

ONLINE ISSN: 2241-3049

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 58, (Συμπληρωματικό Τεύχος) 2019



PEER REVIEW

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC NURSES ASSOCIATION

HELLENIC JOURNAL OF NURSING

Volume 58, (Supplement) 2019





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

**ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΝΔΕΣΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Λεωφ. Μεσογείων 2, 115 27 Αθήνα, Πύργος Αθηνών,
Γ' κτήριο, 2ος όροφος,
Τηλ.: 210-77 02 861, Fax: 210-77 90 360
www.esne.gr - www.hjn.gr
www.hellenicjournalofnursing.gr
e-mail: nosileftiki@esne.gr

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
2015-2019**

Πρόεδρος:	Κυρίτση – Κουκουλάρη Ελένη
Α΄ Αντιπρόεδρος:	Ζυγά Σοφία
Β΄ Αντιπρόεδρος:	Γιαβασόπουλος Ευάγγελος
Γενικός Γραμματέας:	Κασνακτσόγλου Γεθσημανή (Μάνια)
Ταμίας:	Συκαράς Χρήστος
Κοσμήτορας:	Δοκουτσιδου Ελένη
Μέλη:	Γεωργιάδη Ελπίδα Δημητρέλλης Δημήτριος Κουτσιαντά-Ζαμπόκα Κοκόνη Παπαγεωργίου Δημήτριος Πέτσιος Κωνσταντίνος

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ



Αδριανείου 3 και Κατεχάκη, 115 25 Αθήνα (Ν. Ψυχικό)
Τηλ.: 210-67 14 371 – 210-67 14 340, Fax: 210-67 15 015
e-mail: betamedarts@otenet.gr, e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

ON LINE ISSN: 2241-3049

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ: Η «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» είναι το επίσημο επιστημονικό νοσηλευτικό περιοδικό, που εκδίδεται από τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ) από το έτος 1962. Η «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» αξιολογήθηκε και εγκρίθηκε για αποδελτίωση και διάθεση από την ελληνική βάση δεδομένων ΙΑΤΡΟΤΕΚ (2002) και τις διεθνείς βάσεις δεδομένων CINAHL (2008), EBSCO (2009) και SCOPUS (2010). Το Περιοδικό εκδίδεται ανά τρίμηνο και απευθύνεται σε νοσηλευτές –καλύπτοντας όλες τις νοσηλευτικές ειδικότητες– καθώς και σε κάθε άλλο επαγγελματία υγείας.

Σκοπός της έκδοσης του Περιοδικού είναι η συμβολή στη συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση, η προαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας και η βελτίωση της βασισμένης σε ενδείξεις νοσηλευτικής πρακτικής στην Ελλάδα και διεθνώς.

Αποποίηση ευθύνης: Το ΔΣ του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, ο Εκδότης/Διευθυντής Σύνταξης, οι Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης και τα μέλη της Συντακτικής Επιτροπής, δεν φέρουν ευθύνη για τις απόψεις ή το περιεχόμενο των άρθρων που δημοσιεύονται στο περιοδικό. Την ευθύνη φέρουν οι συγγραφείς των άρθρων. Επίσης, η δημοσίευση των άρθρων δεν δηλώνει απαραίτητα την αποδοχή των

απόψεων που εκφράζονται σε αυτά από τους συγγραφείς. Το ίδιο ισχύει και για τα διαφημιζόμενα προϊόντα.

Πνευματικά δικαιώματα και αναπαραγωγή υλικού: Όλες οι δημοσιευμένες εργασίες αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του περιοδικού «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ». Οι συγγραφείς έχουν το δικαίωμα χρήσης του δικού τους υλικού για δημοσίευση σε άλλα περιοδικά, υπό τον όρο να αναφέρεται το περιοδικό «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» ως πηγή και εφόσον έχει δοθεί γραπτή άδεια από τον Εκδότη/Διευθυντή Σύνταξης του περιοδικού «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ». Απαγορεύεται η μεταπώληση ή η αναπαραγωγή του συνόλου ή μέρους άρθρου του περιοδικού χωρίς γραπτή άδεια. Οι παραβάτες θα διώκονται ποινικά. Αιτήσεις για την ολική ή μερική αναπαραγωγή μέρους της έκδοσης μπορεί να αποστέλλονται στην ηλεκτρονική διεύθυνση esne@esne.gr ή στην παρακάτω ταχυδρομική διεύθυνση: Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος, Πύργος Αθηνών, Γ' κτήριο, 2ος όροφος, Λεωφ. Μεσογείων 2, 115 27 Αθήνα, Τηλ.: (+30) 210-77 02 861, Fax: (+30) 210-77 90 360

Συνδρομές: Το περιοδικό αποστέλλεται δωρεάν στα εγγεγραμμένα μέλη του ΕΣΝΕ. Στα μη μέλη νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας η ετήσια συνδρομή κοστίζει 20 €, σε οργανισμούς και βιβλιοθήκες 120 €. Κάθε τεύχος 30 € και κάθε άρθρο 10 €.



HELLENIC JOURNAL OF NURSING

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC NURSES ASSOCIATION

**PUBLISHED BY THE
HELLENIC NURSES ASSOCIATION
MEMBER OF THE INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES**

2 Mesogeion Ave., GR-115 27 Athens,
Building C, 2nd Floor,
Tel: (+30) 210-77 02 861, Fax: (+30) 210-77 90 360
www.esne.gr - www.hjn.gr
www.hellenicjournalofnursing.gr
e-mail: nosileftiki@esne.gr

**ADMINISTRATIVE BOARD
OF THE HELLENIC NURSES ASSOCIATION
2015–2019**

President: Kyritsi – Koukoulari Eleni
1st Vice-President: Zyga Sofia
2nd Vice-President: Giavasopoulos Evangelos
General Secretary: Kasnaktsoglou Gethsimani (Mania)
Treasurer: Sykaras Christos
Dean: Dokoutsidou Eleni
Members: Georgiadi Elpida
Dimitrellis Dimitrios
Koutsianta - Zampoka Kokoni
Papageorgiou Dimitrios
Petsios Konstantinos

EDITING



3, Adrianiou str., GR-115 25 Athens-Greece
Tel.: (+30) 210-67 14 371 – 210-67 14 340, Fax: (+30) 210-67 15 015
e-mail: betamedarts@otenet.gr, e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

ON LINE ISSN: 2241-3049

Official scientific journal of the Hellenic Nurses' Association (HNA) which has been published since 1962. Its contents and full abstracts are available in the Greek Medical Database "IATROTEK" (2002) and in "CINAHL" (2008), the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, in "EBSCO" (2009) International Databases, as well as in "SCOPUS" (2010). "Hellenic Journal of Nursing" is published quarterly and is addressed both to nurses covering all specialties– and to other health professionals.

Scope: Its scope is to contribute to continuing nursing education, to encourage nursing research and to promote the ongoing development of evidence-based practice in Greece and internationally.

Disclaimer: The Administrative Board of the Hellenic Nurses' Association, the Editor-in-Chief, the Associate Editors and the Editorial Board cannot be held responsible for the aspects or the contents of articles contained in this journal. The authors may be held accountable for their work. Moreover, the publication of an article does not necessarily reflect the acceptance of the point of views expressed by these authors, nor does the publication of advertisements.

Copyright and photocopying: All of the published articles are considered to be the property of the Journal "Hellenic Journal of Nursing". Authors have the right to publish their own work in other journals, provided that the Journal "Hellenic Journal of Nursing" is stated as a citation, and after the written consent of the Editor-in-Chief of the Journal "Hellenic Journal of Nursing" has been granted. No resale or reproduction of all or even part of an article of the Journal without the written consent of the Editor is permitted. Offenders will be prosecuted. Requests for total or partial reproduction of this publication should be addressed to the following e-mail address: esne@esne.gr or by mail to: Hellenic Nurses' Association, Athens Tower, Building C, 2nd Floor, 2 Mesogeion Ave., GR-115 27 Athens, Greece, Tel.: (+30) 210-77 02 861, Fax: (+30) 210-77 90 360.

Journal subscriptions: Journal is mailed free of charge to the members of Hellenic Nurses' Association. The annual subscription for non-members, nurses and other health care professionals, is 20 €, whereas for organizations and libraries 120 €. Each issue costs 30 € and each article 10 €.



HELLENIC JOURNAL OF NURSING

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC NURSES ASSOCIATION

PUBLISHER/EDITOR-IN-CHIEF

Kyritsi-Koukoulari Eleni
Emeritus Professor, University of West Attica

ASSOCIATE EDITORS

Galanis Petros
RN, MSc, PhD, Associate Research, Center for Health Services Management and Evaluation, University of Athens

Papageorgiou K. Dimitrios
RN, MSc, PhD, Head Nurse Day Care Oncology Dept., "Eurokliniki" Hospital, Athens

Petsios Konstantinos

RN, MSc, PhD, ICU Childrens' Dept., "Onasio" Hospital, Athens

SPECIAL CONSULTANT

Giannakopoulou Margarita
RN, PhD, Associate Professor, Faculty of Nursing, University of Athens

BIostatistics CONSULTANTS

Galanis Petros
RN, MSc, PhD, Associate Research, Center for Health Services Management and Evaluation, University of Athens

EDITORIAL BOARD

Anifantaki Stella
RN, PhD, Continuing Education Office University Hospital Heraklion

Apostolopoulou Eleni
Associate Professor, Faculty of Nursing, University of Athens

Boutopoulou Varvara
RN, MSc, PhD, Neonatal Intensive Care Unit, "Attikon" Hospital, Athens

Charcharidou Maria
RN, MSc, PhD, Head Nurse, 3rd Nursing Sector, "G. Gennimatas" Hospital, Athens

Chatzopoulou Maria
RN, MSc, PhD, Head Nurse, B' Surgical Ward, "Laiko" Hospital, Athens

Dokoutsidou Eleni
RN, MSc, PhD, Assistant Professor, Nursing Dept. TEI Athens

Dimitrellis Dimitris
RN, MSc, General Supervisor "Hygeia" Hospital, Athens

Evangelou Eleni
RN, PhD, Professor Nursing Dept., TEI Athens

Fotos Nikolaos
RN, PhD Assistant Professor, Faculty of Nursing, University of Athens

Giakoumidakis Konstantinos
RN, MSc, PhD, "Evangelismos", General Hospital Athens

Giavasopoulos Evangelos
RN, MSc, PhD, Head Nurse, 1st Surgical and Thoracic Surgery Dept., "Sismanogleio-A. Fleming" General Hospital Athens

Georgiadi Elpidia
RN, MSc, "Laiko", General Hospital Athens

Kaitelidou Dafni
RN, MSc, PhD, Associate Professor, Centre for Health Services Management and Evaluation, Faculty of Nursing, University of Athens

Kalafati Maria
RN, MSc, PhD, Laboratory Teaching Staff, Clinical Instructor, Faculty of Nursing, University of Athens

Kalogianni Antonia
Lecturer, Nursing Dept., TEI Athens

Kapritsou Maria
RN, MSc, PhD, Chief Nurse of Perianaesthesia Dept, "Agios Savvas" Oncology Hospital, Athens

Karga Maria
RN, MSc, PhD, Infection Control Dept., University Hospital of Patras

Karra Vasiliki
RN, MSc, MHCN, PhD(c), "Sismanogleio", General Hospital Athens

Kasnaktosglou Gethsimani
RN, MSc, HSM, Director of Nursing Services, Hellenic Red Cross Hospital, Athens

Katsaragakis Stylianos
RN, MSc, PhD, Invited Lecturer Nursing Dept. University of Peloponnese

Katsoulas Theodoros
Assistant Professor, Nursing Dept., Faculty of Nursing, University of Athens

Kiekkas Panagiotis
RN, PhD, Assistant Professor, Nursing Dept., TEI of Patras

Kletsou Eleni
RN, MSc, PhD(c), Continuing Education Office "Attikon" University Hospital, Athens

Konstantinou Evangelos
RN, MSc, PhD, Associate Professor, Faculty of Nursing, University of Athens

Korombeli Anna
RN, MSc, PhD, Laboratory Teaching Staff, Clinical Instructor, Faculty of Nursing, University of Athens

Koutroumpeli Kalliropi
RN, MSc, PhD, "Tzaneio" Hospital

Kritsotakis Georgios
Assistant Professor, Nursing Dept., TEI of Crete

Lavdaniti Maria
RN, MSc, PhD, Associate Professor, Nursing Dept., TEI of Thessaloniki

Lemonidou Chrysoula
RN, PhD, Professor, Faculty of Nursing, University of Athens

Marvaki Christina
RN, PhD, Professor, Nursing Dept., TEI of Athens

Matziou-Megapanou Vasiliki
RN, PhD, Professor, Faculty of Nursing, University of Athens

Mavridi Fotini
RN, MSc, PhD, "P. & A. Kyriakou", Children Hospital Athens

Michopoulos Alexandros
RN, MSc, PhD, Hellenic Red Cross Hospital, Athens

Mitsiou Maria
LTC, RN, MSc (ANP), Head Nurse, Emergency Department, "401" Army General Hospital of Athens

Nakakis Konstantinos
RN, MSc, PhD(c), Lecturer, Nursing Dept., TEI Lamia

Ouzouni Christina
RN, PhD, Associate Professor, Nursing Dept., TEI Lamia

Paikopoulou Dimitra
RN, MSc, PhD, High School Educator, Athens

Panagiotou Aspasia
RN, MSc, PhD, Director of Nursing Services, "Sismanogleio" General Hospital, Athens

Pantelidou Parthenopi
RN, BSc, MPH, PhD, Infection Control Nurse, AHEPA University Hospital, Thessaloniki

Pappa Anastasia
RN, MSc, PhD(c), Head Nurse, "Aiginiteio" Hospital, Athens

Pappa Dora
RN, MSc, Head Nurse, University Surgical Clinic, "Ag. Anargyri" Oncology Hospital, Athens

Patiraki Elisabeth
RN, PhD, Professor, Faculty of Nursing, University of Athens

Patsaki Anastasia
RN, MSc, PhD(c), Hellenic Red Cross Hospital, Athens

Perdikaris Pantelis
RN, MSc, PhD, Head Nurse, Oncology Department, "P. & A. Kyriakou" General Children Hospital, Athens

Petsios Konstantinos
RN, MSc, PhD, ICU Childrens' Dept., "Onasio" Hospital, Athens

Polikandrioti Maria
RN, MSc, Assistant Professor, Nursing Dept., TEI Athens

Prezerakos Panagiotis
Associate Professor, Nursing Dept., University of Peloponnese

Rovithis Michail
Lecturer in Nursing Department, TEI of Crete

Siskou Olga
RN, MSc, PhD, Centre for Health Services Management and Evaluation, University of Athens

Sourtzi Panagiota
RN, PhD, Professor, Public Health Sector, Faculty of Nursing, University of Athens

Sykaras Christos
RN, MSc, Nurse-Chief, Surgical Nursing Division, "Sotiria" Chest Diseases Hospital Athens

Tziaferi Styliani
RN, MSc, PhD, Assistant Professor, University of Peloponnese

Vassilopoulos Georgios
RN, MSc, PhD, Lecturer, Nursing Dept., TEI Athens

Vardaki Zambia
RN, PhD, Professor, Nursing Dept., TEI Athens

Velonaki Venetia-Sofia
RN, Advocate, MSc, MML, PhD, "Korgialeneio-Benakeio" General Hospital, Athens

Vlachioti Efrosini
RN, MSc, PhD, "Agia Sofia" Children Hospital, Athens

Zartaloudi Afroditi
RN, MSc, PhD, Lecturer, Nursing Dept., TEI Athens

Zyga Sofia
Associate Professor, Nursing Dept., University of Peloponnese

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

East Linda
RN, BSc, MPHil, PhD, Lecturer in School of Nursing, Midwifery and Physiotherapy, University of Nottingham, Great Britain

Hjelm Katarina
Professor, School of Health and Caring Sciences, Linnaeus University, Sweden

Latour M. Jos
PhD, Nurse Scientist, Erasmus MC, Sophia Children's Hospital in Rotterdam, The Netherlands

Raftopoulos Vasilios
RN, PhD, Associate Professor, Nursing Dept., Cyprus University of Technology

Sivertsen Bente
Director of Professional Development, Danish Nurses Organisation, Denmark

Karanikola Maria
RN, MSc, PhD, Assistant Professor, Nursing Dept., Cyprus University of Technology

Molassiotis Alexander
RN, MSc, PhD, Professor, Nursing Dept., Rector, The Hong Kong Polytechnic University, China

Papathanasoglou E.D. Elizabeth
RN, MSc, PhD, Associate Professor, Nursing Dept., University of Alberta, Edmonton, Canada

WEB MANAGERS

Galanis Petros
RN, MSc, PhD, Associate Research, Center for Health Services Management and Evaluation, University of Athens

Ziogas Spyros
Physics, MSc, PhD (c), Faculty of Nursing, University of Athens

Το βιβλίο αυτό έχει μεταφραστεί από τα αγγλικά στα ελληνικά και βασίζεται στο έργο που είναι γνωστό ως Hertz, K. και Santy-Tomlinson, J. (Eds) (2017) *Fragility Fracture Nursing-Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*, ISBN 978-3-319-76681-2, που εκδόθηκε από τον εκδοτικό οίκο Springer. Οι αρχικοί συγγραφείς και εκδότες δεν μπορούν να πιστοποιήσουν-ελέγξουν το περιεχόμενο της ελληνικής μετάφρασης.

Ως εκ τούτου, το έργο αποτελεί τη συνολική ευθύνη των μεταφραστών και οι αρχικοί συγγραφείς και εκδότες δεν ευθύνονται για οποιοσδήποτε ανακρίβειες στο μεταφρασμένο κείμενο.

"This book has been translated from English to Greek and is based on the work known as Hertz, K. and Santy-Tomlinson, J. (Eds) (2017) *Fragility Fracture Nursing-Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*, ISBN 978-3-319-76681-2," published by Springer. The original editors and authors cannot verify the content of the Greek translation.

Therefore the work is the entire responsibility of the translators and the original authors and editors can not be responsible for any inaccuracies in the translated text"



Προοπτικές στη Νοσηλευτική Διαχείριση και Φροντίδα των Ενηλίκων Μεγαλύτερης Ηλικίας
Επιμελητές Σειράς: Julie Santy-Tomlinson • Paolo Falaschi • Karen Hertz

Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης
Παναγιώτα Κοπανιτσάνου
Παναγιώτα Σουρτζή

Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με Κατάγματα Ευθραυστότητας

Ολιστική Φροντίδα και Διαχείριση του
Ορθογηριατρικού Ασθενούς

Προοπτικές στη Νοσηλευτική Διαχείριση και Φροντίδα των Ενηλίκων Μεγαλύτερης Ηλικίας
Επιμελητές Σειράς: Julie Santy-Tomlinson, Paolo Falaschi, Karen Hertz

Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με Κατάγματα Ευθραυστότητας

Ολιστική Φροντίδα και Διαχείριση του
Ορθογηριατρικού Ασθενούς

Επιμέλεια αγγλικής έκδοσης:

Karen Hertz

Julie Santy-Tomlinson

Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης:

Παναγιώτα Κοπανιτσάνου

Παναγιώτα Σουρτζή

Μετάφραση στα ελληνικά:

Αθανασοπούλου Γεωργία-Αγγελική

Κάργα Μαρία

Κοθώνας Κωνσταντίνος

Κοπανιτσάνου Παναγιώτα

Λακοπούλου Φωτεινή

Μαρκέτη Στυλιανή

Παντελάκη Μαρία

Παπανικολάου Σοφία

Σαρλά Ευσταθία

Σταφυλάκη Άννα

Χαραλαμποπούλου Μαρία

Χαρχαρίδου Μαρία

Γραφιστική επιμέλεια και τεχνική επεξεργασία ελληνικής έκδοσης:

Ιωσήφ Λιάσκος

Προοπτικές στη Νοσηλευτική Διαχείριση και Φροντίδα των Ενηλίκων Μεγαλύτερης Ηλικίας

Επιμελητές Σειράς:

Julie Santy-Tomlinson

Division of Nursing

Midwifery and Social Work

University of Manchester

Manchester, United Kingdom

Paolo Falaschi

Sant' Andrea Hospital

Sapienza University of Rome

Rome, Italy

Karen Hertz

Royal Stoke University Hospital Site

University Hospitals of North Midlands

Stoke-on-Trent, United Kingdom

Σκοπός αυτής της σειράς βιβλίων είναι να προσφέρει έναν ολοκληρωμένο οδηγό για τη νοσηλευτική διαχείριση και φροντίδα των μεγαλύτερων σε ηλικία ενηλίκων, θίγοντας συγκεκριμένα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας. Πρόκειται για έναν μοναδικής σημασίας πόρο για τους νοσηλευτές, ο οποίος τους δίνει τη δυνατότητα να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας σε όλα τα περιβάλλοντα φροντίδας. Οι αντίστοιχοι τόμοι έχουν σχεδιασθεί για να παρέχουν στους επαγγελματίες προσιτές πληροφορίες σχετικά με τη διαχείριση και τη φροντίδα των μεγαλύτερων σε ηλικία ενηλίκων, οι οποίες βασίζονται σε τεκμήρια, με έμφαση στην πρακτική καθοδήγηση και τις συμβουλές.

Αν και οι δημογραφικές τάσεις στις ανεπτυγμένες χώρες υποτίθεται ότι περιορίζονται σε αυτές τις χώρες, είναι σαφές ότι παρόμοια θέματα επηρεάζουν πλέον τις ραγδαίως αναπτυσσόμενες χώρες της Ασίας και της Νότιας Αμερικής. Ως εκ τούτου, η σειρά δεν θα ωφελήσει μόνο τους νοσηλευτές που εργάζονται στην Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική, την Αυστραλασία και πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά και αλλού. Προσφέροντας τεκμηριωμένα κείμενα στους νοσηλευτές που φροντίζουν ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, τόσο ως νοσηλευόμενους όσο και ως εξωτερικούς ασθενείς, η σειρά αυτή θα τους υποστηρίξει ιδιαίτερα κατά τα πρώτα πέντε χρόνια μετά τη λήψη της άδειας άσκησης επαγγέλματος, καθώς οδεύουν προς την εξειδικευμένη και προηγμένη πρακτική. Η σειρά θα είναι επίσης πολύτιμη για τους φοιτητές νοσηλευτικής, έχοντας ένα ιδιαίτερα προσιτό ύφος κατάλληλο για ένα ευρύτερο αναγνωστικό κοινό.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτήν τη σειρά στη διεύθυνση <http://www.springer.com/series/15860>

Karen Hertz • Julie Santy-Tomlinson
Επιμελήτριες

Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με Κατάγματα Ευθραυστότητας

Ολιστική Φροντίδα και Διαχείριση του
Ορθογηριατρικού Ασθενούς

Επιμελήτριες
Karen Hertz
Royal Stoke University Hospital
University Hospitals of North Midlands
Stoke-on-Trent
United Kingdom

Julie Santy-Tomlinson
Division of Nursing
Midwifery and Social Work
School of Health Sciences
University of Manchester
Manchester
United Kingdom



ISSN 2522-8838 ISSN 2522-8846 (electronic)
Perspectives in Nursing Management and Care for Older Adults
ISBN 978-3-319-76680-5 ISBN 978-3-319-76681-2 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2>

Library of Congress Control Number: 2018942542

© The Editor(s) (if applicable) and the Author(s) 2018 This book is an open access publication.

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το βιβλίο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η κατάλληλη αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, να σημειώνεται ο σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και να αναφέρεται εάν έγιναν αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το βιβλίο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons και η χρήση που σκοπεύετε να κάνετε δεν επιτρέπεται από νομοθετικές ρυθμίσεις ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να εξασφαλίσετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

Η χρήση γενικών περιγραφικών ονομάτων, καταχωρημένων ονομάτων, εμπορικών σημάτων, σημάτων υπηρεσιών κ.λπ. σε αυτήν την έκδοση δεν συνεπάγεται, ακόμη και ελλείψει συγκεκριμένης δηλώσεως, ότι τα ονόματα αυτά απαλλάσσονται από τους σχετικούς προστατευτικούς νόμους και τους κανονισμούς και ως εκ τούτου είναι δωρεάν για γενική χρήση.

Ο εκδότης, οι συγγραφείς και οι επιμελητές νοιώθουν ασφάλεια ώστε να υποθέσουν ότι οι συμβουλές και οι πληροφορίες σε αυτό το βιβλίο πιστεύεται ότι είναι αληθείς και ακριβείς κατά την ημερομηνία δημοσίευσης. Ούτε ο εκδότης ούτε οι συγγραφείς ή οι επιμελητές εγγυούνται, ρητά ή σιωπηρά, για το υλικό που περιέχεται στο παρόν βιβλίο, ούτε για οποιαδήποτε σφάλματα ή παραλείψεις που μπορεί να έχουν γίνει. Ο εκδότης παραμένει ουδέτερος σε ό,τι αφορά στους ισχυρισμούς περί δικαιοδοσίας σε δημοσιευμένους χάρτες και θεσμικές σχέσεις.

Αυτή η επιγραφή του Springer δημοσιεύεται από την επίσημη εταιρεία Springer International Publishing AG, τμήμα του Springer Nature.

Η επίσημη διεύθυνση της εταιρείας είναι: Gewerbestrasse 11, 6330 Cham, Ελβετία

Αναγνώριση

Το βιβλίο αυτό έχει μεταφρασθεί από τα Αγγλικά στα Ελληνικά. Οι επιμελήτριες και οι συγγραφείς του αρχικού κειμένου στην Αγγλική γλώσσα: έχουν δώσει την άδειά τους για τη μετάφραση [Hertz, K. & Santy-Tomlinson, J. (2019). Fragility Fracture Nursing. Switzerland <https://www.springer.com/gp/book/9783319766805>]. Οι μεταφραστές του Ελληνικού κειμένου φέρουν την πλήρη ευθύνη για τις πληροφορίες που περιέχονται στη μετάφραση, αλλά αναγνωρίζουν τη συνεισφορά του αρχικού κειμένου.

This book has been translated from English to Greek. The editors and authors of the original English language text: have given their permission for the translation [Hertz, K. & Santy-Tomlinson, J. (2019). Fragility Fracture Nursing. Springer Switzerland <https://www.springer.com/gp/book/9783319766805>]. The translators of the Greek text take full responsibility for the information contained in the translation, but acknowledge the contribution of the original text.

Πρόλογος

Η σωρεία των καταγμάτων ευθραυστότητας του ισχίου και άλλων θέσεων, τα οποία αποτελούν συνέπεια της ταχείας γήρανσης του πληθυσμού διεθνώς, εκπροσωπούν μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία σήμερα παγκοσμίως. Στις χώρες με αναπτυγμένη οικονομία αυτό το γεγονός βρίσκεται σε εξέλιξη για πολλά χρόνια, και είχαμε το χρόνο να μάθουμε ότι υπάρχουν δύο καινοτομίες που ενδεχομένως μπορούν να μας βοηθήσουν να αντιμετωπίσουμε αυτήν την πρόκληση. Πρόκειται για (1) την ορθοπαιδική-γριατρική συνδιαχείριση του ασθενούς με κάταγμα και (2) τη δευτερογενή πρόληψη, η οποία παρέχεται αξιόπιστα από πρότυπες Υπηρεσίες Διασύνδεσης κατά των Καταγμάτων Ευθραυστότητας.

Μια αξιοσημείωτη κοινή παράμετρος των δύο αυτών καινοτομιών είναι ότι η επιτυχής εφαρμογή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συμμετοχή ειδικευμένων νοσηλευτών. Αυτό δεν οφείλεται μόνο στο ότι ο αριθμός των ασθενών είναι τόσο μεγάλος που απλώς δεν υπάρχουν αρκετοί διαθέσιμοι ιατροί για να παρέχουν ό,τι χρειάζεται, αλλά επίσης στο ότι οι εξειδικευμένοι, ιδιαίτερα καταρτισμένοι νοσηλευτές μπορούν συνεργατικά να συντονίσουν και να παρέχουν εξαιρετική φροντίδα κατά τη διάρκεια ολόκληρου του εικοσιτετράωρου με σημαντικό αντίκτυπο στις εκβάσεις. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο στις χώρες όπου η γήρανση του πληθυσμού συμβαίνει πιο πρόσφατα και με πιο εντατικό ρυθμό, ιδιαίτερα στις αναδύομενες οικονομίες, αλλά και σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Δυστυχώς, αυτές τείνουν να είναι χώρες στις οποίες η κουλτούρα των υπηρεσιών υγείας είναι αρνητική σε ό,τι αφορά στην αυτόνομη δράση και στη λήψη αποφάσεων από νοσηλευτές.

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης νοσηλευτών από το οποίο δημιουργήθηκε αυτό το βιβλίο έχει, επομένως, δύο σκοπούς:

1. Να καθορίσει τις βασικές γνώσεις και δεξιότητες που πρέπει να έχουν οι νοσηλευτές για να είναι επαγγελματικά ικανοί να παρέχουν τη φροντίδα που χρειάζονται οι ασθενείς με κάταγμα ευθραυστότητας
2. Να επιβεβαιώσει την καταλληλότητα της παροχής τέτοιας φροντίδας από νοσηλευτές με ικανοποιητικό βαθμό αυτονομίας, αν και μέσα στο πλαίσιο των πρωτοκόλλων που αναπτύσσονται και παρακολουθούνται σε συνεργασία με τους ειδικευμένους ιατρούς.

Η διαδικασία από την οποία προέκυψε αυτό το βιβλίο αποτελεί από μόνη της εκδήλωση αυτής της φιλοσοφίας. Τα κεφάλαια συζητήθηκαν σε συνεδρίες καταιγισμού ιδεών (brainstorming) στις οποίες συμμετείχαν και τις καθοδήγησαν νοσηλευτές-ηγέτες από 29 ευρωπαϊκές χώρες, με την ελάχιστη απαραίτητη συμβολή από ένα μικρό αριθμό συμβούλων ιατρών. Η σχολαστική προετοιμασία αυτών των συνεδριών από τους επιμελητές της αγγλικής έκδοσης εξασφάλισε στους συμμετέχοντες την πραγμάτευση των σημαντικών ζητημάτων και τη γνώση και διαθεσιμότητα των βασικών μελετών από τις οποίες προκύπτουν τα σχετικά τεκμήρια για κάθε ζήτημα. Αυτή η εκπαιδευτική συνάντηση των νοσηλευτών διοργανώθηκε από την καθηγήτρια Stefania Maggi και το Ευρωπαϊκό Διεπιστημονικό Συμβούλιο για τη Γήρανση (European Interdisciplinary Council on Aging- EICA) στο νησί San Servolo, στη λιμνοθάλασσα της Βενετίας στις 15 και 16 Μαΐου 2017. Το έργο εγκρίθηκε από τους μεγάλους διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με την οστεοπόρωση και το κάταγμα ευθραυστότητας (EFORT, ESCEO, EUGMS, FFN, IAGG-ER, ICON και IOF).

Γνωρίζουμε ότι πρόκειται για ένα έργο που βρίσκεται σε εξέλιξη και θα πρέπει να επικαιροποιείται όσο προστίθενται περισσότερα τεκμήρια. Γνωρίζουμε επίσης ότι το μέγιστο όφελος θα προκύψει μόνο όταν το υλικό αυτό έχει μεταφραστεί σε πολλές διαφορετικές γλώσσες και, από ορισμένες απόψεις, όταν έχει τροποποιηθεί ώστε να αρμόζει σε διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Είμαστε σίγουροι ότι αυτά θα συμβούν, πάλι, υπό την καθοδήγηση των νοσηλευτών.

Είμαστε πολύ ευγνώμονες στον εκδοτικό οίκο Springer, ο οποίος συμφώνησε στο να καταστεί διαθέσιμη η αγγλική έκδοση του βιβλίου στο Διαδίκτυο για ανοικτή πρόσβαση και στην UCB για την ανεπιφύλακτη οικονομική τους υποστήριξη. Αυτό θα επιταχύνει σημαντικά τη διαδικασία ανάπτυξης. Είμαστε σίγουροι ότι αυτό το εκπαιδευτικό βιβλίο νοσηλευτικής ανοικτής πρόσβασης θα συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής κοινότητας σε όλον τον κόσμο στον τομέα της οστεοπόρωσης και των καταγμάτων ευθραυστότητας.

David Marsh
University College London

London, UK
Fragility Fracture Network
Zurich, Switzerland

Paolo Falaschi
Fragility Fracture Network
Zurich, Switzerland
Sapienza University of Rome
Roma, Italy

Εισαγωγή

Οι ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας είναι οι συνηθέστερα νοσηλεύόμενοι ασθενείς με ορθοπαιδικό τραύμα, που απαντώνται σε μεγάλους αριθμούς σε κάθε γενικό νοσοκομείο σε κάθε χώρα. Η φροντίδα παρέχεται σε αυτούς σε νοσοκομειακές μονάδες, καθώς και σε χώρους προνοσοκομειακής φροντίδας, τμήματα επειγόντων περιστατικών, εξωτερικά ιατρεία, μονάδες αποκατάστασης και σε κοινοτικές δομές. Παρά τον μεγάλο αριθμό και την παρουσία αυτών των ασθενών σε ευρύ φάσμα δομών φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές σπανίως έχουν λάβει κατάλληλη εκπαίδευση στη διάρκεια των σπουδών τους ή και δια βίου, σχετικά με τη φροντίδα και τη διαχείριση αυτής της ευάλωτης ομάδας ασθενών και η κεντρική θέση του ρόλου του νοσηλευτή δεν έχει αναγνωρισθεί επαρκώς στη βιβλιογραφία. Ο σκοπός αυτού του βιβλίου (καθώς και του σχετικού εκπαιδευτικού προγράμματος) είναι να διασφαλισθεί ότι αυτό το πρόβλημα θα επιλυθεί.

Οι ασθενείς που έχουν υποστεί κάταγμα ευθραυστότητας είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας και συχνά ευπαθείς. Αν και πολλοί ενδέχεται να έχουν υποστεί ένα σχετικά μικρό κάταγμα και μπορούν να αντιμετωπισθούν ως εξωτερικοί ασθενείς, οι τραυματισμοί αυτοί αποτελούν προειδοποιητικά σημεία για κάταγμα λόγω εύθραυστου οστού που προκαλείται από οστεοπόρωση και γι' αυτό απαιτείται θεραπεία για την πρόληψη περαιτέρω καταγμάτων. Οι ασθενείς που συνήθως χρειάζονται νοσηλεία έχουν υποστεί κάταγμα του ισχίου, έναν πολύ σοβαρό τραυματισμό που σχεδόν πάντοτε απαιτεί μείζονα ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση και θέτει τον ασθενή σε σωματικό και ψυχολογικό στρες, ενδεχομένως οδηγώντας σε σημαντική μείωση της λειτουργικότητας και κινητικότητας, απώλεια της ανεξαρτησίας, εμφάνιση επιπλοκών και θάνατο.

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά μοντέλα φροντίδας, όχι μόνο σε εθνικό επίπεδο αλλά και διεθνώς, και ο κάθε ασθενής δεν λαμβάνει την ίδια φροντίδα ή τη φροντίδα που θα άρμοζε. Η εισαγωγή μπορεί να οδηγήσει σε νοσηλεία σε ένα γενικό τμήμα ορθοπαιδικής και τραυματολογίας, αλλά όλο και περισσότερο οι υπηρεσίες υγείας αναγνωρίζουν τις μοναδικές ανάγκες αυτής της ομάδας ευπαθών και ευάλωτων ασθενών και αναπτύσσουν μονάδες «βέλτιστης φροντίδας», συχνά γνωστές ως ορθογηριατρικές μονάδες ή τμήματα καταγμάτων ισχίου, όπου υπάρχει πρόσβαση σε εξειδικευμένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει γηγιάτρους και άλλα μέλη μίας πολυεπιστημονικής ομάδας με προηγμένες δεξιότητες στη φροντίδα ασθενών με πολύπλοκες ανάγκες μετά από ένα κάταγμα. Οι ασθενείς είναι συχνά ευπαθείς και έχουν πολλαπλές συννοσηρότητες. Η προετοιμασία και η ανάρρωσή τους από τη χειρουργική επέμβαση απαιτεί βελτιστοποίηση, ώστε οι παράγοντες αυτοί να μην λαμβάνονται απλώς υπόψη, αλλά να υπόκεινται σε ενεργή διαχείριση. Οι ασθενείς που δεν λαμβάνουν τη βέλτιστη φροντίδα και διαχείριση παρουσιάζουν πολύ πτωχές εκβάσεις σε ό,τι αφορά στην ανάκτηση των λειτουργικών τους ικανοτήτων και βιώνουν παρατεταμένο πόνο και επιπλοκές, οι οποίες μπορούν τελικά να τους οδηγήσουν σε θάνατο.

Οι νοσηλευτές που φροντίζουν αυτή την ομάδα νοσηλεύόμενων ασθενών χρειάζεται να γνωρίζουν σχετικά με την πολυεπιστημονική φροντίδα τη βασισμένη σε τεκμήρια, η οποία συγκεντρώνει δεξιότητες και γνώσεις για την ορθοπαιδική και τη γηριατρική φροντίδα κατά την οξεία φάση, την αποκατάσταση και την ανακουφιστική φροντίδα. Κάτι τέτοιο απαιτεί τόσο προηγμένες γνώσεις όσο και βέλτιστες δεξιότητες. Ωστόσο, αυτή δεν είναι η πλήρης εικόνα: οι ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας χρειάζονται επίσης εξειδικευμένη και επαγγελματική φροντίδα στην κοινότητα και τα εξωτερικά ιατρεία, με ιδιαίτερη έμφαση στην υγεία των οστών και στην πρόληψη των καταγμάτων. Αυτό που είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής και των νοσηλευτών είναι ότι αφιερώνουν περισσότερο χρόνο από οποιοδήποτε άλλο μέλος της πολυεπιστημονικής ομάδας δίπλα στους ασθενείς, μέσα ή έξω από το νοσοκομείο, και συχνά προσφέρουν φροντίδα σε όλη τη διάρκεια του εικοσιτετράωρου. Έχουν ένα διαφορετικό σύνολο δεξιοτήτων σε σύγκριση με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και μπορούν να εργασθούν σε διαφορετικά επίπεδα, από απλοί νοσηλευτές έως ειδικοί [1]. Σε όλα αυτά τα επίπεδα, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται και κατανοούν τις ανάγκες φροντίδας των ασθενών ολιστικά και είναι σε θέση να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα.

Το βιβλίο αυτό έχει συγγραφεί από μία ομάδα ειδικών νοσηλευτών, με δεξιότητες και γνώσεις σε συγκεκριμένους τομείς της φροντίδας των ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας. Η ομάδα συναντήθηκε για πρώτη φορά τον Μάιο του 2017 στο νησί San Servolo της λιμνοθάλασσας της Βενετίας, στο πλαίσιο ενός σεμιναρίου που αποσκοπούσε στο σχεδιασμό ενός εκπαιδευτικού προγράμματος με συγκεκριμένο σκοπό: τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας σε ολόκληρη την Ευρώπη. Σε αυτήν τη συνάντηση έλαβε χώρα μία «μεγάλη συζήτηση» σχετικά με το τι πρέπει να γνωρίζουν οι νοσηλευτές για να παρέχουν άριστη νοσηλευτική φροντίδα. Ακόμη και σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά τη συνάντηση αυτή,

η εμβέλεια του προγράμματος έχει αρχίσει να ξεπερνά την Ευρώπη και το εγχείρημα έχει γίνει γνωστό ως «το πρότζεκτ του San Servolo».

Κάθε συνεισφέρων έχει διαφορετικό υπόβαθρο, προσφέροντας την ευκαιρία να συγκεντρωθεί στο βιβλίο ένα εύρος εμπειρίας σχετικά με την πολυεπιστημονική πρακτική και να αναγνωρισθεί η ανάγκη ανάπτυξης της πρακτικής σε έναν κόσμο όπου η τοπική πρακτική ποικίλλει αναλόγως με τις κοινωνικές, πολιτισμικές και πολιτικές επιρροές. Για παράδειγμα, σε ορισμένες χώρες δεν υπάρχουν γηρικοί που να ενεργούν ως κλινικοί ηγέτες στη φροντίδα των ασθενών με κάταγμα ευθραυστότητας και έτσι η νοσηλευτική πρακτική στις συγκεκριμένες χώρες έχει αναπτυχθεί αναλόγως. Παρά τις διαφορές στην τοπική πρακτική, αυτό που παρατηρήσαμε ήταν συνεπές όταν συζητήσαμε για πρώτη φορά στο San Servolo για τη νοσηλευτική και τη φροντίδα των ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας σχετικά με τη σπουδαιότητα της ομαδικής προσέγγισης και της πολυεπιστημονικής/ διεπιστημονικής συνεργασίας σε αυτές τις συζητήσεις, μία σπουδαιότητα που αντικατοπτρίζεται τώρα σε αυτό το βιβλίο. Υπάρχει δύναμη σε μία ομάδα που είναι πολύ μεγαλύτερη από το άθροισμα των μελών της. Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει επίσης τον ασθενή και την οικογένειά του, τους φίλους και τους άτυπους φροντιστές. Αυτό αντανακλά το ήθος του Δικτύου για τα Κατάγματα Ευθραυστότητας (Fragility Fracture Network- FFN, <http://fragility fracturenetwork.org/>), ενός οργανισμού που στοχεύει στη βελτιστοποίηση σε παγκόσμιο επίπεδο «... της πολυεπιστημονικής διαχείρισης του ασθενούς με κάταγμα ευθραυστότητας, συμπεριλαμβανομένης της δευτερογενούς πρόληψης», με την ισότιμη συμμετοχή των νοσηλευτών, οι οποίοι προσφέρουν συμπληρωματικές γνώσεις και δεξιότητες στα άλλα μέλη της ομάδας.

Ο πλούτος της γνώσης σχετικά με τα κατάγματα ευθραυστότητας και την ορθογηριατρική που παρουσιάζεται σε αυτό το βιβλίο είναι προσβάσιμος σε όλους τους νοσηλευτές που φροντίζουν αυτούς τους ασθενείς σε οποιοδήποτε περιβάλλον και ελπίζουμε ότι θα είναι διαθέσιμος στην επόμενη γενιά νοσηλευτών που θέλουν να ασκήσουν τη νοσηλευτική σε αυτόν τον δύσκολο τομέα και να συνεχίσουν να βελτιώνουν τη φροντίδα. Αυτή η γνώση προέρχεται από τεκμήρια, καθώς και από την ποικιλόμορφη και εκτενή εμπειρία των συμμετεχόντων. Τα κεφάλαια θα παρέχουν στον αναγνώστη πληθώρα πληροφοριών που μπορούν να εφαρμοσθούν στην πρακτική, αλλά η μάθηση δεν πρέπει να τελειώσει στο τέλος του βιβλίου: πρέπει να είναι συνεχιζόμενη, μέσω των προτάσεων για περαιτέρω μελέτη και αυτοαξιολόγηση, οι οποίες υπάρχουν στο τέλος κάθε κεφαλαίου, καθώς και μετέπειτα. Τα κεφάλαια θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αναπτύξουν τις γνώσεις και δεξιότητές τους σχετικά με την ορθογηριατρική, έτσι ώστε να μπορούν να παρέχουν φροντίδα που να τις αντικατοπτρίζει. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει την εμπάθυνση των γνώσεών τους σχετικά με τις αιτίες των καταγμάτων ευθραυστότητας- ειδικότερα για την ευθραυστότητα των οστών λόγω της οστεοπόρωσης και των πτώσεων. Περιλαμβάνει, επίσης, την κατανόηση της σημασίας μίας καλά οργανωμένης συστηματικής προσέγγισης της υγείας των οστών, των πτώσεων και της πρόληψης των καταγμάτων.

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση του μεγαλύτερου σε ηλικία ατόμου με κάταγμα ευθραυστότητας, ιδιαίτερα με κάταγμα του ισχίου, είναι κεντρικής σημασίας για την αποτελεσματική, βασισμένη σε τεκμήρια φροντίδα κατά την επείγουσα φάση, κατά την περιεγχειρητική περίοδο και κατά την ανάρρωση, και η κατανόηση της ευπάθειας και της σαρκοπενίας υποστηρίζει τη σημασία όλων των παραπάνω. Στο βιβλίο συζητούνται πολλές πλευρές της φροντίδας, αλλά η διαχείριση του πόνου, η πρόληψη των επιπλοκών, η επανακινητοποίηση, η θρέψη, η ενυδάτωση, η διαχείριση του τραύματος και η πρόληψη των ελκών πίεσης επισημαίνονται ιδιαίτερα, διότι είναι κεντρικής σημασίας για τη βελτίωση των εκβάσεων των ασθενών και, συνεπώς, είναι αλληλένδετα με τη νοσηλευτική. Το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο (delirium) και οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών, όπως η άνοια, αποτελούν, όπως και η κατάθλιψη, μεγάλα εμπόδια στην ανάρρωση και την αποκατάσταση των ασθενών μετά από το κάταγμα ευθραυστότητας και τη χειρουργική επέμβαση και πρέπει να αντιμετωπίζονται προσεκτικά. Οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να γνωρίζουν ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, το κάταγμα του ισχίου μπορεί να αποτελεί την αρχή της τελικής φάσης της ζωής ενός ατόμου και πως η ανακουφιστική φροντίδα που παρέχεται με ευαισθησία, με τον αποτελεσματικό έλεγχο των συμπτωμάτων και τη συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους, ενδέχεται να χρειάζεται επίσης. Οι νοσηλευτές είναι στην κατάλληλη θέση για να κάνουν όλα αυτά σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του.

Η ανταλλαγή γνώσεων και δεξιοτήτων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο μέσω τοπικών, εθνικών και παγκόσμιων οργανισμών, όπως οι τοπικοί και εθνικοί σύνδεσμοι Νοσηλευτών, το Δίκτυο Καταγμάτων Ευθραυστότητας [Fragility Fracture Network (FFN)] και η Διεθνής Συνεργασία Ορθοπαιδικών Νοσηλευτών (International Collaboration of Orthopaedic Nurses-ICON) αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξης της νοσηλευτικής πρακτικής.

Το βιβλίο αυτό αποτελεί συνοδοιπόρο του βιβλίου «Ορθογηριατρική» (Orthogeriatrics) με επιμελητές τους Falaschi και Marsh [2]. Πολυάριθμοι ιατρικοί οργανισμοί με μέλη που ειδικεύονται στην υγεία των οστών και στα κατάγματα ευθραυστότητας έχουν μέχρι στιγμής υποστηρίξει το πρότζεκτ του San Servolo,

συμπεριλαμβανομένου του Ευρωπαϊκού Διεπιστημονικού Συμβουλίου για τη Γήρανση (European Interdisciplinary Council on Aging- EICA), και το οποίο έχει εγκριθεί από τους σημαντικότερους διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με την οστεοπόρωση και τα κατάγματα ευθραυστότητας (EFORT, ESCEO, EUGMS, FFN, IAGG-ER, ICON και IOF). Πρόσφατα, αυτό κορυφώθηκε σε μία απεριόριστη εκπαιδευτική επιχορήγηση από τον εμπορικό εταίρο μας, την εταιρεία UCB, επιτρέποντας το παρόν βιβλίο να δημοσιεύεται ηλεκτρονικά ως η-βιβλίο (eBook) ανοικτής πρόσβασης, έτσι ώστε η γνώση που προσφέρει να είναι ελεύθερα διαθέσιμη σε όλους τους νοσηλευτές ανά τον κόσμο, ανεξαρτήτως του τόπου διαμονής ή του εισοδήματός τους. Αυτή η υποστήριξη προσφέρεται ελεύθερα επειδή κάθε άτομο και οργανισμός πιστεύει στη δύναμη της Νοσηλευτικής στο να κάνει τη φροντίδα των ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας την καλύτερη που μπορεί, ώστε το «υποφέρειν» να είναι πολύ μικρότερο και οι εκβάσεις πολύ καλύτερες.

Karen Hertz, Stoke on Trent, UK

Julie Santy-Tomlinson, Manchester, UK

Βιβλιογραφικές παραπομπές

1. Benner PE (1984) From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley, Menlo Park
2. Falaschi P, Marsh D (eds) (2017) Orthogeriatrics. Springer, Cham

Ευχαριστίες

Η έκδοση ανοικτής πρόσβασης της αγγλικής έκδοσης έγινε εφικτή λόγω της άνευ όρων εκπαιδευτικής επιχορήγησης από τη UCB.

Η παρούσα Ελληνική έκδοση είναι επίσης ελεύθερης πρόσβασης μετά από άδεια των επιμελητριών της αγγλικής έκδοσης και την εθελοντική συμμετοχή των Ελλήνων νοσηλευτών για τη μετάφραση του βιβλίου στα ελληνικά.

Περιεχόμενα

1.	Οστεοπόρωση και η Φύση των Καταγμάτων Ευθραυστότητας – Μία επισκόπηση	1
	Marsha van Oostwaard	
2.	Ευπάθεια, Σαρκοπενία και Πτώσεις.....	12
	Andrea Marques και Carmen Queiros	
3.	Πτώσεις και Δευτερογενής Πρόληψη Καταγμάτων.....	23
	Julie Santy-Tomlinson, Robyn Speerin, Karen Hertz, Ana Cruz Tochon-Laruaz, και Marsha van Oostwaard	
4.	Ολοκληρωμένη Γηριατρική Αξιολόγηση από την Οπτική Γωνία των Νοσηλευτών	35
	Lina Spirgiene και Louise Brent	
5.	Ορθογηριατρική Νοσηλευτική στο Περιβάλλον Επείγουσας και Περιεγχειρητικής Φροντίδας Νοσηλευομένων Ασθενών	46
	Charlotte Myhre Jensen, Karen Hertz, και Oliver Mauthner	
6.	Κινητοποίηση, Επανακινητοποίηση, Άσκηση και Πρόληψη των Επιπλοκών της Ακινησίας.....	58
	Panagiota Copanitsanou	
7.	Πρόληψη Τραυμάτων λόγω Πίεσης και Διαχείριση του Τραύματος	72
	Ami Hommel και Julie Santy-Tomlinson	
8.	Θρέψη και Ενυδάτωση	81
	Patrick Roigk	
9.	Νοσηλευτική Φροντίδα του Ασθενούς με Διαταραχή της Γνωστικής Λειτουργίας.....	92
	Jason Cross	
10.	Αποκατάσταση και Έξοδος από το Νοσοκομείο.....	105
	Silvia Barberi και Lucia Mielli	
11.	Συνεργασία Οικογένειας, Ανακουφιστική Φροντίδα και το Τέλος της Ζωής	115
	Louise Brent, Julie Santy-Tomlinson, και Karen Hertz	
12.	Ορθογηριατρική Νοσηλευτική.....	123
	Julie Santy-Tomlinson, Karen Hertz, και Magdalena Kaminska	

Σχετικά με τις Επιμελήτριες της Αγγλικής Έκδοσης

Η Karen Hertz είναι νοσηλεύτρια με εκτεταμένη εμπειρία κλινικής πρακτικής σε ένα ευρύ φάσμα οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης με έμφαση στην ορθοπαιδική/ τραυματολογία και ορθογηριατρική νοσηλευτική, καθώς και σε όλες τις πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας ενηλίκων ασθενών. Έχει αναπτύξει κλινική σταδιοδρομία ως Νοσηλεύτρια Προηγμένης Πρακτικής, παρέχοντας φροντίδα εστιασμένη στον ασθενή, χρησιμοποιώντας προηγμένες δεξιότητες αξιολόγησης και προνόμια συνταγογράφησης, ώστε να εξασκεί αυτόνομη κλινική πρακτική για τους ασθενείς μίας μονάδας τραυματολογίας σε ένα μεγάλο πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Έχει μεγάλη δραστηριότητα σχετικά με εθνική και διεθνή δικτύωση, που περιλαμβάνει τη συμμετοχή σε διάφορα συμβούλια και επιτροπές που σχετίζονται με την ειδικότητά της και είναι συγγραφέας πολλών κεφαλαίων βιβλίων.

Η Δρ. Julie Santy-Tomlinson είναι νοσηλεύτρια με κλινικά ενδιαφέροντα στην ορθοπαιδική και τραυματολογία, τη διαχείριση τραυμάτων, τη βιωσιμότητα των ιστών και τη νοσηλευτική φροντίδα των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων. Έχει εργαστεί στη νοσηλευτική εκπαίδευση στο Ηνωμένο Βασίλειο για περισσότερα από είκοσι χρόνια και επί του παρόντος εργάζεται στο Πανεπιστήμιο του Μάντσεστερ ως Ανώτερος Λέκτορας, όπου διδάσκει ένα ευρύ φάσμα θεμάτων νοσηλευτικής. Είναι επίσης αρχισυντάκτης του περιοδικού *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* και έχει συγγράψει και επιμεληθεί πολυάριθμα άρθρα σε περιοδικά, κλινικές οδηγίες, βιβλία και κεφάλαια βιβλίων.

Μετάφραση Συντομογραφιών

AADLs	Advanced Activities of Daily Living: Προηγμένες δραστηριότητες καθημερινής ζωής
ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure: Αεραγωγός, αναπνοή, κυκλοφορία, αναπηρία, έκθεση
ADLs	Activities of Daily Living: Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής
APIE	Assessment, Planning, Implementation and Evaluation: Αξιολόγηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση
BADLs	Basic Activities of Daily Living: Βασικές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής
BMD	Bone Mineral Density: Οστική Πυκνότητα
BMI	Body Mass Index: Δείκτης μάζας σώματος
BOA	British Orthopaedic Association: Βρετανική Ένωση Ορθοπαιδικής
BP	Blood Pressure: Αρτηριακή Πίεση αίματος
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment: Ολοκληρωμένη Γηριατρική Αξιολόγηση
DAI	Deficit Accumulation Index: Δείκτης Συσσώρευσης Ελλείμματος
DVT	Deep Vein Thrombosis: Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση
DXA	Dual-energy X-ray Absorptiometry: Απορροφησιμετρία Ακτίνων Χ Διπλής Ενέργειας
ED	Emergency Department: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
EWGSOP	European Working Group on Sarcopenia in Older People: Ευρωπαϊκή Ομάδα Εργασίας για τη Σαρκοπενία στα Άτομα Μεγαλύτερης Ηλικίας
FFN	Fragility Fracture Network: Δίκτυο Καταγμάτων Ευθραυστότητας
FLS	Fracture Liaison Service: Υπηρεσία Διασύνδεσης Κατάγματος
Frailty	Ευπάθεια
HAI	Hospital Acquired Infection: Νοσοκομειακή Λοίμωξη
IAD	Incontinence Associated Dermatitis: Δερματίτιδα που σχετίζεται με την ακράτεια
IADLs	Instrumental or Intermediate Activities of Daily Living: Σύνθετες Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής
ICP	Integrated Care Pathway: Ολοκληρωμένο μονοπάτι φροντίδας
ICN	International Council of Nurses: Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών
IOF	International Osteoporosis Federation: Διεθνής Ομοσπονδία Οστεοπόρωσης
ITD	Intertriginous dermatitis: Δερματίτιδες που αναπτύσσονται σε περιοχές τριβής μεταξύ του δέρματος, π.χ. μηροβουβωνικές
MARS	Medical Adhesive Related Skin Injury: Τραυματισμός που οφείλεται σε αυτοκόλλητες ταινίες
MASD	Moisture Associated Skin Damage: Βλάβη του δέρματος που σχετίζεται με την υγρασία
MDT	MultiDisciplinary Team: Πολυεπιστημονική ομάδα
NOF	National Osteoporosis Federation: Εθνική Ομοσπονδία Οστεοπόρωσης
NOS	National Osteoporosis Society: Εθνική Εταιρεία Οστεοπόρωσης
ONJ	OsteoNecrosis of the Jaw: Οστεονέκρωση της γνάθου
PE	Pulmonary Embolism: Πνευμονική εμβολή
PFP	Physical Frailty Phenotype: Φυσικός Φαινότυπος Ευπάθειας
QoL	Quality of Life: Ποιότητα Ζωής
RDA	Recommended Daily Dietary Allowance: Συνιστώμενη ημερήσια διατροφική πρόσληψη
SD	Standard Deviations: Τυπικές αποκλίσεις
SERM	Selective Estrogen Receptor Modulator: Εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων

SOF	Study of Osteoporotic Fractures: Μελέτη οστεοπορωτικών καταγμάτων
UTI	Urinary Tract Infection: Λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος
VFA	Vertebral Fracture Assessment: Αξιολόγηση καταγμάτων σπονδυλικής στήλης
VTE	Venous ThromboEmbolicism: φλεβική θρομβοεμβολή
WHO	World Health Organization: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Συγγραφείς

Silvia Barberi Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Rome, Italy

Louise Brent National Office of Clinical Audit, Dublin, Ireland

Panagiota Copanitsanou Department of Orthopaedics and Traumatology, General Hospital of Piraeus “Tzaneio”, Piraeus, Greece, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Jason Cross POPS Team (Proactive care of the Older Person undergoing Surgery), Guys and St Thomas’ NHS Foundation Trust, London, UK

Karen Hertz University Hospital of North Midlands, Stoke-on-Trent, UK

Ami Hommel Department of Orthopaedics, Skane University Hospital, Malmo, Sweden, Department of Care Science, Malmo University, Malmo, Sweden

Charlotte Myhre Jensen Department of Orthopaedic Surgery and Traumatology, Odense University Hospital, Odense, Denmark

Magdalena Kamińska Department of Primary Health Care, Faculty of Health Sciences, Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

Andrea Marques Servico de Reumatologia, Consulta Externa 7o piso, Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra, Coimbra, Portugal

Oliver Mauthner Felix Platter, Spital, University of Basel, Basel, Switzerland

Lucia Mielli Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), Distretto Sanitario di S. Benedetto del Tronto, Marche, Italy

Carmen Queiros Centro Hospitalar do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

Patrick Roigk Abteilung für Geriatrie und Klinik für Geriatrische Rehabilitation/ Department of Clinical Gerontology and Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus/ Robert-Bosch-Hospital, Stuttgart, Germany

Julie Santy-Tomlinson School of Health Sciences, University of Manchester, Manchester, UK

Robyn Speerin Musculoskeletal Network, NSW Agency for Clinical Innovation, Chatswood, NSW, Australia

Lina Spirgienė Department of Nursing and Care, Medical Academy, Faculty of Nursing, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania, Hospital of Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

Ana Cruz Tochon-Laruaz Fracture Liaison Service, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

Marsha van Oostwaard Osteoporosis—Endocrinology, Maxima Medisch Centrum, Veldhoven, The Netherlands

Μετάφραση στα Ελληνικά

- 1. Οστεοπόρωση και η Φύση των Καταγμάτων Ευθραυστότητας – Μία επισκόπηση 1**
Λακοπούλου Φωτεινή, Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Προϊσταμένη της Ουρολογικής και Γναθοχειρουργικής Κλινικής του ΓΝΑ " Γ. Γεννηματάς"
- 2. Ευπάθεια, Σαρκοπενία και Πτώσεις 12**
Παπανικολάου Σοφία, Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών " Άγιος Ανδρέας"
- 3. Πτώσεις και Δευτερογενής Πρόληψη Καταγμάτων..... 23**
Μαρκέτη Στυλιανή, Νοσηλεύτρια ΠΕ MSc, Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΑ ΚΑΤ
- 4. Ολοκληρωμένη Γηριατρική Αξιολόγηση από την Οπτική Γωνία των Νοσηλευτών 35**
Παντελάκη Μαρία, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης
- 5. Ορθογηριατρική Νοσηλευτική στο Περιβάλλον Επείγουσας και Περιεγχειρητικής Φροντίδας Νοσηλευομένων Ασθενών 46**
Αθανασοπούλου Γεωργία-Αγγελική, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(c), Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας, Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας
- 6. Κινητοποίηση, Επανακινητοποίηση, Άσκηση και Πρόληψη των Επιπλοκών της Ακινησίας.....58**
Κοπανιτσάνου Παναγιώτα, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»
- 7. Πρόληψη Τραυμάτων λόγω Πίεσης και Διαχείριση του Τραύματος 72**
Παπανικολάου Σοφία, Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών " Άγιος Ανδρέας"
Χαρχαρίδου Μαρία, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, ΓΝ Αθηνών «Γ. Γεννηματάς
- 8. Θρέψη και Ενυδάτωση 81**
Κάργα Μαρία, Νοσηλεύτρια ΠΕ, Msc, PhD, Προϊσταμένη Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
- 9. Νοσηλευτική Φροντίδα του Ασθενούς με Διαταραχή της Γνωστικής Λειτουργίας..... 92**
Σταφυλάκη Άννα, Γενική Χειρουργική Κλινική, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, ΓΝΕ Θριάσιο
- 10. Αποκατάσταση και Έξοδος από το Νοσοκομείο..... 105**
Κοθώνας Κωνσταντίνος, Υπλγος(YN), MSc, 401 ΓΣΝΑ
- 11. Συνεργασία Οικογένειας, Ανακουφιστική Φροντίδα και το Τέλος της Ζωής 115**
Χαραλαμποπούλου Μαρία, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Centre
- 12. Ορθογηριατρική Νοσηλευτική..... 123**
Σαρλά Ευσταθία, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, ΠΓΝ «Αττικόν»

1. Οστεοπόρωση και η Φύση των Καταγμάτων Ευθραυστότητας – Μία επισκόπηση

MarshaVan Oostwaard

Οι κύριες συνέπειες της οστεοπόρωσης είναι ότι αποτελεί μία κατάσταση στην οποία η οστική μάζα έχει μειωθεί και η δομή του οστού έχει καταστραφεί σε βαθμό που το οστό γίνεται εύθραυστο και επιρρεπές σε κατάγματα. Για τους προσβληθέντες ασθενείς, αυτά τα «κατάγματα ευθραυστότητας» συνδέονται με σημαντικό πόνο, υποφέρουν, αναπηρία ή ακόμη και θάνατο, με σημαντικό ταυτόχρονα κόστος για την κοινωνία. Τα προβλήματα που δημιουργούνται από τα κατάγματα ευθραυστότητας και την οστεοπόρωση είναι πολυπαραγοντικής φύσεως και αποτελούν, επομένως, ένα πολυεπιστημονικό πρόβλημα. Ένα πρώτο κάταγμα ευθραυστότητας είναι συχνά το πρώτο σημείο της οστεοπόρωσης και η «δευτερογενής» πρόληψη των καταγμάτων ευθραυστότητας επικεντρώνεται στην πρόληψη περαιτέρω καταγμάτων όταν έχει συμβεί ήδη ένα πρώτο κάταγμα. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην εκπαίδευση και την καθοδήγηση των ασθενών με οστεοπόρωση. Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζεται μία επισκόπηση του τρόπου με τον οποίο συνδέονται η οστεοπόρωση και τα κατάγματα ευθραυστότητας, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη των καταγμάτων.

1.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου και μετά από περαιτέρω μελέτη, ο νοσηλευτής θα μπορεί να:

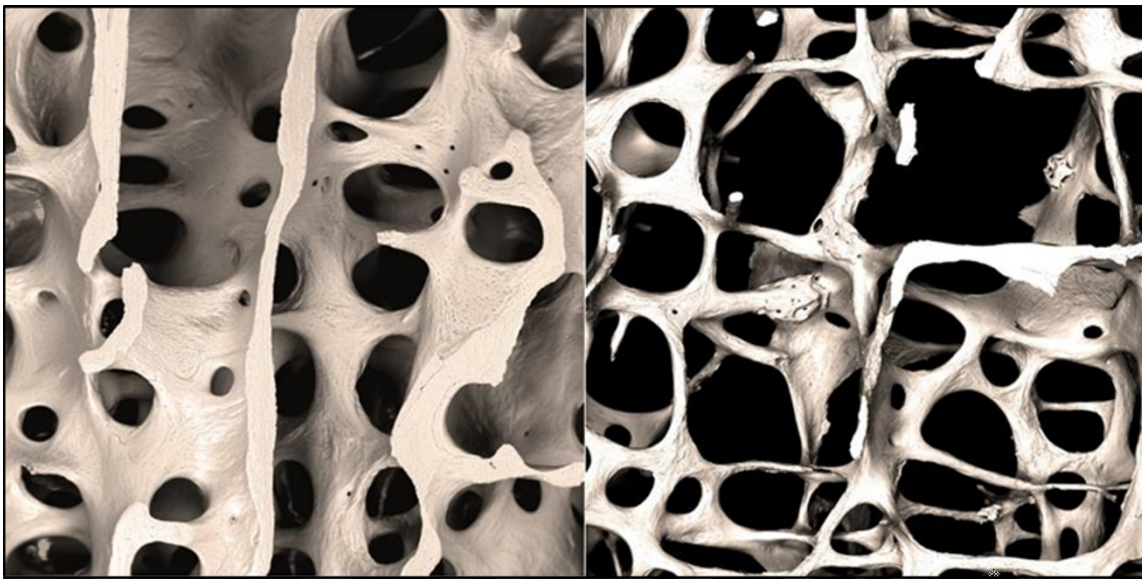
- Εξηγήσει τα βασικά στοιχεία της βιολογίας των οστών και τη σχέση της με την οστεοπόρωση και τα κατάγματα ευθραυστότητας.
- Περιγράψει τα πιο συνηθισμένα κατάγματα ευθραυστότητας και την επίδρασή τους στα άτομα.
- Αξιολογήσει τον κίνδυνο για κάταγμα και να αναγνωρίσει και να τροποποιήσει τους σταθερούς και τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου χρησιμοποιώντας το εργαλείο υπολογισμού FRAX®.
- Εκπαιδεύει τα άτομα στην κοινότητα και ατομικά σχετικά με τη διάγνωση και θεραπεία της οστεοπόρωσης και να τα συμβουλεύει σχετικά με τον τρόπο ζωής.
- Περιγράφει τους σκοπούς και τα οφέλη της θεραπείας της οστεοπόρωσης και να υποστηρίζει τα άτομα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

1.2. Βιολογία των Οστών

Ο ανθρώπινος σκελετός δίνει την αρχιτεκτονική δομή στο σώμα και προστατεύει τα όργανα, καθιστά δυνατή την κίνηση και την κινητικότητα με την προσκόλληση των μυών μέσω των τενόντων και των συνδέσμων, αποθηκεύει και απελευθερώνει μέταλλα και παράγει τα κύτταρα του αίματος στον μυελό των οστών. Περίπου το 80% του σκελετού είναι φλοιώδεις (ή συμπαγές) οστό που σχηματίζει την εξωτερική δομή των διαφύσεων των μακρών οστών. Το σπογγώδες οστό (20%) υπάρχει κυρίως στα άκρα των μακρών οστών και στο κέντρο των σπονδύλων και των πλευρών. Το οστό υφίσταται μία διά βίου διαδικασία αντικατάστασης: το ώριμο οστό αντικαθίσταται με νέο. Αυτή η ρυθμιζόμενη διαδικασία του «οστικού κύκλου» διατηρεί μία ισορροπία μεταξύ της οστικής απορρόφησης και του σχηματισμού νέου οστού, ώστε να διατηρείται η σκελετική ακεραιότητα [1], και έχει ως αποτέλεσμα την αντικατάσταση του σκελετού σε ποσοστό 5-10% κάθε χρόνο και ολόκληρου του σκελετού κάθε δεκαετία [2].

Η αναδιαμόρφωση (remodelling) των οστών περιλαμβάνει τρεις τύπους κυττάρων: τους οστεοβλάστες (κατασκευή οστού), τους οστεοκλάστες (απορρόφηση οστού) και τα οστεοκύτταρα. Υπάρχει μία συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ των ορμονών, της συγκέντρωσης των μετάλλων και των οστικών κυττάρων, η οποία επηρεάζεται από: (1) τις μεταβολές στα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα, (2) την πίεση και τάση στα οστά που προκαλείται από τη βαρύτητα και τη δράση των μυών και (3) τις ορμόνες (οιστρογόνα, τεστοστερόνη και αυξητική ορμόνη).

Στα νεαρά άτομα, ο σχηματισμός των οστών υπερβαίνει την απορρόφηση, οπότε η οστική μάζα και η αντοχή του οστού αυξάνεται. Η μέγιστη οστική μάζα επιτυγχάνεται μεταξύ των 20-25 ετών [3]. Ανάμεσα στα 30-40 έτη η οστική μάζα μειώνεται σταδιακά, καθώς η απορρόφηση των οστών υπερβαίνει τον σχηματισμό οστού. Εκτιμάται ότι μέχρι την ηλικία των 80 ετών η ολική οστική μάζα είναι -50% της μέγιστης τιμής της [4]. Όταν η ισορροπία τείνει προς την υπερβολική απορρόφηση, τα οστά εξασθενούν (οστεοπενία) και με την πάροδο του χρόνου είναι πιθανό να γίνουν εύθραυστα και να υπάρχει κίνδυνος κατάγματος (οστεοπόρωση) [5].



Εικόνα 1.1. Μικροσκοπική δομή φυσιολογικού (αριστερά) και οστεοπορωτικού οστού (δεξιά) (με άδεια από Alan Boyde 2018)

1.3. Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι μία συνηθισμένη χρόνια συστηματική σκελετική ασθένεια που «χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική μάζα και επιδείνωση της μικροαρχιτεκτονικής του οστίτη ιστού, με επακόλουθη αύξηση της ευθραυστότητας των οστών και ευαισθησία στο κάταγμα» [6] (Εικόνα 1.1). Είναι μία καταστροφική ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε πόνο, σοβαρή αναπηρία και πρόωρο θάνατο από κάταγμα. Όσο τα οστά γίνονται πιο πορώδη και εύθραυστα, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος κατάγματος. Οι ασθενείς συχνά δεν γνωρίζουν ότι διατρέχουν κίνδυνο κατάγματος ή ότι έχουν οστεοπόρωση, επειδή η απώλεια οστού συμβαίνει σιωπηλά και προοδευτικά χωρίς σημεία ή συμπτώματα μέχρις ότου να συμβούν κατάγματα.

1.4. Επιδημιολογία

Η οστεοπόρωση είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα, αλλά το μέγεθος του προβλήματος είναι ασαφές λόγω των διαφορών στην αξιολόγηση και στην ευαισθητοποίηση. Στην Ευρώπη, την Ινδία, την Ιαπωνία και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, εκτιμάται ότι 125 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από οστεοπόρωση. Σε παγκόσμιο επίπεδο, μία στις τρεις γυναίκες και ένας στους πέντε άνδρες θα παρουσιάσουν κάταγμα ευθραυστότητας, κάτι που σημαίνει μία επίσκεψη σε νοσοκομείο κάθε 3 δευτερόλεπτα. Το 2010, μόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, υπολογιζόταν ότι 22 εκατομμύρια γυναίκες και 5,5 εκατομμύρια άντρες είχαν οστεοπόρωση, με αποτέλεσμα 3,5 εκατομμύρια νέα κατάγματα ευθραυστότητας, που περιλαμβάνουν 610.000 κατάγματα ισχίου,

520.000 κατάγματα σπονδύλων, 560.000 κατάγματα αντιβραχίου και 1.800.000 άλλα κατάγματα. Η οικονομική επιβάρυνση εκτιμάται σε 37 δισεκατομμύρια ευρώ και εξακολουθεί να αυξάνεται [7]. Μετά το κάταγμα του ισχίου, για παράδειγμα, το 40% των ασθενών δεν μπορεί να περπατήσει ανεξάρτητα, το 80% δεν μπορεί να εκτελεί ανεξάρτητα βασικές δραστηριότητες όπως νάνια και το 10-20% χρειάζεται μόνιμη φροντίδα σε ίδρυμα [8]. Ο αριθμός των ατόμων που ζουν με οστεοπόρωση θα αυξηθεί δραματικά παγκοσμίως τις επόμενες δεκαετίες λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των αλλαγών στον τρόπο ζωής. Το κόστος αναμένεται να αυξηθεί κατά 25% έως το 2025.

1.5. Κάταγμα Ευθραυστότητας και Οστεοπόρωση

«Τα κατάγματα ευθραυστότητας εμφανίζονται ως αποτέλεσμα τραύματος “χαμηλής ενέργειας”, συχνά μετά από πτώση από το ίδιο ύψος ή και μικρότερο, που κανονικά δεν θα οδηγούσε σε κάταγμα» [9] και αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας· κάθε 3 δευτερόλεπτα, κάπου στον κόσμο συμβαίνει ένα κάταγμα με υψηλό ανθρώπινο και κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο, νοσηρότητα, θνησιμότητα και κόστος. Για τα άτομα, τα κατάγματα συχνά οδηγούν σε απώλεια αυτονομίας, μείωση της ποιότητας ζωής και ανάγκη για φροντίδα. Ένα κάταγμα ευθραυστότητας μπορεί να οριστεί ως παθολογικό κάταγμα που προκύπτει από ελάχιστο τραύμα (π.χ. πτώση από το ίδιο ύψος) ή κάποιο μη αναγνωρίσιμο τραύμα [8]. Το κάταγμα είναι ταυτόχρονα σημείο και σύμπτωμα της οστεοπόρωσης.

Τα τυπικά κατάγματα σε ασθενείς με οστεοπόρωση περιλαμβάνουν τους σπονδύλους (σπονδυλική στήλη), το εγγύς μηριαίο οστό (ισχίο), το άπω αντιβράχιο (καρπός) και τον εγγύ βραχίονα [10]. Τα κατάγματα του καρπού είναι ο τρίτος συνηθέστερος τύπος οστεοπορωτικών καταγμάτων, που αντιπροσωπεύει έως και 18% όλων των καταγμάτων μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας [11] και η επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής λόγω των επιπλοκών και της μειωμένης λειτουργικότητας συχνά υποεκτιμάται. Αυτά τα κατάγματα του άπω αντιβραχίου συχνά εμφανίζονται ως «το πρώτο» κάταγμα ευθραυστότητας, ακολουθούμενο από επόμενο κάταγμα ισχίου ή σπονδυλικό κάταγμα.

Τα κατάγματα του ισχίου είναι τα σοβαρότερα κατάγματα. Αν και ο κίνδυνος μίας γυναίκας να πεθάνει από κάταγμα ισχίου είναι υψηλός και υπερβαίνει τον δια βίου κίνδυνο θανάτου από τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο της μήτρας και τον καρκίνο των ωοθηκών μαζί, η θνησιμότητα μετά από κάταγμα ισχίου είναι ακόμη υψηλότερη για τους άνδρες. Το κάταγμα του ισχίου σχεδόν πάντα απαιτεί νοσηλεία και είναι θανατηφόρο σε σχεδόν το ένα τέταρτο των περιπτώσεων. Οι περισσότεροι από τους επιβιώσαντες δεν επανακτούν το επίπεδο λειτουργικότητας που είχαν πριν από τον τραυματισμό τους και το 30% βιώνει απώλεια της ανεξαρτησίας. Η εξάρτηση είναι ο μεγάλος φόβος για τους ασθενείς και αποτελεί μεγάλο κόστος για την οικογένειά τους και την κοινωνία [12]. Εάν το πρώτο κάταγμα ευθραυστότητας αναγνωρισθεί και η οστεοπόρωση θεραπευθεί, ο κίνδυνος μελλοντικού κατάγματος μπορεί να μειωθεί περίπου κατά 50%, αποτρέποντας την καθοδική πορεία στην υγεία και στην ποιότητα ζωής που συχνά ακολουθούν το κάταγμα του ισχίου.

Τα σπονδυλικά κατάγματα είναι η συνηθέστερη εκδήλωση της οστεοπόρωσης και συνήθως διαγιγνώσκονται όταν ο ασθενής εμφανίζει πόνο στην πλάτη και στην ακτινογραφία της σπονδυλικής στήλης φαίνεται κάταγμα σπονδυλικού σώματος. Οι ασθενείς ενδέχεται να έχουν κατάγματα σπονδυλικής στήλης χωρίς να το γνωρίζουν· μόνο το 25% θα διαγνωσθεί κλινικά, επειδή συχνά αυτά τα κατάγματα είναι ασυμπτωματικά ή με ήπια συμπτώματα. Ως εκ τούτου, αν και είναι συνηθισμένα, στην πλειονότητά τους δεν λαμβάνουν προσοχής την ώρα που συμβαίνουν, και έτσι σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα, συχνά λόγω ευπάθειας (Κεφάλαιο 2) [13]. Τα αναγνωρισμένα σπονδυλικά κατάγματα συνήθως αντιμετωπίζονται μη χειρουργικά, με σύντομη περίοδο ανάπαυσης στο κρεβάτι, φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο, νάρθηκες/ κηδεμόνες και φυσιοθεραπεία. Περίπου το 40% των ασθενών αναπτύσσουν χρόνια πόνο και παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης (κύφωση) με αποτέλεσμα τη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας που συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. Τα σπονδυλικά κατάγματα πενταπλασιάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης μελλοντικών καταγμάτων, επομένως είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται εγκαίρως και να ξεκινά η θεραπεία. Εάν εμφανιστεί σπονδυλικό κάταγμα ενώ οι ασθενείς υποβάλλονται ήδη σε θεραπεία για οστεοπόρωση, τότε απαιτείται επαναξιολόγηση και προσαρμογή της θεραπείας.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται οι ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο κατάγματος. Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου κατάγματος κατά τη συμπλήρωση του ιατρικού ιστορικού όταν οι ασθενείς προσέρχονται για νοσοκομειακή περίθαλψη μετά από κάταγμα. Η επένδυση στην αξιολόγηση του κινδύνου για κάταγμα και στην εκπαίδευση για τη μείωση του

κινδύνου είναι μία σημαντική πιθανή παρέμβαση. Μετά την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου και την εκπαίδευση σχετικά με την αλλαγή του τρόπου ζωής, μπορούν να ληφθούν μέτρα που επιδρούν στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου και ικανοποιούν τις ανάγκες του ατόμου για ενημέρωση και εκπαίδευση.

1.5.1. Παράγοντες Κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση και κάταγμα μπορούν να χωρισθούν σε δύο κατηγορίες. Οι σταθεροί παράγοντες κινδύνου (παρατίθενται στο Πλαίσιο 1.1) δεν μπορούν να τροποποιηθούν, αλλά βοηθούν στον εντοπισμό ασθενών με υψηλό κίνδυνο κατάγματος [14].

Πλαίσιο 1.1: Σταθεροί παράγοντες κινδύνου για την οστεοπόρωση [15]

Ηλικία: από την ηλικία των 50 ετών αυξάνεται ο κίνδυνος κατάγματος, με διπλασιασμό του κινδύνου για κάθε επόμενη δεκαετία, επειδή η οστική πυκνότητα μειώνεται και άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως οι πτώσεις, αυξάνονται.

Γυναικείο φύλο: οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν οστεοπόρωση λόγω της μετεμμηνοπαυσιακής ελάττωσης των οιστρογόνων. Οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη μέγιστη οστική μάζα από τους άνδρες.

Οικογενειακό ιστορικό οστεοπόρωσης: ιστορικό ενός γονέα με κάταγμα ισχίου που συνέβη σε οποιαδήποτε στιγμή στη ζωή του σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο κατάγματος (ανεξάρτητα από την οστική πυκνότητα).

Προηγούμενο κάταγμα: διπλασιάζει τον κίνδυνο ενός δεύτερου κατάγματος τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Εθνικότητα: οι Καυκάσιοι και οι Ασιάτες έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης οστεοπόρωσης και καταγμάτων του ισχίου και της σπονδυλικής στήλης.

Εμμηνόπαυση: οι οστεοκλάστες είναι πιο δραστηριοί και η απώλεια οστικής μάζας αυξάνεται λόγω της μείωσης των επιπέδων οιστρογόνων μετά από εμμηνόπαυση ή ωοθηκεκτομή.

Μακροχρόνια θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή: αυξάνει την οστική απώλεια και εμποδίζει τον σχηματισμό νέου οστού και την απορρόφηση του ασβεστίου, προκαλεί μυϊκή αδυναμία που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πτώσης.

Ρευματοειδής αρθρίτιδα: οι κυτοκίνες της φλεγμονής και η μειωμένη κινητικότητα αυξάνουν την οστική απώλεια.

Πρωτοπαθής/δευτεροπαθής υπογοναδισμός στους άνδρες: αυξάνει ταχέως την οστική απώλεια λόγω φυσιολογικής γήρανσης ή μετά από ορχεκτομή ή θεραπεία με καταστολείς των ανδρογόνων.

Δευτερογενείς παράγοντες κινδύνου: νοσογόνες διαταραχές και φάρμακα που καθιστούν τα οστά πιο εύθραυστα και/ή έχουν επίπτωση στην ισορροπία (αυξάνοντας τον κίνδυνο πτώσης). Επίσης, συμπεριλαμβάνονται η ακινησία, οι φλεγμονώδεις ασθένειες του εντέρου, οι διατροφικές διαταραχές και οι ενδοκρινικές διαταραχές.

Οι περισσότεροι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου (αναφέρονται στο Πλαίσιο 1.2) επηρεάζουν άμεσα τη βιολογία των οστών και έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της οστικής πυκνότητας, αλλά μπορούν επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο κατάγματος ανεξαρτήτως από την επίδρασή τους στο ίδιο το οστό. Οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδεύσουν και να καθοδηγήσουν τους ασθενείς σχετικά με έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής για να μειώσουν αυτούς τους παράγοντες κινδύνου.

Πλαίσιο 1.2: Τροποποιήσιμοι Παράγοντες Κινδύνου για Οστεοπόρωση [14]

Αλκοόλ: Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (>2 μονάδες ημερησίως) αυξάνει τον κίνδυνο κατάγματος κατά 40% λόγω άμεσων δυσμενών επιδράσεων στους οστεοβλάστες και στο επίπεδο της παραθορμόνης (που ρυθμίζει το μεταβολισμό του ασβεστίου): επίσης σχετίζεται με κακή διατροφική κατάσταση (ανεπάρκεια ασβεστίου, πρωτεΐνης και βιταμίνης D) [15].

Κάπνισμα: Ο ακριβής μηχανισμός είναι άγνωστος, αλλά αναφέρεται αύξηση του κινδύνου κατάγματος στην βιβλιογραφία όταν υπάρχει ιστορικό καπνίσματος [16].

Χαμηλός δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ): ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την απώλεια βάρους, ο ΔΜΣ <20kg/ m², σχετίζεται με διπλάσιο κίνδυνο καταγμάτων σε σύγκριση με άτομα με ΔΜΣ> 25kg/ m².

Κακή διατροφή: ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου, βιταμίνης D ή και των δύο θα επηρεάσουν τις ορμόνες ρύθμισης του ασβεστίου· η ανεπάρκεια είτε του ασβεστίου είτε της βιταμίνης D θα έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη απορρόφηση του ασβεστίου και χαμηλότερη συγκέντρωση του ασβεστίου στην κυκλοφορία· τότε επέρχεται διέγερση της έκκρισης παραθορμόνης, οδηγώντας σε αύξησή της και σε οστική αναδιαμόρφωση, με σημαντική απώλεια οστού και αυξημένο κίνδυνο κατάγματος.

Ανεπάρκεια βιταμίνης D: Η βιταμίνη D παίζει σημαντικό ρόλο στην απορρόφηση του ασβεστίου· παράγεται στο δέρμα όταν αυτό εκτίθεται στις υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου (συνήθως 10 έως 15 λεπτά ημερησίως αρκούν)· επίσης, τροφές πλούσιες σε βιταμίνη D (Κεφάλαιο 8) ή και τα συμπληρώματα διατροφής με βιταμίνη D ωφελούν [17].

Διατροφικές διαταραχές: λόγω κακής διατροφής και ανεπάρκειας της βιταμίνης D και απόκτηση χαμηλότερης μέγιστης οστικής μάζας σε νεότερη ηλικία.

Ανεπάρκεια οιστρογόνων: επιταχύνει την απώλεια οστού και μειώνει το «χτίσιμο» της οστικής μάζας. Σχετίζεται τόσο με τη διαταραχή των ορμονών (π.χ. εμμηνόπαυση), όσο και με τις διατροφικές διαταραχές.

Ανεπαρκής άσκηση: λόγω καθιστικού τρόπου ζωής (π.χ. γυναίκες που κάθονται για >9 ώρες/ημέρα είναι κατά 50% πιθανότερο να υποστούν κάταγμα ισχίου σε σύγκριση με εκείνες που κάθονται για <6 ώρες/ημέρα), καθώς η αναδιαμόρφωση του οστού ρυθμίζεται και από το μηχανικό φορτίο, τη σωματική δραστηριότητα φόρτισης και τη μυϊκή δραστηριότητα· η άσκηση τάσης και στροφής στα οστά ανιχνεύεται από τα οστεοκύτταρα.

Χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου: (Κεφάλαιο 8).

Συχνές πτώσεις: παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσης (Κεφάλαιο 3).

Η χαμηλή οστική πυκνότητα, ένας από τους σημαντικότερους δείκτες κινδύνου κατάγματος, ανήκει τόσο στους σταθερούς όσο και στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, και εξαρτάται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού ιστορικού, της ηλικίας και του τρόπου ζωής. Η πρόληψη της οστεοπόρωσης ξεκινά από τη νεαρή ηλικία με την απόκτηση μίας επαρκούς μέγιστης οστικής μάζας· εκτιμάται ότι η αύξηση της μέγιστης οστικής μάζας των παιδιών κατά 10% μειώνει τον κίνδυνο ενός οστεοπορωτικού κατάγματος κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής κατά 50%. Τα παιδιά θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ασκούνται, να παίζουν εκτός της οικίας και να λαμβάνουν συμπληρώματα βιταμίνης D (σύμφωνα με τις εθνικές οδηγίες) σε συνδυασμό με μία υγιεινή διατροφή με επαρκή πρόσληψη ασβεστίου. Όταν ένα άτομο διαγνωσθεί με οστεοπόρωση, η πρόληψη δεν συνίσταται πλέον μόνο στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής οστικής μάζας, αλλά και στην πρόληψη των καταγμάτων. Η θεραπεία της οστεοπόρωσης αποτελείται από τη συνταγογράφηση ειδικών φαρμάκων κατά της οστεοπόρωσης και τη χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου και βιταμίνης D σε συνδυασμό με τον υγιεινό τρόπο ζωής.

Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των καταγμάτων με την αναγνώριση των ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο, την εκπαίδευση τους σχετικά με την υγιεινή διατροφή, τις συστάσεις για επαρκή πρόσληψη βιταμίνης D, την ενθάρρυνση σωματικής δραστηριότητας φόρτισης και την υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος και της μείωσης της κατανάλωσης αλκοόλ.

Η διάγνωση και θεραπεία της οστεοπόρωσης περιλαμβάνει: (1) τον εντοπισμό των περιπτώσεων, (2) την αξιολόγηση του κινδύνου, (3) τη διαφορική διάγνωση της δευτερογενούς οστεοπόρωσης, (4) τη θεραπεία και 5) την παρακολούθηση (follow up).

