



ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

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

ΤΟΜΟΣ 8ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Ένα μύθο θα σας πω... "Άσκληπιός"

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- Διαχρονική δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού
- Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα

ΕΡΕΥΝΕΣ

- Απόψεις υπογόνιμων ζευγαριών ως προς τις θεραπευτικές μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
- Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών ως προς τους επαγγελματικούς κινδύνους και την Ηπατίτιδα Β
- Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου
- Οι απόψεις των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την κλινική τους εκπαίδευση - Μια ποιοτική μελέτη

ΕΙΔΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια στις γυναίκες
- Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**Ένα μύθο θα σας πω... «Ασκληπιός»**

Ο Ασκληπιός ήταν ο θεός της Ιατρικής στην Αρχαία Ελλάδα και αναμφίβολα ο πρώτος Ιατρός του αρχαίου Ελληνικού κόσμου. Σύμφωνα με την παράδοση ήταν γιος ενός θεού, του Απόλλωνα και μιας θνητής, της Κορωνίδας η οποία ήταν κόρη του βασιλιά της Λακέρειας (ευρίσκεται στην Θεσσαλική πεδιάδα) Φλεγύα και εγγονή του βασιλιά της Επιδαύρου Μάλου. Υπολογίζεται ως επικρατέστερη χρονολογία γέννησής του το έτος 1240 π.χ. Σύμφωνα με τον Όμηρο γεννήθηκε στη Τρίκκη (σημερινά Τρίκαλα), ενώ σύμφωνα με τον Πίνδαρο στη Λακέρεια πατρίδα της μητέρας του. Για τη γέννηση του Ασκληπιού ο Στράβων γράφει: "Άλλος είναι ο ποταμός Ληθαίος, γύρω από την Τρίκκη, όπου λέγεται ότι γεννήθηκε ο Ασκληπιός".



Φωτογραφία 1. Ασκληπιείο Τρίκκης.

Όταν η Κορωνίδα ήταν έγκυος, περιμένοντας το παιδί του Απόλλωνα (ιατρός των θεών), ερωτεύτηκε και παντρεύτηκε έναν θνητό τον Λαπίθη Ίσχυν βασιλιά της Αρκαδίας, γιό του Ελάτου. Ο Απόλλων έμαθε από το πτηνό κόρακα την απιστία της, οργίστηκε με αυτό, σκότωσε τον Ίσχυν και διέταξε την δίδυμη αδελφή του, την θεά Άρτεμη, να σκοτώσει την Κορωνίδα με τα βέλη της, και ενώ το νεκρό σώμα της Κορωνίδας καιγόταν ο Απόλλων θυμήθηκε ότι η Κορωνίδα ήταν έγκυος και παρακάλεσε τον Ερμή να βγάλει το μωρό (που προερχόταν από αθάνατο θεϊκό σπέρμα) από την κοιλιά της και να του το δώσει (κατά άλλη εκδοχή το έσωσε ο ίδιος).

Ο Απόλλωνας παρέδωσε το βρέφος στον Κένταυρο Χείρωνα, γιο του Κρόνου και της Φιλύρας, αδελφό του Δία, που ζούσε στο Πήλιο και δίδασκε στους θνητούς την πολεμική τέχνη, το κυνήγι, την ιατρική, την μουσική, την αστρονομία, την νομοθεσία, τη μαντική, καλλιεργούσε

φαρμακευτικά βότανα και δίδασκε τη χρήση τους. Κοντά του ο Ασκληπιός διδάχτηκε «και κατέστη μέγας Ιατρός, θεραπειών πάσας τας νόσους είτε δι' επωδών είτε διά φαρμάκων είτε δι' εγχειρήσεων».

Ο Όμηρος και ο Πίνδαρος υποστηρίζουν ότι ο Ασκληπιός ήταν ένας απλός θνητός, άρχοντας της Θεσσαλικής πόλεως Τρίκκης, όπου άσκησε την ιατρική «ιητήρ αγαθώ», ενώ σύμφωνα με τον Απολλόδωρο θεοποιήθηκε μετά τον θάνατο του γιατί φονεύθηκε από κεραυνό του Πλούτωνα κατά παραγγελία του Δία. «Επειδή όμως ο Ασκληπιός έφθασε μέχρι του σημείου να αναστήσει και νεκρόν, φοβηθείς ο Ζευς, μήπως καταργούμενου του Θανάτου απολέσει το κράτος αυτού επί των ανθρώπων, κατακεραύνωσε αυτόν».

Το όνομα του Ασκληπιού προέρχεται από τις λέξεις άλκω (βοηθώ) και ήπιος (πράος) και κατά άλλους από τη λέξη ασκάλβος (σαύρα ή φίδι). Το ιερό σύμβολο του είναι το φίδι και αυτό φαίνεται στα πιο πολλά αγάλματα του (το σύμπλεγμα του Ασκληπιού με το φίδι και τη ράβδο) που αποτελεί το έμβλημα της ιατρικής σχεδόν παγκοσμίως. Ο όφις συμβολίζει τη μακροβιότητα και την περιοδική ανανέωση επειδή τα φίδια αναζωογονούνται με την αποβολή του δέρματος τους, η δε ράβδος την υποστήριξη και την ανακούφιση των πασχόντων.

Ο Ασκληπιός σύλλεγε τα φαρμακευτικά βότανα που είχε διδαχτεί από το Κένταυρο Χείρωνα από το Κερκέτιον όρος (σημερινό όνομα Κόζιακας), που βρίσκεται κοντά στην πόλη των Τρικάλων, απέναντι από την Καλαμπάκα. Στη Τρίκκη ο Ασκληπιός δημιούργησε το πρώτο «υγεινοθεραπευτήριο», το πρώτο Ασκληπιείο. Η φήμη του πέρασε γρήγορα τα όρια της Τρίκκης. Η ταχύτατη εξάπλωση της λατρείας του Ασκληπιού, αποδίδεται στο γεγονός ότι ανήκε στις κατ' εξοχήν παρήγορες θεότητες (χθόνιους θεούς) και είχε τη δύναμη να θεραπεύει τους αρρώστους και να παρατείνει τη ζωή των ανθρώπων.



Φωτογραφία 2. Ασκληπιείο Τρίκκης.

Τόσο ο ίδιος, όσο κι όλα τα μέλη της οικογένειάς του είχαν κάποια σχέση με την Ιατρική και θεωρούνταν προστάτες της υγείας, όπως δείχνουν και τα ονόματά τους.

Η σύζυγος του Ηπιόνη είχε θεραπευτικές-νοσηλευτικές γνώσεις. Άλλωστε και το όνομα Ηπιόνη (από τη λέξη «ήπιαν φαρμακείαν»- γλυκύτητα) ερμηνεύεται ως ένδειξη του ότι γνώριζε να απαλύνει τους πόνους, λατρευόταν δε στην Αθήνα, στη Κω και στην Επίδαυρο. Οι υιοί του Μαχάων(χειρουργός) και Ποδαλείριος (παθολόγος) ήταν διαπρεπείς ιατροί στο Τρωικό Πόλεμο. Οι κόρες του ήταν, η Πανάκεια (συνυφασμένη με την έννοια της θεραπείας και της βοτανολογίας), η Ιασώ (με την έννοια της ίασης), η Ακεσώ (με την θεραπεία και την επανόρθωση κάποιας βλάβης), η Αίγλη (η λάμψη του φωτός του ηλίου (αίγλη) και η ευμενής επίδραση του στην υγεία) και η Υγεία (θεά της υγείας). Επίσης υιοί του ήταν, ο Τελεσφόρος (συνυφασμένος με την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας) και ο Αλεξήνωρ (με τη βοήθεια προς τους ανθρώπους και την αποτροπή κάθε κακού).

Τα Ασκληπιεία ήταν στην αρχαία Ελλάδα τόποι λατρείας, θεραπευτικά κέντρα αλλά και μαντεία αφού στη διάρκεια της εγκοίμησης ο Ασκληπιός εμφανιζόταν στα όνειρα του ασθενή του αποκάλυπτε την θεραπεία με κάποιο χρησμό και στη συνέχεια την ερμήνευε και την εφάρμοζε ο ιερέας του Ασκληπιείου. Αφορμή για την ίδρυση τους έδιναν οι διάφορες επιδημίες και η ανάγκη να απομακρυνθούν οι ασθενείς από τους υγιείς. Ως τον 5^ο αιώνα στον ελλαδικό χώρο αλλά και πέραν αυτού υπολογίζεται ότι είχαν ιδρυθεί περί τα 500 Ασκληπιεία.



Φωτογραφία 3. Οι ανασκαφές που ανέδειξαν μέρος του Ασκληπιείου Τρίκκης έγιναν στα ανατολικά του Μητροπολιτικού ναού των Τρικάλων του Αγίου Νικολάου.

Κατά το Στράβωνα περισσότερο φημισμένα ήταν τα Ασκληπιεία της Τρίκκης (*"Εστί δ' η μιν Τρίκκη, όπου το ιερόν του Ασκληπιού το αρχαιότερον και επιφανέστατον"*), της Επιδαύρου στην Πελοπόννησο (*"Τα γαρ Ασκληπιεία τα επιφανέστατα γεγονότα εξ Επιδαύρου"*), της Περγάμου

(του οποίου ο ναός κοσμεύεται από τρία χρυσά αγάλματα: του Ασκληπιού, της Υγείας και του Τελεσφόρου) και της νήσου Κω ("*σφόδρα ένδοξον και πολλών αναθημάτων μεστόν*"). Γνωστά Ασκληπιεία ήταν επίσης και της Τιτάνης, των Αθηνών, της Λισσού, της Λεβήνος και της Κυρήνης. Ο Ασκληπιός πιθανό, από κάποιες μαρτυρίες, να θάφτηκε στην Επίδαυρο. Στο Ασκληπιείο της Επιδαύρου που ιδρύθηκε περίπου το 600 π.χ. διεξάγονταν τα «Ασκληπιεία» προς τιμή του θεού Ασκληπιού, επειδή ο τόπος θανάτου και ταφής κάποιου θεού θεωρείτο ιερός.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ζιάκας Γ. Ο Ασκληπιός και το Ασκληπιείον Τρίκκης. Τρίκαλα 1992.
 2. Μανιάτης Π. Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Εντός, Αθήνα 2002 :101-103.
 3. Margotta R. Ιστορία της Ιατρικής, μετάφραση Γ. Ν. Αντωνακόπουλος, Εκδόσεις Μ. Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1996:22-26.
 4. Παπαβασιλείου Ι, Ρόζος Β. Εγχειρίδιον της Ιατρικής. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα 1979, 1:90-95.
 5. Πausanias. Ελλάδος Περιήγησης. Στο: Τα άπαντα των αρχαίων Ελλήνων συγγραφέων. Πάπυρος, Αθήνα, 1975.
 6. Ρηγάτος Γ. Ιστορία της Νοσηλευτικής Από τη Φιλάνθρωπη Τέχνη στη Σύγχρονη Επιστήμη, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2006: 11,12,20-22.
 7. Ρούσσου Χ. Νοσηλευτική- Ιστορική αναδρομή. Αθήνα 2003:300-45.
 8. Στράβων. Γεωγραφικά. Στο: Τα άπαντα των αρχαίων Ελλήνων συγγραφέων. Πάπυρος, Αθήνα, 1975.
 9. Tick E, Τασούλης Π. Η θεραπεία της ψυχής μέσα από τα όνειρα. (μτφ). Εκδόσεις Ενάλιος 2003:53-100.
 10. Φωτογραφίες. Προσωπική Συλλογή Φ. Μπαμπάτσικου, Χ. Κουτή.
-

Φωτούλα Μπαμπάτσικου

Επίκουρος Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α΄ Τ.Ε.Ι. Αθήνας

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διαχρονική δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού

Μπαμπάτσικου Φωτούλα¹

1. Ιατρός-Νοσηλεύτρια Δημόσιας Υγείας, Επίκουρος Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δημογραφική γήρανση αποτελεί ένα παγκόσμιο κοινωνικό φαινόμενο που εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονο στις αναπτυγμένες οικονομικά και βιομηχανικά χώρες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαχρονικής δημογραφικής εξέλιξης του Ελληνικού πληθυσμού.

Μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, SCOPUS και ΕΣΥΕ (1991-2007) με λέξεις κλειδιά επιδημιολογία, δημογραφική γήρανση, γήρας, δημογραφία, γεννητικότητα, νοσηρότητα, θνησιμότητα. Συμπληρωματική βιβλιογραφία αναζητήθηκε και μέσω άλλων ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης διαδικτύου καθώς επίσης και μέσω βιβλιογραφικών παραπομπών των ήδη ανακτημένων άρθρων.

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φάνηκε, ότι το ποσοστό του Ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω χρόνων αυξάνεται με γρήγορο και σταθερό ρυθμό. Ο πληθυσμός της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από συνεχή μείωση της φυσικής αύξησης, λόγω της μείωσης του δείκτη της γεννητικότητας και αύξησης του γενικού δείκτη της θνησιμότητας που οφείλεται στην γήρανση του πληθυσμού. Η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει το 'επιδημιολογικό προφίλ' των νόσων σε όλο τον κόσμο και έχει σημαντικές επιπτώσεις στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και γενικότερα της κοινωνίας.

Συμπεράσματα: Η μελέτη των δημογραφικών στοιχείων είναι σημαντική για την κατανόηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον.

Λέξεις κλειδιά: Επιδημιολογία, δημογραφική γήρανση, γήρας, δημογραφία, γεννητικότητα, νοσηρότητα, θνησιμότητα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Δρ. Μπαμπάτσικου Φωτούλα,

Τμήμα Νοσηλευτικής Α΄,

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι) Αθήνας

Αγίου Σπυρίδωνα και Παλληκαρίδη

12210 Αιγάλεω- Ελλάδα

Τηλ.εργασίας: 210-5385659

REVIEW

Trend of the demographic indices over time in the Greek population

Babatsikou Fotoula¹

1. MD, RN, PhD, Assistant Professor of Nursing, Department of Nursing A, Technological Educational Institute (TEI) of Athens, Greece

ABSTRACT

The demographic population ageing constitutes a world social phenomenon which is strongly presented particularly in the developed economically and industrially countries.

Aim: The aim of the present study was to explore the trend of the demographic indices over time in the Greek population.

Method: The method of this study included bibliography research from both the review and the research literature, the literature search was performed on MEDLINE, SCOPUS and ESYE (1991-2007) databases and using as key words epidemiology, demographic ageing, aging, demography, fertility, morbidity, mortality. Complementary bibliography was found through other electronic search engines and by reviewing references of already found articles.

Results: The literature search showed that the percentage of Greek population which aged more than 65 years old increases with fast and constant rhythm. The population of Greece is characterized by continuous reduction of natural increase, because of the reduction in indicator of birth rate and the increased in general indicator of mortality that is owed in the ageing of population. The ageing of population changes the “epidemiologic profile” of diseases all over the world and has important influence in health service management and generally in society.

Conclusions: The study of demographic characteristics of the Greek population is important for understanding health status in Greece as for the present and as well as for the future.

Key words: Epidemiology, demographic ageing, aging, demography, fertility, morbidity, mortality

CORRESPONDING AUTHOR

Dr Fotoula Babatsikou

Department of Nursing A'

Technological and Educational Institute (TEI) of Athens

Ag.Spiridonos and Palikaridi

12210 Egaleo

Greece

Work tel: 210-5385659

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη των δημογραφικών στοιχείων είναι σημαντική για την κατανόηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον.

Ο πληθυσμός της Ελλάδας όπως φαίνεται στους πίνακες 1 και 2 αυξήθηκε μεταξύ του 1971 και του 2001 από 8.768.372 σε 10.964.020 όπως προέκυψε από την τελευταία απογραφή του 2001. Οι άνδρες είναι 5.427.682 ενώ οι γυναίκες 5.536.338 ¹.

Η κατανομή του πληθυσμού έχει αλλάξει σημαντικά από το 1971. Παρατηρείται αξιόλογη αύξηση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών και στα δύο φύλα (από 10,92% του συνόλου το 1971, σε 13,3% το 1983, 16,71% το 2001 και σε 18,5 το

2006). Παράλληλα είναι εμφανής η μείωση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας μεταξύ 1 και 14 ετών (από 25,36% το 1971, σε 21,6% το 1983, 15,18% το 2001 και σε 14,3% το 2006) ². Μικρή διαφοροποίηση παρατηρείται και στην αναλογία μεταξύ των δύο φύλων με οριακή υπεροχή των γυναικών. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση ατόμων παρατηρείται στις ηλικίες από 15 έως 64 ετών (σχήμα 1).

Η σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες δείχνει ότι στην Ελλάδα παρατηρείται ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά ατόμων με ηλικία άνω των 65 ετών (σχήμα 2, πίνακας 3).

Σε μια πανευρωπαϊκή προοπτική προβλέπεται τα ηλικιωμένα άτομα να αυξηθούν από 51 εκατομμύρια το 1950 σε 141 εκατομμύρια το 2025 ⁶.

Μέχρι το έτος 2025 τα άτομα άνω των 60 ετών παγκοσμίως πρόκειται να αυξηθούν περίπου κατά 75%, όταν η αύξηση του γενικού πληθυσμού θα αγγίζει το 50%. Το μεγαλύτερο μέρος από αυτούς τους 'ηλικιωμένους' θα βρίσκεται στις αναπτυσσόμενες χώρες ^{7,8}, ενώ στις προηγμένες χώρες θα υπεραφθονούν οι άνω των 85 ετών 'υπερήλικοι γέροντες' ^{7,9}.

Σύμφωνα με την διεθνή πρακτική έχει επικρατήσει η κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού να εκτιμάται και να αξιολογείται μέσα από τον υπολογισμό διαφόρων δεικτών όπως δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας ή δείκτες άλλων καταστάσεων όπως δείκτες ιατρικών υπηρεσιών. Η χρησιμοποίηση αυτών των δεικτών είναι αναγκαία επειδή είναι αδύνατον να εκτιμηθούν ποσοτικά όλες οι κοινωνικές, ψυχικές και βιολογικές παράμετροι που εκφράζουν την κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού ¹⁰.

Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση στη χώρα μας αυξήθηκε μεταξύ του 1971 και του 2002 από 72,2 έτη σε 78,4 έτη κατά μέσο όρο. Οι γυναίκες συνεχίζουν να έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης με 81,1 έτη έναντι 75,8 για τους άνδρες ^{4,10}. Επίσης και το προσδόκιμο επιβίωσης στα άτομα άνω των 65 ετών αυξήθηκε σε 16,8 έτη για τους άνδρες και σε 18,9 έτη για τις γυναίκες ⁵.

Η γεννητικότητα μειώθηκε στο σύνολο της χώρας από 30,8 ανά 1000 κατοίκους το 1931, σε 15,36 το 1980 και 9,6 το 2004 ^{1,5,11}.

Στην Ελλάδα ο δείκτης γονιμότητας μειώθηκε σημαντικά από 2,19 το 1961 σε 1,4 το 1990 και σε 1,3 παιδιά ανά γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία το 1998 και παραμένει μέχρι σήμερα σταθερός. Ο αντίστοιχος δείκτης στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 1,49. Το επίπεδο όμως αυτό είναι μικρότερο του 2,1 που αποτελεί και τον απαραίτητο αριθμό παιδιών ανά οικογένεια για την αντικατάσταση του πληθυσμού ^{12,13}.

Οι κυριότερες αιτίες νοσηλείας για το 2003 ήταν κατά αύξοντα αριθμό, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (285.000 εισαγωγές, ποσοστό 15%), τα νεοπλάσματα (199.149 εισαγωγές, ποσοστό 10%) και οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος (198.162 εισαγωγές, ποσοστό 10%) ¹⁴.

Η γενική θνησιμότητα από το 1930 μέχρι το 1980 περίπου παρουσίασε μια συνεχή πτωτική πορεία. Ο γενικός δείκτης θνησιμότητας αυξήθηκε από 9,05‰ το 1980 σε 9,5‰ το 2004 ^{1, 11}. Η αύξηση αυτή οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού και επικεντρώνεται κυρίως στους θανάτους ατόμων που είναι μεγαλύτερα των 65 ετών ^{13,15}, με κύριες αιτίες θανάτου για το 2004, κατά σειρά, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος 48% (καρδιαγγειακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια), τα κακοήθη νεοπλάσματα 25%, τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος 7% και τα ατυχήματα 5% ².

Η περιγεννητική θνησιμότητα το 1975 ήταν 25,8‰, το 1990 ήταν 11,9‰ και μειώθηκε σε

9,5‰ το 1997, σε 7,81‰ το 2001 και στο 6,2‰ το 2004. Επίσης και ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας η οποία αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της ιατροκοινωνικής ανάπτυξης μιας χώρας μειώθηκε από 40,06‰ που ήταν το 1960, σε 29,6‰ το 1970, σε 9,7‰ το 1990, σε 5,05‰ το 2001 και στο 4,06‰ το 2004 ^{2,13}.

Η μείωση της γεννητικότητας με την ταυτόχρονη μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης λόγω της βελτίωσης της υγείας, μπορεί να θεωρηθούν οι γενεσιουργές αιτίες για το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού ^{16,17,18}.

Δημογραφική Γήρανση

Η δημογραφική γήρανση αποτελεί ένα παγκόσμιο κοινωνικό φαινόμενο που εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονο στις αναπτυγμένες οικονομικά και βιομηχανικά χώρες ^{16,17}.

Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών στο γενικό πληθυσμό μιας χώρας αποτελεί κριτήριο για τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) να χαρακτηρίσει μια χώρα 'νέα' (όταν είναι κάτω του 4%), 'ώριμη'(4-7%) ή 'ηλικιωμένη' (άνω του 7%) ^{19,20}.

Δημογραφική γήρανση είναι η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο γενικό πληθυσμό με την ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των παιδιών 0-14 ετών

και πιθανόν της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας 15-64 ετών, είναι ένα επιδημιολογικό στοιχείο και δεν θα πρέπει να συγχέεται με τη βιολογική γήρανση του ατόμου ^{21,22}.

Η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει το 'επιδημιολογικό προφίλ' των νόσων σε όλο τον κόσμο και έχει σημαντικές επιπτώσεις στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και γενικότερα της κοινωνίας ¹⁵.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1998 ²³ διακήρυξε ότι η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μια από τις σημαντικότερες κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις του 21^{ου} αιώνα ²⁴ και ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών αφιέρωσε το έτος 1999 στα ηλικιωμένα άτομα ⁷.

Την επικέντρωση του ενδιαφέροντος για το γήρας δικαιολογεί χωρίς αμφιβολία η προβλεπόμενη ταχύτατη δημογραφική εξέλιξη, καθώς τα παιδιά που γεννήθηκαν μετά τον 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο, μια εποχή που χαρακτηρίζεται σαν 'εποχή έκρηξης των γεννήσεων-(baby-boomers)', πλησιάζουν το 65^ο έτος της ηλικίας τους ¹⁵.

Το 2000 υπήρχαν 600.000.000 άτομα που είχαν ηλικία 60 ετών και άνω, το 2025 υπολογίζεται ότι σε όλο τον κόσμο θα υπάρχουν 1,2 δισεκατομμύρια άτομα τρίτης ηλικίας και το 2050 παγκοσμίως θα υπάρχουν 2 δισεκατομμύρια ηλικιωμένοι. Σήμερα, περίπου τα 2/3 των ηλικιωμένων ζουν σε αναπτυγμένες χώρες, και το 2025 υπολογίζεται

ότι οι ηλικιωμένοι που θα ζουν στις αναπτυγμένες χώρες θα αποτελούν το 75% του συνολικού πληθυσμού. Στις αναπτυγμένες χώρες τα άτομα της 4^{ης} ηλικίας (80+έτη) είναι η πιο γρήγορα αναπτυσσόμενη ηλικιακή ομάδα. Οι ηλικιωμένες γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι έχουν πεθάνει, σε όλες τις κοινωνίες, σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους άνδρες που οι σύντροφοι τους έχουν πεθάνει είναι 2:1 αναλογικά ²⁵.

Με γρήγορο και σταθερό ρυθμό διογκώνεται το ποσοστό του Ελληνικού πληθυσμού που έχει ηλικία 65 ετών και άνω.

Ειδικότερα παρατηρώντας το σχήμα 3 βλέπουμε ότι το ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 ετών αποτελούσε το 7,4% το 1951 και αναμένεται να αυξηθεί από 17,5% το 2003 και 18,5% το 2006 σε ένα κατά εκτίμηση 25,9% το 2030, για να φτάσει το 2050 σε ποσοστό περίπου 32,5%, με ποσοστό 10% περίπου ατόμων άνω των 80 ετών που θα συγκροτούν την τέταρτη ηλικία ^{2,26,27}.

Προοπτική του Πληθυσμού της Ελλάδας

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 η δομή του ελληνικού πληθυσμού άλλαξε σημαντικά. Ο πληθυσμός της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από συνεχή μείωση της φυσικής αύξησης, λόγω της μείωσης του δείκτη της γεννητικότητας και αύξησης του γενικού δείκτη της θνησιμότητας που οφείλεται στην προϊούσα γήρανση του πληθυσμού. Στο σχήμα 4 εμφανίζεται καθαρά η σταδιακή μετατόπιση του πληθυσμού από το

2005 μέχρι το 2050 σε μεγαλύτερες ηλικιακές σειρές.

Σύμφωνα με στοιχεία από την Ε.Σ.Υ.Ε. το 2005, καταρτίστηκαν οι εναλλακτικές προβολές πληθυσμού με βάση τον εκτιμώμενο πληθυσμό της 1^{ης} Ιανουαρίου 2004. Αυτός ο πληθυσμός κρίνεται αρκετά αξιόπιστος λόγω της σχετικά μικρής απόστασης από την τελευταία Απογραφή Πληθυσμού το 2001 καθώς και της μη ύπαρξης απρόβλεπτων μεταναστευτικών ρευμάτων στο διάστημα που μεσολάβησε ²⁹. Σε πρόσφατα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε. του 2007 την 1^η Ιανουαρίου του 2006 ο πληθυσμός της Ελλάδας ανερχόταν σε 11.125.179 εκ των οποίων τα 5.508.165 ήταν άνδρες και τα 5.617.014 γυναίκες ³⁰. Η αύξηση που παρατηρείται κατά 4,2% την τελευταία δεκαετία αποδίδεται στην «υγιή» μετανάστευση.

Σε τρεις εκδοχές καταρτίστηκαν οι προβολές (χαμηλή, ενδιάμεση και υψηλή):

Στη «**Χαμηλή εκδοχή**» στην οποία προβλέπεται επιπλέον μείωση της γονιμότητας των μικρών αναπαραγωγικών ηλικιών, μικρή αύξηση του προσδόκιμου ζωής και χαμηλότερη ροή μεταναστών.

Στην «**Υψηλή εκδοχή**», αντίθετα, προβλέπεται αύξηση της γονιμότητας (εμφανίζεται μεγαλύτερη στις ηλικίες πάνω από 29 ετών), μεγαλύτερη αύξηση του προσδόκιμου ζωής και μεγάλη ροή μεταναστών.

Στην «**Ενδιάμεση εκδοχή**» προβλέπεται συγκρατημένη αύξηση της γονιμότητας (ειδικότερα στις ηλικίες πάνω των 30 ετών), αύξηση του προσδόκιμου ζωής και διατήρηση της ροής μεταναστών στα σημερινά επίπεδα ²⁹. Οι προβλέψεις του πληθυσμού και οι αντίστοιχες υποθέσεις που χρησιμοποιήθηκαν δίνονται από την Ε.Σ.Υ.Ε. στα σχήματα 5,6.

Ο δείκτης γήρανσης και ο δείκτης εξάρτησης αποτελούν δείκτες της δημογραφικής σύνθεσης ενός πληθυσμού. Ο δείκτης γήρανσης έχει αυξηθεί περίπου 44,9% μέσα σε μια δεκαετία φτάνοντας το 2005 στο 125,36.

Σε μια φυσιολογική από βιολογικής απόψεως αναπτυσσόμενη κοινωνία, η πυραμίδα ηλικιών έχει πλατιά βάση και διαγράφεται προς την κορυφή κανονικά και ομαλά χωρίς όσο το δυνατόν εγκοπές και αυτή η κοινωνία θεωρείται δημογραφικά και βιολογικά υγιής με πληθυσμιακό μέλλον.

Σε μελέτη του Ο.Η.Ε. τονίζεται ο τρόπος της πληθυσμιακής γήρανσης με αναφορά στην στατιστική πυραμίδα ηλικιών: όταν η αναλογία ηλικιωμένων αυξάνει λόγω μείωσης της γονιμότητας, μειώνεται η αναλογία των νέων (βάση) και όταν βελτιώνεται η θνησιμότητα των ηλικιωμένων αυξάνει και η αναλογία τους (κορυφή) ³¹.

Στη δημογραφική πυραμίδα του Ελληνικού πληθυσμού με την πάροδο των ετών φαίνεται το κέντρο βάρους σαφώς υψηλότερα (διογκωμένο) σαν ένδειξη δημογραφικής

ωριμάνσεως (σχήμα 2). Λόγω μείωσης της θνησιμότητας, η πυραμίδα μεγαλώνει (πλαταίνει) προς τα πάνω όλο και περισσότερο και όσο μειώνεται η γεννητικότητα τόσο στενεύει στην βάση της με αποτέλεσμα να εμφανίζεται σχηματικά η μορφή της ανεστραμμένης πυραμίδας ²⁸.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αύξηση των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, που εμφανίζεται τα τελευταία χρόνια και που αποδίδεται κυρίως στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου, στις υπηρεσίες υγείας, στη βελτίωση των υγειονομικών και κοινωνικών συνθηκών, και στην παράλληλη μείωση των γεννήσεων έχει ως αποτέλεσμα επιπτώσεις οικονομικές, κοινωνικές, δημογραφικές, πολιτικές και εθνικές.

Βιβλιογραφία

1. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε.). Η Ελλάδα με αριθμούς 2006;5-6.
2. WHO. Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/>, ανάκτηση 20/9/2007).
3. United Nations. World population prospects: the 2002 revision population database [online database]. New York 2002.
4. WHO. Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2004.

- (<http://www.euro.who.int/hfadb>, ανάκτηση 20 July 2004).
5. WHO. Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2006a.
 6. Dooghe G. Demographic aspects of Ageing in Europe in Active and Ageing. International Conference Marking the European Year of Older People. Valletta, Malta 1993.
 7. Kalache A. Active ageing makes the difference. Bull World Health Organ 1999a; 77 (4): 299.
 8. Kalache A. International Year of older Persons. Euronews 1999b; 2.
 9. Campion EW. The oldest old. N.Engl J Med 1994; 330(25): 1819-1820.
 10. WHO. Regional Office for Europe. *Highlights on health in Greece 2004*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2006b.
 11. Δρεττάκης Μ. Η μεγάλη μείωση των γεννήσεων από το 1981 και μετά κατέληξε σε φυσική μείωση του πληθυσμού το 1996 και το 1998. Στο Λώλης Δ. Υπογεννητικότητα. Εκδόσεις Παρισιάνος 2001;261-268.
 12. Πουλοπούλου-Εμκε Η. Επιπτώσεις της μεταναστευτικής κίνησης στη γεννητικότητα της Ελλάδας. Στο Λώλης Δ. Υπογεννητικότητα. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 2001;69-79.
 13. Κρεμαστινού-Κουρέα Τ. Βασικά θέματα Δημόσιας Υγείας. Σημειώσεις Ακαδημαϊκού έτους 2006-2007, Ε.Σ.Δ.Υ. Αθήνα 2006.
 14. Τούντας Γ. και συν. Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα 2007.
 15. Μπαμπάτσικου Φ. Κατάσταση Υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 2007.
 16. Anderson GF, Hussey PS. Population Aging: A comparison among Industrialized Countries. Health Affairs (Millwood) 2000; 19:191-203.
 17. Kalache A, Keller I. The Greying World: A Challenge for the Twenty-First Century. Science Progress 2000; 83:33-54.
 18. Grimley Evans J. 21st Century: Review: Ageing and medicine. J Intern Med 2000; 247(2): 159-167.
 19. United Nations. Department of Economic and Social Affairs: The aging, Trends and Policies. New York 1975.
 20. Δοντάς Α. Η Τρίτη Ηλικία- Προβλήματα και Δυνατότητες. Αθήνα 1981.
 21. Butler RN. The Challenge of geriatric medicine. In: Harrison (ed). Principles of internal medicine, 12th edition, Mc Graw Hill-Kogakusha Publ, NY 1991; 16-19.
 22. Πηγαδάς Α, Γρηγοριάδου Α, Δελίδου Κ και συν. Σκέψεις πάνω στο πρόβλημα της γήρανσης του Ελληνικού πληθυσμού- Νεότερα δεδομένα (1951-1989).

- Επιστημονική Επετηρίδα τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ. 1995; 22: 9-13.
23. WHO. *World Atlas of Ageing*. Japan 1998: 5, World Health Organization.
24. Harper S. Ageing update. *Ageing* 2000. Questions for the 21st century. *Ageing and Society* 2000; 20:111-122.
25. WHO. *The world is fast ageing-have we noticed?* Geneva 2006c, World Health Organization.
26. Council of Europe. Recent demographic developments in Europe 2003. Strasbourg 2003.
27. EUROSTAT. NewCronos: Eurostat's reference database [online database]. Luxembourg 2004, Statistical Office of the European Communities.
28. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε.). Προβολές Ε.Σ.Υ.Ε. 2005.
29. Η Ελληνική Έκθεση Στρατηγικής για τις Συντάξεις. Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Αθήνα 2005.
30. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε.). Στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας. Διαχρονικές σειρές, 2007.
31. United Nations. *The world aging situation*. New York 1991; 11.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

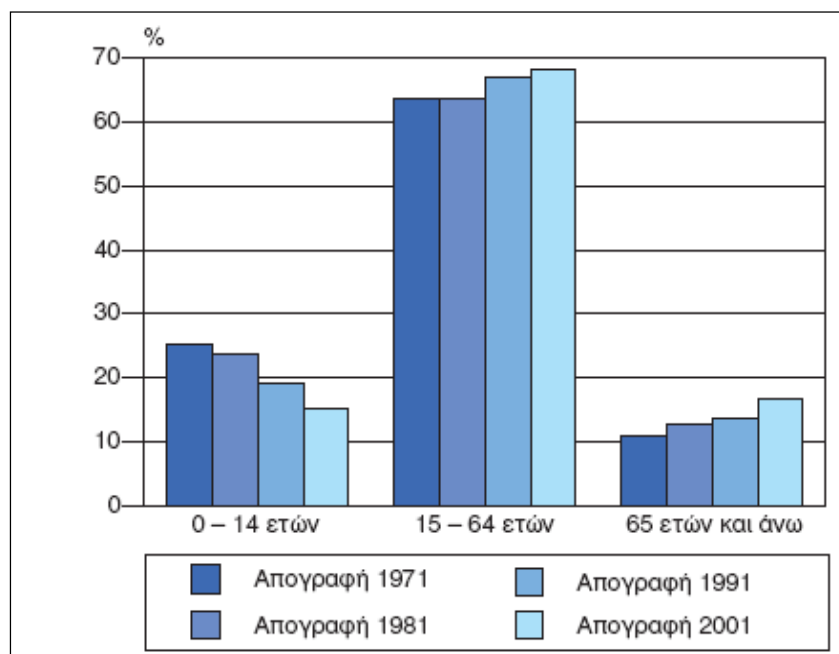
Πίνακας 1. Πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδας κατά φύλο και ομάδες ηλικιών από τις απογραφές 1971, 1981, 1991 και 2001 ¹.

	Απογραφές			
	1971	1981	1991	2001
Σύνολο Ελλάδας	8.768.732	9.739.589	10.259.900	10.964.020
Άρρενες	4.286.748	4.779.571	5.055.408	5.427.682
Θήλεις	4.481.644	4.960.018	5.204.492	5.536.338
0-14 ετών	2.223.904	2.307.297	1.974.867	1.664.085
15-64 ετών	5.587.352	6.192.751	6.880.681	7.468.395
65 ετών και άνω	957.116	1.239.541	1.404.352	1.831.540
Ποσοστιαία κατανομή %				
Άρρενες	48,89	49,07	49,27	49,50
Θήλεις	51,11	50,93	50,73	50,50
0-14 ετών	25,36	23,69	19,25	15,18
15-64 ετών	63,72	63,58	67,06	68,12
65 ετών και άνω	10,92	12,73	13,69	16,71

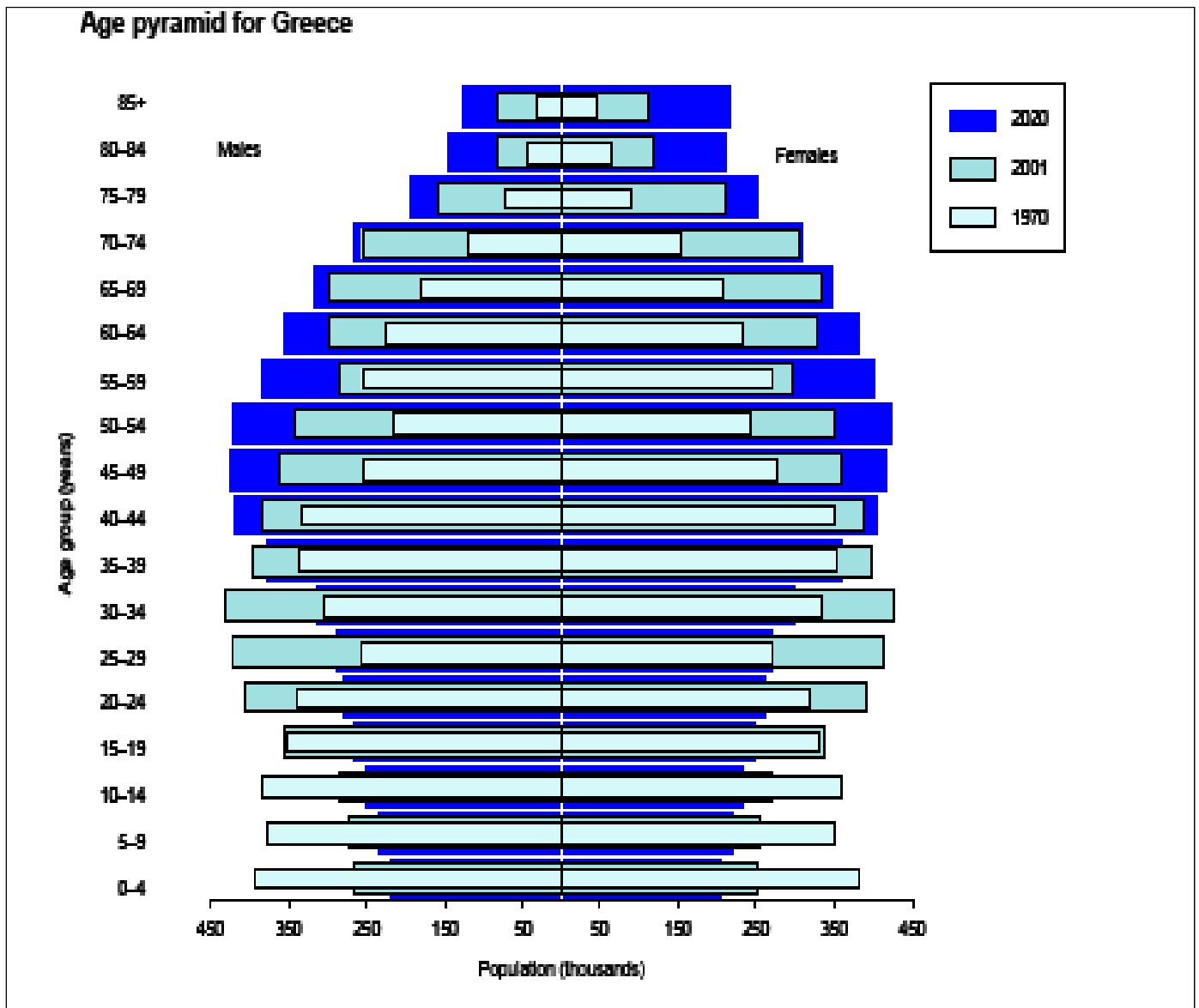
Πίνακας 2. Πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδας κατά φύλο και ομάδες ηλικιών από την απογραφή του 2001 ¹.

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0-14 ετών	858.763	805.322	1.664.085	15,18%
15-64 ετών	3.749.184	3.719.211	7.468.395	68,12%
65 ετών και άνω	819.735	1.011.805	1.831.540	16,71%
ΣΥΝΟΛΟ	5.427.682	5.536.338	10.964.020	100%

Σχήμα 1. Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών ¹.



Σχήμα 2. Πυραμίδα ηλικιών του Ελληνικού πληθυσμού ^{3,4}.

