

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και
Κοινωνικής Φροντίδας»**

MSc in Health and Social Care Management

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αξιολόγηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και ποιότητα
ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα**

ΦΛΕΒΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

A.M. 19064

Επιβλέπων Καθηγητής Δρ Ιωάννης Πατέρας

Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Αθήνα 2021

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αξιολόγηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και ποιότητα
ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα**

Φλέβα Χριστίνα

A.M. 19064

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων **Ιωάννης Πατέρας, Επιστημονικός Συνεργάτης**
Καθηγητής **Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

Μέλος **Καθηγητής Μάρκος Σαρρής**
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Μέλος **Αν. Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα**
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Φλέβα Χριστίνα του Αντωνίου, με αριθμό μητρώου 19064 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας" του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 Ιουνίου 2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη σημερινή εποχή, τα πιο πολλά από τα νοσήματα τα οποία αντιμετωπίζει ο άνθρωπος στα ανεπτυγμένα, κυρίως, κράτη είναι χρόνια. Τα συγκεκριμένα νοσήματα στο μεγαλύτερο ποσοστό τους δεν αντιμετωπίζονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις τις οποίες προσπαθούμε να ελέγξουμε. Η χορήγηση φαρμάκων καθώς επίσης και οι μεταβολές του τρόπου ζωής των εν λόγω πασχόντων, τους προσφέρουν την ευχέρεια να ζήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μια σχεδόν κανονική ζωή, παρά το γεγονός πως η πάθησή τους εξακολουθεί να υφίσταται.

Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες εμφανίζουν ένα μεγάλο φάσμα διαφοροποιημένων συμπεριφορών και βιώνουν ένα μεγάλο σύνολο βιολογικών, ψυχολογικών καθώς επίσης και κοινωνικών ζητημάτων. Η εν λόγω διαπίστωση έχει οδηγήσει το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνητών στο να αναπτύξουν ένα ευρύ φάσμα θεωρητικών προσεγγίσεων αλλά και κλινικών εφαρμογών, εστιάζοντας κατά κύριο λόγο στην προσπάθειά τους για διατήρηση της ποιότητας στη ζωή τόσο των πασχόντων, οι οποίοι υποφέρουν από αυτές τις παθήσεις, όσο και του συγγενικού τους περιβάλλοντος.

Γενικότερα, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως οι συγκεκριμένες παθήσεις δεν επιφέρουν μονάχα, αποσταθεροποίηση των κυριότερων λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά παράλληλα είναι εφικτό να οδηγήσουν σε πιο βαθιές προεκτάσεις, που αποτρέπουν τη συναισθηματική, κοινωνική αλλά και οικονομική ισορροπία του ανθρώπου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Όπως θα δούμε στη συγκεκριμένη εργασία, με τον όρο ποιότητα ζωής πολλές φορές αναφερόμαστε στην ικανοποίηση από τη ζωή, το υποκειμενικό αίσθημα ευτυχίας, ψυχικής ευφορίας αλλά και αυτοεκτίμησης των ανθρώπων, που πολλές φορές αναφέρονται στη διεθνή αλλά και στην εθνική βιβλιογραφία σαν δείκτες ποιότητας ζωής. Στη σύγχρονη εποχή, οι εν λόγω πάσχοντες έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες και σημαντικές προκλήσεις, όπως είναι για παράδειγμα η συντήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας, της αυτοεκτίμησης καθώς επίσης και του αυτοελέγχου.

Λέξεις-κλειδιά

Αξιολόγηση, Ποιότητα ζωής, Χρόνια νοσήματα, Συμπτώματα χρόνιων νοσημάτων, Τεχνικές μέτρησης ποιότητας ζωής, Αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων

ABSTRACT

Evaluation of the therapeutic efficacy and quality of patients with chronic diseases'

Today, most of the diseases that people face in the developed countries, mainly, are chronic. The specific diseases for the most part are not definitively treated, but they are conditions that we try to control. Medication as well as lifestyle changes in these patients offer them the opportunity to live for a long time an almost normal life, despite the fact that their condition still exists.

These patients show a wide range of differentiated behaviors and experience a wide range of biological, psychological as well as social issues. This finding has led the majority of researchers to develop a wide range of theoretical approaches as well as clinical applications, focusing primarily on their efforts to maintain quality in the lives of both sufferers and those suffering from these conditions. And their relative environment.

In general, it is important to know that these diseases not only lead to destabilization of the main functions of the human body, but at the same time it is possible to lead to deeper extensions, which prevent the emotional, social and economic balance of man and his family environment. .

As we will see in this work, the term quality of life often refers to life satisfaction, the subjective feeling of happiness, mental euphoria and self-esteem of people, which are often referred to in the international and national literature as indicators of quality of life. In modern times, these sufferers are faced daily with long-term treatments and significant challenges, such as maintaining emotional balance, self-esteem as well as self-control.

Keywords

Evaluation, Quality of life, Chronic diseases, Symptoms of chronic diseases, Quality of life measurement techniques, Treatment of chronic diseases

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	1,2,3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5,6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	7
1.1 Βασικές έννοιες.....	7
1.2 Παράγοντες κινδύνου για την υγεία στη χώρα μας.....	8,9
1.3 Επιδημιολογία.....	10,11,12
1.4 Χαρακτηριστικά και αιτίες.....	12,13,14,15
1.5 Είδη χρόνιων παθήσεων.....	15,16,17,18
1.6 Συμπτώματα χρόνιων παθήσεων.....	18
1.6.1 Ρευματοειδής αρθρίτιδα.....	19
1.6.2 Νεοπλασίες.....	20
1.6.3 Κακοήθεις Νεοπλασίες.....	21
1.6.4 Παθήσεις του θυρεοειδή αδένος.....	21,22
1.6.5 Καρδιαγγειακά νοσήματα.....	22
1.6.6 Παθήσεις των νεφρών.....	22,23
1.6.7 Σακχαρώδης διαβήτης.....	23,24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

25

2.1 Βασικές έννοιες.....	25,26
2.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα.....	27,28,29
2.3 Ψυχολογία ασθενών με χρόνια νοσήματα.....	29,30,31,32
2.4 Στάδια ψυχολογίας.....	32,33,34
2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία.....	35,36,37
2.6 Αμυντικοί μηχανισμοί τους οποίους ενεργοποιούν οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις.....	37,38
2.7 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις.....	38,39,40,41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ42

3.1 Εισαγωγή.....	42,43,44
3.2 Τεχνικές μέτρησης ποιότητας ζωής.....	44,45,46
3.3 Αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων.....	46,47,48,49,50,51
3.4 Αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη.....	52,53
3.5 Αποτελεσματικές θεραπείες.....	53,54,55
3.5.1 Θεραπεία χρόνιας νεφρικής νόσου.....	55
3.5.2 Θεραπεία Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας.....	55,56,57,58
3.5.3 Θεραπεία Σακχαρώδη διαβήτη.....	58,59,60
3.5.4 Θεραπεία στεφανιαίας νόσου.....	60,61,62,63,64
3.5.4.1 Επεμβατική θεραπεία επαναιμάτωσης.....	64,65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	66
4.1 Ποιότητα ζωής ασθενών με αρθρίτιδα.....	66,67
4.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με διαβήτη.....	67,68,69
4.3 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο.....	69,70,71
4.4 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις.....	71,72,73
4.5 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	73,74,75,76,77
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	78,79,80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81,82,83,84

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1 : Προκλήσεις οι οποίες περιλαμβάνονται στην οξεία και στη χρόνια φάση της χρόνιας είτε της απειλητικής πάθησης.....	17,18
Πίνακας 2.1 : Ποιότητα υγείας στα κράτη της ΕΕ.....	28
Πίνακας 4.1 Παράθεση Μελετών	77,78

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή, η διάγνωση των χρόνιων παθήσεων, επιφέρει καθοριστικές λειτουργικές αλλά και ψυχολογικές συνέπειες, όχι μονάχα στους ίδιους τους πάσχοντες αλλά και στους συγγενείς τους, μιας και επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις στις σχέσεις λόγω του ότι μεταβάλλονται ριζικά οι ρόλοι τους. Η χρονιότητα των συγκεκριμένων παθήσεων, επιφέρει κατά περίπτωση, διαφορετικού τύπου αρνητικά συναισθήματα και διαφοροποιημένης έντασης στους ασθενείς που είναι σημαντικό να προσαρμοστούν στην καινούρια κατάσταση.

Οι εν λόγω πάσχοντες πολλές φορές παρουσιάζουν αυξημένες απαιτήσεις, λόγω του ότι ελαττώνεται αισθητά η λειτουργική τους δυνατότητα. Συνεπώς, έχουν ανάγκη από φροντίδα και υποστήριξη (κυρίως ψυχολογική). Τον καθοριστικότερο ρόλο σε όλα αυτά έχει η οικογένεια, που προσφέρει άτυπη φροντίδα. Οι άτυποι φροντιστές τις περισσότερες φορές είναι συγγενείς είτε φίλοι, οι οποίοι υποστηρίζουν και φροντίζουν τους ανθρώπους τους.

Οι πάσχοντες χρόνιων νοσημάτων είναι ζωτικής σημασίας να μάθουν να καταπολεμούν ζητήματα, όπως είναι για παράδειγμα ο ισχυρός πόνος, διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα, αδυναμία, μεταβολές και περιορισμούς στις καθημερινές τους συνήθειες, διάφορες παρενέργειες από τα φάρμακα κλπ. ταυτόχρονα, καλούνται να αντιμετωπίσουν καινούριες φοβίες, όπως είναι για παράδειγμα η εξέλιξη της πάθησης, για την ίδια τη ζωή και το μέλλον.

Οι άνθρωποι με αυτές τις παθήσεις καλούνται να αντιμετωπίσουν ένα μεγάλο σύνολο διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως είναι για παράδειγμα η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κλπ, που είναι δυνατόν να καταβάλλουν σε μεγάλο βαθμό ακόμα και έναν άνθρωπο με αυξημένες δυνάμεις. Αυτό το οποίο είναι σημαντικό να γνωρίζουμε είναι πως η προσαρμογή σε μια τέτοια πάθηση είναι ιδιαίτερα σύνθετη, καθώς δέχεται καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας.

Η κατάθλιψη αλλά και το άγχος στις πιο διαδεδομένες και συχνές χρόνιες παθήσεις, όπως είναι για παράδειγμα η στεφανιαία νόσος είτε ο διαβήτης, είναι δυνατόν να

έχουν άρρηκτη σχέση με την ανοδική τάση της θνησιμότητας αλλά και με κακή πρόγνωση της σωματικής πάθησης και επιφέρουν καθοριστικές επιπτώσεις στο μέγεθος των ιατρικών συμπτωμάτων αλλά και σε συμπεριφορές υγείας, όπως είναι για παράδειγμα η συμμόρφωση στα φάρμακα κλπ.

Ακόμα, έχουν άμεση σχέση με την αισθητή ανοδική τάση του κόστους αυτών των παθήσεων και με πτωχή ποιότητα ζωής. Συνεπώς, ο εντοπισμός και η άμεση αντιμετώπιση του άγχους και του φαινομένου της κατάθλιψης σε ανθρώπους με αυτές τις παθήσεις είναι εφικτό να βελτιώσει σε μεγάλο βαθμό τα αποτελέσματα εκτός από την ψυχική υγεία. Το να γίνουν αντιληπτές οι συνθήκες κάτω από τις οποίες παρουσιάζονται τα συμπτώματα είναι εφικτό να συμβάλλει στην παροχή κατάλληλης και στοχευμένης θεραπείας αλλά και πρόληψης.

Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας αποτελεί η διεξοδική έρευνα και τη εκτενής μελέτη που αφορά την αξιολόγηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα. Για να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος θα υλοποιηθεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, μέσα από διεθνείς, ελληνικές αλλά και διαδικτυακές βιβλιογραφικές πηγές, προκειμένου με το πέρας αυτής της εργασίας να είμαστε σε θέση να αντλήσουμε τα βέλτιστα εφικτά συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.1 Βασικές έννοιες

Στο ξεκίνημα του 21^{ου} αιώνα, τα χρόνια νοσήματα αποτέλεσαν ένα καθοριστικό ζήτημα της δημόσιας υγείας των σύγχρονων βιομηχανικών κρατών. Οι παθήσεις αυτής της μορφής επιφέρουν καθοριστικές συνέπειες στους πάσχοντες τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο ενώ οι καθημερινές εμπειρίες διαβίωσης απαιτούν την άμεση προσαρμογή σχεδόν σε όλους τους τομείς της καθημερινότητάς τους (Μηνασίδου, 2005).

Εάν θα έπρεπε να δώσουμε έναν ορισμό σε αυτές τις παθήσεις αυτός θα ήταν πως αφορά τις παθήσεις αυτές που είναι εφικτό να ελεγχθούν αλλά δεν θεραπεύονται. Ένας εξίσου διαδεδομένος ορισμός αυτών των νοσημάτων είναι πως πρόκειται για παθήσεις που δεν επιλύονται και έχουν περιορισμένες πιθανότητες να αντιμετωπιστούν οριστικά(Τοκμανίδης, 2003).

Γενικότερα, αυτό το οποίο είναι σημαντικό να γνωρίζουμε είναι πως η έννοια αυτών των παθήσεων είναι δυνατόν να καθοριστεί σαν μια κατάσταση της οποίας τα συμπτώματα υφίστανται για μεγάλη χρονική περίοδο (περίοδος που τις περισσότερες φορές ξεπερνά τους 3 μήνες), με ορισμένα στάδια λανθάνουσας κατάστασης, όμως, με παρατεταμένη κλινική εξέλιξη(Nuovo, 2007).

Η εξέλιξη των συγκεκριμένων παθήσεων είναι δυνατόν να παρουσιάζουν καθοριστικές μεταβολές, οι οποίες γίνονται κατανοητές σιγά-σιγά με το πέρασμα των ετών. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τις περισσότερες φορές ευθύνονται πιο πολλοί από ένας παράγοντες και από τη στιγμή που δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα μια μέθοδος αντιμετώπισης, χρειάζεται η διαρκής διαχείριση για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, που μπορεί να αφορά μερικά χρόνια είτε ακόμα και μερικές δεκαετίες(Jadadetal., 2010).

Οι παθήσεις αυτής της μορφής ως επί το πλείστον αποτελούν καταστάσεις, που δεν αντιμετωπίζονται, όμως, σε πολλές περιπτώσεις γίνεται χρήση φαρμάκων είτε άλλων μορφών θεραπείας. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί πως στη σύγχρονη βιβλιογραφία, στη χώρα μας αλλά και σε διεθνές επίπεδο, οι έννοιες της χρόνιας ασθένειας, πάθησης, της δια βίου κατάστασης, της μακροχρόνιας πάθησης κλπ τις περισσότερες φορές χρησιμεύουν εναλλακτικά(Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Στην καθημερινή γλώσσα, οι ορολογίες νόσος και πάθηση, επίσης, πολλές φορές λογίζονται πως αφορούν παρόμοια φαινόμενα, αλλά υφίστανται καθοριστικές διαφοροποιήσεις σε ό,τι έχει να κάνει με τα επίπεδα έννοιας. Για παράδειγμα η νόσος αφορά μια βιολογική ορολογία, που κατά κύριο λόγο δείχνει μια κατάσταση μη υγείας όπου ο ανθρώπινος οργανισμός νοσεί από δυσλειτουργία ενός είτε πιο πολλών τμημάτων. Από την άλλη πλευρά, με τον όρο της ασθένειας είτε της πάθησης αναφερόμαστε στις κυριότερες επιπτώσεις και τα βασικότερα συμπτώματα μιας νόσου. Επί της ουσίας αφορά μια πιο υποκειμενική προσωπική εμπειρία, η οποία έχει άμεση σχέση με την ανταπόκριση του ανθρώπου στην αδιαθεσία(Μηνασίδου, 2005).

1.2 Παράγοντες κινδύνου για την υγεία στη χώρα μας

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες αυτής της μορφής είναι το φαινόμενο της παχυσαρκίας. Σαν δείκτης μέτρησης χρησιμοποιείται ο Δείκτης Μάζας Σώματος. Έρευνες αναφέρουν πως το 2,2% του πληθυσμού θεωρείται πως είναι ελλειποβαρείς ($\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5$), 41,5% έχουν κανονικό βάρος ($\Delta\text{Μ}\Sigma$ από 18,5 μέχρι και 24,9), το 39,4% είναι υπέρβαροι ($\Delta\text{Μ}\Sigma$ από 25 μέχρι 29,9%) ενώ τέλος σχεδόν το 17% θεωρούνται παχύσαρκοι (καθώς έχουν $\Delta\text{Μ}\Sigma$ από 30 και πάνω)(Μανώλης, 2012).

Έρευνες αναφέρουν πως οι άντρες είναι ανήκουν περισσότερο στις δυο τελευταίες κατηγορίες σε σχέση με τις γυναίκες. Σχεδόν το 50% των αντρών είναι υπέρβαροι ενώ για τις γυναίκες αυτό το ποσοστό δεν ξεπερνά το 33%. Το ποσοστό παχυσαρκίας για τις γυναίκες είναι σχεδόν 16% ενώ για τους άντρες 18%. Ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% των ανθρώπων που είναι πάνω από 15 χρονών ανήκουν στις δυο τελευταίες κατηγορίες που αναφέρθηκαν παραπάνω, κάτι το οποίο αποτελεί τεράστιο ποσοστό σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά της ΕΕ(Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Μια εξίσου σημαντική παράμετρος αυτής της μορφής λογίζεται πως είναι και η υγιεινή διατροφή, η οποία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην υγεία καθώς επίσης και στην πρόληψη πολλών χρόνιων νοσημάτων. Στη χώρα μας, ποσοστό που αγγίζει το 55% του πληθυσμού που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 15 χρόνων ζωής καταναλώνει σε καθημερινή βάση φρούτα, ενώ σχεδόν το 1,2% δεν καταναλώνει ποτέ(Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Η κατανάλωση φρούτων είναι πιο μεγάλη στις γυναίκες. Σε ό,τι έχει να κάνει με τα λαχανικά ποσοστό μεγαλύτερο του 60% του πληθυσμού καταναλώνει σε καθημερινή βάση λαχανικά είτε σαλάτες και στις γυναίκες το συγκεκριμένο ποσοστό είναι λίγο πιο μεγάλο συγκριτικά με τους άντρες της χώρας μας. Ακόμα, έρευνες αναφέρουν πως το 80% των κατοίκων της χώρας μας που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 15 χρόνων ζωής, καταναλώνουν κόκκινο κρέας περισσότερες από 2 φορές την εβδομάδα(Δημόπουλος, 2014).

Μια εξίσου καθοριστική παράμετρος, η οποία δημιουργεί τεράστιο πρόβλημα στην ανθρώπινη υγεία είναι το κάπνισμα. Έρευνες αναφέρουν πως κατά την περίοδο του 2014, σχεδόν το 33% των πολιτών της χώρας μας (άνω των 15 χρόνων ζωής) κάπνιζαν, ενώ το 27,3% αυτών κάπνιζαν καθημερινά. Παρόλα αυτά, η ίδια έρευνα έδειξε πως σχεδόν το 67% του πληθυσμού δεν καπνίζει, αλλά εξ αυτών περίπου το 16% κάπνιζε στο παρελθόν και το έχουν σταματήσει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Τα πιο μεγάλα ποσοστά καπνιστών ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 25 μέχρι και 55 χρόνων ζωής καθώς επίσης και πάνω των 65(Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Τέλος, σε ό,τι έχει να κάνει με την κατανάλωση αλκοόλ στη χώρα μας, θα πρέπει να τονιστεί πως έρευνες τα προηγούμενα χρόνια ανέφεραν πως σχεδόν το 68% του πληθυσμού άνω των 15 ετών καταναλώνουν αλκοόλ σε διαφορετικές ποσότητες και συχνότητες, ενώ σχεδόν το 32% απέχουν από αυτή τη συνήθεια (είτε σε όλη τους τη ζωή είτε το έχουν σταματήσει για διάστημα μεγαλύτερο του 1 έτους).

Επίσης, η ίδια έρευνα αναφέρει πως σχεδόν το 7% πίνει καθημερινά, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό καταναλώνει από 1 μέχρι και 2 φορές σε μηνιαία βάση. Αυτό το οποίο είναι σημαντικό να γνωρίζουμε είναι πως στη χώρα μας είναι εδραιωμένη η στήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και την κοινωνική αλληλεγγύη, μιας και

ποσοστό μεγαλύτερο του 95% έχει έναν άνθρωπο που είναι εφικτό να στραφεί για βοήθεια σε περίπτωση που έχει την ανάγκη του(Μανώλης, 2012).

1.3 Επιδημιολογία

Σε ό,τι έχει να κάνει με την επιδημιολογία των παθήσεων που μελετάμε σε αυτή την εργασία, τεράστιο ενδιαφέρον εμφανίζουν οι παθήσεις, οι οποίες οδηγούν στη θνησιμότητα. Τεράστιο ποσοστό αυτών αποτελούν οι καρδιαγγειακές παθήσεις αλλά και οι κακοήθεις νεοπλασίες. Για παράδειγμα, οι καρδιαγγειακές παθήσεις βάσει με όσα αναφέρει ο ΠΟΥ υπολογίζεται πως αφορούν στα πιο πολλά ανεπτυγμένα και αναπτυσσόμενα κράτη, τον βασικό όγκο τόσο της θνησιμότητας όσο και της νοσηρότητας(Hipple-Walters, 2015).

Με την αισθητή βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης, έρευνες αναφέρουν πως προβλέπεται ότι κατά τα επόμενα έτη, το ποσοστό των ανθρώπων που εντάσσονται στην ηλικιακή ομάδα των άνω των 65 χρόνων ζωής θα παρουσιάσει σημαντική ανοδική τάση. Με τη δυσανάλογη ανοδική τάση των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας σε διεθνές επίπεδο, το σύνολο των ηλικιωμένων πασχόντων με παρόμοιες παθήσεις θα επεκταθεί καθοριστικά(Eckerblad, 2015).

Βάσει με μελέτες που έχουν λάβει χώρα τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην ΕΕ συμπεραίνουμε πως στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, τόσο η επίπτωση όσο και ο επιπολασμός των καρδιαγγειακών παθήσεων παρουσιάζει αισθητή ανοδική τάση. Παρόμοια ποσοστά επιπολασμού στην εν λόγω ηλικιακή ομάδα έχουν δώσει και διάφορες μελέτες που έχουν υλοποιηθεί τα προηγούμενα χρόνια στη χώρα μας (Μανώλης, 2012).

Περίπου το 66% του συνόλου των θανάτων στους ανθρώπους που εντάσσονται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 χρόνων ζωής προέρχεται από μια εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι παθήσεις αυτής της μορφής είναι πιο συχνές στους άντρες και η νοσηρότητα αλλά και η θνησιμότητα παρουσιάζουν σημαντική ανοδική τάση ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα. Η νοσηρότητα αλλά και η θνησιμότητα σε αυτές τις παθήσεις τις περισσότερες φορές υπόκειται σε ευρεία γεωγραφική διακύμανση τόσο μεταξύ των διαφορετικών κρατών όσο και στο εσωτερικό τους (Eckerblad, 2015).

Γενικότερα, στη σημερινή εποχή, οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την καθοριστικότερη αιτία αναπηρίας στους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας. Η αθηροσκλήρυνση, η υπέρταση, ο διαβήτης, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης κλπ, έχουν τη μεγαλύτερη ευθύνη για αυτές τις παθήσεις, που επιφέρουν σχεδόν το 70% όλων των θανάτων από ανθρώπους που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 75 χρόνων ζωής. Σε αρκετές έρευνες, όμως, έχουν προκύψει σημαντικές διαφορές σε ό,τι έχει να κάνει με το φύλο, τη φυλή, την εθνικότητα κλπ. οι παθήσεις αυτής της μορφής είναι πιο συχνές στον αστικό πληθυσμό και κατά κύριο λόγο προσβάλλουν τους ανθρώπους, οι οποίοι βρίσκονται στις πιο υψηλές διοικητικές θέσεις(Huard, 2018).

Παράλληλα, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως ο καρκίνος αποτελεί τη 2^η βασικότερη αιτία θανάτου, με ποσοστό σχεδόν 25%, μετά από τις παθήσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, ενώ ανοδική τάση εμφανίζει τόσο η συνολική όσο και η κατά αιτία θνησιμότητα αυτού του προβλήματος υγείας. Από έρευνες που έχουν υλοποιηθεί τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχτεί πως η υποδήλωση της νοσηρότητας αυτής της πάθησης στην Ελλάδα ανέρχεται στο 60%(Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Η παραπάνω ανοδική τάση είναι εφικτό να προέρχεται από την επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων και συνεπώς από την διόγκωση του αριθμού των ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 60 μέχρι και 65 χρόνων ζωής. Καθοριστικό ρόλο σε όλο αυτό, όμως, διαδραματίζει και η αισθητή βελτίωση των διαγνωστικών δράσεων των διαφορετικών ειδών αυτής της πάθησης, που παλαιότερα καταχωρούνταν σε διαφορετικές ομάδες νοσημάτων είτε παρέμεναν χωρίς διάγνωση(Teichroew, 2016).

Η αισθητή ανοδική τάση της επίπτωσης αυτής της πάθησης, η οποία εντοπίζεται τα τελευταία χρόνια σε διεθνές επίπεδο διακρίνεται πως αναφέρεται κατά κύριο λόγο στους άντρες. Στη σημερινή εποχή, υφίστανται σημαντικές ενδείξεις ότι στα κράτη με άρτια υγειονομική οργάνωση παρουσιάζεται σταθερότητα σε ό,τι έχει να κάνει με τη συχνότητα του καρκίνου στο γυναικείο φύλο(McEvoy, 2014).

Παράλληλα, η διαρκής ανοδική τάση των κακοηθών νεοπλασιών στους άντρες ως επί το πλείστον προέρχεται από τη διαρκή ανοδική τάση των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα. Η εν λόγω μορφή καρκίνου παρουσιάζει αισθητή ανοδική τάση στη

συχνότητα και στους άντρες αλλά και στις γυναίκες, με μια μεγαλύτερη αύξηση να εντοπίζεται στους άντρες (κάτι ανάλογο ισχύει και στην περίπτωση των λευχαιμιών)(Weisz, 2014).

Έρευνες, επίσης, αναφέρουν πως η πλειονότητα των χρόνιων νοσημάτων κατά κύριο λόγο προέρχεται από παραμέτρους, οι οποίες είναι δυνατόν να αποφευχθούν. Μια πάθηση αυτής της μορφής παρουσιάζεται αρκετά πριν το θάνατο από αυτή, κάτι το οποίο σημαίνει πως αρκετοί άνθρωποι περνούν αρκετά έτη σε κατάσταση κακής υγείας(Μανώλης, 2012).

