



ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθηνών Three monthly scientific, online journal of Nursing department A', TEI of Athens

Τόμος 9ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος - Μάρτιος 2010

Volume 9, Issue 1, January - March 2010

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Η αξία της έρευνας στη Νοσηλευτική

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- Αγωγή υγείας κατά του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- Η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο
- Αξιολόγηση του μεταβολικού συνδρόμου στα παιδιά και τους εφήβους
- Ιστορική αναδρομή για τα έκθετα βρέφη στην Ελλάδα



ΕΡΕΥΝΕΣ

- Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα
- Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού, αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση
- Διερεύνηση των γνώσεων και των πράξεων σχετικά με το τεστ Παπανικολάου σε γυναίκες επαγγελματίες υγείας

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Η αξία της έρευνας στη Νοσηλευτική

Πριν 30 χρόνια στην Ελλάδα ο όρος νοσηλευτική έρευνα ίσως φαινόταν οξύμωρο σχήμα και προκαλούσε αμηχανία στις επιστημονικές κοινότητες.¹ Η επιστημονική έρευνα ήταν και είναι απόλυτα συνυφασμένη με τις επιστήμες γενικότερα. Το 1979 με προεδρικό διάταγμα (Π.Δ 169/79) ιδρύθηκε το Τμήμα Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, υπαγόμενο αρχικά στο τμήμα Ιατρικής, επιβεβαιώνοντας την αρχή ότι η Νοσηλευτική είναι «*επιστήμη και τέχνη και πρέπει να σπουδάζεται και να μην είναι προϊόν εμπειρίας και μόνο*».

Τι είναι όμως έρευνα; Η επιστημονική έρευνα είναι διεργασία με την οποία συγκεντρώνονται με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο, από τον κόσμο που αντιλαμβανόμαστε με τις αισθήσεις μας, αξιοπαρατήρητα βεβαιώσιμα δεδομένα προκειμένου να περιγραφούν, να εξηγηθούν ή και να προβλεφθούν γεγονότα.² Η έρευνα αποτελεί μέσο, δηλαδή εργαλείο, για την απόκτηση γνώσης και επιστημονικής προσέγγισης θεμάτων και προβλημάτων. Διαφέρει από τα άλλα μέσα απόκτησης γνώσης στο ότι διαθέτει αντικειμενικότητα. Στόχοι της έρευνας είναι ή ερμηνεία και κατανόηση της πραγματικότητας καθώς και η εύρεση λύσεων σε προβλήματα και ερωτήματα που προκύπτουν από την καθημερινότητα. Ο βασικός όμως σκοπός της έρευνας, από οποιαδήποτε επιστήμη και αν διεξάγεται, είναι κυρίως η προσφορά ποιοτικής και ασφαλέστερης ζωής στο κοινωνικό σύνολο.

Η νοσηλευτική έρευνα ως εργαλείο και μέσο απόκτησης γνώσης στη νοσηλευτική επιστήμη αναφέρεται στη διεργασία της νοσηλευτικής φροντίδας και στα προβλήματα που προκύπτουν κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου². Η νοσηλευτική έρευνα μπορεί επιπλέον να επικεντρωθεί στην ερμηνεία και επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν από την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος (εργασιακό περιβάλλον, αυτονομία κλπ), τα οποία επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τους ανθρώπους που ασκούν τη νοσηλευτική και αντανακλώνται στην παρεχόμενη φροντίδα. Στόχος της νοσηλευτικής έρευνας είναι η εύρεση λύσεων σε προβλήματα νοσηλευτικής πρακτικής. Η νοσηλευτική γνώση, η οποία μετατρέπεται σε πράξη, παύει να βασίζεται σε μύθους και παραδόσεις και η αντικειμενικότητα της ελέγχεται με την έρευνα. Ήδη από τη δεκαετία του 90 γίνεται έντονη αναφορά στη «νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις», δηλαδή στις τεκμηριωμένες με έρευνα νοσηλευτικές πρακτικές που οδηγούν στη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας προς όφελος του ασθενή, και κατά επέκταση της

αναβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.³⁻⁴ Είναι πια αποδεκτό ότι όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να μνηθούν στην έρευνα, χωρίς αυτό να σημαίνει κατά ανάγκη ότι όλοι πρέπει να γίνουν ερευνητές. Σημαίνει όμως, ότι πρέπει να έχουν την ευκαιρία και τη δυνατότητα, αν το θελήσουν. Οι νοσηλευτές μπορεί να συμμετέχουν σε ερευνητικές διαδικασίες με διάφορους τρόπους όπως:

- αναζήτηση της βιβλιογραφίας για την εύρεση βέλτιστης νοσηλευτικής πρακτικής
- μέλος ερευνητικής ομάδας για τη συλλογή δεδομένων
- σχεδιασμός και διεξαγωγή έρευνας, ως κύριοι ερευνητές.

Οι παραπάνω τρόποι προϋποθέτουν γνώση της μεθοδολογίας της έρευνας η οποία πλέον είναι βασικό μάθημα των προπτυχιακών νοσηλευτικών προγραμμάτων. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση σε νοσηλευτικές έρευνες αλλά και κυρίως να είναι σε θέση να εκτιμούν την εγκυρότητα και αξιοπιστία μιας μελέτης.⁵ Αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικών νοσηλευτικών περιοδικών, ξενόγλωσσων και ελληνικών, στα οποία δημοσιεύονται νοσηλευτικές έρευνες, τόσο η νοσηλευτική πρακτική όσο και οι συνθήκες του νοσηλευτικού επαγγέλματος δε φαίνεται να βελτιώνονται. Η διαρκώς αυξανόμενη γνώση δεν φέρνει το επιθυμητό αποτέλεσμα και το χάσμα μεταξύ νοσηλευτικής έρευνας και νοσηλευτικής πρακτικής δεν μειώνεται.⁶⁻⁸ Παράγοντες που εμποδίζουν την νοσηλευτική έρευνα και συντηρούν το χάσμα είναι:⁹⁻¹⁰

- Μειωμένη γνώση και ικανότητα στην πρόσβαση, αναζήτηση και κατανόηση των ευρημάτων
- Μη εφικτή πρόσβαση από όλους τους νοσηλευτές σε ηλεκτρονικές πηγές
- Έλλειψη τάξης στην γόνιμη εθνική νοσηλευτική βιβλιογραφία
- Αποδοχή και στήριξη από τους συναδέλφους και τη διοίκηση στη διεξαγωγή έρευνας
- Έλλειψη κινήτρων/Χαμηλή χρηματοδότηση
- Αντίσταση στην αλλαγή
- Απροθυμία της πολιτείας να υιοθετήσει αλλαγές

Οι παραπάνω ανασταλτικοί παράγοντες μπορεί να αναχαιτιστούν με:⁹⁻¹²

- Σωστή Προετοιμασία των Νοσηλευτών σε Προπτυχιακό και Μεταπτυχιακό Επίπεδο
- Εκπαίδευση και Εξάσκηση πάνω στην Έρευνα
- Δημιουργία Εθνικής βάσης Δεδομένων
- Διεπιστημονική και διεθνής Συνεργασία
- Χρηματοδότηση /δημιουργία κινήτρων
- Σύνδεση της Έρευνας με την Πρακτική

Συνοψίζοντας η συμβολή της έρευνας στην εξέλιξη της νοσηλευτικής είναι αναμφισβήτητα θετική. Όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν μεθοδολογία της έρευνας και να έχουν την δυνατότητα να συμμετέχουν σε έρευνες. Στόχος της έρευνας είναι η ερμηνεία και η λύση νοσηλευτικών προβλημάτων με κύριο σκοπό την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άνθρωπο. Πρέπει οι νοσηλευτές να παραμείνουμε επικεντρωμένοι στον κύριο σκοπό και να μην ξεχνάμε ότι η έρευνα είναι μέσο και εργαλείο απόκτησης γνώσης και όχι σκοπός. Τη σημασία της έρευνας πολύ νωρίς είχε διαπιστώσει και διατυπώσει η αείμνηστη Φλόρενς Νάιτινγκεϊλ σε μία φράση: **«Ποτέ μη χάνετε από τη σκέψη σας τη σημασία της παρατήρησης η οποία δεν πρέπει να γίνεται προς χάριν της συγκέντρωσης ακαθόριστων πληροφοριών ή περιέργων γεγονότων, αλλά προς χάριν της διάσωσης της ζωής, της προαγωγής της υγείας και της άνεσης».**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mason C. Research in practice: rhetoric or reality? Nurs Stand 1992, 6(27):36-9
 2. Σαχίνη -Καρδάση Α. Μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. 4η έκδοση, εκδόσεις Zymel, Αθήνα, 1991
 3. Cullum N. Evidence-based practice. Nursing Management 1998, 5(3): 32-35
 4. Stetler CB, Brunell M, Guiliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. Journal of Nursing Administration 1998, 28(7/8), 45-51
 5. Krugman M. Evidence-based practice. The role of staff development. J Nurses Staff Dev 2003,19(6):279-85, quiz 286-7
 6. Munten G, van den Bogaard J, Cox K, Garretsen H, Bongers I. Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review. Worldviews Evid Based Nurs 2009, 22
 7. Feldman HR, Penney N, Haber J, Carter E, Hott JR, Jacobson L. Bridging the nursing research-practice gap through research utilization. J N Y State Nurses Assoc 1993, 24(3):4-10
 8. Brady N, Lewin L. Evidence-based practice in nursing: bridging the gap between research and practice. J Pediatr Health Care. 2007, 21(1):53-6.
 9. Davies J, Heyman B, Bryar R, Graffy J, Gunnell C, Lamb B, Morris L. The research potential of practice nurses. Health Soc Care Community 2002, 10(5):370-81
 10. Le May A, Mulhall A, Alexander C. Bridging the research-practice gap: exploring the research cultures of practitioners and managers. J Adv Nurs 1998, 28(2):428-37
 11. Fink R, Thompson CJ, Bonnes D. Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. J Nurs Adm. 2005, 35(3):121-9
 12. Gennaro S. Research utilization: an overview. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994,23(4):313-9.
-

Αντωνία Καλογιάννη

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

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αγωγή Υγείας Κατά του Καπνίσματος στη Διάρκεια της Εγκυμοσύνης

Τζεναλής Αναστάσιος¹, Σωτηριάδου Χρυσάνθη²

1. Νοσηλεύτης ΤΕ, MSc, ΜΕΘ ΓΝΘ Παπαγεωργίου. TNP Instructor, Κλινικός Συνεργάτης ΙIEΚ Παστέρ, ΙEK Ευόσμου, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης.
2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΤΕΠ, ΓΝΘ Παπαγεωργίου. Κλινικός Εκπαιδευτής, Κλινικός συνεργάτης ΙIEΚ Ευόσμου, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις μέρες μας το κάπνισμα αποτελεί μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού και προκαλεί σημαντικές συνέπειες στην κοινωνία όπως για παράδειγμα αυξημένο κόστος νοσηλείας και ανθρώπινο πόνο.

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την αγωγή υγείας κατά του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τις κατάλληλες εξειδικευμένες παρεμβάσεις προαγωγής της διακοπής του καπνίσματος στις εγκύους μητέρες.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε βιβλιογραφική αναζήτηση ερευνητικών και ανασκοπικών μελετών της ελληνικής και διεθνούς βάσης δεδομένων που αναφέρονταν στην προαγωγή και αγωγή υγείας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αποτελέσματα: Στις δυτικές κοινωνίες τα ποσοστά των γυναικών που καπνίζουν τείνουν να αυξάνονται σημαντικά στο γενικό σύνολο των καπνιστών. Ερευνητές υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες καταφεύγουν στο κάπνισμα προκειμένου να βοηθηθούν στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών τους προβλημάτων. Το γεγονός ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βλάπτει τόσο το έμβρυο όσο και τη γυναίκα είναι πολύ καλά γνωστό. Ωστόσο, ένας μεγάλος αριθμός εγκύων γυναικών συνεχίζει να καπνίζει και οι παρεμβάσεις στις εγκύους καπνίστριες αποδεικνύεται να είναι περίπλοκες και δύσκολες. Επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε στενή επαφή με τις εγκύους γυναίκες όπως γενικοί ιατροί, νοσηλευτές, μαίες και επισκέπτες υγείας είναι στην κατάλληλη θέση να παρέχουν παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος. Η επιστήμη της προαγωγής και αγωγής υγείας προσφέρει μία ποικιλία συμβουλευτικών μοντέλων και προσέγγισης σε εγκύους καπνίστριες όπως το "Attitudinal and

Behavioral Change”, το μοντέλο “Knowledge-Attitude-Behavior”, το “Medical”, ακόμη το “Empowerment”, το “Rational Educational”, το “Health Belief” και τέλος το “Health Action”.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας όλων των βαθμίδων θα πρέπει να αναθεωρήσουν τις απόψεις τους και τις στάσεις τους όσο αφορά στην επικινδυνότητα του καπνίσματος. Να εξετάσουν ποιες μέθοδοι υποστήριξης και προσέγγισης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρούνται οι πιο κατάλληλες κατά του καπνίσματος λαμβάνοντας υπ’ όψιν όλα τα ευαίσθητα θέματα και στοιχεία της εύθραυστης ψυχολογίας των εγκύων γυναικών.

Λέξεις κλειδιά: Έγκυες γυναίκες, κάπνισμα, επαγγελματίες υγείας, παρεμβάσεις προαγωγής αγωγής υγείας.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Τζεναλής Αναστάσιος,
Κ.Χραβοπούλου 3, Ωραιόκαστρο,
TK 57013, Θεσσαλονίκη,
Τηλ: 2310 697034 /Κιν: 6947729065,
Email: antzenalis@hotmail.com*

REVIEW**Maternal smoking during pregnancy and health promotion approaches**

Tzenalis Anastasios¹, Sotiriadou Chrysanthi²

1. RN, Msc, ICU, Papageorgiou G. H. of Thessalonica, TNP Instuctor, Clinical collaborator of Paster Private Educational Institute, Euosmos Educational Institute, Laboratory collaborator of ATEI of Thessalonica
2. RN, ER, Papageorgiou G. H. of Thessalonica, Clinical Instructor, Clinical collaborator of Euosmos Educational Institute, Laboratory collaborator of TEI of Thessalonica

ABSTRACT

Nowadays smoking is an important cause of ill health and mortality and imposes significant causes in the society, for example in terms of health care cost and human suffering.

Aim of the present study was to review the literature about health promotion against smoking cessation during pregnancy and the appropriate approaches and interventions of health promoters on pregnant women in order to stop smoking.

Method and material: The methodology that was followed included bibliography review from the both the research and the review literature of Greek and international data base which referred to health promotion and smoking cessation during pregnancy.

Results: In western countries women smokers are likely to increase as a percentage of a total smoking population. Researchers indicate that women display a greater reliance on smoking to help them deal with emotional conflicts. The fact that smoking during pregnancy can harm the fetus as well as the mother is well known. However, a great number of women continue to smoke during their pregnancy and interventions to pregnant smokers reveal to be complex and difficult. Health professionals such as physicians, nurses, midwives and health visitors are well placed to provide smoking cessation interventions mostly because they should be trained and because also they come in contact with pregnant smokers in frequent basis. The science of health promotion and health education provides a variety of counseling and approaching models for pregnant smokers such as "Attitudinal and Behavioral Change", "Knowledge-Attitude-Behavior", "Medical", "Empowerment", "Rational Educational", "Health Belief" and "Health Action".

Conclusions: Health professionals from all levels should reconsider their perceptions and attitudes on the importance of maternal smoking during pregnancy and they have to examine which forms of support and approaches are considered to be the most appropriate against maternal smoking taking into account all the delicate issues and the sensitive elements of pregnant women psychology.

Key words: Pregnant women, maternal smoking, health professionals, health promotion interventions models.

CORRESPONDING AUTHOR

Tzenalis Anastasios
K.Haravopoulou 3, Oreokastron,
PC 57013, Thessaloniki
Tel: 2310 697034/Mob: 6947729035
Email: antzenalis@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας το κάπνισμα αποτελεί μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού και επιφέρει σημαντικές συνέπειες στην κοινωνία όπως πολυέξοδη νοσηλεία και ανθρώπινη δυστυχία. Στις βιομηχανικές χώρες 300.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας υπολογίζει πως το νούμερο αυτό θα προσεγγίσει το ένα εκατομμύριο κατά το έτος 2020 και από αυτό σχεδόν το 20% θα πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα, ενώ σχεδόν το ίδιο ποσοστό από χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες και 40% από καρδιολογικές ασθένειες¹ Η ίδια έρευνα αναδεικνύει ότι οι έγκυες γυναίκες καταφεύγουν στο κάπνισμα προκειμένου να βοηθηθούν στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών τους προβλημάτων, του άγχους και των στρεσογόνων καταστάσεων. Επιπροσθέτως, οι γυναίκες είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην επανέναρξη του καπνίσματος μετά την εγκυμοσύνη και μόνο το ένα τρίτο των γυναικών που διακόπτουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνεχίζουν να το διατηρούν και μετά από αυτή². Έρευνα που διεξήχθη στην ευρωπαϊκή ένωση από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας καταδεικνύει την Ελλάδα ως την χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που καπνίζουν μεταξύ των γυναικών άλλων ευρωπαϊκών χωρών και αυτό το ποσοστό άγγιξε το 29% κατά το έτος 2003.

Έρευνες υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες οι οποίες καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θέτουν σε σημαντικό κίνδυνο τόσο την υγεία τους όσο και την υγεία των παιδιών τους. Σύμφωνα με το κέντρο καλύτερης πρακτικής των ΗΠΑ η διακοπή του καπνίσματος είναι η σημαντικότερη ενέργεια στην οποία μπορεί να προβεί μία έγκυος γυναίκα προκειμένου να αποτρέψει σοβαρές ασθένειες και επιπλοκές για τον εαυτό της και το παιδί της⁴.

ΘΕΤΟΝΤΑΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Το γεγονός ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θέτει σε κίνδυνο την υγεία του βρέφους καθώς και της μητέρας είναι γνωστό, όχι μόνο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και από το ευρύ κοινό. Ο καθένας μπορεί να διαπιστώσει πως αυτό αποτελεί μια από τις προειδοποιήσεις στα πακέτα των τσιγάρων που κυκλοφορούν⁵. Σύμφωνα με κλινική έρευνα που έλαβε χώρα στις ΗΠΑ, το κάπνισμα παραμένει ως ένας από τους παράγοντες αποτυχημένων εγκυμοσύνων που όμως δύναται να αποφευχθεί⁶. Ωστόσο, ένας μεγάλος αριθμός γυναικών συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ ταυτόχρονα παρεμβάσεις προαγωγής και αγωγής υγείας στις έγκυες γυναίκες αποδεικνύονται περίπλοκες και δύσκολες. Έρευνα που αποσκοπούσε στο να ανακαλύψει γιατί κάποιες γυναίκες συνεχίζουν τη συνήθεια του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης αναδεικνύει πως οι εγκυμονούσες γυναίκες χωρίζονται σε δύο ομάδες: Σε αυτές που πιστεύουν πως το ρίσκο των επιπλοκών του καπνίσματος τις αφορά και σε αυτές που θεωρούν πως το κάπνισμα δεν θα έχει επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη τους⁷. Η εγκυμοσύνη ως κατάσταση από μόνη της προτρέπει πολλές γυναίκες καπνίστριες να σκεφτούν τη διακοπή, κυρίως λόγω των πληροφοριών που δέχονται για τις παράπλευρες συνέπειες τόσο στην υγεία τους όσο και στην υγεία του παιδιού τους.

Η υπηρεσία αγωγής και προαγωγής της υγείας της Αγγλίας αναφέρει πως σχεδόν τα δύο τρίτα των γυναικών ελαττώνουν το κάπνισμα ή τείνουν να το διακόψουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ωστόσο μόνο μία στις τέσσερις γυναίκες πραγματικά το διακόπτει⁸. Οι γυναίκες που διακόπτουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν εξαιρετικά μεγάλες πιθανότητες να υποτροπιάσουν τον πρώτο μήνα που ακολουθεί μετά από τον τοκετό⁹. Αυτό συνεπάγεται ότι παρά τη γενική άποψη που επικρατεί, το γεγονός της εγκυμοσύνης από μόνο του δεν είναι ένα σημαντικό και σαφές κίνητρο για τις εγκύους γυναίκες να εγκαταλείψουν για πάντα το κάπνισμα.

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Σύμφωνα με το ενημερωτικό πρόγραμμα της Βρετανικής υπηρεσίας προαγωγής και αγωγής της υγείας που αφορά στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το τελευταίο συνεχίζει να αποτελεί την μεγαλύτερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας για τους ενήλικες που όμως μπορεί να αποφευχθεί⁸. Η υπηρεσία δημόσιας υγείας των ΗΠΑ υπολογίζει ότι αν όλες οι έγκυες γυναίκες σταματούσαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα εμφανιζόταν μια μείωση της τάξεως του 10% στο θάνατο των νεογέννητων⁴. Η ανθυγιεινή συνήθεια του καπνίσματος και η έκθεση στον καπνό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε κάθε περίπτωση επιφυλάσσει κινδύνους πολλών προβλημάτων. Το εθνικό κέντρο πρόληψης χρόνιων ασθενειών, προαγωγής και αγωγής της υγείας των ΗΠΑ υποδεικνύει πως η έγκυος καπνίστρια εμφανίζει 1,5%-3,5% περισσότερες πιθανότητες να φέρει στον κόσμο λιπόβαρες παιδί σε σχέση με μια έγκυο γυναίκα που δεν καπνίζει. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί ο καπνός μειώνει την παροχή οξυγόνου στο έμβρυο. Υπάρχει μια σχέση αλληλεπίδρασης και αυτό σημαίνει ότι το ποσοστό χαμηλού βάρους γέννησης των παιδιών «Low Birth Weight» αυξάνεται με την αύξηση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζει η έγκυος. Κατά συνέπεια, αυτή η σχέση θεωρείται αιτιολογική. Επιπροσθέτως, έρευνες παρουσιάζουν ότι υπάρχει ένας αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας μεταξύ των βρεφών των

καπνιστριών μητέρων. Έρευνα στο Μισούρι των ΗΠΑ απέδειξε ότι το κάπνισμα ευθύνεται για το αιφνίδιο σύνδρομο θανάτου στο κρεβατάκι του βρέφους κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής του «Sudden Infant Death Syndrome»¹². Ο καθηγητής Ρουτσώνης του ΑΠΘ υποστηρίζει ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ευθύνεται για την παρουσία του αιφνίδιου θανάτου στα βρέφη και του υψηλού πυρετού κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής τους¹³. Άλλωστε, το κάπνισμα ευθύνεται για το θάνατο των βρεφών σε ποσοστό μεγαλύτερο του 8% σε λιγότερο από μία εβδομάδα μετά τη γέννησή τους ¹⁴. Η άποψη αυτή ενισχύεται από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το εθνικό κέντρο πρόληψης χρόνιων ασθενειών, προαγωγής και αγωγής της υγείας των ΗΠΑ το οποίο εκθέτει ότι οι αυτόματες εκτρώσεις, οι αποβολές, οι έκτοπες κυήσεις και οι αυξημένη αιμορραγία κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι μερικές από τις επιπλοκές που μπορούν να προκληθούν από το κάπνισμα, ενώ μια έγκυος καπνίστρια είναι 1,6% πιο πιθανό να εμφανίσει ξαφνική αποβολή απ' ότι μια μη καπνίστρια⁴.

Εκτός από το αγέννητο παιδί οι επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνεχίζουν να εμφανίζονται και στα μικρά παιδιά. Συγκεκριμένα, ο καπνός βλάπτει τους πνεύμονες του αγέννητου παιδιού και αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε μειωμένη ζωτική χωρητικότητα των

πνευμόνων στη μετέπειτα ζωή του¹⁵. Έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ υποδεικνύει ότι τα παιδιά των καπνιστριών μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζουν 19% περισσότερη πιθανότητα να αναπτύξουν άσθμα¹⁶. Οι επαγγελματίες που είναι εξειδικευμένοι στην αγωγή υγείας κατά του καπνίσματος υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο πολλών ασθενειών για το βρέφος όπως αυτισμός, άσθμα, θνησιγενή τέκνα, λιγότερα εγκεφαλικά κύτταρα, πλατυποδία, μη φυσιολογική ανάπτυξη των πνευμόνων και πολλές άλλες ανεπιθύμητες συνέπειες¹⁷.

Ερευνητές στο πανεπιστήμιο της Κολούμπια της Νέας Υόρκης έχουν ανακαλύψει ότι τα μεγαλύτερα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών και να εμφανίσουν ανάρμοστη συμπεριφορά¹⁸. Οι παραπάνω ερευνητές διαπίστωσαν ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τόσο στην υγεία των παιδιών όσο και στην συμπεριφορά τους. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια εμφανίζουν 5% περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών και τα αγόρια 4% περισσότερες πιθανότητες για ανάρμοστη συμπεριφορά και παραβατικό χαρακτήρα. Έρευνα που διεξήχθη σε έξι Βαυαρικά γραφεία υγείας στη Γερμανία

μεταξύ 1999-2000 διαπίστωσε ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας¹⁹. Ακόμη, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο σχολείο Mount Sinai της ιατρικής στην πόλη της Νέας Υόρκης βρέθηκε ότι παιδιά της ηλικίας 1-2 ετών ανέπτυξαν αρνητική συμπεριφορά και παχυσαρκία σε αντίθεση με παιδιά μητέρων που δεν κάπνιζαν²⁰.

ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Η άρνηση των ανθρώπων που καπνίζουν να σταματήσουν την ανθυγιεινή συνήθειά τους έχει οδηγήσει σε μεγάλης κλίμακας εκστρατείες προκειμένου να αποθαρρύνουν την πρακτική του καπνίσματος και έχει αναπτυχθεί μια πληθώρα ερευνών που προσπαθεί να εξηγήσει την δημοτικότητα του καπνίσματος²¹. Ωστόσο, το κάπνισμα είναι ιδιαίτερα περίπλοκο θέμα στο οποίο εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες για τις γυναίκες.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες καπνίστριες συμφωνούν με την άποψη ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο και προκαλεί εθισμό, οι ίδιες συνεχίζουν την ανθυγιεινή συνήθειά τους και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε εθισμό τον οποίο πιθανό να μην μπορούν να τον ελέγχουν. Η νικοτίνη είναι το κύριο ενεργό συστατικό στον

καπνό και μερικές φορές όταν αυτό λαμβάνεται σε μεγάλες δόσεις μπορεί να είναι τοξικό²¹⁻²³. Επιπροσθέτως, η νικοτίνη σε συνδυασμό με άλλα χημικά συστατικά έχει επίδραση στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών²². Το παραπάνω συστατικό θεωρείται ότι προκαλεί μεγαλύτερο εθισμό στις γυναίκες απ ότι στους άνδρες και αυτό κάνει τις γυναίκες να χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να διακόψουν το κάπνισμα απ ότι οι άνδρες²⁴. Με την πάροδο του χρόνου οι καπνιστές φαίνεται να αναπτύσσουν φυσική εξάρτηση στη νικοτίνη και η εξήγηση είναι ότι οι παραπάνω βρίσκονται σε ένα στάδιο ύπαρξης χαμηλού ποσοστού νικοτίνης στο αίμα τους ενώ η διακοπή του καπνίσματος επιστρέφει τη νικοτίνη σε φυσιολογικά επίπεδα στο αίμα²¹. Ευρήματα έρευνας του κέντρου καλύτερης πρακτικής των ΗΠΑ υποδεικνύουν πως τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες δεν έχουν εμπειριστατωμένες γνώσεις για την εθιστική ιδιότητα του καπνίσματος. Παρά το γεγονός ότι το 82% των καπνιστών στην έρευνα συντάσσεται με την δήλωση ότι μία χημική ουσία στα τσιγάρα καθιστά το κάπνισμα εθιστικό, ωστόσο, ένα ποσοστό 60% από τους ίδιους καπνιστές θεωρεί ότι η διακοπή του καπνίσματος επιτυγχάνεται εύκολα για του περισσότερους ανθρώπους αν το προσπαθήσουν πραγματικά.²³

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα είναι μια ψυχολογική συνήθεια την οποία οι γυναίκες πρέπει να απαρνηθούν προκειμένου να απαλλαγούν από τις αρνητικές συνέπειές που προκαλεί στην υγεία τους. Συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα, οξυθυμία και έλλειψη συγκέντρωσης, αποθαρρύνουν τις καπνίστριες στο να προβούν σε προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, ενώ αντιθέτως ενδυναμώνουν την επιθυμία τους να το συνεχίσουν²⁵. Σε μια από τις πρωτοπόρες έρευνες που έχουν διεξαχθεί για το κάπνισμα το 1968 υποδεικνύονται πέντε παράγοντες που αφορούν στις εσωτερικές ψυχολογικές ανάγκες των καπνιστών²⁶. Οι παράγοντες αυτοί είναι: Νευρικήτητα, χαλάρωση, μοναξιά, κάπνισμα ως συνοδευτικό και ως υποκατάστατο φαγητού. Σύμφωνα με τους ερευνητές, νευρικοί καπνιστές είναι αυτοί που καπνίζουν κάτω από στρεσογόνες καταστάσεις, όταν είναι αγχωμένοι ή θυμωμένοι. Οι χαλαροί καπνιστές είναι αυτοί που είναι πιο πιθανό να καπνίσουν όταν είναι χαλαροί, ξεκούραστοι ή χαρούμενοι. Μεγάλο ποσοστό στην κατηγορία των καπνιστών της μοναξιάς είναι αυτοί που καπνίζουν όταν αισθάνονται και όταν είναι μόνοι τους κυρίως μέσα σε πλήθος. Το κάπνισμα που λειτουργεί ως συνοδευτικό είναι ο παράγοντας που αντιπροσωπεύεται από αυτούς που καπνίζουν κατά τη διάρκεια μιας κουραστικής και ενδιαφέρουσας δουλειάς, γιατί τους βοηθάει

να συγκεντρωθούν. Τέλος, το κάπνισμα λειτουργεί ως υποκατάστατο φαγητού για τις γυναίκες και εγκύους γυναίκες καπνίστριες προκειμένου να κρατήσουν τον εαυτό τους αδύνατο αντικαθιστώντας το φαγητό με το τσιγάρο.

Το κίνητρο της διακοπής του καπνίσματος και η εξάρτηση συχνά συνδέονται μεταξύ τους²⁷. Οι γυναίκες οι οποίες καπνίζουν πολλοί παρουσιάζουν έλλειψη αυτοπεποίθησης ως προς την ικανότητά τους να διακόψουν το κάπνισμα και ταυτόχρονα για αυτόν το λόγο εμφανίζουν μειωμένο κίνητρο. Από την άλλη πλευρά, γυναίκες που καπνίζουν λιγότερο θέλουν να πιστεύουν ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα όποια στιγμή το θελήσουν και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο δείχνουν μειωμένο κίνητρο. Το πρόγραμμα κάπνισμα και εγκυμοσύνη της υπηρεσίας αγωγής και εκπαίδευσης της υγείας της Μεγάλης Βρετανίας παρουσιάζει στο ενημερωτικό του πρόγραμμα για το κοινό πέντε σοβαρούς φραγμούς για τις εγκύους γυναίκες προκειμένου να προχωρήσουν σε διακοπή του καπνίσματος:

1. Δεν έχουν καθόλου θέληση και εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη αυτοέλεγχου.
2. Κάποιες έγκυες καπνίστριες θεωρούν ότι αν δεν το σταματήσουν κατά την διάρκεια των τριών πρώτων μηνών τότε δεν αξίζει να το διακόψουν.

3. Αισθάνονται ότι το κάπνισμα μειώνει το στρες.
4. Αισθάνονται ότι έχουν την ανάγκη να καπνίσουν προκειμένου να αντιμετωπίσουν την πλήξη της εγκυμοσύνης και την πρόσληψη βάρους.
5. Δεν εκτιμώνται σωστά από τις εγκύους οι πραγματικοί κίνδυνοι για το έμβρυο και μελλοντικό παιδί⁸.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η ανάπτυξη της συμπεριφοράς του καπνιστή επηρεάζεται από πολλούς και πολύπλοκους κοινωνικούς παράγοντες. Πολλές έρευνες υποδεικνύουν πως η έναρξη του καπνίσματος σε νεαρές ηλικίες συνδέεται με την επιρροή των γονέων και τις παρέες. Ωστόσο, η μεγαλύτερη επιρροή στην έναρξη του καπνίσματος φαίνεται να προέρχεται από φίλους της ίδιας ηλικίας. Σύμφωνα με το κέντρο εθισμού και χρήσης τοξικών ουσιών του πανεπιστημίου της Κολούμπια είναι αρκετά αντιφατικό πως οι γυναίκες πιστεύουν ότι η ανθυγιεινή συνήθεια του καπνίσματος αντιπροσωπεύει ερωτισμό και κοινωνικό status χωρίς να σκέφτονται τις συνέπειες οι οποίες οδηγούν στα αντίθετα για αυτές αποτελέσματα, όπως κιτρινισμένα δάχτυλα και δόντια, άσχημη αναπνοή και πολλά άλλα²⁴. Όμως τι είναι αυτό που πραγματικά οδηγεί τις γυναίκες να διατηρούν την συνήθεια του καπνίσματος σε όλα τα στάδια της ζωής τους;

Η απάντηση είναι ότι μεταξύ πολλών παραγόντων που κάνουν τους ανθρώπους να καπνίζουν το γεγονός που οδηγεί τις γυναίκες να καπνίζουν και μετά την εφηβεία είναι η ίδια η κοινωνία²⁸. Το κάπνισμα αποτελούσε πάντα αναγνωριστικό των πετυχημένων επιχειρηματιών στην κοινωνία και συνδεόταν με το άγχος και την πίεση των ισχυρών αλλά και καλοπληρωμένων εργασιών. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, οι γυναίκες επιθυμούν να μοιάζουν με αυτά τα άτομα, επομένως προσπαθούν και να καπνίζουν σαν αυτά τα άτομα.

