



# ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

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

Quarterly scientific, online journal of Nursing department A', TEI of Athens

Τόμος 9ος, Τεύχος 2ο, Απρίλιος - Ιούνιος 2010

Volume 9, Issue 2, April - June 2010

## ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

*Βασιλική Α. Λανάρα: Εις μνημόσυνον αιώνιον*



### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- Διαγνωστική προσέγγιση της οστεοπόρωσης
- Παχυσαρκία: Μια πολυπαραγοντική νόσος
- Λειτουργική ανικανότητα ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ισχαιμικής αιτιολογίας
- Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής



### ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

- Βασικές αρχές χορήγησης αντιψυχωσικών φαρμάκων και το πρόβλημα της συμμόρφωσης των ασθενών

### ΕΡΕΥΝΕΣ

- Συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας σε μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
- Το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας: Διερεύνηση της άποψης νοσηλευτών έναντι αυτού του διλήμματος

**ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ****Βασιλικά Α. Λανάρα: Εις μνημόσυνον αιώνιον**

**Έ**νας χρόνος πέρασε από τότε που η αείμνηστη πλέον Β. Λανάρα «μετέστη εις τα άνω». Αναπόφευκτη βεβαιότητα που σφραγίζει τη ζωή μας ο θάνατος όχι σαν ένα φοβερό ενδεχόμενο αλλά δεδομένο συμβάν όπως αναφέρει ο Μητροπολίτης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής. Γεγονός όμως επώδυνο για να χωρέσει στα όρια των αντοχών μας. Τότε ίσως σκεφθήκαμε πως θα το ξεπεράσουμε και ίσως το ξεχάσουμε τοποθετώντας και παραδίδοντας την στην ιστορία. Όμως δεν ήταν καθόλου έτσι μετά το σκληρό ξάφνιασμα η αφόρητη συνειδητοποίηση ότι η Βασιλική Λανάρα «έφυγε» παρήγορο όμως ότι τώρα κατοικεί ανάμεσα στους εκλεκτούς του Θεού ότι «ητοιμάσθη σοι τόπος αναπαύσεως» κατά τον ψαλμωδό.



Όταν η κ. Κυρίτση μου ζήτησε να μετέχω αυτού του μνημόσυνου δέχθηκα χωρίς άλλη σκέψη γιατί είχα πολλούς λόγους να το κάνω. Αρχίζοντας όμως να συνειδητοποιώ την ευθύνη που ανέλαβα φοβήθηκα. Πώς εγώ θα μπορούσα να αρθρώσω λόγο για τη μεγαλύτερη διεθνή φυσιολογία που πέρασε από τη νοσηλευτική και όχι μόνο. Στην ίδια δεν άρεσαν ποτέ τα μεγάλα λόγια γι' αυτό και εγώ αποφάσισα να σας μιλήσω για την δική μου Βασιλική Λανάρα μέσα από τη σχέση της προσωπικής μαθητείας που δεν περιορίζεται σ' ένα αμφιθέατρο πανεπιστημίου αλλά επεκτείνεται και καθορίζει στάσεις ζωής, θέτει αξίες, ανατρέπει μετριότητες και γίνεται οδηγός, σηματοδότης και φάρος ασφαλής. Να μιλήσω για την γυναίκα που θαύμασα, πίστεψα και εμπιστεύθηκα «έως εσχάτων», γιατί αυτό άραγε, τι το ξεχωριστό συνέβαινε; Πολλά, πάρα πολλά μόνο που πρέπει να θέλεις να τα διακρίνεις αν και πιστεύω πως σχεδόν όλοι εμείς που βρισκόμαστε σήμερα εδώ ξέραμε ότι η Βασιλική Λανάρα δεν ήταν γέννημα του κόσμου τούτου. Δεν θα μπορούσε ποτέ να εγκλωβισθεί στα ασφυκτικά όρια της γης που όμως αγάπησε γιατί αγάπησε πολύ τους ανθρώπους πιστεύοντας πως η αγάπη αποτελεί το απόλυτο και διαχρονικό μέτρο του Θεού που μας ζυγίζει. Αν η αγάπη όμως δεν διακονεί τότε δεν είναι γνήσια και ξεπέφτει. Η διακονία είναι κορυφαίος τρόπος παρουσίας και μαρτυρίας της αγάπης. Είναι θυσία χωρίς προϋπολογισμό. Επένδυση που όμως δεν εκπίπτει ποτέ γιατί είναι

αποταμιευμένη σε άλλο χρηματιστήριο. Η Βασιλική Λανάρα έθεσε εαυτόν στην διακονία της αγάπης. Ο όσιος Ισαάκ ο Σύρος τονίζει πως «όταν φθάνουμε στην αγάπη φθάνουμε στο Θεό και ο δρόμος του αγώνα μας τελειώνει. Και εκείνη έφθασε αυτή την τελειότητα τελειώνοντας τον αγώνα. Τέλειωσε τον αγώνα αφήνοντας σε μας παρακαταθήκες, υποθήκες ζωής. Πράγματα πολλά να μας συντροφεύουν και μέσα σ' αυτή τη συντροφιά η ψυχή και η σκέψη να αναπαύονται.

Καθηγήτρια του τμήματος νοσηλευτικής του πανεπιστημίου Αθηνών και ας μην απατόμεθα, με άλλες σκέψεις, της το οφείλουμε, το επέβαλε η δική της αυθεντική προσωπικότητα και ο καθαρός από κάθε υποκρισία λόγος. Και όμως αυτή η μεγάλη κυρία στη ψυχή και το πνεύμα ήταν πολύ ταπεινή και προσιτή σε όλους γιατί ήξερε πως η χάρις δίδεται στους ταπεινούς. Πάντα διαθέσιμη, πάντα υποστηρικτική. Με προσωπικό ενδιαφέρον όταν οι πιο πολλοί από μας προσπερνάμε αδιάφορα ή απλά προσφέρουμε τον οίκτο μας. Ο οίκτος για την Βασιλική Λανάρα ήταν άγνωστη λέξη. Στην εποχή μας που πολλά θυσιάζονται στο βωμό του προσωπικού, στην εποχή του απόλυτου εγώ εκείνη παρέμενε ακέραιη, «έξω από την εποχή». Ήρεμη παρουσία, αφοπλιστική, όλη φως, πρόσωπο που αποκάλυπτε μυστικό μεγαλείο. Λόγος που ανέδειε υπερκόσμια ελπίδα. Χαμογελαστή, χαρούμενη και αλήθεια μεγαλειώδης. Δασκάλα με μοναδική μεταδοτικότητα και μετάγγιση γνώσης, μετάγγιση πίστης στην αιώνια προοπτική του ανθρώπου.

Δεν υπήρξε ποτέ κατηφής, ποτέ αποθαρρυντική, δεν υπήρχαν για κείνη υμέτεροι ή μη. Συγκαταβατική στην αδυναμία, έπασχε με τους άλλους στα δύσκολα και μοιράζονταν τη χαρά σαν να ήταν δική της.

Αριστοκρατική στην παρουσία αλλά και την ψυχή, η αναγνωρισιμότητα δεν την αλλοίωσε η δόξα των ανθρώπων δεν την άγγιξε γιατί η ίδια «τα άνω φρονούσε». Δεν ήθελε, δεν επεδίωξε να έχει οπαδούς γιατί σεβόταν την ελευθερία, δεν ήθελε υπηκόους αλλά ελεύθερους ανθρώπους και συνεργάτες. Όταν την στενοχωρούσαμε, εκείνη χαμογελούσε και περίμενε, δεν εκνευρίζονταν γιατί ήταν ξένο στο χαρακτήρα της. Ο άνθρωπος που πάντα έδινε λύση στα προβλήματα. Η Βασιλική Λανάρα υπήρξε χαρισματική και γι' αυτό αποτέλεσε, χωρίς να το επιδιώξει πρότυπο. Ένας μύθος που και όταν απομυθοποιήθηκε ανέβηκε πιο ψηλά στις συνειδήσεις μας.

Μπαίνοντας στις αίθουσες διδασκαλίας ακτινοβολούσε, μια ακτινοβολία γνήσια και οι λέξεις μεστές, σοβαρές. Η παρουσία της ενέπνεε ένα σεβασμό δίχως η ίδια να τον επιβάλλει. Στις κάποιες φορές αθώς ή μη ανταρσίες υπομονετική και με το παράδειγμα διδακτική. Καμιά αλαζονεία, ποτέ υπεροψία αλλά μια παρουσία που σε ήλεγχε αν και δεν ήταν ποτέ ο δικός της στόχος. Πόσα αλήθεια θα μπορούσα να πω, να αναφερθώ σε προσωπικά γεγονότα τα οποία

αναδεικνύουν την μοναδική Βασιλική Λανάρα, κάποια πράγματα όμως δεν μοιράζονται γιατί σου ανήκουν αποκλειστικά και φοβάσαι μη τα χάσεις. Σκέφτομαι πως φτωχύνουμε, χάσαμε ότι πολύτιμο, ότι μας κρατούσε. Από την άλλη πάλι δεν θα έπρεπε να μιλάμε για φτώχεια, θα ήταν σαν να τη βγάλαμε από τη ζωή μας και ακόμη χειρότερο σαν να μην άφησε τίποτα πίσω της. Και κείνη άφησε πολλά και σπουδαία. Άφησε παράδειγμα, ίχνη, πυξίδα για να μη χάσουμε τον προορισμό μας και μονοπάτι να βασίσουμε.

«Μνήμη μάρτυρος, μίμηση μάρτυρος», η Βασιλική Λανάρα υπήρξε μάρτυς της ζωής, της πίστης, μάρτυς και στη μακρόχρονη ασθένεια που μέσα από αυτή ο Θεός θέλησε να την αγιάσει. Σε μας μένει να τη μιμηθούμε και να ακολουθήσουμε μια πορεία ζωής με πρότυπο αυτή τη μεγάλη φυσιογνωμία.

---

**Μαρβάκη Χριστίνα**

Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Αθήνας

*Από την εκδήλωση «Επιστημονικό μνημόσυνο» για τη Β. Λανάρα στο Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ****Διαγνωστική προσέγγιση της οστεοπόρωσης**

Γιαβασόπουλος Ευάγγελος<sup>1</sup>, Βλάχου Χρυσάφω<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτης Τ.Ε., M.Sc., Ph.D.(c), Αναπληρωτής Προϊστάμενος Τμήματος Αναισθησιολογίας και Ιατρείου Πόνου, «Σισμανόγλειο» Γ.Ν. Αττικής, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α' Τμήματος Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών

2. Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

**Περίληψη**

Η οστεοπόρωση αποτελεί μεταβολικό νόσημα που προκαλεί σοβαρά προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα την νοσηρότητα και θνητότητα κυρίως στην τρίτη ηλικία, αλλά και σε μικρότερες ηλικίες. Αφορά όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας και προκαλεί σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση των πλέον σύγχρονων τρόπων διαγνωστικής αντιμετώπισης της οστεοπόρωσης.

**Υλικό και μέθοδος:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που αναφέρονταν στη διάγνωση της οστεοπόρωσης.

**Αποτελέσματα:** Πλήθος ερευνητικών μελετών έδειξαν, ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου πρόκλησης της οστεοπόρωσης είναι η αυξημένη απώλεια της οστικής μάζας με την πρόοδο της ηλικίας, η οποία στις γυναίκες αρχίζει συνήθως κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης. Αυτό το γεγονός σε συνδυασμό με το ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης, εξηγεί τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της οστεοπόρωσης στις γυναίκες, σε σχέση με τους άνδρες. Άλλες σχετικές μελέτες έδειξαν, ότι το μεταβολικό αυτό νόσημα σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα για κατάγματα.

Η πρόληψη της οστεοπόρωσης απαιτεί βελτιστοποίηση της κορυφαίας οστικής πυκνότητας κατά την παιδική και νεανική ηλικία, έγκαιρη διάγνωση της αυξημένης οστικής απώλειας κατά την κρίσιμη μετεμμηνόπαυσιακή περίοδο και ενημέρωση των ασθενών που βρίσκονται στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

**Συμπεράσματα:** Ο αριθμός των υποψηφίων οστεοπορωτικών ασθενών είναι μεγάλος, όπως επίσης και ο τελικός αριθμός των ανθρώπων που θα υποστούν τις συνέπειες του νοσήματος. Η

αξιολόγηση και η πρόληψη της οστεοπόρωσης απαιτεί ολιστική προσέγγιση του νοσήματος και επίσης υπογραμμίζει την ανάγκη εκπαίδευσης του πληθυσμού, παράγοντες που συμβάλουν σημαντικά στην μείωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου.

**Λέξεις κλειδιά:** Οστεοπόρωση, διάγνωση, παράγοντες κινδύνου.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας**

*Γιαβασόπουλος Ευάγγελος,*

*Ζωοδόχου Πηγής 47,*

*Μελίσσια Αττικής, Τ.Κ.:15127,*

*Τηλ:210-5811889*

*E-mail: egiavass@otenet.gr*

**REVIEW****Diagnostic approach of osteoporosis**

Giavasopoulos Evangelos<sup>1</sup>, Vlachou Chrysapho<sup>2</sup>

1. R.N., MSc. Ph.D.(c), Associate Head of Nursing Anesthesiology Department & Pain Therapy, "Sismanogleio" General State Hospital of Athens, Greece, Laboratorial Collaborator of A' Nursing Department, Technological Educational Institute of Athens, Greece
2. R.N.

**Abstract**

Osteoporosis is a metabolic disease that causes serious health problems, resulting in morbidity and mortality especially in the elderly, but even at younger age. It concerns all the developed countries including Greece and raises causes socio-economic consequences.

The **aim** of present study was to review the existing literature regarding the contemporaneous methods in diagnosis of osteoporosis.

The **method** of this study included bibliography research from both the review and the research literature which referred to the relation between diagnosis and osteoporosis.

**Results:** The majority of research studies showed that the most important risk factor for osteoporosis is the increased loss of bone mass, as age is progressing, which in women, usually

starts during menopause. This, fact in conjunction with the longer life expectancy of women, explains the growing prevalence of osteoporosis in women compared to men. Other relevant studies have shown that this metabolic disease is related to high risk for bone fractures.

The prevention of osteoporosis requires optimization of leading bone density during childhood and adolescence, early detection of increased bone loss in postmenopausal critical period and education of patients being at high risk.

**Conclusions:** The number of candidate osteoporotic patients is high, as well as the final number of individuals who will suffer from the consequences of the disease. The assessment and prevention of osteoporosis requires overall approach of the disease and highlights the need of training the population, factors that, significantly contribute to the control of the disease.

**Key words:** Osteoporosis, diagnosis, risk factors.

**Corresponding author***Giavasopoulos Evangelos,**47 Str. Zoothochou Pigis,**PC 15127, Melissia, Greece,**Tel: +030 2105811889,**E-mail: egiavass@otenet.gr***Εισαγωγή**

**Σ**ήμερα ζούμε στην εποχή της αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων κι αυτό είναι ένα μεγάλο επίτευγμα της επιστήμης. Ως συνέπεια, της αύξησης του μέσου όρου της ηλικίας που στις μέρες μας είναι περίπου 80 έτη, παρουσιάζονται ασθένειες όπως η οστεοπόρωση που ήταν άγνωστη πριν από κάποιες δεκαετίες.

Η οστεοπόρωση, η οποία συχνά ορίζεται ως «σιωπηλή επιδημία του κατάγματος» αποτελεί παγκοσμίως το κυριότερο πρόβλημα μετά τα

καρδιαγγειακά νοσήματα και τη δεύτερη αιτία σωματικής ανικανότητας και θνητότητας. Σύμφωνα με άλλες εκτιμήσεις ορίζεται ως «ασθένεια του πολιτισμού» για το λόγο, ότι η συχνότητα εμφάνισης της είναι ιδιαίτερα υψηλή μεταξύ των λευκών γυναικών, ενώ αποτελεί σύνηθες φαινόμενο στις δυτικές χώρες και στην Αμερική.<sup>1,2,3</sup>

Προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, υποδεικνύει, διαφορές ως προς το φύλο και αναλυτικότερα, προσβάλλει 1 στις 3 γυναίκες

και 1 στους 8 άνδρες, ενώ οι γυναίκες οι οποίες έχουν πάθει σπονδυλικό κάταγμα βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο να πάθουν ένα επιπρόσθετο κάταγμα μέσα στον επόμενο χρόνο. Μέχρι την ηλικία των 80 ετών 1 στις 3 γυναίκες και 1 στους 8 άνδρες θα υποστούν κάταγμα ισχίου. Επίσης, ευθύνεται για δεκάδες εκατομμύρια κατάγματα παγκοσμίως και σύμφωνα με εκτιμήσεις κοστίζει περίπου 5 δισ.ευρώ ετησίως για νοσηλευτική περίθαλψη.<sup>1,2,3</sup>

Στην Ελλάδα περίπου 15.000 άτομα σπάνε κάθε χρόνο το μηριαίο οστό, των οποίων η θνητότητα τα 2 πρώτα χρόνια μετά την εγχείρηση φτάνει το 30%.<sup>1</sup>

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει, ραγδαία αύξηση του οστεοπορωτικού πληθυσμού. Περίπου 200 εκατομμύρια γυναίκες υποφέρουν από οστεοπόρωση σε ολόκληρο τον κόσμο. Σύμφωνα με το διεθνές συμβούλιο οστεοπόρωσης στην Ευρώπη, η οστεοπόρωση εξελίσσεται σιγά-σιγά χωρίς προειδοποιητικά σημεία και συμπτώματα και προκαλεί ένα κάταγμα κάθε 30 δευτερόλεπτα, ενώ ένας στους οκτώ πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης άνω των 50 ετών θα υποστεί κάταγμα της σπονδυλικής στήλης.<sup>4,5</sup>

Η λέξη οστεοπόρωση φιλολογικά σημαίνει πορώδες οστό. Οστεοπόρωση είναι η σκελετική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ελάττωση της οστικής πυκνότητας, δηλαδή μειωμένη οστική αντοχή σε τόσο σημαντικό βαθμό ώστε να προκαλούνται αναίτια

κατάγματα. Η οστική αντοχή ενσωματώνει την οστική πυκνότητα και την οστική ποιότητα. Ο μηχανισμός που συντελεί στην εμφάνιση της είναι η υπεροχή της οστεοκλαστικής διαδικασίας έναντι της οστεοβλαστικής. Στην οστεοπόρωση δεν μεταβάλλεται η δομική σύσταση, δηλαδή η οστική μεταβολή είναι ποσοτική και όχι ποιοτική. Προσβάλλει όλο το σκελετό και ανάλογα με τον τύπο της περισσότερο τα σπογγώδη ή τα φλοιώδη οστά.<sup>3,6,7,8</sup>

### **Τύποι- μορφές οστεοπόρωσης**

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αναγνωρίζονται δύο μορφές οστεοπόρωσης, η πρωτοπαθής και η δευτεροπαθής. Η πρωτοπαθής χωρίζεται στην: νεανική, ιδιοπαθή και στην σχετιζόμενη με την ηλικία. Η νεανική παρατηρείται σπάνια σε αγόρια και κορίτσια πριν από την ήβη. Διαρκεί περίπου δύο χρόνια και υποχωρεί αυτομάτως.

Η ιδιοπαθής οστεοπόρωση εμφανίζεται σε νεαρούς ενήλικες ηλικίας 20-40 ετών και των δύο φύλων και είναι διαφόρου αιτιολογίας. Η οστεοπόρωση που σχετίζεται με την ηλικία είναι η πιο συχνή μορφή οστεοπόρωσης. Αρχίζει κατά το μέσο της ζωής και αυξάνει προοδευτικά σε συχνότητα με την ηλικία. Η μορφή αυτή οστεοπόρωσης χωρίζεται περαιτέρω σε δύο τύπους. Τον τύπο I ή μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση και τον τύπο II ή γεροντική οστεοπόρωση ή οστεοπόρωση των ηλικιωμένων.<sup>3,4,5,8,9</sup>

**Οστεοπόρωση τύπου I**

Ο τύπος I προσβάλλει γυναίκες 15 έως 20 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση, αλλά λιγότερο συχνά μπορεί να προσβληθούν και άντρες αυτής της ηλικίας. Φαίνεται να προκαλείται από παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται στενά ή απελευθερώνονται με την εμμηνόπαυση.

Ο τύπος II οστεοπόρωσης σχετίζεται με το γήρας και εμφανίζεται σε άτομα και των δύο φύλων ηλικίας 70 ετών και άνω. Η δευτεροπαθής οστεοπόρωση συνοδεύει διάφορες ενδοκρινικές, αιματολογικές, κληρονομικές και άλλες παθήσεις.<sup>3,4,5,8,9,10</sup>

Ως προς τις μορφές οστεοπόρωσης περίπου το 30% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών έχει κλινικά ευρήματα οστεοπόρωσης τύπου I. Στην Ευρώπη μόνο, πάσχουν 30 εκατομμύρια γυναίκες και 3 εκατομμύρια άνδρες, με αποτέλεσμα να συμβαίνουν 700.000 κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου οστού ετησίως, με θνητότητα στα άτομα αυτά 20% μέσα στο πρώτο εξάμηνο μετά το κάταγμα. Στην Ιαπωνία, με βάση στοιχεία του υπουργείου υγείας, τα κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου οστού αυξήθηκαν μέσα σε 5 χρόνια κατά 50% περίπου.<sup>4,9</sup>

Αύξηση του προβλήματος έχει διαπιστωθεί και στις Η.Π.Α. την τελευταία δεκαετία. Τα οστεοπορωτικά σπονδυλικά κατάγματα στις Η.Π.Α. εκτιμούνται σε 5 εκατομμύρια ετησίως. Υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α. 25 εκατομμύρια γυναίκες πάσχουν από οστεοπόρωση, με

αποτέλεσμα κάθε χρόνο να συμβαίνουν περίπου 1,5 εκατομμύρια οστεοπορωτικά κατάγματα.<sup>4,9</sup>

Στην Ελλάδα, περισσότερες από 500.000 Ελληνίδες πάσχουν από οστεοπόρωση, ενώ σημειώνονται 10.000 κατάγματα ισχίου, εκ των οποίων το 90% αφορά οστεοπορωτικά άτομα με θνησιμότητα που αγγίζει το 30%.<sup>3</sup>

**Οστεοπόρωση τύπου II**

Τα συχνότερα κατάγματα στην γεροντική ηλικία είναι του άνω άκρου του μηριαίου οστού (διατροχαντήρια ή διαυχενικά). Στην Ελλάδα σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι το διάστημα 1977-1992 υπήρξε μια μέση ετήσια αύξηση της τάσης του 7.6%, έτσι ώστε ο συνολικός τους αριθμός στην Ελλάδα, αυξήθηκε από 5.100 σε 10.953 κατάγματα.

Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι ο αριθμός των καταγμάτων του άνω άκρου του μηριαίου οστού αυξάνεται κάθε χρόνο κατά 5-10%.

Το κοινωνικοοικονομικό κόστος της οστεοπόρωσης τύπου II είναι τεράστιο. Περίπου το 30% των κρεβατιών των ορθοπεδικών κλινών καταλαμβάνεται μόνιμα από ηλικιωμένους με κάταγμα του άνω άκρου του μηριαίου οστού και το κόστος νοσηλείας υπερβαίνει τα 16 δισεκατομμύρια δραχμές το χρόνο. Παρόλη όμως τη φροντίδα για αποκατάσταση των καταγμάτων αυτών, η θνητότητα φτάνει μέχρι το 30%, ένα χρόνο μετά το κάταγμα.<sup>3,4,5,8,9,10</sup>

**Παράγοντες κινδύνου - Αίτια**

Η διατήρηση της οστικής πυκνότητας δεν διατηρείται εντός φυσιολογικών ορίων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και από τη βιβλιογραφία τονίζεται, ότι υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο.

Μετά το 40<sup>ο</sup> έτος στους άνδρες με βραδύ ρυθμό και μετά το 50<sup>ο</sup> έτος στις γυναίκες με σχετικά γρήγορο ρυθμό, χάνεται οστούν. Η απώλεια οστικής μάζας τόσο στον άνδρα όσο και στη γυναίκα ξεκινά στα 30-40 έτη παράλληλα με ελάττωση της μυϊκής μάζας.<sup>11</sup>

Στις γυναίκες από την στιγμή της εμμηνόπαυσης ξεκινά μια περίοδος επιταχυνόμενης απώλειας που κυμαίνεται από 2-5% ανά έτος για τα επόμενα δέκα χρόνια που οφείλεται σε αυξημένη οστεοκλαστική δραστηριότητα σε σχέση με την οστεοβλαστική. Η αιτία είναι απώλεια των οιστρογόνων που συμβαίνει στην εμμηνόπαυση καθώς υποδοχείς τους έχουν βρεθεί τόσο στους οστεοκλάστες όσο και στους οστεοβλάστες. Τα 3-6 πρώτα χρόνια της εμμηνόπαυσης η απώλεια είναι μεγαλύτερη, ενώ στη συνέχεια αυτή φτάνει τα επίπεδα που ήταν πριν την εμμηνόπαυση.<sup>2,3</sup>

Επιπροσθέτως ως προς το φύλο, ένας άλλος πρόσφατα τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου πρόκλησης οστεοπόρωσης που προκύπτει από την σύγχρονη βιβλιογραφία και αφορά νεαρές γυναίκες αθλήτριες, είναι η υπερβολική σωματική άσκηση ή υπερπροπόνηση. Σε αυτή τη περίπτωση, η έντονη

σωματική δραστηριότητα, άσκηση, η ελαφρά διατροφή και το stress που βιώνουν οι γυναίκες αθλήτριες, έχουν ως αποτέλεσμα ορμονικές διαταραχές, διαταραχές στον κύκλο της εμμήνου ρύσεως, όπως αμηνόρροια ή ολιγομηνόρροια, τα οποία συχνά στο μέλλον προκαλούν μείωση της οστικής τους πυκνότητας με αυξημένη πιθανότητα για κλινικά έκδηλη οστεοπόρωση.<sup>12</sup>

Ως προς τις μορφές της οστεοπόρωσης, οι σπουδαιότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της Πρωτοπαθούς Οστεοπόρωσης είναι δημογραφικοί, όπως η ηλικία, το φύλο, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, το κληρονομικό ιστορικό κ.α.<sup>12,15,16,17</sup>

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της Δευτεροπαθούς Οστεοπόρωσης είναι, διάφορες ενδοκρινικές παθήσεις, παθήσεις γαστρεντερικού, μυελού των οστών, συνδετικού ιστού, διάφορα φάρμακα όπως κορτικοστεροειδή, θυροξίνη, ηπαρίνη, ρευματοειδής αρθρίτιδα, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, υστερεκτομή κ.α.<sup>13,14,15</sup>

**Κλινική εικόνα**

Η οστεοπόρωση είναι μια νόσος που χρειάζεται πολλά χρόνια από την έναρξη της για να αρχίσει να ενοχλεί συστηματικά τον ασθενή και να τον υποχρεώσει να προστρέξει στο γιατρό. Λόγω της ασυμπτωματικής φύσης της η οστεοπόρωση συχνά διαγιγνώσκεται καθυστερημένα. Συνίσταται σε άτομα λοιπόν που ανήκουν στις ομάδες κινδύνου και πάντα

σε γυναίκες άνω των 40 ετών, να συμβουλευόνται τους θεράποντες γιατρούς για σχετική έρευνα.<sup>2,3</sup>

Μετά το υποκλινικό στάδιο, η οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται από δύο φάσεις κλινικών εκδηλώσεων, την οξεία που επισυμβαίνει κατά τη διάρκεια σημαντικού αυτόματου ή προκλητού κατάγματος και τη χρόνια φάση που αφορά τα μεσοδιαστήματα των οξέων φάσεων.<sup>2,3</sup>

Η χρόνια φάση χαρακτηρίζεται από επίμονους πόνους στην περιοχή της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και υψηλή οσφυαλγία. Ο ασθενής ανακουφίζεται μόνο ξαπλωμένος, οποιαδήποτε άλλη θέση αυξάνει τα ενοχλήματά του. Ο οστεοπορωτικός σπόνδυλος χαρακτηρίζεται από σημαντική αραίωση των οστεοδοκίδων, ειδικότερα των οριζοντίων. Περιοχές του σπονδύλου ερημώνονται κυριολεκτικά από οστούν, ενώ αντίθετα άλλες οστεοδοκίδες υπερτρέφονται αντιρροπιστικά. Αποτέλεσμα της οστικής απώλειας των σπονδύλων είναι η εμφάνιση των σπονδυλικών καταγμάτων, η έντονη ραχιαλγία και η προοδευτική απώλεια του αναστήματος που συνοδεύεται από κύφωση. Επίσης η κύφωση της θωρακικής μοίρας συνοδεύεται από αντισταθμιστική λόρδωση της οσφυϊκής μοίρας. Παράλληλα υπάρχει και διόγκωση της κοιλιακής χώρας λόγω πρόπτωσης των σπλάχνων.<sup>1,2,3,16</sup>

Βαθμιαία επειδή το άτομο χάνει ύψος της σπονδυλικής στήλης, μειώνεται τόσο το εύρος

της θωρακικής όσο και της κοιλιακής κοιλότητας με αποτέλεσμα προοδευτική δύσπνοια και αίσθημα πληρότητας μετά από λήψη μικρής ποσότητας φαγητού. Η κοιλιά προεξέχει και οι παχιές δερματικές ρυτίδες εμφανίζονται στην περιοχή των πλευρών και της λεκάνης.

Στην οξεία φάση, αιφνίδια και κατά τη διάρκεια των συνηθών ασχολιών του, το οστεοπορωτικό άτομο αισθάνεται ένα ισχυρό πόνο στην περιοχή της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και στην ανώτερη οσφυϊκή μοίρα. Ο πόνος τον αναγκάζει να ξαπλώσει ακίνητος, αφού η στάση αυτή είναι η μόνη που τον ανακουφίζει. Η οξεία αυτή φάση διαρκεί 10-15 μέρες και μετά αρχίζει βαθμιαία να υποχωρεί. Πλήρης υποχώρηση των συμπτωμάτων μπορεί να απαιτήσει αρκετούς μήνες.<sup>2,3</sup>

Άλλα κατάγματα που μπορούν να συμβούν συνήθως από πτώση είναι των πλευρών, του άκρου της κερκίδας, του βραχιόνιου και του ισχίου τα οποία απαιτούν άμεση χειρουργική αποκατάσταση.<sup>17,18</sup>

### **Διαγνωστική προσέγγιση**

Η οστεοπόρωση αποτελεί από την πλευρά της κλινικής συμπτωματολογίας συνήθως ένα σιωπηλό νόσημα, ιδίως στα αρχικά στάδια της οστικής απώλειας. Αυτό έχει σαν συνέπεια την καθυστερημένη διάγνωση του νοσήματος στις περισσότερες περιπτώσεις, σε περίοδο που η αποτροπή εμφάνισης νέων καταγμάτων

γίνεται προβληματική. Παρόλα αυτά, προσεκτική μελέτη ατόμων και κυρίως των άμεσα μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου και την ευκολότερη αντιμετώπισή της.

Η ταξινόμηση που προτείνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) για τη διάγνωση της Οστεοπόρωσης είναι βασισμένη στη σύγκριση της οστικής πυκνότητας του σώματος (BMD) ανάμεσα σε έναν νέο-ενήλικα (T-score) και τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και τους άνδρες άνω των 50 ετών.

Φυσιολογικό θεωρείται το αποτέλεσμα (T-score) όταν είναι μεγαλύτερο από -1.0. Οστεοπενία θεωρείται όταν το αποτέλεσμα (T-score) είναι μεταξύ -1.0 και -2.5. Οστεοπόρωση ορίζεται ένα (T-score) αποτέλεσμα μικρότερο από -2.5.

Σοβαρή μορφή οστεοπόρωσης μπορεί να θεωρηθεί όταν το (T-score) είναι μικρότερο από - 2.5 με τη παρουσία ενός ή περισσότερων εύθραυστων καταγμάτων.<sup>19,20</sup>

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η διάγνωση της οστεοπόρωσης βασίζεται στο ιστορικό υγείας, την κλινική εξέταση, τον ακτινολογικό έλεγχο, τη μέτρηση οστικής πυκνότητας, τον αιματολογικό – βιοχημικό - ορμονικό έλεγχο, τους οστικούς βιοχημικούς δείκτες, την οστική βιοψία και τη διαφορική διάγνωση.<sup>3, 20-26</sup>

Επίσης, προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την διάγνωση της οστεοπόρωσης υποδεικνύει ότι σημαντικό ρόλο παίζει η ηλικία, το φύλο και πιο

συγκεκριμένα συνηθέστερα προσβάλλονται γυναίκες μετά τα 50 και άνδρες μετά τα 60. Το ιστορικό νόσων που μπορεί να προκαλέσουν οστεοπόρωση, οι διαιτητικές συνήθειες όπως μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών, ασβεστίου, η μακροχρόνια λήψη κορτιζόνης, παράπονα για (ραχιαλγία, πόνο στα πόδια ή στο στέρνο, μείωση ύψους σώματος, τάση για αυτόματα κατάγματα, δυσκολία στη βάρδιση.

### **Κλινική εξέταση**

Μετράται με προσοχή το ανάστημα του οστεοπορωτικού ατόμου αφού τοποθετηθεί μπροστά στο αναστημόμετρο ανυπόδητο. Χρήσιμο είναι να μετράται και το ανάπτυγμα των χεριών, επειδή συνήθως είναι ίσο με το ανάστημα του ατόμου, η διαφορά των δύο μεγεθών μπορεί να προσδιορίσει κατά προσέγγιση την απώλεια αναστήματος.

Χρήσιμο ανθρωπομετρικό στοιχείο είναι επίσης το ύψος του καθημένου ασθενούς. Μετράται δηλαδή η απόσταση από την κορυφή της κεφαλής μέχρι το ύψος του καθίσματος, όπου ο ασθενής κάθεται.

Χρήσιμο επίσης για την εκτίμηση του οστεοπορωτικού ατόμου, είναι το πάχος της δερματικής πτυχής, επειδή ο υπολογισμός του βαθμού της παχυσαρκίας συνδέεται επιδημιολογικά με την οστεοπόρωση.

Επίσης, σημαντική θέση στην διάγνωση της οστεοπόρωσης κατέχει η αξιολόγηση της κύφωσης με ειδικά υψόμετρα.

Είναι πολύ σπουδαίο τόσο κατά την αρχική εξέταση, όσο και κατά την παρακολούθηση του οστεοπορωτικού ασθενούς, να εκτιμούνται τα υποκειμενικά ενοχλήματά του. Τα ενοχλήματα αυτά πρέπει να διευκρινίζεται αν είναι απότοκα της οστεοπόρωσης ή αν οφείλονται σε άλλες μυοσκελετικές παθήσεις. Αυτά τα ενοχλήματα είναι: οστικός πόνος, η κινητικότητα του ασθενούς.<sup>3, 20-29</sup>

### Ακτινολογικός έλεγχος

Για την αντικειμενική εκτίμηση της οστεοπόρωσης, ιδιαίτερα, χρήσιμοι είναι οι ακτινολογικοί δείκτες που βασίζονται στη μεταβολή του σχήματος και γενικότερα της ακτινολογικής απεικόνισης των οστών.

Οι σπουδαιότεροι ακτινολογικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση της οστεοπόρωσης είναι οι ακόλουθοι:

- Σπονδυλικός δείκτης ή δείκτης των Vignand-Meunier
- Μηριαίος δείκτης
- Μετακάρπιος δείκτης
- Δείκτης Exton-Smith
- Πτερνικός δείκτης
- Κνημιαίος δείκτης

Αρκετά επισφαλής μέθοδος εκτίμησης της οστεοπόρωσης είναι η απλή εκτίμηση της μειωμένης ακτινοσκιερότητας, που προκαλείται από την υπάρχουσα ελάττωση της οστικής πυκνότητας.<sup>3, 20-26</sup>

### Οστική πυκνομετρία

Στη σημερινή εποχή, έχουν επινοηθεί σύγχρονες μέθοδοι που μπορούν με μικρό ποσοστό λάθους, να υπολογίσουν την περιεκτικότητα του οστού σε μεταλλικά στοιχεία και επομένως, έμμεσα, την οστική πυκνότητα.

