cancer: Associations with Coping, Social Support, and Family Function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*.2016, 20(1):36-47.
24. Foster TL, Lafond DA, Reggio C, Hinds PS. Pediatric palliative care in childhood cancer nursing: From diagnosis to cure or end of life.Seminars in oncology Nursing.2010,26(4):205-221.
25. Ραγιά Χ. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Εκδ., Παρισιάνος Αθήνα, 2009.
26. Τσιάντη Ι. Το παιδί στο νοσοκομείο. *Παιδιατρική* 1985,48:244-253.
27. Cooley C. Cancer survivorship 2: providing advice and support to those living with and beyond cancer. *Nurs Times* 2010,106 (21):17-18.
28. Παπαδάτου Δ. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997.
29. WHO. Κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις.2012, Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19116el/s19116el.pdf>. Accessed in:15/10/2016
30. Hinds PS, Drew D, Oakes LL, [Fouladi M](#), [Spunt SL](#), [Church C](#), et al. End-of-life care

preferences of pediatric patients with cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:9146-9154.

31. Toro A. Public interest government relations office: Psychological impact of childhood cancer. Public Interest Government Relations Office, American Psychological Association; Available at: <https://www.apa.org/pi/families/resources/childhood-d-cancer-fact-sheet.pdf>. Accessed in:15/10/2016

32. Shugart MA, Lopez EM. Depression in children and adolescents when moodiness merits special attention. *Postgrad Med* 2002,112(3):53-61.

33. Harmin V, Pachler MC. Child and Adolescent Depression. Review of the latest evidence. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2005,43:54-63.

34. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, 2002.

35. Davis NM. Depression in children and adolescents. *J School Nurs* 2005;21(6):311-317.

36. Thayer P. Spiritual care of children with life-limiting illness. *ChiPPS Newsletter*, February 2008. Available at: www.nhpco.org/files/public/ChiPPS/ChiPPS_February_2008.pdf. Accessed in:15/10/2016

37. Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown K, Hessler M, Wallis J, et al. The clinical picture of depression in preschool children. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 2003,42(3):340-348.

38. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence 2005,28

39. Garber, J. Depression in Children and Adolescents. Linking risk research and prevention. *Am J Prev Med* 2006,31(6):S104-125.

40. Torgersen S. Genetic epidemiology of major depression. *Actas Esp Psiquiatr* 2008,36:25-27.

41. Dophiede JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm* 2006,63(3):43-45.

42. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. Guidelines for adolescent Depression in Primary Care. *Pediatrics* 2007,120(5):e1299-1312.

43. Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J. Cognitivebehavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004, 43(8):930-959.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**Πίνακας 1.** Αρχές εκτίμησης πόνου

Αρχές εκτίμησης πόνου στα παιδιά
<p>Ερωτήσεις που θα τεθούν κατά την κλινική εκτίμηση του πόνου:</p> <p>Ποιες λέξεις χρησιμοποιεί το παιδί και η οικογένεια για τον πόνο;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ποιες λεκτικές και συμπεριφορικές εκφράσεις χρησιμοποιεί το παιδί για τον πόνο; • Τι κάνουν οι γονείς και/ή φροντιστές όταν το παιδί έχει πόνο; • Τι δεν κάνουν οι γονείς και/ή φροντιστές όταν το παιδί έχει πόνο; • Τι ανακουφίζει καλύτερα τον πόνο του παιδιού; • Πού εντοπίζεται ο πόνος και ποια είναι τα χαρακτηριστικά του (θέση, σοβαρότητα, χαρακτήρας του πόνου όπως περιγράφεται από το παιδί/γονέα, π.χ. οξύς, καυστικός, βύθιος, διαξιφιστικός, διαπεραστικός, σφύζων); • Πώς άρχισε ο πόνος (ήταν ξαφνικός/βαθμιαίος); • Πόσο διάστημα κρατάει ο πόνος (διάρκεια από τότε που άρχισε); • Πού βρίσκεται ο πόνος (μία ή πολλαπλές θέσεις); • Διαταράσσει ο πόνος τον ύπνο του παιδιού ή τη συναισθηματική του κατάσταση; • Περιορίζει ο πόνος την ικανότητα του παιδιού να εκτελέσει τις φυσιολογικές δραστηριότητες (να καθίσει, να σταθεί, να περπατήσει, να τρέξει); • Περιορίζει ο πόνος την ικανότητα/προθυμία του παιδιού να αλληλεπιδράσει με άλλους, καθώς και την ικανότητά του να παίξει;
Χρήση κλιμάκων πόνου
Εκτίμηση συμπεριφοράς και ψυχολογικών αλλαγών στο παιδί
Συμμετοχή και των γονέων στην εκτίμηση του πόνου
Διερεύνηση της αιτίας του πόνου
Εκτίμηση του αποτελέσματος της αναλγητικής αγωγής

Πηγή: WHO.2012 Κατευθυντήριες οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις.

Πίνακας 2. Βασικές αρχές αναγνώρισης καρκινικού πόνου

• Αναγνώριση και άμεση αξιολόγηση του πόνου των ασθενών με καρκίνο
• Ανίχνευση των ψυχολογικών και πνευματικών επιδράσεων στην αντίληψη του πόνου και διαχείρισή τους
• Ανακούφιση του πόνου κατά τη διάρκεια της νύχτας, στην ανάπαυση και στη μετακίνηση
• Μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής του ασθενούς
• Καταγραφή και ανακούφιση παρόντων και μελλοντικών φόβων για τον πόνο
• Παροχή υποστήριξης και ενθάρρυνσης των μελών της οικογένειας, των φίλων και των επαγγελματιών υγείας
• Παρακίνηση της συμμετοχής του ασθενούς, της οικογένειάς του και των φίλων του
• Υιοθέτηση συνεργατικής και διεπιστημονικής προσέγγισης
• Εξατομίκευση της αναλγητικής αγωγής ανάλογα με τις ανάγκες και την ανοχή του ασθενούς
• Τακτική επαναξιολόγηση των αποτελεσμάτων
• Έγκαιρη παραπομπή του ασθενούς στους ειδικούς εάν δεν επιτυγχάνεται αντιμετώπιση του πόνου.

Πηγη: WHO.2012 Κατευθυντήριες οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Σκόντζου Κωνσταντίνα¹, Βασιλόπουλος Γιώργος², Κοτανίδου Αναστασία³, Μαρβάκη Χριστίνα⁴

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Χειρουργείο, 401 Γ.Σ.Ν.Α
2. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας
3. Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή Αθηνών, ΕΚΠΑ
4. Ομότιμη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

DOI: 10.5281/zenodo.822048

Περίληψη

Εισαγωγή: Η έγκαιρη εφαρμογή προγράμματος εντερικής διατροφής έχει αρχίσει να κερδίζει έδαφος τα τελευταία χρόνια στην αντιμετώπιση της σοβαρής οξείας παγκρεατίτιδας θέτοντας υπό αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα της παρεντερικής διατροφής.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της τεχνητής διατροφής στην αναχαίτιση των επιπλοκών και στη βελτίωση των ασθενών με σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Scopus, Pubmed, The Cochrane Library και Scopemed για το χρονικό διάστημα 2010-2015. Οι λέξεις κλειδιά που επελέγησαν ήταν «οξεία παγκρεατίτιδα», «διατροφή», «σίτιση» και «κλινικές δοκιμές». Για την εκπόνηση της ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν 14 ερευνητικές μελέτες.