1.5.2. Διάγνωση

Όλοι οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε εκείνους που έχουν ήδη υποστεί κάταγμα ευθραυστότητας θα πρέπει να είναι ενήμεροι για την πιθανότητα οι ασθενείς τους να έχουν οστεοπόρωση και αυξημένο κίνδυνο επόμενου κατάγματος (Πίνακας 1.1). Πρέπει να γνωρίζουν πώς να αξιολογούν και να τροποποιούν τους παράγοντες κινδύνου, γιατί και πώς γίνεται η διάγνωση της οστεοπόρωσης

και πώς να εξασφαλίζουν ότι γίνονται οι κατάλληλες παραπομπές στα άλλα μέλη της πολυεπιστημονικής ομάδας.

Οι ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με αυτήν τη χρόνια πάθηση χρειάζονται υποστήριξη στην ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι περισσότεροι νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς φοβούνται για τον κίνδυνο ενός νέου κατάγματος και αισθάνονται ευάλωτοι, ενώ μερικές φορές παραλύουν από τον φόβο της πτώσης. Οι ασθενείς με προχωρημένη οστεοπόρωση εμφανίζουν συχνά μειωμένη ικανότητα να εκτελούν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και υποφέρουν από χρόνιο πόνο στην οσφυ σε συνδυασμό με κατάθλιψη, απώλεια αυτοεκτίμησης, αναπηρία και αυξανόμενη σωματική εξάρτηση. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβουλευθούν και να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς, βοηθώντας τους να διατηρήσουν τη λειτουργικότητα τους και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους [18] και μπορούν να παραπέμπουν τους ασθενείς στις εθνικές ενώσεις οστεοπόρωσης για περαιτέρω πληροφορίες και υποστήριξη.

1.5.3. Εντοπισμός των Περιπτώσεων

Η εύρεση των περιπτώσεων περιλαμβάνει τον ευκαιριακό εντοπισμό των ασθενών με οστεοπόρωση όταν αυτοί προσέρχονται με το πρώτο κάταγμα, χρησιμοποιώντας αυτό το κάταγμα (που είναι από μόνο του παράγοντας κινδύνου) ως σημείο εκκίνησης. Αυτό είναι το πρώτο βήμα προς τον εντοπισμό εκείνων των ασθενών που χρειάζονται επείγοντως πρόληψη κατάγματος, η οποία πραγματοποιείται μέσω μίας από τις δύο προσεγγίσεις:

Πρωτογενής πρόληψη: είναι η πρόληψη του πρώτου κατάγματος με τον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου του ασθενούς και την έναρξη της θεραπείας. Συχνά γίνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπου μπορεί να υπάρχει έλλειψη δομημένων ή οργανωμένων προγραμμάτων.

Δευτερογενής πρόληψη: είναι η πρόληψη ενός νέου κατάγματος μετά το πρώτο. Η αξιολόγηση και η θεραπεία γίνονται σε νοσοκομεία που χρησιμοποιούν δομημένα προγράμματα, όπως οι υπηρεσίες διασύνδεσης κατά των καταγμάτων ευθραυστότητας (Fracture Liaison Services-FLS) (Κεφάλαιο 3) και συχνά η δευτερογενής πρόληψη αρχίζει από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

1.5.4. Αξιολόγηση Κινδύνου

Η οστική πυκνότητα είναι ένα μέτρο της αντοχής των οστών που υπολογίζεται με την Απορροφησιμετρία Ακτίνων Χ Διπλής Ενέργειας (DXA scan). Η χαμηλή οστική πυκνότητα είναι ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για κάταγμα. Η κλινική διάγνωση της οστεοπόρωσης βασίζεται στις μετρήσεις της οστικής πυκνότητας και στην παρουσία καταγμάτων [19]. Η οστική πυκνότητα μετατρέπεται σε βαθμολογία (T-score), η οποία αντικατοπτρίζει τον αριθμό των τυπικών αποκλίσεων (SD) πάνω ή κάτω από τον μέσο όρο υγιών νεαρών ενηλίκων. Τα κατώτατα όρια για κάθε κατηγορία οστών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.1.

Οστική πυκνότητα (T-score)	Διάγνωση
T-score \geq -1 SD	Φυσιολογικό
-1 > T-score > -2.5 SD	Χαμηλή οστική πυκνότητα/ οστεοπενία
T-score \leq -2.5 SD	Οστεοπόρωση
T-score \leq -2.5 SD και ύπαρξη κατάγματος	Σοβαρή οστεοπόρωση

Πίνακας 1.1. Κριτήρια Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την κλινική διάγνωση της οστεοπόρωσης [19]

Η σάρωση με τη μέθοδο της Απορροφησιμετρίας Ακτίνων Χ Διπλής Ενέργειας δίνει μία εκτίμηση της αντοχής των οστών με τη μέτρηση της οστικής πυκνότητας σε g/cm² στην περιοχή της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (O1-4), του εγγύς μηριαίου και του ισχίου με μικρή ή καθόλου έκθεση στην ακτινοβολία (20μSv). Κάθε μείωση μίας τυπικής απόκλισης αυξάνει τον κίνδυνο κατάγματος περίπου στο διπλάσιο [20]. Η φλοιώδης και η δοκιδώδης ζώνη του οστού συνδέονται επίσης με κατάγματα ευθραυστότητας, υπογραμμίζοντας ότι ο κίνδυνος κατάγματος δεν αφορά μόνο στη μέτρηση της οστικής πυκνότητας, αλλά πρέπει να προσεγγίζεται ως ένας πολυπαραγοντικός κίνδυνος. Οι μετρήσεις DXA μπορούν να επηρεασθούν αρνητικά από την αδυναμία της σωστής τοποθέτησης του ασθενούς κατά την εξέταση, την πρόσφατη κατάποση βαρίου για εξέταση στην κοιλιακή χώρα, παρουσία καταγμάτων στην περιοχή της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (O1-4), πρόθεση ισχίου, εκφυλιστικές σκελετικές παθήσεις και σοβαρές ασβεστώσεις των αρτηριών.

Με δεδομένο ότι τα σπονδυλικά κατάγματα είναι συχνά ασυμπτωματικά, είναι σημαντικό αυτά να αναγνωρίζονται κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Οι περισσότεροι σαρωτές DXA μπορούν επίσης να εκτελέσουν μία πρόσθετη εξέταση της σπονδυλικής στήλης ταυτόχρονα, την αξιολόγηση σπονδυλικών καταγμάτων (Vertebral Fracture Assessment-VFA). Τα αποτελέσματα αξιολογούνται μεθοδικά σύμφωνα με την ταξινόμηση Genant (Πίνακας 1.2). Η παρουσία ενός σπονδυλικού κατάγματος είναι πάντοτε σημείο εξασθένησης της αντοχής των οστών, προγνωστικός παράγοντας για επόμενο κάταγμα και ένδειξη για θεραπεία. Τα σπονδυλικά κατάγματα μπορούν επίσης να ανιχνευθούν με ακτίνες X όταν η VFA δεν μπορεί να οδηγήσει σε συμπεράσματα ή δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί.

Φυσιολογικός σπόνδυλος	Βαθμός 0		
Ήπιο κάταγμα	Βαθμός 1	20-25% απώλεια ύψους του σπονδύλου	Σφηνοειδές σχήμα, αμφίκυκλο σχήμα, ή σύνθλιψη
Μέτριο κάταγμα	Βαθμός 2	25-40% απώλεια -ύψους του σπονδύλου	Σφηνοειδές σχήμα, αμφίκυκλο σχήμα, ή σύνθλιψη
Σοβαρό κάταγμα	Βαθμός 3	≥40% απώλεια ύψους του σπονδύλου	Σφηνοειδές σχήμα, αμφίκυκλο σχήμα, ή σύνθλιψη

Πίνακας 1.2. Ταξινόμηση κατά Genant

Άλλη μέθοδος για την εκτίμηση του κινδύνου καταγμάτων είναι η χρήση του εργαλείου FRAX[®], ενός σταθμισμένου εργαλείου αξιολόγησης το οποίο συμπληρώνεται μέσω διαδικτύου με τη μορφή ερωτηματολογίου (12 ερωτήσεις), το οποίο υπολογίζει τον δεκαετή κίνδυνο κατάγματος με βάση ατομικούς παράγοντες κινδύνου με ή χωρίς να είναι γνωστή η οστική πυκνότητα. Το εργαλείο FRAX[®] ενσωματώνεται σε πολλές εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες, είναι διαθέσιμο σε πολλές γλώσσες, είναι εύκολο και γρήγορο στη χρήση και είναι διαθέσιμο διά μέσου του διαδικτύου και εφαρμογών για κινητά τηλέφωνα σε οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας. Μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση των ασθενών που χρειάζονται παρέμβαση και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους [21].

1.5.5. Διαφορική Διάγνωση Δευτερογενούς Οστεοπόρωσης

Περίπου το 30% των γυναικών και το 50% των ανδρών με οστεοπόρωση έχουν δευτερογενή οστεοπόρωση, η οποία μπορεί να είναι γνωστή ή να λανθάνει διάγνωσης και να οφείλεται σε συγκεκριμένες κλινικές παθήσεις (Πλαίσιο 1.3). Θεραπεύοντας το αίτιο μπορούμε να μειώσουμε τον κίνδυνο κατάγματος, αποφεύγοντας έτσι περιττές θεραπείες [22], οπότε κάθε ασθενής με κάταγμα ευθραυστότητας και χαμηλή οστική πυκνότητα πρέπει να έχει μία εξέταση αίματος αναφοράς σχετικά με τον οστικό μεταβολισμό και τον μεταβολισμό των ανόργανων ουσιών (ασβέστιο, φωσφορικό ασβέστιο, αλκαλική φωσφατάση, 25-υδροξύ βιταμίνη D [25(OH)D3], παραθορμόνη), δείκτες ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας, γενική αίματος και θυρεοειδοτρόπο ορμόνη.

Πλαίσιο 1.3: Παραδείγματα Παθήσεων που Σχετίζονται με Δευτερογενή Οστεοπόρωση

- Σακχαρώδης διαβήτης
- Σύνδρομο Cushing
- Υπερπαραθυρεοειδισμός
- Υπερθυρεοειδισμός
- Πρόωρη εμμηνόπαυση
- Υπογοναδισμός
- Κοιλιοκάκη
- Φλεγμονώδης νόσος εντέρου
- Κίρρωση ήπατος
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα

- Συστηματικός ερυθματώδης λύκος
- Νευρογενής ανορεξία

1.5.6. Θεραπεία

Πολλοί ασθενείς δεν γνωρίζουν ότι έχουν οστεοπόρωση μέχρι το πρώτο τους κάταγμα, αλλά ακόμη και μετά από αυτό συχνά δεν λαμβάνουν θεραπεία. Αυτό το διεθνές «θεραπευτικό κενό» σημαίνει ότι λιγότερο από το 20% αυτών που εμφανίζουν κατάγματα ευθραυστότητας λαμβάνει θεραπεία για τη μείωση του κινδύνου κατάγατος εντός του έτους έπειτα από το κάταγμα [23]. Η θεραπεία της οστεοπόρωσης είναι ένας συνδυασμός φαρμάκων, επιλογών τρόπου ζωής, επαρκούς πρόσληψης ασβεστίου και βιταμίνης D και πρόληψης των πτώσεων.

Ο σκοπός της φαρμακευτικής αγωγής έναντι της οστεοπόρωσης είναι η *πρόληψη των καταγμάτων* (όχι η αύξηση των τιμών στις εξετάσεις Απορροφησιμετρίας Ακτίνων Χ Διπλής Ενέργειας). Ο κίνδυνος κατάγατος μπορεί να μειωθεί κατά περίπου 50% με τη βέλτιστη θεραπεία της οστεοπόρωσης, η οποία αποτελείται από:

- Ειδική φαρμακευτική αγωγή κατά της οστεοπόρωσης (που συμφωνήθηκε μέσω λήψης απόφασης από κοινού).
- Επαρκή πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D (μέσω διατροφής ή μέσω συμπληρωμάτων διατροφής).
- Προσοχή στους παράγοντες του τρόπου ζωής (παράλληλα με τη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή).
- Πρόληψη των πτώσεων (όταν απαιτείται).
- Παρακολούθηση (το σχέδιο θεραπείας γίνεται γνωστό στον ασθενή).

1.5.6.1. Φάρμακα για τη Μείωση του Κινδύνου Κατάγατος

Υπάρχουν διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης, με διαφορετικές οδούς χορήγησης, αλλά όλα έχουν τον ίδιο στόχο: την πρόληψη των καταγμάτων. Οι πιο συνηθισμένες εγκεκριμένες θεραπείες είναι:

- Τα διφωσφονικά (αλενδρονάτη, ιβανδρονάτη, ρισεδρονάτη και ζολενδρονικό οξύ) (από του στόματος ή ενδοφλεβίως)
- «Εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων» (Selective Estrogen Receptor Modulators-SERM) (ραλοξιφαίνη, βαζεδοξιφένη, φάρμακα «αγωνιστές/ ανταγωνιστές» οιστρογόνων που δρουν σαν οιστρογόνα στα οστά, αλλά στη μήτρα και στον μαστό δρουν σαν αναστολείς οιστρογόνων)
- Παραθορμόνη (τεριπαρατίδη): διεγείρει τον σχηματισμό (νέου) οστού, με αποτέλεσμα την αύξηση της οστικής πυκνότητας (υποδόρια ένεση καθημερινά)
- Μονοκλωνικό αντίσωμα (δενοσουμάμπη): μειώνει την απώλεια οστού αναστέλλοντας την ωρίμανση των οστεοκλαστών (υποδόρια ένεση κάθε έξι μήνες).

Ενώ η ανάπτυξη νέων θεραπειών βρίσκεται σε εξέλιξη, οι συνηθέστερα συνταγογραφούμενες φαρμακευτικές ουσίες είναι τα διφωσφονικά, τα οποία προσκολλώνται στον οστικό ιστό και μειώνουν την οστική καταστροφή με την καταστολή της δραστηριότητας των οστεοκλαστών, και συχνά αναφέρονται ως «αντι-οστεοαπορροφητική» θεραπεία. Το φάρμακο πρέπει να λαμβάνεται τακτικά για τουλάχιστον πέντε χρόνια αρχικά και συνδυάζεται με συμπληρώματα ασβεστίου και βιταμίνης D. Τα από του στόματος διφωσφονικά απορροφούνται ελάχιστα (μόνο περίπου το 1% της δόσης), ακόμη και με πλήρη συμμόρφωση του ασθενούς και τη σωστή χορήγηση. Όταν χορηγούνται από το στόμα, τα διφωσφονικά πρέπει να λαμβάνονται σύμφωνα με τις ακόλουθες οδηγίες:

- Το πρωί με άδειο στομάχι
- Τουλάχιστον 30 λεπτά πριν από οποιαδήποτε τροφή ή ποτό

- Πρέπει να γίνεται κατάποση ολόκληρου του χαπιού με ένα μεγάλο ποτήρι νερό της βρύσης
- Ο ασθενής πρέπει να παραμείνει σε όρθια θέση για τουλάχιστον 30 λεπτά μετά τη λήψη
- Η λήψη των συμπληρωμάτων διατροφής που περιέχουν ασβέστιο πρέπει να καθυστερεί για 3-4 ώρες μετά την λήψη του φαρμάκου.

Η κατάλληλη παρακολούθηση βελτιώνει την προσήλωση και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία και διευκολύνει την παρακολούθηση του σκοπού της θεραπείας, δηλαδή την πρόληψη του κατάγματος. Κατά την έναρξη της θεραπείας, οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν τη διάρκεια, το σκοπό και τα οφέλη, για πόσο χρόνο πρέπει να λαμβάνεται το φάρμακο και από ποιον να αναζητήσουν υποστήριξη όταν εμφανίζονται προβλήματα, όπως ανεπιθύμητες ενέργειες. Πολλοί ασθενείς αποτυγχάνουν να παραμείνουν σε θεραπεία, πολλοί παρουσιάζουν μη βέλτιστη ανταπόκριση στη θεραπεία λόγω της ακούσιας ανεπαρκούς συμμόρφωσης ή λόγω της μειωμένης απορρόφησης του φαρμάκου. Περίπου το 50% όλων των ασθενών που ξεκινούν τη θεραπεία τη σταματούν εντός του πρώτου έτους [24]. Είναι σημαντικό να ελέγχεται τακτικά το εάν οι ασθενείς ακολουθούν τις οδηγίες και συνεχίζουν να λαμβάνουν σωστά τη θεραπεία τους. Παρά την επιθυμία των περισσότερων ασθενών να μετρήσουν την επίδραση της θεραπείας βραχυπρόθεσμα, δεν συνιστάται η πραγματοποίηση περιοδικών μετρήσεων της οστικής πυκνότητας με την Απορροφησιομετρία Ακτίνων Χ Διπλής Ενέργειας, επειδή οι μεταβολές της οστικής πυκνότητας που είναι αποτέλεσμα της θεραπείας της οστεοπόρωσης εμφανίζονται αργά και το λάθος της μέτρησης με την Απορροφησιομετρία Ακτίνων Χ Διπλής Ενέργειας είναι παρόμοιο με την τιμή της βραχυπρόθεσμης μεταβολής της οστικής πυκνότητας λόγω της ανταπόκρισης στη θεραπεία. Μία εναλλακτική προσέγγιση είναι η μέτρηση των βιοχημικών δεικτών της οστικής απώλειας σε δείγματα αίματος ή ούρων. Αυτά δείχνουν μεγάλες και γρήγορες αλλαγές ως απάντηση στη θεραπεία της οστεοπόρωσης, επιτρέποντας την ανίχνευση μίας σημαντικής απάντησης στη θεραπεία μέσα σε λίγους μήνες.

Ένας άλλος παράγοντας για την πτωχή συμμόρφωση είναι ο φόβος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Στις από του στόματος θεραπείες, οι ενοχλήσεις από το γαστρεντερικό σύστημα είναι ένας συχνός λόγος για να σταματήσουν τη θεραπεία οι ασθενείς χωρίς να επικοινωνήσουν με τον θεράποντα που τους παρακολουθεί. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να αναφέρουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες ώστε να συζητηθούν περαιτέρω επιλογές θεραπείας. Μία σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια που προκαλεί φόβο στους ασθενείς είναι η οστεονέκρωση της γνάθου: ο κίνδυνος μπορεί να μειωθεί με καλή στοματική υγιεινή και τακτική οδοντιατρική παρακολούθηση.

Όλοι οι ασθενείς θα έχουν ατομικό θεραπευτικό σχέδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους σύμφωνα με τον ατομικό τους κίνδυνο για κάταγμα, το είδος της φαρμακευτικής αγωγής και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η διάρκεια των διαφόρων θεραπειών ποικίλλει και δεν υπάρχει κάποια ενιαία σύσταση που να εφαρμόζεται για όλους τους ασθενείς. Μετά από μία περίοδο θεραπείας, θα πρέπει να γίνει επαναξιολόγηση του κινδύνου, η οποία να περιλαμβάνει DXA ή VFA (ή ακτινογραφία της σπονδυλικής στήλης) και εκτίμηση του κινδύνου κατάγματος. Η θεραπεία της οστεοπόρωσης είναι μερικές φορές δύσκολο να γίνει κατανοητή από τους ασθενείς, που σημαίνει ότι κάποια θεραπευτικά σχέδια αποτυγχάνουν. Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν από τη διάγνωση ότι η οστεοπόρωση είναι μία χρόνια ασθένεια, αλλά η διάρκεια της θεραπείας της είναι περιορισμένη (η θεραπεία με διφωσφονικά διαρκεί για 3-5 χρόνια). Η καλή κατανόηση της διάγνωσης και του κινδύνου καταγμάτων είναι σημαντική επειδή οι ασθενείς μπορούν να πάρουν αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής έπειτα από ενημέρωση. Η πτωχή προσήλωση και συμμόρφωση στη θεραπεία οφείλονται συχνά στην έλλειψη γνώσεων και καθοδήγησης, στις λανθασμένες αξίες και πεποιθήσεις σχετικά με τις θεραπείες και τις ανεπιθύμητες ενέργειες και στο γεγονός ότι οι ασθενείς δεν «αισθάνονται» τα οφέλη της θεραπείας, δηλαδή δεν εμφανίζουν κάταγμα.

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη βελτίωση της συμμόρφωσης και της προσήλωσης στη θεραπεία μέσω ειδικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων, όπως:

- Εκπαίδευση σχετικά με το σκοπό και τα οφέλη της θεραπείας.
- Εκπαίδευση σχετικά με τη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή και την αναγνώριση σημαντικών ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Εκπαίδευση των ασθενών να αναφέρουν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων.
- Ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τον τρόπο σωστής χορήγησης των φαρμάκων.
- Αξιολόγηση και υποστήριξη της συμμόρφωσης και προσήλωσης στη θεραπεία.
- Ενημέρωση και καταγραφή του χρονικού διαστήματος που οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν τα φάρμακά τους.
- Προγραμματισμός επαναξιολόγησης του κινδύνου κατάγματος.

- Συμβουλευτική σχετικά με την τροποποίηση του τρόπου ζωής σε ό,τι αφορά στη διατροφή και την άσκηση.
- Ενημέρωση για καλή στοματική υγιεινή και τακτική οδοντιατρική φροντίδα.
- Συμβουλευτική για την πρόληψη των πτώσεων (Κεφάλαια 2 και 3).
- Παραπομπή των ασθενών στις εθνικές ενώσεις οστεοπόρωσης για υποστήριξη.

1.5.7. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

Για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας σε ασθενείς που είναι σε κίνδυνο ή έχουν ήδη κατάγματα ευθραυστότητας είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να έχουν εκτεταμένες και επικαιροποιημένες γνώσεις σχετικά με την οστεοπόρωση, την πρόληψη και την διαχείρισή της. Η ατομική περαιτέρω μελέτη θα πρέπει να διεξάγεται χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα:

- Συζητήστε με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σχετικά με τις συνέπειες της πρόκλησης των καταγμάτων ευθραυστότητας λόγω της οστεοπόρωσης. Αναστοχασθείτε πάνω σε αυτές τις συζητήσεις και αναζητήστε βιβλιογραφία βασισμένη σε τεκμήρια για την βελτίωση της φροντίδας και των εκβάσεων της.
- Επεκτείνετε τις γνώσεις σας με τη συμμετοχή σας σε κάποιο διαδικτυακό μάθημα για να αξιολογήσετε τις γνώσεις και τις δεξιότητές σας ετησίως.
- Διαβάστε και κρατήστε σημειώσεις από βιβλία, άρθρα και εθνικές ή διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την οστεοπόρωση και την πρόληψη των καταγμάτων. Τα επόμενα αποτελούν παραδείγματα, αλλά υπάρχουν και άλλες επιλογές.

Online Διαδικτυακά μαθήματα

<https://nos.org.uk/for-health-professionals/professional-development/e-learning-and-training/> – ένα διαδραστικό μάθημα κατάρτισης που επιτρέπει σε κάθε κλινικό να βελτιώσει τις γνώσεις και την ικανότητα να παρέχει εξαιρετική φροντίδα υγείας σε άτομα που είναι σε κίνδυνο ή έχουν οστεοπόρωση/κατάγματα ευθραυστότητας.

<https://www.cme.nof.org/BoneSource™> – το επαγγελματικό πρόγραμμα του NOF, προάγει την αριστεία στην κλινική φροντίδα για όλους τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της οστεοπόρωσης.

Παράδειγμα ιστοτόπων:

www.capturethefracture.org/

www.iofbonehealth.org

www.nos.org.uk

www.nof.org

Παραδείγματα βιβλίων, άρθρων και οδηγιών

Curtis, E.M. Moon, R.J. Harvey, N.C. Cooper, C. (2017) The impact of fragility fracture and approaches to osteoporosis risk assessment worldwide Bone. 104:29-38, 7-17 <http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2017.01.024>

Falschi P & Marsh D (Eds) (2017) Orthogeriatrics. Springer: Switzerland

Walsh JS (2017), Normal bone physiology, remodelling and its hormonal regulation. Surgery <https://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2017.10.006>

1.5.8. Αυτοαξιολόγηση

- Συζητήστε με την τοπική ομάδα εάν εφαρμόζονται σωστά οι εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης και την πρόληψη των καταγμάτων ευθραυστότητας.
- Διεξάγετε συνεδρίες αξιολόγησης μεταξύ συναδέλφων στην ομάδα, αναγνωρίζοντας πως η επίδοση της ομάδας επιδρά στις εκβάσεις των ασθενών και αναπτύξτε σχέδια δράσης για την περαιτέρω βελτίωση της πρακτικής.
- Επιχειρήστε αξιολογήσεις που περιλαμβάνονται στα προαναφερθέντα μαθήματα μέσω διαδικτύου.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Hadjidakis DJ, Androulakis II (2006) Bone Remodeling. *Ann N Y Acad Sci* 10982(1):385–396
2. Parfitt AM (1982) The coupling of bone formation to bone resorption: critical analysis of the concept and its relevance to the pathogenesis of osteoporosis. *Metab Bone Dis Relat Res* 4(1):1–6
3. KlossFR, Gassner R (2006) Bone and aging: effects on the maxillofacial skeleton. *Exp Gerontol* 41(2):123–129
4. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention Diagnosis and Therapy (2001) *JAMA* 285(6):785–795
5. Dempster DW, Raisz LG (2015) Bone physiology: bone cells, modelling and remodelling. In: Holick MF, Nieves JW (eds) *Nutrition and bone health*. Humana Press, Totowa, pp 37–56
6. Consensus Development Conference (1993) Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. *Am J Med* 94(6):646–650
7. Hernlund E et al (2013) Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Arch Osteoporos* 8:136
8. Brown JP, Josse RG (2002) Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *Can Med Assoc J* 67(10 Suppl):S1–S34
9. Kanis JA et al (2001) The burden of osteoporotic fractures: a method for setting intervention thresholds. *Osteoporos Int* 12(5):417–427
10. Rose SH et al (1982) Epidemiologic features of humeral fractures. *Clin Orthop Relat Res* 168:24–30
11. Nellans KW et al (2012) The epidemiology of distal radius fractures. *Hand Clin* 28(2):113–125
12. Bukata SV et al (2011) A guide to improving the care of patients with fragility fractures. *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 2(1):5–37
13. Ensrud KE (2013) Epidemiology of fracture risk with advancing age. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 8(10):1236–1242
14. International Osteoporosis Foundation. Who's at risk. <https://www.iofbonehealth.org/whos-risk>
15. Kanis JA et al (2005) Alcohol intake as a risk factor for fracture. *Osteoporos Int* 16(7):737–742
16. Kanis JA et al (2005) Smoking and fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporos Int* 16(2):155–162
17. Dawson-Hughes B et al (2005) Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporos Int* 16(7):713–716
18. Wright A (1998) Nursing interventions with advanced osteoporosis. *Home Healthc Nurse* 16(3):144–151
19. World Health Organization (1994) Assessment of fracture risk and its implication to screening for postmenopausal osteoporosis: Technical report series 843. WHO, Geneva
20. Kanis JA (2002) Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. *Lancet* 359(9321):1929–1936
21. Kanis JA et al (2008) FRAX™ and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporos Int* 19(4):385–397
22. Fitzpatrick LA (2002) Secondary causes of osteoporosis. *Mayo Clin Proc* 77(5):453–468
23. Kanis JA et al (2014) The osteoporosis treatment gap. *J Bone Miner Res* 29(9):1926–1928
24. Netelenbos J et al (2011) Adherence and profile of non-persistence in patients treated for osteoporosis—a large-scale, long-term retrospective study in The Netherlands. *Osteoporos Int* 22(5):1537–1546

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

2. Ευπάθεια, Σαρκοπενία και Πτώσεις

Andréa Marques και Cármen Queirós

Η έρευνα επιβεβαιώνει ότι η ευπάθεια, η σαρκοπενία και οι πτώσεις σχετίζονται ισχυρά [1] και αμφότερες αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες αρνητικών εκβάσεων για την υγεία, όπως πτώσεις, αναπηρία, νοσηλεία και θάνατος [2]. Οι παρεμβάσεις για την αναστρεψιμότητα της ευπάθειας και τη θεραπεία της σαρκοπενίας είναι απαραίτητες [3], καθώς εκτιμάται ότι έως το 2025 το 20% περίπου του πληθυσμού στις αναπτυγμένες χώρες θα είναι 65 ετών και άνω. Καθώς ο αριθμός των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων αυξάνεται, οι ανάγκες τους θα αποτελούν όλο και πιο σημαντικό ζήτημα υγείας. Η μείωση της σωματικής λειτουργικότητας μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ανεξαρτησίας, ανάγκη νοσηλείας και μακροχρόνιας παραμονής σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων και πρόωρο θάνατο. Η σημασία των φυσικών, λειτουργικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων για την επίτευξη υγιούς γήρανσης αναγνωρίζεται από τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, τους επαγγελματίες υγείας, τους συμβούλους πολιτικών και τους υπεύθυνους για τη λήψη των αποφάσεων.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει ανασκόπηση των εννοιών της ευπάθειας, της σαρκοπενίας και των πτώσεων, καθώς και των παρεμβάσεων για τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Αυτές οι παρεμβάσεις πραγματοποιούνται από νοσηλεύτες και άλλους επαγγελματίες υγείας, μπορούν να επηρεάσουν θετικά την υγεία και τη λειτουργικότητα και πιθανώς προάγουν την ανεξαρτησία των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων με ευπάθεια και σαρκοπενία.

2.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου και μετά από περαιτέρω μελέτη, ο νοσηλευτής θα είναι σε θέση να:

- Αναγνωρίζει τα άτομα με ευπάθεια, χαμηλή μυϊκή μάζα και μειωμένη μυϊκή ισχύ.
- Προάγει την υγεία και να προλαμβάνει την κακή υγεία σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με ευπάθεια και σαρκοπενία.
- Προγραμματίζει παρεμβάσεις για ασθενείς με ευπάθεια και σαρκοπενία.
- Εκπαιδεύει άτομα μεγαλύτερης ηλικίας σχετικά με την ευπάθεια, τη σαρκοπενία και την πρόληψη των πτώσεων.
- Προάγει τη σωστή διατροφή και σωματική άσκηση σε ασθενείς με ευπάθεια και σαρκοπενία.

2.2. Ευπάθεια

Η ευπάθεια είναι μία σύνθετη κοινωνική πρόκληση της γήρανσης του πληθυσμού και έχει σημαντικές επιπτώσεις στις εκβάσεις των ασθενών και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας [4]. Δεν υπάρχει κάποιος καθολικά αποδεκτός ορισμός [4, 5], ωστόσο οι ειδικοί συμφωνούν ότι πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από αυξημένη ευαλωτότητα και μειωμένη αντίσταση στους στρεσογόνους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν δυσλειτουργία και αύξηση των κινδύνων [6, 7]. Ένα μικρό στρες ή ένα γεγονός όπως μία τυχαία πτώση ή λοίμωξη μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση της υγείας του ατόμου και να αυξήσει την

A. Marques, R.N., M.Sc., Ph.D.

Rheumatology Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

e-mail: amarques@reumahuc.org

C. Queirós

Nursing School of Coimbra, Esenf, Portugal

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

e-mail: carmenqueiros@gmail.com

εξάρτηση ή/ και τη θνησιμότητα. Στο Πλαίσιο 2.1 αποτυπώνονται οι βασικές έννοιες των ορισμών της ευπάθειας.

Η ευπάθεια μπορεί να είναι σωματική ή ψυχολογική ή συνδυασμός των δύο, με δύο κοινά μοντέλα να χρησιμοποιούνται για να την εξηγήσουν: 1) η ευπάθεια θεωρείται σύνδρομο στο οποίο η σαρκοπενία (απώλεια μυών με τη γήρανση) αποτελεί την κύρια υποκείμενη έννοια [8] και κάθε ασθενής πληροί τουλάχιστον τρία κριτήρια από μία λίστα χαρακτηριστικών που περιλαμβάνει την ακούσια απώλεια βάρους, την εξάντληση, την αδυναμία, τη βραδύτητα και τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα, και 2) η ευπάθεια αναγνωρίζεται ως το άθροισμα των ελλειμμάτων και των μη ειδικών διαταραχών ενός ατόμου [9], τα οποία εμποδίζουν τα άτομα να ξεκινήσουν μία αποτελεσματική αντίδραση σε στρεσογόνους για την υγεία παράγοντες, οδηγώντας σε αρνητικές εκβάσεις για την υγεία [6, 10].

Ανεξάρτητα από την προοπτική, οι ασθενείς με ευπάθεια διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης δυσμενών επιπτώσεων για την υγεία, όπως οι πτώσεις, η νοσηλεία, η μείωση της κινητικότητας, η αναπηρία, η ιδρυματοποίηση και ο θάνατος [5, 6, 8] και η αξιολόγηση των ασθενών με ευπάθεια αποτελεί σημαντική παράμετρο της διαδικασίας αξιολόγησης με πολλά διαθέσιμα εργαλεία. Σε επιδημιολογικές μελέτες [11] έχει εκτιμηθεί ότι ο επιπολασμός της ευπάθειας κυμαίνεται μεταξύ 4% και 59%, αναλόγως με τον πληθυσμό που μελετάται [12], το φύλο (υψηλότερο στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες) και την ηλικία (τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα έχουν υψηλότερο επιπολασμό) [13,14].

Πλαίσιο 2.1: Ορισμός της Ευπάθειας

- Κλινικό σύνδρομο
- Αυξημένη ευαλωτότητα
- Μειωμένη αντίσταση σε στρεσογόνους παράγοντες
- Μπορεί να προκαλέσει λειτουργική βλάβη
- Κίνδυνος ανεπιθύμητων εκβάσεων για την υγεία

2.2.1. Αξιολόγηση

Η έγκαιρη διάγνωση της ευπάθειας μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα και έχει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των καταγμάτων στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας [15]. Όλα τα άτομα άνω των 70 ετών και όλα τα άτομα με μη σκόπιμη και σημαντική απώλεια βάρους θα πρέπει να αξιολογούνται για ευπάθεια [6]. Στο Πλαίσιο 2.2 παρέχεται μία επισκόπηση των πιο συχνά χρησιμοποιούμενων εργαλείων.

Σε μία ολοκληρωμένη ανασκόπηση βρέθηκαν 67 εργαλεία για την αξιολόγηση της ευπάθειας. Από αυτά, τα εννέα αναφέρονταν με μεγαλύτερη συχνότητα: το Physical Frailty Phenotype (PFP, επίσης γνωστό ως «φαινότυπος Fried» ή «CHS Frailty Phenotype»), το Deficit Accumulation Index (DAI), επίσης γνωστό ως «Frailty Index»), το Gill Frailty Measure, η Frailty/Vigour Assessment, η Clinical Frailty Scale, το Brief Frailty Instrument, το Vulnerable Elders Survey (VES-13), η FRAIL Scale και το Winograd Screening Instrument, εκ των οποίων κανένα δεν βρέθηκε μεταφρασμένο στα ελληνικά. Η επιλογή ενός συγκεκριμένου εργαλείου αξιολόγησης της ευπάθειας θα πρέπει να βασίζεται στον σκοπό, τη θεωρητική προσέγγιση, την εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής του και την εφαρμοσιμότητά του στο κλινικό περιβάλλον [16]. Πιο πρόσφατα, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση ομπρέλα για τον εντοπισμό των πλέον έγκυρων, αξιόπιστων και διαγνωστικών ακριβέστερων εργαλείων διαλογής της ευπάθειας [11], καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι μόνο μερικά από τα παραπάνω μέτρα ευπάθειας επιδεικνύουν αυτά τα χαρακτηριστικά. Ανάμεσά τους, ο Frailty Index εμφανίστηκε ως ο πιο χρήσιμος κατά τη συμβατική φροντίδα και στην κοινότητα. Ωστόσο, η ανασκόπηση δεν μπόρεσε να εντοπίσει ένα κατάλληλο εργαλείο για την αξιολόγηση της ευπάθειας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει καθολικά κατάλληλο εργαλείο διαλογής για την αναγνώριση της ευπάθειας που θα μπορούσε να συνιστάται. Είναι σημαντικό, ωστόσο, να παρουσιασθεί μία επισκόπηση των πλέον χρησιμοποιούμενων εργαλείων.

Ο Physical Frailty Phenotype (PFP, Fried, CHS Frailty Phenotype) αναπτύχθηκε μετά από παρατηρήσεις 5000 ανδρών και γυναικών ηλικίας ≥ 65 ετών από τη Μελέτη Καρδιαγγειακής Υγείας (Cardiovascular Health Study) [8]. Αυτό το εργαλείο ορίζει την ευπάθεια ως την παρουσία πέντε κριτηρίων: απώλεια βάρους ($\geq 5\%$ του σωματικού βάρους κατά το προηγούμενο έτος), αδυναμία (μειωμένη δύναμη δραγμού/ λαβής),

εξάντληση (αυτοαναφερόμενες απαντήσεις σε ερωτήσεις σχετικά με την προσπάθεια που απαιτείται για τη δραστηριότητα), βραδύτητα στη βάδιση (ταχύτητα βάδισης ≥ 6 έως 7 δευτερόλεπτα για να περπατήσει 4,5 περίπου μέτρα) και μειωμένη σωματική δραστηριότητα (Kcal που δαπανώνται κατά τη δραστηριότητα ανά εβδομάδα: άντρες <383 Kcal και γυναίκες <270 Kcal) [8]. Η αξιολόγηση απαιτεί εξειδικευμένο εξοπλισμό για τη μέτρηση της δύναμης δραγμού και περιλαμβάνει τη συμμετοχή του ασθενούς για τον υπολογισμό της ταχύτητας βάδισης. Ο PFP διευκολύνει επίσης τον εντοπισμό της «προ-ευπάθειας», όταν απαντώνται ένα ή δύο από τα κριτήρια για την ευπάθεια.

Ο Deficit Accumulation ή Frailty Index [9] βασίζεται στο συσσωρευμένο ατομικό φορτίο ασθενειών, αποκλίσεων της λειτουργικότητας και της νόησης και άλλων ελλειμμάτων που σχετίζονται με την υγεία, τα οποία σε συνδυασμό παρέχουν μία ευέλικτη αποτίμηση της ευπάθειας. Τα ελλείμματα προσμετρώνται με την απάντηση σε ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με ζητήματα ιατρικά και λειτουργικότητας, επιτρέποντας τον ποσοτικό προσδιορισμό του δείκτη ευπάθειας: όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ελλειμμάτων, τόσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία/συνολικός δείκτης ευπάθειας. Μία αξιολόγηση που προσδιορίζει βαθμολογία 30 έως 40 ελλειμμάτων έχει αποδειχθεί ότι είναι σε θέση να προβλέψει αρνητικές εκβάσεις για την υγεία [9, 17]. Ένα πλεονέκτημα της χρήσης αυτού του εργαλείου, έναντι του PFP, είναι ότι δεν απαιτεί συνέντευξη ή εξέταση του ασθενούς, καθώς οι πληροφορίες μπορούν να ανακτηθούν από τον φάκελο υγείας.

Ορισμένα άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται συνήθως για την αξιολόγηση της ευπάθειας είναι ταχύτερα στη χρήση και, ως εκ τούτου, ευκολότερα για τους νοσηλευτές να τα εφαρμόσουν: για παράδειγμα, η Clinical Frailty Scale, η FRAIL Scale και το εργαλείο ευπάθειας της Μελέτης των Οστεοπορωτικών Καταγμάτων (Study of Osteoporotic Fractures-SOF). Η Clinical Frailty Scale χρησιμοποιεί εικονογραφήματα και περιγραφικούς δείκτες για την κατηγοριοποίηση των ατόμων μεταξύ εκείνων που βρίσκονται σε πολύ καλή φυσική κατάσταση (-1) και εξαιρετικά ευπαθών (-7). Η αξιολόγηση περιλαμβάνει αυτοαναφορές (χωρίς την αναγκαιότητα προσωπικής εξέτασης) σχετικά με τη συννοσηρότητα και την ανάγκη για βοήθεια στις Δραστηριότητες της Καθημερινής Ζωής [18, 19]. Η κλίμακα αποτελείται από 5 ερωτήσεις σύμφωνα με το ακρωνύμιο «FRAIL»: F (fatigue)= κόπωση, R (resistance)= αντοχή, A (ambulation)= κινητοποίηση, I (illnesses)= ασθένειες και L (loss of weight)= απώλεια βάρους [20, 21]. Τρεις ή περισσότερες θετικές απαντήσεις υποδεικνύουν ευπάθεια και μία ή δύο θετικές απαντήσεις υποδηλώνουν προ-ευπάθεια. Το εργαλείο ευπάθειας της Μελέτης Οστεοπορωτικών Καταγμάτων (SOF) αξιολογεί την ευπάθεια σύμφωνα με τρία χαρακτηριστικά: την απώλεια 5% του σωματικού βάρους κατά το τελευταίο έτος, την ανικανότητα του ατόμου να σηκωθεί από μία καρέκλα πέντε φορές χωρίς τη χρήση των άνω άκρων και το αίσθημα πλήρους ενέργειας. Δύο θετικές απαντήσεις σε ό,τι αφορά στο πρώτο και το δεύτερο χαρακτηριστικό ή/ και αρνητική στο τελευταίο ταξινομούν το άτομο ως ευπαθές [22].

Πλαίσιο 2.2: Αξιολόγηση της Ευπάθειας

- Άτομα άνω των 70 ετών
- Άτομα με ακούσια και σημαντική απώλεια βάρους ($\geq 5\%$)
- Τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι:
 - Physical Frailty Phenotype
 - Frailty index
- Άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται συνήθως τα οποία είναι συντομότερα και πιο εύκολο να υιοθετηθούν:
 - Clinical Frailty Scale
 - FRAIL Scale
 - Εργαλείο Ευπάθειας της Μελέτης των Οστεοπορωτικών Καταγμάτων (SOF)

2.2.2. Παρεμβάσεις

Οι παρεμβάσεις φροντίδας υγείας μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση του βαθμού ευπάθειας με την πάροδο του χρόνου [6]. Τα τεκμήρια αφορούν σε τέσσερις πιθανές παρεμβάσεις (Πλαίσιο 2.3): (1) άσκηση (αεροβική και αντοχής), (2) συμπλήρωση θερμίδων και πρωτεϊνών, (3) συμπλήρωση βιταμίνης D και (4) μείωση πολυφαρμακίας [6, 14, 21]:

- Η οργανωμένη άσκηση μπορεί να βελτιώσει τη μυϊκή δύναμη και τη σωματική απόδοση και λειτουργικότητα [23], καθώς επίσης να μειώσει την κατάθλιψη και τον φόβο των πτώσεων [6]. Ένας συνδυασμός ειδικά καθορισμένων και σχεδιασμένων ασκήσεων αεροβικής και αντίστασης μειώνει την ευπάθεια και είναι αποτελεσματικός στην πρόληψη των δυσμενών εκβάσεων [24, 25]. Σε μία συστηματική ανασκόπηση φάνηκε ότι ένα πρόγραμμα άσκησης, που συνεχίστηκε τρεις φορές την εβδομάδα για 30-45 λεπτά ανά συνεδρία για περίπου 5 μήνες, είχε θετική επίδραση [26].
- Σε ευπαθή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με σημαντική απώλεια βάρους, είναι σημαντικό να προσδιορισθεί η αιτία (Κεφάλαιο 8). Η συμπλήρωση διατροφικών θερμίδων έχει αποδειχθεί επιτυχής στην επίτευξη αύξησης βάρους και στη μείωση επιπλοκών σε άτομα σε κατάσταση υποθρεψίας [27]. Η συμπλήρωση με 15g πρωτεΐνης δύο φορές την ημέρα για 24 εβδομάδες βελτιώνει τη μυϊκή δύναμη και τη φυσική απόδοση [28], ενώ τα εκ του στόματος συμπληρώματα διατροφής προσφέρουν επιπλέον πρωτεΐνες και θερμίδες.
- Η συμπλήρωση με βιταμίνη D μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο στην πρόληψη ή τη θεραπεία της ευπάθειας, ενισχύοντας την ισορροπία και διατηρώντας τη μυϊκή δύναμη [29], αλλά ενώ αυτό πιθανώς είναι επωφελές για τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα με ευπάθεια, δεν έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες μεγάλης κλίμακας που να επιβεβαιώνουν αυτήν την υπόθεση γενικότερα [6].
- Η πραγματοποίηση μίας ανασκόπησης των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής και η εξέταση των ανεπιθύμητων ενεργειών τους, των αλληλεπιδράσεων και των συνεπειών τους για την ευπάθεια είναι απαραίτητη. Η αναθεώρηση της φαρμακευτικής αγωγής και η μείωση της πολυφαρμακίας έχουν επίσης προταθεί ως μία επιλογή για τη βελτίωση των εκβάσεων, ιδίως στη μείωση της θνησιμότητας, των εισαγωγών στο νοσοκομείο και των πτώσεων [30].

Αυτές οι τέσσερις παρεμβάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μετά την αξιολόγηση της ευπάθειας, έτσι ώστε να μπορούν να προσαρμοσθούν εξατομικευμένα για να στοχεύουν σε συγκεκριμένα εντοπισμένα προβλήματα και ανάγκες [31].

Πλαίσιο 2.3: Παρεμβάσεις

- Άσκηση (αεροβική και αντίστασης)
- Συμπλήρωση θερμίδων και πρωτεϊνών
- Συμπλήρωση με βιταμίνη D
- Μείωση της πολυφαρμακίας

2.3. Σαρκοπενία

Η φυσιολογική γήρανση προκαλεί μεταβολές στη σύνθεση του σώματος [32]. Συνήθως, το σωματικό βάρος αυξάνεται κατά την ενηλικίωση και κορυφώνεται στην ηλικία των 65 ετών στις γυναίκες και των 54 ετών στους άνδρες [33]. Η μυϊκή μάζα χάνεται με ρυθμό περίπου 8% ανά δεκαετία μεταξύ των ηλικιών 50 και 70 ετών, ενώ η απώλεια βάρους συνδυάζεται με μία επιταχυνόμενη απώλεια μυϊκής μάζας, φθάνοντας σε ποσοστό 15% κάθε δεκαετία [33]. Ο συνολικός επιπολασμός της σαρκοπενίας αναφέρεται ότι είναι 10% [34]. Με τη συνεχιζόμενη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, η σαρκοπενία καθίσταται ένα σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Η σαρκοπενία συνδέεται με τη διαδικασία γήρανσης [35]. Η απώλεια μυϊκής μάζας και δύναμης, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την ισορροπία, τη βάρδιση και τη συνολική ικανότητα εκτέλεσης των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, αποτελεί σήμα κατατεθέν αυτής της νόσου, που είναι επίσης ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για αναπηρία [36]. Ο κίνδυνος αναπηρίας είναι 1,5 έως 4,6 φορές υψηλότερος στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με σαρκοπενία σε σχέση με τα άτομα με φυσιολογική μυϊκή μάζα. Αυτές οι συχνές αλλαγές λόγω της γήρανσης των σκελετικών μυών είναι σημαντικές αιτίες μείωσης της φυσικής λειτουργικότητας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, συμβάλλοντας στην εξασθένηση της κινητικότητας, τις πτώσεις και τη νοσηλεία. Οι αιτίες της σαρκοπενίας είναι πολυπαραγοντικές και μπορεί να περιλαμβάνουν την αχρησία των μυών,

τις αλλαγές στην ενδοκρινική λειτουργία, χρόνιες ασθένειες, φλεγμονή, αντίσταση στην ινσουλίνη και διατροφικά ελλείμματα [38]. Η μείωση της τεστοστερόνης και των οιστρογόνων που συνοδεύει τη γήρανση φαίνεται να επιταχύνει την ανάπτυξη της σαρκοπενίας [39].

2.3.1. Προσυμπτωματικός Έλεγχος Διαλογής και Αξιολόγηση για τη Σαρκοπενία

Η σαρκοπενία, όπως και πολλές άλλες καταστάσεις υγείας, είναι ασυμπτωματική στα αρχικά της στάδια, όταν οι παρεμβάσεις μπορούν να αποτρέψουν καλύτερα τις αρνητικές εκβάσεις για την υγεία [40]. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος διαλογής δεν αποτελεί επί του παρόντος ρουτίνα της κλινικής πρακτικής, εν μέρει λόγω της έλλειψης κατάλληλων στρατηγικών προσυμπτωματικού ελέγχου [41]. Μία ιδανική μέθοδος διαλογής πρέπει να είναι φθηνή, αποδεκτή και εύκολα υλοποιήσιμη χωρίς να απαιτείται επιπρόσθετη εκπαίδευση [42]. Αρκετές ομάδες εμπειρογνομόνων έχουν συγκληθεί με σκοπό την επίτευξη συμφωνίας σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σαρκοπενία [43-46]. Ένα κοινό θέμα είναι ότι η διάγνωση της σαρκοπενίας πρέπει να περιλαμβάνει την εξακρίβωση τόσο της χαμηλής μυϊκής μάζας όσο και της πτωχής μυϊκής λειτουργίας, που υποδεικνύονται είτε από τη μειωμένη μυϊκή ισχύ είτε από την έκπτωση στη φυσική απόδοση, όπως η αργή ταχύτητα βηματισμού. Στη συμφωνία της Ευρωπαϊκής Ομάδας Εργασίας για τη Σαρκοπενία στα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα (European Working Group on Sarcopenia in Older People- EWGSOP) αναφέρεται συνοπτικά ένας αλγόριθμος για τη βελτίωση της ανίχνευσης και της διάγνωσης της σαρκοπενίας. Στο Πλαίσιο 2.4 παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια. Ασθενείς με ταχύτητα βάδισης 0,8 m/s ή λιγότερο θα πρέπει στη συνέχεια να υποβάλλονται σε μία δεύτερη αξιολόγηση απόδοσης, όπως η δύναμη δραγμού. Τα άτομα που πληρούν τα κριτήρια μειωμένης δύναμης δραγμού/λαβής πρέπει να αξιολογούνται με τη μέθοδο της Απορροφησιομετρίας Ακτίνων Χ Διπλής Ενέργειας [Dual-energy X-ray absorptiometry- DXA (Κεφάλαιο 1)] ή με ανάλυση βιοηλεκτρικής αντίστασης (bioelectrical impedance analysis- BIA) για να επιβεβαιωθεί η παρουσία ή απουσία σαρκοπενίας [44].

Πλαίσιο 2.4: Διαγνωστικά Κριτήρια για τη Σαρκοπενία

Η σαρκοπενία θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με την παρουσία του κριτηρίου 1 και επιπλέον του κριτηρίου 2 ή 3:

Κριτήριο 1: Χαμηλή μυϊκή μάζα

DXA >2 τυπικές αποκλίσεις κάτω από το μέσο όρο των νεότερων ενηλίκων:

- Άνδρες <7.26 kg/m²
- Γυναίκες <5.5 kg/m²

Το χαμηλότερο 20% της κατανομής των μυών του περιφερικού σκελετού σε κανονικό πληθυσμό (ηλικίας 65 ετών και άνω)

- Άνδρες <7.23 kg/m²
- Γυναίκες <5.67 kg/m²

Το χαμηλότερο 20% της κατανομής του υπολείμματος των μυών του περιφερικού σκελετού προσαρμοσμένο ανά ύψος και μάζα λίπους

- Άνδρες <2.29
- Γυναίκες <1.73

Ανάλυση βιοηλεκτρικής αντίστασης >2 τυπικές αποκλίσεις κάτω από το μέσο όρο των νεότερων ενηλίκων

- Άνδρες <8.87 kg/m²
- Γυναίκες <6.42 kg/m²

Κριτήριο 2: Μειωμένη ισχύς δραγμαού

- Άνδρες: <30kg
- Γυναίκες: <20kg

Κριτήριο 3: Μειωμένη φυσική δραστηριότητα

- Βαθμολογία στο τεστ συνοπτικής εξέτασης της φυσικής κατάστασης (Short Performance Battery-SPPB) ≤ 8
- Ταχύτητα βάδισης <0,8m/ s

2.3.2. Οι Κλινικές Συνέπειες της Σαρκοπενίας

Η οστεοπόρωση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για τον μελλοντικό κίνδυνο κατάγματος και η σαρκοπενία είναι ισχυρός προγνωστικός δείκτης της μελλοντικής αναπηρίας [32]. Η μειωμένη μυϊκή μάζα και δύναμη σχετίζονται επίσης με χαμηλότερη οστική πυκνότητα [47, 48], σύμφωνα με τη θεωρία «του μηχανοστάτη» (mechanostat) για την οστική απώλεια λόγω των μειωμένων δυνάμεων που εξασκούν οι μύες στα οστά [49]. Πράγματι, η σαρκοπενία μπορεί να συμβάλλει στις πτώσεις και, ως εκ τούτου, να αυξήσει τον κίνδυνο κατάγματος [50,51]. Επομένως, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι υπάρχουν τεκμήρια πως η χαμηλή μυϊκή μάζα και δύναμη σχετίζονται με τα κατάγματα [51]. Σε αρκετές μελέτες έχει επιβεβαιωθεί η σχέση μεταξύ χαμηλής μυϊκής μάζας, μελλοντικής έκπτωσης της λειτουργικότητας και σωματικής αναπηρίας [2]. Η σωματική αδράνεια ή η μειωμένη σωματική δραστηριότητα αποτελούν μέρος των υποκείμενων μηχανισμών της σαρκοπενίας, άρα η σωματική δραστηριότητα είναι σημαντική για την αντιστροφή ή την τροποποίησή της. Έχουν προταθεί διάφορες παρεμβάσεις για τη θεραπεία αυτής της απώλειας μυών και δύναμης, αλλά η άσκηση είναι κεντρικής σημασίας. Η σαρκοπενία έχει επίσης συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα [52, 53]. Η σαρκοπενία μπορεί επίσης να σχετίζεται με μεταβολικά και καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία και η υπέρταση [32].

2.3.3. Παρεμβάσεις για την Πρόληψη της Σαρκοπενίας

Είναι προτιμότερο να αποφευχθεί η προοδευτική απώλεια της σκελετικής μυϊκής μάζας, της δύναμης και της λειτουργικότητας, αντί να γίνουν προσπάθειες αποκατάστασής τους αργότερα, επομένως προληπτικές στρατηγικές θα πρέπει να ξεκινήσουν νωρίς, πριν να συμβεί απώλεια σκελετικής μυϊκής μάζας και δύναμης.

Οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν άσκηση συνδέονται με σημαντικότερη βελτίωση της σαρκοπενίας. Τα οφέλη της σωματικής άσκησης στον πληθυσμό των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας περιλαμβάνουν τη χαμηλότερη θνησιμότητα και τη λειτουργική ανεξαρτησία (Κεφάλαιο 6). Υπάρχουν τέσσερις συγκεκριμένες κατηγορίες συνιστώμενης άσκησης (1) αεροβική άσκηση, (2) άσκηση προοδευτικής αντίστασης, (3) ασκήσεις ευλυγισίας και (4) ασκήσεις ισορροπίας [3].

Η διατροφή είναι επίσης σημαντική για την πρόληψη και αντιστροφή της σαρκοπενίας (Κεφάλαιο 7). Η αύξηση της ηλικίας συνδέεται με μειωμένη όρεξη και πρόωρη αίσθηση κορεσμού, με αποτέλεσμα πολλά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να μην καλύπτουν τις συνιστώμενες ημερήσιες διατροφικές απαιτήσεις για πρωτεΐνη, γεγονός που έχει σημαντικές επιπτώσεις στους σκελετικούς μύες [54]. Τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα χρειάζονται περισσότερη πρωτεΐνη (μέχρι και 1,2g/ kg/ ημέρα) για να αντιροπήσουν τις αλλαγές στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών που επέρχονται με την ηλικία και την κατάσταση αυξημένου καταβολισμού που σχετίζεται με χρόνια ή οξεία νόσο [55].

Ο συνδυασμός των παρεμβάσεων άσκησης και διατροφής είναι το κλειδί για την πρόληψη, τη θεραπεία και την επιβράδυνση της εξέλιξης της σαρκοπενίας [54]. Φαρμακολογικοί παράγοντες βρίσκονται υπό έρευνα, αλλά δεν υπάρχει αποδεδειγμένο όφελος από τη χρήση τους προς το παρόν. Φαρμακολογικοί παράγοντες όπως οι αναστολείς μυοστατίνης, η τεστοστερόνη, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης και οι παράγοντες ρύθμισης της γκρελίνης διερευνούνται για τη θεραπεία της σαρκοπενίας, αλλά υπάρχουν ανεπαρκή τεκμήρια για την υποστήριξη της χρήσης τους. Τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D στον ορρό σχετίζονται με μειωμένη μυϊκή δύναμη και έχει επίσης καταδειχθεί μία δοσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ των επιπέδων της βιταμίνης στον ορρό και της υγείας των μυών. Εάν τα επίπεδα στον ορρό είναι χαμηλά, η βιταμίνη D πρέπει να συμπληρωθεί με δόση αναπλήρωσης που κυμαίνεται από 700 έως 1000 IU/ ημέρα [56].

Πλαίσιο 2.5: Οι Πολλαπλοί Παράγοντες που Συμβάλλουν Συνολικά στην Ευπάθεια, τη Σαρκοπενία και τις Πτώσεις

Πιθανώς θεραπεύσιμοι:

- Κοινωνικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής απομόνωσης, άτομα που ζουν μόνα τους
- Έλλειψη πρόσβασης σε μέσα μεταφοράς
- Κακομεταχείριση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας
- Φτώχεια και επισιτιστική ανασφάλεια
- Παράλειψη εξασφάλισης εθνικών προτιμήσεων για τα τρόφιμα
- Αδυναμία προετοιμασίας και μαγειρέματος γευμάτων ή σίτισης
- Αδυναμία αγορών
- Αλκοολισμός

Ιατρικοί λόγοι:

- Νοσήματα του θυρεοειδούς
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Γαστρεντερική νόσος που επηρεάζει την απορρόφηση, ανορεξία (αντιβιοτικά/ διγοξίνη), πρόωρος κορεσμός (αντιχολινεργικά φάρμακα), μειωμένη ικανότητα για σίτιση (ηρεμιστικά/ ψυχοτρόπα), δυσφαγία (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη), δυσκοιλιότητα (οπιοειδή/ διουρητικά), διάρροια (υπακτικά/ αντιβιοτικά), αυξημένου μεταβολισμού (θυροξίνη)
- Αισθητηριακές διαταραχές- όρασης/ ακοής
- Στοματικά προβλήματα, π.χ. οδοντοστοιχία που δεν προσαρμόζεται σωστά
- Προβλήματα κατάποσης/ δυσφαγία, διατροφή με πηκτές τροφές
- Πτώχή διαχείριση του πόνου ή της δυσκοιλιότητας

Πιο δύσκολοι στη θεραπεία:

- Ιατρικοί παράγοντες
- Απώλεια γεύσης και όσφρησης, περιορισμοί στη διατροφή
- Γνωστική λειτουργία - άνοια
- Καταβολισμός
- Γαστρίτιδα
- Καρκίνος
- Διάθεση- κατάθλιψη, παράνοια
- Φάρμακα/ πολυφαρμακία

Η εφαρμογή παρεμβάσεων για την ευπάθεια και τη σαρκοπενία παρουσιάζει πολλές προκλήσεις και εμπόδια. Σε μία συστηματική ανασκόπηση φάνηκε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας πιστεύουν ότι η άσκηση είναι περιττή ή ακόμη και δυνητικά επιβλαβής [58]. Άλλοι αναγνωρίζουν τα οφέλη της άσκησης, αλλά αναφέρουν μία σειρά εμποδίων για τη συμμετοχή τους σε παρεμβάσεις άσκησης. Η ευαισθητοποίηση είναι σημαντική για τη βελτίωση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στην άσκηση και για την πρόληψη της σαρκοπενίας.

Ένα άλλο εμπόδιο που πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά τον σχεδιασμό μακροπρόθεσμων στρατηγικών πρόληψης και θεραπείας της σαρκοπενίας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι η οικονομική δυνατότητα να συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης [59]. Παράγοντες όπως η πρόσβαση στην τροφή, η οικονομική και η κοινωνική απομόνωση μπορεί να επηρεάσουν όλες τις ικανότητες ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας να επιτύχει τη βέλτιστη πρόσληψη τροφής.

2.4. Η Σχέση μεταξύ Ευπάθειας, Σαρκοπενίας και Πτώσεων

Οι πτώσεις στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνδέονται με πολλαπλές βλάβες, ιδιαίτερα στη μυϊκή λειτουργία, την ισορροπία και τη γνωστική λειτουργία, έτσι είναι καλύτερα κατανοητό ότι προκύπτουν από πολύπλοκη αποτυχία συστημάτων ως μέρος του συνδρόμου ευθραυστότητας επί παρουσίας σαρκοπενίας [57]. Οι πτώσεις και η πρόληψή τους εξετάζονται λεπτομερέστερα στο Κεφάλαιο 3. Στο Πλαίσιο 2.5 παρέχεται μία επισκόπηση των πολλαπλών παραγόντων που συμβάλλουν συλλογικά στην ευπάθεια, τη σαρκοπενία και τις πτώσεις, οι οποίοι περιλαμβάνουν μεταβολές κυττάρων και ιστών, καθώς και παράγοντες περιβάλλοντος και συμπεριφοράς.

2.5. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

Αναζήτηση πληροφοριών και διαδικτυακών προγραμμάτων σχετικά με τις επιπτώσεις της γήρανσης στα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα:

- <http://aginginmotion.org/>
- <https://nos.org.uk/for-health-professionals/>
- <https://www.cme.nof.org/>

Συζητήστε με τους ασθενείς, τους φροντιστές και το λοιπό προσωπικό σχετικά με τα πράγματα που πιστεύουν ότι οδηγούν στην/αποτρέπουν την ευπάθεια, τη σαρκοπενία και τις πτώσεις. Αναστοχαστείτε σχετικά με το τι υποδηλώνουν αυτές οι συζητήσεις σχετικά με το πώς θα μπορούσε να αναπτυχθεί η πρακτική για τη βελτίωση των εκβάσεων της κινητικότητας με τη συμμετοχή των ασθενών.

2.6. Αυτοαξιολόγηση

- Ζητήστε συμβουλές και καθοδήγηση από άλλους εξειδικευμένους κλινικούς.
- Συναντηθείτε με ειδικούς και άλλα μέλη της ομάδας για την ενημέρωση σχετικά με τα νέα τεκμήρια και διαδώστε τα στους συναδέλφους.
- Αναζητήστε σε τακτική βάση πρόσφατες νέες πρακτικές, καθοδήγηση, γνώσεις ή τεκμήρια.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Reijnierse EM et al (2016) Common ground? The concordance of sarcopenia and frailty definitions. *J Am Med Dir Assoc* 17(4):371.e7–371.12
2. Beaudart C et al (2017) Health outcomes of sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 12(1):e0169548
3. Lozano-Montoya I et al (2017) Nonpharmacological interventions to treat physical frailty and sarcopenia in older patients: a systematic overview—the SENATOR Project ONTOP Series. *Clin Interv Aging* 12:721–740
4. Sutton JL et al (2016) Psychometric properties of multicomponent tools designed to assess frailty in older adults: a systematic review. *BMC Geriatr* 16:55
5. Lohman MC et al (2017) Depression and frailty: concurrent risks for adverse health outcomes. *Aging Ment Health* 21(4):399–408
6. Morley JE et al (2013) Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* 14(6):392–397
7. Rodriguez-Manas L et al (2013) Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 68(1):62–67

8. Fried LP et al (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56(3):M146–MM57
9. Rockwood K, Mitnitski A (2007) Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 62(7):722–727
10. Chowdhury R et al (2017) Frailty and chronic kidney disease: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 68:135–142
11. Apostolo J et al (2017) Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 15(4):1154–1208
12. Wilson MG et al (2015) Interventions for preventing, delaying the onset, or decreasing the burden of frailty: an overview of systematic reviews. *Syst Rev* 4:128
13. Collard RM et al (2012) Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 60(8):1487–1492
14. Tello-Rodriguez T, Varela-Pinedo L (2016) Frailty in older adults: detection, community-based intervention, and decision-making in the management of chronic illnesses. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 33(2):328–334
15. Wei Chen K, Chang S-F (2017) Frailty was related with fracture: a systematic review. *Int J Nurs Health Sci* 3(1):1–4
16. Buta BJ et al (2016) Frailty assessment instruments: systematic characterization of the uses and contexts of highly-cited instruments. *Ageing Res Rev* 26:53–61
17. Searle SD et al (2008) A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatr* 8:24
18. Juma S (2016) Clinical Frailty Scale in an Acute Medicine Unit: a Simple Tool That Predicts Length of Stay. *Can Geriatr J* 19(2):34–39
19. Rockwood K et al (2005) A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 173(5):489–489
20. Morley JE et al (2012) A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging* 16(7):601–608
21. Morley JE (2014) Frailty screening comes of age. *J Nutr Health Aging* 18(5):453–454
22. Silva J et al (2017) Impact of insomnia on self-perceived health in the elderly. *Arq Neuropsiquiatr* 75(5):277–281
23. Cruz-Jentoft AJ (2014) Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). *Age Ageing* 43(6):748–759
24. Marzetti E et al (2017) Physical activity and exercise as countermeasures to physical frailty and sarcopenia. *Ageing Clin Exp Res* 29(1):35–42
25. Cesari M et al (2015) A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons—results from the LIFE-P study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 70(2):216–222
26. Theou O et al (2011) The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *J Aging Res* 569194
27. Milne AC et al (2009) Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD003288. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003288.pub3>
28. Tieland M et al (2012) Protein supplementation improves physical performance in frail elderly people: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* 13(8):720–726
29. Montero-Odasso M, Duque G (2005) Vitamin D in the aging musculoskeletal system: an authentic strength preserving hormone. *Mol Aspects Med* 26(3):203–219
30. Romera L et al (2014) Effectiveness of a primary care based multifactorial intervention to improve frailty parameters in the elderly: a randomised clinical trial: rationale and study design. *BMC Geriatr* 14:125
31. Cameron ID et al (2013) A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med* 11:65
32. Shaw SC (2017) Epidemiology of sarcopenia: determinants throughout the lifecourse. *Calcif Tissue Int* 101(3):229–247
33. Yu S et al (2014) Sarcopenia in older people. *Int J Evid Based Healthc* 12(4):227–243
34. Shafiee G et al (2017) Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and metaanalysis of general population studies. *J Diabetes Metab Disord* 16:21

35. Steen B (1988) Body Composition and Aging. *Nutr Rev* 46(2):45–51
36. Morley JE (2016) Frailty and Sarcopenia: the new geriatric giants. *Rev Invest Clin* 68(2):59–67
37. Janssen I et al (2004) The healthcare costs of sarcopenia in the United States. *J Am Geriatr Soc* 52(1):80–85
38. Janssen I (2011) The epidemiology of sarcopenia. *Clin Geriatr Med* 27(3):355–363
39. Joseph C et al (2005) Role of endocrine-immune dysregulation in osteoporosis, sarcopenia, frailty and fracture risk. *Mol Aspects Med* 26(3):181–201
40. McLean RR, Kiel DP (2015) Developing consensus criteria for sarcopenia: an update. *J Bone Miner Res* 30(4):588–592
41. Studenski SA et al (2014) The FNIH sarcopenia project: rationale, study description, conference recommendations, and final estimates. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 69(5):547–558
42. Fields MM, Chevlen E (2006) Screening for disease: making evidence-based choices. *Clin J Oncol Nurs* 10(1):73–76
43. Muscaritoli M et al (2010) Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG). “Cachexia-anorexia in chronic wasting diseases” and “nutrition in geriatrics”. *Clin Nutr* 29(2):154–159
44. Cruz-Jentoft AJ et al (2010) Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 39(4):412–423
45. Fielding RA et al (2011) Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc* 12(4):249–256
46. Morley JE et al (2011) Sarcopenia with limited mobility: an international consensus. *J Am Med Dir Assoc* 12(6):403–409
47. Proctor DN et al (2000) Relative influence of physical activity, muscle mass and strength on bone density. *Osteoporos Int* 11(11):944–952
48. Singh H et al (2017) Relationship between muscle performance and DXA-derived bone parameters in community-dwelling older adults. *J Musculoskelet Neuronal Interact* 17(2):50–58
49. Frost HM (2003) Bone’s mechanostat: a 2003 update. *Anat Rec A Discov Mol Cell Evol Biol* 275(2):1081–1101
50. Landi F et al (2012) Sarcopenia as a risk factor for falls in elderly individuals: results from the iLSI-RENTE study. *Clin Nutr* 31(5):652–658
51. Cederholm T et al (2013) Sarcopenia and fragility fractures. *Eur J Phys Rehabil Med* 49(1):111–117
52. Oakland K et al (2016) Systematic review and meta-analysis of the association between frailty and outcome in surgical patients. *Ann R Coll Surg Engl* 98(2):80–85
53. Wang SY et al (2013) Not just specific diseases: systematic review of the association of geriatric syndromes with hospitalization or nursing home admission. *Arch Gerontol Geriatr* 57(1):16–26
54. Deutz NE et al (2014) Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clin Nutr* 33(6):929–936
55. Bauer J et al (2013) Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc* 14(8):542–559
56. Bischoff Ferrari HA (2009) Validated treatments and therapeutic perspectives regarding nutritherapy. *J Nutr Health Aging* 13(8):737–741
57. Boirie Y (2009) Physiopathological mechanism of sarcopenia. *J Nutr Health Aging* 13(8):717–723
58. Franco MR et al (2015) Older people’s perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Br J Sports Med* 49(19):1268–1276
59. Freiburger E (2011) Physical activity, exercise, and sarcopenia—future challenges. *Wien Med Wochenschr* 161(17-18):416–425

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons

του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων

3. Πτώσεις και Δευτερογενής Πρόληψη Καταγμάτων

Julie Santy-Tomlinson, Robyn Speerin, Karen Hertz, Ana Cruz Tochon-Laruaz, και Marsha van Oostwaard

Οι πτώσεις, συνήθως εξ' ιδίου ύψους, αποτελούν την πιο κοινή αιτία καταγμάτων στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς και την κύρια αιτία νοσηλείας λόγω τραυματισμού από ατύχημα, με σημαντικό κίνδυνο θανάτου μέσα στο έτος που ακολουθεί λόγω επιπλοκών [1]. Η μειωμένη οστική πυκνότητα λόγω οστεοπόρωσης ή οστεοπενίας σημαίνει ότι οι πτώσεις εύκολα καταλήγουν σε κατάγματα, ακόμη και όταν η δυναμική της πτώσης είναι σχετικά ήπια, όπως συζητήθηκε και στο Κεφάλαιο 1. Αυτά συχνά αναφέρονται και ως κατάγματα «ευθραυστότητας», «οστεοπορωτικά» ή κατάγματα «ήσσονος τραύματος» και συμβαίνουν συχνότερα σε ηλικίες άνω των 50 ετών [2], δηλαδή στον ίδιο πληθυσμό που κινδυνεύει από οστεοπόρωση.

Ο αθροιστικός κίνδυνος των καταγμάτων ευθραυστότητας αναφέρεται πως είναι 51% για τις γυναίκες και 20% για τους άνδρες [3], γεγονός που αντιπροσωπεύει μία σημαντική πρόκληση για τις υπηρεσίες υγείας. Ένα ποσοστό έως και 5% των πτώσεων οδηγεί σε κάταγμα και 1% σε κάταγμα ισχίου, αλλά υπολογίζεται ότι η συχνότητα των καταγμάτων ισχίου θα μπορούσε να αυξηθεί έως και 66% έως το έτος 2021 [4]. Το κάταγμα ισχίου έχει τις μεγαλύτερες επιπτώσεις στο άτομο από όλα τα κατάγματα ευθραυστότητας και συσχετίζεται με τις πτωχότερες εκβάσεις σε επίπεδο νοσηρότητας, θνησιμότητας και λειτουργικής ικανότητας [5]. Έχει ως αποτέλεσμα παρατεταμένη νοσηλεία και μπορεί να επιφέρει σημαντικές επιπλοκές, έως και θάνατο. Ακόμη και μικρής σημασίας κατάγματα, όπως τα κατάγματα του καρπού, ενδέχεται να οδηγήσουν σε σημαντική ανικανότητα και πρόωγη θνησιμότητα, ανεξαρτήτως από άλλες συμβάλλουσες συννοσηρότητες [7]. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που είναι πιο υγιή και δραστήρια ενδέχεται να υποστούν κατάγματα αργότερα στη ζωή τους, γεγονός που κάνει την φροντίδα τους πιο πολύπλοκη [8]. Συνεπώς, είναι επιτακτική η ανάγκη υποστήριξης της επιτυχούς πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης των πτώσεων και της οστεοπόρωσης.

Η πρόληψη των πτώσεων είναι κεντρικής σημασίας στην πρόληψη των καταγμάτων. Οι επιπτώσεις τους είναι ευρείες και περιλαμβάνουν σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες. Οι πτώσεις και ο φόβος των πτώσεων μπορεί να οδηγήσουν σε περιορισμό της κινητικότητας και σε φόβο επιπλέον πτώσεων, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε απομόνωση, μειωμένη αυτοεκτίμηση, άγχος και κατάθλιψη, οπότε ο αντίκτυπος μίας πτώσης ή πολλαπλών πτώσεων είναι αυτό που πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας, ακόμη και αν η πτώση δεν συνοδεύεται από κάταγμα. Όσοι έχουν υποστεί κάταγμα από μία χαμηλής έντασης πτώση, χρειάζονται ολιστική, προσωποκεντρική αξιολόγηση και δευτερογενή πρόληψη των καταγμάτων, με την ανίχνευση της οστεοπόρωσης, την έναρξη και τη συνέχιση της θεραπείας, καθώς και την πρόληψη μελλοντικών

J. Santy-Tomlinson

Division of Nursing, Midwifery and Social Work, School of Health Sciences, Faculty of Biology, Medicine and Health, The University of Manchester, Manchester, UK
e-mail: Julie.santy-tomlinson@manchester.ac.uk

R. Speerin

Musculoskeletal Network, NSW Agency for Clinical Innovation, Chatswood, NSW, Australia
e-mail: Robyn.speerin@health.nsw.gov.au

K. Hertz

Specialised Division, University Hospital of North Midlands, Stoke-on-Trent, Staffordshire, UK
e-mail: Karen.hertz@uhnm.nhs.uk

A. C. Tochon-Laruaz

Division of Bone Diseases, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland
e-mail: ANA.CRUZ@HCUGE.CH

M. van Oostwaard

Máxima Medisch Centrum, Eindhoven, The Netherlands
e-mail: M.vanOostwaard@mmc.nl

πτώσεων. Τα τελευταία 15-20 χρόνια εφαρμόζονται διεθνώς μοντέλα φροντίδας για τη δευτερογενή πρόληψη των καταγμάτων, κοινώς γνωστά ως «Υπηρεσίες Διασύνδεσης για τα Κατάγματα» (Fracture Liaison Services). Αυτές οι υπηρεσίες έχουν ως σκοπό την εντόπιση των ατόμων που έχουν υποστεί κάποιο κάταγμα ευθραυστότητας και την υποστήριξή τους έτσι ώστε να αποκτήσουν πρόσβαση στην απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή και να ακολουθήσουν θεραπείες που μειώνουν τη συχνότητα επανεμφάνισης νέων καταγμάτων. Η θεραπευτική αγωγή και η υποστηρικτική παρακολούθηση (follow up) είναι γνωστό ότι προλαμβάνουν τουλάχιστον το 50% των προβλεπόμενων επακόλουθων καταγμάτων, αλλά παρά την ένδειξη ενός κατάγματος ευθραυστότητας πολλοί ασθενείς παραμένουν με αδιάγνωστη και αθεράπευτη οστεοπόρωση [9]. Σε αυτό το κεφάλαιο θα συζητηθεί η πρόληψη των πτώσεων και των δευτερογενών καταγμάτων μέσω βασισμένων σε τεκμήρια παρεμβάσεων και υπηρεσιών.

3.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου και με επιπλέον μελέτη, ο νοσηλευτής θα είναι ικανός να:

- Αναγνωρίζει τα αίτια και τους παράγοντες κινδύνου των πτώσεων
- Χρησιμοποιεί νοσηλευτικές παρεμβάσεις βασισμένες σε τεκμήρια για την πρόληψη των πτώσεων
- Υποκινεί και να συντονίζει στρατηγικές πρόληψης των πτώσεων σε άτομα που έχουν υποστεί κατάγματα ευθραυστότητας
- Ορίζει την έννοια της δευτερογενούς πρόληψης καταγμάτων
- Εξηγεί την ανάγκη για συντονισμένη δευτερογενή πρόληψη καταγμάτων μέσα από αλγορίθμους και μοντέλα φροντίδας, όπως οι Υπηρεσίες Διασύνδεσης για τα Κατάγματα
- Συζητά τον ρόλο του νοσηλευτή στη δευτερογενή πρόληψη καταγμάτων και στις Υπηρεσίες Διασύνδεσης για τα Κατάγματα
- Περιγράφει πως μπορούν να αναπτυχθούν, να εφαρμοσθούν και να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης των καταγμάτων.

3.2. Πτώσεις

Οι πτώσεις συμβαίνουν κυρίως σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Το 80% των καταγμάτων του σκελετού του κορμού είναι αποτέλεσμα κάποιας πτώσης [6]. Περίπου 30% των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας πέφτουν τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, αναλόγως με την ηλικία, το φύλο, τη χώρα και την εθνικότητα, ενώ το ποσοστό αυξάνεται σε 50% για τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 80 ετών, ειδικά σε όσους διαμένουν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Οι μισοί από αυτούς που πέφτουν, το παθαίνουν επανειλημμένα. Οι πτώσεις είναι πολυπαραγοντικές και από ερευνητικά δεδομένα προκύπτουν πολλές αίτιες και παράγοντες κινδύνου για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας [10].

3.2.1. Αιτίες και Παράγοντες Κινδύνου για Πτώσεις

Η κατανόηση των λόγων για τους οποίους πέφτουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι σημαντικός παράγοντας της αξιολόγησης, η οποία οδηγεί σε παρέμβαση βασισμένη σε τεκμήρια και θα έπρεπε να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ολοκληρωμένης διαδικασίας αξιολόγησης η οποία συζητείται στο Κεφάλαιο 4. Πολλές ερευνητικές ομάδες έχουν διερευνήσει τους παράγοντες που πιθανότατα οδηγούν ένα άτομο στην πτώση:

Ενδογενείς παράγοντες: εξαρτώνται από το άτομο, συμπεριλαμβανομένων των ατομικών χαρακτηριστικών και της ιατρικής κατάστασης στην οποία βρίσκεται, όπως για παράδειγμα αν έχει σαρκοπενία ή άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με την ηλικία. Περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, τη βάρδια, τη φυσική κατάσταση, την ισορροπία, την μυϊκή δύναμη και τη φυσική κατάσταση για αερόβια άσκηση, τον ίλιγγο και τη ζάλη, τη μειωμένη όραση και ακοή, τις γνωστικές δυσλειτουργίες, την καρδιαγγειακή νόσο, τα φάρμακα (κυρίως τα ψυχοτρόπα) και την κατάθλιψη [11].

Εξωγενείς παράγοντες: περιβαλλοντικοί παράγοντες που αφορούν σε κινδύνους πτώσεων στο σπίτι και το εξωτερικό περιβάλλον, όπως η υπόδηση και η ένδυση, ο φωτισμός του σπιτιού, το δάπεδο, οι παγίδες που μπορεί να οδηγήσουν σε παραπάτημα, η απουσία χειρολαβών, τα ασταθή έπιπλα [11].

3.2.2. Προσυμπτωματικός Έλεγχος Διαλογής και Αξιολόγηση

Ο σκοπός του προσυμπτωματικού ελέγχου διαλογής και της αξιολόγησης είναι να διευκολύνουν παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν να μειωθεί η συχνότητα των πτώσεων και οι συνέπειες τους. Οι όροι προσυμπτωματικός έλεγχος διαλογής και αξιολόγηση συνήθιζονται να χρησιμοποιούνται ως ισοδύναμοι, αλλά ο προσυμπτωματικός έλεγχος διαλογής καθορίζει εάν απαιτείται αξιολόγηση και η αξιολόγηση αφορά στη συλλογή πιο λεπτομερών πληροφοριών που χρειάζονται για να καθοδηγήσουν ένα σχέδιο πρόληψης, έτσι ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες και οι επιθυμίες του ατόμου. Πολλά εργαλεία είναι διαθέσιμα ώστε να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αναλάβουν να διεξάγουν προσυμπτωματικό έλεγχο διαλογής και αξιολόγηση για πτώσεις.

Όλα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, είτε ζουν στην κοινότητα είτε σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, θα πρέπει να ελέγχονται τακτικά για τον κίνδυνο εμφάνισης πτώσεων, έτσι ώστε να μπορεί να τους προσφέρεται λεπτομερής αξιολόγηση και πολυεπιστημονικές παρεμβάσεις. Η πιο σημαντική προσέγγιση του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι να ερωτώνται συστηματικά όλα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που παρουσιάζονται σε οποιαδήποτε υπηρεσία φροντίδας υγείας εάν έχουν πέσει κατά το τελευταίο έτος [12] και ακολούθως να ερωτώνται για τη συχνότητα και το είδος της/των πτώσης/εων. Η παρατήρηση του τρόπου που κινούνται τα άτομα αυτά είναι ένας απλός τρόπος να αναγνωρισθούν αυτοί που κινδυνεύουν, παρατήρηση για αργή, ασύμμετρη, με σύρσιμο, και ασταθή βάδιση. Εάν το άτομο δυσκολεύεται να σηκωθεί από μία καρέκλα, αυτό δείχνει κίνδυνο για πτώση λόγω μειωμένης μυϊκής ισχύος. Αυτές οι παρατηρήσεις μπορούν να προσδιορίσουν αυτούς οι οποίοι χρειάζονται παρεμβάσεις για σαρκοπενία (περιγράφεται στο Κεφάλαιο 2). Στο Πλαίσιο 3.1 αναφέρονται παραδείγματα σταθμισμένων εργαλείων προσυμπτωματικού ελέγχου διαλογής.

Πλαίσιο 3.1: Παραδείγματα Εργαλείων Προσυμπτωματικού Ελέγχου Διαλογής για Πτώσεις σε Άτομα Μεγαλύτερης Ηλικίας

Τροποποιημένη κλίμακα αποτελεσματικότητας πτώσεων (Modified Falls efficacy scale) [13]: πρόκειται για ένα εργαλείο 14 ερωτήσεων με το οποίο μετράται η αναφερόμενη από τον ασθενή αυτοπεποίθησή του σε σχέση με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Timed Up and Go test (TUG) [14]: μετράται ο χρόνος που χρειάζεται το άτομο για να σηκωθεί από την καρέκλα, να περπατήσει δύο μέτρα, να γυρίσει πίσω και να ξανακαθίσει. Ο χρόνος που απαιτείται, υποδηλώνει τον κίνδυνο εμφάνισης πτώσεων [10].

30 second chair stand [15]: εστιάζει στην λειτουργική ικανότητα που σχετίζεται με την επαναλαμβανόμενη έγερση από την καρέκλα.

Tinetti balance assessment tool [16]: λεπτομερής εκτίμηση της ισορροπίας και της βάδισης εστιασμένη σε χρόνιες αναπηρίες.

3.2.3. Στρατηγικές Πρόληψης των Πτώσεων

Οι στρατηγικές πρόληψης των πτώσεων είναι σύνθετες. Οι πιο κατάλληλες παρεμβάσεις πρόληψης που αποσκοπούν στην ελάττωση της συχνότητας των καταγμάτων εξαρτώνται από το προφίλ κινδύνου [6] και, για όσους νοσηλεύονται, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ο τόπος διαμονής τους μετά από το εξιτήριο. Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι πολυπαραγοντικές, με πολλαπλές συνιστώσες, που έχουν ως σκοπό την αντιμετώπιση μεμονωμένων παραγόντων κινδύνου [14]. Οι στρατηγικές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Περιβαλλοντικές προσαρμογές- τροποποιήσεις
- Προγράμματα ασκήσεων- ενδυνάμωσης, ισορροπίας και καρδιαγγειακής εκγύμνασης
- Αξιολόγηση της όρασης και παραπομπή σε ειδικό
- Επανελέγχο της φαρμακευτικής αγωγής και τροποποίησή της
- Επανεξέταση των ποδιών και της υπόδησης.

3.2.3.1. Περιβάλλον

Οι περισσότερες πτώσεις συμβαίνουν μέσα στο σπίτι [18]. Είτε το άτομο μένει στο σπίτι του, ή νοσηλεύεται και πρόκειται να πάρει εξιτήριο και να επιστρέψει στο σπίτι, μία αξιολόγηση του σπιτιού είναι απαραίτητη για τον εντοπισμό περιβαλλοντικών αλλαγών που πρέπει να γίνουν στο πλαίσιο μιας πολυπαραγοντικής στρατηγικής. Η αξιολόγηση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί από έναν επαγγελματία υγείας/πρόνοιας ο οποίος θα είναι ικανός να εντοπίζει προβλήματα και να προτείνει τροποποιήσεις. Μία αξιολόγηση του σπιτιού θα αποτυπώνει θέματα σχετικά με το δάπεδο, τον φωτισμό, τα ασταθή έπιπλα, την πρόσβαση στην τουαλέτα και το μπάνιο, τους κινδύνους παραπατήματος, την ασφάλεια των χώρων παρασκευής των γευμάτων και άλλες πτυχές του σπιτιού και του κήπου που μπορεί να συμβάλουν σε πτώσεις. Ένα σχέδιο προσαρμογής του σπιτιού μπορεί να περιλαμβάνει π.χ. απλά μέτρα, όπως την απομάκρυνση χαλιών και άλλων κινδύνων παραπατήματος, την αλλαγή της θέσης των επίπλων και την παροχή απλών βοηθημάτων, όπως η καρέκλα- τουαλέτα και το υπερυψωμένο κάθισμα λεκάνης. Πιο πολύπλοκες τροποποιήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την εγκατάσταση χειρολαβών, συστημάτων συναγερμού και άλλες κτηριακές τροποποιήσεις [6]. Οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων θα πρέπει να διαθέτουν περιβαλλοντικό σχεδιασμό βασισμένο στις παραπάνω αρχές.

