

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών
Quarterly scientific, online journal of A' Nursing department, Technological Educational Institute of Athens

"To Vima tou Asklipiou"
Rostrum of Asclepius



ISSN 1109-4486

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Η υγιεινή και ασφάλεια, μετρήσιμος στόχος βελτίωσης της απόδοσης και μέτρο επιτυχίας στο νοσοκομείο

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- Ασκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα
- Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο
- Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης
- Επείγοντα ογκολογικά προβλήματα

ΕΡΕΥΝΕΣ

- Δημιουργία και εγκυροποίηση ερωτηματολογίου-εργαλείου εκτίμησης της συμμόρφωσης ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II στο θεραπευτικό σχήμα
- Η επίδραση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη λοχεία
- Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας
- Διερεύνηση γνώσεων νοσηλευτών ως προς τη σωστή τεχνική μέτρησης αρτηριακής πίεσης

10^{ος} Τόμος
1^ο Τεύχος

10th Volume, 1st Issue

Ιανουάριος -
Μάρτιος 2011

January - March 2011

Περιεχόμενα

Contents

Σελίδα- Page

Άρθρο Σύνταξης – Editorial

- Η υγιεινή και ασφάλεια, μετρήσιμος στόχος βελτίωσης της απόδοσης και μέτρο επιτυχίας στο νοσοκομείο.
The health and safety, measurable objective of performance's improvement and measure of success in hospital.
(Editorial article is available only in Greek)
- 3

Ανασκοπήσεις - Reviews

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα.
Management in public and private hospital in Greece. | 10 |
| 2. | Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό, εναλλασσόμενο φαινόμενο.
The concept of need as a dynamic, alternating phenomenon. | 22 |
| 3. | Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης.
Risk factors of teenage pregnancy. | 38 |
| 4. | Επείγοντα ογκολογικά προβλήματα.
Oncologic emergencies. | 56 |

Έργα – Original Papers

- | | | |
|----|--|-----|
| 1. | Δημιουργία και εγκυροποίηση ερωτηματολογίου-εργαλείου εκτίμησης της συμμόρφωσης ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II στο θεραπευτικό τους σχήμα.
Development and validation of a diabetes type II, self-care activities questionnaire. | 76 |
| 2. | Η επίδραση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη λοχεία.
The effect of psychological resilience in postpartum depressing symptomatology. | 94 |
| 3. | Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας.
Levels of anxiety, fatigue, satisfaction and self-esteem of nursing staff in public hospitals of Iiia. | 118 |
| 4. | Διερεύνηση γνώσεων νοσηλευτών ως προς τη σωστή τεχνική μέτρησης αρτηριακής πίεσης.
Exploration of nurses' knowledge regarding correct way of blood pressure measurement. | 134 |



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Η υγιεινή και ασφάλεια, μετρήσιμος στόχος βελτίωσης της απόδοσης και μέτρο επιτυχίας στο νοσοκομείο

Ο όρος υγεία και ασφάλεια στην εργασία αφορά τις συνθήκες και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ευεξία όχι μόνο των εργαζομένων αλλά και των προσωρινά απασχολούμενων, του προσωπικού των εργολάβων, των επισκεπτών και οποιουδήποτε άλλου προσώπου στο χώρο εργασίας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Υγιεινή της εργασίας στοχεύει στη διατήρηση της εργασιακής ικανότητας των εργαζομένων, στη βελτίωση της εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος, ώστε να είναι συμβατό με τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας και στην ανάπτυξη της οργάνωσης και της κουλτούρας της εργασίας στην κατεύθυνση της υγιεινής και ασφάλειας. Επομένως, η Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία προάγει το θετικό κοινωνικό κλίμα και την ομαλή λειτουργία μιας επιχείρησης και μπορεί να αυξήσει και την παραγωγικότητά της.

Σήμερα η εργασιακή υγιεινή και ασφάλεια είναι νομικά θεσμοθετημένη σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες και πρέπει να αποτελεί πρώτιστο μέλημα όλων των οργανισμών, καθώς η οποιαδήποτε επαγγελματική ενασχόληση ανάλογα με τη φύση της και το περιβάλλον στο οποίο πραγματοποιείται μπορεί να ασκήσει βλαβερή επίδραση στην υγεία των εργαζομένων, η οποία εκδηλώνεται είτε ως επαγγελματικό ατύχημα είτε ως επαγγελματικό νόσημα.

Με μέτρα και πολιτικές μπορεί να εξασφαλίζεται το δικαίωμα στην εργασία για όλους τους πολίτες, αλλά ταυτόχρονα να κατοχυρώνεται και το δικαίωμα για ασφάλεια και υγιεινή στην εργασία.

Βασικοί άξονες

Τρεις είναι οι βασικοί άξονες που συμβάλλουν στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ως εκ τούτου στην διασφάλιση της υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων.

Πρώτος άξονας: Το θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο

Είναι η νομοθετική θωράκιση της ασφαλούς και υγιεινής εργασίας σε πλήρη εναρμόνιση με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και με πρόσθετα μέτρα.

Ο θεσμικός **Ν. 1568/85** υποχρεώνει όλες τις επιχειρήσεις με περισσότερους από 50 εργαζόμενους να εξασφαλίζουν για το προσωπικό τους υπηρεσίες τεχνικού ασφαλείας και γιατρού εργασίας.

Ορίζεται η σύσταση **Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας** (ΕΥΑΕ) που αποτελείται από εκλεγμένους αντιπροσώπους των εργαζομένων. Είναι συμβουλευτικό όργανο με αρμοδιότητες:

- Στη μελέτη των συνθηκών εργασίας, ώστε να προτείνει μέτρα για τη βελτίωσή τους,
- Στην παρακολούθηση της τήρησης των μέτρων υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας,
- Στην επισήμανση του επαγγελματικού κινδύνου ώστε να προτείνει μέτρα για την αντιμετώπισή του, συμμετέχοντας έτσι στην διαμόρφωση της πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας.

Στις διατάξεις του ίδιου νόμου καθορίζονται κτιριολογικές απαιτήσεις, σχεδιασμός χώρων, θέσεων εργασίας, έξοδοι κινδύνου, διάδρομοι κυκλοφορίας, μέτρα πρόληψης του κινδύνου από μηχανήματα, εργαλεία, συσκευές.

Συμπεριλαμβάνονται μέτρα προστασίας των εργαζόμενων από φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες.

Μετέπειτα νομοθετικές ρυθμίσεις σε εναρμόνιση με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι οι ακόλουθες:

- Για την απασχόληση και τους όρους εργασίας και ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού σύμφωνα με τη Σύμβαση 149/1977 του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας.
- **Νόμος 3528/07**: Κύρωση του κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων ΝΠΔΔ και άλλες διατάξεις.
 - ο Η ισχύουσα Νομοθεσία για τον δημόσιο τομέα.
- **Π.Δ. 16/96** (ΦΕΚ 10/Α/96): Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ.
 - ο Χώροι εργασίας που χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά
 - ο Χώροι εργασίας που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί
 - ο Πυρανίχνευση – πυρόσβεση
 - ο Εξαερισμός
 - ο Φωτισμός
 - ο Θερμοκρασία χώρων
- **Π.Δ. 17/96** (ΦΕΚ 11/Α/96): Μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ.
 - ο Παροχή υπηρεσιών προστασίας – πρόληψη – τεχνικός ασφαλείας – γιατρός εργασίας.



- **Π.Δ. 95/99** (ΦΕΚ 102/Α/99): Όροι ίδρυσης και λειτουργίας Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης.
 - ο Ο εργοδότης μπορεί να αναθέσει καθήκοντα τεχνικού ασφαλείας και γιατρού εργασίας
 - σε αρμόδιους εργαζόμενους στην επιχείρηση
 - σε εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης (ΕΞΥΠΠ), οι οποίες πρέπει να εξασφαλίζουν ορισμένες προϋποθέσεις, ελάχιστο εξοπλισμό και προσωπικό

Όλες οι νομοθετικές ρυθμίσεις καλύπτουν σε σημαντικό βαθμό τα προβλήματα του κόσμου της εργασίας.

Είναι όμως σημαντικό να αναφερθεί ότι:

- Ο κόσμος της εργασίας μεταβάλλεται συνεχώς.
- Οι τεχνικές και επιστημονικές εξελίξεις δημιουργούν νέες διαδικασίες.
- Η εργασία οργανώνεται με νέους τρόπους,
- Νέα υλικά χρησιμοποιούνται.
- Η εφαρμογή νέων τεχνολογιών και νέων μορφών οργάνωσης της εργασίας ενδέχεται να περιορίσει τους παλαιούς κινδύνους αλλά επίσης να δημιουργήσει νέους.
- Για την αντιμετώπιση τόσο των νέων κινδύνων όσο και των ειδικών καταστάσεων χρειάζεται συνεχή βελτίωση της νομοθεσίας, ώστε να καλύπτονται νομοθετικά.

Επί πλέον των εθνικών νόμων και συμφωνιών υπάρχουν επίσης και διεθνείς συμφωνίες, διακηρύξεις και προγράμματα συνθηκών εργασίας:

Αυτά έχουν συνταχθεί από οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών, όπως ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και έχουν υιοθετηθεί από πολλές χώρες.

Ιδιαίτερης σπουδαιότητας και σημασίας είναι οι διεθνείς συμβάσεις και συστάσεις του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας που αναφέρονται στις συνθήκες ασφάλειας, υγιεινής, ευεξίας και κοινωνικής πρόνοιας στο χώρο εργασίας όπως το πρόγραμμα ΡΙΑCT του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας το οποίο άρχισε το 1976.

Το Πρόγραμμα αυτό αναγνωρίζει τις ακόλουθες αρχές, ως ουσιαστικές:

- α) Η εργασία πρέπει να λαμβάνει χώρα κάτω από ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες.
- β) Οι συνθήκες εργασίας πρέπει να στοχεύουν στο «ευ ζειν» των εργαζομένων και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
- γ) η εργασία πρέπει να προσφέρει πραγματικές ευκαιρίες για προσωπική επιτυχία, ικανοποίηση και κοινωνική υπηρεσία.

Δεύτερος άξονας: Ο μηχανισμός ελέγχου – Το σώμα Επιθεωρητών Εργασίας

Το κρίσιμο ζήτημα είναι να μετατρέπονται οι νομοθετικές ρυθμίσεις σε πράξη και να μπαίνουν στην εργασιακή ζωή.

Γι' αυτό ιδρύθηκε και λειτουργεί από την 1η Ιουλίου 1999 το Σώμα Επιθεωρητών Εργασίας. Είναι ένας ελεγκτικός μηχανισμός υψηλών προδιαγραφών για τη τήρηση των όρων στις εργασιακές σχέσεις και την τήρηση κανόνων για την ασφάλεια των εργαζομένων.

Τρίτος άξονας: Η ευθύνη και ο κοινωνικός διάλογος

Για να υλοποιηθεί ο στόχος βελτίωσης των συνθηκών εργασίας έχουν βασικές υποχρεώσεις και ρόλους και τα τρία ενδιαφερόμενα μέλη: **Πολιτεία – Εργοδότες – Εργαζόμενοι**.

Ο βαθμός και η πληρότητα ανταπόκρισης των μερών στις υποχρεώσεις τους μας δίνει τη συνισταμένη της βελτίωσης στα θέματα υγιεινής και ασφάλειας.

Θεμέλιο της προόδου στον τομέα αυτό αποτελεί ο Κοινωνικός Διάλογος:

- Ενημερώνονται και ευαισθητοποιούνται τα ενδιαφερόμενα μέρη με στόχο την πρόληψη των ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών.
- Οδηγεί σε συναίνεση για τα μέτρα και τις προτεραιότητες στα θέματα υγιεινής και ασφάλειας.
- Οδηγεί σε εξεύρεση αποδεκτών και αποτελεσματικών λύσεων για την προστασία της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας (International Labour Organization, ILO, 1999):

- Κάθε χρόνο, συμβαίνουν **160 εκατομμύρια** νέες περιπτώσεις επαγγελματικών νοσημάτων παγκοσμίως.
- Κάθε χρόνο, **1,1 εκατομμύρια** άνθρωποι πεθαίνουν παγκοσμίως από επαγγελματικούς τραυματισμούς και νοσήματα.

Η σύγχρονη επανάσταση στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας προσανατολίζεται στην ποιότητα.

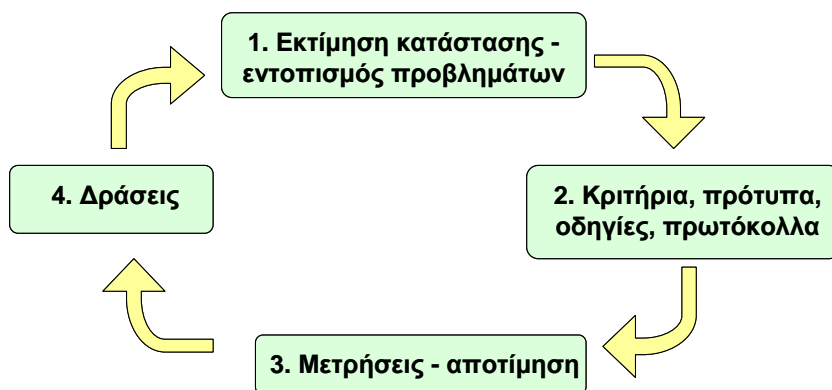
Η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται:

- με την ικανοποίηση των ασθενών
- με την παροχή αναγκαίων αποτελεσματικών υπηρεσιών
- και με τον έλεγχο του κόστους

Για την βελτίωση της ποιότητας μπορούμε να μελετήσουμε τα εξής βασικά στάδια όπως απεικονίζονται στον κύκλο ποιότητας (Σχήμα 1):



1. Εκτίμηση κατάστασης – εντοπισμός προβλημάτων
2. Κριτήρια πρότυπα οδηγίες, πρωτόκολλα
3. Μετρήσεις – αποτίμηση
4. Δράσεις



Σχήμα 1: Κύκλος ποιότητας

- Αρχικά πραγματοποιείται η εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης και ο προσδιορισμός των προβλημάτων
- Στη συνέχεια διαμορφώνονται και επιτελούνται κριτήρια, πρότυπα, οδηγίες και πρωτόκολλα με βάση τα οποία θα επιδιωχθεί η βελτίωση
- Το επόμενο βήμα αφορά τη διενέργεια μετρήσεων για την αποτίμηση του υπάρχοντος επιπέδου συγκρινόμενα με επιλεγμένα κριτήρια, πρότυπα, οδηγίες και πρωτόκολλα που συνοδεύονται με ανάλυση αποτελεσμάτων.
- Τέλος αναλαμβάνουμε δράσεις για βελτίωση σε αντιστοιχία με τα ευρήματα των μετρήσεων.

Τα αποτελέσματα των δράσεων δημιουργούν μια νέα πραγματικότητα που μπορεί να αποτελεί αφετηρία ενός νέου κύκλου ποιότητας και με την δημιουργία ενός Συστήματος Διαχείρισης Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας μπορούμε να έχουμε την μέγιστη απόδοση της διοίκησης και του οργανισμού γενικότερα ελέγχοντας μεταξύ άλλων παραγόντων το άμεσο και έμμεσο κόστος της υγείας του εργατικού δυναμικού.

Το **άμεσο** κόστος αφορά στην φροντίδα υγείας, τις υπηρεσίες αποκατάστασης και την αποζημίωση των εργαζομένων, ενώ το **έμμεσο** κόστος μεταφράζεται σε αναρρωτικές άδειες και αύξηση των απουσιών από τη εργασία, σε μείωση της παραγωγής και χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών καθώς και σε επανεκπαίδευση των εργαζομένων.

Σημαντικό είναι βέβαια και το **Προσωπικό** κόστος, αφού η ζωή των εργαζομένων και της οικογένειάς τους επηρεάζεται σε πολλά επίπεδα.

- Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (ILO) το 1997 οι συνολικές οικονομικές απώλειες από επαγγελματικά νοσήματα και τραυματισμούς ήταν περίπου ίσες με το 4% του παγκόσμιου ακαθάριστου εθνικού προϊόντος.

Τα οφέλη που προκύπτουν για το ανθρώπινο δυναμικό και την επιχείρηση - νοσοκομείο από την εξασφάλιση της εργασιακής υγιεινής και ασφάλειας εκτός από την πρωταρχική και προφανέστατη μείωση τυχόν ατυχημάτων και ζημιών και το κόστος που σώζεται, ενισχύεται η τεχνογνωσία των εργαζομένων σε τεχνικά θέματα, ο επαγγελματισμός των εργαζομένων μέσω υιοθέτησης αντίστοιχης συμπεριφοράς, βελτιώνεται το εργασιακό περιβάλλον.

Έτσι, πέρα από τα θέματα υγείας, η λήψη προληπτικών μέτρων και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας αποτελεί **οικονομικά εύλογη επένδυση:**

Μελέτες κόστους - οφέλους, έδειξαν ότι η αρχική επένδυση για την προμήθεια του κατάλληλου βοηθητικού εξοπλισμού και την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού για την μετακίνηση των ασθενών μπορεί να αποσβεσθεί μέσα σε δύο με τρία έτη μέσω της μείωσης των εξόδων για αποζημίωση των εργαζομένων.

Ειδικότερα στα νοσοκομεία το θέμα της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας αποκτά μεγάλη σημασία, λόγω των ποικίλων επαγγελματικών κινδύνων που υπάρχουν σ' αυτά και λόγω των πολυάριθμων εργαζομένων. Τα νοσοκομεία αποτελούν εξαιρετικά πολύπλοκους οργανισμούς όπου λαμβάνει χώρα μια ποικιλία δραστηριοτήτων από ένα σημαντικό αριθμό εργαζομένων, οι οποίοι εμφανίζουν εξαιρετικά μεγάλη ανομοιογένεια όσον αφορά τις αρμοδιότητές τους, τις ικανότητές τους, το πεδίο δράσης τους και το επίπεδο των γνώσεών του. Κατά συνέπεια ο υφιστάμενος επαγγελματικός κίνδυνος διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος του, τη σοβαρότητά του και τη θέση εργασίας στην οποία εμφανίζεται, γεγονός που καθιστά την πρόληψή του ιδιαίτερα περίπλοκη.

Με την εφαρμογή συστήματος διαχείρισης της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας που να βασιστεί στο πρότυπο ΕΛΟΤ 1801 μπορεί να επιτευχθεί η μέγιστη αποδοτικότητα.

Αλλά, όποια και αν είναι η βαρύτητα των επιχειρημάτων από οικονομικής πλευράς ή από πλευράς δημόσιας υγείας, η προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων αποτελεί πάνω από όλα ηθικό καθήκον της Κοινωνίας.

Είναι προφανές ότι η έννοια κλειδί στην οργάνωση της εργασίας σήμερα πρέπει και οφείλει να είναι ο **ανθρώπινος παράγοντας**. Γνωρίζουμε πλέον τις συνέπειες τόσο για την παραγωγική διαδικασία όσο και για την κοινωνία γενικότερα όταν η ανθρώπινη υπόσταση παραγκωνίζεται κατά τον σχεδιασμό και την οργάνωση της εργασίας. **Μια ανταγωνιστική και ισχυρή οικονομία δεν μπορεί να στηριχθεί σε ένα άρρωστο ανθρώπινο δυναμικό.**



Το «**Πάντων χρημάτων μέτρον άνθρωπος**» του Πρωταγόρα παραμένει όχι μόνο επίκαιρο αλλά και επιτακτική ανάγκη των καιρών μας.

Ραυτοπούλου Ελένη

Διοικητική Διευθύντρια

Κωνσταντοπούλειου Γ.Ν.Ν .Ιωνίας

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - REVIEW

Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα

Γώγος Β. Χρήστος

Νοσηλεύτης Τ.Ε., Ορθοπαιδικό Τμήμα Γ.Ν. Νάουσας, Μεταπτυχιακός Φοιτητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΣΔΥ, Φυσικοθεραπευτής Τ.Ε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σημερινό ελληνικό νοσοκομείο, ενταγμένο σε ένα σύνθετο σύστημα υγείας, υποχρεούται στην παροχή ενός διαφοροποιούμενου φάσματος υπηρεσιών υγείας. Το αυξημένο κόστος, η "στενότητα" πόρων και η συνεχώς αυξημένη ζήτηση και απαιτήσεις για ποιότητα, επιβάλλουν την υιοθέτηση ενός συστήματος διοίκησης-διαχείρισης, αφενός για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και των μεταβολών, αφετέρου για την επίτευξη των τιθέμενων στόχων. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση επιχειρεί να κάνει μια κριτική ανάλυση της άσκησης της διοίκησης στα ελληνικά νοσοκομεία, μέσα από την ελληνική κυρίως πραγματικότητα και βιβλιογραφία.

Λέξεις κλειδιά: Διοίκηση, προγραμματισμός, δημόσιο νοσοκομείο, ανθρώπινο δυναμικό.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Γώγος Χρήστος,
Λίλια 7 Απ. Πάυλος,
Ημαθία ΤΚ 59033
E-mail: christosgogos@hotmail.com
Κιν. 6932209626*



Management in public and private hospital in Greece

Gogos Christos

RN, Orthopedics Department, General Hospital of Naoussa, MSc (c) in Health Services Management, Physiotherapist

ABSTRACT

The current Greek hospital, included in a complex system of health, is compelled in the benefit of differentiated spectrum of health services. The increased cost, the closeness of resources and the continuously increased demands and requirements for quality, impose the adoption of an administration-management system, on one side for the confrontation of challenges and changes, on the other for the achievement of placed objectives. The present literature review attempts to analyze the processes of Greek hospital's management, thru Greek environment.

Keywords: Management, planning, public hospital, human resources.

CORRESPONDING AUTHOR

*Gogos Christos,
5 Lilia Street Ap. Paulos,
Imathia 59033
E-mail: christosgogos@hotmail.com
Tel. 6932209626*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επισήμανση της δυσλειτουργίας, από διάφορους μελετητές, του δημόσιου νοσοκομείου κυρίως λόγω του ελλείμματος αποτελεσματικής διαχείρισης^{1,2,3} δεν άφησε εντελώς αδιάφορη την κεντρική εξουσία. Από το 1983 ως το 2001, στους νόμους για την Υγεία υπήρχε η αναφορά τίτλων για τους ασκούντες διοίκηση στα νοσοκομεία (Γεν. Διευθυντές, Συντονιστές κλπ). Το 2001⁴, γίνεται προσπάθεια εισαγωγής του επαγγελματικού μάνατζμεντ στη διοίκηση των νοσοκομείων, με το θεσμό των Διοικητών, οι οποίοι επιλέγονταν από την

Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας. Ο θεσμός διατηρήθηκε και στο Ν.3329/2005 με κάποιες αλλαγές.⁵

Με αφορμή την εισαγωγή του μάνατζμεντ, μοιραία έρχεται στο προσκήνιο το ζήτημα της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται. Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας και η συνεχής εξέλιξη των μεθόδων θεραπείας και νοσηλείας έχουν μετατρέψει τα νοσοκομεία σε πολύπλοκους, συνεχώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οργανισμούς. Παράλληλα

με τη φροντίδα και περίθαλψη, παρέχουν στους ασθενείς και ξενοδοχειακές υπηρεσίες (διαμονή, εστίαση, ιματισμό, καθαριότητα) γεγονός που καθιστά πιο πολύπλοκη τη λειτουργία τους λόγω των ετερόκλητων κλάδων δραστηριότητας.⁶

Η Διοίκηση, στοχεύει στο συντονισμό των υλικών και ανθρώπινων πόρων ώστε να επιτευχθεί ένα βέλτιστο επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Δεδομένου ότι για την επίτευξη τούτου δεν αρκεί μόνο η ικανότητα των εργαζομένων, αλλά χρειάζεται και η διάθεσή τους, για να αποδώσουν έργο. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η Διοίκηση καλείται να διαμορφώσει συνθήκες μέσα στις οποίες οι εργαζόμενοι αξιοποιούν τα προσόντα που διαθέτουν.⁷

Ωστόσο και με τους δύο νόμους (2889/2001 και 3329/2005), η φύση των οργανισμών δεν έχει αλλάξει και συνεχίζουν τη λειτουργία τους ως Ν.Π.Δ.Δ, ισχύοντος βεβαίως και του δημοσιοϋπαλληλικού κώδικα. Εξ αρχής γίνεται αντιληπτός ο περιορισμός της δικαιοδοσίας του εκάστοτε Διοικητή καθώς και των άλλων στελεχών που ασκούν διοίκηση, στη διαχείριση ανθρώπων και υλικών. Η διανομή των πόρων εντός των νοσοκομειακών μονάδων, απαιτεί εφαρμογή σχεδιασμού-προγραμματισμού, ο οποίος είναι άκρως σημαντικός για την αποτελεσματική

διοίκηση, καθώς αποτελεί το πρώτο και βασικότερο στάδιό της.⁸

2. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

2.1 Η παρούσα κατάσταση

Ανάμεσα στους ποικίλους τρόπους διοίκησης ενός οργανισμού, η συνηθέστερη επιλογή στην Ελλάδα, σε ό,τι αφορά τα νοσοκομεία, είναι ο κάθετος και ιεραρχικός, όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και κοινοποιούνται προς τα κάτω για εφαρμογή⁹. Τα τμήματα και οι υπηρεσίες είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους και το καθένα εστιάζεται στις δικές του αρμοδιότητες, που πολλές φορές δεν είναι πλήρως διατυπωμένες. Ιδιαίτερα στον τομέα ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών υπάρχει απαίτηση αυξημένης παραγωγής και παροχής παραπέμποντας στην κλασική προσέγγιση της διοίκησης των αρχών του 20^{ου} αιώνα.

Οι υπεύθυνοι του όποιου σχεδιασμού ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση των αναγκών, ενώ οι γιατροί θέλουν να προσφέρουν όλες τις υπηρεσίες που απαιτεί η ζήτηση.¹⁰ Υπό αυτές τις συνθήκες ευνοείται ένας επιμερισμός εξουσίας, όχι μόνο με βάση τη θέση που έχει κανείς στην ιεραρχική κλίμακα, αλλά και με την ισχύ που απορρέει από την επαγγελματική του θέση, ώστε



παράλληλα με την εκτελεστική εξουσία να ασκείται και μια επαγγελματική εξουσία.

Υιοθετούνται αρχές και μέθοδοι εργασίας, υπερισχύοντας η εμπειρική τακτική και όχι η τεκμηριωμένη γνώση. Απουσιάζει συνήθως η μέριμνα για ποιοτική εργασία (πχ εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων, έλεγχος νοσοκομειακών λοιμώξεων κτλ.), χωρίς προβληματισμό για την ποιότητα του "προϊόντος".¹¹

Η ανάπτυξη του προσωπικού δεν υλοποιείται, καθώς η διαδικασία πρόσληψης μέσω ΑΣΕΠ, εξασφαλίζει την αντικειμενικότητα όχι όμως και την επαγγελματική επάρκεια του προσωπικού. Οι διοικούντες, ως εσωτερικοί φορείς αλλαγών,¹² αγνοούν τη λειτουργία του συστήματος στο σύνολό του και επικεντρώνονται κυρίως στο διαχειριστικό – οικονομικό κομμάτι, αδιαφορώντας για το κλινικό έργο. Μοιραία αναπτύσσονται δυνάμεις αντίστασης (λογικές και συναισθηματικές) στις αλλαγές που επιχειρούνται και οι εργαζόμενοι απομονώνονται¹³. Οπότε η διοίκηση, σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, καθίσταται αναποτελεσματική, εφόσον, ως φορέας αλλαγών αδυνατεί να δει ολόκληρο το σύστημα και καθίσταται τελικά δημιουργός αντιστάσεων στις αλλαγές που απαιτούνται για τη βελτίωση του οργανισμού.

Σε οποιοδήποτε επίπεδο διοίκησης, οι ασκούντες αυτήν, ανεξάρτητα από τις διαθέσιμες δυνατότητες και ικανότητες να δημιουργούν στρατηγικές, έχουν δύναμη απέναντι στους ανθρώπους και τις καταστάσεις. Θεωρούν σημαντική την προσωπική ευτυχία και καταξίωση και διαμορφώνουν μια κουλτούρα εξουσίας όπου οι αποφάσεις είναι κυρίως αποτέλεσμα πολιτικών πιέσεων και όχι λογικών συμπερασμάτων. Επιχειρησιακή έρευνα, προγραμματισμός και κυρίως αξιολόγηση, εφαρμόζεται κυρίως κεντρικά.^{14,15}

2.2 Προτάσεις για βελτίωση

Στα πλαίσια του ευρύτερου προβληματισμού για το καλύτερο και αποδοτικότερο μοντέλο διοίκησης που θα μπορούσε να εφαρμοσθεί στα πλαίσια του μικρόκοσμου του νοσοκομείου, θεωρείται πως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια φιλοσοφία που μπορεί να δώσει απάντηση στο αίτημα ορθολογικότερης διαχείρισης. Εφαρμόζει ποσοτικές μεθόδους και διαχειρίζεται τους ανθρώπινους πόρους με στόχο τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και όλων των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα.¹⁶

Ένα σύστημα νοσοκομειακού μάνατζμεντ είναι δυνατόν να κατευθυνθεί από το πρότυπο "Διοίκηση Ολικής Ποιότητας" όπως προτρέπεται και από την Επιτροπή

Πιστοποίησης Φορέων Υγειονομικής Περιθαλψής Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), προσδιορίζοντας αρχικά τι θέλουν οι ασθενείς, με έμφαση στην ποιότητα και όχι μόνο στο κόστος.¹⁷

2.2.1 Άσκηση διοίκησης

Η ηγεσία, όχι μόνο η διοικητική αλλά και η κλινική, ακολουθεί τις αρχές βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή φροντίδας και την παροχή των άλλων υπηρεσιών.¹⁵

Η κουλτούρα του οργανισμού αλλάζει από “κουλτούρα εξουσίας” σε “επιτελική κουλτούρα”. Η διοίκηση είναι στην αρμοδιότητα των υψηλά ισταμένων αποκεντρώνοντας την προσοχή από τις μεταξύ των εργαζομένων αντιπαραθέσεις, και επικεντρώνοντάς την στους τιθέμενους στόχους και τα καθήκοντα του καθενός.^{18,19} Ωστόσο, η ανάλυση εργασίας αυτή καθαυτή δεν είναι αρκετή, αν δεν υφίσταται και ένα δυνατό οργανωτικό κλίμα που παγιοποιεί το ομαδικό πνεύμα και την κλινική ηγεσία.

2.2.2 Η συμμετοχή των εργαζομένων

Η ανάληψη πρωτοβουλιών υποστηρίζεται, επιδιώκεται και δεν διώκεται. Οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να επιλύουν ομαδικά τα προβλήματα σε όλα τα επίπεδα.^{20,21}

Αναγνωρίζεται η προσφορά του εργαζόμενου και δημιουργείται η αίσθηση σημαντικότητας του έργου του. Στοιχείο που οδηγεί σε ανύψωση του φρονήματος των εργαζομένων αναβαθμίζοντας την ποιότητα της εργασίας τους μέσω μιας πολιτικής κινήτρων.²² Η μέριμνα για την ικανοποίηση των φιλοδοξιών και αναγκών των εργαζομένων είναι διαρκής. Η εστίαση μιας τέτοιας ηγεσίας είναι να μετασχηματίσει την οργάνωση, βελτιώνοντας την επιχειρησιακή φιλοσοφία του νοσοκομείου συμπεριλαμβάνοντας στη διαδικασία αυτή όλους τους πόρους.

2.2.3 Η συνεχής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών

Οι στόχοι του οργανισμού θα πρέπει να είναι και στόχοι των εργαζομένων για απόδοση ποιοτικού έργου. Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού στους τομείς αρμοδιότητάς τους, στοχεύει προς αυτή την κατεύθυνση.²³ Η ανάπτυξη του προσωπικού ακολουθεί την εκπαίδευση σε σημείο που η Υπηρεσία επωφελείται από τις ανάγκες των εργαζομένων για επιτεύγματα.²⁴

2.2.4 Η ικανοποίηση πελατών

Στις νοσοκομειακές μονάδες οι “πελάτες” δεν είναι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, που κάθε φορά αποτελούν μέρος της σχέσης παραγωγού και χρήστη. Κατανοώντας οι εργαζόμενοι τις ανάγκες των εσωτερικών “πελατών” (π.χ. ανάγκες



νοσηλευτικού προσωπικού για ματισμό και καθαριότητα) διευκολύνεται η διαδικασία βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρουν.²⁵

3. Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

3.1 Στόχοι των δημόσιων νοσοκομείων

Λόγω της ιδιομορφίας του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία παρέχουν φροντίδα και περίθαλψη όλων των μορφών. Παράλληλα είναι επιφορτισμένα με την ευθύνη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και την έρευνα. Το δημόσιο νοσοκομείο ως επιμέρους τμήμα του συστήματος υγείας, καλείται να συνεισφέρει στην υλοποίηση των πολιτικών υγείας, ικανοποιώντας την κοινωνική του ευθύνη (προάσπιση της υγείας ως “δημόσιου αγαθού”) και τη δημοσιονομική του σταθερότητα.²⁶

3.2 Οικονομικοί πόροι

Από άποψη εισροής πόρων, χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Παρέχοντας κατεξοχήν κοινωνικό έργο απαιτείται να είναι προσπελάσιμο από όλους (άνεργους, ανασφάλιστους κτλ). Επομένως η επιβίωση του πρέπει να είναι εγγυημένη.²⁷

Ο σύγχρονος κόσμος δεν αποδέχεται την πλήρη λειτουργία των μηχανισμών της αγοράς σε ότι αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η επιβολή του “κλειστού νοσηλίου”, που προσδιορίζεται χαμηλότερα από το πραγματικό κόστος, συσσωρεύει ελλείμματα στα νοσηλευτικά ιδρύματα⁶, καθώς εκτιμάται πως το κόστος που καταβάλλουν - και μάλιστα αναδρομικά - οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, περιορίζεται στο ¼ του πραγματικού.²⁸

3.3 Κτιριακές εγκαταστάσεις

Εξαιρουμένων κάποιων ελάχιστων σύγχρονων νοσοκομείων, τα περισσότερα λειτουργούν σε παλιά κτίρια, ανεπαρκώς συντηρημένα με απαράδεκτη χωροθέτηση. Κατάσταση που ενοχοποιείται για την κακοδιαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων.²⁹ Οποιαδήποτε προσπάθεια της Διοίκησης για βελτίωση της κτιριακής υποδομής προσκρούει στην ακαταλληλότητα ή στην πλήρη έλλειψη χώρου. Συνήθως σε ότι αφορά σε επενδύσεις τέτοιου είδους, δεν προηγείται ανάλυση κοινωνικού οφέλους και κόστους, αλλά επικρατούν πολιτικές σκοπιμότητες.⁶

3.4 Ανθρώπινοι πόροι

Η νομική μορφή των νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ, απαγορεύει την εφαρμογή πολιτικής κινήτρων εντός του οργανισμού τους.³⁰ Ισχύει το δημοσιοϋπαλληλικό καθεστώς, με

συνέπειες στην ταχύτητα, την ποιότητα και την αξιολόγηση του παραγόμενου έργου. Τα απαρχαιωμένα συστήματα αξιολόγησης, οι υποκειμενικές κρίσεις και το ενιαίο μισθολόγιο είναι ενδεικτικά της απαξίωσης και απομάκρυνσης από κάθε στόχο.^{21,31} Παράλληλα η έλλειψη καθηκοντολογίου διαιωνίζει την ασάφεια που υπάρχει στον προσδιορισμό των υποχρεώσεων και αρμοδιοτήτων. Δημιουργούνται συγκρούσεις και αντιπαλότητες με αντίκτυπο στην ποιότητα της εργασίας και την αποτελεσματικότητα.¹¹

4. ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Στην Ελλάδα παράλληλα με τα δημόσια, λειτουργούν και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, προκειμένου να αυξάνονται οι δυνατότητες των πολιτών για επιλογή προμηθευτών υγείας και για ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές.³² Θεωρητικά, ο κοινός στόχος τους είναι να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της αρρώστιας και στην προστασία της υγείας.

Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν ως προτεραιότητα την κάλυψη των αναγκών των προσερχομένων σε αυτά αποβλέποντας σε μια κοινωνική πολιτική πλήρους ισότητας. Ενώ στα ιδιωτικά κυρίαρχος στόχος είναι το κέρδος, οι ευνοϊκοί όροι σύναψης συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία, οι δημόσιες

σχέσεις, η προβολή και η ελαχιστοποίηση του κόστους.³³ Με γνώμονα τον κεντρικό πυρήνα “καθορισμός στόχων – επιλογή μεθόδων προσέγγισης”, η υλοποίηση του σχεδιασμού, για την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων, ακολουθεί διαδικασίες και στάδια.

4.1 Αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης / επεξεργασία πρωτογενών στοιχείων

Το νοσοκομείο αξιολογεί τις αδυναμίες του στο πλαίσιο των χαρακτηριστικών που το διακρίνουν.³⁴ Προκειμένου για το δημόσιο νοσοκομείο συλλέγονται και επεξεργάζονται στοιχεία για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, τις αδυναμίες παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών με βάση το νοσολογικό προφίλ, την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, την κάλυψη της ζήτησης κπλ.

Η ανάπτυξη των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων αποφασίζεται, με γνώμονα, την απόδοση της επένδυσης, γι' αυτό και σχεδιάζεται η ανάλογη χωροταξική υποδομή, μακριά από τις δυσπρόσιτες περιοχές³³ και τις δομές επικοινωνίας με τους ασφαλιστικούς φορείς για την κάλυψη των εξόδων, ώστε να γίνει πρόβλεψη πιθανών μελλοντικών συμβαμάτων.³⁵ Αξιολογούνται επίσης οι χρόνοι συγκοινωνίας, οι αποστάσεις από το νοσοκομείο, το κόστος μεταφοράς και γενικά η προσβασιμότητα.³⁶



4.2 Εκπόνηση τεχνικο-οικονομικής μελέτης

Εξετάζεται η επάρκεια των ανθρώπων και των υλικών σε σχέση με τους τιθέμενους στόχους. Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν σχεδιαστεί με βάση τις ανάγκες του μόνιμου πληθυσμού³⁷ χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η μεγαλύτερη κίνησή τους για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (καλοκαιρινή περίοδος σε τουριστικές περιοχές), όπου θα χρειαστεί αναγκαστικά επιπλέον προσωπικό (Ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, νοσηλεύτες, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό προσωπικό). Επίσης σε επίπεδο κτιριακής υποδομής πιθανόν να απαιτείται διαμόρφωση χώρων. Το σύστημα προμηθειών στο δημόσιο νοσοκομείο είναι πολύπλοκο και εκτεταμένο.³⁸ Αντίθετα οι ιδιωτικές μονάδες υλοποιούν τις κτιριακές υποδομές που χρειάζονται με πιο συνοπτικές διαδικασίες καθώς αποβλέπουν στην αύξηση εσόδων από την αύξηση των “πελατών”.

Οι προσλήψεις εργαζομένων, ακόμα και συμβασιούχων, απαιτούν διαδικασίες που είναι ιδιαίτερες χρονοβόρες στο δημόσιο. Επιπροσθέτως εκτός από την πρόβλεψη του απαραίτητου προσωπικού, υπάρχει και η ανάγκη επιλογής του κατάλληλου προσωπικού. Η “ανάλυση εργασίας” ως διαδικασία χαρακτηριστικών του εργαζόμενου³⁹ η χρήση βιογραφικού ή η

συνέντευξη μπορεί να εφαρμοσθεί στη διαδικασία επιλογής και πρόσληψης μόνο στον ιδιωτικό τομέα.

4.5 Εφαρμογή του προγραμματισμού

Αναφορικά στα δημόσια νοσοκομεία, μπορεί να υπάρχει χρονική απόσταση μεταξύ της απόφασης για υλοποίηση και της υλοποίησης (Υπουργείο – ΔΥΠΕ – Νοσοκομείο). Αξίζει να αναφερθεί πως επιχειρησιακά σχέδια επί μέρους υγειονομικών μονάδων του Α΄ και Β΄ ΠΕΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας που εγκρίθηκαν, είτε δεν υλοποιήθηκαν είτε δεν υπήρξε έλεγχος των αποτελεσμάτων και αξιολόγησης των επιπτώσεών.⁴⁰

Σε αντίθεση, σ’ ένα ιδιωτικό νοσηλευτήριο οι αποφάσεις λαμβάνονται από ένα Διοικητικό Συμβούλιο, σε συντομότερο χρονικό διάστημα και οι απαραίτητες εργασίες ξεκινούν άμεσα. Βέβαια οι δομές που θα δημιουργηθούν σ’ ένα δημόσιο νοσοκομείο θα διατηρηθούν σε βάθος χρόνου, ενώ σε κάποιο ιδιωτικό, δεδομένου ότι η διοίκηση σχετίζεται όχι μόνο με την υπάρχουσα παροχή υπηρεσιών αλλά και με το εκτιμώμενο επίπεδο των μελλοντικών αναγκών, δύναται να ξεκινήσει ένας νέος κύκλος σχεδιασμών.

4.6 Αξιολόγηση του προγραμματισμού

Υπολογίζοντας το κόστος και το όφελος, προβλέπονται διαδικασίες συγκέντρωσης στοιχείων, κίνησης πληρωμών,

αποζημιώσεων. Το λογιστικό σύστημα του δημόσιου νοσοκομείου βασίζεται σε απλή καταγραφή εσόδων και εξόδων, σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα που γίνεται ανάλυση με βάση την χρονική περίοδο των εξόδων και εσόδων. Διαδικασία που δημιουργεί ταμειακά προβλήματα στα δημόσια νοσοκομεία που δεν εφαρμόζουν το διπλογραφικό σύστημα παρά την καθιέρωσή του Π.Δ 146 ΦΕΚ 122^Α 21/5/2003.²⁷

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, παρατηρούνται περιορισμοί από το ιδιότυπο διοικητικό μοντέλο που εφαρμόζουν σε σημαντικά θέματα πολιτικής προμηθειών, διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευση, υποκίνηση, ανάπτυξη), σύλληψης, σχεδιασμού και υλοποίησης ενός συναινετικού σχεδίου δράσης. Ο προγραμματισμός, στην καλύτερη περίπτωση παρουσιάζει δυσλειτουργίες και ελλείψεις στα επιμέρους συστατικά στοιχεία του (κριτήρια για τη λήψη αποφάσεων, μελέτη εναλλακτικών δυνατοτήτων, υιοθέτηση κατάλληλης μεθοδολογίας) και στην χειρότερη, απουσιάζει από τα δημόσια νοσηλευτήρια, καθιστώντας τα δυσκίνητα.

Τα νοσοκομεία είναι ο θεσμικός πυρήνας κάθε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ως οργανισμοί, περιλαμβάνουν μονάδες, δημιουργούν ομάδες, επιλέγουν προμηθευτές

και επιλέγονται από ασθενείς-πελάτες Σε σταθερή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον αυτός ο οργανισμός, δέχεται ακατέργαστα υλικά και παρέχει υπηρεσίες. Η εξέλιξη της βιοτεχνολογίας, η γήρανση του πληθυσμού και οι υψηλές προσδοκίες των πολιτών αυξάνουν ολοένα τη ζήτηση ποιοτικά βελτιωμένων υπηρεσιών.

Η ηγεσία και τα ανώτερα στελέχη της διοίκησης διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας. Ως εκ τούτου είναι ζωτικής σημασίας να υπάρχει μια ηγεσία με όραμα που με στρατηγικό σχεδιασμό συνδέει όλες τις ομάδες συμμετεχόντων προκειμένου να βελτιωθεί η παρεχόμενη φροντίδα υγείας και η ικανοποίηση των εργαζομένων, κατά τη διαχείριση της οργανωτικής διαδικασίας του νοσοκομείου.

Είναι αναγκαίο το νοσοκομείο να αποδίδει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών συγκρατώντας το κόστος και τις δαπάνες. Αυτό θα το καταστύψει περισσότερο ανταγωνιστικό στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Τα νοσοκομεία πρέπει να συνδυάσουν τις στρατηγικές που ικανοποιούν καλύτερα τις ανάγκες τους σε σχέση με το περιβάλλον τους.

Είναι αναγκαίο να ακολουθήσουν προσπάθειες, αποκέντρωσης του μοντέλου



διοίκησης ώστε οι υγειονομικές μονάδες να καταστούν πιο ευέλικτες με δυνατότητες σχεδίων δράσης, ενδυνάμωσης του ανθρώπινου δυναμικού, δικτύωσης με τα στρατηγικά τμήματα του ιδιαίτερου περιβάλλοντος και εισαγωγής μιας μετασηματισμένης διοικητικής νοοτροπίας, από όλα τα στελέχη της διοίκησης του νοσοκομείου σε ότι αφορά τον επαναπροσδιορισμό χειρισμών στον άνθρωπο-εργαζόμενο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τυλάκη, Π. Το ζήτημα της αποτελεσματικότητας του Δημόσιου Τομέα και ειδικότερα των δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας* 1991, 2(2):58-60.
2. Σιγάλας, Ι. Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης; *Επιθεώρηση Υγείας* 1994, 5(5):60-64.
3. Στάθης, Γ. Το μέλλον των ελληνικών νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας* 1996, 7(1): 7-10.
4. Νόμος 2889/2001, ΦΕΚ 37^Α /2-3-2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.
5. Καραπούλιος, Δ. Ν.3329/05: Ο εκσυγχρονισμός στη Διοίκηση του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα. *Επιθεώρηση Υγείας* 2005, 16(97):37-41.
6. Στάθης, Γ. Η απουσία «επιχειρησιακών εργαλείων» από τα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας* 2004, 15(88):9-12.
7. Μπουραντάς, Δ. Μάνατζμεντ, Οργανωτική θεωρία και Συμπεριφορά. Αθήνα, 1992.
8. Σιγάλας, Ι., Κουτούζης, Μ. Ο Σχεδιασμός – Προγραμματισμός σε έναν Οργανισμό. Στο Δικαίος, Κ και συν. (eds), *Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, σελ.113-140. Πάτρα, ΕΑΠ, 1999.
9. Πολύζος, Ν. και συν. Η Κοινοτική Προσέγγιση στη Διοίκηση των Οργανισμών. Στο Καραποστόλη, Ν (ed.). Το κόστος της Ψυχοθεραπείας. Οικονομική και Λειτουργική Αξιολόγηση μιας Ημερήσιας Ψυχοθεραπευτικής Μονάδας, σελ. 53-57. Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 2004,.
10. Clarke, M. Planning and analysis of healthcare systems. London, Pion Limited, 1984.
11. Πολύζος, Ν, Μπαλασοπούλου, Α, Δουλή, Α. Πολιτισμικές αντιλήψεις των Διοικητικών στελεχών των Ελληνικών Νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας* 1991, 2(1):52-56.
12. Ζαβλάνου, Μ. Οργάνωση και Διοίκηση. Αθήνα, Έλλην, 1996.
13. Haffer, A. Facilitate change: choosing the approach strategy. *Journal of Nursing Administration* 1986, 16:18-22.

14. Handy, C. Gods of management: the changing word of organizations. London, Souvenir Press, 1985.
15. Μπακάλης, Ν, Μπατσολάκη, Μ. Χαρακτηριστικά σχεδιασμού ενός οργανισμού. Εφαρμογή σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Νοσηλευτική 2006, 45(1):59-67.
16. Mellum, M. TQM: steps to success. Hospitals 1990, 64(23):42-44.
17. Yesdi H, Johnson J, Godiwalla S. Managing hospitals in dynamic environments. International Journal of Health Care Quality Assurance 1997, 10(5):202-207.
18. Μεγαλακάκη, Α, Χατζοπούλου, Μ. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Νοσηλευτική 2001, 40(1):34-40.
19. Μουτζόπουλος, Ν (1996). Η υπεροχή της ποιότητας. Αθήνα, Πανεπιστημιακές σημειώσεις.
20. Οικονομάκης, Μ, Παπαδόπουλος, Α, Φρυδάς. Είναι αναγκαία μια πολιτική Ανθρωπίνων Πόρων για το Νοσηλευτικό Προσωπικό των Νοσοκομείων στη Βάση των Θεωριών Υποκίνησης. Στο_Νιάκας, Δ (ed.), Υπηρεσίες Υγείας, Management και Τεχνολογία, σελ. 11-125. Αθήνα, Mediforce, 2004.
21. Ευροτύρη-Κουφίδου, Σ. Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Αθήνα, Ανίκουλα, 2001.
22. McDonald, J. Επιτυχημένη διαχείριση ποιότητας. Αθήνα, ANNUBIS, 1994.
23. Druker, P. Το Management στην πράξη. Αθήνα, Κλειδάριθμος, 1996.
24. Fleming, S, Bopp, K, Anderson, K. Spreading the good news of TQM. Faith, conversion and commitment. Healthcare management review 1996, 18(4): 29-33.
25. Zouko, V. Η διαδικασία του στρατηγικού management στα νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας 2001, 12(72): 17-21.
26. Έλληνας, Δ. Προγραμματισμός και Οργάνωση στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία Ομοιότητες και Διαφορές. Επιθεώρηση Υγείας 2004, 25(87):17-21.
27. Μόσιαλος, Η., Θεοδώρου, Μ. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Στο Νιάκας, Δ. (ed.), Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας σελ. 25-48. Αθήνα, Mediforce, 2003.
28. Θεοδώρου, Μ, Σαρρής. Μ, Σούλης, Σ. Συστήματα Υγείας. Αθήνα, Παπαζήση, 2001.
29. Μόσιαλος, Η. Οι ασθενείς του ΕΣΥ δεν θεραπεύονται με παυσίπονα. Επιθεώρηση Υγείας 2003, 14(80):37-39.
30. Λιαρόπουλος, Λ. Η Αγορά Στελεχών και τα Δημόσια Νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας 2001, 12(69):58.
31. Τούντας, Γ. Τα συστήματα υγείας στον 21^ο αιώνα. Ιατρική 2001, 79(3):215-217.
32. Γείτονα, Μ. Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα. Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική 2001, 79(3): 259-267.