Η επικράτηση του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζεται περισσότερο σε γυναίκες που παρουσιάζουν ένα συνδυασμό χαρακτηριστικών όπως πολύ μικρές σε ηλικία, άγαμες, άνεργες, που ανήκουν σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, με χαμηλή μόρφωση και γυναίκες που έχουν γονείς που και οι δύο καπνίζουν⁸. Η μόρφωση αποτελεί βασικό παράγοντα στη φροντίδα της εγκυμοσύνης. Συνήθως, σε όσο ψηλότερη κοινωνική τάξη ανήκει μια γυναίκα τόσο περισσότερο μορφωμένη είναι και κατά συνέπεια υπάρχει περισσότερο ενδιαφέρον και ικανότητα για προσοχή προκειμένου να γεννήσει ένα υγιές παιδί. Εξάλλου, η υψηλή μόρφωση σε συνδυασμό με υψηλή κοινωνικοοικονομική τάξη συνεπάγεται, συνήθως, μεγαλύτερο ενδιαφέρον για προσωπικά θέματα υγείας²⁹.

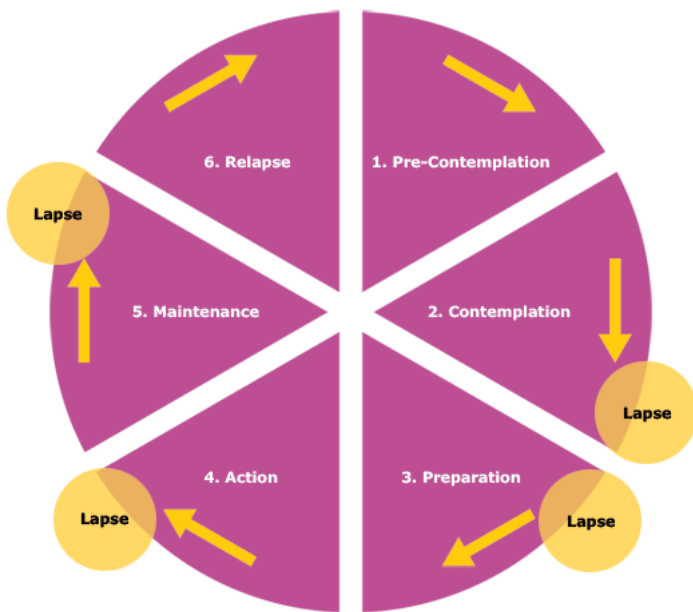
ΔΙΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το κάπνισμα είναι μια συνήθεια η οποία συνεχίζει να είναι εξαιρετικά δύσκολη να αλλάξει παρά τις αυξανόμενες κοινωνικές πιέσεις. Ο εθνικός σύνδεσμος υγιών μητέρων και υγιών βρεφών των ΗΠΑ προτείνει τις εκπαιδευτικές ενημερωτικές εκστρατείες ως την καλύτερη στρατηγική κατά του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης³⁰. Σύμφωνα με το επίσημο πρόγραμμα της υπηρεσίας εκπαίδευσης και αγωγής της υγείας οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τυπικά ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω στοιχεία³¹:

- Σύντομες προφορικές συμβουλές για τους κινδύνους του καπνίσματος στη μητέρα, το έμβρυο ή το νεογνό από ιατρούς, νοσηλευτές ή μαίες συνοδευόμενες από προτροπή να διακόψουν το κάπνισμα.
- Ένα ενημερωτικό φυλλάδιο εξηγώντας τους κινδύνους του καπνίσματος γενικότερα.
- Ένα εγχειρίδιο που να περιγράφει μάθημα αυτοδιδασκαλίας για το πώς να διακόψουν το κάπνισμα.
- Προσωπική συμβουλευτική
- Υποστήριξη χρησιμοποιώντας έντυπο υλικό που να αποστέλλεται ταχυδρομικώς στις μητέρες
- Ενημερωτικό υλικό για τις βιολογικές συνέπειες του καπνίσματος

Όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι αποδεδειγμένα και καθιερωμένα, ωστόσο χρειάζεται συνέπεια και συνέχεια στη χρήση τους προκειμένου να επιφέρουν αποτελέσματα³²⁻³³. Το μοντέλο “Attitudinal and Behavioral Change” (αλλαγή τάσεων και συμπεριφορών) που υιοθετήθηκε από τον Prochaska και τον DiClemente μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να βοηθήσει τις εγκύους γυναίκες αποτελεσματικά³³. Το μοντέλο αυτό της αλλαγής της στάσης και της συμπεριφοράς καθορίζει ένα αριθμό σταδίων που μια γυναίκα μπορεί να περάσει προκειμένου να αποφασίσει να διακόψει πραγματικά το κάπνισμα καθ’ όλη την προσπάθειά της να αλλάξει την ανθυγιεινή της συμπεριφορά (εικόνα1). Τα στάδια είναι: 1^ο “pre-contemplation” (πρό του προβληματισμού). Το στάδιο αυτό είναι που προηγείται της προοπτικής της διακοπής του καπνίσματος και η έγκυος γυναίκα δεν σκέφτεται καμία πιθανότητα να αλλάξει την ανθυγιεινή της συνήθεια. 2^ο “contemplation” (προβληματισμός). Σε αυτό το στάδιο της προοπτικής διακοπής του καπνίσματος η εγκυμονούσα μητέρα σκέφτεται την αλλαγή, αλλά την απορρίπτει γιατί είναι αναποφάσιστη και δεν είναι σίγουρη για την τελική απόφασή της. 3^ο “planning and preparation” (σχεδιασμός και προετοιμασία). Στο σημείο αυτό σχεδιάζεται και προετοιμάζεται η αλλαγή της συνήθειας του καπνίσματος. Ακολουθεί το

στάδιο “action” (δράση) και στη συνέχεια αυτό που τελικά επέρχεται είναι το 4^ο στάδιο “maintenance” (διατήρηση) μιας μη καπνιστικής συμπεριφοράς χωρίς επιστροφή στην συνήθεια του καπνίσματος. Ωστόσο, η επαναφορά της συνήθειας του καπνίσματος μπορεί να επέλθει σε οποιοδήποτε στάδιο του κύκλου της αλλαγής.



Εικόνα1. Ο τροχός της αλλαγής των Prochaska και DiClemente, από το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών (2003)³⁴

Το μοντέλο αυτό φαίνεται περισσότερο σαν περιστρεφόμενος τροχός παρά σαν μία ευθεία πορεία, γιατί οι περισσότεροι άνθρωποι κάνουν αλλαγές στον κύκλο και μεταπηδούν από στάδιο σε στάδιο πριν καταφέρουν να αποκτήσουν το κίνητρο και την ικανότητα για μία αποτελεσματική δράση και διατήρηση αυτής. Η παραπάνω διαδικασία βοηθάει τον

επαγγελματία υγείας στο να ερμηνεύσει και να προβλέψει την αλλαγή σε κάθε στάδιό της εστιάζοντας γρήγορα και αποτελεσματικά και επιλέγοντας την κατάλληλη παρέμβαση για να βοηθήσει την έγκυο γυναίκα να περάσει στο τελικό στάδιο³⁵.

Στις μέρες μας ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιεί το μοντέλο της προαγωγής και αγωγής της υγείας που βασίζεται στη γνώση, την πρόθεση και την συμπεριφορά γνωστό στην επιστήμη της προαγωγής υγείας ως “Knowledge-Attitude-Behavior”. Το παραπάνω μοντέλο ενισχύει την άποψη ότι αυτό που χρειάζεται προκειμένου να προαχθεί η υγεία και η πρόληψη των ασθενειών είναι να προσφερθεί γνώση και ενημέρωση στους πολίτες. Κατά συνέπεια η αύξηση της παρεχόμενης γνώσης θα οδηγήσει σε αλλαγή της στάσης και της πρόθεσης των ανθρώπων, που με τη σειρά της θα συντελέσει στην αλλαγή συμπεριφοράς στα θέματα της υγείας³⁶. Η υπόθεση λοιπόν είναι ότι παρέχοντας ενημέρωση στις κυοφορούσες γυναίκες για τις ανεπιθύμητες συνέπειες του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα διακόψουν το κάπνισμα. Οι ειδικοί στην αγωγή και προαγωγή της υγείας κρίνουν τη διαδικασία υποστηρίζοντας ότι το προαναφερόμενο μοντέλο το οποίο συνδυάζει γνώση, υπευθυνότητα και αποφυγή της ασθένειας συχνά αναφέρεται ως ιατρικό μοντέλο “Medical” το οποίο και υιοθετείται από

τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους και της πρακτικής τους^{37,38}.

Το “Rational-Educational” είναι ένα ορθολογιστικό, εκπαιδευτικό μοντέλο του οποίου η μέθοδος προσέγγισης αποσκοπεί στην ενημέρωση των εγκύων γυναικών, στην επιβεβαίωση της γνώσης και της βαθιάς κατανόησης των ιατρικών θεμάτων, δίνοντας τη δυνατότητα να ληφθούν σωστές και εμπειριστατωμένες αποφάσεις³⁹. Με άλλα λόγια αυξάνοντας τη γνώση πάνω σε ένα θέμα υπάρχει πιθανότητα να αλλάξουν οι προθέσεις και οι στάσεις των ανθρώπων και αυτό με τη σειρά του να οδηγήσει σε αλλαγή της συμπεριφοράς⁴⁰. Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι υποστηρικτές αυτής της μεθόδου και υιοθετούν το συγκεκριμένο μοντέλο, καλλιεργούν τις δυνατότητες της εγκύου να λαμβάνει αποφάσεις και ταυτόχρονα σέβονται το προσωπικό τους δικαίωμα να επιλέγουν τη στάση τους και τη συμπεριφορά τους στα θέματα της υγείας³⁹.

Το “Health belief” το οποίο χρησιμοποιείται από πολλούς επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως στην απαγόρευση του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θέτει ένα σαφέστερο και πιο συγκεκριμένο στόχο. Τα άτομα υιοθετούν υγιεινές συμπεριφορές σχεδιασμένες να προλαμβάνουν συγκεκριμένες ασθένειες μόνο

αν πιστέψουν ότι είναι ευπαθή και επιρρεπή στη συγκεκριμένη ασθένεια η δυσλειτουργία⁴². Για να αλλάξει η συμπεριφορά της εγκύου θα πρέπει να έχει το κίνητρο, να αισθάνεται ότι απειλείται από την παρούσα συμπεριφορά της, να πιστεύει ότι θα ωφεληθεί από την αλλαγή της συμπεριφοράς της και να αισθάνεται ότι είναι σε θέση και έχει τη δύναμη να την αλλάξει. Αν οι εγκυμονούσες καπνίστριες κατανοήσουν ότι το κάπνισμα είναι βλαπτικό και επικίνδυνο για την ευαίσθητη κατάσταση στην οποία βρίσκονται, δέχονται ότι η προτεινόμενη προληπτική πράξη θα είναι αποτελεσματική και ότι τα πλεονεκτήματα θα είναι περισσότερα από τα μειονεκτήματα της στέρησης του τσιγάρου. Ωστόσο, το «Health Belief Model» έχει κατηγορηθεί για την αποτυχία του να λάβει υπ όψιν του και άλλους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν τα κίνητρα της εγκύου και αυτό τονίζει την ανάγκη του επαγγελματία υγείας να θεωρήσει τις προσωπικές στάσεις και τις απόψεις των εγκύων πριν αποφασίσουν να προάγουν τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.⁴³

Οι επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να αλλάξουν συμπεριφορές. Αντίθετα, βοηθούν τα άτομα και τα εκπαιδεύουν να διαχειριστούν τις καταστάσεις παρά να τις αλλάξουν⁴⁴. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ενημερώσουν, να συμβουλέψουν, να δώσουν κατευθύνσεις, αλλά δε μπορούν να πιέσουν ένα

άτομο να αλλάξει συμπεριφορά. Το μοντέλο “Empowerment” έχει ως στόχο την αύξηση της ικανότητας των ατόμων να επιλέγουν σωστά και να επηρεάσει το περιβάλλον τους³⁶. Το παραπάνω μοντέλο αποτελεί πολύ χρήσιμο εργαλείο για τον επαγγελματία υγείας προκειμένου να παράσχει στις εγκύους καπνίστριες τα εφόδια και τις πληροφορίες που θα τις δώσουν τη δύναμη να αποκτήσουν τον αυτοέλεγχο και να διακόψουν την ανθυγιεινή συνήθειά τους. Ο επαγγελματίας υγείας αντί του ρόλου του ειδικού σε αυτό το μοντέλο αποκτά το ρόλο του διευκολυντή – διαμεσολαβητή⁴⁰.

Σύμφωνα με το “Health Action model” η διαδικασία της διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προϋποθέτει την πρόθεση του ατόμου να αλλάξει⁴⁵. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που διευκολύνουν τη διαδικασία και που παίζουν σημαντικό ρόλο στην βοήθεια των εγκύων γυναικών. Μερικοί από αυτούς είναι το κοινωνικοοικονομικό και φυσικό περιβάλλον, οι γνώσεις πάνω στο θέμα και τα ψυχικά εφόδια που έχει η γυναίκα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Λαμβάνοντας υπ’ όψιν όλες τις παραπάνω ανεπιθύμητες συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο έμβρυο, το βρέφος, το παιδί και τη μητέρα μπορεί κανείς να αντιληφθεί τη σπουδαιότητα

του προβλήματος, καθώς επίσης και την πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας να προσπαθήσουν να σταματήσουν τη συνήθεια του καπνίσματος όσο πιο νωρίς γίνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στις μέρες μας οι επαγγελματίες υγείας όλων των βαθμίδων θα πρέπει να αναθεωρήσουν τις απόψεις τους και τις στάσεις τους όσον αφορά την επικινδυνότητα του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και να εξετάσουν τις μεθόδους υποστήριξης και προσέγγισης που θεωρούνται οι πιο κατάλληλες λαμβάνοντας υπ’ όψιν όλα τα ευαίσθητα θέματα της ψυχολογίας των εγκύων γυναικών.

Επαγγελματίες υγείας όπως γενικοί ιατροί, νοσηλευτές, μαιές και επισκέπτες υγείας αποτελούν τους κατάλληλους ανθρώπους για να προάγουν παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος, κυρίως γιατί έρχονται σε συχνή επαφή με τις εγκύους καπνίστριες. Οι παραπάνω αποτελούν καθοριστική πηγή πληροφοριών για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αυτός είναι ο λόγος που αυτοί οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση στην προσέγγιση και την συμβουλευτική γενικότερα και ειδικότερα των εγκύων γυναικών.

Ωστόσο, το θέμα του ρόλου των επαγγελματιών υγείας στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παραμένει περίπλοκο. Αντίθετα από άλλα θέματα υγείας η διακοπή του καπνίσματος ειδικότερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μία από τις πιο δύσκολες αλλαγές που καλούνται να κατορθώσουν οι επαγγελματίες υγείας καθώς η διαδικασία μίας τέτοιου είδους αλλαγής δεν είναι εύκολη, εφόσον δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη και άμεση μέθοδος προσέγγισης των εγκύων. Οι τελευταίες χρειάζονται υποστήριξη ειδικά σχεδιασμένη πάνω στις ιδιαίτερες ανάγκες τους, που να προέρχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Επομένως, εκπαίδευση, καθοδήγηση και επιμόρφωση πάνω στο αντικείμενο είναι αυτό που χρειάζονται οι τελευταίοι.

Εκτός από ειδική εκπαίδευση σε θέματα συμβουλευτικής που είναι απαραίτητο να διδάσκεται κατά τη διάρκεια των σπουδών των επαγγελματιών υγείας, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επιμόρφωση είναι επιβεβλημένη προκειμένου να καλυφθούν καινά γνώσης ως προς τη βοήθεια των εγκύων γυναικών προκειμένου να απεξαρτηθούν από το κάπνισμα. Η χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, όπως το διαδίκτυο, ποικιλία εκδόσεων, φυλλάδια με τεχνικές διακοπής του καπνίσματος, συνέδρια με ελεύθερη είσοδο και

ημερίδες θα μπορούσαν να βελτιώσουν τη γνώση των επαγγελματιών υγείας και κατ' επέκταση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες υγείας από μόνοι τους θα ήταν εποικοδομητικό να αντιληφθούν την ευθύνη τους πάνω στο θέμα και να υποστηρίξουν τις καμπάνιες και τις κρατικές εκστρατείες υπέρ της σταδιακής μείωσης του καπνίσματος όχι μόνο μεταξύ των εγκύων γυναικών αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας.

Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας των οποίων το έργο είναι κοινωνικό λειτουργήματα έχουν χρέος να προσπαθήσουν να εντοπίσουν εγκύους καπνίστριες σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και να τις ενθαρρύνουν να διακόψουν το κάπνισμα, δίνοντας την κατάλληλη υποστήριξη. Αυτό θα πρέπει να γίνεται συστηματικά και όχι ενστικτωδώς ή ευκαιριακά γιατί οι έγκυες καπνίστριες θα ωφεληθούν μόνο αν οι επαγγελματίες υγείας τις προσφέρουν εντατική και μεθοδευμένη συμβουλευτική. Μαθαίνοντας πώς να προσεγγίσουν το θέμα και προσφέροντας την κατάλληλη υποστήριξη οι επαγγελματίες υγείας θα δουν τις προσπάθειές τους να ανταμείβονται στο μέλλον.

Βιβλιογραφία

1. Samet J, Young S. World Health Organisation. Women and tobacco epidemic: Canada, 2001. World Health Organisation, 2001, NMH/TFI/01.1

2. Lowe JB, Balandia KP, Clare G. Evaluation of antenatal smoking cessation programs for pregnant women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1998, 22 (1): 55-59
3. Σταυρουλάκης, Γ. 100 Δισεκατομμύρια τσιγάρα την εβδομάδα G. *Focus* 2003, 37: 94
4. Cornell EM. Preventing maternal smoking: United States, 2001. NGA Center for best practices. Available at <http://www.nga.org/files/pdf/071101smoking.pdf.html> (24/07/2001)
5. Tobacco Information Campaign Team. Helping pregnant women to stop smoking. *British Journal of Midwifery* 2002,10 (11): 663-667
6. Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, Hartsock SA, Hartmann KE, Helton M, Lohr JA. Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies. *The Journal of American Board of Family Practice* 2004, 17: 264-275
7. McLeine K, MacLeod-Clark J. Women's reasons for smoking in pregnancy. *Nursing Times* 1991, 87 (22): 39-42
8. Health Education Authority. Action on smoking and pregnancy. Information Pack, London, England, 1999
9. Hass J, Kplan C, Barenboim D, Jacob P, Benowitz N. Bubropion in breast milk: an exposure assessment for potential treatment to prevent post-partum tobacco use. *Tobacco Control* 2004, 13:52-56
10. National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Health and economic impact: smoking cessation for pregnant women. Tobacco Information and Prevention Source, 2002. Available at: http://www.helppregnantsmokersquit.org/assets/documents/cms_2fin.pdf
11. Tew M, Kitzinger S. *Safer childbirth?* London, Free Association Books, 1998: 311-377
12. Bainbridge D. *A visitor within*. London, Phoenix, 2000: 205-253
13. Ρουτσόνης Δ. Η Διακοπή του Καπνίσματος κατά τη Διάρκεια της Εγκυμοσύνης Οδηγεί σε Υγιή Παιδιά. Hellenic Resources Network. Available at: <http://www.hri.org/E/1996/96-05-06.dir/keimena/greece/greece2.html> (08/03/03)
14. National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Chronic Disease Prevention. Preventing chronic diseases: investing wisely in health preventing smoking during pregnancy, 2005. Available at: http://www.helppregnantsmokersquit.org/assets/documents/pefs_smoking.pdf.html (10/12/05)
15. BBC News (2000) Pregnant smokers damage children's lungs. Tuesday, 21 March, 2000,01:18GMT. Available at: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/683998.stm.html> (08/03/03)
16. Respir AJ Effects of maternal smoking during pregnancy and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children. *Crit. Care Med*, 2001, 163: 429-436
17. Polito J. Smoking while pregnant or breastfeeding. *WhyQuit.Com*[online Journal] 2005. Available at: <http://www.whyquit.com/whyquit/LinksBirth.html> (18/10/05)
18. Varisco R. Drug abuse and conduct disorder linked to maternal smoking during pregnancy. *National Institute of Drug Abuse Notes Journal* 2000, 15 (5): 1-2
19. Bloomberg J. Maternal smoking during pregnancy and childhood obesity. *American Journal of Epidemiology* 2002, 156: 954-961
20. Thomas J. Maternal smoking during pregnancy associated with negative toddler behaviour and early smoking experimentation. *National Institute of Drug Abuse Notes Journal* 2001, 16 (1): 1-3
21. Marks D, Murray M, Evans B, Willig C. *Health psychology*. London, Sage, 2000: 173-201

22. Douglas Z, Jill W. Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2003, 16: 305-315
23. Solvic P. *Smoking*. London, Sage, 2001: 51-63
24. Liebmann-Smith J. Women and smoking. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2006, 18(5): 221-227
25. Denscombe M, Smoking cessation among young people. *Health Education Journal* 2001, 60 (3):221-231
26. Borgatta E, Evans R. *Smoking health and behaviour*. Texas, Aldine, 1968: 140-164
27. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004, 328: 338-339
28. Jacobson B. *Beating the lady killers*. London, Victor Gollanez. LTD, 1998:86-107 and 108-120
29. Kerr J. *Community health promotion*. London, Bailliere Tindall, 2002: 51-64
30. National Healthy Mothers Healthy Babies Coalition Team Smoking cessation during pregnancy: position statement. London, 2001. Available at: http://www.hmhb.org/ps_smoking.html (05/01/06)
31. Whent H. Smoking and pregnancy guidance for purchasers and providers. Great Britain, 1994. London, Health Education Authority, 1994: Part 1, 1-8 and Part 2, 9-39
32. Duncley J. *Health promotion in midwifery practice*. London, Bailliere Tindall, 2000: 108-124
33. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. *Health promotion in nursing*. London, Prentice Hall, 2002: 33-58
34. Centre for Infections Disease Prevention and Control. Canadian STD Guidelines, 2003. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca.html>(15/05/03)
35. Dossey M, Keegan L, Guzzetta C. *Holistic nursing*. New York, Aspen, 1999: 725-747
36. Kemm J, Close A. *Health promotion*. London, Macmillan, 1995: 21-37
37. Naidoo J, Wills J. *Health promotion*. London, Bailliere Tindall, 2001: 223
38. Katz J, Peberdy A, Douglas J. *Promoting health*. London, Palgrave, 2000: 80-94
39. Ewles L, Simnett I. *Promoting health*. London, Bailliere Tindall, 1999: 23-55
40. Naidoo J, Wills J. *Health promotion*. London, Bailliere Tindall, 1994: 83-100
41. Ewles L, Simnett I. *Promoting health*. London, Scutari Press, 1995: 20-33
42. Tones K, Tilford S. *Health promotion*. London, Nelson Thornes, 2001: 74-148
43. MacDonald T. *Rethinking health promotion*. London, Routledge, 1998: 146-159
44. Caraher M. Nursing and health promotion practice: the creations of victims and winners in a political context. *Journal of Advanced Nursing* 1994, 19: 405-468
45. Sutton S. How does the health action process approach bridge the intention-behaviour gap? An examination of the model's casual structure. *Applied psychology: an international review* 2008, 57(1), 66-74

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**Η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο**

Παναγιώτα Μπέλλου-Μυλωνά¹, Γεωργία Κ. Γερογιάννη²

1. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α', Τ.Ε.Ι. Αθήνας

2. Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής Α', Τ.Ε.Ι. Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συμβολή της οικογένειας στη νοσηλεία και ανάρρωση των ατόμων που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είναι σημαντική, αφού αποτελεί σημαντική πηγή ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης για αυτά. Παράλληλα, ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός όχι μόνο για τους ενήλικες αρρώστους, αλλά και για τα παιδιά που νοσηλεύονται σε παιδιατρικά νοσοκομεία, καθώς και για τις εγκύους, οι οποίες χρειάζονται το σύζυγό τους κατά τη διάρκεια του τοκετού. Προκειμένου οι γονείς και οι συγγενείς να μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη στο δικό τους άρρωστο, το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει διατηρεί στενή επικοινωνία μαζί τους, ενώ παράλληλα θα πρέπει να τους παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση του αρρώστου και την εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος.

Λέξεις κλειδιά: Οικογένεια, άρρωστος, νοσοκομείο, οικογενειακή φροντίδα, ψυχολογική υποστήριξη.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μπέλλου Παναγιώτα,
Λακωνίας 20, 11523, Αμπελόκηποι.
Τηλ. 210-6912424

REVIEW**Contribution of family in the care of patient in hospital**Panagiota Bellou-Mylona¹, Georgia K. Gerogianni²

1. Professor of Nursing, TEI Athens

2. Lecturer of Nursing, TEI Athens

ABSTRACT

Family has a significant role in hospital treatment of patients, since it can provide effective psychological and emotional support to patients undergoing treatment to hospital. Additionally, the above role of family is not only significant for adults but also for children and pregnant women, who need their husbands during their childbirth.

Consequently, the medical and nursing staff need to maintain a continuous contact with parents and relatives of patients, and provide them with the appropriate information concerning the condition of their patient and the progress of the therapeutic program. This can make them capable of providing effective psychological support to their patient.

Key words: Family, patient, hospital, family care, psychological support.

CORRESPONDING AUTHOR

*Bellou Panagiota,
20 Lakonias Street, 11523,
Ampelokipoi.
Tel. 210-6912424*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως οικογένεια ορίζεται μία ομάδα ατόμων που συνδέονται με δεσμούς γάμου, αίματος και υιοθεσίας και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους^{1,2}. Εάν επεκταθεί ο όρος, μπορεί να

συμπεριλάβει μία ευρύτερη κοινωνική ομάδα, η οποία αποτελείται από δύο ή περισσότερα άτομα που κατοικούν στον ίδιο χώρο, έχουν κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς, σκοπούς

και επιδιώξεις, και διεκπεραιώνουν αλληλοεξαρτώμενες δραστηριότητες³.

Η παρουσία της οικογένειας αποτελεί μία σημαντική πηγή ψυχολογικής σταθερότητας για τον άρρωστο, καθώς και μία πηγή στήριξης για καλύτερη ανάρρωση, αφού τον βοηθά να διατηρήσει την επαφή με το σπίτι του και το κοινωνικό σύνολο. Επιπλέον, ο ρόλος της οικογένειας, των φίλων, και των συγγενών είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια προβλήματα που νοσηλεύονται συχνά στο νοσοκομείο. Αυτό, γιατί η οικογένεια μπορεί να ικανοποιήσει σε μεγάλο βαθμό τις βασικές ανάγκες του αρρώστου κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο, να τον βοηθήσει να μειώσει το άγχος του, και να τον ενθαρρύνει προκειμένου να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στο θεραπευτικό σχήμα στο οποίο υποβάλλεται^{4,5}. Παράλληλα, η οικογένεια μπορεί να κατευθύνει τον άρρωστο προκειμένου να συμμετάσχει σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις επιπλοκές της ασθένειάς του^{6,7}.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΝΟΝΙΣΜΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα, η φροντίδα υγείας προς τα μέλη της οικογένειας παρείχετο σχεδόν αποκλειστικά μέσα στο σπίτι. Οι συγγενείς, οι φίλοι και οι παραδοσιακοί λειτουργοί υγείας πρόσφεραν

τεχνική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη στον άνθρωπο από τη γέννηση μέχρι το θάνατο του⁸.

Μετά τον Α' παγκόσμιο πόλεμο, η φροντίδα υγείας παρουσίασε σημαντικές αλλαγές. Η μέχρι τότε χρήση των εμβολίων διευρυνόταν όλο και περισσότερο, ενώ η χρήση των σουλφοναμιδών, σε συνδυασμό και με τις βελτιωμένες τεχνικές απολύμανσης και αποστείρωσης, προανήγγειλαν μία νέα εποχή για τη φροντίδα υγείας, η οποία ολοκληρώθηκε με την ανακάλυψη των αντιβιοτικών. Οι αλλαγές αυτές επηρέασαν τον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα η παροχή της φροντίδας να μετακινηθεί από το σπίτι στο νοσοκομείο. Μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και της τεχνολογίας συνέβαλαν σημαντικά στην ανάπτυξη ενός αισθήματος ασφάλειας προς το νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση των αρρώστων σε αυτό⁹.

Παλαιότερα, η επίσκεψη των συγγενών σε νοσηλευόμενους αρρώστους επιτρεπόταν μόνο με την άδεια του Διευθυντού του νοσοκομείου. Στη συνέχεια, οι επισκέψεις συγγενών επιτρέπονταν μόνο μία φορά την εβδομάδα. Με την πάροδο του χρόνου οι επισκέψεις αυξήθηκαν σε τρεις φορές την εβδομάδα. Η ευθύνη για τον έλεγχο του επισκεπτηρίου είχε ανατεθεί στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο έδινε την άδεια

επίσκεψης στην οικογένεια ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του αρρώστου¹⁰.

Επισκεπτήριο σε παιδιατρικούς θαλάμους Νοσοκομείου

Το επισκεπτήριο σε ανήλικους αρρώστους εφαρμόστηκε από τα πρώτα χρόνια, όπως και στα νοσοκομεία ενηλίκων αρρώστων. Η αντίληψη του περιορισμένου επισκεπτηρίου επεκράτησε για αρκετές δεκαετίες. Η έκθεση Platt το 1959 εισήγαγε τη στρατηγική του 'ελευθέρου' επισκεπτηρίου για τους γονείς των παιδιών που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο. Στη συνέχεια επεκτάθηκε η δυνατότητα ελεύθερης επίσκεψης και σε συγγενείς α' βαθμού¹¹.

Στην απόφαση αυτή η αντίδραση των εργαζομένων υπήρξε έντονη, αλλά με την πάροδο του χρόνου, η αντίληψη ότι το επισκεπτήριο δεν επιδέχεται κανέναν περιορισμό έγινε αποδεκτή. Επιπλέον, αναγνωρίστηκε η ανάγκη της παρουσίας των γονιών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των παιδιών, επειδή, όπως τονίστηκε, ο χωρισμός αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για τα παιδιά, δεδομένου ότι οι γονείς αποτελούν την κυριότερη πηγή συναισθηματικής υποστήριξης για αυτά. Η ανάγκη αυτή αναγνωρίστηκε από τις Διευθύνσεις των νοσοκομείων και υποστηρίχθηκε με την παροχή ανέσεων και διευκολύνσεων για τη διαμονή τους στο νοσοκομείο¹².

Αξίζει να σημειωθεί ότι το παιδί που εισάγεται στο νοσοκομείο θεωρεί ότι απειλείται, αφού βρίσκεται σε άγνωστο περιβάλλον, μακριά από τους γονείς του και τα υπόλοιπα αγαπημένα του πρόσωπα, και υφίσταται μία σειρά από επώδυνες παρεμβάσεις μέσα σε ένα πλαίσιο που περιορίζει την αυτονομία του. Πιο συγκεκριμένα, το παιδί μέσα στο νοσοκομείο φοβάται για τους τραυματισμούς που μπορεί να υποστεί και τον πόνο που μπορεί να βιώσει¹³. Γι' αυτό, η παρουσία της οικογένειας δίπλα στο παιδί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του έχει τεράστια σημασία.

Σε μία μελέτη που διερευνούσε τις απόψεις των Νοσηλευτών σχετικά με τη σπουδαιότητα της συμμετοχής των γονιών στη σωματική και ψυχολογική φροντίδα του παιδιού τους που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, παραπάνω από το 80% των Νοσηλευτών θεώρησαν ως πολύ σημαντική τη συμμετοχή των γονιών στην κάλυψη των σωματικών αναγκών του παιδιού. Παράλληλα, παραπάνω από το 70% των Νοσηλευτών θεώρησαν ως εξίσου σημαντική την ικανότητα των γονιών να συμμετέχουν στην ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών τους που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο¹⁴. Σε μία παρόμοια μελέτη σχετικά με το εάν οι γονείς επιθυμούν να παρευρίσκονται δίπλα στα παιδιά τους κατά τη διάρκεια κάποιων επίπονων παιδιατρικών διαδικασιών, το 74.6% των γονιών επιθυμούσαν να παρευρίσκονται δίπλα στα παιδιά τους, υποστηρίζοντας ότι το παιδί θα είναι πιο συνεργάσιμο αφού θα

αισθάνεται την ασφάλεια των γονιών του¹⁵. Επιπλέον, όταν οι γονείς παρευρίσκονται κοντά στο παιδί τους μπορούν να κατανοήσουν και να καλύψουν πιο αποτελεσματικά τις σωματικές και ψυχολογικές του ανάγκες¹⁶.

Επισκεπτήριο σε Μαιευτήρια

Τις αλλαγές του επισκεπτηρίου σε παιδιατρικούς θαλάμους ακολούθησε και η παρουσία του συζύγου στην αίθουσα τοκετών. Σκοπός της παρουσίας του συζύγου είναι η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στη σύζυγο. Έρευνες έχουν δείξει ότι η παρουσία του συζύγου κατά τη διαδικασία του τοκετού μειώνει σημαντικά τη διάρκεια του τοκετού και την υποξία του εμβρύου. Σε παρόμοια μελέτη έχει βρεθεί ότι η στήριξη των συζύγων απέναντι στις συζύγους τους κατά τη διάρκεια του τοκετού, συμβάλλει στην καλύτερη διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ τους και στη σύσφιξη των οικογενειακών τους σχέσεων¹¹.

Ελεύθερο επισκεπτήριο

Οι κοινωνικές αλλαγές που συνέβησαν κατά τη διάρκεια των δεκαετιών 1950 και 1960, επέδρασαν σημαντικά στους υπάρχοντες κανονισμούς του επισκεπτηρίου. Οι αποφάσεις των εκάστοτε διοικήσεων των νοσοκομείων, οι οποίες εξαιρούσαν την οικογένεια του αρρώστου, αμφισβητήθηκαν. Η ανάπτυξη του κινήματος προστασίας του καταναλωτή και οι

επιθυμίες των αρρώστων και των συγγενών τους ελήφθησαν υπόψη, με αποτέλεσμα την αλλαγή στους κανονισμούς επίσκεψης¹⁰.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες σε 125 νοσοκομεία, σχετικά με τη μελέτη προγραμμάτων επισκεπτηρίου, βρέθηκε ότι στο 40% των νοσοκομείων η άδεια επισκεπτηρίου καλύπτει σχεδόν όλη την ημέρα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο διερευνήθηκαν 404 νοσοκομεία, όπου βρέθηκε ότι το 1/3 από αυτά είχε ελεύθερο επισκεπτήριο¹⁷.

