



# ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α, ΤΕΙ Αθηνών

ΤΟΜΟΣ 8ος, Τεύχος 2ο, Απρίλιος - Ιούνιος 2009

## ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

*Δοκιμασία Κοπώσεως – Πρωτόκολλο Bruce*

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- *Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο  
ισχαιμικής αιτιολογίας*

- *Εκπαίδευση Ασθενών  
με Διαβητικό Πόδι*



## ΕΡΕΥΝΕΣ

- *Μεσοκολπική – Μεσοκοιλιακή  
Επικοινωνία*

- *Ο Συντονισμός των μεταμοσχεύσεων:  
Μέτρηση της συμπεριφοράς του  
Συντονιστή μεταμόσχευσης σε Μ.Ε.Θ.  
Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης*

## ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

- *Νοσηλευτική και Θεολογική  
προσέγγιση του πόνου*

**ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ****Δοκιμασία Κοπώσεως – Πρωτόκολλο Bruce**

Η ηλεκτροκαρδιογραφική (ΗΚΓ) δοκιμασία κοπώσεως αποτελεί την πιο απλή και αναίμακτη διαγνωστική μέθοδο για την ανίχνευση και παρακολούθηση της ισχαιμίας του μυοκαρδίου οφειλόμενης κυρίως σε στεφανιαία νόσο. Ως δοκιμασία κοπώσεως ορίζεται, η εκτέλεση ελεγχόμενης σωματικής άσκησης από τον εξεταζόμενο και η συνεχής ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση αυτού σε οθόνη κατά τη διάρκεια της εξέτασης και μετά το τέλος αυτής.<sup>1,2</sup>

Ως γνωστό κατά την άσκηση, ο καρδιακός μυς υφίσταται μεταβολή όλων των φυσιολογικών παραμέτρων λόγω των αυξημένων αναγκών σε οξυγόνο με αποτέλεσμα την πρόκληση ισχαιμικών αλλοιώσεων στο Η.Κ.Γ και συμπτωμάτων στον εξεταζόμενο, τα οποία δεν θα ήταν δυνατόν να παρατηρηθούν στη καθημερινή κλινική πρακτική, όπου οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο εξετάζονται συνήθως σε ηρεμία.<sup>1-6</sup> Όμως, το διαγνωστικό αποτέλεσμα της κόπωσης δεν στηρίζεται μόνο στην αξιολόγηση αυτών των αλλαγών αλλά αντιθέτως συνεκτιμώνται και άλλα ευρήματα, όπως η απάντηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης στην άσκηση και ο βαθμός ανοχής στην κόπωση (κακή ανοχή-καλή ανοχή).<sup>7-9</sup>

Υπάρχουν διάφορα είδη δοκιμασίας κοπώσεως, τα οποία επιλέγονται ανάλογα με τη γενική κατάσταση υγείας του εξεταζομένου ή και άλλες συνοδές παθήσεις. Η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη εξέταση είναι η σταδιακή δοκιμασία άσκησης (graded exercise test) με το πρωτόκολλο Bruce κατά την οποία ο εξεταζόμενος βαδίζει σε ένα μηχανικά κυλιόμενο τάπητα, όπου το φορτίο έργου αυξάνεται κατά βαθμίδες (στάδια κόπωσης), μέχρι να επιτευχθεί η μέγιστη προβλεπόμενη καρδιακή συχνότητα.<sup>1-6</sup>

Το υπολογιζόμενο φορτίο έργου εκφράζεται σε MET(s) (metabolic equivalent), που παριστά το κόστος σε ενέργεια της δραστηριότητας σε πολλαπλάσια της κατανάλωσης οξυγόνου στην ηρεμία. Η κατανάλωση ενέργειας στην ηρεμία (1MET) είναι περίπου ίση με την πρόσληψη οξυγόνου 3,5ml/kg/min. Ένα φυσιολογικό άτομο μπορεί να επιτύχει 10 MET και άνω, αναλόγως της ηλικίας και της φυσικής κατάστασης.<sup>1-6</sup>

Η μέγιστη προβλεπόμενη καρδιακή συχνότητα υπολογίζεται με την αφαίρεση της ηλικίας σε έτη από τον αριθμό 220. Παρότι, η εξέταση πρέπει να ολοκληρώνεται, όταν επιτευχθεί το 100% της αναμενόμενης για την ηλικία καρδιακής συχνότητας, εντούτοις, σε πολλά εργαστήρια η

δοκιμασία διακόπτεται, όταν έχει επιτευχθεί το 85% της προβλεπόμενης μέγιστης καρδιακής συχνότητας (υπομέγιστη δοκιμασία κοπώσεως ως προς την επιτευχθείσα καρδιακή συχνότητα). Η εμφάνιση αρρυθμιών, έκτακτων κοιλιακών συστολών, κοιλιακής ταχυκαρδίας ή άλλων συμπτωμάτων λόγω της προκαλούμενης ισχαιμίας του μυοκαρδίου, όπως στηθάγχη, δύσπνοια αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες διακοπής της εξέτασης.<sup>1-6</sup>

Απαραίτητη προϋπόθεση για την έναρξη της δοκιμασίας κοπώσεως είναι η καταγραφή Η.Κ.Γ και η λήψη ζωτικών σημείων σε κατάσταση ηρεμίας (resting stage). Η εξέταση αρχίζει με βάδιση του εξεταζόμενου σε οριζόντια επιφάνεια του κυλιόμενου τάπητα (κλίση 0, στάδιο 1) και συνεχίζεται με προοδευτική αύξηση της κλίσης και της ταχύτητάς του ανά διαστήματα 3 min και την ταυτόχρονη Η.Κ.Γ παρακολούθηση προεπιλεγμένων απαγωγών σε οθόνη. Κάθε αλλαγή της ταχύτητας και της κλίσης του τάπητα σηματοδοτεί ένα στάδιο κόπωσης, έξι το σύνολο, μέχρι το στάδιο της αποκατάστασης (recovery period), όπου ολοκληρώνεται η εξέταση. Κατά τη διάρκεια της κόπωσης μετράται η αρτηριακή πίεση κάθε 3 min, ενώ στο τέλος καταγράφεται Η.Κ.Γ 12 απαγωγών μέχρι την επαναφορά σε κατάσταση ηρεμίας. Στο στάδιο της αποκατάστασης η αρτηριακή πίεση μετράται στα 2,4 και 6 min.<sup>1-6</sup>

Ο συνολικός χρόνος διάρκειας της εξέτασης κυμαίνεται από 6 έως 12min και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η φυσική κατάσταση, κ.ά. Παρότι, ο ιδανικός χρόνος για την ολοκλήρωση της κόπωσης είναι τα 12 min, η εξέταση θεωρείται ικανοποιητική, όταν ο εξεταζόμενος έχει συμπληρώσει 9 min χωρίς παθολογικά ευρήματα.<sup>1-6</sup> Η δοκιμασία κόπωσης μπορεί να είναι, είτε θετική ή παθολογική, που σημαίνει εμφάνιση μιας ή περισσότερων εκδηλώσεων ισχαιμίας και ενδεικτικών Η.Κ.Γ μεταβολών, είτε αρνητική ή φυσιολογική.

Τα άτομα που πρόκειται να υποβληθούν σε δοκιμασία κόπωσης θα πρέπει να μην έχουν γευματίσει δύο ώρες προ της εξέτασης, να φορούν κατάλληλα υποδήματα για έντονο περπάτημα και το σημαντικότερο, να έχουν διακόψει τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής που επηρεάζει το αποτέλεσμα της εξέτασης, (β-αναστολείς, ανταγωνιστές ασβεστίου, νιτρώδη), κατόπιν συνεννόησης με το θεράποντα ιατρό. Η διαγνωστική αυτή μέθοδος εφαρμόζεται σε:<sup>1,6</sup>

1. Σε άτομα υψηλού κινδύνου λόγω προδιαθεσικών παραγόντων κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η αύξηση της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων, ο σακχαρώδης διαβήτης, το κληρονομικό ιστορικό, το άγχος και η υπέρταση.
2. Σε ασθενείς με πόνο κατά την προσπάθεια αλλά φυσιολογικό Η.Κ.Γ.
3. Στην εκτίμηση του βαθμού ισχαιμίας λόγω στένωσης των στεφανιαίων αρτηριών.

4. Στην παρακολούθηση ασθενών με ιστορικό εμφράγματος και αγγειοπλαστικής ή αορτοστεφανιαίας παράκαμψης.
5. Στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής που λαμβάνουν οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο.
6. Στην παρακολούθηση ασταθούς υπέρτασης.
7. Στη εκτίμηση ασθενών με αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια και βαλβιδικές παθήσεις.
8. Στην αξιολόγηση ατόμων που ασκούν ή πρόκειται να ασκήσουν ορισμένο επάγγελμα π.χ. πιλότου, κ.ά.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Στεφανάδης Χρ. Παθήσεις της καρδιάς. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005.
2. Miller TD. Exercise treadmill test: estimating cardiovascular prognosis. *Cleve Clin J Med.* 2008;75(6):424-30.
3. Raxwall V., Shetler K., Morise A., Do D., Myers J., Atwood JE., Froelicher VF. Simple treadmill score to diagnose coronary disease. *Chest.* 2001;119(6):1933-40.
4. Evans CH., Harris G., Mendold V., Ellestad MH. A basic approach to the interpretation of the exercise test. *Prim Care.* 2001;28(1):73-98.
5. Lear SA., Brozic A., Myers JN., Ignaszewski A. Exercise stress testing. An overview of current guidelines. *Sports Med.* 1999;27(5):285-312
6. Διαδυκτιακή σελίδα: [www.incardiology.gr](http://www.incardiology.gr) Πρόσβαση 18-1-09
7. Le VV., Mitiku T., Sungar G., Myers J., Froelicher V. The blood pressure response to dynamic exercise testing: a systematic review. *Prog Cardiovasc Dis.* 2008;51(2):135-60.
8. Diwan SK., Jaiswal N., Wanjari AK., Mahajan SN. Blood pressure response to treadmill testing among medical graduates: the right time to intervene. *Indian Heart J.* 2005;57(3):237-40.
9. Navare SM., Thompson PD. Acute cardiovascular response to exercise and its implications for exercise testing. *J Nucl Cardiol.* 2003;10(5):521-8.

---

Πολυκανδριώτη Μ.

Καθηγήτρια Εφαρμογών, Νοσηλευτική Α, ΤΕΙ, Αθήνας

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο ισχαιμικής αιτιολογίας

Δοκουτσίδου Ελένη<sup>1</sup>, Αντωνίου Κωνσταντίνα<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Ευαγγελισμός
2. Νοσηλεύτρια, MSc, Αρεταίειο

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Α.Ε.Ε.) αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου μετά τα καρδιακά νοσήματα και τον καρκίνο και ευθύνεται για το 10% των θανάτων, παγκοσμίως.

**Σκοπός** της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους τύπους του Α.Ε.Ε και τους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης του Α.Ε.Ε ισχαιμικής αιτιολογίας.

**Υλικό και μέθοδος:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε βιβλιογραφική αναζήτηση ερευνητικών και ανασκοπικών μελετών της ελληνικής και διεθνούς βάσης δεδομένων που αναφέρονταν στο Α.Ε.Ε, ισχαιμικής αιτιολογίας.

**Αποτελέσματα:** Το Α.Ε.Ε ταξινομείται ανάλογα με την παθογένειά του σε δυο μεγάλες κατηγορίες, αιμορραγικού και ισχαιμικού τύπου. Το 20% των Α.Ε.Ε είναι αιμορραγικού τύπου και περίπου το 80% ισχαιμικού τύπου. Παρότι, το ισχαιμικό επεισόδιο αποτελεί το πιο συνηθισμένο τύπο Α.Ε.Ε, εντούτοις η αιτιοπαθολογία του διαφέρει. Τα Α.Ε.Ε ισχαιμικού τύπου διακρίνονται σε θρομβωτικό, εμβολικό, κενοδοπιώδες, αγνώστου αιτιολογίας, παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (ΠΙΕ) και Α.Ε.Ε λόγω συστηματικής χαμηλής ροής αίματος. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται, ότι οι παράγοντες κινδύνου πρόκλησης Α.Ε.Ε ισχαιμικής αιτιολογίας ταξινομούνται σε μη-τροποποιήσιμους και τροποποιήσιμους. Οι μη-τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα-φυλή, και η κληρονομικότητα. Ο πιο σημαντικός τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου είναι η υπέρταση και η κοιλιακή μαρμαρυγή. Άλλοι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι η υπερλιπιδαιμία-υπερχοληστερολαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα (ενεργητικό και παθητικό), η στένωση των καρωτίδων, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η παχυσαρκία και η μη-σωστή διατροφή.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το Α.Ε.Ε ισχαιμικής αιτιολογίας παρουσιάζει υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης. Η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου παραμένει η βασικότερη αρχή για την πρόληψη Α.Ε.Ε. ισχαιμικής αιτιολογίας.

**Λέξεις κλειδιά:** αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τύπος Α.Ε.Ε., παράγοντες κινδύνου

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ**

*Δοκουτσίδου Ελένη,  
Αστυδάμαντος 66-68,  
Παγκράτι, Τ.Κ. 11634,  
Τηλ :210-7250459, 6937709015  
e-mail: lenadok10@yahoo.gr*

**REVIEW****Ischemic Stroke**

Dokoutsidou Eleni<sup>1</sup>, Antoniou Konstantina<sup>2</sup>

1. RN., Msc., Evaggelismos
2. RN., Msc., Aretaion

**ABSTRACT**

Stroke is currently the third leading cause of death, ranking after heart disease and cancer and causes 10% of deaths, worldwide.

**Aim:** The aim of the present study was to review the literature about the types of stroke and the risk factors for ischemic stroke.

The **methodology** that was followed included bibliography review from the both the research and the review literature of Greek and international data base which referred to ischemic stroke.

**Results:** Stroke, according to its' underlying etiology, can be classified into two major categories, ischemic and hemorrhagic. 20% of stroke are of hemorrhagic type, whereas 80% are of ischemic type. Although, ischemic stroke is the most common type, its' etiology differs. Ischemic stroke is categorized in thrombotic, embolic, lacunar, unknown etiology, transient and due to systematic low blood pressure. In the literature is cited that risk factors for stroke are classified in non-modifiable and modifiable. Non-modifiable risk factors are age, gender, ethnicity and heredity. The most important modifiable risk factors for stroke are high blood pressure and atrial fibrillation. Other modifiable risk

factors include high blood cholesterol levels, diabetes mellitus, cigarette smoking (active and passive), carotid artery stenosis, heavy alcohol consumption, drug abuse, lack of physical activity, obesity and unhealthy diet.

**Conclusions:** As it is supported by published evidence, ischemic stroke is of higher incidence compared to hemorrhagic stroke. Risk factor modification remains as the principal aspect of care for ischemic stroke prevention.

**Key words:** stroke, risk factors, type of stroke, etiology

**CORRESPONDING AUTHOR**

*Dokoutsidou Eleni,*

*66-68 Astydamandos str,*

*Pagрати, 11634*

*Tel: 2107250459, 6937709015*

*E-mail: lenadoc10@yahoo.gr*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**Τ**ο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.) ανήκει στα μείζονα προβλήματα δημόσιας υγείας και αποτελεί παγκοσμίως την τρίτη αιτία θανάτου μετά τα καρδιακά νοσήματα και τον καρκίνο. Ευθύνεται για ένα μεγάλο ποσοστό πρόκλησης αναπηρίας από τις νόσους του κεντρικού νευρικού συστήματος.<sup>1-5</sup>

Κάθε χρόνο, σύμφωνα με στοιχεία από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) πεθαίνουν παγκοσμίως 5,5 εκατομμύρια άνθρωποι λόγω εγκεφαλικών επεισοδίων. Περίπου το 10% από όσους θα επιζήσουν του επεισοδίου θα επανακτήσουν τις ικανότητές τους για αυτοεξυπηρέτηση.<sup>1-5</sup>

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει ως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο «κάθε

βλάβη του εγκεφαλικού ιστού ή του νωτιαίου μυελού που προκαλείται από διαταραχή στην παροχή αίματος και στην οποία υπάρχει αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων». Το Α.Ε.Ε δεν αποτελεί ειδική πάθηση αλλά συνδυασμό κλινικών εκδηλώσεων, όπου “νοσούν” τα εγκεφαλικά αγγεία και χαρακτηρίζεται από παροδική διακοπή της εγκεφαλικής αιματικής ροής.<sup>1-5</sup>

Παρότι, το Α.Ε.Ε περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη, ο οποίος εξέφρασε τις απόψεις του για την πρόγνωση και το αποτέλεσμα της ασθένειας, η βαθύτερη κατανόηση και αναγνώριση του είδους και του μεγέθους της βλάβης συντελέστηκε μόλις στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα και στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, όταν

άρχισε να πραγματοποιείται συστηματικότερη μελέτη των αγγείων του εγκεφάλου μέσω της αξονικής και της μαγνητικής απεικόνισης.<sup>6-7</sup>

Είναι πλήρως τεκμηριωμένο, ότι το Α.Ε.Ε έχει κοινωνικό, οικογενειακό και οικονομικό αντίκτυπο, λόγω της χρόνιας ανικανότητας που προκαλεί στους πάσχοντες, η οποία επιδρά αρνητικά όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στο περιβάλλον του. Ο ασθενής μετά την έξοδο από το νοσοκομείο είναι εξαρτημένος σε μικρό ή μεγάλο βαθμό συνήθως από το οικογενειακό του περιβάλλον, το οποίο επιβαρύνεται την φροντίδα του. Ο βαθμός ανικανότητας του ασθενή ποικίλει ανάλογα με το είδος του εγκεφαλικού επεισοδίου και τη δυνατότητα αποκατάστασης.<sup>5-7</sup>

Πολλές φορές η πλήρης θεραπεία του Α.Ε.Ε καθίσταται σχεδόν αδύνατη και ο ασθενής αναγκάζεται να απέχει από την εργασία του, γεγονός, που έχει αρνητικές επιπτώσεις στη ψυχική του υγεία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ασθενείς μετά από ένα Α.Ε.Ε παρουσιάζουν κυρίως κατάθλιψη, σε ποσοστό από 20 - 63%.<sup>9-11</sup>

Τέλος, εκτός το κοινωνικό και οικονομικό κόστος, οι συχνές επανεισαγωγές των ασθενών με Α.Ε.Ε στο νοσοκομείο όπως και η νοσηλεία τους για μακρύ χρονικό διάστημα συνεπάγονται οικονομικό πρόβλημα για τα περισσότερα κράτη.<sup>9-11</sup>

### **Μορφές Α.Ε.Ε.**

Το Α.Ε.Ε. ταξινομείται ανάλογα με την παθογένεια του σε Α.Ε.Ε. αιμορραγικού και ισχαιμικού τύπου. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 20% των Α.Ε.Ε είναι αιμορραγικού τύπου και περίπου το 80% ισχαιμικού τύπου, εκ των οποίων περίπου τα 2/3 των εγκεφαλικών επεισοδίων είναι αθηροθρομβωτικά. Το 35% των ασθενών που εμφάνισαν ισχαιμικό επεισόδιο μπορεί να επαναπροσβληθούν τα επόμενα πέντε χρόνια.<sup>1-3, 6-7</sup>

Το Α.Ε.Ε. αιμορραγικού τύπου, δηλαδή η αποδέσμευση μεγάλης ποσότητας αίματος εντός του κρανίου, οδηγεί σε νέκρωση του εγκεφαλικού ιστού. Η έναρξή του είναι αιφνίδια και παρατηρείται αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης επειδή απωθείται η εγκεφαλική μάζα.<sup>1-3, 6-7</sup>

Το Α.Ε.Ε. ισχαιμικού τύπου δηλ., η μείωση της ροής του αίματος προς μια περιοχή του εγκεφάλου μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαφορετικής αιτιολογίας. Η ισχαιμία προκαλεί προσωρινή ή μόνιμη βλάβη του εγκεφαλικού ιστού και μπορεί να προκληθεί από τρεις διαφορετικούς μηχανισμούς: τη θρόμβωση, την εμβολή και τη συστηματική πτώση της αρτηριακής πίεσης. Παρότι, το ισχαιμικό επεισόδιο αποτελεί το πιο συνηθισμένο τύπο Α.Ε.Ε., εντούτοις η αιτιοπαθολογία του διαφέρει. Όμως, κοινός παράγοντας όλων των διαφορετικών τύπων των ισχαιμικών επεισοδίων είναι, ότι η αιτία

της βλάβης και η ανοξία του ιστού, προκαλείται από την διακοπή της εγκεφαλικής συστηματικής ροής.<sup>1-3,6-7</sup>

Αναλυτικότερα σήμερα με τη χρήση της αξονικής και της μαγνητικής τομογραφίας το Α.Ε.Ε. ισχαιμικού τύπου διακρίνεται σε Θρομβωτικό, Εμβολικό, Κενοτοπιώδες, Αγνώστου Αιτιολογίας, Παροδικό Ισχαιμικό Επεισόδιο (ΠΙΕ) και Α.Ε.Ε λόγω Συστηματικής Χαμηλής Ροής αίματος.<sup>1-3</sup>

Στο Α.Ε.Ε, Θρομβωτικού τύπου δημιουργείται βλάβη και στένωση του αγγειακού τοιχώματος λόγω αρτηριοσκλήρωσης, η οποία βλάπτει κυρίως τα μεγάλα ενδοκράνια και εξωκράνια αγγεία εν αντιθέσει με τα μικρά αγγεία τα οποία βλάπτονται κυρίως από την υπέρταση. Η πιο συχνή αιτία πρόκλησης Α.Ε.Ε. είναι η στένωση των καρωτίδων λόγω δημιουργίας πλάκας αθηρώματος. Όταν ο βαθμός στένωσης του αυλού μιας καρωτίδας αρτηρίας ξεπεράσει το 70% της διαμέτρου του αυλού της, η κλινική αντιμετώπιση είναι αναγκαία.<sup>1-3,6-7</sup>

Το Α.Ε.Ε Εμβολικού τύπου οφείλεται κυρίως σε παθολογικό πήγμα (έμβολο), το οποίο μετά τον σχηματισμό του έχει αποσπασθεί μέσα σε ένα αγγείο και έχει την τάση να φράσσει τα στεφανιαία αγγεία και τα αγγεία του εγκεφάλου. Το Α.Ε.Ε εμβολικού τύπου μπορεί να είναι καρδιακής αιτιολογίας ή αγγειακής αιτιολογίας.

Ως Κενοτοπιώδες Α.Ε.Ε ορίζεται το έμφρακτο από νόσο μικρών αγγείων (lacunar) και αφορά βλάβες των αγγείων του δικτύου του κύκλου του Willis. Οφείλονται σε χρόνια υπέρταση και σε μικροαγγειοπάθειες λόγω σακχαρώδη διαβήτη.<sup>1-3,6-7</sup>

Το Α.Ε.Ε, λόγω Συστηματικής Χαμηλής Ροής αίματος, οφείλεται σε μειωμένη παροχή αίματος στον εγκεφαλικό ιστό λόγω συνεχούς χαμηλής αρτηριακής πίεσης. Οι πιο κοινές αιτίες είναι: η καρδιακή ανεπάρκεια, συχνά οφειλόμενη σε έμφραγμα μυοκαρδίου ή αρρυθμία και η συστηματική υπόταση εξ αιτίας απώλειας αίματος ή υποογκαιμίας.<sup>1-3,6-7</sup>

Ως Ισχαιμικά επεισόδια αγνώστου αιτιολογίας, ορίζονται εκείνα που είναι δύσκολο να καταλήξουμε σε κάποιο γνωστό μηχανισμό πρόκλησης.<sup>1-3,6-7</sup>

Ως Παροδικό Ισχαιμικό Επεισόδιο (ΠΙΕ) ορίζεται το επεισόδιο διάρκειας μικρότερης των 24 ωρών, το οποίο δεν προκαλεί έμφρακτο ή υπολειμματικό νευρολογικό έλλειμμα. Το 50% των ΠΙΕ διαρκεί λιγότερο από 15 min και ένα μικρό ποσοστό διαρκεί περισσότερο από 2-3 ώρες, με οξεία νευρολογική συμπτωματολογία από το καρωτιδικό ή σπονδυλοβασικό σύστημα. Παρότι, τα ΠΙΕ, έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται, εντούτοις δεν καταλήγουν σε έμφρακτο. Όταν όμως τα ΠΙΕ διαρκούν πάνω από μία ώρα, πολύ συχνά

εγκαταλείπουν μικρά έμφρακτα αλλά η λειτουργική αποκατάσταση του ασθενή είναι πλήρης. Η παρουσία ΠΙΕ αυξάνει τον κίνδυνο για Α.Ε.Ε. και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 30 – 40% εκείνων που εμφάνισαν παροδικό επεισόδιο, θα προσβληθούν σύντομα από ένα ολοκληρωμένο Α.Ε.Ε.<sup>1-3,6-7,12</sup>

Η διερεύνηση της αιτιολογίας των Α.Ε.Ε. όπως επίσης και ο καθορισμός του τύπου είναι απαραίτητη για την λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία και πρόληψη υποτροπών.

### **Παράγοντες κινδύνου πρόκλησης Α.Ε.Ε ισχαιμικής αιτιολογίας**

Το Α.Ε.Ε αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, για την οποία ευθύνονται αλληλοεπιδρώμενοι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι παράγοντες πρόκλησης του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ταξινομούνται ανάλογα με τη δυνατότητα τροποποίησης τους, σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους (modifiable, non modifiable). Μερικοί από τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου έχουν καλά επιβεβαιωθεί (well documented) από επιστημονικές μελέτες και έχει βρεθεί, ότι μετά από ανάλογη παρέμβαση μειώθηκε ο κίνδυνος για την εμφάνιση εγκεφαλικού.<sup>13</sup> Οι μη- τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής:<sup>13,14</sup>

1. Η ηλικία, όπου ο κίνδυνος διπλασιάζεται σε κάθε διαδοχική δεκαετία ζωής μετά τα 55 χρόνια, παράγοντας, που οφείλεται κυρίως στη γήρανση του καρδιαγγειακού συστήματος.<sup>13-14</sup>
2. Το φύλο, όπου παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης Α.Ε.Ε στους άνδρες. Εξαίρεση αποτελούν οι γυναίκες ηλικίας 35-44 χρόνων και άνω των 85 χρόνων, όπου η συχνότητα εμφάνισης είναι υψηλότερη σε σχέση με του άνδρες. Παρότι, δεν υπάρχει σαφής αιτιολογία για τη σχέση φύλου και Α.Ε.Ε, εντούτοις είναι πιθανόν να είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης παραγόντων. Για παράδειγμα, οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα επειδή παρουσιάζουν περισσότερους ενοχοποιητικούς παράγοντες, όπως είναι το κάπνισμα (είναι πιο βαριοί καπνιστές σε σχέση με τις γυναίκες) και η υπέρταση (είναι πιο συχνή στους άνδρες). Επιπλέον, οι γυναίκες είναι και ορμονικά προστατευμένες.<sup>13,15</sup>
3. Η εθνικότητα-Φυλή. Οι μαύροι και μερικοί Αμερικανοί Ισπανοί έχουν υψηλότερη συχνότητα εγκεφαλικού συγκρινόμενοι με τους λευκούς. Επίσης υψηλή συχνότητα εγκεφαλικού παρατηρείται στους Κινέζους και Γιαπωνέζους.<sup>13,14</sup>
4. Η κληρονομικότητα. Το κληρονομικό ιστορικό και από τους δυο γονείς μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο Α.Ε.Ε. Πιθανόν να υπάρχει γενετική προδιάθεση, η οποία επιβαρύνεται με περιβαλλοντικούς

παράγοντες, όπως η κουλτούρα και ο τρόπος ζωής, κ.ά.<sup>14</sup>

Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής: <sup>13,16-23</sup>

1. Η αρτηριακή πίεση. Τόσο η αυξημένη συστολική πίεση όσο και η απότομη πτώση της πίεσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση εγκεφαλικού. Ειδικότερα, η υπέρταση αποτελεί μείζον παράγοντα κινδύνου για Α.Ε.Ε., διότι αφενός αυξάνει τις τάσεις που δέχονται τα αγγεία ως αγωγοί αφετέρου καταστρέφει και τα τοιχώματα των αγγείων κάνοντάς τα θρομβογόνα.

2. Κάπνισμα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τόσο οι καπνιστές όσο και οι μη-καπνιστές βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου, διότι το κάπνισμα (ενεργητικό-παθητικό) αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα που επιταχύνει την αθηρωμάτωση. Αντιθέτως, η διακοπή του καπνίσματος μειώνει το κίνδυνο για Α.Ε.Ε, κυρίως σε όσους καπνίζουν ελαφρά.

3. Διαβήτης. Παρότι, ο κίνδυνος εμφάνισης Α.Ε.Ε σε διαβητικούς ασθενείς ποικίλει στις διάφορες ερευνητικές μελέτες, εντούτοις, οι περισσότεροι ερευνητές συγκλίνουν στο συμπέρασμα, ότι είναι τουλάχιστον διπλάσιος στους διαβητικούς ασθενείς και ειδικότερα στα ινσουλινοεξαρτώμενα άτομα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

4. Καρωτιδική στένωση. Οι στενώσεις των καρωτίδων ευθύνονται για το 20%-30% των

Α.Ε.Ε ισχαιμικής αιτιολογίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, μια συμπτωματική στένωση καρωτίδας της τάξης του 70-80%, είναι δυνατό σε διάστημα δυο χρόνων να προκαλέσει αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που μπορεί να αφήσει αναπηρία στο 20%-30% των ασθενών. Ασθενείς με στένωση καρωτίδας της τάξης του 80-90% μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να παρουσιάσουν αναπηρία σε ποσοστό 30%. Εκείνοι δε με στένωση μεγαλύτερη από 90% διατρέχουν κίνδυνο που υπερβαίνει το 35%.<sup>24</sup>

5. Υπερλιπιδαιμία. Οι διαταραχές των τριγλυκεριδίων, της ολικής χοληστερόλης, της HDL και της LDL ευθύνονται για την αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αγγείων, αλλά και της καρωτίδας. Άτομα με αυξημένη ολική χοληστερόλη >500 mg/dl, η οποία αποτελεί κύριο συστατικό των LDL εμφανίζουν εκτεταμένη αρτηριοσκλήρυνση.

6. Παθήσεις του αίματος. Οι συνηθέστερες παθήσεις που ευθύνονται για το Α.Ε.Ε ισχαιμικού τύπου είναι η δρεπανοκυτταρική αναιμία, η ιδιοπαθής πολυκυτταραιμία, η θρομβοκύττωση και η θρομβοκυταιμία, η διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, κ.ά.

7. Καρδιακά νοσήματα. Αποτελούν τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου πρόκλησης Α.Ε.Ε. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όταν η καρδιά ανεπαρκεί - αδυνατεί για οποιοδήποτε λόγο να λειτουργήσει φυσιολογικά ως αντλία, προκαλείται στάση

του αίματος – λίμναση δημιουργία θρόμβου, ο οποίος φράσσει τις εγκεφαλικές αρτηρίες και είναι δυνατό να προκαλέσει Α.Ε.Ε. Ο σχηματισμός θρόμβου αποτελεί πηγή πρόκλησης εμβόλων, ενώ η συνηθέστερη θέση που δημιουργούνται τα έμβολα είναι κοντά ή μέσα στην καρδιά. Για παράδειγμα, στην κολπική μαρμαρυγή οι θρόμβοι σχηματίζονται στους κόλπους της καρδιάς οι οποίοι ανεπαρκούν να λειτουργήσουν ικανοποιητικά και είναι δυνατόν να δώσουν έμβολα στα στεφανιαία αγγεία ή στα αγγεία του εγκεφάλου. Επίσης, θρόμβος είναι δυνατόν να δημιουργηθεί όταν συνυπάρχει αγγειακή νόσος που προκαλεί βλάβη του ενδοθηλίου των αγγείων.