33. Τούντας, Γ. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(1):72-83.
34. Καριώτης, Π. Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοιατρική Τεχνολογία. Αθήνα, Euroclinica, 1992.
35. Ellencweig, AY. Analyzing health systems: A modular approach. Oxford, Oxford University Press, 1992.
36. Ζηλίδης, Χ. Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Θεσ/νίκη, University Studio Press, 1995.
37. Μπουρσανίδης, Χ, Μπαλασοπούλου, Α, Κυριόπουλος, Γ. Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα Ροών, Λειτουργικών Διαδικασιών, Προϋπολογισμού. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 1992, 1(4): 23-42.
38. Mc Cormick, F. Job task analysis. In Dunnette, MD (ed.), Handbook of organizational psychology, pp. 23-48. Chicago, Rand & McNally, 1974.
39. Μπαϊρακτάρης, Κ, Κωσταγιόλας, Π, Πλατής, Χ. Πτυχές και ζητήματα για τον Προγραμματισμό στον Τομέα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Επιθεώρηση Υγείας 2006, 17(9):16-20.
40. Calvert, JR. Relative Performance. In Billing, D (ed.), Indicators of Performance. Surrey society for research into higher education pp. 38-59. Surrey, University of Surrey, Guilford, 1980.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο

Κοτσαγιώργη Ιφιγένεια¹, Λυμπέρη Βασιλική²

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Νοσοκομείο «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»

2. Προϊσταμένη ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο προσδιορισμός των αναγκών των ασθενών αποτελεί δύσκολο έργο λόγω της πολυπλοκότητας της έννοιας «ανάγκης» και για το λόγο αυτό έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί.

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την έννοια της «ανάγκης των ασθενών».

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, κυρίως στην ηλεκτρονική βάση «pubmed» που αναφέρονταν στην έννοια της «ανάγκης των ασθενών».

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η «ανάγκη» έχει ποικίλες έννοιες οι οποίες αλλάζουν, αναθεωρούνται και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου. Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν, ότι κάθε ασθενής ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα, έχει πέρα από βιολογικές ή φυσικές ανάγκες και ψυχο-κοινωνικές και πνευματικές. Σύμφωνα με τον Maslow οι κυριότερες ανάγκες ασθενών είναι οι βιολογικές ανάγκες, η ανάγκη για ασφάλεια και προστασία, η ανάγκη για κατανόηση και αποδοχή, η ανάγκη για αυτοεκτίμηση, η ανάγκη για Αυτοπραγμάτωση και η ανάγκη αυτοαντίληψης. Στην Νοσηλευτική, ως «ανάγκη» ορίζεται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία παρουσιάζεται έκπτωση ή αδυναμία των βιολογικών ή και ψυχο-κοινωνικών λειτουργιών του ανθρώπου, που ως αποτέλεσμα έχουν τη δημιουργία διαφοράς μεταξύ του «πως είναι και πως θα έπρεπε ή θα ήθελε το ίδιο το άτομο να είναι».

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να αγνοούν τις ανάγκες των ασθενών, αλλά αντίθετα να ενσωματώνουν την ικανοποίηση των αναγκών ως μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας.

Λέξεις κλειδιά: Ανάγκες ασθενών, κοινωνικές, συναισθηματικές, φυσικές ανάγκες.



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κοτσαγιώργη Ιφιγένεια,
Κορινθίας 38,
Αμπελόκηποι, Αθήνα, ΤΚ 115-27,
E-mail: ifigenia1@mycosmos.gr,
Tel. 6932209626

The concept of need as a dynamic alternating phenomenon

Kotsagiorgi Ifigenia¹, Limperi Basiliki²

1. RN, Msc, Hospital "Korgialenio-Benakio"
2. Head Nurse, General ICU, Hospital of Patra

ABSTRACT

Defining patients' needs is difficult due to the inherent complexity of the concept of 'need', so it is not surprising that numerous definitions have been proposed.

Aim: The aim of the present study was to review the literature about the concept of "needs of patients".

The **method** of this study included bibliography research from both the review and the research literature, mainly in the Pubmed data base which referred to concept of "needs of patients".

Results: According to the literature, the "need" has various concepts that change, reconsider and progress by time. The results of recent studies indicate that each patient as a bio-psychosocial entity besides the biological or physical needs has also social and mental needs. According to Maslow the main needs of patients are biological, the needs of security and protection, needs of understanding and acceptance, needs of self-concept and needs of self-perception. In Nursing as need is defined the condition at which there is impairment or disability of biological or psychosocial individuals' function which as a result Lead to the discrepancy between "what things are and what the individual would like to be".

Conclusions : Health-professionals should not ignore needs of patients but on the contrary should integrate satisfaction of needs as a part of therapeutic treatment.

Keywords: Patients' needs, social, emotional, physical needs.

CORRESPONDING AUTHOR

*Kotsagiorgi Ifigenia,
Korinthias 38, Ampelokipi,
Athens, PC 115-27,
E-mail: ifigenia1@mycosmos.gr
Tel. 6932209626*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην υγειονομική περίθαλψη, η ανάγκη έχει ποικίλες έννοιες οι οποίες αλλάζουν, αναθεωρούνται και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου. Έτσι δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι διαφορετικές ομάδες υγειονομικών λειτουργών (Ιατροί, Νοσηλευτές, Κοινωνικοί λειτουργοί) αναφέρονται στην «ανάγκη», με πολύ διαφορετικούς τρόπους.^{1,2,3}

Η έννοια της ανάγκης διαμορφώθηκε σε διάφορα στάδια. Συγκεκριμένα, την κοινωνιολογική προσέγγιση στη δεκαετία του 1960, ακολούθησε το «λογικό προγραμματισμό» και η κατανομή των πόρων στη δεκαετία του 1970.^{4,5} Δύο δεκαετίες αργότερα, η μεταρρύθμιση του National Health Service (Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Αγγλία) προσδιορίζει την ανάγκη ως σκοπό και μέχρι σήμερα για την υγειονομική περίθαλψη, η ανάγκη έχει επίκεντρο τον ασθενή.^{4,5}

Κατά καιρούς έχει διατυπωθεί μια ευρεία ποικιλία ορισμών για την «ανάγκη». Παρότι, ο κάθε ορισμός προορίστηκε να βελτιώσει τη παροχή υπηρεσιών στον πληθυσμό, η ασάφεια αυξήθηκε σε τέτοιο βαθμό ώστε σύμφωνα με τον Culyer⁶ «είναι ψευδαίσθηση

να πιστέψουμε ότι θα υπάρξει συναίνεση για το τι πραγματικά είναι ανάγκη».

Οι κυριότερες απόψεις που αφορούν την έννοια της ανάγκης είναι οι εξής (Πίνακας 1) :

Κοινωνιολογική άποψη: Σε ένα κοινωνιολογικό περιβάλλον, ο Bradshaw⁷ καθόρισε την ανάγκη με τέσσερις λέξεις: α) Κανονιστική (δηλ. προσανατολισμένη στην βασική ιατρική, όπως ο εμβολιασμός), Συναισθηματική (δηλ. περιέχει την έννοια της θέλησης, της ευχής και της επιθυμίας), β) Εκφραστική (δηλ. ο τρόπος που οι άρρωστοι εκφράζονται ή χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες) και γ) Συγκριτική που δείχνει, ότι οι ανάγκες που προκύπτουν σε μία περιοχή μπορούν να είναι παρόμοιες για τους ανθρώπους με ανάλογα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά που ζουν σε μια άλλη περιοχή.

Φιλοσοφική Άποψη: Μερικοί εμπειρογνώμονες περιγράφουν τις ανάγκες ως θεμελιώδεις στην επίτευξη ενός επιθυμητού στόχου⁸, ενώ άλλοι δίνουν έμφαση σε μια όχι τόσο απόλυτη αίσθηση των αναγκών.^{9,10} Ο Baldwin¹¹ πρότεινε έναν



μάλλον πρακτικό ορισμό της ανάγκης, ο οποίος αναφέρεται σε μια «οξεία ανάγκη» που επιθυμεί να αντισταθμίσει κάποια ανισορροπία, όπως για παράδειγμα «η δίψα λόγω της απώλειας υγρών». Επίσης, πρότεινε μια «τελεολογική ανάγκη» απεικονίζοντας το χάσμα μεταξύ της πραγματικής και επιθυμητής θέσης, όπως η επιθυμία μετά από χειρουργική επέμβαση στεφανιαίας παράκαμψης να βελτιωθεί τόσο η ποιότητα της ζωής, όσο και το ποσοστό επιβίωσης. Αυτή η προσέγγιση υπονοεί ότι πρέπει να γίνει σαφές «εάν η ανάγκη είναι αποτελεσματική, πόσο αποτελεσματική είναι και για ποιους»⁶. Ο ορισμός αυτός ανταποκρίνεται θετικά στην έννοια της ανάγκης και οι υγειονομικές υπηρεσίες προκειμένου να βελτιωθούν, θα πρέπει να προσανατολιστούν στην εφαρμογή του.

Προσέγγιση των οικονομολόγων: Ένας ευρύτατα γνωστός ορισμός της ανάγκης που υποστηρίζεται από τους οικονομολόγους είναι «η δυνατότητα των ανθρώπων να ωφεληθούν από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης».¹¹⁵ Με άλλα λόγια, «η ανάγκη» υφίσταται μόνο, εάν υπάρχει η «ικανότητα να ωφεληθεί κανείς» από μια οποιαδήποτε υγειονομική υπηρεσία, εάν δηλαδή υπάρχει ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα.^{16,17} Σύμφωνα μ' αυτό η δυνατότητα να ωφεληθεί κανείς από την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες

συμπεριλαμβανομένων των επιδημιολογικών πτυχών όπως η επίπτωση, ο επιπολασμός της ασθένειας και η αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων. Εφαρμόζοντας αυτόν τον ορισμό, οι εκβάσεις των παρεμβάσεων υγείας αποκτούν τη μεγαλύτερη σημασία.

Προσέγγιση των Υγειονομικών

Υπηρεσιών: Το Medical Research Council¹⁸ ορίζει ως «ανάγκη» την κατάσταση εκείνη όπου «η λειτουργικότητα ενός ασθενή σημειώνει πτώση ή απειλείται να πέσει κάτω από κάποιο κατώτατο διευκρινισμένο επίπεδο και υπάρχει θεραπεύσιμη αιτία». Αυτός ο ορισμός λαμβάνει υπόψη την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας φροντίδας και υπονοεί ότι μια ανάγκη ικανοποιείται μετά από αποτελεσματική παρέμβαση. Σε παρόμοιο πνεύμα, ο Buchan και συν.,¹⁹ καθόρισαν τις ανάγκες υγείας ως «εκείνες για τις οποίες μια παρέμβαση παράγει ένα όφελος με λογικό κίνδυνο και αποδεκτό κόστος». Αυτός ο ορισμός ενσωματώνει την βιολογική και την οικονομική αποτελεσματικότητα.

Σύγχρονος ορισμός της «Ανάγκης»: Ένας σύγχρονος ορισμός της «ανάγκης», που έχει κατά καιρούς δημοσιευτεί σε άρθρο του National Health Service (NHS), δηλώνει, ότι «ανάγκη» είναι «η ικανότητα, να έχει κανείς αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας». Όμως αυτός ο

ορισμός είναι υπερβολικά περιοριστικός καθώς οι «ανάγκες υγείας» συρρικνώνονται σε αυτές που θεωρούνται «ιατρικά απαραίτητες» και μπορούν εύκολα να ικανοποιηθούν (π.χ. με διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπεία), διαιωνίζοντας έτσι το «ιατρικό μοντέλο», το οποίο όμως η εμπειρία αποδεικνύει ότι είναι αναποτελεσματικό στην ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών των ασθενών. Σημαντικό είναι να προσανατολιστούμε από την ικανοποίηση των «αναγκών υγείας» στην ικανοποίηση των «αναγκών των ασθενών».²⁰

Παραδοσιακή Πατερναλιστική

Προσέγγιση: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας²¹ το 1948, ορίζει την Υγεία ως την «κατάσταση της πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Αυτός ο ορισμός, ο τόσο περιεκτικός προσδιορίζει σαφώς ποιος θα έπρεπε να είναι ο στόχος της παρέμβασης της υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες υγείας εντούτοις, με μια παραδοσιακή προσέγγιση τείνουν να επικεντρώνονται σε ένα Ιατροκεντρικό πρότυπο υγειονομικής περίθαλψης με την κλινική και εργαστηριακή αξιολόγηση – ιστορικό, εξετάσεις - που ακολουθούνται από περαιτέρω διερεύνηση και παρεμβάσεις, και τελικά μετρούν την επιτυχία της έκβασης με αυστηρά κλινική και όχι ολιστική αξιολόγηση. Αυτή η προσέγγιση έχει επικριθεί για την

προαγωγή μιας πατερναλιστικής σχέσης γιατρού - ασθενή.^{22,23}

Η σύγχρονη ιατρική αρχίζει σιγά-σιγά να αναγνωρίζει τη σημασία της συμμετοχής του ασθενή στην υγειονομική περίθαλψη και περισσότερες έρευνες απαιτούνται για να καταλάβουμε τη σημασία των αλληλεξαρτήσεων μεταξύ των αναγκών υγείας, της ικανοποίησης, και της ποιότητας ζωής.

Η πίεση της πολιτικής της αυτοσυντήρησης, υποχρεώνει τους ιθύνοντες της υγείας να χειριστούν τα υγειονομικά θέματα με περιορισμό στην αύξηση του σφαιρικού προϋπολογισμού για την υγεία και κατά συνέπεια προτιμούν να χειριστούν και να εισάγουν περισσότερο αυστηρούς και κάπως τεχνικούς όρους για να δικαιολογήσουν τις ελλείψεις στους πόρους που αφιερώνονται στον τομέα της υγείας. Δυστυχώς η χρήση ενός περισσότερο περιοριστικού ορισμού της «ανάγκης» καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των «ιατρικών» αναγκών του πληθυσμού, καθώς η ικανοποίηση όλων των «πραγματικών» αναγκών των ασθενών αδιαμφισβήτητα θα απαιτούσε περισσότερους οικονομικούς πόρους, με έμφαση στη πρωτοβάθμια υγεία και αλλαγή στόχων και προσανατολισμού της περίθαλψης.²⁰

Η έννοια της «Ανάγκης» στη Νοσηλευτική



Η «ανάγκη» στη Νοσηλευτική, ορίζεται ως η κατάσταση εκείνη κατά την οποία παρουσιάζεται έκπτωση ή αδυναμία των βιολογικών ή και ψυχο-κοινωνικών λειτουργιών του ανθρώπου, που ως αποτέλεσμα έχουν τη δημιουργία διαφοράς μεταξύ του «πως είναι και πως θα έπρεπε ή θα ήθελε το ίδιο το άτομο να είναι».

^{24,25} Ωστόσο καμία συμφωνία, δεν φαίνεται να υπάρχει για την έννοια της «ανάγκης» στην Υγεία, την Κοινωνιολογία και τη σχετική βιβλιογραφία ^{26,27,28}

Η πρόκληση στη Νοσηλευτική είναι να αναγνωριστούν και να προσδιοριστούν οι πραγματικές ανάγκες των ασθενών. Με την εκπλήρωση αυτών των αναγκών από το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό είναι εφικτό να διατηρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής.

Στο πλαίσιο της πολιτικής της δημόσιας υγείας όμως, είναι σημαντικό να περιγραφεί αυτό το σύνθετο ζήτημα: «Τι θα επιθυμούσαν να απολαμβάνουν οι ασθενείς αλλά και οι πολίτες στο σύνολό τους, από τις Υπηρεσίες Υγείας, ώστε να βελτιωθεί η γενική Υγεία;». Την απάντηση θα τη δώσουν οι ίδιοι οι ασθενείς, ενώ τίποτα δεν περιορίζει τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι λειτουργούν βασισμένοι στην υπάρχουσα γνώση που πηγάζει από την επαγγελματική εκπαίδευση και τις ηθικές αξίες.²⁴

Η ασάφεια της έννοιας της «ανάγκης» και οι υπερβολικά μεγάλοι στόχοι που καλούνται

να εκπληρώσουν οι επαγγελματίες Υγείας, έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία της μετάβασης από απλή παροχή υπηρεσιών σε ικανοποίηση αναγκών. Η δυσκολία αυτή είναι προφανέστερη, καθώς ο ασθενής ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα, έχει πέρα από βιολογικές ή φυσικές ανάγκες και ψυχο-κοινωνικές και πνευματικές.^{29,30}

Ασθενείς με σοβαρό πρόβλημα υγείας μπορεί να έχουν περισσότερες συναισθηματικές, ή φυσικές ανάγκες, αλλά και ασθενείς με μειωμένη αντίληψη για την κατάσταση της Υγείας τους, μπορεί έχουν περισσότερες κοινωνικές ανάγκες.³¹ Η ικανοποίηση όμως αυτών των συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών μπορεί να έχει άμεση θετική επίδραση και στην κατάσταση της υγείας τους, αλλά και το αντίστροφο, υποδηλώνοντας τελικά την «ολιστική έννοια» των αναγκών.²⁹

Για παράδειγμα, ένας ασθενής με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ίσως έχει περισσότερο ανάγκη την επικοινωνία και την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του και την πρόγνωση της. Μία νεαρή μητέρα που εισήλθε εκτάκτως στο νοσοκομείο, με λιποθυμικό επεισόδιο ίσως έχει μεγαλύτερη ανάγκη να τηλεφωνήσει, για να μάθει τι απέγινε το τρίχρονο παιδί της, ενώ ένας ηλικιωμένος με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, ίσως έχει περισσότερο ανάγκη την ικανοποίηση φυσικών αναγκών. Εάν οι «κοινωνικές», «συναισθηματικές» και

«φυσικές» ανάγκες των ασθενών αυτών μείνουν ανικανοποίητες, είναι πιθανό να αυξηθεί το άγχος και η ανησυχία τους, να επιδεινωθεί η συναισθηματική τους κατάσταση, αλλά και η κατάσταση της υγείας τους. Εάν όμως, παράλληλα με τις ανάγκες «υγείας» εκπληρωθούν και οι υπόλοιπες ανάγκες, που ο ίδιος ο ασθενής θεωρεί σημαντικές, εκτός από την εξασφάλιση ηρεμίας, που έχει θετική επίδραση στην υγεία του, θα καλλιεργήσει και κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ του αρρώστου και του προσωπικού και θα βελτιώσει ακόμα και τον παραδοσιακό τρόπο επικοινωνίας ιατρού/νοσηλευτή – ασθενή.³²

Η «ανάγκη» είναι μία ευρύτερη έννοια, καθώς το φάσμα της ανθρώπινης εμπειρίας είναι ιδιαίτερα ευρύ. Προφανώς οι φυσικές ανάγκες έχουν αγνοηθεί στο σύνολό τους, καθώς και άλλα στοιχεία φυσικών και συναισθηματικών αναγκών όπως η ποιότητα του ύπνου, ο πόνος, η έλλειψη άνεσης, οι κοινωνικές επαφές ως μέρος της γενικής αντίληψης για την ποιότητα της υγείας.³²

Η εκπλήρωση μιας ανάγκης ίσως να έχει άμεση επίδραση στην ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, αλλά η κατεύθυνση της σχέσης αυτής δεν είναι σαφής. Ο ασθενής για παράδειγμα μπορεί να έχει ανάγκη για περισσότερη ή καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια και την πρόγνωση της. Εάν αυτή η ανάγκη δεν ικανοποιηθεί, οι υπηρεσίες περίθαλψης ίσως να

χαρακτηριστούν ανεπαρκείς. Από την άλλη όμως πλευρά ένας πολύ καλά ενημερωμένος ασθενής τείνει να έχει υψηλότερες προσδοκίες, οπότε και πάλι θα δυσαρεστηθεί με την παρεχόμενη φροντίδα. Και οι δύο περιπτώσεις έχουν άμεση επίδραση στην ποιότητα ζωής.²⁴

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΤΑ MASLOW

Πρότυπο υψηλού επιπέδου ευεξίας (High-Level Wellness Model)

Όπως αναφέρει η Taylor³³ στο βιβλίο της, ο Halbert Dunn, περιέγραψε το πρότυπο υψηλού επιπέδου ευεξίας ως την επίτευξη της μέγιστης δυνατής λειτουργικότητας του ατόμου. Διαφοροποιεί την ευεξία από την καλή υγεία. «Καλή Υγεία» είναι μία παθητική κατάσταση όπου το άτομο δεν είναι άρρωστο. Αντιθέτως, «Ευεξία» είναι μία ενεργητική κατάσταση προσανατολισμένη στην μεγιστοποίηση του δυναμικού του ατόμου, ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας του.

Η υγεία πρέπει να ορίζεται από το κάθε άτομο και να λαμβάνονται υπόψη όλες οι διαστάσεις οι οποίες συνθέτουν την ολότητα του ατόμου (φυσική, διανοητική, συναισθηματική, κοινωνική, πολιτισμική, πνευματική και περιβαλλοντολογική). Η ισότιμη θεώρηση όλων αυτών των αλληλένδετων και αλληλοεξαρτώμενων συνιστωσών που επηρεάζουν τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες,



αποτελεί τη βάση για την παροχή ολιστικής Νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική ενδιαφέρεται άμεσα για τις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ατόμου. Ο Maslow³⁴ ανέπτυξε την κλίμακα ιεράρχησης των βασικών αναγκών η οποία χρησιμοποιείται για τον καθορισμό των σημαντικότερων αναγκών του ατόμου σε μια δεδομένη στιγμή (σχήμα 1).

Οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με διάφορους τρόπους ή μένουν ανικανοποίητες. Ορισμένες καλύπτονται από το ίδιο το άτομο ενώ άλλες για να ικανοποιηθούν απαιτούν σχέσεις και αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους. Η Νοσηλευτική προσανατολίζεται στην κάλυψη των αναγκών οι οποίες δεν έχουν ικανοποιηθεί.

Η θεωρία παρακίνησης του Maslow³⁴ είναι μία θετική θεωρία και στηρίζεται σε μία ολιστική-δυναμική θεωρία. Στη βάση ενός συστήματος αναγκών βρίσκονται οι φυσιολογικές ανάγκες που στηρίζονται στην ομοιόσταση. Σύμφωνα με τον Black³⁵ ο γιατρός Walter Canon συνέθεσε τον όρο ομοιόσταση, ορίζοντας τον ως «μία δυναμική ισορροπία, μία ευέλικτη διαδικασία που διατηρεί ορισμένες παραμέτρους, εντός συγκεκριμένων πλαισίων».³⁵

Ο Maslow υποστήριξε ότι οι ανθρώπινες ανάγκες οργανώνονται με ιεράρχηση των δυνατοτήτων: οι ανώτερες εμφανίζονται μόλις ικανοποιηθούν οι κατώτερες. Όταν ικανοποιηθούν οι φυσιολογικές ανάγκες, ο

άνθρωπος δεν παρακινείται πλέον από αυτές, ωστόσο ένα άτομο ανέχεται καλύτερα τη στέρηση μιας ανάγκης που ικανοποιήθηκε κάποτε, παρά τη στέρηση μιας ανάγκης που δεν ικανοποιήθηκε ποτέ.³⁴

Όταν κάποιος βρίσκεται στο ανώτερο επίπεδο αναγκών αυτό είναι θετικό για την ανάπτυξη και την υγεία και οργανικά και ψυχολογικά. Ζει περισσότερα χρόνια, αρρωσταίνει λιγότερο, κοιμάται και τρώει καλύτερα. Η ζωή συνεχίζει να είναι ευχάριστη, γεμάτη συναρπαστικές στιγμές και έντονες συγκινήσεις. Ένα πιθανό συμπέρασμα είναι ότι το άτομο που νοιώθει αυτό-πραγμάτωση, πετυχαίνει μια υψηλή ικανοποιητική ποιότητα ζωής, που επεκτείνεται από το ίδιο το άτομο μέχρι την κοινωνία.³⁴

Η ιεράρχηση των αναγκών δεν είναι απλή ταξινόμηση. Κάθε άτομο ιεραρχεί τις ανάγκες του με διαφορετικό τρόπο. Ορισμένοι άνθρωποι έχουν χαμηλό επίπεδο φιλοδοξιών. Η μόνιμη απώλεια αγάπης οδηγεί σε μια προσωπικότητα με ψυχοσωματικά προβλήματα.

Η ανάγκη που έχει ικανοποιηθεί από καιρό μπορεί να αποκτήσει χαμηλή αξία. Ένα άτομο που δεν στερήθηκε ποτέ κάποια συγκεκριμένη ανάγκη δεν τη θεωρεί σημαντική. Αν παρουσιαστούν δύο ανάγκες, ο άνθρωπος πιθανότατα θα θέλει να ικανοποιήσει πρώτα την πιο βασική. Όσοι έχουν αγαπήσει και έχουν αγαπηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό και τα άτομα που είχαν

πολλές καλές φιλίες μπορούν να αμυνθούν κατά του μίσους, της απόρριψης, ή του διωγμού.³⁴

Τα περισσότερα φυσιολογικά άτομα της κοινωνίας μας έχουν βασικές ανάγκες που έχουν ικανοποιηθεί μερικώς και ταυτόχρονα ανάγκες που μερικώς δεν έχουν ικανοποιηθεί. Μπορεί να έχουν περισσότερες ικανοποιημένες φυσιολογικές ανάγκες και αντίστοιχα λιγότερες ικανοποιημένες ανάγκες αυτοπραγμάτωσης. Οι νέες ανάγκες εμφανίζονται σταδιακά, και τις πιο πολλές φορές είναι υποσυνείδητες παρά συνειδητές. Οι βασικές ανάγκες είναι κοινές σε όλες τις κουλτούρες.³⁵

Βιολογικές Ανάγκες

Οι βασικές ή βιολογικές ανάγκες, που αποτελούν τη βάση της ιεράρχησης των αναγκών, στον Καρδιολογικό άρρωστο είναι οι πλέον σημαντικές για τη ζωή και επομένως υψίστης προτεραιότητας. Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση στην ανακοπή, η παροχή οξυγόνου και η αντιμετώπιση του προκάρδιου άλγους στον εμφραγματία, η βελτίωση της δύσπνοιας και η κατάλληλη θέση του αρρώστου με οξύ πνευμονικό οίδημα, η αξιολόγηση του χρώματος του δέρματος, των ζωτικών σημείων, και της διανοητικής κατάστασης του αρρώστου με πνευμονική εμβολή, αλλά ακόμα και ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας, η χορήγηση υγρών, η

ανάπαυση και ο ύπνος που απελευθερώνουν τον οργανισμό από το στρες απαιτούν άμεση παρέμβαση και ικανοποίηση.³³

Οι ανικανοποίητες βιολογικές ανάγκες είναι οι επικρατέστερες και οι ισχυρότερες ανθρώπινες ανάγκες. Ένα άτομο που βιώνει έντονα το αίσθημα της πείνας θα κλέψει τροφή και θα προβεί σε άλλες ενέργειες που απειλούν την ασφάλεια του. Η υπεροχή μιας βασικής ανάγκης αλλάζει την φιλοσοφία του ατόμου για το μέλλον.³⁶

Ανάγκη για Ασφάλεια και Προστασία

Οι ανάγκες για ασφάλεια και προστασία ακολουθούν σε προτεραιότητα τις βιολογικές ανάγκες και περιέχουν φυσικά και συναισθηματικά στοιχεία. Η φυσική ασφάλεια σημαίνει προστασία του ατόμου από δυνητικές ή πραγματικές βλάβες. Η συναισθηματική ασφάλεια και προστασία συνεπάγεται εμπιστοσύνη στους άλλους και απελευθέρωση από φόβο, άγχος και ανησυχία. Οι νέο-εισαγόμενοι καρδιολογικοί ασθενείς, βιώνουν συχνά το στρες του θανάτου, του αγνώστου, του πόνου και μπορεί να έχουν κατά συνέπεια αυξημένες ανάγκες για συναισθηματική ασφάλεια.

Η κατάλληλη ήρεμη ενημέρωση, η καθοδήγηση, η καθησύχαση, η εκτενής συζήτηση γύρω από τη νόσο τους, από έμπειρο προσωπικό, η συμμετοχή τους στη διαδικασία ελέγχου και λήψης αποφάσεων, καθώς και η καλλιέργεια του θρησκευτικού



τους συναισθήματος αποτελούν πηγές στήριξης και δύναμης και ικανοποιούν το αίσθημα της ασφάλειας.³³

Ανάγκη για Κατανόηση και Αποδοχή

Όλοι οι ασθενείς έχουν ανάγκες υψηλότερου επιπέδου που περιλαμβάνουν ανάγκες για κατανόηση και αποδοχή. Η μη ικανοποίηση των αναγκών αυτών, οδηγεί σε βίωση αισθημάτων μοναξιάς και φυσικής ή συναισθηματικής απομόνωσης, άγχους και κατάθλιψης ή αντίθετα υπερβολικών απαιτήσεων και επιθετικότητας.³³

Ανάγκη για Αυτοεκτίμηση

Η επόμενη προτεραιότητα στην κλίμακα ιεράρχησης, είναι η ανάγκη για αυτοεκτίμηση, η ανάγκη του ατόμου να πιστεύει στις δυνάμεις του, να έχει την αίσθηση της υπεροχής και της αξιοπρέπειας. Ο αυτοσεβασμός και η εμπιστοσύνη ότι μπορεί να ενεργεί ανεξάρτητα, η επίτευξη των προσωπικών και των επαγγελματικών στόχων, δεξιοτήτων και γνώσεων ολοκληρώνουν την έννοια της αυτοεκτίμησης. Επίσης, η αποδοχή από άλλους λόγω της προσωπικότητας και του κύρους, παρέχει ατομική ταυτότητα και αναγνώριση και ικανοποιεί την επιθυμία της αυτοδυναμίας απέναντι στην οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους. Η αυτοεκτίμηση πηγάζει από την ικανοποίηση της επιθυμίας για

επάρκεια και υπεροχή και την αίσθηση ότι αξίζει και αναγνωρίζεται ως άτομο.³³

Συσχετίζεται με ικανότητες, γνώσεις, και δεξιότητες που απαιτούνται για να πραγματοποιηθούν οι ρόλοι, που κάθε άτομο καλείται να αναλάβει. Προκύπτει από ένα αίσθημα αυτοπεποίθησης έναντι στην κοινωνία και προϋποθέτει ικανοποίηση της επιθυμίας για ανεξαρτησία και ελευθερία. Το άτομο πρέπει να έχει την ελευθερία έκφρασης του λόγου, να ενεργεί χωρίς να προσβάλλει τους άλλους, να διερευνά και να αξιολογεί πληροφορίες και να υπερασπίζεται τον εαυτό του. Κάθε άτομο πρέπει να αντιμετωπίζεται με δίκαιο τρόπο, ισοτιμία, ειλικρίνεια και μεθοδικότητα.³⁶

Οι άρρωστοι ικανοποιούν τις ανάγκες τους για αυτοεκτίμηση με διαφορετικούς τρόπους. Επηρεάζονται από τις συνθήκες του νοσοκομείου που νοσηλεύονται, από το χαρακτήρα του ιδρύματος (ιδιωτικό / δημόσιο) και από τη στάση και τη συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού απέναντί τους. Όλοι οι άνθρωποι απαιτούν την αναγνώριση. Τα άτομα που τη στερούνται αισθάνονται κατώτερα, αδύναμα, απροστάτευτα και αποθαρρυσμένα. Τηρούν αδρανή, παθητική στάση αντιστέκονται στην αλλαγή, επιδεικνύουν ανευθυνότητα και δεν επιθυμούν να διεξάγουν διάλογο. Στο νοσοκομειακό χώρο εστιάζουν την προσοχή τους σε ασήμαντα και μηδαμινά πράγματα, γίνονται αγχώδη και πολλές φορές

αποφασίζουν να υπογράψουν και να φύγουν χωρίς να έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία τους.^{36,37}

Ο άρρωστος, πολύ συχνά μέσα στο νοσοκομείο δέχεται αλλαγές όπως αλλαγή του σωματικού ειδώλου, αλλαγή ρόλων, ή κριτικές κάποιων συνηθειών, όπως κάπνισμα, αλκοόλ, υπερβολικό βάρος σώματος, που προσβάλλουν και μειώνουν την αυτοεκτίμηση, την αυτοπεποίθηση και την ανεξαρτησία του.

Οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτές, αναγνωρίζοντας τις αξίες και τα πιστεύω του αρρώστου, διευκολύνοντας την υποστήριξη από την οικογένεια ή σημαντικά γι' αυτούς πρόσωπα. Όταν τους ενημερώνουν για την εξέλιξη της κατάστασης, τους ενθαρρύνουν να θέτουν εφικτούς στόχους, να συμμετέχουν ενεργά στην θεραπεία, και στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους, προάγουν το αίσθημα της αξίας και της αυτοαποδοχής.³³

Ένα άτομο που ικανοποιεί την ανάγκη του για αυτοεκτίμηση, αισθάνεται αυτοπεποίθηση, ότι αξίζει, ότι έχει δύναμη, ικανότητες, επάρκεια, είναι χρήσιμο και απαραίτητο στην κοινωνία, αξίζει να ζήσει και να προσπαθήσει γι αυτό. Για να είναι σταθερή και υγιής η αυτοεκτίμηση του ατόμου πρέπει να στηρίζεται σε ένα γνήσιο και επάξιο σεβασμό.^{36,37}

Ανάγκη για Αυτοπραγμάτωση

Στο τελευταίο και υψηλότερο επίπεδο ιεράρχησης αναγκών βρίσκεται ο «συναισθηματικός χρυσός», η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση, η ανάγκη του ατόμου να φθάσει στο μέγιστο δυναμικό του, μέσω της πλήρους δυνατής ανάπτυξης των προσωπικών ικανοτήτων. Η διεργασία για την ικανοποίηση αναγκών αυτοπραγμάτωσης στον άρρωστο επιτυγχάνεται με εστίαση στις δυνατότητες παρά στα προβλήματα του ασθενούς. Δεν έχει υλική υπόσταση και σε μερικά άτομα μπορεί να μην είναι ισχυρότερη από την αγάπη και την ανάγκη για αυτοεκτίμηση. Τα άτομα που αισθάνονται αυτοπραγμάτωση, είναι πιο ικανά να ξεχωρίζουν τον πραγματικό κόσμο, είναι δημιουργικά, αισθάνονται άνετα με το άγνωστο και αυτό τους ελκύει. Καθώς αποδέχονται και προσαρμόζονται στις αδυναμίες τους, τηρούν λιγότερο αμυντική και προσποιητή στάση. Αισθάνονται ενοχές, όταν δεν επιδιώκουν να βελτιώσουν τις αδυναμίες τους, τις προκαταλήψεις, τη ζήλεια, το φθόνο και τα άλλα ανθρώπινα ελαττώματα. Διαθέτουν αυτόνομο κώδικα ηθικής, αλλά είναι άκρως ηθικά άτομα, προβαίνοντας σε συμβιβασμούς στα μη σημαντικά ζητήματα.^{36,37}

Στο θέμα των αξιών, αποδέχονται το χαρακτήρα τους, την ανθρώπινη φύση τους, τα γεγονότα της κοινωνικής ζωής και τους περιορισμούς της φυσικής πραγματικότητας. Έχουν εστιασμένη την προσοχή τους στα



προβλήματα και όχι στο εγώ τους. Οι αξίες τους είναι ευρείες και παγκόσμιες. Βαθύτητα δημοκρατικά άτομα, σέβονται τους άλλους, έχουν έντονη αίσθηση του σωστού και του λάθους. Το χιούμορ τους έχει φιλοσοφική χροιά, δεν είναι εχθρικό και γίνεται μόνο για να προκαλέσει το γέλιο.^{36,37}

Προτιμούν τη μοναξιά και την ησυχία τους. Τηρούν απόμακρη και αντικειμενική στάση σε συνθήκες αναστάτωσης. Οι σχέσεις τους με τους ανθρώπους είναι βαθιές και ο κύκλος των φίλων τους μικρός. Με βάση κοινωνικούς όρους πιστεύουν στο Θεό, αλλά δεν είναι θρησκόληπτοι. Προσαρμόζονται στις κοινωνικές τάσεις, επιδεικνύοντας ανοχή.^{36,37}

Αυτοαντίληψη

Η αντίληψη που έχει κάποιος για τον εαυτό του, (self-concept) έχει αναλυθεί ως Νοσηλευτική διάγνωση. Τα συστατικά της περιλαμβάνουν την εικόνα του σώματος, τον αυτοσεβασμό και την ατομική ταυτότητα. Οι Νοσηλευτικές διαγνώσεις, με βάση το πρότυπο των αντιλήψεων των ανθρωπίνων αντιδράσεων, περικλείουν τη διαταραχή της εικόνας του σώματος, τη διαταραχή της ατομικής ταυτότητας, και τη χρόνια ή περιστασιακή διαταραχή της αυτοεκτίμησης. Η αντίληψη που έχει κάποιος για τον εαυτό του προκύπτει από την εμπειρία και είναι ένας προσδιοριστικός παράγοντας της συμπεριφοράς. Η LeMone³⁸ προσάρμοσε τον ορισμό της Roy για την αυτοαντίληψη ως

εξής: «Η αντίληψη που έχει κάποιος για τον εαυτό του, είναι μια σύνθεση σκέψεων, αξιών και συναισθημάτων, για τη φυσική και την προσωπική εικόνα του εαυτού του ανά πάσα στιγμή». Αυτή σχηματίζεται από τις αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον και διευθύνει τη συμπεριφορά του ατόμου. Ο Maslow έδωσε έμφαση στην αυτοπραγμάτωση την οποία θεωρεί ως κινητήριο δύναμη για να αναπτυχθεί η μοναδική για κάθε άτομο αντίληψη του εαυτού του.

Συμπεράσματα

Το Ιατρικό και το Νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα πρέπει να αγνοεί τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και να ασχολείται κυρίως με τη σωματική τους υγεία. Για τον ασθενή κάθε επιδέξια συνάντηση με το νοσηλευτή ή το γιατρό, μπορεί να είναι μια ευκαιρία για καθησυχαστική πληροφορία, παρηγοριά, εποικοδομητική συμβουλή, ενθάρρυνση. Αν όμως οι χειρισμοί είναι άστοχοι, μπορεί να είναι μία πρόσκληση στην απελπισία. Το συνηθέστερο όλων είναι ότι οι θεράποντες είτε αγνοούν, είτε αδιαφορούν για τις ανάγκες του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Messner R.L. "what patients really want from their nurses." *American Journal of Nursing*, 1993, 93:38-41
2. Goleman D. Η συναισθηματική νοημοσύνη. Γιατί το «EQ» είναι πιο σημαντικό

- από το «IQ». Ελληνικά γράμματα , 1995, 40-41:236-237
3. Jordan J, Wright J. Making sense of health needs assessment. *British Journal of General Practice* 1997, 47:695-696.
 4. Stevens A, Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ* 1998, 316:1448-1452.
 5. Great Britain Resource Allocation Working Party: Sharing resources for health in England : report of the Resource Allocation Working Party. London, H.M.S.O.; 1976.
 6. Culyer A. Need--is a consensus possible? *J Med Ethics* 1998, 24:77- 80.
 7. Bradshaw J. A taxonomy of social need. *Problems and progress in medical care: essays on current research Volume 7th series*. Edited by: Mclachlan G. Oxford, Nuffield Provincial Hospital Trust 1972, 34: 99-104.
 8. Flew A. Wants or needs, choices or commands? *Human needs and politics*. Edited by: Fitzgerald R. London, Pergamon Press 1977:213-228.
 9. Wiggins D, Dermen S. Needs, need, needing. *J Med Ethics* 1987, 13:62-68.
 10. Culyer AJ. Equity - some theory and its policy implications. *J Med Ethics* 2001, 27:275-283.
 11. Baldwin S. Needs assessment and community care: clinical practice and policy making. Oxford, Butterworth-Heinemann; 1998.
 12. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Need for redefining needs. *Health Quality Life Outcomes* 2003,1:34.
 13. NHSME: Assessing health care needs. London, National Health Service Management Executive; 1991,14-15.
 14. Packham C , Asadi-Lari M., Gray D. Patients' needs and Quality of Life Outcomes 2004;1:40-42.
 15. Culyer AJ. Need and the National Health Service : economics and social choice. London, Martin Robertson; 1976,1:322-323.
 16. Gillam SJ. Assessing the health care needs of populations—the general practitioner's contribution. *Br J Gen Pract* 1992; 42:404-405.
 17. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ* 1993, 12:431-457.
 18. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assessment. *Psychol Med* 1987;17(4):971-981.
 19. Buchan H, Gray M, Hill A, Coulter A. Needs assessment made simple. *Health Serv J* 1990, 100(5188):240-241.
 20. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model Published: 29 June 2004 *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:32
 21. WHO: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by



- the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
22. Mc Kinstry B. Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 1992;42(361):340-342.
 23. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *Jama* 2002, 288(23):3027-3034.
 24. Twigg J, Atkin K. *Carers Perceived: Policy and Practice in Informal Care*. Buckingham, Open University Press; 1994;22:34-36
 25. Craigs H. Adaptation in chronic illness : an eclectic model for nurses. *Jadvan Nurs*1983, 5:397-404
 26. Culyer A. Need--is a consensus possible? *J Med Ethics* 1998, 24:77-80.
 27. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Broadway: Springer Publishing Co 1984, 12:11.
 28. Lightfoot J. Identifying needs and setting priorities: issues of theory, policy and practice. *Health & Social Care in the Community* 1995, 3:105.
 29. Parry-Jones B, Soulsby J. Needs-led assessment: the challenges and the reality. *Health Soc Care Community* 2001; 9(6):414-428.
 30. Goodwin PJ, Black JT, Bordeleau LJ, Ganz PA. Health-related quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer--taking stock. *J Natl Cancer Inst* 2003, 95(4):263-281.
 31. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services. *Health Qual Life Outcomes* 2003, 1:26.
 32. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Patients' satisfaction and quality of life in coronary artery disease. *Health and Qual Life Outcomes* 2003, 1:57.
 33. Taylor C, Lilis C, Le mone P. Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Επιμέλεια-Μετάφραση: Πατηράκη -Λεμονίδου, Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002.
 34. Maslow A. H. *Motivation and Personality*, 2d, ed (New York: Harper & Row, 1970;2:612-622.
 35. Black JM, Matassarini J E . *Nursing clinical management for continuity of care*. Philadelphia, Saunders. 1997, 5:932.
 36. Lee LL, Arthur A, Avis M. Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(11):1690-9.
 37. Yehle KS, Plake KS. Self-efficacy and educational interventions in heart failure: a review of the literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2010;25(3):175-88.
 37. Le Mone. Analysis of a human phenomenon self-concept, *Nursing Diagnosis*, 1991, 3:126-130.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ “ΑΝΑΓΚΗΣ”		
ΑΠΟΨΕΙΣ / ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	ΕΚΠΡΟ- ΣΩΠΟΙ	ΟΡΙΣΜΟΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΩΝ	Bradshaw	Κανονιστική, Συναισθηματική Εκφραστική, Συγκριτική ανάγκη
ΦΙΛΟΣΟΦΩΝ	Baldwin	Οξεία ανάγκη & Τελεολογική ανάγκη
ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΩΝ		Η δυνατότητα των ανθρώπων να ωφεληθούν από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	Medical Research Council Buchan	Η λειτουργικότητα ενός ασθενή σημειώνει πτώση ή απειλείται να πέσει κάτω από κάποιο κατώτατο διευκρινισμένο επίπεδο και υπάρχει θεραπεύσιμη αιτία Η Ιατρονοσηλευτική παρέμβαση να παράγει ένα όφελος με λογικό κίνδυνο και αποδεκτό κόστος
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ	National Health Service	Η ικανότητα, να έχει κανείς αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας Τι θα επιθυμούσαν να απολαμβάνουν οι ασθενείς αλλά και οι πολίτες στο σύνολό τους, από τις Υπηρεσίες Υγείας, ώστε να βελτιωθεί η γενική Υγεία;
ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΕΣ/ ΙΑΤΡΟΚΕΝΤΡΙΚΕΣ		Το Ιατροκεντρικό πρότυπο υγειονομικής περίθαλψης με την κλινική και εργαστηριακή αξιολόγηση – ιστορικό, εξετάσεις - που ακολουθούνται από περαιτέρω διερεύνηση και παρεμβάσεις, και τελικά μετρούν την επιτυχία της έκβασης με αυστηρά κλινική και όχι ολιστική αξιολόγηση
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ		Η κατάσταση εκείνη κατά την οποία παρουσιάζεται έκπτωση ή αδυναμία των βιολογικών ή και ψυχο-κοινωνικών λειτουργιών του ανθρώπου
ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ «ΑΝΑΓΚΗΣ»	Goodwin, Black	Η αντιμετώπιση του ασθενή, ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα, που έχει πέρα από βιολογικές ή φυσικές ανάγκες και ψυχο-κοινωνικές και πνευματικές

Πίνακας 1: Η έννοια της ανάγκης



Σχήμα 1: Η Πυραμίδα του Maslow

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης

Σιέττου Μαρία¹, Σαρίδη Μαρία²

1. Μαία, MSc, Κέντρο Υγείας Καπανδριτίου

2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Phd (c), Γενικό νοσοκομείο Κορίνθου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εφηβική εγκυμοσύνη, αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, που συνδέεται με πολλές σωματικές, ψυχολογικές, και κοινωνικές επιπτώσεις και μπορεί να καταλήξει σε γέννηση, αποβολή ή άμβλωση.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας, είναι να αναζητήσει τους παράγοντες κινδύνου εκείνους, που συντελούν στην εφηβική εγκυμοσύνη.

Αποτελέσματα: Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με δεδομένα της Unicef, το ποσοστό γεννήσεων ανάμεσα στις έφηβες αγγίζει το 52,1% και είναι τέσσερις φορές υψηλότερο, από το αντίστοιχο ποσοστό που καταγράφεται στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Η Μ. Βρετανία έχει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη και σε αντίθεση με την πτώση που καταγράφεται στις υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, το στοιχείο αυτό παραμένει σχετικά σταθερό, ειδικά στις εφήβους ηλικίας από 16 ετών και κάτω. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, το 2007, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες κάτω των 18 ετών, με 75 γεννήσεις εξ αυτών από έφηβες κάτω των 15 ετών. Οι κυριότεροι παράγοντες, που συντελούν στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης, είναι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η οικογένεια, η εκπαίδευση και η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων.

Συμπεράσματα: Είναι ανάγκη, η πολιτεία, μέσα από τις υπηρεσίες της υγείας και τα προγράμματα της εκπαίδευσης, να παράσχει σύγχρονη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία, καθώς και προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η συνεργασία αυτών των φορέων είναι απαραίτητη, για την καλύτερη αντιμετώπιση της έκτασης και των συνεπειών της εφηβικής εγκυμοσύνης.

Λέξεις κλειδιά: Εφηβική εγκυμοσύνη, αντισύλληψη, παράγοντες κίνδυνου, σεξουαλική συμπεριφορά, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σιέττου Μαρία,
Επτανήσου 3,
14122 Π. Ηράκλειο,
Τηλ.: 210 2817742, 6955807828,
Email: sietmar@mail.gr

Risk factors of teenage pregnancy

Siettou, Maria¹ , Saridi Maria²

1. RM , Msc, Health Center of Kapandriti, Greece
2. RN, MSc, PhD (c), General Hospital of Korinthos, Greece

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a worldwide medical and social issue, associated with many physical, psychological and social consequences and can result in birth, miscarriage or abortion.

Aim: The aim of the present study is to find those risk factors that contribute to teenage pregnancy.

Results: In U.S.A., according to data from Unicef, the birth rate among teenagers touches the 52.1% and it is four times higher, than the corresponding rate recorded in the countries of Western Europe. The United Kingdom has the highest rate of teenage pregnancy in Europe and in contrast to the decline in the rate of teenage pregnancy, recorded in the remaining countries of Western Europe, this figure has remained relatively stable, especially in adolescents aged 16 years and below. In Greece, according to National Statistics Office, in 2007, we had 3.129 births by teenagers under 18, with 75 births by teenagers under 15. The main factors contributing to the incidence of teenage pregnancy are socioeconomic factors, the family, the education and the sexual behavior of teenagers.

Conclusions.It is necessary the state, through the health services and the education programs, to provide modern sex education in schools, as well as programs of prevention and health education in primary health care. The cooperation of these authorities is essential, to better address the extent and consequences of teenage pregnancy.

Keywords: Teenage pregnancy, contraception, risk factors, sexual behavior, sex education.