Αποτελέσματα: Η υπεροχή της εντερικής σίτισης έναντι της παρεντερικής τεκμηριώνεται από την μείωση των μεσολαβητών της φλεγμονής και των σηπτικών επιπλοκών ενώ η πρόωμη εντερική διατροφή (εντός 48 ωρών) συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά επιπλοκών, πολυοργανικής δυσλειτουργίας και θνητότητας. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε εντερική διατροφή νοσηλεύονται για μικρότερο χρονικό διάστημα σε σχέση με εκείνους που υποβάλλονται σε παρεντερική διατροφή. Η διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ είναι ακόμη πιο σύντομη για τους ασθενείς που λαμβάνουν και ανοσοδιατροφή η οποία συμβάλλει στην μείωση της βακτηριακής αλλόθωσης, της συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης και των επιπλοκών.

Συμπεράσματα: Η χορήγηση πρόωμης εντερικής διατροφής με ή χωρίς ανοσοδιατροφή, συμβάλλει αποφασιστικά στην αναστροφή της ραγδαίας επιδείνωσης των ασθενών με σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα και συνδέεται με λιγότερες επιπλοκές σε σχέση με την ολική παρεντερική διατροφή.

Λέξεις-κλειδιά: Οξεία παγκρεατίτιδα, διατροφή, σίτιση, κλινικές δοκιμές.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Σκόντζου Κωνσταντίνα, Τηλ.6983525724, E-mail: konstantinasrn@gmail.com

EFFECTIVENESS OF ARTIFICIAL NUTRITION IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Skontzou Konstantina¹, Vassilopoulos George², Kotanidou Anastasia³, Marvaki Christina⁴

1. RN, MSc, Surgery, 401 General Military Hospital of Athens
2. Assistant Professor, Nursing Department, Technological Educational Institute of Athens
3. MD, Professor in Department of ICU, Medical School of Athens, National and Kapodistrian University of Athens
4. Emeritus Professor, Nursing Department, Technological Educational Institute of Athens

DOI: 10.5281/zenodo.822048

Abstract

Introduction: Early application of enteral nutrition programme has begun to gain ground in recent years in the treatment of severe acute pancreatitis by putting into question the effectiveness of parenteral nutrition.

Aim: The purpose of the present review was to investigate the effectiveness of artificial nutrition in curbing of complications and improvement of patients with severe acute pancreatitis.

Material and Method: There was a research in electronic databases Scopus, Pubmed, The Cochrane Library and Scopemed for the time period 2010-2015. The key words selected for the data search were “acute pancreatitis”, “nutrition”, “feeding” and “clinical trials”. For the preparation of the review, 14 research studies were used.

Results: The superiority of enteral feeding versus parenteral is documented by the reduction of inflammatory mediators and septic complications while early enteral nutrition (within 48 hours) is associated with lower rates of complications, multiple-organ dysfunction and mortality. Patients undergoing enteral nutrition are hospitalized for a shorter period of time compared to those undergoing parenteral nutrition. The duration of hospitalization in the ICU is even shorter for patients who also receive immunonutrition which helps to reduce bacterial translocation, systemic inflammatory response and complications.

Conclusions: The granting of early enteral nutrition with or without immunonutrition contributes decisively to reverse the sharp deterioration of patients with severe acute pancreatitis. Early enteral nutrition is associated with fewer complications compared to total parenteral nutrition.

Key-words: Acute pancreatitis, nutrition, feeding, clinical trials.

Corresponding author: Skontzou Konstantina, Tel. Number: 6983525724, e-mail: konstantinasrn@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι φλεγμονώδης νόσος του παγκρέατος και των παρακείμενων ιστών¹ η οποία πυροδοτεί την συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση του οργανισμού.² Υπάρχουν πολλοί ενοχοποιητικοί παράγοντες για την πρόκληση παγκρεατικής φλεγμονής³ η οποία οφείλεται στην ενεργοποίηση πρωτεολυτικών παγκρεατικών ενζύμων μέσα στο πάγκρεας. Αυτή η διαδικασία αυτοπεψίας του παγκρεατικού αδένου προκαλεί εκτεταμένες ιστικές νεκρώσεις, τις περισσότερες φορές θανατηφόρες λόγω σοβαρών σηπτικών επιπλοκών.² Ο αυξανόμενος αριθμός κρουσμάτων παρά την εξέλιξη της παρεχόμενης φροντίδας, εγείρει πολλά ερωτηματικά σχετικά με την αποτελεσματικότητα της καθιερωμένης θεραπευτικής προσέγγισης αυτών των ασθενών.³

Για έναν αιώνα περίπου, η αποφυγή οποιασδήποτε μορφής σίτισης που θα ενεργοποιούσε την παγκρεατική δραστηριότητα, ήταν ο ακρογωνιαίος λίθος για την αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας.⁴

Ωστόσο, η άποψη της «ανάπαυσης» του παγκρέατος μέσω της παρεντερικής σίτισης δεν έχει αποδώσει μέχρι στιγμής τα προσδοκώμενα θεραπευτικά αποτελέσματα⁵ αν και ήταν η κυρίαρχη θεραπευτική προσέγγιση τα τελευταία 20-30 χρόνια.⁴

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συμβολής της τεχνητής διατροφής στη μείωση της νοσηρότητας και στη βελτίωση της κλινικής εικόνας ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα που έχουν ανακύψει συνέβαλαν στην αναθεώρηση καθιερωμένων θεραπευτικών πρακτικών, θέτοντας το ερευνητικό ερώτημα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εντερικής ή της παρεντερικής διατροφής για την αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας.

Τα κριτήρια εισαγωγής των ερευνητικών μελετών ήταν η εγκυρότητα των επιστημονικών περιοδικών από τα οποία προέρχονταν, η γλώσσα συγγραφής η οποία έπρεπε να είναι η ελληνική και η αγγλική, η χρονολογία συγγραφής για το διάστημα 2010-2015, οι λέξεις κλειδιά που να σχετίζονται με το εννοιολογικό περιεχόμενο του τίτλου της εργασίας και το είδος των ερευνητικών μελετών οι οποίες έπρεπε να είναι μόνο προοπτικές μελέτες και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές.

Τα κριτήρια αποκλεισμού αφορούσαν τίτλους άρθρων που ήταν άσχετοι με το αντικείμενο της εργασίας, ανασκοπικές, περιγραφικές ή αναδρομικές μελέτες καθώς επίσης και έρευνες που αναφέρονταν σε διαφορετικές κατηγορίες ασθενών (π.χ. ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου). Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Scopus, Pubmed, The Cochrane Library και Scopemed. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν «οξεία παγκρεατίτιδα», «διατροφή», «σίτιση», «κλινικές δοκιμές», «άρθρα» και «επιστημονικό πεδίο ιατρικό ή νοσηλευτικό». Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 142 άρθρα από τα οποία απερρίφθησαν τα 128 διότι δεν ανταποκρίνονταν στα προκαθορισμένα κριτήρια εισόδου. Οι μελέτες που επελέγησαν για

την εκπόνηση της συστηματικής ανασκόπησης ήταν 14 (Διάγραμμα ροής 1).