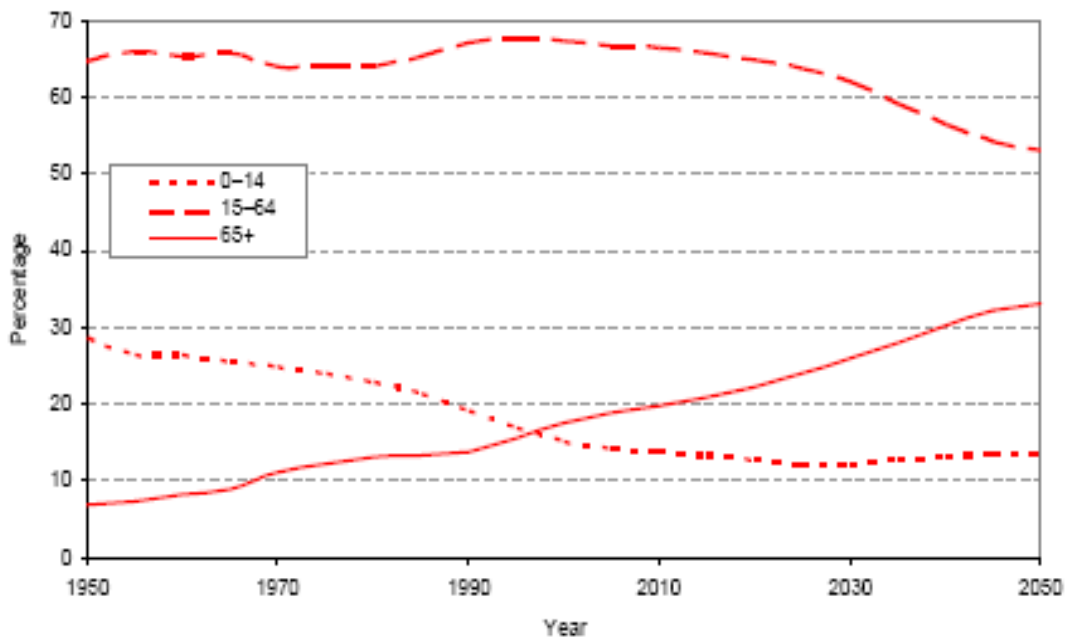


Πίνακας 3. Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω ⁵.

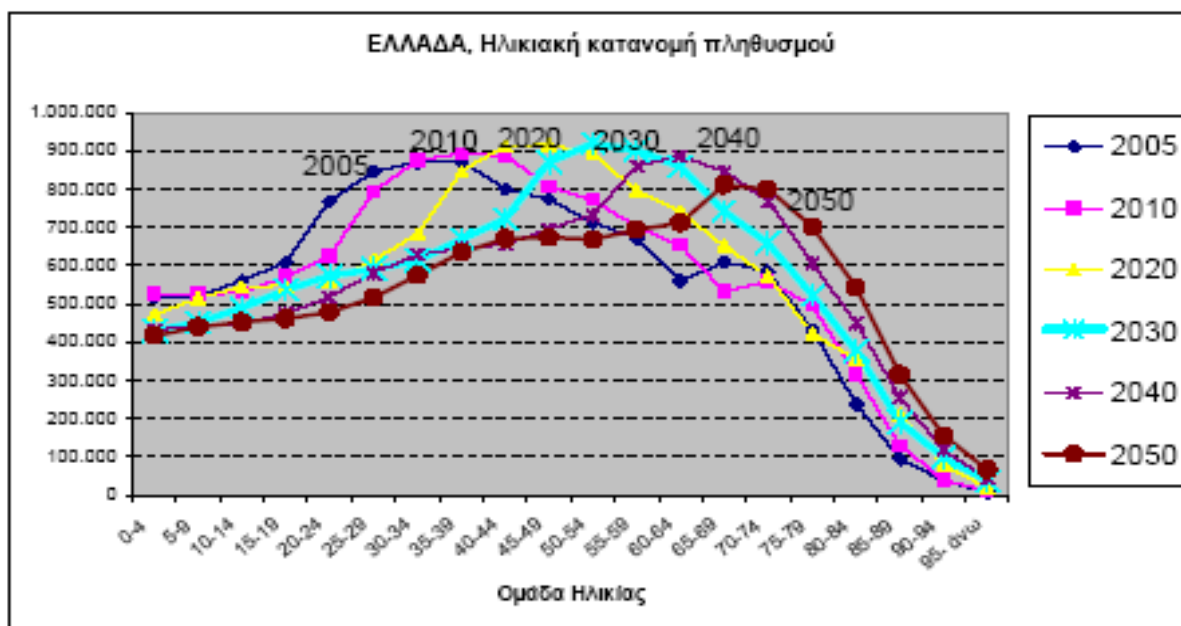
ΧΩΡΕΣ	1991	2001	2002	2003	2004
Αυστρία	14.96	15.54	15.5	15.48	15.74
Λευκορωσία	11.08	13.63	13.9	14.16	14.39
Βουλγαρία	13.35	16.83	16.98	17.06	17.12
Κροατία	11.89	15.63	16.1	16.39	16.64
Κύπρος	...	11.66	11.82	11.86	11.93
Δημοκρ. Τσεχίας	12.7	13.82	13.88	13.92	13.99
Δανία	15.59	14.82
Εσθονία	11.85	15.33	15.67	16.02	16.34
Φιλανδία	13.54	15.08	15.25	15.46	15.72
Γαλλία	14.72	16.18	16.24
Γερμανία	14.96	16.85	17.27	17.75	18.31
Ελλάδα	13.97	17	17.36	17.69	17.98
Ουγγαρία	13.55	15.2	15.31	15.43	...
Ισλανδία	10.74	11.59	11.64	11.73	11.72
Ιρλανδία	11.43	11.17	11.13	11.13	11.15
Ισραήλ	9.24	9.8	9.85	9.91	...
Ιταλία	15.1	18.43	18.86
Καζακστάν	6.08	6.79	7.17	7.42	7.63

Κιρζιστάν	5.06	5.49	5.53	5.54	5.49
Λετονία	12.07	15.37	15.68	16.02	16.36
Λιθουανία	11.15	14.26	14.58	14.87	15.06
Λουξεμβούργο	13.48	13.98	13.99	14.06	14.18
Μάλτα	10.6	12.46	12.71	12.93	13.17
Κάτω Χώρες	12.92	13.63	13.68	13.78	13.94
Νορβηγία	16.3	15.01	14.87	14.76	...
Πολωνία	10.24	12.39	12.71	12.86	13.05
Πορτογαλία	13.77	16.45	16.61	16.82	16.91
Δημ. Μολδαβίας	8.34	9.54	9.62	9.81	9.86
Ρουμανία	10.69	13.63	14.04	14.3	14.53
Ρωσική Ομοσπονδία	10.4	12.77	13.09	13.26	13.55
Σερβία και Μαυροβούνιο	...	16.04	16.68	16.47	...
Σλοβενία	10.94	14.3	14.63	14.88	15,17
Ισπανία	13.68	16.96	16.94	16.89	16.83
Σουηδία	17.75	17.22	17.18
Ελβετία	14.56	15.54	15.59	15.65	15.76
Ηνωμ. Βασίλειο	15.77	15.86	15.91	15.97	16.01

Σχήμα 3. Ποσοστιαία κατανομή του Ελληνικού πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών από το 1950 έως το 2050 (προβαλλόμενος) ³.



Σχήμα 4. Ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού από το 2005 έως το 2050 (προβαλλόμενος) ²⁸.



Σχήμα 5. Προβολή του πληθυσμού τα έτη 2005, 2010, 2020, 2030 και 2050.

Ενδιάμεση εκδοχή ²⁸.

Ηλικίες/Έτος	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Κάτω των 15 ετών	1.596.737	1.580.078	1.529.492	1.370.566	1.320.561	1.307.097
Από 15 έως 64 ετών	7.482.321	7.581.210	7.505.246	7.253.058	6.674.492	6.080.902
Άνω των 65 ετών	2.001.654	2.082.830	2.308.166	2.626.278	3.082.763	3.390.998
ΣΥΝΟΛΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	11.080.712	11.244.118	11.342.924	11.249.902	11.077.816	10.778.997
ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ¹	125,36	131,82	150,91	191,62	233,44	259,43
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ²	48,09	48,32	51,13	55,11	65,97	77,26
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ³	26,75	27,47	30,75	36,21	46,19	55,76

¹ Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 65+ / Πληθυσμό ηλικίας 0-14

² Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 65+ και 0-14 / Πληθυσμό ηλικίας 15-64

³ Ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 65+ / Πληθυσμό ηλικίας 15-64

Σχήμα 6. Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών τα έτη 2005, 2010, 2020, 2030 και 2050. Ενδιάμεση εκδοχή ²⁸.

Ηλικίες/Έτος	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Κάτω των 15 ετών	14,41%	14,05%	13,48%	12,18%	11,92%	12,13%
Από 15 έως 64 ετών	67,53%	67,42%	66,17%	64,47%	60,25%	56,41%
Άνω των 65 ετών	18,06%	18,52%	20,35%	23,34%	27,83%	31,46%
ΣΥΝΟΛΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα

Παπαγεωργίου Δημήτριος¹, Κουτελέκος Ιωάννης²

1. Νοσηλεύτης, MSc, Υπ. Διδάκτωρ, «Κλινική Ημέρας» Ευρωκλινικής Αθηνών
2. Νοσηλεύτης, MSc, Τμήμα Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, Νοσοκομείο Παιδων «Αγία Σοφία», Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά την επίδραση της οφειλόμενης σε χημειοθεραπεία περιφερικής νευροπάθειας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, που αναφέρονταν στην επίδραση της περιφερικής νευροπάθειας στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα ερευνητικών μελετών υποδεικνύουν, ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο, δεν αποτελεί το μοναδικό στόχο της θεραπευτικής αγωγής. Παρότι, η διερεύνηση των επιπτώσεων της περιφερικής νευροπάθειας στην ποιότητα ζωής δεν έχει αποτελέσει έως σήμερα αντικείμενο μελέτης ερευνητικών μελετών, γενικότερα η μέτρηση της ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο έχει κερδίσει μια σημαντική θέση στον χώρο της ογκολογίας. Η περιφερική νευροπάθεια επιδρά στην ικανότητα των ασθενών για την επιτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων ζωής, επηρεάζοντας έτσι αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Συμπεράσματα: Είναι επιτακτική η ανάγκη υιοθέτησης ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου όχι μόνο για την αξιολόγηση της περιφερικής νευροπάθειας αλλά και των επιπτώσεων της στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Επιπροσθέτως, η δημιουργία εξειδικευμένων νευρολογικών κέντρων, αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας.

Λέξεις κλειδιά: Χημειοθεραπεία, Ποιότητα Ζωής, Περιφερική Νευροπάθεια

REVIEW

Quality of life and induced chemotherapy neurotoxicity

Papageorgiou Dimitrios¹, Koutelekos John ²

1. RN, Msc, Phd(c), Nurse "one-day clinic", Euroclinic, Athens
2. R.N, MSc, Educational Nursing Department, G.Children's Hospital «Agia Sophia» Athens

ABSTRACT

The **aim** of the present study was to review Greek and international literature referred to the impact of the chemotherapy induced peripheral neuropathy on the quality of life of patients with cancer.

Method and material: The method followed included bibliography research from both the review and the research literature which referred to the impact of the chemotherapy induced peripheral neuropathy to the quality of life to patients with cancer.

Results: The results of studies indicate that the survival of patients with cancer as the only goal of the treatment is no longer sufficient. Although, the evaluation of the consequences of the chemotherapy induced peripheral neuropathy on the quality of life has not been the subject of many research studies, over the last decades quality of life has gained a significant position in the field of Oncology. Peripheral neuropathy affects the ability of patients to perform their daily activities thus influencing negatively their quality of life.

Conclusions: It is demanding the adoption of a reliable and valid instrument to assess not only peripheral neuropathy, but also its' consequences on the quality of life. Furthermore, the establishment of specialized neurological centers is a matter of great importance.

Key words: Chemotherapy, Quality of Life, Peripheral Neuropathy

CORRESPONDING AUTHOR*Papageorgiou Dimitrios,**Skoufa 2 Egaleo,**PC 12243,**e-mail: dimpara75@yahoo.gr***ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο καρκίνος αποτελεί έως σήμερα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας λόγω της μεγάλης επίπτωσης και της φτωχής πρόγνωσης του, επηρεάζοντας ποικιλοτρόπως την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες και ιδιαίτερα μετά την υποχώρηση του βιοιατρικού μοντέλου σκέψης, έχει στραφεί προς την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο. Η επιβίωση, ως ο μοναδικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής, δεν είναι πλέον επαρκής. Οι διαρκώς αυξανόμενες επιθετικές θεραπείες, με μικρές αναμενόμενες διαφορές ως προς το κλινικό αποτέλεσμα (ολική επιβίωση, επιβίωση ελεύθερης νόσου κ.α.), έχουν αναδείξει τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ως σημαντική παράμετρο κατά την διαδικασία εκτίμησης της υγείας τους.^{1,2,3,4}

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία περιλαμβάνει αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις και συνεπώς δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί.^{1,2,3,4}

Παρότι, οι πρώτες αναφορές στην ποιότητα ζωής έχουν γίνει από τον Πλάτωνα, ο οποίος

περιγράφει, ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα ζωής συγκρίνοντάς την με την ποσότητα και τον Αριστοτέλη, ο οποίος με τη λέξη «ευδαιμονία» εννοούσε, ότι ακριβώς και ο όρος «ποιότητα ζωής», η ποιότητα ζωής αποτελεί μία σχετικά νέα έννοια. Εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ στη δεκαετία του '50 και ειδικότερα μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο είχε ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου. Αναλυτικότερα, το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στον ορισμό της υγείας, εκτός της απουσίας ασθένειας, σημειώνει την ύπαρξη φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευημερίας. Ακολουθώντας αυτόν τον ορισμό, ως ποιότητα ζωής ορίζεται η επίδραση μιας ασθένειας στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή. Αφετηρία για εκτίμηση της ποιότητας ζωής και την παροχή ολιστικής φροντίδας αποτέλεσε η έντονη δυσαρέσκεια στις δεκαετίες του 1960-70 που ήρθε στο προσκήνιο από την Ογκολογία και αφορούσε το, ότι η επιστήμη της Ιατρικής επικεντρώνονταν μόνο στην παράταση της επιβίωσης με κάθε κόστος και δεν ελάμβανε υπόψη τις άλλες βασικές

ανθρώπινες ανάγκες του ασθενούς. Σχεδόν 50 χρόνια αργότερα, το 1993 τροποποιείται ο ορισμός και ως ποιότητα ζωής αναφέρεται ως: «η αντίληψη του ατόμου για τη στάση του στη ζωή σε συνάρτηση με τις αξίες και τα ιδανικά του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και σε συσχέτιση με τους προσωπικούς του στόχους, φιλοδοξίες, και αντιλήψεις».⁵

Δεδομένου ότι, η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, στη σημερινή εποχή, όλοι οι μελετητές επικεντρώνονται στη συσχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής, η οποία αναγνωρίζεται ως η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του. (health related quality of life).^{3,4}

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι ο καρκίνος αποτελεί νόσο που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων και επιφέρει δραματικές συνέπειες τόσο στους ίδιους όσο και στο περιβάλλον τους. Πολλές φορές, η ασθένεια μπορεί να είναι κυρίαρχη σε τέτοιο βαθμό ώστε η ποιότητα ζωής να είναι σχεδόν συνώνυμη με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο είναι η οικογενειακή κατάσταση, ο τύπος και το στάδιο της νόσου, ο τρόπος νοσηλείας, το είδος θεραπείας, κ.ά.^{6,7}

Παρότι, πλήθος ερευνητικών μελετών υποστηρίζουν, ότι η ίδια η νόσος μπορεί να

επηρεάσει αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρκίνο, εντούτοις δεν υπάρχει ακόμα συναίνεση σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας ζωής, τις ακριβείς διαστάσεις της, τους τομείς που περιλαμβάνει καθώς και τον τρόπο με τον οποίον αξιολογείται και μετράται. Επίσης, διεθνώς χρησιμοποιούνται διαφορετικά όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής ασθενών, γεγονός, που καθιστά απόλυτα απαραίτητη τη χρήση ενός κοινά αποδεκτού οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο το οποίο θα επιτρέψει σημαντικές συγκρίσεις μεταξύ των πληθυσμών.⁹⁻¹⁰

Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις, εκ των οποίων οι πιο συχνά αναφερόμενες είναι: α) σωματική ή οργανική υγεία β) ψυχολογική ευεξία, γ) κοινωνική ευεξία, δ) λειτουργική ικανότητα, ε) πνευματική ευεξία και στ) η ικανοποίηση για τη ζωή. Η εστίαση στις διαστάσεις σχετίζεται με τον τρόπο που αυτές επηρεάζονται από την ασθένεια ή τη θεραπεία.^{6,9-10}

Η σύγχρονη τάση ορισμού της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, εμφανίζει δυο προοπτικές. Στην πρώτη, ενισχύεται η άποψη ότι η ποιότητα ζωής εξαρτάται σχεδόν εξολοκλήρου από εσωτερικούς-προσωπικούς παράγοντες όπως τους ψυχολογικούς, τους συναισθηματικούς και την ευεξία. Κατά τη

δεύτερη άποψη, η ποιότητα ζωής αντανακλά το συνδυασμό εξωτερικών και εσωτερικών παραμέτρων που βρίσκονται υπό συνεχή αλληλεπίδραση.¹⁰

Παρά τις διαφορές και τις αντιθέσεις των ορισμών της ποιότητας ζωής, όλοι συμφωνούν ότι πρόκειται για μια πολυδιάστατη και υποκειμενική έννοια, η οποία λαμβάνει προσωπικό νόημα για το κάθε άτομο. Ουσιαστικά αποτελεί ένα δυναμικό μέγεθος που υπόκειται σε μεταβολές, διαμορφώνεται και τροποποιείται ανάλογα με τις προσωπικές αξίες και αντιλήψεις καθώς και τις αντιδράσεις του ατόμου στα γεγονότα που το επηρεάζουν.¹⁰

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, είναι ένα σύνθετο εννοιολογικό σύνολο που περιλαμβάνει τουλάχιστον τρεις διαστάσεις, τη σωματική, τη ψυχολογική και τη κοινωνική, οι οποίες επηρεάζονται από την ασθένεια - θεραπεία του κάθε ατόμου.¹²

Η σωματική λειτουργικότητα ορίζεται συχνά ως η επιτέλεση, ή η δυνατότητα επιτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, όταν τα σωματικά συμπτώματα εμφανίζονται, είτε από την ασθένεια, είτε από τη θεραπεία. Οι τέσσερις κατηγορίες που εξετάζονται συχνότερα είναι οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας (σίτιση, πλύσιμο, ντύσιμο, η χρησιμοποίηση της τουαλέτας), η κινητικότητα (ικανότητα μετακίνησης μέσα στο σπίτι και στο εξωτερικό περιβάλλον), οι φυσικές δραστηριότητες (περπάτημα, ανέβασμα

σκαλιών) και η επιτέλεση ρόλων (δραστηριότητες που σχετίζονται με το σχολείο, την εργασία).¹³

Η ψυχολογική λειτουργικότητα ποικίλει, από τη σοβαρή ένταση κατάθλιψη μέχρι τη θετική αίσθηση της ευεξίας και μπορεί ταυτόχρονα να περιέχει και τη γνωσιακή λειτουργία. Η κοινωνική λειτουργικότητα αναφέρεται σε ποσοτικές και ποιοτικές εκφράσεις των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων και στην κοινωνική ολοκλήρωση. Οι πνευματικές ανάγκες, η πνευματική αγωνία και η πνευματική ευεξία των ασθενών με σοβαρή ασθένεια, μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής τους.¹⁴⁻¹⁶

Πέρα από τον πυρήνα των τεσσάρων διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, υπάρχουν επιπλέον ειδικότερα θέματα που αφορούν λειτουργικούς τομείς και σχετίζονται με συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, όπως είναι οι ασθενείς με καρκίνο, όπου για παράδειγμα η σεξουαλική λειτουργικότητα επηρεάζεται μετά από εγχείρηση ακρωτηριασμού. Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, συνεπάγεται τη πλήρη εκτίμηση της υγείας του ατόμου.¹⁷

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εκτίμηση αποτελέσματος, ως προγνωστικός παράγοντας ή ως παρέμβαση. Στην πρώτη περίπτωση σκοπός είναι η εκτίμηση του θεραπευτικού

αποτελέσματος (π.χ. κλινικές δοκιμές), ο χαρακτηρισμός του ποσοστού επιβίωσης (μελέτες κόστους-αποτελέσματος) και η αξιολόγηση των απώτερων φυσικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Στην δεύτερη περίπτωση, σκοπός είναι η πρόβλεψη της θνησιμότητας ή το αντίθετο και ο υπολογισμός της συνολικής επιβίωσης. Στην τρίτη περίπτωση η αξιολόγηση χρησιμοποιείται, προκειμένου να υποστηρίξει τη διαδικασία παροχής πληροφοριών κατά την ιατρική συμβουλευτική.¹⁷

Περιφερική Νευροπάθεια και Ποιότητα Ζωής

Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση των κακόηθων νεοπλασμάτων περιλαμβάνει μεμονομένα ή σε συνδυασμό, την χειρουργική θεραπεία, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και τη βιοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία αφορά στη χορήγηση κυτταροστατικών ουσιών, που παρεμβαίνουν στον πολλαπλασιασμό και στην ανάπτυξη των κυττάρων και οι παρενέργειες της έχουν ιδιαίτερα μελετηθεί λόγω της συχνότητας εμφάνισής, της σοβαρότητας και της επίπτωσης τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Μια από τις παρενέργειες που εμφανίζεται είναι η περιφερική νευροπάθεια, η οποία ορίζεται ως η καταστροφή ή η βλάβη που προκαλείται στο νευρικό σύστημα (περιφερειακό νευρικό σύστημα).

Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής θεωρείται πλέον αναγκαία στην αξιολόγηση χρονίων παθήσεων^{16,18} και ιδιαίτερος σε περιπτώσεις νευρολογικών νοσημάτων όπου επηρεάζεται η γενικότερη κατάσταση του ασθενούς ή προκαλείται συγκεκριμένη αναπηρία σε κάποιο άκρο.¹⁹⁻²² Βλάβη στο περιφερικό νευρικό σύστημα (αισθητικό ή κινητικό) συνδέεται με πλήθος κλινικών επιπτώσεων οι οποίες οδηγούν σε μεταβολή της αντίληψης του εξωτερικού περιβάλλοντος από τον ασθενή ή και σε κινητική δυσλειτουργία. Οι επιπτώσεις αυτές θεωρητικά συνδέονται με ανικανότητα και σοβαρή επιδείνωση της ποιότητας ζωής.²³

Η περιφερική νευροπάθεια, ως παρενέργεια από τη χορήγηση χημειοθεραπείας, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών. Όμως η σχέση της περιφερικής νευροπάθειας με την ποιότητα ζωής δεν έχει μελετηθεί ακόμα σε άτομα με καρκίνο. Αντιθέτως, έχει μελετηθεί αρκετά σε περιπτώσεις διαβητικών ασθενών, όπου στην πλειοψηφία των ερευνητικών δεδομένων αναφέρεται, ότι η περιφερική νευροπάθεια επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους.²⁴⁻²⁸

Η περιφερική νευροπάθεια επηρεάζει αρνητικά όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, κυρίως στον τομέα της λειτουργικότητας και της επιτέλεσης ρόλων. Αναλυτικότερα, η περιφερική νευροπάθεια επιδρά αρνητικά στην επιτέλεση των

καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Κυρίως επηρεάζει την ικανότητά τους να εκτελούν εργασίες οι οποίες απαιτούν κινήσεις και συνεργασία μικρών μυών. Όταν επηρεάζονται τα δάχτυλα των άνω άκρων οι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολία να κουμπώσουν ένα κουμπί, να κλείσουν ένα φερμουάρ ή ένα χρυσαφικό, να ανοίξουν το καπάκι από ένα δοχείο, ή ακόμα και να βάλουν το κλειδί στην κλειδαριά. Όταν επηρεαστούν τα κάτω άκρα, οι ασθενείς δεν έχουν την αίσθηση της θέσης τους στο πάτωμα, κυρίως σε μισοσκότεινα δωμάτια και είναι περισσότερο επιρρεπείς σε πτώσεις και ατυχήματα. Λόγω της αύξησης της αδεξιότητας των άνω και των κάτω άκρων, προκύπτουν διαρκώς θέματα ασφάλειας, διότι συχνά συμβαίνουν αρκετά ατυχήματα. Πολλές φορές ακόμα και η οδήγηση είναι επισφαλής. Επίσης, συχνά επηρεάζεται η ακρίβεια στην αντίληψη της θερμοκρασίας, οδηγώντας τον ασθενή σε εγκαύματα (στο μαγείρεμα, στο πλύσιμο) και κρυοπαγήματα. Ο κάθε ασθενής βεβαίως βιώνει με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικό βαθμό τις παρενέργειες αυτές, για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντική η μελέτη του βιώματος του κάθε ασθενούς ξεχωριστά και ανεξάρτητα.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Schmader και συν.,²⁹ όπου διερευνήθηκε το βίωμα των ασθενών και ο τρόπος καθημερινής αντιμετώπισης της περιφερικής νευροπάθειας επισημάνθηκε, ότι σχεδόν το ήμισυ των

ασθενών ανέφερε επώδυνη νευροπάθεια, ιδιαίτερα έντονη τη νύχτα, η οποία επηρέαζε την λειτουργικότητα και τον ύπνο τους και οδηγούσε σε κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας και επιβάρυνση της ψυχικής τους διάθεσης. Η ταυτόχρονη εμφάνιση του πόνου, των διαταραχών του ύπνου και της κόπωσης, ήταν μια σημαντική πηγή δυσφορίας και αρνητικής διάθεσης, η οποία οδηγούσε σε μειωμένη λειτουργικότητα και φτωχή ποιότητα ζωής.

Εκτός από την περιφερική νευροπάθεια, ο πόνος, οι διαταραχές του ύπνου, της κόπωσης και της κατάθλιψης, παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα εμφάνισης σε ασθενείς με καρκίνο και πολλοί ερευνητές έχουν επισημάνει τις επιπτώσεις των συμπτωμάτων αυτών στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο είτε μεμονωμένα είτε ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης περισσότερων του ενός συμπτωμάτων (cluster symptoms).³⁰⁻³⁴

Κλίμακες Μέτρησης Ποιότητας Ζωής Ασθενών με Περιφερική Νευροπάθεια

Στην κλινική πρακτική, η αντικειμενική αξιολόγηση της περιφερικής νευροπάθειας γίνεται με τη χρησιμοποίηση των κριτηρίων τοξικότητας, βάση των οποίων αποφασίζεται η συνέχιση της θεραπείας, η διακοπή της ή η μείωση της δόσης.³⁵ Αυτή όμως η αξιολόγηση, δεν αντικατοπτρίζει το πώς αντιλαμβάνονται και βιώνουν οι ασθενείς τη συγκεκριμένη

παρενέργεια και δεν αξιολογεί την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Επειδή βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν, ότι οι ιατροί και οι ασθενείς δεν συμφωνούν πάντα με την επίδραση των συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής, τα τελευταία χρόνια θεωρείται επιβεβλημένη η συμμετοχή του αρρώστου στην διαδικασία αξιολόγησης.^{36,37}

Τα δύο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια μέτρησης ποιότητας ζωής είναι το European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30, και το Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G).^{38,39} Έχουν σχεδιαστεί όμως και επιπρόσθετα ερωτηματολόγια, για συγκεκριμένες μορφές καρκίνου, όπως τον καρκίνο του πνεύμονα, τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο του εγκεφάλου, για συγκεκριμένα φάρμακα (ταξάνες) και για συγκεκριμένες παρενέργειες από τις θεραπείες συμπεριλαμβανομένης και της νευροτοξικότητας.

Το σύστημα μέτρησης FACT, είναι ένας πολύπλοκος συνδυασμός ερωτήσεων και αξιολογεί την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο ή από άλλη χρόνια νόσο. Το σύστημα περιλαμβάνει περίπου 400 ερωτήσεις, αλλά στους περισσότερους ασθενείς υποβάλλονται μέχρι 50. Αυτό γίνεται με τη χρησιμοποίηση μιας διασκευής του υπάρχοντος ερωτηματολογίου, του FACT-G. Το σύστημα έχει καλή αξιοπιστία, ευαισθησία και

εγκυρότητα. Σε αυτό το υποερωτηματολόγιο προστίθενται ερωτήσεις σχετικές με συγκεκριμένες μορφές καρκίνου (πχ καρκίνος ωοθηκών) και έτσι το σύστημα από FACT-G, μετατρέπεται σε FACT-O.^{40,41}

Οι κλίμακες μέτρησης της ποιότητας ζωής, είναι πολύ σημαντικές για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από τη θεραπεία, αλλά προσφέρουν ελάχιστες πληροφορίες για συγκεκριμένες παρενέργειες από την ΧΜΘ, όπως η νευροτοξικότητα.⁴² Η απουσία κλίμακας μέτρησης της νευροτοξικότητας οδήγησε την Ογκολογική Γυναικολογική Ομάδα (Gynecologic Oncology Group - GOG) στη δημιουργία του υποσυστήματος: Λειτουργική Αξιολόγηση της Θεραπείας του Καρκίνου/ Ογκολογική Γυναικολογική Ομάδα - Νευροτοξικότητα (The Functional Assessment of Cancer Therapy/ Gynecologic Oncology Group-Neurotoxicity - FACT-G/GOG-Ntx), το οποίο στοχεύει στην εκτίμηση συμπτωμάτων και προβλημάτων που σχετίζονται με την οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και έχει ήδη δοκιμαστεί σε αρκετές χώρες, με υψηλό δείκτη αξιοπιστίας. Αποτελείται δε από 11 ερωτήσεις, που αξιολογούν την σοβαρότητα και την επίδραση των νευροπαθητικών συμπτωμάτων στη ζωή των ανθρώπων. Πριν την τελική μορφή των 11 ερωτήσεων, είχε δημιουργηθεί ένα μεγαλύτερο ερωτηματολόγιο 16 ερωτήσεων, από τη συλλογή δεδομένων από πέντε ειδικούς

ιατρούς και δέκα ασθενείς που είχαν εκφράσει παράπονα για νευροπαθητικά συμπτώματα τον προηγούμενο μήνα. Αυτό το εργαλείο τροποποιήθηκε, χρησιμοποιώντας δεδομένα από την μελέτη 111 της GOG. Το σύστημα μέτρησης FACT.GOG-Ntx, έχει αξιοπιστία και εγκυρότητα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της επίπτωσης της νευροτοξικότητας στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.^{43,44,38}

Το 2004 οι Almadrones και συν.,⁴⁵ δημοσίευσαν την αξιολόγηση μιας τροποποιημένης κλίμακας των Ostchega και συν.,⁴⁶ και η οποία αποτελείται από 19 ερωτήσεις και ελέγχει 3 παραμέτρους. Τη **σωματική λειτουργικότητα**, την **επιτέλεση ρόλων** και την **περιφερική νευροπάθεια**.

Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στην περιφερική νευροπάθεια προέκυψαν μετά την τροποποίηση κλίμακας που δημοσιεύτηκε το 1988 από τους Ostchega και συν.,⁴⁶ και η οποία στηρίχτηκε σε παράπονα και αναφορές 30 ασθενών, οι οποίοι λάμβαναν πλατίνα. Η κλίμακα αυτή έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και επιχείρησε να καλύψει την απουσία ύπαρξης σύντομου και ακριβούς εργαλείου που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μη νευρολόγους επαγγελματίες υγείας, για την εκτίμηση της περιφερικής νευροπάθειας.

Το 2005 δημοσιεύτηκε η διαδικασία σχεδιασμού ενός συστήματος μέτρησης από την EORTC, που στόχευε στην αξιολόγηση της επίπτωσης της περιφερικής νευροπάθειας

στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Το ερωτηματολόγιο QLQ-CIPN20, είναι αυτό-διαχειριζόμενο 20 σημείων και προσφέρει σημαντικές πληροφορίες, σχετικά με τα συμπτώματα λόγω νευροτοξικότητας και τους λειτουργικούς περιορισμούς.⁴⁷ Περιλαμβάνει ερωτήσεις για την αξιολόγηση της αισθητικότητας (9 σημεία), της κινητικότητας (8 σημεία) και του αυτόνομου νευρικού συστήματος (3 σημεία). Προσφέρει πληροφορίες γύρω από τα νευροπαθητικά συμπτώματα και τους λειτουργικούς περιορισμούς των ασθενών που εκτίθενται σε νευροτοξικούς χημειοθεραπευτικούς παράγοντες.

Συμπεράσματα

Η διερεύνηση των επιπτώσεων της περιφερικής νευροπάθειας στην ποιότητα ζωής δεν έχει αποτελέσει έως σήμερα αντικείμενο μελέτης ερευνητικών μελετών. Συνεπώς, δεν προσφέρονται ακόμα επαρκείς πληροφορίες για τα μικρά ή μεγάλα προβλήματα που δημιουργούνται στη ζωή του ασθενούς, καθώς και τους τρόπους διαχείρισής τους.

Για το λόγο αυτό παραμένει ακόμα και σήμερα επιτακτική η ανάγκη υιοθέτησης ενός κοινού, αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου αξιολόγησης τόσο της περιφερικής νευροπάθειας, όσο και των επιπτώσεων της στην ποιότητα ζωής των

ασθενών καθώς και η δημιουργία εξειδικευμένων νευρολογικών κέντρων.

Βιβλιογραφία

1. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118: 622-629.
2. Lehman AF. Measuring quality of life in a reformed health system. *Health Aff.* 1995;14: 90-101.
3. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-life outcomes. *N Engl J Med.* 1996;334: 835-840.
4. Gunnars, B, Nygren, P, Glimelius, B. Assessment of quality of life during chemotherapy. *Acta Oncologica* 2001;40: 175-184.
5. Soni MK, Cella D. Quality of life and symptom measures in oncology: an overview. *Am J Manag Care.* 2002;8(18 Suppl):S560-73.
6. Πολυκανδριώτη Μ, Ευαγγέλου Ε, Βλάχος Χ, Δημητρακοπούλου Π, Κερμελή Π, Κουκουλάρης Δ, Κυρίτση Ε. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2005;4(2):93-103.
7. King C.R, Haberman M, Berry D.L, Bush N, Butler L, Dow K.H, et al. Quality of life and the cancer experience: The state of the knowledge. *Oncology Nursing Forum* 1997;24: 27-41.
8. Fitch M.I. The 1997 Schering Lecture. Quality of life in oncology: Nurse's perceptions, values and behaviours. *Canadian Oncology Nursing* 1998;8:24-39.
9. Kaasa S, Loge J.H. Quality of life in palliative care: Principle and practice. *Palliative medicine* 2003;17: 11-20.
10. Sneeuw K.C, Aaronson N.K, Sprangers M.A, Detmar S.B, Wever L.D, Schornagel J.H. Evaluating the quality of life of cancer patients: Assessment by patients, significant others, physicians, and nurses. *British Journal of Cancer* 1999;81(1):87-94.
11. King C.R. Advances in how clinical nurse can evaluate and improve quality of life for individuals with cancer. *Oncology Nursing Forum* 2006, 33(suppl): 5-12.
12. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in new diagnosed patients. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(2): 490-498.
13. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology* 1990;4(5): 29-38.
14. Siegrist J, Junge A. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. *Soc Sci Med* 1989;29(3): 463-8.
15. Tishelman C, Degner LF, Mueller B. Measuring Symptom Distress in Patients with lung Cancer. A pilot study of experiences intensity and importance symptoms. *Cancer Nursing* 2000;23(2): 82-90.

16. Hampton DM, Hollis DE, Lloyd DA, Taylor J, McMillan SC. Spiritual needs of persons with advanced cancer, *Am J Hosp Palliat Care* 2007;24(1): 42-8.
17. Aaronson N. Quality of life research in cancer clinical trials: A need for common rules and language. *Oncology (Huntington)* 1990;4(5): 59-66.
18. Mirjam A.G. Sprangers. Quality of life assessment in Oncology. *Acta Oncologica*.2002; 41(3): 229-237.
19. Amadio PC. Outcomes measurements. *J Bone Joint Surg Am* 1993;75(11):1583-1584.
20. Devinsky O. Outcome research in neurology: incorporating health-related quality of life. *Ann Neurol* 1995;37(2):141-142.
21. Hobart JC, Freeman JA, Lamping DL. Physicians and patient-oriented outcomes in progressive neurological disease: which to measure? *Curr Opin Neurol* 1996; 9: 441-444.
22. Marshall FJ, Kieburtz K, McDermott M, Kurlan R, Shoulson I. Clinical research in neurology. From observation to experimentation. *Neurol Clin* 1996;14(2):451-466.
23. Tonali P, Padua L, Sanguinetti C, Padua R, Romanini E, Amadio P. Outcome research and patient-oriented measures in the multiperspective assessment of neurological and musculoskeletal disorders. *Consensus Conference: Third Roman Neurophysiology Day, Outcome Research in Neurology and in Musculoskeletal Disorders – 24 October. Ital J Neurol Sci* 1998; 20(2):139-140.
24. Padua L, Schenone A, Aprile I, Benedetti L, Caliandro P, Tonali P, Orazio EN. Italian NEUROPA Study Group. Quality of life and disability assessment in neuropathy: a multicenter study. *Journal of the Peripheral Nervous System* 2005;10(1): 3-10.
25. Schmader Kenneth. Epidemiology and impact on quality of life of postherpetic neuralgia and painful diabetic neuropathy. *The Clinical Journal of pain* 2002; 18(6): 350-354.
26. Vileikyte L, Peyrot M, Bundy C, Rubin RR, Leventhal H, Mora P, et al. The development and validation of a neuropathy – and foot ulcer – specific Quality of Life Instrument. *Diabetes Care* 2003; 26(9): 2549-2555.
27. Mumenthaler Marco, Heinrich Mattle. *Neurologie*. New York: Thieme. 2002.
28. Benbow SJ, Wallymahmed ME, MacFarlane IA. Diabetic peripheral neuropathy and quality of life. *QJM*. 1998;91(11):733-7.
29. Schmader Kenneth. Epidemiology and impact on quality of life of postherpetic neuralgia and painful diabetic neuropathy. *The Clinical Journal of pain* 2002;18(6): 350-354.
30. Almadrones Lois A. Patient guide to peripheral neuropathy. *ONF* 1999; 26(8): 1359-1361

31. Bakitas MA. Background noise: the experience of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Nurs Res* 2007;56(5):323-31.
32. Dodd M., Miaskowski C., Paul S. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28(3): 465-470.
33. Miaskowski C, Lee K.A. Pain, Fatigue and Sleep disturbances in oncology outpatients receiving radiation therapy for bone metastasis: A pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999;17(5): 320-332.
34. Polikandrioti M, Evaggelou E, Zerva S, Zerdila M, koukoularis D, Kyritsi H. Evaluation of depression in patients undergoing chemotherapy. *Health Science Journal*. 2008; Volume 2, Issue 3. p.p : 156-172.
35. Redeker N, Lev E, & Ruggiero J. Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 2000; 14(4): 275-290.
36. Smith M, Haythornthwaite J.A. How do sleep disturbance and chronic pain interrelate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioural clinical trials literature. *Sleep Medicine Reviews* 2004;8(2):119-132.
37. Boehmke M. M., Dickerson S. S. Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer Nursing* 2005; 28(5): 382-389.
38. Huang HQ, Brady MF, Cella D, Fleming G. Validation and reduction of FACT/GOG-Ntx subscale for platinum/paclitaxel-induced neurologic symptoms: a gynaecologic oncology group study. *Int J Gynecol Cancer* 2007; 17(2): 387-93.
39. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988;57(1): 109-12.
40. Stephens RJ, Hopwood P, Girling DJ, Machin D. Randomized trials with quality of life endpoints: Are doctor's ratings of patients physical symptoms interchangeable with patient's selfratings? *Qual Life Res* 1997; 6: 225-36.
41. Cella D.F, Tulsky D.S, Gray, G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology* 1993; 11(3): 570-579.
42. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The EORTC QLQ-C30 - a Quality-of-life Instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85(5): 365-376.

43. Galhoun EA, Welshman EE, Chang CH, Lurain JR, Fishman DA, Hunt TL, Cella D. Psychometric evaluation of the Functional Assessment of Cancer Therapy/Gynecologic Oncology Group-Neurotoxicity (FACT/GOG-Ntx) questionnaire for patients receiving systemic chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13(6):741-8.
44. McGuire WP, Hoskins WJ, Brady MF, et al. Cyclophosphamide and cisplatin compared with paclitaxel and cisplatin in patients with stage III and stage IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 1996; 334(1):1-6.
45. Ostchega, Y., Donohue, M., & Fox, N. High-dose cisplatin-related peripheral neuropathy. *Cancer Nursing* 1988;11(1): 23-32.
46. Almadrones L, McGuire DB, Walczak JR, Florio CM, Tian C. Psychometric evaluation of two scales assessing functional status and peripheral neuropathy associated with chemotherapy for ovarian cancer: A gynecologic oncology group study. *Oncology Nursing Forum* 2004;31(3):615-623.
47. Postma TJ, Aaronson NK, Heimans JJ, Muller MJ, Hildebrand JG, et al. The development of an EORTC quality of life questionnaire to assess chemotherapy-induced peripheral neuropathy: Thw QLQ-CIPN20. *Eur J Cancer* 2005; 41(8): 1135-1139.