CORRESPONDING AUTHOR

*Siettou, Maria,
Eptanissou 3,
14122, P. Heraklion,
Tel.: 210 2817742, 6955807828,
Email: sietmar@mail.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, με πολλές επιπτώσεις και προεκτάσεις τόσο σωματικές όσο ψυχολογικές και κοινωνικές.^{1,2,3} Ανάμεσα στις χώρες του Δυτικού κόσμου με τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης είναι η Αμερική,⁴ ενώ από τις χώρες της Ευρώπης, την πρώτη θέση φαίνεται να κατέχει η Μ. Βρετανία⁴ και παρόλο το γεγονός ότι το 2004 υπήρξε μείωση των εφηβικών κυήσεων σε σχέση με παλαιότερα έτη, το ποσοστό αυτό εξακολουθεί να παραμένει το υψηλότερο από τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης.^{5,6} Η εφηβική εγκυμοσύνη μπορεί να καταλήξει ανάλογα, σε γέννηση, αποβολή ή άμβλωση.³

Στην Ελλάδα, η αρμόδια επιτροπή για τη μείωση των διακρίσεων κατά των Γυναικών, εξέφρασε την ανησυχία της για το υψηλό ποσοστό των εκτρώσεων στη χώρα μας και ειδικότερα για τις εκτρώσεις εκείνες που αφορούν τις έφηβες, επισημαίνοντας δε, ότι το γεγονός αυτό είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς χρήσης αντισύλληψης, αλλά και της απουσίας σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους έφηβους.⁷ Η Ελλάδα έχει ένα από τα

υψηλότερα ποσοστά άμβλώσεων στην Ευρώπη και παράλληλα ένα πολύ χαμηλό ποσοστό χρήσης αντισύλληψης, εξαιρουμένων της χρήσεως προφυλακτικού και της απόσυρσης.⁸ Το 2001 σύμφωνα με στοιχεία μελέτης που διεξήχθη στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι μια στις δέκα γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών είχε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε άμβλωση. Γίνεται εμφανής λοιπόν η μεγάλη έλλειψη από πολιτικές πρόληψης στον συγκεκριμένο τομέα, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να θεωρούν την άμβλωση ως ελεγκτικό μηχανισμό των γεννήσεων.⁸

Οι λόγοι και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της εφηβικής εγκυμοσύνης είναι πολλοί και ποικίλλουν ανάλογα. Ωστόσο οφείλουμε να επισημάνουμε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, η κύηση στην εφηβεία αποτελεί επιλογή από την έφηβη και αυτό σχετίζεται άμεσα με στοιχεία κουλτούρας και πολιτισμικής κληρονομιάς, τα οποία διέπουν κάποιες κοινωνίες ή κάποιες κοινωνικές ομάδες.^{9,10}



ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΕ ΑΜΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

Από στοιχεία μελέτης που έγινε σε 28 χώρες του αναπτυγμένου κόσμου, προκύπτει ότι το λιγότερο 1,25 εκατομμύρια έφηβες μένουν έγκυες κάθε χρόνο, και από αυτές μισό εκατομμύριο περίπου θα οδηγηθούν σε έκτρωση, ενώ γύρω στις 750.000 θα γίνουν τελικώς έφηβες μητέρες.⁴ Οι ΗΠΑ εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης από όλες τις αναπτυγμένες χώρες και η Μ. Βρετανία παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη.^{11,5}

ΑΜΕΡΙΚΗ

Στοιχεία από αναφορά της Unicef το 2001, δείχνουν ότι στην Αμερική, το ποσοστό των εφηβικών γεννήσεων αγγίζει το 52.1% και είναι τέσσερις φορές πιο πάνω από το αντίστοιχο ποσοστό που αφορά τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.⁴ Το 2002 σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από το National Center for Health Statistics των ΗΠΑ, συνέβησαν 757.000 κησεις σε έφηβες ηλικίας 15-18 ετών και παρόλο, που τα ποσοστά εφηβικής κήσης εμφάνισαν πτώση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη, τα ήδη υπάρχοντα ποσοστά παραμένουν και θεωρούνται ακόμη υψηλά. Από τις παραπάνω κησεις, οι 425.000 κατέληξαν σε άμβλωση και οι 117.000 σε αποβολή.¹² Το 82% των εφηβικών κήσεων που προκύπτουν τα

τελευταία δύο χρόνια, όπως αναφέρεται από την ίδια πηγή, είναι κησεις απρόσμενες.¹² Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη στις έφηβες σήμερα, υπερβαίνει σε αριθμό τις 800.000 ετησίως ενώ το ένα τρίτο από αυτές τις κησεις καταλήγουν σε άμβλωση.¹³

Όσον αφορά τις γεννήσεις στην εφηβεία, η πρόσφατη αναφορά από το National Vital Statistics Number δείχνει ότι το 2006, το ποσοστό γεννήσεων από μικρότερες έφηβες ηλικίας 10-14 ετών έπεσε στους 0.6 τοκετούς/1000 έφηβες, σε σχέση με το 0.7/1000 το 2005 και είναι η μοναδική ηλικιακή ομάδα, στην οποία καταγράφεται έστω και αυτή η μικρή πτώση.¹⁴ Αντίθετα το ποσοστό των γεννήσεων από έφηβες ηλικίας 15-17 ετών, αυξήθηκε από 21.4/1000 έφηβες το 2005 σε 22 το 2006, ενώ το ποσοστό των γεννήσεων από έφηβες ηλικίας 18-19 ετών αυξήθηκε 4% το 2006.¹⁴

ΕΥΡΩΠΗ

Η Μ. Βρετανία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη⁴ και σε αντίθεση με την πτώση του ποσοστού εφηβικής εγκυμοσύνης, που καταγράφεται στις υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, στη Μ. Βρετανία το αντίστοιχο ποσοστό παραμένει σχετικά σταθερό, ειδικά στις εφήβους ηλικίας από 16 ετών και κάτω.^{15,16}

Το 2002 ο αριθμός των εφηβικών κήσεων στη Μ. Βρετανία ήταν 46.745 από τις οποίες

το 50% κατέληξε στη γέννηση ενός παιδιού, προκαλώντας έτσι το γεγονός η Μ. Βρετανία να έχει ένα ποσοστό εφηβικών γεννήσεων, διπλάσιο από εκείνο της Γερμανίας, τριπλάσιο από της Γαλλίας και έξι φορές περισσότερο από τις Σκανδιναβικές χώρες.¹⁷ Το 2004 το ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στη Μ. Βρετανία ήταν της τάξης του 41.5/1000 έφηβες ηλικίας 15-17 ετών και παρόλο, που καταγράφεται μια πτώση 11.1% σε σχέση με το 1998, το ποσοστό εφηβικών κυήσεων παραμένει ακόμα το υψηλότερο στη Δυτική Ευρώπη.⁶ Χαρακτηριστικό, είναι επίσης το γεγονός, ότι το 2008 στη Μ. Βρετανία σε σύνολο 195.296 εκτρώσεων στο γενικό πληθυσμό, οι 19.387 αφορούσαν έφηβες κάτω των 18 ετών, (ποσοστό 19% του συνολικού αριθμού αμβλώσεων), και από αυτές 4.113 αμβλώσεις, ήταν σε ηλικία κάτω των 16 ετών, (ποσοστό 4%), ενώ από το 2006 έως το 2008, οι εκτρώσεις εφήβων κοριτσιών κάτω των 16 ετών ήταν 12.479. ¹⁸Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το διάστημα 1997-2007 ο αριθμός των συλλήψεων στις έφηβες 16 ετών παρουσιάζει μείωση όπως επίσης και ο αριθμός των κυήσεων που καταλήγουν σε τοκετό.. Αντίθετα όσο αυξάνεται η ηλικία το σύνολο των συλλήψεων παρουσιάζει ελάχιστη μεταβολή και το ίδιο παρατηρείται και στον αριθμό των κυήσεων που καταλήγουν σε τοκετό (Πίνακας 1).

Σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως στη Σουηδία και στη Γαλλία, τα ποσοστά της εφηβικής εγκυμοσύνης εμφανίζονται πολύ χαμηλότερα, σε σχέση με αυτά της Μ. Βρετανίας και των Η.Π.Α.¹⁹

ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα το 2007 σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες ηλικίας κάτω των 18 ετών, με 76 από αυτές τις γεννήσεις, να αφορούν έφηβες κάτω των 15 ετών, αριθμός που καλύπτει μέρος μόνο του συνόλου των εφηβικών κυήσεων, αφού δεν περιλαμβάνει τις αποβολές ή τις αμβλώσεις στην εφηβική ηλικία.²⁰ Ουσιαστικά το χρονικό διάστημα 2000-2007, παρατηρείται μικρή αύξηση στις γεννήσεις από έφηβες κάτω των 15 ετών (n=47 έναντι n=76). Ο αριθμός των καταγεγραμμένων γεννήσεων σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα το έτος 2003 σχεδόν διπλασιάζεται, ανέρχεται στις 92 γεννήσεις, ενώ το έτος 2007 παρουσιάζει μια μικρή μείωση, παρόλα αυτά όμως παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Η αμέσως επόμενη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή μεταξύ 15-19 ετών και εκεί όπως αναμένεται εμφανίζεται αυξημένος αριθμός γεννήσεων που ετησίως για το ίδιο χρονικό διάστημα 2000-2007 φτάνει περίπου τις 3.500 χιλιάδες με πολύ μικρή διαφοροποίηση ανά έτος. Ο πραγματικός αριθμός όμως, υπολογίζεται να είναι πολλαπλάσιος, δεδομένου του ότι, με βάση τα



παραπάνω στοιχεία, στη χώρα μας έχουμε συστηματική καταγραφή μόνο των γεννήσεων και δεν περιλαμβάνονται σε αυτήν οι αμβλώσεις και οι αποβολές (Πίνακας 2).

Στοιχεία της Β' Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών δείχνουν ότι το 30-40% των κοριτσιών ηλικίας 16-18 ετών έχουν ξεκινήσει σεξουαλική δραστηριότητα. Από το παραπάνω ποσοστό, ένα 30% δεν χρησιμοποιεί καμία μέθοδο αντισύλληψης και ένα άλλο 30% χρησιμοποιεί αναποτελεσματικές μεθόδους, όπως η απόσυρση. Η συχνότητα των εφηβικών γεννήσεων έχει βέβαια μειωθεί την τελευταία εικοσαετία (από 9% το 1985 σε 5.2% το 2003), γεγονός που μάλλον συνδέεται με την αύξηση των αμβλώσεων κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (1980: 28.8%, 2003: 50%).²¹

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει ουσιαστικά την επίπτωση της εγκυμοσύνης στην εφηβεία. Τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης παρατηρούνται κυρίως στις κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερες τάξεις και σε περιοχές με υλική και κοινωνική στέρηση.^{22,23} Έφηβες προερχόμενες από την εργατική κοινωνική τάξη έχουν δέκα φορές

περισσότερο κίνδυνο να γίνουν έφηβες μητέρες, σε σχέση με τις έφηβες που προέρχονται από την ανώτερη κοινωνική τάξη.¹⁷

Σε μελέτη που έγινε στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι περισσότερες νεαρές έγκυες προέρχονταν από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι αυτές οι ομάδες πληθυσμού έχουν ελλιπή γνώση, σε σχέση με την φυσιολογία της αναπαραγωγής καθώς και με την χρήση αντισυλληπτικών.²⁴

Η πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για μια κύηση την εφηβεία και μπορεί να σχετίζεται και με κοινωνικοοικονομικά κριτήρια όπως προκύπτει από μια μελέτη που έγινε στη Μ. Βρετανία. Βρέθηκε λοιπόν ότι, οι έφηβες που προέρχονται από τις εργατικές τάξεις ξεκινούν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές με το άλλο φύλλο, με αποτέλεσμα να εκτίθενται έτσι περισσότερο στον κίνδυνο μιας κύησης στην εφηβεία.²⁵ Επίσης από μια άλλη μελέτη στη Μ. Βρετανία που αφορά έφηβες από διαφορετικά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, διαπιστώθηκε ότι, ενώ αρχικά οι περισσότερες από αυτές έβλεπαν την μητρότητα στην εφηβεία κυρίως αρνητικά, εκείνες οι κοπέλες που προέρχονταν από τις οικονομικά ασθενέστερες περιοχές, φαίνεται ότι είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν την εγκυμοσύνη τους, όταν εκείνη προέκυπτε, σε

σχέση με αυτές από τις πιο προνομιούχες οικονομικά περιοχές, οι οποίες τείνουν συχνότερα να υποβάλλονται σε άμβλωση.²⁶

Σύμφωνα τέλος με άλλες συναφείς μελέτες, οι συνθήκες που συμβάλλουν στη στέρηση υλικών αγαθών, αποτελούν έναν από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία.²⁷

Οικογένεια

Η οικογένεια είναι ένας παράγοντας με σημαντική επιρροή στην απόφαση της εφήβου είτε να οδηγηθεί συνειδητά σε μια εφηβική εγκυμοσύνη, είτε να προβεί νωρίς στην έναρξη της σεξουαλικής της ζωής. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι νεαρά κορίτσια που ζούσαν χωρίς την οικογένειά τους, υπό την προστασία της πολιτείας, βίωναν συναισθήματα μοναξιάς, απόρριψης και έλλειψης εμπιστοσύνης. Αυτά τα συναισθήματα, φαίνεται ότι ασκούσαν σοβαρή επιρροή στην απόφαση τους να επιλέξουν να συνεχίσουν μια κύηση και να γίνουν οι ίδιοι γονείς, προσπαθώντας έτσι μέσα από μια υγιή οικογενειακή σχέση να συμπληρώσουν τα κενά τα οποία ένοιωθαν. Η γέννηση ενός μωρού ουσιαστικά καλύπτει με αυτόν τον τρόπο τις συναισθηματικές ανάγκες της έφηβης, τις οποίες έχει στερηθεί η ίδια.²⁸

Επίσης, έφηβες που έχουν βιώσει την απουσία του πατέρα στην οικογένεια, επηρεάζονται από το γεγονός αυτό και

εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στο να αρχίσουν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές και πολλές φορές αυτό τείνει να καταλήξει σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.²⁹ Τέλος, οι έφηβες που ήταν και οι ίδιες παιδιά έφηβων γονέων, παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσουν μια κύηση στην εφηβεία και να γίνουν και οι ίδιες έφηβες μητέρες, σε σχέση με τις έφηβες που οι γονείς τους τεκνοποίησαν κατά την ενήλικο ζωή τους.³⁰

Στο ρόλο που παίζει η οικογένεια αλλά και το σχολείο, αναφέρεται και μια παρόμοια μελέτη από τη Μ. Βρετανία.²⁵ Σημαντικό εύρημα της μελέτης αυτής είναι η συμβολή της μονογονεϊκής οικογένειας στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης. Αναφέρεται λοιπόν ότι, το ποσοστό της πρώτης σεξουαλικής επαφής εφήβων ηλικίας κάτω των 16 ετών και μη χρήσης αντισύλληψης, ήταν υψηλότερο σε κορίτσια και αγόρια που ζούσαν με έναν από τους δύο γονείς και αυτά τα άτομα φαίνεται ότι εγκαταλείπουν και το σχολείο νωρίτερα από την ηλικία των 16 ετών.²⁵

Σχολείο - Εκπαίδευση

Στη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε έφηβες, οι οποίες εγκαταλείπουν το σχολείο και στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης, αναφέρεται μια μελέτη που επισημαίνει ότι ένα ποσοστό 29% από έφηβες που είναι σεξουαλικά ενεργείς και που εγκαταλείπουν το σχολείο στα 16 τους



χρόνια, έχουν ένα παιδί στην ηλικία των 17 χρόνων.²⁵ Έφηβες που εγκαταλείπουν το σχολείο, είτε διότι δεν το συμπαθούν, είτε έχουν χαμηλή επίδοση σε αυτό, ανήκουν σε ομάδα υψηλού κίνδυνου για να βιώσουν μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία.^{17,27} Η εγκατάλειψη της εκπαίδευσης και η αδυναμία ως εκ τούτου, απόκτησης ουσιαστικών προσόντων για μια καλή επαγγελματική αποκατάσταση, τεκμηριώνεται ως παράγοντας κινδύνου απόκτησης μιας εφηβικής εγκυμοσύνης και από άλλη παρόμοια μελέτη, που αναφέρεται σε νέους που βρίσκονταν υπό τη φροντίδα της πολιτείας και όχι της οικογένειάς τους. Σημαντικός παράγοντας επίσης, σε αυτή την ομάδα νέων, ήταν η διακοπή της σχολικής εκπαίδευσης λόγω εγκατάλειψης του σχολείου και η ως εκ τούτου έλλειψη σχολικής σεξουαλικής τους διαπαιδαγώγησης.²⁸

Από μελέτη που έγινε σε έγκυες έφηβες από ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και αφορά την επιθυμία τους για μια εγκυμοσύνη, βρέθηκε ότι, οι έφηβες εκείνες που εγκατέλειψαν το σχολείο, είχαν διπλάσια την επιθυμία για εγκυμοσύνη σε σχέση με τις έφηβες που συνέχιζαν την εκπαίδευση τους.³¹

Σεξουαλική Συμπεριφορά - Αντισύλληψη

Οι έφηβοι φαίνεται ότι προτιμούν συνήθως λιγότερο αξιόπιστες μεθόδους αντισύλληψης και δίνουν λιγότερη προσοχή στην

αναπαραγωγική τους υγεία. Τα πρώτα βήματα στη σεξουαλική τους ζωή είναι συνήθως ανασφαλή και χαρακτηρίζονται από έλλειψη εμπειρίας.³² Η μέση ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής και για τα δύο φύλλα είναι αυτή των 16 ετών σύμφωνα με έρευνα στη Μ. Βρετανία.²⁵ Επίσης, το όριο έναρξης της εμμήνου ρύσεως έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν και χαρακτηρίζεται από την πρόωμη έναρξη της περιόδου στα κορίτσια, ένα γεγονός που σχετίζεται και αυτό με την επίσης πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων.²⁵ Αυτή η σεξουαλική δραστηριότητα συχνά επιφέρει πολλά απρόοπτα γεγονότα, όπως η εγκυμοσύνη και η άμβλωση.^{25,33,34}

Η πλειοψηφία των εφήβων που έχουν για πρώτη φορά σεξουαλική επαφή, είναι συνήθως χωρίς τη λήψη προφύλαξης, χωρίς αντισύλληψη ή με ανασφαλή μέτρα αντισύλληψης. Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων στον τομέα της αντισύλληψης, προκύπτει τόσο από την έλλειψη σχολικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, όσο και από τη φτωχή επικοινωνία με την οικογένεια και εξηγεί τη συμπεριφορά αυτή των εφήβων σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Ουγγαρία.³² Από τη μελέτη αυτή συμπεραίνεται επίσης ότι, οι έφηβοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη καθοδήγησης, για τη βελτίωση της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς, και ότι για να προληφθεί η ανεπιθύμητη εφηβική εγκυμοσύνη και η έκτρωση, η οικογένεια, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το σχολείο και οι

επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να βελτιώσουν περισσότερο τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την πληροφόρηση που προσφέρουν στους εφήβους.³²

Στην Ελλάδα η φτωχή διαπαιδαγώγηση σε θέματα αντισύλληψης, συμβάλλει στο αυξανόμενο ποσοστό των ανεπιθύμητων κήσεων άρα και των αμβλώσεων.⁷ Σε έρευνα που έγινε στον Ελλαδικό χώρο, σε 1500 άτομα ηλικίας 16-45 ετών και αφορούσε τη διερεύνηση της γνώσης σε θέματα αντισύλληψης, βρέθηκε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό, 30,6% γυναικών και 14,7% των ανδρών απάντησαν σωστά στο 50% των ερωτήσεων που αφορούσαν βασικά θέματα αντισύλληψης.³⁵ Πηγές πληροφόρησής τους σε τέτοια θέματα αποτελούσαν οι παρέες, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και λιγότερο η οικογένεια. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η ανάγκη για διαπαιδαγώγηση σε σχετικά θέματα, είναι εμφανής, ειδικά στους νέους.³⁵

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η καλή αναπαραγωγική υγεία, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από το επίπεδο ενημέρωσης των ατόμων, σχετικά με τα μέτρα αντισύλληψης. Η λήψη των αποφάσεών τους, όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά, προϋποθέτει σαφώς ορθή και έγκαιρη πληροφόρηση.^{35,36} Η

σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μαθητών στα σχολεία, αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες στρατηγικής, που πρέπει να υιοθετήσει η πολιτεία για την μείωση της επίπτωσης της εφηβικής εγκυμοσύνης και την προαγωγή της υγείας των εφήβων.

Η Μ. Βρετανία, έχοντας τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης στη Ευρώπη, έθεσε το 1999 σε εφαρμογή προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και ενημέρωσης, με δύο βασικούς στόχους: α) να μειώσει τα ποσοστά της εφηβικής εγκυμοσύνης έως το 2010 και β) να αυξήσει στο 60% τουλάχιστον το ποσοστό των έφηβων γονέων, ειδικότερα της ηλικιακής ομάδας 16- 19 ετών.³⁷ Αυτό το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο το οποίο εφαρμόστηκε αρχικά το 1999, περιελάμβανε τέσσερα βασικά στοιχεία:

α) Καλύτερη πρόληψη των αιτιών της εφηβικής εγκυμοσύνης, μέσα από τη βελτίωση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και στην κοινότητα και την εξασφάλιση ευκολότερης πρόσβασης των νέων στην αντισύλληψη.

β) Εθνική καμπάνια από την πολιτεία που σκοπό είχε, να βοηθήσει τους νέους να αντισταθούν στη πίεση της πρώιμης έναρξης σεξουαλικών επαφών, καθώς και να ευαισθητοποιήσει τους νέους σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και



τέλος να ενθαρρύνει τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.

γ) Προώθηση δομών για το συντονισμό των δράσεων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο και εξασφάλιση της εφαρμογής των προαναφερθέντων δράσεων.

δ) Έμπρακτη υποστήριξη των εφήβων εγκύων και των έφηβων γονέων, η οποία θα περιλαμβάνει την πρόληψη μιας δεύτερης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, επιστροφή στην εκπαίδευση μέσω της βοήθειας που παρέχεται για τη φύλαξη του παιδιού των έφηβων γονέων και προγράμματα που παρέχουν ενίσχυση για τους γονείς και τα παιδιά.^{37,17}

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή αυτών των δράσεων μετά το πέρας τεσσάρων ετών, έδειξαν αισθητή μείωση του ποσοστού των εφηβικών κυήσεων κατά 3,2% και των γεννήσεων από έφηβες κατά 10,6%. Η μείωση αυτή εμφανίζεται μεγαλύτερη στις περιοχές στις οποίες το πρόγραμμα εφαρμόστηκε καλύτερα. Ωστόσο, αντίθετα με τα παραπάνω θετικά αποτελέσματα, αρνητικό θεωρείται το γεγονός ότι το ποσοστό των αμβλώσεων αυξήθηκε κατά 7,5%. Αυτά τα στοιχεία σύμφωνα με επιστήμονες, δείχνουν ένα θετικό αποτέλεσμα της εθνικής στρατηγικής που εφαρμόστηκε, παρόλο που επισημαίνουν ότι περισσότερες βελτιώσεις στη στρατηγική αυτή θα πρέπει να γίνουν στο μέλλον.²²

Σε άλλες χώρες επίσης, όπως η Σουηδία και η Γαλλία, με χαμηλά ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης, έχουν εισαχθεί στα σχολεία σύγχρονα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και υπάρχει επίσης εύκολη πρόσβαση των νέων στις υπηρεσίες πληροφόρησης σχετικά με την αντισύλληψη¹⁹. Στις χώρες αυτές επίσης, σημαντικό εκτός των άλλων είναι το γεγονός ότι η πολιτεία υιοθετεί μια θετική στάση και προσδοκία απέναντι στη σεξουαλικότητα των νέων, η οποία εκφράζεται θετικά και με ένδειξη εμπιστοσύνης προς αυτούς. Στηρίζεται η θέση ότι οι έφηβοι μπορούν να πάρουν σωστές αποφάσεις σε σχέση με τη σεξουαλική τους υγεία και την πρόληψη μιας εγκυμοσύνης, έχοντας λάβει τις γνώσεις μέσα από σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αυτού του είδους η κοινωνική αποδοχή της εφηβικής σεξουαλικότητας εκφράζεται από την πολιτεία με το να προσφέρει στους έφηβους μια σύγχρονη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία και μια εύκολη πρόσβαση των νέων σε υπηρεσίες αντισύλληψης.¹⁹ Χώρες όπως, η Σουηδία, η Ολλανδία, η Δανία, η Φιλανδία και η Γαλλία, φαίνεται να έχουν ξεφύγει από τις παραδοσιακές ηθικές αξίες άλλων κοινωνιών, πιο συντηρητικών, και έτσι να έχουν προβεί σε επιτυχημένες προσπάθειες προετοιμασίας των νέων ώστε να αντιμετωπίζουν καλύτερα μια περισσότερο «σεξιστική» κοινωνία.¹¹

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις ένα ανεπιθύμητο γεγονός και μπορεί να καταλήξει σε άμβλωση, αποβολή ή τη γέννηση ενός παιδιού.³ Σε οποιαδήποτε περίπτωση όμως και όποια και αν είναι η έκβασή της, οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν είναι σημαντικοί, τόσο για την υγεία της ίδιας της μητέρας, όσο και του παιδιού.³ Έχει βρεθεί ότι οι έφηβες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναιμία κατά την κύηση, ενώ η προωρότητα και τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά είναι μερικά από τα βασικότερα προβλήματα που εμφανίζονται στα βρέφη των εφήβων.^{38,39}

Σε ψυχολογικό επίπεδο επίσης, ο κίνδυνος που απορρέει από μια κύηση στην εφηβεία είναι η διακοπή ή μερικές φορές η αναστολή των εξελικτικών στόχων της εφήβου.³⁸ Οι έφηβες μητέρες παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό αυτοεκτίμησης, πράγμα που τις δυσκολεύει ακόμη περισσότερο στο να αντεπεξέλθουν στον ρόλο τους, ενώ υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στις έφηβες από ότι στις ενήλικες μητέρες.⁴⁰

Σε κοινωνικό επίπεδο, οι έφηβες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ζουν σε πιο στερημένα οικονομικά συνθήκες και ως εκ τούτου, να μην συνεχίζουν ούτε την εκπαίδευση τους στο σχολείο.⁴² Μεγάλο

ποσοστό από αυτές τις μητέρες, ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες ή άνεργες και ως εκ τούτου βρίσκονται σε μια σημαντικά μειονεκτική οικονομική κατάσταση.^{28,41} Τέλος, η πιθανότητα μιας δεύτερης εγκυμοσύνης στη εφηβεία είναι μεγαλύτερη σε έφηβες που έχουν γίνει ήδη μητέρες, και αυτό μπορεί να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωσή τους και στη μη χρήση σωστών αντισυλληπτικών μέτρων για την αποφυγή μιας δεύτερης εγκυμοσύνης

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η οικογένεια με προβλήματα όπως η απουσία πατέρα, οι έφηβοι γονείς, αλλά και η διακοπή του σχολείου από την έφηβη ή η χαμηλή επίδοσή της σε αυτό, αποτελούν κάποιους από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση της εφηβικής εγκυμοσύνης. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η υιοθέτηση από τους εφήβους συμπεριφορών επικίνδυνων, που μπορεί να οδηγήσουν σε εφηβική εγκυμοσύνη, όπως είναι η μη χρήση αντισύλληψης στις επαφές τους, αλλά και η πρόωπη έναρξη επαφών με το άλλο φύλλο, που είναι συνήθως χωρίς προστασία. Το όριο ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών επαφών των εφήβων έχει μετατοπισθεί προς τα κάτω, (>16 ετών) και σε συνδυασμό με τη μη χρήση αντισύλληψης, κάνει επιτακτική την ανάγκη για λήψη



ουσιαστικών μέτρων πρόληψης και παρέμβασης από την πολιτεία.

Η πρόληψη θα βοηθήσει ώστε να μειωθούν οι συνέπειες που έχει η εφηβική εγκυμοσύνη τόσο στην υγεία όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση των εφήβων και τη σωστή ενημέρωση μέσα από προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία.^{34,35} Οι εκπαιδευτικοί, οι σχολικοί νοσηλευτές οι μαίες/τες αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συνεργάζονται αποτελεσματικά και να ενημερώνουν τους γονείς για το περιεχόμενο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που πρόκειται να εφαρμόσουν.⁴³

Σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία, όπου έχουν εφαρμοσθεί προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους έφηβους, τα αποτελέσματα ήταν θετικά και φάνηκε ότι μειώθηκε αισθητά το ποσοστό των εφηβικών κήσεων, ειδικά σε περιοχές που η εφαρμογή των προγραμμάτων ενημέρωσης ήταν ουσιαστική και μεθοδευμένη.^{25,41,22} Στην υπόλοιπη Ευρώπη και κυρίως στη Σουηδία και τη Γαλλία, όπου έχουμε χαμηλά ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης, η υιοθέτηση από την πολιτεία μιας θετικής στάσης απέναντι στη σεξουαλικότητα των νέων, εκφράζεται μέσα από την θέσπιση και εφαρμογή πολιτικών που προσφέρουν στους έφηβους σύγχρονα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

στα σχολεία και εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες αντισύλληψης.¹⁹

Αξίζει να σημειώσουμε ότι σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας μελέτης που έγινε στην Αυστραλία και έδειξε ότι η επίσκεψη κοινοτικών νοσηλευτριών και μαιών σε έφηβες μητέρες κατά τη διάρκεια της λοχείας, καθώς και η συμβουλευτική για αντισύλληψη που τους προσέφεραν, βοήθησε τις έφηβες να εφαρμόσουν στο μέλλον αντισυλληπτικά μέτρα και να αποφύγουν έτσι μια δεύτερη εγκυμοσύνη.² Χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής των παραπάνω προγραμμάτων πρόληψης στην Ευρώπη, αποτελεί το γεγονός ότι στη Σουηδία βασικό στοιχείο της πρόληψης αυτής, αποτελεί η επίσκεψη μαιών στο σπίτι των έφηβων μητέρων, μεταξύ της 8^{ης} και της 16^{ης} εβδομάδας και η παροχή συμβουλευτικής για τις μεθόδους αντισύλληψης.⁴³

Στην Ελλάδα, αυτό που ουσιαστικά είναι σημαντικό να επισημάνει κανείς, είναι η έλλειψη της εφαρμογής προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, ένα κομμάτι ζωτικής σημασίας, αλλά και μέρος της πολιτικής για την αγωγή υγείας, η οποία όπως είδαμε έχει αναπτυχθεί αρκετά σε πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Σε μια μελέτη που αφορά την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μαθητών στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, προκύπτει ότι ενώ

η Ελληνική Κυβέρνηση έχει εισάγει από το 2001 στην εκπαίδευση διδασκαλία για τη γενετήσια αγωγή, τα εγχειρίδια που υπάρχουν για αυτό το σκοπό είναι ελάχιστα και η παροχή γνώσης περιορισμένη και μονοδιάστατη. Η ελαχιστοποίηση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στις εκπαιδευτικές βαθμίδες, μπορεί να αποδοθεί στον κοινωνικό συντηρητισμό αλλά και στην ελλιπή ενημέρωση εκπαιδευτικών και κοινωνίας γενικότερα.³⁶ Αποτέλεσμα αυτής της αδράνειας είναι οι έφηβοι στην Ελλάδα να μην έχουν σχεδόν καμία παροχή ενημέρωσης μέσα από την εκπαίδευσή τους και να βιώνουν την εφηβεία τους χωρίς να εφοδιάζονται με τις απαραίτητες γνώσεις για τη σεξουαλική τους υγεία και προστασία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πολιτεία είναι δεδομένο, ότι θα πρέπει να προβεί σε ενεργοποίηση και εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και στις πρωτοβάθμιες δομές της υγείας. Οι νέοι πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση στην πληροφόρηση, η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από εγκυρότητα. Η πληροφόρηση πρέπει να δίδεται από ειδικά εκπαιδευμένους επιστήμονες, μέσα σε ένα ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον. Η υιοθέτηση επίσης, μιας σύγχρονης αντίληψης απέναντι στη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων, πρέπει να εκφράζεται από την

πολιτεία συνδυαστικά, τόσο μέσα από τη θέσπιση προγραμμάτων σύγχρονης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, όσο και με την προσέγγιση των νέων μέσα από την οικογένεια και τους φορείς υγείας. Η συνεργασία δε, των υπηρεσιών υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τους φορείς της εκπαίδευσης και τους γονείς, αποτελεί σημαντικό βήμα μιας στρατηγικής για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας των εφήβων και την πρόληψη της εφηβικής εγκυμοσύνης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries *BMJ*. 2004; 328 (7449):1152.
2. Quinlivan JA, Box H, Sharon SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2003; 361(9361):893-900.
3. Creatsas G. Elsheikh A. Adolescent pregnancy and its consequences. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2002;7(3):167-72.
4. UNICEF. Innocenti Research Centre. A League Table of Teenage Births in Rich Nations. Innocenti Report Card Issue No. 3. Florence: UNICEF; 2001 Available at: [www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/download_insert.sql?ProductID=328].
5. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage Pregnancies: Obstetric characteristics and



- outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 ;137(2):165-71.
6. Horgan PR ,Kenny LC. Management of teenage pregnancy. The Obstetrician and Gynaecologist. 2007; 9 (3):153-158.
 7. Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitrakis E. Adolescence and Abortion in Greece: Women's Profile and Perceptions J. Pediatric Adolescence Gynecol. 2004; 17:321-326.
 8. Ioannidi- Kapolou E. Use of contraception and abortion in Greece: a review Reprod. Health Matters 2004;12(24):174-181.
 9. Kokkalis P., Papatheodorou D., Georgogiannis N. Tsavez N., Papadimitriou A. Teenage Pregnancy. Adolescence Gynecology Reprod Menop 2005; 17(4): 252-257.
 10. Arai L. Peer and neighbourhood influences on teenage pregnancy and fertility: qualitative findings from research in English communities Health and Place 2007;13:(1):87-98.
 11. Kmietowicz Zosia. US and UK are top in teenage pregnancy rates. BMJ 2002 ; 324: (7350) :1354.
 12. National Center for Health Statistics. Pregnancy trends in Teenage Pregnancy in the United States. Department of Health ND Human Services, Centers for Disease Control and Prevention 2006. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/teenpreg1990-2002/teenpreg1990-2002>.
 13. Dragoman M, Davis A. Abortion care for adolescents. Clin Obstet Gynecology 2008;51(2): 281-9.
 14. National Center for Health Statistics. National Vital Statistics Reports. 2009;54(4). Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58-0.4pdf>
 15. Krishnamoorthy N, Simpson CD, Townend J, Helms PJ, McLay JS. Adolescent females and hormonal contraception: a retrospective study in primary care. Journal of Adolescent Health 2008;42(1) :97-101.
 16. Lawlor DA, Shaw M . Teenage pregnancy rates: high compared with where and when? Journal of The Royal Society of Medicine. 2004; 97(3): 121-123.
 17. Bailey P. Teenage pregnancies: is the high rate of teenage pregnancy and parenthood in the UK a public health problem? J Fam Plann Reprod Health Care 2005; 31 (4) :315-319.
 18. Department of Health. Abortion statistics England and Wales 2008. Available at: <http://www.dh.gov.uk/en/PublicationsStatistics/DH-099285>.
 19. Danielsson M, Rogala C, Sundstöm K. Few teenage pregnancies in Sweden a comparison between five Western industrialized countries. Support from and attitudes in the society explain the differences. Lakartidningen. 2003;100(23):2063-6.
 20. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. 2008. Available at: <http://statistics.gr/portal/>
 21. Tsitsika A., Chrousos G. Adolescent Health: a major priority of the health care

- system in recent years. *Ann Clin Paediatr* 2005; 52(4):370-375.
22. Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet* 2006;368 (9550) :1879-1886.
 23. McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy :population based study of small areas. *BMJ*. 2001;323 (7306):199-203.
 24. Papathanasiou I. Lahana . Adolescence Sexuality and Sexual Education. *Health Science Journal*. 2007;1(1):1-8.
 25. Wellings K, Nanchahal K, Mac Dowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH, et al. Sexual behaviour in Britain; early heterosexual experience. *Lancet*. 2001;358(9296):1843-50.
 26. Turner K. Young women's views on teenage motherhood: a possible explanation for the relationship between socio-economic background and teenage pregnancy outcome? *Journal of Youth Studies* 2004; 7(2):221-238, Pub: Routledge, part of the Taylor & Francis Group.
 27. Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrsting controlled trials and qualitative studies. *BMJ*. 2009;339:4254.
 28. Knight A, Chase E, Aggleton P. Someone of Your Own to Love': Experiences of Being Looked After as Influences on Teenage Pregnancy. *Children & Society* 2006; 20(5):391-403.
 29. Ellis BJ, Bates JE, Dodge KA, Fergusson DM, Horwood LJ, Pettit GS, et al. Does Father Absence Place Doughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy? *Child Development*. 2003;74(3):801-821.
 30. Eifenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy . *Pediatr Clin North Am*.2003;50(4):781-800.
 31. Heavey EJ, Moysich KB, Hyland A, Druschel CM, Sill MW. Differences in Pregnancy Desire Among Pregnant Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clininc. *Journal of Midwifery & Womens Health*.2008;53(2):130-137.
 32. Kozinszky Z, Bártai G . Contraceptive behaviour of teenagers requesting abortion *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*.2004;112(1):80-3
 33. Viner R, Booy R. Epidimiology ohf health and illness. *BMJ*.2005;330(7488):411-414.
 34. Tripp J. Viner R. Sexual health, contraception and teenage pregnancy. *BMJ*.2005;330(7491):590-593
 35. Tountas Y, Creatsas G, Dimitrakaki C, Antoniou A, Boulamatsis D. Information sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and men in the reproductive age: a country-wide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004 ;9(1):1-10.
 36. Gerouki M. Sexuality and relationships education in the Greek primary schools - see no evil, hear no evil, speak no evil. *Sex Education*: 2007; 7(1): 81-100.



37. Galavotti C, Green DC. England's national Teenage Strategy. *Lancet*.2006; 368(9550)1846-1848.
38. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C . Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*.2007; 44(7):1158-1164.
39. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefc M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2007; 20(1):19-24.
40. Wahn EH, Nissen E. Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. *Scand J Public Health*. 2008;36(4):415-23.
41. French R., Mercer C., Kane R., Kingori P., et al .What Impact Has England's Teenage Pregnancy Strategy Had on Young People's Knowledge of and Access to Contraceptive Services? *Journal of Adolescent Health* .2007: 41:594-601.
42. Falk G, Ostlund I, Magnuson A, Schollin J, Nilsson K .Teenage mothers-a high-risk group for new unintended pregnancies.*Contraception*. 2006 ;74(6):471-5.
43. Lynch E. Let's talk about sex. *Nursing Standard* .2004;18(43):16

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Στατιστικά στοιχεία εγκυμοσύνης και άμβλωσης από Μ.Βρετανία-2008

Office For National Statistics 2007 - Local Health Board 2008- England and Wales						
ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΕΤΟΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΛΛΗΨΕΩΝ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΑΜΒΛΩΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΩΝ- ΠΟΣΟΣΤΟ /1.000 ΓΥΝΑΙΚΕΣ		
				ΣΥΝΟΛΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΑΜΒΛΩΣΗ
16						
1997	14.058	8.364	5.694	44,5	26,5	18,0
1998	13.802	8.078	5.724	44,5	26,1	18,5
1999	13.334	7.489	5.845	43,0	24,2	18,9
2000	13.153	7.299	5.854	42,3	23,5	18,8
2001	13.103	7.106	5.997	40,4	21,9	18,5
2002	13.475	7.283	6.192	41,6	22,5	19,1
2003	13.303	7.210	6.093	40,3	21,8	18,4
2004	13.636	7.415	6.221	40,0	21,8	18,2
2005	13.335	7.150	6.185	39,4	21,1	18,3
2006	13.107	6.721	6.386	38,6	19,8	18,8
2007	13.573	6.712	6.861	39,4	19,5	19,9
17						
1997	21.029	13.242	7.787	66,1	41,6	24,5
1998	21.865	13.503	8.362	69,1	42,7	26,4
1999	20.749	12.686	8.063	66,8	40,9	26,0
2000	20.081	12.061	8.020	65,0	39,0	26,0
2001	19.984	11.652	8.332	63,8	37,2	26,6
2002	20.601	12.162	8.439	63,4	37,4	26,0
2003	20.835	12.284	8.551	63,9	37,7	26,2
2004	20.947	12.289	8.658	62,8	36,8	26,0
2005	21.060	12.155	8.905	61,1	35,3	25,8
2006	20.835	11.663	9.172	61,3	34,3	27,0
2007	21.215	11.635	9.580	62,0	34,0	28,0
18						
1997	25.618	16.828	8.790	84,2	55,3	28,9
1998	27.939	17.969	9.970	88,3	56,8	31,5
1999	26.627	16.990	9.637	84,6	54,0	30,6
2000	26.180	16.529	9.651	85,9	54,2	31,6
2001	25.746	16.069	9.677	83,6	52,2	31,4
2002	25.910	16.314	9.596	82,4	51,9	30,5
2003	26.610	16.569	10.041	80,9	50,4	30,5
2004	27.373	17.031	10.342	82,6	51,4	31,2
2005	28.044	17.551	10.493	82,5	51,6	30,9
2006	28.494	17.353	11.141	82,1	50,0	32,1
2007	28.960	17.545	11.415	84,0	50,9	33,1



Πίνακας 2: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία 2008 –Στοιχεία γεννήσεων ανά ηλικιακή ομάδα 2000-2007

	ΕΤΟΣ 2000	ΕΤΟΣ 2001	ΕΤΟΣ 2002	ΕΤΟΣ 2003	ΕΤΟΣ 2004	ΕΤΟΣ 2005	ΕΤΟΣ 2006	ΕΤΟΣ 2007
Ηλικία μητέρας	Σύνολο γεννήσεων							
	103.274	102.282	103.569	104.420	105.655	107.545	112.042	111.926
Σύνολο <των 15 ετών	47	74	89	92	75	60	80	76
15-19	3.034	3.724	3.495	3.416	3.302	3.031	3.231	3.129
20-24	17.502	17.850	17.319	16.840	15.616	14.969	15.274	14.592
25-29	34.267	34.421	34.330	33.953	34.019	33.532	33.884	33.216
30-34	32.817	31.656	32.580	32.926	33.943	35.891	38.161	38.254
35-39	12.810	12.123	13.144	14.430	15.677	16.940	17.844	18.731
40-44	2.511	2.169	2.376	2.495	2.745	2.825	3.196	3.515
45-49	221	186	206	235	237	263	335	361
50	63	70	26	33	41	34	37	52

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Επείγοντα ογκολογικά προβλήματα

Αγαπίου Κ. Μαρία¹, Γεωργιάδη Θ. Ελπίδα²

1. Νοσηλεύτρια Τ.Ε. ΜSc(c), Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»,
2. Νοσηλεύτρια Τ.Ε. ΜSc, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν διαφορετικά και πολύπλοκα οξέα προβλήματα δυνητικώς απειλητικά για τη ζωή, τα οποία μπορεί να οφείλονται στην ίδια τη νόσο, στις ανεπιθύμητες και τοξικές δράσεις της αντινεοπλασματικής αγωγής ή στην επιδείνωση παθήσεων που προϋπήρχαν, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις αποτελούν την αρχική εκδήλωση της κακοήθειας.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η ανάδειξη των οξέων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο και τα οποία μπορεί να οφείλονται στην ίδια τη νόσο ή στις ανεπιθύμητες δράσεις της αντινεοπλασματικής αγωγής.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, SCOPUS και ΙΑΤΡΟΤΕΚ (1995 -2010) με λέξεις κλειδιά: Επείγον ογκολογικό πρόβλημα, καρκίνος.

Αποτελέσματα: Τα κυριότερα επείγοντα ογκολογικά συμβάματα είναι το σύνδρομο λύσεως του όγκου, η συμπίεση του νωτιαίου μυελού, το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, τα οξέα καρδιακά επεισόδια, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, η φλεβική θρόμβωση και η πνευμονική εμβολή, οι μεταβολικές διαταραχές, η ουδετεροπενική λοίμωξη, τα οξέα αναπνευστικά επεισόδια, η οξεία αιμορραγία και η αιματοουρία.

Συμπεράσματα: Η έγκαιρη διάγνωση και η επείγουσα θεραπεία είναι ύψιστης σημασίας για την αντιμετώπιση των επειγόντων ογκολογικών προβλημάτων. Το στάδιο της νόσου, η ανταπόκριση στη θεραπεία, η γενική πρόγνωση και η επιθυμία του αρρώστου και των οικείων του είναι παράγοντες που θα καθορίσουν την επιλογή της θεραπευτικής πρακτικής.

Λέξεις κλειδιά: Επείγον ογκολογικό πρόβλημα, καρκίνος.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γεωργιάδη Ελπίδα,
Ικαρίας 16, 13671 Αχαρναί,
Αθήνα Αττικής, Ελλάδα,
Τηλ: 2102312398,
elpisgeo@gmail.com



Oncologic emergencies

Agapiou K. Maria¹, Georgiadi Th. Elpida²

1. R.N. MSc(c), Hippocratio G.H.A.

2. R.N. MSc, Laiko G.H.A.

ABSTRACT

Patients with malignancies are subject to develop a unique set of urgent and life-threatening complications. These emergency problems can be the result of the disease itself, the result from the therapy directed against the cancer or the result of previously existing pathological conditions not related to cancer. In some cases, these problems are the first symptom of the tumor.

Aim: The aim of this study was to review the literature regarding the oncologic emergencies.

Method: The method of this study included bibliography research from both the review and the research literature, mainly in the on-line data base 'Pubmed'.

Results: Tumor lysis syndrome, malignant spinal cord compression, superior vena cava syndrome, cardiovascular emergencies, acute renal failure, venous thrombosis and pulmonary embolism, metabolic emergencies, neutropenic infection, acute pulmonary problems, acute hemorrhage and hematuria are the most important oncologic emergencies.

Conclusions: Early diagnosis of the oncologic emergencies and prompt interventions can be lifesaving. However, staging of the tumor, response to current treatment, overall prognosis and patient and family wishes should be assessed in order to establish an appropriate treatment plan.

Keywords: Oncologic (oncological) emergency, cancer.

CORRESPONDING AUTHOR

Georgiadi Elpida,
16 Ikarias street, Aharnes 13671,
Athens, Greece,
Tel: 00302102312398,
Email: elpisgeo@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς με καρκίνο εμφανίζουν ποικίλα και πολύπλοκα οξέα προβλήματα, τα οποία απαιτούν άμεση αντιμετώπιση. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να οφείλονται στην ίδια τη νόσο, στις

ανεπιθύμητες και τοξικές δράσεις της αντινεοπλασματικής αγωγής ή στην επιδείνωση παθήσεων που προϋπήρχαν, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις αποτελούν την αρχική εκδήλωση της κακοήθειας^{1,2}.

Ως επείγον ογκολογικό πρόβλημα χαρακτηρίζεται μία οξεία κατάσταση απειλητική για τη ζωή του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο, η οποία επιζητεί έγκαιρη αντιμετώπιση για την αποφυγή μόνιμων βλαβών ή ακόμη και θανάτου^{1,2}.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του επείγοντος ογκολογικού προβλήματος επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων, όπως είναι το στάδιο της νόσου, η ανταπόκριση στη θεραπεία και η γενική πρόγνωση. Σημαντικό ρόλο στην επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης έχει η επιθυμία του αρρώστου και των οικείων του. Ειδικότερα, σε ασθενείς τελικού σταδίου, στους οποίους η υποκείμενη νεοπλασία εξελίσσεται παρά τις θεραπευτικές προσπάθειες ή για τους οποίους δεν υπάρχει λογική πιθανότητα αναστολής της νόσου, μπορεί να επιλεγεί μόνο η παρηγορητική ανακούφιση με κατά το δυνατό λιγότερα επεμβατικά μέσα. Ανεξάρτητα από την τελική θεραπευτική πρακτική, η πρώτη εκτίμηση πρέπει να είναι ταχεία και να εστιάζει στα βασικότερα αναφερόμενα προβλήματα ή τα κύρια συμπτώματα του ασθενούς.

Οι επείγουσες ογκολογικές καταστάσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

α) Επείγοντα προβλήματα από την παρεμπόδιση κυκλοφοριών ή από την αλλαγή της δομής ιστών και οργάνων εξαιτίας χωροκατακτητικών όγκων (π.χ. σύνδρομο

άνω κοίλης φλέβας, συμπίεση νωτιαίου μυελού και καρδιακός επιπωματισμός),

β) Προβλήματα οφειλόμενα σε μεταβολικές ή ορμονικές διαταραχές (π.χ. υπερκαλιαιμία και σύνδρομο λύσεως όγκου) και

γ) Δευτεροπαθείς επιπλοκές από την επίδραση της αντικαρκινικής θεραπείας (π.χ. διατατητική μυοκαρδιοπάθεια και πνευμονική τοξικότητα λόγω χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας)^{1,2}.

ΕΙΔΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ:

Τα επείγοντα ογκολογικά συμβάματα είναι τα ακόλουθα και αναφέρονται, κατά σειρά σοβαρότητας:

Σύνδρομο λύσεως του όγκου

Οφείλεται στη μαζική παθολογική καταστροφή καρκινικών κυττάρων με ταχεία απελευθέρωση του περιεχομένου τους (ενδοκυττάρια ιόντα, μεταβολικά παραπροϊόντα κ.λπ.) στη συστηματική κυκλοφορία. Εμφανίζεται σε νεοπλάσματα που παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία στη χημειοθεραπεία, συνήθως σε ταχέως αναπτυσσόμενα μετά την έναρξη της, όπως είναι τα λεμφώματα υψηλής κακοήθειας ή οι οξείες λευχαιμίες. Αποτελεί συχνό κλινικό πρόβλημα στις αιματολογικές κακοήθειες, ενώ είναι σπάνιο σε συμπαγείς όγκους^{3,4,5,6,7}. Το σύνδρομο είναι ένα πραγματικά επείγον



ογκολογικό πρόβλημα με υψηλό ποσοστό θνητότητας⁷.

Το σύνδρομο λύσεως του όγκου προκαλεί ταχείες και οξείες μεταβολικές διαταραχές, με σημαντικότερες την υπερουριχαιμία, την υπερκαλιαιμία, την υπερφωσφαταιμία και την υπασβεστιαίμια. Η υπερουριχαιμία και η υπερφωσφαταιμία μπορούν να προκαλέσουν νεφρική ανεπάρκεια απότοκη του σχηματισμού κρυστάλλων ουρικού οξέως ή φωσφορικού ασβεστίου στα νεφρικά σωληνάκια. Η υπασβεστιαίμια προκαλείται από την κατακρήμνιση του φωσφορικού ασβεστίου και από τα ελαττωμένα επίπεδα καλσιτριόλης και μπορεί να οδηγήσει σε νευρομυϊκή υπερευαισθησία, τέτανο και κατάπτωση. Η υπερκαλιαιμία μπορεί να είναι τόσο σοβαρή ώστε να οδηγήσει σε καρδιακές αρρυθμίες και αιφνίδιο θάνατο^{3-6,8,9}.

Η θεραπεία περιλαμβάνει νοσηλεία του ασθενούς για παρακολούθηση, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, χορήγηση αλλοπουρινόλης και αλκαλοποίηση των ούρων με φυσιολογικό ορό και διττανθρακικά πριν την έναρξη της αντινεοπλασματικής αγωγής. Αιμοδιάλυση ίσως κριθεί αναγκαία και πρέπει να αρχίσει όταν ο όγκος των ούρων, η οξεοβασική ισορροπία και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές το επιβάλλουν^{3-6,8,9}. Αν και η πιθανότητα ένας ασθενής να οδηγηθεί στην αιμοκάθαρση έχει μειωθεί, περίπου 5% των ασθενών που εμφανίζουν το σύνδρομο θα χρειαστούν αιμοκάθαρση⁷.

Συμπίεση του νωτιαίου μυελού

Η συμπίεση του νωτιαίου μυελού αποτελεί την πρώτη εκδήλωση του καρκίνου στο 10% περίπου των ασθενών που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με αυτό το σύμπτωμα, ενώ μπορεί να προκύψει κατά την πορεία της νόσου στο 5-10% των καρκινοπαθών. Συνοδεύεται από υψηλή νοσηρότητα, αν και η θεραπεία είναι επιτυχής σε ποσοστό 90%, όταν γίνει έγκαιρη διάγνωση. Η καθυστέρηση της θεραπείας μπορεί να έχει μη αντιστρέψιμα αποτελέσματα, συμπεριλαμβανόμενης και της παραπληγίας¹⁰.

Στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλείται από μεταστάσεις όγκων που περικλείουν τη σπονδυλική στήλη, όπως είναι ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα, του νεφρού και του προστάτη ή το μυέλωμα^{1,8}. Οι μεταστάσεις στα οστά του θώρακα ή της οσφύος ή στους αυχενικούς σπονδύλους μπορεί να προκαλέσουν νευρολογική βλάβη όταν επεκταθούν στους σπόνδυλους ή όταν ο μίσχος διαταθεί και συμπιέζει τη σκληρή μήνιγγα⁸.

Εντοπισμένος πόνος στην πλάτη και ευαισθησία λόγω σπονδυλικών μεταστάσεων είναι από τα πιο συχνά και πρώιμα εμφανιζόμενα συμπτώματα της συμπίεσης του νωτιαίου μυελού. Μπορεί να παρουσιαστούν μήνες πριν διαγνωσθεί η συμπίεση ή πριν εμφανιστούν άλλα νευρολογικά συμπτώματα. Ο πόνος οφείλεται

κυρίως σε εμπλοκή του νωτιαίου μυελού. Μετά ενδέχεται να προκληθεί ριζίτιδα οφειλόμενη στη συμπίεση του νωτιαίου μυελού, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αδυναμία, αισθητική παράλυση ή απώλεια του ελέγχου των σφιγκτήρων κάτω από το ύψος της βλάβης. Ο πόνος αυτός φέρει μερικά ειδικά χαρακτηριστικά, τα οποία πρέπει να αναγνωρίζονται από έναν έμπειρο επαγγελματία υγείας. Αυξάνεται κατά τη διάρκεια της νύχτας, δεν υποχωρεί με τη χρήση κοινών αναλγητικών και επιδεινώνεται με την καταπόνηση, το πτάρνισμα και το βήχα, την κίνηση και την κατάκλιση. Η πρώιμη αναγνώριση είναι σημαντική γιατί η ικανότητα βάδισης και ο έλεγχος του εντέρου και της ουροδόχου κύστης τη στιγμή της έναρξης της θεραπείας σχετίζεται ισχυρά με το λειτουργικό αποτέλεσμα. Λιγότερο από το 15% των αρρώστων με παραπληγία ή ελάττωση του τόνου των σφιγκτήρων λόγω μεταστατικού ή πρωτοπαθούς καρκίνου της σπονδυλικής στήλης αποκαθίσταται λειτουργικά¹⁰.

Περίπου το 60-80% των ασθενών με συμπίεση του νωτιαίου μυελού παρουσιάζουν στην απλή ακτινογραφία της σπονδυλικής στήλης διάβρωση ή απώλεια των πετάλων των σπονδυλικών τόξων, μερική ή πλήρη καταστροφή των σπονδυλικών σωμάτων ή παρασπονδυλική μάζα. Επομένως, ο ασθενής με ακτινογραφικές ενδείξεις μεταστάσεων στη σπονδυλική στήλη πρέπει επειγόντως να

αξιολογηθεί σε μεγαλύτερο βαθμό, ανεξάρτητα από την παρουσία νευρολογικών ευρημάτων. Η μαγνητική τομογραφία επιτρέπει την περαιτέρω εκτίμηση των βλαβών^{9,11,12}.

Εάν υπάρχουν νευρολογικά συμπτώματα, ο ασθενής πρέπει να λάβει δεξαμεθαζόνη (10mg bolus ενδοφλεβίως, ακολουθούμενη από δόσεις των 4mg κάθε 6 ώρες). Η θεραπεία δεν πρέπει να καθυστερήσει αναμένοντας τα διαγνωστικά αποτελέσματα. Η χρήση υψηλών δόσεων δεξαμεθαζόνης (πάνω από 100mg) αμφισβητείται, καθώς κλινικές μελέτες δείχνουν ότι έχει ασαφή αποτελέσματα και σημαντικές παρενέργειες. Πολλοί ασθενείς με συμπίεση του νωτιαίου μυελού χρήζουν από ραδιοθεραπεία ή χειρουργική αποκατάσταση. Στην ακτινοθεραπεία η δόση που χορηγείται είναι πάνω από 3000cGy (σε 10 κλάσματα των 300Gy το καθένα). Στους ασυμπτωματικούς ασθενείς μπορεί να επιλεγθεί η άμεση ραδιοθεραπεία, ενώ σε ασθενείς με προοδευτικά επιδεινούμενα συμπτώματα παρά την ακτινοθεραπεία πρέπει να γίνει σκέψη χειρουργικής αποκατάστασης^{6,12}.

Σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας

Το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας προκαλείται από τη μερική ή ολική μείωση της αιματικής ροής κατά τη διαδρομή από την άνω κοίλη φλέβα στη δεξιά καρδιά. Το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας είναι δυνατόν να



προκαλέσει μείωση στη φλεβική επιστροφή από τον εγκέφαλο, τον τράχηλο και τα άνω άκρα και οφείλεται στην πίεση, τη διήθηση, τη θρόμβωση ή την ίνωση της άνω κοίλης φλέβας. Μολονότι αυτό το σύνδρομο αποτελεί κλασικό επείγον ογκολογικό σύμβαμα, σπάνια είναι απειλητικό για τη ζωή του ασθενούς¹³. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ασθενείς με σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας συνήθως έχουν προχωρημένη νόσο και λιγότερο από το 10% αυτών επιζεί 30 μήνες μετά την ακτινοθεραπεία¹⁴. Επιπλέον, χωρίς ακτινοθεραπεία οι καρκινοπαθείς με το σύνδρομο επιζούν μόνο 30 μέρες¹⁴.

Ως προς τα αίτια, κακοήθεις όγκοι, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, τα λεμφώματα και οι μεταστατικοί όγκοι στο θώρακα, ευθύνονται για το 90% όλων των περιπτώσεων συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας. Ο καρκίνος του πνεύμονα υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το 85% των περιπτώσεων^{14,14-16}. Περίπου το 3% των ασθενών με βρογχογενή καρκίνο αναπτύσσουν το σύνδρομο κατά τη διάρκεια της νόσου¹⁷. Κακοήθη λεμφώματα, κυρίως ιστολογικά non-Hodgkin, αποτελούν τη δεύτερη αιτία. Αν και η νόσος του Hodgkin συχνά περιλαμβάνει και το πνευμονικό μεσοδιάστημα, είναι σπάνιο να προκαλέσει αυτό το σύνδρομο. Άλλοι πρωτογενείς όγκοι της περιοχής, όπως το θύμωμα, ευθύνονται για λιγότερο από το 2% όλων των κακοηθών συνδρόμων άνω κοίλης φλέβας. Μη κακοήθη

αιτία είναι εξαιρετικά σπάνια και περιλαμβάνουν τη διόγκωση του θυρεοειδούς, τη σαρκοείδωση, τη φυματίωση, τη μετακτινική πνευμονίτιδα και την ιδιοπαθή ίνωση. Άλλη μία αιτία αυξανόμενης εμφάνισης συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας είναι οι κεντρικοί καθετήρες μακράς παραμονής σε ασθενείς με καρκίνο^{1,8}.

Ως αποτέλεσμα της φλεβικής απόφραξης υπάρχει αύξηση της ενδοφλέβιας πίεσης, και της έμμεσης (παράπλευρης) κυκλοφορίας, κυρίως μέσω του άζυγου συστήματος. Ξαφνική απόφραξη, μολονότι είναι σπάνια και εξαιρετικά επείγουσα, οδηγεί σε ταχέως αυξανόμενη ενδοκράνια πίεση και εγκεφαλικό οίδημα. Ωστόσο το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας πολλές φορές αναπτύσσεται ύπουλα για αρκετές εβδομάδες, επιτρέποντας την αντιστάθμιση του φαινομένου¹³.

Οι ασθενείς ενδέχεται να παρουσιάσουν διάφορα σημεία και συμπτώματα, όπως οίδημα στον τράχηλο και στο πρόσωπο (κυρίως γύρω από τους οφθαλμούς), δύσπνοια και βήχα. Η αίσθηση πληρότητας και πίεσης του εγκεφάλου είναι πολύ συχνή. Μπορεί επίσης να καταγραφούν βράγχος φωνής, κεφαλαλγία, ρινική συμφόρηση, επίσταξη, αιμόπτυση, ίλιγγος, δύσπνοια και συγκοπή. Τα συμπτώματα μπορεί να επιδεινώνονται όταν ο ασθενής κατακλίνεται ή σκύβει προς τα εμπρός. Στα τυπικά συμπτώματα αναφέρονται το τέντωμα των τοιχωμάτων των φλεβών του τραχήλου και

του θώρακα, το οίδημα προσώπου και η τοπική υπεραίμια, η έξαψη και το οίδημα στους βραχίονες. Μολονότι το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας έχει κλινική διάγνωση, προγραμματίζεται ραδιογραφία, αξονική τομογραφία και φλεβογραφία για επιβεβαίωση^{6,13,15}.

Η προτεινόμενη θεραπεία περιλαμβάνει χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία για τη μείωση του όγκου που προκαλεί την απόφραξη, ενώ κατά τα τελευταία έτη η θεραπεία με την τοποθέτηση ενδοφλέβιων ενδοαυλικών προθέσεων (stent) αυξάνει συνεχώς¹⁸. Η ιστολογική διάγνωση είναι συχνά χρήσιμη για το σχεδιασμό της θεραπείας¹⁸. Στις συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνονται η χορήγηση διουρητικών, κορτικοστεροειδών, θρομβολυτικών και αντιαιμοπεταλιακών και η τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση^{8,15}.

Οξέα καρδιακά επεισόδια

Η περικαρδιακή συλλογή, ο επιπωματισμός και η διατατητική μυοκαρδιοπάθεια λόγω χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας αποτελούν τα κυριότερα καρδιακά συμβάματα.

Αναλυτικότερα, η περικαρδιακή συλλογή παρουσιάζεται σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο και συχνά είναι ασυμπτωματική. Η παρουσία κακοήθους περικαρδιακού υγρού αποτελεί προγνωστικό δείκτη δυσμενούς

εξέλιξης, καθώς η πλειοψηφία των ασθενών πεθαίνουν μέσα σε ένα χρόνο. Η περικαρδιακή συλλογή μπορεί να προκληθεί από μεταστάσεις στο περικάρδιο και να προέρχεται είτε από την ίδια την κακοήθεια είτε από τη χημειοθεραπεία¹⁶.

Η μεγάλη και ταχεία συσσώρευση υγρού στην καρδιακή κοιλότητα μπορεί να οδηγήσει σε συμπίεση της καρδιάς και στη συνέχεια σε καρδιακό επιπωματισμό, ο οποίος αποτελεί απειλητική για τη ζωή κατάσταση και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Εμφανίζεται πιο συχνά σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και του πνεύμονα και είναι μια δυνητική επιπλοκή σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. Συμβαίνει όμως σπάνια σε ασθενείς με λέμφωμα¹.

Ο επιπωματισμός μπορεί να εμφανιστεί αργά, με ύπουλα συμπτώματα, ή γρήγορα, με αιφνίδια παθολογικά συμπτώματα. Τα σημεία και τα συμπτώματα συχνά δεν εκτιμούνται σωστά. Ο πόνος στο στήθος και η προοδευτική δύσπνοια είναι πολύ συχνά συμπτώματα, αλλά πολλάκις συνδέονται με το άγχος ή άλλες καταστάσεις. Άλλα λιγότερο συχνά συμπτώματα είναι ο βήχας, το βράγχος φωνής, οι ερυγές, η ναυτία, το γαστρικό άλγος και η διάταση, το οίδημα των άκρων και ο ασκίτης. Στη φυσική εξέταση ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει ταχύπνοια και ταχυκαρδία ή διατεταμένες τραχηλικές φλέβες. Ο παράδοξος σφυγμός είναι το χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρδιακού



επιπωματισμού, αλλά ίσως απουσιάζει σε ασθενείς με σοβαρή αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια, σοβαρή ανεπάρκεια της αορτής ή συστηματική αρτηριακή υπόταση¹⁹.

Το υπερηχοκαρδιογράφημα είναι το καταλληλότερο διαγνωστικό μέσο. Τα οξέα συμπτώματα θεραπεύονται με περικαρδιοπαρακέντηση ή με τη διάνοιξη περικαρδιακού παραθύρου. Η χημειοθεραπεία, η ραδιοθεραπεία και η σκληροθεραπεία μπορούν να εμποδίσουν την επέκταση του υγρού⁶.

Ένα άλλο καρδιολογικό πρόβλημα στους καρκινοπαθείς είναι η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια. Οι ανθρακυκλίνες μπορούν να προκαλέσουν δοσο-σχετική διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, όταν η αθροιστική δόση φτάσει στα 180-240mg/m² (φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί στα πειραματόζωα)²⁰. Η ακτινοθεραπεία στην περιοχή του θώρακα μπορεί, επίσης, να προκαλέσει ακτινο-διατακτική μυοκαρδιοπάθεια. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει δυσανεξία στην άσκηση, βήχα, αδυναμία και σημεία σχετιζόμενα με την απότοκη καρδιακή ανεπάρκεια. Μειωμένο κλάσμα εξώθησης, τραχείς πνευμονικοί ήχοι και αρρυθμίες μπορεί να ανακαλυφθούν κατά την εξέταση. Στους αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να διενεργείται ακτινογραφία θώρακα και υπερηχοκαρδιογράφημα, ενώ το ηλεκτροκαρδιογράφημα αποκαλύπτει την ύπαρξη αρρυθμιών. Οι ασθενείς με

διατακτική μυοκαρδιοπάθεια πρέπει να λάβουν οξυγονοθεραπεία, να παραμείνουν κλινήρεις και να τους χορηγηθούν διουρητικά και ινότεροπα, αν αυτό χρειασθεί, ενώ δε θα πρέπει να λάβουν συμπληρωματική θεραπεία με ανθρακυκλίνες ή ακτινοβολία. Ωστόσο αυτή η κατάσταση συνήθως δεν ανταποκρίνεται επιτυχώς στη θεραπεία²¹, αν και νεότερα δεδομένα καταδεικνύουν ότι η συνεργασία ογκολόγου-καρδιολόγου μπορεί να έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα.

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα παράγωγα της πλατίνας, η δοξορουμβικίνη και η μεθοτρεξάτη συνήθως συνδυάζονται με την οξεία νεφρική ανεπάρκεια στα ζώα²⁰. Η σισπλατίνη αποβάλλεται με τα ούρα κατά 80% έως 90% και απεκκρίνεται σε διάστημα 48 ωρών μετά τη λήψη της. Η νεφροτοξικότητα είναι ο δοσο-περιοριστικός παράγοντας στη χορήγηση της. Η βλάβη κυμαίνεται από μικρή αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης έως οξεία νεφρική ανεπάρκεια^{20,22}. Επίσης, ασθενείς που λαμβάνουν δοξορουμβικίνη έχουν παρουσιάσει καταστροφή στους νεφρούς, η οποία ενδέχεται να καταλήξει σε οξεία ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια²⁰. Τέλος, υψηλές δόσεις μεθοτρεξάτης (μεγαλύτερες από 1gr/m²) είναι δυνατό να οδηγήσουν σε σοβαρή νεφροτοξικότητα²³.

Μικρού βαθμού νεφρική νόσος δεν μπορεί να ανιχνευθεί, καθώς τα δύο τρίτα της νεφρικής λειτουργίας έχουν ήδη χαθεί πριν εμφανιστούν αλλαγές στις τιμές της ουρίας και της κρεατινίνης. Έτσι, ασθενείς που παρουσιάζουν μια βαθμιαία αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Οι ασθενείς με αποθεραπευμένη αζωθαιμία μπορούν να καταθέσουν την επιδείνωση της δικής τους κατάστασης. Μπορούν να παρατηρήσουν ανορεξία, έμετο, διάρροια και απώλεια βάρους ως πρόοδο της νεφρικής νόσου²³.

Η νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να καταλήξει σε ολιγουρική ή ανουρική νεφρική ανεπάρκεια, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του νατρίου. Ενδέχεται να εμφανισθεί απότομη αύξηση του καλίου, του φωσφόρου, της ουρίας και της κρεατινίνης. Επίσης, μπορεί να υπάρξει αύξηση του σωματικού βάρους και της αρτηριακής πίεσης. Εάν η οξεία νεφρική ανεπάρκεια έχει εγκατασταθεί, η πρόγνωση είναι φτωχή. Οι ασθενείς πρέπει να θεραπεύονται επιθετικά σε μια προσπάθεια επαναφοράς της νεφρικής λειτουργίας. Η φουροσεμίδη (2-4 mg/Kg q 3 hours prn) και η μανιτόλη (0,5-1g/kg αργά bolus) μπορούν να δοθούν σε μια προσπάθεια αύξησης της παραγωγής ούρων. Σε ασθενείς που αποτυγχάνουν να παράγουν επαρκή ποσότητα ούρων μπορεί να δοθεί και δοπαμίνη. Οι αφυδατωμένοι ασθενείς πρέπει να λάβουν υγρά ενδοφλέβια και πρέπει να

γίνει προσπάθεια για την αποκατάσταση των υγρών και τη διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Εάν ο όγκος των ούρων είναι πολύ μικρός και δεν μπορεί να αυξηθεί, τότε αυτοί οι ασθενείς πρέπει να προγραμματιστούν για αιμοκάθαρση. Η διούρηση είναι ικανοποιητική όταν ο άρρωστος παράγει 2ml/kg/h ούρων^{22,23}.

Οι ηλεκτρολύτες στην οξεία νεφρική ανεπάρκεια πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Η υπερκαλιαιμία μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες, αν δεν διορθωθεί αμέσως. Εάν εμφανιστούν αρρυθμίες, τότε μπορεί να χορηγηθεί γλυκονικό ασβέστιο (: καρδιοπροστασία) ή υπέρτονο διάλυμα δεξτρόζης με ινσουλίνη (: είσοδος καλίου στο κύτταρο). Ο φώσφορος μπορεί να διορθωθεί με τη χορήγηση δισκίων από το στόμα. Ο τελικός σκοπός είναι η εξασφάλιση επαρκούς διούρησης και η διόρθωση των ηλεκτρολυτών. Όταν οι τιμές σταθεροποιηθούν, τότε ελαττώνονται τα υγρά για τις υπόλοιπες μέρες και επιτρέπεται η έξοδος από το νοσοκομείο. Αυτοί οι ασθενείς δεν πρέπει να ξαναλάβουν νεφροτοξικά φάρμακα^{20,22}.

Η πρόληψη είναι ο βασικός στόχος σε σχέση με τη νεφροτοξικότητα των χημειοθεραπευτικών παραγόντων και η επαρκής ενυδάτωση η λέξη-κλειδί. Ενδοφλέβια ενυδάτωση με φυσιολογικό ορό πριν και μετά τη χορήγηση σισπλατίνης μπορεί να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης



νεφρικής τοξικότητας²². Αναφέρεται ότι, διαλύοντας επιπλέον τη σισπλατίνη σε υπέρτονο διάλυμα ορού χλωριούχου νατρίου (NaCl 3%), περιορίζεται το ενδεχόμενο εμφάνισης κλινικά σημαντικής νεφροτοξικότητας²⁴. Ενυδάτωση πριν τη θεραπεία με μεθοτρεξάτη και χορήγηση διττανθρακικών συμβάλουν στην αποφυγή του φαινομένου²¹.

Φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή

Οι ασθενείς με νεοπλασίες έχουν αυξημένη επίπτωση επιπολής και εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην πίεση και την απόφραξη των φλεβών από τον όγκο ή τις μεταστάσεις του, στην ελαττωμένη κινητικότητα των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο, καθώς και στην παραγωγή από τη νεοπλασία ουσιών, οι οποίες συμβάλουν σε αύξηση της πηκτικότητας του αίματος. Απαιτεί έγκαιρη διάγνωση με τη βοήθεια της αντικειμενικής εξέτασης, της υπερηχογραφίας ή και της φλεβογραφίας και έγκαιρη αντιμετώπιση, αρχικά με παρεντερική χορήγηση ηπαρίνης και στη συνέχεια με κουμαρινικά αντιπηκτικά από το στόμα. Δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες για τη χρονική διάρκεια της αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς με νεοπλασίες. Πάντως, η θεραπευτική αγωγή πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον τρεις μήνες, ενώ υπάρχει και η άποψη της δια βίου συνέχισης της².

Η πνευμονική εμβολή είναι μία συχνή οξεία επιπλοκή στους ασθενείς με νεοπλάσματα. Συνήθως οφείλεται σε πολλαπλά έμβολα στην πνευμονική κυκλοφορία, τα οποία αποσπώνται κυρίως από εν τω βάθει θρόμβους των κάτω άκρων. Εάν η πνευμονική εμβολή είναι μαζική, τότε αποτελεί αιτία αιφνίδιου θανάτου. Εάν αφορά μικρότερους κλάδους της πνευμονικής κυκλοφορίας, συνήθως εκδηλώνεται με δύσπνοια, εφίδρωση ταχυκαρδία και θωρακικό άλγος^{2,24}. Τα συμπτώματα δεν είναι ειδικά και απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη διάγνωση. Βασική είναι η εξέταση αερίων αίματος, η οποία συνήθως αποκαλύπτει υποξυγοναιμία. Η ακτινογραφία θώρακος είναι συνήθως φυσιολογική, αλλά μπορεί να αποκλείσει άλλες αιτίες δύσπνοιας, όπως την πνευμονία και τον πνευμοθώρακα. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να είναι φυσιολογικό ή να δείχνει φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Καθοριστικό για τη διάγνωση είναι το σπινθηρογράφημα αερισμού / αιμάτωσης σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα και την ακτινογραφία θώρακος^{2,25,26}. Η αντιμετώπιση της πνευμονικής εμβολής βασίζεται στη χορήγηση στάγδην ηπαρίνης σε τέτοιες δόσεις, ώστε ο χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης να αυξηθεί κατά 1,5 έως 2,5 φορές. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει αιμοδυναμική αστάθεια, μπορεί να χρειασθεί θρομβολυτική αγωγή με στρεπτοκινάση ή ανασυνδυασμένο ιστικό ενεργεργοποιητή του

πλασμινογόνου^{2,25,26}. Σε ασθενείς με θρομβοπενία λόγω της νόσου ή της χημειοθεραπείας, καθώς και σε ασθενείς με εγκεφαλικές μεταστάσεις ή με διήθηση των αγγείων από τον όγκο που έχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών από την αντιπηκτική αγωγή, συνίσταται η τοποθέτηση φίλτρου στην κάτω κοίλη φλέβα^{2,25}.

Μεταβολικές διαταραχές

Οι μεταβολικές διαταραχές των ασθενών με νεοπλασίες είναι, κυρίως, η υπερκαλιαιμία, η υπονατρίαζαιμία, η υπερασβεστιαζαιμία και το σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης.

Η υπερκαλιαιμία εμφανίζεται στο 10-20% των αρρώστων με καρκίνο. Συνήθως, αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού και τις αιματολογικές κακοήθειες, όπως το πολλαπλούν μυέλωμα και τα λεμφώματα. Η υπερκαλιαιμία συνοδεύει και τον καρκίνο του προστάτη, το μυέλωμα και τους μεταστατικούς όγκους που συνδέονται με αυξημένη καταστροφή των οστών^{8,16,27}.

Η υπονατρίαζαιμία παρουσιάζεται πιο συχνά σε ασθενείς με βρογχογενή καρκίνο και μπορεί να είναι απότοκη της θεραπείας με φάρμακα, όπως η μορφίνη, και χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, όπως η βινκριστίνη και η κυκλοφωσφαμίδη^{27,17}. Η υπονατρίαζαιμία είναι συνήθως ασυμπτωματική, αλλά μπορεί να συνοδεύεται και από μη ειδικά συμπτώματα,

όπως είναι η ναυτία και ο έμετος ή οι κεφαλαλγίες¹⁷.

Η υπερασβεστιαζαιμία εμφανίζεται σε ποσοστό 10% έως 30% των ασθενών με καρκίνο και συνήθως συνοδεύεται από οστικές μεταστάσεις^{4,27}. Αφορά κυρίως το πολλαπλούν μυέλωμα και τον καρκίνο του μαστού, του πνεύμονα και του νεφρού²⁷. Ο καρκίνος του μαστού και του πνεύμονα περιλαμβάνουν 40 έως 60% των περιπτώσεων. Έχει φτωχή πρόγνωση, καθώς ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% των ασθενών καταλήγει 30 μέρες μετά τη διάγνωση²⁸.

Το σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης οφείλεται στην παραγωγή βασσοπρεσίνης από τα καρκινικά κύτταρα και έχει ως αποτέλεσμα υπονατρίαζαιμία, η οποία είναι συνυφασμένη με την υπεροσμωτικότητα των ούρων και με την υψηλή έκκριση νατρίου ούρων χωρίς τη μείωση του όγκου του πλάσματος^{1,6}. Συνήθως αφορά το βρογχογενές καρκίνωμα, αν και μπορεί να προκληθεί και από διάφορους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες²⁷.

Ουδετεροπενική λοίμωξη

Είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα επείγοντα ογκολογικά προβλήματα και προκαλεί σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα στους καρκινοπαθείς, ειδικά σε όσους κάνουν χημειοθεραπεία^{6,29}. Ενοχοποιείται για το 50% των θανάτων σε ασθενείς με λευχαιμίες,



λεμφώματα ή άλλους συμπαγείς όγκους²⁹. Η ουδετεροπενία είναι η πιο συχνή ανοσολογική παρενέργεια της χημειοθεραπείας στους καρκινοπαθείς³⁰. Επιπλέον, είναι η βασική αιτία πυρετού στους ογκολογικούς ασθενείς³⁰. Χαρακτηρίζεται ως ουδετεροπενία η κατάσταση κατά την οποία ο απόλυτος αριθμός των ουδετεροφίλων είναι κάτω από $1,0 \times 10^9/L$, ενώ ως σοβαρή ουδετεροπενία αυτή κατά την οποία ο αριθμός είναι κάτω από $0,5 \times 10^9/L$ ^{8,16}. Ο πυρετός ορίζεται από την άνοδο της συνήθους θερμοκρασίας από το στόμα στους $38,3^\circ C$ ($101,3^\circ F$) ή από τη διατήρηση της θερμοκρασίας στους $38,0^\circ C$ ($100,4^\circ F$) για περισσότερο από 1 ώρα^{16,30,31}. Οι βακτηριακές λοιμώξεις είναι συχνές στους ασθενείς με εμπύρετη ουδετεροπενία, αλλά και οι μυκητιασικές λοιμώξεις δεν υστερούν σε συχνότητα εμφάνισης³².

Ο κίνδυνος ανάπτυξης ουδετεροπενικής λοίμωξης είναι πολυπαραγοντικός και εξαρτάται από το βάθος και τη διάρκεια του ουδετεροπενικού ναδίου, την κατάσταση των φυσικών φραγμών (: δέρμα, στοματική κοιλότητα κ.λπ.) και του ανοσολογικού συστήματος^{16,30}. Ο χρόνος του ναδίου σχετίζεται με τον τύπο της χημειοθεραπείας. Για τους περισσότερους εξωτερικούς ασθενείς το ναδίρ τυπικά συμβαίνει 5 έως 10 ημέρες μετά τη θεραπεία. Πιο συχνά ο αριθμός των λευκοκυττάρων ανακάμπτει εντός 5 ημερών από το ναδίρ. Οι ουδετεροπενικοί ασθενείς μπορεί να έχουν

αμβληγρά ευρήματα από την αντικειμενική εξέταση και σχετικά λίγα ευρήματα από την ακτινογραφία θώρακος. Αυτό συμβαίνει, επειδή δεν υπάρχουν αρκετά ουδετερόφιλα λευκά αιμοσφαίρια, ώστε να εκδηλωθεί πλήρως η αντίδραση της φλεγμονής^{2,16}. Οι κλινικές εκδηλώσεις της λοίμωξης μπορεί να ποικίλουν από τις πιο συνηθισμένες των λοιμώξεων (πυρετός, ρίγη, μυαλγίες, ταχυκαρδία κ.λπ.) ως πιο σοβαρές και επικίνδυνες (καταπληξία, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ενηλίκων, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη κ.λπ.)³¹.

Η κύρια διαχείριση αυτών των περιστατικών περιλαμβάνει τη λήψη πλήρους ιστορικού και τη φυσική εξέταση, τη διενέργεια βιοχημικών εξετάσεων, γενικής αίματος, γενικής και καλλιέργειας ούρων και ακτινογραφίας θώρακα. Σε ασθενείς που φέρουν κεντρικό φλεβικό καθετήρα αυτός αφαιρείται για το ενδεχόμενο ανάπτυξης σταφυλοκοκκικής λοίμωξης^{30,32}.

Η εμπειρική αντιμικροβιακή θεραπεία στον ουδετεροπενικό καρκινοπαθή με πυρετό είναι βασική θεραπευτική αρχή και παραδοσιακά χρησιμοποιούνται δύο ή περισσότερα αντιβιοτικά για μεγιστοποίηση της κάλυψης και της δράσης τους²⁹. Οι ασθενείς που εμφανίζουν πυρετό μετά τη χημειοθεραπεία πρέπει να νοσηλεύονται και να λαμβάνουν εμπειρική αντιμικροβιακή θεραπεία για τουλάχιστον 72 ώρες, με στόχο ο απόλυτος αριθμός των ουδετερόφιλων να ξεπεράσει τα

500/mm³. Η θεραπεία με πολλαπλό σχήμα αντιβιοτικών χρησιμοποιείται όταν ανεβρεθούν Gram θετικοί ή αρνητικοί μικροοργανισμοί. Αντιμυκητιασική αγωγή προστίθεται, εάν δεν υπάρξει βελτίωση μετά τις τρεις πρώτες μέρες της θεραπείας^{6,30,32}.

Οξέα αναπνευστικά επεισόδια

Στην ομάδα αυτή αναφέρονται η πλευριτική συλλογή, η πνευμονία, η πνευμονική τοξικότητα από τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία και η μετακτινική πνευμονίτιδα.

Η συλλογή υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα είναι μια συχνή επιπλοκή στους ασθενείς με νεοπλάσματα, ιδιαίτερα σε εκείνους με καρκίνο πνεύμονα, μαστού, στομάχου ή ωοθήκης και λεμφώματα^{2,33}. Συνήθως η ανάπτυξη πλευριτικής συλλογής οφείλεται σε καρκινική επινέμιση του υπεζωκότα, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή εξιδρώματος (με θετική για καρκίνο κυτταρολογική εξέταση). Λιγότερο συχνά η συλλογή οφείλεται σε άλλη συνυπάρχουσα αιτία, όπως είναι η υπολευκωματιναιμία, η απόφραξη λεμφαγγείων του μεσοθωρακίου, το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας και η καρδιακή ανεπάρκεια, ή στην τοξικότητα αντινεοπλασματικών φαρμάκων, όπως είναι η κυκλοφωσφαμίδη, η προκαρβαζίνη, η μιτομυκίνη και η μπλεομυκίνη^{2,33}.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι η δύσπνοια, ο βήχας και η πλευροδυνία. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το ρυθμό συσσώρευσης του υγρού παρά από την ποσότητα του. Η διάγνωση βασίζεται στην αντικειμενική εξέταση και στην ακτινογραφία θώρακος^{2,33}.

Η παρακέντηση είναι ταυτόχρονα διαγνωστική και ανακουφιστική μέθοδος θεραπείας. Εάν αναμένεται ότι η παραγωγή του υγρού θα αναπτυχθεί ταχέως, ο ριζικότερος τρόπος για αντιμετώπιση είναι η θωρακοτομία και η τοποθέτηση σωλήνα για συνεχή αναρρόφηση. Μετά την παροχέτευση του υγρού ακολουθεί πλευροδεσία με μπλεομυκίνη. Στους σχετικά ακτινοευαίσθητους όγκους η χορήγηση χημειοθεραπείας μπορεί να περιορίσει ή να εξαφανίσει την πλευριτική συλλογή².

Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού (πνευμονίες) αποτελούν συχνή επιπλοκή των ασθενών με νεοπλασίες και συνοδεύονται από υψηλή θνητότητα^{2,34}. Παρουσιάζονται πιο συχνά στους ασθενείς με βρογχογενές καρκίνωμα, ενδοβρογχικές μεταστάσεις ή μεταστατική διήθηση λεμφαδένων του μεσοθωρακίου. Σε αυτές τις περιπτώσεις η μερική ή ολική απόφραξη των βρόγχων γίνεται πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη λοιμώξεων του αναπνευστικού. Η πνευμονία μπορεί επίσης να οφείλεται στην καταστολή της χυμικής και της κυτταρικής ανοσίας από τον καρκίνο και τη θεραπευτική αγωγή. Κατακεκλιμένοι



ασθενείς ή ασθενείς με πάρεση των φωνητικών χορδών συχνά αναπτύσσουν πνευμονία από εισρόφηση². Οι αιτιολογικοί παράγοντες ενδέχεται να είναι κοινά βακτηρία, ιοί, πρωτόζωα ή μύκητες. Ανάλογα με το αίτιο, μπορεί να υπάρχουν διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις. Ωστόσο οι ασθενείς παρουσιάζουν συνήθως πυρετό, βήχα και δύσπνοια, ενώ μπορεί να συνυπάρχει παραγωγική απόχρεμψη και θωρακικό άλγος². Στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς είναι δυνατό να απουσιάζουν ο πυρετός ή τα κλασσικά ευρήματα από τη φυσική εξέταση του αναπνευστικού συστήματος³³. Η αντικειμενική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει χαρακτηριστικά ευρήματα λοβώδους πνευμονίας ή βρογχοπνευμονίας². Χρήσιμα για τη διάγνωση είναι και η ακτινογραφία θώρακος και το ιστορικό του ασθενούς: εάν ο ασθενής έχει νοσηλευτεί πρόσφατα, εάν έχει λάβει πρόσφατα χημειοθεραπεία, ποια είναι η πρωτοπαθής εστία του νεοπλάσματος. Εκτός όλων των παραπάνω απαιτείται και εκτίμηση της αναπνευστικής επάρκειας με τη λήψη αερίων αίματος. Επιπλέον, γίνεται λήψη πτυέλων για χρώση Gram και καλλιέργεια, ενώ λαμβάνονται και καλλιέργειες αίματος. Η αντιμετώπιση των λοιμώξεων το αναπνευστικού γίνεται με βάση τα ευρήματα των καλλιεργιών. Σε υποψία μυκητιασικής πνευμονίας από ασπέργιλλο σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες λόγω

παρατεταμένης ουδετεροπενίας χορηγείται αμφοτερικίνη-B². Η πρόγνωση εξαρτάται από τον αιτιολογικό παράγοντα και το βαθμό της ανοσοκαταστολής³⁴.

Ορισμένοι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μπορούν άμεσα ή έμμεσα να προκαλέσουν πνευμονική βλάβη, πράγμα που δε συμβαίνει συνήθως ή παρατηρείται σπάνια. Έτσι, η πιο σημαντική τοξικότητα της μπλεομυκίνης είναι η εμφάνιση ενδιάμεσης πνευμονίτιδας²². Η δακτινομυκίνη, η κυκλοφωσφαμίδη, η μεθοτρεξάτη και η δοξορουβικίνη σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πνευμονικής τοξικότητας όταν συνδυάζονται με ακτινοθεραπεία²². Ανεξάρτητα της άμεσης ή της έμμεσης δράσης των φαρμάκων, η προκαλούμενη τοξικότητα έχει ως αποτέλεσμα τη βλάβη τόσο των ενδοθηλιακών κυττάρων των τριχοειδών όσο και του επιθηλίου των κυψελίδων. Τα συμπτώματα και τα σημεία είναι μη ειδικά και χαρακτηρίζονται από δύσπνοια, ξηρό βήχα και εύκολη κόπωση³⁵. Ενδέχεται να υπάρχει πυρετός, ενώ ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει εικόνα οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας. Στην ακτινογραφία θώρακος ίσως υπάρχει εικόνα πνευμονικής ίνωσης. Η σπειρομέτρηση και ο έλεγχος διάχυσης αερίων έχουν ευρήματα πνευμονοπάθειας περιοριστικού τύπου. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για την πνευμονική τοξικότητα και η αντιμετώπιση είναι υποστηρικτική. Γίνεται διακοπή του ενοχοποιούμενου χημειοθεραπευτικού,

χορηγείται οξυγόνο σε περίπτωση υποξυγοναιμίας, ενώ μπορεί να χορηγηθούν και κορτικοστεροειδή²².

Το πνευμονικό παρέγχυμα είναι σχετικά ευαίσθητο σε τραυματισμό κατά την ακτινοθεραπεία²¹. Η ακτινοβόληση του πνεύμονα και του μεσωθωρακίου μπορεί να προκαλέσει μετακτινική πνευμονίτιδα. Αυτή η επιπλοκή χαρακτηρίζεται από πυρετό, δύσπνοια, ταχύπνοια και ξηρό βήχα σε ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει την ακτινοβόληση πριν ένα έως τρεις μήνες. Η ακτινογραφία θώρακος αποκαλύπτει στοιχεία ίνωσης. Η αντιμετώπιση της μετακτινικής πνευμονίτιδας βασίζεται στην χορήγηση υψηλών δόσεων κορτιζόνης για διάστημα αρκετών ημερών ή εβδομάδων^{2,22}. Επίσης, τα βρογχοδιασταλτικά και η οξυγονοθεραπεία βοηθούν²². Αν η πνευμονίτιδα εξελιχθεί σε συμπτωματική πνευμονική ίνωση, η πρόγνωση είναι φτωχή, καθώς η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη και οδηγεί σε χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονική υπέρταση και θάνατο²². Η πρόληψη της πνευμονικής ίνωσης είναι σημαντική και επιτυγχάνεται με τον περιορισμό, κατά το δυνατό, του πεδίου ακτινοβόλησης που περιλαμβάνει πνευμονικό παρέγχυμα²².

Οξεία αιμορραγία

Στους αιτιολογικούς παράγοντες της αιμορραγίας περιλαμβάνονται οι διαταραχές

του αριθμού και της λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων, οι διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, η διήθηση αγγείων από τον όγκο και η λήψη φαρμάκων. Η θρομβοπενία αποτελεί ιδιαίτερα συχνό πρόβλημα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Η πιθανότητα σοβαρής αιμορραγίας εξαρτάται από τον αριθμό των αιμοπεταλίων, από το ρυθμό ελάττωσης τους και από πιθανή συνυπάρχουσα λοίμωξη. Ιδιαίτερα αυξημένος κίνδυνος σοβαρής αιμορραγίας υπάρχει όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι μικρότερος από 10000/ml. Όταν υπάρχει σεσημασμένη ελάττωση των αιμοπεταλίων ή εάν υπάρχει εμφανής αιμορραγία, έστω και με υψηλότερες τιμές αιμοπεταλίων, είναι απαραίτητη η μετάγγιση αιμοπεταλίων. Για μεγαλύτερη απόδοση της μετάγγισης αιμοπεταλίων, συστήνονται τα αιμοπετάλια από δότη².

Η αιμορραγία μπορεί να συμβεί σε ασθενείς με γνωστή νεοπλασία, αλλά συχνά αποτελεί και την πρώτη εκδήλωση ενός όγκου. Εάν η αιμορραγία συμβεί σε ασθενή με γνωστή νεοπλασία, η διερεύνηση και η αντιμετώπιση της απαιτεί προηγουμένως εκτίμηση της γενικότερης κατάστασης του ασθενούς και του προσδόκιμου επιβίωσης του. Οι πιο συχνά παρατηρούμενες αιμορραγίες είναι η αιμόπτυση, η αιμορραγία του πεπτικού συστήματος και η αιματοουρία².

Ως μαζική αιμόπτυση, η οποία είναι σπάνια, αλλά συντριπτική για τους ογκολογικούς



αρρώστους τις περισσότερες φορές, ορίζεται η απώλεια αίματος ποσότητας μεγαλύτερης από 600ml σε λιγότερες από 24 ώρες ή κάθε αιμόπτυση που είναι απειλητική για τη ζωή. Ο άμεσος κίνδυνος έγκειται στον πνιγμό από το αίμα παρά στις συνέπειες της μεγάλης αιμορραγίας. Ο καρκίνος του πνεύμονα υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το 20% των ασθενών που έχουν αιμόπτυση. Οι μεταστάσεις στον πνεύμονα από τον καρκίνο του μαστού, του εντέρου ή του νεφρού, το μελάνωμα και το σάρκωμα μπορούν επίσης να προκαλέσουν μαζική αιμόπτυση. Μαζική αιμόπτυση ενδέχεται να προκαλέσουν και μη κακοήθεις καταστάσεις, όπως οι μυκητιάσεις ή συγγενείς θρομβοπενίες ή άλλες διαταραχές της πήξης^{1,2,36,37}.

Ο αεραγωγός πρέπει να προστατεύεται, ενώ η διασωλήνωση συνιστάται σε ασθενείς με αιμοδυναμική αστάθεια, σοβαρή δύσπνοια ή υποξία. Η διόρθωση του όγκου των αερίων, των διαταραχών πήξης, η καταστολή του βήχα και η χορήγηση οξυγόνου αποτελούν την κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση, μετά την ανεύρεση του αιτίου. Η βλάβη θα πρέπει, γενικώς, να θεραπευτεί με χειρουργική διαδικασία, αν και η θεραπεία πήξης με laser μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ανακουφιστικούς ή θεραπευτικούς λόγους σε ασθενείς με ενδοβρογχικούς όγκους. Ο εμβολισμός της βρογχικής αρτηρίας μπορεί να ελέγξει την ενεργή αιμορραγία πριν τη χειρουργική επέμβαση, αλλά συχνά

συνοδεύεται από επανεργοποίηση της. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να αναστείλει την αιμόπτυση στο 80% των ασθενών^{1,2,37}.

Η αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα αποτελεί συχνό πρόβλημα των ασθενών με νεοπλασία. Τα περισσότερα επεισόδια αιμορραγίας είναι περιορισμένης έκτασης, χωρίς να προκαλούν αιμοδυναμική αστάθεια. Πολλές φορές όμως συμβαίνει οξεία αιμορραγία, η οποία μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή του αρρώστου. Αυτή οφείλεται σε διαταραχές του αριθμού ή της λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων, σε βαριά βλεννογονίτιδα λόγω της χημειοθεραπείας ή της ακτινοβολίας, σε διήθηση του γαστρεντερικού σωλήνα από τη νεοπλασία ή σε πρωτοπαθή εντόπιση του όγκου².

Η αθρόα αιμορραγία από το ανώτερο τμήμα το γαστρεντερικού σωλήνα συνήθως εκδηλώνεται ως αιματέμεση. Οι συχνότερες αιτίες είναι αιμορραγική γαστρίτιδα, καρκίνος, λέμφωμα ή λειομυοσάρκωμα στομάχου και σύνδρομο Mallory-Weiss, το οποίο οφείλεται στην έμμεση που προκαλεί η χορήγηση κυτταροστατικών. Οξεία αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό σπανίως προκαλείται από νεοπλασματική διήθηση. Άλλες όμως καταστάσεις, όπως η μετακτινική εντερίτιδα και η ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα, μπορούν να οδηγήσουν σε αθρόα αιμορραγία. Η θεραπεία βασίζεται στην αποκατάσταση του όγκου

των υγρών, τη διόρθωση του αριθμού των αιμοπεταλίων και σε διακοπή της χημειοθεραπείας ή της ακτινοβολίας. Σε διάσπαρτη νεοπλασία καταβάλλεται κάθε προσπάθεια να αποφευχθεί η χειρουργική αντιμετώπιση και ο ασθενής αντιμετωπίζεται συντηρητικά².

Αιματουρία και αιμορραγική κυστίτιδα

Αποτελεί συχνό και σημαντικό πρόβλημα των ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστεως, του προστάτη και του τραχήλου της μήτρας. Εάν συνδυάζεται με σχηματισμό πηγμάτων, μπορεί να προκαλέσει πλήρη απόφραξη της κύστης και επίσχεση ούρων. Απαιτούνται άμεση τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστεως και συνεχείς πλύσεις κύστεως. Σε ακατάσχετη αιμορραγία μπορεί να χρειασθεί επείγουσα κυστεκτομή (εάν η αιμορραγία οφείλεται σε καρκίνο της ουροδόχου κύστεως) ή αγγειογραφία και εμβολισμός των αιμορραγούντων αγγείων^{4,36}.

Η αιμορραγική κυστίτιδα θεωρείται η βασικότερη παρενέργεια της κυκλοφωσφαμίδης και της ιφωσφαμίδης²². Σημαντική αιμορραγία μπορεί να προκληθεί από τη χορήγηση τους. Οι δύο αυτοί παράγοντες παράγουν μεταβολίτες (χλωραιθυλαζεριδίνη, χλωροοξεικό οξύ και ακρολεΐνη), οι οποίοι εκκρίνονται από τους νεφρούς και έτσι υψηλές συγκεντρώσεις τους συσσωρεύονται στην ουροδόχο κύστη^{4,22,36}. Η αιμορραγία εμφανίζεται ως 3 εβδομάδες μετά

τη χημειοθεραπεία και τα πιο συχνά συμπτώματα είναι η δυσουρία, το αίσθημα καύσου, η μεγάλη αιματουρία και η ακράτεια ούρων^{4,22,36}.

Η καλύτερη διαχείριση του προβλήματος είναι η πρόληψη. Η ενυδάτωση από το στόμα ή ενδοφλεβίως αυξάνει τη ροή των ούρων και μειώνει την επαφή της ακρολεΐνης με το βλεννογόνο της κύστης^{4,22,36}. Συστηματική χρήση mesna (2-mercaptoethane sulphonate sodium) μαζί με την ιφωσφαμίδη ή με τις υψηλές δόσεις κυκλοφωσφαμίδης αποτρέπει τον ερεθισμό του επιθηλίου, αποτοξικοποιώντας τους μεταβολίτες στην κύστη, και είναι πολύ αποτελεσματική στην πρόληψη της αιμορραγικής κυστίτιδας³⁸.