Οι μέθοδοι αυτές βασίζονται στην απορρόφηση μιας ακτινοβολίας (φωτονίων ή ακτίνων X) από τα μεταλλικά μέρη του σκελετού.

Με τις μεθόδους μέτρησης οστικής πυκνότητας μπορεί να προβλεφθεί ο κίνδυνος εμφάνισης ενός μελλοντικού οστεοπορωτικού κατάγματος με αρκετά ποσοστά λάθους όμως, γιατί η οστική πυκνομετρία εκτιμά την ποσότητα και όχι την ποιότητα του οστού.<sup>3, 20-29</sup>

Στην κλινική εφαρμογή, περισσότερο διαδεδομένες μέθοδοι μέτρησης οστικής πυκνότητας είναι οι ακόλουθες: Η απλή απορρόφηση φωτονίων, η διπλή απορρόφηση φωτονίων η διπλή απορρόφηση ακτίνων X, η ποσοτική υπολογιστική τομογραφία, η περιφερική ποσοτική αξονική τομογραφία, η Μέτρηση των χαρακτηριστικών των οστών με υπερήχους, και η ανάλυση με ενεργοποίηση νετρονίων.

### Εργαστηριακές Εξετάσεις

Διενεργείται πλήρης Αιματολογικός, Βιοχημικός και Ορμονικός έλεγχος.

Εκτιμώνται οι τιμές σε Ασβέστιο, Φώσφορο, Λευκώματα, Ουρία, Αλκαλική Φωσφατάση,

Καλσιτριόλη και Παραθορμόνη. Επιπλέον εξετάζονται οι Δείκτες Οστικού Μεταβολισμού (οστικό κλάσμα αλκαλικής φωσφατάσης ορού, οστεοκλασίνη ορού και καρβοξυτελικά προπεπτίδια κολλαγόνου ορού) καθώς και οι Δείκτες Οστικής Απορρόφησης (Ασβέστιο/κρεατινίνη 24ώρου, υδροξυπρολίνη ούρων, γλυκοσίδια υδροξυλισίνης ούρων, όξινη φωσφατάση ανθεκτική στο τρυγικό οξύ, πυροδολίνη ούρων και Διασταυρούμενα τελοπεπτίδια ούρων του κολλαγόνου)<sup>21</sup>

Οι ανωτέρω δείκτες έχουν μεγάλη ευαισθησία για τη διάγνωση της οστεοπόρωσης και συμβάλουν θετικά στην πιστοποίηση της νόσου.<sup>26,27,28</sup>

Συνοψίζοντας, η συχνότητα εμφάνισης της οστεοπόρωσης και οι επιπλοκές της αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς λόγω της αύξησης του μέσου όρου ζωής.

Η οστεοπόρωση, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, αφενός, λόγω της αυξημένης συχνότητας εμφάνισής της, αφετέρου, λόγω των σοβαρών επιπτώσεων στη ζωή των ασθενών, στο σύστημα υγείας και στην εθνική οικονομία. Αναλυτικότερα, σχετίζεται με αυξημένο κοινωνικο-οικονομικό κόστος καθώς για την νοσοκομειακή περίθαλψη των οστεοπορωτικών αρρώστων δαπανούνται μεγάλα κεφάλαια, όπως επίσης και με αυξημένη θνησιμότητα από τις επιπλοκές των οστεοπορωτικών καταγμάτων.<sup>30,31</sup>

## Συμπεράσματα

Η οστεοπόρωση δεν είναι νόσος μόνο της μετεμμηνοπαυσιακής γυναίκας. Η φροντίδα για την πρόληψη και αντιμετώπισή της πρέπει να αρχίζει πολύ πριν εγκατασταθεί από την παιδική ακόμη ηλικία.

Η συνεχής τακτικά προσαρμοσμένη άσκηση και άθληση σε συνδυασμό με μια σωστή διατροφή, πλούσια σε γαλακτοκομικά προϊόντα και ασβέστιο και πτωχή σε πρωτεΐνες, χωρίς κάπνισμα και αλκοόλ, θα συμβάλει στη σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου και θα εξασφαλίσει έναν υγιή σκελετό με δυνατά και άθραυστα οστά χωρίς οστεοπόρωση.

## Βιβλιογραφία

1. Γ. Π. Λυρίτης «Οστεοπόρωση», Εκδόσεις Press Line, 2000, Αθήνα.
2. Guyton. Η Φυσιολογία του Ανθρώπου, Έκδοση 5<sup>η</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, 1998.
3. Τοκμακίδης Σ., Άσκηση και χρόνιες παθήσεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2003, Αθήνα.
4. Πισίδης Α., Ανατομική, Βασικές Γνώσεις, Εκδόσεις Λύχνος, 1996, Αθήνα
5. Καλδρυμίδης Φ., Τραβάς Γ., Γώγου Λ., Σκαραντάβος Γρ., «Οστεοπόρωση», Εκδόσεις Novartis, 2004, Αθήνα.
6. Κάμμα Α., «Εισαγωγή στην Ορθοπεδική», Εκδόσεις Αν. Κάμμα, 1999, Αθήνα.

7. Polikandrioti M., Katsareli D. Amenorrhoea and osteoporosis in active female. Available at: *Icus and Nursing Web Journal*. Issue 27, August-October 2006.
8. Frick H., Leonhard H., Starck D., «Γενική ανατομία, ειδική ανατομία Ι», Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, 1999, Αθήνα.
9. Κατρίτση Δ. & Παπαδόπουλου Ν., «Ανατομική του ανθρώπου», Εκδόσεις Λίτσας, 1998, Αθήνα.
10. Κάμμα Α., «Μαθήματα Ανατομικής», 1η έκδοση, Εκδόσεις Μ. EDITION, 1998, Αθήνα.
11. Binkley N., Osteoporosis in men, *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 2006, Aug; 50(4): 764-74.
12. Πολυκανδριώτη Μ., Τσάμη Αθ. Το «Τριαδικό Σύνδρομο της αθλήτριας». Το Βήμα του Ασκληπιού. Τεύχος (1), 2007. Available at : [vima-asklipiou.gr](http://vima-asklipiou.gr)
13. Hunter DJ, Sambrook PN. Bone loss. *Epidemiology of bone loss. Arthritis Res*. 2000;2(6):441-5.
14. Lane NE. Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Feb;194(2 Suppl):S3-11
15. Grazio S. Epidemiology of osteoporosis, *Reumatizam*. 2006; 53(2):18-31
16. Διαδυκτιακή σελίδα :<http://users.otenet.gr/~mainas/osteoporosis.htm> 2005. Πρόσβαση: 1-3-08
17. Διαδυκτιακή σελίδα: [www.katsikos/net/osteoporosi.php](http://www.katsikos/net/osteoporosi.php).2006 Πρόσβαση: 1-4-08
18. Kanis JA, Gluer CC. An update on the diagnosis and assessment of osteoporosis with densitometry. Committee of Scientific Advisors, International Osteoporosis Foundation. *Osteoporos Int*. 2000;11:192-202
19. NIH. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA*. 2001;285:785-95
20. NOF. National Osteoporosis Foundation. Physician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. 2004. Accessed on 23 March 200. Available at: <http://www.nof.org/physguide/index.htm>.
21. National Osteoporosis Foundation. America's bone health: the state of osteoporosis and low bone mass [online]. 2005a. Accessed on 16 November 2005. Available at <http://www.nof.org/advocacy/prevalence/index.htm>.
22. National Osteoporosis Foundation. Osteoporosis: fast facts [online]. 2005b. Accessed on 15 November 2005. Available at: <http://www.nof.org/osteoporosis/diseasesfacts.htm>.

23. Tavares V, Canhão H, Gomes JA, Simões E, Romeu JC, Coelho P, et al. Recommendations for the diagnosis and management of osteoporosis. *Acta Reumatol Port.* 2007 Jan-Mar;32(1):49-59.
24. Czerwiński E, Badurski JE, Marcinowska-Suchowierska E, Osieleniec J. Current understanding of osteoporosis according to the position of the World Health Organization (WHO) and International Osteoporosis Foundation. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2007 Jul-Aug;9(4):337-56
25. Cosman F. The prevention and treatment of osteoporosis: a review. *MedGenMed.* 2005 May 11;7(2):73.
26. Lane JM, Russell L, Khan SN Osteoporosis, *Clin Orthop Relat Res.* 2000 Mar (372):139-50.
27. Genant HK, Engelke K, Prevrhal S. Advanced CT bone imaging in osteoporosis. *Rheumatology (Oxford).* 2008 Jul; 47 Suppl 4:iv9-16.
28. Czerwiński E, Badurski JE, Marcinowska-Suchowierska E, Osieleniec J. Current understanding of osteoporosis according to the position of the World Health Organization (WHO) and International Osteoporosis Foundation. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2007 Jul-Aug;9(4):337-56
29. Gass M, Dawson-Hughes B. Preventing osteoporosis-related fractures: an overview. *Am J Med.* 2006 Apr; 119(4 Suppl 1):S3-S11.
30. Ullom-Minnich P Prevention of osteoporosis and fractures. *Am Fam Physician.* 2000 Feb 15;61(4):960.
31. Delaney MF. Strategies for the prevention and treatment of osteoporosis during early postmenopause. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Feb;194(2 Suppl):S12-23.

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## Παχυσαρκία: Μια πολυπαραγοντική νόσος

Σαρίδη Μαρία<sup>1</sup>, Ντόκου Μαριάννα<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια Π.Ε., Μ.Σc., Γ.Ν. Κορίνθου

2. Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Μ.Σc., Γ.Ν. Καλαμάτας

## Περίληψη

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας καθώς έχει ήδη προσβάλλει 310 εκατομμύρια άτομα, παγκοσμίως. Κύρια αιτία πρόκλησης της παχυσαρκίας θεωρείται η αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με την ενεργειακή κατανάλωση.

**Σκοπός:** της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τα αίτια και τη θεραπεία της παχυσαρκίας, όπως επίσης και τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της παχυσαρκίας.

**Υλικό και μέθοδος:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, κυρίως στην ηλεκτρονική βάση «pub med» που αναφέρονταν στα αίτια και τη θεραπεία της παχυσαρκίας, όπως επίσης και τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της παχυσαρκίας.

**Αποτελέσματα:** Η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί σημαντικά σε όλο τον κόσμο. Παρότι, η αιτιολογία της παχυσαρκίας δεν έχει ακόμα πλήρως κατανοηθεί, εντούτοις φαίνεται, ότι αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο για την εκδήλωση της οποίας ευθύνονται πλήθος ψυχολογικών, περιβαλλοντικών, γενετικών και συμπεριφορικών παραγόντων. Η πιο συνηθισμένη ανθρωπομετρική μέτρηση για την εκτίμηση της παχυσαρκίας είναι ο Δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ) και ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους σε kg προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα:  $\text{kg/m}^2$ . Τιμή Δ.Μ.Σ  $>30 \text{ kg/m}^2$  δηλώνει παχυσαρκία. Άλλη απλή μέθοδος μέτρησης της παχυσαρκίας είναι η αναλογία περιμέτρου μέσης/ισχύων, η οποία εκτιμά κυρίως την κοιλιακή παχυσαρκία. Τιμές  $>0,95$  πρέπει να αξιολογούνται καθώς δείχνουν αύξηση του σωματικού λίπους. Η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών δείχνει, ότι η αλλαγή του τρόπου ζωής και ο συνδυασμός μιας καλά ισορροπημένης διατροφής με συστηματική σωματική άσκηση αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την πρόληψη και τη θεραπεία της παχυσαρκίας.

**Συμπεράσματα:** Η παχυσαρκία αποτελεί νόσο που μπορεί να προληφθεί διαμέσου της αλλαγής του τρόπου ζωής. Ο σχεδιασμός μιας κατάλληλης στρατηγικής πρόληψης ικανής να επιφέρει τροποποίηση συμπεριφοράς, προαγωγή σωστής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας θα πρέπει να είναι ο πρωταρχικός σκοπός κάθε κοινωνίας και κυβέρνησης.

**Λέξεις κλειδιά:** Παχυσαρκία, αίτια, ανθρωπομετρία, θεραπεία παχυσαρκίας.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας**

*Σαρίδη Μαρία,*

*E-mail: sarmar32@windowslive.com*

## REVIEW

### Obesity: A multifactorial disease

Saridi Maria<sup>1</sup>, Ntokou Marianna<sup>2</sup>

3. R.N., MSc., General Hospital of Korinthos

4. R.N., MSc., General Hospital of Kalamata

#### Abstract

Obesity represents one of the most serious global health issues with approximately 310 million people presently affected. Main cause of it's development is the increase of energy intake in regard to energy expenditure.

**Aim:** The aim of the present study was to review the literature about the causes and treatment of obesity, as well as the anthropometrical measurements used for the assessment of obesity.

The **method** of this study included bibliography research from both the review and the research literature, mainly in the "pub med data base" which referred to the causes and treatment of obesity, as well as the anthropometrical measurements used for the assessment of obesity.

**Results:** The prevalence of obesity has increased markedly, throughout the world. Although the etiology of obesity has not been fully understood yet, however it seems to be a multifactorial disease for which are responsible a great deal of psychological, environmental, genetic and behavioral factors. The most common anthropometrical measurement that is used for assessment of obesity is Body Mass Index (BMI) and is calculated by the following equation:

BMI=Weight/Height<sup>2</sup>. A value of BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> equals obesity. Another simple test used to measure obesity is Waist to Hip Ratio, which measures abdominal adiposity. Values greater than 0,95 should be treated seriously as they normally indicate body fatness. The majority of studies show that life-style modification in conjunction with a well-balanced nutrition and regular physical exercise consist the cornerstone for the treatment and prevention of obesity.

**Conclusions:** Obesity is a disease that can be preventable through modification of way of living. The development of proper strategy prevention capable to change attitudes, to promote nutrition and physical activity should be the primary goal of every community and government.

**Key words:** Obesity, cause, anthropometry, treatment of obesity.

**Corresponding author**

*Saridi Maria,*

*E-mail: sarmar32@windowslive.com*

## **Εισαγωγή**

**Η** παχυσαρκία αποτελεί μια σύγχρονη μάστιγα που τείνει να πάρει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας αυξάνεται ραγδαία και περισσότερο από το 30% των ενηλίκων ατόμων στις δυτικές κοινωνίες είναι παχύσαρκοι, ενώ εξίσου ανησυχητική είναι και η αύξηση της παχυσαρκίας στην παιδική και εφηβική ηλικία. Στις ΗΠΑ, από το 2003 έως το 2004, το 17.1% των παιδιών και εφήβων ήταν υπέρβαροι και το 32.2% των ενηλίκων ήταν παχύσαρκοι. Ομοίως, παρατηρείται σημαντική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της παχυσαρκίας και στις αναπτυσσόμενες χώρες,

υπογραμμίζοντας την ανάγκη για συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση του προβλήματος. Παγκοσμίως, η παχυσαρκία αποτελεί τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου που μπορεί να αποφευχθεί.<sup>1-5</sup>

Από το 1948, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εντάξει την παχυσαρκία στον κατάλογο των παθήσεων, ενώ έχει ορίσει την 24η Οκτωβρίου ως Παγκόσμια Ημέρα κατά της Παχυσαρκίας.<sup>1-5</sup>

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η παχυσαρκία σχετίζεται με σημαντικές επιπλοκές όπως σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσο, οστεοαρθρίτιδα, καρκίνο, υπνική άπνοια και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Επίσης, στους πάσχοντες από

νοσογόνο παχυσαρκία παρατηρείται μείωση του μέσου όρου ζωής κατά 20 χρόνια. Γενικότερα, η παχυσαρκία επιφέρει σημαντικές ατομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις καθώς επιβάλλει στα άτομα φυσικούς περιορισμούς, μείωση της παραγωγικότητας, κοινωνική απομόνωση, όπως επίσης συνεπάγεται μακροχρόνια θεραπεία και αυξημένο κόστος νοσηλείας.<sup>2,6-10</sup>

Παρότι, η παχυσαρκία έχει αναγνωριστεί ως νοσολογική οντότητα, από 5ο αιώνα Π.Χ, όταν ο Ιπποκράτης σε γραπτά του υποστήριξε, ότι «ο αιφνίδιος θάνατος είναι πιο συνηθισμένος στους παχύσαρκους ανθρώπους απ' ότι στους αδύνατους», εντούτοις μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί οριστική αντιμετώπιση του προβλήματος και συνεχίζει να απασχολεί τον σύγχρονο κόσμο. Οι προτεινόμενες θεραπείες για την παχυσαρκία στην αρχαιότητα στηριζόταν στη δίαιτα και την άσκηση, ενώ στη σημερινή εποχή, έχει αποδειχθεί, ότι απώλεια σωματικού βάρους, έστω και 5-10%, μπορεί να μειώσει σοβαρά τον κίνδυνο για σύννοδες νόσους.<sup>6,7</sup>

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως παχυσαρκία ορίζεται η υπερβολική αύξηση του λίπους στον οργανισμό σε τέτοιο βαθμό που να επηρεάζεται η υγεία και η ευεξία του ατόμου. Κύριο αίτιο της παχυσαρκίας είναι η πρόσληψη μεγαλύτερου αριθμού θερμίδων από αυτές που χρειάζεται το άτομο για τις ημερήσιες ανάγκες του. Φυσιολογικά, το λίπος αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους

για τον άνδρα και το 20-25% για τη γυναίκα. Στην παχυσαρκία το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 40%, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις και το 70% (κακοήθης παχυσαρκία).<sup>6-7</sup>

### **Ανθρωπομετρία**

Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις αποτελούν τις πιο ευρέως διαδεδομένες μεθόδους για την εκτίμηση της παχυσαρκίας, οι οποίες όμως δεν αντανακλούν την τωρινή διατροφική κατάσταση και δεν διαχωρίζουν πρόσφατες ή χρόνιες μεταβολές. Η μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Ι - Body Mass Index) αποτελεί τον πιο αποδεκτό τρόπο μέτρησης της παχυσαρκίας και ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους σε kg προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα, kg/m<sup>2</sup>. Για παράδειγμα, ένας ενήλικας που ζυγίζει 70 kg και έχει ύψος 1,75 m<sup>2</sup> θα έχει Δ.Μ.Ι = 70 (kg)/1,75<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>) = 22,9 kg/m<sup>2</sup>.

Ο δείκτης αυτός υπολογίζει τη συνολική ποσότητα λίπους ενώ καθορίζει λιγότερο την κατανομή του λίπους (αναλογική σύσταση του σώματος) για αυτό μπορεί να είναι παραπλανητικός σε μερικές περιπτώσεις, όπως π.χ. σε πολύ μυώδεις ανθρώπους, σε εγκύους κ.ά. Απαιτείται όμως προσοχή κατά την χρήση του Δείκτη Μάζας Σώματος γιατί σε διαφορετικούς πληθυσμούς είναι δυνατόν να μην αντιστοιχεί στον ίδιο βαθμό παχυσαρκίας, λόγω των διαφορών στις αναλογίες του σώματος. Η ταξινόμηση ανάλογα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος έχει ως εξής:<sup>6,11,12</sup>

Ταξινόμηση	Δείκτης μάζας σώματος Kg/m <sup>2</sup>
Επιθυμητά όρια	18,5-24,9
Υπέρβαρος	25-29,9
Παχυσαρκία 1 <sup>ου</sup> βαθμού	30-34,9
Παχυσαρκία 2 <sup>ου</sup> βαθμού	35-39,9
Παχυσαρκία 3 <sup>ου</sup> βαθμού	>40

Waist to Hip Ratio <0,88 : μικρό κίνδυνο  
Waist to Hip Ratio 0,88-0,95 : μέσο κίνδυνο  
Waist to Hip Ratio 0,96- 1 : υψηλό κίνδυνο  
Waist to Hip Ratio >1 : πολύ υψηλό κίνδυνο για την υγεία.

Η μέτρηση της αναλογίας περιμέτρου μέσης (cm) ως προς τη περιφέρεια των ισχύων (cm) (Waist to Hip Ratio) εκφράζει τη σχετική κατανομή λίπους στον οργανισμό και αποτελεί έναν απλό και πρακτικό τρόπο αναγνώρισης των ατόμων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παθήσεων που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Η παχυσαρκία «ανδρικού τύπου» ή «κεντρικού τύπου» χαρακτηρίζεται από εναπόθεση του λίπους στην κοιλιά σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο υγείας και αποτελεί κύριο παράγοντα κινδύνου για τη εμφάνιση υπέρτασης, υψηλών επιπέδων ινσουλίνης, ινσουλινοαντοχής, σακχαρώδη διαβήτη και υπερλιπιδαιμίας, μιας κατάστασης γνωστής ως μεταβολικό σύνδρομο X. Από μελέτες έχει δειχθεί, ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης μάζας σώματος και κεντρικής παχυσαρκίας τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II καθώς και παθήσεων του καρδιαγγειακού και των νεφρών.<sup>6,11,12,13</sup>

Ο κίνδυνος εμφάνισης διαφόρων παθήσεων με μέτρηση της αναλογίας μέσης/ισχύων έχει ως εξής :

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών από την παχυσαρκία, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος και των νεφρών αυξάνεται, όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης μάζας σώματος. Επίσης, έρευνες έχουν δείξει, ότι ο δείκτης μάζας σώματος και ο δείκτης κεντρικής παχυσαρκίας αυξάνεται με την ηλικία. Το κυριότερο όμως συμπέρασμα που διεξάγεται από την πλειοψηφία των ερευνών είναι, ότι περισσότερο το είδος της διατροφής σχετίζεται άμεσα με το δείκτη μάζας σώματος, όπως επίσης και με το δείκτη κεντρικής παχυσαρκίας.<sup>6,7,14,15</sup>

Τέλος, η μέτρηση των δερματοπτυχών μπορεί να αποτελεί εύκολη μέθοδο με ελάχιστο εξοπλισμό αλλά απαιτεί ειδική εκπαίδευση και εμπειρία καθότι γίνεται σε προκαθορισμένα σημεία. Η λογική της μέτρησης αυτής για τον υπολογισμό του συνολικού λίπους είναι, ότι υπάρχει σχέση υποδόριου και εσωτερικού λίπους, μετρήσεις, που σχετίζονται με τη σωματική πυκνότητα. Το αποτέλεσμα της μέτρησης σε σχέση με συγκεκριμένες μαθηματικές εξισώσεις δείχνουν τη σωματική πυκνότητα και το ποσοστό σωματικού λίπους. Τα συνηθέστερα σημεία μέτρησης είναι οι

τρικέφαλοι, η κοιλιακή χώρα, ο θώρακας, το άνω τμήμα των μηρών, η περιοχή υπό την ωμοπλάτη, καθώς και η υπερλαγόνιος χώρα. Η επιλογή της πλευράς μέτρησης (δεξιά ή αριστερά) είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, ωστόσο έχει επικρατήσει οι μετρήσεις να πραγματοποιούνται στη δεξιά πλευρά του σώματος.<sup>6,11,12</sup>

Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις αποτελούν ευρέως διαδεδομένα εργαλεία για τη διάγνωση της παχυσαρκίας λόγω του χαμηλού κόστους και της απλής εφαρμογής τους, έχουν όμως και σημαντικά μειονεκτήματα, εκ των οποίων τα κυριότερα είναι λάθη στις μετρήσεις, παροχή ελάχιστων πληροφοριών όσον αφορά τη διατροφή και προβλήματα που σχετίζονται με τις τιμές αναφοράς π.χ. τοπικές ή διεθνείς τιμές αναφοράς.<sup>6,12</sup>

Η ταξινόμηση της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους έφηβους με βάση αυτές τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις ενέχει τον κίνδυνο λάθους και περιορίζει την αξία αυτών των δεικτών διότι το ύψος και η σύνθεση του σώματος μεταβάλλονται διαρκώς και με διαφορετικούς ρυθμούς στους πληθυσμούς.<sup>16,17</sup>

### **Αίτια παχυσαρκίας**

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα, δηλαδή είναι αποτέλεσμα σύνθετων ψυχολογικών, περιβαλλοντικών, γενετικών και συμπεριφορικών παραγόντων.

Αναλυτικότερα, εκτός από τις κακές διατροφικές συνήθειες την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, άλλοι παράγοντες που συνευθύνονται για την εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι γενετικοί (γονίδια), μεταβολικοί, ενδοκρινολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί καθώς και ψυχολογικοί.<sup>6,7</sup>

Ως κύρια αιτία πρόκλησης της παχυσαρκίας θεωρείται η αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με την ενεργειακή κατανάλωση. Όταν υπάρχει θετικό ενεργειακό ισοζύγιο, δηλαδή η ενεργειακή πρόσληψη είναι μεγαλύτερη από τη ενεργειακή κατανάλωση, ο οργανισμός αποθηκεύει ως λίπος την περίσσεια ενέργειας. Αντιθέτως, όταν το ενεργειακό ισοζύγιο είναι αρνητικό, ο οργανισμός για να κερδίσει ενέργεια χρησιμοποιεί κυρίως το λίπος. Η ενεργειακή δαπάνη είναι πιο σύνθετη και χωρίζεται στα εξής τρία μέρη:

- α. Στον Βασικό Μεταβολισμό, δηλαδή την ενέργεια που απαιτείται για να επιτελεστούν βασικές λειτουργίες του οργανισμού.
- β. Στην ενέργεια που καταναλώνεται λόγω φυσικής δραστηριότητας.
- γ. Την Θερμογένεση δηλαδή, ενέργεια που καταναλώνεται για την πέψη και απορρόφηση των τροφών.<sup>6,7</sup>

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η κακή διατροφή και η καθιστική ζωή, δηλαδή η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας σχετίζονται

στατιστικά σημαντικά με την αδυναμία ελέγχου του σωματικού βάρους και έχουν πλήρως μελετηθεί από τη βιβλιογραφία.<sup>6,7</sup>

Παρότι, η αίτια αύξησης της πρόσληψης τροφής στους περισσότερους παχύσαρκους δεν έχει ακόμα πλήρως κατανοηθεί, πιθανόν να έχει τις ρίζες της στη βρεφική ηλικία όταν η μητέρα δίνει γάλα στο βρέφος χωρίς να είναι η ώρα του γεύματος, όπως για παράδειγμα κάθε φορά που αυτό είναι ανήσυχο ή κλαίει. Ως αποτέλεσμα δημιουργείται μία μαθησιακή διαταραχή όπου συναισθήματα όπως άγχος ή θυμός ερμηνεύονται ως πείνα και αυτή η κακή διατροφική συμπεριφορά συνεχίζεται κατά την ενηλικίωση. Επίσης, συχνά η στάση των γονέων ως προς το φαγητό και όχι οι πραγματικές ανάγκες του παιδιού ενοχοποιείται για την υπερσίτιση στη βρεφική και παιδική ηλικία.<sup>18,19,20</sup>

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι, ότι σε ενήλικα άτομα τα στρεσογόνα συναισθήματα είναι δυνατόν να πυροδοτήσουν την έναρξη διατροφικής συμπεριφοράς με αντιδραστική υπερφαγία ως απάντηση στις δυσκολίες που βιώνουν. Το θέμα αυτό φαίνεται να αποτελεί φαύλο κύκλο καθώς τα παχύσαρκα άτομα που εμφανίζουν σύνδρομο υπερσίτισης βιώνουν και υψηλότερης έντασης συναισθηματικές διαταραχές, έχουν χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, ενώ συχνά υποεκτιμούν τις θερμίδες που προσλαμβάνουν.<sup>21,22,23</sup>

Επίσης, περιβαλλοντικοί παράγοντες σχετίζονται με την αύξηση της συχνότητας

εμφάνισης της παχυσαρκίας που παρατηρείται κατά τα τελευταία χρόνια. Ο απαιτητικός σύγχρονος τρόπος ζωής, η μείωση της φυσικής δραστηριότητας, οι κακές διατροφικές επιλογές και τα ψυχολογικά προβλήματα, αποτελούν παράγοντες κινδύνου, όπου η γενετική προδιάθεση για αύξηση σωματικού βάρους είναι πιο εύκολο να εκφραστεί. Επίσης, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο συμβάλει στην εκδήλωση της παχυσαρκίας καθώς, αποτρέπει την υιοθέτηση σωστής και ισορροπημένης διατροφής και ωθεί τα άτομα να καταφεύγουν σε διαιτητικές επιλογές χαμηλού κόστους ή ακόμα και σε ανεπαρκή πρόσληψη θερμίδων και θρεπτικών ουσιών. Επιπροσθέτως, άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου δεν έχουν την απαιτούμενη διατροφική παιδεία να κατανοήσουν τους λόγους για τους οποίους πρέπει να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα σωστής διατροφής.<sup>24,25,26</sup>

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η παρέκκλιση από το μεσογειακό τρόπο διατροφής σε συνδυασμό με την αύξηση της πρόσληψης λίπους με τις τροφές, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους και τη μείωση του προσδόκιμου της επιβίωσης. Παρότι, τα ευεργετικά αποτελέσματα του μεσογειακού μοντέλου διατροφής είναι ευρέως γνωστά, εντούτοις, δεν βρίσκει εφαρμογή στην καθημερινή ζωή κυρίως λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής και της ελλιπούς ενημέρωσης των πληθυσμών.<sup>6,27,28</sup>

Ένας άλλος παράγοντας που θα πρέπει να συνεκτιμάται κατά την αξιολόγηση της παχυσαρκίας προέρχεται από την ψυχική σφαίρα. Για παράδειγμα, άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν σημαντική αλλαγή του σωματικού βάρους, η οποία οφείλεται στη χρήση φαρμακευτικής αγωγής.<sup>29,30</sup>

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, η αύξηση του σωματικού βάρους φαίνεται να είναι αποτέλεσμα κυρίως «συμπεριφοράς» σε θέματα διατροφής, όμως από τη βιβλιογραφία υποστηρίζεται, ότι κατά έναν μεγάλο βαθμό το βάρος σώματος είναι γενετικά προκαθορισμένο. Όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες, η πλειοψηφία των ερευνητικών δεδομένων τονίζει τη σημασία της λεπτίνης στον καθορισμό του σωματικού βάρους. Η λεπτίνη είναι μια πρωτεΐνη, όπως η ινσουλίνη, που παράγεται στα λιποκύτταρα από το γονίδιο «ob» (obesity gene, γονίδιο παχυσαρκίας) και επιδρά μέσω ειδικών υποδοχέων στο υποθάλαμο (κέντρο ελέγχου της όρεξης), επιτυγχάνοντας την ρύθμιση της αίσθησης της πείνας ή του κορεσμού. Τα επίπεδα λεπτίνης στο αίμα αποτελούν δείκτη των ενεργειακών αποθεμάτων στο λιπώδη ιστό. Υψηλά επίπεδα λεπτίνης οδηγούν σε μείωση της πρόσληψης της τροφής και αύξηση της κατανάλωσης ενέργειας.<sup>6,31,32</sup>

Ο μηχανισμός όμως αυτός φαίνεται, ότι δεν λειτουργεί στα παχύσαρκα άτομα, τα οποία παρότι έχουν αυξημένη παραγωγή και συγκέντρωση λεπτίνης στο αίμα αδυνατούν να

ελέγχουν το σωματικό τους βάρος κυρίως λόγω της αντίστασης στη λεπτίνη. Γενικότερα, τα προβλήματα που σχετίζονται με την λεπτίνη είναι κυρίως τα εξής τρία: Πρώτον, η «λεπτινοπενία», όπου τα λιποκύτταρα δεν παράγουν κανονικές ποσότητες λεπτίνης, δεύτερον, η παντελής έλλειψη υποδοχέων λεπτίνης στον εγκέφαλο και τρίτον η «λεπτιναντίσταση», δηλαδή απευαισθητοποίηση του μηχανισμού αναγνώρισης της λεπτίνης από τον εγκέφαλο ή η μη φυσιολογική αντίδραση του εγκεφάλου στο ερέθισμα που προκαλεί η λεπτίνη όταν έρχεται σε επαφή με τους λεπτινούποδοχείς ή συνδυασμός των δύο αυτών προβλημάτων.<sup>6,7,31,32</sup>

Από τη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας, διεξάγεται το συμπέρασμα, ότι ο έλεγχος του σωματικού βάρους αποτελεί έναν πολύπλοκο και υπό μελέτη μηχανισμό, ο οποίος είναι διαφορετικός για κάθε άτομο.

### **Θεραπεία**

Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μπορεί να είναι συντηρητική, δηλαδή να περιλαμβάνει σωματική άσκηση, υποθερμιδικές δίαιτες, φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία και αλλαγή συμπεριφοράς και χειρουργική όταν ο Δ.Μ.Σ > 40 kg/m<sup>2</sup>, το Βάρος > 100% του ιδανικού και υπάρχει επαναλαμβανόμενη αποτυχία συντηρητικών μεθόδων.<sup>6,33,34</sup>

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος μείωσης του σωματικού βάρους είναι οι υποθερμιδικές δίαιτες, οι οποίες όμως επιτυγχάνουν προσωρινή απώλεια βάρους καθότι, η πλειοψηφία των ατόμων ανακτά το βάρος εάν δεν επιτευχθεί τροποποίηση της συμπεριφοράς. Η αλλαγή διαιτητικών συνηθειών και η διατήρηση αυτών αποτελεί το πιο δύσκολο τμήμα της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και επιτυγχάνεται με τεχνικές αυτο-παρακολούθησης, έλεγχο των εξωτερικών επιδράσεων που προάγουν την υπερφαγία, γνωσιακή επαναδόμηση, μελέτη διαπροσωπικών σχέσεων και αυτό-επιβράβευση σε κάθε αλλαγή συμπεριφοράς.<sup>6,32</sup>

Παρότι, έχουν επαρκώς τεκμηριωθεί από τη διεθνή βιβλιογραφία, τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας, εντούτοις παρατηρείται χαμηλός βαθμός προσκόλλησης σε προγράμματα άσκησης ακόμα και απροθυμία συμμετοχής. Ο σχεδιασμός ενός προγράμματος άσκησης πρέπει να είναι εξατομικευμένος ως προς τον τύπο, την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα της άσκησης.<sup>6,33,34</sup>

Όταν η διαιτολογική αντιμετώπιση, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και η τροποποίηση της συμπεριφοράς δεν έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί τα επόμενο βήμα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως επικουρική μέθοδος απώλειας και διατήρησης βάρους και ότι δεν απαλλάσσει το άτομο από την ανάγκη σωματικής άσκησης και ισορροπημένης διατροφής, συνεπάγεται δε ανεπιθύμητες παρενέργειες. Ένδειξη για την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής είναι:

- α. ΔΜΣ > 30kg/m<sup>2</sup> και η αντιμετώπιση με δίαιτα, σωματική άσκηση και αλλαγή συμπεριφοράς να έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική
- β. ΔΜΣ >25kg/m<sup>2</sup> με άλλες σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες επιμένουν παρά τη βελτίωση της διατροφής, τη σωματική άσκηση και την αλλαγή της συμπεριφοράς.<sup>6,7</sup>

Τα φάρμακα για την απώλεια βάρους μπορούν να ταξινομηθούν σε δυο κατηγορίες : α. σε αυτά που δρουν στο ΚΝΣ και επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά, την όρεξη και άλλους μηχανισμούς και β. στα περιφερικώς δρώντα, δηλαδή εκείνα που στοχεύουν στο γαστρεντερικό σύστημα αναστέλλοντας την εντερική απορρόφηση ή ενισχύοντας την αίσθηση της γαστρικής πληρότητας. Τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι<sup>7,34</sup>:

- Η σιμπουτραμίνη, η οποία προκαλεί αύξηση του αισθήματος κορεσμού και μείωση της όρεξης ενώ αυξάνει την ενεργειακή κατανάλωση μέσω της αύξησης της μεταβολικής δραστηριότητας

ηρεμίας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου είναι μέτριες και περιλαμβάνουν ναυτία, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, ζάλη και αϋπνίες. Όμως, η πιο σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια της σιμπουτραμίνης είναι μικρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε μικρό σχετικά ποσοστό παχύσαρκων ασθενών.