ΕΡΕΥΝΑ

Απόψεις υπογόνιμων ζευγαριών ως προς τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Ρούπα Ζωή¹, Πολυκανδριώτη Μαρία², Φάρος Ευθύμιος³, Γουρνή Ιωάννα⁴, Σωτηροπούλου Πηνελόπη⁵, Γουρνή Μαρίτσα⁶

1. Καθηγήτρια, Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λάρισας
2. Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ του ΤΕΙ Αθήνας
3. Μαιευτήρας – Γυναικολόγος Νοσοκομείο «Λητώ», Αθήνα
4. Νοσηλεύτρια-Καθηγήτρια Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
5. Επισκέπτρια Υγείας Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία», Αθήνα
6. Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ του ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεραπευτική διαδικασία της υπογονιμότητας επηρεάζει σημαντικά όχι μόνο την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού αλλά και τη ψυχολογία του καθενός ξεχωριστά.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων των υπογόνιμων ζευγαριών ως προς τις μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Υλικό και μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 110 υπογόνιμα ζευγάρια, τα οποία αναζήτησαν ιατρική βοήθεια σε Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τις απόψεις των υπογόνιμων ζευγαριών. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.

Αποτελέσματα: Από τα 110 ζευγάρια που μελετήθηκαν, το 44,3% ακολουθούσε την κλασική μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (IVF), το 37,8% την ομόλογη σπερματέγχυση, το 14,1% τη μικρογονιμοποίηση (ICSI) το 3,1% την ετερόλογη σπερματέγχυση και το 0,7% την ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών (GIFT). Ως προς τους παράγοντες που δυσχεραίνουν τη λήψη απόφασης για Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, στο 27,3% των συμμετεχόντων ήταν οι παρενέργειες λόγω της θεραπείας, στο 22,7% ο οικονομικός παράγοντας, στο 7,3% η άποψη του περιβάλλοντος, στο 10,0% ο ψυχολογικός και στο 4,5% ο θρησκευτικός παράγοντας.

Το 73,6% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι θα ξαναπροσπαθούσε για την απόκτηση ενός ακόμα παιδιού, εάν η προηγούμενη προσπάθεια ήταν επιτυχής και το 94,5% δήλωσε, ότι θα

ξαναπροσπαθούσε εάν η προηγούμενη προσπάθεια ήταν ανεπιτυχής. Ως προς το τι θα θυσιάζαν οι ερωτηθέντες στον ερχομό ενός παιδιού το 58,3% απάντησε, ότι θα θυσίαζε τα πάντα, το 14,5% τον ελεύθερο χρόνο, το 4,5% τη διασκέδαση, το 3,6% την εργασία, το 2,7% τον αθλητισμό και το 16,4% δεν θα θυσίαζε τίποτα. Το 73,6% των ζευγαριών που είχαν υποβληθεί σε κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής δεν είχε δεχτεί ψυχολογική στήριξη και το 26,4% είχε δεχθεί. Το 55,4% δήλωσε, ότι επιθυμούσε την παρουσία συντρόφου στις ιατρικές διαδικασίες, το 36,4% σε ορισμένες και το 8,2% σε όλες. Το 61,8% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι δεν θα χρησιμοποιούσε σπέρμα δότη και το 68,2% ωάριο δότριας.

Συμπεράσματα: Η ανάπτυξη συμβουλευτικής στήριξης θεωρείται αναγκαία για τα υπογόνιμα ζευγάρια που ακολουθούν κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Λέξεις κλειδιά: υπογονιμότητα, απόψεις, μέθοδοι Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

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

ORIGINAL PAPER**Perceptions of infertile couples to assisted reproductive techniques**

Roupa Zoi¹, Polikandrioti Maria², Faros Efthimios³, Gourni Ioanna⁴, Sotiropoulou Pinelopi⁵,
Gourni Maritsa⁶

1. Professor in Nursing Department, ATEI of Larissa
2. Laboratory Instructor in Nursing Department A' TEI of Athens
3. Obstetrician-Gynecologist at the LHTO Clinic, Athens
4. Nurse-Teacher of Secondary Education
5. Health Visitor, "SOTIRIA" Hospital of Thoracic Diseases, Athens
6. Professor in Nursing Department, A' TEI Athens.

ABSTRACT

Infertility treatment influences significantly not only the couples' quality of life but also their psychology separately.

Aim: The aim of the present study was to explore perceptions of infertility couples in regard to assisted reproductive techniques.

Method and material: The sample study consisted of 110 infertile couples that seek medical help to a Center of Assisted Reproductive Techniques. A specially designed questionnaire was used for the needs of the survey, that included items related to the perceptions of infertile couples. Statistical analysis was performed by the statistical package SPSS-13.

Results: Of the 110 studied infertile couples, 44,3% followed (IVF) In Vitro Fertilization method, 37,8% artificial Insemination, 14,1% (ICSI) Intracytoplasmic sperm injection, 3,1% donor insemination and 0,7% (GIFT) Gamete Intra – Fallopian Transfer. In regard to factors that make difficult the decision to choose Assisted Reproductive Techniques, in 27,3% of the participants was the side effects deriving from therapy, in 22,7% the cost, in 7,3% the attitude of the environment, in 10,0% the psychological and in 4,5% the religious factor. The 73,6% of the studied sample reported that they would try again to have a child even if the previous effort was successful and the 94,5% reported that they would try again even if the previous effort was not successful. Regarding what they had the intention to sacrifice of their life to the birth of a child, the 58,3% reported that they would sacrifice “everything”, the 14,5% free-time, the 4,5% the entertainment, the 3,6% occupation, the 2,7% athletics and the 16,4% would sacrifice nothing. The 73,6% of the couples that had undergone an Assisted Reproductive Techniques, received no *psychological support*, while 26,4% received. The 55,4% reported that they desired the presence of their spouse during the procedures of medical treatment, the 36,4% in some of them and the 8,2% in every medical process. The 61,8% of the studied sample reported that would accept have sperm donation and the 68,2% egg donation.

Conclusions: The development of consultation is necessary for the infertile couples receiving assisted reproductive technologies.

Key words: infertility-perceptions- assisted reproductive technologies

CORRESPONDING AUTHOR

Gourni Maritsa,

Knosou 27, Glyfada,

Athens.T.K: 161-65,

e-mail: mgourni@teiath.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ολοι οι πολιτισμοί στο βάθος των αιώνων έχουν τονίσει τη σπουδαιότητα της αναπαραγωγής και της διαίωνισης του είδους καθώς είναι πλήρως αποδεκτό, ότι η ανθρώπινη ύπαρξη αγγίζει την πληρότητα και την ολοκλήρωση μέσα από ένα παιδί! Στη σημερινή εποχή, η συχνότητα εμφάνισης της υπογονιμότητας αυξάνεται ολοένα και περισσότερο και σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) περίπου το 8-10% των ζευγαριών αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας.¹⁻⁴

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 φυσιολογικές σεξουαλικές επαφές.¹⁻⁴

Εν αντιθέσει με το παρελθόν, όπου τα υπογόνιμα ζευγάρια δεν είχαν άλλη επιλογή από το να αποδεχθούν την αδυναμία τεκνοποίησης, στη σημερινή εποχή, η Ιατρική Επιστήμη δίνει λύσεις στο πρόβλημα με την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Ως υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ορίζονται όλες εκείνες οι μέθοδοι κατά τις οποίες η γονιμοποίηση επιτυγχάνεται με διάφορες τεχνικές και όχι μέσω της σεξουαλικής πράξης. Η πρώτη επιτυχημένη γονιμοποίηση ανθρώπινων ωαρίων στο εργαστήριο το 1978, αποτέλεσε πραγματικό ορόσημο γιατί έδωσε

τη δυνατότητα σε χιλιάδες άτεκνα ζευγάρια να αποκτήσουν ένα παιδί. Παράλληλα όμως, αυτές οι σημαντικές εξελίξεις δημιούργησαν τεράστιους ηθικούς, ψυχοκοινωνικούς και νομικούς προβληματισμούς.¹⁻³

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η θεραπευτική διαδικασία της υπογονιμότητας επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού αλλά και τη ψυχολογία του καθενός ξεχωριστά. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα ζευγάρια που επιλέγουν την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή διανύουν τα εξής στάδια : το πρώτο που αφορά το χρονικό διάστημα, όπου το ζευγάρι συνειδητοποιεί τη δυσκολία τεκνοποίησης και βιώνει την υπογονιμότητα, το δεύτερο, όπου η αναπαραγωγή διαχωρίζεται από τη σεξουαλική πράξη και το τρίτο στάδιο, όπου ακόμα και αν η προσπάθεια είναι επιτυχής, η υπογονιμότητα εξακολουθεί να υφίσταται. Επίσης, σύμφωνα με μελέτες παρατηρούνται διαφορές ως προς το φύλο και τη διαχείριση του προβλήματος της υπογονιμότητας.⁵⁻⁹

Μετά τη διάγνωση της υπογονιμότητας, τα περισσότερα ζευγάρια βιώνουν διαφορετικού βαθμού άγχους ή κατάθλιψη και συχνά παραμελούν άλλους στόχους και ανάγκες καθώς η ζωή τους περιστρέφεται γύρω από το θέμα της σύλληψης. Ανεξαρτήτως πάντως, του βαθμού επίδρασης της υπογονιμότητας στη ζωή των ζευγαριών η αναμονή και η αβεβαιότητα της θεραπείας αποτελούν κοινή

πηγή άγχους. Δεδομένου ότι, τα ζευγάρια που καταφεύγουν στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή δεν θεραπεύουν το αίτιο της υπογονιμότητας, το πρόβλημα και τα αρνητικά συναισθήματα που αυτό συνεπάγεται παραμένουν και μετά την απόκτηση ενός παιδιού, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής τους.⁵⁻⁹

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η θεραπεία της υπογονιμότητας δεν επιβάλει μόνο τη γνώση και κατανόηση των ιατρικών ζητημάτων αλλά έχει ψυχικές, κοινωνικές, ηθικές και νομικές προεκτάσεις. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της ευρύτερης αποδοχής των μεθόδων Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας έχει στραφεί προς τη διερεύνηση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών των ζευγαριών που υποβάλλονται σε θεραπεία γονιμότητας. Ένας αυξανόμενος αριθμός σχετικών ερευνών επιβεβαιώνει, ότι η συμβουλευτική υπογονιμότητας επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στην κατανόηση των προβλημάτων που ενέχονται στη διαδικασία της θεραπείας και στη λήψη αποφάσεων και συνεπώς θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας.⁵⁻⁹

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων των υπογόνιμων ζευγαριών ως προς τις μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 110 υπογόνιμα ζευγάρια τα οποία επιλέχθηκαν με την μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής το οποίο επελέγη λόγω εύκολης προσβασιμότητας.

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 τις απόψεις των υπογόνιμων ζευγαριών.

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.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, έδειξαν τα εξής :

Ως προς την πρώτη ενημέρωση των ζευγαριών για την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, το 59,0% του πληθυσμού της μελέτης ενημερώθηκε από τους ειδικούς, το 8,2% από τα περιοδικά, το 6,4% από την τηλεόραση και το 26,4% από γνωστούς και φίλους. (Γράφημα 1) Σχετικά με τη επιλεγόμενη τεχνική Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (**ART: Assisted Reproductive Techniques**), τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι το 44,3% του πληθυσμού της μελέτης ακολουθούσε την κλασική μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Εξωσωματική Γονιμοποίηση, IVF: **In Vitro Fertilization**), το 37,8% την ομόλογη σπερματέγχυση (σπερματέγχυση με σπέρμα του συζύγου), το 14,1% τη μικρογονιμοποίηση (ενδοκυτταροπλασματική ένεση σπερματοζωαρίου **ICSI: Intracytoplasmic sperm injection**), το 3,1% την ετερόλογη σπερματέγχυση (σπερματέγχυση με σπέρμα δότη) και το 0,7% την ενδοσαλπινγική μεταφορά γαμετών (Gamete Intra – Fallopian Transfer GIFT).

Όσον αφορά τα έτη προσπάθειας επίτευξης φυσιολογικής εγκυμοσύνης βάσει των απαντήσεων, παρατηρήθηκε, ότι το 38,2% των ερωτηθέντων είχαν 2-3 έτη προσπάθειας επίτευξης φυσιολογικής κύησης, το 32,7% ένα έτος, το 9,1% λιγότερο από ένα έτος, το 8,2%

4-5 έτη, το 6,4% περισσότερα από 5 έτη και το 5,5% κανένα. (Γράφημα 2)

Από τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την απόφαση των ερωτηθέντων για Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή ήταν οι παρενέργειες κατά ή μετά τη θεραπεία με 27,3%, δεύτερος παράγοντας ήταν ο οικονομικός με 22,7%, ακολουθούσαν η άποψη του περιβάλλοντος με 7,3%, ο ψυχολογικός με 10,0% και ο θρησκευτικός παράγοντας με 4,5%. Σε 31 άτομα από τα 110 δεν υπάρχει παράγοντας που να δυσχεραίνει την απόφασή τους για Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. (Πίνακας 1)

Ως προς το τι θα θυσιάζαν οι ερωτηθέντες στον ερχομό ενός παιδιού το 58,3% απάντησε, ότι θα θυσίαζε τα πάντα, το 14,5% τον ελεύθερο χρόνο, το 4,5% τη διασκέδαση, το 3,6% την εργασία, το 2,7% τον αθλητισμό και το 16,4% δεν θα θυσίαζε τίποτα. (Γράφημα 3)

Το 73,6% των ζευγαριών που είχαν υποβληθεί σε κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής δεν είχε δεχτεί ψυχολογική υποστήριξη, ενώ το 26,4% είχε δεχθεί. (Γράφημα 4)

Ως προς την ερώτηση εάν θα επιθυμούσαν οι γυναίκες την παρουσία συντρόφου στις ιατρικές διαδικασίες, το 55,4% δήλωσε, ότι επιθυμούσε την παρουσία συντρόφου στις ιατρικές διαδικασίες, το 36,4% σε ορισμένες και το 8,2% σε όλες. (Γράφημα 5)

Το 53,6% είχε ξανά προσπαθήσει για την επίτευξη μίας κύησης ενώ για το υπόλοιπο 46,4% ήταν η πρώτη φορά.

Το 73,6% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι σε περίπτωση, όπου η προηγούμενη προσπάθεια ήταν επιτυχής, θα ξαναπροσπαθούσε για την απόκτηση ενός ακόμα παιδιού, ενώ το 26,4% δεν θα ξαναπροσπαθούσε. Το 94,5% δήλωσε, ότι σε περίπτωση, όπου η προηγούμενη προσπάθεια ήταν ανεπιτυχής θα ξαναπροσπαθούσε για την απόκτηση ενός ακόμα παιδιού, ενώ το 5,5% δεν θα ξαναπροσπαθούσε για τον ερχομό ενός παιδιού. (Πίνακας 2)

Το 61,8% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι δεν θα χρησιμοποιούσε σπέρμα δότη σε περίπτωση αζωοσπερμίας ή σε περίπτωση που δεν υπήρχε σύντροφος, ενώ το 38,2% ότι θα χρησιμοποιούσε.

Το 68,2% των ερωτηθέντων δήλωσε, ότι δεν θα χρησιμοποιούσε ωάριο δότριας, ενώ το 31,8% ότι θα χρησιμοποιούσε.

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσης μελέτης βρέθηκε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ενημερώθηκε την πρώτη φορά για τις μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής από τους ειδικούς, εύρημα που δηλώνει, ότι μετά τη διάγνωση του προβλήματος, τα εξειδικευμένα άτομα αποτελούν την κύρια πηγή

πληροφόρησης των υπογόνιμων ζευγαριών. Δεδομένου, ότι η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή αυτή καθεαυτή δεν αποτελεί τη λύση του προβλήματος, η πλήρης ενημέρωση από ειδικούς ασκεί καθοριστικό ρόλο για την επιλογή της μεθόδου, όπως επίσης και για τη μείωση του άγχους καθ' όλη διαδικασία.¹⁰⁻¹²

Όσον αφορά τις μεθόδους, που είχαν ακολουθήσει τα ερωτηθέντα ζευγάρια, η κλασική μέθοδος Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής IVF, αποτελεί την επικρατέστερη, ακολουθεί η ομόλογη σπερματέγχυση, η μικρογονιμοποίηση, η ετερόλογη σπερματέγχυση και η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών. Το εύρημα της μελέτης, ότι η κλασική μέθοδος είναι αυτή που υπερτερεί και δεύτερη έρχεται η ομόλογη σπερματέγχυση οφείλεται στο γεγονός ότι, αποτελούν τις πιο αποδεκτές ιατρικές θεραπείες για την καταπολέμηση της ανθρώπινης υπογονιμότητας και δεν είναι πειραματικές τεχνικές.

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία αυτού του ευρήματος είναι, ότι ίσως ακόμη στην Ελλάδα δεν υπάρχει ούτε η κατάλληλη υποδομή ούτε και η κατάλληλη αποδοχή για την εφαρμογή κάποια άλλης μεθόδου. Αξίζει να διευκρινισθεί, ότι κατά την κλασική γονιμοποίηση (IVF), ευρέως γνωστή ως Εξωσωματική Γονιμοποίηση, η γονιμοποίηση και τα πρώτα βήματα ανάπτυξης του γονιμοποιημένου ωαρίου πραγματοποιούνται εκτός του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.

Αναλυτικότερα, η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο γίνεται στο εργαστήριο, όπου το σπέρμα και τα ωάρια αναμιγνύονται σε ειδικό κέλυφος και παραμένουν υπό ιδανικές συνθήκες μέχρι να εξετασθεί την επόμενη ημέρα, η επιτυχία της γονιμοποίησης. Κατόπιν οργανώνεται η ημέρα της εμβρυομεταφοράς, δηλ. η τοποθέτηση των γονιμοποιημένων που προέκυψαν από την εξωσωματική γονιμοποίηση στη μήτρα της γυναίκας, συνήθως 2-3 ημέρες μετά την ωοληψία. Κατά την μικρογονιμοποίηση (ICSI) επιλέγεται ένα και μόνο σπερματοζωάριο και ενίεται με πολύ λεπτή βελόνα εντός του ωαρίου. Η επιλογή IVF ή ICSI εξαρτάται κυρίως από τη ποιότητα του σπέρματος και πιο συγκεκριμένα η μέθοδος της μικρογονιμοποίησης επιλέγεται σε περιπτώσεις σοβαρής ολιγοασθενοσπερμίας.^{13,14,15}

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε, ότι το υψηλότερο ποσοστό των συμμετεχόντων κατέφυγε σε αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ύστερα από 2-3 έτη προσπάθειας επίτευξης φυσιολογικής κύησης. Μια πιθανή εξήγηση του ευρήματος της παρούσης μελέτης είναι, ότι τα περισσότερα ζευγάρια καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας επειδή αγνοούν το χρόνο επίτευξης μιας φυσιολογικής εγκυμοσύνης. Ο κατάλληλος χρόνος αναζήτησης ιατρικής παρέμβασης είναι όταν, δεν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη ύστερα από ένα χρόνο ελεύθερων

σχέσεων, υπό την προϋπόθεση, ότι δεν υπάρχουν άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες για τη γονιμότητα, όπως η ηλικία, το προηγούμενο ιστορικό παθήσεων, κ.ά. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 70% των γυναικών που έχουν ελεύθερες σχέσεις θα μείνουν έγκυες περίπου σε ένα χρόνο, το 30% θα μείνει το δεύτερο χρόνο, τον τρίτο ή καθόλου.¹³⁻¹⁶ Ένας άλλος παράγοντας που θα πρέπει να συνεκτιμάται κατά την αιτιολόγηση της καθυστέρησης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας σύμφωνα με την εργασία του Schmidt L.,¹⁷ είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το οποίο λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας σε κάθε τέτοιου είδους προσπάθεια. Αντιθέτως άτομα που υπερτερούν σε μορφωτικό επίπεδο αντιμετωπίζουν θετικά τη λύση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το σημαντικότερο συμπέρασμα που διεξάγεται από αυτό το εύρημα της μελέτης είναι, ότι η ενημέρωση του γενικότερου συνόλου δεν είναι επαρκής.

Ο παράγοντας που δυσχεραίνει περισσότερο την απόφαση των ερωτηθέντων για Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή ήταν οι παρενέργειες κατά ή μετά τη θεραπεία, εύρημα, που αντανακλά τη βαθύτερη ανάγκη για ενημέρωση. Ο δεύτερος επικρατέστερος παράγοντας που επηρέαζε την απόφαση για προσπάθεια επίτευξης εγκυμοσύνης με τη μέθοδο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ήταν ο οικονομικός. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα ζευγάρια που έχουν χαμηλό

εισόδημα, λόγω του υψηλού κόστους των θεραπευτικών προσπαθειών ή της μικρής ασφαλιστικής κάλυψης δυσκολεύονται να καταφύγουν στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή με αποτέλεσμα την απώλεια πολύτιμου χρόνου. Δυστυχώς μέχρι σήμερα στην Ελλάδα, οι ανεπαρκείς ασφαλιστικές ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και η υποτυπώδη αποζημίωση που προσφέρουν τα ασφαλιστικά ταμεία καθιστούν δυσκολότερη την απόφαση. Απαραίτητες είναι, οι μεταρρυθμίσεις στο Προεδρικό Διάταγμα που επιτρέπει στα ασφαλιστικά ταμεία να καταβάλλουν μόνο το ποσό των 360 Ευρώ για κάθε προσπάθεια Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.¹⁸⁻²³

Ως προς τι θα θυσιάζαν οι ερωτηθέντες για τον ερχομό ενός παιδιού παρατηρούμε, ότι τα μισά ζευγάρια θα θυσιάζαν τα πάντα για τον ερχομό ενός παιδιού, εύρημα που ενισχύει την πεποίθηση, ότι ακόμα και σήμερα η ανάγκη τεκνοποίησης είτε αυτή προκύπτει ως βιολογική παρόρμηση είτε ως κοινωνική αναγκαιότητα είναι ιδιαίτερα σημαντική για το ζευγάρι. Όμως, τα περισσότερα σύγχρονα ζευγάρια δεν αποκτούν περισσότερα από δύο παιδιά, κατατάσσοντας την Ελλάδα στις χώρες με αυξημένο πρόβλημα υπογεννητικότητας.¹³

Από τα αποτελέσματα της μελέτης παρατηρήθηκε, ότι το υψηλότερο ποσοστό των ζευγαριών που είχαν ακολουθήσει κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής δεν δέχτηκε ψυχολογική στήριξη. Το εύρημα αυτό

ίσως να υποδηλώνει την έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού για την παροχή ψυχολογικής στήριξης. Από μελέτες τονίζεται, ότι η συμβουλευτική στήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών που ακολουθούν κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας, διότι δίδει την ευκαιρία στα ζευγάρια να συζητήσουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους, τα προβλήματα στη συζυγική και σεξουαλική τους σχέση και γενικότερα συμβάλει αποτελεσματικά στη μείωση του άγχους.²⁴⁻²⁷

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε, ότι η πλειοψηφία των γυναικών επιθυμούσε την παρουσία συντρόφου στις ιατρικές διαδικασίες. Παρότι, συχνά τίθεται το ζήτημα της αποξένωσης του συντρόφου από τη διαδικασία της σύλληψης, το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την επιθυμία του ζευγαριού να παραμείνει ενωμένο σε αυτή τη διαδικασία. Η ψυχολογία των γυναικών επηρεάζεται περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες γιατί είναι εκείνες που εμπλέκονται ενεργά στη διαδικασία της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης και βιώνουν υψηλότερης έντασης σωματική και ψυχική κόπωση. Σύμφωνα με μελέτες, οι υπογόνιμες γυναίκες βιώνουν συναισθήματα ενοχής, θυμού, απώλειας στόχων στη ζωή, όπως επίσης χαμηλού βαθμού αυτοεκτίμησης, έλλειψη συγκροτημένης σκέψης και κοινωνική απομόνωση. Επίσης, είναι περισσότερο

ευάλωτες προς την εκδήλωση άγχους λόγω του ότι πολλά από τα φάρμακα που λαμβάνουν για τη θεραπεία επηρεάζουν τις ορμόνες του οργανισμού. Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών είναι η λανθασμένη επικρατούσα αντίληψη, ότι οι υπογόνιμες γυναίκες μειονεκτούν, διαφέρουν από τον υπόλοιπο γυναικείο πληθυσμό, ή ότι είναι άτυχες.^{28,29,30}

Οι μισοί σχεδόν συμμετέχοντες έχουν ξαναπροσπαθήσει για την επίτευξη κύησης με τη μέθοδο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Παρά τις σημαντικές προόδους της Ιατρικής Επιστήμης, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η μέθοδος δεν είναι πάντα επιτυχής κατά την πρώτη προσπάθεια. Πιθανόν, επιβάλλεται μεγαλύτερη εξειδίκευση των ιατρών πάνω στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή για να επιτευχθεί όσο το δυνατόν μια κύηση με τις ελάχιστες προσπάθειες.

Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της μελέτης απάντησε, ότι θα επαναλάμβανε την προσπάθεια γονιμοποίησης είτε η προηγούμενη προσπάθεια ήταν επιτυχής είτε όχι. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα τεκνοποίησης στη σύγχρονη Ελληνική κοινωνία και υποδηλώνουν, ότι οι ανασταλτικοί παράγοντες, όπως οικονομικοί ή ιατρικοί δεν είναι ικανοί να αποτρέψουν την προσπάθεια. Είναι όμως αναγκαίο να τονισθεί, ότι σε περίπτωση αποτυχούς προσπάθειας, τα

ζευγάρια έχουν μεγαλύτερη ανάγκη συμβουλευτικής στήριξης από ειδικούς επαγγελματίες προκειμένου να συνεχίσουν ομαλά την πορεία της ζωής τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο βαθμός αισιοδοξίας στα ζευγάρια είναι υψηλότερος στις μέρες της εμβρυομεταφοράς, ενώ αντίθετα, εάν το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι αρνητικό βιώνουν άγχος και κατάθλιψη, τα οποία είναι δυνατόν να συνεχίζονται έως και 6 μήνες μετά.

³¹⁻³³

Όσον αφορά τις εναλλακτικές μεθόδους, υψηλό ποσοστό δήλωσε, ότι δεν επιθυμούσε να χρησιμοποιήσει σπέρμα δότη σε περίπτωση αζωοσπερμίας (ετερόλογη σπερματέγχυση) ή ωάριο δότριας, εύρημα που πιθανόν να αντανακλά ηθικούς και θρησκευτικούς προβληματισμούς. Πριν από αρκετά χρόνια, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες, υπήρχε έντονη κοινωνική και θρησκευτική αντίθεση για την επιλογή αυτών των μεθόδων τεκνοποίησης και η προσφυγή σε σπέρμα δότη εθεωρείτο πράξη καταδικαστέα. Στη σημερινή όμως εποχή προβλέπεται και ρυθμίζεται από πολλές νομοθεσίες. Αντιθέτως με τις έγγαμες γυναίκες, ολοένα και περισσότερες ανύπανδρες ή προχωρημένης ηλικίας γυναίκες καταφεύγουν σε αυτές τις μεθόδους τεκνοποίησης.^{27,30,34}

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία για την απόρριψη αυτής της μεθόδου είναι, ότι θεωρείται αμφίβολο εάν μετά τη γέννηση του παιδιού, οι γονείς θα παραμείνουν ενωμένοι ή θα

υπάρχουν προστριβές οι οποίες θα έχουν αντίκτυπο και στο παιδί. Ερευνητές, που μελέτησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή μεθόδου Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής με τεχνικές, όπου η συμμετοχή του συζύγου δεν είναι απαραίτητη για την επίτευξη της εγκυμοσύνης κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι συχνά δημιουργούνται προβλήματα στο ζευγάρι, κυρίως γιατί οι άνδρες, βιώνουν συσχετισμό μεταξύ υπογονιμότητας και σεξουαλικής ανικανότητας.^{27,30,34}

Επίσης, ανακύπτουν ηθικά διλήμματα όσον αφορά τη δωρεά εμβρύων, ωαρίων, σπέρματος και το δανεισμό μήτρας αλλά και διλήμματα υγείας γιατί μπορεί μεν η απόκτηση ενός παιδιού να είναι σημαντική, όμως η επιλογή μιας τέτοιας μεθόδου συνεπάγεται κινδύνους όταν δεν υπάρχει έλεγχος σπέρματος και ωαρίων. Στην Ελλάδα λειτουργούν ιδιωτικές τράπεζες σπέρματος, οι οποίες μπορεί μεν να εξασφαλίζουν οικονομικά κίνητρα και ανωνυμία στους δωρητές αλλά είναι μη ελεγχόμενες ως προς την προέλευση σπέρματος. Συνεπώς, η νομική ρύθμιση κρίνεται απολύτως αναγκαία για την ίδρυση και λειτουργία τραπεζών σπέρματος.³⁵⁻³⁹

Συμπεράσματα

Η μέθοδος της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του σύγχρονου συστήματος υγείας. Για το λόγο αυτό, η Πολιτεία θα πρέπει να στηρίζει κάθε προσπάθεια για την πρόοδο του

συγκεκριμένου τομέα. Ενώ, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η πλήρης ενημέρωση και πληροφόρηση αφορά όλους.

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. Devroey P, Fauser BC, Diedrich K. Approaches to improve the diagnosis and management of infertility. *Evian Annual Reproduction (EVAR) Workshop Group* 2008. *Hum Reprod Update.* 2009;15(4):391-408.
4. Menning BE. The infertile couple: a plea for advocacy. *Child Welfare.* 1975;54(6):454-60.
5. Ziebe S, Devroey P. Assisted reproductive technologies are an integrated part of national strategies addressing demographic and reproductive challenges. *Hum Reprod Update.* 2008;14(6):583-92.
6. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 1997;45(11):1679-704.

7. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*. 2004; 63(1): 126-30.
8. Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update*. 2009; 15(3): 279-95.
9. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:186.
10. Wilkes S, Hall N, Crosland A, Murdoch A, Rubin G. General practitioners' perceptions and attitudes to infertility management in primary care: focus group study. *J Eval Clin Pract*. 2007;13(3):358-63.
11. Fuscaldo G, Russell S, Gillam L. How to facilitate decisions about surplus embryos: patients' views. *Hum Reprod*. 2007;22(12):3129-38.
12. Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Hum Reprod Update*. 2008;14(6):605-21.
13. Κάλζαρης Ε.Χ. Το χρυσό μου παιδί. Τεκνοποίηση με ιατρική υποβοήθηση. Εκδ. Τραυλός, Αθήνα, 1996.
14. Persson J. The ART of assisted reproductive technology. *Aust Fam Physician*. 2005;34(3):119-22.
15. Κρεατσάς Γ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1998.
16. Pauli SA, Berga SL, Shang W, Session DR. Current status of the approach to assisted reproduction. *Pediatr Clin North Am*. 2009;56(3):467-88.
17. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Dan Med Bull*. 2006;53(4):390-417.
18. Maroto-Navarro G., del Mar García-Calvente M., Mateo-Rodríguez I. The challenge of maternity in Spain: social and health difficulties. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 2:13-23.
19. Sołtysiak E. The influence of socioeconomic factors on female fertility. *Ginekol Pol*. 2005;76(12):986-90.
20. Stephen EH., Chandra A. Use of infertility services in the United States: 1995. *Fam Plann Perspect*. 2000;32(3):132-7.
21. Jain T. Socioeconomic and racial disparities among infertility patients seeking care. *Fertil Steril*. 2006;85(4):876-81.

22. Forti G, Krausz C. Clinical review 100: Evaluation and treatment of the infertile couple. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998; 83(12):4177-88.
23. Neumann PJ, Soheyla D, Gharib D, Weinstein MC. The cost of a successful delivery with in vitro fertilization. *N Engl J Med.* 1994; 331(4):239-43.
24. Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Hum Fertil (Camb).* 2009;12(1):14-20.
25. Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod.* 2005;20(11):3248-56.
26. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Hum Reprod.* 2008;23(5):1128-37.
27. Hsu YL, Kuo BJ. Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. *J Nurs Res.* 2002;10(4):291-302.
28. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *J Behav Med.* 1999;22(4):341-58.
29. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod.* 2006;21(9):2443-9.
30. Lee TY, Sun GH, Chao SC, Chen CC. Development of the coping scale for infertile couples. *Arch Androl.* 2000;45(3):149-54.
31. Hahn CS. Review: psychosocial well-being of parents and their children born after assisted reproduction. *J Pediatr Psychol.* 2001;26(8):525-38.
32. Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L: Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples. *Hum Reprod.* 2002;17(11):2986-94.
33. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD: Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod.* 2004; 19(10):2313-2318.
34. Gurkan L, Raynor MC, Hellstrom WJ. Sex and the infertile male. *Semin Reprod Med.* 2009;27(2):186-90.
35. Hudson N, Culley L, Rapport F, Johnson M, Bharadwaj A. Public perceptions of gamete donation: a research review. *Public Underst Sci.* 2009;18(1):61-77.

36. Sidebotham M. Egg and sperm donation: an issue for health care professionals? J Fam Health Care. 2003;13(5):134-6.

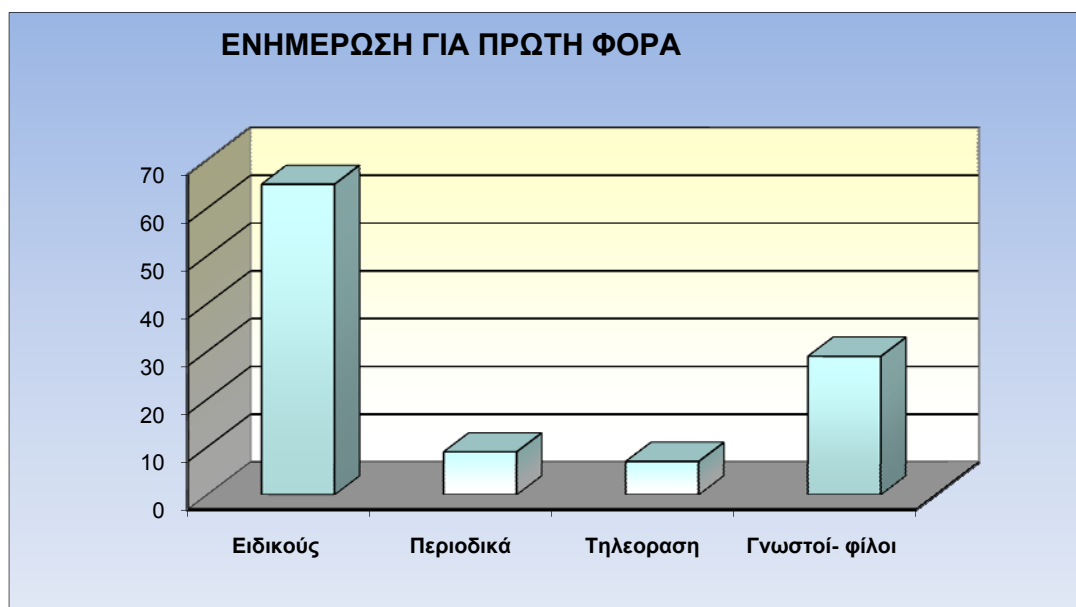
Bioethics Committee Reprod Biomed Online. 2008;17 Suppl 3:25-33.

37. Schenker JG. Assisted reproduction practice in Europe: legal and ethical aspects. Hum Reprod Update. 1997;3(2):173-84.

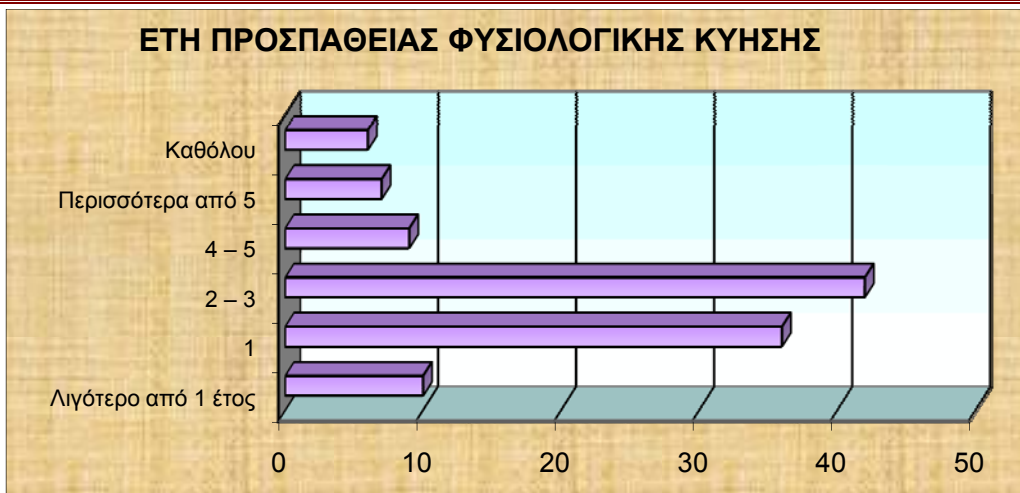
38. Terry V, Shorey CD. Artificial reproductive technologies in Australia--legislation for the new millennium? : Med Law. 2000;19(2):209-35.

39. Nikolaos M. The Greek Orthodox position on the ethics of assisted reproduction.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



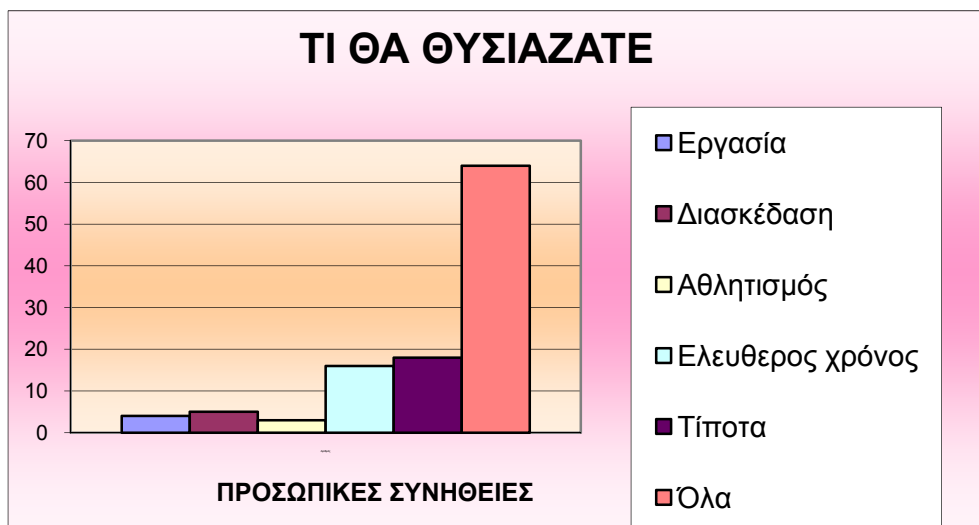
Γράφημα 1: Πηγή ενημέρωσης του πληθυσμού της μελέτης κατά την πρώτη φορά.



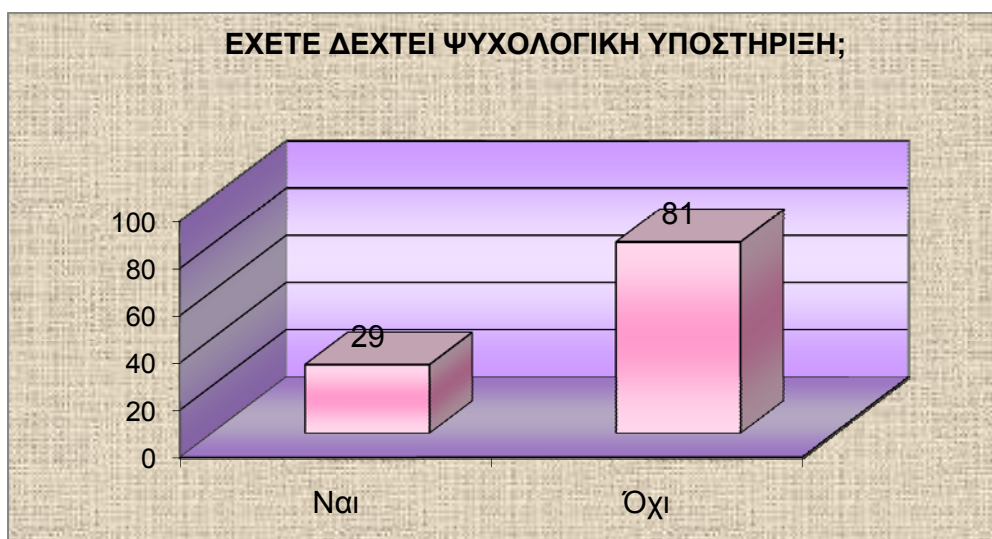
Γράφημα 2: Έτη προσπάθειας επίτευξης φυσιολογικής κύησης

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	N	%
Οικονομικός	25	22.7
Θρησκευτικός	5	4.5
Περιβάλλον	8	7.3
Ψυχολογικός	11	10
Παρενέργειες	30	27.3
Τίποτα	31	28.2
Σύνολο	110	100

Πίνακας 1: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με το παράγοντα που δυσχεραίνει τη λήψη απόφασης για την έναρξη Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής



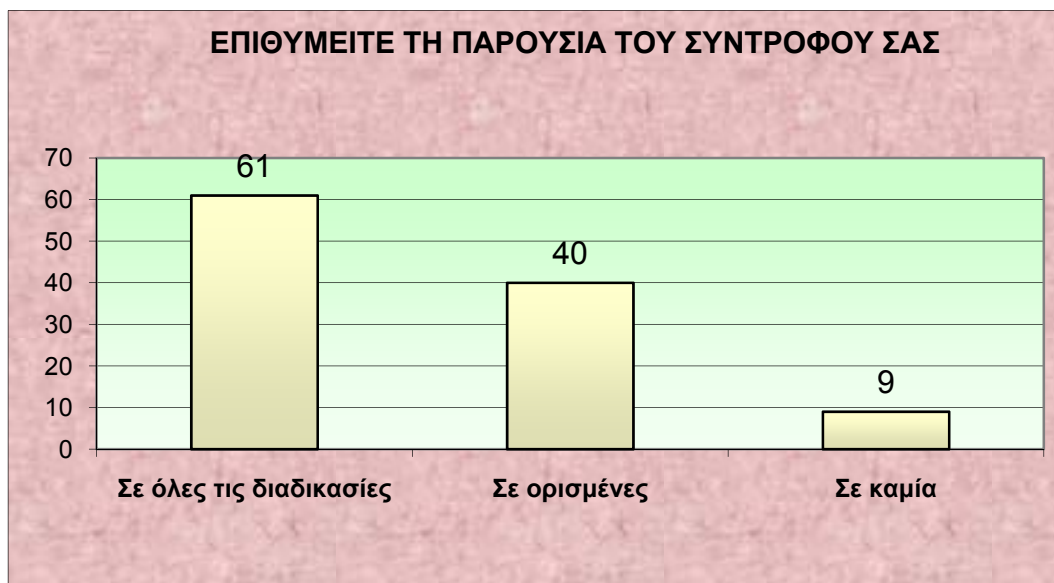
Γράφημα 3: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με το «τι θα θυσιάζαν» μετά την τεκνοποίηση



Γράφημα 4: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα τη ψυχολογική στήριξη

Θα ξαναπροσπαθούσατε μετά από επιτυχία;	n	%
Ναι	81	73.6
Όχι	29	26.4
Σύνολο	110	100
Θα ξαναπροσπαθούσατε μετά από αποτυχία;		
Ναι	104	94.5
Όχι	6	5.5
Σύνολο	110	100

Πίνακας 2: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την επανάληψη της προσπάθειας για τεκνοποίηση με τη μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής



Γράφημα 5: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την επιθυμία παρουσίας του συντρόφου στις διαδικασίες

ΕΡΕΥΝΑ**Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών ως προς τους επαγγελματικούς κινδύνους και την Ηπατίτιδα Β**Βασιλοπούλου Γεωργία¹, Αντωνίου Κωνσταντίνα², Ιορδάνου Παναγιώτα³

1. ΤΕ, MSc, Νοσηλεύτρια Σπηλιοπούλειο Αγία Ελένη Νοσοκομείο

2. ΤΕ MSc Νοσηλεύτρια, Αρεταίειο Νοσοκομείο Αθήνας

3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α, Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι και η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV) αποτελεί τους συνηθέστερους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν να διερευνηθεί η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας ως προς την ηπατίτιδα Β και τους επαγγελματικούς κινδύνους, όπως επίσης η ύπαρξη και εφαρμογή πρωτοκόλλων στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Υλικό και μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 454 νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσοκομεία ιδιωτικού τομέα της Αθήνας. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου για τις ανάγκες της έρευνας. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 13 και η στατιστική δοκιμασία X^2 test και t-test.

