



ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

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

ΤΟΜΟΣ 8ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2009

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Η πανδημία της Νέας Γρίπης

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

- Η Ανίχνευση της Συντροφικής Βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα



ΕΡΕΥΝΕΣ

- Μελέτη συμμόρφωσης στους κανόνες προληπτικού εμβολιασμού

- Διερεύνηση αιτιών ανδρικής υπογονιμότητας

- Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό

- Η επίδραση της χρόνιας αιμοκάθαρσης στην προσωπικότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

- Διαταραχές της διάθεσης και διαχείριση της καθημερινότητας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**Η πανδημία της Νέας Γρίπης**

Η πανδημία της νέας γρίπης είναι γεγονός, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Ο ιός εξαπλώνεται διηπειρωτικά και παρουσιάζει εμμένουσα μετάδοση από άτομο σε άτομο. Κι αυτό σημαίνει πανδημία. Και αυτό έχει συμβεί. Πανδημία, όμως, ΔΕΝ σημαίνει πως υπάρχει κάποια μεταβολή στην συμπεριφορά του ιού ή στην βαρύτητα της νόσου. Απλώς, ο όρος τονίζει τη διασπορά του ιού σε παγκόσμια κλίμακα.

Η γρίπη, ως νόσημα, είναι απρόβλεπτη. Το τι θα συμβεί στο μέλλον και πώς θα συμπεριφερθεί ο νέος ιός H1N1 και η Νέα Γρίπη, που αυτός προκαλεί, δεν το γνωρίζουμε. Και ως εκ τούτου βρισκόμαστε σε μια κατάσταση αβεβαιότητας, που οδηγεί σε πιθανολογήσεις και ενδεχόμενα. Δεν πρόκειται για μια πανδημία ανάλογη αυτής του 1918. Εν τούτοις, αντιμετωπίζουμε μια κατάσταση, που χρειάζεται προσοχή από τους πολίτες και από την πολιτεία. Ο ιός H1N1 είναι εδώ. Και μάλλον ήρθε για να μείνει για ένα διάστημα.

Τα ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ της Νέα Γρίπης είναι παρόμοια από αυτά της Εποχικής Γρίπης. Πυρετός, βήχας, φαρυγγίτιδα, συνάχι, πόνοι στους μύες (μυαλγίες), κρυάδες (φρίκια) κεφαλαλγία, και αδυναμία. Σημαντικός αριθμός αρρώστων παρουσιάζει διάρροια και εμέτους.

Μέχρι τώρα, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, η νόσος εμφανίζεται με ελαφρά μορφή και αυτοϊάται. Εν τούτοις, σε μικρό ποσοστό εμφανίζεται βαριά μορφή της νόσου, που μπορεί να οδηγήσει τον άρρωστο στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή και στον θάνατο.

Η πλειονότητα των περιπτώσεων νέας γρίπης (57%) αφορά άτομα 5-24 ετών. Κάτω από το μισό αυτών των ατόμων (41%), χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία και από αυτά τα περισσότερα είναι παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών. Η συντριπτική πλειονότητα (71%) αρρώστων με Νέα Γρίπη, που χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία είναι άρρωστοι με χρόνια νοσήματα του αναπνευστικού, ανοσοκατεσταλμένοι, διαβητικοί και έγκυες γυναίκες. Μέχρι σήμερα υπάρχουν σχετικά λίγες περιπτώσεις Νέας Γρίπης σε αρρώστους άνω των 64 ετών, αντίθετα με ότι συμβαίνει στην Εποχική Γρίπη.

Αντικειμενική και ψυχραιμη ενημέρωση των πολιτών, εγρήγορση, ετοιμότητα και σχέδιο αντιμετώπισης, για κάθε ενδεχόμενο (από το ευμενέστερο μέχρι το χειρότερο), από την πολιτεία, είναι τα αποτελεσματικότερα όπλα εναντίον του ιού και της Νέας Γρίπης. Αυτό σημαίνει:

1. Ετοιμότητα για την αντιμετώπιση αύξησης των κρουσμάτων.
2. Ετοιμότητα για την αντιμετώπιση μεταβολών στην βαρύτητα της νόσου και στα χαρακτηριστικά του ιού.
3. Ετοιμότητα για αντιμετώπιση μεταβολών στις αντιδράσεις τις κοινωνίας.
4. Ενημερωμένο και Συνειδητό πολίτη, ο οποίος προφυλάσσει τον εαυτό του και τους άλλους:
 - Καλύπτει με χαρτομάντιλο μύτη και στόμα όταν φτερνίζεται ή βήχει.

- Πετάνει το χαρτομάντιλο προσεκτικά στα σκουπίδια.
- Πλένει τα χέρια του μετά. Και τακτικά.
- Αποφεύγει να αγγίζει μάτια, μύτη και στόμα με τα χέρια.
- Μένει στο σπίτι του όταν έχει συμπτώματα γρίπης. (Είναι μεταδοτικός μια μέρα πριν και 7 ημέρες μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων).
- Δεν ταξιδεύει όταν έχει συμπτώματα γρίπης.
- Δεν πηγαίνει σε «πάρτι μετάδοσης», για να κολλήσει τη νέα γρίπη (στόχος είναι να περιοριστεί η μετάδοσή της, όχι να επεκταθεί).
- Δεν χρησιμοποιεί, χωρίς συμβουλή του γιατρού, αντιϊκά φάρμακα.
- Για την αντιμετώπιση του πυρετού σε παιδιά και εφήβους ΔΕΝ πρέπει να χορηγείται ασπιρίνη ή φάρμακα που περιέχουν ασπιρίνη.

5. Ενημερωμένο πολίτη, που προσφεύγει, αμέσως, σε ιατρική βοήθεια όταν παρουσιαστούν: Πυρετός, φαρυγγίτιδα και βήχας, και συνυπάρχει επίσης καρδιοαναπνευστικό νόσημα, διαβήτης, ανοσοκαταστολή. Επίσης εάν πρόκειται για έγκυο γυναίκα με τα ίδια συμπτώματα ή παιδί κάτω των 2 ετών.

6. Ενημερωμένο πολίτη, που καταφεύγει αμέσως στα ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, εάν το ΠΑΙΔΙ του παρουσιάσει:

- Γρήγορη ανάσα ή δυσκολία στην ανάσα (ταχύπνοια, δύσπνοια).
- Μελάνιασμα (κυάνωση) στο δέρμα.
- Δεν πίνει αρκετά υγρά.
- Εμφανίζει έντονους και συνεχείς εμέτους.
- Υπνηλία ή λήθαργο.
- Έντονο Εκνευρισμό.
- Σπασμούς.
- Ελάττωση των δακρύων σε βρέφη.
- Υποτροπή του πυρετού και χειροτέρευση βήχα, μετά από βελτίωση των συμπτωμάτων της γρίπης.

ΕΑΝ ο ΙΔΙΟΣ παρουσιάσει:

- Δύσπνοια.
- Πόνο ή πίεση στο στήθος ή την κοιλιά.
- Ξαφνική ζάλη.
- Σύγχυση.
- Έντονους ή συνεχείς εμέτους.
- Ελάττωση των ούρων.
- Επανεμφάνιση του πυρετού και χειροτέρευση του βήχα μετά από αρχική βελτίωση των συμπτωμάτων.

7. Ενημερωμένο και συνειδητοποιημένο πολίτη, που είναι προετοιμασμένος για αύξηση των κρουσμάτων στην κοινότητά του ή το σχολείο του.

8. Διάλογο των αρμοδίων Υπουργών και της εκπαιδευτικής κοινότητας, της Εκκλησίας, των Νομαρχών, των Δημάρχων και του επιχειρηματικού κόσμου, για τον χειρισμό της κατάστασης, δεδομένου ότι είναι πιθανό το πρόβλημα να γίνει οξύτερο το φθινόπωρο και τον χειμώνα.

Εμβόλιο: Ετοιμάζεται. Μπορεί να είναι αποτελεσματικό ή μερικώς αποτελεσματικό. Ίσως αργήσει η εμπορική διάθεσή του ενώ η χορήγησή του στον πληθυσμό είναι απόφαση που θα ληφθεί εν καιρώ. Οι παρενέργειές του δεν έχουν μελετηθεί πλήρως. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν

οι ενδείξεις πως το στέλεχος του ιού στην κοινότητα έχει αλλάξει σε σχέση με αυτό που χρησιμοποιείται για την παρασκευή του εμβολίου. Αλλά με την γρίπη δεν μπορεί κανείς να εφησυχάζει. Έτσι συνεχίζεται η παρακολούθηση των στελεχών του ιού ώστε να βεβαιωθούμε ότι θα έχουμε το ίδιο στέλεχος του ιού το φθινόπωρο και τον χειμώνα.

Θα πρέπει να είναι ενημερωμένος ο Έλληνας πολίτης, πως μπορεί να μην έχουμε το εμβόλιο όσο γρήγορα το θέλουμε. Μπορεί να μην έχουμε ένα, όσο θέλουμε, αποτελεσματικό εμβόλιο. Η διαπίστωση της πανδημίας ΔΕΝ θα πρέπει να προξενήσει υστερία, πανικό ή ρωγμές στον κοινωνικό ιστό. Ούτε εφησυχασμό.

Πρωτίστως, όμως, εκείνο που πρέπει να έχουμε και δεν πρέπει, καθόλου, να χάσουμε, είναι η ανθρώπινη αλληλεγγύη και η ψυχραιμία μας.

(Το άρθρο είναι ανατύπωση από την ηλεκτρονική εφημερίδα «Ζούγκλα», www.zougla.gr)

Ελευθέριος Ανευλαβής

Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής,

«Κωνσταντοπούλειο» Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η Ανίχνευση της Συντροφικής Βίας από τους Επαγγελματίες Υγείας στα Μαιευτικά και Γυναικολογικά Τμήματα

Αθανασοπούλου Μαρία¹, Καμπά Ευρυδίκη²

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Γ.Ν. «Έλενα Βενιζέλου»
2. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΑΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η συντροφική βία, και κατά βάση αυτή που ασκείται στις έγκυες γυναίκες, αποτελεί στις μέρες μας ένα αναγνωρισμένο κοινωνικό πρόβλημα και πεδίο μελέτης για τους επιστήμονες υγείας. Στην Ελλάδα οι παράγοντες που οδηγούν στη συντροφική βία δεν έχουν τύχει συστηματικής διερεύνησης σε αντίθεση με άλλες χώρες.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης είναι να προσφέρει κατευθυντήριες γραμμές στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μαιευτικά και γυναικολογικά τμήματα, σχετικά με τους τρόπους ανίχνευσης πιθανής βίας κατά των εγκύων γυναικών και της υποστήριξης αυτών.

Μέθοδος: Η μεθοδολογία περιέλαβε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE και CINAHL (1990-2008).

Συμπεράσματα: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι γυναίκες υψηλού κινδύνου που βιώνουν συντροφική βία να εντοπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας στις μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές. Να αναπτύσσονται διάφορα υποστηρικτικά μέτρα για τις νέες μητέρες, και να παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την βία και τις επιπτώσεις της στην οικογένεια. Να ενισχύονται οι γυναίκες θύματα συντροφικής βίας ώστε να εκφράζουν τις εμπειρίες τους και να αντιμετωπίζεται η βία σε αρχικό στάδιο. Να ενημερώνονται και να παραπέμπονται σε κοινωνικο-υποστηρικτικές δομές όπου θα μπορούσαν να δεχτούν την κατάλληλη υποστήριξη. Τέλος η διερεύνηση της συντροφικής βίας θα πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας των μαιευτών/νοσηλευτών με ανάλογο ερωτηματολόγιο ενσωματωμένο στο μαιευτικό/γυναικολογικό ιστορικό. Οι μελέτες δείχνουν ότι πολλά περιστατικά βίας θα μπορούσαν να εξλειφθούν εάν οι επαγγελματίες υγείας είχαν λάβει

ειδική εκπαίδευση και συστηματικά ρωτούσαν τις γυναίκες για εμπειρίες βίαιων επεισοδίων εις βάρος τους.

Λέξεις κλειδιά: ανίχνευση συντροφικής βίας, επαγγελματίες υγείας, μαιευτικά τμήματα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Αθανασοπούλου Μαρία,
Πατησίων 332,
111 41 Άνω Πατήσια,
Τηλ.: 210 2237021, 6996152059,
E-mail: athmari@yahoo.com, athmari1@aol.com*

REVIEW

Detection of partner violence, by healthcare professionals, in obstetrical and maternity departments

Athanasopoulou Maria¹, Kamba Evridiki²

1. RN, Msc., "Elena Venizelou" Hospital
2. Assistant Professor, Nursing Department A', ATEI Athens

ABSTRACT

The partner violence, and primarily the one that is perpetrated against pregnant women, constitutes in our days a recognized social problem and a field of study for the health professionals. In Greece the factors that lead to the partner violence have not enjoyed systematic investigation contrary to other countries.

Aim: The aim of study is to offer governing lines to the health professionals that work in obstetrical and maternity departments, with reference to the ways of detection of violence against pregnant women and the support of these.

Method: the literature search was performed on MEDLINE and CINAHL (1990-2008) databases.

Conclusions: The literature search leads to the conclusion that it is important the women of high risk to experience partner violence to be detected by the health professionals in the obstetrical and maternal clinics. Various supporting measures have to be developed for the new mothers, and information to be provided with regard to the violence and its repercussions to the family. The

women-victims of partner violence must be supported so they can express their experiences and the violence can be faced in an initial stage. The victims need to be informed and referred to social-supporting services where they could accept the right support. Finally the investigation of partner violence comes to underlie the work of maternal health professionals with a proportional questionnaire incorporated in the health history questionnaire. The studies show that a lot of incidents of violence could be eliminated if the health professionals had received special education and systematically asked the women for experiences of violent episodes.

Key words: detection of partner violence, health professionals, obstetrical and maternal departments, violence against pregnant women

CORRESPONDING AUTHOR

Athanasopoulou Maria,

Patision 332,

111 41 Ano Patisia,

Τηλ.: 210 2237021, 6996152059,

E-mail: athmari@yahoo.com , athmari1@aol.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συντροφική βία εμφανίζεται σε όλες τις πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές τάξεις και δεν κάνει διακρίσεις σε σχέση με τη χώρα, το μορφωτικό επίπεδο, το ύψος του εισοδήματος, την εθνικότητα και την ηλικία.^{1,2} Είναι κοινή παραδοχή ότι αποτελεί μορφή καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ίσως από τις σοβαρότερες, καθώς διαπράττεται από ανθρώπους εμπιστοσύνης και όχι από αγνώστους.³ Είναι ένα φαινόμενο που συμβαίνει πολύ συχνά αλλά κοινοποιείται πολύ σπάνια.⁴

Συντροφική βία είναι μια συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από την άσκηση

ελέγχου και την κατάχρηση της δύναμης από τον έναν, συνήθως τον άνδρα, στον άλλο, συνήθως την γυναίκα, μέσα σε ένα πλαίσιο στενής ερωτικής σχέσης. Μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, της σεξουαλικής, της συναισθηματικής και της οικονομικής βίας, της επιβολής κοινωνικής απομόνωσης αλλά και του συνδυασμού όλων των παραπάνω.⁵

Η βία είναι μια σοβαρή απειλή για την υγεία των γυναικών, των παιδιών και των αγέννητων μωρών. Προσβάλλει την φυσική και συναισθηματική τους ακεραιότητα τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Η

βία κατατάσσεται υψηλά στην λίστα των αιτιών των τραυματισμών και θανάτων των γυναικών. Παρά το γεγονός ότι και οι γυναίκες μπορεί να είναι βίαιες εναντίον των ανδρών, και ότι βία συμβαίνει και μεταξύ των ατόμων του ίδιου φύλου, η συντριπτική πλειοψηφία στα ποσοστά συντροφικής βίας βρίσκει τις γυναίκες θύματα από τους συντρόφους ή συζύγους τους. Η συντροφική βία είναι η πιο διαδεδομένη μορφή βίας κατά των γυναικών, ιδιαίτερα στις πολύ αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «η συντροφική βία συμβαίνει σε όλες τις χώρες, ανεξάρτητα από την κοινωνική, οικονομική, θρησκευτική ή πολιτισμική κατάσταση κάποιου» ενώ αναφέρεται σε 48 επιδημιολογικές μελέτες από όλο τον κόσμο που δείχνουν ότι ένα ποσοστό μεταξύ 10% και 69% των γυναικών έχουν βιώσει εμπειρίες κακοποίησης από τον σύντροφό τους τουλάχιστον μία φορά στην ζωή τους. Η βία κατά των γυναικών έχει σοβαρές συνέπειες στο σύστημα υγείας, καθώς μειώνει τις εργασιακές ικανότητες των γυναικών, την ποιότητα ζωής τους και την διάρκεια ζωής τους.⁶

Μέθοδος: Η μεθοδολογία περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, που αναφέρονταν στην αιτιολογία, στους παράγοντες που οδηγούν στην συντροφική βία, στις επιπτώσεις της και στους τρόπους αποφυγής της. Η

μεθοδολογία περιέλαβε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE και CINAHL (1990-2008).

Επιδημιολογικά στοιχεία

Στην δεκαετία του '90 και σύμφωνα με μια σειρά μελετών, η συντροφική βία είχε οριστεί ως ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την υγεία της γυναίκας. Σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο Καναδάς, η Μεγάλη Βρετανία και η Αυστραλία, επιστημονικές έρευνες διεξήχθησαν προκειμένου να διερευνηθούν την σχέση μεταξύ συντροφικής βίας και εγκυμοσύνης.^{7,8} Οι πιο πρόσφατες μελέτες που διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία υπολόγισαν μόνο την σωματική βία αλλά ωστόσο βρήκαν ότι μεταξύ του 0,9% και 20,1% των γυναικών είχαν βιώσει βία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.⁹ Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι 1 στις 6 έφηβες γυναίκες και 1 στις 5 ανήλικες έγκυες είναι θύματα σωματικής κακοποίησης. Η έρευνες επίσης αποκαλύπτουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να βρεθεί μια γυναίκα θύμα κακοποίησης κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης της από το να προσβληθεί από ασθένειες όπως ο διαβήτης της εγκυμοσύνης που εντοπίζονται συχνά στις μαιευτικές κλινικές. Είναι προφανές ότι η περίοδος της εγκυμοσύνης της γυναίκας α) θέτει σε κίνδυνο τις γυναίκες, ιδιαίτερα εάν αυτές

είχαν ήδη βιώσει κακοποίηση από τους συντρόφους τους, και β) προσφέρει την ιδανική ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν και αναγνωρίσουν τα θύματα βίας και να τους προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη.¹⁰

Στην Ελλάδα το ποσοστό εμφάνισης κρουσμάτων ενδοοικογενειακής βίας ανέρχεται στο (31%), ωστόσο η πραγματική διάσταση του προβλήματος είναι αδύνατο να εκτιμηθεί εξαιτίας του άδηλου αριθμού κακοποιήσεων.¹¹ Σύμφωνα με την πρώτη επιδημιολογική έρευνα που έγινε στην Ελλάδα (σε δείγμα 1200 γυναικών ηλικίας 18-60 χρονών), η συντριπτική πλειονότητα των γυναικών (91,3%), μπορεί να μη χαρακτηρίζει βίαιη την συμπεριφορά του συζύγου/ συντρόφου τους, μόνο το (8,8%) τη θεωρεί βίαιη, ωστόσο υφίστανται μορφές βίας τις οποίες δεν αναγνωρίζει ως βίαιη συμπεριφορά. Ένα ποσοστό (56%) από αυτές παραδέχονται ότι υφίστανται καταχρηστικές συμπεριφορές που αφορούν λεκτική ή ψυχολογική βία (προσβολές, βρισιές, περιορισμούς ή απομόνωση, απειλές). Σε ένα ποσοστό (3,6%) οι γυναίκες δηλώνουν ότι ο σύζυγος/ σύντροφός τους, τους ασκεί σωματική βία αλλά μόνο το (37,1%) αναγνωρίζουν ότι αυτό αποτελεί βίαιη συμπεριφορά σε βάρος τους. Σε ποσοστό (3,5%) παραδέχονται ότι εξαναγκάζονται σε σεξουαλική επαφή αλλά μόνο το (29,5%) εξ αυτών τη θεωρούν

σεξουαλική κακοποίηση¹². Επίσης εκτιμήσεις από έρευνα σε εθνική κλίμακα που πραγματοποιήθηκε από το ΚΕΘΙ αναφέρουν ότι το 3.6% των Ελληνίδων γυναικών δηλώνουν θύματα σωματικής βίας από τους συντρόφους τους, το 56% έχουν υποστεί ψυχολογική και λεκτική βία και το 3.5% έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα περιστατικό σεξουαλικής κακοποίησης στη ζωή τους.¹³

Παράγοντες κινδύνου

Η προέλευση της συντροφικής βίας είναι πολυδιάστατη και η αναζήτηση των παραγόντων είναι δύσκολη. Ωστόσο μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση εστιάστηκε στο άτομο, τη σχέση του με το/τη σύντροφό του, την κοινότητα και την κοινωνία γενικότερα.⁴ Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν συντροφική βία έχουν οι νέοι, τα άγαμα ζευγάρια που συμβιώνουν, οι μειονότητες, οι κάτοικοι αστικών περιοχών, τα άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα, και χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και τα ζευγάρια με εισοδηματικές, εκπαιδευτικές και επαγγελματικές διαφορές.^{14,15} Έρευνες επίσης έχουν δείξει ότι η προσωπική εμπειρία ή η μαρτυρία ενδοοικογενειακής βίας σε άλλα μέλη της οικογένειας αυξάνει τις πιθανότητες άσκησης και αποδοχής συντροφικής βίας στην ενήλικη ζωή.^{16,17}

Εξίσου σημαντικός κίνδυνος έχει βρεθεί να συνδέεται με τη συμβίωση σε πρώιμη ηλικία, με μια ποικιλία διανοητικών νόσων, με την πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου, τη νεανική επιθετικότητα, την καταδίκη για άλλη εγκληματική συμπεριφορά, την κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, τη μακροχρόνια ανεργία και τη μητρότητα σε νεαρή ηλικία.¹⁸ Μεταξύ των άλλων και η εγκυμοσύνη μπορεί συχνά να αποτελέσει έναν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση συντροφικής βίας, ως αποτέλεσμα παραγόντων όπως το άγχος της πατρότητας, οι επιπλέον ευθύνες και η ζήλια για το μωρό.¹⁹

Διαπολιτισμικές ιδιαιτερότητες

Είναι γεγονός ότι η ελληνική κουλτούρα δεν διευκολύνει την δημοσιοποίηση ζητημάτων ενδοοικογενειακής βίας και την ελεύθερη συζήτηση γι' αυτά. Σε αντίθεση με την κουλτούρα ευρωπαϊκών χωρών κυρίως σκανδιναβικών, όπου οι κοινωνικές δομές ενισχύουν την παραπομπή των περιπτώσεων βίας προς επίλυση και αντιμετώπισή τους σε ανάλογες υπηρεσίες. Στην Ελλάδα οι γυναίκες αισθάνονται το θέμα ως ιδιωτικό και οικογενειακό και δεν θέλουν να το αναφέρουν δημόσια. Η οικογένεια είναι αυτή στην οποία θα εκμυστηρεύονταν αρχικά το πρόβλημα, αν τους συνέβαινε, κι ακολουθούν οι έμπιστοι και κλειστοί φίλοι και συγγενείς. Αντίθετα,

πολύ σπάνια θα απευθύνονταν σε ειδικούς για βοήθεια ή καταγγελία, ενώ πολλές είναι εκείνες που δεν θα μιλούσαν σε κανέναν. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των μουσουλμάνων γυναικών στη Δυτική Θράκη. Λόγω θρησκευτικών και πολιτισμικών διαφορών, είναι σχεδόν αδύνατη μια έρευνα σε αυτές τις οικογένειες. Όμως υπάρχουν περιπτώσεις κακοποιημένων γυναικών, οι οποίες όχι μόνο δεν το αναφέρουν στον οικογενειακό-φιλικό περίγυρο ή πολύ περισσότερο να το καταγγείλουν, αλλά πολλές φορές και σε περιπτώσεις σοβαρής κακοποίησης με τραυματισμό, αποφεύγουν να επισκεφθούν ακόμη και το γιατρό. Το πρόβλημα έρχεται στο φως συνήθως με την ευκαιρία εξέτασης παιδιών, τα οποία παραπέμπονται στους ειδικούς με διάφορα δυσλειτουργικά προβλήματα. Τα παιδιά σ' αυτές τις περιπτώσεις «μιλούν» συμβολικά μέσα από τα συμπτώματα όπως: νυχτερινή ενούρηση, εφιάλτες, μαθησιακές δυσκολίες, ανορεξία, βουλμία, αγοραφοβία, κατά φαντασίαν ασθενείς, δυσλεξία κλπ. Τα παιδιά αυτά, είτε έχουν υποστεί βία και τα ίδια, είτε έχουν βιώσει σκληρές βίας σε βάρος της μητέρας τους. Σ' αυτή την πολιτισμική ομάδα γυναικών, παρατηρούνται αρκετές περιπτώσεις με συμπτώματα κατάθλιψης ακόμη και περιπτώσεις αυτοκτονιών (συνήθως με φυτοφάρμακα και χάπια στα οποία έχουν πρόσβαση) και βέβαια ευρεία χρήση αντικαταθλιπτικών και άλλων

ψυχοφαρμάκων. Στις εκτεταμένες οικογένειες που απαντώνται στην περιοχή αυτή, υπάρχει μια αυστηρή ιεραρχική δομή και απόλυτη οικονομική εξάρτηση από τον σύζυγο (σε πολλές περιπτώσεις από τον πατέρα του συζύγου) και ασκείται βία από τα ιεραρχικά ανώτερα προς τα κατώτερα μέλη της οικογένειας που είναι οι γυναίκες σύζυγοι, οι σύζυγοι των υιών, οι ελεύθερες κόρες και φυσικά τα παιδιά. Επίσης βία ασκείται και από την μητέρα του συζύγου, η οποία έχοντας βιώσει και η ίδια κακοποίηση, έχει έλθει πλέον η σειρά της να ασκήσει εξουσία, στα ιεραρχικά κατώτερα μέλη της οικογένειας (Έρευνα Ελληνικού Κέντρου Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης, 2002).