- Η ορλιστάτη εμποδίζει την απορρόφηση του λίπους της τροφής κατά 30% μειώνοντας έτσι το ποσό της προσλαμβανόμενης ενέργειας. Η δράση του φαρμάκου αυτού περιορίζεται πρακτικά μόνο στο περιεχόμενο του εντέρου, ενώ η παραμονή του λίπους που δεν απορροφάται μέσα στο έντερο ευθύνεται για τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου, όπως είναι διάρροια, τυμπανισμός, ελαιώδη κόπρανα, επιτακτική κένωση, ακράτεια κοπράνων κ.ά.

Τέλος, η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί λύση για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας, όπου οι κίνδυνοι για την υγεία αλλά και τη ζωή του ατόμου είναι αυξημένοι. Η βariatρική είναι η επιστήμη που ασχολείται με τη νόσο της παχυσαρκίας και ως στόχο έχει την αλλαγή της μεταβολικής ισορροπίας του οργανισμού. Μια επέμβαση μπορεί να είναι είτε

με ανοικτή συμβατική προσπέλαση είτε με λαπαροσκόπηση.<sup>7,35</sup>

Οι επεμβάσεις που γίνονται σήμερα είναι τριών ειδών:

- A. Επεμβάσεις περιοριστικού τύπου, όπου το στομάχι διαιρείται σε δύο τμήματα και ως αποτέλεσμα περιορίζεται η προσλαμβανόμενη τροφή. Στην κατηγορία αυτή ανήκει ο ρυθμιζόμενος σιλικονούχος δακτύλιος του στομάχου (Gastric Band) και η κάθετη γαστροπλαστική (Διαμερισματοποίηση) κατά Mason.
- B. Επεμβάσεις δυσαπορροφητικού τύπου, στις οποίες γίνεται βράχυνση του πεπτικού σωλήνα ώστε να περιορισθεί ο αριθμός των θερμίδων και των θρεπτικών συστατικών που μπορούν να απορροφηθούν. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η χολοπαγκρεατική εκτροπή.
- Γ. Επεμβάσεις μικτού τύπου, όπου γίνεται περιορισμός της χωρητικότητας του στομάχου και παράκαμψη ορισμένου τμήματος του λεπτού εντέρου. Οι επεμβάσεις αυτές έχουν ως σκοπό τον περιορισμό της κατανάλωσης τροφής και της απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η γαστρική παράκαμψη κατά Roux.

Επίσης, άλλες εναλλακτικές λύσεις ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου είναι ο γαστρικός βηματοδότης και το ενδογαστρικό μπαλόνι, οι

οποίες συνήθως δεν συνιστώνται για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας.

### Συμπεράσματα

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, παρά την πρόοδο στη θεραπεία και την ευρεία χρήση χειρουργικών και φαρμακολογικών μεθόδων, η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας αυξάνεται παγκοσμίως. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει την αναγκαιότητα της πρόληψης και της ενημέρωσης των πληθυσμών, για την υιοθέτηση σωστής διατροφικής παιδείας, από την πρώιμη κιόλας ηλικία.

### Βιβλιογραφία

1. World Health Organization Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report on a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5, WHO/NUT/NCD/98.1, Geneva: WHO, 1997.
2. Pi-Sunyer X. The medical risks of obesity. *Postgrad Med.*2009;121(6):21-33.
3. Ogden CL., Carroll MD., Curtin LR., McDowell MA., Tabak CJ., Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA.*2006; 295(13):1549-55.
4. Heseke H., Schmid A. Epidemiology of obesity. *Ther Umsch.* 2000;57(8):478-81.
5. Berghöfer A., Pischon T., Reinhold T., Apovian CM., Sharma AM., Willich SN. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health.* 2008;8:200.
6. Τοκμακίδης Σ. Άσκηση και Χρόνιες Παθήσεις. Εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα, 2003.
7. Κατσιλάμπρος Ν., Τσίγκος Κ. Παχυσαρκία: η πρόληψη και αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας. Εκδ. Βήτα. Αθήνα, 2004.
8. Andreyeva T., Michaud PC., van Soest A. Obesity and health in Europeans aged 50 years and older. *Public Health.* 2007;121(7):497-509.
9. Borg S., Persson U., Odegaard K., Berglund G., Nilsson JA., Nilsson PM. Obesity, survival, and hospital costs-findings from a screening project in Sweden. *Value Health.* 2005;8(5):562-71.
10. Emery C., Dinet J., Lafuma A., Sermet C., Khoshnood B., Fagnani F. Cost of obesity in France. *Presse Med.* 2007;36(6 Pt 1):832-40.
11. Baumer JH. Obesity and overweight: its prevention, identification, assessment and management. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2007;92(3):ep92-6.
12. Polikandrioti M., Stefanou Ev. Obesity disease. *Health science journal* 2009; volume 3, issue 3.
13. Khoo CM., Liew CF., Chew SK., Tai ES. The impact of central obesity as a prerequisite for the diagnosis of metabolic syndrome. *Obesity (Silver Spring).* 2007;15(1):262-9.

14. Al-Lawati JA, Jousilahti P. Body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio cut-off points for categorisation of obesity among Omani Arabs. *Public Health Nutr.* 2008;11(1):102-8.
15. Polikandrioti M, Kotronoulas G, Liveri D, Giovaso S, Varelis G, Kyritsi E. Body mass index, central obesity, and dietary patterns in a group of young adult men. *Health science journal.* 2009. Volume 3, issue 1.
16. Strauss RS. Childhood obesity. *Pediatr Clin North Am.* 2002;49(1):175-201.
17. Mabry IR, Clark SJ, Kemper A, Fraser K, Kileny S, Cabana MD. Variation in establishing a diagnosis of obesity in children. *Clin Pediatr (Phila).* 2005;44(3):221-7.
18. Bruch H. Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Can J Psychiatry.* 1981;26(4):212-7.
19. Wisniewski AB, Chernausk SD. Gender in childhood obesity: family environment, hormones, and genes. *Gend Med.* 2009;6 Suppl 1:76-85.
20. Oken E. Maternal and child obesity: the causal link. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(2):361-77.
21. Atlantis E, Baker M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *Int J Obes (Lond).* 2008;32(6):881-91.
22. Atlantis E, Ball K. Association between weight perception and psychological distress. *Int J Obes (Lond).* 2008 ;32(4):715-21.
23. Vaidya V. Psychosocial aspects of obesity. *Adv Psychosom Med.* 2006;27:73-85
24. Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev.* 2009;67 Suppl 1:S36-9.
25. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr.* 2008;87(5):1107-17.
26. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr.* 2004 ;79(1):6-16.
27. Belahsen R, Rguibi M. Population health and Mediterranean diet in southern Mediterranean countries. *Public Health Nutr.* 2006;9:1130-1135.
28. Trichopoulou A, Lagiou P. Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history and lifestyle. *Nutr Rev.* 1997; 55: 383-389.
29. McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff CB. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(5):634-51.
30. Keck PE, McElroy SL. Bipolar disorder, obesity, and pharmacotherapy-associated weight gain. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(12):1426-35.

- 
31. Morris DL., Rui L. Recent advances in understanding leptin signaling and leptin resistance. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2009;297(6):E1247-59.
32. Speakman JR. Obesity: the integrated roles of environment and genetics. *J Nutr.* 2004;134(8 Suppl):2090S-2105S.
33. Avenell A., Sattar N., Lean M. ABC of obesity. Management: Part I--behavior change, diet, and activity. *BMJ.* 2006;333(7571):740-3.
34. Cannon CP., Kumar A. Treatment of overweight and obesity: lifestyle, pharmacologic, and surgical options. *Clin Cornerstone.* 2009;9(4):55-68.
35. Rubio MA., Gargallo M., Isabel Millán A., Moreno B. Drugs in the treatment of obesity: sibutramine, orlistat and rimonabant. *Public Health Nutr.* 2007;10(10A):1200-5
36. McInnis KJ., Franklin BA., Rippe JM. Counselling for physical activity in overweight and obese patients. *Am Fam Physician.* 2003;67(6):1249-56.
37. Poirier P., Després JP. Exercise in weight management of obesity. *Cardiol Clin.* 2001;19(3):459-70.

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

**Λειτουργική ανικανότητα ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ισχαιμικής αιτιολογίας**Καρκούλη Γεωργία<sup>1</sup>, Καπάδοχος Θεόδωρος<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Μ.Σc., ΜΕΘ, «Αττικόν» Γ. Νοσοκομείο Αθηνών

2. Νοσηλευτής Τ.Ε., Μ.Σc., PhD(c), Αν. Προϊστάμενος Γρ. Εκπαίδευσης ΝΥ, Ωνάσειο

Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

**Περίληψη**

Το αγγειακό εγκεφαλικό (Α.Ε.Ε) επεισόδιο αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου και την πρώτη αιτία ανικανότητας στις αναπτυγμένες χώρες και συχνά περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως μέγιστο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το Α.Ε.Ε ευθύνεται για περίπου 4.5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως και 9 εκατομμύρια επιβιώσαντες, παγκοσμίως.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις συνέπειες της λειτουργικής ανικανότητας που επιβάλλει το Α.Ε.Ε στη ζωή των πασχόντων και η σύντομη περιγραφή των κλιμάκων αξιολόγησης της λειτουργικότητας των ασθενών με Α.Ε.Ε.

**Υλικό και μέθοδος:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, κυρίως στην ηλεκτρονική βάση «pubmed» που αναφέρονταν στη λειτουργική ανικανότητα των ασθενών με Α.Ε.Ε., όπως επίσης και στις κλίμακες αξιολόγησης του λειτουργικού επιπέδου αυτών των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Παρά τις ακριβείς διαγνώσεις και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους, το Α.Ε.Ε συνεχίζει να προκαλεί στην πλειοψηφία των ασθενών χρόνια λειτουργική ανικανότητα, η οποία επιφέρει σημαντικές αλλαγές μεταξύ του ασθενούς και του περιβάλλοντος του. Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν, ότι η απώλεια της ανεξαρτησίας που βιώνουν οι επιβιώσαντες από Α.Ε.Ε έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους και είναι δυνατόν να οδηγήσει σε οικογενειακή κρίση και κοινωνική απομόνωση. Επίσης, είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η οικονομική επίπτωση του Α.Ε.Ε είναι ιδιαίτερη σημαντική, παγκοσμίως. Η αποκατάσταση της λειτουργικής ανικανότητας μετά το Α.Ε.Ε επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, εκ των οποίων, οι σπουδαιότεροι είναι η σοβαρότητα του επεισοδίου, ο βαθμός του νευρολογικού ελλείμματος και ο βαθμός κοινωνικής και οικογενειακής στήριξης. Στην

κλινική πρακτική εφαρμόζονται πολλά εργαλεία μέτρησης, ικανά να αξιολογούν τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών και άλλων σχετιζόμενων με αυτήν παραμέτρων καθότι έχει πλήρως τεκμηριωθεί, ότι η μέτρηση του λειτουργικού επιπέδου αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας για την εκτίμηση της πορείας του ασθενή.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η αποκατάσταση του νευρολογικού ελλείμματος σε συνδυασμό με κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις που εστιάζονται στα ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

**Λέξεις κλειδιά:** Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, λειτουργική ανικανότητα, απώλεια του βαθμού ανεξαρτησίας.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας**

*Καρκούλη Γεωργία,*

*Ελλησπόντου 57,*

*Αιγάλεω, Τ.Κ :1224*

*E-mail: Karkgog@otenet.gr*

## **REVIEW**

### **Functional disability of ischemic stroke patients**

Karkouli Georgia<sup>1</sup>, Kapadohos Theodoros<sup>2</sup>

1. R.N., MSc., Intensive Care Unit, "Attikon" General Hospital, Athens, Greece

2. R.N., MSc., PhD(c), Deputy Head Nurse, Nursing Education Department, Onassis Cardiac Surgery Center

#### **Abstract**

Stroke is the third leading cause of death and the first cause of disability, in the developed countries and it is frequently described by the literature as a major global health problem. It is estimated that stroke is responsible for approximately 4.5 million deaths per year and over 9 million stroke survivors, globally.

**Aim:** The aim of the present study was to review the literature about the consequences of functional disability that stroke imposes on the survivors' life and to shortly describe functional instruments used in evaluation of stroke patients.

The **method** of this study included bibliography research from both the review and the research literature, mainly in the pub med data base which referred to the functional disability of stroke patients, as well as to the scales used for the evaluation of functional state.

**Results:** Despite the accurate diagnosis and the recent therapeutic advances, stroke can still cause long-term disability in the majority of patients which induces significant changes between the patient and his environment. The results of recent studies indicate that the loss of independence that experience stroke survivals has significant consequences on their quality of life and it is likely to lead to family-crisis and social isolation. It is also widely accepted that the economic impact of stroke is considerable, worldwide. Recovery of functional disability after stroke is influenced by many variables, of which the main are the initial severity of stroke, the level of deficit and the level of social and family support. In clinical practise many measurement instruments are applied and capable of providing assessments of functional ability and other related concepts since it is well documented that evaluation of functional state is a matter of great importance for the assessment of patients' outcome.

**Conclusions:** As it is supported by published evidence, rehabilitation of neurological deficit in conjunction with appropriate therapeutic interventions focused on the psychological, familial and social problems that face patients after the discharge of the hospital can significantly improve their quality of life.

**Key words:** Stroke, functional disability, loss of independence.

**Corresponding author**

*Karkouli Georgia,*

*Elispontou 57,*

*Aegaleo, PC: 1224,*

*E-mail: karkgog@otenet.gr*

**Εισαγωγή**

**Τ**ο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε) έχει εξελιχθεί σε μείζονα παράγοντα απειλής της ανθρώπινης ζωής

και υγείας. Στις αναπτυγμένες χώρες και κυρίως στις Η.Π.Α, στον Καναδά, στην Ευρώπη και στην Αυστραλία αποτελεί την

τρίτη αιτία θανάτου, μετά από τα καρδιακά και τα κακοήθη νοσήματα και τη πρώτη αιτία ανικανότητας. Στους ηλικιωμένους αναδεικνύεται ως η κύρια αιτία θανάτου και σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 75% των θανάτων της ηλικίας άνω των 65 χρόνων οφείλεται σε ΑΕΕ ή επιπλοκή αυτού.<sup>1,2,3</sup>

Ο όρος εγκεφαλικό επεισόδιο αναφέρεται σε κάθε βλάβη του εγκεφαλικού ιστού ή του νωτιαίου μυελού που προκαλείται από διαταραχή στην παροχή αίματος και χρησιμοποιείται συνήθως όταν υπάρχει αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων. Το ΑΕΕ αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, για την οποία ευθύνονται αλληλοεπιδρώνοντες γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι ταξινομούνται ανάλογα με τη δυνατότητα τροποποίησης τους, σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους παράγοντες (modifiable, non modifiable).<sup>3-6</sup> Οι πρώτες ιατρικές απόψεις για το ΑΕΕ καταγράφηκαν από τον Ιπποκράτη το 400 π.χ. Δυστυχώς όμως, από τότε ως σήμερα και παρά τις ακριβείς διαγνώσεις και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους, το Α.Ε.Ε. συνεχίζει να αποτελεί νοσολογική οντότητα με υψηλούς δείκτες θνησιμότητας, η οποία επιφέρει αναπηρία ή διαφορετικού βαθμού υπολειπόμενη ανικανότητα στους πάσχοντες. Από μελέτες έχει εκτιμηθεί, ότι η υπολειπόμενη ανικανότητα ανέρχεται σε ποσοστό έως 54%.<sup>3-6</sup>

Συνήθως, τα νευρολογικά ελλείμματα αφορούν την αισθητικότητα, το λόγο, τον ψυχισμό ή τις γνωσιακές λειτουργίες και την κινητικότητα του πάσχοντα. Πολλές φορές όμως, είναι δυνατό να επηρεαστούν ακόμα και όλα τα μέλη του σώματος. Το νευρολογικό έλλειμμα και ο βαθμός απώλειας της λειτουργικής ικανότητας σχετίζεται με τον εντοπισμό και την έκταση της βλάβης των κυττάρων του εγκεφάλου, ενώ ο βαθμός προσαρμογής των ασθενών προς τη νόσο σχετίζεται με πλήθος άλλων παραγόντων, όπως είναι η αποκατάσταση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ο βαθμός στήριξης από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η προσωπικότητά του πάσχοντος, κ.ά.<sup>7,8,9</sup>

Έχει πλήρως τεκμηριωθεί, ότι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια λόγω της αναπηρίας, που προκαλούν στους πάσχοντες συνεπάγονται έντονο οικογενειακό, οικονομικό και κοινωνικό πρόβλημα. Ως γνωστό, οι ασθενείς που έχουν υποστεί Α.Ε.Ε. δεν είναι σε θέση να περπατήσουν χωρίς βοήθεια, ή δεν μπορούν να μιλήσουν, ή παραμένουν κλινήρεις για μεγάλο χρονικό διάστημα. Από αυτούς, άλλοι καταφέρνουν με φαρμακευτική αγωγή και φυσικοθεραπεία να δραστηριοποιηθούν, ενώ άλλοι όχι.<sup>7-9</sup>

Συνεπώς, ο βαθμός υπολειπόμενης ανικανότητας καθορίζει την απώλεια του βαθμού αυτοφροντίδας όπως επίσης και το

βαθμό εξάρτησης από το περιβάλλον. Η απώλεια του βαθμού ανεξαρτησίας αποτελεί κατάσταση που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων και επιφέρει δραματικές συνέπειες τόσο στους ίδιους όσο και στο περιβάλλον τους. Επιπλέον, η απώλεια της αυτονομίας και της λειτουργικότητας αναγκάζει τα άτομα να αναπροσαρμόσουν τις συνήθειές τους, γεγονός, που συνήθως έχει σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις.<sup>10-11</sup>

Τέλος, η ανικανότητα (μόνιμη ή χρόνια) συνεπάγεται οικονομικό πρόβλημα που έχει απασχολήσει τις περισσότερες χώρες του κόσμου λόγω του υψηλού κόστους νοσηλείας και των συχνών επανεισαγωγών στο νοσοκομείο, όπου στη πλειοψηφία των περιπτώσεων παραμένουν για μακρό χρονικό διάστημα.<sup>8,10-11</sup>

### **Κλίμακες αξιολόγησης της λειτουργικότητας του ασθενή με ΑΕΕ**

Η εισαγωγή νέων θεραπευτικών μεθόδων στην αντιμετώπιση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, όπως η θρομβόλυση και η ανάπτυξη γενικών αλλά και ειδικότερων τύπων θεραπείας ΑΕΕ έχουν επανακεντρίσει το ενδιαφέρον των κλινικών μετρήσεων που αφορούν την βαρύτητα της ασθένειας.

Για την ακριβέστερη αξιολόγηση και εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του

ασθενούς έχουν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες μέτρησης, οι οποίες χρησιμοποιούνται στις κλινικές μελέτες ως αναπόσπαστο μέρος της τελικής ταξινόμησης των ασθενών με ΑΕΕ.<sup>8,12-15</sup>

Στις διάφορες κλίμακες μέτρησης, η νευρολογική δυσλειτουργία υπολογίζεται μέσω νευρολογικών βαθμολογιών, ενώ αντίθετα η λειτουργική εκτίμηση των ασθενών εκτιμάται με κλίμακες λειτουργικής ανικανότητας ή αναπηρίας (Rankin scale, Barthel index). Θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι πολλές από τις κλίμακες αυτές δεν μπορούν να εφαρμοστούν με απόλυτη ακρίβεια στην αρχική φάση του ΑΕΕ.

Οι πιο συχνά εφαρμοζόμενες κλίμακες είναι:<sup>8,12-15</sup>

- Η Scandinavian Neurological Stroke Scale (SNSS), η οποία δημιουργήθηκε αρχικά για να μετρηθεί η συνέπεια της μη φυσιολογικής αιμάτωσης στο ΑΕΕ. Αποτελείται από εννέα μεταβλητές-θέματα, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται ο τομέας της όρασης, το οφθαλμοκινητικό και η αισθητηριακή λειτουργία. Η βάδιση είναι διαγνωστικής αξίας για την εκτίμηση της σοβαρότητας της ασθένειας και συνεκτιμάται στις διαδοχικές αξιολογήσεις του ασθενή. Επίσης, συνυπολογίζονται στη προγνωστική βαθμολογία (σκορ), το

επίπεδο συνείδησης, η παράλυση του προσωπικού και η αδυναμία των άκρων. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας είναι πολύ μεγάλη.<sup>16,17</sup>

- Η Canadian Neurological Stroke Scale (CSS). Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως εργαλείο μέτρησης κλινικής παρακολούθησης από νοσηλευτές σε μονάδες οξέων εγκεφαλικών επεισοδίων και έχει αποδειχθεί ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για κλινικές μετρήσεις. Η CSS απευθύνεται σε λίγα κλινικά κριτήρια που συμπεριλαμβάνουν τον εντοπισμό διαφορών σε νευρολογικό επίπεδο και την κινητικότητα που επηρεάζεται από το ΑΕΕ. Παρέχει σαφή εικόνα για την κινητικότητα και την δυσλειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου (αφασία), ενώ η αξιοπιστία της για τα έμφρακτα της οπίσθιας κυκλοφορίας δεν έχει επιβεβαιωθεί γιατί τα σχετικά θέματα, όπως είναι οι διαταραχές της κίνησης του οφθαλμού, το έλλειμμα του οπτικού πεδίου και η αταξία δεν συμπεριλαμβάνονται.<sup>15</sup>
- Η European Stroke Scale (ESS), αποτελείται από 14 μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο συνείδησης, τη νοητική ανικανότητα,

το οπτικό πεδίο, το βλέμμα, τη κίνηση του προσωπικού, τη διατήρηση της θέσης και τη δυνατότητα ανύψωσης του βραχίονα, την έκταση του καρπού, την δύναμη των δαχτύλων, την κάμψη του κάτω άκρου, τη ραχιαία κάμψη και τη βάδιση.<sup>15</sup>

- Η Unified Neurological Stroke Scale είναι μια σύνθεση της Neurological Score for Middle Cerebral Artery και της Scandinavian Stroke Scale. Χρησιμοποιείται κυρίως για εκτίμηση ασθενών με ημιπάρεση ή ημιπληγία που προκαλείται από έμφρακτο.<sup>12</sup>
- Η κλίμακα NIH, αναπτύχθηκε στο Εθνικό Ινστιτούτο Νευρολογικών Διαταραχών και Εγκεφαλικού με βάση την Toronto Stroke Score, την Oxbury Initial Severity Stroke και την Cincinnati Stroke Score. Σχεδιάστηκε με σκοπό να παρέχει αξιόπιστη, έγκυρη και εύκολη εναλλακτική λύση στη νευρολογική εξέταση. Αποτελείται από 13 μεταβλητές, όπου η δυσαρθρία συχνά δεν μπορεί να ελεγχθεί, ενώ δεν μπορεί να μετρηθεί ποσοστό 20% των ασθενών με οπτικές διαταραχές.<sup>12</sup>
- Η κλίμακα Barthel είναι ευρέως διαδεδομένη και αποτελεί ένα απλό τρόπο μέτρησης της ανικανότητας του ασθενούς με ΑΕΕ, για αυτοφροντίδα, που κατά συνέπεια

υποδεικνύει το βαθμό ανεξαρτησίας του ασθενούς. Απαρτίζεται από δέκα μεταβλητές που αξιολογούν καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή. Ο δείκτης Barthel Index (BI) δηλ., η τελική βαθμολογία της κλίμακας έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, σε προγράμματα αποκατάστασης ή πριν την θεραπεία προκειμένου να καθοριστεί η κατάσταση του, και η δυνατότητα βελτίωσης του προς την ανεξαρτησία και το μέγιστο δυνατό όφελος. Οι μετρήσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, όπως π.χ πριν από ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, κατά την διάρκεια και στο τέλος του, ενώ η έλλειψη βελτίωσης δείχνει μειωμένη δυνατότητα αποκατάστασης. Βασικό πλεονέκτημα αποτελεί η απλότητα του δείκτη BI, αλλά όμως πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι περιβαλλοντικές καταστάσεις και η παρουσία άλλου ατόμου, παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την τελική βαθμολογία του ασθενή. Για την πληρέστερη αξιολόγηση εξωτερικών ασθενών είναι απαραίτητο το τελικό σκορ (δείκτης Barthel ή BI), να συνοδεύεται από ειδικό έντυπο με

επεξηγήσεις για τις συνθήκες του περιβάλλοντος που ζει ο ασθενής, ενώ πολλές φορές η βελτίωση της κατάστασης δεν φαίνεται ευκρινώς κυρίως λόγω της παρουσίας άλλου ατόμου κατά την αξιολόγηση, ακόμα και αν αυτός δεν παρέχει πραγματική βοήθεια.<sup>18-23</sup>

Συνοψίζοντας όσα αφορούν στις κλίμακες μέτρησης, είναι αναγκαίο να τονιστεί, ότι η κλινική εξέταση εξακολουθεί να παρέχει τις καλύτερες πληροφορίες στο αιφνίδιο Α.Ε.Ε. και πρέπει να ολοκληρώνεται από εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις, όπως είναι η αξονική και η μαγνητική τομογραφία, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και κυρίως τον αποκλεισμό της αιμορραγίας.<sup>12,15</sup>

### **Επιπτώσεις της λειτουργικής ανικανότητας των ασθενών με Α.Ε.Ε**

Οι περισσότεροι ασθενείς που υπέστησαν Α.Ε.Ε και έχουν την δυνατότητα να επιστρέψουν σπίτι τους, αντιμετωπίζουν ανάλογα με το βαθμό του νευρολογικού ελλείμματος, ποικίλα σωματικά, ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα. Συνήθως, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, χρήζουν βοήθειας και φροντίδας σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, την οποία επιβαρύνεται κυρίως το οικογενειακό τους περιβάλλον.<sup>11,14-15</sup>

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει, ότι το μέγεθος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο σχετίζεται με το βαθμό αποκατάστασης του νευρολογικού ελλείμματος, όπως επίσης και το βαθμό προσαρμογής τους στις σωματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του ΑΕΕ.<sup>8,9,11,14-15</sup>

Ως γνωστό, η χρόνια ανικανότητα σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως είναι αλλαγή της εικόνας εαυτού, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αβεβαιότητα που βιώνουν οι πάσχοντες, υπονομεύουν τη συναισθηματική τους ισορροπία και την ψυχική τους υγεία.<sup>24-29</sup>

Αναλυτικότερα, μετά από ένα ΑΕΕ πολλοί ασθενείς, έχοντας απολέσει έως ένα βαθμό τη λειτουργική τους ικανότητα, αδυνατούν να προσαρμοστούν στις νέες ανάγκες που τους επιβάλλει ο βαθμός απώλειας της αυτοφροντίδας και συχνά παρουσιάζουν ψυχολογικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη, η οποία εμφανίζεται σε ποσοστό από 20-63%. Τα καταθλιπτικά φαινόμενα σπάνια παρέρχονται, χωρίς παρέμβαση, ενώ η ένταση τους ποικίλει ανάλογα με το βαθμό αποδοχής του Α.Ε.Ε, το βαθμό προσαρμογής του ασθενή στη νέα τάξη πραγμάτων όπως επίσης και το βαθμό στήριξης του ασθενή από το περιβάλλον: «οικογενειακή - κοινωνική στήριξη». Σχετικές μελέτες έχουν δείξει, ότι η

προσωπικότητα του ασθενούς, η αισιοδοξία, η ενεργός συμμετοχή στη θεραπεία, ο βαθμός κοινωνικής και οικογενειακής στήριξης και πολύ περισσότερο ο βαθμός αποκατάστασης του νευρολογικού ελλείμματος συμβάλλουν αποτελεσματικά στη μείωση της κατάθλιψης.<sup>11,15,30-34</sup>

Εκτός των ανωτέρω προβλημάτων, η χρόνια ανικανότητα που προκαλεί το Α.Ε.Ε συνεπάγεται σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις. Ως γνωστό, οι φυσικοί περιορισμοί και η σωματική εξασθένιση, που επιβάλλει το Α.Ε.Ε, έχουν ως αποτέλεσμα την ανικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις κοινωνικές δραστηριότητες και να διατηρήσει προηγούμενες σχέσεις και λειτουργικούς ρόλους. Βιβλιογραφικές αναφορές υποδεικνύουν, ότι οι πάσχοντες από Α.Ε.Ε σταδιακά οδηγούνται σε κοινωνική απομόνωση επειδή νοιώθουν αδύναμοι να συμμετέχουν σε κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες.<sup>30-35</sup>

Η αποτροπή κοινωνικής απομόνωσης είναι ιδιαίτερα σημαντική και επιτυγχάνεται κυρίως με την ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράζει φόβους και ανησυχίες, την εκπαίδευση του περιβάλλοντος στήριξης όπως επίσης και την ανάπτυξη και εκμάθηση κώδικα επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος, οικογενειακού ή φιλικού. Η διατήρηση της επικοινωνίας

και η σωστή στήριξη προς τον ασθενή εξασφαλίζει σε αυτόν ή διατηρεί ένα ρυθμό ζωής.<sup>30-35</sup>

Επίσης, η απώλεια της λειτουργικής ικανότητας έχει σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομία της οικογένειας, γιατί συνήθως το Α.Ε.Ε δεν επιτρέπει στον ασθενή να συνεχίσει την εργασία του με αποτέλεσμα τη μείωση των οικονομικών πόρων. Σύμφωνα με μελέτες, το 70% των ασθενών που θα υποστούν ΑΕΕ και θα επιζήσουν, δεν θα μπορέσουν να επιστρέψουν στην προηγούμενη εργασία τους μέσα σε 7 χρόνια, από το επεισόδιο, γεγονός, που καταδεικνύει τις σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις. Από τη βιβλιογραφία υποστηρίζεται, ότι τα προγράμματα εργασιακής αποκατάστασης των ασθενών, που είτε δεν έχουν απολέσει σε σημαντικό βαθμό την λειτουργική τους ικανότητα, είτε παρουσιάζουν σημαντικό βαθμό αποκατάσταση αφενός, αυξάνουν τα εισοδήματα της οικογένειας, αφετέρου συμβάλουν αποτελεσματικά στη μείωση της κατάθλιψης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.<sup>36,37</sup>

Η ανικανότητα που επιφέρει το Α.Ε.Ε σχετίζεται με έντονο οικονομικό πρόβλημα που έχει απασχολήσει έντονα πολλές χώρες. Αναλυτικότερα, το οικονομικό κόστος που προκύπτει υπολογίζεται σε άμεσο και έμμεσο. Το άμεσο απορρέει από την νοσηλεία του ασθενούς, τις κλινικές και

παρακλινικές εξετάσεις, το είδος της θεραπείας, το χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο και τις συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο, ενώ το έμμεσο απορρέει από το κόστος της νοσηλείας στο σπίτι, την απώλεια εργασίας και τη συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης.<sup>38,39</sup>

Τα Εθνικά Ιδρύματα Υγείας στις Η.Π.Α έχουν υπολογίσει, ότι το άμεσο και έμμεσο κόστος υπερβαίνει τα 51 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο.<sup>9</sup> Στη συγκεκριμένη χώρα, περίπου 500.000 άτομα κάθε χρόνο παρουσιάζουν ΑΕΕ και σε όσα συνυπάρχουν άλλες ασθένειες, όπως σακχαρώδης διαβήτης παρατηρείται υψηλότερη θνησιμότητα, μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, μειωμένη ανάρρωση και μειωμένη ικανότητα επιστροφής στην εργασία τους, ενώ το ποσό του τελικού κόστους ανέρχεται σε 300 εκατομμύρια δολάρια. Στη Μεγάλη Βρετανία, το άμεσο κόστος υπολογίζεται σε 550 εκατομμύρια λίρες το χρόνο, μη συμπεριλαμβανομένων του κόστους από την απώλεια της παραγωγικότητας, των μισθών των θεραπευτών υγείας και άλλων δαπανών σχετιζόμενων με τους ασθενείς.<sup>40,41,42</sup>

Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι ασθενείς που επανεμφανίζουν ΑΕΕ, σε σχέση με αυτούς που είχαν μόνο μια προσβολή από την ασθένεια, παρουσιάζουν μεγαλύτερου βαθμού ανικανότητα που συνεπάγεται μακρύτερη παραμονή στο νοσοκομείο και

κατά συνέπεια υψηλότερο κόστος νοσηλείας.<sup>14,27</sup>

Όσον αφορά στις χώρες της Ευρώπης, όπου υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη διαχείριση της ασθένειας, στην παροχή φροντίδας και στη σχετιζόμενη έκβαση και πορεία της νόσου, οι δαπάνες με τις οποίες επιβαρύνονται οι χώρες αυτές παραμένουν υψηλές. Οι παρεχόμενες πληροφορίες των Υπηρεσιών Υγείας που σχετίζονται με το θέμα αυτό είναι συχνά μη διαθέσιμες ή ανύπαρκτες. Για τη επίλυση αυτού του προβλήματος πολλές χώρες όπως η Φιλανδία, η Δανία, η Πορτογαλία και η Γαλλία, προσανατολίζονται προς την αναζήτηση και καταγραφή πληροφοριών με σκοπό την εκτίμηση των οικονομικών επιπτώσεων που επιφέρει το Α.Ε.Ε, προκειμένου να οργανώσουν παρεμβάσεις πρόληψης και αποκατάστασης με δημόσιες δαπάνες.<sup>43</sup>

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τονίζεται, ότι τόσο το υψηλό οικονομικό κόστος σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο όσο και τα ποικίλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο οφείλονται στην έλλειψη οργανωμένου σχεδίου και προγράμματος αποκατάστασης. Στον Καναδά μόνο το 10-15% των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε δέχεται φροντίδα αποκατάστασης πριν την έξοδο από το νοσοκομείο. Η πλειοψηφία των επιζώντων

επιστρέφει στην οικεία τους, χωρίς μέριμνα για φροντίδα αποκατάστασης.<sup>1</sup>

Όσον αφορά τον Ελλαδικό χώρο, ο αριθμός των ερευνών σχετικά με την έκβαση και την αποκατάσταση ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε είναι περιορισμένος. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Τσελίκα-Garfe και συν.,<sup>44</sup> έδειξαν, ότι κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, το 21,3% των ασθενών ήταν μερικώς εξαρτημένοι και έχρηζαν βοήθειας σε καθημερινές δραστηριότητες, ενώ το 30% εξήλθαν πλήρως εξαρτώμενοι δηλ. είχαν ανάγκη συνεχούς φροντίδας και βοήθειας. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, το 92% των ασθενών μεταφέρονται στο σπίτι τους μετά την οξεία νοσοκομειακή φάση.

Τα ανωτέρω ευρήματα καταδεικνύουν την αναγκαιότητα ειδικών προγραμμάτων αποκατάστασης και στήριξης των ασθενών, τα οποία συμβάλλουν αποτελεσματικά στη βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η πιο κρίσιμη περίοδος για την επίτευξη βελτίωσης είναι οι πρώτοι μήνες, γι' αυτό θα πρέπει στην περίοδο αυτή να δοθούν όλες οι θεραπευτικές ευκαιρίες στον ασθενή.

Τα άτομα που υπέστησαν Α.Ε.Ε πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπευτικές τεχνικές και μεθόδους από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας που θα λειτουργούν ως διεπιστημονική Ομάδα Αποκατάστασης σε ένα οργανωμένο τμήμα Αποκατάστασης,

υπό τον συντονισμό και την επίβλεψη ειδικού θεράποντα ιατρού. Η πολιτεία πρέπει να κατανοήσει οφέλη που προκύπτουν από τέτοιου είδους παρεμβατικά προγράμματα αποκατάστασης και στήριξης των ασθενών αυτών και να ενισχύσει κάθε τέτοιου είδους προσπάθεια.<sup>45</sup>

### **Συμπεράσματα**

Το ΑΕΕ αποτελεί σύνθετο πρόβλημα με έντονο οικογενειακό, κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο λόγω της αναπηρίας ή της χρόνιας ανικανότητας που προκαλεί στους πάσχοντες.