Ωστόσο, όταν η αιμορραγική κυστίτιδα συμβεί, μια συντηρητική προσέγγιση είναι η εντατική ενυδάτωση, για να είναι επαρκής η προκαλούμενη διούρηση. Εάν αυτός ο τρόπος θεραπείας αποτύχει, η έκπλυση με διάλυμα φορμαλίνης για 10 λεπτά μπορεί να τη σταματήσει^{1,22,36}. Επιπλέον, υποστηρικτικές θεραπείες, όπως η μετάγγιση αιμοπεταλίων και ερυθροκυττάρων, αποβαίνουν χρήσιμες²². Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, εάν η αιμορραγία δε σταματήσει, η εκτροπή των υπογάστριων αρτηριών με ουρητική εκτροπή και η κυστεκτομή μπορεί να κριθούν απαραίτητες^{1,36}.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς που πάσχουν από νεοπλασία συχνά παρουσιάζουν επείγοντα προβλήματα τα οποία πρέπει να αναγνωρισθούν, να αξιολογηθούν και να αντιμετωπισθούν άμεσα. Τα κυριότερα επείγοντα ογκολογικά προβλήματα είναι το σύνδρομο λύσεως του όγκου, η συμπίεση του νωτιαίου μυελού, το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, τα οξέα καρδιακά επεισόδια, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, η φλεβική θρόμβωση και η πνευμονική εμβολή, η ουδετεροπενική λοίμωξη, τα οξέα αναπνευστικά επεισόδια, η οξεία αιμορραγία και η αιματουρία.

Η έγκαιρη διάγνωση και η επείγουσα θεραπεία είναι ύψιστης σημασίας για την αντιμετώπιση των επειγόντων ογκολογικών συμβαμάτων, όπως προκύπτει από τη μελέτη της βιβλιογραφίας. Το στάδιο της νόσου, η ανταπόκριση στη θεραπεία, η γενική πρόγνωση και η επιθυμία του αρρώστου και της οικογένειας του είναι παράγοντες που θα καθορίσουν την επιλογή της θεραπευτικής πρακτικής. Σε ασθενείς τελικού σταδίου, στους οποίους η υποκείμενη νεοπλασία εξελίσσεται παρά τις θεραπευτικές προσπάθειες μπορεί να επιλεγεί μόνο η παρηγορητική ανακούφιση και συμπτωματική αγωγή με κατά το δυνατό λιγότερα επεμβατικά μέσα.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός, αφού μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση της αγωγής, των συμπτωμάτων

και της κατάστασης του ασθενούς τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και την οικογένεια του. Αναφέρεται συχνά η σημασία της δημιουργίας μονάδων ειδικής και εξειδικευμένης αντιμετώπισης καρκινοπαθών τελικού σταδίου καθώς και της εκπαίδευσης των νοσηλετών της κοινότητας στη πρώιμη διάγνωση και ικανότητα παραπομπής σε περαιτέρω εξειδικευμένο κέντρο.

Συμπερασματικά, ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται και η ενημέρωση και η εκπαίδευση των ασθενών, για να είναι δυνατή η πρώιμη αναγνώριση ύποπτων συμπτωμάτων και η έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων που υποδύονται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cervantes A., Chirivella I. Oncological emergencies. *Annals of Oncology* 2004; 15 (suppl. 4): 299-306.
2. Δημόπουλος Α. Επείγοντα ογκολογικά προβλήματα. Σε: Ρούσσος Χ. Εντατική θεραπεία. 2^η έκδοση. Αθήνα, Πασχαλίδης, 2000: 1135-1151.
3. Gemisi J. Tumor lysis syndrome in solid tumors. *Clinical Oncology* 2006; 18: 773-780.
4. Goldman L., Bennett C. CECIL Νοσολογία. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Ρούσσος Χ., Αθήνα, Πασχαλίδης, 2002.
5. Hogan K., Rosenthal L. Oncologic emergencies in the patients with lymphoma. *Seminars in oncology nursing* 1998; 14 (4): 312-320.

6. Higdon M., Higdon. J. Treatment of oncologic emergencies. *American Family Physician* 2006; 74 (11): 1873-80.
7. Opyrchal M., Figanbaum T., Ghosh A., Rajkumar V., Caples S. Spontaneous tumor lysis syndrome in the setting of B-cell lymphoma. *Case Report Med.* 2010; 2010: 610969.
8. Krinsky W., Behrens R., Kerkvliet G. Oncologic emergencies for the internist. *Clev. Clinic. J. of Medicine* 2002; 69: 209-10, 213-4, 216-7.
9. Baines M. J. Spinal cord compression: A personal and palliative care perspective. *Clinical Oncology* 2002; (14): 135-138.
10. Thirlwell C., Brock C. Emergencies in oncology. *Clin. Med.* 2003; 3: 306-10.
11. Kelly K., Lange B. Oncologic emergencies. *Pediatric Oncology* 1997; 44 (4): 809-830.
12. Samphao S., Eremin J., Eremin O. Oncological emergencies: Clinical importance and principles of management. *Eur. J. Cancer Care (Engl.)* 2009 (Epub. ahead of print).
13. Meert A. P., Ninane V. Le syndrome cave superieur. Chabot F., Maitre B., Marquette C. Urgences respiratoires: Organisation, diagnostique et principes therapeutiques. Da Te Be Editions, 2006, SPLF: 57-62.
14. Beeson M. Superior vena cava syndrome. Online. 03/12/2009: <http://emedicine.medscape.com/article/760301-overview>.
15. Young K., De Young C., Garofalo M., Dhople A., Regine W. Radiation oncology emergencies. *Hematology-oncology clinics of North America.* 2006; 20 (2): 505-522.
16. Halfdanarson T., Hogan W., Moynihan T. Oncologic emergencies: Diagnosis and treatment. *Symposium on Oncology Practice: Hematological Malignancies.* 2006; 81 (6): 835-848.
17. Meert A. P. Les urgences oncologiques. *Rev. Mal. Respir.* 2008; 25: 3S145-3S150.
18. Rowell N., Gleeson F. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2001; 4: CD001316.
19. Sculier J., Quoix E. Acute complications in lung cancer. *Rev. Prat.* 2003; 53: 752-5.
20. Endicott M. Oncologic emergencies. *Clinical techniques in small animal practice.* 2003; 18 (2): 127-130.
21. Wells QS, Lenihan DJ. Reversibility of left ventricular dysfunction resulting from chemotherapy: can this be expected?. *Prog Cardiovasc Dis.* 2010 Sep-Oct;53(2):140-8.
22. Thomas C. Jr., Steizer K., Douglas J., Koh W., Wood L., Panicker R. Common emergencies in cancer medicine: Infectious and treatment-related syndromes. Part II. *Journal of the National Medical Association* 1994; 86 (11): 839-852.
23. Allegra C. Antifolates. Σε: Chabner B., Collins J. *Cancer Chemotherapy: Principles and Practice.* Philadelphia PA, JB Lippincott Co; 1990: 110-153.
24. Ozols R., Corden B., Jacob J., Wesley M., Ostchega Y., Young R. High-dose cisplatin



- in hypertonic saline. *Ann. Intern. Med.* 1984; 100: 19-24.
25. Κακούρα Μ. Πνευμονική εμβολή. Σιχλετίδη Α. Πνευμονολογία. Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 2009: 267-278.
26. Buller H., Agnelli G., Hull R., Hyers T., Prins M., Raskob G. Antithrombotic therapy for venous thromboembolism disease: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004; 126: 401S-428S.
27. Brigden M. Hematologic and oncologic emergencies: Doing the most good in the least time. *Postgrad. Med.* 2001; 109 (3): 143-6, 151-4, 157-8.
28. Stewart A. Clinical practice: Hypercalcaemia associated with cancer. *N. Engl. J. Med.* 2005; 352: 373-9.
29. Viscoli C. The evolution of the empirical management of fever and neutropenia in cancer patients. *J. Antimicrob. Chemother.* 1998; 41 (suppl. D): S65-80.
30. Thomas C. Jr., Steizer K., Douglas J., Koh W., Wood L., Panicker R. Common emergencies in cancer medicine: Infectious and treatment-related syndromes. Part I. *Journal of the National Medical Association* 1994; 86 (10): 765-774.
31. Newton H. Neurologic complications of systemic cancer. *Am. Fam. Physician* 1999; 59: 878-86, 59: 2435.
32. Hughes W., Armstrong D., Bodey G., Bow E., Brown A., Calandra T. et al. 2002 Guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer. *Clin. Infect. Dis.* 2002; 34: 730-51.
33. Κοντακιώτης Θ. Παθήσεις του υπεζωκότα. Σιχλετίδη Α. Πνευμονολογία. Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 2009: 399-404.
34. Καπραβέλος Ν. Πνευμονία σε ανοσοκατασταλαμένους ασθενείς. Σιχλετίδη Α. Πνευμονολογία. Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 2009: 213-216.
35. Γεωργιάδη Ε. Τρόποι νοσηλευτικής και φαρμακευτικής προσέγγισης ογκολογικών ασθενών. Αθήνα, Παρισιάνος, 2007.
36. Woodard III W., Hogan D. Oncologic emergencies: Implications for nurses. *Journal of Intravenous Nursing* 1996; 19 (5): 256-63.
37. Martinez E., Martinez M., Romero P., Manterola A., Michel J., Guelbenzu J., Vila E., Boldu J. Respiratory emergencies. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004; 27 (suppl. 3): 87-97.
38. Andriole G., Saudlund J., Miser J., Arasi V., Linehan M., Magrath I. The efficacy of mesna (2-mercaptoethane sodium sulfonate) as a uroprotectant in patients with hemorrhagic cystitis receiving futher oxazaphosphorine chemotherapy. *J. Clin. Oncol.* 1987; 5: 799-803.

ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Δημιουργία και εγκυροποίηση ερωτηματολογίου - εργαλείου εκτίμησης της συμμόρφωσης ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II στο θεραπευτικό τους σχήμα

Ίντας Δ. Γεώργιος¹, Στεργιάνης Ι. Παντελής², Μπρατάκος Μιχάλης³, Βασιλόπουλος Γεώργιος⁴, Καπάδοχος Θεόδωρος⁴, Χασιώτη Γεωργία⁵, Καλογιάννη Αντωνία⁶

1. Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD(c), Γ.Ν.Δυτικής Αττικής «Αγία Βαρβάρα»
2. Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD(c), Ογκολογικό νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι»
3. Καθηγητής ΤΕΙ Αθήνας
4. Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας
5. Φοιτήτρια Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Καρόλου, Τσεχία
6. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες επειδή στην αρχή τουλάχιστον η νόσος εμφανίζει ύπουλη κλινική πορεία, με αποτέλεσμα η υιοθέτηση διαιτητικών και άλλων αλλαγών στον τρόπο ζωής να φαίνεται περιττή στους πάσχοντες.

Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάπτυξη ενός ειδικού εργαλείου μέτρησης της συμμόρφωσης στη θεραπεία σε ασθενείς με ΣΔ II και στη συνέχεια να δοκιμαστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του στον ελληνικό πληθυσμό.

Υλικό και μέθοδος: Δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 38 ερωτήσεις, οι οποίες επιλέχθηκαν από ήδη υπάρχοντα έγκυρα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Summary of Diabetes Self-Care Activities, το 9-item Patient Health Questionnaire, το 12-item Short Form Health Survey και το Diabetes Self-care Behaviors and Barriers instrument. Έγινε μετάφραση των ερωτήσεων στην Ελληνική γλώσσα ακολουθώντας τις οδηγίες της Διεθνούς Επιστημονικής Επιτροπής. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην πολιτιστική απόδοση στην Ελληνική, προς αποφυγή παρερμηνειών ή δυσκολονόητων εκφράσεων. Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο εφαρμόστηκε σε δείγμα 120 ατόμων.

Αποτελέσματα: Χρησιμοποιώντας την κλίμακα αξιοπιστίας των Flesch-Kincaid, η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ήταν 6,7. Ο μέσος χρόνος για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν 8±4,2 λεπτά. Το νέο ερωτηματολόγιο παρουσιάζει δομική εγκυρότητα, διακριτική ικανότητα, αξιοπιστία και ευαισθησία στην αλλαγή.



Συμπεράσματα: Το υπό εξέταση ερωτηματολόγιο δεν απαιτεί ιδιαίτερο χρόνο για τη συμπλήρωσή του και μπορεί να εφαρμοστεί με αξιοπιστία και εγκυρότητα στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά: Αξιολόγηση, εγκυροποίηση, στάθμιση, ΣΔ II, συμμόρφωση.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ίντας Γεώργιος
Δογάνης 122,
Πειραιάς, Τ.Κ. 18546,
Τηλ: 6945492709,
Email: intasg@yahoo.gr

Development and validation of a Diabetes Self-Care Activities Questionnaire

Intas D. George¹, Stergiannis I. Pantelis², Bratakos Michalis³, Vasilopoulos George⁴, Kapadohos Theodore⁴, Hassioti Georgia⁵, Kalogianni Antonia⁴

1. RN, MSc, PhD_(c), general hospital of West Attiki "Agia Varvara"
2. RN, MSc, PhD_(c), oncology hospital "Agioli Anargyroi"
3. Professor, Technological Institute of Athens
4. Laboratory Instructor, A' Nursing Department, Technological Institute of Athens
5. Medical Student, Karolinska Institute, Czech Republic

ABSTRACT

Patients suffered from DM, face many difficulties in compliance to medical instructions, because the DM type II may be asymptomatic at the beginning and that is the reason that recommended dietary and lifestyle changes may seem unnecessary.

The aim of the study was to develop a specific instrument measuring compliance to treatment in patient with DM II and test the validity and reliability of the instrument in Greek people.

Method and material: This instrument was created using 38 questions from existing questionnaires. The questionnaires used were: Summary of Diabetes Self-Care Activities, 9-item Patient Health Questionnaire, 12-item Short Form Health Survey and Diabetes Self-care Behaviours and Barriers instrument. The translation process from English into Greek was undertaken following the guidelines provided by the International Committee of this instrument. Several issues related to the best possible translation and validation of the various dimensions and levels of the instrument were taken into account. Then the instrument was tested to a representative sample of 120 individuals.

Results: Using the scale reliability of the Flesch-Kincaid, the reliability of the questionnaire was 6.7. The average time for completing the questionnaire was eight minutes (SD \pm 4.2 minutes). The instrument presents construct validity, discriminant ability, reliability and sensitivity to change.

Conclusions: The present instrument requires considerable time to complete it. Therefore it is a reliable and valid instrument which can be used effectively in compliance of therapy measurement in Greek population.

Keywords: Reliable, validation. SD II, compliance, translation.

CORRESPONDING AUTHOR

*Intas George,
str Doganis 122,
Pireas, P.C. 18546
Tel: +306945492709
Email: intasg@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι μία διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης που προκαλείται από έλλειψη της παγκρεατικής ορμόνης ινσουλίνη και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και την εμφάνισή της στα ούρα. Η διεθνής ένωση για τον ΣΔ, αποτελούμενη πάνω από 150 χώρες, εκτιμά ότι ο επιπολασμός του ΣΔ τύπου II, αυξάνεται συνεχώς και προσβάλει περίπου το 6% του πληθυσμού ηλικίας από 20 μέχρι και 79 χρόνων ¹. Στην Ευρώπη, περίπου 55 εκατομμύρια ενήλικες πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και μέχρι το 2030, ο αριθμός αυτός υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί σε 66 εκατομμύρια. Αύξηση της επίπτωσης του ΣΔ παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα των 30-40 χρονών. Το γεγονός αυτό έχει, και θα συνεχίσει να έχει ισχυρό αντίκτυπο στην

εθνική οικονομία, λόγω της μείωσης της παραγωγικότητας ². Στην Ελλάδα ο επιπολασμός του ΣΔ ήταν 4,11% σε άτομα ηλικίας μεταξύ 20-70 χρόνων και για τα δύο φύλα ³. Κατά την περίοδο 2001-2006, η επίπτωση του ΣΔ ήταν 5,8% στους άνδρες και 5,3% στις γυναίκες. Υπολογίζεται ότι η ετήσια επίπτωση της νόσου είναι 1,16% στους άνδρες και 1,06% στις γυναίκες ενώ τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η τάση αύξησης του ΣΔ θα είναι εξαιρετικά μεγάλη για τα επόμενα χρόνια⁴. Ο ΣΔ είναι η κύρια αιτία καρδιακών προσβολών, εγκεφαλικών επεισοδίων, τύφλωσης, νεφρικής ανεπάρκειας και αναπηρίας⁵. Τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές και προοπτικές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως η υγιεινή διατροφή, η μείωση του σωματικού βάρους, η



διακοπή του καπνίσματος, η αυξημένη φυσική δραστηριότητα και η εκπαίδευση των ασθενών μπορούν να περιορίσουν τις επιπλοκές της νόσου⁶⁻⁷. Οι ασθενείς που πάσχουν από ΣΔ, αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες κυρίως από την περίπλοκη και γεμάτη περιορισμούς αγωγή⁸⁻¹³. Ιδιαίτερο πρόβλημα στη συμμόρφωση αποτελεί το γεγονός ότι, επειδή ο ΣΔ τύπου II, στην αρχή τουλάχιστον εμφανίζει ύπουλη κλινική πορεία, η υιοθέτηση διαιτητικών και άλλων αλλαγών στον τρόπο ζωής μπορεί να φαίνεται περιττή στους πάσχοντες. Ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η έλλειψη συμμόρφωσης του ασθενούς στη θεραπεία μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη εκπαίδευσης και κινήτρων που θα μπορούσαν να μεταβάλουν την συμπεριφορά σχετικά με την υγεία τους¹⁴. Υπάρχουν σημαντικά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι, εκτός από τις επιπτώσεις της ασθένειας και της θεραπείας, προσωπικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η κατάθλιψη, οικονομικοί παράγοντες, το κοινωνικό περιβάλλον καθώς και οι οικογενειακές σχέσεις επηρεάζουν σημαντικά την πορεία της νόσου¹⁵⁻¹⁷. Προκειμένου να εκτιμηθεί η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή του ΣΔ, έχει δημιουργηθεί ένας μεγάλος αριθμός εργαλείων μέτρησης. Μια πρόσφατη αναδρομική μελέτη αριθμήσε περισσότερα από 150 έγκυρα εργαλεία¹⁸. Τα τελευταία

χρόνια, έχει παρατηρηθεί αυξημένο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας της ζωής των ασθενών με διαβήτη και ταυτόχρονα έχει αυξηθεί η δυσκολία επιλογής του κατάλληλου εργαλείου για τον υπό μελέτη πληθυσμό.¹⁹⁻²¹ Σε πολλές μελέτες γίνεται κριτική για την αποτυχία των ερευνητών να επιλέξουν και να εφαρμόσουν τα κατάλληλα εργαλεία για τον κατάλληλο μελετώμενο πληθυσμό¹⁹. Στην Ελλάδα δεν έχει ποτέ δημιουργηθεί, ούτε έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί κάποια ειδική κλίμακα μέτρησης της συμμόρφωσης στους ασθενείς με ΣΔ τύπου II. Τα εργαλεία συμμόρφωσης στη θεραπεία, όπως και εκείνα που εκτιμούν την ποιότητα ζωής μπορεί να αποτελέσουν σημαντικό μέσο για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας²²⁻²⁵.

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αναπτυχθεί ένα ειδικό εργαλείο μέτρησης της συμμόρφωσης στη θεραπεία σε ασθενείς με ΣΔ II και στη συνέχεια να δοκιμαστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του στον ελληνικό πληθυσμό.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΣΤΑΔΙΟ 1: ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
Προκειμένου να κατασκευαστεί ένα εργαλείο που να εκτιμά τη συμμόρφωση των ασθενών με διαβήτη τύπου II, μια ομάδα

επαγγελματιών υγείας δημιούργησε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 38 ερωτήσεις καταναμημένες σε 7 τομείς (Πίνακας 1). Τα μέλη της ομάδας ήταν επίσης μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης και Έρευνας. Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε με τη χρήση επιλεγμένων ερωτήσεων από ήδη υπάρχοντα έγκυρα ερωτηματολόγια τα οποία αναζητήθηκαν και βρέθηκαν στη βάση δεδομένων MEDLINE. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: το ερωτηματολόγιο αυτοφροντίδας του ΣΔ (Summary of Diabetes Self-Care Activities) (SDSCA)²⁶, το εννέα σημείων υγείας ασθενών (9-item Patient Health Questionnaire) (PHQ-9)²⁷, το σύντομο ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας 12 σημείων, (12-item Short Form Health Survey)²⁸ και το ερωτηματολόγιο αυτοφροντίδας και συμπεριφοράς των διαβητικών, (Diabetes Self-care Behaviors and Barriers instrument)²⁹. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα αξιοπιστίας των Flesch-Kincaid, η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ήταν 6,7. Ο μέσος χρόνος για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν $8 \pm 4,2$ λεπτά (mean \pm SD).

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η διαδικασία της μετάφρασης διεξήχθη σύμφωνα με τις οδηγίες του EuroQol group. Στην αρχή έγινε μετάφραση του ερωτηματολογίου στη γλώσσα-στόχο

(Ελληνική) από δύο μεταφραστές που η μητρική τους γλώσσα ήταν η Ελληνική και είχαν γνώση στις επιστήμες υγείας. Ο στόχος της μετάφρασης δεν ήταν η κατά γράμμα μετάφραση, αλλά η εννοιολογική μετάφραση ώστε το ερωτηματολόγιο να είναι αναγνώσιμο και εύκολα κατανοητό από άτομα ηλικίας τουλάχιστον 14 ετών. Η Ελληνική έκδοση που προέκυψε ήταν από σύγκριση των δύο μεταφράσεων εστιασμένη στην καλύτερη ερμηνεία της αρχικής Αγγλικής έκδοσης και σεβόμενη τις ιδιαιτερότητες της γλώσσας-στόχου. Στη συνέχεια ένας φοιτητής ιατρικής και ένας φοιτητής νοσηλευτικής που είναι Έλληνες και έχουν μεταναστεύσει στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέλαβαν να μεταφράσουν την πρώτη Ελληνική έκδοση στα Αγγλικά. Τελικά διεξήχθη μία πιλοτική μελέτη σε 45 άτομα (όχι επαγγελματίες υγείας) διαφορετικού μορφωτικού και κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου προκειμένου να εκτιμήσουν την ερμηνεία και την προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα Ελληνικά. Από τη διαδικασία αυτή προέκυψαν άλλες τρεις εκδόσεις του ερωτηματολογίου στην Ελληνική έκδοση εκ των οποίων επιλέχθηκε η καλύτερη έκδοση που προσέγγιζε την Αγγλική μορφή.

Τα 45 άτομα χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες των 15 ατόμων η κάθε μία. Ύστερα από επεξήγηση του σκοπού της μελέτης, τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν το



ερωτηματολόγιο. Στη συνέχεια ακολούθησε μία συζήτηση σχετικά με το ποιές ερωτήσεις ήταν δύσκολο να απαντηθούν, ποιές ερωτήσεις ήταν ασαφείς, ποιές ερωτήσεις ήταν δυσνόητες και ζητήθηκαν προτάσεις για εναλλακτικούς τρόπους διατύπωσης των ερωτήσεων. Όλες οι ερωτήσεις και τα σχόλια συζητήθηκαν περαιτέρω από την ομάδα σχεδιασμού της μελέτης. Δεν αναφέρθηκε κάποια δυσκολία από τις τρεις ομάδες όσον αφορά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Μερικοί άνθρωποι όμως ανέφεραν κάποια στοιχεία που ήταν ασαφή. Στην ερώτηση 16 ζητήθηκε διευκρίνιση σχετικά με την μερίδα λαχανικών, επειδή στην Ελλάδα οι σαλάτες δεν σερβίρονται ως ατομικές μερίδες. Στις ερωτήσεις 20 και 21 οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες (25) ήθελαν διευκρίνιση αν η μέτρηση σακχάρου γινόταν με ηλεκτρονική συσκευή στο σπίτι ή με ειδική εξέταση αίματος στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Στην ερώτηση 23, δεκατέσσερα άτομα αναρωτήθηκαν για ποιο λόγο έπρεπε να ελέγξουν το εσωτερικό του παπουτσιού τους. Τέλος στην ερώτηση 30 το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (N=37) δεν γνώριζε ποιες τροφές ανήκουν στην κατηγορία των υδατανθράκων, συνεπώς δεν μπόρεσαν χωρίς διευκρίνιση να απαντήσουν την ερώτηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗΣ

Η πιλοτική μελέτη διεξήχθη σε 45 άτομα (21 άνδρες και 24 γυναίκες) ηλικίας από 20 μέχρι 74 ετών. Η μέση ηλικία ήταν 42±15.4 έτη. Το επίπεδο μόρφωσης ήταν αντιπροσωπευτικό για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας. 12 άτομα απάντησαν πως δεν συνέχισαν μετά το γυμνάσιο, 10 άτομα είχαν απολυτήριο λυκείου, 18 άτομα είχαν αποφοιτήσει από κάποιο ίδρυμα ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης και 5 άτομα ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος.

Τα αποτελέσματα των προβλημάτων που προέκυψαν από τις επτά κατηγορίες του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης σχετικά με τη μετάφραση του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα επιβεβαίωσε τις αρχές του EuroQol group. Η μετάφραση του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα βρέθηκε να είναι κατάλληλη σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες της Ελληνικής γλώσσας και την κουλτούρα του πληθυσμού και σχολιάστηκε πως το ερωτηματολόγιο είναι εύκολα αναγνώσιμο και κατανοητό από όλα τα μέλη του δείγματος (N=45). Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στο αν ήταν εύκολα κατανοητό στους συμμετέχοντες με κατώτερη μόρφωση και χαμηλό οικονομικοκοινωνικό επίπεδο.

ΦΑΣΗ 2: ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν 132 ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ ΙΙ. Οι περισσότεροι ασθενείς παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, ενώ μερικοί από αυτούς νοσηλεύονταν κατά τη διάρκεια της μελέτης. Από το σύνολο των ασθενών, 7 αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο για δεύτερη φορά μέσα σε διάστημα 6-8 εβδομάδων και 5 εξαιρέθηκαν γιατί βρέθηκαν να δίνουν αντίθετες ερωτήσεις σε παρόμοιες απαντήσεις. Τελικά, 120 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη. Το δείγμα αποτελούσαν 48 άνδρες και 72 γυναίκες μέσης ηλικίας 40.3 ± 17.6 έτη.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΔΟΜΙΚΗ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ (Construct validity). Είναι μία ποσοτική εκτίμηση του κατά πόσον το ερωτηματολόγιο μετρά την ειδική παράμετρο για την οποία συντάχθηκε, δηλαδή τη συμμόρφωση στη θεραπεία του ΣΔ τύπου ΙΙ³⁰⁻³¹. Για να συγκριθούν οι τιμές του ερωτηματολογίου που σχεδιάστηκε, μοιράσθηκε και ένα άλλο ερωτηματολόγιο το οποίο είναι έγκυρο και ονομάζεται ΗΑΚ (habits, attitudes and knowledge questionnaire of diabetic compliance)³². Τα αποτελέσματα του ΗΑΚ θα συγκριθούν με το υπό εξέταση ερωτηματολόγιο.

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ (discriminant ability).

Είναι η ικανότητα του ερωτηματολογίου να διακρίνει ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες ομάδες ασθενών. Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς διακρίθηκαν σε δύο κατηγορίες: σε αυτούς που εμφάνιζαν συμμόρφωση και σε εκείνους που δεν εμφάνιζαν. Στόχος ήταν να ελεγχθεί το κατά πόσο οι τιμές του υπό εξέταση ερωτηματολογίου παρουσίαζαν σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών.

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ (reliability). Είναι ένα μέτρο που δείχνει το κατά πόσο τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο επαναλαμβάνονται και σε άλλες μετρήσεις³³. Οι ασθενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δύο φορές (N=120) και δεν ανέφεραν αλλαγή στη συμμόρφωσή τους μεταξύ πρώτης και δεύτερης φοράς θα έπρεπε να επιτυγχάνουν τιμές στο υπό εξέταση ερωτηματολόγιο που δεν θα παρουσίαζαν σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ τους.

ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ (sensitivity to change).

Η παράμετρος αυτή δείχνει κατά πόσο το υπό εξέταση ερωτηματολόγιο είναι ικανό να ανταποκριθεί σε μία κλινικά σημαντική αλλαγή που συμβαίνει στους ασθενείς. Συνεπώς, όσοι ασθενείς ανέφεραν αλλαγή στη συμμόρφωσή τους, ανάμεσα στις δύο επισκέψεις, θα έπρεπε να παρουσιάζουν



σημαντική στατιστική διαφορά στις τιμές του ερωτηματολογίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δομική εγκυρότητα

Για την εκτίμηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου έγινε συσχέτιση αφενός των επτά υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου και αφετέρου με το HAK (συντελεστής συσχέτισης Spearman). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 3 και δείχνουν πως υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων και στις επτά υποκατηγορίες.

Διακριτική ικανότητα

Από τους 120 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη, 46 παρουσίαζαν συμμόρφωση και 74 καθόλου. Μεταξύ αυτών των δύο ομάδων βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά σε ότι αφορά και τις επτά υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου όταν εφαρμόστηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι (Mann-Whitney δοκιμασία U, $P < 0.001$).

Η πολυπαραγοντική ανάλυση σύγκρισης των δύο ομάδων έγινε με τη μέθοδο διακρίνουσας ανάλυσης (discriminant analysis) και χρησιμοποιήθηκε ο βηματικός τρόπος (backward stepwise fashion). Η επαναταξινόμηση των παρατηρήσεων με βάση τη διακρίνουσα συνάρτηση έγινε με την αμερόληπτη μέθοδο εκτίμησης, αφαιρώντας

κάθε φορά την προς ταξινόμηση παρατήρηση (leaving-one-out method). Τα ποσοστά επαναταξινόμησης ήταν μεγάλα, 86.7% για την ομάδα με τη μη συμμόρφωση και 94.3% για την ομάδα με τη συμμόρφωση.

Κατά τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς έκαναν επίσης μία προσωπική εκτίμηση για το αν η συμμόρφωσή τους με τις οδηγίες του ιατρού ήταν καλύτερη, χειρότερη ή ίδια. Από τους ασθενείς αυτούς, 48 δήλωσαν ότι ήταν καλύτερη, 51 ίδια και 21 χειρότερη. Τα αποτελέσματα από τη σύγκριση ανάμεσα στις δύο ομάδες φαίνονται στον πίνακα 4 (Mann-Whitney δοκιμασία U).

Αξιοπιστία

Σύμφωνα με την προσωπική τους εκτίμηση 51 ασθενείς παρέμειναν σταθεροί στη συμμόρφωσή τους κατά το διάστημα ανάμεσα στα δύο ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Όλες οι υποκατηγορίες του υπο εξέταση ερωτηματολογίου δεν παρουσίαζαν σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στην πρώτη και τη δεύτερη φορά, τόσο με τη χρήση της δοκιμασίας t, όσο και με την εφαρμογή της δοκιμασίας Wilcoxon.

Ευαισθησία στην αλλαγή

Σύμφωνα με την προσωπική τους εκτίμηση για τη συμμόρφωσή τους, 48 ασθενείς ανέφεραν βελτίωση και 21 χειρότερη.

Συγκρίθηκαν οι τιμές του ερωτηματολογίου ανάμεσα στις δύο μετρήσεις προκειμένου να μελετηθεί η ευαισθησία του υπό εξέταση ερωτηματολογίου στην αλλαγή και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αναπτυχθεί ένα ειδικό εργαλείο μέτρησης της συμμόρφωσης στη θεραπεία σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ και στη συνέχεια να δοκιμαστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του στον ελληνικό πληθυσμό.

Σε πρώτο στάδιο έγινε η μετάφραση του ερωτηματολογίου με τη διαδικασία που ορίζει το EuroQol group. Δύο επαγγελματίες υγείας με μητρική γλώσσα τα Ελληνικά μετέφρασαν το ερωτηματολόγιο στα Ελληνικά. Στη συνέχεια μεταφράστηκε ξανά στην Αγγλική γλώσσα από δύο επαγγελματίες υγείας που τα Αγγλικά ήταν η μητρική τους γλώσσα. Στη συνέχεια δόθηκε σε ένα μικρό αριθμό ασθενών (N=45) για να διαπιστωθεί αν ήταν λειτουργικό και κατανοητό. Η ηλικία και η κατανομή του φύλου στους ασθενείς αυτούς ήταν αντιπροσωπευτική του συνόλου των ασθενών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ.

Για τη στάθμιση του νέου ερωτηματολογίου ήταν απαραίτητη η εκτίμηση της εγκυρότητας, της ικανότητας διάκρισης, της

αξιοπιστίας και της ευαισθησίας σε αλλαγή³⁴. Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου έγινε με βάση τη συσχέτιση με τη συνολική τιμή του HAK. Η συσχέτιση ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που παρουσίαζαν βελτίωση στη συμμόρφωσή τους με τις ιατρικές οδηγίες. Το ερωτηματολόγιο ήταν ικανό να διακρίνει ανάμεσα στους ασθενείς που παρουσίαζαν συμμόρφωση και σε εκείνους που δεν παρουσίαζαν ή που χειροτέρευαν. Στους ασθενείς που δεν παρουσίαζαν διαφορά στη συμμόρφωσή τους, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικά στατιστικές διαφορές ως προς την τιμή του ερωτηματολογίου (δοκιμασία Wilkoxon).

Η ευαισθησία του ερωτηματολογίου στην αλλαγή μετρήθηκε σύμφωνα με τη σύγκριση της τιμής στους ασθενείς που ανέφεραν, σύμφωνα με την προσωπική τους εκτίμηση, αλλαγή στη συμμόρφωσή τους, ανάμεσα στην πρώτη και στη δεύτερη συνέντευξη. Αντιθέτως, όσοι ασθενείς δεν ανέφεραν αλλαγή στη συμμόρφωσή τους, δεν παρουσίαζαν και σημαντικές διαφορές στις τιμές του ερωτηματολογίου ανάμεσα στην πρώτη και στη δεύτερη συνέντευξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το υπό εξέταση ερωτηματολόγιο αποδεικνύεται ότι παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα, διακριτική ικανότητα, αξιοπιστία και ευαισθησία στην αλλαγή. Είναι ένα ερωτηματολόγιο εύκολο, κατανοητό, που



δεν απαιτεί ιδιαίτερο χρόνο για τη συμπλήρωσή του. Συνεπώς θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια ως εργαλείο εκτίμησης της συμμόρφωσης ασθενών με ΣΔ ΙΙ στο θεραπευτικό σχήμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mayor S. Diabetes affects nearly 6% of the world's adults. *BMJ* 2006, 333: 1191.
2. Lindström J, Neumann A, Sheppard KE, Gilis-Januszewska A, Greaves CJ, Handke U, et al. Take action to prevent diabetes—the IMAGE toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe. *Horm Metab Res.* 2010 Apr;42 Suppl 1:S37-55. Epub 2010 (13).
3. Tentolouris N, Andrianakos A, Karanikolas G, Karamitsos D, Trontzas P, Krachtis P, et al. Prevalence of diabetes mellitus and obesity in the general adult population of Greece: a door-to-door epidemiological study. *Diabet Med.* 2009 Apr;26(4):451-2.
4. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Skoumas Y, Lentzas Y, Stefanadis C. Five-year incidence of type 2 diabetes mellitus among cardiovascular disease-free Greek adults: Findings from the ATTICA study *Vasc Health Risk Manag.* 2008 June; 4(3): 691–698.
5. Centers of Disease Control and Preventions. National diabetes fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States, 2005 Atlanta. GA. US Department of Health and Human services, CDC. 2005.
6. van Dam RM, Rimm EB, Willett WC, et al. Dietary patterns and risk for type 2 diabetes mellitus in U.S. men. *Ann Intern Med.* 2002;136:201–9.
7. Panagiotakos DB, Tzima N, Pitsavos C, et al. The relationship between dietary habits, blood glucose and insulin levels among people without cardiovascular disease and type 2 diabetes; The ATTICA study. *Rev Diabet Stud.* 2005d;2:208–15.
8. Weiner J, Parente ST, Garnick DW, Fowles J, Law thers AG, Palmer RH. Variation in office-based quality: a claims-based profile of care provided to medicare patients with diabetes. *JAMA* 1995;273:1503–8.
9. Rhee MK, Slocum W, Ziemer DC, et al. Patient adherence improves glycemic control. *Diabetes Educ* 2005;31:240 –50.
10. Schwedes U, Siebolds M, Mertes G; SMBG Study Group. Meal-related structured self-monitoring of blood glucose: effect on diabetes control in noninsulin- treated type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2002;25:1928 –32.
11. Hiss RG. Barriers to care in noninsulin-dependent diabetes mellitus. The Michigan experience. *Ann Intern Med* 1996;124(1 Pt 2):146–8.
12. Spann SJ, Nutting PA, Galliher JM, et al. Management of type 2 diabetes in the primary care setting: a practice-based research network study. *Ann Fam Med* 2006;4:23–31.
13. Parchman ML, Romero RL, Pugh JA. Encounters by patients with type 2 diabetes—complex and demanding: an observational study. *Ann Fam Med* 2006;4:40 –5.

14. Ziemer DC, Miller CD, Rhee MK, et al. Clinical inertia contributes to poor diabetes control in a primary care setting. *Diabetes Educ* 2005;31:564-71.
15. Davis WK, Hess GE, Hiss RG. Psychosocial correlates of survival in diabetes. *Diabetes Care* 1988;11:538-45.
16. Rosenthal MJ, Fajardo M, Gilmore S, Morley JE, Naliboff BD. Hospitalization and mortality of diabetes in older adults: a three-year prospective study. *Diabetes Care* 1998;21:231-5.
17. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, De Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000;23:934-42.
18. Skovlund SE. Patient-reported assessments in diabetes care: clinical and research applications. *Current Diabetes Reports* 2005;5:115-23.
19. Polonsky WH. Understanding and assessing diabetes specific quality of life. *Diabetes Spectrum* 2000, 13:36.
20. Garratt A, Schmidt L, Fitzpatrick R. Patient-assessed health outcome measures for diabetes: A structured review. *Diabet Med* 2002, 19:1-11.
21. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Br Med J* 2002, 324:1417.
22. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999, 15:205-218.
23. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993, 118:622-629.
24. Eiser C, Tooke JE. Quality of life in type II diabetes: Evaluation and applications. *Pharmacoeconomics* 1995, 8(Suppl1):17-22.
25. Loon HV, Deturck L, Buntinx F, Heyrman J, Degroote L, De Koker K et al. Quality of life and effectiveness of diabetes care in three different settings in Leuven. *Fam Pract* 2000,17:167-172.
26. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care* 2000; 23: 943-50.
27. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ -9 validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16:606-13.
28. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. 12-item Short Form Health Survey: constructions of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34:220-33.
29. Daly JM, Hartz AJ, Xu Y, Levy BT, James PA, Merchant ML, Garrett RE. An Assessment of Attitudes, Behaviors, and Outcomes of Patients with Type 2 Diabetes. *JABFM* 2009, 22(3):280-90.
30. Hyland ME. Selection of items and avoidance of bias in quality of life scales. *Pharmacoeconomics* 1993, 1:182-190.
31. Spilker B. *guide to clinical trials*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996.
32. Gafarian CT, Heiby EM, Blair P, Singer F. *The diabetes time management*



questionnaire. *Diabetes Educ* 1999, 25:585–592.

33. Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological aspects of health related quality of life measurement: test and scales. In: Spiker B (ed) *Quality of Life and pharmacoeconomics in clinical trials*;s. 2nd ed. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996:117-131.
34. Streiner DL, Norman GR. Devising the items. In: Streiner DL, Norman GR (eds) *Health Measurement Scales: A practical guide to their development*. New York, Oxford University Press, 1995:15-27.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Παρουσίαση ερωτηματολογίου.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ
Ηλικία	Έτη
Φύλο	Άνδρες και γυναίκες
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος και άγαμος
Συνθήκες διαβίωσης	Μένει μόνος και δεν μένει μόνος
Μορφωτικό επίπεδο	Απολυτήριο λυκείου, Τριτοβάθμια εκπαίδευση, Μεταπτυχιακές σπουδές
Μηνιαίο εισόδημα σε Ευρώ	<600€ 601-1000€ 1001-1500€ >1501€
Ασφάλεια υγείας	Ασφαλισμένος (ταμείο)-Ανασφάλιστος
	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
Βάρος	
Ύψος	ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (βάρος σε kg διά το ύψος ² m ²)
Κάπνισμα	Καπνίζει ή όχι. Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα.
Διάρκεια Διαβήτη	Αριθμός ετών που έχει διαγνωστεί ο Διαβήτης
	ΦΥΣΙΚΗ-ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
SF-12 Health Survey	<p>Περίληψη score για ψυχική και φυσική υγεία. Περιλαμβάνει τη στεφανιαία νόσο, αρτηριακή υπέρταση, Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ακράτεια ούρων, Νεφρολιθίαση, Σοβαρή νεφροπάθεια, Χρόνια ουρολοίμωξη, Αμφιβληστροειδοπάθεια, Διαταραχές της όρασης, Νευροπάθεια, Προβλήματα των κάτω άκρων (αγγειονευροπάθεια) και</p> <p>Κατάθλιψη</p> <p>PHQ-9, άθροισμα από μία κλίμακα 9 ερωτήσεων (0=καθόλου, 1=μερικές ημέρες, 2=περισσότερες από τις μισές μέρες, 3=σχεδόν κάθε μέρα). Ενέργειες που απαιτούνται (≤4=ο ασθενής δεν χρειάζεται θεραπεία, >5-14 χορηγείται φαρμακευτική αγωγή όσο διαρκούν τα</p> <p>Συμπτώματα Κατάθλιψης</p> <p>συμπτώματα, ≥15 χορηγείται συνέχεια αντικαταθλιπτική αγωγή και/ή</p>



ψυχοθεραπεία

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ

Σχέση ασθενούς με ιατρό Έχετε τον ίδιο ιατρό; Αν ναι, πόσα χρόνια τον έχετε; Πόσες φορές το χρόνο τον επισκέπτεστε;

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Τήρηση-Ικανοποίηση με το πλάνο για τα γεύματα 4 ερωτήσεις με κλίμακα από το 0 (μη συμμόρφωση) έως το 7 (συμμόρφωση)

Τήρηση-Ικανοποίηση με το πλάνο για άσκηση 2 ερωτήσεις με κλίμακα από το 0 (μη συμμόρφωση) έως το 7 (συμμόρφωση)

Τήρηση-Ικανοποίηση με το πλάνο για έλεγχο κάτω άκρων 2 ερωτήσεις με κλίμακα από το 0 (μη συμμόρφωση) έως το 7 (συμμόρφωση)

Τήρηση-Ικανοποίηση με το πλάνο για έλεγχο σακχάρου αίματος 2 ερωτήσεις με κλίμακα από το 0 (μη συμμόρφωση) έως το 7 (συμμόρφωση)

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ

Δίαιτα 1 ερώτηση με 8 πιθανές απαντήσεις

Άσκηση 1 ερώτηση με 6 πιθανές απαντήσεις

Έλεγχος σακχάρου αίματος 1 ερώτηση με 5 πιθανές απαντήσεις

Φαρμακευτική αγωγή 1 ερώτηση με 5 πιθανές απαντήσεις

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Δίαιτα 1 ερώτηση με κλίμακα από το 0 (μη συμμόρφωση) έως το 7 (συμμόρφωση)

Φαρμακευτική αγωγή 2 ερωτήσεις με κλίμακα από το 0 (μη συμμόρφωση) έως το 7 (συμμόρφωση)

Φροντίδα ποδιών 3 ερωτήσεις με κλίμακα από το 0 (μη συμμόρφωση) έως το 7 (συμμόρφωση)

Κάπνισμα 3 ερωτήσεις σχετιζόμενες με ιατρική οδηγία

Πίνακας 2. Προβλήματα κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανά κατηγορία ερωτήσεων.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία	ΝΑΙ	0	0
	ΟΧΙ	45	100
Παράγοντες κινδύνου	ΝΑΙ	0	0
	ΟΧΙ	45	100
Φυσική-Ψυχική υγεία	ΝΑΙ	0	0
	ΟΧΙ	45	100
Επικοινωνία ιατρού-ασθενή	ΝΑΙ	0	0
	ΟΧΙ	45	100
Προσωπική συμπεριφορά	ΝΑΙ	8	17.8
	ΟΧΙ	37	82.2
Συστάσεις για αυτοφροντίδα	ΝΑΙ	10	22.2
	ΟΧΙ	35	77.8
Συμμόρφωση με ιατρικές οδηγίες	ΝΑΙ	2	4.5
	ΟΧΙ	43	95.5



Πίνακας 3. Δομική εγκυρότητα του υπό εξέταση ερωτηματολογίου. Συντελεστές συσχέτισης Spearman στις υποκατηγορίες του υπό εξέταση ερωτηματολογίου και της οπτικής αναλογικής κλίμακας, καθώς και του ΗΑΚ.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	Οπτική αναλογική κλίμακα		Συνολική βαθμολογία ΗΑΚ	
	Συντελεστής Spearman	Τιμή P (δίπλευρος)	Συντελεστής Spearman	Τιμή P (δίπλευρος)
Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία	0.837	0.000	0.814	0.000
Παράγοντες κινδύνου	0.817	0.000	0.798	0.000
Φυσική-Ψυχική υγεία	0.876	0.000	0.812	0.000
Επικοινωνία ιατρού-ασθενή	0.816	0.000	0.679	0.001
Προσωπική συμπεριφορά	0.768	0.000	0.784	0.000
Συστάσεις για αυτοφροντίδα	0.796	0.000	0.752	0.000
Συμμόρφωση με ιατρικές οδηγίες	0.871	0.000	0.834	0.001

Πίνακας 4. Διακριτική ικανότητα του υπό εξέταση ερωτηματολογίου. Σύγκριση ανάμεσα στους ασθενείς που εμφάνισαν συμμόρφωση και σε αυτούς που δεν εμφάνισαν (σύμφωνα με την προσωπική τους εκτίμηση).

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ	ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ
Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία	P=0.000	P=0.000
Παράγοντες κινδύνου	P=0.000	P=0.000
Φυσική-Ψυχική υγεία	P=0.006	P=0.005
Επικοινωνία ιατρού-ασθενή	P=0.004	P=0.006
Προσωπική συμπεριφορά	P=0.014	P=0.030
Συστάσεις για αυτοφροντίδα	P=0.003	P=0.002
Συμμόρφωση με ιατρικές οδηγίες	P=0.007	P=0.007

Πίνακας 5. Αξιοπιστία του υπό εξέταση ερωτηματολογίου. Συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μετρήσεις στο διάστημα των 6-8 εβδομάδων.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	N Ζευγών	Αρχική μέση τιμή	Μέση τιμή παρακολούθησης	Διαφορά μέσων τιμών	P (Δοκιμασία t)	Intraclass συντελεστής συσχέτισης	P (δοκιμασία F)
Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία	51	27.30	27.84	-0.54	0.121	0.979	<0.001
Παράγοντες κινδύνου	51	8.14	8.210	-0.07	0.094	0.992	<0.001
Φυσική-Ψυχική υγεία	51	24.84	24.97	-0.13	0.088	0.997	<0.001
Επικοινωνία ιατρού-ασθενή	51	1.20	1.42	-0.22	0.347	0.985	<0.001
Προσωπική συμπεριφορά	51	7.45	7.64	-0.19	0.488	0.988	<0.001
Συστάσεις για αυτοφροντίδα	51	8.13	8.21	-0.08	0.675	0.984	<0.001
Συμμόρφωση με ιατρικές οδηγίες	51	3.12	3.20	-0.08	0.904	0.938	<0.001



Πίνακας 6. Ευαισθησία στην αλλαγή του υπό εξέταση ερωτηματολογίου. Τιμές στις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου στους ασθενείς που ανέφεραν διαφορά στη συμμόρφωσή τους στην πρώτη και τη δεύτερη συνέντευξη.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	N	Μέση τιμή	Τυπική	t	P
Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία	48/21	-8.31/-8.25	7.74/7.45	-4.324/-4.521	0.000
Παράγοντες κινδύνου	48/21	-1.45/-1.54	1.12/1.14	-7.854/-6.548	0.000
Φυσική-Ψυχική υγεία	48/21	-9.32/-9.16	7.65/7.45	-7.254/-6.473	0.000
Επικοινωνία ιατρού-ασθενή	48/21	-0.20/-0.14	0.12/0.08	-12.456/ 11.476	0.000
Προσωπική συμπεριφορά	48/21	-1.32/-1.48	0.74/0.78	-5.213/-6.212	0.000
Συστάσεις για αυτοφροντίδα	48/21	-2.14/-2.71	1.12/1.45	-8.255/-7.565	0.000
Συμμόρφωση με ιατρικές οδηγίες	48/21	-1.47/-1.18	0.87/0.49	-4.568/-4.558	0.000

ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Η Επίδραση της Ψυχολογικής Ανθεκτικότητας στην Καταθλιπτική Συμπτωματολογία κατά τη Λοχεία

Μωραΐτου Μάρθα¹, Γαλανάκης Μιχάλης², Σαλιώνη Μαρκέλλα³, Χατζηθεοδώρου Μανώλης⁴

1. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Μαιευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

2. Οργανωτικός Ψυχολόγος, PhD, MSc

3. Μαία

4. Ηλεκτρολόγος Μηχανολόγος και Μηχανικός Η/Υ, ΑΠΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η περίοδος της λοχείας απαιτεί από τη νέα μητέρα μεγάλη ανθεκτικότητα ιδιαίτερα όταν εκδηλώνεται επιλόχεια καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ ψυχολογικής ανθεκτικότητας και επιλόχειας κατάθλιψης.