Η ανοδική τάση αυτών των περιπτώσεων είναι εφικτό να οδηγήσει σε αύξηση των επιπέδων νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας ενώ η επικράτησή τους αναμένεται να παρουσιάσει αισθητή ανοδική τάση εξαιτίας του γήρατος του πληθυσμού και την ανοδική τάση παραγόντων κινδύνου, όπως είναι για παράδειγμα το φαινόμενο της παχυσαρκίας κλπ. έρευνες αναφέρουν πως σχεδόν το 80% των περιστατικών καρδιοπάθειας, εγκεφαλικών αλλά και διαβήτη, όπως επίσης και το 33% των καρκίνων θα μπορούσαν να αποφευχθούν(Hipple-Walters, 2015).

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί πως υφίστανται σημαντικές διαφοροποιήσεις στην πιθανότητα ύπαρξης μιας χρόνιας πάθησης τόσο από κράτος σε κράτος, όσο και σε επίπεδο μιας χώρας, αφού άνθρωποι χαμηλότερης κοινωνικής αλλά και χρηματοοικονομικής κατάστασης παρουσιάζουν πιο υψηλά ποσοστά αυτών των νοσημάτων. Έρευνες αναφέρουν πως σχεδόν το 20% των εξόδων για την υγεία στην ΕΕ προέρχεται από κοινωνικές αλλά και χρηματοοικονομικές ανισότητες. Οι συγκεκριμένες ανισότητες στον τομέα της υγείας αναμένονται να μεγαλώσουν εξαιτίας της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής ύφεσης της τελευταίας δεκαετίας σε εθνικό αλλά και σε διεθνές επίπεδο(Jadadetal., 2010).

1.4 Χαρακτηριστικά και αιτίες

Στα χρόνια νοσήματα περιέχονται μακροχρόνιες ασθένειες, όπως είναι για παράδειγμα τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι κακοήθεις νεοπλασίες, ο διαβήτης κλπ, που είναι υπεύθυνες για το μεγαλύτερο ποσοστό της σύγχρονης νοσηρότητας και θνησιμότητας. Βασικό γνώρισμά τους είναι το γεγονός πως δεν προέρχονται από

μικροβιακούς παράγοντες, αλλά ως επί το πλείστον αναπτύσσονται από ιδιοσυγκρασιακές είτε περιβαλλοντικές παραμέτρους. Στα κυριότερα γνωρίσματα αυτών των παθήσεων περιέχονται τα εξής :

- Πολύπλοκη αιτιότητα, με διαφοροποιημένες παραμέτρους να οδηγούν στην ύπαρξή τους
- Μια μακρά περίοδο εξέλιξης, δίχως την ύπαρξη συμπτωμάτων
- Μια συνεχόμενη εξέλιξη της πάθησης, η οποία είναι εφικτό να επιφέρει περισσότερες επιπλοκές στην υγεία
- Πιθανή λειτουργική ανεπάρκεια είτε ακόμα και ανικανότητα του πάσχοντα(Μηνασίδου, 2005)

Στις παθήσεις που μελετάμε σε αυτήν την εργασία περιέχονται τα αιματολογικά νοσήματα, τα νοσήματα του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού συστήματος, οι δερματολογικές παθήσεις, διάφορες ψυχικές διαταραχές, νεφρολογικά είτε ακόμα και ογκολογικά νοσήματα. Βάσει μελετών, οι πιο διαδεδομένες παθήσεις αυτής της μορφής, δηλαδή οι παθήσεις οι οποίες προσβάλλουν περισσότερους από 50 ανθρώπους για κάθε 100 χιλιάδες πληθυσμού, ευθύνονται για το 87% των θανάτων στην ΕΕ(Jadadetal., 2010).

Στη χώρα μας, από την άλλη πλευρά, οι συγκεκριμένες παθήσεις αποτελούν την κυριότερη αιτία ανικανότητας και πρόωρου θανάτου, ενώ σε πολλές περιπτώσεις επιφέρουν τεράστιο κόστος στο σύστημα υγείας. Επίσης, έχουν άμεση ευθύνη για το 70% της ζήτησης υπηρεσιών υγείας ενώ την ίδια ώρα απορροφούν μεγαλύτερο ποσοστό από 65% της εθνικής υγειονομικής δαπάνης(Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Από την άλλη μεριά, σε ό,τι έχει να κάνει με τις κυριότερες αιτίες αυτών των παθήσεων, θα πρέπει να τονιστεί πως μερικές από τις βασικότερες αιτίες είναι η καθιστική ζωή, τα μη επαρκή μικροθρεπτικά μόρια τα οποία λαμβάνονται από τις βιομηχανοποιημένες τροφές, οι τοξίνες οι οποίες περιλαμβάνονται σε τροφές φυτικής

είτε ζωικής προέλευσης, το πλούσιο σε τοξίνες ουσίες νερό, η συνεχόμενη χρήση φαρμακευτικών αγωγών αλλά και το μολυσμένο περιβάλλον, που εκθέτουν σε καθημερινή βάση τον ανθρώπινο οργανισμό σε τεράστιο κίνδυνο για την επιβίωσή του(Τοκμανίδης, 2003).

Ειδικότερα, οι παραπάνω παράμετροι αποτελούν στρεσογόνες παραμέτρους που έχουν άμεση σχέση με τη δομή αλλά και τη βιομηχανική δράση των κυττάρων και συνεπώς των ιστών καθώς επίσης και των οργανικών συστημάτων που σε καθημερινή βάση το ανθρώπινο σώμα προσπαθεί να καταπολεμήσει. Η συγκεκριμένη διαρκής εγρήγορση των συστημάτων επιβίωσης είναι δυνατόν να επιφέρει εξάντληση των κυριότερων ενζύμων, που είναι χρήσιμα για την υλοποίηση των βιοχημικών δράσεων, σε ελάττωση της ορμονικής σύνθεσης, σε ελαττωμένη παραγωγή ενέργειας, σε πρόωρο κυτταρικό θάνατο, σε μετάλλαξη του γενετικού υλικού καθώς επίσης και σε σοβαρή ζημιά του συστήματος κυτταρικής απόπτωσης (σχεδιασμένο κυτταρικό θάνατο)(Δημόπουλος, 2014).

Όλα τα παραπάνω σταδιακά παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη ενός χρόνιου νοσήματος. Οι αλλαγές οι οποίες υφίστανται σε καθημερινή βάση στον ανθρώπινο οργανισμό και υποβαθμίζουν την κατάσταση της υγείας, μέχρις ότου αυτός να παρουσιάσει μια τέτοια πάθηση, υλοποιούνται σταδιακά. Όταν η εν λόγω πάθηση εμφανιστεί, γνωρίζουμε πως η βιομηχανική κυτταρική ισορροπία έχει τεράστιο πρόβλημα και πως ο οργανισμός έχει ξεπεράσει τα όρια αυτό-επιδιόρθωσής του(Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Η ικανότητα να επιδιορθώνει τις ζημιές οι οποίες υφίστανται φυσιολογικά έχει μειωθεί σημαντικά, με κυριότερη συνέπεια την ύπαρξη χρόνιας πάθησης είτε κάποιας μορφής αυτοάνοσου. Έρευνες αναφέρουν πως είναι εξαιρετικά διαδεδομένο οι πάσχοντες να εμφανίζουν πιο πολλά από ένα χρόνια πρόβλημα παράλληλα, ενώ τις περισσότερες φορές ακολουθούν διαφορετικές αγωγές για το καθένα, παρόλο που τα πραγματικά αίτια είναι ίδια(Κρανίδης και Παρασκευαΐδης, 2011).

Γενικότερα, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως οι συγκεκριμένες παθήσεις έχουν άμεση σχέση με αρκετά και διαφορετικά όργανα αλλά και δράσεις του ανθρώπινου οργανισμού, με βασικότερη συνέπεια να διαφέρουν οι αιτίες που τα προκαλούν. Οι κυριότερες αιτίες αυτών των παθήσεων είναι οι εξής :

- Ανεπάρκεια θρεπτικών στοιχείων και εξαντλητική διαίτα
- Έκθεση σε τοξικά στοιχεία είτε φαρμακευτικές ουσίες
- Κακή διατροφή (όπως για παράδειγμα ελαττωμένη πρόσληψη θρεπτικών στοιχείων κλπ)
- Άγχος, στρες, ορμόνες, ακτινοβολία και χημικά
- Ελαττωμένη παραγωγή και ανεπάρκεια ενζύμων
- Κακός συνδυασμός τροφών καθώς επίσης και επεξεργασμένων τροφίμων(Nuono, 2007)

1.5 Είδη χρόνιων παθήσεων

Στις συγκεκριμένες παθήσεις περιέχονται μακροχρόνιες ασθένειες, όπως είναι για παράδειγμα τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης, οι κακοήθειες νεοπλασίες κλπ, που είναι υπεύθυνα για τα τεράστια ποσοστά θνησιμότητας στη σημερινή εποχή. Το βασικότερο γνώρισμά τους είναι πως δεν προέρχονται από παθογόνους μικροοργανισμούς, αλλά κατά κύριο λόγο αναπτύσσονται από ιδιοσυγκρασιακές είτε ακόμα και περιβαλλοντικές παραμέτρους(Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Η διάγνωση μιας τέτοιας πάθησης αποτελεί μια κατάσταση που αρκετοί άνθρωποι φοβούνται, αλλά σε ορισμένους συμβαίνει στην πραγματικότητα κι έτσι αυτοί είναι σημαντικό να αντιμετωπίσουν μια καινούρια πραγματικότητα, η οποία μεταβάλλει ριζικά τη ζωή και την καθημερινότητά τους. Ταυτόχρονα, με τη διάγνωση ο πάσχων έρχεται αντιμέτωπος με ένα αβέβαιο μέλλον και διακατέχεται από μια αίσθηση απώλειας ελέγχου καθοριστικών παραγόντων της καθημερινότητάς του(Κρανίδης και Παρασκευαΐδης, 2011).

Η διάγνωση μιας τέτοιας πάθησης δεν επηρεάζει μονάχα τις βιοτικές δράσεις του ασθενή, αλλά και την κοινωνική του ζωή. Η κοινωνική ζωή των συγκεκριμένων πασχόντων σε αρκετές περιπτώσεις έχει άρρηκτη σχέση με τη φύση και το είδος της

εκάστοτε πάθησης. Θανατηφόρες παθήσεις είναι αρκετά πιθανόν να επιφέρουν τεράστιο άγχος, στρες καθώς επίσης και αποφυγή από το άμεσο φιλικό περιβάλλον, ενώ παθήσεις με κοινωνικό στίγμα είναι εφικτό να επιφέρουν περιθωριοποίηση(Μανώλης, 2012).

Ακόμα, αρκετά από τα νοσήματα αυτής της μορφής έχουν σημαντικές συνέπειες και στην εργασία αυτών των ανθρώπων. Αρκετά από αυτά τα νοσήματα είναι δυνατόν να οδηγήσουν τους εν λόγω πάσχοντες σε υποχρεωτική πρόωρη συνταξιοδότηση είτε ελαττώνεται σημαντικά η δυνατότητά τους για δουλειά. Με αυτόν τον τρόπο, οι συγκεκριμένοι πάσχοντες χάνουν την επαγγελματική τους ιδιότητα, και σταδιακά αποκτούν σοβαρά ζητήματα αυτοεκτίμησης ενώ αρκετοί εξ αυτών αισθάνονται ενοχές, που δεν έχουν τη δυνατότητα να είναι χρήσιμη και να συνεισφέρουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον(Eckerblad, 2015).

Από όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η σχέση ανάμεσα σε αυτές τις παθήσεις και τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι άμεση. Βάσει μελετών οι άνθρωποι με χρόνιους πόνους έχουν 3 φορές πιο μεγάλο κίνδυνο ύπαρξης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, όπως είναι για παράδειγμα οι μεταπτώσεις διάθεσης, οι αγχώδεις διαταραχές κλπ(Weisz, 2014).

Στη σημερινή εποχή, υφίστανται αρκετά περιστατικά στα οποία η ύπαρξη κατάθλιψης έχει άρρηκτη σχέση με διάφορες βιολογικές επιρροές αυτών των παθήσεων, όπως για παράδειγμα συμβαίνει με τις διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος (πχ στη νόσο του Πάρκινσον κλπ) είτε με διαταραχές των ενδοκρινικών αδένων (πχ υποθυρεοειδισμό κλπ)(Nuono, 2007).

Οι παθήσεις αυτής της μορφής διαρκώς παρουσιάζουν σταδιακή ανοδική τάση στην ΕΕ και έχουν την ευθύνη για σχεδόν το 85% των θανάτων σε αυτή την Ήπειρο. Οι κυριότεροι λόγοι για την εν λόγω ανοδική τάση είναι το τεράστιο σύνολο γηράσκοντος πληθυσμού καθώς επίσης και οι παράμετροι, οι οποίοι έχουν άμεση σχέση με την καθημερινότητα των ανθρώπων και τις συνήθειες τους (Jadadetal., 2010).

Με αυτόν τον τρόπο, η ΕΕ μέσα από το πρόγραμμα για την υγεία στοχεύει στην αισθητή βελτίωση των πρακτικών, που έχουν σαν απώτερο στόχο την πρόληψη αλλά

και την φροντίδα που έχει άρρηκτη σχέση με πολιτικές οι οποίες στηρίζουν την υγεία και την ενεργό γήρανση. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί πως η παροχή της απαιτούμενης βοήθειας στους ανθρώπους, οι οποίοι νοσούν από αυτές τις παθήσεις, προκειμένου να ζουν ενεργή και παραγωγική ζωή, είναι ζωτικής σημασίας καθώς έχει χρηματοοικονομική αλλά και κοινωνική αξία. Αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος που όλα αυτά τα χρόνια η ΕΕ ενεργεί με βασικότερο στόχο να καταφέρει να βρει τακτικές, με κυριότερη στόχο οι εν λόγω πάσχοντες να έχουν την ευχέρεια να επιστρέψουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη δουλειά τους μετά τη διάγνωση(McEvoy, 2014).

Τέλος, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως οι πιο διαδεδομένες παθήσεις αυτής της μορφής είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι καρκίνοι, οι χρόνιες πνευμονοπάθειες, ο διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, οι αρθρίτιδες, τα αυτοάνοσα νοσήματα (όπως είναι για παράδειγμα η ελκώδης κολίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα κλπ), η άνοια, οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, οι διαταραχές φάσματος ελλειμματικής προσοχής αλλά και υπερκινητικότητας, ο αυτισμός, η αδρόπαυση, η εμμηνόπαυση, η ενδομητρίωση, οι ημικρανίες, η κατάθλιψη και οι διαταραχές συναισθήματος, η οστεοπόρωση, χρόνιες δερματικές, μεταβολικές και φλεγμονώδεις παθήσεις, χρόνιες ηπατίτιδες και νεφρικές παθήσεις, η παχυσαρκία κλπ(Hipple-Walters, 2015).

Πίνακας 1.1 : Προκλήσεις οι οποίες περιλαμβάνονται στην οξεία και στη χρόνια φάση της χρόνιας είτε της απειλητικής πάθησης

Φάση	Προκλήσεις
Οξεία	<ul style="list-style-type: none"> -Κατανόηση της πάθησης -Μεταβολή τρόπου ζωής, συνηθειών αλλά και συμπεριφορών που έχουν άμεση σχέση με την υγεία -Αντιμετώπιση της πάθησης και των επιπτώσεών της

	<ul style="list-style-type: none"> -Έκφραση συναισθημάτων -Αναγνώριση της καινούριας κατάστασης των συνεπειών της στον εαυτό, στη ζωή καθώς επίσης και στις σχέσεις με τους άλλους
Χρόνια	<ul style="list-style-type: none"> -Διασφάλιση της ποιότητας ζωής σε όλα τα επίπεδα (όπως για παράδειγμα ψυχολογικό, κοινωνικό, επαγγελματικό, βιολογικό, σωματικό κλπ) -Τήρηση των ιατρικών οδηγιών -Κινητοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου -Κατανόηση της κατάστασης υγείας και της θεραπείας -Έκφραση συναισθημάτων -Αναγνώριση των συνεπειών της κατάστασης στον εαυτό, τη ζωή αλλά και τις σχέσεις με τους άλλους

Πηγή : McEnoy, 2014

1.6 Συμπτώματα χρόνιων παθήσεων

Στη συνέχεια θα αναλύσουμε κάποιες από τις σημαντικότερες χρόνιες παθήσεις, όπως είναι για παράδειγμα η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι λευχαιμίες, οι κακοήθειες νεοπλασίες, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο σακχαρώδης διαβήτης αλλά και τα βασικότερα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι άνθρωποι, οι οποίοι νοσούν από τις συγκεκριμένες παθήσεις (Teichroew, 2016).

1.6.1 Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η εν λόγω πάθηση είναι χρόνια και φλεγμονώδης νόσος του κολλαγόνου, η οποία τις περισσότερες φορές δημιουργεί τεράστιο πρόβλημα στις αρθρώσεις των ανθρώπων. Επί της ουσίας αφορά ένα αυτοάνοσο νόσημα το οποίο έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει μεγάλο πρόβλημα σε πάσχοντες με γενετική προδιάθεση. Ένα από τα βασικότερα γνωρίσματα αυτής της νόσου είναι ο ισχυρός πόνος στην κίνηση είτε στην ψηλάφηση των αρθρώσεων(Hipple-Walters, 2015).

Είναι εφικτό να συμβεί σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Υφίσταται, επίσης, και ένα είδος αυτής της πάθησης που έχει την ευχέρεια να προσβάλλει ακόμα και παιδικές ηλικιακές ομάδες. Η πάθηση αυτής της μορφής ξεκινάει στην ηλικιακή ομάδα των 20 και πάνω, στη διάρκεια δηλαδή της πιο παραγωγικής ηλικίας των ανθρώπων. Σύμφωνα με έρευνες των τελευταίων ετών, οι γυναίκες έχουν 2 φορές πιο πολλές πιθανότητες σε σχέση με τους άντρες να παρουσιάσουν μια τέτοια πάθηση(Δημόπουλος, 2014).

Σύμφωνα με την κλινική εικόνα καθώς επίσης και το μηχανισμό γένεσης αυτών των παθήσεων τις ταξινομούμε σε φλεγμονώδεις, εκφυλιστικές, μεταβολικές, από κρυστάλλους αλλά και σε λοιμώδεις. Η πάθηση αυτή αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή φλεγμονώδους αρθρίτιδας και τις περισσότερες φορές προσβάλλει ένα τεράστιο ποσοστό ανθρώπων(Huard, 2018).

Η συγκεκριμένη πάθηση, τις περισσότερες φορές, ξεκινάει σιγά-σιγά, αλλά είναι δυνατόν να ξεκινήσει αιφνίδια σε μια είτε πιο πολλές αρθρώσεις. Σε πολλές περιπτώσεις προσβάλλονται οι αρθρώσεις του χεριού και του καρπού. Τις περισσότερες φορές, επίσης, εμπλέκονται και οι αρθρώσεις του ποδιού, του αστραγάλου, του γόνατος κλπ. τα συμπτώματα αυτής της πάθησης περιέχουν ισχυρό πόνο σε αρκετές αρθρώσεις παράλληλα, πρωινή δυσκαμψία, έλλειψη ενεργητικότητας, τεράστια κούραση, αδυναμία, περιστασιακό πυρετό καθώς επίσης και απώλεια βάρους(Δημόπουλος, 2014).

1.6.2 Νεοπλασίες

Επί της ουσίας πρόκειται για νεοπλασματικές διαταραχές του αιμοποιητικού ιστού. Σύμφωνα με το είδος του εκάστοτε νεοπλασματικού κυττάρου κατηγοριοποιούνται σε οξείες αλλά και χρόνιες. Στην πρώτη κατηγορία εξ αυτών υφίστανται τα άωρα είτε μη διαφοροποιημένα κύτταρα, ενώ η εξέλιξη της πάθησης δίχως θεραπεία είναι ταχεία(Nuono, 2007).

Από την άλλη πλευρά στην δεύτερη κατηγορία υφίσταται η βαριάς μορφής πάθηση, της οποίας η εξέλιξη είναι γενικά μακρύτερη. Σύμφωνα με τη μορφή των κυττάρων, τα οποία προσβάλλουν οι συγκεκριμένες κατηγορίες λευχαιμίας διακρίνονται σε μυελογενείς αλλά και λεμφογενείς. Η οξεία λεμφογενής πάθηση αυτής της μορφής είναι η πιο διαδεδομένη και τις περισσότερες φορές αφορά παιδική πάθηση, ενώ σε ελάχιστες περιπτώσεις προσβάλλει ανθρώπους μετά τον 15^ο χρόνο ζωής τους(Jadadetal., 2010).

Κάποια από τα βασικότερα συμπτώματα της οξείας πάθησης αυτής της μορφής είναι η σημαντική ωχρότητα του δέρματος, η αιμορραγία καθώς επίσης και διαφοροποιημένα μεγέθη εκχύμωσης. Ακόμα, υφίσταται η δυνατότητα να υπάρχουν εκτεταμένες ελκωτικές αλλά και νεκρωτικές εξεργασίες στη στοματική κοιλότητα αλλά και στον φάρυγγα. Πολλές φορές, επίσης, υφίσταται πυρετός, ταχυκαρδία, καρδιακά φυσήματα, απώλεια βάρους κλπ ενώ υπάρχει η δυνατότητα να παρουσιαστούν βήχας, ταχύπνοια, ελαττωμένοι αναπνευστικοί ήχοι κλπ(Hipple-Walters, 2015).

Μεταξύ των συμπτωμάτων της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας περιέχονται η ωχρότητα, η ταχυπαλμία αλλά και η δύσπνοια μετά από κούραση λόγω αναιμίας. Σε συγκεκριμένα περιστατικά υφίστανται ισχυροί πόνοι στα μακρά οστά, ως επί το πλείστον στην κνήμη αλλά και στο στέρνο. Τα συμπτώματα ενός πάσχοντα με χρόνια λεμφογενή πάθηση αυτής της μορφής είναι εφικτό να είναι η ωχρότητα, η δύσπνοια, η κακουχία, η απώλεια βάρους, ο πυρετός λόγω της αναιμίας καθώς επίσης και η ανοδική τάση του μεταβολισμού. Ακόμα, είναι δυνατόν να υπάρξει ανορεξία, ναυτία, εμετοί αλλά και αλλοιώσεις του δέρματος (όπως για παράδειγμα βλατίδες, πετέχιες κλπ)(Μανώλης, 2012).

1.6.3 Κακοήθεις Νεοπλασίες

Η εγκατάσταση και το ξεκίνημα των συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας τις περισσότερες φορές είναι σιωπηλά και ύπουλα. Τα αρχικά συμπτώματα τα οποία εμφανίζει ένας ασθενής είναι τόσο ελαφρά τα οποία πολλές φορές αγνοούνται. Στην περίπτωση, όμως, στην οποία ο καρκίνος αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό τότε είναι δυνατόν να επιφέρει ένα είτε ακόμα και πιο πολλά προβλήματα(Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Παρόμοια προβλήματα είναι πως ασκεί πίεση στα όργανα τα οποία είναι τριγύρω από την κακοήθη νεοπλασία, δημιουργεί σημαντικά προβλήματα στους τριγύρω ιστούς, αποφράσσει τον αυλό κοίλων οργάνων (όπως για παράδειγμα έντερο κλπ), δημιουργεί σημαντικά ζητήματα στην αιμάτωση των παρακείμενων ιστών και στην εύρυθμη λειτουργία των οργάνων, διαταράσσει το μεταβολισμό, επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην αμυντική δυνατότητα του οργανισμού κλπ(Jadadetal., 2010).

Οι παραπάνω παθοφυσιολογικές διαταραχές είναι εφικτό να προκαλέσουν την ανάπτυξη χαρακτηριστικών συμπτωμάτων. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα διακρίνονται σε ειδικά και σε γενικά. Στην πρώτη κατηγορία τα συμπτώματα οφείλονται στο όργανο το οποίο νοσεί ενώ στην δεύτερη κατηγορία περιέχονται συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα η αναιμία (που επιφέρει αιμορραγία), ο πόνος (που τις περισσότερες φορές παρουσιάζεται σταδιακά), ο πυρετός (που κατά κύριο λόγο οφείλεται σε μολύνσεις επιφανειακού όγκου είτε λοιπές φλεγμονές) καθώς επίσης και η καχεξία (η οποία έχει σαν βασικό της γνώρισμα την απώλεια βάρους, ανορεξία, οξέωση κλπ)(Huard, 2018).

1.6.4 Παθήσεις του θυρεοειδή αδένος

Το ενδοκρινικό σύστημα, με τη λειτουργία του, έχει την ευχέρεια να διασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό στον οργανισμό από τη μια πλευρά τη σωστή ρύθμιση των ζωτικών

αυτών δράσεων που είναι χρήσιμες για την ανάπτυξή του και από την άλλη την επιβίωσή του με ρύθμιση των βασικότερων ομοιοστατικών μηχανισμών, διαμέσου των οποίων συντηρείται η σταθερότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος (McEvoγ, 2014).

Η κυριότερη αιτία αυτού του προβλήματος υγείας ως επί το πλείστον οφείλεται στη διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος. Η κακή δράση του συγκεκριμένου αδένου πολλά φορές επιφέρει ορισμένες από τις πιο διαδεδομένες ενδοκρινικές διαταραχές. Η αισθητή ανοδική τάση της έκκρισης θυρεοειδικής ορμόνης επιφέρει υπερθυρεοειδισμό ενώ η απουσία της υποθυρεοειδισμό (Hipple-Walters, 2015).

1.6.5 Καρδιαγγειακά νοσήματα

Τα κυριότερα συμπτώματα τα οποία εμφανίζει ένας ασθενής με παρόμοια νοσήματα έχουν άμεση σχέση με τη φύση του προβλήματος και τις συνακόλουθες φυσιολογικές διαταραχές στην κυκλοφορία. Τα δυο πιο διαδεδομένα συμπτώματα αυτών των νοσημάτων είναι η δύσπνοια αλλά και ο πόνος. Ακόμα, οι εν λόγω πάσχοντες είναι εφικτό να εμφανίσουν έντονο το αίσθημα καμάτου, το οποίο κατά κύριο λόγο προέρχεται από αισθητή ελάττωση της καρδιακής παροχής (Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Διαδεδομένη είναι και η ωχρότητα, ως επί το πλείστον των άκρων, που φανερώνει μειωμένη καρδιακή παροχή. Ερυθρότητα του δέρματος εντοπίζεται σε υπερκινητική κυκλοφορία και υφίσταται σε καταστάσεις οι οποίες επιφέρουν αισθητή ανοδική τάση της καρδιακής παροχής. Παράλληλα, παρουσιάζεται σημαντική ανοδική τάση της φλεβικής πίεσης στα αγγεία του τραχήλου ενώ τέλος η απώλεια συνειδήσεως δεν είναι συχνό φαινόμενο (Κρανίδης και Παρασκευαΐδης, 2011).