Το κυριότερο συμπέρασμα που διεξάγεται από την παρούσα ανασκόπηση είναι, ότι κρίνονται απολύτως απαραίτητα, ο σχεδιασμός και η οργάνωση μιας στρατηγικής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας πρόληψης και αποκατάστασης των ΑΕΕ στην χώρα μας, η οποία απαιτεί τη συμβολή όλων των ειδικών από το χώρο της υγείας και της ίδιας της πολιτείας.

### **Βιβλιογραφία**

1. Vincent C., Deaudelin I., Robichaud L., Rousseau J., Viscogliosi Ch., Talbot L., et al. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations BMC Geriatrics. 2007;7:20.
2. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee: Heart Disease and Stroke Statistics – 2006. Update. Circulation. 2006; 113:e85.
3. Πολυκανδριώτη Μ. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Άρθρο Σύνταξης. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2008;Τόμος 7ος, Τεύχος 2<sup>ο</sup>.
4. Seshadri S., Beiser A., Kelly-Hayes M., Kase CS., Au R., Kannel WB., Wolf PA. The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. Stroke 2006;37:345-350.
5. Caplan, L. Caplan's Stroke: A clinical Approach. Butterworth-Heinemann, 2000.
6. Πολυκανδριώτη Μ., Κυρίτση Ε.. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και παράγοντες κινδύνου. Το Βήμα του Ασκληπιού 2005;4(3):109.
7. Μυλωνάς Ι., Λογοθέτης Ι. Νευρολογία. Εκ. Universal Press. Αθήνα, 1996.
8. Braunwald E., Fauci A., Kasper D., Hauser S., Longo D., Jameson J. Principles of Internal Medicine. Harrison's 15th edition, 2001.
9. Bartels M. Pathophysiology and Medical Management of Stroke. In Stroke Rehabilitation, A Functional Based Approach. Glen Gillen and Ann Burkhart (Eds). Ed. Mosby Publishers. 1998:1-30.

10. Warlow C. Epidemiology of stroke. Lancet. 1998; 352:1-4.
11. Warlow CP., Dennis MS., Gijin J., Hankey GJ., Sandercock P.A.G, Bamford J.M, Wardlaw J. Stroke. A practical guide to management. Blackwell Science. London. 1996.
12. Bogousslavsky J., Castillo V. Acute Stroke Treatment. Ed. Martin. London. 1997.
13. Bogousslavsky J., Van Melle G., Regli F. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1000 consecutive patients with first stroke. Stroke. 1998;19:1083-92.
14. Sandin K., Mason K.: Manual of stroke rehabilitation. Εκδ. Butterworth-Heinemann. 1996.
15. Chino N., Melvin JL. Functional evaluation of stroke patients. Εκδ. Springer -Verlag. Tokyo. 1996.
16. Barber M., Fail M., Shields M., Stoott DJ., Langhorne P. Validity and reliability of estimating the Scandinavian stroke scale, score from medical records. Cerebrovasc Dis. 2004;17:224-7.
17. Lindenstrom E., Boysen G., Christiansen LW., Hansen B., Nielsen B. Reliability of Scandinavian Neurological Stroke Scale. Cerebrovasc Dis. 1991;1:103-107.
18. Mahoney FI., Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Medical Journal. 1965;14:61-65.
19. Hobart JC., Lamping DL., Freeman JA., Langdon DW., McLellan DL., Greenwood RJ., Thompson AJ. Evidence-based measurement: which disability scale for neurologic rehabilitation? Neurology. 2001;57:639-644.
20. Van der Putten JJ., Hobart JC., Freeman JA., Thompson AJ. Measuring change in disability after inpatient rehabilitation: comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the Functional Independence Measure. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1999;66(4):480-4.
21. Hobart JC., Lamping DL., Thompson AJ. Measuring disability in neurological disease: validity of the self report Barthel Index. J Neurol. 1996;243,(suppl 2),25.
22. Hsueh IP., Lee MM., Hsieh CL. Psychometric characteristics of the Barthel activities of daily living index in stroke patients. Journal of Formosa Medical Association. 2001;100:526-532.
23. Sangha H., Lipson D., Foley N., Salter K., Bhogal S., Pohani G., Teasell R. A comparison of the Barthel Index and

- the Functional Independence Measure as outcome measures in stroke rehabilitation: patterns of disability scale usage in clinical trials. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2005;28:135-139.
24. O'Connell B., Hanna B., Penney W., Pearce J., Owen M., Warelow P. Recovery after stroke: A qualitative perspective. *J Qual Clin Practice*. 2001;21:120-125.
25. Burton CR. Living with stroke: a phenomenological study. *J Adv Nurs*. 2000;32:301-309.
26. Korff V., Glasgow RE., Sharpe M. Organising care for chronic illness. *BMJ*. 2002; 325(7355): 92-94.
27. Gillen G., Burkhardt A. Stroke rehabilitation. A functional approach. *Mobsy*. New York. 1998.
28. Turner J., Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West J Med*. 2000; 172(2): 124-128.
29. Salter KL., Moses MB., Foley NC., Teasell RW. Health-related quality of life after stroke: what are we measuring? *Int J Rehabil Res*. 2008;31(2):111-7.
30. Western H. Altered living: coping, hope and quality of life after stroke. *Br J Nurs*. 2007;16(20):1266-70.
31. Dafer RM., Rao M., Shareef A., Sharma A. Poststroke depression. *Top Stroke Rehabil*. 2008;15(1):13-21.
32. Dunlop BW., Dunlop AL. Counseling via Analogy: Improving Patient Adherence in Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;7(6): 300-303.
33. Mayo NE., Wood-Dauphinee S., Crtt R., Durcan L., Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83:1035-1042.
34. Salter K., Bhogal SK., Foley N., Jutai J., Teasell R. The assessment of poststroke depression. *Top Stroke Rehabil*. 2007;14(3):1-24.
35. Jaracz K., Kozubski W. The role of social support in the quality of life after stroke. A review of selected experimental research. *Neurol Neurochir Pol*. 2006;40(2):140-50.
36. Legg L., Drummond A., Leonardi-Bee J., Gladman JR., Corr S., Donkervoort M., et al. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. *BMJ*. 2007;335(7626):922.
37. Legg LA., Drummond AE., Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily

- living after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD003585.
38. Lewandowski C., Barsan W. Treatment of acute ischemic stroke. Ann Emerg Med. 2001;37:202-16.
39. Kavanos P., Mossalios E. International comparisons of health care expenditures : what do we know and what we dont know. J Health Serv. Res Policy. 1999;4(2) :122-126.
40. Leventan CS. Effect on hyperglycemia on stroke outcomes. Endocr Pract. 2004;10:34-9.
41. Taylor T., Davies P., Torner J., Holmes J., Meyer JW., Jacobson MF. Life time costs of stroke in the United States. Stroke. 1996;27:1459-1266.
42. Patel M., Potter J., Perez I., Karla, L. The process of Rehabilitation and Discharge Planning in Stroke. Stroke. 1998; 29:2484-2487.
43. Langhorne P., Dennis M. Stroke Units: An evidence based approach. BMJ Books, 1998.
44. Τσελίκια-Carfe A., Τσούνα-Χατζή Ε., Βανδώρου Λ., Γεωργουλά Β., Μπατσαρά Μ., Βέμμος Κ. Ψυχοκοινωνικό και οικονομικό κόστος ασθενών με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Νοσηλευτική. 2004;43(4):479-489.
45. Mitchell E., Moore K. Stroke: holistic care and management. Nurs Stand. 2004;18(33):43-52.

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής

Κατσίμιγκας Γεώργιος<sup>1</sup>, Βασιλοπούλου Γεωργία<sup>2</sup>

1. Νοσηλευτής ΠΕ και ΤΕ, Θεολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής, Νοσοκομείο Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, Δρακοπούλειο Κέντρο Αιμοδοσίας, Αθήνα.

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Νοσοκομείο Σπηλιοπούλειο «Αγία Ελένη», Αθήνα.

## Περίληψη

Η έκρηξη της προόδου της γενετικής και της ιατρικής τεχνολογίας οδήγησε στην γέννηση μιας νέας επιστήμης της Βιοηθικής. Η βιοηθική εξετάζει την ηθική διάσταση των προβλημάτων που ανακύπτουν από την εφαρμογή των ανακαλύψεων της βιολογίας και της γενετικής στη φύση και ειδικότερα στον άνθρωπο. Από την πλευρά της ορθόδοξη ηθική η αντιμετώπιση των ζητημάτων αυτών γίνεται έχοντας ως βάση την ανθρωπολογική διδασκαλία των πατέρων της εκκλησίας.

**Σκοπός** του παρόντος άρθρου είναι : α) η οριοθέτηση του επιστημονικού πεδίου της βιοηθικής και η ιστορική αναδρομή της, β) η ανάδειξη των αρχών που διέπουν την επιστήμη της βιοηθικής, γ) ο προσδιορισμός των βασικών αρχών της ορθόδοξης ηθικής μέσω των οποίων γίνεται η αντιμετώπιση των θεμάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή της γενετικής μηχανικής στον άνθρωπο.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή του υλικού για τη συγγραφή του παρόντος άρθρου «Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής», ήταν η εκτεταμένη ανασκόπηση της διεθνούς και της ελληνικής βιβλιογραφίας. Για τη συλλογή της αγγλικής βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκε η ηλεκτρονική βάση δεδομένων CINAHL και για την ελληνική η διαλογή βιβλίων και άρθρων. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμό ήταν Bioethics, orthodox ethics.

**Αποτελέσματα:** Οι βασικές αρχές που διέπουν την βιοηθική είναι: α) η αρχή της αυτονομίας, β) η αρχή της ισοτιμίας, γ) η αρχή της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου, δ) αρχή της ωφέλειας ή της αγαθοεργίας, ε) η αρχή της δικαιοσύνης. Η ορθόδοξη θεώρηση των ζητημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή της γενετικής στον άνθρωπο στηρίζεται στην Ορθόδοξη ανθρωπολογία, όπως αυτή διατυπώνεται στην Αγία Γραφή και στα κείμενα των Πατέρων της εκκλησίας. Τα κυρίαρχα στοιχεία της Βιβλικής και Πατερικής ανθρωπολογίας είναι: α) ότι ο άνθρωπος έχει δημιουργηθεί κατ' εικόνα και ομοίωση του τριαδικού θεού και β) ότι ο άνθρωπος αποτελεί ενιαία ψυχοσωματική οντότητα.

**Λέξεις κλειδιά:** Βιοηθική, ορθόδοξη ηθική.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας**

*Κατσιμίγκας Γεώργιος,*

*Πρεμέτης 5, 18542, Π. Κοκκινιά, Πειραιάς,*

*Τηλ. 210- 49 12 236, 6977071815,*

*E-mail: giorgos.katsimigas@gmail.com*

## **REVIEW**

### **Basic principles of bioethics and orthodox ethics**

Katsimigas George<sup>1</sup>, Vasilopoulou Georgia<sup>2</sup>

1. Register Nurse, Theologian, PhD of Medicine. Greek Red Cross Hospital (Erythros Stavros Hospital) Dracopouleion Center of Blood Donation, Athens.
2. Register Nurse, MSc Health and Safety of Work. Spiliopoulio Hospital "Agia Eleni", Athens

#### **Abstract**

The galloping progress in genetic and medical technology has led to the birth of the new science of bioethics. Bioethics examines the ethical dimension of problems arising from the application of the discoveries in the fields of biology and genetics and the effects they may have on nature and people in particular, from the aspect of anthropological teaching of the church Fathers.

**Aim:** The aim of this article is: a) the delimitation of the scientific field of bioethics and its historical background, b) the emergence of the principles of the science of bioethics, c) the determination of the principles of orthodox morality through which the issues arising from the application of genetic engineering in human are faced.

**Material and Method:** The method used to collect material for the writing of this article "principles of bioethics and orthodox morality", was the widespread review of international and Greek bibliography. For the collection of the English bibliography the electronic database CINAHL was used. The keywords used in combination were Bioethics orthodox ethics.

**Results:** The basic principle of bioethics are: a) the principle of autonomy, b) the principle of equivalence, c) the principle of not causing harm and pain, d) the principle of utility or beneficence, e) the principle of justice. The orthodox approach to the issues arising from the

application of genetics human is based on the Orthodox anthropology, as expressed in the Bible and the texts of the Fathers of the Church. The centerpieces of the Biblical and Patristic anthropology are: a) that man was created as the exact replica of the Triune God and b) that man is a single psychosomatic entity.

**Key words:** Bioethics, orthodox ethics.

**Corresponding author**

*Katsimigas George,*

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

*Tel. +30 210-4912236, 6977071815,*

*E-mail: giorgos.katsimigas@gmail.com*

**Εισαγωγή**

**Η** χαρτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος και η αναγνώριση των γενετικών ασθενειών έχει επιφέρει μια πλήρη επανάσταση στην ιατρική επιστήμη. Η πρόοδος της ιατρικής και της υγείας, θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι βρίσκεται πλέον στα χέρια της γενετικής. Η σύγχρονη εποχή χαρακτηρίζεται, μεταξύ άλλων, από τις διαρκώς αυξανόμενες δυνατότητες επέμβασης επί της ίδιας της ζωής του ανθρώπου. Τα νέα επιστημονικά και τεχνολογικά δεδομένα «ακουμπούν» στο μυστήριο του ανθρώπου, εγγίζουν την ιερότητα του προσώπου, επηρεάζουν σχέσεις, «ψηλαφούν» την καρδιά του μυστηρίου της ζωής. Αν ο 20<sup>ος</sup> αιώνας χαρακτηρίζεται ως ο αιώνας της φυσικής και της επέμβασης του ανθρώπου στη φύση, ο 21<sup>ος</sup> αιώνας είναι ο αιώνας της βιολογίας και της επέμβασης του ανθρώπου στον ίδιο τον άνθρωπο. Στις δυνατότητες επέμβασης στο

ανθρώπινο γονιδίωμα διακρίνονται πλεονεκτήματα αλλά και έντονος προβληματισμός, καθώς η εφαρμογή αυτών ελλοχεύει σοβαρούς κινδύνους, όπως π.χ. το ενδεχόμενο να διευκολυνθεί η ευγονική αντίληψη και ο ρατσισμός, να διασαλευτεί το ιατρικό απόρρητο, να αλλοιωθούν επικίνδυνα οι ισορροπίες που οδηγούν στις σημερινές μορφές ζωής, να διαταραχθούν οι κοινωνικές σχέσεις, να επικρατήσουν ανεξέλεγκτα οικονομικά συμφέροντα, το σπουδαιότερο δε να «αλλοιωθεί» ο ίδιος ο άνθρωπος.<sup>1</sup> Παράλληλα, οι κοινωνικοί φορείς, τα νομοθετικά και κοινοβουλευτικά σώματα, οι ιατρονοσηλευτικές κοινότητες ζητούν επίσημα κάποιο πλαίσιο αντιμετώπισης των προβλημάτων που ανακύπτουν κάθε φορά.

Η ανάγκη αντιμετώπισης των συνεπειών αυτών είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα νέο επιστημονικό πεδίο, η Βιοηθική. Η

Βιοηθική καλείται λοιπόν να μελετήσει τις νέες εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής και να αποφανθεί αν το τεχνικά εφικτό, είναι συγχρόνως ηθικά αποδεκτό και προς το συμφέρον του ανθρώπου.<sup>2</sup> Με αυτόν τον τρόπο οι συνέπειες της έρευνας στο ανθρώπινο γονιδίωμα, οι οποίες αφορούν την ζωή και την υγεία, έπαυσαν να αποτελούν ιατρικό και βιολογικό μονοπώλιο, προκάλεσαν δε μια δυναμική προβληματική και στο χώρο των ανθρωπιστικών και θεολογικών επιστημών.

### **Βασικές αρχές της βιοηθικής θεώρησης των ηθικών ζητημάτων από την εφαρμογή της γενετικής μηχανικής στον άνθρωπο**

Αναμφισβήτητη είναι η σημασία της ηθικής για κάθε επιμέρους επιστημονική δραστηριότητα, διότι «πάσα επιστήμη χωριζόμενη δικαιοσύνης και της άλλης αρετής πανουργία, ου σοφία φαίνεται».<sup>3</sup> Όσον αφορά την ιατρική ηθική, αυτή είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον πατέρα της ιατρικής, τον Ιπποκράτη. Στις ηθικές αρχές του ιπποκρατικού όρκου διατυπώνονται οι υποχρεώσεις και οι δεσμεύσεις του γιατρού απέναντι στον ασθενή, όπως επίσης καθορίζονται και τα όρια της ιατρικής παρέμβασης στον άρρωστο. Στον Ιπποκράτη, η ιατρική και η ηθική συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους και δεν επιδέχονται κανένα διαχωρισμό και διάσπαση. Ο Ιπποκράτης δεν είναι μόνο μεγάλος ιατρός, με τη σημερινή έννοια του όρου, αλλά στοχαστής και

ηθικολόγος. Στα έργα του συνδυάζει την επιστημονική γνώση και την ηθική. Η ηθική γι' αυτόν είναι αναπόσπαστο στοιχείο της ιατρικής επιστήμη γι αυτό το λόγο ο ιπποκρατικός όρκος μέχρι και σήμερα θεωρείται το βασικό κείμενο της ιατρικής ηθικής.

Η ραγδαία όμως πρόοδος της γενετικής τεχνολογίας θέτει νέα δεδομένα στην εξέλιξη της ιατρικής. Για παράδειγμα, στην εποχή του Ιπποκράτη η ιατρική άρχισε να είναι θεραπευτική, αργότερα έγινε προληπτική και τώρα τείνει να γίνει προγνωστική.<sup>4</sup> Με τις συγκλονιστικές όμως ανακαλύψεις στο χώρο της γενετικής αναφύονται ζητήματα όπως η κλωνοποίηση, η εξωσωματική γονιμοποίηση, οι γενετικές εξετάσεις, ο προγεννητικός έλεγχος, η γονιδιακή θεραπεία, η παροχή γενετικών συμβουλών, οι “πατέντες” σε ανθρώπινα γονίδια και άλλα παρόμοια θέματα, τα οποία δημιουργούν βέβαια νέα ηθικά διλήμματα. Οι προβληματισμοί αυτοί καθιστούν επιτακτικό το αίτημα για την ύπαρξη ενός ηθικού πλαισίου για την αντιμετώπισή τους. Η παραδοσιακή ιατρική ηθική αδυνατεί να προσφέρει ένα τέτοιο ηθικό πλαίσιο. Αυτό δε, είχε ως αποτέλεσμα, όπως προαναφέρθηκε, την εμφάνιση ενός νέου επιστημονικού κλάδου της Βιοηθικής, η οποία αναμφισβήτητα είναι ο πιο ενδιαφέρων κλάδος της εφαρμοσμένης ηθικής. Η Βιοηθική ασχολείται με την διερεύνηση των ηθικών προβλημάτων που συνδέονται άμεσα με την Βιολογία και την Ιατρική.<sup>5</sup> Με άλλα

λόγια, η Βιοηθική καλείται να προσδιορίσει τις ενέργειες και τις παρενέργειες της βιοϊατρικής, να θεσπίσει τα όρια ανάμεσα στις θετικές και τις αρνητικές συνέπειες της επιστήμης στη ζωή μας. Στη μελέτη αυτών των θεμάτων που αφορούν τις επιπτώσεις των εφαρμογών της γενετικής μηχανικής στον άνθρωπο, συμμετέχουν εκτός από τους γιατρούς, φιλόσοφοι, θεολόγοι και νομικοί. Για το λόγο αυτό η Βιοηθική βρίσκεται σε μία διαλεκτική σχέση με αυτούς τους επιστημονικούς κλάδους. Πρόκειται δηλαδή για μια πολυσύνθετη και πολύπλευρη επιστήμη.

Η χρονική περίοδος κατά την οποία εμφανίζεται η Βιοηθική, είναι η δεκαετία του 1960 στις Η.Π.Α. Την εποχή εκείνη είχαν λειτουργήσει οι πρώτες μηχανές υποστήριξης των νεφροπαθών, οι οποίες όμως ήταν πολύ λίγες με αποτέλεσμα να έπρεπε να αποφασιστεί ποιοι θα κάνουν την θεραπεία και ποιοι όχι. Αυτή την απόφαση πολλοί την συνέκριναν με το να "υποδύεται κάποιος τον θεό"<sup>7</sup>. Τότε, δημιουργήθηκε μια επιτροπή από γιατρούς και επιστήμονες από διάφορα επιστημονικά πεδία για να αποφανθεί σχετικά με το παραπάνω ζήτημα. Από το χρονικό σημείο αυτό κι έπειτα άρχισαν να εμφανίζονται επιτροπές βιοηθικής στα νοσοκομεία και τα πανεπιστήμια, να συγγράφονται άρθρα με θέματα που αφορούν την βιοηθική, να ιδρύονται τμήματα σπουδών με περιεχόμενο βιοηθικού προβληματισμού, αρχικά στις ιατρικές σχολές και αργότερα σε

άλλες πανεπιστημιακές σχολές που ασχολούνται με την ηθική και τον άνθρωπο.<sup>6</sup>

Το 1969 ιδρύεται στις Η.Π.Α το Hasting Center, το πρώτο ινστιτούτο βιοηθικών μελετών. Στις Η.Π.Α επίσης ιδρύεται και η πρώτη Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής με σκοπό την παροχή ενός ηθικού πλαισίου για την έρευνα σε θέματα γενετικής, ενώ ανάλογες επιτροπές ιδρύθηκαν αργότερα και σε άλλες χώρες, όπως στη Μ. Βρετανία, στη Γαλλία, στην Αυστραλία, στη Γερμανία, στον Καναδά κ.α.<sup>7</sup>

Σήμερα σε πολλές χώρες λειτουργούν επιτροπές βιοηθικής, ενώ στον ελληνικό χώρο δημιουργήθηκε το 1998 η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, η οποία λειτουργεί ως συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας για τα θέματα αυτά. Αξίζει επίσης για ιστορικούς λόγους να αναφερθεί, ότι ο όρος βιοηθική προτάθηκε από τον Van Rensselaer Potter το 1971 και προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «βίος» και «ηθική».<sup>7</sup>

Είναι γεγονός πάντως ότι η βιοηθική επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο θα διαμορφώνονταν οι ιατρικές αποφάσεις από εδώ και στο εξής.<sup>8</sup> Η βιοηθική είναι συνδεδεμένη με ειδικά και συγκεκριμένα ζητήματα που αφορούν τη γενετική και τις εφαρμογές της. Θα πρέπει ωστόσο να γίνει κατανοητό ότι η αναζήτηση της ηθικής λύσης στα προβλήματα που έχουν σχέση με θέματα υγείας, είναι μια διαδικασία περίπλοκη και δύσκολη. Ανάμεσα στο ηθικό και στο μη ηθικό υπάρχει μια δυσδιάκριτη κλίμακα αντιθέσεων και συγκρούσεων. Αυτό

συμβαίνει γιατί υπάρχουν πολλές βιοηθικές θέσεις και απόψεις που γέννησε ο ιδεολογικός πλουραλισμός του δυτικού κόσμου. Προγενέστερα και για πολλούς αιώνες, οι ηθικές αξίες πήγαζαν από τη θρησκευτική αυθεντία και για αυτό το λόγο ακριβώς δεν επιδέχονταν καμία αμφισβήτηση. Στους νεότερους χρόνους, αμφισβητήθηκε η αποκλειστικότητα της θρησκείας ως πηγή ηθικών αξιών και οι αξίες αναζητούνται στα διάφορα φιλοσοφικά συστήματα και φιλοσοφικές δοξασίες.

Στα πλαίσια αυτά διατυπώθηκαν διάφορες προτάσεις για την αντιμετώπιση των βιοηθικών προβλημάτων, που στην ουσία τους αποτελούν πρακτικές εφαρμογές των φιλοσοφικών συστημάτων στα οποία αυτές βασίζονται. Η βιοηθική επηρεάστηκε κυρίως από τα φιλοσοφικά ρεύματα της εμπειριοκρατίας και του φιλελευθερισμού. Για παράδειγμα, μία από τις βασικές αρχές της βιοηθικής, είναι η αυτονομία του ατόμου. Η αρχή αυτή έχει επηρεαστεί από το ρεύμα του φιλελευθερισμού, ο οποίος προέβαλε και αποθέωσε τα ατομικά δικαιώματα και την ατομική ελευθερία.

Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια του George Kieffer για το θέμα αυτό: «Τονίζοντας υπερβολικά την ατομική ελευθερία, ο δυτικός πολιτισμός δημιούργησε μια μεγάλη ποικιλία από ηθικές γνώμες... Υπάρχει κάποιο όριο, πέρα από το οποίο η ηθική ποικιλομορφία και ελευθερία παύουν να έχουν αξία... Αν είναι

αλήθεια, ότι κάθε ηθική βασίζεται σε μια φιλοσοφία της ανθρώπινης φύσης και κάθε φιλοσοφία της ανθρώπινης φύσης προσανατολίζεται σε μια ηθική συμπεριφορά, τότε η φανερή αδυναμία μας να επιλύσουμε πολλά ηθικά μας διλήμματα οφείλεται στο ότι ο πολιτισμός μας δεν διαθέτει μια πλήρη νοήματος άποψη για την ανθρώπινη φύση».<sup>9</sup> Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν, τίθεται το ερώτημα ποιες είναι οι βασικές αρχές που διέπουν την βιοηθική. Μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι αρχές που αναφέρονται πιο συχνά είναι οι ακόλουθες:

- Η Αρχή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, ο κάθε άνθρωπος θα πρέπει ελεύθερα και ανεξάρτητα να σκέπτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί χωρίς την ύπαρξη οποιασδήποτε μορφής εξαναγκασμού. Έτσι, πρέπει να γίνεται σεβαστή οποιαδήποτε επιλογή του σχετικά με την υγεία του και γενικότερα τη ζωή του.<sup>10</sup> Ο σεβασμός της αυτονομίας εμπεριέχει κάποιους συγκεκριμένους κανόνες οι οποίοι είναι: α) Η διατύπωση της αλήθειας, β) Ο σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας του κάθε ατόμου, γ) Η παροχή προστασίας σε εμπιστευτικές πληροφορίες, δ) Η απόκτηση της συγκατάθεσης για κάθε παρέμβαση με ασθενείς, ε) Όταν ζητηθεί,

να παρέχεται βοήθεια για λήψη σημαντικών αποφάσεων.

- Η Αρχή της ωφέλειας ή της αγαθοεργίας. Η αρχή αυτή υποστηρίζει την ηθική άποψη της ωφέλειας του άλλου και ταυτόχρονα την αποφυγή βλάβης του.<sup>11</sup>
- Η Αρχή της δικαιοσύνης. Η αρχή αυτή πηγάζει από τον ιπποκρατικό όρκο. Μεταξύ των άλλων υποχρεώσεων του γιατρού, συμπεριλαμβάνεται και η φροντίδα της υγείας κάθε ανθρώπου, ανεξάρτητα το φύλο, τη φυλή και την οικονομική κατάσταση.<sup>12-13</sup>
- Η Αρχή της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου. Ο γιατρός σύμφωνα με την αρχή αυτή, έχει σαφή υποχρέωση να μη προξενήσει βλάβη και πόνο στον ασθενή.
- Η Αρχή της ισοτιμίας. Η αρχή αυτή υποστηρίζει ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα για ζωή και υγεία.<sup>14</sup>
- Η Αρχή της ειλικρίνειας.
- Η Αρχή της εμπιστοσύνης.

Ως θεμελιώδεις αρχές, από τους περισσότερους ερευνητές, χαρακτηρίζονται: α) η αρχή της αυτονομίας και β) η αρχή της ωφέλειας.<sup>15</sup>

Θα πρέπει ωστόσο να διευκρινιστεί ότι η επιλογή της προτεραιότητας κάποιας αρχής συνάδει με το φιλοσοφικό πλαίσιο που διέπει τον κάθε άνθρωπο, όταν αυτός έρχεται σε άμεση επαφή με το φαινόμενο της υγείας και της ζωής γενικότερα. Εξ' αιτίας όμως των διαφορών που υπάρχουν στα διάφορα φιλοσοφικά ρεύματα, παρατηρείται το γεγονός

να βρίσκονται πολλές φορές σε σύγκρουση δύο βασικές αρχές. Για παράδειγμα, ένας γιατρός προτείνει ένα σχήμα θεραπείας σε ασθενή προκειμένου να τον ωφελήσει από κάποια κακοήθη ασθένεια. Ο ασθενής όμως έχει το δικαίωμα να αρνηθεί πλήρως τη θεραπεία που του προτείνεται. Έτσι όμως, μπορεί να έρθει σε σύγκρουση η αρχή της αυτονομίας του ασθενή με την αρχή της ωφέλειας που θέλει να τηρήσει ο γιατρός.

Συμπερασματικά, επισημαίνεται ότι είναι πολύ δύσκολο να αποφανθεί κάποιος για το σωστό ή το λάθος, το ηθικό ή το ανήθικο σχετικά με τα θέματα της βιοηθικής, γιατί όπως προαναφέρθηκε, η ηθική ως έννοια μπορεί να διαφοροποιηθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο, από κοινωνία σε κοινωνία. Εξ' άλλου τα ζητήματα αυτά είναι πολύπλοκα και με πολύπλευρες εκφάνσεις ιατρικές, ψυχολογικές, νομικές, φιλοσοφικές, θεολογικές ακόμα και οικονομικές. Ο καθένας όμως μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος μ' ένα ή περισσότερα από αυτά τα ζητήματα, και τότε θα κληθεί να δώσει τη δική του λύση. Η ορθόδοξη θεολογία όμως, όπως αυτή βιώνετε μέσα από την Γραφή και την παράδοση προσφέρει το γνωσιακό θεμέλιο στον σύγχρονο Έλληνα νοσηλευτή και γενικότερα στον κάθε επαγγελματία υγείας, να αντιμετωπίσει τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή της γενετικής μηχανικής στον άνθρωπο.

**Βασικές αρχές της Ορθόδοξης θεώρησης των ηθικών ζητημάτων από την εφαρμογή της γενετικής μηχανικής στον άνθρωπο.**

Η ηθική ως λέξη απαντάται για πρώτη φορά στην αρχαία Ελληνική γραμματεία<sup>16</sup>. Στην Πατερική γραμματεία, η ηθική ταυτίζεται με τον τρόπο ζωής των χριστιανών, όπως αυτή βιώνεται μέσα από την εκκλησία. Οι διάφορες εκφράσεις, όπως “ζήν κατά Χριστώ”, “ζήν κατά Θεό”, “περιπατείν εν φωτί” κ.ά, χρησιμοποιούνται για να δηλώσουν την ηθική που θεμελιώνεται στην εν Χριστώ ζωή.<sup>5</sup> Η προσωπική σχέση του χριστιανού με το θεό υποδηλώνει ταυτόχρονα και το ήθος του. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται τα διάφορα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν από την ανθρώπινη δραστηριότητα και ειδικότερα στο χώρο της βιολογίας και της ιατρικής. Στην Ορθόδοξη θεολογία δεν υπάρχει αυτονόμηση των ηθικών προβλημάτων από την εφαρμογή της γενετικής στον άνθρωπο. Τα επιμέρους ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν, εντάσσονται στη συνολική διδασκαλία της εκκλησίας. Η αυτόνομη ανάπτυξη της ηθικής μακριά από την πνευματική ζωή οδηγεί στον άκρατο ατομοκεντρισμό και στη διάσπαση του ανθρώπινου προσώπου.<sup>5</sup> Η αυτόνομη ηθική αναπτύχθηκε κυρίως στον δυτικό κόσμο, έχοντας ως κύριο εκπρόσωπό της τον Κάντ, ο οποίος αποκήρυξε κάθε έννοια μεταφυσικής και πίστης προς το θεό. Η ηθική που πρεσβεύεται εδώ, δεν στηρίζεται σε καμία υπερβατική αρχή, η ηθική βούληση δεν

δεσμεύεται από τη σχέση με το θεό, αλλά κινείται στα πλαίσια της αυτόνομης και ελεύθερης υποκειμενικότητας.<sup>17</sup>

Η αξιολόγηση των ηθικών ζητημάτων της βιοτεχνολογίας από την Ορθόδοξη διδασκαλία έχει ως θεμέλια βάση την Ορθόδοξη ανθρωπολογία, όπως αυτή διατυπώνεται στην Αγία Γραφή και στα κείμενα των Πατέρων της εκκλησίας. Τα κυρίαρχα στοιχεία της Βιβλικής και Πατερικής ανθρωπολογίας είναι: α) ότι ο άνθρωπος έχει δημιουργηθεί κατ' εικόνα και ομοίωση του τριαδικού θεού και β) ότι ο άνθρωπος αποτελεί ενιαία ψυχοσωματική οντότητα.<sup>18-19</sup> Το σώμα και η ψυχή ενώνονται στον άνθρωπο κατά τρόπο ασύλληπτο και μέσω αυτής της ένωσης δοξολογούν το θεό.<sup>20</sup>

Στο βιβλίο της Γένεσις συναντάμε το εξής χωρίο: «Ποιήσωμεν άνθρωπο κατ' εικόνα ημετέραν και καθ' ομοίωση...» (Γεν. ά 26-27). Μέσω αυτού του στίχου, εκφράζεται με τρόπο μοναδικό και λιτό, ο τίτλος ευγενείας του ανθρώπου, η ουσία του μεγαλείου του, το μυστήριο της ζωής του, ο ύψιστος προορισμός του. Το κατ' εικόνα είτε αναφέρεται στη νοερή και αυτεξούσια λειτουργία της ψυχής, είτε ο όλος άνθρωπος δείχνει τη στενή και εσωτερική συγγένειά του με τον τριαδικό θεό.<sup>21</sup>

Ο θεός δεν μας έπλασε όπως τα άλλα δημιουργήματα του, με ένα πρόσταγμα μόνο, αλλά με τα ίδια του τα χέρια. Απ' όλη τη Δημιουργία μόνο ο άνθρωπος είναι θεόπλαστος.<sup>22</sup> Το κατ' εικόνα φανερώνει το αυτεξούσιο του ανθρώπου,<sup>23</sup> δια μέσω του

οποίου ολοκληρώνεται ο άνθρωπος και οι πράξεις του λαμβάνουν ηθική αξία. Δίνοντας ο θεός το κατ' εικόνα στο ανώτερο δημιούργημά του, έγραψε στη συνείδηση του τις ηθικές επιταγές, τον έμφυτο ηθικό νόμο για να πορεύεται στη ζωή.<sup>24</sup> Το κατ' εικόνα και καθ' ομοίωση, δηλώνει την σταθερή σχέση μεταξύ θεού και ανθρώπου. Σ' αυτή τη σχέση υπάρχει ένας δυναμισμός, μια κίνηση του ανθρώπου για τελείωση, να γίνει κατά χάρη θεός.<sup>25</sup> Το χωρίο αυτό της "Γένεσις" αποτελεί τη γέφυρα ενώσεως του ανθρώπου με το θεό. Οτιδήποτε από την ανθρώπινη δραστηριότητα κατακρημνίζει τη γέφυρα αυτή, ή με άλλα λόγια την κίνηση του ανθρώπου προς το θεό, τον αποπροσανατολίζει από το σκοπό της δημιουργίας του. Αυτό ισχύει βέβαια και για τις εφαρμογές της γενετικής μηχανικής, οι οποίες όταν αντιλαμβάνονται τον άνθρωπο ως πρόσωπο, δεν τον αποτρέπουν να συναντήσει τον πλάστη του και έτσι γίνονται αποδεκτές από την Ορθόδοξη ηθική. Όταν όμως αυτές (ενν. οι εφαρμογές) εκλαμβάνουν το ανθρώπινο πρόσωπο μόνο ως βιολογικό άτομο (με τη βιολογική σημασία του όρου), γίνονται μη αποδεκτές από την ηθική που πρεσβεύει η ορθοδοξία.