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ανίχνευση της βίας

Οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα οι μαιευτές και οι νοσηλεύτριες που εργάζονται στις μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές, βρίσκονται στην ιδανική θέση για να βοηθούν και να υποστηρίζουν τις γυναίκες που βίωσαν συντροφική βία. Κατά την διάρκεια των εξετάσεων υγείας ρουτίνας κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό που συχνά υποβάλλονται οι γυναίκες προκειμένου να διεκδικήσουν κοινωνικά επιδόματα, αποτελούν μια εξαιρετική ευκαιρία για τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αναγνωρίσουν τα πιθανά σημάδια

βίας στις γυναίκες. Επιπλέον, η εμπιστευτικότητα που απαιτείται κατά τις επαγγελματικές συναντήσεις, βοηθά τη συζήτηση με τις γυναίκες εγκύους για τις εμπειρίες τους και τα πιθανά κρούσματα βίας. Ωστόσο, θα ήταν σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να ξεκινούν πρώτοι τη συζήτηση για τις εμπειρίες βίας των γυναικών καθώς είναι γνωστό ότι οι γυναίκες συνήθως δυσκολεύονται να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους γιατί αισθάνονται άβολα, ντρέπονται και φοβούνται για τις συνέπειες που θα έχει μια τέτοια αποκάλυψη, αλλά και γιατί πιστεύουν ότι κανείς δεν μπορεί να τις βοηθήσει.²⁰

Η έγκαιρη αναγνώριση της άσκησης βίας στις γυναίκες-θύματα σίγουρα δεν είναι μια εύκολη υπόθεση. Ωστόσο, με την ανασκόπηση διεθνών ερευνών επιτεύχθηκε μια καταγραφή σημείων που θα μπορούν να βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας που θα έρχονται σε επαφή με τις γυναίκες να εντοπίσουν ευκολότερα τα σημάδια κακοποίησης. Λίστες με δείκτες που καταδεικνύουν την πιθανή άσκηση βίαιης συμπεριφοράς έχουν σχηματιστεί από ερευνητές, ωστόσο η ακριβής αναγνώριση της βίας απαιτεί συμπληρωματικές πληροφορίες σχετικά με την φυσική και ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας και τις συνθήκες ζωής της. Οι γυναίκες είναι συνήθως αρκετά διστακτικές να ξεκινήσουν

μια συζήτηση για αυτό που τους συμβαίνει, και σε περίπτωση που ζητήσουν βοήθεια από τις δημόσιες υπηρεσίες, είναι πολύ πιθανό να απευθυνθούν αρχικά στους επαγγελματίες υγείας. Συνήθως οι γυναίκες δεν αναζητούν βοήθεια παρά μόνο όταν η κακοποίηση που βιώνουν συνεχίζεται για μεγάλο διάστημα. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο θεωρείται σημαντική η ανάπτυξη ειδικών λειτουργικών πρωτοκόλλων προς χρήση και εφαρμογή στις μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές ώστε να βελτιωθεί ο έγκαιρος εντοπισμός της κακοποίησης και να έρθει το θέμα την επιφάνεια. Το έργο των ειδικών επαγγελματιών υγείας για την εντοπισμό και την αντιμετώπιση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών και παιδιών (ή βίας από κάποιο συγγενικό ή άλλο πρόσωπο) είναι αδιαμφισβήτητα πολύ δύσκολο – αλλά ιδιαίτερα σημαντικό. Πιο συγκεκριμένα, διάφορες μελέτες έδειξαν ότι οι περισσότερες γυναίκες αντιδρούν θετικά όταν ερωτώνται από ειδικούς για τις εμπειρίες τους παρόλο που από μόνες τους δεν θα ξεκινούσαν να συζητήσουν γι' αυτό.^{21,20,10} Για τον λόγο αυτό, εξετάσεις ρουτίνας και ερωτήσεις μέσα από ένα σύγχρονο και ενημερωμένο μαιευτικό ιστορικό, αποτελούν σημαντικό κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας προς τις έγκυες κακοποιημένες γυναίκες που επισκέπτονται

τις μαιευτικές κλινικές και τις υπηρεσίες φροντίδας της μητέρας και του παιδιού.¹⁰

Βασικές αρχές κατά την διαδικασία ανίχνευσης της κακοποίησης

Μερικές από τις βασικές αρχές κατά τη διαδικασία ανίχνευσης της κακοποίησης από τους επιστήμονες υγείας είναι να γίνονται οι ερωτήσεις για θέματα βίας στη γυναίκα μόνο όταν αυτή είναι μόνη και όχι όταν είναι κοντά ο σύντροφος, τα παιδιά, συγγενείς, η φίλοι, Η οπτική επαφή και η συγκέντρωση της προσοχής στη γυναίκα είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η εξασφάλιση ενός κλίματος εμπιστοσύνης θα προωθήσει την συζήτηση, ώστε η γυναίκα να αισθανθεί άνετα για να εξωτερικεύσει το πρόβλημα της. Η κατανόηση και η αποδοχή των εμπειριών και απόψεών της θα δείξει στην γυναίκα ότι ο επαγγελματίας υγείας την σέβεται. Ένδειξη επαγγελματικής ευθύνης είναι η ανάληψη πρωτοβουλίας του μαιευτή / νοσηλευτή να ρωτήσει πρώτος με φιλικό και ζεστό τρόπο για την βία ώστε να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης. Παροχή διαβεβαίωσης στη γυναίκα ότι δεν θα πρέπει να αισθάνεται άσχημα που συζητά για το θέμα αυτό και ότι δεν είναι η μόνη γυναίκα που της συμβαίνει κάτι τέτοιο. Η συντροφική/συζυγική βία είναι έγκλημα και ότι δεν φταίει αυτή γι' αυτό που της συμβαίνει.¹⁰ Αν πρόκειται για γυναίκα διαφορετικής εθνικότητας με διαφορετική

γλώσσα είναι απαραίτητο να ζητηθεί η παρουσία μεταφράστριας. Η μεταφράστρια δεν πρέπει να είναι ένα άτομο γνωστό της γυναίκας όπως σύντροφος/σύζυγος, παιδί, συγγενής, ή φίλος. Ενώ το άτομο που προορίζεται για τη μετάφραση να είναι πάντα γυναικείου φύλου.²²

Η ανίχνευση βίας κατά τη λήψη ιστορικού

Σύμφωνα με έρευνες, οι νεαρές έγκυες γυναίκες και μητέρες νεογέννητων παιδιών βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο συντροφικής κακοποίησης σε σχέση με άλλες ομάδες πληθυσμού. Ερωτήσεις για την βία στις σχέσεις των γυναικών θα έπρεπε να αποτελούν καθημερινό κομμάτι της εξέτασης των μαιευτών και νοσηλευτών προσαρμοσμένο ανάλογα στο μαιευτικό ή νοσηλευτικό ιστορικό. Ευθύνη λοιπόν των επαγγελματιών υγείας είναι να αναγνωρίζουν την κακοποίηση, να φέρνουν το θέμα της βίας προς συζήτηση, να πάρουν ιστορικό, να υποστηρίξουν και να καθοδηγήσουν/συμβουλέψουν το θύμα κακοποίησης, να διεξάγουν μια προσεκτική ιατρική/μαιευτική/νοσηλευτική εκτίμηση και έκθεση του περιστατικού, να συγκεντρώσουν αποδεικτικά στοιχεία της βίας (τραυματισμοί, ψυχολογικά προβλήματα, κλπ), να συζητήσουν για τα παιδιά, να καταγράψουν και καταγγείλουν την βία σε αντιστοιχία με τους υπάρχοντες

νόμους, να παραπέμψουν το θύμα σε άλλους υποστηρικτικούς φορείς και τέλος να συντονίσουν την συνεργασία με άλλους επαγγελματίες.²³

Μερικά σημεία που οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να προσέξουν ιδιαίτερα κατά τη λήψη ιστορικού καθώς ενδέχεται ο συνδυασμός τους να καταδεικνύει πιθανή άσκηση βίας είναι:

- Η γυναίκα καταφτάνει στην γυναικολογική κλινική σε πιο προχωρημένο στάδιο της εγκυμοσύνης της από το συνηθισμένο.
- Η έγκυος γυναίκα είναι αρκετά μικρή ηλικιακά ή έφηβη.
- Η εγκυμοσύνη δεν ήταν προγραμματισμένη ή είναι ανεπιθύμητη.
- Η γυναίκα φαίνεται αρκετά απασχολημένη με άλλα πράγματα και πολύ αγχωμένη.
- Η γυναίκα συχνά ακυρώνει ή ξεχνάει τα ραντεβού της με τον γιατρό.
- Η γυναίκα φαίνεται να μην προσέχει τον εαυτό της και την εμφάνισή της.
- Η προσωπική και οικογενειακή της ζωή χαρακτηρίζεται από κοινωνική απομόνωση και έχει πολύ λίγες επαφές με κάποιους φίλους και συγγενείς.
- Παραπονιέται συχνά ότι ενοχλείται, είναι ανυπόμονη και κουρασμένη (καθώς και όταν φροντίζει τα παιδιά της).
- Έχει προηγηθείσες αποβολές ή εκτρώσεις.
- Καπνίζει ή έχει αυξήσει το κάπνισμα.

- Κάνει χρήση αλκοόλ ή έχει αυξήσει την χρήση αυτού ή κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Κάνει χρήση υπνωτικών ή αντικαταθλιπτικών ή ηρεμιστικών φαρμάκων.
- Έχει επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη της όπως ουρολοίμωξη, γυναικολογικές λοιμώξεις, πρόωρες συσπάσεις μήτρας ή και πρόωρο τοκετό.
- Παρουσιάζει σωματικά τραύματα και συμπτώματα (συνήθως γρατζουνιές, πληγές, μελανιές, καψίματα ή σπασίματα).
- Έχει ιστορικό συνεχών τραυματισμών και ατυχημάτων (πτώσεις, γλίστρημα, θλάσεις,).
- Οι τραυματισμοί βρίσκονται σε περιοχές του σώματος καλυμμένες από τα ρούχα: θώρακας, χέρια, πόδια, κοιλιά.
- Παρουσιάζει ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως διάφοροι σωματικοί πόνοι, αϋπνίες, εφιάλτες, διατροφικές διαταραχές, απότομες αλλαγές βάρους.
- Φοβάται υπερβολικά τον τοκετό.
- Διακατέχεται από πανικό κατά την διάρκεια τοκετού.
 - Η συμπεριφορά της γυναίκας αλλάζει όταν ο σύζυγος/σύντροφος είναι παρών.
 - Ο σύζυγος/σύντροφος της συμπεριφέρεται υπερπροστατευτικά ή αντίθετα μειώνει την σημασία της κατάστασης, δείχνει ενοχλημένος από εκείνη ή συμπεριφέρεται ιδιαίτερα ανυπόμονα στα θέματα που την αφορούν.

- Ο σύζυγος/σύντροφος θέλει να είναι πλήρως αναμειγμένος στην υπόθεση της εγκυμοσύνης της γυναίκας και δεν θέλει να την αφήνει μόνη στις συναντήσεις της με τον γιατρό ή τη μαία.
- Τόσο η γυναίκα όσο και ο σύντροφός της αρνούνται οποιαδήποτε συμπληρωματική θεραπεία ή υπηρεσία.²³

Συμπεράσματα

Κατά την διάρκεια διερεύνησης της ύπαρξης βίας είναι άκρως απαραίτητο να διασφαλιστεί η ασφάλεια της γυναίκας και των παιδιών. Είναι σημαντικό να διεξάγεται η λήψη ιστορικού μόνο όταν η γυναίκα βρίσκεται μόνη στο δωμάτιο. Μερικές φορές αυτό τεχνικά είναι δύσκολο, για παράδειγμα ο σύντροφος θέλει να βρίσκεται συνεχώς δίπλα της και να ελέγχει την κατάσταση. Η πιθανή παρουσία ή εμφάνιση του βίαιου συντρόφου θα την βάλει σε μεγάλο κίνδυνο να εμπλακεί εκ νέου στον κύκλο της βίας. Έτσι, οι γυναικολογικές και οι μαιευτικές κλινικές, θα μπορούσαν να έχουν μια πολιτική ατομικών συναντήσεων με την μητέρα και τα παιδιά απαγορεύοντας την παρουσία οποιουδήποτε άλλου προσώπου σε αυτές. Στις περιπτώσεις των αλλοδαπών γυναικών μάλιστα, αυτές οι ατομικές συναντήσεις είναι πολύ σημαντικές αφού συνήθως χρειάζεται να μεσολαβήσει διερμηνέας μεταξύ της γυναίκας και του επαγγελματία υγείας, και τον ρόλο αυτό τον

παίρνει πάντα ο σύντροφος μην αφήνοντας έτσι περιθώριο για ελεύθερη συζήτηση και τον εντοπισμό θεμάτων γύρω από την κακοποίηση. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να ισχύει ανάλογος κανονισμός του νοσοκομείου έτσι ώστε να διασφαλίζεται η συνάντηση του επαγγελματία υγείας μόνο με την γυναίκα και μια διερμηνέα. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες στην κοινότητα και οι επαγγελματίες υγείας ή οι κοινωνικοί λειτουργοί να συνεργάζονται μαζί τους.¹⁰

Ο εντοπισμός των ομάδων υψηλού κινδύνου στις γυναικολογικές και μαιευτικές κλινικές, είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικός ώστε να αναπτύσσονται διάφορα υποστηρικτικά μέτρα ιδιαίτερα για τις νέες εγκύους και μέλλουσες μητέρες, και να τους παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την βία στην οικογένεια και τις επιπτώσεις της στα άτομα. Για τις γυναίκες θύματα συντροφικής βίας είναι αναγκαίο να ενισχύονται στην συζήτηση και την εξωτερίκευση των εμπειριών τους. Έτσι θα δίνεται η ευκαιρία να εντοπίζεται η βία και να αντιμετωπίζεται σε αρχικό στάδιο. Η διερεύνηση της συντροφικής βίας θα πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής πρακτικής των γυναικολογικών και μαιευτικών τμημάτων. Όλες οι γυναίκες που επισκέπτονται τέτοιες κλινικές θα πρέπει να ερωτώνται για το θέμα αυτό μέσα από ένα

ενημερωμένο ιστορικό με τους ειδικά καταρτισμένους μαιευτές και νοσηλευτές. Τέλος οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να αναγνωρίζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της απόδοσής τους. Η αντιμετώπιση της βίας μπορεί να αποτελεί πρόκληση μερικές φορές. Χρειάζεται όμως υπομονή και καλές δεξιότητες αντιμετώπισης του άγχους καθώς αυτή η εργασία είναι δύσκολη λόγω της έντονης συναισθηματικής φόρτισης που επιφέρει. Μερικές φορές τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας μπορεί να θεωρηθούν ότι διαθέτουν χαρακτηριστικά παθητικότητας, εξάρτησης και έλλειψης αποφασιστικότητας αφού συνήθως αναζητούν να επιστρέψουν και πάλι στην βίαση σχέση. Ένας επαγγελματίας υγείας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες τους οποίους θα πρέπει να είναι ικανός να τους αναγνωρίζει. Ο τρόπος σκέψης και δράσης του ακολουθεί τις κυρίαρχες κοινωνικές στάσεις, αντιλήψεις, αρχές και αξίες για την οικογένεια, την θέση των γυναικών σε αυτή, τα παιδιά, και την άσκηση βίας στην κοινωνία.²⁴ Για τον λόγο αυτό ως επαγγελματίες των επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας και φορέας των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών θα πρέπει να εξετάζεται η αντικειμενικότητα των απόψεων του και να τροποποιούνται αποφάσεις που πιθανά έχουν ληφθεί ακολουθώντας κοινωνικά στερεότυπα και

προκαταλήψεις για θέματα που αφορούν την οικογένεια και τα θύματα.²⁴

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy A.J., Zwi B.A., & Lozano R., World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002
2. Χατζηφωτίου Σ., Ενδοοικογενειακή Βία κατά των γυναικών και παιδιών: Διαπιστώσεις και προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία. Εκδ.Τζιόλα, Θεσσαλονίκη, 2005
3. YMCA, 2000, <http://www.ymca.violence.com>
Ανακτήθηκε στις 1/3/2009
4. Παπαδακάκη Μ., Η αυτοεκτίμηση στην προσέγγιση της Συντροφικής Βίας, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής, 2006.
5. Greater London Authority, The London Domestic Violence Strategy, in: Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Domestic violence Guidelines for Midwives and Obstetricians, 2005
6. WHO, World Report on Violence and Health, Geneva, 2002
7. Johnson JK., Haider F., Ellis. K., Hay DM., Lindow SW., The prevalence of domestic violence in pregnant women, in: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003, 110: 272-275
8. Huth-Bocks AC / AA Levendosky / Bogart GA. The effects of violence during pregnancy on maternal and infant health, in: *Violence and Victims* 2002, 17: 169-185
9. Gazmararian JA., Lazorick S., Spitz AM., Ballard TJ., Saltzman LE., Marks JS., Prevalence of violence against pregnant women. *The Journal of the American Medical Association* 1996, 24:1915-1920
10. Perttu S., Intimate partner violence and its screening at the maternity and child health clinic. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2004:6. Helsinki, Finland (in Finnish). Annex 2
11. Μηλιώνη Φ., Ενδοοικογενειακή βία: Η κακοποιημένη γυναίκα - Η νομική διάσταση από την οπτική του φύλλου, Αντιεγκληματική πολιτική, Αθήνα, 2001
12. Αρτινοπούλου Β., *Αντιμετωπίζοντας την Ενδοοικογενειακή Βία και την Παράνομη Διακίνηση των Γυναικών*, Πρακτικά συνάντησης εμπειρογνομόνων στα πλαίσια της Ελληνικής Προεδρίας στην ΕΕ, Έκδοση ΓΓΙ και Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Αθήνα, 2003
13. ΚΕΘΙ (Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας), 1999 <http://www.kethi.gr>
Ανακτήθηκε στις 26/3/2008
14. Mirrlees-Black C., & Byron C., Results of a questionnaire attached to the British

- Crime Survey 1996, Retrieved Nov 4, 2003 from <http://homeoffice.gov.uk/crimpol/crimr educ/domesticviolence/>
15. Pan H.S., Neidig P.H., & O'Leary K.D., Predicting mild and severe husband-to-wife physical aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994, 62: 975-981
16. Aldarondo, E., & Sugarman, D.B., Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996, 64: 1010-1019
17. Dutton D.G., & Hart S.G., Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse and neglect on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 1992, 36: 129-137
18. Moffitt T. E., Caspi A., & Silva P. A. *Findings about partner violence from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*. University of Otago Medical School, Dunedin, 1996
19. Gielen A.C., O'Campo P.J, Faden R.R, Kass N.E., Xue, X. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. *Social Science and Medicine* 1994, 39: 781-787
20. Bacchus L., Mezey G., Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine screening for domestic violence in a maternity service, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002, 109: 9-16
21. Stenson K., Saarinen H., Heimer G., Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 2001, 1: 2-10
22. Hotch D., Grunfeld A., Mackay K., & Covan L., *Domestic Violence Intervention By Emergency Department Staff*. Vancouver Hospital & Health Sciences Centre. Canada, 1995
23. Perttu S. & Kaselitz V., Intimate partner violence and its screening at the maternity and child health clinic. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISBN 952-10-3042-9; Helsinki, Finland, 2006
24. Schornstein S.L., *Domestic violence and health care*. What every professional needs to know. Sage Publications, London, 1997

ΕΡΕΥΝΑ

Μελέτη συμμόρφωσης στους κανόνες προληπτικού εμβολιασμού στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γενικού νοσοκομείου

Κυριαζής Ιωάννης¹, Σαρίδη Μαρία², Μπόμπολας Περικλής³, Ζέρβας Ελευθέριος⁴, Μενδρινός Δημήτριος⁵

1. Παθολόγος- Διαβητολόγος – Επιμελητής. Α', Γ.Ν. Κορίνθου
2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Γ. Ν. Κορίνθου
3. Παθολόγος Επιμελητής. Β', Γ.Ν. Κορίνθου
4. Ιατρός, Γ.Ν.Αθηνών Σωτηρία
5. Ειδικευόμενος Παθολογίας Γ.Ν. Κορίνθου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σπουδαιότητα εφαρμογής ολοκληρωμένου προγράμματος εμβολιασμού για τους επαγγελματίες υγείας συντελεί σημαντικά στη μείωση της επίπτωσης νοσηρότητας των λοιμωδών νοσημάτων μεταξύ ασθενών και εργαζομένων. Οι συστάσεις ανοσοποίησης της Συμβουλευτικής Επιτροπής σε θέματα εμβολιασμού, (Advisory Committee on Immunization Practices - ACIP) για τους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ανάπτυξη και εφαρμογή πρωτοκόλλου εμβολιασμού σε κάθε υπηρεσία υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση των επιπέδων ανοσοποίησης των επαγγελματιών υγείας του Νοσοκομείου Κορίνθου.

Μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 213 επαγγελματίες υγείας, (138 Γιατροί και 75 Νοσηλευτές) που εργάζονταν στο Γ.Ν. Κορίνθου. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ειδικά διαμορφωμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο σχεδιάστηκε για το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα και τις συστάσεις εμβολιασμών που προτείνει η ACIP και το Κ.Ε.Ε..Π.Ν.Ο. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.

Αποτελέσματα: Το 20,8% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν εμβολιασμένο και με τα πέντε εμβόλια, ενώ μόλις το 1,7% ανέφερε ότι δεν είχε εμβολιαστεί με κανένα από τα πέντε εμβόλια που συστήνει η ACIP. Το εμβόλιο που παρουσίασε μεγαλύτερη συχνότητα ήταν του Τετάνου, με ποσοστό 60%, της Ηπατίτιδας Β, 55,8% και της Ηπατίτιδας Α 15,7%. Ως προς το φύλο, οι

άνδρες αναφέρουν μεγαλύτερη εμβολιαστική συνέπεια από τις γυναίκες επαγγελματίες υγείας, ($p < 0.01$) εμφανίζοντας δε στατιστικά σημαντική διαφορά ο εμβολιασμός για τον Τέτανο (75% vs 48,5%).

Οι γιατροί αναφέρουν ότι εμβολιάζονται συχνότερα από τους Νοσηλευτές, ειδικότερα για την ηπατίτιδα Β και για τον τέτανο ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, από την μελέτη μας, προκύπτει ότι η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας είναι φτωχή. Η συνεχής εκπαίδευση και η αύξηση του επιπέδου γνώσεων είναι ικανή να συντελέσει στην ενεργοποίησή τους με αποτέλεσμα τον συστηματικό εμβολιασμό που στόχο έχει τη μείωση της πιθανότητας μετάδοσης νοσημάτων από και προς τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: εμβολιασμός επαγγελματιών υγείας, εμβόλια, ανοσοποίηση

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Ιωάννης Α. Κυριαζής,
Γ.Ν.Κορίνθου,
Λεωφόρος Αθηνών 53,
TK 20100,
ΤΗΛ. 2741361245
Email: ioanniskyriazis@yahoo.gr*

ORIGINAL PAPER**A compliance study of the preventive inoculation rules, concerning the medical / nursing staff of a Greek general hospital**

Kyriazis Ioannis¹, Saridi Maria², Bobolas Periklis³, Zervas Eleftherios⁴, Mendrinou Dimitrios⁵

1. MD, PhD, Internist – Diabetologist, Internal Medicine Department, Korinthos General Hospital, Greece.
2. Registered Nurse, MSc, Korinthos General Hospital, Greece.
3. Resident Doctor of General Medicine, Korinthos General Hospital, Korinthos, Greece.
4. M.D, Sotiria Hospital, Athens, Greece.
5. Assistant of Internal Medicine, Korinthos General Hospital, Korinthos, Greece.

ABSTRACT

Introduction: The significance of applying a full-inoculation program from health-care professionals leads to a substantial decrease in the morbidity rate of infectious diseases between patients and

employees. The immunization guidelines of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for health-care professionals should most certainly be taken into consideration, in an attempt to develop and implement an inoculation protocol in all health services.

Objective: The objective of the current study was to check and confirm the inoculation rates of health-care professionals at the General Hospital of Korinthos.

Methods: The current study is a descriptive, cohort study of correlation. The participants of the study were 213 health-care professionals in the General Hospital of Korinth. The data capturing were collected using an anonymous questionnaire, which was provided for the purpose of the present study, on the basis of the bibliographic references and the inoculation recommendations, of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The statistical analysis was conducted using the statistical program SPSS 13. The self-coherence reliability of the study was tested on the coefficient alfa (Cronbach's α), which was equal to 0,71.

Results: The participants who finally answered the questionnaire were 78 doctors and 42 nurses. Only 1,7% of all the participants mentioned that they had not been vaccinated against any of the five vaccines which are recommended by the ACIP, whereas 20,8% of them had been fully vaccinated. The vaccines with the higher frequency rate among health-care professionals' inoculation, were Tetanus 60%, Hepatitis B 55,8% and Hepatitis A 15,7%. Men report that they have been vaccinated more frequently than women, with a higher difference of statistical significance concerning the tetanus inoculation. Moreover, doctors report that they are more often vaccinated, especially against Hepatitis B and Tetanus, than the nursing staff.

Conclusions: According to our findings there is a poor protection of the health-care professionals, as far as inoculation is concerned. The continuous training and broadening of the knowledge spectrum of all health-care professionals, will most certainly lead to a more systematic inoculation, aiming at the reduction of the infectious disease rate between doctors / nursing staff and in-patients.

Key words: health professionals' inoculation, vaccines, immunization

CORRESPONDING AUTHOR

*Ioannis A. Kyriazis,
Korinthos General Hospital,
L. Athinon 53, 20100, Korinthos, Greece,
Tel. 2741361245,*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σπουδαιότητα εφαρμογής ολοκληρωμένου προγράμματος εμβολιασμού για τους επαγγελματίες υγείας συντελεί σημαντικά στη μείωση της επίπτωσης νοσηρότητας των λοιμωδών νοσημάτων μεταξύ ασθενών και εργαζομένων.

Οι συστάσεις που αφορούν τα εμβόλια βασίζονται στα χαρακτηριστικά των ανοσοποιητικών παραγόντων, στις επιστημονικές γνώσεις σχετικά με τις αρχές της ενεργητικής και παθητικής ανοσοποίησης, στην επιδημιολογία και στα χαρακτηριστικά των νόσων (π.χ. νοσηρότητα, θνητότητα, κόστος θεραπείας, απώλεια παραγωγικότητας), στις εκτιμήσεις για την ασφάλεια των εμβολίων, στην ανάλυση του κόστους των προληπτικών μέτρων, στις δημοσιευμένες και μη δημοσιευμένες μελέτες, και στις γνώμες των ειδικών της δημόσιας υγείας καθώς και στην κλινική και προληπτική Ιατρική¹. Τα οφέλη και οι κίνδυνοι των εμβολίων συνδέονται με τη χρήση όλων των ανοσολογικών παραγόντων (π.χ αντιγονική ουσία ή σκεύασμα που περιέχει αντισώματα). Εξαιτίας της επαφής τους με ασθενείς ή μολυσματικά υλικά ασθενών, οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε κίνδυνο έκθεσης και πιθανής μετάδοσης νόσων που μπορούν να προληφθούν με τον εμβολιασμό. Για αυτό τον λόγο, η διατήρηση της ανοσίας αποτελεί

σημαντικό μέρος των προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων για τους επαγγελματίες υγείας². Η άριστη χρήση των παραγόντων ανοσοποίησης προφυλάσσει τους επαγγελματίες υγείας αλλά και παρέχει προστασία στους ασθενείς από μόλυνση μέσω της έκθεσής τους σε επαγγελματίες υγείας που πάσχουν από κάποια λοίμωξη.

Τα συνεχή προγράμματα ανοσοποίησης θα μπορούσαν ουσιαστικά να μειώσουν και τον αριθμό των επίνοσων επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα νοσοκομεία, και τον συνοδευτικό κίνδυνο μετάδοσης των ασθενειών που μπορούν να προβλεφθούν μέσω του εμβολιασμού, σε άλλους εργαζόμενους και ασθενείς.

Οποιαδήποτε Υπηρεσία ή τμήμα προσφέρει άμεση φροντίδα σε ασθενείς, θα πρέπει να ενθαρρύνεται στην εφαρμογή μιας περιεκτικής πολιτικής ανοσοποίησης για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Η American Hospital Association³, έχει επικυρώσει την λειτουργία προγραμμάτων ανοσοποίησης για το προσωπικό των Νοσοκομείων και τους ασθενείς. Οι συστάσεις ανοσοποίησης της Συμβουλευτικής Επιτροπής σε θέματα εμβολιασμού, (Advisory Committee on immunization Practices - ACIP)⁴ για τους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ληφθούν

υπόψη κατά την ανάπτυξη αυτής της πολιτικής.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθούν τα επίπεδα ανοσοποίησης των επαγγελματιών υγείας του Νοσοκομείου Κορίνθου, με απώτερο στόχο την ενεργοποίηση τους όσον αφορά την αποτελεσματικότερη και ορθότερη ανοσοποίησή τους.

Μέθοδος

Η εργασία αποτελεί μια περιγραφική, προοπτική μελέτη συσχέτισης.

Οι επαγγελματίες υγείας που αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν τόσο από Ιατρικό όσο και από νοσηλευτικό προσωπικό.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ανώνυμο ερωτηματολόγιο, που αναπτύχθηκε για το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα και τις συστάσεις εμβολιασμών που προτείνει η ACIP⁴, το CDC^{1,2} και το Κ.Ε.Ε.Λ.Π.Ν.Ο. Τα εμβόλια για τα οποία και ερωτήθηκαν οι επαγγελματίες υγείας αν έχουν ανοσοποιηθεί αφορούσαν τις Ηπατίτιδες Α και Β, τον Τέτανο, το Πνευμονιόκοκκο και τη Γρίπη.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο του 2007 έως και τον Μάρτιο του 2007 σε επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου Κορίνθου

Δόθηκαν συνολικά 250 ερωτηματολόγια, από αυτά επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 233, τα 20 από αυτά αποκλείστηκαν από τη μελέτη λόγω ατελούς συμπλήρωσής. Το τελικό δείγμα της μελέτης μας διαμορφώθηκε στα 213 ορθά αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια.

Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13 και οι δοκιμασίες Crosstabs x2 (chi-square) και Fishers' exact test. Η δε κανονικότητα των μεταβλητών ελέγχθηκε με το Kolmogorov-Smirnov κριτήριο.

Αποτελέσματα

Το δείγμα των ερωτώμενων αποτέλεσαν συνολικά 138 Γιατροί και 75 Νοσηλευτές (γράφημα 1). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 35,7 έτη, με τυπική απόκλιση 9,6 έτη (SD±9,6).

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι μόνο δύο (2) επαγγελματίες υγείας (1,7%), ανέφεραν ότι δεν είχαν εμβολιαστεί με κανένα από τα πέντε εμβόλια, όπως αυτά αναφέρονται στον πίνακα 1. Επίσης 25 εργαζόμενοι (20,8%), ανέφεραν πλήρη εμβολιασμό, δηλαδή και για τα πέντε εμβόλια (γράφημα 2).

Ο αναφερόμενος εμβολιασμός αφορούσε κυρίως τον Τέτανο (60%), την Ηπατίτιδα Β (55,8%) και την Ηπατίτιδα Α (15,7%). Ακολούθησαν ο Αντιγριπικός εμβολιασμός

(24,2%) και ο εμβολιασμός για τον Πνευμονόκοκκο (4,2%) (γράφημα 3).

Υψηλό ποσοστό 63,3% (n=76) από τους επαγγελματίες υγείας αναφέρουν τουλάχιστον μία φορά τρύπημα από βελόνη τον προηγούμενο χρόνο.

Συσχετίσεις

Οι άνδρες εμφανίζονται περισσότερο συνεπείς στον εμβολιασμό από τις γυναίκες επαγγελματίες υγείας, με μεγαλύτερη στατιστικά σημαντική διαφορά $p < 0,01$ να εμφανίζει ο εμβολιασμός για τον Τέτανο (πίνακας 2). Ειδικότερα οι άνδρες είχαν εμβολιαστεί για τη Γρίπη σε ποσοστό 30,8%, για τον Πνευμονιόκοκκο 5,8% , για Ηπατίτιδα Α 23,1%, για Ηπατίτιδα Β 63,5% και για Τέτανο 75%. Αντίθετα οι γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν εμβολιαστεί για τη Γρίπη σε ποσοστό 19,1%, για τον Πνευμονιόκοκκο στο 2,9% , για την Ηπατίτιδα Α 13,2%, για Ηπατίτιδα Β 50% και για τον Τέτανο σε ποσοστό 48,5%.