Γι' αυτό, ο Dracup προτείνει την καθιέρωση μίας γραπτής συμφωνίας, με βάση την οποία οι άρρωστοι, η οικογένεια και οι νοσηλευτές θα αποφασίζουν από κοινού τον αριθμό, το χρόνο και τη διάρκεια της επίσκεψης. Οι νοσηλευτές σε συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια θα συνεκτιμούν τα δεδομένα και θα αποφασίζουν από κοινού για τη συχνότητα των επισκέψεων, οι οποίες θα πρέπει να συμφωνούν με τις ιδιαίτερες ανάγκες του αρρώστου. Παρόλα αυτά, η βοήθεια που θα παρέχεται από το ελεύθερο επισκεπτήριο θα πρέπει να προγραμματίζεται προσεκτικά, χωρίς να συρρέουν επισκέπτες σε ακατάλληλες ώρες¹⁷.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η οικογένεια έχει ήδη περιγραφεί ως ένα αναπόσπαστο σύστημα και η αρρώστια ενός

μέλους μπορεί να απειλήσει το σύστημα. Το αποτέλεσμα της απειλής του συστήματος μπορεί να επιφέρει φόβο, αγωνία, αίσθημα αδυναμίας και έλλειψη ελπίδας. Επίσης, μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσει σε σωματική και συναισθηματική εξάντληση. Γι' αυτό, κάθε παρέμβαση που μειώνει την επίδραση αυτών των πιέσεων, επιφέρει άμεσο όφελος στην οικογένεια¹⁸.

Η αμοιβαία επίδραση συντελείται, γιατί η οικογένεια λειτουργεί ως κοινωνικό σύστημα που αποτελείται από αλληλεπιδρώντα άτομα και οποιαδήποτε αλλαγή μέσα στο σύστημα επηρεάζει τη σταθερότητα του¹⁹. Εφόσον η οικογένεια αποτελεί σύνολο και σύστημα, η αρρώστια ενός μέλους του συστήματος έχει άμεση επίπτωση σε όλο το σύστημα και ο τρόπος που το σύστημα αντιδρά έχει άμεση επίδραση στο μέλος που πάσχει²⁰. Συνεπώς, όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά λειτουργεί το σύστημα τόσο πιο καλά προσαρμόζονται τα μέλη³. Για το λόγο αυτό, τα μέλη της οικογένειας χρειάζεται να προσαρμόζονται στα διάφορα προβλήματα των ασθενών, προκειμένου να μπορούν να τους παρέχουν αποτελεσματική ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη²¹. Ο βαθμός επίδρασης της οικογένειας από την αρρώστια ενός μέλους της εξαρτάται από:

- Την ανάθεση ρόλων μέσα στην οικογένεια.
- Το μέγεθος της συναισθηματικής συμπαράστασης που υπάρχει στα μέλη της οικογένειας.

- Τη σταθερότητα της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας.

Η παρουσία της οικογένειας στο νοσοκομείο, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου, ενισχύεται από την αντίληψη της ολιστικής φροντίδας του αρρώστου. Η Νοσηλευτική ως επιστήμη, και τέχνη υποστηρίζει μία ανθρωποκεντρική και ολιστική θεώρηση της φροντίδας. Συνεπώς, για την επίτευξη μίας ολιστικής φροντίδας του αρρώστου απαιτείται η συνεχής επικοινωνία του νοσηλευτή με την οικογένειά του²².

Δραστηριότητες οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου

Άρρωστοι, επισκέπτες, νοσηλευτές και γιατροί έχουν εκφράσει κοινές πεποιθήσεις για τη θετική συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο. Οι ίδιοι οι επισκέπτες επιθυμούν να έχουν το ρόλο του εμπυχωτή, επιβλέποντα, φροντιστή, συντρόφου, ηθοποιού. Εξάλλου, όπως προαναφέρθηκε, η οικογένεια αποτελεί σημαντική πηγή ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης για τους νοσηλευόμενους²². Οι σημαντικότερες δραστηριότητες που μπορεί να επιτελέσει η οικογένεια κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός μέλους της στο νοσοκομείο είναι:

- Η διατήρηση του προσανατολισμού και της επικοινωνίας του αρρώστου με την υπόλοιπη οικογένεια και το κοντινό περιβάλλον.

- Η ενθάρρυνση και ο εφησυχασμός του αρρώστου²³.
- Η συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου²⁴.
- Η εκπροσώπηση του αρρώστου και η ενημέρωσή του για θέματα που τον αφορούν.
- Η συνεργασία για το θεραπευτικό πρόγραμμα του αρρώστου.
- Η συμμετοχή στο σχεδιασμό της φροντίδας του αρρώστου.
- Η συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του αρρώστου όπως η βοήθεια κατά τη διάρκεια του φαγητού, η χορήγηση υγρών, η ατομική υγιεινή, η αλλαγή λευχειμάτων, η εντριβή του σώματος, η βοήθεια του αρρώστου κατά την κένωση του εντέρου ή της κύστης, η τοποθέτηση θερμομέτρου και επισπαστικών, η έγερση του αρρώστου από το κρεβάτι, η βοήθεια κατά τη διάρκεια των διαφόρων εξετάσεων που γίνονται στο νοσοκομείο, η προστασία του αρρώστου από ατυχήματα και άλλους κινδύνους, και η συμβολή της στην προετοιμασία για έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο²⁵.

Ανάγκες οικογένειας κατά τη φροντίδα του αρρώστου

Η νοσηλεία του αρρώστου στο νοσοκομείο δεν είναι ευχάριστο γεγονός για το άτομο και την οικογένεια και θα μπορούσε να προκαλέσει δυσλειτουργία και αστάθεια, τα οποία είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε οικογενειακή κρίση.

Παράλληλα, οι άρρωστοι, των οποίων οι οικογένειες παρουσιάζουν μειωμένη αντίσταση, δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στην εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής²⁶. Για την αποφυγή μίας τέτοιας οικογενειακής κρίσης είναι σημαντική η εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας, οι οποίες έχουν ταξινομηθεί ως εξής: ανάγκες γνώσεων, συναισθηματικές ανάγκες, και προσωπικές ανάγκες.

α. Ανάγκες γνώσεων συγγενών

Έχει παρατηρηθεί ότι πολλές οικογένειες έχουν ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας στον άρρωστο²⁷. Οι ανάγκες γνώσεων των συγγενών σχετίζονται με πληροφορίες που αφορούν στην πρόοδο της κατάστασης του αρρώστου, τη θεραπεία, το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας και τη γενικότερη φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο. Γι' αυτό, οι πληροφορίες που παρέχονται θα πρέπει να είναι συνεπείς και ειλικρινείς, ενώ απαιτείται η συχνή επανάληψή τους προκειμένου να διασφαλίζεται η κατανόηση τους. Συνοπτικά, οι κυριότερες ανάγκες της οικογένειας είναι:

- Η καθημερινή ενημέρωσή τους από το γιατρό σχετικά με την πορεία της υγείας του αρρώστου.
- Η ενημέρωσή τους σχετικά με το διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόγραμμα του αρρώστου.

- Η ενημέρωσή τους σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας.
- Η ενημέρωσή τους σχετικά με το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η εξοικείωσή τους με το προσωπικό που φροντίζει τον άρρωστο.
- Η ενημέρωσή τους για τυχόν αλλαγές όταν απουσιάζουν από το νοσοκομείο.
- Η επικοινωνία με το νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος για τον άρρωστο.
- Η ενημέρωσή τους για το περιβάλλον όπου νοσηλεύεται ο άρρωστος.
- Η διαβεβαίωση ότι παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα.
- Οι ειλικρινείς απαντήσεις και οι κατανοητές εξηγήσεις για την κατάσταση του αρρώστου¹⁸.

β. Συναισθηματικές ανάγκες οικογένειας.

Οι συναισθηματικές ανάγκες της οικογένειας αποσκοπούν στη στενή επαφή της με τον άρρωστο με σκοπό τη βελτίωση του θεραπευτικού προγράμματος, την επικοινωνία με το προσωπικό και τη συμμετοχή της στη φροντίδα του αρρώστου. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς και οι συγγενείς επιθυμούν να:

- Βρίσκονται κοντά στον άρρωστο.
- Συζητούν με το προσωπικό για τα συναισθήματά τους.
- Νιώθουν ότι είναι αποδεκτοί από το προσωπικό.
- Αισθάνονται ότι υπάρχει ελπίδα αποκατάστασης.

- Αισθάνονται ότι το προσωπικό ενδιαφέρεται για τον άρρωστο.
- Εκπαιδεύονται προκειμένου να παρεμβαίνουν στον άρρωστο.
- Συμμετέχουν στη φροντίδα του αρρώστου¹⁸.

γ. Προσωπικές ανάγκες οικογένειας

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, οι προσωπικές ανάγκες της οικογένειας έχουν το μικρότερο ενδιαφέρον. Οι προσωπικές ανάγκες επικεντρώνονται στις ευκολίες που πρέπει να διαθέτει το νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, θεωρήθηκαν απαραίτητοι οι χώροι αναμονής και διαμονής για τα μέλη των οικογενειών που παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο, χώροι φαγητού, καθώς και άλλοι βασικοί κοινόχρηστοι χώροι. Επιπλέον, θα τους διευκόλυνε πολύ ένα άτομο από το χώρο του νοσοκομείου που να φροντίζει τις δικές τους ανάγκες¹⁸.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά, η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο είναι σημαντική. Επίσης, η συμμετοχή των γονιών στη φροντίδα του παιδιού στο νοσοκομείο θεωρείται εξίσου σημαντική, όπως επίσης και η παρουσία των συζύγων στην αίθουσα τοκετού. Προκειμένου να είναι αποτελεσματική η συμμετοχή της οικογένειας στο νοσοκομείο, τόσο οι γονείς όσο και οι συγγενείς των αρρώστων θα πρέπει να

ενημερώνονται επαρκώς σχετικά με την κατάσταση του αρρώστου και να εκπαιδεύονται κατάλληλα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να μπορούν να παρέχουν ουσιαστική ψυχολογική υποστήριξη στον άρρωστο.

Βιβλιογραφία

1. Εγκυκλοπαίδεια Μπριτάνικα Οικογένεια. Εκδόσεις Πάπυρος, 1991, 46:276.
2. Εγκυκλοπαίδεια Υδρία-Καίμπριτζ-Ήλιος. Εκδόσεις τέσσερα Έψιλον 9, 1993:2892.
3. Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική και Οικογένεια. Στο: Κοινωνική Νοσηλευτική. 3^η Έκδοση, Η ΤΑΒΙΘΑ, 1998: 226-237.
4. Locatelli F, Vecchio LD, Manzoni C. Morbidity and mortality on maintenance haemodialysis. *Nephron* 1998, 80 (4): 380-395.
5. Gurklis JA, Menke ED. Chronic haemodialysis patients' perceptions of stress, coping, and social support. *American Nephrology Nurses' Association Journal* 1995, 22 (4): 381-388.
6. Oka M, Chaboyer W. Dietary behaviours and sources of support in haemodialysis patients. *Clinical Nursing Research* 1999, 8 (4): 302-317.
7. Pope J. Living with renal failure. *Nursing Times* 1999, 95 (25): 54-55.
8. Hartley J. Visitors: help or hindrance? *Surgical Nurse* 1990, 3: 2-5.
9. Πλατή Χ. Ο θάνατος μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* 1986, 113 (3): 79-89.
10. Darbysbire P. Sour Grapes. *Nurs Times* 1987, 83 (37): 23-25.
11. Sawley L. Companions in casualty. *Nurs Times* 1992, 88 (5): 32-33.
12. Farrel M. Partnership in care: Paediatric nursing moder. *Brit J Nurs* 1992, 1 (4): 175-176.
13. Ευαγγέλου Ε. Εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο - Ο ρόλος της οικογένειας στη φροντίδα του. *Νοσηλευτική* 2001, 3: 27-38.
14. Evagelou E, Iordanou P, Lemonidou Ch, Patiraki E, Kyritsi E, Bellou P. Parental participation in their hospitalized child's physical and psychological care: Nurses' perceptions. *ICUs and Nursing Web Journal* 2003, 13: 1-13.
15. Kyritsi H, Matziou V, Perdicaris P, Zyga S, Kletsou H, Evagelou H. Painful pediatric procedures: Do parents want to be present? *ICUs and Nursing Web Journal* 2004, 18: 1-9.
16. Evagelou E, Iordanou P, Adali E, Marvaki Ch, Noula M, Kyritsi E. Reasons affecting parental visitation in pediatric medical and surgical wards: parents and nurses perceptions. *ICUs and Nursing Web Journal* 2002, 9: 1-11.

-
17. Marfell J, Garcia J. Contracted visiting hours in the coronary care unit. *Nurs Clin North Am* 1995, 30 (1): 87-96.
18. Dyer D. Meeting the needs of visitors- a practical approach. *Intensive care nursing* 1991, 7 (3):135-147.
19. Σαββοπούλου Γ. Εισαγωγή στην έννοια της υγείας, Στο: Βασική Νοσηλευτική. Μία Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. 2^η Έκδοση, Η ΤΑΒΙΘΑ, 1997: 29.
20. Κυριακίδου Ε. Η οικογένεια και το χρόνιο άτομο: Ρόλος Νοσηλεύτριας. *Νοσηλευτική* 1993, 32 (1): 30-34.
21. Ormandy P. Dialysis (part 2): haemodialysis. *Nursing Standard* 1997, 11 (23): 48-56.
22. Ραγιά Α. Βασική Νοσηλευτική. Θεωρία και Δεοντολογικές αρχές. Εκδόσεις Αθήνα 1995: 63-67.
23. Collier A, Schirm V. Family-focuses nursing care of hospitalized elderly. *Int J Nurs Standard* 1992, 29 (1): 49-57.
24. Σαπουντζή Δ. Νοσηλευτική φροντίδα της οικογένειας. Αιφνίδια ασθένεια και οικογένεια. *Νοσηλευτική* 1997, 36 (2): 148-154.
25. Simpson T. Visitors' verbal behavior with coronary care unit patients. *West J Nurs Research* 1992, 14 (4): 482-497.
26. Σαπουντζή Δ. Νοσηλευτική φροντίδα στην οικογένεια. Στο: Υγεία, κοινωνική προστασία και οικογένεια. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1995: 221-227.
27. Smitka JJ. Using nursing research to assess families managing complex home care. *Kansas Nurse* 1998, 73 (4): 1-2.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**Αξιολόγηση του Μεταβολικού Συνδρόμου στα παιδιά και τους εφήβους**

Ρεκλείτη Μαρία,¹ Κυριαζής Ιωάννης²

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

2. Παθολόγος - Διαβητολόγος, PhD, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ., Β' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν " Ασκληπιείο " Βούλας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ) είναι ένα άθροισμα αλληλοσυσχετιζόμενων διαταραχών, που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και διαβήτη τύπου ΙΙ και αποτελούν αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στο σύγχρονο κόσμο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση των παραμέτρων του Μεταβολικού Συνδρόμου στην κλινική πράξη.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε ανασκόπηση ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, με τη βοήθεια λέξεων - κλειδιών.

Αποτελέσματα: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι τα κριτήρια του Μεταβολικού Συνδρόμου δεν είναι σαφώς καθορισμένα και ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τη φυλή, ενώ νέοι παράγοντες κινδύνου αναγνωρίζονται καθημερινά. Η ανθυγιεινή διατροφή και ο στατικός τρόπος ζωής αποτελούν βασικές συνισταμένες της παχυσαρκίας στην παιδική και εφηβική ηλικία, με αποτέλεσμα η συχνότητα ανεύρεσης μεταβολικών διαταραχών σε υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά και εφήβους να αυξάνεται συνεχώς και να καθιστά επιτακτική την ανάγκη ανίχνευσης του συνδρόμου.

Συμπεράσματα: Η διαχείριση του Μεταβολικού Συνδρόμου πρέπει να βασίζεται στον εξατομικευμένο υπολογισμό του κινδύνου και όχι στην απλή άθροιση και προσπάθεια αντιμετώπισης της κάθε μεταβολικής διαταραχής ξεχωριστά. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των παιδιών και των εφήβων με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, θα συντελέσει ουσιαστικά στην πρόληψη, με την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών και στη μείωση των επιπλοκών του συνδρόμου στο μέλλον.

Λέξεις κλειδιά: Μεταβολικό σύνδρομο, κεντρική παχυσαρκία, διαβήτης, προαγωγή υγείας.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ρεκλείτη Μαρία

Νικομηδείας 27

Κόρινθος, ΤΚ 20100

Τηλ: 2741 361 261, 6984 170 286

e-mail: mrekliti@gmail.com

REVIEW

Evaluating Metabolic Syndrome in children and adolescents

Maria D Rekliti¹, Dr. Ioannis A Kyriazis²

1. RN, General Hospital of Corinth

2. Internist – Diabetologist, 2nd Internal Medicine Department & Diabetes Outpatient Clinic, General Hospital "Asclepeion" Voulas

ABSTRACT

Metabolic Syndrome (MS) is consisted by a group of interrelated disorders increasing the risk for cardiovascular diseases and type II diabetes causing diseases and deaths in modern world.

Purpose of the current study is to relate the evaluation of the metabolic syndrome parameters in clinical practice.

Data sources and methods: The methodology which was used in this study included Greek and international bibliography review with the help of key-words.

Results: Bibliography review showed that the criteria for Metabolic Syndrome are not well-defined and vary according to age, gender and race, while new risk factors are identified every day. Unhealthy diet and lack of physical activity are the basic features of obesity in childhood and adolescence. As a result, the frequency of metabolic disorders constantly increases in overweight or obese children and adolescents and therefore it is necessary for the diagnosis of the syndrome.

Conclusions: Metabolic Syndrome management should be based upon an individualized risk assessment and not upon a simple summation and effort in getting treatment separately for each metabolic disorder. Prompt diagnosis and treatment of children and adolescents with multiple

risk factors will contribute substantially to prevention by adopting a healthy lifestyle and reducing future syndrome complications.

Key words: Metabolic syndrome, central adiposity, diabetes, health promotion.

CORRESPONDING AUTHOR

M. Rekliti

27 Nikomidias street

GR-20100 Corinth, Greece

Tel: + 30 2741 361 261, + 30 6984 170 286

e-mail: mrekliti@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Μεταβολικό Σύνδρομο στους ενήλικες έχει οριστεί ως ένα σύνολο καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, που τα βασικά του σημεία είναι η παχυσαρκία κεντρικού τύπου, η δυσλιπιδαιμία, η χαμηλή HDL, η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης.¹ Η κεντρική παχυσαρκία σχετιζόμενη με το φύλο ορίζεται από την περίμετρο μέσης^{2,3} και το λόγο μέσης – γοφών (Waist to Hip Ratio).⁴

Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι το ένα τέταρτο των ενηλίκων παγκοσμίως πάσχει από Μεταβολικό Σύνδρομο και λόγω της «επιδημίας» της παχυσαρκίας, εμφανίζεται αυξημένη συχνότητα του συνδρόμου σε παιδιά και εφήβους.^{5,6} Οι πάσχοντες από Μεταβολικό Σύνδρομο έχουν δύο ως τρεις φορές περισσότερο πιθανότητα να εμφανίσουν καρδιακά νοσήματα ή έμφραγμα μυοκαρδίου και πέντε φορές περισσότερο να αναπτύξουν

διαβήτη τύπου II, σε σχέση με τους μη πάσχοντες.⁷ Η Διεθνής Ομοσπονδία για τον διαβήτη (IDF) αναφέρει τέσσερα εκατομμύρια θανάτους ετησίως σχετικούς με τις επιπλοκές του διαβήτη και με την αναμενόμενη αύξηση των διαβητικών σε 380 εκατομμύρια παγκοσμίως, ο φόβος αύξησης της θνησιμότητας είναι υπαρκτός.^{8,9}

Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας δεν υπήρχε ένας γενικά αποδεκτός ορισμός, που να περιγράφει με ακρίβεια τι περιλαμβάνεται στο Μεταβολικό Σύνδρομο και οι διάφορες ονομασίες που είχαν δοθεί σε αυτό, όπως μεταβολικό τρισύνδρομο,¹⁰ σύνδρομο της αφθονίας,¹¹ σύνδρομο X¹² κ.ά. αντανακλούσαν διαφορετικές θεωρήσεις του αντικειμένου και δεν θεωρούνταν ακριβώς ταυτόσημες.¹³ Τα τελευταία χρόνια δημιουργήθηκε ένα σταθερό πλαίσιο αναφοράς σχετικά με τις βασικές διαταραχές

που περιλαμβάνονται στο σύνδρομο, και επικράτησε ο όρος «Μεταβολικό Σύνδρομο». Η κλινική ταξινόμηση του Μεταβολικού Συνδρόμου που χρησιμοποιείται ευρέως, έχει προταθεί από την Αμερικανική Επιτροπή Ειδικών (NCEP- ATP III), σύμφωνα με την οποία θα πρέπει τρεις ή περισσότεροι από τους παράγοντες κινδύνου να βρίσκονται πάνω από τα επιτρεπτά όρια (Σάκχαρο νηστείας ≥ 110 mg %, τριγλυκερίδια ≥ 150 mg %, HDL - χοληστερόλη < 50 mg % άνδρες και < 60 mg % γυναίκες, συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση $\geq 130/85$ mmHg, ομφαλική περίμετρος > 102 cm άνδρες και > 88 cm γυναίκες).³

Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει κανένας αποδεκτός ορισμός που να αξιολογεί τον κίνδυνο του Μεταβολικού Συνδρόμου σε παιδιά και εφήβους. Ο ορισμός του συνδρόμου για τους ενήλικες δεν θεωρείται κατάλληλος για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, οπότε χρήσιμος θα είναι ο καθορισμός ενός παγκοσμίως αποδεκτού εργαλείου για την έγκαιρη διάγνωση του Μεταβολικού Συνδρόμου, προκειμένου να ληφθούν προληπτικά μέτρα για τα παιδιά και τους εφήβους έναντι της ανάπτυξης καρδιαγγειακών παθήσεων ή διαβήτη.¹⁴

Η Διεθνής Ομοσπονδία για τον διαβήτη (IDF), έχει καθορίσει τα κριτήρια του Μεταβολικού Συνδρόμου σε σχέση με τις ηλικιακές διαφορές των παιδιών και των εφήβων (6-10 ετών, 10-16 ετών, 16 και άνω). Αποκλείστηκε η ηλικία

κάτω των 6 ετών, λόγω ανεπαρκών στοιχείων. Και στις τρεις ηλικιακές ομάδες, απαραίτητο κριτήριο είναι η παχυσαρκία «κεντρικού τύπου», τα επίπεδα των λιπιδίων (τιμές τριγλυκεριδίων και HDL - χοληστερόλης) και η τιμή της αρτηριακής πίεσης.¹⁴⁻¹⁷ Επιπλέον, προτείνει σε παιδιά κάτω των 10 ετών να μη τίθεται διάγνωση Μεταβολικού Συνδρόμου, αλλά να αντιμετωπίζεται η κοιλιακή παχυσαρκία.^{7,14,18,19} (Πίνακας 1)

Παχυσαρκία: ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου

Τελευταία δίνεται έμφαση στην κατανομή της παχυσαρκίας, καθώς το σπλαχνικό λίπος συνδέεται με τον διαβήτη τύπου II²⁰ και με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο^{21,22} και σε συγκεκριμένους πληθυσμούς (όπως π.χ. Ασιατικής καταγωγής), η κεντρική παχυσαρκία αναγνωρίζεται ως καλύτερος προγνωστικός δείκτης νοσηρότητας.^{23,24} Χαρακτηριστικά, στην Ιαπωνία παρατηρείται παράλληλη αύξηση του διαβήτη στους ενήλικες και της παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους.²⁵

Τα εθνικά στατιστικά των ΗΠΑ αναφέρουν ότι έχουν τριπλασιαστεί οι παχύσαρκοι έφηβοι από το 1980. Το 2000, το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας 6-11 ετών πλησίασε το 15% και των εφήβων το 15,5%, ενώ το 1994 τα ποσοστά ήταν 11% και 10,5% αντίστοιχα.²⁶

Τα δεδομένα της 1^{ης} Πανελλήνιας επιδημιολογικής μελέτης της Ελληνικής

Εταιρείας Παχυσαρκίας (2005) δείχνουν εντυπωσιακή αύξηση της παχυσαρκίας στις παιδικές ηλικίες,²⁷ ενώ το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στις ηλικίες από 2 έως 6 ετών. (Πίνακες 2 και 3)^{28,29}

Αυξανόμενη της ηλικίας, το ποσοστό παχυσαρκίας μειώνεται και στα δύο φύλα, ενώ το ποσοστό σωματικού υπέρβαρου αυξάνεται. Η ενδομήτρια ζωή του εμβρύου και διάφοροι παράγοντες τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης μπορεί να προδιαθέσουν ένα παιδί σε παθήσεις, όπως η παχυσαρκία, ο προδιαβήτης και το Μεταβολικό Σύνδρομο.³⁰

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του Μεταβολικού Συνδρόμου, είναι το οικογενειακό ιστορικό,³¹⁻³³ το χαμηλό βάρος γέννησης,³⁴⁻³⁷ η παρουσία διαβήτη στη μητέρα κατά την κύηση³⁰ και η διατροφή στη νηπιακή ηλικία.³⁸ Ταυτόχρονα, η αστικοποίηση, η ανθυγιεινή διατροφή και ο στατικός τρόπος ζωής αποτελούν βασικές συνισταμένες στην αύξηση της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία.²

Η παχυσαρκία στην παιδική και εφηβική ηλικία έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία και επηρεάζει την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των νέων. Επιπλέον, είναι δύσκολο και δαπανηρό να θεραπευθεί και οι πρώην παχύσαρκοι δοκιμάζουν τεράστιες προκλήσεις για να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό βάρος στο μέλλον. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία τείνει να εμμένει και μετά την ενηλικίωση.^{29,39} Το 50% των υπέρβαρων εφήβων και το ένα τρίτο των

υπέρβαρων παιδιών παραμένουν παχύσαρκοι και ως ενήλικες. Έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν Μεταβολικό Σύνδρομο και στη συνέχεια διαβήτη τύπου II και καρδιαγγειακές νόσους νωρίς στη ζωή τους.³⁹

Η πρόληψη του Μεταβολικού Συνδρόμου στα παιδιά και τους εφήβους.

Η διαχείριση του Μεταβολικού Συνδρόμου περιλαμβάνει κυρίως την υιοθέτηση πρωτογενών προληπτικών μέτρων και υγιών συμπεριφορών για την αποφυγή των καρδιαγγειακών νοσημάτων στο μέλλον. Η αναγνώριση ότι η αθηρωμάτωση μπορεί να εμφανιστεί από την παιδική ηλικία, σε συνάρτηση με την περισσότερη γνώση που έχει αποκτηθεί σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, συνηγορούν υπέρ της ανάπτυξης αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόωξης αναγνώρισης και περιορισμού των παραγόντων κινδύνου για Μεταβολικό Σύνδρομο.^{6,40,41}

Τα παιδιά και οι νέοι αποτελούν σήμερα το πιο ενεργό τμήμα του πληθυσμού. Στις αναπτυγμένες κοινωνίες όμως, υπάρχει μια έντονη τάση προς την αύξηση της καθιστικής ζωής μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας.⁴² Το περιβάλλον που ζουν τα μικρά παιδιά περιλαμβάνει λίγες ευκαιρίες για σωματική δραστηριότητα και υπερεπάρκεια τροφίμων υψηλής θερμιδικής αξίας. Η καθιστική ζωή και η κακή διατροφή αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες, κυρίως για τα παιδιά που έχουν

προδιάθεση για μεταβολικές διαταραχές, με την παχυσαρκία να είναι ένα λογικό επακόλουθο.⁴³ Ο τρόπος ζωής που επιβάλλει η τεχνολογική αλλαγή (τηλεόραση, βιντεοπαιχνίδια, ηλεκτρονικοί υπολογιστές, διαδίκτυο κ.λ.π.) έχει μειώσει την πραγματική αξία των τροφίμων αλλά και τη σωματική κατανάλωση των θερμίδων.^{44,45} Η τεχνολογία αυξάνει το σωματικό βάρος και σύμφωνα με υπολογισμούς, η χρήση των κινητών τηλεφώνων και των τηλεκοντρόλ είναι η αιτία απώλειας βάρους 146 χιλιομέτρων ανά έτος, δηλαδή 25 ωρών βάρους.⁴⁶ Τα παιδιά και οι έφηβοι επηρεάζονται από την αυξανόμενη τάση της παχυσαρκίας και προβλέπεται πως η τωρινή γενιά των 6-18 ετών θα είναι η πρώτη που δεν θα ξεπεράσει σε χρόνια ζωής τους γονείς τους.⁴⁷

Η απόκτηση υγιεινών συνηθειών, όσον αφορά τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα, επιβάλλεται να γίνεται από την πρώιμη παιδική ηλικία, αφού οι μελέτες δείχνουν αυξημένα ποσοστά παχύσαρκων και ινσουλινοαντιστεκόμενων παιδιών.^{48,49} Η πρώιμη και επαναλαμβανόμενη έκθεση των παιδιών σε τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε ενέργεια, ζάχαρη και λίπος αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την υιοθέτηση προτιμήσεων απέναντι στα τρόφιμα αυτά. Μαθαίνουν να προτιμούν τροφές υψηλής ενεργειακής πυκνότητας, έναντι άλλων με μικρή θερμιδική αξία και να συνδέουν τις τροφές αυτές με τη γεύση τους.⁵⁰

Οικογενειακό περιβάλλον

Τα παιδιά θα πρέπει να είναι η πληθυσμιακή ομάδα, στην οποία πρέπει να δοθεί προτεραιότητα για τις στρατηγικές παρέμβασης. Η πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί μέσα από μια ποικιλία παρεμβάσεων που θα αποσκοπούν στη διαμόρφωση του κατάλληλου περιβάλλοντος, τη φυσική άσκηση και τη διατροφή.^{51,52} Οι γονείς μπορούν να επηρεάσουν τη συμμετοχή των παιδιών τους στη φυσική δραστηριότητα με άμεσους και έμμεσους τρόπους.⁵³ Οι παραδοσιακές ελληνικές διατροφικές συνήθειες, μια παραλλαγή της μεσογειακής διατροφής, έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον των επιστημόνων, που το επέλεξαν ως διατροφικό μοντέλο που προωθεί την καλή υγεία. Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι συνήθειες που αφορούν τη μεσογειακή διατροφή σχετίζονται με τα χαμηλά ποσοστά ισχαιμικών καρδιακών ασθενειών.⁵⁴ Είναι αναγκαίο να καταβληθούν προσπάθειες προκειμένου οι γονείς να περιορίζουν τον χρόνο παρακολούθησης στην τηλεόραση και των παιχνιδιών στο βίντεο ή τον υπολογιστή. Η εκπαίδευση των γονέων συνιστάται έντονα, ιδιαίτερα αν ο γονιός (γονείς) είναι παχύσαρκος, αρχίζοντας με την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό κατά την εγκυμοσύνη.⁴³ Οι γονείς είναι οι κύριοι προμηθευτές της τροφής των παιδιών τους και οι ίδιοι με τη διατροφική τους συμπεριφορά και τις αθλητικές τους δραστηριότητες

διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του παιδιού, λειτουργώντας κυρίως ως πρότυπα.⁵⁵ Η άσκηση ελέγχου των γονέων πάνω στο είδος και την ποσότητα του τροφίμου που καταναλώνουν τα παιδιά μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές τους προτιμήσεις και πρέπει να γνωρίζουν ότι η χρήση κατάλληλης τεχνικής μπορεί να τροποποιήσει τις διατροφικές επιλογές του παιδιού προς την κατεύθυνση ενός υγιεινού και θρεπτικά ισορροπημένου διαιτολογίου.⁵⁶

Το κατάλληλο περιβάλλον που ευνοεί το περπάτημα, το ποδήλατο και άλλες μορφές φυσικής δραστηριότητας και αποτρέπει τη χρήση αυτοκινήτου, η δημιουργία κινήτρων για αλλαγή σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, η προώθηση φυσικής δραστηριότητας και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων ως προς την διατήρηση υγιούς επιπέδου σωματικού βάρους, σε συνεργασία με βιομηχανίες παραγωγής τροφίμων και ενώσεις καταναλωτών, αποτελούν εργαλεία για την προώθηση υγιεινού τρόπου ζωής.^{57,47} Τα προγράμματα που επικεντρώνονται στην οικογένεια, δίνουν έμφαση στη μονάδα της οικογένειας, θεωρώντας ότι, εάν δεν ενθαρρυνθεί στο σύνολό της να υιοθετήσει ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής, τα παιδιά είναι μάλλον απίθανο να διατηρήσουν τις όποιες καλές συνήθειες έχουν αποκτήσει και μετά το πέρας των εν λόγω προγραμμάτων.^{58,59}

Ιδρύματα προσχολικής ηλικίας και σχολεία

Οι στρατηγικές παρέμβασης στα παιδιά μπορεί να τεθούν σε εφαρμογή στοχεύοντας κυρίως σε ιδρύματα προσχολικής ηλικίας, σε σχολεία ή σε υπηρεσίες φύλαξης μετά το σχολείο, σαν το φυσικό περιβάλλον που θα επηρεάζει τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα. Το σχολείο προσφέρει ένα λογικό και εφικτό τόπο για την εφαρμογή στρατηγικών προαγωγής υγείας, γιατί αποτελεί ένα κοινωνικό και περιβαλλοντικό ίδρυμα που έχει μεγάλη επίδραση στον έλεγχο των συμπεριφορών των παιδιών.⁶⁰ Τα προγράμματα που επικεντρώνονται στο σχολείο προσανατολίζονται κυρίως στην πρόληψη και στοχεύουν το σύνολο των μαθητών σε επιλεγμένες τάξεις, προκειμένου να μη στιγματιστούν τα παχύσαρκα παιδιά.⁶¹

Παρεμβατικά προγράμματα στα σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης βελτιώνουν τις κινητικές δεξιότητες στην παιδική ηλικία και βοηθούν να ξεπεραστεί ο φαύλος κύκλος της φυσικής αδράνειας, που συνδυάζεται ενδεχομένως με την υπερβολική ενεργειακή πρόσληψη αλλά και την αύξηση βάρους.⁶² Τα σχολεία θα πρέπει να παρέχουν καθημερινά φυσική δραστηριότητα και συχνές περιόδους ελεύθερου παιχνιδιού στα μικρά παιδιά. Επιπλέον, να υιοθετήσουν πολιτικές προώθησης της υγιεινής των τροφίμων σε κατάλληλο ποσοστό και να αποθαρρύνουν την παροχή ανθυγιεινών τροφίμων ως επιβράβευση για τη θετική συμπεριφορά ή