1.6.6 Παθήσεις των νεφρών

Η βασική δράση των συγκεκριμένων οργάνων είναι η διήθηση αλλά και η απέκκριση των τελικών αγαθών του μεταβολισμού και της περίσσειας των ηλεκτρολυτών και μη στοιχείων. Παρά το γεγονός πως ένα τέτοιο όργανο βρίσκεται βαθιά μέσα στην σπλαγγχνική κοιλότητα σε θέση, η οποία του διασφαλίζει σε μεγάλο

βαθμό προστασία, εύκολα δέχεται καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις από τις συνθήκες του περιβάλλοντος(Huard, 2018).

Το παραπάνω γεγονός κάνει αυτά τα όργανα να προσβάλλονται ιδιαίτερα εύκολα από διάφορες μεταβολές, παράλληλα, όμως, θα πρέπει να προστατέψουν την βιολογική ισορροπία του οργανισμού του πάσχοντα πιο ενεργά από όλα τα άλλα όργανα, λόγω του ότι τα εν λόγω όργανα είναι τα σημαντικότερα συστήματα της ομοιοστάσεως(Weisz, 2014).

Για παράδειγμα, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια αφορά τη με ξαφνικό τρόπο και μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα αναστολή της νεφρικής δράσης. Η συγκεκριμένη πάθηση χωρίζεται σε 3 κατηγορίες, που διαφοροποιούνται μεταξύ τους, τόσο κατά την αιτία, όσο και κατά τη θεραπεία. Οι 3 αυτές κατηγορίες είναι η οξεία προνεφρική, μετανεφρική αλλά και ενδονεφρική ανεπάρκεια(Eckerblad, 2015).

Στην χρόνια πάθηση αυτής της μορφής περιέχονται αρκετά νοσήματα τόσο των συγκεκριμένων οργάνων όσο και γενικά που επιφέρουν μόνιμες αλλαγές σε αυτά τα όργανα, βασικότερη συνέπεια την αισθητή ελάττωση της σπειραματικής και σωληναριακής δράσης. Οι εν λόγω αλλαγές αυτών των οργάνων σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν μέτρια ενώ σε άλλες έχουν πιο μεγάλη έκταση(Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Οι πάσχοντες με αυτή την πάθηση τις περισσότερες φορές εμφανίζουν αυξημένη αρτηριακή πίεση και αισθητή ανοδική τάση βάρους του σώματος λόγω κατακράτησης νερού. Το δέρμα τις περισσότερες φορές είναι ωχρό ενώ υφίσταται η δυνατότητα να εντοπιστούν μικροί μυϊκοί σπασμοί. Σε ελάχιστες περιπτώσεις εμφανίζεται αισθητή ανοδική τάση της θερμοκρασίας αλλά και δυσσομία(Jadadetal., 2010).

1.6.7 Σακχαρώδης διαβήτης

Η συγκεκριμένη πάθηση αποτελεί ένα σύνδρομο και μια χρόνια πάθηση, η οποία έχει την ευχέρεια να προσβάλλει όλες τις ηλικιακές ομάδες. Αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος που κατηγοριοποιείται σε δυο κλινικά είδη που είναι το νεανικό

(τύπου I είτε ινσουλινοεξαρτώμενο) και τύπου II (μη ινσουλινοεξαρτώμενο είτε με όψιμο ξεκίνημα)(Μανώλης, 2012).

Από την πρώτη μορφή προσβάλλονται, κατά κύριο λόγο, άνθρωποι μικρότερης ηλικιακής ομάδας (ως επί το πλείστον κάτω από 15 χρόνια ζωής) με χαμηλά επίπεδα είτε πλήρη έλλειψη ινσουλίνης στο αίμα. Από την άλλη μορφή η δεύτερη κατηγορία περιέχει τους ενήλικους και τους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας. Η εισβολή της πάθησης τις περισσότερες φορές είναι αθόρυβη ενώ η διάγνωση τίθεται τυχαία(Μηνασίδου, 2005).

Τα κυριότερα συμπτώματα της εν λόγω πάθησης είναι συνέπεια του μεταβολικού συνδρόμου είτε της μικροαγγειοπάθειας. Η συμπτωματολογία η οποία προέρχεται από μεταβολικό σύνδρομο, δηλαδή η διαταραχή των υδατανθράκων, λιπών κλπ, έχει άρρηκτη σχέση με το επίπεδο αλλά και το χρόνο εγκαταστάσεως της ινσουλινικής ανεπάρκειας. Οι περισσότερες εκδηλώσεις αυτής της πάθησης είναι οξείες, χρόνιες αλλά και με σοβαρές επιπλοκές(Τοκμανίδης, 2003).

Σε ό,τι έχει να κάνει με τις οξείες εκδηλώσεις είναι σημαντικό να τονιστεί πως πρόκειται για έντονη πολυουρία, πολυδιψία, άμεση απώλεια βάρους, άμεση παρουσία κετο-οξεώσεως με ναυτία, εμετοί αλλά και αφυδάτωση, ισχυρός πόνος στην κοιλιά, μετάπτωση στο επίπεδο της οξεώσεως κλπ. Με αυτόν τον τρόπο παρουσιάζεται στον παιδικό και νεανικό διαβήτη(Nuono, 2007).

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί πως η χρόνια εκδήλωση εμφανίζεται με γενική κόπωση, μικρή απώλεια βάρους, πολυουρία καθώς επίσης και κνησμό στο δέρμα του πάσχοντα. Αυτό το οποίο είναι σημαντικό να γνωρίζουμε, επίσης, είναι πως οι πρώτες εκδηλώσεις της εν λόγω πάθησης γίνονται αντιληπτές από τις επιπλοκές του ματιού, των περιφερικών νεύρων, των νεφρών αλλά και των αγγείων(Μανώλης, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Βασικές έννοιες

Τα τελευταία έτη έχει εντοπιστεί ένα τεράστιο ενδιαφέρον σε ό,τι έχει να κάνει με την εννοιολογική προσέγγιση καθώς επίσης και την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Παρά το γεγονός αυτό μέχρι σήμερα δεν έχει δοθεί ένας ευρύτερος και ομόφωνος ορισμός και αυτό οφείλεται στο γεγονός πως αποτελεί μια ιδιαίτερα σύνθετη και υποκειμενική έννοια. Όροι όπως είναι για παράδειγμα η εκπλήρωση προσωπικών στόχων και επιλογών, ευτυχία είτε ικανοποίηση, χρησιμότητα στην κοινωνία κλπ, αποτελούν καθοριστικές ενέργειες και τακτικές προσέγγισης σε αυτό το οποίο καλούμε ποιότητα ζωής(Fayers, 2006).

Κατά περιόδους έχουν προταθεί αρκετοί και διαφορετικοί ορισμοί, σύμφωνα πάντοτε με την οπτική πλευρά κατά την οποία προσεγγίζει και αντιμετωπίζει κάποιος ερευνητής το συγκεκριμένο ζήτημα. Ο εν λόγω όρος έχει απασχολήσει από τα αρχαία χρόνια τους φιλοσόφους της χώρας μας. Για παράδειγμα ο Αριστοτέλης, ο πιο μεγάλος στοχαστής των αρχαίων χρόνων, φιλόσοφος, θεμελιωτής αρκετών επιστημών και δημιουργός της λογικής, ταύτισε τον όρο ευδαιμονία με εκείνον της ποιότητας ζωής. Επί της ουσίας στο συγκεκριμένο όρο υφίσταται συγκεραμός της συναισθηματικής ψυχικής κατάστασης του ανθρώπου και μια μορφή λογικής ενέργειας(Ζυγά, 2017).

Στο ξεκίνημα του προηγούμενου αιώνα, η εν λόγω έννοια ταυτιζόταν με την καλή ζωή, την ύπαρξη χρόνου αλλά και χρημάτων καθώς επίσης και την ύπαρξη αρκετών υλικών αγαθών. Κατά τη δεκαετία του 1970, η εν λόγω έννοια αποτελούσε ένα εγγενές γνώρισμα μιας κοινωνίας και είχε άμεση σχέση με κριτήρια που χρειάζεται να πληροί ένας άνθρωπος για να είναι ευτυχισμένος και ικανοποιημένος από την ζωή του. Αντίθετα, σύγχρονες έρευνες αναφέρουν πως ο συγκεκριμένος όρος έχει άρρηκτη σχέση με την εκπαίδευση, την οικονομική ανάπτυξη, την υγεία αλλά και την ευημερία(Cheu, 2013).

Στη σύγχρονη εποχή, βάσει με τον ΠΟΥ, με αυτόν τον όρο καλούμε την υποκειμενική αίσθηση των ανθρώπων για τη θέση τους στη ζωή σε συνάφεια με τη νοοτροπία αλλά και το σύστημα αξιών στο οποίο ζουν και συγκριτικά με τους σκοπούς, τις προσδοκίες, τα πρότυπα καθώς επίσης και τα ενδιαφέροντά τους. Με λίγα λόγια, αποτελεί μια συνθήκη με ευρεία διακύμανση, η οποία δέχεται καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις σε σύνθετες μεθόδους από τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις αλλά και τις σχέσεις με προέχουσες μορφές του περιβάλλοντος(Lorigetal., 2013).

Η θεωρία πως η υγεία ενός ανθρώπου έχει διαστάσεις σωματικές, διανοητικές, ψυχικές, συναισθηματικές καθώς επίσης και κοινωνικές, που αλληλεπιδρούν με στόχο να συνθέσουν την ολότητά της, τυγχάνει στη σύγχρονη εποχή ευρείας αποδοχής από αρκετούς ερευνητές, τόσο από το περιβάλλον των κοινωνικών επιστημών όσο και από τον τομέα της ιατρικής. Υπό το συγκεκριμένο πρίσμα της καλής ζωής, όλες οι επιστήμες προσεγγίζουν τον όρο αυτό υπό την οπτική της γωνία διαμορφώνοντας με αυτόν τον τρόπο ανάλογους δείκτες(Zυγά, 2017).

Εάν θα έπρεπε να προσδώσουμε έναν ορισμό σε αυτή την έννοια αυτός θα ήταν πως αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι πάσχοντες κατανοούν και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις άλλες μη ιατρικές πλευρές της ζωής τους. Εξίσου διαδεδομένος ορισμός είναι πως πρόκειται για την αξία η οποία διανέμετε στη διάρκεια της ζωής, όπως τροποποιείται από τα μειονεκτήματα, τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις καθώς επίσης και τις κοινωνικές ευκαιρίες, οι οποίες δέχονται καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις από παθήσεις, τραύματα, θεραπείες είτε πολιτικές υγείας(Fayers, 2006).

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν είναι εφικτό να συμπεράνουμε πως με η συγκεκριμένη έννοια δεν έχει οριοθετηθεί με έναν ομοιόμορφο και καθορισμένο τρόπο, αφού η ακριβής οριοθέτηση αυτής της έννοιας βρίσκεται σε μια δράση διαρκούς εξέλιξης. Αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος που στη σημερινή εποχή εντοπίζονται αρκετές και διαφορετικές εννοιολογικές ασάφειες γύρω από την εν λόγω έννοια(Zυγά, 2017).






























2.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νοσήματα

Η πιο μεγάλη πρόκληση για έναν άρρωστο είναι να μάθει να ζει με την πάθησή του, τις ανάγκες τις θεραπείας που ακολουθεί, την αβεβαιότητα η οποία αποτελεί βασικό γνώρισμα της εξέλιξης της πάθησής του καθώς επίσης και τις πιθανές επιπλοκές. Σε όλα τα στάδια μιας πάθησης αυτής της μορφής ζωτικής σημασίας είναι το θέμα της ποιότητας ζωής, μιας και βασικότερος σκοπός των παρεμβάσεων είναι όχι μονάχα να επιτευχθεί η διασφάλιση περισσότερου χρόνου επιβίωσης, αλλά παράλληλα να επιτευχθεί η διασφάλιση κανονικού ρυθμού και φυσιολογικής ζωής(Lorigetal., 2013).

Η ποιότητα ζωής έχει άρρηκτη σχέση αλλά και εξάρτηση από τις τακτικές οι οποίες θα ενεργοποιήσουν τον ασθενή με κυριότερο σκοπό να καταφέρει να ανταπεξέλθει πλήρως στις προκλήσεις, οι οποίες υφίστανται από μια χρόνια πάθηση. Οι συγκεκριμένες τακτικές είναι αποδοτικές στην περίπτωση στην οποία προβάλουν την εύρυθμη δράση του πάσχοντα σε καθοριστικούς ρόλους της καθημερινότητάς του και στην περίπτωση που έχουν την ευχέρεια να ελαττώσουν αισθητά το άγχος, το στρες, τη δυσφορία κλπ(Fayers, 2006).

Η αισθητή ανοδική τάση του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με την ανάπτυξη εξελιγμένων τεχνολογιών στην υγειονομική φροντίδα και τις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης σημαίνει πως οι άνθρωποι στη σύγχρονη εποχή ζουν υπό προϋποθέσεις χρόνιας φροντίδας για μεγάλη χρονική περίοδο στη ζωή τους. Η ποιότητα ζωής πλέον αποτελεί έναν από τους πιο καθοριστικούς σκοπούς στη θεραπεία και πλέον αποτελεί έναν δείκτη επιτυχίας στις υγειονομικές παρεμβάσεις και ως επί το πλείστον σε ό,τι έχει να κάνει με τις χρόνιες παθήσεις(Fennell, 2013).

Πίνακας 2.1 : Ποιότητα υγείας στα κράτη της ΕΕ

	Καλά		Άσχημα		Δε γνωρίζω	
	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	2013 - 2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	2013 - 2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	2013 - 2009
 EU28	71%	+1	27%	-1	2%	=
 LT	65%	+25	33%	-25	2%	=
 HU	47%	+19	51%	-21	2%	+2
 MT	94%	+13	6%	-11	0%	-2
 PT	55%	+13	44%	-12	1%	-1
 LV	47%	+10	50%	-12	3%	+2
 IE	62%	+9	35%	-8	3%	-1
 DE	90%	+4	9%	-4	1%	=
 SI	73%	+4	26%	-4	1%	=
 EE	73%	+3	25%	-3	2%	=
 IT	56%	+2	42%	-2	2%	=
 LU	90%	+2	9%	-1	1%	-1
 PL	32%	+2	82%	-5	0%	+3
 BG	29%	+1	68%	=	3%	-1
 EL	26%	+1	74%	-1	0%	=
 AT	96%	+1	4%	-1	0%	=
 BE	97%	=	3%	=	0%	=
 CZ	78%	=	21%	=	1%	=
 DK	87%	=	12%	-1	1%	+1
 CY	73%	=	26%	=	1%	=
 NL	91%	=	9%	=	0%	=
 RO	25%	=	73%	+4	2%	-4
 FI	94%	=	6%	=	0%	=
 UK	95%	-1	14%	+1	1%	=
 FR	88%	-3	11%	+3	1%	=
 SK	50%	-3	49%	+3	1%	=
 ES	77%	-4	22%	+5	1%	-1
 SE	86%	-4	13%	+3	1%	+1
 HR	59%	NA	40%	NA	1%	NA

Πηγή : Πάσχος, 2018

Έρευνες αναφέρουν πως σε αρκετές διαταραχές, όπως είναι για παράδειγμα στην περίπτωση της οστεοαρθρίτιδας, οι υγειονομικές παρεμβάσεις έχουν μικρότερη επιρροή στις στατιστικές θνησιμότητας αλλά είναι εφικτό να επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις σε ό,τι έχει να κάνει με την αισθητή ελάττωση της αναπηρίας όπως επίσης και με την βελτίωση της ποιότητας ζωής (Institute of Medicine, 2011).

Σε όλες τις παθήσεις αυτής της μορφής, η ποιότητα ζωής έχει άμεση σχέση με την ιδιαιτερότητα της εκάστοτε πάθησης και τις θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισής

της. Για παράδειγμα, οι πάσχοντες του τεχνητού νεφρού, αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα πασχόντων με βελτιωμένη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ίδιους πριν από σχεδόν μια εικοσαετία. Το γεγονός αυτό κατά κύριο λόγο οφείλεται στη ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας και των σύγχρονων θεραπευτικών τακτικών (Ζυγά, 2017).

Όσες ενέργειες και να υλοποιηθούν, όμως, οι χρόνιες παθήσεις δεν εξαλείφονται και για αυτό το λόγο βασικότερος σκοπός όλων των παρεμβάσεων αυτής της μορφής είναι η διασφάλιση μιας κανονικής ζωής και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου θα αναλύσουμε ορισμένες από τις σημαντικότερες παθήσεις αυτής της μορφής και τις συνέπειες που υπάρχουν στην ποιότητα ζωής των εν λόγω πασχόντων (Fayers, 2006).

2.3 Ψυχολογία ασθενών με χρόνια νοσήματα

Οι παθήσεις αυτής της μορφής, γενικότερα, χρειάζονται καθοριστικές προσαρμογές στην καθημερινότητα των πασχόντων και όχι μόνο, καθώς τις περισσότερες φορές επιβάλλονται εκ της φύσεως της εκάστοτε πάθησης μόνιμες αλλαγές στην καθημερινότητα αυτών των ανθρώπων. Η έλλειψη ενημέρωσης, κατανόησης και συσχέτισης από τους συγκεκριμένους πάσχοντες πολλές φορές είναι εφικτό να οδηγήσει σε διάφορες επικοινωνιακές προκλήσεις (Pretoetal., 2016).

Οι πιο καθοριστικές εξ αυτών που έχουν άμεση σχέση με τις εν λόγω παθήσεις είναι οι προκλήσεις τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει ο ίδιος ο ασθενής, ο οποίος έχει διαγνωσθεί με μια τέτοια πάθηση. Η προσαρμογή στις απαιτούμενες αλλαγές είναι εφικτή και μπορεί να κατορθωθεί μια βελτίωση στην ποιότητα ζωής, στην περίπτωση στην οποία αντιμετωπιστούν σωστά όλες οι προκλήσεις. Σε αρκετά περιστατικά, η υπέρβαση των εν λόγω προκλήσεων απαιτεί σωστή συνεργασία ανάμεσα στους πάσχοντες, το συγγενικό τους αλλά και το φιλικό τους περιβάλλον, τους φροντιστές αλλά και τους επαγγελματίες υγείας (Shofany, 2017).

Οι παθήσεις αυτής της μορφής είναι δυνατόν να αντιμετωπίζονται ελαττωμένη λειτουργική δυνατότητα. Έρευνες επισημαίνουν πως οι συγκεκριμένες παθήσεις, οι οποίες δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την φυσική δράση, είναι εφικτό να

βοηθήσουν στην αισθητή ανοδική τάση των επιπέδων κούρασης ενώ την ίδια ώρα ελαττώνουν σε μεγάλο βαθμό την αντοχή (Fuller, 2016).

Υφίστανται και μελέτες οι οποίες κάνουν λόγο πως το αίσθημα της απογοήτευσης ελαττώνει τη σωματική καθώς επίσης και την πνευματική δυνατότητα που είναι εφικτό να είναι εξίσου εξουθενωτική, όπως και η ίδια η πάθηση. Οι περιορισμένες φυσικές δυνατότητες αυτών των πασχόντων είναι δυνατόν να αυξήσουν σε σημαντικό επίπεδο την αίσθηση της απώλειας ενώ την ίδια στιγμή δημιουργούν σημαντικά προβλήματα στην υγεία τους.

Οι συγκεκριμένες παθήσεις είναι εφικτό να αναπτύξουν μια εξάρτηση από άλλους, η οποία δεν είναι δυνατόν να γίνει αποδεκτή από τον πάσχοντα είτε από το οικογενειακό του περιβάλλον. Παράλληλα, είναι εφικτό να αναπτυχθεί μια αρνητική στάση είτε μια αίσθηση αυτοδιάλυσης, που είναι δυνατόν να αποθαρρύνει σε μεγάλο βαθμό την οικογένεια, η οποία ενεργεί με βασικότερο στόχο να προσφέρει μεγαλύτερη βοήθεια και κατανόηση (Teunissen, 2013).

Επίσης, οι παθήσεις αυτής της μορφής εμφανίζουν μεγάλες προκλήσεις για την αίσθηση του ανθρώπου για αυτογνωσία καθώς επίσης και αυτοεκτίμηση. Τα σωματικά συμπτώματα, οι ελαττωμένες δυνατότητες, οι οικονομικές δυσχέρειες όπως επίσης και οι προκλήσεις οι οποίες υφίστανται εξαιτίας χρονιότητας των παθήσεων είναι εφικτό να αναπτύξουν ισχυρά αισθήματα αυτοσυγκράτησης (Nugentetal., 2012).

Η ελαττωμένη αυτοεκτίμηση πολλές φορές οδηγεί σε συναισθήματα ενοχής είτε ακόμα και σε τάσεις προς την κοινωνική απομόνωση. Αυτά τα συναισθήματα, παρόλα αυτά, είναι εφικτό να βλάψουν περισσότερο την εικόνα του ίδιου του ανθρώπου, αναπτύσσοντας με αυτόν τον τρόπο έναν φαύλο κύκλο αρνητικής στάσης που είναι δυνατόν να κρατήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα (Institute of Medicine, 2011).

Στη σημερινή εποχή υφίστανται διάφορες έρευνες, οι οποίες έχουν εντοπίσει 10 αρνητικά βασικά συναισθήματα τα οποία αποτελούν βασικό γνώρισμα αυτών των πασχόντων και θα πρέπει να αντιμετωπίσουν οι φροντιστές. Αυτά τα γνωρίσματα είναι τα εξής :

- Αδυναμία : τις περισσότερες φορές αποτελεί συνέπεια της απαιτούμενης εξάρτησης από τους γύρω τους και της απώλειας της ανεξαρτησίας εξαιτίας ελαττωμένων δυνατοτήτων
- Απογοήτευση : οι ελαττωμένες δυνατότητες, τα επίμονα σωματικά είτε διανοητικά συμπτώματα καθώς επίσης και η γενικότερα απώλεια ελέγχου της ζωής είναι εφικτό να οδηγήσουν σε μεγάλη απογοήτευση
- Απελπισία : οι χρόνιες παθήσεις είναι εφικτό να οδηγήσουν σε απελπισία για το παρόν εξαιτίας των συμπτωμάτων είτε ακόμα και της απώλειας των δεξιοτήτων καθώς και την αβεβαιότητα για το μέλλον
- Θλίψη : οι συγκεκριμένοι πάσχοντες σε πολλές έρευνες έχουν εκφράσει έντονα το συναίσθημα αυτό για την κατάσταση την οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν ενώ ταυτόχρονα και για όσα έχουν στερηθεί
- Δυσαρέσκεια : οι εν λόγω πάσχοντες εκφράζουν αυτό το συναίσθημα προς τον ίδιο τους τον εαυτό εξαιτίας αναπηρίας είτε ελαττωμένων δυνατοτήτων (Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019)
- Άγχος : η αίσθηση της φοβίας και του στρες είναι κοινό φαινόμενο σε αυτές τις παθήσεις τόσο από την πλευρά του παρόντος όσο και εκείνη του μέλλοντος
- Ευερεθιστότητα : η απογοήτευση, η δυσαρέσκεια, το στρες καθώς επίσης και η απελπισία των συγκεκριμένων παθήσεων είναι εφικτό να επιφέρει ευερεθιστότητα σε έναν άνθρωπο που στρέφεται τόσο εναντίον των άλλων όσο και του ίδιου του του εαυτού
- Ένταση : οι βασικότερες κοινωνικών είτε οικονομικές επιπτώσεις σε συνδυασμό με την ελαττωμένη φυσική δράση είναι εφικτό να επιφέρουν σωματική καθώς επίσης και συναισθηματική ένταση, η οποία πολλές φορές χειροτερεύει περισσότερο τις εν λόγω παθήσεις
- Στρες : τα συμπτώματα αυτών των παθήσεων είτε των συγκεκριμένων διαταραχών στην καθημερινή ζωή αυτών των πασχόντων αλλά και η χαμηλότερη αυτοεκτίμηση επιφέρουν αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές

- Θυμός : το συγκεκριμένο αίσθημα τις περισσότερες φορές παρουσιάζεται έντονο σε αυτούς τους ασθενείς επιβάλλοντας παράλληλα ένα είδος τιμωρίας στον ίδιο τους τον εαυτό μιας και νιώθουν πως δεν έχουν την ευχέρεια να ανταπεξέλθουν πλήρως στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς τους (Hipple-Walters, 2015)

2.4 Στάδια ψυχολογίας

Το πρώτο στάδιο αφορά την άρνηση. Στο συγκεκριμένο στάδιο, οι πάσχοντες δεν δέχονται το γεγονός της πάθησής τους για να προφυλαχθούν από το φόβο του θανάτου. Η εν λόγω άρνηση αποτελεί την πιο διαδεδομένη και φυσιολογική αντίδραση στην περίπτωση στην οποία η πραγματικότητα είναι εξαιρετικά οδυνηρή. Το γεγονός αυτό έχει σαν βασικότερη συνέπεια οι πάσχοντες να καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια (Huard, 2018).

Η άρνηση των κυριότερων συνεπειών, αλλά και της πιθανότητας του θανάτου είναι εφικτό να παίξει καθοριστικό ρόλο στην προσαρμογή του πάσχοντα, μιας και του προσφέρει την ευχέρεια να θέσει μακροπρόθεσμους στόχους και να σχεδιάσει την καθημερινότητά του, ενώ παράλληλα έχει τη δυνατότητα να συντηρήσει τις σχέσεις του με το οικογενειακό αλλά και το φιλικό του περιβάλλον. Στην περίπτωση, όμως, όπου η άρνηση παραταθεί είναι εφικτό να μην έχει θετικές επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου, καθώς δεν τηρεί τις ιατρικές οδηγίες είτε αποφεύγει να αποδεχθεί τη διάγνωση της πάθησης (McEnoy, 2014).

Το δεύτερο στάδιο αφορά το στάδιο του θυμού. Στο συγκεκριμένο επίπεδο οι πάσχοντες και οι συγγενείς τους βιώνουν και εκφράζουν αυτό το αίσθημα, το οποίο αποτελεί μια φυσιολογική και ανθρώπινη αντίδραση. Το εν λόγω συναίσθημα προέρχεται από μια βαθιά απογοήτευση, μια αίσθηση αδικίας καθώς επίσης και αδυναμίας που πολλές φορές μετατίθεται προς διαφορετικές κατευθύνσεις. Ορισμένες φορές προς τους κοντινούς τους ανθρώπους, όπως το συγγενικό και το φιλικό περιβάλλον, και σε άλλες περιπτώσεις προς τους επαγγελματίες υγείας αποδίδοντάς τους τον ρόλο του κακού ενώ σε άλλους τον ρόλο του καλού (Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Αρκετοί πάσχοντες παρουσιάζουν φοβίες για την πάθηση με ευερεθιστότητα και εχθρικότητα προς τους επαγγελματίες υγείας. Δεν συνεργάζονται, κατακρίνουν όλες τις ενέργειες των συγκεκριμένων επαγγελματιών, πολλές φορές καβγαδίζουν μαζί τους, ενώ σε άλλους βγαίνει ως οργή σε μεταφυσικά επίπεδο, που αφορούν τον Θεό, την τύχη κλπ. παράλληλα, όμως, ο θυμός είναι εφικτό να αναπτύξει σημαντικές εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, με βασικότερη συνέπεια να αποξενώνει τον πάσχοντα από το συγγενικό αλλά και το φιλικό του περιβάλλον σε μια περίοδο που έχει ανάγκη την βοήθεια και την στήριξη (Τοκμανίδης, 2003).