Στη συσχέτιση του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα (γιατρός-νοσηλεύτης), οι γιατροί αναφέρουν ότι εμβολιάζονται συχνότερα από τους Νοσηλευτές (28,2% vs 16,7%), με τη διαφορά αυτή να εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά για τον εμβολιασμό της Ηπατίτιδας Β (64,1% vs 40,5%) και του Τετάνου (67,9% vs 45,2%), ($p < 0,05$), (πίνακας 3).

Το δε αναφερόμενο ποσοστό τρυπήματος με βελόνη δεν εμφανίζει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ γιατρών (62,8%) και νοσηλευτών (64,3%) (γράφημα 4).

Σχετικά με τον τομέα εργασίας (χειρουργικός ή παθολογικός), παρατηρήθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας του χειρουργικού τομέα παρουσίασαν καλύτερο ανοσολογικό προφίλ και ήταν περισσότερο συνεπείς στο πρόγραμμα εμβολιασμού από τους επαγγελματίες του παθολογικού τομέα.

Στατιστικά σημαντική διαφορά αναφέρουν οι προαναφερθείσες κατηγορίες κυρίως όσον αφορά τον αντιγριπικό εμβολιασμό (51,9% vs 22,7%) $p < 0,01$ και τον εμβολιασμό για την Ηπατίτιδα Α (37% vs 13,6) $p < 0,05$ (πίνακας 4). Η ηλικία δεν έδειξε ότι επηρεάζει το επίπεδο ανοσοποίησης. Επίσης από τα αποτελέσματα δεν καταγράφηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στους αναφερόμενους εμβολιασμούς και την θέση που κατείχαν οι γιατροί (εκπαιδευμένοι- εκπαιδευόμενοι).

Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας που αναφέρουν συχνότερα ατύχημα τρυπήματος με βελόνη αναφέρουν στην πλειοψηφία τους ότι είχαν εμβολιαστεί ή προέβησαν άμεσα σε εμβολιασμό μετά το ατύχημα για Ηπατίτιδα Β, από εκείνους που δεν είχαν ποτέ τους εκτεθεί στον ίδιο κίνδυνο (63,2% vs 43,2%, $p < 0,05$).

Συζήτηση

Η μελέτη μας διεξήχθη σε ένα μικρό επαρχιακό νοσοκομείο και συμπεριέλαβε στο δείγμα της γιατρούς και νοσηλευτές. Σαφέστατα στο νοσοκομειακό περιβάλλον εργάζονται και άλλες ομάδες εργαζομένων που θα πρέπει να ελεγχθούν και να εμβολιαστούν σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις. Παρόλα αυτά η έρευνα μας εστιάστηκε στους γιατρούς και τους νοσηλευτές οι οποίοι διατρέχουν ίσως και τον μεγαλύτερο επαγγελματικό κίνδυνο μετάδοσης μολυσματικών νοσημάτων σε αυτόν τον χώρο.

Από τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τα χαρακτηριστικά που αφορούν την εργασία μας φαίνεται ότι ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν 35,7 έτη, εύρημα που συμφωνεί με αρκετές συναφείς μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία^{6,7}.

Το υψηλότερο ποσοστό των ερωτώμενων στη μελέτη μας αναφέρει ότι έχει εμβολιαστεί με το εμβόλιο του Τετάνου 60% και έπεται το εμβόλιο της Ηπατίτιδας Β 55,8%, ποσοστά που δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας είτε δεν είναι ενημερωμένοι είτε αδιαφορούν για την ανοσοποίηση τους.

Αναφορικά με το επίπεδο εμβολιασμού της ηπατίτιδας Β, το ποσοστό των εμβολιασμένων επαγγελματιών στη μελέτη μας 55,8%, υπολείπεται του ποσοστού που αναφέρεται στη μελέτη των Robyn R. M. Gershon et al,⁸ στην οποία οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν εμβολιαστική κάλυψη για την ηπατίτιδα Β στο 64%.

Τα ποσοστά πλήρους ανοσοποίησης σε αρκετές μελέτες κυμαίνονται από 71%-81%^{9,10,11} ενώ σε άλλες, τα ποσοστά είναι πολύ μικρότερα (40%-53%).^{7,12,13,14} ειδικά σε χώρες με υψηλή επικράτηση της νόσου όπως η Νιγηρία¹⁴.

Οι άνδρες Ιατροί στη μελέτη μας φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανοσοποίησης για τον Τέτανο και την Ηπατίτιδα Β από τις γυναίκες Νοσηλεύτριες.

Παρόμοιες συσχετίσεις παρουσιάζονται από άλλες διεθνείς έρευνες,^{7,15} ενώ κάποιοι ερευνητές δεν αναφέρουν συσχετίσεις μεταξύ εμβολιασμού και δημογραφικών στοιχείων.^{16,11}

Σχετικά με την ανοσοποίηση με το εμβόλιο της Γρίπης, το ποσοστό των εμβολιασθέντων στη μελέτη μας εμφανίζεται ανησυχητικά χαμηλό (24,2%). Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με αυτό άλλων μελετών που αναφέρουν αντίστοιχα πολύ χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού (19.6% και 20.6%) όπως οι μελέτες των Gil H, et al¹⁷ και των R.Jimet al¹⁸ Άλλες μελέτες αναφέρουν επίσης μικρά ποσοστά εμβολιασμού για τη Γρίπη έως 28%^{15,19,20}.

Αντίθετα, ποσοστά εμβολιασμού από 35%-62%, εμφανίζονται σε αρκετές έρευνες^{15,21,22} με τα υψηλότερα ποσοστά να δίνονται στις μελέτες των Nichol KL, Hauge M²² και Ohrt C.K., McKinney W.P.²³ στις οποίες το ποσοστό εμβολιασμού ήταν 61%-62%. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι τελευταίες έρευνες έχουν

πραγματοποιηθεί κυρίως στις ΗΠΑ, όπου ο αντιγριπτικός εμβολιασμός έχει γίνει συνείδηση στους επαγγελματίες υγείας.

Στην πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών^{17,18,19} αναφέρεται ότι η ενεργοποίηση, η εκπαίδευση και η προσβασιμότητα στο εμβόλιο αποτελούν τους κομβικούς παράγοντες στην αύξηση του ποσοστού του εμβολιασμού για την Γρίπη.

Η χαμηλή ανοσοποίηση των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη μας σχετικά με το εμβόλιο της Ηπατίτιδας Α(15,7%) δεν συμφωνεί με αποτελέσματα από διεθνείς μελέτες^{24,25} στις οποίες τα αντίστοιχα ποσοστά ανοσοποίησης ξεπερνούν το 50%, αλλά αυτά προέρχονται από μελέτες που διεξήχθησαν τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε Ευρωπαϊκές χώρες όπως το Βέλγιο και την Ισπανία στις οποίες το εμβόλιο της ηπατίτιδας Α ανήκει στα εμβόλια του προγράμματος υποχρεωτικού εμβολιασμού των αντίστοιχων αυτών χωρών. Στην Ελλάδα το εμβόλιο της ηπατίτιδας Α εντάχθηκε στο πρόγραμμα του υποχρεωτικού εμβολιασμού μόλις το 1998.

Το συνολικό ποσοστό επαγγελματικής έκθεσης σε βιολογικά υγρά (νυγμός από βελόνη η άλλο αιχμηρό αντικείμενο) στην παρούσα μελέτη, είναι 63,3% που αποτελεί ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό. Αντίστοιχες έρευνες, αναφέρουν ποσοστά όλων των τύπων έκθεσης από 45%-93%.^{8,19,11} Η διαφορά στα ποσοστά διαδερμικού τραυματισμού με βελόνα σε σχέση με άλλες έρευνες μπορεί να οφείλεται στην

εισαγωγή σε ορισμένες χώρες συσκευών ασφαλείας και την εκπαίδευση του προσωπικού.

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε στα ποσοστά ατυχήματος μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών(62,80% vs 64,3%), αλλά το υψηλό ποσοστό ατυχημάτων που αναφέρονται θα πρέπει να αποτελέσει αφετηρία ενεργοποίησης ενημερωτικών προγραμμάτων σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να υιοθετηθούν στην καθημερινή ιατρική και νοσηλευτική πράξη.

Το πολύ χαμηλό τέλος ποσοστό ανοσοποίησης και με τα πέντε συντεινόμενα διεθνώς εμβόλια 20,8%, είναι αυτό το οποίο αρχικά πρέπει να μας προβληματίσει. Βέβαια η ανοσοποίηση με το εμβόλιο του Τετάνου εμφανίζει ικανοποιητικά ποσοστά τόσο στους εργαζόμενους του χειρουργικού τομέα (74,1%) όσο και στους εργαζόμενους του παθολογικού τομέα. Επίσης αυξημένα ποσοστά αλλά όχι σε ικανοποιητικό βαθμό εμφανίζει και η ανοσοποίηση με το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β σε χειρουργικό και παθολογικό τομέα αντίστοιχα (59,3% έναντι 47,7%). Τα υπόλοιπα εμβόλια αντίθετα (ηπατίτιδας Α, Πνευμονιόκοκκου και Γρίπης) εμφανίζουν απογοητευτικά ποσοστά ανοσοποίησης στους συμμετέχοντες στη μελέτη επαγγελματίες υγείας. Η ανοσοποίηση με το εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου εμφανίζει τα χαμηλότερα 11,1% και 4,5% στον χειρουργικό και παθολογικό τομέα αντίστοιχα ποσοστά.

Πολλές δημοσιευμένες μελέτες ^{13,14,18,20}, έχουν ερευνήσει τις αιτίες επιτυχίας ή αποτυχίας των προγραμμάτων εμβολιασμού των Υπηρεσιών Υγείας, καθώς επίσης και τις στάσεις και πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας. Κυριότερα εμπόδια αποτελούν η έλλειψη γνώσεων, ο φόβος των πιθανών παρενεργειών, η αμέλεια και η δυσκολίες πρόσβασης στα εμβόλια.

Συμπεράσματα

Το επίπεδο ανοσοποίησης των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη μας εμφανίζει, ανησυχητικά, χαμηλό επίπεδο ανοσοποίησης. Δεν πρέπει να μας εφησυχάζει το γεγονός ότι παρόμοια αποτελέσματα εμφανίζουν μελέτες και από άλλες χώρες. Οφείλουμε να παρακινηθούμε από το παράδειγμα των επαγγελματιών υγείας τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη που τηρούν με ακρίβεια το εμβολιαστικό πρόγραμμα της χώρας τους.

Ο εμβολιασμός των επαγγελματιών υγείας στη χώρα μας επαφίεται στην ατομική θέληση του κάθε εργαζόμενου. Αυτό εξαρτάται από το επίπεδο γνώσεων και την ενημέρωση του καθένα. Οι οδηγίες από το CDC και το ΚΕΕΛΠΝΟ δίνονται υπό μορφή συστάσεων σε αντίθεση με άλλες χώρες, όπως η Μ. Βρετανία ή οι ΗΠΑ στις οποίες ο εμβολιασμός των επαγγελματιών υγείας είναι υποχρεωτικός.

Παρά τις εκστρατείες εμβολιασμού από τις Επιτροπές Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και την συνεχή ενημέρωση από το ΚΕΕΛΠΝΟ, η γνώση

των συντεινόμενων εμβολίων και των μέτρων προφύλαξης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα.

Προκειμένου να υπερνικηθούν τα εμπόδια αυτά, και να αυξηθούν τα ποσοστά εμβολιασμού, τα προγράμματα εμβολιασμού θα πρέπει να σχεδιαστούν προσεκτικά, να είναι προσφιλή στον επαγγελματία υγείας και να εφαρμοστούν λαμβάνοντας υπόψη τις συγκεκριμένες ανάγκες σε κάθε χώρο υγειονομικής περίθαλψης.

Επίσης σημαντικό ρόλο για το μέλλον θα παίξει το σύστημα της δημόσιας υγείας στη χώρα μας με την ένταξη αρκετών νέων εμβολίων στο υποχρεωτικό πρόγραμμα εμβολιασμού και έτσι αναμένεται να αλλάξει το ποσοστό της εμβολιαστικής κάλυψης των νέων εργαζομένων που εισάγονται στο σύστημα εργασίας.

Η εφαρμογή πρωτοκόλλου εμβολιασμού τέλος σε κάθε νοσοκομείο, οι συνεχείς και εκτενείς προσπάθειες ενημέρωσης και εκπαίδευσης, η διατήρηση και έλεγχος αρχείου ανοσοποίησης για όλους τους επαγγελματίες υγείας είναι κάποια μέτρα που θα βοηθήσουν στην αύξηση του ποσοστού των εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας και ως εκ τούτου στη μείωση της μετάδοσης νοσημάτων με απώτερα οφέλη τόσο για τους ίδιους όσο και για τους ασθενείς.

Βιβλιογραφία

1. CDC. Update: vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and

- precautions: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 1996;45(No. RR-12).
2. CDC. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public-safety workers: a response to P. L. 100-607, The Health. Omnibus Programs Extension Act of 1988. Atlanta, GA.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control; 1-45, 1989.
 3. American Hospital Association. Immunization: management advisory on health care delivery. American Hospital Association; 1992: Chicago, Illinois
 4. CDC. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public-safety workers: a response to P. L. 100-607, The Health. Omnibus Programs Extension Act of 1988. Atlanta, GA.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control; 1-45, 1989.
 5. American Hospital Association. Immunization: management advisory on health care delivery. American Hospital Association; 1992: Chicago, Illinois
 6. LaVela SL., Smith B., Weaver FM., Legro MW., Goldstein B., Nichol K. Attitudes and practices regarding influenza vaccination among healthcare workers providing services to individuals with spinal cord injuries and disorders. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004;25:933-940
 7. Dannetun E, Tegnell A, Torner A, Giesecke J. Coverage of hepatitis B vaccination in Swedish healthcare workers. *J Hosp Infect.* 2006 Jun;63(2):201-4. Epub 2006 Apr 1
 8. Gershon RR, Mitchell C, Sherman MF, Vlahov D, Lears MK, Felknor S, et al. Hepatitis B vaccination in correctional health care workers. *Am J Infect Control.* 2005 Nov;33(9):510-8.
 9. King WD, Woolhandler STJ., Brown AF., Jiang L., Kevorkian K., Himmelstein DU., et al. *J GEN INTERN MED* 2006; 21:181-184.
 10. Cronbach LJ (1990). *Essentials of Psychological Testing*, 5th edn. Harper Collins, New York.
 11. Manso VF, Castro KF, Matos SM, Junqueira AL, Souza SB, Sousa MM, et al. Compliance with hepatitis B virus vaccination and risk of occupational exposure to blood and other body fluids in intensive care department personnel in Brazil. *Am J Infect Control.* 2003 Nov;31(7):431-4.

12. Louthier J, Feldman J, Rivera P, Villa N, DeHovitz J, Sepkowitz KA. Hepatitis B vaccination program at a New York City hospital: seroprevalence, seroconversion, and declination. *Am J Infect Control*. 1998 Aug;26(4):423-7.
13. Spence MR, Dash GP. Hepatitis B: perceptions, knowledge and vaccine acceptance among registered nurses in high- risk occupations in a university hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1990 Mar; 11(3): 129-33
14. Fatusi AO, Fatusi OA, Esimai AO, Onayade AA, Ojo OS. Acceptance of hepatitis B vaccine by workers in a Nigerian teaching hospital. *East Afr Med J*. 2000 Nov;77(11):608-12.
15. Mah MW, Hagen NA, Pauling-Shepard K, Hawthorne JS, Mysak M, Lye T. Understanding influenza vaccination attitudes at a Canadian cancer center. *Am J Infect Control* 2005; 33:243-50
16. Nakayama T, Aizawa C, Kuno-Sakai H. A clinical analysis of gelatin allergy and determination of its causal relationship to the previous administration of gelatin containing acellular pertussis vaccine combined with diphtheria and tetanus toxoids. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103:321-5.
17. Gil H, Bailly P, Meaux-Ruault N, Clement I, Floret N, Guiot A, Manteaux C, et al. Influenza vaccination among health-care workers. Vaccination rates in university hospital of Besançon, winter 2003-2004. *Rev Med Interne*. 2006 Jan;27(1):5-9. Epub 2005 Oct 24
18. Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Sierra-Moros MJ, Martínez-Hernández D, de Miguel AG. Influenza vaccination coverages among Spanish children, adults and health care workers. *Infection*. 2006 Jun;34(3):135-41.
19. Mc Ewen M, Farren E. Actions and beliefs related to hepatitis B and influenza immunization among registered nurses in Texas. *Publ Health Nurs* 2005,22(3): 230-9
20. Qureshi AM, Hughes NJ, Murphy E, Primrose WR. Factors influencing uptake of influenza vaccination among hospital-based health care workers. *Occup Med (Lond)*. 2004 May;54(3):197-201.
21. Murray SB, Skull SA. Poor health care vaccination coverage and knowledge of vaccination recommendations in a tertiary Australia hospital. *Aust N Z J Public Health* 2002 Feb; 26(1): 65-8
22. Nichol KL, Hauge M. Influenza vaccination of healthcare workers. *Infection Control Hosp. Epidemiol*. 1997 Mar;18(3):189-94
23. Ohrt C.K. and McKinney W.P.. Achieving compliance with influenza immunization of medical house staff and students. A

randomized controlled trial. The journal of the American Medical Association. VOL.267 NO 10., march 11, 1992.

Vaccine. 1999 Mar 26;17(13-14):1657-62.

24. Smith S., Weber S., Wiblin T., Nettleman M. Cost-effectiveness of hepatitis A vaccination in healthcare workers. Infection control and hospital epidemiology. 1997, vol. 18, (10), pp. 688-691

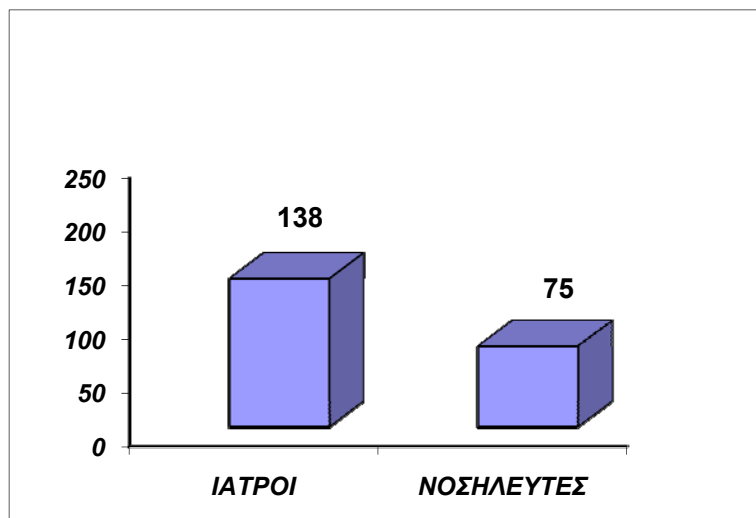
25. Thoelen S, Van Damme P, Leentvaar-Kuypers A, Leroux-Roels G, Bruguera M, Frei PC, et al. The first combined vaccine against hepatitis A and B: an overview.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

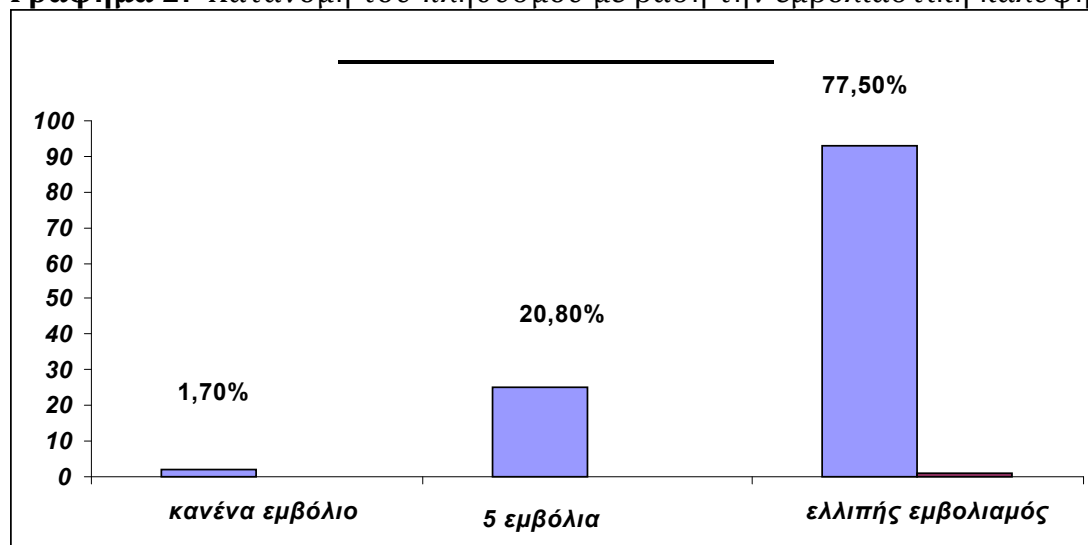
Πίνακας 1: Συστηνόμενα εμβόλια από την ACIP

ΣΥΣΤΗΝΟΜΕΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β
Εμβόλιο Ηπατίτιδας Α
Εμβόλιο Τετάνου
Πολυδύναμο ατιγριπικό εμβόλιο
Εμβόλιο Πνευμονιόκοκκου

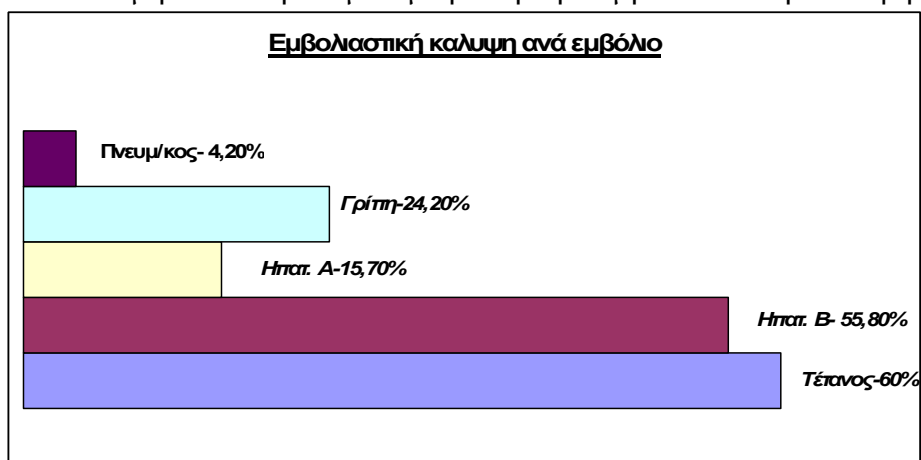
Γράφημα 1: Κατανομή του πληθυσμού με βάση την επαγγελματική ιδιότητα



Γράφημα 2: Κατανομή του πληθυσμού με βάση την εμβολιαστική κάλυψη



Γράφημα 3: Κατανομή του πληθυσμού με βάση την εμβολιαστική κάλυψη ανά εμβόλιο



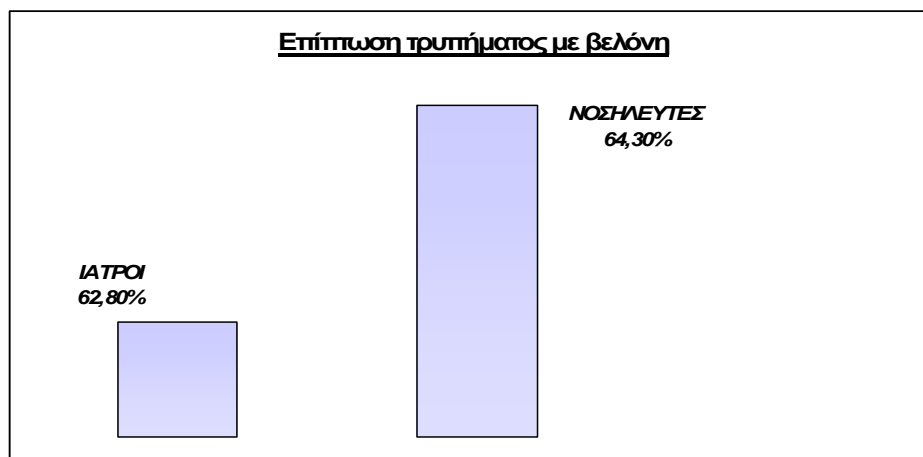
Πίνακας 2: Εμβολιαστική κάλυψη ανάλογα με το φύλο

	ΓΡΠΗ	ΠΝΕΥΜ.ΚΟΣ	ΗΠΑΤ. Α	ΗΠΑΤ. Β	ΤΕΤΑΝΟΣ
ΑΝΔΡΕΣ	30.8%	5.8%	23.1%	63.5%	75%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	19.1%	2.9%	13.2%	50%	48.5%
p value	0.14	0.44	0.16	0.14	<0.01

Πίνακας 3: Εμβολιαστική κάλυψη ανάλογα με την ειδικότητα

Ειδικότητα	ΓΡΠΗ	ΠΝΕΥΜ.ΚΟΣ	ΗΠΑΤ. Α	ΗΠΑΤ. Β	ΤΕΤΑΝΟΣ
ΙΑΤΡΟΙ	28.2%	3.8%	17.9%	64.1%	67.9%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	16.7%	4.8%	16.7%	40.5%	45.2%
p value	0.16	0.81	0.88	<0.05	<0.05

Γράφημα 4: Επίπτωση τρυπήματος με βελόνη



Πίνακας 4: Εμβολιαστική κάλυψη ανάλογα με τον τομέα εργασίας

	ΓΡΠΗ	ΠΝΕΥΜ.ΚΟΣ	ΗΠΑΤ. Α	ΗΠΑΤ. Β	ΤΕΤΑΝΟΣ
Χειρουργ. Τομέας	51.9%	11.1%	37%	59.3%	74.1%
Παθολογ. Τομέας	22.7%	4.5%	13.6%	47.7%	65.9%
p value	<0.01	0.36	<0.05	0.34	0.47

ΕΡΕΥΝΑ

Διερεύνηση αιτιών ανδρικής υπογονιμότητας

Γουρνή Μαρίτσα¹, Πολυκανδριώτη Μαρία², Μπαμπάτσικου Φωτούλα³, Γουρνή Παρασκευή⁴, Φάρος Ευθύμιος⁵, Ρούπα Ζωή⁶

1. Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ του ΤΕΙ Αθήνας
2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ του ΤΕΙ Αθήνας
3. Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ του ΤΕΙ Αθήνας
4. Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Νοσοκομείο «Παμμακάριστος»
5. Μαιευτήρας –Γυναικολόγος Νοσοκομείο «Λητώ»
6. Καθηγήτρια, Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τα τελευταία 50-60 χρόνια, έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση της ανθρώπινης γονιμότητας, η οποία πλήττει περίπου το 10% των ζευγαριών. Παρότι, η υπογονιμότητα συχνά αποδίδεται στον γυναικείο παράγοντα, εντούτοις, ο ανδρικός παράγοντας είναι αποκλειστικά υπεύθυνος στο 20% των υπογόνιμων ζευγαριών και συνυπεύθυνος στο 40-50% των περιπτώσεων.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί τα αίτια υπογονιμότητας σε άνδρες αναπαραγωγικής ηλικίας.

Υλικό και Μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 106 παντρεμένοι άνδρες, οι οποίοι αναζήτησαν ιατρική βοήθεια σε Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση ενός ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, περιελάμβανε και ερωτήσεις που αφορούσαν τα αίτια υπογονιμότητας.

Αποτελέσματα: Από τους 106 άνδρες του πληθυσμού της μελέτης, το 56,6% ήταν ηλικίας 30-39 χρόνων, το 27,4% 40-49 χρόνων, το 9,4% 50 χρόνων και άνω και το 6,6% 20-29 χρόνων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η ολιγοσπερμία ήταν η πρώτη αιτία υπογονιμότητας με ποσοστό 19,8%, δεύτερη ήταν η ασθενοσπερμία με 17,0%. Η υπογονιμότητα «αγνώστου αιτιολογίας» ήταν υπεύθυνη για το 10,4%, των περιπτώσεων, έπειτα ακολουθούσαν η κισσοκήλη με 4,7% και η αζωοσπερμία με 3,8%.

Συμπεράσματα: Τα κύρια αίτια της ανδρικής υπογονιμότητας είναι η ολιγοσπερμία, η ασθενοσπερμία, η υπογονιμότητα «αγνώστου αιτιολογίας», η κισσοκήλη και η αζωοσπερμία.

Είναι σημαντικό να υιοθετηθεί μια στρατηγική ενημέρωσης του ανδρικού πληθυσμού, η οποία θα διευρύνει τη γνώση ως προς τις αιτίες της ανδρικής αναπαραγωγικής ανικανότητας και θα συμβάλει σημαντικά στη θετικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Λέξεις κλειδιά: υπογονιμότητα, άνδρες αναπαραγωγικής ηλικίας, αίτια υπογονιμότητας, ποιότητα σπέρματος.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Γουρνή Μαρίτσα
Κνωσού 27, Γλυφάδα,
Αθήνα, Τ.Κ: 161-65
E-mail: mgourni@teiath.gr*

ORIGINAL PAPER**Evaluation of men's infertility causes**

Gourni Maritsa¹, Polikandrioti Maria², Babatsikou Fotoula³, Gourni Paraskeui⁴, Faros Efthimios⁵, Roupa Zoi⁶

1. Professor in Nursing Department A'TEI Athens, Greece.
2. Laboratory Instructor in Nursing Department A'TEI of Athens, Greece.
3. Assistant Professor in Nursing Department A'TEI Athens, Greece.
4. Assistant Head Nurse of 'Panmakaristos' Hospital.
5. Obstetrician-Gynaecologist at the LHTO clinic
6. Professor in Nursing Department, ATEI of Larissa, Greece

ABSTRACT

In the last 50-60 years, has been observed a significant decrease in human fertility which affects 10% of couples. Although infertility is often attributed to female cause, a male factor is solely responsible in about 20% of infertile couples and contributing in another 40-50% of cases.