ακαδημαϊκή επίτευξη.⁴⁷ Είναι αναγκαίο να εκπαιδεύονται στο πως να τρέφονται υγιεινά όχι μόνο στα κύρια γεύματα, αλλά και στα ενδιάμεσα.⁶³ Η συμμετοχή των παιδιών στα αθλήματα επηρεάζει θετικά τις διατροφικές τους επιλογές. Υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες τα παιδιά και οι έφηβοι να αποκτήσουν υγιεινές διαιτητικές συνήθειες και να ελέγξουν το βάρος τους μέσα από μια αθλητική φυσική δραστηριότητα, για να επιτύχουν μεγιστοποίηση την αθλητικών τους επιδόσεων. Η επιτυχία αυτών των ενδοσχολικών πρωτοβουλιών, λόγω της ίδιας της φύσης τους, εξαρτάται από τον ενθουσιασμό των διδασκόντων, καθώς και από την κατάρτιση που αυτοί διαθέτουν σχετικά με τις αρχές και την πράξη της διατήρησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής.^{64,65}

Τα προγράμματα πρόληψης των παραγόντων που οδηγούν σε Μεταβολικό Σύνδρομο μπορούν να είναι αποτελεσματικά στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος, με την ενεργή συμμετοχή των δασκάλων, των γονέων αλλά και του κυλικείου του σχολείου, στα πλαίσια της κοινότητας, με τη συμμετοχή τόσο των μελών της κοινότητας, όσο και των εμπλεκόμενων υπηρεσιών και την υποστήριξη των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Το παιδί, καθοδηγούμενο από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον να ακολουθεί γενικές οδηγίες για σωστή διατροφή και άσκηση στην πρώιμη παιδική ηλικία, θα αποκτήσει στην

εφηβική και μετέπειτα ενήλικη ζωή του υγιεινό τρόπο ζωής.⁶⁶⁻⁶⁸

Στρατηγικές πρόληψης κι αντιμετώπισης

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, αφού κατέγραψε τις ανησυχίες των επιστημόνων υγείας, κινείται με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση του Μεταβολικού Συνδρόμου:

I. Το 2004 ξεκίνησε ένα φιλόδοξο εξαετές ερευνητικό πρόγραμμα, το *LipGene* με την ονομασία: "Diet, genomics and the metabolic syndrome: an integrated nutrition, agro-food, social and economic analysis", που εξετάζει το σύνδρομο. Αυτή η μαζική προσπάθεια από 25 πρότυπα κέντρα θα βοηθήσει στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ της διατροφής και της ατομικής γενετικής σύνθεσης στην εμφάνιση του συνδρόμου. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει μια μεγάλης κλίμακας μελέτη παρέμβασης στην ανθρώπινη διατροφή, ανάπτυξη νέων τεχνολογιών για την αύξηση της περιεκτικότητας των τροφίμων σε «καλό λίπος» και εκπαιδευτική εκστρατεία.^{69,70}

II. Το *EPODE*, ένα τετραετές πρόγραμμα που ξεκίνησε το 2004 σε 113 κοινότητες της Γαλλίας, με τη στήριξη του Υπουργείου Υγείας, την ενεργό συμμετοχή των κοινοτήτων και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας πολυεθνικών εταιριών τροφίμων, απευθύνεται σε παιδιά 5 – 12 ετών σε συνεργασία με σχολιάτρους, γονείς και εκπαιδευτικούς. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ιατρικές εξετάσεις και υπολογισμό Δείκτη Μάζας Σώματος ετησίως,

και τα παιδιά, μέσα από δραστηριότητες, οργανωμένα παιχνίδια, εκπαιδευτικές επισκέψεις σε χώρους παραγωγής τροφίμων κ.ά., ενθαρρύνονται στην απόκτηση υγιεινών συμπεριφορών διατροφής και φυσικής άσκησης.⁷¹ Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξετάζει τους τρόπους για την πραγματοποίηση του προγράμματος EPODE σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε συνεργασία με κοινοτικούς φορείς, βιομηχανίες τροφίμων, ενώσεις καταναλωτών, στοχεύοντας στην ενημέρωση.⁷²

III. Η Λευκή Βίβλος της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007) καθορίζει τη νέα κοινοτική στρατηγική για την υγεία (2008-2013), με σκοπό την ενίσχυση της συνεργασίας, την επίτευξη καλύτερης κατανόησης των θεμάτων υγείας σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο, την προώθηση κατάλληλων μέτρων για τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων, του ενεργού πληθυσμού και των παιδιών, προκειμένου να ενισχυθεί η παραγωγικότητα του πληθυσμού και η υγεία του καθώς γηράσκει και τη λήψη επιπρόσθετων μέτρων, κυρίως σε σχέση με τη διατροφή.⁷³

VI. Απόφαση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (2007) αφορά τις πολιτικές, τα προγράμματα για τη δημόσια υγεία και την προστασία των καταναλωτών εντός ενός ενιαίου πλαισίου, με σκοπό τη βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και δραστηριότητες για την προαγωγή της

υγείας, που συνοδεύονται από ενέργειες και ειδικά μέσα μείωσης και εξάλειψης των κινδύνων, σε συνεργασία με τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.).⁷⁴

Στην Ελλάδα υπάρχει έλλειμμα πληροφόρησης για τους παράγοντες κινδύνου του Μεταβολικού Συνδρόμου και επίσης υπάρχουν ελάχιστες υπηρεσίες για τη διαχείριση αυτών των κινδύνων, κυρίως από μεμονωμένες πρωτοβουλίες. Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη σχετικών υπηρεσιών, η συμφωνία με τις αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και η συμμετοχή στα εκάστοτε προγράμματα υγείας της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων είναι αναγκαία και φαίνεται ότι ανταποκρίνεται σε σημαντικό μέρος ακάλυπτης ζήτησης, ενώ ταυτόχρονα ικανοποιεί την αναγκαιότητα ενίσχυσης και βελτίωσης των προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας, με τη στενή συνεργασία όλων των φορέων υπηρεσιών υγείας και πληροφόρησης των πολιτών.

Οι μελέτες και οι κλινικές δοκιμές οδηγούν σε σημαντικές πληροφορίες για την αιτιολογική σχέση μεταξύ της πρώιμης αντίστασης στην ινσουλίνη, τον διαβήτη τύπου II και τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου στους εφήβους και τα παιδιά.^{75,76} Επιπλέον, η ύπαρξη παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο για παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή.⁷⁷

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Το Μεταβολικό Σύνδρομο συνίσταται από μια ομάδα μεταβολικών διαταραχών, που οδηγούν σε σοβαρές επιπλοκές σε ζωτικά όργανα και κάθε στοιχείο του αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου, συνήθως όμως αυτοί συσσωρεύονται στο ίδιο άτομο με αποτέλεσμα να αυξάνεται κατά πολύ ο κίνδυνος επιπλοκών.

Η ανάγκη σχεδιασμού και υλοποίησης προληπτικών προγραμμάτων γίνεται επιτακτική, αν αναλογιστεί κανείς ότι η παχυσαρκία έχει λάβει εκρηκτικές διαστάσεις τόσο στους ενήλικες, όσο και στα παιδιά και τους εφήβους. Τα συνιστώμενα μέτρα στοχεύουν στην απώλεια των περιττών κιλών, την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών, τη τροποποίηση της συμπεριφοράς των παιδιών και των εφήβων απέναντι στη διατροφή και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.

Μπορεί να μην είναι ακόμα απολύτως σαφές πως η σωστή διατροφή και η σωματική άσκηση μειώνουν τον κίνδυνο θανάτου των πασχόντων από Μεταβολικό Σύνδρομο, ωστόσο θα πρέπει να κινητοποιήσει τους υπευθύνους για την δημιουργία εκστρατειών που θα αναδεικνύουν την αξία της υγιεινής διατροφής και της φυσικής άσκησης, ως φιλοσοφίας και τρόπου ζωής.

Όπως και σε άλλα ανεπτυγμένα κράτη, έτσι και στην Ελλάδα τα προγράμματα υγείας πρέπει να εστιάσουν περισσότερο στην εξεύρεση τρόπων πρόληψης του συνδρόμου και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας όλου του

πληθυσμού και να είναι συμβατά με τα νέα επιστημονικά δεδομένα, που κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου για την παγκόσμια «έκρηξη» των παραγόντων εμφάνισης και ανάπτυξης του συνδρόμου στην παιδική και εφηβική ηλικία. Οι στρατηγικές προαγωγής υγείας και η ανάπτυξη υγειονομικών προγραμμάτων πρέπει να περιλαμβάνουν ενέργειες σε κεντρικό, σε τοπικό (κυρίως σε επίπεδο κοινότητας και Τοπικής Αυτοδιοίκησης), καθώς και σε ατομικό επίπεδο. Η παρέμβαση πρέπει να είναι σε καθένα από αυτά πολυδιάστατη και πολύπλευρη.

Οι επιστήμονες και οι επαγγελματίες υγείας, σε συνεργασία με τους αρμόδιους κρατικούς φορείς και τους υπευθύνους για τη λήψη αποφάσεων να στοχεύουν στην προαγωγή υγείας κατά το σχεδιασμό οποιασδήποτε υγειονομικής πολιτικής. Η συνέχιση μελετών που θα καταγράφουν τις διατροφικές συνήθειες, τις συνήθειες φυσικής δραστηριότητας, την ύπαρξη διαβήτη, κεντρικής παχυσαρκίας και όλων των συνισταμένων του Μεταβολικού Συνδρόμου σε ευρεία κλίμακα, θα δώσουν αξιόπιστα στοιχεία και θα εντοπίσουν τις ομάδες, όπου πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή. Τα αποτελέσματα ερευνών συσχέτισης με μεγάλο δείγμα, που μπορεί να έχουν και επιδημιολογικό χαρακτήρα, προαπαιτούνται και αποτελούν τη βάση του σχεδιασμού κάθε υγειονομικής στρατηγικής.

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση του πληθυσμού πρέπει να περιλαμβάνει θέματα διατροφής και φυσικής δραστηριότητας και πρόληψης ή διαχείρισης της κεντρικής παχυσαρκίας και του διαβήτη. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να ευαισθητοποιηθούν και να συμβουλεύουν ότι η πρόληψη και ο έλεγχος είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να αντιμετωπιστεί το Μεταβολικό Σύνδρομο και οι επιπλοκές του και να κινητοποιήσουν όλες τις πληθυσμιακές ομάδες προς την αλλαγή στερεότυπων αντιλήψεων και συμπεριφορών, με στόχο την προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής.

Η πρώτη προσέγγιση πρέπει να εστιάζει στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας και να δοθεί προσοχή στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και τη μείωση της κατανάλωσης θερμίδων σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.^{78,66-68} (Πίνακας 4) Στα ήδη υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά και εφήβους οι προσπάθειες πρέπει να στοχεύουν στη διαχείριση της παχυσαρκίας: αλλαγή συμπεριφορών, έγκαιρη ανίχνευση διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και υπέρτασης, φαρμακευτική και χειρουργική προσέγγιση στους κατάλληλους ασθενείς.⁷⁹ Η πρόωρη αναγνώριση και η «επιθετική» θεραπεία μπορεί να οδηγήσει στο μέλλον στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.⁸⁰

Απαιτείται κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση της επιδημίας των μεταβολικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στις

ανεπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες.⁸¹ Οι επιστήμονες και οι επαγγελματίες υγείας, οι διαιτολόγοι και οι διατροφολόγοι, οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς και συνολικά η κοινότητα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών. Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας, η προαγωγή υγείας πρέπει να συνδυάζει ποικίλες μεθόδους και τρόπους προσέγγισης, όπως την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές, την ανάπτυξη της κοινότητας, καθώς και αυτογενείς τοπικές δραστηριότητες κατά των κινδύνων του Μεταβολικού Συνδρόμου, που απειλεί τη δημόσια υγεία.

Βιβλιογραφία

1. Singh D. Adaptive Significance of Female Physical Attractiveness: Role of Waist-to-Hip Ratio. *J Personal Soc Psychol*, 1993; 65(2): 293-307.
2. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J, Bloomgarden Z, Kaufman F, Silink M. Type 2 diabetes in the young: the evolving epidemic: the International Diabetes Federation consensus workshop. *Diab Care* 2004; 27: 1798-1811.
3. Expert Panel on Detection Evaluation, and Treatment Of High Blood Cholesterol in Adults, Executive Summary Of the Third Report Of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on De-

- tection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-2497.
4. Ashwell M, Lejeune S, McPherson K. Ratio of waist circumference to height may be better indicator of need for weight management. *BMJ* 1996; 312 (7027): 377.
 5. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz WH. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 821-827.
 6. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane WV, Taksali SE, Yeckel CW, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med* 2004; 350: 2362-2374.
 7. Cruz ML, Weigensberg MJ, Huang TT, Ball G, Shaibi GQ, Goran MI. The metabolic syndrome in overweight Hispanic youth and the role of insulin sensitivity. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 108-113.
 8. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome—a new worldwide definition. *Lancet* 2005; 366: 1059-1062.
 9. Zimmet P, Alberti G, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, et al, on behalf of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention of Diabetes. The metabolic syndrome in children and adolescents: the IDF consensus. *IDF Task Force on Epidemiology. Diab Voice*, 2007; 52(4): 29-32.
 10. Petrie JR, Cleland SJ, Small M. The metabolic syndrome: overeating, inactivity, poor compliance or “dud” advice? *Diabetic Med* 1998; 15(3): 29-31.
 11. Gries FA, Liebermeister H. The Metabolic Syndrome. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2003; 111: 299.
 12. Reaven GM. The metabolic syndrome: requiescat in pace. *Clin Chem* 2005; 51: 931-938.
 13. Ford ES. The metabolic syndrome and mortality from cardiovascular disease and all-causes: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey 11 Mortality Study. *Atherosclerosis* 2004; 173: 309-314.
 14. Hirschler V, Calcagno ML, Aranda C, Maccallini G, Jadzinsky M. Can the metabolic syndrome identify children with insulin resistance? *Pediatr Diab* 2007; 8(5): 272-277.
 15. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002; 287: 356-359.

16. De Ferranti SD, Gauvreau K, Ludwig DS, Newfeld EJ, Newburger JW, Rifai N. Prevalence of the metabolic syndrome in American adolescents: findings from the third national health and nutrition examination survey. *Circulation* 2004; 110: 2494-2497.
17. Lee S, Bacha F, Arslanian SA. Waist circumference, blood pressure, and lipid components of the metabolic syndrome. *J Pediatr* 2006; 149: 809-816.
18. Bacha F, Saad R, Gungor N, Arslanian SA. Are obesity-related metabolic risk factors modulated by the degree of insulin resistance in adolescents? *Diab Care* 2006; 29: 1599-1604.
19. Joliffe CJ, Janssen I. Development of age-specific metabolic syndrome criteria that are linked to the Adult Treatment Panel III and International Diabetes Federation Criteria. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 891-898.
20. Burke V, Beilin LJ, Simmer K, Oddy WH, Blake KV, Doherty D, et al. Predictors of body mass index and associations with cardiovascular risk factors in Australian children: a prospective cohort study. *Int J Obes* 2005; 29: 15-23.
21. Lebovitz HE, Banerji MA: Visceral obesity is causally related to insulin resistance. *Diab Care* 2005; 28: 2326-28.
22. Sunyer FX. The relation of adipose tissue to cardiometabolic risk. *Clin Cornerstone* 2006; 8(4): 514 -523.
23. Fujimoto WY, Bergstrom RW, Boyko EJ, Leonetti DL, Newell-Morris LL, Wahl PW. Susceptibility to development of central adiposity among populations. *Obes Res* 1995; 3(2): 179.
24. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Body mass index, waist circumference, and health risk: evidence in support of current National Institutes of Health guidelines. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2074.
25. Urakami T, Kubota S, Nitadori Y, Harada K, Owada M, Kitagawa T. Annual incidence and clinical characteristics of type 2 diabetes in children as detected by urine glucose screening in the Tokyo metropolitan area. *Diab Care* 2005; 28: 1876-1881.
26. National Center for Health Statistics, Prevalence of Overweight Among Children and Adolescents: United States, 1999-2000 (2000); Centers for Disease Control and Prevention & National Center for Health Statistics, National Health and Nutrition Examination Survey Data. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/health_statistics/2002/02hus071.pdf.
27. Kapantais E, Tzotzas T, Ioannidis I, Mortoglou A, Bakatselos S, Kaklamanou M, et al. First national epidemiological survey

- on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults. *Ann Nutr Metab* 2006; 34(4): 330-8.
28. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, (2005). 1η Πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη για την ανεύρεση του επιπολασμού της παχυσαρκίας των παιδιών και εφήβων στην ελληνική επικράτεια. Διαθέσιμο από: <http://www.eiep.gr/pages/home.htm>
29. Kyriazis IA, Zervas E, Stougianos P, Mytas D, Pavlidou C, Roma E, et al. Obesity indices in Greek primary school children between urban and semiurban areas. *Obes Reviews* 2007; 8(3): 26.
30. Pettitt DJ, Nelson RG, Saad MF, Bennett PH, Knowler WC. Diabetes and obesity in the offspring of Pima Indian women with diabetes during pregnancy. *Diab Care* 1993; 16(1): 310-314.
31. Abu Sayeed M, Ali L, Hussain MZ, Rumi MA, Banu A, Azad Khan AK. Effect of socioeconomic risk factors on the difference in prevalence of diabetes between rural and urban populations in Bangladesh. *Diab Care* 1997; 20: 551-555.
32. Hunt KJ, Heiss G, Sholinsky PD, Province MA. The FHS Investigators Familial history of metabolic disorders and the Multiple Metabolic syndrome: The NHLBI family heart study. *Genetic Epidem* 2000; 19(4): 395-409.
33. Peak KW, Chun KH, Lee KW. Relationship between metabolic syndrome and familial history of hypertension/stroke, diabetes and cardiovascular disease. *J Korea Med Sci* 2006; 21: 701-708.
34. Hales CN, Barker DJ, Clark PM, Cox LJ, Fall C, Osmond C, et al. Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64. *BMJ* 1991; 303: 1019-1022.
35. Dwyer T, Bizzard L, Venn A, Stankovic JM, Ponsonby, Morley R. Syndrome X in 8-y-old Australian children: stronger associations with current body fatness than with infant size or growth. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(10): 1301-9.
36. Wei JN, Sung FC, Li CY, Chang CH, Lin RS, Lin CC, et al. Low birth weight and high birth weight infants are both at an increased risk to have type 2 diabetes among schoolchildren in taiwan. *Diab Care* 2003; 26: 343-348.
37. Kanade AN, Rao S, Kelkar RS, Gupte S. Maternal Nutrition and Birth Size among Urban Affluent and Rural Women in India. *J Am Coll Nutr* 2008; 27(1): 137 - 145.
38. Wei JN, Sung FC, Li CY, Chang CH, Lin RS, Pettitt D, et al. Breast feeding in infancy is associated with lower rates of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Lancet* 1997; 350: 166-168.
39. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediat Obes* 2006; 1: 11-25.
40. Morrison JA, Aronson Friedman L, Wang P, Glueck CJ. Metabolic Syndrome in

- Childhood Predicts Adult Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes Mellitus 25 to 30 Years Later. *J Pediat* 2008; 152(2): 201 – 206.
41. Ford ES, Li C. Defining the metabolic syndrome in children and adolescents: will the real definition please stand up? *J Pediat* 2008; 152(2): 160 – 164.
42. Trudeau F, Shephard RJ. Contribution of School Programmes to Physical Activity Levels and Attitudes in Children and Adults. *Sports Med* 2005; 35(2): 89-105.
43. Sothorn M. Obesity prevention in children: physical activity and nutrition. *Nutrition* 2004 ; 20(7-8): 704 – 708.
44. Anderson PM, Butcher K. Childhood Obesity: Trends and Potential Causes. *Future Child* 2006; 16(1): 19-45.
45. Philipson TJ, Posner RA. The Long-Run Growth in Obesity as a Function of Technological Change. *Perspect Biol Med* 2003; 46(3): 87-107.
46. Rossner, S. Obesity: the disease of the twenty-first century. *Inter J Obes* 2002; 26(4): S2-4.
47. Wakefield J. Fighting obesity through the built environment. *Environ Health Perspect* 2004; 112(11): 616-618.
48. Brage S, Wedderkopp N, Ekelund U, Franks PW, Wareham NJ, Andersen LB, et al. Objectively measured physical activity correlates with indices of insulin resistance in Danish children. The European Youth Heart Study (EYHS). *Inter J Obesity* 2004; 28: 1503-1508.
49. Manios Y, Mangos F, Christakis G, Kafatos A. Changing relationships of obesity and dyslipidemia in Greek children: 1982-2002. *Prev Med* 2005; 41: 846-851.
50. Kyriazis IA , Ioannidis I, Mendrinou D, Fortis A, Drecoudis P, Lalousis A, et al. Dietary habits on young greek families and its relation with their educational level . *Obesity facts – Europ J Obes*, 2009; 2(2):73.
51. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, et al. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003; 88: 748-752.
52. Baillargeon JP, Carpentier A, Donovan D, Fortin M, Grant A, Simoneau-Roy J, et al. Integrated obesity care management system -implementation and research protocol. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 163.
53. Bois JE, Sarrazin PG, Brustad RJ, Trouilloud DO, Cury F. Elementary schoolchildren's perceived competence and physical activity involvement: the influence of parents' role modelling behaviours and perceptions of their child's competence. *Psychol Sport Exerc* 2005; 6(4): 381-397.
54. Hassapidou MN, Bairaktari M. Dietary intake of pre-adolescent children in Greece. *Nutr Food Sci* 2001; 31(3): 136-140.

55. Hyman DA. What Lessons Should We Learn From Drive-Through Deliveries? *Pediatr* 2001; 107: 406-407.
56. Pervanidou P, Kanaka-Gantenbein C, Papasotiriou J, Chrousos GP. Assessment of metabolic syndrome and obesity in children and adolescents. *Ann Clin Paediatr* 2007; 54(1): 41-52.
57. Sallis JF, Glanz K. The Role of Built Environments in Physical Activity, Eating, and Obesity in Childhood. *Future Child* 2006; 16(1): 89-108.
58. Müller MJ, Asbeck I, Mast M, Langnäse K, Grund A. Prevention of obesity - more than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Inter J Obes* 2001; 25(1): S66-S74.
59. Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S, Summerbell C. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001; (3): CD001871.
60. Fox K, Cooper A, McKenna J. The School and Promotion of Children's Health-Enhancing Physical Activity: Perspectives from the United Kingdom. *J Teach In Phys Edu* 2004; 23(4).
61. Prentice AM, Jebb SA. Obesity in Britain: gluttony or sloth. *Brit Med J* 1995; 311: 437-439.
62. Graf C, Koch B, Falkowski G, Jouck S, Christ H, Stauenmaier K, et al. Effects of a school-based intervention on bmi and motor abilities in childhood. *J Sports Sci Med* 2005; 4(3): 291-299.
63. Klonaridou V, Papadopoulou SK, Fahantidou A, Hassapidou M. Physical activity effect on snacks choice of children. *Nutr Food Sci* 2006; 36(6): 400-406.
64. Summerbell C, Kelly S, Campbell K. The prevention and treatment of childhood obesity. *Effect Health Care*, 2002; 7(6): 1-12.
65. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473-82.
66. Black MM, Cutts DB, Frank DA, Geppert J, Skalicky A, et al and the Children's Sentinel Nutritional Assessment Program Study Group. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children Participation and Infants' Growth and Health: A Multisite Surveillance Study. *Pediatr* 2004; 114: 169-176.
67. Jacknowitz A, Novillo D, Tiehen L. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children and Infant Feeding Practices. *Pediatr* 2007; 119: 281-289.
68. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πληροφόρησης για τα Τρόφιμα (EUFIC), 2008. Διαθέσιμο από: <http://www.eufic.org/page/el/health-lifestyle/healthy-eating/>
69. Lipgene Community Final Workshop. Lipgene: EU Sixth Framework Integrated

- Programme. "Diet, genomics and the metabolic syndrome: an integrated nutrition, agro-food, social and economic analysis", 2004-2009. Available at: <http://www.ucd.ie/lipgene/>
70. Buttriss J, Nugent, A. LipGene: an integrated approach to tackling the metabolic syndrome. *Proc Nutr Soc* 2005; 64: 345-347.
71. Westley H. Thin living. *BMJ* 2007; 335: 1236-1237.
72. Watson R. Steps to a leaner Europe. *BMJ* 2007; 335: 1238.
73. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. ΛΕΥΚΗ ΒΙΒΛΟΣ. «Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013». Βρυξέλλες, 23/10/2007. Διαθέσιμο από: http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=el&type_doc=COMfinal&an_doc=2007&nu_doc=630
74. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Απόφαση αριθ. 1350/2007/EK. Δεύτερο Πρόγραμμα Κοινοτικής Δράσης στον Τομέα της Υγείας για την Περίοδο 2008-2013. Επίσημη Εφημερίδα L 301 της 20.11.2007. Διαθέσιμο από: <http://europa.eu/scadplus/leg/el/cha/c11503b.htm>
75. American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Pediatr* 2000; 105(3): 671-680.
76. Srinivasan SR, Myers L, Berenson GS. Predictability of childhood adiposity and insulin for developing insulin resistance syndrome (syndrome X) in young adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Diab* 2002; 51: 204-209.
77. Whincup PH, Deanfield JE. Childhood obesity and cardiovascular disease: the challenge ahead. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med* 2005; 2(9): 432-433.
78. Arslanian S, Suprasongsin C. Insulin sensitivity, lipids, and body composition in childhood: is "syndrome X" present? *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 1058-1062.
79. Diaz VA, Mainous AG, Koopman RJ, Geesey ME. Undiagnosed Obesity: Implications for Undiagnosed Hypertension, Diabetes, and Hypercholesterolemia. *Fam Med* 2004; 36(9): 639-44.
80. Steinberger J, Daniels SR. Obesity, Insulin Resistance, Diabetes and Cardiovascular risk in children. *Circulation* 2003; 107: 1448-1453.
81. Ridker PM, Cook N. Should age and time be eliminated from cardiovascular risk prediction models? Rationale for the creation of a new national risk detection program. *Circulation* 2005; 111: 657-658.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Κριτήρια τεκμηρίωσης μεταβολικού συνδρόμου σε παιδιά και εφήβους (σύμφωνα με IDF).⁸

Ηλικιακή ομάδα (έτη)	Παχυσαρκία (WC)*	Τριγλυκερίδια	HDL Χοληστερόλη	Αρτηριακή πίεση	Τιμή σακχάρου (mmol/L) ή γνωστός διαβήτης T2
6-<10	≥90 εκατοστά	Το Μεταβολικό Σύνδρομο δεν μπορεί να διαγνωστεί, αλλά οι περαιτέρω μετρήσεις πρέπει να γίνουν αν υπάρχουν οικογενειακό ιστορικό, διαβήτης T2, δυσλιπιδαιμία, καρδιαγγειακή νόσος, υπέρταση και/ή παχυσαρκία.			
10-<16 Μεταβολικό Σύνδρομο	≥90 εκατοστά ή το κατώτερο των ενηλίκων	≥1.7 mmol/L (≥150 mg/dL)	<1.03 mmol/L (<40 mg/dL)	Συστολική ≥130/ διαστολική ≥85 mm Hg	≥5.6 mmol/L (100 mg/dL) (If ≥5.6 mmol/L [ή γνωστός διαβήτης T2] απαιτείται OGTT)
16+ Μεταβολικό Σύνδρομο	Χρήση των κριτηρίων για τους ενήλικες, σύμφωνα με IDF.				

WC: περιφέρεια μέσης; διαβήτης T2: διαβήτης τύπου 2; OGTT: καμπύλη σακχάρου.

* Το IDF Consensus group αναγνωρίζει ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις όσον αφορά την εθνικότητα, το φύλο και την ηλικία. Υπάρχει ανάγκη περαιτέρω έρευνας προκειμένου να εδραιωθεί ο σχετικός κίνδυνος.

Πίνακας 2. Πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη επιπολασμού παχυσαρκίας. Ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα.²⁸

Ηλικίες	ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ		Σύνολο Ατόμων με υπερβάλλον σωματικό βάρος %	
	Υπέρβαρος %	Παχύσαρκος %	Υπέρβαρος %	Παχύσαρκος %	Αγόρια	Κορίτσια
2-6	6,9	11,2	4,9	11,4	18,1	16,3
7-12	12,7	10,0	11,1	7,2	22,7	18,3
13-19	20,7	8,9	12,5	3,6	29,6	16,1

Πίνακας 3. Επιπολασμός δεικτών παχυσαρκίας σε παιδιά δημοτικών σχολείων σε αστικές και ημιαστικές περιοχές.²⁹

ΣΥΝΟΛΟ	ΥΠΕΡΒΑΡΑ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΥΠΕΡΒΑΡΑ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ
1399 ΠΑΙΔΙΑ (706 Αγόρια, 693 Κορίτσια)	23,9 %	7,3 %	9,2 %	5,3 %	ΑΘΗΝΑ	23,6 %	5,7 %
					860 (442Α-418Κ)		
					ΚΟΡΙΝΘΟΣ	24,3 %	9,8 %
					539 (264Α-275Κ)		

Πίνακας 4. Οδηγίες σωστής διατροφής και άσκησης στην πρώιμη παιδική ηλικία.⁶⁵⁻⁶⁷

1.	Οι γονείς να επιλέγουν την ώρα των γευμάτων.
2.	Να παρέχεται στα παιδιά ποικιλία τροφίμων πλούσια σε θρεπτική αξία (φρούτα, λαχανικά) και όχι σε ενέργεια (σνακ, παγωτά, γλυκά)
3.	Οι μερίδες σερβιρίσματος να προσαρμόζονται στις ανάγκες του παιδιού.
4.	Να προτιμώνται γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλά λιπαρά.
5.	Να περιορίζονται τα σνακς και ιδιαίτερα τα γλυκά κατά τη διάρκεια καθιστικών συμπεριφορών.
6.	Περιορισμός καθιστικών συμπεριφορών, απαγόρευση τηλεόρασης και βιντεοπαιχνιδιών στο παιδικό δωμάτιο.
7.	Να υπάρχουν προγραμματισμένα οικογενειακά γεύματα για τη προώθηση κοινωνικών σχέσεων και συμπεριφορών σε σχέση με το φαγητό.
8.	Εισαγωγή μιας μορφής άσκησης στην καθημερινότητα του παιδιού.
9.	Να μη χρησιμοποιούνται ανθυγιεινές τροφές ως επιβράβευση των παιδιών όταν εκδηλώνουν κάποια επιθυμητή συμπεριφορά.
10.	Είναι απαραίτητο ένα γερό και υγιεινό πρωινό κάθε μέρα.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**Ιστορική αναδρομή για τα έκθετα βρέφη στην Ελλάδα**Αθανασοπούλου Μαρία¹, Δρακοπούλου Μαριάννα¹

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Phd (c), Γ.Ν.Μ. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Από την μυθολογία ως την κλασική Αθήνα, και από τον μεσαίωνα μέχρι τη Σμύρνη και την Αθήνα στο τέλος του 19^{ου} αι, η ιστορία δείχνει ότι το φαινόμενο της εγκατάλειψης βρεφών πάντα υπήρχε. Οι άνθρωποι σε κάθε εποχή προσπαθούσαν να βρουν τρόπους να το αντιμετωπίσουν. Η αναδρομή στο χρόνο και η μελέτη του φαινομένου μέσα από τα παραδείγματα της ιστορίας συμβάλλουν αναμφίβολα στην αναπαράσταση των κοινωνικών δεδομένων της κάθε εποχής.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να ανασκοπήσει κριτικά όλα τα δεδομένα από την Διεθνή και Ελληνική βιβλιογραφία και να εντοπίσει τους παράγοντες που ευθύνονται για την εγκατάλειψη βρεφών και ειδικά στην Ελλάδα.

Μέθοδος: Η μεθοδολογία περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών μελετών, που αναφέρονταν σε ιστορικά στοιχεία σχετικά με την φροντίδα των έκθετων βρεφών από την αρχαία Ελλάδα μέχρι σήμερα. Η μεθοδολογία περιέλαβε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE και CINAHL (1990-2008).

Συμπεράσματα: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αναζήτηση των ιστορικών πηγών δημιουργεί ένα ψηφιδωτό που απεικονίζει τις πολλαπλές ανάγκες της Ελληνικής κοινωνίας για την αντιμετώπιση του φαινομένου της εγκατάλειψης των βρεφών. Οι εκάστοτε επιλογές αντιμετώπισής του πολλές φορές αμφισβητήθηκαν. Αποτέλεσαν όμως σωτήριες λύσεις για τα έκθετα βρέφη και εξηγούνται μόνο μέσα από το πρίσμα του κοινωνικού υπόβαθρου της κάθε εποχής και των αναγκών που εξυπηρετούσαν κάθε φορά.

Λέξεις κλειδιά: Έκθετα βρέφη, δημοτικό βρεφοκομείο, εγκατάλειψη βρεφών στην Ελλάδα.

REVIEW

History of abandoned infants in Greece

Athanasopoulou Maria¹, Drakopoulos Mariana¹

1. RN, MSc, Phd (c), "Elena Venizelou" Hospital

ABSTRACT

Introduction: It is since mythology to classical ages in Greece, since Medieval Ages to the end of the 19th century in Smyrna and in Athens, that history indicates the abandonment of the infants as a phenomenon always existing. A time flashback and the research of the phenomenon through the historic examples contribute unequivocally to the remonstrance of the social facts in each era.

Aim: The aim of this study was to critically review all the historical data and the evidence from the international and Greek literature and to explore the factors that are accountable for to the infant's abandonment and especially in Greece.

Method: A critical literature search was performed using of MEDLINE and CINAHL (1990-2008) databases. The literature review referred to historical data related to the care of the abandoned infants since ancient Greek times.

Conclusion: The literature review leads to the conclusion that the detection of the historical sources combines a "mosaic" which reflects the multiple needs of the Greek society, with target to encounter the infant abandonment. The ways used each time in order the phenomenon to be faced, not rarely were doubted. Still they stand as the salutary solutions for the abandoned infants and they are explained and established through the social background of each era and through the needs serviced each time.