Αποτελέσματα: Από τα 454 άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, το 13% ήταν άνδρες και το 87% γυναίκες. Ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, η μέση ηλικία των ατόμων ήταν 31 έτη, ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 37% ήταν άγαμοι, το 60% έγγαμοι και το 3% διαζευγμένοι και ως προς το μορφωτικό επίπεδο, το 42% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ 44% ήταν απόφοιτοι τεχνικών σχολών. Ο μέσος όρος προϋπηρεσίας σε νοσοκομείο ήταν 7,6 έτη.

Το 94% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι ήταν ενημερωμένο σχετικά με τους επαγγελματικούς κινδύνους, ενώ το 87% δήλωσε ενημερωμένο ως προς τους κινδύνους έκθεσης στον ιό της ηπατίτιδας Β. Ως προς τη πηγή ενημέρωσης, στο 46% ήταν η αρμόδια υπηρεσία του νοσοκομείου, ενώ ακολούθησαν η βιβλιογραφία με 44%, οι διαλέξεις/ομιλίες με 27%, τα επιστημονικά συνέδρια 23%, τα ενημερωτικά φυλλάδια που διανεμήθηκαν στο

νοσοκομείο 22%, τα ΜΜΕ 20%, τα πρόγραμμα συνεχιζόμενης κατάρτισης 13% και τελευταίο το internet 15%. Ως προς την ύπαρξη πρωτοκόλλου, το 52% των συμμετεχόντων δήλωσαν, ότι δεν υπήρχε εύκολα προσπελάσιμο πρωτόκολλο προφυλάξεων και αντιμετώπισης έκθεσης στην ηπατίτιδα Β στον εργασιακό τους χώρο, ενώ το 28% δήλωσαν, ότι δεν γνώριζαν την ύπαρξη ή όχι τέτοιου πρωτοκόλλου.

Συμπεράσματα: Παρότι, υψηλό ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού βρέθηκε, ότι ήταν ενημερωμένο ως προς τους επαγγελματικούς κινδύνους και τους κινδύνους έκθεσης και μόλυνσης από την ηπατίτιδα Β, εντούτοις είναι επιτακτική ανάγκη να καθιερωθεί η σύνταξη και εφαρμογή πρωτοκόλλων στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Λέξεις κλειδιά: Ηπατίτιδα Β, ενημέρωση, νοσηλευτές, νοσηλεύτριες, πρωτόκολλα έκθεσης

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Βασιλοπούλου Γεωργία,
Μυρτιδιωτίσσης 24 Άλιμος,
TK 17456
e-mail: gogovasilop@yahoo.gr*

ORIGINAL PAPER**Exploration of nurses' knowledge regarding occupational hazards and Hepatitis B**

Vasilopoulou Georgia¹, Antoniou Konstantina², Iordanou Panagiota³

1. RN, MSc, Spiliopouleio Hospital "Ag. Eleni"

2. RN MSc, "Aretaieio" Hospital, Athens

3. Associate Professor in Nursing Department, ATEI of Athens

ABSTRACT

Occupational hazards and infections of hepatitis B virus consist the most common dangers that health professionals face in their daily clinical practice.

Purpose: The aim of the present research study was to explore health professional's information regarding occupational hazards and infections of hepatitis B virus, as well as the

the existence and apply of safety practice guidelines in their daily clinical practice.

Method and material: The sample study included 454 nurses that were working in hospitals of private sector in Athens. Collection of data was performed by the completion of a specifically designed questionnaire for the needs of the research.

Analysis of data was performed using the SPSS 16 statistical package and the method X² and t-test was applied for the statistical process.

Results: From the 159 nurses studied, percentage of 13% was men and 87% women. Regarding demographic variables, the average age of the participants was 31±5 years, regarding marital status, 60% was married, 37% not married and 3% divorced and finally regarding educational background, 42% of the studied population was of basic education and 44% of other technical school. The average time of work in hospital was 7,6 years.

94% of the sample study declared informed about occupational hazards and 87% declared informed about risks of exposure to Hepatitis B. Regarding the nurses' source of information, in percentage of 46% was the responsible hospital service and followed bibliography 44%, lectures/speeches 27%, scientific conventions 23%, information leaflets distributed in hospital 22%, Mass Media 20%, the continuing training programs 13% and last of all the internet 15%. Regarding the apply of practice guidelines, 52% of the participants declared that that there was no easy access on the safety protocol and the protocol for facing Hepatitis B exposure in their working area, whereas 28% declared that they are not aware of the existence or not of such a protocol.

Conclusions: Although, high percentage of nursing staff was found to be informed about occupational hazards and the risks of exposure to hepatitis B, it is of bounden duty to be established the construction and apply of protocols in daily clinical practice.

Key words: Hepatitis B, information, nurses, exposure protocols

CORRESPONDING AUTHOR

*Vasilopoulou Georgia,
Myrtidiotissis 24, Alimos 17456,
210- 9940623, 6974796844,
e-mail: gogovasilop@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί μια από τις πιο συχνές λοιμώδεις νόσους σε παγκόσμια κλίμακα, η οποία επιφέρει σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας. Παρότι, η ηπατίτιδα Β ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη και τους βαβυλωνιακούς παπύρους του 5^ο πχ αιώνα, εντούτοις έως σήμερα συνεχίζει να αποτελεί την πιο επικίνδυνη λοίμωξη, η οποία ευθύνεται για το θάνατο 1-2 εκατομμυρίων ανθρώπων ετησίως.^{1,2}

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 1/3 του πληθυσμού της γης έχει μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας (HBV) και περίπου το 5% πάσχει από χρόνια λοίμωξη.¹ Σύμφωνα με άλλες εκτιμήσεις, περισσότερο από 2 δισεκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο έχουν μολυνθεί από τον ιό και περίπου 350 εκατομμύρια είναι φορείς του ιού.³

Ο επιπολασμός του ιού παρουσιάζει γεωγραφικές διακυμάνσεις και ειδικότερα η Κίνα, η ΝΑ Ασία, η Μέση Ανατολή, η κεντρική Αφρική και περιοχές του Αμαζονίου παρουσιάζουν υψηλή ενδημικότητα του ιού σε αντίθεση με την Β. Αμερική, τη Δ. Ευρώπη και την Αυστραλία, όπου η ενδημικότητα του ιού είναι χαμηλή.³

Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του ιού της ηπατίτιδας Β, εστιάζεται κυρίως στην επιδημιολογία και στις μακροπρόθεσμες επιπλοκές κυρίως της χρόνιας ηπατίτιδας. Η μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β, έχει ως

αποτέλεσμα ένα ευρύ φάσμα ηπατικών παθήσεων, που κυμαίνονται από υποκλινικές προσβολές οξείας αυτοπεριοριζόμενης ηπατίτιδας έως και θανατηφόρο κεραυνοβόλο ηπατίτιδα. Η έκθεση στην HBV λοίμωξη ιδιαίτερα σε μικρή ηλικία, μπορεί να καταλήξει σε κατάσταση ασυμπτωματικού φορέα, η οποία θα εξελιχθεί σε χρόνια ηπατίτιδα, κίρρωση ήπατος και τελικά ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ).²

Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β αποτελεί μια περιοχή μείζονος ενδιαφέροντος για τους επιστήμονες υγείας επειδή κατατάσσεται στους συνηθέστερους επαγγελματικούς κινδύνους για την υγεία των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας και ειδικά για το νοσηλευτικό προσωπικό. Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, ο ιός ηπατίτιδας Β είναι η μέγιστη απειλή μόλυνσης για τους εργαζομένους υγειονομικής περίθαλψης και ειδικότερα τους νοσηλεύτριες.³⁻⁶

Η ανακάλυψη των εμβολίων HBV και τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται από τη χορήγηση τους, αποτελούν ορόσημο για την ιατρική πρακτική. Αυτά τα εμβόλια εκτός από την παροχή της ανοσίας ενάντια στη μόλυνση HBV, προστατεύουν έμμεσα από τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Κατά τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί μείωση στη συχνότητα εμφάνισης της ηπατίτιδας Β, που πιθανόν να οφείλεται στη χρήση των

εμβολίων και των συνιστώμενων μέτρων ασφάλειας.⁷⁻¹⁰

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να διερευνηθεί: α) ο βαθμός και οι πηγές ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού ιδιωτικών νοσοκομείων της Αθήνας αναφορικά με την ηπατίτιδα Β και β) η ύπαρξη στον εργασιακό χώρο, πρωτοκόλλων προφύλαξης και αντιμετώπισης έκθεσης στον ιό της ΗΒ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 454 νοσηλευτές κάθε βαθμίδας (Νοσηλευτές ΠΕ & ΤΕ, Βοηθούς των Νοσηλευτών ΔΕ) που εργάζονταν σε 4 νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα της Αθήνας, σε 11 διαφορετικά τμήματα.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία περιελάμβανε και ερωτήσεις που αφορούσαν : α) την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τους εργασιακούς κινδύνους γενικά και ειδικότερα τους κινδύνους από τον ιό της ηπατίτιδας Β και β) την ύπαρξη στον εργασιακό χώρο, πρωτοκόλλων προφύλαξης και αντιμετώπισης έκθεσης στον ιό της ηπατίτιδας Β.

Διανεμήθηκαν 550 ερωτηματολόγια με ποσοστό ανταπόκρισης 83%. Αναλυτικότερα από τα 550 ερωτηματολόγια, συλλέχθηκαν τα 456 και επεξεργάστηκαν τα 454. Η διανομή και

συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο: Μάρτιος - Ιούνιος του 2007.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 13 και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν X² test, t-test και Mann-Whitney.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 454 άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, το 13% (59) ήταν άνδρες και το 87% (395) γυναίκες.

Ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, η μέση ηλικία των ατόμων ήταν 31 έτη και αναλυτικότερα 31 έτη +/- 5 έτη για τους άνδρες και 31 έτη +/- 6 για τις γυναίκες.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 37% (168) ήταν άγαμοι, το 60% (274) έγγαμοι και το 3% (12) διαζευγμένοι.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, το 42% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ 44% ήταν απόφοιτοι τεχνικών σχολών.

Ο μέσος όρος ετών εργασίας σε νοσοκομεία ήταν 7,6 έτη. (Πίνακας 1).

Όσον αφορά την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού γενικά για τους κινδύνους που εγκυμονεί ο εργασιακός τους χώρος, το 94% (430), δήλωσε, ότι ήταν ενημερωμένο και το 6% (24) ότι δεν ήταν ενημερωμένο. (Γράφημα 1).

Όσον αφορά την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τους κινδύνους που εγκυμονεί ειδικά η ΗΒ για την

υγεία τους, βρέθηκε, ότι το 87% (396) του πληθυσμού της μελέτης ήταν ενημερωμένο και το 13% (57), ότι δεν ήταν ενημερωμένο. (Γράφημα 2).

Ως προς την πηγή ενημέρωσης, όπου οι συμμετέχοντες μπορούσαν να δηλώσουν περισσότερες από μια επιλογές, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ως κύρια πηγή ενημέρωσης την αρμόδια υπηρεσία του νοσοκομείου σε ποσοστό 46%. Ακολούθησαν η βιβλιογραφία με 44%, οι διαλέξεις/ομιλίες με 27%, τα επιστημονικά συνέδρια 23%, τα ενημερωτικά φυλλάδια που διανεμήθηκαν στο νοσοκομείο 22%, τα ΜΜΕ 20%, τα πρόγραμμα συνεχιζόμενης κατάρτισης 13% και τελευταίο το internet 15%. (Γράφημα 3).

Το 52% των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι δεν υπήρχε εύκολα προσπελάσιμο πρωτόκολλο προφυλάξεων και πρωτόκολλο αντιμετώπισης έκθεσης στην ηπατίτιδα Β στον εργασιακό τους χώρο, το 20% δήλωσε, ότι υπήρχε εύκολα προσπελάσιμο πρωτόκολλο προφυλάξεων και πρωτόκολλο αντιμετώπισης έκθεσης στην ηπατίτιδα Β, ενώ το 28%, δήλωσε άγνοια για την ύπαρξη τέτοιου πρωτοκόλλου. (Γράφημα 4).

Καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε στην ενημέρωση και τις απόψεις μεταξύ των δύο φύλων

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία περίπου το 10% των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση

(Ε.Ε.) απασχολούνται στον Τομέα της Υγείας, γεγονός, που κατατάσσει τους επαγγελματίες υγείας ως έναν από τους μεγαλύτερους κλάδους εργαζομένων. Όμως, οι νοσηλευτές αποτελούν τον πιο ευάλωτο πληθυσμό στους κινδύνους νόσησης και ειδικότερα, σύμφωνα με εκτιμήσεις διατρέχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης από ηπατίτιδα Β από αυτόν του γενικού ενήλικου πληθυσμού. Οι καθημερινοί επαγγελματικοί κίνδυνοι ίσως να αποτελούν έναν από τους λόγους που καθιστούν το επάγγελμα του νοσηλευτή όχι ιδιαίτερα ελκυστικό.¹¹⁻¹³

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσης μελέτης έδειξε, ότι υψηλό ποσοστό νοσηλευτών ήταν ενημερωμένο ως προς τους κινδύνους επαγγελματικού χώρου και τους κινδύνους από την έκθεση στον ιό της ηπατίτιδας Β, ευρήματα, που έρχονται σε αντίθεση με αυτά άλλων μελετών που εκπονήθηκαν σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας και έδειξαν χαμηλά ποσοστά ενημέρωσης.^{14,15} Παρόμοια χαμηλά ποσοστά ενημέρωσης έδειξε και η έρευνα των McGrane J. και συν.,¹⁶ που εκπονήθηκε σε χώρες με χαμηλό επιπολασμό της ΗΒ. Μια πιθανή ερμηνεία του ευρήματος της παρούσης εργασίας, ότι υψηλό ποσοστό νοσηλευτών ήταν ενημερωμένο ίσως να οφείλεται στη συμμόρφωση του εργοδότη προς την κείμενη νομοθεσία και συνεπώς να αποτελεί απόρροια της οργάνωσης και υλοποίησης σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων από τους

αρμόδιους φορείς (π.χ. εργοδότης). Μια άλλη εξήγηση του ευρήματος είναι, ότι πιθανόν να οφείλεται στον σπουδαίο ρόλο και έργο της αρμόδιας επιτροπής των νοσοκομείων, η οποία αποτελεί την κύρια υπεύθυνη πηγή ενημέρωσης των νοσηλευτών.^{14,15,16}

Οποιαδήποτε όμως και εάν είναι η ερμηνεία, η πλήρης και συνεχής ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για τους καθημερινούς επαγγελματικούς κινδύνους αποτελεί προϋπόθεση για την πρόληψη της έκθεσης, τη μείωση αναφοράς ατυχημάτων και τη συμμόρφωση των εργαζομένων προς τις προφυλάξεις. Η ενημέρωση αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας που απασχολεί τόσο τον ίδιο τον εργαζόμενο όσο και τον εργοδότη, τις υγειονομικές υπηρεσίες και γενικότερα την πολιτεία. Η Διοίκηση των νοσοκομείων θα πρέπει να προστατεύει τον εργαζόμενο συμβάλλοντας στην πρόληψη της νόσου ή ατυχημάτων και στην αποτελεσματική αντιμετώπισή αυτών. Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων σχετίζεται άμεσα με την παραγωγικότητά τους και τον φόρτο εργασίας στους υπόλοιπους εργαζόμενους.^{14,15,16}

Η προσλαμβανομένη γνώση σχετικά με τους κινδύνους που απορρέουν από το επαγγελματικό περιβάλλον και τις σύγχρονες κατευθυντήριες γραμμές πρόληψης και αντιμετώπισης της έκθεσης επιτυγχάνεται όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας κυρίως από την αρμόδια

υπηρεσία του νοσηλευτικού ιδρύματος. Ως γνωστό, οι μονάδες υγειονομικής περίθαλψης στα πλαίσια της νομοθετικής τους υποχρέωσης για την παροχή υπηρεσιών υγιεινής και ασφάλειας στους εργαζομένους τους πρέπει να δημιουργούν Εσωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου.

Επίσης, τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας έδειξαν ως άλλη πηγή ενημέρωσης τη μελέτη βιβλίων και άρθρων, τη συμμετοχή σε συνέδρια, τις διαλέξεις και τα ενημερωτικά φυλλάδια. Αξιοσημείωτο είναι, ότι υψηλό ποσοστό του μελετώμενου πληθυσμού προτιμούσε να ενημερώνεται με άλλους τρόπους όπως τα Μ.Μ.Ε και το διαδίκτυο. Ίσως το εύρημα αυτό υποδηλώνει, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αναζητά νέες γνώσεις και πληροφορίες από σύγχρονες και αξιόπιστες πηγές και να αντανακλά την ευαισθητοποίησή του προς τους κινδύνους αυτούς.

Το 27% των συμμετεχόντων είχε ενημερωθεί για τους επαγγελματικούς κινδύνους από τις διαλέξεις, οι οποίες παρότι ανήκουν στις παλαιότερες μεθόδους διδασκαλίας, οι οποίες σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις προάγουν τη μονόδρομη επικοινωνία εκπαιδευτή-κοινού, εντούτοις παραμένουν ακόμα ιδιαίτερα προσφιλείς. Επιπλέον, αποτελούν την πιο εύκολη και οικονομική μέθοδο μετάδοσης πληροφοριών, η οποία προβληματίζει και ευαισθητοποιεί το ακροατήριο, ιδιαίτερα όταν

αυτό δεν είναι σε θέση να αξιοποιήσει άλλα μέσα ή να διαθέσει περισσότερο χρόνο για αναζήτηση μάθησης.¹⁷⁻¹⁸

Εκτός από τις ανωτέρω πηγές, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (ΜΜΕ), όπως η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, οι διαφημίσεις σε δημόσιους ανοιχτούς χώρους και ο ημερήσιος ή περιοδικός τύπος φαίνεται να αποτελούν πηγές ενημέρωσης για το νοσηλευτικό πληθυσμό, οι οποίες ασκούν σημαντική επίδραση στη μάθηση και ευαισθητοποίηση του κοινού.

Παρότι, τα τελευταία χρόνια, η δημοτικότητα της Εκπαίδευσης με τη Βοήθεια Ηλεκτρονικού Υπολογιστή (e-learning) έχει αυξηθεί σημαντικά, εντούτοις όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα, αυτή η διαδικασία μάθησης δεν έχει πλήρη εφαρμογή στους επαγγελματίες υγείας του ιδιωτικού τομέα. Το γεγονός αυτό οφείλεται εν μέρει, στην μη-διαθεσιμότητα ηλεκτρονικών υπολογιστών λόγω κόστους, στην ανικανότητα του προσωπικού να χειριστεί τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, στην αδυναμία εξοικονόμησης διδακτικού χρόνου λόγω φόρτου εργασίας και στην πεποίθηση, ότι η εκπαίδευση με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή δεν αποδίδει όσο τα παραδοσιακότερα διδακτικά σχήματα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η πληροφόρηση μέσω internet, η οποία έρχεται σε αντίθεση με τη κλασική παιδαγωγική έννοια της εκπαίδευσης αποτελεί ένα επιτυχές πρωτοποριακό εκπαιδευτικό εργαλείο

μάθησης, το οποίο αναδεικνύει το σπουδαστή ως ενεργό συμμετέχοντα στη διαδικασία της μάθησης. Επιπλέον, αποτελεί μέσο δια βίου εκπαίδευσης, το οποίο προσφέρει τις απαραίτητες γνώσεις που θα συμβάλλουν στην ανάπτυξη του σύγχρονου επαγγελματία νοσηλευτή, στην παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας και γενικότερα στην αναβάθμιση του συστήματος υγείας. Απώτερος σκοπός όλων των ανωτέρω πηγών μάθησης είναι να επιτευχθεί διαμέσου της εκπαίδευσης η αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών και η υιοθέτηση μεθόδων πρόληψης και έκθεσης.¹⁸⁻¹⁹

Ως προς τη διαθεσιμότητα και εφαρμογή πρωτοκόλλων προφύλαξης και αντιμετώπισης της έκθεσης στον ιό της ηπατίτιδας Β εντός του εργασιακού χώρου, το 50% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι δεν υπάρχει εύκολα προσπελάσιμο πρωτόκολλο, ενώ το 30% δήλωσε άγνοια για την ύπαρξη του. Μία πιθανή εξήγηση είναι, ότι αφενός η πρόληψη δεν έχει τη θέση που της αξίζει γενικά στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα και άρα και στο εργατικό δυναμικό αυτής, αφετέρου ότι, ο εργοδότης δεν έχει εναρμονιστεί με την νομοθεσία και συνεπώς δεν έχει δώσει τη δέουσα βαρύτητα στην οργάνωση και την δημιουργία αντίστοιχων οδηγιών. Ένας άλλος πιθανός λόγος είναι, ότι οι εργαζόμενοι δεν έχουν ασκήσει πιέσεις, για την δημιουργία πρωτοκόλλων πρόληψης / έκθεσης στον ιό της ηπατίτιδας Β και την εκπαίδευση τους σε αυτά.

20-24

Επιπλέον, το εύρημα ότι, υψηλό ποσοστό νοσηλευτών δήλωσε άγνοια ύπαρξης πρωτοκόλλων καταδεικνύει, ότι ο βαθμός ενημέρωσης και συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά στις διεθνείς οδηγίες επαγγελματικής προφύλαξης είναι ιδιαίτερα χαμηλός και υποδηλώνει ως επιτακτική ανάγκη την εφαρμογή μέτρων και μεθόδων για την κατανόηση της σημασίας και της συμβολής των πρωτοκόλλων στην πρόληψη.²⁰⁻²⁴

Παρότι, τα γραπτά πρωτόκολλα νοσηλευτικών πράξεων, αποτελούν βασικό εργαλείο εφαρμογής της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην καθημερινή κλινική πρακτική, εντούτοις δεν έχουν πλήρη εφαρμογή στην Ελληνική πραγματικότητα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το ενδιαφέρον της Ηγεσίας των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών στράφηκε προς το σχεδιασμό ειδικά διαμορφωμένων πρωτοκόλλων νοσηλευτικών πράξεων ή κατευθυντήριων γραμμών (guide-lines) λόγω της διαφορετικότητας με την οποία εφαρμόζονται οι νοσηλευτικές πράξεις και η αλληλουχία νοσηλευτικών βημάτων. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η ύπαρξη πρωτοκόλλων και η εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι ευρέως διαδεδομένη σε παγκόσμια κλίμακα και ειδικότερα στα νοσηλευτικά ιδρύματα της Ευρώπης και των Η.Π.Α.²⁰⁻²⁴

Τα Πρωτόκολλα νοσηλευτικών πράξεων συντάσσονται από ειδικές επιτροπές ύστερα

από αξιολόγηση σύγχρονων και έγκυρων επιστημονικών δεδομένων, ελέγχονται για την αποτελεσματικότητά τους και αποτελούν δείκτη εκτίμησης της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Ερευνητικές μελέτες υποστηρίζουν, ότι η εφαρμογή πρωτοκόλλων έχει σημαντικά οφέλη γιατί βοηθά τον επαγγελματία υγείας στη λήψη αποφάσεων υπό συγκεκριμένες κλινικές συνθήκες και συντελεί στην καλύτερη διεύθυνση των προβλημάτων, στην ασφάλεια των ασθενών αλλά και του ίδιου του νοσηλευτικού

προσωπικού και στη συνεχή αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Αντιθέτως, φτωχά σε περιεχόμενο πρωτόκολλα μπορεί να αποπροσανατολίσουν ή να εγκλωβίσουν ακόμα και τον πιο έμπειρο νοσηλευτή.²⁰⁻²⁴

Παρότι, ο κίνδυνος μετάδοσης της ηπατίτιδας Β μπορεί να περιοριστεί με την εκπαίδευση-ενημέρωση των νοσηλευτών και την εφαρμογή γενικών μέτρων προφύλαξης, εντούτοις, αξίζει να σημειωθεί, ότι ο εμβολιασμός αποτελεί το κυριότερο μέτρο πρόληψης. Δυστυχώς όμως, σχετικές μελέτες έχουν δείξει χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού. Σύμφωνα με την έρευνα των Περδικάρης και συν.,²⁵ μόνο το 69% των ιατρών και το 65,8% των νοσηλευτών έχουν εμβολιαστεί κατά της ηπατίτιδας Β. Η αμέλεια, ο φόβος ανεπιθύμητων παρενεργειών ακόμα και πεποιθήσεις, ότι δεν συνεισφέρουν στην πρόληψη της νόσου αποτελούν τις κύριες αιτίες παράλειψης εμβολιασμού.²⁶

Η λοίμωξη από την ηπατίτιδα Β, εκτός από το ότι, αποτελεί μέγιστη απειλή μόλυνσης για τους εργαζομένους υγειονομικής περίθαλψης, συνεπάγεται υψηλό κόστος, το οποίο έχει απασχολήσει πολλές χώρες.²⁶⁻³³

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης προκύπτει, ότι η εκπαίδευση-ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας ως προς τους επαγγελματικούς κινδύνους και την εφαρμογή πρωτοκόλλων προφύλαξης και αντιμετώπισης έκθεσης στον ιό της ηπατίτιδας αποτελεί πρωταρχική ανάγκη.

Συστήνεται η υλοποίηση σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε θέματα πρόληψης και ευαισθητοποίησης από τους αρμόδιους φορείς. Η πολιτεία πρέπει να κατανοήσει τα οικονομικά οφέλη από την ενημέρωση και προφύλαξη του νοσηλευτικού προσωπικού και πρέπει να ενισχύει τέτοιου είδους παρεμβατικά προγράμματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ντουράκης Π. Σπύρος. Κλινική Ηπατολογία. Εκδ.Πασχαλίδη. 2005, Αθήνα.
2. Κουτής Χαρίλαος. Ηπατίτιδα Β και Πρωτοπαθής Καρκίνος του Ήπατος. Εκδ.Έλλην. 1998, Αθήνα.
3. Διαδικτυακή σελίδα: www.who.int/factsheets 204. Πρόσβαση: 30/9/2008

4. Rantala M, van de Laar MJ. Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe - a review. *Euro Surveill.* 2008;13(21).
5. McMahon BJ. Natural history of chronic hepatitis B - clinical implications. *Medscape J Med.* 2008;10(4):91.
6. Fonseca JC. Natural history of chronic hepatitis B. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2007;40(6):672-7.
7. Leemans WF, Janssen HL, de Man RA. Future perspectives for the management of chronic hepatitis B. *World J Gastroenterol.* 2007; 13(18): 2554-67.
8. Ram M, Shoenfeld Y. Hepatitis B: infection, vaccination and autoimmunity. *Isr Med Assoc J.* 2008; 10(1):61-4.
9. Ferreira MS, Borges AS. Advances in the treatment of hepatitis B. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2007;40(4):451-62.
10. Safadi R, Greenboim Y, Donchin M. Impact of standard vaccination of health care workers with hepatitis B vaccine on reducing the occupational risk of infection. *J Hosp Infect.* 2000;45(3):250-1.
11. Byrne E.B. Viral hepatitis: on occupational hazard of medical personnel. Experience of the Yale-New Haven Hospital, 1952-1965. *JAMA* 1966; 195: 362 -4.

12. Berglezova LN, Eremin IG, Vashcheleva IG, Solodovnikov IuP, Temkina AA. Viral hepatitis as an occupational disease of medical workers. Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol. 2000;(3):111-112.
13. Akimkin VG. Epidemiology and prophylaxis of the hospital contamination of medical personnel with viruses of hepatitis B and C. Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol. 2005;(1):21-5.
14. Κανατάκης Σ., Γκίκα Μ., Κακαβά Ε., Σαρανταέννας Ι., Δρίτσα Χ., Ζωγραφάκης Π., Κλωνάρης Ι: Ηπατίτιδα Β στο νοσηλευτικό προσωπικό - Ενημέρωση και πρόληψη. 33ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Κως 2006,σελ. 26.
15. Δρακόπουλος Β., Πατούχας ΔΚ., Βροντάκης ΚΓ., Πανταζή Ε., Πινοτσή Δ.Κ., Κωνσταντινίδης ΘΚ., Μακρόπουλος Β. Η ενημέρωση του προσωπικού των νοσοκομείων για τους κινδύνους που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια, η χορήγηση και η χρήση μέσων ατομικής προστασίας. Διεθνές Συνέδριο ΕΛΙΝΥΑΕ και ISSA, Αθήνα. 2007, σελ.38.
16. McGrane J., Staines A. : Nursing staff knowledge of the hepatitis B virus including attitudes and acceptance of hepatitis B vaccination: development of an effective program, AAOHN J. 2003;51(8):347-52.
17. Silverthorn DU. Teaching and learning in the interactive classroom. Advan.Physiol.Edu. 2006; 30(4):135-40.
18. Costa ML.,van Rensburg L., Rushton N. Does teaching style matter? A randomised trial of group discussion versus lectures in orthopaedic undergraduate teaching.Med Educ.2007;41(2):214-7.
19. Potomkova J., Mihal V., Cihalik C. Web-based instruction and its impact on the learning activity of medical students: a review. Biomed Pap Med. 2006;150(2):357-61.
20. Corlett J. The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory- practice gap in nurse education- Nurse Educ Today. 2000 ;20(6):499-505.
21. Regez RM., Rietra PJ., Van der Linden CT., Frissen PH., Weigel HM., Brinkman K: Reducing the risk of blood-transmitted infections of HIV, hepatitis B or C virus in a teaching hospital in Amsterdam--evaluation of a protocol for needlestick accidents among hospital staff during the period1997-2001. Ned Tijdschr Geneesk. 2002;146(13):617-21.

22. McDonald R., Waring J., Harrison S., Walshe K., Boaden R. Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(4):290-4.
23. Van Gemert-Pijnen J., Hendrix MG., Van der Palen J., Schellens PJ. Effectiveness of protocols for preventing occupational exposure to blood and body fluids in Dutch hospitals. *J Hosp Infect*. 2006; 62 (2):166-73.
24. Hersey JC., Martin LS.: Use of infection control guidelines by workers in healthcare facilities to prevent occupational transmission of HBV and HIV: results from a national survey. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1994; 15(4 Pt 1):243-52.
25. Περδικάρης Π., Ανθούση Σ., Αμανατίδου Α., Παπαευαγγέλου Γ.. Η στάση των Ελλήνων ιατρών απέναντι στο γενικό εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας Β. *Αρχ.Ελλ Ιατρ* 2000;17:593-599.
26. Περδικάρης Π., Ανθούση Σ., Αμανατίδου Α., Παπαευαγγέλου Γ.. Η στάση των Ελλήνων νοσηλευτών/τριων απέναντι στο γενικό εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας Β. *Νοσηλευτική*. 1999; 1:74-82.
27. Bodkin C., Bruce J.. Health professionals' knowledge of prevention strategies and protocol following percutaneous injury. *Curationis*. 2003;26(4):22-8.
28. Jagger J., Bentley M., Juillet E.. Direct cost of continuation for the [diadermatikes] and mucocutaneous reports in fluid bodies of - danger: elements from two hospitals. *Report Prev 3 Adv* (1998), P. 1-3 available in: <http://www.med.Virginia.EDU/medcenter/centers/epinet>. Accessed 28 January 2003.
29. David H.T., David Y.M.. Living with needlestick injuries. *J Can Dent Assoc*. 1997;63(4):283-6.
30. U.S. Department of Health and Human Services. WWW.HHS.gov: Rosenstock L. Deposit before the sub-committee in the protection of workforce, the Committee of education and workforce, the AMERICAN house of representatives
31. National Surveillance System For Health Care Workers Summary Report for data collected from June 1995 through July 1999. (Centers for the control and the prevention of illnesses. January of 2000). Accessed 28-1-2003.
32. Mitsui T., Iwano M., Masuko K.. Pollution of viruses of hepatitis in the medical personnel after the accident

needlestick. Hepatology 16 (1992), pp: 1109-1114.

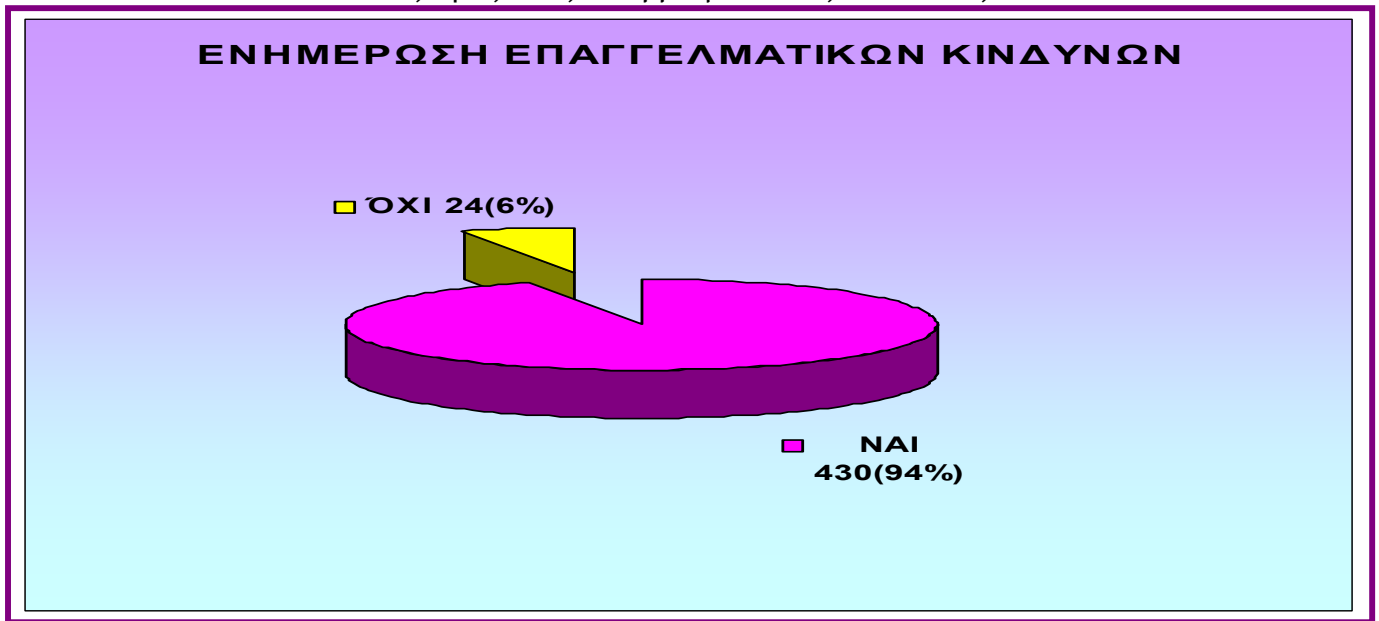
33. Petrosillo N., Puro V., Jagger J., Ippolito G.. The dangers of professional report and pollution from human insufficiency of antibodies, the virus of hepatitis B, and the virus of hepatitis G in the regulation of dissolution. AM J pollutes control 23 (1995), pp: 278-285.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

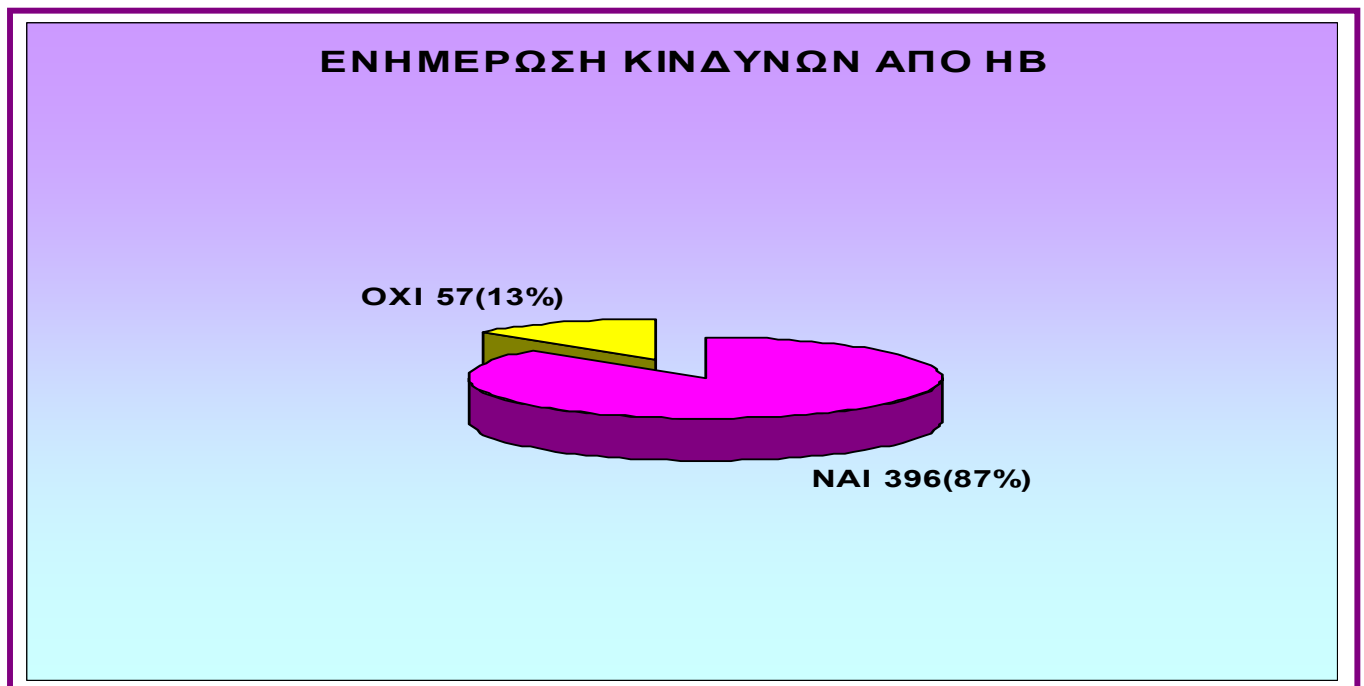
Πίνακας 1: Κατανομή πληθυσμού ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία

	Άνδρες N=59		Γυναίκες N=395		Συνολικά N=454	
Ηλικία	31±5		31±6		31±5	
Οικογενειακή κατάσταση	N	%	N	%	N	%
Έγγαμος	19	32	149	38	168	37
Άγαμος	40	68	234	59	274	60
Χήρος			-	-	-	-
Διαζευγμένος			12	3	12	3
Μορφωτικό επίπεδο						
Δημοτικό	-		2	0,5	2	0,5
Γυμνάσιο	-		2	0,5	2	0,5
Λύκειο	8	14	21	5	29	6
Επαγγελματική σχολή						
Τ.Ε.Ι	12	20	178	45	190	42
Α.Ε.Ι	3	5	12	3	15	3
Άλλη σχολή	5	8	9	3	14	4