The **purpose** of the present study was to evaluate the causes of infertility to men at reproductive age.

Material – method: The sample study included 106 infertility married men that seeked medical help in a Centre for Reproductive Health. Data were collected by the completion of a specially designed questionnaire for the needs of the research which included both demographic data and questions about the causes of infertility.

Results: From the 106 men of the studied population, 56,6% were men 30-39 years old, 27,4% 40-49 years old, 9,4% 50 and above years old and the 6,6% 20-29 years old. The results revealed that oligospermia was the first cause of infertility in approximately 19,8% of men, and the second cause was astenozoospermia in 17,0% of men. «Unexplained infertility» was responsible for another 10,4 % of cases, varicocele was identified in approximately 4,7% of cases and azoospermia was identified in the 3,8% of infertile men.

Conclusions: The main causes of men infertility were oligospermia, astenozoospermia unexplained infertility, varicocele and azoospermia. It is important, an educational – informing strategy towards men population to be adopted, which will improve knowledge about the causes of an impaired male fecundity and will significantly contribute to the solution of the problem.

Key words: infertility, men at reproductive age, etiologies, semen quality

CORRESPONDING AUTHOR

Gourni Maritsa,

Knossou 27, Glyfada,

Athens, P.C: 161-65

E-mail: mgourni@teiath.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη κοινωνία, η αδυναμία τεκνοποίησης αποτελεί πολυδιάστατο πρόβλημα με ποικίλες κοινωνικές, ψυχολογικές και οικονομικές προεκτάσεις. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ανθρώπινη γονιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά κατά τα τελευταία 50 έτη και περίπου 50-80 εκατομμύρια άτομα αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας.^{1,2,3}

Ως υπογονιμότητα ορίζεται η αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από προσπάθεια ενός τουλάχιστον χρόνου ή 6 μηνών για γυναίκες άνω των 35 ετών χωρίς κανένα μέτρο αντισύλληψης και με τακτικές σεξουαλικές

επαφές. Ως γνωστό, η επιτυχής σύλληψη εξαρτάται από πολλούς παραμέτρους που αφορούν κάθε πρόσωπο ξεχωριστά στο ζευγάρι ή μπορεί να είναι αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων που σχετίζονται με την γυναικεία και ανδρική αναπαραγωγική ικανότητα.^{1,2,3}

Σε αντίθεση με τις αντιλήψεις του παρελθόντος, όπου η υπογονιμότητα αποδίδονταν κυρίως στον γυναικείο παράγοντα, στη σημερινή εποχή, έχει πλήρως τεκμηριωθεί, ότι ο ανδρικός παράγων είναι δυνατόν να ευθύνεται αποκλειστικά ή εν μέρει για την υπογονιμότητα των ζευγαριών. Πιο

συγκεκριμένα, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ο ανδρικός παράγων είναι αποκλειστικά υπεύθυνος στο 20% των περιπτώσεων υπογόνιμων ζευγαριών και συνυπεύθυνος στο 40-50%.⁴

Τα τελευταία 20 χρόνια παρατηρείται ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την διερεύνηση των αιτιών ανδρικής υπογονιμότητας. Η διαταραχή της αναπαραγωγικής ικανότητας των ανδρών είναι δυνατόν να προκύπτει από πολλές και διαφορετικού βαθμού σπουδαιότητας αιτίες. Η πιο κοινή αιτία ανδρικής υπογονιμότητας που ευθύνονται για το 90% των περιπτώσεων, σχετίζεται με την σπερματογένεση και την αδυναμία των ανδρών να παράγουν ικανοποιητικό αριθμό υγιούς και καλής ποιότητας σπέρματος.^{6,8-11}

Από το 1970, πολλοί ερευνητές υποστήριξαν, ότι η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της υπογονιμότητας των ανδρών, οφείλεται όχι μόνο σε μείωση των σπερματοζωαρίων αλλά και σε αλλαγές στην ποιότητα του σπέρματος.^{5,6,7} Άλλοι παράγοντες που ευθύνονται για την ανδρική υπογονιμότητα είναι ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί, αγνώστου αιτιολογίας, κ.ά.^{6,8-11}

Όσον αφορά τα αίτια της υπογονιμότητας των ανδρών αξίζει να αναλύσουμε δυο χρήσιμους όρους. Ως γόνιμο σπέρμα ορίζουμε το σπέρμα, όπου ο αριθμός των σπερματοζωαρίων είναι μεγαλύτερος ή ίσος από 10 εκατομμύρια/ml με φυσιολογικές τις υπόλοιπες παραμέτρους. Οι πιθανότητες επιτυχίας κήσεως με το σπέρμα

αυτό είναι 93%. Ως υπογόνιμο σπέρμα ορίζουμε το σπέρμα, όπου ο αριθμός των σπερματοζωαρίων είναι μεγαλύτερος ή ίσος από 10 εκατομμύρια/ml, αλλά μια ή περισσότερες από τις άλλες παραμέτρους να κυμαίνονται στα κατώτερα φυσιολογικά όρια. Οι πιθανότητες επιτυχίας κήσεως με το σπέρμα αυτό είναι 81%.⁸⁻¹¹

Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει ειδικούς διαγνωστικούς αλγόριθμους για τη διάγνωση, την ταξινόμηση και τη θεραπεία της ανδρικής υπογονιμότητας.³ Ο ορμονικός και υπερηχογραφικός έλεγχος, το σπερματοδιάγραμμα, η βιοψία των όρχεων και η γενετική μελέτη αποτελούν μια ολοκληρωμένη διαγνωστική μελέτη του υπογόνιμου άνδρα.^{9,12}

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, ότι παρότι, υπάρχει ποικιλομορφία στον τρόπο ζωής, τις συνήθειες και την κουλτούρα των ανδρών σε όλα τα μέρη της γης, εντούτοις, η ανδρική υπογονιμότητα αποτελεί παγκόσμιο πολυπαραγοντικό φαινόμενο.⁸⁻¹²

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση αιτιών υπογονιμότητας, σε άνδρες αναπαραγωγικής ηλικίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 106 άνδρες, οι οποίοι επιλέχθηκαν με την μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής κατά το

χρονικό διάστημα από 1/2/2003 έως 31/4/2003, το οποίο επελέγη λόγω δύσκολης προσβασιμότητας σε άλλα κέντρα.

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, περιελάμβανε και μεταβλητές που αφορούσαν τα αίτια υπογονιμότητας.

Κατά το αρχικό στάδιο της έρευνας, έγινε προκαταρκτική μελέτη (Pilot Study) με χρήση του ερωτηματολογίου ως εργαλείο. Μοιράστηκαν 10 ερωτηματολόγια με σκοπό να εκτιμηθεί η ευχέρεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, η σαφήνεια και η ακρίβεια των καταχωρημένων στοιχείων. Μετά το πέρας της προκαταρκτικής μελέτης επακολούθησε τροποποίηση του ερωτηματολογίου προς τις απαιτήσεις της έρευνας. Η επιλογή και ο τρόπος διατύπωσης των ερωτήσεων έγινε με κριτήριο τη διαφύλαξη της ανωνυμίας της ταυτότητας των ερωτηθέντων και τη δημιουργία εμπιστοσύνης. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα ανάλυσης SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 13.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 106 άνδρες που μελετήθηκαν στο κέντρο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, το 56,0% ήταν ηλικίας 30-39 χρόνων, το 27,4%, 40-49 χρόνων, το 9,4% 50 χρόνων και άνω και το 6,6% 20-29 χρόνων.

Ως προς επάγγελμα των ανδρών, το 45,3% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 34,9% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και το 19,8% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των ανδρών, το 51,8% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ, ακολουθούσαν οι απόφοιτοι λυκείου 27,5%, οι απόφοιτοι γυμνασίου 7,5% και με ίσο ποσοστό 6,6% ήταν οι απόφοιτοι από άλλες σχολές και οι απόφοιτοι δημοτικού.

Ως προς τον τόπο διαμονής, το 79,1 % των ανδρών διέμενε στην Στερεά Ελλάδα, το 7,0 % στα νησιά, και το 3,0 % στην Πελοπόννησο. Όλος ο πληθυσμός της μελέτης ήταν έγγαμοι άνδρες. (Πίνακας 1).

Από τους 106 άνδρες που μελετήθηκαν, οι 47 δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα υπογονιμότητας. Όσον αφορά το αίτιο του ανδρικού παράγοντα υπογονιμότητας, η ολιγοσπερμία ήταν η πρώτη αιτία με ποσοστό 19,8%, δεύτερη ήταν η ασθενοσπερμία με 17,0%. Έπειτα ακολουθούσαν η «αγνώστου αιτιολογίας» με 10,4%, η κισσοκήλη με 4,7% και η αζωοσπερμία με 3,8%. (Διάγραμμα 1, πίνακας 2).

Από τους 106 ερωτηθέντες κανείς δεν απάντησε ότι έχει πρόβλημα τερατοσπερμίας.

Ως προς τις συνήθειες του καπνίσματος το 50,0% του πληθυσμού της μελέτης ήταν καπνιστές. (Πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αναπαραγωγική ικανότητα των ανδρών αποτελεί μια περίπλοκη και λεπτομερή διαδικασία, η οποία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Για την καλύτερη κατανόηση των αιτιών ανδρικής υπογονιμότητας θα πρέπει να γίνει διάκριση ανάμεσα στον όρο υπογονιμότητα και σεξουαλική ανικανότητα. Ως υπογονιμότητα ορίζεται η έλλειψη ικανότητας του σπέρματος να γονιμοποιήσει, ενώ ο όρος σεξουαλική ανικανότητα αφορά την απουσία στύσης ή την ατελή στύση πέους. Βέβαια, μερικές φορές η σεξουαλική ανικανότητα μπορεί να υποκρύπτει σπέρμα υπολειπόμενης γονιμότητας γι' αυτό και συχνά αναπτύσσεται και αυτή ως αίτιο υπογονιμότητας.

Στη σημερινή εποχή, ο μύθος ότι, ο γυναικείος παράγοντας ευθύνεται αποκλειστικά για την αδυναμία τεκνοποίησης έχει πλέον καταρριφθεί και συνεπώς η διερεύνηση του προβλήματος της υπογονιμότητας πρέπει να εστιάζεται και στον ανδρικό παράγοντα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι, υψηλό ποσοστό ανδρών αναπαραγωγικής ηλικίας 20-49 ετών έλαβαν μέρος σε πρόγραμμα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Το εύρημα αυτό αποδίδεται στο γεγονός, ότι η αναπαραγωγική ικανότητα είναι μέγιστη για τους άντρες σε νεαρή ηλικία, ελαττώνεται δε προϊούσης της ηλικίας. Επιπροσθέτως, στη σύγχρονη εποχή, οι άνδρες επιλέγουν την πατρότητα και τη δημιουργία

οικογένειας σε ηλικία, όπου η γονιμότητά τους είναι χαμηλότερη. Σε αντίθεση με το παρελθόν, όπου επικρατούσε η αντίληψη, ότι η υπογονιμότητα συνδέονταν κυρίως με την ηλικία της μητέρας, έχει πλέον δειχθεί, ότι η ηλικία του πατέρα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ικανότητα ενός ζευγαριού να συλλάβει διότι, η καλή ποιότητα του σπέρματος και η ικανότητα των σπερματοζωαρίων να γονιμοποιούν τα ωάρια μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν, ότι η πτώση της γονιμότητας των ανδρών με την πάροδο του χρόνου οφείλεται σε συνδυασμό παραγόντων, όπως στη μείωση της συχνότητας σεξουαλικών επαφών, στην αλλαγή της ποιότητας του σπέρματος και σε αλλαγές της ενδοκρινούς λειτουργίας.¹³⁻¹⁶

Σύμφωνα με πρόσφατη εργασία των Stefankiewicz J., και συν.,⁶ έχει εκτιμηθεί, ότι το 6% των ανδρών ηλικίας 15-44 χρόνων είτε, είναι υπογόνιμοι είτε η γονιμότητά τους έχει σημαντικά περιοριστεί.⁶ Αντίθετα, από άλλες μελέτες έχει δειχθεί, ότι η ηλικία πιθανόν να μην αποτελεί παράγοντα που ευθύνεται για την ανδρική υπογονιμότητα, καθότι, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, άνδρες νεαρής ηλικίας στη Δανία φαίνεται, ότι έχουν αριθμό σπερματοζωαρίων μικρότερο του φυσιολογικού και πιο συγκεκριμένα στο 10% των περιπτώσεων, οι παράμετροι του σπέρματος είναι ενδεικτικοί μιας μελλοντικής πτώσης της γονιμότητας.⁸ Συνεπώς, ο μικρός αριθμός των

σπερματοζωαρίων πιθανόν να σχετίζεται και με άλλες παθολογικές καταστάσεις ή γενετικές ανωμαλίες, όπως κρυψορχία, υποσπαδία, κ.ά., ή ακόμα και με το σύγχρονο τρόπο ζωής.

Ως προς το επάγγελμα των ανδρών, στην παρούσα έρευνα, υψηλό ποσοστό ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και δημόσιοι υπάλληλοι. Παρότι, η σχέση επαγγέλματος και υπογονιμότητας δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί, ύστερα από προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει, ότι η «φύση» του επαγγέλματος είναι δυνατό να επηρεάσει την αναπαραγωγική ικανότητα των ανδρών. Στην ομάδα υψηλού κινδύνου ανήκουν οι ελεύθεροι επαγγελματίες, όσοι έχουν πολύωρη καθιστική εργασία όπως π.χ επαγγελματίες οδηγοί, κ.ά, όσοι κατά την εργασία τους έχουν υψηλότερη και συχνότερη έκθεση σε χημικούς-βλαπτικούς παράγοντες, όπως π.χ οι αγρότες που χρησιμοποιούν στις καλλιέργειες τοξικά φάρμακα και χημικά και τέλος όσοι τελούν την εργασία τους υπό κακές συνθήκες, όπως υψηλή θερμοκρασία, ακτινοβολία, κ.ά. Επιπλέον, υπογονιμότητα είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε επαγγέλματα που σχετίζονται με αιτίες που μειώνουν τη φυσιολογική λειτουργία του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος, π.χ σε γυμναστές ή οι αθλητές που κάνουν χρήση αναβολικών ή και υπέρμετρη σωματική δραστηριότητα.^{6,17-21}

Το εύρημα της παρούσας μελέτης, ότι υψηλό ποσοστό ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, πιθανόν να αποδίδεται στο γεγονός ότι, αυτοί

βιώνουν εντονότερο άγχος λόγω επαγγελματικών ευθυνών και υποχρεώσεων, το οποίο έχει σοβαρό αντίκτυπο στην επιτυχία της αναπαραγωγής. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν υπογονιμότητα σε ποσοστό 6-10%. Τα συνηθέστερα αίτια είναι το άγχος, οι φοβίες, η συναισθηματική αστάθεια, κ.ά. Ο ψυχολογικός παράγοντας μπορεί να ευθύνεται και για την πρόωρη εκσπερμάτιση, τη μερική ανικανότητα εκσπερμάτισης ή την ύπαρξη ανώμαλων μορφών σπερματοζωαρίων. Η διάγνωση τίθεται με τη λήψη ιατρικού ιστορικού και η αντιμετώπιση βασίζεται στη συνεργασία με ψυχολόγο ή και ψυχίατρο.²²

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας βρέθηκε, ότι υψηλό ποσοστό ανδρών ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, γεγονός, που καταδεικνύει, ότι αφενός έχουν γνώσεις, χρόνο και οικονομική δυνατότητα να εντοπίσουν τις αιτίες της υπογονιμότητάς τους, αφετέρου ότι, δεν αρνούνται να υποβληθούν σε έλεγχο του σπέρματος και να ενταχθούν στο πρόγραμμα της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο επιτρέπει την αποδοχή και την καλή ενημέρωση σχετικά με την αιτιολογία της υπογονιμότητας και ωθεί τον ανδρικό υπογόνιμο πληθυσμό στην αναζήτηση βοήθειας για την επίλυση του προβλήματος. Σύμφωνα με την έρευνα του Schmidt L.,²³ ακόμα και σε χώρες, όπου η πρόσβαση και η

αναζήτηση βοήθειας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής σε δημόσιους φορείς είναι εύκολη και έχει μικρό κόστος, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την μη αναζήτηση βοήθειας και ένταξης σε ένα τέτοιο πρόγραμμα.

Ως προς τον τόπο διαμονής, το υψηλότερο ποσοστό ανδρών που ακολούθησαν πρόγραμμα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, διέμενε στην Στερεά Ελλάδα., εύρημα, που πιθανόν να σχετίζεται με την επίδραση περιβαλλοντολογικών παραγόντων στη γονιμότητα των ανδρών. Οι ερευνητές Swan SH., και συν.,²⁴ συνέκριναν παραμέτρους της ποιότητας του σπέρματος γόνιμων ανδρών που διέμεναν στην επαρχία και ανδρών που διέμεναν σε αστικές περιοχές της Αμερικής και κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η συγκέντρωση του σπέρματος και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων των ανδρών είναι μικρότερη στις αγροτικές-βιομηχανικές περιοχές συγκριτικά με τις αστικές περιοχές. Πρόσφατες έρευνες επικεντρώνονται στην δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος στην αναπαραγωγική ικανότητα. Μετά το τέλος του II παγκοσμίου πολέμου και τη ραγδαία βιομηχανική ανάπτυξη, αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό του καρκίνου των όρχεων και το ποσοστό των νεογέννητων αγοριών με συγγενείς ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων. Επιπροσθέτως, οι δυσμενείς επιδράσεις της μόλυνσης του

πλανήτη στην τροφική αλυσίδα βλάπτουν το ενδοκρινικό σύστημα επηρεάζοντας την αναπαραγωγική ικανότητα.^{6,8}

Άλλοι ερευνητές παρατηρούν γεωγραφικές διαφορές ως προς την αναπαραγωγική ικανότητα των ανδρών και υποστηρίζουν ότι, η συχνή και υψηλή έκθεση είτε, σε φυσικούς παράγοντες, όπως υψηλή θερμοκρασία, είτε, σε χημικούς παράγοντες, όπως τοξικά απόβλητα, περιοχές βιομηχανικής ζώνης υψηλού κινδύνου, συντελούν στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της ανδρικής υπογονιμότητας.^{6, 25-27}

Εκτός από τους ανωτέρω παράγοντες, ένας άλλος παράγοντας που ενοχοποιείται για τις αρνητικές συνέπειες στη γονιμότητα των ανδρών και επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της παρούσης μελέτης είναι το κάπνισμα καθότι, ο μισός πληθυσμός της μελέτης ήταν καπνιστές. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η χρήση και ο εθισμός στη νικοτίνη έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα του σπέρματος και στην κινητικότητα των σπερματοζωαρίων και συνεπώς μειώνουν την αναπαραγωγική ικανότητα των ανδρών.²⁸⁻³⁰ Οι Künzle R, και συν.,³¹ και οι Mostafa T., και συν.,³² έδειξαν, ότι άνδρες καπνιστές παρουσιάζουν αλλαγή στην ποιότητα του σπέρματος ως προς την πυκνότητα, τη μορφολογία, και την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων συγκρινόμενοι με τους μη-καπνιστές. Επίσης, σύμφωνα με την εργασία των Ozgur K., και

συν.,³³ και των Zhang JP. και συν.,³⁴ όπου μελετήθηκαν υπογόνιμοι καπνιστές άνδρες, η ποσότητα και τα έτη χρήσης νικοτίνης αποτελούν δυο σημαντικούς παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα του σπέρματος.

Η ολιγοσπερμία ήταν η πρώτη αιτία υπογονιμότητας με 19,8% ενώ δεύτερη ήταν η ασθενοσπερμία με 17,0%. Έπειτα ακολουθούν η αγνώστου αιτιολογίας με 10,4%, η κισσοκήλη με 4,7% και η αζωοσπερμία με 3,8%. Το κυριότερο συμπέρασμα που διεξάγεται από την μελέτη των δεδομένων της παρούσης έρευνας και επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία είναι, ότι οι διαταραχές του σπέρματος αποτελούν την κύρια αιτία υπογονιμότητας των ανδρών και συνοψίζονται ως εξής :

- Ασπερμία: Παντελής έλλειψη σπέρματος κατά την εκσπερμάτιση.
- Αζωοσπερμία: Απουσία σπερματοζωαρίων στο σπερματικό υγρό.
- Ολιγοζωοσπερμία: Συγκέντρωση σπερματοζωαρίων μικρότερη από 20 εκατομμύρια/ml. Κινητικότητα και μορφολογία σπερματοζωαρίων σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Ασθενοζωοσπερμία: Ποσοστό σπερματοζωαρίων με φυσιολογική προωθητική κίνηση κάτω από 50% ή ποσοστό σπερματοζωαρίων με γρήγορη γραμμική προωθητική γραμμική κινητικότητα κάτω από 15%. Μορφολογία

και αριθμός σπερματοζωαρίων σε φυσιολογικά επίπεδα.

- Τερατοσπερμία: Μείωση του ποσοστού των σπερματοζωαρίων με φυσιολογική μορφολογία κάτω από 50%. Κινητικότητα και αριθμός σπερματοζωαρίων σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Ολιγοασθενοτερατοσπερμία: Υποδηλώνει διαταραχή και των τριών παραμέτρων (αριθμός, κινητικότητα και μορφολογία) των σπερματοζωαρίων κάτω από τα φυσιολογικά όρια. Συνδυασμοί των προθεμάτων (ολίγο-αθενο-τέρατο) ανά δύο υποδηλώνουν αντίστοιχες διαταραχές.

35-38

Η κισσοκήλη βρέθηκε ως τέταρτη αιτία υπογονιμότητας του μελετώμενου ανδρικού πληθυσμού. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με την βιβλιογραφία, όπου υποστηρίζεται, ότι η κισσοκήλη παρατηρείται περίπου στο 10% των ανδρών και συναντάται κυρίως σε ηλικιωμένους άντρες. Έρευνες δείξει, ότι η κισσοκήλη σχετίζεται με αλλοιώσεις του σπέρματος. Υπεύθυνοι παράγοντες για την πρόκληση κισσοκήλης θεωρούνται η αύξηση της θερμοκρασίας των όρχεων, η οποία δημιουργεί μη ευνοϊκές συνθήκες για την σπερματογένεση και η δευτεροπαθής διαταραχή των κυττάρων του Sertoli.³⁵⁻³⁸

Ως κισσοκήλη ονομάζονται οι κισσοειδείς διευρύνσεις των φλεβών του σπερματικού τόνου και οφείλεται στην απουσία ή ανεπάρκεια των βαλβίδων της έσω

σπερματικής φλέβας. Περισσότερο συναντάται στην αριστερή σπερματική φλέβα, ίσως λόγω αυξημένης υδροστατικής πίεσης και λόγω μεγαλύτερου μήκους αυτής. Η αντιμετώπισή της είναι χειρουργική, διότι η συντηρητική αγωγή δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική. Μετά την χειρουργική διόρθωση της κισσοκήλης, το σπέρμα βελτιώνεται σε ποσοστό 40-50%, ανάλογα με την ηλικία του άνδρα και η επιτυχία της σύλληψης φτάνει το 35-40% στον πρώτο χρόνο μετά την επέμβαση. Αξιοσημείωτο είναι το ότι, σε υψηλό ποσοστό περιπτώσεων ανδρικής υπογονιμότητας δεν ανευρίσκεται κάποια αιτία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέχρι και πριν λίγα χρόνια, όταν ένα ζευγάρι παρουσίαζε πρόβλημα υπογονιμότητας, η γυναίκα αυτόματα βαπτιζόταν στείρα και ήταν αυτή που έπρεπε να περάσει όλες τις διαγνωστικές δοκιμασίες, ενώ συχνά ο άνδρας ήταν απλός παρατηρητής.

Σήμερα όμως, έχει καταρριφθεί ο μύθος, σύμφωνα με τον οποίο το «στείρο» χωράφι είναι πάντοτε η γυναίκα και είναι γνωστό, ότι η αδυναμία τεκνοποίησης προσβάλλει αδιακρίτως γυναίκες και άνδρες. Είναι πλέον, επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι, για να επέλθει φυσιολογική γονιμοποίηση πρέπει να είναι απολύτως υγιή και τα δύο μέρη του ζεύγους.

Η ανδρική γονιμότητα είναι δυνατόν να επηρεαστεί από μεγάλη ποικιλία παραγόντων.

Η αναζήτηση, η οριοθέτηση και η διατύπωση του προβλήματος, δηλαδή η διάγνωση, αποτελούν τα πρώτα βήματα για την επίλυση του προβλήματος.

Ο υγιής τρόπος ζωής, η αποφυγή καταστάσεων που μπορούν να οδηγήσουν σε διαταραχές του σπέρματος και η ενημέρωση του ανδρικού πληθυσμού αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλή ποιότητα του σπέρματος και την επίτευξη της γονιμοποίησης.

Βιβλιογραφία

1. Benagiano G., Bastianelli C., Farris M. Infertility: a global perspective. *Minerva Ginecol.* 2006;58(6):445-57.
2. Boivin J., Bunting L., Collins JA., Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.* 2007;22(6):1506-12.
3. WHO. Manual for the standardized investigation, diagnosis and management of the infertile male. Cambridge University Press. 2000.
4. Brugh VM., Lipshultz LI. Male factor infertility: evaluation and management. *Med Clin North Am.* 2004;88(2):367-85.
5. Jouannet P., Wang C., Eustache F., Kold-Jensen T., Auger J. Semen quality and male reproductive health: the controversy about human sperm

- concentration decline. *APMIS*. 2001 ;109(5):333-44.
6. Stefankiewicz J., Kurzawa R., Drozdziak M. Environmental factors distributing fertility of men. *Ginekol Pol*. 2006;77(2): 163-169.
7. Carlsen E., Giwercmen A., Keiding N., Skakkebaek N. Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. *BMJ* 1992; 305:609-13.
8. Aitken J., Skakkebaek N., Roman Sh. Male reproductive health and the environment. *MJA* 2006;185(8):414-15.
9. Brugh VM., Lipshultz LI. Male factor infertility: evaluation and management. *Med Clin North Am*. 2004;88(2):367-85.
10. Kolettis PN. Evaluation of the subfertile man. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2003;32(3):689-707.
11. Kolettis PN., Sabanegh ES. Significant medical pathology discovered during a male infertility evaluation. *J Urol*. 2001;166(1):178-80
12. Bhasin S. Approach to the infertile man. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007; 92 (6) : 1995-2004.
13. de La Rochebrochard E., de Mouzon J., Thépot F., Thonneau P. French National IVF Registry (FIVNAT) Association. Fathers over 40 and increased failure to conceive: the lessons of in vitro fertilization in France. *Fertil Steril*. 2006;85(5):1420-4.
14. Kühnert B., Nieschlag E. Reproductive functions of the ageing male. *Hum Reprod Update*. 2004;10(4):327-39.
15. Auger J., Jouannet P. Age and male fertility: biological factors. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2005;53 Spec No 2:2S25-35.
16. Kidd SA., Eskenazi B., Wyrobek AJ. Effects of male age on semen quality and fertility: a review of the literature. *Fertil Steril*. 2001;75(2):237-48.
17. Olea N., Fernandez MF. Chemicals in the environment and human male fertility. *Occup Environ Med*. 2007;64(7):430-1.
18. Queiroz EK., Waissmann W. Occupational exposure and effects on the male reproductive system. *Cad Saude Publica*. 2006;22(3):485-93.
19. Sheiner EK., Sheiner E., Hammel RD., Potashnik G., Carel R. Effect of occupational exposures on male fertility: literature review. *Ind Health*. 2003;41(2):55-62.
20. Jensen TK., Bonde JP., Joffe M. The influence of occupational exposure on male reproductive function. *Occup Med (Lond)*. 2006;56(8):544-53.
21. Kumar S. Occupational exposure associated with reproductive dysfunction. *J Occup Health*. 2004; 46(1):1-19.

22. Νέες Προσεγγίσεις στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Διαδικτυακή σελίδα: www.diagnostiki.gr. Πρόσβαση: 1-8-2008.
23. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Epidemiology and psychosocial consequences*. *Dan Med Bull*. 2006; 53(4): 390-417.
24. Swan SH., Brazil C., Drobnis EZ., Liu F., Kruse RL., Hatch M., et al. Geographic differences in semen quality of fertile U.S. males. *Environ Health Perspect*. 2003; 111(4):414-20.
25. Petrelli G., Mantovani A. Environmental risk factors and male fertility and reproduction *Contraception*. 2002;65(4):297-300.
26. World Health Organization. *World Water Day 2001: pollution from industry, mining and agriculture water, sanitation and health*. Geneva: World Health Organization; 2001.
27. Guillette LJ., Crain DA. *Environmental endocrine disruptors: an evolutionary perspective*. Ed. Taylor & Francis New York. 2000.
28. Sépaniak S., Forges T., Monnier-Barbarino P. Cigarette smoking and fertility in women and men. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006;34(10):945-9.
29. Sepaniak S., Forges T., Gerard H., Foliguet B., Bene MC., Monnier-Barbarino P. The influence of cigarette smoking on human sperm quality and DNA fragmentation. *Toxicology*. 2006;223(1-2):54-60.
30. Hassa H., Yildirim A., Can C., Turgut M., Tanir HM., Senses T., et al. Effect of smoking on semen parameters of men attending an infertility clinic. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2006;33(1):19-22.
31. Künzle R., Mueller MD., Hänggi W., Birkhäuser MH., Drescher H., Bersinger NA. Semen quality of male smokers and nonsmokers in infertile couples. *Fertil Steril*. 2003;79(2):287-91.
32. Mostafa T., Tawadrous G., Roaia MM., Amer MK., Kader RA., Aziz A. Effect of smoking on seminal plasma ascorbic acid in infertile and fertile males. *Andrologia*. 2006; 38(6):221-4.
33. Ozgur K., Isikoglu M., Seleker M., Donmez L. Semen quality of smoking and non-smoking men in infertile couples in a Turkish population. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;271(2):109-12.
34. Zhang JP., Meng QY., Zhang LJ., Mao YL., Sun ZX. Study of correlation and effect of smoking on semen quality of men. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2002;8(1):35-7.
35. Bhasin S. Approach to the infertile man. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007; 92(6):1995-2004.
36. Αίτια – Διερεύνηση Υπογονιμότητας. Διαδικτυακή σελίδα: www.gynecology.gr. Πρόσβαση: 2-9-08

37. Guyton. Η Φυσιολογία του Ανθρώπου.

Εκδ. 5^η. Εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1998.