Στα Θεόπνευστα αγιογραφικά κείμενα γίνεται λόγος για αδιαίρετη ψυχοσωματική οντότητα από τη στιγμή της γονιμοποίησης. Έτσι, στην Π. Διαθήκη ο ποιητής του ψαλμού απευθυνόμενος στο Θεό λέγει: «Επί σε επερρίφθην εκ μήτρας, από γαστρός μητρός

μου θεός μου ει συ» (Ψαλμός κά 11), ενώ σε άλλο ψαλμό ο ψαλμωδός αναφέρει: «Επί σε επεστηρίχθην από γαστρός, εκ κοιλίας μητρός μου ει μου ει σκεπαστής». Αλλά και στην Κ. Διαθήκη έχουμε σαφή αναφορά για την εμπύχωση του εμβρύου. Το έμβρυο Ιωάννης Πρόδρομος αναγνωρίζοντας το έμβρυο Ιησού "εσκίρτησε" στην κοιλιά της μητέρας του φωτιζόμενο από το Άγιο Πνεύμα. Στην Πατερική θεολογία επίσης υποστηρίζεται η ψυχοσωματική ενότητα του εμβρύου από τη στιγμή της σύλληψης. Ο Άγιος Γρηγόριος Νύσσης συγκεκριμένα αναφέρει για την ενιαία ψυχοσωματική οντότητα του ανθρώπου από τη στιγμή της σύλληψης «...μιαν και κοινή της συστάσεως η αρχή...».<sup>18</sup> Ο ίδιος λόγος οδηγεί και τον Μ. Βασίλειο να τοποθετείται απαγορευτικά για την έκτρωση του εμβρύου, την οποία θεωρεί φόνο σε οποιοδήποτε στάδιο ανάπτυξης αυτό και αν βρίσκεται.<sup>26</sup>

Η εκκλησία εξάλλου, μέσα από την εορτολογική της παράδοση επιβεβαιώνει την ανθρωπολογική αυτή διάσταση της Ορθόδοξης θεολογίας για την ενιαία μυστηριακή σύσταση ψυχής και σώματος κατά τη σύλληψη. Αυτό άλλωστε μαρτυρά ο εορτασμός του Ευαγγελισμού της Θεοτόκου, η σύλληψη της Παναγίας από την Αγία Άννα και η σύλληψη του Αγίου Ιωάννη Προδρόμου από την Ελισάβετ.<sup>27</sup>

Εκ των ανωτέρω συνάγεται ότι η Ορθόδοξη ανθρωπολογία αποτελεί τη θεμέλιο λίθο, βάση της οποίας προτείνονται οι αρχές για την

ορθόδοξη θεώρηση των ηθικών εφαρμογών που απορρέουν από την εφαρμογή της γενετικής μηχανικής στον άνθρωπο. Οι αρχές αυτές είναι:<sup>7</sup>

- Η αρχή του Προσώπου.
- Η αρχή της ανιδιοτελούς αγάπης.
- Η αρχή του σεβασμού στη ζωή.
- Η αρχή της δικαιοσύνης.

Οι αρχές αυτές δεν έχουν το χαρακτήρα της επιβολής -το θέλημα του θεού έτσι κι αλλιώς δεν επιβάλλεται-. Ο άνθρωπος όμως κάνοντας χρήση του αυτεξούσιου, ελεύθερα μπορεί να επιλέξει ανάμεσα στο καλό και το κακό

Θα πρέπει ωστόσο σε αυτό το σημείο να οριοθετήσουμε την έννοια του ανθρώπινου προσώπου, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή μέσα από την Ορθόδοξη χριστιανική θεολογία, έτσι ώστε να γίνουν άμεσα πιο κατανοητά όσα προαναφέρθηκαν. Όταν λοιπόν γίνεται στην Ορθόδοξη ανατολή λόγος για πρόσωπο, εννοείται η μοναδική, ξεχωριστή και επώνυμη υπόσταση, σε αντίθεση με το άτομο που είναι η μονάδα ενός είδους στην οποία ανήκει από τη στιγμή της γεννήσεως του ως τη στιγμή του θανάτου.<sup>28</sup> Έτσι, ενώ το άτομο υπόκειται στην βιολογική αναγκαιότητα, το πρόσωπο δεν εντάσσεται σε αυτή, αφού φέρει την εικόνα του θεού μέσα του. Το ανθρώπινο πρόσωπο κινείται σε δυο επίπεδα, στο οριζόντιο και στο κάθετο. Το οριζόντιο είναι η κίνηση του ανθρώπου να συναντήσει τον συνάνθρωπό του και το κάθετο είναι η κίνηση του ανθρώπου να

συναντήσει το θεό. Τα επίπεδα αυτά συνιστούν και τη διάσταση της πνευματικής ζωής.<sup>29</sup>

Το πρόσωπο είναι η ζωντανή έκφραση της αρετής, η πηγή της κενωτικής αγάπης προς το θεό και τον πλησίον. Ο Χριστιανισμός είναι η θρησκεία της θείας αγάπης. Οι άνθρωποι αγαπούν, ανταποκρινόμενοι στην αγάπη του θεού, «ημείς αγαπώμεν αυτόν, ότι αυτός πρώτος ηγάπησεν ημάς».<sup>30</sup> Απόδειξη της αγάπης του θεού προς τον άνθρωπο, είναι η ενανθρώπισή του και η σταυρική του θυσία. Ο Χριστός προσέλαβε την ανθρώπινη φύση για να σώσει το ανθρώπινο γένος και να το οδηγήσει στην αιωνιότητα.<sup>30</sup> Ο άνθρωπος που αγαπά τον θεό, αγαπά τον κάθε άνθρωπο, γιατί βλέπει μέσα σ' αυτόν την εικόνα του ίδιου του θεού. Στο σημείο αυτό πρέπει να δοθεί έμφαση στο εξής: Η Ορθόδοξη θεολογία σε καμιά περίπτωση δεν αντιστρατεύεται την επιστήμη της γενετικής, η οποία προσπαθεί να κατανοήσει το ανεπανάληπτο μυστήριο της ζωής. Η Πατερική γραμματεία, και συγκεκριμένα ο Μ. Βασίλειος κάνει μια ουσιώδη επισήμανση: « άλλο ποιος έκανε τον κόσμο, και άλλο πώς έγινε αυτός».<sup>31</sup> Το πρώτο, είναι έργο της θεολογίας και το δεύτερο, έργο της επιστήμης. Μέχρι τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα στη Δύση δεν είχε γίνει αυτή η διάκριση, με αποτέλεσμα υφίσταται έντονη αντιπαράθεση μεταξύ επιστήμης και θρησκείας.<sup>17</sup> Τα ηθικά λοιπόν διλήμματα που δημιουργούνται από την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της βιοτεχνολογίας, εξετάζονται υπό το πρίσμα

των δύο αυτών διαστάσεων της Ορθόδοξης ανθρωπολογίας, χωρίς βέβαια να παραγνωρίζεται η προοπτική του τελικού σκοπού της υπάρξεως του ανθρώπου στη γη. Ο σκοπός αυτός είναι, η ομοίωσή του και η ένωσή του με το θεό.

### **Συμπεράσματα**

Ο κάθε νοσηλευτής κατά την καθημερινή άσκηση του έργου του αντιμετωπίζει ηθικά διλήμματα κατά τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων. Ιδιαίτερα στην εποχή που διανύουμε τα διλήμματα είναι περισσότερα και πιο περίπλοκα λόγω της αλματώδους ανάπτυξης της επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Η λήψη αποφάσεων και οι ενέργειες που επιλέγονται κάθε φορά απαιτούν ορισμένες βασικές προϋποθέσεις. Χρειάζεται δηλαδή, όχι μόνο άρτια επιστημονική και τεχνική κατάρτιση αλλά και κριτική σκέψη, ψυχική ευαισθησία, ενημέρωση για τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν κάθε φορά και βαθιά κατανόηση της ανθρώπινη φύσης. Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη να καλλιεργούν και να αναπτύσσουν τρόπους σκέψεως και λήψεως νοσηλευτικών αποφάσεων που βασίζονται στις αρχές της ηθικής.

Στις προκλήσεις αυτές, η ορθόδοξη διδασκαλία όπως αυτή παρουσιάζεται στα θεόπνευστα βιβλία της Αγίας Γραφής, αποτελεί για τον κάθε νοσηλευτή ή τον οποιοδήποτε επαγγελματία υγείας ένα

πολύτιμο σύμβουλο και οδηγό, έναν οδοδείκτη. Η ζωή του ανθρώπου αποτελεί δώρο του θεού, δεν αποτελεί ιδιοκτησία του, ώστε να υποβιβάζεται σε αντικείμενο ανθρώπινων αποφάσεων, αλλά μια δωρεά που ο θεός εμπιστεύτηκε στον άνθρωπο. Η ζωή στα παλαιοδιαθηκικά κείμενα δεν αποτελεί μόνο ένα ανθρωπολογικό όρο αλλά κυρίως ένα θεολογικό, δεν εκφράζει δηλαδή μόνο το σύνολο των ιδιοτήτων εκείνων που δίνουν βιολογική υπόσταση στον άνθρωπο, αλλά κυρίως το «ενεργείν» του θεού στη δημιουργία. Ο άνθρωπος υπάρχει και διατηρείται σε ύπαρξη μετέχοντας στη δημιουργική ενέργεια του θεού. Η αξία εξάλλου της ανθρώπινης ζωής κυριαρχεί σε όλες τις θρησκείες και σε όλα τα έθνη και η αφαίρεση της αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα αμαρτήματα. Έχοντας όλα αυτά υπ' όψη ο νοσηλευτής θα πρέπει να σέβεται την αξία της ζωής του κάθε ανθρώπου ανεξάρτητα από το πρόβλημα της υγείας που αυτός αντιμετωπίζει. Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχει θα πρέπει να έχει ολιστικό χαρακτήρα με σκοπό την βελτίωση της υγείας την πρόληψη της ασθένειας, την ανακούφιση του πόνου και την αποκατάσταση της υγείας.

### **Βιβλιογραφία**

1. Χατζηνικολάου Ν. Μητροπολίτη Λαυρεωτικής και Μεσογαίας. Βιοηθική Ταλάντωση στο Εκκρεμές της Λογικής

- και του Τολμήματος. Ομιλία υπό την αιγίδα του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Κρήτης. Ηράκλειο, 26/11/1998.
2. Βάντσου Μ. Βιοηθική και Θεολογικός προβληματισμός. Εισήγηση στο 31<sup>ο</sup> Ιερατικό Συνέδριο της Ι. Μ. Γερμανίας. Μόναχο, 30/10 – 2/11/2000.
  3. Ιωαννίδης Α. Ιατρική ηθική. Γαληνός 1988, 30(1): 121-129.
  4. Γλυκατζή -Αρβελέρ Ε. Dausset J, Haseltine W, Γονιδίωμα- Κλωνοποίηση – Ηθική. Eurobank Forum. Αθήνα, 1997.
  5. Μαντζαρίδης Γ. Χριστιανική Ηθική. Θεσσαλονίκη, Πουρνάρα, 1995.
  6. Jonsen A. R The Birth of Bioethics Special Supplement. Hasting Center Report 1993, 22 (6): 1-4.
  7. Κοϊός Ν. Ηθική θεώρηση των Τεχνικών Παρεμβάσεων στο Ανθρώπινο Γονιδίωμα. Αθήνα, Σταμούλη, 2003.
  8. Toulmin S. How Medicine Saved the Life of Ethics. Perspect. Biol. Med. 1982, 25(4):736-750.
  9. Kieffer G. Bioethics. A Textbook of Issues, Reading. Massachusetts, Addison Wesley, 1979.
  10. American Academy of Pediatrics. Sterilization of minors with developmental disabilities, Committee of Bioethics. Pediatrics 1999, 104 (2):337-340.
  11. Tristram Engerhardt H. The foundations of Bioethics. New York, Oxford University Press, 1986.
  12. Ιπποκράτης, Παραγγελίαι- Αφορισμοί, Αθήνα, 1991.
  13. Beauchamp TL. The Principle Approach, Special Supplement, Hasting Center Report 1993, 23(6): 9
  14. Βελογιάννη Λ. Ηθικά και κοινωνικά προβλήματα στη στέρωση των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων με σεξουαλική δραστηριότητα. Δελτ. Α΄ Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών 2004, 51(2): 133-138.
  15. Τζαβέλλα Φ. Βιοηθική και Φαρμακευτική, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, 1992.
  16. Αριστοτέλη ,Ηθικά Νικομάχεια , 1,1103a 17-8.
  17. Ματσούκα Ν. Δογματική και Συμβολική Θεολογία Α. Θεσσαλονίκη, Πουρνάρα, 1996.
  18. Μπούσαλης Π. Γρηγορίου Νύσσης, Περί κατασκευής του ανθρώπου. Κατερίνη, Τέρτιος, 1992.
  19. Μ. Βασιλείου, Ομ. Εισ Ησαΐα 13, PG 30, 140A.
  20. Γρ. Νύσσης , Περί Νηπίων PG 46, 173BC.
  21. Κορνιτσέσκου Ι. Ο Ανθρωπισμός κατά τον ιερό Χρυσόστομο. Θεσσαλονίκη, Πουρνάρα, 1971: 48-49.
  22. Μ. Βασιλείου, Εισ το Πρόσεχε σε αυτό 6, PG 31,212 B.

- 
23. Ιωάννη Δαμασκηνού, Περί Ορθόδοξου Πίστεως 2,12 PG 94, 920B.
24. Βασιλειάδη Ν. Χριστιανισμός και Ανθρωπισμός. Αθήνα, Σωτήρ, 1992.
25. Ματσούκα Ν. Δογματική και Συμβολική Θεολογία Β. Θεσσαλονίκη, Πουρνάρα, 1999.
26. Μ. Βασιλείου, Κανονικάί Επιστολαί 2 και 8, PG32, 672-677.
27. Φανάρα Β. Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη, Το Παλίμψηστον, 2000.
28. Γιούλτση Β. Πνευματικότητα και Κοινωνική Ζωή. Θεσσαλονίκη, Πουρνάρα 1999.
29. Kinghorn S, Gamlin R. Ανακουφιστική Νοσηλευτική. Αθήνα, ΒΗΤΑ, 2004.
30. Καθολική επιστολή Ιωάννου, δ-19.
31. Παπουτσόπουλος Χ. Δια πονούντας και Θλιβομένους. Αθήνα, Σωτήρ, 2004.

**ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ****Βασικές αρχές χορήγησης αντιψυχωσικών φαρμάκων και το πρόβλημα της συμμόρφωσης των ασθενών**

Κυζιρίδης Χ. Θεοχάρης

Ειδικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας - Ιατρός. 2η Νευρολογική κλινική, Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.

**Περίληψη**

Η εισαγωγή των αντιψυχωσικών φαρμάκων στην κλινική πράξη της ψυχιατρικής θεραπευτικής εδώ και μισό αιώνα περίπου αποτέλεσε μια πραγματική επανάσταση. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα επαναπροσδιόρισαν την οργανική βάση των ψυχιατρικών νοσημάτων και έδωσαν επιτέλους μια σαφή θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών αρρώστων. Σταδιακά η εφαρμογή της χρήσης των συνετέλεσε στην αποϊδρυματοποίηση των αρρώστων και έκανε εφικτή την 4η επανάσταση της ψυχιατρικής, την κοινοτική και κοινωνική ψυχιατρική.

Βέβαια τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεν ήταν τελικά η πανάκεια για όλα τα προβλήματα των αρρώστων, παρά το γεγονός ότι με το πέρασμα του χρόνου ανακαλύφθηκαν και νεότερα σκευάσματα, τα οποία ήταν εξαιρετικά αποτελεσματικά και απαλλαγμένα από πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες που χαρακτήριζαν τα πρώτα φάρμακα.

Σε κάθε περίπτωση τα αντιψυχωσικά φάρμακα μάλλον αξίζουν τον τίτλο της δεύτερης επανάστασης της ψυχιατρικής που τους έχει δοθεί. Η γνώση των βασικών αρχών της φαρμακολογικής τους δράσης, των ανεπιθύμητων ενεργειών τους, και των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης αυτών αποτελούν επιβεβλημένη γνώση για κάθε νοσηλευτή, καθώς έχουν ένα ευρύ πεδίο εφαρμογών τόσο σε ψυχιατρικά τμήματα όσο και στην αντιμετώπιση οξέων οργανικών ψυχοσυνδρόμων που τόσο συχνά συναντώνται στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής διεργασίας κατά τη χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων. Επιπλέον παρατίθενται και οι βασικές αρχές που αφορούν στο σημαντικό πρόβλημα της συμμόρφωσης των αρρώστων στην αντιψυχωσική αγωγή.

**Λέξεις κλειδιά:** Νοσηλευτική διεργασία, αντιψυχωσικά φάρμακα, συμμόρφωση.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας***Κυζιρίδης Χ. Θεοχάρης,**Αρήτης 6, Τ.Κ. 56123,**Αμπελόκηποι, Θεσσαλονίκη,**Τηλ. 2310529805, 6973922201**E-mail: theocharis\_kyziridis@yahoo.gr***SPECIAL ARTICLE****Principles of antipsychotic drugs administration and the problem of compliance of the patients**

Kyziridis Ch. Theocharis

RN, MD. Department of Neurology, 2nd IKA Hospital, Thessaloniki

**Abstract**

The introduction of antipsychotic medications in the clinical practice of psychiatric pharmacotherapy that took place half a century ago was a real revolution. Antipsychotic medications reorientated the organic basis of mental disease and gave a clear therapeutic choice in the treatment of psychotic patients. The gradual application of their use made possible the de-institutionalization of patients as well as the 4th revolution of psychiatry, that is community and social psychiatry.

Antipsychotic medications did not prove to be the solution to every problem that patients faced. This occurred despite the fact that novel drugs were discovered being very effective and deprived of the majority of unwanted side effects of the older drugs.

In any case the discovery of antipsychotic medications deserves the title that has been granted to them, and which is that of the second revolution of psychiatry. The knowledge of the basic principles of their pharmacologic actions, their unwanted side-effects and the measures of their prevention and treatment constitute a necessary tool for every nurse; especially when taking into consideration the fact that antipsychotic medications are used in a wide variety of cases even reaching up to the treatment of acute organic brain syndromes, that are highly prevalent in the medical and surgical units of general hospitals.

This article deals with the basic principles of nursing process when administering antipsychotic medications. Furthermore, it also deals with the major problem of the compliance of patients to their treatment.

**Key words:** Nursing process, antipsychotic medications, compliance.

**Corresponding author**

*Kyziridis Chr. Theocharis,*

*6 Aritis street, P.C. 56123,*

*Ambelokipoi,, Thessaloniki,*

*Tel. 2310529805, 6973922201*

*E-mail: theocharis\_kyziridis@yahoo.gr*

**Εισαγωγή**

**Η** βιολογική θεραπεία στην ψυχιατρική εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς και δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι ιστορικά έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αλλαγή του τύπου της ψυχιατρικής φροντίδας. Μέχρι πριν λίγα χρόνια οι ασθενείς που εισέρχονταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν δέχονταν τίποτε άλλο εκτός από τη γενική νοσηλευτική φροντίδα που το προσωπικό ήταν ικανό να δώσει. Δίνοντας μεγάλη προσοχή στη σωματική υγεία του ασθενή και προσφέροντας μια γενική επιτήρηση, η ζωή στο νοσοκομείο έδινε στους ασθενείς την ευκαιρία για αυτόματη βελτίωση. Οι ασθενείς πίστευαν ότι ποτέ δεν θα πάρουν εξιτήριο μετά από την είσοδό τους σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο. Με τις προόδους που έκαναν οι βιολογικές θεραπείες όλη η εικόνα άλλαξε απότομα,

εγκαθιδρύθηκε η ελπίδα στην ατμόσφαιρα του νοσοκομείου<sup>1</sup>.

Με την εισαγωγή νέων φαρμάκων έχει αλλάξει όλη η ψυχιατρική αντιμετώπιση. Περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη μορφή βιολογικής θεραπείας, η φαρμακοθεραπεία βασίζεται σε επιστημονική έρευνα. Τέτοιου είδους έρευνα μπορεί να γίνει μόνο με ικανό νοσηλευτικό προσωπικό. Η χορήγηση φαρμάκων εξαρτάται από την αξιόπιστη παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενή και την ακριβή αναφορά των αλλαγών της συμπεριφοράς του. Οποιοδήποτε και αν είναι το φάρμακο, είναι καθήκον του νοσηλευτή να εξοικειωθεί με όσα είναι γνωστά για τη δράση και τις δυνατότητές του. Πρέπει να γνωρίζει:

- 1) Την ακριβή δόση χορήγησης και τη μεγαλύτερη δόση που μπορεί να δοθεί κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες.

- 2) Τον τρόπο χορήγησης και οτιδήποτε σχετίζεται με αυτόν.
- 3) Τις αναμενόμενες επιδράσεις του φαρμάκου
- 4) Τις ανεπιθύμητες ενέργειες που θα μπορούσαν να εμφανισθούν.
- 5) Οποιαδήποτε πιθανή αρνητική επίπτωση θα μπορούσε να προκαλέσει το φάρμακο.

Αναφορικά με τα 1) και 2):

1. Το όνομα του φαρμάκου πρέπει να γράφεται με κεφαλαία γράμματα,
2. Η δόση πρέπει να γράφεται καθαρά και μάλιστα στο μετρικό σύστημα,
3. Η οδός της χορήγησης και ο χρόνος που η δόση θα χορηγείται πρέπει να είναι πολύ σαφή,
4. Το επίσημο ή το αναγνωρισμένο όνομα (όπου υπάρχει) του φαρμάκου πρέπει να χρησιμοποιείται,
5. Η υπογραφή αυτού που χορηγεί τη συνταγή πρέπει να είναι ευανάγνωστη,
6. συντομογραφίες όπως SOS, 1×1, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται.

Ο νοσηλευτής όταν διαβάζοντας τη συνταγή έχει μια οποιαδήποτε αμφιβολία σχετικά με τη δόση του φαρμάκου ή τον τρόπο χορήγησης, θα πρέπει να ζητά διευκρινίσεις. Όταν το φάρμακο χορηγείται σε ψυχικά ασθενή, η αναγνώρισή του πιθανόν να είναι δυσκολότερη από ότι στην περίπτωση των ασθενών σε

γενικό νοσοκομείο <sup>1,2</sup>. (Πίνακας 1)

### Νοσηλευτικές ευθύνες

Οι νοσηλευτικές ευθύνες πριν από την έναρξη της χορήγησης των αντιψυχωσικών φαρμάκων περιλαμβάνουν:

1. Ιστορικό φαρμακοθεραπείας και πιθανών αλλεργιών.
2. Παρατήρηση και περιγραφή της συμπεριφοράς του αρρώστου.
3. Εργαστηριακές εξετάσεις.
4. Μέτρηση ζωτικών σημείων.
5. Πληροφορίες για συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας εντέρου, κινητικές ανωμαλίες, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, βάρος σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων και αλλεργιών, πρόσφατη λήψη φαρμάκων, ή εγκυμοσύνη.
6. Διατύπωση πρωτοκόλλου για εναλλακτικούς τρόπους χορήγησης του φαρμάκου, επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων, οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε κρίση, και περιεχόμενο και έκταση πληροφόρησης του αρρώστου σχετικά με τα φάρμακα που θα του δοθούν.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων περιλαμβάνουν:

1. Αξιολόγηση οργανικών και ψυχολογικών αντιδράσεων,
2. Συστηματική παρακολούθηση για όψιμες αντιδράσεις,

3. Ευκαιρίες για να μάθει ο άρρωστος πώς να λαμβάνει μόνος του το φάρμακό του και να παρακολουθεί τον εαυτό του,
4. Εφαρμογή ολικής νοσηλευτικής φροντίδας και συνεχή ψυχολογική υποστήριξη,
5. Καταγραφή και τεκμηρίωση στο φύλλο νοσηλείας των χορηγούμενων φαρμάκων, καθώς και των θεραπευτικών δράσεων και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους,
6. Προσεκτική επίβλεψη για να βεβαιωθεί ο νοσηλευτής ότι ο άρρωστος πήρε το φάρμακο.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες κατά τον τερματισμό της φαρμακοθεραπείας περιλαμβάνουν:

1. Εξασφάλιση διατυπωμένων κριτηρίων για τη διακοπή,
2. Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής,
3. Εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων,
4. Σταθερό σύστημα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης,
5. Προετοιμασία για τυχόν εμφάνιση υποτροπής<sup>3</sup>.

### **Διδασκαλία του αρρώστου**

Η διδασκαλία του αρρώστου περιλαμβάνει:

1. Πληροφόρηση αρρώστου και οικογένειας,
2. Ψυχολογική υποστήριξη,
3. Ενημέρωση σχετικά με τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, το όνομα, τη δόση, ώρες χορήγησης, επιθυμητή δράση φαρμάκου και ανεπιθύμητες ενέργειες,

4. Συμβουλή στον άρρωστο να μη μοιράζεται τα φάρμακά του με τους άλλους και να ενημερώνει γιατρούς και νοσηλευτές όπου νοσηλευθεί,
5. Υπενθύμιση στον άρρωστο να τηρεί το θεραπευτικό σχήμα,
6. Σύσταση στον άρρωστο να διατηρεί κλειστά τα φάρμακα μακριά από παιδιά,
7. Σύσταση για αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ,
8. Σύσταση για αποφυγή λήψης άλλων φαρμάκων χωρίς ιατρική οδηγία,
9. Τήρηση των ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία,
10. Καθοδήγηση της οικογένειας να αναλάβει την ευθύνη χορήγησης φαρμάκων<sup>3</sup>.

### **Συμβουλές προς τους αρρώστους που λαμβάνουν αντιψυχωσικά φάρμακα**

Ενημέρωση για:

- Τις πιθανές αρχικές επιδράσεις του φαρμάκου, όπως καταστολή ή ξηροστομία,
- Την καθυστέρηση στην έναρξη του θεραπευτικού αποτελέσματος,
- Τα πιθανά πρώτα σημεία βελτίωσης,
- Τις συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες,
- Τις σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που πρέπει να αναφερθούν άμεσα από τον άρρωστο,
- Πιθανούς περιορισμούς κατά τη λήψη των φαρμάκων, όπως αποφυγή οδήγησης,
- Τη διάρκεια της θεραπείας<sup>4</sup>.

Για να συμμορφωθεί ο άρρωστος με τη θεραπεία θα πρέπει:

- Να έχει πεισθεί για την αναγκαιότητά της,
- Να έχει απαλλαχθεί από φόβους που συνοδεύουν τη χρήση της,
- Να μπορεί να θυμάται να τα λαμβάνει<sup>4-7</sup> (Πίνακες 2-6).

### **Νοσηλευτική διεργασία**

Όταν συνταγογραφούνται ψυχοτρόπα φάρμακα ο νοσηλευτής ελέγχει τις πληροφορίες για να βεβαιωθεί ότι η εκτίμηση περιλαμβάνει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Ερωτήσεις που πρέπει να γίνουν είναι:

1. Έχει πάρει ο άρρωστος πληροφορίες για το φάρμακο; (όνομα, πιθανά αποτελέσματα, δοσολογία, ανεπιθύμητες ενέργειες)
2. Έχουν τα φάρμακα το επιθυμητό αποτέλεσμα; Τα δεδομένα υποστηρίζουν αυτό το γεγονός;
3. Υπάρχουν ανεπιθύμητες ενέργειες; Αν ναι, είναι ανεκτές;
4. Είναι το θεραπευτικό σχέδιο ολοκληρωμένο και κατάλληλο για τον άρρωστο;
5. Πως νιώθει ο άρρωστος για τις επιδράσεις του φαρμάκου; Εκπληρώθηκαν οι προσδοκίες του για αυτό;
6. Αν δεν μπορούν να εξαλειφθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειές του μπορούν να ελεγχθούν ή να αντιμετωπισθούν, ή ο άρρωστος να μάθει να ζει με αυτές; Με

ποιες μπορεί ή δεν μπορεί να μάθει να ζει ο άρρωστος;

7. Πώς νιώθουν τα μέλη της οικογένειας για τα φάρμακα; Εκπληρώθηκαν οι προσδοκίες τους;
8. Πώς νιώθει ο άρρωστος αν τα φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά ή προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες που απαιτούν διακοπή του φαρμάκου;
9. Είναι αξιόπιστος ο άρρωστος; Είναι πληροφορημένος ώστε να αναλάβει μόνος τη θεραπεία του; Αν όχι, τί εναλλακτικά σχέδια υπάρχουν;
10. Έχει ο άρρωστος την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει τα φάρμακά του;
11. Υπάρχει η δυνατότητα συγκοινωνίας για να μπορεί ο άρρωστος να βλέπει το θεράποντα και να του συνταγογραφεί τα φάρμακα<sup>6</sup>; (Πίνακας 7)

### **Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή.**

Μη συμμόρφωση στην αντιψυχωσική αγωγή είναι η κατόπιν πληροφόρησης απόφαση του αρρώστου να μην συμμορφωθεί στις θεραπευτικές οδηγίες<sup>8</sup>.

Υποστηρικτικά στοιχεία:

1. Συμπεριφορά ενδεικτική αποτυχίας για συμμόρφωση με την αγωγή (κατόπιν παρατήρησης, ή δήλωσης του αρρώστου ή σημαντικών προσώπων)

2. Αντικειμενικοί έλεγχοι (μετρήσεις, δείκτες)
3. Ενδείξεις ανάπτυξης επιπλοκών
4. Ενδείξεις επανεμφάνισης συμπτωμάτων
5. Αποτυχία τήρησης ραντεβού
6. Αποτυχία προόδου

**Σχετιζόμενοι παράγοντες:**

1. Σχέσεις αρρώστου-φροντιστή
2. Πιστεύω υγείας, πολιτισμικές επιρροές, πνευματικές αξίες
3. Σύστημα αξιών αρρώστου

**Στόχοι:**

Ο άρρωστος να εκφράζει λεκτικά το ότι κατανοεί τη λογική της θεραπευτικής αγωγής και θα την ακολουθήσει τις επόμενες 48 ώρες πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.

Ο άρρωστος να εκφράσει λεκτικά τη λογική της θεραπευτικής αγωγής και να επιδείξει σωστή αυτοφροντίδα πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.

Ο άρρωστος θα εκφράσει λεκτικά την κατανόηση της σημασίας της αγωγής και θα συμφωνήσει με αυτήν πριν από την έξοδο.

**Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:**

1. Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο.
2. Εκτίμηση επιπέδου κατανόησης αρρώστου για την κατάστασή του και το θεραπευτικό σχήμα.

3. Ανάπτυξη εκπαιδευτικού σχεδίου για να διορθωθεί η παραπληροφόρηση ή να δοθούν επιπρόσθετες πληροφορίες.
4. Παροχή πληροφοριών στον άρρωστο για τους πιθανούς κινδύνους από τη μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή. Αυτό δεν χρησιμοποιείται για να φοβίσει ή να απειλήσει τον άρρωστο, αλλά για να τον βοηθήσει να πάρει αποφάσεις.
5. Εκτίμηση αντίληψης αρρώστου για το θεραπευτικό σχήμα. Ποιοι παράγοντες (πολιτισμικοί, οικονομικοί ή άλλοι) δεν το κάνουν αποδεκτό;
6. Συζήτηση με τον άρρωστο για τροποποιήσεις που μπορούν να κάνουν πιο αποδεκτό το θεραπευτικό σχήμα.
7. Να τεθούν μικροί, αμοιβαία αποδεκτοί στόχοι που μπορούν να επιτυγχάνονται σε συχνά χρονικά διαστήματα.
8. Παροχή πληροφοριών στον άρρωστο με διάφορες μορφές (βιντεοκασέτες, dvd, κασέτες ήχου, φυλλάδια, βιβλία, συναντήσεις, cd).
9. Εντοπισμός ομάδων υποστήριξης στην κοινότητα και εξεύρεση τρόπων επικοινωνίας με αυτές.
10. Αποδοχή της απόφασης του αρρώστου ακόμη και αν ο νοσηλευτής δεν συμφωνεί ότι κάτι τέτοιο είναι προς όφελος του αρρώστου.
11. Αν χρειαστεί νοσηλεία του αρρώστου εξαιτίας της μη συμμόρφωσης στη

θεραπεία, είναι σημαντικό να παρασχεθεί φροντίδα χωρίς επικριτικό τρόπο.

Όλοι οι κλινικοί έχουν αντιμετωπίσει αρρώστους που δεν συμμορφώνονται με τη θεραπεία και έχουν απογοητευθεί, μπερδευτεί και θυμώσει με αυτούς, παρά το γεγονός ότι κατανοούν την κατάσταση των ασθενών. Οι προσπάθειες για την κατανόηση των αρρώστων που δεν συμμορφώνονται έχουν επικεντρωθεί στα χαρακτηριστικά του αρρώστου, του γιατρού, και της σχέσης τους, των πιστεύω του αρρώστου για την υγεία και την αρρώστια, τα χαρακτηριστικά της θεραπείας και πολυπαραγοντικές αλληλεπιδράσεις. Η έλλειψη συμμόρφωσης δεν σχετίζεται μόνο με την αποτυχία λήψης του φαρμάκου αλλά και την έλλειψη προσκόλλησης στο θεραπευτικό σχέδιο, περιλαμβανομένων απαραίτητων συμπεριφορικών αλλαγών. Η μη συμμόρφωση δεν είναι ένα φαινόμενο όλου ή τίποτα.

Η συμμόρφωση με τη θεραπεία είναι σημαντική για πολλούς λόγους. Επηρεάζει το αποτέλεσμα αλλά και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Αν η κατάσταση του αρρώστου επιδεινωθεί, ο γιατρός μπορεί να υποθέσει ότι η αγωγή δεν είναι αποτελεσματική και είτε να την διακόψει ή να την αλλάξει. Μερικοί άρρωστοι βλέπουν τα φάρμακα με καχυποψία εξαιτίας της νόσου τους. Οι παρανοϊκοί υποπτεύονται ότι ο γιατρός θέλει να τους κοροϊδέψει ή να τους

κάνει κακό. Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών το επιβεβαιώνει. Οι διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας και της στύσης μπορεί να οδηγήσουν τον άρρωστο στη διακοπή της θεραπείας και την απώλεια εμπιστοσύνης στο πρόσωπο του γιατρού. Οξεία δυστονία και εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνουν δραματικά παραληρητικές ιδέες δηλητηρίασης, και αν συγγενείς ή φίλοι είναι παρόντες κατά την εμφάνιση τέτοιων φαινομένων δίνουν την υποστήριξή τους στον άρρωστο, καθώς θεωρούν αυτά τα φαινόμενα ως σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια ή αντίδραση στην αγωγή. Άρρωστοι με ναρκισσιστικά στοιχεία συχνά δεν αποδέχονται τα φάρμακα επειδή αισθάνονται ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους χωρίς τη βοήθεια των φαρμάκων<sup>9</sup>. Παθητικό-επιθετικοί άρρωστοι συχνά φαίνεται να συμμορφώνονται, αλλά αργότερα ανακαλύπτεται ότι ποτέ δεν ολοκλήρωσαν την αγωγή ή ότι διέκοψαν μετά από μία ή δύο δόσεις του φαρμάκου. Άρρωστοι που σωματοποιούν θα εκλάβουν ακόμη και τις μικρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ως μείζονα συμβάματα, αναφέροντας επί παραδείγματι την ήπια καταστολή ως σοβαρό πρόβλημα ή πλήρη αδυναμία συγκέντρωσης καθώς οι ανεπιθύμητες ενέργειες γίνονται καταστροφικές για αυτούς. Άρρωστοι όμως με ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά στοιχεία τείνουν να συμμορφώνονται πλήρως αν και μπορεί να χάνονται σε έναν κυκεώνα

λεπτομερειών για το πότε και πως ακριβώς να παίρνουν τα φάρμακα<sup>9</sup> (Πίνακες 8, 9).