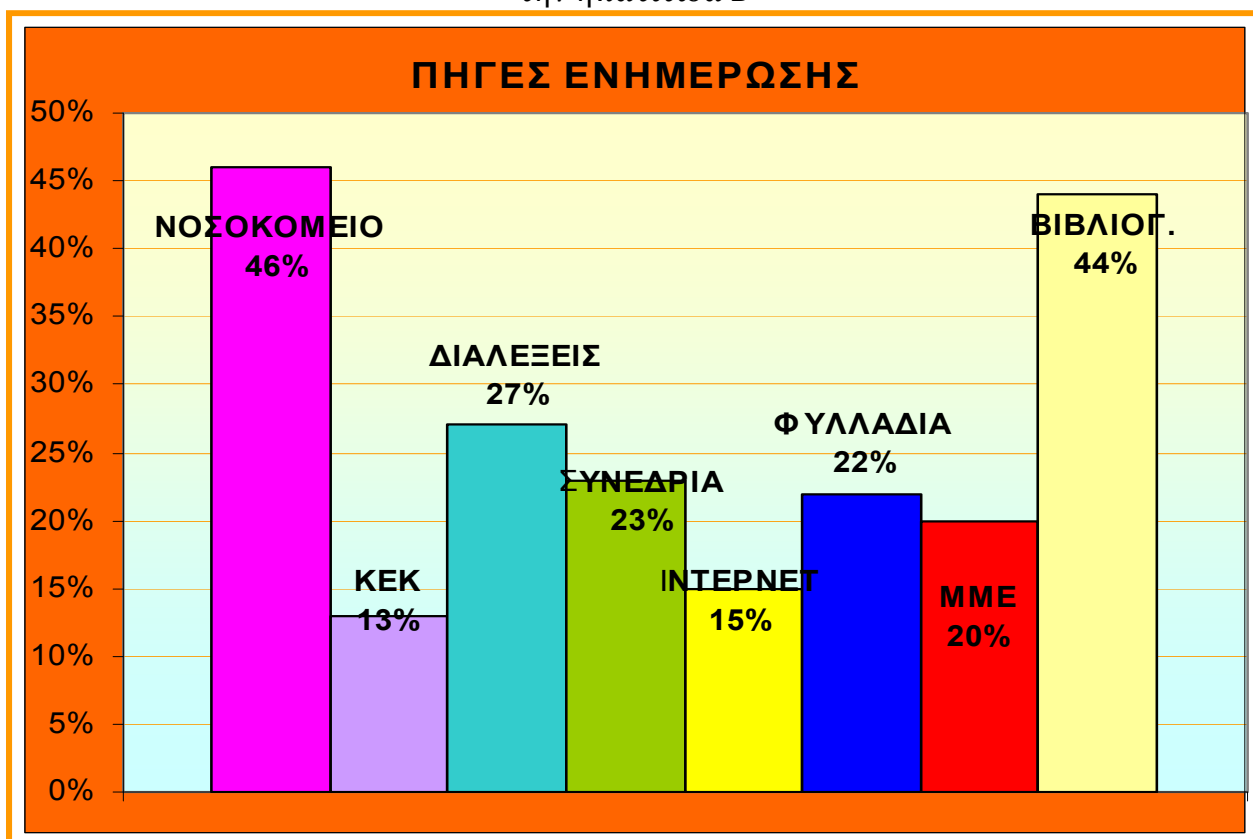
Γράφημα 1: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την ενημέρωση του δείγματος ως προς τους επαγγελματικούς κινδύνους



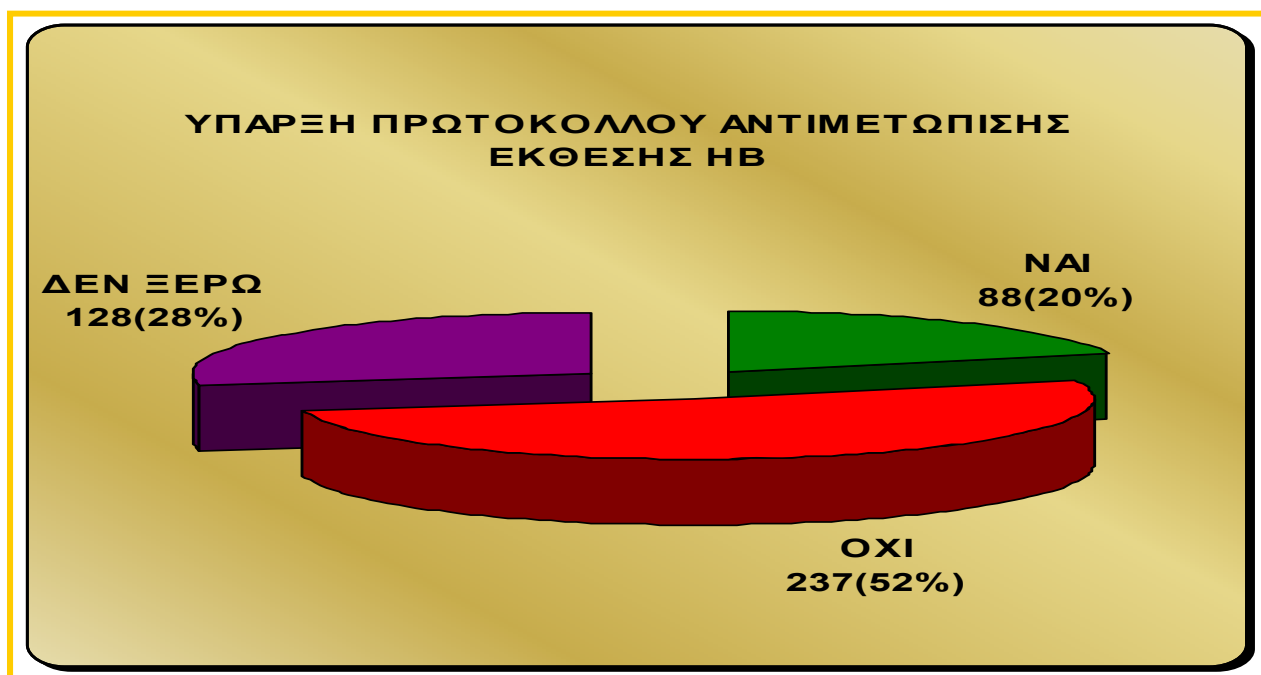
Γράφημα 2: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την ενημέρωση του δείγματος ως προς τους κινδύνους της ηπατίτιδας Β



Γράφημα 3: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τις πηγές ενημέρωσης ως προς την ηπατίτιδα Β



ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την ύπαρξη πρωτοκόλλων προφύλαξης και αντιμετώπισης της έκθεσης στην ηπατίτιδα Β



ΕΡΕΥΝΑ

Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου

Φουντούκη Αντιγόνη¹, Γκατζέλης Θεόδωρος², Πάντας Δημήτριος³, Θεοφανίδης Δημήτριος⁴

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Π.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη.
2. Νοσηλευτής Τ.Ε., Στεφανιαία Μονάδα, «ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ» Θεσσαλονίκη.
3. Νοσηλευτής Τ.Ε
4. Νοσηλευτής Τ.Ε. MSc, Καθηγητής Εφαρμογών, Α.Τ.Ε.Ι.Θ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι και οι μορφές επικοινωνίας που χρησιμοποιούν για την επίλυση τους, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της εύρυθμης λειτουργίας ενός οργανισμού.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση του επιπέδου συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτή και των λοιπών επαγγελματιών υγείας ενός επαρχιακού νοσοκομείου.

Υλικό-μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 83 επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ανώνυμο ερωτηματολόγιο 25 ερωτήσεων οι οποίες εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, αφορούσαν τη συνεργασία και τις προϋποθέσεις της, την επικοινωνία και τα αίτια της επαγγελματικής σύγκρουσης και τέλος την επαγγελματική επάρκεια ως παράγοντα προώθησης της διεπαγγελματικής συνεργασίας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με περιγραφική και μη-παραμετρικές στατιστικές μεθόδους μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS v.14.

Αποτελέσματα: Το 84,32% των ερωτηθέντων όρισε την διεπαγγελματική συνεργασία ως συνεργασία με διαφορετική ειδικότητα. Οι συνηθέστεροι λόγοι που ευθύνονταν για την προβληματική επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων ήταν ο φόρτος εργασίας (86,74%), η μη επάρκεια προσωπικού (77,09%) και η μεγάλη προσέλευση ασθενών (66,25%). Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της διεπαγγελματικής συνεργασίας κατά την άποψη των ερωτηθέντων ήταν ο σωστός καταμερισμός εργασίας (96,37%), η καλύτερη ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας (86,73%) και η ταχύτερη διεκπεραίωση εργασιών (82,83%).

Συμπεράσματα: Η προβληματική επικοινωνία λόγω του φόρτου εργασίας, η έλλειψη προσωπικού καθώς και η μη αποσαφήνιση των αρμοδιοτήτων δημιουργεί μια συνεχή ένταση

μεταξύ των εργαζομένων, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η διεπαγγελματική συνεργασία στο χώρο του Νοσοκομείου.

Λέξεις κλειδιά: Διεπαγγελματική συνεργασία, επαγγελματική σύγκρουση, επικοινωνία, επαγγελματική εξουθένωση

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Θεοφανίδης Δημήτριος
Ιεροσολύμων 21, Καλαμαριά
TK 55134 Θεσσαλονίκη
Τηλ. 2310 430440
Κινητό: 6945 227796
Fax: 2310 430440
e-mail: dimitrisnoni@yahoo.gr*

ORIGINAL PAPER

Exploration of interprofessional collaboration between nurses and the other health care professionals in a provincial hospital

Fountouki Antigoni¹, Gatzelis Theodoros², Pantas Dimitrios³, Theofanidis Dimitrios⁴

1. RN, MSc, "AHEPA" University Hospital.
2. RN, CCU, "Geniki" Clinic.
3. RN
4. RN, MSc, Clinical lecturer, ATEI

ABSTRACT

Everyday problems encountered by health care personnel and the means of communication they employ for their resolution, constitute important factors of the interprofessional collaboration and smooth day-to-day running of an institution.

AIM: The main aim of this study was to explore and record levels of cooperation and communication among health care professionals at a provincial hospital of Northern Greece.

METHOD AND MATERIAL: A stratified sample of 83 health care professionals out of a population of 692, participated in the survey. Data were collected via a questionnaire consisting of 25 multiple choice questions which were concerning demographic data, co-operation and its dimensions, communication and workplace conflict, professionalism and ways of improving interprofessional

communication. Data analysis was completed using descriptive and non-parametric statistics using the SPSS v.14 statistical package.

RESULTS: 83 health care professionals completed the questionnaire. i) 51 were nurses, of whom, 27 assistant nurses, 19 doctors, 2 physiotherapists, 2 midwives and 9 students. 22,90% of them held a university degree, 37,34% had a technical college degree and the remaining 39,75% had graduated from comprehension nursing school. 84,32% of the sample considered interprofessional cooperation as working together with people of different specialty in the same field. Commonest reasons for poor communication were heavy workload (86,74%) and personnel shortages (77,09%). The greatest advantage of interprofessional cooperation was the well-balanced duty allocation (96,73%), improved quality of care (86,73%) and faster completion of nursing tasks (82,83%).

CONCLUSION: Poor communication due to the heavy workload, lack of personnel and the non-clarified responsibilities, create ever growing tensions among health care staff which dramatically affects interprofessional collaboration.

Key words: Interprofessional collaboration, Professional conflict, Communication, Burnout

CORRESPONDING AUTHOR

Dimitrios Theofanidis,

Ierossolimon 21, Kalamaria,

Thessaloniki, Greece,

Tel: 2310 430440,

Fax: 2310 430440,

Mobile: 694527796,

e-mail: dimitrisnoni@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού αποτελεί τον πιο σημαντικό στόχο της διοίκησης. Βασικοί παράγοντες που συντελούν στην ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού είναι η επικοινωνία, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων και φυσικά η επαγγελματική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας. Μέσα σε

ένα πολύπλοκο οργανισμό όπως το νοσοκομείο, εκτελούνται ενέργειες και διαδικασίες οι οποίες βασίζονται στην διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων (κάθετη επικοινωνία), αλλά και στην επικοινωνία

μεταξύ ομάδων εργαζομένων ανεξαρτήτου ειδικότητας (οριζόντια επικοινωνία)¹.

Η επικοινωνία έχει ως πρωταρχικό σκοπό το σωστό συντονισμό και καταμερισμό των δραστηριοτήτων του οργανισμού. Ο στόχος της επικοινωνίας είναι η κατανόηση των μηνυμάτων που μεταδίδονται από την πλευρά του αποστολέα (πομπού) και την πλευρά του λήπτη (δέκτη). Ανάλογα με το μέσο που χρησιμοποιείται, η επικοινωνία διακρίνεται σε πολλές κατηγορίες και οι πιο σημαντικές είναι: η *λεκτική* επικοινωνία, η οποία βασίζεται στη χρήση της γλώσσας, χρησιμοποιώντας είτε το γραπτό είτε το προφορικό λόγο και η *μη λεκτική*, η οποία αναφέρεται και ως γλώσσα του σώματος, όπως η οπτική επαφή, το άγγιγμα η στάση του σώματος και οι χειρονομίες^{2,3}.

Η βέλτιστη λειτουργία ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας ωστόσο δεν βασίζεται μόνο στο επίπεδο επικοινωνίας, αλλά εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό και από το βαθμό συνεργασίας των επιμέρους ειδικοτήτων υγείας οι οποίοι απασχολούνται σε αυτόν, δηλαδή από τη διεπαγγελματική συνεργασία^{4,5}. Η συνεργασία μεταξύ των ποικίλων επαγγελματιών υγείας μπορεί ενίοτε να είναι καλή ή κακή. Η άριστη συνεργασία και η ομαδική δουλειά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχει σαν αποτέλεσμα την ικανοποιητική παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας του ασθενή, έτσι ώστε η

υγεία του να βελτιωθεί και να αποκατασταθεί το συντομότερο δυνατό⁶.

Επίσης, σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε νοσηλευτικά ιδρύματα της Αμερικής, τα νοσοκομεία με επαρκή στελέχωση από διπλωματούχους νοσηλευτές καθώς και η ύπαρξη εμπειρίας και δεξιοτεχνίας (κλινικές δεξιότητες), παρουσιάζονται λιγότεροι θάνατοι και επιπλοκές μεταξύ των ασθενών. Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα φροντίδας στα νοσοκομεία αυτά σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος αλλά και με την επαρκή στελέχωση τους^{7,8}.

Δυστυχώς, στα πλαίσια της συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε ένα οργανισμό παρουσιάζεται συχνά και το φαινόμενο της επαγγελματικής σύγκρουσης, η οποία διακρίνεται σε διαπροσωπική, ομαδική, ιεραρχική ή λειτουργική. Η τελευταία συνήθως παρουσιάζεται στο νοσοκομειακό εργασιακό περιβάλλον λόγω των δομικών δυσλειτουργιών (πεπαλαιωμένοι οργανισμοί, ελλείψεις προσωπικού κ.α.). Η επαγγελματική σύγκρουση συχνά οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα αλλά σε ένα μικρό ποσοστό μπορεί να είναι εποικοδομητική και να έχει θετική επίδραση στις ιδέες και να συμβάλλει στην πρόοδο⁹.

Οι συνηθέστεροι λόγοι δημιουργίας σύγκρουσης είναι ζητήματα κύρους και επιβολής απόψεων, συνθήκες εργασίας,

αυξημένα επίπεδα άγχους, άρνηση ευθυνών, αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων λόγω προβληματικού καθορισμού καθηκόντων, διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, προκλητική συμπεριφορά απέναντι στην ηγεσία, περιορισμένοι πόροι (π.χ. έλλειψη υλικού) και διαφορές στις ιεραρχικές βαθμίδες^{10,11,12}.

Ακόμη, στα νοσοκομεία του εξωτερικού και συγκεκριμένα της Αγγλίας και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, έχει παρατηρηθεί, ότι η επαγγελματική σύγκρουση οφείλεται στη κακή επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων λόγω ποικιλίας γλωσσικών ιδιωμάτων (π.χ. επικοινωνία μεταξύ άλλων εθνικοτήτων), πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων και ιδεολογικών διαφορών^{13,14,15}.

Δεδομένου, ότι το εθνικό σύστημα υγείας «ασθενεί» λόγω ελλείψεων σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, και σε ένα εργασιακό περιβάλλον όπου γενικά επικρατεί μια συνεχής σύγχυση, με αποτέλεσμα να είναι αναπόφευκτες οι συγκρούσεις, οι οποίες οφείλονται στην έλλειψη επικοινωνίας, την μη αποσαφήνιση αρμοδιοτήτων, η διερεύνηση των παραπάνω παραγόντων που προκαλούν ρήξη στην διεπαγγελματική συνεργασία, αποτελεί επιτακτική ανάγκη^{19,20}.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων του τομέα παροχής

υπηρεσιών υγείας στο χώρο του νοσοκομείου.

Ειδικοί στόχοι της μελέτης αποτελούν οι εξής:

- Η αποτύπωση των επιπέδων συνεργασίας μεταξύ των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας.
- Η καταγραφή των απόψεων των εργαζομένων για τα πολυειδή θέματα που τους απασχολούν καθημερινά στο χώρο εργασίας τους, όπως η επαγγελματική επάρκεια, η επαγγελματική σύγκρουση και η επαγγελματική εξουθένωση ως παράγοντες που επηρεάζουν την διεπαγγελματική συνεργασία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ερευνητικά Εργαλεία

Χρησιμοποιήθηκε πρωτότυπο ερωτηματολόγιο είκοσι πέντε ερωτήσεων το οποίο βασίστηκε στην Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, ενώ έγιναν μικρές προσαρμογές μετά από μια πιλοτική εφαρμογή^{16,17,18}. Οι περισσότερες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ήταν τύπου πολλαπλής επιλογής (επταβάθμια κλίμακα Likert) με πιθανές απαντήσεις «συμφωνώ πάρα πολύ», «συμφωνώ πολύ», «συμφωνώ», «ούτε συμφωνώ-ούτε διαφωνώ», «διαφωνώ», «διαφωνώ πολύ», «διαφωνώ πάρα πολύ». Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη μέθοδο Cronbach η οποία είχε τιμή $\alpha = .89$ και κρίθηκε ικανοποιητική. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να χωριστεί στις εξής υποενοότητες:

- *Δημογραφικά στοιχεία:* τέσσερις ερωτήσεις (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση και προϋπηρεσία)
- *Επίπεδο διεπαγγελματικής συνεργασίας:* έντεκα ερωτήσεις σχετικές με τις προϋποθέσεις συνεργασίας.
- *Επικοινωνία:* οκτώ ερωτήσεις σχετικές με τα αίτια επαγγελματικής σύγκρουσης,
- *Λειτουργικότητα:* μία που αφορούσε την τήρηση του καθηκοντολογίου και μια τελευταία που αφορούσε την επαγγελματική επάρκεια.
- Τέλος, υπήρχε μια ανοιχτή ερώτηση η οποία αφορούσε οποιοδήποτε προσωπικό σχόλιο για την διεπιστημονική συνεργασία.

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων διήρκεσε από την 1 Αυγούστου μέχρι τις 28 Σεπτεμβρίου 2008 και έλαβε χώρα σε ένα νομαρχιακό νοσοκομείο της Β. Ελλάδος. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο χώρο του νοσοκομείου και η συμπλήρωση τους έγινε σε ελεύθερο χρόνο των συμμετεχόντων. Το δείγμα επιλέχθηκε με τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία από τα παθολογικά τμήματα (νευρολογικής, καρδιολογικής), τα χειρουργικά (γενικής χειρουργικής και ορθοπαιδικής), τα γυναικολογικά, το χειρουργείο, την μονάδα εντατικής θεραπείας και τους χώρους όπου στεγάζονται οι λοιπές ειδικότητες. Οι ερευνητές επισκέφθηκαν δύο φορές τους χώρους εργασίας των συμμετεχόντων ώστε να

υπενθυμίσουν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων καθώς και την διαδικασία επιστροφής αυτών.

Ο πληθυσμός ήταν 692 άτομα από τον οποίο οι ερευνητές πήραν ως στρωματοποιημένο δείγμα το 15%, το οποίο ανήλθε σε 104 άτομα, στα οποία διανεμήθηκε ο αντίστοιχος αριθμός ερωτηματολογίων και επιστράφηκαν συμπληρωμένα 83, με ποσοστό τελικής ανταπόκρισης 79,8% το οποίο θεωρείται διεθνώς αποδεκτό για έρευνα που αφορά εργαζόμενους στο χώρο του νοσοκομείου.

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων εφαρμόστηκε πιλοτική μελέτη ώστε να ελεγχθεί η εγκυρότητα όψης και περιεχομένου. Δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο σε δύο εργαζόμενους από κάθε ειδικότητα, ενώ οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και οι πληροφορίες που θα συλλέγονταν θα είναι εμπιστευτικές. Από τους αρχικούς αυτούς συμμετέχοντες, ζητήθηκε να επιστρέψουν τα ερωτηματολόγια αμέσως μετά την συμπλήρωσή τους ή όποτε είχαν την δυνατότητα.

Ανάλυση δεδομένων

Τα δεδομένα των απαντήσεων των ερωτηματολογίων κωδικοποιήθηκαν και έγινε η επεξεργασία τους με το στατιστικό πακέτο SPSS v14, με περιγραφική στατιστική, δηλαδή υπολογίστηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες (%), μέσοι όροι, εύρη κατανομής

και διακυμάνσεις. Η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου²¹ αξιολογήθηκε μέσω του Cronbach's α , το οποίο βρέθηκε αρκετά ικανοποιητικό, $\alpha = .89$. Χρησιμοποιήθηκε επίσης το στατιστικό κριτήριο χ^2 για την ανίχνευση στατιστικών σημαντικά διαφορών ανάμεσα στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.05$. ($\chi^2 = 20,756$, β.ε. = 3, $p = 0,0001$).

Ηθικοί περιορισμοί

Για τη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία τηρήθηκαν οι αρχές της Ανωθυμίας και της Εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν μέσω των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Για την διεξαγωγή της μελέτης ζητήθηκε εγγράφως και εν συνεχεία χορηγήθηκε άδεια από το ΔΣ του επαρχιακού νοσοκομείου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τα 83 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα το 24,16% (20 άτομα) ήταν άντρες και το 75,9% (63) γυναίκες. Ως προς την ηλικία, το 63% (53) ήταν ηλικίας από 22-40, ενώ το υπόλοιπο 37% (30) από 41-60 ετών. Όσον αφορά το επάγγελμα, το 23% (19) ήταν ιατροί, το 29% (24) ήταν νοσηλευτές, το 33% (27) ήταν βοηθοί νοσηλευτές, το 2% (2) μαίες, το

2% (2) φυσιοθεραπευτές και το υπόλοιπο 11% (9) ήταν οι σπουδαστές νοσηλευτικής. Το ηλικιακό εύρος του δείγματος ήταν 22 έως 60 ετών.

Όσον αφορά την εκπαίδευση, το 24% (19) ήταν απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 36% (30) τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 31% (26) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 2% (2) υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ενώ το υπόλοιπο 7% (6) ήταν ακόμη σπουδαστές (πίνακας 1).

Ανάλυση των Απαντήσεων

Ξεκινώντας με τον ορισμό της διεπαγγελματικής συνεργασίας και του εννοιολογικού περιεχομένου που προσδίδουν σε αυτήν οι εργαζόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου, το 84,32% του συνόλου των επαγγελματιών υγείας του δείγματος, αντιλαμβάνεται τη διεπαγγελματική συνεργασία ως συνεργασία με διαφορετική ειδικότητα, ενώ το 9,63% παραμένει ουδέτερο και το υπόλοιπο 6% διαφωνεί (πίνακας 2).

Ζητήθηκε από τα μέλη του δείγματος να δηλώσουν, ανεξαρτήτως επαγγελματικής ιδιότητας, με ποιόν από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας συνεργάζεται καλύτερα: ιατρός, νοσηλευτής, βοηθός νοσηλευτή, φυσιοθεραπευτής, ψυχολόγος, εργαστηριακός και βοηθός θαλάμου. Όσον αφορά του ιατρούς, η ανάλυση έδειξε ότι το 82% του δείγματος συνεργάζεται αρκετά καλά, το 17% αδιαφορεί και το υπόλοιπο 1% δεν συνεργάζεται. Σχετικά

με τους νοσηλευτές, το 93%, συνεργάζεται άριστα μαζί τους, το 5% είναι αδιάφορο και το 2% δεν συνεργάζεται καλά. Με τους βοηθούς νοσηλευτές, το 91% των συμμετεχόντων συνεργάζεται αρκετά καλά, ενώ το 9% είναι αδιάφορο. Το 70% συνεργάζεται καλά με τους φυσιοθεραπευτές, το 25% είναι αδιάφορο και 5% διαφωνεί με αυτή την συνεργασία. Το 63% συνεργάζεται καλά με τον ψυχολόγο, το 31% είναι πλήρως αδιάφορο και το υπόλοιπο 6% δεν συνεργάζεται καλά.

Επίσης, από τα αποτελέσματα φάνηκε, ότι το 55% του πληθυσμού της μελέτης συνεργάζεται μέτρια με τους εργαστηριακούς, το 35% παραμένει τελειώς ουδέτερο και το υπόλοιπο 10% διαφωνεί με αυτή τη συνεργασία.

Ενώ το 63% του δείγματος ανέφερε, ότι συνεργάζεται καλά με τους βοηθούς θαλάμων, το 24% είναι ουδέτερο, το 13% διαφωνεί με την συνεργασία την συγκεκριμένη ειδικότητα που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικής συνεργασίας (Γράφημα 1).

Ειδικότερα για τους νοσηλευτές, διερευνήθηκε το επίπεδο της ομοιοπαγγελματικής τους συνεργασίας. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ερώτησης αυτής δείχνουν, ότι το 59% συμφωνεί πως υπάρχει καλή συνεργασία με τους συναδέλφους τους, το 22% δεν έλαβε θέση, ενώ το 19% δεν θεωρεί πως υπάρχει ικανοποιητική ομοιοπαγγελματική συνεργασία.

Σημαντικό ρόλο στο επίπεδο της διεπαγγελματικής συνεργασίας διαδραματίζει αν το νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίζεται από επαγγελματική επάρκεια. Το ενδιαφέρον που επιδείχθηκε στη συγκεκριμένη ερώτηση και οι απαντήσεις που δόθηκαν, ήταν ότι οι νοσηλευτές δεν πιστεύουν ότι οι συνάδελφοι τους χαρακτηρίζονται πλήρως από επαγγελματική επάρκεια, καθώς το 33% συμφωνεί ότι χαρακτηρίζονται από επαγγελματική επάρκεια, το 17% είναι ουδέτερο και το 50% διαφωνεί (Γράφημα 2). Αντιθέτως, από την πλευρά των ιατρών, το 68% συμφωνεί, το 26% παραμένει ουδέτερο και το υπόλοιπο 6% διαφωνεί (Γράφημα 3).

Ακόμη, παρουσιάζονται κάποιες συνθήκες που ευθύνονται για την προβληματική επικοινωνία μεταξύ των συνεργατών με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συγκρούσεις, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 3. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της διεπαγγελματικής συνεργασίας παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 4.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι εργαζόμενοι και ειδικότερα οι νοσηλευτές συμφωνούν στην ανάγκη καθιέρωσης και πιστής εφαρμογής ξεκάθਾਰου και αντικειμενικού επαγγελματικού καθηκοντολογίου, δηλαδή στην ύπαρξη καθορισμένων αρμοδιοτήτων και τήρηση αυτών. Η έλλειψη σαφώς καθορισμένων και διακριτών καθηκόντων του νοσηλευτικού

προσωπικού, επηρεάζει την συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών λόγω της μη αποσαφήνισης των ρόλων και αρμοδιοτήτων τους κατά την άσκηση του καθημερινού κλινικού έργου τους.

Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η επικοινωνία κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα μεταξύ νοσηλευτών και συναδέλφων διαφορετικής εκπαίδευσης. Παρόλα αυτά, η ελλιπής προφορική επικοινωνία είναι παράγοντας που ενοχοποιείται με τις συχνές διενέξεις μεταξύ των εργαζομένων²². Μέσω αυτής της δημιουργικής επικοινωνίας ο εργαζόμενος προσπαθεί να διαπιστώσει τις ανάγκες και να κατανοήσει τις αντιλήψεις, των συναδέλφων και των συνεργατών τους²³.

Το φτωχό επικοινωνιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας όπως καταγράφεται από τα ευρήματα της μελέτης αυτής, ίσως να έχει επιπτώσεις πέρα από το επίπεδο της ομοιοεπαγγελματικής ή ετεροεπαγγελματικής συνεργασίας. Η χρόνια έκθεση σε μη υποστηρικτικό και αντι-επικοινωνιακό εργασιακό περιβάλλον είναι πιθανό να επηρεάσει μια ακόμη πλευρά της καθημερινής κλινικής εργασίας του νοσηλευτή. Η επικοινωνία νοσηλευτή και ασθενή είναι αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής σχέσης όπου ο νοσηλευτής μέσω τεχνικών όπως η ενσυναίσθηση και η ενεργητική ακρόαση, μπορεί να στηρίξει ουσιαστικά τον ασθενή^{24, 25}.

Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν, ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά όπως: ικανή

διοίκηση, εργατικότητα, προθυμία, ψυχραιμία, συμβάλλουν στην καλή συνεργασία μεταξύ εργαζομένων διαφορετικών ειδικοτήτων. Η διεπαγγελματική συνεργασία συνεπάγεται την καλή επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων η οποία με τη σειρά της ευνοεί τον ασθενή, αφού του προσφέρει αποτελεσματικότερες ιατρονοσηλευτικές ενέργειες, σωστό προγραμματισμό στις συνήθειές του, άνεση στην ικανοποίηση των αναγκών του και ψυχολογική ανάταση²⁶.

Ακόμη, τα ευρήματα συνηγορούν ότι τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα μιας καλής διεπαγγελματικής συνεργασίας είναι ο σωστός καταμερισμός εργασίας μεταξύ των εργαζομένων, ο οποίος δημιουργεί όσο το δυνατόν ευχάριστο περιβάλλον κατά την διάρκεια της εργασίας, ώστε αυτός που θα επωφεληθεί να είναι η υγεία του ασθενούς^{27, 28}. Επιπλέον, τα δεδομένα κατέστησαν εμφανές, ότι η προβληματική επικοινωνία οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στους εξής παράγοντες:

- την μη τήρηση καθηκοντολογίου,
- την υψηλή επαγγελματική εξουθένωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που οφείλεται στον φόρτο εργασίας λόγω μη επάρκειας προσωπικού και της έντασης λόγω μεγάλης προσέλευσης ασθενών,
- καθώς επίσης και η πολυετή εργασία στον ίδιο κλινικό χώρο.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, δημιουργούνται συχνά προσωπικές προστριβές και αντιπαράθεσεις μεταξύ των

επαγγελματιών του χώρου της υγείας. Επιπροσθέτως, επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα της νοσηλείας και συχνά οι ασθενείς δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα²⁹. Επιπροσθέτως, η κακή επικοινωνία σχετίζεται αρνητικά με την δυσκολία συνεννόησης με τους ασθενείς και τους συνοδούς, ενώ μπορεί και να επηρεάσει αρνητικά την πορεία ανάρρωσης του ασθενή³⁰.

Ακόμη, κάτι άλλο που παρατηρήθηκε στην έρευνα ήταν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παρ' όλο στις αντίξοες συνθήκες που εργάζεται η συνεργασία τους κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα για την επίτευξη κοινών στόχων, αντιθέτως η συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας παρουσιάζει προβλήματα. Όμως, ανάλογη έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία του Ν. Αττικής έδειξε ότι το 56,3% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ανέφερε συγκρουσιακό εργασιακό περιβάλλον τόσο με άμεσους συναδέλφους, τόσο και με τις υπόλοιπες υγειονομικές επαγγελματικές ομάδες (17,3%) αλλά και με διοικητικό προσωπικό (26,4%)³¹.

Κατά την διάρκεια της μελέτης ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στο εάν το νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίζεται από επαγγελματική επάρκεια. Το εντυπωσιακό στα αποτελέσματα ήταν ότι παρόλο που μερίδα των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών δήλωσαν ότι δεν νιώθουν ότι κατέχουν ικανοποιητικά επαγγελματικά προσόντα, η

άποψη των ιατρών για το θέμα αυτό ήταν αντίθετη, καθώς υποστήριξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ικανό και αποδοτικό στην εκτέλεση των καθηκόντων του. Η χαμηλή επαγγελματική αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών διεθνών ερευνών και η πλειοψηφία των ευρημάτων προτείνει δράσεις συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και στοχευμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων ώστε να αποκτήσουν οι νοσηλευτές υψηλή επαγγελματική αυτοπεποίθηση και αίσθηση επάρκειας^{32,33,34}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ιδιαιτερότητες που έχουν οι δημόσιοι οργανισμοί, με την ανεπαρκή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και των διαφόρων υπηρεσιών, η ένταση που υπάρχει όσον αφορά στις απαιτήσεις και τις αρμοδιότητες των διαφόρων ειδικοτήτων υγείας, φαίνεται να συμβάλλουν στη δημιουργία συγκρούσεων, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την διεπαγγελματική συνεργασία με απόρροια να μην είναι ικανοποιητική η παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς και να ταλανίζετε η εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών.

Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για την ύπαρξη καθορισμένων καθηκόντων, καθώς επίσης η σωστή ιεραρχική κλιμάκωση μεταξύ των υφισταμένων και της ανώτατης διοίκησης θα συμβάλλουν στη βελτίωση του επιπέδου επικοινωνίας και συνεργασίας, με αποτέλεσμα

την παροχή ποιοτικότερης φροντίδας των υπηρεσιών υγείας. Η μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να είναι ένας από τους κυριότερους στόχους μιας σύγχρονης πολιτικής υγείας, στα πλαίσια πάντα της βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας του ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μπουράντας Δ., Παπαλεξανδρή Ν. *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*. Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 2003
2. Taylor C., Lillis C., LeMone P. *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής*, Επιμέλεια: Λεμονίδου Χ., Πατηράκη Ε. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2002, σελ:56-85
3. Ραγιά. Α. Νοσηλευτική διάσταση της ολιστικής νοσηλευτικής, *Νοσηλευτική*, 2004:43(2):153-160
4. Gllen S. Educating for Interprofessional Collaboration. *Nursing Ethics*, 1999:6(3):202-213
5. Miller K., Reeves S., Zwarenstein M., Beales J., Kenaszchuk C., Conn L. Nursing emotion work an interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 2008:64(4):332-343
6. Kenny G. The importance of nursing values in interprofessional collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 2002:11(4):65-68
7. Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M. *Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals*. Department of health Policy and Management, Harvard school of Public Health. Boston, Mass, USA May 30, 2002
8. Μαλλίδου Α. Κλινικά αποτελέσματα ασθενών εξαρτώμενων από οργανωτικά χαρακτηριστικά και στελέχωση νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 2005:44(2): 212-222
9. Holt J., DeVore C. Culture, gender, organizational role, and styles of conflict resolution: a meta-analysis. *International Journal of Intercultural Relations*, 2005:29(2):165-196
10. Ross A., Cambell G. Interprofessional Collaboration in the provision of aids for daily living and nursing equipment in the community-a district nurse. *Journal of Interprofessional Care*, 1999:6(2):109-118
11. Blane K. Health Profession, in *Sociology as applied to medicine*. 3rd ed, Balliere Tindal, London, 1991
12. Chapman R., Combs S. Collaboration in the Emergency Department: an innovative approach. *Accident and emergency Nursing*, 2005:13(1):63-69
13. Pietroni P. Towards reflective practice the language of health and social care.

- Journal of Interprofessional Care*, 1992:6(1):7-16.
14. Kilcoyne A. *The art of communication and collaboration in the Primary Health Care Team*. Marlyabone monograph 1, Marlyabone Center Trust, London, 1991:185-194
15. Stevenson A. Cooperation in health and social care. *British Journal of Occupationally Therapy*, 1985:48:332-334
16. Σαπουντζή-Κρέπια. Δ. Διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Νοσηλευτών-Κοινωνικών Λειτουργών και διαφορές αντιλήψεων. *Νοσηλευτική*, 2001: 40(2):79-86
17. Garman A., Leach D., Spector N. Nursing Interprofessional Collision: Conflict and collaboration across professional lines *Journal of Organizational Behavior*, 2006:27(7):983-102
18. Newhouse R. Evidence-Based Behavioral Practice: An Exemplar of interprofessional Collaboration. *Journal of nursing Administration*, 2008:38(10):414-416
19. Long, T. Johnson, M. Research ethics in the real world: issues and solutions for health and social care. Churchill Livingstone, London, 2007
20. Rae N. Ethics and nursing research 1: development theories and principles. *British Journal of Nursing*, 1999:8(13):888-892
21. Nunnaly J. Psychometric theory. McGraw Hill Book Co. New York, 1978
22. Πύλλη Μ., Γιαννακοπούλου Μ., Θηραίος Ε. Παπαθανάσογλου Ε. Μελέτη της διεπαγγελματικής συνεργασίας σε ελληνικά κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Νοσηλευτική*, 2005:44(3):347-354.
23. Σαπουντζή-Κρέπια. Δ. *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα*. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα,, 2001
24. Κυριακού Μ. Η σημασία της επικοινωνίας νοσηλευτή ασθενή κατά τη νοσηλεία του, Διπλωματική Εργασία, Κύπρος, 2004
25. Γερογιάννη Γ., Γερογιάννη Σ. Ενσυναίσθηση: Ανάλυση της έννοιας όπως χρησιμοποιείται στη Νοσηλευτική, *Νοσηλευτική*, 2001, 41(4):406-412
26. Gilson L., Shalley E., Blum C. Team and organizational attitudes as a lens and a mirror impacting customer satisfaction. *Quality Management*, 2001:6(2):235-256.
27. Leathard A. *Interprofessional Collaboration: From Policy to Practice in Health and Social Care*. Routledge, London, 2003
28. Manojlovich M., Barnsteiner J., Bolton L., Disch J., Saint S. *Nursing Practice and*

- Work Environment Issues in the 21st Century: A Leadership Challenge. *Nursing Research*, 2008:57(1):11-14
29. Παππά Ε., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. Επαγγελματική εξουθένωση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2008:25(1):94-101
30. McCabe C., Timmins F. *Communication Skills for nursing Practice*. Palgrave Macmillan, New York, 2006
31. Κοντογιάννη Α. Η διαχείριση των συγκρούσεων στο Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό στα Δημόσια και Παιδιατρικά Νοσοκομεία., Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, 2007
32. Bellou V., Chitiris L., Bellou A. The impact of Organizational Identification and Self-Esteem on Organizational Citizenship Behavior: The Case of Greek Public Hospitals. *Operational Research*, 2005:5(2):305-318
33. Shimizu T., Kubota S., Mishima N., Nagata S. Relationship between Self-Esteem and Assertiveness Training among Japanese Hospital Nurses. *J Occup Health*, 2004: 46:296-298
34. Santiano N., Daffurn K. Registered nurses' self-perceived level of competence following completion of a specialist graduate certificate. *Australian Critical Care*, 2003:6(1):16-23

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	ΥΕ	ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
19 άτομα 24 %	30 άτομα 36%	26 άτομα 31%	2 άτομα 2 %	6 άτομα (7%)

Πίνακας 2

Η γενική αντίληψη των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την διεπαγγελματική συνεργασία.			
	Συμφωνώ*1	ΟΣ-ΟΔ*2	Διαφωνώ*3
Αντίληψη συνεργασίας με διαφορετική ειδικότητα	70 άτομα 84,32%	8 άτομα 9,63%	5 άτομα 6,05%
Αντίληψη συνεργασίας με ίδια ειδικότητα	35 άτομα 42,15%	11 άτομα 13,25%	37 άτομα 44,6%

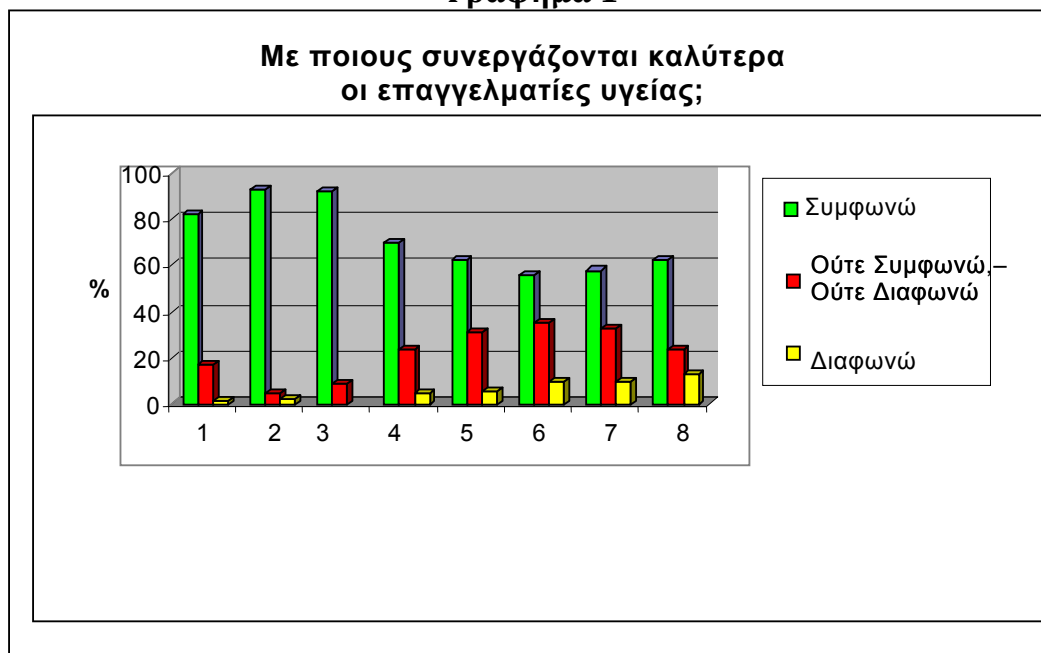
p<0.05

*1: (Συγκεντρωτικά) «συμφωνώ πάρα πολύ», «συμφωνώ πολύ», «συμφωνώ»,

*2: «ούτε συμφωνώ-ούτε διαφωνώ»,

*3: (Συγκεντρωτικά) «διαφωνώ», «διαφωνώ πολύ», «διαφωνώ πάρα πολύ».