Key words: Abandoned infants, public nursery, abandoned infants in Greece.

CORRESPONDING AUTHOR

*Athanasopoulou Maria,
Patision 332,
111 41 Ano Patisia,
Tel: 210 2237021, 6996152059,
E-mail: athmari@yahoo.com, athmari1@aol.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρακτική της εγκατάλειψης των βρεφών αμέσως μετά από τη γέννησή τους είναι ένα φαινόμενο με ποικίλα κίνητρα και εξαρτώμενα από διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Με την ανασκόπηση των ιστορικών πηγών παρουσιάζουν ενδιαφέρον οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των μύθων στη μυθολογία όσον αφορά τα έκθετα βρέφη και η κοινωνική ή η οικογενειακή απεικόνιση της εγκατάλειψης των βρεφών στην κλασσική Αθήνα. Λύση βρέθηκε στο μεσαίωνα για τα έκθετα βρέφη όπως επίσης δόθηκε λύση από την εύπορη και ευαισθητοποιημένη σε κοινωνικά ζητήματα, αστική τάξη της Σμύρνης το 19^ο αι. για τα παιδιά που εγκαταλείπονταν στα σκαλιά των σπιτιών εύπορων οικογενειών. Από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους μέχρι σήμερα τα έκθετα βρέφη περιθάλπονται είτε με την ίδρυση του πρώτου Δημοτικού βρεφοκομείου στην Αθήνα είτε με τα σύγχρονα κέντρα παιδικής μέριμνας. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι έχει ανακάμψει ζωνρό ενδιαφέρον για να διευκρινισθεί ο λόγος για

τον οποίο η εγκατάλειψη βρεφών συνεχίζει να υφίσταται στη σύγχρονη κοινωνία παρά τις αλλαγές που έχουν επέλθει στις κοινωνικές της δομές και νόρμες. Η αναδρομή σε ιστορικές πηγές συμβάλλει στην εν δυνάμει διερεύνηση του φαινομένου μελετώντας, συγκρίνοντας και βασίζοντας τα δεδομένα στην κοινωνική πραγματικότητα και τις ανάγκες της κάθε εποχής.

Η έκθεση βρεφών στην Ελληνική Μυθολογία και την Κλασσική Αθήνα του 5ου αιώνα π.Χ.

Η ελληνική μυθολογία διαθέτει πολλά παραδείγματα βίας εναντίον παιδιών και μάλιστα βρεφών με κλασσικό παράδειγμα τον Κρόνο που καταβροχθίζει τα παιδιά του για να διαφυλάξει το θρόνο του. Το ίδιο σκληρή όμως αποδεικνύεται και η πραγματικότητα της κλασσικής εποχής τον 5^ο αιώνα όπου τα παιδιά διατρέχουν αρκετούς κινδύνους ακόμη και στην καρδιά της πολιτισμένης Αθήνας παρά τον σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζουν ως

φορείς της συνέχειας του κοινωνικού γίγνεσθαι^{1,2}.

Οι περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες έκαναν την προοπτική της εκτεταμένης οικογένειας δυσάρεστο καθήκον σε ένα μεγάλο ποσοστό των κατοίκων της Αθήνας. Οι περισσότεροι μελετητές της αρχαίας Ελλάδας δέχονται σήμερα ότι η ανατροφή των κοριτσιών αποσκοπούσε στον γάμο και την τεκνοποίηση. Όσον αφορά τα αγόρια, η γέννησή τους σηματοδοτούσε την άφιξη του αυριανού πολίτη και κυρίως πολεμιστή. Συνήθως υποδέχονταν πιο ευχάριστα τα αγόρια παρά τα κορίτσια. Η «έκθεση», δηλαδή η εγκατάλειψη των νεογέννητων μέσα σ' ένα δοχείο ή σ' ένα πήλινο τσουκάλι σ' έναν έρημο τόπο - και η έκτρωση επίσης - ήταν συνήθειες τρέχουσες, επιτρεπόμενες και από τον νόμο και τα ήθη, της εποχής και της κοινωνίας με την προϋπόθεση ότι μια τέτοια απόφαση θα είχε ληφθεί ή εγκριθεί από τον πατέρα^{3,2}. Ένας πολύπλοκος μηχανισμός διατήρησης της οικογενειακής περιουσίας απαγορεύει σε ένα νόθο παιδί να κληρονομήσει τον πατρικό οίκο. Η ιστορία του Οιδίποδα είναι γνωστή και έχει παραδοθεί στο πέρασμα των αιώνων σε διαφορετικές εκδοχές. Το μοτίβο της έκθεσης του βρέφους, οφείλεται στον φόβο του πατέρα και την ανησυχία του για την αναπόφευκτη εκθρόνισή του από τον γιο. Εδώ πρέπει να αναζητηθούν οι λόγοι της διάσωσης της ιστορίας του Οιδίποδα. Η έκθεση ενός βρέφους, το οποίο για τους ανάδοχους γονείς ήταν το

παιδί ενός βοσκού, αλλά έφθασε να γίνει βασιλιάς, μπορεί να θεωρηθεί μια παραβολή για την άνοδο του μέσου, μη αριστοκρατικής καταγωγής Αθηναίου, ο οποίος στο πλαίσιο των πολιτικών αλλαγών του 5ου αι. μπορούσε να αναρριχηθεί σε ανώτερα πολιτειακά αξιώματα^{2,4,5}.

Η εγκατάλειψη των παιδιών στο Μεσαίωνα

Στη Ρώμη, η πρώτη βρεφοδόχος («τροχός εκθέτων» ονομάζονταν, ήταν ένας περιστρεφόμενος, ξύλινος κύλινδρος ο οποίος εντοιχιζόταν συνήθως σε μοναστήρια) λειτούργησε το 1198 με διαταγή του Πάπα Ινοκέντιου III, ο οποίος είχε θορυβηθεί με τον αριθμό των συνήθως νόθων νεογέννητων που πιάνονταν στα δίχτυα των ψαράδων στον Τίβερη. Οι βρεφοδόχοι καταργήθηκαν επισήμως από τον Μουσολίνι το 1923⁶.

Η ίδρυση βρεφοκομείου στο Γραικικό Νοσοκομείο της Σμύρνης στις αρχές του 18ου αι.

Η πρώτη ίδρυση Ελληνικού Νοσηλευτηρίου στη Σμύρνη ανάγεται στις αρχές του 18ου αιώνα, όταν η ελληνική κοινότητα αναλαμβάνει την πρωτοβουλία και την ευθύνη της περίθαλψης των άρρωστων μελών της. Το 1723 ιδρύθηκε το πρώτο Ελληνικό Νοσοκομείο. Αγοράστηκε με χρήματα της ελληνικής κοινότητας μια οικία στη Σμύρνη που διαμορφώθηκε σε Νοσοκομείο ενώ τα

έξοδα λειτουργίας καλύπτονταν εξ' ολοκλήρου από την ελληνική κοινότητα. Το 1902 στο πλαίσιο λειτουργίας του Νοσοκομείου, ιδρύεται το Βρεφοκομείο της Σμύρνης. Τα έκθετα και εγκαταλειμμένα βρέφη, τα οποία οι φυσικοί γονείς λόγω οικονομικών ή άλλων κοινωνικών λόγων, τοποθετούσαν στα σκαλοπάτια των σπιτιών πλουσίων οικογενειών ή στις θύρες των εκκλησιών, αποτέλεσε και στη Σμύρνη όπως σε όλο τον κόσμο, ένα μείζον κοινωνικό πρόβλημα. Μέχρι να ιδρυθεί το Βρεφοκομείο στη Σμύρνη, η συμρναϊκή κοινότητα αντιμετώπιζε το πρόβλημα, παραδίδοντας τα έκθετα βρέφη σε φτωχές οικογένειες, τις "νοθοτροφούς", όπως τις αποκαλούσαν, οι οποίες έναντι αμοιβής που καλύπτονταν από την κοινότητα, μεγάλωναν τα έκθετα μαζί με τα δικά τους παιδιά. Η λύση αυτή εφαρμόστηκε σε όλες τις μεγάλες ευρωπαϊκές πόλεις την εποχή εκείνη και κάλυψε το κοινωνικό αυτό φαινόμενο, αλλά δεν ήταν λίγες οι φορές που τα έκθετα παιδιά έπεφταν θύματα εκμετάλλευσης των αναδόχων οικογενειών. Η οριστική και λυσιτελής αντιμετώπιση του κοινωνικού προβλήματος ήταν η ίδρυση του Βρεφοκομείου⁷

Τα έκθετα βρέφη στην Ελλάδα στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Το Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών

Από τα πρώτα χρόνια της συγκρότησης του Ελληνικού κράτους υπήρξε μέριμνα για τα

ορφανά και τα έκθετα βρέφη στην τότε πρωτεύουσα. Η φτώχεια και ο αναλφαβητισμός της λαϊκής τάξης στην εποχή εκείνη οδήγησε εκτός των άλλων και στο φαινόμενο της συχνής εγκατάλειψης βρεφών αλλά και στη βρεφοκτονία. Ήδη στον απολογισμό του δεύτερου Δήμαρχου της Αθήνας Δημητρίου Καλλιφρονά (1837-1841) αναγράφεται ότι «συνεστήθη Ορφανοτροφείον Εκθέτων Βρεφών ενοικιασθέντος μικρού οικήματος και εισαχθέντος εις αυτό του πρώτου βρέφους την 17^{ην} Ιανουαρίου 1838»⁸.

Η ιστορικός Μαρία Κορασίδου αναφέρει ότι «τα νέα φιλανθρωπικά ιδρύματα που δημιουργούνται, είναι αόρατοι χώροι όπου κρύβονται αυτοί που η κοινωνία προτιμά να ξεχάσει για να κάνει βιώσιμο το περιβάλλον της»⁹. Αυτά τα ιδρύματα θα αποτελέσουν κέντρα περίθαλψης, ηθικής ανατροφής, στοιχειώδους επαγγελματικής εκπαίδευσης, όπου εγκαταλειμμένα βρέφη, ορφανά, περιπλανώμενα παιδιά και παιδιά-ζητιάνοι θα βρουν καταφύγιο από την κούνια τους μέχρι την εφηβεία τους. Τα περισσότερα από τα βρέφη που αφήνονταν στο Δημοτικό βρεφοκομείο ήταν τόσο ασθενικά, που μετά από λίγο πέθαιναν. Από το 1859 έως το 1879, παιδίατρος και Διευθυντής του Βρεφοκομείου Αθηνών ήταν ο Αναστάσιος Ζίννης ο οποίος ήταν παιδίατρος και γνωρίζει και παρακολουθεί την εξέλιξη της βρεφικής θνησιμότητας όπως και στην Ευρώπη. Μεταξύ

άλλων αναφέρει ότι «σύμφωνα με στατιστικές της Δυτικής Ευρώπης το 85-95% των νόθων παιδιών πέθαινε σε βρεφική ηλικία πριν να συμπληρώσει τον πρώτο χρόνο ζωής, έναντι του 22-25% των νομίμων παιδιών» διακρίνοντας έτσι τη θνησιμότητα γνησίων και νόθων παιδιών βρεφών που διαβιούν σε τελείως διαφορετικές συνθήκες. Μεταξύ άλλων ισχυρίζεται ότι στο Εκθετοτροφείο Παρισίων που ιδρύθηκε το 1640 χρειάστηκαν δύο αιώνες για να υποχωρήσει η βρεφική θνησιμότητα από 91% το 1787 σε 55% το 1861 ¹⁰.

Ο παιδίατρος Α. Ζίννης, ανέλαβε την διεύθυνση του Βρεφοκομείου το 1859, εισήγαγε την παιδιατρική ειδικότητα στην Ελλάδα, είναι ο πρώτος που δίδαξε σε κλινική ως καθηγητής Παιδιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Η Κλινική του Παίδων εγκαταστάθηκε στο Βρεφοκομείο όπου δόθηκε η ευκαιρία για διδασκαλία και έρευνα ενώ επιχειρήθηκε για πρώτη φορά στατιστική περιγραφή και καταγραφή παιδικών νοσημάτων και βρεφικής θνησιμότητας¹¹.

Μεγάλη η ταλαιπωρία που υφίστανται τα παιδιά στους χώρους όπου ανευρίσκονταν εγκαταλειμμένα, δηλαδή σε σκαλιά εκκλησιών και σπιτιών, από όπου αστυνομικοί, κλητήρες και ιδιώτες τα μετέφεραν αρχικά στο Δημαρχείο, για να δηλωθεί η γέννησή τους σύμφωνα με το νόμο και κατόπιν στο Βρεφοκομείο. Οι διαδρομές που υποχρεώνονταν να ακολουθήσουν λόγω της διαδικασίας αποδεικνύονταν συχνά εξαιρετικά

επιβλαβείς για την εύθραυστη υγεία των νεογνών ηλικίας μόλις λίγων 24ωρων ⁹.

Στην αναζήτηση ενός τρόπου περιορισμού στο ελάχιστο του χρόνου που μεσολαβούσε από την έκθεση μέχρι την εισαγωγή αποφασίσθηκε το 1866 η κατασκευή της «βρεφοδόχου», μιας εγκατάστασης στο εξωτερικό του κτιρίου, όπου μπορούσαν να τοποθετηθούν τα βρέφη, χωρίς να αποκαλύπτεται η ταυτότητα των γονέων τους. «Βρεφοδόχος: Κιβώτιον ευμέγεθες δυνάμενον να χωρεί έως δύο βρέφη εξηπλωμένα. Το τοιούτον εντοιχίζεται παρά την εξώθυραν των βρεφοκομείων προς τον σκοπόν να εκτίθενται εν αυτώ κρυφά τα δι' ένα οιονδήποτε λόγον απορριπτόμενα ή εγκαταλειπόμενα νεογνά ή βρέφη» αναφέρουν οι εφημερίδες της εποχής εκείνης. Χαρακτηριστική επίσης ήταν η επιγραφή της βρεφοδόχου που απέδιδε με αυστηρότητα την ευθύνη στους γονείς: «Ο Πατήρ και η Μητήρ εγκατέλειψάν με, ο Κύριος προσελάβετό με» ⁸. Αρκετές ήταν οι αντιρρήσεις που εκφράστηκαν ως προς τη σκοπιμότητα της λειτουργίας μιας τέτοιας εγκατάστασης διότι υπήρχε ο φόβος ότι θα ενθάρρυνε την εγκατάλειψη βρεφών και η βρεφοδόχος λειτούργησε τελικά μετά από 17 χρόνια το 1883. Με αμφισβητήσεις ή όχι, η βρεφοδόχος διέτρεξε ένα διάστημα οκτώ περίπου δεκαετιών και καταργήθηκε στα τέλη της 10ετίας του 1960. Κάθε εισαγόμενο βρέφος καταγράφεται σε ειδικό μητρώο, όπου σημειώνεται όνομα εάν δεν αναφέρονταν ήδη γραμμένο σε χαρτί που να συνοδεύει τα ρούχα

με τα οποία ανευρίσκονταν, η ηλικία συχνά κατά προσέγγιση, το φύλο, η ημερομηνία έκθεσης και εισαγωγής, τα ειδικά χαρακτηριστικά που ενδεχομένως διαθέτει και η κατάσταση της υγείας του. Κατόπιν παραδίδεται στις τροφούς του Βρεφοκομείου για να θηλάσει. Αν η υγεία του είναι καλή παραμένει στο Ίδρυμα μέχρι ότου να βρεθεί μια τροφός στην Αθήνα ή στα περίχωρα που θα το αναλάβει έναντι μηνιαίας αμοιβής. Όταν παρουσιάζει κάποιο νόσημα παραμένει στο Ίδρυμα μέχρι την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του. Ο ιατρός αποφασίζει ποιό βρέφος, τότε και σε ποιά θηλάστρια θα ανατεθεί και είναι υπεύθυνος για την εξέταση της φυσικής κατάστασης και της ποιότητας του γάλακτος όλων των εσωτερικών και εξωτερικών θηλαστριών⁹.

Σε δημοσιεύματα της εποχής γίνεται αναφορά στην ανάλυση κόστους αποτελέσματος της λειτουργίας του Βρεφοκομείου. Σ' αυτά υπάρχει έκθεση με συγκριτικούς πίνακες της κίνησης και των δαπανών συνηγορώντας στην άποψη ότι τα εγκαταλειμμένα παιδιά αποτελούν ένα ζωντανό κοινωνικό κεφάλαιο που είτε ως μελλοντικό εργατικό δυναμικό, κατάλληλα προσαρμοσμένο στις ανάγκες που δημιούργησε η νέα άνθιση της ελληνικής βιομηχανίας και βιοτεχνίας στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, είτε ως υπηρετικό προσωπικό προορισμένο να προσφέρει τις υπηρεσίες του στις εύπορες οικογένειες των μεσαίων

στρωμάτων της Αθήνας, θα αποσβέσει το κόστος των ευεργεσιών που δέχτηκε¹¹.

Η μετεξέλιξη του Δημοτικού Βρεφοκομείου Αθηνών

Το 1964 δημιουργήθηκε εντός του κτιριακού συγκροτήματος του Δημοτικού Βρεφοκομείου Αθηνών στην οδό Πειραιώς 51, ο πρώτος Παιδικός Σταθμός. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 το Δημοτικό Βρεφοκομείο ανταποκρίνεται στην επιτακτική ανάγκη για λειτουργία Παιδικών Σταθμών και έτσι συμπληρώνεται ο σκοπός του με την ίδρυση Βρεφικών και Παιδικών Σταθμών για την εξυπηρέτηση των εργαζομένων μητέρων. Σήμερα στο Ίδρυμα ανήκουν ενενήντα επτά (97) Παιδικοί Σταθμοί, που λειτουργούν εντός των ορίων του Δήμου Αθηναίων. Οι Παιδικοί Σταθμοί οι οποίοι υπάγονται σήμερα στο Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών είναι οι Παιδικοί Σταθμοί που έχουν ιδρυθεί διαχρονικά από το Δήμο Αθηναίων και οι τέως Κρατικοί Παιδικοί Σταθμοί που υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και μεταφέρθηκαν στο Δήμο Αθηναίων. Με το Ν. 3448/06 (ΦΕΚ 950/Β - 19/7/06) πραγματοποιήθηκε η συγχώνευση των διαφορετικών Νομικών Προσώπων και έτσι οι Δημοτικοί Παιδικοί Σταθμοί του Δήμου Αθηναίων διοικούνται πλέον κατά τρόπο ενιαίο από το Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών. Αυτή τη στιγμή ο Δήμος Αθηναίων διαθέτει το μεγαλύτερο δίκτυο Παιδικών Σταθμών στη

χώρα μας και τα Βαλκάνια και φιλοξενεί καθημερινά περίπου πέντε χιλιάδες εξακόσια παιδιά¹².

Τα έκθετα βρέφη στην Ελλάδα σήμερα

Το φαινόμενο υφίσταται στη χώρα μας, αλλά δεν έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις αν και, σύμφωνα με τους ειδικούς, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των παιδιών που εγκαταλείπονται στα μαιευτήρια και στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ μεμονωμένες είναι οι περιπτώσεις παιδιών που βρίσκονται εγκαταλειμμένα σε ανοικτούς χώρους. Μέσα σε πέντε χρόνια 41 παιδιά έφυγαν από το μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» για Κέντρα Παιδικής Μέριμνας, στο νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» φιλοξενούνται κατά μέσον όρο κάθε μήνα περίπου δέκα παιδιά, ενώ τους πέντε πρώτους μήνες του 2008 πέντε παιδιά εγκαταλείφθηκαν από τους γονείς τους σε δρόμους της Αθήνας. Εάν εντοπιστούν στο δρόμο ακολουθεί κάποιο δημόσιο νοσοκομείο για προληπτικές εξετάσεις και κατόπιν κάποιο Κέντρο Παιδικής Μέριμνας. Διαφορετικά, παραμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα στα μαιευτήρια όπου γεννήθηκαν, μεγαλώνοντας χάρη στην ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας που μερικές φορές ξεπερνούν και τον εαυτό τους για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες που έχουν αυτά τα παιδιά¹³. Οι περιπτώσεις των βρεφών που εγκαταλείπονται σήμερα από τους γονείς τους στους δρόμους της Αθήνας

είναι μεμονωμένες γιατί στην Ελλάδα παραμένει ακόμα ισχυρός ο θεσμός της οικογένειας. Τα βρέφη που εντοπίζονται από περίοικους σε πεζοδρόμια, σε κάδους σκουπιδιών, σε εξώπορτες σπιτιών ή σε άλλους ανοικτούς χώρους, μεταφέρονται από τους αστυνομικούς σε δημόσια νοσοκομεία, προκειμένου να υποβληθούν σε εξετάσεις και στη συνέχεια, εάν βρεθεί κενή θέση σε Κέντρο Παιδικής Μέριμνας, πηγαίνουν εκεί. Ταυτόχρονα με τον εντοπισμό του μωρού ξεκινά και η αναζήτηση της μητέρας, εάν στο μεταξύ αυτή δεν εμφανιστεί από μόνη της. Τα στοιχεία από την Υποδιεύθυνση Προστασίας Ανηλίκων δείχνουν ότι τα ποσοστά των Ελληνίδων και των αλλοδαπών που εγκαταλείπουν τα παιδιά τους κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο. Πάντως δεν παρατηρείται αύξηση τέτοιων περιστατικών τα τελευταία χρόνια, όσον αφορά τον Νομό Αττικής. Το 2005 βρέθηκαν 13 έκθετα μωρά, το 2006 εννέα, το 2007 δέκα και μέχρι το πρώτο εξάμηνο του 2008 πέντε¹².

Συμπεράσματα

Η βία και η εγκατάλειψη των παιδιών στο πλαίσιο του μύθου είναι ενδεικτική μιας γενικότερης ανησυχίας για το μέλλον και την εξέλιξη της κοινωνίας. Οι μύθοι δεν αποτελούν πάντα έναν καθρέπτη πραγματικών κοινωνικών και ιστορικών καταστάσεων, μπορούν όμως να παρακινήσουν τη διεξαγωγή ερευνών και μελετών. Είναι ένα λογικό βήμα

που πρέπει να ακολουθούν οι ερευνητές για να συνδέουν αναλογικά τα μυθικά παραδείγματα ώστε να αναπαριστούν τα κοινωνικά δεδομένα.

Το Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών, ιδρύθηκε με σκοπό τη φιλοξενία και περίθαλψη των εγκαταλελειμμένων βρεφών και νηπίων, την αποκατάστασή τους, καθώς και την προστασία της μητέρας (έγγαμης και άγαμης). Αποτέλεσε τον αρχικό πυρήνα της παιδιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας, καθώς και το πρώτο κέντρο εκπαίδευσης φοιτητών και ιατρών για την απόκτηση της ειδικότητας της παιδιατρικής. Κύρια μέριμνά του ήταν η προστασία, η ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη των βρεφών και η κοινωνική αποκατάστασή τους. Αυτή επιτεύχθηκε κυρίως με υιοθεσίες και, όπου αυτό δεν ήταν εφικτό, με ανάδοχες οικογένειες. Η πορεία του Βρεφοκομείου Αθηνών στο 19^ο και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, όπως και όλα τα ευαγή ιδρύματα της μικρής τότε πρωτεύουσας του Ελληνικού Κράτους, κατακτά τη δική του θέση στην κοινωνική συνείδηση των κατοίκων της. Η αναζήτηση των ιστορικών πηγών δημιουργεί ένα ψηφιδωτό που απεικονίζει τις πολλαπλές ανάγκες που εξυπηρέτησε η ίδρυση και η μακρόχρονη λειτουργία του. Είναι γεγονός ότι η βρεφοδόχος παραπέμπει μελαγχολικά σε εποχές με δύσκολες κοινωνικές συνθήκες, όμως υπήρξε μια ρεαλιστική επιλογή, σωτήρια για τα εγκαταλελειμμένα βρέφη.

Βιβλιογραφία

1. Flaceliere R. L'amour en Grec., Librairie Hachette. (μτφ. Α. Καραντώνη, Α' έκδοση, Αθήνα 1999 :125
2. Συρόπουλος ΣΔ. Παιδί και βία στην Ελληνική Μυθολογία, Corpus 2003, 48: 60-71
3. Scott E. Έκθεση βρεφών. British Archaeological Reports International Series Oxford, The Basingstoke Press, 1999, 830:71
4. Golden M. Demography and the exposure of girls at Athens. Phoenix 1998, 35: 316-31
5. Sinclair R. Democracy and Participation in Athens. C.V.P. (μτφρ. Ταμβάκη Ε.) Αθήνα, εκδ. Καρδαμίτσα, 2001: 221-3
6. Dasen V. Multiple Births in Graeco-Roman Antiquity. Oxford Journal of Archaeology 1997, 16:49-63
7. Βλαδίμηρος Λ. Η ιστορία της ελληνικής ιατρικής στη Σμύρνη. Το Γραϊκικό Νοσοκομείο Σμύρνης. Ιατρική εταιρία Χίου 2005(8)
8. Δήμος Αθηναίων Η Αθήνα των ευεργετών. Πολιτιστικός Οργανισμός. Αθήνα, Εκδ. Δήμου Αθηναίων, 1997:116
9. Κορασίδου Μ. Οι φιλόανθρωποι μιλούν για τους φτωχούς και τη φτώχεια στην Αθήνα του 19^{ου} αι. Τα Ιστορικά. Ιστορικό Αρχείο Ελληνικής Νεολαίας ΚΝΕ/ΕΙΕ, Αθήνα, 1992:385-404

-
10. Μανιάτη Μ, Λουκοπούλου Σ, Ανδρέου Ν, Στίγκα Α, Τσουκαλάς Ι. Ιστορία της Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά την περίοδο του Βρεφοκομείου. Θεσσαλονίκη, Εκδ. Σιώκη, 2004:105-123
 11. Πρακτικά 1^{ης} ημερίδας. Ιστορία της Ελληνικής Παιδιατρικής. Ελληνική Εταιρία Ιστορίας της Παιδιατρικής. Αθήνα, εκδ. Βήτα, 2006
 12. Εφημ. «Ελευθεροτυπία» 05/07/2008
 13. Αθανασοπούλου Μ. Η στάση των Νοσηλευτών απέναντι στο φαινόμενο της εγκατάλειψης των βρεφών σε Δημόσια Μαιευτήρια. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία ΕΚΠΑ. 2008
 14. Finkelhor D, Korbin J. Child Abuse as an International Issue. *Child Abuse & Neglect* 1998, 12: 3-23
 15. Langer W. Infanticide: A historical history. *History of Childhood Quarterly*. 1994, 1: 353-355
 16. Schaffer HR. Making decisions about children. Basil Blackwell Ltd 1990
 17. Scott E. The 60archaeology of Infancy and Infant Death. *British Archaeological Reports International Series*, Oxford: The Basingstoke Press, 1999: 819
 18. Πάτσιου Β. Αναπαραστάσεις του παιδιού στην πεζογραφία της γενιάς του 1880. Πρακτικά Ημερίδας «Το παιδί στη Νεοελληνική κοινωνία 19^{ος} -20^{ος} αι.» Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης - Ελληνικό Λαογραφικό και Ιστορικό Αρχείο, Αθήνα, 1999: 143-152
 19. Σουλόγλου-Κοτταρίδη Π. Παιδί και Υγεία στα πρώτα χρόνια της ανεξάρτητης Ελλάδας 1830-1862. Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα, 1991:342-343.

ΕΡΕΥΝΑ

Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

Καδδά Όλγα¹, Μαρβάκη Αποστολία², Τζαβάρας Αθανάσιος³, Μαζγάλα Κατερίνα³, Παληός Θεόδωρος⁴, Κόντας Νικόλαος⁵, Ανδρουλάκη Ζαχαρένια⁶

1. Msc Νοσηλεύτρια Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου
2. Ιατρός, Υποψήφια Διδάκτωρ Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
3. Επιμελητής Α', «Κωνσταντοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας
4. Ιατρός Ω.Ρ.Λ, «Κωνσταντοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας
5. Φαρμακοποιός, Msc Κοσμετολογίας
6. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον του Εθνικού Συστήματος Υγείας πολλών χωρών έχει στραφεί προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), η οποία έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο και αποτελεί το βασικό πυλώνα για την προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Σκοπός : Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις ανάγκες υγείας των Ελλήνων πολιτών ως προς την παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την κάλυψη αυτών.

Υλικό-Μέθοδος: Το πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 1206 πολίτες της Ελλάδας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο για τις ανάγκες της έρευνας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 15 και τη στατιστική δοκιμασία one way anova.

Αποτελέσματα: Από τους 1206 πολίτες που μελετήθηκαν, το 45% ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 65,43 έτη με τυπική απόκλιση ± 10.43 . Ως προς τον τόπο διαμονής, το 29,2% ήταν κάτοικοι Αθηνών, το 11,9% Θεσσαλονίκης, το 42,2% κάτοικοι Κρήτης και το 13,2% άλλων πόλεων. Ως προς την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, το 32,3% ήταν εργαζόμενοι, το 50,5% συνταξιούχοι, το 13,3% ασχολούνταν με τα οικιακά, ενώ το 4% ήταν άνεργοι. Το 62,6% του πληθυσμού της μελέτης ανέφερε, ότι προτιμούσε την ηθική βοήθεια, ενώ το 37,4% την οικονομική. Το 24,8% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε την ανάγκη για

διάθεση περισσότερου χρόνου από τους επαγγελματίες υγείας, το 64,7% δήλωσε, ότι επιθυμούσε να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας των δήμων της χώρας και το 80,1% θα αντιμετώπιζε θετικά τη βοήθεια από μια εθελοντική ομάδα στο σπίτι. Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε, ότι οι άνδρες και οι εργαζόμενοι αξιολογούσαν θετικά την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις γυναίκες και τους συνταξιούχους, $p < 0,001$, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Οι παράγοντες που καθορίζουν τις ανάγκες των πολιτών είναι το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση. Τα αποτελέσματα της μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι οι πολίτες έχουν περισσότερη ανάγκη για κατανόηση και πληροφόρηση και ποιοτική παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Ανάγκες πολιτών, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας

Καδδά Όλγα,

Παπανούτσου 15, Άλιμος,

e-mail: olga31@otenet.gr

ORIGINAL PAPER

Citizen's needs in primary health care in Greece

Kadda Olga¹, Marvaki Apostolia², Tzavaras Athanasios³, Mazgala Katerina³, Palios Theodoros⁴, Kontas Nicolaos⁵, Androulaki Zacharenia⁶

1. Msc Nurse, Onasis Cardiac Surgery Center

2. Doctor, PhD candidate in National and Kapodistrian University of Athens

3. Consultant doctor, 'Konstantopouleio' General Hospital, N. Ionia

4. Doctor Otolaryngologist, 'Konstantopouleio' General Hospital, N. Ionia

5. Pharmacist, Msc Cosmetology

6. Associate Professor, Technological Institute, Crete

ABSTRACT

Introduction: During last decades, the National Health System's interest of many countries has been focused on primary health care (PHC), of which the main centre is the human being and it is the main pillar for promoting health and improving quality of life.

Purpose: The purpose of this study was to explore Greek citizen's needs and the responsiveness of health services in terms of coverage.

Material-Method: The sample studied consisted of 1206 citizens of Greece. Collection of data was performed by means of an anonymous questionnaire specially designed for the needs of the research. Analysis of data was performed by the SPSS version 15 statistical package and the statistical method one way anova.

Results: 45% of the sample studied was men with a mean age of 65.43 years and standard deviation 10.43 years. Regarding the place of living, 29.2% of the sample was inhabitants of Athens, 11.9% of Thessalonica, 42.2% of Crete and 13.2% of the participants were living in other cities of the country. In terms of occupational status, 32.3% were working, 50.5% were retired, 13.3% were households while 4% were unemployed. According to the needs of the citizens, 62.6% reported that they preferred psychological support, whereas 37.4% reported financial support. 64.7% of the participants were willing to use the health services of Greek municipalities. In regard to their needs, 24.8% of the studied population reported their need for more time available by health care professionals, 64.7% were willing to use the health services of Greek municipalities while 80.1% declared positive attitude for help by volunteer teams. The statistical analysis showed that men and workers assessed positively the quality of health services with statistical difference compared to women and retired people, $p < 0.001$, respectively.

Conclusions: The factors that determine citizen's needs are gender and marital status. The results of the study suggest that citizens have more need for understanding and information and provided quality in primary health care.

Key words: Citizen's needs, primary health care services.

CORRESPONDING AUTHOR*Kadda Olga,**Papanoutsou 15, Alimos**e-mail: olga31@otenet.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το Κενδιαφέρον του Εθνικού Συστήματος Υγείας πολλών χωρών έχει στραφεί προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), η οποία έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο και αποτελεί το βασικό πυλώνα για την προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.¹⁻⁴

Οι κυριότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εκτός από την περίθαλψη και την πρόληψη μέσω συγκεκριμένων θεσμών συμπεριλαμβάνουν την κατ' οίκον νοσηλεία, την αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης, την αγωγή και προαγωγή της υγείας και τη δημόσια υγεία. Όμως, ο βασικός στόχος της ΠΦΥ αντικατοπτρίζει τις απόψεις του Ιπποκράτη, ο οποίος υποστήριζε, ότι «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν». Αντιθέτως, η έλλειψη της ΠΦΥ και συνεπώς της πρόληψης, έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των πληθυσμών και στην οικονομική επιβάρυνση της κοινωνικής ασφάλισης κάθε χώρας.¹⁻⁴

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata, οι υπηρεσίες ΠΦΥ θα πρέπει να πληρούν τα εξής πέντε κύρια χαρακτηριστικά:

1. Εύκολη πρόσβαση σε όλα τα άτομα της κοινότητας
2. Ενεργό συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας

3. Πρόληψη και προαγωγή της υγείας

4. Χρήση σύγχρονων διαγνωστικών τεχνολογικών μεθόδων και εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων, τεχνικής και νοσηλείας, προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας.