Άλλα καρδιακά νοσήματα που αποτελούν παράγοντα κινδύνου για Α.Ε.Ε, είναι η βαλβιδοπάθεια, η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια και κυρίως το έμφραγμα του μυοκαρδίου που σχετίζεται με την ανάπτυξη κολπικής μαρμαρυγής και αποτελεί κοινή αιτία για καρδιογενές έμβολο.<sup>25-28</sup>

Τέλος, στη βιβλιογραφία αναφέρεται, ότι το μεταβολικό σύνδρομο, η παχυσαρκία με δείκτη μάζας σώματος  $BMI > 29 \text{ kg/m}^2$ , η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και η διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά αποτελούν ενοχοποιητικούς παράγοντες για την πρόκληση Α.Ε.Ε διότι συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στην προαγωγή της αθηροσκλήρυνσης.<sup>13</sup>

Ουσιαστικά, το Α.Ε.Ε., αποτελεί απώτερη επιπλοκή μιας νόσου και πολλές φορές για την εκδήλωσή του δεν απαιτείται μόνο ένας αιτιολογικός παράγοντας αλλά μπορεί να είναι και συνδυασμός παραγόντων. Συχνά, ο ένας παράγοντας μπορεί να προκαλέσει τον άλλο, για παράδειγμα διαβήτης και διαβητική δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία και διαβήτης, διαβήτης και υπέρταση. Σύμφωνα με μελέτη, όπου διερευνήθηκε η συχνότητα εμφάνισης παραγόντων κινδύνου για Α.Ε.Ε, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι συχνότεροι ήταν οι συνδυασμοί της υπέρτασης με καρδιακή νόσο, με υπερχοληστερολαιμία, με σακχαρώδη διαβήτη και με το κάπνισμα.<sup>30</sup> Φαίνεται λοιπόν ότι, για την εκδήλωση του Α.Ε.Ε ισχαιμικής αιτιολογίας είναι δυνατόν να υπάρχει αλληλεπίδραση παραγόντων.

### **Συμπεράσματα**

Δυστυχώς, παρότι η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει συντελέσει στην καλύτερη μελέτη και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενών με Α.Ε.Ε., εντούτοις η χρόνια ανικανότητα που επιφέρει ένα Α.Ε.Ε, υπογραμμίζει την ανάγκη για διεθνείς προσπάθειες πρόληψης, η οποία επιτυγχάνεται κυρίως με τη βαθύτερη κατανόηση και τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου.

Όσον αφορά τους προβλέψιμους παράγοντες κινδύνου Α.Ε.Ε ισχαιμικής αιτιολογίας η αγωγή υγείας είναι

απαραίτητη, ειδικά σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως είναι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, με υπέρταση και με παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος.

Η διακοπή των συνηθειών του σημερινού μοντέλου ζωής όπως είναι το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η λήψη αντισυλληπτικών και η κακή διατροφή που προάγουν την αθηροσκλήρυνση και κατά συνέπεια αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση του Α.Ε.Ε. κρίνεται απαραίτητη.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μυλωνάς Ι., Λογοθέτης Ι. Νευρολογία. Εκδ. Universal Press. Αθήνα, 1996.
2. Κορδιόλης Ν. Παθήσεις του Νευρικού Συστήματος. Εκδ. Ζήτα. Αθήνα, 1999.
3. Παπαγεωργίου Κ. Νευρολογία. Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1993.
4. Braunwald E., Fauci A., Kasper D., Hauser St., Longo D., Jameson L. Principles of Internal Medicine. Harrison's 15th edition. 2001.
5. Warlow CP., Dennis M.S., Gijin J. van , Hankey G., Sandercock P.A.G., Bamford JM., Wardlaw J. Stroke. A practical guide to management. Εκδ. Blackwell Science Ltd. 1996.
6. Guyton. Η Φυσιολογία του Ανθρώπου. Εκδ. 5<sup>η</sup>. Εκδ. Λίτσας, Αθήνα. 1998.
7. Caplan L. Caplan's Stroke: A clinical Approach. Ed. Butterworth-Heinemann. 2000.
8. Μουρίκης Δ., Χατζηιωάννου Α. Αγγειακή και Επεμβατική Ακτινολογία. Εκδ. Βήτα. Αθήνα, 2003.
9. Van Gijn., Dennis M. Issues and answers in stroke care. Lancet. 1998; 352:23-27.
10. Ανδρεά-Αποστολίδου Σ. Αυτοφροντίδα αρρώστου με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Νοσηλευτικής 1996.
11. Sandin K., Mason K. Manual of stroke rehabilitation. Ed. Butterworth-Heinemann. 1996
12. Wu CM., McLaughlin K., Lorenzetti DL., Hill MD., Manns BJ., Ghali WA. Early risk of stroke after transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2007;167(22):2417-22.
13. Πολυκανδριώτη Μ., Κυρίτση Ε. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Παράγοντες κινδύνου. Το βήμα του Ασκληπιού. 2005;4(3):109-118.
14. Romero JR. Prevention of ischemic stroke: overview of traditional risk factors. Curr Drug Targets. 2007;8(7):794-801.
15. Touzé E, Rothwell PM. Sex differences in heritability of ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. Stroke. 2008;39(1):16-23.

16. Elkind MS., Sacco RL. Stroke risk factors and stroke prevention. *Semin Neurol.* 1998;18(4):429-40.
17. Sacco RL. Newer risk factors for stroke. *Neurology.* 2001;57(5 Suppl 2):S31-4.
18. Hadjiev DI., Mineva PP., Vukov MI. Multiple modifiable risk factors for first ischemic stroke: a population-based epidemiological study. *Eur J Neurol.* 2003;10(5):577-82.
19. Allen CL., Bayraktutan U. Risk factors for ischaemic stroke. *Int J Stroke.* 2008;3(2):105-16.
20. Ingall TJ. Preventing ischemic stroke. Current approaches to primary and secondary prevention. *Postgrad Med.* 2000;107(6):34-6, 39-42, 47-50.
21. Ingall T. Stroke--incidence, mortality, morbidity and risk. *J Insur Med.* 2004;36(2):143-52.
22. Romero JR., Morris J., Pikula A. Stroke prevention: modifying risk factors. *her Adv Cardiovasc Dis.* 2008;2(4):287-303.
23. Bogousslavsky J., Castillo V. *Acute Stroke Treatment.* Ed. Martin. London, 1997.
24. Διαδυκτιακή σελίδα: [www.incardiology.gr](http://www.incardiology.gr). Πρόσβαση: 1/12/2008
25. Τούτουζας Π., Στεφανάδης Χ., Μπουντούλας Χ. Καρδιακές Παθήσεις. Τόμος Α. Έκδοση Β. Εκδ. Παρισσιάνου. Αθήνα, 2001.
26. Dahl A., Lund C., Russell D. Atherosclerosis and cerebral infarction. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2007;127(7):892-6.
27. Pinto A., Tuttolomondo A., Di Raimondo D., Fernandez P., Licata G. Cerebrovascular risk factors and clinical classification of strokes. *Semin Vasc Med.* 2004;4(3):287-303.
28. Finsterer J., Stöllberger C. Strategies for primary and secondary stroke prevention in atrial fibrillation. *Neth J Med.* 2008;66(8):327-33.
29. Deplanque D., Leys D. Atrial fibrillation and stroke: from scientific evidence to practice. *Clin Exp Hypertens.* 2006;28(3-4):251-7.
30. Πολυκανδριώτη Μ., Αγγελούσης Ν., Γούργουλης Β., Μάλλιου Π., Κυρίτση Ε. Συχνότητα εμφάνισης παραγόντων κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. *Νοσηλευτική.* 2007;46(1):99-108.

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### Εκπαίδευση Ασθενών με Διαβητικό Πόδι

Πολυκανδριώτη Μαρία<sup>1</sup>, Καλογιάννη Αντωνία<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD (c), Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής Α' ΤΕΙ Αθήνας
2. Νοσηλεύτρια, MSc, Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής Α' ΤΕΙ Αθήνας

#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ασθένεια που σχετίζεται με πολλές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της νευροπάθειας, της περιφερικής αγγειοπάθειας και του τραύματος. Αυτές οι επιπλοκές, σε συνδυασμό με τις λοιμώξεις των ελκών του διαβητικού ποδιού αποτελούν την πρωταρχική αιτία ακρωτηριασμών κάτω άκρων (μη-τραυματικής αιτιολογίας ακρωτηριασμός κάτω άκρου).

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ως προς τους τρόπους και τις μεθόδους φροντίδας του διαβητικού ποδιού.

**Υλικό και μέθοδος:** Στη παρούσα ανασκόπηση η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλάμβανε ηλεκτρονική αναζήτηση ιατρικής και νοσηλευτικής βιβλιογραφίας, χρησιμοποιώντας ειδικές λέξεις – κλειδιά.

**Αποτελέσματα:** Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε, ότι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση για την πρόληψη ελκών και φροντίδα του διαβητικού ποδιού είναι η εκπαίδευση των ασθενών, η οποία πρέπει κυρίως να επικεντρώνεται στην πρόληψη αναγνώριση συμπτωμάτων του διαβητικού ποδιού, στην καθημερινή φροντίδα, στη χρήση κατάλληλων υποδημάτων, στην αλλαγή του τρόπου ζωής και στη συμμόρφωση των συμμετεχόντων προς τις οδηγίες του θεραπευτικού προγράμματος. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει, ότι οι διαβητικοί ασθενείς που παίρνουν μέρος σε εκπαιδευτικά παρεμβατικά προγράμματα πρέπει αρχικά να ταξινομούνται σύμφωνα με τις ανάγκες τους και κατόπιν να καθορίζεται το είδος της παρέμβασης που θα ακολουθήσουν ανάλογα με την κατηγορία κινδύνου που ανήκουν. Απώτερος σκοπός κάθε εκπαιδευτικής παρέμβασης είναι η μείωση της συχνότητας εμφάνισης ελκών και ακρωτηριασμού διαμέσου της διεύρυνσης της γνώσης των ασθενών για πρόληψη και αυτοφροντίδα.

**Συμπεράσματα:** Η εκπαίδευση της αυτοφροντίδας του ποδιού, είναι απολύτως αναγκαίο να ενσωματώνεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. Διαμέσου της εκπαιδευτικής παρέμβασης, οι διαβητικοί ασθενείς θα αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες που συντελούν στη βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

**Λέξεις κλειδιά:** διαβητικό πόδι, ακρωτηριασμός κάτω άκρου, διαβητικό έλκος, πρόληψη, παρέμβαση, εκπαίδευση

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ**

*Πολυκανδριώτη Μαρία,  
Αθήνα,*

*e-mail: mpolik2006@yahoo.com*

**REVIEW****Education on foot care in people with diabetes mellitus, type II**

Polikandrioti M.<sup>1</sup>, Kalogianni A.<sup>2</sup>

1. RN, MSc, PhD(c), Laboratory instructor, Nursing Department A, TEI, Athens
2. RN, MSc, Laboratory instructor, Nursing Department A, TEI, Athens

**ABSTRACT**

Diabetes mellitus is a disease related to numerous complications, including neuropathy, peripheral vascular disease and trauma. These complications in conjunction with the infection of the foot ulcers is the leading cause of amputations of feet (non-traumatic lower limb amputation).

**Aim :** The purpose of this study was to systematically review the evidence on the way and methods of caring diabetic foot.

**Method and material :** The method of the present study included research of medical and nursing literature data-bases using specific keywords.

**Results :** The review of the literature showed that the most effective intervention to prevent and treat ulceration of diabetic foot is patients' education which should be mainly focused on early recognition of the diabetic foot, daily self-care, proper footwear, modification of the way of living and adherence of the participants to the instructions of healthcare team. Relevant research has shown that diabetic patients attending education programmes should initially be stratified according to their needs and

afterwards to be determined the type of intervention management according to the foot risk category they belong. The ultimate goal of every educative intervention is to reduce the incidence of ulceration and amputation through reinforcing patients' knowledge of prevention and self-management.

**Conclusions :** Foot care education is absolutely necessary to be incorporated in the diabetic treatment approach. Through educative interventions diabetic patients will acquire the essential knowledge and skills that contribute to the improvement of their clinical outcome.

**Key words:** diabetic foot, lower limb amputation, diabetic foot ulceration, prevention, education

### **CORRESPONDING AUTHOR**

*Polikandrioti Mary,*

*Athens,*

*Greece*

*E-mail: mpolik2006@yahoo.com*

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**Ο** Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί μεταβολική διαταραχή που επιφέρει προοδευτικές και συχνά μη αναστρέψιμες αλλαγές σε όλα τα όργανα του ανθρωπίνου σώματος. Ο συνδυασμός αγγειοπάθειας, περιφερικής και αυτόνομης νευροπάθειας, όπως επίσης και ο αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων καθιστά το άτομο με ΣΔ επιρρεπή στην εκδήλωση παθολογικών καταστάσεων στον άκρο πόδα, μια κλινική οντότητα, ευρέως γνωστή ως «διαβητικό πόδι»(Δ.Π).<sup>1,2</sup>

Οι επιπλοκές των κάτω άκρων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είναι πολύ συχνές και κατατάσσονται ως η κύρια αιτία πρόκλησης κινητικών προβλημάτων,

αναπηρίας και εισαγωγής στο νοσοκομείο. Τα έλκη σηματοδοτούν την αρχή μιας ιδιαίτερης φάσης της ζωής των διαβητικών επειδή απειλούν την υγεία και την ακεραιότητα των ποδιών τους και συνήθως αποτελούν το πρώτο βήμα για τον ακρωτηριασμό τους.<sup>1-5</sup>

Ο ακρωτηριασμός κάτω άκρου παρατηρείται κατά 10-30 φορές περισσότερο συχνά σε διαβητικούς ασθενείς συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα εμφάνισης ελκών στο άκρο πόδα ανέρχεται στο 15% του διαβητικού πληθυσμού. Βιβλιογραφικές αναφορές έχουν δείξει, ότι η ετήσια συχνότητα εμφάνισης μη τραυματικού ακρωτηριασμού κάτω άκρου σε διαβητικούς

ασθενείς κυμαίνεται από 2.1 -13.7 ανά 1000 άτομα. Η θνησιμότητα που συνεπάγεται ποικίλει από 13% - 40% κατά το 1<sup>ο</sup> έτος, 35% - 65% στα 3 έτη και 39% - 80% στα 5 έτη. Σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, περίπου 100.000 ακρωτηριασμοί καταγράφονται κάθε χρόνο στις ΗΠΑ σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, τύπου II.<sup>1-5</sup> Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι ο ακρωτηριασμός του κάτω άκρου επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην καθημερινή ζωή των πασχόντων και έχει σοβαρότατες οικογενειακές και κοινωνικές επιπτώσεις, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, οι επιπλοκές και η ανικανότητα που συνεπάγεται ο ακρωτηριασμός έχει απασχολήσει τις περισσότερες χώρες του κόσμου λόγω του υψηλού κόστους νοσηλείας και των συχνών επανεισαγωγών. Συνεπώς, θεωρείται επιτακτική ανάγκη η αποφυγή μιας τέτοιας δυσάρεστης επιπλοκής.<sup>6</sup>

Σύμφωνα με εκτιμήσεις ερευνητών, η έγκαιρη αναγνώριση του διαβητικού ποδιού και η πρώιμη αντιμετώπιση των επιπλοκών είναι δυνατό να μειώσουν τη συχνότητα εμφάνισης του διαβητικού έλκους στο 44%-85% των περιπτώσεων. Η καλύτερη προσέγγιση και αντιμετώπιση του προβλήματος επιτυγχάνεται με την υποστήριξη διαβητολογικής ομάδας, η οποία απαρτίζεται από διαβητολόγο, ειδικό

νοσηλεύτη, ποδολόγο, αγγειοχειρουργό και ορθοπεδικό.<sup>1-5</sup>

### **Εκπαίδευση διαβητικών ασθενών**

Η επιτυχία ενός εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας διαβητικών ασθενών προϋποθέτει την ενσωμάτωση της εκπαίδευσης ως αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στόχος κάθε εκπαιδευτικής παρέμβασης είναι η προαγωγή της αυτοφροντίδας και η πρόληψη των επιπλοκών. Ειδικότερα, η εκπαίδευση των διαβητικών ασθενών σε πρακτικές αυτοφροντίδας, η εκμάθηση ορθής καθημερινής υγιεινής των κάτω άκρων, η έγκαιρη αναγνώριση ύποπτων σημείων και συμπτωμάτων και η ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοελέγχου, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της πρόληψης και ελαχιστοποιούν την πιθανότητα εμφάνισης τραυματισμού ή ελκών. Απώτερος σκοπός της εκπαίδευσης είναι να εμψυχήσει στους διαβητικούς ασθενείς τη σημασία της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης και της αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Η επίτευξη αυτού του σκοπού είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί μόνον η γνώση δεν αρκεί να αποτρέψει τις επιπλοκές του ΔΠ.<sup>7-10</sup>

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η απόκτηση γνώσεων του ασθενή ως προς την αναγνώριση του διαβητικού ποδιού αποτελεί τον παράγοντα-κλειδί ενός αποτελεσματικού εκπαιδευτικού

προγράμματος. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εκπαιδεύουν τους ασθενείς στην αναγνώριση και αξιολόγηση των εξής σημείων:<sup>11-15</sup>

A) Χρώμα του δέρματος και των δύο κάτω άκρων. Η ωχρότητα είναι ένδειξη ισχαιμίας και η ερυθρότητα ένδειξη ερεθισμού ή φλεγμονής,

B) Βλάβες του δέρματος, όπως ραγάδες, φυσαλίδες, εξέλκωση,

Γ) Θερμοκρασία του δέρματος των δύο άκρων,

Δ) Σφίξεις (ιγνυακής, ραχιαίας, οπίσθιας κνημιαίας),

Δ) Μυϊκή και δερματική ατροφία ως ενδείξεις αρτηριοπάθειας και νευροπάθειας,

E) Σχήμα κάτω άκρων, όπως παραμορφώσεις του άκρου ποδός (κυρτοδακτυλία, σφυροκεφαλία βλαισός μέγας δάκτυλος, πρηνισμός του μεγάλου δακτύλου, εφίππευση δακτύλων), αύξηση της ποδικής καμάρας, οστέινες προσεκβολές, κ.ά,

Στ) Υγρασία και σφριγηλότητα δέρματος. Η αυτόνομη νευροπάθεια βλάπτει τη νεύρωση των κάτω άκρων με αποτέλεσμα μειωμένη εφίδρωση και ξηρό δέρμα, παράγοντες που ευνοούν τη λύση της συνεχείας του δέρματος, η οποία αποτελεί πύλη εισόδου μικροβίων και σε συνδυασμό με τη μειωμένη ανοσιακή απάντηση συχνά οδηγεί σε λοίμωξη,

Z) Σχήμα νυχιών, όπως πάχος, υφή και τρόπος κοπής,

H) Μεσοδακτύλια διαστήματα. Ερύθημα ή ραγάδες είναι πιθανά σημεία μυκητίασης (αθλητικό πόδι),

Θ) Υπερκεράτωση και τύλοι (κάλοι),

I) Απουσία πόνου και υπαισθησία. Η αισθητική νευροπάθεια μειώνει την αντίληψη του πόνου, του θερμού και των δονήσεων με αποτέλεσμα να μην γίνονται αντιληπτοί διάφοροι μικροτραυματισμοί.

Οποιαδήποτε παρέκκλιση από το φυσιολογικό πρέπει να αξιολογείται και να καταγράφεται.<sup>11-17</sup>

Ένας άλλος παράγοντας που ενοχοποιείται για τη δημιουργία επιπλοκών στον κάτω άκρο και πρέπει να ενσωματώνεται στην εκπαίδευση των ασθενών, είναι το κάπνισμα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η αποφυγή του καπνίσματος είναι ζωτικής σημασίας καθότι, η νικοτίνη έχει βλαβερή επίδραση στην αιμάτωση των κάτω άκρων και συμβάλει τόσο στην επιδείνωση της αρτηριοπάθειας όσο και στην εμφάνιση εξέλκωσης.<sup>16,17</sup>

Οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να ευαισθητοποιηθούν όσον αφορά την ενημέρωσή τους επί όλων των παραγόντων κινδύνου, αλλά και να εντάξουν στον τρόπο ζωής τους τη διενέργεια προληπτικού ελέγχου, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον ετήσιο έλεγχο υγείας. Είναι σημαντικό να κατανοήσουν την αναγκαιότητα των

διαγνωστικών εξετάσεων και των επισκέψεων για τακτικό έλεγχο στο θεράποντα ιατρό. Η συνειδητοποίηση της σπουδαιότητας της φροντίδας των ποδιών, αποτελεί τον κυριότερο στόχο που πρέπει να επιτύχει ο νοσηλευτής και όλη η ομάδα υγείας.<sup>16,17</sup>

### **Εκπαιδευτικές κατηγορίες ασθενών**

Οι διαβητικοί που ακολουθούν εκπαιδευτικό πρόγραμμα παρέμβασης χωρίζονται ανάλογα με την ηλικία τους, τη φυσική και διανοητική τους κατάσταση σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες διαφοροποιούνται ως προς τις ανάγκες και τα προβλήματά τους.<sup>7-10,18</sup>

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι διαβητικοί που βρίσκονται σε καλή φυσική και διανοητική κατάσταση και δεν εμφανίζουν κανένα παράγοντα κινδύνου. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν διαβητικοί με διαγνωσμένη νευροαγγειοπάθεια και αγγειοπάθεια, που δεν εμφανίζουν προβλήματα στα πόδια και συνεχίζουν κανονικά τις δραστηριότητες τους. Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν διαβητικοί με κακή φυσική κατάσταση και προβλήματα στα κάτω άκρα, όπου στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η φροντίδα παρέχεται από άλλο άτομο.

Όσον αφορά αυτές τις δύο πρώτες κατηγορίες, η αξιολόγηση των προσωπικών αντιλήψεων των ασθενών και της

γενικότερης στάσης προς τη νόσο, αποτελούν τα αρχικά βήματα εκτίμησης των εκπαιδευτικών τους αναγκών. Κατά τον σχεδιασμό της εκπαιδευτικής παρέμβασης είναι απαραίτητο να συνεκτιμώνται το μορφωτικό επίπεδο και η ικανότητα αντίληψης, επειδή συμβάλουν καθοριστικά στη περαιτέρω πορεία της υγείας τους και στη έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων γύρω από τον ΣΔ και η κατάλληλη διαφώτιση αποτρέπουν τη μη-σωστή εκτίμηση της κατάστασης και την καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, παράγοντες, που συντελούν καθοριστικά στην πρόκληση εξέλκωσης.<sup>19-23</sup>

Μια άλλη κατηγορία ασθενών που δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής των νοσηλευτών είναι εκείνοι που δεν έχουν συμπτώματα και συνεπώς δυσκολεύονται να αντιληφθούν την πραγματικότητα και να υιοθετήσουν την επιθυμητή συμπεριφορά. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν είτε πρόσφατα διαγνωσμένα άτομα που δεν έχουν συνηθίσει την επαφή με υγειονομικές υπηρεσίες και δείχνουν απροθυμία να υιοθετήσουν το νέο τρόπο ζωής που επιβάλλουν οι ανάγκες είτε αντιθέτως, οι παλαιότερα διαγνωσμένοι διαβητικοί, οι οποίοι όμως αισθάνονται πολύ καλά και θεωρούν υπερβολική ή/και

μακρινή την πιθανότητα μιας εξέλκωσης και πολύ περισσότερο ενός ακρωτηριασμού. Επίσης, σε αυτή τη κατηγορία εντάσσονται και παιδιά ή νεαροί ενήλικες, οι οποίοι έχοντας σχεδιάσει διαφορετικά τη ζωή τους είναι αρνητικοί σε περιορισμούς και απαγορεύσεις.<sup>19-23</sup>

Στη 1<sup>η</sup> κατηγορία, όπου τα άτομα είναι συνήθως νεαρά, η εκπαίδευση απευθύνεται στις βασικές αρχές πρόληψης, οι οποίες είναι :<sup>19-24</sup>

A) Τήρηση της υγιεινής των ποδιών με καθημερινό πλύσιμο χρησιμοποιώντας ουδέτερο σαπούνι ή υποκατάστατο σαπουνιού. Προτιμάται το ζεστό ή χλιαρό νερό και καλό είναι η θερμοκρασία να ελέγχεται με θερμόμετρο και όχι με το χέρι ή το πόδι εξαιτίας της υπαισθησίας. Επίσης, το καλό απαλό στέγνωμα κυρίως ανάμεσα στα δάκτυλα των ποδιών απομακρύνει την υγρασία και αποτρέπει την ανάπτυξη μικροοργανισμών. Η χρήση ταλκ πρέπει να αποφεύγεται διότι δεν αντικαθιστά το καλό σκούπισμα, ενώ συνιστάται η χρήση υδατικής κρέμας εάν το δέρμα είναι ξηρό, αποφεύγοντας όμως τις μεσοδακτύλιες περιοχές. Τέλος, είναι σημαντικό να αποφεύγεται το καθημερινό πλύσιμο γιατί η παραμονή στο νερό προκαλεί απώλεια της φυσικής λιπαρότητας του δέρματος και ευνοεί την εμφάνιση ξηρότητας, ανελαστικότητας κλπ.

B) Έλεγχος των νυχιών για πιθανή αλλαγή στο σχήμα ή στο χρώμα και φροντίδα αυτών με χρήση βούρτσας από μαλακή τρίχα ώστε να μην προκαλεί τραυματισμούς. Ως προς την περιποίηση των νυχιών συνιστάται να κόβονται σύμφωνα με το σχήμα της κορυφής του δακτύλου και το μήκος τους να είναι στο ίδιο επίπεδο με τα δάκτυλα και όχι μικρότερο ή μεγαλύτερο. Αν είναι μικρότερο από το υποκείμενο δέρμα, μπορεί με την επίδραση πιέσεων να εισχωρήσει στο δέρμα και μεγαλώνοντας να το παρασύρει δημιουργώντας ανοικτό τραύμα και πύλη εισόδου μικροβίων. Αν είναι μεγαλύτερο, το κενό μεταξύ του νυχιού και υποκείμενου δέρματος λειτουργεί ως τόπος συγκέντρωσης μικροοργανισμών που παραμένουν και μετά το πλύσιμο,

Γ) Έλεγχος για εμφάνιση «αθλητικού ποδιού» (μυκητίασης),

Δ) Χρήση καλτσών κατάλληλου μεγέθους με καλή εφαρμογή στο πόδι του ασθενή, ώστε να αποτρέπονται οι δυσανάλογες πιέσεις. Προτιμώνται οι βαμβακερές αλλά και οι μάλλινες ή μάλλινες με ακρυλικό. Οι βαμβακερές είναι απορροφητικές αλλά το μειονέκτημα τους είναι ότι εγκλωβίζουν το υγρό και «μουλιάζουν» το πόδι ενώ οι μάλλινες επιτρέπουν τον αερισμό του ποδιού και δεν εγκλωβίζουν τον ιδρώτα.

Η πρακτική εφαρμογή των αποκτηθέντων γνώσεων είναι ζωτικής σημασίας, για το λόγο ότι, η πρόληψη και η πρόωμη

διάγνωση οποιασδήποτε διαταραχής δίδει το απαραίτητο χρονικό περιθώριο για ταχύτερη και αποτελεσματικότερη παρέμβαση.

Στη 2<sup>η</sup> κατηγορία διαβητικών ασθενών, εντάσσονται συνήθως χρόνιοι διαβητικοί, οι οποίοι έχουν γνώση της κατάστασης. (Πίνακας 1). Τα άτομα αυτής της κατηγορίας τροποποιούν ευκολότερα την συμπεριφορά τους προς το επιθυμητό.

Κύριο μέλημα των νοσηλευτών για αυτή την κατηγορία ασθενών είναι να τονίζουν την αναγκαιότητα αποφυγής τραυματισμού του ποδιού. Η νευροπάθεια καθιστά τους διαβητικούς «αναίσθητους» στα επώδυνα ερεθίσματα με αποτέλεσμα να μην αντιλαμβάνονται τους μικροτραυματισμούς διότι το προστατευτικό αίσθημα του πόνου είτε απουσιάζει είτε είναι μειωμένο. Για το λόγο αυτό, πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και να αποφεύγουν την επίδραση άλλων επιβλαβών εξωτερικών παραγόντων κινδύνου. (Πίνακας 2).

Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να επιστήσουν την προσοχή των διαβητικών στη παρακολούθηση των υπερκερατικών περιοχών και τύλων, οι οποίοι συχνά δημιουργούνται αντιρροπηστικά σε περιοχές αυξημένης πίεσης κυρίως από τα παπούτσια. Η χρήση προστατευτικών επικαλίων, υδατικών και μαλακτικών κρεμών και ήπιας ελαφρόπετρας έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στη καλή υγεία

των κάτω άκρων. Για την πρόληψη τραυματισμών και μολύνσεων καλό είναι η αφαίρεση των τύλων να γίνεται από ειδικό.

Προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη φροντίδα του διαβητικού ποδιού μας οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι η επιλογή κατάλληλων υποδημάτων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τα υποδήματα πρέπει να είναι φτιαγμένα από μαλακό δέρμα ώστε να μην ασκούνται πιέσεις σε προεξέχοντα σημεία και να έχουν καλή εφαρμογή. Η απόφαση για την επιλογή του σωστού υποδήματος ανήκει στο διαβητολόγο και στον ποδολόγο, ειδικά όταν ο διαβητικός παρουσιάζει παραμορφώσεις στο πόδι. Στην περίπτωση αυτή ο ποδολόγος φτιάχνει το κατάλληλο παπούτσι δίνοντας το απαραίτητο ύψος και πλάτος ώστε να γίνεται ομοιόμορφη κατανομή των πιέσεων. Επιπλέον, το τακούνι του παπουτσιού πρέπει να έχει ύψος 2-3 εκατοστά για τη σωστή κατανομή των πιέσεων στο πόδι. Τα παπούτσια θα πρέπει να αλλάζονται ώστε να αποφεύγονται οι σταθερές πιέσεις στο πόδι. Ένας άλλος παράγοντας που δεν πρέπει να υποτιμάται είναι η αισθητική αυτών των ειδικών υποδημάτων, καθώς πολύ συχνά προκαλεί την άρνηση των ασθενών κυρίως νεαρών ατόμων και γυναικών να τα φορέσουν.<sup>24-30</sup>

Στη 3<sup>η</sup> κατηγορία διαβητικών, ανήκουν τα άτομα με έκπτωση της κινητικότητας και της όρασης, είτε λόγω ηλικίας είτε λόγω

ασθένειας, τα οποία αδυνατούν να ελέγξουν τα πόδια τους και να τα φροντίσουν καθημερινά. Η εκπαίδευση των ασθενών αυτής της κατηγορίας είναι ιδιαίτερη, γιατί ακόμα και αν κατανοήσουν όσα έχουν διδαχθεί, είναι αμφίβολο αν θα μπορέσουν να τα εφαρμόσουν. Σε αυτή την περίπτωση, ο νοσηλευτής επιλέγει ένα άτομο από το περιβάλλον του ασθενή διανοητικά άρτιο, υπεύθυνο και γενικά ικανό να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα στον ασθενή. Η επιλογή του κατάλληλου ατόμου αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας για τη φροντίδα και τη μετέπειτα πορεία του ασθενή.<sup>31-36</sup>

### **Σύστημα και μέσα εκπαίδευσης**

Η επιλογή αποδοτικού τρόπου μετάδοσης της γνώσης αποτελεί ένα ακόμα παράγοντα που συντελεί στην επιτυχία της εκπαίδευσης. Συνήθως, η διδασκαλία διεξάγεται είτε με ομαδικό είτε με ατομικό τρόπο. Στην ομαδική εκπαίδευση, οι συμμετέχοντες έχουν κοινά ενδιαφέροντα, κοινές ανάγκες και απορίες, συναναστρέφονται με άλλους συμπάσχοντες και αντιμετωπίζουν συλλογικά το πρόβλημα. Η ατομική όμως εκπαίδευση θεωρείται αποτελεσματικότερη γιατί οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να σχεδιάσουν εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας για κάθε διαβητικό ασθενή.