Αποτελέσματα - Συζήτηση

Η υπεροχή της εντερικής έναντι της παρεντερικής διατροφής επιβεβαιώνεται από τα ποσοστά των επιπλοκών, της πολυοργανικής δυσλειτουργίας και της θνητότητας^{6,7} τα οποία στη συγκεκριμένη μελέτη διαφοροποιήθηκαν θετικά υπέρ της χορήγησης εντερικής διατροφής (Πίνακας 1). Αξιολογήθηκαν συνολικά 549 ασθενείς από τους οποίους οι 272 υποβλήθηκαν σε παρεντερική σίτιση και οι 277 σε εντερική. Το ποσοστό των επιπλοκών αφορούσε το 40% των ασθενών με παρεντερική σίτιση και μόνο το 10% των ασθενών με εντερική ($P<0.05$). Το συνολικό ποσοστό θνητότητας ήταν 14.7% για τους ασθενείς που σιτίζονταν παρεντερικά vs 3.6% για τους ασθενείς που σιτίζονταν εντερικά ($P<0.05$). Η έγκαιρη έναρξη εντερικής σίτισης σε σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να ρυθμίσει τα επίπεδα της φλεγμονής και να καθυστερήσει την συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση (SIRS) του οργανισμού. Η μείωση των μεσολαβητών της φλεγμονής και των επιπέδων ενδοτοξίνης στον ορό, είναι στοιχεία που αναδεικνύουν το ρόλο της εντερικής διατροφής στη μείωση της συστηματικής λοίμωξης του οργανισμού.⁸

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί η σημασία της συγχορήγησης εντερικής διατροφής και ανοσοδιατροφής στη μείωση της συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης και στην ελάττωση των ποσοστών σήψης, πολυοργανικής δυσλειτουργίας (MODS) και θνητότητας^{9,10} (Πίνακας 2). Ο όρος ανοσοδιατροφή παραπέμπει σε ενισχυμένα

διατροφικά συμπληρώματα με προβιοτικά, γλουταμίνη, αργινίνη και Ω3-λιπαρά οξέα τα οποία κινητοποιούν το ανοσοποιητικό σύστημα και ενεργοποιούν την φλεγμονώδη απάντηση του οργανισμού.^{5,11}

Η οριοθέτηση ενός χρονοδιαγράμματος για την χορήγηση εντερικής διατροφής συμβάλλει αποφασιστικά στη μείωση των επιπλοκών και της θνητότητας. Πράγματι η έρευνα ανέδειξε τη συμβολή της έγκαιρης χορήγησης εντερικής σίτισης (εντός 72 ωρών) όχι μόνο στη μείωση της νοσηρότητας αλλά και στην διατήρηση της βιωσιμότητας του εντερικού βλεννογόνου.^{12,13,14}

Τα περιστατικά με συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση, πολυοργανική δυσλειτουργία, παγκρεατική λοίμωξη και επιμολυσμένη νέκρωση ήταν στα χαμηλότερα επίπεδα στους ασθενείς που ξεκινούσαν να σιτίζονται μέσα σε 24-48 ώρες (Πίνακας 3). Χαρακτηριστική είναι μια μελέτη με 97 ασθενείς που ξεκίνησαν να σιτίζονται το πρώτο 48ωρο όπου δεν σημειώθηκε κανένας θάνατος.¹⁵

Η διάρκεια νοσηλείας εξαρτάται από το χρονικό σημείο έναρξης και τη διάρκεια των επιπλοκών όπως επίσης και από το χρόνο επέλευσης της θνητότητας. Η θνητότητα στη σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα οφείλεται σε πολυοργανική δυσλειτουργία (MODS) για την εκδήλωση της οποίας απαιτείται η παρέλευση ενός εύλογου χρονικού διαστήματος.^{15,16} Τα ποσοστά MODS τα οποία καταγράφηκαν ήταν 15.8% για τους ασθενείς που είχαν παρεντερική σίτιση vs 3.9% για ασθενείς με εντερική σίτιση. Είναι αυτονόητο ότι η εφαρμογή προγράμματος παρεντερικής διατροφής αυξάνει τη διάρκεια νοσηλείας, τις επιπλοκές και τη συχνότητα εμφάνισης πολυοργανικής δυσλειτουργίας. Η

έγκαιρη έναρξη εντερικής διατροφής μειώνει κατακόρυφα τα ποσοστά θνητότητας άρα έχουμε μικρότερα ποσοστά MODS, λιγότερες επιπλοκές και κατά συνέπεια μικρότερο χρόνο νοσηλείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα ανασκόπηση παρέχει σημαντικά στοιχεία που τεκμηριώνουν τη συμβολή της εντερικής διατροφής στην έκβαση της οξείας παγκρεατίτιδας και την υπεροχή της έναντι της παρεντερικής. Τα ποσοστά των επιπλοκών, της σήψης και της οργανικής δυσλειτουργίας ήταν πολύ χαμηλότερα στους ασθενείς που είχαν εντερική σίτιση σε σχέση με εκείνους που είχαν παρεντερική σίτιση αλλά δυστυχώς δεν ήταν και ανύπαρκτα. Η θεαματική μείωση του ποσοστού των επιπλοκών και της θνητότητας σε ασθενείς που ξεκίνησαν να σιτίζονται μέσα σε 48 ώρες, φανερώνει τη σημασία του χρόνου στην αναστροφή μιας ραγδαίας επιδείνωσης. Ο θετικός ρόλος της πρώιμης εντερικής διατροφής ενισχύεται με τη συγχορήγηση ανοσοδιατροφής η οποία ως γνωστόν προστατεύει την εντερική χλωρίδα και δρα καταλυτικά στη διατήρηση της λειτουργικότητας του εντερικού φραγμού. Το απόσταγμα αυτής της μελέτης είναι ξεκάθαρο. Η οξεία παγκρεατίτιδα αποτελεί ένα πολύπλοκο κλινικό σύνδρομο και παρ' όλες τις προόδους που έχουν σημειωθεί, δεν έχει εξαλειφθεί ακόμη ούτε η νοσηρότητα αλλά ούτε και η θνητότητα. Η διατροφική θεραπεία αυτών των ασθενών πρέπει να συμβαδίζει με την εξέλιξη των ερευνητικών επιτευγμάτων και να μην θεωρείται δεδομένη αφού ανακλύπτουν διαρκώς καινούρια δεδομένα που ανατρέπουν καθιερωμένες πρακτικές.