3.2.3.2. Άσκηση

Οι στρατηγικές άσκησης για την πρόληψη των πτώσεων εστιάζουν στην ισορροπία, στις ασκήσεις ενδυνάμωσης και στην αεροβική εξάσκηση, έτσι ώστε να βελτιωθεί η σταθερότητα της στάσης του σώματος του ατόμου και η ικανότητα αντίστασης στην πτώση. Τα ομαδικά και τα κατ' οίκον προγράμματα άσκησης μπορούν να μειώσουν το ποσοστό και τον κίνδυνο των πτώσεων [19], καθώς και να επιδράσουν στο φόβο του ατόμου για πτώση [20]. Αρχικά, στοχεύοντας στη βελτίωση της μυϊκής ισχύος και της ισορροπίας, συνιστώνται μαθήματα ασκήσεων υπό επίβλεψη και ακολούθως ξεκινά ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης κατ' οίκον [6]. Οι φυσιοθεραπευτές ή οι εργοφυσιολόγοι είναι τα ιδανικά μέλη της ομάδας για να επιβλέπουν τα τακτικά μαθήματα εκγύμνασης που περιλαμβάνουν διαφορετικούς τρόπους άσκησης [21].

3.2.3.3. Όραση

Η εξασθένηση της όρασης συνεισφέρει συχνά στον κίνδυνο πτώσεων, επηρεάζοντας την ισορροπία, την ικανότητα αποφυγής εμποδίων, την εκτίμηση της απόστασης και την αντίληψη του χώρου [11]. Θα πρέπει να προσφέρεται κατάλληλη αξιολόγηση της όρασης σε συνδυασμό με μείωση των περιβαλλοντικών κινδύνων και υποστήριξη των μηχανισμών με τους οποίους μπορεί το άτομο να αντιμετωπίσει την κατάσταση.

3.2.3.4. Επανεξέταση της Φαρμακευτικής Αγωγής

Η λήψη πολλαπλών φαρμάκων από τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα και ιδίως η λήψη ψυχοτρόπων, μπορεί να αποτελέσει μία σημαντική αιτία πτώσεων [22]. Όπως θα συζητηθεί στο Κεφάλαιο 4, ένα ουσιώδες μέρος της διαδικασίας της Ολοκληρωμένης Γηριατρικής Αξιολόγησης είναι και η επανεξέταση της φαρμακευτικής αγωγής. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας της Μεγάλης Βρετανίας (National Institute for Health and Care Excellence- NICE) [12] συστήνεται ότι, με τη συμβουλή ειδικού, στα άτομα που λαμβάνουν ψυχοτρόπα φάρμακα, συγκεκριμένα, θα πρέπει είτε να επαναξιολογείται η δοσολογία ή να διακόπτεται η χορήγησή τους. Επανεξέταση θα πρέπει να γίνει και στην καρδιολογική αγωγή, έτσι ώστε αυτή να μειωθεί εάν αυτό απαιτείται, με το μικρότερο δυνατό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η υπόταση είναι μια συχνή αιτία πτώσεων, αλλά υπάρχουν κάποια φάρμακα που είναι γνωστό πως βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Καθώς η υπόταση είναι συνήθης στην καρδιακή ανεπάρκεια, χωρίς επακόλουθη ζάλη, η δοσολογία των φαρμάκων αυτών θα πρέπει να καθορίζεται από συνετό και εξειδικευμένο καρδιολόγο, με σκοπό την εξασφάλιση όσο το δυνατόν καλύτερης ποιότητας ζωής για το μεγαλύτερο σε ηλικία άτομο με καρδιακή ανεπάρκεια, μειώνοντας παράλληλα και τον κίνδυνο των πτώσεων.

3.2.3.5. Υπόδηση και Φροντίδα Ποδιών

Η τροποποίηση της υπόδησης και η φροντίδα των ποδιών είναι μία βασική πλευρά της πρόληψης των πτώσεων. Ο πόνος στα πόδια και η αδυναμία, το μειωμένο εύρος κίνησης, η παραμόρφωση και η ακατάλληλη υπόδηση αποτελούν παράγοντες κινδύνου [23]. Πολλοί άνθρωποι που κινδυνεύουν να πέσουν, έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, για αυτό είναι σημαντικό να βοηθηθούν για να καταλάβουν τη σπουδαιότητα της καθημερινής επισκόπησης των ποδιών, συμπεριλαμβανομένων και των πελμάτων, ιδίως όταν ξεκινούν ένα πρόγραμμα άσκησης, έτσι ώστε να αναγνωρίζουν πιθανά έλκη ή ραγέν δέρμα στο πιο πρώιμο δυνατόν στάδιο ανάπτυξης. Σε όλα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα πρέπει να παρέχονται συμβουλές για να φορούν υποδήματα που στηρίζουν το πόδι και να μην φορούν παντόφλες ή να περπατούν με κάλτσες μέσα στο σπíti [24]. Ο ποδίατρος είναι σημαντικό μέλος της πολυεπιστημονικής ομάδας και οι συμβουλές του πρέπει να αναζητούνται όταν εντοπίζονται προβλήματα που αφορούν στο πόδι τα οποία απαιτούν εξειδικευμένη διαχείριση [23].

3.2.3.6. Ο Φόβος της Πτώσης

Ο φόβος της πτώσης είναι μία ψυχολογική συνέπεια των προηγούμενων πτώσεων. Ο φόβος οδηγεί σε άγχος, σε απώλεια της αυτοπεποίθησης και σε απομόνωση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας, γεγονός που αυξάνει την ευπάθεια και την πιθανότητα περαιτέρω πτώσεων [25]. Οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τον φόβο για πτώσεις ως απροθυμία για κινητοποίηση. Όταν ζητείται από το άτομο να κινητοποιηθεί, ο φόβος αυτός εκδηλώνεται σαν αίσθημα ανησυχίας συνοδευόμενο από τη συνήθεια του ατόμου να γραπώνεται και να κρατιέται σφιχτά από αντικείμενα, επιφάνειες κλπ. Αυτό είναι ένα πολύπλοκο πρόβλημα που χρειάζεται πολυπαραγοντική, πολυεπιστημονική προσέγγιση. Αν και υπάρχουν περιορισμένα τεκμήρια που να σχετίζονται με συγκεκριμένες παρεμβάσεις για τη μείωση του φόβου για πτώσεις [26], οι νοσηλευτές μπορούν να μετριάσουν τις συνέπειες του φόβου χρησιμοποιώντας στρατηγικές που περιλαμβάνουν σταδιακή και με ευαισθησία επανακινητοποίηση, χρησιμοποιώντας ρεαλιστική βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη στοχοθεσία, υποστήριξη των προσπαθειών για κινητοποίηση με εμπύχωση και χρήση ειδικών βοηθημάτων, παραχώρηση άπλετου χρόνου για την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων και παροχή πολλών ευκαιριών για εξάσκηση από λίγο και συχνά.

3.2.3.7. Αλγόριθμοι Πτώσεων και Κατευθυντήριες Οδηγίες

Οι αλγόριθμοι πρόληψης των πτώσεων και οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν δημιουργηθεί ώστε να καθοδηγούν την αποτελεσματική αξιολόγηση και τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση πολυπαραγοντικών παρεμβάσεων. Οι τοπικές κατευθυντήριες οδηγίες βοηθούν στην καθοδήγηση της πρακτικής. Αυτοί οι αλγόριθμοι και οι κατευθυντήριες οδηγίες διευκολύνουν τη συνεργασία και την ενοποίηση, ώστε να συνδέονται οι υπηρεσίες επείγουσας, οξείας, δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα τη συντονισμένη φροντίδα. Η συμμετοχή των ατόμων που χρειάζονται τον αλγόριθμο (και των οικογενειών και των φροντιστών τους) στη λήψη των αποφάσεων διευκολύνεται μέσω της εκπαίδευσης και της πληροφόρησής τους σχετικά με το τι μπορεί να επιτευχθεί από τις δραστηριότητες της πρόληψης των πτώσεων [12].

3.3. Δευτερογενής Πρόληψη Καταγμάτων

Το γεγονός ενός κατάγματος ευθραυστότητας σημαίνει ότι θα ακολουθήσει ακόμη ένα ή και περισσότερα κατάγματα και έτσι θα πρέπει να ξεκινήσει φροντίδα που είναι γνωστό πως προλαμβάνει τα νέα κατάγματα (σε όσους έχουν ήδη υποστεί κάταγμα) σε ποσοστό μεγαλύτερο του 40% [27]. Δυστυχώς τα συστήματα υγείας παγκοσμίως συχνά αποτυγχάνουν να προσφέρουν αυτού του είδους τη φροντίδα επειδή:

1. Καμία επαγγελματική ομάδα δεν αναλαμβάνει την ευθύνη για τον εντοπισμό και την περίθαλψη αυτής της ομάδας ασθενών.
2. Καθώς τα άτομα με κατάγματα ευθραυστότητας δεν ενημερώνονται σχετικά με το σοβαρό ενδεχόμενο να έχουν οστεοπόρωση, ποτέ δεν αναφέρουν αυτή την κατάσταση στις έρευνες, με αποτέλεσμα το ποσοστό του πληθυσμού με οστεοπόρωση που προκύπτει να είναι λανθασμένα χαμηλό.

3. Η κωδικοποίηση στα αρχεία υγείας είναι ελλιπής λόγω του ότι οι κλινικές ομάδες δεν χρησιμοποιούν όρους στα ιατρικά αρχεία τους που να πληροφορούν αυτόν που κωδικοποιεί σχετικά με το ποιοι ασθενείς έχουν κατάγματα ευθραυστότητας.
4. Υπάρχει έλλειψη διεθνών κωδικών προς χρήση, ακόμη και όταν το κάταγμα ευθραυστότητας έχει αναγνωρισθεί.

Αυτό οδηγεί σε συστήματα υγείας που δεν γνωρίζουν την ανάγκη για δράση και δεν καταφέρνουν να εφαρμόσουν υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης οι οποίες μειώνουν τα ποσοστά νέων καταγμάτων, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής εκείνων που υφίστανται κατάγματα ευθραυστότητας και μειώνουν τη θνησιμότητα που αποδίδεται άμεσα σε κάθε κάταγμα ευθραυστότητας, όχι μόνο στα κατάγματα ισχίου [7].

Εκτιμάται ότι περίπου το 20% των ατόμων που υφίστανται ένα κάταγμα ευθραυστότητας αποκτούν πρόσβαση σε φροντίδα δευτερογενούς πρόληψης, παρά τα διεθνή τεκμήρια που αποκαλύπτουν ότι οι «Υπηρεσίες Διασύνδεσης Καταγμάτων», ως μία συστηματική προσέγγιση στη δευτερογενή πρόληψη, έχουν σαν αποτέλεσμα λιγότερα νέα κατάγματα και σημαντική μείωση του κόστους [28].

3.3.1. Υπηρεσίες Πρόληψης Καταγμάτων και Κατευθυντήριες Οδηγίες

Το Διεθνές Ίδρυμα για την Οστεοπόρωση (International Osteoporosis Foundation- IOF) έχει αναπτύξει το Πλαίσιο “Capture the fracture” («Καταγράψτε το κάταγμα»), ένα πλαίσιο βέλτιστης πρακτικής που προσδιορίζει τα βασικά στοιχεία της παροχής υπηρεσιών και την αξιολόγηση των Υπηρεσιών Διασύνδεσης Καταγμάτων (FLS) [28]. Ο σκοπός αυτών των υπηρεσιών είναι να έχουν διαδικασίες που να εξασφαλίζουν ότι κάθε άτομο που υφίσταται ένα κάταγμα ευθραυστότητας σε οποιοδήποτε σημείο του σκελετού:

- Αναγνωρίζεται ότι έχει ανάγκη οργανωμένης φροντίδας με σκοπό την πρόληψη του επόμενου κατάγματος
- Κατανοεί την ανάγκη για βελτίωση της σκελετικής του υγείας και το πώς αυτή επιτυγχάνεται, προσπαθώντας σε συνεργασία με την ομάδα φροντίδας υγείας
- Έχει πρόσβαση στην εξέταση της σκελετικής του υγείας και κατανοεί τους επιβαρυντικούς παράγοντες που μπορεί να το κάνουν ευάλωτο στην οστεοπόρωση και σε επιπλέον κατάγματα
- Έχει πρόσβαση σε τοπικό επίπεδο στην απαιτούμενη ιατρική ή άλλη φροντίδα, όπως οι υπηρεσίες πρόληψης πτώσεων και τα προγράμματα άσκησης
- Οι ομάδες φροντίδας υγείας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο συνεργάζονται, ώστε να εξασφαλίζεται ότι η φροντίδα είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και στην οικογένειά του ταυτόχρονα
- Παρακολουθείται τακτικά και σε βάθος χρόνου ώστε να ενισχυθεί η προσήλωση/συμμόρφωσή του στη θεραπεία, μέσω περιοδικών ιατρικών επανελέγχων που σκοπό έχουν να εξασφαλίσουν ότι η θεραπεία που λαμβάνει είναι η κατάλληλη.

Οι υπηρεσίες FLS πρέπει να παρέχονται σε ένα πολυεπιστημονικό περιβάλλον, όπου όλα τα μέλη της ομάδας χρησιμοποιούν μεθοδολογίες αλλαγής της συμπεριφοράς, ώστε να υποστηρίζεται η ασθενοκεντρική φροντίδα, με παρέμβαση-κλειδί την υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης.

Οι υπηρεσίες μπορούν να βασίζονται σε πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο περιβάλλον φροντίδας υγείας, αλλά θα πρέπει να περιλαμβάνουν ένα σύστημα συντονισμού, στο οποίο ηγείται ένας Συντονιστής Διασύνδεσης Καταγμάτων (Fracture Liaison Coordinator), όπως αποκαλείται διεθνώς [39]. Ο Συντονιστής Διασύνδεσης Καταγμάτων, συνήθως ένας έμπειρος νοσηλεύτης ή φυσιοθεραπευτής, παρέχει υποστήριξη και κατανόηση των αναγκών όσων υφίστανται κατάγματα ευθραυστότητας και τους βοηθά να κατανοήσουν την ανάγκη για αξιολόγηση και συνεχή θεραπεία. Ο συντονιστής συνεργάζεται στενά με έναν κλινικό ιατρό που αναλαμβάνει την ιατρική αξιολόγηση και συνταγογραφεί τη θεραπεία. Ο κλινικός ιατρός μπορεί να ανήκει σε ένα εύρος ιατρικών ειδικοτήτων συμπεριλαμβανομένων, αλλά μη περιοριζόμενων, στις εξής: ορθοπαιδική χειρουργική και παθολογία, γενική ιατρική, καθώς και ειδικότητες όπως ρευματολογία, ενδοκρινολογία, γηριατρική, φυσιατρική και ιατρική του πόνου. Σε μερικές περιοχές, οι νοσηλεύτες εργάζονται εντός ενός προκαθορισμένου πλαισίου αρμοδιοτήτων σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό και αναλαμβάνουν μέρος της ιατρικής αξιολόγησης και τη συνταγογράφηση της θεραπείας.

Η ομαδική προσέγγιση της φροντίδας των ατόμων που απευθύνονται στις Υπηρεσίες Διασύνδεσης Καταγμάτων τους εξασφαλίζει την παροχή της βέλτιστης φροντίδας και διευκολύνει τη συνεργασία μεταξύ των

παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως είναι οι ιατροί, οι υπηρεσίες πρόληψης πτώσεων και οι ακτινολογικές υπηρεσίες, και των παρόχων δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως είναι οι ορθοπαιδικές ομάδες και οι ομάδες παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας. Αυτή η προσέγγιση εξασφαλίζει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για το άτομο που έχει υποστεί ένα κάταγμα ευθραυστότητας και επιτρέπει την απρόσκοπτη φροντίδα και την συνέχεια στην εκπαίδευση σχετικά με τη σκελετική υγεία και τις συννοσηρότητες.

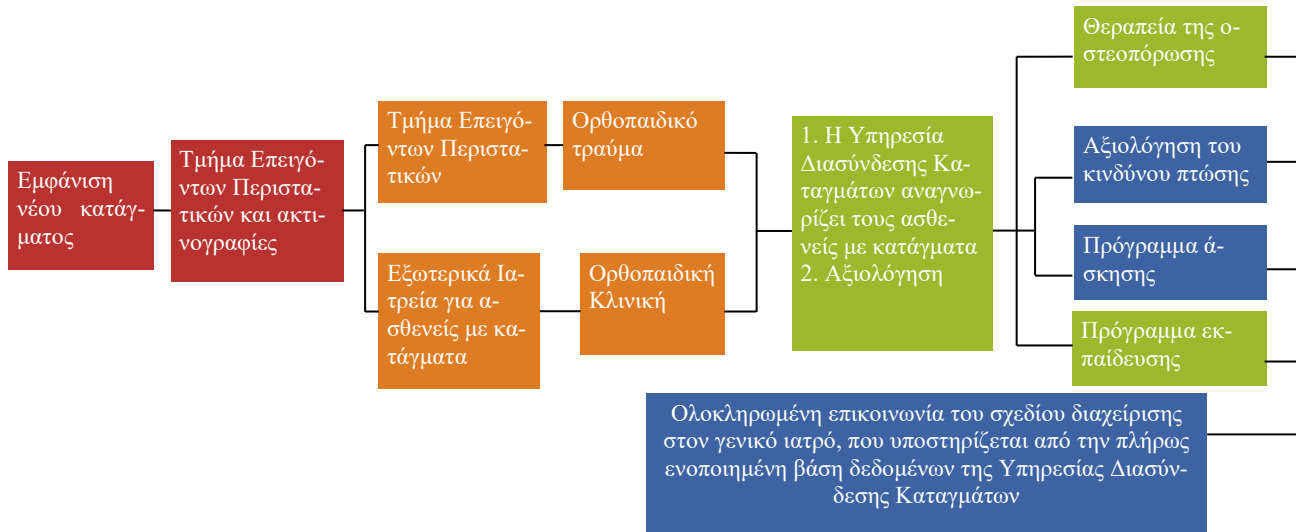
Οι αρμοδιότητες του Συντονιστή Διασύνδεσης Καταγμάτων περιλαμβάνουν τα εξής:

- Να είναι ο σύνδεσμος μεταξύ των ατόμων που απευθύνονται στην υπηρεσία, της πολυεπιστημονικής ομάδας και των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, αλλά ιδιαίτερα στην κοινότητα και ιδίως στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης διευκολύνει και αποφασίζει σχετικά με επίσημες διαδικασίες επικοινωνίας.
- Να κατευθύνει μία ομάδα συντονισμού έτσι ώστε να καθοδηγεί την ανάπτυξη της υπηρεσίας σε βάθος χρόνου.
- Να δημιουργεί και να διατηρεί αρχεία αξιολόγησης, θεραπείας και εκβάσεων σε συνεργασία με τα μέλη της πολυεπιστημονικής ομάδας.
- Να ηγείται της ανάπτυξης, της εφαρμογής και της αξιολόγησης μελετών βελτίωσης της ποιότητας, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η απαιτούμενη συνεχής βελτίωση της υπηρεσίας.
- Να υποστηρίζει και να ενθαρρύνει τα μέλη της ομάδας να διευρύνουν τις γνώσεις τους σχετικά με τη σύγχρονη πρόληψη των καταγμάτων μέσω ατομικής μελέτης και εκπαίδευσης.

Τα αποτελέσματα από διαφορετικά μοντέλα φροντίδας ποικίλουν. Όσο πιο εντατικό είναι το μοντέλο της φροντίδας, τόσο πιο καλές είναι οι εκβάσεις υγείας. Οι Ganda και συνεργάτες [9] διεξήγαγαν μία ανασκόπηση των διαφόρων αναφερόμενων μοντέλων φροντίδας και βρήκαν ότι όσο πιο εντατικό ήταν το μοντέλο φροντίδας, τόσο πιο οικονομικά αποτελεσματικό ήταν, με βελτιωμένη ποιότητα ζωής μέσω της πρόληψης των νέων καταγμάτων (βλέπε Πίνακα 3.1). Το ίδιο έχει δείχθει από τους Nakayama και συνεργάτες [27], οι οποίοι εξέτασαν μία Υπηρεσία Διασύνδεσης Καταγμάτων σε ένα νοσοκομείο όπου χρησιμοποιούνταν ένα εντατικό μοντέλο φροντίδας. Συγκρίνοντας τη συχνότητα εμφάνισης καταγμάτων ευθραυστότητας αυτού του νοσοκομείου με εκείνη ενός νοσοκομείου όπου δεν υπήρχε η αντίστοιχη υπηρεσία, φάνηκε ότι στο πρώτο υπήρχαν 40% λιγότερα κατάγματα ισχίου.

Τύπος μοντέλου FLS	Παρεχόμενες παρεμβάσεις εντός του μοντέλου φροντίδας	Εκβάσεις
A	Εντατικές υπηρεσίες με όλες τις παρεμβάσεις, αρμοδιότητα της ομάδας	Πιο αποτελεσματικό ως προς όλες τις ανάγκες φροντίδας για άτομα που υφίστανται ένα κάταγμα ευθραυστότητας και είναι οικονομικά αποτελεσματικό με πρόληψη των περισσότερων επαναλαμβανόμενων καταγμάτων
B	Όλες οι παρεμβάσεις εκτός από την έναρξη της θεραπείας –αρμοδιότητα του γενικού ιατρού του ασθενούς	Όχι τόσο αποτελεσματικό όσο ο τύπος A, αλλά πιο αποτελεσματικό από την απλή αγωγή υγείας
C	Μόνο αγωγή υγείας που παρέχεται από τον γενικό ιατρό, κατόπιν γραπτής ή τηλεφωνικής επικοινωνίας με άλλον ιατρό	Μικρό ή καθόλου αποτέλεσμα στην έναρξη αποτελεσματικής θεραπείας, η οποία ως γνωστόν μειώνει τη συχνότητα των επανακαταγμάτων
D	Παρέχεται αγωγή υγείας. Δεν υπάρχει καμία επικοινωνία του ιατρού με τον γενικό ιατρό του ασθενούς	Κανένα αποτέλεσμα στην έναρξη αποτελεσματικής θεραπείας που ως γνωστόν μειώνει τη συχνότητα των επανακαταγμάτων

Πίνακας 3.1. Συνήθη Μοντέλα Υπηρεσιών Διασύνδεσης Καταγμάτων (Fracture Liaison Services- FLS)



Εικόνα 3.1. Παράδειγμα μίας Υπηρεσίας Διασύνδεσης Καταγμάτων Νοσοκομείου του Ηνωμένου Βασιλείου <http://capturethefracture.org/fracture-liaison-service>

3.3.2. Το Τυπικό Ταξίδι του Ασθενούς

Η Εικόνα 3.1 παρέχει ένα παράδειγμα ενός αλγόριθμου φροντίδας ανθρώπων με κάταγμα ευθραυστότητας που χρησιμοποιούν ένα μοντέλο φροντίδας τύπου Α.

Το πιο χρονοβόρο στοιχείο μπορεί να είναι ο εντοπισμός των ανθρώπων που έχουν ανάγκη την Υπηρεσία Διασύνδεσης Καταγμάτων (στο εξής «Υπηρεσία»), καθώς αυτή η ομάδα ασθενών συχνά δεν καταγράφεται στα ιατρικά αρχεία ως άτομα που έχουν υποστεί ένα «κάταγμα ευθραυστότητας», αλλά απλώς ένα «κάταγμα». Για αυτόν το λόγο, στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης μίας τέτοιας υπηρεσίας, η ομάδα εργασίας θα χρειαστεί να κατευθύνει και να υποστηρίξει τον Συντονιστή Διασύνδεσης Καταγμάτων στη δημιουργία ενός συστήματος που θα κάνει την εργασία λιγότερο κοπιαστική, αλλά με σκοπό την αναγνώριση όλων όσων χρειάζονται την Υπηρεσία.

Διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν ότι όλοι οι άνθρωποι άνω των 50 ετών με κάταγμα ευθραυστότητας (είτε αναγνωρισμένο κατά την εμφάνιση του κατάγματος ή ως τυχαίο εύρημα μέσω ακτινολογικού ελέγχου για άλλους λόγους) θα πρέπει να αξιολογούνται [30], οπότε η διαδικασία εντοπισμού τους θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα περιβάλλοντα:

- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) – είτε ακολουθεί εισαγωγή σε κάποια κλινική ή δίνεται άμεσα εξιτήριο από το ΤΕΠ
- Τους νοσηλευόμενους ασθενείς σε κλινικές/μονάδες, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που υφίστανται κάταγμα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους
- Τα άτομα με σπονδυλικά κατάγματα που εντοπίζονται σε ακτινολογικό έλεγχο (τυχαία ή αναμενόμενα)
- Τα άτομα που παραπέμπονται από δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά δεν προσέρχονται σε ΤΕΠ ή σε κάποια κλινική.

Τα άτομα με σπονδυλικά κατάγματα αντιπροσωπεύουν περίπου ένα τέσσερα τοις εκατό όλων των καταγμάτων και συχνά παρουσιάζονται «σιωπηρά» και διαγιγνώσκονται με πόνο στην πλάτη, οπότε απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή για τον εντοπισμό τους.

3.3.2.1. Η Πρώτη Επαφή με τα Άτομα που Χρειάζονται την Υπηρεσία Διασύνδεσης Καταγμάτων

Στην πρώτη συνάντηση, απαιτείται μία εξήγηση των λόγων της παραπομπής στην υπηρεσία, μαζί με συζήτηση σχετικά με τη φύση του κατάγματος ευθραυστότητας και της οστεοπόρωσης, τις εξετάσεις που

απαιτούνται και τα πιθανά αποτελέσματα. Όλες οι αρχικές συζητήσεις θα πρέπει να είναι σύντομες, με σκοπό να βοηθήσουν τον άνθρωπο και/ή την οικογένειά του να κατανοήσουν γιατί χρειάζονται την Υπηρεσία. Περισσότερες συζητήσεις σε βάθος μπορούν να ακολουθήσουν αργότερα, όταν ο ασθενής θα έχει χρόνο να αφομοιώσει την πρώτη αυτή πληροφόρηση.

3.3.2.2. Αξιολόγηση

Μία διεξοδική αξιολόγηση της σκελετικής υγείας (Κεφάλαιο 1) και της γενικής κατάστασης υγείας (Κεφάλαιο 4) είναι απαραίτητη. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει συζήτηση σχετικά με το μηχανισμό του κατάγματος ευθραυστότητας, τις συννοσηρότητες και τις εξετάσεις που χρειάζονται, όπως αυτές περιγράφονται στο Κεφάλαιο 1. Οι παράγοντες κινδύνου για το κάταγμα ευθραυστότητας αναφέρονται στο Πλαίσιο 3.2. Η πιθανότητα κατάγματος μπορεί να εκτιμηθεί με τη χρήση ενός εργαλείου όπως το εργαλείο αξιολόγησης κινδύνου για κάταγμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Fracture Risk Assessment Tool- FRAX) (<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.jsp>) ή τον Υπολογιστή Κινδύνου Κατάγματος Garvan (Garvan fracture risk calculator) (<https://www.garvan.org.au/promotions/bone-fracture-risk/calculator/>). Ενώ αυτά τα εργαλεία θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο ως οδηγοί και σε συνδυασμό με κλινικές γνώσεις σχετικά με τις μεταβλητές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη βαθμολογία, μπορούν να αποτελέσουν μία ευκαιρία για να βοηθήσουν τους ανθρώπους με κάταγμα ευθραυστότητας να εμπλακούν στην αξιολόγηση και στη θεραπεία.

Πλαίσιο 3.2: Παράγοντες Κινδύνου για Κάταγμα Ευθραυστότητας

Ηλικία	Γονιός με ιστορικό κατάγματος ισχίου
Φύλο	Τρέχουσα θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή
Χαμηλός δείκτης μάζας σώματος	Κάπνισμα επί του παρόντος
Ιστορικό πτώσεων εξ ιδίου ύψους	Κατανάλωση τριών ή περισσότερων μονάδων αλκοόλ ημερησίως
Προηγούμενο κάταγμα ευθραυστότητας	

Δευτερεύουσες αιτίες οστεοπόρωσης:

- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1
- Ατελής οστεογένεση σε ενήλικες
- Χρόνιος υπερθυρεοειδισμός χωρίς λήψη θεραπείας
- Υπογοναδισμός / πρόωρη εμμηνόπαυση (κάτω των 45 ετών)
- Χρόνιος υποσιτισμός
- Χρόνια δυσαπορρόφηση
- Χρόνια ηπατική ασθένεια

Η διερεύνηση περιλαμβάνει:

- Μέτρηση οστικής πυκνότητας χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της Απορροφησιμετρίας Ακτίνων Χ Διπλής Ενέργειας (DXA), η οποία έχει χαμηλή δόση ακτινοβολίας συγκριτικά με άλλους μηχανισμούς εξέτασης, π.χ. αξονική τομογραφία (CT).
- Επίπεδα στον ορό αίματος για βιταμίνη D, ασβέστιο και, για παράδειγμα, εξετάσεις για τη λειτουργία του θυρεοειδή και άλλες που μπορεί να υποδεικνύουν αιτιολογία οστεοπόρωσης.

3.3.2.3. Αγωγή Υγείας

Η εκπαίδευση υγείας είναι μία συνεχής και ουσιαστικής στρατηγική που πρέπει να χρησιμοποιείται σε κάθε επικοινωνία με το άτομο που προσεγγίζει την Υπηρεσία. Ο σκοπός είναι να υποστηριχθεί το άτομο και η οικογένειά του/ο φροντιστής του, με ρυθμό που συμβαδίζει με την ικανότητα τους να κατανοήσουν και να ανταποκριθούν θετικά. Οι περαιτέρω σκοποί περιλαμβάνουν την ικανότητα να αυτοδιαχειρισθούν τις ανάγκες υγείας τους, να είναι υπεύθυνοι για συντηρητικές παρεμβάσεις και να εργάζονται αποτελεσματικά με την ομάδα φροντίδας υγείας, να συμμορφώνονται με τις ιατρικές θεραπείες και να υποβάλλονται στις περιοδικές εξετάσεις

τους ώστε η θεραπεία τους να παραμένει σύγχρονη και κατάλληλη για αυτούς. Αυτή είναι επίσης μία ευκαιρία να διαλυθούν οι μύθοι σχετικά με τις θεραπείες οστεοπόρωσης, παρέχοντας θετικές και ειλικρινείς επεξηγήσεις.

Αυτές οι συζητήσεις, σε συνδυασμό με την επίσημη ομαδική εκπαίδευση, που υποστηρίζουν το άτομο να ζει καλά με μία χρόνια κατάσταση, απαιτούν σημαντική ικανότητα στο να εμπλέξουν θετικά το άτομο και την οικογένεια /φροντιστή του, και ταυτόχρονα να γίνεται αντιληπτό ότι ίσως δεν είναι ικανό να αφομοιώσει όλες τις πληροφορίες σε μία συνεδρία. Συστήνεται οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται σε αυτήν τη διαδικασία να αναζητούν εκπαίδευση σε στρατηγικές αλλαγής της συμπεριφοράς.

3.3.2.4. Συγκρότηση ενός Ατομικού Σχεδίου

Μετά από τη διάγνωση, θα πρέπει να καθορισθεί ένα εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας, που να απαριθμεί τα συμφωνηθέντα στοιχεία της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων του τρόπου που το άτομο ή η ομάδα θα εργασθούν ώστε να επιτευχθούν αυτά τα στοιχεία, καθώς και του τρόπου πρόσβασης στις απαιτούμενες υπηρεσίες. Το άτομο θα θέσει κάποιους στόχους για το σχέδιο αυτοδιαχείρισης του, οι οποίοι θα επανεξετάζονται σε συμφωνημένα χρονικά διαστήματα, ώστε να εξασφαλίζεται ότι το άτομο και η ομάδα φροντίδας υγείας είναι στο σωστό δρόμο για την επίτευξη της πρόληψης του επόμενου κατάγματος.

3.3.2.5. Εκτίμηση

Ο Συντονιστής Διασύνδεσης Καταγμάτων είναι αρμόδιος να διατηρεί αρχεία της προόδου που κάνουν τα άτομα που απευθύνονται στην Υπηρεσία και να τα μοιράζεται με την ομάδα και τα ίδια τα άτομα. Το να μπορούν να δουν τα άτομα βελτίωση είναι πολύ σημαντικό στο να παροτρυνθούν να συνεχίσουν τη θεραπεία τους και να συμμετέχουν σε τακτικές επανεξετάσεις όποτε αυτό είναι απαραίτητο.

3.4. Σύνοψη των Βασικών Σημείων Μάθησης

- Οι πτώσεις είναι μία βασική αιτία των καταγμάτων ευθραυστότητας, οπότε η πρόληψη τους είναι μία ουσιαστική πλευρά της πρόληψης των καταγμάτων.
- Η ολιστική προσωποκεντρική αξιολόγηση, η δευτερογενής πρόληψη των καταγμάτων και η αξιολόγηση και διαχείριση του κινδύνου πτώσεων αποτελούν ουσιαστικές πλευρές της φροντίδας και της πρόληψης των καταγμάτων ευθραυστότητας.
- Οι παράγοντες κινδύνου για πτώσεις είναι ατομικοί και πολύπλοκοι και η εξατομικευμένη αξιολόγηση είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα στην πρόληψη των πτώσεων που μπορεί να οδηγήσει σε ένα σχέδιο πρόληψης των πτώσεων.
- Οι περιβαλλοντικές τροποποιήσεις, τα προγράμματα άσκησης, η αξιολόγηση της όρασης και οι αντίστοιχες παρεμβάσεις, η αναθεώρηση και η προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής, οι τροποποιήσεις στα υποδήματα και η φροντίδα των ποδιών είναι σημαντικές πλευρές των αλγορίθμων πρόληψης των πτώσεων.
- Ο φόβος της πτώσης είναι μία συνέπεια των πτώσεων που καταβάλλει ιδιαίτερα και απαιτεί πολυεπιστημονική φροντίδα με ευαισθησία.
- Ποικίλες αποτυχίες του συστήματος καθιστούν δύσκολο και χρονοβόρο τον εντοπισμό των ανθρώπων με κάταγμα ευθραυστότητας, οπότε υπάρχει ένα «κενό» στη φροντίδα, που έχει σαν αποτέλεσμα, πολλοί άνθρωποι να μένουν αδιάγνωστοι και αθεράπευτοι.
- Οι υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης των καταγμάτων, γνωστές διεθνώς ως Υπηρεσίες Διασύνδεσης Καταγμάτων, στοχεύουν στον περιορισμό αυτού του κενού με την εκτίμηση όλων των ασθενών με κάταγμα ευθραυστότητας, με τη συνταγογράφηση ιατρικής θεραπείας και με τη συντηρητική φροντίδα, με σκοπό τη βελτίωση της οστικής πυκνότητας και την πρόληψη των νέων καταγμάτων, και εξασφαλίζουν την επανεξέταση (follow up), χρησιμοποιώντας μία ολιστική, ασθενοκεντρική και πολυεπιστημονική προσέγγιση.

3.5. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

- Εντοπίστε τις εκπαιδευτικές ανάγκες της ομάδας σας σε σχέση με τις πτώσεις και τη δευτερογενή πρόληψη καταγμάτων και σκεφθείτε πως αυτές οι ανάγκες θα μπορούσαν να εκπληρωθούν.
- Παραδείγματα εκπαιδευτικών πηγών περιλαμβάνουν:
 - IOF Capture the Fracture best practice framework <http://www.capture-the-fracture.org/node/20>
 - UK NOS Fracture Prevention Practitioner e-learning with test <https://nos.org.uk/for-health-professionals/professional-development/e-learning-and-training/fracture-prevention-practitioner-training/>
 - Τοπικά και διεθνή προγράμματα εκπαίδευσης.

3.5.1. Αυτοαξιολόγηση

Εκτιμώντας τις δικές σας μαθησιακές και εργασιακές ανάγκες αναφορικά με τα θέματα των πτώσεων και των Υπηρεσιών Διασύνδεσης Καταγμάτων:

- Έχοντας διαβάσει αυτό το κεφάλαιο και έχοντας κάνει περαιτέρω μελέτη, τα ακόλουθα είναι κάποιες ιδέες σχετικά με το πώς θα μπορούσατε να καταλάβετε τι έχετε μάθει και τον τρόπο που αυτό σχετίζεται με την πρακτική σας και με την πρακτική της ομάδας μέσα στην οποία εργάζεστε.
- Συζητήστε τις γνώσεις που έχετε αποκομίσει από αυτό το κεφάλαιο και από το βιβλίο έως τώρα με τους συναδέλφους σας: εντοπίστε και συζητήστε πως εσείς, ως ομάδα, θα μπορούσατε να βελτιώσετε την τρέχουσα πρακτική του τμήματός σας αναφορικά με την πρόληψη των πτώσεων και τη δευτερογενή πρόληψη των καταγμάτων.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Ambrose A et al (2015) Falls and fractures: a systematic approach to screening and prevention. *Maturitas* 82:85–93
2. Curtis EM et al (2017) The impact of fragility fracture and approaches to osteoporosis risk assessment worldwide. *Bone* 104:29–38
3. Lippuner K et al (2008) Remaining lifetime and absolute probabilities of osteoporotic fracture in Swiss men and women. *Osteoporos Int* 20(7):1131–1140
4. Chipchase LS et al (2000) Hip fractures in South Australia; into the next century. *ANZ J Surg* 70:117–119
5. Eisman JA et al (2012) Making the first fracture the last fracture: ASBMR Task Force on Secondary Fracture Prevention. *J Bone Miner Res* 27(10):2039–2046
6. Bain H et al (2016) A comprehensive fracture prevention strategy in older adults: The European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) statement. *Aging Clin Exp Res* 28(4):797–803
7. Bliuc D et al (2015) Risk of subsequent fractures and mortality in elderly women and men with fragility fractures with and without osteoporotic bone density: the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study. *J Bone Miner Res* 30(4):637–646
8. Svedborn A et al (2014) Epidemiology and economic burden of osteoporosis in Switzerland. *Arch Osteoporosis*. 9: 187. *Osteoporos Int* 22(7):2051–2065
9. Ganda K et al (2013) Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int* 24(2):393–406
10. Lord SR et al (2007) Falls in older people: risk factors and strategies for prevention. Cambridge University Press, Cambridge
11. Ambrose AF et al (2013) Risk factors for fall among older adults: a review of the literature. *Maturitas* 75:51061
12. NICE (2013) Falls in older people: assessing risk and prevention. CG161. National Institute for Health and Care Excellence
13. Edwards N Lockett D (2008) Development and validation of a modified falls-efficacy scale. *Disabil Rehabil Assist Technol* 3(4):193–200

14. Podsiadlo D, Richardson S (1991) The timed “Up and Go” Test a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *J Am Geriatr Soc* 39:142–148
15. Hoffheinz M, Mibs MPH (2016) The prognostic validity of the timed up and go test with a dual tasks for predicting the risk of falls in the elderly. *Gerontol Geriatr Med* 2:1–5
16. Tinetti M et al (1990) Falls Efficacy as a Measure of Fear or Falling. *J Gerontol* 45:239
17. Tinetti ME et al (1986) Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 80:429–434
18. Stevens J et al (2014) Circumstances and outcomes of falls among high risk community-dwelling older adults. *Injury Epidemiol* 1:5
19. Gillespie LD et al (2012) Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(9):CD007146
20. Kendrick D et al (2014) Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD009848
21. Karlsson MK et al (2013) Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporos Int* 24(3):747–762
22. Reed-Jones R et al (2013) Vision and falls: a multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas* 75:22–28
23. Huang AR et al (2013) Medication-related falls in the elderly. Causative factors and preventive strategies. *Drugs Aging* 29(5):359–376
24. Spink MJ et al (2011) Effectiveness of a multifaceted podiatry intervention to prevent falls in community dwelling older people with disabling foot pain: randomized controlled trial. *BMJ* 342:d3411
25. Kelsey JL et al (2010) Footwear and falls in the home among older individuals in the MOBILIZE Boston study. *Footwear Sci* 2(3):123–129
26. Parry S (2013) How should we manage fear of falling on older adults living the community? *BMJ* 346:f2933
27. Nakayama A et al (2016) Evidence of effectiveness of a fracture liaison service to reduce the re-fracture rate. *Osteoporos Int* 27(3):873–879
28. Akesson K et al (2013) Capture the fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporos Int* 24:2135–2152
29. Marsh D et al (2011) Coordinator-based systems for secondary prevention of fragility fractures. *Osteoporos Int* 22:2051–2065
30. NOS (National Osteoporosis Society) (2016) Competency framework for fracture prevention practitioners <https://nos.org.uk/for-health-professionals/tools-resources/>

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

4. Ολοκληρωμένη Γηριατρική Αξιολόγηση από την Οπτική Γωνία των Νοσηλευτών

Lina Spirgiene και Louise Brent

Καθώς η συχνότητα των καταγμάτων ευθραυστότητας συνεχίζει να αυξάνεται, οι επαγγελματίες υγείας θα διαχειρίζονται ασθενείς με κατάγματα σε μία πληθώρα κλινικών δομών, όπως κλινικές πτώσεων, υπηρεσίες ενδίαμεσης φροντίδας και τμήματα οξείας φροντίδας. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με κατάγματα ευθραυστότητας αποτελούν μία ανομοιογενή ομάδα και οι ανάγκες φροντίδας τους είναι πολύπλοκες. Παρότι μερικοί έχουν συγκριτικά λίγα προβλήματα υγείας, πολλοί έχουν διάφορες αλληλοσχετιζόμενες ασθένειες, καθώς και ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που απαιτούν ένα φάσμα θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ο πρωταρχικός σκοπός της φροντίδας είναι να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας έπειτα από σκελετικό τραύμα καθ' όλη την πορεία της φροντίδας τους και να εξασφαλισθεί ότι λαμβάνουν τα ίδια υψηλά πρότυπα εξειδικευμένης φροντίδας στις ορθοπαιδικές υπηρεσίες φροντίδας όπως αυτά που θα λάμβαναν σε δομές εξειδικευμένης φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα. Η βασική φιλοσοφία πρέπει να είναι η ολιστική φροντίδα, χρησιμοποιώντας μία ανθρωποκεντρική προσέγγιση που να ενώνει τις διάφορες πτυχές της εξειδικευμένης φροντίδας.

Το «γηριατρικό σύνδρομο» είναι ένας όρος που συχνά χρησιμοποιείται για να περιγράψει συνήθη προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα οποία δεν εμπίπτουν σε διακριτές κατηγορίες παθήσεων συγκεκριμένων οργάνων και τα αίτια των οποίων είναι πολυπαραγοντικά. Αυτά περιλαμβάνουν προβλήματα όπως ευπάθεια, διαταραχή της γνωστικής λειτουργίας, οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, ακράτεια, υποθρεψία, πτώσεις, διαταραχές βάδισης, έλκη πίεσης, διαταραχές ύπνου, αισθητηριακά ελλείμματα, κόπωση και ζάλη. Αυτά είναι συνήθη σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) και στην αναπηρία [1]. Τα γηριατρικά σύνδρομα μπορούν να αναγνωρισθούν καλύτερα με μία ολοκληρωμένη πολυεπιστημονική γηριατρική αξιολόγηση, έτσι ώστε να συνδράμουν στον σχεδιασμό των κατάλληλων παρεμβάσεων στα πλαίσια μίας ομαδικής προσέγγισης.

Προβλήματα που σχετίζονται με τη γήρανση, όπως οι λειτουργικές διαταραχές και η άνοια, είναι συνήθη και συχνά δεν αναγνωρίζονται ή αντιμετωπίζονται ανεπαρκώς. Η αναγνώριση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη γήρανση, έτσι ώστε οι παρεμβάσεις να είναι προσαρμοσμένες στις ειδικές ανάγκες των ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας, απαιτεί μία λεπτομερή και ολοκληρωμένη αξιολόγηση, που να επιτρέπει στους κλινικούς να διαχειρίζονται αυτές τις καταστάσεις και να προλαμβάνουν ή να επιβραδύνουν την εμφάνιση επιπλοκών. Αυτή η αξιολόγηση πρέπει να διενεργείται από ολόκληρη την πολυεπιστημονική ομάδα, ώστε οι δεξιότητες κάθε μέλους της ομάδας να συμβάλλουν στη διαμόρφωση μίας εικόνας για τις ανάγκες του ασθενούς. Η νοσηλευτική αξιολόγηση αποτελεί σημαντικό μέρος αυτού του συνόλου. Ένας όρος που χρησιμοποιείται συχνά σε σχέση με την αξιολόγηση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με ιατρικής φύσεως ανάγκες είναι η Ολοκληρωμένη Γηριατρική Αξιολόγηση (ΟΓΑ). Αυτή η προσέγγιση είναι σχεδιασμένη για να διευκολύνει την πολυεπιστημονική προσέγγιση, η οποία είναι τόσο σημαντική στη φροντίδα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας σε κάθε περιβάλλον φροντίδας. Ο ρόλος της νοσηλευτικής αξιολόγησης σε αυτή την προσέγγιση είναι κεντρικής σημασίας για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την επίλυση προβλημάτων που επικεντρώνονται στη νοσηλευτική φροντίδα.

Ο σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να διερευνήσει τη φύση της ΟΓΑ για τον ασθενή με κατάγματα ευθραυστότητας και να εξετάσει πώς μπορεί αυτή να εφαρμοστεί στη νοσηλευτική αξιολόγηση και φροντίδα.

L. Spirgiene, R.N., Ph.D.

Medical Academy, Faculty of Nursing, Department of Nursing and Care,
Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

Nursing Coordination Department, Hospital of Lithuanian University of Health Sciences
Kauno Klinikos, Kaunas, Lithuania

L. Brent

National Office of Clinical Audit, St Stephen's Green, Dublin 2, Ireland
e-mail: louisebrent@noca.ie

4.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου και μετά από περαιτέρω μελέτη, ο νοσηλευτής θα είναι σε θέση να:

- Εξηγεί τις αρχές της ΟΓΑ από την πλευρά της Νοσηλευτικής
- Προσδιορίζει πώς εφαρμόζεται η διαδικασία ΟΓΑ σε ολόκληρη την πολυεπιστημονική ομάδα
- Συζητά για τη συμβολή της Νοσηλευτικής στην ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας με κάταγμα ευθραυστότητας.

4.2. Η Έννοια της Ολοκληρωμένης Γηριατρικής Αξιολόγησης

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών σχετικών με τις συνθήκες και τις ανάγκες ενός ατόμου και την κατανόηση αυτών των πληροφοριών για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με το ποια υποστήριξη, θεραπεία και φροντίδα χρειάζεται. Είναι απαραίτητο να είναι έγκαιρη και ολοκληρωμένη [2]. Η αξιολόγηση των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων διαφέρει από την τυπική ιατρική εξέταση σε τρία σημεία: (1) επικεντρώνεται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν σύνθετα προβλήματα, (2) δίνει έμφαση στη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής και (3) κάνει χρήση της διεπιστημονικής ομάδας. Το να γνωρίζει κανείς τους ανθρώπους, τις δυνατότητες και τις ανάγκες τους είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα στην αποτελεσματική φροντίδα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας [3] και αυτό ανακλάται στη νοσηλευτική διεργασία με τα αρχικά «Α-ΣΕΕ» (Αξιολόγηση, Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Εκτίμηση) για περισσότερο από 50 χρόνια. Έχει αναγνωρισθεί πως τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα που λαμβάνουν νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να υποβάλλονται σε κοινή ολοκληρωμένη αξιολόγηση και αναγνώριση κινδύνων, ώστε να διευκολύνεται ο προσδιορισμός των ατομικών αναγκών, ο σχεδιασμός της φροντίδας και ο προσδιορισμός των κινδύνων που ενδεχομένως επηρεάζουν τις βέλτιστες εκβάσεις της φροντίδας και αποτελούν χρήσιμες πληροφορίες για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό της εξόδου [4].

Η Ολοκληρωμένη Γηριατρική Αξιολόγηση (ΟΓΑ) είναι μία πολυδιάστατη, διεπιστημονική διαδικασία, σχεδιασμένη για την ανίχνευση και την αξιολόγηση της ευπάθειας [5], τον καθορισμό της ιατρικής κατάστασης, της ψυχικής υγείας, της λειτουργικής ικανότητας και των κοινωνικών συνθηκών του ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας [6] και τον προσδιορισμό των αναγκών φροντίδας και θεραπείας του. Υπάρχουν ισχυρά τεκμήρια πως η ΟΓΑ μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα, να αυξήσει τον αριθμό των ασθενών που μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους μετά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο και να μειώσει τη διάρκεια παραμονής τους σε αυτό [7]. Ο σκοπός είναι να σχεδιασθεί και να διεκπεραιωθεί ένα ολιστικό πρόγραμμα θεραπείας, αποκατάστασης, υποστήριξης και μακροπρόθεσμης παρακολούθησης [8]. Η ΟΓΑ αποτελεί μέρος μίας ενσωματωμένης στην αξιολόγηση προσέγγισης που βασίζεται στις ακόλουθες αρχές [9]:

- Η διαδικασία είναι επικεντρωμένη στο άτομο.
- Η ικανότητα του ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας να συμμετέχει στη διαδικασία οικειοθελώς πρέπει να αξιολογείται: εάν δεν υπάρχει τέτοια ικανότητα, θα πρέπει να υπάρχει ένα σύστημα που να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του σύμφωνα με ένα ηθικό πλαίσιο.
- Πρέπει να εξασφαλίζεται διασύνδεση μεταξύ κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας, έτσι ώστε στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που χρειάζονται ΟΓΑ αυτή να παρέχεται αποτελεσματικά με τρόπο που να λαμβάνει υπόψη τη βαρύτητα των αναγκών τους εγκαίρως.
- Οι αξιολογήσεις διεξάγονται σύμφωνα με αξιόπιστα πρότυπα, εντός και μεταξύ των πολυεπιστημονικών ομάδων.

Τα μοντέλα της ΟΓΑ έχουν αναπτυχθεί σε διαφορετικά περιβάλλοντα φροντίδας υγείας και ανταποκρίνονται σε διαφορετικές ανάγκες, αν και όχι συγκεκριμένα σε σχέση με τη διαχείριση του ασθενούς με κάταγμα ευθραυστότητας. Η δεξιότητα, στην καρδιά της ορθογηριατρικής φροντίδας, όταν εργάζεται κανείς με ασθενείς με κάταγμα ευθραυστότητας, είναι να αναπτύσσει μία ολοκληρωμένη εικόνα του δυναμικού αντίκτυπου της συνοσηρότητας και της λειτουργικής ικανότητας, ώστε να προσπαθήσει να προβλέψει την πιθανή επίδρασή τους στην ανάρρωση και την αποκατάσταση του ασθενούς μετά το κάταγμα [6] και με τη συγκεκριμένη

γνώση να κατευθύνει την πρακτική της φροντίδας. Η συζήτηση σχετικά με το ρόλο των νοσηλευτών στη διαδικασία της ΟΓΑ είναι περιορισμένη, καθώς η ανάπτυξη της έχει καθοδηγηθεί από γηγιάτρος. Υπάρχουν, ωστόσο, σοβαροί λόγοι για να αρχίσουν οι νοσηλευτές να ενσωματώνουν την ΟΓΑ στην πρακτική τους για τους ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας, λόγω της δυνατότητάς της να παρέχει μία σαφή εικόνα της φροντίδας υγείας και των νοσηλευτικών αναγκών του ασθενούς. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι οι νοσηλευτές θα χρειαστεί να προσαρμόσουν τη διαδικασία ώστε να αντικατοπτρίζει το σκοπό της νοσηλευτικής και να αποφύγουν μία υπερβολικά «ιατρικοποιημένη» προσέγγιση της φροντίδας.

Συνήθη χαρακτηριστικά της ΟΓΑ, τα οποία συνδέονται με την αποτελεσματικότητά της και μπορούν να εφαρμοσθούν στον ασθενή με κάταγμα ευθραυστότητας, περιλαμβάνουν [10]:

- Συντονισμένη πολυεπιστημονική αξιολόγηση, έτσι ώστε κάθε μέλος της ομάδας να μπορεί να συνεισφέρει ως ειδικός. Η ομάδα αποτελείται συνήθως από ένα γηγιάτρο/ιατρό, νοσηλεύτη και θεραπευτές, αλλά μπορεί να περιλαμβάνει και άλλους επαγγελματίες υγείας αναλόγως με την ανάγκη.
- Ένα μέλος της ομάδας είναι υπεύθυνο ως «συντονιστής» ή «διαχειριστής περίπτωσης» της διαδικασίας.
- Συμβολή της Γηριατρικής ειδικότητας, έτσι ώστε η ιατρική διαχείριση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς να μπορεί να οδηγήσει σε πολυεπιστημονικές παρεμβάσεις.
- Προσδιορισμό των ιατρικών, σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων, έτσι ώστε να μπορεί να σχηματισθεί μία ολοκληρωμένη εικόνα και να γίνει κατανοητή η επίδραση καθενός από αυτά.
- Οδηγεί στη διαμόρφωση ενός σχεδίου φροντίδας που περιλαμβάνει την κατάλληλη αποκατάσταση.

Το πρώτο βήμα στην ΟΓΑ είναι να προσδιορισθούν εκείνα τα άτομα που είναι πιθανότερο να ωφεληθούν από αυτήν τη διαδικασία, καθώς και από την ορθογηριατρική ομαδική προσέγγιση. Τα κριτήρια λήψης απόφασης που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό αυτών των ασθενών μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Την ηλικία του ατόμου και τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται η διαδικασία γήρανσής του, π.χ. ευπάθεια.
- Υπάρχουσες ιατρικές παθήσεις που ενδέχεται να επηρεάσουν τη φροντίδα, την ανάρρωση και τις εκβάσεις.
- Την παρουσία ψυχοκοινωνικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη ή η κοινωνική απομόνωση.
- Συγκεκριμένες καταστάσεις «γηριατρικού συνδρόμου», όπως άνοια, πτώσεις, λειτουργική διαταραχή, σαρκοπενία και ευπάθεια.
- Προηγούμενη ή προβλεπόμενη μεγάλη ανάγκη για χρήση υπηρεσιών υγείας.
- Πρόσφατη αλλαγή στην κατάσταση διαβίωσης, π.χ. από την αυτόνομη διαβίωση στην υποστηριζόμενη διαβίωση (assisted living), στο γηροκομείο/οίκο ευγηρίας ή με εσωτερικούς φροντιστές στο σπίτι.
- Σημαντικές ασθένειες όπως αυτές που απαιτούν νοσηλεία (π.χ. κάταγμα) ή αυξημένη ανάγκη για πόρους κατ'οίκον φροντίδας για τη διαχείριση ιατρικών και λειτουργικών αναγκών.

Η διαδικασία ΟΓΑ θα πρέπει να ξεκινά με την εισαγωγή, περιλαμβάνοντας την επείγουσα φροντίδα, αλλά δεν είναι μια «εφάπαξ» διαδικασία, οπότε θα πρέπει να συνεχισθεί σε όλη τη διάρκεια της φροντίδας με συνεχή αναθεώρηση και αξιολόγηση. Για να διευκολυνθεί η καταγραφή και η ανταλλαγή των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης, η πολυεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να χρησιμοποιεί κοινή τεκμηρίωση που να περιλαμβάνει ένα πρότυπο έντυπο το οποίο να βοηθά τους κλινικούς επαγγελματίες να ακολουθούν τη διαδικασία. Σε έναν ιδανικό κόσμο, η ίδια διαδικασία θα πρέπει να ακολουθεί το άτομο μεγαλύτερης ηλικίας μετά την έξοδο προς την κατ'οίκον φροντίδα και άλλες δομές φροντίδας στην κοινότητα.

Η διεξαγωγή μίας ολοκληρωμένης αξιολόγησης αποτελεί ένα φιλόδοξο εγχείρημα και είναι συχνά πιο περίπλοκη από όσο φαίνεται (Πλαίσιο 4.1), καθώς τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συχνά δυσκολεύονται να θυμηθούν το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό τους και η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών μπορεί να τους εμποδίζει να απαντήσουν σε ερωτήσεις. Η επίλυση αυτού του προβλήματος περιλαμβάνει χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας με τον ασθενή και συνεργασία με την οικογένεια και άλλους ανθρώπους που γνωρίζουν καλά τον ασθενή, ώστε να βοηθήσουν στη λήψη του ιστορικού.

Πλαίσιο 4.1: Περιοχές της Αξιολόγησης που τα Μέλη της Ομάδας Ενδέχεται να Αξιολογήσουν Αναλόγως με τις Ανάγκες του Ασθενούς

- Παρόντα συμπτώματα και ασθένειες και τη λειτουργική τους επίδραση.
- Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή, τις σχετικές ενδείξεις και τα αποτελέσματά της.
- Σχετιζόμενες προηγούμενες παθήσεις.
- Πρόσφατες και επικείμενες αλλαγές ζωής.
- Αντικειμενικά μέτρα της συνολικής προσωπικής και κοινωνικής λειτουργικότητας.
- Τρέχον και μελλοντικό περιβάλλον διαβίωσης και την καταλληλότητά του για τη λειτουργικότητα και την πρόγνωση.
- Οικογενειακή κατάσταση και διαθεσιμότητα.
- Ύπαρξη δικτύου φροντιστών, συμπεριλαμβανομένων των ελλείψεων και των δυνατοτήτων του.
- Αντικειμενικά μέτρα της κατάστασης των γνωστικών λειτουργιών.
- Αντικειμενική αξιολόγηση της κινητικότητας και της ισορροπίας.
- Βαθμός/ επίπεδο αποκατάστασης και πρόγνωση σε περίπτωση αρρώστιας ή αναπηρίας.
- Τρέχουσα συναισθηματική υγεία και κατάχρηση ουσιών.
- Διατροφική κατάσταση και ανάγκες.
- Παράγοντες κινδύνου για ασθένειες, αποτελέσματα προσυμπτωματικών ελέγχων διαλογής (screening) και δραστηριότητες προαγωγής υγείας.
- Απαιτούμενες και ληφθείσες υπηρεσίες.

Εννοιολογικά, η ΟΓΑ περιλαμβάνει διάφορες διαδικασίες φροντίδας, οι οποίες ανταλλάσσονται με τα διάφορα μέλη της ομάδας αξιολόγησης (Πλαίσιο 4.2).

Πλαίσιο 4.2: Στοιχεία Ολοκληρωμένης Γηριατρικής Φροντίδας

- Συλλογή δεδομένων.
- Βιοψυχοκοινωνική αξιολόγηση.
- Συζητήσεις μεταξύ της ομάδας.
- Ασθενής και /ή φροντιστής συμμετοχος ως μέλος της ομάδας.
- Ανάπτυξη θεραπευτικού και νοσηλευτικού σχεδίου, μαζί με τον ασθενή και /ή τον φροντιστή.
- Εφαρμογή θεραπευτικού και νοσηλευτικού σχεδίου.
- Παρακολούθηση της ανταπόκρισης στο θεραπευτικό και νοσηλευτικό σχέδιο.
- Αναθεώρηση θεραπευτικού και νοσηλευτικού σχεδίου.

Η ΟΓΑ, η οποία αναλαμβάνεται από διαφορετικά μέλη του προσωπικού κατά τη διάρκεια πολλών συναντήσεων, αρμόζει καλύτερα σε εκείνα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν πολλαπλά ιατρικά προβλήματα και σημαντικούς λειτουργικούς περιορισμούς. Μία διεπιστημονική ομάδα, στην οποία εκπροσωπείται η ιατρική, η ψυχιατρική, η κοινωνική εργασία, η διατροφολογία, η φυσιοθεραπεία, η εργοθεραπεία και άλλοι επαγγελματίες, θα πρέπει να πραγματοποιεί μία κοινή λεπτομερή αξιολόγηση, να αναλύει τις πληροφορίες, να σχεδιάζει μία στρατηγική συνεργατικής παρέμβασης, να ξεκινά τη θεραπεία και να παρακολουθεί την πρόοδο του ασθενούς.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας είναι πολύ πιθανό να επιβιώσουν μετά την είσοδο στο νοσοκομείο και να επιστρέψουν στο σπίτι τους εάν υποβληθούν σε ΟΓΑ ενώ νοσηλεύονται [11]. Εάν ενδείκνυται, η ΟΓΑ πρέπει να ξεκινήσει το συντομότερο δυνατό μετά την εισαγωγή από ειδικευμένο έμπειρο μέλος της πολυεπιστημονικής ομάδας και να εφαρμόζεται για τον εντοπισμό αναστρέψιμων ιατρικών προβλημάτων, για την επίτευξη των σκοπών της αποκατάστασης και για τον προγραμματισμό όλων των συνιστωσών για την έξοδο και την υποστήριξη των αναγκών ακόμη και μετά την έξοδο [12].

4.3. Διαστάσεις της Ολοκληρωμένης Γηριατρικής Αξιολόγησης

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση περιλαμβάνει την παρατήρηση όχι μόνο των σταδίων της ασθένειας, όπως θα έκανε μία τυπική ιατρική αξιολόγηση, ή της λειτουργικής ικανότητας που θα μπορούσε να γίνει από μία τυπική αξιολόγηση αποκατάστασης, αλλά περιλαμβάνει ένα εύρος τομέων. Αξιολογώντας τον καθένα από αυτούς τους τομείς υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί μία ολοκληρωμένη αξιολόγηση και να προσδιορισθεί ο πλήρης βιοψυχοκοινωνικός χαρακτήρας των προβλημάτων του ατόμου. Η διαδικασία αυτή μπορεί να υποστηριχθεί με τη χρήση σταθμισμένων κλιμάκων και εργαλείων ή με πλήρη επίσημα συστήματα αξιολόγησης, όπως τα εργαλεία αξιολόγησης «interrai» (www.interrai.org). Η χρήση σταθμισμένων κλιμάκων είναι δυνατό να ενθαρρύνει τη συνέπεια στην πρακτική, να συμβάλλει στην ασφάλεια (π.χ. ανίχνευση κινδύνου εμφάνισης τραυμάτων από πίεση) και να επιτρέψει την ανίχνευση μίας σειράς αλλαγών, αλλά μπορεί επίσης να είναι χρονοβόρα και κλινικά περιοριστική. Οι κλινικοί επαγγελματίες που αναλαμβάνουν την ΟΓΑ πρέπει να εξετάζουν το βαθμό στον οποίο οι τυποποιημένες προσεγγίσεις είναι χρήσιμες για το περιβάλλον τους [12]. Τα βασικά στοιχεία της ΟΓΑ που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη διαδικασία αξιολόγησης περιγράφονται στον Πίνακα 4.1.

Τομέας	Προτεινόμενα στοιχεία αξιολόγησης
Φυσική υγεία και ιατρικές παθήσεις	Συννοσηρότητα και βαρύτητα της νόσου Ιατρικό ιστορικό Κατάσταση θρέψης Πολυφαρμακία Εγκράτεια ούρων Σεξουαλική λειτουργία Όραση/ακοή Οδοντοστοιχία
Ψυχική υγεία και ψυχολογική κατάσταση	Γνωστικές λειτουργίες Διάθεση και άγχος Φόβοι Σκοποί φροντίδας Προτιμώμενη μελλοντική φροντίδα Πνευματικότητα
Λειτουργικότητα	Λειτουργική ικανότητα: βασικές λειτουργίες, όπως κινητικότητα και ισορροπία, κίνδυνος πτώσης Δραστηριότητες καθημερινής ζωής Ρόλοι ζωής που είναι σημαντικοί για τον ασθενή
Κοινωνικές συνθήκες	Κοινωνική υποστήριξη και δίκτυα: Διαθέσιμη άτυπη υποστήριξη από την οικογένεια Ευρύτερο δίκτυο φίλων και επαφών Θεσμοθετημένη φροντίδα Οικονομικές ανησυχίες και φτώχεια
Περιβάλλον	Συνθήκες διαβίωσης: στέγαση, άνεση, εγκαταστάσεις και ασφάλεια Χρήση ή δυναμική χρήση της «τηλεϊατρικής» τεχνολογίας Ευκολίες μεταφοράς Προσβασιμότητα σε τοπικούς πόρους

Πίνακας 4.1. Τομείς και προτεινόμενα στοιχεία Ολοκληρωμένης Γηριατρικής Αξιολόγησης (BGS 2010)

Λειτουργική κατάσταση: Η λειτουργική κατάσταση σχετίζεται με την ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων που είναι απαραίτητες ή επιθυμητές στην καθημερινή ζωή. Επηρεάζεται άμεσα από την κατάσταση της υγείας, ιδιαίτερα στο πλαίσιο του περιβάλλοντος και του δικτύου κοινωνικής υποστήριξης ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας. Οι αλλαγές στη λειτουργική κατάσταση (π.χ. να μην μπορεί να κάνει μπάνιο μόνος/η) θα πρέπει να ωθούν σε περαιτέρω διαγνωστική αξιολόγηση και παρέμβαση. Η εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης μπορεί να είναι πολύτιμη για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και μπορεί να

παρέχει προγνωστικές πληροφορίες που βοηθούν στον προγραμματισμό του μακροπρόθεσμου πλάνου φροντίδας. Όσον αφορά στην επίδραση της κατάστασης της λειτουργικότητας στις Δραστηριότητες της Καθημερινής Ζωής (ΔΚΖ), η αξιολόγηση της κατάστασης λειτουργικότητας ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να γίνει σε τρία επίπεδα: (1) βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής (ΒΔΚΖ), (2) λειτουργικές ή ενδιάμεσες δραστηριότητες καθημερινής ζωής (ΕΔΚΖ) και (3) προηγμένες δραστηριότητες καθημερινής ζωής (ΠΔΚΖ). Ως ΒΔΚΖ θεωρούνται οι δραστηριότητες της αυτοφροντίδας και περιλαμβάνουν: το να κάνει κανείς μπάνιο, την ένδυση, τη χρήση τουαλέτας και τον έλεγχο των σφιγκτήρων, την προσωπική φροντίδα/ περιποίηση, τη σίτιση, τη μεταφορά (κρεβάτι/ καρέκλα). Οι ΕΔΚΖ αφορούν στην ικανότητα διατήρησης ενός ανεξάρτητου νοικοκυριού, η οποία περιλαμβάνει: την αγορά τροφίμων, την οδήγηση ή τη χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς, τη χρήση τηλεφώνου, την εκτέλεση οικιακών εργασιών, τις εργασίες συντήρησης του σπιτιού, την προετοιμασία των γευμάτων, το πλύσιμο των ρούχων, τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και τη διαχείριση των οικονομικών.

Επιπρόσθετα στις εξεταζόμενες ΔΚΖ, η ταχύτητα βάδισης από μόνη της προβλέπει τη λειτουργική εξασθένηση και την πρόωγη θνησιμότητα σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Η αξιολόγηση της ταχύτητας βάδισης αποτελεί τομέα του φυσιοθεραπευτή της ομάδας και μπορεί να εντοπίσει τους ασθενείς που χρειάζονται περαιτέρω αξιολόγηση, όπως αυτοί με αυξημένο κίνδυνο πτώσεων. Η αξιολόγηση της ταχύτητας βάδισης μπορεί επίσης να βοηθήσει στον εντοπισμό ευπαθών ασθενών που μπορεί να μην επωφεληθούν από τη θεραπεία χρόνιων ασυμπτωματικών ασθενειών όπως η υπέρταση. Για παράδειγμα, η αυξημένη αρτηριακή πίεση σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα μόνο σε άτομα με ταχύτητα βηματισμού $\geq 0,8$ μέτρα/ δευτερόλεπτο (μετρούμενη σε απόσταση 6 μέτρων) [13].

Πτώσεις: Περίπου το ένα τρίτο των ατόμων που ζουν στην κοινότητα και είναι άνω των 65 ετών και το ήμισυ των ατόμων άνω των 80 ετών πέφτουν κάθε χρόνο [14]. Όσοι έχουν πέσει ή έχουν πρόβλημα βάδισης ή ισορροπίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν πτώση στο μέλλον και να χάσουν την ανεξαρτησία τους. Η αξιολόγηση του κινδύνου πτώσης πρέπει να ενσωματωθεί στη λήψη του ιστορικού και τη φυσική εξέταση όλων των ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας (Κεφάλαιο 3).

Γνωστικές λειτουργίες: Η συχνότητα εμφάνισης άνοιας και οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου αυξάνεται με την ηλικία, ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων άνω των 85 ετών, ωστόσο πολλά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών παραμένουν αδιάγνωστα. Η αξία της έγκαιρης διάγνωσης περιλαμβάνει τη δυνατότητα αποκάλυψης θεραπεύσιμων καταστάσεων. Η αξιολόγηση των γνωστικών λειτουργιών μπορεί να περιλαμβάνει τη λήψη πλήρους ιστορικού, σύντομη εξέταση των γνωστικών λειτουργιών, λεπτομερή εξέταση της ψυχικής κατάστασης, νευροψυχολογικές δοκιμασίες και άλλες εξετάσεις για την αξιολόγηση ιατρικών καταστάσεων που ενδεχομένως συμβάλλουν στη διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών (Κεφάλαιο 9).

Διάθεση: Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας στον πληθυσμό των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, που οδηγεί σε περιττή ταλαιπωρία, διαταραγμένη κατάσταση λειτουργικότητας, αυξημένη θνησιμότητα και υπερβολική χρήση των πόρων φροντίδας υγείας (Κεφάλαιο 9). Η κατάθλιψη σε μεγαλύτερη ηλικία παραμένει υποδιαγνωσμένη και αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς. Η κατάθλιψη στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να παρουσιασθεί άτυπα και μπορεί να υποκρύπτεται σε ασθενείς με διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών. Η διαλογή είναι εύκολο να γίνει και είναι πιθανό να εντοπίσει τους ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο εάν απαντηθούν θετικά και τα δύο ερωτήματα που ακολουθούν:

1. «Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, είχατε ενοχλήσεις από αισθήματα κακής διάθεσης, κατάθλιψης ή απελπισίας;»
2. «Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νοιώσατε μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ευχαρίστηση στο να κάνετε πράγματα;»

Πολυφαρμακία: Στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συχνά συνταγογραφούνται πολλαπλές φαρμακευτικές αγωγές από διαφορετικούς επαγγελματίες φροντίδας υγείας, θέτοντάς τα σε αυξημένο κίνδυνο για αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και ανεπιθύμητες ενέργειες. Ο κλινικός επαγγελματίας θα πρέπει να επανεξετάζει τη φαρμακευτική αγωγή σε κάθε επίσκεψη. Η καλύτερη μέθοδος ανίχνευσης δυνητικών προβλημάτων λόγω της πολυφαρμακίας είναι να ζητούνται από τους ασθενείς όλα τα φάρμακα (συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα) με τις συσκευασίες τους. Εναλλακτικά, οι επαγγελματίες θα πρέπει να επικοινωνούν με τον οικογενειακό ιατρό του ασθενούς, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί τα φάρμακά του. Καθώς ορισμένα συστήματα υγείας μετακινούνται προς τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αυξάνεται η πιθανότητα ανίχνευσης ενδεχόμενων σφαλμάτων συνταγογράφησης και αλληλεπιδράσεων των φαρμάκων. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα πρέπει επίσης να ερωτούνται σχετικά με τις εναλλακτικές

ιατρικές θεραπείες (π.χ. χρήση βοτανοθεραπείας) με την ερώτηση: «Ποια συνταγογραφούμενα ή μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, βιταμίνες, βότανα ή συμπληρώματα χρησιμοποιείτε;»

Κοινωνική και οικονομική στήριξη: Η ύπαρξη ενός ισχυρού δικτύου κοινωνικής υποστήριξης στη ζωή ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί συχνά να αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα για το εάν ο ασθενής μπορεί να παραμείνει στο σπίτι ή εάν χρειάζεται να εισαχθεί σε ένα ιδρυματικό περιβάλλον φροντίδας. Ένας σύντομος έλεγχος της κοινωνικής υποστήριξης περιλαμβάνει τη λήψη ενός κοινωνικού ιστορικού και τον προσδιορισμό του ποιος θα είναι διαθέσιμος για να βοηθήσει εάν το άτομο αρρωστήσει. Η έγκαιρη αναγνώριση των προβλημάτων της κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να βοηθήσει στον προγραμματισμό και την έγκαιρη ανάπτυξη πόρων για παραπομπές. Για τους ασθενείς με διαταραχή της λειτουργικότητας, ο επαγγελματίας θα πρέπει να διαπιστώσει ποιο άτομο είναι διαθέσιμο για να τους βοηθήσει με τις ΔΚΖ. Είναι επίσης σημαντικό να εκτιμηθεί η οικονομική κατάσταση του ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας με διαταραχή της λειτουργικότητας. Ορισμένοι μπορεί να δικαιούνται παροχές αναλόγως με το εισόδημά τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν άλλες παροχές, επιπλέον της υγειονομικής περίθαλψης, όπως προνοιακά επιδόματα ή οι παροχές που μπορούν να βοηθήσουν στην πληρωμή των φροντιστών και να αποτρέψουν την ανάγκη για ιδρυματοποίηση.

Η συγκέντρωση πληροφοριών είναι πιο πολύπλοκη από όσο φαίνεται [7], ιδιαίτερα η συγκέντρωση σαφών πληροφοριών σε επίπεδο αναφοράς από ασθενείς που ενδεχομένως έχουν διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών, ιδιαίτερα εάν το περιβάλλον είναι θορυβώδες όπως το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ή μία πολυσύχολη μονάδα τραύματος, επί παρουσίας πόνου ή οπιοειδούς αναλγησίας ή αναισθησίας. Κατά τις πρώτες ώρες μετά την εισαγωγή ο ασθενής είναι πιθανότερο να θυμηθεί το ιστορικό του τραυματισμού λόγω της ανάκλησης της πιο πρόσφατης μνήμης, αλλά αυτή η περίοδος είναι επίσης πολύ αγχωτική. Η συλλογή λεπτομερών και ακριβών πληροφοριών απαιτεί εξειδικευμένες δεξιότητες στην επικοινωνία και εξαιρετική κατανόηση της διαδικασίας της αξιολόγησης.

4.4. Εργαλεία Αξιολόγησης

Αν και ο όγκος των δυνητικά σημαντικών πληροφοριών μπορεί να φαίνεται μεγάλος, τα επίσημα εργαλεία αξιολόγησης και οι συντομεύσεις μπορούν να μειώσουν αυτό το φορτίο του κλινικού επαγγελματία ο οποίος εκτελεί την αρχική ΟΓΑ. Ένα ερωτηματολόγιο πριν από την επίσκεψη το οποίο αποστέλλεται στον ασθενή ή στον φροντιστή πριν από την αρχική αξιολόγηση μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο όταν υπάρχει ανάγκη συλλογής μεγάλου όγκου πληροφοριών και η χρονική στιγμή το επιτρέπει, αν και σπανίως αυτό αποτελεί επιλογή όταν υπάρχει οξεία εισαγωγή. Ερωτηματολόγια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το γενικό ιστορικό (π.χ. προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, φαρμακευτική αγωγή, κοινωνικό ιστορικό, αξιολόγηση ανά συστήματα), καθώς και τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών για την ΟΓΑ, όπως:

- Δυνατότητα εκτέλεσης λειτουργικών δραστηριοτήτων και ανάγκη για βοήθεια.
- Ιστορικό πτώσεων.
- Ακράτεια ούρων ή/και κοπράνων.
- Πόνος.
- Πηγές κοινωνικής υποστήριξης, ιδιαίτερα οικογένεια ή φίλοι.
- Συμπτώματα κατάθλιψης.
- Δυσκολίες όρασης ή ακοής.
- Εάν ο ασθενής έχει ορίσει ένα «νόμιμο πληρεξούσιο» για τη φροντίδα υγείας.

Το βοηθητικό προσωπικό μπορεί να εκπαιδευθεί ώστε να διαχειρίζεται τα εργαλεία ελέγχου διαλογής, ώστε ταυτόχρονα να εξοικονομεί χρόνο και να βοηθά τον κλινικό επαγγελματία να επικεντρώνεται σε ειδικές ανάγκες που χρειάζονται πιο λεπτομερή αξιολόγηση.

4.5. Μετά την Έξοδο από το Νοσοκομείο

Τα σημεία-κλειδιά για την ΟΓΑ μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο περιλαμβάνουν τα κριτήρια-στόχους για τον προσδιορισμό των ευάλωτων ασθενών, ένα πρόγραμμα πολυδιάστατης αξιολόγησης, τον

ολοκληρωμένο σχεδιασμό για την έξοδο και την παρακολούθηση στο σπίτι από ειδικούς γηριατρικούς νοσηλευτές που επισκέπτονται τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και τουλάχιστον δύο φορές κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά το εξιτήριο. Αυτή η παρέμβαση συνήθως ξεκινά 1-2 ημέρες πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο. Όπως οι κατ'οίκον αξιολογήσεις, οι κατ'οίκον επισκέψεις μετά το εξιτήριο συμπληρώνονται με τηλεφωνικές κλήσεις και πρόσθετες επισκέψεις για φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, από κοινωνικό λειτουργό και/ή υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλείας όταν ενδείκνυται (Κεφάλαιο 10).

4.6. Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη των καταγμάτων ευθραυστότητας (Κεφάλαιο 3) θα πρέπει να προσεγγίζεται με συστηματικό και συντονισμένο τρόπο, σε κάποιο βαθμό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, αλλά να συνεχίζεται μετά το εξιτήριο. Όλοι οι ασθενείς που παρουσιάζονται με κατάγματα ευθραυστότητας θα πρέπει να αξιολογούνται από έναν ορθογερίατρο ή άλλο ειδικό σχετικό με τον τρέχοντα κίνδυνο για νέο κάταγμα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παραπομπή σε άλλους ειδικούς, όπως ενδοκρινολόγο, για περαιτέρω έλεγχο. Πρέπει επίσης, να γίνονται παραπομπές στις υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης κατάγματος (Κεφάλαιο 3), όπου οι ασθενείς μπορούν να επανεξετάζονται από έναν επαγγελματία πρόληψης κατάγματος, ορθογερίατρο, ενδοκρινολόγο και διαιτολόγο. Η διαδικασία αξιολόγησης, διάγνωσης και παραπομπής μπορεί να συντονίζεται από έναν επαγγελματία πρόληψης κατάγματος και η θεραπεία και η παρακολούθηση να αρχίζουν αναλόγως. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να παραπέμπονται, κατά περίπτωση, σε ιατρεία πρόληψης πτώσεων.

4.7. Η Ομάδα ΟΓΑ

Η ομάδα αξιολόγησης ποικίλλει αναλόγως με την υπηρεσία και μπορεί να περιλαμβάνει το πλήρες φάσμα των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην πολυεπιστημονική ομάδα. Σε πολλές δομές, η διαδικασία ΟΓΑ βασίζεται σε μία κεντρική ομάδα που αποτελείται από έναν κλινικό ιατρό, νοσηλευτή, θεραπευτή και κοινωνικό λειτουργό και, όπου αρμόζει, αντλεί από μία εκτεταμένη ομάδα, η οποία περιλαμβάνει εργοθεραπευτές και άλλους θεραπευτές, διατροφολόγους, φαρμακοποιούς, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, οδοντιάτρους, ακοολόγους, ποδιάτρους και οφθαλμιάτρους/οπτομέτρες. Παρόλο που αυτοί οι επαγγελματίες μπορούν να εργασθούν στο νοσοκομειακό περιβάλλον, πολλοί είναι επίσης διαθέσιμοι στην κοινότητα. Όλο και περισσότερο παρατηρείται μία στροφή προς την ιδέα μίας «εικονικής ομάδας» στην οποία τα μέλη συμπεριλαμβάνονται αναλόγως με τις ανάγκες, οι αξιολογήσεις διεξάγονται σε διαφορετικές τοποθεσίες, σε διαφορετικές ημέρες, συχνά χρησιμοποιώντας τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, αλλά αποθηκεύονται ηλεκτρονικά και είναι προσβάσιμες οπουδήποτε και η επικοινωνία της ομάδας ολοκληρώνεται τηλεφωνικά ή ηλεκτρονικά.

Παραδοσιακά, τα διάφορα στοιχεία της διαδικασίας αξιολόγησης συμπληρώνονται από τα διαφορετικά μέλη της ομάδας, με σημαντική μεταβλητότητα στον τρόπο με τον οποίο διεξάγονται και καταγράφονται οι αξιολογήσεις. Η ιατρική αξιολόγηση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να διεξάγεται από έναν ιατρό (συνήθως έναν γηρίατρο), έναν νοσηλευτή ή έναν φυσιοθεραπευτή. Η κεντρική ομάδα (γηρίατρος, νοσηλευτής, θεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός) μπορεί να διενεργεί μόνο σύντομες αρχικές αξιολογήσεις ή ελέγχους διάλογής για ορισμένες καταστάσεις. Αυτές μπορούν στη συνέχεια να συμπληρωθούν με πιο λεπτομερείς αξιολογήσεις από επιπλέον επαγγελματίες, π.χ. ένας διαιτολόγος ενδέχεται να χρειασθεί για να εκτιμήσει την πρόσληψη της τροφής και να κάνει συστάσεις για τη βελτίωση της διατροφής ή ένας ακοολόγος μπορεί να χρειασθεί για να πραγματοποιήσει μία εκτενέστερη αξιολόγηση της απώλειας της ακοής και να αξιολογήσει την ανάγκη ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας σχετικά με τη χρήση ακουστικών.

Λόγω της εικοσιτετράωρης φύσης της εργασίας τους και του ευρέως φάσματος της φροντίδας, οι νοσηλευτές αναμένεται συχνά να αναλάβουν ηγετικό ρόλο στη φροντίδα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και να συντονίσουν τη διαδικασία της αξιολόγησης. Παρόλα αυτά, ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΟΓΑ δεν είναι σαφώς καθορισμένος και δεν εξετάζεται λεπτομερώς στη βιβλιογραφία. Το δυναμικό των νοσηλευτών, ιδιαίτερα εκείνων που διαθέτουν προηγμένες δεξιότητες αξιολόγησης, να λειτουργήσουν ως βάση για τη διαδικασία της ΟΓΑ, παραμένει σε μεγάλο βαθμό αναξιοποίητο. Η Νοσηλευτική ήδη κατευθύνεται από τη νοσηλευτική διεργασία ενσωματώνοντας το «ΑΣΕΕ». Ο Clarke [3] υποστηρίζει ότι αυτή η παραδοσιακή άποψη για τη νοσηλευτική διεργασία επικεντρώνεται στον εντοπισμό του ελλείμματος των αναγκών και ότι μία πιο αποτελεσματική φιλοσοφία είναι η αξιολόγηση των πόρων των ίδιων των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και ο

σχεδιασμός της φροντίδας από κοινού με την πολυεπιστημονική ομάδα, τους ασθενείς και τους φροντιστές, ώστε να διατηρείται όσο το δυνατό περισσότερο η αυτοδιαχείριση. Οι νοσηλευτές δίνουν σημασία στο να αναγνωρίζουν κάθε άτομο ως ανεξάρτητο μέσω της συνεχούς και συνεχιζόμενης διαδικασίας αξιολόγησης, η οποία θα υποστηρίξει την υπόλοιπη νοσηλευτική διεργασία (σχεδιασμό, εφαρμογή και εκτίμηση) και θα τους βοηθήσει να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα. Αυτή η γνώση μπορεί να επιτευχθεί μόνο με μία ολοκληρωμένη διαδικασία αξιολόγησης η οποία ενσωματώνει τις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις του ατόμου [15].

Εφόσον η διαδικασία της ΟΓΑ δεν έχει αναπτυχθεί ειδικά για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών, έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει μία ολιστική πολυεπιστημονική αξιολόγηση για όλη την ομάδα και να εξασφαλίσει ότι οι πολύπλοκες ανάγκες των ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας ικανοποιούνται πλήρως μέσω μίας συνεχούς διαδικασίας ενώ αναζητούνται αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς. Ολόκληρη η ομάδα πρέπει να συνεργάζεται στενά για να αναπτύξει περαιτέρω μέσω της συνεργατικής αντίληψης αυτή τη διαδικασία, έτσι ώστε οι πολλές διαφορετικές μορφές αξιολόγησης από διαφορετικούς επαγγελματίες και η σχετική τεκμηρίωσή τους να μπορούν να συγκεντρωθούν σε μία ενιαία και αποτελεσματική διαδικασία [4]. Ενδέχεται να απαιτηθούν καινούργια ή προσαρμοσμένα εργαλεία αξιολόγησης για χρήση από όλους τους επαγγελματίες της ομάδας, τα οποία να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διευκόλυνση της πολυεπιστημονικής ομάδας και της συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών [16], αλλά και με τη θεώρηση της ανεμπόδιστης διασύνδεσης μεταξύ των δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. Όλοι οι επαγγελματίες θα πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιούν τις πληροφορίες που συγκεντρώνονται κατά την ΟΓΑ, ώστε να αναπτύξουν προγράμματα θεραπείας και μακροπρόθεσμης παρακολούθησης, να οργανώνουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και αποκατάστασης, να οργανώνουν και να διευκολύνουν τη σύνθετη διαδικασία της διαχείρισης περιπτώσεων, να καθορίζουν τις απαιτήσεις της μακροχρόνιας φροντίδας και την καλύτερη κάλυψή τους και να κάνουν την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων της φροντίδας υγείας. Η διαδικασία αξιολόγησης στις περισσότερες μονάδες δεν είναι τέλεια και είναι ανάγκη να εντοπισθούν τρόποι τόσο για τη βελτίωση της διαδικασίας αξιολόγησης όσο και για την ανάδειξη της αξίας της Νοσηλευτικής σε αυτή την κεντρική πτυχή της φροντίδας.

4.8. Σύνοψη των Βασικών Σημείων Μάθησης

- Η έγκαιρη και ολοκληρωμένη αξιολόγηση είναι απαραίτητη για την κατανόηση των αναγκών των μεγαλύτερης ηλικίας ατόμων και για τη διασφάλιση της κάλυψης των αναγκών τους μέσω της φροντίδας και της θεραπείας.
- Η ΟΓΑ είναι μία προσωποκεντρική, ολιστική, πολυεπιστημονική διαδικασία που βοηθά στην αξιολόγηση του ευπαθούς ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας, έτσι ώστε οι ιατρικές παθήσεις, η ψυχική υγεία, η λειτουργική ικανότητα και οι κοινωνικές συνθήκες του να μπορούν να εξετασθούν λεπτομερώς και από την οποία οι ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας μπορούν να ωφεληθούν σημαντικά.
- Η διαδικασία θα πρέπει να ξεκινά με την εισαγωγή και να ακολουθείται σε όλη τη φροντίδα έως και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας ή κατά τη φροντίδα σε ιδρύματα: δεν πρόκειται για μία διαδικασία που πραγματοποιείται εφάπαξ, αλλά πρέπει να υπόκειται σε συνεχή αναθεώρηση και αξιολόγηση.
- Η διαδικασία της ΟΓΑ πρέπει να εξετάζει τουλάχιστον τους τομείς της σωματικής υγείας και των ιατρικών παθήσεων, της ψυχικής υγείας και της ψυχολογικής κατάστασης, της λειτουργικότητας, των κοινωνικών συνθηκών και του περιβάλλοντος, έτσι ώστε η φροντίδα και η θεραπεία που προσφέρεται από την πολυεπιστημονική ομάδα να μπορούν να βασίζονται στις ανάγκες που δημιουργούνται από αυτούς τους τομείς.
- Εργαλεία αξιολόγησης πρέπει να αναπτυχθούν ή να προσαρμοσθούν ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτής της διεπιστημονικής διαδικασίας και ενδέχεται να περιλαμβάνουν τα υπάρχοντα εργαλεία αξιολόγησης και αυτά του προσυμπτωματικού ελέγχου διαλογής. Θα χρειασθεί διεπιστημονική ομαδική συνεργασία ώστε να λειτουργήσει αυτή η διαδικασία προς το συμφέρον των ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας.