Ο συνδυασμός προφορικού και γραπτού λόγου αποτελεί το κυριότερο μέσο

εκπαίδευσης. Ο γραπτός λόγος, ο οποίος συχνά ενισχύεται με σκίτσα, εικόνες, φωτογραφίες, ενισχύει τον προφορικό, ο δε προφορικός λόγος ελκύει την προσοχή του ακροατηρίου, επειδή είναι αμεσότερος. Εκτός από το λόγο, άλλοι τρόποι μετάδοσης της γνώσης είναι τα απεικονιστικά και οπτικοακουστικά μέσα.<sup>37-39</sup>

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στον τρόπο που μεταφέρονται τα μηνύματα προς τους εκπαιδευόμενους ασθενείς. Οι συχνές απαγορεύσεις προκαλούν δυσαρέσκεια και απροθυμία στο άτομο να παρακολουθήσει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα και πολύ περισσότερο να αποδεχτεί τις πληροφορίες. Αντιθέτως, η πρόταση εναλλακτικών λύσεων σε ένα πρόβλημα έχει ευεργετικότερα εκπαιδευτικά αποτελέσματα. Επίσης, τα μηνύματα πρέπει να έχουν την μορφή των παροτρύνσεων ώστε να αφήνουν ένα αίσθημα ελευθερίας και αυτονομίας στους διαβητικούς.

Εκτός από τους ανωτέρω παραδοσιακούς τρόπους διδασκαλίας, προτείνονται από την βιβλιογραφία, άλλοι σύγχρονοι τρόποι μετάδοσης γνώσης και πληροφοριών, όπως μέσω της χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή και της αποστολής e-mail. Δυστυχώς όμως, οι τρόποι αυτοί δεν είναι δυνατό να βρουν εφαρμογή στον Ελλαδικό χώρο καθότι οι ασθενείς δεν είναι ακόμα εξοικειωμένοι με αυτές τις μεθόδους και δείχνουν απροθυμία

να ενταχθούν σε τέτοιου είδους εκπαιδευτικά προγράμματα.

Ο σαφής καθορισμός του έργου των μελών της ομάδας αποτελεί σημαντικό παράγοντα που καθορίζει την επιτυχή συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας.

Αντιφάσεις, ασάφειες, ελλιπής αιτιολόγηση και ενημέρωση μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους διαβητικούς, με ολέθρια αποτελέσματα (πχ τήρηση λάθους τακτικής που ευνοεί την ανάπτυξη εξελκώσεων).<sup>37-39</sup>

### Συμπεράσματα

Η πρόληψη των επιπλοκών των κάτω άκρων σε διαβητικούς ασθενείς επιτυγχάνεται με την ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με τη φροντίδα των ποδιών τους αλλά και γενικότερα την καλή ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Η διδασκαλία των διαβητικών για αυτοφροντίδα αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας. Όλοι οι διαβητικοί πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα πρώιμα σημεία εξέλκωσης και να αναζητούν εγκαίρως ιατρική βοήθεια.

Πέρα όμως από την εκπαίδευση των διαβητικών, η σωστή εκπαίδευση των νοσηλευτών, κυρίως όσων ασχολούνται με διαβητικούς ασθενείς είναι απαραίτητη.

### Πίνακας 1: Παράγοντες κινδύνου εξέλκωσης σε Διαβητικό πόδι

Σημεία περιφερικής νευροπάθειας :μείωση ή απώλεια αισθητικότητας, ερυθρότητα δέρματος, ανιδρωσία, οίδημα, κλπ  
Σημεία αγγειοπάθειας : ωχρότητα και ψυχρότητα δέρματος, απουσία τριχών, μυϊκή ατροφία, απουσία σφύξεων, κλπ  
Υπαρξη τύλων ή περιοχών υπερκεράτωσης  
Δυσμορφίες και παραμορφώσεις των ποδιών  
Ιστορικό εξέλκωσης των κάτω άκρων

### Πίνακας 2 : Επιβλαβείς εξωτερικοί παράγοντες

Μηχανικοί	Χημικοί	Θερμικοί	Μυκητιάσεις
Εφαρμογή πίεσης (πχ. στενά παπούτσια)	Κερατολυτικές ουσίες (σαλικυλικό οξύ για αφαίρεση των τύλων ή άλλων ερεθιστικών ουσιών)	Καυτά ποδόλουτρα	
Περπάτημα Χωρίς παπούτσια (χαλίκια, άσφαλτος)		Θερμοφόρα	
χρήση αιχμηρών αντικειμένων για την αφαίρεση των τύλων και την κοπή νυχιών		Λοιμώδεις	

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sum CF, Lim SC, Tavintharan S. Peripheral arterial disease and diabetes foot care. Singapore Med J. 2008; 49(2):93-4.
2. Worley CA. Neuropathic ulcers: diabetes and wounds, part II. Differential diagnosis and treatment. Dermatol Nurs. 2006; 18(2):163-4.

3. Singh N., Armstrong DG., Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA*. 2005;293(2):217-28.
4. Reiber GE. Epidemiology of foot ulcers and amputations in the diabetic foot. In: Bowker JH, Pfeifer MA, eds. *The Diabetic Foot*. St Louis, Mo: Mosby; 2001:13-32.
5. Bloomgarden Z. The Diabetic foot. *Diabetes Care*. 2008;31:372-76.
6. Herber OR., Schnepf W., Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:44.
7. Wieman TJ. Principles of management: the diabetic foot. *Am J Surg*. 2005;190(2):295-9.
8. Valk GD., Kriegsman DM., Assendelft WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. A systematic review. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2002;31(3):633-58.
9. Valk GD., Kriegsman DM., Assendelft WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD001488.
10. Valk GD., Kriegsman DM., Assendelft WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD001488.
11. Frykberg RG. Diabetic foot ulcers: pathogenesis and management. *Am Fam Physician*. 2002;66(9):1655-62
12. Bowering CK. Diabetic foot ulcers. Pathophysiology, assessment, and therapy. *Can Fam Physician*. 2001;47:1007-16.
13. Wu SC., Driver VR., Wrobel JS., Armstrong DG. Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and treatment. *Vasc Health Risk Manag*. 2007;3(1):65-76.
14. Edmonds ME., Foster AV. Diabetic foot ulcers. *BMJ*. 2006;332 (7538):407 -10.
15. Earnshaw JJ. Assessment of the ischaemic leg. *Ann R Coll Surg Engl*. 2003;85(1):58-9.
16. Delmas L. Best practice in the assessment and management of diabetic foot ulcers. *Rehabil Nurs*. 2006;31(6):228-34.
17. Fletcher J. Full nursing assessment of patients at risk of diabetic foot ulcers. *Br J Nurs*. 2006;15(15):S18-21.
18. Pataky Z., Golay A., Rieker A., Grandjean R., Schiesari L., Vuagnat H. A first evaluation of an educational program for health care providers in a long-term care facility to prevent foot complications. *Int J Low Extrem Wounds*. 2007;6(2):69-75.
19. Fletcher J., Jeffcoate P. Foot care education and diabetes specialist nurse. In Bulton AJM., Connour M., Canagh PR. *The foot in diabetes*. Ed. Wiley. Chichester, 1994. p.p :78-79.

20. Sarkar PK., Ballantyne S. Management of leg ulcers. *Postgrad Med J.* 2000; 76(901):674-82.
21. Nesbitt JA. Approach to managing diabetic foot ulcers. *Can Fam Physician.* 2004; 50:561-7.
22. Seaman S. The role of the nurse specialist in the care of patients with diabetic foot ulcers. *Foot Ankle Int.* 2005;26(1):19-26.
23. Lavery LA., Armstrong DG. Temperature monitoring to assess, predict, and prevent diabetic foot complications. *Curr Diab Rep.* 2007;7(6):416-9.
24. Lavery LA., Higgins KR., Lanctot DR., Constantinides GP., Zamorano RG., Armstrong DG., et al. Home monitoring of foot skin temperatures to prevent ulceration. *Diabetes Care.* 2004;27(11):2642-7.
25. Maciejewski ML., Reiber GE., Smith DG., Wallace C., Hayes S., Boyko EJ. Effectiveness of diabetic therapeutic footwear in preventing reulceration. *Diabetes Care.* 2004;27(7):1774-82.
26. Coles S. Footwear and offloading for patients with diabetes. *Nurs Times.* 2008 Jan 22-28;104(3):40, 42-3.
27. Mousley M. Selecting appropriate footwear for patients with diabetes. *Nurs Times.* 2004;100(46):48-50.
28. Boulton AJ., Jude EB. Therapeutic footwear in diabetes: the good, the bad, and the ugly? *Diabetes Care.* 2004;27(7):1832-3.
29. McGill M., Molyneaux L., Yue DK. Which diabetic patients should receive podiatry care? An objective analysis. *Intern Med J.* 2005;35(8):451-6.
30. Jayasinghe SA., Atukorala I., Gunethilleke B., Siriwardena V., Herath SC., De Abrew K. Is walking barefoot a risk factor for diabetic foot disease in developing countries? *rural Remote Health.* 2007;7(2):692.
31. Neil JA. Assessing foot care knowledge in a rural population with diabetes. *Ostomy Wound Manage.* 2002;48(1):50-6.
32. Helfand AE. Assessing and preventing foot problems in older patients who have diabetes mellitus. *Clin Podiatr Med Surg.* 2003;20(3):573-82.
33. Helfand AE. Foot problems in older patients: a focused podogeriatric assessment study in ambulatory care. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2004;94(3):293-304.
34. Yetzer EA. Incorporating foot care education into diabetic foot screening. *Rehabil Nurs.* 2004;29(3):80-4
35. Crawford F., Inkster M., Kleijnen J., Fahey T. Predicting foot ulcers in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *QJM.* 2007;100(2):65-86.
36. Fard AS., Esmaelzadeh M., Larijani B. Assessment and treatment of diabetic

- foot ulcer. Int J Clin Pract. 2007;61(11):1931-8.
37. Clemensen J., Larsen SB., Kirkevold M., Ejsskjaer N. Treatment of diabetic foot ulcers in the home: video consultations as an alternative to outpatient hospital care. Int J Telemed Appl. 2008:132890
38. Lee TI., Yeh YT., Liu CT., Chen PL. Development and evaluation of a patient-oriented education system for diabetes management. Int J Med Inform. 2007;76(9):655-63
39. Yeh YT., Chiu YT., Liu CT., Wu SJ., Lee TI. Development and evaluation of an integrated patient-oriented education management system for diabetes. Stud Health Technol Inform. 2006;122:172-5.

## ΕΡΕΥΝΑ

## Μεσοκολπική – Μεσοκοιλιακή Επικοινωνία

Ντόκου Μ.<sup>1</sup>, Πολυκανδριώτη Μ.<sup>2</sup>, Παναγιωτόπουλος Τ.<sup>3</sup>, Λάγγας Δ.<sup>4</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
2. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD(c), Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής Α, ΤΕΙ Αθήνας,
3. Παιδίατρος-Επιδημιολόγος, Καθηγητής Ε.Σ.Δ.Υ
4. Παιδίατρος, επιστημονικός συνεργάτης Ε.Σ.Δ.Υ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μεσοκολπική και η μεσοκοιλιακή επικοινωνία αποτελούν τις πιο συχνές συγγενείς καρδιοπάθειες που φέρει το άτομο «εκ γενετής».

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης αναδρομικής μελέτης ήταν η καταγραφή στοιχείων και παραγόντων που επηρεάζουν την πάθηση.

**Υλικό και μέθοδος:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με διάγνωση μεσοκολπικής και μεσοκοιλιακής επικοινωνίας σε Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Αθηνών. Για τη συλλογή των στοιχείων, χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο έντυπο όπου καταγράφηκαν τα δημογραφικά και τα ατομικά στοιχεία των ασθενών, το παθολογικό, χειρουργικό, μαιευτικό και καρδιολογικό ιστορικό, οι έξεις και συνήθειες του ενήλικου μελετώμενου πληθυσμού, όπως επίσης και τα χαρακτηριστικά των μητέρων. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με περιγραφική στατιστική ανάλυση.

**Αποτελέσματα:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 101 άτομα με διάγνωση μεσοκολπικής και μεσοκοιλιακής, εκ των οποίων το 40% ήταν αγόρια και το 60% κορίτσια. Το 70% του πληθυσμού της μελέτης είχε μεσοκολπική επικοινωνία, ενώ το 30% μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Ως προς την ηλικία, το 12% του πληθυσμού της μελέτης ήταν 0-1 έτους, το 35% ήταν >1 έτους-12 έτη, το 8% ήταν >12 έτη-18 έτη και το 45% άνω των 18 χρόνων. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο του ενήλικου πληθυσμού, το 9% είχε 0-6 έτη σπουδών, το 22% >6 έτη-12 έτη σπουδών, το 13% >12 έτη σπουδών. Το 14% του ενήλικου πληθυσμού της μελέτης έκανε χρήση καπνού, το 4% χρήση αλκοόλ και το 5% χρήση καπνού σε συνδυασμό με αλκοόλ. Ως προς το μαιευτικό ιστορικό του πληθυσμού της μελέτης, στο 32% είχαν φυσιολογικό τοκετό, το 4% ήταν δίδυμη κύηση και το 1% τρίδυμη κύηση. Ως προς τις μεταβλητές που αφορούσαν την μητέρα, ο μέσος

όρος ηλικίας της μητέρας κατά τον τοκετό ήταν 30 έτη 3 μήνες, το 10% των μητέρων έκανε χρήση καπνού στη διάρκεια της κύησης και το 3% έκανε χρήση χημικών ουσιών και κυρίως βαφές. Επίσης, από τα αποτελέσματα της μελέτης βρέθηκε, ότι μεσοκοιλιακή επικοινωνία δεν παρουσίαζαν οι έφηβοι 12-18 έτη και οι ενήλικες >18 έτη ενώ τα νεογνά/ βρέφη 0-1 έτους δεν παρουσίαζαν μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Ο μέσος όρος ηλικίας εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ήταν 7 μήνες (12%) για τα νεογνά, 4 έτη 8 μήνες (35%) για τα παιδιά, 15 έτη 2 μήνες (8%) για τους εφήβους και 41 έτη 4 μήνες (45%) για τους ενήλικες. Το 58% του πληθυσμού της μελέτης παρουσίασε συμπτώματα κατά την είσοδο στη ΜΕΘ, ενώ επιπλοκές κατά την παραμονή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας παρουσίασε το 79% των περιπτώσεων.

**Συμπεράσματα:** Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, η πολιτεία σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας να οργανώσει έγκαιρα συστηματικά, ενημερωτικά εκπαιδευτικά προγράμματα του πληθυσμού για τη διεύρυνση των γνώσεων της νόσου.

**Λέξεις κλειδιά:** μεσοκοιλιακή επικοινωνία, μεσοκοιλιακή επικοινωνία, παράγοντες κινδύνου

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ**

*Ντόκου Μαρία,  
Ευαγγελιστριάς 10,  
TK. 24100, Βέργα, Καλαμάτα,  
e-mail: mariannina2@yahoo.gr*

**ORIGINAL PAPER****Atrial – Ventricular Septal Defect**

Dokou M.<sup>1</sup>, Polikandrioti M.<sup>2</sup>, Panagiotopoulos T.<sup>3</sup>, Laggas D.<sup>4</sup>

1. RN, MSc, Kalamata's General Hospital, Greece.
2. RN, MSc, PhD(c), Laboratory instructor, Nursing Department A, TEI, Athens, Greece.
3. Pediatrician-epidemiologist, professor in National School of Public Health, Greece.
4. Pediatrician, Professional associate in National School of Public Health, Greece

**ABSTRACT**

Atrial and ventricular septal defect constitute the most common congenital heart disease.

**Aim:** The aim of the present retrospective study was to record data and factors that affect atrial and ventricular septal defect

**Method and material:** The sample study included patients of both sexes who were hospitalized with diagnosis atrial and ventricular septal defect in a Cardiac Surgery hospital of Athens. A specially constructed printed form was used for data collection, where were recorded the demographic and personal variables, the pathological, surgical, cardiology and obstetric history, the habits of adults, as well as the personal characteristics of mothers. Analysis of data was performed by descriptive statistical analysis.

**Results:** The sample study consisted of 101 individuals with diagnosis atrial or ventricular Septal Defect, of which 40% were boys and 60% girls. The 70% of the sample study suffered from atrial Septal Defect and the 30% suffered from ventricular Septal Defect. Regarding age, 12% of the sample study was 0-1 years old, 35% was >1 years old, 8% was >12-18 years old and 45% over than 18 years old. Regarding educational status of the adult participants, 9% was of 0-6 years education, 22% >6 -12 years, 13% >12 years. 14% of the adult participants smoked, 4% consumed alcohol and 5% smoked in conjunction with alcohol. In terms of the obstetric history of the sample studied, 32% of the cases had normal birth, 4% had a twin birth and 1% had a triplet one. According to the variables related to mothers, the mean age of the mother was 30 years and 3 months, 10% were smokers at pregnancy and 3% used chemical substance and mainly hair color. Also, the results of the present study showed that individuals of 12-18 and >18 years old did not suffer from ventricular Septal Defect, whereas the infants 0-1 years old did not suffer from Atrial Septal Defect. The mean value of age at the admission in intensive care unit was 7 months (12%) for the infants, 4 years and 8 months for children (35%), 15 years and 2 months (8%) for adolescents and 41 years and 4 months for the adult. 58% of the sample study manifested clinical symptoms at the admission in intensive care unit, whereas complications during their care manifested the 79% of cases.

**Conclusions:** It is a matter of great importance, if society in collaboration with health care professionals could early organize systematic diagnostic and educational programs for improving the knowledge of the disease.

**Key words:** atrial septal defect, ventricular septal defect, danger factors

**CORRESPONDING AUTHOR***Dokou Maria,**Evangelistrias 10,**PC 24100, Verga, Kalamata**E-mail: mariannina2@yahoo.gr*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**Ο**ι συγγενείς καρδιοπάθειες αποτελούν ανατομική ανωμαλία της καρδιάς που φέρει το άτομο «εκ γενετής». Παρότι, στο 90% των περιπτώσεων οι συγγενείς καρδιοπάθειες είναι αγνώστου αιτιολογίας, από τη βιβλιογραφία υποστηρίζεται, ότι η αιτιολογία των συγγενών καρδιοπαθειών είναι πολυπαραγοντική. Πιθανόν, να είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης γενετικών και εξωγενών-περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως λοιμώξεις, χρήση τοξικών ουσιών, έκθεση σε ακτινοβολία και λήψη φαρμακευτικής αγωγής ειδικά κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης που συντελείται η οργανογένεση του εμβρύου.<sup>1-4</sup>

Οι συγγενείς καρδιοπάθειες ταξινομούνται κλινικά με βάση την ύπαρξη κυάνωσης. Χωρίζονται σε ακυανωτικές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από φυσιολογική ποσότητα οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα και φυσιολογικό χρώμα δέρματος και σε κυανωτικές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ελαττωμένη ποσότητα οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα και κυανωτικό χρώμα δέρματος.<sup>1-4</sup>

Οι πιο συχνές ακυανωτικές καρδιοπάθειες κατά σειρά συχνότητας εμφάνισης επί του συνόλου των συγγενών καρδιοπαθειών είναι η μεσοκοιλιακή επικοινωνία (30-50%), ο ανοιχτός βοτάλειος πόρος (10%), η μεσοκοιλιακή επικοινωνία (7-10%), η στένωση της πνευμονικής βαλβίδας (7%), η στένωση

του ισθμού της αορτής (6%) και η στένωση της αορτικής βαλβίδας (6%).<sup>1-4</sup>

Από τις κυανωτικές καρδιοπάθειες οι πιο συχνές είναι η τετραλογία του Fallot (5%) και η μετάθεση των μεγάλων αρτηριών (5%). Οι υπόλοιπες συγγενείς καρδιοπάθειες αποτελούν μια ομάδα σχετικά σπάνιων και πολύπλοκων ανωμαλιών της ανατομίας της καρδιάς, όπως π.χ. κοινός αρτηριακός κορμός, μονήρης κοιλία, ατρησία τριγλώχινας βαλβίδας, ολική ανώμαλη εκβολή των πνευμονικών φλεβών.<sup>1-5</sup>

Η μεσοκοιλιακή και η μεσοκοιλιακή επικοινωνία είναι οι πιο συχνές συγγενείς καρδιοπάθειες. Η μεσοκοιλιακή επικοινωνία (VSD, ventricular septal defect) αποτελεί τη συχνότερη ανωμαλία στα νεογέννητα και στην παιδική ηλικία, ενώ η μεσοκοιλιακή επικοινωνία (ASD, atrial septal defect) είναι συχνότερη στους ενηλίκους.<sup>1-6</sup>

Κατά τη μεσοκοιλιακή επικοινωνία υπάρχει ένας «πόρος» στην ανατομία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, μέσα από τον οποίο εισέρχεται αίμα από τον αριστερό προς τον δεξιό κόλπο και από εκεί προς την δεξιά κοιλία και εν συνεχεία στην πνευμονική αρτηρία, στα πνευμονικά τριχοειδή και φλέβες και επιστρέφει ξανά στον αριστερό κόλπο. Ως αποτέλεσμα, δημιουργείται αμφικολπική διάταση και διάταση της δεξιάς κοιλίας.<sup>1-5</sup>

Κατά την μεσοκοιλιακή επικοινωνία υπάρχει έλλειμμα στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα, το οποίο

επιτρέπει την ροή οξυγονωμένου αίματος από την αριστερή κοιλία προς την δεξιά, το οποίο επανακυκλοφορεί στο πνευμονικό αγγειακό δίκτυο. Ως αποτέλεσμα, δημιουργείται υπερφόρτωση του όγκου της αριστερής κοιλίας, αύξηση της πνευμονικής κυκλοφορίας και μείωση της συστηματικής κυκλοφορίας. Το μέγεθος του ελλείμματος και οι πνευμονικές αντιστάσεις καθορίζουν την ποσότητα του αίματος που διαφεύγει από την αριστερή προς την δεξιά κοιλία. Όταν η μεσοκοιλιακή επικοινωνία είναι πολύ μικρή, δεν έχει καμία επίδραση στην καρδιά και μπορεί να κλείσει χωρίς παρέμβαση στο 50-60% των περιπτώσεων.<sup>1-5</sup>

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης αναδρομικής μελέτης ήταν η καταγραφή στοιχείων των ασθενών με μεσοκοιλιακή και μεσοκοιλιακή επικοινωνία που νοσηλεύτηκαν σε καρδιοχειρουργικό κέντρο της χώρας.

### **Υλικό - Μέθοδος**

Η παρούσα εργασία ήταν αναδρομική μελέτη, γεγονός που περιορίζει την ισχύ της, αφού ο σκοπός της καθορίζεται εκ των υστέρων. Παρά ταύτα, κάποια συμπεράσματα της μελέτης συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 101 άτομα με διάγνωση μεσοκοιλιακής και μεσοκοιλιακής επικοινωνίας που νοσηλεύτηκαν σε ιδιωτικό Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Αθηνών. Για τη συλλογή των

στοιχείων, συμπληρώθηκε ειδικό έντυπο το οποίο εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά καταγράφηκαν και άλλες μεταβλητές, όπως επιβλαβείς έξεις-συνήθειες, μαιευτικό, παθολογικό και χειρουργικό ιστορικό, ο χρόνος παραμονής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και οι επιπλοκές μετά το χειρουργείο.

### **Αποτελέσματα**

Από τα 101 άτομα με διάγνωση μεσοκοιλιακής και μεσοκοιλιακής επικοινωνίας που αποτέλεσαν τον πληθυσμό της μελέτης, το 40% ήταν αγόρια και το 60% κορίτσια (Πίνακας 1). Το 70% του πληθυσμού της μελέτης είχε μεσοκοιλιακή επικοινωνία, ενώ το 30% μεσοκοιλιακή επικοινωνία.

Ως προς την ηλικία, το 12% του πληθυσμού της μελέτης ήταν 0-1 έτους, το 35% ήταν >1 έτους-12 έτη, το 8% ήταν >12 έτη-18 έτη και το 45% άνω των 18 χρόνων. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο του ενήλικου πληθυσμού δηλ. άνω των 18 χρόνων, το 9% είχε 0-6 έτη σπουδών, το 22% είχε >6 έτη-12 έτη σπουδών, το 13% είχε >12 έτη σπουδών. Ως προς τον τόπο διαμονής, το 41% ζούσε στη πρωτεύουσα νομού, το 52% ζούσε στην ύπαιθρο. (Πίνακας 1).

Ως προς τις έξεις και συνήθειες του πληθυσμού της μελέτης, το 14% του ενήλικου πληθυσμού της μελέτης έκανε χρήση καπνού, το 4% χρήση αλκοόλ και το 5% χρήση καπνού σε συνδυασμό με αλκοόλ. (Πίνακας 2).

Ο μέσος όρος ηλικίας του μελετώμενου πληθυσμού με μεσοκολπική επικοινωνία ήταν συγκεκριμένα 15 έτη 1 μήνας για την ηλικιακή κατηγορία από 12-18 έτη και 41 έτη 4 μήνες για την ηλικιακή κατηγορία >18 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας του μελετώμενου πληθυσμού με μεσοκοιλιακή επικοινωνία ήταν για την ηλικιακή κατηγορία από 0-1 έτους 8 μήνες (12%), για την ηλικιακή κατηγορία από 1-12 έτη ήταν 4 έτη 9 μήνες (35%). (Πίνακας 3).

Ως προς την ηλικία διάγνωσης του πληθυσμού της μελέτης με μεσοκολπική επικοινωνία, για την ηλικιακή κατηγορία από 1-12 έτη ήταν 5 έτη 2 μήνες, για την ηλικιακή κατηγορία από 12-18 έτη ήταν 15 έτη και για την ηλικιακή κατηγορία >18 έτη ήταν 35 έτη 7 μήνες. Ο μέσος όρος ηλικίας διάγνωσης του πληθυσμού της μελέτης με μεσοκοιλιακή επικοινωνία για την ηλικιακή κατηγορία από 0-1 έτους ήταν 3 μήνες και για την ηλικιακή κατηγορία από 1-12 έτη ήταν 1 έτος 1 μήνας. (Πίνακας 3).

Από τα αποτελέσματα της μελέτης βρέθηκε, ότι μεσοκοιλιακή επικοινωνία δεν παρουσίαζαν οι έφηβοι 12-18 έτη και οι ενήλικες >18 έτη ενώ μεσοκολπική επικοινωνία δεν παρουσίαζαν τα νεογνά/ βρέφη 0-1 έτους.

Ως προς το μαιευτικό ιστορικό του πληθυσμού της μελέτης, στο 32% ήταν φυσιολογικός τοκετός, το 4% ήταν δίδυμη κύηση και το 1% τρίδυμη κύηση. Ως προς τις μεταβλητές που αφορούσαν τη μητέρα, ο μέσος όρος ηλικίας της μητέρας κατά τον τοκετό ήταν 30 έτη 3 μήνες, το 10% των μητέρων έκαναν χρήση

καπνού στη διάρκεια της κύησης και το 3% έκαναν χρήση χημικών ουσιών και κυρίως βαφές. Το σωματικό βάρος του πληθυσμού της μελέτης ήταν για τα νεογνά/ βρέφη 6.4 Kg (12%), για τα παιδιά 23.1 Kg (35%), για τους έφηβους 61.4 Kg (8%) και για τους ενήλικες 69.5 Kg (45%) (Πίνακας 4).

Το 6% του πληθυσμού της μελέτης ήταν βάρους γέννησης 2.5-3 Kg ενώ το 1% ήταν βάρους <2 Kg. Ο μέσος όρος ηλικίας εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ήταν στα νεογνά 7 μήνες (12%), στα παιδιά 4 έτη 8 μήνες (35%), στους έφηβους 15 έτη 2 μήνες (8%) και στους ενήλικες 41 έτη 4 μήνες (45%). (Πίνακας 5).

Όλοι οι ασθενείς παρέμειναν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 3 ημέρες εκτός 2 περιπτώσεων, εκ των οποίων η μία παρέμεινε 38 ημέρες και ήταν σύνδρομο Noonan-με μεσοκολπική επικοινωνία και η άλλη παρέμεινε 103 ημέρες και ήταν σύνδρομο Down με μεσοκοιλιακή επικοινωνία.

Συμπτώματα κατά την είσοδο στη ΜΕΘ παρουσίασε το 58% του πληθυσμού της μελέτης και ήταν : α) οξεοβασικές διαταραχές - διαταραχές ηλεκτρολυτών (14%), β) καρδιακές επιπλοκές (15%), γ) κυκλοφορικές διαταραχές (26%) όπως αυξομειώσεις αρτηριακής πίεσης και σφυγμών 13% και 9% αντίστοιχα, ψυχρά άκρα 15% κ.τ.λ., δ) πνευμονικές διαταραχές (10%), ε) άλλες (15%). (Πίνακας 6).

Ως προς τη μετεγχειρητική πορεία, επιπλοκές κατά την παραμονή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας παρουσίασε το 79% των περιπτώσεων. Οι κυριότερες ήταν οξεοβασική διαταραχή και διαταραχές ηλεκτρολυτών (9%), καρδιακές επιπλοκές (10%), κυκλοφορικές διαταραχές (27%), πνευμονικές διαταραχές (26%), και άλλες (66%) όπως αύξηση θερμοκρασίας 34%, πτώση αιματοκρίτη 22% κ.τ.λ. (Πίνακας 6). Η διαφορά ήταν, ότι στους ενήλικες παρουσιάστηκαν περισσότερες καρδιακές επιπλοκές ποσοστό 28% και κυκλοφορικές διαταραχές σε ποσοστό 28%, ενώ στα παιδιά οξεωτική διαταραχή σε ποσοστό 12%, πνευμονικές διαταραχές σε ποσοστό 15%.

### **Συζήτηση αποτελεσμάτων**

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι το 70% του πληθυσμού της μελέτης παρουσίασε μεσοκολπική επικοινωνία, εκ των οποίων το 45% ήταν ενήλικες (>18 ετών), το 8% ήταν έφηβοι (12-18 ετών) και το 17% ήταν παιδιά (1-12 ετών). Μεσοκοιλιακή επικοινωνία, παρουσίασε το 30% του πληθυσμού της μελέτης εκ των οποίων 12% ήταν νεογνά/βρέφη (0-1 έτους) και 18% ήταν παιδιά (1-12 έτη).

Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης συμπεραίνουμε, ότι η μεσοκολπική επικοινωνία έχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στους ενήλικους και η μεσοκοιλιακή επικοινωνία στη νεογνική ηλικία, εύρημα, που

επιβεβαιώνεται από την βιβλιογραφία.<sup>1,7,8,9</sup> Τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων μελετών, όπως των Karoor R., et al.,<sup>10</sup> έδειξαν, συχνότητα εμφάνισης της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας σε ποσοστό 21.3%, και της μεσοκολπικής επικοινωνίας σε 18.9%, ενώ στη μελέτη των Shah GS, et al.,<sup>11</sup> τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 58.3% έπασχε από μεσοκοιλιακή επικοινωνία ενώ το 4.8% από μεσοκολπική επικοινωνία. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει, ότι η συχνότητα εμφάνισης της μεσοκολπικής – μεσοκοιλιακής επικοινωνίας, ποικίλει από μελέτη σε μελέτη λόγω διαφορετικής μεθοδολογικής προσέγγισης και γεωγραφικών διαφορών.<sup>7-9,12,13</sup>

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσης αναδρομικής μελέτης βρέθηκε, ότι η πλειονότητα του πληθυσμού ήταν θήλεις. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την βιβλιογραφία, όπου αναφέρετε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης μεσοκολπικής επικοινωνίας στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες και συγκεκριμένα με αναλογία ανδρών – γυναικών 1:2, ενώ αντίθετα, η μεσοκοιλιακή επικοινωνία παρουσιάζει την ίδια κατανομή και στα δύο φύλα.<sup>14</sup>

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των ενήλικων ασθενών της παρούσας έρευνας παρατηρήθηκε, ότι το 75% του πληθυσμού της μελέτης ήταν απόφοιτοι κατώτερης και μέσης εκπαίδευσης, ενώ το 21% ήταν ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης. Μια πιθανή ερμηνεία

του ευρήματος είναι, ότι το μορφωτικό επίπεδο ίσως να αποτελεί παράγοντα που ενοχοποιείται για την απώλεια χρόνου που μεσολαβεί μέχρι το χειρουργείο και στοιχειοθετείται από μελέτες σε διαφορετικούς πληθυσμούς που έχουν δείξει, ότι το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με την απουσία ή και καθυστέρηση αναζήτησης συμβουλής και φροντίδας από επαγγελματίες υγείας. Συνήθως, τα άτομα που μειονεκτούν μορφωτικά, έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αναγνωρίσουν προγνωστικά σημεία και συμπτώματα της πάθησης.<sup>15-18</sup>

Αντιθέτως, άλλες ερευνητικές μελέτες οι οποίες έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στη διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην καθυστέρηση της διάγνωσης και αναζήτησης ιατρικής βοήθειας δεν κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι το μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αναδρομικής μελέτης των Fixler et al.,<sup>13</sup> ο χρόνος διάγνωσης δεν σχετίζονταν με την εθνικότητα, τη κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή το μορφωτικό επίπεδο, ενώ όπως προκύπτει από την έρευνα των Perlstein et al.,<sup>19</sup> τα προβλήματα με το ασφαλιστικό φορέα φαίνεται να αποτελούν τον κύριο παράγοντα κινδύνου καθυστέρησης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, τα νεαρά άτομα με συγγενή καρδιοπάθεια που εντάσσονται στον

κόσμο των ενηλίκων χρειάζονται καθοδήγηση ως προς τις επαγγελματικές τους επιλογές και την ένταξη τους στο εργατικό δυναμικό, την ασφαλή διαβίωση και τον οικογενειακό προσανατολισμό. Συνεπώς, το μορφωτικό επίπεδο συμβάλει καθοριστικά στη μετέπειτα πορεία και εξέλιξη αυτών των ατόμων γιατί, τα άτομα που υπερτερούν μορφωτικά συνεργάζονται ευκολότερα όσον αφορά στην περίθαλψή τους, αποδέχονται και κατανοούν την καρδιακή τους πάθηση καλύτερα και παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό συμμόρφωσης ως προς το νέο τρόπο ζωής που τους επιβάλλει η πάθηση.<sup>15-18</sup>

Από τα αποτελέσματα της παρούσης αναδρομικής μελέτης το 1% ανακάλυψε τυχαία την συγγενή καρδιοπάθεια, το 6% παρακολουθούνταν από παιδοκαρδιολόγο, το 3% ένωσε έντονο άλγος και εισήχθη σε νοσοκομείο όπου έγινε η διάγνωση, το 2% το ανακάλυψε στο στρατό, το 2% σε προεγχειρητικό έλεγχο και στο 1% είχε γίνει λάθος διάγνωση κατά τον υπέρηχο β' επιπέδου. Ένας λόγος που ευθύνεται για την τυχαία ανακάλυψη της πάθησης ή την καθυστέρηση της διάγνωσης ακόμη και μέχρι τη γεροντική ηλικία είναι η έλλειψη πρώιμων συμπτωμάτων και μη-ηχηρών ευρημάτων φυσικής εξέτασης. Δεδομένου ότι, η διάγνωση της συγγενούς καρδιοπάθειας είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε ασυμπτωματικά άτομα, καθιστά ως επιτακτική ανάγκη την εγρήγορση των ιατρών καθότι η

πρώιμη διάγνωση σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση.<sup>1</sup>

Ως προς τον τόπο διαμονής, το 41% ζούσε στη Αττική, το 13% ζούσε στη Μακεδονία και το 10% στη Πελοπόννησο. Παρότι ερευνητικές μελέτες υποδεικνύουν γεωγραφικές διαφορές ως προς την συχνότητα εμφάνισης της μεσοκολπικής και μεσοκοιλιακής επικοινωνίας, η αιτιολογία αυτού του ευρήματος δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί και είναι πολυσύνθετη. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Perlstein et al.,<sup>19</sup> έδειξαν, ότι τα παιδιά που διαμένουν σε αστικά κέντρα επικαλούνταν βοήθεια συντομότερα σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν ζούσαν στις αστικές περιοχές, γεγονός που ίσως να αποδίδεται στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή και την ευκολότερη πρόσβαση σε οργανωμένα κέντρα αντιμετώπισης του προβλήματος.

Παρότι στη παρούσα μελέτη, όσον αφορά το μαιευτικό ιστορικό του πληθυσμού, δεν υπάρχουν στοιχεία για το 63% των περιπτώσεων, γεγονός που περιορίζει την ισχύ των αποτελεσμάτων, στο 32% των περιπτώσεων το είδος του τοκετού ήταν φυσιολογικός, στο 4% δίδυμη κύηση και στο 1% τρίδυμη κύηση. Επίσης, στη παρούσα καταγραφή, το 4% των μητέρων συνέλαβαν με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, εκ των οποίων το 5% είχαν δίδυμη ή τρίδυμη κύηση και καρδιολογικό πρόβλημα εμφάνιζε συνήθως το λιποβαρές νεογνό.

Δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί από την βιβλιογραφία, εάν η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου ή εάν η πολύδυμη κύηση (ανεξαρτήτως τρόπου σύλληψης) είναι από μόνη της παράγοντας κινδύνου για τις συγγενείς καρδιοπάθειες.

Ως προς το μαιευτικό ιστορικό, τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν, ότι ο μέσος όρος ηλικίας της μητέρας κατά τον τοκετό ήταν 30 έτη 3 μήνες. Σύμφωνα όμως με την πλειοψηφία των ερευνητικών δεδομένων, η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας απόκτησης παιδιών που έχει παρατηρηθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες σε συνδυασμό με την εφαρμογή τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ίσως να ευθύνεται για την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης συγγενούς καρδιοπάθειας.<sup>20-22</sup>

Τα αποτελέσματα της παρούσης εργασίας έδειξαν, ότι το 10% των μητέρων έκανε χρήση καπνού στη διάρκεια της κύησης και το 3% έκανε χρήση χημικών ουσιών και κυρίως βαφές. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει, ότι ένας άλλος παράγοντας που πιθανόν να ενοχοποιείται για τη γέννηση παιδιών με συγγενή καρδιοπάθεια είναι η χρήση καπνού από τις μητέρες κατά την διάρκεια του τοκετού. Πλήθος ερευνητικών μελετών έχουν τονίσει τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στην καρδιακή ανάπτυξη του εμβρύου. Ως γνωστό, ο καπνός περιέχει νικοτίνη, η οποία έχει αγγειοσυσταλτική δράση

στα αιμοφόρα αγγεία. Αυτή η δράση της αντανακλάται στον πλακούντα με επίπτωση στη μεταφορά οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών στο έμβρυο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή πριν, έχουν 60% περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν μωρά με συγγενή καρδιοπάθεια συγκρινόμενες με εκείνες που δεν καπνίζουν. Επίσης, η χρήση νικοτίνης ευνοεί πρόωρους τοκετούς και μπορεί να προκαλέσει συγγενείς καρδιοπάθειες, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, γέννηση λιποβαρών νεογνών και περιγεννητική θνησιμότητα.<sup>23-25</sup>

Από σχετικές μελέτες επίσης βρέθηκε, ότι η κατανάλωση αλκοόλ, οι χημικές ουσίες (π.χ. βαφή μαλλιών, απορρυπαντικά) και η λήψη φαρμάκων είναι παράγοντες που ασκούν βλαπτική επίδραση στην εμβρυογένεση ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο της κύησης συμπεριλαμβάνοντας και την χρήση καπνού. Άλλοι παράγοντες που είναι δυνατό να παρέμβουν στη φυσιολογική ανάπτυξη της καρδιάς νωρίς στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι η προσβολή της μητέρας από ερυθρά, η λήψη ορισμένων φαρμάκων όπως η αλκοόλη, η θαλιδομίδη, τα αντιεπιληπτικά, οι αμφεταμίνες και το λίθιο.<sup>23, 26</sup>

Ως προς το μέσο όρο διάγνωσης του πληθυσμού της μελέτης με μεσοκοιλιακή επικοινωνία, ήταν για τα νεογνά/ βρέφη 3 μήνες (12%), τα παιδιά 6 έτη και 3 μήνες (35%), τους έφηβους 15 έτη και 2 μήνες (8%).

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης επιβεβαιώνονται από την βιβλιογραφία, όπου η μεσοκοιλιακή επικοινωνία είναι η συχνότερη συγγενής καρδιοπάθεια που απαντάται κατά την γέννηση, ενώ ελάχιστος αριθμός περιπτώσεων απαντάται στην ενήλικη ζωή καθώς η διάγνωση της έχει ήδη τεθεί κατά την βρεφική ή παιδική ηλικία και έχει γίνει σύγκλιση.

Σύμφωνα με πρόσφατη αναδρομική έρευνα των Karoor R et al.,<sup>10</sup> στο 82.9% των περιπτώσεων μεσοκοιλιακής επικοινωνίας η διάγνωση τέθηκε από 0-3 χρόνια. Η ηλικία διάγνωσης μεσοκοιλιακής επικοινωνίας ποικίλει από μελέτη σε μελέτη, αλλά ο καλύτερος θεωρητικά χρόνος για την χειρουργική επέμβαση είναι σε ηλικία 3-4 χρόνων, ώστε να αποφευχθεί το άγχος που συνοδεύει το χειρουργείο, όταν αυτό πραγματοποιείται κοντά στην έναρξη της σχολικής χρονιάς.<sup>10</sup> Στη σημερινή εποχή, η διάγνωση είναι δυνατό να τεθεί πολύ νωρίτερα, από τους πρώτους κιόλας μήνες της εγκυμοσύνης λόγω της ύπαρξης εξειδικευμένου εξοπλισμού διάγνωσης, που συμβάλλει καθοριστικά στον έλεγχο ανατομικών και λειτουργικών ανωμαλιών της καρδιάς του εμβρύου.<sup>27-29</sup>

Ως προς τον μέσο όρο διάγνωσης της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας, η οποία σχετίζεται με τον ενήλικο πληθυσμό τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι ήταν 39 έτη και 4 μήνες. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία, όπου

υποστηρίζεται ότι η διάγνωση της μεσοκολπικής επικοινωνίας διαλάθει κατά τα πρώτα χρόνια ζωής και τίθεται μετά την τρίτη δεκαετία ζωής. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί κατά τη διάγνωση, η οποία τίθεται είτε με την ακρόαση είτε με την ακτινογραφία θώρακος.<sup>1,30-32</sup>

Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν, αυξημένη συχνότητα εμφάνισης συγγενών καρδιοπαθειών σε παιδιά οικογενειών με ήδη υπάρχον ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας. Συγκεκριμένα το 13% του πληθυσμού της μελέτης είχε κληρονομικό ιστορικό από συγγενικό πρόσωπο α', β' και γ' βαθμού (γονείς, αδέρφια, παππούς, θεία), εύρημα που καταδεικνύει την γενετική προδιάθεση. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία μια εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται ως «ψηλού κινδύνου» για την ανάπτυξη καρδιοπάθειας στο έμβρυο, εάν υπάρχει ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας, σε πρώτου βαθμού συγγενή (μητέρα, αδέρφια). Αναλυτικότερα, εάν στην οικογένεια υπάρχει ένα παιδί με συγγενή καρδιοπάθεια, ο κίνδυνος να γεννηθεί δεύτερο παιδί με συγγενή καρδιοπάθεια είναι 5%, αν υπάρχουν δύο παιδιά ο κίνδυνος είναι 15% για το 3<sup>ο</sup> παιδί.<sup>6</sup>

Συγκρίνοντας τους μέσους όρους του σωματικού βάρους των ασθενών κατά το χειρουργείο δε διαπιστώνουμε ιδιαίτερες διαφορές σε σχέση με το αναμενόμενο σωματικό βάρος για τις αντίστοιχες ηλικίες. Επομένως δε φαίνεται το σωματικό βάρος να οδηγεί τα άτομα με μεσοκολπική-μεσοκοιλιακή

επικοινωνία πρωιμότερα ή βραδύτερα σε χειρουργική αποκατάσταση.

Ως προς το χρόνο νοσηλείας, η πλειοψηφία του μελετώμενου πληθυσμού παρέμεινε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 3 ημέρες εκτός 2 περιπτώσεων, εκ των οποίων η μία παρέμεινε 38 ημέρες (σύνδρομο Noonan- με μεσοκολπική επικοινωνία) και η άλλη παρέμεινε 103 ημέρες (σύνδρομο Down-με μεσοκοιλιακή επικοινωνία). Επομένως, το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκε αύξηση του χρόνου νοσηλείας στη ΜΕΘ, καταδεικνύει, ότι η συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση αποτελεί διαδικασία η οποία συνήθως δεν συνεπάγεται επιπλοκές. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 80-90% των χειρουργημένων παιδιών έχει το επιθυμητό χειρουργικό αποτέλεσμα, εύρημα ιδιαίτερα σημαντικό για την οδύσσεια ενός παιδιού με καρδιοπάθεια. Επίσης, ένας άλλος λόγος που καθορίζει τη μείωση του χρόνου νοσηλείας είναι στη ΜΕΘ, είναι ο ψυχικός τραυματισμός που βιώνουν τα παιδιά επειδή δεν επιτρέπεται η παρουσία των γονέων παρά μόνο στο επισκεπτήριο.<sup>6</sup>

Όσον αφορά όμως τις περιπτώσεις με σύνδρομο Noonan ή Down, η μακρύτερη παραμονή στη ΜΕΘ μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι, τα παιδιά αυτά λόγω της ιδιαιτερότητας και των αυξημένων αναγκών που επιβάλλει η νόσος παρουσιάζουν υψηλότερες ανάγκες νοσηλείας και παρακολούθησης στη ΜΕΘ. Επίσης, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ασθενείς με σύνδρομο

Down παρουσιάζουν μεσοκοιλιακή επικοινωνία, ενώ η μεσοκολπική επικοινωνία είναι πιο συχνή σε ασθενείς με σύνδρομο Noonan. Από τη συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώθηκε, ότι το 3% των ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια παρουσίαζαν σύνδρομο Down και Noonan.<sup>33-35</sup>

Το 58% του πληθυσμού της μελέτης εκδήλωσε συμπτώματα κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η κολπική μαρμαρυγή και η ύπαρξη ψυχρών άκρων αποτέλεσαν συμπτώματα που δεν παρουσίασαν τα παιδιά, ενώ η περικαρδιακή συλλογή και η πτώση κορεσμού αποτέλεσαν συμπτώματα, τα οποία δεν εμφανίστηκαν στους ενήλικες. Ως προς τη μετεγχειρητική πορεία, οι ενήλικες παρουσίασαν περισσότερες καρδιακές επιπλοκές σε ποσοστό 28% και κυκλοφορικές διαταραχές σε ποσοστό 28%, ενώ τα παιδιά παρουσίασαν οξεωτική διαταραχή σε ποσοστό 12%, πνευμονικές διαταραχές σε ποσοστό 15%. Όσον αφορά τα ανωτέρω ευρήματα, οι διαφορές αυτές μπορεί να αποδοθούν στο γεγονός ότι, η μεσοκολπική και μεσοκοιλιακή επικοινωνία αποτελούν ελλείμματα διαφορετικής φυσιοπαθολογίας και συνεπώς συμπτωμάτων.

### Συμπέρασμα

1. Στεφανάδης Χ. Παθήσεις της Καρδιάς. Εκδ. Πασχαλίδη. Αθήνα, 2005.

2. Κόκκινος Δ., Ράμμος Σ. Καρδιολογική Θεραπευτική. Συγγενείς Καρδιοπάθειες. Εκδ. Παρισιανού. Αθήνα, 2000.
3. Τούτουζας Π., Στεφανάδης Χ., Μπουντούλας Χ., Μπρίλλη Σ., Ίκκου Δ., Σιδέρης Α.: Καρδιακές Παθήσεις. Συγγενείς καρδιοπάθειες-Γενικά. Μεσοκολπική επικοινωνία (ΜΚΕ). Μεσοκοιλιακή επικοινωνία, Εκδ. Παρισιάννου. Αθήνα, 2001.
4. Τούτουζας Π., Θανόπουλος Β. Η Καρδιά. Συγγενείς καρδιοπάθειες. Εκδ. Παρισιάννου. Αθήνα, 1996.
5. Hoffman JI., Kaplan S., Libberthson RR. Prevalence of congenital heart disease. *Am Heart J.* 2004; 147: 425-439.
6. Minette M., Sahn D. Ventricular Septal Defects. *Circulation.* 2006;114:2190-7.
7. Cohen DM Surgical management of congenital heart disease in the 1990s. *Am J Dis Child.* 1992; 146:1447-1452 .
8. **Ruey-Kang R., Chang, MD., Chen A., Klitzner Th.** Factors Associated With Age at Operation for Children With Congenital Heart Disease. *PEDIATRICS* 2000,105(5):1073-1081.
9. Clark EB. Etiology of congenital cardiovascular malformations. In: Allen HD, Gutgesell HP, Clark EB, Driscoll DJ. Ed. Moss and Adams' Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents Including the Fetus and Young Adult.

- Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins. 2001;1: 64-79.
10. Bolisetty S., Daftary A., Ewald D., Knight B., Wheaton G. Congenital heart defects in Central Australia. *Med J Aust.* 2004; 180: 614-617.
11. Kapoor R., Gupta S. Prevalence of congenital heart disease, Kanpur, India. *Indian Pediatr.* 2008;45(4):309-11.
12. Shah GS., Singh MK., Pandey TR., Kalakheti BK., Bhandari GP. Incidence of congenital heart disease in tertiary care hospital. *Kathmandu Univ Med J.* 2008;6(1):33-6.
13. Chadha SL., Singh N., Shukla DK. Epidemiological study of congenital heart disease. *Indian J Pediatr.* 2000;68(6):507-10.
14. Fixler DE., Pastor P., Sigman E., Eifler CW. Ethnicity and status: impact on the diagnosis of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 1993;21:1722-1726.
15. Λόλας Χ., Αποστολάκης Ε., Χαρίτος Χ. Καρδιοχειρουργική. Συγγενείς Καρδιοπάθειες. Εκδ. Λίτσας. Αθήνα, 1991.
16. Philbin EF., William G., Jenkins PL., DiSalvo TG. Socioeconomic status as an independent risk factor for hospital readmission for heart failure. *Am J Cardiol.* 2001;87:1367-1371.
17. Kathleen E., Quon B., Quinn D., Dwight-Johnson M., Wells A., Lee P-J., et al. Improving treatment of depression among low-income patients with cancer : the design of the ADAPt-C Study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(3):223-231.
18. Schmale AH. Reaction to illness. Convalescence and grieving. *Psychiatric Clinic.* 3:83, 1996.
19. Koos E.K. The Health of Region ill. Columbia University Press. New York, 1994.
20. Perlstein MA., Goldberg SJ., Meaney FJ., Davis MF., Kluger CZ. Factors influencing age at referral of children with congenital heart disease. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151:892-897.
21. Klein J., Sauer MV. Assessing fertility in women of advanced reproductive age. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(3):758-70.
22. Rowe T. Fertility and a woman's age. *J Reprod Med.* 2006;51(3):157-63
23. Baird DT., Collins J., Egozcue J., Evers LH., Gianaroli L., Leridon H., et al. Fertility and ageing. *Hum Reprod Update.* 2005;11(3):261-76.
24. Διαδυκτιακή σελίδα : [www.inhealth.gr](http://www.inhealth.gr). Πρόσβαση : 12-9-07
25. Διαδυκτιακή σελίδα : <http://www.theheart.org>. Πρόσβαση : 12-9-07
26. Διαδυκτιακή σελίδα : <http://www.geocities.com>. Πρόσβαση : 12-9-07

27. Hoffman JI. Congenital heart disease: incidence and inheritance. *Pediatr Clin North Am.* 1990;37: 25-43.
28. Kellenberger CJ., Yoo SJ., Büchel ER. Cardiovascular MR imaging in neonates and infants with congenital heart disease. *Radiographics.* 2007;27(1):5-18.
29. Ou P., Celermajer DS., Calcagni G., Brunelle F., Bonnet D., Sidi D. Three-dimensional CT scanning: a new diagnostic modality in congenital heart disease. *Heart.* 2007;93(8):908-13.
30. Keser N. Echocardiography in pregnant women. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2006;6(2):169-73.
31. Moodie DS. Diagnosis and management of congenital heart disease in the adult. *Cardiol Rev.* 2001;9(5):276-81.
32. Webb G., Gatzoulis MA. Atrial septal defects in the adult: recent progress and overview. *Circulation.* 2006 ;114(15):1645-53.
33. Rosas M., Attie F. Atrial septal defect in adults. *Timely Top Med Cardiovasc Dis.* 2007;11:E34.
34. Stuart AG., Williams A. Marfan's syndrome and the heart. *Arch Dis Child.* 2007;92(4):351-6.
35. Aburawi EH., O'Sullivan J., Hasan A. Marfan's syndrome: a review. *Hosp Med.* 2001;62(3):153-7.
36. Van der Burgt I. Noonan syndrome. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:4.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1 :** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά .

<b>Φύλο:</b>	<b>N ή Μ.Ο.</b>	<b>% ή Σ.Α,</b>
Άρρενες	40	40
Θήλεις	60	60
<b>Ηλικία:</b>		
0-1 έτους	12	12
>1 έτους-12 έτη	35	35
>12 έτη-18 έτη	8	8
>18 έτη	45	45
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων:</b>		
Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	9	9
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	22	22
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	13	13
δεν υπήρχαν στοιχεία	1	1
<b>Τόπος διαμονής:</b>		
Ευρύτερη περιοχή της Αττικής	7	7
Πρωτεύουσα Νομού	41	41
Ύπαιθρος	52	52
Εξωτερικό	5	5
Δεν υπήρχαν στοιχεία	2	2

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τις επιβλαβείς έξεις-συνήθειες .

<b>Έξεις-συνήθειες:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Κάπνισμα	14	14
Αλκοόλ	4	4
Κάπνισμα-αλκοόλ	5	5
Δεν υπήρχαν στοιχεία	77	77

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 :** Παθολογικό ιστορικό του πληθυσμού της μελέτης.

<b>Μέσος όρος διάγνωσης ανάλογα με την ηλικία</b>	
<b>M.O</b>	
<b>Μεσοκολπική επικοινωνία</b>	
1-12 έτη	5 έτη 2 μήνες
12-18 έτη	15 έτη
>18 έτη	35 έτη 7 μήνες
<b>Μεσοκοιλιακή επικοινωνία</b>	
0-1 έτους	3 μήνες
1-12 έτη	1 έτος 1 μήνας
12-18 έτη	
>18 έτη	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 :** Μαιευτικό ιστορικό του πληθυσμού της μελέτης.

<b>Είδος τοκετού:</b>	<b>N ή M.O.</b>	<b>% ή Σ.Α.</b>
Φυσιολογικός	32	32
Δίδυμη κύηση	4	4
Τρίδυμη κύηση	1	1
Δεν υπήρχαν στοιχεία	63	63
<b>Βάρος γέννησης:</b>		
<2 Kg	1	1
2,5-3 Kg	6	6
3-5 Kg	3	3
Δεν υπήρχαν στοιχεία	90	90
<b>Ηλικία μητέρας κατά τον τοκετό:</b>		
18-30 ετών	26	26
30-35 ετών	8	8
35-40 ετών	2	2
>40 ετών	2	2
<b>Έξεις-συνήθειες μητέρας στη διάρκεια της κύησης:</b>		
Αλκοόλ	1	1
Κάπνισμα	10	10
Κάπνισμα-αλκοόλ	3	3
Κάπνισμα-φάρμακα	1	1
Χημικές ουσίες	3	3
Δεν υπήρχαν στοιχεία	82	82

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Χειρουργικό ιστορικό του πληθυσμού της μελέτης.

<b>Σωματικό βάρος εισαγωγής</b>		
<b>(κιλά):</b>	<b>Μ.Ο.</b>	<b>ΣΑ</b>
0-1 έτους	6.4	1 Kg
1-12 ετών	23.1	10 Kg
12-18ετών	61.4	15 Kg
>18 ετών	69.5	13 Kg
<b>Μέσος όρος ηλικίας εισαγωγής:</b>		
0-1 έτους	7 μήνες	2 μήνες
1-12 ετών	4 έτη 8 μήνες	2 έτη 7 μήνες
12-18 ετών	15 έτη 2 μήνες	1 έτος 6 μήνες
>18 ετών	41 έτη 4 μήνες	15 έτη 2 μήνες

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τα συμπτώματα κατά την είσοδο στη Μ.Ε.Θ και τις επιπλοκές μετά το χειρουργείο.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Μέσος όρος ημερών νοσηλείας στη ΜΕΘ:</b>	3 ημέρες	98
<b>Συμπτώματα κατά την είσοδο στη ΜΕΘ:</b>		
Οξεοβασική διαταραχή-διαταραχές ηλεκτρολυτών	14	14
Καρδιακές επιπλοκές	15	15
Κυκλοφορικές διαταραχές	26	26
Πνευμονικές διαταραχές	10	10
Άλλες	18	18
<b>Επιπλοκές κατά τη παραμονή στη ΜΕΘ:</b>		
Οξεοβασική διαταραχή-διαταραχές ηλεκτρολυτών	9	9
Καρδιακές επιπλοκές	10	10
Κυκλοφορικές διαταραχές	27	27
Πνευμονικές διαταραχές	26	26
Άλλες	66	66

## ΕΡΕΥΝΑ

## Ο Συντονισμός των μεταμοσχεύσεων: Μέτρηση της συμπεριφοράς του Συντονιστή μεταμόσχευση σε Μ.Ε.Θ. Γενικού Νοσοκομείου της Κρήτης

Μανιού Μ<sup>1</sup>, Ιακωβίδου Ε<sup>2</sup>, Κωστόπουλος Ε<sup>3</sup>, Πάλλη Ε<sup>4</sup>, Ζάραγκας Σ<sup>5</sup>, Σαλούστρου Ε<sup>6</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Εργαστηριακός συνεργάτης Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο»
2. Γενική Ιατρός, MSc, Επιμελήτρια Β', Κ.Υ. ΕΚΑΒ
3. Ειδικευόμενος Αναισθησιολόγος, Υποψήφιος διδάκτορας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»
4. Χειρουργός, MSc, Επιμελήτρια Β', Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
5. Θωρακοχειρουργός, Επιμελητής Β', Κ.Υ. ΕΚΑΒ
6. Νοσηλεύτρια, ΚΑΠΥ Καλαμαριάς, Θεσσαλονίκη

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Περίληψη:** Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της ιατροβιολογικής επιστήμης, κατά τον 20ο αιώνα. Η καθιέρωση του θεσμού του συντονιστή μεταμόσχευσης βοήθησε στην αύξηση των διαθέσιμων μοσχευμάτων. Από το 1997 που υφίσταται ο θεσμός στην Ελλάδα αρχίζει η ανοδική πορεία των μεταμοσχεύσεων. Όμως η ανοδική πορεία των μεταμοσχεύσεων, όπως αυτή διαφαινόταν ότι διαγράφετε στις αρχές της δεκαετίας του '90, όχι μόνο δεν συνεχίστηκε, αλλά αντίθετα καταγράφηκε σημαντική μείωση της.

**Σκοπός** της μελέτης είναι η μέτρηση της συμπεριφοράς του Συντονιστή μεταμόσχευσης σε Μ.Ε.Θ. Γενικού νοσοκομείου της Κρήτης

**Υλικό – Μέθοδος:** Για τη μέτρηση της συμπεριφοράς του Συντονιστή μεταμόσχευσης, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς δομημένο σε τρία μέρη. Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 30 νοσηλευτές που κατέχουν ή κατείχαν μόνιμη θέση στη Μ.Ε.Θ. του Νοσοκομείου εκ των οποίων 4 ήταν και άνδρες 26 γυναίκες.

**Αποτελέσματα:** Από τη έρευνα διαπιστώθηκε, μεταξύ άλλων, ότι από τους νοσηλευτές που απάντησαν το 93% γνώριζε για το θεσμό και το ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης και το 90% είχε γνώση για το ποίος είναι ο συντονιστής μεταμόσχευσης στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Ακόμα, το 60% των νοσηλευτών πιστεύει ότι ο θεσμός του συντονιστή έχει συμβάλει στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων. Επιπλέον, το 44% υποστηρίζει ότι ο συντονιστής μεταμόσχευσης θα πρέπει να είναι μια ομάδα που να αποτελείται από νοσηλεύτη, γιατρό και ψυχολόγο. Το 60% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι χάνονται μοσχεύματα λόγω αμέλειας του συντονιστή μεταμόσχευσης για ανεύρεση υποψήφιων δοτών. Επιπρόσθετα, σε ερώτηση που αφορά την συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία της Μεταμόσχευσης λόγω απουσίας του Συντονιστή από το χώρο της ΜΕΘ από τους ερωτηθέντες 24 (80%) απάντησαν ότι έχουν συμμετάσχει στην διαδικασία της Μεταμόσχευσης λόγω απουσίας του Συντονιστή. Επιπλέον το 55% θεωρεί ότι απουσιάζει ο συντονιστής από το χώρο της ΜΕΘ λόγω έλλειψη ενδιαφέροντος, το 39% δήλωσε άγνοια και το 6% ότι έχει αυξημένες υποχρεώσεις ο συντονιστής. Τέλος, αξιολογούν με σειρά βαρύτητας τις πολιτικές που αφορούν τον συντονιστή μεταμόσχευσης και την αύξηση των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα: εκπαίδευση συντονιστών, απόκτηση τίτλου συντονιστή μεταμόσχευσης, προσωπικό της ΜΕΘ, αξιολόγηση συντονιστών, κίνητρα στους συντονιστών, αλλαγή συντονιστών κάθε χρόνο.

**Συμπεράσματα:** Ο Συντονιστής μεταμόσχευσης μεταθέτει τις ευθύνες του στους νοσηλευτές της Μ.Ε.Θ. οι οποίοι αναλαμβάνουν αρμοδιότητες για το συντονισμό της μεταμόσχευσης ενώ δεν έχουν ποτέ εκπαιδευτεί πράγμα που μπορεί να σημαίνει ότι εύκολα μπορούν να χαθούν περιστατικά τα οποία ήταν κατάλληλοι δότες.

**Λέξεις κλειδιά:** Μεταμοσχεύσεις, Συντονιστής, Οργάνωση, Συντονισμός μεταμοσχεύσεων

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ**

*Μανιού Μαρία,  
Θέτιδος 17,  
Γιόφυρος 71304,  
Ηράκλειο, Κρήτη  
τηλ. 2810-317172*

## ORIGINAL PAPER

**Measurement of behavior of Transplant Coordinator in a Intensive Care Unit of General Hospital**Maniou M<sup>1</sup>, Iakovidou E<sup>2</sup>, Kostopoulos E<sup>3</sup>, Palli E<sup>4</sup>, Zaragas S<sup>5</sup>, Saloustrou<sup>6</sup>

1. R.N, MSc, Laboratory collaborator, Nursing Department ATEI Crete, "Venizelio - Pananio" General Hospital of Heraklion, Greece.
2. General Physician, MSc, C. A. National Center of Emergency Care, Athens, Greece.
3. Major in Anaesthesiology, Doctorand, General Hospital of Athens "Evangelismos", Greece.
4. Surgeon, MSc, Teaching General Hospital of Larissa, Greece.
5. Thoracic Surgeon, National Center of Emergency Care, EKAB, Athens, Greece.
6. R.N, KAPY of Kalamaria, Thessaloniki, Greece

**ABSTRACT**

The transplantation of organs and tissues comprised the highlight invention of great utility of the medicine for the twentieth century. The institution of the transplant coordinator contributed to the rise of disposable grafts in Greece. From 1997 onwards begins the rise of the disposable graft but this didn't last for a long time. Contrarily noted that grafts' number decreased considerably.

The **aim** of this study was the measurement of behavior of Transplant Coordinator in a Intensive Care Unit of General Hospital of Crete.

**Methodology:** For the measurement of behavior of Transplant Coordinator was used as a tool a questionnaire structured in three parts. The sample consisted of 30 nurses that worked in the Intensive Care Unit of hospital.

**Results:** From the nurses that answered the 93% knew about the institution and the role of transplant coordinator and the 90% knew who the transplant coordinator in the hospital was. The 60% of the nurses support that the institution of transplant coordinator contributed in the increase of transplantation. Moreover, the 44% supports that the transplant Coordinator should be a team composed of nurse, doctor and psychologist. The 60% of the nurses reports that many patients were lost which were the right donors because of the transplant coordinator's delinquency to find donors. It must be noted that nurses who were asked the 80% answered that they had participated in the procedure of transplantation because of Coordinator's absence. The biggest percent 55% reports that

the coordinator has no interest in transplant's coordination, the 39% answered "I don't know" and the 6% that the coordinator has many responsibilities. Finally, they evaluate and attach importance to the policies reported in the role of transplant coordinator that would contribute in the increase of transplantation in Greece: education of coordinators, postgraduate title of "coordinator of transplantation", personnel of ICU, evaluation of coordinators, motives in the coordinators, change coordinator each year.