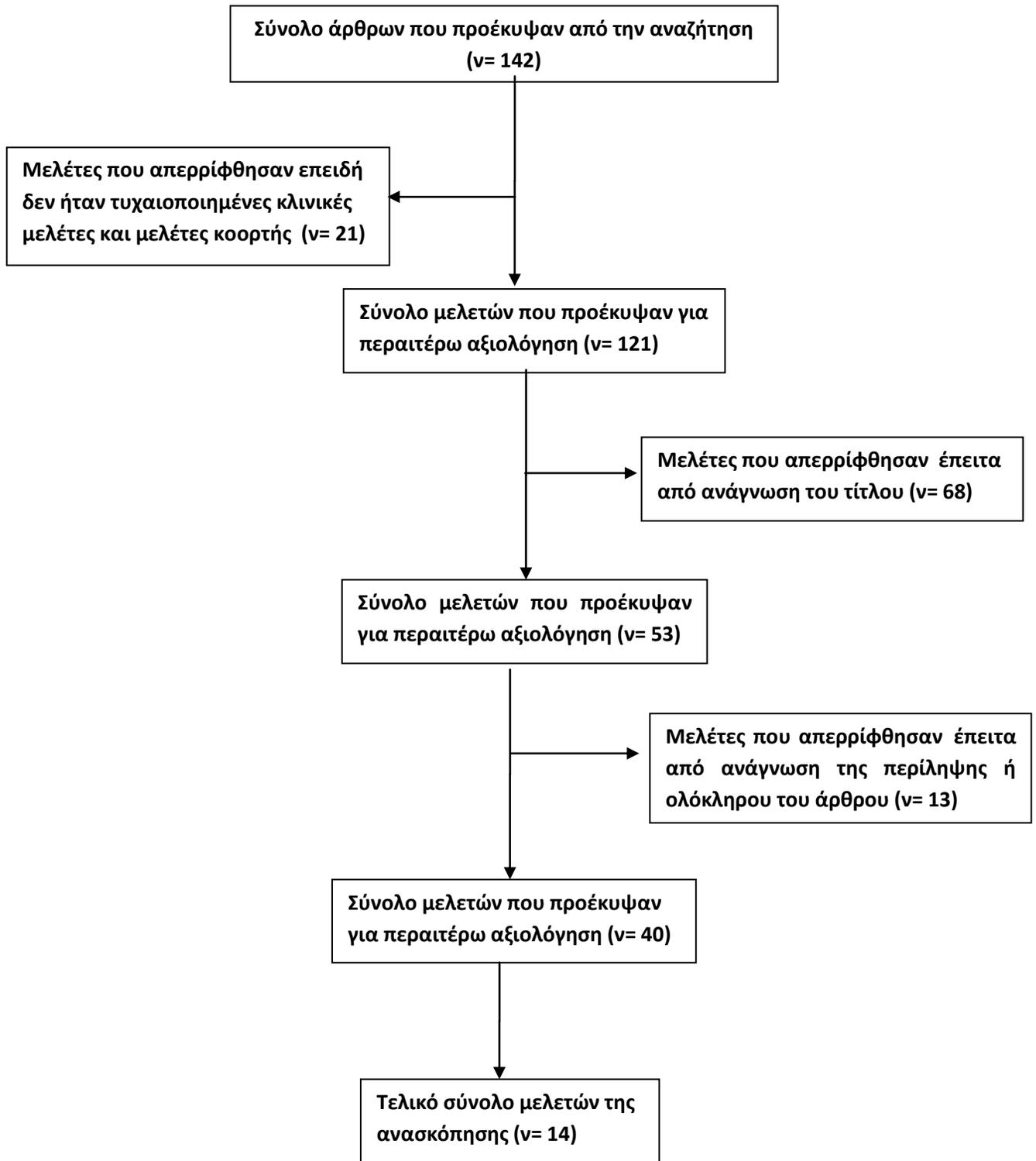
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Feng YC, Wang M, Feng Z, Qin RY. Study on acute recent stage pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2014; 20(43):16138-45.
2. Piccinni G, Testini M, Angrisano A, Lissidini G, Gurrado A, Memeo R et al. Nutritional support in patients with acute pancreatitis. *FBS* 2012; 4:1999-06.
3. Poropat G, Giljaca V, Hauser G, Stimac D. Enteral nutrition formulations for acute pancreatitis. *CochraneDatabaseSystRev*. 2015; (3):CD010605, «Διαθέσιμο από»: <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010605.pub2/full>. Ημερομηνία πρόσβασης: 8/5/2016.
4. Petrov MS. Gastric feeding and “gut rousing” in acute pancreatitis. *NCP* 2014; 29(3):287-290.
5. Olah A, Romics L. Enteral nutrition in acute pancreatitis: a review of the current evidence. *World J Gastroenterol* 2014; 20(43):16.123-31.
6. Vieira JP, Araujo GF, Azevedo JR, Goldenberg A, Linhares MM. Parenteral nutrition versus enteral nutrition in severe acute pancreatitis. *Acta Cir Bras* 2010; 25(5):449-54.
7. Wu XM, Ji KQ, Wang HY, Li GF, Zang B, Chen WM. Total enteral nutrition in prevention of pancreatic necrotic infection in severe acute pancreatitis. *Pancreas* 2010; 39(2):248-51.
8. Fu Y, Wen J, Wang G, Wen P, Gong M, Han M et al. Effect of enteral nutrition on cytokine production and plasma endotoxin in patients with severe acute pancreatitis. *WCJD* 2015; 23(7):1174-9.

9. Wa Y. Curative effect of early enteral compound glutamine in treatment of severe pancreatitis. *WCJD* 2015; 23(9):1484-8.
10. Wang G, Wen J, Xu L, Zhou S, Gong M, Wen P et al. Effect of enteral nutrition and ecoinmunonutrition on bacterial translocation and cytokine production in patients with severe acute pancreatitis. *JSR* 2013; 183(2):592-7.
11. Cui LH, Wang XH, Peng LH, Yu L, Yang YS. The effects of early enteral nutrition with addition of probiotics on the prognosis of patients suffering from severe acute pancreatitis. *CCCM* 2013; 25(4):224-8.
12. Singla S, Jain NP, Gupta S, Singla V, Sethi P, Singh J. Prospective study to evaluate the outcome of early enteral nutrition in severe acute pancreatitis. *NJIRM* 2014; 5(3):116-21.
13. Sun JK, Mu XW, Li WQ, Tong ZH, Li J, Zheng SY. Effects of early enteral nutrition on immune function of severe acute pancreatitis patients. *World J Gastroenterol* 2013; 19(6):917-22.
14. Xu CF, Huang XX, Shen YZ, Wang XP, Gong L, Wang YD. The effects of enteral nutrition versus total parenteral nutrition on gut barrier function in severe acute pancreatitis. *CJIM* 2011; 50(5):370-3.
15. Wereszczynska-Siemiakowska U, Swidnicka-Siergiejko A, Siemiakowski A, Dabrowski A. Early enteral nutrition is superior to delayed enteral nutrition for the prevention of infected necrosis and mortality in acute pancreatitis. *Pancreas* 2013; 42(4):640-646.
16. Zou L, Ke L, Li W, Tong Z, Wu C, Chen Y et al. Enteral nutrition within 72 hours after onset of acute pancreatitis vs delayed initiation. *EJCN* 2014; 68(12):1288-93.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Διάγραμμα ροής 1: Απεικόνιση των βημάτων της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας.



Πίνακας 1: Υπεροχή εντερικής έναντι παρεντερικής διατροφής

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Vieira και συν. ⁶	Σύγκριση παρεντερικής και εντερικής διατροφής σε επίπεδο νοσηρότητας και Θνητότητας (ΠΔ vs ΕΔ).	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή με 31 ασθενείς. Η επιλογή έγινε με βάση τα απεικονιστικά ευρήματα (ταξινόμηση Balthazar: C, D, E).	Χορηγήθηκε ΕΔ στους 15 ασθενείς και ΠΔ στους 16. Καταγραφή αποτελεσμάτων.	Ομάδα ΠΔ: - Παγκρεατική λοίμωξη και σήψη από τον ενδαγγειακό καθετήρα. - (3) θάνατοι. Ομάδα ΕΔ: - Κανένας θάνατος.
Wu και συν. ⁷	Σύγκριση εντερικής και παρεντερικής διατροφής στην πρόληψη παγκρεατικής νεκρωτικής λοίμωξης σε σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα (ΣΟΠ).	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή με 107 ασθενείς. Η CT και η CRP παρείχαν τα ίδια στοιχεία νοσηρότητας για όλους τους ασθενείς.	Χορηγήθηκε χημειοπρο - φύλαξη σε όλους τους ασθενείς. Για 7 μέρες, οι 54 σιτίζονταν μόνο με ΠΔ και οι άλλοι 53 μόνο με ΕΔ.	MODS: 80% στην ομάδα ΠΔ vs 21% στην ομάδα ΕΔ. Παγκρεατική σηπτική νέκρωση: 72% στην ομάδα ΠΔ vs 23% στην ομάδα ΕΔ. Θνητότητα: 43% ομάδα ΠΔ 11% ομάδα ΕΔ (P<0.05).
Fu και συν. ⁸	Αξιολόγηση της επίδρασης της ΕΔ στα επίπεδα κυτοκινών και ενδοτοξινών στο πλάσμα σε ΣΟΠ.	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή με 72 ασθενείς σε 2 ομάδες, παρεντερικής και εντερικής σίτισης.	Μέτρηση της συγκέντρωσης στο πλάσμα: IL-6, IL-10, TNF-a και ενδοτοξίνης την 1 ^η , 4 ^η , 7 ^η και 14 ^η μέρα.	Ομάδα ΕΔ: Χαμηλότερα επίπεδα TNF-a, IL-6, CRP, WBC & ενδοτοξίνης. Αυξημένη IL-10 σε σχέση με την ομάδα ΠΔ.