Το 3^ο στάδιο αυτής της μορφής έχει να κάνει με το φαινόμενο της κατάθλιψης. Οι πάσχοντες αισθάνονται πως τα συμπτώματά τους εντείνονται και σταδιακά γίνονται πιο αδύναμοι και δεν έχουν τη δυνατότητα να κρύψουν την απελπισία, την θλίψη αλλά και την πίκρα τους. Η αίσθηση της απώλειας αποτελεί τον βασικότερο λόγο, ο οποίος τις περισσότερες φορές οδηγεί τον πάσχοντα σε αυτήν την κατάσταση. Το συγκεκριμένο φαινόμενο είναι δυνατόν να αποτελεί μια αντίδραση στην περίπτωση στην οποία συγκρίνει το τι ήταν παλαιότερα και το πως έχει μεταβληθεί η καθημερινότητά του, σε ό,τι έχει να κάνει με την εμφάνισή του, την ενέργειά του κλπ (Nuono, 2007).

Το 4^ο στάδιο έχει να κάνει με την διαπραγμάτευση. Στο στάδιο αυτό, οι πάσχοντες και οι συγγενείς τους ξεκινούν να αντιλαμβάνονται πως η πάθηση είναι ένα αμετάκλητο γεγονός και είναι κάτι το οποίο είναι δυνατόν να συμβεί σε όλους τους ανθρώπους. Οι πάσχοντες σταδιακά αποδέχονται την κατάστασή τους, αλλά τις περισσότερες φορές έχουν την τάση να κάνουν συμφωνίες, με βασικότερο στόχο να καθυστερήσουν είτε ακόμα και να αποτρέψουν την αρνητική εξέλιξη της πάθησης είτε του θανάτου τους (Fayers, 2006).

Για αυτό το λόγο κάνουν διαπραγματεύσεις με ανθρώπους κύρους είτε με τον Θεό, κάνουν τάματα, υπόσχονται καλύτερη συμπεριφορά προς τους επαγγελματίες υγείας είτε αφιερώνουν την ζωή τους στην εκκλησία με την ελπίδα πως θα βελτιωθεί η κατάστασή τους. Πολλές φορές, οι εν λόγω πάσχοντες βρίσκονται αντιμέτωποι με την πρόκληση να υιοθετήσουν καινούριες συμπεριφορές και συνήθειες, όπως είναι για παράδειγμα η κατάλληλη διατροφή, η αποχή από το κάπνισμα, η σωστή σωματική άσκηση, η επαρκής ανάπαυση κλπ. Οι καινούριες αυτές συμπεριφορές παίζουν

καθοριστικό ρόλο στην προώθηση της υγείας και παράλληλα ενισχύουν την αίσθηση των πασχόντων πως ασκούν κάποιας μορφής έλεγχο στην αισθητή βελτίωση της οργανικής τους κατάστασης (Eckerblad, 2015).

Τέλος, υφίσταται το στάδιο της αποδοχής. Πρόκειται για μια περίοδο εσωτερικής ηρεμίας, στην οποία οι πάσχοντες έχουν σταματήσει να αγωνίζονται και συμφιλιώνονται με την ιδέα του θανάτου. Έχοντας τακτοποιήσει όλες τις εκκρεμείς υποθέσεις τους, αισθάνονται ήρεμοι και έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τον θάνατο. Οι πάσχοντες πλέον έχουν σταματήσει να παλεύουν για να μείνουν στη ζωή (McEvoy, 2014).

Η επικοινωνία που έχουν με το περιβάλλον τους, τις περισσότερες φορές, είναι ελάχιστη στο λεκτικό επίπεδο, ενώ με το βλέμμα τους και την συμπεριφορά τους εκφράζουν αυτή την αποδοχή. Οι πάσχοντες και οι συγγενείς τους μαθαίνουν να ζουν με την πάθηση, την περιέχουν στην καθημερινότητά τους, αξιοποιούν το χρόνο και τις σχέσεις τους και ζουν μια ζωή, η οποία έχει νόημα και αξία για τους ίδιους (Weisz, 2014).

Σε αυτό το στάδιο, οι πάσχοντες αντιλαμβάνονται το επικείμενο τέλος τους. Σταδιακά περιορίζουν τα ενδιαφέροντά τους ενώ οι επισκέψεις αρχίζουν να τους ενοχλούν και θέλουν να είναι μόνοι τους. Η επικοινωνία τους με το περιβάλλον τις περισσότερες φορές γίνεται με νοήματα και σε ελάχιστες περιπτώσεις με την ομιλία. Είναι πιο συνεργάσιμοι και πειθαρχούν στις θεραπείες που πρέπει να ακολουθήσουν. Η πιο μεγάλη, όμως, πρόκληση για τους συγκεκριμένους πάσχοντες στο εν λόγω επίπεδο είναι να μάθουν να ζουν με την πάθησή τους, τις ανάγκες της εκάστοτε θεραπευτικής μεθόδου αντιμετώπισης καθώς επίσης και την αβεβαιότητα που αποτελεί βασικό γνώρισμα της εξέλιξης αυτών των παθήσεων (Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας είναι ζωτικής σημασίας να γνωρίζουν τα συγκεκριμένα στάδια και να τα αναγνωρίζουν όταν επεμβαίνουν θεραπευτικά στον πάσχοντα και στο συγγενικό του περιβάλλον, με βασικότερο στόχο να είναι πιο αποδοτική η παρέμβαση και να έχουν την ευχέρεια να βοηθήσουν σε σημαντικό επίπεδο. Η μεγάλη διάρκεια των χρόνιων παθήσεων απαιτεί συμβιβασμούς και

τακτικές αντιμετώπισης τόσο από τους ίδιους τους πάσχοντες όσο και από το συγγενικό τους περιβάλλον (Sverker, 2007).

Τέλος, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως η διερεύνηση αλλά και η κατανόηση του πως διάφοροι παράμετροι παρεμβαίνουν και επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις στην εξέλιξη της υγείας και στην ποιότητα ζωής του πάσχοντα και των συγγενών του, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αισθητή βελτίωση της προσφερόμενης φροντίδας, ανοίγει καινούριες οπτικές στη θεώρηση της περίθαλψης και παίζει καθοριστικό ρόλο στη βέλτιστη εφικτή αντιμετώπιση των πασχόντων από τους επαγγελματίες υγείας (Saxton, 2011).

2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία

Έρευνες αναφέρουν πως οι χρόνιες παθήσεις, που αποτελούν πεδίο έρευνας αυτής της εργασίας, αποτελούν μια προσωπική δοκιμασία για όλους τους πάσχοντες που προκαλεί διαφορετικού επιπέδου ψυχολογικές αντιδράσεις για τον εκάστοτε άνθρωπο. Ο τύπος και η ένταση των αντιδράσεων του εκάστοτε πάσχοντα σε αυτές τις παθήσεις έχει άρρηκτη σχέση αλλά και εξάρτηση από αρκετές και διαφορετικές παραμέτρους (Ζυγά, 2017).

Μια εξ αυτών είναι η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι πάσχοντες. Πρόκειται για μια δυνατή παράμετρο στη διαμόρφωση της ψυχολογικής αντίδρασης στην πάθηση. Στην παιδική ηλικιακή ομάδα, οι γνωστικές δράσεις και οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί κατάλληλα, με βασικότερη συνέπεια να υφίσταται πιο μεγάλη πιθανότητα συναισθηματικής παλινδρόμησης (Institute of Medicine, 2011).

Από την άλλη πλευρά για τους εφήβους, η πάθηση αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα και πλήγμα στη δράση σταθεροποίησης της εικόνας του Εγώ τους, με βασικότερη επίπτωση την ανάπτυξη έντονου άγχους. Στους ενήλικες υφίσταται πιο μεγάλη επιβάρυνση εξαιτίας της ύπαρξης αυξημένων οικογενειακών και επαγγελματικών υποχρεώσεων. Επέλευση της πάθησης στους μεσήλικες συνοδεύεται πολλές φορές από απαισιόδοξες σκέψεις για το γήρας που πλησιάζουν και το αναπόφευκτο για όλους θάνατο (Cheu, 2013).

Εξίσου σημαντική παράμετρος αυτής της μορφής, όμως, λογίζεται πως είναι και το φύλο του πάσχοντα, που συσχετίζεται με την ψυχολογική αντίδραση σε μια τέτοια κατάσταση. Έρευνες αναφέρουν πως οι γυναίκες αντιδρούν πιο έντονα σε παθήσεις, κακώσεις είτε ακόμα και επεμβάσεις οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα τις αισθητικές αλλαγές, ενώ από την άλλη μεριά οι άντρες σε χρόνιες παθήσεις οι οποίες έχουν ως βασικότερο αποτέλεσμα σημαντικό λειτουργικό περιορισμό, κάτι το οποίο επιφέρει αυξημένη εξάρτηση από τους γύρω τους (Fennell, 2013).

Καθοριστική παράμετρος, όμως, θεωρείται και η προσωπικότητα του εκάστοτε πάσχοντα, που επί της ουσίας αποτελεί μια από τις πιο καθοριστικές παραμέτρους που συσχετίζεται με την ύπαρξη ψυχολογικών αντιδράσεων για μια πάθηση. Άνθρωποι οι οποίοι είναι ανεξάρτητοι, με ενεργητικότητα αλλά και δυναμικό δυσκολεύονται να παίξουν τον ρόλο του καλού πάσχοντα, δηλαδή εκείνου ο οποίος συμμορφώνεται άμεσα προς τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας, δεν παραπονιούνται για την υγεία τους είτε δεν κριτικάρουν τις ενέργειες των επαγγελματιών υγείας κλπ (Pretoetal., 2016).

Πάσχοντες με υστερική δομή προσωπικότητας είναι εξαιρετικά πιθανό να αντιδράσουν με πιο έντονη συναισθηματική παλινδρόμηση, αυξημένες απαιτήσεις περιποιήσεων καθώς επίσης και φροντίδας και σωματοποίηση του στρες τους. Μελέτες κάνουν λόγο πως πάσχοντες με παρανοειδή προνοσηρή προσωπικότητα είναι πιο πιθανό να κινητοποιήσουν τον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της προβολής και να γίνουν πιο οξύθυμοι, επιθετικοί είτε ακόμα και διεκδικητικοί (Shofany, 2017).

Πάσχοντες αυτής της μορφής τις περισσότερες φορές δεν συνεργάζονται εύκολα στη θεραπεία και για αυτό το λόγο την εγκαταλείπουν άμεσα. Πάσχοντες με ψυχαναγκαστική προνοσηρή προσωπικότητα κινητοποιούν ευκολότερα τους μηχανισμούς της καταπίεσης, της μόνωσης αλλά και της διανοητικοποίησης. Τις περισσότερες φορές, οι συγκεκριμένοι πάσχοντες ενδιαφέρονται περισσότερο για την πάθησή τους, ενημερώνονται από βιβλία για αυτήν και παρακολουθούν τις εξελίξεις της, δίχως όμως, να έχουν ενεργό ρόλο συναισθηματικά (Institute of Medicine, 2011).

Μια εξίσου σημαντική παράμετρος αυτής της μορφής, που παίζει καθοριστικό ρόλο σε όλες αυτές τις παθήσεις, είναι το μορφωτικό επίπεδο του εκάστοτε πάσχοντα

καθώς επίσης και η κοινωνική του θέση, που είναι εφικτό να διαμορφώσουν τις ψυχολογικές του αντιδράσεις στην πάθηση. Άνθρωποι με χαμηλότερο μορφωτικό είτε ακόμα και κοινωνικό επίπεδο εμφανίζουν πιο μεγάλη δυσμένεια στο να αποδεχτούν εν τέλει, αλλά και να εγκαταλείψουν τον ρόλο του πάσχοντα. Από την άλλη πλευρά, άνθρωποι με μεγαλύτερο μορφωτικό επίπεδο αντιλαμβάνονται καλύτερα την πάθησή τους και αποδέχονται πιο εύκολα τον ρόλο τους ως πάσχοντες.

Καθοριστική, όμως, λογίζεται πως είναι και οι παράμετροι της σοβαρότητας αλλά και της βαρύτητας της εκάστοτε πάθησης. Οι εν λόγω παράμετροι είναι οι πιο σημαντικοί σε ό,τι έχει να κάνει με τη διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων. Η πιο σοβαρή πάθηση είτε και η πιο βαριά νόσηση είναι αυτονόητο πως θα επιφέρουν πιο έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις. Το σταδιακό ξεκίνημα μιας πάθησης τις περισσότερες φορές αφήνει πιο πολλά περιθώρια για την ανάπτυξη των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών (Lorigetal., 2013).

Τέλος, εξίσου σημαντική παράμετρος θεωρείται πως είναι η στάση των συγγενών και των φίλων του πάσχοντα. Η στάση αυτών των ανθρώπων είναι δυνατόν να επιφέρει αρνητικές είτε ακόμα και θετικές επιρροές και επιδράσεις στην ψυχολογία του πάσχοντα. Οι συγγενείς οι οποίοι ανταποκρίνονται θετικά σε ό,τι έχει να κάνει με την χρόνια πάθηση, οι οποίοι τον στηρίζουν κλπ παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αισθητή βελτίωση της κατάστασή τους. Από την άλλη πλευρά, οι συγγενείς οι οποίες δεν ανταποκρίνονται θετικά, οι οποίοι κλείνουν τα μάτια στο ζήτημά του κλπ, επιφέρουν περισσότερες δυσκολίες στον πάσχοντα (Nugentetal., 2012).

2.6 Αμυντικοί μηχανισμοί τους οποίους ενεργοποιούν οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συγκεκριμένων πασχόντων κινητοποιεί σε ασυνείδητο επίπεδο αρκετούς και διαφορετικούς αμυντικούς μηχανισμούς. Διαμέσου αυτών τις ορισμένες φορές κατορθώνεται σε πιο μεγάλο επίπεδο και άλλες σε πιο μικρό η αισθητή ελάττωση της ενδοψυχικής αναστάτωσης, η οποία επέρχεται ως απάντηση σε κάθε μορφής ψυχοπιεστική συνθήκη (Teunissen, 2013).

Το πόσο αποδοτικοί είναι οι συγκεκριμένοι μηχανισμοί έχει να κάνει κατά κύριο λόγο με τον τύπο τους, τη διάρκεια δράσης τους καθώς επίσης και την ένταση της ψυχοπαιστικής κατάστασης που θα πρέπει να καταστείλουν. Οι βασικότεροι μηχανισμοί αυτής της μορφής είναι 4 και παρουσιάζονται παρακάτω :

- ❖ Η άρνηση: σε αυτές τις περιπτώσεις οι πάσχοντες με τον εν λόγω μηχανισμό δεν δέχονται τα συμπτώματα της πάθησης και τις συνέπειες που αυτή επιφέρει. Αυτό έχει σαν βασικότερη συνέπεια, σε αρκετές περιπτώσεις, να καθυστερεί σε μεγάλο βαθμό την επίσκεψή του στον θεράπον ιατρό είτε δυσκολεύει την συνεργασία του με τους επαγγελματίες υγείας
- ❖ Η απώθηση και η καταπίεση: σε αρκετές περιπτώσεις οι συγκεκριμένοι πάσχοντες ενώ γνωρίζουν την ύπαρξη της πάθησης δεν ενδιαφέρονται και δεν ασχολούνται με αυτήν. Στην περίπτωση που γίνει κάτι τέτοιο σε ασυνείδητο επίπεδο πρόκειται για το μηχανισμό της απώθησης ενώ στην περίπτωση που γίνει συνειδητά πρόκειται για τον μηχανισμό της καταπίεσης
- ❖ Η υπεραναπλήρωση :σε αυτές τις περιπτώσεις ο συγκεκριμένος μηχανισμός παίζει καθοριστικό ρόλο για τους πάσχοντες, προκειμένου να έχουν την ευχέρεια να αντιμετωπίσουν σε ασυνείδητο επίπεδο την απώλεια της αυτοεκτίμησής τους
- ❖ Η προβολή : διαμέσου του συγκεκριμένου μηχανισμού οι εν λόγω πάσχοντες είναι δυνατόν να γίνουν αρκετά γκρινιάρηδες, εριστικοί είτε ακόμα και ιδιαίτερα επιθετικοί. Η συγκεκριμένη επιθετικότητα τις περισσότερες φορές αφορά τους άλλους και αποφεύγονται οι ιδέες ενοχής και αυτοκαταστροφής (Fuller, 2016)

2.7 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

Στη σημερινή εποχή οι πιο διαδεδομένες τακτικές παρέμβασης με βασικότερο στόχο την ψυχολογική υποστήριξη των συγκεκριμένων πασχόντων βασίζονται κατά κύριο λόγο στην ενημέρωση, στην αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης, στην εκμάθηση

τακτικών διαχείρισης του άγχους, στη χρησιμότητα των εξειδικευμένων παρεμβατικών και θεραπευτικών τακτικών, στην οικογενειακή θεραπεία αλλά και στην παρέμβαση στο προσωπικό υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Hipple-Walters, 2015).

Οι πιο διαδεδομένοι γενικοί στόχοι των προγραμμάτων αυτής της μορφής έχουν άμεση σχέση με την αισθητή ελάττωση της δυσφορίας καθώς επίσης και των λοιπών αρνητικών συναισθημάτων, την αισθητή βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά και την ενίσχυση της χρησιμότητας των λειτουργικών τακτικών αντιμετώπισης του άγχους (Δημόπουλος, 2014).

Η διεθνής αλλά και η ελληνική βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιάσει πολλά αναπτυγμένα μοντέλα παρέμβασης, που έχουν δείξει καθοριστική αποδοτικότητα. Βάσει μελετών, οι μη φυσιολογικές παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα αποδοτικές, μιας και όχι μονάχα έχουν την ευχέρεια να ενισχύσουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων αλλά ταυτόχρονα βελτιώνουν σημαντικά τις πιθανότητες επιτυχίας των ιατρικών θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης (Weisz, 2014).

Έρευνες, επίσης, αναφέρουν πως οι τακτικές που έχουν επιδείξει την πιο μεγάλη αποδοτικότητα είναι η σωστή εκπαίδευση του πάσχοντα, οι τακτικές χαλάρωσης, η εκπαίδευση σε ό,τι έχει να κάνει με την επίλυση σοβαρών ζητημάτων υγείας καθώς επίσης και οι ικανότητες επικοινωνίας, αλλά και η αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων (Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Ακόμα, καθοριστικά αποτελέσματα εμφανίζουν και οι παρεμβάσεις οι οποίες υλοποιούνται σε οικογενειακό επίπεδο, σε επίπεδο κοινωνικής στήριξης αλλά και σε κοινοτικό επίπεδο, με απώτερο σκοπό την αισθητή ενίσχυση της κατανόησης των ανθρώπων για μια καθορισμένη πάθηση είτε συνθήκη. Βασική θέση στα εν λόγω προγράμματα παρέμβασης έχουν οι ενέργειες που έχουν άμεση σχέση με την ενίσχυση της υλικής αλλά και της συναισθηματικής κοινωνικής στήριξης, που λαμβάνουν οι παθήσεις, αλλά και οι ενέργειες που έχουν σαν απώτερο σκοπό την ενίσχυση της χρήσης περισσότερο λειτουργικών και αποδοτικών τακτικών αντιμετώπισης του προβλήματος του άγχους (Hipple-Walters, 2015).

Οι μέθοδοι κινητοποίησης για πιο μεγάλη λήψη κοινωνικής φροντίδας τις περισσότερες φορές είναι 3. Η πρώτη εξ αυτών αφορά την κινητοποίηση των συγγενών και των κοντινών προσώπων για ενεργό ρόλο σε ολόκληρη την θεραπευτική δράση. Η δεύτερη εξ αυτών έχει να κάνει με την παρώθηση των πασχόντων για ενεργό ρόλο σε υποστηρικτικές ομάδες ενώ η τελευταία εξ αυτών έχει να κάνει με την παραπομπή σε ατομικό επίπεδο, με κυριότερο στόχο την υπέρβαση των ζητημάτων τα οποία τις περισσότερες φορές οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, σε περίπτωση που αυτό κριθεί απαραίτητο (Fuller, 2016). Σε ό,τι έχει να κάνει με την ενίσχυση της χρησιμότητας αποδοτικών τακτικών αντιμετώπισης του άγχους, έρευνες αναφέρουν πως σε ένα δείγμα 35 μελετών οι οποίες είχαν να κάνουν με ένα τεράστιο σύνολο χρόνιων παθήσεων (όπως ήταν για παράδειγμα το άσθμα, ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης, το AIDS κλπ) εντόπισαν πως οι παρεμβάσεις οι οποίες αναπτύχθηκαν ήταν ιδιαίτερα αποδοτικές. Παρόλα αυτά, οι παραπάνω μελέτες περιορίζονταν σε ό,τι είχε να κάνει με την ενίσχυση είτε τη μεταβολή σε μια είτε ακόμα και πιο πολλές τακτικές, που τις περισσότερες φορές επικεντρωνόταν στο ζήτημα. Η βασική τακτική η οποία χρησιμεύει σε αυτές τις περιπτώσεις, ως επί το πλείστον είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική, παρόλο που αυτό είναι δυνατόν μονάχα να αντανakλά τον ισχυρό ανάλογο προσανατολισμό των πιο πολλών μελετών (Teunissen, 2013). Καθοριστικά μέρη των προγραμμάτων αυτής της μορφής αποτελούν, παράλληλα, εξειδικευμένα θέματα όπως είναι για παράδειγμα η διαχείριση του ισχυρού πόνου καθώς επίσης και η βέλτιστη εφικτή αντιμετώπιση των ζητημάτων του ύπνου. Παρά το γεγονός πως το πρώτο εξ αυτών λογίζεται ως αυτονόητο, εξαιρετική σημασία είναι σημαντικό να δοθεί και στο δεύτερο, μιας και είναι καθοριστική η επιρροή του ύπνου στο ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα και στη γενικότερη ποιότητα ζωής και στο γενικό επίπεδο υγείας των σύγχρονων ανθρώπων (Nugentetal., 2012). Με βασικότερο στόχο τη βέλτιστη εφικτή αντιμετώπιση των παραπάνω ζητημάτων ύπνου, πολλές φορές γίνεται χρήση γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τακτικών, όπως είναι για παράδειγμα η παρακολούθηση των ερεθισμάτων (όπως για παράδειγμα όταν ο άνθρωπος πηγαίνει να κοιμηθεί μονάχα όταν νυστάξει, ο αποκλεισμός συγκεκριμένων δράσεων όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης, η λήψη φαγητού στο κρεβάτι κλπ), η κατάρτιση σε ζητήματα υγιεινής ύπνου, η διαχείριση του άγχους κλπ (Sverker, 2007). Έρευνες όλα αυτά τα χρόνια αναφέρουν πως δυο είναι οι βασικότερες αρχές, οι οποίες είναι

ζωτικής σημασίας να αποτελούν βασικό γνώρισμα των προσπαθειών παρέμβασης των ψυχολόγων υγείας. Η πρώτη εξ αυτών των αρχών αφορά την ευελιξία στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων σε συνδυασμό με τη συντήρηση των ορίων. Από την άλλη πλευρά, η δεύτερη αρχή έχει να κάνει με την ανάπτυξη ρεαλιστικών προσδοκιών σε συνδυασμό με την απαίτηση να μάθουν να διαχειρίζονται την απώλεια. Τέλος, σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί πως απαιτείται η ενημέρωση για ζητήματα ιατρικά αλλά και νομικά (Saxton, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

3.1 Εισαγωγή

Στην αντιμετώπιση των παθήσεων που μελετάμε στη συγκεκριμένη εργασία χρειάζεται να επικεντρώνονται, όχι μονάχα οι άνθρωποι οι οποίοι ήδη πάσχουν, αλλά και όσοι δεν έχουν παρουσιάσει μια τέτοια πάθηση. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε, εξάλλου, πως απαιτούνται αρκετοί και διαφορετικοί μηχανισμοί έως ότου εκδηλωθεί μια πάθηση αυτού του είδους. Συνεπώς, το ζητούμενο είναι να γίνεται ο απαιτούμενος προληπτικός έλεγχος (Sperry, 2006).

Με βασικότερο στόχο να αντιμετωπιστούν ορθολογικά οι εν λόγω παθήσεις είναι σημαντικό να ανακαλυφθούν τα πραγματικά αίτια τα οποία αναπτύσσουν μια τέτοια κατάσταση. Ειδικότερα, οι τακτικές χορήγησης σκευασμάτων φαρμακευτικών και μη, που καταπολεμούν τα συμπτώματα και όχι τις παθήσεις είναι οι πιο συχνές και οι πιο μη αποδοτικές (Sigh, 2008).

Οι πάσχοντες για ολόκληρη τη ζωή τους διαχειρίζονται το ζήτημα της χοληστερίνης, της υπέρτασης, του διαβήτη κλπ, ποτέ όμως οι πάσχοντες δεν ανακάμπτουν και η υγεία τους είναι σε σταθερά φθίνουσα πορεία. Με το πέρασμα των ετών, τα καινούρια νοσήματα αυτής της μορφής τις περισσότερες φορές προστίθενται, κάτι το οποίο, όμως, με τη σειρά του δημιουργεί περισσότερα προβλήματα στους πάσχοντες (Lenz, 2013).

Όλα αυτά τα χρόνια υφίστανται μελέτες που εστιάζουν στα αίτια των παθήσεων. Επομένως, δεν είναι εφικτό να περιοριστούμε στον υπολογισμό της πίεσης και σε γενικές αιματολογικές εξετάσεις. Το βάθος και τα δεδομένα τα οποία παρέχονται είναι εξαιρετικά ελλιπή και έτσι μπορούμε μόνο να εντοπίσουμε την ύπαρξη της εκδήλωσης μιας πάθησης (Γεροδήμος, 2013).

Παρά το γεγονός αυτό, όμως, στη σημερινή εποχή υφίστανται ειδικές εξετάσεις, οι οποίες υλοποιούνται με βασικότερο στόχο να εντοπίσουμε τι ακριβώς φταίει και να το λύσουμε. Επί της ουσίας πρόκειται για εξετάσεις, οι οποίες είναι εφικτό να μελετούν μηχανισμούς σε κυτταρικό επίπεδο, όπως είναι για παράδειγμα οι

μεταβολίτες, οι νευροδιαβιβαστές, οι ελλείψεις και οι ανεπάρκειες σε μοριακό επίπεδο κλπ.