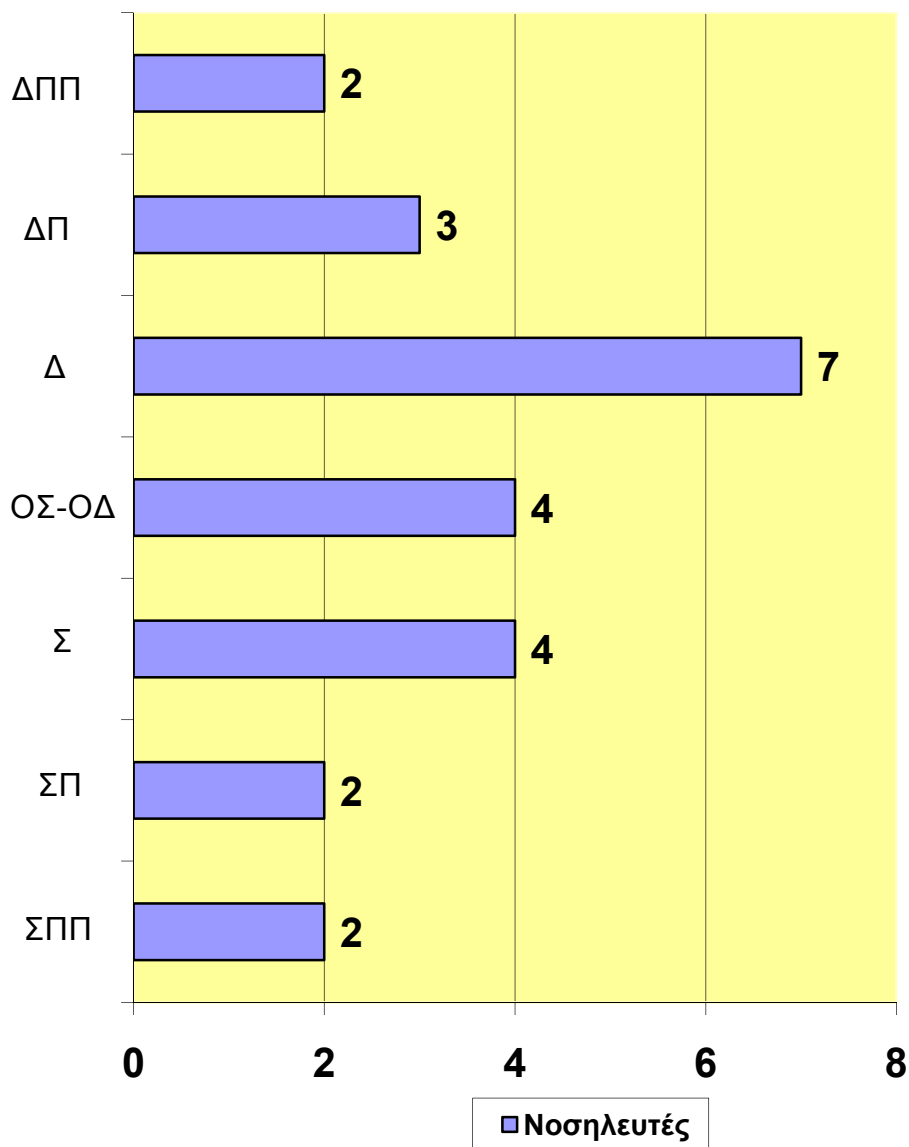
Γράφημα 1



1=ιατροί, 2=νοσηλευτές, 3=βοηθοί νοσηλευτές, 4=φυσιοθεραπευτές, 5=ψυχολόγος, 6=εργαστηριακοί, 7=τραυματιοφορείς, 8=βοηθοί θαλάμων

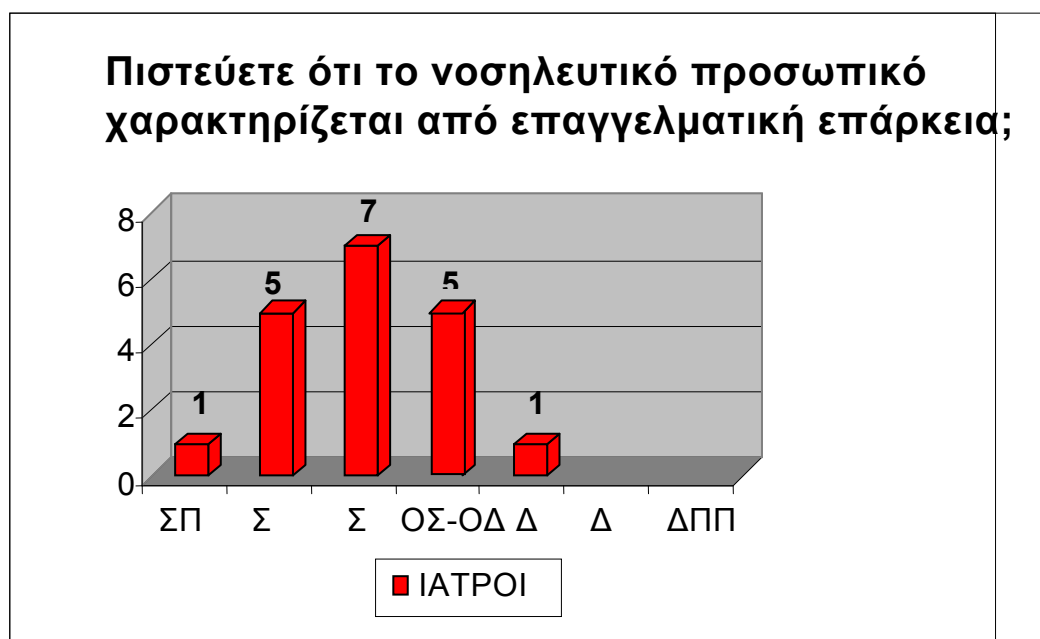
Γράφημα 2

Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίζεται από επαγγελματική επάρκεια;



Ερώτηση που τέθηκε σε ομάδα 24 νοσηλευτών (p<0.05)

Γράφημα 3



Ερώτηση που τέθηκε σε ομάδα 19 ιατρών (p<0.05)

Πίνακας 3

Τα αποτελέσματα των πιο συνηθισμένων αιτιών της προβληματικής επικοινωνίας μεταξύ των συνεργατών μετά από απαντήσεις όλων των επαγγελματιών υγείας.

	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΣ-ΟΔ	ΔΙΑΦΩΝΩ
Δυσκολία συνεννόησης με ασθενείς	27,71%	48,27%	24,02%
Δυσκολία συνεννόησης με συνοδούς	20,48%	44,56%	34,96%
Μη επάρκεια προσωπικού	10,84%	12,07%	77,09%
Φόρτος εργασίας	10,84%	2,4 %	86,76%
Ένταση λόγω μεγάλης προσέλευσης Ασθενών	22,89%	10,84%	66,27%
Επαγγελματική εξουθένωση	20,48%	8,43%	71,09%
Η μη τήρηση του καθηκοντολογίου	7,75%	3,52 %	88,73%

p<0.05

Πίνακας 4

Ποιο είναι το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της διεπαγγελματικής συνεργασίας. Απαντήσεις βασισμένες στην προσωπική άποψη των επαγγελματιών υγείας.			
	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΣ-ΟΔ	ΔΙΑΦΩΝΩ
Η βελτίωση της ποιότητας φροντίδας	86,76%	10,84%	2,4%
Το ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον	81,89%	15,71%	2,4%
Η ευκολότερη δουλειά	56,61%	22,91%	20,48%
Η ταχύτερη διεκπεραίωση εργασιών	82,83%	9,64%	7,53%
Ο σωστότερος καταμερισμός εργασίας	96,37%	3,63%	

p<0.05

ΕΡΕΥΝΑ

Οι απόψεις των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την κλινική τους εκπαίδευση – Μια ποιοτική μελέτη

Ουζούνη Χριστίνα¹, Νακάκης Κωνσταντίνος², Κουτσαμπασόπουλος Κωνσταντίνος³, Καπάδοχος Θεόδωρος⁴

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Λαμίας

2. Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι Λαμίας

3. Ιατρός, MSc

4. Νοσηλεύτης, MSc, Αν. Προϊστάμενος Γρ. Εκπαίδευσης ΝΥ, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κλινική εκπαίδευση στη νοσηλευτική είναι θεμελιώδης, γιατί μετουσιώνει τη θεωρητική γνώση των φοιτητών, σε πράξη και κλινική δεξιότητα. Επίσης, διαμορφώνει πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς και φροντίδας των ασθενών καθώς επίσης αναπτύσσει την κριτική σκέψη και τις ψυχοκινητικές δεξιότητες των φοιτητών.

Σκοπός της παρούσας ποιοτικής μελέτης ήταν να διερευνήσει τις απόψεις φοιτητών της νοσηλευτικής για την κλινική τους εκπαίδευση.

Υλικό και μέθοδος: Εφαρμόστηκε ο σχεδιασμός έρευνας “εστιασμένων συνεντεύξεων ομάδας” για να διερευνηθούν οι απόψεις 40 φοιτητών τμήματος νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Οι συμμετέχοντες φοιτητές χωρίστηκαν σε 4 ομάδες των δέκα ατόμων η κάθε μία, προκειμένου να πραγματοποιηθούν εστιασμένες συνεντεύξεις ομάδας. Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις, εφαρμόστηκε η μέθοδος της θεματικής κατηγοριοποίησης και κωδικοποίησης.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν πέντε θεματικές κατηγορίες. Σύμφωνα με την άποψη των φοιτητών το «στρες και το κλινικό περιβάλλον μάθησης», «το κενό μεταξύ θεωρίας και πράξης», «ο ρόλος του εκπαιδευτή-αξιολογητή», η «έλλειψη ευκαιριών για την ανάπτυξη κριτικής σκέψης», η «αναζήτηση προτύπων από τους επαγγελματίες νοσηλευτές και εκπαιδευτές» ήταν οι θεματικές κατηγορίες, στις οποίες αποτυπώθηκαν οι απόψεις και οι εμπειρίες των φοιτητών για την κλινική τους εκπαίδευση.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής δεν είναι ιδιαίτερα ευχαριστημένοι από την κλινική τους εκπαίδευση. Επιπλέον, είναι προφανής η αναγκαιότητα να ενισχυθεί ο ρόλος των κλινικών εκπαιδευτών, οι οποίοι χρειάζεται να διαθέτουν εξειδικευμένη εκπαίδευση για την κλινική άσκηση των φοιτητών της νοσηλευτικής, για να μπορούν να δημιουργήσουν πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς.

Λέξεις κλειδιά: Φοιτητές νοσηλευτικής, κλινική εκπαίδευση, κλινικοί εκπαιδευτές

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Ουζούνη Χριστίνα,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λαμίας,
3^ο χιλ. Π.Ε.Ο Λαμίας-Αθηνών,
35100 Λαμία,
Τηλ: + 22310 60352,
Κιν: + 6977379125,
e-mail: christinaouzouni@yahoo.com*

ORIGINAL PAPER**Student nurses' views of their clinical training – A qualitative study**

Ouzouni Christina¹, Nakakis Konstantinos², Koutsampasopoulos Konstantinos³, Kapadohos Theodore⁴

1. Lecturer in Nursing, Nursing Department, Technological Educational Institute of Lamia
2. Lecturer in Nursing, Nursing Department, Technological Educational Institute of Lamia
3. M.D, MSc
4. RN, MSc, Deputy Head Nurse, Nursing Education Office, "Onassis" Cardiac Surgery Center

ABSTRACT

Clinical training in nursing is fundamental because it transforms the theoretical knowledge of student nurses into clinical skills and practice. In addition, clinical training promotes the development of students' critical thinking, psychomotor skills as well as patterns of professional contact for patients care.

Aim of this qualitative study was to explore student nurses' views of their clinical training.

Material and method: Focus groups of 40 student nurses were held to explore their views on their clinical training and studying in a nursing school of a Technological Educational Institute. The participants were divided into four groups of ten students in order to facilitate the focus group interviews. The qualitative data derived from the interviews, was analyzed using thematic categories and coding.

Results: From data analysis of the focus group interviews, five thematic categories emerged. In accordance with student nurses' views in this study "stress and clinical learning environment" "theory practice gap", "the role of lecturer practitioner - assessor", "the lack of opportunities for critical thinking development", "the search of professional patterns from staff and lectures", were identified as the thematic categories.

Conclusions: The results of the study indicated that student nurses were not particularly satisfied with the quality of their clinical training. In addition, it is apparent that the necessity to foster the role of lecturer practitioners, which they need specialized education on providing clinical training to student nurses, aiming to establish professional patterns to them.

Key words: Student nurses, clinical training, lecturer practitioner

CORRESPONDING AUTHOR

*Ouzouni Christina
Department of Nursing
Technological Educational Institute of Lamia
3rd Km Old National Road, Lamia-Athens
35100 Lamia, Greece
Tel: + 30 22310 60352
Mob: + 6977379125
E-mail: christinaouzouni@yahoo.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κλινική άσκηση είναι αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και έχει ως σκοπό να μετουσιώνει τη θεωρητική γνώση των φοιτητών σε πράξη και κλινική δεξιότητα¹ καθώς επίσης να προετοιμάζει τους φοιτητές ώστε να εφαρμόζουν όσα έχουν

διδασχθεί σε θεωρητικό και εργαστηριακό επίπεδο.² Επιπλέον, διαμορφώνει πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς και φροντίδας ασθενών, αναπτύσσει την κριτική σκέψη των φοιτητών και βελτιώνει τις ψυχοκινητικές τους δεξιότητες.^{3,4}

Η κλινική εκπαίδευση ωστόσο, θεωρείται ότι είναι μια διαδικασία κατά την οποία δημιουργούνται στρεσογόνες καταστάσεις που επηρεάζουν τους φοιτητές της νοσηλευτικής.¹ Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τις εμπειρίες των φοιτητών από την κλινική τους εκπαίδευση έχουν αναφερθεί ως ψυχοπιεστικοί παράγοντες, ο φόβος μήπως κάνουν λάθος κατά την εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων, το άγχος από τις κριτικές του προσωπικού των νοσηλευτικών τμημάτων, η παρουσία του κλινικού εκπαιδευτή με ρόλο αξιολογητή, η επαφή με σοβαρά περιστατικά ασθενών, η φροντίδα ασθενών σε καταληκτικό στάδιο καθώς και η προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των κλινικών νοσηλευτών.⁵ Οι Dunn & Hansford¹ σε έρευνα που πραγματοποίησαν για να διερευνήσουν τις απόψεις των φοιτητών της νοσηλευτικής για την κλινική τους εκπαίδευση, διαπίστωσαν ότι, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ φοιτητών και προσωπικού ήταν ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρέαζαν τη διαδικασία μάθησης στον κλινικό χώρο. Οι παραπάνω καταστάσεις όχι μόνο προβληματίζουν τους φοιτητές αλλά τους τροφοδοτούν με στρες κατά την εκπαίδευσή τους. Ωστόσο, παρότι το κλινικό περιβάλλον μάθησης περιγράφεται ως στρεσογόνο από τους φοιτητές της νοσηλευτικής, η παρουσία του κλινικού εκπαιδευτή με τις κατάλληλες παρεμβάσεις του, μειώνουν το στρες των

φοιτητών.⁶ Η εκπαιδευτική προσέγγιση των κλινικών εκπαιδευτών, η κλινική και εκπαιδευτική τους εμπειρία καθώς και οι γνώσεις τους, έχουν επίδραση στην εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής.^{7,8} Αυτό συμβαίνει γιατί οι κλινικοί εκπαιδευτές λειτουργούν ως σύμβουλοι για τους φοιτητές της νοσηλευτικής, διαδραματίζουν έναν ρόλο μοντέλου γι' αυτούς, τους υποστηρίζουν και τους προστατεύουν όταν είναι αναγκαίο καθώς επίσης και αξιολογούν τις νοσηλευτικές δεξιότητές τους.⁹

Οι επιδέξιοι κλινικοί εκπαιδευτές αξιοποιούν κάθε διαθέσιμο μέσο, προκειμένου να συνδυάσουν τη θεωρητική κατάρτιση των φοιτητών με την εκμάθηση αναβαθμισμένων πρακτικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, θέτουν ως εκπαιδευτικό στόχο την ώθηση του φοιτητή στο υψηλότερο επίπεδο κλινικής ικανότητας και απόδοσης, δημιουργώντας διαπροσωπικό κλίμακα μάθησης με τους φοιτητές και υποκινώντας τους να αξιοποιούν κάθε ευκαιρία για ανάπτυξη δεξιοτήτων.^{7,10} Οι εκπαιδευτές για την επίτευξη μιας επιτυχημένης κλινικής εκπαιδευτικής διαδικασίας χρειάζεται να αναζητούν αποτελεσματικούς τρόπους που διευκολύνουν τη μάθηση των φοιτητών κατά την κλινική τους άσκηση.¹¹

Υλικό και Μέθοδος

Ο σκοπός της παρούσας ποιοτικής μελέτης, ήταν να ερευνήσει τις απόψεις των φοιτητών

της νοσηλευτικής για την κλινική τους εκπαίδευση.

Για τη διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών της νοσηλευτικής αναφορικά με την κλινική τους εκπαίδευση εφαρμόστηκε ο σχεδιασμός έρευνας «εστιασμένων συνεντεύξεων ομάδας» (focus group). Οι ομάδες εστίασης αποτελούν οργανωμένες συζητήσεις με μια επιλεγμένη ομάδα ατόμων, προκειμένου να αντληθούν πληροφορίες αναφορικά με τις απόψεις και τις εμπειρίες τους σε ένα θέμα. Ο σκοπός των εστιασμένων συνεντεύξεων ομάδας είναι να αντλήσει πληροφόρηση με «ποιοτικό τρόπο» συλλογής πληροφοριών, από ένα προκαθορισμένο και περιορισμένο σε μέγεθος δείγμα.¹² Οι ομάδες εστίασης είναι μια μορφή ομαδικής συνέντευξης, όπου λαμβάνονται πληροφορίες τόσο από κάθε συμμετέχον μέλος όσο από τη διάδραση μεταξύ των μελών της ομάδας. Το ισχυρό πλεονέκτημα για την επιλογή του συγκεκριμένου ερευνητικού σχεδιασμού με συνεντεύξεις ομάδων εστίασης είναι ότι κινητοποιεί τους συμμετέχοντες να σχολιάσουν ή ακόμη και να αντικρούσουν ο ένας τη γνώμη του άλλου. Οι ερευνητές των ομάδων εστίασης επικεντρώνονται στις λέξεις αλλά και στην παρατήρηση των αντιδράσεων και των μη λεκτικών μηνυμάτων, γενικά της ομάδας αλλά και κάθε μέλους της ειδικότερα, με στόχο να προβάλλουν την πραγματικότητα.¹³

Το δείγμα της έρευνας

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 40 φοιτητές τμήματος νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι του Γ', του Δ' και του ΣΤ' εξαμήνου. Η επιλογή φοιτητών από το Γ', Δ' και το ΣΤ' εξάμηνο αποφασίσθηκε επειδή θεωρείται ότι διαθέτουν ήδη εμπειρία από το κλινικό περιβάλλον και θα ήταν πιο εύκολο γι' αυτούς να εκφράσουν τις απόψεις τους για την κλινική τους εκπαίδευση. Για την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν λίστες με αριθμούς που αντιπροσώπευαν ονόματα φοιτητών, από τις οποίες επιλέχθηκαν τυχαία αριθμοί -που αντιστοιχούσαν σε φοιτητές- από άτομο που δεν μετείχε στην παρούσα έρευνα. Οι φοιτητές που επιλέχθηκαν να συμμετάσχουν στις ομάδες εστιασμένων συνεντεύξεων ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας καθώς και την εθελοντική συμμετοχή τους σε αυτή. Επίσης, ενημερώθηκαν για το ενδεχόμενο ότι μπορούν να αποχωρήσουν σε οποιαδήποτε φάση της έρευνας εάν δεν επιθυμούσαν πλέον να συμμετάσχουν σε αυτή. Έγινε ομαδοποίηση των φοιτητών που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα σε τέσσερις ομάδες και κάθε ομάδα περιλάμβανε δέκα φοιτητές. Έτσι δημιουργήθηκε μία ομάδα από φοιτητές του Γ' εξαμήνου, μία του Δ' και δύο ομάδες από φοιτητές του ΣΤ' εξαμήνου. Η ομοιογένεια του δείγματος της έρευνας και το γεγονός ότι τα μέλη των ομάδων γνωρίζονταν μεταξύ τους, βοήθησε τόσο τον άνετο τρόπο επικοινωνίας όσο και τη διαδραστικότητα της ομάδας.

Το 25% (n=10) του δείγματος ήταν φοιτητές και το 75% (n=30) φοιτήτριες. Το ηλικιακό εύρος του δείγματος ήταν μεταξύ 19 και 25 ετών, με μέση τιμή ηλικίας 21,17 έτη.

Για την επίτευξη των εστιασμένων συνεντεύξεων ομάδας, δομήθηκαν ερωτήσεις που σχετίζονταν με την εκπαίδευση των φοιτητών στο κλινικό περιβάλλον. Οι ερωτήσεις αυτές διαμορφώθηκαν, προκειμένου να δώσουν το έναυσμα στους φοιτητές να εκφράσουν τις απόψεις τους, σε σχέση με εμπειρίες που είχαν από την κλινική τους εκπαίδευση. Επιλέχθηκαν τα ακόλουθα θέματα συζήτησης, για να υποκινήσουν τις συνεντεύξεις των φοιτητών της νοσηλευτικής αναφορικά με τις εμπειρίες τους από την κλινική τους εκπαίδευση.

1. Πως αισθάνεστε ως φοιτητές της νοσηλευτικής;
2. Θα θέλατε να πείτε πως αισθάνεστε στην κλινική σας εκπαίδευση στο νοσοκομείο;
3. Υπάρχουν καταστάσεις στην κλινική σας εκπαίδευσης που σας προβληματίζουν;
4. Κατά την κλινική σας εκπαίδευση υπάρχουν καταστάσεις που σας παρέχουν ικανοποίηση;
5. Ποιες καταστάσεις θεωρείτε ότι δρουν σε σας πιεστικά στο κλινικό περιβάλλον;
6. Ποιες είναι οι προσδοκίες σας από την κλινική σας εκπαίδευση;

Οι δύο πρώτες ερωτήσεις ήταν πιο γενικές προκειμένου να αποκτηθεί εγγύτητα με τις ομάδες εστίασης και να διαμορφωθεί

διαδραστικό κλίμα κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Ο κύριος ερευνητής κατεύθυνε τις συνεντεύξεις και ένας παρατηρητής παρακολουθούσε και κατέγραφε τις αντιδράσεις της ομάδας καθώς και τα μη λεκτικά μηνύματα των φοιτητών, σε σχέση με το περιεχόμενο των όσων ανέφεραν σχετικά με την κλινική τους εκπαίδευση ενώ παράλληλα γινόταν μαγνητοφώνηση όλης της διαδικασίας.

Συλλογή δεδομένων

Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων της έρευνας ακολουθήθηκαν οι παρακάτω διαδικασίες.

Μετά από κάθε συνάντηση ομάδας εστιασμένων συνεντεύξεων γινόταν απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων. Στη συνέχεια γινόταν ανάγνωση του κειμένου της απομαγνητοφωνημένης συνέντευξης και σε συνδυασμό με τις σημειώσεις που κρατούσε ο παρατηρητής, γινόταν συμπλήρωση στοιχείων που αφορούσαν τη μη λεκτική επικοινωνία των φοιτητών που συμμετείχαν στην ομάδα εστιασμένων συνεντεύξεων. Στις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου από τον κύριο ερευνητή και έναν συνεργευνητή και παράλληλα από άλλους ανεξάρτητους ερευνητές για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της ερμηνείας των ποιοτικών δεδομένων.¹⁴ Ο εντοπισμός όμοιων κωδικών από δύο ζεύγη ερευνητών διασφάλισαν την εγκυρότητα της ερμηνείας των ποιοτικών δεδομένων της

έρευνας.¹⁵ Ακόμη, για την ανάλυση εφαρμόστηκε η μέθοδος της κωδικοποίησης και της θεματικής κατηγοριοποίησης. Για την κωδικοποίηση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων, οι ερευνητές μελέτησαν τις συνεντεύξεις προκειμένου να εντοπίσουν σημαντικές απόψεις των φοιτητών για την κλινική τους εκπαίδευση ώστε να τις κωδικοποιήσουν. Στη συνέχεια συνέκριναν τους διάφορους κωδικούς, βασιζόμενοι στις διαφορές και τις ομοιότητες για να διαμορφώσουν τις θεματικές κατηγορίες που αναδύθηκαν από την ανάλυση των δεδομένων.

Η ηθική διάσταση της έρευνας

Οι σπουδαστές που κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα πληροφορήθηκαν για το σχεδιασμό και το σκοπό της, τη μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και τους δόθηκε η διαβεβαίωση ότι η ανάλυση των στοιχείων της έρευνας θα ήταν ανώνυμη. Επίσης, οι συμμετέχοντες φοιτητές ενημερώθηκαν ότι μπορούν να αποχωρήσουν από τις συνεντεύξεις οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

Αποτελέσματα

Από την ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων των ομάδων εστίασης προέκυψαν πέντε θεματικές κατηγορίες. Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις των φοιτητών, οι θεματικές κατηγορίες που αποτυπώνουν τις απόψεις και εμπειρίες τους για την κλινική τους εκπαίδευση

είναι «το στρες και το κλινικό περιβάλλον μάθησης», «το κενό μεταξύ θεωρίας και πράξης», «ο ρόλος του εκπαιδευτή-αξιολογητή», «η έλλειψη ευκαιριών για την ανάπτυξη κριτικής σκέψης», και «η αναζήτηση προτύπων από τους επαγγελματίες νοσηλευτές και εκπαιδευτές».

Το στρες και κλινικό περιβάλλον μάθησης

Αναφορικά με τη θεματική κατηγορία «το στρες και το κλινικό περιβάλλον μάθησης» οι φοιτητές περιέγραψαν τις δυσκολίες που είχαν όταν άρχισαν να πραγματοποιούν την κλινική τους εκπαίδευση. Το στρες των φοιτητών προερχόταν από το φόβο τους μήπως κάνουν κάτι λάθος και έχουν νομική ευθύνη ή επιπτώσεις στις σπουδές τους. Οι περισσότεροι φοιτητές και στις 4 ομάδες εστιασμένων συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν, ανέφεραν καταστάσεις που τους προκαλούσαν στρες κατά την κλινική τους εκπαίδευση. Το στρες προερχόταν από την συμπεριφορά του προσωπικού που εργάζονταν στις δομές της κλινικής τους εκπαίδευσης και που σύμφωνα με τους φοιτητές δεν ήταν αρκετά υποστηρικτικό και «ανεκτικό» παρά το γεγονός ότι οι φοιτητές ήταν ακόμη σε στάδιο μάθησης.

Μία φοιτήτρια χαρακτηριστικά ανέφερε:

«Είχα μεγάλη επιθυμία να φροντίσω ασθενείς κατά την κλινική μου άσκηση, ωστόσο το γεγονός ότι δεν είχα ακόμη αποκτήσει αρκετή εμπειρία αλλά και οι “φωνές” του προσωπικού

να μην κάνω λάθος, πολλές φορές μου δημιουργούσαν πανικό και στρες. Η ιδέα και μόνο ότι μπορεί να κάνω λάθος και να έχω νομικές ευθύνες ή να γίνει κάτι και μην πάρω ποτέ πτυχίο, με κάνουν μερικές φορές απρόθυμη να συμμετάσχω στη φροντίδα των ασθενών».

Το στρες των φοιτητών ωστόσο μειωνόταν όσο ήταν μεγαλύτερο το εξάμηνο σπουδών και υπήρχε εξοικείωση με το κλινικό περιβάλλον. Από τις εστιασμένες συνεντεύξεις προέκυψε ότι, οι κλινικοί εκπαιδευτές συνέβαλαν με τον τρόπο τους στο να βιώνουν οι φοιτητές στρες. Όσοι από τους κλινικούς εκπαιδευτές που επιδείκνυαν υπομονή και ενθάρρυναν τους φοιτητές στην εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων, όντας υποστηρικτοί μαζί τους, δεν δημιουργούσαν στρες στους φοιτητές, οι οποίοι αντιθέτως ανέφεραν ότι βίωναν ικανοποίηση από την κλινική τους εκπαίδευση. Επιπλέον, οι φοιτητές ανέφεραν ότι υπήρχαν και κλινικοί εκπαιδευτές που όχι μόνο δεν τους ενθάρρυναν κατά την εκτέλεση νοσηλευτικών πράξεων, αλλά συνεχώς εστίαζαν σε ό,τι κατά τη γνώμη τους δεν γινόταν σωστά, χωρίς ποτέ να τους δίνουν θετική επιβεβαίωση.

Ένας φοιτητής ανέφερε:

«Προσπαθούσα ακόμη και σε κλινικές που το κλίμα συνεργασίας ήταν δύσκολο, να πάρω μέρος στη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών για να μάθω περισσότερες νοσηλευτικές δεξιότητες. Ήταν όμως απογοητευτικό και στρεσογόνο να μην σε ενθαρρύνει ο κλινικός

εκπαιδευτής της ομάδας και πάντα να εστιάζει σε ό,τι δεν έκανες καλά. Το στρες από τις κριτικές του προσωπικού όσο και των κλινικών εκπαιδευτών με εξουθενώνει, με απογοητεύει στο να προσπαθώ, γιατί το θεωρώ μάταιο».

Ωστόσο, το στρες των φοιτητών από το κλινικό περιβάλλον μάθησης φαίνεται από τις συνεντεύξεις ότι μειωνόταν σε μεγαλύτερα εξάμηνα.

Μία φοιτήτρια χαρακτηριστικά ανέφερε:

«Στα πρώτα εξάμηνα σπουδών είχα τρομερό άγχος, κάθε φορά που βρισκόμουν στο νοσοκομείο για κλινική εκπαίδευση. Τώρα που είμαι στο ΣΤ' εξάμηνο έχω αποδεχθεί ότι το νοσοκομείο είναι χώρος που αντιμετωπίζεις καθημερινά καινούργιες καταστάσεις, τις περισσότερες φορές δυσάρεστες. Όμως έχω αρχίσει να έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου και συνειδητοποιώ αυτό που μας έχουν πει στα μαθήματα ότι δηλαδή το στρες τελικά είναι και θέμα εμπειρίας να το αντιμετωπίζεις».

Το κενό μεταξύ θεωρίας και πράξης

Το κενό μεταξύ θεωρίας και πράξης στη νοσηλευτική προέκυψε σχεδόν σε όλες τις εστιασμένες συνεντεύξεις των φοιτητών. Η απορία των φοιτητών εκφράζεται συχνά, με φράσεις όπως «γιατί να αποκτούμε γνώσεις που δεν εφαρμόζονται στην πράξη»;

Ένας φοιτητής ανέφερε:

«Τι νόημα έχει να βάζουμε τον εαυτό μας σε τόση αγωνία να αποκτούμε γνώσεις στη θεωρία ή και στο εργαστήριο του ΤΕΙ και τελικά στο

νοσοκομείο να μην εφαρμόζουμε τίποτα από όλα αυτά που έχουμε μάθει. Ακόμη και όταν προσπαθούμε να εφαρμόσουμε τη νοσηλευτική φροντίδα όπως τη μαθαίνουμε στο ΤΕΙ, μας αποθαρρύνουν στο νοσοκομείο λέγοντάς μας, άλλο τι μάθετε στη θεωρία και άλλο τι θα κάνετε στην πράξη».

Μια ακόμη φοιτήτρια ανέφερε:

«Μαθαίνουμε ότι η επικοινωνία και η προσέγγιση του ασθενή από το νοσηλευτή είναι σημαντική και βλέπουμε ότι το προσωπικό συμπεριφέρεται κάποιες φορές προσβλητικά στους ασθενείς χωρίς να σέβεται την κατάστασή τους. Προσπαθούμε να προσεγγίσουμε εμείς τους ασθενείς, αλλά μερικές φορές το προσωπικό μας κοιτάζει περίεργα επειδή θεωρεί ότι η επικοινωνία με τον ασθενή είναι χάσιμο χρόνου».

Το κενό μεταξύ της θεωρητικής εκπαίδευσης και της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς έχει απασχολήσει και απασχολεί εκτεταμένα τη νοσηλευτική επιστήμη εδώ και δεκαετίες. Ευθύνη για το κενό αυτό έχει τόσο η ακαδημαϊκή εκπαίδευση όσο και οι κλινικοί νοσηλευτές, που δεν ενσωματώνουν την έγκυρη ερευνητική γνώση στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Ο ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή - αξιολογητή

Στη θεματική κατηγορία για τον ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή-αξιολογητή οι δηλώσεις των φοιτητών μέσα από τις συνεντεύξεις

εμφανίστηκαν αντιφατικές. Υπάρχουν αναφορές των φοιτητών για την υποστηρικτική στάση των κλινικών εκπαιδευτών στη διαδικασία μάθησης στο κλινικό περιβάλλον και υπάρχουν απόψεις φοιτητών που θεωρούν ότι οι κλινικοί εκπαιδευτές δεν μπορούν να τους μεταδώσουν γνώση την οποία οι ίδιοι δεν έχουν.

Μία σπουδάστρια χαρακτηριστικά ανέφερε:

«Υπάρχουν κλινικοί εκπαιδευτές που με ενθάρρυναν να πραγματοποιήσω πολλές νοσηλευτικές παρεμβάσεις και στεκόταν δίπλα μου για να με βοηθήσουν όταν χρειασθεί. Υπάρχουν όμως και κλινικοί εκπαιδευτές σχεδόν στην ηλικία μου που απλά μας συνοδεύουν χωρίς να μαθαίνουμε τίποτα».

Ο ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή ως αξιολογητή αναφέρθηκε συχνά από τους φοιτητές κατά τη διεξαγωγή των εστιασμένων συνεντεύξεων ομάδας. Η έλλειψη κριτηρίων από τους κλινικούς εκπαιδευτές-αξιολογητές, αναφορικά με την αξιολόγηση της επίδοσής των φοιτητών προκαλεί απογοήτευση, θυμό και αίσθημα αδικίας στους φοιτητές.

Ένας φοιτητής ανέφερε:

«Ήμουν πρόθυμος να πραγματοποιήσω κάθε νοσηλευτική πράξη κατά τις ώρες της κλινικής εκπαίδευσης, όπως επίσης πρόθυμος να μάθω ότι μας έδειχναν ως νοσηλευτική δεξιότητα. Ωστόσο, όταν ρωτούσα τη βαθμολογία μου για τις κλινικές που εκπαιδεύτηκα με αξιολογούσαν με οκτώ. Όταν ρώτησα με ποια κριτήρια πήρα αυτό τον βαθμό, η απάντηση ήταν ότι το 8 είναι

άριστος βαθμός και δεν θα πρέπει να έχω κανένα παράπονο».

Η απασχόληση νοσηλευτών ως κλινικοί εκπαιδευτές, που δεν έχουν κατάλληλη εκπαίδευση, είναι μια πραγματικότητα την οποία αντιμετωπίζει η νοσηλευτική εκπαίδευση. Είναι αναγκαία η ειδική εκπαίδευση των κλινικών εκπαιδευτών για αυτό το ρόλο, αλλά και σε μεθόδους αξιολόγησης των φοιτητών. Οι φοιτητές περιέγραψαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ότι βλέπουν τον κλινικό τους εκπαιδευτή κυρίως ως αξιολογητή γιατί τους βαθμολογεί. Μια φοιτήτρια ανέφερε: «από τη στιγμή που ο βαθμός πτυχίου είναι κριτήριο γρήγορου διορισμού μας στο δημόσιο, βλέπω τον κλινικό εκπαιδευτή κυρίως ως αξιολογητή, γιατί εξαρτώμαστε από τον βαθμό του».

Η έλλειψη ευκαιριών για την ανάπτυξη κριτικής σκέψης

Σ' αυτή τη θεματική κατηγορία που προέκυψε από τις συνεντεύξεις των ομάδων οι φοιτητές επισήμαναν ότι η απασχόλησή τους με εργασίες ρουτίνας στο κλινικό περιβάλλον δεν τους βοηθάει στην ανάπτυξη κριτικής σκέψης. Ανέφεραν ότι αισθάνονται ως «εκτελεστικά όργανα» που απλά εφαρμόζουν εντολές ή πραγματοποιούν τις εργασίες, που δεν είναι «ευχάριστες» στο μόνιμο προσωπικό.

Μία φοιτήτρια ανέφερε:

«Το να περνάμε τις περισσότερες ώρες της κλινικής μας εκπαίδευσης διπλώνοντας γάζες

στα τμήματα ή εκτελώντας βοηθητικές εργασίες, δεν μας βοηθάει να αναπτύξουμε τη σκέψη μας και να αξιοποιήσουμε ότι έχουμε διδαχθεί από τη θεωρητική μας εκπαίδευση».

Ένας φοιτητής συμπληρώνει:

«Έχουμε μάθει για τον πολυδιάστατο ρόλο των νοσηλευτών, για την ανάπτυξη πρωτοβουλιών, για την ισότιμη συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Αλλά κανείς δεν νοιάζεται για τη γνώμη μας, δεν έχουμε άποψη, δεν εκτιμάται η κρίση μας ή η διαφωνία μας σε κάποια θέματα φροντίδας ασθενών ή χειρισμού καταστάσεων που προκύπτουν στην κλινική εκπαίδευση. Αναρωτιέμαι πως με τέτοια εκπαίδευση θα αναπτύξουμε κριτική σκέψη που διαβάζουμε στα βιβλία».

Η αναζήτηση προτύπων από τους επαγγελματίες νοσηλευτές και εκπαιδευτές

«Η αναζήτηση προτύπων από τους επαγγελματίες νοσηλευτές και εκπαιδευτές» είναι μία ακόμη θεματική κατηγορία που προέκυψε από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων της έρευνας. Οι φοιτητές εκφράζουν το θαυμασμό τους για κλινικούς εκπαιδευτές ή και επαγγελματίες νοσηλευτές που έχουν γνώσεις, δυναμισμό και ισότιμη συμμετοχή στη διεπιστημονική συνεργασία. Ωστόσο, επισημαίνουν ότι συναντούν εξαιρετικά σπάνια τέτοιους νοσηλευτές και αυτό τους απογοητεύει.

Μια φοιτήτρια αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Με απογοητεύει αρκετές φορές το γεγονός ότι τόσο οι εκπαιδευτές μας όσο και οι επαγγελματίες νοσηλευτές είναι “υποτελείς” στους γιατρούς και δεν εργάζονται σε ισότιμη βάση μαζί τους».

Μια άλλη φοιτήτρια πρόσθεσε:

«Με μπερδεύει επαγγελματικά το γεγονός ότι τόσο οι κλινικοί μας εκπαιδευτές όσο και αρκετοί από τους εργαζόμενους νοσηλευτές, δεν έχουν ενιαία αντιμετώπιση των καταστάσεων. Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει κοινή εργασιακή φιλοσοφία στους νοσηλευτές και δεν ξέρω ποια συμπεριφορά να υιοθετήσω και ως φοιτήτρια αλλά και ως μελλοντική εργαζόμενη».