4.9. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

- Σκεφτείτε τον τρόπο που πραγματοποιείτε αυτήν την περίοδο την αξιολόγηση των ασθενών στο χώρο εργασίας σας- ταιριάζει με την προσέγγιση της ΟΓΑ για την αξιολόγηση;
- Ποιες δεξιότητες χρειάζεσθε εσείς/η ομάδα σας για να βελτιώσετε τον τρόπο αξιολόγησης των ασθενών χρησιμοποιώντας αυτήν την προσέγγιση;
- Πώς θα μπορούσατε να μάθετε αυτές τις δεξιότητες και πώς θα αξιολογούσατε τι έχετε μάθει;
- Συζητήστε με τα άλλα μέλη της πολυεπιστημονικής ομάδας στην οποία εργάζεσθε σχετικά με τον τρόπο που θα μπορούσατε να προχωρήσετε προς μία πλήρη ομαδική προσέγγιση της ΟΓΑ και ποιες αλλαγές μπορεί να χρειασθούν για να συμβεί αυτό.

4.10. Αυτοαξιολόγηση

- Εξετάστε τον τρέχοντα τρόπο τεκμηρίωσης της αξιολόγησης που χρησιμοποιείτε στην κλινική σας και σκεφτείτε εάν αντικατοπτρίζει:
 - ο Περιεκτικότητα.
 - ο Επικέντρωση στον ασθενή.
 - ο Εργασία διεπιστημονικής ομάδας.
- Αναστοχασθείτε πώς αυτό θα μπορούσε να προσαρμοσθεί και να βελτιωθεί.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Inouye SK et al (2007) Geriatric syndromes: clinical, research and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 55(5):780–791
2. Slater P, McCormack B (2005) Determining older people's needs for care by Registered Nurses: the Nursing Needs Assessment Tool. *J Adv Nurs* 52(6):601–608
3. Clarke CL (2012) Fundamentals of nursing. In: Reed J et al (eds) *Nursing older adults*. Open University Press, Maidenhead, pp 79–79
4. Langdon R et al (2013) Assessment of the elderly: it's worth covering the risks. *J Nurs Manag* 21:94–105
5. Smith G, Kydd A (2016) Editorial: Getting care of older people right. The need for appropriate frailty assessment. *J Clin Nurs* 26:5–6
6. British Geriatric Society (BGS), Comprehensive assessment of the frail older patient. 2010. <http://www.bgs.org.uk/good-practice-guides/resources/goodpractice/gpgcassessment#>
7. Wilson, H. (2017) Pre-operative management. In: Falaschi, P. & Marsh, D. *Orthogeriatrics*. Springer: Basel pp 63-79
8. Stuck AE et al (1993) Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 342:1032
9. Devons CA (2002) Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 5:19
10. Ellis G et al (2011) Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 343:d6553
11. Oliver D et al (2014) *Making our health and care systems fit for an ageing population*. Kings Fund, London
12. Welsh TJ et al (2014) Comprehensive geriatric assessment—a guide for the non-specialist. *Int J Clin Pract* 68(3):290–293
13. Studenski S et al (2011) Gait speed and survival in older adults. *JAMA* 305(1):0–58
14. Lord SR et al (2007) *Falls in older people: risk factors and strategies for prevention*. Cambridge University Press, Cambridge
15. Locsin RC, Purnell MJ (2009) *A contemporary nursing process*. Springer, New York

16. Folder-Like et al (2013) Development and evidence base of a new efficient assessment instrument for international use by nurses in community settings with older people. *Int J Nurs Stud* 50:1180–1183

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

5. Ορθογηριατρική Νοσηλευτική στο Περιβάλλον Επείγουσας και Περιεγχειρητικής Φροντίδας Νοσηλευομένων Ασθενών

Charlotte Myhre Jensen, Karen Hertz, και Oliver Mauthner

Καθώς ο πληθυσμός γηράσκει, το τραύμα του μυοσκελετικού συστήματος στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα αποτελεί μία αυξανόμενη πρόκληση. Παρόλο που η διαχείριση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας που υφίστανται τραύμα έχει κάποιες ομοιότητες με εκείνη όλων των ασθενών που υφίστανται τραύμα, υπάρχουν επίσης διαφορές και ειδικοί παράγοντες που σχετίζονται με την γήρανση και που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Η πιο συχνή αιτία τραυματισμού στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι οι πτώσεις, οπότε σε αυτό το κεφάλαιο η εστίαση θα είναι στον τραυματισμό λόγω πτώσης, αναγνωρίζοντας ότι η φροντίδα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας που υφίστανται τραύμα, όποια και αν είναι η αιτία του τραύματος, βασίζεται στις ίδιες αρχές.

Ο σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η περιγραφή της φροντίδας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με κατάγματα ευθραυστότητας του ισχίου, τα οποία αποτελούν τον σημαντικότερο τραυματισμό που απαιτεί ορθογηριατρική φροντίδα. Παρόλο που αυτό το κεφάλαιο ασχολείται με νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ορθογηριατρική φροντίδα γενικά, το κάταγμα ισχίου αποτελεί τον συνηθέστερο λόγο εισαγωγής σε μία ορθοπαιδική κλινική και η πολυπλοκότητα των αναγκών των ασθενών, ο επιπολασμός, η μέση διάρκεια νοσηλείας και το κόστος σημαίνουν ότι η φροντίδα θα εστιάζει κυρίως σε αυτήν την κατηγορία τραύματος. Οι κύριες δεξιότητες και γνώσεις που απαιτούνται για την καλή φροντίδα των ασθενών με κατάγματα ισχίου ισχύουν για τη διαχείριση όλων των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με κατάγματα και περιλαμβάνουν όλες τις θεμελιώδεις πλευρές της νοσηλευτικής φροντίδας των ενηλίκων, καθώς και εξειδικευμένες παρεμβάσεις για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας [1,2].

5.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου και μετά από περαιτέρω μελέτη ο νοσηλευτής θα μπορεί να:

- Αναγνωρίζει τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις εκβάσεις του κατάγματος του ισχίου.
- Εξηγεί τα είδη καταγμάτων ισχίου και την αντιμετώπισή τους.
- Παρέχει τεκμηριωμένη επείγουσα και περιεγχειρητική φροντίδα σε ασθενείς με κάταγμα ισχίου.
- Διατηρεί την ασφάλεια του ασθενούς και να προλαμβάνει και να αναγνωρίζει τις επιπλοκές.
- Προετοιμάζει διεξοδικά τον ασθενή για την έξοδο από το νοσοκομείο.

C. M. Jensen, M.Ed., R.N.
Department of Orthopaedic Surgery and Traumatology, Odense University Hospital,
Odense, Denmark
e-mail: Charlotte.myhre.jensen@rsyd.dk

K. Hertz
Specialised Division, University Hospital of North Midlands,
Stoke-on Trent, Staffordshire, UK
e-mail: Karen.hertz@uhn.nhs.uk

O. Mauthner, Ph.D.
Felix Platter—Spital, Basel, Switzerland
University of Basel, Basel, Switzerland
e-mail: Oliver.mauthner@unibas.ch

5.2. Περιεγχειρητική Φροντίδα

Η χειρουργική επέμβαση είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία για τα κατάγματα ισχίου, καθώς παρέχει σταθερή οστεοσύνθεση, διευκολύνει την πλήρη φόρτιση του σκέλους και μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών [3]. Η συντηρητική αντιμετώπιση επιφέρει επιπρόσθετους κινδύνους, όπως ακινησία, θρομβοεμβολικά επεισόδια, τραυματισμούς λόγω πίεσης, άλλες επιπλοκές και απώλεια της ανεξαρτησίας. Υπάρχουν τρεις φάσεις στην περιεγχειρητική φροντίδα: η προεγχειρητική, η διεγχειρητική και η μετεγχειρητική.

Η προεγχειρητική φάση είναι η χρονική περίοδος πριν από την άφιξη του ασθενούς στο χειρουργείο για την επέμβαση. Οι στόχοι σε αυτήν τη φάση περιλαμβάνουν τη σταθεροποίηση της κάκωσης, τη διαχείριση του πόνου και την αναπλήρωση της λειτουργικότητας και είναι απαραίτητες η πραγματοποίηση τυποποιημένων προεγχειρητικών αξιολογήσεων και η εφαρμογή ασθενοκεντρικών πρωτοκόλλων διαχείρισης. Ο σκοπός είναι να διευκολυνθεί η άμεση προετοιμασία για τη χειρουργική επέμβαση μέσα από τη συντονισμένη ορθογριατρική και αναισθησιολογική φροντίδα.

Η διεγχειρητική φροντίδα έχει ως σκοπό την ελαχιστοποίηση των παθοφυσιολογικών επιδράσεων της χειρουργικής επέμβασης, χωρίς την αποσταθεροποίηση της φυσιολογίας του ασθενούς. Οι ασθενείς διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο περιεγχειρητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω της ηλικίας και της ευπάθειας, επομένως έχουν μειωμένες εφεδρείες: η ύπαρξη ενός ή περισσότερων συνοδών νοσημάτων, η πολυφαρμακία και η γνωστική δυσλειτουργία είναι συχνές και πιθανώς να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη φυσιολογία των ασθενών.

Μετεγχειρητικά, η ορθογριατρική φροντίδα στοχεύει στην ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της χειρουργικής επέμβασης και στην επανακινητοποίηση, την ενεργοποίηση και την παρακίνηση των ασθενών για την προετοιμασία τους για την έξοδο από το νοσοκομείο, με ιδανικό προορισμό εξόδου το μέρος που διέμεναν πριν από το κάταγμα. Η πρώιμη μετεγχειρητική φάση είναι καθοριστική, καθώς η καθυστερημένη επανακινητοποίηση σχετίζεται με παράταση της νοσηλείας [4]. Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει, επομένως, έγκαιρη κινητοποίηση, διαχείριση του πόνου, της μετεγχειρητικής υπότασης και του ισοζυγίου υγρών, διαχείριση της μετεγχειρητικής αναιμίας, αξιολόγηση του οργανικού ψυχοσυνδρόμου και βελτίωση της θρέψης.

5.3. Προεγχειρητική Φροντίδα

Το κάταγμα του ισχίου είναι ένα ξαφνικό τραυματικό γεγονός, απειλητικό για διάφορες πλευρές της ζωής των ασθενών και μία ισχυρή υπενθύμιση της θνητότητάς τους [5, 6]. Από τους κυρίαρχους παράγοντες που επηρεάζουν τις εκβάσεις μετά από ένα κάταγμα ισχίου είναι η αποκατάσταση της λειτουργικότητας, με συνέπεια η φροντίδα των σωματικών αναγκών να συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη προσοχή. Ο πρωταρχικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με κατάγματα ευθραυστότητας του ισχίου είναι η μεγιστοποίηση της κινητικότητας και η διατήρηση της βέλτιστης λειτουργικότητας [1, 2]: η φροντίδα των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ωστόσο, πρέπει να ενσωματωθεί σε μία ολιστική προσέγγιση της φροντίδας, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να έχουν κίνητρο για την αποκατάστασή τους [5, 1]. Η αξιολόγηση και η μετέπειτα φροντίδα παρέχονται καλύτερα μέσα από την αποτελεσματική πολυεπιστημονική ομαδική εργασία, που βασίζεται σε «ορθογριατρικές» αρχές: στη θεραπεία του κατάγματος, λαμβάνοντας υπόψη τα αίτια και τα αποτελέσματα της πτώσης και την αστάθεια των συνοσηροτήτων, και την έναρξη αποτελεσματικής αποκατάστασης, λαμβάνοντας υπόψη την υγεία των οστών, με σκοπό την πρόληψη περαιτέρω καταγμάτων.

Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) είναι θορυβώδη, γεμάτα κόσμο και ένταση περιβάλλοντα, γεγονός που τα καθιστά ακατάλληλο περιβάλλον για ευάλωτα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας σε μία κατάσταση προσωπικής και φυσικής κρίσης. Η αποφυγή των επιδράσεων αυτής της κατάστασης απαιτεί να ληφθούν υπόψη οι τρεις ακόλουθες αρχές:

- Έγκαιρη αντιμετώπιση: αποφυγή άσκοπης και ανεπιθύμητης καθυστέρησης.
- Αποτελεσματικότητα: με σκοπό την επίτευξη βέλτιστων εκβάσεων με τη χρήση των καλύτερων διαθέσιμων τεκμηρίων.
- Ασθενοκεντρικότητα: φροντίδα με σεβασμό, η οποία ανταποκρίνεται στις ανάγκες φροντίδας του κάθε ασθενούς.

Η παροχή φροντίδας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μετά από τραύμα πρέπει να ακολουθεί τις κοινές αρχές που ισχύουν για όλες τις ηλικιακές ομάδες, με την εφαρμογή της προσέγγισης ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure). Οι φυσιολογικές και παθολογικές αλλαγές της γήρανσης, σε συνδυασμό με τις ενεργές συνοσηρότητες, σημαίνουν ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα αποτελούν σημαντικούς προβληματισμούς. Παραδείγματα φυσιολογικών παραγόντων που συνδέονται με το γήρας και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη περιλαμβάνουν:

Αεραγωγός (Airway): η γήρανση προκαλεί εκφυλισμό του φυσιολογικού αεραγωγού και μυοσκελετική παθολογία, όπως οστεοαρθρίτιδα, οι οποίες ενδεχομένως μειώνουν την ευλυγισία του αυχένα και της σπονδυλικής στήλης, καθιστώντας δύσκολη τη διαχείριση του αεραγωγού.

Αναπνοή (Breathing): απώλεια της αναπνευστικής αντοχής σημαίνει απώλεια των εφεδρειών για αντιμετώπιση της υποξυγοναιμίας και πιθανό υποαερισμό κατά τη χορήγηση οξυγόνου. Η οξυγονοθεραπεία είναι ακόμη αναγκαία, αλλά απαιτεί στενότερη παρακολούθηση λόγω αυτών των αλλαγών. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αναπνευστικής ανεπάρκειας λόγω του αυξημένου έργου της αναπνοής.

Κυκλοφορία (Circulation): μείωση των καρδιοαναπνευστικών εφεδρειών σημαίνει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για υπερφόρτωση με υγρά κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (ιδιαίτερα κολλοειδών), επομένως απαιτείται στενότερη παρακολούθηση. Οι φυσιολογικές τιμές καρδιακής συχνότητας και αρτηριακής πίεσης δεν αποτελούν εγγύηση φυσιολογικής καρδιακής παροχής και η χορήγηση β-αναστολέων και αντιυπερτασικών παραγόντων ενδέχεται να καλύπτει τα σημεία επιδείνωσης. Η απώλεια αίματος στη θέση του κατάγματος μπορεί να ποικίλλει από μερικά κυβικά εκατοστά, σε ένα απαρεκτόπιστο ενδοθυλακικό κάταγμα, έως πάνω από ένα λίτρο, σε ένα συντριπτικό ή υποτροχαντήριο κάταγμα. Σε όλους τους ασθενείς πρέπει να χορηγείται φυσιολογικός ορός από την ώρα της εισαγωγής τους, με ροή έγχυσης προσαρμοσμένη αναλόγως με την εκτιμώμενη απώλεια αίματος και τον βαθμό αφυδάτωσης.

Ανικανότητα/ αναπηρία (Disability): η παρατεταμένη ακινησία και αδράνεια περιορίζει την τελική λειτουργική έκβαση και επηρεάζει την επιβίωση.

Έκθεση (Exposure): το δέρμα και ο συνδετικός ιστός υφίστανται εκτεταμένες αλλαγές λόγω της γήρανσης, με αποτέλεσμα τη μείωση της θερμορρυθμιστικής ικανότητας, την αύξηση του κινδύνου για λοίμωξη, την πτωχή επούλωση και την αυξημένη ευαισθησία στην υποθερμία.

Ένα πλήρες και ολοκληρωμένο ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει τις σχετικές συνοσηρότητες και το ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής, την προ του κατάγματος λειτουργική ικανότητα, καθώς και το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό. Πολλά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με και χωρίς γνωστική δυσλειτουργία, δεν είναι σε θέση να παρέχουν ένα ακριβές ιστορικό, επομένως η λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνει από έναν συγγενή, φροντιστή ή γενικό ιατρό [8]. Επίσης, το δέρμα του ασθενούς πρέπει να εξετασθεί εξονυχιστικά για την αναγνώριση προβλημάτων και πιθανής λύσης της συνέχειάς του. Για την πρόληψη των τραυματισμών λόγω πίεσης οι ασθενείς πρέπει να μεταφέρονται σε κρεβάτι με στρώμα ανακούφισης από την πίεση/εναλλασσόμενης πίεσης το συντομότερο (Κεφάλαιο 7).

5.4. Διάγνωση και Χειρουργική Αντιμετώπιση του Κατάγματος Ισχίου

Ένα κάταγμα ισχίου διαγιγνώσκεται από τα συμπτώματά του και επιβεβαιώνεται με ακτινολογικό έλεγχο [9]. Τα ανωτέρω μπορούν να συμπληρωθούν με την πραγματοποίηση μαγνητικής ή αξονικής τομογραφίας, ώστε να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Τα περισσότερα κατάγματα ισχίου εμφανίζονται σε μία ή δύο θέσεις: τον αυχένα του μηριαίου οστού ή τη διατροχαντήρια περιοχή. Η θέση του κατάγματος και ο βαθμός παρεκτόπισης ή ενσφήνωσης συνεισφέρουν στον καθορισμό της ενδεδειγμένης θεραπείας (Εικόνα 5.1). Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική επέμβαση, καθώς αποτελεί τον αποτελεσματικότερο τρόπο διαχείρισης του πόνου και σταθεροποίησης του κατάγματος, ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση να επακινήτοποιηθεί το συντομότερο.

Κάταγμα Αυχένα Μηριαίου (υποκεφαλικό κάταγμα): Συμβαίνει στην περιοχή του αυχένα του μηριαίου οστού, στην ενδοθυλακική περιοχή (μέσα στον θύλακο της άρθρωσης του ισχίου). Λόγω της αιμάτωσης αυτής της περιοχής, εάν υπάρχει παρεκτόπιση, αυτό το είδος κατάγματος μπορεί να διαταράξει την αιμάτωση της κεφαλής του μηριαίου, προκαλώντας κατάρρευσή της ως αποτέλεσμα της νέκρωσης. Επομένως, εάν το

κάταγμα είναι παρεκτοπισμένο συνήθως αντιμετωπίζεται με ημιολική αρθροπλαστική. Μη παρεκτοπισμένα κατάγματα αντιμετωπίζονται με παράλληλα εμφυτεύματα.

Διατροχαντήριο κάταγμα ισχίου: Ένα διατροχαντήριο κάταγμα ισχίου συμβαίνει στα άνω 8-12 εκατοστά του μηριαίου άξονα, στην περιοχή ανάμεσα στον μείζονα και ελάσσονα τροχαντήρα. Καθώς πρόκειται για ένα εξωθλακικό κάταγμα (έξω από τον θύλακο της άρθρωσης του ισχίου), η αιμάτωση είναι λιγότερο πιθανό να διακοπεί, επομένως η εσωτερική οστεοσύνθεση μπορεί να πραγματοποιηθεί με ήλους, βίδες ή και πλάκες (Εικόνες 5.1 και 5.2).



Εικόνα 5.1. Προσθιοπίσθια ακτινογραφία του εγγύς μηριαίου δεξιά, που απεικονίζει την ανατομία και τις θέσεις του κατάγματος. AM/ YK= ανχένας μηριαίου/υποκεφαλικό κάταγμα, ΔΤΧ= διατροχα-ντήριο κάταγμα, ΥΤΧ= υποτροχαντήριο κάταγμα. (Από Palm 2017 [4] μετά από άδεια)

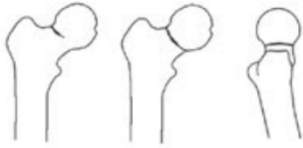
Η φροντίδα των ασθενών με κατάγματα ισχίου είναι ένα καθημερινό γεγονός για τους επαγγελματίες υγείας, αλλά για τον ασθενή είναι ένα γεγονός που αλλάζει τη ζωή του με σοβαρές και απειλητικές συνέπειες [10, 11]. Παρόλο που η αντιμετώπιση συνήθως ακολουθεί προτυποποιημένες κατευθυντήριες οδηγίες, κάθε άτομο έχει ανάγκη ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας. Ο σκοπός της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να προετοιμασθεί ο ασθενής για τη χειρουργική επέμβαση με τρόπο που να αποτρέπει την εμφάνιση επιπλοκών εξαιτίας της ακινησίας και της επέμβασης.

Είδος κατάγματος

Είδος επέμβασης

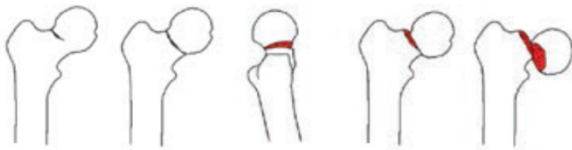
Κατάγματα αυχένα μηριαίου

Απαρακτόπιστα



Κατά Garden I-II με <20° οπίσθια κλίση

Παραεκτοπισμένα



Κατά Garden I-II με ≥20° οπίσθια κλίση & Garden III-IV

Κάθετα

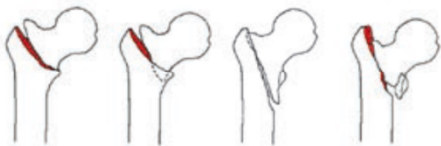


Εξωθυλακικά κατάγματα

Βασεοανγενικά



Σταθερά διατροχαντήρια



Τύποι A1.1, A1.2, A1.3, A2.1 κατά AO/OTA

Ασταθή διατροχαντήρια



Τύποι A2.2, A2.3, A3.1, A3.2, A3.3 κατά AO/OTA

Παράλληλα εμφυτεύματα (κοχλίωση)



Πρόθεση ***



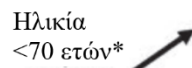
Ολισθαίνων ήλος με 2 σπές



Ολισθαίνων ήλος με 4 σπές



Ενδομυελικός ήλος ***



Ηλικία <70 ετών*

Ηλικία ≥70 ετών**

*Πρόθεση, εάν όχι πλήρης ανάταξη μετά από έλξη. **Αφαίρεση μηριαίας κεφαλής, εάν δεν υπήρχε κινητικότητα πριν από το κάταγμα. ***Υποχρεωτική επίβλεψη των νέων ειδικευόμενων.

Εικόνα 5.2. Τρόπος λήψης απόφασης σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση για κάταγμα του ισχίου: ένας αλγόριθμος για επεμβάσεις κατάγματος ισχίου (αναπαραγωγή μετά από άδεια από Acta Orthop).

5.5. Διαχείριση του Πόνου

Ένα κατάγμα ισχίου είναι πολύ επώδυνο, ωστόσο η σωστή διαχείριση του πόνου αποτελεί συχνά παραμελημένο στόχο φροντίδας και ο πόνος μπορεί να συμβάλει σε πτωχές εκβάσεις. Ένας σημαντικός λόγος για την ανεπαρκή αναλγησία είναι η πτωχή αξιολόγηση, ιδιαίτερα εκείνων των ασθενών που δεν μπορούν να μιλήσουν [12]. Οι συνοσηρότητες και η πολυφαρμακία πρέπει να ληφθούν υπόψη και η διαχείριση του πόνου στους ασθενείς που έχουν έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών αποτελεί πρόκληση λόγω των δυσκολιών στην επικοινωνία. Η καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της ορθογριατρικής ομάδας είναι απαραίτητη για την επιτυχημένη διαχείριση του πόνου, ιδιαίτερα για να λάβει χώρα η κινητοποίηση αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Ο οξύς πόνος πρέπει συνεχώς να αξιολογείται, από τη στιγμή της εμφάνισής του και, έπειτα, τακτικά καθόλη την πορεία της φροντίδας, ώστε να εφαρμόζεται αποτελεσματική διαχείρισή του. Κάθε νοσηλευτής πρέπει να πραγματοποιεί συχνές, ακριβείς αξιολογήσεις του πόνου και να χορηγεί τα αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες, να παρακολουθεί την επίδρασή τους και τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους και να αναφέρει τις παρατηρήσεις αυτές στην πολυεπιστημονική ομάδα. Η πραγματοποίηση νευρικών αποκλεισμών προεγχειρητικά στους ασθενείς με κατάγματα ισχίου έχει αυξηθεί, καθώς με αυτόν τον τρόπο ελαχιστοποιείται η ανάγκη για οπιοειδή, τα οποία ενέχουν πολλαπλούς κινδύνους για τα ευπαθή, μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, και έχει βρεθεί πως έχει σημαντική θετική επίδραση στην εμπειρία του πόνου [13]. Εξειδικευμένοι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες σε προηγμένους ρόλους έχουν όλο και πιο συχνά καθοριστικό ρόλο στη διενέργεια νευρικών αποκλεισμών, τόσο στο ΤΕΠ όσο και στις μονάδες νοσηλείας εσωτερικών ασθενών.

Η συχνή αξιολόγηση του πόνου είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική διαχείρισή του, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ενός τεκμηριωμένου εργαλείου για τη διενέργεια της συνέντευξης κατά την εισαγωγή και τον έλεγχο των αρχείων υγείας του ασθενούς για τον προσδιορισμό προϋπαρχόντων επώδυνων καταστάσεων. Η αρχική αξιολόγηση συνήθως περιλαμβάνει την εντόπιση της θέσης του πόνου/των πόνων, την περιγραφή του πόνου, τα χαρακτηριστικά τόσο του νέου, οξέος πόνου αλλά και προϋπάρχοντος, επιμένου πόνου, της έντασης κατά την ανάπαυση και κατά τη δραστηριότητα και το ιστορικό διαχείρισης του πόνου (πρόσφατο και παλαιότερο, φαρμακευτικές και μη στρατηγικές, αποτελεσματικότητα των στρατηγικών και ανεπιθύμητες ενέργειες που πιθανώς βίωσε ο ασθενής). Συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την αξιολόγηση του πόνου είναι η Λεκτική Κλίμακα Βαθμολόγησης (Verbal Rating Scale, VRS) και η Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analogue Scale, VAS) για τους ασθενείς με γνωστική δυσλειτουργία. Τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα συχνά δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να αναφέρουν τον πόνο. Για αυτόν τον λόγο οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε εγρήγορση, ώστε να αναγνωρίζουν τα σημεία πιθανής ύπαρξης πόνου στα άτομα αυτά, και να παρατηρούν για σημεία πόνου σε ό,τι αφορά στη συμπεριφορά ή στις εκδηλώσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα των ασθενών.

Ο πόνος πρέπει να αξιολογείται:

- Άμεσα κατά την εμφάνισή του.
- Μέσα σε τριάντα λεπτά από την αρχική χορήγηση αναλγησίας.
- Κάθε μία ώρα μέχρι ο ασθενής να τακτοποιηθεί στον θάλαμο.
- Τακτικά, ως μέρος της ρουτίνας των νοσηλευτικών παρατηρήσεων σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας.

Η άμεση χορήγηση της αναλγησίας πρέπει να προσφέρεται σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται με υποψία κατάγματος ισχίου, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με γνωστική δυσλειτουργία. Η επιλογή του είδους και της δοσολογίας της αναλγησίας πρέπει να εναρμονίζεται με την ηλικία του ασθενούς, με στενή παρακολούθηση για πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η αναλγησία θα πρέπει να είναι επαρκής ώστε να επιτρέπει να πραγματοποιούνται κινήσεις απαραίτητες για τις εξετάσεις του ασθενούς (όπως καθορίζεται από την ικανότητα ανοχής της παθητικής έξω στροφής του κάτω άκρου) και για τη νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση. Η παρακεταμόλη μπορεί να χορηγείται κάθε έξι ώρες, εκτός εάν αντενδείκνυται, με ταυτόχρονη χορήγηση οπιοειδών, εάν η χορήγηση μόνο της παρακεταμόλης δεν προσφέρει ικανοποιητική ανακούφιση από τον πόνο, και με ιδιαίτερη προσοχή όταν εξετάζεται η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ), που συνήθως αντενδείκνυται στα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Οι μη φαρμακευτικές θεραπείες είναι επίσης αναπόσπαστο τμήμα του θεραπευτικού σχεδίου και έχει δειχθεί πως ένα πλήθος επιλογών επιδρούν αποτελεσματικά μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με κατάλληλα φάρμακα [1]. Η επιλογή των στρατηγικών στις οποίες πιστεύει ο

ασθενής ενισχύει την αποτελεσματικότητα. Οι συνιστώμενες θεραπείες περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται, σε:

- Τοποθέτηση παγοκύστεων στο ισχίο για 15 λεπτά κάθε φορά.
- Ζεστές κουβέρτες και απαλό μασάζ.
- Γνωστικές-συμπεριφορικές στρατηγικές: ασκήσεις αναπνοής, θεραπεία χαλάρωσης, χιούμορ, μουσικοθεραπεία και κοινωνικότητα/διάσπαση της προσοχής.
- Τακτική εναλλαγή θέσεων με υποστηρικτικά μαξιλάρια.
- Εφαρμογή διεπιστημονικής προσέγγισης: οι εργοθεραπευτές μπορούν να παρέχουν προσαρμοσμένα καθίσματα, νάρθηκες ή συσκευές για την προσαρμογή των ασθενών, οι φυσιοθεραπευτές βοηθούν στην ατομική κινητοποίηση, την άσκηση και τα προγράμματα ενδυνάμωσης.
- Σωματική δραστηριότητα για βελτίωση του εύρους κίνησης, της κινητικότητας και της δύναμης.

Η αναισθησία παρέχεται με συνδυασμό των διαφόρων μεθόδων χορήγησης των αναισθητικών φαρμάκων για τη μεγιστοποίηση της θετικής επίδρασης των επιλεγμένων φαρμάκων, περιορίζοντας ταυτόχρονα τις ανεπιθύμητες ενέργειες [14]. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο επιρρεπή στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Παρόλα αυτά τα αναλγητικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα όταν λαμβάνονται υπόψη οι σχετιζόμενες με την ηλικία διαφορές στην απορρόφηση και την κατανομή τους, καθώς και ατομικοί παράγοντες κινδύνου [12].

Η αναλγησία με οπιοειδή είναι ένας παράγοντας-κλειδί στη διαχείριση του πόνου του κατάγματος ισχίου, αλλά υπάρχει μεγάλη διακύμανση στις ατομικές ανάγκες κάθε ασθενούς. Οι ανάγκες για οπιοειδή μειώνονται με την ηλικία και οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να εμποδίσουν τη κινητικότητα, να δυσχεράνουν τις γνωστικές λειτουργίες και να παρέμβουν στην ανάρρωση. Άλλα φάρμακα, όπως τα ηρεμιστικά, τα αντιεμετικά και τα νευροληπτικά, μπορούν να αυξήσουν το επίπεδο της νάρκωσης που οφείλεται στα οπιοειδή και οι ανεπιθύμητες ενέργειες πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη δοσολογία και την τιτλοποίηση των οπιοειδών. Η πρόβλεψη και η καταγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η καταστολή, η δυσκοιλιότητα, η ναυτία και ο έμετος, είναι αναγκαία για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας πρόληψης [15]. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής εξαιτίας της χορήγησης οπιοειδών, επομένως συνιστάται τακτική παρακολούθηση του επιπέδου της καταστολής.

Το γύρισμα του ασθενούς με κάταγμα ισχίου προς την πληγείσα πλευρά πρέπει να αποφεύγεται μέχρι να πραγματοποιηθεί η χειρουργική αποκατάσταση. Το «ελαφρύ/ήπιο» γύρισμα είναι αναπόφευκτο κατά τη φροντίδα και την εξέταση του δέρματος της ραχιαίας επιφάνειας του ασθενούς. Πρέπει να τοποθετούνται μαξιλάρια ανάμεσα στους μηρούς και τα γόνατα των ασθενών για να προάγεται η διαχείριση του πόνου, ενώ η προσαγωγή και η περιστροφή του πληγέντος κάτω άκρου πρέπει να αποφεύγονται. Η αλλαγή της θέσης του ασθενούς πρέπει πάντα να πραγματοποιείται από δύο έμπειρους νοσηλευτές, με εφαρμογή καλών πρακτικών σε ό,τι αφορά στους χειρισμούς.

5.6. Μετεγχειρητική Φροντίδα

Η κινητοποίηση του ασθενούς όσο το δυνατό συντομότερα μετά τη χειρουργική επέμβαση έχει αποδειχθεί καθοριστική για την πρόληψη των επιπλοκών που σχετίζονται με την κινητικότητα και την ανάρρωση (Κεφάλαιο 6). Μετά τη χειρουργική επέμβαση η τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση επί κλίνης και η έγερσή του την ημέρα της επέμβασης πρέπει να γίνει συνήθης πρακτική, εάν αυτό δεν αντενδείκνυται ιατρικά. Η πρόοδος από εκεί και πέρα διαφέρει σημαντικά και εξαρτάται από τον κάθε ασθενή και τον τύπο του κατάγματος ή της χειρουργικής επέμβασης. Οι ασθενείς με εξωθυλακικά κατάγματα τείνουν να χρειάζονται περισσότερο χρόνο ανάρρωσης σε σύγκριση με αυτούς με ενδοθυλακικά κατάγματα [9]. Αρχικά, οι ασθενείς ενδέχεται να φοβούνται τη φόρτιση του χειρουργημένου σκέλους και πρέπει να παροτρύνονται από την ομάδα φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη για αποτελεσματική διαχείριση του πόνου.

5.6.1. Πόνος

Οι περισσότεροι ασθενείς βιώνουν συνεχή πόνο τις ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο οποίος επιδεινώνεται κατά την κίνηση, οπότε προτιμούν να παραμένουν κλινήρεις ώστε να αποφεύγουν τον πόνο,

αυξάνοντας τον κίνδυνο της ακινησίας. Οι αρχές σχετικά με την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου που συζητήθηκαν παραπάνω ισχύουν και κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Εάν ο πόνος δεν ελεγχθεί επαρκώς, η κινητοποίηση θα καθυστερήσει, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών λόγω της παρατεταμένης ακινησίας και οδηγώντας στη μείωση της αυτονομίας, ενώ σχετίζεται και με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης οργανικού ψυχοσυνδρόμου [16]. Η αυξημένη ετερογένεια της φύσης του πόνου και η ατομική απόκριση κάθε ανθρώπου σε αυτόν καθιστούν την ακριβή αξιολόγησή του ως βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας για τη διευκόλυνση της εξατομικευμένης διαχείρισης και παρακολούθησης του πόνου. Σε πολλές μελέτες έχειδειχθεί ότι οι ασθενείς με γνωστικές διαταραχές και οξεία σύγχυση λαμβάνουν λιγότερη αναλγησία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν εμφανίζουν αυτές τις διαταραχές. Για να βοηθηθεί το προσωπικό στην κατανόηση των εξατομικευμένων αναγκών ενός ατόμου με άνοια, η χρήση ενός εργαλείου αξιολόγησης όπως το “This is Me” (Alzheimer’s society- UK, <https://www.alzheimers.org.uk/>) ενθαρρύνει τους συγγενείς και τους φροντιστές να μοιραστούν προσωπικές πληροφορίες, χαρακτηριστικά και παρατηρήσεις σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς, στοιχεία τα οποία διευκολύνουν το προσωπικό να κατανοήσει καλύτερα την εμπειρία του πόνου και τις ανάγκες του ασθενούς. Η αξιολόγηση του πόνου, η εκτίμηση των αποτελεσμάτων, η επαναξιολόγηση και η κατάλληλη χορήγηση αναισθησίας πρέπει να είναι κεντρικής σημασίας για τη ρουτίνα της φροντίδας.

5.7. Βασική Νοσηλευτική Φροντίδα

Η διατήρηση της κινητικότητας, της ενέργειας και της συμμετοχής στην αυτοφροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να υποστηρίξει την ανεξαρτησία, να μειώσει την πιθανότητα των πτώσεων και των τραυματισμών που σχετίζονται με τις πτώσεις και να ελαχιστοποιήσει την απώλεια της αυτοπεποίθησης που σχετίζεται με τον φόβο της πτώσης (Κεφάλαιο 3). Η βασική αρχή της ποιότητας της φροντίδας είναι η ενσυναίσθηση, μία σύνθετη, πολυδιάστατη έννοια της θεραπευτικής σχέσης, που αφορά στην ικανότητα κατανόησης των αναγκών, των νοημάτων, των φόβων, των προτεραιοτήτων και των απόψεων των ασθενών [17]. Η αλληλεπίδραση μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς με γνωστική δυσλειτουργία μπορεί να αποτελεί πηγή άγχους, κυρίως όταν αυτός που υποφέρει από γνωστική δυσλειτουργία (ή άνοια) αντιμάχεται τις προσπάθειες του φροντιστή (Κεφάλαιο 9). Η εξασφάλιση της άνεσης και της υγιεινής του ασθενούς είναι ουσιαστικής σημασίας και περιλαμβάνει, για παράδειγμα, την αναγνώριση ότι ο ασθενής συχνά αισθάνεται έντονη πείνα, δίψα και ξηρό στόμα, επομένως η συχνή και αποτελεσματική φροντίδα στόματος είναι απαραίτητη. Πολλές άλλες διαστάσεις της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας κατά την περιεγχειρητική περίοδο παρουσιάζονται σε άλλα κεφάλαια όπως:

Οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο: η νοσηλευτική ομάδα έχει πιο πολλές πιθανότητες να αναγνωρίσει τα σημεία του (Κεφάλαιο 9).

Πρόληψη τραυματισμών λόγω πίεσης: οι τραυματισμοί λόγω πίεσης αποτελούν σοβαρές επιπλοκές της ακινησίας, της νοσηλείας και της χειρουργικής επέμβασης και μπορούν να επηρεάσουν έως και το 1/3 των ασθενών με κατάγματα ισχίου [9] (Κεφάλαιο 7).

Ενυδάτωση, θρέψη και δυσκοιλιότητα: η διαχείριση των υγρών στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ενδέχεται να είναι δύσκολη, καθώς είναι πιθανό να αυτορρυθμίζουν την πρόσληψη υγρών ώστε να ελέγχουν την ακράτεια ή τη συχνότητα ούρησης και να διαχειρίζονται τις δυσκολίες σχετικά με την πρόσβαση στην τουαλέτα. Η στενή παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών είναι απαραίτητη πλευρά της νοσηλευτικής φροντίδας για την πρόληψη ή την αναγνώριση νεφρικής βλάβης και η αποδοχή των οδηγιών σχετικά με την πρόσληψη υγρών ή τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής από τους ασθενείς είναι πτωχή. Η θρέψη συνδέεται με όλες τις εκβάσεις της ανάρρωσης και αποτελεί ευθύνη ολόκληρης της ομάδας, ωστόσο η νοσηλευτική ομάδα παίζει βασικό ρόλο στην επαρκή πρόσληψη τροφής λόγω της εικοσιτετράωρης παρουσίας της (Κεφάλαιο 8).

Δυσκοιλιότητα: μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια και είναι μία σημαντική και συνήθης επιπλοκή για τους ασθενείς που έχουν υποστεί κάταγμα και σε περιόδους ασθένειας και ακινησίας. Η πρόληψη πρέπει να ξεκινάει νωρίς στο σχέδιο φροντίδας και θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Τακτική αξιολόγηση της λειτουργίας του εντέρου, που περιλαμβάνει τη συχνότητα και σύσταση της κένωσης.
- Παροχή και ενθάρρυνση πρόσληψης μίας εύγευστης και πλούσιας σε φυτικές ίνες διατροφής.
- Συνετή αλλά έγκαιρη λήψη υπακτικών.

Οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να εκπαιδεύουν τους ασθενείς σχετικά με τους τρόπους μείωσης της λήψης υπακτικών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, σύμφωνα με την αλλαγή στην κινητικότητα τους, την ανάκτηση της ιδιωτικότητάς τους και, τέλος, την αποκατάσταση της όρεξής τους.

Ενδοноσοκομειακή λοίμωξη: η πρόληψη, αναγνώριση και διαχείρισή της αποτελούν ευθύνη ολόκληρης της ομάδας, αλλά είναι κεντρικής σημασίας για την εικοσιτετράωρη νοσηλευτική φροντίδα που συχνά περιλαμβάνει τον συντονισμό των μελών της ομάδας φροντίδας. Οι νοσηλευτές σε ηγετικό ρόλο μπορούν να εξασφαλίσουν την προσήλωση του προσωπικού στις κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη των λοιμώξεων. Η πρόληψη των αναπνευστικών λοιμώξεων, των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος και της θρομβοεμβολής είναι επίσης σημαντική κατά την περιεγχειρητική φροντίδα.

Δευτερογενής πρόληψη καταγμάτων: μία σημαντική πλευρά της προετοιμασίας του ασθενούς για την έξοδο από το νοσοκομείο είναι η δευτερογενής πρόληψη των καταγμάτων, που αναλύεται διεξοδικά στα Κεφάλαια 1 και 3 και που πρέπει να αποτελεί σκοπό καθόλη τη διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Περιλαμβάνει παραπομπή για διάγνωση και θεραπεία της οστεοπόρωσης και αξιολόγηση και πρόληψη του κινδύνου για πτώσεις.

5.8. Προετοιμασία για την Έξοδο από το Νοσοκομείο

Ο σχεδιασμός της εξόδου πρέπει να αποτελεί συντονισμένη προσπάθεια του ασθενούς, της οικογένειάς του, της πολυεπιστημονικής ομάδας και του προσωπικού της δομής στην οποία θα μεταβεί ο ασθενής, εάν πρόκειται να μεταφερθεί σε άλλη μονάδα φροντίδας (Κεφάλαιο 10). Αυτή η διαδικασία θα πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατό συντομότερα μετά την εισαγωγή. Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας ή άλλων φροντιστών είναι μία σημαντική πλευρά της προετοιμασίας της εξόδου. Η εκπαίδευση μπορεί να αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας, λόγω της μείωσης της διάρκειας νοσηλείας και της ανάγκης για παροχή σύνθετων πληροφοριών, επομένως η παροχή διαφορετικών μέσων πληροφόρησης στους ασθενείς είναι πολύτιμη. Η ευθύνη της φροντίδας του ασθενούς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο συχνά ανατίθεται στον ασθενή και την οικογένειά του από κοινού με τον γενικό ιατρό και, κάποιες φορές, με το προσωπικό φροντίδας υγείας στην κοινότητα. Οι ασθενείς και οι φροντιστές τους πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσουν τις οδηγίες εξόδου, ώστε να τις ανακαλούν και να αναγνωρίζουν ότι η πληροφορία που χρειάζονται μετά την έξοδο μπορεί να βρεθεί μέσα σε αυτές. Η παροχή αυτών των οδηγιών γραπτώς στους ασθενείς, με ένα εγχειρίδιο ή φυλλάδιο με εικόνες και σύμβολα, έχει αποδειχθεί πολύτιμη [18-20]. Υπάρχουν διάφοροι λόγοι που υποστηρίζουν την προφορική ενημέρωση ή εκπαίδευση: η οπτική και ακουστική οξύτητα των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων μειώνεται, δυσχεραίνοντας την πρόσληψη πληροφοριών, και ο ελλιπής φωτισμός, το θορυβώδες περιβάλλον και η θερμοκρασία του δωματίου ενδέχεται να επηρεάσουν τη διαδικασία μάθησης. Η διαχείριση πολλαπλών μηνυμάτων μπορεί να είναι δύσκολη για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας: η προσωπική τους αντίληψη για τη σοβαρότητα του τραυματισμού και της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να είναι καθοριστική, ενώ ο πόνος μειώνει την ικανότητα τους να λάβουν και να κατανοήσουν πληροφορίες. Η προσμονή, η αγωνία και ο φόβος συμβάλλουν στη μείωση της πρόσληψης γνώσεων και ο φόβος και η προκαταλήψεις για τις συνέπειες ενός κατάγματος ισχίου έχει βρεθεί ότι αναστέλλουν την ικανότητα των ασθενών να λαμβάνουν πληροφορίες [6]. Αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την προετοιμασία του ασθενούς για έξοδο.

5.9. Σύνοψη των Βασικών Σημείων Μάθησης

- Η φροντίδα των ορθογριατρικών ασθενών με κάταγμα ισχίου και επακόλουθη χειρουργική επέμβαση εμφανίζει σημαντικές προκλήσεις για την ομάδα φροντίδας υγείας.
- Η αποτελεσματική και βασισμένη σε τεκμήρια νοσηλευτική φροντίδα είναι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις εκβάσεις μετά από κατάγματα ισχίου.
- Οι νοσηλευτές που φροντίζουν τους ασθενείς κατά την περιεγχειρητική περίοδο πρέπει να κατανοήσουν τους διαφορετικούς τύπους καταγμάτων ισχίου και τη διαχείρισή τους, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν τεκμηριωμένη φροντίδα κατά την οξεία και περιεγχειρητική περίοδο που να βασίζεται στις συγκεκριμένες ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Μεγάλο μέρος της προεγχειρητικής, της διεγχειρητικής και μετεγχειρητικής φροντίδας των ασθενών που χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση για το κάταγμα του ισχίου στοχεύει στη διατήρηση της

ασφάλειας του ασθενούς και στην πρόληψη και αναγνώριση των επιπλοκών του κατάγματος και της χειρουργικής επέμβασης.

- Πολλές πλευρές αυτής της φροντίδας συζητούνται σε άλλα κεφάλαια αυτού του βιβλίου, καθώς και στην περίληψη.
- Ακόμη και όταν ο ασθενής έχει αναρρώσει από τη χειρουργική επέμβαση υπάρχει ανάγκη για ολοκληρωμένη προετοιμασία της εξόδου από το νοσοκομείο.

5.10. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

Διαβάστε τα παρακάτω δύο δημοσιευμένα επιστημονικά άρθρα, βασισμένα στις εμπειρίες των ασθενών με κατάγματα ισχίου:

- Gesar B et al (2017). Hip fracture; an interruption that has consequences four months later. A qualitative study. *Int J Orthop Trauma Nurs*, 26, 43-48. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.04.002>
- Jensen CM et al (2017). "If only had I known": a qualitative study investigating a treatment of patients with a hip fracture with short time stay in hospital. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 12(1):1307061. doi: <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1307061>

Στη συνέχεια γράψτε τους αναστοχασμούς σας σχετικά με το τι θεωρείτε σημαντικό για τους ασθενείς στα πλαίσια της περιεγχειρητικής τους φροντίδας.

Συζητήστε με τους συνάδελφους σας σχετικά με τα όσα μάθατε και τους τρόπους που θα μπορούσατε να τα αξιοποιήσετε για να επιλύσετε αναγνωρισμένα προβλήματα.

Συζητήστε με ασθενείς, τους συγγενείς τους και άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με θέματα που αφορούν στην πορεία της φροντίδας, όπως η προεγχειρητική φροντίδα και η διαχείριση του πόνου. Αναστοχασθείτε πάνω σε όσα αποκομίσατε από αυτές τις συζητήσεις και κάντε προτάσεις σχετικά με τον τρόπο που η πρακτική θα έπρεπε να αναπτυχθεί ώστε να βελτιωθεί η ικανοποίηση των ασθενών μέσα από την εμπλοκή των ιδίων και των συγγενών τους στην φροντίδα.

Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη για τα Άτομα με Προβλήματα Όρασης και Ακοής

- Berry P, et al (2004) 'Vision and hearing loss in older adults: "double trouble"', *Care Management Journal* 5(1):35-40.
- Heine C & Browning CJ (2002) 'Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions', *Disability and Rehabilitation* 24(15):763-773.
- Vision Australia (2012) *Working with people with vision loss*. Vision Australia, Sydney.
- Saxon SV et al. (2009) *Physical change and aging: a guide for helping professions*, Springer: New York.

Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη για τη Διαχείριση του Πόνου

- Schug A et al (2015) Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, Acute Pain management: scientific evidence, 4th edn http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4_2015_final
- British Pain Society and British Geriatric Society (2007) Guidance on: The assessment of pain in older people <http://www.bgs.org.uk/Publications/PublicationDownloads/Sep2007PainAssessment.pdf>

5.11. Αυτοαξιολόγηση

Για τον προσδιορισμό της μάθησης και την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη, οι ακόλουθες στρατηγικές ίσως φανούν χρήσιμες:

- Εξετάστε τα τοπικά αρχεία καταγραφής της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με κατάγματα ισχίου και τις εκβάσεις τους και χρησιμοποιήστε τα για να αξιολογήσετε τη δική σας γνώση και

απόδοση. Η νοσηλευτική κατά βάση είναι μία ομαδική προσπάθεια, επομένως αναλογισθείτε το τόσο από τη δική σας οπτική γωνία όσο και από αυτήν της ομάδας.

- Αναζητήστε συμβουλές και καθοδήγηση από άλλους εξειδικευμένους κλινικούς σχετικά με θέματα που συζητήθηκαν σε αυτό το κεφάλαιο, όπως ιατρούς που ειδικεύονται στο πόνο, αναισθησιολόγους, γηρίατρους και φυσιοθεραπευτές. Συζητήστε εποικοδομητικά με ειδικούς και άλλα μέλη της ομάδας με σκοπό τη μάθηση, ώστε να ενημερώνεστε σχετικά με νέα τεκμήρια και διαδώστε τα στους συναδέλφους σας. Αυτές οι συζητήσεις μπορούν να περιλαμβάνουν νέες πρακτικές, καθοδήγηση, γνώση ή τεκμήρια.
- Κάνετε ανασκόπηση των δεικτών καλής πρακτικής (π.χ. συχνότητα επιπλοκών, διάρκεια νοσηλείας) και αξιολογήστε τακτικά την ικανοποίηση και τις απόψεις των ασθενών και των φροντιστών. Η ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα έχει αναγνωρισθεί ως ένας ανεξάρτητος δείκτης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η αξιολόγηση από τους συναδέλφους μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ατομικής πρόοδου και πρακτικής, αλλά δεν θα πρέπει να είναι πολύ επίσημη. Πρέπει να υπάρχει ανοιχτή συζήτηση μέσα στην ομάδα. Σε εβδομαδιαίες συναντήσεις μπορούν να καθορισθούν ζητήματα επικεντρωμένα στην νοσηλευτική πρακτική και να βοηθήσουν στην ανταλλαγή εξειδίκευσης.
- Συνεργασθείτε με επαγγελματίες υγείας από άλλα τμήματα που συμπληρώνουν την πορεία της φροντίδας του ασθενούς για να πραγματοποιήσετε αξιολόγηση περιπτώσεων.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Maher AB (2012) Acute nursing care of the older adult with fragility hip fracture: An international perspective (Part 1). *Int J Orthop Trauma Nurs* 16(4):177-194.
2. Maher AB et al (2013) Acute nursing care of the older adult with fragility hip fracture: An international perspective (Part 2). *Int J Orthop Trauma Nurs* 17(1):4-18.
3. Handoll HH & Parker MJ (2008) Conservative versus operative treatment for hip fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev* (3), CD000337.
4. Palm H (2017) Hip Fracture: The Choice of Surgery. In: Falaschi, P. & Marsh, D. *Orthogeriatrics*. Springer Switzerland. pp 81-96.
5. Gesar B et al (2017) Hip fracture; an interruption that has consequences four months later. A qualitative study. *Int J Orthop Trauma Nurs*, 26:43-48.
6. Jensen CM et al (2017) "If only had I known": a qualitative study investigating a treatment of patients with a hip fracture with short time stay in hospital. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 12(1):1307061.
7. Weissenberger-Leduc M & Zmaritz M (2013) Nursing care for the elderly with hip fracture in an acute care hospital. *Wien Med Wochenschr*, 163(19-20):468-475.
8. Curtis E et al (2017) The impact of fragility fracture and approaches to osteoporosis risk assessment worldwide. *Bone* 104:29-38.
9. BOA (British Orthopaedic Association) (2007) *The Care of Patients with Fragility Fracture*. London.
10. Zidén L et al (2010) The break remains – Elderly people's experiences of a hip fracture 1 year after discharge. *Disabil Rehabil* 32(2):103-113.
11. Ziden L et al (2008) A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. *Clin Rehabil* 22(9):801-811.
12. American Geriatrics Society (2009) American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. *Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons*. *J Am Geriatr Soc* 57: 1331-1346.
13. Obideyi A et al (2008) Nurse administered fascia iliaca compartment block for pre-operative pain relief in adult fractured neck of femur. *Acute Pain* 10(3):145-149.
14. Kehlet H & Dahl JB (2003) Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 362(9399):1921-1928.
15. Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and management of pain. Nursing best practice guideline. 3rd edn, 2013. <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain2014.pdf>
16. Bjorkelund KB et al (2010) Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multifactorial intervention study. *Acta Anaesthesiol Scand* 54:678-688.

17. Mercer SW & Reynolds WJ (2002) Empathy and quality of care. *British J Gen Pract* 52(Suppl):S9-S12.
18. Choi, J (2013) Improving discharge education using pictographs. *Rehabil Nurs*, 38(5):240-246.
19. Hill B et al (2016) Automated pictographic illustration of discharge instructions with Glyph: impact on patient recall and satisfaction. *J Am Med Inform Assoc* 23(6):1136-1142.
20. Murphy S et al (2011) An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period. *J Clin Nurs* 20(23-24):3404-3413.

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

6. Κινητοποίηση, Επανακινητοποίηση, Άσκηση και Πρόληψη των Επιπλοκών της Ακινησίας

Panagiota Copanitsanou

Οι θετικές επιδράσεις της σωματικής δραστηριότητας στη σωματική και ψυχική υγεία είναι ευρέως γνωστές και περιλαμβάνουν τον έλεγχο του σωματικού βάρους, τη βελτίωση της ισορροπίας, την ευλυγισία, τη δύναμη, τη μείωση του άγχους και την ευεξία, καθώς και τη συμβολή στην ανεξάρτητη διαβίωση και την πρόληψη των πτώσεων. Η ικανότητα για κινητοποίηση και για αυτοφροντίδα και ο φόβος των πτώσεων είναι σημαντικές παράμετροι για τους ασθενείς. Ένας κεντρικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας έπειτα από κάταγμα ευθραυστότητας είναι η μεγιστοποίηση της κινητικότητας. Οι εξατομικευμένοι στόχοι για κάθε ασθενή καθορίζονται σύμφωνα με την κινητικότητα και τη λειτουργική του κατάσταση πριν από το κάταγμα. Η ανάρρωση συχνά δεν είναι η βέλτιστη για τους ασθενείς με περιορισμένη δραστηριότητα και γνωστικές διαταραχές πριν από το κάταγμα, χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας μετεγχειρητικά, μεγαλύτερη ηλικία, πολυφαρμακία, συννοσηρότητα, κατάθλιψη, πτωχή θρέψη, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και όσους δεν ζούσαν ανεξάρτητα πριν από το κάταγμα. Πολλοί ασθενείς δεν ανακτούν ποτέ το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητάς τους μετά από κάταγμα ευθραυστότητας και διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο ιδρυματοποίησης, εμφάνισης νέων καταγμάτων, αναπηρίας και απώλειας της ανεξαρτησίας τους.

Οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε αξιολόγηση από την πολυεπιστημονική ομάδα προκειμένου να εντοπισθούν οι παράγοντες που είναι γνωστό ότι συνδέονται με τον κίνδυνο για πτωχή αποκατάσταση της λειτουργικότητας, έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοσθούν οι κατάλληλες πολυεπιστημονικές παρεμβάσεις. Ο σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να επισημανθούν οι κίνδυνοι της ακινησίας και τα οφέλη της επανακινητοποίησης και της άσκησης, ώστε να καταστεί δυνατή η αποτελεσματική διαχείριση των πολλαπλών και αλληλοσυνδεδεμένων ατομικών παραγόντων για τη μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας κάθε ασθενούς.

6.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου, και μετά από περαιτέρω μελέτη, ο νοσηλευτής θα είναι σε θέση να:

- Προσδιορίζει τους κινδύνους που συνδέονται με την ακινησία και τα οφέλη της επανακινητοποίησης και της άσκησης.
- Υπογραμμίζει τη σημασία της κινητοποίησης και της άσκησης στην πρόληψη των επιπλοκών και στην αποτελεσματική ανάρρωση.
- Αναγνωρίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την κινητοποίηση.
- Καθορίζει τους παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση της κινητικότητας των ασθενών και της ικανότητάς τους για επανακινητοποίηση και άσκηση.
- Περιγράφει την αποτελεσματικότερη προσέγγιση για την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου.
- Καθορίζει τη σχέση μεταξύ ακινησίας και στάσης και της εμφάνισης επιπλοκών μετά από κάταγμα ισχίου.
- Περιγράφει τις παρεμβάσεις που βασίζονται σε τεκμήρια σχετικά με την πρόληψη της φλεβικής θρομβοεμβολής, των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, της δυσκοιλιότητας και της πνευμονίας.
- Εφαρμόζει τις κατάλληλες ασκήσεις και στρατηγικές κινητοποίησης και να τεκμηριώνει τη φροντίδα.

P. Copanitsanou
Department of Orthopaedic and Traumatology, General Hospital of Piraeus "Tzaneio",
Piraeus, Greece
National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece
e-mail: gcopanitsan@nurs.uoa.gr

- Υποστηρίζει με σιγουριά τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με κάταγμα/τα ευθραυστότητας κατά τη διάρκεια του δύσκολου ταξιδιού τους προς την ανάρρωση.

6.2. Κινητοποίηση και Επανακινητοποίηση

Η κινητοποίηση είναι απαραίτητη για μία καλή ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και για την ανεξαρτησία. Για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μετά από κάταγμα του ισχίου, η έγκαιρη κινητοποίηση είναι ιδιαίτερα σημαντική, επειδή σχετίζεται με τη θνησιμότητα [1] και τη λειτουργική αποκατάσταση [2], καθώς και με τον κίνδυνο μείωσης της λειτουργικότητας λόγω του τραυματισμού, της περιεγχειρητικής ακινητοποίησης, της μυϊκής αδυναμίας, της κόπωσης και των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Ο πόνος περιορίζει την επανακινητοποίηση και συνδέεται με το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, την κατάθλιψη, τις διαταραχές του ύπνου και την μειωμένη κινητικότητα. Η μείωση της μυϊκής ισχύος στο άκρο με το κάταγμα σχετίζεται με ακόμη μεγαλύτερο πόνο και είναι ανήθικο να περιμένουμε από τους ασθενείς να συμμορφωθούν με τις ασκήσεις αποκατάστασης χωρίς αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. Η καλή διαχείριση του πόνου συντελεί στην αποφυγή καθυστερήσεων στην αποκατάσταση, στην πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών, στην έγκαιρη έξοδο από το νοσοκομείο και στην ασφαλή κινητικότητα.

Οι ασθενείς παρουσιάζουν επίσης απώλεια αυτοπεποίθησης, φόβο πτώσεων και διατρέχουν κίνδυνο περαιτέρω καταγμάτων και άλλων επιπλοκών. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες βρέθηκαν να προτιμούν τον θάνατο παρά να βιώσουν απώλεια της ανεξαρτησίας τους [3], επιδεικνύοντας τις ψυχολογικές επιπτώσεις ενός κατάγματος. Τα άτομα που δεν επανακινητοποιούνται χωρίς ενδέχεται να νοιώθουν αποθάρρυνση, οπότε είναι σημαντικό να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες για να αποφύγουν την απογοήτευση. Η διαχείριση του φόβου των πτώσεων είναι, επίσης, κεντρικής σημασίας, όπως και η ανάγκη εκπαίδευσης των ασθενών και των φροντιστών σχετικά με την πρόληψη των πτώσεων και τη σημασία της άσκησης.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα επανακινητοποίησης. Η προοδευτική απώλεια μυϊκής μάζας με τη γήρανση σχετίζεται με τη μείωση των εφεδρειών και τη σαρκοπενία (Κεφάλαιο 2), καθώς και με την ακινησία. Για κάθε ημέρα παραμονής στο κρεβάτι, χρειάζονται δύομισι ημέρες για την ανάκτηση της δύναμης για βάρδια [4]. Η ευπάθεια οδηγεί σε πτωχές εκβάσεις και επηρεάζει την ικανότητα κινητοποίησης και άσκησης. Άλλες καταστάσεις που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, τις γνωστικές διαταραχές και το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο (Κεφάλαιο 9), οι οποίες συνδέονται επίσης με πτωχότερες εκβάσεις σε ό,τι αφορά στην κινητικότητα και περιορίζουν τη συμμετοχή στην άσκηση. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα επανακινητοποίησης συνοψίζονται στο Πλαίσιο 6.1.

Είναι απαραίτητο να αξιολογείται η επίδραση αυτών των πολλαπλών παραγόντων στην άσκηση και την κινητικότητα και να υιοθετείται μία εξατομικευμένη, ολιστική προσέγγιση. Οι ασθενείς που είχαν καλή κινητικότητα πριν από το κάταγμα θα πρέπει να κινητοποιούνται ανεξάρτητα από την κατάσταση των γνωστικών τους λειτουργιών και η έμφαση θα πρέπει να δίνεται στην ποιότητα της βάρδιας, την αντοχή στη βάρδια, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και την ασφάλεια [5].

Πλαίσιο 6.1: Παράγοντες που Επηρεάζουν την Ικανότητα Κινητοποίησης μετά από Κάταγμα Ευθραυστότητας

- Πόνος
- Απώλεια αυτοπεποίθησης, φόβος πτώσης, φόβος νέου κατάγματος του οστού, φόβος άλλων τοπικών/χειρουργικών επιπλοκών
- Οστεοπόρωση
- Συννοσηρότητα, πολυνοσηρότητα
- Πολυφαρμακία
- Κατάσταση θρέψης
- Προοδευτική απώλεια μυϊκής μάζας, σαρκοπενία
- Ευπάθεια
- Διαταραχή γνωστικής λειτουργίας, κατάθλιψη, οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο

6.3. Άσκηση

Η στρατηγική κινητοποίησης, το είδος της φόρτισης, ο χρόνος έναρξης και η πρόοδος της άσκησης εξαρτώνται από το είδος του κατάγματος και της χειρουργικής επέμβασης και υπάρχουν αντιφάσεις σχετικά με τις οδηγίες που βασίζονται σε τεκμήρια για τη διαχείριση μετά από διάφορα κατάγματα και διαδικασίες. Για παράδειγμα, μετά από μία ημιαρθροπλαστική, η κινητοποίηση μπορεί να ξεκινήσει νωρίτερα, ενώ μετά από κάποιο εξωαρθρικό κάταγμα, μπορεί να καθυστερήσει. Οι χειρουργοί συνήθως αποφασίζουν πότε επιτρέπεται μερική ή πλήρης φόρτιση [6], με το μέσο χρόνο για να δοθεί οδηγία για κινητοποίηση να είναι δύο ημέρες, καθώς κάποιοι διστάζουν λόγω ανησυχιών για μηχανική αποτυχία [7]. Ωστόσο, η καθυστέρηση στην έναρξη φόρτισης συνδέεται με μειωμένη λειτουργικότητα [8]. Με τα σύγχρονα εμφυτεύματα και τις χειρουργικές τεχνικές, μπορεί να επιτραπεί η φόρτιση και διάφορες κινήσεις στους περισσότερους ασθενείς (π.χ. προσαγωγή των κάτω άκρων πέρα από τη μέση γραμμή του σώματος, αποφυγή της κάμψης ή της υπερβολικής έκτασης). Η εξοικείωση με τις βασικές ασκήσεις (π.χ. άκρου πόδα και ποδοκνημικής, στατικές ασκήσεις τετρακεφάλων/γλουτιαίων/κοιλιακών μυών, έκταση/κάμψη γόνατος, απαγωγή ισχίου) και με τις λειτουργικές ασκήσεις είναι ουσιαστικής σημασίας. Ωστόσο, η βλάβη μπορεί να παρεμποδίζεται από πρακτικά εμπόδια, όπως η ύπαρξη συσκευών παροχέτευσης τραύματος, ενδοφλέβιων γραμμών/ ορρών και το ίδιο το χειρουργικό τραύμα.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να κάθονται σε καρέκλα για τη σίτισή τους το συντομότερο δυνατό και να είναι ανεξάρτητοι στην αυτοφροντίδα και την υγιεινή. Όλο το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει την ανεξαρτησία στη χρήση της τουαλέτας και τις μετακινήσεις, καθώς και να συμβάλλει στην καθημερινή αξιολόγηση της προόδου των ασθενών, ώστε να μπορούν να καθορισθούν οι εξατομικευμένες ανάγκες και να αποτραπούν καθυστερήσεις στις διακομιδές και την έξοδο.

Η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου είναι βασική προϋπόθεση για την άσκηση, τον καλό ύπνο και την ανάρρωση. Μία εκτίμηση αναφοράς σχετικά με τον πόνο πρέπει να πραγματοποιείται κατά την εισαγωγή (ιστορικό πόνου, προηγούμενη χρήση αναλγητικών φαρμάκων) και η κινητοποίηση πρέπει να συντονίζεται με την αντιμετώπιση του πόνου (δηλαδή ο χρόνος χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων να είναι αντίστοιχος των συνεδριών άσκησης). Οι αυτοαναφορές των ασθενών αποτελούν τον χρυσό κανόνα για την αξιολόγηση του πόνου. Η αξιολόγηση θα πρέπει να διενεργείται με τη χρήση αριθμητικών, λεκτικών, οπτικών αναλογικών κλιμάκων ή κλιμάκων προσώπων. Μπορεί να χρειασθούν προσαρμογές στη δόση κάποιου φαρμάκου με βάση τις ατομικές αντιδράσεις, καθώς ορισμένοι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν βυθιότητα, ενώ άλλοι μπορεί να χρειασθούν υψηλότερες δόσεις. Οι παρεμβάσεις διαχείρισης του πόνου δεν θα πρέπει να είναι μόνο φαρμακολογικές, αλλά να περιλαμβάνουν και μη φαρμακολογικές επιλογές, όπως ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός, η απόσπαση της προσοχής, η μυϊκή χαλάρωση, η εξάσκηση ήπιας πίεσης, η εφαρμογή θερμών/ψυχρών επιθεμάτων και οι τεχνικές χαλάρωσης. Πολλαπλές στρατηγικές θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό. Μία αυτοαναφερόμενη μείωση του πόνου κατά 20-30% θεωρείται αποτελεσματική [9].

Οι ασθενείς δεν λαμβάνουν πάντοτε επαρκή αντιμετώπιση του πόνου, ειδικά εκείνοι με άνοια ή/και οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, καθώς έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να αναφέρουν τον πόνο [10] και τα σημεία της συμπεριφοράς (π.χ. «γκρίνια», αναστεναγμοί, ανησυχία, αναστάτωση, ταχύ βλεφάρισμα, εκφράσεις του προσώπου) ή οι μετρήσεις των ζωτικών σημείων (π.χ. ταχυκαρδία, υψηλή αρτηριακή πίεση) σπάνια λαμβάνονται υπόψη. Η αποτελεσματική αξιολόγηση του πόνου απαιτεί εξοικείωση με τον ασθενή και πληροφορίες από τους φροντιστές [11]. Ο πόνος μπορεί να είναι όχι μόνο οξύς (έως και 30 ημέρες μετά το κάταγμα/χειρουργική επέμβαση), αλλά μπορεί επίσης να είναι χρόνιος [9]. Παρόλο που αναμένεται κάποια δυσφορία κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών, οι ασθενείς πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνουν τη δυσφορία από τον πόνο [4]. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς σχετικά με το πότε ο αυξημένος πόνος σηματοδοτεί κάποιο πρόβλημα, καθώς και σχετικά με την αποφυγή της άσκησης όταν καταπονείται ιδιαίτερα η χειρουργημένη περιοχή.

Προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος πτώσης (Κεφάλαιο 3) και να είναι ασφαλής η επανακινητοποίηση, οι ασθενείς πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους. Είναι απαραίτητο να παρέχεται βοήθεια αναλόγως με τις ανάγκες, ώστε να παραμένουν όσο το δυνατόν πιο λειτουργικοί και δραστήριοι. Ακόμη και εάν δεν είναι σε θέση να εκτελέσουν ασκήσεις μόνοι τους, δεν πρέπει να παραμένουν ακινητοποιημένοι, αλλά να κάνουν απλές ασκήσεις επί κλίνης ή ενώ κάθονται σε μία καρέκλα. Οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν πώς να βοηθούν τους ασθενείς να κινητοποιούνται με ασφάλεια, καθώς οι πτώσεις εντός του νοσοκομείου αποτελούν δείκτη ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η εκπαίδευση των ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το είδος των φαρμάκων για το πόνο και τα χρονικά μεσοδιαστήματα για τη χορήγηση, τη σημασία της λήψης των αναλγητικών πριν ο πόνος γίνει έντονος και του συντονισμού μεταξύ της χορήγησης φαρμάκων για τον πόνο και της άσκησης, καθώς και των αλληλεπιδράσεων των φαρμάκων. Πρέπει να υπενθυμίζεται στους ασθενείς ότι η άσκηση συμβάλλει στη μείωση του πόνου και ότι ο πόνος υφίσταται γρηγορότερα εάν παραμένουν ενεργοί και επιτυγχάνουν ισορροπία μεταξύ δραστηριότητας και ανάπαυσης [4].

6.4. Οι Επιπλοκές της Ακινησίας

Σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς με κάταγμα του ισχίου αναπτύσσουν τουλάχιστον μία επιπλοκή [12]. Η χειρουργική αντιμετώπιση επιτρέπει γρηγορότερη κινητοποίηση και αποτρέπει τις επιπλοκές της παρατεταμένης ακινητοποίησης (π.χ. λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, τραύματα λόγω πίεσης, αναπνευστικές/καρδιακές/νεφρικές/γαστρεντερικές επιπλοκές, φλεβική θρομβοεμβολή).

6.4.1. Φλεβική Θρομβοεμβολή

Η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση μετά από κάταγμα ισχίου έχει συχνότητα 1-24%, αναλόγως με τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου, ενώ η συχνότητα της θανατηφόρου πνευμονικής εμβολής κυμαίνεται μεταξύ 0,5-7,5% [10]. Οι ασθενείς με κάταγμα ευθραυστότητας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης φλεβικής θρομβοεμβολής λόγω της γήρανσης, του ίδιου του κατάγματος, της ακινητοποίησης, της νοσηλείας και της χειρουργικής επέμβασης. Άλλοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το ιστορικό προηγούμενης θρομβοεμβολής, νεοπλασίας, συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, παχυσαρκίας και αγγειακής νόσου.

6.4.2. Λοιμώξεις του Αναπνευστικού και Ουροποιητικού Συστήματος

Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις προκαλούν σημαντική νοσηρότητα και πρέπει να προλαμβάνονται. Μετεγχειρητικά, οι αναπνευστικές επιπλοκές είναι από τις συχνότερες και η εμφάνισή τους μπορεί να αυξάνεται από 6,3% προεγχειρητικά σε 10,7% μετεγχειρητικά [13]. Επιπλοκές όπως η ατελεκτασία και η πνευμονία συμβάλλουν στην αύξηση της διάρκειας της νοσηλείας και της θνησιμότητας [14]. Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος περιλαμβάνουν τις χρόνιες αναπνευστικές νόσους, το άρρεν φύλο, τη χρήση στεροειδών, τον αριθμό συννοσηροτήτων και τη μεγαλύτερη ηλικία [15].

Η συχνότητα των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος έχει αναφερθεί να είναι χαμηλή όσο 2% [13] όσο και υψηλή μέχρι 52% [16]. Η λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος σχετίζεται με παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο και πτωχή λειτουργικότητα και συνήθως προκαλείται από τη χρήση μόνιμων καθετήρων. Οι ουροκαθετήρες προκαλούν επίσης περιορισμό της κινητικότητας, πόνο, οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο και αυξημένη θνησιμότητα [17].

Οι μόνιμοι ουροκαθετήρες συχνά τοποθετούνται κατά την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο ή χρησιμοποιούνται μετεγχειρητικά λόγω της περιορισμένης ανεξαρτησίας των ασθενών. Ωστόσο, ο λόγος για την τοποθέτηση ενός μόνιμου καθετήρα είναι συχνά ασαφής [18], αν και θα έπρεπε να καταγράφεται με σαφήνεια, π.χ. για «κατακράτηση ούρων που δεν αντιμετωπίζεται με διαλείποντα καθετηριασμό», «διαταραχές του δέρματος στην περιοχή του περινέου/ιερού», «ακριβής παρακολούθηση της καρδιακής ή νεφρικής λειτουργίας» ή «ως παρέμβαση για την άνεση κατά τη φροντίδα ασθενών στο τελικό στάδιο της ζωής». Οι ασθενείς με μόνιμους καθετήρες είναι πιο πιθανό να έχουν θετικές καλλιέργειες ούρων σε σύγκριση με τους ασθενείς οι οποίοι εφαρμόζουν διαλείποντα καθετηριασμό [18] και ο κίνδυνος ουρολοίμωξης αυξάνεται κατά περίπου 5%-10% για κάθε 48 ώρες παραμονής του ουροκαθετήρα [19]. Εκείνοι που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο είναι οι ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία, οι γυναίκες [20], οι ασθενείς με αφυδάτωση ή/ και κακή θρέψη μετεγχειρητικά [21] και οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή νεοπλασία [13].

6.4.3. Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα εμφανίζεται συχνά μετεγχειρητικά λόγω της χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων, της περιορισμένης δραστηριότητας και της έλλειψης ιδιωτικότητας, ωστόσο συχνά παραβλέπεται κατά τη φροντίδα. Το 69% των ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας αναπτύσσουν δυσκοιλιότητα κατά τη διάρκεια των

πρώτων μετεγχειρητικών ημερών και το 62% μέσα σε 30 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Στο 22,7% των ασθενών δεν μπορεί να επανακτηθεί η κανονική λειτουργία αποβολής κοπράνων ακόμη και εντός 30 ημερών [22]. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την αφυδάτωση, την ακινησία, τη μειωμένη πρόσληψη φυτικών ινών, τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και τη λήψη οπιοειδών αναλγητικών (ακόμη και σε χαμηλές δόσεις). Η δυσκοιλιότητα που προκαλείται από τα οπιοειδή φάρμακα ενδέχεται να αναγκάσει τους ασθενείς να αρνούνται τα αναλγητικά φάρμακα, περιορίζοντας έτσι την ανακούφιση από τον πόνο και την επανακινητοποίηση. Οι ασθενείς μπορεί να μην ενημερώνουν τους νοσηλευτές για τα συμπτώματα της δυσκοιλιότητας και οι νοσηλευτές ενδεχομένως δεν ξεκινούν σχετική συζήτηση. Η εμφάνιση συμπτωμάτων δυσκοιλιότητας, η χρήση υπακτικών φαρμάκων και οι επιπτώσεις της δυσκοιλιότητας στη διαχείριση του πόνου συχνά δεν εκτιμώνται πλήρως από τους επαγγελματίες υγείας.

6.5. Αξιολόγηση του Δυναμικού για Κινητικότητα και Επανακινητοποίηση

Η κινητικότητα επηρεάζει τον χειρισμό και τις εκβάσεις των ασθενών, επομένως η κίνηση, η επανακινητοποίηση και η δυνατότητα για άσκηση πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά λαμβάνοντας υπόψη τη λειτουργικότητα, την κατάσταση των γνωστικών λειτουργιών και την ψυχοκοινωνική κατάσταση των ασθενών. Λόγω της εικοσιτετράωρης παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή και της δυνατοτήτάς τους να πραγματοποιούν συνεχή αξιολόγηση της προόδου της κατάστασής του, οι νοσηλευτές δεν χρειάζεται να βασίζονται σε άλλους επαγγελματίες υγείας για να προσδιορίσουν το δυναμικό κινητικότητας των ασθενών. Τα κριτήρια αξιολόγησης της κινητικότητας είναι υποκειμενικά, καθώς σπάνια χρησιμοποιούνται μετρήσιμοι όροι κινητικότητας. Μία σύνοψη των παραγόντων που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την εκτίμηση της κινητικότητας παρουσιάζεται στο Πλαίσιο 6.2.

Η αξιολόγηση της κινητικότητας μέσω δοκιμασιών φυσικής λειτουργικότητας (π.χ. εύρος κίνησης) είναι περιορισμένη, καθώς αυτές ενδέχεται να μην παρουσιάζουν ικανοποιητική αξιοπιστία μεταξύ διαφορετικών παρατηρητών. Ομοίως, η παρατήρηση της κινητικότητας είναι πιθανό να θεωρηθεί ως αδιακρίσια από τον ασθενή ή ενδέχεται να παρέχει μόνο «στιγμιότυπα» των ικανοτήτων των ασθενών, εκτός εάν η παρατήρηση λαμβάνει χώρα επανειλημμένα σε μία χρονική περίοδο. Με τη συνέντευξη των ασθενών μπορούν να συγκεντρωθούν πληροφορίες σχετικά με τις απόψεις τους για την κατάστασή τους, τις δυνάμεις τους και τα προβλήματα τους, αλλά ακόμη και αυτό μπορεί να παρεμποδίζεται από τις δυσκολίες επικοινωνίας και από τις διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας των ασθενών, καθώς και από την επιθυμία τους να φανούν καλύτερα από ό,τι είναι [23].

Έχουν αναπτυχθεί αρκετά εργαλεία για την αξιολόγηση της ικανότητας για κινητικότητα και επανακινητοποίηση. Οι επιλογές περιλαμβάνουν το New Mobility Score, το Quick 5 Bedside Guide, τη μέτρηση της ισχύος δακτύλου (Hand Grip measurement), την Κλίμακα Berg για την Ισορροπία (Berg Balance Scale), τον de Morton Mobility Index, τη Modified Elderly Mobility Scale, το τεστ Timed Up & Go, το Banner Mobility Assessment Tool, το Δείκτη Barthel (Barthel Index), το Egress Test, την Κλίμακα Λειτουργικής Ανεξαρτησίας (Functional Independence Measure), το Functional Assessment Measure, την Performance Orientated Mobility Assessment και την Elderly Mobility Scale. Μολονότι τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται σε νοσοκομεία, ενδέχεται να είναι ακατάλληλα ή περιορισμένης αξίας για τους νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές οξείας φροντίδας. Ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να χρησιμοποιούνται τα εργαλεία αυτά, καθώς και ζητήματα σχετικά με την εγκυρότητά τους, την αξιοπιστία και την πρακτικότητά τους, πρέπει να γίνουν κατανοητά πριν από τη χρήση τους, όπως επίσης και οι περιορισμοί σχετικά με την πνευματική ιδιοκτησία. Οι πληροφορίες που συλλέγονται μπορούν να προστεθούν στο ιστορικό και να χρησιμοποιηθούν για τη σύγκριση και την τεκμηρίωση της προόδου του ασθενούς σε όλη τη διάρκεια της αποκατάστασης [23].

Η αξιολόγηση του δυναμικού της κινητικότητας δεν σχετίζεται μόνο με την ίδια την κίνηση, αλλά περιλαμβάνει τους ατομικούς στόχους, την ασφάλεια και τη χρήση των κατάλληλων βοηθημάτων βάδισης. Η ασφάλεια αποτελεί μία σημαντική παράμετρο και οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν πώς να αξιολογούν τους μεμονωμένους κινδύνους, πώς να τους διαχειρίζονται, πώς να χρησιμοποιούν τα κατάλληλα βοηθήματα, πώς να χειρίζονται με ασφάλεια κάθε ασθενή και πώς να εξασφαλίζουν ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές.

Άλλες, περισσότερο στοχευμένες, αξιολογήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του μυοσκελετικού συστήματος (π.χ. μυϊκή μάζα/ισχύς, σαρκωπενία, παρουσία αρθρίτιδας, οστεοπόρωση, νευρομυοσκελετικές διαταραχές), της κινητικότητας πριν από το κάταγμα και του τρόπου ζωής (π.χ. πλήρως εξαρτημένη/ος, καθιστικός τρόπος ζωής, ανεξάρτητη/ος), της κατάστασης των γνωστικών λειτουργιών και

ψυχοκοινωνικής κατάστασης, οποιωνδήποτε οπτικών και/ ή ακουστικών διαταραχών, της παρουσίας οικογένειας, των πεποιθήσεων και των επιθυμιών του ασθενούς για κινητοποίηση, καθώς και των εκπαιδευτικών αναγκών του σε ό,τι αφορά στην κινητοποίηση/ επανακινητοποίηση.

Πλαίσιο 6.2: Αξιολόγηση του Δυναμικού Κινητικότητας και Επανακινητοποίησης

- Γενική κατάσταση της φυσικής υγείας
- Αξιολόγηση του μυοσκελετικού συστήματος (π.χ. μυϊκή μάζα/ ισχύς, σαρκοπενία, παρουσία αρθρίτιδας, οστεοπόρωση, νευρο-μυοσκελετικές διαταραχές)
- Πόνος
- Τρόπος ζωής πριν από το κάταγμα (πλήρως εξαρτώμενη/ος, καθιστικός τρόπος ζωής, ανεξάρτητη/ος)
- Κατάσταση γνωστικών λειτουργιών, κατάθλιψη, οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο
- Οπτικές και/ ή ακουστικές διαταραχές
- Παρουσία οικογένειας/ σημαντικών άλλων
- Πεποιθήσεις και προθυμία του ασθενούς για επανακινητοποίηση
- Εκπαιδευτικές ανάγκες σχετικά με την κινητοποίηση/ επανακινητοποίηση

6.6. Παρεμβάσεις Βασισμένες σε Τεκμήρια σχετικά με την Κινητοποίηση/ Επανακινητοποίηση

Η αποκατάσταση πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατόν μετεγχειρητικά, μόλις ο ασθενής είναι σταθερός από ιατρικής άποψης. Οι νοσηλευτές πρέπει να πραγματοποιούν μία σειρά ενεργειών, τόσο ως μέλη της πολυεπιστημονικής ομάδας, όσο και ως ανεξάρτητοι επαγγελματίες, για να προάγουν την άμεση επανακινητοποίηση (μία σύνοψη παρέχεται στο Πλαίσιο 6.3). Μέσω της συμμετοχής τους και της συνεργασίας τους με την πολυεπιστημονική ομάδα, η οποία οφείλει να είναι επικεντρωμένη στον ασθενή, και με τον ασθενή να συμμετέχει στον καθορισμό των στόχων, οι νοσηλευτές θέτουν ατομικούς και ρεαλιστικούς στόχους και σχεδιάζουν παρεμβάσεις που υποστηρίζουν τις ατομικές προτιμήσεις και ενθαρρύνουν ενεργά τους ασθενείς στην αυτοφροντίδα και την ανεξαρτησία. Όταν ένας ασθενής διακομίζεται ή παίρνει εξιτήριο, οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωστοποιούν στους επαγγελματίες υγείας που θα αναλάβουν τη φροντίδα του πιθανές επιτυχείς στρατηγικές ή κινδύνους που παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας [5].

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην ψυχολογική και βιοσωματική προετοιμασία των ασθενών για την επανακινητοποίηση και μπορούν να παρέχουν συνεχή ενθάρρυνση. Μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας με τους ασθενείς, οι νοσηλευτές μπορούν να εξασφαλίσουν ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως άτομα και ότι υποστηρίζονται μετά από το μεγάλο τραύμα που βίωσαν για ένα μέλλον ανεξάρτητης ζωής και στο να πιστεύουν ότι το ενδεχόμενο αυτό είναι εφικτό. Στα τμήματα οξείας φροντίδας τραύματος υπάρχουν συχνά περιορισμένες ευκαιρίες για σωματική άσκηση [24], αλλά οι νοσηλευτές μπορούν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς στο να παραμένουν σωματικά ενεργοί και να συμμετέχουν στην αυτοεξυπηρέτησή τους, έτσι ώστε να μειωθεί οποιαδήποτε έκπτωση στη λειτουργικότητα [25].