38. Pasqualotto FF., Locambo CV., Athayde

KS., Sami S. Measuring male infertility:

epidemiological aspects Rev. Hosp.

Clin. vol.58 no.3 São Paulo 2003.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Κατανομή του μελετώμενου πληθυσμού ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

	N	%
Ηλικία		
20-29 χρόνων	7	6,6
30-39 χρόνων	60	56,6
40-49 χρόνων	29	27,4
50 και άνω	10	9,4
Επάγγελμα		
Ιδιωτικός υπάλληλος	21	19,8
Δημόσιος υπάλληλος	37	34,9
Ελεύθερος επαγγελματίας	48	45,3
Τόπος διαμονής		
Νησιά	7	6,4
Στερεά Ελλάδα	87	79,1
Βόρεια Ελλάδα	13	11,8
Πελοπόννησος	3	2,7
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό	7	6,6
Γυμνάσιο	8	7,5
Λύκειο	29	27,5
ΑΕΙ-ΤΕΙ	55	51,8
Άλλη σχολή	7	6,6

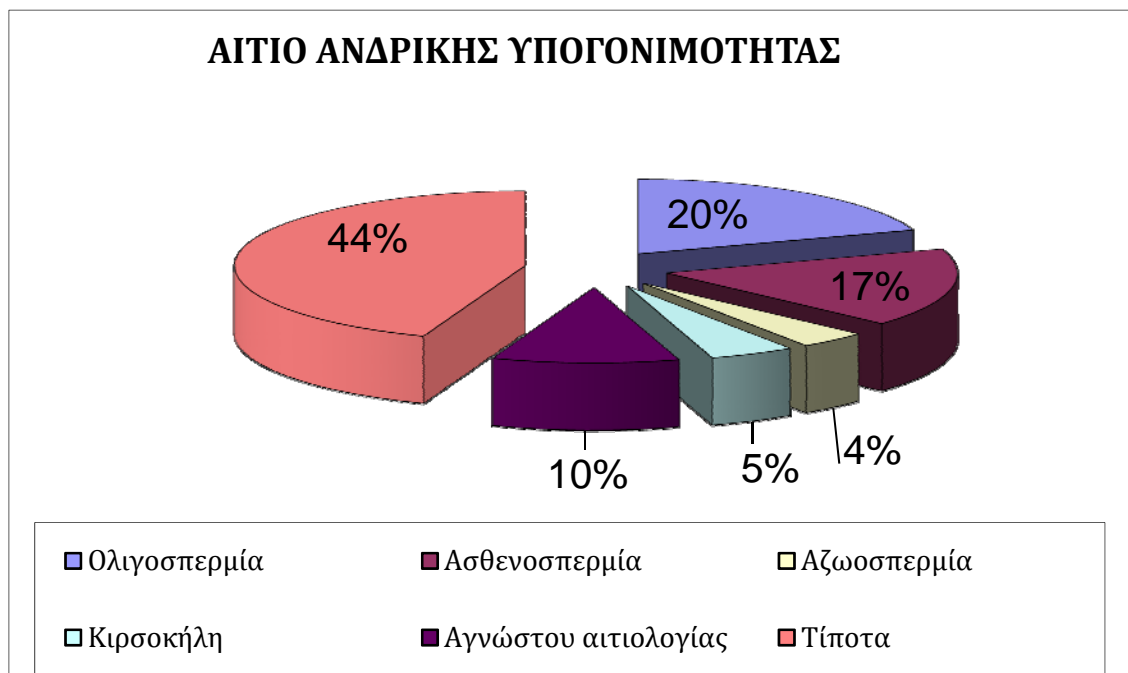
Πίνακας 2: Κατανομή του μελετώμενου πληθυσμού ανάλογα με τα αίτια υπογονιμότητας

ΑΙΤΙΟ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	N	%
Ολιγοσπερμία	21	19,8
Τερατοσπερμία	-	-
Ασθενοσπερμία	18	17
Αζωοσπερμία	4	3,8
Κιρσοκήλη	5	4,7
Αγνώστου αιτιολογίας	11	10,4
Τίποτα	47	44,3

Πίνακας 3: Κατανομή του μελετώμενου πληθυσμού ανάλογα με τη συνήθεια του καπνίσματος.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ	N	%
Ναι	53	50
Όχι	53	50

Γράφημα 1: Αίτια ανδρικής υπογονιμότητας



ΕΡΕΥΝΑ

Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό

Δημητριάδου Παντέκα Αλεξάνδρα¹, Λαβδανίτη Μαρία¹, Μηνασίδου Ευγενία¹, Τσαλογλίδου Αρετή², Καυκιά Θεοδώρα³, Σαπουντζή- Κρέπια Δέσποινα⁴

1. Νοσηλεύτρια PhD, Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
2. Νοσηλεύτρια ΤΕ Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
3. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης
4. Νοσηλεύτρια PhD, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τις συνθήκες εργασίας είναι η ποιοτική κατάσταση των κτιρίων, ο εξοπλισμός και η υλικοτεχνική υποδομή των χώρων εργασίας

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αποτύπωση των συνθηκών εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού ως προς την στελέχωση των υπηρεσιών, την κτιριακή και την υλικοτεχνική υποδομή καθώς και η διερεύνηση του τρόπου επίδρασης των συνθηκών εργασίας στο ίδιο το Νοσηλευτικό Προσωπικό

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα του πληθυσμού αποτέλεσαν 342 Νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ειδικό ερωτηματολόγιο που καταρτίστηκε από τους ερευνητές με βάση την βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα. Ποσοστό 56,4% του πληθυσμού (n=193) χαρακτηρίζει την ποιοτική κατάσταση των κτιρίων από πολύ κακή έως κακή, ενώ το 78,7% θεωρεί ότι ο χώρος εργασίας τους δεν διαθέτει τα μέσα και τα υλικά. Το 92,1%, (n=315) εκτιμά ότι δεν υπάρχει ικανός αριθμός νοσηλευτών προκειμένου να καλυφθούν οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών και ότι τα νοσηλευτικά τμήματα υποχρεώνονται να λειτουργήσουν χωρίς το απαραίτητο δυναμικό, πόρους και υλικά (92,7%, n=317).

Το Νοσηλευτικό Προσωπικό υπό τις παρούσες συνθήκες υποχρεώνεται να κάνει επιλογές αντίθετες με την επαγγελματική του κρίση (60,2%, n= 206) και σε προσωπικό επίπεδο ξεπερνά καθημερινά τις ανθρώπινες αντοχές του (94,4%, n= 323), δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις

κοινωνικές του υποχρεώσεις λόγω των ωραρίων εργασίας (85,4%, n= 292), καθώς επίσης λόγω της κόπωσης από την εργασία δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις οικογενειακές του υποχρεώσεις (88,9%, n= 304), ενώ τα προβλήματα της εργασίας συχνά τους απασχολούν ακόμη και στο σπίτι τους (73,1%, n= 250).

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν τις πολύ δύσκολες συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα, και σε αυτό συντελεί η ύπαρξη κτιρίων κακής ποιότητας και ελλιπώς εξοπλισμένων.

Λέξεις κλειδιά: Συνθήκες εργασίας, κτιριακή υποδομή, αναλογία νοσηλευτή προς ασθενείς, ποιότητα.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Δημητριάδου-Παντέκα Αλεξάνδρα,
Αγίου Νικολάου 4-6, Νέοι Επιβάτες,
57019 Θεσσαλονίκη,
Τηλ 23920-27957, 6977332408
e-mail: adimitr@nurse.teithe.gr*

ORIGINAL PAPER**Working conditions of nursing personnel and their effects in patients and personnel**

Dimitriadou-Panteka Alexandra¹, Maria Lavdaniti¹, Minasidou Eugenia¹, Tsaloglidou Areti², Kafkia Theodora³, Sapountzi-Krepia D⁴

1. RN, PhD, Lecturer of Higher Technological Educational Institute of Thessalonica

2. RN, PhD, AHEPA Hospital of Thessaloniki

3. RN, IKA Hospital Thessaloniki

4. RN, PhD, Professor of Higher Technological Educational Institute of Thessaloniki

ABSTRACT

The factors that determine the work conditions are the qualitative situation of buildings, the equipment, the material and technical infrastructure of working places.

Purpose: The purpose of the present study was the investigation of Nursing Personnel's working conditions regarding staffing, facilities, material and technical infrastructure as well as the investigation of the way that working conditions influence Nursing Personnel.

Subject and method: The study population was nurses and nurse assistants). Data were collected with a specially designed, by the research team, questionnaire.

Results: 56.4% of the sample (n=193) characterized the qualitative status of the buildings from very bad to bad. 78.7% (n=269) considered that their working place did not allocate the means and materials, 92.1 % (n=315) stated that they are not enough employed in order to cover the patients' nursing needs. They also had the perception that they were forced to work without the essential staff, resources and equipment (92.7%, n=317).

Nursing Personnel under the present conditions was compelled to make choices opposite to its professional judgment (60.2%, n=206) and to daily exceed all human bearing (94.4%, n=323). It was also unable to correspond to social (85.4%, n=292) and family (88.9%, n=304) obligations due to working conditions. Finally, problems at work often preoccupied them at their home (73.1%, n=250).

Conclusions The results showed the very difficult working conditions of nursing personnel in Greece, due to bad quality of buildings, insufficient equipment and understaffing.

Key words: working conditions, building structure, ratio nurse/patient, quality

CORRESPONDING AUTHOR

*Dimitriadou-Panteka Alexandra
Ag. Nikolaou Str 4-6, Nei Epivates
Tel no 23920-27957, 6977332408-
e-mail: adimitr@nurse.teithe.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Νοσηλευτικό επάγγελμα είναι επάγγελμα φροντίδας που απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια¹ και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου,

την φυσική φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη².

Η επιτυχής άσκηση του επαγγέλματος απαιτεί γνωστικές, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες³, προϋποθέτει την αλληλεπίδραση και την συνεχή

επικοινωνία με τον ασθενή⁴ με συνέπεια η ποιότητα του νοσηλευτικού έργου να επηρεάζεται καθοριστικά από το επίπεδο στελέχωσης και τις γενικότερες συνθήκες εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού⁵⁻⁷.

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τις συνθήκες εργασίας είναι η στελέχωση, η ποιοτική κατάσταση των κτιρίων, ο εξοπλισμός και η υλικοτεχνική υποδομή των χώρων εργασίας⁸.

Το βασικό κριτήριο που χαρακτηρίζει την ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας σχετίζεται με την ποσοτική και την ποιοτική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ποσοτική σύνθεση προσδιορίζεται από τον δείκτη αντιστοιχίας νοσηλευτή προς ασθενείς⁹ και η ποιοτική από το επίπεδο εκπαίδευσης.

Η επαρκής στελέχωση αποτελεί την αναγκαία συνθήκη προκειμένου οι νοσηλευτές να παρέχουν ποιοτική φροντίδα και να αναπτύξουν όλες τις πτυχές του νοσηλευτικού ρόλου⁶⁻⁸. Αναφέρεται ότι συντελεί στην ασφαλή εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων και στην επαρκή διάθεση χρόνου για τον ασθενή⁵⁻⁷. Το επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με το επίπεδο γνώσεων, το οποίο επηρεάζει την επαγγελματική κρίση του νοσηλευτή. Είναι γνωστό ότι οι νοσηλευτές είναι κοντά στον ασθενή όλο το εικοσιτετράωρο, έχουν την δυνατότητα με την επαρκή γνώση που διαθέτουν και τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις να ελαχιστοποιήσουν τυχόν

αρνητικές συνέπειες για τη ζωή του ασθενούς παρέχοντας έτσι υψηλό επίπεδο φροντίδας στους ασθενείς¹⁰⁻¹³.

Και ενώ η διεθνής νοσηλευτική έρευνα ανέδειξε τα τελευταία έτη τον τρόπο που εμπλέκονται και συμβάλλουν οι νοσηλευτές στην ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών^{9,14-21} στην Ελλάδα φαίνεται ότι δεν κατανοήθηκε η δυναμική του ρόλου του επαγγέλματος και το γεγονός αυτό διαμορφώνει τις συνθήκες εργασίας, το νομικό πλαίσιο της άσκησης του επαγγέλματος και τις κοινωνικές αντιλήψεις για την νοσηλευτική⁸.

Οι υπηρεσίες υγείας απαιτούν την ύπαρξη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής και επαρκούς εξοπλισμού. Η παροχή της αυξάνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών και βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ αυτών και άλλων επαγγελματικών ομάδων²². Παράλληλα έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους^{8,23}. Επιπλέον η καταλληλότητα του χώρου συνεισφέρει στις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, τις ιατρονοσηλευτικές διεπαγγελματικές σχέσεις και στην θετική εμπειρία των ασθενών με την νοσοκομειακή τους φροντίδα²⁴.

Έρευνες στην χώρα μας αποκαλύπτουν την απαρχαιωμένη και μη ρεαλιστική δημόσια εικόνα του

επαγγέλματος²⁵, τις κακές συνθήκες άσκησης του ^{8, 26} αλλά και την απογοήτευση των ίδιων των επαγγελματιών της νοσηλευτικής από τις συνθήκες εργασίας ²⁷⁻³². Από τη διερεύνηση της Ελληνικής Βιβλιογραφίας προκύπτει ότι στην Ελλάδα πολύ λίγες ερευνητικές μελέτες υπάρχουν σχετικά με το θέμα ενώ δεν έχει διεξαχθεί κάποια ανάλογη έρευνα σε Νοσοκομεία της Βόρειας Ελλάδας.

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την στελέχωση των υπηρεσιών και την κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή. Επιμέρους στόχοι αποτέλεσαν η διερεύνηση για τον τρόπο που επιδρούν οι συνθήκες εργασίας στο ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό και στην παρεχόμενη από αυτούς φροντίδα καθώς και ο προσδιορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Υλικό και Μέθοδος

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 342 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών τεσσάρων νοσοκομείων της Κεντρικής Μακεδονίας. Η επιλογή των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: α) Ηλικία άνω των 18 ετών β) να έχουν δυνατότητα επικοινωνίας και να μιλούν την ελληνική γλώσσα και γ) να

εργάζονται σε κλινική. Η ομάδα έρευνας ενημέρωσε τον πληθυσμό της μελέτης για τον σκοπό της έρευνας, ζητήθηκε η συγκατάθεση του και να απαντήσει ανώνυμα στο ερωτηματολόγιο. Διανεμήθηκαν 600 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν απαντημένα τα 390. (ποσοστό ανταπόκρισης 65%).

Για τη διερεύνηση των συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο καταρτίστηκε από τους ερευνητές και στηρίχθηκε στη νοσηλευτική βιβλιογραφία

Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις, με τις οποίες καταγράφηκαν τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης προϋπηρεσία, θέση στην εργασία, εκπαίδευση μετά το πτυχίο κλπ)

Το δεύτερο και κύριο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε δύο ερωτήσεις ανοικτές και 15 κλειστού τύπου. Με τις πρώτες ζητήθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε χειρουργικές και παθολογικές κλινικές να σημειώσει τον αριθμό των ασθενών που νοσήλευε την συγκεκριμένη ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου καθώς επίσης και τον αριθμό του προσωπικού (πλην της προϊσταμένης) της ίδιας ημέρας κατά

ωράριο εργασίας, όπως ακριβώς αναγράφεται στο βιβλίο του εβδομαδιαίου προγράμματος της κλινικής τους.

Οι κλειστού τύπου ερωτήσεις σχεδιάστηκαν ώστε να απαντώνται μέσω μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert με σκοπό την καταγραφή και διερεύνηση της αντίληψης του νοσηλευτικού προσωπικού:

- για τις συνθήκες εργασίας, την κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή (τρεις ερωτήσεις)
- για το βαθμό στελέχωσης του Νοσοκομείου και τις τυχόν επιπτώσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς (8 ερωτήσεις) και
- τα βιώματα του νοσηλευτικού προσωπικού που συνδέονται με τη άσκηση του επαγγέλματος (δύο ερωτήσεις)

Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία των δεδομένων και όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS 11.0 for Windows. Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων, κατά την οποία υπολογίστηκαν οι κατανομές συχνοτήτων κατά μεταβλητή, με μέσες τιμές ενώ τα διαστήματα αξιοπιστίας ετέθησαν σε επίπεδο 95%.

Λόγω του ότι οι μεταβλητές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν μη

παραμετρικές δοκιμασίες. Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Spearman.

Αποτελέσματα

Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης περιγράφονται στον πίνακα 1. Το 86,3% του δείγματος αποτελούσαν οι γυναίκες, 72,2 % ήταν έγγαμοι και το μεγαλύτερο ποσοστό του ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (68,6)

Η πλειοψηφία του πληθυσμού 56,4% (n=193) αξιολογεί αρνητικά την ποιοτική κατάσταση των κτιρίων και σε μεγαλύτερη συχνότητα 78,7% (n=269) θεωρεί ότι ο χώρος εργασίας τους δεν διαθέτει τα μέσα και τα υλικά, ώστε το προσωπικό να ασκεί την επαγγελματική του δραστηριότητα με ασφάλεια προστατεύοντας τον εαυτό του και τους ασθενείς, (πίνακας 2).

Το κυκλικό ωράριο εργασίας συνδέεται με την εκπαίδευση μετά το πτυχίο ($r=0,179$, $p=0,001$) και τον ρυθμό παρακολούθησης συνεδρίων ($r=0,212$, $p=0,000$), όπου αυτοί που έχουν κυκλικό ωράριο εργασίας στερούνται εκπαίδευσης μετά το πτυχίο σε μεγαλύτερη συχνότητα (68,1%, $n=147$), καθώς επίσης παρακολουθούν και λιγότερα συνέδρια (1,98 έναντι 3,25 των άλλων).

Από τον πίνακα 3 φαίνεται ότι ο αριθμός των ασθενών (μέση τιμή) που αντιστοιχεί σε ένα μέλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα παθολογικά τμήματα είναι 11 ασθενείς στην

πρωινή, 16 στην απογευματινή και 24 ασθενείς στη νυκτερινή βάρδια, ενώ στα χειρουργικά τμήματα 10 ασθενείς στην πρωινή, 15 στην απογευματινή και 28 ασθενείς στην νυκτερινή βάρδια. Η αντιστοιχία αφορά στο σύνολο των κατηγοριών του νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς να γίνει διαχωρισμός σε Νοσηλευτές και βοηθούς Νοσηλευτών.

Το Νοσηλευτικό Προσωπικό στο σύνολό του σχεδόν (92,7%, n=317) έχει την αντίληψη ότι υποχρεώνεται συχνά να λειτουργήσει τα νοσηλευτικά τμήματα χωρίς το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό, πόρους και υλικά καθώς επίσης στην ίδια υψηλή συχνότητα (92,1%, n=315) εκτιμά ότι δεν υπάρχει ο αναγκαίος αριθμός προκειμένου να καλυφθούν οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών (πίνακας 4). Η κατάσταση αυτή έχει τις επιπτώσεις της στους ασθενείς και στο προσωπικό

Ως προς τις επιπτώσεις στους ασθενείς, το 60,2% (n= 206) αποδέχεται ότι υπό τις παρούσες συνθήκες αρκετές φορές οι νοσηλευτές υποχρεώνονται να κάνουν επιλογές αντίθετες με την επαγγελματική τους κρίση και σε ακόμη πιο υψηλή συχνότητα αποδέχονται ότι λόγω της υποστελέχωσης καλύπτουν από τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών επιλεκτικά μόνο αυτές που θεωρούν ως τις πλέον σημαντικές (89,8%, n= 307). Το 56,1%, (n= 192) προσδιορίζει σαν στοιχειώδες έως μέτριο το επίπεδο

ικανοποίησης των νοσηλευτικών αναγκών (Πίνακας 4). Η απάντηση αυτή συσχετίζεται με τον επαγγελματικό τίτλο ($r=0,206$, $p=0,000$), όπου το 61,7% (n=166) των Νοσηλευτών αξιολογεί το επίπεδο ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών από στοιχειώδες έως μέτριο έναντι του 35,6% (n=26) των Βοηθών.

Ως προς τις επιπτώσεις στο ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό, η πλειοψηφία του (66%, n= 227) δηλώνει αδυναμία της υπηρεσίας του να χορηγήσει ακόμα και τις δύο ημέρες ανάπαυσης την εβδομάδα (πίνακας 1). Η καταστρατήγηση του δικαιώματος για πενθήμερη εργασία συνδέεται σε σημαντικό επίπεδο με το κυκλικό ωράριο εργασίας ($r=-0,127$, $p=0,023$), την ηλικία ($r=-0,155$, $p=0,004$) και την ύπαρξη των παιδιών ($r=-0,129$, $p=0,019$) (πίνακας 5).

Επιπλέον κατά την άσκηση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας σχεδόν στο σύνολό τους θεωρούν ότι λόγω των διαφόρων ελλείψεων σε προσωπικό και εξοπλισμό ξεπερνούν καθημερινά τις ανθρώπινες αντοχές τους (94,4%, n= 323), εξαιτίας των ωραρίων εργασίας δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις κοινωνικές τους υποχρεώσεις (85,4%, n= 292), καθώς επίσης και λόγω της κόπωσης από την εργασία δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις οικογενειακές τους υποχρεώσεις (88,9%, n= 304), ενώ τα προβλήματα της εργασίας

συχνά τους απασχολούν ακόμη και στο σπίτι. (73,1%, n= 250) (πίνακας 4).

Συζήτηση

Πολλές έρευνες αναδεικνύουν την σημασία του περιβάλλοντος και των συνθηκών εργασίας στην ποιότητα του παρεχόμενου νοσηλευτικού έργου^{5,6,7}. Το περιβάλλον εργασίας μπορεί να απειλήσει σημαντικά την ασφάλεια της φροντίδας των ασθενών¹⁴ καθώς επίσης και την υγεία και την ευημερία του Νοσηλευτικού προσωπικού³³. Καταδεικνύοντας την επιρροή που ασκούν αυτοί οι παράγοντες ομάδα ερευνητών³⁴ προσδιόρισε ότι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι νοσηλευτές εγκαταλείπουν το επάγγελμά τους συνδέεται με το περιβάλλον της εργασίας τους.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύονται οι δυσμενείς συνθήκες άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη χώρα μας και διαφαίνονται οι αρνητικές επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και στους ασθενείς.

Όσον αφορά στην αξιολόγηση της κτιριακής και υλικοτεχνικής υποδομής η αρνητική αντίληψη της πλειοψηφίας αποτυπώνει την υπάρχουσα κατάσταση. Στην Ελλάδα παρά τις βελτιώσεις των υπαρχόντων νοσοκομείων και την ανέγερση νέων που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια ανάπτυξης του ΕΣΥ, παλαιά κτίρια κακώς εξοπλισμένα,

ανεπαρκείς χώροι εργασίας, θάλαμοι ασθενών χωρίς χώρους υγιεινής και με κακή αρχιτεκτονική δομή συνθέτουν το καθημερινό περιβάλλον εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού⁸.

Τα ευρήματα αυτά πρέπει να προβληματίσουν τους έχοντες την ευθύνη, διότι η έλλειψη πόρων αυξάνει το φόρτο εργασίας και την προσπάθεια που απαιτείται στην εργασία²². Επιπλέον γεννά διλήμματα³⁵ δημιουργεί stress κατά την άσκηση της νοσηλευτικής δραστηριότητας^{36,37} διαταράσσει την διεπαγγελματική συνεργασία και υποβαθμίζει την ποιότητα του παρεχόμενου έργου ενώ έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών και των εργαζομένων²².

Από την παρούσα έρευνα αναδεικνύεται προβληματική και ανεπαρκής η ποσοτική και ποιοτική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ως προς την ποσοτική σύνθεση και λόγω της υποστελέχωσης μεγάλος αριθμός ασθενών αντιστοιχεί σε ένα μέλος σε κάθε βάρδια, με μεγαλύτερη αντιστοιχία στις απογευματινές και νυκτερινές βάρδιες. Το γεγονός ότι η αντιστοιχία αφορά στο σύνολο των κατηγοριών του προσωπικού χωρίς να γίνει διαχωρισμός σε Νοσηλευτές και βοηθούς Νοσηλευτών καθιστά τις αναλογίες ασθενών προς έναν νοσηλευτή πλέον δυσμενείς.

Υψηλές αναλογίες ασθενών προς Νοσηλευτή είχαν καταγραφεί την περασμένη δεκαετία και σε άλλα κράτη^{38,39} αλλά για την Ελλάδα

αποτελεί διαχρονικό φαινόμενο⁴⁰⁻⁴⁵. Η μειωμένη και ανεπαρκής στελέχωση σε νοσηλευτές θεωρείται ως μια από τις μέγιστες απειλές στην ασφάλεια των ασθενών στα νοσοκομεία^{46,47}, διότι η υποστελέχωση αυξάνει τον όγκο της εργασίας για κάθε νοσηλεύτη με αποτέλεσμα να εμποδίζει την παροχή της προγραμματισμένης φροντίδας⁴⁸, να μεγιστοποιεί τις πιθανότητες λαθών⁴⁸⁻⁵¹ και τραυματισμού κατά την παροχή της φροντίδας⁵² καθώς και την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού⁹

Λόγω της ελλιπούς στελέχωσης οι νοσηλευτές έχουν πολλές νυκτερινές βάρδιες και σε πολύ μεγάλη συχνότητα δεν λαμβάνουν κάθε εβδομάδα τις ημέρες ανάπαυσης που δικαιούνται. Παρά το γεγονός ότι η εργασία με βάρδιες δεν προκαλεί άμεσα κάποια ασθένεια, έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που κάνουν πολλά νυκτερινά ωράρια εμφανίζουν σε μεγάλη συχνότητα διαταραχές ύπνου, αισθάνονται συχνότερα καταπονημένα και έχουν σαν αποτέλεσμα επιπτώσεις που αφορούν την προσωπική τους υγεία^{53,54,55} αλλά και την ποιότητα του έργου που παρέχουν^{55,56,57}.

Το ποσοστό των νοσηλευτών (92,1%) που έχει την αντίληψη ότι στον χώρο εργασίας του δεν υπάρχει ο αναγκαίος αριθμός προσωπικού προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών είναι πολύ υψηλό σε σύγκριση με αντίστοιχες έρευνες του

εξωτερικού όπου την αντίληψη αυτή συμερίζεται μόνο το 28 - 30 % του νοσηλευτικού προσωπικού^{17,58}, εύρημα που αναδεικνύει το μέγεθος του προβλήματος στα Ελληνικά νοσοκομεία και τον υψηλό φόρτο εργασίας των Ελλήνων Νοσηλευτών. Το επίπεδο εκπαίδευσης συνθέτει την ποιοτική σύνθεση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και θεωρείται εξίσου σημαντικός παράγοντας με την στελέχωση, διότι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνει την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης^{59,60}, επηρεάζει θετικά την ανάρρωση^{59,60} και συνδέεται με τη χαμηλότερη θνησιμότητα των ασθενών⁵⁵. Το επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού της έρευνας κρίνεται προβληματικό ως προς την συχνότητα εκπαίδευσης μετά το πτυχίο και υπό αυτό το πρίσμα η προβληματική εκπαίδευση μάλλον φαίνεται να επιτείνει το πρόβλημα της υποστελέχωσης. Εκ παραλλήλου όμως η ίδια η ανεπαρκής στελέχωση δημιουργεί συνθήκες μεγαλύτερης υποβάθμισης της εκπαίδευσης, διότι αδυνατούν οι επαγγελματίες να εκμεταλλευθούν ευκαιρίες μάθησης όπως είναι η παρακολούθηση συνεδρίων.

Το περιβάλλον εργασίας ασκεί την κρισιμότερη επιρροή στη δυνατότητα των νοσηλευτών να παρέχουν ποιοτική περίθαλψη⁵, ενώ στην Ελλάδα πολλές έρευνες έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είναι δυσσαρεστημένοι από το περιβάλλον

εργασίας τους^{25,26-32} Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι το περιβάλλον του νοσοκομείου που σχετίζεται με τους νοσηλευτές αντιμετωπίζει βαθιά κρίση με βαρύτατες συνέπειες για το προσωπικό, το ίδιο το νοσοκομείο και τους ασθενείς.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν τις πολύ δύσκολες συνθήκες εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού, καταδεικνύεται δε επιτακτικά η ανάγκη λήψης ειδικών από τους έχοντες την ευθύνη, οι οποίοι δεν κατανόησαν τον νοσηλευτικό ρόλο και τον τρόπο που επιδρά στο σύστημα υγείας.