Συζήτηση

Από τις συνεντεύξεις των φοιτητών στις ομάδες εστίασης φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν στρες στο κλινικό περιβάλλον, που οφείλεται τόσο στην μη υποστηρικτή στάση του προσωπικού όσο και των ίδιων των κλινικών εκπαιδευτών. Ωστόσο, το στρες μειωνόταν στα μεγαλύτερα εξάμηνα σπουδών. Συγκεκριμένα στο ΣΤ' εξάμηνο οι φοιτητές περιέγραψαν πολύ μικρότερου βαθμού στρες σε σύγκριση με το Γ' και το Δ' εξάμηνο σπουδών. Το γεγονός ότι το κλινικό περιβάλλον προκαλεί στρες στους φοιτητές της νοσηλευτικής έχει υποστηριχθεί βιβλιογραφικά¹⁶ και δεν συμβαίνει μόνο κατά την εκπαίδευση των φοιτητών στην Ελλάδα. Η εμφάνιση μεγαλύτερου βαθμού στρες στους φοιτητές μικρότερων εξαμήνων είναι κατανοητό, επειδή

δεν διαθέτουν εμπειρία, για να μπορούν να διαχειριστούν τις δυσκολίες που ανακύπτουν από το κλινικό περιβάλλον που εκπαιδεύονται.^{17,18} Ο φόβος των φοιτητών μήπως κάνουν κάποιο λάθος ή βλάψουν τους ασθενείς όταν πραγματοποιούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχει υποστηριχθεί βιβλιογραφικά από παρόμοιες έρευνες.^{10,19} Η επίγνωση των φοιτητών ότι δεν έχουν αναπτύξει τις κατάλληλες κλινικές δεξιότητες, σε συνδυασμό με τις παρατηρήσεις του προσωπικού και των κλινικών εκπαιδευτών για την αποφυγή ενδεχόμενου λάθους, τους προκαλούν ανασφάλεια και στρες. Ωστόσο, μέρος της κλινικής εκπαίδευσης των φοιτητών είναι να μάθουν να διαχειρίζονται το στρες, αφού εξ' ορισμού ο χώρος της υγείας είναι πεδίο αντιμετώπισης και διαχείρισης σοβαρών καταστάσεων όπου η έννοια του λάθους, της αμέλειας ή της παράλειψης δεν συνάδουν με την ηθική και την δεοντολογία του επαγγέλματος.²⁰

Το στρες ενδεχομένως πηγάζει και από το γεγονός ότι οι φοιτητές βλέπουν τους εκπαιδευτές κυρίως με τη διάσταση και το ρόλο του αξιολογητή, όπως οι ίδιοι υποστηρίζουν. Η αίσθηση της διαρκούς αξιολόγησης καθώς και η ανάγκη συγκέντρωσης υψηλής βαθμολογίας, προκειμένου να διορισθούν στο δημόσιο ενδεχομένως να δρουν συνεργικά και επιτείνουν το στρες των φοιτητών. Παρόμοιο εύρημα εμφανίζεται σε έρευνα που

πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία στην οποία οι φοιτητές της νοσηλευτικής υποστήριξαν ότι παρότι γνώριζαν την εκπαιδευτική διάσταση του ρόλου του κλινικού εκπαιδευτή, επικέντρωναν στις προσπάθειές τους στο να εξασφαλίσουν καλό βαθμό παρά να αποκτήσουν καλή εκπαίδευση.² Ο φόβος των φοιτητών μήπως κάνουν λάθος, εκτός από τις νομικές ευθύνες που αναφέρουν, προφανώς συσχετίζεται με την αξιολόγηση και τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στη βαθμολογία.² Παρότι βιβλιογραφικά προτείνεται η συνύπαρξη του ρόλου κλινικού εκπαιδευτή και μέντορα που θα έδινε πιο υποστηρικτικό ρόλο στους κλινικούς εκπαιδευτές, φαίνεται ότι πρακτικά είναι δύσκολο να εφαρμοστεί.² Η αναγκαιότητα αξιολόγησης των φοιτητών αποδίδει στο ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή περισσότερο την ιδιότητα του αξιολογητή-κλινικού εκπαιδευτή παρά τον ρόλο του μέντορα² που θα παρείχε και ικανοποίηση στους φοιτητές από την ανάπτυξη μιας τέτοιας συνεργασίας.²¹ Ωστόσο, θα πρέπει να αναγνωρισθεί ότι οι κλινικοί εκπαιδευτές δεν έχουν ειδική εκπαίδευση για να διαδραματίσουν τους πολλαπλούς ρόλους που αξιώνουν από αυτούς οι φοιτητές της νοσηλευτικής και φυσικά ως ένα μεγάλο βαθμό αυτό δεν είναι μόνο δική τους αλλά και συλλογική ευθύνη. Η έλλειψη ακαδημαϊκών προγραμμάτων με αντικείμενο την κλινική εκπαίδευση, την αξιολόγηση και την καθοδήγηση με ρόλο μέντορα, των

νοσηλευτών που παρέχουν κλινική εκπαίδευση στους φοιτητές, έχει ως αποτέλεσμα τη μη ικανοποίηση των φοιτητών από την κλινική τους εκπαίδευση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι απαραίτητη προϋπόθεση σε κάποιες χώρες για να απασχοληθεί κάποιος νοσηλευτής ως κλινικός εκπαιδευτής, είναι η ύπαρξη ειδικής εκπαίδευσης για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας.²² Η κατάλληλη εκπαίδευση των κλινικών εκπαιδευτών θα μείωνε ενδεχομένως το κενό μεταξύ θεωρίας και πράξης που βιώνουν οι φοιτητές στο κλινικό περιβάλλον. Άλλωστε, μέρος της εκπαίδευσης των κλινικών εκπαιδευτών είναι να συνδέουν ό,τι έχουν μάθει οι φοιτητές στη θεωρία με την κλινική εφαρμογή. Επιπλέον, η σύνδεση της νοσηλευτικής ακαδημαϊκής κοινότητας με τον κλινικό χώρο, θα συνέβαλε θετικά στην μείωση του κενού μεταξύ θεωρίας και πράξης.²

Η ανάπτυξη κριτικής σκέψης από τους φοιτητές, είναι ένα από τα σημαντικά στοιχεία της νοσηλευτικής τους εκπαίδευσης.²³ Η κλινική πραγματικότητα ωστόσο, με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, δεν αφήνει περιθώρια για την ανάπτυξη κριτικής σκέψης, αφού προτεραιότητα έχει να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες νοσηλευτικές εφαρμογές για τη φροντίδα των ασθενών. Επιπλέον, η κουλτούρα του κλινικού χώρου επιβάλλει το προφίλ του νοσηλευτή, ως υπάκουου επαγγελματία που εφαρμόζει πιστά εντολές που προέρχονται είτε από την

νοσηλευτική ιεραρχία είτε από τους ιατρούς. Μέσα σε αυτή την κουλτούρα είναι κατανοητό ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής αναζητούν ηγετικά πρότυπα διότι διαπιστώνουν ότι δεν υπάρχει ενιαία επαγγελματική συμπεριφορά τόσο από τους κλινικούς εκπαιδευτές όσο και από τους νοσηλευτές του κλινικού χώρου. Η αναζήτηση προτύπων στη νοσηλευτική έχει απασχολήσει την νοσηλευτική κοινότητα διεθνώς²⁴ και έχει καταδειχθεί η έλλειψη ηγετικών φυσιογνωμιών, που θα εμπνεύσουν τους φοιτητές αλλά και τους κλινικούς νοσηλευτές, στην εφαρμογή νέου οράματος για την νοσηλευτική του 21^{ου} αιώνα.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των περισσότερων μελετών ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής δεν ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την κλινική τους εκπαίδευση. Εστιάζουν κυρίως την προσοχή τους στα αρνητικά στοιχεία που συνυπάρχουν στο κλινικό περιβάλλον. Οι δυσκολίες ωστόσο που βιώνουν οι φοιτητές της νοσηλευτικής φαίνεται ότι αμβλύνονται όσο αποκτούν μεγαλύτερη κλινική εμπειρία κατά το πέρασμα των εξαμήνων σπουδών.

Από τις απόψεις επίσης των φοιτητών είναι προφανές πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος των κλινικών εκπαιδευτών στο κλινικό χώρο και γενικότερα στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Η σπουδαιότητα του ρόλου του κλινικού εκπαιδευτή επιβάλλει την αναγκαιότητα ειδικής

εκπαίδευσης, ώστε μέσα από την κλινική άσκηση των φοιτητών της νοσηλευτικής να γεφυρώνεται η θεωρία με την πράξη, να αναπτύσσεται η κριτική σκέψη και η ουσιαστικότερη συμμετοχή τους καθώς επίσης και να τους διαμορφώνονται ισχυρά πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς.

Βιβλιογραφία

1. Dunn SV. & Hansford B. Undergraduate nursing student's perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 25: 1299-1306.
2. Elcigil A. & Sari H.Y. Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. *Nurses Education Today*, 2007, 27:491-498.
3. Dunn SV. & Burnett P. The development of a clinical learning environment scale. *Journal of Advanced Nursing*, 1995, 22:1166-1173.
4. Papp I., Markanken M., Von Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse education Today*, 2003, 23: 262-268.
5. Nahas V.L., Nour V. Al-Nobani M. Jordanian undergraduate nursing students' perceptions of effective clinical teachers. *Nurse Education Today* 1999, 19, 639-648.

6. Lindop E. Factors associated with student and pupil nurse wastage. *Journal of Advanced Nursing*, 1987, 12 (6):751-756
7. Nahas VL., Yam B.M.C Hong Kong nursing students' perceptions of effective clinical teachers. *Journal of Nursing Education*, 2001, 40: 233-237.
8. May N., Veitch L. Working to Learn and Learning to Work: Placement experience of project 2000 nursing students in Scotland. *Nurse Education Today*, 1998, 18: 630-636.
9. Chow G.L.W, Suen L.K.P. Clinical staff as mentors in pre-registration undergraduate nursing education: student's perceptions of the mentor's roles and responsibilities. *Nurse Education Today*, 2001, 21: 350-358.
10. Neary M. Project 2000 students' survival kit: a return to the practical room. *Nurses Education Today* 1997, 17 (1):46-52.
11. Lofmark A. Wikbland K. Facilitating and obstruction factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34:43-50.
12. Krueger RA: *Focus Groups: A practical guide for applied research*. Sage Publications, California, 1988.
13. Stewart DW, Shamdasani PN: *Analyzing focus group data*. In *focus Groups: Theory and practice* Edited by: Shamdasani PN. Sage Publications: Newbury Park, 1990.
14. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004, 24: 105-112.
15. Latimer J. *Advanced Qualitative Research for Nursing*. Blackwell Publishing, Australia, 2003.
16. Moscaritolo L.M. Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. *Journal of Nursing Education* 2007, 48 (1): 17-23.
17. Bell P. Anxiety in mature age and higher school certificate entry student nurses- A comparison of effects on performance. *Journal of Australian Congress of Mental Health Nurses* 1984, 4 (5): 13-21.
18. Ruth I. Experiencing before and throughout the nursing carrier. *Journal of Advanced Nursing* 2002, 30:119.
19. Jinks A. & Pateman B. Neither this nor that: the stigma of being an undergraduate nurse. *Nursing Times* 1998, 2 (2):12-13.
20. Butts J.B & Rich K.L. *Nursing Ethics: Across the curriculum and into practice*. Jones and Bartlett Publishing, London, 2005.

21. Suen L.K.P & Chow F.L.W. Students' perceptions of the effectiveness of mentors in an undergraduate nursing program in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 2001, 36 (4): 505-511.
22. Kassean H.K. Teaching and Assessing in Clinical Practice. *Journal of Health Management* 2006, 8(1):119-128.
23. Daly W. M. Critical thinking as an outcome of nursing education. What is it? Why is it important to nursing practice? *Journal of Advanced Nursing* 1998, 28 (2):323-331.
24. Sherman R.O. Growing our future nursing leaders. *Nursing Administration Quarterly*, 2005, 29 (2):125-132.

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ**Γυναίκες και ισχαιμική καρδιοπάθεια**Γαβρά Παρασκευή¹, Κατή Μαρία¹, Ηρακλειανού Στέλλα²

1. Ειδικευόμενη στην Γ Παθολογική κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά
2. Αναπληρώτρια Διευθύντρια Γ Παθολογικής κλινικής και Διαβητολογικού κέντρου, "Τζάνειο" Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η στεφανιαία νόσος έχει αναγνωριστεί ως η κυριότερη αιτία θανάτου σε άνδρες μέσης ηλικίας και μια εξίσου σημαντική αιτία θανάτου και ανικανότητας στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Η εμφάνιση της νόσου σε μεγαλύτερη ηλικία στις γυναίκες φαίνεται να σχετίζεται με την έλλειψη της ευνοϊκής επίδρασης των οιστρογόνων στην φάση της εμμηνόπαυσης, τα οποία δρουν ευνοϊκά στο μεταβολισμό των λιπιδίων, στο αγγειακό τοίχωμα, καθώς και στο σύστημα της πήξης και της ινωδόλυσης. Στην εκδήλωση ισχαιμικής καρδιοπάθειας στις γυναίκες φαίνεται να συμβάλλει και η διαφορετική ανατομία και φυσιολογία των αγγείων τους. Οι γυναίκες έχουν στεφανιαία αγγεία μικρότερα και με περισσότερο διάχυτες αλλοιώσεις σε σχέση με αυτά των ανδρών. Επίσης, συχνά προκαλείται ισχαιμία στις γυναίκες χωρίς εμφανείς αγγειακές στενώσεις λόγω ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας ή αγγειόσπασμου. Ο τρόπος εκδήλωσης της νόσου και τα ευρήματα στο ΗΚΓ στις γυναίκες δεν είναι τυπικά. Συνήθως οι γυναίκες καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και συνεπώς να υποβληθούν σε διερεύνηση. Ο τρόπος διερεύνησης και αντιμετώπισης των γυναικών είναι συντηρητικός σε σχέση με τους άνδρες. Οι άντρες συνήθως υπερδιαγιγνώσκονται και υπερθεραπεύονται ακόμη και στις κατηγορίες χαμηλού κινδύνου, ενώ οι γυναίκες αντιμετωπίζονται επεμβατικά σε χαμηλότερο βαθμό ακόμη και στις κατηγορίες υψηλού κινδύνου. Με βάση τις συστάσεις της ΑΗΑ (American Heart Association) η πρόληψη και η θεραπεία της στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες αφορά μεταβολές του τρόπου ζωής, παρεμβάσεις σε μείζονες παράγοντες κινδύνου, όπως η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, η αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας και η καλή ρύθμιση του σακχάρου, προληπτική χρήση φαρμάκων και φάρμακα των οποίων δεν συνιστάται η χρήση τους. Στην τελευταία κατηγορία ανήκει η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες.

Λέξεις κλειδιά: γυναίκες, στεφανιαία νόσος, οιστρογόνα, αγγεία, πρόληψη

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Παρασκευή Γαβρά
Αγ. Νικολάου 9, Κορυδαλλός,
Πειραιάς, ΤΚ 18121
e-mail: vivigavra@yahoo.gr*

SPECIAL ARTICLE**Ischemic heart disease in women**

Gavra Paraskevi¹, Kati Maria¹, Iraklianiou Stella²

1. MD, Third Department of Internal Medicine, Tzanio General Hospital of Piraeus, Piraeus, Greece

2. MD, Assistant Director, Third Department of Internal Medicine and Diabetological Center,
Tzanio General Hospital of Piraeus, Piraeus, Greece

ABSTRACT

Coronary heart disease has long been recognized as the leading cause of death among middle-aged men and an equally important cause of death and disability among older women. Women with acute ischemic syndromes tend to be older than men with such syndromes. This is considered to be attributed to the protective effects of female ovarian sex hormones. Estrogen express an antiatherogenic profile via mechanisms that cause favorable modifications of lipoprotein levels, coagulation and fibrolytic system and alterations in the wall of vessels that cause vasodilation. Women are susceptible to coronary heart disease because of differences in the anatomy and physiology of their vessels. Women's coronary arteries are smaller and have more diffuse disease than men's. Ischemia can be induced in women without flow limiting stenosis because of endothelial dysfunction or coronary spasm. Usually, the way of manifestation of the disease and ECG abnormalities are not typical in women. Female patients usually delay to seek treatment for their symptoms. The way of evaluation and treatment is usually conservative in women than male counterparts. The diagnosis of the disease is overestimated in men and the treatment is more often invasive, even in the category of low risk. Reversely, women of high risk

are less likely to undergo a full assessment and invasive diagnostic and therapeutic interventions are seldom.

Recommendations of the American Heart Association for ischemic heart disease in women are in accordance to alterations in the way of life interventions in major risk factors such as arterial hypertension, dyslipidemia and diabetes mellitus, preventive use of medications and drugs that are not recommended. In this category of medications belong hormone replacement therapy (HRT). The last is not recommended for primary and secondary prevention of coronary heart disease in women.

Key words: women, ischemic heart disease, estrogen, blood vessels, prevention

CORRESPONDING AUTHOR

Gavra Paraskevi,

Ag. Nikolaou 9 street,

Korydallos, Pireas, 18121,

e-mail: vivigavra@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) έχει αναγνωριστεί ως η κυριότερη αιτία θανάτου στους άντρες μέσης ηλικίας και μια εξίσου σημαντική αιτία θανάτου και ανικανότητας μεταξύ γυναικών μεγάλης ηλικίας. Μέχρι την ηλικία των 60 ετών, 1 στις 17 γυναίκες παρουσιάζει στεφανιαία νόσο, σε σύγκριση με τους άντρες, που η συχνότητα εμφάνισης είναι 1 στους 5. Μετά την ηλικία των 60 ετών, η στεφανιαία νόσος αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου μεταξύ των γυναικών και η συχνότητα εμφάνισης της νόσου εξισώνεται στα δύο φύλα, δηλαδή 1 στους 4.¹

Οι γυναίκες παρουσιάζουν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται κυρίως με ορμονικές διαταραχές, την περιγεννητική περίοδο και την

εμμηνόπαυση. Καταστάσεις, όπως η υποοιστρογοναιμία υποθαλαμικής αιτιολογίας, οι πολυκυστικές ωοθήκες και η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης (HRT) φαίνεται να επηρεάζουν το καρδιαγγειακό σύστημα της γυναίκας. Επιπλοκές κατά την περιγεννητική περίοδο της γυναίκας, όπως η προεκλαμψία, η εκλαμψία και ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Η προεκλαμψία, η οποία εμφανίζεται σε 5-10% των κυήσεων προδιαθέτει στην εμφάνιση ΣΝ στη μετέπειτα ζωή της γυναίκας. Αντίθετα, η υπέρταση που εμφανίζεται στην κύηση (χωρίς συνοδό λευκωματουρία) δεν γνωρίζουμε ακόμη αν

σχετίζεται ή όχι με την εμφάνιση της νόσου. Μια άλλη περιγεννητική επιπλοκή, ο Σακχαρώδης Διαβήτης της κύησης που εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 2-9% των κυήσεων επιβαρύνει τη γυναίκα και αυξάνει τις πιθανότητες για την εκδήλωση ΣΝ στο μέλλον. Το καρδιαγγειακό σύστημα της γυναίκας είναι πιο ευάλωτο και λόγω της μεγαλύτερης επίπτωσης αυτοάνοσων νοσημάτων σε αυτές. Έτσι, νοσήματα όπως ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι αγγειϊτιδες (κροταφική αρτηρίτιδα, Takayasu), η ρευματική πολυμυαλγία και άλλα επιβαρύνουν το καρδιαγγειακό σύστημα της γυναίκας και συμβάλλουν στην πρόκληση ΣΝ.²

Η διαφορετική συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων στις γυναίκες φαίνεται να σχετίζεται επίσης με την ευνοϊκή επίδραση των οιστρογόνων στο καρδιαγγειακό σύστημα στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και την απουσία των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση.²

Ο ρόλος των οιστρογόνων

Η καρδιοπροστατευτική δράση των οιστρογόνων εκδηλώνεται έμμεσα μέσω επίδρασης στο μεταβολισμό των λιπιδίων και στο μηχανισμό πήξης και ινωδόλυσης, αλλά και άμεσα στο αγγειακό τοίχωμα. Τα οιστρογόνα ανεξάρτητα από το είδος και την οδό χορήγησης μειώνουν τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης κυρίως λόγω μείωσης της LDL

(Low Density Lipoprotein) χοληστερόλης και της Lp(a) (λιποπρωτεΐνη α). Τα οιστρογόνα αυξάνουν τον αριθμό και την δραστηριότητα των LDL υποδοχέων στο ήπαρ, με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος της LDL να απομακρύνεται από το πλάσμα. Τα οιστρογόνα όταν χορηγούνται από το στόμα καταστέλλουν τη δράση της ηπατικής λιπάσης και αυξάνουν τη σύνθεση της αποπρωτεΐνης A (Apo A) στο ήπαρ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της HDL (High Density Lipoprotein).³

Η διαδερμική χορήγηση οιστρογόνων φαίνεται να έχει μικρότερη επίδραση στην HDL.^{3,4} Τα επίπεδα της HDL στο πλάσμα και η αύξηση της μετά από χορήγηση οιστρογόνων, φαίνεται να σχετίζεται με πολυμορφισμούς γονιδίων που κωδικοποιούν τον υποδοχέα των οιστρογόνων α(ERα). Οι γυναίκες με γονότυπο IVSI-401 C/C φαίνεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα HDL και μεγαλύτερη αύξηση στην HDL μετά από χορήγηση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης.⁵

Εκτός από τις επιδράσεις στις λιποπρωτεΐνες, τα οιστρογόνα αναστέλλουν την οξείδωση της LDL και εμποδίζουν τη μετατροπή των μακροφάγων σε αφρώδη κύτταρα. Η επίδραση των οιστρογόνων στα τριγλυκερίδια εξαρτάται από την οδό χορήγησης. Τα συζευγμένα οιστρογόνα αυξάνουν τα τριγλυκερίδια. Η οιστραδιόλη χορηγούμενη από το στόμα δεν φαίνεται να επηρεάζει τα τριγλυκερίδια, ενώ όταν χορηγείται διαδερμικά τα μειώνει.^{3,5}

Τα οιστρογόνα επιδρούν επίσης στο μηχανισμό της πήξης και της ινωδόλυσης. Με την επίδραση των οιστρογόνων μειώνεται το ινωδογόνο και ο παράγοντας VII της πήξης καθώς και οι αντιπηκτικές πρωτεΐνες C, S και η ATIII (αντιθρομβίνη III). Τα οιστρογόνα, επίσης, μειώνουν τον PAI-1 (Plasminogen activator inhibitor type-1) και με αυτόν τον τρόπο επιδρούν ευοδωτικά στον μηχανισμό της ινωδόλυσης.^{3,5}

Τα οιστρογόνα έχουν δράσεις και στο αγγειακό τοίχωμα. Με την επίδραση των οιστρογόνων μειώνεται στο πλάσμα η συγκέντρωση της ρενίνης, του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και η αγγειακή έκφραση του γονιδίου που κωδικοποιεί τον υποδοχέα της αγγειοτενσίνης II. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αγγειοδιαστολή. Με την επίδραση των οιστρογόνων αυξάνεται η έκφραση γονιδίων που κωδικοποιούν ένζυμα για τη σύνθεση αγγειοδιασταλτικών ουσιών, όπως η συνθετάση της προστακυκλίνης και η συνθετάση του NO. Με την δράση των οιστρογόνων μειώνεται η ενδοθηλίνη και αυξάνει ο λόγος NO/ενδοθηλίνη, με αποτέλεσμα χαλάρωση του μυϊκού τόνου των αγγείων.³

Όλες αυτές οι καρδιοπροστατευτικές δράσεις των οιστρογόνων εξαφανίζονται μετά την εμμηνόπαυση, εκθέτοντας την γυναίκα σε μεγαλύτερο κίνδυνο στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Διαφορές ως προς το φύλο

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, παρατηρούνται διαφορές στα αγγεία ως προς το φύλο. Αναλυτικότερα, οι στεφανιαίες αρτηρίες στις γυναίκες έχουν μικρότερο μέγεθος σε σχέση με αυτές των ανδρών, ανεξάρτητα από το μέγεθος του σώματος. Οι αλλαγές στο μέγεθος των αγγείων (remodeling) γίνονται με την επίδραση φυσιολογικών παραγόντων, όπως η άσκηση καθώς και παθολογικών παραγόντων, όπως η αθηρωμάτωση, η υπέρταση κ.ά. Τα γυναικεία αγγεία υφίστανται remodeling κατά τη διάρκεια της κύησης, το οποίο θεωρείται φυσιολογικό. Όταν, όμως, εμφανιστούν στην κύηση περιγεννητικές επιπλοκές, όπως ο ΣΔ της κύησης ή η κυοφορία υπέρβαρου εμβρύου, που σχετίζονται με την πρόκληση ΣΝ, το remodeling μπορεί να μην είναι φυσιολογικό.^{1,2}

Οι ορμόνες του φύλου έχουν διαφορετική επίδραση στο remodeling των αγγείων. Με τα ανδρογόνα να μεγαλώνουν το μέγεθος των αγγείων (θετικό remodeling) και τα οιστρογόνα να το μειώνουν. Έτσι για παράδειγμα, η μεταμόσχευση γυναικείας καρδιάς σε έναν άνδρα, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του μεγέθους των στεφανιαίων αγγείων.^{1,2}

Όμως και η δομή των στεφανιαίων αγγείων είναι διαφορετική μεταξύ των δύο φύλων. Η δομή των αγγείων αλλάζει με την ηλικία και την εξέλιξη των αθηρωματικών αλλοιώσεων. Οι γυναίκες έχουν αυξημένη σκληρότητα στα

αγγεία τους. Η πίεση σφυγμού στη βραχιόνια αρτηρία είναι ένας δείκτης αρτηριακής σκληρότητας, που σχετίζεται με την εμφάνιση ΣΝ ανεξάρτητα από παράγοντες κινδύνου και το ορμονικό προφίλ του ατόμου. Εκτός από την αυξημένη σκληρότητα οι γυναίκες έχουν και περισσότερο διάχυτες αλλοιώσεις στα αγγεία τους σε σχέση με τους άνδρες.^{1,2}

Εκτός από τις δομικές διαφορές υπάρχουν και λειτουργικές διαφορές στα στεφανιαία αγγεία μεταξύ των δύο φύλων, οι οποίες αφορούν το ενδοθήλιο και το μυϊκό τοίχωμα του αγγείου. Οι διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου ο καθένας από μόνος του ή σε συνδυασμό αυξάνουν το οξειδωτικό stress στο τραυματισμένο ενδοθήλιο τόσο στα μεγάλα όσο και στα μικρά αγγεία. Η αγγειακή βλάβη, που αποτελεί την αρχή της αθηρωμάτωσης οδηγεί σε ενδοθηλιακή δυσλειτουργία που σχετίζεται με θετικό remodeling των μεγάλων στεφανιαίων αγγείων. Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, όμως, των μικρών στεφανιαίων αγγείων οδηγεί σε υποάρδευση του μυοκαρδίου. Το φυσιολογικό ενδοθήλιο διαθέτει μηχανισμούς επανόρθωσης των βλαβών που υφίσταται με το χρόνο. Οι μηχανισμοί αυτοί όμως μπορεί να είναι ανεπαρκείς για πολλούς λόγους όπως η έλλειψη των οιστρογόνων, το μεγάλο οξειδωτικό stress, το μεταβολικό σύνδρομο, η αρτηριακή υπέρταση και η παχυσαρκία. Με την επίδραση των οιστρογόνων παράγονται EPC (κύτταρα που αναγεννούν το ενδοθήλιο),

που έχουν αντιαποπρωτικές ιδιότητες. Τα EPC μειώνονται σε άτομα με αρκετούς παράγοντες κινδύνου, καθώς και με την ηλικία. Ορισμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες που είναι μοναδικοί για τις γυναίκες, όπως η προεκλαμψία και οι μεταβολικές διαταραχές σχετίζονται με ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και καθιστούν τις γυναίκες πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη ισχαιμικής καρδιοπάθειας.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της ΣΝ εμφανίζονται 10 χρόνια αργότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, σε μια ηλικία που η παραγωγή και η ποιότητα των EPC έχει επηρεαστεί. Οι γυναίκες είναι λιγότερο ικανές σε αυτό το προχωρημένο στάδιο ηλικίας να επανορθώσουν τις βλάβες στα αγγεία τους, σε σχέση με τους άντρες των οποίων τα αγγεία υφίστανται preconditioning σε μια ηλικία που είναι πιο ικανοί να επανορθώσουν τις βλάβες στα αγγεία τους².

Το ενδοθήλιο με κάποιο τρόπο επηρεάζει το μυϊκό τόνο των αγγείων. Αυτό γίνεται με την παραγωγή NO, το οποίο προκαλεί χάλαση των λείων μυϊκών ινών των αγγείων. Τα οιστρογόνα διεγείρουν την παραγωγή NO από το ενδοθήλιο όλων των αγγείων ακόμη και των στεφανιαίων. Οι μηχανισμοί με τους οποίους το φύλο φαίνεται να επηρεάζει την παραγωγή NO δεν είναι και τόσο σαφείς, φαίνεται όμως να σχετίζεται με τη δραστηριότητα της συνθετάσης του NO και την ενδοκυτταροπλασματική συγκέντρωση Ca²⁺. Το τελευταίο αποτελεί το κλειδί για τη

φυσιολογική ρύθμιση της παραγωγής NO. Υπάρχει θετική συσχέτιση του κυτταροπλασματικού Ca²⁺ στα ενδοθηλιακά κύτταρα των στεφανιαίων αγγείων με τη διάμετρό τους. Στα στεφανιαία αγγεία των γυναικών φαίνεται να παράγεται μεγαλύτερη ποσότητα Ca²⁺ σε σχέση με των ανδρών. Στην φάση της εμμηνόπαυσης που οι γυναίκες χάνουν την εύνοια των οιστρογόνων, υπάρχει δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των μικρών στεφανιαίων αγγείων. Αυτή η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία φαίνεται να προκαλεί ισχαιμία, χωρίς εμφανείς αγγειακές στενώσεις. Ακόμη, ισχαιμία προκαλείται συχνά στις γυναίκες λόγω αγγειόσπασμου.⁶

Τρόπος εκδήλωσης της νόσου

Η εκδήλωση της ισχαιμικής καρδιοπάθειας στις γυναίκες εκδηλώνουν διαφέρει σε σχέση με τους άνδρες. Αρκετές γυναίκες παραπονιούνται για ασυνήθιστη κόπωση, άγχος και διαταραχές του ύπνου λίγο πριν από την εμφάνιση του στεφανιαίου επεισοδίου⁷. Οι γυναίκες εκδηλώνουν την ισχαιμική καρδιοπάθεια άτυπα, λόγω της εμφάνισης λιγότερο συχνών αιτιών ισχαιμίας, όπως ο αγγειόσπασμος και η στηθάγχη που σχετίζεται με βλάβη στα μικρά αγγεία.

Οι γυναίκες με χρόνια σταθερή στηθάγχη είναι περισσότερο πιθανό σε σχέση με τους άνδρες να παρουσιάσουν θωρακικό πόνο στην ηρεμία, κατά τη διάρκεια του ύπνου ή σε περιόδους stress. Ο πόνος είναι πιο πιθανό να εντοπίζεται

στον τράχηλο και τον αριστερό ώμο και να συνοδεύεται από ναυτία, έμετο, κόπωση ή δύσπνοια μαζί με προκάρδιο άλγος. Η ισχαιμία δημιουργεί ένα ιδιαίτερο τύπο πόνου στις γυναίκες.⁸

Οι γυναίκες καθυστερούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια για τα συμπτώματά τους. Επίσης, κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν αυξημένη αρτηριακή πίεση, σφίξεις και βρίσκονται σε υψηλότερη κατηγορία Killip σε σχέση με τους άνδρες. (κατηγορία 1: όχι καρδιακή ανεπάρκεια, κατηγορία 2: καρδιακή ανεπάρκεια, κατηγορία 3: πνευμονικό οίδημα, κατηγορία 4: καρδιογενές shock).^{9,10}

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ φύλου και στεφανιαίου συνδρόμου κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες παρουσιάζουν λιγότερο συχνά ανάσπαση του ST στο ΗΚΓ. Τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών που προσέρχονται με ανάσπαση του ST διαφέρουν από αυτούς χωρίς ανάσπαση ST.

Μεγαλύτερη πιθανότητα για απουσία ανάσπασης του ST έχουν τα άτομα με προηγούμενο χειρουργείο CABG, προηγούμενο έμφραγμα, υπερλιπιδαιμία, οικογενειακό ιστορικό ΣΝ, καρδιακή ανεπάρκεια, προηγούμενο ΑΕΕ, αυξημένη συστολική αρτηριακή πίεση, χαμηλότερη διαστολική αρτηριακή πίεση και μεγαλύτερο ύψος. Αντίθετα ο ΣΔ, η μεγάλη κατηγορία Killip και

το κάπνισμα σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίου συνδρόμου με ανάσπαση του ST. Μετά από ρύθμιση όλων των παραπάνω παραγόντων, το γυναικείο φύλο φαίνεται να αποτελεί βασικό παράγοντα για απουσία ανάσπασης του ST στο ΗΚΓ κατά την εισαγωγή και μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ασταθούς στηθάγχης.¹⁰

Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες υποβάλλονται λιγότερο συχνά σε στεφανιογραφία και παρουσιάζουν λιγότερες αλλοιώσεις στα αγγεία τους. Τα αποτελέσματα του καθετηριασμού αποκαλύπτουν περισσότερο εκτεταμένη νόσο των αγγείων στους άντρες, με υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης νόσου 2 αγγείων με προσβολή του αριστερού προσθίου κατιόντος κλάδου, νόσο 3 αγγείων και νόσο 3 αγγείων με προσβολή του αριστερού προσθίου κατιόντος. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν μικρότερο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας.¹¹ Η διαφορά στη συχνότητα διενέργειας διαγνωστικού καθετηριασμού μεταξύ των δύο φύλων φαίνεται να διαφοροποιείται με την ηλικία. Έτσι, οι νέες γυναίκες είναι κατά 6% λιγότερο πιθανό να καθετηριαστούν σε σχέση με τους άνδρες και η διαφορά αυτή γίνεται 25% στις μεγαλύτερες γυναίκες. Μεταξύ αυτών που καθετηριάζονται η αγγειοπλαστική ή η επαναγγείωση γίνεται στον ίδιο βαθμό μεταξύ ανδρών και γυναικών.^{9,10}

Θεραπεία

Με βάση τις συστάσεις της ΑΗΑ (American Heart Association) 2008 η πρόληψη και η θεραπεία της στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες αφορά μεταβολές στον τρόπο ζωής καθώς και σε πρόληψη και αντιμετώπιση μειζόνων παραγόντων κινδύνου. Οι κυριότερες μεταβολές του τρόπου ζωής αφορούν:

- 1) Διακοπή του καπνίσματος ακόμη και αποφυγή του παθητικού καπνίσματος (Τάξης I, Επίπεδο B)
- 2) Σωματική δραστηριότητα, τουλάχιστον 30 λεπτά περπάτημα μέτριας έντασης ημερησίως (Τάξης I, Επίπεδο B). Αν είναι επιθυμητή η μείωση του σωματικού βάρους η άσκηση πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 60-90 λεπτά καθημερινά (Τάξης I, Επίπεδο C).
- 3) Διατήρηση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) μεταξύ 18,5 και 24,9 και η περίμετρος της μέσης <89 εκ (Τάξης I, Επίπεδο B)
- 4) Διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, τρόφιμα ολικής άλεσης πλουσίων σε φυτικές ίνες. Επίσης, συνιστάται η κατανάλωση ψαριών τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα και περιορισμός των κορεσμένων λιπών σε λιγότερο από το 10% της πρόσληψης ενέργειας και αν είναι εφικτό λιγότερο από 7% ,η χοληστερόλη <300mg/ ημέρα και η αποφυγή των trans λιπαρών. Η λήψη αλκοόλ θα πρέπει να περιορίζεται στο ένα ποτό ημερησίως και η πρόσληψη του αλατιού < 2,3 gr/ημέρα (Τάξης I, Επίπεδο B). Ως διατροφική προσθήκη θα πρέπει να χορηγούνται Ω3 λιπαρά οξέα (850-

1000 mg EPA-DHA σε μορφή κάψουλας) σε γυναίκες με στεφανιαία νόσο. Σε περίπτωση υπερτριγλυκεριδαϊμίας θα πρέπει να χορηγηθούν μεγαλύτερες δόσεις (2-4 gr/ημέρα). (Τάξης IIb, Επίπεδο B).

5) Εκτίμηση κατάθλιψης και παρέμβαση όταν χρειάζεται (Τάξης IIa, Επίπεδο B).

Παρέμβαση σε μείζονες παράγοντες κινδύνου
Ρύθμιση και διατήρηση του επιπέδου της αρτηριακής πίεσης < 120/80mmHg με διατήρηση του σωματικού βάρους, σωματική άσκηση, μειωμένη πρόσληψη αλκοόλ και νατρίου και αυξημένη πρόσληψη φρέσκων φρούτων και λαχανικών (Τάξης I, Επίπεδο B).
Φαρμακευτική αγωγή χορηγείται όταν τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης είναι άνω των 140/90 mmHg ή 130/80 mmHg για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή νεφρική νόσο. Με βάση τη μελέτη ALLHAT, τα θειαζιδικά διουρητικά θα πρέπει να αποτελούν μέρος της αγωγής, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη ή άλλες φαρμακευτικές κατηγορίες έχουν προτεραιότητα λόγω ειδικών λόγων. Η αρχική θεραπεία των γυναικών υψηλού κινδύνου θα πρέπει να είναι β-αναστολείς ή αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης ή αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARBs) σε συνδυασμό με υδροχλωραθειζίδη ανάλογα με την επίτευξη των τιμών στόχων. (Τάξης I, Επίπεδο A).¹²

Πρόληψη και αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται ώστε μέσω του τρόπου ζωής και

της σωστής διατροφής να διατηρούν τα εξής λιπιδαιμικά επίπεδα : LDL<100mg/dl, HDL>50 mg/dl, TGL<150 mg/dl, non HDL<130 mg/dl (Τάξης I, Επίπεδο B). Μελέτες όπως η LIPID, η CARE (Cholesterol and Recurrent Events) καθώς και η HPS (Heart Protection Study) δείχνουν σαφή μείωση της συχνότητας καρδιαγγειακών συμβαμάτων και της θνητότητας από αυτά μετά από χορήγηση υπολιπιδαιμικής αγωγής με στατίνες. Φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με αλλαγές του τρόπου ζωής συστήνεται ώστε η LDL<100 mg/dl σε ασθενείς με ΣΝ, ΣΔ ή υψηλό συνολικό κίνδυνο >20% (πίνακας υπολογισμού κινδύνου του Framingham) (Τάξης I, Επίπεδο B). Σε ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου με ΣΝ η μείωση της LDL <70 mg/dl θεωρείται λογική. Για την επίτευξη αυτού του στόχου μπορεί να χρειαστεί συνδυασμός υπολιπιδαιμικής θεραπείας.¹³⁻¹⁶

Σακχαρώδης διαβήτης. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ισοδύναμο νόσημα με ΣΝ. Για τις γυναίκες με ΣΔ οι νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες της AHA (American Heart Association) αφορούν αλλαγές του τρόπου ζωής και φαρμακευτική αγωγή (Τάξης I, Επίπεδο B), ώστε η HbAc1 <7% και να αποφεύγεται σημαντική υπογλυκαιμία (Τάξης I, Επίπεδο C).
Προληπτική χορήγηση φαρμάκων

1) Η θεραπεία με ασπιρίνη (75-325 mg) θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη (Τάξης I, Επίπεδο A). Σε περίπτωση αδυναμίας λήψης

ασπιρίνης μπορεί να γίνει αντικατάσταση με κλοπιδογρέλη (Τάξης I, Επίπεδο B).

2) Οι β-αναστολείς θα πρέπει να χορηγούνται μόνιμα σε όλες τις γυναίκες μετά από έμφραγμα ή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας με ή χωρίς συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη (Τάξης I, Επίπεδο A).

3) Οι α-MEA θα πρέπει να χορηγούνται (εκτός αν υπάρχει αντένδειξη) σε γυναίκες μετά από έμφραγμα και σε αυτές με κλινική ένδειξη καρδιακής ανεπάρκειας ή KE<40% ή σακχαρώδη διαβήτη (Τάξης I, Επίπεδο A). Αν δεν είναι δυνατή η λήψη α-MEA συνιστάται χορήγηση ARBS (Τάξης I, Επίπεδο B).

4) Οι ανταγωνιστές της αλδοστερόνης χρησιμοποιούνται σε γυναίκες μετά από έμφραγμα, οι οποίες δεν πάσχουν από σημαντική νεφρική ανεπάρκεια ή υπερκαλιαιμία και οι οποίες λαμβάνουν ήδη θεραπευτικές δόσεις α-MEA και β-αναστολέων αλι έχουν KE<40% με συμπτωματική καρδιακή ανεπάρκεια (Τάξης I, Επίπεδο B).

Συστάσεις για την πρόληψη της νόσου στις γυναίκες

1) Τα αντιοξειδωτικά συμπληρώματα όπως οι βιταμίνες C, E και το β-καροτένιο δεν έχουν θέση στη πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη (Τάξης III, Επίπεδο A).

2) Το φυλικό οξύ, το οποίο δεν συνιστάται για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακής νόσου (Τάξης III, Επίπεδο A).

3) Η ασπιρίνη δεν συνιστάται για πρόληψη εμφράγματος σε γυναίκες <65 ετών (Τάξης III, Επίπεδο A).

4) Η χορήγηση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης δεν συστήνεται για την πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακών συμβαμάτων στις γυναίκες (Τάξης III, Επίπεδο A).¹⁷ Λιγότερα καρδιαγγειακά συμβάματα παρατηρούνται όταν η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης χορηγείται μεταξύ των ηλικιών 50-59 ή μέσα στα πρώτα 10 χρόνια της εμμηνόπαυσης πριν εμφανιστούν αθηρωματικές αλλοιώσεις στα αγγεία.^{11,18,19}

Συμπεράσματα

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών παγκοσμίως και αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα για την οποία πρέπει να ληφθούν μέτρα λόγω του ότι εκδηλώνουν τη νόσο άτυπα και συνεπώς υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται.