**Conclusively:** The Transplant Coordinator's transfers his duties and responsibilities in the nurses of the Intensive Care Unit. Nurses assume the responsibility for the organization of transplant procedure whereas they have never been trained. That means that it will be more easy to be lost patients which were the right donors for transplantation.

**Key words:** Transplants, Coordinator, Organization, transplant coordination

**CORRESPONDING AUTHOR**

*M. Maniou,*

*17 Thetidos, Giofiros,*

*Heraklion, Crete-Greece*

*P.C. 71304*

*Tel. 2810-317172*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**Η** μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Το ίδιο ισχύει σήμερα και για τις μεταμοσχεύσεις ήπατος, καρδιάς και πνευμόνων όπου η επιβίωση των ασθενών αυτών έχει αυξηθεί δραματικά.<sup>1</sup> Το σημαντικότερο εμπόδιο στις μεταμοσχεύσεις είναι η έλλειψη διαθέσιμων μοσχευμάτων σε σχέση με τη ζήτηση τους και η λήψη τους από ζωντανό ή νεκρό ανθρώπινο σώμα.<sup>2</sup> Παράγοντες που εμπλέκονται στην απροθυμία προσφοράς οργάνων είναι η

δυσπιστία του κοινού (από δημοσιεύματα, εκπομπές). Για την αντιμετώπιση του προβλήματος έχουν δημιουργηθεί οργανισμοί σε εθνικό (π.χ. E.O.M, UNOS, H.P.A.), ή υπερεθνικό επίπεδο (Eurotransplant, Eurodonor action κλπ). Στην Ελλάδα ιδιαίτερα μετά την για πρώτη φορά ίδρυση ειδικού κρατικού φορέα η δωρεά οργάνων και η μεταμοσχευτική δραστηριότητα φαίνεται να εξελίσσονται θετικά.<sup>3</sup>

Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, όσον αφορά την εμπορευματοποίηση οργάνων και το

λεγόμενο "μεταμοσχευτικό τουρισμό" είναι σημαντικό να μην υποτιμηθεί ως θέμα δευτερεύουσας σημασίας η παράνομη διακίνηση οργάνων. Σε πολλές περιπτώσεις άτομα που προέρχονται από τις ανατολικές χώρες γίνονται ονόματα σε "κατάλογο ανταλλακτικών" για τους ασθενείς της δύσης.<sup>4</sup>

Το καλοκαίρι του 1999, 300 κρατούμενοι, Σέρβοι και άλλοι πολίτες σλαβικής καταγωγής, ανάμεσά τους και γυναίκες, μεταφέρθηκαν από το Κόσοβο στην Αλβανία, όπου κλείστηκαν σε ένα είδος φυλακής και όπου υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση οργάνων.<sup>5</sup> Ο καλύτερος τρόπος να παταχθεί η παράνομη εμπορία οργάνων είναι η αύξηση της διαθεσιμότητας οργάνων με νόμιμους και θεμιτούς τρόπους.<sup>6</sup>

Κατά τη διάρκεια των ετών 2004-2005 ο Ε.Ο.Μ, υλοποίησε πολλούς από τους στόχους που είχαν τεθεί τα προηγούμενα έτη και αυτό μέσα από την ανάπτυξη του μεταμοσχευτικού του προγράμματος. Συγκεκριμένα το πρόγραμμα των Τοπικών Συντονιστών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της χώρας μας. Ο Τοπικός Συντονιστή μεταμοσχεύσεων είναι το πρόσωπο επικοινωνίας από πλευράς του νοσηλευτικού ιδρύματος με τον Ε.Ο.Μ. στην αναφορά δυνητικού δότη και συντονισμού της μεταμοσχευτικής διαδικασίας καθώς και για την προσέγγιση των συγγενών από τους οποίους ζητείται η συγκατάθεση για την αφαίρεση οργάνων.<sup>7,8</sup>

Σήμερα, σχεδόν σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα υπάρχουν Τοπικοί Συντονιστές οι

οποίοι είναι σε άμεση συνεργασία με τον Οργανισμό. Για την καλλίτερη εκπαίδευση αυτών, πραγματοποίησαν εκπαιδευτικά σεμινάρια και δόθηκαν πιστοποιητικά εξειδίκευσης συντονιστών. Ο αριθμός των δοτών και κατ' επέκταση των μεταμοσχεύσεων αυξήθηκε σε βαθμό που τα προηγούμενα έτη φαινόταν ως μακρινός στόχος.<sup>9</sup> Ο εντοπισμός των δυνητικών δοτών, η προσέγγιση και η υποστήριξη της οικογένειας του δότη από τον Τοπικό Συντονιστή είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντική.<sup>10</sup> Το 1/3 των δυνητικών δοτών δεν εντοπίζεται. Το 50% των δυνητικών δοτών δεν αξιοποιείται και το (15,7%) οφείλεται σε άρνηση των συγγενών.<sup>11</sup>

Η απουσία τοπικού συντονιστή συνεπάγεται τα ακόλουθα: **α.** Σε αρκετές περιπτώσεις, η πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου δεν διενεργείται σε άτομα που παρουσιάζουν τις σχετικές ενδείξεις και, κατά συνέπεια, δεν δίνεται η ευκαιρία στους συγγενείς για συγκατάθεση ή άρνηση της προσφοράς των οργάνων. **β.** Μερικές φορές η αναγγελία ύπαρξης εγκεφαλικού θανάτου δεν αναφέρεται έγκαιρα στον Ε.Ο.Μ, με αποτέλεσμα την απώλεια χρόνου, η οποία επηρεάζει τη λειτουργία των οργάνων **γ.** Ως προς τον εργαστηριακό έλεγχο του δυνητικού δότη οργάνων, συχνά παρατηρείται ολιγωρία ή αδυναμία εκτέλεσης των απαραίτητων εξετάσεων στον απαιτούμενο χρόνο και, ως εκ τούτου, δημιουργούνται σοβαρές

καθυστερήσεις στην αξιολόγηση της καταλληλότητας των μοσχευμάτων και γενικά στην ομαλή ροή των μεταμοσχευτικών διαδικασιών συντονισμού. **δ.** Στόχος είναι η καλή λειτουργία των οργάνων για την αφαίρεση και συχνά παρατηρείται το φαινόμενο να μη δίνεται η απαιτούμενη προσοχή, όσον αφορά στην αιμοδυναμική, αναπνευστική, ηλεκτρολυτική, ορμονική και θερμοκρασιακή κατάσταση του δότη, με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα των προσφερομένων μοσχευμάτων. Τέλος μερικές φορές παρουσιάζονται δυσκολίες στην ανεύρεση διαθέσιμου χειρουργείου λόγω άλλων προγραμματισμένων, μη επειγουσών, χειρουργικών επεμβάσεων, παρότι από το νόμο προβλέπεται η προτεραιότητα για την αφαίρεση μοσχευμάτων.<sup>12</sup>

### **Μεθοδολογία**

Η παρούσα μελέτη, βασίζεται στην ποσοτική προσέγγιση μέτρησης (ποιοτικών χαρακτηριστικών), των κοινών κανόνων (norms) και ασάφεια ρόλων που καθορίζουν την συμπεριφορά του Συντονιστή μεταμόσχευσης σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό και την απόδοση του.

Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομείου ήταν όχι μόνο ο μικρός αριθμός εργαζομένων, η μη τήρηση του καθηκοντολογίου αλλά και του ότι το νοσοκομείο δεν είναι Πανεπιστημιακό.

Το ερωτηματολόγιο είχε ανταπόκριση 100%. Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 30 νοσηλευτές που κατέχουν ή κατείχαν μόνιμη θέση στη Μ.Ε.Θ. του Νοσοκομείου εκ των οποίων 4 ήταν και άνδρες 26 γυναίκες. Για τη συλλογή δεδομένων της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς δομημένο σε τρία μέρη (ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, ερωτήσεις κλειστού τύπου και τύπου λίστας, κλίμακα διαβαθμίσεων).

### **Αποτελέσματα**

Από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα 16 είναι ηλικίας 36-65 ετών και 14 ηλικίας 18-36 ετών, 10 άγαμοι, 19 παντρεμένοι, 0 διαζευγμένοι και 0 σε χηρεία. Από πλευράς επιπέδου σπουδών 5 δευτεροβάθμιας (Δ.Ε.), 23 τεχνολογικής (Τ.Ε.), 0 πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Π.Ε.) και 2 κατέχουν τίτλους μεταπτυχιακών σπουδών. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ελληνικής υπηκοότητας εκτός από 1 που ήταν ολλανδικής υπηκοότητας. Το 52.5% είχε μέχρι 10 χρόνια επαγγελματική εμπειρία και το 47,5% πάνω από 10 χρόνια.

Βασιζόμενοι στις απαντήσεις τους διαπιστώθηκε ότι γνωρίζουν για το θεσμό και το ρόλο του Συντονιστή Μεταμόσχευσης (93%) και ότι δεν γνωρίζει (7%). Ακόμα οι συμμετέχοντες γνωρίζουν ποιος είναι ο Συντονιστής μεταμόσχευσης στο νοσοκομείο τους το 90% και δεν γνωρίζει το 10%.

Στην ερώτηση για το εάν πιστεύουν ότι ο Συντονιστής μεταμόσχευσης ως θεσμός έχει βοηθήσει στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων 18 (60%) απαντά ότι ο θεσμός έχει βοηθήσει στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων, 6 (20%) απάντα ότι δεν έχει βοηθήσει ο θεσμός του συντονιστή, και 6 (20%) απάντα ότι δεν γνωρίζει.

Στην ερώτηση ποιος πιστεύετε ότι είναι ο καλύτερος επαγγελματίας υγείας για το ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης από τους ερωτηθέντες το 12 (33%) απάντησαν ο Συντονιστής μεταμόσχευσης πρέπει να είναι νοσηλεύτης, οι 5 (23%) υποστηρίζουν ότι πρέπει να είναι γιατρός και οι 13 (44%) ότι θα πρέπει να είναι ομάδα που να αποτελείται από Γιατρό, Νοσηλεύτη και Ψυχολόγο.

Οι συμμετέχοντες ακόμα ανέφεραν ότι για περιστατικά τα οποία ήταν κατάλληλοι δότες και πιθανά να χάθηκαν λόγω αμέλειας του Συντονιστή 60% των ερωτηθέντων απαντά ότι χάνονται περιστατικά, το 20% απαντά ότι δεν χάνονται και το 20% απαντά άγνοια.

Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα ερώτησης που αφορά τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία της Μεταμόσχευσης λόγω απουσίας του Συντονιστή. Από τους ερωτηθέντες 24 (80%) απάντησαν ότι έχουν συμμετάσχει στην διαδικασία της Μεταμόσχευσης λόγω απουσίας του Συντονιστή και 6 (20%) δεν έχουν εμπλακεί ποτέ.

Επιμέρους στόχος της μελέτης αυτής ήταν η ανάδειξη των αιτιών απουσίας του Συντονιστή από το χώρο της Μ.Ε.Θ. κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 10 (55%) απάντησε ότι υπάρχει έλλειψη ενδιαφέροντος, - αδιαφορία από το μέρος του Συντονιστή, ενώ 1 (6%) ότι έχει φορτωμένο ωράριο ο συντονιστής» και τέλος 7 (39%) δήλωσε άγνοια.

Τέλος ζητήθηκε από τους νοσηλευτές της Μ.Ε.Θ. να βαθμολογήσουν με μία κλίμακα 7 διαβαθμίσεων (από 1 έως 7) τις πολιτικές υποκίνησης που αναφέρονται στο ρόλο του Συντονιστή Μεταμόσχευσης και που πιστεύουν ότι θα συμβάλλουν στην αύξηση των Μεταμοσχεύσεων. Από τους μέσους όρους που προέκυψαν, διαπιστώθηκε ότι «Εκπαίδευση Συντονιστών» με μ.ο.=5.3 θεωρείται η καλύτερη πολιτική, ακολουθούν η «Ειδικότητα Συντονιστή Μεταμόσχευσης» με μ.ο.=5.2 και «Μόνιμο προσωπικό της Μ.Ε.Θ.» με μ.ο.=4.1, έπονται η «Αξιολόγηση Συντονιστών» μ.ο.= 4.0 «Κίνητρα στους Συντονιστές» με μ.ο.=4.0, «Νεαρό άτομο με όρεξη» με μ.ο.=3.9, και τέλος «Αλλαγή Συντονιστή κάθε χρόνο» με μ.ο.=2.3.

### **Συζήτηση – Προτάσεις**

Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στη μέτρηση της συμπεριφοράς του Συντονιστή μεταμόσχευσης σε Μ.Ε.Θ. Γενικού νοσοκομείου της Κρήτης.

Από την έρευνα διαπιστώνεται ο ρόλος του Συντονιστή μεταμόσχευσης είναι γνωστός

στους νοσηλευτές της Μ.Ε.Θ. Ωστόσο, αν και ο ρόλος του Συντονιστή φαίνεται να είναι γνωστός οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν είχαν γνώση για τον τρόπο με τον οποίο κάποιος μπορεί να γίνει Συντονιστής μεταμόσχευσης. Με τη μέθοδο της παρατήρησης κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων οι περισσότεροι αποκάλυψαν ότι πιστεύουν ότι δεν δίνονται ίσες ευκαιρίες σε όλους για να ασχοληθούν. Πολλοί εξέφρασαν την επιθυμία ότι θα ήθελαν να γίνουν Συντονιστές αλλά θα ήθελαν να μάθουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά και άλλοι ζήτησαν το τηλέφωνο και τη διεύθυνση του Ε.Ο.Μ για να απευθυνθούν για περισσότερες πληροφορίες.

Από μια πρώτη ματιά των αποτελεσμάτων φαίνεται ότι ο Συντονιστής είναι γνωστός σχεδόν από όλο το προσωπικό της Μ.Ε.Θ., πράγμα που σημαίνει ότι κάνει αισθητή την παρουσία του προφανώς από την προσφορά και το έργο του. Ο Συντονιστής θα πρέπει να είναι πρόσωπο γνωστό όχι μόνο στο χώρο της Μ.Ε.Θ. αλλά σε όλο το νοσοκομείο. Θα πρέπει να ασχολείται και να συμμετέχει στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την προώθηση και τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς ιστών και οργάνων συμπεριλαμβανομένων και των οργανώσεων εκδηλώσεων με τους εμπλεκόμενους φορείς μέσα στο χώρο του νοσοκομείου αλλά και στις περιοχές που εξυπηρετεί το νοσοκομείο του και ακόμα να ψάχνει για υποψήφιους δότες όχι

μόνο στο χώρο της Μ.Ε.Θ. αλλά και σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου π.χ Νευροχειρουργική κλινική.<sup>13</sup>

Στην ερώτηση για το εάν πιστεύουν ότι ο Συντονιστής μεταμόσχευσης ως θεσμός έχει βοηθήσει στην αύξηση των μεταμοσχεύσεων το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε θετικά. Από το 1997, το έργο του συντονισμού της Υ.Σ.Ε. ενισχύεται με νοσηλευτές των νοσοκομείων οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους ως τοπικοί συντονιστές στις Μ.Ε.Θ. και έτσι αρχίζει η ανοδική πορεία των μεταμοσχεύσεων. Όμως η ανοδική πορεία των μεταμοσχεύσεων, όπως αυτή διαφαινόταν ότι διαγράφετε στις αρχές της δεκαετίας του '90, όχι μόνο δεν συνεχίστηκε μέσα στη δεκαετία, αλλά αντίθετα καταγράφηκε σημαντική μείωση της. Αρχική αιτία υπήρξε η διαμόρφωση του αρνητικού κλίματος στην κοινή γνώμη (φημών περί εμπορίας οργάνων), αλλά η κύρια αιτία ήταν η αδυναμία του συστήματος να αντεπεξέλθει στις νέες απαιτήσεις. Από τη διεθνή εμπειρία η ανάπτυξη ενός συστήματος μεταμοσχεύσεων δεν είναι δυνατή, εάν δεν στηρίζεται στην ανάπτυξη αποκεντρωμένων δομών σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Ως πρώτη αποκεντρωμένη δομή θεωρείτε διεθνώς η καθιέρωσή του Τοπικού Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων.<sup>14</sup> Όσο αφορά την αύξηση των διαθέσιμων μοσχευμάτων νεφρού η λύση βρίσκεται στους εν ζωή εν δύναμη δότες και στην αποζημίωση που θα μπορούσαν να λαμβάνουν σύμφωνα με τον Matas,<sup>15</sup>

όπου ένα σύστημα, βασισμένο σε κανονιστικό πλαίσιο, στο Δυτικό Κόσμο θα μπορούσε να αυξήσει τον αριθμό των διαθέσιμων οργάνων. Ένα τέτοιο σύστημα θα μπορούσε να παράσχει αυστηρό έλεγχο και περιορισμό των απωλειών, επιτρέποντας σε κάθε υποψήφιο λήπτη να έχει μια ευκαιρία για μεταμόσχευση, πλήρη αξιολόγηση του δότη, ενημερωμένη συναίνεση, μακροχρόνια παρακολούθηση της υγείας του λήπτη, με την ευθύνη της διαχείρισης των αμοιβών να αναλαμβάνεται από την Πολιτεία ή από τις ασφαλιστικές εταιρείες, καθώς και απαγόρευση οποιασδήποτε περαιτέρω εμποροποίησης. Ήδη, οι άνθρωποι αποζημιώνονται για την προσφορά σπέρματος, ωαρίων, θετής μητρότητας και απώλειας μελών του ανθρώπινου σώματος, δια της δικαστικής οδού, χωρίς να υπάρχει κάποια απώλεια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας που προέκυψαν οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι ο συντονιστής θα πρέπει να είναι ομάδα που να αποτελείται από Γιατρό, Νοσηλευτή και Ψυχολόγο. Στην Ισπανία στα πλαίσια βελτίωσης και αύξησης της δωρεάς οργάνων δημιούργησαν μια «ομάδα συντονισμού» για κάθε νοσοκομείο που αποτελείται από γιατρό και νοσηλευτή. Χάρης και σε αυτή τη βασική ενέργεια, η δωρεά οργάνων αυξήθηκε στην Ισπανία από 14 σε 33 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού τη δεκαετία του ενενήντα και αποτέλεσε τη μεγαλύτερη και υψηλότερη αύξηση στον κόσμο. Στην Ιταλία και ειδικά στις

βόρειες περιοχές της που υιοθέτησαν αυτό το βασικό χαρακτηριστικό καθώς και άλλα του Ισπανικού μοντέλου έφτασαν πάνω από 20 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού και σε κάποιες περιοχές πάνω από 30. Επομένως θα μπορούσε να προσαρμοστεί και στη χώρα μας.<sup>16</sup> Σχετική μελέτη αναφέρει ότι στην Ευρώπη το 50% των συντονιστών μεταμόσχευσης είναι νοσηλευτές, το 33% γιατροί, το 12% φοιτητές και οι υπόλοιποι διοικητικοί.<sup>17</sup>

Με την πρώτη ανάγνωση των αποτελεσμάτων μπορούμε να πούμε ότι προκύπτουν σημαντικά στοιχεία που να αποδεικνύουν την απουσία του Συντονιστή Μεταμόσχευσης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της Μεταμόσχευσης από το χώρο της Μ.Ε.Θ. και άτυπη ανάληψη καθηκόντων από τους νοσηλευτές. Συγκεκριμένα όπως φαίνεται από τα παραπάνω στοιχεία ο Συντονιστής μεταμόσχευσης μεταθέτει τις ευθύνες στους νοσηλευτές της Μ.Ε.Θ. Διοικητικά, διατηρείται μία κάθετη ιεραρχική δομή στα πλαίσια της οποίας τα άτομα υπακούουν στους ανώτερους τους αφού ο Συντονιστής στη συγκεκριμένη Μ.Ε.Θ. είναι ο προϊστάμενος του τμήματος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προστίθεται ακόμα μια αρμοδιότητα στους νοσηλευτές της Μ.Ε.Θ. τη στιγμή που είναι γνωστή η κατάσταση που επικρατεί στις περισσότερες Μ.Ε.Θ. της Ελλάδος. Ενώ ιδανικά απαιτείται ένας νοσηλευτής για κάθε ασθενή στη μονάδα, στη νυχτερινή βάρδια ελληνικών νοσοκομείων

μπορεί ένας νοσηλευτής να έχει την ευθύνη για τη νοσηλεία τριών ή και περισσότερων ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση.<sup>18</sup> Ακόμα αναλαμβάνει αρμοδιότητες για το συντονισμό της μεταμόσχευση προσωπικό το οποίο είναι βάρδια εκείνη τη στιγμή το οποίο δεν έχει εκπαιδευτεί και δεν έχει εξειδικευτεί πράγμα που μπορεί να σημαίνει ότι εύκολα μπορούν να χαθούν περιστατικά τα οποία ήταν κατάλληλοι δότες. Η προσέγγιση της οικογένειας του δυνητικού δότη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό σημείο και για το λόγω αυτό αποτελεί αντικείμενο εκπαίδευσης καθώς και η ρύθμιση νομικών θεμάτων σε περιπτώσεις αιφνίδιων θανάτων ή ατυχημάτων, που χρήζουν ιατροδικαστικής πραγματογνωμοσύνης, ο έλεγχος σωστής φροντίδας για τον δότη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα σε καλή κατάσταση, η ταχεία αποστολή δειγμάτων ορρών για την εκτέλεση των εργαστηριακών εξετάσεων, η επικοινωνία με τα εργαστήρια ιστοσυμβατότητας για την έγκαιρη τυποποίηση του δότη, η ενημέρωση των Μεταμοσχευτικών Κέντρων και την ανταλλαγή πληροφοριών, εάν διαθέτουν κατάλληλους υποψήφιους λήπτες προς τα προσφερόμενα όργανα, ο χρόνος και την προετοιμασία του χειρουργείου, η οργάνωση της μεταφοράς οργάνων και ιατρικών ομάδων και η αναφορά και αποδοχή μοσχευμάτων προς και από τις υπηρεσίες διάθεσης μοσχευμάτων.<sup>19</sup>

Από την απεικόνιση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι πιθανά να χάνονται περιστατικά λόγω αμέλειας - αδιαφορίας του Συντονιστή Μεταμόσχευσης. Οι αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση αδιαφορίας αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση. Ακόμα είναι ανάγκη να τονιστεί ότι, ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτος εργασίας, και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης και εντέλει της αδιαφορίας για την εργασία τους.<sup>18</sup> Μελέτες όμως που να στηρίζουν την παραπάνω αντίληψη δεν υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία και σε γινόμενες μελέτες στην Ελλάδα, και να επικεντρώνεται στη μείωση των διαθέσιμων μοσχευμάτων λόγω αμέλειας του τοπικού συντονιστή μεταμόσχευσης.

Επόμενο σημείο που θα θέλαμε να σταθούμε, είναι η αξιολόγηση πολιτικών για τη δημιουργία ενός καλύτερου προφίλ για τον Συντονιστή. Ο κυρίως σκοπός της παραπάνω ανάλυσης ήταν ο εντοπισμός αδύνατων σημείων και σκοπός της παρακάτω ανάλυσης

ο λεπτομερής εντοπισμός αδύνατων σημείων που χρήζουν βελτίωσης. Με τον όρο υποκίνηση εννοείται η διαδικασία επίτευξης στους εργαζομένους ενός οργανισμού «μιας εσωτερικής κατάστασης που ενεργοποιεί και δραστηριοποιεί το σύνολο των ικανοτήτων τους και κατευθύνει τη συμπεριφορά τους προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων».<sup>20</sup> Προκύπτει ότι στόχος του Εθνικός Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) είναι να εντάσσει συνεχώς σε όλα τα νοσοκομεία Συντονιστές οι οποίοι θα έχουν εκπαιδευτεί. Η εκπαίδευση επικεντρώνεται συνήθως στην παροχή συγκεκριμένων δεξιοτήτων ή βοήθειας προκειμένου να διορθώσουν τις ανεπάρκειες στην επίδοσή τους. Στόχος της εκπαίδευσης είναι η σχετικά ταχεία βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων.<sup>21</sup> Η προσέγγιση της οικογένειας του δυνητικού δότη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό σημείο σε ότι αφορά την επιτυχία των μεταμοσχεύσεων και για το λόγω αυτό αποτελεί αντικείμενο εκπαίδευσης των συντονιστών.<sup>22</sup> Η καθιέρωση προγραμμάτων συνεχόμενης εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι από τις πρώτες προτεραιότητες όσον αφορά τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων και την αύξηση των Μεταμοσχεύσεων καθώς και η εκπροσώπηση τους σε Πανελλήνια και Διεθνή Συνέδρια. Επιπλέον ο Ε.Ο.Μ. θα πρέπει να συμβάλλει στην καθιέρωση της ειδικότητας του «Συντονιστή Μεταμόσχευσης» και παρακολούθηση ενός σύντομου και εντατικού

προγράμματος σπουδών για την απόκτηση της από τους Συντονιστές έχοντας σαν κίνητρο εκπαιδευτική άδεια για την παρακολούθηση του προγράμματος έτσι ώστε να είναι περισσότερο καταρτισμένοι και να δουλεύουν όσο το δυνατό αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα με απώτερο στόχο την αύξηση των μεταμοσχεύσεων. Στην Αμερική οι Συντονιστές είναι συνήθως νοσηλευτές οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα αλλά οι περισσότεροι σε αυτές τις θέσεις είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην «Δημόσια Υγεία» και στη «Διοίκηση Επιχειρήσεων» ή είναι κάτοχοι Διδακτορικού με κατεύθυνση την Ψυχολογία ή την Κοινωνική Εργασία. Ακόμα εθελοντική πιστοποίηση είναι διαθέσιμη μέσω της Αμερικάνικης επιτροπής των συντονιστών μεταμόσχευσης, «Επικυρωμένος συντονιστής μεταμόσχευσης προμήθειας (CPTC)» και «Επικυρωμένη κλινική μεταμόσχευση». Τα πιστοποιητικά συντονιστών (CCTC) είναι διαθέσιμα σε συντονιστές που έχουν εργαστεί στον τομέα για τουλάχιστον ένα έτος και αφού έχουν περάσει επιτυχώς εξετάσεις.<sup>23</sup>

Οι νοσηλευτές υποστηρίζουν ότι ο Συντονιστής θα πρέπει να είναι Μόνιμο προσωπικό της Μ.Ε.Θ. Ο Συντονιστής θα πρέπει να είναι γνώστης του είδους και της πολυπλοκότητα των μηχανημάτων παρακολούθησης οπότε θα πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό το οποίο να

έχει εξειδικευθεί στην επείγουσα ή εντατική θεραπεία με ικανότητα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς, εκτέλεσης επειγόντων παρεμβάσεων αν χρειαστεί.

Στην αξιολόγηση των Συντονιστών δίδεται η τέταρτη θέση με μ.ο=4. Η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνει με βάση: α) Δείγματα έργου β) Συνέντευξη γ) Ψυχομετρικά τεστ (ικανοτήτων, δεξιοτήτων, προσωπικότητας, ενδιαφερόντων) δ) Βιογραφικές μέθοδοι. Στην Αμερική τα πιστοποιητικά συντονιστών (CCTC) ισχύουν για μια περίοδο 3 ετών. Η συνεχής πιστοποίηση λαμβάνεται με επανεξέταση.<sup>24</sup>

Από την έρευνα μας διαπιστώνεται ότι οι νοσηλευτές δεν δίνουν βάρος στην παροχή επιπλέον κινήτρων στους συντονιστές. Όμως αξίζει να αναφέρουμε ότι βασικό σημείο του Ισπανικού μοντέλου είναι το μεικτό σύστημα αμοιβών που περιέχει βασικό μισθό καθώς και bonus απόδοσης για τους συντονιστές.<sup>25</sup> Στην Αμερική ο Συντονιστής συνήθως είναι νοσηλευτής και οι αποδοχές τους κυμαίνονται από \$18.85 έως \$30.75 την ώρα ανάλογα με το επίπεδο σπουδών, την εμπειρία και τις ευθύνες που του έχουν ανατεθεί.<sup>26</sup> Το συνολικό πακέτο που προσφέρεται θα πρέπει να είναι μοναδικό και να υπολογίζεται με πολύ προσοχή ανάλογα την προσφορά και τις σπουδές του.<sup>27</sup> Σχετική μελέτη αναφέρει ότι το 2005 ο EOM αποφάσισε να κρατήσει στενή επαφή και συνεργασία με τις 45 πιο κερδοφόρες σε μοσχεύματα MEΘ από τις 74 της Ελλάδος και τους τοπικούς συντονιστές

που άνηκαν σε αυτές. Επιπλέον αποφασίστηκε ότι οι τοπικοί συντονιστές μεταμόσχευσης θα πρέπει να δουλεύουν part-time και να λαμβάνουν μηνιαία αποζημίωση. Με αυτή τη βασική ενέργεια είχαμε σαν αποτέλεσμα 154% αύξηση του ρυθμού των προσφερόμενων δυνητικών δοτών, 33% και 38% αύξηση σε δυνητικούς δότες και μεταμοσχεύσεις αντίστοιχα σε σύγκριση με το 2004.<sup>28</sup>

Τέλος στην αξιολόγηση πολιτικών για τη δημιουργία ενός καλύτερου προφίλ για το Συντονιστή δίδεται η τελευταία θέση στη Αλλαγή Συντονιστή κάθε χρόνο με μ.ο.= 2.3. Στο χρονικό διάστημα ενός χρόνου ο Συντονιστής δεν προλαβαίνει να δείξει έργο αφού θα χρειαστεί κάποιο χρονικό διάστημα να προσαρμοστεί και τέλος δεν έχει καθόλου κίνητρα έτσι ώστε να επιδιώξει καλύτερα αποτελέσματα. Στην Ισπανία οι Συντονιστές αλλάζουν κάθε δύο χρόνια κατά μέσο όρο πριν αρχίσει να φθίνει η απόδοσή τους.<sup>29</sup>

Οι προτάσεις που μπορούν να γίνουν για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του μεταμοσχευτικού προγράμματος της χώρα μας αγγίζουν πολλούς τομείς, τόσο οργανωτικούς, όσο και νομοθετικούς, οικονομικούς, επιστημονικούς κ.α. όπως η ανάγκη κοστολόγησης της μεταμοσχευτικής διαδικασίας καθώς και η αναθεώρηση κάποιων σημείων του νόμου 2737/1999, όπου ασάφειες ή παραλείψεις δεν διευκολύνουν την μεταμοσχευτική διαδικασία. Όσο αφορά προτάσεις που μπορούν να γίνουν για τον

Συντονιστή μεταμόσχευση είναι απαραίτητος ο σαφής καθορισμός ρόλων και αρμοδιοτήτων όλων των εμπλεκομένων στην διαδικασία καθώς και η δημιουργία Πρωτοκόλλων για κάθε στάδιο της. Οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή στις Μ.Ε.Θ θα πρέπει να καλυφθούν. Θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της παρουσίας του Συντονιστή Μεταμόσχευσης στη μεταμοσχευτική διαδικασία με κάποιο τρόπο γιατί όπως διαπιστώνεται ο Συντονιστής πολλές φορές απουσιάζει. Όπως δείχνει και η εμπειρία απ' την Ισπανία, αποτελεί η καλύτερη δυνατή βάση για να μη χάνονται εν δυνάμει δότες είναι να δοθούν περισσότερες αρμοδιότητες-κίνητρα σε αυτούς τους επαγγελματίες μέσω συγκεκριμένου προγράμματος που σαν στόχο είχε τη συστηματική ανάλυση της διαδικασίας της δωρεάς οργάνων βήμα προς βήμα.<sup>30</sup> Η ελληνική νομοθεσία για το συντονισμό των μεταμοσχεύσεων ακολουθεί, σε γενικές γραμμές, τις επιλογές των διεθνών προτύπων με μια σημαντική εξαίρεση: στο ν. 2737/1999 δεν προβλέπεται η ύπαρξη Συντονιστών σε Περιφερειακό επίπεδο και η διεθνής εμπειρία αποδεικνύει ότι η έλλειψη αυτή αφήνει ένα σημαντικό κενό ανάμεσα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και στον Ε.Ο.Μ. (εφόσον δεν λειτουργούν κατά τόπους παραρτήματά του). Από την άλλη πλευρά και εν όψη της μικρής γεωγραφικής έκτασης της χώρας μας, ίσως θα μπορούσε κανείς να αντιτάξει ότι η απευθείας επικοινωνία των Τοπικών

Συντονιστών με τους Κεντρικούς. Ένα βασικό σημείο που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι, αναφορικά με την αμοιβή των Συντονιστών, ο νόμος 2737/1999 παραπέμπει στις διατάξεις του μισθολογίου των δημοσίων υπαλλήλων. Έχουμε ήδη αντιληφθεί πόσο ο ρόλος των Συντονιστών, ιδίως των Τοπικών, είναι νευραλγικής σημασίας για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και πόσο η αποστολή τους είναι ψυχοφθόρα και εξοντωτική έτσι θα έπρεπε οπωσδήποτε, το μιν να υπάρχει πρόβλεψη για bonus αποδοτικότητας, το δε σαφής διατύπωση στο π.δ. 93/2002 για θητεία ορισμένου χρόνου στη θέση του Συντονιστή, με δυνατότητα επαναπασχόλησης του σε αυτή μετά την πάροδο ικανού χρονικού διαστήματος ώστε να ανακάμψει από ο άγχος και την υπερένταση που η διαρκής ετοιμότητα στη συγκεκριμένη θέση συνεπάγονται.<sup>31</sup> Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα πρέπει να προωθήσει την συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών προκειμένου να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση του κοινού και σε αυτό θα μπορούσε να συμβάλει η ενσωμάτωση της κάρτας δωρητή οργάνων με την υπάρχουσα ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης υγείας. Επιπλέον η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα πρέπει να συμβάλει στη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και να εντοπίσει τα αποτελεσματικότερα συστήματα με τη βοήθεια και την εμπειρία των συντονιστών μεταμόσχευσης όλης της Ευρώπης με σκοπό την προώθηση των βέλτιστων πρακτικών.

Η παρούσα μελέτη, είναι η πρώτη που κατέγραψε τη συμπεριφορά του τοπικού Συντονιστή μεταμόσχευσης σε Μ.Ε.Θ. της Ελλάδος ελπίζοντας ότι θα είναι το πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση της ποιοτικής και αποδοτικής αναβάθμισης του θεσμού και του ρόλου του Συντονιστή μεταμόσχευσης. Θα πρέπει όμως να γίνει έρευνα και καταγραφή της συμπεριφοράς του σε μεγαλύτερο αριθμό Μ.Ε.Θ. που θα επιτρέψει μια πιο ευρεία και αναλυτικότερη διερεύνηση της συμπεριφορά του.

Σύμφωνα με τον Balthazard & Cooke, καταγράφοντας την πολύτιμη κρυμμένη γνώση των μελών ενός οργανισμού ο ερευνητής είναι σε θέση να οργανώσει, να συστηματοποιήσει και κυρίως να μοιραστεί αυτή τη γνώση με όλα τα μέλη του οργανισμού προετοιμάζοντας το έδαφος για αλλαγή.<sup>32</sup> Το σημαντικό σημείο από αυτή την έρευνα είναι η γνώση που ήρθε στην επιφάνεια, ότι η προσφορά και η συμπεριφορά του Συντονιστή μεταμόσχευσης μπορεί να μετρηθεί.

### Συμπέρασμα

31. Σοφιανός Ε. Ποιότητα Ζωής στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια [ιστοσελίδα]. Ελληνική Εταιρία Μεταμοσχεύσεων, 2005 - [πρόσβαση 15 Σεπτεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <[http://www.transplantation.gr/article\\_patients.asp?patient\\_id=&medicine\\_id=6&category\\_id=0&article\\_id=209](http://www.transplantation.gr/article_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&category_id=0&article_id=209)>

32. Βάρκα- Αδάμη Α. Κριτική Θεώρηση του Ν. 2737/99 « για τις μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων», 2000.

33. Σοφιανός Ε. Ποιότητα Ζωής στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια [ιστοσελίδα]. Ελληνική Εταιρία Μεταμοσχεύσεων, 2008 - [πρόσβαση 15 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <[http://www.transplantation.gr/article\\_patients.asp?patient\\_id=&medicine\\_id=6&category\\_id=0&article\\_id=209](http://www.transplantation.gr/article_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&category_id=0&article_id=209).

34. Αδάμου Α. Εγκρίθηκε από το ΕΚ η έκθεση Α. Αδάμου για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων [ιστοσελίδα]. Αρκτίνος, 2007 - [πρόσβαση 2 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <<http://www.politix-news.com/cgi-bin/hweb?-A=782287&V=archivecolumns>>

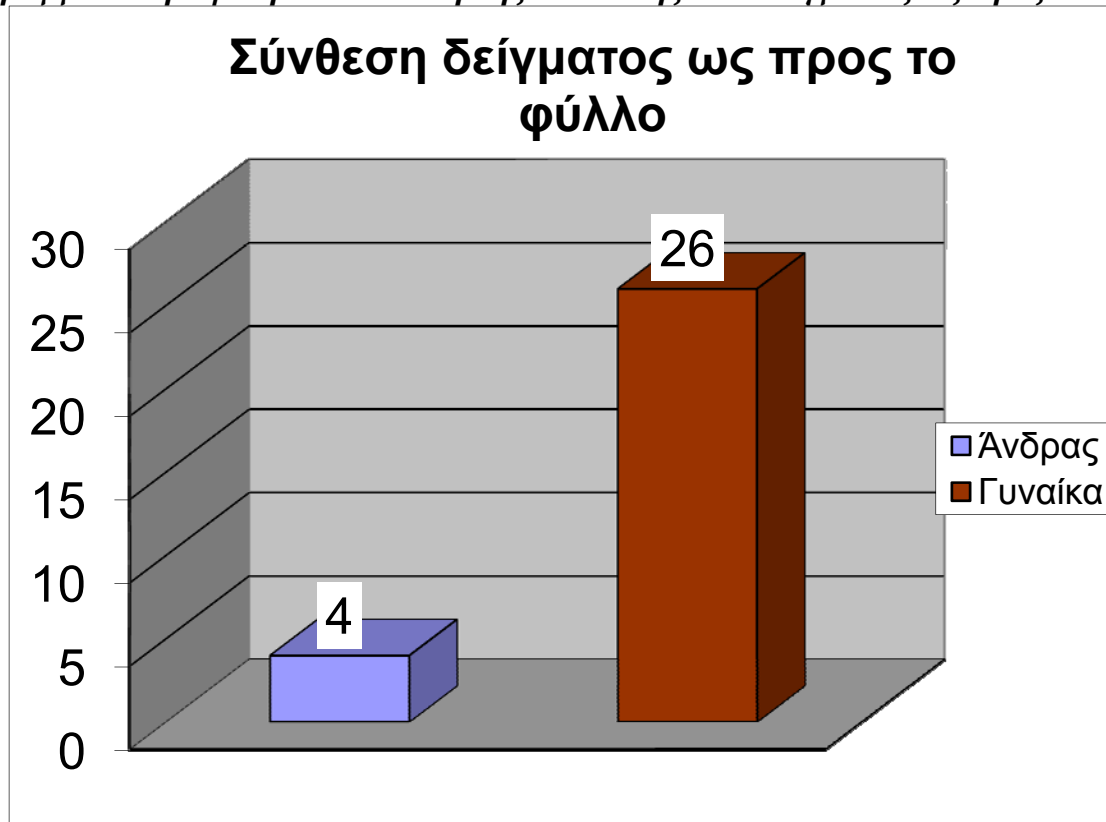
35. Ανώνυμος. Για εμπορία οργάνων κατηγορείται ο UCK, [ιστοσελίδα]. Χαραυγή, 2007 - [πρόσβαση 9 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <<http://www.haravgi.com.cy/site-article-6353-gr.php>>

36. Αδάμου Α. Εγκρίθηκε από το ΕΚ η έκθεση Α. Αδάμου για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων [ιστοσελίδα]. Αρκτίνος, 2007 - [πρόσβαση 2 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <<http://www.politix->

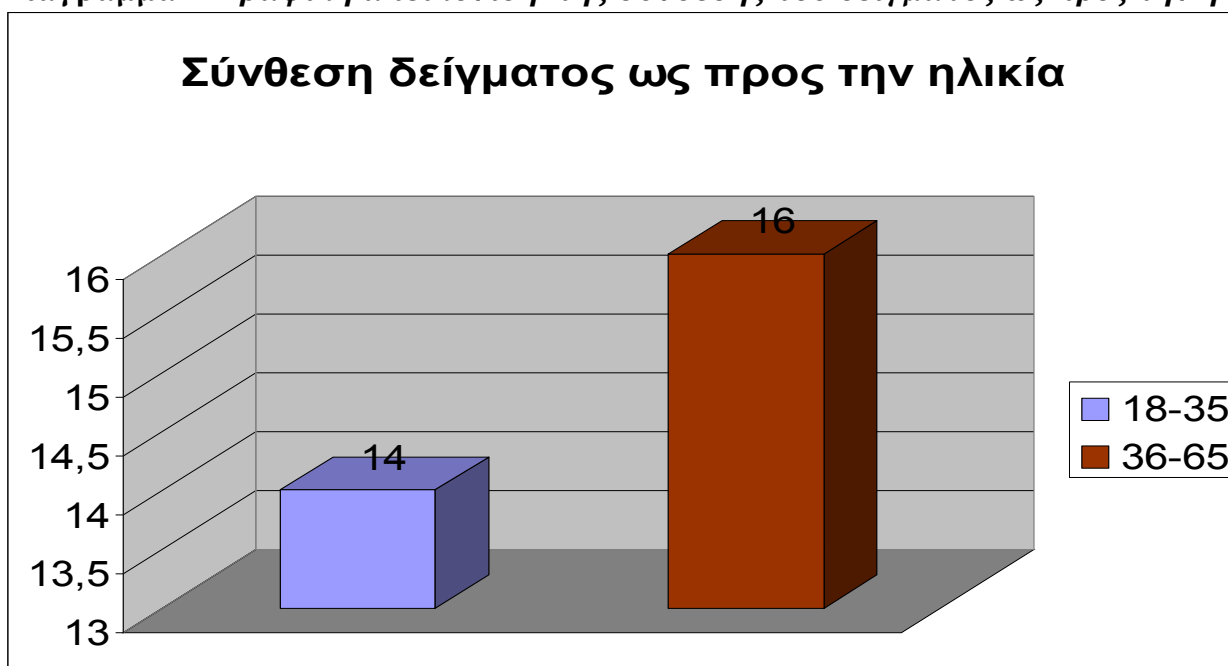
- [news.com/cgibin/hweb?-A=782287&-V=archivecolumns.>](http://news.com/cgibin/hweb?-A=782287&-V=archivecolumns.>)
37. E.O.M., Πεπραγμένα 2004 -2005, Μάρτιος 2006 5(5).
38. Koostra G. Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement, Transplant Proc., 1984, 1(1).
39. E.O.M., Πεπραγμένα 2004 -2005, Μάρτιος 2006, 7(7).
40. Matesanz R . Πως θα βελτιωθεί η δωρεά οργάνων - Το Ισπανικό μοντέλο, 2004, 5-8.
41. Μενουδάκου Γ, Χατζηξηρός Ε. Έκθεση με αφορμή το Transplant Procurement Management Course, 2005, 7- 8.
42. Λαγγουράνης Α. Η μεταμόσχευση στην Ελλάδα (παρελθόν, παρόν και μέλλον) [ιστοσελίδα]. Σύλλογος Αθλούμενων Νεφροπαθών, 2005 - [πρόσβαση 15 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <[http://www.san.gr/gr/art\\_h\\_met\\_in\\_gr.htm.>](http://www.san.gr/gr/art_h_met_in_gr.htm.>)
43. E.O.M., Πεπραγμένα 2004 -2005, Μάρτιος 2006, 7(7).
44. Μενουδάκου Γ, Χατζηξηρός Ε. Έκθεση με αφορμή το Transplant Procurement Management Course, 2005, 7- 8.
45. Matas J. Should we pay donors to increase the supply of organs for transplantation? Yes, British Medical Journal 2008, 336:1342
46. Matesanz R. Πως θα βελτιωθεί η δωρεά οργάνων - Το Ισπανικό μοντέλο, 2004
47. Van Der Vliet JA et all. Successful Reorganization of Organ Procurement in the Netherlands, Transplant. Proc., 1984, page 38
48. Καραγιωργος Δ. 2.200 ετησίως σκοτώνουν οι κλειστές Μ.Ε.Θ. [ιστοσελίδα]. Καργιολογικό Βήμα, 2007 - [πρόσβαση 15 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <<http://kardiologia.blogspot.com/2007/1/2200.html>.
49. Koostra G. Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement, Transplant Proc, 1984, 1 (1).
50. Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών [ιστοσελίδα]. Αθήνα: Το βήμα του Ασκληπιού, Απρίλιος – Ιούνιος, 2007, Τόμος 6ος, Τεύχος 1ο - [πρόσβαση 15 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <<http://www.vima-gr.>>
51. Κυριόπουλος Δ. Η υποκίνηση προσωπικού στο δημόσιο νοσοκομείο (ή αναζητώντας το καρότο). Επιθεώρηση Υγείας, 16(95), 17-20, 2005.
52. Τερζίδης, Κ, Τζωρτζάκης, Κ. Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων [Διοίκηση Προσωπικού], 1η έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις Rosili, 2004

53. Γερολουκά Γ, Σμυρνιώτης Β. Εντατική θεραπεία και κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια. Σύγχρονες μέθοδοι υποστήριξης της ηπατικής λειτουργίας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000 , 17(3):285-292
54. Ανώνυμος. A guide to health careers in Illinois. Organ Transplant Coordinator, [ιστοσελίδα]. Illinois: Department of Employment Security, 2007- [πρόσβαση 8 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <<http://lmi.ides.state.il.us/healthcareer/s/PDF/OrganTransplant.pdf>>
55. Ανώνυμος. A guide to health careers in Illinois. Organ Transplant Coordinator [ιστοσελίδα]. Illinois: Department of Employment Security, 2007- [πρόσβαση 8 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <<http://lmi.ides.state.il.us/healthcareers/PDF/OrganTransplant.pdf>>
56. Μενουδάκου Γ, Χατζηξηρός Ε. Έκθεση με αφορμή το Transplant Procurement Management Course, 2005, 7-8.
57. Ανώνυμος. Μονάδα. Εντατικής Θεραπείας [ιστοσελίδα]. Αθήνα: Αναπηρία τώρα, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2007, Τεύχος 59 -[πρόσβαση 15 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <<http://www.disabled.gr/forum/archive/index.php/t-12141.html> -2008.
58. Τερζίδης Κ, Τζωρτζάκης, Κ. Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων [Διοίκηση Προσωπικού]. 1η έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις Rosili, 2004
59. Karatzas T, Menoudakou G, Chatzixiros E, Kyrkou B, Maleskou S, Kostakis A. Improving the organ transplantation program in Greece : Institution of local transplant coordinators' network, Health Science Journal 2007, 39(4): 793-796
60. Μενουδάκου Γ, Χατζηξηρός Ε. Έκθεση με αφορμή το Transplant Procurement Management Course, 2005, 7- 8.
61. Μανιού Μ., Ομπέση Φ. Οργάνωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας: Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων [ιστοσελίδα]. Αθήνα: Το βήμα του Ασκληπιού, Απρίλιος – Ιούνιος, 2008, Τόμος 7ος, Τεύχος 2ο - [πρόσβαση 15 Απριλίου 2008]. Διαθέσιμο από το Internet: <<http://www.vima-asklipiou.gr>>
62. Balthazard P, Cooke R.: Organizational culture and knowledge management success: assessing the behavior-performance continuum [ιστοσελίδα]. USA: Arizona State University 2004 - [πρόσβαση 15 Δεκεμβρίου 2007]. Διαθέσιμο από το Internet: <[http://ieeexplore.ieee.org/xpl/freeabs\\_all.jsp?arnumber=1265577](http://ieeexplore.ieee.org/xpl/freeabs_all.jsp?arnumber=1265577) - 2004.>

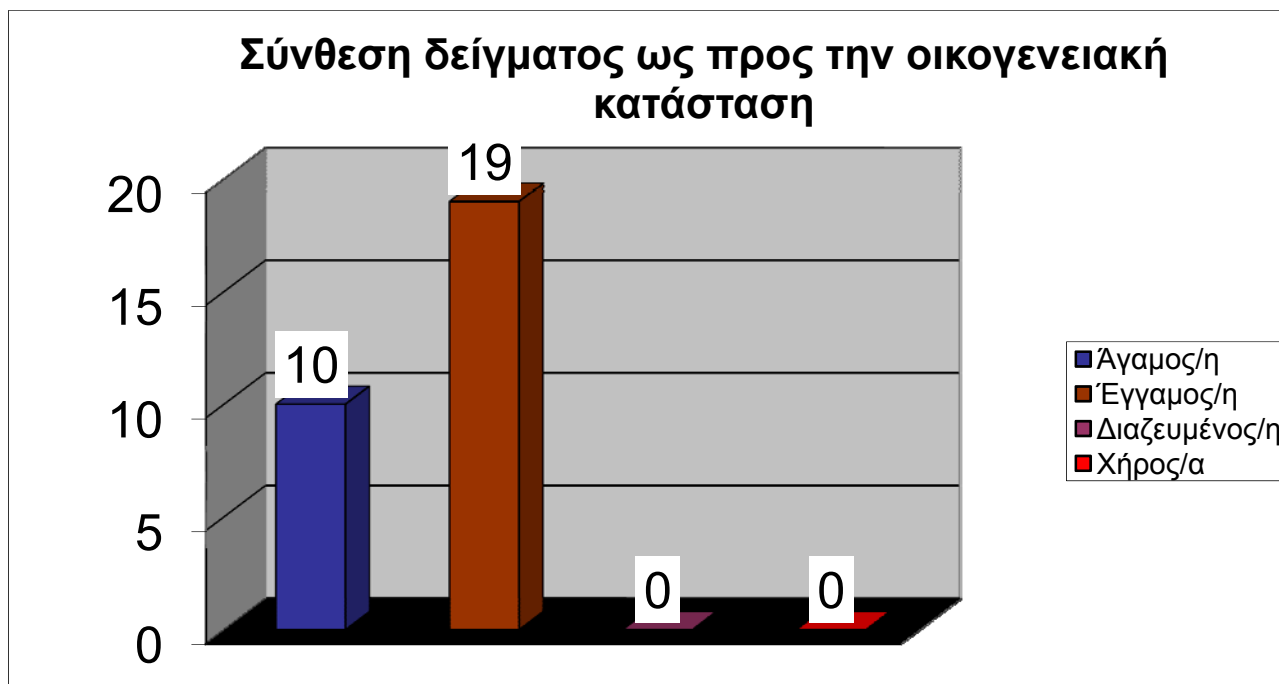
Διάγραμμα 1: Γραφική απεικόνιση της σύνθεσης του δείγματος ως προς το φύλλο



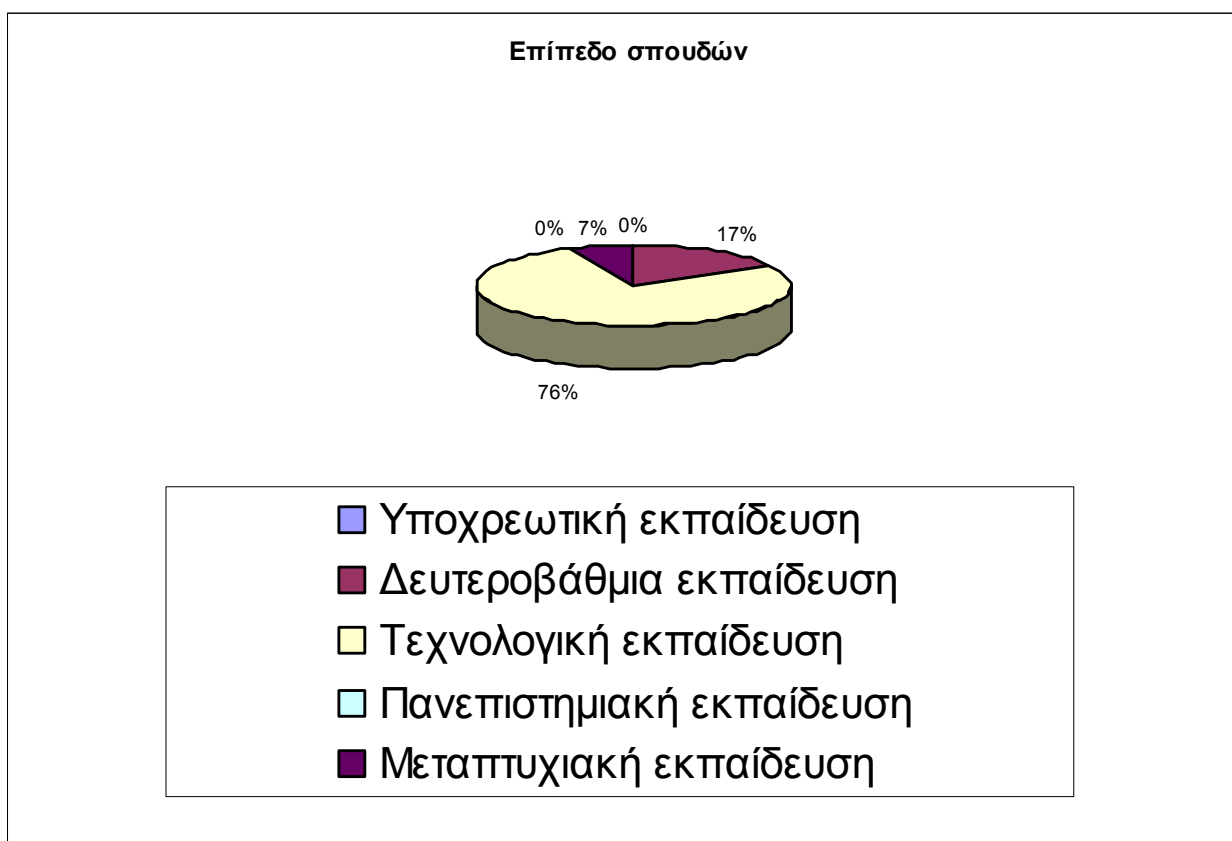
Διάγραμμα 2: Γραφική απεικόνιση της σύνθεσης του δείγματος ως προς την ηλικία



Διάγραμμα 3: Γραφική απεικόνιση της σύνθεσης του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση



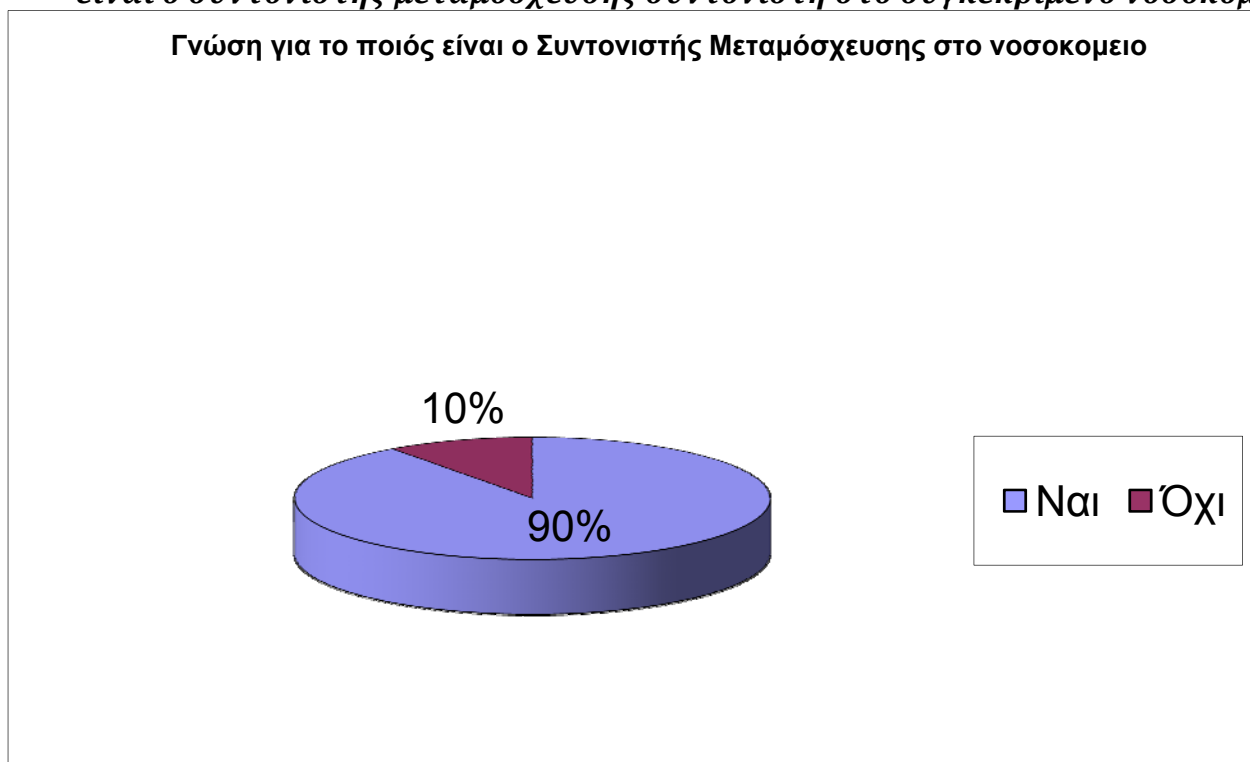
Διάγραμμα 4: Γραφική απεικόνιση της σύνθεσης του δείγματος ως προς το επίπεδο σπουδών



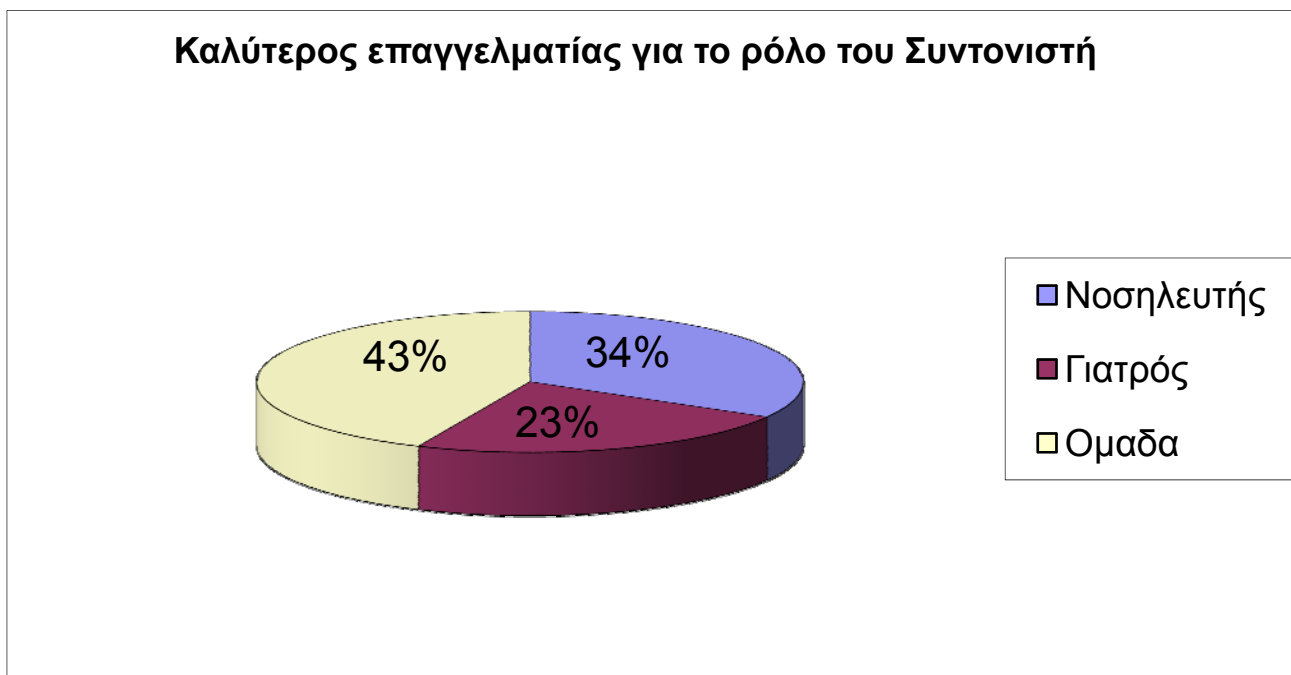
Διάγραμμα 5: Γραφική απεικόνιση όσο αφορά τη γνώση για το θεσμό και το ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης



Διάγραμμα 6: Γραφική απεικόνιση όσο αφορά τη γνώση των νοσηλευτών για το ποιός είναι ο συντονιστής μεταμόσχευσης συντονιστή στο συγκεκριμένο νοσοκομείο



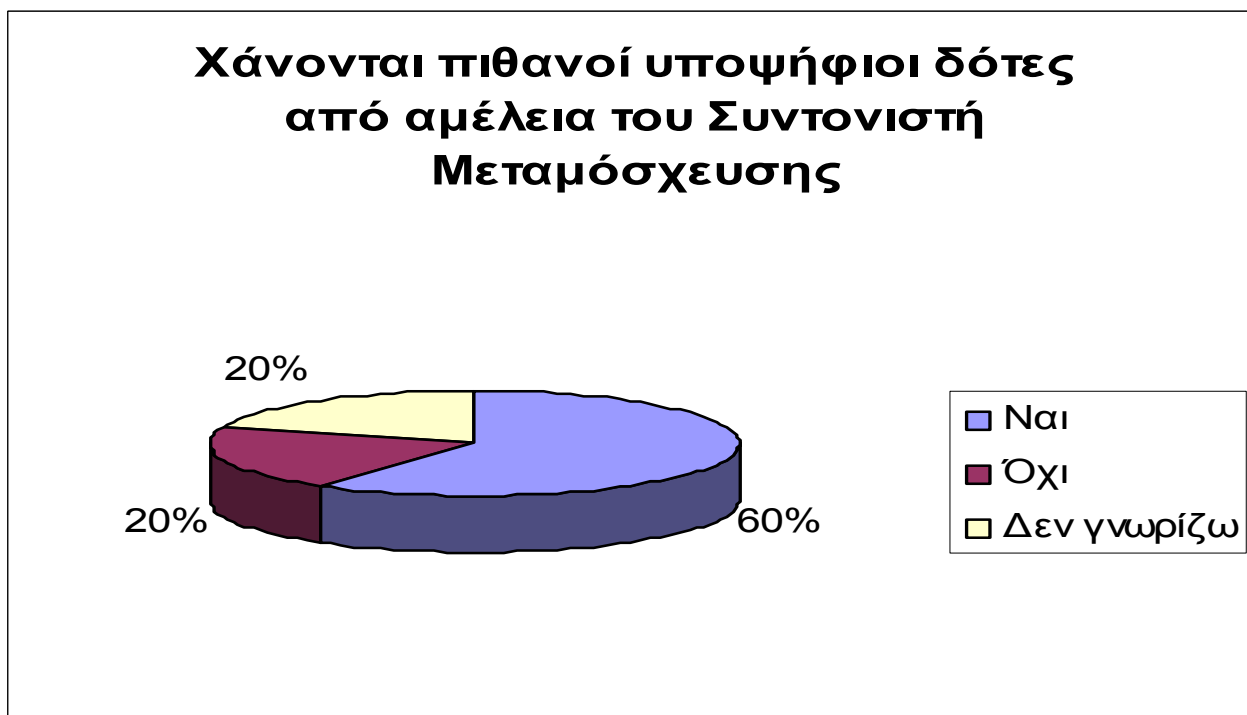
**Διάγραμμα 7: Γραφική απεικόνιση όσο αφορά τη γνώμη των νοσηλευτών για το ποίος θα ήταν ο καλύτερος επαγγελματίας για το ρόλο του συντονιστή μεταμόσχευσης**



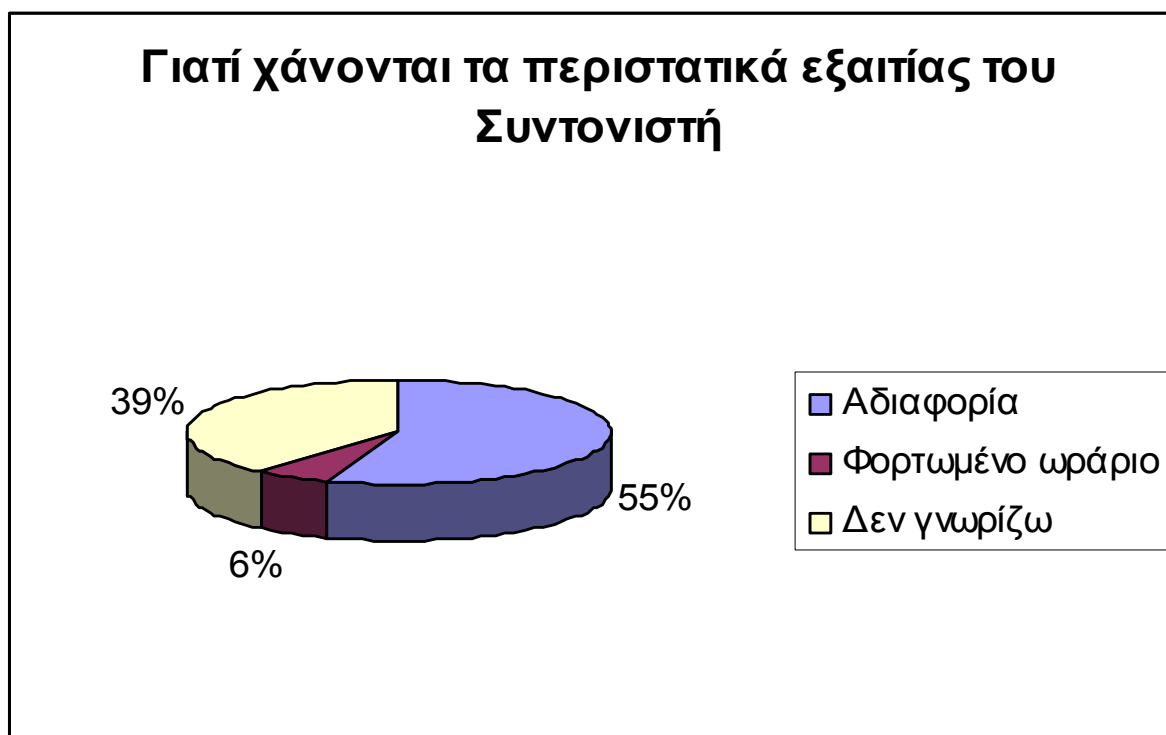
**Διάγραμμα 8: Γραφική απεικόνιση όσο αφορά τη γνώμη των νοσηλευτών για τη συμβολή του συντονιστή μεταμόσχευσης στην αύξηση μεταμοσχεύσεων**



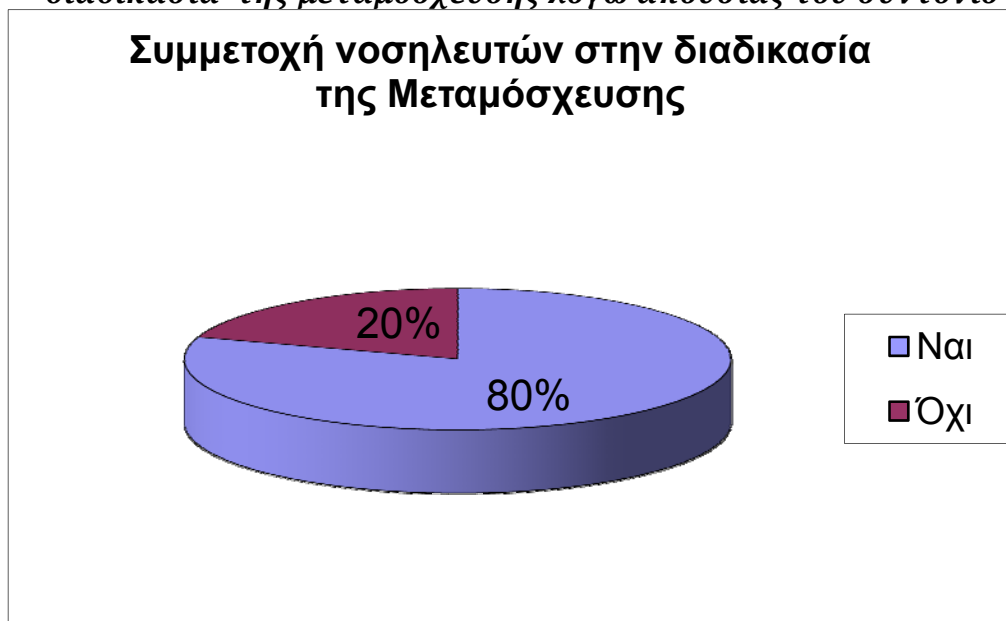
Διάγραμμα 9: Γραφική απεικόνιση όσο αφορά τη γνώμη των νοσηλευτών για το εάν χάνονται κατάλληλοι δότες λόγω αμέλειας του συντονιστή



Διάγραμμα 10: Γραφική απεικόνιση όσο αφορά τη γνώμη των νοσηλευτών για το λόγο για το οποίο χάνονται δότες εξαιτίας του συντονιστή μεταμόσχευσης



**Διάγραμμα 11: Γραφική απεικόνιση όσο αφορά τη συμμετοχή των νοσηλευτών στην διαδικασία της μεταμόσχευσης λόγω απουσίας του συντονιστή**



**Πίνακας 1: Αξιολόγηση πολιτικών για τη δημιουργία ενός νέου προφίλ συντονιστή με σκοπό την αύξηση των μεταμοσχεύσεων**

**Αξιολόγηση Πολιτικών για τη δημιουργία ενός νέου προφίλ Συντονιστή (μ.ο.)**

Εκπαίδευση Συντονιστών	5.3
Ειδικότητα «Συντονιστή Μεταμόσχευσης»	5.2
Μόνιμο προσωπικό της Μ.Ε.Θ	4.1
Αξιολόγηση Συντονιστών	4.0
Νεαρό άτομο με όρεξη	3.9
Κίνητρα στους Συντονιστές	4.0
Αλλαγή Συντονιστή κάθε χρόνο	2.3

**ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ****Νοσηλευτική και Θεολογική προσέγγιση του πόνου**Γεώργιος Κατσιμίγκας<sup>1</sup>, Σπηλιοπούλου Χαρά<sup>2</sup>, Χρύσω Νάστου<sup>3</sup>, Μαρία Γκίκα<sup>4</sup>

1. Νοσηλευτής ΠΕ κ' ΤΕ, Θεολόγος, Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής, Νοσοκομείο Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, Δρακοπούλειο Κέντρο Αιμοδοσίας, Αθήνα.
2. Αν. Καθηγήτρια Ιατρικής, Διευθύντρια Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας Παν. Αθηνών.
3. Νοσηλεύτρια ΠΕ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
4. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Θεολόγος, Διδάκτωρ Νοσηλευτικής, Νοσοκομείο Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, Αθήνα

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο πόνος συνοδεύει τον άνθρωπο σ' όλη την πορεία της επίγειας ζωής του. Ο πόνος προκαλεί θλίψη στον άρρωστο, στην οικογένειά του και όσους τον φροντίζουν. Ο άνθρωπος θέλησε και προσπάθησε να εξηγήσει το φαινόμενο του πόνου από τους αρχαίους χρόνους. Η βοήθεια προς τον άρρωστο που πονά είναι ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της νοσηλευτικής. Η επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών είναι αφιερωμένη στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου δεν είναι εύκολη για τους νοσηλευτές. Απαιτείται καλή επαγγελματική κατάρτιση, συνεχή μάθηση, αξιολόγηση του αρρώστου και ειλικρινή αναζήτηση του νοήματος της ζωής. Από την πλευρά της ορθόδοξης θεολογία, ο πόνος θεωρείται ως μέσο παιδαγωγίας και πνευματικής εγρήγορσης. Ο πιστός καλείται να μιμηθεί τον ίδιο το Χριστό και τους αγίους της εκκλησίας. Οι πατέρες της εκκλησίας θεωρούν τον πόνο και την ασθένεια ως έκφραση της θείας πρόνοιας, σαν τρόπο παιδαγωγίας και ευλογίας για τον μεταπτωτικό άνθρωπο.

**Λέξεις κλειδιά:** Πόνος, Νοσηλευτική και πόνος, Νοσηλευτής και ασθένεια, Θεολογία και πόνος, ασθένεια και εκκλησία

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Γεώργιος Κατσιμίγκας  
Πρεμέτης 5, 18542, Π. Κοκκινιά, Πειραιάς  
Τηλ. 210- 49 12 236, 6977071815

**SPECIAL ARTICLE****Nursing and theological approach of pain**

George Katsimigas<sup>1</sup>, Chara Spiliopoulou<sup>2</sup>, Chiso Nastou<sup>3</sup>, Mary Gika<sup>4</sup>

3. RN, Theologian, Candidate Doctor of Medicine. Greek Red Cross Hospital (Erythros Stavros Hospital) Dracopouleion Center of Blood Donation, Athens.
4. Associate professor of Medicine, (Directress of forensic Medicine and Toxicology) the faculty of Medicine of the University of Athens.
5. Nurse, Department Nursing, Athens University, Athens.
6. Nurse of Infection Control Department, Theologian, Doctor of Nursing, Greek Red Cross Hospital (Erythros Stavros Hospital) in Athens.

**ABSTRACT**

Pain accompanies human beings during the course of their life. Pain causes sorrow to ill, his family and those who take care of them. Man have wanted and tried to explain pain since the beginning of time. The aid towards the person who is in pain is one of most important characteristics of nursing. The professional life of nurses is dedicated to the relief of human pain.

The effective relief of pain is not easy for nurses. A good professional orientation, a continuous learning, the evaluation of the patient and a sincere quest of meaning of life are needed.

According to the Orthodox belief, pain is considered as a means of discipline and mental alert. Orthodox Christians are asked to follow the example of Jesus Christ and the Saints.

The Fathers of the Church consider pain and disease as an indication of God's Concern as a way of schooling for the repentant man.

**Key words:** Pain, Nursing and Pain, Nurse and Disease, Theology and Pain, Disease and Church.

**CORRESPONDING AUTHOR**

*George Katsimigas*

*5 Premetis street, GR-18542 Pireas, Greece.*

*Tel. +30 210-4912236, 6977071815*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο πόνος είναι συνυφασμένος με τη ζωή του ανθρώπου. Ο πόνος προσβάλλει τον άνθρωπο ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, την οικονομική του κατάσταση και την πολιτισμική του συμπεριφορά. Ο πόνος συνήθως αντιμετωπίζεται με φόβο και αγωνία από τον άνθρωπο, αφού υποθάλπει την αυτονομία του και την αυτοεκτίμησή του, πολύ συχνά δε συνοδεύεται από αισθήματα μοναξιάς και απελπισίας. Στην αρχαία ελληνική γραμματεία ο πόνος αναφέρεται ως γιος της Έριδας και εγγονός της Νύκτας, ο οποίος δόθηκε στους ανθρώπους για την κλοπή της φωτιάς από τον Προμηθέα. Ο Απόλλωνας ήταν ο θεός ο οποίος καταπολεμούσε τον πόνο, ενώ η Ιασώ η κόρη του Ασκληπιού είχε την επιμέλεια της ανακούφισης του πόνου.<sup>1</sup> Ο Χριστιανισμός από την άλλη δέχεται τον πόνο ως μέσο παιδαγωγίας για την πνευματική τελείωση του ανθρώπου. Δεν καταστέλλει τον πόνο, αλλά αλλάζει την έννοια του.

Η φύση και το νόημα του πόνου, καθώς και η αντιμετώπισή του αποτελούν αντικείμενο μελέτης και καθημερινής δραστηριότητας για το νοσηλευτή. Αναμφίβολα, η αίσθηση του πόνου λειτουργεί ως σηματοδότης κινδύνου για τον οργανισμό, παράλληλα σε συνάρτηση με τη νόσο είναι το σύμπτωμα εκείνο που συχνά οδηγεί σε αναζήτηση ιατρικής συμβουλής.<sup>2,3</sup>

Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα με έντονα προσωπικά χαρακτηριστικά. Επίσης είναι δυνατόν να απορροφήσει τη σκέψη του ατόμου να επηρεάσει τις δραστηριότητές του και να αλλάξει όλη τη ζωή του. Η Arendt περιγράφει τον πόνο, σαν το πιο έντονο αίσθημα που γνωρίζει ο άνθρωπος, έντονο μέχρι εξάλειψης όλων των άλλων εμπειριών.<sup>4</sup> Ο πόνος κατά τον Engel είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα, που αντιπροσωπεύει τη θλίψη και προέρχεται από την ψυχική αντίληψη μια πραγματικής, απειλητικής ή φανταστικής βλάβης.<sup>5</sup> Ο Mountcastle αναφέρει, ότι «πόνος είναι αισθητηριακή εμπειρία που προκαλείται από βλαπτική αιτία»<sup>1</sup> Η McCaffery δίνοντας τον ορισμό του πόνου λέει ότι, « πόνος είναι ότι το άτομο λέει ότι είναι και υπάρχει όταν εκείνο λέει ότι υπάρχει»<sup>6</sup>

Ο Διεθνής Οργανισμός Μελέτης του Πόνου (IASP 1986), δίνει τον ακόλουθο ορισμό για τον πόνο, ο οποίος και έχει επικρατήσει ευρέως: «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με υπάρχουσα ή ενδεχόμενη ιστική βλάβη και εκφράζεται με όρους που υποδηλώνουν το χαρακτήρα και την έκταση της βλάβης.»<sup>7</sup>

Ο ορισμός αυτός, υποδηλώνει ότι ο πόνος αποτελεί απλώς μια σωματική εμπειρία και δεν καταφέρνει να αποδώσει πλήρως τις συνέπειες

που προκαλεί το επίμονο άλγος. Η αντίδραση στον πόνο είναι κατά ορισμό υποκειμενική. Για το λόγο αυτό ο ορισμός της McCaffery θεωρείται από κλινικής απόψεως καλύτερος και τυγχάνει γενικότερης αποδοχής. Σύμφωνα με τον Hunter,<sup>8</sup> η εμπειρία του πόνου βιώνετε διαφορετικά από άτομο σε άτομο, λόγω τριών χαρακτηριστικών:

Την ένταση της γενεσιουργού αιτίας

Την προηγούμενη εμπειρία σε παρόμοιο συμβάν

Την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου

Μελέτες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 1996)<sup>9</sup>, υποστηρίζουν ότι η διευθέτηση του πόνου έχει επιτευχθεί σε ποσοστό πάνω από το 90% των ασθενών. Ωστόσο, άλλες μελέτες αποκαλύπτουν ότι ένα μεγάλος αριθμός ασθενών με κακοήθη νόσο αναφέρουν, ότι κατά την πορεία της νόσου τους ένιωσαν μέτρια ή και σοβαρότερη ένταση πόνου.<sup>10</sup> Ο κάθε πόνος και ιδιαίτερα ο χρόνιος, επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής, όχι μόνο του πάσχοντα αλλά και της οικογένειας και γενικότερα του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και συναναστρέφεται. Η ανακούφιση του πόνου αποτελεί προτεραιότητα στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να υπολογιστεί ο περιορισμός που θέτει συχνά το αίσθημα του

πόνου στην κοινωνική ζωή, τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειάς του.<sup>8</sup> Ο Bonica αναφερόμενος στην οικονομική διάσταση του πόνου υπογραμμίζει, ότι ο επίμονος πόνος αποτελεί σοβαρό οικονομικό πρόβλημα, τόσο για τους ασθενείς που δοκιμάζουν το αίσθημα του πόνου όσο και για τα διάφορα Εθνικά Συστήματα Υγείας.<sup>11</sup>

### **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ-ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ**

Στη διεργασία του πόνου διακρίνονται τρία στοιχεία:

Αποδοχή ερεθίσματος. Η παραγωγή του αλγινού ερεθίσματος πραγματοποιείται από τη διέγερση των ελεύθερων αισθητικών νευρικών απολήξεων, μεταφέρεται στις οπίσθιες ρίζες του νωτιαίου μυελού και από εκεί μέσω τριών νευρώνων καταλήγει στο φλοιό του εγκεφάλου, όπου βρίσκεται το κέντρο του πόνου και γίνεται η αντίληψή του.

Αντίληψη του πόνου. Αποτελεί την ερμηνεία της εμπειρίας του πόνου, που δίνει ο εγκέφαλος από τη στιγμή που το άτομο αρχίζει να τον αισθάνεται. Για να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου απαιτείται η ακεραιότητα της λειτουργικής ικανότητας του μετωπιαίου λοβού του εγκεφάλου. Η αντίληψη του πόνου επηρεάζεται από διάφορους φυσιολογικούς, παθολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες δρώντας είτε ευεργετικά (η ψυχοσωματική υγεία, οι προηγούμενες εμπειρίες πόνου, ο

ευχάριστος οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος και οι δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή του ατόμου), είτε ανασταλτικά (το άγχος, ο φόβος και η κόπωση).<sup>12,13,14,15,16</sup>

Αντίδραση στον πόνο. Πρόκειται για μια πολύπλοκη διεργασία, κατά την οποία το ίδιο ερέθισμα διαφέρει όχι μόνο από άτομο σε άτομο αλλά και στο ίδιο άτομο από τη μια στιγμή στην άλλη. Όπως στην αντίληψη, έτσι και στην αντίδραση κάθε άτομο αντιδρά με το δικό του τρόπο και αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η προσωπικότητα, το θρησκευτικό πιστεύω, τη στάση ζωής, και τα όρια ανοχής του.<sup>17,18,19</sup>

#### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ**

Μέσα από μια πληθώρα αιτιών, αντιπροσωπευτικά αναφέρονται οι εξής:

Έγκαυμα. Πόνος από την φλεγμονή και την ιστική βλάβη, ως συνέπεια επίδρασης της υψηλής θερμοκρασίας ή του ψύχους.

Κακοήθεις όγκοι. Πόνος από αύξηση του όγκου, πίεση των γύρω ιστών και ερεθισμό των νευρικών απολήξεων ή από διήθηση νεύρων, αιμοφόρων αγγείων, περιostίου.

Σχετικά με τα είδη του πόνου αυτά μπορεί να διακριθούν ως εξής:

Σωματικός: Προκαλείται από φλεγμονή, θερμότητα, πίεση, τραυματισμούς, χημικά ερεθίσματα και ξένα σώματα. Μεταβιβάζεται κυρίως μέσω του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Ο σωματικός πόνος παρουσιάζει σαφή εντόπιση και συνήθως επιδεικνύεται με το δάκτυλο του ασθενή. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως οξύς, έντονος και διαξιφιστικός «σαν μαχαιριά». Επιδεινώνεται με τη μετακίνηση, το βήχα, τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις και τη βάδιση και για το λόγω αυτό ο ασθενής προσπαθεί να μένει ακίνητος.

Σπλαχνικός: Προκαλείται από σπασμό, έλξη, διάταση και ισχαιμία. Μεταβιβάζεται μέσω του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ). Ο σπλαχνικός πόνος παρουσιάζει ασαφή εντόπιση και επιδεικνύεται με την παλάμη του ασθενή. Είναι συνήθως βύθιος, αμβλύς και διάχυτος, δηλαδή επεκτείνεται από το σημείο της βλάβης σε μεγαλύτερη περιοχή του σώματος. Σε αντίθεση με τον σωματικό, ο σπλαχνικός πόνος δεν επιδεινώνεται από τις κινήσεις, ενώ ο ασθενής είναι ανήσυχος και αλλάζει συχνά θέση.

Αντανακλαστικός: Είναι συνήθως φαινόμενο του σπλαχνικού πόνου, ο οποίος όμως εντοπίζεται σε άλλη περιοχή του σώματος, σε ικανή απόσταση από το πάσχον όργανο. Κλασικό παράδειγμα είναι ο πόνος του εμφράγματος του μυοκαρδίου που αντανακλά

πίσω από το στέρνο, κάτω σιαγόνα, αριστερό ώμο και βραχίονα.

Πόνος μέλος φάντασμα: Εμφανίζεται μετά από ακρωτηριασμό άκρου. Είναι επίμονος και μπορεί να διαρκέσει από μήνες έως και χρόνια, μετά την ίαση της τραυματικής επιφάνειας του κολοβώματος. Αποδίδεται σε ψυχολογικά αίτια.<sup>20</sup>

Ο πόνος ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του διακρίνεται σε δύο διαφορετικούς κύριους τύπους: τον ταχύ πόνο και το βραδύ πόνο. Ο ταχύς πόνος εμφανίζεται σε 0,1 sec μετά την εφαρμογή αλγογόνου ερεθίσματος, ενώ ο βραδύς πόνος αρχίζει να γίνεται αισθητός μετά από 1 sec ή και περισσότερο και στη συνέχεια η έντασή του αυξάνεται βραδέως για πολλά δευτερόλεπτα, και σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και για αρκετά λεπτά.

Ο ταχύς πόνος από πολλούς περιγράφεται επίσης και ως οξύς πόνος, νυγμώδης πόνος, ηλεκτρικός πόνος κλπ. Ο πόνος αυτού του τύπου γίνεται αισθητός με την εισαγωγή βελόνας στο δέρμα, είτε κατά την τομή του δέρματος με μαχαίρι, καθώς και σε οξύ έγκαυμα του δέρματος. Αισθητός γίνεται επίσης κατά την επίδραση στο δέρμα ηλεκτρικού ρεύματος. Ο ταχύς πόνος δεν γίνεται αισθητός από τους περισσότερους εν τω βάθει ιστούς του σώματος.

Ο βραδύς πόνος αναφέρεται επίσης με διάφορα ονόματα όπως καυστικός πόνος, βύθιος πόνος, σφύζων πόνος, χρόνιος πόνος κλπ. Ο πόνος αυτού του τύπου συνήθως συσχετίζεται με καταστροφή ιστών. Μπορεί να καθίσταται βασανιστικός και να οδηγεί σε μακροχρόνια ανυπόφορη απελπιστική αγωνία. Μπορεί να προέρχεται τόσο από το δέρμα όσο και από οποιονδήποτε εν τω βάθει ιστό είτε και όργανο.<sup>21</sup>

## **ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΟΝΟ**

### **α) Νοσηλευτική αξιολόγηση**

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πονά, περιλαμβάνει την αξιολόγηση, την ανακούφιση και την πρόληψη από τον πόνο, συμπεριλαμβανομένης και της υποστήριξης και διδασκαλίας της οικογένειάς του.

Για την αποτελεσματική αξιολόγηση και ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο, ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις από διάφορες επιστήμες, συγχρόνως δε κλινική εμπειρία, δεξιότητες, ενδιαφέρον, παρατηρητικότητα, κριτικό πνεύμα και ετοιμότητα.<sup>15,22</sup>

Η κλινική εξέταση, η επικοινωνία με τον ασθενή και το περιβάλλον του, η μελέτη του ιστορικού υγείας και των διαγνωστικών ευρημάτων αποτελούν χρήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση του πόνου. Η αξιολόγηση του

πόνου βασίζεται επίσης, στις υποκειμενικές πληροφορίες του αρρώστου και στις αντικειμενικές που ο νοσηλευτής θα παρατηρήσει. Η σύνθεση των πληροφοριών αυτών είναι αναγκαία για την ακριβή νοσηλευτική διάγνωση. Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί τρόποι, για την αξιολόγηση του πόνου που ο καθένας έχει τα πλεονεκτήματά του και τα μειονεκτήματά του, αντιπροσωπευτικά αναφέρονται οι εξής δύο:

Κλίμακα συμπτωμάτων με ερωτήσεις προς τον άρρωστο. Στην πράξη, ενώ φαίνεται απλός και κατανοητός, είναι δύσκολος, ιδιαίτερα στον οξύ και διαξιφιστικό πόνο.

Αριθμητική κλίμακα. Αυτή αποτελείται από μία στήλη αριθμημένη από 0-10 cm. Στο 0 αντιστοιχεί απουσία πόνου και στο 10 ανυπόφορος πόνος. Απλά ερωτάται ο άρρωστος σε πιο βαθμό ο ίδιος αξιολογεί τον πόνο του. Είναι εύκολος και κατανοητός τρόπος και θεωρείται έγκυρη και αξιόπιστη η μέτρηση της έντασής του.<sup>23,24</sup>

Αν και τα εργαλεία για την αξιολόγηση του πόνου είναι γνωστά στη νοσηλευτική θεωρία, δεν φαίνεται όμως αυτά να χρησιμοποιούνται σε ευρεία κλίμακα για τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο.<sup>25</sup>

### **β) Νοσηλευτική Διάγνωση**

Η διάγνωση της φύσεως του πόνου βοηθά στην επιλογή των πιο κατάλληλων

νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την ανακούφισή του και την ελαχιστοποίηση των δυσμενών επιδράσεων. Μέσο της νοσηλευτικής διάγνωσης παρέχεται η δυνατότητα στο νοσηλευτή να επισημάνει όλους τους παράγοντες που συντελούν στην εμπειρία του πόνου, να περιγράψει ένα ειδικό πρόβλημα και να οδηγηθεί προς τις πιο κατάλληλες παρεμβάσεις. Τα κυριότερα σημεία της νοσηλευτικής διάγνωσης του πόνου είναι τα εξής:

Καθορισμός αντίδρασης του ασθενή στον πόνο. Η ευαισθησία και οι αντιδράσεις στον πόνο είναι υποκειμενικές και επηρεάζονται από τις προηγούμενες εμπειρίες, την ηλικία, το φύλο και τους ψυχικούς παράγοντες. Η γνώση των συνήθων αντιδράσεων του ασθενούς βοηθά τον νοσηλευτή στην εκτίμηση της έντασης του πόνου και τον καλύτερο έλεγχό του.

Αξιολόγηση των σημείων πόνου όπως π.χ προφορικές εκδηλώσεις σύσπασης οφρύνων, ανησυχία, εφίδρωση, ωχρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και ταχυκαρδία. Η πρώιμη αναγνώριση των σημείων του πόνου επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση και την ύφεσή του.

Αξιολόγηση των παραγόντων που φαίνονται ότι επιτείνουν ή μειώνουν τον πόνο, η γνώση των οποίων βοηθά στην αποτελεσματική και εξατομικευμένη αντιμετώπιση του πόνου.

**γ) Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις Πρόληψης και Ανακούφισης του πόνου**

Εφαρμογή μέτρων κατά του φόβου και του άγχους όπως η διαβεβαίωση του ασθενή, ότι η ανάγκη για ανακούφιση από τον πόνο έγινε κατανοητή και θα αντιμετωπιστεί, η εκπαίδευση επίσης του ασθενούς πριν από την εγχείρηση ή την επέμβαση. Σε πολλές μελέτες το άγχος θεωρήθηκε ως σημαντικός παράγοντας στην απάντηση του πόνου.

Υποστηρίζεται, ότι όσο πιο έντονο είναι το άγχος, τόσο πιο έντονα εκδηλώνεται η απάντηση στον πόνο. Ο φόβος και το άγχος για τον πόνο μειώνει την ανοχή και τον ουδό του ασθενούς για τον πόνο. Η αμφίδρομη δράση πόνου-άγχους πρέπει να διακοπεί για την αποφυγή επιδείνωσης του πόνου.

Χορήγηση φαρμάκων πριν από κάθε επώδυνο χειρισμό και πριν την επίταση του πόνου. Η χορήγηση φαρμάκων πριν από τους χειρισμούς είναι αποτελεσματικότερη καθώς ο έντονος και παρατεταμένος πόνος υποχωρεί βραδύτερα. Η φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί τη βασική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου και χαρακτηρίζεται από προσεκτική εκτίμηση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Εφαρμογή μη φαρμακολογικών μέτρων ύφεσης του πόνου π.χ τεχνικές διέγερσης του δέρματος ( πίεση, μαλάξεις, θερμά ή ψυχρά επιθέματα, διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νεύρων [T.E.N.S ],

δονήσεις) ή τεχνικές χαλάρωσης, απόσπαση της προσοχής, μουσική, ρυθμικές μαλάξεις, αλλαγή θέσης, κατευθυνόμενη φαντασίωση και ο βελονισμός.<sup>26</sup> Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές διότι θεωρούνται ότι χρησιμοποιούν τον έλεγχο του μηχανισμού πύλης για την ύφεση του πόνου. Ορισμένες μέθοδοι όπως TENS, βελονισμός και εικονικά φάρμακα πιθανώς διεγείρουν την παραγωγή ενδορφινών που μειώνουν τον πόνο μέσω αναστολής των ερεθισμάτων στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τέλος, μειώνουν το άγχος για τον πόνο, διακόπτοντας τη σχέση πόνου-άγχους.

Χορήγηση αναλγητικών, τα οποία μειώνουν τον πόνο αναστέλλοντας τη μεταβίβαση των αλγογόνων ερεθισμάτων, μειώνοντας την αντίδραση του φλοιού στο ερέθισμα ή/και μεταβάλλοντας την αντίληψη του ασθενούς στον πόνο.<sup>27</sup>

**δ) Κριτήρια αξιολόγησης αποτελεσμάτων**

Ο ασθενής αναφέρει, ότι ο πόνος έχει ελαττωθεί ή εξαλειφθεί μετά την εφαρμογή αναλγητικών μέσων ή μέτρων.<sup>28</sup>

Οι καθημερινές δραστηριότητές του αυξάνονται προοδευτικά, επίσης δηλώνει ότι κοιμάται καλύτερα.

Είναι σε θέση να χρησιμοποιεί τεχνικές αναλγησίας μη φαρμακευτικές.

**ε) Ο Νοσηλευτής ως Θεραπευτικό μέσο του πόνου**

Ο νοσηλευτής μέσο της φυσικής του παρουσίας, της διάθεσής του να πληροφορεί, να εξηγεί και να απαντά στις ερωτήσεις του ασθενούς δημιουργεί το κατάλληλο «θεραπευτικό πεδίο», ώστε να ανταποκριθεί με επιτυχία στις φυσικές και συναισθηματικές του ανάγκες. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζει την αυθεντικότητα της άνευ όρων παρουσίας του, η οποία βοηθά στην απομάκρυνση εμποδίων που παρακωλύουν τη θεραπευτική προσέγγιση.

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί, η δημιουργία ενός κλίματος ενδιαφέροντος και εμπιστοσύνης ως επίκεντρο του νοσηλευτικού ρόλου και φροντίδας. Ο νοσηλευτής χωρίς να είναι ιδιαίτερα κατευθυντικός, ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφραστεί, να κατανοήσει και να αποδεχθεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιοποιήσει τις δυνατότητές του.

Οι ασθενείς συχνά δεν κατανοούν την αιτία που πονούν. Για τον λόγο αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει τον σωστό χρόνο, ώστε το άτομο να προσαρμοστεί στην νέα κατάσταση. Επιπλέον, υποστηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή και την οικογένειά του και προσφέρει όχι μόνο πληροφορίες σχετικά με τον πόνο, αλλά προτείνουν και τρόπους αντιμετώπισης των πρακτικών και των ψυχολογικών προβλημάτων που αυτός επιφέρει.

Βασικό στοιχείο επίσης αποτελεί και η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή. Η επικοινωνία εξάλλου αποτελεί ζωτικό στοιχείο κατά την άσκηση της νοσηλευτικής παρέμβασης. Χωρίς επικοινωνία ίσως δεν θα μπορούσε να υπάρξει και η Νοσηλευτική με τις σημερινές της διαστάσεις.<sup>29</sup> Η Νοσηλευτική διεργασία, ως επιστημονική μέθοδος άσκησης και πραγμάτωσης της Νοσηλευτικής, επιτυγχάνεται με το διάλογο, μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και ειδικές δεξιότητες της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας.<sup>28</sup> Ολόκληρη η Νοσηλευτική άλλωστε είναι διαπροσωπική επικοινωνία.<sup>30</sup> Ο καρκίνος και μια σειρά από άλλες θανατηφόρες παθήσεις επιτείνουν την κοινωνική απομόνωση, η επικοινωνία όμως με στόχο την υποστήριξη του ασθενούς είναι ορισμένες φορές ότι έχει απομείνει και συχνά παρέχεται ως υποκατάστατο θεραπείας.<sup>31</sup> Η Slevin αναφέρει, ότι

« Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τον ασθενή, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπου η επαφή τους είναι περιστασιακή και για ορισμένες χρονικές περιόδους.»<sup>32</sup> Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή μια σχέση πρόσωπο με πρόσωπο, η οποία αποτελεί σημαντικό στοιχείο στην κάλυψη των φυσικών και συναισθηματικών αναγκών του ασθενή.