Λόγω του ότι οι συνθήκες εργασίας συνδέονται σημαντικά με την υγεία και την ευημερία των κλινικών νοσηλευτών ⁶¹ κρίνεται ως αναγκαία η διενέργεια ερευνών ώστε να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της υπερφόρτωσης του νοσηλευτικού έργου στο νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπροσθέτως αξίζει να αναζητηθούν οι επιπτώσεις της υποστελέχωσης στους ασθενείς, στην λειτουργία του Ελληνικού Νοσοκομείου και στο κόστος της φροντίδας.

Βιβλιογραφία

1. Baines C, Evans P, Neysmith S, eds. Women's caring: Feminist perspectives on social welfare. Toronto: McClelland & Stewart, 1991
2. Fagermoen MS. Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *J Adv Nurs* 1997, 25:434-441
3. Bellack JP. Emotional intelligence: a missing ingredient. *J Nurs Educ* 1999, 38:3-4.
4. Forrest D. The experience of caring. *J Adv Nurs* 1989, 14: 815-823
5. Mackay G, Risk M. Building Quality Practice Settings: An Attributes Model. *CJNL* 2001, 14:325-329
6. Gavin JA. (Re)thinking the dynamics between healthcare and place: therapeutic geographies in treatment and care practices. *Area* 2004, 36: 307-318.
7. Attridge C., Callahan M. Nurses' perspectives of quality work environments. *Can J Nurs Admin* 1990, 3: 18-24.
8. Δημητριάδου Ε. Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του. Διδακτορική Διατριβή. Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, 2008
9. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002, 288:1987-1993.
10. Clarke SP, Aiken LH. Failure to rescue. *Am J Nurs* 2003, 103:42-47.

11. Silber JH., Williams SV, Krakauer H, Schwartz J.S. Hospital and Patient Characteristics Associated with Death after Surgery: A Study of Adverse Occurrence and Failure to Rescue. *Med Care* 1992, 30(7):615-29
12. Silber P.R. Rosenbaum P.R, Ross R.N. Comparing the Contributions of Groups of Predictors: Which Outcomes Vary with Hospital Rather than Patient Characteristics? *JASA* 1995, 90:7-18
13. Silber JH., Rosenbaum PR. A Spurious Correlation between Hospital Mortality and Complication Rates. *Med Care* 1997, 35:OS77-92.
14. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K: Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *NEJM* 2002, 346:1715-1722
15. Aiken LH, Sochalski J, Lake ET. Studying outcomes of organizational change in health services. *Med Care* 1997, 35 (Suppl): NS6-NS18
16. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff.* 2001, 20: 43-53.
17. Aiken L. More Nurses, Better Patient Outcomes: Why Isn't It Obvious? (Online) American College of Physicians 2001, Διαθέσιμο από <http://www.acponline.org/journals/ecp/sep0ct01/aiken.htm>
18. Pronovost PJ, Jenckes M W, Dorman T, Garrett E, Breslow MJ, Rosenfeld BA., et al. Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. *JAMA* 1999, 281: 1310-1317.
19. Dimick JB, Swoboda SM, Pronovost PJ, Lipsett PA. Effect of nurse-to-patient ratios in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *Am J Crit Care* 2001, 10: 376-382.
20. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Med Care* 1999, 37: 760-772.
21. Sovie MD, Jawad AF. Hospital restructuring and its impact on outcomes: Nursing staff regulations are premature. *J Nurs Adm* 2001, 34: 588-600.
22. O'Brien PL, Baumann A, Villeneuve M. The quality of nursing work life. In J. Hibberd & M.E. Kyle (Eds.), *Nursing management in Canada* (pp. 391-409). Toronto, ON: W.B. Saunders Canada. 1994
23. Tumulty G, Jernigan IE, Kohut GF. The impact of perceived work environment on job satisfaction of hospital staff nurses. *App Nurs Research* 1994, 7: 84-90.

24. Halford Susan and Leonard Pauline (2003) Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities *J Adv Nurs* 42(2): 201 - 212
25. Κοτζαμπασάκη Σ, Ανδρέα Σ, Βαρδάκη Ζ, Κυριακίδου Ε, Ματζώρου Μ, Μ Ντίκου Μ.) Άξιες, στάσεις και πεποιθήσεις φοιτητών νοσηλευτικής για την ιδανική επαγγελματική σταδιοδρομία και για την επαγγελματική σταδιοδρομία στη νοσηλευτική, *Νοσηλευτική* 2003,42: 353-363
26. Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Lionis C. Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. *Int Nurs Rev* 2006, 53: 16–18.
27. Χαραλαμπίδου Ε. Ικανοποίηση των νοσηλευτών: παράγοντες ποιότητας στο σύστημα φροντίδας, Πρακτικά 21ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα, 1994
28. Χριστοφίδη Μ., Φασόη Γ, Κελέση Μ, Τούλια Γ, Βαρδάκη Ζ, Κατοστάρας Φ. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των κλινικών νοσηλευτών, από την εργασία τους Πρακτικά 23^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου, 1996
29. Κοτρώτσου Ε. "Το επαγγελματικό προφίλ του σύγχρονου Έλληνα Νοσηλευτή" Πρακτικά 25^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ηράκλειο Κρήτης, 1998
30. Brokalaki H, Matziou V, Thanou J, Ziropiannis P, Dafni U, Papadatou D. Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. *EDTNA ERCA J.* 2001, 7:181-6.
31. Κάπελα Μ, Μινέτου Ε, Ζυγά Σ. Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτών από την εργασία τους. *Νοσηλευτική* 2002, 2: 191-196
32. Karanikola MN., Papathanassoglou EDE., Giannakopoulou M, Koutroubas A. Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic Hospital nurses *J Nurs Manage* 2007, 15: 78–90
33. Stone PW, Du Y, Gershon RR. Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses *J Occup Environ Med.* 2007, 49:50-8.
34. Meadows S, Levenson R, Baeza J. *The Last Straw, Explaining the NHS Nursing Shortage.* King's Fund Publishing, London 2000
35. Δημητριάδου Α, Σαπουντζή Δ. Ηθικά διλήμματα στην άσκηση Νοσηλευτικού Έργου. Πρακτικά ημερίδας Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Θεσσαλονίκη 1994
36. Snape J, Cavanagh SJ. Occupational Stress in Neurosurgical Nursing. *Intens Crit Care Nurs* 1993, 9:162–170
37. Hawley MP. Sources of Stress for Emergency Nurses in Four Urban

- Canadian Emergency Departments. J Emerg Nurs 1992, 18:211-216
38. Fagin CM. When care becomes a burden: diminishing access to adequate nursing (Online). Milbank Memorial Fund 2001, (διαθέσιμο στο) www.milbank.org/010216fagin.html
39. New York State Nurses Association. Report. (newsletter) 1999.30(6).12-14
40. Κάβουρα Μ., Ζάβρας Δ, Κυριόπουλος Ι. 2003 Ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός του αναγκαίου νοσηλευτικού δυναμικού της Ελλάδας Νοσηλευτική 2003, 42: 457-468,
41. Κοκολιού Μ. 1^ο Συνέδριο ΠΟΕΔΗΝ, Νοσηλευτική, 1987,
42. Παπαμικρούλη Σ. Μελέτη διά το νοσηλευτικό προσωπικό. Νοσηλευτική 1981, 83:152-182,
43. Kavga-Patoglou The shortage of nurses in Greece. Int J Nurs Pract 2000, 6 (1), 58-58.
44. Versieck K, R Bouten R, Pacolet J. «Manpower Problems in the Nursing/Midwifery Profession in the EC Country-comparative report» (μετάφραση) Νοσηλευτική 1996, 2:106-118
45. Πλατή Χ, Λανάρα Β, Σπάρος Λ. Στελέχωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Νοσοκομειακά Χρονικά 1989, 51: 380-389
46. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M. Views of practicing physicians and the public on medical errors. W Engl J Med 2002, 347:1933-1940.
47. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)(online), Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis 2002, (Διαθέσιμο στο) www.jcaho.org,
48. Beckmann U, Baldwin I, Durie M, Morrison A, Shaw L. Problems associated with nursing staff shortage: an analysis of the first 3600 incident reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study (AIMS-ICU). Anaesth Intens Care 1998, 26: 396-400.
49. Girotti MJ, Garrick C, Tierney MG., Chesnick K, Brown SJ. Medication administration errors in an adult intensive care unit. Heart Lung 1987, 16: 449-453.
50. Roseman C, Booker JM. Workload and environmental factors in hospital medication errors. Nurs Res 1995, 44: 226-230
51. Doran Hall L, Doran D, Pink G. Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes. JONA . 2004, 34:1-45.
52. Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH. Effects of hospital staffing and organizational

- climate on needlestick injuries to nurses. *Am J Public Health* 2002 92:1115-1119
53. Pokorski J, van der Schoot E, Wickström G, Pokorska J, H-M Hasselhorn H-M and the NEXT-Study Group. Meaning of work in the European nursing profession στο Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe Edited by Hans-Martin Hasselhorn, Peter Tackenberg, Bernd Hans Müller A research project initiated by SALTSA and funded by the European Commission (QLK6-CT-2001-00475) 2003) διαθέσιμο στο www.next-study.net
54. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nur* 2003, 44:633-642
55. Kane R, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. Nurse Staffing and Quality of Patient Care AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services (ONLINE) 2007, διαθέσιμο στο www.ahrq.gov
56. Dinges DF. An overview of sleepiness and accidents. *J Sleep Res* 1995, 4(S2):4-14
57. Rogers A. First, Do No Harm: Are You Tired? *AJN* 2004, 104: 36 - 38
58. Pronovost, P. J., Jenckes, M. W., Dorman, T., Garrett, E., Breslow, M. J., Rosenfeld, B.A., et al. Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. *JAMA* 1999, 281: 1310-1317.
59. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units [ISRCTN85147255] [corrected]. *BMC Health Serv Res* Apr 11 2005;5(1):28.
60. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, et al. 2005β Correction: The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units [ISRCTN85147255]. *BMC Health Serv Res* 2005, 5:46.
61. Stone PW, Du Y, Gershon RR. Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses. *J Occup Environ Med* 2007, 49:50-58

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Δημογραφικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	N (%)	Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά	N (%)
Φύλο		Θέση στην εργασία	
Άνδρες	47 (13,7%)	Βοηθοί Νοσηλευτές	73 (22,1)
Γυναίκες	295 (86,3%)	Νοσηλευτές	204 (61,8)
Ομάδες Ηλικιών		Προϊστάμενοι	40 (12,1)
26 - 35	73 (21,5%)	Τομεάρχες	9 (2,7)
36 - 45	204 (60,0%)	Διευθυντές Υπηρεσίας	4 (1,2)
46 - 55	51(15,0%)	Κυκλικό Ωράριο εργασίας	
56 και άνω	12(3,5%)	ΝΑΙ	210 (61,4)
Οικογενειακή κατάσταση		ΟΧΙ	132 (38,6)
Έγγαμοι	239 (72,2)	Εργασία σε Σαββατοκύριακα	
Άγαμοι	66 (19,9)	ΝΑΙ	226 (66,1)
Διαζευγμένοι	26 (5,1)	ΟΧΙ	116 (33,9)
Χήροι	9 (2,7)	Αριθμός νυκτερινών ωραρίων κατά μήνα	
Παιδιά		1-2 νυκτερινά	28 (13,3)
Ναι	229 (68,6)	3-4	59 (28,1)
Όχι	105 (31,4)	5-6	77 (36,7)
Εκπαίδευση/απόφοιτοι		7 και άνω	46 (21,9)
ΤΕΙ	239 (69,9)		
ΑΕΙ	30 (8,8)	Αριθμός συνεδρίων	
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	73 (21,3)	0 Συνέδρια	109 (31,0)
Εκπαίδευση μετά το πτυχίο	36,5, n=125	1-3	138 (40,4)
Μεταπτυχιακός τίτλος	22 (6,8)	4-6	69 (20,2)
Νοσηλευτική ειδικότητα	79 (23,2)	7 και άνω	26 (7,6)
Άλλα Προγράμματα κατάρτισης	24 (6,5)	Αδυναμία της υπηρεσίας να χορηγήσει τις ημέρες ανάπαυσης ανά εβδομάδα	
Επαγγελματικός τίτλος		Συχνά	227 (66,0)
Νοσηλευτές	269 (78,7)	Σπάνια	98 (29,0)
Βοηθοί Νοσηλευτών	73 (21,3)	Ποτέ	17 (5,9)

Πίνακας 2. Κατανομή της συχνότητας της αντίληψης για τις συνθήκες εργασίας ως προς την κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή

	N	%
Πως θα χαρακτηρίζατε την κτιριακή υποδομή του νοσοκομείου σας		
Πολύ κακή - Κακή	193	56,4
Πολύ καλή - Καλή	149	43,6
Σε ποίο επίπεδο το τμήμα σας διαθέτει τα μέσα και τα υλικά, ώστε το προσωπικό να ασκεί την επαγγελματική του δραστηριότητα προστατεύοντας τον εαυτό του και τους ασθενείς		
Στοιχειώδεις - μέτριο	269	78,7
ικανοποιητικό - πολύ καλό	73	21,3
Σε ποιο χώρο κάνετε ολιγόλεπτο διάλειμμα;		
Ένα γραφείο - αίθουσα προσωπικού	89	26,0
Κουζίνα	67	19,4
Αποθήκη	186	54,4

Πίνακας 3. Αριθμός ασθενών (Μέση τιμή) που αντιστοιχεί σε ένα μέλος του Ν/Π στο ωράριο εργασίας

Ασθενείς που αντιστοιχούν σε ένα Νοσηλευτή ανά ωράριο εργασίας	Είδος Νοσηλευτικού Τμήματος	N	Μέση Τιμή
Ασθενείς που αντιστοιχούν σε έναν νοσηλευτή στο ωράριο 7-3	Παθολογικό Τμήμα	77	11,20
	Χειρουργικό Τμήμα	63	10,45
Ασθενείς που αντιστοιχούν σε έναν νοσηλευτή στο ωράριο 3-11	Παθολογικό Τμήμα	77	15,82
	Χειρουργικό Τμήμα	63	15,34
Ασθενείς που αντιστοιχούν σε έναν νοσηλευτή στο ωράριο 11-7	Παθολογικό Τμήμα	77	24,38
	Χειρουργικό Τμήμα	63	28,12

Πίνακας 4. Η στελέχωση και η επίπτωσή της στους ασθενείς και στο ΝΠ

4.α Οι Νοσηλευτές υποχρεώνονται συχνά να λειτουργήσουν τα τμήματα χωρίς το απαραίτητο δυναμικό πόρους και υλικά	N	%
Διαφωνώ απόλυτα - Διαφωνώ	25	7,3
Συμφωνώ απόλυτα - Συμφωνώ	317	92,7
4.β Στην κλινική σας υπάρχει ο αναγκαίος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών σας;		
Διαφωνώ απόλυτα - Διαφωνώ	315	92,1
Συμφωνώ απόλυτα - Συμφωνώ	27	7,9
4.γ Αρκετές φορές οι Νοσηλευτές από τις συνθήκες υποχρεώνονται να κάνουν επιλογές αντίθετες με την επαγγελματική τους κρίση		
Διαφωνώ απόλυτα - Διαφωνώ	136	39,8
Συμφωνώ απόλυτα - Συμφωνώ	206	60,2
4δ Οι Νοσηλευτές δεν προλαβαίνουν να καλύψουν τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών τους ασχολούνται με τις κατά την κρίση τους σημαντικότερες		
Διαφωνώ απόλυτα - Διαφωνώ	35	10,2
Συμφωνώ απόλυτα - Συμφωνώ	307	89,8
4.ε. Σε πιο επίπεδο ικανοποιούνται οι ανάγκες των ασθενών σας		
Στοιχειώδες - μέτριο επίπεδο	192	56,1
Ικανοποιητικό - πολύ Ικανοποιητικό	150	43,9
4στ' Ο νοσηλευτής λόγω των διαφόρων ελλείψεων σε προσωπικό και εξοπλισμό ξεπερνά συνήθως τις ανθρώπινες αντοχές του		
Διαφωνώ απόλυτα - Διαφωνώ	19	5,6
Συμφωνώ απόλυτα - Συμφωνώ	323	94,4
4.ζ' Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις κοινωνικές του υποχρεώσεις λόγω των Ωραρίων εργασίας		
Διαφωνώ απόλυτα - Διαφωνώ	50	14,6
Συμφωνώ απόλυτα - Συμφωνώ	292	85,4
4.η' Ο Νοσηλευτής λόγω της κόπωσης από την εργασία δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις οικογενειακές του υποχρεώσεις		
Διαφωνώ απόλυτα - Διαφωνώ	38	11,1
Συμφωνώ απόλυτα - Συμφωνώ	304	88,9

4.θ Τα προβλήματα της εργασίας συχνά απασχολούν τους Νοσηλευτές ακόμη και στο σπίτι τους		
Διαφωνώ απόλυτα - Διαφωνώ	92	26,9
Συμφωνώ απόλυτα - Συμφωνώ	250	73,1

Πίνακας 5 Κατανομή της συχνότητας της αδυναμίας χορήγησης των ημερών ανάπαυσης κατά το κυκλικό ωράριο, την ηλικία και την ύπαρξη των παιδιών

Το Νοσηλευτικό Προσωπικό της κλινικής σας εργάζεται χωρίς να λάβει τις δύο ημέρες ανάπαυσης ανά εβδομάδα;						
	ΚΥΚΛΙΚΟ					
	ΝΑΙ			ΟΧΙ		
	N	%	N	%	N	%
Πολύ συχνά -συχνά	146	69,5	65	59,6		
Σπανίως -Ποτέ	64	30,5	44	40,4		
	r=-0,127, p=0,023					
	ΗΛΙΚΙΑ					
	1938 - 1960		1961 - 1970		1971 και άνω	
	N	%	N	%	N	%
Πολύ συχνά -συχνά	35	54,7	133	64,9	59	80,8
Σπανίως -Ποτέ	29	45,3	72	35,1	14	19,2
	r=-0,155, p=0,004					
	ΠΑΙΔΙΑ					
	ΝΑΙ			ΟΧΙ		
	N	%	N	%	N	%
Πολύ συχνά - συχνά	140	61,1	81	77,1		
Σπανίως -Ποτέ	89	38,9	24	22,9		
	r=-0,129, p=0,019					

ΕΡΕΥΝΑ

Η επίδραση της χρόνιας αιμοκάθαρσης στην προσωπικότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Κουτσοπούλου-Σοφικίτη Ε. Βασιλική¹, Κελέση-Σταυροπούλου Ν. Μάρθα², Βλάχου Δ. Ευγενία³, Φασόη-Μπαρκά Γ. Γεωργία⁴

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, PhD Κλινική Νοσηλευτική, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
3. Νοσηλεύτρια ΠΕ, PhD Κλινική Νοσηλευτική, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
4. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν μόνιμες αλλαγές στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Αυτό, συνοδευόμενο από την διαταραχή των βιολογικών τους λειτουργιών έχει σαν αποτέλεσμα, οι ασθενείς αυτοί να εκδηλώνουν ποικίλες παθολογικές συμπεριφορές και να διαταράσσεται η προσωπικότητά τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η διερεύνηση της ψυχικής συμπεριφοράς ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε περιοδική εξωνεφρική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ).

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη βασίστηκε στη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που έχει χρησιμοποιηθεί σε ξένους και έλληνες ασθενείς, πάσχοντες από χρόνια νοσήματα, με μέγιστη αξιοπιστία, ώστε να προσδιορισθούν οι πλευρές της ζωής τους που είχαν επηρεαστεί αρνητικά από την ασθένειά τους. Πρέπει να σημειωθεί ότι το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck, έχει ιδιαίτερα αξιολογηθεί στον Ελληνικό πληθυσμό, για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Το ερωτηματολόγιο περιείχε 84 ερωτήσεις σε τέσσερις διαταραχές (ψυχωτισμός, νευρωτισμός, έξω/εσωστρέφεια και έλεγχος πρόθεσης δήλωσης ανακριβειών), αποδείχθηκε χρήσιμο για την αξιολόγηση της επίδρασης διαφόρων παρεμβάσεων πάνω στην ποιότητα της ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και αξιόπιστο όταν συγκρίθηκε με το Sickness Impact Profile και με μια δοκιμασία για την άσκηση υπό συνθήκες υπερέντασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε ότι και οι τρεις κλίμακες ελέγχου διαταραχών προσωπικότητας έχουν συστηματικά επηρεασθεί, συγκριτικά με ομάδα 138 υγιών ατόμων της

ομάδας ελέγχου, αντιστοιχισμένων ως προς την ηλικία και το φύλο. Ειδικότερα διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες υπό ΧΠΑ βρέθηκαν σε χαμηλότερη περιοχή της κλίμακας μέτρησης νευρωτισμού ενώ οι γυναίκες ασθενείς εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μέτρησης ψυχωτισμού. Η δοκιμασία του T-test δείχνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των διαταραχών μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με τη φύση του επαγγέλματός τους. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και στις διακυμάνσεις της βαθμολόγησης για την διαταραχή του ψυχωτισμού, νευρωτισμού και εσωστρέφειας. Από την ανάλυση μεταβλητότητας της διαταραχής προσωπικότητας των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπό ΧΠΑ δεν αναγνωρίστηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του Νοσηλευτικού Ιδρύματος και οι ασθενείς που καταφεύγουν σε αυτά έχουν την ίδια βαθμολογία στους δείκτες ψυχωτισμού και νευρωτισμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την μελέτη αυτή προέκυψε ότι οι πάσχοντες από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που κατέληξαν σε ΧΠΑ εμφάνισαν τάση να αναπτύσσουν νευρωτισμό, αλεξιθυμία και άλλα ψυχολογικά προβλήματα με αποτέλεσμα διαταραχή της προσωπικότητάς τους.

Λέξεις κλειδιά: Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, Χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, Διαταραχές προσωπικότητας από χρόνια αιμοκάθαρση

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Βασιλική Ε. Κουτσοπούλου – Σοφικίτη,
Καλογήρου Σαμουήλ 18,
111 46 Γαλάτσι.
Τηλ.: 210-2220027, 6977562433
E-mail.: Vkutsop@teiath.gr*

ORIGINAL PAPER**The impact of chronic hemodialysis on the personality of patients with chronic renal failure**

Kutsopulu-Sofikiti E. Vasiliki¹, Kelesi-Stavropulu N. Martha², Vlachou D. Evgenia³, Fasoi-Barka G. Georgia⁴

1. RN, PhD Clinical Nursing, Assistant Professor, Faculty of Nursing B', TEI of Athens

2. RN, MSc, PhD Management and Administration of Health Services, Assistant Professor, Faculty of Nursing B', TEI of Athens

3. RN, PhD Clinical Nursing, Assistant Professor, Faculty of Nursing B', TEI of Athens.

4. RN, MSc, Lecturer of Nursing, Faculty of Nursing B', TEI of Athens

ABSTRACT

People with chronic diseases, deal with permanent changes in their everyday life. At the same time these patients appear to have different pathological behavior and personality disturbances as a result of the disorders of their biological functions.

AIM: The aim of this study is the examination of the psychological behavior of patients with chronic renal failure who submit themselves to recurrent hemodialysis (CRH).

MATERIAL-METHODS: The research was based on the completion of a questionnaire which has been used on foreigners and Greek patients who complained about chronic diseases. This questionnaire guarantees the highest reliability of all so that it will be possible to specify the negative influence of their disease upon the different sides of their life. Emphasis should be given on the fact that the personality questionnaire of Eysenck has been intensively evaluated on the Greek population as very trustworthy for secure conclusions. It included 84 questions in four different disorders (psychotism, neurotism, ex/introversion and check inversion for inaccuracies). The questionnaire has been proved very useful for the evaluation of the influence of the different interventions upon the quality of life of patients under hemodialysis. It appeared also that it was more reliable in comparison with the Sickness Impact Profile and with a test, which was about the exercise under stress conditions.

RESULTS: It has been discovered that all the three scales of control of the personality disturbances have systematically been influenced according to the control group of 138 persons from different age and sex groups. Furthermore, it has been found that the men patients under

the CRH were in lower region of the scale of neurotism while women patients appeared to be lower in the scale of psychotism. The T-test shows that there is no important statistic difference between the two sexes according to the quality of their job. There is also no important difference statistically between the educational level and the range of the disorder of psychotism, neurotism and introversion. Moreover, there is no important impact of the medical institution, which has been identified statistically from the variability analysis of the personality disturbance of patients with chronic renal failure under the CRH programs. In addition, those patients who visit the institutions have the same rate of psychotism and neurotism.

CONCLUSIONS: In conclusion, this study reveals that the patients of chronic renal failure who ended up in CRH groups, showed the tense to develop neurotism, indecision and other serious psychological problems which affect negatively their personality.

Key words: Chronic renal failure, chronic periodic haemodialysis, personality disorders with chronic heamodialysis

CORRESPONDING AUTHOR*Vasiliki E. Kutsopulu-Sofikiti**Kalogiru Samuil 18,**111 46 Galatsi.**Tel.: 210-2220027, 6977562433**E-mail: Vkutsop@teiath.gr***ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι συνέπειες μιας νόσου όπως η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (ΧΝΑΤΣ) είναι ιδιαίτερα σημαντικές τόσο για την κοινωνία όσο και για την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από την συγκεκριμένη νόσο. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τον υψηλό επιπολασμό της νόσου επιβάλλει τον εντοπισμό και την καταγραφή όλων των παραγόντων που επιδρούν στην προσωπικότητα του

ασθενούς και τις κοινωνικές προεκτάσεις. Ο εντοπισμός αυτών των παραγόντων αποτελεί σημαντική πληροφορία για τους επαγγελματίες υγείας και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όχι μόνο η παράταση της επιβίωσης των ασθενών με ΧΝΑΤΣ αλλά και η ποιότητα της οικογενειακής και κοινωνικής ζωής στα επιπλέον αυτά έτη.

Η αιμοκάθαρση αποτελεί μια πολύ διαδεδομένη μέθοδο υποκατάστασης της

νεφρικής λειτουργίας στην Ελλάδα αφού το 74,2 % των ασθενών με ΧΝΑΤΣ υποβάλλονταν το 2004 σε αιμοκάθαρση και επιπλέον πολλές μελέτες δείχνουν ότι έχει καλύτερους κλινικούς δείκτες (μακρότερη επιβίωση, λιγότερες ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας)¹.

Παρά το γεγονός όμως ότι η αιμοκάθαρση εξακολουθεί να παραμένει η κυρίαρχη μέθοδος θεραπείας φαίνεται ότι συνδέεται με ιδιαίτερα υψηλό κόστος (οι δαπάνες για την αντιμετώπιση της ΧΝΑΤΣ συχνά ξεπερνούν το 1 % των δαπανών υγείας μιας χώρας), με αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς επίσης και με μειωμένη παραγωγικότητα των ασθενών εξαιτίας της τακτικής εισαγωγής τους στο νοσοκομείο για την διεξαγωγή της συνεδρίας αιμοκάθαρσης (συνήθως για 4 ώρες, τρεις φορές την εβδομάδα). Είναι ευνόητο ότι εξαιτίας της χρονιότητας αλλά και της ιδιαιτερότητας της θεραπείας οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες προκειμένου να διατηρήσουν το αρχικό τους επάγγελμα ^{2, 3}.

Οι Carol και συνεργάτες αναφέρουν ότι η ικανότητα για πλήρη εργασία διατηρείται στο 50 % των ασθενών, το 25 % έχει μερική απασχόληση και το άλλο 25 % εγκαταλείπει την εργασία του ⁴.

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελεί δυναμικό συγκερασμό πολύπλοκων ανατομικών συστημάτων, με απόλυτα

καθορισμένη λειτουργική ετερογένεια. Καθένα από τα συστήματα αυτά αποσκοπεί στη διατήρηση της ομοιοστασίας του οργανισμού, την ολοκλήρωση συστημάτων άμυνας και προστασίας καθώς και την ανάπτυξη μηχανισμών αποκατάστασης (repair functions).

Ο οργανισμός ως σύνολο ψυχοσωματικών λειτουργιών, αποτελεί λειτουργικό κύτταρο, το οποίο επιδρά, διαμορφώνοντας το περιβάλλον του. Η αντίληψη του ανθρώπινου οργανισμού ως συνόλου ψυχοσωματικών λειτουργιών προσδιορίζεται ως σύνολο βιονομικών ιδιοτήτων-μεταβλητών, που θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε βιολογικές, ψυχοκοινωνικές, κοινωνικοπολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές ^{5,6,7,8}.

Έτσι, κάθε εκτροπή, για παράδειγμα, στις βιολογικές διεργασίες, όπως είναι η νόσος, που συνεπάγεται απώλεια υγείας, έχει αντίκτυπο σε όλες τις υπόλοιπες ψυχοσωματικές ιδιότητες του ατόμου, που βρίσκονται σε μια δυναμική αμφίδρομη συναλλαγή, στα πλαίσια προσαρμοστικών τροποποιήσεων ⁹.

Από τα βασικά ενδιαφέροντα της ψυχοσωματικής ιατρικής, η μελέτη των βιολογικών και ψυχολογικών λειτουργιών του ατόμου, αποσκοπεί στη συλλογή και αξιολόγηση εμπειρικού υλικού που αφορά την αλληλεπίδραση μεταξύ οργανικού υποστρώματος και ψυχικών παραγόντων ¹⁰.