#### Ψυχοεκπαίδευση

Η προθυμία του αρρώστου να συνεχίσει τη θεραπεία επηρεάζεται από την πληροφόρηση που παίρνει, από το πώς αυτή κοινωνείται, από το πώς οι ίδιοι καταλαβαίνουν τα προβλήματά τους και από το πόσο αποδέχονται τα απαραίτητα βήματα για τη θεραπεία. Πιο σημαντική είναι η αύξηση της αυτοεκτίμησης που λαμβάνει ο άρρωστος από το να ενθαρρύνεται να αναλάβει περισσότερο τον έλεγχο της ζωής του. Ένα καλά σχεδιασμένο πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης είναι ένας σημαντικός παράγων στη συμμόρφωση του αρρώστου.

Η συμμετοχή της οικογένειας και άλλων γνωστών στην εκπαιδευτική διαδικασία είναι ένας τρόπος εξασφάλισης της υποστήριξης τους στην αγωγή του αρρώστου. Αυτή η εμπλοκή είναι ιδιαίτερα σημαντική σε χρόνια ψυχικά νοσήματα, αλλά δεν θα πρέπει να εστιάζεται μόνο εκεί. Οι οικογένειες γίνονται όλο και πιο επικριτικές όταν αφήνονται έξω από τη θεραπευτική διαδικασία, και ιδίως φοβούνται το να γίνουν αποδιοπομπαίοι τράγοι ή να κατηγορηθούν ως υπαίτιοι για τη νόσο των αρρώστων. Για πολλούς αρρώστους η σχέση θεραπευτή-οικογένειας μπορεί να είναι όσο σημαντική είναι η σχέση θεραπευτή-αρρώστου<sup>10</sup> (πίνακας 10).

#### **Κλίμακες εκτίμησης εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων.**

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από το εξωπυραμιδικό σύστημα είναι από τις πιο δραματικές και πλέον τρομακτικές εμπειρίες για τον άρρωστο, και σε όχι λίγες περιπτώσεις αποτέλεσαν αίτιο μη συμμόρφωσης του αρρώστου στην αντιψυχωσική αγωγή και διακοπής της θεραπείας. Τα νεότερα αντιψυχωσικά φάρμακα στερούνται κατά κανόνα τέτοιων ανεπιθύμητων ενεργειών. Επειδή όμως αφενός κάτι τέτοιο δεν είναι απόλυτο, και αφετέρου κάποια από τα παλαιότερα αντιψυχωσικά εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται είναι ορθό να έχουμε πάντοτε υπόψη αυτό το πρόβλημα. Σημαντική βοήθεια στην εκτίμηση των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και ικανοποιητικό εργαλείο επικοινωνίας με όλη την επιστημονική ομάδα για αυτό το θέμα αποτελούν οι κλίμακες εκτίμησης εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων.

Η κλίμακα Simpson-Agnus έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και είναι εύκολη στη χρήση και την καταγραφή του σκορ. Έχει τροποποιηθεί και για χρήση σε εξωνοσοκομειακούς αρρώστους. Μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε αυτή η κλίμακα έχουν δείξει ότι τα σκορ συσχετίζονται με τις δόσεις και τα επίπεδα του αντιψυχωσικού φαρμάκου στο πλάσμα. Η κλίμακα χρησιμοποιείται ευρέως σε κλινικές δοκιμές και μπορεί να συμπληρωθεί και από νοσηλευτές για τον τακτικό έλεγχο της αντιψυχωσικής αγωγής.

Άλλες κλίμακες είναι η κλίμακα Chouinard για την εκτίμηση των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, η κλίμακα TAKE (Targeting of Abnormal Kinetic Effects), η κλίμακα St. Hans για τα εξωπυραμιδικά σύνδρομα και η DISCUS (Dyskinesia Identification System Condensed User Scale). Κλίμακες για την εκτίμηση της ακαθισίας περιλαμβάνουν την κλίμακα Barnes, την κλίμακα Hillside και την κλίμακα του Νοσοκομείου του πρίγκηπα Ερρίκου (PHH). Κλίμακες αναπτύχθηκαν και για την εκτίμηση των διαταραχών κινητικότητας, όπως η κλίμακα AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale) και η κλίμακα Simson/Rockland<sup>11</sup>.

### Συμπεράσματα

Η χορήγηση των φαρμάκων αποτελεί μία από τις πιο υπεύθυνες και απαιτητικές νοσηλευτικές εργασίες, καθώς απαιτεί προσοχή και συγκέντρωση, γνώση των μηχανισμών δράσης και των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, καθώς και μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισής τους. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα αποτελούν από τα πλέον διαδεδομένα φάρμακα στην κλινική πράξη. Η χρήση τους δεν περιορίζεται μόνο στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων. Βρίσκουν εφαρμογή και σε μια πλειάδα καταστάσεων που μπορεί κάποιος να συναντήσει σε μονάδες εντατικής θεραπείας και αυξημένης φροντίδας, παθολογικά και χειρουργικά τμήματα, αλλά και

σε κάθε τμήμα που μπορεί να νοσηλεύεται ένας ψυχιατρικός άρρωστος.

Η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας κατά τη χορήγηση των αντιψυχωσικών φαρμάκων εξασφαλίζει την ασφαλή χορήγησή τους, θέτει τη νοσηλευτική φροντίδα σε επιστημονική βάση, και βοηθά τη νοσηλευτική έρευνα προς αυτή την κατεύθυνση.

### Βιβλιογραφία

1. Altschul A, Simpson R. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Μετάφραση-Επιμέλεια: Αναστασία Καραστεργίου, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Εκδόσεις Ψ.Ν.Θ., Θεσσαλονίκη, 1988
2. Ann Boyd M. Atypical antipsychotics: impact on overall health and quality of life. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2002, 8: S9-S17
3. Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Αθήνα, 1993
4. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Psychiatry, 2nd edition. Oxford, Oxford University Press, 2000:329-60
5. Sherr J. Psychopharmacology and other biologic therapies. In: Fortinash KM, Holoday-Worret PA. Psychiatric Mental Health Nursing. 2nd edition, St. Louis, Mosby Inc., 2000:536-71
6. Moon EG, Bulke Karb V. Psychotropic medication. In: Rawlins RP, Williams SR, Kelly Beck C. Mental Health-Psychiatric

- 
- Nursing. A holistic Life-cycle approach. St. Louis, Mosby Inc., 1993:480-503
7. Keltner NC. Antipsychotic drugs. In: Keltner NC, Schwecke LH, Bostrum CE. Psychiatric Nursing. 3rd edition. St. Louis, Mosby Inc., 1994:244-69
8. Atkinson LD, Murray M-E. Clinical guide to care planning. Washington, McGraw-Hill, Inc., 1995
9. Meltzer HY, Fatemi SH. Treatment of schizophrenia. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB {eds}. The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology. 2nd edition, Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., 1998:349-75
10. Davis JM, Barter JT, Kane JM. Antipsychotic drugs. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5th edition, Baltimore, Williams and Wilkins, 1989:1591-1626
11. Stanilla JK, Simpson GM. Treatment of extrapyramidal side effects. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB {eds}. The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology. 2nd edition, Washington DC, American Psychiatric Press, Inc., 1998:349-75

**Ann Boyd, 2002 (Πίνακας 1)**

Συστατικά της κλινικής νοσηλευτικής πράξης στην ψυχική υγεία

1. εκτίμηση {γενική, ψυχιατρική}
2. παρακολούθηση και καταγραφή
3. εκπαίδευση αρρώστου

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (Sherr, 2000)  
(Πίνακας 2)**

Σχετιζόμενοι με το φάρμακο παράγοντες

1. τρόπος και μηχανισμός δράσης
2. διαθέσιμες μορφές φαρμάκου
3. βιοδιαθεσιμότητα
4. έναρξη, κορύφωση και διάρκεια δράσης
5. χρόνος ημιζωής
6. απέκκριση από το σώμα
7. ανεπιθύμητες ενέργειες/τοξικότητα
8. κόστος

Σχετιζόμενοι με τον άρρωστο παράγοντες

1. Διάγνωση
2. Συνυπάρχουσα παθολογία
3. Ηλικία
4. Βάρος σώματος
5. Ευαλωσία σε αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες
6. Ιστορικό ανεπιθύμητων ενεργειών
7. Προηγούμενη απόκριση στο φάρμακο
8. Οικογενειακό ιστορικό απόκρισης στο φάρμακο
9. Ευαισθησία/θέληση για συμμόρφωση
10. Ασφαλιστικό σύστημα
11. Υποστηρικτικά συστήματα αρρώστου

**ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ {Sherr, 2000} (Πίνακας 3)**

1. ενημέρωση για το τι μπορεί να κάνει το φάρμακο για να βοηθήσει τον άρρωστο
2. ανάγκη για τακτική λήψη του φαρμάκου
3. ενημέρωση για τις ανεπιθύμητες ενέργειες
4. τοξικότητα φαρμάκου
5. ενημέρωση για σταδιακή διακοπή του φαρμάκου αν χρειάζεται
6. παράγοντες κινδύνου για όψιμη δυσκινησία
7. αποφυγή παρατεταμένης έκθεσης στον ήλιο/χρήση γυαλιών ηλίου, καπέλου, ρούχων με μακριά μανίκια
8. γνώση ότι τα αντιψυχωσικά δεν προκαλούν εξάρτηση

Αυτά μπορούν να βοηθήσουν ώστε:

1. η οικογένεια να είναι υποστηρικτική
2. ο άρρωστος να γνωρίζει τι να περιμένει
3. ο άρρωστος να γνωρίζει ότι μπορεί να γίνει αλλαγή φαρμάκου για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών

**ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΙΤΕΙΝΟΥΝ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ {Sherr, 2000}(Πίνακας 4)**

1. μαριχουάνα
2. αλκοόλ
3. ψυχοδιεγερτικά

Η εμπλοκή της οικογένειας μπορεί να ελαχιστοποιήσει τη λήψη τέτοιων ουσιών

**ΣΗΜΕΙΑ ΠΙΘΑΝΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ {Sherr, 2000}(Πίνακας 5)**

1. αίσθημα έντασης
2. δυσκολία συγκέντρωσης
3. διαταραχές ύπνου
4. αυξημένη απόσυρση.
5. αύξηση της παράλογης/μαγικής σκέψης

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (Πίνακας 6)**

Moon , and Bulke Karb, 1993; Keltner, 1994; Sherr, 2000

**ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Ξηροστομία                          | Συχνή λήψη ύδατος, άγλυκες καραμέλες ή μαστίχες, υποκατάστατα σιέλου |
| 2. Επίσχεση ούρων                      | Έλεγχος, πιθανός καθετηριασμός κύστης                                |
| 3. Δυσκοιλιότητα                       | Φυτικές ίνες στη διαίτα, ήπια υπακτικά, άφθονη λήψη ύδατος           |
| 4. Θόλωση όρασης                       | Ενημέρωση του αρρώστου ότι υποχωρεί σε 1-2 εβδομάδες                 |
| 5. Ρινική συμφόρηση                    | Χρήση αποσυμφορητικών ρινός  |
| 6. Φωτοφοβία                           | Χρήση γυαλιών ηλίου  |
| 7. Ξηροφθαλμία                         | Χρήση τεχνητών δακρύων   |
| 8. Αναστολή εκπερμάτισης - ανικανότητα | Ενημέρωση ιατρού, πιθανή αλλαγή αγωγής                               |

**ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**

- |                        |   |
|------------------------|---|
| 1. Ψευδοπαρκινσονισμός | Ενημέρωση ιατρού, αντιχολινεργικά φάρμακα   |
| 2. Οξεία δυστονία      | Αντιχολινεργικά φάρμακα. Πρόκειται για τρομακτική εμπειρία. Ο άρρωστος τοποθετείται σε ήσυχο μέρος μαζί με το νοσηλευτή μέχρι να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα |
| 3. Ακαθισία            | Ενημέρωση ιατρού, φάρμακα, διακοπή αγωγής   |
| 4. Όψιμη δυσκινησία    | Χωρίς γνωστή θεραπεία, ενθάρρυνση αρρώστου, έλεγχος τουλάχιστον κάθε 3 μήνες  |

**ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ**

- |               |   |
|---------------|---|
| 1. Υπόταση    | Ενημέρωση ιατρού και έλεγχος αρτηριακής πίεσης. Διδασκαλία του αρρώστου να μην σηκώνεται απότομα, και να κάθεται στο κρεβάτι κρεμώντας τα πόδια για λίγο πριν σηκωθεί |
| 2. Ταχυκαρδία | Έλεγχος πριν από τη χρήση των φαρμάκων  |

ΑΛΛΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. Δερματολογικές            | Ενημέρωση ιατρού, διακοπή αγωγής, χρήση καπέλου/γυαλιών ηλίου |
| 2. Φωτοευαισθησία            | Ενημέρωση ιατρού, διακοπή αγωγής, χρήση καπέλου/γυαλιών ηλίου |
| 3. Αύξηση σωματικού βάρους   | Έλεγχος σωματικού βάρους, δίαιτα, άσκηση, χρήση φαρμάκων      |
| 4. Ενδοκρινικές παρενέργειες | Ενημέρωση ιατρού, αλλαγή φαρμάκου                             |
| 5. Καταστολή                 | Αλλαγή φαρμάκου, χορήγηση αγωγής την ώρα του ύπνου            |

ΣΠΑΝΙΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. Ακοκκιοκυτταραιμία            | Ενημέρωση ιατρού, διακοπή φαρμάκου, εξετάσεις αίματος   |
| 2. Χολοστατικός ίκτερος          | Διακοπή φαρμάκου, ανάπαυση, δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες, έλεγχος ηπατικής λειτουργίας κάθε 6 μήνες   |
| 3. Κακώθες νευροληπτικό σύνδρομο | Διακοπή φαρμάκου, χρήση ειδικών φαρμάκων, ψυχρές κουβέρτες, αντιμετώπιση διαταραχών ύδατος και ηλεκτρολυτών, αντιμετώπιση αρρυθμιών, χρήση ηπαρίνης, έγκαιρη αναγνώριση |

**ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΨΥΧΟΤΡΟΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ (Πίνακας 7)**

Ιατρικές Διαγνώσεις

Νοσηλευτικές Διαγνώσεις

Μη συμμόρφωση με την ιατρική αγωγή

NANDA

Μη συμμόρφωση

PMH

Διαταραχή λήψης αποφάσεων

Αλλοιωμένη κρίση

Μη συμμόρφωση

**Βήματα συμμόρφωσης αρρώστων με τη θεραπεία {Davis , Barter , and Kane, 1989}(Πίνακας 8)**

1. βελτίωση σχέσης αρρώστου-γιατρού
2. προσοχή σε όλες τις πλευρές της φροντίδας του αρρώστου
3. εκπαίδευση αρρώστου και οικογένειας
4. ενσωμάτωση οικογένειας και υποστηρικτικών συστημάτων στη φροντίδα του αρρώστου
5. προσπάθειες για να αποφευχθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες

**Παράγοντες πτωχής συμμόρφωσης στην αντιψυχωσική αγωγή-Meltzer, and Fatemi, 1998 (Πίνακας 9)**

Εμμένοντα ψυχωσικά συμπτώματα  
Πτωχή εναισθησία-άρνηση νόσου  
Απογοήτευση από τους θεραπευτές  
Εμμένοντα εξωπυραμидικά συμπτώματα  
Πτωχή κοινωνική υποστήριξη

**ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΓΝΟΗΘΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ {Davis, Barter, and Kane, 1989}(Πίνακας 10)**

1. Πολυπλοκότητα θεραπευτικού σχήματος
2. Κόστος θεραπευτικού σχήματος
3. Εργασιακό περιβάλλον αρρώστου
4. Πολιτισμικό περιβάλλον αρρώστου

## ΕΡΕΥΝΑ

**Συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας σε μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης**

Χαριζάνη Φωτεινή<sup>1</sup>, Καματέρη Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Ζάγκαλης Θεολόγος<sup>3</sup>, Γουρνή Μαρία<sup>4</sup>, Πολυκανδριώτη Μαρία<sup>5</sup>, Γουρνή Παρασκευή<sup>6</sup>

1. Καθηγήτρια Τμήματος Δημόσιας Υγιεινής, Τομέας Υγιεινής-Επιδημιολογίας, ΤΕΙ Αθήνας
2. Απόφοιτος Τμήματος Δημόσιας Υγιεινής, Τομέας Υγιεινής-Επιδημιολογίας, ΤΕΙ Αθήνας
3. Απόφοιτος Ιατρικής Σχολής
4. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α' ΤΕΙ Αθήνας
5. Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτική Α' ΤΕΙ Αθήνας
6. Προϊσταμένη Γ.Ν "Παμμακάριστος", Αθήνα

**Περίληψη**

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης της παχυσαρκίας σε μαθητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Αττικής.

**Υλικό και Μέθοδος:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 334 μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία περιελάμβανε και μεταβλητές που αφορούσαν τις ατομικές και τις διατροφικές συνήθειες. Η εκτίμηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας έγινε με μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος. Για τη στατιστική ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS-15.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 81,7% είχε κανονικό βάρος, το 17,1% ήταν υπέρβαροι και το 1,2% παχύσαρκοι. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε, ότι οι μαθητές του Γυμνασίου ήταν περισσότερο υπέρβαροι σε σχέση με αυτούς του Δημοτικού και του Λυκείου, με στατιστικά σημαντική διαφορά,  $p=0,006$ . Τα αγόρια ήταν υπέρβαρα με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τα κορίτσια,  $p<0,001$ . Όσοι παρακολουθούσαν τηλεόραση ή ασχολούνταν με ηλεκτρονικά παιχνίδια άνω των 3 ωρών ήταν υπέρβαροι με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με εκείνους που αφιέρωναν σε αυτά 1-2 ώρες,  $p=0,043$ . Τα αγόρια ασχολούνταν περισσότερο με τον αθλητισμό σε σχέση με τα κορίτσια με στατιστικά σημαντική διαφορά,  $p<0,001$ . Όσο όμως αυξάνονταν η ηλικία τόσο μειώνονταν η ενασχόληση με τον αθλητισμό,  $p<0,001$ . Οι μαθητές του

Δημοτικού κατανάλωναν συχνότερα φαγητό του σπιτιού και χυμούς, ενώ κατανάλωναν λιγότερο συχνά γλυκά και αναψυκτικά σε σχέση με εκείνους του Γυμνασίου και του Λυκείου με στατιστικά σημαντική διαφορά,  $p=0,008$ ,  $p=0,003$ ,  $p<0,001$  και  $p=0,022$  αντίστοιχα.

Τα κορίτσια προτιμούσαν να καταναλώνουν γλυκά, όπως επίσης διαιτητικά προϊόντα τύπου «LIGHT», περισσότερο συχνά σε σχέση με τα αγόρια, με στατιστικά σημαντική διαφορά,  $p=0,013$  και  $p=0,001$ , αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Από τα αποτελέσματα συμπεραίνεται, ότι οι κύριοι παράγοντες που ευθύνονται για την παιδική και εφηβική παχυσαρκία είναι το φύλο, η ηλικία και ο αυξημένος χρόνος σε καθιστικές δραστηριότητες. Κρίνεται αναγκαία η συνεχής ενημέρωση των μαθητών και των γονέων, σχετικά με το ρόλο της ισορροπημένης διατροφής και της αθλητικής δραστηριότητας στη διατήρηση βάρους σώματος.

**Λέξεις κλειδιά:** Παχυσαρκία, παιδιά, έφηβοι, παράγοντες κινδύνου.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας**

*Γουρνή Μαρίτσα,*

*Κνωσού 27, Γλυφάδα,*

*Αθήνα, Τ.Κ. 16165*

## ORIGINAL PAPER

### Prevalence of obesity in primary and secondary education students

Charizani Fotini<sup>1</sup>, Kamateri Konstantina<sup>2</sup>, Zagalis Theologos<sup>3</sup>, Gourni Maria<sup>4</sup>, Polikandrioti Maria<sup>5</sup>, Gourni Paraskevi<sup>6</sup>

1. Professor of Public Health, Health and Epidemiology Section, TEI, Athens, Greece

2. Graduate of Public Health, Health and Epidemiology Section, TEI, Athens, Greece

3. Medical Doctor

4. Professor in Nursing Department, A' TEI Athens

5. Laboratory Instructor in Nursing Department A' TEI of Athens

6. R.N., MSc., Head Nurse in "PAMMAKARISTOS" General Hospital, Athens

**Abstract**

**Aim:** The aim of the present study was to explore the prevalence of obesity in primary and secondary education students of Attica prefecture.

**Method and material:** the sample studied consisted of 334 students of Primary and Secondary Education. Data were collected by the use of an anonymous questionnaire which included their demographic data and their personal and dietary habits. Obesity and overweight was calculated based on the internationally accepted standards of Body Mass Index (BMI in kg/m<sup>2</sup>). Analysis of data was performed using the SPSS 15 statistical package.

**Results:** 81,7% of students questioned had a normal body weight, 17,1% were overweight and 1,2% were obese. The analysis of the results showed that students of Intermediate School were overweight compared to those of Elementary and High School with statistically significant difference,  $p=0,006$ . Boys were overweight compared to girls with statistically significant difference,  $p<0,001$ . Those watching television or playing electronic games more than 3 hours/day were overweight compared to those devoting 1-2 hours with statistically significant difference,  $p=0,043$

Boys reported that had athletics more often compared to girls with statistically significant difference,  $p<0,001$ . The more increased the age the less had athletics,  $p<0,001$ . Students of Elementary School consumed more often food prepared at home and more juices, whereas less often sweets and soft drink compared to those of Intermediate and High School with statistically significant difference,  $p=0,008$ ,  $p=0,003$ ,  $p<0,001$  and  $p=0,022$ , respectively. Girls preferred to consume sweets as well as light" products more often compared to boys with statistically significant difference,  $p=0,013$ ,  $p=0,001$ , respectively.

**Conclusions:** It is concluded that the main contributing factors for children and adolescent obesity is sex, age, increased amount of time spending in sedentary activities. It is deemed necessary to continuously inform the students and their parents regarding the role of balanced nutrition and physical exercise to the weight management..

**Key words:** Obesity, children, adolescent, risk factors.

**Corresponding author**

*Gourni Maritsa,  
Knosou 27, Glyfada,  
Athens., P.C. 16165*

**Εισαγωγή**

**Η** συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας αυξάνεται ολοένα και περισσότερο τόσο τις ανεπτυγμένες όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες σε όλες τις κοινωνικο-οικονομικές τάξεις ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και εθνικότητας. Αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτων που μπορούν να αποφευχθούν και μειώνει σημαντικά την ποιότητα και τη διάρκεια της ζωής.<sup>1-4</sup>

Στη σύγχρονη εποχή, η αύξηση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας είναι ραγδαία με τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις δεδομένου, ότι στο 70% των περιπτώσεων τα υπέρβαρα παιδιά γίνονται υπέρβαροι ενήλικες. Η παιδική παχυσαρκία αφορά τις ηλικίες 2-18 ετών αφού σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), το διάστημα αυτό καθορίζει και την έννοια του παιδιού, όσον αφορά την ηλικία. Η ΗΠΑ, η Ιρλανδία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία αποτελούν χώρες με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας<sup>1,2,3,4</sup>.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, παγκοσμίως περίπου 22 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών είναι υπέρβαρα. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται, ότι σήμερα το 15,5% των εφήβων (12-19 ετών) και το 15,3% των παιδιών (6-12 ετών) πάσχουν από παχυσαρκία. Στην Ευρώπη, επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν, ότι περίπου το 20% των παιδιών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Μέχρι το 2010, έχει υπολογιστεί,

ότι 26 εκατομμύρια παιδιά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα είναι υπέρβαρα συμπεριλαμβανομένων 6,4 εκατομμυρίων παιδιών τα οποία θα είναι παχύσαρκα.<sup>1-4</sup>

Ως παχυσαρκία ορίζεται η παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο σώμα και οφείλεται στην λήψη υπερβολικής ποσότητας θερμίδων η οποία υπερβαίνει το ρυθμό ενεργειακής κατανάλωσης. Η εμφάνιση της παχυσαρκίας στα παιδιά, οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων και πιο σπάνια είναι αποτέλεσμα κάποιας ορμονικής διαταραχής.<sup>5-8</sup>

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τον κληρονομικό παράγοντα, εάν ο ένας γονέας είναι παχύσαρκος, το παιδί έχει 50% πιθανότητες να γίνει παχύσαρκο ενώ το ποσοστό ανέρχεται σε 80% όταν και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν κακές διατροφικές επιλογές, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, κ.ά. Οι ψυχολογικοί παράγοντες αφορούν κυρίως προβλήματα μεταξύ επικοινωνίας παιδιού και γονέων, όπως π.χ. επιλογή ακατάλληλων μεθόδων επιβράβευσης, υπερπροστασία γονέων, λανθασμένες πεποιθήσεις και αντιλήψεις γονέων ως προς τη διατροφή, κ.ά. Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες είτε συνδυασμό είτε και μεμονωμένα συμβάλουν στην αύξηση του σωματικού βάρους με συνέπεια φτωχή

ποιότητα ζωής, διαταραχή εικόνας εαυτού και κοινωνική απομόνωση.<sup>5-8</sup>

Η παχυσαρκία αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου όχι μόνο για την υγεία των παιδιών αλλά και στη μετέπειτα ζωή τους ως ενήλικες καθώς έχει τεκμηριωθεί, ότι σχετίζεται με την ανάπτυξη ασθενειών, όπως είναι οι καρδιοπάθειες και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, όπως επίσης μειώνει το προσδοκώμενο όριο ζωής.<sup>5-9</sup>

Δεδομένου, ότι τα παιδιά αδυνατούν να κατανοήσουν τις μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας και πολύ περισσότερο να συμμορφωθούν με δίαιτες, η πρόληψη αποτελεί τη καλύτερη θεραπεία. Για το σκοπό αυτό απαιτούνται συντονισμένες ενέργειες από το περιβάλλον, οικογενειακό και σχολικό και από τους κρατικούς φορείς υγείας και παιδείας. Η ολοένα αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης της παιδικής παχυσαρκίας επιβάλλει την αναγκαιότητα διατροφικής εκπαίδευσης γονέων και παιδιών, όπως επίσης και της υλοποίησης ενός σχεδίου δράσης για την εφαρμογή διαιτητικής αγωγής σε σχολεία, νηπιαγωγεία και καλοκαιρινές κατασκηνώσεις, με απώτερο σκοπό τη διαμόρφωση ενός υγιεινού προτύπου διατροφής.<sup>5-9</sup>

**Σκοπός** της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης της παχυσαρκίας σε μαθητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

## **Υλικό και μέθοδος**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν μαθητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο αποτελείτο από μεταβλητές που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της έρευνας, πέντε μεταβλητές που αφορούσαν τις ατομικές του συνήθειες και δεκαεπτά ερωτήσεις που αναφέρονταν στις διατροφικές τους συνήθειες. Η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος σώματος εκτιμήθηκε με τη ανθρωπομετρική μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) / Body Mass Index (BMI), η οποία υπολογίζεται από το βάρος του ατόμου προς το ύψος του στο τετράγωνο ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Υπολογίζοντας το ΔΜΣ: Βάρος σε  $\text{kg}$  / ύψος σε  $\text{m}^2$ , ένα άτομο θεωρείται παχύσαρκο εάν  $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 30$  και υπέρβαρο εάν  $\Delta\text{Μ}\Sigma : 25 - 29.9$ .<sup>10</sup> Για τη στατιστική ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 15 και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για όλες τις στατιστικές αναλύσεις είναι η PEARSON  $\chi^2$  TEST.

## **Αποτελέσματα**

### **A. Περιγραφικά**

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 334 μαθητές, εκ των οποίων το 48,50% (162) ήταν αγόρια και το 51,50% (172) κορίτσια. Ως προς την τάξη, το 23,35% (78) των μαθητών ήταν

πέμπτης και έκτης Δημοτικού, το 40,42% (135) Γυμνασίου και το 36,23% (121) Λυκείου.

Ως προς το σωματικό βάρος, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι το 81,7% είχε κανονικό βάρος, το 17,1% ήταν υπέρβαροι και μόλις το 1,2% παχύσαρκοι.

Ως προς τις ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης ή ενασχόλησης με ηλεκτρονικά παιχνίδια, το 5,5% ασχολείται 1-2 ώρες/ημερσίως, το 26,0% 3-4 ώρες και το 16,5% άνω των 4 ωρών.

Ως προς τις ατομικές συνήθειες, το 50,3% αθλούνταν τουλάχιστον 3 φορές εβδομαδιαίως, το 29,3% καθημερινά και το 18,0% σπάνια. Ως προς την ασχολία στο ελεύθερο χρόνο, το 33,0% του πληθυσμού της μελέτης ασχολούνταν με βιντεοπαιχνίδια και το 67,0% με ομαδικά παιχνίδια ή αθλήματα.

Ως προς τις διατροφικές συνήθειες, το 54,8% των μαθητών κατανάλωνε πρωινό καθημερινά, το 6,6% 4-6 φορές, το 23,7%, 1-3 φορές και το 15,0% ποτέ. Ως προς τον αριθμό των γευμάτων το 54,5% δήλωσε, ότι γευμάτιζε 2 έως 3 φορές ημερησίως, το 24,3% περισσότερο από 3 φορές την ημέρα και το 21,3% 1 έως 2 φορές την ημέρα. Ως προς την προέλευση του φαγητού, το 38,7% κατανάλωνε έτοιμο φαγητό 1-2 φορές την εβδομάδα, το 6,9% 3-4 φορές, το 3,0% περισσότερο από 5 φορές και το 51,4% δεν κατανάλωνε έτοιμο φαγητό.

Ως προς τη κατανάλωση κρέατος, το 4,5% δεν κατανάλωνε καθόλου κρέας, το 23,1% κατανάλωνε 1-3 φορές το μήνα, το 38,4% 1

φορά την εβδομάδα και το 33,9% 2 και περισσότερες φορές την εβδομάδα. Ως προς τη κατανάλωση κοτόπουλου, το 3,6% δεν κατανάλωνε καθόλου, το 29,4% κατανάλωνε 1-3 φορές το μήνα, το 51,4% 1 φορά την εβδομάδα και το 15,6% 2 και περισσότερες φορές την εβδομάδα. Ως προς τη κατανάλωση φρούτων, το 5,7% δεν κατανάλωνε καθόλου, το 11,4% κατανάλωνε 1-3 φορές το μήνα, το 11,1% 1 φορά την εβδομάδα και το 27,5% 2 και περισσότερες φορές την εβδομάδα και το 44,3% καθημερινά. Το 45,2% των μαθητών κατανάλωνε καθημερινά διάφορα είδη σαλάτας και φρούτων, το 69,1% προτιμούσε να πίνει φυσικό χυμό και το 30,84% που προτιμούσε να πίνει αναψυκτικά.

Το 25,4% των μαθητών δήλωσε, ότι δεν κατανάλωνε «σνάκς» ποτέ, το 36,2% κατανάλωνε 1-3 φορές το μήνα, το 20,7% μια φορά την εβδομάδα, το 12,3% 2 και περισσότερες φορές την εβδομάδα και το 5,4% κάθε μέρα. Το 8,7% των μαθητών δήλωσε, ότι δεν κατανάλωνε καθόλου γλυκά, το 28,1% κατανάλωνε 1-3 φορές το μήνα, το 29,3% μια φορά την εβδομάδα, το 22,2% 2 και περισσότερες φορές την εβδομάδα και το 11,7% κάθε μέρα. Τέλος, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε, ότι το 74,0% των μαθητών δεν κατανάλωνε διαιτητικά προϊόντα τύπου «LIGHT», ενώ κατανάλωνε το 26,0%.

**Β. Στατιστικά**

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων για τη συσχέτιση της παχυσαρκίας βρέθηκαν τα εξής :

Όσον αφορά τη βαθμίδα εκπαίδευσης, οι μαθητές του Γυμνασίου ήταν περισσότερο υπέρβαροι σε σχέση με αυτούς του Δημοτικού και του Λυκείου, με στατιστικά σημαντική διαφορά,  $p=0,006$ .

Ως προς το φύλο, τα αγόρια ήταν υπέρβαρα με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τα κορίτσια,  $p<0,001$ .

Όσοι παρακολουθούσαν τηλεόραση ή ασχολούνταν με ηλεκτρονικά παιχνίδια άνω των 3 ωρών ήταν υπέρβαροι με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με εκείνους που αφιέρωναν σε αυτά 1-2ώρες,  $p=0,043$ .

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων για τη συσχέτιση του φύλου βρέθηκαν τα εξής :

Τα αγόρια ασχολούνταν περισσότερο με τον αθλητισμό σε σχέση με τα κορίτσια με στατιστικά σημαντική διαφορά,  $p<0,001$ . Όσο όμως αυξάνονταν η ηλικία τόσο μειώνονταν η ενασχόληση με τον αθλητισμό,  $p<0,001$ .

Τα κορίτσια μελετούσαν συνολικά περισσότερες ώρες και αφιέρωναν περισσότερο χρόνο για την παρακολούθηση τηλεόρασης ή για την ενασχόληση με ηλεκτρονικά με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τα αγόρια,  $p<0,001$ , αντίστοιχα.

Τα κορίτσια προτιμούσαν περισσότερο συχνά να καταναλώνουν γλυκά και διαιτητικά προϊόντα τύπου «LIGHT» με στατιστικά

σημαντική διαφορά, σε σχέση με τα αγόρια,  $p=0,013$  και  $p=0,001$ , αντίστοιχα.

Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας ως προς τη συσχέτιση της βαθμίδας εκπαίδευσης με τις συνήθειες των μαθητών βρέθηκαν τα εξής :

Ως προς το χρόνο μελέτης οι μαθητές του Γυμνασίου και του Λυκείου αφιέρωναν περισσότερο χρόνο στη μελέτη με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση εκείνους του Δημοτικού,  $p=0,001$ .

Ως προς τις ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης ή ενασχόλησης με ηλεκτρονικά παιχνίδια, οι μαθητές του Γυμνασίου ασχολούνταν περισσότερο με ηλεκτρονικά παιχνίδια ή έβλεπαν τηλεόραση σε σχέση με εκείνους του Δημοτικού και Λυκείου,  $p<0,001$ .

Ως προς τον αθλητισμό, οι μαθητές του Γυμνασίου αθλούνταν περισσότερο και πιο συχνά σε σχέση με εκείνους του Δημοτικού και Λυκείου,  $p<0,001$  και  $p<0,001$ , αντίστοιχα.

Ως προς την ασχολία στον ελεύθερο χρόνο, οι μαθητές του Γυμνασίου ασχολούνταν περισσότερο με βιντεο-παιχνίδια ή ομαδικά παιχνίδια και αθλήματα σε σχέση με εκείνους του Δημοτικού και Λυκείου,  $p=0,005$ .

Οι μαθητές του Δημοτικού κατανάλωναν συχνότερα φαγητό του σπιτιού και φυσικούς χυμούς, ενώ κατανάλωναν λιγότερο συχνά γλυκά και αναψυκτικά σε σχέση με εκείνους του Γυμνασίου και του Λυκείου με στατιστικά σημαντική διαφορά,  $p=0,008$ ,  $p=0,003$ ,  $p<0,001$  και  $p=0,022$  αντίστοιχα.

Ως προς τις διατροφικές συνήθειες, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της κατανάλωσης πρωινού,  $p=0,634$ . Επίσης, δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του των γευμάτων και των υπέρβαρων παιδιών,  $p=0,629$ .

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της συχνότητας άθλησης,  $p=0,207$ . Ως προς την ασχολία στο ελεύθερο χρόνο, δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της ασχολίας στον ελεύθερο χρόνο,  $p=0,207$ .