5. Συνεργασία με άλλους τομείς όπως εκπαίδευση, δημόσια διοίκηση, δημοτικές υπηρεσίες για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και γενικότερα της ποιότητας ζωής.¹

Παρότι, όμως έχουν γίνει πολλές προσπάθειες βελτίωσης της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εντούτοις από την παγκόσμια βιβλιογραφία καταδεικνύεται, ότι αφενός τα συστήματα υγείας ακόμα και στις πιο αναπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν φτωχή ποιότητα παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας αφετέρου καταγράφεται χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών ανά χώρα.^{2,3}

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο τρόπος πρόσβασης στη φροντίδα υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα και επηρεάζεται από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αυτής.⁴

Η εκτίμηση των αναγκών των πολιτών ως προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι σημαντική, διότι επιτρέπει όχι μόνο την αναγνώριση του μεγέθους των αναγκών αλλά και την ιεράρχηση αυτών συμβάλλοντας στην πρόληψη διαμέσου της κατάλληλης και πρώιμης παρέμβασης, στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας

υγείας και στη μείωση της νοσηρότητας. Η λεπτομερής εκτίμηση των αναγκών θα συμβάλλει στην καλύτερη πληροφόρηση και εκπαίδευση των πολιτών και ταυτόχρονα θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.^{1,5,6}

Τις τελευταίες δεκαετίες, πλήθος ερευνητικών μελετών εστιάζονται στην ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας και είναι χαρακτηριστικό, ότι στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται περισσότερο από 1000 δημοσιεύσεις το χρόνο.^{7,8,9,10}

Στην Ελλάδα υπάρχουν ακόμα πολλές δυσχέρειες όσον αφορά την εκτίμηση των αναγκών των πολιτών, οι οποίες κυρίως οφείλονται στην έλλειψη προσωπικού, στην έλλειψη διάθεσης επαρκούς χρόνου από το προσωπικό, όπως επίσης και στην έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Η πλειοψηφία των πολιτών αναζητά πληρέστερη ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας.¹¹

Η οριοθέτηση του συστήματος Π.Φ.Υ. είναι ένα σύγχρονο όραμα που θα βοηθήσει να βελτιωθεί ο τρόπος ζωής των πολιτών και να προαχθεί η υγεία.¹²

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις ανάγκες υγείας των Ελλήνων πολιτών ως προς την παρεχόμενη

πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την κάλυψη αυτών.

Υλικό-Μέθοδος

Το πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 1206 πολίτες από όλα τα διαμερίσματα της χώρας. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο σχεδιάστηκε ύστερα από λεπτομερή ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας. Το ερωτηματολόγιο εκτός από τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία περιελάμβανε μεταβλητές που αφορούσαν το είδος των αναγκών, όπως επίσης τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τους δήμους.

Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν μετά από προσωπική συνέντευξη. Η χρονική περίοδος που διεξήχθη η έρευνα ήταν 2 έτη.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 15 και η στατιστική δοκιμασία one way anova.

Περιορισμοί της μελέτης :Η επανακωδικοποίηση κάποιων μεταβλητών με την επακόλουθη απώλεια πληροφορίας καθώς και η μετατροπή ποιοτικών μεταβλητών σε ποσοτικές για τις ανάγκες της ανάλυσης.

Αποτελέσματα

Από τους 1206 πολίτες που πήραν μέρος στη μελέτη, το 45% ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 65.43 έτη με τυπική απόκλιση ± 10.43 .

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 60,7% ήταν έγγαμοι, το 13,6% άγαμοι, το 22,8% εν χηρεία, ενώ το 2,8% διαζευγμένοι.

Ως προς τον τόπο διαμονής το 26,5% ζούσε μόνο του, το 36,5% με το/τη σύζυγο, το 25% με τα παιδιά του και το 1,7% με οικιακή βοήθ.

Όσον αφορά το τόπο διαμονής το 29,2% ήταν κάτοικοι Αθηνών, το 11,9% Θεσσαλονίκης, το 42,2% ήταν κάτοικοι Κρήτης και το 13,2% άλλων πόλεων.

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, το 50,5% ήταν συνταξιούχοι, το 32,3% ήταν εργαζόμενοι, το 13,3% ασχολούνταν με τα οικιακά, ενώ το 4% ήταν άνεργοι (Πίνακας 1).

Το 64,7% των ερωτηθέντων ήταν πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας των δήμων της χώρας. Το 80,1% των πολιτών θα αντιμετώπιζε θετικά τη βοήθεια από μια εθελοντική ομάδα στο σπίτι σε θέματα υγείας, (Πίνακας 2).

Σχετικά με τις ανάγκες των πολιτών, το 62,6% του πληθυσμού της μελέτης ανέφερε, ότι προτιμούσε την ηθική βοήθεια έναντι του 37,4% που προτιμούσε την οικονομική. Επίσης, το 24,8% δήλωσε την ανάγκη για διάθεση περισσότερου χρόνου

από τους επαγγελματίες υγείας ενώ το 21,8% ανέφερε, ότι ο καλύτερος τρόπος ενημέρωσης είναι η διάθεση γραπτών πληροφοριών (π.χ. φυλλάδια).

Ως προς τις πεποιθήσεις των πολιτών, το 58,8% των ερωτηθέντων ανέφερε, ότι το κράτος δείχνει ενδιαφέρον για τις ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού. Το 33,4% των ερωτηθέντων ανέφερε, ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν πάντα καλή διάθεση.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της μεθόδου ανάλυσης one way anova με βάση τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, έδειξαν, ότι :

Οι άνδρες αξιολογούσαν θετικά την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις γυναίκες, $p < 0,001$.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι έγγαμοι ανέφεραν, ότι οι ανάγκες τους καλύπτονταν περισσότερο σε σύγκριση με τους άγαμους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά, $p = 0,076$.

Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση, οι εργαζόμενοι ανέφεραν, ότι οι ανάγκες τους καλύπτονταν περισσότερο από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους συνταξιούχους, $p < 0,001$, (Πίνακας 3).

Συζήτηση

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι ο αριθμός των ερευνητικών δεδομένων ως προς τις ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι σχετικά περιορισμένος, διότι, η πλειοψηφία των μελετών έχει στρέψει το ενδιαφέρον της περισσότερο προς τα νοσοκομεία και λιγότερο προς την κοινότητα. Από τη συγκεκριμένη μελέτη προκύπτουν 3 βασικά θέματα: το είδος βοήθειας που οι πολίτες έχουν ανάγκη, την ανεπαρκή φροντίδα καθώς και την έλλειψη ηθικής και οικονομικής στήριξης προς τους πολίτες των δήμων της χώρας.

Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης βρέθηκε, ότι η μέση ηλικία του μελετώμενου πληθυσμού ήταν 65 έτη. Στη σημερινή εποχή, μια από τις προκλήσεις της Νοσηλευτικής είναι η ανίχνευση και αξιολόγηση των αναγκών υγείας του μεγαλύτερου σε ηλικία πληθυσμού και ο σχεδιασμός εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης με προϋπόθεση την ενεργό συμμετοχή τόσο των ασθενών όσο και των νοσηλευτών. Η μελέτη του Schlesinger και συν.,¹³ εφάρμοσε ένα νέο μοντέλο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, που εστιάζονταν στις ανάγκες του ασθενή. Αναλυτικότερα, ασθενείς ηλικίας άνω των 65 παρακολουθούσαν εκπαιδευτικά μαθήματα σχετικά με την φαρμακευτική τους αγωγή κατά τη διάρκεια της επίσκεψης

ή της νοσηλείας τους σε υπηρεσίες υγείας της κοινότητας με αποτέλεσμα την καλύτερη κατανόηση και συμμόρφωση προς τις ιατρικές οδηγίες.

Επίσης από τα αποτελέσματα της εργασίας φάνηκε, ότι το υψηλότερο ποσοστό πολιτών που καταφεύγουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι έγγαμοι. Μια πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι, ότι οι έγγαμοι ανησυχούν περισσότερο για την υγεία τους και αναζητούν ευκολότερα ιατρική βοήθεια, λόγω του ότι έχουν οικογενειακούς ρόλους και ευθύνες. Επίσης, το εύρημα αυτό πιθανόν να αντανακλά τον υποστηρικτικό ρόλο της οικογένειας στα μέλη της και να υποδηλώνει την παρακίνηση και ενθάρρυνση των συντρόφων τους.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων επίσης φάνηκε, ότι υψηλό ποσοστό ήταν πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας των δήμων της χώρας και θα αντιμετώπιζαν θετικά τη βοήθεια από μια εθελοντική ομάδα στο σπίτι. Τα ευρήματα της παρούσης μελέτης έρχονται σε αντίθεση με την έρευνα των Hannay και συν.,¹⁴ όπου έχει βρεθεί, ότι οι πολίτες δεν επιθυμούν την παροχή βοήθειας στο σπίτι καθότι δεν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την οικονομική ενίσχυση.

Επίσης, υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων ανέφερε, ότι προτιμούσε την ηθική βοήθεια,

εύρημα που καταδεικνύει την ανάγκη παροχής επιστημονικής βοήθειας, στήριξης, καθοδήγησης και παρέμβασης ώστε να μπορούν να αναπτύξουν ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων τους. Η στήριξη και η ενημέρωση διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στο βαθμό συμμόρφωσης των ατόμων προς το θεραπευτικό πρόγραμμα και το βαθμό αποδοχής της νόσου και ως απώτερο σκοπό έχουν την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών και την υιοθέτηση μεθόδων πρόληψης.¹⁵

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων επιθυμεί διάθεση περισσότερου χρόνου από τους επαγγελματίες υγείας. Το εύρημα αυτό της μελέτης επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία, όπου αναφέρεται, ότι τα πιο συχνά παράπονα των πολιτών είναι η έλλειψη προσοχής από τους επαγγελματίες υγείας και η έλλειψη χρόνου όσον αφορά τη παροχή συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης.^{16,17}

Το εύρημα της παρούσης μελέτης πιθανόν να αντανακλά τη βαθύτερη ανάγκη για ενημέρωση, την επιθυμία για ενεργό συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, όπως επίσης και την ανάγκη ενθάρρυνσης της συναισθηματικής έκφρασης. Επίσης, πιθανόν να υποδηλώνει, ότι η διάσταση του προβλήματος του κάθε πολίτη δεν περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση της νόσου αλλά έχει και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Δυστυχώς,

όμως στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα οι ανάγκες αυτές δεν βρίσκουν πάντα ανταπόκριση στη καθημερινή πρακτική λόγω της μη-επαρκούς στελέχωσης με νοσηλευτικό προσωπικό ή ακόμα και της αδυναμίας των επαγγελματιών υγείας να τις αξιολογήσουν. Αντιθέτως, έρευνες έχουν δείξει, ότι ασθενείς με τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας συζήτησαν σχετικά με την υγεία τους θέματα, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έκαναν κάποια συζήτηση για το πρόβλημά τους.^{18,19}

Σύμφωνα με την έρευνα των Glasson και συν.,²⁰ η προσωπική επαφή με τους επαγγελματίες υγείας τους συντελεί στην πληρέστερη ενημέρωση των ατόμων και αποτελεί αποδοτικότερο τρόπο ενημέρωσης συγκριτικά με μια διάλεξη. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των Zebiene και συν.,²¹ όπου έδειξε, ότι οι ασθενείς που συμβουλευόνταν τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είχαν ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση και περισσότερες επεξηγήσεις από τους επαγγελματίες υγείας.

Επίσης υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων προτείνει ως αποδοτικό τρόπο ενημέρωσης τη διάθεση ενημερωτικών φυλλαδίων, εύρημα που συμφωνεί με έρευνα των Paragiannis και συν.,²² όπου υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων εξέφρασαν την

επιθυμία για έντυπο ενημερωτικό υλικό σε κάθε επίσκεψή τους σε μια υπηρεσία υγείας. Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι οι γραπτές πληροφορίες και κυρίως τα ενημερωτικά φυλλάδια αποτελούν όχι μόνον ένα παραδοσιακό και οικονομικό τρόπο μετάδοσης γνώσης σε θέματα υγείας αλλά και τον πιο δημοφιλή κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες και γενικά έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στη λήψη αποφάσεων και στην καλύτερη διευθέτηση των προβλημάτων.²³

Ερευνητικές μελέτες εστιάζουν την προσοχή τους στην ανάγκη διάθεσης έγγραφου ενημερωτικού υλικού σε θέματα υγείας και καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη νέων μεθόδων για την ενημέρωση των ασθενών σε θέματα που αφορούν την νόσο.^{24,25}

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε, ότι οι άνδρες αξιολογούσαν θετικά την παρεχόμενη φροντίδα υγείας σε σχέση με τις γυναίκες. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία η συμβουλευτική που παρέχεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν πιο εύκολα αποδεκτή από τους άνδρες, οι οποίοι δήλωσαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.²⁶

Ένας πιθανός παράγοντας που πρέπει να συνεκτιμάται είναι το γεγονός, ότι η θετική στάση των ανδρών ως προς την παρεχόμενη

πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πιθανόν να οφείλεται στην μικρή χρήση των υπηρεσιών που κάνουν και συνεπώς στις μειωμένες απαιτήσεις που πιθανόν να έχουν σε σχέση με τις γυναίκες. Μια άλλη πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι, ότι οι γυναίκες λόγω της ανάληψης αυξημένων ευθυνών στην εργασία και την οικογένεια βιώνουν εντονότερο άγχος και συνεπώς έχουν υψηλότερες απαιτήσεις από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το εύρημα αυτό της μελέτης υποδηλώνει τις διαφορές που έχουν παρατηρηθεί μεταξύ των δύο φύλων ως προς τρόπο αντίδρασης και το βαθμό προσαρμογής προς τη νόσο.

Στη παρούσα έρευνα, επίσης, βρέθηκε ότι οι ανάγκες των εργαζομένων καλύπτονταν περισσότερο σε σχέση με τους συνταξιούχους. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε η έρευνα των Campbell και συν.,²⁷ όπου βρέθηκε, ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των πολιτών επηρεάζει την άποψή τους για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Επίσης από την έρευνα των Kennedy και συν.,²⁸ φάνηκε, ότι οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα δεν είχαν εύκολα πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όσον αφορά τη συμμετοχή τους σε προγράμματα υγείας.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των Roura και συν.,²⁹ όπου βρέθηκε, ότι δημογραφικοί παράγοντες, όπως, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και η ηλικία σχετιζόνταν θετικά με την έγκαιρη

αναζήτηση ιατρικής φροντίδας συμπεριλαμβάνοντας και το επίπεδο της μόρφωσης. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές οι εργαζόμενοι έρχονται σε καθημερινή επαφή με άλλους ανθρώπους, ανταλλάσσουν απόψεις, ενημερώνονται και δέχονται ποικίλα ερεθίσματα στο χώρο της δουλειάς με αποτέλεσμα να αναζητούν γρηγορότερα ιατρική βοήθεια και να αξιολογούν θετικότερα την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Επιπροσθέτως, οι εργαζόμενοι επιτυγχάνουν υψηλότερο βαθμό ενημέρωσης και συμμόρφωσης προς τις ιατρικές οδηγίες και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος με αποτέλεσμα να υιοθετούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις στην καθημερινή πρακτική και στην επίλυση των προβλημάτων τους.

Γενικότερα, όμως από τη βιβλιογραφία υποστηρίζεται, ότι για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υψηλής ποιότητας είναι απαραίτητο να αξιολογούνται δημογραφικοί παράμετροι, όπως ηλικία, φύλο, επίπεδο μόρφωσης, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ώστε να μπορούν να σχεδιάζονται και να υλοποιούνται προγράμματα παρέμβασης και πρόληψης βασισμένα στις ανάγκες των πολιτών.^{30,31}

Συμπεράσματα-Προτάσεις

1. Οι άνδρες αξιολογούν θετικότερα την παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε σχέση με τις γυναίκες.
 2. Η ανεπαρκής φροντίδα μεγιστοποιεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πολίτες με τις υπηρεσίες υγείας.
 3. Η διάθεση περισσότερου χρόνου για την ενημέρωση των ασθενών αποτελεί σημαντικό παράγοντα αξιολόγησης της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών.
- Όλα τα ανωτέρω ευρήματα της παρούσης εργασίας τονίζουν την σπουδαιότητα συνεχούς αξιολόγησης των αναγκών των πολιτών ως προς την παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με απώτερο στόχο τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος υγείας.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. Alma Ata 1978 Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.
2. Bidaut-Russel M., Gabriel SE., Scott CG., Yawn B. Determinants of patient satisfaction in chronic illness. *Arthritis Rheum.* 2002;47:494-500.
3. Hall JA., Feldstein M., Fretwell MD., Epstein AM. Older patients health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Med Care.*1990; 28:261-70
4. DiMatteo MR., Hays RJ. Community Health. The significance of patients' perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice centre. 1980;6(1):18-34.
5. Poulton B.C. Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine

- patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminant validity. *Br J GePract.* 1996; 46(402): 26-31.
6. World Health Organization. Primary Health care: Now more than Ever: 2009 Available from: www.who.int/entity/whr/2008/summary/en/. Πρόσβαση :13/10/2009
 7. Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Α. Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2003;20(5):497-503.
 8. Νιάκας Δ., Γναρδέλης Χ. Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική* 2000;77:464-470.
 9. Lochman JE. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Community Health.* 1983;9(2):91-109.
 10. DiMatteo MR., Taranta A., Friedman HS., Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Med Care.* 1980;18(4):376-87.
 11. Newacheck P., Yun Yi Hung, Brindis C., Charles I. Disparities in Adolescents Health and Health Care: Does socioeconomic status matter? *Health Services Research* 2003. 38:5.
 12. Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι. Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2007;24(6):578-582.
 13. Schlesinger M., Druss B., Thomas T. No exit? The effect of health status on dissatisfaction and disenrollment from health plans. *Health Serv Res* 1999;34:547-576.
 14. Hannay CM., Platts MT. Patients perceptions of primary health care in an innercity practice. *Fam Pract.*1997;14(5): 355-60.
 15. Caris-Verhallen WM, Kerkstra A, Bensing JM. The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *J Adv Nurs.* 1997;25(5):915-33.
 16. Siponen U., Valimaki M. Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *J-Psychiatr- Ment-Health-Nurs.*2003;10(2):129-35.
 17. Schauflier HH., Rodriguez T., Milstein A. Health education and patient satisfaction. *J-Fam-Pract.* 1996;42(1):62-8.
 18. Benson V., Marano A. 'Current Estimates from the National Health Interview Survey' *Vital Health Statistics.* 1995;10(199): 1-428.
 19. West E., Barron DN., Reeves R. Overcoming the barriers to patient - centered care: time tools and training. *J Clin Nurs.* 2005;14(4): 435-43.
 20. Glasson J., Chang E., Chenoweth L., Hanconk K., Hall T., Hill-Murray F., Collier L. Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward. *J Clin Nurs.*2006; 15(5): 588-98.
 21. Zebiene E., Razgauskas E., Basys V., Baubiniene A., Gurevicius R., Padaiga Z., Svab I. Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. *Int J Qual Health Care.* 2004;16(1): 83-9.
 22. Papagiannis A., Richards R., Shale DJ. Patient satisfaction with information provided at an outpatient clinic for respiratory diseases. *Respir-Med.*1995; 89(10): 673-6.
 23. Costa Matthew L., 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.
 24. Zebiene E., Razgauskas E., Basys V., Baubiniene A., Gurevicius R., Padaiga Z., Svab I. Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. *Int J Qual Health Care.* 2004;16(1): 83-9.

25. Johnson. LK., Edelman A., Jensen J. Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions. *Am-J-Obstet-Gynecol.* 2003;188(5):1202-4.
26. Luna C., Gouvella G., Souza WV., Souza-Júnior PR, Szwarcwald CL. Health care users's satisfaction in Brazil. *Cad. Saudo Publica.* 2005;21:109-118.
27. Campbell JL., Ramsay J., Green J. Age, gender, socioeconomic and ethnic differences in patient's assessments of primary health care. *Qual Health Care.* 2001;10(2):90-5.
28. Kennedy B., Kawachi, R., Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status and self rated health in the United States: Multilevel Analysis. *British Medical Journal.* 1998;317(7163):917-21.
29. Roupa Z., Polikandrioti M., Sotiropoulou P., Faros E., Koulouri A., Wozniak G., Gourni M. Causes of infertility in women at reproductive age. *Health science journal.* 2009 : volume 3, issue 2.
30. Buetow S. High need patients receiving targeted entitlements: what responsibilities do they have in primary health care? *J Med Ethics.* 2005;31(5):304-6.
31. Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol.* 2004;2(2):145-55.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

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

Δημογραφικά χαρακτηριστικά		
	n	%
ΦΥΛΟ		
Άνδρες	543	45
Γυναίκες	663	55
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Έγγαμοι	731	60,7
Άγαμοι	164	13,6
Εν χηρεία	275	22,8
Διαζευγμένοι	34	2,8
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		
Εργαζόμενοι	389	32,3
Άνεργοι	48	4
Οικιακά	160	13,3
Συνταξιούχοι	608	50,5
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
Αθήνα	352	29,2
Θεσσαλονίκη	144	11,9
Κρήτη	509	42,2
Άλλες πόλεις	230	10,6
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
Μόνος	311	26,5
Με το/τη σύζυγο	428	36,5
Με παιδιά	293	25
Με οικιακή βοηθό	20	1,7
Άλλος	120	10,2

Πίνακας 2: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης σύμφωνα με τις ανάγκες τους και τις πεποιθήσεις τους για τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των δήμων.

Ερωτήσεις	N	%
Είδος βοήθειας που θα ήθελαν οι πολίτες		
1. Ηθική	733	62.6
2. Οικονομική	438	37.4
Επαρκής οικονομική ενίσχυση από ασφαλιστικό ταμείο	239	21.4
Οι πολίτες που γνωρίζουν ότι υπάρχουν κέντρα συστηματικής εξέτασης	492	41.5
Οι πολίτες που πιστεύουν ότι το κράτος ενδιαφέρεται για τις ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού	690	58.5
Οι πολίτες που πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν επαρκείς τρόποι για να ενημερωθούν	877	78.4
Οι πολίτες που πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν πάντα καλή διάθεση	395	33.4
Ανάγκη διάθεσης περισσότερου χρόνου από τους επαγγελματίες υγείας	293	24.8
Ανάγκη για περισσότερη επαφή με τους επαγγελματίες υγείας	900	75.7
Ανάγκη για ομαδική θεραπεία	30	2.5
Ανάγκη για ενημέρωση με γραπτό τρόπο (π.χ. ενημερωτικά φυλλάδια)	259	21.8
Ανάγκη για επίσκεψη κατ'οίκον παραπάνω από μια φορά το μήνα	222	68.5
Τις αποφάσεις για την υγεία τους τις λαμβάνουν μόνοι τους	838	70.4
Πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας των Δήμων	656	64.7
Τηρούν θετική στάση σε ενδεχόμενη εθελοντική βοήθεια	949	80.1
Τηρούν θετική στάση στη θεραπευτική δράση των κέντρων υγείας της κοινότητας.	173	22.5

Πίνακας 3: Κοινωνικό - Δημογραφικά Στοιχεία και απόψεις του πληθυσμού για τις Υπηρεσίες υγείας

Κοινωνικό - Δημογραφικοί Παράμετροι	Θετική άποψη n=333	Αρνητική άποψη n=689	p
Φύλο (Άνδρας, %)	41%	48%	0,001
Οικογενειακή Κατάσταση (Έγγαμος, %)	63%	59%	0,076
Παιδιά (Ναι, %)	81%	74%	0,001
Εργασία (Ναι, %)	19%	35%	0,001
Τρόπος διαμονής (Μόνος, %)	29%	26%	0,037

ΕΡΕΥΝΑ

Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών, με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση

Γεωργία Γ. Φασόη-Μπαρκά¹, Μάρθα Ν. Κελέση-Σταυροπούλου², Βασιλική Κουτσοπούλου-Σοφικίτη², Ελένη Θεοδοσοπούλου³, Κωνσταντίνος Μπίρμπας⁴, Θεοφάνης Κατοστάρας⁵

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
2. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας
4. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας
5. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο μαστού, ορίζεται σαν η υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης του νοσήματος και της θεραπείας του σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας και ευεξίας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά την διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 181 ασθενείς ηλικίας 28-88 ετών, με καρκίνο μαστού II σταδίου. Κριτήρια επιλογής στην έρευνα ήταν: 1) Γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου II, οι οποίες μετά την αρχική χειρουργική παρέμβαση θα χρειαζόταν να υποβληθούν σε επικουρική θεραπεία. 2) Να μην έχουν νοσηλευθεί άλλη φορά στο παρελθόν για το ίδιο νόσημα και να έχουν ικανοποιητική ικανότητα επικοινωνίας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με το ερωτηματολόγιο QLQ C-30 του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και την Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC), σε συνδυασμό με την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο

του μαστού (module Br23) και πραγματοποιήθηκε με συνέντευξη από τους ερευνητές σε δύο χρονικά σημεία: Την στιγμή της διάγνωσης και ένα χρόνο μετά. Επρόκειτο για ένα δείγμα ευκολίας.

Αποτελέσματα. Συνολικά η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής των ασθενών, εκτιμήθηκε χειρότερη, στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση. Επιπλέον αξιοσημείωτη ήταν η επιδείνωση των συμπτωμάτων (της κόπωσης, του πόνου, της ναυτίας, της δύσπνοιας, της αϋπνίας, της απώλειας όρεξης και της δυσκοιλιότητας). Επίσης, χειρότερυση παρουσίασαν η εικόνα του σώματος των ασθενών και οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω των επικουρικών θεραπειών.

Συμπεράσματα. Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών αρχικών σταδίων. Μετά την ολοκλήρωση των επικουρικών θεραπειών σημαντικά προβλήματα όπως είναι η κόπωση, ο πόνος, η επιβαρυσμένη εικόνα του σώματος, εμφανίζονται και ταλαιπωρούν τις ασθενείς. Η αλλαγμένη εικόνα του σώματος, προκαλεί stress και απαιτεί στήριξη στη γυναίκα ασθενή με καρκίνο του μαστού. Η σεξουαλική λειτουργικότητα επηρεάζεται αρνητικά εξ αιτίας της αλλαγμένης σωματικής εικόνας. Οι οικονομικές δυσκολίες αποτελούν μια πρόσθετη παράμετρο στην ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος μαστού αρχικών σταδίων, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής,, επικουρικές θεραπείες.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γεωργία Φασόη-Μπαρκά,
Παπαρρηγοπούλου 6, 152 32, Χαλάνδρι,
Τηλ.:210 6843366, 6974652111
E-mail: gfasoi@teiath.gr

ORIGINAL PAPER

Study for the change of health-related quality of life in women with early stage breast cancer, one year after the diagnosis

Georgia G.Fasoi-Barka¹, Martha N.Kelesi-Staupoulou², Vasiliki E. Koutsopoulou-Sofikiti², Eleni Theodosopoulou³, Konstantinos Birbas⁴, Theofanis T. Katostaras³

1. Lecturer of Nursing, Faculty of Nursing B, T.E.I of Athens
2. Assistant Professor, Faculty of Nursing B, T.E.I of Athens
3. Associate Professor, Faculty of Nursing National and Kapodistrian University of Athens
4. Assistant Professor, Faculty of Nursing National and Kapodistrian University of Athens

ABSTRACT

Health- related quality of life of women with breast cancer is defined as the subjective evaluation of the effect of the disease and its treatment to physical, psychological and social level of functioning and well-being.

The aim of the present study was to estimate the change of health- related quality of life at patients with early- stage breast cancer one year after the diagnosis and the initial therapeutic intervention.

Material – method: The material of the study was 181 patients age between 28 to 88 years with breast cancer stage II. The entry criteria were: 1) females with breast cancer stage II, who would have been in need of adjuvant therapy after the initial operational intervention. 2) Moreover, they should not have been hospitalized for the same reason in the past and they should have a satisfying ability in communication. The data collection was made with the use of the QLQ C-30 questionnaire of the European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC) in association with the module for the breast cancer (module Br23).The data collection was realized through interviews conducted by the researchers at two different time points: at the diagnosis point and the one year after the diagnosis. It was an easy sample.

Results: To sum up, health- related quality of life was estimated as worse in the first year after diagnosis and the initial therapeutic intervention. Furthermore, remarkable was, the deterioration of

symptoms (fatigue, pain, nausea, sleep loss, appetite loss, constipation, dyspnoea). The deterioration was also visible to the patients' body image and to the treatment side effects of adjuvant therapies.

Conclusions: The breast cancer influences negatively health-related quality of life in patients with early stage breast cancer. After the completion of the adjuvant therapies, there are major problems like fatigue, pain and aggravated body image, which make patients suffer. The altered body image provokes stress and female patients with breast cancer need support. The sexual functioning is also being influenced negatively due to the changed body image. The financial difficulties are an additional aspect to the already deteriorated situation.

Key words: Early stage breast cancer, health related quality of life, adjuvant therapies.

CORRESPONDING AUTHOR

Georgia Fasoi- Barka,
6 Paparigopoulou st, 15232,
Athens, Greece.
Tel: 210-6843366, 6974652111
Email: gfasoi@teiath.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον συχνότερο γυναικείο καρκίνο διεθνώς (29%) και κατέχει την δεύτερη αιτία θανάτου (16%), μετά από αυτόν του πνεύμονα¹. Σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών, μάλιστα, αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου, ενώ 1 στις 12 γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από καρκίνο μαστού στην διάρκεια της ζωής της^{2,3,4}. Η επίπτωση του ανδρικού καρκίνου του μαστού είναι περίπου 2,5 ανά 100.000 πληθυσμού και αποτελεί μόνο το 0,5% του συνόλου των ανδρικών καρκίνων. Η νόσος παρουσιάζει αυξητική τάση. Η παρατηρούμενη

αυτή αύξηση της επίπτωσης ίσως να οφείλεται εν μέρει στην καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, που έχει σαν αποτέλεσμα την πρώιμη διάγνωση της νόσου με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ανίχνευσης υποκλινικών όγκων, αλλά και στην βελτίωση τόσο των διαγνωστικών όσο και των θεραπευτικών μεθόδων^{5,6}.

Στην Ελλάδα κάθε χρόνο παρουσιάζονται 4.500 νέες περιπτώσεις. Στην Ελλάδα επίσης, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου⁶, ακολουθούμενος από τον καρκίνο του παχέος εντέρου⁷. Η επίπτωση της

νόσου, είναι 16,8 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες, αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50ο έτος και στη συνέχεια, παραμένει στο ίδιο επίπεδο, χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις^{3,6,8}. Η διάγνωση της νόσου επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της ζωής των γυναικών. Η ποιότητα της ζωής είναι μια υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια, με φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις^{9,10,11}. Η σχετιζόμενη μάλιστα με την υγεία ποιότητα της ζωής αφορά στην υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης του νοσήματος και της θεραπείας του σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας και της ευεξίας¹². Επιπλέον, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες πολλές φορές είναι ακρωτηριαστικές (ανάγκη για μερική ή ολική αφαίρεση του μαστού) και οι επικουρικές θεραπείες, όπως είναι η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, επηρεάζουν τις ασθενείς σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, με αποτέλεσμα το άγχος, την εμφάνιση κατάθλιψης και την ελαχιστοποίηση της ποιότητας της ζωής τους. Τα κύρια προβλήματα τα οποία απασχολούν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι η τοξικότητα και η ανεκτικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων καθώς επίσης η αλλαγή του σωματικού ειδώλου και η ικανότητα να ανταπεξέλθουν στο ημερήσιο πρόγραμμα των καθηκόντων τους¹³. Η ποιότητα της ζωής είναι μια έννοια

υποκειμενική και πολυδιάστατη με φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις. Έχει έντονο το υποκειμενικό στοιχείο για αυτό και η μέτρησή της είναι πολύ δύσκολη.^{14,15,16,17,18} Μέχρι σήμερα, έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί, στην έννοια της ποιότητας της ζωής, όμως, δεν υπάρχει κάποιος που να είναι διεθνώς αποδεκτός, ώστε να επιτρέπει την αντικειμενική μέτρησή της.^{9,10,19}

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής πρέπει να δομείται από την ύπαρξη τουλάχιστον τεσσάρων διαστάσεων και μιας ολικής μέτρησης της κατάστασης της υγείας και της ποιότητας της ζωής, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο άρρωστος. Ουσιαστικά, αποτελεί συμπλήρωμα της παραδοσιακής βιολογικής μέτρησης, περιγράφοντας παράλληλα τι ο ασθενής έχει βιώσει σαν αποτέλεσμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή του.^{20,21,22,23}

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης προκαλεί υψηλά επίπεδα άγχους, ανασφάλειας, αβεβαιότητας τόσο στην ίδια την ασθενή, όσο και στο οικογενειακό και κοινωνικό της περιβάλλον. Η προσπάθεια αντιμετώπισής της νέας κατάστασης, με στόχο την αποδοχή και την προσαρμογή σε αυτήν είναι εργώδης, επίπονη και συνδέεται σθεναρά με τα προσωπικά βιώματα της ασθενούς, αλλά και τα βιώματα του οικογενειακού και του κοινωνικού της περιβάλλοντος. Οι αρχικές αντιδράσεις της ασθενούς είναι αισθήματα

άγχους, λύπης, θυμού, φόβου, ενοχών, πανικού²⁴, που συχνά απαιτούν την υποστήριξη από ειδικούς²⁵. Παράγοντες όπως είναι η έγκαιρη διάγνωση της νόσου, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων, έχουν συντελέσει ώστε οι θάνατοι από τη νόσο να μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, σήμερα, ο καρκίνος του μαστού, έχει λάβει την μορφή χρόνιας ασθένειας αλλά δεν παύει να επηρεάζει την ασθενή σαν ολότητα. Η φυσική, ψυχολογική, κοινωνική και συναισθηματική κατάσταση και ευεξία των ασθενών και των οικογενειών τους κλυδωνίζονται.

Οι επιπτώσεις των χειρουργικών χειρισμών για την αντιμετώπιση της νόσου, εκτείνονται από την αλλαγή της αρχιτεκτονικής του μαστού στην περίπτωση της ογκεκτομής ή της μερικής μαστεκτομής μέχρι τον ακρωτηριασμό του οργάνου κατά την ολική μαστεκτομή. Παράλληλα οι επικουρικές θεραπείες με προεξάρχουσα την χημειοθεραπεία αλλάζουν την εικόνα του σώματος, με αρνητικές προεκτάσεις σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής των ασθενών²⁶.

Στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν ότι στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής επανέρχεται σε επίπεδα ανάλογα με εκείνα πριν από τη διάγνωση. Η εικόνα του σώματος επηρεάζεται αρνητικά. Η κόπωση, ο πόνος και οι οικονομικές δυσκολίες αυξάνονται. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της επικουρικής

θεραπείας μειώνονται. Μολονότι στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων^{27,28,29}, στην Ελλάδα δεν υπάρχει μέχρι σήμερα σχετική μελέτη.