Η διαμόρφωση της προσωπικότητας είναι συγκερασμός, αφ'ενός μεν των γενετικών καταβολών του ατόμου και αφ'ετέρου των επιδράσεων των συγκεκριμένων βιολογικών χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος στο οποίο αναπτύσσεται και ζει^{11,12}.

Η προσωπικότητα αναπτύσσεται σε τρεις ανεξάρτητους μεταξύ τους άξονες-διαστάσεις. Η μία διάσταση αφορά χαρακτήρες «εσωστρέφειας-εξωστρέφειας» και η άλλη τη σταθερότητα-αστάθεια της συμπεριφοράς και ορίζεται ως «νευρωτισμός». Η εξωστρέφεια-εσωστρέφεια χαρακτηρίζει τις σχέσεις του ατόμου με τον κοινωνικό του περίγυρο¹³. Ο νευρωτισμός αναφέρεται στη γενική συναισθηματική αστάθεια του ατόμου, στη συναισθηματική του υπεραντιδραστικότητα και στην τάση του να αναπτύσσει νευρωτική συμπτωματολογία κάτω από συνθήκες έντασης¹⁴. Η τρίτη διάσταση, ονομάστηκε «ψυχωτισμός», που χαρακτηρίζει άτομα με αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν ψυχωτικές διαταραχές.

Οι διαταραχές προσωπικότητας μεταξύ ασθενών με χρόνια προβλήματα προσεγγίζονται με ψυχιατρική συνέντευξη ή συμπλήρωση ερωτηματολογίων προσωπικότητας, που έχουν προηγουμένως αξιολογηθεί ως αποδοτικά στον πληθυσμό που πρόκειται να εφαρμοσθούν κι έχουν αποδειχθεί ευαίσθητα στην αποτύπωση

ψυχοπαθολογικών εκτροπών, αποδιδόμενων στην χρόνια πάθηση.

Η διαδικασία της αιμοκάθαρσης επιβάλλει στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σημαντικές προσαρμογές στην καθημερινή δραστηριότητά τους και επηρεάζει σημαντικά την οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική και οικονομική υπόσταση του ασθενούς, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχολογικών συγκρούσεων και ενίοτε, την εκδήλωση ψυχωσικών φαινομένων^{15,16}.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της διαταραχής της προσωπικότητας ασθενών που πάσχουν από ΧΝΑΤΣ και συχνά απαιτείται να νοσηλευτούν σε οργανωμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας εξαιτίας επιπλοκών της μεθόδου θεραπείας (αιμοκάθαρση) ή σταδιακής επιβάρυνσης της κατάστασης της υγείας τους. Εκτιμήθηκε ο τύπος και η βαρύτητα αυτών των διαταραχών ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας Eysenck (Eysenck personality Questionnaire) που αποτελεί την τελευταία εξέλιξη σειράς

ερωτηματολογίων και έχει αποδειχθεί κατάλληλο και αποδοτικό για μελέτες ελέγχου προσωπικότητας σε κλινικές διατάξεις¹⁷.

Το τροποποιημένο ερωτηματολόγιο EPQ αποτελείται από 84 ερωτήσεις, οι οποίες μετρούν τέσσερις παραμέτρους (διαστάσεις) προσωπικότητας¹⁸.

Οι Verna και Eysenck¹⁹ χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο EPQ προκειμένου να συσχετίσουν τη σοβαρότητα της ψυχικής πάθησης με την προσωπικότητα, ενώ ο Rahman²⁰ χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο προκειμένου να αξιολογήσει το βαθμό ψυχωτισμού του «νευρωτικού» ασθενούς και να αποτιμήσουν το κλινικό αποτέλεσμα διαφόρων μορφών θεραπείας.

Με τις ερωτήσεις P ελέγχεται η διάσταση «ψυχωτισμός» με τις ερωτήσεις E ελέγχεται η εξωστρέφεια/εσωστρέφεια, ενώ με τις ερωτήσεις N ελέγχεται η διάσταση «νευρωτισμός» της προσωπικότητας των ασθενών (και της ομάδας ελέγχου). Τέλος, οι ερωτήσεις L είναι ερωτήσεις «αντιπερισπασμού» και αποσκοπούν στον έλεγχο της ειλικρίνειας των απαντήσεων στις ερωτήσεις προσωπικότητας.

Οι ασθενείς συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο αμέσως μετά την αποδέσμευσή τους από τον τεχνητό νεφρό και πριν αναχωρήσουν από τη μονάδα. Σε μικρή αναλογία ασθενών, οι οποίοι είχαν αδυναμία

να διαβάσουν ή να γράψουν, τους παρασχέθηκε γραμματειακή βοήθεια από νοσηλεύτρια της Μονάδας, που δεν είχε προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό του ερωτηματολογίου.

Στην εργασία αυτή συμπεριελήφθησαν 103 ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και 138 άτομα της ομάδας ελέγχου, ηλικίας 50.90 ± 15.4 ετών. Από αυτούς οι 54 (55%) ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας 51.5 ± 15.4 ετών και οι 49 γυναίκες (45%), μέσης ηλικίας 50.3 ± 15.5 ετών.

Η ηλικία των ανδρών-ασθενών που συμπεριελήφθησαν στη μελέτη κυμάνθηκε μεταξύ 17 και 84 έτη (μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση 51.5 ± 15.4) και της ομάδας ελέγχου 18 και 79 έτη (μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση 52 ± 16.4), ενώ των γυναικών ασθενών, μεταξύ 16 και 86 (μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση 50.3 ± 15.5) και της ομάδας ελέγχου 19 και 78 (μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση 49 ± 16).

Οι ασθενείς του δείγματος προέρχονταν από τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού των Νοσοκομείων: Κυανούς Σταυρός, Π.Γ.Ν.Ν «Αλεξάνδρα» και Π.Γ.Ν.Ν «Ιπποκράτειο». Οι νοσηλευτικές συνθήκες των τριών κέντρων είναι συγκρίσιμες μεταξύ τους και οι ασθενείς είναι όλοι κάτοικοι του Λεκανοπεδίου Αττικής. Από τα συμπεριληφθέντα κέντρα το πρώτο είναι ιδιωτικό, ενώ τα δύο άλλα είναι Δημόσια. Οι

ασθενείς της μελέτης εναλλάσσοντο κατά τυχαίο τρόπο σε διαφορετικού τύπου συσκευές, ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες στο κάθε Κέντρο. Και τα τρία κέντρα είχαν διαφόρων τύπων μηχανήματα τεχνητού νεφρού. Στη μελέτη οι ασθενείς εντάχθηκαν οικειοθελώς, μετά προφορική και γραπτή ενημέρωσή τους.

Τα δεδομένα της μελέτης, μετά την αποδελτίωσή τους, επεξεργάστηκαν με κατάλληλο λογισμικό που είχε τη δυνατότητα επαναταξινόμησης των ασθενών, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο και το Νοσηλευτικό Ίδρυμα. Η σύγκριση των μέσων τιμών των παραμέτρων των διαφόρων ομάδων έγινε είτε με τη χρήση του T-student test είτε με τη χρήση του F-test από ANOVA. Το T-test χρησιμοποιήθηκε στην περίπτωση σύγκρισης των διαφόρων παραμέτρων μεταξύ δύο ομάδων. Η σύγκριση παραμέτρων σε περισσότερες από δύο ομάδες απαιτεί F-test. Οι τυχόν αποκλίσεις των διαφόρων μεταβλητών από την κανονική κατανομή εξομαλύνονται λόγω του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος από το αρκετά μεγάλο δείγμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση τιμή (\pm SD), η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της βαθμολογίας που επέτυχαν οι ασθενείς υπό ΧΠΑ και η ομάδα ελέγχου, για

κάθε παράμετρο προσωπικότητας που ελέγχθηκε, παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Στον πίνακα καταχωρούνται, επίσης, τα αποτελέσματα της σύγκρισης (Ανονα), των ασθενών με την ομάδα ελέγχου, κατά φύλο. Συγκεκριμένα, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, ως προς την κλίμακα ψυχωτισμού, τόσο οι άνδρες ($p=0.017$), όσο και οι γυναίκες ($p=0.021$) ασθενείς επέτυχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολόγηση· ως προς την κλίμακα του νευρωτισμού, τόσο οι άνδρες ($p=0.015$) όσο και οι γυναίκες ($p=0.045$) ασθενείς επέτυχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία. Ανάλογες διαφορές διαπιστώθηκαν στις βαθμολογήσεις της κλίμακας εξωστρέφειας ($p=0.002$ και 0.0031 , αντίστοιχα για τους άνδρες και γυναίκες ασθενείς), καθώς, επίσης και στην κλίμακα που ελέγχει την πρόθεση ειλικρίνειας ($p=0.001$ και 0.003 , αντίστοιχα για τα δύο φύλα).

Πίνακας 1. Μέσες τιμές μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου ανά φύλο στις διαστάσεις προσωπικότητας ΕΡQ.

	N	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΤΙΜΗ	SD	F-test Τιμή P
<i>ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΥ</i>						
ΑΝΔΡΕΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ	54	12,17	6	16	2,04	5.85
ΑΝΔΡΕΣ – ΜΑΡΤΥΡΕΣ	70	17,4	13	19	1,84	P=0.017
ΓΥΝΑΙΚΕΣ –ΑΣΘΕΝΕΙΣ	49	10,08	7	14	1,91	5.47
ΓΥΝΑΙΚΕΣ – ΜΑΡΤΥΡΕΣ	68	16,4	14	20	2,03	P=0.021
<i>ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΥ</i>						
ΑΝΔΡΕΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ	54	9,92	6	16	2,30	6.10
ΑΝΔΡΕΣ – ΜΑΡΤΥΡΕΣ	70	15,33	9	19	2,44	P=0.015
ΓΥΝΑΙΚΕΣ –ΑΣΘΕΝΕΙΣ	49	11,55	5	16	2,61	4.11
ΓΥΝΑΙΚΕΣ – ΜΑΡΤΥΡΕΣ	68	14,71	10	18	2,14	P=0.045
<i>ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑΣ</i>						
ΑΝΔΡΕΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ	54	11	7	16	1,91	10.00
ΑΝΔΡΕΣ – ΜΑΡΤΥΡΕΣ	70	14,98	11	19	1,87	P=0.002
ΓΥΝΑΙΚΕΣ –ΑΣΘΕΝΕΙΣ	49	11,08	5	16	2,18	9.13
ΓΥΝΑΙΚΕΣ – ΜΑΡΤΥΡΕΣ	68	15,53	10	18	1,87	P=0.0031
<i>ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΙΛΙΚΡΙΝΕΙΑΣ</i>						
ΑΝΔΡΕΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ	54	7,44	4	11	1,67	10.39
ΑΝΔΡΕΣ – ΜΑΡΤΥΡΕΣ	70	15,7	11	19	1,79	P=0.001
ΓΥΝΑΙΚΕΣ –ΑΣΘΕΝΕΙΣ	49	7,06	2	12	1,98	9.19
ΓΥΝΑΙΚΕΣ – ΜΑΡΤΥΡΕΣ	68	16,7	8	18	2,35	P=0.003

Στον πίνακα 2 οι ασθενείς έχουν ομαδοποιηθεί κατά φύλο και επάγγελμα. Στην κατηγορία Α εντάχθηκαν 13 (27%) γυναίκες και 25 (46.29%) άνδρες οι οποίοι είναι ανειδίκευτοι, ενώ στην κατηγορία Β εντάχθηκαν 13 (26.5%) γυναίκες και 29 (53.7%) άνδρες, υπάλληλοι γραφείου, επιστήμονες. Η δοκιμασία του T-test δείχνει ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά των διαταραχών μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με τη φύση του επαγγέλματός τους.

Πίνακας 2. Μέσες τιμές της κατανομής P, N και E για τους ασθενείς σε σχέση με το φύλο και το επάγγελμα.

	N	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD	ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ 't'	p
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ					
ΑΝΔΡΕΣ	A 25	10,38	1.75	1.095	0.27
	B 29	10,00	2.30		
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	A 13	10,15	1.28	-0.669	0.98
	B 34	10,18	2.10		
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ					
ΑΝΔΡΕΣ	A 25	9,88	2.36	1.118	0.268
	B 29	10,03	2.29		
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	A 13	12,00	2.04	-1.616	0.112
	B 34	11,35	2.88		
ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ-ΕΣΩΣΤΡΕΦΕΙΑ					
ΑΝΔΡΕΣ	A 25	10,96	1.87	0.82	0.82
	B 29	11,00	1.96		
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	A 13	11,85	2.27	-1.145	0.224
	B 34	10,85	2.18		

Στον πίνακα 3, αναδιατάχθηκαν οι ασθενείς, ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο, ανεξάρτητα με το φύλο. Στο μορφωτικό επίπεδο Α καταχωρήθηκαν 39 (37.86%) ασθενείς, μέχρι 9 έτη σπουδών, ενώ στο μορφωτικό επίπεδο Β, καταχωρήθηκαν 35 (33.98%) ασθενείς, ανεξαρτήτως φύλου, μέχρι 12 έτη σπουδών. Τέλος, στο μορφωτικό επίπεδο Γ, εντάχθηκαν 24 (23.3%) ασθενείς πάνω από 12 έτη σπουδών. Από την ανάλυση μεταβλητότητας δεν διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και των διακυμάνσεων της βαθμολόγησης για τη διαταραχή ψυχωτισμού ($\rho=0.917$), νευρωτισμού ($\rho=0.846$) και εσωστρέφειας ($\rho=0.952$).

Πίνακας 3. Μέσες τιμές των διαταραχών της προσωπικότητας σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

	N	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD	F- VALUE	P- VALUE
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ					
A	39	10,8	1,71		
B	35	10,74	2,45	0,087	0,917
Γ	24	9,63	1,88		
ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ					
A	39	10,31	2,45		
B	35	11,54	2,43	0,168	0,846
Γ	24	10,38	2,50		
ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ					
A	39	10,64	1,88		
B	35	11,43	2,28	0,049	0,952
Γ	24	11,33	1,9		

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η κατανομή των ασθενών στα τρία Νοσηλευτικά Ιδρύματα, τον Κυανού Σταυρού (ΝΟΣ. ΙΔ 1), το Π., Γ., Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» (ΝΟΣ. ΙΔ 2) και το Π., Γ., Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο» (ΝΟΣ. ΙΔ. 3) στα οποία νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς της παρούσας μελέτης. Και τα τρία Ιδρύματα είναι συγκρίσιμα μεταξύ τους ως προς τον εξοπλισμό τους και την ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών που νοσηλεύουν. Βρίσκονται σε μικρή, μεταξύ τους απόσταση, στο Κέντρο των Αθηνών και έχουν την ίδια δυσκολία να προσεγγισθούν από τους ασθενείς. Κανένα από τα τρία Ιδρύματα δεν εμφανίζεται να υπερέχει στις προτιμήσεις των ασθενών, έναντι των

άλλων. Οι Μονάδες Τεχνητού Νεφρού που αναπτύχθηκαν στα παραπάνω Νοσηλευτικά Ιδρύματα καθώς και ο εξοπλισμός τους δεν έχουν χρονολογική διαφορά ίδρυσης. Από την ανάλυση μεταβλητότητας των διαταραχών προσωπικότητας των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπό ΧΠΑ δεν αναγνωρίστηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του Νοσηλευτικού Ίδρυματος και οι ασθενείς που καταφεύγουν σε αυτά έχουν την ίδια βαθμολογία στους δείκτες ψυχωτισμού και νευρωτισμού.

Πίνακας 4. Μέσες τιμές των τιμών P και N των ασθενών σε σχέση με το Νοσηλευτικό Ίδρυμα στο οποίο πραγματοποιήθηκαν οι ΧΠΑ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ	N	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ		ΝΕΥΡΩΤΙΣΜΟΣ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	SD
ΝΟΣ.ΙΔ.1	54	10.92	1.71	11.61	2.62
ΝΟΣ.ΙΔ.2	16	11.04	2.11	11.29	2.41
ΝΟΣ.ΙΔ.3	33	11.40	2.33	11.36	2.12
ANOVA					
F-VALUE		1,26		1,64	
P-VALUE		0.287		0.199	

Στον πίνακα 5 καταχωρούνται συνοπτικά οι έλεγχοι της επίδρασης των παραμέτρων που μελετήθηκαν στην μελέτη αυτή, στη διαμόρφωση διαταραχών προσωπικότητας μεταξύ των ασθενών.

Πίνακας 5. Συνοπτικός πίνακας των ελέγχων διακύμανσης της μεταβλητότητας των βαθμολογήσεων των διαταραχών «ψυχωτισμός», «νευρωτισμός» και «εξω/εσωστρέφειας»

	Ψυχωτισμός		Νευρωτισμός		Εσωστρέφεια	
	«P»		«N»		«E»	
	F-test	P-value	F-test	P-value	F-test	P-value
Επάγγελμα	0,362	0,938	1,853	0,077	1,641	0,124
Φύλο	0,009	0,927	10,502	0,002	0,092	0,763
Ετη σπουδών	0,087	0,917	0,168	0,846	0,049	0,952
Ηλικία*	0,255	0,906	0,808	0,523	0,518	0,722

* Οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν κατά δεκαετίες ηλικιών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και ουραιμία, λόγω της οποίας υποχρεώνονται να ενταχθούν σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης, εμφανίζουν διαταραχές προσωπικότητας, που διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο και την ηλικία. Σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξαν και άλλοι ερευνητές, όπως ο Landsman ²¹, ο οποίος διαπιστώνει ότι ο χρόνιος νεφροπαθής αντιμετωπίζει την πάθησή του με τον ίδιο τρόπο, όπως οι ασθενείς με άλλα νοσήματα. Μετά την ένταξη σε πρόγραμμα ΧΠΑ, όμως, η συμπεριφορά του ασθενούς μεταβάλλεται. Η μεταβολή οφείλεται στην παράταση της υπερέντασης και στη συνειδητοποιούμενη αβεβαιότητα της πρόγνωσης που σχετίζεται με την προσδοκία ή μη της μεταμόσχευσης. Άλλοι συγγραφείς επισημαίνουν ότι ο

χρόνιος αιμοκαθαιρόμενος ασθενής αποτελεί πρότυπο ατόμου, που είναι εξαρτημένο από «ένα μηχάνημα» χάριν της επιβίωσης ^{22,23}.

Από τη μελέτη διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολόγηση των διαταραχών ψυχωτισμού, νευρωτισμού και εξωστρέφειας μεταξύ της πειραματικής ομάδας (p=0.001) και της ομάδας ελέγχου. Συγκεκριμένα, η διαταραχή του ψυχωτισμού βρέθηκε σημαντικά χαμηλότερη τόσο για τους άνδρες (F=5.85, p=0.017), όσο και για τις γυναίκες (F=5.47, p=0.021), ουραιμικούς ασθενείς, συγκριτικά με τους αντιστοιχισμένους ως προς την ηλικία και το φύλο της ομάδας ελέγχου.

Σημαντική διαφορά αναγνωρίστηκε, επιπλέον, στον τύπο της διαταραχής, καθώς οι μεν άνδρες εμφάνισαν σε μεγαλύτερο βαθμό νευρωτισμό, αντίθετα με τις γυναίκες, οι οποίες πέτυχαν πολύ χαμηλότερη βαθμολογία κατά τον έλεγχο της διαταραχής ψυχωτισμού. Κατάθλιψη και μείωση των επιδόσεων σε ευχάριστες δραστηριότητες έχουν αναφερθεί σε ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ²³.

Το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο δεν συνέβαλαν συστηματικά στη διαμόρφωση διαφορετικού τύπου διαταραχών της προσωπικότητας, τουλάχιστον όπως αξιολογήθηκαν με την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Η

μεταβλητότητα της διαταραχής του ψυχωτισμού που οφείλεται στο επάγγελμα ($F=0.362$, $p=0.938$) δεν ήταν σε εκείνο το βαθμό ισχυρή, ώστε να αποκλεισθεί η στατιστική υπόθεση της «επίδρασης». Ανάλογα ευρήματα προέκυψαν και κατά τον έλεγχο της επίδρασης στα έτη σπουδών των ασθενών. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα που αφορούν την επίδραση του επαγγέλματος και τα έτη σπουδών στη διαμόρφωση συγκεκριμένου τύπου διαταραχών δεν αποσαφηνίζουν μια αναμφισβήτητη επίδραση του είδους του επαγγέλματος στις συνεπαγόμενες στην πάθηση και τον τύπο της χρόνιας θεραπείας μεταβολές της προσωπικότητας^{24,25,3,26}.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης δεν διαπιστώθηκαν διαφορές, μετά τις ομαδοποιήσεις των ασθενών κατά Νοσηλευτικό Ίδρυμα. Σε παρόμοια συμπεράσματα έχουν καταλήξει και άλλοι συγγραφείς²⁷. Η συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα σχετίζεται με την ικανοποίηση από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, ενώ δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από την υγεία και τη λειτουργικότητα ή με τις κοινωνικοοικονομικές πλευρές της ζωής, τις ψυχολογικές/πνευματικές πλευρές και τη οικογενειακή κατάσταση^{28,29,30}.

Η συμπεριφορά των ασθενών, η αποδοχή και η αποτίμηση από αυτούς του συστήματος υγείας που εξυπηρετούσε το

χρόνιο πρόβλημά τους συσχετιζόταν με την ειδική θνητότητα της πάθησης^{31,32}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια πριν την ένταξή τους σε προγράμματα ΧΠΑ αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υγείας τους όπως τα περισσότερα άτομα με ένα χρόνιο νόσημα. Μετά την ένταξή τους στο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης εμφανίζουν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα όπως η αλεξιθυμία και ο νευρωτισμός. Η διαταραχή του ψυχωτισμού βρέθηκε σημαντικά χαμηλή τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο δεν συνέβαλλαν συστηματικά στη διαταραχή της προσωπικότητας των ασθενών που μελετήθηκαν. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα στα οποία πραγματοποιήθηκαν συνεδρίες αιμοκάθαρσης.

Βιβλιογραφία

26. Organization for Economic Cooperation and Development. Electronic Health Data Base. Paris, 2006.
27. Καϊτελίδου Δ., Λιαρόπουλος Α., Σίσκου Ο., Θεοδώρου Μ., Ζηρογιάννης Π., Μανιαδάκης Ν. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στην ζωή των ασθενών με

- χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική*, 2007, 46(2): 246-255.
28. Dattenberg T., Zander E., Zander W. 2 Criteria for making defferental diagnosis between primarily psychogenic and primarily organic body symptomatology easier. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.*, 1976, 22(3): 240-249.
29. Carol E.F., Marjorie J.P. The employment Potential of Hemodialysis Patients. *Nursing Research*, 1985, 34: 273-277.
30. Sluyter DV. Application of TQM to mental health: lessons from ten mental health centers. *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 1996, 22(1): 67-75.
31. Δάικος Γ. Νοσολογία. Καραβίας, Αθήνα, 1971.
32. Elliot RL. Evaluating the quality of correctional mental health services: an approach to surveying a correctional mental health system. *Behav Sci Law.*, 1997, 15(4): 427-38.
33. De Almeids JM., Xavier M. Evaluation and quality assurance of mental health services. *Acta Med Port.*, 1995, 8(2): 119-31.
34. Osberg JW., Meares GJ., McKee DC., Burnett GB. Intellectual functioning in renal failure and chronic dialysis. *J Chronic Dis.*, 1982, 35(6): 445-57.
35. Zissi A., Barry MM., Cochrane B. A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychol Med.*, 1998, 5: 1221-1230.
36. Stebnik D., Hendryz M., Stevenson J., Caverly S., Dyck DC., Cauce AM. Development of outcome indicators for monitoring the quality of public mental health care. *Psychiatr Serv.*, 1997, 48(7): 903-9.
37. Eysenck HJ. The Scientific Study of Personality. Routledge and Kegan Paul, 1952, London.
38. Eysenck HJ. Dimensions of Personality. Routledge and Kegan Paul, 1947, London.
39. Eysenck HJ., Prell D. The inheritance of neurotism: An experimental Study. *J. ment. Sci.*, 1951, 97: 441-465.
40. Larkin J. Factors influencing one's ability to adapt to chronic illness, during. *Clinics of North America*, 1987, 3: 535-542.
41. Wright R.G., Sand, P., Livingstou, G. Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure. *Annals of Internal Medicine*, 1966, 64: 611-21.
42. Kouidi E., Iacovides A., Iordanidis P., Vassiliou S., Deligiannis A., Ierodiakonou C., Tourkantonis A. Exercise renal rehabilitation program: psychosocial effects. *Nephron*, 1997, 77(2): 152-8.
43. Kuroda K., Takaltorige T., Talara K., Honio M., Harada K., Naya A., Tokito K., Matsutani M., Hokimoto M.,

- Okada K. An evaluation of the attitudes and productivity of public health nurses in mental health service programs for the elderly. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 1991, 38 (6): 400-9.
44. Verma RM., Eysenck HJ. Severity and type of psychotic illness as a function of personality. *Brit. J. Psychiatr*, 1973, 122: 573-85.
45. Rahman MA. Psychoticism and response to treatment in neurotic patients. Ph Thesis University of London, 1976.
46. Landsman M. Cancelling the patient with chronic renal failure. In Rehabilitation in chronic renal failure. *By, S., L. (ed.)*, 1979, Baltimore.
47. Smith MD., Hong BA., Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Comparative analysis. *Am J Med.*, 1985, 79 (2):160-166.
48. Levy NB. Psychological factors affecting long-term survivorship on hemodialysis. *Dialysis and Transplantation*, 1979, 8: 880-881.
49. Smith MD., Hong BA., Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Comparative analysis. *Am J Med.*, 1985, 79(2):160-6.
50. Osberg JW., Meares GJ., McKee DC., Burnett GB. Intellectual functioning in renal failure and chronic dialysis. *J Chronic Dis.*, 1982, 35(6): 445-57.
51. Naumann EG., Korten B., Pankalla S., Michalk DV., Querfeld U. Personality and rehabilitation in young adults with renal replacement therapy. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.*, 1999, 48(3): 155-62.
52. Sensky T. Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychother Psychosom.*, 1993, 59(2): 56-68.
53. Ferrans CE., Powers MJ., Kasch CR. Satisfaction with health care of hemodialysis patients. *Res Nurs Health*, 1987, 10(6): 367-74 /IMD=8804.
54. Christensen AJ., Smith TW., Turner CW., Holman JM., Gregory MC. Type of hemodialysis and preference for behavioral involvement: interactive effects on adherence on end-stage renal disease. *Health Psychol.*, 1990, 9(2): 225-36.
55. Killingworth A., Van Den Akker O. The quality of life of renal dialysis patients: trying to find the missing measurement. *Int J Nurs Stud.*, 1996, 33(1): 107-20.
56. Ferrans CE., Powers MJ. The employment potential of hemodialysis patients. *Nursing Research*, 1985, 34: 273-277.
57. Mary Elizabeth. One Behavior and Long-Term Maintenance Dialysis. The National Kidney Foundation, Inc

ΕΡΕΥΝΑ

Διαταραχές της διάθεσης και διαχείριση της καθημερινότητας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου IIΑγορίτσα Κουλούρη¹, Ζωή Ρούπα², Πηνελόπη Σωτηροπούλου³, Μαργίτσα Σκοπελίτου⁴

1. Νοσηλεύτρια MSc, Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας
2. Καθηγήτρια ΤΕΙ Λάρισας
3. Επισκέπτρια Υγείας MSc, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"
4. Νοσηλεύτρια MSc, ΓΝΠ "Τζάνειο"

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών και η σχέση τους με την διαχείριση της καθημερινότητας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.

Υλικό και Μέθοδος: 310 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II συμμετείχαν στη μελέτη κατά τη διάρκεια προγραμματισμένου γλυκαιμικού ελέγχου σε Διαβητολογικά κέντρα της Αττικής. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με την συμπλήρωση φόρμας που περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελούσαν 174(56%) γυναίκες και 136(44%) άνδρες με μέση ηλικία 61,7 έτη. Οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν "πολύ δύσκολη" έως "ακατόρθωτη" τη διευθέτηση της καθημερινότητας παρουσίασαν δύο έως πέντε φορές υψηλότερο σκορ άγχους και 1,5 έως 5 φορές υψηλότερο σκορ κατάθλιψης, σε σχέση με τα άτομα που θεωρούσαν εύκολη την διαχείριση των προβλημάτων ($p < 0.001$). Το συνολικό ποσοστό των ατόμων με σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας άγγιζε το 13%, ενώ το 23% του δείγματος δήλωνε ότι δεν ήταν ευτυχισμένοι. Η διευθέτηση των καθημερινών προβλημάτων φάνηκε ότι είναι "δύσκολη" τόσο για τους άνδρες (14%) όσο και για τις γυναίκες (37,9%).

Συμπεράσματα: Το άγχος και η κατάθλιψη συνδέονται ισχυρά με την μη ικανοποιητική διαχείριση των προβλημάτων της καθημερινότητας, την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και την ανηδονία.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχές διάθεσης, άγχος, κατάθλιψη, διαχείριση καθημερινότητας, Σακχαρώδης διαβήτης.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αγορίτσα Κουλούρη

Μ. Ζερβού 3 Σαλαμίνα

Τηλ: 6948579784

E mail: ritsa_koulouri@yahoo.gr

ORIGINAL PAPER

Mood disorders and handling of daily routine in patients with diabetes melitus type II

Koulouri Agoritsa¹, Roupa Zoi², Sotiropoulou Penelope³, Skopelitou Margitsa⁴

1. RN, MSc, Salaminas' Health Center

2. RN, Professor in Nursing Department, ATEI of Larissa, Greece

3. Health Visitor, MSc, "Sotiria" Hospital

4. RN, MSc, "Tzaneio" Hospital

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was the meditation of stressful and depressive disorders and their relation to the halding of daily routine to patients with diabetes melitus type II.

Material and method: 310 patients with diabetes mellitus type II took part in the study during programmed glucose control in Diabetological centers of Attica. Data have been collected with a form which concludes the questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results: The sample has been comprised by 174(56%) women and 136(44%) men with middle age the 61, 7 years. The participants that esteem "too hard" until "impacticable" the arrangement of everyday life two to five higher stress level and 1,5 to 5 higher depression level, in relation to those that regard as easy the problems arrangement ($p<0.001$). The summary of people with thoughts or attempts of suicide reached 13%, whereas the 23% of the sample states that they're not happy. The arrangement of everyday problems seems to be hard as for men (14%) just like as women (37, 9%).

Conclusions: Anxiety and depression are strongly connected with the non satisfactory arrangement of routine problems, the selfdestencive behavior and the andelightment.

Key words: Mood disorders, anxiety, depression, arrangement of routine problems, diabetes mellitus

CORRESPONDING AUTHOR*Agoritsa Koulouri**M. Zervou 3 Salamina**Tel: 6948579784**E mail: ritsa_koulouri@yahoo.gr***ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος της οποίας η συχνότητα πενταπλασιάστηκε την τελευταία δεκαπενταετία και αποτελεί μια από τις κυριότερες απειλές για την ανθρώπινη υγεία τον 21^ο αιώνα.^{1,2,3,4,5}

Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν διαταραχές με ευρύ φάσμα εκδηλώσεων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Συχνά συνδέονται με την αδυναμία μεταβολικού ελέγχου, τις χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη, τη μη ικανοποιητική αυτοδιαχείριση και την χαμηλή ικανοποίηση από τα αποτελέσματα της ακολουθούμενης αγωγής.^{6,7,8}

Ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλεί σημαντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου διότι απαιτεί συγκεκριμένο διαιτολόγιο, καθημερινό αυτοέλεγχο της τιμής του σακχάρου, ενέχει τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας, γεγονότα που ενδέχεται να επηρεάζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες και να οδηγήσουν στην εκδήλωση αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.⁹ Η εμφάνιση των

διαταραχών της διάθεσης στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη φαίνεται να έχει σχέση με το φύλο^{10,11,12} την οικογενειακή κατάσταση^{13,14} την παχυσαρκία^{14,15} την ένταξη της άσκησης στο καθημερινό πρόγραμμα^{16,17} και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση.^{13,18}

Σκοπός

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των διαταραχών της διάθεσης με την διαχείριση της καθημερινότητας. Μελετήθηκε ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν ορισμένοι παράγοντες όπως το φύλο, η προσωπική εκτίμηση για την ευτυχία, το άγχος και η κατάθλιψη τα άτομα στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και στην διαχείριση της καθημερινότητας.

Υλικό και μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 310 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Η μέση ηλικία ήταν τα 61,73 έτη και μέση ηλικία διάγνωσης της νόσου τα 49,98 έτη. Η έρευνα

πραγματοποιήθηκε σε διαβητολογικά κέντρα της Αττικής. Η συλλογή των ερωτηματολογίων γινόταν στο χώρο αναμονής των ιατρικών και μετά την επίσκεψη των ατόμων σε αυτά. Προηγούνταν ενημέρωση που παρείχε συνοπτικά πληροφορίες για την έρευνα και την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το δείγμα ελήφθη με τους κανόνες της τυχαίας δειγματοληψίας.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση των διαταραχών της διάθεσης ήταν το ερωτηματολόγιο Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Το ερωτηματολόγιο HADS αποτελείται από 14 στοιχεία (items) με απαντήσεις σε τέσσερις διαβαθμίσεις της κλίμακας likert. Το HADS μετρά τα επίπεδα των συμπτωμάτων της περασμένης εβδομάδας και αποκλείει στοιχεία (items) που θα μπορούσαν να παραπέμπουν σε προβλήματα όπως η αϋπνία, οι διαταραχές της όρεξης, ο πονοκέφαλος και η κούραση για να αποφευχθούν ψευδοθετικές περιπτώσεις, μεταξύ των ατόμων με σωματικές ασθένειες.^{19,20}

Το HADS-D (Depression) καλύπτει κυρίως την ανηδονία και την απώλεια ενδιαφέροντος, που αποτελούν τον πυρήνα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ το HADS-A (Anxiety) καλύπτει κυρίως την ανησυχία και την ένταση. Το HADS χρησιμοποιεί σαν "cat off level" το >8, που συμφωνεί με τις συστάσεις των δημιουργών του^{21,22} αλλά και με τα αποτελέσματα πολλών μελετών.²³

Άθροισμα (score) κάτω <8 σημαίνει ότι το άτομο είναι "ελεύθερο" συμπτωμάτων, και άθροισμα >8 ότι παρουσιάζει αγχώδη ή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η ικανοποίηση από την διευθέτηση της καθημερινότητας αποτυπώθηκε με χρήση ερωτήσεων που αφορούσαν την ατομική εκτίμηση για το αίσθημα της ευτυχίας, τις σκέψεις ή πράξεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που επέδειξαν και την εκτίμησή τους σχετικά με την ικανότητά τους να κάνουν παρέα και να συνδιαλλέγονται με άλλους, να φροντίζουν τα πράγματα στο σπίτι και να επιλύουν τα προβλήματα ρουτίνας που παρουσιάζονται.

Στατιστική ανάλυση – Statistics

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences) και μέθοδοι της περιγραφικής και συμπερασματολογικής στατιστικής (descriptive and inferential statistics).

Επίσης μονόδρομη ανάλυση μεταβλητότητας ANOVA, με χρήση Tuckey test για τις πολλαπλάσιες συγκρίσεις (multiple comparisons) και ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο ισότητας, μέσης και διάμεσης τιμής αντίστοιχα στα επίπεδα κατηγορικών μεταβλητών με 3 ή παραπάνω επίπεδα.

Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες ορίσθηκε το $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Στην μελέτη έλαβαν μέρος τριακόσια δέκα (310) άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, εκ των οποίων οι 174 (56%) ήταν γυναίκες και οι 136 (44%) άνδρες.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 61,73 έτη και η μέση ηλικία διαγνωσης της νόσου τα 49,98 έτη.

Οι 243(78%) ήταν έγγαμοι, οι 34(11%) διαζευγμένοι ή χήροι και οι 33(10,6%) άγαμοι. Οι 196(63,2%) από τους συμμετέχοντες είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό για σακχαρώδη διαβήτη, ενώ οι 114(36,8%) ήταν ελεύθεροι κληρονομικής προδιάθεσης.

Ο ασφαλιστικός φορέας των ατόμων ήταν το ΙΚΑ (n= 180, 58,1%), το Δημόσιο (n=33, 10,6%), το NAT (n=25, 8,1%) το ΤΕΒΕ (n=21, 6,8%), ο ΟΓΑ (n=18, 5,8%) ή άλλα ταμεία (n=32, 10,7%).

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, η θεραπευτική αγωγή που ελάμβαναν ήταν μόνο με χάπια (n=136, 43,9%), με χρήση χαπιών και ινσουλίνης (n=85, 27,4%) με συνδυασμό χαπιών και δίαιτας (n=51, 16,5%), και άλλο (n=38, 12,2%).

Στον πίνακα 2 αποτυπώνεται η συσχέτιση μεταξύ της αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το φύλο των συμμετεχόντων. Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες

εμφανίζουν τριπλάσια ποσοστά άγχους (62%), σε σχέση με τους άνδρες (21,5%), αλλά και στην κατάθλιψη οι γυναίκες υπερτερούν με διπλάσιο ποσοστό (41,4%) από αυτό των ανδρών (17,8%).

Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι οι γυναίκες δηλώνουν ότι δεν νιώθουν ευτυχισμένες και ότι αυτό τις ενοχλεί "πολύ" έως "ανυπόφορα" σε ποσοστό πολλαπλάσιο, 24,7% και 8% αντίστοιχα, από αυτό των ανδρών, 8,1% και 2,2% αντίστοιχα.

Η σχέση μεταξύ του άγχους, της κατάθλιψης και της ατομικής εκτίμησης της ευτυχίας είναι στατιστικά σημαντική. Όσο περισσότερο συμφωνεί κανείς με την πρόταση "δεν νιώθω ευτυχισμένος" τόσο μεγαλύτερη ενόχληση του προκαλεί η έλλειψη ευτυχίας και τόσο μεγαλύτερο είναι το score άγχους και κατάθλιψης.

Στο γράφημα 1 παρουσιάζονται οι απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση "Σκέφτεστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε βάλει τέλος στην ζωή σας, ή σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο" που αφορούν σκέψεις ή πράξεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Το 21,3% των γυναικών και το 2,2% των ανδρών έδωσαν θετική απάντηση.

Οι σκέψεις και πράξεις αυτοκτονίας σχετίζονται ισχυρά με το score άγχους και κατάθλιψης αφού η τιμή του είναι υψηλότερη (στατιστικά σημαντικά) στην κατηγορία των ατόμων με σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας (πίνακας 4). Η διαφορά αυτή στο score άγχους

και κατάθλιψη είναι στατιστικά σημαντική τόσο με τη χρήση του παραμετρικού ελέγχου t test όσο και με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney.

Στον πίνακα 4 παρατηρούμε ότι το score άγχους και κατάθλιψη αντίστοιχα εμφανίζει σημαντικές διαφορές ανάλογα με την προσωπική εκτίμηση για τη διευθέτηση της καθημερινότητας. Το score αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αυξάνεται όσο αυξάνεται και η δυσκολία διαχείρισης της καθημερινότητας. Τα άτομα που θεωρούν "πολύ δύσκολη" έως "ακατόρθωτη" τη διευθέτηση των καθημερινών προβλημάτων έχουν 2 έως 5 φορές υψηλότερο άγχος και 1,5 έως 5 φορές υψηλότερη κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που θεωρούν "λίγο δύσκολη" ή "καθόλου δύσκολη" τη διευθέτηση των πραγμάτων. Οι διαφορές στο score άγχους και κατάθλιψη είναι στατιστικά σημαντικές για κάθε ζεύγος κατηγοριών σύγκρισης ($p < 0,001$).

Συζήτηση

Οι διαταραχές της διάθεσης συχνά απαντώνται σε άτομα που πάσχουν από χρόνια μεταβολικά νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης.²⁴⁻³² Η αναγνώριση του άγχους και της κατάθλιψης αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη και στην υποστήριξη των ατόμων ώστε να μπορούν ικανοποιητικά να διαχειρίζονται την καθημερινότητά τους.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η υποκειμενική αντίληψη που είχαν τα άτομα για την κατάστασή τους και τα συμπτώματα της ασθένειας, σχετίζονταν περισσότερο με την καταθλιπτική διάθεση παρά με την προσπάθεια για τον γλυκαιμικό έλεγχο.³³

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το φύλο σχετίζεται ισχυρά με την εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης (πιν. 2). Τα άτομα που ανήκουν στο γυναικείο φύλο υπερτερούν τόσο στην αγχώδη όσο και στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.^{10,15,31,32,34-41} Πιθανά αυτό συμβαίνει διότι οι γυναίκες διαδραματίζουν πολλούς ρόλους που τους προσδίδουν αυξημένες αρμοδιότητες. Έρευνητές υποστηρίζουν ότι οι επιστήμονες υγείας ίσως να είναι προκατειλημμένοι ως προς το γυναικείο πληθυσμό, δίνοντας ευκολότερα τη διάγνωση της κατάθλιψης σε γυναίκες από ότι σε άνδρες, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο μια πλαστή υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών.⁴² Η Engum A. το 2007 σε έρευνα που έκανε δεν διαπίστωσε διαφορές στην αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με το φύλο.⁴³

Η ύπαρξη σκέψεων ή αυτοκαταστροφικών πράξεων εξετάστηκε στην παρούσα έρευνα, και διαπιστώθηκε ότι το καταθλιπτικό συναίσθημα, η μείωση της ενεργητικότητας και η αρνητική αξιολόγηση του εαυτού και της κατάστασης συνυπήρχαν, και αυτό φάνηκε από τις απαντήσεις που έδωσαν τα υπο μελέτη άτομα στις ερωτήσεις που αφορούσαν το

αίσθημα της ευτυχίας, την ικανότητά τους να διευθετήσουν τα προβλήματα της καθημερινότητας και τις σκέψεις ή απόπειρες αυτοκαταστροφής.

Απόπειρες και πράξεις αυτοκτονίας διαβητικών και μη-διαβητικών ατόμων από κακή χρήση της ινσουλίνης ή αντιδιαβητικών δισκίων, για πρόκληση "μοιραίας" υπογλυκαιμίας έχουν αναφερθεί σε μελέτες αρκετών ερευνητών.⁴⁴⁻⁴⁷

Η κατάθλιψη στην παρούσα μελέτη σχετίζεται με τις σκέψεις αυτοκτονίας (πίνακας 4), αφού η τιμή αυτού του σκορ είναι υψηλότερη - στατιστικά σημαντικά- στην κατηγορία ατόμων με σκέψεις/απόπειρες αυτοκτονίας. Το συνολικό ποσοστό ατόμων που απάντησαν θετικά σε αυτό το στοιχείο αγγίζει το 13% περίπου. Αυτό οφείλεται κυρίως στο πολύ υψηλό ποσοστό των γυναικών με σκέψεις αυτοκτονίας (21.3%) και πολύ λιγότερο στο αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών που μόλις ξεπερνάει το 2% στην έρευνά μας όπως φαίνεται στο γράφημα 1.

Ο άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη έχει την πεποίθηση ότι είναι ανεπαρκής, επικρατεί μέσα του η αίσθηση ότι τα πράγματα έχουν χάσει πια τη σημασία τους, θεωρεί ότι τίποτα δεν μπορεί πλέον να του προσφέρει ικανοποίηση και ευχαρίστηση και αντιμετωπίζει τις δυσκολίες με τη βεβαιότητα ότι η κάθε προσπάθεια είναι άσκοπη και χωρίς νόημα γιατί πιστεύει ότι ουσιαστικά τίποτα δεν μπορεί να οδηγήσει στο επιθυμητό

αποτέλεσμα και περιμένει ότι το μέλλον θα είναι αρνητικό.

Όλα τα παραπάνω δημιουργούν τάση παραίτησης, αποθαρρύνουν το άτομο, και μειώνουν την δυνατότητά του να φροντίσει επαρκώς τον εαυτό του. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης επιβαρύνει την κλινική εικόνα, δυσχεραίνει τη θεραπευτική αντιμετώπιση και αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής. Η Κουνενού Κ. 2003 υποστηρίζει ότι η ψυχολογική επιβάρυνση που προκαλεί ο διαβήτης και άλλες χρόνιες ασθένειες μοιάζει με αυτή του πένθους. Ο ασθενής πενθεί την πρώην εικόνα του, όταν ήταν εντελώς υγιής και πλήρης.⁴⁸

Η ύπαρξη αυτοκτονικών σκέψεων πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο ύπαρξης συμπτωμάτων κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη αμβλύνονται ή εκλείπουν δύο θεμελιώδεις για την αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων συνιστώσες: η ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί ρεαλιστικά την κατάσταση, και η δυνατότητά του να διατηρεί υψηλό κίνητρο αναφορικά με την ενεργό συμμετοχή του στην αντιμετώπιση των αντίξων καταστάσεων της καθημερινότητας. Προτεραιότητα αποτελεί η αντιμετώπιση, η αναγνώριση και η διαχείριση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που εκφράζεται άμεσα ή έμμεσα, αποτελεί μείζον θέμα και συνδέεται ευθέως με τις απόπειρες αυτοκτονίας.⁴⁹

Συμπεράσματα

Οι χρόνιες σωματικές ασθένειες επιβαρύνουν το άτομο κυρίως με οργανικά και λειτουργικά προβλήματα, συχνές νοσηλείες, συνεχείς ιατρικές επισκέψεις και εξετάσεις καθώς και δευτερογενώς με κοινωνικά, ψυχολογικά και επαγγελματικά προβλήματα. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι νόσημα που επιφέρει μεταβολές στην κοινωνική λειτουργικότητα ή και στην άσκηση των κοινωνικών ρόλων.⁵⁰ Εξαιτίας των σύνθετων και πολλαπλών προβλημάτων που προκαλεί, αποτελεί μια πηγή χρόνιου στρες για το άτομο. Στόχος είναι η ενδυνάμωση των ατόμων και η εκπαίδευσή τους ώστε να μάθουν να προσεγγίζουν τα προβλήματά τους και να λειτουργούν με γνωσιακό τρόπο. Η διαδικασία αυτή θα τα βοηθήσει να εντοπίζουν πιο εύκολα τις σκέψεις και τα αισθήματά τους και να μην μεταφέρουν σε σωματικό ή ψυχολογικό επίπεδο τις δυσκολίες της καθημερινότητας που βιώνουν.⁴⁸ Η αναζήτηση ενδείξεων μέσω έγκυρων ερευνών για την προσέγγιση και υποστήριξη των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, θα δώσει τη δυνατότητα στους επιστήμονες υγείας να παρέχουν αποτελεσματική θεραπεία και φροντίδα βασισμένη σε ενδείξεις.⁵¹

Ο ρόλος τους είναι σημαντικός γιατί στοχεύει αφενός στην ικανότητα αξιολόγησης των συναισθηματικών προβλημάτων των ατόμων με διαβήτη και αφετέρου στην ικανότητα αναγνώρισης των ατόμων με διαταραχές της

διάθεσης, συνήθως ως σημείο μη καλής αποδοχής της νόσου από τους ασθενείς.

Βιβλιογραφία

1. Zimmet P, Alberti K.G, Shaw J. Global and societal implication of the diabetes epidemic. *NATURE* 2001; 414:782-787
2. Zimmet P, Globalization, coca-colorization and the chronic disease epidemic: can the doomsday scenario be averted? *J intern Med.* 2000; 247:301-310
3. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H, Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27(5): 1047-1053
4. Sicree R, Shaw JE, Zimmet P, The global burden of diabetes, In Gan D, editor *Diabetes atlas*, 2nd ed., Brussels: International diabetes Federation. 2003:15-71
5. International Diabetes Federation, *Diabetes Atlas 2000*, Brussels: International diabetes Federation 2000
6. Bogner H.R, Morales K.H, Post E.P, Bruce M.L. Diabetes, Depression, and Death. *Diabetes Care.* 2007; 30:3005-3010
7. Van der Does F.E.E, De Neeling J.N.D, Snoek F.J, Kostense P.J, Grootenhuis P.A. Bouter L.M. et al. Symptoms and well-being in relation to glycemic control in type II diabetes, *Diabetes Care.* 1996; 19:204-210
8. Κουλούρη Α. Ρύθμιση του σωματικού βάρους στο διαβήτη τύπου II, Παρεμβάσεις

- αγωγής υγείας. Νοσηλευτική 2008, 47:356-366
9. Μπακομήτρου Φ. Ο ρόλος της ψυχικής υγείας στα χρόνια νοσήματα. Στο Σ. Παππάς (υπ. έκδοση), Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων από τον ιατρό της «ΠΦΥ. Β' τόμος» 2009; 443-445.
10. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24:1069-1078
11. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*. 1993 Aug;16(8):1167-1178.
12. Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2006; 23(11):1165-1173
13. Everson SA, Maty SC, Lynch JW, Kaplan GA: Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *J Psychosom Res* 2002; 53:891– 895
14. Peyrot M, Rubin RR: Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 1997; (20):585–590
15. Katon W, Von Korff M, Ciechanowski P, Russo J, Lin E, Simon G, Ludman E, Walker E, Bush T, Young B: Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27:914 –920
16. Egede LE, Zheng D. Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26:104–111
17. Ryerson B, Tierney EF, Thompson TJ, Engelgau MM, Wang J, Gregg EW, Geiss LS: Excess physical limitations among adults with diabetes in the U.S. population, 1997–1999. *Diabetes Care* 2003; 26:206 –210
18. Fisher L, Chesla CA, Mullan JT, Skaff M, Kanter RA. Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:1751-1757
19. Herrmann C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42:17–41.
20. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation study of the hospital anxiety and depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997;27:363–70.

21. Zigmund AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370
22. Snaith RP, Zigmund AS. *The Hospital Anxiety and Depression Scale manual*. Windsor7 NFER-Nelson, 1994
23. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. A review of validation studies of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *J Psychosom Res* 2002; 52:69 – 77.
24. Petersen T, Iosifescu DV, Papakostas GI, Shear DL, Fava M. Clinical characteristics of depressed patients with comorbid diabetes mellitus. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006; 21(1):43-47.
25. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Clouse RE. The course of major depression in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19(2):138-143.
26. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. Results of 5-yr follow-up study. *Diabetes Care*. 1988 Sep; 11(8):605-12.
27. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, Heine RJ, Snoek FJ, Pouwer F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*. 2006 ;49(5):837-45. Epub 2006 .Comment in: *Diabetologia*. 2006; 49(11):2797-8; author reply 2799-800.
28. Golden SH, Lazo M, Carnethon M, Bertoni AG, Schreiner PJ, Roux AV, Lee HB, Lyketsos C. Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA*. 2008;299(23):2751-9.
29. Arroyo C, Hu FB, Ryan LM, Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE, Manson J. Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*. 2004 ;27(1):129-33.
30. Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS, Camp P, Wells KB. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Arch Fam Med*. 1996 Jan;5(1):27-34; discussion 35.
31. Bell R.A, Smith S.L, Arcury T.A, Snively, Stafford J.M. Quandt S.A. Prevalence and correlates of depressive symptoms among rural older African Americans, native Americans, and whites with diabetes, *Diabetes Care* 2005;28:823–829
32. Zhang Cai-Xia, Yu-Ming Chen, Wei-Qing Chen. Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes diabetes research and clinical practice. 2008; 79:523-530
33. Lustman PS, Clouse RE, Carney RM, Depression and the reporting of diabetes symptoms. *Int J Psychiatry Med* 1988: 295-303
34. Lloyd CE, Dyert PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population *Diabet. Med*. 2000;17: 198-202

35. Asghar S, Hussain A., Ali S.M, Khan. A. Magnusson Prevalence of depression and diabetes: a population-based study from rural Bangladesh Diabet. Med. 2007; 24: 872–877
36. Ali S, Stone M.A, Peters J.L, Davies M.J. University Hospitals of Leicester, Leicester, UK and K. Khunti The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis Diabet. Med. 2006;23: 1165–1173
37. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994 120
38. Skilton MR, Moulin P, Terra JL, Bonnet F. Associations between anxiety, depression, and the metabolic syndrome. Biol Psychiatry. Epub 2007;62(11):1251-7.
39. Enzlin P, Mathieu C, Demyttenaere K. Patient Gender differences in the psychological adjustment to type 1 diabetes mellitus: an explorative study. Educ Couns. 2002 ;48(2):139-45.
40. Lee S, Chiu A, Tsang A, Chow CC, Chan WB Treatment-related stresses and anxiety-depressive symptoms among Chinese outpatients with type 2 diabetes mellitus in Hong Kong. Diabetes Res Clin Pract. Epub 2006 ;74(3):282-8.
41. Xu L, Ren J, Cheng M, Tang K, Dong M, Hou X, Sun L, Chen L Depressive symptoms and risk factors in Chinese persons with type 2 diabetes. Arch Med Res. 2004; 35(4):301-7.
42. Mc Grath, E., Keita, G. P., Stickland, B. R., Russo, N. F. Women and depression: Risk factors and treatment issues. Washington, DC: American Psychological Association. 1990.
43. Engum A. The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. J Psychosom Res. 2007;62(1):31-38.
44. Hambrecht M, Kuchenhoff B Suicide attempts in diabetic patients with insulin and their neuropsychiatric sequelae. Nervenarzt. 1989; 60:367–369
45. Kernbach-Wighton G, Püschel K. On the phenomenology of lethal applications of insulin. Forensic Sci Int 1998; 93:61–73
46. Barracca A, Ledda O, Michittu B, Pili GF, Manca O, Pani A, Altieri P. Acute renal failure after massive ingestion of gliclazide in a suicide attempt. Ren Fail 1998; 20:533–537
47. Banaschak S, Bajanowski T, Brinkmann B. Suicide of a diabetic by inducing hyperglycemic coma Int J Legal Med. 2000; 113:162–163
48. Κουνενού Κ. Οικογένεια και σακχαρώδης διαβήτης: Παρέμβαση με στόχο την πρόληψη στο Μελιδώνης Α. Η πρόληψη

- του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του. Ηλιότυπο 2001; 297-318
49. Ουζούνη Χ, Νακάκης Κ. Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη. Νοσηλευτική 2008; 47(4): 458-470
50. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individual with anxiety disorders. Am J Psychiatry 2000; 157:669-682
51. Νακάκης Κ., Ουζούνη Χ. Νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις. Μια νέα προοπτική για την Ελληνική Νοσηλευτική, Το Βήμα του Ασκληπιού 2008; 7(3):208-22

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος

	N	%
Φύλο		
<i>Γυναίκες</i>	174	56
<i>Άνδρες</i>	136	44
Οικογενειακή κατάσταση		
<i>Έγγαμοι</i>	243	78,4
<i>Διαζευγμένοι, χήροι</i>	34	11
<i>Άγαμοι</i>	33	10,6
Θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΣΔ		
<i>Ναι</i>	196	63,2
<i>Όχι</i>	114	36,8
Ασφαλιστικός φορέας		
<i>ΙΚΑ</i>	180	58,1
<i>Δημόσιο</i>	33	10,6
<i>NAT</i>	25	8,1
<i>ΤΕΒΕ</i>	21	6,8
<i>ΟΓΑ</i>	18	5,8
<i>Άλλο ταμείο</i>	32	10,7
Θεραπευτική αγωγή		
<i>Χάπια</i>	136	43,9
<i>Χάπια και ινσουλίνη</i>	85	27,4
<i>Χάπια και δίαιτα</i>	51	16,5
<i>Άλλο συνδυασμό</i>	38	12,2

Πίνακας 2. Αγχώδης και καταθλιπτική συμπτωματολογία και φύλο

Μεταβλητή	Anxiety symptoms HADS-A <8	Anxiety symptoms HADS-A >8	Depression symptoms HADS-D <8	Depression symptoms HADS-D >8	P
Φύλο	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	<0.001
Γυναίκες	66 (37.9)	108 (62.1)	102 (58.6)	72 (41.4)	
Άνδρες	106 (78.5)	29 (21.5)	111 (82.2)	24 (17.8)	

Πίνακας 3. Ατομική εκτίμηση για την ευτυχία σε σχέση με το φύλο

Δεν νιώθω ευτυχισμένος

Κατηγορία	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
Λάθος	59 (33.9%)	79 (58.5%)	138 (44.7%)
Ναι και με ενοχλεί λίγο	58 (33.3%)	42 (31.1%)	100 (32.4%)
Ναι και με ενοχλεί πολύ	43 (24.7%)	11 (8.1%)	54 (17.5%)
Ναι και με ενοχλεί ανυπόφορα	14 (8.0%)	3 (2.2%)	17 (5.5%)

Πίνακας 4. Σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας και score άγχους και κατάθλιψης

Σκέψεις & απόπειρες αυτοκτονίας		
Σκορ άγχους	Ναι	Όχι
N	40	269
Μέση τιμή	12.25	6.51
Διάμεσος	12.50	6.00
95% Δ.Ε.	(11.15-13.35)	(6.09-6.93)
Σκορ κατάθλιψης	Ναι	Όχι
N	40	269
Μέση τιμή	10.65	5.32
Διάμεσος	11.00	5.00
95% Δ.Ε.	(9.38-11.92)	(4.94-5.69)
t-test p-value<0.001	Mann-Whitney p-value<0.001	

Πίνακας 5. Ατομική εκτίμηση για τη διευθέτηση των πραγμάτων και σκορ άγχους και κατάθλιψης

Προσωπική εκτίμηση για τη διευθέτηση των πραγμάτων				
Σκορ άγχους	(1) Καθόλου δύσκολο	(2) Λίγο δύσκολο	(3) Πολύ δύσκολο	(4) Ακατόρθωτο
N	56	168	79	6
Μέση τιμή	3.25	6.74	10.57	15.33
Διάμεσος	3.00	6.00	11.00	16.50
95% Δ.Ε.	(2.63-3.87)	(6.27-7.21)	(9.89-11.25)	(11.84-18.82)
ANOVA p-value<0.001 Multiple comparisons			Kruskal-Wallis p-value<0.001	
Compare	p-value			
(1) vs (2)	<0.001			
(1) vs (3)	<0.001			
(1) vs (4)	<0.001			
(2) vs (3)	<0.001			
(2) vs (4)	<0.001			
(3) vs (4)	0.001			
Σκορ κατάθλιψης	(1) Καθόλου δύσκολο	(2) Λίγο δύσκολο	(3) Πολύ δύσκολο	(4) Ακατόρθωτο
N	56	168	79	6
Μέση τιμή	2.82	5.37	9.03	13.83
Διάμεσος	2.50	5.00	9.00	13.00
95% Δ.Ε.	(2.30-3.34)	(4.94-5.80)	(8.25-9.81)	(10.55-17.11)
ANOVA p-value<0.001 Multiple comparisons			Kruskal -Wallis p-value<0.001	
Compare	p-value			
(1) vs (2)	<0.001			
(1) vs (3)	<0.001			
(1) vs (4)	<0.001			
(2) vs (3)	<0.001			
(2) vs (4)	<0.001			
(3) vs (4)	0.001			

Γράφημα 1. Σκέψεις και απόπειρες αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και φύλο