### **Συζήτηση αποτελεσμάτων**

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι το 17,1% ήταν υπέρβαροι και το 1,2% παχύσαρκοι. Σε παρόμοια έρευνα των Hassapidou και συν.,<sup>11</sup> όπου μελετήθηκαν 276 μαθητές του νομού Θεσσαλονίκης, ηλικίας 8-12 χρόνων, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 26,1% των αγοριών και 22,4% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα, ενώ το 11,6% των αγοριών και το 10,9% των κοριτσιών ήταν παχύσαρκα. Επίσης, τα αποτελέσματα από την έρευνα των Panagiotakos και συν.,<sup>12</sup> όπου μελετήθηκαν μαθητές του νομού Αττικής, έδειξαν, ότι το 8,6% των αγοριών και το 9,0% των κοριτσιών ήταν παχύσαρκα, ενώ το 33,9% των αγοριών και 22,1% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Tokmakidis και συν.,<sup>13</sup> έδειξαν, ότι το 59,4% του

μελετώμενου πληθυσμού είχε φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), το 25,8% ήταν υπέρβαροι και το 14,8% παχύσαρκοι, χωρίς όμως να παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο.

Παρότι, η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας ποικίλει από μελέτη σε μελέτη και δεν υπάρχουν επίσημα επιδημιολογικά στοιχεία, εντούτοις καταδεικνύεται το μέγεθος του προβλήματος.

Από τη παρούσα μελέτη επίσης φάνηκε, ότι τα αγόρια ήταν υπέρβαρα σε σχέση με τα κορίτσια. Το εύρημα της παρούσης μελέτης έρχεται σε αντίθεση με αυτό των Lagiou και συν.,<sup>14</sup> όπου μελετήθηκαν 633 μαθητές ηλικίας όμως 10-12 χρόνων και τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα κορίτσια ήταν περισσότερο υπέρβαρα σε σχέση με τα αγόρια. Επίσης, έρχεται σε αντίθεση με παλαιότερη βιβλιογραφική αναφορά των Birch και συν.,<sup>15</sup> όπου υποστηρίζεται, ότι τα κορίτσια κρατούν τα σκήπτρα στην ολοένα αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Papoutsakis και συν.,<sup>16</sup> όπου μελετήθηκαν 920 μαθητές ηλικία 10-14 χρόνων τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 30,5% του πληθυσμού ήταν υπέρβαροι και το 8,8% παχύσαρκοι με τα αγόρια όμως να παρουσιάζουν διαταραχή ως προς το μεταβολικό προφίλ, π.χ υψηλότερα λιπίδια αίματος και γλυκόζης συγκριτικά με τα κορίτσια. Στις Η.Π.Α, η συχνότητα εμφάνισης

της παχυσαρκίας στους εφήβους έχει αυξηθεί δραματικά από το 5% στο 13% στα αγόρια και από το 5% στο 9% στα κορίτσια κατά τη χρονική περίοδο 1966-70 και 1988-91.

Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι όσον αφορά τη βαθμίδα εκπαίδευσης, υπέρβαροι ήταν οι μαθητές του Γυμνασίου σε σχέση με αυτούς του Δημοτικού και του Λυκείου. Μια πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι, ότι οι μαθητές του Γυμνασίου αφενός δεν είναι σε απόλυτη εξάρτηση από τους γονείς για τον έλεγχο της διατροφής αφετέρου δεν είναι ακόμα σε θέση να παρασκευάσουν την τροφή μόνοι τους και καταφεύγουν σε πρόχειρη λύση τροφής γρήγορης προετοιμασίας - fast-food, η οποία σχετίζεται με την αύξηση του δείκτη μάζας σώματος. Μια άλλη πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι, ότι εν αντιθέσει με τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, οι μαθητές Γυμνασίου μη έχοντας ακόμα σταθεροποιήσει την εικόνα εαυτού και την ατομική τους ταυτότητα, διαφοροούν για την εξωτερική τους εμφάνιση και την υιοθέτηση ορθής διατροφικής αγωγής. Τέλος, αυτή η διαφορά αυτή μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός, ότι η αύξηση του σωματικού βάρους ίσως να οφείλεται σε κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων. Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι κρίσιμες περίοδοι για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας είναι κατά την ηλικία των 6-7 χρόνων, όπου συντελείται αύξηση των λιποκυττάρων και η περίοδος της εφηβείας διότι τότε οι ορμονικές μεταβολές

συμβάλλουν στην αύξηση των λιποκυττάρων και στην ανακατανομή του λίπους.<sup>17-19</sup>

Το εύρημα της παρούσης μελέτης, ότι τα αγόρια ήταν περισσότερο υπέρβαρα σε σχέση με τα κορίτσια, πιθανόν να αντανακλά την αδιαφορία των αγοριών για την εξωτερική τους εμφάνιση ή να σχετίζεται με άλλους παράγοντες, όπως είναι το οικογενειακό, φιλικό ή και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον ή διάφοροι άλλοι παράγοντες, όπως η επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, κ.ά. Παρότι, στις σύγχρονες Δυτικού τύπου κοινωνίες υπάρχει πληθώρα ελκυστικών τροφίμων πλούσιων σε ενέργεια, εντούτοις οι ίδιες κοινωνίες προωθούν μέσα από τη μόδα και τη διαφήμιση ως πρότυπο το αδύνατο σώμα, γεγονός που επηρεάζει περισσότερο τη διαιτητική συμπεριφορά των νεαρών κοριτσιών.<sup>18-23</sup>

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων επίσης φάνηκε, ότι όσοι παρακολουθούσαν τηλεόραση ή ασχολούνταν με ηλεκτρονικά παιχνίδια άνω των 3 ωρών ήταν υπέρβαροι σε σχέση με εκείνους που αφιέρωναν σε αυτά 1-2 ώρες. Ο ρόλος της τηλεόρασης και των ηλεκτρονικών παιχνιδιών στην ανάπτυξη παχυσαρκίας στην παιδική και εφηβική ηλικία έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών και αποδίδεται στο γεγονός, ότι η μείωση του μεταβολισμού κατά την ώρα της τηλεθέασης σε συνδυασμό με την κατανάλωση τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την

απόκτηση βάρους. Η όλη κατάσταση αποτελεί έναν φαύλο κύκλο καθώς όσο αυξάνεται ο χρόνος τηλεθέασης τόσο αυξάνεται το πρόβλημα της παχυσαρκίας και όσο πιο παχύσαρκα είναι τα άτομα τόσο έχουν την τάση να αυξάνουν τον χρόνο τηλεθέασης. Και στις δύο όψεις του προβλήματος, αποφεύγεται κάθε μορφή σωματικής δραστηριότητας με αποτέλεσμα, την εγκατάσταση μειωμένου μεταβολικού ρυθμού.<sup>2,13,18-24</sup>

Τα αποτελέσματα από τη συσχέτιση του φύλου έδειξαν, ότι ως προς τις ατομικές συνήθειες, τα αγόρια ασχολούνταν περισσότερο με τον αθλητισμό, όσο όμως αυξάνονταν η ηλικία τόσο μειώνονταν η ενασχόληση με τον αθλητισμό. Μια πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι, ότι πολλοί μαθητές τείνουν να σταματούν τις αθλητικές τους δραστηριότητες λόγω των αυξημένων σχολικών υποχρεώσεων. Ανεξαρτήτως πάντως της ερμηνείας αυτής, από τη πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών υποστηρίζεται, ότι είναι σημαντικό να αυξηθεί η φυσική δραστηριότητα παιδιών και εφήβων με τη δημιουργία χώρων άθλησης και παιχνιδιού, την αύξηση των διδακτικών ωρών γυμναστικής στο σχολείο και την εφαρμογή προγραμμάτων ή οργανωμένων δραστηριοτήτων άσκησης από τους κρατικούς φορείς.<sup>24,25,26</sup>

Επίσης, από τα αποτελέσματα φάνηκε, ότι τα κορίτσια αφιέρωναν περισσότερο χρόνο ημερησίως στο διάβασμα, στα ηλεκτρονικά

παιχνίδια ή βλέποντας τηλεόραση. Μια πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι, ότι τα κορίτσια αποφεύγουν την κατανάλωση τροφής κατά την παρακολούθηση τηλεόρασης ή κατά τη μελέτη.<sup>20-23</sup>

Επίσης, τα κορίτσια προτιμούσαν περισσότερο να καταναλώνουν διαιτητικά προϊόντα τύπου «LIGHT». Ένα προϊόν μπορεί να χαρακτηριστεί ως 'light' όταν η θερμιδική του αξία ανέρχεται στο 50% κατά ανώτατο όριο της θερμιδικής αξίας του αντίστοιχου τροφίμου. Η κατανάλωση αυτού του τύπου προϊόντων τείνει συνεχώς να αυξάνεται παράλληλα με τη βιομηχανοποίηση της διατροφής, την αύξηση της παχυσαρκίας και το σύγχρονο τρόπο ζωής. Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η σύγχρονη κοινωνία προωθεί ως πρότυπο το αθλητικό, λεπτό και νεανικό σώμα. Τα κορίτσια και ιδιαίτερα οι έφηβες στην προσπάθεια να ανταποκριθούν σε αυτήν την εικόνα σώματος, η οποία προβάλλεται ως μία από τις βασικές μορφές κοινωνικής ισχύος καταφεύγουν σε προσωπικές μεθόδους αυτοπεριορισμού της τροφής ή διαιτητικές επιλογές που διαφημίζονται σε περιοδικά μόδας, όπως οι τροφές τύπου "light". Απαιτείται όμως, προσοχή γιατί η κατανάλωση αυτών σε μεγάλες ποσότητες συχνά οδηγεί σε αύξηση του σωματικού τους βάρους. Άλλες μέθοδοι διατήρησης βάρους είναι η κατάργηση συγκεκριμένων τροφίμων από τη διατροφή τους, η παράλειψη γευμάτων, η αποχή από το

φαγητό για μικρά χρονικά διαστήματα και οι δίαιτες-αστραπή.<sup>27-29</sup>

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων ως προς τη συσχέτιση της βαθμίδας εκπαίδευσης με τις συνήθειες των μαθητών οι μαθητές του Γυμνασίου αθλούνταν περισσότερο σε σχέση με αυτούς του Δημοτικού και του Λυκείου, εντούτοις ήταν αυτοί που ήταν περισσότερο υπέρβαροι. Συνεπώς, από το εύρημα αυτό διεξάγεται το συμπέρασμα, ότι και άλλοι παράμετροι θα πρέπει να συνεκτιμώνται κατά την αξιολόγηση του σωματικού βάρους. Ένας παράγοντας που αναδύεται από τη βιβλιογραφία ολοένα και περισσότερο καθώς αποτελεί επίκεντρο αρκετών ερευνών και δεν θα πρέπει να υποτιμάται κατά την αξιολόγηση της παχυσαρκίας είναι η ικανότητα αυτοελέγχου ή σύμφωνα με άλλους ερευνητές αυτορρύθμισης των ατόμων (self regulation, self control, impulse control). Παρότι, αυτή η ικανότητα ποικίλλει από άτομο σε άτομο, ερευνητικές μελέτες υποστηρίζουν, ότι είναι περισσότερο περιοδική κατάσταση και όχι μόνιμη. Σε μελέτες νεαρού πληθυσμού, η ικανότητα αυτοελέγχου που αξιολογήθηκε στην πρώιμη παιδική ηλικία σχετίζονταν με το βαθμό αυτοελέγχου των γονέων και των δασκάλων.<sup>30</sup> Παράλληλα με τη θεωρία της αυτορρύθμισης, η θεωρία του Schachter<sup>31</sup> τονίζει τη σπουδαιότητα της εξωτερικής επίδρασης (externality) κατά την οποία τα παχύσαρκα άτομα είναι υπερβολικά ευάλωτα σε εξωτερικές επιδράσεις και προτροπές που

υποκινούν το αίσθημα της πείνας και της λήψης τροφής. Συνεπώς τόσο η ικανότητα αυτοελέγχου όσο και ο βαθμός επιρροής των παιδιών που διαμορφώνονται από τη παιδική ηλικία είναι δυνατόν να καθορίζουν έως ένα βαθμό την ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής.

Επίσης, για την καλύτερη κατανόηση του ευρήματος της παρούσης μελέτης, θα πρέπει να συνεκτιμηθεί και ο βαθμός συμμετοχής του οικογενειακού περιβάλλοντος. Πιθανόν, η παχυσαρκία να αντανακλά και άλλα βαθύτερα προβλήματα όπως δυσλειτουργία του συνόλου της οικογένειας, της σχέσης των γονέων, πολύωρη απουσία των γονέων από το σπίτι κ.ά. Οι γονείς θα πρέπει να γίνουν δέκτες μιας αγωγής που θα περιλαμβάνει ενημέρωση σχετικά με τη σωστή διατροφή και άσκηση αλλά και τη δημιουργία ενός οικογενειακού περιβάλλοντος, το οποίο θα αναγνωρίζει και θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες των παιδιών και εφήβων.

Ένας άλλος παράγοντας που δεν αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης αυτής της εργασίας είναι εάν η παχυσαρκία σχετίζονταν με παιδιά που οι γονείς τους ήταν παχύσαρκοι, καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Carriere και συν.,<sup>32</sup> υπάρχει συσχέτιση μεταξύ γονέων και παχυσαρκίας στην εφηβεία και οι πιθανότητες αυξάνονταν και για τα δυο φύλα που είχαν ένα παχύσαρκο γονέα.<sup>33-35</sup>

Ως προς το εύρημα, ότι οι μαθητές του Δημοτικού ακολουθούσαν καλύτερη διατροφή

όπως συχνότερη κατανάλωση σπιτικού φαγητού, μικρότερη κατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών, σε σχέση με εκείνους του Γυμνασίου και Λυκείου, πιθανόν να αποδίδεται στο γεγονός ότι βρίσκονται υπό τον έλεγχο των γονέων, δεν περνούν χρόνο με παρέες και συνεπώς ο βαθμός επιρροής από το ευρύτερο περιβάλλον είναι ακόμα ελάχιστος.

### **Συμπεράσματα**

Το κυριότερο συμπέρασμα που εξάγεται από τη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία είναι, ότι η πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Είναι αναγκαίο εφαρμοστούν συμπεριφοριστικά μοντέλα αλλαγής διαιτητικής συμπεριφοράς, που αφορούν τόσο το οικογενειακό όσο και το κοινωνικό περιβάλλον με κύριο στόχο την υιοθέτηση ορθών διαιτητικών συνηθειών σε συνδυασμό με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Τα παρεμβατικά προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης δεν πρέπει να εστιάζονται μόνο στη μείωση του βάρους αλλά και να επικεντρώνονται στην ανίχνευση των αιτιών της παχυσαρκίας και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

### **Βιβλιογραφία**

1. Kosti RI, Panagiotakos DB. The epidemic of obesity in children and adolescents in the world. *Cent Eur J Public Health*. 2006;14(4):151-9.
2. Martinez JA. Obesity in young Europeans: genetic and environmental influences. *Eur J Clin Nutr*. 2000; 54: S56-S60.
3. Carriere G.. Parent and child factors associated with youth obesity. *Health Rep*. 2003; 14 Suppl: 29-39.
4. Steinbeck K. Adolescent overweight and obesity--how best to manage in the general practice setting. *Aust Fam Physician*. 2007;36(8):606-12.
5. Batch JA, Baur LA. Management and prevention of obesity and its complications in children and adolescents. *Med J Aust*. 2005;182(3):130-5.
6. Schwimmer JB. Managing overweight in older children and adolescents. *Pediatr Ann*. 2004;33(1):39-44.
7. Ariza AL, Greenberg RS, Unger R. Childhood overweight: management approaches in young children. *Pediatr Ann*. 2004;33(1):33-8.
8. Mabry IR, Clark SJ, Kemper A, Fraser K, Kileny S, Cabana MB. Variation in establishing a diagnosis of obesity in children. *Clin Pediatr (Phila)*. 2005;44(3):221-7.

9. Deckelbaum RJ, Williams CL. Childhood obesity: the health issue. *Obes Res.* 2001;9 Suppl 4:239S-243S.
10. Τοκμακίδης Σ. Άσκηση και Χρόνιες Παθήσεις. Εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα, 2003.
11. Hassapidou M, Papadopoulou SK, Frossinis A, Kaklamanos I, Tzotzas T. Sociodemographic, ethnic and dietary factors associated with childhood obesity in Thessaloniki, Northern Greece. *Hormones (Athens).* 2009;8(1):53-9.
12. Panagiotakos DB, Antonogeorgos G, Papadimitriou A, Anthracopoulos MB, Papadopoulos M, Konstantinidou M, Fretzayas A, Priftis KN Breakfast cereal is associated with a lower prevalence of obesity among 10-12-year-old children: the PANACEA study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2008;18(9):606-12.
13. Tokmakidis SP, Kasambalis A, Christodoulos AD. Fitness levels of Greek primary schoolchildren in relationship to overweight and obesity *Eur J Pediatr.* 2006;165(12):867-74.
14. Lagiou A, Parava M. Correlates of childhood obesity in Athens, Greece. *Public Health Nutr.* 2008;11(9):940-5.
15. Birch L, Fisher J. Development of Eating Behaviours among Children and Adolescents. *Paediatrics.* 1998;101(3):539-549.
16. Papoutsakis C, Vidra NV, Hatzopoulou I, Tzirkalli M, Farmaki AE, Evagelidaki E, et al. The Gene-Diet Attica investigation on childhood obesity (GENDAI): overview of the study design. *Clin Chem Lab Med.* 2007;45(3):309-15.
17. Robinson TN, Borzekowski DL, Matheson DM, Kraemer HC. Effects of fast food branding on young children's taste preferences. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(8):792-7.
18. Jeffery RW, Baxter J, McGuire M, Linde J. Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity? *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2006;3:2.
19. Brownell KD. Fast food and obesity in children. *Pediatrics.* 2004;113(1 Pt 1):132.
20. Matheson DM, Killen JD, Wang Y, Varady A, Robinson TN. Children's food consumption during television viewing. *Am J Clin Nutr.* 2004;79(6):1088-94.
21. Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48(4):1017-25.
22. Gortmaker SL, Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996;150(4):356-62.
23. Marshall SJ, Biddle SJ, Gorely T, Cameron N, Murdey I. Relationships between

- media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28(10):1238-46.
24. Must A, Tybor DJ. Physical activity and sedentary behaviour: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. *Int J Obes (Lond).* 2005;29 Suppl 2:S84-96.
25. Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE. Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. *CMAJ.* 2009;180(7):719-26.
26. Foster GD, Sherman S, Borradaile KE, Grundy KM, Vander Veur SS, Nachmani J, et al. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics.* 2008;121(4):e794-802.
27. St-Onge MP, Heymsfield SB. Usefulness of artificial sweeteners for body weight control. *Nutr Rev.* 2003;61(6 Pt 1):219-21.
28. Paquette MC, Raine K. Sociocultural context of women's body image. *Soc Sci Med.* 2004;59(5):1047-58.
29. Clarisse M, Di Vetta V, Giusti V. Sweeteners: between myth and reality. *Rev Med Suisse.* 2009;5(196):682-6.
30. Francis L, Susman E. Self regulation and rapid weight gain in children from age 3-12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009; Vol 163, No 4.
31. Schacter S. Obesity and eating : internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science.* 1968;161(843):751-756.
32. Carriere G.. Parent and child factors associated with youth obesity. *Health Rep.* 2003; 14 Suppl: 29-39.
33. Gruber KJ, Haldeman LA. Using the family to combat childhood and adult obesity. *Prev Chronic Dis.* 2009;6(3):A106.
34. Foster GD, Sherman S, Borradaile KE, Grundy KM, Vander Veur SS, Nachmani J, et al. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics.* 2008;121(4):e794-802.
35. Coelho R, Sousa S, Laranjo MJ, Monteiro AC, Bragança G, Carreiro H. Overweight and obesity - prevention in the school. *Acta Med Port.* 2008;21(4):341-4.

**Πίνακας 1:** Αποτελέσματα ελέγχων  $\chi^2$  του Pearson για την συσχέτιση της παχυσαρκίας

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Κανονικό Βάρος	Υπέρβαροι	Τιμή-P
	N (%)	N (%)	
Βαθμίδα Εκπαίδευσης			0,006
Δημοτικό	57 (73,1%)	21 (26,9%)	
Γυμνάσιο	107 (79,3%)	28 (20,7%)	
Λύκειο	109 (90,1%)	12 (9,9%)	
Φύλο			<0,001
Αγόρια	120 (74,1%)	42 (25,9%)	
Κορίτσια	153 (89,0%)	19 (11,0%)	
Ημερήσια ενασχόληση με Τηλεόραση / Ηλεκτρονικά Παιχνίδια			0,043
1-2 ώρες	164 (85,4%)	28 (14,6%)	
Άνω των 3 ωρών	109 (76,8%)	33 (23,2%)	

**Πίνακας 2:** Αποτελέσματα ελέγχων  $\chi^2$  του Pearson για την συσχέτιση του φύλου

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Αγόρια		Κορίτσια		Τιμή-P
	N	(%)	N	(%)	
Ώρες Μελέτης					<0,0001
2-3 ώρες	124	(76,5%)	94	(54,7%)	
4-5 ώρες	34	(21%)	65	(37,8%)	
>5 ώρες	4	(2,5%)	13	(7,6%)	
Ώρες Ημερησίως σε Ηλεκτρονικά και Τηλεόραση					<0,0001
1-2 ώρες	80	(49,4%)	112	(65,1%)	
3-4 ώρες	42	(25,9%)	45	(26,2%)	
>4 ώρες	40	(24,7%)	15	(8,7%)	
Αθλητισμός					<0,0001
Ναι	121	(74,7%)	94	(54,7%)	
Όχι	41	(25,3%)	78	(45,3%)	
Συχνότητα Άθλησης					<0,0001
Ποτέ	2	(1,2%)	6	(3,5%)	
Σπάνια	17	(10,5%)	43	(25,0%)	
3 φορές την εβδομάδα	81	(50%)	87	(50,6%)	
Καθημερινά	62	(38,3%)	36	(20,9%)	
Ασχολία στον ελεύθερο χρόνο					<0,0001
Βιντεοπαιχνίδια	69	(42,9%)	41	(23,8%)	
Ομαδικά Παιχνίδια/Αθλήματα	92	(57,1%)	131	(76,2%)	
Γλυκά					0,013
Καθόλου	16	(9,9%)	13	(7,6%)	
1-3 φορές το μήνα	55	(34%)	39	(22,7%)	
1 φορά την εβδομάδα	51	(31,5%)	47	(27,3%)	
2 και περισσότερες φορές την εβδομάδα	27	(16,7%)	47	(27,3%)	
Κάθε μέρα	13	(8,0%)	26	(15,1%)	
Προϊόντα Light					0,001
Ναι	29	(17,9%)	58	(33,7%)	
Όχι	133	(82,1%)	114	(66,3%)	

**Πίνακας 3:** Αποτελέσματα ελέγχων  $\chi^2$  του Pearson για την συσχέτιση της βαθμίδας εκπαίδευσης με τις συνήθειες των μαθητών

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Τιμή-P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Ώρες Μελέτης				0,001
2-3 ώρες	62 (79,5%)	90 (66,7%)	66 (54,5%)	
4-5 ώρες	15 (19,2%)	41 (30,4%)	43 (35,5%)	
>5 ώρες	1 (1,3%)	4 (3,0%)	12 (9,9%)	
Ώρες Ημερησίως σε Ηλεκτρικά και Τηλεόραση				<0,0001
1-2 ώρες	54 (69,2%)	56 (41,5%)	82 (67,8%)	
3-4 ώρες	15 (19,2%)	47 (34,8%)	25 (20,7%)	
>4 ώρες	9 (11,5%)	32 (23,7%)	14 (11,6%)	
Αθλητισμός				<0,0001
Ναι	64 (81,2%)	88 (65,2%)	63 (52,1%)	
Όχι	14 (17,9%)	47 (34,8%)	58 (47,9%)	
Συχνότητα Άθλησης				<0,0001
Ποτέ	0 (0,0%)	4 (3,0%)	4 (3,3%)	
Σπάνια	5 (6,4%)	18 (13,3%)	37 (30,6%)	
3 φορές την εβδομάδα	50 (64,1%)	76 (56,3%)	42 (34,7%)	
Καθημερινά	23 (29,5%)	37 (27,4%)	38 (31,4%)	
Ασχολία στον ελεύθερο χρόνο				0,005
Βιντεοπαιχνίδια	14 (17,9%)	50 (37,0%)	46 (38,3%)	
Ομαδικά Παιχνίδια/Αθλήματα	64 (82,1%)	85 (63,0%)	74 (61,7%)	
Φαγητό εκτός σπιτιού / Έτοιμο Φαγητό (Delivery)				0,008
Ποτέ / Σπάνια	53 (67,9%)	70 (52,2%)	48 (39,7%)	
1-2 φορές την εβδομάδα	21 (26,9%)	48 (35,8%)	60 (49,6%)	
3-4 φορές την εβδομάδα	3 (3,8%)	10 (7,5%)	10 (8,3%)	
5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	1 (1,3%)	6 (4,5%)	3 (2,5%)	
Γλυκά				<0,0001
Καθόλου	7 (9,0%)	14 (10,4%)	8 (6,6%)	

1-3 φορές το μήνα	34 (43,6%)	34 (25,2%)	26 (21,5%)	
1 φορά την εβδομάδα	27 (34,6%)	44 (32,6%)	27 (22,3%)	
2 και περισσότερες φορές την εβδομάδα	7 (9,0%)	28 (20,7%)	39 (32,2%)	
Κάθε μέρα	3 (3,8%)	15 (11,1%)	21 (17,4%)	
Αναψυκτικά				0,022
Καθόλου	21 (26,9%)	20 (14,8%)	29 (24,0%)	
1-3 φορές το μήνα	27 (34,6%)	34 (25,2%)	29 (24,0%)	
1 φορά την εβδομάδα	19 (24,4%)	35 (25,9%)	23 (19,0%)	
2 και περισσότερες φορές την εβδομάδα	10 (12,8%)	32 (23,7%)	25 (20,7%)	
Κάθε μέρα	1 (1,3%)	14 (10,4%)	15 (12,4%)	
Προτίμηση ποτού				0,003
Αναψυκτικά	12 (15,4%)	49 (36,3%)	42 (34,7%)	
Φυσικοί Χυμοί	66 (84,6%)	86 (63,7%)	79 (65,3%)	

## ΕΡΕΥΝΑ

**Το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας: Διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών έναντι του διλήμματος**Λιακόπουλος Ιωάννης<sup>1</sup>, Κακάμπουρας Μηνάς<sup>1</sup>, Κολοβός Ηλίας<sup>1</sup>, Χριστοπούλου Ιωάννα<sup>2</sup>

1. Νοσηλευτής Τ.Ε.

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

**Περίληψη**

Η πρόοδος της επιστήμης δεν είχε μόνο ως αποτέλεσμα να θεραπεύονται οι περισσότερες αρρώστιες, αλλά και να βρεθούν μέθοδοι για την διατήρηση του ανθρώπου στη ζωή. Όμως ποιος αποφασίζει για τη ζωή ή το θάνατο; Κατά πόσο αυτό το δίλημμα απασχολεί τους Έλληνες νοσηλευτές;

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να ελεγχθεί η στάση των Ελλήνων νοσηλευτών απέναντι σε αποφάσεις ευθανασίας, στην παθητική, την ενεργητική ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

**Υλικό - Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 212 νοσηλευτές από 4 Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής. Για την συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο σχεδιάστηκε ύστερα από ανασκόπηση βιβλιογραφίας. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το SPSS και την δοκιμασία  $\chi^2$  - square.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, το 50,9% (108) του πληθυσμού της μελέτης θεωρούσε, ότι πρέπει να υφίσταται το δικαίωμα στο θάνατο, ενώ τάσσονταν ενάντια στο δικαίωμα στην αυτοκτονία σε ποσοστό 79,7% (169). Στο κρίσιμο ερώτημα για το αν εγκρίνουν την ευθανασία, ως γενικό όρο, οι Έλληνες νοσηλευτές τάσσονταν κατά, σε ποσοστό (65,1%) 138. Η απάντηση τους στο ερώτημα αυτό επηρεάζεται από το φύλο ( $p < 0,01$ ), τη θρησκεία ( $p < 0,05$ ) και τη θρησκευτικότητα ( $p < 0,01$ ). Στο αν οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα για τη ζωή ή το θάνατο, ποσοστό (50,9%) 108 υποστήριζαν πως οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα αυτό, ενώ το (49,1%) 104 δεν συμφωνούσε με το να αποφασίζουν οι άνθρωποι για την ζωή ή το θάνατο τους. Η απάντηση επηρεάζεται από τον παράγοντα της θρησκευτικότητας ( $p < 0,01$ ). Όσοι είχαν μεγάλη θρησκευτικότητα ήταν αρνητικοί απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο σε ποσοστό 65,5%, σε αντίθεση με όσους είχαν μεσαία, μικρή ή καθόλου θρησκευτικότητα των οποίων τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν πολύ μικρότερα (48,4%, 29,6%,

0%). Στην ερώτηση αν οι άνθρωποι είχαν το δικαίωμα στην αυτοκτονία το (79,7%) 169 των νοσηλευτών τασσόταν κατά ενώ το (20,3%) 43 υπέρ.

**Συμπεράσματα:** Η ευθανασία αποτελεί ίσως το πιο συχνό και σκληρό δίλημμα για τους Έλληνες νοσηλευτές. Η δημιουργία επιτροπών βιοηθικής σε κάθε νοσοκομείο και ενός σαφούς νομικού πλαισίου ίσως αποτελέσει λύση στο μείζον αυτό πρόβλημα.

**Λέξεις κλειδιά:** Ευθανασία, βιοηθική, δίλημμα, νοσηλευτές.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας**

*Λιακόπουλος Ιωάννης,*

*Τηλ. 6977400456,*

*E-mail: johnliako@hotmail.com*

## ORIGINAL PAPER

### **The dilemma of euthanasia: Evaluation of nurses' attitudes against this dilemma**

Liakopoulos Ioannis<sup>1</sup>, Kakampouras Minas<sup>1</sup>, Kolovos Hlias<sup>1</sup>, Christopoulou Ioanna<sup>2</sup>

1. Registered Nurse

2. Professor, Department of Nursing A', ATEI of Athens

#### **Abstract**

The progress of science didn't only have as a result to cure most illnesses, but also to find methods to maintain life in human beings. But who decides about life or death? How much has this dilemma been a great concern of the Greek nursing profession?

**Purpose:** The aim of this research is to investigate the attitudes of Greek nurses towards the decisions of euthanasia and specifically towards energetic and passive euthanasia and assisted suicide.

**Material – Method:** The data for the research were collected from 212 nurses from four General Hospitals in Athens. For the evaluation of nurses' attitudes towards euthanasia we used a questionnaire especially designed for this purpose by the researchers after reviewing the

bibliography. The statistical analysis of the results was done with spss13.0 and the factor chi-square.

**Results:** The results indicated that, 50.9% of the participants in the study considered that human beings have the right to death, while they were against the right to suicide by 79.7%. Euthanasia was the main concern in the nursing profession to a percentage of 70.3%. As a general perception, 65.1% of the nursing staff did not accept euthanasia in a theoretical level. It came out that the nursing staff was against euthanasia in a practical level by rejecting every form of it. Specifically they were against energetic euthanasia by a percentage of 84.4%, the passive euthanasia by 57.5% and the assisted suicide by 84%.

**Conclusion:** All the above findings of the research lead to the result that the dilemma of euthanasia is the most frequent and cruel dilemma among the Greek nurses. The creation of bioethics committees in every hospital and a clear legal framework is perhaps the solution to this major problem.

**Key words:** Euthanasia, bioethics, dilemma, nurses.

#### **Corresponding author**

*Liakopoulos John,*

*Tel. 6977400456*

*E-mail: johnliako@hotmail.com*

#### **Εισαγωγή**

**Η** ευθανασία είναι ένα πολυδιάστατο θέμα το οποίο κατά καιρούς έχει απασχολήσει την επιστημονική, φιλοσοφική και θρησκευτική κοινότητα. Κατά την τελευταία εικοσαετία η συζήτηση για την ευθανασία εμφανίζεται με ιδιαίτερη ένταση και επιμονή στο νομικό τύπο πολλών κρατών, είτε στα πλαίσια της ιατρικής ευθύνης είτε σε σχέση με τα δικαιώματα των ασθενών.<sup>1</sup>

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η λήψη απόφασης για ευθανασία αποτελεί δίλημμα που ταλανίζει την σκέψη πολλών ανθρώπων. Στην Ελλάδα

παρότι, το θέμα έρχεται στη δημοσιότητα ολοένα και περισσότερο, εντούτοις, ο όρος ευθανασία παραμένει ασαφής.<sup>2</sup>

Ευθανασία σημαίνει το καλώς θνήσκειν, όπου το «ευ» σημαίνει καλός, ωραίος, γενναίος, ευγενής και το δεύτερο μέρος της λέξεως αποδίδει την έκφραση για το φυσικό «θάνατο»<sup>3</sup>. Με τον όρο ευθανασία υπονοείται κυρίως η πρόκληση ανώδυνου θανάτου σε ανίατο ασθενή, που υποφέρει, χωρίς πλέον να έχει ελπίδα θεραπείας, με σκοπό τη λύτρωσή του.<sup>4</sup>

Ανάλογα με τον τρόπο που ασκείται η ευθανασία διακρίνεται σε ενεργητική ευθανασία, παθητική ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Υπάρχουν και άλλες μορφές ευθανασίας που συνεχώς μεταβάλλονται αφ' ενός λόγω αλλαγών στις αντιλήψεις της κοινωνίας, αφ' ετέρου λόγω της προόδου της επιστήμης και των πολύπλοκων μεθόδων στην προσπάθεια παρακάμψης των νομικών και ηθικών ευθυνών.<sup>3</sup>

Αναλυτικότερα ως Ενεργητική ευθανασία ορίζεται η επίσπευση του επικείμενου θανάτου με συγκεκριμένες ενέργειες όπως η χορήγηση φαρμάκων, μετά από απαίτηση του ανιάτως πάσχοντος ή και χωρίς αυτή.<sup>5-9</sup> Ως Παθητική ευθανασία ορίζεται η μη παροχή ή η διακοπή της ήδη εφαρμοζόμενης θεραπείας με συνέπεια να επισπεύδεται η κατάληξή του ασθενούς. Στην παθητική ευθανασία δεν περιλαμβάνεται η περίπτωση της διακοπής ή της μη έναρξης αγωγής η οποία εξασφαλίζει τη συμπτωματική ανακούφιση του ασθενούς.<sup>5-11</sup> Ως Υποβοηθούμενη αυτοκτονία ορίζεται η χορήγηση στον ίδιο τον άρρωστο του μέσου (π.χ. τοξικής ουσίας), από τον ιατρό, για τον τερματισμό της ζωής του στα τελικά στάδια της βασανιστικής ανιάτης νόσου.<sup>3,5,6,8,12</sup>

Ευρύτατες έρευνες αποκαλύπτουν καθημερινά σε διεθνές επίπεδο ότι η ευθανασία είναι μια πρακτική που τηρείται, έστω κι αν αποτελεί κοινή συνείδηση ότι είναι μια πρακτική που απαγορεύεται από το δίκαιο.<sup>13</sup> Σε έρευνα των Cartwright et al<sup>14</sup>, σε ερώτηση που έγινε σε

νοσηλευτές, που είναι υπέρ της ευθανασίας και επιθυμούν την αλλαγή νόμου που ισχύει, το 46% των νοσηλευτών ήταν σύμφωνο με την άποψη αυτή. Επίσης, σε έρευνα των Γιάκης και συν<sup>15</sup>, που διεξήχθη σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ της Αττικής, το 50,5% θα ήθελε να θεσμοθετηθεί η ευθανασία υπό προϋποθέσεις.