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά την διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση.

Υλικό και μέθοδος

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 181 ασθενείς ηλικίας 28-88 ετών, με καρκίνο μαστού II σταδίου, από τις οποίες οι 114 νοσηλεύτηκαν στο Περιφερειακό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», ενώ 67 σε ιδιωτικό Θεραπευτήριο. Η συλλογή των στοιχείων ξεκίνησε τον Μάιο του 2006 και ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2008.

Κριτήρια επιλογής στην έρευνα αποτέλεσαν τα εξής: 1) Γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου II, οι οποίες μετά την αρχική χειρουργική παρέμβαση θα χρειαζόταν να υποβληθούν σε επικουρική θεραπεία. 2) Να μην έχουν νοσηλευθεί άλλη φορά στο παρελθόν για το ίδιο νόσημα και να έχουν ικανοποιητική ικανότητα επικοινωνίας.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με το ερωτηματολόγιο QLQ C-30 του Ευρωπαϊκού

Οργανισμού για την Έρευνα και την Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC), το οποίο εκτιμά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών, με καρκίνο, σε συνδυασμό με την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο του μαστού (module Br23), το οποίο εκτιμά τις ανεπιθύμητες ενέργειες από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις κυρίως δε από την επικουρική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού την συμπτωματολογία της νόσου και τις παρενέργειες της θεραπείας (χειρουργικής, χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας), την εικόνα σώματος, την σεξουαλική λειτουργικότητα και την μελλοντική προοπτική. Η κλίμακα QLQ C-30, σχεδιάστηκε για να είναι ειδική για ασθενείς με καρκίνο, να έχει πολυδιάστατη δομή, να έχει τέτοια μορφή ώστε να συμπληρώνεται εύκολα από τον ίδιο τον ασθενή. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις, που εκτιμούν τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική λειτουργικότητα, αλλά και την κόπωση, τον πόνο, την δύσπνοια, την ναυτία και τον εμετό, την διάρροια και τη δυσκοιλιότητα, την απώλεια όρεξης, τις οικονομικές δυσκολίες, την ολική κατάσταση υγείας και την ποιότητα της ζωής. Το παραπάνω ερωτηματολόγιο είναι μεταφρασμένο στην Ελληνική γλώσσα και έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα από τους Μυστακίδου και συνεργάτες ³⁰, και διαθέτει αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Επιπλέον ελήφθησαν δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός

παιδιών, επίπεδο εκπαίδευσης, ασφαλιστικός φορέας, και επάγγελμα.

Για την χρησιμοποίηση της κλίμακας μέτρησης της ποιότητας ζωής ζητήθηκε άδεια από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Έρευνα και την Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC), η οποία και δόθηκε. Τόσο στο Περιφερειακό Νοσοκομείο Άγος Σάββας, όσο και στο Ιδιωτικό Θεραπευτήριο, προκειμένου να υπάρξει η δυνατότητα επαφής με τις ασθενείς, ζητήθηκε άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία και δόθηκε μετά από σχετική αίτηση των ερευνητών.

Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με συνέντευξη από τους ερευνητές σε δύο χρονικά σημεία: Την στιγμή της διάγνωσης κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο δύο ημέρες πριν την χειρουργική επέμβαση και ένα χρόνο μετά, την στιγμή όταν προσέρχονταν στο Νοσοκομείο για εξετάσεις επαναπαρακολούθησης (follow up). Η συνέντευξη που πραγματοποιήθηκε ένα χρόνο μετά την αρχική θεραπεία, προγραμματιζόταν μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τις ασθενείς. Από τις 181 ασθενείς που αποτέλεσαν το αρχικό δείγμα μελέτης, μία ασθενής απεβίωσε στο χρονικό διάστημα που πέρασε από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι την πάροδο του έτους και τέσσερις ασθενείς δήλωσαν ότι δεν επιθυμούσαν να συνεχίσουν να συμμετέχουν στην έρευνα. Επρόκειτο για ένα δείγμα ευκολίας. Ο τρόπος προσέγγισης των ασθενών για την συμμετοχή τους στο

δείγμα μελέτης έγινε ως εξής: Μετά από μελέτη των ιατρικών φακέλων ώστε να καλύπτονται τα κριτήρια επιλογής στο δείγμα μελέτης, οι ασθενείς προσεγγίζονταν από τους ερευνητές και ενημερώνονταν για τον σκοπό και τους στόχους της μελέτης. Στην περίπτωση που ήταν σύμφωνες, ξεκινούσε η συνέντευξη και η συμμετοχή τους αποτέλεσε, την συναίνεση για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Στατιστική μεθοδολογία

Χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία Wilcoxon κατά ζεύγη. Στις ποιοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι εκατοστιαίες αναλογίες.

Για την στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS-15.

Αποτελέσματα

Στον πίνακα 1, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των παραμέτρων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής.

Πιο αναλυτικά:

- Η φυσική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 79,35), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 86,92), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).
- Η λειτουργικότητα των ρόλων των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη

κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 79,35), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 85,81), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,001$).

- Η συναισθηματική λειτουργικότητα των ασθενών κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 66,66), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 63,95), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,102$).
- Η γνωστική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 70,35), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 77,62), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,002$).
- Η κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε βελτιωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 85,79), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 80,78), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,012$).
- Η κόπωση των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 58,17), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 19,00),

- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).
- Η ναυτία και ο εμετός των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 92,04), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 2,57), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).
 - Ο πόνος των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένος κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 21,33), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 11,97), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).
 - Η δύσπνοια των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 21,33), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 13,99), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).
 - Η αϋπνία των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 59,04), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 29,65), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).
 - Η απώλεια όρεξης των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 26,13), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 10,68), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).
 - Η δυσκοιλιότητα των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 17,99), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 12,33), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,013$).
 - Η διάρροια των ασθενών κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 8,14), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 9,43), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,307$).
 - Η οικονομική δυσκολία των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 18,18), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 9,20), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).
 - Η ολική κατάσταση υγείας των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη

κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 52,79), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 66,48), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).

Στον πίνακα 2 καταγράφονται οι παράγοντες που εκτιμώνται από την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο του μαστού (Br23).

Πιο αναλυτικά:

- Η εικόνα του σώματος των ασθενών, εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 80,87), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 89,54), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).
- Η μελλοντική προοπτική κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 46,66), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 49,81), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,240$).
- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της θεραπείας των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 23,58), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 9,57), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).

- Η συμπτωματολογία από τον μαστό των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 13,19), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 7,41), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).

- Η συμπτωματολογία από τον μπράτσο των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 24,12), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 5,03), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).

- Η ανησυχία λόγω της τριχόπτωσης κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 41,93), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 58,06), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,231$).

Στον πίνακα 3, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των παραμέτρων της σεξουαλικής λειτουργικότητας και της σεξουαλικής ευχαρίστησης. Πιο αναλυτικά:

- Η σεξουαλική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε βελτιωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 21,78), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 17,58), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε

επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$
($p=0,006$).

- Η σεξουαλική ευχαρίστηση των ασθενών εκτιμήθηκε επιβαρυνμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση (\bar{x}_2 24,84), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση (\bar{x}_1 45,77), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη συνολικά η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής των ασθενών, εκτιμήθηκε χειρότερη, στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία στα οποία αναφέρεται ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού, στον πρώτο χρόνο μετά από τη διάγνωση, βελτιώνεται σε σημαντικό βαθμό φθάνοντας σε επίπεδα ανάλογα με αυτά του γενικού πληθυσμού^{29,31,32}.

Οι επιμέρους διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής στην παρούσα μελέτη έδωσαν αποτελέσματα τα οποία συγκρίνονται και συζητούνται ως εξής:

Η φυσική λειτουργικότητα των ασθενών στην παρούσα μελέτη επιδεινώθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0,000$). Το εύρημα αυτό δεν συμφωνεί με εκτιμήσεις άλλων

ερευνητών^{29,32,33}, κατά τους οποίους η φυσική λειτουργικότητα σε ασθενείς με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων βελτιώνεται στο πρώτο έτος μετά την αρχική διάγνωση. Μια παράμετρος, που θα μπορούσε να δικαιολογήσει την ασυμφωνία αυτή είναι η διαφορετική κουλτούρα σχετικά με την αντιμετώπιση και τον χειρισμό της νόσου. Στην Ελλάδα, ο καρκίνος σαν νόσος ακόμα και σήμερα, αποτελεί ταμπού. Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης συγκεντρώθηκαν με την μέθοδο της συνέντευξης. Έτσι δόθηκε η ευκαιρία στις ασθενείς να συζητήσουν με την ερευνήτρια θέματα και προβληματισμούς που τις απασχολούσαν ως προς την νόσο, την θεραπεία της και την μελλοντική της προοπτική. Από τις ανεπίσημες αυτές συζητήσεις προέκυψαν ενδιαφέροντα θέματα, όπως το γεγονός ότι οι ασθενείς δυσκολεύονται να ανακοινώσουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού, από φόβο μήπως απομονωθούν. Κάποιες επαγγελματίες δήλωσαν ότι έχασαν «πελατεία» στο κατάστημά τους από την στιγμή που έγινε γνωστή η ασθένειά τους. Επομένως παρόμοιες καταστάσεις, επηρεάζουν την ασθενή αρνητικά όχι μόνο σε επίπεδο φυσικής λειτουργικότητας αλλά και σε όλες τις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής της. Το θέμα αυτό είναι πολύ ενδιαφέρον και χρήζει περαιτέρω έρευνας. Επιπλέον, κατά τον Osoba και συνεργάτες³⁴, κατά την εκτίμηση

των τελικών αποτελεσμάτων των επιμέρους διαστάσεων της ποιότητας της ζωής της κλίμακας QLQ C-30, δεδομένου ότι τα αποτελέσματα μετατρέπονται σε τιμές από 1-100, μια αλλαγή στις μέσες τιμές των αποτελεσμάτων για την οποία, μπορεί να ισχυριστεί κάποιος ότι έχει κλινική σημασία, είναι της τάξης των δέκα μονάδων, ενώ αντίστοιχα μία διαφορά της τάξης άνω των 20 μονάδων αντικατοπτρίζει μια μεγάλη διαφορά. Στην παρούσα μελέτη σε ότι αφορά την φυσική λειτουργικότητα, παρατηρήθηκε διαφορά της τάξης των 7,5 μονάδων, κάτι που ίσως θα μπορούσε να ισχυριστεί κάποιος ότι δεν θεμελιώνει αποτέλεσμα με κλινική σημασία³⁴.

Σε ότι αφορά τη λειτουργικότητα ρόλων των ασθενών του δείγματος μελέτης, αυτή, επιβαρύνθηκε σημαντικά στον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση ($p=0,001$). Ευρήματα από άλλες μελέτες εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής υποστηρίζουν ότι η λειτουργικότητα των ρόλων βελτιώνεται^{32,35}. Η ασυμφωνία αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί στην ελληνική κουλτούρα, δεδομένου ότι ο καρκίνος αποτελεί ταμπού, δεν συζητείται ευρέως και παρατηρείται μια δυσκολία επικοινωνίας των ασθενών με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους. Παράλληλα, έχει δειχθεί ότι η ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή των ασθενών με καρκίνο του μαστού στην πορεία του χρόνου ποικίλλει σημαντικά³⁶, κάτι που θα

μπορούσε να δικαιολογήσει την ποικιλία των αποτελεσμάτων ως προς την λειτουργικότητα των ρόλων των νεότερων ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Η συναισθηματική λειτουργικότητα των ασθενών του δείγματος μελέτης δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στο πρώτο έτος μετά από τη διάγνωση ($p=0,102$). Σε παρόμοιες μελέτες, έχει δειχτεί πως βελτιώνεται στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση³⁷, ενώ σε άλλες μελέτες ότι επιβαρύνεται^{32,38}. Η υπάρχουσα διχογνωμία υποδηλώνει ίσως το διαφορετικό πολιτισμικό προφίλ των λαών. Είναι γεγονός ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού προκαλεί αλλαγές στην συναισθηματική λειτουργικότητα των ασθενών. Ο βαθμός αίσθησης υπερέντασης, στενοχώριας ή και κατάθλιψης, ποικίλει. Το εύρημα υποδηλώνει ότι οι παραπάνω παράμετροι, παρέμειναν χωρίς μεταβολές. Δεδομένου ότι τη στιγμή της διάγνωσης, δικαιολογημένα υπάρχει μια αναστάτωση στην συναισθηματική λειτουργικότητα των ασθενών, ίσως αυτή παραμένει ένα έτος μετά την διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση. Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει κάτι τέτοιο θα μπορούσαν να είναι η ανασφάλεια των ασθενών εξ αιτίας ελλιπούς ενημέρωσης, η αντίληψη ότι καρκίνος σημαίνει θάνατος και επομένως, ο αγώνας του ασθενούς για την καταπολέμηση του είναι άνισος, η δυσκολία αποτελεσματικής οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης^{39,40}, η

συμπτωματολογία των επικουρικών θεραπειών, που επιμένει για αρκετό διάστημα μετά την ολοκλήρωσή τους^{27,33}. Η γνωστική λειτουργικότητα των ασθενών στην παρούσα μελέτη, επιβαρύνθηκε σημαντικά στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση ($p=0,002$). Το εύρημα συμφωνεί με άλλους ερευνητές^{32,41}.

Η κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε βελτιωμένη στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση ($p=0,012$), εύρημα που συμφωνεί και με άλλους ερευνητές^{32,35,37,42}.

Η κόπωση εμφάνισε επιδείνωση στο πρώτο έτος μετά την διάγνωση ($p=0,000$), Το εύρημα αυτό είναι εξαιρετικά συχνό σε μελέτες ασθενών με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε επικουρική θεραπεία είτε αυτή είναι χημειοθεραπεία, είτε ακτινοθεραπεία ή και συνδυασμός των δύο⁴³⁻⁴⁹. Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς είχαν ήδη ολοκληρώσει την χημειοθεραπεία αλλά στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η κόπωση σαν σύμπτωμα συνεχίζει να βασανίζει τις ασθενείς μήνες ή και χρόνια μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας⁴⁸.

Η κλίμακα της ναυτίας και του εμετού εκτιμήθηκε επιδεινωμένη στην παρούσα μελέτη ($p=0,000$). Η ναυτία είναι ένα σύμπτωμα που οφείλεται στην χημειοθεραπεία^{50,51} και στην ορμονοθεραπεία⁵², καθώς επίσης σε ψυχολογικά αίτια που αφορούν την αλλοιωμένη εικόνα σώματος των ασθενών. Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς

υποβλήθηκαν στις επικουρικές αυτές θεραπείες, επομένως το εύρημα είναι αναμενόμενο και συμφωνεί με όσα αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία^{53,54,55,56,57}.

Ο πόνος εκτιμήθηκε αυξημένος στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση ($p=0,001$). Το εύρημα θεωρείται αναμενόμενο δεδομένου, ότι στην βιβλιογραφία πολλά άρθρα και ερευνητικές μελέτες αναφέρονται στην συμπτωματολογία του πόνου, ο οποίος επιμένει για μήνες ή και χρόνια μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού σχήματος^{58,59,60}.

Η δύσπνοια εκτιμήθηκε αυξημένη στον πρώτο έτος μετά την διάγνωση ($p=0,000$) κάτι που περιγράφεται και σε άλλες μελέτες⁶¹.

Η αϋπνία εκτιμήθηκε αυξημένη ($p=0,000$). Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και σε άλλες ερευνητικές μελέτες, οι οποίες μελετούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας αλλά και του έντονου ψυχολογικού stress, που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων⁶². Επίσης, τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με ανάλογα άλλων ερευνητών^{63,64} και συνδέονται με το αυξημένο άγχος των ασθενών καθώς και με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας.

Η απώλεια όρεξης εκτιμήθηκε αυξημένη στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση ($p=0,000$). Από την παρούσα μελέτη αλλά και από τη διεθνή βιβλιογραφία τα παραπάνω, αποτελούν συμπτώματα, που συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού από τη στιγμή της διάγνωσης αλλά

και κατά την διάρκεια της χρονικής εξέλιξης της νόσου. Οι διάφορες μελέτες που έχουν ανακοινωθεί στην διεθνή βιβλιογραφία και που χρησιμοποίησαν την ίδια κλίμακα εκτίμησης της ποιότητας της ζωής δεν κάνουν ιδιαίτερη μνεία στην συγκεκριμένη κλίμακα^{27,59}. Ίσως αυτό συμβαίνει διότι δίνεται έμφαση στην καχεξία που συνδέεται με τα περισσότερα προχωρημένα στάδια του καρκίνου γενικά, και του καρκίνου του μαστού ειδικότερα⁶⁵.

Η δυσκοιλιότητα εκτιμήθηκε αυξημένη στον πληθυσμό της μελέτης με ($p=0,013$) και αποτελεί ανεπιθύμητη ενέργεια των σκευασμάτων που χορηγούνται για την ορμονοθεραπεία όπως αυτό έχει επίσης αποδειχθεί και από τη μελέτη των Kim και συνεργάτες⁶¹.

Από την άλλη πλευρά η διάρροια τόσο σε ολόκληρο τον πληθυσμό της μελέτης δεν μεταβλήθηκε σημαντικά με ($p=0,307$). Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν μελέτες που να αναφέρονται στην σημαντικότητα ή μη της συγκεκριμένης παραμέτρου.

Τέλος, η συχνότητα της αντίληψης οικονομικών δυσκολιών στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση αυξήθηκε σημαντικά ($p=0,000$). Το εύρημα υποστηρίζεται επίσης στην διεθνή βιβλιογραφία^{32,66,67,68,69}.

Η ολική κατάσταση υγείας, η οποία περικλείει τόσο την εκτίμηση της υγείας των ασθενών ($p=0,000$), όσο και την ποιότητα της ζωής τους ($p=0,000$), εκτιμήθηκε χειρότερη από τις

ασθενείς με στατιστικά σημαντική διαφορά στο πρώτο έτος μετά από τη διάγνωση της νόσου ($p=0,000$). Το εύρημα δεν συμφωνεί με άλλους ερευνητές^{32,70}. Υπάρχει όμως απόδειξη στη βιβλιογραφία⁷¹, ότι παράγοντες όπως, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η ηλικία, η κουλτούρα, η ανεπαρκής πληροφόρηση και η δυσκολία επικοινωνίας των ασθενών με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον μπροστά στο stress, που δημιουργεί η διάγνωση και η θεραπεία της νόσου, συνδέονται με αποτελέσματα χαμηλότερα όταν εκτιμάται η ποιότητα της ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη ανέφεραν δυσκολία στην επικοινωνία με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, αλλά και φόβο απόρριψης εξ αιτίας της νόσου τους, καταστάσεις που δικαιολογούν την χαμηλή εκτίμηση της ποιότητας της ζωής τους.

Η κλίμακα εκτίμησης των ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της θεραπείας έδωσε αποτελέσματα τα οποία, μπορούν να συγκριθούν και να συζητηθούν με σχετικές μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Στο πρώτο έτος μετά από τη διάγνωση, η εικόνα σώματος των ασθενών επιβαρύνθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0,000$). Το εύρημα είναι αναμενόμενο λόγω των επικουρικών θεραπειών που προηγήθηκαν και συμφωνεί με ευρήματα και άλλων ερευνητών^{72,73}. Οι ερευνητές αυτοί βρήκαν ότι η φτωχή εικόνα σώματος είναι συχνή μετά την

ολοκλήρωση της επικουρικής θεραπείας και επιβαρύνεται επί συνδυασμού χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Διαστάσεις μάλιστα όπως είναι η μεγάλη ηλικία, σε συνδυασμό με τις επικουρικές θεραπείες, επιτείνουν το πρόβλημα⁵⁶.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της θεραπείας παρουσίασαν αύξηση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στις ασθενείς του δείγματος μελέτης ($p=0,000$). Τα ευρήματα θεωρούνται αναμενόμενα και συμφωνούν με αντίστοιχα από τη διεθνή βιβλιογραφία²⁷. Επιπλέον, παραμένει ενισχύοντας το παραπάνω εύρημα το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν ορμονοθεραπεία, όπως επισημαίνεται στο άρθρο της Fallowfield⁷⁴, σύμφωνα με την οποία παρατηρούνται ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της ορμονοθεραπείας, οι οποίες όμως, δεν συγκρίνονται στην ένταση με τις αντίστοιχες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας.

Η συμπτωματολογία τόσο από τον μαστό όσο και από το μπράτσο αυξήθηκαν παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά με ($p=0,000$). Τα ευρήματα συμφωνούν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας^{65,75}.

Η μελλοντική προοπτική, δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά στο δείγμα μελέτης με ($p=0,240$). Αντίθετα, σε άλλες ερευνητικές μελέτες έχει φανεί ότι η κατάσταση βελτιώνεται στο πρώτο έτος μετά την αρχική θεραπευτική παρέμβαση³⁷. Μια

εξήγηση στο αποτέλεσμα αυτό θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι επιλέχτηκε σαν χρονικό σημείο της δεύτερης μέτρησης, η χρονική περίοδος της επανεξέτασης, προκειμένου να εκτιμηθεί η κατάσταση υγείας των ασθενών, γεγονός που προκαλεί άγχος, ανασφάλεια και αγωνία για την εξέλιξη της νόσου³⁸.

Η ανησυχία λόγω τριχόπτωσης δεν μεταβλήθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0,231$). Αυτό το εύρημα ίσως οφείλεται στα χρονικά σημεία που επιλέχθηκαν για την συλλογή των στοιχείων της μελέτης. Δηλαδή, αφενός μεν την στιγμή της διάγνωσης δεν έχει προηγηθεί χημειοθεραπεία παρά μόνο σε μερικές περιπτώσεις ενώ στον πρώτο χρόνο μετά την διάγνωση έχουν ολοκληρωθεί τα χημειοθεραπευτικά σχήματα με αποτέλεσμα να μην παρατηρείται αλωπεκία.

Τέλος η σεξουαλική λειτουργικότητα αυξήθηκε σημαντικά στο πρώτο έτος μετά από τη διάγνωση της νόσου ($p=0,006$). Άλλοι ερευνητές δεν επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα αυτά^{74,76}. Από την άλλη πλευρά μειώθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό η σεξουαλική ευχαρίστηση των ασθενών του δείγματος μελέτης. Το εύρημα κρίνεται αναμενόμενο δεδομένων των επικουρικών θεραπειών αφενός μεν της χημειοθεραπείας η οποία σε μεγαλύτερες ηλικίες προκαλεί πρόωμη εμμηνόπαυση⁷⁷ και αφετέρου της ορμονοθεραπείας, που συνδέεται με ανεπιθύμητες ενέργειες όπως είναι η ξηρότητα του κόλπου και η δυσπαρεούνια⁷⁵. Η σεξουαλική

ευχαρίστηση μειώθηκε σε στατιστικά βαθμό ($p=0,000$). Το εύρημα συμφωνεί με άλλα από τη διεθνή βιβλιογραφία^{33,74}. Παράγοντες όπως η επηρεασμένη σωματική εικόνα⁷⁴, ο φόβος απόρριψης από τον σύντροφό τους^{35,78}, αλλά και η χορήγηση της ορμονοθεραπείας^{34,73}, με τη συμπτωματολογία της πρώιμης εμμηνόπαυσης αποτελούν παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην μείωση της σεξουαλικής ευχαρίστησης.

Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών αρχικών σταδίων. Μετά την ολοκλήρωση των επικουρικών θεραπειών σημαντικά προβλήματα όπως είναι η κόπωση, ο πόνος, η επιβαρυσμένη εικόνα του σώματος, εμφανίζονται και ταλαιπωρούν τις ασθενείς. Η αλλαγμένη εικόνα του σώματος, προκαλεί έντονο stress και απαιτεί στήριξη στη γυναίκα ασθενή με καρκίνο του μαστού. Η σεξουαλική ευχαρίστηση επηρεάζεται αρνητικά εξ αιτίας της αλλαγμένης σωματικής εικόνας αλλά και των επικουρικών θεραπειών. Οι οικονομικές δυσκολίες αποτελούν μια πρόσθετη παράμετρο στην ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση. Οι νοσηλευτές όταν γνωρίζουν την επίδραση της νόσου και της θεραπείας της στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού καθίστανται ικανοί να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υψηλής ποιότητας.

Βιβλιογραφία

1. Μάλλιου Σ, Αγνάντη Ν, Παυλίδης Ν, Καππάς Α, Κριαράς Ι, Γερουλάνος Σ. Η Ιστορία του καρκίνου του μαστού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(3): 260-278.
2. Στραβόλαιμος Κ. Καρκίνος του μαστού. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
3. Πατέρας Χ. Καρκίνος μαστού- Πληθυσμιακός έλεγχος, μέσα στο Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας ΕΣΝΕ, Εταιρεία, Νοσηλευτικών σπουδών (Οκτώβ. 2003- Ιανουάρ. 2004), Αθήνα, 2004.
4. GLOBOCAN. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 1.0, 2008.
5. Αγνάντη Ν, Μαλάμου Μ, Μπαή Μ, Μπατιστάτου Α. Ειδική Παθολογική Ανατομική. Τόμος Ι, Ιωάννινα, 2004.
6. Σέμογλου Χ. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Λίτσας, Αθήνα, 2006.
7. WHO. www.who.org/statistics, access date: 16-08-08.
8. Nationmaster. www.nationmaster.com/statistics, access date: 16-08-08.

9. King C, Hinds P. Quality-of-Life. From Nursing and Patient Perspectives. Theory-Research-Practice. Jones and Bartlett, Publishers. Sudbury, Massachusetts, 1998.
10. Fallowfield L. Quality of life: a new perspective for cancer patients, *Nature Review. Cancer* 2002, 2:873-879.
11. Pais-Ribeiro JL. Quality of Life is a primary end-point in clinical settings. *Clin Nutr* 2004, 23(1):121-130.
12. Revicki D, Osoba D, Faiclough D, Barofski I, Berzon R, Leidy N, Rothman M. Recommendations on health related quality of life research to support labeling and promotional claims in United States, *Qual Life Res* 2000 , 9:887-900.
13. Molassiotis A. (2004). The importance of Quality of Life and Patient choice in the treatment of breast cancer, *Eur J Oncol Nurs* 2004, 8, Suppl. 2, S73-S74.
14. Holmes S, Dickenson J. The quality of life: Design and evaluation of a self assessment instrument for use with cancer patients. *Int J Nurs Stud* 1987, 24 (1): 15-24.
15. Moinpour CM, Feigl P, Metch B, Hayden KA, Meyskens FL. Crowley J. Quality of life endpoints in cancer clinical trials: Review and recommendations. *J Natl Cancer I* 1989, 81:485-495.
16. Grant M, Padilla G, Ferrell B, Rhiner M. Assessment of quality of life, with a single instrument. *Semin Oncol Nurs* 1990, 6(4): 260-270.
17. Hyland ME, Kenyon CAP, Jacobs PA (1994). Sensitivity of quality of life domains and constructs to longitudinal change in a clinical trial comparing almererol with placebo in asthmatics. *Qual Life Res* 1994, 3: 121-126.
18. King CR, Haberman M, Berry DL, Bush N, Butler L, Dow KA, Ferrell B, Grant M, Gue D, Hinds P, Kreuer J, Padilla GR, Underwoodn S. Quality of life and the cancer experience: The-state-of-the-knowledge. *Oncol Nurs Forum* 1997, 24 (1):27-41.
19. Κατσαραγάκης Σ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών/των Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών. Απρίλιος-Ιούνιος, Αθήνα, 2001.
20. Aaronson NK. Quality of life research in cancer clinical trials: A need of common rules and language. *Oncology* 1990, 4(5): 59-66.

21. Moinpour CM, Hayden KA. Quality of life assessment in Southwest Oncology Group Trials, *Oncology* 1990, 4(5):74-89.
22. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer: Individual and policy complications. *Cancer* 1994 ,74(Suppl. 4), 1445-1452.
23. Bush NE, Haberman M, Donaldson G, Sullivan KM. Quality of life of 125 adults, surviving 6-18 years after bone transplantation. *Soc Sci Med* 1995, 40(4): 479-490.
24. Σαββοπούλου Γ. Καρκίνος του μαστού. Η πρώτη ημέρα μετά τη διάγνωση. *Νοσηλευτική* 2000 , 3:217-224.
25. Wen KY, Gustafson DH. Needs assessment for cancer patients and their families. *Health Qual Life Outcomes* 2004, 2:11.
26. Browall M, Ahlberg K, Kalsson P, Danielson E, Person LO, Johansson FG. Health related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *Eur J Oncol Nurs* 2008, 12:180-189.
27. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *J Adv Nurs* 1999, 29(2):490-503.
28. Bottomley A, Therasse P, Piccart M, Efficace F, Coens C, Gotay C, Welnicka-Jaskiewicz M, Mauriac L, Dyczka J, Cufer T, Lichinister M, Schornagel J, Bonnefoi H, Shepherd L. Health-related quality of life in survivors of locally advanced breast cancer: an international randomized controlled phase III trial. *Lancet Oncology* 2005, 6(5):287-294.
29. Perry S, Kowalski TL, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health Qual Life Outcomes* 2007, 5:24.
30. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kalaidopoulou O, Smyrniotis V, Vlachos L. The EORTC core questionnaire (QLQ-C30, version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: Validity and reliability in a Hellenic sample. *Int J Cancer* 2001, 94(1):135-139.
31. Ganz PA, Poland JH, Meyerwitz BE, Desmond K. Impact of adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Cancer Res* 1998, 152:39-49.
32. Arndt V, Merx H, Sturmer T, Steamier C, Ziegler H, Brenner H. Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *Eur J Cancer* 2004, 40(5):673-680.
33. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL. Quality of life at the end of the primary treatment of breast cancer: results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer I* 2004, 96:376-387.

34. Osoba D, Rodrigues G, Myles J, Zee B, Pater J. Interpreting the significance of changes in health related quality of life scores. *J Clinical Oncol* 1998, 16:139-144.
35. King MT, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual. Life Res* 2004, 9(7):789-800.
36. Helgeson VS, Cohen S. Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling, Descriptive, Correlational and Intervention Research. *Health Psychol* 1996, 15(2):135-148.
37. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA, Noriega V, Harris SD, Derhagopian RP, Robinson DS, Moffat FL. Concern about aspects of body image and adjustment to early breast cancer. *Psychosom Med* 1998, 60 (2):168-174.
38. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological Outcomes of different treatment policies in women with early stage breast cancer outside a clinical trial. *Brit Med J* 1990, 301:575-580.
39. Sinsheimer LM, Holland JC. Psychological issues in breast cancer. *Semin Oncol Nurs* 1987, 14:75-82.
40. Weiner IB, Freedheim DK, Nezu AM, Geller PA. Psychological aspects of Breast Cancer Studies Group. Psychological response to mastectomy. A prospective comparison study. *Cancer* 1987, 59:189-196.
41. Jenkins V, Shilling V, Deutsch G, Bloomfield D, Morris R, Allan S, Bishop H, Hodson N, Mitra S, Sadler G, Shan E, Stein R, Whitehead S, Winstanley J. A 3-year prospective study of the effects of adjuvant treatments on cognition in women with early stage breast cancer. *Brit J Cancer* 2006, 94:828-834.
42. Schou I, Ekeberg O, Sandvi KL, Hjermand M, Ruland C. Multiple predictors of Health Related Quality of Life in Early stage breast cancer: Data from a year follow-up study compared with general population. *Qual Life Res* 2005, 14(8):1813-1823.
43. Stromborg MF, Wright P. Ambulatory Cancer patients, perception of the physical and psychosocial changes in their lives since the diagnosis of cancer. *Cancer Nurs* 1984, 7:117-130.
44. Wunningham ML, Nail LM, Burke MB, Brophy L, Ciprich B, Jones LS, Pickard-Holey S, Rhodes V, St Pierre B, Beck S. Fatigue and the Cancer experience, the state of the knowledge. *Oncol Nurs Forum*. 1994, 21:23-36.
45. Richardson A. Fatigue in Cancer Patients. *Eur J Cancer Care*. 1995, 4:20-32.
46. Stein KD, Martin SC, Hann DM, Jacobsen PB. *Cancer Practice* 1998, 6: 143-152.