Υλικό – Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 104 έγκυες-λεχωίδες που συμπλήρωσαν την κλίμακα Θετικής / Αρνητικής διάθεσης PANAS-X, την Κλίμακα Ψυχολογικής Ανθεκτικότητας CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) και την κλίμακα κατάθλιψης του Beck, (Beck Depression Inventory BDI), κατά τη διάρκεια της 35^{ης} εβδομάδας της κύησης και της 1^{ης} εβδομάδας μετά τον τοκετό.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 42% των γυναικών διέτρεχαν κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη με βάση την κλίμακα του Beck. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει πολύ ισχυρή θετική συνάφεια μεταξύ ψυχολογικής ανθεκτικότητας κατά την κύηση και της ψυχολογικής ανθεκτικότητας κατά τη λοχεία και ότι όσο πιο υψηλά είναι τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας τόσο πιο χαμηλά είναι τα επίπεδα της επιλόχειας κατάθλιψης. Ακόμη η ψυχολογική ανθεκτικότητα, η οποία επηρεάζει την κατάθλιψη, επηρεάζεται σε μέτρια ένταση και βαθμό από την υποστήριξη που παρέχεται από το σύντροφο και το περιβάλλον και από την ύπαρξη θετικής ή αρνητικής συναισθηματικής διάθεσης

Συμπεράσματα: Η ανάπτυξη της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και η στήριξη της λεχωίδας από το σύντροφο της και το περιβάλλον της μπορούν να την προφυλάξουν από καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη λοχεία.

Λέξεις κλειδιά: Επιλόχεια κατάθλιψη, ψυχολογική ανθεκτικότητα, υποστήριξη, κλίμακα EPDS, PANAS-X, CD-RISC.



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μωραΐτου Μάρθα,
Τμήμα Μαιευτικής,
Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης,
Τηλ.: 2310791521,
Email: marmor@midw.teithe.gr

The Effect of Psychological Resilience in Postpartum Depressing Symptomatology

Moraitou Martha¹, Galanakis Mihalīs², Salioni Markella³, Xatzhtheodorou Manolis⁴

1. Midwife, Associate Professor, Department of Midwifery, Alexandreio Technological Educational Institute of Thessaloniki
2. Organizational Psychologist, PhD, MSc
3. Midwife
4. Electrical and Computer Engineer, Aristotle University of Thessaloniki

ABSTRACT

The postpartum period requires from the new mother high Psychological Resilience, particularly when is expressed postpartum depressing symptomatology.

Purpose: The aim of the present study was to investigate the relationship between psychological resilience and postpartum depression.

Material – Method: 104 participants completed the Panas-X scale, the CD-RISK (Connor-Davidson Resilience Scale) and the BDI (Beck Depression Inventory).

Results: Results showed that 42% of the participants were prone to experience postpartum depression according to the BDI. Moreover it was shown that psychological resilience remains unaffected during pregnancy, while it relates to low postpartum depression levels. Finally the study provides support that partner and environment support as well as positive affectivity affect psychological resilience levels.

Conclusion: The Psychological Resilience and the support from companion and family can protect new mothers from depressing symptoms.

Keywords: Postpartum depression, psychological resilience, support, BDI, PANAS-X, CD-RISK.

CORRESPONDING AUTHOR

*Moraitou Martha,
Department of Midwifery,
Alexandreio Technological Educational Institute of Thessaliniki,
Tel. 2310791521,
Email: marmor@midw.teithe.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μπορεί η μητρότητα να αποτελεί το χρυσό μύθο της κοινωνίας¹ και κάθε γυναίκα να έχει τις δικές της προσδοκίες από αυτήν², όμως η μετάβαση στη μητρότητα χαρακτηρίζεται από διαδοχικές προσαρμογές³. Η διαδικασία προσαρμογής στη μητρότητα δεν είναι ούτε απλή, ούτε εύκολη υπόθεση. Εκτός από τις συναισθηματικές, ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές παρατηρούνται και αλλαγές στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, καθώς η μητέρα αναλαμβάνει αυξημένες ευθύνες, αλλά και τις χαρές της μητρότητας⁴. Ο μύθος της ευτυχισμένης εγκύου αμφισβητείται και τείνει να αντικατασταθεί από πιο νηφάλιες θέσεις που δέχονται ότι η εγκυμοσύνη στοιχειοθετεί μια περίοδο κρίσης (όπως η εφηβεία και η εμμηνόπαυση) που οδηγεί σε μια «συναισθηματική ωρίμανση», που συνεχίζεται και μετά τον τοκετό⁵. Πλήθος μελετών έχει εξετάσει το ερώτημα «κατά πόσο η μετάβαση στη γονική ιδιότητα μπορεί να χαρακτηριστεί σαν φαινόμενο κρίσης». Η κυρίαρχη άποψη είναι ότι για περίπου το 20% των οικογενειών η μετάβαση στη γονική ιδιότητα αποτελεί πράγματι κρίση, ενώ για την πλειονότητα αποτελεί μια μεταβατική

περίοδο που χαρακτηρίζεται από ενδοψυχικές και διαπροσωπικές ανακατατάξεις και διαπραγματεύσεις⁶.

Είναι γενικά αποδεκτό πως οι περισσότερες γυναίκες δεν «συμμορφώνονται» με το στερεότυπο μίας γυναίκας που «ανθίζει» από υγεία κατά τη μετάβαση στη μητρότητα και αρκετοί μελετητές⁷ έχουν κάνει παρατηρήσεις για τη φανερά υψηλή εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων⁸. Πολλές φορές η πίεση που οδηγεί σε προσαρμογές γίνεται αιτία, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες της ζωής, να εκδηλωθεί ή να επανεμφανιστεί κατάθλιψη, τότε τα προβλήματα γίνονται περισσότερα και απαιτείται επιστράτευση συναισθηματικών αποθεμάτων και ψυχική ανθεκτικότητα⁹.

Επιλόχεια κατάθλιψη

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σύνθετη και ενδιαφέρουσα διαταραχή που συχνά φέρνει τη γυναίκα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Σε μια στιγμή που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά, η «επίθεση» της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει «καταστροφή» και παραφωνία στη ζωή της γυναίκας¹⁰. Η επιλόχεια



κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στην περίοδο της λοχείας¹¹. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο επισυμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από τον τοκετό.

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό που κατ' άλλους κυμαίνεται από 10% μέχρι 20% των λεχωϊδων^{12,13}, αλλά κάποιιοι ανεβάζουν το ποσοστό στο 40%¹⁴ και στο 53%¹⁵. Για το 60% των γυναικών αυτών είναι το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο¹⁶. Ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι περίπου διπλάσιος στις πρωτοτόκες¹⁷. Αν υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε μια στις τέσσερις λεχωϊδες παρουσιάζουν επεισόδια κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μια στις δύο λεχωϊδες θα παρουσιάσουν ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη περίοδο λοχείας²⁷.

Η μελέτη της επιλόχειας κατάθλιψης στην Ελλάδα ξεκίνησε από τη Δραγώνα (1989)¹⁸. Στη μελέτη των Κρητικού, Μωρογιάννη και Λώλη (1996)¹⁹ κατά την πρώτη εβδομάδα της

λοχείας, το ποσοστό των γυναικών με καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν μεγαλύτερο του 50%. Στη μελέτη της Μωραΐτου (2002)²⁰ το 38,69% των λεχωϊδων παρουσίασε κάποιας μορφής κατάθλιψη (24,10% ήπια, 9,24% μέτρια, 5,52% σοβαρή). Οι πρωτοτόκες αποτελούσαν το 47,42% των λεχωϊδων που παρουσίασαν κάποιας μορφής κατάθλιψη και το 50% των λεχωϊδων που παρουσίασαν σοβαρή κατάθλιψη. Στη μελέτη των Μωραΐτου και Σταλικά (2004)²¹ σε πρωτοτόκες το ποσοστό των λεχωϊδων που παρουσίασαν καταθλιπτική συμπτωματολογία την 1η εβδομάδα μετά τον τοκετό ήταν 44%, 36% στους 2 μήνες μετά τον τοκετό και 29.9% στους 6 μήνες μετά τον τοκετό. Στη μελέτη των Ράμμου, Παπαληγούρα & Κιοσέογλου (2004)²² το ποσοστό κατάθλιψης ήταν 32.4% κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας. Στη μελέτη των Μωραΐτου και Γαλανάκη (2006)²³ το ποσοστό ανέρχεται στο 22,41% (κλίμακα κατάθλιψης του Beck) και 37,93% (Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS). Στη μελέτη των Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas & Christodoulou (2008)²⁴ το ποσοστό ανέρχεται στο 19.8% και στη μελέτη των Μωραΐτου, Χατζηθεοδώρου, Μάρκου & Γαλανάκης (2009)²⁵ σε πρωτοτόκες το ποσοστό ανέρχεται στο 50%.

Η αναγνώριση και εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι σημαντική γιατί αποτελεί μια συχνή και σοβαρή νόσο που μπορεί να

θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι υποδιαγνώσκεται αφού η ασθενής συχνά δεν αναζητά ψυχολογική βοήθεια. Για αυτό, είναι εξαιρετικής προληπτικής σημασίας η αναγνώριση της επιλόχειας κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας, που έρχονται σε επαφή με τη γυναίκα την περίοδο αυτή (όπως οι μαίες, οι γυναικολόγοι, οι παιδίατροι κ.α.) και η έγκυρη και αποτελεσματική θεραπεία της^{26,27}.

Ψυχολογική ανθεκτικότητα

Η έννοια της ψυχολογικής ανθεκτικότητας καθορίζεται από την ταυτόχρονη ύπαρξη δύο φαινομενικά αλληλοσυγκρουόμενων προϋποθέσεων. Η πρώτη αφορά ένα εγγενές ή επίκτητο πλαίσιο αντίξων, αγχογόνων, τραυματικών, ή γενικά δυσχερών συνθηκών και εμπειριών ζωής του ατόμου, και η δεύτερη, περιγράφει την ικανοποιητική ή/και ιδιαίτερα επιτυχή αντιμετώπιση και διαχείριση αυτών των αρνητικών συνθηκών και εμπειριών από το άτομο.

Η ψυχολογική ανθεκτικότητα είναι ένας συνδυασμός ικανοτήτων και χαρακτηριστικών που αλληλεπιδρούν δυναμικά ώστε να επιτρέψουν σε ένα άτομο να επανέλθει (bounce back), να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες με επιτυχία και να λειτουργήσει πάνω από το μέσο όρο παρά το σημαντικό στρες ή την αντιξοότητα που

αντιμετωπίζει²⁸. Η ψυχολογική ανθεκτικότητα είναι μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία τα άτομα εκδηλώνουν θετική προσαρμογή παρά τις εμπειρίες σημαντικής αντιξοότητας ή τραύματος που αντιμετωπίζουν. Δεν αντιπροσωπεύει ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου αλλά μάλλον είναι μια έννοια που συνεπάγεται δύο διαστάσεις, την έκθεση στην αντιξοότητα και την εκδήλωση αποτελεσμάτων θετικής προσαρμογής²⁹. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά και εκφάνσεις της ψυχολογικής ανθεκτικότητας είναι η εύκαμπτη και ευρηματική προσαρμογή σε εξωτερικά και εσωτερικά αγχογόνα ερεθίσματα, η θερμή διάθεση για ζωή παρά τις αντιξοότητες που μπορεί να την χαρακτηρίζουν, η αποτελεσματική χρήση των νοητικών ικανοτήτων που διαθέτει το άτομο, κάποιος βαθμός συναισθηματικής επίγνωσης, η θετική συσχέτιση με το κοινωνικό περιβάλλον, η θετικότητα των συναισθημάτων, και η απόδοση θετικού νοήματος στα γεγονότα ζωής^{30,31,32}.

Η ανθεκτικότητα ως δυναμική διαδικασία προκύπτει από την αλληλεπίδραση του ατόμου, του γεγονότος και του περιβάλλοντος. Οι ατομικοί και περιβαλλοντικοί προστατευτικοί παράγοντες μπορεί να είναι απαραίτητοι αλλά όχι και επαρκείς για την κατανόηση της έννοιας της ανθεκτικότητας. Όλα τα μοντέλα της ανθεκτικότητας συμφωνούσαν στο ότι η



ανθεκτικότητα είναι μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει μια προσωπική διαπραγμάτευση κατά τη διάρκεια της ζωής και ότι μεταβάλλεται ανάλογα με τη χρονική στιγμή, το αναπτυξιακό στάδιο και το πλαίσιο.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ ψυχολογικής ανθεκτικότητας και επιλόχειας κατάθλιψης, διότι το γεγονός ζωής που λέγεται «τοκετός» απαιτεί από τη γυναίκα ανθεκτικότητα, ενώ παράλληλα γίνεται αιτία για την εκδήλωση επιλόχειων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς και τη σχέση δημογραφικών στοιχείων, μαιευτικού ιστορικού και συμπαράστασης από το σύντροφο και το περιβάλλον, με την επιλόχεια καταθλιπτική συμπτωματολογία και την ψυχολογική ανθεκτικότητα.

Υλικό και Μέθοδος

Δείγμα

Για την συλλογή των ερευνητικών δεδομένων συγκροτήθηκε δείγμα 104 εγκύων-λεχωίδων από την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Η μέση ηλικία των λεχωίδων ήταν $M = 29.32$ έτη και η τυπική απόκλιση $SD = 4.64$. Από αυτές ποσοστό 4.8% ήταν απόφοιτες δημοτικού σχολείου, ποσοστό 44.20% είχαν ολοκληρώσει το Λύκειο, ποσοστό 42.30% είχαν ανωτάτη μόρφωση και ποσοστό 8.7%

διέθεταν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Όσον αφορά το επάγγελμα ποσοστό 15.40% δήλωσαν οικιακά, ποσοστό 10.60% ήταν άνεργες, ποσοστό 21.20 % εργάζονταν ως ελεύθερες επαγγελματίες, ποσοστό 2.90% ήταν φοιτήτριες, ποσοστό 24.00% εργάζονταν στον δημόσιο τομέα και ποσοστό 26.00% εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά το οικογενειακό εισόδημα η πλειοψηφία του δείγματος (73.10%) δήλωσε ότι είχε εισόδημα άνω των 1350€ μηνιαίως. Ποσοστό 61.50% του δείγματος ήταν πρωτοτόκες, ποσοστό 29.80% δευτροτόκες και ποσοστό 8.70% τριτοτόκες. Ποσοστό 24% των λεχωίδων δήλωσαν ότι η κύηση ήταν προγραμματισμένη ενώ για το υπόλοιπο 76% ήταν τυχαία. Όσον αφορά τα ψυχολογικά προβλήματα κατά την κύηση ποσοστό 6.70% δήλωσε ότι εμφάνισε κάποιου είδους πρόβλημα όπως στεναχώρια, θλίψη, δυσφορία ή συναισθηματική σύγχυση. Ποσοστό 70.30% γέννησε με φυσιολογικό τοκετό και ποσοστό 29.70% με καισαρική τομή. Ποσοστό 33.30% δηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Όσον αφορά το φύλο του νεογνού ποσοστό 50.50% ήταν αγόρια και ποσοστό 49.50% κορίτσια. Οι γυναίκες δήλωσαν ότι δέχθηκαν περισσότερη συμπαράσταση από το περιβάλλον και λιγότερη από το σύντροφο (πίνακες 1 και 2)

Ερευνητικά εργαλεία

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα κατάθλιψης του BECK, η κλίμακα ψυχολογικής ανθεκτικότητας CD-RISC, η κλίμακα μέτρησης θετικών και αρνητικών συναισθημάτων PANAS - X και μια κλίμακα δημογραφικών στοιχείων και μαιευτικού ιστορικού.

PANAS - X

Για την αξιολόγηση του βαθμού θετικής και αρνητικής διάθεσης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Βίωσης Θετικών Συναισθημάτων PANAS-X (Watson & Clark, 1984)³³. Το ερωτηματολόγιο αυτό στην ελληνική του έκδοση περιλαμβάνει 60 επίθετα που αναφέρονται σε συναισθήματα (θετικά ή αρνητικά) και ζητάει από αυτόν που το συμπληρώνει να υποδείξει με την χρήση μιας 5βάθμιας κλίμακας LIKERT τον βαθμό στον οποίο βίωσε τα συναισθήματα αυτά κατά τις 2 προηγούμενες εβδομάδες στην προσωπική του ζωή (1 καθόλου, 5 στον μέγιστο βαθμό), στη 2η δειγματοληψία καταγράφηκαν τα συναισθήματα που βιώθηκαν μετά τον τοκετό. Ανάλογα με τις απαντήσεις υπολογίζεται ένα σκορ για την κλίμακα θετικών συναισθημάτων / διάθεσης και ένα σκορ για την κλίμακα αρνητικών συναισθημάτων / διάθεσης.

Η αξιοπιστία της κλίμακας ήταν ικανοποιητική. Συγκεκριμένα ο δείκτης Cronbach για την υποκλίμακα θετικής

διάθεσης ήταν $\alpha = 0.77$ και για την υποκλίμακα αρνητικής διάθεσης ήταν $\alpha = 0.83$.

BDI (Beck Depression Inventory)

Για την μελέτη της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης του Beck - Beck Depression Inventory (BDI). Το BDI περιλαμβάνει 21 δηλώσεις - ερωτήματα που αναφέρουν: Διάθεση, Απαισιοδοξία, Αίσθηση Αποτυχίας, Αίσθηση του Ανικανοποίητου, Ενοχή, Τιμωρία, Αυτοαπέχθεια, Αυτοκατηγορία, Αυτοκτονικές Ιδέες, Κλάμα, Ερεθιστικότητα, Κοινωνική Αποχώρηση, Αναποφασιστικότητα, Αλλαγή της Εικόνας του Σώματος, Δυσκολίες Εργασίας, Αϋπνία, Κόπωση, Απώλεια Όρεξης, Απώλεια Βάρους, Σωματικά Ενοχλήματα, Απώλεια της Λίμπιντο. Η αξιοπιστία του BDI σε ψυχιατρικούς ασθενείς κυμάνθηκε μεταξύ 0.48 και 0.86, και σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς μεταξύ 0.60 και 0.90 (Beck, Steer, & Garbin, 1988)³⁴. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Ντώνια και Δεμερτζή (1983) και προσαρμοστεί από την Αναγνωστοπούλου (2002). Στο ελληνικό BDI η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας είναι ικανοποιητική και ο δείκτης Cronbach's είναι $\alpha = 0,84$ ³⁵. Στην παρούσα μελέτη και στον υπολογισμό της κατάθλιψης δεν συνυπολογίσθηκε η απάντηση στο ερώτημα απώλεια βάρους



(ερώτημα 19), διότι το βάρος των γυναικών κατά την διάρκεια της κύησης αυξάνεται και αμέσως μετά τον τοκετό μειώνεται από φυσικά αίτια.

CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale)

Για την μελέτη της Ανθεκτικότητας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC). Η κλίμακα αποτελείται από 25 αυτο-αναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (0-Καθόλου αληθές, 1-Σπάνια αληθές, 2-Κάποιες φορές αληθές, 3-Συχνά αληθές, 4-Σχεδόν πάντα αληθές) οι οποίες έχουν δομηθεί με βάση τη μελέτη προηγούμενων ερευνών και συγγενών με την ανθεκτικότητα εννοιολογικών κατασκευών και αντιστοιχούν στους πέντε ακόλουθους παράγοντες: (1) Προσωπική επάρκεια, Υψηλά κριτήρια, και Επιμονή – (2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, Μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση, και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες – (3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και Ασφαλείς Σχέσεις – (4) Έλεγχος – και (5) Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 μέχρι 100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η δοκιμασία της κλίμακας τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά

δείγματα έδειξε καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach $\alpha = 0,89$) και επίσης καλή αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = $0,87$)³⁶. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Δημητριάδου, Ε., & Σταλίκας, Α. (Μετάφραση, 2008).

Κλίμακα δημογραφικών στοιχείων και μαιευτικού ιστορικού.

Για την υλοποίηση των αναλύσεων κατασκευάστηκε μια κλίμακα δημογραφικών στοιχείων στην οποία οι συμμετέχουσες στην έρευνα δήλωσαν στοιχεία σχετικά με την πόλη, την ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο, το επάγγελμα, το μηνιαίο εισόδημα, την ύπαρξη χρόνιων παθήσεων, τα προβλήματα υγείας κατά την κύηση, πιθανά ψυχολογικά προβλήματα κατά την κύηση, τον βαθμό συμπαράστασης από τον σύντροφο και από το ευρύτερο περιβάλλον κατά την κύηση, το είδος του τοκετού και το φύλο του νεογνού.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα πραγματοποιήθηκαν δύο δειγματοληψίες στο ίδιο δείγμα, μία μέτρηση πραγματοποιήθηκε προγεννητικά περί την 35η εβδομάδα της κύησης, όταν η εγκυμοσύνη είναι εμφανής και αναγνωρίσιμη από το περιβάλλον και η ώρα του τοκετού σταδιακά πλησιάζει. Η δεύτερη

μέτρηση πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της 1ης εβδομάδας μετά τον τοκετό, όταν η γυναίκα έχει βιώσει την διαδικασία του τοκετού και η μητρότητα εγκαθίσταται σταδιακά στη ζωή της.

Αποτελέσματα

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS V.14. Αρχικά υπολογίστηκε η κατανομή του δείγματος ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Ο μέσος όρος του δείγματος ως προς την θετική και αρνητική διάθεση, την επιλόχεια κατάθλιψη και την ψυχολογική ανθεκτικότητα απεικονίζεται στον πίνακα 3.

Με βάση το BDI ποσοστό 58% του δείγματος δεν εμφάνισε καταθλιπτική συμπτωματολογία (1-9), ποσοστό 33% εμφάνισε ήπιας έντασης καταθλιπτική συμπτωματολογία (10-16), ποσοστό 2% εμφάνισε μέτριας έντασης καταθλιπτική συμπτωματολογία (17-29) και ποσοστό 7% εμφάνισε ισχυρής έντασης συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης (30-60) (πίνακας 4).

Στην συνέχεια υπολογίστηκε η επίδραση συγκεκριμένων μεταβλητών στην ψυχολογική ανθεκτικότητα και η επίδραση της στην επιλόχεια κατάθλιψη.

Σε ένα πρώτο στάδιο διερευνήθηκε ο βαθμός στον οποίο τα επίπεδα ψυχολογικής

ανθεκτικότητας προγεννητικά καθορίζουν τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας μεταγεννητικά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης συνάφειας φάνηκε ότι μεταξύ των 2 μεταβλητών υπάρχει πολύ ισχυρή θετική συνάφεια $r=0.813$, $p<0.01$, παρέχοντας μας ενδείξεις ότι η ύπαρξη ψυχολογικής ανθεκτικότητας προγεννητικά εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας μεταγεννητικά (πίνακας 5). Ουσιαστικά με βάση τα αποτελέσματα διαφαίνεται ότι τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας παραμένουν ανεπηρέαστα κατά την διάρκεια της λοχείας.

Καθώς, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ψυχολογική ανθεκτικότητα ως μεταβλητή επηρεάζεται από προηγούμενες δυνατές εμπειρίες και ειδικότερα όταν αυτές έχουν θετική έκβαση, επιχειρήσαμε να εξετάσουμε τον βαθμό στον οποίο οι γυναίκες του δείγματος που είχαν ξαναγεννήσει εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στους πίνακες 6 & 7.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα παραδόξως, φαίνεται ότι οι πρωτοτόκες γυναίκες έχουν υψηλότερη ψυχολογική ανθεκτικότητα από τις πολυτόκες. Όμως η ανάλυση διακύμανσης δεν καταλήγει στον εντοπισμό στατιστικά σημαντικών διαφορών.



Κατά συνέπεια φαίνεται ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα δεν επηρεάζεται από τον τόκο της γυναίκας.

Στην συνέχεια εξετάστηκε η επίδραση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στην επιλόχεια κατάθλιψη. Η υπόθεση μας ήταν ότι οι λεχώιδες με ψυχολογική ανθεκτικότητα θα εμφάνιζαν ηπιότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης καθώς θα αισθάνονταν πιο δυνατές και σίγουρες για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και τις αλλαγές της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου της ζωής τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα που ακολουθεί φάνηκε ότι όντως όσο πιο υψηλά είναι τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας τόσο πιο χαμηλά είναι τα επίπεδα κατάθλιψης, δηλαδή μεταξύ των 2 μεταβλητών υπάρχει αρνητική συνάφεια ($r=-0.412- -0.626, p<0.01$) (πίνακας 8)

Στη συνέχεια εξετάστηκε η επίδραση της συμπαράστασης από το σύντροφο και το περιβάλλον στη ψυχολογική ανθεκτικότητα και στην επιλόχεια κατάθλιψη. Η ανάλυση συσχέτισης έδειξε ότι η συμπαράσταση από τον σύζυγο και το περιβάλλον δεν επηρεάζει την επιλόχεια κατάθλιψη. Ωστόσο η ψυχολογική ανθεκτικότητα η οποία επηρεάζει την κατάθλιψη επηρεάζεται σε μέτρια ένταση και βαθμό από την υποστήριξη αυτή. Δηλαδή αν η γυναίκα αισθάνεται ότι

λαμβάνει υποστήριξη από το σύντροφο και το περιβάλλον θα έχει υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας τα οποία με την σειρά τους θα οδηγήσουν σε χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (πίνακας 9).

Στη συνέχεια εξετάσαμε τον βαθμό στον οποίο η αρνητική και η θετική συναισθηματική διάθεση είναι παράγοντας που ενδέχεται να επηρεάζει αλλά και να επηρεάζεται από τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης που παραθέτονται στον παρακάτω πίνακα έδειξαν ότι όντως υπάρχει επίδραση μεταξύ των μεταβλητών τόσο προγεννητικά όσο και μεταγεννητικά.

Φαίνεται ότι υπάρχει μέτριας προς ισχυρής έντασης θετική συνάφεια ($r=0.475-0.670, p<0.01$) μεταξύ θετικής διάθεσης και ψυχολογικής ανθεκτικότητας και αντίστοιχα μεταξύ αρνητικής διάθεσης και ψυχολογικής ανθεκτικότητας υπάρχει ελαφρά μικρότερης έντασης αρνητική συνάφεια ($r=-0.254-0.571, p<0.01$).

Προκειμένου να ενισχύσουμε την ψυχολογική ανθεκτικότητα στις νεαρές γυναίκες θα είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε από τι επηρεάζεται. Για τον λόγο αυτόν υλοποιήσαμε μια σειρά από αναλύσεις διακύμανσης με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία, το επάγγελμα, το εισόδημα και τις σπουδές προκειμένου να

φανερί αν κάποια από αυτές τις μεταβλητές επηρεάζει την ψυχολογική ανθεκτικότητα. Στην συνέχεια έγιναν οι ανάλογες αναλύσεις ANOVA. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δεν έδειξαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Κατά συνέπεια φαίνεται ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα δεν καθορίζεται ή δεν επηρεάζεται από την ηλικία, το εισόδημα, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο.

Ακολουθώντας την θεωρία σχετικά με την ψυχολογική ανθεκτικότητα και καθώς όπως φάνηκε από τα παραπάνω αποτελέσματα η μεταβλητή αυτή επηρεάζεται από την θετική συναισθηματική διάθεση ερευνήσαμε την συσχέτιση συγκεκριμένων θετικών συναισθημάτων με την ψυχολογική ανθεκτικότητα με βάση τις απαντήσεις στο PANAS-X.

Τα αποτελέσματα παραθέτονται στους πίνακες 11 & 12.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης φάνηκε ότι από το σύνολο των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων που αξιολογήθηκαν, η ψυχολογική ανθεκτικότητα σχετίζεται θετικά με την καλή διάθεση ($r=0.47$), την αίσθηση δύναμης ($r=0.54$), την έμπνευση ($r=0.45$), την διάθεση για δράση ($r=0.56$), την ζωντάνια ($r=0.45$), την αυτοπεποίθηση ($r=0.68$), το ενδιαφέρον ($r=0.48$), την ηρεμία ($r=0.54$) και την αποφασιστικότητα ($r=0.45$) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0.01$ και

αρνητικά με την μοναξιά ($r= -0.44$) και το αίσθημα ενοχής ($r= -0.40$). Οι συνάψεις αυτές είναι παρόμοιες τόσο προγεννητικά όσο και μεταγεννητικά.

Τέλος θέλοντας να ερευνήσουμε τον βαθμό στον οποίο η θετική/αρνητική διάθεση επηρεάζει τα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης καθώς και τον βαθμό στον οποίο συγκεκριμένα θετικά / αρνητικά συναισθήματα επηρεάζουν την ίδια μεταβλητή υλοποιήσαμε αναλύσεις συνάψεως. Τα αποτελέσματα τους παρατίθενται στους πίνακες 13, 14 & 15.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των παραπάνω πινάκων φαίνεται ότι η θετική και η αρνητική διάθεση συσχετίζεται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Συγκεκριμένα η αρνητική διάθεση φαίνεται να ευνοεί την εμφάνιση υψηλών επιπέδων επιλόχειας κατάθλιψης ενώ η θετική διάθεση φαίνεται να συσχετίζεται με μειωμένα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης. Η σχέση αυτή μάλιστα είναι πιο ισχυρή μεταγεννητικά. Δηλαδή αφού η γυναίκα έχει γεννήσει μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η βίωση θετικής ή αρνητικής διάθεσης θα αποτελέσει ισχυρό παράγοντα διάγνωσης επιλόχειας κατάθλιψης. Η διαπίστωση αυτή είναι εν μέρει αναμενόμενη καθώς η αρνητική διάθεση αποτελεί με βάση την βιβλιογραφία συστατικό στοιχείο και κύριο σύμπτωμα



κατάθλιψη και το αντίστροφο, ενώ σε προηγούμενη ανάλυση κατά την ίδια έρευνα φάνηκε ότι η συναισθηματική διάθεση αποτελεί συσχετιζόμενη μεταβλητή με την ψυχολογική ανθεκτικότητα η οποία επηρεάζει επίσης τα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψη. Το σημαντικό στοιχείο που εξάγεται με βάση την παραπάνω ανάλυση είναι ότι η ισχύς της σχέσης μεταξύ διάθεσης και επιλόχειας κατάθλιψη είναι υψηλότερη από την ισχύ της σχέσης ψυχολογικής ανθεκτικότητας και επιλόχειας κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό μπορεί να θεωρηθεί ενδεικτικό της επίδρασης της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στην επιλόχεια κατάθλιψη μέσω της θετικής συναισθηματικής διάθεσης που συνεπάγεται και όχι λόγω της γενικότερης αντοχής σε επίπονες εμπειρίες. Ωστόσο καθώς η έρευνα μας είναι συναφειακή τέτοιου είδους διαπιστώσεις μπορεί να είναι μόνο ενδεικτικές – παραπεμπτικές σε περαιτέρω έρευνα και σε καμία περίπτωση τελεσίδικες. Ειδικότερα μάλιστα καθώς η ισχύς των σχέσεων είναι μεγαλύτερη μεταγεννητικά είναι δύσκολο να διαπιστωθεί η σειρά της επίδρασης τους. Μπορεί να ισχύει οποιαδήποτε από τις παρακάτω 3 γραμμικές κατευθύνσεις :

Ψυχ. Ανθεκτικότητα → Συναισθηματική διάθεση → Επιλόχεια κατάθλιψη
Συναισθηματική διάθεση → Ψυχ. Ανθεκτικότητα → Επιλόχεια κατάθλιψη

Επιλόχεια Κατάθλιψη → Συναισθηματική διάθεση → Ψυχολογική ανθεκτικότητα.

Δηλαδή μπορεί μια γυναίκα επειδή έχει υψηλή ψυχολογική ανθεκτικότητα να βιώνει θετική διάθεση και εξαιτίας της να μην βιώνει επιλόχεια κατάθλιψη ή μπορεί επειδή βιώνει θετική διάθεση να είναι ψυχολογικά ανθεκτική και να μην βιώνει επιλόχεια κατάθλιψη ή μπορεί επειδή δεν βίωσε επιλόχεια κατάθλιψη να βρίσκεται λόγω του τοκετού σε ευχάριστη συναισθηματική διάθεση και εξαιτίας αυτής να αναπτύσσει ψυχολογική ανθεκτικότητα.

Όσον αφορά τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα, οι αναλύσεις έδειξαν μέτριας έντασης στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις ιδιαίτερα για τα συναισθήματα της καλής διάθεσης, της δύναμης, της έμπνευσης και της ευτυχίας, τα οποία φαίνεται να οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψη και για τα συναισθήματα της μοναξιάς και της ενοχής τα οποία φαίνεται να σχετίζονται με υψηλά επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψη. Και στην περίπτωση των συναισθημάτων απεικονίστηκε η σχέση που απεικονίστηκε για την θετική και αρνητική διάθεση, δηλαδή ότι η επίδραση τους είναι ισχυρότερη μεταγεννητικά. Συμπερασματικά, αν και η φύση των αναλύσεων μας δεν μας επιτρέπει να εξάγουμε αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, αυτό το οποίο μπορεί να

υποστηριχθεί είναι ότι η βίωση συναισθημάτων και η συναισθηματική διάθεση σε συνδυασμό με την ψυχολογική ανθεκτικότητα επηρεάζουν το φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης.

Συζήτηση

Στην έρευνα αυτή μελετήσαμε την ανθεκτικότητα κατά την κύηση και τη λοχεία και τη σχέση της με την συναισθηματική διάθεση και με την επιλόχεια κατάθλιψη.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας δεν μεταβάλλονται κατά τη μετάβαση στη μητρότητα, αν οι γυναίκες ήταν ισχυρά ψυχολογικά ανθεκτικές κατά την κύηση παρέμειναν και κατά τη λοχεία. Επίσης οι πρωτοτόκες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη ψυχολογική ανθεκτικότητα παρόλο που δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τον τόκο. Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα δεν επηρεάζεται από κοινωνικοοικονομικούς και μορφωτικούς παράγοντες

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα επηρεάζει τα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης. Όσο μεγαλύτερη ψυχολογική ανθεκτικότητα διαθέτει η γυναίκα τόσο λιγότερο αναμένεται να εκδηλώσει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το συγκεκριμένο εύρημα αφήνει ανοιχτές πολλές προοπτικές για την

αντιμέτωπιση της επιλόχειας κατάθλιψης προληπτικά μέσω της καλλιέργειας και την ανάπτυξης της ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμπαράσταση από τον σύζυγο και το περιβάλλον δεν επηρεάζει την εκδήλωση επιλόχειων καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ωστόσο η ψυχολογική ανθεκτικότητα (η οποία επηρεάζει την κατάθλιψη) επηρεάζεται σε μέτρια ένταση και βαθμό από την υποστήριξη αυτή. Δηλαδή αν η γυναίκα αισθάνεται ότι λαμβάνει υποστήριξη από το σύντροφο και το περιβάλλον θα έχει μεγαλύτερη ψυχολογική ανθεκτικότητα, η οποία με την σειρά της θα οδηγήσει σε χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Επομένως η ανάπτυξη της στήριξης της εγκύου-λεχίδας από το περιβάλλον και τον σύντροφο μπορεί να συστηθεί σαν προληπτικό μέτρο και για την ενίσχυση της γυναίκας έναντι της επιλόχειας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

Επίσης, φάνηκε ότι η βίωση συγκεκριμένων θετικών συναισθημάτων οδηγεί σε ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας, δηλαδή όταν η έγκυος βιώνει ενδιαφέρον, ζωντάνια, έμπνευση, αποφασιστικότητα είναι πιο πιθανό να χαρακτηρίζεται από υψηλή ψυχολογική ανθεκτικότητα και το αντίστροφο. Το εύρημα αυτό δεν μας επιτρέπει να καθορίσουμε αν η ψυχολογική



ανθεκτικότητα δημιουργεί θετικά συναισθήματα ή αν τα θετικά συναισθήματα συμβάλλουν στην ψυχολογική ανθεκτικότητα, ωστόσο ακολουθώντας την θεωρία των θετικών συναισθημάτων της Fredrickson^{37,38}, ενδεχομένως η επίδραση να είναι κυκλική και σπειροειδής. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ενδεχομένως η βίωση θετικών συναισθημάτων οδηγεί σε ψυχολογική ανθεκτικότητα και αυτή με την σειρά της, καθώς θωρακίζει ψυχολογικά και συναισθηματικά το άτομο απέναντι σε απειλές και δυσάρεστα – πιεστικά συμβάντα, συμβάλλει στην βίωση νέων θετικών συναισθημάτων που με την σειρά τους θα συμβάλλουν σε αύξηση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Μπορεί ωστόσο να ισχύει το παραπάνω σχήμα και με ανάποδη σειρά, στην οποία η ψυχολογική ανθεκτικότητα προηγείται και η βίωση θετικών συναισθημάτων έπεται. Το πόρισμα αυτό ερμηνεύεται εν μέρει από την θεωρία για την ψυχολογική ανθεκτικότητα σύμφωνα με την οποία το ανθεκτικό άτομο έχει αντιμετωπίσει με επιτυχία προηγούμενες προκλήσεις και χαρακτηρίζεται από θετικές ποιότητες.

Πάντως ότι και να ισχύει από τη στιγμή που η ψυχολογική ανθεκτικότητα επηρεάζει αρνητικά την καταθλιπτική συμπτωματολογία η ανάπτυξη των συγκεκριμένων θετικών συναισθημάτων (καλή διάθεση, αίσθηση δύναμης, έμπνευση, διάθεση για δράση, ζωντάνια,

αυτοπεποίθηση, ενδιαφέρον, ηρεμία και αποφασιστικότητα) και η αποφυγή των συναισθημάτων της μοναξιάς και της ενοχής ίσως να θωρακίζουν τη γυναίκα απέναντι στην κατάθλιψη.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η ψυχολογική ανθεκτικότητα επηρεάζει αρνητικά την καταθλιπτική συμπτωματολογία η ανάπτυξη των συγκεκριμένων θετικών συναισθημάτων (καλή διάθεση, αίσθηση δύναμης, έμπνευση, διάθεση για δράση, ζωντάνια, αυτοπεποίθηση, ενδιαφέρον, ηρεμία και αποφασιστικότητα) και η αποφυγή των συναισθημάτων της μοναξιάς και της ενοχής ίσως να θωρακίζουν τη γυναίκα απέναντι στην κατάθλιψη.

Η παρούσα μελέτη εξέτασε συσχετίσεις και ως τέτοια δεν επιτρέπει την διατύπωση αιτιακών σχέσεων. Είναι πιθανό το ανθεκτικό άτομο να βιώνει περισσότερα θετικά συναισθήματα επειδή είναι ανθεκτικό και δεν επηρεάζεται από τις αντιξοότητες χωρίς να ισχύει η αντίστροφη σχέση.

Αυτό το οποίο ωστόσο μπορεί να διατυπωθεί είναι ότι όποια και αν είναι η βάση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας αυτό το οποίο προκύπτει είναι ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε χαμηλότερα επίπεδα στις λεχώιδες με υψηλή ψυχολογική ανθεκτικότητα και μολονότι μπορεί να μην γνωρίζουμε επακριβώς την βάση για την

δημιουργία της ψυχολογικής ανθεκτικότητας υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αυτή να δημιουργείται μέσω της βίωσης θετικών εμπειριών και συναισθημάτων.

Μελλοντικά επόμενοι ερευνητές θα μπορούσαν να προσεγγίσουν ζητήματα της σχέσης αυτής τα οποία δεν ήταν δυνατόν να μελετηθούν μέσα από την παρούσα έρευνα, καθώς και τις μεταβλητές που οδηγούν στην βίωση θετικών συναισθημάτων κατά την κύηση και τη λοχεία και να καθοριστούν ως προστατευτικοί ή/και προγνωστικοί παράγοντες της επιλόχειας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Comer I., & Goldman E. Ο μύθος της μητρότητας. Ελεύθερος τύπος, Αθήνα 1981. Β' έκδοση.
2. DelliQuadri L., Breckenridge K. Η μητρική φροντίδα. Εκδόσεις Κονιδάρη. Αθήνα 1981.
3. Δραγώνα Θ. Γέννηση. Η γυναίκα μπροστά σε μία καινούργια ζωή. Εκδόσεις Δωδώνη. Αθήνα –Γιάννινα 1987.
4. Windridge K.C., Berryman J.C. Maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and early motherhood in women of 35 and over. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1996, 14, 45-55.
5. Νιτσόπουλος. Μ. Η ψυχολογία της γυναίκας. Εκδόσεις Πολυτάκη. Καβάλα 1987.
6. Δραγώνα Θ. Βιώνεται η μετάβαση στη γονεϊκή ιδιότητα ως κρίση; Ψυχολογικά θέματα, 1992, 5, 4, 355-369
7. Cox J.L., Connor Y., Kentell R.E. Prospective Study of the Psychiatric Disorders of Childbirth. British journal of Psychiatry, 1982, 140. 111-117.
8. Kumar R. Μητρότητα και ψυχικές νόσοι. Ο ρόλος της μαίας στην πρόληψη και τη θεραπεία. Μαιευτικά χρονικά, 1987, 2:8-14
9. Μωραΐτου Μ. Το βίωμα της μητρότητας. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα 2004
10. Mirsi S., Duke M. Depression During Pregnancy and Postpartum. Journal of Society of Obstetrics and Gynecology of Canada. 1995, 17, 657-663
11. Evins G.G., Theofrastous J.P., Galvin S.L. Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2000, 182(5):1080-2000
12. Ακτσαλής, Α.Κ. και Σίμος, Γ. Ψυχικές Διαταραχές της Λοχείας. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 1992, 5 (2) 112-117.
13. Μπεργιαννάκη Ι.Δ. Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές Διαταραχές συνδεδεμένες με τη Λοχεία. Χριστοδούλου Γ.Ν. (επ. έκδ.)



- Ψυχιατρική. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα 2000.
14. Drago – Carabotta D., Παναγόπουλος Π., Laganara R., Maggino T., Alessi C. Οι παραστάσεις και οι αντιλήψεις της επιτόκου στον τοκετό – γέννηση. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία* 1997. 9(2):155-162
15. Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H. et Figueiredo E. Correlates of postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*. 1996,169, 36-41.
16. Παππά, Δ. – Σολδάτου, Μ. Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία της γυναίκας. Στο Κ. Σολδάτος (έπ.έκδ.) Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. Εκδόσεις Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών. Αθήνα 1999.
17. Harris N.D., Deaty I.J., Harris M.B., Lees M.M., Wilson J.A. Peripartal cognitive impairment: Secondary to depression? *British Journal of Health psychology*, 1997,1: 127-136
18. Δραγώνα Θ. Κατάθλιψη μετά τον τοκετό: Οι ψυχοκοινωνικές της διαστάσεις. *Ψυχολογικά θέματα*, 1989, 2,1:33-47
19. Κρητικού, Μ., Μωρογιάννης, Φ., Λώλης, Δ. Βραχύχρονη Επιλόχεια Μελαγχολία. Πρακτικά 7ου Πανελληνίου Συνέδριου Μαΐων – Μαιευτών, Χανιά. 1996
20. Μωραΐτου, Μ. Έρευνα για την επιλόχεια κατάθλιψη στην Ελλάδα. *Ελευθώ*, 2002, 7, 1, 34-36.
21. Μωραΐτου, Μ., & Σταλίκας, Α. Η συχνότητα της κατάθλιψης κατά την κύηση και τη λοχεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2004, 3, 2. 67-70.
22. Ράμμου, Σ., Παπαληγούρα, Ζ. & Κιοσέογλου, Γ. Η Επιλόχεια Κατάθλιψη σε Ελληνίδες μητέρες. Πρακτικά 3ης Επιστημονικής Διημερίδας «Έρευνα και νεώτερα δεδομένα στη Μαιευτική», 1, Θεσσαλονίκη. 2005
23. Μωραΐτου, Μ., & Γαλανάκης, Μ. Συγκριτική αξιολόγηση της κλίμακας Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) με την κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI) σε δείγμα Ελληνίδων λεχωίδων. *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής*, 2006, 4, 4251-253.
24. Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G. & Christodoulou, G. N. A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry* 2008, 49 , 275–282
25. Μωραΐτου, Μ, Χατζηθεοδώρου, Μ, Μάρκου Α. & Γαλανάκης Μ. Έρευνα για την επιλόχεια κατάθλιψη και τη σχέση της με την προγεννητική κατάθλιψη σε πρωτοτόκες Ελληνίδες. *Ελευθώ*, 2009, 2, 55-65.

26. Μελισσά.- Χαλικοπούλου, Χ. (). Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ιδιωτική έκδοση. Θεσσαλονίκη 1996.
27. Σταμούλη Σ.Σ. Επιλόχεια Κατάθλιψη. Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β., Οικονόμου, Μ., (έπ.έκδ.) Προληπτική Ψυχιατρική. Εκδ. Βήτα. Αθήνα 2000.
28. Rutter, M. Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 1993, 14, 626-631.
29. Luthar, S. S., & Cicchetti, D. The construct of resilience: Implications for intervention and social policy. *Development and Psychopathology*, 2000, 12, 857-885.
30. Klohnen, E. C. Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 70, 1067-1079.
31. Grotberg, E. The International Resilience Project: Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions. In B. Bain et al. (Eds) *Psychology and Education in the 21st Century: Proceedings of the 54th Annual Convention*. International Council of Psychologists. Edmonton: ICP Press 1997, 118-128.
32. Masten, A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 2001, 56, 227-. 238.
33. Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1988, 54, 1063-1070.
34. Beck, A.T., Steer, R.A.& Garbin, M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988, 8,77-100.
35. Σταλίκας, Α., Τρίλιβα, Σ., & Ρούσση, Π. Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. *Ελληνικά Γράμματα*. Αθήνα 2002.
36. Connor KM, Davidson JR Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
37. Fredrickson, B. L. What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 1998, 2, 300-319.
38. Fredrickson, B. L., & Joiner, T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 2002, 13, 172-175.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Συμπαράσταση από τον σύντροφο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	4	3,8	3,8	3,8
Λίγη	2	1,9	1,9	5,8
Μέτρια	8	7,7	7,7	13,5
Αρκετή	27	26,0	26,0	39,4
Πάρα πολύ	63	60,6	60,6	100,0
Σύνολο	104	100,0	100,0	

Πίνακας 2: Συμπαράσταση από το περιβάλλον

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	2	1,9	1,9	1,9
Λίγη	4	3,8	3,8	5,8
Μέτρια	12	11,5	11,5	17,3
Αρκετή	26	25,0	25,0	42,3
Πάρα πολύ	60	57,7	57,7	100,0
Σύνολο	104	100,0	100,0	

Πίνακας 3: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις του δείγματος ως προς την την συναισθηματική διάθεση, (Θετική Διάθεση ΔΘ και Αρνητική Διάθεση ΑΔ) την ψυχολογική ανθεκτικότητα (ΨΑ) και την επιλόχεια κατάθλιψη (ΕΚ)

	ΔΘ προ γεννητικά	ΑΔ προ γεννητικά	ΔΘ μετα γεννητικά	ΑΔ μετα γεννητικά	ΨΑ προ γεννητικά	ΨΑ μετα γεννητικά	ΕΚ BDI
N	99	99	97	98	103	103	102
	5	5	7	6	1	1	2
Μέσος όρος	79,5354	58,5758	82,5361	58,7449	90,6602	89,4563	9,9510
Τυπική απόκλιση	13,96228	16,26508	15,23296	17,42573	15,16223	15,27511	8,39658

Πίνακας 4: Ποσοστά εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με βάση το BDI

	Χωρίς συμπτώματα	Ήπια κατάθλιψη	μέτρια κατάθλιψη	Σοβαρή κατάθλιψη
Λεχωίδα	58%	33%	2%	7%

Πίνακας 5: Ανάλυση συνάφειας της ψυχολογικής ανθεκτικότητας προγεννητικά με τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας μεταγεννητικά

		ψυχολογική ανθεκτικότητα προγεννητικά	ψυχολογική ανθεκτικότητα μεταγεννητικά
Ψυχολογική ανθεκτικότητα προγεννητικά	Pearson Correlation	1	,813(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	103	102
Ψυχολογική ανθεκτικότητα μεταγεννητικά	Pearson Correlation	,813(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	102	103

** Η συνάφεια είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 0.01

Πίνακας 6. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ψυχολογικής ανθεκτικότητας προγεννητικά και μεταγεννητικά στο δείγμα ανά πρώτο, δεύτερο και τρίτο τοκετό.