Το πρώτο αγαθό που πρέπει να προστατεύει η πολιτεία και μάλιστα με την απειλή της μεγαλύτερης ποινής, είναι η ανθρώπινη ζωή, γεννημένη και αγέννητη.<sup>16</sup> Στην χώρα μας, η ζωή, ως πρώτιστο στοιχείο της «αξίας του ανθρώπου» ανάγεται με ρητό συνταγματικό κανόνα σε απόλυτο έννομο αγαθό που προστατεύεται κυρίως με τις δραστικές διατάξεις των άρθρων 299 έως 307 του Ποινικού Κώδικα.<sup>17</sup>

Στην Ολλανδία ισχύει από την 1η Ιανουαρίου 2002, νόμος, σύμφωνα με τον οποίον δεν αποτελεί έγκλημα η πράξη του ιατρού, η οποία χαρακτηρίζεται ως «αρωγή σε αυτοκτονία» και η οποία είναι δυνατόν να συνίσταται σε παροχή των κατάλληλων φαρμάκων ή σε κάποια άλλη μέθοδο, εάν συντρέχουν κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις.<sup>17</sup>

Το δικαίωμα στη ζωή, της οποίας δικαιούχος είναι κάθε άνθρωπος, χωρίς να ενδιαφέρει η ηλικία του, η διανοητική του κατάσταση ή οτιδήποτε άλλο πρέπει να γίνεται σεβαστό από όλους.<sup>18,19</sup> Το άρθρο 5 της Σύμβασης του Οβιέδο αναγνωρίζει και κατοχυρώνει το

δικαίωμα ενός ατόμου να αρνηθεί θεραπευτική αγωγή.<sup>19</sup>

Το δικαίωμα της ζωής είναι ιερό και είναι ευθύνη της κοινωνίας και των λειτουργών υγείας να το διαφυλάξουν, για αυτό το λόγο σκοπός της παρούσας εργασίας τέθηκε να μελετηθεί η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αποφάσεις ευθανασίας και συγκεκριμένα απέναντι στην ενεργητική ευθανασία, την παθητική ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

### **Σκοπός**

Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αποφάσεις ευθανασίας και συγκεκριμένα απέναντι στην ενεργητική ευθανασία, την παθητική ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

### **Υλικό και μέθοδος**

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 212 νοσηλευτές από 4 Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής, Κοργιαλένιο - Μπενάκειο, Ιπποκράτειο, Λαϊκό και Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας - Αγία Όλγα. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε μετά από ανασκόπηση βιβλιογραφίας. Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας έγινε σχετικό αίτημα στα Δ.Σ. των Ιδρυμάτων καθώς και στις επιστημονικές

επιτροπές. Δόθηκε η άδεια και έγινε διανομή των ερωτηματολογίων με την μορφή χιονοστιβάδας. Όσοι νοσηλευτές δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα ενημερώθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και ότι συμμετείχαν εντελώς εθελοντικά. Το ερωτηματολόγιο, εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν γενικά την ευθανασία ως γενικότερη έννοια αλλά και ως θεωρία, ερωτήσεις που αφορούσαν την ζωή και τον θάνατο, την αυτοκτονία, και ερωτήσεις για το κάθε είδος ευθανασίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 27/11/2008 έως 23/02/2009 σε νοσοκομεία της Αττικής. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS και με την δοκιμασία Chi square (x<sup>2</sup>).

### **Αποτελέσματα**

Από τα 250 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν επιστράφηκαν τα 212 (δείκτης ανταπόκρισης 84,8%). Από αυτά 109 (51,4%) συμπληρώθηκαν στο γενικό νοσοκομείο Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, 54 (25,5%) στο γενικό νοσοκομείο Ιπποκράτειο, 32 (15,1%) στο γενικό νοσοκομείο Λαϊκό και 17 (8%) από το γενικό νοσοκομείο Ν. Ιωνίας-Αγία Όλγα. (Πίνακας 1)

Στην πλειοψηφία του το δείγμα αποτελείτο από 199 (93,9%) γυναίκες και από 13 (6,1%) άνδρες (Πίνακας 2). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 31 - 35 χρονών (Πίνακας 3).

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, στην πλειονότητα του το δείγμα αποτελείτο από απόφοιτους των ΤΕΙ (69,3%). Το (29,2%) των ερωτηθέντων είχαν προϋπηρεσία σε Μ.Ε.Θ. και στην συντριπτική του πλειοψηφία το δείγμα αποτελείτο από Χριστιανούς Ορθόδοξους (98,6%).

Στο κρίσιμο ερώτημα για το αν εγκρίνουν την ευθανασία, ως γενικό όρο, οι Έλληνες νοσηλευτές τάσσονται κατά σε ποσοστό 65,1% (138) (Γράφημα 1). Η απάντηση τους στο ερώτημα αυτό επηρεάζεται από το φύλο ( $p<0,01$ ), τη θρησκεία ( $p<0,05$ ) και τη θρησκευτικότητα ( $p<0,01$ ). Στο ερώτημα για το αν οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα για τη ζωή ή το θάνατο, οι απόψεις των νοσηλευτών δίστανται σε ποσοστό 50,9% (108) να υποστηρίζουν πως οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα αυτό, ενώ το 49,1% (104) δεν συμφωνεί με το να αποφασίζουν οι άνθρωποι για την ζωή ή το θάνατο (Γράφημα 2). Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα φαίνεται να επηρεάζεται από τον παράγοντα της θρησκευτικότητας ( $p<0,01$ ). Όσοι είχαν μεγάλη θρησκευτικότητα ήταν αρνητικοί απέναντι στο δικαίωμα στο θάνατο σε ποσοστό 65,5%, σε αντίθεση με όσους είχαν μεσαία, μικρή ή καθόλου θρησκευτικότητα των οποίων τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν πολύ μικρότερα (48,4%, 29,6%, 0%).

Στην ερώτηση αν οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα στην αυτοκτονία το 79,7% (169) των νοσηλευτών τάσσεται κατά και το 20,3%

(43) υπέρ του δικαιώματος (Γράφημα 3). Στη μελέτη μας η απάντηση στο ερώτημα αυτό επηρεάζεται από τους παράγοντες της θρησκείας και της θρησκευτικότητας. Όσοι από τους νοσηλευτές δεν είχαν καθόλου θρησκευτικότητα τάσσονται υπέρ αυτού του δικαιώματος (83,3%), ενώ όσοι είχαν μικρή, μεσαία, ή μεγάλη θρησκευτικότητα ήταν αντίθετοι (33,3%, 20,2%, 7,3%).

Όσον αφορά τη στάση των νοσηλευτών έναντι των τριών μορφών της ευθανασίας παρατηρούμε πως τάσσονται κατά αυτών. Αναλυτικότερα είναι αρνητικοί στην ενεργητική ευθανασία σε ποσοστό 84,4%, στην παθητική σε ποσοστό 57,5% και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε ποσοστό 84% (Γράφημα 4).

Εν συνεχεία παρατίθενται αναλυτικότερα τα αποτελέσματα της παθητικής ευθανασίας διότι παρατηρούμε πως ένα υψηλό ποσοστό των νοσηλευτών (42,5%) τάσσεται υπέρ αυτής (Γράφημα 5). Η ερώτηση αυτή επηρεάστηκε από τον παράγοντα της ηλικίας ( $p<0,01$ ), του φύλου ( $p<0,05$ ), της θρησκευτικότητας ( $p<0,01$ ) και του νοσοκομείου. Όσον αφορά την ηλικία παρατηρήθηκε πως οι ηλικιακές κατηγορίες των 26-30, 36-40, 41-45 τάσσονται υπέρ της παθητικής ευθανασίας ενώ οι ηλικίες των 20-25, και 31-35 τάσσονται κατά αυτής (Πίνακας 4). Στον παράγοντα φύλο διαπιστώθηκε πως οι άντρες νοσηλευτές είναι υπέρ αυτής σε ποσοστό 69,2% αλλά στο δείγμα μας υπήρχαν μόνο 13 άντρες, το

αποτέλεσμα όμως αυτό ανήκει στα ασθενή δεδομένα (soft data) και θα πρέπει να μελετηθεί στο μέλλον. Στον παράγοντα νοσοκομείο παρατηρήσαμε πως οι νοσηλευτές του νοσοκομείου «Ερυθρός» τάσσονται κατά της μορφής αυτής σε ποσοστό 64,2%, του νοσοκομείου «Αγία Όλγα» σε ποσοστό 76,5% ενώ οι νοσηλευτές των νοσοκομείων «Λαϊκό» και «Ιπποκράτειο» είναι υπέρ αυτής σε ποσοστό 62,5% και 50% αντίστοιχα. Θα πρέπει να επισημάνουμε πως σ' αυτό το αποτέλεσμα υπήρχε διαφορετικός αριθμός δείγματος από νοσοκομείο σε νοσοκομείο (Γράφημα 6).

Στη συνέχεια βλέπουμε τα αποτελέσματα της ενεργητικής ευθανασίας όπου το 84,4% (179) των νοσηλευτών είναι κατά της μορφής αυτής ενώ το 15,6% (33) τάσσεται υπέρ (Γράφημα 7). Η ερώτηση αυτή επηρεάστηκε από την θρησκεία ( $p < 0,05$ ) και την θρησκευτικότητα ( $p < 0,001$ ).

Στην τρίτη μορφή ευθανασίας, παρατηρούμε πως οι νοσηλευτές είναι κατά της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε ποσοστό 84% κρατώντας την ίδια στάση με την ενεργητική ευθανασία, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 16% συμφωνεί με αυτή την μορφή ευθανασίας (Γράφημα 8). Η ερώτηση αυτή επηρεάστηκε από το θρήσκευμα και την θρησκευτικότητα.

### Συζήτηση

Ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης, στον Όρκο του Ιατρού γράφει το καθήκον του θεραπευτή, ο οποίος πρέπει «Αγνώς δε και οσίως διατηρήσω βίον, εκτός εάν πάσης αδικίας εκουσίης και φθορίης», ενώ στο Νόμο του διαλαμβάνει το εξής κείμενο «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλών τοιήνδε».<sup>18,20</sup>

Στις μέρες μας, με την αύξηση των δυνατοτήτων επέμβασης στο χρόνο του θανάτου, αλλά και με την αύξηση του ενδιαφέροντος του ατόμου να αυτοπροσδιορίζεται και να αποφασίζει μόνος του για τη ζωή και το θάνατο του, το πρόβλημα της ευθανασίας επανατίθεται με διαρκώς αυξανόμενη ένταση.

Σε σχετική ερώτηση που θέσαμε στο δείγμα της έρευνας μας για το αν οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να αποφασίζουν για τη ζωή ή τον θάνατο, το 50,9% τάσσεται υπέρ αυτού του δικαιώματος. Δεν τηρούν όμως την ίδια στάση όταν αναφέρονται στο δικαίωμα στην αυτοκτονία. Μόλις το 20,3% του δείγματος τάσσεται υπέρ αυτού του δικαιώματος. Η διαφορά που παρουσιάζεται στην στάση του νοσηλευτικού προσωπικού, φαίνεται πως σχετίζεται με τον παράγοντα της θρησκείας. Η ελληνική ορθόδοξη εκκλησία απαγορεύει κατά οποιονδήποτε τρόπο την πράξη της αυτοκτονίας.<sup>3</sup> Για τον λόγο αυτό, μόνο όσοι έχουν χαμηλή θρησκευτικότητα τάσσονται υπέρ του δικαιώματος αυτού. Σε μελέτη των

Acte et al<sup>21</sup>, που έγινε στη Φινλανδία σε 100 καρκινοπαθείς, κανείς δεν εξέφρασε σκέψεις αυτοκτονίας, αν και ένας αργότερα αυτοκτόνησε. Σε ανάλογη έρευνα στις ΗΠΑ των Brown et al<sup>22</sup>, σε 44 ασθενείς τελικού σταδίου έδειξε ότι 34 από τους ασθενείς δεν επιθυμούσε να συντομευτεί το τέλος. Από τους υπόλοιπους, 3 εξέφρασαν τάσεις αυτοκτονίας και 7 την επιθυμία να συντομευτεί το τέλος. Και οι 10 ασθενείς, όπως βρέθηκε στο ιστορικό τους, έπασχαν από κατάθλιψη. Επομένως, είναι φανερό ότι η ζωή όσο επώδυνη και αν είναι, κανείς από τους ασθενείς δεν ήθελε τον θάνατο αφού και οι 10 με τις ενδιάμεσες επιθυμίες βρέθηκε ότι είχαν κατάθλιψη.

Σύμφωνα με έρευνα των GG van Bruchem-van de Scheur et al<sup>23</sup> που διενεργήθηκε στη Γερμανία, σχετικά με το ρόλο των νοσηλευτών στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, το 45,1% των ασθενών εξέφρασαν την επιθυμία τους για ευθανασία πρώτα στους νοσηλευτές. Σε άλλη έρευνα των Γιάκης και συν<sup>14</sup>, που έγινε στην Ελλάδα σε μονάδες Μ.Ε.Θ., διαπιστώθηκε ότι το 27,8% του δείγματος είχε δεχθεί αίτημα ευθανασίας από ασθενείς. Τα αποτελέσματα αυτά μας δείχνουν το πόσο έντονα αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές το δίλημμα της ευθανασίας.

Σε έρευνα των Stevens et al<sup>24</sup>, που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, το 16% των νοσηλευτών ήταν υπέρ της ευθανασίας αλλά δεν ήθελε να αλλάξει ο νόμος προκειμένου να επιτρέπεται. Παρόμοια είναι

και τα αποτελέσματα της έρευνας μας, όπου το 15,6% των Ελλήνων νοσηλευτών είναι υπέρ της ενεργητικής ευθανασίας. Αυτό το ποσοστό οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι οι παράγοντες της θρησκείας και της θρησκευτικότητας επηρεάζουν την απόφαση τους αυτή. Επίσης στους Έλληνες νοσηλευτές είναι έντονο το αίσθημα του φόβου, ότι σε περίπτωση νομιμοποίησης της ενεργητικής ευθανασίας θα γίνει κατάχρηση της. Το 85,8% των Ελλήνων νοσηλευτών βλέπει τον κίνδυνο της κατάχρησης ως πιθανό ενδεχόμενο.

Οι Έλληνες νοσηλευτές είναι πιο θετικοί απέναντι στην παθητική ευθανασία έναντι της ενεργητικής ευθανασίας. Το 42,5% του δείγματος τάσσεται υπέρ της παθητικής ευθανασίας. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται από αποτελέσματα παλαιότερης έρευνας των Γιάκης και συν<sup>14</sup>, που είχε γίνει σε νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. και έδειξε ότι το 42,3% των νοσηλευτών τασσόταν υπέρ της παθητικής ευθανασίας. Σε έρευνα των Pateralou et al<sup>25</sup>, το 51% των νοσηλευτών είναι αρνητικό στην παθητική ευθανασία εφόσον θα ήταν νόμιμοι.

Επίσης, σε έρευνα των Bilsen et al<sup>26</sup>, που πραγματοποιήθηκε στο Βέλγιο, το 58,8% των νοσηλευτών διαχειριζόταν τα θανατηφόρα φάρμακα σε περιπτώσεις ευθανασίας στα διάφορα ιδρύματα και το 17,2% σε κατ οίκον νοσηλεία.

Σε ανάλογη έρευνα των Πριάμη και συν<sup>27</sup>, που έγινε σε νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. και παθολογικών

τμημάτων, το 59,8% του δείγματος ήταν αντίθετο στην διακοπή της επιθετικής αγωγής προκειμένου να επισπευτεί ο θάνατος.

Σε παλαιότερη έρευνα της Γκίκα<sup>6</sup> οι νοσηλευτές τάσσονταν υπέρ της παθητικής ευθανασίας σε ποσοστό 11,8%. Η αύξηση που παρατηρείται στην έρευνά μας πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η παράταση της ζωής σε ασθενείς τελικού κλινικού σταδίου, με μηχανικά μέσα έχει φτάσει στο σημείο να θεωρείται από πολλούς μέγιστο κακό.

Σχετικά με το τρίτο είδος της ευθανασίας, την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, οι Έλληνες νοσηλευτές τηρούν ανάλογη στάση με την ενεργητική ευθανασία. Το 84% του δείγματος τάσσεται ενάντια στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με το αποτέλεσμα της άρνησης του δικαιώματος της αυτοκτονίας.

Σε έρευνα των Mustakidou et al<sup>28</sup>, που διενεργήθηκε σε διάφορα νοσοκομεία της Ελλάδας, σχετικά με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε ασθενείς με καρκίνου τελικού σταδίου, βρέθηκε ότι 3,6% του δείγματος γνώριζε περιστατικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στα οποία είτε είχαν συμμετοχή οι ίδιοι οι νοσηλευτές, είτε οι γιατροί. Επίσης το 36% των νοσηλευτών είχε συζητήσει το θέμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας με ασθενείς.

Όπως γίνεται αντιληπτό, αρκετοί ασθενείς θέτουν ως σημαντικό παράγοντα για την συνέχιση της ζωής τους, την αξιοπρέπεια.

Επιθυμούν, δηλαδή, τις τελευταίες τους στιγμές, το επίπεδο της ζωής τους να διατηρεί μια αξιοπρέπεια.

### **Συμπεράσματα**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν αρνητική στάση απέναντι στην ενεργητική ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ενώ διχάζονται οι απόψεις τους σχετικά με την παθητική ευθανασία. Το δίλημμα της ευθανασίας αποτελεί ίσως το πιο συχνό και σκληρό δίλημμα για τους Έλληνες νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας επαληθεύονται από αυτά αντίστοιχων ερευνών, αυξάνοντας έτσι την εγκυρότητα τους.

### **Προτάσεις**

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας μας, θα μπορούσαμε να προτείνουμε:

1. Επιβάλλεται η δημιουργία επιτροπών βιοηθικής σε κάθε νοσοκομείο, προκειμένου να διασφαλισθούν πλήρως τα δικαιώματα των ασθενών και να αποφευχθεί η χρήση της ευθανασίας για τρίτους σκοπούς.
2. Θα πρέπει να προσφέρεται καλύτερη και πιο εξειδικευμένη φροντίδα στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, προκειμένου να εξασφαλιστεί ένας ήρεμος και ανώδυνος θάνατος
3. Προκειμένου να πάψει η ευθανασία να αποτελεί δίλημμα, θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα σαφές νομικό πλαίσιο το

οποίο δεν θα αφήνει κανένα περιθώριο για αμφισβήτηση.

Ας είναι η νοσηλευτική αυτή που θα μπορέσει, μέσω των λειτουργιών της, να προστατεύσει τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως άλλωστε κάνει μέχρι σήμερα, και ας είναι αυτή που θα απαλύνει τον πόνο, σωματικό και ψυχικό.

### **Βιβλιογραφία**

1. Διαδικτυακή σελίδα: Ισμήνης Κριάρη, Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα-Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου, η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Επιτροπή Βιοηθικής. [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr)
2. Papapetropoulos Th. Physician-assisted suicide for progressive neurological diseases, *Lancet* 1996, 347:1968
3. Διαδικτυακή σελίδα : Εισηγήσεις του Σεβασμιότατου Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. Νικολάου, Ιερά σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Η θέσις της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας, Απρίλιος 2005. [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr)
4. Διαδικτυακή σελίδα: Ελιζαμπέττα Καζαλόττι, Βίος αβίωτος ή αξιοπρέπεια; [www.enet.gr](http://www.enet.gr). Πρόσβαση : 16 Ιανουαρίου 2001
5. Παπαπετρόπουλος Θ, Πατρινός Α, Πελεκούδας Β, Βγενόπουλος Α, Πασχάλης Χ. Τάσεις προς την ευθανασία μεταξύ ιατρών. Δικηγόρων, δικαστών και φοιτητών ιατρικής στην πόλη των Πατρών, *Ιατρική* 1997, 72 (1):69-73
6. Γκίκα Μ. Η ευθανασία και το ηθικό δίλημμα των νοσηλευτών. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1995. 20-23
7. Κούντουρας, Δ. Χατζόπουλος, Χ. Ζαβός Α, ειδικό άρθρο Ευθανασία, *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας* 2003, 149
8. Διαδικτυακή σελίδα : Γεωργιάδη Α. Το δικαίωμα στον θάνατο, Ιερά σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Επιτροπή Βιοηθικής. [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr)
9. Γκαράνη-Παπαδάτου Τ. , Δελλαγραμμάτικας Η. , Δάλλα-Βόργια Π. , Τουπαδάκη Ν. , Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. , Θέματα ιατρικής ηθικής στην αντιμετώπιση βαριά πασχόντων νεογνών. *Απόψεις προσωπικού νεογνολογικών τμημάτων. Παιδιατρική*, 1998, 61:585-596
10. Αβραμίδης Α. Ευθανασία. Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1995, 21, 52
11. Ζηρογιάννης Ν.Π., Τζαβέλλα Φ, Κουτσελίνης Α. Ευθανασία: Η ηθική του τέλους της ζωής. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχολογίας. 1998
12. Latimer E. Mc Gregor J. Euthanasia, physician assisted suicide and the ethical care of dying patients, *Canadian Medical Association* 1994:151(8)1133-1135
13. Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε. Εγκλήματα κατά της ζωής. Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη 2001. 179, 183 – 187

14. Cartwright C. Williams G. Steinberg M. Does being against euthanasia legislation equate to being anti-euthanasia?, *Internal Medicine Journal*, 2006, 36: 256-259
15. Γιάκης Ν, Μερκούρης Α, Πολυχρονοπούλου Ε, Αδαλή Ε. Εντατική θεραπεία: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία, *Νοσηλευτική*, Ιανουάριος - Μάρτιος 2005, 44(1) : 84 - 91
16. Καράμπελα Α. Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή. Εκδοτική εστία, Αθήνα 1987. 7, 16 - 19
17. Διαδικτυακή σελίδα : Βελλής Γ, Η ευθανασία από τη σκοπιά του ποινικού δικαίου, η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Επιτροπή Βιοηθικής. [www.bioethics.org.gr](http://www.bioethics.org.gr)
18. Γιαννοπούλου Α. Διλήμματα και προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική. Εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα 2003, 43, 253, 260.
19. Αγγελάκη Σ. Διπλωματική Εργασία: Θέμα: Το ζήτημα της ευθανασίας - Εγκληματολογικές προσεγγίσεις. Πάντειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 2008, 79-80
20. Κοεμτζόπουλου Α. Ευθανασία. Δημοσιεύματα του Ελληνικού τμήματος της διεθνούς εταιρείας κοινωνικής άμυνας με ανθρωπιστική αντεγκληματική πολιτική. *Θεσσαλονίκη* 1996, 13
21. Acte K.A, Vauhkomen M.L. Cancer and the psyche, *Omega*, 1971, 2: 46-56
22. Brown J.H, Henteleff P, Bakarar S, Rowe C.J. Is it normal for terminally ill patients to desire death?, *American Journal of Psychiatry*, 1986, 143:208-11.
23. GG van Bruchem-van de Scheur. Arie JG van der Arend. Huda Huijter Abu - Saad. Frans CB van Wijmen. Cor Spreeuwenberg. Ruud HJ ter Meulen. Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 1618-1626
24. Stevens CH. - Hassan R. Management of death, dying and euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners in South Australia, *Journal of medical ethics*, 1994, 20:41-46.
25. Pateralou E., Vardanas C., Fioraki I., Agelakis T., Dafermoy M., Ntzilepi P., Euthanasia in Greece: Greek nurse' s involvement and beliefs., *International Journal of Palliative Nursing* 2009, 15(5):170-175
26. Bilsen J. Stichele R. Mortier F. Deliens L., Involvement of nurses in physician-assisted dying. *Journal of advanced nursing, Belgium* 2004, 47(6), 583-591
27. Πριάμη Μ. Μερκούρης Α. Αδαλή Ε. Τουρούκη Γ. Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία. *Νοσηλευτική*, 2001,40 (4): 43 - 50
28. Mystakidou K. Parpa E. Tsilika E. Sakkas P. Patiraki E. Pistevou- Gombaki K. Govina O. Vlahos L. Euthanasia and physician

assisted suicide in cases of terminal cancers the opinion of physicians and nurses in Greece, *Medicine, Science and the law*, 2008,48 (4): 333-341.

## Παράρτημα

Πίνακας 1: Κατανομή Νοσηλευτών στα νοσοκομεία

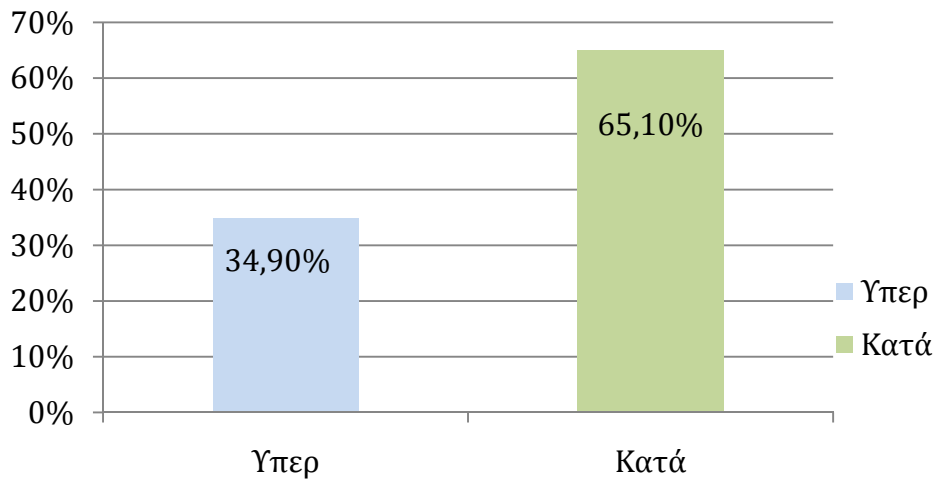
Νοσοκομεία	N	%
Κοργιαλένιο-Μπενάκειο	109	51,4%
Ιπποκράτειο	54	25,5%
Λαϊκό	32	15,1%
Αγία Όλγα	17	8%
<b>Σύνολο</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>

Πίνακας 2: Κατανομή με βάση το φύλο

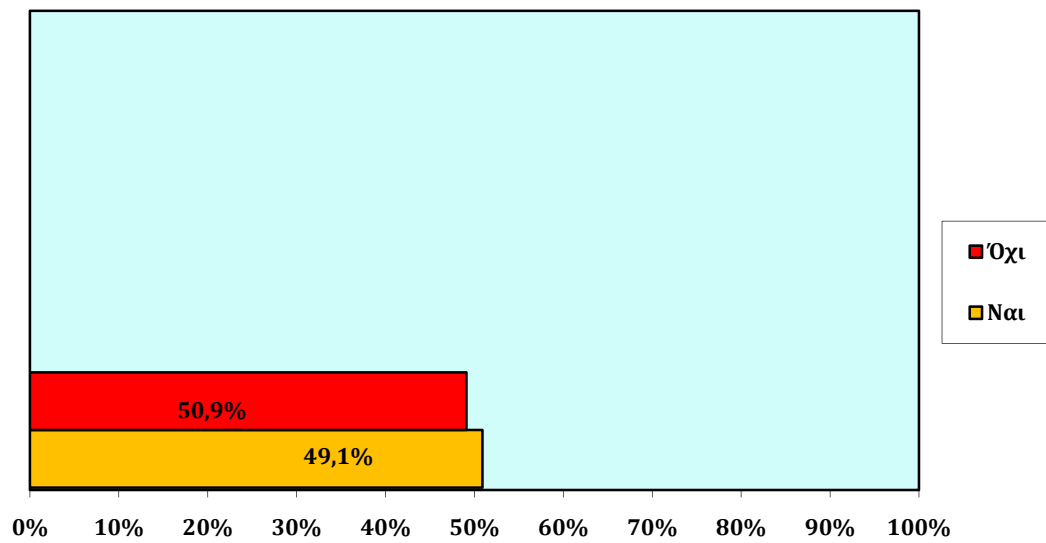
Φύλο	N	%
Άνδρες	13	6,1%
Γυναίκες	199	93,9%

Πίνακας 3: Κατανομή Ηλικιών

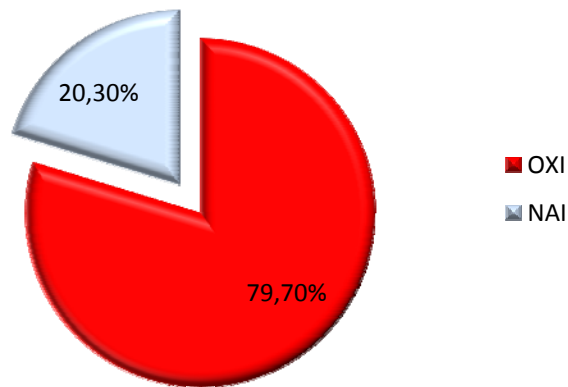
Ηλικιακή κατηγορία	N	%
20-25	51	24,1%
26-30	27	12,7%
31-35	27	12,7%
36-40	44	20,8%
41-45	63	29,7%
$\bar{x} = 31-35$	212	100%



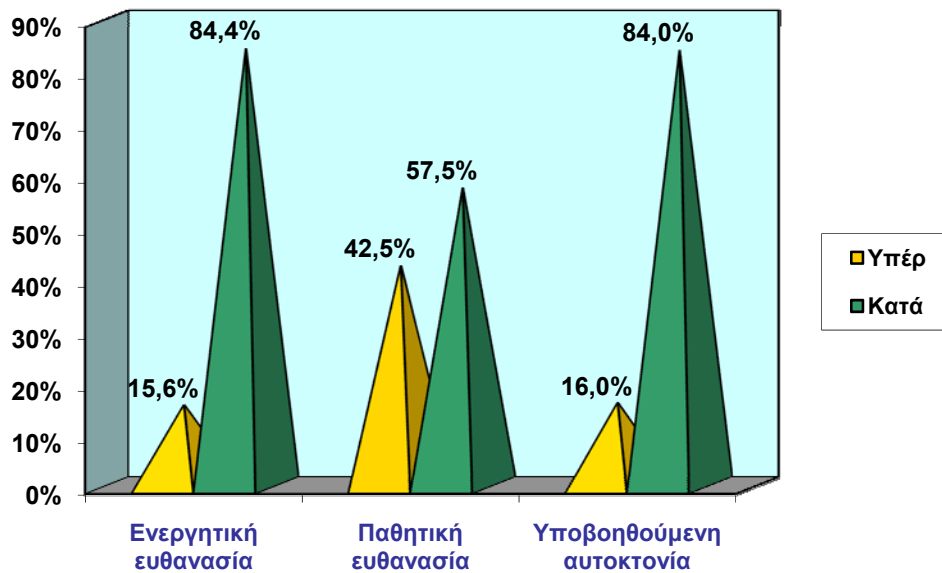
Γράφημα 1: Η άποψη των νοσηλευτών για την ευθανασία ως γενικό όρο.



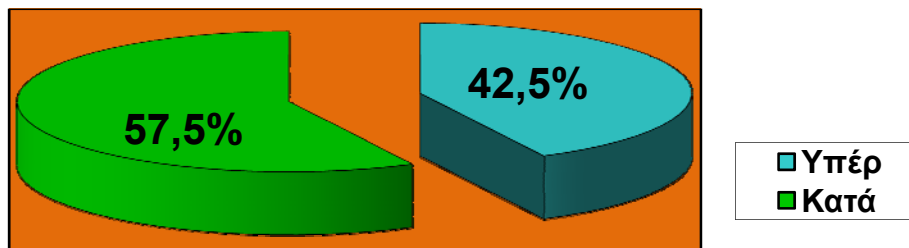
Γράφημα 2: Το δικαίωμα του ανθρώπου στο θάνατο ή τη ζωή



Γράφημα 3: Το δικαίωμα στην αυτοκτονία



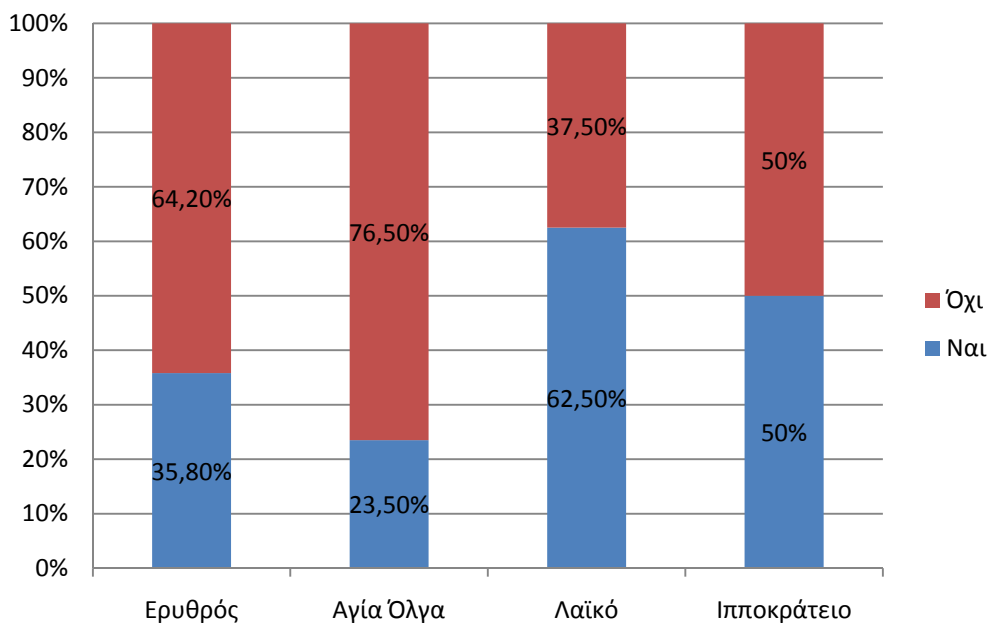
Γράφημα 4: Η άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τις τρεις μορφές ευθανασίας



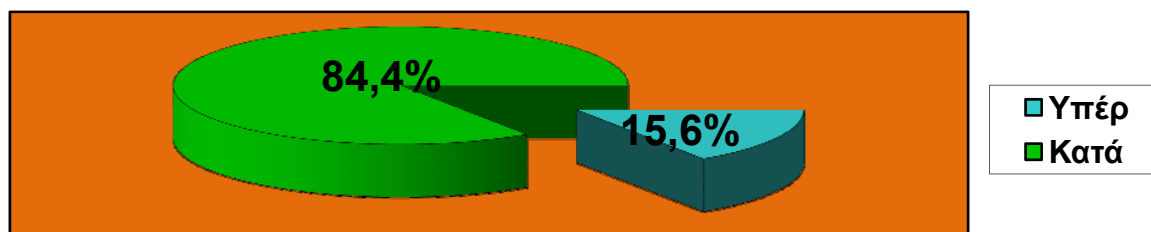
Γράφημα 5: Άποψη των νοσηλευτών για την παθητική ευθανασία

Πίνακας 4: Ηλικιακές κατηγορίες σε σχέση με την παθητική ευθανασία

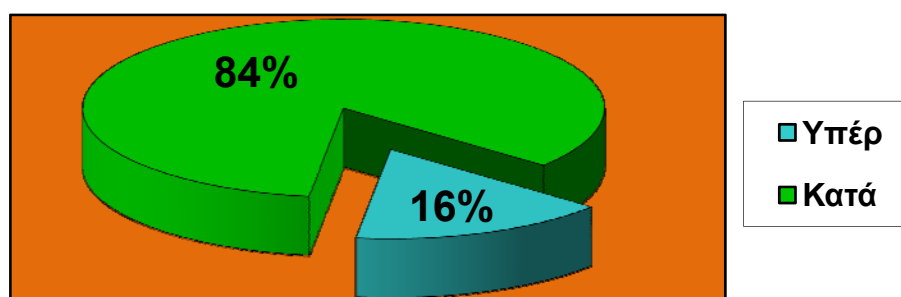
Ηλικιακές κατηγορίες - Παθητική ευθανασία											Σύνολο
	20-25		26-30		31-35		36-40		41-45		
	Υπέρ	Κατά	Υπέρ	Κατά	Υπέρ	Κατά	Υπέρ	Κατά	Υπέρ	Κατά	
%	5,2%	18,9%	7,1%	5,7%	6,1%	6,6%	11,8%	9%	12,3%	17,5%	100%
N	11	40	15	12	13	14	25	19	26	37	212



Γράφημα 6: Η άποψη των νοσηλευτών για την παθητική ευθανασία σε σχέση με το νοσοκομείο



Γράφημα 7: Άποψη των νοσηλευτών για την ενεργητική ευθανασία



Γράφημα 8: Άποψη των νοσηλευτών για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία