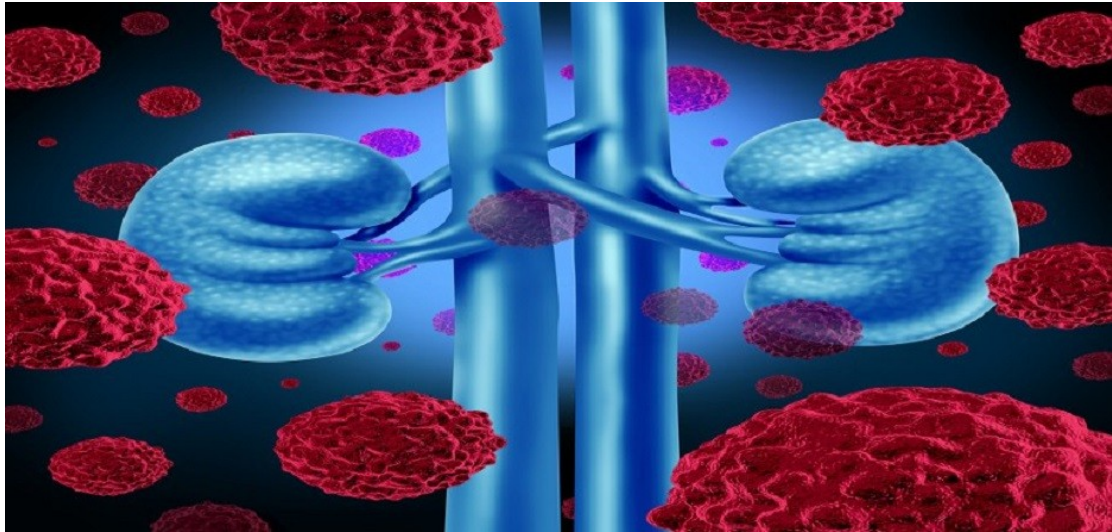


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ...

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Η΄ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ



ΟΝΟΜΑ: ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ, ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

Α/Μ: 9385/2013, 9421/2013

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Dr ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΠΟΛΗ: ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ,2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

- 1.1 Το νεφρό και η λειτουργία του
- 1.2 Ορισμός νόσου
- 1.3 Αίτια της νεφρικής νόσου
- 1.4 Κλινική εικόνα
- 1.5 Διάγνωση
- 1.6 Στάδια της ασθένειας
- 1.7 Επιδημιολογία
- 1.8 Αντιμετώπιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

- 2.1 Ιστορική αναδρομή
- 2.2 Ανάλυση μεθόδου
 - 2.2.1 Συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση
 - 2.2.2 Αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση
- 2.3 Συνέπειες από την περιτοναϊκή κάθαρση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

- 3.1 Ιστορική αναδρομή
- 3.2 Επιδημιολογία
- 3.3 Φυσικές αρχές
 - 3.3.1 Διάχυση
 - 3.3.2 Υπερδιήθηση
 - 3.3.3 Όσμωση
- 3.4 Αγγειακή προσπέλαση
- 3.5 Έναρξη μεθόδου
- 3.6 Διαδικασία
- 3.7 Το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης
 - 3.7.1 Το μόνιτορ του αίματος

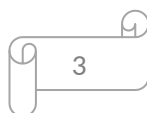
- 3.7.2 Μόνιτορ διαλύματος αιμοκάθαρσης
- 3.7.3 Έλεγχος της υπερδιήθησης
- 3.8 Φίλτρα αιμοκάθαρσης
- 3.9 Το διάλυμα της αιμοκάθαρσης
- 3.10 Η προετοιμασία του ασθενή
- 3.11 Η ολοκλήρωση της διαδικασίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

- 4.1 Η δίαιτα στην αιμοκάθαρση
- 4.2 Ψυχολογικά- κοινωνικά προβλήματα
- 4.3 Κατάθλιψη
- 4.4 Σεξουαλική δυσλειτουργία
- 4.5 Σωματική αλλαγή
- 4.6 Υπόταση
- 4.7 Ναυτία
- 4.8 Κράμπες
- 4.9 Αστάθεια
- 4.10 Αντιδράσεις στο φίλτρο
- 4.11 Αιμόλυση
- 4.12 Εμβολή αέρα
- 4.13 Πήξη των αιματικών γραμμών του φίλτρου
- 4.14 Θρόμβωση
- 4.15 Ανεύρυσμα
- 4.16 Σύνδρομο υποκλοπής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- 5.1 Διατροφή
- 5.2 Ισοζύγιο νερού και ηλεκτρολυτών
- 5.3 Διαταραχή καλίου
- 5.4 Διαταραχή αρτηριακής πίεσης
- 5.5 Κνησμός
- 5.6 Μυϊκές κράμπες
- 5.7 Προβλήματα στην αγγειακή προσπέλαση
- 5.8 Ψυχολογικά προβλήματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

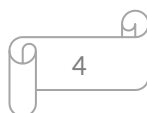
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

- 7.1 Κοινωνική Εργασία και Υγεία
- 7.2 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε σχέση με τον ασθενή
- 7.3 Επικοινωνία του Κοινωνικού Λειτουργού με τον ασθενή
- 7.4 Ο Κοινωνικός Λειτουργός σε σχέση με την οικογένεια του ασθενή

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Στην παρούσα μελέτη θα κάνουμε μια θεωρητική προσέγγιση σχετικά με την αιμοκάθαρση και την περιτοναϊκή κάθαρση. Αρχικά, θα αναφερθούμε στην νεφρική νόσο, εξετάζοντας τόσο τα αίτια όσο και τις συνέπειες της ασθένειας. Αφού αναλυθούν λεπτομερώς τα στάδια της ασθένειας καθώς και η κλινική εικόνα του πάσχοντα θα εξετάσουμε ποια από τις δύο θεραπευτικές μεθόδους (αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση) είναι πιο αποτελεσματική στην χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Το δεύτερο κεφάλαιο της μελέτης μας εξετάζει την μέθοδο της περιτοναϊκής κάθαρσης. Αναλύεται λεπτομερώς η ιστορική πορεία της μεθόδου και γίνεται λόγος για την διαδικασία που ακολουθείται. Τέλος, καταγράφονται τα πλεονεκτήματα αλλά και οι συνέπειες της μεθόδου.

Στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την αιμοκάθαρση. Η αιμοκάθαρση ίσως αποτελεί την πιο διαδεδομένη θεραπευτική διαδικασία που ακολουθείται στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Αναλύονται με απόλυτη ακρίβεια και με την βοήθεια εικόνων , τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται, η διαδικασία που ακολουθείται καθώς και η προετοιμασία του ασθενή.

Επιπλέον, στο τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης αναφερόμαστε στις συνέπειες της αιμοκάθαρσης. Με βάση την ελληνική και την διεθνή βιβλιογραφία τα αρνητικά αποτελέσματα είναι ευρέως γνωστά και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένο για να αντιμετωπίσει κάθε απρόσμενη εξέλιξη.

Επιπρόσθετα, στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας μας , γίνεται λόγος για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται να είναι δίπλα στον ασθενή και να τον ενημερώνει για την εξέλιξη της θεραπείας. Παράλληλα, ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει και να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες του νοσηλευτικού προσωπικού . Επίσης, σε αυτό το κεφάλαιο τονίζεται πόσο αναγκαία είναι η σωστή εκπαίδευση των νοσηλευτών που έρχονται αντιμέτωποι με άτομα που νοσούν από χρόνιες ασθένειες.

Ταυτόχρονα, το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ποιότητα της ζωής των οικογενειών των νεφροπαθών. Η οικογένεια αποτελεί σημαντική πηγή στήριξης και ενθάρρυνσης του ασθενή. Σε αυτό το σημείο αναλύονται η στάση της οικογένειας στο άκουσμα της διάγνωσης και τα στάδια που περνούν τα μέλη της μέχρι την τελική αποδοχή του νέου γεγονότος.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα μελέτη θα αναφερθούμε στο σημαντικό και σπουδαίο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού. Συγκεκριμένα, θα γίνει λόγος για την σχέση του Κοινωνικού Λειτουργού με τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

1.1 Το νεφρό και η λειτουργία του

Τα νεφρά αποτελούν δύο ομοιόμορφα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού που θυμίζουν σχήμα φασολιού, τοποθετημένα στις δύο πλευρές της σπονδυλικής στήλης και λίγο πάνω απ' τον τελευταίο ραχιαίο σπόνδυλο. (Ζηρογιάννης ,2005)

Εσωτερικά του νεφρού υπάρχει η πύλη από την οποία βγαίνει ο ουρητήρας και τα κύρια αιμοφόρα αγγεία καθώς και τα νεύρα του νεφρού. (Ζηρογιάννης ,2005)

Εξωτερικά ο νεφρός έχει σκουρόχρωμα χρώμα στην εξωτερική στοιβάδα ενώ παρουσιάζει ανοιχτόχρωμα χρώμα στο μυελό. (Ζηρογιάννης ,2005)

Οι Nikola και Thomas, (2003) υποστήριξαν πως *«Ο φλοιός περιέχει τα στοιχεία συγκέντρωσης και διύλισης των νεφρώνων και ένα σύστημα αθροιστικών σωληνάριων, που οδηγούν τα ούρα στην πύελο, στο κέντρο του μυελού, από όπου θα οδηγηθούν στον ουρητήρα και στην κύστη».*

Όσο αναφορά τον νεφρώνα, αποτελεί μια λειτουργική μονάδα του νεφρού. Ο κάθε νεφρός αποτελείται από 1.000.000 εκ. νεφρώνες. Οι βασικές λειτουργίες του νεφρώνα αναλύονται παρακάτω. (Nikola ,2003)

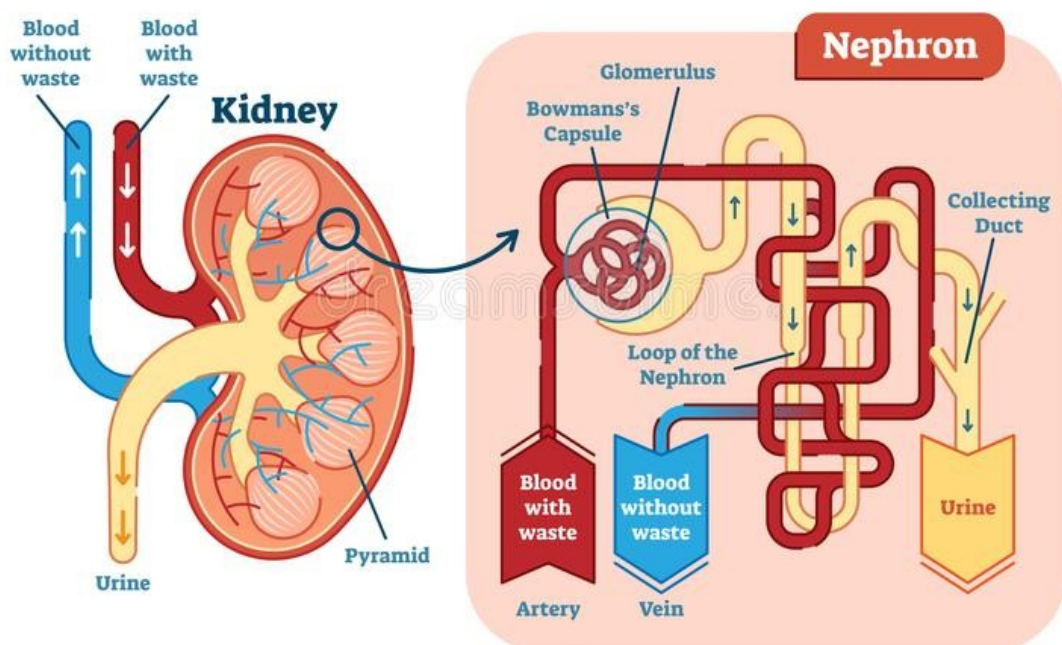
- Η κάψα του Bowman, δημιουργεί μια κάψα γύρω από τα τριχοειδή που αποτελεί ουσιαστικά το φιλτράρισμα
- εσπειραμένο σωληνάριο αποτελεί το σημείο της φάσης της επαναρρόφησης και της μερικής έκκρισης
- Η πύκνωση και η αραιώση των ούρων συμβαίνει στην αγκύλη Henle
- Το άπω εσπειραμένο σωληνάριο είναι το σημείο επαναρρόφησης και της επιπλέον έκκρισης
- Το αθροιστικό σωληνάριο αποτελεί το μέσο με το οποίο γίνεται η συγκέντρωση των ούρων και η μεταφορά τους στη νεφρική πύελο
(Nikola,2003)

Επιπλέον, υπάρχουν δύο τύποι νεφρώνα,

1. Φλοιώδεις, με κοντές αγκύλες Henle, που βρίσκονται μέσα στο φλοιό του νεφρού (Nikola ,2003)
2. Εξωμυελικοί, με μεγάλες αγκύλες Henle, που βρίσκονται μέσα στον μυελό
(Nikola ,2003)

Τα νεφρά αποτελούν τα όργανα μέσω των οποίων γίνεται ο καθαρισμός του ουρανισμού. Πραγματοποιείται ο καθαρισμός του αίματος και αποβάλλονται οι βλαβερές ουσίες για τον οργανισμό μέσω των ούρων. Επιπρόσθετα, σημαντική είναι η συμμετοχή τους και στην επεξεργασία των πρωτεϊνών. Πρέπει να τονιστεί ότι το άτομο που δεν έχει κανένα νεφρό οδηγείται με βεβαιότητα στον θάνατο. (Geoffrey,1980)

Nephron Anatomy



Εικόνα 1. Η ανατομία των νεφρών του ανθρώπινου οργανισμού. Πηγή <https://gr.dreamstime.com/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AF%CE%B1-nephron-%CE%BD%CE%B5%CF%86%CF%81%CF%8E%CE%BD-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%BD%CF%85%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%83%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%AC%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82-image108044141>

Παρακάτω θα εξετάσουμε τις βασικές λειτουργίες των νεφρών.

➤ Απεκκριτική λειτουργία

Αποβάλλουν από τον οργανισμό τις βλαβερές ουσίες. Ως βλαβερές ουσίες ορίζονται η ουρία, η κρεατινίνη, το ουρικό οξύ . (Nikola ,2003)

➤ Ρυθμιστική λειτουργία

1. Ρυθμίζουν τα ποσοστά νερού στον οργανισμό (πόσο νερό θα κρατήσει ο οργανισμός ώστε να μην προκληθεί πρόβλημα αφυδάτωσης)
2. Ρυθμίζουν την οξεοβασική ισορροπία (ο οργανισμός λειτουργεί φυσιολογικά με συγκεκριμένο ποσοστά οξύτητας) (Nikola ,2003)

➤ Μεταβολική λειτουργία

1. Παράγεται η ρενίνη που ευθύνεται για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.
2. Παράγει την ερυθροποιητίνη που αποτελεί μια γλυκοπρωτεΐνη . Η ίδια είναι απαραίτητη για τη διατήρηση του φυσιολογικού αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων και την πρόληψη της αναιμίας (Nikola ,2003)
3. Ενεργοποιεί την βιταμίνη D. Η βιταμίνη αυτή αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την ομαλή και φυσιολογική λειτουργία τόσο του νεφρού όσο και άλλων οργάνων του οργανισμού. (Nikola ,2003)

1.2 Ορισμός Νεφρικής Νόσου



Εικόνα 2. Νεφρική ανεπάρκεια. πηγή <http://thessgiatro.gr/index.php/topics/scientific-article/item/1027-polukustiki-nosos-ton-nefron-pou-ofeiletai-kai-ti-prokalei>

Ως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια χαρακτηρίζεται η μη αναστρέψιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας που έχει προκληθεί από βλάβη του νεφρού.

Η μη σωστή λειτουργία του νεφρού μπορεί να διαπιστωθεί από την ελάττωση του ρυθμού σπειραματικής διηθήσεως (GFR) δηλαδή του συνόλου του υπερδιηθήματος που περνά απ το αίμα στον αυλό των σωληναρίων στην μονάδα του χρόνου.

Συγκεκριμένα, οι φυσιολογικές τιμές του GFR, όπως μετράτε με τις συνήθεις μεθόδους καθάρσεως της κρεατίνης είναι για τους άντρες 85-125ml/min/1,73m² και για τις γυναίκες 75/115ml/min/1,73m². (Thomas, 2002)

Τα νεφρά δεν πραγματοποιούν την απαιτούμενη λειτουργία τους με αποτέλεσμα όλες οι άχρηστες ουσίες να μην αποβάλλονται από τα ούρα και να συσσωρεύονται στο αίμα δημιουργώντας προβλήματα στον οργανισμό (Herold, 2014).

Επιπλέον, η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να ξεκινήσει σε ήπια μορφή και να εξελιχθεί σε πιο σοβαρή κατάσταση γεγονός που μπορεί να διαρκέσει 2 έως και 10 χρόνια.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η μείωση της λειτουργίας οδηγεί στην προσαρμογή των νεφρών με αποτέλεσμα να μην γίνεται αντιληπτή η νεφρική ανεπάρκεια για αρκετό χρονικό διάστημα.

Σε πρόσφατες μελέτες αποδείχθηκε πως η νεφρική νόσος εμφανίζεται κυρίως σε μη ανεπτυγμένες χώρες καθώς η ποιότητα ζωής είναι χαμηλή. (Thomas, 2002)

1.3 Αίτια της νόσου

Η αιτιολογία της νεφρικής νόσου βρίσκεται σε πολλούς παράγοντες, πολλές φορές και κληρονομικούς. Κύριες αιτίες αποτελούν ο διαβήτης, η υπέρταση και οι σπειραματονεφρίτιδες.

Επιπλέον, παράγοντες εμφάνισης της νεφρικής ανεπάρκειας αποτελούν οι πολυκυστικοί νεφροί, η απόφραξη της αποχετευτικής μοίρας των νεφρών και οι λοιμώξεις (Μουτσοπούλος, 2009).

1.4 Κλινική εικόνα

Ένα από τα πρώτα σημάδια κακής λειτουργίας του νεφρού αποτελεί η αδυναμία στην συμπίκνωση των ούρων. Συχνά, οι ασθενείς παραπονιούνται για έντονη διάθεση για ούρηση κατά τις νυχτερινές ώρες. Αν ο ασθενής φθάσει στο τελικό στάδιο τότε παρατηρείται ανουρία, με αποτέλεσμα να προσβληθεί ολόκληρος ο οργανισμός του ατόμου. (Susan, 2009)

Οι άνθρωποι με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι πιο ευάλωτοι στις λοιμώξεις. Συχνά, οι γυναίκες που πάσχουν από την νόσο αντιμετωπίζουν προβλήματα με την έμμηνο ρύση και δεν μπορούν εύκολα να κυοφορήσουν. Από την άλλη πλευρά οι άνδρες αντιμετωπίζουν χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης, ανικανότητα, ολιγοσπερμία και δυσπλασία των γενετικών κυττάρων. (Susan, 2009)

Επιπλέον, παρατηρούνται αλλαγές στο δέρμα των ασθενών. Συγκεκριμένα, διαπιστώνεται ωχρότητα στο δέρμα, μεταβολές της χροιάς του δέρματος λόγω της συσσώρευσης διάφορων χρωστικών ουσιών ή εμφανίζουν φαίη χροιά του δέρματος λόγω της αιμοχρωμάτωσης από συχνές μεταγγίσεις.(Μουτσοπούλος, 2009)

Επιπρόσθετα, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια φέρει διαταραχές του μεταβολισμού των οστών, του φωσφόρου και του ασβεστίου. Το γαστρεντερικό σύστημα των ασθενών δεν λειτουργεί απόλυτα ορθά με αποτέλεσμα να αποβάλλεται από το έντερο μεγάλο ποσοστό ασβεστίου.

Αυτό το γεγονός προκαλεί στον ασθενή κράμπες και μυϊκούς σπασμούς. Καθώς τα νεφρικά κύτταρα σταματούν την σωστή λειτουργία τους ο φώσφορος δεν αποβάλλεται από τον οργανισμό με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επίπεδα φωσφόρου. (Herold, 2014)

Παράλληλα, παρατηρούνται στους νεφροπαθείς ταχυκαρδίες, τάσεις για εμετό, ζαλάδες, προδιάθεση για αναιμία, κάποιοι οδηγούνται ακόμα και σε καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονικό οίδημα. (Μουτσοπούλος, 2009)

Τέλος, η υπερκαλιαιμία αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των νεφροπαθών. Η υπερκαλιαιμία οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στην υπερφόρτωση ύδατος και νατρίου. (Herold, 2014)

1.5 Διάγνωση

Αρχικά, για να διαγνωστεί η νεφρική ανεπάρκεια θα εξεταστεί η κρεατινίνη του ατόμου.

Η ουσία αυτή αποτελεί ένα προϊόν των σκελετικών μυών που αποβάλλεται αποκλειστικά από τα νεφρά.

Στην συνέχεια θα εξεταστεί η ουρία. Οι τιμές της ουρίας ανέρχονται μεταξύ 20-50 mg/dL και δείχνουν ήπια οζωθαιμία ενώ τα επίπεδα άνω των 100mg/dL δείχνουν σοβαρή νεφρική βλάβη.

Αν προκύψει πως τα ποσοστά κρεατινίνης είναι μεγαλύτερα από 4mg/dL τότε υπάρχει σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια. (Susan, 2009)

Μετά την ολοκλήρωση των παραπάνω εξετάσεων γίνεται η διάγνωση της σοβαρότητας της κατάστασης ώστε να ληφθούν τα σωστά μέτρα αντιμετώπισης.

Για να προσδιοριστεί η νόσος πραγματοποιείται μια σειρά εξετάσεων.

- *Εξέταση Ούρων*

Στην εξέταση μετριέται το βάρος των ούρων και διαπιστώνεται αν υπάρχουν παθολογικοί οργανισμοί στα ούρα. Συνήθως το βάρος των ούρων για την νεφρική νόσο είναι 1.010. Επίσης, στα ούρα ανιχνεύονται πρωτεΐνες, αιμοσφαίρια και κυτταρικά τμήματα. (Classen et al., 2009)

- *Καλλιέργεια Ούρων*

Πραγματοποιείται για να διαγνωσθεί αν υπάρχει κάποια λοίμωξη.

- *Ρυθμός Σπειραματικής Διήθησης*

Με αυτό τον τρόπο μετριοούνται τα υπολείμματα στο αίμα και στα ούρα του ασθενή. Συγκεκριμένα, μετριέται πόσα απόβλητα είναι ικανά να αποβάλλουν τα νεφρά μέσα σε ένα λεπτό. (Susan, 2009)

- *Ηλεκτρολύτες του πλάσματος*

Στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια παρατηρείται αύξηση του νατρίου και του φωσφόρου και μείωση του ασβεστίου. (Lemone et al., 2011)

- *Γενικές Εξετάσεις Αίματος*

Συγκεκριμένα εξετάζονται τα επίπεδα του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης.

(Lemone et al., 2011)

- *Υπερηχογράφημα*

Στο υπερηχογράφημα οι γιατροί εξετάζουν το μέγεθος των νεφρών. Σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια παρατηρείται μείωση του μεγέθους των νεφρών λόγω της κακής λειτουργίας τους. Οι ασθενείς που πάσχουν από οξεία νεφρική ανεπάρκεια έχουν μεγαλύτερο μέγεθος νεφρών. (Lemone et al., 2011)

- *Βιοψία Νεφρών*

Πραγματοποιείται για να δοθεί μια ολοκληρωμένη διάγνωση της νόσου. Γίνεται είτε μέσω χειρουργικής επέμβασης είτε μέσω του δέρματος με την βοήθεια μιας βελόνας.

Παίρνετε ένα μικρό δείγμα των νεφρών και εξετάζεται σε εξιδανικευμένα κέντρα.

(Lemone et al., 2011)

- *Καρδιογράφημα*

Μέσω του καρδιογραφήματος εξετάζεται αν ο οργανισμός του ασθενή έχει υποστεί και άλλες βλάβες. Συγκεκριμένα, ελέγχεται η περικαρδιακή συλλογή, οι

αποτιτανώσεις καρδιακών βαλβίδων και για υπερτροφία αριστερής κοιλία. (Levin & Stevens, 2011)

1.6 Στάδια της ασθένειας

Η σταδιοποίηση της νεφρικής ανεπάρκειας σχετίζεται άμεσα με τα κλινικά συμπτώματα του κάθε ασθενή.

Στάδιο 1

Χαρακτηρίζεται ως στάδιο πλήρης αντιρρόπησης. Η σπειραματική διήθηση κυμαίνεται μεταξύ 50-80% και η κρεατινίνη στο 1,5mg/dl. Επιπλέον, η ουρία βρίσκεται εντός των φυσιολογικών ορίων. (Classen, 2009) Οι λειτουργίες του νεφρού συνεχίζουν να είναι επαρκείς και ο ασθενής δεν παρουσιάζει κάποιο σημαντικό σύμπτωμα. (Classen, 2009)

Στάδιο 2

Στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας. Σε αυτό το στάδιο παρατηρείται μείωση του GFR και υπάρχουν οι πρώτες ενδείξεις μείωσης της λειτουργίας του νεφρού. Ο ασθενής μπορεί να μην παρουσιάσει κάποιο σύμπτωμα αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται ήπια αναιμία και νυκτουρία. (Classen, 2009)

Στάδιο 3

Χαρακτηρίζεται ως στάδιο εμφάνισης της νεφρικής ανεπάρκειας. Η λειτουργία του νεφρού έχει επηρεαστεί σημαντικά. Η αναιμία, η υπέρταση, η νυκτουρία, η υπερφωσφαταιμία, η υπασβεστιαίμια και μεταβολική οξέωση αποτελούν στοιχεία αυτού του σταδίου. (Classen, 2009)

Στάδιο 4

Ουραιμικό σύνδρομο. Επηρεάζονται και άλλες λειτουργίες του οργανισμού όπως η καρδιά, το έντερο, τα νεύρα και το δέρμα. Αν ο ασθενής προσβληθεί από παθήσεις που αυξάνουν τη διακίνηση του αζώτου, όπως βαριές λοιμώξεις, υπερθυρεοειδισμός και καταβολικές καταστάσεις, επιδεινώνεται το ουραιμικό σύνδρομο. (Classen, 2009)

Στάδιο 5

Σε αυτό το στάδιο η κατάσταση του ασθενή είναι σε τελικό στάδιο. Απαιτείται η άμεση μεταμόσχευση του νεφρού αλλιώς ο ασθενής θα οδηγηθεί στο θάνατο. (Classen, 2009)

1.7 Επιδημιολογία

Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Η χρόνια νεφρική νόσος αρχίζει να λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας.

Σήμερα εκτιμάται πως το 10% του πληθυσμού παγκοσμίως πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Οι επιστήμονες πιστεύουν πως αν τα επόμενα χρόνια η αύξηση του ποσοστού συνεχιστεί με τον ίδιο ρυθμό ο αριθμός των ατόμων που θα πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια θα ξεπεράσει τα δύο εκατομμύρια. (Βλαχογιάννης, 2006)

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι μέσα σε αυτά τα ποσοστά δεν έχουν συμπεριληφθεί οι χώρες του τρίτου κόσμου καθώς είναι η δύσκολη η καταμέτρηση σε αυτές.

Συγκεκριμένα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπολογίζεται πως ο αριθμός των ασθενών τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας έχει διπλασιαστεί τα τελευταία δέκα χρόνια.

Επιπλέον, στην Ευρώπη το ποσοστό ανέρχεται περίπου σε 135 και 336 ανά εκατομμύριο πληθυσμού κάθε έτους. (Βλαχογιάννης, 2006)

Σύμφωνα με μελέτη της NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), διαπιστώθηκε πως 4,7% των ενήλικων στην ΗΠΑ έπασχαν από χρόνια νεφρική νόσο του τρίτου σταδίου. (Χανιώτης, 2007)

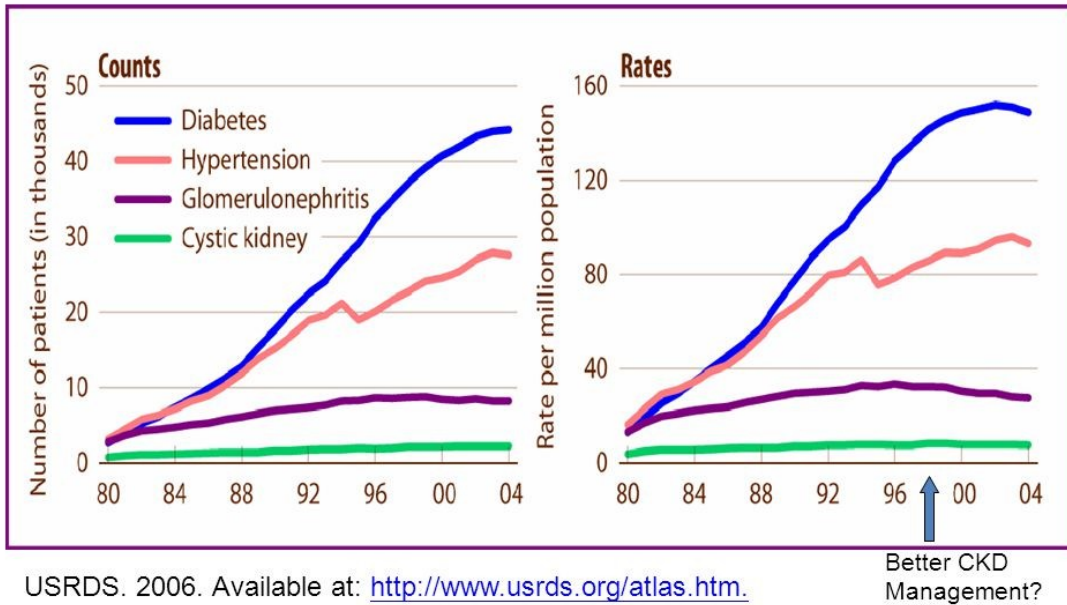
Πολλοί επιστήμονες πασχίζουν να βρουν νέα μέτρα για την θεραπεία της ασθένειας φοβούμενοι πως τα επόμενα χρόνια η κατάσταση θα πάρει ανεξέλικτη πορεία.

Στον κόσμο σήμερα 1,5 εκατ. ασθενών θεραπεύονται με αιμοκάθαρση, ενώ στα έτη 1990 και 2000 ήταν 426.000 και 1.065.000 αντίστοιχα.

Στην χώρα μας, υπάρχουν 137 μονάδες τεχνητού νεφρού (90 κρατικές, 47 ιδιωτικές) και υποβάλλονταν σε εξωνεφρική κάθαρση συνολικά 8.636 ασθενείς.

Σημαντικό είναι ότι έχει παρατηρηθεί πως ποσοστό λιγότερο από 2% καταλήγουν στο στάδιο 5 ενώ το ποσοστό των ασθενών που μπορεί να πεθάνουν εκτιμάται σε 20%, 24% και 46% για τα στάδια 2, 3 και 4 αντίστοιχα. (Χανιώτης, 2007)

Συχνότητα εμφάνισης Τελικού Σταδίου Νεφρικής Ανεπάρκειας σύμφωνα με την Πρωτοπαθή Νόσο (USRDS, 2006)



USRDS. 2006. Available at: <http://www.usrds.org/atlas.htm>.

Better CKD Management?

Εικόνα 3. Ποσοστά εμφάνισης νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου. Πηγή <http://slideplayer.gr/slide/2677528/>

1.8 Αντιμετώπιση της νόσου

Η θεραπεία της νεφρικής νόσου εξαρτάται από το στάδιο που βρίσκεται ο κάθε ασθενής. Στα τρία πρώτα στάδια η κατάσταση αντιμετωπίζεται με δίαιτα, ιατρική παρακολούθηση και αποφυγή των παραγόντων επιδείνωσης (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης). (Βλαχογιάννης, 2006)

Αν ο ασθενής έχει φθάσει στο 4^ο και 5^ο στάδιο της νόσου τότε προχωρά σε αιμοκάθαρση και περιτοναϊκή κάθαρση ενώ συχνά οδηγείται στην μεταμόσχευση νεφρού. (Βλαχογιάννης, 2006)

Σε ασθενείς που το νεφρό τους έχει μια καλή λειτουργία η θεραπεία της νόσου εκτείνεται στην εφαρμογή θεραπείας για την αντιμετώπιση των αιτιών. Παράλληλα, παρακολουθείται η εξέλιξη της νεφρικής βλάβης και πραγματοποιούνται ειδικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της ουραιμίας. (Βιρβιδάκης, 2002)

Συγκεκριμένα, ο ασθενής θα οδηγηθεί σε μια σειρά κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων που γίνονται στις παθήσεις των νεφρών. (Φερτάκης, 2009)

Επιπλέον, θα προσπαθήσουν οι επαγγελματίες υγείας να καταπολεμήσουν την υπέρταση και την καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπρόσθετα, θα δοθεί στον ασθενή συγκεκριμένη διατροφή που πρέπει να ακολουθεί πιστά, με σκοπό να μειωθούν τα ποσοστά πρωτεΐνης που λαμβάνει σε καθημερινή βάση. (Φερτάκης, 2009)

Ταυτόχρονα, τα επίπεδα ασβεστίου και φωσφόρου θα γίνει προσπάθεια να διατηρηθούν σε φυσιολογικά επίπεδα ώστε να αποφευχθεί η οστεοδυστροφία. Ενώ η λήψη πολλών υγρών θα βοηθήσει στην επαρκή διούρηση. (Classen, 2009)

Φυσικά, αν ο ασθενής έχει φθάσει στα τελευταία στάδια τότε θα επιλεγθεί η λύση της αιμοκάθαρσης ή της περιτοναϊκής κάθαρσης με μελλοντική ελπίδα για την εύρεση συμβατού δότη με σκοπό την μεταμόσχευση του νεφρού. (Classen, 2009)

Όπως και σε κάθε νόσο έτσι και στην νεφρική ανεπάρκεια σημαντική είναι η πρόληψη. Η γρήγορη και άμεση διάγνωση της νόσου θα συμβάλλει ώστε να αντιμετωπιστεί από τα πρώτα κιάλας στάδια η νόσος χωρίς ο ασθενής να φθάσει στο τελικό στάδιο. (Mengel & Schwiebert, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

2.1 Ιστορική αναδρομή

Η πρώτη αναφορά στην περιτοναϊκή κάθαρση γίνεται την δεκαετία του '40.

Μεταγενέστερα πειράματα στο περιτόναιο καθόρισαν τον ρυθμό απορρόφησης των διαφόρων διαλυμάτων και την ικανότητα απομάκρυνσης των υγρών. (Thomas, 2003)

Ο Tracy Putman μελέτησε τα περιτοναϊκά υγρά και διαπίστωσε πως κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες μπορούν να ισορροπήσουν με το πλάσμα. Επιπλέον, τόνισε ότι ο ρυθμός της διάχυσης εξαρτάται από το μέγεθος των μορίων.

Έπειτα, ο George Ganter προχώρησε σε μελέτες ώστε να βρεθεί μια μέθοδος κάθαρσης χωρίς την χρήση αντιπηκτικού.

Ο Stephen Rosenak, ήταν αυτός που δημιούργησε ένα μεταλλικό καθετήρα για περιτοναϊκή προσπέλαση.

Στα τέλη της δεκαετίας του 50' ο Morton Maxwell, σχεδίασε την γνωστή τεχνική Maxwell με σκοπό να μην υπάρχουν λοιμώξεις. (Thomas, 2003)

Τα πρώτα χρόνια η περιτοναϊκή κάθαρση χρησιμοποιούνταν από ασθενείς που έψαχναν μια πιο ήπια μορφή θεραπείας.

Όσο αναφορά τους καθετήρες που χρησιμοποιούνταν φτιάχνονταν από σωλήνες που υπήρχαν στα τμήματα του νοσοκομείου, από τροκάρ, πλαστικούς καθετήρες και καθετήρες με κυρτή άκρη. (Μαργέλος, 2009)

Τα επόμενα χρόνια η περιτοναϊκή κάθαρση μπορούσε να πραγματοποιηθεί και στο σπίτι του ασθενή. (Μαργέλος, 2009)

Ο Scribner και ο Beon ήταν αυτοί που προχώρησαν για πρώτη φορά στην περιτοναϊκή κάθαρση στο χώρο του σπιτιού. Μέσα στα επόμενα χρόνια πολλοί επιστήμονες υποστήριξαν αυτή την τακτική και την ακολούθησαν. (Μαργέλος, 2009)

Η αρχή της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης έγινε από τους Robert Popovich, και Jack Monrief (1975).

Ενώ η αρχή της αυτόματης περιτοναϊκής κάθαρσης έγινε την δεκαετία του '80 από τους Diaz-Buxo. (Μαργέλος, 2009)

2.2 Ανάλυση μεθόδου

Η μέθοδος της περιτοναϊκής κάθαρσης πραγματοποιείται με την 1-2L πυκνών σακχαρούχων αλατούχων διαλυμάτων στην περιτοναϊκή κοιλότητα που αντικαθίστανται κάθε 4-6 ώρες με φρέσκο διάλυμα. (Γεωργακοπούλου, 2000)

Εκατέρωθεν της περιτοναϊκής μεμβράνης σχηματίζεται διαφορά πυκνότητας με αποτέλεσμα ο νερό, το κάλιο, το αλάτι, η ουρία και άλλες τοξικές ουσίες να περνούν από το αίμα προς την περιτοναϊκή κοιλότητα και να αποβάλλονται από τον οργανισμό (Γεωργακοπούλου, 2000).

Παράλληλα, απαιτείται χειρουργική επέμβαση ώστε να εμφυτευτεί στον ασθενή ειδικός πλαστικός καθετήρας στην περιοχή της κοιλιάς.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίσει ο ασθενής είναι η είσοδος μικροβίων στην κοιλιακή χώρα κατά την εμφύτευση του καθετήρα. (Γεωργακοπούλου, 2000)

Η μεταφορά των ουσιών γίνεται μέσω μιας μεμβράνης που αποτελείται από δύο μέρη.

- Το αίμα των τριχοειδών του περιτόναιου το οποίο στα άτομα με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια περιέχει περισσειά ουρίας, κρεατινίνης και άλλων διαλυμένων ουσιών. (Daugirdas et al., 2008).

- Το διάλυμα της περιτοναϊκής κάθαρσης στην περιτοναϊκή κοιλότητα το οποίο περιέχει Na^+ Cl^- , και γαλακτικά ή HCO_3^- και είναι υπερωσμωτικό λόγω της υψηλής συγκέντρωσης γλυκόζης (Daugirdas et al., 2008).

Κατά την διάρκεια της περιτοναϊκής κάθαρσης συμβαίνουν τρεις διαδικασίες (Καραφέρη, 2011)

1. Οι ουραιμικές διαλυμένες ουσίες και το K^+ διαχέονται από το αίμα των περιτοναϊκών υγρών στο διάλυμα της περιτοναϊκής κάθαρσης ενώ η γλυκόζη το γαλακτικό οξύ, το HCO_3^- και το Ca^{2+} διαχέονται προς την αντίθετη κατεύθυνση.
2. Η υπερδιήθηση. Συμβαίνει λόγω της διαφοράς ωσμωτικότητας μεταξύ του υπότονου διαλύματος της κάθαρσης και του υπότονου διαλύματος του αίματος.
3. Η απορρόφηση υγρών η οποία γίνεται μέσω των λεμφαγγείων.

2.2.1 Συνεχής περιτοναϊκή κάθαρση

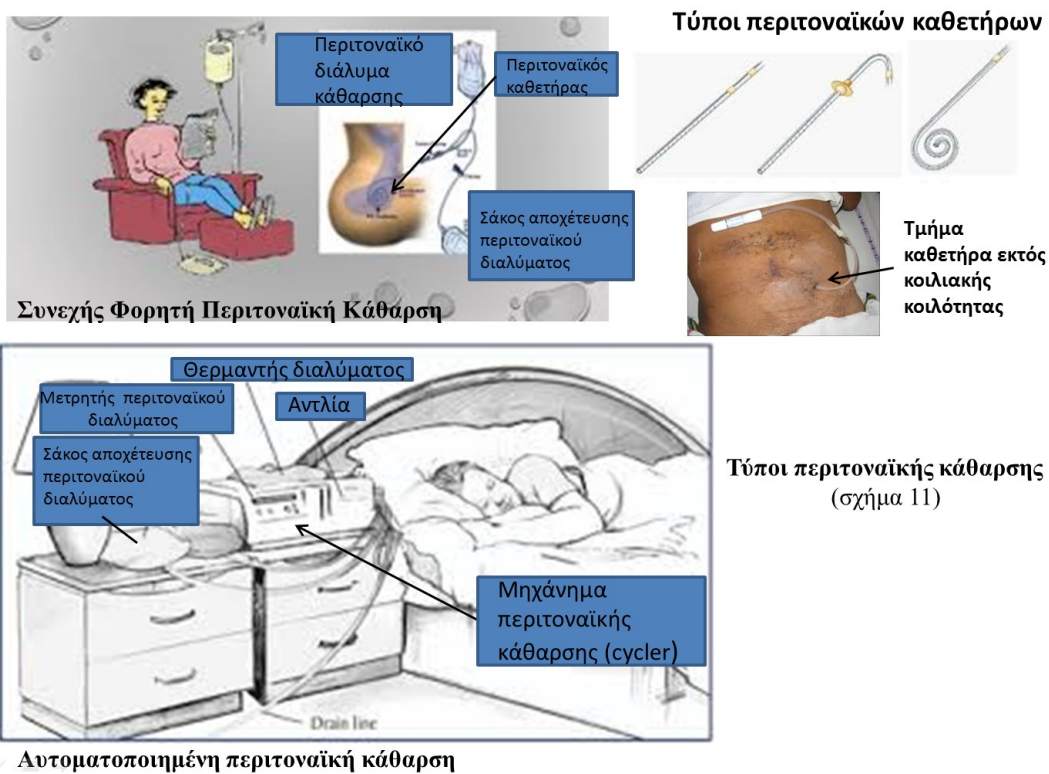
Στην συνεχή περιτοναϊκή κάθαρση ο ασθενής συνδέει το μόνιμο καθετήρα με τη γραμμή που συνδέεται με το σάκο όπου εξέρχεται το περιτοναϊκό διάλυμα και με αυτό τον τρόπο εισάγεται το νέο διάλυμα. (Μαργέλος, 2009)

Επίσης μέσα στην ημέρα πρέπει να γίνουν τέσσερις με έξι αλλαγές.

2.2.2 Αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση

Η αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση πραγματοποιείται με την βοήθεια ηλεκτρονικού μηχανήματος κατά τις νυχτερινές ώρες. (Μαργέλος, 2009).

Παράλληλα, αυτή η διαδικασία ορίζεται χρονικά στις 8-10 ώρες. Ένας τυπικός όγκος έναρξης είναι 10-12 λίτρα ημερησίως αλλά στους μεγάλωσωμους ασθενείς χρησιμοποιούνται και 15 λίτρα ημερησίως. (Μαργέλος, 2009).



Εικόνα 4. Η Περιτοναϊκή κάθαρση και οι μορφές της. Πηγή <http://104fm.gr/general-news/2%CE%BF-%CF%80%CE%B1%CE%BD%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AE%CE%BD%CE%B9%CE%BF-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%AD%CE%B4%CF%81%CE%B9%CE%BF-%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%B1%CF%8A%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CE%BA/>

2.3 Συνέπειες από την περιτοναϊκή κάθαρση

Κατά την διαδικασία της περιτοναϊκής κάθαρσης μπορεί να προκύψουν κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες που αφορούν κυρίως το περιτόναιο, τον περιτοναϊκό καθετήρα και το διάλυμα.

Παρακάτω θα αναλυθούν οι πιο σύνηθες επιπλοκές. (Favero, 2006)

- Περιτονίτιδα (από την εισβολή μικροβίων στην κοιλιακή χώρα κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης)
- Λοίμωξη στο σημείο που εκκρίνεται πύος
- Λοίμωξη της σήραγγας που διέρχεται ο καθετήρας
- Αιμοπεριτόνιο
- Εγκλωβισμένος αέρας στην περιτοναϊκή κοιλότητα
- Προβλήματα στην είσοδο και έξοδο του διαλύματος
- Διαρροή του διαλύματος
- Ύπαρξη κήλων
- Πόνος κατά την εισχώρηση του υγρού
- Οίδημα στα γενετικά όργανα
- Αναπνευστικά προβλήματα
- Οσφυϊκό άλγος

Επιπλέον, επιπλοκές αποτελούν η εμφάνιση αναιμίας και υπέρτασης στους ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση. (Armstrong & Cunningham, 2005)

Κάποιο ασθενείς παρουσιάζουν και προβλήματα οστεοδυστροφίας. Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα θα πρέπει να διατηρηθεί σε φυσιολογικά επίπεδα το ασβέστιο του πλάσματος. (Armstrong & Cunningham, 2005)

Έρευνες έχουν δείξει ότι ασθενείς που χρησιμοποιούν την μέθοδο της περιτοναϊκής κάθαρσης αντιμετωπίζουν προβλήματα υπερασβεστιαμίας. Αυτό συμβαίνει καθώς οι ασθενείς προχωρούν σε χρήση ανθρακικού ασβεστίου. (Armstrong & Cunningham, 2005)

Τέλος, σημαντικά προβλήματα διαπιστώνονται και στην σεξουαλικότητα των ασθενών.

Οι άνδρες παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης σε σχέση με τα φυσιολογικά επίπεδα. (Hou, 2007)

Ενώ γυναίκες που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση έχουν φυσιολογική περίοδο και μπορούν να τεκνοποιήσουν. (Hou, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

3.1 Ιστορική αναδρομή

Ο Thomas Graham το 1854, ήταν ο πρώτος που διαπίστωσε την μεταφορά ουσιών μέσω μιας μεμβράνης. Ο ίδιος ονόμασε αυτή την διαδικασία <<διύλιση>> ενώ σήμερα είναι γνωστή ως <<κάθαρση>>.

Αυτή η διαδικασία χρησιμοποιήθηκε τα επόμενα χρόνια με σκοπό την αντιμετώπιση της νεφρικής δυσλειτουργίας. (Thomas, 2002)

Η πρώτη επιτυχημένη αιμοκάθαρση έγινε σε πειραματόζωα το Νοέμβρη του 1912 από τους J. Abel, L. Rowntree και B.Turner στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου John Hopkins, στη Βαλτιμόρη των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. (Thomas, 2002)

Ο Georg Haas στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου του Giessen έκανε την πρώτη προσπάθεια αιμοκάθαρσης σε ανθρώπινο οργανισμό με μεγάλη αποτυχία.

Στην συνέχεια ο Kolff προχώρησε την διαδικασία της αιμοκάθαρσης χρησιμοποιώντας μια μηχανή αιμοκάθαρσης που δημιούργησε ο ίδιος. (Thomas, 2002)

Τέλος, το 1960 χρησιμοποιήθηκε από μια ομάδα γιατρών η διαδικασία της αιμοκάθαρσης σε ασθενείς νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου στην ΗΠΑ.

Σήμερα, υπάρχει μεγάλη εξέλιξη στα μηχανήματα αιμοκάθαρσης που χρησιμοποιούνται. (Thomas, 2002)

3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Στην εποχή μας η μέθοδος της αιμοκάθαρσης αποτελεί την θεραπευτική μέθοδο που επιλέγουν πάνω από 250.000 ασθενείς στην Ευρώπη με νεφρική ανεπάρκεια.

Παγκοσμίως ο αριθμός αυτός αυξάνεται φθάνοντας το 1,5 εκατομμύριο ανθρώπων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε εξειδικευμένα κέντρα. (Thomas, 2002)

3.3 Φυσικές αρχές της αιμοκάθαρσης

Κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης τα φαινόμενα που επηρεάζουν τη μεταφορά διαλυτών ουσιών και νερού είναι το φαινόμενο της διάχυσης και το φαινόμενο της υπερδιήθησης. (Thomas N., 2002)

3.3.1 Διάχυση

Ως διάχυση ορίζουμε την παθητική μεταφορά διαλυτών ουσιών μέσα από την ημιδιαπερατή μεμβράνη. (Thomas N., 2002)

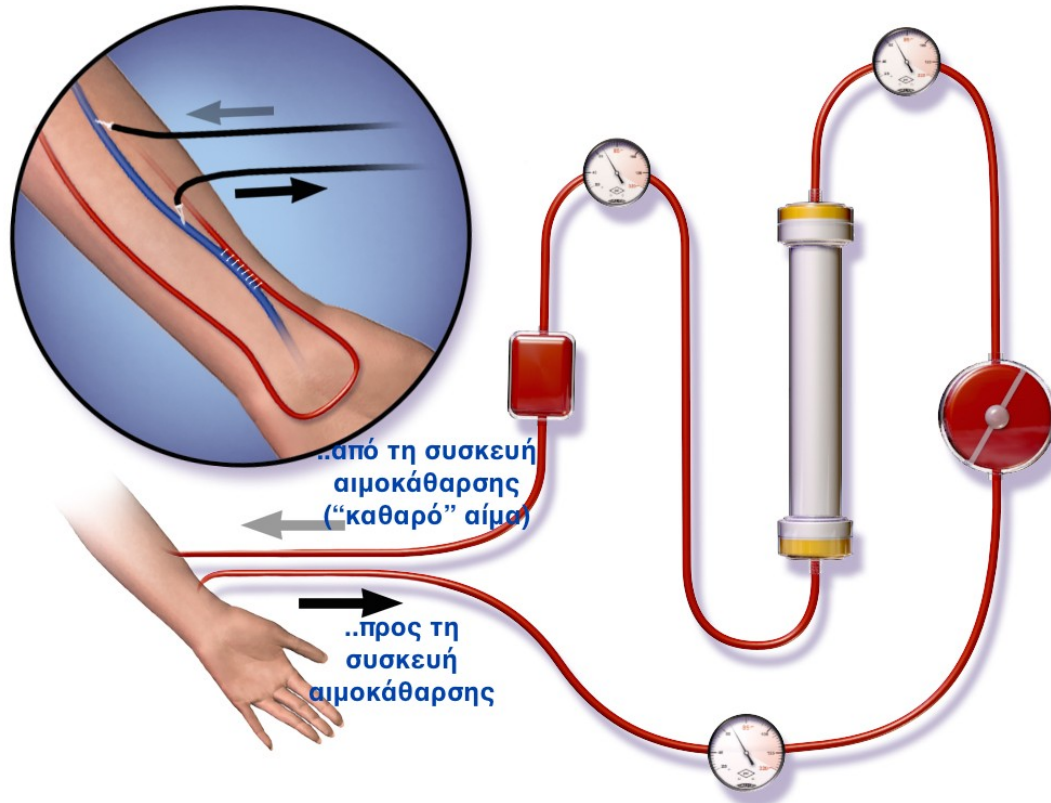
3.3.2 Υπερδιήθηση

Ως υπερδιήθηση ορίζουμε την μεταφορά διαλυτικού μέσου και μέρους των διαλυτικών ουσιών που περιέχονται σε αυτό, μέσα από την ημιδιαπερατή μεμβράνη. (Thomas N., 2002)

3.3.3 Όσμωση

Όσμωση ονομάζουμε την μεταφορά νερού μέσα από ημιδιαπερατή μεμβράνη, που οφείλεται στη διαφορά οσμωτικής πίεσης εκατέρωθεν της μεμβράνης, χωρίς την ταυτόχρονη μεταφορά διαλυτής ουσίας. (Thomas N., 2002)

3.4 Αγγειακή προσπέλαση

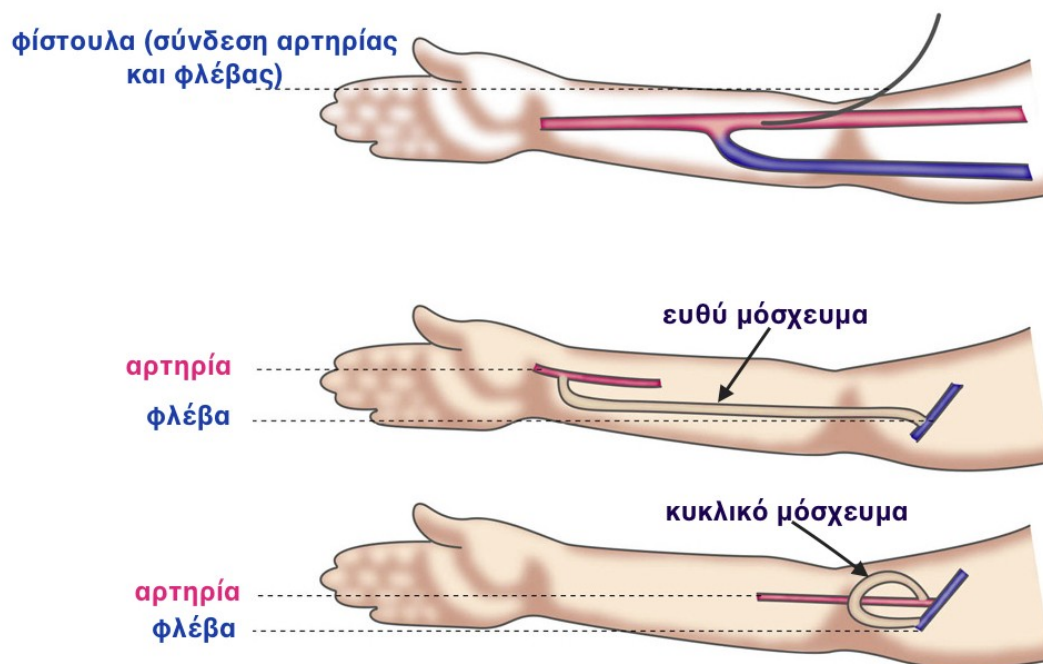


Εικόνα 5. Αγγειακή προσπέλαση. Πηγή <http://www.dr-tsekouras.gr/xronia-nefriki-aneparkeia-aggeiakos-prospelaseis>

Η σύνδεση του ασθενή με το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης γίνεται μέσω της αγγειακής προσπέλασης.

Η πρώτη μέθοδος αγγειακής προσπέλασης που χρησιμοποιείται είναι η αρτηριοφλεβική αναστόμωση ή fistula. (Burkhart,1997)

Ο επαγγελματίας υγείας δημιουργεί μια συρραφή μιας φλέβας με μια αρτηρία του ασθενή. (Thomas N., 2002)



Εικόνα 6. Αρτηριοφλεβική αναστόμωση ή fistula. Πηγή <http://www.dr-tsekouras.gr/content/377/aggeiaki-prospelasi-eidi-prospelaseon-fistoylas->

Μια άλλη μέθοδος αγγειακής προσπέλασης είναι το αρτηριοφλεβικό μόσχευμα ή graft.

Η διαδικασία που ακολουθείται είναι η ίδια με την αναστόμωση αλλά εδώ υπάρχει και μια τεχνητή φλέβα. (Thomas N., 2002)



Εικόνα 7. Αρτηριοφλεβικό μόσχευμα ή graft. Πηγή http://www.transplantation.gr/article_print.asp?

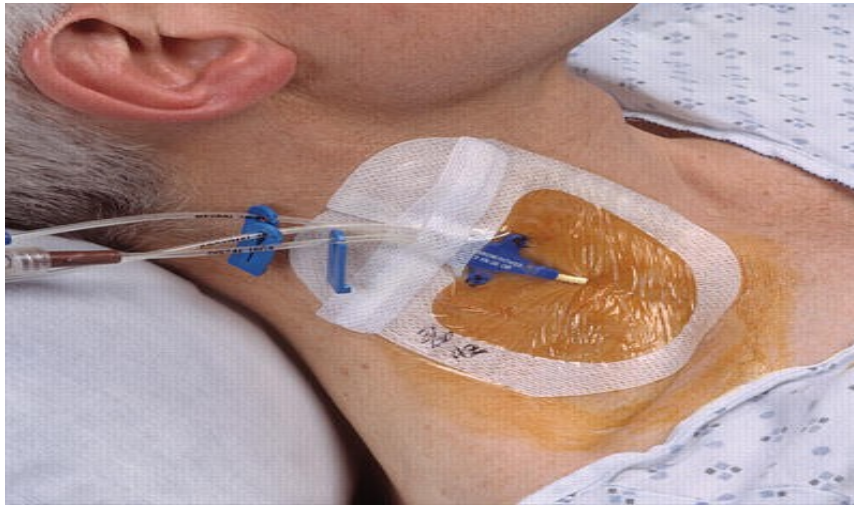
[article_id=274&medicine_id=6](http://www.transplantation.gr/article_print.asp?article_id=274&medicine_id=6)

Η τρίτη μέθοδος αγγειακής προσπέλασης είναι ο κεντρικός φλεβικός καθετήρας.

(Thomas N., 2002)

Συνήθως, οι καθετήρες χρησιμοποιούνται ως προσωρινή λύση και όχι ως μόνιμη αγγειακή προσπέλαση. (Thomas N., 2002)

Σε αυτή την περίπτωση ο καθετήρας τοποθετείται στη σφαγίτιδα, υποκλείδια ή μηριαία φλέβα.



Εικόνα 8. Ο κεντρικός φλεβικός καθετήρας. Πηγή <https://www.intensivecare.com.cy/teleprometheus/index.php/leksiko/130-f/>

[240-flevikoi-kentrikoi-kathetires](#)

3.5 Έναρξη μεθόδου

Οι νοσηλευτές προχωρούν σε μια σειρά ελέγχων πριν συνδέσουν τον ασθενή με το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης.

Αρχικά, αξιολογούν τον ασθενή με βάση το ιατρικό του ιστορικό. Έπειτα, προχωρούν στην αγγειακή προσπέλαση και στον έλεγχο του μηχανήματος. (Guiton A., 1998)

Αφού συνδεθεί ο ασθενής με το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης θα πρέπει να εξεταστεί ότι δεν υπάρχουν προβλήματα όπως για παράδειγμα, αέρας. (Guiton A., 1998)

3.6 Διαδικασία

Σκοπός της αιμοκάθαρσης είναι η αποβολή ηλεκτρολυτών, νερού και άχρηστων ουσιών από τον οργανισμό.

Αυτή την διαδικασία σε υγιείς οργανισμούς την πράττουν τα νεφρά αλλά σε ανθρώπους που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια η διαδικασία επιτυγχάνεται μέσω της αιμοκάθαρσης. (Harisson, 2005)

Παρόλα αυτά οι ορμονικές διαταραχές δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με την μέθοδο της αιμοκάθαρσης.

Η διαδικασία αποτελείται από τρία κύρια μέρη. (Harisson, 2005)

1. Το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης
2. Το φίλτρο της αιμοκάθαρσης
3. Το σύστημα παρασκευής και τροφοδοσίας του υγρού της αιμοκάθαρσης

Το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης ελέγχει την κυκλοφορία του αίματος του ασθενή και την πορεία του υγρού στο φίλτρο. Για να επιτευχθεί αυτό τοποθετούνται στον ασθενή δυο βελόνες, η μία στην φλέβα και η άλλη στην αρτηρία. (Guiton A.C, 1998)

Από την αρτηρία το αίμα μεταφέρεται στο φίλτρο όπου καθαρίζεται και επιστρέφει στην φλέβα μέσω της φλεβικής γραμμής. (Guiton A.C, 1998)



Αιμοκάθαρση (Σχήμα 6)

Εικόνα 9. Αιμοκάθαρση. Πηγή http://www.nefrologiko.gr/el_GR/scientific-articles/newsid510/31

3.7 Το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης



Το μηχάνημα που χρησιμοποιείται για την μέθοδο της αιμοκάθαρσης είναι ένα μόνιτορ. (Ojo, 2006)

Συγκεκριμένα το μηχάνημα χωρίζεται σε δύο μέρη

1. Το μόνιτορ αίματος
2. Το μόνιτορ υγρού

3.7.1 Το μόνιτορ του αίματος

Στο μηχάνημα υπάρχουν περιστροφικές αντλίες αίματος, οι οποίες προωθούν το αίμα μέσα στο σύστημα γραμμών.

Παράλληλα, στο φλεβικό σκέλος της αιματικής γραμμής υπάρχει και ο ανιχνευτής αέρα που ανιχνεύει τις φυσαλίδες αέρα. (Ojo, 2006)

Επιπλέον, οι αρτηριακές και φλεβικές παγίδες κλείνουν τις γραμμές αυτόματα όταν υπάρξει πρόβλημα στο κύκλωμα. Ενώ χρησιμοποιούνται και για τη ρύθμιση της αιματικής ροής.

Η φλεβική και αρτηριακή πίεση μετράται συνεχώς στη διάρκεια της συνεδρίας μέσω ενός ανιχνευτή που υπάρχει στο φλεβικό παγιδάκι. (Ojo, 2006)

3.7.2 Το μόνιτορ διαλύματος

Το μόνιτορ του υγρού δίνει την δυνατότητα της μέτρησης της θερμοκρασίας.

Η θερμοκρασία του υγρού θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 30° -40° C βαθμούς. Η υψηλή θερμοκρασία είναι δυνατό να προκαλέσει αιμόλυση και υπόταση ενώ η χαμηλή θερμοκρασία προκαλεί υποθερμία και ανεπαρκή διαδικασία αιμοκάθαρσης.

Επιπρόσθετα, στο συγκεκριμένο μηχάνημα μετρείται και η αγωγιμότητα του διαλύματος. Η αγωγιμότητα ρυθμίζεται, συνήθως, στο 13 και 14 Ms. (Ojo, 2006)

Στ μηχανήμα του υγρού της αιμοκάθαρσης υπάρχει ένας ανιχνευτής που σε περίπτωση διαρροής του αίματος , εντοπίζει άμεσα το πρόβλημα και διακόπτεται η διαδικασία αφού έχει ενεργοποιηθεί ο συναγερμός.

Σε κάποια μηχανήματα υπάρχει και η βαλβίδα παράκαμψης. Η συγκεκριμένη βαλβίδα δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να παραμείνει στο μηχανήμα της αιμοκάθαρσης, χωρίς κίνδυνο, ενώ ταυτόχρονα διορθώνεται το πρόβλημα. (Ojo, 2006)

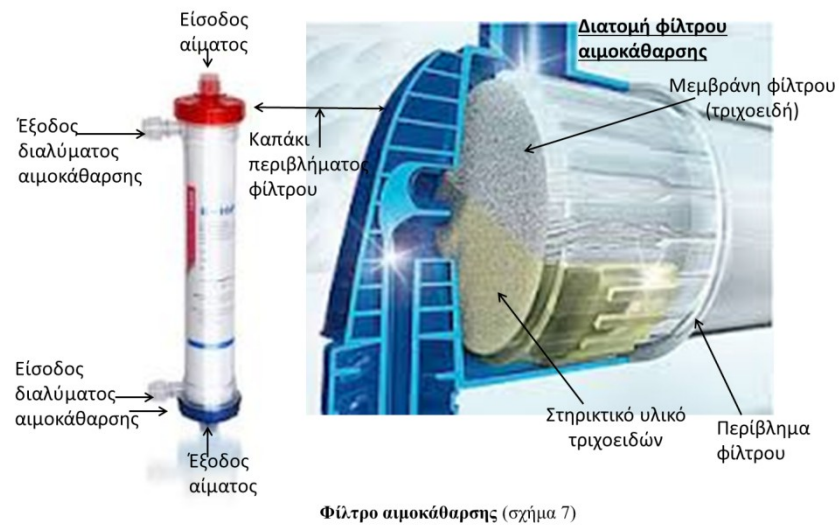
3.7.3 Έλεγχος της υπερδιήθησης

Το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης είναι ικανό να ελέγξει την υπερδιήθηση είτε μέσω του ελέγχου της πίεσης είτε μέσω του ελέγχου του όγκου.

Ο έλεγχος της υπερδιήθησης μέσω της πίεσης υπολογίζεται από το μηχάνημα ως η διαφορά ανάμεσα στην πίεση του αιματικού διαμερίσματος του φίλτρου και του διαμερίσματος του φίλτρου με το υγρό της αιμοκάθαρσης. (Ojo, 2006)

Ο έλεγχος μέσω του όγκου πραγματοποιείται με οπτικούς ανιχνευτές ή με υπερήχους.

3.8 Φίλτρα αιμοκάθαρσης



Εικόνα 11. Φίλτρα Αιμοκάθαρσης . Πηγή www.nefrologiko.gr/el_GR/scientific-articles/newsid510/31

Το φίλτρο της αιμοκάθαρσης αποτελεί σημαντικό στοιχείο της συνολικής διαδικασίας.

Το ίδιο αποτελείται από την μεμβράνη, το στηρικτικό υλικό και το περίβλημα.

Επιπλέον, τα φίλτρα της αιμοκάθαρσης διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες(Οζο, 2006)

1. Σπειροειδή
2. Επίπεδα
3. Τριχοειδικά

Συγκεκριμένα, το αίμα του ασθενή κινείται μέσα στα ειδικά διαμερίσματα που καλύπτονται από τις μεμβράνες. Ε(Οjo, 2006) εξωτερικά από τα διαμερίσματα αυτά κινείται το υγρό της αιμοκάθαρσης.

Με την παραπάνω διαδικασία επιτρέπεται η μεταφορά νερού και άχρηστων ουσιών από το αίμα του νεφροπαθή προς το υγρό της αιμοκάθαρσης. Έτσι, επιτυγχάνεται η διαδικασία της κάθαρσης του νεφρού του πάσχοντος. (Οjo, 2006)

3.9 Το διάλυμα της αιμοκάθαρσης

Το διάλυμα της διαδικασίας είναι υδατικό με ηλεκτρολύτες χωρίς την παρουσία ουσιών που είναι αναγκαίο να αφαιρούνται από τον ασθενή.

Το διάλυμα δημιουργείται από την ανάμειξη απιονισμένου νερού με ηλεκτρολύτες . Φυσικά, η σύνθεση του διαλύματος διαφέρει σε κάθε περίπτωση και προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ασθενή. (Hakim, 2005)

3.10 Η προετοιμασία του ασθενή

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα συζητήσει με τον ασθενή την κατάσταση του και τις σκέψεις του πριν την έναρξη της διαδικασίας.

Θα γίνει μια συνολική αξιολόγηση της κλινικής εικόνας του πάσχοντα , εξετάζοντας το βάρος , την αρτηριακή πίεση, τους σφυγμούς και την θερμοκρασία του σώματος.

(Hakim, 2005)

Βάρος

Η αξιολόγηση του βάρους του ασθενή είναι σημαντική καθώς έτσι θα κριθεί το ποσοστό του υγρού που θα αφαιρεθεί μέσω της αιμοκάθαρσης. Καλό θα είναι η εξέταση του βάρους να γίνεται από εξειδικευμένο γιατρό ή διαιτολόγο. (Hakim, 2005)

Σκοπός της αιμοκάθαρσης είναι να αποβάλλεται από τον ασθενή ο επιπλέον όγκος υγρών.

Για την πιο ολοκληρωμένη κατανόηση παρακάτω θα δοθεί ένα τυχαίο παράδειγμα υπολογισμού της απώλειας υγρών. (Hakim, 2005)

Πραγματικό βάρος	68,5 kgr
Ξηρό βάρος	66 kgr
Διαφορά σωματικού βάρους	2,5 kgr
Πρόσληψη υγρών	επιστροφή ορού 200ml 2 ροφήματα 300ml
Σύνολο υγρών που θα αφαιρεθούν	$2,5+0,2+0,3 = 3$ λίτρα υγρού

Αρτηριακή πίεση

Είναι άκρως σημαντικό η αρτηριακή πίεση να μετριέται πριν την έναρξη της διαδικασίας ώστε αν υπάρξουν αλλαγές κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης να γίνουν άμεσα αντιληπτές. (Thomas, 2002)

Προτεινόμενη αρτηριακή πίεση είναι <140/90 mmHg για τα άτομα κάτω των 60 ετών και <160/90 mmHg για τα άτομα πάνω από 60 ετών.

Σφυγμοί

Ο ασθενής θα πρέπει να εισέρχεται στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης με φυσιολογικούς σφυγμούς.

Θερμοκρασία σώματος

Η θερμοκρασία του ασθενή θα πρέπει να ελέγχεται πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης για τυχόν ύπαρξη πυρετού.

Τέλος, ο ασθενής θα περάσει από μια σειρά βιομηχανικών και αιματολογικών εξετάσεων πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης. (Thomas, 2002)

Βιομηχανικές και αιματολογικές εξετάσεις

Συγκεκριμένα οι τιμές που θεωρούνται φυσιολογικές με στόχο την έναρξη της αιμοκάθαρσης είναι

Κάλιο: 3,5-6,5 mmol/l , Φώσφορος: 1,2-1,7 mmol/l , Ασβέστιο: μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια , Αιμοσφαιρίνη: > 11gr/dl.

Τελικώς, αφού οι επαγγελματίες υγείας κρίνουν πως όλα είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα , τότε θα ξεκινήσει η διαδικασία. (Thomas, 2002)

3.11 Η ολοκλήρωση της διαδικασίας

Για να ολοκληρωθεί η διαδικασία θα πρέπει να έχει αφαιρεθεί από τον ασθενή το απαιτούμενο ποσοστό υγρού.

Αναγκαίο είναι να ληφθούν δείγματα αίματος μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

Η αρτηριακή γραμμή αποσυνδέεται από την αρτηριακή φίστουλα και συνδέεται σε φυσιολογικό ορό. Από τη στιγμή που θα συνδεθεί ανοίγουν και οι δύο γραμμές καθώς και η αντλία, επιτρέποντας το πέρασμα του ορού και την επιστροφή του αίματος στον ασθενή.

Όταν οι γραμμές είναι καθαρές (ροζ στη φλεβική παγίδα) θα κλείσει η αντλία και οι γραμμές. Οι γραμμές θα πεταχτούν και το μηχάνημα θα ξεκινήσει το πρόγραμμα απολύμανσης. Θα αφαιρεθούν οι φίστουλες και θα πεταχτούν ή αν υπάρχει καθετήρας θα ξεπλυθούν τα σκέλη του και θα τοποθετηθεί η κατάλληλη ποσότητα αντιπηκτικού διαλύματος. (Churchill, 2006)

Η πρόσληψη φωσφόρου στην αι

Τέλος, ο ασθενής θα παραμείνει στο χώρο του νοσοκομείου έως η αρτηριακή του πίεση κριθεί φυσιολογική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

4.1 Η δίαιτα στην αιμοκάθαρση

Οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν μια ισορροπημένη διατροφή με περιορισμό του φωσφόρου, του καλίου, των υγρών και του νατρίου.

Η σταθερή και συστηματική διατροφή περιορίζει τα συμπτώματα και τις επιπλοκές, βελτιώνει την ποιότητα της ζωής των ασθενών ενώ αυξάνει και το προσδόκιμο ζωής.

Πολλοί από τους νεφροπαθείς δηλώνουν πως το κομμάτι της διατροφής είναι ένα από τα πιο δύσκολα στην διάρκεια της ασθένειας. Ο κάθε ασθενής έχει τις δικές του διατροφικές προτιμήσεις και η δίαιτα του προσαρμόζεται σύμφωνα με αυτές.

Σημαντικό στοιχείο στην δημιουργία μιας διατροφής έχει και το στάδιο της νεφροπάθειας. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, πως το κάθε διατροφικό πρόγραμμα είναι δομημένο αποκλειστικά για τις ανάγκες του κάθε ασθενή. (Churchill, 2006)

Συγκεκριμένα, η διατροφή στην αιμοκάθαρση είναι σημαντική διότι

1. Μειώνονται οι ουσίες που δεν μπορούν πλέον να απομακρυνθούν (φώσφορο, κάλιο)

2. Εμπλουτίζεται ο οργανισμός από ουσίες που είναι απαραίτητες για την φυσιολογική του λειτουργία (βιταμίνες, σίδηρος)
3. Περιορίζεται η λήψη νερού
4. Περιορίζεται το αλάτι και το κάλιο

Παρακάτω θα δούμε αναλυτικά τα φυσιολογικά επίπεδα σημαντικών στοιχείων στον οργανισμό ενός νεφροπαθή.

Πρωτεΐνες

Οι νεφροπαθείς σε κάθε αιμοκάθαρση χάνουν 10- 12 gr πρωτεΐνης για αυτό το λόγο η διαίτα θα πρέπει να περιλαμβάνει 1,0-1,2 gr πρωτεϊνών ανά kg βάρους σώματος το 24ωρο.

Είναι σημαντική η λήψη πρωτεΐνης καθώς ενισχύεται ο οργανισμός του ασθενή και δεν είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις.

Υδατάνθρακες

Είναι εξίσου σημαντική η λήψη υδατανθράκων για την ορθή λειτουργία του οργανισμού του νεφροπαθή. Οι υδατάνθρακες είναι πηγή ενέργειας και συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία του νευρικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού.

Λίπη

Τα λίπη αποτελούν και αυτά κύρια πηγή ενέργειας που είναι απαραίτητη για τους νεφροπαθείς ασθενείς. Η πρόσληψη 30-35% λίπους από τον ασθενή του δίνει σημαντικά αποθέματα ενέργειας.

Υγρά

Είναι απαραίτητο να αποφεύγονται οι μεγάλες ποσότητες υγρών από τους νεφροπαθείς. Οι ίδιοι θα πρέπει να περιορίσουν τις τροφές που είναι πλούσιες σε αλάτι, να αποφύγουν τις γλυκαντικές ουσίες, να προσπαθήσουν να περιορίσουν την επιθυμία τους για νερό με οποιοδήποτε τρόπο. Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς δηλώνουν πως ο περιορισμός της λήψης νερού είναι ένα πολύ δύσκολο κομμάτι της όλης διαδικασίας.

Ασβέστιο

Προτείνεται 1000-1500 mg ασβεστίου τη μέρα.

Φώσφορος

Η πρόσληψη θα πρέπει να περιορίζεται στα 600-1400 mg/μέρα.

Βιταμίνες

Είναι αναγκαία η λήψη βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β διότι από την διατροφή των νεφροπαθών απουσιάζουν τα φρούτα και τα λαχανικά.

4.2 Ψυχολογικά- κοινωνικά προβλήματα

Ο ασθενής με την έναρξη της θεραπείας καλείται να αντιμετωπίσει σοβαρές αλλαγές τόσο στην καθημερινή όσο και στην προσωπική του ζωή. Οι αλλαγές αυτές επεκτείνονται σε πολλούς τομείς, όπως οι κοινωνικές σχέσεις, το εργασιακό περιβάλλον, η ερωτική ζωή, τα οικονομικά. (Churchill, 2006)

Ο ίδιος θα πρέπει να διαμορφώσει την ζωή του με βάση τα νέα δεδομένα που προκύπτουν. Φυσικά, η ψυχολογική πίεση που νιώθει ο καθένας εξαρτάται αποκλειστικά από την προσωπικότητα του κάθε ασθενή, την ηλικία του, το μορφωτικό του επίπεδο, την στήριξη από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον και την γενικότερη άποψη που έχει ο ίδιος για τις δυσκολίες της ζωής. (Churchill, 2006)

Με το πρώτο άκουσμα της ασθένειας είναι δυνατό να νιώσει απόγνωση και θλίψη. Στην συνέχεια ο ασθενής περνάει στο στάδιο της προσαρμογής, όπου αρχίζει και αποδέχεται την κατάσταση της υγείας του. Ενσωματώνει στην ρουτίνα της καθημερινότητας το νέο τρόπο ζωής του. (Churchill, 2006)

4.3 Κατάθλιψη

Τα νεφροπαθή άτομα είναι δυνατό κατά την διάρκεια της θεραπείας να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης.

Οι ίδιοι θεωρούν πως η ζωή τους στηρίζεται αποκλειστικά από ένα μηχάνημα και ότι μπορεί πολύ εύκολα να φθάσουν στο θάνατο. (Chin et al., 2004)

Συχνά, κλείνονται στον εαυτό τους, δεν έχουν την διάθεση να δραστηριοποιηθούν, κοιμούνται ελάχιστα ή υπερβολικά και κάνουν αυτοκαταστροφικές σκέψεις (επιθυμία αυτοκτονίας).

Τα άτομα που παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα χρήζουν άμεσης βοήθειας.

4.4 Σεξουαλική δυσλειτουργία

Η νεφρική νόσος καθιστά αδύνατη την επίτευξη σεξουαλικής πράξης. Συχνά όμως οι ίδιοι οι ασθενείς δεν έχουν ούτε την επιθυμία.

4.5 Σωματική αλλαγή

Οι νεφροπαθείς ασθενείς χάνουν την προηγούμενη εικόνα του εαυτού τους και θα πρέπει να συμβιβαστούν με ένα νέο είδωλο.

Συγκεκριμένα, η αγγειακή προσπέλαση, οι ουλές, το χρώμα του δέρματος, η τριχοφυΐα, οι εκδορές από τον κνησμό, οι παραμορφώσεις από την οστεοδυστροφία και οι ακρωτηριασμοί, δημιουργούν ψυχολογική πίεση και αρνητικά συναισθήματα στους ασθενείς. (Chin et al., 2004)

4.6 Υπόταση

Το πρόβλημα της υπότασης είναι δυνατό να εμφανιστεί εάν ο ρυθμός αφαίρεσης των υγρών είναι μεγαλύτερος από τον ρυθμό αναπλήρωσης τους στον οργανισμό του ασθενή.

Το θέμα των υγρών αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της ασθένειας.

Οι ασθενείς χρειάζονται χρόνο ώστε να κατανοήσουν τα υγρά που απαιτείται να λαμβάνουν. (Chin et al., 2004)

Για να αποφευχθεί η υπόταση συμβάλλουν

1. Το προφίλ νατρίου (ρύθμιση NaCL του διαλύματος ανά ώρα) στο μηχάνημα

2. Η χρήση του αιμοδυναμικού monitoring με μέτρηση αιματοκρίτη και όγκου αίματος

Ο συναγερμός του μηχανήματος θα αρχίσει να λειτουργεί όταν ο ασθενής βρίσκεται σε υποτασικό επεισόδιο.

4.7 Ναυτία

Η ναυτία και μετέπειτα ο εμετός συνδέονται άμεσα με κάποιο υποτασικό επεισόδιο.

Η ναυτία μπορεί να συμβεί πριν από κάποιο υποτασικό επεισόδιο ή μετά την ολοκλήρωση του.

Προτείνεται οι ασθενείς να έχουν αποχή από τα φαγητά πριν από την διαδικασία της αιμοκάθαρσης .

4.8 Κράμπες

Οι κράμπες αποτελούν ένα συχνό αρνητικό αίσθημα της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης.

Συμβαίνουν διότι υπάρχει αυξημένη υπερδιήθηση, που προκαλείτε από την απότομη μεταβολή στα υγρά. (Chin et al., 2004)

Προτείνεται ο ασθενής που θα νιώσει κράμπες να μην σηκωθεί από την πολυθρόνα της αιμοκάθαρσης γιατί είναι πιθανό να ζαλιστεί και να χάσει τις αισθήσεις του. Καλό θα ήταν να τρίβεται εκείνο το σημείο από τον νοσηλευτή ώστε να ξεπεραστεί ο πόνος.

4.9 Αστάθεια

Η αστάθεια είναι δυνατό να εμφανιστεί σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και αυτό γιατί η αιμοκάθαρση βασίζεται στη διύλιση των ουσιών διαμέσου της ημιδιαπερατής μεμβράνης του φίλτρου. Ενώ παράλληλα, συμβαίνει διύλιση δια μέσου της ημιδιαπερατής μεμβράνης ανάμεσα σε όλα τα σωματικά διαμερίσματα (από το ενδοκυττάριο, διάμεσο και το εξωκυττάριο διαμέρισμα). (Chin et al., 2004)

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να διατηρηθεί ισορροπία ανάμεσα στον ρυθμό των διαλύσεων. (Chin et al., 2004)

Αν υπάρξει μια ταχεία αλλαγή τότε είναι πιθανό να εμφανιστούν συμπτώματα αστάθειας στον ασθενή.

Μεγαλύτερο κίνδυνο αστάθειας έχουν οι ασθενείς που υποβάλλονται για πρώτη φορά στην διαδικασία της αιμοκάθαρσης.

4.10 Αντιδράσεις στο φίλτρο

Οι αλλεργικές αντιδράσεις που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής οφείλονται στη μεμβράνη του φίλτρου, στα χημικά υλικά αποστείρωσης (οξείδιο του αιθυλενίου) και σε διάφορα βακτήρια και ενδοτοξίνες.

Επίσης, οι αλλεργικές αντιδράσεις χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Αλλεργικές αντιδράσεις τύπου Α και Αλλεργικές αντιδράσεις τύπου Β. (Chin et al., 2004)

Αλλεργικές αντιδράσεις Τύπου Α

Η αναφυλακτική αντίδραση, η οποία εμφανίζεται μέσα στα πρώτα λεπτά της ένραξης της διαδικασίας.

Εμφανίζεται με έντονο κνησμό, δύσπνοια , αίσθημα ζέστης σε όλο το σώμα και μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακό επεισόδιο.

Απαιτείται η άμεση διακοπή της διαδικασίας και η διασωλήνωση του ασθενή.

Αλλεργικές αντιδράσεις Τύπου Β

Αυτός ο τύπος αλλεργικής αντίδρασης είναι λιγότερο σοβαρός και ακίνδυνος.

Συνήθως εμφανίζεται με πόνο στο στήθος περίπου μετά την πρώτη ώρα της διαδικασίας.

Για τη αποφυγή αυτής της αντίδρασης προτείνεται η χρήση συνθετικών μεμβρανών και/ ή η επαναχρησιμοποίηση τους.

4.11 Αιμόλυση

Η αιμόλυση είναι δυνατόν να προκληθεί είτε από την αιμοκάθαρση με διάλυμα πολύ ζεστό είτε από την αιμοκάθαρση με λάθος διάλυμα. (Chin et al., 2004)

Σε περίπτωση αιμόλυσης ο ασθενής νιώθει έντονο πόνο στο στήθος και δυσκολεύετε να αναπνεύσει.

Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης θα πρέπει να διακοπεί άμεσα . (Tocars, 2003)

4.12 Εμβολή αέρα

Τα σύγχρονα μηχανήματα της αιμοκάθαρσης είναι άρτια κατασκευασμένα για να παρέχεται η απόλυτη ασφάλεια στον ασθενή και στον νοσηλευτή.

Οι ανιχνευτές αέρα θα πρέπει να είναι ενεργοποιημένοι κατά τη διάρκεια του ηπαρινισμού και οποιαδήποτε προβλήματα με τους συναγερμούς θα πρέπει να επιλύονται πριν την έναρξη της συνεδρίας. (Chin et al., 2004)

Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει δεχθεί αέρα τότε διακόπτεται η διαδικασία της αιμοκάθαρσης και ζητείται άμεσα ιατρική βοήθεια γιατί μπορεί ο ασθενής να οδηγηθεί ακόμα και στον θάνατο. (Chin et al., 2004)

4.13 Πήξη των αιματικών γραμμών

Πήξη των αιματικών γραμμών θα συμβεί εάν είναι ανεπαρκές το αντιπηκτικό, αν η ροή του αίματος είναι ανεπαρκής και αν υπάρχει αέρας στο κύκλωμα. (Tocars, 2003)

Και σε αυτή την περίπτωση η διαδικασία της αιμοκάθαρσης διακόπτεται άμεσα.

4.14 Θρόμβωση

Συχνά λόγω υποτασικού επεισοδίου είναι δυνατό να εμφανιστεί θρόμβωση.

Σε περίπτωση που ο ασθενής υπέστη θρόμβωση χρήζεται άμεσης αντιμετώπισης με χειρουργική επέμβαση. (Chin et al., 2004)

4.15 Ανεύρυσμα

Το ανεύρυσμα συμβαίνει μετά από επαναλαμβανόμενες φλεβοκεντήσεις στο ίδιο σημείο. (Tocars, 2003)

Απαιτείται η αποφυγή φλεβοκέντησης στο σημείο που υπάρχει το ανεύρυσμα διότι είναι πιθανό να υπάρξει αιμορραγία.

4.16 Σύνδρομο Υποκλοπής

Συμβαίνει καθώς το αίμα το παίρνουνε από το χέρι λόγω της αναστόμωσης.

Ο ασθενής θα παραπονεθεί για πόνο, κρύο άκρο και οίδημα.

Αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση για να αποκατασταθεί η φυσιολογική κυκλοφορία του αίματος. (Tocars, 2003

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

5.1 Διατροφή

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις θερμιδικές ανάγκες του ασθενή.

Συγκεκριμένα, θα πρέπει να συστήνουν τον ασθενή σε κάποιον εξειδικευμένο διατροφολόγο ώστε να ακολουθεί ο ασθενής ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα αποκλειστικά για τον ίδιο. (Tocars, 2003)

Υπολογίζεται ότι θα πρέπει να λαμβάνονται 2.500 θερμίδες ημερησίως ενώ θα πρέπει να περιοριστεί σημαντικά το αλάτι ,το κάλιο και το λίπος.

5.2 Ισοζύγιο νερού και ηλεκτρολυτών

Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι να διατηρούν μια ισορροπία ανάμεσα στους ηλεκτρολύτες και το νερό που έχει ο οργανισμός του ασθενή.

Απαιτείται να τηρούν δελτίο προσλαμβανόμενων - αποβαλλόμενων υγρών και να ζυγίζουν τον ασθενή την ίδια ώρα με τα ίδια ρούχα και στον ίδιο ζυγό πριν το πρωινό γεύμα. (Tocars, 2003)

Επίσης, οι ίδιοι είναι υπεύθυνοι να μετρούν τα ζωτικά σημεία ανά μισή ώρα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Για την μέτρηση των ηλεκτρολυτών θα πρέπει να υποβάλλουν τους ασθενείς σε αιματολογικές εξετάσεις τουλάχιστον κάθε δύο εβδομάδες. (Thomas, 2002)

5.3 Διαταραχή του καλίου

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να χορηγήσουν στον ασθενή δύο κουταλιές της σούπας ρητίνες ανταλλαγής καλίου (Kayexalate), ινσουλίνη σε γλυκοζέ ορό (glucose 5% με 15 IU κρυσταλλική ινσουλίνη) και 1 amp γλυκονικό ασβέστιο.

Επιπλέον, απαιτείται να έχουν πάρει δείγματα αίματος πριν τη έναρξη της διαδικασίας, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την ολοκλήρωση της.

5.4 Διαταραχή της αρτηριακής πίεσης

Για την αντιμετώπιση ενός υποτασικού επεισοδίου οι νοσηλευτές θα πρέπει να μηδενίσουν το μηχάνημα και να θέσουν τον ασθενή σε ανάροπη θέση.

Στην συνέχεια θα πρέπει να χορηγήσουν 100cc φυσιολογικού ορού και 1amp NaCL.

Τέλος, οι νοσηλευτές θα πρέπει να μετρούν την αρτηριακή πίεση του ασθενή ανά μισή ώρα μέχρι να επανέρθει σε φυσιολογικά επίπεδα. (Thomas, 2002)

5.5 Κνησμός

Σε περίπτωση έντονου κνησμού ο νοσηλευτής θα πρέπει να χορηγήσει 1 tbl δεξιγλωροφενιραμίνης (Polaramine). Αναγκαίο είναι το pH του αίματος να κρατιέται σε χαμηλά επίπεδα .

Χρήσιμο θα ήταν ο νοσηλευτής να επαλείψει το δέρμα του ασθενή με πούδρα .

Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγξει την λειτουργία των παραθυρεοειδών αδένων (PTH) και σε περίπτωση προβλήματος να προγραμματιστεί παραθυρεοειδεκτομή. (Thomas, 2002)

5.6 Μυϊκές κράμπες

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθήσει να αποφευχθεί η οξεία απώλεια NaCl, με αφυδάτωση κατανεμημένη ομοιόμορφα κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

Απαιτείται η χορήγηση I.V. 1 amp υπέρτονο NaCl . Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή να αποφύγει την μεγάλη πρόσληψη υγρών. (Thomas, 2002)

5.7 Προβλήματα αγγειακής προσπέλασης

Σε περίπτωση προβλημάτων αγγειακής προσπέλασης ο νοσηλευτής θα πρέπει να πραγματοποιεί επάλειψη πολλές φορές τη μέρα, με θρυψινογόνο αλοιφή (Lasonil).

Καλό θα ήταν η παρακέντηση να γίνεται από εξειδικευμένο νοσηλευτή. (Thomas, 2002)

Επίσης, γίνεται τοποθέτηση κομπρέσας διαλύματος αλουμινίου στο σημείο του αιματώματος. (Thomas, 2002)

Τέλος, για τις επόμενες δύο συνεδρίες ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί το άλλο χέρι του ασθενή για να κάνει την παρακέντηση.

5.8 Ψυχολογικά προβλήματα

Σε περίπτωση ψυχολογικών προβλημάτων ο νοσηλευτής μπορεί να συζητήσει με τον ασθενή αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον του. (Thomas, 2002)

Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής προσπαθεί να εξηγήσει στον ασθενή αλλά και στην οικογένεια του την νόσο αλλά και τους τρόπους με του οποίους μπορεί κανείς να συμφιλιωθεί και να μάθει να ζει με αυτή την ασθένεια.

Φυσικά, αν τα αρνητικά συναισθήματα επιμένουν και ολοένα και πληθαίνουν χρήσιμο είναι ο νοσηλευτής να παραπέμψει τον ασθενή σε κάποιο ειδικό (ψυχολόγος, ψυχίατρος). (Thomas, 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΩΝ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Η οικογένεια αποτελεί ένα από τους πιο ιερούς και μακροχρόνιους δεσμούς στην ιστορία του ανθρώπινου γένους.

Τα μέλη κάθε οικογένειας συνδέονται στενά με ισχυρούς φυσικούς δεσμούς. Παράλληλα, συχνά μένουν κάτω από την ίδια στέγη ενώ μοιράζονται τις ανησυχίες, τους προβληματισμούς τους και ανταλλάσσουν απόψεις. (Παναγοπούλου, 2009)

Συνεπώς, κάθε εμπειρία ή πρόβλημα που αφορά ένα μέλος της, αυτόματα έχει συνέπειες και στα υπόλοιπα. (Μαθιουδάκη, 1999)

Μια χρόνια νόσος, όπως είναι η νεφρική ανεπάρκεια, μπορεί να επηρεάσει συναισθηματικά ολόκληρη την οικογένεια. (Παναγοπούλου, 2009)

Στο άκουσμα μιας χρόνιας ασθένειας τα μέλη της οικογένειας εισέρχονται σε μια περίοδο έντονου στρες. Συχνά, προβληματίζονται για τα οικονομικά θέματα που είναι πιθανό να προκύψουν, για κοινωνικά θέματα και θέματα ψυχολογίας και αντιμετώπισης της νόσου. (Παναγοπούλου, 2009)

Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια φέρει σημαντικές αλλαγές στην δομή της οικογένειας. Ανάλογα με το μέλος της οικογένειας που νοσεί , τα υπόλοιπα μέλη αναλαμβάνουν καινούριους ρόλους. Για παράδειγμα αν πάσχει ο πατέρας τότε η μητέρα είναι αυτή που θα αναλάβει εξολοκλήρου την φροντίδα της οικογένειας αλλά και την οικονομική της στήριξη. (Μαθιουδάκη, 1999)

Παράλληλα, στην περίπτωση που πάσχει ένα παιδί από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τότε η οικογένεια εισέρχεται σε μια δύσκολη περίοδο διότι οι υποδομές στην χώρα μας είναι τέτοιες που αναγκάζουν την οικογένεια να χωριστεί ή να μετακομίσει . Και στις δύο περιπτώσεις η συναισθηματική και η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας είναι τεράστια. (Μαθιουδάκη, 1999)

Επιπλέον, στην περίπτωση του παιδιού που νοσεί η οικογένεια έχει να αντιμετωπίσει και τις αντιδράσεις τους. Συχνά τα παιδιά αντιδρούν αρνητικά στο άκουσμα μιας χρόνιας ασθένειας . Οι γονείς και ολόκληρο το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει αυτές τις αντιδράσεις και φυσικά να στηρίζει το παιδί. (Παναγοπούλου , 2009)

Σημαντικό είναι να υπάρχει μια συνεχής στήριξη και προσπάθεια ενδυνάμωσης της ψυχολογίας του χρόνια πάσχοντα είτε αυτό είναι παιδί είτε ενήλικας. Η οικογένεια είναι ο πυρήνας στη διαδικασία της κοινωνικής υποστήριξης και επανένταξης του χρόνιου πάσχοντα. (Μαθιουδάκη, 1999)

Όπως συμβαίνει σε κάθε χρόνια ασθένεια η οικογένεια και το άτομο που νοσεί περνά κάποια στάδια μέχρι το τελικό στάδιο της αποδοχής της νόσου. (Παναγοπούλου , 2009)

Παρακάτω θα εξετάσουμε τα στάδια από το πρώτο άκουσμα της διάγνωσης μέχρι την αποδοχή της ασθένειας. (Παναγοπούλου , 2009)

Στάδιο Διάγνωσης

Αποτελεί την αρχή. Το στάδιο της διάγνωσης φέρει την οικογένεια και το άτομο που νοσεί απέναντι σε ένα ισχυρό σοκ. Αρχικά, δεν δέχονται την άποψη του γιατρού, τους κατακλύζουν αισθήματα φόβου και επισκέπτονται αλλεπάλληλους γιατρούς με την ελπίδα να ακούσουν κάτι διαφορετικό. (Παναγοπούλου , 2009)

Στάδιο Θυμού

Στο στάδιο του θυμού η οικογένεια εκφράζει μια έντονη διαμαρτυρία προς κάθε κατεύθυνση. Αντιδρούν με το ιατρικό προσωπικό ενώ είναι πιθανό να έρθουν σε σύγκρουση και με τον ίδιο τον γιατρό που έκανε την διάγνωση .

Στάδιο Απόσυρσης

Το στάδιο αυτό διακρίνεται από έντονη κατάθλιψη. Η οικογένεια όσο και το άτομο που νοσεί κλείνεται μέσα στο σπίτι, δεν ακολουθεί τις οδηγίες των γιατρών και δεν θέλει καμία επαφή με τους γύρω του. (Παναγοπούλου , 2009)

Στάδιο Διαπραγμάτευσης

Στο στάδιο αυτό η οικογένεια αρχίζει να αποδέχεται την ασθένεια ως ένα γεγονός αμετάκλητο. Προσπαθεί να ενθαρρύνει το άτομο που νοσεί και το κινητοποιεί για τις απαιτούμενες εξετάσεις. Επίσης, στηρίζει τον ασθενή και τον παρακινεί να επισκέπτεται τον γιατρό και να ακολουθεί τις οδηγίες του. (Παναγοπούλου , 2009)

Στάδιο Αποδοχής

Σε αυτό το στάδιο η οικογένεια αποδέχεται την ασθένεια και συνεχίζει την ζωή της με βάση αυτήν. (Παναγοπούλου , 2009)

Έρευνες έχουν δείξει ότι η στάση της οικογένειας απέναντι σε μια ασθένεια παίζει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα της ζωής του ασθενή. Επίσης, εξετάζοντας το κοινωνικές συνέπειες, μια χρόνια ασθένεια πολλές φορές αναγκάζει την οικογένεια να εγκαταλείψει τον τόπο κατοικίας της και να μεταβεί σε μεγάλα αστικά κέντρα για την καλύτερη ιατρική φροντίδα. (Χαλκιοπούλου Χ, 1998)

Επιπλέον, μελετώντας την διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία διαπιστώσαμε πως υπάρχουν οικογένειες που αντιμετωπίζουν συλλογικά ένα πρόβλημα και άλλες που το κάθε μέλος της προσπαθεί μόνο του να προσφέρει ότι καλύτερο.

Σύμφωνα με την Brooks υπάρχουν οι ακόλουθοι τύποι οικογένειας

Η απορριπτική οικογένεια

Στο εσωτερικό αυτής της οικογένειας δεν υπάρχει καμία υποστήριξη προς το άρρωστο μέλος της. Επιπλέον, το κάθε μέλος συνεχίζει κανονικά τους ρυθμούς της ζωής του αδιαφορώντας για τον ασθενή.

Η υπερπροστατευτική οικογένεια

Αυτή η μορφή οικογένειας υπερπροστατεύει το άρρωστο μέλος της. Όλα τα μέλη της οικογένειας ρίχνουν την προσοχή τους στον ασθενή και συχνά περιορίζουν κάθε ελευθερία του. Έρευνες έχουν δείξει ότι αυτός ο τύπος οικογένειας φέρει συγκρούσεις με τον ασθενή λόγω της υπερβολικής προστασίας.

Η προσαρμοστική οικογένεια

Σε πλαίσια αυτού του τύπου της οικογένειας όλα τα μέλη της προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα χωρίς να αδιαφορούν ή να υπερ προστατεύουν το άτομο που νοσεί.
(Χαλκιοπούλου Χ, 1998)

Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν πως για την ορθή αντιμετώπιση μιας τέτοιας κατάστασης σημαντική είναι η συνοχή της οικογένειας καθώς και το επίπεδο μόρφωσης των μελών της.

Συγκεκριμένα, αναφέρονται τα παρακάτω χαρακτηριστικά που είναι πιθανό να επηρεάσουν την λειτουργικότητα της

1. Ο συναισθηματικός δεσμός ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και ο βαθμός αυτονομίας του καθενός (Χαλκιοπούλου Χ, 1998)
2. Ο βαθμός προσαρμοστικότητας της οικογένειας που σχετίζεται με την ανάθεση νέων ρόλων
3. Η κοινωνική θέση και δικτύωση της οικογένειας
4. Η αντιμετώπιση του στρες

Επιπρόσθετα , Το Κέντρο Γενικής Αποκατάστασης κατέγραψε τις παρακάτω πιο συνηθισμένες αντιδράσεις των ανθρώπων που φροντίζουν ένα συγγενή με κλωνισμένη υγεία: (Χαλκιοπούλου Χ, 1998)

Πανικός

Ο πανικός είναι έκδηλος στο πρώτο άκουσμα της ασθένειας. Συχνά, τα μέλη της οικογένειας δεν ξέρουν πώς να αντιδράσουν στο άκουσμα της διάγνωσης.

Άγχος

Το αίσθημα του άγχους είναι έντονο για το τι θα ακολουθήσει στην συνέχεια.

Άρνηση και υπερβολική αισιοδοξία

Συχνά θεωρούν ότι όλα θα ξεπεραστούν χωρίς να βλέπουν και να θέλουν να δεκτούν την αλήθεια της πραγματικότητας.

Θυμός

Έχει διαπιστωθεί ότι το στάδιο του θυμού έρχεται λίγο πριν την τελική αποδοχή.

Νιώθουν έντονη άρνηση για το ‘‘κακό’’ που τους βρήκε.

Κούραση

Η κούραση επέρχεται μετά από μια συνεχή απασχόληση με την φροντίδα του ασθενή . Καλό θα είναι να υπάρχει μια από κοινού προσοχή και φροντίδα ώστε να μην αναλαμβάνει ένα μόνο μέλος την φροντίδα του ατόμου που νοσεί.

Απόγνωση

Τα μέλη της οικογένειας είναι απαραίτητο να ζητήσουν την βοήθεια κάποιου ειδικού για να μην βρεθούν στο στάδιο της απόγνωσης. Σε αυτό το στάδιο θέλουν να παραιτηθούν από την φροντίδα του ασθενή καθώς νιώθουν συναισθηματικά και σωματικά κουρασμένοι.

Ολοκληρώνοντας την μελέτη μας από την πλευρά της οικογένειας αντιλαμβανόμαστε πως τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη της ίσως είναι περισσότερα και από αυτά του ίδιου του ασθενή.

Συμπερασματικά, η οικογένεια πρέπει να αντιληφθεί πως η χρόνια ασθένεια είναι μια αμετάκλητη κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπιστεί με απόλυτη σοβαρότητα. Η κυριότερη βοήθεια προέρχεται από τον οικογενειακό περίγυρο του ασθενή και μπορεί να εκφραστεί με τρεις τρόπους: πρακτική βοήθεια για να του διευκολύνει την καθημερινότητα, ηθική ενθάρρυνση και συναισθηματική στήριξη (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ελένη 2006).



Εικόνα 12. Υποστήριξη Νεφροπαθών. Πηγή <http://zoodohos.com/index.php/yphresies/kentro-hmeras/psychologikh-yposthriksh>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

7.1 Η Κοινωνική Εργασία και η Υγεία

Ως Κοινωνική εργασία ορίζεται μια κοινωνική επιστήμη που στοχεύει στην μελέτη και την αντιμετώπιση μιας πληθώρας κοινωνικών και προσωπικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων. (Σταθόπουλος, 1999)

Στα πλαίσια μιας χρόνιας ασθένειας, όπως είναι η νεφρική ανεπάρκεια, το άτομο χρειάζεται την υποστήριξη ενός Κοινωνικού Λειτουργού.

Ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με τον πάσχοντα στοχεύει στην κινητοποίηση των υγιών ψυχικών και κοινωνικών δυνάμεων του ατόμου, ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί και να συναλλάζει με το περιβάλλον του και γενικότερα να συμβάλλει με την ενεργό συμμετοχή του στη βελτίωση της πρωτογενής πρόληψης και στην ανάπτυξη της υγείας. (Σταθόπουλος, 1999)

7.2 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε σχέση με τον ασθενή

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που θα ενθαρρύνει τον ασθενή να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα της ζωής του. Παράλληλα, ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει την θετική συμμετοχή του πάσχοντα στην προτεινόμενη αγωγή. (Gutch et al 2003)

Επιπρόσθετα, σε ασθενείς που αναγκάζονται να παραμείνουν στο νοσοκομειακό χώρο για μεγάλα χρονικά διαστήματα ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλει σημαντικά στη ψυχολογική του αποφόρτιση. (Gutch et al 2003)

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που θα υποστηρίξει και θα ενθαρρύνει τον ασθενή σε στιγμή που ο ίδιος θέλει να παραιτηθεί από τον αγώνα του. Επίσης, ο ασθενής μπορεί να μεταφέρει τις απορίες του, τους φόβους και να συζητά με τον κοινωνικό λειτουργό καθετί που τον απασχολεί. Με βάση αυτό ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να είναι πάντα έτοιμος να δώσει τις απαντήσεις στον πάσχοντα, άρα απαιτείται μια εξαιρετική συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με το ιατρικό προσωπικό. (Gutch et al 2003)

Παράλληλα, σε περιπτώσεις που οι πάσχοντες από την χρόνια νόσο είναι παιδιά ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει πολλαπλούς ρόλους. Είναι εκεί για να ακούσει κάθε φόβο, απορία και ψυχικό συναίσθημα των παιδιών ενώ παράλληλα διοργανώνει ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, ώστε να απασχολούνται δημιουργικά τα παιδιά και τα βοηθά να εκφράζουν, μέσα από τα διάφορα παιχνίδια, τα συναισθήματά τους, να γυμνάζονται και γενικά να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες. (Σταθόπουλος, 1999)

7.3 Επικοινωνία του Κοινωνικού Λειτουργού με τον ασθενή

Για την ανάπτυξη μιας σχέσης με τον ασθενή ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να εμπνέει απόλυτη εμπιστοσύνη .

Τα χαρακτηριστικά που διέπουν ένα κοινωνικό λειτουργό είναι αυτά που θα θέσουν τις βάσεις για μια δημιουργία αξιόλογης σχέσης με τον πάσχοντα. (Σταθόπουλος, 1999)

Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να αποδέχεται την προσωπικότητα του κάθε ασθενή και να σέβεται κάθε του επιθυμία. Ποτέ δεν πρέπει να τον κατακρίνει ή να του επιβάλλει όρους.

Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να κατανοεί τον πάσχοντα. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να είναι σε θέση να ακούει τους προβληματισμούς του ασθενή και να τους κατανοεί. (Σταθόπουλος, 1999)

Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός με σκοπό την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή θα πρέπει να είναι ειλικρινής μαζί του. Απαιτείται να του εκφράζει πάντα την αλήθεια των πραγμάτων δίνοντας του μια ξεκάθαρη εικόνα της κατάστασης του.

Συμπερασματικά, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να έχει την εμπειρία να ενθαρρύνει το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς του.

Παράλληλα, θα πρέπει να είναι σε θέση να αποδέχεται και να κατανοεί κάθε θετικό ή αρνητικό συναίσθημα του πάσχοντα. (Σταθόπουλος, 1999)

7.4 Ο Κοινωνικός Λειτουργός και η σχέση του με την οικογένεια του ασθενή

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αναγκαίο να συνεργάζεται και με την οικογένεια του ασθενή.

Η υποστήριξη και η βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού στην οικογένεια του πάσχοντα είναι αναγκαία για να μπορέσουν τα μέλη της να αντιμετωπίσουν τις νέες συνθήκες στην ζωή τους. (Σταθόπουλος, 1999)

Παράλληλα, ο κοινωνικός λειτουργός θα κάνει γνωστό στην οικογένεια την σοβαρότητα της κατάστασης καθώς και την περαιτέρω αγωγή που θα ακολουθηθεί.

Φυσικά, η μεγαλύτερη βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού προς την οικογένεια είναι η ανακούφιση από το άγχος και τους προβληματισμούς. (Σταθόπουλος, 1999)

Επιπρόσθετα, ο ειδικός μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη σχέση του ασθενή με τα μέλη της οικογένειας. Ο ίδιος ο κοινωνικός λειτουργός ενημερώνει την οικογένεια για τον τρόπο που μπορεί να προσεγγίσει και να στηρίξει τον πάσχοντα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα μελέτη αντιλαμβανόμαστε πως η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια οφείλεται σε αδυναμία των νεφρών να φιλτράρουν το αίμα, με αποτέλεσμα υγρά μη χρήσιμα για την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού να συσσωρεύονται.

Παράλληλα, στην παρούσα μελέτη επικεντρωθήκαμε στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας και στην θεραπεία που είναι δυνατό να ακολουθηθεί.

Η αιμοκάθαρση αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή κάθαρσης. Είναι σε θέση να αυξάνει το προσδόκιμο ζωής του ασθενή και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του. Όμως, η αιμοκάθαρση δεν θεραπεύει από την νεφρική ανεπάρκεια.

Παράλληλα, η περιτοναϊκή κάθαρση , αποτελεί την άλλη μέθοδο κάθαρσης. Η περιτοναϊκή κάθαρση θεωρείται καλύτερη επιλογή από την αιμοκάθαρση. Συγκριμένα η περιτοναϊκή κάθαρση πραγματοποιείται αποκλειστικά στο σπίτι. Ο ασθενής , χωρίς την βοήθεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, πραγματοποιεί την κάθαρση κατά την διάρκεια της νύχτας είτε σε οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας θέλει. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, ότι η περιτοναϊκή κάθαρση μπορεί να προσαρμοστεί στο πρόγραμμα της εργασίας , της οικογένειας και της κοινωνικής ζωής του ασθενή. Σημαντικό είναι ότι τα άτομα που επιλέγουν την περιτοναϊκή κάθαρση επισκέπτονται τον γιατρό τους κάθε 3-6 μήνες και έχουν μια

ευελιξία στο θέμα της διατροφής σε σχέση πάντα με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Συγκριτικά, η περιτοναϊκή κάθαρση στην πράξη είναι πιο ανώδυνη και εύκολη από την αιμοκάθαρση. Συγκεκριμένα, γίνεται μέσα στο σώμα χωρίς την ανάγκη ύπαρξης εξωσωματικής κυκλοφορίας του αίματος και χρησιμοποιώντας σαν φίλτρο την περιτοναϊκή μεμβράνη (το περιτόναιο) της κοιλιάς. Επιπρόσθετα στην περιτοναϊκή κάθαρση δεν απαιτείται η χειρουργική τοποθέτηση ενός καθετήρα αντίθετα με την αιμοκάθαρση που είναι αναγκαίο αυτό.

Επιπρόσθετα, συγκρίνοντας τις δύο μεθόδους κάθαρσης αντιλαμβανόμαστε ότι η αιμοκάθαρση αποτελεί μια πιο περίπλοκη διαδικασία που απαιτείται από τον ασθενή να βρίσκεται σε ειδικό χώρο και να ακολουθηθεί ειδική εξειδικευμένη διατροφή. Το άτομο που ακολουθεί την περιτοναϊκή κάθαρση ζει πιο φυσιολογικά. Αυτό βεβαιώνεται και από το γεγονός ότι ο ασθενής αφιερώνει ελάχιστο χρόνο (κυρίως τις νυχτερινές ώρες που κοιμάται) στην μέθοδο της κάθαρσης ενώ τις υπόλοιπες ώρες της ημέρας ζει φυσιολογικά κάνοντας οποιαδήποτε δραστηριότητα επιθυμεί.

Σημαντική διαφορά με την αιμοκάθαρση αποτελεί και το γεγονός ότι διατηρείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία (δηλαδή η διούρηση).

Εν κατακλείδι, η αιμοκάθαρση αν και αποτελεί την πιο διαδεδομένη μέθοδο κάθαρσης, (μελέτες έχουν δείξει ότι το 90% των ασθενών υποβάλλονται σε αυτή) , παρόλα αυτά η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελεί την πιο εύκολη, ανώδυνη και συνάμα λιγότερο κουραστική μέθοδο κάθαρσης προσφέροντας μια κανονικότητα στην ζωή των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανάτου, Ε.,2004. Κλινική Βασική νοσηλευτική : Βασικές και ειδικές νοσηλείες,

Αθήνα: Εκδόσεις Παρασιάνου.

Άννα Σαχίνη-Κάρδαση, Μαρία Πάνου, 2009. Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, 1ος τόμος. ΄Β έκδοση: Αθήνα. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Βλαχογιάννης Ι.Γ., 2006. Στοιχεία κλινικής Νεφρολογίας. p.48-57.

Βιρβιδάκης,Κ., 2002. Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης Αθήνα, τόμος 1.

Βαρβιδάκης, Κυριακός., 2005. Παθολογία. Εκδόση. Αθήνα: εκδόσεις Πασχαλίδης.

Γεωργακοπούλου, Σ., 2000. Μέθοδοι εξωνεφρικής κάθαρσης.p.6-9.

Γιωτάκη, Ε., 2014. Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. 2 η Έκδοση.

Ζηρογιάννης, Π., 2008. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια, 2οΣυμπόσιο περιτοναϊκής κάθαρσης, Ελληνική Νεφρολογική Ένωση Νοσηλευτών, Αθήνα.

Θεοφίλου, Π., & Παναγιωτάκη, Ε., 2010. Παράγοντες επίδρασης στην ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Νοσηλευτική , p.174-181.

Θανάσα, ΓΠ., 2006. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην διαμόρφωση της διαιτητικής συμπεριφοράς του ενήλικα νεφροπαθούς, Πρακτικά 2ου Πανελληνίου συνεδρίου νοσηλευτών νεφροπαθούς, Βόλος, p.142-152.

Θεοφίλου, Π., 2010. Διδακτορική διατριβή με θέμα: ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρομένων ασθενών, Πάντειο Πανεπιστήμιο, τμήμα ψυχολογίας, Αθήνα.

Θεοφίλου, Π., 2011. Θεραπεία της ΧΝΑ: μελέτη κόστους των μεθόδων αιμοκάθαρσης με φύσιγγα και διαπτανθρακικόδιαλύμα και της αιμοδιαδιήθησης, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης, Τομός 4, Τεύχος 1: 39-45.

Καραφέρη, Α., 2011. Περιτοναϊκή κάθαρση «κατ'εξοχήνκατ'οίκον θεραπεία»,»DialysisLiving, Τεύχος 30 :44-48.

Κουτσοπούλου-Σοφικίτη, 2009. Η επίδραση της χρόνιας αιμοκάθαρσης στην προσωπικότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Το Βήμα του Ασκληπιού, p.240-254.

Καϊτελίδου, και συν., 2007. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Νοσηλευτική, 46 (2), 246-255.

Μαθιουδάκη-Χλαπανίδη Ε. Παιδί και Αιμοκάθαρση: Κοινωνικά, ψυχολογικά και εκπαιδευτικά προβλήματα. Ειδικά προβλήματα της αιμοκάθαρσης, Αθήνα 1999:112-125

Μαργέλος, ΒΚ., 2009. Περιτοναϊκή κάθαρση, DialysisLiving, Ετήσιος οδηγός Νεφρικής νόσου 54-59.

Μηνασιάδου Ε. Λεμονίδου Χ. Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Νοσηλευτική 2005, 44:202-211.

Μουτσόπουλος, Χ., 2009. Παθολογική Φυσιολογία. Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα.

Μάντζιου- Μεγαπάνου Β., 2009.Νεφρολογική Νοσηλευτική. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος.

Μαυροματίδης, Κ., 2008. Η διαίτα ασθενών με ΧΝΑ, Ελληνική Νεφρολογία, 20(2): 113-120.

Μουσχοπούλου, Ε., & Σαββιδάκη, Ε., 2003. Ψυχοκοινωνική εικόνα ασθενών σε χρόνιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, Προσέγγιση-Παρέμβαση, DialysisLiving, p.1-5.

Μαυροματίδης, 2008. Diet of patients with chronic renal failure. HellenNephrol. P.130-145.

Νάκου, Σ. 2001. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας: Εφαρμογές στην Παιδιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , p.254-266.

Σπυρίδη, Σ. et al., 2008. Νεφρική Ανεπάρκεια: Βιολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Ψυχιατρική, p.28-34.

Σταθόπουλος Π. Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση. Β΄ έκδοση εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. Αθήνα:1999.

Τσιάντης Γ (1987) ψυχοκοινωνικά προβλήματα παιδιών με χρόνιες παθήσεις, στα Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Τσιάντης Γ., και Μανωλόπουλος Σ., εκδ. Καντανιώτη, Αθήνα 309-330

Υφαντόπουλος, Ν., 2005. Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης της αντιμετώπισης της ΧΝΑ. Ελληνική Νεφρολογική Εταιρία. Πρακτικά 2ου συμποσίου περιτοναϊκής κάθαρσης. p.361-374.

Φερτάκης, Α., 2009. Επιτομή εσωτερική Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Π.χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Χανιώτης Φραγκίσκος., 2007. Παθολογία. p.158-1

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Chazot, C. et al., 2002. Dialytic nutrition provision of amino acids in dialysate, hemodialysis, Kidney International, p. 1663-1670.

Classen, M., Diehl, V. & Kochsiek., 2009. Εσωτερική Παθολογία και Διαφορική Διάγνωση. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Δημήτριος Ζερβουδάκης. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.

Cutch, CF., 2003. Stoner, MH. & Gorea, AL., 2003. Η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη. Ο ρόλος της υγειονομικής ομάδας, Ιατρικές εκδόσεις: Τεχνόγραμμα, Αθήνα.

Churchill, DN., Taylor, DW. & Keshaviah PR., 2006. Adequacy of Dialysis and Nutrition in continuous peritoneal dialysis : Association with clinical outcomes, Journal of the American Society of Nephrology, p. 198-207.

Danovitch, GM., 2008. Handbook of dialysis, 2nd edition, Little, Brown and company Boston/New York/Toronto/London.

DeOreo PB., 2008. Hemodialysis patient- Assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization and dialysis- attendance compliance. Am J Kidney Dis. p.204-212.

Delmonico, F., 2005. "A Report of the Amsterdam Forum On the Care of the Live Kidney

Donor: Data and Medical Guidelines." Transplantation p.53-66.

Delmonico, F., 2004. "Exchanging kidneys--advances in living-donor transplantation. P.1843- 1920.

Doyle, et al., 2004. "Organ transplantation: halfway through the first century." J Am SocNephrol p.2965-71.

Daugirdas, et al., 2008. Handbook of dialysis. Εκδόσεις: Αθήνα.

Daugirdas J, Blake P., 2008. Εγχειρίδιο αιμοκάθαρσης, Ελληνικό κολλέγιο νεφρολογίας και υπέρτασης, Αθήνα.

Elkington, J., 2005. Moral problems in the use of borrowed organs artificial and transplanted. Ann. Intern. Med. p. 309-13.

Fritsch, H. & Kuhnel, W., 2009. Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής 2. Μετάφραση από τα αγγλικά από Λεωνίδα Δ., 2009. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Fauci, A., Kasper, D., Braunwald, E., et al., 2008. Harrison's principles of internal medicine (17th ed.). New York: McGraw-Hill.

Favero, M., Bland, L. & Alter M., 2006. Dialysis – associated infections and their control, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease control and Prevention. Reprint from Hospital infections, 3rd edition, Boston, Little, Brown and company.

Ginieri, M. Et al., 2008. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment, BMC Nephrology, p. 1-9.

Groth, C.G., 2006. Landmarks in clinical renal transplantation. Surg. Gynecol. Obstet., p. 323-328.

Gradki,R. et al., 2001. Use of ACE inhibitors is associated with prolonged survival of arteriovenous grafts, Am J Kidney Dis, p.1240-1244.

Gokcakam,Z., 2007. The effectiveness of psychological counseling for long – term haemodialysis patients, Dial Transplant, p.26-29.

Gokal, R., 2002. Health – related quality of life in end stage renal failure. Ελληνική Νεφρολογία, p. 170-173.

Hakim, RM., 2005. "Clinical implications of hemodialysis membrane biocompatibility." Kidney Int p. 484-94.

Hou, S., 2007. Pregnancy in CAPD patients. Editorial Peritoneal Dialysis International, p.201- 204.

Herold, G., 2014. Εσωτερική Παθολογία. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γίαννης Β. Παρισσιανός.

James, G. & Jackson H., 2002. Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες διατροφής ενηλίκων Νεφροπαθών, EDTNA/ERA Journal XXIX, p.23-45.

Jones, RK., 2005. Functional status in chronic haemodialysis patients, Dial Transplant, p.173- 178.

Lemone, P., Burke, K. & Bauldoff G., 2011. Παθολογική χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. 5η Έκδοση. Αθήνα : Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Locatelli, F. et al., 2004. Optimal composition of the dialysate, with emphasis on its influence on blood pressure. *Nephrol Dial Transplant* p785-796.

Levin, A. & Stevens PE., 2011 . Early detection of CKD: the benefits, limitations and effects on prognosis. *Nature Reviews Nephrology* p.446-457.

Lawrence, I. et al., 2009. The effect of dietary intervention on the management of hyperlipidaemia in British renal transplant patients. *Journal of Renal Nutrition*, P. 73-77.

Lorentzo, V. et al., 2005. Caloric rather than protein deficiency predominates in stable chronic hemodialysis patients, *Nephrology Dialysis Trasplantation*, p.1885-1889.

Meier-Kriesche, et al., 2003. Waiting time on dialysis as the strongest modifiable risk factor for renal transplant outcomes: a paired donor kidney analysis. *Transplantation* p. 1377-1381.

Makoff, R., 2010. Vitamin replacement therapy in renal failure patients. *Mineral Electrolyte Metabolism*, p. 349-351.

Makoff, R., 2006. The importance and use of iron supplementation in uremia. Nephrology News Issues, p. 14-19.

Metzger, R. A., F. L. Delmonico, et al. (2003). Expanded criteria donors for kidney transplantation. P. 114-25.

Misra, M., 2005. The basics of hemodialysis equipment. HemodialInt p. 30-36.

McAlister, VC. & Badovinac, K., 2003. Transplantation in Canada: report of the Canadian Organ Replacement Register. Transplant Proc p.2428-2430.

Mailoux, LU. & Levey AS., 2008. Hypertension in patients with chronic renal disease. American Journal of Kidney Diseases, p. 120-141.

Mason, NA. & Boyd SM., 2009. Drug – nutrient interactions in renal failure, Journal of renal nutrition, p. 214-222.

Morton, RL. et al., 2010. The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. British Medical Journal, p.340-349.

Neipp, M. et al., 2004. Transplantation p. 1640-1644.

Ojo, AO., 2006. Transplantation, p. 603-611.

Ojo, et al., (2001). Survival in recipients of marginal cadaveric donor kidneys compared with other recipients and wait-listed transplant candidates. J Am SocNephrol p. 589-597.

Sorensen, KC. &Luckmann,J., 2007. Basic Nursing: A Psychophysiologic Approach. Co Philadelphia, pp749 - 750.

Susan,C.,Dewit., 2009. ΠαθολογικήΧειρουργικήΝοσηλευτική 2.Αθήνα : Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Thomas, 2002. Νεφρολογική Νοσηλευτική. 1 η Έκδοση: Θεσσαλονική 2003. Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Tan, C.C. et al., 2004. Ranatidine reduces phosphate binding in dialysis patients receiving calcium carbonate. Nephrology, Dialysis and Trasplantation, p.851-853.

Tocars J, Miller E, Alter M et al., 2003. National surveillance of dialysis associated diseases in the United states, 1994, ASAIO J, 43: 108-119.

Vander, A., Sherman, J., Luciano, D., 2011 Φυσιολογία του Ανθρώπου. 8 η Έκδοση. Τόμος 2.Επιμέλεια: Μ.Τσακόπουλος. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.

VanBergen, etal., 2009. Exercise training in pediatric patients with end-stage renal disease. PediatricNephrology,p.619-622