Πίνακας 2: Συγχορήγηση εντερικής διατροφής & ανοσοδιατροφής

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Wa ⁹	Αξιολόγηση της θεραπευτικής επίδρασης της πρώιμης ΕΔ με συνθετική γλουταμίνη σε ΣΟΠ.	Προοπτική μελέτη 108 ασθενών με τυχαιοποιημένη κατανομή σε ομάδα παρατήρησης (n=54) και ομάδα ελέγχου (n=54). Κριτήρια σύγκρισης: APACHE II score, TNF-a, IL-6, IL-1B, IL-8, IL-10, hs - CRP, ηπατική και νεφρική λειτουργία.	Ομάδα Ε: Έναρξη πρώιμης εντερικής σίτισης. Ομάδα Π: Έναρξη πρώιμης εντερικής σίτισης με συνθετική γλουταμίνη.	Ομάδα παρατήρησης (Π): Χαμηλότερα επίπεδα ALT, AST, BUN, IL-6, IL-1B, IL-8, CRP, TNF-a, APACHE II και κρεατινίνη (P<0.05). Η IL-10 ήταν αυξημένη και στις 2 ομάδες.
Wang και συν. ¹⁰	Να εξετάσει τα αποτελέσματα ΕΔ + ανοσοδ. σε βακτηριακή αλλόθεση και παραγωγή κυτοκινών σε ΣΟΠ.	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή με 183 ασθενείς σε 3 ομάδες: εντερικής διατροφής, παρεντερικής διατροφής και εντερικής διατροφής με ανοσοδιατροφή.	Κριτήρια σύγκρισης: APACHE II, TNF-a, IL-6, IL-10, επίπεδα ενδοτοξίνης στο πλάσμα, βακτηριακά στελέχη στα κόπρανα, επιπλοκές.	Ομάδα ΕΔ και Ομάδα ΕΔ με ανοσοδιατροφή: Χαμηλότερα ποσοστά σε APACHE II score, TNF-a, IL-6, ενδοτοξίνη, σήψη, MODS και θνητότητα. IL-10: χαμηλά ποσοστά στην ομάδα ΠΔ και υψηλά στις άλλες.

Πίνακας 3: Πρώιμη ή όψιμη εντερική διατροφή

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΣΚΟΠΟΣ	ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Singla και συν. ¹²	Αξιολόγηση πρώιμης ρινοεντερικής διατροφής σε ασθενείς με ΣΟΠ.	Προοπτική μελέτη 30 ασθενών με ΣΟΠ (APACHE II \geq 8 και Ranson's score \geq 3).	Έναρξη ρινοεντερικής σίτισης σε 48-72 ώρες και σταδιακή αύξηση της ποσότητας. Σύγκριση των μετρήσεων την 2 ^η , 7 ^η και 14 ^η μέρα.	90% των ασθενών ανεκτικοί στη σίτιση και στην αύξηση της ποσότητας μέσα σε 2-5 μέρες. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 6 μέρες vs 12.67 μέρες για το υπόλοιπο 10% των ασθενών (P=0.04).
Sun και συν. ¹³	Αξιολόγηση της επίδρασης της πρώιμης ΕΔ στο ανοσοποιητικό και στην κλινική έκβαση των ασθενών με ΣΟΠ.	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή με 60 ασθενείς σε 2 ομάδες: πρώιμης και όψιμης ΕΔ. Καταγραφή ανοσολογικών παραμέτρων την 1 ^η , 3 ^η , 7 ^η και 14 ^η μέρα.	Έναρξη ΕΔ σε 24-48 hr (1 ^η ομάδα) και σε 8 μέρες (2 ^η ομάδα).	Διαφοροποίηση μετρήσεων την 7 ^η μέρα στην 1 ^η ομάδα: Χαμηλότερα επίπεδα CRP, CD4 ⁺ Τ-λεμφοκυττάρων και αναλογίας CD4 ⁺ /CD8 ⁺ , ↑ επίπεδα IgG. Ποσοστά επιπλοκών: 26.6% για την 1 ^η ομάδα vs 76.6% για την 2 ^η ομάδα. Παρόμοια ποσοστά θνητότητας και στις 2 ομάδες

Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Βαργιάμη Μαρία¹, Γούλα Μαρία²

1. Προπτυχιακή φοιτήτρια Τμήματος Αισθητικής και Κοσμητολογίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
2. Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, PhD, Έκτ. Καθηγήτρια Τμήματος Αισθητικής και Κοσμητολογίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

DOI: 10.5281/zenodo.822293

Περίληψη

Η σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή αποτελεί μία ιδιαίτερη μορφή ανθρώπινης σχέσης. Αφενός, η λέξη <<ασθενής>> δηλώνει ότι το άτομο υπολείπεται σε κάποιο πεδίο (ασθενεί) και έτσι αυτόματα βρίσκεται σε μία υποδεέστερη θέση σε σχέση με τον ιατρό. Αφετέρου, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να ενημερώνεται από ηλεκτρονικές πηγές, να επικοινωνεί με άλλους ασθενείς, να συμμετέχει ως ίσος και να αποφασίζει συνειδητά για τη θεραπεία που θα ακολουθήσει.

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι ασθενών ανάλογα με την προσωπικότητά τους και την αλληλεπίδραση με τον ιατρό τους. Αυτοί οι τύποι αποτέλεσαν πεδίο έρευνας τη δεκαετία του '80, γεγονός το οποίο οδήγησε στην ανάλυση της ψυχολογίας του ασθενούς. Έπειτα από μία ιστορική αναδρομή, γίνεται κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με την αντίδρασή τους στην ασθένειά τους. Επίσης, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον λεκτικό τρόπο προσέγγισης των ασθενών από τον ιατρό τους, τις προσδοκίες των ασθενών και την προτροπή αυτών, ώστε να συμμετέχουν πιο ενεργά στη φροντίδα της υγείας τους.

Επομένως, ανοίγεται μπροστά μας μία νέα εποχή, στην οποία ο ασθενής έχει προσδοκίες από τον ιατρό του από ιατρικής αλλά και ανθρώπινης πλευράς.

Λέξεις-κλειδιά: Ασθενής, e-ασθενής, ιατρός, επαγγελματίας υγείας.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Γούλα, Δημητρίου Γούναρη 8, 54622 Θεσσαλονίκη, E-mail: drmqoula@gmail.com

THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Vargiami Maria¹, Goula Maria²

1. Undergraduate student, Department of Aesthetics and Cosmetology, ATEI Thessaloniki, Greece
2. Dermatologist-Venereologist, PhD, Professor of Dermatology, Aesthetics and Cosmetology Department, ATEI Thessaloniki, Greece

DOI: 10.5281/zenodo.822293

Abstract

The relationship between the doctor and the patient is a particular type of human relation. On one hand, the word «patient» states that a person is at a disadvantage, because of his/her illness, and therefore is automatically at a disadvantageous position compared to the doctor. On the other hand, the patient has the opportunity to inform him/herself from online sources, to communicate with other patients, to participate as equal and to choose consciously his/her treatment plan.

There are many different types of patients depending on their personality and interaction with their doctor. These types constituted a research field in the 80's which lead to the analysis of patients' psychology. After an historical flashback, patients are put in categories according to their reaction to their illness. In addition, the verbal way of approaching patients by their doctor, the patients' expectations and their encouragement by professionals to participate more actively concerning their health care is underlined.

As a result, this is the beginning of a new era, where the patient has requirements concerning both the medical and the human aspect of the doctor-patient relationship.

Key-words: Patient, e-patient, doctor, health professional.

Corresponding author: *Maria Goula, Dimitriou Gounari 8, 54622 Thessaloniki, Greece, E-mail: drmgoula@gmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ**Ιστορική αναδρομή**

Στην ιατρική, μεγάλο μέρος της δυνατότητας ενός ατόμου να επιτύχει σημαντικά πράγματα εξαρτάται από το πόσα γνωρίζει. Λίγοι άνθρωποι το κατάλαβαν αυτό τόσο καλά όσο ο Tom Ferguson, ιδρυτής του κινήματος «έμπειροι ασθενείς» (e-patient). Το 1978, αποφοίτησε από την Ιατρική Σχολή του Yale. Δεν εξάσκησε ποτέ το επάγγελμά του, αλλά έκανε πολλές δημοσιεύσεις με ιδιαίτερη έμφαση στην ανταλλαγή γνώσεων με τους ασθενείς, δίνοντάς τους έτσι τη δυνατότητα να κάνουν όσα περισσότερα μπορούσαν για τον εαυτό τους και τις οικογένειές τους. Έγινε ιατρικός συντάκτης του The Whole Earth Catalog, έντυπο με υπότιτλο <<Πρόσβαση στα Διαδικτυακά Εργαλεία>>. Εξέδωσε το περιοδικό <<Medical Self-Care>> και ένα βιβλίο με τον ίδιο τίτλο. Εμφανίστηκε στο The Today Show and 60 Minutes και συμμετείχε στο βιβλίο-ορόσημο του John Naisbitt, Megatrends το έτος 1982. Ο Ferguson είχε συνειδητοποιήσει ότι θα μπορούσαμε να κάνουμε πολλά για τους δικούς μας ανθρώπους, αλλά ήξερε, επίσης, ότι οι δυνατότητές μας ήταν περιορισμένες σε ό,τι αφορούσε την πρόσβαση στην πληροφόρηση. Μέχρι που εμφανίστηκε το διαδίκτυο και όλα αυτά τα θαυμαστά καινούργια πράγματα που πλέον είχαν τη δυνατότητα να κάνουν οι άνθρωποι. Έτσι, έφτασε να αναρωτιέται πώς να αποκαλέσει αυτό το νέο είδος του “ας τον πούμε έτσι” συνδεδεμένου ασθενούς. Τελικά, κατέληξε στο e-patient, δηλαδή έμπειρος ασθενής. Λέγεται, ότι αρχικά το γράμμα -e το εμπνεύστηκε από τη λέξη electronic (ηλεκτρονικός). Καθώς, όμως, περνούσε ο καιρός σκέφθηκε και άλλες λέξεις που στα αγγλικά αρχίζουν με το γράμμα -e και το νόημά

τους ταίριαζε με το προφίλ αυτού του νέου είδους ασθενούς: empowered (δυναμικός), engaged (συμμετέχων), equipped (εξοπλισμένος), enabled (ικανός). Σήμερα, κάποιοι έχουν προσθέσει και educated (μορφωμένος), expert (ειδικευμένος) και οποιαδήποτε άλλη λέξη συνάδει νοηματικά και αρχίζει από -e.¹⁻³

Τύποι ασθενών**A. Δυναμικός**

Ένα δυναμικό άτομο ξέρει τι θέλει και το λέει. Ένα αδύναμο άτομο, όταν αντιμετωπίζει μια πρόκληση θα πει: «δεν μπορώ να κάνω τίποτα γι' αυτό». Αυτό είναι το σήμα κατατεθέν του αδύναμου.

Αντίθετα, όταν αντιμετωπίζει την ίδια πρόκληση, ένα δυναμικό άτομο σκέφτεται: «τι μπορώ να κάνω;». Δεν έχει σημασία για το δυναμικό άτομο τι πιθανότητες επιτυχίας υπάρχουν.

B. Συμμετέχων

Το να συμμετέχεις σημαίνει να είσαι μέτοχος, ενεργός, να ανταποκρίνεσαι. Ένας συμμετέχων ασθενής ακούει, ανταποκρίνεται, θέτει ερωτήματα, σκέφτεται μόνος του και ενεργεί.

Ένας αμέτοχος ασθενής αντιμετωπίζει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σαν να μην έχει δικαίωμα να θέσει ερωτήματα, να πάρει αποφάσεις, να ενεργήσει.⁴

Παράδειγμα ενός <<e-patient>> δυναμικού ασθενούς

1. «Είμαι το είδος του ανθρώπου που θέλει να ξέρει όσα περισσότερα γίνεται για την υγεία του. Μπορώ να σας υποβάλω μερικές ερωτήσεις;»
2. «Βρήκα αυτό το site. Ποια είναι η γνώμη σας;»

3. «Πώς μπορώ να επικοινωνήσω με άλλους ασθενείς;» (online ή όχι)
4. «Πόσο θα κοστίσει αυτό;»
5. «Υπάρχουν άλλες επιλογές; Τι θα συμβεί αν επιλέξω να μην κάνω τίποτα;»
6. «Τι στοιχεία υπάρχουν για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας;»
7. «Τι ποσοστά μόλυνσης υπάρχουν;»
8. «Θα μπορούσα να δω το ιατρικό ιστορικό μου; ή της μητέρας μου, του παιδιού μου, του φίλου μου;» (εάν είστε εξουσιοδοτημένος)
9. «Αυτό δεν είναι σωστό στο ιστορικό μου ή δεν συνέβη ή λείπει. Σας παρακαλώ να το διορθώσετε.»
10. «Τι κατευθυντήριες οδηγίες υπάρχουν για την περίπτωσή μου; Πότε ανανεώθηκαν;»^{4,5,6}.

Σχέση ιατρού-ασθενή

Στην πρόσωπο με πρόσωπο επαφή του ιατρού με τον ασθενή αναμένεται ο ασθενής να είναι λιγότερο ή περισσότερο παθητικός στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση (interaction). Ανάλογα με το βαθμό της παθητικότητας του ασθενούς οι Szasz και Hollander διέκριναν τρία διαφορετικά πρότυπα (models), όσον αφορά τη σχέση ιατρού-ασθενούς.

- Στον πρώτο τύπο αλληλεπίδρασης, της **ενεργητικότητας - παθητικότητας (activity-possivity model)**, ο ασθενής είναι εξ' ολοκλήρου παθητικός, υποτακτικός, ακινητοποιημένος και παραδομένος στα χέρια του ιατρού. Τέτοια μορφή σχέσης βρίσκεται σε ειδικές επείγουσες καταστάσεις, σοβαρά τραύματα, καταπληξία, κώμα, στο χειρουργείο, στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία (σε ψυχιατρικούς ασθενείς). Η σχέση αυτή ιατρού-

ασθενούς είναι παρόμοια μ' αυτήν του πατέρα και του απροστάτευτου βρέφους.

- Στον δεύτερο τύπο της σχέσης ιατρού – ασθενούς, της **καθοδήγησης-συνεργασίας (guidance-cooperation model)**, ο ασθενής είναι μεν λιγότερο παθητικός απ' ότι στην προηγούμενη κατάσταση, αλλά είναι υπάκουος στις απαιτήσεις του ιατρού και εκτελεί όσα του ζητήσει. Τέτοια σχέση παρατηρείται στα περισσότερα έκτακτα και ιδιαίτερα αυτά που αφορούν εμπύρετες, λοιμώδεις καταστάσεις. Στις καταστάσεις αυτές, ο ασθενής γνωρίζει τι συμβαίνει γύρω του και είναι ικανός ν' ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού, ασκώντας σε κάποιο βαθμό την κρίση του. Το υπόδειγμα αυτό έχει το πρότυπο του στη σχέση του πατέρα και του παιδιού στην παιδική ή εφηβική ηλικία.
- Τέλος, στον τρίτο τύπο αλληλεπίδρασης, της **ώριμης συμμετοχής (mutual participation)**, οι ασθενείς είναι ικανοί ή ζητούν μόνοι τους να αναλάβουν τη φροντίδα του εαυτού τους. Αυτός ο τύπος αλληλεπίδρασης, που χαρακτηρίζεται από υψηλή συμμετοχή του ασθενούς στη διαχείριση της αρρώστιας του, συναντιέται στα χρόνια νοσήματα, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η εκφυλιστική αρθροπάθεια κ.ά., καθώς και σ' όλες τις δραστηριότητες αγωγής υγείας (health education), που ο ιατρός προωθεί μέσα στο ιατρείο του ή την κοινότητα. Ο τύπος της σχέσης αυτής δεν είναι κατάλληλος για παιδιά, άτομα με νοητική ανεπάρκεια ή χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και είναι παρόμοιος μ' αυτή του ενήλικα προς ενήλικα.

Ποιος από τους τρεις παραπάνω τύπους είναι ο πλέον κατάλληλος για τη σχέση ιατρού - ασθενούς; Ο πρώτος τύπος αφορά τις επείγουσες περιπτώσεις, στις οποίες ο ασθενής έχει απώλεια της συνείδησής του. Ο τύπος της καθοδήγησης - συνεργασίας έχει κατάλληλη εφαρμογή στις έκτακτες περιπτώσεις, στην παιδική ηλικία, σε άτομα με νοητική, ψυχική ή σωματική αναπηρία (που τα καθλώνει στο κρεβάτι). Για τις χρόνιες παθήσεις και ιδιαίτερα αυτές που σήμερα αποκαλούμε "νοσήματα φθοράς ή πολιτισμού" πλέον κατάλληλος τύπος είναι αυτός της "ώριμης συμμετοχής".

Συχνά, οι ιατροί προτιμούν για τις χρόνιες παθήσεις τον δεύτερο τύπο αλληλεπίδρασης. Εφόσον, όμως, πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του τύπου της "ώριμης συμμετοχής", ο ιατρός θα πρέπει να είναι αυτός που σταδιακά, μέσω της εκπαίδευσης του ασθενούς του, θα αναπτύξει περαιτέρω τη μεταξύ τους σχέση. Ο Friedson ασκεί κριτική στην τυπολογία των Szasz και Hollander, θεωρώντας αυτή λογικά και εμπειρικά ελαττωματική. Η λογική, σύμφωνα με τον Friedson, υπαγορεύει δυο άλλους τύπους αλληλεπίδρασης μεταξύ ιατρού – ασθενούς. Έναν, σύμφωνα με τον οποίο ο ασθενής καθοδηγεί (guides) και ο ιατρός συνεργάζεται (cooperates) και έναν δεύτερο, στον οποίο ο ασθενής είναι ενεργητικός (active) και ο ιατρός παθητικός (passive).

Αν και γενικά τέτοιοι τύποι αλληλεπίδρασης δεν είναι συχνοί, εν τούτοις σήμερα, σε συνθήκες ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής δίνει οδηγίες και ο ιατρός συνεργάζεται. Είναι οι περιπτώσεις, που οι ιατροί από φόβο να μη δυσαρεστήσουν τους

ασθενείς τους και τους χάσουν από πελάτες, υπακούν στις απαιτήσεις τους αναφορικά με την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, τη διάγνωση της αρρώστιας τους και τη θεραπεία της.

Η σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή αποτελεί μία ιδιαίτερη μορφή ανθρώπινης σχέσης, η οποία όμως αποδοκιμάζεται από το φαινόμενο της δυσαρέσκειας του αρρώστου που επιτείνεται δραματικά στις μέρες μας. Ο ξένος αλλά και ο ελληνικός τύπος φιλοξενούν συχνά καταγγελίες αρρώστων, πιθανά ως έκφραση της δυσαρέσκειας τους από συγκεκριμένες συμπεριφορές των ιατρών τους. Οι στάσεις των ασθενών φαίνονται να είναι αλληλένδετες με τις πνευματικές (animistic), θρησκευτικές (religious), και επιστημονικές (scientific) πεποιθήσεις (beliefs) τους.^{7,8}

Εκφράσεις που πρέπει να χρησιμοποιούν οι ιατροί για να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των ασθενών τους σύμφωνα με τον Dr. Danny Sands

Εν ενεργεία ιατρός με μεγάλη εκπαίδευση και πείρα στην κλινική πληροφορική, ο Danny Sands, έχει εργαστεί σε διάφορες θέσεις στον χώρο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από το 2004. Στη διάρκεια των δεκαεσσάρων ετών που εργάστηκε στο Νοσοκομείο Beth Israel Deaconess Medical Center, ανέπτυξε και εφάρμοσε καινοτόμα συστήματα για τη βελτίωση της κλινικής περίθαλψης και της συμμετοχής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων συστημάτων στήριξης κλινικών αποφάσεων, ηλεκτρονικών ιατρικών ιστορικών, καθώς και ενός από τα πρώτα portal ασθενών της χώρας.

Ο Dr. Sands έχει γίνει αποδέκτης πολλών τιμητικών διακρίσεων στον χώρο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και έχει ανακηρυχθεί από το περιοδικό Health Leaders, το 2009, ένας από τους είκοσι ανθρώπους που έκαναν την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη καλύτερη. Κατέχει ακαδημαϊκή θέση στο Harvard Medical School και επί είκοσι χρόνια διατηρεί ένα πρότυπο ιατρείο στο οποίο κάνει εκτεταμένη χρήση της πληροφορικής.

Παρατίθενται, λοιπόν, κάποιες εκφράσεις που διευκολύνουν τη σχέση ασθενή-ιατρού:

1. «Είμαι εδώ για να συνεργαστούμε για την κατάσταση της υγείας σας. Είμαστε ομάδα.»
2. «Μάθετε όσο πιο πολλά μπορείτε για την κατάσταση της υγείας σας. Ορίστε μερικοί τρόποι για να ξεκινήσετε.»
3. «Μιλήστε για την κατάσταση της υγείας σας με άλλους ασθενείς που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα.»
4. «Σας προτείνω να πάρετε μια δεύτερη γνώμη προτού αποφασίσετε να υποβληθείτε σε μια μεγάλη χειρουργική επέμβαση ή άλλες σοβαρές θεραπείες.»
5. «Δεν έχω απάντηση για το ερώτημά σας. Ας ψάξουμε μαζί.»
6. «Υπάρχουν αρκετές επιλογές, με τα υπέρ και τα κατά τους. Ας συζητήσουμε για αυτή που προτιμάτε.»
7. «Ορίστε πώς να συνδέεστε μαζί μου online.»
8. «Σήμερα θα ήθελα να συζητήσουμε αυτά τα θέματα, υπάρχει κάτι άλλο που σας ανησυχεί;»
9. «Μιλήσαμε για όλες τις απορίες σας; Υπάρχει κάτι άλλο;»
10. «Μπορείτε να βλέπετε τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας και το ιστορικό σας online όποτε

θέλετε. Επίσης, μέσω της ιστοσελίδας μας έχετε τη δυνατότητα να προγραμματίσετε ραντεβού, να ζητήσετε ανανέωση της συνταγογράφησης ή να διαχειριστείτε άλλα γραφειοκρατικά θέματα.»⁴

Τι προσδοκά ο ασθενής από τον ιατρό του

- Να τον υποδεχθεί ευγενικά σύμφωνα με τις τοπικά επικρατούσες αντιλήψεις και συνήθειες.
- Να τον ακούσει με υπομονή και να του δείξει ότι κατανοεί τα προβλήματα και την κατάσταση του. Σύμφωνα με τον Blum οι ασθενείς περιμένουν από τον ιατρό να υποδυθεί το ρόλο του παρηγορητή (conforter) και του εξομολογητή (confessor), με σεβασμό στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις.
- Να σεβαστεί, επίσης, τις δικές του αντιλήψεις όσον αφορά την προέλευση της ασθένειας και την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του, καθώς και τις συνήθειες του σχετικά με την υγεία. Επί πλέον, ο ασθενής προσδοκά από τον ιατρό να σεβαστεί τις ηθικές του αρχές σχετικά με την εξέταση του σώματός του, όπως αυτές δημιουργήθηκαν κάτω από πολυποικίλες πολιτιστικές και κοινωνικές επιδράσεις. Στη χώρα μας, αρκετοί ασθενείς αναφέρουν ότι αισθάνονται, εκτός του φόβου και του άγχους πριν από την επίσκεψη στο γιατρό, και ντροπή. Το συναίσθημα αυτό, σήμερα, δεν φαίνεται να συνδέεται με την αρρώστια που ο ασθενής φαντάζεται ότι έχει, όπως συνέβαινε παλαιότερα, αλλά με προκαταλήψεις που αφορούν την εξέταση του σώματός του.
- Να τον ενημερώσει σωστά και απλά, χρησιμοποιώντας τη δική του γλώσσα, για τη διάγνωση της αρρώστιας του, για τις

απαιτούμενες συμπληρωματικές διαγνωστικές εξετάσεις και τις αναγκαίες θεραπευτικές ενέργειες.

- Να αναπτύξουν μια καλή σχέση μεταξύ τους, πάνω στην οποία θα βασισθεί η περαιτέρω παρακολούθηση της διαγνωσθείσας ασθένειας και όποιων άλλων προβλημάτων υγείας δημιουργηθούν στο μέλλον. Ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει τις προσδοκίες του ασθενούς του πριν από την προγραμματισμένη επίσκεψη στο ιατρείο. Η ανάπτυξη καλής σχέσης ανάμεσα στο ιατρό και τον ασθενή εξαρτάται από την κατανόηση της κατάστασης που βρίσκεται ο ασθενής και από την ικανοποίηση των προσδοκιών του^{9,10,11}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για τους ασθενείς να συμμετάσχουν πιο ενεργά στη φροντίδα της υγείας τους. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι άνθρωποι περνούν από διάφορα στάδια κατά τα οποία συνειδητοποιούν ότι θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στην δική τους ιατρική φροντίδα με διάφορους τρόπους. Αξίζει, λοιπόν, να προτρέπονται ώστε:

- **Να συζητούν τις ανάγκες τους.** Η συζήτηση με την οικογένεια, με φίλους και τελικά με τον ιατρό μπορεί να βελτιώσει την υγειονομική περίθαλψη.
- **Να ενθαρρύνουν το γιατρό τους.**
- **Να διαχειριστούν τη φροντίδα του εαυτού τους.** Η αυτοεξέταση σε ορισμένες περιπτώσεις και η υγιεινή διατροφή συνιστούν μέσα της αυτοδιαχείρισης.
- **Να ρωτούν και να ενημερώνονται.**

- **Να συμμετάσχουν σε μια online κοινότητα των ασθενών.** Ο ιατρός μπορεί να είναι σε θέση να βοηθήσει ώστε να επιλεγεί μια καλή πηγή.
- **Να γίνουν μέλος της ομάδας βελτίωσης της ποιότητας στο τοπικό Νοσοκομείο.** Όλο και περισσότερα νοσοκομεία, δημιουργώντας γνωμοδοτικά συμβούλια, επιδιώκουν τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών.
- **Να είναι εθελοντικά και επικοινωνητικά ασθενείς-κριτές.** Η BMJ προσκαλεί τους ασθενείς που ζουν με τη νόσο, φροντιστές και υποστηρικτές των ασθενών να σχολιάσουν την έρευνα, την εκπαίδευση, την ανάλυση και τα άρθρα.
- **Να βοηθούν τις ερευνητικές ατζέντες.** Οι συνεισφορές από τους ασθενείς και τους φροντιστές είναι κρίσιμες για την αποστολή των αποτελεσμάτων στο Research Institute με επίκεντρο τον ασθενή.

Ας έχουμε, λοιπόν, πάντα στο νου μας, ότι ο ασθενής δεν είναι κάποιος τρίτος. Είναι ένας από εμάς, που στη θέση του μπορεί να βρεθούμε εμείς ή κάποιο αγαπημένο μας άτομο στο μέλλον και θα πρέπει να τον αντιμετωπίζουμε με ενσυναίσθηση και σεβασμό.¹²

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hillestad R, Bigelow J, Bower A, Girosi F, Meili R, Scoville R, et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Aff (Millwood)* 2005;24(5):1103–17.
2. Jha AK, Doolan D, Grandt D, Scott T, Bates DW. The use of health information

- technology in seven nations. *Int J Med Inf* 2008;77(12):848–54.
3. Blumenthal D, Tavenner M. The “meaningful use” regulation for electronic health records. *N Engl J Med* 2010;363(6):501–4.
4. http://www.patientsinpower.gr/files/_e-patient-dave/e-patient-dave.pdf
5. Palen TE, Ross C, Powers JD, Xu S. Association of online patient access to clinicians and medical records with use of clinical services online patient access and use of clinical services. *JAMA* 2012;308(19).
6. Darmon D, Sauvant R, Staccini P, Letrilliart L. Which functionalities are available in the electronic health record systems used by french general practitioners? An assessment study of 15 systems. *Int J Med Inf* 2014;83(1):37–46.
7. Blumenthal D. Wiring the health system—origins and provisions of a new federal program. *N Engl J Med* 2011;365(24):2323–9.
8. Moore P, Vargas A, Núñez S, Macchiavello S. [A study of hospital complaints and the role of the doctor-patient communication]. *Rev Med Chil*. 2011;139(7):880-5. doi: /S0034-98872011000700008.
9. Blumenthal D. Implementation of the federal health information technology initiative. *N Engl J Med* 2011;365(25):2426–31.
10. Laferton JA, Kube T, Salzmann S, Auer CJ, Shedden-Mora MC. Patients' Expectations Regarding Medical Treatment: A Critical Review of Concepts and Their Assessment. *Front Psychol*. 2017 Feb 21;8:233. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00233. eCollection 2017.
11. Tang PC, Ash JS, Bates DW, Overhage JM, Sands DZ. Personal health records: Definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *J Am Med Inform Assoc* 2006;13(2):121–6.
12. deBronkart D. From patient centred to people powered: autonomy on the rise. *BMJ*. 2015 Feb 10;350:h148. doi: 10.1136/bmj.h148.