Είναι απαραίτητο να γίνουν μελέτες σχεδιασμένες για τη στεφανιαία νόσο στις γυναίκες και με τα αποτελέσματα αυτών να διαμορφώνονται κατευθυντήριες οδηγίες παρέμβασης.

Βιβλιογραφία

1. Vaccarino V, Rathore S et al. Sex and racial differences in the management of acute myocardial infarction, 1994 through 2002. N Engl J Med 2005.

2. Pepine CJ, Kerensky RA et al. Some thoughts on the vasculopathy of women with ischemic heart disease. *Am Coll Cardiol* 2006; Volume 47, No3.
3. Michael E, Mendelsohn Karas R.. The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *N Engl J Med* 1999, Volume 340, No 23.
4. Κρεατσάς Γ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. ,,2000
5. Herrington D.,Timothy D., Howard, P et al .Estrogen-receptor polymorphisms and effects of estrogen receptor on high density lipoprotein cholesterol in women with coronary disease . *N Engl J Med* March 28, 2002. Volume 346 ,No13
6. Knot HJ, Lounbury KM, Brayden JE., Nelson MT. Gender differences in coronary artery diameter reflect changes in both endothelial Ca² and ecNOS activity. *Am Physiol Soc*, 1999.
7. Rosenfeld AG. CNS state of the heart: Building Science to improve women's cardiovascular health. *Am J Crit Care*. November 2006; volume 15. No 6.
8. Douglas PS, and Ginsburg GS. The evaluation of chest pain in women. *N Engl J Med* May 16, 1996; Volume 334, No 20.
9. Gan SC, Breaver SK, Houck PM et al. Treatment of acute myocardial infarction and 30 day mortality among women and men. *N Engl J Med* July 6, 2000.
- 10.Hockman JS, Tamis JE et al. Sex, clinical presentation and outcome in patient with acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 1999.
- 11.Ghali WA, Faris PD et al. Sex differences in access to coronary revascularization after cardiac catheterization: Importance of detailed clinical data. *Ann Intern Med* 2002; 136:723-732.
- 12.Einhorn PT, DavisBR,Massie BM,Cushman WC,Piller LB,Simpson LM,Levy D,Nwachuku CE,Black HR: ALLHAT Collaborative Research Group.The Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) Heart Failure Validation Study: Diagnosis and Prognosis .*Am Heart J* .2007 Jan;153(1):42-53.
- 13.Colquhoun D Keech A ,Hunt D, Marschner I, Simes J, Glasziou P, White H, Barter P,Tonkin A;LIPID Study Investigators. Effects of pravastatin on coronary events in 2073 patients with low levels of both low-density lipoprotein cholesterol and high-density lipoprotein cholesterol: results from the lipid study.*Eur Heart J*. 2004 May ;25(9):771-777
- 14.Lewis SJ,Sacks FM,MitchellJS,East C,Glasser S,Kell S,Letterer R,Limacher M,Moye LA,Rouleau JL,Pfeffer MA,Braunwald E.Effect of pravastatin on

- cardiovascular events in women after myocardial infarction :the cholesterol and recurrent events (CARE) trial.J Am Coll Cardiol.1998 Jul; 32(1):140-146.
- 15.MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering therapy and of antioxidant vitamin supplementation in a wide range of of patients at increased risk of coronary heart disease death early safety and efficacy experience. E Heart J .1999 May ;725-741
- 16.Evidence -Based Guidelines for cardiovascular Disease Prevention in Women: 2007 Update .Circulation 2007;115; 1481-1501;
- 17.Fang-Ping Chen .Hormone therapy and cardiovascular disease .Obstre Gynecol 2006 ;45(4):287-293.
- 18.Shlipak MG,ChaputLA,Vittinghoff E ,Lin F,Bittner V,Knopp RH,Hulley SB,Heart and Estrogen /progestin Replacement Study (HERS).Lipid changes on hormone therapy and coronary heart disease events in the heart and Estrogen /progestin Replacement study (HERS). Am Heart J 2003 Nov;146(5):870-5.
19. Simon JA,Lin F,Vittinghoff E,Bittner V, for the Heart and Estrogen -Progestin Replacement Study (HERS)Research Group.The relation of postmenopausal hormone therapy to serum uric acid and the risk of coronary heart disease events :the Heart and Estrogen-Progestin Replacement Study(HERS) Ann Epidimiol.2006 Feb 2005 Jul 21.

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα

Μανιού Μαρία¹, Ιακωβίδου Ελισάβετ²

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Εργαστηριακός συνεργάτης Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλιο-Πανάνειο»
2. Γενική Ιατρός, MSc, Επιμελήτρια Β', Κ.Υ. ΕΚΑΒ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεμελιώδη αρχή της πολιτικής στον τομέα της Υγείας, αποτελεί η δημιουργία ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, στο οποίο θα προέχει η προστασία της υγείας και όχι μόνο η διαχείριση της ασθένειας και θα εξασφαλίζονται ίδιες δυνατότητες εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου για όλους τους πολίτες.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η παρουσία των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στον ελλαδικό χώρο.

Συμπεράσματα: Υπάρχει ανάγκη και είναι απαραίτητη η αξιολόγηση προτάσεων και λύσεων για την προαγωγή των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, προς όφελος του Έλληνα πολίτη.

Λέξεις κλειδιά: Υγεία, Ιδιωτικός και δημόσιος τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας, Ελλάδα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μανιού Μαρία,
Θέτιδος 17,
Γιόφυρος 71304,
Ηράκλειο - Κρήτη,
e-mail: mmaniou@hotmail.com

SPECIAL ARTICLE

The current situation in the public and private hospitals in Greece

Maniou M.¹, Iakovidou Elissavet²

1. R.N, MSc, Laboratory collaborator, Nursing Department, ATEI Crete, "Venizelio - Pananio" General Hospital of Heraklion, Greece.

2. General Physician, MSc, C. A. National Center of Emergency Care, Athens, Greece

ABSTRACT

The fundamental concept of the policy of the health-care sector, is the creation of a modern System of Health, in which the protection of health and not only the management of illness will come first and it will be ensured that all the citizens will have the same access in the health serviced of high quality.

Aim: The purpose of the present study was to evaluate the public and private hospitals in Greece.

Conclusively: There is necessity and it is important to evaluate proposals and solutions for the improvement of the health services.

Key words: Health, Public and Private sector of health services, Greece

CORRESPONDING AUTHOR

M.Maniou

Thetidos 17,

Giofiros, Iraklio,

P.C. 71304

Tel. 210-317172

e-mail: mmaniou@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά

συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην

χώρα μας ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Η Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα ριζικές αλλαγές στον τομέα Υγείας, που έχουν εξαγγελθεί ήδη από τη δεκαετία του 80, μέχρι πρόσφατα δεν είχαν υλοποιηθεί, ενώ νόμοι και προτάσεις έχουν ελλιπώς εφαρμοσθεί ή έχουν πέσει στο κενό, εν πολλοίς και λόγω του δυσβάστακτου κόστους τους.¹

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck βάσει του 1^{ου} άρθρου του νόμου 1397/83, «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση». Όμως ο πολίτης στην προσπάθειά του να πετύχει την μέγιστη φροντίδα υγείας φτάνει σε ακραίες καταστάσεις και πολλές φορές σε πρακτικές χωρίς ηθικό δισταγμό, προσφέροντας χρήματα με αντάλλαγμα την υγεία τους ή καταφεύγοντας στον ιδιωτικό τομέα.²

Στην ανάπτυξη που ακολουθεί θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε όσο το δυνατό περισσότερο τις πτυχές του συστήματος υγείας στον ελλαδικό χώρο, με απώτερο σκοπό την παρουσίαση κάθε ιδιομορφίας του, στηριζόμενοι στο νομοθετικό πλαίσιο και σε συναφή βιβλιογραφία.

Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς παρεμβαίνουν περιστασιακά και ασυντόνιστα, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των επιδημιών και σε ρυθμίσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών, ενώ ιδρύονται ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια. Η απουσία εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού συντείνει στην αδυναμία υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων.

Η πρώτη κρατική ενέργεια καταγράφεται το 1833, όταν η Γραμματεία Εσωτερικών επιφορτίζεται και με καθήκοντα της «υγειονομικής αστυνομίας» και αναλαμβάνει να συγκροτήσει την πρώτη κεντρική υγειονομική οργάνωση της χώρας, εξουσιοδοτημένη να ρυθμίζει όλα τα σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος θέματα, την ίδρυση υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Την ίδια χρονιά εισάγεται ο θεσμός του νομίατρο, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού. Στο χώρο της εκπαίδευσης, ιδρύεται το 1837, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα

χρόνο αργότερα συστήνεται η μαιευτική σχολή. Το 1864 με πρώτη υγειονομική νομοθετική πράξη συστήνεται ο «Οργανισμός του Φρενοκομείου της Κέρκυρας». Τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία (του NAT, των Μεταλλωρύχων, και των Δημοσίων Υπαλλήλων) άρχισαν να ιδρύονται από το 1861 και έπειτα. Το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει μια σειρά νοσηλευτικών σχολών.

Το 1914 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία, ενώ παράλληλα θεσπίζονται μέτρα ασφάλισης υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης και με τον νόμο 2868 προβλέπονται για πρώτη φορά ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζόμενου.

Η οικονομική κρίση του 1929 σε συνδυασμό με την συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής και κοινωνικής ασφάλισης. Δημιουργούνται 35 νέα προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες για την αντιμετώπιση αυτών των πιεστικών αναγκών που δημιουργήθηκαν. Τα περιορισμένα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα οδήγησαν πολλές επαγγελματικές κατηγορίες

να δημιουργήσουν τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Κύριος στόχος των ταμείων ήταν η κάλυψη των κινδύνων γήρατος, ανεργίας και ασθένειας. Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ (νόμος 6298), με σκοπό την ασφάλιση υγείας των μισθωτών των αστικών κέντρων και την παροχή συντάξεων. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί τρία χρόνια αργότερα (1937) εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, γήρατος και ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζόμενους. Την περίοδο αυτή μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη.

Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία. Με τον νόμο 965/37 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Από την στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες έφθασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117. Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή διαθέτει 209 κλινικές με 2.300 κλίνες.

Με τον Ν. 965/37 οργανώθηκε η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα, ενώ με τον Ν 2769/1941 δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό

οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με τον νόμο αυτό παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης.³

Είναι φανερό ότι οι χρονολογίες – ορόσημα για την έναρξη υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικής κάλυψης συνδέονται με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες, όπως με το τέλος του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, τη Μικρασιατική καταστροφή, την Παγκόσμια οικονομική κατάρρευση του 1929, αλλά και με τους κοινωνικούς αγώνες διάφορων κοινωνικών ομάδων για το δικαίωμα στην εργασία και την κοινωνική ασφάλιση.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, οι υποδομές του τομέα υγείας σε ειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις παρουσίαζαν σημαντικές ελλείψεις. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, αφού για παράδειγμα και οι 405 διπλωματούχες νοσοκόμες εργαζόντουσαν στην Αθήνα, ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία εργαζόντουσαν πρακτικές νοσοκόμες.

Σύμφωνα με τα πρακτικά των συζητήσεων της Βουλής του 1953, υπήρχαν 3.456 νοσοκόμες και μαίες ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες για την κάλυψη θέσεων εργασίας ήταν 8.676 νοσοκόμες. Σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούταν πρακτικές μαίες, ενώ η

αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή.

Με τον Ν. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», αναδιοργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζεται διοικητική αποκέντρωση στον τομέα της υγείας με βάση τον πληθυσμό και την νοσηρότητα. Δίνεται έμφαση στον κοινωφελή χαρακτήρα της νοσοκομειακής περίθαλψης και επιχειρείται η ορθολογική γεωγραφική κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων υγείας. Ο νόμος όμως εφαρμόστηκε μερικώς ή με κάποιες τροποποιήσεις. Τα χρόνια που ακολούθησαν ιδρύονται αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς συνεχίζουν ασυντόνιστα και απρογραμματίστα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας. Στην δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους με κύριο χαρακτηριστικό την κατάτμηση του συστήματος σε πολλούς φορείς με διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Ως εκ τούτου εμφανίστηκαν ανισότητες και διαφοροποιήσεις ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος.

Το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ, τη στιγμή που οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας ήταν γύρω στο 8%, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν

είχε ιατρική περίθαλψη, ενώ η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέτεινε στην έντονη γεωγραφική κατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ αποτελούν τους δυο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Στις δεκαετίες του '60 και '70 η ελληνική οικονομία σημειώνει ραγδαία ανάπτυξη (κυρίως στον κατασκευαστικό τομέα) και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασιζόταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη.

Η δικτατορία της περιόδου εκείνης εμπόδισε την διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου. Το κύριο πρόβλημα δεν ήταν τόσο η ανισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, αλλά η ίδια η μεταξύ τους σχέση και λειτουργία. Μια σχέση που υπάκουε όχι σε προκαθορισμένες ρυθμίσεις και κανόνες, αλλά αντίθετα βασιζόταν σε ένα πλέγμα καταστρατηγήσεων και ανεξέλεγκτων διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής ήταν οι έντονες ανισότητες στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσα από

την ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας.⁴

Για την αντιμετώπιση των οξύτατων προβλημάτων του υγειονομικού τομέα διατυπώθηκαν προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος, σημαντικότερες από τις οποίες είναι οι ακόλουθες:

Το σχέδιο Πάτρα (1968), που πρότεινε τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών γιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου.

Η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) που πρότεινε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών. Το νομοσχέδιο Δοξιάδη (1980) που πρότεινε τη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα παρέμειναν σημαντικά και οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση που θα περιορίζε την

εμπορευματοποίηση και την παραοικονομία στο χώρο της υγείας γινόντουσαν ολοένα και μεγαλύτερες. Οι πρώτες ενέργειες ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του νόμου 1316/83 για τη σύσταση του εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Ο Ν. 1397/1983 θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου τους, απολαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας. Οι αρχές που στηρίζεται ο νέος νόμος είναι αυτές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών και στην κατανομή των πόρων, της αποκέντρωσης, της εφαρμογής ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Βασικός κατευθυντήριος άξονας είναι το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον στο ενιαίο πλαίσιο της ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Δίνεται επίσης έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (με τα εξωτερικά ιατρεία

νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και προληπτικής υγιεινής), στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νομαρχιακά νοσοκομεία) και στην τριτοβάθμια περίθαλψη που υλοποιείται μέσα από τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα ειδικά νοσοκομεία, τις ερευνητικές μονάδες και τα ειδικά επιστημονικά κέντρα. Το 1985 ψηφίστηκε ο νόμος 1579/1985, συμπληρωματικός του νόμου του ΕΣΥ, με τον οποίο ρυθμίστηκαν τόσο θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, όσο και εκπαίδευσης νοσηλευτών. Στη συνέχεια εκδόθηκε ο Νόμος 1759/1988 όπου γινόταν αναφορά και στον διορισμό των γιατρών του ΕΣΥ.

Αν και ο 1397/83 θεωρείται ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, εντούτοις του καταλογίζονται και ελλείψεις και παραλείψεις. Αυτές συμπυκνώνονται α) στην αδυναμία να αφομοιώσει και αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών αλλά και τα κριτικά συμπεράσματα της ΠΟΥ πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας, β) στη μη πρόβλεψη ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα ελάμβανε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα οδηγούσε σε περιορισμό του κόστους και γ) στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων. Ο Ν. 2071/1992 αναδιοργανώνει το σύστημα υγείας και

προβλέπει την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες. Επίσης δίνει την δυνατότητα στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Με τον νόμο αυτό παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, ενώ με μια σειρά μέτρων αυξάνεται η συμμετοχή του χρήστη στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξάνονται τα ημερήσια νοσήλια.^{5,6}

Όσον αφορά την δομή και οργάνωση των νοσοκομείων, καθίστατο ενιαία η σύνθεση των ΔΣ όλων των νοσοκομείων της χώρας ανεξαρτήτως του αριθμού των κλινών τους. Παράλληλα θεσπίστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή, ρυθμίστηκαν θέματα προγραμματισμού και ελέγχου των λειτουργικών δαπανών των δημοσίων φορέων και προβλέφθηκε η δημιουργία νέων επιστημονικών φορέων και η αναδιάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας.

Με τον Ν. 2194/1994 για την «αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας» καταργήθηκαν μια σειρά άρθρων του Ν.2071/1992 και επανατέθηκαν σε ισχύ τόσο η φιλοσοφία, όσο και ειδικότερες διατάξεις του Ν. 1397/83. Η απουσία επαρκών μηχανισμών σχεδιασμού, προγραμματισμού και διαχείρισης καθώς και οι πιέσεις από εξωγενείς προς το σύστημα παράγοντες, όπως η αλλαγή του

διεθνούς περιβάλλοντος και τα δημοσιονομικά προβλήματα της χώρας, οδήγησαν στη διατύπωση νέων προτάσεων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

Ο Ν. 2519/97 ενσωματώνει μερικές από αυτές τις προτάσεις και θεσπίζει κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές. Η φιλοσοφία αυτού του νόμου ήταν παρόμοια με αυτή του νόμου για το ΕΣΥ, διευρύνοντας τον δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα του ΕΣΥ και παρέχοντας στους πολίτες ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά τη νομική μορφή των νοσοκομείων, αυτά συστήνονταν, όπως προέβλεπε ο νόμος, ως ΝΠΔΔ και υπάγονταν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Με την διάταξη του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 επέρχονται κάποιες αλλαγές στην σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου των Νοσοκομείων και κυρίως στα πρόσωπα που διορίζει ο Υπουργός και ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας ανάλογα με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου. Οι διατάξεις αυτές αφορούν περισσότερα τον Πρόεδρο των νοσοκομείων, οι αρμοδιότητες, η αξιολόγηση του.

Όμως το ΕΣΥ που ικανοποίησε ένα πάγιο και βασικό αίτημα της κοινωνίας μας, υγεία στον πολίτη, δέχθηκε νομοθετικές παρεμβάσεις που αλλοίωσαν εν μέρει τον βασικό χαρακτήρα του δημόσιου συστήματος υγείας στην χώρα μας.

Μέχρι σήμερα ο υγειονομικός τομέας της χώρας συνίσταται από τρεις αυτόνομες και ενδεχομένως αλληλοαναιρούμενες αγορές: α) το ΕΣΥ, β) τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ιδιωτικό τομέα. Στα πλαίσια αυτά τίθεται το ζήτημα του συντονισμού μεταξύ των τριών αυτών δομών και ιδιαίτερα μεταξύ ΕΣΥ και ασφαλιστικού συστήματος και της δημιουργίας ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας.

Την κάλυψη αυτής της ανάγκης ήρθαν να εκπληρώσουν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, που ιδρύθηκαν με το Ν 2889/2.3.2001, και αποτελούν διοικητικές μονάδες για τον συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας. Αν και στην συνέχεια θα αναλύσουμε τον νέο θεσμό των ΠΕΣΥΠ πρέπει στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι η ανάγκη αυτών των νέων ρυθμίσεων συνίσταται στην αποκέντρωση που θα οδηγήσει στην κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας των περιφερειών και στην καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων. Τέλος, με την ψήφιση του νομοσχεδίου για την υγεία, τον Νοέμβριο του 2003, γίνονται κάποιες τροποποιήσεις, του Ν2889/2001 οι οποίες αφορούν την σύσταση του Συμβουλίου Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας, τις αρμοδιότητες του Διοικητή των νοσοκομείων, τους πανεπιστημιακούς γιατρούς, τους γιατρούς άνευ ειδικότητας καθώς και την καθαριότητα και φύλαξη των χώρων του ΠΕΣΥΠ. Μετά τις εκλογές της 11

Απριλίου 2004, ανακοινώθηκε η πρόθεση της νέας κυβέρνησης, να καταργήσει τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας αφού κατά την άποψη των στελεχών τους δεν επιτυγχάνουν τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκαν.

Τα Περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π) ιδρύθηκαν με το Νόμο 2889/2.3.2001 (ΦΕΚ 37, ΤΑ.Α΄) και αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Περιφερειακό Σύστημα Υγείας", που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Κάθε Πε.Σ.Υ.Π έχει έδρα την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ο οποίος ορίζει και τους αντίστοιχους Πρόεδρος και Αναπληρωτές Διευθυντές. Συνολικά υπάρχουν 17 Πε.Σ.Υ.Π. Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ.Π. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ.Π.⁷

Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κ.ά.). Οι παράγοντες που

προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη.⁸

Όπως είναι γνωστό, οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδας.⁹ Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, και είναι οι ακόλουθες:

- Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως:

- Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόληψη και

έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη).

- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής.
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Την αγωγή Υγείας.
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.)
- Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού,

δεδομένου ότι με αυτό θα αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.⁹

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου, χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Όμως, ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- Στρατιωτικά, που υπάρχουν στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

- Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- Ιδιωτικά θεραπευτήρια. 10

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν:

- Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- Στην προαγωγή της Ιατρικής έρευνας
- Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται.

Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό,

εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.¹¹

Δημόσια Νοσοκομεία

Σήμερα τα Δημόσια διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων Μονάδων. Ο Αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40%-60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής.

Ιδιωτικά νοσοκομεία

Ο κλάδος των ιδιωτικών κλινικών περιορίστηκε σημαντικά κατά την δεκαετία του 1980 κυρίως λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής, που είχε ως σκοπό την ενίσχυση του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ειδικότερα με βάση τον νόμο 1397/83 είχε σταματήσει η χορήγηση αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση υφιστάμενων. Μια δεκαετία αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 247/91 επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές. Παράλληλα με το παραπάνω ΠΔ, το ΠΔ 517/91 θέτει νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών.

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δυο κατηγοριών: Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους. Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ λόγω των παραπάνω, αναμένεται να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς.¹²

Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στο αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτών του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια έκαναν την εμφάνιση τους επίσημα πριν από περίπου 30 χρόνια, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα, προϊόν της μετεξέλιξης των εργαστηρίων, κάνουν την εμφάνιση τους από το 1980 και μετά, κυρίως ως αποτέλεσμα

της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι επιχειρηματίες γιατροί έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία διαγνωστικών κέντρων. Ιδιαίτερα ραγδαία ήταν η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα στην περίοδο 1990-1995.

Με το Νόμο 3370/2005¹⁹ είναι η συνεργασία με ιδιωτικά νοσοκομεία για κρεβάτια ΜΕΘ και νεογνών. Σήμερα υπάρχουν περί τα 120-140 κρεβάτια ΜΕΘ στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, τα οποία ενώ είναι έτοιμα από πλευράς εξοπλισμού, δεν λειτουργούν λόγω έλλειψης προσωπικού. Την ίδια στιγμή ασθενείς πεθαίνουν ή στην καλύτερη περίπτωση ταλαιπωρούνται, λόγω του μικρού αριθμού κλινών ΜΕΘ. Ως απάντηση σε αυτά το κράτος υπογράφει τη μίσθωση κλινών από τον ιδιωτικό τομέα.¹³

Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Είναι αρκετοί οι λόγοι που η υγεία απέκτησε και ιδιωτικό χαρακτήρα, όπως:

- Η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση σχετικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και σε ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας.

- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις και κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη.
- Η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών (εκτιμάται στο 10% του πληθυσμού) αλλάζει σημαντικά την σύνθεση της ζήτησης σε υπηρεσιών υγείας.
- Η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας.

- Η αύξηση των ατομικών εισοδημάτων

Όπως είναι φανερό ήταν αναγκαία η ύπαρξη και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία βέβαια υπάρχουν αρνητικά και θετικά αυτής της προσπάθειας. Αρχικά στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη η ιδιωτική πρωτοβουλία περιλαμβάνει λιγοστές «εταιρίες» παροχής υπηρεσιών υγείας με ετήσιο τζίρο που φτάνει τα 270 εκ. ευρώ. επίσης ο κλάδος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεγαλώνει 5% - 7% κατά έτος αφού τα περιθώρια κερδοφορίας είναι υψηλότερα στην δευτεροβάθμια περίθαλψη και τέλος η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών είναι πολλές φορές χαμηλή. Όσον αφορά την δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζει και εκείνη ορισμένα μειονεκτήματα, όπως:

- Αγορά με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
- Ανεπαρκές σύστημα δημόσιας υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλο

περιθώριο για την ιδιωτική πρωτοβουλία με μεγάλο ανταγωνισμό στο χώρο.

- Ιδιωτική Υγεία δυο ταχυτήτων
- Αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο διέπει την κατασκευή νέων ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων
- Έλλειψη τεχνογνωσίας παρά τη δυνατότητα απόκτησης τεχνολογία αιχμής
- Υπο-ασφαλισμένος πληθυσμός

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Βέβαια τα πλεονεκτήματα είναι αρκετά και ικανά να δώσουν ώθηση για περαιτέρω ιδιωτική πρωτοβουλία στον χώρο της υγείας, επιγραμματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη:

- Ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα
- 24ωρη λειτουργία
- Ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική
- Ποιότητα υπηρεσιών
- Ποσοστό εσόδων από εξωτερικούς ασθενείς το 2005: 16,4%
- Στόχος κέρδους: 20-25% (=Ευρωπαϊκός μέσος όρος)

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη

- Market Leader (μερίδιο αγοράς περίπου 30%)
- Προσφορά του συνόλου των υπηρεσιών υγείας
- Ποιοτικές υπηρεσίες υγείας
- Δίκτυο νοσοκομείων υψηλών προδιαγραφών
- Έμπειρο Management
- Τεχνολογία υψηλών προδιαγραφών

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι μονάδες που καλύπτουν το σύνολο των περιπτώσεων διάγνωσης και νοσηλείας είναι περιορισμένες και αυτό οφείλεται στο υψηλό κόστος των επενδύσεων που απαιτείται. Από αυτές ελάχιστες είναι εκείνες που προσφέρουν πληρότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα οι μονάδες αυτές να αδυνατούν να καλύψουν τη υφιστάμενη ζήτηση. Η δυσκολία εισόδου νέων μονάδων στον κλάδο λόγω του υψηλού κόστους των επενδύσεων και του χρόνου υλοποίησης μιας τέτοιας επένδυσης που ξεπερνά τα 3 χρόνια, θέτουν σε πλεονεκτική θέση τις νοσοκομειακές μονάδες που ήδη ανήκουν στο κλάδο με την προϋπόθεση ότι θα διατηρήσουν την ικανότητα τους στο διαρκή εκσυγχρονισμό και στην παροχή υπηρεσιών με υψηλές προδιαγραφές.¹⁴

Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας συγκρινόμενος με τον δημόσιο

Σε συνεχή ανοδική πορεία βρίσκεται ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια. Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο - σχεδόν 4πλάσια σε σύγκριση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία - αποτέλεσαν θετικό στοιχείο για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

Οι πρώτες μεγάλης κλίμακας ιδιωτικές επενδύσεις υλοποιήθηκαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 70, με την μαιευτική κλινική Μητέρα και το Διαγνωστικό Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία, ενώ ακολούθησαν τα Εργαστήρια της Βιοϊατρικής, το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, η Euromedica και το ΙΑΣΩ. Παράλληλα, ολιγομελείς ομάδες ιατρών σύναπταν μεταξύ τους συνεργασίες για τη δημιουργία πολύ-ιατρείων, με στόχο την προσέλκυση και ανταλλαγή πελατείας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, την προσφορά υπηρεσιών τύπου one - stop - shop αλλά και την εξοικονόμηση πόρων μέσω του επιμερισμού των γενικών εξόδων (στέγαση, αναλώσιμα, γραμματειακή υποστήριξη).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση από τα μεγαλύτερα επιχειρηματικά σχήματα, τα οποία γιγαντώνονται στο εσωτερικό μέσω

εξαγορών αλλά και ανάπτυξης δικτύου στην πρωτεύουσα, τα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια. Η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης λειτούργησε καταλυτικά στην ανάπτυξη του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ (με την ιδιωτική να ανέρχεται σταθερά στο 4,5% του ΑΕΠ). Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Η απόκλιση αυτή υποδεικνύει τη δυναμική του κλάδου και υπογραμμίζει τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας που παρουσιάζει το Ε.Σ.Υ.

Η εξέλιξη της αγοράς που αφορά τις ιδιωτικές «επιχειρήσεις» παροχής υγείας είχαν μια αυξητική τάση των οικονομικών μεγεθών τους της τάξης του 14,3% μεταξύ των ετών 2002 και 2003, η οποία συνεχίστηκε και το 2004 φτάνοντας στο 15,36%.

Τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα στήριξαν τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες:

- Γεωγραφική Κάλυψη: Είτε πρόκειται για ιδιωτικές κλινικές όπως το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, είτε πρόκειται για Διαγνωστικά Κέντρα όπως η Βιοϊατρική, η οργανική ανάπτυξη εξασφαλίστηκε με την επέκταση του δικτύου εντός και εκτός Αττικής,

κεφαλαιοποιώντας αποτελεσματικά το brand name που είχε δημιουργηθεί.

- Διεύρυνση Χαρτοφυλακίου Υπηρεσιών: Επέκταση των δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών διάγνωσης & θεραπείας, (ενδεικτικά στους τομείς της οφθαλμολογικής, της παιδιατρικής, της μαιευτικής, της γυναικολογίας.
- Τεχνολογική & Επιστημονική Εξέλιξη: Η απόκτηση υπερσύγχρονου εξοπλισμού, η σύναψη στρατηγικών συμμαχιών με ερευνητικούς φορείς του εξωτερικού, η εφαρμογή πρωτοποριακών μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας δημιουργούν συγκριτικό πλεονέκτημα στα επιχειρηματικά σχήματα.

Επιπρόσθετα, ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατεξοχήν πελατοκεντρικός, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, στους τομείς δηλαδή όπου οι Δημόσιες Υπηρεσίες κατά γενική ομολογία πάσχουν. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν επιθετική είσοδο στον κλάδο της υγείας, είτε μέσω συνεργασιών με ιδιωτικές κλινικές, είτε ιδρύοντας δικά τους ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα. Πρωτοπόρος στον τομέα αυτό είναι η INTERAMERICAN, η οποία επένδυσε σημαντικά κονδύλια για την ανακαίνιση της Αθηναϊκής Κλινικής, ενώ εγκαινίασε την έναρξη λειτουργίας της Ευρωκλινικής Παίδων. Παράλληλα, σύναψε

συνεργασία με τα ιατρικά κέντρα Medifirst και σχεδιάζει επέκταση σε βαλκανικές χώρες, καθώς και στην Κεντρική Ευρώπη.

Η Δημόσια Υγεία βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε τροχιά βελτίωσης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες υλοποιήθηκαν πολυάριθμα έργα δημιουργίας, επέκτασης και αναβάθμισης των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων. Στα πλαίσια του Ν. 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών & Δημοσίων Κεφαλαίων» (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Η έστω και με χαμηλούς ρυθμούς σύγκλιση του επιπέδου προσφερόμενων υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς λειτουργεί για τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας ως μοχλός πίεσης για διαρκή βελτίωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών προβλέπεται ότι θα αυξηθούν με ρυθμό 12-14% ετησίως, των μαιευτηρίων με ρυθμό 7-8% και των διαγνωστικών κέντρων με ρυθμό 5%.

Αδυναμίες συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Οι αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας στην χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας
- Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία.
- Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού)- Έλλειψη ανθρωπίνων πόρων ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας
- Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας.
- Ανεπαρκή διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.
- Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής.

- Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας.

Αναλύοντας το σημερινό αριθμό, την εκπαίδευση και τους όρους με τους οποίους προσφέρουν υπηρεσίες οι ιατροί οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα, διαπιστώσαμε με έκπληξη μια ολόκληρη σειρά προβλημάτων και αδυναμιών. Η κατανομή των ιατρών αυτών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν συνδέονται στην πραγματικότητα με την υγεία συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, ούτε οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία αισθάνονται ευθύνη για αυτούς. Η σχέση μεταξύ των ιατρών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία και του υπόλοιπου συστήματος υγείας είναι γραφειοκρατική και όχι συναδελφική ή διοικητική. Ως συνέπεια, οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία δεν έχουν καμία αρμοδιότητα να επιθεωρούν, να σχολιάζουν ή να αξιολογούν τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τους άλλους τομείς του συστήματος υγείας.

Η δημόσια αναγνώριση, οι αμοιβές και οι συνθήκες υπηρεσίας των ιατρών δημόσιας υγείας είναι χαμηλές σε σχέση με αυτές των κλινικών ιατρών. Έτσι οι ιατροί που

ασχολούνται με τη δημόσια υγεία θεωρούνται από πλευράς ποιότητας δευτέρας διαλογής σε σχέση με την ιδιωτική ιατρική στη συνείδηση των πολιτών. Η εκπαίδευση στη δημόσια υγεία στις ελληνικές ιατρικές σχολές, προ της απόκτησης πτυχίου, φαίνεται ότι είναι φτωχή σε πρακτική άσκηση. Η εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της απόκτησης τίτλου ιατρικής είναι εν μέρει ικανοποιητική, αλλά από πολλές πλευρές ανεπαρκής σε σχέση με τα σημερινά προβλήματα και σε μεγάλο βαθμό θεωρητική, αντί να επικεντρώνεται στα πρακτικά προβλήματα. Οι συμμετέχοντες στη Σχολή Δημόσιας Υγείας παίρνουν απλώς μαθήματα αντί να ερευνούν οι ίδιοι θέματα που συνδέονται με τις ανάγκες τους και τα ενδιαφέροντά τους.

Υπάρχει μικρή συνειδητοποίηση των προβλημάτων που προκύπτουν από την έλλειψη οργάνωσης και επαρκούς προσδιορισμού στόχων και ευθυνών, την αδυναμία παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, την έλλειψη ικανοποιητικών αρχείων (π.χ. γεννήσεων και θανάτων), την έλλειψη εργαστηριακών εγκαταστάσεων για την διερεύνηση επιδημιών και καμία πραγματική αντίληψη της ανάγκης για τη δημιουργία διατομεακών συνδέσεων και προγραμμάτων. Έτσι δεν προκαλεί έκπληξη ότι η κατάσταση από πλευράς εμβολιασμών στην Ελλάδα είναι φτωχή σε σχέση με την ΕΕ και ότι έχει υπάρξει ένας αριθμός από σοβαρές επιδημίες συνηθισμένων μεταδοτικών

ασθενειών, όπως ερυθρά και γαστρεντερίτιδα, που θα μπορούσαν να αποτραπούν.

Αν η Ελλάδα επιθυμεί να αναπτύξει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας και να αξιοποιήσει με τρόπο αποτελεσματικό τους διαθέσιμους πόρους για την περίθαλψη όσων έχουν ανάγκη, είναι ουσιαστικό να δημιουργήσει μια πολιτική για την ανάπτυξη του κλάδου της δημόσιας υγείας και όσων τον υπηρετούν.

Εμπορευματοποίηση της υγείας και έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες

Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας συστηματικά υποβαθμίζονται με την υποχρηματοδότηση, την ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας, την μετατροπή του κοινωνικού αγαθού και πολιτικού δικαιώματος σε εμπόρευμα. Οι ακόλουθες πρακτικές στον τομέα της υγείας είναι συνηθισμένες. Ο πολίτης στην προσπάθειά του να πετύχει την μέγιστη φροντίδα υγείας φτάνει σε ακραίες καταστάσεις και πολλές φορές σε πρακτικές χωρίς ηθικό δισταγμό, προσφέροντας χρήματα με αντάλλαγμα την υγεία τους. Από την ίδια τη φύση τους δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί πόσο εκτεταμένες είναι αυτές οι πρακτικές και ποια είναι τα συνολικά ποσά χρημάτων τα οποία διακινούνται σε:

1. Πληρωμές σε "φακελάκια" δίδονται συχνά και μερικές φορές απαιτούνται από αρκετούς ιατρούς που δουλεύουν στα νοσοκομεία και αλλού. Μερικές

εταιρίες φαρμάκων είναι διατεθειμένες να δώσουν μηνιαία αμοιβή σε μετρητά σε όσους ιατρούς συστήνουν στους ασθενείς τους τα προϊόντα τους. Εναλλακτικά, οι ιατροί μπορεί να έχουν κάλυψη του κόστους συμμετοχής τους σε "συνέδρια" που διοργανώνουν αυτές οι εταιρίες σε απόμακρες και ακριβές τοποθεσίες, αρκεί να προωθούν συχνά τα προϊόντα τους.

2. Προμήθειες μπορεί να πληρώνονται για την παραπομπή ασθενών σε κάποιο συγκεκριμένο διαγνωστικό κέντρο ή την εισαγωγή τους σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Συμβαίνει επίσης ο ιατρός να είναι εκ των ιδιοκτητών του νοσοκομείου ή του διαγνωστικού κέντρου στο οποίο οι ασθενείς παραπέμπονται.
3. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ιατροί του ΙΚΑ παίρνουν προμήθειες από τα φαρμακεία.
4. Δεν είναι καθόλου ασύνηθες το φαινόμενο ιατρών στις κλινικές του ΙΚΑ και άλλων ιατρών να χρησιμοποιούν τις θέσεις τους για να αποκτούν πελατεία στα ιδιωτικά τους ιατρεία.
5. Ιδιαίτερα στο σύστημα παροχής ιατρικών υπηρεσιών προς τους δημοσίους υπαλλήλους, υπάρχουν ιατροί οι οποίοι ζητούν αμοιβή για πολλαπλές επισκέψεις ασθενών όταν

στην πραγματικότητα έχει υπάρξει μια μόνο επίσκεψη.

6. Αναφέρεται ότι γιατροί αποφεύγουν να τηρούν ιατρικά αρχεία για να μην μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχεία εις βάρος τους για τη διάπραξη αδικημάτων φοροδιαφυγής.

Το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας είναι δημόσιοι υπάλληλοι οδηγεί σε ένα άκαμπτο σύστημα αμοιβών και στην αδυναμία της τοπικής διοίκησης των μονάδων να ανταμείψουν την παροχή καλών υπηρεσιών και να τιμωρήσουν εκείνους που παραμελούν την εργασία τους ή την κάνουν αδιάφορα. Υπάρχει έλλειψη κινήτρων σε όλες τις ομάδες του προσωπικού, εκτός του κινήτρου να φύγουν νωρίς από την εργασία τους για να κάνουν τη δική τους δουλειά. Υπάρχει περιορισμένη επαγγελματική ικανοποίηση από την πλευρά των ιατρών, νοσηλευτών και περιορισμένη ικανοποίηση των χρηστών για την έλλειψη συνέχειας στην ιατρική περίθαλψη, για την έλλειψη φιλικής συμπεριφοράς έναντι των χρηστών και για τις δυσχέρειες στη χρήση δημοσίων υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στα κορεσμένα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που δεν διαθέτουν χωριστά τμήματα για ατυχήματα και πρώτες βοήθειες. Δεν υπάρχει ακόμα στο σύστημα η παραμικρή εκπροσώπηση των ίδιων των χρηστών.¹⁵

Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια σύντομης περιγραφής του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να επισημάνουμε ότι ο σημαντικός νόμος του ΕΣΥ το 1983 και όλα τα μέτρα που επακολούθησαν – αν και προς την σωστή κατεύθυνση - δεν κατάφεραν να μειώσουν επαρκώς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και να εξασφαλίσουν σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδηματικών πόρων, δωρεάν υγεία και ποιότητα νοσηλείας. Κυρίαρχος στόχος της πολιτείας είναι να επιτευχθεί ο έλεγχος των δαπανών και των πολιτικών διαχείρισης που παράγουν κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες διευρύνονται τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

Από την παρούσα εργασία καταλήξαμε σε ένα τελικό συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη και είναι απαραίτητη η αξιολόγηση προτάσεων και λύσεων για την προαγωγή των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, προς όφελος του Έλληνα πολίτη. Με λίγα λόγια χρειάζεται αναθεώρηση του συστήματος υγείας με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα και την αποφυγή της σπατάλης γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό.

Βιβλιογραφία

1. Λαδά – Χαντζοπούλου Α. Η δημόσια υγεία – περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη - σημερινά

- προβλήματα, Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα, 1978
2. Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 - 1960, Αθήνα, 1960.
 3. Αλεξιάδης Α.Δ. Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη, 1999
 4. Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 821 - 1960, Αθήνα 1960.
 5. Κυριόπουλος Γ. Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security. Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα, 1990
 6. Αναπλίωτη - Βαζαίου Ε. Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Ζητήματα. Εκδόσεις Σάκουλας, Αθήνα 1987
 7. Ευρωπαϊκή Επιτροπή Έκθεση για την ευρωπαϊκή ανταγωνιστικότητα το 2004, Κείμενο Εργασίας της Ευρωπαϊκή Επιτροπής, Ειδική Γραμματεία για την Ανταγωνιστικότητα, Βρυξέλλες, 2004
 8. Υφαντόπουλος Ι. Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική 1986. Τεύχος 5. Αθήνα
 9. Κυριόπουλος Γ. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα, 1995
 10. Ζηλίδης Χ. Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα 1988.
 11. Υφαντόπουλος Ι. Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική 1986. Τεύχος 5. Αθήνα.
 12. Ανδριώτη Δ. Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Εξάντας. Πολιτικές Υγείας. Αθήνα, 1988
 13. Θεόδωρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 1997. σελ. 208
 14. Ζηλίδης Χ. Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα, 1988
 15. Υφαντόπουλος Ι. Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική 1986, Τεύχος 5. Αθήνα