Η εκπαίδευση των ασθενών, ως ανεξάρτητη νοσηλευτική παρέμβαση, μπορεί να εφαρμοσθεί για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τη σημασία της κινητοποίησης και της άσκησης, την πρόληψη των επιπλοκών, το πρόγραμμα αποκατάστασης και τις μακροπρόθεσμες εκβάσεις. Η εκπαίδευση βοηθά τους ασθενείς στο να θέλουν να κινούνται, καθώς είναι συχνά απρόθυμοι να συμμορφωθούν με το πρόγραμμα αποκατάστασης. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σταθεροί στην ενθάρρυνση για την κίνηση, αλλά ταυτόχρονα θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι αυτό γίνεται χωρίς να «πατρονάρουν» τους ασθενείς. Οι ανησυχίες των ασθενών και των φροντιστών τους θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται. Τα μέλη της οικογένειας παρέχουν ένα δίκτυο υποστήριξης που διευκολύνει την ανάρρωση των ασθενών μέσω της παροχής πρακτικής βοήθειας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και μπορεί να αποτελέσει πολύτιμη πηγή πληροφοριών για την κατάσταση και τις προτιμήσεις του ασθενούς πριν από το κάταγμα [24]. Η φροντίδα υψηλής ποιότητας στους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας βασίζεται όχι μόνο στην εξαιρετική επικοινωνία μεταξύ των μελών της πολυεπιστημονικής ομάδας, αλλά και στη στενή συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Πλαίσιο 6.3: Παρεμβάσεις Βασισμένες σε Τεκμήρια για την Κινητικότητα και την Επανακινητοποίηση

- Ενθάρρυνση και υποστήριξη στην επανακινητοποίηση, την αυτοφροντίδα και την ανεξαρτησία
- Χρήση των μέτρων ασφάλειας/ πρόληψη των πτώσεων/ χρήση βοηθημάτων βάδισης
- Εκπαίδευση σχετικά με τις ασκήσεις (τόσο των ασθενών όσο και της οικογένειας/ φροντιστών)
- Διαχείριση του πόνου (πριν από την επανακινητοποίηση)
- Επαρκής ανάπαυση/ ύπνος
- Επαρκής θρέψη/ ενυδάτωση
- Συμμετοχή στην πολυεπιστημονική ομάδα (επικεντρωμένη στον ασθενή)
- Επικοινωνία των επιτυχών στρατηγικών ή των κινδύνων που παρατηρήθηκαν κατά τη νοσηλεία στο νοσοκομείο στους επαγγελματίες υγείας που θα αναλάβουν τη φροντίδα του ασθενούς μετά την έξοδο

6.7. Άσκηση: Αξιολόγηση

Πριν από την έναρξη της άσκησης θα πρέπει να υπάρχει μία συνολική αξιολόγηση του επιπέδου λειτουργικότητας, της ικανότητας εκτέλεσης των Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής και της βοήθειας που χρειάζεται για την επίτευξή τους, καθώς και της αισθητηριακής ικανότητας, της κατάστασης της γνωστικής λειτουργίας και της ικανότητας για βάδιση. Η αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση της σταθερότητας της βάδισης και του κινδύνου για πτώση. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς συχνά εκτιμούν την υγεία τους με βάση τη λειτουργικότητά τους και όχι με βάση την ασθένεια, επομένως είναι σημαντικό να εντοπίζονται τα δυνατά τους σημεία, καθώς και η ανάγκη για παροχή βοήθειας. Η λειτουργικότητά τους πριν από το κάταγμα θα πρέπει να τεκμηριώνεται ώστε να διευκολύνει την αξιολόγηση της προόδου. Η αξιολόγηση θα πρέπει, επίσης, να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τον τύπο του κατάγματος και το είδος της χειρουργικής επέμβασης (ώστε να προσδιορισθούν οι εφικτές και ενδεδειγμένες ασκήσεις) και σχετικά με τις ανάγκες για βοηθήματα βάδισης και μέτρα προσωπικής ασφάλειας. Για παράδειγμα, η επιλογή του καταλληλότερου μαστουινιού πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τον τύπο του κατάγματος καθώς και σύμφωνα με τη δύναμη δραγμού, τη βάδιση, το ύψος και τη σταθερότητα.

6.8. Άσκηση: Παρεμβάσεις Βασισμένες σε Τεκμήρια

Η άμεση κινητοποίηση των ασθενών οδηγεί σε μειωμένη διάρκεια ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, βελτιωμένη κινητικότητα, αυξημένη απόσταση βάδισης και συνολικά βελτιωμένη λειτουργικότητα [26, 27]. Παρόλο που οι ασθενείς με καλή κινητικότητα πριν από το κάταγμα και χωρίς διαταραχή της γνωστικής λειτουργίας τείνουν να ωφελούνται περισσότερο από την αποκατάσταση, η άσκηση είναι ευεργετική ακόμη και επί παρουσίας λειτουργικών περιορισμών ή/και γνωστικής δυσλειτουργίας [28]. Η μυϊκή δύναμη και το εύρος κίνησης είναι απαραίτητο να αυξηθούν [9] και η βάδιση και η άσκηση στοχεύουν έτσι στην ελαχιστοποίηση της ανικανότητας [6]. Το είδος, η συχνότητα και η διάρκεια της συνιστώμενης άσκησης μετεγχειρητικά για κάθε ασθενή (μερικές φορές μετά από ακτινογραφίες για τον έλεγχο της σταθερότητας της οστεοσύνθεσης και μετά τη σύμφωνη γνώμη του χειρουργού) είναι επίσης σημαντικές παράμετροι. Η επανακινητοποίηση πρέπει να ξεκινά με απλές ασκήσεις, με την έντασή τους σταδιακά να εντείνεται.

Υπάρχουν ορισμένα τεκμήρια ότι η άσκηση υψηλότερης έντασης και διάρκειας σχετίζεται με καλύτερες εκβάσεις [28], ενώ οι δυνητικοί κίνδυνοι της εντατικής άσκησης φαίνεται να είναι ελάχιστοι. Συγκεκριμένα είδη ασκήσεων είναι επωφελή, όπως οι ασκήσεις προοδευτικής αντίστασης και οι ασκήσεις ισορροπίας, οι οποίες μπορούν να είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές [29]. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή τεκμήρια σχετικά με τις βέλτιστες στρατηγικές για την προαγωγή της κινητικότητας και χρειάζεται περισσότερη έρευνα για τον προσδιορισμό του καταλληλότερου είδους, διάρκειας και έντασης της άσκησης, καθώς και της αξίας της κινητοποίησης κατά την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι ώστε οι νοσηλευτές να βοηθήσουν τους ασθενείς στη συμμόρφωση με τα προγράμματα άσκησης και να μεγιστοποιήσουν τις επιδόσεις τους. Μπορούν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να διατηρούν μία καθημερινή ρουτίνα που να περιλαμβάνει σωματική δραστηριότητα, να τους εκπαιδεύσουν σχετικά με τη σημασία της ανεξάρτητης λειτουργικότητας σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, να αξιολογούν και να διαχειρίζονται τον πόνο, να εξασφαλίζουν ένα ασφαλές περιβάλλον, να δίνουν έμφαση στη σημασία της διατροφής και της φαρμακευτικής αγωγής και να τεκμηριώνουν όλες τις παρεμβάσεις τους και την απόκριση σε αυτές.

6.9. Πρόληψη των Επιπλοκών της Ακινησίας

Η περιορισμένη κινητικότητα μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές, οι οποίες, σε έναν φαύλο κύκλο, μπορούν να περιορίσουν το δυναμικό κινητοποίησης λόγω του πόνου, της δυσφορίας και των περιορισμών εξαιτίας της θεραπείας τους ή των μέτρων ασφαλείας. Μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε πτωχότερες εκβάσεις και θνησιμότητα.

6.9.1. Αξιολόγηση

Ως μέρος της στρατηγικής πρόληψης, οι ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούνται για την παρουσία σημείων και συμπτωμάτων θρομβοεμβολής, τα οποία είναι ενδεχομένως ασαφή, αλλά περιλαμβάνουν πόνο (ιδιαίτερα κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού), ευαισθησία, αλλαγές στο χρώμα και τη θερμοκρασία του δέρματος, οίδημα και, στην περίπτωση πνευμονικής εμβολής, δύσπνοια, θωρακικό άλγος, αυξημένο αναπνευστικό ρυθμό και αιμόπτυση. Ωστόσο, ακόμη και επί πνευμονικής εμβολής, ενδέχεται να μην υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα, με την καρδιακή ανακοπή να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση. Το ιατρικό ιστορικό και η φυσική εξέταση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τον αποκλεισμό άλλων αιτιών.

Η αξιολόγηση για τον προσδιορισμό των ατομικών κινδύνων για εμφάνιση αναπνευστικών λοιμώξεων, όπως η μεγαλύτερη ηλικία, η κακή κατάσταση της γενικής υγείας, η παρουσία άλλων λοιμώξεων, η ύπαρξη καρδιοπνευμονικών ασθενειών, η κακή θρέψη και η μειωμένη νεφρική λειτουργία, είναι σημαντική [14]. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αξιολογούν τον ασθενή για παρουσία βήχα, παραγωγή πτυέλων, αυξημένο αναπνευστικό ρυθμό, επίπεδα κορεσμού σε οξυγόνο, δύσπνοια, αυξημένη θερμοκρασία, πλευριτικό πόνο, ρόγχου/συριγμούς, χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών, κυάνωση και αλλαγές στην πνευματική κατάσταση.

Η αξιολόγηση για ουρολοιμώξεις πρέπει να περιλαμβάνει την παρακολούθηση για πυρετό, αίσθημα καύσου κατά τη διάρκεια της ούρησης/δυσουρία, αίσθημα για επείγουσα ούρηση και συχνότητα ούρησης, υπερηβικό ή πυελικό άλγος, αιματουρία και εμφάνιση ή επιδείνωση προϋπάρχουσας σύγχυσης/διέγερσης του ασθενούς. Επίσης, πρέπει να αξιολογείται το χρώμα, η πυκνότητα, η οσμή, ο μειωμένος όγκος και η θολότητα των ούρων. Η παρουσία ασυμπτωματικής βακτηριουρίας, ιδιαίτερα σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, δεν απαιτεί θεραπεία.

Η αξιολόγηση για τη δυσκοιλιότητα πρέπει να περιλαμβάνει τον αριθμό των κενώσεων ανά ημέρα/εβδομάδα, την κοιλιακή διάταση και δυσφορία, τον πόνο στην κοιλία ή το ορθό, τη μειωμένη όρεξη, τη ναυτία, τον έμετο, την απόφραξη του εντέρου, την κεφαλαλγία, την κόπωση, τη διέγερση και το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο. Οι νοσηλευτές πρέπει να τεκμηριώνουν τις συνήθειες του εντέρου, το βαθμό της δυσκοιλιότητας και πιθανές βελτιώσεις ή την εξέλιξή της [17].

6.9.2. Πρόληψη των Επιπλοκών

Η πρόληψη των επιπλοκών επιτρέπει στους ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στην αποκατάσταση. Υπάρχουν τεκμήρια υπέρ της κινητοποίησης για την πρόληψη της θρομβοεμβολής και των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος.

6.9.2.1. Πρόληψη Θρομβοεμβολής

Δεν υπάρχουν επαρκή τεκμήρια για την ανάπτυξη ενός πρωτοκόλλου σχετικά με την πρόληψη της θρομβοεμβολής έπειτα από κάταγμα ισχίου. Η ασπιρίνη μειώνει σημαντικά την εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση και την πνευμονική εμβολή σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο και, παρόλο που οι ασθενείς που

υποβάλλονται σε αγωγή με ασπιρίνη χρειάζονται περισσότερες μεταγγίσεις αίματος, η θνησιμότητα λόγω αιμορραγιών είναι παρόμοια. Παρόλα αυτά, η ασπιρίνη είναι κατώτερη από άλλες μεθόδους προφύλαξης. Η συνολική διαχείριση του κινδύνου και του οφέλους είναι πολύπλοκη στους ασθενείς με κάταγμα ισχίου [30].

Έχει δειχθεί ότι η χορήγηση ηπαρίνης οδηγεί σε μείωση της συχνότητας θρομβοεμβολής των κάτω άκρων, αλλά όχι της πνευμονικής εμβολής, και δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα μεταξύ κλασματοποιημένης ή μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης. Οι χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες έχουν βελτιωμένη βιοδιαθεσιμότητα, λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και είναι εύχρηστες. Η θεραπεία συνήθως λαμβάνει χώρα για 28-35 ημέρες. Η χορήγηση τόσο των ηπαρινών χαμηλού μοριακού βάρους όσο και της μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης πρέπει να ξεκινά από την εισαγωγή του ασθενούς, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη, να σταματά 12 ώρες προεγχειρητικά και να επανεκκινά 6-12 ώρες μετά την επέμβαση [30]. Σε κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρεται ότι η χημειοπροφύλαξη με φονταπαρινούξη (fondaparinux) πρέπει να συνεχίζεται για 4 εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η φονταπαρινούξη φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη σε σύγκριση με τις χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες στην πρόληψη της θρομβοεμβολής, χωρίς σημαντικές διαφορές στη θνησιμότητα ή την αιμορραγία. Ωστόσο, δεν συνιστάται για προεγχειρητική χρήση σε ασθενείς με κατάγματα ισχίου. Εάν χρησιμοποιείται προεγχειρητικά, η χορήγησή της θα πρέπει να διακόπτεται για 24 ώρες πριν από τη χειρουργική επέμβαση και να ξεκινά εκ νέου 6 ώρες μετά την επέμβαση [30].

Η εφαρμογή μέτρων μηχανικής προφύλαξης συνιστάται επίσης για την πρόληψη της θρομβοεμβολής, πρέπει να αρχίζει κατά την εισαγωγή και να συνεχίζεται μέχρι να αποκατασταθεί η κινητικότητα. Η διαλείπουσα συμπίεση των κάτω άκρων με ειδικούς αεροθαλάμους (και οι συσκευές ηλεκτρικής διέγερσης των μυών για άντληση του αίματος των ποδιών) μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης φλεβικής θρομβοεμβολής. Οι αντιθρομβωτικές κάλτσες είναι αποτελεσματικές, αλλά η εφαρμογή τους είναι δύσκολη και μερικές φορές επώδυνη, και μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμό του δέρματος σε άτομα με εύθραυστο δέρμα ή φλεβική ανεπάρκεια ή ενδέχεται να μην εφαρμόζουν καλά [11]. Οι νοσηλευτές πρέπει να εκπαιδεύονται στον τρόπο χρήσης των μέτρων μηχανικής προφύλαξης και να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να συμμορφώνονται σχετικά.

Άλλα συνιστώμενα μέτρα για τη μείωση του κινδύνου της φλεβικής θρομβοεμβολής περιλαμβάνουν την αποφυγή της αφυδάτωσης, την πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης εγκαίρως, την αποφυγή παράτασης του χειρουργικού χρόνου, την αποφυγή υπερβολικών μεταγγίσεων και την άμεση κινητοποίηση [31]. Η άμεση κινητοποίηση αποτελεί έναν απλό και ιδιαίτερα αποτελεσματικό τρόπο μείωσης του κινδύνου θρόμβωσης, καθώς αυξάνει την αιματική ροή, αποτρέπει τον σχηματισμό θρόμβων και έχει αντίκτυπο στη σωματική και ψυχολογική υγεία χωρίς αιμορραγικές επιπλοκές. Απλές ασκήσεις, όπως το περπάτημα, η αλλαγή θέσεων, οι ασκήσεις μυϊκής «αντλίας» των ποδιών και οι βαθιές αναπνοές, βοηθούν στην πρόληψη της φλεβικής στάσης [4] και θα πρέπει να εκτελούνται τόσο ενεργητικές όσο και παθητικές ασκήσεις των ποδιών ώστε να αυξάνεται η ροή του αίματος.

6.9.2.2. Πρόληψη των Λοιμώξεων του Αναπνευστικού Συστήματος

Η έγκαιρη επανακινητοποίηση είναι κεντρικής σημασίας στην πρόληψη της πνευμονίας [6, 32]. Τεχνικές όπως χειρισμοί έκπτυξης των πνευμόνων (π.χ. βαθιά αναπνοή, με εξασκητή αναπνοής) μπορούν επίσης να μειώσουν τον κίνδυνο αναπνευστικών επιπλοκών [14]. Η θεραπεία, επιπλέον της αντιμικροβιακής θεραπείας, περιλαμβάνει ενυδάτωση, διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες/ πρωτεΐνες, χορήγηση αντιπυρετικών και βρογχοδιασταλτικών, ανάπαιση, οξυγονοθεραπεία στην περίπτωση υποξαιμίας, παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας και της γενικής κατάστασης της υγείας, ενθάρρυνση του βήχα και της βαθιάς αναπνοής. Οι ασθενείς θα πρέπει να τοποθετούνται σε θέση ημι-Fowler ώστε να διευκολύνεται η αναπνοή, ενώ οι αλλαγές θέσης βοηθούν στην κινητοποίηση των εκκρίσεων των πνευμόνων.

6.9.2.3. Πρόληψη των Λοιμώξεων του Ουροποιητικού Συστήματος

Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος μπορούν να προληφθούν και η έγκαιρη αναγνώρισή τους οδηγεί σε άμεση θεραπεία και βελτιωμένες εκβάσεις. Η έγκαιρη κινητοποίηση είναι κεντρικής σημασίας για την πρόληψή τους και επιτρέπει στους ασθενείς να διατηρούν την αυτοφροντίδα και την ανεξαρτησία τους, διευκολύνοντας παράλληλα την άμεση αφαίρεση των ουροκαθετήρων. Οι σημαντικότερες παρεμβάσεις για τις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος είναι αυτές που αφορούν στην πρόληψη και παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 6.4. Σε περίπτωση υποψίας ουρολοίμωξης, πρέπει να αποστέλλεται δείγμα ούρων για καλλιέργεια και μικροβιολογική ανάλυση, ενώ ακολουθεί κατάλληλη αντιμικροβιακή θεραπεία. Κάθε μόνιμος καθετήρας

ούρων πρέπει να αφαιρείται ή να αντικαθίσταται πριν από τη χορήγηση αντιβιοτικών. Όποτε είναι δυνατόν, η τοποθέτηση καθετήρα πρέπει να αποφεύγεται ή, τουλάχιστον, ο καθετήρας να παραμένει μόνο για τις πρώτες 24-48 ώρες μετεγχειρητικά. Εάν ένας καθετήρας παραμένει για περισσότερες από 24 ώρες, η αιτία πρέπει να τεκμηριώνεται και η αφαίρεσή του να πραγματοποιείται όσο το δυνατόν συντομότερα, με επακόλουθη παρακολούθηση του ασθενούς για κατακράτηση ούρων/ ακράτεια.

6.9.2.4. Πρόληψη της Δυσκοιλιότητας

Η πρόληψη και η θεραπεία της δυσκοιλιότητας περιλαμβάνει την τεκμηρίωση του τύπου των κοπράνων (π.χ. με τη χρήση της κλίμακας Bristol Stool Scale) και της λειτουργίας του εντέρου (π.χ. Bowel Function Index), διατηρώντας την καλή κατάσταση θρέψης και ενυδάτωσης, ελαχιστοποιώντας το άγχος και διατηρώντας την ιδιωτικότητα των ασθενών. Η υπερβολική χρήση υπακτικών αποτελεί ένα πρόβλημα το οποίο δεν πρέπει να υποτιμάται. Η αποτελεσματικότητα των διαφορετικών υπακτικών δεν διαφέρει σημαντικά, αλλά η θεραπεία συνήθως δεν προσαρμόζεται ικανοποιητικά στις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενούς [33]. Τα υπακτικά μπορεί να μην είναι απαραίτητα για τους ασθενείς που είναι καλά ενυδατωμένοι και ακολουθούν μία διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες (αυτοί οι ασθενείς είναι επίσης πιθανότερο να διατρέφονται καλά) [34]. Η πρόληψη και η θεραπεία της δυσκοιλιότητας μπορούν επίσης να προαχθούν με την εύκολη πρόσβαση στις τουαλέτες, την ελαχιστοποίηση των περιόδων νηστείας και με την ενθάρρυνση των ασθενών για άσκηση και κινητικότητα. Ο καθορισμός ενός τυπικού σχήματος χρήσης της τουαλέτας (π.χ. κάθε 2 ώρες), το οποίο ενθαρρύνει την κινητοποίηση και αποθαρρύνει τη χρήση σκωραμίδας, καθώς και ο στόχος για την πραγματοποίηση μίας κένωσης κατά τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα (στη συνέχεια κάθε 48 ώρες) μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην πρόληψη [35], αλλά το τι θεωρείται «φυσιολογικό» διαφέρει από ασθενή σε ασθενή.

Πλαίσιο 6.4: Περίληψη των Παρεμβάσεων που Βασίζονται σε Τεκμήρια για την Πρόληψη/ Διαχείριση των Επιπλοκών της Ακινησίας

Εν τω Βάθει Φλεβοθρόμβωση

- Παράγοντες κινδύνου: μεγαλύτερη ηλικία, προηγούμενη θρομβοεμβολή, νεοπλασία, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, παχυσαρκία, νόσοι του εν τω βάθει φλεβικού συστήματος, χειρουργική επέμβαση, παρατεταμένη ακινητοποίηση, αφυδάτωση
- Αξιολόγηση: πόνος, ευαισθησία, αλλαγές χρώματος/ θερμοκρασίας του δέρματος, οίδημα (πνευμονική εμβολή: δύσπνοια, θωρακικός πόνος, αυξημένος αναπνευστικός ρυθμός, αιμόπτυση)
- Θεραπεία με ηπαρίνη (χαμηλού μοριακού βάρους/ μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη)
- Φονταπαρινούξη
- Μέτρα μηχανικής προφύλαξης (διαλείπουσα συμπίεση των κάτω άκρων με ειδικούς αεροθαλάμους, αντιεμβολικές/ αντιθρομβωτικές κάλτσες)
- Αποφυγή αφυδάτωσης
- Άμεση χειρουργική επέμβαση, αποφυγή παρατεταμένου χειρουργικού χρόνου
- Αποφυγή υπερβολικών μεταγίσεων
- Άμεση κινητοποίηση

Λοιμώξεις του Αναπνευστικού Συστήματος

- Παράγοντες κινδύνου: μεγαλύτερη ηλικία, κακή κατάσταση της γενικής υγείας, άλλες λοιμώξεις, καρδιοαναπνευστική νόσος, χαμηλή αλβουμίνη, διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας
- Αξιολόγηση: βήχας, παραγωγή πτυέλων, αριθμός αναπνοών ανά λεπτό, τύπος αναπνοής, επίπεδα κορεσμού, δύσπνοια, ρίγη, αυξημένη θερμοκρασία, πλευριτικός πόνος, ρόγχοι/ συριγμοί, χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών, κυάνωση, πνευματική κατάσταση
- Τεχνικές όπως οι ασκήσεις έκπτυξης των πνευμόνων (π.χ. βαθειά αναπνοή, με εξασκητή αναπνοής)
- Άμεση κινητοποίηση μετεγχειρητικά

- Ενυδάτωση, διατροφή υψηλής θερμιδικής αξίας/ πλούσια σε πρωτεΐνες, χορήγηση αντιπυρετικών και βρογχοδιασταλτικών, ανάπαυση, οξυγονοθεραπεία, παρακολούθηση, ενθάρρυνση του βήχα/ βαθείας αναπνοής
- Θέση ημι-Fowler για τη διευκόλυνση της αναπνοής
- Αλλαγές θέσεων

Λοιμώξεις του Ουροποιητικού Συστήματος

- Παράγοντες κινδύνου: μόνιμοι καθετήρες, μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς, γυναίκες, αφυδάτωση, κακή διατροφή, σακχαρώδης διαβήτης, νεοπλασία
- Αξιολόγηση: πυρετός, καύσος κατά την ούρηση/ δυσουρία, επείγουσα ανάγκη για ούρηση και αυξημένη συχνότητα ούρησης, υπερηβικό/ πυελικό άλγος, αιματουρία, έναρξη/ επιδείνωση προϋπάρχουσας σύγχυσης/ αναστάτωσης, χαρακτηριστικά των ούρων (χρώμα, πυκνότητα, οσμή, όγκος, θολότητα)
- Οι καθετήρες δεν χρειάζεται να τοποθετούνται κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο ως τυπική διαδικασία- διαλείπων καθετηριασμός αντί για μόνιμους καθετήρες
- Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων επί πόνου
- Καλή ενυδάτωση
- Καταγραφή προσλαμβανόμενων/ αποβαλλόμενων υγρών
- Αφαίρεση των καθετήρων όσο το δυνατόν νωρίτερα μετεγχειρητικά (μετά την αφαίρεση παρακολούθηση για επίσχεση/ ακράτεια)
- Έγκαιρη αναγνώριση της λοίμωξης, άμεση έναρξη θεραπείας
- Διατήρηση της λειτουργικότητας για αύξηση της ανεξαρτησίας και της αυτοφροντίδας
- Αποστειρωμένη τεχνική για την τοποθέτηση και τη φροντίδα του καθετήρα:
 - Χρήση λιπαντικού από δοχείο μίας χρήσης
 - Εισαγωγή του μικρότερου δυνατού μεγέθους καθετήρα και φούσκωμα του μπαλονιού με 5ml
 - Εξασφάλιση ότι ο καθετήρας είναι κατάλληλα ασφαλισμένος στη θέση του για την ελαχιστοποίηση του τραύματος
 - Χρήση κλειστού συστήματος παροχέτευσης με θυρίδα δειγματοληψίας
 - Τοποθέτηση του σάκου παροχέτευσης ούρων κάτω από το επίπεδο της ουροδόχου κύστεως
 - Χρήση διαφορετικού καθαρού δοχείου για την εκκένωση του σάκου παροχέτευσης κάθε ασθενούς (ο σάκος δεν πρέπει να γεμίζει περισσότερο από $\frac{3}{4}$ της συνολικής του χωρητικότητας)
 - Ενθάρρυνση/ εκτέλεση καθημερινής ρουτίνας προσωπικής υγιεινής
 - Φροντίδα καθετήρα ως τακτική πρακτική

Δυσκοιλότητα

- Παράγοντες κινδύνου: φάρμακα για τον πόνο, διατροφικές συνήθειες, περιορισμένη δραστηριότητα, έλλειψη ιδιωτικότητας
- Αξιολόγηση: αριθμός κενώσεων εβδομαδιαίως, κοιλιακή διάταση/ δυσφορία, κοιλιακός / ορθικός πόνος, μειωμένη όρεξη, ναυτία, έμετος, απόφραξη του εντέρου, κεφαλαλγία, κόπωση, σύγχυση, οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο
- Καλή κατάσταση διατροφής και ενυδάτωσης (ελάχιστη ποσότητα προσλαμβανόμενων υγρών 1500 mL ημερησίως εκτός εάν αντενδείκνυται)- διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες
- Ελαχιστοποίηση εκτεταμένων περιόδων νηστείας
- Ελαχιστοποίηση άγχους
- Διατήρηση της ιδιωτικότητας
- Εύκολη πρόσβαση σε τουαλέτες
- Ενθάρρυνση για άσκηση και κινητικότητα [τυπικό σχήμα για τη χρήση της τουαλέτας (κάθε 2 ώρες), που ενθαρρύνει την κινητοποίηση και αποθαρρύνει τη χρήση σκωραμίδας]
- Χορήγηση υπακτικών

6.10. Σύνοψη των Βασικών Σημείων Μάθησης

- Η ακινητοποίηση σχετίζεται με πτωχές εκβάσεις υγείας και η κινητοποίηση και η άσκηση πρέπει να ενθαρρύνονται και να εξατομικεύονται.
- Οι εξατομικευμένοι στόχοι για κάθε ασθενή καθορίζονται από την κατάσταση της κινητικότητας και της λειτουργικότητας που είχε πριν από το κάταγμα.
- Η επανακινητοποίηση περιορίζεται από τον πόνο, τον φόβο και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την πτώση και το κάταγμα, επομένως η κινητοποίηση και η διαχείριση του πόνου πρέπει να συνδυάζονται.
- Η αποκατάσταση πρέπει να ξεκινά όσο το δυνατόν νωρίτερα.
- Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τη φυσική λειτουργικότητα, τη συμμετοχή της οικογένειας/ φροντιστών, τις πεποιθήσεις και τα κίνητρα των ασθενών, τις εκπαιδευτικές ανάγκες και την πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων.
- Οι νοσηλευτές μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο πτώσεων, να βοηθήσουν στην κινητοποίηση, να εξασφαλίσουν ότι χρησιμοποιούνται τα κατάλληλα βοηθήματα για τη βάρδια και να υποστηρίξουν ψυχολογικά τους ασθενείς και τους φροντιστές, αλλά δεν υπάρχουν επαρκή τεκμήρια για τη θέσπιση των βέλτιστων στρατηγικών σχετικά με την κινητικότητα.
- Η προσεκτική αξιολόγηση, οι άμεσες παρεμβάσεις και η κινητοποίηση προλαμβάνουν την ανάπτυξη επιπλοκών.
- Προτείνεται εφαρμογή μέτρων μηχανικής προφύλαξης σε συνδυασμό με χημειοπροφύλαξη για την πρόληψη της θρομβοεμβολής.
- Υπάρχουν απλές, βασισμένες σε τεκμήρια παρεμβάσεις για την πρόληψη των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος και της δυσκοιλιότητας.

6.11. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

- Διαβάστε τα παρακάτω άρθρα σχετικά με την εμπειρία των ασθενών με κάταγμα του ισχίου:
- Griffiths F et al (2015) Evaluating recovery following hip fracture: a qualitative interview study of what is important to patients. *BMJ Open* 5(1):e005406.
- Sims-Gould J, et al (2017) Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study. *J Aging Res.* Article ID 2171865 <https://doi.org/10.1155/2017/2171865>

Έπειτα γράψτε τις σκέψεις σχετικά με όσα μάθατε για την κινητικότητα και την μέθοδο που εσείς και η ομάδα σας εφαρμόζετε για να βοηθήτε τους ασθενείς στην επανακινητοποίησή τους. Συζητήστε με τους συναδέλφους σας για όσα μάθατε και τις μεθόδους που θα μπορούσατε να εφαρμόσετε για να αντιμετωπίσετε πιθανά προβλήματα.

Συζητήστε με τους ασθενείς, τους φροντιστές και το υπόλοιπο προσωπικό σχετικά με τα όσα θεωρούν ότι παρεμποδίζουν την ενεργή επανακινητοποίηση μετά τη χειρουργική επέμβαση. Αναστοχασθείτε τι προτείνεται μέσα από αυτές τις συζητήσεις σχετικά με το πώς μπορεί να βελτιωθεί η πρακτική, ώστε να μεγιστοποιηθούν οι εκβάσεις της κινητικότητας, εμπλέκοντας τους ασθενείς.

6.12. Αυτοαξιολόγηση

Για να προσδιορίσετε τη μάθηση που αποκομίσατε και την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη, οι ακόλουθες στρατηγικές μπορεί να είναι βοηθητικές:

- Εξετάστε την τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας σε ό,τι αφορά στην κατάσταση της κινητικότητας και άλλες εκβάσεις και χρησιμοποιήστε τη για να αξιολογήσετε τις γνώσεις και τις επιδόσεις σας.

Υπάρχει αντιπαράθεση ως προς το εάν η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται για μεμονωμένους νοσηλευτές ή για ολόκληρη τη νοσηλευτική ομάδα, καθώς- βασικά- η νοσηλευτική είναι μία ομαδική εργασία.

- Αναζητήστε συμβουλές και καθοδήγηση από άλλους κλινικούς επαγγελματίες- ειδικούς.
- Συναντηθείτε με ειδικούς και άλλα μέλη της ομάδας για να επικαιροποιείτε τις γνώσεις σας σχετικά με τις νέες οδηγίες και μοιραστείτε τις με συναδέλφους. Η συζήτηση σε αυτές τις συναντήσεις μπορεί να περιλαμβάνει πιθανές πρόσφατες νέες πρακτικές, καθοδήγηση, γνώσεις ή τεκμήρια.
- Αναθεωρήστε τους δείκτες καλής πρακτικής (π.χ. συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών, διάρκεια ενδονοσοκομειακής νοσηλείας) και αξιολογήστε τακτικά τις απόψεις και την ικανοποίηση των ασθενών και των φροντιστών τους. Η ικανοποίηση των ασθενών έχει αναγνωρισθεί ως ανεξάρτητος δείκτης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η αξιολόγηση από τους συναδέλφους μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ατομικής προόδου και βελτίωσης της πρακτικής, αλλά δεν πρέπει να είναι υπερβολικά τυπική. Θα πρέπει να γίνεται ανοικτή συζήτηση μέσα στην ομάδα. Οι εβδομαδιαίες συναντήσεις σχετικά με μία περίπτωση μπορούν να προσδιορίσουν τα ζητήματα που αφορούν τους νοσηλευτές και να επιτρέψουν την ανταλλαγή εξειδίκευσης. Η εξειδίκευση μεταφέρεται στα διάφορα μέλη της πολυεπιστημονικής ομάδας με εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και με την καλλιέργεια μίας κουλτούρας όπου εξετάζονται όλα τα προβλήματα των ασθενών.
- Υπάρχει έλλειψη δημοσιευμένων δεικτών απόδοσης και αξιολόγησης της πρακτικής σχετικά με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, παρόλο που ορισμένα γεγονότα «τα οποία δεν πρέπει να συμβαίνουν ποτέ» (never events) έχουν αναγνωρισθεί από νοσηλευτικές ενώσεις ως τέτοιοι δείκτες.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Dubljanin-Raspopovic E et al (2012) Use of early indicators in rehabilitation process to predict one-year mortality in elderly hip fracture patients. *Hip Int* 22:661–667
2. Lee D et al (2014) Prognostic factors predicting early recovery of pre-fracture functional mobility in elderly patients with hip fracture. *Ann Rehabil Med* 38(6):827–835
3. Salkeld G et al (2000) Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade off study. *BMJ* 320(7231):341–346
4. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE) (2017) NICHE “Need to knows”. <http://www.nicheprogram.org/need-to-knows/>. Accessed 11 July 2017
5. Maher A et al (2012) Acute nursing care of the older adult with fragility hip fracture: an international perspective (part 1). *Int J Orthop Trauma Nurs* 16:177–194
6. Handoll HH et al (2011) Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD001704
7. Kamel HK et al (2003) Time to ambulation after hip fracture surgery: relation to hospitalization outcomes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 58(11):1042–1045
8. Kondo A et al (2010) Determinants of ambulatory ability after hip fracture surgery in Japan and the USA. *Nurs Health Sci* 12:336–344
9. Abou-Setta AM et al (2011) Comparative effectiveness of pain management interventions for hip fracture: a systematic review. *Ann Intern Med* 155(4):234–245
10. Egol KA, Strauss EJ (2009) Perioperative considerations in geriatric patients with hip fracture: what is the evidence? *J Orthop Trauma* 23(6):386–394
11. British Orthopaedic Association (BOA) (2007) The care of patients with fragility fracture. British Orthopaedic Association, London
12. Colson-Emeric CS (2012) Postoperative management of hip fractures: interventions associated with improved outcomes. *Bonekey Rep* 1:241
13. Copanitsanou P et al (2012) Predictive factors for in-hospital stay and complications after hip fracture. *Int J Orthop Trauma Nurs* 16:206–213
14. Lo IL et al (2010) Pre-operative pulmonary assessment for patients with hip fracture. *Osteoporos Int* 21(Suppl 4):S579–S586
15. Roche JJ et al (2005) Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ* 331(7529):1374

16. Halleberg Nyman M et al (2011) A prospective study of nosocomial urinary tract infection in hip fracture patients. *J Clin Nurs* 20(17–18):2531–2539
17. Maher A et al (2013) Acute nursing care of the older adult with fragility hip fracture: an international perspective (Part 2). *Int J Orthop Trauma Nurs* 17(1):4–18
18. Johansson I et al (2002) Intermittent versus indwelling catheters for older patients with hip fractures. *J Clin Nurs* 11(5):651–656
19. Wald H et al (2005) Extended use of indwelling urinary catheters in postoperative hip fracture patients. *Med Care* 43(10):1009–1017
20. Polites SF et al (2014) Urinary tract infection in elderly trauma patients: review of the Trauma Quality Improvement Program identifies the population at risk. *J Trauma Acute Care Surg* 77(6):952–959
21. Kamel HK (2005) The frequency and factors linked to a urinary tract infection coding in patients undergoing hip fracture surgery. *J Am Med Dir Assoc* 6(5):316–320
22. Trads M, Pedersen PU (2015) Constipation and defecation pattern the first 30 days after hip fracture. *Int J Nurs Pract* 21(5):598–604
23. Jester R (2007) Evaluating rehabilitation services. In: Jester R (ed) *Advancing practice in rehabilitation nursing*. Wiley-Blackwell, Oxford
24. Riemen AHK, Hutchison JD (2016) The multidisciplinary management of hip fractures in older patients. *Orthop Trauma* 30(2):117–122
25. Resnick B et al (2015) Optimizing physical activity among older adults post trauma: overcoming system and patient challenges. *Int J Orthop Trauma Nurs* 19:194–206
26. Healee DJ et al (2011) Older adult's recovery from hip fracture: a literature review. *Int J Orthop Trauma Nurs* 15:18–28
27. Perme C et al (2014) A tool to assess mobility status in critically ill patients: The Perme Intensive Care Unit Mobility Score. *Methodist Debaque Cardiovasc J* 10(1):41–49
28. Beaupre LA et al (2013) Maximising functional recovery following hip fracture in frail seniors. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 27(6):771–788
29. Sylliaas H et al (2011) Progressive strength training in older patients after hip fracture: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 40:221–227
30. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2015) Reducing venous thromboembolism risk: orthopaedic surgery. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/venous-thromboembolism/reducing-venous-thromboembolism-risk-orthopaedic-surgery>
31. Parker M, Johansen A (2006) Hip fracture. *BMJ* 333(7557):27–30
32. Stolbrink M et al (2014) The early mobility bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of hospital-acquired pneumonia and length of hospital stay. *J Hosp Infect* 88(1):34–39
33. Fosnes GS et al (2011) Effectiveness of laxatives in elderly—a cross sectional study in nursing homes. *BMC Geriatr* 11:76
34. Sturtzel B et al (2009) Use of fiber instead of laxative treatment in a geriatric hospital to improve the wellbeing of seniors. *J Nutr Health Aging* 13(2):136–139
35. Mihaylov S et al (2008) Stepped treatment of older adults on laxatives. The STOOL trial. *Health Technol Assess* 12(13):iii–iiv, ix-139

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων

7. Πρόληψη Τραυμάτων λόγω Πίεσης και Διαχείριση του Τραύματος

Ami Hommel και Julie Santy-Tomlinson

Η διαχείριση των τραυμάτων και η πρόληψη των τραυμάτων λόγω πίεσης (επίσης γνωστά και ως «έλκη πίεσης») αποτελούν βασικές πλευρές της διαχείρισης του ασθενούς με κάταγμα ευθραυστότητας, ειδικά μετά από κάταγμα ισχίου και τη σχετική χειρουργική επέμβαση. Η γήρανση του δέρματος και οι πολλαπλές συννοσηρότητες είναι σημαντικοί παράγοντες για το τραυματισμό του δέρματος και τα προβλήματα που σχετίζονται με την επούλωση των τραυμάτων. Ο σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να παρέχει στον αναγνώστη μία επισκόπηση των τεκμηρίων σχετικά με την πρόληψη των τραυμάτων λόγω πίεσης και τη διαχείρισή τους μετά από χειρουργική επέμβαση κατάγματος ισχίου.

7.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου και μετά από περαιτέρω μελέτη, ο νοσηλευτής θα είναι σε θέση να:

- Εξηγεί τις αιτίες και την παθοφυσιολογία των τραυμάτων από πίεση.
- Αναγνωρίζει τους παράγοντες κινδύνου για τραυματισμό από πίεση σε ασθενείς μετά από κάταγμα του ισχίου.
- Παρέχει φροντίδα βασισμένη σε τεκμήρια σε ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης τραυμάτων από πίεση.
- Συζητά τους παράγοντες που εμποδίζουν και ενισχύουν την επούλωση των τραυμάτων.
- Παρέχει φροντίδα βασισμένη σε τεκμήρια σε ασθενείς με χειρουργικά τραύματα μετά από χειρουργική επέμβαση για κάταγμα ευθραυστότητας.

7.2. Τραυματισμοί από Πίεση

Οι τραυματισμοί λόγω πίεσης απειλούν σημαντικά την ασφάλεια των ασθενών και εξακολουθούν να είναι σχετικά συχνοί μετά από κάταγμα ευθραυστότητας, ειδικά μετά από κατάγματα του μηριαίου και του ισχίου. Θα χρησιμοποιηθεί ο όρος «τραύμα λόγω πίεσης», καθώς θεωρείται πιο ακριβής όρος από τον όρο «έλκος πίεσης» ή τον όρο «πληγή πίεσης», επειδή σε μερικές περιπτώσεις δεν πρόκειται για ανοιχτά έλκη. Τα τραύματα λόγω πίεσης οδηγούν σε βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο πόνο και δυσφορία για τους ασθενείς και συχνά θεωρούνται δείκτες πτωχής ποιότητας φροντίδας, γεγονός που οδηγεί σε νομικές επιπτώσεις. Παρά τη διαθεσιμότητα κατευθυντήριων οδηγιών βασισμένων σε τεκμήρια, οι γνώσεις των νοσηλευτών για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση έχει αποδειχθεί ότι ποικίλουν [1]. Αυτός είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τους ασθενείς που παρουσιάζουν τραύματα από πίεση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο και σε άλλα περιβάλλοντα φροντίδας, καθώς και κατ'οίκον. Ένα σημαντικό μέρος στη διαδικασία βελτίωσης της παροχής φροντίδας, ώστε να μειωθεί η συχνότητα των τραυμάτων λόγω πίεσης, είναι η διασφάλιση ότι οι

A. Hommel
Department of Orthopaedics, Skane University Hospital, Malmö, Sweden
Department of Care Science, Malmö University, Malmö, Sweden
e-mail: Ami.hommel@med.lu.se

J. Santy-Tomlinson\
Faculty of Biology, Medicine and Health, Division of Nursing, Midwifery and Social Work,
School of Health Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK
e-mail: Julie.santy-tomlinson@manchester.ac.uk

επαγγελματίες είναι καλά εκπαιδευμένοι και διαθέτουν τις δεξιότητες και τις γνώσεις της πρακτικής που βασίζεται σε τεκμήρια για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση.

7.2.1. Παθοφυσιολογία και Αιτίες Τραυμάτων λόγω Πίεσης

Τα τραύματα λόγω πίεσης είναι τοπικές βλάβες των μαλακών ιστών που συνήθως συμβαίνουν σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με περιορισμένη κινητικότητα ή που είναι περιορισμένα στο κρεβάτι ή στην καρέκλα από ένα οξύ ή χρόνιο πρόβλημα υγείας, τραυματισμό ή χειρουργική επέμβαση και τα οποία δεν έχουν καλή θρέψη, όπως συμβαίνει συχνά σε ασθενείς που είναι ευπαθείς και έχουν κατάγματα ευθραυστότητας. Αυτοί οι παράγοντες σημαίνουν ότι η ανοχή του δέρματος και των υποκείμενων ιστών του ατόμου στις δυνάμεις που βλάπτουν το δέρμα και την κυκλοφορία είναι μειωμένη. Οι βλάβες στον ιστό συμβαίνουν συχνότερα όταν το δέρμα και οι υποκείμενοι ιστοί υπόκεινται σε πίεση, τριβή και/ή διάτμηση ή σε ένα συνδυασμό των τριών. Εάν η πίεση, η τριβή ή η διάτμηση είναι παρατεταμένη, μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή της παροχής αίματος και βλάβες στο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς [2]. Ένας πρόσθετος παράγοντας για τον τραυματισμό του δέρματος είναι η υγρασία, συνήθως από ακράτεια ούρων. Εάν τα ούρα έρχονται σε επαφή με το δέρμα για παρατεταμένες περιόδους, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δερματίτιδα σχετιζόμενη με ακράτεια, έναν τύπο ερεθιστικής δερματίτιδας εξ επαφής που προκαλείται από την παρατεταμένη έκθεση του δέρματος στα ούρα, τα κόπρανα [3] ή άλλα υγρά, όπως το εξίδρωμα τραύματος και ο ιδρώτας. Σε συνδυασμό, η πίεση, η τριβή, η διάτμηση και η υγρασία (Εικόνα 7.1) αντιπροσωπεύουν μία ομάδα εξωγενών παραγόντων που οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να τροποποιήσουν για την αποφυγή βλάβης του δέρματος.

Εκτός από τους εξωγενείς παράγοντες που συζητήθηκαν παραπάνω, οι ασθενείς είναι επίσης ευάλωτοι σε τραυματισμό ιστού λόγω μίας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης ποικίλων εσωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την εγγενή ικανότητα του δέρματος να αντιστέκεται στις εξωτερικές δυνάμεις- την αντοχή των ιστών (Εικόνα 7.1) [2]. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν συνυπάρχουσες παθήσεις, οι οποίες επηρεάζουν το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη παροχή αίματος, οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών στους ιστούς. Τα αναπνευστικά νοσήματα, η καρδιαγγειακή νόσος και ο σακχαρώδης διαβήτης είναι συνηθισμένα παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων.

Παθήσεις που επηρεάζουν την κινητικότητα, όπως η οστεοαρθρίτιδα και τα νευρολογικά νοσήματα, αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο τραυματισμού λόγω πίεσης, επειδή περιορίζουν την ικανότητα του ασθενούς να κινητοποιείται και να αλλάζει θέση στο κρεβάτι ή στην καρέκλα.



Εικόνα 7.1. Οι βασικές αιτίες τραυμάτων λόγω πίεσης

7.2.2. Ταξινόμηση των Τραυμάτων λόγω Πίεσης

Τα τραύματα λόγω πίεσης ταξινομούνται σύμφωνα με τις οδηγίες των National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) και Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA), που επικαιροποιήθηκαν το 2014 [4]. Η κατανόηση κάθε ταξινόμησης είναι απαραίτητη για να βοηθήσει τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό στην έγκαιρη αναγνώριση της ανάπτυξης των τραυμάτων από πίεση, έτσι ώστε να προλαμβάνεται η επιδείνωσή τους. Το αρχικό στάδιο του τραυματισμού από πίεση περιλαμβάνει συνήθως ερυθρότητα του δέρματος (ερύθημα), ιδιαίτερα στο δέρμα πάνω από οστέινες προεξοχές. Σε πρώτη φάση, αυτή η ερυθρότητα υποδεικνύει μία περιοχή δέρματος που έχει υποστεί πίεση και άλλες δυνάμεις, με αποτέλεσμα μία φλεγμονώδη αντίδραση που προκαλεί τοπική διαστολή των αιμοφόρων αγγείων. Αυτό ονομάζεται λευκάζον ερύθημα, εάν η ερυθρότητα εξαφανίζεται με ελαφριά πίεση των δακτύλων, υποδηλώνοντας ότι τα τοπικά τριχοειδή αγγεία δεν έχουν καταστραφεί. Ο ασθενής ενδεχομένως αναφέρει εντοπισμένο πόνο πάνω από μία οστέινη προεξοχή, ακόμη και πριν από την εμφάνιση του ερυθήματος [5]. Το λευκάζον ερύθημα αποτελεί σημάδι ότι η θέση του ασθενούς πρέπει να αλλάζει, καθώς υπάρχει πιθανότητα για τριχοειδική βλάβη εάν η πίεση δεν ανακουφίζεται. Το λευκάζον ερύθημα δεν θεωρείται τραυματισμός από πίεση, αλλά σημαντική προειδοποίηση ότι χρειάζεται να εφαρμοσθούν προληπτικά μέτρα. Εάν, ωστόσο, οι δυνάμεις που προκαλούν τον τραυματισμό δεν εκλείψουν, το λευκάζον ερύθημα μπορεί γρήγορα να εξελιχθεί σε τραύμα από πίεση, όπως φαίνεται στην κατηγορία 1 στο Πλαίσιο 7.1, σε μη λευκάζον ερύθημα ακέριου δέρματος. Κάθε μία από τις άλλες κατηγορίες τραυμάτων από πίεση υποδεικνύει περαιτέρω βλάβη ιστού και είναι πολύ πιο δύσκολο να αντιστραφεί σε σύγκριση με το μη λευκάζον ερύθημα.

Πλαίσιο 7.1: Κατηγορίες Σύμφωνα με NPUAP/EPUAP/PPPIA για Τραυματισμούς από Πίεση [4]

Τραύμα λόγω πίεσης κατηγορίας/ σταδίου 1: Μη λευκάζον ερύθημα ακέριου δέρματος. Ακέριο δέρμα με τοπικό μη λευκάζον ερύθημα. Ενδέχεται να εμφανίζεται διαφορετικά στα σκούρα δέρματα. Η παρουσία λευκάζοντος ερυθήματος ή αλλαγές στην αίσθηση, τη θερμοκρασία ή τη σταθερότητα μπορεί να προηγούνται από τις εμφανείς αλλαγές. Οι αλλαγές στο χρώμα δεν περιλαμβάνουν τον ιώδη ή καστανοκόκκινο αποχρωματισμό, τα οποία μπορεί να υποδεικνύουν εν τω βάθει βλάβη του ιστού.

Τραύμα λόγω πίεσης κατηγορίας/ σταδίου 2: Απώλεια μερικού πάχους δέρματος ή φλύκταινα. Η κοίτη του τραύματος είναι βιώσιμη, με χρώμα ροζ ή κόκκινο και υγρή και μπορεί επίσης να παρουσιάζεται ως άθικτη ή διαρρηχθείσα φλύκταινα. Ο λιπώδης ιστός και οι εν τω βάθει ιστοί δεν είναι ορατοί. Δεν υπάρχουν κοκκιωματώδης ιστός, σηπτικός ιστός και εσχάρα. Αυτά τα τραύματα προκύπτουν συνήθως από το δυσμενές μικροκλίμα και τις δυνάμεις διάτμησης στο δέρμα πάνω από τη λεκάνη και από τις δυνάμεις διάτμησης στην πτέρνα. Σε αυτό το στάδιο δεν πρέπει να περιγράφονται βλάβες του δέρματος που σχετίζονται με την υγρασία, όπως η δερματίτιδα που σχετίζεται με την ακράτεια, η δερματίτιδα που αναπτύσσεται σε περιοχές τριβής μεταξύ του δέρματος, ο τραυματισμός που οφείλεται σε αυτοκόλλητες ταινίες ή οι τραυματικές πληγές (αμυχές, εγκαύματα, εκδορές).

Τραύμα λόγω πίεσης κατηγορίας/ σταδίου 3: Πλήρης/ ολικού πάχους απώλεια δέρματος. Ολικού πάχους απώλεια του δέρματος, στην οποία ο λιπώδης ιστός είναι ορατός και συχνά συνυπάρχουν κοκκιωματώδης ιστός και δέρμα του οποίου οι άκρες έχουν αναδιπλωθεί και είναι πεπαχυσμένες. Μπορεί να παρατηρούνται σηπτικοί ιστοί, ρυπαρότητα ή/ και εσχάρα. Το βάθος της ιστικής βλάβης ποικίλλει αναλόγως με την ανατομική θέση: περιοχές με παχύ λιπώδη ιστό μπορούν να αναπτύξουν βαθειές πληγές. Μπορεί να υπάρχουν κοιλότητα και αβαθή συρίγγια. Η περιτονία, οι μύες, οι τένοντες, οι σύνδεσμοι, ο χόνδρος και/ ή το οστό δεν είναι εκτεθειμένα. Εάν ο σηπτικός ιστός ή η εσχάρα αποκρύπτουν την έκταση της απώλειας των ιστών, αυτό είναι ένα ασταδιοποίητο τραύμα λόγω πίεσης.

Τραύμα λόγω πίεσης κατηγορίας/ σταδίου 4: Ολικού πάχους απώλεια δέρματος και απώλεια ιστών. Ολικού πάχους απώλεια δέρματος και ιστών με εκτεθειμένα ή άμεσα ψηλαφητά την περιτονία, τους μύες, τους τένοντες, τους συνδέσμους, τον χόνδρο ή το οστό μέσα στο έλκος. Μπορεί να παρατηρούνται σηπτικοί ιστοί ή/ και εσχάρα. Δέρμα του οποίου οι άκρες έχουν αναδιπλωθεί και είναι πεπαχυσμένες, κοιλότητες και/ ή συρίγγια συνυπάρχουν συχνά. Το βάθος ποικίλλει αναλόγως με την ανατομική θέση. Εάν ο σηπτικός ιστός ή η εσχάρα καλύπτει την έκταση της ιστικής απώλειας πρόκειται για ασταδιοποίητο τραύμα λόγω πίεσης.

7.2.3. Πρόληψη Τραυμάτων λόγω Πίεσης

Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη των τραυμάτων λόγω πίεσης πρέπει να καθοδηγούνται από τις πιο πρόσφατες τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες και να συντονίζονται από την πολυεπιστημονική ομάδα. Οι κατευθυντήριες οδηγίες των NPUAP, EPUAP και PPIA [4] παρέχουν προδιαγραφές για την πρακτική σε όλο τον κόσμο και οι παρακάτω συμβουλές βασίζονται σε αυτές. Η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών, η αξιολόγησή τους στην πρακτική και ο τακτικός έλεγχος και η παρακολούθηση του επιπολασμού ή της επίπτωσης των τραυμάτων λόγω πίεσης θα πρέπει να καθοδηγούνται από τοπικούς ειδικούς που είναι υπεύθυνοι για τη βελτίωση των υπηρεσιών [6]. Θα πρέπει να περιλαμβάνουν αναφορά, διερεύνηση και ανάλυση των αιτιών για την εμφάνιση τραυμάτων λόγω πίεσης που προκλήθηκαν κατά την ενδονοσοκομειακή ή σε οποιοδήποτε άλλο περιβάλλον νοσηλεία και φροντίδα.

7.2.3.1. Αξιολόγηση των Ασθενών

Η αξιολόγηση του ασθενούς είναι κεντρικής σημασίας για τον σχεδιασμό αποτελεσματικής φροντίδας πρόληψης, καθώς προσφέρει κατανόηση των παραγόντων κινδύνου που μπορούν να περιορισθούν αποτελεσματικά με φροντίδα βασισμένη σε τεκμήρια. Η συνεχής αξιολόγηση του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Πλήρη αξιολόγηση του δέρματος το συντομότερο δυνατόν (αλλά οπωσδήποτε μέσα σε 8 ώρες) μετά την εισαγωγή και στη συνέχεια τουλάχιστον καθημερινά ή συχνότερα εάν η υγεία του ασθενούς επιδεινωθεί ή οι παρεμβάσεις φροντίδας, όπως διάφορες διαδικασίες ή η χειρουργική επέμβαση, αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης τραύματος λόγω πίεσης.
- Η επισκόπηση θα πρέπει να επικεντρώνεται στα συχνά σημεία πίεσης του δέρματος πάνω σε οστέινες προεξοχές όπως το ιερό οστό, οι γλουτοί, οι πτέρνες, το πίσω μέρος του κεφαλιού, οι αγκώνες, οι ώμοι, τα ισχία (πάνω από τον μείζονα τροχαντήρα), τα ισχιακά κυρτώματα, τα γόνατα και οι αστράγαλοι/σφυρά.
- Η αξιολόγηση θα πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη άλλες ιατρικές ή μη συσκευές (π.χ. γύψοι, καθετήρες ούρων, ενδοφλέβιες γραμμές, μάσκες οξυγόνου, ιμάντες και επίδεσμοι) που είναι πιθανό να δημιουργούν επιπλέον σημεία πίεσης.
- Με τον έλεγχο του δέρματος πρέπει να σημειώνεται κάθε ραγέν σημείο του δέρματος, κάθε αποχρωματισμένη περιοχή, το ξηρό/ που ξεφλουδίζει δέρμα, το δέρμα που είναι σαν χαρτί (λεπτό/ εύθραυστο), το υγρό, οιδηματώδες (φουσκωμένο) ή διάστικτο δέρμα. Όλα αυτά αυξάνουν τον κίνδυνο ή υποδεικνύουν την ύπαρξη βλάβης του ιστού. Κάθε περιοχή κόκκινου ή αποχρωματισμένου δέρματος πάνω από οστέινες προεξοχές δείχνει πιθανή καταστροφή των ιστών και πρέπει να γίνουν άμεσες παρεμβάσεις για να αποφευχθεί η επιδείνωση.
- Μία δομημένη αξιολόγηση του κινδύνου πρέπει να πραγματοποιείται όσο το δυνατό συντομότερα (αλλά εντός 8 ωρών) μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, προκειμένου να εντοπισθεί κάθε κίνδυνος ανάπτυξης τραύματος από πίεση, καθώς και οι ατομικοί παράγοντες που χρήζουν παρέμβασης. Χαρακτηριστικά του ασθενούς που υποδεικνύουν πιθανό κίνδυνο εμφάνισης τραύματος από πίεση θα πρέπει να τεκμηριώνονται στην αξιολόγηση του κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας του ασθενούς, των ιατρικών παθήσεων που επηρεάζουν την υγεία των ιστών και της φαρμακευτικής ή άλλης θεραπείας που επηρεάζει την υγεία των ιστών. Ωστόσο, η αξιολόγηση του κινδύνου δεν είναι αρκετή από μόνη της και είναι σημαντικό στη συνέχεια να οδηγεί σε ενεργητική παρέμβαση για την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου.
- Κάθε υπάρχον ή νέο τραύμα από πίεση πρέπει να καταγράφεται και να ταξινομείται αναλόγως με το σύστημα ταξινόμησης NPUAP, EPUAP και PPIA [4] στο Πλαίσιο 7.1.

Πρέπει να υπογραμμισθεί ότι η αξιολόγηση από μόνη της δεν επαρκεί για τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης των τραυμάτων από πίεση [7] και ότι οι προληπτικές παρεμβάσεις που παρουσιάζονται στη συνέχεια αποτελούν τα σημαντικότερα μέτρα που πρέπει να ληφθούν.

7.2.3.2. Παρεμβάσεις Πρόληψης Βασισμένες σε Τεκμήρια

Η πρόληψη των τραυμάτων από πίεση πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για ολόκληρη την κλινική ομάδα, αλλά κυριαρχεί η τάση να καθοδηγείται από την νοσηλευτική ομάδα. Τα τραύματα λόγω πίεσης αποτελούν σημαντικούς δείκτες ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και η ανάπτυξη ενός τραύματος που θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί αποτελεί παραβίαση του δικαιώματος του ασθενούς για ασφάλεια. Η αξιολόγηση και οι παρεμβάσεις για την πρόληψη και τη θεραπεία των τραυμάτων από πίεση πρέπει να είναι επικεντρωμένες στον ασθενή. Παρόλο που έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες σχετικά με τις αιτίες και τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους πρόληψης και υπάρχουν πολλές άμεσα διαθέσιμες κατευθυντήριες οδηγίες, τα τραύματα λόγω πίεσης εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για τους νοσηλεύόμενους ασθενείς [8]. Η τοπική, εθνική και διεθνής επίπτωση των τραυμάτων λόγω πίεσης στους ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί. Ωστόσο, συχνά τα τραύματα λόγω πίεσης αποτελούν την αρνητική έκβαση με τη μεγαλύτερη αναλογία σε ό,τι αφορά στην ασφάλεια των ασθενών και οι αποτυχίες στην πρόληψή τους μπορούν να θεωρηθούν ως επιπλοκές που σχετίζονται με την περίθαλψη και μερικές φορές θεωρούνται δείκτης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα από μία ευρωπαϊκή μελέτη επιπολασμού το 2002 έδειξε ότι μόλις το 10% των ασθενών που βρίσκονταν σε κίνδυνο να εμφανίσουν τραυματισμό από πίεση λάμβαναν επαρκή προληπτική φροντίδα [9].

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου [10] έχει αναπτύξει μία προσέγγιση για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση γνωστή με το ακρωνύμιο S.S.K.I.N. [Skin (=Δέρμα), Surface (=Επιφάνεια), Keep moving (=Διατήρηση κινητικότητας), Incontinence (=Ακράτεια), Nutrition (=Θρέψη)], το οποίο παρέχει μία χρήσιμη προσέγγιση για την αναγνώριση τεκμηριωμένων παρεμβάσεων για την πρόληψη των τραυμάτων από πίεση ως εξής:

Δέρμα: Βασική φροντίδα που βοηθά στη διατήρηση του προστατευτικού ρόλου του δέρματος, περιλαμβάνοντας τη διατήρηση του δέρματος καθαρού και στεγνού με τη χρήση μη αρωματισμένων καθαριστικών δέρματος, τα οποία δεν προκαλούν ερεθισμό. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για ασθενείς με γερασμένο, ξηρό δέρμα και για άτομα με δερματικές αλλεργίες και άλλες δερματικές παθήσεις. Είναι, επίσης, χρήσιμο να προστατευθεί το φράγμα υγρασίας του δέρματος με την τακτική εφαρμογή ενός λεπτού στρώματος απλών, μη αρωματισμένων ενυδατικών παραγόντων ή μαλακτικών, ενώ η κατάχρηση κρέμας και λοσιόν πρέπει να αποφεύγεται. Η τοποθέτηση του ασθενούς πάνω σε περιοχές ερυθρηματώδους (κόκκινου) δέρματος και το μασάζ στο δέρμα πρέπει να αποφεύγονται. Το μασάζ προκαλεί τριβή και διάτμηση που μπορούν να βλάψουν τη μικροκυκλοφορία και να οδηγήσουν σε φλεγμονή και βλάβη των ιστών.

Επιφάνεια: Οι επιφάνειες υποστήριξης στα κρεβάτια και στις καρέκλες, καθώς και στα χειρουργικά τραπέζια κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών. Η επιλογή της επιφάνειας υποστήριξης βασίζεται στο επίπεδο κινητικότητας του ασθενούς: οι ασθενείς που είναι σε μεγάλο βαθμό καθηλωμένοι στο κρεβάτι (π.χ. κατά τη διάρκεια της αναμονής τους για τη χειρουργική επέμβαση ή αμέσως μετά από αυτήν) ενδεχομένως να ωφελούνται από τη χρήση στρώματος εναλλασσόμενης πίεσης, αλλά αυτό δεν πρέπει να αντικαθιστά την ανάγκη για αλλαγή θέσεων (όπως αναφέρεται στην επόμενη παράγραφο για τη διατήρηση της κινητικότητας). Τα σχετικά πλεονεκτήματα αυτών των υψηλότερων προδιαγραφών για τις επιφάνειες υποστήριξης στην πρόληψη των τραυμάτων λόγω πίεσης είναι ασαφή [11]. Μόλις ο ασθενής μπορεί να κάθεται εκτός κρεβατιού είναι σημαντικό να εξακολουθεί να αναγνωρίζεται ο κίνδυνος εμφάνισης τραύματος λόγω πίεσης και να χρησιμοποιείται μαξιλάρι ανακατανομής πίεσης μέχρι ο ασθενής να έχει πλήρως κινητοποιηθεί.

Διατήρηση της κινητικότητας: Ο στόχος της φροντίδας θα πρέπει να είναι η υποστήριξη της επανακινητοποίησης του ασθενούς το συντομότερο δυνατό, με την ταυτόχρονη αναγνώριση των επιδράσεων της μειωμένης κινητικότητας κατά τη φάση της αποκατάστασης (Κεφάλαιο 6). Η παρατεταμένη πίεση σε οστέινες προεξοχές και άλλες ευάλωτες περιοχές, σε συνδυασμό με τις δυνάμεις τριβής και διάτμησης, πρέπει να αποφεύγεται με την τακτική αλλαγή θέσεων του ασθενούς, ειδικά εάν αυτός δεν μπορεί μόνος ή η κινητικότητά του είναι περιορισμένη. Η καλή τεχνική στους χειρισμούς του ασθενούς είναι απαραίτητη για την αποφυγή της τριβής και της διάτμησης και οι πτέρνες πρέπει να ανυψώνονται από την επιφάνεια του κρεβατιού με μαξιλάρια. Η συχνότητα των αλλαγών θέσεων πρέπει να βασίζεται στις ατομικές ανάγκες των ασθενών, αναλόγως με την αντοχή του δέρματός τους στην πίεση (π.χ. ανάπτυξη περιοχών με λευκάζον ερύθημα) και τη γενική τους κατάσταση και άνεση. Η πίεση πρέπει να ανακουφίζεται ή να αναδιανέμεται και η αλλαγή θέσεως του ασθενούς πάνω σε οστέινες προεξοχές πρέπει να αποφεύγεται με τη χρήση των επιλογών κλίσης της κεφαλής του κρεβατιού κατά 30 μοίρες και των άλλων λειτουργιών της κλίνης. Μόλις οι ασθενείς μπορούν να καθίσουν σε

καρέκλα η αλλαγή θέσεων πρέπει να γίνεται τακτικά, ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να στέκονται, να κινητοποιούνται και να επιστρέφουν σε ύπτια θέση αναλόγως με τα αποτελέσματα της συχνής επανεξέτασης του δέρματος.

Ακράτεια: Η ακράτεια ούρων και/ ή κοπράνων εκθέτει το δέρμα σε υπερβολική υγρασία που μπορεί να βλάψει τα κύτταρα της δερμίδας και της επιδερμίδας. Τα ούρα, τα κόπρανα, ο ιδρώτας και το εξίδρωμα περιέχουν χημικές ουσίες που είναι τοξικές για τα κύτταρα του δέρματος και μπορούν να οδηγήσουν σε δερματίτιδα σχετιζόμενη με ακράτεια [3]. Οι ασθενείς με ακράτεια πρέπει να έχουν εξατομικευμένο σχέδιο διαχείρισης της ακράτειας, το οποίο να περιλαμβάνει άμεσο καθαρισμό του δέρματος μετά από περιστατικό ακράτειας και την ελαφρά χρήση κρέμας φραγμού για την προστασία του δέρματος. Η απορροφητικότητα των προϊόντων για την ακράτεια, όπως οι πάνες ακράτειας, μπορεί να επηρεασθεί από την κρέμα που μεταφέρεται από το δέρμα στην πάνα.

Θρέψη: Πρέπει να διεξάγεται αξιολόγηση της κατάστασης της θρέψης και διαλογή για την αναγνώριση των ασθενών που βρίσκονται σε κατάσταση πτωχής θρέψης ή σε αντίστοιχο κίνδυνο. Είναι σημαντικό να διασφαλίζεται ότι υπάρχει επαρκής προσφορά θρεπτικών ουσιών- ιδιαίτερα πρωτεϊνών, ενέργειας, νερού και βιταμινών στο δέρμα. Χρειάζεται ένα εξατομικευμένο σχέδιο διατροφής για οποιονδήποτε ασθενή αναγνωρίζεται ότι βρίσκεται σε κατάσταση πτωχής θρέψης ή σε αντίστοιχο κίνδυνο (Κεφάλαιο 9).

7.3. Διαχείριση των Τραυμάτων

Επειδή η οριστική αντιμετώπιση του κατάγματος του ισχίου και κάποιων άλλων καταγμάτων ευθραυστότητας που απαιτούν χειρουργική αποκατάσταση σχεδόν πάντα περιλαμβάνει τη χειρουργική επέμβαση (Κεφάλαιο 5), οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται οξεία φροντίδα τραυμάτων κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο και μετά την έξοδό τους από αυτό. Τα χειρουργικά τραύματα αποτελούν σημαντική πηγή πιθανών επιπλοκών λόγω του κινδύνου λοίμωξης, αιματώματος και προβλημάτων επούλωσης, όπως διάσπαση.

Τα χειρουργικά τραύματα συμβαίνουν υπό ελεγχόμενες συνθήκες και οι χειρουργοί προσπαθούν να εξασφαλίσουν την ελάχιστη απώλεια ιστού και την καλή συμπλησίαση των χειλέων του τραύματος κατά τη διάρκεια της σύγκλισής του. Ο κύριος σκοπός της φροντίδας του τραύματος είναι να επουλωθεί γρήγορα χωρίς επιπλοκές όπως λοίμωξη ή διάσπαση. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση μετά από κάταγμα ευθραυστότητας έχουν πτωχή γενική υγεία, πολλαπλά προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή η οποία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την επούλωση. Έχει αναφερθεί ότι η εμφάνιση εν τω βάθει λοίμωξης μετά από χειρουργική επέμβαση για κάταγμα ισχίου κυμαίνεται μεταξύ 1,5% και 7,3% αναλόγως με τις συννοσηρότητες [12]. Η κατανόηση των παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν σε πτωχή επούλωση, ιδιαίτερα της λοίμωξης του χειρουργικού πεδίου, καθώς και των καλύτερων μεθόδων για την προαγωγή της επούλωσης και την πρόληψη της λοίμωξης είναι σημαντικές νοσηλευτικές δραστηριότητες, τόσο κατά την προεγχειρητική όσο και κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, καθώς ένας καλά προετοιμασμένος ασθενής μπορεί να παρουσιάσει σημαντική διαφορά στην αποφυγή χειρουργικών επιπλοκών και των συνεπειών τους.

Η επούλωση των τραυμάτων είναι η διαδικασία με την οποία αποκαθίσταται η λειτουργία του ιστού που έχει υποστεί βλάβη μετά την επέμβαση. Είναι μία δυναμική, πολύπλοκη διαδικασία, που επηρεάζεται σημαντικά από τη φύση του τραύματος, την προεγχειρητική και μετεγχειρητική διαχείριση, την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, το περιβάλλον φροντίδας και τη φροντίδα που παρέχεται. Μερικά χειρουργικά τραύματα μπορούν να θεωρηθούν ως καθαρή διακοπή της συνέχειας της προστασίας από το δέρμα, η οποία προκύπτει από χειρουργική επέμβαση και που αναμένεται να επιφέρει ταχεία και προβλέψιμη πρόοδο προς την επούλωση [13]. Για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, ωστόσο, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που θέτουν το τραύμα σε μεγαλύτερο κίνδυνο επούλωσης, όπως η λοίμωξη, το αιμάτωμα και η διάσπαση του τραύματος, καθώς και σήψη και θάνατος. Για την προαγωγή της βέλτιστης επούλωσης των τραυμάτων, η γενική υγεία και η ευεξία του ασθενούς πρέπει να βελτιστοποιηθούν τόσο πριν όσο και μετά την επέμβαση, λαμβάνοντας υπόψη το ιατρικό/ χειρουργικό ιστορικό του ασθενούς, τα φάρμακα που λαμβάνει/ την ύπαρξη πολυφαρμακίας και το τρέχον ιστορικό υγείας όπως συζητείται στο Κεφάλαιο 4. Η καλή διατροφή (Κεφάλαιο 8) είναι επίσης κεντρικής σημασίας για την εξασφάλιση της επούλωσης των τραυμάτων χωρίς επιπλοκές, δεδομένης ιδίως της συχνότητας της πτωχής θρέψης των ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και που ενδέχεται να έχουν υποβληθεί σε παρατεταμένες περιόδους νηστείας προεγχειρητικά.

7.3.1. Πρόληψη της Λοίμωξης του Τραύματος

Η ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση έχει ως αποτέλεσμα ένα τραύμα που περιλαμβάνει όλα τα στρώματα μαλακού ιστού έως τα οστά και τις αρθρώσεις, καθιστώντας τη λοίμωξη ένα σημαντικό παράγοντα ανησυχίας, καθώς η εν τω βάθει λοίμωξη του χειρουργικού πεδίου μπορεί να οδηγήσει σε λοίμωξη του εμφυτεύματος (σε χειρουργικές επεμβάσεις για εσωτερική οστεοσύνθεση κατάγματος ή σε ημιολική ή ολική αρθροπλαστική), οστεομυελίτιδα και διάσπαση τραύματος, με αποτέλεσμα πόνο και δυσφορία, πτωχές εκβάσεις από τη χειρουργική επέμβαση και καθυστέρηση στην έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

Η χρήση των πιο πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών [14] για την πρόληψη των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων είναι βασικής σημασίας για την πρόληψη της λοίμωξης του χειρουργικού πεδίου. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές τείνουν να επικεντρώνονται στις ακόλουθες σημαντικές παρεμβάσεις που θα πρέπει να εφαρμόζονται για όλους τους ασθενείς μετά από κάταγμα ευθραυστότητας και χειρουργική επέμβαση:

- Μεγάλη προσοχή στην υγιεινή των χεριών
- Υγιεινή στο περιβάλλον του νοσοκομείου

Πρέπει επίσης να υιοθετούνται ειδικά μέτρα για την πρόληψη της λοίμωξης του χειρουργικού πεδίου [13], που περιλαμβάνουν:

- Προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία και περιεγχειρητική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της προετοιμασίας του δέρματος και της χημειοπροφύλαξης με αντιβιοτικά, σύμφωνα με εθνικές και διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και τις οδηγίες της ιατρικής ομάδας
- Εξασφάλιση ότι η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς και η ιστική αιμάτωση βελτιστοποιούνται μέσω της καλής διατροφής και ενυδάτωσης
- Χρήση ασηπτικής τεχνικής κατά τη φροντίδα των τραυμάτων και κατά την αφαίρεση και διαχείριση των παροχετεύσεων
- Αφαίρεση των παροχετεύσεων τραύματος όσο το δυνατό συντομότερα, εάν είναι δυνατό μέσα σε 24 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση
- Κάλυψη του τραύματος με κατάλληλο αποστειρωμένο επιδεσμικό υλικό έως ότου είναι προφανές ότι έχουν ολοκληρωθεί τα αρχικά στάδια της επούλωσης και η επιφάνεια του τραύματος έχει, τουλάχιστον επιφανειακά, κλείσει
- Οι αλλαγές των επιθεμάτων και οι χειρισμοί του τραύματος να είναι όσο το δυνατό λιγότεροι. Τα επιθέματα θα πρέπει να αφαιρούνται και να αλλάζονται μόνο εάν είναι εμποτισμένα με αίμα ή εξίδρωμα ή εάν το τραύμα χρειάζεται έλεγχο λόγω του πόνου και άλλων συμπτωμάτων λοίμωξης
- Όταν τα υλικά σύγκλισης του τραύματος (π.χ. ράμματα ή συνδετήρες) χρειάζονται αφαίρεση, αυτό θα πρέπει να γίνεται την κατάλληλη στιγμή (όταν αναμένεται ότι έχει ολοκληρωθεί η επούλωση) και μόνο μετά από προσεκτικό έλεγχο του τραύματος. Τα υλικά σύγκλισης των τραυμάτων δεν πρέπει να παραμένουν για μεγαλύτερο διάστημα από όσο είναι απαραίτητο
- Τα πιθανά εντοπισμένα προβλήματα στο τραύμα θα πρέπει να αναφέρονται αμέσως στην ιατρική ομάδα: απαιτείται άμεση ιατρική φροντίδα σε περίπτωση υποψίας λοίμωξης και τότε θα πρέπει να συνταγογραφούνται κατάλληλα αντιβιοτικά
- Αξιολόγηση και παρακολούθηση του τραύματος κατά τη μετεγχειρητική περίοδο για σημεία λοίμωξης [πόνος λόγω διάσπασης του τραύματος (σχάση), ιδιαίτερα στη περίπτωση που ο πόνος αυξάνεται, ερυθρότητα και εκκρίσεις του τραύματος] έως ότου ολοκληρωθεί η ανάρρωση. Σε τραύματα που περιλαμβάνουν ορθοπαιδικά εμφυτεύματα η λοίμωξη ενδέχεται να εμφανισθεί οποιαδήποτε στιγμή έως και ένα έτος μετά την εγχείρηση
- Η εργαστηριακή ανάλυση δειγμάτων από το τραύμα, όπως τα επιχρίσματα, μπορεί να είναι χρήσιμη για την παροχή πληροφοριών σχετικά με τους οργανισμούς που μπορεί να αποικίζουν την επιφάνεια του δέρματος, αλλά δεν είναι χρήσιμη για τη διάγνωση εν τω βάθει λοίμωξης, εκτός εάν υπάρχουν εκκρίσεις στο τραύμα. Ως εκ τούτου, τα δείγματα από το τραύμα πρέπει να λαμβάνονται μόνο από αυτές τις εκκρίσεις.

7.4. Σύνοψη των Βασικών Σημείων Μάθησης

Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας των τραυμάτων λόγω πίεσης από τους νοσηλευτές είναι θεμελιώδης πλευρά της πρόληψης αυτών των τραυμάτων. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου για τραύμα από πίεση, όπως το κόκκινο δέρμα, ιδιαίτερα σε ασθενείς που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, όπως εκείνοι με κάταγμα ισχίου. Η φροντίδα που βασίζεται σε τεκμήρια πρέπει να εστιάζει στην αξιολόγηση του δέρματος, στις επιφάνειες υποστήριξης, στη διατήρηση της κινητικότητας του ασθενούς με την εξασφάλιση της κινητικότητας και/ ή τις συχνές αλλαγές θέσης, στην καλή θρέψη και ενυδάτωση και στην αποτελεσματική διαχείριση της υγρασίας του δέρματος, ειδικά σε σχέση με την ακράτεια.

Η αποτελεσματική και βασισμένη σε τεκμήρια διαχείριση των χειρουργικών τραυμάτων μετά από χειρουργική επέμβαση για κάταγμα ευθραυστότητας μπορεί να αποτελεί πρόκληση, καθώς η γήρανση και οι συννοσηρότητες επηρεάζουν την επούλωση. Η φροντίδα τραύματος περιλαμβάνει προσεκτική αξιολόγηση, παρατήρηση και προσοχή σε ό,τι αφορά στα μέτρα πρόληψης των λοιμώξεων, ενώ ταυτόχρονα γίνεται εξατομικευμένη διαχείριση των παραγόντων που επηρεάζουν την επούλωση των τραυμάτων.

7.5. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

- Πραγματοποιήστε λήψη του σύντομου οδηγού αναφοράς για την πρόληψη και αντιμετώπιση των τραυμάτων λόγω πίεσης των National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel και Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP/ EPUAP/ PPIA) (2014) από: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guidedigital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>. Εντοπίστε κάποιο άτομο στην ομάδα σας που θα μπορούσε να είναι το κατάλληλο πρόσωπο που θα ενεργεί ως συντονιστής για την εξασφάλιση της εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πρακτική σας (αυτό το πρόσωπο μπορεί φυσικά να είστε εσείς ή μπορείτε να το υποστηρίξετε). Συζητήστε μαζί του ποιες από τις κατευθυντήριες οδηγίες εφαρμόζονται λιγότερο στο τμήμα όπου εργάζεσθε ή που θεωρείτε ότι είναι οι πιο σημαντικές για να τις διαχειρισθείτε. Συζητήστε τον τρόπο που μπορείτε να προσεγγίσετε την αλλαγή σε έναν τομέα της πρακτικής για να διασφαλίσετε ότι θα τηρείτε τις οδηγίες.
- Μάθετε πού μπορείτε να έχετε πρόσβαση σε δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα των λοιμώξεων τραύματος (1) σε εθνικό επίπεδο και (2) στο τμήμα όπου εργάζεσθε. Πώς συγκρίνεται η συχνότητα στο τμήμα σας με τη συχνότητα σε εθνικό επίπεδο; Σκεφθείτε σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης των χειρουργικών τραυμάτων στο τμήμα σας σε σύγκριση με τις συστάσεις που παρουσιάζονται σε αυτό το κεφάλαιο. Γράψτε τους αναστοχασμούς σας σχετικά με προτάσεις για τουλάχιστον μία βελτίωση στην πρακτική σας και αναπτύξτε ένα σχέδιο δράσης.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Gunningberg L et al (2013) Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden. *Int Wound J* 12:462. <https://doi.org/10.1111/iwj.12138>
2. NICE (2014) Pressure ulcers: prevention and management. Clinical guideline, vol 179. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg179>
3. Beeckman D (2017) A decade of research on incontinence-associated dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viability* 26:47–56
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and PanPacific Pressure Injury Alliance (NPUAP/EPUAP/PPPIA) (2014) Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. In: Haesler E (ed) Cambridge Media: Osborne Park, Australia. <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digitalnpuap-epuap-pppia-an2016.pdf>
5. Smith I et al (2017) Exploring the role of pain as an early predictor of pressure ulcers: a prospective cohort study. *BMJ Open* 7:e013623. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013623>

6. Hommel A et al (2017) Successful factors to prevent pressure ulcers—an interview study. *J Clin Nurs* 26:182–189. <https://doi.org/10.1111/jocn.13465>
7. Moore Z, Cowman S (2014) Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD006471. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006471.pub3>
8. Sving E et al (2014) Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 51:717–725
9. Vanderwee K et al (2007) Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 13(2):227–235
10. NHS (2016) Stop the pressure. Helping to prevent pressure ulcers. NHS Improvement. <http://nhs.stopthepressure.co.uk/>
11. McInnes E et al (2011) Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev* (4):CD001735. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001735.pub4>
12. de Jong L et al (2017) Factors affecting the rate of surgical site infection in patients after hemiarthroplasty of the hip following a fracture of the neck of the femur. *Bone Joint J* 99-B:1088–1094. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B8>
13. Donnelly J et al (2014) Wound management, tissue viability and infection. In: Clarke S, Santy-Tomlinson J (eds) *Orthopaedic and Trauma Nursing. An evidence based approach*. Wiley/Blackwell, Oxford
14. Loveday H et al (2014) epic3: National evidence-based guidelines for preventing healthcare associated infections in NHS hospitals in England. *J Hosp Infect* 86(Suppl 1):S1–S70. [https://doi.org/10.1016/S0195-6701\(13\)60012-2](https://doi.org/10.1016/S0195-6701(13)60012-2)
15. Coleman S et al (2014) A new pressure ulcer conceptual framework. *J Adv Nurs* 70(10):2222–2234

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

8. Θρέψη και Ενυδάτωση

Patrick Roigk

Η κακή θρέψη και η αφυδάτωση είναι σημαντικές παράμετροι της φροντίδας των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων, ιδιαίτερα αυτών που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία ή σε μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας. Πολλά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δεν σιτίζονται και δεν ενυδατώνονται επαρκώς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και μετά από ένα κάταγμα ισχίου πολλοί ασθενείς προσλαμβάνουν μόνο το μισό των συνιστώμενων ημερήσιων αναγκών τους σε ενέργεια, πρωτεΐνες και άλλα θρεπτικά συστατικά [1]. Αυτό οδηγεί σε πτωχή ανάρρωση, μείωση του επιπέδου υγείας και της λειτουργικής ικανότητας και έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερο κίνδυνο για την εμφάνιση άλλων επιπλοκών (Κεφάλαιο 6).

Οι νοσηλευτές είναι οι συντονιστές του σχεδίου φροντίδας, επομένως είναι σημαντικό να φέρνουν σε επαφή όλους τους άλλους εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε ως ομάδα σε συνεργασία να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα που αντανακλά τις ανάγκες των ασθενών για αξιολόγηση, παρέμβαση και προαγωγή της υγείας. Όταν μία διεπιστημονική ομάδα (ορθογηριατρική συνεργασία) εργάζεται συνεργατικά, η φροντίδα είναι πιο επιτυχής, βελτιώνει τις εκβάσεις των ασθενών και μειώνει τον κίνδυνο ενδοноσοκομειακής και μακροχρόνιας θνησιμότητας.

Ο σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να αυξήσει την επίγνωση σχετικά με την ευθύνη των νοσηλευτών, στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας, για την αξιολόγηση και την παρέμβαση σε θέματα διατροφής και ενυδάτωσης, να εξετάσει τα θέματα που αφορούν στη διατροφή και στο ισοζύγιο υγρών των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και να περιγράψει τη φύση, την αξιολόγηση και τις παρεμβάσεις που σχετίζονται με την υποθρεψία και την αφυδάτωση.

8.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου, και μετά από περαιτέρω μελέτη, ο νοσηλευτής θα μπορεί να:

- Αναγνωρίζει όσους βρίσκονται σε κίνδυνο υποθρεψίας και αφυδάτωσης.
- Προλαμβάνει τις επιπλοκές της υποθρεψίας και της αφυδάτωσης με αποτελεσματικές παρεμβάσεις και προαγωγή της υγείας.
- Αναγνωρίζει το νοσηλευτικό ρόλο στη συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών.

8.2. Υγιεινή Διατροφή για τα Άτομα Μεγαλύτερης Ηλικίας

Στα ανεπτυγμένα κράτη, οι πολίτες καταναλώνουν πλέον περισσότερες τροφές πλούσιες σε ενέργεια, λίπη, σάκχαρα και αλάτι σε σύγκριση με τις προηγούμενες δεκαετίες. Παρόλο που η υποθρεψία οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας, η παχυσαρκία επίσης αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και καρδιαγγειακά νοσήματα. Προκειμένου να αλλάξει η ανθυγιεινή συμπεριφορά, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση σχετικά με τον υγιεινό τρόπο ζωής. Η υγιεινή διατροφή προλαμβάνει την κάθε τύπου υποθρεψία. Η υγιεινή διατροφή για τους ενήλικες περιλαμβάνει [2]:

- Τουλάχιστον 400 γραμμάρια (5 μερίδες) φρούτων και λαχανικών την ημέρα.

P. Roigk

Department of Clinical Gerontology and Rehabilitation, Robert-Bosch-Hospital,

Stuttgart, Germany

e-mail: Patrick.roigk@rbk.de

- Λιγότερο από 10% της συνολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας από ελεύθερα σάκχαρα (ίσο με 50 γραμμάρια για ένα άτομο με φυσιολογικό βάρος σώματος που καταναλώνει περίπου 2000 θερμίδες την ημέρα).
- Λιγότερο από 30% της συνολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας από λίπη. Τα ακόρεστα λίπη (π.χ. ψάρι, αβοκάντο, ξηροί καρποί, ελαιόλαδο) είναι προτιμότερα από τα κορεσμένα λίπη (π.χ. λιπαρό κρέας, βούτυρο, φοινικέλαιο ή λάδι από καρύδα).
- Λιγότερο από 5 γραμμάρια αλάτι την ημέρα και χρήση ιωδιούχου αλατιού.

Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη υγρών για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών είναι 2250ml. Αυτή αποτελείται από περίπου 60% από άμεση πρόσληψη υγρών (πόσιμα) και περίπου 40% από έμμεση πρόσληψη (από τα τρόφιμα και την οξείδωσή τους) [3]. Στην περίπτωση νεφρικών ή καρδιαγγειακών παθήσεων ή άλλων προβλημάτων υγείας που απαιτούν περιορισμό της πρόσληψης υγρών, ο ιατρός θα πρέπει να συμμετέχει στον υπολογισμό της κατάλληλης ποσότητας υγρών που απαιτείται καθημερινά. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ιδιαίτερα εκείνα που αναρρώνουν από κάταγμα και χειρουργική επέμβαση, έχουν μεταβαλλόμενες μεταβολικές ανάγκες και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διασφαλίζουν ότι προσλαμβάνουν επαρκή ενέργεια και τα λοιπά θρεπτικά συστατικά για την ανάρρωση και την επούλωση των τραυμάτων.

Με την αύξηση της ηλικίας, οι φυσιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές αυξάνουν τη συχνότητα των χρόνιων ασθενειών, των καταγμάτων και των αναπηριών λόγω των αλλαγών στο μεταβολισμό και της έλλειψης γνώσεων των ατόμων σχετικά με τις κατάλληλες στρατηγικές για την πρόληψη της υποθρενίας [4]. Ενώ οι απαιτήσεις της θρέψης (π.χ. σε υδατάνθρακες και λίπη) μειώνονται με την αύξηση της ηλικίας, οι απαιτήσεις σε βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία είναι σταθερές [5]. Οι περισσότεροι ασθενείς στα νοσοκομεία είναι μεγαλύτεροι των 60 ετών. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να ακολουθούν μία διατροφή με λιγότερη ενέργεια, αλλά πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και η διαίτα να τροποποιείται έτσι ώστε να είναι πλουσιότερη σε ενέργεια όταν νοσούν ή αναρρώνουν από κατάγματα και χειρουργικές επεμβάσεις. Αυτό μειώνει τον κίνδυνο των πτώσεων, των καταγμάτων και της οστεοπόρωσης και υποστηρίζει την ανάρρωση και την επούλωση.

Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν αυτές τις βασικές πληροφορίες ώστε να μπορούν να εκπαιδεύουν τους ασθενείς και τους φροντιστές σχετικά με την υγιεινή διατροφή και την πρόσληψη υγρών. Εάν οι ασθενείς χρειάζονται πιο λεπτομερή υποστήριξη σχετικά με την ατομική τους κατάσταση θρέψης, θα πρέπει να συμμετέχουν και άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, όπως οι διαιτολόγοι, και να παρέχονται γραπτές πληροφορίες.

8.3. Ασβέστιο και Βιταμίνη D

Δύο κρίσιμης σημασίας παράγοντες για την υγεία των οστών είναι το ασβέστιο και η βιταμίνη D. Η βιταμίνη D είναι απαραίτητη για την πρόσληψη και την απορρόφηση του ασβεστίου. Η συνιστώμενη ημερήσια ποσότητα ασβεστίου για άτομα άνω των 65 ετών είναι 1000 mg [6]. Στον Πίνακα 8.1 παρουσιάζονται οι κύριες πηγές ασβεστίου με ελάχιστες ποσότητες τα 250 mg και 100 mg ασβέστιο, τα οποία θα πρέπει να αποτελούν τακτικό μέρος των γευμάτων για την κάλυψη των αναγκών.

Κύριες πηγές ασβεστίου (250 mg)	Πρόσθετες πηγές ασβεστίου (100 mg)
200 ml γάλα	100 g μπρόκολο
180 γραμμάρια γιαούρτι	100 γραμμάρια όσπρια (ξηρό βάρος)
30 γραμμάρια σκληρό τυρί	300 γραμμάρια σιταρένιο ψωμί
60 γραμμάρια μαλακό τυρί	40 γραμμάρια αμύγδαλα
	25 ml πλούσιο σε ασβέστιο μεταλλικό νερό

Πίνακας 8.1. Διατροφικές Πηγές Ασβεστίου

Η βιταμίνη D είναι μια λιποδιαλυτή βιταμίνη η οποία είναι σημαντική για την πρόσληψη ασβεστίου από τα οστά, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες. Η τροφή περιέχει μικρές ποσότητες βιταμίνης D, αλλά η παραγωγή βιταμίνης D λαμβάνει χώρα στο δέρμα υπό την επίδραση της υπεριώδους (UV) ακτινοβολίας. Η

παραγωγή βιταμίνης D περιορίζεται όταν ελαχιστοποιείται η ηλιοφάνεια π.χ. στη βόρεια Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική, ιδιαίτερα το χειμώνα. Η ικανότητα παραγωγής βιταμίνης D μειώνεται σε μεγαλύτερη ηλικία κατά 4 φορές, με αποτέλεσμα χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D [7]. Η έκθεση των χεριών και του προσώπου στο φως του ήλιου συνιστάται για περίπου 5 έως 25 λεπτά ανά ημέρα, αλλά αυτό περιορίζεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και λόγω άλλων κοινωνικών παραγόντων, και επομένως θα πρέπει να συνταγογραφείται συμπλήρωμα. Η σύσταση για επαρκή πρόσληψη βιταμίνης D για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι 800-1000 διεθνείς μονάδες ημερησίως [8] και αυτές θα πρέπει να λαμβάνονται με τα κύρια γεύματα [9].

Παρόλο που η διατροφή είναι σημαντική για την πρόληψη των καταγμάτων που σχετίζονται με την οστεοπόρωση, είναι επίσης απαραίτητη για τη διατήρηση των θετικών επιδράσεων που φέρει η δραστηριότητα φόρτισης και η άσκηση στην πυκνότητα των οστών [10]. Η τακτική σωματική δραστηριότητα για 30 λεπτά την ημέρα προάγει την απορρόφηση του ασβεστίου και υποστηρίζει την αύξηση των μυών και την πυκνότητα των οστών [11]. Μετά από ένα κάταγμα του ισχίου, οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στις καθημερινές δραστηριότητες ως μέρος του σχεδίου εξόδου τους, το οποίο πρέπει να υποστηρίζεται από ενδο-νοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά προγράμματα αποκατάστασης. Εάν οι ασθενείς είναι ανεξάρτητοι στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής και δεν υποφέρουν από άλλα προβλήματα υγείας ή αναπηρίες που περιορίζουν τη σωματική δραστηριότητα, θα πρέπει να τους παρέχονται πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με συγκεκριμένες ασκήσεις και δραστηριότητες.

8.4. Υποθρεψία και Αφυδάτωση

Για τον εντοπισμό και τη θεραπεία ασθενών με υποθρεψία ή αφυδάτωση, οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τον ορισμό της υποθρεψίας και της αφυδάτωσης. Σύμφωνα με το NANDA (NANDA International, Inc.) [12], υποθρεψία είναι: «Η πρόσληψη ανεπαρκούς ποσότητας θρεπτικών συστατικών για την κάλυψη των μεταβολικών αναγκών». Τα κριτήρια για την υποθρεψία είναι [13]:

- Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) $<18,5\text{kg} / \text{m}^2$
- Ανεπιθύμητη απώλεια βάρους $>10\%$ κατά τους τελευταίους 3 έως 6 μήνες
- ΔΜΣ $<20\text{kg} / \text{m}^2$ και ανεπιθύμητη απώλεια βάρους $> 5\%$ κατά τους τελευταίους 3 έως 6 μήνες
- Περίοδος νηστείας > 7 ημέρες (πρόσθετο κριτήριο)

Ο ορισμός της αφυδάτωσης είναι πιο περίπλοκος, δεδομένου ότι μπορεί να αναφέρεται τόσο στην απώλεια των υγρών του σώματος όσο και στη μείωση του όγκου που ακολουθεί την απώλειά τους. Προτείνεται [14] να ορίζεται ως μία σύνθετη κατάσταση που προκαλεί μείωση των συνολικών υγρών του σώματος. Αυτό μπορεί να σχετίζεται τόσο με το συνολικό έλλειμμα υγρών («αφυδάτωση λόγω απώλειας υγρών»), καθώς και με συνδυασμό ελλείμματος νερού και νατρίου («αφυδάτωση λόγω απώλειας νατρίου») λόγω αφενός της πολύ χαμηλής πρόσληψης και αφετέρου της υπερβολικής/ μη ισορροπημένης απέκκρισης.

8.4.1. Επιπολασμός

Ο επιπολασμός της υποθρεψίας στα άτομα που νοσηλεύονται στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας διαφέρει ευρέως ανάλογα με τα τμήματα. Ιδιαίτερα στα γηριατρικά τμήματα, ο επιπολασμός είναι υψηλότερος από τον αντίστοιχο των τμημάτων όπου νοσηλεύονται ασθενείς με στεφανιαία νόσο [15]. Η εκτιμώμενη συχνότητα των ασθενών με υποθρεψία είναι περίπου 35%, ενώ το 30-55% των ασθενών που εισάγονται εκτάκτως στα νοσοκομεία βρίσκεται σε κίνδυνο για υποθρεψία [16].

Ο αναφερθείς επιπολασμός της αφυδάτωσης επίσης ποικίλλει και εξαρτάται από τον ορισμό της αφυδάτωσης και των μεθόδων έρευνας που χρησιμοποιούνται. Εκτιμάται ότι το 40% των ατόμων που εισήλθαν πρόσφατα στο νοσοκομείο είναι αφυδατωμένοι και το 42% των ασθενών που δεν ήταν αφυδατωμένοι κατά την εισαγωγή τους αφυδατώθηκαν μέσα σε 48 ώρες. Επειδή οι άνθρωποι που διαμένουν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων είναι πολύ ευπαθείς, η αφυδάτωση εκτιμάται ότι είναι 46% σε αυτά τα ιδρύματα [14].

8.4.2. Συμπτώματα Υποθρεψίας και Αφυδάτωσης

Τα συμπτώματα της υποθρεψίας ποικίλλουν και ενδέχεται να εκδηλωθούν ως απώλεια βάρους, χαμηλά επίπεδα ενέργειας, λήθαργο, κακή διάθεση και κατάθλιψη, κοιλιακές κράμπες ή κοιλιακό άλγος, διάρροια, περιορισμένο/ μειωμένο μυϊκό τόνο (σαρκοπενία) και/ή έλλειψη ενδιαφέροντος ή αποστροφή προς την πρόσληψη τροφής/ υγρών.

Τα σημεία της αφυδάτωσης εμφανίζονται πιο γρήγορα από αυτά της υποθρεψίας. Η συνήθης εικόνα περιλαμβάνει: αύξηση του καρδιακού ρυθμού, μειωμένη παραγωγή σύρων, ναυτία, ξηρά χείλη, σπασμούς και ανεξήγητη διανοητική σύγχυση [17] και, μερικές φορές, ωχρούς βλεννογόνους [18].

8.4.3. Προσυμπτωματικός Έλεγχος Διαλογής και Αξιολόγηση των Ασθενών για Υποθρεψία

Από το φάσμα των σταθμισμένων εργαλείων προσυμπτωματικού ελέγχου διαλογής και αξιολόγησης που υπάρχουν, λίγα έχουν αποδειχθεί ότι είναι έγκυρα και αξιόπιστα, όπως: το 3-minute nutrition screening (3MinNS), το Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), το Mini Nutritional Assessment (MNA), το Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), το Malnutrition Screening Tool (MST – με όριο > 2) και η ανεπιθύμητη απώλεια βάρους (μεγαλύτερη από 5% κατά τους τελευταίους 6 μήνες) [19, 20]. Η επιλογή ενός κατάλληλου και σταθμισμένου εργαλείου προσυμπτωματικού ελέγχου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με το περιβάλλον φροντίδας του κάθε ασθενούς και έχοντας κατά νου τα συχνά συνυπάρχοντα θέματα υγείας. Οι πολυεπιστημονικές ομάδες χρειάζεται να αποφασίζουν σχετικά με το ποιο είναι το καλύτερο εργαλείο για το συγκεκριμένο περιβάλλον.

Είναι σημαντικό η αναγνώριση και συλλογή πληροφοριών σχετικά με τα άτομα που κινδυνεύουν από υποθρεψία να ακολουθεί δύο βήματα:

1. Προσυμπτωματικός έλεγχος διαλογής όλων των ασθενών εντός 24 ωρών από την εισαγωγή τους για τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου για υποθρεψία.
2. Αξιολόγηση όλων των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο για μία ολοκληρωμένη κατανόηση του προβλήματος που θα επιτρέψει τον προγραμματισμό κατάλληλων παρεμβάσεων.

Οι παράγοντες κινδύνου για την υποθρεψία ποικίλλουν μεταξύ των κλινικών τμημάτων και των ομάδων ασθενών. Στον Πίνακα 8.2 παρατίθεται οι συχνόι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τους γενικούς και τους ειδικούς (ανά περιβάλλον φροντίδας) παράγοντες [21]:

Γενικοί παράγοντες	Ειδικόί παράγοντες
Λόγω ασθένειας, θεραπείας και περιορισμών που σχετίζονται με την ηλικία	Νοσοκομείο
<ul style="list-style-type: none"> • Οξεία και χρόνια ασθένεια • Πολυνοσηρότητα • Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμακευτικής αγωγής • Γνωστική δυσλειτουργία • Μείωση της λειτουργικότητας • Δυσφαγία και άλλες διατροφικές δυσκολίες 	<ul style="list-style-type: none"> • Ασθένεια που επηρεάζει την πρόσληψη τροφής (π.χ. μεγάλη χειρουργική επέμβαση στην κοιλία) • Φόβος διάγνωσης • Ασυνήθιστο περιβάλλον • Αποστροφή του νοσοκομειακού φαγητού • Διακοπές κατά τη διάρκεια του γεύματος
Λόγω ψυχοκοινωνικών περιορισμών	Εξωτερική περίθαλψη
<ul style="list-style-type: none"> • Κατάθλιψη • Μοναξιά και κοινωνική απομόνωση • Κοινωνικοοικονομικά προβλήματα • Φόβοι και ανησυχίες • Ανορεξία 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός στην παροχή τροφίμων • Περιορισμός για μία ανεξάρτητη ζωή • Περιορισμός στην ανεξάρτητη σίτιση • Κοινωνική απομόνωση, μοναξιά, κατάθλιψη
Λόγω του περιβάλλοντος	Μακροχρόνια φροντίδα

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ανελαστικά ωράρια φαγητού • Ακατάλληλη βοήθεια • Ενόχληση κατά τη διάρκεια του γεύματος • Ανάγκες για υποστήριξη που δεν καλύφθηκαν | <ul style="list-style-type: none"> • Παρεμβολές από το περιβάλλον • Ενόχληση από τους άλλους ασθενείς • Ντροπή • Επιθυμίες που δεν εκφράζονται • Αποστροφή για γεύματα και ποτά |
|--|--|

Πίνακας 8.2. Κύριοι Παράγοντες Κινδύνου για Υποθρεψία [21]

Εάν υπάρχει κίνδυνος υποθρεψίας, οι πληροφορίες που λαμβάνονται από τη διαδικασία προσυμπτωματικού ελέγχου και της αξιολόγησης πρέπει να χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί μία ολοκληρωμένη κατανόηση των ατομικών ζητημάτων. Αυτό γίνεται ως μέρος της Ολοκληρωμένης Γηριατρικής Αξιολόγησης για τη διευκόλυνση πραγματοποίησης ενός εξατομικευμένου σχεδίου για την αποφυγή ή τη θεραπεία της υποθρεψίας. Κάτι τέτοιο πρέπει να περιλαμβάνει:

- Συμμετοχή της οικογένειας και των φροντιστών ώστε να κατανοήσουν την φυσιολογική διατροφική κατάσταση και τις ανάγκες του ασθενούς.
- Συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας όπως οι διαιτολόγοι, οι ιατροί, οι οδοντίατροι ή οι εργοθεραπευτές.
- Συζήτηση με τους ασθενείς, την οικογένεια και τους φροντιστές σχετικά με την αξιολόγηση και τα σχέδια παρέμβασης. Στην περίπτωση φροντίδας ασθενούς σε τελικό στάδιο, η εφαρμογή τεχνητής διατροφής θα πρέπει να συζητηθεί με σεβασμό στις αρχές της Βιοηθικής, οι οποίες περιλαμβάνουν την ωφελιμότητα, τη μη-βλαπτικότητα και τη δικαιοσύνη, με πλήρη συνεργασία του ασθενούς, των συγγενών και της διεπιστημονικής ομάδας.
- Εξασφάλιση της περαιτέρω θεραπείας του προβλήματος στο πλαίσιο διαχείρισης της εξόδου του ασθενούς.

8.4.4. Παρεμβάσεις Βασισμένες σε Τεκμήρια για την Πρόληψη και την Αντιμετώπιση της Υποθρεψίας

Ο υποσιτισμός ή ο κίνδυνος υποθρεψίας θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα. Είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις για την πρόληψη της υποθρεψίας να ξεκινούν με την καταγραφή ενός ιστορικού διατροφής και την παρακολούθηση της πρόσληψης τροφής από τον ασθενή κατά τις πρώτες ημέρες μετά την εισαγωγή. Η θεραπεία της υποθρεψίας μπορεί να χωριστεί σε διάφορες συγκεκριμένες παραμέτρους:

Ρυθμίσεις για τα τρόφιμα και τα γεύματα: Τα γεύματα στα νοσοκομεία, και ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα μακροχρόνιας φροντίδας, συχνά είναι άγευστα. Προκειμένου να βελτιωθεί η γεύση, οι νοσηλευτές θα πρέπει να έρθουν σε επαφή με τους υπεύθυνους για την προετοιμασία των γευμάτων. Οι αλλαγές στη φύση και την ποικιλία των τροφίμων ή στη χρήση κάποιων γευστικών σάλτσών είναι απλοί και φθηνοί τρόποι βελτίωσης της γεύσης. Εκτός από τα συνηθισμένα τακτικά γεύματα, τα σνακ θα πρέπει να προσφέρονται από το προσωπικό ή ως αυτοεξυπηρέτηση, έτσι ώστε να είναι εύκολα προσβάσιμα για τους ασθενείς όλο το εικοσιτετράωρο. Τα γεύματα πρέπει να αντικατοπτρίζουν τις προτιμήσεις του ασθενούς. Για τους ασθενείς με σωματικές ή ψυχολογικές δυσκολίες στην κατανάλωση τροφής, οι νοσηλευτές πρέπει να βοηθούν με τη χρήση κατάλληλων βοηθημάτων (π.χ. μεγάλες λαβές στα μαχαιροπίρουνα, χρωματιστά ποτήρια για ασθενείς με προβλήματα όρασης), ώστε να αυξηθεί η ανεξαρτησία τους. Όταν υπάρχουν συγκεκριμένα προβλήματα, όπως δυσκολία στην κατάποση ή κακή τεχνητή οδοντοστοιχία, θα πρέπει να συμμετέχουν και άλλοι επαγγελματίες, όπως ιατροί, λογοθεραπευτές και οδοντίατροι για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα [22].

Συμπληρώματα διατροφής: Συμπληρώματα διατροφής με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες (0,9 έως 1,2 g/kg/ημέρα) πρέπει να προσφέρονται σε ασθενείς με δυσκολία στην κατανάλωση επαρκούς ποσότητας τροφής. Συμπληρώματα διατροφής (εντερική διατροφή) είναι τα υγρά τρόφιμα που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της διατροφικής πρόσληψης [23]. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα με ευπάθεια κατά την περιεγχειρητική περίοδο, καθώς υπάρχουν τεκμήρια ότι τα διατροφικά συμπληρώματα, ειδικά σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με κατάγματα ισχίου, έχουν θετική επίδραση στην ποιότητα της ζωής και συμβάλλουν στη μείωση των επιπλοκών [24-26]. Για να υποστηριχθεί η αύξηση της μυϊκής ισχύος κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης και της αποκατάστασης, τα πλούσια σε πρωτεΐνη συμπληρώματα θα πρέπει να συνδυάζονται με άσκηση μυϊκής αντίστασης με την ομάδα φυσιοθεραπείας. Οι ασθενείς θα πρέπει να

ενημερώνονται για τον λόγο χορήγησης συμπληρωμάτων διατροφής και να ερωτούνται σχετικά με τις προτιμήσεις τους σε ό,τι αφορά στη γεύση ή τη θερμοκρασία του συμπληρώματος. Εάν οι ασθενείς έχουν δυσανεξίες ή προβλήματα που σχετίζονται με το φαγητό και τα πόσιμα υγρά λόγω της γεύσης, θα πρέπει να συμμετέχει και διαιτολόγος.

Οι ιατροί πρέπει να θυμούνται την ανάγκη για χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμίνης D. Η παροχή ενήμερωτικού υλικού σχετικά με την υγιεινή διατροφή και την πρόσληψη υγρών σε μεγαλύτερη ηλικία, ιδίως σχετικά με τις απαιτήσεις σε ηλεκτρολύτες και βιταμίνη D, είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της διαχείρισης της εξόδου του ασθενούς.

Αλληλεπίδραση κατά τη διάρκεια των γευμάτων: Οι ασθενείς συχνά εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη βοήθεια των νοσηλευτών, ειδικά εκείνοι που έχουν μειωμένη γνωστική λειτουργία ή μειωμένη λειτουργικότητα, οι οποίοι διατρέχουν ήδη μεγαλύτερο κίνδυνο υποθρεψίας, έτσι οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξετάζουν τις ατομικές ανάγκες υποστήριξης για την πρόσληψη τροφής. Η δημιουργία μίας κουλτούρας στην οποία οι ώρες φαγητού είναι στιγμές ηρεμίας με όσο το δυνατόν λιγότερες διακοπές μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα καλύτερης σίτισης των ασθενών [27]. Είναι επίσης σημαντικό να παρέχεται αρκετή βοήθεια κατά τα γεύματα για να υποστηριχθεί η σίτιση και οι οικογένειες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε αυτό.

Περιβαλλοντικές και προσωπικές απαιτήσεις: Το περιβάλλον στα νοσοκομεία και στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων μπορεί να είναι άγνωστο και απρόσωπο. Οι ώρες των γευμάτων είναι σημαντικές ευκαιρίες για ανθρώπινη αλληλεπίδραση, καθώς συνήθως πραγματοποιούνται σε ευχάριστο, άνετο περιβάλλον που ευνοεί την όρεξη. Οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουν το βοηθητικό προσωπικό, τους εθελοντές και τις οικογένειες στο να δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον για τη σίτιση, λαμβάνοντας υπόψη ζητήματα όπως η κατάλληλη διακόσμηση των τραπεζιών, η οποία να είναι προσαρμοσμένη ανά εποχή, ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να είναι πιο προσανατολισμένοι, να αισθάνονται πιο άνετα και να αυξήσουν την πιθανότητα της καλής τους σίτισης [28].

Εκπαίδευση, υποστήριξη και καθοδήγηση: Οι ασθενείς και οι οικογένειες ενδεχομένως αγνοούν τα προβλήματα και τις συνέπειες της υποθρεψίας, επομένως είναι σημαντική η εκπαίδευση, η πληροφόρηση, η υποστήριξη και η καθοδήγηση, ώστε να δεσμεύονται για τη σωστή σίτιση. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι εξατομικευμένες και να μπορούν να παρέχονται με διάφορους τρόπους. Ορισμένοι προτιμούν τις γραπτές πληροφορίες (π.χ. φυλλάδια, οπτικά βοηθήματα ή αφίσες), ενώ άλλοι προτιμούν τεχνολογικές προσεγγίσεις, όπως οι εφαρμογές για έξυπνα κινητά τηλέφωνα και/ή πληροφορίες βασισμένες στο διαδίκτυο.

8.4.5. Ενυδάτωση και Αφυδάτωση

Η αφυδάτωση είναι συχνή στους μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευόμενους, με σημαντικές αρνητικές συνέπειες. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος διαλογής των ατόμων που κινδυνεύουν από αφυδάτωση είναι δύσκολος λόγω των μη ειδικών συμπτωμάτων και της ταχείας εξέλιξης. Στο Πλαίσιο 8.1 παρατίθενται οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για αφυδάτωση.

Πλαίσιο 8.1: Παράγοντες Κινδύνου για Αφυδάτωση

- Χαμηλός Δείκτης Μάζας Σώματος
- Μειωμένη αίσθηση δίψας
- Εξάρτηση για φροντίδα από τρίτους
- Έκπτωση γνωστικών λειτουργιών
- Ευπάθεια και συνοσηρότητες
- Νευρολογικά ελλείμματα όπως ημιπληγία και παραπληγία
- Δυσφαγία
- Δυσκοιλιότητα, διάρροια, έμετοι και ακράτεια
- Φόβος για ακράτεια και απροθυμία λήψης υγρών
- Χρήση καλιοσυντηρητικών διουρητικών

8.4.5.1. Προσυμπτωματικός Έλεγχος Διαλογής και Αξιολόγηση των Ασθενών με Αφυδάτωση

Για την αναγνώριση των ατόμων που κινδυνεύουν από αφυδάτωση, οι νοσηλευτές πρέπει να ακολουθούν την ίδια διαδικασία που ακολουθείται για τον κίνδυνο υποθρεψίας. Ωστόσο, σε αντίθεση με την υποθρεψία, δεν υπάρχουν σταθμισμένα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου, επομένως οι νοσηλευτές χρειάζεται να χρησιμοποιούν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους για να κάνουν εξατομικευμένες αξιολογήσεις, όπως:

1. Προσυμπτωματικός έλεγχος διαλογής όλων των ασθενών εντός 24 ωρών από την εισαγωγή τους για την αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για αφυδάτωση.
2. Αξιολόγηση όλων των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο για την πλήρη κατανόηση του προβλήματος και τον καθορισμό ενός σχεδίου λήψης κατάλληλων μέτρων.

Εκτός από την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου που προσδιορίζονται στο Πλαίσιο 8.1, τα κριτήρια προσυμπτωματικού ελέγχου των ατόμων για αφυδάτωση ενδεχομένως περιλαμβάνουν [29]:

- Κόπωση και λήθαργο
- Μη λήψη υγρών μεταξύ των γευμάτων
- Ανάλυση βιοηλεκτρικής αντίστασης με αντίσταση στα 50 kHz (η ανάλυση βιοηλεκτρικής αντίστασης αξιολογεί την ηλεκτρική αντίσταση μέσω του σώματος συνήθως από τα δάκτυλα των χεριών έως τα δάκτυλα των ποδιών και χρησιμοποιείται συχνά για να εκτιμηθεί το σωματικό λίπος)

Επιπρόσθετοι έλεγχοι διαλογής με περιορισμένη διαγνωστική ακρίβεια περιλαμβάνουν:

- Μειωμένη πρόσληψη υγρών από το στόμα
- Μειωμένη παραγωγή ούρων
- Υψηλή ωσμωτικότητα ούρων
- Μειωμένη υγρασία στη μασχालαία περιοχή (ξηρές μασχάλες)

8.4.5.2. Αξιολόγηση και Περαιτέρω Ενέργειες

Εάν ο ασθενής είναι αφυδατωμένος ή υπάρχει κίνδυνος αφυδάτωσης, με την αξιολόγηση θα πρέπει να επιτευχθεί πλήρης κατανόηση των υποκείμενων ζητημάτων και να δημιουργηθεί ένα σχέδιο με τα κατάλληλα μέτρα για τη θεραπεία ή την πρόληψη της αφυδάτωσης. Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει:

- Στενή παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (ούρα, έμετος, παροχετεύσεις τραυμάτων κ.α.)
- Εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης στην τουαλέτα και, εάν η πρόσβαση δεν είναι εύκολη ή εάν η σωματική δραστηριότητα του ασθενούς είναι περιορισμένη, εξασφάλιση χρήσης βοηθημάτων, όπως ουροδοχεία ή καρέκλα-τουαλέτα.
- Συμμετοχή του ασθενούς και της οικογένειας/ φροντιστών στην αξιολόγηση και τον καθορισμό του σχεδίου φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της ενθάρρυνσης για την πρόσληψη 2250ml υγρών περίπου ημερησίως (άμεση και έμμεση πρόσληψη υγρών), εφόσον δεν αντενδείκνυται.
- Συμμετοχή άλλων μελών της ομάδας, όπως οι ιατροί, και εξασφάλιση ότι το σύνολο της νοσηλευτικής ομάδας, συμπεριλαμβανομένων των βοηθών και των φροντιστών, γνωρίζει τους κινδύνους και την ανάγκη στενής παρακολούθησης της πρόσληψης υγρών και της απαιτούμενης αναπλήρωσης.
- Συζήτηση με τους ασθενείς και την οικογένεια/ φροντιστές για τους κινδύνους, το σχέδιο φροντίδας και τους σκοπούς της φροντίδας σχετικά με τον όγκο των υγρών που απαιτούνται και δέσμευση της οικογένειας για την υποστήριξη των σκοπών.
- Επιβεβαίωση ότι το πρόβλημα περιλαμβάνεται στο σχέδιο εξόδου.

8.4.5.3. Παρεμβάσεις Βασισμένες σε Τεκμήρια Σχετικά με την Πρόληψη και Θεραπεία της Αφυδάτωσης

Η λήψη υγρών εκ του στόματος από τους ασθενείς είναι συχνά ανεπαρκής, ιδιαίτερα στην αρχική φάση κατά την οποία οι ασθενείς είναι νήστες και υποβάλλονται σε περιεγχειρητική προετοιμασία. Η στενή παρακολούθηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών είναι απαραίτητη, όπως και η συμπλήρωση των προσλαμβανόμενων, όπου είναι απαραίτητο, με ενδοφλέβια υγρά.

Η πρόληψη έχει ως σκοπό να εξασφαλίσει τη διαθεσιμότητα υγρών που είναι ευχάριστα για κατανάλωση και το να κατανοήσουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους την αναγκαιότητα λήψης υγρών. Χρειάζεται υποστήριξη και βοήθεια για να διευκολυνθεί η επαρκής πρόσληψη υγρών από το στόμα, έχοντας κατά νου τις ακόλουθες συμβουλές [30]:

Διαθεσιμότητα υγρών: Τα υγρά πρέπει να είναι συνεχώς και εύκολα διαθέσιμα. Πρέπει να πραγματοποιούνται συχνά τακτικά σερβιρίσματα υγρών. Για την υποστήριξη των νοσηλευτών, η δραστηριότητα αυτή μπορεί να ανατεθεί σε εθελοντές/ βοηθούς. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες μπορούν να λειτουργήσουν ως προτροπές για την υποστήριξη των ασθενών να πίνουν υγρά από το στόμα, όπως κατά τη διάρκεια χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής.

Ευχαρίστηση από την πρόσληψη υγρών: Η απόλαυση της κατανάλωσης εξαρτάται από τις ατομικές προτιμήσεις, συμπεριλαμβανομένων του είδους των υγρών, της θερμοκρασίας και της γεύσης. Το να ερωτώνται οι ασθενείς και οι οικογένειές τους σχετικά με τις προτιμήσεις τους και το να λαμβάνονται υπόψη οι παράγοντες που ενδέχεται να υποστηρίξουν την πρόσληψη υγρών (όπως οι υπενθυμίσεις για πρόσληψη υγρών και η κοινωνική αλληλεπίδραση) μπορούν να είναι χρήσιμα.

Υποστήριξη και βοήθεια για την πρόσληψη υγρών: Η παροχή εξατομικευμένης υποστήριξης στους ασθενείς ώστε να βοηθούνται να πίνουν υγρά, μπορεί να ενθαρρύνει την επαρκή πρόσληψη υγρών. Αυτό πρέπει να γίνεται με φιλικό, απρόσκοπτο και ήρεμο τρόπο, χρησιμοποιώντας κατάλληλα βοηθήματα, όπως καλαμάκια και ειδικά φλιτζάνια ή φιάλες με βαλβίδα/κλιπ. Τα μέλη της οικογένειας συχνά αισθάνονται αβοήθητα, αλλά μπορούν να είναι σε θέση να βοηθήσουν στην κατανάλωση υγρών ώστε να αισθάνονται ότι συμμετέχουν και πως είναι χρήσιμα. Στα μέλη των οικογενειών μπορούν να προσφερθούν πληροφορίες, όπως το πώς να γνωρίζουν την αφυδάτωση και πώς να βοηθούν για την πρόσληψη υγρών από το στόμα.

Παρακολούθηση και κατανόηση της αναγκαιότητας για πρόσληψη υγρών από το στόμα: Οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν τις κατάλληλες πληροφορίες ώστε οι ασθενείς να κατανοούν το όφελος της επαρκούς πρόσληψης υγρών. Η ακριβής παρακολούθηση και η καταγραφή της πρόσληψης υγρών και η ερώτηση των ασθενών/ οικογενειών σχετικά με το ελάχιστο επίπεδο αναφοράς για την ημερήσια πρόσληψη υγρών είναι απαραίτητες. Όλοι όσοι συμμετέχουν πρέπει να γνωρίζουν τα σημάδια αφυδάτωσης όπως:

- Μειωμένη παραγωγή ούρων και συμπυκνωμένα ούρα
- Ξηρά χείλη, ξηροί βλεννογόνοι, μειωμένη σπαργή δέρματος
- Μυϊκή αδυναμία, ζάλη, ανησυχία, κεφαλαλγία.

8.5. Σύνοψη των Βασικών Σημείων Μάθησης

- Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που νοσηλεύονται με κάταγμα είναι συχνά καταβεβλημένα και δυσκολεύονται να ακολουθήσουν μία υγιεινή διατροφή και επαρκή πρόσληψη υγρών.
- Η διαδικασία φροντίδας ξεκινά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο διαλογής και την παρακολούθηση της κατάστασης θρέψης και της πρόσληψης υγρών όλων των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας εντός εικοσιτετραώρου από την εισαγωγή τους.
- Προκειμένου να προληφθεί ή να αντιμετωπισθεί η υποθρεψία ή η αφυδάτωση, το ζήτημα πρέπει να συζητηθεί στο πλαίσιο λειτουργίας της πολυεπιστημονικής ομάδας για να εξασφαλισθεί ότι όλοι γνωρίζουν το πρόβλημα και συμμετέχουν στο σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων.
- Όλοι οι ασθενείς που κινδυνεύουν από υποθρεψία και αφυδάτωση θα πρέπει να αξιολογούνται για να γίνεται πλήρης κατανόηση του προβλήματος.
- Η παρακολούθηση και η καταγραφή της διατροφής και της πρόσληψης και αποβολής υγρών πρέπει να πραγματοποιείται τουλάχιστον κατά τις πρώτες ημέρες μετά την εισαγωγή.

- Οι ανάγκες των ασθενών θα πρέπει να συζητούνται με άλλους επαγγελματίες, ώστε να μπορούν να προγραμματισθούν κατάλληλες παρεμβάσεις από την ομάδα.
- Είναι σημαντικό το να εμπλέκεται ο ασθενής και η οικογένειά του στη διαδικασία φροντίδας.
- Θα πρέπει να διατίθενται κατάλληλα και ελκυστικά γεύματα, σνακ και υγρά για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και να προσφέρονται οι συνιστώμενες ποσότητες νερού, πρωτεϊνών, βιταμινών και μετάλλων (ιδιαίτερα ασβεστίου). Αυτό θα πρέπει να συνοδεύεται από συμπλήρωμα με επιπλέον υγρά, εφόσον η πρόσληψη δεν είναι επαρκής.
- Η συνταγογράφηση της βιταμίνης D θα πρέπει να συζητείται με τον ιατρό του ασθενούς.
- Θα πρέπει να παρέχονται πληροφορίες επικεντρωμένες στον ασθενή και βασισμένες σε τεκμήρια και θα πρέπει να συζητούνται οι παρεμβάσεις σε περιπτώσεις ασθενών τελικού σταδίου.
- Η εκπαίδευση, η ενημέρωση και η συμμετοχή των ασθενών και των οικογενειών τους αυξάνει το επίπεδο γνώσεών τους σχετικά με την υγεία τους.
- Η διαχείριση της υποθρεψίας και/ή της αφυδάτωσης θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο σχέδιο εξόδου.

8.6. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

- Αποκτήστε πρόσβαση και διαβάστε το παρακάτω άρθρο ανασκόπησης. Κρατήστε μερικές σημειώσεις σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους τα συμπεράσματα του άρθρου θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική σας και την πρακτική της ομάδας σας:
- Sauer A et al. (2016) Nurses needed: Identifying malnutrition in hospitalized older adult. NursingPlus Open <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.05.001>
- Μάθετε σχετικά με τις διαθέσιμες εθνικές οδηγίες διατροφής (στη χώρα μας ανευρίσκονται στο <http://www.diatrofikoiodigoi.gr/default.aspx?page=home>). Διαβάστε τις προσεκτικά και σκεφθείτε πώς αυτές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να αναπτύξετε απλές στρατηγικές για τη βελτίωση της διατροφής και της πρόσληψης υγρών από τους ασθενείς σας και συζητήστε τις με την ομάδα σας.
- Διεξάγετε έλεγχο των διαγραμμάτων των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο υποθρεψίας ή αφυδάτωσης σχετικά με τη σίτιση και τα προσλαμβανόμενα/ αποβαλλόμενα υγρά. Συζητήστε με την ομάδα, συμπεριλαμβανομένου ενός διαιτολόγου, εάν καταγράφονται επαρκώς τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά. Αναστοχασθείτε σχετικά με τις προτάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την πρακτική σας.
- Δημιουργήστε ένα ενημερωτικό φυλλάδιο για ασθενείς/ οικογένειες σχετικά με το γιατί και το πώς μπορούν οι ασθενείς να βεβαιωθούν ότι σιτίζονται και πίνουν επαρκώς. Συζητήστε το με την ομάδα.
- Συζητήστε με τους ασθενείς/ φροντιστές/ προσωπικό σχετικά με τα πράγματα που πιστεύουν ότι εμποδίζουν την καλή διατροφή και την πρόσληψη υγρών των ασθενών. Αναστοχασθείτε τι προτείνεται από αυτές τις συζητήσεις σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αναπτυχθεί η πρακτική έτσι ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση θρέψης και ενυδάτωσης του ασθενούς.

8.7. Αυτοαξιολόγηση

Για να προσδιορίσετε τη μάθηση που επιτεύχθηκε και την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη, οι ακόλουθες στρατηγικές μπορεί να είναι χρήσιμες:

- Εξετάστε την τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας στο περιβάλλον που εργάζεστε σχετικά με τη θρέψη και την ενυδάτωση και χρησιμοποιήστε την για να αξιολογήσετε τις γνώσεις και τις επιδόσεις σας.
- Ζητήστε συμβουλές και καθοδήγηση από άλλους κλινικούς ειδικούς, όπως οι διαιτολόγοι, και ζητήστε τη βοήθειά τους για να ενημερώνεστε για τα νέα τεκμήρια, τα οποία θα μεταφέρετε στην ομάδα σας.
- Η αξιολόγηση από τους συναδέλφους μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ατομικής πρόοδου και πρακτικής, αλλά δεν πρέπει να είναι υπερβολικά τυπική. Θα πρέπει να υπάρχει ανοιχτή συζήτηση με την ομάδα. Εβδομαδιαίες συναντήσεις σχετικά με ασθενείς με προβλήματα θρέψης και ενυδάτωσης μπορούν να εντοπίσουν νοσηλευτικά εστιασμένα ζητήματα και να επιτρέψουν την ανταλλαγή

εμπειρίας. Η εμπειρία μεταφέρεται στα διάφορα μέλη της πολυεπιστημονικής ομάδας με εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες και με την καλλιέργεια μίας κουλτούρας όπου εξετάζονται όλα τα προβλήματα των ασθενών.

- Ζητήστε πληροφορίες από τους συναδέλφους, τους ασθενείς, τους φροντιστές και άλλα μέλη της ομάδας.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Duncan D et al (2001) Adequacy of oral feeding among elderly patients with hip fracture. *Age Ageing* 30(Suppl2):22
2. World Health Organization (WHO) (2015) Healthy diet. Factsheet No 394. <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs394/en/>
3. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) German Society for Nutrition (2017) Wasser (Water). <http://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/wasser/>
4. EUFIC (European Food Information Council) (2016) New dietary strategies for healthy ageing in Europe (NU-AGE). <http://www.eufic.org/en/collaboration/article/new-dietary-strategies-for-healthy-ageing-in-europe>
5. Ahmed T, Haboub N (2010) Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Ageing* 5:207–216
6. Warensjo E et al (2011) Dietary calcium intake and risk of fracture and osteoporosis: prospective longitudinal cohort study. *BMJ* 342:d1473
7. Cashman K et al (2016) Vitamin D deficiency in Europe: pandemic? *Am J Clin Nutr* 103(4):1033–1044. <http://ajcn.nutrition.org/content/103/4/1033.short>
8. Dachverband Osteologie e.V. (DVO) (2014) Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e.V. <http://www.dv-osteologie.org/uploads/Leitlinie%202014/DVOLeitlinie%20Osteoporose%202014%20Kurzfassung%20und%20Langfassung%20Version%201a%2012%2001%202016.pdf>
9. Mulligan GB, Licata A (2010) Taking vitamin D with the largest meal improves absorption and results in higher serum levels of 25-hydroxyvitamin D. *J Bone Miner Res* 25(4):928–930
10. National Osteoporosis Foundation (2017) Osteoporosis exercise for strong bones. <https://www.nof.org/patients/fracturesfall-prevention/exercisesafe-movement/osteoporosis-exercise-for-strong-bones/>
11. Office of the Surgeon General (US) (2004) Bone health and osteoporosis: a report of the surgeon general. 7: lifestyle approaches to promote bone health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45523/>
12. NANDA International (2011) Nursing interventions for imbalanced nutrition less than body requirements. <http://nanda-nursinginterventions.blogspot.co.uk/2011/05/nursing-interventions-for-imbalanced.html>
13. White J et al (2012) Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Characteristics recommended for identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *J Parenter Enter Nutr* 36(3):275–283. <https://doi.org/10.1177/0148607112440285>
14. Thomas D et al (2008) Understanding clinical dehydration and its treatment. *J Am Dir Assoc* 9:292–301
15. Meijers J et al (2008) Malnutrition prevalence in the Netherlands: results of the annual Dutch National Prevalence Measurement of care problems. *Br J Nutr* 101(3):417–423
16. Barker L et al (2011) Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *Int J Environ Res Public Health* 8:514–527
17. El-Sharkawy AM et al (2014) Hydration in the older hospital patient—is it a problem? *Age Ageing* 43:i33–i35
18. Hooper L et al (2015) Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. *Cochrane Database Syst Rev* (4):CD00964

19. Poulia K et al (2012) Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elder. *Clin Nutr* 31:378–385
20. Lim S et al (2013) Validity and reliability of nutrition screening administered by nurses. *Nutr Clin Pract* 28(6):730–736
21. DNQP (2017) Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. 1. Aktualisierung. Universität Osnabrück
22. Abbott RA et al (2013) Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 12(4):967–981
23. Nieuwenhuisen W et al (2010) Older adults and patient in need of nutritional support: review of current treatment options and factors for influencing nutritional intake. *Clin Nutr* 29:160–169
24. Gunnarsson A et al (2009) Does nutritional intervention for patients with hip fractures reduce postoperative complications and improve rehabilitation? *J Clin Nurs* 18(9):1325–1133
25. Volkert D et al (2006) ESPEN guidelines on enteral nutrition: geriatrics. *Clin Nutr* 25(2):330–360
26. Milne A et al (2006) Meta-analysis: protein and energy supplementation in older people. *Ann Intern Med* 144(7):538
27. Young AM et al (2013) Encouraging, assisting and time to EAT: improved nutritional intake for older medical patients receiving protected mealtimes and/or additional nursing feeding assistance. *Clin Nutr* 32(4):543–549
28. Nijls K et al (2009) Malnutrition and mealtime ambiance in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 10(4):226–229
29. Hooper L et al (2015) Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. *Cochrane Database Syst Rev* (4):CD009647
30. Godfrey H et al (2012) An exploration of the hydration care of older people: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 49(10):1200–1211

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

9. Νοσηλευτική Φροντίδα του Ασθενούς με Διαταραχή της Γνωστικής Λειτουργίας

Jason Cross

Τα σύνδρομα γνωστικής διαταραχής είναι συχνά σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν χειρουργηθεί. Αυτό το κεφάλαιο έχει ως σκοπό την παροχή μίας επισκόπησης των αιτιών της διαταραγμένης γνωστικής λειτουργίας, την πρόταση στρατηγικών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αναγνώριση όσων ίσως βρίσκονται σε κίνδυνο και την παρουσίαση παραδειγμάτων αξιολογήσεων και παρεμβάσεων που βοηθούν στη διάγνωση και θεραπεία. Το κεφάλαιο επικεντρώνεται κυρίως στην οξεία σύγχυση ή «οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο», αλλά περιέχει επίσης παρατηρήσεις σχετικά με τον τρόπο που η υπάρχουσα γνωστική βλάβη, η άνοια και η κατάθλιψη μπορούν να επηρεάσουν την ανάρρωση του ασθενούς.

9.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου, και με ακόλουθη περαιτέρω μελέτη, ο νοσηλευτής θα μπορεί να:

- Αναγνωρίζει τους ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου.
- Εφαρμόζει εργαλεία βασισμένα σε τεκμήρια τα οποία βοηθούν στη διάγνωση και αξιολόγηση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου, της κατάθλιψης, της γνωστικής βλάβης και της άνοιας.
- Συζητά τη διαχείριση στρατηγικών και προτεραιοτήτων σε ό,τι αφορά σε ασθενείς με οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, άνοια και κατάθλιψη.
- Αναγνωρίζει τον τρόπο που η ικανότητα του ασθενούς να συναινέσει επηρεάζεται από την παρουσία οξείας σύγχυσης (ντελίριο) ή άνοιας.

9.2. Αξιολόγηση Επιπέδου Υγείας Αναφοράς: Γενικές Παρατηρήσεις

Η αναγνώριση της αλλαγής στη λειτουργικότητα κάποιου απαιτεί μία δυναμική γενική αξιολόγηση στην οποία θα καθορισθούν και θα καταγραφούν τα επίπεδα αναφοράς της φυσικής και ψυχικής υγείας. Η Ολοκληρωμένη Γηριατρική Αξιολόγηση (ΟΓΑ) είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος πραγματοποίησης μίας τέτοιας αξιολόγησης, με μία αναπτυσσόμενη βιβλιογραφία, η οποία περιγράφει λεπτομερώς τα οφέλη της χρήσης των μεθόδων της ΟΓΑ κατά τις προεγχειρητικές αξιολογήσεις στις κλινικά αναφερόμενες εκβάσεις ασθενών [1]. Η ΟΓΑ περιγράφεται λεπτομερώς στο Κεφάλαιο 4.

9.3. Οξύ Οργανικό Ψυχοσύνδρομο

Το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι τρομακτικό για τον ασθενή (με το 50% περίπου να είναι σε θέση να το θυμάται μετά) και αγχωτικό για την οικογένεια και τους φροντιστές. Όλοι οι νοσηλευτές είναι εξοικειωμένοι με ασθενείς που ξαφνικά συγχύζονται, γίνονται επιθετικοί ή ξαφνικά «δεν είναι καλά». Το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, συχνά αποκαλούμενο ως «οξεία κατάσταση σύγχυσης», είναι συχνό και μπορεί να εμφανισθεί μετά από οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, με συχνότητα εμφάνισης έως και 60% μετά από κάταγμα ισχίου. Χαρακτηρίζεται από ξαφνική εμφάνιση κυμαινόμενα διαταραγμένης συνείδησης με αλλαγές στην αντιληπτική

ικανότητα και τη γνωστική λειτουργία. Αποτελεί μία σοβαρή κατάσταση που σχετίζεται με πτωχές εκβάσεις (Πλαίσιο 9.1), αλλά μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπισθεί με γρήγορη αξιολόγηση και παρέμβαση [1].

Πλαίσιο 9.1: Συνέπειες του Οξέος Οργανικού Ψυχοσυνδρόμου

- Περισσότερες επιπλοκές σχετιζόμενες με τη νοσηλεία στο νοσοκομείο (τραύματα λόγω πίεσης, πτώσεις)
- Αυξημένη παραμονή στο νοσοκομείο ή υψηλής εξάρτησης φροντίδα/ αυξημένη φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας
- Αυξημένη επίπτωση άνοιας
- Μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας/ υποστήριξης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο
- Μεγαλύτερη πιθανότητα το άτομο να πεθάνει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα

Η διαχείριση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι μία πρόκληση, ιδίως όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει το πώς νοιώθει ή αντιστέκεται στη θεραπεία. Ορισμένες παρεμβάσεις εφαρμόζονται συχνά μόνο αφού ο ασθενής έχει ήδη εκδηλώσει το ντελίριο, με το τελευταίο να αποτελεί συνήθως έναν δείκτη ότι το άτομο παρουσιάζει οξεία επιδείνωση της υγείας του. Σπάνια υπάρχει μόνο ένας προγνωστικός παράγοντας για το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, καθώς αυτό συχνότερα είναι αποτέλεσμα πολυπαραγοντικού συνδυασμού, τόσο μακροχρόνιων όσο και οξέων παραγόντων. Αυτό πάντα οδηγεί στο να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο ελλιπώς, οδηγώντας σε αυξημένο στρες και άγχος για τους ασθενείς, τους συγγενείς και το προσωπικό που αντιμετωπίζει έναν ασθενή σε οξεία φάση, με ντελίριο, που γρήγορα επιδεινώνεται.

9.3.1. Αξιολόγηση

Η πρόληψη είναι αποτελεσματικότερη από τη θεραπεία και κάθε παρέμβαση χρειάζεται να ξεκινά νωρίς. Στον χειρουργικό τομέα, αυτό πρέπει να γίνεται νωρίς κατά την προεγχειρητική περίοδο. Η αξιολόγηση μπορεί να είναι προβληματική στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, όπου ο χρόνος είναι περιορισμένος, ιδιαίτερα όταν η βέλτιστη πρακτική βασίζεται στη μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο το συντομότερο δυνατό. Υπάρχουν κάποιοι «δραστικοί» τρόποι και ερωτήσεις, που μπορούν να βοηθήσουν στην αναγνώριση αυτών που κινδυνεύουν να εμφανίσουν οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο. Στον Πίνακα 9.1 παρέχεται μία λίστα παραγόντων που προδιαθέτουν (δηλαδή ήδη υπάρχουν) και ίσως επιταχύνουν (δυνητικές αιτίες) το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο. Η άμεση αναγνώριση των προδιαθεσικών παραγόντων για ντελίριο είναι αναγκαία γιατί: (1) πολλοί από αυτούς τους παράγοντες είναι τροποποιήσιμοι ή μπορούν να βελτιωθούν και (2) οι μη-τροποποιήσιμοι παράγοντες αυξάνουν την εγγύτητα για τον κίνδυνο εμφάνισης οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου, δίνοντας ώθηση για παρέμβαση.

Προδιαθεσικοί παράγοντες	Παράγοντες επίσπευσης
<ul style="list-style-type: none"> • Ηλικία • Άνοια ή γνωστική βλάβη • Κατάθλιψη • Ιστορικό οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου • Σοβαρή ασθένεια ή κάταγμα ισχίου • Πολυφαρμακία • Κακή θρέψη/ αφυδάτωση • Λειτουργική εξάρτηση • Αισθητηριακή διαταραχή 	<ul style="list-style-type: none"> • Αλλαγή περιβάλλοντος • Έλλειψη ύπνου • Απώλεια βοηθημάτων (π.χ. γυαλιά, ακουστικά) • Φυσικοί περιορισμοί • Δυσκοιλιότητα • Επίσχεση ούρων • Σήψη • Σοβαρή ασθένεια (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου) • Ελλιπής διαχείριση του πόνου ή υπερκατανάλωση αναλγητικών

Πίνακας 9.1. Προδιαθεσικοί παράγοντες και παράγοντες που επισπεύδουν την εμφάνιση οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου

Η γνωστική βλάβη αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για εκδήλωση οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου και όλοι οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο της γνωστικής τους λειτουργίας κατά την εισαγωγή τους για να προσδιορισθεί ο κίνδυνος. Η αξιολόγηση ξεκινά με απλές ερωτήσεις, όπως εάν έχει παρατηρηθεί «κάποια αλλαγή στη μνήμη σας;» Αυτός ο καθιερωμένος έλεγχος, που χρησιμοποιείται σε νοσοκομεία και στην κοινότητα, πρέπει στη συνέχεια να ενισχύεται με λεπτομερέστερες αξιολογήσεις. Υπάρχουν αρκετά εργαλεία και αξιολογήσεις που μπορούν να επισημάνουν αποκλίσεις στη γνωστική λειτουργία, αλλά χρειάζεται ένα απλό, πρακτικό εργαλείο για την αναγνώριση όσων βρίσκονται σε κίνδυνο, σε συνδυασμό με ένα ή δύο περισσότερο λεπτομερή εργαλεία αξιολόγησης της γνωστικής λειτουργίας για την περαιτέρω εκτίμηση της γνωστικής έκπτωσης, ώστε να επιτραπεί ο περαιτέρω σχεδιασμός της φροντίδας.

Το «4AT»: είναι ένα σύντομο, εύχρηστο, σταθμισμένο εργαλείο αξιολόγησης της παρουσίας οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου και αναγνώρισης ήπιας έως σημαντικής γνωστικής βλάβης [2] χωρίς να απαιτείται μεγάλη εκπαίδευση. Μερικές φορές προτιμάται αυτό από το «abbreviated mental test score» (AMTS) και διατίθεται για δωρεάν χρήση και μεταφόρτωση (www.the4at.com). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο κατά τον αρχικό έλεγχο όσο και ως εργαλείο καθημερινής αξιολόγησης για την παρακολούθηση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου και επιτρέπει τον έλεγχο ασθενών με έντονη υπνηλία ή σύγχυση. Υπάρχουν τέσσερις τομείς με συνοπτικούς δείκτες για κάθε απάντηση:

1. *Εγρήγορη*: Πόσο ξύπνιοι είναι; Ξυπνάνε εύκολα;
2. *AMT4*: Μία σύντομη εκδοχή του AMT, ζητά από τον ασθενή να θυμηθεί που βρίσκεται, την ημερομηνία γέννησής του, την ηλικία του και να πει τι χρονιά έχουμε.
3. *Προσοχή*: Ζητήστε να πει όλους τους μήνες του έτους ξεκινώντας από τον τελευταίο.
4. *Έντονη αλλαγή ή κυμαινόμενη πορεία*: Ο ασθενής έχει βιώσει παραισθήσεις ή παράνοια; Μήπως η συμπεριφορά του είναι περίεργη ή «όχι αρκετά σωστή»;

Όσο περισσότερες πληροφορίες συγκεντρώνονται για τη γνωστική και σωματική λειτουργία σε επίπεδο αναφοράς τόσο το καλύτερο. Κάποιο σχόλιο από έναν συγγενή μπορεί να αποτελέσει στοιχείο- κλειδί, επιβεβαιώνοντας τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου και βοηθώντας στον σχεδιασμό εξατομικευμένων παρεμβάσεων. Οι οικογένειες ενδέχεται να μην αντιληφθούν τις ανεπαίσθητες αλλαγές στη γνωστική κατάσταση του ασθενούς, οι οποίες σηματοδοτούν μία εξελισσόμενη γνωστική έκπτωση, και για αυτό οι ερωτήσεις πρέπει να είναι δομημένες έτσι ώστε να εκμαιευθούν τα πιθανά ελλείμματα στη λειτουργικότητα, π.χ. να ερωτηθούν εάν έχουν υπάρξει επεισόδια σύγχυσης ή αξιοσημείωτη μείωση μνήμης, ποιος κάνει τα ψώνια, ποιος πληρώνει τους λογαριασμούς, αν το άτομο είναι σε θέση να λαμβάνει μόνο του τη φαρμακευτική του αγωγή και εάν μπορεί να γυρίσει στο σπίτι μόνο του στην περίπτωση που βρεθεί στο κέντρο της πόλης. Διαταραχές σε τέτοια απλά πράγματα υποδεικνύουν πιθανή γνωστική επιδείνωση.

Ένας λεπτομερέστερος έλεγχος της γνωστικής λειτουργίας ενδέχεται να μην αλλάξει τη στρατηγική αντιμετώπισης του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου, αλλά μπορεί να βοηθήσει σε πληρέστερο σχεδιασμό της περαιτέρω φροντίδας ή στην παραπομπή σε εξειδικευμένες ομάδες. Υπάρχουν αρκετά εργαλεία, π.χ. τα ακόλουθα δύο τεστ μπορούν εύκολα να γίνουν από νοσηλεύτη με την κατάλληλη εκπαίδευση:

Γνωστική Αξιολόγηση του Μοντρεάλ (MoCA, <http://www.mocatest.org/>) [3]: εξετάζονται οι οπτικοχωρικές δεξιότητες, η ανάκληση μνήμης και η προσοχή. Χρειάζεται περίπου 10 λεπτά για να συμπληρωθεί και ο μέγιστος συνοπτικός δείκτης είναι το 30. Συνοπτικός δείκτης μικρότερος από 26 υποδεικνύει γνωστική βλάβη.

Σύντομη Εξέταση Νοητικής Κατάστασης (Mini Mental State Examination- MMSE): εξετάζονται διάφοροι τομείς, με τους συνοπτικούς δείκτες μεγαλύτερους από 30 να υποδεικνύουν γνωστική έκπτωση. Διαθέτει ευρύτερη βάση τεκμηρίωσης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διαφοροδιάγνωση των διαφόρων τύπων άνοιας [4]. Χάνει την εύνοια λόγω ύπαρξης πνευματικών δικαιωμάτων: η χρήση του δεν είναι δωρεάν. Δεν είναι τόσο καλό για ήπιες γνωστικές βλάβες.

9.3.2. Αναγνώριση του Οξέος Οργανικού Ψυχοσυνδρόμου

Το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι επείγουσα ιατρική κατάσταση. Η άμεση ανίχνευσή του είναι το κλειδί για την αντιμετώπιση τόσο του ασθενούς σε σύγχυση όσο και της αιτίας που το πυροδότησε. Οι προσπάθειες πρόληψης της εμφάνισης του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου δεν σταματούν πάντα την εκδήλωσή του, για αυτό χρειάζεται ευαίσθητη επαγρύπνηση για κάθε αλλαγή συμπεριφοράς του ασθενούς.

Ο «χρυσός κανόνας» για την αξιολόγηση και τη διάγνωση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι η «Μέθοδος Αξιολόγησης Σύγχυσης» (Confusion Assessment Method, CAM), με μία σειρά τεσσάρων ερωτήσεων που εξακριβώνουν εάν ο ασθενής βρίσκεται σε ντελίριο. Είναι καλά σταθμισμένη και ακριβής, με ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων ίσο με 10%. Η χρήση της από νοσηλευτές είναι συνήθως χαμηλή [5] και χρειάζεται εκπαίδευση [6]. Η μέθοδος βασίζεται στο να προσέξουν οι νοσηλευτές τις ήπιες αλλαγές στη συμπεριφορά αναφοράς, κάτι που μπορεί να γίνει από το σχόλιο κάποιου συνάδελφου ή συγγενή που παρατήρησε μία απροσδόκητη αλλαγή στην προσωπικότητα ή τη συμπεριφορά του ασθενούς. Το εργαλείο αυτό πρέπει να χρησιμοποιείται άμεσα όταν υπάρχει υποψία αλλαγής στη γνωστική κατάσταση και η χρήση του να επαναλαμβάνεται σε καθημερινή τουλάχιστον βάση ή όταν η κατάσταση του ασθενούς αλλάζει. Η CAM περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις (Πίνακας 9.2): η ύπαρξη ντελίου επιβεβαιώνεται εάν απαντηθεί «ναι» στις ερωτήσεις 1 και 2, με ένα «ναι» είτε στην ερώτηση 3 ή στην ερώτηση 4. Κάποια στοιχεία μπορεί να μεταβληθούν με τον καιρό, για αυτό είναι καλό να γίνονται οι ερωτήσεις και σε άλλους, ώστε να εξασφαλίζεται μία πλήρης εικόνα.

1	<p><i>Υπάρχει κάποια οξεία αλλαγή στην πνευματική κατάσταση του ασθενούς σε σύγκριση με την κατάσταση/επίπεδο αναφοράς;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρατηρείται νέα σύγχυση, ανησυχία, ασυνήθιστη συμπεριφορά, παραισθήσεις, παράνοια ή ότι «κάτι δεν πάει καλά»; • Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει το να ερωτηθεί κάποιος συγγενής ή φροντιστής. <p><i>Πιθανές απαντήσεις που μπορεί να λάβετε:</i> «Μετά την επέμβαση στο ισχίο η μητέρα μου είχε σύγχυση και ήταν επιθετική. Έβγαζε συνέχεια τον ορρό της και φώναζε στις νοσηλεύτριες. Αυτό ήταν ένα σοκ, γιατί είναι πάντα πολύ ευγενική».</p>
2	<p><i>Απροσεξία</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής αποσπάται εύκολα ή δυσκολεύεται να ακολουθήσει μία συζήτηση; • Για να το αξιολογήσετε αυτό, μπορείτε να συμπεριλάβετε το τεστ ονομασίας των μηνών από το τέλος προς την αρχή (4AT). <p><i>Πιθανές απαντήσεις που μπορεί να λάβετε:</i> «Δεν καταλάβαινα τι έλεγε ο μπαμπάς μετά την εγχείρησή του, τη μία στιγμή έλεγε για το γονάτο του και την άλλη για το ότι ήταν στη Γερμανία στον πόλεμο. Αρχικά του έκανα πλάκα, αλλά ταράχτηκε και ήταν φανερά ενοχλημένος που τα μπερδευε».</p>
3	<p><i>Αποδιοργανωμένη σκέψη</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να μην γνωρίζουν που βρίσκονται ή να νομίζουν ότι είναι κάπου αλλού. • Μπερδεμένη συζήτηση, μεταπήδηση από τη μία ερώτηση στην άλλη. • Αδυναμία να θυμηθούν την ημέρα ή την ώρα. <p><i>Πιθανές απαντήσεις που μπορεί να λάβετε:</i> «Η σύζυγός μου έχει ήπια άνοια, αλλά τα καταφέρνει μια χαρά στο σπίτι και τις Τρίτες πάντα συναντιόμαστε για δείπνο. Όταν όμως ήταν στο νοσοκομείο δεν αναγνώριζε ούτε εμένα ούτε την κόρη μας, έλεγε ότι είμαστε ξένοι και ότι θέλαμε να την πάρουμε μακριά. Ήταν πολύ στενάχωρο να το βλέπεις».</p>
4	<p><i>Διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να είναι επιθετικός, να φωνάζει ή να βρίσκεται σε υπερβολική εγρήγορση. • Υπερβολική υπνηλία (μπορεί να μην αντιδρά καν). <p><i>Πιθανές απαντήσεις που μπορεί να λάβετε:</i> «Ο θείος μου ήταν σε μεγάλη σύγχυση. Κάποιες στιγμές ήταν νυσταγμένος και κάποιες άλλες συγχυσμένος και ανήσυχος. Οι νοσηλευτές του έδιναν φάρμακα για να ελέγξουν τα συμπτώματά του».</p>

Πίνακας 9.2. Η «Μέθοδος Αξιολόγησης Σύγχυσης» (Confusion Assessment Method, CAM)

9.3.3. Πρόληψη του Οξέος Οργανικού Ψυχοσυνδρόμου

Η πρόληψη του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι εφικτή μέσω της τροποποίησης των παραγόντων κινδύνου, χρησιμοποιώντας απλές παρεμβάσεις που αποτελούνται από ένα ή περισσότερα στοιχεία π.χ. διόρθωση σοβαρής νεφρικής βλάβης (αφυδάτωση) με χορήγηση ενδοφλεβίων υγρών ή συνταγογράφηση αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου του ισχίου. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν τους παράγοντες κινδύνου για ντελίριο περιλαμβάνουν τη διασφάλιση ότι ο ασθενής έχει τα γυαλιά του και τα ακουστικά του, τη διατήρηση της καθημερινής του ρουτίνας, την προαγωγή του ύπνου και της ημερήσιας δραστηριοποίησης και τον τακτικό επαναπροσανατολισμό του ως προς τον χρόνο και χώρο. Όλες αυτές οι τακτικές, όταν χρησιμοποιούνται σύμφωνα με ένα δομημένο πρωτόκολλο, έχει δείχθει ότι μειώνουν σημαντικά τη συχνότητα του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου [7,8]. Η επικοινωνία και η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με τους κινδύνους του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι, επίσης, απαραίτητες.

9.3.4. Αντιμετώπιση του Ασθενούς με Οξύ Οργανικό Ψυχοσύνδρομο

Η χρήση ενός εργαλείου για την ανίχνευση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου βοηθάει μόνο όταν επαναλαμβάνεται και υποστηρίζεται από λεπτομερή αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς. Η CAM, για παράδειγμα, προσφέρει μία διάγνωση, αλλά δεν παρέχει λεπτομέρειες για τη σοβαρότητα ή την προσδοκώμενη διάρκεια του επεισοδίου. Αφού διαγνωσθεί, ο ασθενής χρειάζεται στενή παρακολούθηση και άμεση παρέμβαση για να προσδιορισθεί η αιτία και να αρχίσει η θεραπεία. Ένας ασθενής με οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο θα απωλέσει την ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις. Αυτό συζητείται στο τμήμα για την άνοια που ακολουθεί. Οι ακόλουθες τέσσερις ενέργειες πρέπει να γίνουν μέσα στις τέσσερις πρώτες ώρες μετά τη διάγνωση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου:

- *Αναθεώρηση του ιατρικού σχεδίου φροντίδας:* Αν και κάτι τέτοιο απαιτεί ιατρική συμμετοχή, πολλές διαγνωστικές παρεμβάσεις μπορούν να ξεκινήσουν από τους νοσηλευτές. Στο Σχήμα 9.2 αναφέρονται λεπτομέρειες σχετικά με τα αίτια του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου και οι προτεινόμενες παρεμβάσεις. Πολλά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο ή να το επιδεινώσουν.
- *Αξιολόγηση πτώσεων:* Οι ασθενείς με οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι πιθανότερο να πέσουν. Ασθενείς άνω των 65 ετών έχουν 30% πιθανότητα να πέσουν σε σύγκριση με την πιθανότητα 10% που έχουν αντιστοίχως οι ασθενείς χωρίς οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο [9]. Μία έγκαιρη αξιολόγηση του κινδύνου πτώσης πρέπει να ολοκληρωθεί με έμφαση στο να μειωθεί ο κίνδυνος (Κεφάλαιο 3). Ένα χαμηλό κρεβάτι, συναγερμένοι κρεβατιού και αυξημένη παρατήρηση πρέπει να εφαρμόζονται για τη διατήρηση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Για τον ασθενή που βρίσκεται σε σύγχυση και περιφέρεται, οι φυσικοί περιορισμοί δεν ενδείκνυνται ποτέ. Ένας ασθενής είναι πιο πιθανό να ηρεμήσει εάν του επιτραπεί να κινείται με κάποια υποστήριξη, ώστε να παραμένει ασφαλής. Η χρήση προστατευτικών κιγκλιδωμάτων στο κρεβάτι δεν προτείνεται, καθώς λειτουργούν σαν εμπόδιο και μπορούν να τρομάξουν ή να ταράξουν περισσότερο τον ασθενή, αυξάνοντας τον κίνδυνο για αυτόν να σκαρφαλώσει πάνω από αυτά και να πέσει από μεγαλύτερο ύψος. Η στενή παρακολούθηση είναι πιο αποτελεσματική.
- *Πληροφόρηση οικογένειας:* Η άμεση επικοινωνία με την οικογένεια είναι με διαφορά η αποτελεσματικότερη παρέμβαση, που θα βοηθήσει την ομάδα φροντίδας υγείας στη διαχείριση του ασθενούς με ντελίριο. Η επικοινωνία επιτρέπει στις οικογένειες να νοιώσουν ότι συμμετέχουν στη φροντίδα, βοηθά στη μείωση του στρες και δίνει την ευκαιρία να αναζητηθεί βοήθεια για την αντιμετώπιση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Η παρουσία ενός συγγενή, φίλου ή φροντιστή μπορεί να είναι καθησυχαστική, να διευκολύνει τις παρεμβάσεις και να μειώσει την ανάγκη στενής παρακολούθησης από κάποιο μέλος της ομάδας περίθαλψης. Αυτό βεβαίως πρέπει να γίνει με προσοχή: η παρουσία ενός συγγενή δεν μειώνει τον συνολικό κίνδυνο εμφάνισης οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου, για αυτό η τακτική παρατήρηση και οι σαφείς οδηγίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλισθεί ότι κάθε αλλαγή της κατάστασης αντιμετωπίζεται άμεσα και κατάλληλα.
- *Παρεμβάσεις βοήθειας (“HELP” interventions):* Απλές παρεμβάσεις που περιέχουν διάφορα στοιχεία ή μικρές ενέργειες ομαδοποιημένες βάσει πρωτοκόλλου, μειώνουν τα συμπτώματα και τη διάρκεια του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Το «HELP» (“Hospital Elder Life Program”) είναι ένα σύστημα υποστήριξης των ασθενών, που σκοπεύει στη διατήρηση της γνωστικής και φυσικής τους λειτουργικότητας κατά τη νοσηλεία στο νοσοκομείο και στη μεγιστοποίηση της κινητικότητάς τους μέχρι την έξοδο, τη βοήθεια κατά τη διαδικασία της εξόδου και την αποφυγή των επανεισαγωγών [10]. Υπάρχουν τεκμήρια που υποστηρίζουν τη χρήση του «HELP» και το πρωτόκολλο επικεντρώνεται στην τακτική παρακολούθηση και παρέμβαση. Τα βασικά του στοιχεία περιλαμβάνουν:
 - Καθημερινό προσανατολισμό (ως προς τον χρόνο/χώρο)
 - Άμεση κινητοποίηση (διατήρηση λειτουργικότητας/ καθημερινής ρουτίνας, π.χ. χρήση τουαλέτας)
 - Βοήθεια στη σίτιση (προσφέροντας τακτικά νερό/ βοήθεια για να φάει)
 - Θεραπευτικές δραστηριότητες (π.χ. επιτραπέζια παιχνίδια, παιχνίδια με χαρτιά, μουσική)
 - Πρωτόκολλο για ύπνο χωρίς φάρμακα (διατήρηση ημερήσιας/ βραδινής ρουτίνας, αποθάρρυνση του ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας)
 - Οπτικοακουστικές προσαρμογές (διασφάλιση διαθεσιμότητας ακουστικών και οπτικών βοηθημάτων).

Η στρατηγική αυτή είναι αποτελεσματική μόνο όταν εφαρμόζεται παράλληλα με τουλάχιστον καθημερινή ιατρική εξέταση. Οι τακτικοί ή εκ προθέσεως «γύροι» με χρήση των ανωτέρω στοιχείων ως «λίστα ελέγχου» μπορεί να είναι βοηθητικοί, με σκοπό τη διευκόλυνση της επικοινωνίας και της άνεσης [11].

9.3.5. Φαρμακευτική Αγωγή

Ένα συχνό λάθος στη διαχείριση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι η υπερβολική χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων, η καθυστερημένη χορήγησή τους ή η υπερβολική χρήση βενζοδιαζεπινών. Η καταστολή των ασθενών με οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο καλό είναι να αποφεύγεται και να εξετάζεται μόνο ως ύστατη λύση, σε περιπτώσεις που το ντελίριο αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για τον ασθενή ή άλλους. Με την έγκαιρη και γρήγορη αξιολόγηση και παρέμβαση οι ασθενείς κανονικά δεν χρειάζονται φάρμακα, αλλά εάν τα χρειασθούν πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα (συμβουλευτικά μόνο, η δοσολογία και η χορήγηση πρέπει να βασίζονται στην τοπική τεκμηριωμένη πολιτική):

- Ολοκληρωμένη ιατρική εξέταση του ασθενούς: Αναγνώριση των αιτιών του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου που θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν ώστε να μειωθεί η σύγχυση.
- Το ντελίριο μπορεί να επικλυφθεί από σύνδρομο στέρησης από ουσίες και ενδέχεται να ενδείκνυται επιπρόσθετη φαρμακολογική θεραπεία.
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα: Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στον καρδιακό ρυθμό.
- Η αλοπεριδόλη αποτελεί τη θεραπεία πρώτης γραμμής για το ντελίριο (εξαιρέσεις αναφέρονται παρακάτω).
- Η λοραζεπάμη αποτελεί πρώτης γραμμής θεραπεία για ασθενείς με ντελίριο που επίσης έχουν νόσο Πάρκινσον/ παρκινσονισμό, άνοια με σωματία Lewy, επιληπτικές κρίσεις ή εάν το καρδιογράφημα δείξει αλλαγές.

9.4. Άνοια

Η άνοια είναι ένας περιληπτικός όρος για ένα σύνολο εκφυλιστικών ασθενειών του εγκεφάλου, όπως η νόσος Alzheimer, η αγγειακή άνοια, η άνοια με σωματία Lewy και η μετωποκροταφική άνοια. Παγκοσμίως υπάρχουν περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι με άνοια και υπάρχουν σχεδόν 10 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο [12]. Η πάθηση περιλαμβάνει τρία στάδια, με αυξανόμενη έκπτωση της μνήμης, γεγονός που έχει αντίκτυπο στη λειτουργική και συναισθηματική υγεία.

Πρώιμο στάδιο: Συνήθως αναγνωρίζεται εκ των υστέρων, αφού ο ασθενής εισέλθει στο μεσαίο ή το τελευταίο στάδιο της άνοιας. Το άτομο δυσκολεύεται όλο και περισσότερο να συγκεντρωθεί, ξεχνάει περισσότερο, παρουσιάζει ήπιες αλλαγές στην προσωπικότητα, αλλά συχνά παραμένει ανεξάρτητο λειτουργικά, παρά το ότι εργασίες όπως η διαχείριση των οικονομικών γίνονται πιο δύσκολα.

Μεσαίο στάδιο: Αδυναμία διατήρησης βραχυπρόθεσμης μνήμης, ικανότητα εκτέλεσης βασικών προσωπικών εργασιών, με μειωμένη όμως αντίληψη ασφαλείας, και υπάρχει πιθανότητα να μην μπορεί να βγει μόνος από το σπίτι, ενώ συχνά απαιτείται βοήθεια για να μπορεί να μένει μόνος.

Τελευταίο στάδιο: Αποσύρεται και απαιτεί πλήρη φροντίδα και υποστήριξη, η επικοινωνία είναι περιορισμένη και έχει ελάχιστη έως καθόλου συναίσθηση της κατάστασής του ή του περιβάλλοντος. Η κινητική επιδείνωση επιταχύνεται και για αυτό ίσως περιορίζεται στο κρεβάτι. Η κατανάλωση φαγητού μπορεί να μειωθεί λόγω της δυσκολίας κατάποσης και της αυξημένης πιθανότητας πνιγμού· ενδέχεται να μην τρώει καθόλου.

Επί του παρόντος δεν υπάρχει θεραπεία, αν και κάποια φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν με τα συμπτώματα. Καθώς ο μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευομένων ασθενών αυξάνει, όλο και περισσότεροι θα παρουσιάσουν άνοια είτε ως πρωταρχική (βασική αιτία) είτε ως δευτερεύουσα κατάσταση (ως μέρος του ιατρικού ιστορικού). Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν την επίδραση της άνοιας στους ασθενείς και τις σχετιζόμενες επιπλοκές, καθώς και τους αυξημένους κινδύνους για την υγεία κατά τη θεραπεία. Η λήψη ολοκληρωμένου ιστορικού είναι απαραίτητη για να διαμορφωθεί και καθοδηγηθεί η φροντίδα, όπως συζητήθηκε σε προηγούμενο σημείο.

Η έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας έχει επίδραση στην υγεία και τη λήψη αποφάσεων. Η κατανόηση των ατομικών αναγκών του ασθενούς, των επιθυμιών και των αισθημάτων του μπορεί να αποτελεί πρόκληση, προκαλώντας σημαντικό άγχος στους ασθενείς, τις οικογένειες και το προσωπικό σε συνθήκες οξείας φροντίδας. Οι πληροφορίες πρέπει να συλλέγονται από συγγενείς, φίλους ή άλλους επαγγελματίες. Το «διαβατήριο» της άνοιας είναι έγγραφο που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να περιγράψουν τον ασθενή, τις επιθυμίες του, τι του αρέσει και τι όχι, να «φωτίσουν» την προσωπικότητά του και να αναδείξουν ποιος είναι, ώστε η φροντίδα του να σχεδιαστεί με τρόπο που σέβεται τις αξίες και τα πιστεύω του [13]. Ένα παράδειγμα είναι το έγγραφο «Αυτός είμαι εγώ» (“This is me”) [13].

9.4.1. Ικανότητα Λήψης Αποφάσεων

Βασική παράμετρος της φροντίδας για όλους τους ασθενείς με δυσκολίες στις γνωστικές λειτουργίες είναι η λήψη των αποφάσεων. Αυτές οι δυσκολίες μπορούν να είναι μακροπρόθεσμες, οξείες ή προσωρινές. Η ικανότητα να επιλέγουμε τι θέλουμε και τι όχι, μας κάνει ξεχωριστούς. Το να χάνει κάποιος αυτήν την ικανότητα προκαλεί αναστάτωση και μπορεί να οδηγήσει στο να λαμβάνονται αποφάσεις σύμφωνα με αξίες και πεποιθήσεις άλλων, οι οποίες δεν τον βρίσκουν σύμφωνο. Υπάρχουν πλαίσια ώστε τα άτομα με μειωμένη νοητική/ διανοητική ικανότητα να υποστηρίζονται στη λήψη των αποφάσεων και να εξασφαλίζεται ότι ο σχεδιασμός της φροντίδας τους γίνεται με τον καλύτερο για αυτούς τρόπο. Στην Αγγλία και την Ουαλία, για παράδειγμα, υπάρχει η «Mental Capacity Act» (Δράση για τη Νοητική/ Διανοητική Ικανότητα) [14] για άτομα άνω των 16 ετών, αλλά τα ακόλουθα σημεία περιγράφουν τις κοινές αρχές που μπορούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες να υποστηρίξουν όσο γίνεται καλύτερα τους ασθενείς:

1. Πάντα υποθέτουμε ότι ο ασθενής έχει ικανότητα λήψης αποφάσεων. Έχει αυτήν την ικανότητα μέχρι αποδείξεως του εναντίου.
2. Η υποστήριξη των ανθρώπων ώστε να είναι ικανοί γίνεται μέσω παροχής πληροφοριών, εκπαίδευσης και χρόνου.
3. Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να πάρουν λανθασμένες αποφάσεις. Το να μην επιλέξει κάποιος αυτό που εμείς θεωρούμε καλύτερο δεν αποτελεί απόδειξη έλλειψης ικανότητας, αν και μπορεί να είναι σημάδι μειωμένης αντίληψης.
4. Κάθε θεραπεία πρέπει να είναι προς το συμφέρον του ασθενούς.
5. Αν μία απόφαση πρέπει να ληφθεί χωρίς τη συμμετοχή του ασθενούς, θα πρέπει να ακολουθείται η λιγότερο περιοριστική επιλογή.

Η ικανότητα λήψης αποφάσεων εξαρτάται από το είδος της απόφασης: για αυτό όταν αξιολογούμε αυτήν την ικανότητα είναι σημαντικό να ξέρουμε ποια είναι η ερώτηση που απαιτεί την απόφαση. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι μία σύνθετη απόφαση το εάν κάποιος θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή όχι, περιλαμβάνοντας πολλαπλές αποφάσεις, ή να είναι μία απλή απόφαση σχετικά με το εάν θα πάρει το ένα ή το άλλο φάρμακο. Το ενδεχόμενο ότι μπορεί κάποιος να μην είναι σε θέση να λάβει απόφαση για ένα θέμα, δεν σημαίνει ότι αυτό ισχύει για όλα τα θέματα. Εάν υπάρχουν αμφιβολίες για την ικανότητα λήψης αποφάσεων κάποιου, πρέπει να γίνεται αξιολόγηση δύο φάσεων [14]. Στο Πλαίσιο 9.2 παρουσιάζεται ένας κατάλογος με τα σημεία που πρέπει να ελέγχονται, ώστε η διαδικασία αυτή να γίνεται λιγότερο αγχωτική.

Πλαίσιο 9.2: Αξιολόγηση Δύο Φάσεων της Νοητικής/ Διανοητικής Ικανότητας για Λήψη Αποφάσεων

Φάση 1

Πρέπει να γίνεται ερώτηση για όλους τους ασθενείς για τους οποίους τίθεται θέμα ικανότητας λήψης αποφάσεων:

- Υπάρχει διαταραχή συνείδησης που θα μπορούσε να προκαλέσει στον ασθενή έλλειψη ικανότητας; (NAI ή OXI) Για παράδειγμα, ο ασθενής βρίσκεται σε ντελίριο ή έχει παλαιότερα ή πρόσφατα διαγνωσμένη γνωστική βλάβη; Εάν NAI, προχωράμε στη φάση 2.

Φάση 2

Χρησιμοποιήστε ένα τεστ ικανότητας 4 σημείων: «Μπορεί ο ασθενής να...»

- Κατανοήσει τις πληροφορίες που δίνονται σχετικά με την απόφαση; π.χ. πληροφορίες σχετικά με τη συχνότητα των επιπλοκών μετά από επέμβαση στο ισχίο (λοίμωξη τραύματος, εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, ντελίριο, ποσοστά επιτυχίας κτλ.)
- Συγκρατήσει τις πληροφορίες που του δίνονται; Μπορεί να επαναλάβει τις πληροφορίες; Αυτό και μόνο πρέπει να είναι αρκετά επαρκές για τη λήψη της απόφασης.
- «Ζυγίσει» ή να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες; Μπορεί να συζητήσει το περιεχόμενο των πληροφοριών, παραθέτοντας τα υπέρ και τα κατά της προτεινόμενης θεραπείας;
- Επικοινωνήσει την απόφασή του; Μπορεί να πει τι θέλει να κάνει;

Όταν ένα άτομο στερείται ικανότητας λήψης αποφάσεων και χρειάζεται θεραπεία, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εξακριβώσουν εάν πρόκειται για μόνιμη αλλαγή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, όπως είναι η άνοια, ή εάν πρόκειται για κυμαινόμενη κατάσταση, όπως είναι το ντελίριο, η φαρμακευτική δηλητηρίαση ή το κώμα. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν υπόψη: (α) τι είναι προς το συμφέρον του ασθενούς και (β) ποια είναι η λιγότερο περιοριστική επιλογή. Επίσης, πρέπει να αναρωτηθούν εάν η λήψη της απόφασης ή η θεραπεία μπορεί να καθυστερήσει τόσο ώστε να ανακτηθεί η νοητική ικανότητα. Στην περίπτωση που αυτό δεν είναι δυνατό, π.χ. όταν υπάρχει πίεση χρόνου για μία χειρουργική επέμβαση οστεοσύνθεσης μετά από κάταγμα, τότε χρειάζεται μία απόφαση που θα εξασφαλίσει τη βέλτιστη περαιτέρω φροντίδα.

9.4.1.1. Συνηγορία

Ένας συνήγορος μπορεί μόνο να προσφέρει τη γνώμη του και πληροφορίες. Η ιατρική και χειρουργική ομάδα μπορεί να σημειώσει τις προσωπικές προτιμήσεις και προηγούμενες αποφάσεις, αλλά ο συνήγορος έχει το δικαίωμα να απαιτήσει ή να αρνηθεί θεραπείες, οι οποίες μπορεί να είναι σύμφωνες με το συμφέρον του ασθενούς. Οποιοσδήποτε μπορεί να συνηγορήσει για κάποιον, αρκεί να μπορεί με σιγουριά να: (1) δηλώσει ότι γνωρίζει τις επιθυμίες και τις πεποιθήσεις του προσώπου που εκπροσωπεί και (2) δεν έχει οικονομικό όφελος από τη μεταξύ τους σχέση (π.χ. επί πληρωμή φροντιστής). Όταν οι ασθενείς δεν μπορούν να πάρουν απόφαση για τον εαυτό τους, συνήθως κάποιος συγγενής ή φίλος μπορεί να αναλάβει αυτόν τον ρόλο του συνηγόρου. Σε περίπτωση που κανείς συγγενής ή φίλος δεν είναι διαθέσιμος σε κάποια επείγουσα κατάσταση, τότε η χειρουργική ή ιατρική ομάδα μπορεί να συνεχίσει ούτως ή άλλως, χρησιμοποιώντας τις όποιες πληροφορίες έχει προκειμένου να λάβει την καλύτερη δυνατή απόφαση για το συμφέρον του ασθενούς. Σε μη επείγουσες καταστάσεις, όπου η ικανότητα λήψης αποφάσεων αμφισβητείται και θεωρείται απίθανο να βελτιωθεί, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναζητήσουν τη βοήθεια κάποιου ανεξάρτητου συνηγόρου ειδικού σε θέματα νοητικής ικανότητας, ο οποίος ορίζεται συνήθως από τις τοπικές αρχές και αναλαμβάνει τη συγκέντρωση και εκτίμηση των πληροφοριών σχετικά με τις απόψεις του ατόμου το οποίο δεν διαθέτει την ικανότητα λήψης αποφάσεων, καθώς και το να το εκπροσωπεί. Ένας ανεξάρτητος συνήγορος πρέπει πάντα να καλείται όταν συντρέχουν τα ακόλουθα κριτήρια:

- Το άτομο είναι ηλικίας 16 ετών και άνω
- Πρέπει να ληφθεί απόφαση σχετικά με μία μακροπρόθεσμη αλλαγή στον χώρο διαμονής ή σχετικά με μία σοβαρή ιατρική θεραπεία
- Το άτομο δεν έχει την ικανότητα να λάβει αυτήν την απόφαση
- Δεν υπάρχει ανεξάρτητο άτομο, όπως συγγενής ή φίλος, το οποίο να είναι «κατάλληλο να τον συμβουλευθούν».

Κάθε συμβούλιο ή συζήτηση για το συμφέρον του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει όσο το δυνατό περισσότερα μέλη από την ομάδα, ώστε να εξασφαλισθεί ότι για τη λήψη της απόφασης εισακούστηκαν απόψεις οι οποίες ενδεχομένως δεν θα περνούσαν από το μυαλό κάθε ατόμου. Εάν τα μέλη της ομάδας δεν μπορούν να συγκεντρωθούν όλα μαζί, τότε πρέπει να χρησιμοποιηθούν άλλες μορφές επικοινωνίας, ώστε να εξασφαλισθεί ότι ρωτήθηκαν όλοι οι εμπλεκόμενοι (π.χ. μέσω τηλεφώνου ή e-mail) και να διασφαλισθεί ότι όλες οι αποφάσεις και το σκεπτικό για αυτές καταγράφηκαν για να υπάρχει διαφάνεια.

Σε πολλές χώρες υπάρχει νομοθεσία για τα ανθρώπινα δικαιώματα, που δηλώνει ότι όλα τα άτομα έχουν το δικαίωμα της διατήρησης της ελευθερίας τους. Αυτό μπορεί να βάλει σε δύσκολη ηθική θέση τους επαγγελματίες, ιδίως όταν ο ασθενής που στερείται ικανότητας λήψης αποφάσεων αρνείται τη θεραπεία που προτείνεται προς όφελός του, π.χ. ο ασθενής που «περιπλανιέται» και που μπορεί να προσπαθήσει να φύγει κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ή ο ασθενής που παρουσιάζει ντελίριο μετά το χειρουργείο και αρνείται τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής του. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, η «Mental Capacity Act» (Δράση για τη Νοητική/ Διανοητική Ικανότητα) [14] και η «Human Rights Act» (Δράση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα) [15] παρέχουν καθοδήγηση ως προς τον τρόπο με τον οποίο αυτά τα προβλήματα μπορούν να αντιμετωπισθούν και προσφέρουν ένα νομικό πλαίσιο «άρνησης» των συνηθισμένων δικαιωμάτων ελευθερίας στον ασθενή που δεν έχει ικανότητα λήψης αποφάσεων και επιβολής της θεραπείας που είναι προς όφελός του. Στο Ηνωμένο Βασίλειο μία αίτηση για «Στέρηση της Ελευθερίας για λόγους Προστασίας» (Deprivation of Liberty Safeguard) μπορεί να υποκινηθεί από μία τοπική κυβερνητική αρχή, με την υποστήριξη από ομάδες ειδικών. Οι επαγγελματίες δεν θα πρέπει να αναλαμβάνουν αυτές τις ολοκληρωμένες αξιολογήσεις χωρίς βοήθεια. Εφόσον επιτραπεί η «Deprivation of Liberty Safeguard», αυτό επιτρέπει περιορισμούς και απαγορεύσεις, ώστε ο ασθενής να παραμένει ασφαλής και να του προσφέρεται φροντίδα. Οι πολιτικές και οι διαδικασίες ενδέχεται κατά τόπους να διαφέρουν.

9.5. Κατάθλιψη

Όλοι παθαίνουν κατάθλιψη ή «πέφτουν ψυχολογικά» κατά καιρούς ως φυσιολογική αντίδραση στις δυσκολίες της ζωής. Η κλινική κατάθλιψη όμως είναι διαφορετική: είναι μία διαρκής κακή διάθεση που επηρεάζει κάθε τομέα της ζωής του ατόμου, οδηγώντας σε κοινωνική απομόνωση, αίσθημα ανικανότητας και, σε σοβαρές περιπτώσεις, σε αυτοκτονία [16,17]. Η ακριβής αιτία της κλινικής κατάθλιψης δεν είναι πλήρως κατανοητή, αν και έχουν αναγνωρισθεί κάποιοι παράγοντες κινδύνου όπως:

- Προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης
- Σημαντικές αλλαγές ζωής, τραύμα ή άγχος
- Συγκεκριμένες ασθένειες και φάρμακα.

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι πιθανότερο να εμφανισθεί στην ενήλικη ζωή. Το να είσαι απλά «μεγάλος» δεν αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης, η συσσώρευση όμως προβλημάτων υγείας σε συνδυασμό με τη μείωση της λειτουργικότητας και κοινωνικούς παράγοντες, μπορεί να αυξήσουν τη συχνότητα της κατάθλιψης στον πληθυσμό μεγαλύτερης ηλικίας [18]. Ο πόνος, όπως η χρόνια οσφυαλγία ή ο πόνος της αρθρίτιδας, είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου και, εάν υπάρχει ήδη διαγνωσμένη κατάθλιψη, τα συμπτώματά της μπορούν να γίνουν πιο σοβαρά [19]. Ο πόνος είναι παράγοντας της μειωμένης λειτουργικότητας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και υποεκτιμάται ως αιτία κατάθλιψης. «Πόννοι και ενοχλήσεις» συχνά αποδίδονται στη φυσιολογική γήρανση και το άτομο ενδέχεται να μην λαμβάνει την προληπτική υποστήριξη που χρειάζεται για να «σπάσει» ο κύκλος του πόνου, οδηγώντας έτσι σε επιδείνωση της διάθεσης, απώλεια της λειτουργικότητας και σε απομόνωση [20].

Μελέτες αναγνωρίζουν ότι η κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στην ανάρρωση μετά τη χειρουργική επέμβαση [17]. Συμπτώματα της κλινικής κατάθλιψης, όπως τα μειωμένα κίνητρα, η αίσθηση μη βελτίωσης, οι διαταραχές του ύπνου και η δυσκολία στη φυσική αποκατάσταση, ενδέχεται να επιβραδύνουν τη μετεγχειρητική ανάρρωση [21] και συγχρόνως να αυξήσουν τη συχνότητα εμφάνισης των επιπλοκών, με περίπου το 40% ασθενών με άγχος και κατάθλιψη να συνεχίζουν να υποφέρουν από αυτά και μετά την έξοδο [22].

9.5.1. Αξιολόγηση της Κατάθλιψης

Οι νοσηλευτές συχνά θα φροντίσουν ασθενείς με βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη κατάθλιψη. Η κλινική αξιολόγηση και παρατήρηση κανονικά θα εντοπίσει την υπάρχουσα κατάθλιψη. Η ολοκληρωμένη λήψη ιστορικού κατά την εισαγωγή με τη χρήση διαφορετικών πηγών πληροφόρησης είναι επίσης απαραίτητη για την αναγνώριση εκείνων των ασθενών που ενδεχομένως πάσχουν από κατάθλιψη. Βραχυπρόθεσμα ενδέχεται να μπορούν να γίνουν μόνο λίγα για τη βελτίωση της κατάστασης πριν από τη χειρουργική επέμβαση ή τη θεραπεία, αλλά η αξιολόγηση μπορεί να ευαισθητοποιήσει την ομάδα σχετικά με τους κινδύνους που

σχετίζονται με την κατάθλιψη και να τους επιτρέψει να χρησιμοποιήσουν προληπτικές στρατηγικές για τη μείωση αυτών των κινδύνων. Κάποια από τα ακόλουθα θα βοηθήσουν τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας να αναγνωρίσουν αυτούς με πιθανή κατάθλιψη [23]:

- Ιστορικό κάποιας διαταραχής ψυχικής υγείας
- Ιστορικό χρόνιων παθήσεων
- Προηγούμενη εμπειρία από θεραπείες και ανταπόκριση σε αυτές
- Ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων
- Συνθήκες διαβίωσης και κοινωνική απομόνωση
- Οικογενειακό ιστορικό ψυχικών ασθενειών
- Ιστορικό οικογενειακής βίας ή σεξουαλικής κακοποίησης
- Απασχόληση και μεταναστευτικό καθεστώς

Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να χρησιμοποιήσουν κάποιο εργαλείο αξιολόγησης προκειμένου να εντοπίσουν τους ασθενείς με αλλαγμένη διάθεση, άγχος και κατάθλιψη. Υπάρχουν αρκετά διαθέσιμα εργαλεία, αλλά ένα απλό εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου θα βοηθήσει τον επαγγελματία στον σχεδιασμό της φροντίδας. Δύο σταθμισμένα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου προτείνονται από το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας (National Institute for Health and Care Excellence- NICE) στο Ηνωμένο Βασίλειο [24]. Πρόκειται για ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης που δίνουν αριθμητικό σκορ: όσο υψηλότερος είναι ο συνοπτικός δείκτης, τόσο πιθανότερη είναι η παρουσία κατάθλιψης ή άγχους.

Βαθμολογία Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Score- HADS): Χρησιμοποιείται για την αρχική διάγνωση και την παρακολούθηση για επίλυση ή πρόοδο του άγχους και της κατάθλιψης. Είναι σταθμισμένο εργαλείο σε πολλές γλώσσες και χρησιμοποιείται σε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς. Απαρτίζεται από 14 αναμεμιγμένες ερωτήσεις σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη, οι βαθμολογίες των οποίων αθροίζονται ξεχωριστά για το άγχος και την κατάθλιψη. Με ίση/υψηλότερη από 8 βαθμολογία σε οποιαδήποτε από τις δύο κατηγορίες υποδεικνύεται θετικό αποτέλεσμα. Χρειάζονται 2-5 λεπτά για τη συμπλήρωσή της.

Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς 9 (Patient Health Questionnaire 9- PHQ-9): Ένα πιο πρόσφατα αναπτυγμένο εργαλείο για την παρακολούθηση και τη μέτρηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Μερικές φορές χρησιμοποιείται ως εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου της κατάθλιψης, λόγω της ευκολίας στη χρήση του. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο υποδεικνύει το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, από μηδενικά συμπτώματα έως σοβαρά [26].

Καθώς οι ασθενείς συμπληρώνουν μόνοι τους αυτά τα εργαλεία, δεν απαιτείται επιπλέον χρόνος για τις αξιολογήσεις. Πάντως, οι αξιολογήσεις αυτές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή, καθώς οι ασθενείς μπορεί να υπερβάλλουν σε ό,τι αφορά στα συμπτώματα, δίνοντας έτσι ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Το περιβάλλον όπου διεξάγεται το τεστ μπορεί επίσης να διαστρεβλώσει τα αποτελέσματα, π.χ. ένα άτομο που συμπληρώνει την αξιολόγηση σε δωμάτιο όπου υπάρχουν άλλα άτομα μπορεί να το οδηγήσει στο να απαντήσει με τρόπο που θα ταιριάζει στις προσδοκίες τους [25]. Η χρήση ορισμένων εργαλείων υπόκειται σε πνευματικά δικαιώματα και υπάρχει κόστος αναπαραγωγής και εκτύπωσής τους.

9.5.2. Παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε ιδανική θέση για να προσφέρουν τις απαιτούμενες παρεμβάσεις για την υποστήριξη του ασθενούς με κατάθλιψη. Το να είναι «στο προσκεφάλι» του, τούς δίνει τη δυνατότητα να παρακολουθούν για την εμφάνιση ανεπαίσθητων αλλαγών στη διάθεση και την κατάσταση του. Παρότι δεν αναμένεται από τους νοσηλευτές να εφαρμόσουν πολύπλοκες θεραπευτικές τεχνικές, βασικές αρχές μπορούν να ενσωματωθούν στην άσκηση νοσηλευτικής. Το να φροντίζουν και να συμπάσχουν αποτελεί μέρος αυτού που είναι οι νοσηλευτές και οι επικοινωνιακές τους δεξιότητες και η «έκτη αίσθηση» για πιθανά προβλήματα αποτελούν απαραίτητο στοιχείο για τη βοήθεια ασθενών με άγχος και κατάθλιψη. Το να επιτρέπεται στους ασθενείς να μιλάνε, να εκφράζονται και να είναι απλώς ο εαυτός τους, βοηθάει στη θεμελίωση μίας καλής σχέσης, ενός «δεσίματος», που είναι θετική για την ανάρρωσή τους.

9.6. Σύνοψη Βασικών Σημείων Μάθησης

- Οι γνωστικές διαταραχές είναι συχνές και επισπεύδουν την εμφάνιση του οξέος οργανικού ψυχοσύνδρομου/ οξείας σύγχυσης.
- Το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι ιατρικό επειγόν και είναι απαραίτητη η άμεση διερεύνηση της αιτίας του.
- Το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα (επιπλοκές) και θνησιμότητα, τόσο κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας όσο και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
- Η άμεση αξιολόγηση με την προσθήκη ενός απλού εργαλείου είναι απαραίτητη και βοηθά στην επισημάνση αυτών που κινδυνεύουν.
- Μία δομημένη προσέγγιση με πολυσύνθετες παρεμβάσεις μπορεί να ελαττώσει το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο και τη διάρκειά του. Η συμμετοχή συγγενών και φροντιστών μπορεί να είναι πολύ ωφέλιμη.
- Η ικανότητα κάποιου για λήψη απόφασης πρέπει πάντα να αξιολογείται όταν υπάρχει διαταραχή στη γνωστική λειτουργία, π.χ. οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο ή άνοια.
- Το ιστορικό είναι ανεκτίμητης αξίας για την κατανόηση του ατόμου.
- Μία συζήτηση σχετικά με το συμφέρον του ασθενούς βοηθά στον σχεδιασμό της περαιτέρω φροντίδας.
- Εάν συγγενής ή στενός φίλος δεν μπορεί να συνηγορήσει για τον ασθενή με μειωμένη ικανότητα για λήψη απόφασης, τότε πρέπει να αναζητηθεί κάποιος ανεξάρτητος εκπρόσωπος.
- Οποιαδήποτε θεραπεία προτείνεται για τον ασθενή που στερείται ικανότητας για λήψη απόφασης πρέπει να είναι πάντα η λιγότερο περιοριστική.
- Πρέπει να γίνεται άμεση αξιολόγηση και θέσπιση του επιπέδου αναφοράς των φυσικών και ψυχολογικών αναγκών.
- Είναι αναγκαίο να καθορίζονται σαφείς σκοποί σχετικά με την ανάρρωση και να υπάρχει συνεργασία με τον ασθενή για να συμφωνήσει με αυτούς τους σκοπούς.
- Είναι απαραίτητο να εξασφαλίζεται ότι η καθιερωμένη ψυχιατρική αγωγή συνεχίζεται όταν είναι δυνατό.
- Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η συνεργασία της ίδιας ομάδας με τον ασθενή βοηθά στην ανάπτυξη «δεσίματος».
- Πρέπει να γίνεται επανεκτίμηση της κατάθλιψης τακτικά, αφήνοντας χρόνο στον ασθενή να συζητά σχετικά με την πρόδό του, τις επιτυχίες και τις αποτυχίες του.

9.7. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

- Αναστοχασθείτε πώς κάνετε ή πώς θα μπορούσατε να αναλάβετε να κάνετε μία αξιολόγηση για τη γνωστική κατάσταση των ασθενών σας. Πραγματοποιήστε μία διαδικτυακή αναζήτηση για τη «Σύντομη Εξέταση Νοητικής Κατάστασης» (Mini Mental State Examination) και συγκρίνετέ τη με τη Γνωστική Αξιολόγηση του Μοντρεάλ. Διαβάστε περισσότερα για τη γνωστική αξιολόγηση χρησιμοποιώντας την ακόλουθη πηγή: <http://www.mocatest.org/>
- Ελέγξτε τις εθνικές και τοπικές οδηγίες για την ικανότητα λήψης αποφάσεων, τη συναίνεση και τη στέρηση ελευθεριών και πώς αυτά εφαρμόζονται στον χώρο εργασίας σας. Πώς αυτό επιδρά στην πρακτική σας; Τι θα μπορούσατε να κάνετε διαφορετικά;
- Ελέγξτε τις εθνικές οδηγίες σχετικά με τη φροντίδα ασθενών με άνοια σε νοσοκομεία οξείας φροντίδας.
- Δείτε τα εργαλεία αυτοαξιολόγησης που χρησιμοποιούνται ή που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αναγνώριση των ασθενών με κατάθλιψη ή άγχος στην περιοχή σας. Θα μπορούσε κάποιο παρόμοιο εργαλείο να ενσωματωθεί στην πρακτική σας;

9.8. Αυτοαξιολόγηση

- Συζητήστε με τους συναδέλφους σας σχετικά με το πώς μπορείτε να βελτιώσετε τις παρεμβάσεις που χρησιμοποιείτε για την πρόληψη και τη διαχείριση της άνοιας. Υπάρχει κάτι παραπάνω που θα

μπορούσατε να εφαρμόσετε στην κλινική σας; Τι σχέδια θα μπορούσατε να κάνετε για να το εφαρμόσετε αυτό; Θα μπορούσε αυτό να αποτελέσει μέρος των «τακτικών γύρων» στη μονάδα σας;

- Πώς αντιλαμβάνεστε τον καλύτερο τρόπο φροντίδας των ασθενών με οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο και άνοια; Συζητήστε το με τους συναδέλφους σας και τους φροντιστές ασθενών με άνοια. Πώς αυτό αντανακλάται στην τρέχουσα πρακτική σας;

Ευχαριστίες Η υποστήριξη του Dr. Peter Somerville και της ομάδας για το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο και την άνοια του Guy's and St. Thomas NHS Foundation Trust και η άδεια για χρήση των οδηγιών τους σε αυτό το κεφάλαιο ήταν ανεκτίμητες.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Partridge JS et al (2017) Randomized clinical trial of comprehensive geriatric assessment and optimization in vascular surgery. *Br J Surg* 104(6):679–687
2. Bellelli G et al (2014) Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing* 3:496–502
3. Nasreddine Z et al (2005) The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 53(4):695–699
4. Palmqvist S et al (2009) Practical suggestions on how to differentiate dementia with Lewy bodies from Alzheimer's disease with common cognitive tests. *Int J Geriatr Psychiatry* 24(12):1405–1412
5. Inouye SK et al (2001) Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med* 161:2467–2473
6. Wei LA et al (2008) The confusion assessment method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc* 56:823–830
7. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2010) Delirium: diagnosis, prevention and management, London. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
8. Marcantonio ER et al (1994) A clinical prediction rule for delirium after elective non-cardiac surgery. *JAMA* 271(2):134–139
9. Pendlebury S et al (2015) Observational, longitudinal study of delirium in consecutive unselected acute medical admissions: age-specific rates and associated factors, mortality and re-admission. *BMJ* 5:e007808
10. Inouye SK et al (1999) A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 340(9):669–676
11. Forde-Johnston C (2014) Intentional rounding: a review of the literature. *Nurs Stand* 28(32):37–34
12. World Health Organization (2017) Dementia. Fact Sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
13. Alzheimer's Society (2017) This is me—a tool to enable person centred care. https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/3423/this_is_me.pdf
14. Mental Capacity Act (2005) London: HMSO
15. Human Rights Act (1998) London: HMSO
16. Richards C et al (2014) *The Oxford handbook of depression and comorbidity*. Oxford University Press, New York
17. Rosenberger PH et al (2006) Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review. *J Am Acad Orthop Surg* 14(7):397–405
18. Roberts RE et al (1997) Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry* 154(10):1384–1390
19. Leite AA et al (2011) Comorbidities in patients with osteoarthritis: frequency and impact on pain and physical function. *Rev Bras Reumatol* 51:118–123
20. Yohannes AM, Caton S (2010) Management of depression in older people with osteoarthritis: A systematic review. *Aging Ment Health* 14:637–651
21. Block AR et al (2003) *The psychology of spine surgery*. American Psychological Association, Washington, DC

22. Tully PJ, Baker RA (2012) Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *J Geriatr Cardiol* 9(2):197–208
23. Bowling A (2005) Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health* 27(3):281–291
24. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2011) Common mental health problems: identification and pathways to care. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
25. Zigmond AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67(6):361–370
26. Hunt M et al (2003) Self-report bias and underreporting of depression on the BDI-II. *J Pers Assess* 80(1):26–23

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

10. Αποκατάσταση και Έξοδος από το Νοσοκομείο

Silvia Barberi και Lucia Mielli

Τα κατάγματα ευθραυστότητας αποτελούν συνδυασμό της ευθραυστότητας των οστών και των πτώσεων και συχνά αφορούν σε κατάγματα του ισχίου, έναν κρίσιμο τραυματισμό τόσο για τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του. Η διαδικασία ανάρρωσης προϋποθέτει φυσική και ψυχοκοινωνική φροντίδα [1] και έχει πραγματοποιηθεί εκτενής έρευνα στο επίπεδο της σωματικής λειτουργίας, περιλαμβάνοντας την έξοδο από το νοσοκομείο και την αποκατάσταση. Σε όλους τους ασθενείς που παρουσιάζουν κατάγματα ευθραυστότητας μετά από πτώση θα έπρεπε να πραγματοποιούνται πολυεπιστημονική αξιολόγηση και παρεμβάσεις για την πρόληψη μελλοντικών καταγμάτων και πτώσεων. Η φροντίδα, η αποκατάσταση και η έξοδος των ασθενών με κατάγματα ισχίου από το νοσοκομείο αποτελούν σημαντική πρόκληση για πολλές υπηρεσίες, αλλά η ποιότητα και η σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας αυτής της φροντίδας ποικίλλει σημαντικά. Αυτό το κεφάλαιο έχει ως σκοπό την ανάλυση του ρόλου του νοσηλευτή στις φάσεις της αποκατάστασης και της εξόδου από το νοσοκομείο, σύμφωνα με την πορεία της φροντίδας των ασθενών.

10.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου, και κατόπιν περαιτέρω μελέτης ο νοσηλευτής θα είναι σε θέση να:

- Περιγράφει στρατηγικές για την αποτελεσματική αποκατάσταση και τη μετανοσοκομειακή φροντίδα των μεγαλύτερων σε ηλικία ασθενών μετά από κατάγματα ευθραυστότητας.
- Περιγράφει το ρόλο του νοσηλευτή στην αποκατάσταση.
- Αναγνωρίζει και να εφαρμόζει στρατηγικές για την υποστήριξη της κινητοποίησης και την ενίσχυση της αυτοδιαχείρισης των ασθενών κατά την ανάρρωσή τους.
- Να σχεδιάζει αποτελεσματικά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο με τη συμμετοχή του ασθενούς, της οικογένειάς του και των φροντιστών του.

10.2. Αποκατάσταση

Μετά από κατάγματα ευθραυστότητας, και ιδιαίτερα κατάγματα του ισχίου, οι ασθενείς έχουν πολύπλοκες ανάγκες για ιατρική και χειρουργική φροντίδα και για φροντίδα αποκατάστασης, ενώ κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, όπως ο φόβος της πτώσης, η αυτοαποτελεσματικότητα, η αντιλαμβανόμενη αίσθηση ελέγχου και οι στρατηγικές αντιμετώπισης αποτελούν εξίσου σημαντικούς παράγοντες στην ανάρρωση και την αποκατάσταση. Η φροντίδα και η αποκατάσταση των ασθενών με κάταγμα ισχίου αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για τις μονάδες φροντίδας τραύματος, αλλά εκείνες που έχουν την ικανότητα να παρέχουν ποιοτική φροντίδα σε αυτούς τους ασθενείς μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματική φροντίδα σε κάθε ασθενή με κάταγμα ευθραυστότητας. Η πολυπαραγοντική φύση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας προϋποθέτει μία πολυεπιστημονική προσέγγιση με έμφαση στην αποτελεσματική ομαδική εργασία σε συνδυασμό με τη στενή συνεργασία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, φυσιοθεραπευτών, εργοθεραπευτών και κοινωνικών λειτουργών. Η καλή πολυεπιστημονική συνεργασία προϋποθέτει θετική στάση, καλή επικοινωνία και ανταλλαγή πληροφοριών, προσαρμόσιμη και ευέλικτη προσέγγιση στη συνεργασία και βαθειά

S. Barberi
Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Rome, RM, Italy

L. Mielli
Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Marche, Ancona, AN, Italy

αφοσίωση από όλους τους εμπλεκόμενους, για την προαγωγή της ποιοτικής φροντίδας και την επίτευξη θετικών εκβάσεων για τους ασθενείς.

Οι πρωταρχικές εκβάσεις της αποκατάστασης είναι η ανεξαρτησία στην σωματική λειτουργικότητα και η ποιότητα της ζωής. Πτωχές εκβάσεις κατά την ανάρρωση και την αποκατάσταση οδηγούν σε αποτυχία επιστροφής στην ανεξάρτητη ζωή και σε επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. Η αποτελεσματική αποκατάσταση είναι σημαντική για την προαγωγή της ανεξαρτησίας του ασθενούς, την επίτευξη του μέγιστου δυναμικού του και την επιστροφή στην οικία του, καθώς και για την ελαχιστοποίηση του κόστους με τη μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο [2]. Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμένα τεκμήρια σχετικά με τη σύγκριση διαφορετικών στρατηγικών φροντίδας και την επίπτωσή τους στην αποκατάσταση και την έξοδο από το νοσοκομείο [3] και περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με το ποιος μπορεί καλύτερα να παρέχει αυτήν την φροντίδα. Η έγκαιρη πολυεπιστημονική υποστήριξη κατά την αποκατάσταση μπορεί να ελαττώσει τον χρόνο νοσηλείας, να επισπεύσει την επιστροφή στη λειτουργικότητα και να επιδράσει θετικά τόσο στα ποσοστά επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, όσο και στο επίπεδο της δημόσια χρηματοδοτούμενης νοσηλευτικής φροντίδας που απαιτείται.

Οι μονάδες αποκατάστασης αναπτύσσονται με αυξανόμενο ρυθμό και διευκολύνουν την έγκαιρη έξοδο των λιγότερο ευπαθών ασθενών με κάταγμα από το ορθοπαιδικό τμήμα προς τη δική τους οικία. Η έγκαιρη έξοδος των ασθενών μπορεί να διευκολυνθεί με την παραπομπή σε μία μονάδα αποκατάστασης, σε κλινικές ημερήσιας νοσηλείας, ή σε άλλες κοινοτικές δομές αποκατάστασης. Αυτή η συνεχιζόμενη αποκατάσταση επιτρέπει στους ασθενείς να συνεχίζουν να αποκαθίστανται λειτουργικά και να προοδεύουν ως προς την επίτευξη των στόχων τους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Συνεργατικές προσεγγίσεις στα περιβάλλοντα οξείας φροντίδας, όπως είναι τα «προγράμματα καταγμάτων ισχίου» [4], μπορούν να είναι αποτελεσματικές για τη βελτίωση των εκβάσεων, και η αποκατάσταση των ασθενών και η έξοδος τους από το νοσοκομείο μπορούν να ωφεληθούν από πρωτοβουλίες ενδιάμεσης φροντίδας, όπως η έγκαιρη υποστηριζόμενη έξοδος και τα κλινικά μονοπάτια φροντίδας.

10.2.1. Κλινικά Μονοπάτια Φροντίδας στην Αποκατάσταση

Από την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο θα πρέπει να προσφέρεται ένα τυποποιημένο, οξείας φροντίδας, ορθογριατρικό ή ορθοπαιδικό πρόγραμμα καταγμάτων ισχίου σε επίπεδο τμήματος, που να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Ολοκληρωμένη πολυεπιστημονική γηριατρική/ ορθογριατρική αξιολόγηση και διαρκή αναθεώρηση.
- Ταχεία προεγχειρητική βελτιστοποίηση της φυσικής κατάστασης για χειρουργική επέμβαση.
- Έγκαιρη αναγνώριση των ατομικών στόχων της αποκατάστασης για την επανάκτηση της κινητικότητας και της ανεξαρτησίας, τη διευκόλυνση της επιστροφής στην προηγούμενη του κατάγματος κατάσταση και της επιστροφής στον τόπο διαμονής πριν από το κάταγμα, καθώς και τη μακροχρόνια ευεξία.
- Διασύνδεση ή ενσωμάτωση με σχετικές υπηρεσίες και ιδιαίτερα αυτές της ψυχικής υγείας, της πρόληψης πτώσεων, της οστικής υγείας, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών.
- Κλινική και υπηρεσιακή διοικητική υπευθυνότητα σε όλα τα στάδια του ακολουθούμενου κλινικού μονοπατιού για τη φροντίδα και την αποκατάσταση, συμπεριλαμβανομένων των πλευρών της φροντίδας που προσφέρονται στην κοινότητα.

Σε πολλά μέρη νοσηλευτές ως ειδικοί και με προηγμένο ρόλο, αναγνωρίζουν ασθενείς κατάλληλους για να συμμετέχουν σε ενισχυμένα προγράμματα αποκατάστασης και εξασφαλίζουν την ομαλή τους μετάβαση από την περιεγχειρητική περίοδο στην περίοδο της αποκατάστασης. Μετά την άμεση μετεγχειρητική ανάρρωση, είναι απαραίτητο οι ασθενείς να ακολουθούν ένα κλινικό μονοπάτι αποκατάστασης με τα εξής έξι χαρακτηριστικά [3]:

- Αξιολόγηση της ευπάθειας (Κεφάλαιο 2).
- Καθιέρωση στόχων για τη μεγιστοποίηση της κινητικότητας και άλλων πτυχών της λειτουργικότητας. Η θεραπεία που παρέχεται από φυσιοθεραπευτές και εργοθεραπευτές έχει τη δυνατότητα να επιταχύνει την ανάκτηση της κινητικότητας. Ο χρόνος της φυσιοθεραπευτικής αξιολόγησης και παρέμβασης είναι σημαντικός και πρέπει να ξεκινήσει κατά τις πρώτες 48 ώρες μετεγχειρητικά.
- Παροχή υπηρεσιών εργοθεραπείας για την αξιολόγηση της ανάγκης για βοηθήματα.

- Καθορισμός στρατηγικών για την υποστήριξη και αύξηση της ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
- Διαχείριση των φαρμάκων για να εξασφαλισθεί ότι όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι απαραίτητα, η ελαχιστοποίηση της χρήσης αντιψυχωσικών και ηρεμιστικών και να υπάρχει αποτελεσματική διαχείριση πόνου.
- Δευτερογενής πρόληψη των καταγμάτων και πρόληψη των πτώσεων (Κεφάλαιο 3).

Μετά τη χειρουργική επέμβαση για το κάταγμα του ισχίου, οι ασθενείς ακολουθούν εξατομικευμένα κλινικά μονοπάτια κατά την ανάρρωση και την αποκατάσταση, αλλά ταυτόχρονα βιώνουν συχνά μία κοινή πορεία. Τα «κλινικά μονοπάτια ολοκληρωμένης φροντίδας» (integrated care pathways) αναπτύχθηκαν ως ένας τρόπος για την τυποποίηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων μετά από κάταγμα ισχίου καθώς και για την εξατομικευμένη πολυεπιστημονική διαχείριση και αποκατάσταση. Πρόκειται για δομημένα σχέδια πολυεπιστημονικής φροντίδας, που περιγράφουν λεπτομερώς κάθε βήμα στη διαδικασία της αποκατάστασης και της εξόδου από το νοσοκομείο και λειτουργούν ως αρχείο της φροντίδας του ασθενούς, με σκοπό να εξασφαλισθεί ότι ο ασθενής λαμβάνει τα συνιστώμενα πρότυπα φροντίδας την κατάλληλη στιγμή [5]. Ορισμένες μονάδες θεωρούν χρήσιμα τα κλινικά μονοπάτια ολοκληρωμένης φροντίδας για τη βελτίωση των βασικών περιοχών της φροντίδας ασθενών με κατάγματα ισχίου, όπως η βελτιστοποίηση της κατάστασης του ασθενούς για τη χειρουργική επέμβαση (που συχνά εμπεριέχονται στα προγράμματα για βελτιωμένη ανάρρωση), η έγκαιρη κινητοποίηση, η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του, η αποκατάσταση και ο προγραμματισμός της εξόδου. Για να είναι τέτοιες προσεγγίσεις επιτυχείς ως καταλύτες για παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας και αποκατάστασης, είναι απαραίτητο όλα τα μέλη της πολυεπιστημονικής ομάδας να συμμετέχουν στην ανάπτυξή τους και στη συνεχιζόμενη χρήση τους.

10.2.2. Κινητοποίηση και Άσκηση

Όπως αναλύεται στο Κεφάλαιο 6, η κινητικότητα και η άσκηση είναι κεντρικής σημασίας για την ανάρρωση και την αποκατάσταση μετά από τον τραυματισμό και τη χειρουργική επέμβαση. Η υποστηριζόμενη κινητοποίηση θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της νοσηλευτικής, χρησιμοποιώντας ακόμη και καθημερινές δραστηριότητες, όπως η έγερση από το κρεβάτι και το περπάτημα έως την τουαλέτα, ως μέρος του προγράμματος αποκατάστασης. Είναι σημαντικό η διαδικασία αυτή να ξεκινά όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς υπάρχει στατιστικά και κλινικά σημαντική αύξηση της ανεξαρτησίας των ασθενών που έχουν έγκαιρη κινητοποίηση σε σύγκριση με αυτούς με καθυστερημένη κινητοποίηση [6]. Οι Sherrington και συνεργάτες [7] υποδεικνύουν ότι τα προγράμματα άσκησης πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον δύο ώρες την εβδομάδα και για τουλάχιστον έξι μήνες προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η κινητοποίηση και οι άλλες δραστηριότητες πρέπει να επανεισαχθούν στη δραστηριότητα των ασθενών σταδιακά καθώς προοδεύει η φυσική τους ανάρρωση μετά τη χειρουργική επέμβαση. Σημαντικοί στόχοι περιλαμβάνουν τη δυνατότητα ανεξάρτητης μετακίνησης, για παράδειγμα από το κρεβάτι στην καρέκλα, ή τη δυνατότητα έγερσης από την καρέκλα [4], καθώς και η βάδιση. Όταν πραγματοποιούνται τακτικά αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να συντελέσουν στη βελτίωση της μυϊκής δύναμης και να έχουν θετική επίδραση στις πτώσεις, στη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, στον προορισμό του ασθενούς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και στην ανεξαρτησία στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως το πλύσιμο και το λουτρό, αλλά και πιο σύνθετες, όπως η προετοιμασία γευμάτων. Παρόλο που αυτή η δραστηριότητα πρέπει να βρίσκεται υπό την επίβλεψη των φυσιοθεραπευτών και εργοθεραπευτών, η νοσηλευτική ομάδα είναι εκείνη που συνήθως έχει τη συνεχή επίβλεψη του ασθενή. Οι προσαρμοσμένες ασκήσεις για τη βελτίωση της μυϊκής δύναμης και λειτουργίας θα πρέπει να συνταγογραφούνται από τον θεράποντα, αλλά να εποπτεύονται από τη νοσηλευτική ομάδα και να ξεκινούν ενώ ο ασθενής βρίσκεται ακόμη στο νοσοκομείο, αλλά να συνεχίζονται και μετά την έξοδο από αυτό.

10.2.3. Κίνητρα για τους Ασθενείς

Η διαδικασία αποκατάστασης περιλαμβάνει τη μετάβαση από μία κατάσταση (αδυναμίας) σε μία άλλη (ανεξαρτησίας), που απαιτεί σημαντική και συνεχή προσπάθεια από τους ασθενείς [5]. Αυτή η διαδικασία συχνά περιγράφεται από εκείνους που την έχουν βιώσει ως ένα πολύ δύσκολο γεγονός που είναι γεμάτο

αβεβαιότητα, παθητικότητα και φθίνουσα λειτουργία, κατά το οποίο χρειάζονται υποστήριξη στη χρήση των εσωτερικών τους πόρων, ενώ προσπαθούν να ανακτήσουν τη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία τους [8]. Για να επιτύχουν τους σκοπούς αποκατάστασης, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας πρέπει να έχουν κίνητρα ώστε να συμμορφώνονται με τα προγράμματα θεραπείας και άσκησης και με άλλες δραστηριότητες. Κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, όπως ο φόβος των πτώσεων, η αυτοαποτελεσματικότητα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης θεωρούνται σημαντικές για την ανάρρωση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας μετά από κάταγμα ισχίου [9]. Οι βελτιώσεις σε ό,τι αφορά στα κίνητρα των ασθενών μπορούν να επιτευχθούν με την ανάπτυξη μίας συνεχούς θετικής προσέγγισης προς τους ασθενείς, με μία ενθαρρυντική στάση και με την ενδυνάμωση των ασθενών ώστε να συμμετέχουν ενεργά στην αποκατάστασή τους [10].

Η αποκατάσταση χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια από τους ασθενείς. Οι απόψεις των ασθενών σχετικά με το κάταγμα του ισχίου και τη διαχείρισή του και ο τρόπος με τον οποίο τους παρέχονται πληροφορίες είναι σημαντικά στοιχεία της φυσικής διαδικασίας αποκατάστασης και θεραπείας. Οι φροντιστές χρειάζονται επίσης πληροφορίες που μπορούν να επηρεάσουν τη διαδικασία αποκατάστασης. Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν πληροφορίες και εκπαίδευση σχετικά με το κάταγμα, τη χειρουργική επέμβαση, τον κίνδυνο μελλοντικών καταγμάτων, τη συνεχιζόμενη παρακολούθηση και τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς και τη διαδικασία της αποκατάστασης. Οι έγκαιρες και σαφείς πληροφορίες μπορούν να μειώσουν το στρες και την αβεβαιότητα των ασθενών και, ενδεχομένως, να βελτιώσουν τις εκβάσεις τους. Οι φροντιστές διαδραματίζουν επίσης βασικό ρόλο στην αποκατάσταση ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας με κάταγμα ισχίου και μπορούν να βοηθήσουν με την παροχή κινήτρων, την εκπαίδευση για τη βάρδιση και τη διευκόλυνση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, μεταξύ άλλων. Η συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων, η βελτιωμένη πρόσβαση σε νομικές και ιατρικές πληροφορίες, η δυνατότητα ανταλλαγής εμπειριών σχετικά με τη φροντίδα, η παρουσία δεύτερου φροντιστή και η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη βελτιώνουν την αυτοαποτελεσματικότητα της φροντίδας, αλλά βέβαια η επιβάρυνση του φροντιστή είναι ένα θέμα που θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά.

10.3. Έξοδος από το Νοσοκομείο και Μετανοσοκομειακή Φροντίδα

Η έξοδος από το νοσοκομείο ενός μεγαλύτερου σε ηλικία ατόμου μετά από χειρουργική επέμβαση κατάγματος του ισχίου προς το καταλληλότερο περιβάλλον φροντίδας είναι ένα πολύπλοκο εγχείρημα, το οποίο απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και, εάν εκτελείται αναποτελεσματικά, μπορεί να είναι ο αδύναμος σύνδεσμος στο πέρασμα του ασθενούς από το ένα περιβάλλον φροντίδας στο άλλο. Η πρόωρη έξοδος ή η έξοδος προς ένα ακατάλληλο περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε επανεισαγωγή στο νοσοκομείο. Η πρόωρη έξοδος από το νοσοκομείο μπορεί να μην οδηγήσει συνολικά σε μείωση του κόστους, εάν έχει ως συνέπεια την ανάγκη για πιο εντατική χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όπως οι επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών ή επανεισαγωγές. Οι επανεισαγωγές σε νοσοκομεία είναι συχνά το αποτέλεσμα ενός κατακερματισμένου συστήματος φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας [11] και σύμφωνα με αυξανόμενα τεκμήρια οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι και πιο πιθανό να παρουσιάσουν αρνητικές εκβάσεις κατά τη διάρκεια αυτών των επανεισαγωγών στα νοσοκομεία [12].

Πολλοί παράγοντες, που μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα επανεισαγωγής, μπορούν να τροποποιηθούν, οπότε πρέπει να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο σχεδιάζονται και αναπτύσσονται οι υπηρεσίες. Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν την πρόωρη έξοδο από το νοσοκομείο, την ανεπαρκή υποστήριξη μετά την έξοδο, την ανεπαρκή συνεχιζόμενη παρακολούθηση, τα θεραπευτικά σφάλματα, συμπεριλαμβανομένων των ανεπιθύμητων ενεργειών και άλλων ζητημάτων που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή, την ανεπαρκή ανταλλαγή πληροφοριών κατά τη μεταφορά και τις επιπλοκές των νοσοκομειακών διαδικασιών και των χειρουργικών επεμβάσεων, όπως οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, τα έλκη πίεσης και οι πτώσεις των ασθενών.

Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν και να υποστηρίζονται σε κάθε στάδιο της διαδικασίας αποκατάστασης, επομένως η συνεργασία και η συνέχεια της φροντίδας είναι σημαντικές. Είναι απαραίτητο το άτομο μεγαλύτερης ηλικίας και η οικογένειά του να είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για την έξοδο από το νοσοκομείο, να ενεργοποιείται ένα κλινικό μονοπάτι φροντίδας που να συνεχίζεται μετά την έξοδο και να διευκολύνεται ο ρόλος της οικογένειας και των ανεπίσημων φροντιστών ως εταίρων στην ομάδα φροντίδας [13]. Η ανάπτυξη ενός σχεδίου εξόδου πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατό κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, ώστε να εξασφαλίζεται ότι παρέχεται εκπαίδευση και υποστήριξη στους ασθενείς για τη διευκόλυνση της ανεξαρτησίας τους, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να κατανοήσει την

κατάσταση της υγείας του και να αποκτήσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την αυτοφροντίδα του, είτε ανεξάρτητα είτε με την υποστήριξη των φροντιστών ή της οικογένειάς του.

Οι ασθενείς που φεύγουν από το νοσοκομείο μετά από χειρουργική επέμβαση κατάγματος ισχίου χρειάζονται πάντα περαιτέρω φροντίδα. Για να διευκολυνθεί η διαδικασία της εξόδου, η ομάδα φροντίδας υγείας πρέπει να επιλέξει το καταλληλότερο περιβάλλον συνεχιζόμενης φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τη συνεχή φροντίδα, τις ιατρικές, λειτουργικές και κοινωνικές ανάγκες και την ικανότητα λήψης αποφάσεων του ασθενούς. Η πολυεπιστημονική ομάδα πρέπει να συνεργασθεί με τον ασθενή, την οικογένεια, τους φροντιστές και άλλους ενδιαφερόμενους για να καθορίσει το καταλληλότερο σχέδιο εξόδου από το νοσοκομείο. Διάφοροι παράγοντες πρέπει να εξετασθούν, οι οποίοι περιλαμβάνουν: την κατάσταση των γνωστικών λειτουργιών, το επίπεδο δραστηριότητας και λειτουργικής ικανότητας, την καταλληλότητα του σπιτιού για την κατάσταση του ασθενούς, τη διαθεσιμότητα άτυπης και τυπικής φροντίδας, τη διαθεσιμότητα των μέσων μεταφοράς και των υπηρεσιών για συνεχιζόμενη φροντίδα. Η σοβαρότητα των λειτουργικών βλαβών και η ανάγκη για βοήθεια κατά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής συχνά καθορίζουν το κατά πόσο ένας ασθενής μπορεί να φροντισθεί με ασφάλεια στο σπίτι του ή χρειάζεται φροντίδα σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων ή σε ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας, με προσοχή στην ανάγκη εποπτείας των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και ευαισθητοποίηση σχετικά με τα θέματα ασφάλειας.

10.3.1. Έξοδος για το Σπίτι

Για επιτυχημένη έξοδο προς το σπίτι οι ασθενείς (με τη βοήθεια της οικογένειάς τους ή άλλων φροντιστών, εάν είναι διαθέσιμοι) θα πρέπει τουλάχιστον να μπορούν να:

- Προμηθεύονται και να λαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή τους.
- Εκτελούν δραστηριότητες αυτοφροντίδας.
- Ακολουθούν μία κατάλληλη διατροφή ή να καλύπτουν τις διατροφικές τους ανάγκες.
- Συνεχίζουν να λαμβάνουν την απαραίτητη μετεγχειρητική φροντίδα.

Η διαθεσιμότητα των κατάλληλων υπηρεσιών στην κοινότητα μπορεί να επηρεάσει το εάν ο ασθενής μπορεί να λάβει εξιτήριο με ασφάλεια για το σπίτι. Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας μπορούν να επιτρέψουν στους ασθενείς, που διαφορετικά θα χρειάζονταν φροντίδα σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας, να διαχειρίζονται τις ανάγκες φροντίδας τους στο σπίτι τους. Η έλλειψη ενός συστήματος που να εξασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας μετά την έξοδο προς το σπίτι, ή σε άλλη τοποθεσία, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένων των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής [14].

10.3.2. Έξοδος σε άλλα Περιβάλλοντα Φροντίδας Υγείας

Σε περίπτωση που η επιλογή της εξόδου προς το σπίτι δεν είναι κατάλληλη, πρέπει να κανονισθεί μεταφορά προς άλλη μονάδα νοσηλείας ή σε ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας για συνέχιση της φροντίδας. Ο προσδιορισμός του καταλληλότερου περιβάλλοντος για συνεχιζόμενη φροντίδα περιλαμβάνει την αξιολόγηση και αντιστοίχιση των αναγκών με τις δυνατότητες του πιθανού περιβάλλοντος φροντίδας. Ένα πρότυπο για την επίτευξη αυτού του στόχου περιλαμβάνει την αξιολόγηση ενός συνόλου παραμέτρων που περιγράφουν τα γενικά κλινικά χαρακτηριστικά (ιατρικά και χειρουργικά θέματα, ψυχική και συναισθηματική κατάσταση, σωματική λειτουργικότητα και περιβάλλον) που είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα από την ειδική διάγνωση του ασθενούς. Αυτές οι ανάγκες αντιστοιχίζονται στη συνέχεια με τις υπηρεσίες που προσφέρονται σε διαφορετικούς τύπους δομών. Μόλις η ομάδα φροντίδας υγείας, ο ασθενής και η οικογένεια αποφασίσουν ότι είναι απαραίτητη η έξοδος προς μία εναλλακτική δομή, τότε μπορούν να γίνουν παραπομπές σε εγκαταστάσεις που είναι κατάλληλες και ικανοποιούν τις επιθυμίες του ασθενούς και της οικογένειας και ο ασθενής μπορεί να ελεγχθεί προκειμένου να γίνει δεκτός από τη δομή.

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι μονάδων φροντίδας ανάλογα με την τοποθεσία/ περιοχή/ χώρα, καθεμία με διαφορετική λειτουργία:

- Νοσοκομεία οξείας φροντίδας,
- Νοσοκομεία αποκατάστασης εσωτερικών ασθενών, μονάδες ενδιάμεσης φροντίδας/ μονάδες αποκλιμάκωσης της φροντίδας και νοσοκομεία μακρόχρονης οξείας φροντίδας,

- Μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας (ιδιωτικά ή δημόσια χρηματοδοτούμενα).

Η ανεπαρκής μεταφορά πληροφοριών από τα νοσοκομεία σε άλλες δομές είναι συχνή και μπορεί να συμβάλει σε πτωχές εκβάσεις μεταφοράς/ εξόδου, όπως η ανάγκη για επανεισαγωγή, η προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία ή ακόμη και ο θάνατος. Οι πληροφορίες εξόδου, τόσο γραπτές όσο και προφορικές, θα πρέπει να εξετάζονται μαζί με τον ασθενή, την οικογένεια και τους φροντιστές, με έμφαση στην αξιολόγηση και την εξασφάλιση της κατανόησής τους. Κατά την έξοδο, ο ασθενής θα πρέπει να έχει στη διάθεσή του ένα έγγραφο που να περιλαμβάνει οδηγίες διατυπωμένες αναλόγως με τη γλώσσα του και το εκπαιδευτικό του επίπεδο, καθώς και εκπαιδευτικό υλικό, τα οποία θα τον βοηθήσουν στην επιτυχή μετάβαση από το νοσοκομείο. Αυτά τα έγγραφα πρέπει να είναι σύντομα, να επικεντρώνονται στις κρίσιμες για τον ασθενή πληροφορίες και σε όσα πρέπει ο ασθενής να καταλάβει για να διαχειριστεί καλύτερα την έξοδό του από το νοσοκομείο. Ένα μοντέλο εκπαιδευτικού υλικού, το οποίο αναπτύχθηκε από το Εθνικό Ίδρυμα Ασφάλειας Ασθενών (National Patient Safety Foundation) [15], το οποίο ονομάζεται «Ask Me 3», περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:

1. Ποιο είναι το κύριο πρόβλημά μου; (Γιατί ήμουν στο νοσοκομείο;)
2. Τι πρέπει να κάνω? (Πώς μπορώ να διαχειριστώ την παραμονή μου στο σπίτι και τι θα πρέπει να κάνω εάν αντιμετωπίζω προβλήματα;)
3. Γιατί είναι σημαντικό για εμένα να το κάνω αυτό;

10.3.3. Η Διαδικασία της Εξόδου

Ένα κρίσιμο ζήτημα που οδηγεί σε προβλήματα στη διαδικασία της εξόδου είναι η έλλειψη σχεδιασμού της ίδιας της εξόδου. Η διαδικασία της εξόδου πρέπει να αρχίσει κατά την εισαγωγή, ώστε να αφιερωθούν χρόνος και πόροι για τον σχεδιασμό της. Υπάρχουν τρεις φάσεις που χαρακτηρίζουν τη διαδικασία της εξόδου: 1) Εισαγωγή, 2) Νοσηλεία, 3) Έξοδος.

Η φάση της εισαγωγής: Μέσα σε 48 ώρες μετά την εισαγωγή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το εργαλείο BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score), το οποίο χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό των ασθενών που ενδέχεται να χρειάζονται ένα πιο εκτεταμένο σχέδιο εξόδου, οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο δυσχερούς εξόδου [16] και μπορεί να γίνει παραπομπή τους σε Υπηρεσίες Διασύνδεσης μετά την έξοδο.

Η φάση της νοσηλείας: Μόλις επιλεγεί το περιβάλλον στο οποίο θα μεταφερθεί ο ασθενής, μπορεί να ξεκινήσει η επαφή. Εάν το περιβάλλον αυτό πρόκειται να είναι μία μονάδα συνεχιζόμενης φροντίδας (μονάδα αποκατάστασης/ ενδιάμεσης φροντίδας ή μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων), τα άτομα που εμπλέκονται στην εισαγωγή στη μονάδα φροντίδας πρέπει να επισκεφθούν τον ασθενή για να αξιολογήσουν την καταλληλότητά του για τη μονάδα και να συζητήσουν με τον ίδιο και την οικογένεια. Αυτή η επίσκεψη μπορεί να επιτρέψει στους επαγγελματίες υγείας της κοινότητας ή στον κατά περίπτωση διαχειριστή της συνεχιζόμενης φροντίδας να πραγματοποιήσουν μία λεπτομερή αξιολόγηση της λειτουργικότητας του ασθενούς και της ανάγκης για παρεμβάσεις συνεχιζόμενης φροντίδας. Αυτό μπορεί να γίνει χρησιμοποιώντας ένα συγκεκριμένο μέτρο λειτουργικότητας, όπως την Κλίμακα Λειτουργικής Ανεξαρτησίας (Functional Independence Measure- FIM), ένα διεθνές πρότυπο για την αξιολόγηση της αναπηρίας. Χρησιμοποιώντας αθροιστικές βαθμολογίες παράγεται ένας ποσοτικός δείκτης της λειτουργικότητας του ατόμου. Η βαθμολογία FIM έχει αποδεδειγμένη εγκυρότητα ως δείκτης αποτελεσματικότητας της αποκατάστασης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε νοσοκομεία οξείας περίθαλψης, σε κέντρα αποκατάστασης μετά την οξεία φάση της φροντίδας, γηροκομεία και στην κατ' οίκον φροντίδα.

Θα πρέπει να αναπτυχθεί ένα αρχικό εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας με βάση τη συνολική κατάσταση και τη λειτουργικότητα του ατόμου (βαθμός αυτονομίας πριν και μετά το κάταγμα, συννοσηρότητα, πολυφαρμακία, συνθήκες μετά το κάταγμα, οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, κίνητρα για την ανάρρωση) και το σημείο στο οποίο βρίσκεται η διαδικασία της αποκατάστασης (εντατική, εκτεταμένη αποκατάσταση). Εάν σχεδιάζεται έξοδος προς το σπίτι, σε αυτό το χρονικό σημείο μπορούν να ζητηθούν τα κατάλληλα βοηθήματα. Η εκπαίδευση των ασθενών και των άτυπων φροντιστών πρέπει επίσης να αρχίσει το συντομότερο δυνατό και να συνεχισθεί μόλις ο ασθενής φτάσει στο σπίτι.

Η φάση της εξόδου: Η πολυεπιστημονική ομάδα συνεργάζεται για να σχεδιάσει και να λειτουργήσει ένα οριστικό εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας για την έξοδο. Η αξιολόγηση του βαθμού ανεξαρτησίας και αυτονομίας που επιτυγχάνεται από τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και της ανάρρωσης και η

ετοιμότητά του για την έξοδο από το νοσοκομείο μπορούν να αξιολογηθούν. Σημαντικές ρυθμίσεις για τη μεταφορά, την παρακολούθηση, τον εξοπλισμό και την φαρμακευτική του αγωγή θα πρέπει επίσης να γίνουν από τον συντονιστή της εξόδου. Τέλος, η επιβεβαίωση της άφιξης του ασθενούς στο σπίτι του και της έναρξης των εκεί παρεχόμενων υπηρεσιών θα ολοκληρώσει τη διαδικασία. Εάν παρέχεται φροντίδα κατ' οίκον, η φροντίδα θα μεταφερθεί επισήμως στον επαγγελματία υγείας ο οποίος έχει ανατεθεί στον ασθενή και την οικογένεια, τον συντονιστή της μονάδας αποκατάστασης ή τον επικεφαλής της φροντίδας του ιδρύματος μακροχρόνιας φροντίδας.

10.3.4. Συνέχεια της Φροντίδας

Η συνέχεια της φροντίδας έχει τρεις σκοπούς: τη βέλτιστη ποιότητα της φροντίδας, τις βέλτιστες εκβάσεις υγείας για τον ασθενή και τη μείωση του κόστους [17] και επιτυγχάνεται μέσω:

- Της μεταφοράς πληροφοριών και του διαμοιρασμού της ιστορίας του ασθενούς με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.
- Της έγκαιρης συλλογής πληροφοριών και της ενεργοποίησης των απαραίτητων πόρων αμέσως μετά την έξοδο.
- Του αποτελεσματικού σχεδιασμού της εξόδου.
- Της παρακολούθησης και της συνοδείας.
- Της αξιολόγησης των αναγκών του ασθενούς και των φροντιστών του.

Η συνεχιζόμενη φροντίδα μπορεί να επιτευχθεί από έναν επαγγελματία υγείας ή κοινωνικής πρόνοιας, ο οποίος αναλαμβάνει την ευθύνη για τη μετάβαση του ασθενούς μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και εξασφαλίζει ότι παρέχεται αποτελεσματική φροντίδα σε όλη τη διάρκεια αυτής της μετάβασης, εστιάζοντας ταυτόχρονα στο άτομο και την οικογένειά του [18]. Η ανάληψη αυτής της ευθύνης εξασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας από τη μία μονάδα στην άλλη και μεταξύ διαφόρων επιπέδων του συστήματος υγείας και πρόνοιας. Αυτό εξασφαλίζει, επίσης, ότι η περίπλοκη διαδικασία φροντίδας είναι ολοκληρωμένη και οδηγείται κατά τρόπο που εγγυάται ότι το άτομο μεγαλύτερης ηλικίας λαμβάνει ένα συντονισμένο σύνολο παρεμβάσεων, που έχουν ως σκοπό την ικανοποίηση των πολύπλοκων αναγκών του. Αυτό επιτρέπει τη διαχείριση μίας σύνθετης και ολοκληρωμένης διαδικασίας φροντίδας στα διάφορα στάδιά της και εγγυάται ότι υπάρχει ένα συντονισμένο σύνολο παρεμβάσεων με σκοπό την ικανοποίηση πολύπλοκων αναγκών [18].

Υπάρχουν αρκετά κρίσιμα ζητήματα που μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα κατά την έξοδο από το νοσοκομείο:

- Έλλειψη προγραμματισμένης ημερομηνίας εξόδου.
- Ενδεχομένως απαιτείται υψηλό επίπεδο υποστήριξης για οικογένειες που δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένες για την έξοδο.
- Καθυστερημένη ενεργοποίηση των υπηρεσιών της κοινότητας.
- Μειωμένο ενδιαφέρον για τις ανάγκες των ευπαθών ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.
- Έλλειψη υπηρεσιών ενδιάμεσης φροντίδας.
- Έλλειψη ιδρυμάτων μακροχρόνιας φροντίδας.
- Ελλιπής γνώση σχετικά με τις επίσημες και ανεπίσημες υπηρεσίες και του τρόπου πρόσβασης σε αυτές.
- Δυσκολία στη διαχείριση της γραφειοκρατίας.
- Ελλιπής υποστήριξη και αίσθηση εγκατάλειψης των φροντιστών [13].

10.3.5. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή κατά την Έξοδο

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας μεταξύ των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και μπορούν να ενεργούν ως συντονιστές, υποστηρίζοντας το προσωπικό του νοσοκομείου που εμπλέκεται στη διαδικασία της εξόδου, μειώνοντας την πιθανότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, εξασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας και εκπαιδεύοντας τους ασθενείς σχετικά με την ασφάλεια κατά τη συνεχιζόμενη φροντίδα [19]. Η φροντίδα που ξεκίνησε στο νοσοκομείο θα πρέπει να

συνεχισθεί μετά την έξοδο μέσω εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε κέντρο αποκατάστασης ή στην κατ' οίκον φροντίδα ή σε ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας με επικεφαλής νοσηλεύτη ο οποίος έχει εκπαίδευση μεταπτυχιακού επιπέδου σχετικά με τη γεροντολογία [9].

Σε πολλά συστήματα υγείας ένας νοσηλευτής απασχολείται ως κατά περίπτωση διαχειριστής (case manager) ή συντονιστής της εξόδου, του οποίου ο βασικός ρόλος είναι να υποστηρίξει τον σχεδιασμό της εξόδου και να διαπραγματεύεται μεταξύ των διαφόρων τμημάτων των υπηρεσιών φροντίδας και των επίσημων και ανεπίσημων δικτύων φροντίδας, ιδίως κατά τη μεταφορά από μία υπηρεσία σε άλλη. Αυτό περιλαμβάνει την υποστήριξη του ατόμου που δεν μπορεί απευθείας, ή μέσω μέλους της οικογένειάς του, να επικοινωνήσει με τα δίκτυα φροντίδας. Ο νοσηλευτής- κατά περίπτωση διαχειριστής είναι υπεύθυνος για [20]:

1. Ολοκλήρωση της φροντίδας: εξασφάλιση της συνοχής μεταξύ όσων έχουν σχεδιασθεί και όσων έχουν επιτευχθεί.
2. Συντονισμός της φροντίδας: εξασφάλιση ότι το σχέδιο φροντίδας ακολουθείται από όλους όσους εμπλέκονται στην παροχή της φροντίδας.
3. Συνέχεια της φροντίδας: εξασφάλιση της εφαρμογής του σχεδίου φροντίδας σε όλους τους τομείς φροντίδας.

Οι νοσηλευτές είναι οι καταλληλότεροι επαγγελματίες υγείας για να ενεργούν ως κατά περίπτωση διαχειριστές [21] ή/ και συντονιστές εξόδου, λόγω:

- των κλινικών τους ικανοτήτων,
- της ικανότητάς τους για βελτίωση του συντονισμού των υπηρεσιών,
- έχουν ευρύτερο πεδίο ικανοτήτων από τους άλλους επαγγελματίες,
- υπερέρχουν στην παροχή άμεσης φροντίδας και δίνουν προσοχή στη σχέση μεταξύ ποιότητας και κόστους και στη φυσική εξέλιξη της νοσηλευτικής φροντίδας,
- της ικανότητάς τους να κατανοούν τις συνολικές ανάγκες των ασθενών και τα τρέχοντα και τα δυνητικά προβλήματα τους [20].

Πολλές δεξιότητες απαιτούνται από τον νοσηλευτή-κατά περίπτωση διαχειριστή, μεταξύ άλλων το να δρα ως παράγοντας αλλαγής, οι κλινικές του γνώσεις, η αναγνώριση και η ανάθεση των περιπτώσεων, η παροχή συμβουλευτικής και εκπαίδευσης, ο συντονισμός και η διευκόλυνση της φροντίδας, η διαχείριση των πόρων και η διαχείριση και συνηγορία σε ό,τι αφορά στις εκβάσεις και την ποιότητα.

10.4. Σύνοψη των Βασικών Σημείων Μάθησης

- Ο σχεδιασμός για την έξοδο και την αποκατάσταση πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατό μετά την εισαγωγή.
- Οι κυριότερες εκβάσεις της αποκατάστασης είναι η ανεξαρτησία σε ό,τι αφορά στη φυσική λειτουργικότητα και η ποιότητα της ζωής.
- Η αποτελεσματική αποκατάσταση είναι σημαντική για την προαγωγή της ανεξαρτησίας και τη διευκόλυνση του ασθενούς για να φτάσει στην καλύτερη δυνατή κατάσταση και να επιστρέψει στο σπίτι του.
- Η έγκαιρη υποστηριζόμενη πολυεπιστημονική αποκατάσταση μπορεί να μειώσει τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, να βελτιώσει την έγκαιρη επιστροφή στη λειτουργικότητα και να επηρεάσει θετικά τόσο τα ποσοστά επανεισαγωγής, όσο και το επίπεδο φροντίδας που θα απαιτηθεί.
- Η υποστηριζόμενη άσκηση και κινητικότητα περιλαμβάνουν παρεμβάσεις με τη χρήση καθημερινών δραστηριοτήτων στο πλαίσιο του προγράμματος αποκατάστασης για την αύξηση της ανεξαρτησίας.
- Η έξοδος ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας από ένα νοσοκομείο οξείας φροντίδας είναι περίπλοκη και απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και, εάν εκτελείται αναποτελεσματικά, μπορεί να επηρεάσει τις εκβάσεις των ασθενών.
- Οι νοσηλευτές εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας μεταξύ των διαφορετικών περιβαλλόντων φροντίδας και μπορούν να ενεργούν ως συντονιστές στη διαδικασία εξόδου.

10.5. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

- Σκεφτείτε έναν ασθενή στου οποίου την αποκατάσταση συμμετέχετε ή συμμετείχατε πρόσφατα. Βασίζομενοι στις γνώσεις που αποκτήσατε από αυτό το κεφάλαιο, αναγνωρίστε τομείς της φροντίδας του που θα μπορούσατε να βελτιώσετε.
- Διαβάστε προσεκτικά το ακόλουθο άρθρο και σκεφτείτε πώς μπορείτε να το εφαρμόσετε στην πρακτική σας: Lindberg, L. et al (2017) Changing caring behaviours in rehabilitation after a hip fracture- A tool for empowerment? *Psychology Health and Medicine* 22(6):663-672 <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1211294>.
- Εξετάστε την τεκμηρίωση για έναν ασθενή στην έξοδο του οποίου συμμετείχατε πρόσφατα- εάν είναι δυνατόν, έναν ασθενή για τον οποίο ενεργήσατε ως συντονιστής της εξόδου. Αναστοχασθείτε την ποιότητα της εξόδου λαμβάνοντας υπόψη όσα έχετε μάθει από αυτό το κεφάλαιο και εξετάστε πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί η έξοδος από τις ενέργειές σας. Προσδιορίστε ένα σχέδιο δράσης για τη βελτίωση του τρόπου με τον οποίο προσεγγίζετε την έξοδο των ασθενών ως συντονιστής.
- Ζητήστε συμβουλές και καθοδήγηση από άλλους κλινικούς ειδικούς, όπως φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και άτομα που είναι ειδικόι στον σχεδιασμό της αποκατάστασης ή της εξόδου.

10.6. Αυτοαξιολόγηση

Για να προσδιορίσετε τη μάθηση και την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη, οι ακόλουθες στρατηγικές μπορεί να είναι χρήσιμες:

- Εξετάστε την τοπική τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας σχετικά με την αποκατάσταση και την έξοδο και χρησιμοποιήστε την για να αξιολογήσετε τις γνώσεις και τις επιδόσεις σας.
- Συναντήστε ειδικούς και άλλα μέλη της ομάδας σας για να ενημερώνεστε για τα καινούργια τεκμήρια και τη διάχυσή τους ανάμεσα στους συναδέλφους. Η συζήτηση σε αυτές τις συναντήσεις μπορεί να περιλαμβάνει πιθανές πρόσφατες νέες πρακτικές, καθοδήγηση, γνώσεις ή τεκμήρια.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. British Orthopaedic Association (BOA) (2007) The care of patients with fragility fracture British Orthopaedic Association
2. Menzies IB, et al (2010) Prevention and Clinical Management of Hip Fractures in Patients with Dementia. *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 1(2):63-72
3. Dyer S et al (2017) Rehabilitation following hip fracture. In: Falaschi, P. & Marsh, D. *Orthogeriatrics*. Springer Switzerland pp145-163
4. National Clinical Guideline Centre, (2011) [The Management of Hip Fracture in Adults]. London: National Clinical Guideline Centre. Available from: www.ncgc.ac.uk
5. Olsson L-E et al (2007) Effects of nursing interventions within and integrated care pathway for patients with hip fracture. *J Adv Nurs* 58(2):116–125
6. Curtis L. (2009) Unit costs of health & social care 2009. Canterbury, Kent: Personal Social Services Research Unit. (Guideline Ref ID: CURTIS2009)
7. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. (2008) Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 56(12):2234–2243
8. Gesar B (2017) Older patients' perception of their own capacity to regain pre-fracture function after hip fracture surgery – an explorative qualitative study. *Int J Orthop Trauma Nurs* 24:50-58
9. Crotty M et al (2010) Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people (Review) 5 Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
10. Maclean N & Pound P (2000) A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Soc Sci Med* 50:495-506

11. Hitch B et al (2016) Evaluation of a Team-Based, Transition-of-Care Management Service on 30-Day Readmission Rates. *NC Med J* 77(2):87-92
12. Gunadi S et al (2015) Development of a collaborative transitions-of-care program for heart failure patients. *Am J Health Syst Pharm* 72(13):1147-52
13. Bauer M et al (2009) Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs* 18(18):2539-2546
14. Kripalani S, et al. (2007) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297:831.
15. National Patient Safety Foundation/Institute for Healthcare Improvement (nd) 'Ask Me 3' <http://www.npsf.org/?page=askme3>
16. Blaylock A, Cason CL. (1992) Discharge planning predicting patients' needs. *J Gerontol Nurs*:18:5-10
17. Randmaa M et al (2014) SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 4: e004268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>
18. Holland D & Harris M (2007) Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: clarifying concepts and terms from the hospital perspective. *Home Health Care Serv Q* 26(4):3-19
19. Kangovi S & Grande D (2014) Transitional care management reimbursement to reduce COPD readmission. *Chest*. 145(1):149-155
20. Gulliford M et al (2006) What is 'continuity of care'? *J Health Serv Res Policy* 11(4):248-250
21. Cohen EL & Cesta TG (1993) *Nursing case management: from concept to evaluation*. Mosby: St Louis

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

11. Συνεργασία Οικογένειας, Ανακουφιστική Φροντίδα και το Τέλος της Ζωής

Louise Brent, Julie Santy-Tomlinson, και Karen Hertz

Η συμμετοχή της οικογένειας, των φίλων και άλλων σημαντικών για τον ασθενή ατόμων είχε πάντα κεντρικό ρόλο στην ασθενοκεντρική, εξατομικευμένη φροντίδα υγείας. Μετά από ένα κάταγμα ευθραυστότητας πολλοί από τους ασθενείς επιθυμούν η οικογένεια και οι «σημαντικοί άλλοι» να συμμετέχουν στη φροντίδα τους, τόσο κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, όσο και κατά την περίοδο μετά το εξιτήριο. Έτσι, συχνά, η οικογένεια είναι αυτή που θα παρέχει ή θα καθοδηγεί τη συνεχιζόμενη φροντίδα υγείας και μετά το εξιτήριο του ασθενούς.

Για κάποιους από τους ασθενείς, ένα σημαντικό κάταγμα, όπως αυτό του ισχίου, μπορεί να είναι και το τελευταίο στάδιο της μάχης τους με τη σωματική και ψυχολογική κατάπτωση και ευπάθεια. Ένα τέτοιο κάταγμα πιθανόν να είναι προάγγελος της επέλευσης, ή επιτάχυνση, του τέλους της ίδιας τους της ζωής. Για αυτούς τους ασθενείς, είναι περισσότερο απαραίτητη η προσωποκεντρική και οικογενειακοκεντρική φροντίδα που δίνει έμφαση στην αξιοπρέπεια και την άνεση του ασθενούς, παρά η χειρουργική αντιμετώπιση του κατάγματος. Είναι γεγονός ότι όσο περνούν τα χρόνια, οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και με πιο σοβαρές ασθένειες που μειώνουν σε διάρκεια και απειλούν τη ζωή τους.

Η ανακουφιστική φροντίδα ήταν συνυφασμένη ως τώρα με τους ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο, όμως τα τελευταία χρόνια έχει εξελιχθεί περιλαμβάνοντας ασθενείς με μία ποικιλία πολύπλοκων και χρόνιων παθήσεων. Στοχεύει κυρίως στη συντηρητική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και τη φροντίδα, παρά στη χρήση επεμβατικών ιατρικών παρεμβάσεων. Ωστόσο, δεν είναι αναγκαστικά επικεντρωμένη στο τέλος της ζωής, αλλά περισσότερο αφορά στην άνεση, τη διαχείριση των συμπτωμάτων, την αξιοπρέπεια του ασθενούς και τη φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας μπορεί να αρρωστήσουν σοβαρά λόγω της ευπάθειάς τους και των επιπλοκών του κατάγματος ή της χειρουργικής επέμβασης. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αιφνίδιο θάνατο ή και στη συνειδητοποίηση ότι ο θάνατος επίκειται, η διαδικασία όμως μέχρι το τέλος της ζωής μπορεί να διαρκέσει αρκετές ημέρες ή εβδομάδες. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους αναμένουν καλή φροντίδα κατά το τελικό στάδιο της ζωής, η οποία περιλαμβάνει τη διαχείριση των σωματικών συμπτωμάτων, όπως ο πόνος, η δύσπνοια, η ναυτία και η αυξημένη κόπωση, καθώς επίσης και των ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και οι κοινωνικές και πνευματικές δυσκολίες που ενδέχεται να συνοδεύσουν το τέλος της ζωής. Ανεξαρτήτως από το εάν ο ασθενής πεθάνει στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, η φροντίδα οφείλει να βασίζεται στην αποτελεσματική λειτουργία της πολυεπιστημονικής ομάδας [1], που περιλαμβάνει τη συνεργασία του ασθενούς, της οικογένειάς του, καθώς και άλλων άτυπων φροντιστών.

Αυτό το κεφάλαιο στοχεύει στην ανάδειξη της σημασίας της συνεργασίας με την οικογένεια στη φροντίδα υγείας και των προσεγγίσεων της ανακουφιστικής φροντίδας και της φροντίδας κατά το τελικό στάδιο ζωής του ασθενούς με κάταγμα ευθραυστότητας.

L. Brent
National Office of Clinical Audit, St Stephen's Green, Dublin 2, Ireland

J. Santy-Tomlinson
Faculty of Biology, Medicine and Health, Division of Nursing, Midwifery and Social Work,
School of Health Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK
e-mail: Julie.santy-tomlinson@manchester.ac.uk

K. Hertz
Specialised Division, University Hospital of North Midlands,
Stoke-on Trent, Staffordshire, UK
e-mail: Karen.hertz@uhnm.nhs.uk

11.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να:

- Συζητά τον ρόλο της οικογένειας και των φίλων στη φροντίδα των ασθενών και τον τρόπο που οι νοσηλευτές μπορούν να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή τους σε αυτή.
- Συζητά τις αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας και της φροντίδας κατά το τέλος της ζωής έπειτα από ένα κάταγμα ευθραυστότητας.
- Γνωρίζει τα ιατρικά και νομικά θέματα που διέπουν την λήψη των αποφάσεων στη φροντίδα του ασθενούς που βρίσκεται στο τέλος της ζωής.
- Ορίζει και να εφαρμόζει αποτελεσματική ανακουφιστική φροντίδα.
- Καθορίζει και να εφαρμόζει κατάλληλη φροντίδα στο τέλος της ζωής.
- Συζητά τον ρόλο του ειδικού επαγγελματία καταγμάτων ευθραυστότητας στην ανακουφιστική φροντίδα και τη φροντίδα κατά το τέλος της ζωής.

11.2. Συνεργασία με την Οικογένεια και Συμμετοχή στη Φροντίδα

Τα τελευταία χρόνια έχουν υπάρξει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν την παροχή φροντίδας, μετακινούμενοι από ένα ιατροκεντρικό μοντέλο προς μία ασθενοκεντρική προσέγγιση. Ο όρος «ασθενοκεντρική ιατρική» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1969 [2] και αντικαταστάθηκε το 1998 από τον όρο «ασθενοκεντρική φροντίδα υγείας» ο οποίος αναπτύχθηκε από το Picker Commonwealth Program for Patient-Centred Care (στη συνέχεια «Ινστιτούτο Picker») [3]. Σήμερα πλέον αναγνωρίζεται ότι βασική προτεραιότητα για τους ασθενείς είναι ο τρόπος που τόσο οι δικές τους επιθυμίες, όσο και αυτές των οικογενειών και των φροντιστών τους, είναι ενσωματωμένες σε όλη τη διαδικασία φροντίδας. Οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να δίνουν έμφαση στη συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειες όλων των ηλικιών, σε όλα τα επίπεδα φροντίδας και σε όλα τα περιβάλλοντα παροχής φροντίδας υγείας.

Η έννοια της φροντίδας από την οικογένεια έχει επίσης αναπτυχθεί σημαντικά και τώρα αντικατοπτρίζει την ολοένα μεταβαλλόμενη φύση της «οικογένειας» στην κοινωνία. Ένα μεγάλο μέρος της άτυπης φροντίδας παρέχεται από άτομα τα οποία παραδοσιακά δεν θεωρούνται μέλη της οικογένειας και αυτού του είδους η «άτυπη φροντίδα» αναγνωρίζεται ως πολύ σημαντική πτυχή της παροχής φροντίδας στον ασθενή. Οι άτυποι φροντιστές ορίζονται ως: «τα άτομα χωρίς επίσημη εκπαίδευση στις επιστήμες υγείας που φροντίζουν ή βοηθούν ένα άτομο με λειτουργικές αναπηρίες, παρατεταμένες ψυχιατρικές ή σωματικές ασθένειες ή προβλήματα που συνδέονται με την ηλικία» [4]. Στο κεφάλαιο αυτό ο όρος «οικογένεια» θα χρησιμοποιηθεί για να συμπεριλάβει όλα τα άτομα που έχουν σημαντική σχέση με τον ασθενή, όπως συγγενείς, φίλοι, γείτονες.

Οι οικογένειες αποτελούν βασικό στοιχείο της φροντίδας, της υγείας και της ευεξίας του ασθενούς. Πρωτοβουλίες για την ποιότητα και την ασφάλεια αναγνωρίζουν τον ρόλο που διαδραματίζουν οι οικογένειες στη διασφάλιση υψηλών προτύπων φροντίδας και το γεγονός ότι είναι σύμμαχοι για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας στο σύστημα υγείας [5]. Οι οικογένειες συχνά ενεργούν ως οι κύριοι φροντιστές και συνήγοροι του ασθενούς που δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του. Αποτελούν ουσιαστικό μέρος του συνεχούς της φροντίδας των ασθενών και ένα από τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της ολιστικής φροντίδας υγείας είναι η συνεργασία των νοσηλευτών με την οικογένεια για την επίτευξη βέλτιστης πρακτικής [6].

Υπάρχουν τέσσερις βασικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη συμμετοχή των ασθενών και των οικογενειών τους: η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός, η ανταλλαγή πληροφοριών, η συμμετοχή και η συνεργασία. Όταν ένας ασθενής έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο ή σε κάποιο άλλο περιβάλλον παροχής φροντίδας υγείας, ο λόγος για τον οποίο έγινε η εισαγωγή αποτελεί συχνά το επίκεντρο. Όμως, για την παροχή ολιστικής φροντίδας οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εξετάσουν και μία πληθώρα άλλων παραγόντων. Ο λόγος για τον οποίο ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο μπορεί να μην είναι από τις πιο σημαντικές ανησυχίες του προσωπικού. Εάν ερωτηθούν, οι ασθενείς θα μιλήσουν με τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το τι τους απασχολεί περισσότερο και εναπόκειται στους επαγγελματίες να ακούσουν πραγματικά και να σεβαστούν τις επιθυμίες του ασθενούς. Καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό περνά τον περισσότερο χρόνο με τον ασθενή, ως εκ τούτου διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη μετάδοση και υποστήριξη των επιθυμιών και των ανησυχιών του ίδιου και της οικογένειάς του, πάντοτε λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο γνώσεων, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τα πολιτισμικά τους πιστεύω.

Η επικοινωνία αποτελεί βασικό στοιχείο για την εξασφάλιση έγκαιρης και κατάλληλης διάχυσης πληροφοριών μεταξύ του προσωπικού, του ασθενούς και της οικογένειάς του. Είναι γνωστό ότι: «... ανεξάρτητα από το πόσο ενημερωμένος μπορεί να είναι ένας κλινικός επαγγελματίας, εάν αυτός/ αυτή δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει σωστά και ανοικτά με τον ασθενή, τότε μπορεί να μην είναι καθόλου χρήσιμος» [7]. Η καλή επικοινωνία επηρεάζει επίσης την έκβαση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, αλλά και την εμπειρία των ίδιων επαγγελματιών υγείας. Οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας υγείας που λαμβάνουν εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα των αλληλεπιδράσεών τους και την επικοινωνία με τους κλινικούς και τα μέλη της ομάδας [8]. Όλες οι πληροφορίες που παρέχονται πρέπει να είναι αμερόληπτες και συναφείς. Ρωτώντας τον ασθενή ή την οικογένεια τι είναι αυτό που θέλουν να γνωρίζουν ή να κατανοήσουν καλύτερα, μπορούν να αποφευχθούν απογοητεύσεις, κακή επικοινωνία, αναστάτωση και ανησυχία. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει, επίσης, να μεταδίδουν το ίδιο μήνυμα τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του προς αποφυγή παρεξηγήσεων και προκειμένου να διασφαλίσουν ότι οι εμπλεκόμενοι θα λάβουν την πιο κατάλληλη απόφαση για τη φροντίδα τους. Αυτός ο αμφίδρομος διάλογος ενθαρρύνει τη συνεργασία με σκοπό την επίτευξη υψηλής ποιότητας λήψης αποφάσεων και την καλύτερη τελική εμπειρία για όλους τους εμπλεκόμενους. Συμπερασματικά, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να υιοθετήσουν μία κουλτούρα συνεργασίας με τις οικογένειες και τους ασθενείς και να ακολουθούν ένα σαφές πρόγραμμα, με ευδιάκριτη δομή, προκειμένου να διασφαλισθεί ότι το ίδιο θα συμβεί σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού παροχής φροντίδας.

11.2.1. Αξιολόγηση

Αρχικά θα πρέπει να επιτευχθεί και να τεκμηριωθεί μία ολοκληρωμένη κατανόηση του ρόλου της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενούς. Κύρια θέματα που πρέπει να αξιολογηθούν περιλαμβάνουν:

- Ποιος είναι ο νόμιμος «πιο κοντινός συγγενής»;
- Θέλει η οικογένεια να παρέχει φροντίδα;
- Έχει κάποιος (και ποιος) προσφέρει φροντίδα στο παρελθόν και, εάν ναι, ποια ήταν αυτή;
- Πόσο συχνά πρέπει να παρέχεται η φροντίδα αυτή;
- Αρκεί η φροντίδα αυτή για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενούς/ οικογένειας;
- Είναι το περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η φροντίδα κατάλληλο και επαρκές;
- Ποιους πόρους ή εξοπλισμό είναι απαραίτητο να έχει ο ασθενής (π.χ. βοηθήματα βάδισης);
- Τι είδους «τυπική φροντίδα» είναι απαραίτητη; Πόσο συχνά πρέπει ο ασθενής να βλέπει τον ιατρό, το νοσηλευτή δημόσιας υγείας/κοινοτικό νοσηλευτή ή άλλους φροντιστές;
- Πώς τα πάνε/ καταφέρνουν γενικά;
- Έχουν κάποιες ανησυχίες ή απόψεις που πρέπει να συζητηθούν;
- Υπάρχουν ανησυχίες οικονομικής φύσης για τον ασθενή ή την οικογένειά του σε σχέση με την απαιτούμενη φροντίδα και την παροχή της;
- Μήπως η ευθύνη αυτή τους προκαλεί υπερβολικό άγχος;

Οι οικογένειες μπορεί να έχουν άλλες προτεραιότητες στη ζωή τους, όπως η εργασία τους ή η ύπαρξη άλλων εξαρτώμενων ατόμων, όπως τα παιδιά, που πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να υποθέτουν ότι η οικογένεια επιθυμεί ή είναι σε θέση να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα, ούτε πρέπει να γίνονται επικριτικοί όταν τα μέλη της οικογένειας δεν επιθυμούν τη συμμετοχή τους στην άμεση φροντίδα του ασθενούς. Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί το εάν έχει προσφερθεί υποστήριξη στο παρελθόν και εάν μπορεί να προσφερθεί τώρα από άτομα που δεν είναι μέλη της οικογένειας, καθώς επίσης και το κόστος και η αποτελεσματικότητά της. Η οικογένεια θα πρέπει να ερωτηθεί εάν γνωρίζει κάποια εθελοντική ή κοινωνική οργάνωση υποστήριξης που μπορεί να συνεισφέρει σε αντίστοιχους πόρους. Επιχορηγήσεις και οικονομική βοήθεια μπορεί να είναι διαθέσιμες στους ασθενείς και την οικογένεια με πρόσβαση μέσα από υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας ή εθελοντικές οργανώσεις.

Η συμμετοχή των οικογενειών στη φροντίδα μετά την έξοδο του ασθενούς απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και οργάνωση κατά τις ημέρες πριν από το εξιτήριο, ξεκινώντας με μία ανοιχτή συζήτηση με τον ασθενή και την οικογένειά του προκειμένου να εξασφαλισθεί ότι όλοι έχουν καταλάβει τις συνέπειες των αποφάσεων που καλούνται να πάρουν. Πρέπει ακόμη να γίνουν διάφορες προετοιμασίες για τον εξοπλισμό και τις ειδικές εγκαταστάσεις που θα απαιτηθούν στο σπίτι. Οι οικογένειες ενδέχεται να χρειαστεί να αναπτύξουν ειδικές δεξιότητες φροντίδας και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να μεριμνήσουν για αυτές, ώστε οι φροντιστές να

κατανοούν θέματα όπως είναι οι περιορισμοί των ασθενών και το ενδεχόμενο συνεχιζόμενης προσπάθειας για την αποκατάσταση. Στην περίπτωση της απόφασης ότι ο ασθενής θα μεταφερθεί σε κάποιο ίδρυμα μόνιμα ή προσωρινά μετά το εξιτήριο, όλες οι συνέπειες για την οικογένεια, όπως κοινωνικές, οικονομικές και άλλες πρέπει προσεκτικά να αξιολογηθούν με τη βοήθεια των κοινωνικών λειτουργών.

11.2.2. Επιβάρυνση του Φροντιστή

Η εθελοντική ή άτυπη παροχή φροντίδας αποτελεί επιλογή και δεν θα πρέπει να θεωρείται υποχρέωση. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πιθανότητα «επιβάρυνσης του φροντιστή», η οποία ορίζεται ως «η φυσική, συναισθηματική και οικονομική ανταπόκριση του φροντιστή στις αλλαγές και τις απαιτήσεις που απορρέουν από την προσφορά βοήθειας σε άλλο άτομο που έχει σωματική ή ψυχική αναπηρία» [9]. Συνήθως συναντάται σε οικογένειες και φροντιστές ασθενών με χρόνιες ή οξείες παθήσεις που απαιτούν παρατεταμένη φροντίδα και μπορεί να επηρεάσουν σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά την υγεία και την ποιότητα ζωής των φροντιστών και, ως εκ τούτου, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Στα κοινά χαρακτηριστικά της επιβάρυνσης του φροντιστή περιλαμβάνονται η κόπωση, η συναισθηματική δυσφορία, οι συγκρούσεις, οι οικονομικές δυσκολίες, η μη ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενούς και οι μεταβολές στη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του φροντιστή. Μία σημαντική αιτία αυτών των προβλημάτων είναι η έλλειψη προετοιμασίας για τον ρόλο του φροντιστή, η πτωχή επικοινωνία, η έλλειψη κατανόησης και κατάλληλης εκπαίδευσης για τον φροντιστή, η έλλειψη υποστήριξης ή επιθυμητής υποστήριξης και η έλλειψη γνώσης σχετικά με τον τρόπο πρόσβασης στους διάφορους πόρους ή «πλοήγησης» στα διάφορα συστήματα υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

Εμφανίζεται συσχέτιση ανάμεσα στην ευεξία του άτυπου φροντιστή και στη σωματική και ψυχολογική υγεία του ασθενούς, για αυτό και οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και κοινωνικής μέριμνας πρέπει να εξασφαλίσουν ότι οι φροντιστές υποστηρίζονται επαρκώς [10]. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη συνεχή επαφή και επικοινωνία, επομένως η τακτική επανεκτίμηση των απαιτήσεων της φροντίδας του ασθενούς θα βοηθήσει στην υποστήριξη του φροντιστή. Υπάρχει ένα όριο σε αυτό που θεωρείται εύλογο και επιθυμητό στην άτυπη φροντίδα του ασθενούς και, εάν οι ανάγκες φροντίδας είναι παρατεταμένες ή οι φροντιστές δεν μπορούν να διαχειρισθούν την κατάσταση λόγω της επιβάρυνσης, μπορεί να χρειασθεί να τεθούν σε εφαρμογή μακροπρόθεσμα σχέδια φροντίδας.

11.2.3. Νομικοί και Ηθικοί Προβληματισμοί

Ο ασθενής είναι ο βασικός υπεύθυνος λήψης αποφάσεων που αφορούν στη φροντίδα του, αλλά εάν ο ασθενής δεν διαθέτει την ικανότητα λήψης αποφάσεων σχετικά με την περίθαλψή του, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενεργούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο προς το συμφέρον του ασθενούς, ώστε να προσδιορισθεί το κατάλληλο πρακτικά και νομικά πρόσωπο για να ενημερωθεί και να λάβει οποιοσδήποτε αποφάσεις. Για να γίνει αυτό, ο νοσηλεύτης πρέπει να κατανοήσει τους όρους «ικανότητα», «εκ των προτέρων οδηγίες» (Advanced Healthcare Directive - AHD) ή «εν ζωή διαθήκη» και «συνυπεύθυνος στη λήψη αποφάσεων».

Ως «ικανότητα» ορίζεται η ικανότητα του ατόμου να κατανοεί, τη στιγμή που πρέπει να ληφθεί μία απόφαση, τη φύση και τις συνέπειες της απόφασης στο πλαίσιο των διαθέσιμων επιλογών εκείνης της στιγμής [11]. Η έκφραση από ένα πρόσωπο των επιθυμιών και των προτιμήσεών του σχετικά με αποφάσεις για τη θεραπεία του που μπορεί να προκύψουν στο μέλλον, όταν πλέον το άτομο δεν θα έχει την ικανότητα να λάβει τέτοιες αποφάσεις, είναι γνωστή ως «εν ζωή διαθήκη» ή «εκ των προτέρων οδηγίες». Το άτομο μπορεί να ορίσει κάποιον (συνυπεύθυνος λήψης αποφάσεων), μέσω νομικά κατοχυρωμένης και τεκμηριωμένης διαδικασίας, ο οποίος να αποφασίζει από κοινού ή αποκλειστικά για λογαριασμό του ασθενούς, όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να το πράξει.

11.3. Ανακουφιστική Φροντίδα και Φροντίδα κατά το Τέλος της Ζωής

Για ορισμένους ασθενείς, το κάταγμα ευθραυστότητας, και ιδιαίτερα το κάταγμα του ισχίου, μπορεί να είναι ένα γεγονός που θα επιταχύνει το τέλος της ζωής. Κάποιοι ασθενείς, ειδικά όσοι ήταν ήδη ευπαθείς, μπορεί να μην καταφέρουν να επιβιώσουν από το φυσιολογικό στρες του κατάγματος και της επακόλουθης χειρουργικής επέμβασης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, πρέπει να εφαρμόζονται οι αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας [12] ορίζει την ανακουφιστική φροντίδα ως: «μία προσέγγιση που

βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών που αντιμετωπίζουν μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, καθώς και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και ανακούφισης της δυσφορίας, χρησιμοποιώντας εργαλεία όπως η έγκαιρη αναγνώριση και σωστή αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων». Οι θεμελιώδεις αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας περιλαμβάνουν [12]:

- Επαρκή ανακούφιση του πόνου και ελαχιστοποίηση άλλων συμπτωμάτων.
- Επιβεβαίωση της ζωής και αναγνώριση του θανάτου ως φυσιολογική διεργασία.
- Δεν επιδιώκει ούτε επιταχύνει ούτε αναβάλλει τον θάνατο.
- Περιλαμβάνει τη φροντίδα των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών υγείας του ασθενούς και της οικογένειας.
- Παρέχει υποστηρικτικό σύστημα για να βοηθηθούν οι ασθενείς να ζήσουν όσο γίνεται πιο δραστήρια μέχρι το θάνατο.
- Παρέχει υποστηρικτικό σύστημα για να βοηθηθούν οι οικογένειες να διαχειρισθούν αποτελεσματικά την ασθένεια και τον θάνατο και το δικό τους πένθος.
- Χρησιμοποιεί συνεργατική ομαδική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής θρήνου, όταν ενδείκνυται.
- Προάγει την ποιότητα ζωής και συμβάλλει θετικά στην πορεία της νόσου.
- Είναι εφαρμόσιμη από νωρίς κατά την πορεία της νόσου, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που στοχεύουν στην επιμήκυνση της ζωής, όπως χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, και περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες που χρειάζονται για την καλύτερη κατανόηση και τη διαχείριση δυσάρεστων κλινικών επιπλοκών.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η χειρουργική επέμβαση για το κάταγμα του ισχίου μπορεί να παραμένει ο αποτελεσματικότερος τρόπος διαχείρισης του πόνου για τους ασθενείς που φθάνουν στο τέλος της ζωής τους. Έτσι, οι λόγοι για τη λήψη της απόφασης μίας χειρουργικής επέμβασης πρέπει να εξηγούνται σαφώς στον ασθενή και την οικογένεια του και οι αποφάσεις που θα ληφθούν πρέπει να διέπονται από τους ηθικούς κανόνες που συζητήθηκαν προηγουμένως.