Επίσης, ο νοσηλευτής μέσω της συνεχούς επαφής του με τον άρρωστο παρέχει συνεχή παρακολούθηση, εντοπίζοντας και καταγράφοντας σημαντικές αλλαγές στην κατάσταση του ασθενή πριν ακόμη η κλινική κατάσταση εκδηλωθεί πλήρως και η διαταραχή γίνει σαφής. Ο νοσηλευτής οφείλει να κινητοποιήσει τις κατάλληλες θεραπευτικές και διαγνωστικές διαδικασίες, ακόμη και όταν η κατάσταση είναι ασαφής και δεν μπορεί να αιτιολογηθεί ο πόνος. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται ο χρόνος που χρειάζεται το σύστημα να κινηθεί πριν η κατάσταση του ασθενή γίνει σοβαρή. Το φαινόμενο αυτό έχει χαρακτηριστεί ως «γκρίζα ζώνη», όταν δηλαδή οι αλλαγές στην κλινική εικόνα του ατόμου είναι ανεπαίσθητες, παρά ταύτα δυνητικά σημαντικές για την ασφάλειά του.<sup>33</sup>

Η στήριξη του ασθενή ανέρχεται επίσης σε κοινωνικό επίπεδο. Σε πολλές περιπτώσεις ο άρρωστος που πονά νιώθει κοινωνικά απομονωμένος, αυτό συμβαίνει γιατί κανείς από το συγγενικό περιβάλλον του ή από το προσωπικό υγείας δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει ειλικρινά μαζί του ή προσποιούνται σε σχετικά με το θέμα της υγείας του. Το άγχος που δημιουργεί η κατάσταση του αρρώστου, κάνει τους συγγενείς και το προσωπικό υγείας πολλές φορές να αποσύρονται, προκειμένου να προστατέψουν την ψυχολογία τους.<sup>34</sup> Ο νοσηλευτής καλλιεργώντας δεξιότητες

σχετικές με την ενεργητική ακρόαση και την εμπάθυση να βοηθήσει τον ασθενή, να εκφράσει και να αποδεχθεί τους φόβους και τις αγωνίες του ώστε να είναι σε θέση να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα.

Η ενασχόληση των νοσηλευτών με την πνευματική διάσταση των ασθενών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας. Σε έρευνα των Greasley et al, παρατηρήθηκε, ότι οι πνευματικές ανάγκες δεν αποτελούν προτεραιότητα για το ιατρικό προσωπικό.<sup>35</sup> Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την παροχή ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς, η οποία περιλαμβάνει και την ικανοποίηση των πνευματικών- θρησκευτικών αναγκών τους. Έρευνα έχει δείξει, ότι νοσηλευτές με έντονη πνευματικότητα μπορούν πιο αποτελεσματικά να ανταποκριθούν στις πνευματικές ανάγκες των ασθενών, ίσως επειδή να αισθάνονται λιγότερο ευάλωτοι από τα διαφορετικά πιστεύω και τις αξίες άλλων ανθρώπων.<sup>36</sup>

Η ύπαρξη του πόνου στη ζωή του ανθρώπου, αποτελεί σημείο έντονο προβληματισμού για τον κάθε άνθρωπο, όλων των εποχών. Πολλοί κλινικοί, ακαδημαϊκοί προσπάθησαν να ερμηνεύσουν το παράδοξο γεγονός του πόνου. Η ανάλυση αυτή όμως εξαρτάται από την οπτική γωνία που βλέπει κανείς τα πράγματα. Για παράδειγμα, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, ανθρωπολόγοι θα αναλύσουν το θέμα από την ανθρωπιστική πλευρά,

εξετάζοντας την ατομική συμπεριφορά και την εξέλιξη. Ένας φιλόσοφος θα δει το θέμα από μια πιο φιλοσοφική σκοπιά και θα ρωτήσει «Ποιο είναι το νόημα του πόνου, για τη ζωή του ανθρώπου». Η ορθόδοξη θεολογία όμως, όπως αυτή βιώνεται μέσα από την Αγία Γραφή και παράδοση δίνει μια άλλη διάσταση του πόνου, προσφέροντας παράλληλα στον σύγχρονο Έλληνα νοσηλευτή το κατάλληλο γνωστικό θεμέλιο για την αντιμετώπισή του.

### **Η ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΘΕΟΛΟΓΙΑ ΑΡΩΓΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ**

Ο πόνος κατά την ορθόδοξη θεολογία αφορά την μεταπτωτική κατάσταση του ανθρώπου. Ο πόνος, ο κόπος, η θλίψη, και ο θάνατος δεν υπήρχαν εξ' αρχής στο ανθρώπινο γένος. Η παρακοή όμως των πρωτοπλάστων είναι η αιτία και η πηγή όλων των δεινών, των συμφορών και των πόνων που δοκιμάζει έκτοτε ο άνθρωπος.<sup>37</sup> Ο άνθρωπος μετά την πτώση, έγινε υπόδουλος της αμαρτίας και αιχμάλωτος της φθοράς, του πόνου και του θανάτου. Το σώμα του ανθρώπου προ της πτώσεως ακόμα και αν αυτό δεν ήταν αθάνατο, η κοινωνία με τον θεό και η ενότητα μαζί του το καταστούσαν άφθαρτο και απρόσβλητο από το γεγονός του θανάτου.<sup>38</sup> Μετά την πτώση, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει και ο Μ. Βασίλειος « οδυνηρά σαρκί συνεζεύχθημεν εις φθορά καταδεδικασμένη δια την αμαρτία». <sup>39</sup> Η πτώση και η αμαρτία

έφεραν τον πόνο και τον θάνατο ως φυσική συνέπεια και όχι ως τιμωρία Θεού. Στον θεό δεν υπάρχει κοσμικό φρόνημα, ανθρώπινη δικαιοσύνη, νομική κατοχύρωση και απαίτηση, αλλά πνεύμα αγάπης, που δεν μπορεί εύκολα να συλλάβει η ανθρώπινη σοφία. Ο Θεός ούτε θέλησε, ούτε έκτισε το θάνατο και την φθορά για το ανθρώπινο γένος. Έτσι ο πόνος εισήλθε στην ζωή του ανθρώπου όχι κατά ευδοκία Θεού, αλλά κατά παραχώρηση Θεού. Όταν ο άνθρωπος με την εγωιστική του παρακοή και συμπεριφορά έχασε την πηγή της ζωής, τον δημιουργό του. Από την άπονο κατάσταση της θείας βασιλείας, βρέθηκε σε μια άλλη κατάσταση, στην οποία, αφού δεν βασιλεύει η αληθινή ζωή, κυριαρχεί μια ζωή φθαρμένη, συνυφασμένη με τον θάνατο, τα πάθη, και την αμαρτία. Ο πόνος λοιπόν συνδέεται με την κακή χρήση της ελευθερίας εκ μέρους του ανθρώπου.

### **ΤΟ ΜΥΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ**

Η ορθόδοξη διδασκαλία δεν παραγνωρίζει τον σωματικό, ούτε αδιαφορεί για τον ψυχικό πόνο που πολλές φορές νιώθει ο κάθε άνθρωπος αλλά δίνει σ' αυτόν ένα νέο περιεχόμενο. Το περιεχόμενο αυτό έχει την αναφορά του στην σταύρωση του χριστού. Ο Χριστός που έγινε άνθρωπος σταυρώθηκε για να λυτρώσει και να απαλλάξει τον άνθρωπο από τις συνέπειες της αμαρτίας. Συνέπεια της αμαρτίας είναι ο πόνος, η δυστυχία, και η θλίψη που ταλαιπωρεί και βασανίζει το ανθρώπινο γένος. Ο Χριστός όμως

πήρε πάνω του όλες τις αμαρτίες του ανθρώπινου γένους και σταυρώθηκε χάριν ημών και αντί ημών. Πόνεσε και ο ίδιος πάνω στο σταυρό του μαρτυρίου. Η σταύρωση ήταν ένα φρικτό μαρτύριο. Ο Χριστός με την θεική του δύναμη θα μπορούσε να μην αισθανθεί το βάρος του σταυρού και την οδύνη της σταύρωσης. Δεν το έπραξε όμως. Έπαθε πλήρως ως τέλειος άνθρωπος. Ως αντιπρόσωπος όλου του ανθρωπίνου γένους ανέβηκε στον σταυρό και ένιωσε σε όλη του την έκταση τον σωματικό και ψυχικό πόνο. Ο Χριστός σ' όλη την επίγεια ζωή του περιόδευε από τόπο σε τόπο ευεργετώντας και θεραπεύοντας ανθρώπους με σωματικές και ψυχικές ασθένειες. Έχυσε δάκρυα συμπάσχοντας και συμπονώντας με τους πάσχοντες και πονεμένους. Δεν υπήρχε περίπτωση, κατά την οποία να έφεραν πλησίον του Χριστού αρρώστους οι οποίοι ζητούσαν την θαυματουργική θεραπεία τους και ο Κύριος να μην πραγματοποιήσει το αίτημα των πασχόντων και πονεμένων ανθρώπων. Πολλές φορές δε, όταν του ζητούσαν να έρθει σε κάποιο σπίτι, όπου υπήρχε κάποιος ασθενής για να θεραπεύσει, ο Χριστός πήγαινε χωρίς να υπολογίσει τον σωματικό κόπο. Ο ιερός ευαγγελιστής Ματθαίος δείχνει έκπληξη μπροστά στη μεγάλη φιλανθρωπία και συμπάθεια την οποία επιδεικνύει ο Ιησούς προς στους πάσχοντες. Ο ίδιος φωτιζόμενος από το άγιο πνεύμα αναφέρει, ότι με την θεραπεία των ασθενών και με την απαλλαγή

τους από τους πόνους και τις θλίψεις πραγματοποιήθηκε ο προφητικός λόγος «Αυτός τās ασθενείας ημών έλαβε και τας νόσους εβάστασεν». <sup>40</sup>

Έτσι ο φιλάνθρωπος Χριστός ως αντιπρόσωπος όλου του ανθρωπίνου γένους, ανέλαβε ενώπιον του Θεού Πατρός όλη την ευθύνη των αμαρτιών του ανθρωπίνου γένους και υπέστη ο ίδιος την φρικτή τιμωρία του σταυρικού θανάτου. Παράλληλα όμως έλαβε και την εξουσία να θεραπεύει τις ασθένειες, τους πόνους και τα άλλα δεινά, από τα οποία υποφέρει η ανθρωπότητα, τα οποία είναι αποτελέσματα του ηθικού κακού, της αμαρτίας. Αυτός είναι και ο λόγος, για την μεγάλη συμπάθεια που έδειχνε ο Χριστός προς τους ασθενείς, τους πάσχοντες και για όλους από τον πόνο βασανισμένους ανθρώπους.

Ο Χριστός ήρθε στον κόσμο για να σώσει τον άνθρωπο από την αμαρτία, άλλα και από τις συνέπειες της αμαρτίας. Ανακουφίζει τον άνθρωπο από τις συμφορές που συναντά στην επίγεια ζωή του. Νιώθει τους πόνους του. Κατανοεί τα παθήματά του. Συμμερίζεται τις θλίψεις του. Μεταδίδει στην θλιμμένη ψυχή του την ελπίδα και τον ανακουφίζει παράλληλα από το βάρος της οδύνης, με τρόπους μυστικούς και πάνσοφους.

**ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΙΩΝ**

Κατά την ώρα του πόνου και της θλίψης ο φιλόanthρωπος Χριστός παραστέκει αόρατα, μεταδίδοντας ελπίδα, αισιοδοξία και παρηγοριά στον πάσχοντα άνθρωπο. Το παράδειγμα εξάλλου του ίδιου του Χριστού ο οποίος ένωσε τον πόνο στον ύψιστο βαθμό προβάλλεται ως πρότυπο και στήριγμα για τη ζωή του πιστού. Ο άνθρωπος, αν και είναι κτιστός και πεπερασμένος, δημιουργήθηκε «κατ' εικόνα και ομοίωσι» θεού. Ο θεός αν και είναι υπερβατικός και άκτιστος, φανερώνεται στον κόσμο με τις ενέργειές του, που εκφράζουν την άκτιστη και απρόσιτη ουσία του. Ο άνθρωπος λοιπόν, μολοντί δεν μπορεί να γνωρίσει τον θεό κατά την ουσία του, μπορεί να γνωρίσει και να μιμηθεί τις ενέργειές του. <sup>41</sup> Το πόνο άλλωστε ένωσαν πολλοί από τους Αποστόλους και τους Αγίους της εκκλησίας μας μιμούμενοι το παράδειγμα του Χριστού. Ο Απόστολος Παύλος είχε προσωπική εμπειρία από διωγμούς και θλίψεις. Ο ίδιος πέρα από τις φυλακίσεις, τα ναυάγια, τους ραβδισμούς, τους λιθοβολισμούς, την πείνα, τη δίψα, το ψύχος, την έλλειψη επαρκών ενδυμάτων υπέφερε και από χρόνια ασθένεια. Η βασανιστική αυτή ασθένεια δημιουργούσε στον Απόστολο αφόρητους πόνους, οι οποίοι τον καθήλωναν στο κρεβάτι, μη δυνάμενο να εξασκήσει το αποστολικό του έργο. <sup>37</sup> Ο Μέγας Βασίλειος, ο οποίος ονομάστηκε «μέγας» εν

ζωή με πλήθος χαρισμάτων, πανεπιστημίων, ασκητής, φιλόanthρωπος είχε ασθενή σωματική κράση. Η υποβόσκουσα αυτή ασθενικότητά του τελικά εκδηλώθηκε ως νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια και κατέληξε σε ηλικία μόλις 49 ετών. Τα παραδείγματα αυτά δεν υπονοούν, ότι η χριστιανική διδασκαλία εισάγει κάποιο είδος μαζοχισμού ή οδυνισμού. Ωστόσο μέσα από το μυστήριο του σταυρού μπορεί να αντιμετωπίζει τον πόνο και να τον αξιοποιεί δημιουργικά. Η άποψη της ορθόδοξης θεολογίας απέναντι στον πόνο είναι η ίδια που επιδεικνύει απέναντι σ' όλα τα καθημερινά προβλήματα. Κατανοεί και αναγνωρίζει την σοβαρότητά τους, δεν προβαίνει όμως για τη λύση τους στην αμεσότητα της καθημερινής ζωής. Αυτό θα σήμαινε την απολυτοποίησή τους. Αντίθετα μάλλον, τα σχετικοποιεί κάτω από το πρίσμα του εσχατολογικού προορισμού του ανθρώπου. <sup>42</sup>

**Ο ΠΟΝΟΣ ΩΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΜΕΣΟ**

Κατά τους πατέρες της εκκλησίας, ο πόνος είναι μια ευκαιρία για πνευματική ανάταση, μια ισχυρή πνευματική δόνηση ώστε ο άνθρωπος να ξυπνήσει και να θυμηθεί την θνητότητά του και την πέρα του τάφου ζωή. Μέσου του πόνου, ο άνθρωπος παιδαγωγείται και παρακινείται σε πνευματική εγρήγορση. Χωρίς την παρουσία του εύκολα πέφτει στην πλαδαρότητα και την πνευματική αδιαφορία. Ο πόνος παρέχει εκείνο το πλαίσιο που χρειάζεται για την ανάπτυξη της πνευματικής

ζωής. Πίσω από τον κάθε ανθρώπινο πόνο κρύβεται ο ίδιος ο θεός.<sup>43</sup> Ο πόνος είναι μια ψυχική δύναμη που ο θεός έβαλε στον άνθρωπο, με σκοπό να μεταβάλλει την εσωτερική του κατάσταση και το επώδυνο αίσθημα να μετουσιώνεται σε πνευματική δημιουργικότητα, σε χαρά, σε αγάπη και προσευχή. Σε αντίθετη περίπτωση, όταν κυριαρχήσει στον άνθρωπο η αμαρτία, η ψυχική αυτή δύναμη νεκρώνεται, και τότε στον άνθρωπο που υποφέρει αναπτύσσεται μια ροπή που οδηγεί στην κατάθλιψη, στη νωθρότητα και την ακηδία.<sup>44</sup> Έτσι ο πόνος κατά τους πατέρες της εκκλησίας, ερμηνεύεται ως ένα παιδαγωγικό σχέδιο του θεού για την σωτηρία του πλάσματός του. Θεωρούν επίσης τον πόνο, ως απόδειξη της φιλανθρωπίας, κηδεμονίας, και πρόνοιας του θεού, δείγμα και αυτό της μεγάλης αγάπης του, προς τον άνθρωπο. Ο οποίος αν τον εκμεταλλευτεί σωστά θα δρέψει πλούσιο πνευματικό καρπό. Κάτω από αυτό πρίσμα λοιπόν, ο πιστός δεν θα πρέπει να αμφιβάλλει για την αγάπη του θεού. Ο ίδιος ο θεός άλλωστε είναι αγάπη. Η τέλεια αγάπη και το πλήρωμα της ζωής.

Ο σύγχρονος ορθολογιστής άνθρωπος όμως αδυνατεί να κατανοήσει το μεγαλείο της αγάπης του θεού, που παιδαγωγικά τον επισκέπτεται μέσα από τις δοκιμασίες για να τον συνετίσει. Ενώ από την άλλη φροντίζει με κάθε μέσο να εξασφαλίσει την ατομικότητά του και το συμφέρον του. Η ατομικότητα αυτή

τον κάνει να απομακρύνεται από τον θεό και τον συνάνθρωπό του. Η έλευση του πόνου στη ζωή του όμως τον συνετίζει, τον ταπεινώνει και τον συνδέει με τους άλλους. Συμβάλλει ακόμα στο να αισθανθεί την αδυναμία του ως άνθρωπος και να ζητήσει την επίκληση του ελέους του θεού. Με τον τρόπο αυτό ασκείται στην ταπείνωση και την υπομονή, ωριμάζει πνευματικά ώστε να γίνει πιο δεικτικός στη χάρη του θεού.<sup>41</sup> Επίσης, όταν ο άνθρωπος δοκιμάζεται από τον πόνο αισθάνεται την μοναξιά που τον συνοδεύει. Μοιάζει με τον Ιώβ, που είπε «αλλογενής ημήν», σε σχέση με την οικογένεια και τους φίλους του<sup>45</sup> καθώς και με τον παραλυτικό που είπε «άνθρωπο ουκ έχω».<sup>46</sup> Τότε αρχίζει να διερωτάται γιατί εγώ; αισθάνεται ότι υφίσταται μια άδικη επίθεση που του προκαλεί οργή και αγανάκτηση.<sup>47</sup> Καταλαβαίνοντας τις ανθρώπινες αδυναμίες του, αισθάνεται ταπεινωμένος και ένοχος, ψάχνοντας παράλληλα να βρει ένα τρόπο να συμβιβασθεί με τον εαυτό του και με τον θεό.<sup>48</sup> Απογυμνωμένος από την ταυτότητά του και την αυτοεκτίμησή του, προσπαθεί να βρει την ελπίδα που έχει χάσει και να επανακτήσει αυτό που καταστράφηκε.<sup>49</sup>

Ο πόνος και ο θάνατος όμως δεν ερμηνεύονται μέσω της ανθρώπινης λογικής. Ανθρώπινες ορθολογικές απαντήσεις αδυνατούν να συλλάβουν και να απαντήσουν στα ερωτήματα γιατί ο πόνος; γιατί ο θάνατος; αντίθετα μάλλον διευρύνουν βαθύτερα το ανθρώπινο

δράμα. Οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά δίνονται μέσω του αγίου Πνεύματος. Αντιμετωπίζονται με την ταπεινή αποδοχή του θείου θελήματος και με την υπερλογική θεϊκή παρηγοριά. Έτσι ώστε στον διάλογο με τον πόνο, την αδικία, και το θάνατο, ο άνθρωπος θα πρέπει να βγει έξω από τα ανθρώπινα μέτρα, πέρα από ορθολογικά κριτήρια.<sup>50</sup>

### **ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Ο σημερινός πολιτισμός θέλει να διώξει μακριά τον πόνο. Γκρέμισε τις πνευματικές αξίες και αναφορές. Ανύπαρκτη είναι η κοινωνία με το θεό, ανύπαρκτη και η πνευματικότητα. Ο άνθρωπος και ο θεός, είναι δυο πόλοι, δυο άκρα που όταν συναντώνται αρχίζει για τον άνθρωπο να υπάρχει πνευματικότητα. Στη συνάντηση αυτή δεν υπάρχει καταναγκασμός, αφού ο άνθρωπος είναι πάντα ελεύθερος να αμφιβάλλει όχι μόνο για την πνευματικότητα, αλλά και για τον ίδιο το θεό. Αποτέλεσμα της έλλειψης της πνευματικότητας είναι συγκρούσεις, πόλεμος, φόννοι, κοινωνικές αναστατώσεις, επαναστάσεις, δυστυχίες, πείνα, αβεβαιότητα για το μέλλον, ανηθικότητα, διαζύγια, ναρκωτικά, αυτοκτονίες, άγχος, πόνος, θάνατος. Για να αντιμετωπιστεί όλος αυτός ο πόνος, χρειάζεται ένα μεταφυσικό, ένα πνευματικό πεδίο που όσο και αν φαίνεται παράδοξο, είναι το μόνο ικανό, να προσφέρει δυνατότητα λογικής στον άλογο και παράλογο σύγχρονο άνθρωπο. Ένα τέτοιο μοναδικό πλαίσιο ίδρυσε στον κόσμο με

το αίμα, τον πόνο, τη θυσία, το θάνατο και την ανάστασή του ο Χριστός.<sup>51</sup>

### **Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΕΛΠΙΔΑ ΤΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΕΩΣ**

Η ανάσταση του Χριστού κατά τη διδασκαλία της εκκλησίας, δεν αποτελεί κάποιο βιογραφικό στοιχείο της ζωής του, αλλά οντολογικό γεγονός, που ανοίγει νέα προοπτική στο ανθρώπινο γένος. Η πίστη της εκκλησίας στην ανάσταση του Χριστού αποτέλεσε από την αρχή της ίδρυσής της τον ακρογωνιαίο λίθο. Ο απόστολος Παύλος είναι κατηγορηματικός για το θέμα αυτό. Γράφει: Αν δεν αναστήθηκε ο Χριστός το κήρυγμά μας (των αποστόλων) είναι κενό περιεχομένου, αλλά και η πίστη μας είναι κενή « ει δε Χριστός ουκ εγήρεται, κενόν το κήρυγμα ημών, κενή δε και η πίστη ημών». <sup>49</sup>

Αν υπάρχει ένα γεγονός στο οποίο θα μπορούσε να συνοψιστούν όλα τα γεγονότα, από τη ζωή του Χριστού και όλων των Αποστόλων και γενικά ολόκληρου του χριστιανισμού, το γεγονός αυτό θα ήταν η ανάσταση του Χριστού. Επίσης αν υπάρχει μια αλήθεια στην οποία θα μπορούσε να συνοψιστούν όλες οι ευαγγελικές αλήθειες, η αλήθεια αυτή θα ήταν η ανάσταση του Χριστού.<sup>34</sup>

Η ανάσταση δεν υπάρχει μόνο ως προσδοκία αλλά και ως βιωματική εμπειρία που θεμελιώνεται στο μυστήριο του σταυρού. Η

ανάσταση δεν βρίσκεται μετά το σταυρό, αλλά με το σταυρό. Γι' αυτό η επίγνωση στη βιωματική μετοχή του ανθρώπου σ' αυτή, πάνω απ' όλα είναι κατόρθωμα προσωπικής ελευθερίας. Η ανάσταση νοείται ως απελευθέρωση της ανθρώπινης φύσης από τον πόνο, τη φθορά και το θάνατο. Η ανάσταση του Χριστού παρέχει από μόνη της τη βεβαιότητα της ανθρώπινης σωτηρίας. Η μετοχή σ' αυτή δεν είναι βέβαια γνωστική, ούτε συναισθηματική, άλλα κυρίως βιωματική που ξεκινά από τον ίδιο τον καθημερινό αγώνα, μέσα από τις κάθε είδους μέριμνες, θλίψεις, πόνους του ανθρώπου, προκειμένου να αναστηθεί μαζί με τον Χριστό και να επέλθει η σωτηρία του. Όπως άλλωστε αναφέρεται στο «σύμβολο της Πίστεως»,

«Προσδοκώ ανάσταση νεκρών και ζωή του μέλλοντος αιώνος», που σημαίνει πως ο χριστιανός περιμένει να αναστηθεί το σώμα του, που μεταμορφωμένο, πνευματικό και άφθαρτο θα ενωθεί με την ψυχή για να ζήσει αιώνια με το Χριστό.

### Συμπέρασμα

1. Πλατή Χ. Ειδικά κλινικά προβλήματα - Νοσηλευτική προσέγγιση, Αθήνα 1998.
2. Ραγιά Α. Πόνος και νοσηλευτική: Ολιστική προσέγγιση. Νοσηλευτική 1991, 4: 242-251.
3. Λανάρα Β. Ηρωισμός και Νοσηλευτική: Φιλοσοφική μελέτη. Αθήνα 1977.
4. Λανάρα Β, Ηρωισμός και νοσηλευτική- Φιλοσοφική Διάσταση, Αθήνα 1996.
5. Engel GL. Psychogenic pain and the pain prone person. Am. J. Med. 1959,26: 899-918.
6. Sternbach RA. Pain Patients: Traits and Treatment. New York, Academic Press, 1974.
7. IASP. Subcommittee on taxonomy. Pain 1986, 3:216-221.
8. Hunter D. Acute Pain IN Carroll D., Bowsher D., (Eds) Pain management and Nursing Care, UK, Butterworth-Heinemann 1993.
9. WHO. Cancer pain relief. World Health Organization, Geneva 1996.
10. McCaffery M, Ferrell BR. Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? Journal of pain and Symptom Management 1997, 14(3): 175-188.
11. Bonica J, The importance of education and training in pain diagnosis and therapy: the role of continuing education course, Amsterdam, Biomedical Press, 1983.
12. Χατζημηνάς Ι Σ. Επίτομη Φυσιολογία. 2<sup>η</sup> έκδ. Αθήνα, εκδ. Παρισιάνος, 1987.
13. Kahle W.. Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα. Μτφ. Ν. Παπαδόπουλου, Αθήνα, εκδ. Λίτσας 1985.

- 14.Τσιγάρα Χ. Πόνος και νοσηλευτική παρέμβαση. Πρακτικά 18<sup>ου</sup> Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου 14-16 Μαΐου 1991:38-51.
- 15.Potter PA, Perry A G. Basic Nursing: Theory and practice. St. Louis, 1987:
- 16.Phipps M., Medical - Surgical Nursing: Concepts and Clinical Practice. St. Louis, Mosby, 1979:343.
- 17.Κυριακίδου Ε. Καρκίνος και πόνος. Πρακτικά Ε' Πανελληνίου Συνεδρίου Εθνικού Συνδέσμου Ελληνίδων Διπλωματούχων Νοσοκόμων, Ιωάννινα 8-12 Μαΐου, 1978:45-54
- 18.Sorencen K C. Luckmann J. Basic Nursing:A Psychophysiologic Approach, Philadelphia, Saunders 1979.
- 19.Lewis S M, Collier I C. Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. 2<sup>nd</sup> ed., N York, McGraw-Hill Book, 1987.
- 20.Γολεμάτης Β Χ. Χειρουργική Παθολογία, Τόμος Β. Αθήνα, εκδ. Πασχαλίδης 1991.
- 21.Guyton A C., Hall J E. Human Physiology and Mechanisms of Disease. Επιμέλεια Ευαγγέλου Α. 6<sup>η</sup> Εκδ. Αθήνα, εκδ. Παρισιάνος. 2001.
- 22.Smelling J. The role of the family in the relation to chronic pain: review of the literature. J. Adv Nurs1990, 15(7):771-775
- 23.Ακύρου Δ. Αξιολόγηση του πόνου των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα,1994.
- 24.Christenson I L. Chronic Pain: Dynamics and treatment strategies. Perspectives: In Psychiatric Care. 1993, 29(3): 13-17.
25. Clarke EB, French B, Bilodeau ML, Caopasso VC, Edwards A, Empoliti J, Pain management, Knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurse' characteristics and educations, Journal of pain and symptom Management 1996, 11(1): 18-31.)
- 26.Turner J.A, Chapman G.R. Psychological for pain: a critical review Operant conditioning, hypnosis and cognitively behavioral therapy, Pain 1982, 12: 33-46.
- 27.Ulrich S P., Canale S W., Wendell S A. Medical-Surgical Nursing Care Planning Guides, 3<sup>rd</sup> ed, Philadelphia, 1997.
- 28.Ραγιά Α, Βασική Νοσηλευτική-Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές, 5<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα 2002.
- 29.Παπαδαντωνάκη Α, Επικοινωνία και Νοσηλευτική, Νοσηλευτική 2006, 3: 297-298.
- 30.Tomlinson A, Williams A. Communication skills in nursing: A practical account. Nursing 1985, 4: 1121-1123.
- 31.Kinghorn S, Gamlin R, Ανακουφιστική Νοσηλευτική, Αθήνα, εκδ. Βήτα, 2001

32. Slevin E, Use of presence in community health care nursing. In: Interaction for practice in Community Nursing: Macmillan Press, 1999..
33. Παπαθανάσογλου Ε Δ. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική. Σημειώσεις από τις Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, Αθήνα 2002.
34. Κατσιμίγκας Γ, Μαραγκούτη Α, Σπηλιοπούλου Χ, Γκίκα Μ, Νοσηλευτική και θεολογική Προσέγγιση του θανάτου, Νοσηλευτική 2007, 46(4): 441-452.
35. Greasley P, Chiu LF, Gartlands M. The concept of spiritual care in mental health nursing, J Adv Nurs 2001, 1: 629- 637.
36. Χάλαρη Α, Πνευματικές ανάγκες ασθενών. Μια παραμελημένη διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας; Κριτική ανασκόπηση, Νοσηλευτική 2007, 46(2):226-236.
37. Πάπουτσόπουλος Χ. Δια πονούντας και θλιβομένους, Αθήνα, εκδ Σωτήρ, 2004.
38. Βασιλειάδη Ν, Χριστιανισμός και Ανθρωπισμός, Αθήνα, εκδ. Σωτήρ, 1992.
39. Μ. Βασιλείου, Όροι κατά πλάτος, PG 31, 1044C-1045A.
40. Κατά Ματθαίου Ευαγγέλιο κεφ. η': 17.
41. Μαντζαρίδη Γ, Χριστιανική Ηθική, Θεσσαλονίκη, εκδ. Πουρναρά, 1995.
42. Κόιος Ν, Ηθική θεώρηση των Τεχνικών Παρεμβάσεων στο Ανθρώπινο Γονιδίωμα, Αθήνα, εκδ. Σταμούλη, 2003.
43. Μωυσέως Αγιορείτου, Ο Άγιος Πόνος, Αθήνα, εκδ. Κέντρο Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2005.
44. Τζήλιος Κ, Γέρων Πορφύριος; Ο πνευματικός πατέρας και παιδαγωγός, Τόλμη, 2006, 62: 46-49.
45. Ιώβ, κεφ.19: 20-30.
46. Κατά Ιωάννη Ευαγγέλιο, κεφ. 5:7.
47. Ιώβ, κεφ. 3: 10.
48. Ιώβ, κεφ. 3: 10.
49. Ιώβ, κεφ. 19: 9-10.
50. Χατζηνικολάου Ν, Άνθρωπος μεθόριος, Αθήνα, εκδ. Εν πλώ, 2005.
51. Γιούλτση Β, Πνευματικότητα και Κοινωνική ζωή, Θεσσαλονίκη, εκδ. Πουρναρά, 1999. Α' Κορ. 15: 14.