Η συγκεκριμένη προσέγγιση σε αρκετές περιπτώσεις συμπληρώνεται διαμέσου της χρήσης ενός ιατρικού ιστορικού, το οποίο διερευνά πλήθος επιγενετικών παραμέτρων, που επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις στην ομοιοσταση του ανθρώπινου οργανισμού. Στη σημερινή εποχή υφίσταται η δυνατότητα ακριβούς παρέμβασης με ειδικές αγωγές σύμφωνα με τις εξετάσεις και σιγά-σιγά μπορούμε να αντιστρέψουμε κάθε πάθηση αυτής της μορφής (DiChiara, 2020).

Αιτιολογική αντιμετώπιση των εν λόγω παθήσεων αποτελούν τα ιατρικά πρωτόκολλα, τα οποία εστιάζουν σε φυσικές πολυθρεπτικές μικρομοριακές φόρμουλες και φυσικές ορμόνες που έχουν σαν βασικότερο σκοπό να καταφέρουν να απομακρύνουν τους τοξικές στρεσογόνες παραμέτρους, να σταματήσουν τους μηχανισμούς παθογένειας, να απομακρύνουν τα κύτταρα τα οποία πάσχουν, να ελαττώσουν τις φλεγμονές, να αναπληρώσουν τις μικρό-μοριακές θρεπτικές ελλείψεις, να αποκαταστήσουν την ορμονική ομοιοσταση καθώς επίσης και να αναπτύξουν καινούρια υγιή κύτταρα (Ventegodtetal., 2005).

Με τη χρήση των παραπάνω πρωτοκόλλων αλλά και με τις σωστές διατροφικές οδηγίες που αφορούν τη στάση ζωής που χρειάζεται να έχει ένας τέτοιος ασθενής, είναι εφικτό σιγά-σιγά να επανέλθει η εύρυθμη και ισορροπημένη σωματική δράση. Γενικότερα, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε πως στην περίπτωση στην οποία μια τέτοια πάθηση εκφραστεί, τότε είμαστε σίγουροι πως το οριακό αυτό σημείο όπου ο οργανισμός του πάσχοντα είναι εφικτό να ανταπεξέλθει, έχει ξεπεραστεί (Sigh, 2008).

Στη σύγχρονη εποχή, τα πρωτόκολλα που παρέχονται, οριοθετούν τις ποσότητες, τις δοσολογίες καθώς επίσης και τον τύπο των συστατικών, που μεταβάλλονται από άνθρωπο σε άνθρωπο, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει με τις προσεγγίσεις παρόμοιων δοσολογιών σχημάτων για όλους. Έρευνες κάνουν λόγο πως τα κλινικά αποτελέσματα παρόμοιων πρωτοκόλλων τις τελευταίες δεκαετίες, είναι εξαιρετικά ικανοποιητικά, με ποσοστά βελτίωσης και επαναρρύθμισης του οργανισμού που ξεπερνούν το 80% (Nolteetal., 2014).

Τέλος, μελέτες αναφέρουν πως οι πάσχοντες που υπόκεινται σε θεραπευτικές αγωγές, οι οποίες έχουν άμεση σχέση με τη λειτουργική ιατρική, βλέπουν την καθημερινή τους ζωή να μεταβάλλεται ριζικά. Η ποιότητα ζωής τους παρουσιάζει αισθητή βελτίωση ενώ τα ψυχικά και τα σωματικά τους αποθέματα εμφανίζουν σημαντική ανοδική τάση. Επίσης είναι σημαντικό να σημειωθεί πως στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υφίστανται σημαντικοί περιορισμοί είτε διάφορες αντενδείξεις (Nathan, 2018).

3.2 Τεχνικές μέτρησης ποιότητας ζωής

Στη σημερινή εποχή υφίστανται πιο πολλά από 800 τακτικές μέτρησης της ποιότητας ζωής. Η δημιουργία των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων επικεντρώνεται κυρίως στην κάθε περίπτωση στο γενικό επίπεδο υγείας του ανθρώπου είτε σε συνέπειες καθορισμένων παραγόντων στην ποιότητα ζωής. Τα ερωτηματολόγια αυτής της μορφής επικεντρώνεται σε ψυχομετρικές τακτικές, σε κλινικές εφαρμογές, σε τακτικές εκτίμησης της χρησιμότητας που έχει προέλευση από τη χρηματοοικονομική επιστήμη καθώς επίσης και τη θεωρία των αποφάσεων κλπ (Ζυγά, 2017).

Το εκάστοτε ερωτηματολόγιο μετράει, είτε περισσότερο είτε λιγότερο, το σύνολο των επιμέρους διαστάσεων της ποιότητας ζωής των πασχόντων. Πολλά εξ αυτών είναι μεταφρασμένα και εγκυροποιημένα και στη γλώσσα της χώρας μας ενώ ορισμένα από τα πιο σημαντικά ερωτηματολόγια αυτής της μορφής παρουσιάζονται παρακάτω (Μανώλης, 2012).

Ένα εξ αυτών είναι το γενικό ερωτηματολόγιο. Επί της ουσίας πρόκειται για μέσα τα οποία επικεντρώνονται σε μια ευρεία και πιο γενικευμένη αντίληψη της ποιότητας ζωής. Έχουν την ευχέρεια να αξιολογήσουν αρκετές και διαφορετικές οπτικές του επιπέδου υγείας, δίχως να υφίσταται καμία απολύτως εξάρτηση από το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την πάθηση κλπ (Shofany, 2017).

Υφίστανται, όμως, και τα ερωτηματολόγια και οι κλίμακες αξιολόγησης του γενικού επιπέδου, όπως είναι για παράδειγμα το EUROQOL (EQ5D) και EQ-15D. Το πρώτο

εξ αυτών διερευνά τη φυσική, την κοινωνική καθώς επίσης και τη συναισθηματική ή ψυχική διάσταση μέσα από 5 καθοριστικές παραμέτρους, όπως είναι για παράδειγμα η κινητικότητα, η αυτό-εξυπηρέτηση, η εκτέλεση συνήθων δράσεων, ο πόνος καθώς επίσης και η κατάθλιψη, που διαβαθμίζονται σε 3 στάδια (κανένα, μερικό είτε καθοριστικό ζήτημα)(Fuller, 2016).

Σε ό,τι έχει να κάνει με το δεύτερο εξ αυτών, μοιάζει αρκετά με τη φιλοσοφία του προηγούμενου, έχοντας σαν σημαντικότερη διαφορά πως αναφέρεται σε 15 διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής (όπως είναι για παράδειγμα η κινητικότητα, η όραση, η ακοή, η αναπνοή, το φαγητό, η ομιλία, η δυσφορία, η αφόδευση κλπ) ενώ αξιολογείται σε 5 διαφορετικά στάδια(Nolteetal., 2014).

Εξίσου σημαντική τακτική, όμως, λογίζεται πως είναι και η NottinghamHealthProfile που έχει σαν βασικότερο στόχο τη σύντομη αλλά και την περιεκτική περιγραφή των σωματικών, των κοινωνικών καθώς επίσης και των συναισθηματικών διατάσεων της υγείας, μέσα από 6 διαστάσεις (όπως είναι για παράδειγμα η ενεργητικότητα, ο πόνος, η συναισθηματική αντίδραση, η ύπνος, η κοινωνική απομόνωση αλλά και η φυσική κινητικότητα) ενώ έχει σχέση με 7 πλαίσια επιδόσεων που δέχονται καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις από την υγεία (φροντίδα οικίας, εργασία, σεξουαλική ζωή κλπ)(Fuller, 2016).

Παράλληλα, υφίστανται τα ερωτηματολόγια γενικής υγείας (που κυκλοφορούν σε 3 εκδόσεις) και έχουν να κάνουν κυρίως με την κατάθλιψη, το άγχος κλπ και ως επί το πλείστον χρησιμεύουν τόσο σε πάσχοντες όσο και σε υγιείς ανθρώπους ενώ ταυτόχρονα υφίσταται και η επισκόπηση της επίδρασης της πάθησης που περιέχει 136 ερωτήσεις διαμέσου των οποίων διερευνάται η σωματική, η ψυχική αλλά και η κοινωνική λειτουργικότητα των πασχόντων. Η τελευταία τακτική δρα σαν ένα όργανο μέτρησης που έχει υψηλότερη αξιοπιστία και εγκυρότητα ενώ χρησιμεύει σε διαφοροποιημένες ομάδες πασχόντων, αλλά στα αρνητικά περιέχεται το γεγονός πως είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα τακτική και ιδιαίτερα κοπιαστική στην εφαρμογή της (Ζυγά, 2017).

Εξίσου διαδεδομένη τακτική αυτής της μορφής είναι ο δείκτης ωφελιμότητας υγείας που υπολογίζει τη συνολική κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής πληθυσμών είτε ακόμα και κλινικών ομάδων. Ο εν λόγω δείκτης αναζητά την σχέση της

ποιότητας ζωής με 8 παράγοντες, όπως είναι η όραση, η ακοή, η ομιλία κλπ. Η βαθμολόγηση αυτής της τακτικής παρουσιάζεται σε ποσοστιαία κλίμακα και είναι αντίστοιχη της κατάστασης υγείας των ανθρώπων. Υπολογίζει τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές παραμέτρους της υγείας (Μανώλης, 2012).

Εκτός από τις παραπάνω, όμως, στα ερωτηματολόγια και τις κλίμακες αξιολόγησης περιέχεται ο γενικός δείκτης κατάταξης υγείας, η κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην πάθηση, το SF-36, το SF-12 κλπ. Ταυτόχρονα, όμως, υφίστανται κι άλλες κατηγορίες αυτού του είδους όπως είναι για παράδειγμα οι κλίμακες ευεξίας που είναι προσαρμοσμένες στα χρόνια ζωής (έχοντας σαν κυριότερες τακτικές την κλίμακα ποιότητας ευεξίας, την κλίμακα πνευματικής ευεξίας, την κλίμακα γενικής ευεξίας κλπ) καθώς επίσης και οι κλίμακες μέτρησης ανικανότητας (όπως είναι για παράδειγμα ο δείκτης λειτουργικότητας Karnofski, ο δείκτης λειτουργικότητας του ΠΟΥ, ο συνοπτικός κατάλογος του πόνου κλπ) (Ζυγά, 2017).

Εξίσου διαδεδομένες κατηγορίες, όμως, είναι τα ερωτηματολόγια μέτρησης ικανοποίησης των πασχόντων (με χάρτες αποτίμησης πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα μέτρα ικανοποίησης των γονέων, το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης του ιατρικού προσωπικού κλπ), οι κλίμακες βαρύτητας της εκάστοτε πάθησης (με πιο σημαντικές τακτικές τις κλίμακες αξιολόγησης βαρέων περιστατικών II) κλπ (Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

3.3 Αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων

Έρευνες έχουν εστιάσει στην εξέλιξη του όρου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τις αρχές της, τις προτεραιότητές της καθώς επίσης και την οργανωτική δομή της στον ΠΟΥ από την περίοδο του '78 με τη σημερινή εστίαση στην πρωτοβάθμια διερεύνηση φροντίδας, προκειμένου να περιέχει την παροχή υπηρεσιών σε όλους τους κλάδους της υγειονομικής περίθαλψης (Sperry, 2006).

Οι έρευνες αυτές αξιολογούν τα εξειδικευμένα γνωρίσματα αυτής της περίθαλψης, όπως είναι για παράδειγμα η αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών, επισημαίνοντας τα πλεονεκτήματά της σε ό,τι έχει να κάνει με την ύπαρξη της απαιτούμενης

ισορροπίας αλλά και τη διαχείριση των εξόδων για αυτόν τον τομέα με τους διαθέσιμους πόρους, με απώτερο σκοπό την κάλυψη των απαιτήσεων υγείας των ανθρώπων (Sigh, 2008).

Στη σημερινή εποχή υφίστανται άρθρα τα οποία διερευνούν την βασική στοιχειώδη οργάνωση της υγειονομικής φροντίδας αλλά και τις δράσεις της είτε ακόμα και τις σημερινές τάσεις, όπως είναι για παράδειγμα η αποζημίωση για τις υπηρεσίες σύμφωνα με την επίτευξη καθορισμένων αποτελεσμάτων. Τις περισσότερες φορές αυτές οι μελέτες εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στα νοσήματα που μελετάμε σε αυτή την εργασία, εξαιτίας της αισθητής ανοδικής τάσης του επιπολασμού καθώς επίσης και την ανοδική τάση του κόστους (Nolteetal., 2014).

Όλες αυτές οι μελέτες έχουν αναπτύξει την υπόθεση για τη μελέτη της πρωτοβάθμιας ατζέντας της υγειονομικής φροντίδας, με βασικότερο στόχο την βέλτιστη εφικτή κάλυψη των ψυχικών διαταραχών χρήσης ουσιών και για την υγεία. Βάσει αυτών των μελετών, η αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων αποτελεί μια σημαντική διεθνή πρόκληση ενώ στη σημερινή εποχή υφίστανται αρκετές ανησυχίες στις αναπτυσσόμενες αλλά και στις αναπτυγμένες κοινωνίες, ως επί το πλείστον, λόγω του φαινομένου της γήρανσης των ανθρώπων (Lenz, 2013).

Σε ό,τι έχει να κάνει με τους πάσχοντες οι οποίοι νοσούν από αυτά τα νοσήματα, θα πρέπει να σημειωθεί πως υφίστανται αρκετά και διαφορετικά προγράμματα διαχείρισης της εκάστοτε πάθησης καθώς επίσης και κατάλληλα προγράμματα κατάρτισης του πάσχοντα, έτσι ώστε να καταφέρει να διαχειριστεί την πάθηση από την οποία νοσεί (Nathan, 2018).

Επίσης, τα τελευταία χρόνια έχουν υλοποιηθεί μελέτες, οι οποίες έχουν σαν βασικότερο στόχο να αναλύσουν τις κυριότερες ορολογίες της αυτό-διαχείρισης της εκάστοτε πάθησης, να γνωρίσει κάποιος την ισχύουσα κατάσταση και να συζητήσει είτε ακόμα και να υποστηρίξει τους επαγγελματίες υγείας στην κατάρτιση του πάσχοντα στην αυτοδιαχείριση της πάθησης την οποία καλείται να αντιμετωπίσει (Teichroew, 2016).

Τα συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν από όλες αυτές τις μελέτες είναι πως ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και κατά κύριο λόγο των ιατρών και των

νοσηλευτών είναι ζωτικής σημασίας καθώς διαδραματίζουν υποστηρικτικό ρόλο στην απόκτηση ικανοτήτων αυτό-φροντίδας του πάσχοντα. Παράλληλα, όμως, υφίστανται και διάφορα προγράμματα αυτοδιαχείρισης της εκάστοτε πάθησης με τον ενεργό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη σχεδιαστική δράση, στην εφαρμογή αλλά και στην τελική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, που παρέχουν καθοριστικά οφέλη στους πάσχοντες είτε ακόμα και επαγγελματικά οφέλη για το νοσηλευτικό προσωπικό (McEnoy, 2014).

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των παθήσεων, που καλούνται να αντιμετωπίσουν αρκετοί πάσχοντες είναι χρόνιες και εξαιτίας του ότι δεν υφίσταται άμεση θεραπεία είναι σημαντικό οι πάσχοντες να έχουν την ευχέρεια να τις ελέγξουν και να τις περιορίσουν. Παρά το γεγονός πως αρκετοί άνθρωποι νοσούν από μια τέτοια πάθηση είναι δυνατόν με τη χορήγηση των σωστών φαρμάκων να ζήσουν μια σχεδόν κανονική καθημερινότητα (Weisz, 2014).

Ακόμα, αυτό το οποίο είναι χρήσιμο να ξέρουμε είναι πως τόσο οι πάσχοντες όσο και οι συγγενείς τους αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχολογικά ζητήματα. Για αυτό το λόγο υφίστανται αρκετές μελέτες οι οποίες έχουν εστιάσει σε όλες τις παραμέτρους, οι οποίες έχουν άμεση σχέση με την ψυχολογία των ανθρώπων κατά την ύπαρξη μιας τέτοιας πάθησης, να αναλύσουν όλες τις μεθόδους προσαρμογής στην καινούρια κατάσταση και να τονίσουν τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες παίζουν θετικό ρόλο στην αποδοχή αυτών των παθήσεων. Επίσης, οι συγκεκριμένες μελέτες εστιάζουν στον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει και η κατάρτιση των πασχόντων αυτής της μορφής που είναι ζωτικής σημασίας, προκειμένου να κατορθώσουν να αποδεχτούν τις μεταβολές, οι οποίες θα υπάρξουν στην καθημερινότητά τους (Jadadetal., 2010).

Εξίσου σημαντικό ρόλο σε όλα αυτά, όμως, παίζει και η συμβουλευτική σε ό,τι έχει να κάνει με τη συμμόρφωση των πασχόντων με την εκάστοτε θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης. Η συμβουλευτική έχει ως βασικότερο στόχο να καταφέρει να μελετήσει διεξοδικά τον ρόλο της παροχής συμβουλών, με κυριότερο σκοπό την ενίσχυση της συμμόρφωσης κυρίως των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας με τις φαρμακευτικές αγωγές που χρειάζεται να λαμβάνουν (Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Η πλειονότητα των ανθρώπων που ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες με αυτά τα ζητήματα υγείας, δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να συμμορφωθούν με τα φάρμακα που χρειάζεται να λαμβάνουν είτε τις μεταβολές που υπάρχουν στην καθημερινότητά τους, παρόλο που παρατηρούν σημαντική βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους (Γεροδήμος, 2013).

Στα αποτελέσματα των περισσότερων μελετών αυτού του είδους εντοπίζεται πως η τήρηση της χορήγησης φαρμάκων από τους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας έχει άρρηκτη σχέση με την εκπαίδευση, την ενημέρωση, τη σχέση μεταξύ πάσχοντα και των επαγγελματιών υγείας, αλλά και την ανατροφοδότηση και την αυτό-διαχείριση (DiChiara, 2020).

Η συμβουλευτική σχέση ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και τους πάσχοντες που ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες βελτιώνει αισθητά τη συμμόρφωση με τη χρήση φαρμάκων. Οι απαιτήσεις αυτών των ανθρώπων για την παροχή συμβουλών είναι τεράστιες. Για αυτό το λόγο, οι εν λόγω άνθρωποι έχουν θετικά συναισθήματα για τους νοσηλευτές στην περίπτωση στην οποία εκείνοι τους παρέχουν σωστή ενημέρωση και ορθή κατεύθυνση για τη χορήγηση των φαρμάκων τους (Lenz, 2013).

Ταυτόχρονα, έρευνες επισημαίνουν πως για παράδειγμα η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια αποτελεί μια από τις βασικότερες αιτίες θανάτου για αρκετούς πάσχοντες, που είναι ενήλικες. Οι συγκεκριμένες μελέτες αναφέρουν πως εκτός από κάθε μορφής συναισθηματικές απαιτήσεις, υφίστανται βαθιά πνευματικές απαιτήσεις, δεδομένου πως οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν αυτούς τους ανθρώπους δίνουν καθημερινή μάχη με την πίστη τους και τη δυνατότητά τους να πιστέψουν στον Θεό είτε γενικότερα σε κάποιο υπέρτατο ον (Δεληγιάννης και Κοσυϊδή, 2019).

Παρά τη θετική οπτική της άτυπης διάταξης, υφίστανται διάφορες μελέτες οι οποίες εστιάζουν στη φυσιολογία της εκάστοτε πάθησης. Οι μελέτες αυτές έχουν δείξει τον καθοριστικό ρόλο που παίζει η επιρροή της πνευματικότητας αλλά και της θρησκευτικότητας για τους επαγγελματίες υγείας των συγκεκριμένων πασχόντων. Οι ίδιες μελέτες αναφέρουν πως στη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει και η ραγδαία ανάπτυξη ιατρικών πληροφοριακών συστημάτων και επικοινωνιών (Ventegodtetal., 2005).

Γενικότερα, η τηλεϊατρική είναι εφικτό να χρησιμεύσει, με απώτερο στόχο να υποστηρίξει υπηρεσίες υγείας και πρόνοια αλλά και διάφορες υπηρεσίες διαχείρισης πληροφοριών. Η τεχνολογία είναι δυνατόν να συμβάλλει στην αυτό-διαχείριση των παθήσεων. Τα αποτελέσματα της τεχνολογίας είναι θετικά τόσο για τους πάσχοντες όσο και για τους νοσηλευτές είτε ακόμα και για τους θεράποντες ιατρούς (Fuller, 2016).

Ο έλεγχος αυτών των ασθενών από απόσταση αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για τον εν λόγω κλάδο. Η ύπαρξη και η ανάπτυξη αυτών των συστημάτων είναι ζωτικής σημασίας να έχει σαν απώτερο στόχο την βέλτιστη εφικτή ικανοποίηση των απαιτήσεων των πασχόντων ενώ παράλληλα είναι σημαντικό να προσφέρει τη δυνατότητα σε όλους αυτούς τους επαγγελματίες να προσαρμόσουν τις τακτικές εργασίας τους στις καινούριες μεθόδους παροχής φροντίδας (Κρανίδης και Παρασκευαΐδης, 2011).

Έρευνες, επίσης, εστιάζουν στην αυτό-διαχείριση των πασχόντων αυτού του είδους. Βάσει με αυτές τις μελέτες, οι πάσχοντες οι οποίοι έχουν μια τέτοια πάθηση είναι σημαντικό να συνεργάζονται με τους ιατρούς και να έχουν ενεργό ρόλο στη συνεργατική φροντίδα. Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες είναι ζωτικής σημασίας να καταρτίζονται, προκειμένου να έχουν την ευχέρεια να λαμβάνουν την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, με βασικότερο στόχο να ζήσουν μια καλύτερη και πιο ποιοτική ζωή παρά τη νόσο που έχουν (Fennell, 2013).

Η κλασική κατάρτιση των πασχόντων παρέχει δεδομένα και τεχνικές ικανότητες και κατάρτιση αυτό-διαχείρισης και τις περισσότερες φορές διδάσκει ικανότητες επίλυσης σοβαρών ζητημάτων. Μια βασική ιδέα στην αυτό-διαχείριση είναι η αυτό-αποτελεσματικότητα καθώς επίσης και η εμπιστοσύνη με βασικότερο στόχο να υπάρξει μια καθορισμένη συμπεριφορά, προκειμένου να επιτευχθούν όλοι οι στόχοι (Lorigetal., 2013).

Βάσει αρκετών μελετών, τα προγράμματα κατάρτισης των ικανοτήτων αυτής της μορφής είναι περισσότερο αποδοτικά σε σχέση με τα δεδομένα μονάχα για την κατάρτιση των πασχόντων και για την αισθητή βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων. Σε καθορισμένα περιστατικά την κατάρτιση αυτού του είδους βελτιώνουν σε σημαντικό επίπεδο τα αποτελέσματα (Cheu, 2013).

Επιπλέον, ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα αυτού του τύπου φέρνοντας μαζί τους πάσχοντες με αρκετά και διαφορετικά νοσήματα αυτής της μορφής είναι εφικτό να παρουσιάσει καθοριστική βελτίωση στα αποτελέσματα είτε να επιφέρει αισθητή ελάττωση του κόστους. Γενικότερα, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε πως η αυτό-διαχείριση της κατάρτισης για αυτές τις παθήσεις είναι εφικτό μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα να αποτελέσει ένα καθοριστικό κομμάτι της υψηλότερης ποιότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Saxton, 2011).

Επίσης, έρευνες διερευνούν δεδομένα τα οποία παρουσιάζουν το επίπεδο του μοντέλο της χρόνιας περίθαλψης, το οποίο έχει την ευχέρεια να βελτιώσει αισθητά τη διαχείριση αυτών των νοσημάτων και να ελαττώσει ταυτόχρονα το κόστος αυτής της φροντίδας. Οι εν λόγω έρευνες έχουν συμπεράνει πως οι παρεμβάσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν τουλάχιστον μια δράση είτε ένα μέτρο έκβασης για τους διαβητικούς πάσχοντες (Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Σε ό,τι έχει να κάνει με το εάν η συγκεκριμένη φροντίδα είναι εφικτό να ελαττώσει το κόστος της φροντίδας, έρευνες αναφέρουν 3 χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτών των παθήσεων (όπως είναι για παράδειγμα η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, το άσθμα καθώς επίσης και ο διαβήτης). Οι εν λόγω μελέτες συμπέραναν πως υφίσταται σημαντική ελάττωση του κόστους της συγκεκριμένης φροντίδας είτε ακόμα και πιο χαμηλή χρήση των υπηρεσιών αυτής της μορφής (Huard, 2018).

Επίσης, μελέτες επισημαίνουν πως ακόμα και στην περίπτωση που το μοντέλο της συγκεκριμένης φροντίδας έχει την ευχέρεια να βελτιώσει σημαντικά τη φροντίδα και να επιφέρει σημαντική ελάττωση του κόστους, υφίστανται αρκετά προβλήματα τα οποία παρεμποδίζουν την ευρεία υιοθέτησή της. Η ανοδική τάση του ποσοστού των ανθρώπων οι οποίοι νοσούν από αυτές τις παθήσεις αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα, προκειμένου να καταφέρουν να αντιμετωπίσουν όπως πρέπει την κατάστασή τους. Τα πιο καθοριστικά προβλήματα είναι πως η ιατρική περίθαλψη πολλές φορές δεν έχει την ευχέρεια να καλύψει τις απαιτήσεις τους και πως τα δεδομένα τα οποία δέχονται σε ό,τι έχει να κάνει με την πάθησή τους είναι ελλιπή (Nuovo, 2007).

3.4 Αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη

Οι ψυχολογικές επιρροές αυτών των παθήσεων αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο, το οποίο εντοπίζεται στα λεγόμενα των πασχόντων στην περίπτωση που περιγράψουν οτιδήποτε αισθάνονται. Μελέτες, οι οποίες έχουν υλοποιηθεί τα τελευταία χρόνια έχουν αποδείξει ότι πολλές φορές μια τέτοια πάθηση δεν προσφέρει τη δυνατότητα στους πάσχοντες να έχουν μια ζωή με τους ρυθμούς και τις συνήθειες που είχαν υιοθετήσει, ελαττώνει αισθητά την ευχέρεια των πασχόντων στην εργασία τους, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις, σε περίπτωση που υφίσταται προδιάθεση είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα στρες και σε φαινόμενα κατάθλιψης (Eckerblad, 2015).

Επίσης, είναι εξαιρετικά πιθανό οι πάσχοντες να επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις στην ψυχική τους σφαίρα με επιρροές όπως είναι για παράδειγμα η χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, η απομόνωση, οι φοβίες για το μέλλον καθώς επίσης και η έλλειψη ευχαρίστησης η οποία αποτελεί συνέπεια των διαφορετικών καθημερινών δράσεων. Βάσει με όσα προαναφέρθηκαν είναι εφικτό να ειπωθεί ότι οι συγκεκριμένες παθήσεις εκτός από μια δυσάρεστη αισθητική και οργανική εμπειρία, αποτελούν και μια εμπειρία που είναι δυνατόν να επιφέρει αρνητικές επιρροές και επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων πασχόντων (Hipple-Walters, 2015).

Καθοριστικό ρόλο σε όλα αυτά διαδραματίζει η ψυχολογία που αποτελεί έναν ιδιαίτερα χρήσιμο τομέα με κυριότερο σκοπό την ιατρική αποκατάσταση των προβλημάτων αυτών των ανθρώπων καθώς επίσης και την αισθητή βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ο εν λόγω τομέας κάνει χρήση ως τακτική το γεφύρωμα μεταξύ της διχοτομίας σώματος και μυαλού, και με αυτόν τον τρόπο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο σκέψης για τον εντοπισμό των κυριότερων αιτιών, στην αντιμετώπιση αλλά και στη θεραπεία αυτών των παθήσεων (Δελγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Ο τομέας αυτός αντιμετωπίζει τον εκάστοτε πάσχοντα ολιστικά και επομένως η πάθηση υποθέτει πως είναι εφικτό να προκληθεί από ένα σύνολο διαφοροποιημένων παραμέτρων και όχι μονάχα από μια. Κυριότερος σκοπός του συγκεκριμένου τομέα είναι να καταφέρει να απομακρυνθεί από το γραμμικό μοντέλο υγείας και αναφέρει

πως η πάθηση είναι δυνατόν να προκληθεί από έναν συνδυασμό βιολογικών (όπως είναι για παράδειγμα κάποιος ιός), ψυχολογικών (όπως είναι για παράδειγμα διαφορετικές συμπεριφορές και πιστεύω) καθώς επίσης και κοινωνικών παραμέτρων (όπως είναι για παράδειγμα η εργασία κλπ) (Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Η παραπάνω προσέγγιση αντανακλά το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας και πάθησης, που έχει αναπτυχθεί εδώ και μερικές δεκαετίες από τον Έγκελς. Βάσει με το συγκεκριμένο μοντέλο, η αναγνώριση της σκέψης, του συναισθήματος καθώς επίσης και της συμπεριφοράς των πασχόντων συγκριτικά με την πάθησή τους αποτελεί την πιο αξιόπιστη αλλά και αποδοτική μέθοδο σε συνδυασμό με την ιατρική θεραπεία για ολιστική αντιμετώπιση ενός τέτοιου ζητήματος (Ventegodtetal., 2005).

Αυτό είναι εφικτό να λάβει μορφή αλλαγής στον αρνητικό τρόπο σκέψης, διαχείριση έντονων συναισθημάτων, όπως είναι για παράδειγμα η θλίψη, το στρες, ο θυμός κλπ, ενθάρρυνση στη μεταβολή των ρόλων, τακτικές αντιμετώπισης αλλά και συμμόρφωσης είτε ακόμα και υποστήριξη σε ιατρικές οδηγίες. Η ψυχική και εκπαιδευτική προσέγγιση, η συμβουλευτική για ζητήματα υγείας καθώς επίσης και η γνωσιακή είτε ακόμα και η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελούν μερικές από τις πιο σημαντικές θεραπευτικές και αποδοτικές μεθόδους, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι δυνατόν να συνδυαστούν με την ιατρική θεραπεία, με απώτερο σκοπό να επέλθει αισθητή βελτίωση στην ποιότητα ζωής και στις ψυχολογικές επιρροές (Μανώλης, 2012).

3.5 Αποτελεσματικές θεραπείες

3.5.1 Θεραπεία χρόνιας νεφρικής νόσου

Η σωστή λειτουργία των νεφρών είναι καθοριστική με απώτερο στόχο την επιβίωση των ανθρώπων. Η επιστήμη κατόρθωσε να διασφαλίσει την υποκατάσταση της δράσης του συγκεκριμένου οργάνου με τεχνητή υποστήριξη καθώς επίσης και με την αντικατάστασή της με την τακτική της μεταμόσχευσης του εν λόγω οργάνου, που είναι εξαιρετικά αποδοτική (Jadadetal., 2010).

Γενικότερα, με την επιλογή της χρήσης του τεχνητού νεφρού με κυριότερο στόχο την αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση κατορθώθηκε η μερική αποκατάσταση του συγκεκριμένου ζητήματος. Για παράδειγμα στη νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου στο αίμα του πάσχοντα συλλέγονται αγαθά του μεταβολισμού, όπως είναι για παράδειγμα οι μη χρήσιμες είτε οι βλαβερές ουσίες, νερό καθώς επίσης και άλλα συστατικά που οι νεφρού δεν έχουν την ευχέρεια να απομακρύνουν από τον οργανισμό του πάσχοντα (Δεληγιάννης και Κουϊδής, 2019).

Από την άλλη πλευρά, σε ό,τι έχει να κάνει με τη θεραπεία της έξω-νεφρικής κάθαρσης (έχει να κάνει με όλα τα είδη αιμοκάθαρσης καθώς επίσης και περιτοναϊκής κάθαρσης) είναι χρήσιμο να τονιστεί πως απομακρύνονται από το αίμα τα μη χρήσιμα συστατικά και ταυτόχρονα τα χρήσιμα περνούν από το διάλυμα της κάθαρσης προς τον πάσχοντα (Teichroew, 2016).

Παρά το γεγονός αυτό, η έξω-νεφρική κάθαρση έχει την ευχέρεια αποκατάστασης με τα σύγχρονα δεδομένα σχεδόν του 15% της κανονικής δράσης του συγκεκριμένου οργάνου. Με λίγα λόγια, παρέχει οριακή ικανότητα επιβίωσης στους εν λόγω πάσχοντες, με μια αποδεκτή κατάσταση υγείας. Οι βασικότερες και πιο διαδεδομένες τακτικές υποκατάστασης της δράσης αυτής της μορφής είναι η χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση καθώς επίσης και η περιτοναϊκή κάθαρση, που αναφέρθηκαν και παραπάνω (McEvoy, 2014).

Η εξέλιξη της πρώτης εξ αυτών, αποκαλύπτει πως από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα εντοπίστηκε το φαινόμενο της διύλισης από τον Graham, η μεταφορά δηλαδή συστατικών μεταξύ δυο διαλυμάτων διαμέσου μιας ημι-διαπερατής μεμβράνης. Το συγκεκριμένο φαινόμενο χρησίμευσε μερικά χρόνια μετέπειτα ως βάση στην προσπάθεια για μερική αντικατάσταση της συγκεκριμένης δράσης (Nolteetal., 2014).

Γενικότερα, η αιμοκάθαρση αποτελεί μια χρόνια και επαναλαμβανόμενη τακτική, όπου τις περισσότερες φορές χρειάζονται 3 συνεδρίες ανά εβδομάδα και ο πάσχων εντάσσεται σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης στην περίπτωση στην οποία η δράση των νεφρών του είναι πιο μικρή από το 5% και η συντηρητική θεραπεία έχει θεωρηθεί ως μη αποδοτική στην καταπολέμηση της ουραιμίας (Γεροδήμος, 2013).

Αντίθετα, η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελεί μια τακτική υποκατάστασης της δράσης των νεφρών που έχει χρησιμοποιηθεί από σχεδόν 120 χιλιάδες πάσχοντες σε διεθνές επίπεδο. Μετά την εισαγωγή της συνεχούς φορητής κάθαρσης αυτής της μορφής, πριν από 30 χρόνια σχεδόν, η δημοτικότητά της έχει εμφανίσει σημαντική ανοδική τάση εξαιτίας της απλότητας, της ευκολίας καθώς επίσης και του ιδιαίτερα χαμηλού κόστους (Lenz, 2013).

Επί της ουσίας, η συγκεκριμένη τακτική περιέχει τη μεταφορά διαλυμένων συστατικών και νερού διαμέσου μιας μεμβράνης, τον ρόλο της οποίας έχει το περιτόναιο, που διακρίνει δυο διαμερίσματα τα οποία περιλαμβάνουν νερό. Τα εν λόγω διαμερίσματα είναι το αίμα των τριχοειδών του περιτόναιου καθώς επίσης και το διάλυμα της συγκεκριμένης κάθαρσης στην περιτοναϊκή κοιλότητα (Δελιγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Τέλος, για τη μεταμόσχευση αυτού του οργάνου είναι σημαντικό να επισημανθεί πως αποτελεί μια σύγχρονο θεραπευτική τακτική που περιέχει τη χειρουργική μεταφορά του συγκεκριμένου οργάνου από έναν άνθρωπο σε κάποιον άλλον. Τα εν λόγω όργανα είναι δυνατόν να διασφαλιστούν από 2 πηγές, όπως είναι για παράδειγμα ο ζωντανός είτε ο νεκρός δότης.

Έρευνες αναφέρουν πως στην περίπτωση στην οποία η συγκεκριμένη τακτική έχει υλοποιηθεί σε πάσχοντες οι οποίοι έμειναν σε τεχνική υποκατάσταση της δράσης του συγκεκριμένου οργάνου λιγότερο από 6 μήνες, η 5ετής επιβίωση του μοσχεύματος ήταν σχεδόν 80%, ενώ στην περίπτωση στην οποία η περίοδος αναμονής ξεπερνούσε τα 2 χρόνια, η επιβίωση δεν ξεπερνούσε το 60% (Eckerblad, 2015).

3.5.2 Θεραπεία Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας

Σε παλαιότερες μελέτες, οι θεραπευτικές συστάσεις εστίαζαν μονάχα στην σπιρομέτρηση. Αυτό είναι σύμφωνα με το γεγονός πως η πλειονότητα των κλινικών δοκιμών που αφορά την αποδοτικότητα της θεραπείας της συγκεκριμένης πάθησης είναι εστιασμένη τριγύρω από την αρχική τιμή FEV. Παρά το γεγονός αυτό, όμως, η συγκεκριμένη τιμή μόνη της δεν αποτελεί μια χρήσιμη παρουσίαση της κατάστασης της εν λόγω πάθησης (Fuller, 2016).

Αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος που η τακτική της θεραπείας για σταθεροποιημένη ΧΑΠ είναι σημαντικό να διερευνά και τα συμπτώματα που εμφανίζει ο εκάστοτε πάσχων και τους μελλοντικούς κινδύνους ύπαρξης παροξύνσεων σε διάφορες περιπτώσεις όπως αυτές που θα αναλυθούν παρακάτω. Για παράδειγμα σε πάσχοντες, οι οποίοι καπνίζουν, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει το σταμάτημα αυτής της συνήθειας. Η θεραπεία διαμέσου φαρμακευτικών αγωγών καθώς επίσης και η υποκατάσταση της νικοτίνης με αξιοπιστία είναι εφικτό να βοηθήσει στην ανοδική τάση της μακροπρόθεσμης αποχής από αυτή τη συνήθεια (Teunissen, 2013).

Καθοριστικό ρόλο, όμως, διαδραματίζει και η φαρμακολογική θεραπεία, που είναι εφικτό να ελαττώσει τα κυριότερα συμπτώματα αυτής της πάθησης, να ελαττώσει αισθητά τη συχνότητα καθώς επίσης και τη σοβαρότητα των παροξύνσεων είτε ακόμα και να βελτιώσει σε σημαντικό επίπεδο την κατάσταση της υγείας είτε την αντοχή στην άσκηση (Ζυγά, 2017).

Επίσης, η εκάστοτε φαρμακολογική θεραπεία είναι σημαντικό να είναι εξειδικευμένη για τους πάσχοντες, εστιάζοντας κατά κύριο λόγο στη σοβαρότητα την οποία εμφανίζουν τα κυριότερα συμπτώματα, τον κίνδυνο ύπαρξης παροξύνσεων, στη διαθεσιμότητα της εκάστοτε φαρμακευτικής αγωγής καθώς επίσης και στην ανταπόκριση των πασχόντων (Cheu, 2013).

Σημαντικό ρόλο έχει, επίσης, και ο εμβολιασμός της γρίπης είτε ακόμα και του πνευμονιόκοκκου που είναι σημαντικό να παρέχεται σε όλους τους πάσχοντες αυτού του είδους. Η συγκεκριμένη τακτική διακρίνεται να είναι η πιο αποδοτική όταν αναφερόμαστε σε πάσχοντες που ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες καθώς επίσης και σε αυτούς με σοβαρότερη πάθηση είτε ακόμα και καρδιακή συννοσηρότητα (Institute of Medicine, 2011).

Ακόμα, όλοι οι πάσχοντες οι οποίοι εμφανίζουν σοβαρή δυσκολία στην αναπνοή όταν περπατάνε σε δικό τους ρυθμό σε επίπεδο έδαφος, είναι ζωτικής σημασίας η αποκατάσταση της πνευμονικής τους δράσης, η αισθητή βελτίωση των συμπτωμάτων, προκειμένου ταυτόχρονα να υπάρξει αισθητή βελτίωση της ποιότητας ζωής τους καθώς επίσης και η σωματική είτε ακόμα και η συναισθηματική συμμετοχή στις καθημερινές τους δράσεις (Fennell, 2013).

Γενικότερα, στην περίπτωση στην οποία υλοποιηθεί η διάγνωση της εν λόγω πάθησης, η αποδοτική διαχείριση είναι χρήσιμο να εστιάζει σε εξατομικευμένη αξιολόγηση της πάθησης, με απώτερο σκοπό να ελαττωθούν τόσο τα υπάρχοντα συμπτώματα όσο και τα διάφορα μελλοντικά ζητήματα. Οι συγκεκριμένοι στόχοι είναι σημαντικό να κατορθωθούν με όσο γίνεται πιο λίγες παρενέργειες από τη θεραπεία, μια καθοριστική πρόκληση για τους εν λόγω πάσχοντες, λόγω του ότι τις περισσότερες φορές έχουν άλλα νοσήματα τα οποία είναι εξίσου σημαντικά (Lorig et al., 2013).

Οι πάσχοντες είναι σημαντικό να αντιληφθούν άμεσα τόσο τη φύση της πάθησης που τους ταλαιπωρεί όσο και τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την εξέλιξη της. Ακόμα, οι πάσχοντες αυτού του είδους είναι χρήσιμο να λαμβάνουν γενικές οδηγίες για υγιεινή διαβίωση, περιέχοντας και την παράμετρο της διατροφής καθώς επίσης και το γεγονός πως η σωματική άσκηση είναι ασφαλής και χρειάζεται να ενθαρρύνεται στους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν παρόμοιας μορφής προβλήματα (Teichroew, 2016).

Η αναγνώριση καθώς επίσης και η αισθητή ελάττωση της έκθεσης σε τέτοιους παράγοντες είναι ζωτικής σημασίας στη θεραπεία αλλά και στην πρόληψη αυτής της πάθησης. Δεδομένου πως μια συνήθεια, όπως είναι για παράδειγμα το κάπνισμα, αποτελεί την πιο διαδεδομένη και αναγνωρίσιμη παράμετρο κινδύνου που θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα, το σταμάτημα αυτής της συνήθειας είναι σημαντικό να ενθαρρύνεται για όλους τους ανθρώπους (Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Η αισθητή ελάττωση της συνολικής προσωπικής έκθεσης σε επαγγελματικές σκόνης, καπνούς κλπ από τους εσωτερικούς είτε ακόμα και από τους εξωτερικούς ατμοσφαιρικούς ρύπους είναι δυνατόν να είναι εξαιρετικά δυσμενής, αλλά χρειάζεται να επιχειρηθεί GOLD. Τα βασικότερα πλεονεκτήματα που προσφέρει η πνευμονική αποκατάσταση είναι τα εξής :

- Η αισθητή βελτίωση της δυνατότητας εξάσκησης
- Η αισθητή ελάττωση της αντιληπτής έντασης της δύσπνοιας
- Η αισθητή βελτίωση της υγείας που έχει άμεση σχέση με την ποιότητα ζωής

- Η αισθητή ελάττωση του συνόλου των επαγγελματιών υγείας και των ημερών στο νοσοκομείο
- Η ελάττωση του στρες και του φαινομένου της κατάθλιψης
- Η βελτίωση της επιβίωσης και της ανάρρωσης μετά από τη νοσηλεία για παρόξυνση
- Η αναπνευστική προπόνηση των μυών είναι δυνατόν να είναι ζωτικής σημασίας, κυρίως στην περίπτωση στην οποία συνδυάζεται με την γενική προπόνηση
- Υφίσταται σημαντική ενίσχυση της επιρροής της μακράς λειτουργίας βρογχοδισταλτικών (Eckerblad, 2015)

3.5.3 Θεραπεία Σακχαρώδη διαβήτη

Τα τελευταία χρόνια υφίστανται σημαντικές αλλαγές στη συγκεκριμένη θεραπεία, εξαιτίας της ανάπτυξης της θεραπευτικής εκμετάλλευσης της μεταβολικής οδού των ινκρετινών. Η ανακάλυψη πως η παροχή του ίδιου γλυκαιμικού φορτίου (υδατάνθρακες) από τη στοματική κοιλότητα επιφέρει τεράστια έκκριση ινσουλίνης σε σχέση με την ενδοφλέβια παροχή, έχει οδηγήσει στη θεωρία πως η έκκριση ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος δεν έχει άμεση εξάρτηση μονάχα από τα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος αλλά και από διάφορες παραμέτρους, οι οποίες εκκρίνονται από το έντερο (Δημόπουλος, 2014).

Στους ανθρώπους απομονώθηκαν 2 πεπτίδια τα οποία λογίζονται ως αρμόδια για το 80% του συγκεκριμένου φαινομένου. Αυτά είναι το GIP και το GLP-1. Το πρώτο εξ αυτών αναπτύσσεται από τα κύτταρα K τα οποία βρίσκονται στα ανώτερα τμήματα του πεπτικού σωλήνα ενώ από την άλλη πλευρά το δεύτερο από τα L κύτταρα τα οποία εντοπίζονται στο λεπτό έντερο, αλλά κατά κύριο λόγο στο παχύ έντερο, σαν απάντηση στη λήψη τροφίμων που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες και λιπίδια (Γεροδήμος, 2013).

Και τα δυο αυτά πεπτίδια με την εισχώρησή τους στην κυκλοφορία διασπώνται άμεσα, με βασικότερη συνέπεια η περίοδος ημίσειας ζωής τους να είναι εξαιρετικά μικρός. Οι λειτουργίες των ινκρετινών παρουσιάζονται διαμέσου της σύνδεσής τους με εξειδικευμένους υποδοχείς, οι οποίοι ως επί το πλείστον εντοπίζονται σε αρκετά και διαφορετικά όργανα (όπως είναι για παράδειγμα το έντερο, η καρδιά κλπ). Οι συγκεκριμένες λειτουργίες :

- ✚ Επάγουν την έκκριση ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος
- ✚ Ελαττώνουν αισθητά την κινητικότητα του στομάχου και συνεπώς τον ρυθμό γαστρικής κένωσης, με βασικότερη συνέπεια να υφίσταται σημαντική ελάττωση του ρυθμού απορρόφησης των στοιχείων των τροφίμων. Με αυτόν τον τρόπο τα μεταγευματικά επίπεδα γλυκόζης πλάσματος είναι πιο χαμηλά και οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη αρκετά πιο μικρές
- ✚ Επιφέρουν αίσθημα κορεσμού και έχουν την ευχέρεια να ελαττώσουν αισθητά την όρεξη με ευεργετική επιρροή στο σωματικό βάρος, το οποίο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο σε ό,τι έχει να κάνει με την παθογένεια της συγκεκριμένης πάθησης (αντίσταση στην ινσουλίνη κλπ) (Nolteetal., 2014)
- ✚ Οι ικρετίνες έχουν τη δυνατότητα να καταστείλουν την έκκριση γλουκαγόνου από τα α-κύτταρα του παγκρέατος, δίχως να επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις στην υπογλυκαιμία
- ✚ Έχουν ευεργετική επιρροή στον μεταβολισμό των λιπιδίων
- ✚ Υφίστανται σημαντικές ενδείξεις πως επιφέρουν αισθητή ανοδική τάση της μάζας των β-κυττάρων, καθυστερώντας με αυτόν τον τρόπο την εξέλιξη της εξάντλησης, με το πέρασμα των ετών, κάτι το οποίο υφίσταται στην περίπτωση της εξέλιξης της συγκεκριμένης πάθησης (Lenz, 2013)

Τις παραπάνω ευεργετικές λειτουργίες όχι μονάχα στην περίπτωση του γλυκαιμικού ελέγχου αλλά και στην παράλληλη οριοθέτηση των κυριότερων παραγόντων

κινδύνου καρδιαγγειακής πάθησης, εκμεταλλεύονται πιο νέοι φαρμακευτικοί παράμετροι, οι οποίοι έχουν εξελιχτεί με ραγδαίους ρυθμούς τα τελευταία έτη. Οι καινούριες αυτές φαρμακευτικές αγωγές διακρίνονται σύμφωνα με τη μέθοδο λειτουργίας τους σε 2 ομάδες, που είναι σύμφωνα με τις ινκρετίνες και σύμφωνα με τους αναστολείς του DPP-4 (Nolteetal., 2014).

3.5.4 Θεραπεία στεφανιαίας νόσου

Αυτό το οποίο είναι σημαντικό να γνωρίζουμε είναι πως δυο είναι οι κυριότεροι σκοποί της αντιμετώπισης αυτής της πάθησης, η πρόληψη μελλοντικών περιστατικών καθώς επίσης και η ύφεση των συμπτωμάτων, δηλαδή η μείωση της συχνότητας και της βαρύτητας των στηθαγχικών επεισοδίων και επομένως και η βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των πασχόντων (Δεληγιάννης και Κουϊδή, 2019).

Σημαντικό ρόλο στα γενικά μέτρα αυτής της αντιμετώπισης παίζει η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου. Είναι χρήσιμη καθώς παρά τις θεραπευτικές αλλαγές που έχουν επέλθει τα τελευταία χρόνια, οι καρδιαγγειακές παθήσεις παραμένουν από τις βασικότερες αιτίες θανάτου σε ολόκληρο τον πλανήτη. Για αυτό το λόγο χρειάζεται η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, λόγο του ότι αυτή στην περίπτωση στην οποία έχει εμφανίσει αισθητή ανοδική τάση παίζει καθοριστικό ρόλο στην κακή λειτουργία του ενδοθηλίου στην περιφερική, στην στεφανιαία αλλά και στην νεφρική κυκλοφορία (Di Chiara, 2020).

Καθοριστική, όμως, λογίζεται πως είναι και η αντιμετώπιση της δισλιπιδαιμίας, αφού έρευνες αναφέρουν πως τόσο η υψηλότερη LDL-C όσο και η χαμηλότερη HDL-C, είναι εφικτό σταδιακά να οδηγήσουν σε αισθητή ανοδική τάση της επίπτωσης αυτής της πάθησης. Ακόμα, εξίσου σημαντική θεωρείται η ρύθμιση του σακχάρου, αφού οι πάσχοντες του σακχαρώδη διαβήτη, κυρίως του τύπου 2, παρουσιάζουν πιο μεγάλη επίπτωση αυτής της πάθησης, και είναι αρκετά πιο πιθανό να υποστούν μυοκάρδιο έμφραγμα είτε ακόμα και μυοκαρδιακή ισχαιμία συγκριτικά με τους μη διαβητικούς (Ventegodt et al., 2005).

Ζωτικής σημασίας, όμως, είναι και το σταμάτημα του καπνίσματος, καθώς επιφέρει αρνητικές επιρροές και συνέπειες. Εξίσου σημαντική παράμετρος σε αυτές τις

περιπτώσεις είναι και η απώλεια σωματικού βάρους. Μελέτες σε παχύσαρκους έφηβους (ως επί το πλείστον από 12 μέχρι και 18 χρόνων ζωής) αναφέρουν πως έστω και μέτρια απώλεια βάρους όχι μονάχα έχει τη δυνατότητα να ελαττώσει σημαντικά την αρτηριακή πίεση, αλλά μπορεί αν βελτιώσει σε μεγάλο βαθμό και διάφορες άλλες παραμέτρους καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως είναι για παράδειγμα η δισλιπιδαιμία, η αντίσταση στην ινσουλίνη κλπ (Nolteetal., 2014).

Μια εξίσου συχνή τακτική αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος είναι η σωματική άσκηση. Η συγκεκριμένη άσκηση έχει την ευχέρεια να βελτιώσει αισθητά την ενδοθηλιακή δράση των στεφανιαίων αγγείων και την αγγειοδιαστολή που έχει δεχτεί καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις σε πάσχοντες με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια (Nathan, 2018).

Οι θετικές επιρροές της φυσικής δράσης τις περισσότερες φορές ερμηνεύονται από την επαγόμενη ελάττωση του οξειδωτικού φορτίου καθώς επίσης και την αισθητή ανοδική τάση του συνόλου των προγνικών ενδοθηλιακών κυττάρων. Έρευνες τα τελευταία χρόνια κάνουν λόγο πως η βέλτιστη εφικτή σύσταση για αυτές τις περιπτώσεις είναι η αερόβια ισοτονική άσκηση που κρατάει 20 έως και 30 λεπτά, με 3 έως και 4 φορές σε εβδομαδιαία βάση (Μανώλης, 2012).

Καθοριστικό ρόλο σε όλα αυτά, όμως, διαδραματίζει και η διαίτα. Ελάττωση της πρόσληψης άλατος είναι χρήσιμη σε πάσχοντες με αυτή την πάθηση. Σε μια έρευνα που έγινε πριν μερικά χρόνια αποδείχτηκε πως η σκλήρυνση των καλλιεργούμενων ενδοθηλιακών κυττάρων παρουσία αλδοστερόνης έχει παρουσιάσει σημαντική ανοδική τάση μετά από αύξηση της εξωκυττάριας συγκέντρωσης του νατρίου (Weisz, 2014).

Οι διαιτητικές τακτικές που δεν λογίζονται ως υγιείς περιέχουν την υψηλότερη κατανάλωση κορεσμένων λιπών, νατρίου αλλά και επεξεργασμένων, απλών υδατανθράκων είτε ακόμα και χαμηλότερη κατανάλωση φρούτων κλπ. Μελέτες, επίσης, αναφέρουν ότι η κατανάλωση κορεσμένου λίπους έχει άρρηκτη σχέση με τα καρδιαγγειακά ζητήματα και ως επί το πλείστον με την πάθηση που μελετάμε σε αυτή την ενότητα (Saxton, 2011).

Τα συγκεκριμένα λιπαρά βοηθούν στην αισθητή ανοδική τάση της συγκέντρωσης της ολικής είτε ακόμα και της LDL χοληστερόλης στο αίμα, και κατά κύριο λόγο εντοπίζονται στο κόκκινο κρέας και τα πλήρη γαλακτοκομικά. Τα τρανς λιπαρά εκτός από το γεγονός πως βοηθούν στην ανοδική τάση της LDL-C, ελαττώνουν παράλληλα την HDL-C ενώ υφίστανται σε τροφές όπως είναι για παράδειγμα του fastfood (Cheu, 2013).

Από την άλλη πλευρά, τα πολυακόρεστα είτε τα μονοακόρεστα λιπαρά, όπως είναι για παράδειγμα το DHA, το οποίο εντοπίζεται στα λιπαρά ψάρια, έχει την ικανότητα να ελαττώσει σημαντικά τα επίπεδα της LDL. Το κάλιο, από την άλλη μεριά, έρευνες αναφέρουν πως εμφανίζει προστατευτικά γνωρίσματα σε σχέση με την αρτηριακή πίεση καθώς επίσης και τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Nugentetal., 2012).

Εξίσου σημαντική, όμως, λογίζεται πως είναι η κατανάλωση της απαιτούμενης ποσότητας φρούτων και λαχανικών που έχει τη δυνατότητα να καλύψει σε μεγάλο βαθμό την κατάλληλη πρόσληψη καλίου. Οι ίδιες έρευνες κάνουν λόγο πως αρνητικές επιρροές και επιδράσεις επιφέρει η υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ, η οποία έχει άρρηκτη σχέση με την ανοδική τάση της θνησιμότητας (Hipple-Walters, 2015).

Μια εξίσου καθοριστική παράμετρος είναι και εκείνοι των ψυχολογικών παραμέτρων. Η συχνά αναφερόμενη προσωπικότητα τύπου A, που αποτελεί βασικό γνώρισμα των ανθρώπων που αγχώνονται συχνά, που είναι ενεργητικοί, φιλόδοξοι και τελειομανείς, χρήζει ενθάρρυνσης και σωστής καθοδήγησης από τον αρμόδιο ιατρό, με βασικότερο στόχο να αναπτυχθούν συμπεριφορές, οι οποίες θα μπορέσουν να βοηθήσουν τον πάσχων και σταδιακά θα μειώσουν αισθητά το στρες, το άγχος καθώς επίσης και την ψυχική ένταση.

Σε ό,τι έχει να κάνει με τα φάρμακα που χρησιμεύουν σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι σημαντικό να τονιστεί πως καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν τα αντιαιμοπεταλιακά (όπως είναι για παράδειγμα η ασπιρίνη, οι θειενοπυριδίνες κλπ. Η ασπιρίνη για παράδειγμα έχει την ευχέρεια να αναστείλει σε σημαντικό επίπεδο την λειτουργία της κυκλοοξυγενάσης I και παρεμποδίζει την ανάπτυξη TxA2 (Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Έτσι δεν επιτρέπεται η παράλληλη ύπαρξη και η συγκόλληση των αιμοπεταλίων. Τα τελευταία χρόνια έρευνες αναφέρουν πως σε πάσχοντες υψηλότερου κινδύνου, ο κίνδυνος μειώνεται σχεδόν κατά 25% για κάθε μορφής καρδιαγγειακό συμβάν ενώ ελαττώνεται κατά σχεδόν 33% για μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου και κατά 1/6 για αγγειακή θνητότητα (Κρανίδης και Παρασκευαΐδης, 2011).

Έρευνες, επίσης, αναφέρουν πως η κλινική αντίσταση, οριοθετείται σαν την αποτυχία πρόληψης της ύπαρξης αθηροθρομβωτικών ισχαιμικών επεισοδίων σε πάσχοντες όπου παρέχεται η ασπιρίνη. Σε αυτές τις έρευνες εντοπίστηκε πως ένα ποσοστό το οποίο κυμαίνεται από 5 μέχρι και 9% των πασχόντων με μια καρδιαγγειακή πάθηση, λάμβαναν 325Mg για διάστημα μεγαλύτερο της 1 εβδομάδας, ενώ σε ένα επιπλέον 23% είχε εντοπιστεί μερική αντίσταση στη λειτουργία της συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής (Fuller, 2016).

Εξίσου σημαντικό ρόλο, όμως, παίζουν και οι θειενοπυριδίνες, που αναφέρθηκαν και παραπάνω. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η κλοπιδογρέλη, η οποία έχει τη δυνατότητα έμμεσα να ελαττώσει την ενεργοποίηση του γλυκοπρωτεϊνικού συμπλέγματος IIb-IIIa. Κατά κύριο λόγο προσφέρεται σε δοσολογία 75Mg σε καθημερινή βάση ενώ έχει εντοπιστεί πως βοηθάει στην αισθητή ελάττωση της επίπτωσης μη θανατηφόρων καρδιαγγειακών περιστατικών σε πάσχοντες με παλαιότερο έμφραγμα μυοκαρδίου (Teunissen, 2013).

Παράλληλα, όμως, για τη συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή έχει εντοπιστεί ευρεία μεταβλητότητα από τον έναν πάσχοντα στον άλλον, σε ό,τι έχει να κάνει με την ανταπόκριση στην υλοπιδογρέλη, τουλάχιστον για την αναστολή της απόκρισης των αιμοπεταλίων στο ADP. Ποσοστό της συγκεκριμένης μεταβλητότητας είναι εφικτό να είναι γενετικά οριοθετημένο ενώ έχει άμεση σχέση με τα κυριότερα κλινικά γνωρίσματα του εκάστοτε πάσχοντα (Nugentetal., 2012).

Εξίσου σημαντική, όμως, είναι και η τικλοπιδίνη, που κατά κύριο λόγο έχει την ευχέρεια να αναστείλει σε σημαντικό επίπεδο τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων, που επάγεται διαμέσου της ADP. Η εν λόγω φαρμακευτική αγωγή έχει την ευχέρεια να ελαττώσει αισθητά τα επίπεδα ινοδογόνου καθώς επίσης και τη γλοιότητα του αίματος ενώ την ίδια ώρα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ανοδική τάση της

δυνατότητας των ερυθρών αιμοσφαιρίων να αλλάζουν μορφή και σχηματισμό κατά τη δίοδό τους από τα τριχοειδή (Saxton, 2011).

Ζωτικής σημασίας, παρόλα αυτά, λογίζονται πως είναι και οι υπολιπιδαιμικοί παράμετροι (όπως είναι για παράδειγμα οι στατίνες, οι φιμπράτες, οι ρητίνες, το νικοτινικό οξύ κλπ), οι αναστολείς του συστήματος ρενίνης, αγγειοτασίνης και αλδοστερόνης, τα αντισχαιμικά φάρμακα (όπως είναι για παράδειγμα τα νιτρώδη κλπ), οι αναστολείς β-αδρενεργικών υποδοχέων (που ελαττώνουν την καρδιακή παροχή διαμέσου βραδυκαρδίας) και τέλος οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου (Ζυγά, 2017).

3.5.4.1 Επεμβατική θεραπεία επαναιμάτωσης

Μια ιδιαίτερα καθοριστική τακτική είναι οι διαδερμικές στεφανιαίες παρεμβάσεις (είτε όπως καλούνται εν συντομία στη διεθνή βιβλιογραφία PCI). Από την περίοδο του '77 που αναπτύχθηκε η αγγειοπλαστική των στεφανιαίων στην κλινική πρακτική, έχει καθιερώσει σιγά-σιγά τη θέση της σαν μια ιδιαίτερα χρήσιμη θεραπευτική μέθοδο αντιμετώπισης, με απώτερο σκοπό την θεραπεία της στεφανιαίας νόσου (Lorigetal., 2013).

Από εκείνη την εποχή διαμέσου της έλευσης των stent τόσο των μεταλλικών στην αρχή όσο και των DES μετέπειτα, έχει υπάρξει σημαντική βελτίωση σε τεράστιο επίπεδο σε ό,τι έχει να κάνει με την άμεση επιτυχία αυτής της τακτικής καθώς επίσης και με τα μακροχρόνια αποτελέσματα που επιφέρει. Φυσικά, η θρομβολυτική θεραπευτική μέθοδος ήταν η 1^η δραστική θεραπεία αυτής της μορφής, που κατόρθωσε να ελαττώσει σημαντικά τη θνητότητα (Κρανίδης και Παρασκευαΐδης, 2011).

Η συγκεκριμένη τακτική κατορθώνει διάνοιξη και ικανοποιητική ροή στην αποφραγμένη αρτηρία μονάχα, όμως, σε ποσοστό 60% των συγκεκριμένων πασχόντων. Από την άλλη πλευρά, η πρωτογενής αγγειοπλαστική με τοποθέτηση stent εντός της εν λόγω αρτηρίας αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, μιας και υπερτερεί σε μεγάλο βαθμό, παίζοντας καθοριστικό ρόλο στην αισθητή ελάττωση της θνητότητας των πασχόντων (McEvoy, 2014).

Η αγγειπλαστική με βασικότερο στόχο την καταπολέμηση αυτού του προβλήματος υγείας είναι εξαιρετικά συχνή καθώς στις ΗΠΑ σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των εν λόγω πασχόντων αντιμετωπίζεται με χορήγηση φαρμάκων, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό τις περισσότερες φορές υποβάλλεται σε μια επέμβαση επαναγγείωσης (Eckerblad, 2015).

Η συγκεκριμένη τακτική έχει την ευχέρεια να ελαττώσει σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο θανάτου επανεμφράγματος είτε ακόμα και εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα θετικά αυτά αποτελέσματα συντηρούνται για τεράστια χρονική περίοδο ενώ έρευνες αναφέρουν πως η PCI θεωρείται ως καταλληλότερη και πιο αποδοτική για πάσχοντες με αυτή την πάθηση, 2 είτε 3 αγγείων που περιέχει καθοριστική πάθηση του εγγύς τμήματος του πρόσθιου κατιόντα, από τη στιγμή που έχουν κανονική δράση της αριστερής κοιλίας και δεν νοσούν από σακχαρώδη διαβήτη είτε η ανατομία των βλαβών είναι κατάλληλη για μια τέτοια επέμβαση. Οι πάσχοντες οι οποίοι διαλέγουν μια τέτοια τακτική αντιμετώπισης είναι σημαντικό να οδηγηθούν στο αιμοδυναμικό εργαστήριο για στεφανιογραφία και πιθανή αγγειοπλαστική μέσα σε διάστημα 12 έως και 48 ωρών από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (Lenz, 2013).

Τέλος, εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η χειρουργική αορτοστεφανιαία παράκαμψη (είτε όπως καλείται εν συντομία στη διεθνή βιβλιογραφία, CABG). Πρόκειται για μια εξαιρετικά αποδοτική τακτική, με τεράστια κλινική βελτίωση, όπως μπορούμε να διακρίνουμε από τη μείωση της στηθάγχης καθώς επίσης και την αισθητή βελτίωση της ανοχής στην κόπωση (Nolteetal., 2014).

Με αυτόν τον τρόπο, υφίσταται σημαντικός περιορισμός των βασικότερων συμπτωμάτων, αισθητή βελτίωση της ποιότητας ζωής ενώ έχει τη δυνατότητα να παρατείνει το προσδόκιμο επιβίωσης. Στη σημερινή εποχή υφίστανται καθοριστικές ενδείξεις για την εγχείρηση που αναφέρουν πως προσφέρει σημαντικά οφέλη σε πάθηση 1 είτε 2 αγγείων (DiChiara, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

4.1 Ποιότητα ζωής ασθενών με αρθρίτιδα

Η συγκεκριμένη πάθηση αποτελεί ένα χρόνια πρόβλημα, που δεν λογίζεται σαν απειλητικό για την ανθρώπινη ζωή. Παρά το γεγονός αυτό, όμως, επιφέρει καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις στην καθημερινότητα αυτών των πασχόντων καθώς επίσης και στην ευεξία τους. Τα πιο διαδεδομένα είδη αυτής της πάθησης είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα αλλά και η οστεοαρθρίτιδα (Institute of Medicine, 2011).

Οι πάσχοντες οι οποίοι νοσούν από την ρευματοειδή αρθρίτιδα τις περισσότερες φορές επισημαίνουν πως αισθάνονται απώλεια ενέργειας και βάρους, έλλειψη ύπνου, πρήξιμο στις αρθρώσεις, δυσκολίες στην κίνηση αλλά και ισχυρούς πόνους. Οι κυριότερες συνέπειες αυτής της πάθησης στην ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων πασχόντων παρουσιάζονται υπό τη μορφή σωματικών, ψυχικών αλλά και κοινωνικών προβλημάτων στη λειτουργικότητά τους (Cheu, 2013).

Σε ό,τι έχει να κάνει με τη σωματική λειτουργικότητα, θα πρέπει να τονιστεί πως υφίστανται σημαντικοί περιορισμοί στη αυτό-εξυπηρέτηση αυτών των πασχόντων (όπως για παράδειγμα σωματική υγιεινή, ντύσιμο, προετοιμασία γεύματος κλπ), μιας και ο ισχυρός πόνος κάνει μη εφικτές τις παραπάνω δράσεις και με το πέρασμα των ετών είναι δυνατόν να οδηγήσει σε καταστάσεις ανικανότητας. Στην ψυχική αλλά και κοινωνική λειτουργικότητα υφίστανται συναισθήματα στρες, άγχους καθώς επίσης και κατάθλιψη, ελάττωση της αυτοεκτίμησης των πασχόντων, διάφορα σεξουαλικά ζητήματα κλπ (Lorigetal., 2013).

Μια έρευνα η οποία υλοποιήθηκε πριν μερικά χρόνια, είχε σαν απώτερο σκοπό να διερευνήσει την επιρροή την οποία έχει ο πόνος χαμηλά στην πλάτη στην λειτουργική δυνατότητα, στην καταθλιπτική διάθεση καθώς επίσης και στην ποιότητα ζωής στους ανθρώπους οι οποίοι νοσούν από ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η συγκεκριμένη έρευνα σύγκρινε πάσχοντες αυτής της πάθησης, οι οποίοι χαρακτηρίζονταν από πόνο και πάσχοντες δίχως την ύπαρξη πόνου.

Οι 281 πάσχοντες έπρεπε να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια. Το ποσοστό πόνου χαμηλά στην πλάτη στους συγκεκριμένους πάσχοντες ξεπερνούσε το 53%. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι εν λόγω πάσχοντες που εμφάνιζαν πόνο χαμηλά στην πλάτη εμφάνιζαν παράλληλα και αυξημένη λειτουργική ανικανότητα καθώς επίσης και αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με εκείνους οι οποίοι δεν εμφάνιζαν πόνους (Teunissen, 2013).

Γενικότερα, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως η καταθλιπτική διάθεση αλλά και κάθε μορφής σωματικής ανικανότητας είναι εφικτό να επιφέρει καθοριστική επιδείνωση της ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων πασχόντων κυρίως όσων εμφανίζουν ισχυρούς πόνους. Άλλες έρευνες έχουν εντοπίσει πως όσοι πάσχοντες εμφανίζουν πόνο εμφανίζουν ταυτόχρονα χαμηλότερα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, κάτι το οποίο είναι δυνατόν να επιφέρει καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις και στην ψυχική τους κατάσταση, και αυτό σταδιακά να επιφέρει περισσότερες συνέπειες όπως για παράδειγμα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής κλπ (Ζυγά, 2017).

4.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με διαβήτη

Η συγκεκριμένη πάθηση αποτελεί μια χρόνια πάθηση, που έχει σαν βασικό της γνώρισμα την αδυναμία του ανθρώπινου οργανισμού να παράγει είτε να χρησιμοποιήσει αποδοτικά την ινσουλίνη. Διακρίνεται σε 3 είδη που είναι ο ινσουλοεξαρτώμενος διαβήτης είτε όπως καλείται διαφορετικά διαβήτης τύπου I, ο μη-ινσουλοεξαρτώμενος διαβήτης (διαβήτης τύπου II) καθώς επίσης και ο διαβήτης της κήσης που παρουσιάζεται σε ποσοστό το οποίο κυμαίνεται από 2 μέχρι και 5% όλων των κήσεων, αλλά εξαφανίζεται μετά την λήξη τους (Teunissen, 2013).

Τα τελευταία έτη υφίσταται σημαντική ανοδική τάση του ερευνητικού ενδιαφέροντος για την μελέτη αλλά και την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στους συγκεκριμένους πάσχοντες. Σύμφωνα με μια έρευνα που υλοποιήθηκε αρκετά χρόνια εντοπίστηκαν 60 ειδικές κλίμακες, οι οποίες αφορούσαν γενικά στοιχεία της ποιότητας ζωής των πασχόντων με σακχαρώδη διαβήτη (Shofany, 2017).

Η συγκεκριμένη πάθηση τόσο στους ενήλικες όσο και στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες χαρακτηρίζεται από καθημερινές ανάγκες. Έρευνες αναφέρουν πως απαιτείται αυτοέλεγχος καθώς επίσης και καθημερινή διαχείριση, έτσι ώστε να αποφεύγονται οι κυριότερες επιπτώσεις της υπογλυκαιμίας αλλά και οι διάφορες επιπλοκές, οι οποίες έχουν άμεση σχέση με αυτή την κατάσταση (Nugentetal., 2012).

Σε αρκετές μελέτες έχει αναφερθεί πως πάσχοντες οι οποίοι εμφανίζουν πολλές φορές υπογλυκαιμίες, ανέφεραν σε πιο μεγάλο ποσοστό δυσθυμία σε καθημερινή βάση, εκνευρισμό και ελαττωμένη ικανοποίηση από τη δουλειά τους. Σε ό,τι έχει να κάνει με τις παιδικές ηλικιακές ομάδες με αυτήν την πάθηση, θα πρέπει να επισημανθεί πως η αίσθηση για το κατά πόσο έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες για την επίτευξη καλής ρύθμισης είναι σημαντική παράμετρος για την ποιότητα ζωής τους (Fuller, 2016).

Επιβάρυνση στους δείκτης της ποιότητας ζωής εντοπίζεται σε νεαρούς οι οποίοι έχουν την αίσθηση πως η φροντίδα αυτής της νόσου είναι κάτι εξαιρετικά δύσκολο και ιδιαίτερα αγχογόνο για τους ίδιους. Τα παιδιά τα οποία αισθάνονται πως δεν έχουν την ευχέρεια να ανταποκριθούν, επιλέγουν να κρατήσουν μια στάση αποφυγής των δυσκολιών και άρνησης αντιμετώπισης των συγκεκριμένων προβλημάτων όπως επίσης και σε διάφορα άλλα ζητήματα στη μετέπειτα ζωή τους (Sverker, 2007).

Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που ο διαβήτης έχει ένα σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινότητα. Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας στον τομέα της ιατρικής, όπως είναι για παράδειγμα οι αντλίες ινσουλίνης είτε οι πέννες χορήγησης ινσουλίνης, έχουν άρρηκτη σχέση με τη βελτίωση των αποτελεσμάτων σε ό,τι έχει να κάνει με την ποιότητα ζωής των εν λόγω πασχόντων. Για παράδειγμα, το βασικότερο κίνητρο για την ανάπτυξη της εισπνεόμενης ινσουλίνης, ως επί το πλείστον είναι η αισθητή βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των πασχόντων (Ζυγά, 2017).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί πως όλα αυτά τα χρόνια έχουν καταβληθεί σημαντικές ερευνητικές ενέργειες για αυτό το θέμα. Μια τέτοια μελέτη εστίασε στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αυτών των πασχόντων που εμφανίζουν έλκη-πληγές στα κάτω άκρα. Οι πληγές στα πόδια είναι μια από τις κυριότερες και τις πιο διαδεδομένες επιπλοκές σε αυτή την πάθηση. Ένα ποσοστό της τάξης του 15% αυτών

των ασθενών εμφανίζουν πληγές στα κάτω άκρα που αποτελούν την βασικότερη αιτία για πιθανό ακρωτηριασμό.

Η παραπάνω μελέτη αφορούσε 14 πάσχοντες, οι οποίοι είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 57 έτη. Διερευνήθηκαν όλες οι πτυχές, οι οποίες αφορούσαν την ποιότητα ζωής (όπως για παράδειγμα κοινωνικοί, ψυχολογικοί, σωματικοί αλλά και οικονομικοί παράγοντες) και εντοπίστηκε πως οι συγκεκριμένοι πάσχοντες είχαν σε όλα τα επίπεδα χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Η βασικότερη αιτία ήταν η ιδιαίτερα περιορισμένη κινητικότητά τους λόγω των πληγών(Saxton, 2011).

Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται οι πάσχοντες να προσαρμοστούν άμεσα σε έναν διαφοροποιημένο τρόπο ζωής. Η αισθητή ελάττωση των κοινωνικών τους δράσεων, η ανοδική τάση των εντάσεων στο οικείο περιβάλλον, η πρόωρη συνταξιοδότηση, οι ανησυχίες, η εξάντληση καθώς επίσης και η κούραση εξαιτίας της έλλειψης ύπνου και γενικότερα η κατάσταση της υγείας τους είναι εφικτό να επιφέρει αρνητικές συνέπειες σε ό,τι έχει να κάνει με την ποιότητα της ζωής τους (Fuller, 2016).

4.3 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο

Η συγκεκριμένη πάθηση αποτελεί μια από τις πιο συχνά εκδηλωμένες παθήσεις της σημερινής εποχής. Οι επιρροές αυτής της πάθησης στην ποιότητα ζωής των πασχόντων έχει άμεση σχέση αλλά και εξάρτηση από δυο καθοριστικές παραμέτρους που είναι το είδος της πάθησης, το επίπεδο το οποίο διαγιγνώσκετε, την θεραπεία η οποία θα εφαρμοστεί και η εξέλιξη της πάθησης ενώ η δεύτερη παράμετρος αφορά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εκάστοτε πάσχοντα αλλά και τη δυνατότητα προσαρμογής στην πάθηση (Fayers, 2006).

Έρευνες αναφέρουν πως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι εφικτό να βελτιώσουν σε μεγάλο βαθμό το προσδόκιμο ζωής ενός πάσχοντα με αυτή την πάθηση, αλλά την ίδια ώρα επιφέρουν ένα τεράστιο κόστος στην ποιότητα ζωής του. Οι χειρουργικές επεμβάσεις τις περισσότερες φορές επιφέρουν αισθητή ελάττωση της εικόνας του σώματος καθώς επίσης και της αυτό-εκτίμησης είτε της απόρριψης (Cheu, 2013).

Άλλες μελέτες αναφέρουν πως τα 3/4 των πασχόντων αυτής της μορφής, οι οποίοι ακολουθούν την τακτική της χημειοθεραπείας υποφέρουν από ναυτίες και εμετούς, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 70% των συγκεκριμένων πασχόντων υποφέρουν από ισχυρούς πόνους. Οι ίδιες μελέτες κάνουν λόγο πως όσοι πάσχοντες βιώνουν εκτεταμένο και διαδεδομένο πόσο σε ολόκληρο το σώμα τους, εμφανίζουν πιο χαμηλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με εκείνους οι οποίοι βιώνουν περιφερικούς και τοπικούς πόνους (Shofany, 2017).

Ένα άλλο εξίσου σημαντικό ζήτημα το οποίο καλούνται να αντιμετωπίσουν οι εν λόγω πάσχοντες, είναι το ζήτημα της κόπωσης. Για παράδειγμα σε μια έρευνα με δείγμα 419 πασχόντων, οι οποίοι έλαβαν χημειοθεραπεία και ακτινοβολία, ποσοστό μεγαλύτερο από τα 3/4 εμφάνιζε έντονη κόπωση και μεγάλη εξασθένηση στη σωματική τους δράση, με βασικότερη συνέπεια αυτό σταδιακά να επιφέρει απώλεια ελέγχου, απόγνωση, θλίψη, απογοήτευση και ελάττωση των κοινωνικών τους αλληλεπιδράσεων (Institute of Medicine, 2011).

Σε αυτό το συμπέρασμα έχουν καταλήξει και άλλες μελέτες, οι οποίες είχαν ασχοληθεί με τον γυναικείο καρκίνο του μαστού. Οι έρευνες αυτές ανέφεραν πως το δείγμα αυτών των γυναικών μετά από χημειοθεραπεία παρουσίασαν έντονη κόπωση, κάτι το οποίο σταδιακά ελάττωσε την ποιότητα ζωής τους. Γενικότερα, πάσχοντες με τη συγκεκριμένη πάθηση εμφανίζουν μετά από θεραπείες και σεξουαλικά ζητήματα. Για παράδειγμα στην παραπάνω έρευνα, το 33% των γυναικών σταματάει να έρχεται σε σεξουαλική επαφή, καθώς υφίστανται αισθήματα ντροπής, ανησυχίας κλπ (Lorigetal., 2013).

Σε μια άλλη μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 407 πάσχοντες μετά από μεταμόσχευση μυελού των οστών, εντοπίστηκαν σεξουαλικά ζητήματα σε ποσοστό σχεδόν 30% των αντρών και σχεδόν στο 80% των γυναικών. Όλα όσα προαναφέρθηκαν έχουν σαν βασικότερη συνέπεια να αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι πάσχοντες διάφορα ψυχικά αλλά και κοινωνικά ζητήματα (Fennell, 2013).

Το φαινόμενο της κατάθλιψης είτε ακόμα και το άγχος αποτελούν τις πιο διαδεδομένες και κοινότυπες εκδηλώσεις των ψυχικών και των κοινωνικών διαταραχών και έχουν την ευχέρεια να ελαττώσουν αισθητά την ποιότητα ζωής των

συγκεκριμένων πασχόντων. Στα συμπτώματα του φαινομένου της κατάθλιψης κατά κύριο λόγο περιέχονται η μελαγχολία, το χαμηλότερο επίπεδο αυτοεκτίμησης, οι τάσεις αυτοκτονίας, η ελαττωμένη μνήμη καθώς επίσης και η συγκέντρωση προσοχής κλπ (Cheu, 2013).

Σε ό,τι έχει να κάνει με αυτούς τους πάσχοντες, τα τελευταία χρόνια υφίστανται αρκετά παρεμβατικά προγράμματα, τα οποία έχουν σαν βασικότερο σκοπό να κατορθώσουν να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Σε μια μελέτη πάσχοντες με διαφορετικές διαγνώσεις αυτής της πάθησης, με σωματικά, ψυχικά αλλά και κοινωνικά ζητήματα τοποθετήθηκαν σε ένα πολυπαραγοντικό πρόγραμμα αποκατάστασης, το οποίο είχε σαν απώτερο σκοπό να καταφέρει να υπερνικήσει τα ζητήματα αυτά και να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής αυτών των πασχόντων. Το παραπάνω πρόγραμμα κράτησε σχεδόν 4 μήνες και περιείχε ατομικές ασκήσεις, ψυχική κατάρτιση και ενημέρωση. Τα αποτελέσματα έδειξαν καθοριστική βελτίωση στη δυνατότητα άσκησης, στην δύναμη των μυών και γενικότερα υπήρξε καθοριστική βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους (Nugentetal., 2012).

Ακόμα, σε μια άλλη μελέτη εντοπίστηκε πως πάσχοντες με καρκίνο τελικού σταδίου, που λάμβαναν φροντίδα στο σπίτι είχαν καθοριστικά πιο λίγα σημαντικά συμπτώματα και ανησυχίες, εμφάνιζαν πιο χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης καθώς επίσης και βελτιωμένη σωματική υγεία και ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους ανθρώπους οι οποίοι λαμβάνουν την φροντίδα σε κάποιο νοσοκομείο. Ακόμα, έρευνες επισημαίνουν πως έχουν πιο μεγάλο έλεγχο στις συνέπειες της συγκεκριμένης πάθησης (Ζυγά, 2017).

4.4 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις

Στις συγκεκριμένες παθήσεις περιέχονται τα νοσήματα της καρδιάς, των αιμοφόρων αγγείων όπως επίσης και της κυκλοφορίας του αίματος και είναι εφικτό να ταξινομηθούν σε 3 κατηγορίες που είναι οι στεφανιαίες παθήσεις (όπου περιέχονται η στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι κοιλιακές αρρυθμίες), οι διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων καθώς επίσης και η καρδιομυοπάθεια(Κρανίδης και Παρασκευαΐδης, 2011).

Πολλοί πάσχοντες που νοσούν από έμφραγμα μυοκαρδίου καλούνται να αντιμετωπίσουν αρκετές και διαφορετικές ψυχολογικές διαταραχές αλλά και συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Μάλιστα, σε μια πρόσφατη μελέτη αποδείχτηκε ο σημαντικός αντίκτυπος του φαινομένου της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των πασχόντων με στεφανιαία αρτηρία (Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου αναπτύσσει αρκετά και διαφορετικά ψυχικά είτε ακόμα και κοινωνικά ζητήματα στο οικογενειακό περιβάλλον καθώς επίσης και στην κοινωνική ζωή του ασθενή, όπως για παράδειγμα αδυναμία άσκησης κοινωνικών δράσεων και ρόλων είτε ακόμα και έκπτωση της κοινωνικής ζωής. Η αισθητή ελάττωση της σεξουαλικής δράσης και η ύπαρξη περισσότερων οικογενειακών εντάσεων και συγκρούσεων έχει σαν βασικότερη συνέπεια την επιδείνωση της ποιότητας ζωής αυτών των πασχόντων (Teichroew, 2016).

Τα πιο διαδεδομένα θεραπευτικά μέτρα τα οποία χρησιμεύουν με βασικότερο στόχο τη βέλτιστη εφικτή αντιμετώπιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι η χορήγηση φαρμάκων είτε ακόμα και η χειρουργική επέμβαση. Και στα δυο αυτά περιστατικά, όμως, πολλές φορές εντοπίζονται σοβαρές παρενέργειες, οι οποίες είναι δυνατόν να επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις στην ποιότητα ζωής του πάσχοντα.

Από τη μια μεριά, η παρακολούθηση του πόνου επιφέρει θετικές επιρροές και επιδράσεις στην ποιότητα ζωής αυτών των πασχόντων, από την άλλη όμως, οι εν λόγω παρενέργειες (όπως είναι για παράδειγμα κούραση, διαταραχές ύπνου, ισχυροί πονοκέφαλοι κλπ) τις οποίες επιφέρουν κατά κύριο λόγο οι φαρμακευτικές αγωγές, επιφέρουν αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους (Κρανίδης και Παρασκευαΐδης, 2011).

Έρευνες αναφέρουν πως ένα ποσοστό της τάξης του 30% των Αμερικανών νοσούν από υπέρταση, που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ύπαρξη αγγειακού-εγκεφαλικού επεισοδίου ή εμφράγματος. Τα φάρμακα τα οποία χορηγούνται στους συγκεκριμένους πάσχοντες με υπέρταση, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι εφικτό να οδηγήσουν σε παρενέργειες, όπως είναι για παράδειγμα ζαλάδες, πονοκέφαλοι, κούραση, αδυναμία κλπ, που είναι δυνατόν να περιορίσουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής ενός τέτοιου πάσχοντα (Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

Σε αντίθεση με τη γνώμη των ιατρών για την αποδοτικότητα της αντί-υπερτασικής αγωγής, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των πασχόντων νιώθουν επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους, ελάττωση της δυνατότητας μνήμης και μάθησης καθώς επίσης και αισθητή ελάττωση της ψυχολογικής τους ευεξίας. Τις περισσότερες φορές οι μεσήλικες εμφανίζουν συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης, κάτι το οποίο δεν ισχύει στο ίδιο επίπεδο στους ανθρώπους που ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (Teichroew, 2016).

Σε μια μελέτη με πάσχοντες, οι οποίοι εμφάνιζαν καρδιακή ανεπάρκεια, εντοπίστηκε πως οι γυναίκες είχαν αισθητά πιο χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής συγκριτικά με τους άντρες και ειδικότερα είχαν δυσκολίες με δράσεις της καθημερινότητας, όπως είναι για παράδειγμα να ανέβουν και να κατέβουν τις σκάλες καθώς επίσης και δυσκολίες στην κοινωνική τους ζωή (Κρανίδης και Παρασκευαΐδης, 2011).

Ακόμα, οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερη βαθμολογία στην μακρά διάρκεια ζωής τους αλλά και στη σωματική τους λειτουργικότητα συγκριτικά με τους άντρες. Επίσης, έρευνες αναφέρουν πως η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο σε ό,τι έχει να κάνει με την αισθητή βελτίωση του χαμηλότερου επιπέδου ποιότητας ζωής σε πάσχοντες οι οποίοι νοσούν από αυτές τις παθήσεις, μιας και είναι εφικτό να εξαφανίσει συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα η κούραση είτε ακόμα και η γνωστική ανικανότητα κλπ (Αναστασίου-Νανά και συν., 2013).

4.5 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Έρευνες τα τελευταία χρόνια αναφέρουν πως καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας αλλά και της ποιότητας ζωής των πασχόντων με χρόνια νοσήματα παίζει η καλή επικοινωνία ανάμεσα σε ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας. Η επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη διαμορφώνεται από σχεσιακή δυναμική παρόμοια με τις προσωπικές σχέσεις, αλλά με επιπρόσθετους στόχους όπως της διάγνωσης και της θεραπείας των ασθενών που παρουσιάζουν διάφορες ασθένειες.

Εκτός από την ανάπτυξη σχέσεων και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς διαμορφώνεται επίσης από πλήθος παραγόντων. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ποιότητα της αλληλεπίδρασης και της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας είναι ένας καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει επίσης μια σημαντική σχέση μεταξύ αυτής της επικοινωνίας, της ικανοποίησης και της συμμόρφωσης του ασθενούς. Η θεραπευτική επικοινωνία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, που σχετίζονται με τα προσωπικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στον ιατρικό διάλογο. Μια πιο αποτελεσματική επικοινωνία θα μπορούσε να καθιερωθεί τόσο από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όσο και από τους ασθενείς μέσω της ευαισθητοποίησης για παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία, ειδικά για ασθενείς με χρόνια νόσο. Αυτό είναι σημαντικό για την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης (Kourakos et al., 2017).

Μελέτες, επίσης, κάνουν λόγο πως ο σχεδιασμός φροντίδας για άτομα με μακροχρόνια προβλήματα υγείας θα πρέπει να είναι επικεντρωμένος στο άτομο και θα πρέπει να προωθείται η συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις θεραπείας, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι η παροχή φροντίδας μπορεί να είναι πολύ πιο αποτελεσματική και αποδοτική όταν οι ασθενείς έχουν ενεργό ρόλο στις αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα τους. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν τεράστιο αντίκτυπο όχι μόνο στη σωματική υγεία των ασθενών, αλλά και στις συναισθηματικές τους ανάγκες που πρέπει να αντιμετωπιστούν και με ολιστικό τρόπο.

Ορισμένες μελέτες έχουν επισημάνει ότι οι ασθενείς με χρόνια ασθένεια αναζητούν ενσυναίσθηση από τους φροντιστές τους, το οποίο θεωρείται ότι είναι το κλειδί για τη βελτίωση της σχέσης φροντιστή-ασθενούς και έχει αναφερθεί ως βάση για μια ανθρώπινη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή που αναγνωρίζει τον ασθενή ως ολόκληρο άτομο. Η ενσυναίσθηση έχει βρεθεί ότι έχει θετικά και άμεσα αποτελέσματα τόσο στους ασθενείς όσο και στους παρόχους υγείας, έτσι θα μπορούσε να θεωρηθεί πολύτιμος σύμμαχος στη φροντίδα ασθενών με χρόνιες παθήσεις (Kourakos et al., 2018).

Γενικότερα είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε πως η ενσυναίσθηση, η αποτελεσματική επικοινωνία και η ενεργή ακρόαση είναι οι δεξιότητες που απαιτούνται από τους

επαγγελματίες του τομέα της υγείας προκειμένου να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς. Η Θεραπευτική Σχέση βασίζεται στην κοινή δέσμευση του ιατρού και του ασθενούς να συνεργαστούν για την επίτευξη των στόχων της χρόνιας περίθαλψης, όχι μόνο για να θεραπεύσει την ασθένεια και να αποτρέψει τυχόν επιπλοκές, αλλά και για να βελτιώσει τη λειτουργική κατάσταση του ασθενούς, να ελαχιστοποιήσει τα συμπτώματα, να παρατείνει το προσδόκιμο ζωής και να βελτιώσει όσο γίνεται περισσότερο την ποιότητα ζωής του (Mitsi et al., 2018).

Ζωτικής σημασίας, όμως, λογίζεται πως είναι και η οργανωσιακή κουλτούρα που παίζει καθοριστικό ρόλο με απώτερο στόχο την εξασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και επιφέρει καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις τόσο στους παρόχους των συγκεκριμένων υπηρεσιών όσο και στους αποδέκτες τους, κατά κύριο λόγο αφορά τα κοινά αυτά δεδομένα τα οποία έχουν άμεση σχέση με τα μέλη ενός οργανισμού και οριοθετεί αυτές τις νόμιμες και αποδεκτές ενέργειες εντός του οργανισμού. Με αυτόν τον τρόπο αποτελεί την κοινωνική αλλά και κανονιστική συγκολλητική ουσία, η οποία έχει άρρηκτη σχέση με τους ανθρώπους σε συλλογικές ομάδες και οριοθετεί τη μέθοδο εκτέλεσης των διαφορετικών πρακτικών και δράσεων (Κουράκος και Καυκιά, 2019).

Γενικά, η έρευνα σε ασθενείς με διάφορες χρόνιες ασθένειες δείχνει ότι συνυπάρχουν χρόνιες ασθένειες, δυσμενείς συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία, καταθλιπτικά συμπτώματα, αϋπνία και γνωστική εξασθένηση, που σχετίζονται με μειωμένη ποιότητα ζωής. Ως εκ τούτου, η εντατική έγκαιρη θεραπεία του διαβήτη, της παχυσαρκίας και της δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας, η πνευματικότητα και οι παρεμβάσεις για τη μείωση της ψυχολογικής νοσηρότητας συνδέονται με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Φαίνεται δύσκολο να έχουμε μια συνεκτική εικόνα της σχέσης μεταξύ του δείκτη ποιότητας ζωής και της χρόνιας νόσου όταν οι συνθήκες ποικίλλουν, καθώς και το εθνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο του πληθυσμού που μελετάτε σε μια σύγχρονη έρευνα. Η εκτίμηση της σχετικής επίδρασης των χρόνιων παθήσεων στον δείκτη ποιότητας ζωής είναι απαραίτητη για τον καλύτερο σχεδιασμό και τη διανομή πόρων για έρευνα, εκπαίδευση και υγειονομική περίθαλψη, προκειμένου να προωθηθεί περαιτέρω η καλή ζωή με χρόνιες ασθένειες. Κατά συνέπεια, η συνεργασία μεταξύ

διαφορετικών επιστημών θα μπορούσε να παράγει καλύτερα αποτελέσματα θεραπείας για άτομα που ζουν με χρόνια ασθένεια, ειδικά εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη. Ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την υγειονομική περίθαλψη θα βασιστεί σε μια ενιαία κατευθυντήρια αρχή: ότι ο στόχος της αντιμετώπισης των σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών πτυχών της χρόνιας νόσου είναι να βοηθήσει ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και ολόκληρο τον πληθυσμό, καλά, ανεξάρτητα από τη χρόνια ασθένεια ή την τρέχουσα κατάσταση υγείας ενός ατόμου (Megari, 2013).

Τα αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι η ηλικία, η οικονομική κατάσταση, η εκπαίδευση και ο τύπος της χρόνιας νόσου είναι μεταξύ των προγνωστικών παραγόντων της ποιότητας ζωής (QoL) μεταξύ των γυναικών, ενώ η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα δεν είχαν καμία επίδραση στο QoL τους. Μεταξύ των ανδρών με χρόνιες παθήσεις, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις πτυχές του QoL με βάση την εκπαίδευση και την οικογενειακή τους κατάσταση. Ωστόσο, η ηλικία, η πορεία της νόσου, η οικονομική κατάσταση και ο τύπος της νόσου ήταν μεταξύ των σημαντικών προγνωστικών της QoL μεταξύ των ανδρών. Σε αυτή τη βάση, η ηλικία, η οικονομική κατάσταση και ο τύπος της νόσου επηρέασε το QoL και στα δύο φύλα.

Επίσης, τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών έδειξαν ότι με την αύξηση της ηλικίας, μειώθηκαν όλες οι πτυχές του QoL τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες με χρόνιες ασθένειες. Η πορεία της νόσου ήταν μια άλλη μεταβλητή που επηρέασε σημαντικά το QoL μεταξύ των ανδρών, ενώ τόσο σημαντική σχέση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των γυναικών. Τα αποτελέσματα που ελήφθησαν για την επίδραση της ηλικίας στο QoL των ασθενών με χρόνιες παθήσεις ήταν ασυνεπή με εκείνα των προηγούμενων.

Μελέτες, παράλληλα, έχουν αναφέρει σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και του QoL του ασθενούς με χρόνιες παθήσεις. Επιπλέον, μια τέτοια σχέση έχει αναφερθεί για την ηλικία και την πορεία της νόσου με το QoL των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και επίσης για την ηλικία με QoL των ασθενών με διαβήτη τύπου II και MS. Αυτή η ασυνέπεια μπορεί να οφείλεται στη διαφορά στην ηλικιακή δομή των επιλεγμένων δειγμάτων και στο μέγεθος του δείγματος. Συνολικά, όσον αφορά τη

φύση της παρατεταμένης πορείας των χρόνιων παθήσεων και την αυξημένη επίδραση τέτοιων ασθενειών σε διαφορετικά συστήματα του σώματος, όπως υποδεικνύεται από αρκετές μελέτες, αναμένεται ότι με την αύξηση της ηλικίας και της πορείας της νόσου, το QoL των ατόμων μειώνεται (Siboni et al., 2019).

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί πως έρευνες αναφέρουν πως αρκετές κύριες χρόνιες ασθένειες βρέθηκαν να έχουν φτωχό QoL, ειδικά ο καρκίνος, η νόσος του Πάρκινσον, η ψυχική διαταραχή, η επιληψία, το άσθμα, η νεφρική νόσο, το ΧΑΠ, και η αρθρίτιδα. Το καθορισμένο QoL των ασθενών με χρόνια νόσο και οι προσδιορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν το QoL όπως η συννοσηρότητα, το στίγμα χρόνιων παθήσεων και η κακή τήρηση των φαρμάκων παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για τη βελτίωση της διαχείρισης χρόνιων παθήσεων (Pengpid and Peltzer, 2018).

Πίνακας 4.1 Παράθεση Μελετών

Αντικείμενο έρευνας	Χρόνος υλοποίησης	Φορέας υλοποίησης
Οργανωσιακή κουλτούρα. Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας	2019	(1) (PDF) Οργανωσιακή κουλτούρα: Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας. Organizational culture: Its importance for healthcare service providers and recipients. (researchgate.net)
<i>Communication as the Basis of Care for Patients with Chronic Diseases</i> , American Journal of Nursing Science	2017	Communication as the Basis of Care for Patients with Chronic Diseases :: Science Publishing Group
<i>Empathy in the Health Professions: An Ally in the</i>	2018	Empathy in the Health Professions: An Ally in the

<i>Care of Patients with Chronic Diseases,</i> International Journal of Health Sciences & Research		Care of Patients with Chronic Diseases (ijhsr.org)
<i>Quality of Life in Chronic Disease Patients</i>	2013	 (1) (PDF) Quality of Life in Chronic Disease Patients (researchgate.net)
<i>Therapeutic Relationship and Quality of Life in Chronic Diseases,</i> American Journal of Nursing Science	2018	Therapeutic Relationship and Quality of Life in Chronic Diseases :: Science Publishing Group
<i>Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors</i>	2019	Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors - PubMed (nih.gov)
Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors	2019	Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors - PubMed (nih.gov)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι χρόνιες παθήσεις, που αποτέλεσαν πεδίο έρευνας της συγκεκριμένης εργασίας, αποτελούν την βασικότερη αιτία νοσηρότητας καθώς επίσης και θνητότητας σε διεθνές επίπεδο, εμφανίζουν ανοδική τάση της επίπτωσης και προσβάλλουν ολοένα και πιο μικρές ηλικιακές ομάδες. Παρά το γεγονός αυτό, όμως, οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας αποτελούν την βασικότερη δεξαμενή ασθενών και εξαιτίας του

γεγονότος πως η γήρανση των πληθυσμών εξελίσσεται σε ένα διεθνές φαινόμενο, οι συγκεκριμένες παθήσεις εξαπλώνονται με ραγδαίους ρυθμούς.

Παρόμοιας μορφής παθήσεις είναι τα καρδιαγγειακά ζητήματα υγείας, τα αναπνευστικά, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος κλπ. Η επιβάρυνση των σύγχρονων δομών υγείας είναι τεράστια και η ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας στην ανοδική τάση των απαιτήσεων γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη, προκειμένου οι εν λόγω πάσχοντες να εκδηλώνουν την δυσαρέσκειά τους.

Παρά την πολυπλοκότητα και πολλές φορές τον ανίατο χαρακτήρα των συγκεκριμένων ασθενειών, οι προσδοκίες των ανθρώπων είναι τεράστιες. Οι πάσχοντες αποκτούν πλέον ολοένα και πιο καλή πληροφόρηση για την υγεία, η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας υπόσχεται καινούριες θεραπευτικές τακτικές και ο καταναλωτισμός στην υγεία προβάλλει την ενεργό δράση των πασχόντων στους επαγγελματίες υγείας και στις δράσεις τους και υποθάλλει την τεράστια αμφισβήτηση και τις υψηλότερες προσδοκίες.

Με αυτόν τον τρόπο, η αυθεντία των γιατρών είναι εφικτό να απορριφθεί, οι σχέσεις των επαγγελματιών υγείας και των πασχόντων εξελίσσονται είτε δοκιμάζονται, ενώ οι κοινωνικές τάξεις, η μόρφωση κλπ επιφέρουν καθοριστικές επιρροές και επιδράσεις στη μέθοδο προσέγγισης των σύγχρονων συστημάτων υγείας καθώς επίσης και στην κοινωνία αυτών των επαγγελματιών με τους πάσχοντες.

Γενικότερα, αυτό το οποίο μπορούμε να συμπεράνουμε από τη συγκεκριμένη εργασία είναι πως η διαχείριση αυτών των παθήσεων αποτελεί, πιθανόν, μια από τις βασικότερες προκλήσεις για τους σύγχρονους επαγγελματίες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, που θα πρέπει να αντιμετωπίσουν διάφορα ζητήματα των ανθρώπων σε οργανικό είτε ακόμα και ψυχολογικό είτε κοινωνικό επίπεδο. Ζωτικής σημασίας διακρίνεται να είναι ο ρόλος που διαδραματίζει η κοινωνική υποστήριξη σε ό,τι έχει να κάνει με αυτές τις παθήσεις, αφού βάσει με τη βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε έχει άμεση και θετική συσχέτιση με τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία αυτών των πασχόντων.

Όλα αυτά τα χρόνια αρκετές έρευνες έχουν αποδείξει πως η συγκεκριμένη μορφή στήριξης έχει άμεση σχέση με την αισθητή ελάττωση του φαινομένου της

κατάθλιψης και του άγχους, την υιοθέτηση πιο υγιών συμπεριφορών, την προσήλωση στη θεραπευτική και διαιτητική αγωγή, την αυτό-φροντίδα, την αυτό-διαχείριση, την αισθητή βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των πασχόντων, την εξέλιξη της εκάστοτε πάθησης κλπ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αναστασίου-Νανά Μ., Ηλιοδρομίτης Ε., Λεκάκης Ι., Παρασκευαΐδης Ι., Ρίζος Ι., Φιλιππάτος Γ., (2013), *Εγχειρίδιο Καρδιαγγειακών Νοσημάτων Β` Καρδιολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ*, Εκδόσεις BrokenHill, Αθήνα.
- Γεροδήμος Β., (2013), *Η άσκηση ως μέσο πρόληψης και αποκατάστασης χρόνιων παθήσεων, Συμμαχία για την υγεία-άσκηση*, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα.
- Δημόπουλος Μ., (2014), *Νικήστε την αρθρίτιδα: Φυσικές μέθοδοι αντιμετώπισης*, Εκδόσεις Κάδμος, Αθήνα.
- Δεληγιάννης Α., Κουϊδή Ε., (2019), *Η άσκηση ως θεραπεία : Ο ρόλος της επαναδραστηριοποίησης σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις*, Εκδόσεις UniversitySturioPress, Αθήνα.
- Ζυγά Σ., (2017), *Χρόνια νεφρική νόσος και ποιότητα ζωής*, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Κουράκος Μ., Καυκιά Θ., (2019), *Οργανωσιακή κουλτούρα Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 36(3), σελ. 312-319.
- Κρανίδης Α., Παρασκευαΐδης Ι., (2011), *Απεικόνιση στις καρδιαγγειακές παθήσεις*, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Μανώλης Κ., (2012), *Συμμόρφωση ασθενών σε χρόνιες παθήσεις*, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.
- Μηνασίδου Ε., (2005), *Διερεύνηση της ποιότητας ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα*, Διπλωματική εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Πάσχος Κ., (2018), *Η πρόκληση των χρόνιων νόσων: προσδοκίες ασθενών και η ανταπόκριση ιατρών και σύγχρονων συστημάτων υγείας*, Επιστημονικά Χρονικά, 23(2), σελ. 204-217.

- Τοκμανίδης Π.Σ., (2003), *Άσκηση και χρόνιες παθήσεις*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Διεθνής βιβλιογραφία

- Cheu R., (2013), *Living Well with Chronic Illness: A Practical & Spiritual Guide*, Dog Ear Publishing.
- DiChiara K., (2020), *End Chronic Disease: The Healing Power of Beliefs, Behaviors, and Bacteria*, Hay House Inc.
- Eckerblad J., (2015), *Symptom burden among people with chronic disease*, Division of Health, Activity and Care Department of Social and Welfare Studies Linköping University, Sweden Linköping.
- Fayers M.P., (2006), *Ποιότητα ζωής: Αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία*, Πανερα Α. (Μεταφρ.), Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα.
- Fennell A.P., (2013), *The Chronic Illness Workbook: Strategies and Solutions for Taking Back Your Life*, Lightning Source Inc.
- Fuller J., (2016), *The new medical model: Chronic disease and evidence-based medicine*, Institute of Medical Science University of Toronto, Toronto.
- Hipple-Walters B., (2015), *Managing the chronic: Investigating chronic disease management in Netherlands*, Thesis, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.
- Huard P., (2018), *The Management of Chronic Diseases: Organizational Innovation and Efficiency*, Wiley.
- Jadad A.R., Cabrera A., Lyons R.F., Martos F., Smith R., (2010), *When people live with multiple chronic diseases*, Escuela Andaluza De Salud Publica, Granada.
- Institute of Medicine, (2011), *Living Well with Chronic Illness: A Call for Public Health Action*, National Academies Press.

- Kourakos M., Fradelos C.E., Papathanasiou I.V., Saridi M., Kafkia T., (2017), *Communication as the Basis of Care for Patients with Chronic Diseases*, American Journal of Nursing Science, 7(3), pp. 7-12.
- Kourakos M., Vlachou E.D., Kelesi M.N., (2018), *Empathy in the Health Professions: An Ally in the Care of Patients with Chronic Diseases*, International Journal of Health Sciences & Research, 8(2), pp. 233-240.
- Lenz T.L., (2013), *Lifestyle Medicine for Chronic Diseases*, Prevention Publishing.
- Lorig K., Holman H., Sobel D., Laurent D., Gonzalez V., Minor M., (2013), *Living a Healthy Life with Chronic Conditions: CANADIAN Edition For Ongoing Physical and Mental Health Conditions*, 4th Edition, Bull Publishing Compan.
- McEvoy P., (2014), *Chronic Disease Management: A New Paradigm for Care*, CRC Press.
- Megari K., (2013), *Quality of Life in Chronic Disease Patients*, Health Psychol Res, 1(3).
- Mitsi A., Kourakos M., Poulimenakou G., Latsou D., Sarris M., (2018), *Therapeutic Relationship and Quality of Life in Chronic Diseases*, American Journal of Nursing Science, 7(3), pp. 103-108.
- Nathan N., (2018), *Toxic: Heal Your Body from Mold Toxicity, Lyme Disease, Multiple Chemical Sensitivities, and Chronic Environmental Illness*, Victory Belt Publishing.
- Nolte E., Knai C., Saltman R.B., (2014), *Assessing chronic disease management in European health systems*, Observatiry Studies Series.
- Nugent R., Jha P., Verguet S., Bloom D., Hum R., (2012), *Chronic Disease*, Challenge paper, Copenhagen Consensus.
- Nuovo J., (2007), *Chronic Disease Management*, Springer.
- Pengpid S., Peltzer K., (2018), *The Impact of Chronic Diseases on the Quality of Life of Primary Care Patients in Cambodia, Myanmar and Vietnam*, Iran J Public Health, 47(9), pp. 1308–1316.

- Preto O., Amaral O., Duarte J., Chaves C., Coutinho E., Nelas P., (2016), *Quality of life and chronic disease in patients receiving primary health care*, International Conference on Health and Health Psychology, pp. 217-226.
- Saxton J., (2011), *Exercise and chronic disease*, Routledge.
- Shofany C., (2017), *Quality of life among chronic disease patients*, Nursing & Care Open Access Journal, 4(2), pp. 385-394.
- Siboni F.S., Alimoradi Z., Atashi V., Alipour M., Khatooni M., (2019), *Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors*, Int J Prev Med, 10(65).
- Sigh D., (2008), *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?*, Health and policy analysis.
- Sperry L., (2006), *Psychological Treatment of Chronic Illness: A Biopsychosocial Therapy Approach*, Amer Psychological Assn.
- Sverker A., (2007), *Dilemmas and consequences of chronic disease - lived experiences of coeliac disease and neuropathic pain*, Department of Public Health and Community Medicine Social Medicine, The Sahlgrenska Academy at Göteborg University Göteborg Sweden.
- Teichroew J., (2016), *Chronic Diseases: An Encyclopedia of Causes, Effects, and Treatments*, Greenwood.
- Teunissen T., (2013), *Values and criteria of people with a chronic illness or disability*, Print Service Ede, Geborente Heerlen.
- Ventegodt S., Kandel I., Merrick J., (2005), *Principles of Holistic Medicine: Quality of Life and Health*, Principles of Holistic Medicine: Quality of Life and Health.
- Weisz G., (2014), *Chronic Disease in the Twentieth Century: A History*, Johns Hopkins University Press.