		N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
ψυχολογική ανθεκτικότητα προγεννητικά	1ος	63	92,23	14,92
	2ος	31	88,41	13,68
	3ος	9	87,33	21,25
	Σύνολο	103	90,66	15,16
ψυχολογική ανθεκτικότητα μεταγεννητικά	1ος	63	90,53	15,38
	2ος	31	88,22	12,42
	3ος	9	86,11	23,10
	Σύνολο	103	89,45	15,27

Πίνακας 7. Ανάλυση διακύμανσης των μέσων όρων ψυχολογικής ανθεκτικότητας με κριτήριο την βίωση προηγούμενου/ων τοκετού στο δείγμα.

		Άθροισμα Τετραγώνων	df	Μέσα Τετράγωνα	F	Sig.
ψυχολογική ανθεκτικότητα προγεννητικά	Μεταξύ ομάδων	412,130	2	206,065	,894	,412
	Εντός Ομάδων	23036,977	100	230,370		
	Σύνολο	23449,107	102			
ψυχολογική ανθεκτικότητα μεταγεννητικά	Μεταξύ ομάδων	221,594	2	110,797	,470	,626
	Εντός Ομάδων	23577,959	100	235,780		
	Σύνολο	23799,553	102			



Πίνακας 8: Ανάλυση συνάφειας μεταξύ ψυχολογικής ανθεκτικότητας και επιλόχειας κατάθλιψης

		ψυχολογική ανθεκτικότητ α προγεννητικά	ψυχολογική ανθεκτικότητ α μεταγεννητικ ά	επιλόχεια κατάθλιψη BDI
ψυχολογική ανθεκτικότητ προγεννητικά	Pearson Correlation	1	,813(**)	-,412(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	103	102	101
ψυχολογική ανθεκτικότητ μεταγεννητικά	Pearson Correlation	,813(**)	1	-,626(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	102	103	101
επιλόχεια κατάθλιψη BDI	Pearson Correlation	-,412(**)	-,626(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	101	101	102

** Η συνάφεια είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 0.01

Πίνακας 9: Ανάλυση συνάφειας επιπέδων συμπαράστασης από τον σύντροφο και το περιβάλλον με την ψυχολογική ανθεκτικότητα και την επιλόχεια κατάθλιψη

		επιλόχεια κατάθλιψη BDI	ψυχολογική ανθεκτικότητα προγεννητικά	ψυχολογική ανθεκτικότητα μεταγεννητικά	Συμπαράσ ταση από τον σύντροφο	Συμπαράστ αση από το περιβάλλον
επιλόχεια κατάθλιψη BDI	Correlation Coefficient	1,000	-,311(**)	-,359(**)	-,176	-,017
	Sig. (2-tailed)	.	,002	,000	,076	,867
	N	102	101	101	102	102
ψυχολογική ανθεκτικότητα προγεννητικά	Correlation Coefficient	-,311(**)	1,000	,803(**)	,395(**)	,287(**)
	Sig. (2-tailed)	,002	.	,000	,000	,003
	N	101	103	102	103	103
ψυχολογική ανθεκτικότητα μεταγεννητικά	Correlation Coefficient	-,359(**)	,803(**)	1,000	,382(**)	,236(*)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,016
	N	101	102	103	103	103
Συμπαράσταση από τον σύντροφο	Correlation Coefficient	-,176	,395(**)	,382(**)	1,000	,485(**)
	Sig. (2-tailed)	,076	,000	,000	.	,000
	N	102	103	103	104	104
Συμπαράσταση από το περιβάλλον	Correlation Coefficient	-,017	,287(**)	,236(*)	,485(**)	1,000
	Sig. (2-tailed)	,867	,003	,016	,000	.
	N	102	103	103	104	104

** Η συνάφεια είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 0.01

* Η συνάφεια είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 0.05



Πίνακας 10. Ανάλυση συνάφειας μεταξύ συναισθηματικής διάθεσης και ψυχολογικής ανθεκτικότητας

		ΨΑ προ γεννητικά	ΨΑ μεταγεννη τικά	Θετική διάθεση προγεννητ ικά	Αρνητική διάθεση προγεννητ ικά	θετική διάθεση μεταγεννη τικά	αρνητική διάθεση μεταγεννητικ ά
ψυχολογική ανθεκτικότητα προγεννητικά	Pearson Correlation	1	,813(**)	,634(**)	-,459(**)	,475(**)	-,254(*)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,012
	N	103	102	99	99	97	98
ψυχολογική ανθεκτικότητα μεταγεννητικά	Pearson Correlation	,813(**)	1	,666(**)	-,571(**)	,670(**)	-,493(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	102	103	98	98	96	97
Θετική διάθεση προγεννητικά	Pearson Correlation	,634(**)	,666(**)	1	-,654(**)	,609(**)	-,373(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	99	98	99	99	97	98
Αρνητική διάθεση προγεννητικά	Pearson Correlation	-,459(**)	-,571(**)	-,654(**)	1	-,488(**)	,705(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	99	98	99	99	97	98
θετική διάθεση μεταγεννητικά	Pearson Correlation	,475(**)	,670(**)	,609(**)	-,488(**)	1	-,704(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	97	96	97	97	97	97
αρνητική διάθεση μεταγεννητικά	Pearson Correlation	-,254(*)	-,493(**)	-,373(**)	,705(**)	-,704(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,012	,000	,000	,000	,000	
	N	98	97	98	98	97	98

** Η συνάφεια είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 0.01

* Η συνάφεια είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 0.05

Πίνακας 11. Ανάλυση συνάφειας μεταξύ συναισθημάτων και ψυχολογικής ανθεκτικότητας προγεννητικά

		Ευδιάθετη	Ικανή να αφιερώνετε την προσοχή σας σε πρόσωπα και πράγματα	Δυνατή	Με έμπνευση
ψυχολογική ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	0,47**	0,58**	0,54**	0,45**
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,00
	N	101	100	100	100
		Μόνη	Δραστήρια	Γεμάτη Ζωντάνια	Αξιοκατάκριτη
	Pearson Correlation	-0,44**	0,56**	0,45**	-0,40**
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,67
	N	100	99	100	99
		Με αυτοπεποίθηση	Με ενδιαφέρον	Ήρεμη	Αποφασισμένη
	Pearson Correlation	0,68**	0,48**	0,54**	0,45**
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,00
	N	99	101	101	100

** Στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.01

Πίνακας 12. Ανάλυση συνάφειας μεταξύ συναισθημάτων και ψυχολογικής ανθεκτικότητας μεταγεννητικά

		Ευδιάθετη	Ικανή να αφιερώνετε την προσοχή σας σε πρόσωπα και πράγματα	Δυνατή	Με έμπνευση
ψυχολογική ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	0,48**	0,59**	0,64**	0,43**
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,00
	N	101	100	100	100
		Μόνη	Δραστήρια	Γεμάτη Ζωντάνια	Αξιοκατάκριτη
	Pearson Correlation	-0,57**	0,53**	0,49**	-0,40**
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,67
	N	100	99	100	99
		Με αυτοπεποίθηση	Με ενδιαφέρον	Ήρεμη	Αποφασισμένη
	Pearson Correlation	0,59**	0,54**	0,47**	0,56**
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,00
	N	99	101	101	100

** Στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.01



Πίνακας 13. Ανάλυση συνάφειας μεταξύ θετικής/αρνητικής διάθεσης προγεννητικά και μεταγεννητικά με τα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης.

		επιλόχεια κατάθλιψη BDI	Θετική διάθεση προγεννητικά	Αρνητική διάθεση προγεννητικά	θετική διάθεση μεταγεννητικά	αρνητική διάθεση μεταγεννητικά
επιλόχεια κατάθλιψη BDI	Pearson Correlation	1	-,497(**)	,547(**)	-,735(**)	,694(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	102	97	97	95	96

** Στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2πλης κατεύθυνσης).

Πίνακας 14. Ανάλυση συνάφειας θετικών/αρνητικών συναισθημάτων προγεννητικά με τα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης.

		Ευδιάθετη	Δυνατή	Με έμπνευση	Ευτυχισμένη	Μόνη	Ένοχη
επιλόχεια κατάθλιψη BDI	Pearson Correlation	-,353(**)	-,495(**)	-,338(**)	-,393(**)	,536(**)	,558(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,000	,000
	N	99	98	98	97	98	97

** Στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2πλης κατεύθυνσης).

Πίνακας 15. Ανάλυση συνάφειας θετικών/αρνητικών συναισθημάτων μεταγεννητικά με τα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης.

		Ευδιάθετη	Δυνατή	Με έμπνευση	Ευτυχισμένη	Ένοχη	Μόνη
επιλόχεια κατάθλιψη BDI	Pearson Correlation	-,632(**)	-,636(**)	-,393(**)	-,536(**)	,420(**)	,615(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	99	97	99	97	97	97

** Στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2πλης κατεύθυνσης).

ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας

Σταυριανόπουλος Θεοδόσιος¹, Σταμάτη Σταματία², Γκεβρέκη Ελευθερία³, Γκουρβέλου Ουρανία⁴, Παπαδημητρίου Μαρία⁵

1. Νοσηλευτής, Msc(c), Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γενικού Νοσοκομείου Πύργου
2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γενικού Νοσοκομείου Πύργου
3. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Παιδιατρικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Πύργου
4. Νοσηλεύτρια, MSc, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Γενικού Νοσοκομείου Αθήνας, «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
5. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Πάτρας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασιακή εξουθένωση ορίζεται ως ένα πολυδιάστατο σύνθετο προϊόν συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και ελαττωμένων προσωπικών επιτευγμάτων που μπορεί να συμβεί σε άτομα που εργάζονται εντατικά με πλήθος άλλων ατόμων υπό την πίεση του χρόνου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η διερεύνηση παραγόντων που συντελούν στη πρόκληση του άγχους και της κόπωσης, της ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την άσκηση του επαγγέλματος του.

Υλικό και μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 167 Νοσηλευτές και βοηθοί Νοσηλευτών που εργάζονταν σε τρία δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηλείας. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS 11.0 .

Αποτελέσματα: Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε, ότι οι γυναίκες ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό 'καλή' και πολύ καλή' συναισθηματική κατάσταση σε σύγκριση με τους άνδρες με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$). Επίσης, οι άνδρες ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ήταν ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους 'συχνά' και 'πολύ συχνά' σε σύγκριση με τις γυναίκες με στατιστικά σημαντική διαφορά, $p < 0,005$.

Συμπεράσματα : Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική κόπωση διότι: α. βιώνουν το αίσθημα της ευθύνης για τη ζωή των νοσηλευόμενων ασθενών και β. ο φόρτος εργασίας που τους ανατίθεται είναι πολύ μεγάλος.



Λέξεις κλειδιά: Άγχος, Κόπωση, Ικανοποίηση, Νοσηλευτές, Νοσοκομεία, Ηλεία.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σταυριανόπουλος Θεοδόσιος
Αρχιμήδους 4, Πύργος Ηλείας, ΤΚ:27100,
Τηλ: 2621032528, 6945609047
E-mail:sakisstav@hotmail.com

Levels of Anxiety, Fatigue, Satisfaction and Self-esteem of Nursing Staff in Public Hospitals of Ilia

Stavrianopoulos Theodosios¹, Stamati Stamatia², Gevrecki Eleftheria³, Gourvelou Ourania⁴,
Papadimitriou Maria⁵

1. RN, MSc(c), Intensive Care Unit General Hospital of Pyrgos
2. RN, Intensive Care Unit General Hospital of Pyrgos
3. RN, MSc, Intensive Care Unit General Hospital of Athens «Agioli Anargiroi»
4. RN, Head of Pediatric Clinic General Hospital of Pyrgos
5. Professor of Nursing, Technological Institute of Patra.

ABSTRACT

Job burnout is defined as a syndrome - a complex product of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal achievements that can occur to people who work extensively with many other people under considerable time pressure.

Aim: The investigation and measurement of factors contributing in the creation of stress and fatigue of nursing staff so as the satisfaction and self-esteem that nurses live during their professional career.

Material and methods: The study population included 167 employees of regular nursing staff working in three public hospitals of the province. Data was collected by completing anonymous structured questionnaire. The program used for entering coded data and statistical processing was SPSS 11.0.

Results: Statistical analysis showed that females reported “good” and “very good” emotional status than males with a statistically significant difference, $p < 0.001$. Also, the men surveyed were satisfied with their profession 'often' and 'very often' compared with women with a statistically important difference, $p < 0.005$. The greater the seniority of the respondents the more they say that fatigue at the during the shift. The observed difference is statistically significant at a p level of less than 0.05. Finally there was little statistically significant positive correlation between years of work and fatigue. ($p=0,004$).

Conclusions: Health professionals are more prone to fatigue than other professional workers because they are responsible for human lives and their actions have a significant impact on these people, the workload given to them is very high.

Keywords: Anxiety, lassitude, satisfaction, nurses, hospitals, Iliia.

CORRESPONDING AUTHOR

*Stavrianopoulos Theodosios,
Archimidous 4, Pirgos Ilias,
P.C. 27100,
Tel: 2621032528 , 6945609047,
E-mail: sakisstav@hotmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να συμβεί σε άτομα που εργάζονται εντατικά με πλήθος άλλων ατόμων κάτω από αξιοσημείωτες χρονικές πιέσεις. Υπό αυτή την οπτική, το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να είναι από τους πρώτους υποψήφιους για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης¹.

Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως ένα πολυδιάστατο σύνθετο προϊόν α) Συναισθηματικής εξάντλησης, που εμφανίζεται ως έλλειψη ενδιαφέροντος για εργασία. β) Συναισθημάτων αποπροσωποποίησης καθώς ο νοσηλευτής αναπτύσσει μια ουδέτερη ή και αρνητική στάση απέναντι στους ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα έχει αισθήματα ενοχής για την απομάκρυνση του από τους ασθενείς και

γ) Ελαττωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, που αναφέρεται στην αίσθηση που έχει ο νοσηλευτής, ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στα καθήκοντα του και έτσι διαμορφώνει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Η χαμηλή αυτή αυτοεκτίμηση μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην κατάθλιψη².

Οι νοσηλευτές παγκοσμίως παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ παράλληλα ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός³.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηρίζεται ως «επάγγελμα υψηλής έντασης», κατά την άσκηση του οποίου συχνά δημιουργούνται



συγκρούσεις ρόλων τόσο με άλλα συναφή επαγγέλματα όσο και μεταξύ τους.⁴ Επιπλέον η διαρκής έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως είναι ο πόνος, ο θάνατος και η θλίψη, έχουν ως συνέπειες τη μείωση της παραγωγικότητας και την ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων.⁵⁻⁸

Οι νοσηλευτές, στην προσπάθεια τους να διατηρήσουν την επαγγελματική τους απόδοση, υπό το πλήθος στρεσογόνων παραγόντων, βιώνουν καθημερινά υψηλά επίπεδα έντασης και άγχους⁸.

Τα κυριότερα αίτια εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης είναι α) ο φόρτος εργασίας⁸, β) η έλλειψη συμπαράστασης από συναδέλφους⁹, γ) η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία τους¹⁰, δ) η έλλειψη κινήτρων και αξιών και ε) η αυτοεκτίμηση, αίτια τα οποία καθορίζουν την αντίδραση του ατόμου στη συναισθηματική ένταση την ώρα της εργασίας.^{11,12}

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης κατηγοριοποιούνται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Στα σωματικά περιλαμβάνονται οι πονοκέφαλοι, τα γαστρεντερικά προβλήματα, οι δυσκολίες στον ύπνο, η υπερένταση, η σεξουαλική δυσλειτουργία, οι διαταραχές διατροφής, τα μυοσκελετικά προβλήματα κ.α. Στα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνονται ο εκνευρισμός, η κατάθλιψη, το αίσθημα

αποξένωσης, η ανησυχία, η έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου κ.α., ενώ τα συμπεριφορικά συμπτώματα περιλαμβάνουν επικοινωνιακά προβλήματα, ροπή για απουσίες από την εργασία, αδυναμία συγκέντρωσης, εργασιομανία, κ.α.¹³

Οι επιπτώσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης είναι δυνητικά επικίνδυνες για το νοσηλευτικό προσωπικό, τους ασθενείς και την ίδια την Κλινική ή και το Νοσοκομείο⁴. Έρευνες αποκαλύπτουν ότι πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος, που μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή και απόπειρα αυτοκτονίας.¹⁴

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανίχνευση του άγχους που αισθάνονται οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών στην εργασία και τη ζωή τους γενικότερα.

Ειδικότερα η διερεύνηση: της επαγγελματικής κόπωσης που αισθάνονται και με ποιους παράγοντες αυτή σχετίζεται, β. της αυτοεκτίμησης και της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού από το επάγγελμα του, γ. της ανεύρεσης παραγόντων που τυχόν επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία και δ. η διερεύνηση των δυνατοτήτων πρόληψης της επαγγελματικής κόπωσης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό της αποτέλεσαν 167 νοσηλεύτριες και βοηθοί νοσηλευτών ηλικίας 20-60 ετών.

Η μέθοδος της μελέτης στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή. Η παρούσα μελέτη είναι μια συγχρονική έρευνα επισκόπησης.

Ως εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 63 ερωτήσεις από τις οποίες 2 ήταν ανοικτού και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές οι 23 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία.

Τέλος, με σκοπό τον έλεγχο της συναισθηματικής κατάστασης των ερωτηθέντων όσον αφορά τα επίπεδα άγχους, κόπωσης, αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης των νοσηλευτών δημιουργήθηκε μία παράγωγος παράμετρος, η **εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης**. Η εκτίμηση (score) της συναισθηματικής κατάστασης των ερωτηθέντων έγινε με τη συνεκτίμηση των απαντήσεων σε 5 ερωτήσεις / μεταβλητές.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά

σημαντικές μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Μάιο έως και τον Οκτώβριο του 2008 σε τρία δημόσια νοσοκομεία του Ν. Ηλείας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας. Διανεμήθηκαν 230 ερωτηματολόγια, επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 167 (ποσοστό συμμετοχής 72,60 %)

Κριτήρια συμμετοχής στην έρευνά ήταν: α) η νοσηλευτική ιδιότητα του ερωτώμενου και β) η κατοχή οργανικής (μόνιμης) θέσης. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η μη νοσηλευτική ιδιότητα των ερωτώμενων και η μη μόνιμη θέση εργασίας.

Στην μελέτη τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. (Κώδικας της Νυρεμβέργης και η Διακήρυξη του Ελσίνκι).

Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 11.0. Ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με το κριτήριο των Kolmogorov – Smirnov. Η στατιστική δοκιμασία που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates). Για



τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (ρ), ο οποίος είναι συντελεστής συσχέτισης για μη παραμετρικές μεταβλητές. Όλες οι υποθέσεις ελέγχθηκαν για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,005$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 167 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών ηλικίας 20-60 ετών. Όσον αφορά στην εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης των συμμετεχόντων, οι μισοί και πλέον (94 άτομα, ποσοστό 56,3%) από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν 'μέτρια' συναισθηματική κατάσταση και άλλοι 70 (ποσοστό 41,9%) από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν 'καλή' και 'πολύ καλή' συναισθηματική κατάσταση. Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (45,0%) οι γυναίκες φαίνεται να έχουν 'καλή' και 'πολύ καλή' συναισθηματική κατάσταση έναντι των ανδρών που έχουν 'καλή' και 'πολύ καλή' συναισθηματική κατάσταση σε ποσοστό 12,5%. Η διαφορά που παρατηρήθηκε ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 16,18$, $df = 3$, $p < 0,01$), (Πίνακας 1).

Όσο περισσότερα τα χρόνια εργασίας των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο αυτοί δηλώνουν ότι κουράζονται κατά τη διάρκεια της βάρδιάς τους. Συγκεκριμένα

υπήρχε μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ των ετών υπηρεσίας και της κόπωσης η οποία ήταν στατιστικά σημαντική. ($\rho = 0,153$, $df = 167$, $p < 0,05$), (Πίνακας 2). Ως κυριότερη αιτία κόπωσης αναφέρουν την έλλειψη προσωπικού σε ποσοστό 74,9%.

Τέλος, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό μελών της οικογενείας που φροντίζουν οι ερωτηθέντες και στο πόσο κουράζονται κατά τη διάρκεια της βάρδιάς τους, αν και η ισχυρή θετική τάση στον έλεγχο δείχνει ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των μελών της οικογενείας που φροντίζουν τόσο περισσότερο αυτοί κουράζονται κατά τη διάρκεια της βάρδιάς τους. Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($R = 0,135$, $df = 167$). Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (50,0%) οι άνδρες ερωτηθέντες είναι ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους 'συχνά' και 'πολύ συχνά' έναντι των γυναικών που είναι ικανοποιημένες από το επάγγελμά τους 'συχνά' και 'πολύ συχνά' σε ποσοστό 31,1% (Πίνακας 3). Η διαφορά που παρατηρήθηκε ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 11,03$, $df = 4$, $p < 0,05$).

Σε σχεδόν τριπλάσιο ποσοστό (53,0%) οι γυναίκες μεταφέρουν τα επαγγελματικά τους προβλήματα στο σπίτι – και την οικογένεια 'συχνά' και 'πολύ συχνά' έναντι των ανδρών που μεταφέρουν τα επαγγελματικά τους προβλήματα στο σπίτι – οικογένεια 'συχνά' και 'πολύ συχνά' σε

ποσοστό 18,8%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 14,18$, $df = 4$, $p < 0,01$), (Πίνακας 4). Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (31,8%) οι γυναίκες εκδηλώνουν επιθετικότητα σε ασθενείς / συνοδούς 'συχνά' και 'πολύ συχνά' κατά τη διάρκεια της βάρδιάς τους έναντι των ανδρών που εκδηλώνουν επιθετικότητα σε ασθενείς / συνοδούς 'συχνά' και 'πολύ συχνά' σε ποσοστό 18,8%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 10,51$, $df = 4$, $p < 0,05$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με την έρευνα αυτή επιχειρήθηκε η ανίχνευση της κόπωσης που αισθάνονται οι νοσηλευτές στην εργασία τους, η διερεύνηση της συναισθηματικής τους κατάστασης και της επαγγελματικής τους ικανοποίησης.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα παρατηρείται ότι οι γυναίκες έναντι των ανδρών έχουν γενικά καλύτερη συναισθηματική κατάσταση. Η άποψη αυτή φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες που δείχνουν ότι οι άνδρες νοσηλευτές εμφανίζουν συχνότερα συναισθηματική εξάντληση.¹⁵ Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική εξάντληση δεν σχετίζεται με το φύλο.^{15,16} Σε μελέτες υποστηρίζεται ότι οι άνδρες που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζουν πιο συχνά αίσθημα αποπροσωποποίησης ενώ οι γυναίκες που

εργάζονται σε χειρουργικά τμήματα εμφανίζουν μεγαλύτερη αίσθηση απελπισίας¹⁷ Η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας¹⁶ και η οικογενειακή κατάσταση^{15,17} δεν φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση συναισθηματικής εξάντλησης.

Η ελλιπής συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία και ο ανεπαρκής διοικητικός έλεγχος σχετίζονται με τη δημιουργία αισθήματος αποπροσωποποίησης^{18,19,20}, ενώ ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για την φροντίδα του ασθενούς^{15,18} και η υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού από επόπτη¹⁸ φαίνεται ότι δρούν προστατευτικά έναντι της συναισθηματικής εξάντλησης. Για το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικά τμήματα η παρατεταμένη επαφή με τους ασθενείς, ο φόρτος εργασίας, η απουσία θετικής ανατροφοδότησης και τα χρόνια υπηρεσίας είναι παράγοντες που προκαλούν συναισθηματική εξάντληση¹⁵.

Στη παρούσα μελέτη φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η προϋπηρεσία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο αυτοί δηλώνουν ότι κουράζονται. Σύμφωνα και με άλλες έρευνες τα πολλά χρόνια εργασίας^{18,21} σχετίζονται θετικά με την εμφάνιση συναισθηματικής εξάντλησης και αισθήματος αποπροσωποποίησης.

Σύμφωνα με την εργασία των Bernardi et al.,²² προκύπτει ότι η επαγγελματική κόπωση, σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε



οργανισμού, ενώ ο βαθμός πίεσης στο χώρο της εργασίας και οι προσωπικές προσδοκίες αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου. Στον Ελλαδικό χώρο, τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη²³ έδειξαν ότι οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής κόπωσης ήταν αυτοί που σχετίζονταν με την ίδια τη φύση του επαγγέλματος π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.α., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα π.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α.

Η Αδαλή και συν.,¹⁸ διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πέντε δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας και βρήκαν ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί συνθήκες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του Νοσηλευτικού προσωπικού. Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως ένα

αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Για το λόγο αυτό, είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησης τους.²⁴⁻²⁷

Αντίθετα, σύμφωνα με την μελέτη των Κανδρή και συν.,²⁸ η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στη παρούσα μελέτη οι άνδρες νοσηλευτές δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους έναντι των γυναικών. Σε άλλη έρευνα υποστηρίζεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό σε παγκόσμια κλίμακα δεν είναι ικανοποιημένο από την εργασία του και αυτό σχετίζεται με το φόρτο εργασίας του.²⁹

Η διεθνής βιβλιογραφία, εμφανίζει μια τάση των νοσηλευτών να «φεύγουν» από το επάγγελμά εξαιτίας των συνθηκών εργασίας και του ωραρίου, υπογραμμίζεται δε ότι είναι επιτακτική η ανάγκη αναζήτησης λύσεων ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα αυτό. Ένας από τους κυριότερους παράγοντες

παραμονής ή όχι του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι και ο βαθμός ικανοποίησης τους και η αρχική επιλογή τους να ακολουθήσουν την νοσηλευτική επιστήμη.³⁰⁻³²

Μελέτες ικανοποίησης που πραγματοποιήθηκαν για το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν δείξει ότι υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας των νοσηλευτών από την εργασία τους σε ότι αφορά το περιβάλλον, τις συνθήκες και την αμοιβή έχουν μειώσει δραματικά την πιθανότητα επιλογής της νοσηλευτικής ως επαγγελματικό προορισμό και έχουν οδηγήσει στην επιλογή άλλων επαγγελμάτων με καλύτερες συνθήκες εργασίας. Επιπλέον παράγοντες που είχαν την μεγαλύτερη επίπτωση ως προς τη μη επιλογή του επαγγέλματος της νοσηλευτικής ήταν οι μειωμένες δυνατότητες για επαγγελματική εξέλιξη, η ελάχιστη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ο μεγάλος φόρτος εργασίας, παράγοντες που μπορούν να αντιμετωπιστούν από μια ισχυρή νοσηλευτική διοίκηση.³³⁻³⁵

Οι ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας του νοσηλευτή, τα εξαντλητικά ωράρια, το άγχος που αντιμετωπίζει, αλλά και οι οργανωτικές αδυναμίες του συστήματος υγείας αποτελούν βασικές συνιστώσες του όλου προβλήματος.^{36,37} Στις περισσότερες έρευνες αναφέρεται μέτρια ικανοποίηση για την πλειοψηφία των νοσηλευτών, ανεξάρτητα από τον τομέα στον οποίο εργάζονται.^{38,39}

Από τις μονάδες εντατικής θεραπείας και τα ΤΕΠ μέχρι τον τεχνητό νεφρό και τις ψυχιατρικές μονάδες, οι ίδιες παράμετροι φαίνεται να ευθύνονται για τη χαμηλή ικανοποίηση των νοσηλευτών.^{40,41}

Οι εν λόγω παράγοντες σχετίζονται περισσότερο με οργανωτικούς περιορισμούς, τις συνθήκες εργασίας και το εργασιακό άγχος. Νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν απογοήτευση και εξουθένωση από την εργασία τους δεν έχουν τον έλεγχο στις εργασιακές συνθήκες, οι οποίες καθορίζουν την εργασία για την οποία είναι υπεύθυνοι.³⁷ Απόρροια των παραπάνω αποτελούν οι αποχωρήσεις των νοσηλευτών από τη θέση εργασίας τους, οι οποίοι είτε εγκαταλείπουν το νοσηλευτικό επάγγελμα για χάρη άλλων επαγγελματικών επιλογών, είτε απλά αναζητούν αλλαγή τμήματος και χώρου εργασίας (nursing turn over). Η περιορισμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους φαίνεται ότι τους οδηγεί στην παραπάνω απόφαση.

Οι γυναίκες, συγκεκριμένα, που απασχολούνται στα επαγγέλματα υγείας βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών, με τη συχνότητα των αυτοκτονιών να είναι διπλάσια εκείνης των ανδρών και εξαπλάσια εκείνης του γενικού πληθυσμού. Σε άλλη μελέτη υποστηρίζεται ότι η συνεχής ένταση του επαγγέλματος στις γυναίκες νοσηλεύτριες, επιδρά αρνητικά στην ικανότητα τους να



λειτουργούν αποδοτικά και να νιώθουν ικανοποίηση από το επάγγελμα τους. Στη παρούσα έρευνα υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες μεταφέρουν συχνότερα στο σπίτι και στην οικογένεια τα επαγγελματικά τους προβλήματα. Επίσης αυτό ενισχύεται από συγκεκριμένες έρευνες όπου φαίνεται ότι νοσηλεύτριες που έχουν και αυξημένες οικογενειακές ευθύνες μεταφέρουν τα επαγγελματικά τους προβλήματα στο σπίτι και εντείνουν περισσότερο τα υφιστάμενα επαγγελματικά προβλήματα ενισχύοντας την επαγγελματική δυσaréσκεια.⁴²

Ο Thomas συμπέρανε ότι στο εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας το stress στην εργασία και επομένως η δυσaréσκεια η οποία προκύπτει από αυτό, προέρχεται από παράγοντες, όπως είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας, το μειωμένο προσωπικό, οι οργανωτικές αλλαγές και η ανασφάλεια στην εργασία.⁴³ Η ανεπαρκής στελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρεται ως αίτιο επαγγελματικής κόπωσης και χαμηλού ηθικού, σε άλλες μελέτες⁴⁴.

Ο ρόλος του ατόμου στον εργασιακό χώρο, οι σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον (σχέση με συναδέλφους και συνεργάτες, με προϊσταμένους, σχέση με υφισταμένους), η δομή και το κλίμα της οργάνωσης του εργασιακού χώρου αλλά και η σχέση της οικογενειακής με την εργασιακή ζωή – μεταφορά προβλημάτων της εργασίας στην

οικογένεια– και αντίστροφα, η διπλή σταδιοδρομία των δύο συζύγων επιβαρύνουν τους νοσηλευτές. Ιδιαίτερα, οι γυναίκες νοσηλεύτριες και οι γιατροί εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές, όπως προέκυψε και από έρευνα σε ελληνικά νοσοκομεία⁴⁵

Σε μελέτη στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι το υψηλό εργασιακό stress και η πλημμυρική συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οδηγούσαν σε χαμηλή ικανοποίηση, ενώ, αντίθετα, η αυτονομία συσχετίστηκε θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση.⁴⁶

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Οι νοσηλευτές είναι περισσότερο επιρρεπείς στην επαγγελματική κόπωση από άλλους εργαζόμενους γιατί οι πράξεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία των ανθρώπων.
- Οι γυναίκες φαίνεται να επιβαρύνονται ιδιαίτερα καθώς αντιμετωπίζουν εκτός από τα παραπάνω, τις οικογενειακές υποχρεώσεις, την εργασία στο σπίτι και μεταφέρουν τα επαγγελματικά τους προβλήματα σ' αυτό.
- Οι άνδρες νοσηλευτές εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από το επάγγελμα τους έναντι των γυναικών.
- Για να θεωρηθεί αρμονική η σχέση εργασία – άτομο είναι επίσης σημαντικό το άτομο να αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του. Η δημιουργία ενός

περιβάλλοντος μέσα στο οποίο άτομα και ομάδες θα εργάζονται αποτελεσματικά, υλοποιώντας τους στόχους του οργανισμού και ταυτόχρονα θα αντλούν ικανοποίηση από το έργο που εκτελούν, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση.

- Η καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης θα συμβάλει στην ανάδειξη περισσότερο αποτελεσματικών μέτρων παρέμβασης, που θα στοχεύουν, μέσω της προαγωγής της ευεξίας του νοσηλευτικού προσωπικού, στη διασφάλιση του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος με τον ελάχιστο δυνατό ιατρογενή κίνδυνο και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα.

Προτάσεις

- Μείωση των πηγών άγχους και επαγγελματικής κόπωσης,
- Προαγωγή της υγείας με τη δημιουργία προγραμμάτων ειδικής συμβουλευτικής βοήθειας και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων άγχους και επαγγελματικής κόπωσης,
- Υποστήριξη των νοσηλευτών που βιώνουν το σύνδρομο από τις διοικήσεις,
- Ορθός επαγγελματικός προσανατολισμός και κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος,
- Βελτίωση των αμοιβών των νοσηλευτών. Πραγματοποίηση μελετών για το πώς

γίνεται αντιληπτή η επαγγελματική εξουθένωση και πώς αυτή προλαμβάνεται

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Maslach C: Burnout, the cost of caring. Practice-Hall Inc, New Jersey 1982 : 45.
2. Maslach C & Jackson S E: Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press Inc, 1986
3. Ασημομύτη Α: Απουσία κατά την εργασία και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στο Παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής, Διπλωματική Εργασία, Πάτρα 2007.
4. Lidsey E, Attridge C: Staff Nurses Perceptions of Support in an acute care workplace. The Canadian Journal of Nursing Research, 1989; 21: 15-25
5. Swasy A, Hymovitz C: The Workplace Revolution. The Wall Street Journal 190: 59,96
6. Farrington A: Stress and Nursing BR J Nurs 1995; 4 : 574-578.
7. Kahn S, Robert L, Wolfe DM, Quinn B, Robert P, Snoek J, Diedrich N and Rosental RA: Organizational Stress: Studies in role conflict and ambiguity. New York, John Wiley & sons. 1964, 12 :53-56



8. Chemiss C: Professional Burnout in human nurses organizations, New York: Praeger 1980 : 11-12.
9. Landbergis P. A.: Occupational Stress Among Health Care Workers. A test – of the job demands – control model. Journal of Organizational Behaviour 1988; 9 : 217-218
10. Firth H, McIntree J, McKeown P, Britten P: Burnout and Professional Depression, Related Concepts, Journal of Advanced Nursing 1986; 11 : 663.
11. Dolan N: The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. Journal of Advanced Nursing 1987; 12 : 3-5
12. Kobosa S. C., Maddi S. R. and Kahn S: Hardiness and Health, a prospective study, Journal of Personality and Social Psychology , 1989 , 42 : 168-177.
13. Αντωνίου Σ.Α: Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργώ» Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005. Σελ.: 23-27
14. Pompili M., Rinaldi G., Lester D., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. Arch Psychiatr Nurs. 2006 20(3):135-43
15. Αδαλή Ε, Πριάμη Μ, Πλατή Χ: Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Νοσηλευτική 2000 , 4 :313-324.
16. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. : Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff . Nurs Health Sci , 2001 , 3 :69-71
17. Ζιώγου Θ, Μπίμπου Ι, Δημητρίου Ε, Γκιουζέπας Ι, Κιοσέογλου Γ, Ιακωβίδης Α.: Επαγγελματική φόρτιση στο ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό. Νοσηλευτική , 1998 , 1 : 62-70.
18. Αδαλή Ε, Πριάμη Μ, Ευαγγέλου Ε, Υφαντή Μ, Μουγιά Β. :Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική 2002 , 1 :105-114.
19. Brokalaki H, Mantziou V, et al : Job related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. EDTNA ERCA 2001 , 27:181-186.
20. Ντάτσης Α, Χανιά Μ, και συν : Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον. Πρακτικά 9^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Αθήνα , 2005.

21. Αδαλή Ε, Λεμονίδου Χ. : Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* , 2001 , 2 :15-22.
22. Bernardi M., Catania G., Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review . *Prof Inferm.* 2005, 58(2):75-9
23. Antoniou A.-S. & Antonodimitrakis, P. Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. *Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli, 2001:72*
24. Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ.Η. *Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές. Εκδόσεις: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα 1994.*
25. Cooper C. L., Dewe, P., O'Driscoll, M. *Organisational Stress: A review and critique of theory, research and application.* London: Sage, 2001: 34-36
26. Burke R. J., & Greenglass E. R. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 2001, 32:126-138
27. Schuler R. C. Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organization, Behavior and Human Performance*, 1983, 25:184-215.
28. Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. *Νοσηλευτική* 2004,43(1):116-125
29. Allen J, Mellor D: Work context, personal control and burnout among nurses. *Western J Nurs Research* 2002 , 24: 905-917
30. Gauci-Borda, R., Norman, I. Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *International Journal of Nursing Studies* 1997 , 34 (6) :385-394.
31. Cavanagh, S. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 1992, 17 :704-711.
32. Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M., Krukow, B. Reasons registered nurses leave or change employment status. *Journal of Nursing Administration* 2003, 33(2) : 111-117.
33. Ahlburg D, Brown-Mahoney C. The effect of wages on the retention of nurses ,*Canadian Journal of Economics*, 1996, 29: 126-9.
34. Cavanagh, S., Coffin, D. Staff turnover among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17: 1369-1376.
35. Seccombe, I., Smith, G. *Taking Part: Registered Nurses and the Labour Market in 1997.* Institute for Employment Studies. 1997 Brighton.



36. Shader K, Broome ME, Broome CD, West ME, Nash M. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an Academic Medical Center. *JONA* 2001, 31:210–216
37. Aiken LH, Clarke SP, Sloanne DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002, 288:1987–1993
38. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *Int J Nurs Stud* 2007, 44:574–588
39. Sharp TP. Job satisfaction among psychiatric registered nurses in New England. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008, 15:374–378
40. Brokalaki H, Matziou V, Thanou J, Ziropiannis P, Dafni U, Papadatou D. Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. *EDTNA ERCA J* 2001, 27:181–186
41. Clem KJ, Promes SB, Glickman SW, Shah A, Finkel MA, Pietrobon R et al. Factors enhancing career satisfaction among female emergency physicians. *Ann Emerg Med* 2008, 51:723–728
42. McElroy A: Burnout-a review of the literature with applications to cancer nursing. *Cancer Nurs* 1982 , 5: 211-217
43. Thomas B. Management strategies to tackle stress in mental health nursing. *Ment Health Care* 1997, 1:15–17
44. Aiken LH, Clarke SP et al: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002 , 288: 1987-93
45. Tselebis A, Gournas G, Tzitzanidou G, Panagiotou A, Ilias I. Anxiety and depression in Greek nursing and medical personnel. *Psychol Rep* 2006, 99: 93–96
46. Zangaro GA, Soeken KL. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health* 2007, 30:445–458

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Σύγκριση της συναισθηματικής κατάστασης μεταξύ των δύο φύλων

	Φύλο	
	Άνδρας n(%)	Γυναίκα n(%)
Πολύ κακή	0 0,0%	0 0,0%
Κακή	2 12,5%	1 1,7%
Μέτρια	12 75,0%	82 54,3%
Καλή	2 12,5%	56 37,1%
Πολύ καλή	0 0,0%	12 7,9%
	16	151

$\chi^2 = 16,18, df = 3, p < 0,01$

Πίνακας 2: Συσχέτιση της κόπωσης από την εργασία με τον αριθμό μελών της οικογένειας, την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας.

<i>Spearman's rho correlation coefficient</i>			
	rho	df	p-level
Ηλικία	0,130	167	NS
Προϋπηρεσία	0,153	167	p<0,05
Αριθμός μελών της οικογένειας που φροντίζουν	0,135	167	NS

$R = 0,153, df = 167, p < 0,05.$



Πίνακας 3: Σύγκριση του βαθμού ικανοποίησης μεταξύ των δύο φύλων.

	Φύλο	
	Άνδρας n(%)	Γυναίκα n(%)
Καθόλου	0	24
	0,0%	15,9%
Σπάνια	3	33
	18,8%	21,9%
Περιστασιακά	5	47
	31,3%	31,1%
Συχνά	2	31
	12,5%	20,5%
Πολύ συχνά	6	16
	37,5%	10,6%
	16	151

$$\chi^2 = 11,03, df = 4, p < 0,05$$

Πίνακας 4: Σύγκριση της συχνότητας μεταφοράς των επαγγελματικών προβλημάτων στην οικογένεια μεταξύ των δύο φύλων.

	Φύλο	
	Άνδρας n(%)	Γυναίκα n(%)
Καθόλου	5	10
	31,3%	6,6%
Σπάνια	3	31
	18,8%	20,5%
Περιστασιακά	5	30
	31,3%	19,9%
Συχνά	2	43
	12,5%	28,5%
Πολύ συχνά	1	37
	6,3%	24,5%
	16	151

$$\chi^2 = 14,18, df = 4, p < 0,01$$

ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Διερεύνηση γνώσεων νοσηλευτών ως προς τη σωστή τεχνική μέτρησης αρτηριακής πίεσης

Κοκκινιάκης Αναστάσιος-Δικαίος¹, Μιχάλης Δημήτριος², Κρυπάρου Σταυρούλα³,
Γουρνή Παρασκευή⁴, Πολυκανδριώτη Μαρία⁵, Γουρνή Μαρίτσα⁶

1. Νοσηλεύτης ΤΕ, Νοσοκομείο «Παμμακάριστος»
2. Ιατρός, Κέντρου Υγείας Αλιάρτου
3. Νοσηλεύτρια ΤΕ
4. Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, Νοσοκομείο «Παμμακάριστος»
5. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας
6. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με τη χρήση σφυγμομανόμετρου και στηθοσκοπίου για την ακρόαση της βραχιόνιας αρτηρίας αποτελεί την κύρια μέθοδο μέτρησης στην καθημερινή κλινική πράξη.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών ως προς τη σωστή τεχνική μέτρησης της αρτηριακής πίεσης με σφυγμομανόμετρο.

Υλικό και μέθοδος : Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν άτομα από όλες τις βαθμίδες του νοσηλευτικού προσωπικού. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, περιελάμβανε μεταβλητές που αφορούσαν τις γνώσεις για την σωστή τεχνική μέτρησης της ΑΠ.

Αποτελέσματα : Από τα 360 άτομα που πήραν μέρος στη μελέτη, 88% ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 36,1 έτη. Το 51,4% του δείγματος ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ως προς τις γνώσεις των συμμετεχόντων, το 79,6% γνώριζε τη σωστή προετοιμασία, το 98,6% γνώριζε, ότι ο βραχιόνιας του χεριού που θα μετρηθεί η ΑΠ πρέπει να ακουμπά σε ειδικό τραπέζιδιο ή μαξιλάρι και το 94,8% γνώριζε, ότι η ράχη του ασθενούς πρέπει να ακουμπάει στην πλάτη της καρέκλας.

Το 60,9% του δείγματος γνώριζε, ότι κατά την πρώτη φορά, η ΑΠ θα πρέπει να μετράται και στα δύο χέρια, ενώ το 45,9% δεν γνώριζε, ότι η ΑΠ συνιστάται να μετράται στο χέρι που εμφανίζει τη μεγαλύτερη ΑΠ. Το 78,2% των ερωτηθέντων γνώριζε, ότι ο σωστός τρόπος μέτρησης ήταν με τη χρήση πιεσόμετρου και ακρόαση της βραχιόνιας αρτηρίας με το στηθοσκόπιο. Το 67,9% γνώριζε, ότι ο βραχιόνιας σε σχέση με τον κορμό του σώματος πρέπει να σχηματίζει γωνία περίπου 45° και η



περιχειρίδα πρέπει να βρίσκεται περίπου στο ύψος της καρδιάς. Το 59,8% γνώριζε, ότι η περιχειρίδα πρέπει να τοποθετείται 2-3 cm υψηλότερα από το σημείο ψηλάφησης της βραχιόνιας αρτηρίας. Το 45,1% θεωρούσε, ότι η περιχειρίδα πρέπει να φουσκώνει μέχρι την ένδειξη 200 mmHg. Το 52,3% γνώριζε το σωστό ρυθμό (2-3 mmHg/sec.) με τον οποίο πρέπει να ξεφουσκώνει η περιχειρίδα. Το 88,4% γνώριζε τους ήχους που προσδιορίζουν την τιμή της Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης και το 72,7% γνώριζε τους ήχους που προσδιορίζουν την τιμή της Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης.

Συμπεράσματα : Για τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των νοσηλευτών ως προς τη μέτρηση της ΑΠ, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση.

Λέξεις κλειδιά: Μέτρηση αρτηριακής πίεσης, χρήση πιεσόμετρου, ακρόαση της βραχιόνιας αρτηρίας, στηθοσκόπιο.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κοκκινάκης Αναστάσιος-Δικαίος,
Φολεγάνδρου 47, ΤΚ :104-46, Αθήνα,
E-mail:tasosdikaios@yahoo.com

Exploration of nurses' knowledge regarding correct way of blood pressure measurement

Kokkinakis Anastasios-Dikaios¹, Michalis Dimitrios², Kryparou Stauroula³, Gourni Paraskeui⁴, Polikandrioti Maria⁵, Gourni Maritsa⁶

1. RN, "Pammakaristos" Hospital
2. Doctor, Health Center of Aliartos
3. RN
4. Assistant Head Nurse of "Panmakaristos" Hospital
5. Laboratory Instructor, Nursing Department A', TEI of Athens, Greece
6. Professor in Nursing, Department A', TEI of Athens, Greece

ABSTRACT

Blood pressure (BP) measurement by the use of sphygmomanometer and auscultation of brachial artery by stethoscope is the most widespread way of measurement in daily clinical practice.

The aim of the present study was to explore nurses' knowledge regarding correct way of measurement of blood pressure by the use of a sphygmomanometer.

Method and material: The sample -studied consisted of individuals from all levels of nursing personnel. Data were collected by the use the completion of a specially designed questionnaire

which apart from demographic variables, it included items concerning knowledge about the correct way of blood pressure measurement.

Results: From the 360 participants, 88% (316) were women, while the mean age of the sample-studied was 36,1 years old. 51,4% of the sample-studied was of tertiary education. In terms of the knowledge of participants, 79,6% knew the correct preparation, 98,6% knew that arm position for blood pressure measurement should be on a pillow or a side table and the 94,8% knew the back should be supported on a chair back. 60,9% of the sample-studied knew that at first time, blood pressure (BP) should be measured in both arms, while 45,9% didn't know that BP should be measured in arm with higher measurement. 78,2% of the participants knew that the correct measurement includes the use of sphygmomanometer and auscultation of brachial artery by stethoscope. 67,9% knew that body and arm position should be in ankle of 45° degrees and that the cuff should be placed around the upper arm at the same vertical height as the heart. 59,8% knew that the cuff should be placed 2-3 cm above the point of auscultation of brachial artery. 45,1% considered that the arm cuff should be inflated manually until when the height of the column of mercury approaches 200 mmHg. 52,3% knew the correct rhythm (2-3 mmHg/sec) that the pressure in the cuff should be released. 88,4% knew the sounds corresponding to the measurement of Systolic blood pressure and 72,7% the sounds corresponding to the measurement of Diastolic blood pressure.

Conclusion: For the improvement of nurses' knowledge and skills regarding correct way of measurement of blood pressure, emphasis should be given on the lifelong learning.

Keywords: Blood pressure measurement, sphygmomanometer, auscultation of brachial artery, stethoscope.

CORRESPONDING AUTHOR

*Kokkinakis Anastasios-Dikaios,
Folegandrou 47, PC: 104-46, Athens,
E-mail:tasosdikaios@yahoo.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) με τη χρήση σφυγμομανομέτρου και στηθοσκοπίου αποτελεί την παλαιότερη έμμεση μη επεμβατική (αναίμακτη) μέθοδο μέτρησης, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως

στην καθημερινή κλινική πράξη για περισσότερα από 100 χρόνια. Επιπλέον, συγκρινόμενη με άλλες τεχνικές μέτρησης και υπό την προϋπόθεση ότι επιτελείται σωστά, συχνά καλείται ως το «χρυσό πρότυπο».



Μάλιστα, τόσο στην κλινική πράξη όσο και εν πολλοίς στην έρευνα και βιβλιογραφία αναφέρεται απλά ως «Μέτρηση της ΑΠ (Blood Pressure Measurement)» σε αντίθεση με τις άλλες τεχνικές μέτρησης της ΑΠ που προσδιορίζονται επιθετικά ή περιφραστικά.^{1,2} Στη σημερινή εποχή, η κλασσική μέθοδος μέτρησης της Αρτηριακής Πίεσης αποτελεί πλέον διαδικασία ρουτίνας που επιτελείται όχι μόνον από όλους τους επαγγελματίες υγείας αλλά και από τους ασθενείς. Παρότι θεωρείται απλή διαδικασία, εν τούτοις για να προκύψουν ακριβή και αξιόπιστα αποτελέσματα, πρέπει να ακολουθηθεί μια αρκετά αυστηρή μεθοδολογία σε όλα τα βήματα της μέτρησης.^{1,2}

Η διαδικασία της μέτρησης της ΑΠ με σφυγμομανόμετρο και στηθοσκόπιο περιλαμβάνει τα εξής στάδια : οργάνωση του εξοπλισμού, προετοιμασία, ενημέρωση και σωστή θέση εξεταζόμενου, επιλογή και τοποθέτηση της περιχειρίδας στο βραχίονα, τοποθέτηση του στηθοσκοπίου στη βραχιόνια αρτηρία, κυρίως διαδικασία της μέτρησης της ΑΠ με φούσκωμα-ξεφούσκωμα της περιχειρίδας, καταγραφή της τιμής της ΑΠ και του αριθμού των μετρήσεων.^{1,2}

Συνεπώς για τον άρτιο, ακριβή και αξιόπιστο προσδιορισμό της ΑΠ απαιτείται σωστή μεθοδολογία και επιτέλεση της τεχνικής, όπως επίσης γνώσεις και δεξιότητα από το άτομο που κάνει τη μέτρηση.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών ως προς την τεχνική της μέτρησης της ΑΠ με σφυγμομανόμετρο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν άτομα από όλες τις βαθμίδες του νοσηλευτικού προσωπικού [ΠΕ Νοσηλεύτριες(-τριες), ΤΕ Νοσηλεύτριες(-τριες), ΔΕ Βοηθούς Νοσηλεύτριες(-τριες), ΥΕ Πρακτικές Νοσοκόμες], εξαιρουμένων των Βοηθών Θαλάμου και των Ανδρών Νοσοκόμων και Τραυματιοφορέων.