47. Visser MRM, Smets EMA. Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? *Support Care Cancer* 1998, 6:101-108.
48. Broeckel J, Jacobsen PB, Horton J, Balducci, Lyman GH. Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 1998, 16:1689-1696.
49. Λαβδανίτη Μ, Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Τα ερευνητικά δεδομένα μελετών της κόπωσης γυναικών με καρκίνο μαστού υπό ακτινοθεραπεία. *Νοσηλευτική* 2006, 45(4): 458-469.
50. Coates A, Abraham S, Kaye SB, Sowerbutts T, Frewin C, Fox R M, Tattersall's MH. On the receiving end-patient perception of the side effects of cancer chemotherapy. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1983, 19(2):203-208.
51. Green D, Nail LM, Filer VK, Dudgeon D, Jones LS. A comparison of patient-reported side effects among three chemotherapy regimens for breast cancer. *Cancer Practice* 1994, 2(1):57-62.
52. Gibson L, Lawrence D, Dawson C, Bliss J. Aromatase inhibitors for treatment of advanced breast cancer in postmenopausal women. *Cochrane database of Systematic Reviews*. 2009, Issue 4. Art No SD003370. DOI: 10.1002 /14651858. CD 003370.pub3.
53. Ganz PA, Rofessart, J, Polinsky ML, Scag CC, Heinrich RL. A comprehensive approach to the assessment of cancer patients' rehabilitation needs: The cancer inventory of problem situations and a companion interview. *J Psychos Oncol* 1987, 4(3):27-42.
54. Ganz PA, Rowland JH, Meyerwitz BE, Desmond KA. Impact of adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors: *Recent Res Cancer*. 1998, 152: 396-411.
55. Wilmoth M, Townsend J. A comparison of the effects of lumpectomy versus mastectomy on sexual behaviors. *Cancer Practice* 1995, 3: 279-285.
56. Pelousi J. Sexuality and body image: Research on breast cancer survivors' documents altered body image and sexuality. *Am J Nurs* 2006, 106: Suppl. 3, 32-38.
57. Buijs C, deVries EGE, Mourits MJE, Willemse PHB. The influence of endocrine treatments for breast cancer on health-related quality of life. *Cancer Treat Rev* 2008, 34(7):640-655.
58. Poleshuck EL, Katz J, Andrus CH, Hogan LA, Jung BF, Kulick DI, Dworkin RH. Risk factors for Chronic Pain Following Breast Cancer Surgery: A prospective Study. *J Pain* 2006, 7(9):626-634.
59. Hopwood P, Havilland J, Mills J, Sumo G, Bliss J. The impact of age and clinical

- factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START trial (Standardization of Breast Radiotherapy Trial). *Breast* 2007, 16: 241-251.
60. Steegers M, Wolters B, Evers A, Strobbe L, Wilder-Smith OH. Effect of axillary Lymph Node Dissection on Prevalence and Intensity of Chronic and Phantom Pain after breast Cancer Surgery. *J Pain* .2008, 9(9):813-822.
61. Northouse L. The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nurs* 1989, 12: 276-284.
62. Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence clinical characteristics and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep* 2001, 24:583-593.
63. Davidson JR, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallance RB, Blazer DG. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* 2002, 54:1309-1321.
64. Maltzman JD. Developments in the fight against cancer cachexia. Abramson Cancer center of the University of Pennsylvania, annual meeting June 2004. www.oncolink.org/recourses/article access date:1-11-09.
65. Hayman JA, Langa KM, Kabeto MU, Katz SJ, DeMonner SM, Chernew ME, Slavin MB, Fendrick MA. Estimating the Cost of Informal Caregiving for Elderly Patients with Cancer, *J Clin Oncol* 2001, 19 (13):3219-3225.
66. Langa KM, Fendrick A, Chemew ME, Kaveto MU, Paisley KL, Hayman JA. Out-of-pocket Health Care Expenditures among older Americans with cancer. *Value Health* 2004, 7 (2):186-195.
67. Arozullah AM, Calhoun EA, Wolf M, Finley DK, Fitzner KA, Heckinger EA, Gorby BA, Schumock GT, Pharm D, Bennett CL. The Financial Burden of Cancer: Estimates from a Study of Insured Women with Breast Cancer. *J Sup Oncol* 2004, 2(3):271-278.
68. National Center of Health Statistics. CDC US Mortality Public use Data Tapes, 1969-2003.2006.
69. Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Res Treat* 1999, 56(1):45-57.
70. Knobf MT. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2007, 23(1):71-83.
71. Krauss PL. Body image decision making and breast cancer treatment. *Cancer Nurs* 1999, 22(6):421-427.
72. Kenny P, King MT, Shiell A, Seymour J, Hall J, Langlands A, Boyages J. Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and

- radiation therapy. *Breast* 2000, 9(1):37-44.
73. Fallowfield L. Evolution of breast Cancer treatments: current options and quality-of-Life considerations, *Eur J Oncol Nurs European* 2004, 8, Suppl. 2, S75-S82.
74. Kwan W, Jackson J, Weiner LM, Dingee C, McGregorg G., Olivotto IA. Chronic Arm Morbidity after Curative breast Cancer Treatment. Prevalence and quality of life. *J Clin Oncol* 2002, 20(20):4242-4248.
75. Duffy CM, Allen SM, Clark MA. Discussions regarding reproductive health for young women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Am J Clin Oncol Canc* 2005, 23(4):766-773.
76. Knobf MT . Carrying on: The experience of premature menopause in women with early stage breast cancer, *Appl nurs Res* 2002, 51(1):9-17.
77. Speer JJ, Hillenberg B, Syrgue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J* 2005, 11:440-447.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Αποτελέσματα των παραμέτρων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής

Αποτελέσματα παραμέτρων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής	Τελευταία εβδομάδα πρώτου τριμήνου πριν από τη διάγνωση της νόσου \bar{x}_1	Τελευταία εβδομάδα τετάρτου τριμήνου μετά από τη διάγνωση της νόσου \bar{x}_2	Στατιστική σημαντικότητα $p < 0,05$
Ολική κατάσταση υγείας	66,48	52,79	0,000
Φυσική λειτουργικότητα	86,92	79,35	0,000
Λειτουργικότητα ρόλων	85,81	79,35	0,001
Συναισθηματική λειτουργικότητα	63,95	66,66	0,102
Γνωστική λειτουργικότητα	77,62	70,35	0,002
Κοινωνική λειτουργικότητα	80,78	85,79	0,012
Κόπωση	19,00	58,17	0,000
Ναυτία-εμετός	2,57	92,04	0,000
Πόνος	11,97	21,33	0,000
Δύσπνοια	13,99	21,33	0,000
Αϋπνία	29,65	59,04	0,000
Απώλεια όρεξης	10,68	26,13	0,000
Δυσκοιλιότητα	12,33	17,99	0,013
Διάρροια	9,43	8,14	0,307
Οικονομικές δυσκολίες	9,20	18,18	0,000

Πίνακας 2. Αποτελέσματα των παραμέτρων που σχετίζονται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των επικουρικών θεραπειών.

Αποτελέσματα παραμέτρων που σχετίζονται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των επικουρικών θεραπειών	Τελευταία εβδομάδα πρώτου τριμήνου πριν από τη διάγνωση της νόσου \bar{x}_1	Τελευταία εβδομάδα τετάρτου τριμήνου μετά από τη διάγνωση της νόσου \bar{x}_2	Στατιστική σημαντικότητα $p < 0,05$
Εικόνα σώματος	89,54	80,87	0,000
Μελλοντική προοπτική	49,81	46,66	0,240
Ανεπιθύμητες ενέργειες από την συστηματική θεραπεία	9,57	23,58	0,000
Συμπτώματα από το μαστό	7,41	13,19	0,000
Συμπτώματα από το μπράτσο	5,03	24,12	0,000
Ανησυχία λόγω τριχόπτωσης	58,06	41,93	0,231

Πίνακας 3. Αποτελέσματα των παραμέτρων της σεξουαλικής λειτουργικότητας και της σεξουαλικής ευχαρίστησης.

Αποτελέσματα της σεξουαλικής λειτουργικότητας και της σεξουαλικής ευχαρίστησης	Τέσσερις τελευταίες εβδομάδες πρώτου τριμήνου πριν από τη διάγνωση της νόσου \bar{x}_1	Τέσσερις τελευταίες εβδομάδες τετάρτου τριμήνου μετά από τη διάγνωση της νόσου \bar{x}_2	Στατιστική σημαντικότητα $p < 0,05$
Σεξουαλική λειτουργικότητα	17,58	21,78	0,006
Σεξουαλική ευχαρίστηση	45,77	24,84	0,000

ΕΡΕΥΝΑ

Διερεύνηση των γνώσεων και των πράξεων σχετικά με το τεστ Παπανικολάου, σε γυναίκες επαγγελματίες υγείας

Γκεσούλη – Βολτυράκη Ευτυχία¹, Καναβού Βάια², Υφαντής Αρης³, Ντελή Παναγιώτα³, Αναστασιάδης Αναστάσης⁴, Κουτρούμπα Παρασκευή³, Νούλα Μαρία⁵

1. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λαμίας
2. Φοιτήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λαμίας
3. Εργαστηριακός συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λαμίας
4. Τμήμα Μαιευτικής Γυναικολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης
5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λαμίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι από τους συχνότερους καρκίνους παγκοσμίως. Η πρόληψή του είναι δυνατή με το τεστ Παπανικολάου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων γυναικών – επαγγελματιών υγείας σχετικά με το τεστ Παπανικολάου, καθώς και η συχνότητα πραγματοποίησης του από αυτές.

Υλικό και μέθοδος: Στην έρευνα έλαβαν μέρος 151 ενήλικες γυναίκες, επαγγελματίες υγείας, ηλικίας 18-65 ετών. Για τη συλλογή των στοιχείων, χρησιμοποιήθηκε κλειστού τύπου ερωτηματολόγιο με 66 ερωτήσεις. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα SPSS 13.0 έκδοση και η στατιστική ανάλυση έγινε με τις δοκιμασίες χ^2 και Mann-Whitney –U.

Αποτελέσματα: Το 60 % των γυναικών ήταν Ανώτερης /Ανώτατης Εκπαίδευσης και το 65% των γυναικών κατοικούσε σε επαρχιακή πόλη. Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα στο 46% των ατόμων του δείγματος κυμαίνονταν ανάμεσα στα 1000-2000 ευρώ. Το 60 % των γυναικών του δείγματος γνώριζαν ακριβώς γιατί γίνεται το τεστ, ενώ οι νεαρότερες γυναίκες, οι άγαμες και όσες κατοικούσαν σε μη αστικές περιοχές ήταν στατιστικά λιγότερο πιθανό ($p \leq 0,01$) να έχουν πραγματοποιήσει την εξέταση, έστω και μία φορά στη ζωή τους.

Συμπέρασμα: Οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας δε γνωρίζουν στο σύνολο τον ακριβή σκοπό του τεστ Παπανικολάου. Οι νεαρές, ανύπαντρες και όσες κατοικούν σε μη αστικές περιοχές αμελούν την πραγματοποίηση του τεστ.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, τεστ Παπανικολάου, γνώσεις, επαγγελματίες υγείας.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γκεσούλη Ευτυχία,
Ηρώων Πολυτεχνείου 38,
Ζωγράφου, ΤΚ 15773,
Τηλ. 210 7792366,
e-mail: egesouli@yahoo.gr

ORIGINAL PAPER**Investigation of knowledge and practice regarding Papanikolaou test in women health professionals**

Gesouli-Voltyraki Eftyhia¹, Kanavou Vaia², Ifantis Aris³, Deli Panagiota³, Anastasiades Anastasios⁴, Koutrouba Paraskevi³, Noula Maria⁵

1. Assistant Professor, Nursing Department, TEI of Lamia
2. Student, Nursing Department, TEI of Lamia
3. Laboratory Collaborator, Nursing Department, TEI of Lamia
4. Obstetrics-Gynecology Department, General Hospital of Tripoli
5. Associate Professor, Nursing Department, TEI of Lamia

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer is among the most frequent cancers worldwide. Its prevention is possible with Papanikolaou test (Pap test).

Purpose: The purpose was to investigate the knowledge of women-health professionals, as well as the frequency of Pap testing among them.

Material and method: 151 women health professionals, aged 18-65 years old took part in the study. A closed -type questionnaire, consisting of 66 items was used. The statistical test χ^2 and Mann-Whitney -U were used.

Results: 60 % were AEI/TEI graduates and 65 % were residents of provincial towns. Monthly family income was between 1000-2000 Euros in 46% of the participants. 60 % of the women knew exactly the purpose of the test, whereas the younger women, those who were unmarried and inhabitants of rural areas were statistically less probable to take the test, even for once in a lifetime ($p \leq 0.01$).

Conclusion: Women health professionals as a whole do not know the exact purpose of Pap test. The young, unmarried women, living in rural areas neglect taking the test.

Key words: Cervical cancer, Pap test, knowledge, health professionals.

CORRESPONDING AUTHOR

Gesouli E,

Iroon Politechniou 38,

PC 15773, Zografou,

Tel. 210 7792366,

e-mail: egesouli@teilam.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εξακολουθεί να είναι από τους συχνότερους καρκίνους παγκοσμίως που παρουσιάζει σημαντική θνητότητα^{1,2}. Στην Ευρώπη, πρόκειται για το δεύτερο σε συχνότητα καρκίνο σε γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών². Περίπου 33.500 γυναίκες στην Ευρώπη, διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου κάθε χρόνο και 15.000 γυναίκες θα πεθάνουν ετησίως από αυτή τη νόσο. Αυτό ισοδυναμεί με

περισσότερες από 40 γυναίκες στην Ευρώπη να πεθαίνουν καθημερινά από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας^{3,4}. Η μέση ηλικία των γυναικών που εμφανίζουν διηθητικό καρκίνο τραχήλου είναι ~45 έτη, αλλά τα προκαρκινικά στάδια (που είναι ιάσιμα) μπορούν να εμφανιστούν ήδη από πολύ νεαρότερες ηλικίες (20-30 έτη)⁵.

Οι προληπτικές εξετάσεις έχουν οδηγήσει σε μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του

τραχήλου της μήτρας, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες, τα τελευταία 10 χρόνια⁶. Ωστόσο, μόνο σε εθνικό επίπεδο οργανωμένα προγράμματα μαζικού προληπτικού πληθυσμιακού ελέγχου με τεστ Παπανικολάου έχουν πιθανότητες επιτυχίας όσον αφορά στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου (τέτοιο πρόγραμμα δεν υπάρχει στην Ελλάδα).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η οργάνωση των προληπτικών προγραμμάτων είναι πλημμελής και η ενημέρωση του πληθυσμού ανεπαρκής, ενώ έκταση των προγραμμάτων μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου ποικίλλει ανάλογα με τη χώρα. Για παράδειγμα, στην Αγγλία το 83% των γυναικών ηλικίας 25-64 ετών ελέγχεται μέσα σε συνιστώμενα μεσοδιαστήματα σε σύγκριση με το 53-74% των γυναικών στην Ιταλία ηλικίας 25-64 ετών⁷. Η εικόνα εμφανίζεται χειρότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες⁸.

Οι επαγγελματίες υγείας δεν αποτελούν εξαίρεση, αφού παρά τη θεωρητική τους κατάρτιση, οι γνώσεις σε πολλές περιπτώσεις κρίνονται ανεπαρκείς, ενώ και αυτοί αμελούν τη διενέργεια του τεστ.^{9,10}

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων γυναικών – επαγγελματιών υγείας σχετικά με το τεστ Παπανικολάου. Διερευνήθηκε επίσης η συχνότητα πραγματοποίησης της εξέτασης στους επαγγελματίες υγείας και ο ρόλος των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.

Υλικό και μέθοδος

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 151 γυναίκες επαγγελματίες υγείας :ιατροί, νοσηλευτές και μαίες, ηλικίας 18-65 ετών.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Μάρτιος – Ιούνιος 2008 σε Γενικό Νοσοκομείο και σε κέντρο υγείας της Κεντρικής Ελλάδας. Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε 66 κλειστού τύπου ερωτήσεις και που αναφέρονταν στις γνώσεις των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, το τεστ Παπανικολάου. Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται επίσης δημογραφικές πληροφορίες σχετικές με τον αριθμό των ατόμων στην οικογένεια, τον τόπο διαμονής, το οικογενειακό εισόδημα και την οικογενειακή κατάσταση. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί σε παλαιότερη έρευνα στον Ελληνικό πληθυσμό, στα πλαίσια του προγράμματος « Λυσιστράτη»¹¹.

Κάθε γυναίκα έδωσε εγγράφως τη συγκατάθεση της για τη συμμετοχή της στην έρευνα και συμπλήρωσε ανώνυμα το ερωτηματολόγιο, παρουσία μελών της ερευνητικής ομάδας.

Στο Γενικό Νοσοκομείο διανεμήθηκαν 130 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα 130 (ποσοστό ανταπόκρισης 100 %), ενώ στο Κέντρο Υγείας 25 και επεστράφησαν 21 (ποσοστό ανταπόκρισης 84%).

Κωδικοποίηση μεταβλητών: Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, εκτιμήθηκε με βάση τη μόρφωση και το επάγγελμα. Η ακαδημαϊκή μόρφωση προσδιορίστηκε σε τέσσερα επίπεδα (Δημοτικό-Γυμνάσιο-Λύκειο-Πανεπιστήμιο - κλίμακα 1-4 αντίστοιχα). Ο τύπος διαμονής επίσης σε τέσσερα επίπεδα και η οικογενειακή κατάσταση σε τρία (άγαμες, έγγαμες, διαζευγμένες /χήρες - κλίμακα 1-3 αντίστοιχα), ενώ το οικογενειακό εισόδημα κωδικοποιήθηκε σε κλίμακα 1-4, από <1000 ευρώ μηνιαίως, έως και > 3000 ευρώ)

Στατιστική Ανάλυση

Επεξεργασία: Αρχικά εφαρμόστηκε η περιγραφική στατιστική και κατασκευάστηκαν πίνακες συχνότητας και γραφήματα για τα γενικά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στην περίπτωση της οικογενειακής κατάστασης οι γυναίκες σε κατάσταση χηρείας και οι διαζευγμένες περιελήφθησαν σε μία ομάδα λόγω του μικρού αριθμού τους. Οι ποιοτικές μεταβλητές εξετάστηκαν με τη χρήση του χ^2 του Pearson. Σύγκριση των κατηγορικών μεταβλητών έγινε με το τεστ Mann-Whitney-U. Το επίπεδο σημαντικότητας ήταν το 0,05. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα SPSS for Windows, 13.0 έκδοση.

Αποτελέσματα

Από τις 151 γυναίκες επαγγελματίες υγείας, που έλαβαν μέρος στην μελέτη, το 23 % των

γυναικών ήταν ηλικίας κάτω των 30 ετών, το 17 % ήταν 30-34, το 25% μεταξύ 35-39, το 20% μεταξύ 40-44 και 15% μεταξύ 45-65.ς προς το μορφωτικό επίπεδο, το 60% του πληθυσμού της μελέτης ήταν Ανώτερης/Ανώτατης Εκπαίδευσης και το 31% ήταν απόφοιτες Λυκείου. Το 65% των γυναικών κατοικούσε σε επαρχιακή πόλη, το 22% σε μεγαλούπολη και το 13% σε χωριό -κωμόπολη. Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα στο 46% των ατόμων του δείγματος κυμαίνονταν ανάμεσα στα 1000-2000 ευρώ (Πίνακας 1).

Όσον αφορά το σκοπό το τεστ Παπανικολάου, το 60% των γυναικών του δείγματος γνώριζαν ακριβώς γιατί γίνεται το τεστ (πίνακας 2), ενώ οι νεαρότερες γυναίκες, οι άγαμες και όσες κατοικούσαν σε μη αστικές περιοχές ήταν στατιστικά λιγότερο πιθανό ($p \leq 0,01$, Mann Whitney test) να έχουν πραγματοποιήσει την εξέταση, έστω και μία φορά στη ζωή τους. (Πίνακας 3).

Αναφορικά με τη συχνότητα πραγματοποίησης του τεστ και τη συσχέτισή της με τους κοινωνικοοικονομικούς-δημογραφικούς παράγοντες στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,04$) βρέθηκε σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Οι έγγαμες πραγματοποιούν το τεστ τακτικότερα από κάθε άλλη ομάδα (κάθε χρόνο, για τα τελευταία 5 χρόνια). Με τους άλλους παράγοντες δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. (πίνακας 4).

Η αμέλεια και ο φόβος των αποτελεσμάτων ήταν η κυριότερη αιτία μη πραγματοποίησης

του τεστ - 54% και 23 % αντίστοιχα όσων δεν είχαν πραγματοποιήσει την εξέταση (συνολικά 13 άτομα, πίνακας 5).

Συζήτηση

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν, ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας είναι ενήμερη σε γενικές γραμμές για τις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ωστόσο η εφαρμογή αυτών των διαγνωστικών μεθόδων στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας είναι πλημμελής.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα διεθνών μελετών με την εικόνα να είναι χειρότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αναλυτικότερα, παρότι, η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών στις ανεπτυγμένες χώρες γνωρίζουν το σκοπό του τεστ και τουλάχιστον κάποιες από τις βασικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διενέργεια της εξέτασης, σε μελέτες έχει βρεθεί, ότι περιορισμένο σχετικά ποσοστό έχει πραγματοποιήσει την εξέταση. Για παράδειγμα, στο Τέξας των ΗΠΑ βρέθηκε, ότι μόνο το 50% των ιατρών προέβαινε στην εξέταση, ενώ διαπιστώθηκαν μεγάλες αποκλίσεις στην τήρηση των κατευθυντηρίων οδηγιών μεταξύ των ιατρών¹².

Στις αναπτυσσόμενες χώρες η εικόνα είναι απογοητευτική. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 144 γυναίκες επαγγελματίες υγείας στη Νιγηρία βρέθηκε,

ότι το 20% δεν γνώριζε κάποιον συγκεκριμένο παράγοντα κινδύνου. Επίσης, βρέθηκε, ότι η πλειοψηφία των ιατρών γνώριζαν το σκοπό του τεστ Παπανικολάου, το 60% των νοσηλευτών, το 50% των φαρμακοποιών και το 48% των εργαστηριακών επιστημόνων. Μόνο το 9% είχε πραγματοποιήσει τεστ Παπανικολάου στη ζωή του, ενώ οι διαζευγμένες, αλλά και οι ιατροί είχαν πραγματοποιήσει την εξέταση σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό. Ένα ποσοστό 30% δε θεωρούσε ότι κινδύνευε από καρκίνου του τραχήλου, ενώ η ανεπαρκής ενημέρωση αποτελούσε βασικό λόγο για τη μη διενέργεια της εξέτασης⁹.

Σε μελέτη των Arillo-Santillán και συν στο Μεξικό, βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν μέτρια γνώση των δυνατοτήτων πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ ελλιπέστατη ήταν η γνώση πάνω σε ζητήματα σχετικά με την αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των θεραπευτικών επιλογών¹³. Σε άλλη έρευνα, στο Μεξικό βρέθηκε, ότι λιγότερο από το 50% των γενικών γιατρών γνώριζαν την κατάλληλη ηλικία για την πραγματοποίηση της εξέτασης, όπως και το τι πρέπει να πράξουν σε περίπτωση που ανευρεθεί HPV θετική γυναίκα χωρίς προκαρκινωμάτωδεις αλλοιώσεις. Σε ποσοστό άνω του 90% ωστόσο γνώριζαν ότι ο HPV αποτελεί την κύρια αιτία της νόσου και ότι το τεστ Παπανικολάου είναι βασική

διαγνωστική εξέταση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας¹⁴.

Παρόμοια είναι τα ευρήματα και από έρευνα στην Τουρκία, όπου βρέθηκε, ότι ένα 75% των νοσηλευτών πίστευε ότι η εξέταση Παπανικολάου μειώνει τη θνητότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ δε γνώριζε την κατάλληλη ηλικία για έναρξη της εξέτασης και το ενδεικνυόμενο χρονικό διάστημα για την επανάληψη της εξέτασης σε περίπτωση που αυτή είναι φυσιολογική¹⁵. Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη στην Τυνησία βρέθηκε ότι ιατροί και μαίες υστερούσαν στις γνώσεις πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας¹⁶. Από τις γυναίκες ιατρούς σε νοσοκομείο της Ουγκάντα βρέθηκε ότι παρά την ικανοποιητική θεωρητική γνώση, το 80 % ουδέποτε είχε πραγματοποιήσει την εξέταση, ενώ μόνο το 26 % των συντρόφων των αρρένων ιατρών είχε προβεί στο Παπανικολάου τεστ¹⁷.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας η εικόνα γνώσης και πραγματοποίησης του τεστ Pap από τις ελληνίδες επαγγελματίες υγείας εμφανίζεται βελτιωμένη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Καλαμπόκα και συνεργάτες το καλοκαίρι του 2006 σε Ελληνίδες ηλικίας 16-25 ετών έδειξε, ότι μία στις δύο γυναίκες στη χώρα μας δεν έχει κάνει ποτέ στη ζωή της τεστ Παπανικολάου, ενώ έξι στις δέκα δε γνωρίζουν καν για ποιο λόγο πρέπει να γίνεται η εξέταση.

Γυναίκες κάτω των 30 ετών, ανύπαντρες, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο μη πραγματοποίησης της εξέτασης, ενώ οι γνώσεις τους πάνω στο ζήτημα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας υστερούσαν σημαντικά σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες γυναικών¹⁸.

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας το 2007 στα πλαίσια του προγράμματος «Λυσιστράτη» βρέθηκε, ότι το 32,8% των ερωτηθεισών γυναικών απάντησε ότι υποβάλλεται τακτικά (κάθε χρόνο, για πάνω από 5 χρόνια) σε τεστ Παπανικολάου, ενώ για τις γυναίκες κάτω των 30 ετών το ποσοστό ήταν 15%¹¹. Ο φόβος των αποτελεσμάτων, η αμέλεια αλλά και ένα αίσθημα αμηχανίας κατά την εξέταση είναι ανάμεσα στα κυριότερα αίτια μη πραγματοποίησης των προληπτικών εξετάσεων σε ανεπτυγμένες και μη χώρες^{8,19}.

Η αμέλεια είναι επίσης σημαντικός λόγος για τις Ελληνίδες, όπως φάνηκε και αποτελέσματα της έρευνας «Λυσιστράτη». Αυτό είναι σύμφωνο με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, στην οποία βρέθηκε ότι ο φόβος των αποτελεσμάτων και η αμέλεια ήταν οι κυριότεροι λόγοι που επικαλέστηκαν όσες γυναίκες επαγγελματίες υγείας δεν έκαναν το τεστ Παπανικολάου.¹¹

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, παρόλο που η πλειοψηφία των

γυναικών επαγγελματιών υγείας γνωρίζει τη δυνατότητα πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με το τεστ Παπανικολάου, υπάρχει ένα μικρό ποσοστό που δεν έχει πραγματοποιήσει ποτέ στη ζωή του τη συγκεκριμένη εξέταση, ενώ το τεστ δεν πραγματοποιείται τακτικά από το ένα τρίτο περίπου των γυναικών του δείγματος. Επίσης δεν υπάρχει επαρκής γνώση των προληπτικών δυνατοτήτων του τεστ Παπανικολάου. Η απουσία τακτικής και διεξοδικής ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια ενός καλά οργανωμένου προγράμματος πρόληψης πιθανόν να ευθύνεται για την πλημμελή γνώση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και για την παράλειψη της εξέτασης από σεβαστό ποσοστό γυναικών. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει συστηματική εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, γεγονός που δε βοηθά στη συμμετοχή των γυναικών στον προληπτικό έλεγχο. Αν ληφθεί υπόψη ότι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διαμορφώσουν τις αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού στα ζητήματα πρόληψης, η συμπεριφορά των ιδίων δεν συνάδει με τον στόχο αυτό. Υπάρχει ανάγκη για ακριβέστερη ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και εντατική εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Βιβλιογραφία

1. Davies P, Bogdanovic-Guillion A, Grce M, Sancho-Garnier H. The future of cervical cancer prevention in Europe. Coll Antropol 2007, 31 Suppl 2:11-6.
2. Arbyn M, Raifu AO, Autier P, Ferlay J. Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004. Ann Oncol 2007, 18:1708-15.
3. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Globocan 2002: Cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base No.5, version 2.0 IARC Press, Lyon, 2004
4. Levi F, Lucchini F, Negri E, Franceschi S, la Vecchia C. Cervical cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. Eur J Cancer 2000, 36:2266-71.
5. Νεότερα δεδομένα για το εμβόλιο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, Τσίμας Β., <http://www.sekk.gr/VACCINE%20AGAINST%20CANCER.htm>, πρόσβαση 15/9/09
6. Κυριακογιάννη - Ψαροπούλου Π., Ζαρογιάννη Χ, Μαρκίδου Σ, Πουλιανού Ε, Κύρκου Κ, Κουτσελίνη Ε, και συν. Πληθυσμιακός έλεγχος (screening) για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα (Ηλεία-Μεσσηνία) Ιατρική, 1998, 74 : 236-241
7. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, et al. Cervical

- cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J Cancer* 2004, 91:935-41.
8. Lamadrid Alvarez S. Knowledge and fears among Chilean women with regard to the Papanicolaou test. *Bull Pan Am Health Organ* 1996, 30:354-6
9. Anya SE, Oshi DC, Nwosu SO, Anya AE. Knowledge, attitude, and practice of female health professionals regarding cervical cancer and Pap smear. *Niger J Med.* 2005, 14:283-6
10. Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. *Prev Med* 2008, 46:87-98
11. Αγοραστός Θ, Τογκαρίδου Ε, Λαμπρόπουλος Α, Μίκος Θ, Θεόδωρος Κωνσταντινίδης Θ, Γουλής Δ, και συν. Συχνότητα λοίμωξης και κατανομή των ογκογόνων τύπων του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων σε Ελληνίδες και αποδοχή της προοπτικής του εμβολιασμού εναντίον του ιού-Πρόδρομα αποτελέσματα του «Προγράμματος Λυσιστράτη», *Ελληνικό Περιοδικό Μαιευτικής και Γυναικολογίας.* 2008, 7: 331-348
12. Holland-Barkis P, Forjuoh SN, Couchman GR, Capen C, Rascoe TG, Reis MD Primary care physicians' awareness and adherence to cervical cancer screening guidelines in Texas. *Prev Med* 2006, 42:140-5
13. Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E, Peris M, Salazar-Martínez E, Salmerón-Castro J, Alonso-De Ruiz P. Knowledge of health professionals about the prevention of cancer the cervix. Alternatives to medical education *Salud Publica Mex* 2000, 42:34-42
14. Del Refugio Gonzalez-Losa M, Gongora-Marfil GK, Puerto-Solis M. Knowledge about cervical cancer screening among family physicians: cross-sectional survey. *J Eval Clin Pract* 2009, 15 :289-91
15. Yaren A, Ozkilinc G, Guler A, Oztop I. Awareness of breast and cervical cancer risk factors and screening behaviours among nurses in rural region of Turkey. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008, 17:278-84.
16. Hsairi M, Fakhfakh R, Bellaaj R, Achour N. Knowledge and practice of doctors and midwives working in primary health care regarding screening for cervical and breast cancers. *Sante Publique* 2007, 19:119-32.
17. Mutyaba T, Mmiro FA, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Med Educ* 2006, 6:13.

18. Καλαμπόκας Θ, Γκρέγκορυ Σ, Μαραβελάκης Π, Σάουελ Π, Σαλάκος Ν., Κυριόπουλος Γ. Στάσεις και Χρήση της Κυτταρολογικής Εξέτασης κατά Παπανικολάου (pap-test) για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας σε Νέες Ελληνίδες (16/26 ετών), Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας & Μαιευτικής, 2007, 6 : 241-250.
19. Oscarsson MG, Wijma BE, Benzein EG. 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority... '--why women choose not to attend cervical cancer screening. Health Expect 2008, 11:26-34

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικά	N	%
Ηλικιακές ομάδες (έτη)		
<30	34	23
30-34	26	17
35-39	38	25
40-44	30	20
45-65	23	15
Σύνολο	151	100
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτες Δημοτικού	4	3
»» Γυμνασίου	7	5
»» Λυκείου	50	31
»» ΑΕΙ/ΤΕΙ	90	60
Σύνολο	151	100
Τόπος διαμονής		
Χωριό	8	5
Κωμόπολη	12	8
Επαρχιακή πόλη	98	65
Μεγάλο αστικό κέντρο	33	22
Σύνολο	151	100
Οικογενειακή κατάσταση		
Ελεύθερη	44	29
Παντρεμένη	95	63
Διαζευγμένη	7	5
Χήρα	5	3
Σύνολο	151	100
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα		
< 1000 ευρώ	28	18
1000-2000	70	46
2000-3000	33	22
> 3000	20	14
Σύνολο	151	100

Πίνακας 2. Ακριβής γνώση του σκοπού του τεστ

Σκοπός	N	%
Γενικά η πρόληψη του καρκίνου	6	4
Ειδικά η πρόληψη του καρκίνου των γεννητικών οργάνων	35	23
Ειδικότερα στον τράχηλο της μήτρας	91	60
Άλλο	19	13
Σύνολο	151	100

Πίνακας 3. Πραγματοποίηση τεστ Παπανικολάου τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής και συσχέτισή του με δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Έχετε κάνει ποτέ τεστ Παπ	N	Μέση τάξη	p
Ηλικία	ΝΑΙ	127	74,20	0,00
	ΟΧΙ	13	34,35	
	Σύνολο	140		
Οικογενειακή κατάσταση	ΝΑΙ	127	74,60	0,00
	ΟΧΙ	13	30,42	
	Σύνολο	140		
Μορφωτικό επίπεδο	ΝΑΙ	127	70,31	0,84
	ΟΧΙ	13	72,31	
	Σύνολο	140		
Τόπος διαμονής	ΝΑΙ	127	72,78	0,01
	ΟΧΙ	13	48,19	
	Σύνολο	140		
Εισόδημα	ΝΑΙ	127	71,52	0,32
	ΟΧΙ	13	60,58	
	Σύνολο	140		
Mann-Whitney-U test				

Πίνακας 4. Συχνότητα πραγματοποίησης τεστ Παπανικολάου και συσχέτισή του με δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Μια φορά		2-3 φορές		Τακτικά (κάθε χρόνο πάνω από 5 χρόνια)	
	Αριθμός (n=21)	%	Αριθμός (n=24)	%	Αριθμός (n=81)	%
Ηλικία (έτη)						
<29	5/23	22%	6/23	26%	12/23	52%
30-34	2/23	9%	3/23	13%	18/23	78%
35-39	1/33	0%	7/33	21%	25/33	76%
40-44	8/25	32%	6/25	24%	11/25	44%
≥ 45	5/22	23%	2/22	9%	15/22	68%
<i>P</i>						0,06
Εκπαίδευση (έτη)						
<6	1 / 4	25%	0/4	0%	3 / 4	75%
7-9	1 / 4	25%	0/4	0%	3 / 4	75%
10-12		15%	8/39	21%	25/39	64%
	6/39					
>12	13/79	16%	16/79	20%	50/79	63%
<i>P</i>						0,90
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος	3/29	10%	9/29	31%	17/29	59%
Έγγαμος	13/85	15%	15/85	18%	57/85	67%
Διαζευγμένη/χήρα	5/12	42%	0/12	0%	7/12	58%
<i>P</i>						0.04
Τόπος διαμονής (κάτοικοι)						
<1.000	1/5	20%	1/5	20%	3/5	60%
1.000-5.000	2/10	20%	2/10	20%	6/10	60%
5.000-100.000	16/81	20%	19/81	23%	46/81	57%
>100.000	2/30	7%	2/30	7%	26/30	87%
<i>P</i>						0,19
Οικογενειακό εισόδημα						
<1000	6/19	32%	2/19	11%	11/19	58%
1000-2000	9/59	15%	10/59	17%	40/59	68%
2000-3000	2/29	7%	9/29	31%	18/29	62%
>3000	4/19	21%	3/19	16%	12/19	63%
<i>X² test, P</i>						0,25

Πίνακας 5. Αιτίες μη πραγματοποίηση του τεστ ΠΑΠ στις επαγγελματίες υγείας

Αιτίες	N	%
Αμέλεια	7	54
Αμηχανία κατά την εξέταση	3	23
Φόβος αποτελεσμάτων	3	23
Total	13	100,0