Η ανακουφιστική φροντίδα δεν μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, αλλά θα πρέπει να παρέχεται με βάση τις ανάγκες που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Η ανακουφιστική φροντίδα είναι δυνατό να παρέχεται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε γενικά νοσοκομεία ή σε ειδικές εγκαταστάσεις ανακουφιστικής φροντίδας για μακροχρόνια φροντίδα (ξενώνες). Όσο περνούν τα χρόνια, οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και με περισσότερες συννοσηρότητες, στις οποίες η προσθήκη ενός μείζονος κατάγματος, όπως το κάταγμα του ισχίου, μπορεί τελικά να επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και τελικά να τον οδηγήσει στο θάνατο. Εκτιμάται ότι το 2011 σημειώθηκαν περίπου 54,6 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως και ότι το 9% αυτών οφείλονταν σε τραυματισμούς [13]. Οι άνδρες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας μετά από κάταγμα ισχίου, αλλά οι γυναίκες διατρέχουν επίσης μεγάλο κίνδυνο θανάτου. Ο κίνδυνος αυτός υπερβαίνει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού, καρκίνο της μήτρας και καρκίνο των ωοθηκών μαζί κατά τη διάρκεια ζωής μίας γυναίκας. Πολλοί ασθενείς που επιβιώνουν μετά από ένα κάταγμα ισχίου δεν επανακτούν την πρότερη λειτουργικότητά τους και σχεδόν το ένα τρίτο χάνουν την ανεξαρτησία τους [14]. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι προετοιμασμένοι ώστε να μπορούν να προσφέρουν ανακουφιστική φροντίδα και φροντίδα κατά το τέλος της ζωής στους ασθενείς με ορθοπαιδικά και ορθογηριατρικά προβλήματα υγείας, γεγονός που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται περισσότερο ως ρουτίνα παρά ως πιθανότητα.

Όταν αναζητούσε τη φιλοσοφία της «φροντίδας των ασθενών τελικού σταδίου», η Cicely Saunders, είπε: «Έχεις αξία γιατί είσαι εσύ και αξίζεις μέχρι το τέλος της ζωής σου. Θα κάνουμε ό,τι μπορούμε, όχι μόνο για να σε βοηθήσουμε να πεθάνεις γαλήνια, αλλά και για να ζήσεις μέχρι τον θάνατό σου». Τα λόγια της αντανακλούν την ανθρώπινη ευθύνη της φροντίδας των άλλων με ανθρωπιστικό τρόπο και ενσυναίσθηση μέχρι το τέλος της ζωής τους.

Υπάρχουν πολλές ευθύνες που αφορούν στη φροντίδα κατά το τελικό στάδιο της ζωής του ασθενούς, που κυμαίνονται από την επικοινωνία με το ίδιο το άτομο και την οικογένειά του σχετικά με τη φροντίδα και τις προτιμήσεις τους, την παρατήρηση, τη συζήτηση και την καταγραφή οποιωνδήποτε αλλαγών στην κατάσταση υγείας του ασθενούς και την προσφορά κατανόησης και υποστήριξης. Απαιτείται ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας και, κυρίως, αναμένεται από αυτούς να κατανοούν και να εφαρμόζουν τις αξίες που διέπουν αυτήν τη φιλοσοφία της φροντίδας. Κατά την παροχή φροντίδας στο τέλος της ζωής οι επαγγελματίες θα πρέπει να [15]:

- Αντιμετωπίζουν τους ανθρώπους με συμπόνια
- Ακούν τους ανθρώπους
- Επικοινωνούν με σαφήνεια και ευαισθησία
- Προσδιορίζουν και να προσαρμόζουν την επικοινωνία στις ανάγκες του κάθε ατόμου
- Αναγνωρίζουν τον πόνο και να αναλαμβάνουν δράση για την ανακούφισή του
- Καταλαβαίνουν πότε κάποιος εισέρχεται στις τελευταίες ημέρες ή ώρες της ζωής του
- Ενθαρρύνουν τη συμμετοχή του ατόμου στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα του και να σέβονται τις επιθυμίες του
- Ενημερώνουν τον ασθενή που πλησιάζει προς το τέλος της ζωής του και τους οικείους του για οποιεσδήποτε αλλαγές στην κατάσταση της υγείας του
- Καταγράφουν συνοπτικά τις συζητήσεις και τις αποφάσεις που έχουν ληφθεί
- Αναζητούν επιπλέον συμβουλές όπου χρειάζεται
- Φροντίζουν τον εαυτό τους και τους συναδέλφους τους, αναζητώντας υποστήριξη όταν είναι απαραίτητη.

Η ανακουφιστική φροντίδα και η φροντίδα του τελικού σταδίου της ζωής των ασθενών δεν περιορίζεται στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου, αλλά μπορεί να παρέχεται σε μία μεγάλη ποικιλία δομών, όπως είναι η κοινότητα, οι μονάδες φροντίδας και οι ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές πρέπει να επαγρυπνούν ώστε να αντιλαμβάνονται πότε ένα άτομο πλησιάζει στο τέλος της ζωής του και πότε αυτό πεθαίνει. Το πώς ο ασθενής και η οικογένειά του θα επικοινωνούν κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, είναι ένα θέμα που εξαρτάται από τον εκάστοτε ασθενή. Στο μέτρο του δυνατού, η όλη διαδικασία πρέπει να καθορίζεται από τον ασθενή και ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμμετέχει με ευγένεια, ειλικρίνεια, χρησιμοποιώντας γλώσσα κατανοητή από τον ασθενή και το περιβάλλον του. Εάν ο ασθενής δεν αισθάνεται άνετα ή δεν θέλει να μιλήσει σχετικά με τον θάνατό του, η επιθυμία του πρέπει να γίνεται σεβαστή. Είναι, ωστόσο, σημαντικό να γίνονται οι συγκεκριμένες ευαίσθητες συζητήσεις με την οικογένεια και τους φροντιστές, έτσι ώστε να είναι προετοιμασμένοι για τον επικείμενο θάνατο.

Η σωστή νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις σωματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές διαστάσεις της φροντίδας σε συνδυασμό με πνευματική υποστήριξη. Η διαδικασία του θανάτου ανακινεί πολλαπλές συναισθηματικές αντιδράσεις σε όλους τους συμμετέχοντες σε αυτήν: τον ασθενή, την οικογένεια, τους φροντιστές και τους επαγγελματίες υγείας. Η συγκεκριμένη διαδικασία μπορεί να είναι πολύ στρεσογόνα και πολύπλοκη. Η χρήση εργαλείων και κλιμάκων για την αναγνώριση δεικτών που καταδεικνύουν ότι κάποιος πλησιάζει στο τέλος της ζωής του είναι πολύ σημαντική. Τέτοιες κλίμακες είναι η Gold Standards Framework [16] και η Palliative Performance Scale 2. Οι νοσηλευτές έχουν ρόλο-κλειδί για τη βοήθεια του ασθενούς κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής αυτής διαδικασίας. Όταν το σώμα αρχίζει ήρεμα να «σβήνει» στο τέλος της ζωής μπορεί να είναι κάτι πολύ γαλήνιο, επομένως εάν ο ασθενής βιώνει αγωνία, άγχος ή ένταση, η διαδικασία αυτή μπορεί να διαταραχθεί.

11.4. Σύνοψη των Βασικών Σημείων Μάθησης

- Η οικογένεια του ασθενούς και οι «σημαντικοί άλλοι» για αυτόν αποτελούν σημαντικούς συμμετέχοντες στη διαδικασία της φροντίδας και πρέπει να αναγνωρίζονται ως τέτοιοι. Η σωστή επικοινωνία και η καλή συνεργασία με την οικογένεια είναι κεντρικής σημασίας για την επίτευξη υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας και βέλτιστων εκβάσεων για τον ασθενή.
- Ένα μεγάλο ποσοστό της φροντίδας, παρέχεται από την οικογένεια και τους άτυπους φροντιστές μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι άτυποι φροντιστές πρέπει να εκπαιδεύονται και να υποστηρίζονται από τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού της εξόδου, προκειμένου να είναι σε θέση να παρέχουν ικανοποιητική φροντίδα. Η πιθανή επιβάρυνση του φροντιστή πρέπει να αναγνωρίζεται και είναι απαραίτητο να παρέχεται υποστήριξη για την πρόληψή της. Η άτυπη φροντίδα δεν μπορεί να συνεχίζεται απεριόριστα, για αυτό θα πρέπει να αναζητηθεί μονιμότερη τυπική φροντίδα.
- Τα κατάγματα ευθραυστότητας και ιδιαιτέρως τα κατάγματα ισχίου, μπορεί να προμηνύουν ή να επισπεύδουν το τέλος της ζωής. Η ανακουφιστική φροντίδα και η φροντίδα κατά το τελικό στάδιο της ζωής του ασθενούς αποτελούν, επομένως, αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας της φροντίδας τόσο

στο νοσοκομείο, όσο και στην κοινότητα. Η παροχή σωματικής, ψυχολογικής, συναισθηματικής και πνευματικής φροντίδας πρέπει να γίνεται με ευαισθησία και συμπόνια.

11.5. Προτεινόμενη επιπλέον μελέτη

Αναζητήστε τις τοπικές και εθνικές οδηγίες για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας και φροντίδας κατά το τελικό στάδιο της ζωής και χρησιμοποιήστε τις ώστε να αναγνωρίσετε με ποιο τρόπο η φροντίδα μπορεί να βελτιωθεί, με σεβασμό πάντα στην προαναφερόμενη φιλοσοφία της φροντίδας.

11.6. Αυτοαξιολόγηση

Προκειμένου να αξιολογήσετε τη μάθηση που επιτύχατε και τις ανάγκες σας για επιπλέον μελέτη, μπορείτε να ακολουθήσετε τις παρακάτω στρατηγικές:

- Αναζητήστε ανατροφοδότηση από τις οικογένειες και τους φροντιστές σχετικά με τις αντιλήψεις τους για τη συνεργατική, επικεντρωμένη στην οικογένεια προσέγγιση που χρησιμοποιείται στη μονάδα όπου εργάζεσθε.
- Ζητήστε συμβουλές και καθοδήγηση από ειδικούς που ασχολούνται με το τέλος της ζωής και την ανακουφιστική φροντίδα.
- Καταγράψτε τους αναστοχασμούς σας σχετικά με τις εμπειρίες σας για το τέλος της ζωής και την ανακουφιστική φροντίδα και εξετάστε εάν θα μπορούσε να βελτιωθεί η φροντίδα.
- Η αξιολόγηση από τους συναδέλφους μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της προσωπικής σας προόδου και πρακτικής, αλλά δεν πρέπει να είναι πολύ επίσημη. Θα πρέπει να γίνεται ανοιχτή συζήτηση μέσα στην ομάδα. Εβδομαδιαίες συζητήσεις περιπτώσεων μπορούν να προσδιορίσουν τα θέματα που άπτονται του νοσηλευτικού έργου και να επιτρέψουν την ανταλλαγή εμπειρογνωμοσύνης. Η εξειδίκευση αυτή θα μεταφερθεί στα υπόλοιπα μέλη της πολυεπιστημονικής ομάδας με εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες και με την καλλιέργεια μίας κουλτούρας όπου εξετάζονται όλα τα προβλήματα των ασθενών.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. NICE (2011) End of life care for adults: quality standard 13. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13>
2. Balint M et al (1969) Training medical students in patient-centered medicine. *Compr Psychiatry* 10(4):249–258
3. Shaller D (2007) Patient-centred care: what does it take? Picker Institute and the Commonwealth Fund. <http://cgp.pickerinstitute.org/wp-content/uploads/2010/12/shaller.pdf>
4. Lethin C et al (2016) Formal support for informal caregivers to older persons with dementia through the course of the disease: an exploratory, cross-sectional study. *BMC Geriatr* 16:32
5. Bezold C (2004) The future of patient-centred care: scenarios, visions, and audacious goals. *J Altern Complement Med* 11(s1):s77–s84
6. Hall C, Ritchie D (2013) *What is nursing? Exploring theory and practice*, 3rd edn. Sage/ Learning Matters, London
7. Institute for Healthcare Communication (2011) Impact of communication in healthcare. <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>
8. Wanzer MB et al (2004) Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centred communication and satisfaction. *Health Commun* 16(3):363–384
9. Pearlin LI et al (1990) Caregiving and the stress process; an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 30:583–594
10. Falaschi P, Eleuteri S (2017) The psychological health of patients and their caregivers. In: Falaschi P, Marsh D (eds) *Orthogeriatrics*. Switzerland, Springer, pp 201–211

11. Office of the Attorney General. Assisted Decision-Making (Capacity) Act 2015. <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2015/act/64/enacted/en/html>
12. World Health Organization (2014) Global atlas of palliative care at the end of life. [www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
13. World Health Organization (2013) Global health estimates. Causes of death 2000–2011. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en
14. Kates SL, Mears SC (2011) A guide to improving the care of patients with fragility fractures. *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 2(1):5–37
15. Royal College of Nursing (2015) RCN end of life care- roles and responsibilities. <http://rcnend-of-life.org.uk/my-role/>
16. Royal College of General Practitioners (2016) The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG). <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW%20PIG%20-%20%20%20%2020.1.17%20KT%20vs17.pdf>

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

12. Ορθογηριατρική Νοσηλευτική

Julie Santy-Tomlinson, Karen Hertz, και Magdalena Kaminska

Η νοσηλευτική έχει κεντρικό ρόλο στην καλή φροντίδα του ασθενούς με κατάγμα ευθραυστότητας και συμβάλλει σημαντικά στις θετικές εκβάσεις. Οι νοσηλευτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας μέσα στην ορθογηριατρική ομάδα και είναι η μία ομάδα που είναι παρούσα όλο το εικοσιτετράωρο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Είναι επίσης περισσότερο πιθανό να λειτουργούν μέσα σε οργανωτικά όρια, ενεργώντας ως σύνδεσμοι μεταξύ του σπιτιού του ασθενούς και της τοπικής κοινότητας, του νοσοκομείου, των εξωτερικών ιατρείων και άλλων οργανισμών.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στον ορθογηριατρικό τομέα πρέπει να είναι σε θέση να εκφράζουν με σαφήνεια τον ρόλο και την αξία τους, ώστε να μπορούν να ενημερώσουν τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και άλλα μέλη της πολυεπιστημονικής ομάδας σχετικά με το τι να περιμένουν από αυτούς. Κανένας επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να παρέχει μεμονωμένα φροντίδα στους ασθενείς με κατάγμα ευθραυστότητας, αλλά είναι γνωστό ότι οι εκβάσεις των ασθενών βελτιώνονται εάν υπάρχει πλήρης συνεργασία μεταξύ όλων των ειδικοτήτων που αποτελούν την «ορθογηριατρική» ομάδα [1]. Οι ασθενείς με κατάγμα ευθραυστότητας έχουν πολυάριθμες περίπλοκες ανάγκες φροντίδας που χρειάζονται μία ομαδική προσέγγιση που περιλαμβάνει εξειδικευμένη, ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα. Παρόλο που το κεφάλαιο αυτό αφορά γενικά στην ορθογηριατρική νοσηλευτική, είναι αδύνατο να αγνοηθεί το γεγονός ότι από όλα τα κατάγματα ευθραυστότητας, το κάταγμα του ισχίου είναι ο σημαντικότερος τραυματισμός. Είναι ο συνηθέστερος λόγος για την εισαγωγή σε ορθοπαιδικό τμήμα, αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο μέρος της πληρότητας των κλινών στις ορθοπαιδικές κλινικές και ευθύνεται ακόμη για ένα μεγάλο μέρος του συνολικού κόστους όλων των καταγμάτων ευθραυστότητας. Είναι, επίσης, το πιο «ακριβό» κάταγμα λόγω της αυξημένης συχνότητας και του υψηλού μοναδιαίου του κόστους. Η πολυπλοκότητα των αναγκών των ασθενών, ο επιπολασμός, ο αριθμός των ημερών νοσηλείας και το κόστος σημαίνουν ότι η επικέντρωση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας τείνει να σχετίζεται κυρίως με αυτή την κατηγορία τραυματισμού. Ωστόσο, οι κύριες δεξιότητες και γνώσεις που απαιτούνται για την καλή φροντίδα των ασθενών με κάταγμα του ισχίου πρέπει να εφαρμόζονται στη διαχείριση όλων των ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας με κατάγματα και να περιλαμβάνουν όλες τις θεμελιώδεις πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας για ενήλικες, καθώς και εξαιρετικά εξειδικευμένες παρεμβάσεις για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να εξετασθεί η φύση της ορθογηριατρικής νοσηλευτικής και να διερευνηθούν οι θεωρητικές, πολιτικές και επαγγελματικές πτυχές της.

12.1. Μαθησιακά Αποτελέσματα

Στο τέλος του κεφαλαίου και μετά από περαιτέρω μελέτη, ο νοσηλευτής θα είναι σε θέση να:

J. Santy-Tomlinson

Faculty of Biology, Medicine and Health, Division of Nursing, Midwifery and Social Work,
School of Health Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK

e-mail: Julie.santy-tomlinson@manchester.ac.uk

K. Hertz

Specialised Division, University Hospital of North Midlands,
Stoke-on Trent, Staffordshire, UK

e-mail: Karen.hertz@uhnms.nhs.uk

M. Kaminska

Faculty of Health Sciences, Department of Primary Health Care,
Pomeranian Medical University, Szczecin, Poland

- Εξηγεί τη φύση της ορθογηριατρικής νοσηλευτικής, χρησιμοποιώντας τη θεωρία και τη φιλοσοφία της νοσηλευτικής των ενηλίκων και της γεροντολογικής νοσηλευτικής.
- Εξερευνά τις επαγγελματικές, ηθικές, νομικές και πολιτικές πτυχές της ορθογηριατρικής νοσηλευτικής.
- Διατυπώνει την αξία της ορθογηριατρικής νοσηλευτικής στην επίτευξη καλών εκβάσεων για τους ασθενείς.
- Συζητά τη σημασία των δεξιοτήτων, της γνώσης και της εκπαίδευσης στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας σε ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας.

12.2. Νοσηλευτική

Η Νοσηλευτική είναι ευρεία και πολύπλοκη, οπότε ο ορισμός της επιτρέπει στους νοσηλευτές να εξηγούν σε ασθενείς, οικογένειες και άλλους τι μπορούν να περιμένουν από αυτούς. Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nurses- ICN) [2] ορίζει τόσο τη «νοσηλευτική» όσο και τον «νοσηλευτή» (Πλαίσιο 12.1) για να τονίσει την έκταση του νοσηλευτικού ρόλου καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου, σε όλες τις κοινότητες και με ανθρώπους με όλες τις ανάγκες φροντίδας υγείας. Αυτοί οι ορισμοί συμβάλλουν στο να φωτισθούν ορισμένες από τις κεντρικές πλευρές της νοσηλευτικής φροντίδας που περιλαμβάνουν δραστηριότητες που σχετίζονται με το πεδίο της νοσηλευτικής: πώς παρέχεται η φροντίδα, ποιες γνώσεις, δεξιότητες και εκπαίδευση χρειάζονται και πώς η νοσηλευτική αποτελεί επάγγελμα.

Η νοσηλευτική είναι τόσο τέχνη φροντίδας όσο και επιστήμη και περιλαμβάνει ένα ξεχωριστό σώμα γνώσης, διακριτό από εκείνο των ιατρών ή των άλλων επαγγελματιών υγείας. Η γνώση είναι συγκεκριμένη πληροφορία για κάτι και η φροντίδα είναι συμπεριφορά που επιδεικνύει συμπόνια και σεβασμό για τον άλλον, αλλά αυτές οι απλοποιημένες έννοιες δεν αντικατοπτρίζουν πραγματικά τη σύνθεση τόσο της γνώσης όσο και της τέχνης της φροντίδας που καθιστά την ορθογηριατρική νοσηλευτική μοναδική [3].

Πλαίσιο 12.1: Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών - Ορισμοί Νοσηλευτικής και Νοσηλευτή [1]

Ορισμός Νοσηλευτικής (Σύντομη Έκδοχή)

«Η νοσηλευτική περιλαμβάνει αυτόνομη και συνεργατική φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, άρρωστων ή υγιών και σε όλα τα περιβάλλοντα. Η Νοσηλευτική περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και τη φροντίδα των ασθενών, των ατόμων με αναπηρίες και των ατόμων που πεθαίνουν. Η συνηγορία, η προαγωγή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη χάραξη της πολιτικής για την υγεία και για τη διαχείριση των ασθενών και των συστημάτων υγείας, καθώς και η εκπαίδευση, αποτελούν βασικούς ρόλους της νοσηλευτικής».

Ορισμός του Νοσηλευτή

«Ο Νοσηλευτής είναι ένα άτομο που έχει ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα βασικής, γενικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και έχει εξουσιοδοτηθεί από την αρμόδια ρυθμιστική αρχή να ασκεί νοσηλευτική φροντίδα στη χώρα του. Η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση είναι ένα επίσημα αναγνωρισμένο πρόγραμμα σπουδών που παρέχει ένα ευρύ και αξιόπιστο υπόβαθρο σχετικά με τις επιστήμες συμπεριφοράς, ζωής και νοσηλευτικής για τη γενική άσκηση της νοσηλευτικής, για έναν ηγετικό ρόλο και για περαιτέρω εκπαίδευση για ειδικότητα ή προηγμένη νοσηλευτική πρακτική. Ο νοσηλευτής είναι προετοιμασμένος και εξουσιοδοτημένος να: (1) ασχοληθεί με το γενικό πεδίο της νοσηλευτικής πρακτικής, συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης ασθενειών και της φροντίδας των σωματικά άρρωστων, των διανοητικά ασθενών και των ατόμων με ειδικές ανάγκες όλων των ηλικιών σε όλες τις δομές παροχής φροντίδας και άλλες κοινοτικές δομές, (2) διδάσκει τη φροντίδα υγείας, (3) συμμετέχει πλήρως ως μέλος στην ομάδα φροντίδας υγείας, (4) εποπτεύει και να εκπαιδεύει βοηθούς νοσηλευτές και άλλο υποστηρικτικό προσωπικό και (5) συμμετέχει στην έρευνα».

12.3. Ο Ορθογηριατρικός Ασθενής

Οι ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας είναι παρόντες σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της γενικής ιατρικής, των κοινοτικών υπηρεσιών, των υπηρεσιών οξείας φροντίδας

(συμπεριλαμβανομένων των τμημάτων επειγόντων περιστατικών, των χειρουργείων, των υπηρεσιών νοσηλείας εσωτερικών ασθενών και των τμημάτων εξωτερικών ασθενών), καθώς και των υπηρεσιών αποκατάστασης σε νοσοκομειακή ή κοινοτική βάση. Η φροντίδα λαμβάνει χώρα σε ένα περιβάλλον, το οποίο σε μεγάλο βαθμό δεν ευνοεί τη φροντίδα ευπαθών ηλικιωμένων. Η παροχή ασφαλούς, αποτελεσματικής φροντίδας για τους νοσηλευόμενους ασθενείς μετά από κάταγμα ισχίου είναι ιδιαίτερα περίπλοκη και απαιτεί έμφαση στην επίτευξη των βέλτιστων εκβάσεων για τους ευπαθείς νοσηλευόμενους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτή η πολυπλοκότητα δημιουργείται από πολλαπλά αλληλοσυνδεδεμένα προβλήματα, τα οποία συνδέονται με το εύρος και τη σοβαρότητα των αναγκών υγείας [4]. Οι ανάγκες αυτές με τη σειρά τους σχετίζονται με τρία κύρια χαρακτηριστικά: το άτομο, το κάταγμα και το περιβάλλον φροντίδας, τα οποία έχουν όλα σημαντικό αντίκτυπο στις εκβάσεις της φροντίδας των ασθενών [5]. Οι ορθογηριατρικοί ασθενείς έχουν συνήθως υποστεί πτώση, συχνά έχουν πολλαπλές συννοσηρότητες και είναι ευπαθείς. Αυτά τα προβλήματα αλληλεπιδρούν μετά από κάταγμα ευθραυστότητας αυξάνοντας τις ανάγκες φροντίδας εξαιτίας των αυξημένων φυσιολογικών απαιτήσεων της προεγχειρητικής, διεγχειρητικής και μετεγχειρητικής φάσης της ανάρρωσης και της αποκατάστασης.

12.4. Ποιότητα της Φροντίδας

Η νοσηλευτική υποστηρίζεται από ένα σύνολο βασικών προσωπικών και επαγγελματικών αξιών και η έννοια της «ποιοτικής φροντίδας» ποικίλλει ανάλογα με το εάν αυτή προσεγγίζεται από την οπτική γωνία του φροντιστή ή του δέκτη της φροντίδας, αλλά τείνει να βασίζεται σε έξι βασικά στοιχεία: ολιστική προσέγγιση, ενδυνάμωση των ασθενών, επαγγελματική λογοδοσία και ανάληψη ευθυνών, ασφάλεια των ασθενών, ολοκληρωμένη ομαδική εργασία, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα [6].

Η συμπόνια είναι ένα ποιοτικό χαρακτηριστικό που παρακινεί τους νοσηλευτές να παρέχουν αποτελεσματική προσωποκεντρική φροντίδα και είναι απαραίτητη για την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Περιλαμβάνει ενσυναίσθηση, σεβασμό και αξιοπρέπεια, ιδιότητες που απαιτούν κατανόηση και αναγνώριση του «υποφέρειν» του άλλου και επιθυμία να γίνει κάτι για αυτό. Αυτές οι ιδιότητες επιτρέπουν στους νοσηλευτές να βλέπουν κάθε ασθενή ως άτομο και να εξανθρωπίζουν τη φροντίδα του [7]. Αυτό είναι πάντα σημαντικό, αλλά ιδιαίτερα όταν τα άτομα που λαμβάνουν φροντίδα είναι ευάλωτα όπως στην περίπτωση ενός ευπαθούς ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας που έχει υποστεί κάταγμα ισχίου.

Η ποιότητα της φροντίδας επηρεάζεται σημαντικά από την επικοινωνία, αλλά ακόμη και η βασική επικοινωνία με ευάλωτους ενήλικους μεγαλύτερης ηλικίας οι οποίοι έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας είναι πολύπλοκη. Τα προβλήματα μεταξύ ατόμων, οικογενειών, φροντιστών και επαγγελματιών υγείας συνήθως συμβαίνουν απλώς επειδή η επικοινωνία δεν είναι αποτελεσματική. Ο καθένας είναι ένα μοναδικό άτομο με προσωπικές αξίες, πεποιθήσεις, αντιλήψεις, κουλτούρα και κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του κόσμου. Τα κατάγματα ευθραυστότητας επηρεάζουν κυρίως, αλλά όχι αποκλειστικά, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα οποία σχημάτισαν τις απόψεις τους, τις αξίες και τις πεποιθήσεις τους σε μία πολύ διαφορετική κοινωνία από αυτήν των νεότερων ατόμων που τους παρέχουν φροντίδα και ενδέχεται να υπάρχει πολιτισμικό ηλικιακό χάσμα που οδηγεί σε παρεξηγήσεις. Οι νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουν τον κόσμο από την προοπτική ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας ώστε να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά μαζί του και οι αισθητηριακές διαταραχές και η δυναμική γνωστική δυσλειτουργία, οι οποίες είναι συχνές στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, συμβάλλουν στην πολυπλοκότητα της ανάπτυξης θεραπευτικής επικοινωνίας. Η κατανόηση των οξέων αναγκών ενός ασθενούς με κάταγμα ευθραυστότητας και της διαχείρισής του, καθώς και της χρόνιας υποκείμενης διάγνωσης της οστεοπόρωσης, της θεραπείας της και του αντίκτυπού της, προσθέτουν στην ήδη σημαντική πολυπλοκότητα του να είσαι ηλικιωμένος με συννοσηρότητες και κοινωνικές και ψυχολογικές περιπλοκές που προκύπτουν από την πρωτογενή και δευτερογενή γήρανση. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι αμφίδρομη και προϋποθέτει την κατανόηση των μηνυμάτων. Οι φραγμοί στην επικοινωνία μπορεί να χρειασθεί να απομακρυνθούν με απλούς τρόπους, όπως η εξασφάλιση γυαλιών, βοηθημάτων ακοής, διερμηνέων και οπτικών γραφικών που διευκολύνουν την επικοινωνία, μαζί με τη συμμετοχή της οικογένειας, των φίλων, των φροντιστών ή υποστηρικτών που γνωρίζουν καλύτερα τον ασθενή.

Η επιτυχία της παροχής της φροντίδας υγείας εξετάζεται συχνά με τη μέτρηση της κατάστασης της υγείας, των εκβάσεων, των ποσοστών επανεισαγωγής, της διάρκειας της νοσηλείας, της συχνότητας των επιπλοκών και της θνησιμότητας [8], αλλά σε αυτά δεν καταγράφεται απαραίτητα η συγκεκριμένη συμβολή της νοσηλευτικής. Η διάρκεια νοσηλείας είναι ένα παραπλανητικό μέτρο επιτυχίας, καθώς υπάρχει περιορισμένη εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα όταν οι ασθενείς παίρνουν εξιτήριο ή διακομίζονται πολύ νωρίς [9]. Οι

κατάλληλοι δείκτες της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν μέτρα όπως η άνεση και η ποιότητα ζωής των ασθενών, οι εκβάσεις που σχετίζονται με την ασφάλεια (συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομειακών λοιμώξεων, των τραυμάτων λόγω πίεσης, των πτώσεων και των σφαλμάτων στη διαχείριση των φαρμάκων) και η ικανοποίηση των ασθενών [8]. Στην ορθογηριατρική φροντίδα, μπορεί να αναπτυχθούν νοσηλευτικά ευαίσθητοι δείκτες για τον πόνο, το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, τα τραύματα λόγω πίεσης, την ενυδάτωση και τη θρέψη, τη δυσκοιλιότητα, την πρόληψη των δευτερογενών λοιμώξεων και τη φλεβική θρομβοεμβολή [5].

12.5. Η Μοναδική Συμβολή της Νοσηλευτικής στις Εκβάσεις Ορθογηριατρικών Ασθενών

Οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας είναι οι βασικές πλευρές της νοσηλευτικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της άνεσης, της υγιεινής, της διαχείρισης του πόνου, της θρέψης, της ενυδάτωσης, της επανακινητοποίησης και της αποκατάστασης. Η νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη σε τεκμήρια μπορεί να συνυπάρχει με τα ιατρικά μοντέλα φροντίδας, μειώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών με σκοπό τη μείωση του κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας, βελτιώνοντας ταυτόχρονα την ανάρρωση, διατηρώντας τη λειτουργική ικανότητα και βελτιώνοντας τις εκβάσεις και τις εμπειρίες των ασθενών [5].

Οι νοσηλευτές συχνά γίνονται ειδικοί σε συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας υγείας, ώστε να μπορούν να επικεντρωθούν στην παροχή εξειδικευμένης φροντίδας βασισμένης στις σύγχρονες γνώσεις μέσα σε μία καθορισμένη ομάδα: συχνά εργάζονται σε ομάδες με άλλους ειδικούς, όπως ιατρούς και θεραπευτές, με συνεργασία και ανταλλαγή τεκμηριωμένης γνώσης μεταξύ των επαγγελματιών. Η ορθογηριατρική χρησιμοποιήθηκε αρχικά για να περιγράψει τη συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων της ορθοπαιδικής χειρουργικής και της γηριατρικής, αλλά έχει φθάσει πλέον να επισημαίνει μία πολυεπιστημονική προσέγγιση στη νοσοκομειακή φροντίδα ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας, που αναγνωρίζει τις πολύπλοκες ειδικές ανάγκες αυτής της ομάδας ασθενών. Η ιδέα της ορθογηριατρικής αναγνωρίζει την αναγκαιότητα να κατανοηθούν ολιστικά οι ανάγκες φροντίδας υγείας των ευπαθών ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας με πολλαπλά προβλήματα υγείας, ταυτόχρονα με την προσπάθεια επίτευξης των βέλτιστων εκβάσεων μετά από κάταγμα ευθραυστότητας [10].

12.6. Βελτίωση της Υγείας και Προαγωγή της Υγείας

Η εκπαίδευση των ασθενών για τη βελτίωση της υγείας αποτελεί συχνά ρόλο των νοσηλευτών, επειδή είναι η μεγαλύτερη ομάδα παρόχων φροντίδας υγείας, αλλά η πραγματική και δυνητική συμβολή τους στη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων είναι υποτιμημένη. Οι λόγοι για την αυξημένη συχνότητα των χρόνιων ασθενειών στις κοινότητες είναι πολύπλοκοι. Αν και υπάρχει ένα τεράστιο σύνολο τεκμηρίων που επιβεβαιώνει τον τρόπο που αυτές οι ασθένειες μπορούν να αποφευχθούν και να αντιμετωπισθούν, ο επιπολασμός τους συνεχίζει να αυξάνεται και οι εκβάσεις παραμένουν πτωχές. Πολλοί ασθενείς είναι συχνά ανεπαρκώς ενημερωμένοι, δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη για την κατάστασή τους και δεν συμμορφώνονται με τις οδηγίες. Η διαχείριση της οστεοπόρωσης ως χρόνιας πάθησης αποτελεί ένα τέτοιο παράδειγμα: είναι δύσκολη στη διαχείριση, καθώς είναι συχνά σιωπηλή νόσος και η θεραπεία μπορεί να είναι δυσάρεστη, η συμμόρφωση με τη λήψη των εκ του στόματος διφωσφονικών είναι χαμηλή, ιδιαίτερα σε εκείνους τους ασθενείς που δεν έχουν συνεχιζόμενη παρέμβαση από συντονιστή νοσηλευτή. Οι νοσηλευτές, σε όποιο περιβάλλον εργάζονται, διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην εκπαίδευση και την καθοδήγηση ασθενών και οικογενειών για αλλαγή συμπεριφοράς που μπορεί να επηρεάσει θετικά τις εκβάσεις της υγείας και της φροντίδας υγείας μετά από κάταγμα ευθραυστότητας. Η επιτυχία των πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της υγείας εξαρτάται από το εάν οι νοσηλευτές οικοδομούν εμπιστοσύνη με τους ασθενείς και τις οικογένειες και εργάζονται μαζί τους για τη βελτίωση της υγείας των οστών και άλλων συναφών τομέων υγείας. Κάθε πτώση και κάταγμα αποτελεί ευκαιρία να αποφευχθεί η επόμενη πτώση ή το επόμενο κάταγμα, μέσω της συνεργασίας της πολυεπιστημονικής ομάδας για την πρόληψη περαιτέρω πτώσεων και τη διαχείριση της οστεοπόρωσης [11]. Οι νοσηλευτές πρέπει να ενδυναμώνονται να χρησιμοποιούν τον χρόνο που αφιερώνουν στη φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών για να τους εκπαιδεύσουν σχετικά με την αιτία των καταγμάτων ευθραυστότητας και να εμπλέκουν τους ασθενείς στην ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας για την υγεία των οστών.

12.7. Οι Πόροι της Νοσηλευτικής

Η παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας είναι εντατική εργασία και απαιτεί ένα εκπαιδευμένο και με πολλές δεξιότητες εργατικό δυναμικό, υπό την καθοδήγηση έμπειρων ηγετών φροντίδας, οι οποίοι μπορούν να κατευθύνουν μία ομάδα νοσηλευτών που έχουν τα προσόντα να σχεδιάζουν τη βασισμένη σε τεκμήρια φροντίδα και να διαχειρίζονται την παροχή της παράλληλα με καλά εκπαιδευμένους και εποπτευόμενους βοηθούς. Εξαιτίας της γήρανσης του εργατικού δυναμικού και της έλλειψης πολιτικής βούλησης για επαρκή χρηματοδότηση της νοσηλευτικής, η παγκόσμια διαθεσιμότητα επαρκούς αριθμού ειδικευμένων νοσηλευτών για την παροχή αυτής της θεμελιώδους και προηγμένης φροντίδας αποτελεί σταθερή πηγή ανησυχίας. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι η αύξηση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών κατά έναν ασθενή, π.χ. από οκτώ σε εννέα ασθενείς ανά ειδικευμένο νοσηλευτή, αυξάνει την πιθανότητα ενός νοσηλευόμενου να πεθάνει εντός 30 ημερών από την εισαγωγή του κατά 7% [12], καταδεικνύοντας τη «χαμένη φροντίδα» [13] λόγω δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές για την ανάληψη δράσεων στην πρόληψη επιπλοκών και επακόλουθου θανάτου.

12.8. Εκπαίδευση για την Ορθογηριατρική Φροντίδα

Η ικανότητα αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της επαγγελματικής πρακτικής [14], αλλά δεν μπορεί να επιτευχθεί εάν οι νοσηλευτές δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών. Τα πλεονεκτήματα της παροχής εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών με κατάγμα ευθραυστότητας από επαγγελματίες με προηγμένη και ειδική εκπαίδευση δεν έχουν διερευνηθεί, αλλά η ανάπτυξη εξειδικευμένης ορθογηριατρικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης θα μπορούσε να έχει θετικό αντίκτυπο στις εκβάσεις των ασθενών [9]. Η ορθογηριατρική νοσηλευτική είναι ένας αναδυόμενος και υψηλά εξειδικευμένος κλάδος της νοσηλευτικής ενηλίκων, που απαιτεί δεξιότητες τόσο για τη φροντίδα του μεγαλύτερου σε ηλικία ατόμου, όσο και για τη φροντίδα του ασθενούς με πρόβλημα ορθοπαιδικής και τραυματολογίας. Σκοπός είναι ο επαγγελματίας να μπορεί να φέρει μαζί και τα δύο σύνολα δεξιοτήτων και να τα χρησιμοποιεί για να παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα στους ασθενείς μετά από κατάγμα ευθραυστότητας και με σύνθετες ανάγκες φροντίδας. Οι ασθενείς αυτοί δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν χωρίς να κατανοηθεί πλήρως ο τρόπος με τον οποίο τόσο η ηλικία όσο και η ευπάθεια, καθώς και η ευθραυστότητα και ο τραυματισμός του σκελετού, επηρεάζουν τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της φροντίδας. Αυτό απαιτεί εξειδικευμένη πρακτική που εφαρμόζει τις γνώσεις και τις δεξιότητες που συγκεντρώνονται από τους δύο κλάδους νοσηλευτικής, καθώς και τις γνώσεις και τις δεξιότητες από συναφείς επαγγελματικές ειδικότητες. Δυστυχώς, οι νοσηλευτές δεν είναι καλά προετοιμασμένοι να φροντίζουν τους ορθογηριατρικούς ασθενείς, καθώς έχουν συνήθως εργασθεί σε τμήματα ορθοπαιδικής και τραυματολογίας και έχουν εκπαιδευθεί για τη φροντίδα των ενηλίκων με μυοσκελετικά προβλήματα και όχι ειδικά για να δουλεύουν με ευπαθή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και με σύνθετες ανάγκες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στη μη ικανοποίηση των πιο σύνθετων αναγκών των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Υπάρχει, συνεπώς, ένα σημαντικό κενό εκπαίδευσης και δεξιοτήτων και, προς το παρόν, υπάρχουν περιορισμένοι εκπαιδευτικοί πόροι για την υποστήριξη της επαγγελματικής ανάπτυξης εξειδικευμένων ορθογηριατρικών νοσηλευτών.

12.9. Σύνοψη των Βασικών Σημείων Μάθησης

Η παγκόσμια έλλειψη νοσηλευτών είναι πλέον χρόνια και, εάν οι νοσηλευτικοί πόροι δεν προστατευθούν και δεν αυξηθούν, δεν θα αξιοποιηθούν οι δυνατότητες της νοσηλευτικής να επηρεάσει τις εκβάσεις και την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών με κατάγματα ευθραυστότητας [9]. «Η σωστή φροντίδα ασθενών με κατάγμα ισχίου είναι πολύ φθηνότερη από την κακή φροντίδα» [15] και χωρίς σημαντικούς νοσηλευτικούς πόρους για να γίνει «η φροντίδα καλή», η φροντίδα δεν θα είναι ποτέ οικονομικά αποδοτική και τα χρόνια προβλήματα υγείας δεν θα προλαμβάνονται. Οι νοσηλευτές έχουν κεντρικό ρόλο στον συντονισμό, την παροχή και την καθοδήγηση της ορθογηριατρικής φροντίδας.

12.10. Προτεινόμενη Περαιτέρω Μελέτη

Γράψτε μία σκέψη σχετικά με το πώς η μάθησή σας από αυτό το κεφάλαιο, και ολόκληρο το βιβλίο, αντικατοπτρίζει την τρέχουσα πρακτική σας.

12.11. Αυτοαξιολόγηση

Μοιραστείτε τις σκέψεις σας σχετικά με τον προβληματισμό που έχετε γράψει με τον διευθυντή, τον μέντορα ή τον καθηγητή σας και προσδιορίστε τους τρόπους με τους οποίους μπορείτε να γίνετε πιο αποτελεσματικός επαγγελματίας σε ό,τι αφορά στην ορθογηριατρική.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Hall C, Ritchie D (2013) What is nursing? Exploring theory and practice, 3rd edn. Sage/ Learning Matters, London.
2. International Council of Nurses (ICN) (2002) Definition of nursing. <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
3. Cipriano P (2007) Celebrating the art and science of nursing. Am Nurse Today 2(5):8.
4. Rankin J, Regan S (2004) Complex needs: the future of social care. Institute for public policy research/Turning Point. <http://www.ippr.org/files/images/media/files/publication/2011/05/Meeting-Complex-Needs-full-1301.pdf?noredirect=1>
5. Hertz K, Santy-Tomlinson J (2017) The nursing role. In: Falaschi P, Marsh D (eds) Orthogeriatrics. Springer, Cham, pp 131–144.
6. McSherry R (2012) Quality of nursing care. In: McSherry W, McSherry R, Watson R (eds) Care in nursing: principles values and skills. Oxford University Press, Oxford.
7. Baillie L, Black S (2015) Professional values in nursing. CRC, London.
8. Maben J et al (2012) High quality care metrics for nursing. National Nursing Research Unit, King's College London. <http://eprints.soton.ac.uk/346019/1/High-Quality-Care-Metrics-for-Nursing---Nov-2012.pdf>
9. Brent L et al (2018) Nursing care of fragility fracture patients. Injury 49(8):1409-1412.
10. Falaschi P, Marsh D (2017) Orthogeriatrics. Springer, Cham.
11. Martin FC (2017) Frailty, sarcopenia, falls and fractures. In: Falaschi P, Marsh D (eds) Orthogeriatrics. Springer, Cham, pp 47–62.
12. Aiken L et al (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet 383(993):1824–1830.
13. Recio-Saucedo A et al (2017) What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. J Clin Nurs. <https://doi.org/10.1111/jocn.140589>
14. Drozd M et al (2007) The inherent components of the orthopaedic nursing role: an exploratory study. J Orthop Nurs 11(1):43–52.
15. Sahota O, Currie C (2008) Hip fracture care: all change. Editorial. Age Ageing 37:128–129.

Ανοικτή πρόσβαση Αυτό το κεφάλαιο διατίθεται με τους όρους Creative Commons Attribution 4.0 Διεθνής Άδεια Χρήσης (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), η οποία επιτρέπει τη χρήση, προσαρμογή, διανομή και αναπαραγωγή σε οποιοδήποτε μέσο ή μορφή, αρκεί να δίνεται η δέουσα αναγνώριση στον/ους αρχικό/ούς συγγραφέα/είς και την πηγή, παρέχεται ένας σύνδεσμος για την άδεια Creative Commons και υποδεικνύεται εάν έχουν γίνει αλλαγές.

Οι εικόνες ή άλλο υλικό τρίτων σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου, εκτός εάν αναγνωρίζεται διαφορετικά στο υλικό. Εάν το υλικό δεν περιλαμβάνεται στην άδεια Creative Commons του κεφαλαίου και η χρήση για την οποία προορίζεται δεν επιτρέπεται από νομοθετική ρύθμιση ή υπερβαίνει την επιτρεπόμενη χρήση, θα πρέπει να λάβετε άδεια απευθείας από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Αναλυτικές Οδηγίες για τους Συγγραφείς (Επικαιροποίηση 2013)

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ο Διευθυντής Σύνταξης, οι Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης και το Διοικητικό Συμβούλιο του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ), έχουν τη συνολική ευθύνη, διαχείριση και εποπτεία του Περιοδικού. Το Περιοδικό «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» δέχεται μόνο κείμενα που έχουν γραφεί σύμφωνα με τις οδηγίες για τους συγγραφείς, οι οποίες υπάρχουν σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα του περιοδικού, στο www.hellenicjournalofnursing.gr

Στο Περιοδικό δημοσιεύονται άρθρα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Οι οδηγίες για τους συγγραφείς στην αγγλική γλώσσα είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

1.2. Είδη Δημοσιευμάτων

Στη «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» δημοσιεύονται κατ'εξοχήν άρθρα με περιεχόμενο που σχετίζεται με τη νοσηλευτική επιστήμη, καθώς και με άλλες επιστημες υγείας με τις οποίες συνεργάζεται η «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ».

Ειδικότερα:

Άρθρα Σύνταξης. Σύντομα άρθρα που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα ιδιαίτερης σημασίας. Γράφονται από τη Συντακτική Επιτροπή ή από επιστήμονες αναγνωρισμένου κύρους ύστερα από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής. Η έκταση του κειμένου και ο βιβλιογραφικός κατάλογος είναι περιορισμένα (500-800 λέξεις, 5-6 βιβλιογραφικές παραπομπές).

Ανασκοπήσεις/Μετα-αναλύσεις. Ολοκληρωμένες αναλύσεις κλινικών ή άλλων θεμάτων, βασισμένες σε σύγχρονες ελληνικές και διεθνείς βιβλιογραφικές πηγές. Η έκταση του κειμένου δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 5.000 λέξεις. Επισημαίνεται ότι ο αριθμός των συγγραφέων της Περιγραφικής Ανασκόπησης μπορεί να είναι μέχρι και 2 (δύο). Σε περίπτωση Συστηματικής Ανασκόπησης τα ονόματα των συγγραφέων μπορούν να είναι μέχρι και 3 (τρία), ενώ για τη Μετα-ανάλυση μπορεί να είναι μέχρι 8 (οκτώ).

Ερευνητικά Άρθρα. Πρωτότυπες εργασίες, που πραγματοποιήθηκαν με βάση ερευνητικό πρωτόκολλο και παρουσιάζουν νέα και σημαντικά ευρήματα. Η έκταση του κειμένου δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 5000 λέξεις. Επισημαίνεται ότι ο αριθμός συγγραφέων της Ερευνητικής Εργασίας μπορεί να είναι μέχρι και 8 (οκτώ).

Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις. Άρθρα, στα οποία περιγράφεται μία νέα ή σπάνια μέθοδος αντιμετώπισης νοσηλευτικού ή άλλου προβλήματος υγείας. Η έκταση του κειμένου δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 1500 λέξεις.

Γενικά/Ειδικά Άρθρα. Σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε ένα συγκεκριμένο θέμα νοσηλευτικού ενδιαφέροντος.

Επιστολές προς τη Σύνταξη. Περιλαμβάνουν σχόλια και κρίσεις για ήδη δημοσιευμένα άρθρα, παρατηρήσεις σε επίκαιρα κλινικά θέματα, πρόδρομα ερευνητικά αποτελέσματα, κλινικές παρατηρήσεις κ.λπ. Δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 400 λέξεις.

Βραχείες Δημοσιεύσεις. Σύντομα άρθρα πρώιμων ερευνητικών αποτελεσμάτων. Προτείνεται η συντόμηση του άρθρου από τη συντακτική επιτροπή ή γράφεται εξ'αρχής συνοπτικά από τον συγγραφέα. Η έκταση του κειμένου δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 1500 λέξεις.

Άρθρα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Περιγράφονται και αναλύονται νοσηλευτικά θέματα που παρουσιάζονται με βάση σύγχρονα τεκμηριωμένα ερευνητικά δεδομένα (evidence based practice).

2. ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΡΘΡΟΥ

Τα άρθρα υποβάλλονται:

2.1. Με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ) www.esne.gr, υπόψη του Διευθυντή Σύνταξης.

Κάθε άρθρο πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή του συγγραφέα. Στην επιστολή θα αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Διαβεβαίωση ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευθεί ολόκληρη ή μέρος αυτής σε άλλο περιοδικό.
- Αναφορά του ρόλου κάθε μέλους της συγγραφικής ομάδας στον σχεδιασμό, στην εκπόνηση και στη συγγραφή.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Δήλωση ότι όλοι οι συγγραφείς αποδέχονται την αποκλειστική κυριότητα της εργασίας από το Περιοδικό «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» μετά τη δημοσίευσή της σε αυτό.
- Επιβεβαίωση γραπτής άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη η εν λόγω μελέτη.
- Το όνομα, την ταχυδρομική και ηλεκτρονική διεύθυνση καθώς και το τηλέφωνο του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία.

Αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία ηλεκτρονικής υποβολής του άρθρου δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα www.hellenicjournalofnursing.gr

2.2. Με ταχυδρομείο. Το κείμενο θα συνοδεύεται από τους πίνακες, εικόνες, λεζάντες (3) αντίτυπα και σε ηλεκτρονική μορφή (CD). Η αποστολή γίνεται υπόψη του Εκδότη του Περιοδικού στην ταχυδρομική διεύθυνση:

Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ' κτήριο, 2ος όροφος
Λ. Μεσογείων 2, 115 27 Αθήνα
Τηλ.: 210 7702861, Fax: 210-7790360

Η Γραμματεία του Περιοδικού ενημερώνει τον υπεύθυνο αλληλογραφίας για τη λήψη του άρθρου εντός χρονικού διαστήματος μίας εβδομάδας χωρίς αυτό να σημαίνει και αποδοχή της εργασίας.

Κατά την παραλαβή τους, οι υποβαλλόμενες εργασίες χαρακτηρίζονται με κωδικό αριθμό που κοινοποιείται στους συγγραφείς και ο οποίος πρέπει να χρησιμοποιείται στο εξής σε κάθε επικοινωνία με το Περιοδικό.

Επισημαίνεται ότι η πιστή τήρηση των οδηγιών προς τους συγγραφείς του περιοδικού διευκολύνει τη διαδικασία κρίσης του άρθρου και παράλληλα συντομεύει τον χρόνο δημοσίευσης.

Σε περίπτωση επανυποβολής η άμεση ανταπόκριση των συγγραφέων θα επιταχύνει και τον χρόνο δημοσίευσης.

Επίσης για την καλύτερη ενημέρωσή σας σχετικά με το άρθρο που υποβάλλατε, μετά την ολοκλήρωση της αξιολόγησής του από τους κριτές θα λαμβάνετε άμεσα επιστολή e-mail όπου θα σας γνωστοποιείται το αποτέλεσμά της.

3. ΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

3.1. Προετοιμασία και σύνταξη του κειμένου

Το κείμενο και οι πίνακες θα πρέπει να είναι γραμμένα με διπλό διάστιχο, με γραμματοσειρά Times New Roman ή Arial και μέγεθος 12, με περιθώρια τουλάχιστον 2,5 cm και στις 4 πλευρές της σελίδας μεγέθους A4. Το κείμενο πρέπει να είναι γραμμένο με το πρόγραμμα «Microsoft Word» και οι σελίδες να είναι αριθμημένες, στην κάτω δεξιά γωνία.

Όλα τα άρθρα τα οποία υποβάλλονται υποχρεωτικά θα πρέπει να περιέχουν, κατά σειρά:

Σελίδα Τίτλου

Ελληνική περίληψη

Λέξεις-ευρετηρίου

Κείμενο

Αγγλική περίληψη

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Πίνακες

Εικόνες

Λεζάντες εικόνων

3.2. Σελίδα Τίτλου: Η σελίδα αυτή θα πρέπει να περιέχει:

α. Το είδος του άρθρου (π.χ. ανασκόπηση, ερευνητική εργασία, κ.λπ.).

β. Τον πλήρη τίτλο του άρθρου (μέχρι 250 χαρακτήρες) και έναν σύντομο τίτλο (μέχρι 40 χαρακτήρες). Υπότιτλος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εννοιολογικό συμπλήρωμα, ιδιαίτερα όταν ο κύριος τίτλος έχει περιοριστεί σε έκταση.

γ. Το πλήρες ονοματεπώνυμο κάθε συγγραφέα, με τη σειρά που εμφανίζεται στο άρθρο, γραμμένο με πεζά γράμματα στην ονομαστική. Παράλληλα, αναφέρονται οι σημαντικότεροι ακαδημαϊκοί-επαγγελματικοί τίτλοι τους. Τα ονόματα των συγγραφέων πρέπει να χωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα.

Τα στοιχεία των παραγράφων β και γ θα πρέπει να είναι γραμμένα και στα Αγγλικά.

δ. Την ημερομηνία υποβολής του άρθρου.

ε. Το ίδρυμα, την κλινική, το εργαστήριο, τη σχολή ή το ερευνητικό κέντρο από τα οποία προέρχεται η εργασία.

στ. Τυχόν διαφωνίες επιστημόνων της ερευνητικής ομάδας, χρηματοδοτήσεις ή ευχαριστίες.

ζ. Το όνομα, την ταχυδρομική και ηλεκτρονική (e-mail) διεύθυνση, το τηλέφωνο, τον αριθμό fax του υπεύθυνου για την αλληλογραφία συγγραφέα. Τονίζεται πως η αναφορά οποιουδήποτε στοιχείου των συγγραφέων πρέπει να αποφεύγεται σε άλλο σημείο του κειμένου.

3.3. Περίληψη: Γράφεται στην ελληνική και αγγλική γλώσσα και η έκτασή της κυμαίνεται από 300 έως 400 λέξεις. Συντμήσεις λέξεων ή φράσεων μπορούν να συμπεριλαμβάνονται, αρκεί να αναφέρονται σε παρένθεση, δίπλα στην πρώτη εμφάνιση των αντίστοιχων λέξεων ή φράσεων στην περίληψη. Δεν περιλαμβάνονται βιβλιογραφικές παραπομπές, εικόνες ή πίνακες.

Λέξεις ευρετηρίου: Στη σελίδα της περίληψης θα πρέπει να περιλαμβάνεται ο πλήρης τίτλος (όχι οι συγγραφείς) και 3-6 λέξεις ευρετηρίου. Οι λέξεις αυτές πρέπει να αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης που χρησιμοποιεί το Index Medicus (ελληνική μετάφραση MeSH).

3.3.1. Δομή περίληψης ερευνητικού άρθρου:

Εισαγωγή: συνοψίζεται σε 1-2 προτάσεις η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Σκοπός: αναγράφονται με σαφήνεια το/α ερευνητικό/α ερωτήμα/ματα ή η υπόθεση της μελέτης σε 2-3 προτάσεις.

Υλικό και Μέθοδος: αναφέρεται ο ερευνητικός σχεδιασμός, ο χώρος διεξαγωγής (χωρίς σαφή ταυτότητα), ο χρόνος/διάστημα διεξαγωγής, το μέγεθος και η μέθοδος επιλογής του δείγματος, η μεθοδολογία συλλογής των δεδομένων, το ποσοστό ανταπόκρισης, το είδος της στατιστικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: περιγραφή των κυριότερων αποτελεσμάτων τα οποία θα πρέπει να συνοδεύονται από διαστήματα εμπιστοσύνης και ακριβείς τιμές στατιστικής σημαντικότητας (p).

Συμπεράσματα: Η σύνθεση των αποτελεσμάτων πραγματοποιείται με τρόπο που να οδηγεί συμπερασματικά στα βασικά σημεία διερεύνησης του θέματος.

3.3.2. Δομή περίληψης συστηματικής ανασκόπησης

Εισαγωγή: συνοψίζεται σε 1-2 προτάσεις η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Σκοπός: αναγράφονται με σαφήνεια το(α) ερευνητικό(ά) ερώτημα(ματα) ή η υπόθεση της μελέτης σε 2-3 προτάσεις.

Υλικό και Μέθοδος: αναφέρεται με σαφήνεια η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε: βάσεις αναζήτησης, λέξεις-ευρετηρίου, χρονικό διάστημα αναζήτησης, κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μιας μελέτης από την ανασκόπηση, χρήση εντύπου καταγραφής των βασικών στοιχείων μιας μελέτης, μέγεθος του δείγματος άρθρων που ανασκοπήθηκαν.

Αποτελέσματα: περιγραφή των κυριότερων αποτελεσμάτων της ανασκόπησης, εννοιολογικά ομαδοποιημένων και με τρόπο σύντομο και περιεκτικό.

Συμπεράσματα: αναφέρονται στη σύνθεση των αποτελεσμάτων με τρόπο που να οδηγούν συμπερασματικά στα βασικά σημεία διερεύνησης του ερευνητικού ερωτήματος ή της υπόθεσης της ανασκόπησης.

3.3.3. Δομή περίληψης περιγραφικής ανασκόπησης

Εισαγωγή: συνοψίζεται σε 1-2 προτάσεις η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Σκοπός: αναγράφονται με σαφήνεια ο στόχος της ανασκόπησης ή το(α) ερευνητικό(α) ερώτημα/ματα, σε 2-3 προτάσεις.

Υλικό και Μέθοδος: αναφέρεται με σαφήνεια η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε: πηγές πληροφοριών και βιβλιογραφίας, ηλεκτρονικές βάσεις αναζήτησης, λέξεις-ευρετηρίου, χρονικό διάστημα αναζήτησης, κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού βιβλιογραφικών πηγών από την ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: περιγραφή των κυριότερων αποτελεσμάτων της ανασκόπησης, εννοιολογικά ομαδοποιημένων και με τρόπο σύντομο και περιεκτικό.

Συμπεράσματα: αναφέρονται στη σύνθεση των αποτελεσμάτων με τρόπο που να οδηγούν συμπερασματικά στα βασικά σημεία διερεύνησης του θέματος.

3.3.4. Δομή περίληψης μετα-ανάλυσης

Εισαγωγή: συνοψίζεται σε 1-2 προτάσεις η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Σκοπός: αναγράφονται με σαφήνεια το(α) ερευνητικό(ά) ερώτημα(ματα) ή η υπόθεση της μελέτης σε 2-3 προτάσεις.

Υλικό και Μέθοδος: αναφέρεται με σαφήνεια η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε: βάσεις αναζήτησης, λέξεις-ευρετηρίου, χρονικό διάστημα αναζήτησης, κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μιας μελέτης από τη μετα-ανάλυση, χρήση εντύπο καταγραφής των βασικών στοιχείων κάθε μελέτης, μέγεθος του δείγματος άρθρων που ανασκοπήθηκαν, στατιστική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε.

Αποτελέσματα: περιγραφή των κυριότερων αποτελεσμάτων τα οποία θα πρέπει να συνοδεύονται από διαστήματα εμπιστοσύνης και τιμές στατιστικής σημαντικότητας (p).

Συμπεράσματα: αναφέρονται στη σύνθεση των αποτελεσμάτων με τρόπο που να οδηγούν συμπερασματικά στα βασικά σημεία διερεύνησης του ερευνητικού ερωτήματος ή της υπόθεσης της ανασκόπησης.

3.4. Κυρίως κείμενο

Οι **Ανασκοπήσεις**, οι **Μετα-αναλύσεις** και τα **άρθρα Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης** κεφαλαιοποιούνται. Οι **Ανασκοπήσεις** πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνουν (α) Εισαγωγή, (β) Σκοπό, (γ) Υλικό & μέθοδο, (δ) Αποτελέσματα, (ε) Συζήτηση, (στ) Συμπεράσματα, και να ακολουθούν την ανάπτυξη της περίληψης αλλά σε μεγαλύτερη έκταση. Στις συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις θα πρέπει να παρατίθεται στο κεφάλαιο "Υλικό & μέθοδος", το διάγραμμα ροής επιλογής δείγματος άρθρων της μελέτης. Τονίζεται ότι στη συζήτηση παρουσιάζεται ουσιαστική αντιπαράθεση των αποτελεσμάτων κάθε μελέτης και συγκρίνονται αυτά με διεθνή δεδομένα εφόσον η ανασκόπηση αναφέρεται σε εθνικό επίπεδο. Σημαντική είναι σε αυτήν την ενότητα και η παράθεση της άποψης των συγγραφέων σχετικά με τα μειονεκτήματα και τους περιορισμούς των υπάρχοντων μελετών καθώς και η παρουσίαση των προτάσεών τους. Οι **Μετα-αναλύσεις** πρέπει να περιλαμβάνουν:

(α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και Μέθοδο, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη. Τα άρθρα **Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης** πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνουν: (α) Εισαγωγή, (β) Σκοπό, όπου θα αναφέρονται 3-5 εκπαιδευτικοί στόχοι του άρθρου και (γ) Συμπεράσματα. Η παράθεση πληροφοριών που αφορούν στο κυρίως θέμα του άρθρου, θα γίνεται μεταξύ κεφαλαίων (β) και (γ). Το κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει σύγχρονα, καινοτόμα, έγκυρα και τεκμηριωμένα δεδομένα που αφορούν στην κλινική πρακτική ή στο νοσηλευτικό επάγγελμα γενικότερα. Μετά τον κατάλογο των βιβλιογραφικών παραπομπών και σε ξεχωριστή σελίδα θα πρέπει να παραθέτονται 10 ερωτήσεις με πολλαπλή επιλογή 3 (τριών) ή 4 (τεσσάρων) απαντήσεων, στις οποίες θα υποδεικνύεται η σωστή απάντηση. Τέλος, τα άρθρα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θα πρέπει να συνοδεύονται από επιστολή προς τον Διευθυντή Σύνταξης όπου θα τεκμηριώνεται η εμπειρογνώμοσύνη, του/των συγγραφέα/ων, σε σχέση με τη θεματολογία του άρθρου, όπως αυτή προκύπτει από την κλινική-επαγγελματική εμπειρία, την ακαδημαϊκή εκπαίδευση ή και τα δύο.

Οι **Ερευνητικές Εργασίες** θα πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένη δομή όπως αυτή περιγράφεται στο σχετικό κεφάλαιο της αντίστοιχης περίληψης: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση, (ε) Περιορισμοί μελέτης και (στ) Συμπεράσματα και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Στις ερευνητικές εργασίες πρέπει απαραίτητως να αναφέρεται ο ερευνητικός σχεδιασμός της μελέτης, η χρονική περίοδος συγκέντρωσης των δεδομένων, η πηγή των δεδομένων, το μέγεθος και η μέθοδος επιλογής του δείγματος, η μεθοδολογία συλλογής των δεδομένων, το εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων, η άδεια χρήσης αυτού, η διαδικασία στάθμισης αυτού (αξιοπιστία και εγκυρότητα), το ποσοστό ανταπόκρισης, το είδος της στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε. Τα αποτελέσματα θα πρέπει να συνοδεύουν διαστήματα εμπιστοσύνης και ακριβείς τιμές στατιστικής σημαντικότητας (p).

Το κείμενο, ανάλογα με το είδος του άρθρου, δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα όρια λέξεων που αναγράφονται ανωτέρω (περιλαμβανομένων των πινάκων και των λεζάντων των εικόνων). Ο Εκδότης/Διευθυντής Σύνταξης διατηρεί το δικαίωμα να προσαρμόζει το ύψος (στυλ) προκειμένου να εξασφαλίζονται οι κανόνες ομοιομορφίας.

Οι **Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις** διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Περιγραφή περίπτωσης, (γ) Συζήτηση, (δ) Συμπεράσματα

Οι **Βραχείες Δημοσιεύσεις** διακρίνονται στα τμήματα: (α) Εισαγωγή, (β) Υλικό και μέθοδος, (γ) Αποτελέσματα, (δ) Συζήτηση, (ε) Συμπεράσματα.

3.5. Ηθική & Δεοντολογία

Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τα αποτελέσματα των μελετών τους προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες οι οποίες τήρησαν τον κώδικα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

και τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα σε ανθρώπους και πειραματόζωα, όπως αυτές σαφώς διατυπώνονται από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, www.icmje.org) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1975 αναθεώρηση 2008) (www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/).

Στο κεφάλαιο της Μεθόδου θα πρέπει να υπάρχει δήλωση των συγγραφέων ότι τηρήθηκε η ανωνυμία και ότι εξασφαλίστηκε η πληροφορημένη συναίνεση και συγκατάθεση των συμμετεχόντων και η ενυπόγραφη άδεια νοσοκομείων ή άλλων φορέων, καθώς και δημιουργών εργαλείων/ερωτηματολογίων κ.λπ.

3.6. Μονάδες μέτρησης: Μετρήσεις μήκους, ύψους, βάρους και όγκου πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες: “m”, και όχι “μέτρο”, “kg” και όχι “χιλιόγραμμα” κ.ά., σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα. Οι θερμοκρασίες πρέπει να δίνονται σε βαθμούς Κελσίου. Οι αρτηριακές πιέσεις πρέπει να δίνονται σε χιλιοστά στήλης υδραργύρου. Όλες οι τιμές των αιματολογικών και βιοχημικών μετρήσεων πρέπει να αναφέρονται σύμφωνα με το σύστημα μονάδων SL ή άλλου.

3.7. Συντμήσεις λέξεων ή φράσεων επιτρέπονται αρκεί να αναφέρονται σε παρένθεση, δίπλα στην πρώτη εμφάνιση των αντίστοιχων λέξεων ή φράσεων στο κείμενο. Η επεξήγηση αυτών των συντμήσεων είναι απαραίτητη ακόμη και όταν η ίδια επεξήγηση έχει γίνει στην περίληψη. Αντίθετα, οι συμβολισμοί που ισχύουν διεθνώς δεν χρειάζονται επεξήγηση π.χ. “IgG” και όχι “ανοσοσφαιρίνη G”. Η παράθεση αυτούσιων ξενόγλωσσων όρων, λέξεων μέσα στο κείμενο, πρέπει να περιορίζεται στους απαραίτητους (π.χ. “shock”) ενώ δεν επιτρέπεται η φωνητική τους απόδοση στα Ελληνικά (π.χ. “σοκ”). Σε περίπτωση που δεν υπάρχει παραδεκτή ελληνική απόδοση, ο ξενόγλωσσος όρος παρατίθεται αυτούσιος, σε παρένθεση, δίπλα στην πρώτη εμφάνιση απόδοσής του από τον συγγραφέα.

3.8. Δήλωση Αντικρουόμενων Συμφερόντων: Στο κείμενο, θα πρέπει να περιλαμβάνεται δήλωση των συγγραφέων που να επιβεβαιώνει ότι δεν υπάρχουν αντικρουόμενα συμφέροντα που δυνητικά θα μπορούσαν να επηρεάσουν την αξιολόγηση της εργασίας τους. Αντικρουόμενα συμφέροντα υφίστανται όταν κάποιος από τους συγγραφείς (ή το ίδρυμα προέλευσής τους) έχει οικονομικές ή διαπροσωπικές σχέσεις που μεροληπτικά μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά, τις διαδικασίες αξιολόγησης του άρθρου που έχει υποβληθεί για κρίση, όπως σχέσεις εργοδότη-εργαζόμενου, οικονομικών επάθλων ή αμοιβών, ιδιοκτησίας περιουσίας, ακαδημαϊκού ανταγωνισμού κ.λπ. (Διεθνής Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Περιοδικών, 2006).

3.9. Δήλωση Πηγών Χρηματοδότησης: Οι συγγραφείς θα πρέπει να δηλώσουν σαφώς τις πηγές χρηματοδότησης της μελέτης τους, εφόσον υπάρχουν, αναφέροντας λεπτομερή στοιχεία (π.χ. εθνικές επιχορηγήσεις, υποτροφίες, εταιρείες, μη κερδοσκοπικά ιδρύματα κ.λπ.). Συγκεκριμένα, θα πρέπει να αναφέρονται τα στοιχεία του φορέα χρηματοδότησης, η χρονική διάρκεια κ.λπ.

3.10. Ευχαριστίες: Εφόσον οι συγγραφείς επιθυμούν, μπορούν να αναφέρουν τα ονόματα φυσικών προσώπων και τις

ιδιότητες τους καθώς και τους φορείς, που διευκόλυναν την εκπόνηση της εργασίας ή συνέβαλαν με οποιονδήποτε άλλο τρόπο στη διεξαγωγή και ολοκλήρωσή της.

3.11. Βιβλιογραφία: Οι βιβλιογραφικές παραπομπές δεν θα πρέπει να είναι περισσότερες από 40. Συνιστάται κάθε επιστημονική άποψη να μην υποστηρίζεται από περισσότερες από 3 ή 4 παραπομπές. Η καταχώρηση των βιβλιογραφικών παραπομπών είναι αριθμητική με τη σειρά εμφάνισης στο κείμενο (Σύστημα Vancouver). Ο κατάλογος βιβλιογραφικών παραπομπών τοποθετείται σε ξεχωριστή σελίδα στο τέλος του κειμένου της εργασίας.

Για τη σύνταξη του ακολουθούνται οι παρακάτω κατευθυντήριες οδηγίες: (Για περισσότερες πληροφορίες δείτε την ιστοσελίδα του περιοδικού www.hellenicjournalofnursing.gr).

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, όπως και στους πίνακες και τις εικόνες με τους τίτλους τους, προσδιορίζονται με αραβικούς αριθμούς. Τελείες ή κόμματα σημειώνονται πριν από τη βιβλιογραφική παραπομπή. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται κατά αύξοντα αριθμό και με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο (και μόνον αυτές) καταχωρούνται στον βιβλιογραφικό κατάλογο, που αρχίζει σε ιδιαίτερη σελίδα μετά το κείμενο. Πριν από κάθε βιβλιογραφική παραπομπή στον κατάλογο προηγείται ο αντίστοιχος αριθμός που σημειώθηκε στο κείμενο και στον οποίο αντιστοιχεί η βιβλιογραφία.

Μόνο οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στους πίνακες ή στους τίτλους των εικόνων σημειώνονται κατά σειρά στο πλαίσιο αυτού του ιδιαίτερου κειμένου. Λεπτομερής παράθεση αυτών των παραπομπών γίνεται αμέσως μετά τη λήξη του τίτλου της εικόνας και σε υποσημείωση στους πίνακες. Πριν από την αναλυτική παράθεση της παραπομπής γράφεται ο αντίστοιχος αριθμός που σημειώθηκε στον τίτλο της εικόνας ή στον πίνακα.

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται σε άρθρα που δημοσιεύτηκαν στα Ελληνικά γράφονται με ελληνικούς χαρακτήρες και με τον ελληνικό τίτλο του άρθρου. Κατά τα άλλα, γράφονται σύμφωνα με τις υποδείξεις αυτού του υποκεφαλαίου. Οι συντμήσεις των τίτλων των περιοδικών πρέπει να γράφονται σύμφωνα με το Index Medicus, που δημοσιεύονται κάθε χρόνο, τον Ιανουάριο, σε χωριστό τεύχος (List of Journals Indexes in Index Medicus). Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών υπάρχει ο σχετικός κατάλογος του ΙΑΤΡΟΤΕΚ, που συντάχθηκε σύμφωνα με τις υποδείξεις του ISO 4, 1972 (2). Πρέπει να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση περιλήψεων (abstracts) ως βιβλιογραφικών παραπομπών.

Επιπρόσθετα, «Δημοσιεύτες παρατηρήσεις» και «Προσωπικές επικοινωνίες» δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως παραπομπές, αν όμως είναι γραπτή και όχι προφορική επικοινωνία μπορεί να αναφερθεί στο κείμενο (σε παρένθεση). Εργασίες που έχουν γίνει δεκτές για δημοσίευση, αλλά δεν δημοσιεύτηκαν ακόμη, μπορούν να αναφερθούν στη βιβλιογραφία. Στην περίπτωση αυτή σημειώνεται το περιοδικό και η φράση «υπό δημοσίευση» (σε παρένθεση). Κατά την αναφορά μιας τέτοιας εργασίας στο κείμενο σημειώνεται «Δημοσιεύτες παρατηρή-

σεις» (σε παρένθεση). Για τη σύνταξη του βιβλιογραφικού καταλόγου ακολουθεί η αναφορά υποδείγματος σύμφωνα με τις προδιαγραφές της National Library of Medicine των ΗΠΑ και του Index Medicus:

Από επιστημονικά περιοδικά

Τυπικό άρθρο περιοδικού. Αναφέρονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων όλων των συγγραφέων μέχρι έξι (όταν είναι περισσότεροι ακολουθεί η ένδειξη «et al», και για τα ελληνικά άρθρα «και συν.»), ο τίτλος της εργασίας, η συντομογραφία του περιοδικού, το έτος, ο τόμος, η πρώτη και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης. Π.χ. You CH, Lee KY, Chey WY, Mengury R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea. *Gastroenterology* 1980;79:311–314.

Συλλογικό άρθρο (μεγάλη ομάδα συγγραφέων). The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of synergistic bone-marrow graft without preconditioning in post-hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977, 2:242–244.

Δεν αναφέρεται συγγραφέας. Anonymous (ανώνυμος για ελληνική δημοσίευση). Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981;283:628.

Συμπληρωματικό τεύχος περιοδικού. Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan. *Blood* 1979, 54 (Suppl 1):26a (Abstract)

Περιοδικό με χωριστή αρίθμηση σε κάθε τεύχος. Seaman WB. The case of the pancreatic pseudo cyst. *Hosp Pract* 1981, 16:24–25.

Από βιβλία και άλλες μονογραφίες

Ένας συγγραφέας. Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York, Harper & Row, 1974

Συντάκτης, Πρόεδρος Συμποσίου, Επιμελητής Έκδοσης (Πρόεδρος μιας ομάδας εργασίας ως συγγραφέας). Dausset J, Colombani J (eds) *Histocompatibility testing* 1972. Copenhagen, Mansard, 1973:12–18.

Κεφάλαιο σε ένα βιβλίο. Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA (eds) *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia, WB Saunders, 1974: 457–472.

Δημοσίευση σε Πρακτικά. Du Pont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated combined compatible donor. In: White HJ, Smith R (eds) *Proceedings of the third annual meeting of the International Society of Experimental Hematology*. Houston, International Society for Experimental Hematology, 1974:44–46.

Μονογραφίες σε σειρά εκδόσεων. Hunnighake GW, Gadek JE, Szapale SV. The human alveolar macrophage. In: Harris CC (ed) *Cultured human cells and tissues in biomedical research*. New York, Academic Press, 1980: 54–56.

Διδακτορική διατριβή. Gairns RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen. (Dissertation) Berkeley, California, University of California, 1965:156.

Άλλα άρθρα

Αδημοσίευστα άρθρα (γράφονται μέσα σε παρένθεση στο κείμενο) (Scott CA, Nugen CA. Προσωπική επικοινωνία). (Lerner RA, Dixon FJ. The induction of acute glomerulonephritis in rats, υπό δημοσίευση). (Smith J. New agents for cancer chemotherapy. Presented at the Third Annual Meeting of the American Cancer Society, June 13, 1983, New York).

Παραπομπή από το διαδίκτυο: Αναφέρεται η συγγραφική ομάδα, ο τίτλος της παραπομπής και η ηλεκτρονική διεύθυνση της πηγής:

Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina / Non – ST – Elevation Myocardial Infarction. American College of Cardiology Web Site. Available at <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/50/7/e1>. Assessed July 14, 2008.

3.12. Πίνακες: Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο εάν τα στοιχεία που περιέχουν καλύπτουν μικρότερο χώρο από τον χώρο που θα κάλυπταν σε μορφή κειμένου, με σκοπό να τονίσουν σημαντικά στοιχεία. Επισυνάπτονται ως ξεχωριστό αρχείο και δακτυλογραφούνται με διπλό διάστημα. Σε κάθε περίπτωση δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τους 3–4 αναλόγως το μέγεθος του κειμένου. Θα πρέπει να περιέχουν έναν σύντομο τίτλο (λεζάντα), στο πάνω μέρος του πίνακα και να είναι αριθμημένοι με αραβικούς χαρακτήρες ανάλογα με τη σειρά αναφοράς τους στο κείμενο. Σε κάθε στήλη γράφεται σύντομη επικεφαλίδα. Αποφεύγονται οι κάθετες και οριζόντιες γραμμές.

Επεξηγηματικές πληροφορίες γράφονται σε υποσημείωση και όχι στον τίτλο. Στις υποσημειώσεις εξηγούνται όλες οι μη καθιερωμένες συντμήσεις που χρησιμοποιούνται σε κάθε πίνακα. Στην Ελλάδα, οι αποδεκτές συντμήσεις είναι λίγες και καθιερώθηκαν με τον χρόνο (όπως TKE, KNΣ, ENY), γι' αυτό καλό είναι να γράφεται ο όρος ή ο ορισμός και σε παρένθεση η συντομογραφία. Στις υποσημειώσεις χρησιμοποιούνται τα παρακάτω σύμβολα, με την εξής σειρά: *, **, ***, +, ++, §, §§. Επεξηγούνται τα στατιστικά σύμβολα, όπως SD (σταθερή απόκλιση) και SEM (σταθερό σφάλμα).

Εάν χρησιμοποιούνται στοιχεία από δημοσιευμένο ή μη υλικό, εξασφαλίζεται η άδεια και αναφέρεται σαφώς στις ευχαριστίες.

Πολλοί πίνακες σε κείμενο μικρής έκτασης μπορεί να προκαλέσουν δυσκολίες στη σελιδοποίηση. Ο εκδότης, κατά την αποδοχή της εργασίας, μπορεί να ζητήσει για τους επιπλέον πίνακες, οι οποίοι περιέχουν πρόσθετα σημαντικά στοιχεία, που δεν μπορούν να δημοσιευθούν λόγω έλλειψης χώρου, να παρέχονται από τους συγγραφείς σε όποιον ενδιαφέρεται να τους ζητήσει. Στην περίπτωση αυτή θα προστεθεί η σχετική δήλωση στο κείμενο. Οι πίνακες αυτοί υποβάλλονται μαζί με την εργασία.

3.13. Εικόνες: Όλα τα γραφήματα, εικόνες και φωτογραφίες θεωρούνται ως εικόνες. Οι εικόνες πρέπει να κατατίθενται και χωριστά σε αρχείο μορφής JPEG.

Υποβάλλεται ο απαραίτητος αριθμός εικόνων (όχι περισσότερες από 2-3, αναλόγως της έκτασης του κειμένου). Τα γράμματα, οι αριθμοί και τα σύμβολα πρέπει να είναι καθαρά, ομοιόμορφα,

κατάλληλου μεγέθους, ώστε στη σμίκρυνση για τη δημοσίευση να είναι ευανάγνωστα. Οι τίτλοι και οι επεξηγήσεις πρέπει να γράφονται στη σελίδα τίτλων των εικόνων και όχι επάνω τους.

Στο πίσω μέρος της εικόνας -εφόσον αποσταλεί το άρθρο ταχυδρομικά- πρέπει να υπάρχει αυτοκόλλητο για να σημειώνεται ο αριθμός της εικόνας και το όνομα (του πρώτου) συγγραφέα και ένα βέλος να δείχνει το επάνω μέρος της.

Αντί των πρωτότυπων διαγραμμάτων, ακτινογραφιών κ.λπ., πρέπει να αποστέλλονται οι αντίστοιχες φωτογραφίες, σε αρχείο μορφής JPEG.

Εάν υπάρχουν φωτογραφίες ατόμων, θα πρέπει είτε να μη διακρίνονται τα πρόσωπά τους είτε να συνοδεύονται από γραπτή άδεια χρησιμοποίησης των φωτογραφιών τους ως έχουν.

Οι εικόνες να είναι αριθμημένες με αραβικούς χαρακτήρες ανάλογα με τη σειρά αναφοράς τους στο κείμενο. Εάν μια φωτογραφία έχει δημοσιευθεί κάπου αλλού, σημειώνεται στις ευχαριστίες η πηγή προέλευσης και αποστέλλεται ταχυδρομικά η γραπτή άδεια του εκδότη που έχει την αποκλειστικότητα αναδημοσίευσης (copyright) της φωτογραφίας. Η άδεια χρειάζεται, ανεξάρτητα από το ποιος είναι ο συγγραφέας ή ο εκδότης, εκτός εάν το έγγραφο είναι δημόσιο.

Έγχρωμες φωτογραφίες δεν θα δημοσιεύονται, εκτός αν οι συγγραφείς αναλάβουν την επιπλέον δαπάνη της εκτύπωσής τους.

3.14. Τίτλοι των εικόνων (λεζάντες): Δακτυλογραφούνται οι τίτλοι των εικόνων σε διπλό διάστημα, σε χωριστή σελίδα και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς. Εάν χρησιμοποιούνται σύμβολα, βέλη, αριθμοί ή γράμματα για να χαρακτηρίσουν τμήματα των εικόνων, σημειώνονται στους τίτλους και επεξηγούνται με ακρίβεια.

4. ΚΡΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Κάθε άρθρο κρίνεται ανεξάρτητα από δύο κριτές καθώς και από στατιστικό, οι οποίοι επιλέγονται από τον Διευθυντή Σύνταξης, τους Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης και από τη Συντακτική Επιτροπή. Σε περίπτωση διαφωνίας, ορίζεται νέος κριτής. Ο Διευθυντής Σύνταξης διατηρεί το δικαίωμα της τελικής απόφασης της δημοσίευσης. Τα ονόματα των κρινόμενων συγγραφέων και των κριτών παραμένουν αμοιβαία αυστηρά απόρρητα.

Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:

(α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις

- Στην περίπτωση αυτή, το άρθρο ικανοποιεί εξ' αρχής τέσσερα γενικά κριτήρια:
- Έχει δομηθεί σε προϋπάρχουσα γνώση
- Συνεισφέρει στη γνωστική βάση της Νοσηλευτικής
- Είναι βασισμένο στα πρότυπα της ερευνητικής μεθοδολογίας και γνώσης
- Απευθύνεται σε ευρύ κοινό.

(β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις

Στην περίπτωση αυτή αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση του συγγραφέα, που έχει οριστεί ως υπεύθυνος αλληλογραφίας, μία αριθμημένη λίστα υποδείξεων για διόρθωση και επανυποβολή.

(γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων

Στην περίπτωση αυτή αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση του συγγραφέα, που έχει οριστεί ως υπεύθυνος αλληλογραφίας, μία αριθμημένη λίστα υποδείξεων για διόρθωση και επανυποβολή. Ο συγγραφέας οφείλει να απαντήσει εάν ενδιαφέρεται να συνεχίσει και είναι διατεθειμένος να προβεί σε διορθώσεις.

(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή

Στην περίπτωση αυτή δεν αποστέλλεται λίστα διορθώσεων στον συγγραφέα.

5. ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΡΘΡΟΥ ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ

5.1. Παραχώρηση πνευματικών δικαιωμάτων

Η κατάθεση εργασίας προς δημοσίευση συνεπάγεται ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευθεί ή δεν είναι υπό κρίση σε κάποιο άλλο επιστημονικό περιοδικό. Ενυπόγραφη άδεια παραχώρησης πνευματικών δικαιωμάτων από όλους τους συγγραφείς θα πρέπει να αποστέλλεται στον Εκδότη του περιοδικού πριν από τη δημοσίευση της εργασίας. Το έντυπο της άδειας αυτής ανευρίσκεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.hellenicjournalofnursing.gr και θα πρέπει να αποστέλλεται ενυπόγραφη (σε πρωτότυπη μορφή) ταχυδρομικά μόνο στις περιπτώσεις που το άρθρο έχει γίνει αποδεκτό για δημοσίευση και εντός 10 ημερών από την τελική κρίση.

Όλες οι δημοσιευμένες εργασίες αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του περιοδικού «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ». Οι συγγραφείς έχουν το δικαίωμα χρήσης του δικού τους υλικού για δημοσίευση σε άλλα περιοδικά, υπό τον όρο να αναφέρεται το Περιοδικό «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» ως πηγή και εφόσον έχει δοθεί γραπτή άδεια από τον Εκδότη/Διευθυντή Σύνταξης του περιοδικού «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ».

5.2. Τυπογραφική διόρθωση

Οι συγγραφείς υποχρεούνται σε μία τυπογραφική τελική διόρθωση, πριν από τη δημοσίευση του άρθρου, στην οποία αποκλείεται η μεταβολή του κειμένου ή η προσθήκη εικόνων, σχημάτων κ.λπ., εκτός αν υπάρξει άδεια του Διευθυντή Σύνταξης. Η αποστολή του κειμένου προς τυπογραφική διόρθωση γίνεται ηλεκτρονικά ή ταχυδρομικά στον υπεύθυνο συγγραφέα για την αλληλογραφία. Η διόρθωση των δοκιμών δεν θα πρέπει να καθυστερεί περισσότερο από 2-3 ημέρες.

5.3. Αποστολή ανατύπων

Ο υπεύθυνος για την αλληλογραφία συγγραφέας θα λάβει ένα ηλεκτρονικό αρχείο σε μορφή pdf με την τελική μορφή του υπό δημοσίευση άρθρου (με τη μορφή που αυτό θα δημοσιευθεί). Η αποστολή έντυπων ανατύπων –μέγιστος συνολικός αριθμός 10 ανατύπων για όλους τους συγγραφείς– γίνεται ύστερα από αίτηση των συγγραφέων. Η δαπάνη εκτύπωσης επιπλέον ανατύπων από το προβλεπόμενο βαρύνει τους συγγραφείς.

The English version of the "Authors' Guidelines" is available in the website of the "HELLENIC JOURNAL OF NURSING" (www.hellenicjournalofnursing.gr)