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο το οποίο δομήθηκε : α) με βάση τις σύγχρονες υποδείξεις και κατευθυντήριες οδηγίες των αρμοδίων οργανισμών και εταιρειών σε θέματα ΑΠ και Υπέρτασης και β) ύστερα από προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζονταν με την εφαρμογή άλλων ερωτηματολογίων από συναφείς έρευνες.³⁻⁸

Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, βαθμίδα εκπαίδευσης, έτη προϋπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα συνολικά, τμήμα εργασίας κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας και έτη εργασίας στο παρόν τμήμα). Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις

γνώσεων σχετικά με την τεχνική της μέτρησης της ΑΠ με σφυγμομανόμετρο.

Οι ερωτήσεις γνώσεων για την τεχνική μέτρησης της ΑΠ με σφυγμομανόμετρο αφορούσαν θέματα σχετικά με την προετοιμασία του εξεταζομένου, τα όργανα μέτρησης και τους τρόπους που χρησιμοποιούνται, τις θέσεις του σώματος και του βραχίονα κατά τη διαδικασία της μέτρησης, το φούσκωμα και το ξεφούσκωμα της περιχειρίδας, τον προσδιορισμό και την καταγραφή της ΑΠ, τον αριθμό και τα μεσοδιαστήματα διαδοχικών μετρήσεων κ.ά. Συνολικά, οι ερωτήσεις του δευτέρου μέρους ήταν δεκαοκτώ [18], εκ των οποίων οι τρεις [3] είχαν από 2 σκέλη. Όλες οι ερωτήσεις γνώσεων για τη Μέτρηση της ΑΠ ήταν κλειστού τύπου (Σωστό-Λάθος ή Πολλαπλής επιλογής). Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχούσε μόνο 1 σωστή απάντηση.

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε από τους φοιτητές που διεξήγαγαν την έρευνα στο νοσηλευτικό προσωπικό τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων, αφού πρώτα υποβλήθηκε και εγκρίθηκε από τις Επιτροπές για την ηθική και την έρευνα του κάθε νοσοκομείου.

Η διανομή του ερωτηματολογίου διήρκησε συνολικά 3 μήνες, με προσωπική επαφή των συνεντευκτών -φοιτητών της έρευνας με τους νοσηλευτές των τμημάτων.

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 523 εργαζόμενους νοσηλευτικού προσωπικού, διαφόρων βαθμίδων εκπαίδευσης, εκ των

οποίων τα 360 ερωτηματολόγια επιστράφηκαν απαντημένα (ποσοστό ανταπόκρισης 68,8%).

Για τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 360 άτομα που πήραν μέρος στη μελέτη, το 88% (316) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 36,1 έτη με τυπική απόκλιση τα 8,6 έτη. Ο μέσος χρόνος εργασίας συνολικά στη νοσηλευτική υπηρεσία ήταν $11,7 \pm 8,6$ έτη, ενώ ο μέσος χρόνος εργασίας στο παρόν τμήμα ήταν $7 \pm 6,9$ έτη.

Ως προς τη βαθμίδα εκπαίδευσης, το 50% ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ) και το 46,7% ήταν Βοηθοί νοσηλευτών (ΔΕ), το 1,4% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και το 1,9% υποχρεωτικής εκπαίδευσης. (ΥΕ)

Ως προς τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στην έρευνα, με βάση τους νοσηλευτικούς τομείς που εργάζεται, το 28,1% των ερωτηθέντων προέρχονταν από το Χειρουργικό τομέα, το 25,6% από το παθολογικό τομέα, το 21,1% από Μονάδες (ΜΕΘ/ΜΑΦ, Καρδιολογική & Τεχνητού Νεφρού), το 9,4% από το χειρουργείο και το 15,8% από άλλα τμήματα (Πίνακας 1).

Ως προς την ηλικία και τα έτη εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, το 69,8% των νοσηλευτών ήταν κάτω των 40 χρόνων, το 31,8% των νοσηλευτών είχε πάνω από 16



έτη εργασίας στη νοσηλευτική υπηρεσία, το 69,6% των νοσηλευτών είχε κάτω από 8 έτη εργασίας στο τμήμα που εργάζονταν κατά τη διενέργεια της έρευνας.

Όσον αφορά τις γνώσεις για την ετοιμασία του εξεταζομένου πριν από τη διαδικασία της μέτρησης της ΑΠ, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι περίπου το 79,6% (265) του νοσηλευτικού προσωπικού γνώριζε τη σωστή προετοιμασία δηλ., ότι η σωστή προετοιμασία περιλαμβάνει τις εξής παραμέτρους : α) ο εξεταζόμενος πριν από τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης να απέχει από επίπονη εργασία και άσκηση για 1h β) να αποφύγει τη λήψη καφέ, οινοπνευματωδών και μεγάλων γευμάτων για 30-60 λεπτά και γ) να παραμένει ήρεμος στο χώρο της εξέτασης τουλάχιστον για 5 λεπτά. (Πίνακας 2)

Σχετικά με τις πληροφορίες για τις θέσεις του σώματος και του βραχίονα του εξεταζομένου κατά τη διαδικασία μέτρησης της ΑΠ, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι 98,6% του δείγματος γνώριζε, ότι ο βραχίονας του χεριού που θα μετρηθεί η ΑΠ πρέπει να ακουμπά σε ειδικό τραπεζίδιο ή μαξιλάρι και το 94,8% του δείγματος γνώριζε, ότι η ράχη του ασθενούς πρέπει να ακουμπάει στην πλάτη της καρέκλας. Το 48,1% του δείγματος γνώριζε, ότι κατά τη μέτρηση της ΑΠ σε ύπτια θέση (ο ασθενής ξαπλωμένος), ο βραχίονας πρέπει να ακουμπάει σε μαξιλάρι. (Πίνακας 3) Ως προς τις γνώσεις σχετικά με το χέρι που θα επιλεγεί για να μετρηθεί η ΑΠ, το 60,9% του

δείγματος γνώριζε, ότι κατά την πρώτη φορά θα πρέπει να μετράται και στα δύο χέρια, το 74,2% γνώριζε, ότι είναι δυνατόν οι ανευρισκόμενες τιμές της ΑΠ να έχουν μεγάλη και σταθερή διαφορά μεταξύ των 2 χεριών. Από το ποσοστό αυτό, το 72,9% γνώριζε, ότι συνιστάται η μέτρηση στο χέρι με την μεγαλύτερη αρτηριακή πίεση. Το 45,9% του συνόλου των ερωτηθέντων δεν γνώριζε, ότι η ΑΠ συνιστάται να μετράται στο χέρι που εμφανίζει τη μεγαλύτερη ΑΠ. (Πίνακας 4)

Ως προς την ενδεδειγμένη τεχνική μέτρησης της ΑΠ με σφυγμομανόμετρο ότι 78,2% των ερωτηθέντων γνώριζε, ότι ο σωστός τρόπος ήταν με τη χρήση πιεσόμετρου και ακρόαση της βραχιόνιας αρτηρίας (με το στηθοσκόπιο). Το 57,2% γνώριζε, ότι ο αεροφόρος ασκός της περιχειρίδας που θα επιλεγεί για να τοποθετηθεί στο βραχίονα του εξεταζομένου, πρέπει να έχει ως προς την οριζόντια διάσταση που περιβάλλει, το 75-80% της περιμέτρου του βραχίονα και το 52,9% γνώριζε, ότι η κάθετη διάσταση θα πρέπει να είναι ίση με τα 2/3 του μήκους του βραχίονα (Πίνακας 5).

Όσον αφορά τη θέση που θα πρέπει να βρίσκεται η περιχειρίδα σε σχέση με τον αγκώνα, τον κορμό του σώματος και το ύψος της καρδιάς, ώστε να γίνει σωστή μέτρηση της ΑΠ, το 59,8% γνώριζε, ότι η περιχειρίδα πρέπει να τοποθετείται 2-3 cm υψηλότερα από το σημείο ψηλάφησης της βραχιόνιας αρτηρίας (σημείο που πρέπει να τοποθετείται

και το στηθοσκόπιο για την ακρόαση του σφυγμού αυτής), ενώ το υπόλοιπο 40,3% θεωρούσε ότι η περιχειρίδα πρέπει να τοποθετείται ακριβώς πάνω ή και χαμηλότερα από το σημείο ψηλάφησης και ακρόασης της βραχιόνιας αρτηρίας. Επίσης, μόνο το 67,9% γνώριζε, ότι ο βραχιόνας σε σχέση με τον κορμό του σώματος πρέπει να σχηματίζει γωνία περίπου 45° και η περιχειρίδα να βρίσκεται περίπου στο ύψος της καρδιάς (Πίνακας 6).

Σχετικά με το φούσκωμα και το ξεφούσκωμα της περιχειρίδας, μόνο το 24,1% γνώριζε, μέχρι ποια ένδειξη της βελόνας ή της στήλης υδραργύρου πρέπει να φουσκώνει την περιχειρίδα (περίπου 30-40 mmHg πάνω από τον τελευταία ακουόμενο με το στηθοσκόπιο βραχιόνιο σφυγμό), ενώ το 45,1% θεωρούσε, ότι η περιχειρίδα πρέπει να φουσκώνει μέχρι την ένδειξη 200 mmHg. Το 52,3% αναφέρουν το σωστό ρυθμό με τον οποίο πρέπει να ξεφουσκώνει η περιχειρίδα, δηλ., 2-3 mmHg το δευτερόλεπτο. (Πίνακας 7) Ως προς το σωστό προσδιορισμό της Συστολικής και της Διαστολικής ΑΠ, το 88,4% γνώριζε τους ήχους που προσδιορίζουν την τιμή της Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΣΑΠ) δηλ., τη στιγμή που ακούγεται ο πρώτος από τους ρυθμικούς ήχους. Το 72,7% γνώριζε τους ήχους που προσδιορίζουν την τιμή της Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΔΑΠ) δηλ., τη στιγμή που ακούγεται ο τελευταίος ήχος (με εξαίρεση τις περιπτώσεις

που ο ήχος ακούγεται μέχρι το 0, οπότε η ΔΑΠ προσδιορίζεται από τη στιγμή που αρχίζει να μειώνεται αισθητά η ένταση του ήχου) (Πίνακας 8).

Σχετικά με τις γνώσεις για την καταγραφή της ΑΠ και τον αριθμό των μετρήσεων που απαιτούνται για τον ορθό προσδιορισμό και καταγραφή αυτής, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 32,4% γνώριζε, ότι η μετρηθείσα Συστολική και Διαστολική ΑΠ καταγράφεται στα πλησιέστερα 2 mmHg (π.χ. 126/84 mmHg) και το 41,1% γνώριζε, ότι ο αριθμός των μετρήσεων που πρέπει να γίνονται στο χέρι του ασθενούς είναι: 2 ή 3 μετρήσεις τη φορά στο ίδιο χέρι, με μεσοδιαστήματα 1 λεπτού, εκ των οποίων υπολογίζεται και καταγράφεται ως τελική τιμή της ΑΠ ο μέσος όρος των 2 τελευταίων (Πίνακας 9).

Στον Πίνακα 10 δίνονται με συνοπτικό τρόπο οι ερωτήσεις που τέθηκαν για τη μέτρηση της ΑΠ (Στήλη 1), ο αριθμός των ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που απάντησαν συνολικά (σωστά ή λανθασμένα) σε κάθε μία από τις ερωτήσεις αυτές (Στήλη 2), ο αριθμός των ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που απάντησαν σωστά σε κάθε ερώτηση (Στήλη 3) και το ποσοστό των σωστών απαντήσεων (αριθμός ατόμων που απάντησαν σωστά / αριθμός ατόμων που απάντησαν σωστά ή λανθασμένα επί τοις %) για κάθε ερώτηση (Στήλη 4).



ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η αξιόπιστη και ακριβής μέτρηση της ΑΠ αποτελεί σημαντική διαδικασία στην καθημερινή κλινική πράξη, που μπορεί να οδηγήσει σε κατάλληλες δράσεις για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση της Υπέρτασης, καθώς και για την τροποποίηση των άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (ιατροί και νοσηλευτές) θεωρεί τη μέτρηση της ΑΠ ως μια πολύ απλή και εύκολη διαδικασία, με αποτέλεσμα να μη δίνει την πρέπουσα σημασία σε αυτήν και συχνά να τροποποιεί αυθαίρετα την τεχνική για να συντομεύσει τη διαδικασία ή να την αναθέτει σε άτομα με ελάχιστη κατάρτιση.

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν, ότι υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων γνώριζε τη σημαντικότητα της σωστής προετοιμασίας, η οποία περιλαμβάνει τα εξής :^{1,2,10,11} Α) Αποχή από επίπονη εργασία και άσκηση 1h πριν από τη μέτρηση. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι διάφορες σωματικές και ψυχικές δραστηριότητες πριν από τη μέτρηση προκαλούν διαφορετικού μεγέθους αύξηση της ΑΠ. Ειδικότερα, η σωματική εργασία, η μεταφορά αντικειμένων και το περπάτημα συνοδεύονται από αύξηση της ΑΠ μεταξύ 10 και 20 mmHg, ενώ η εργασία γραφείου, η ανάγνωση, κ.ά συνοδεύονται από αύξηση της ΑΠ μέχρι 5 mmHg και πρέπει να περιορίζονται. Β)

Αποφυγή καπνίσματος, λήψης καφέ, οινοπνευματωδών και μεγάλων γευμάτων 1/2 h πριν από τη μέτρηση. Σύμφωνα με τους Gropelli και συν.,¹² το κάπνισμα ενός τσιγάρου μπορεί να προκαλέσει σημαντική αύξηση της ΑΠ διάρκειας 15-30 min, γεγονός που οφείλεται πιθανώς στην οξεία απελευθέρωση νορεπινεφρίνης. Ομοίως, η κατανάλωση καφέ ή προϊόντων που περιέχουν καφεΐνη (Coca-Cola, σοκολάτες) μπορεί να προκαλέσει οξεία άνοδο της ΑΠ, ενώ ένας ορισμένος βαθμός ανοχής με την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση είναι συχνά αναμενόμενος. Η κατανάλωση οινοπνεύματος μπορεί επίσης να προκαλέσει έντονη αύξηση της ΑΠ, ενώ η λήψη μεγάλου γεύματος είναι δυνατόν να αυξήσει την ΑΠ κατά 8-9 mmHg.¹¹⁻¹⁵ Γ) Ανάπαυση του εξεταζομένου / ασθενούς στο χώρο της εξέτασης για τουλάχιστον 5 min. Δεν είναι ακριβώς γνωστό πόσο χρόνο πρέπει να διαρκεί η περίοδος ανάπαυσης. Σε μελέτη των Bakx και συν.,¹⁶ βρέθηκε, ότι μετά από περιόδους ανάπαυσης 4 και 8 min, η μέση μείωση της ΣΑΠ ήταν 9 και 14 mmHg, αντίστοιχα, ενώ η μέση μείωση της ΔΑΠ ήταν λιγότερο εμφανής και ανερχόταν σε 3 και 4 mmHg, αντίστοιχα. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με άλλες παλαιότερες έρευνες που έδειξαν μειώσεις παρόμοιου μεγέθους μέσα στα πρώτα 5-10 min ανάπαυσης. Μακρύτερη περίοδος ανάπαυσης (>25 min) βρέθηκε να μειώνει περαιτέρω τις τιμές ΑΠ, ειδικά της ΣΑΠ, αλλά το ερώτημα

είναι εάν μια τέτοια μακριά περίοδος ανάπαυσης είναι εφικτή στην πράξη. Αντιθέτως, πολλές φορές η παραμονή στο χώρο της εξέτασης επιτείνει το άγχος τους με αποτέλεσμα αύξηση της αρτηριακής πίεσης.¹⁶⁻¹⁹

Λαμβάνοντας υπόψη, όλα τα ανωτέρω, συνιστάται ανάπαυση διάρκειας τουλάχιστον 5 min πριν από τη μέτρηση της ΑΠ. Επιπλέον, για τη διεξαγωγή ασφαλούς μέτρησης απαιτείται ήρεμο περιβάλλον με φυσιολογική θερμοκρασία δωματίου, κένωση της ουροδόχου κύστεως του εξεταζομένου γιατί μια διατεταμένη ουροδόχος κύστη μπορεί να αυξήσει την ΑΠ και επαρκείς εξηγήσεις σχετικά με τη διαδικασία της μέτρησης της ΑΠ. Όσον αφορά τον ορθό προσδιορισμό της ΑΠ πρέπει να γίνουν τουλάχιστον 2 μετρήσεις για περιορισμό του άγχους και της ανησυχίας του εξεταζομένου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και υπενθύμιση στον εξεταζόμενο, ότι δεν πρέπει να μιλάει κατά τη διάρκεια της μέτρησης, διότι η ομιλία αυξάνει την ΑΠ τουλάχιστον κατά 7 mmHg.^{20,21,22}

Ως προς τις θέσεις του σώματος και του βραχίονα του εξεταζομένου κατά τη διαδικασία μέτρησης της ΑΠ, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων γνώριζε τη σωστή θέση δηλ., ότι ο βραχίονας του χεριού που θα μετρηθεί η ΑΠ να ακουμπά σε ειδικό τραπεζίδιο ή μαξιλάρι και ότι η ράχη του ασθενούς πρέπει

να ακουμπάει στην πλάτη της καρέκλας. Αντιθέτως, μόλις το 48,1% του δείγματος γνώριζε, ότι κατά τη μέτρηση της ΑΠ σε ύπτια θέση, ο βραχίονας πρέπει να ακουμπάει σε μαξιλάρι, δηλ., την ανάγκη στήριξης και ανύψωσης του βραχίονα, ώστε να βρεθεί περίπου στο ύψος της καρδιάς. Ως γνωστό, η μέτρηση της ΑΠ μπορεί να γίνει με τον εξεταζόμενο σε καθιστή, σε ύπτια και σε όρθια θέση, ενώ οι πλέον πρόσφατες επίσημες οδηγίες / υποδείξεις συστήνουν ως καταλληλότερη θέση για τη διάγνωση της Υπέρτασης την καθιστή θέση.^{23,24}

Κατά τη μέτρηση της ΑΠ σε καθιστή θέση, ο εξεταζόμενος πρέπει να κάθεται άνετα σε κάθισμα/ καρέκλα με τη ράχη να ακουμπάει στην πλάτη της καρέκλας, ενώ τα πόδια να ακουμπάνε χαλαρά στο δάπεδο και να μην είναι σταυρωμένα μεταξύ τους (εάν τα πόδια δε φτάνουν στο δάπεδο πρέπει να υποστηρίζονται με υποπόδιο – σκαμνάκι).^{25,26} Η ράχη και τα πόδια πρέπει να υποστηρίζονται, ώστε να αποφευχθούν τυχόν ισομετρικές ασκήσεις που μπορούν να αυξήσουν την ΑΠ. Εάν η πλάτη δεν υποστηρίζεται, π.χ. όταν ο εξεταζόμενος κάθεται στην άκρη του κρεβατιού), η ΔΑΠ μπορεί να αυξηθεί κατά 6 mmHg, ενώ το σταύρωμα των ποδιών μπορεί να αυξήσει τη ΣΑΠ από 2 έως 8 mmHg. Η μέτρηση της ΑΠ σε ύπτια θέση συνιστάται συνήθως σε κλινήρεις ασθενείς. Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι οι τιμές που προκύπτουν από τις μετρήσεις της ΑΠ



στο ίδιο άτομο σε ύπτια και σε καθιστή θέση (υπό την προϋπόθεση ότι οι μετρήσεις αυτές γίνονται σχολαστικά και με βάση τις επίσημες οδηγίες/υποδείξεις), διαφέρουν μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, η ΑΠ εμφανίζεται σημαντικά υψηλότερη (περίπου 9 mmHg η ΣΑΠ και περίπου 5 mmHg η ΔΑΠ) κατά τη μέτρηση σε ύπτια θέση σε σχέση με τη μέτρηση σε καθιστή θέση. Η ΑΠ μετράται και στην όρθια θέση, αφού όμως έχει προηγηθεί κλινοστατισμός του εξεταζομένου διάρκειας 5 min.²⁷⁻²⁹

Ως προς τις γνώσεις σχετικά με το άκρο επιλογής για τη μέτρηση, υψηλό ποσοστό του δείγματος γνώριζε, ότι η πρώτη μέτρηση θα πρέπει να γίνεται και στα δύο χέρια, και ότι είναι δυνατόν οι ανευρισκόμενες τιμές της ΑΠ να έχουν μεγάλη και σταθερή διαφορά μεταξύ των 2 χεριών. Σύμφωνα με μελέτες, έχουν βρεθεί διαφορές στις τιμές της ΑΠ μεταξύ των δύο βραχιόνων.^{30,31,32} Αναλυτικότερα, σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε η έρευνα των Lane και συν.,³¹ που έδειξε, διαφορές στην ΑΠ μεταξύ των 2 βραχιόνων, οι οποίες ήταν περίπου 6mmHg για τη ΣΑΠ και 5 mmHg για τη ΔΑΠ. Η συχνότερη αιτία της διαφοράς της ΑΠ μεταξύ των 2 βραχιόνων είναι η αιμοδυναμικά σημαντική αθηροσκληρωτική στένωση της αριστεράς υποκλειδίου αρτηρίας ή η ισθμική στένωση της αορτής.³² Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης φαίνεται, ότι η παλαιά πρακτική της μέτρησης της ΑΠ και από τους 2

βραχίονες δικαιολογείται και πρέπει να ενθαρρυνθεί.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Διεθνής Εταιρεία Υπέρτασης, ήδη από τις συστάσεις τους το 1999, υιοθέτησαν τη μέτρηση της ΑΠ και στους 2 βραχίονες κατά την πρώτη επίσκεψη του ασθενούς, επί ενδείξεων περιφερικής αρτηριοπάθειας. Στην περίπτωση που διαπιστωθεί σημαντική συστηματική διαφορά στις τιμές της ΑΠ μεταξύ των 2 βραχιόνων σε τρεις μετρήσεις (> 10 mmHg), εφ' εξής η μέτρηση της ΑΠ πρέπει να γίνεται στο βραχίονα που εμφανίζει την υψηλότερη ΑΠ. Εάν, όπως είναι σύνηθες, υπάρχει μικρή ή καθόλου διαφορά μεταξύ των 2 βραχιόνων, οι επόμενες μετρήσεις της ΑΠ μπορούν να γίνονται μόνο στο δεξιό βραχίονα.^{1,32,33}

Η μέτρηση της ΑΠ και στους 2 βραχίονες κατά την 1^η επίσκεψη συνιστάται σε όλα τα άτομα, ακόμα και στις γυναίκες με μαστεκτομή, εκτός αν υπάρχει λεμφοίδημα. Εξαιρέση της μέτρησης της ΑΠ και στους 2 βραχίονες, αποτελούν οι καταστάσεις που πιθανόν να παρεμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος σε μέλος του σώματος που πάσχει.^{1,34}

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, γνώριζε, ότι κατά τη μέτρηση της ΑΠ σε καθιστή θέση πρέπει, ο βραχίονας του χεριού που θα μετρηθεί η ΑΠ να ακουμπά σε ειδικό τραπεζίδιο ή μαξιλάρι και η ράχη του ασθενούς να ακουμπάει στην πλάτη της

καρέκλας. Η θέση του βραχίονα, πρέπει να υποστηρίζεται για την αποφυγή τυχόν ισομετρικών ασκήσεων αυτού που μπορούν να αυξήσουν την ΑΠ και για την σωστή θέση της περιχειρίδας στο ύψος του δεξιού κόλπου.^{1,2} Συνεπώς, κατά τη μέτρηση της ΑΠ σε καθιστή και σε όρθια θέση, ο βραχίονας του χεριού που θα μετρηθεί η ΑΠ, θα πρέπει να ακουμπά σε ένα ειδικό στήριγμα και να σχηματίζει γωνία περίπου 45° σε σχέση με τον κορμό του σώματος, ώστε το κέντρο της περιχειρίδας να βρίσκεται στο επίπεδο το 4^ο μεσοπλεύριου διαστήματος, που αντιστοιχεί ο δεξιός κόλπος.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (51,9%) δεν γνώριζαν, ότι κατά τη μέτρηση της ΑΠ σε ύπτια θέση (ο ασθενής ξαπλωμένος), ο βραχίονας πρέπει να ακουμπάει σε μαξιλάρι. Στην ύπτια θέση, ο βραχίονας βρίσκεται στο ύψος του δεξιού κόλπου όταν κείται στο μισό της απόστασης μεταξύ του κρεβατιού και του επιπέδου του στέρνου. Κατά συνέπεια, εάν ο βραχίονας στηρίζεται στο κρεβάτι, θα είναι κάτω από το επίπεδο της καρδιάς. Για αυτόν το λόγο, όταν λαμβάνονται μετρήσεις στην ύπτια θέση ο βραχίονας πρέπει να υποστηριχθεί με ένα μαξιλάρι.^{55,67,71,2,29}

Ως προς ενδεικνυόμενο τρόπο μέτρησης της ΑΠ και για τις διαστάσεις που πρέπει να έχει η περιχειρίδα, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι υψηλό ποσοστό και συγκεκριμένα το 78,2% των ερωτηθέντων γνώριζε τον ενδεικνυόμενο

τρόπο μέτρησης της ΑΠ με ακρόαση της βραχιόνιας αρτηρίας.

Το 57,2% και το 52,9% γνώριζε τις κάθετες και οριζόντιες διαστάσεις της περιχειρίδας, αντίστοιχα, μια γνώση βασική για την ακρίβεια των αποτελεσμάτων. Η χρησιμοποίηση περιχειρίδας κατάλληλου μεγέθους εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την ακριβή μέτρηση της ΑΠ. Οι διαστάσεις του αεροθαλάμου της περιχειρίδας πρέπει να είναι ανάλογες με την περίμετρο και το μήκος του βραχίονα του εξεταζομένου. Ο αεροφόρος ασκός της περιχειρίδας πρέπει να έχει οριζόντια διάσταση (μήκος) που να περιβάλλει τουλάχιστο το 75-80% της περιμέτρου του βραχίονα και κάθετη διάσταση (πλάτος) ίση με τα 2/3 του μήκους του βραχίονα (λέγοντας «μήκος του βραχίονα» εννοούμε την απόσταση από τη μασχάλη μέχρι την άρθρωση του αγκώνα).^{1,2,9} Αναμφισβήτητα, η χρήση ακατάλληλης περιχειρίδας οδηγεί σε αναξιόπιστη μέτρηση της ΑΠ, όμως βιβλιογραφικά υπάρχει μια σύγχυση σχετικά με το πώς οι περιχειρίδες μικρότερων ή μεγαλύτερων διαστάσεων από τις ενδεικνυόμενες επιδρούν στην ΑΠ. Όσον αφορά τη χρήση περιχειρίδων πολύ στενών δηλαδή με διαστάσεις είτε πολύ μικρού μήκους είτε πολύ μικρού πλάτους, οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι καθώς η πίεση δεν ασκείται ομοιόμορφα στην αρτηρία, αυξάνεται τόσο η μετρούμενη τιμή της ΣΑΠ όσο και η μετρούμενη τιμή της ΔΑΠ



σε σχέση με τις πραγματικές τιμές τους, όμως άλλοι υποστηρίζουν ότι η ΣΑΠ φέρεται ψευδώς μειωμένη (περίπου κατά 8 mmHg) και η ΔΑΠ ψευδώς αυξημένη (επίσης περίπου κατά 8mmHg). Παρόμοια σύγχυση υπάρχει και για τη χρήση περιχειρίδων πολύ μεγάλων (είτε μεγάλου μήκους είτε μεγάλου πλάτους), διότι προκαλούν την εμφάνιση τιμών ΣΑΠ και ΔΑΠ ψευδώς χαμηλών, επειδή η πίεση ασκείται σε σχετικά μεγάλη επιφάνεια, ενώ κάποιοι υποστηρίζουν ότι το θέμα αυτό δεν έχει ακόμη πλήρως διευκρινισθεί.^{34,35,36,16}

Η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης³⁶ συνιστά τη χρησιμοποίηση δύο κυρίως περιχειρίδων, μίας με αεροθάλαμο 13 X 23 cm (για περίμετρο βραχίονα 23-29 cm) και μιας δεύτερης με αεροθάλαμο 15 X 28 cm (για περίμετρο βραχίονα 28-35 cm), που είναι επαρκείς για τις περισσότερες περιπτώσεις. Σε βραχίονα <23 cm συστήνει ότι χρειάζεται μικρότερη περιχειρίδα και σε >35 cm μεγαλύτερη.

Όσον αφορά τη θέση που θα πρέπει να βρίσκεται η περιχειρίδα σε σχέση με τον αγκώνα, τον κορμό του σώματος και το ύψος της καρδιάς, ώστε να γίνει σωστή μέτρηση της ΑΠ, το 59,7% γνώριζε, ότι η περιχειρίδα πρέπει να τοποθετείται 2-3 cm υψηλότερα από το σημείο ψηλάφησης της βραχιόνιας αρτηρίας (σημείο που πρέπει να τοποθετείται και το στηθοσκόπιο για την ακρόαση του σφυγμού αυτής), ενώ το υπόλοιπο 40,3% θεωρούσε, ότι η περιχειρίδα πρέπει να

τοποθετείται ακριβώς πάνω ή και χαμηλότερα από το σημείο ψηλάφησης και ακρόασης της βραχιόνιας αρτηρίας, το οποίο σημαίνει, ότι το στηθοσκόπιο τυλίγεται μέσα στην περιχειρίδα, που φυσικά είναι λανθασμένη τεχνική. Για την εξασφάλιση σωστής θέσης τοποθέτησης της περιχειρίδας, πρέπει να γίνει ψηλάφηση της βραχιόνιας αρτηρίας στην έσω επιφάνεια του βραχίονα στην περιοχή της άρθρωσης του αγκώνα. Η περιχειρίδα τοποθετηθείτε στον απογυμνωμένο ανώτερο βραχίονα κενή αέρος και κατά τέτοιο τρόπο ώστε το κέντρο του αεροφόρου ασκού να βρίσκεται κατά μήκος της βραχιόνιας αρτηρίας. Το κατώτερο άκρο της περιχειρίδας πρέπει να τοποθετείται 2-3cm υψηλότερα από το σημείο ψηλάφησης και ακρόασης της βραχιόνιας αρτηρίας και κατά συνέπεια 2-3cm υψηλότερα από την άρθρωση του αγκώνα, ώστε να αφήνει αρκετό χώρο για την τοποθέτηση του στηθοσκοπίου με το οποίο θα γίνει η ακρόαση του βραχιόνιου σφυγμού και των ήχων Korotkoff. Το κέντρο της περιχειρίδας πρέπει να βρίσκεται στο επίπεδο του δεξιού κόλπου (4^ο μεσοπλεύριο διάστημα), θέση, που συστήνεται ως η ιδανικότερη για ακριβείς μετρήσεις της ΑΠ. Αν το κέντρο της περιχειρίδας είναι πιο πάνω, η μετρούμενη ΑΠ θα είναι λανθασμένα χαμηλή, ενώ εάν είναι πιο κάτω, θα είναι λανθασμένα υψηλή. Κάθε μετατόπιση κατά 1,3 cm μεταβάλλει την ΑΠ κατά 1 mmHg.^{1,9,37,38}

Κατά τα τελευταία χρόνια συνιστάται οι 2 λαστιχένιοι σωλήνες να τοποθετούνται υψηλότερα και περιμετρικά του σημείου ψηλάφησης και ακρόασης της βραχιόνιας αρτηρίας, ώστε η περιοχή της άρθρωσης του αγκώνα να είναι ελεύθερη για την ψηλάφηση της βραχιόνιας αρτηρίας και την τοποθέτηση του στηθοσκοπίου για την ακρόαση του βραχιόνιου σφυγμού και των ήχων Korotkoff. Το κέντρο της κλίμακας του σφυγομανόμετρου (δηλαδή ο μηνίσκος του υδραργύρου σε υδραργυρικά μανόμετρα ή η βελόνα σε κοινά μανόμετρα) πρέπει να τοποθετηθεί στο ίδιο επίπεδο με τα μάτια του παρατηρητή, ώστε αυτός να μπορεί να διαβάσει σωστά την ΑΠ που μετράται. Αν ο παρατηρητής κοιτάει την κλίμακα από κάτω θα διαβαστεί υψηλότερη ΑΠ, ενώ στην αντίθετη περίπτωση που ο παρατηρητής κοιτάει την κλίμακα από πάνω θα διαβαστεί χαμηλότερη ΑΠ.^{1,37}

Ο κώδωνας του στηθοσκοπίου πρέπει να τοποθετείται ακριβώς πάνω στην ψηλαφούμενη βραχιόνια αρτηρία στην άρθρωση του αγκώνα (πιο συγκεκριμένα στην πρόσθια αγκωνιαία αύλακα, κάτω από τον τένοντα των δικέφαλων μυών).^{1,9}

Σχετικά με το φούσκωμα και το ξεφούσκωμα της περιχειρίδας, μόνο το 24,1% γνώριζε, μέχρι ποια ένδειξη της βελόνας ή της στήλης υδραργύρου θα πρέπει να φουσκώνει την περιχειρίδα ενώ το 45,1% θεωρούσε, ότι η περιχειρίδα πρέπει να φουσκώνει μέχρι την

ένδειξη 200 mmHg. Το 52,3% ανέφερε το σωστό ρυθμό με τον οποίο πρέπει να ξεφουσκώνει η περιχειρίδα, δηλ., 2-3 mmHg το δευτερόλεπτο. Η εισαγωγή αέρα μέσα στην περιχειρίδα (φούσκωμα της περιχειρίδας) γίνεται μέσω του λαστιχένιου σωλήνα που φέρει το πουάρ. Η περιχειρίδα πρέπει να φουσκώνει σχετικά γρήγορα, ώστε να αποφευχθεί παρατεταμένη ταλαιπωρία του εξεταζομένου/ασθενούς. Το μέγιστο επίπεδο φουσκώματος της περιχειρίδας συνιστάται να είναι περίπου 30-40 mmHg πάνω από τον τελευταίο ακουόμενο με το στηθοσκόπιο ή τον τελευταίο ψηλαφούμενο με το δείκτη και το μέσο του εξεταστή βραχιόνιο σφυγμό.^{21,31,38} Αυτό πρακτικά σημαίνει, ότι το στηθοσκόπιο μπορεί να τοποθετηθεί στην εντοπισμένη βραχιόνια αρτηρία, είτε πριν την έναρξη του φουσκώματος της περιχειρίδας, είτε κατά το τέλος του φουσκώματος της περιχειρίδας και πριν την έναρξη του ξεφουσκώματος αυτής.^{2,9,39}

Επίσης, συνιστάται να πραγματοποιούνται 2 φουσκώματα περιχειρίδας, ένα πρώτο χωρίς στηθοσκόπιο με την ψηλάφηση του κερκιδικού ή του βραχιόνιου σφυγμού και ένα δεύτερο με στηθοσκόπιο για την ακρόαση του βραχιόνιου σφυγμού. Σκοπός του πρώτου φουσκώματος είναι ο καλύτερος προσδιορισμός του μέγιστου φουσκώματος της περιχειρίδας (MIL) και ο προσδιορισμός της ψηλαφούμενης Συστολικής ΑΠ.^{9,38}



Η διαφυγή αέρα από την περιχειρίδα (ξεφουσκώμα της περιχειρίδας) πρέπει να γίνεται με πολύ αργό ρυθμό, περίπου 2-3 mmHg ανά sec με σκοπό την καλύτερη δυνατή ακρόαση και διάκριση των ήχων Korotkoff και τον ακριβέστερο δυνατό προσδιορισμό της ΣΑΠ και ΔΑΠ στα πλησιέστερα 2 mmHg.^{1,2}

Ρυθμός διαφυγής αέρα (ξεφουσκώματος) > 2-3 mmHg μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική υποτίμηση της ΣΑΠ και υπερεκτίμηση της ΔΑΠ.^{1,2,39}

Ως προς το σωστό προσδιορισμό της Συστολικής και της Διαστολικής ΑΠ, το 88,4% γνώριζε τους ήχους που προσδιορίζουν την τιμή της Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΣΑΠ) δηλ., τη στιγμή που ακούγεται ο πρώτος από τους ρυθμικούς ήχους. Το 72,7% γνώριζε τους ήχους που προσδιορίζουν την τιμή της Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΔΑΠ) δηλ., τη στιγμή που ακούγεται ο τελευταίος ήχος. Ως γνωστό, ο προσδιορισμός της ΑΠ (Συστολικής & Διαστολικής) γίνεται κατά τη διάρκεια της εκκένωσης του αεροφόρου ασκού της περιχειρίδας, με την ακρόαση των ήχων Korotkoff μέσω του στηθοσκοπίου, που είναι τοποθετημένο πάνω στη βραχιόνια αρτηρία, στην πρόσθια αγκωνιαία αύλακα. Παραδοσιακά, οι ήχοι Korotkoff έχουν ταξινομηθεί σε 5 φάσεις:^{4,21,30}

Φάση I: Πρώτη εμφάνιση εξασθενημένων, επαναλαμβανόμενων, σαφών, απότομων

(σαν τρύπημα) ήχων που αντιστοιχούν στην εμφάνιση ενός προφανούς σφυγμού, των οποίων η ένταση αυξάνεται βαθμιαία. Η εμφάνιση του 1^{ου} από τους 2 πρώτους επαναλαμβανόμενους (διαδοχικούς) ήχους προσδιορίζει την τιμή της Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης.

Φάση II: Συνοπτική περίοδος κατά την οποία οι ήχοι γίνονται απαλότεροι (μαλακότεροι) και μεγαλύτεροι σε διάρκεια.

Φάση III: Περίοδος κατά την οποία οι ήχοι γίνονται πιο εύθρυπτοι και δυνατοί (αιχμηροί) και επανακτούν ή ενίοτε και υπερβαίνουν την ένταση των ήχων της φάσης I.

Φάση IV: Ευδιάκριτη απότομη κάλυψη των ήχων που γίνονται πιο απαλοί (μαλακοί), σαν να ασθμαίνουν. Οι ήχοι της φάσης αυτής χρησιμοποιούνται σε ορισμένες περιπτώσεις για τον προσδιορισμό της Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης.

Φάση V: Το σημείο στο οποίο οι ήχοι εξαφανίζονται πλήρως. Αναφέρεται και ως το σημείο που ακούγεται ο τελευταίος ευδιάκριτος ήχος. Η φάση αυτή προσδιορίζει τη Διαστολική Αρτηριακή Πίεση.

Σήμερα, υπάρχει απόλυτη συμφωνία μεταξύ των αρμοδίων, ότι η αρχή της φάσης I αντιστοιχεί στη ΣΑΠ και ότι η φάση V (εξαφάνιση των ήχων) αντιστοιχεί στη ΔΑΠ.^{1,2}

Καθώς η περιχειρίδα ξεφουσκώνει αργά με ρυθμό 2-3 mmHg/sec, η Συστολική ΑΠ

προσδιορίζεται από την εμφάνιση του πρώτου σαφούς από τους επαναλαμβανόμενους ρυθμικούς ήχους Korotkoff της φάσης I. Η ανωτέρω πρόταση βρίσκει απόλυτα σύμφωνους όλους τους ειδικούς επιστήμονες και τους αρμόδιους οργανισμούς/εταιρείες/φορείς για θέματα μέτρησης Αρτηριακής Πίεσης. Καθώς η περιχειρίδα συνεχίζει να ξεφουσκώνει, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πιθανό οι ήχοι K της φάσης I να εξαφανιστούν και να ξαναεμφανιστούν σε ένα πιο χαμηλό επίπεδο. Το φαινόμενο αυτό, γνωστό ως «κενό στηθοσκόπησης» (“auscultatory gap”), πιθανόν να οφείλεται σε διαταραχές της ενδοαρτηριακής πίεσης και εμφανίζεται συχνότερα σε εγκύους, σε ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση shock, σε ασθενείς με αρρυθμίες κυρίως υπερκοιλιακές και σε υπερτασικούς με βλάβες οργάνων-στόχων. Το κενό στηθοσκόπησης μπορεί να καλύπτει μια μεγάλη έκταση που να φθάνει τα 40 mmHg.^{37,38,39}

Σήμερα, υπάρχει μια γενική συναίνεση, ότι για τον προσδιορισμό της Διαστολικής ΑΠ πρέπει να χρησιμοποιηθεί η εξαφάνιση των ήχων ή αλλιώς ο τελευταίος ευδιάκριτος ήχος (η φάση V των ήχων Korotkoff), εκτός από τις καταστάσεις εκείνες στις οποίες η εξαφάνιση των ήχων δε μπορεί να καθοριστεί επειδή οι ήχοι είναι ευδιάκριτοι ακόμα και μετά το πλήρες ξεφούσκωμα της περιχειρίδας,

δηλαδή στις καταστάσεις εκείνες που οι ήχοι Korotkoff ακούγονται μέχρι το σημείο 0.

Ως προς τις γνώσεις σχετικά με την καταγραφή της ΑΠ, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 54,6% των ερωτηθέντων δεν γνώριζε τον ορθό τρόπο καταγραφής. Καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των σφυγμομανομέτρων (υδραργυρικών και κοινών) βαθμονομείται ανά 2 mmHg, η ΑΠ συνιστάται να προσδιορίζεται και να καταγράφεται στα πλησιέστερα 2 mmHg και όχι κατά προσέγγιση στα πλησιέστερα 5 mmHg ή 10 mmHg, όπως συνηθίζεται. Στην περίπτωση που η κορυφή του μηνίσκου (σε υδραργυρικά μανόμετρα) ή το άκρο της βελόνας (σε κοινά μανόμετρα) βρίσκεται μεταξύ δύο ενδείξεων, τότε ο προσδιορισμός και η καταγραφή της ΑΠ γίνεται στη μεγαλύτερη από τις δύο ενδείξεις. Π.χ. αν η ΣΑΠ «διαβαστεί» μεταξύ των ενδείξεων 122 και 124 και η ΔΑΠ «διαβαστεί» μεταξύ των ενδείξεων 86 και 88, τότε πρέπει να καταγραφεί ΑΠ = 124/88 mmHg (στα πλησιέστερα 2 mmHg), και όχι 125/85 mmHg (στα πλησιέστερα 5 mmHg), ούτε 120/90 mmHg (στα πλησιέστερα 10 mmHg).^{1,2}

Ως προς το σωστό αριθμό μετρήσεων, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 41,1% γνώριζε, ο αριθμός των μετρήσεων που πρέπει να γίνονται στο χέρι του ασθενούς είναι 2 ή 3 μετρήσεις τη φορά στο ίδιο χέρι, με μεσοδιαστήματα 1 min, εκ των οποίων υπολογίζεται και καταγράφεται ως τελική



τιμή της ΑΠ ο μέσος όρος των 2 τελευταίων. Η προγνωστική δύναμη των πολλαπλών μετρήσεων σε κάθε λήψη της Αρτηριακής Πίεσης είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτήν της μιας και μοναδικής μέτρησης. Όλοι οι ειδικοί επιστήμονες και οι αρμόδιοι οργανισμοί/ εταιρείες/ φορείς σε θέματα ΑΠ και Υπέρτασης συστήνουν ότι πρέπει να γίνονται τουλάχιστον 2 μετρήσεις κάθε φορά που λαμβάνεται η ΑΠ. Οι Beevers, Lip και συν.,³⁷ υποδεικνύουν 2 μετρήσεις τη φορά, για βελτίωση της αξιοπιστίας της μέτρησης και αποφυγή λανθασμένης διάγνωσης και ακατάλληλης διαχείρισης του εξεταζομένου.

Η American Heart Association προτείνει 2 μετρήσεις σε διάστημα τουλάχιστον 1 min η μία από την άλλη, και χρησιμοποίηση του μέσου όρου των 2 αυτών μετρήσεων ως αντιπροσωπευτικής ΑΠ του ατόμου. Σε περίπτωση που μεταξύ των 2 πρώτων μετρήσεων υπάρχει διαφορά ΑΠ > 5 mmHg πρέπει να γίνουν πρόσθετες 1 ή 2 μετρήσεις και να χρησιμοποιηθεί ο μέσος όρος των 2 τελευταίων μετρήσεων ως η αντιπροσωπευτική ΑΠ του ατόμου.^{21,23} Η παράλειψη της 1^{ης} μέτρησης δικαιολογείται από το γεγονός, ότι κατά τη λήψη μιας σειράς μετρήσεων ΑΠ, η πρώτη μέτρηση είναι χαρακτηριστικά υψηλότερη από τις υπόλοιπες.^{1,2}

Η ΑΠ πρέπει να καταγράφεται αμέσως μετά το τέλος της μέτρησης. Εκτός από τις τιμές της ΣΑΠ και της ΔΑΠ καλό είναι να

καταγράφονται και άλλα στοιχεία που αφορούν τη μέτρηση της ΑΠ, όπως είναι η ακριβής ώρα της μέτρησης, η θέση του ασθενούς, ο βραχίονας που χρησιμοποιήθηκε, οι διαστάσεις της περιχειρίδας (ιδιαίτερα στους παχύσαρκους), η παρουσία κενού στηθοσκόπησης, τυχόν αϋπνία, ανησυχία, νευρικότητα ή στενοχώρια του εξεταζομένου/ ασθενούς, η λήψη και ο χρόνος λήψης αντιυπερτασικών φαρμάκων πριν από τη μέτρηση σε υπερτασικούς κ.ο.κ.

Συμπεράσματα

Για τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών νοσηλευτών ως προς τη μέτρηση της ΑΠ, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

39. AHA (American Heart Association): Pickering T, Hall JE, Appel LG, Falkner B, Graves J, Hill MN, Jones DW, Kurtz T, Sheps SG, Roccella EJ. AHA Scientific Statement - Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals - Part 1: Blood Pressure Measurement in Humans: A Statement for Professionals From the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood

- Pressure Research. Hypertension. 2005; 45: 142-161.
40. Netea RT, Thien T. Blood pressure measurement: We should do it all better! The Netherland Journal of Medicine, 2004;62(8): 297-303.
41. Vloet L, Smits R, Frederiks C, Hoefnagels W, Jansen R. Evaluation of skills and knowledge on orthostatic blood pressure measurements in elderly patients. Age and Ageing. 2002; 31(3): 211-216.
42. Veiga EV, Nogueira MS, Carnio EC, Marques S, Lavrador MA, Souza LA, et al. Assessment of the techniques of blood pressure measurement by health professionals. Arq Bras Cardiol. 2003; 80 (1): 89-93.
43. Dickson B, Hajjar I. Blood Pressure Measurement Education and Evaluation Program improves measurement accuracy in community-based nurses: A pilot study. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2007;19(2): 93-102.
44. Brokalaki H, Matziou V, Gymnopoulou E, Galanis P, Brokalaki E, Theodossiades G. Modification of nursing students' performance in blood pressure measurement: an educational retraining programme. International Nursing Review. 2008;55(2): 187-191.
45. Frijling BD, Spies TH, Lobo CM, Hulscher ME, van Drenth BB, Braspenning JC, et al. Blood pressure control in treated hypertensive patients: clinical performance of general practitioners. Br J Gen Pract. 2001;51(462): 9-14.
46. Armstrong RS. Nurses' knowledge of error in blood pressure measurement technique. International Journal of Nursing Practice. 2002; 8: 118-126.
47. European Health Risk Monitoring (EHRM): Tolonen H, Kuulasmaa K, Laatikainen T, Wolf H and the European Health Risk Monitoring Project. European Health Risk Monitoring (EHRM): Recommendation for indicators, international collaboration, protocol and manual of operations for chronic disease risk factor surveys. Finnish National Public Health Institute (KTL), 2002.
48. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007; 25: 1105-1187.
49. Clark LA, Denby L, Pregibon D, Harshfield GA, Pickering TG, Blank S, et al. A quantitative analysis of the effect of activity and time of the day on the diurnal variations of blood pressure. J Chronic Dis. 1987; 40 (7): 671-679.



50. Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens*. 1992; 10: 495-499.
51. Cornelis MC, El-Sohemy A. Coffee, caffeine, and coronary heart disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2007;10(6):745-51.
52. Corti R, Binggeli C, Sudano I, Spieker L, Hanseler E, Ruschitzka F, et al. Coffee acutely increases sympathetic nerve activity and blood pressure independently of caffeine content. Role of habitual versus nonhabitual drinking. *Circulation*. 2002; 106: 2935-2940.
53. Padwal RJ, Hemmelgarn BR, Khan NA, Grover S, McAlister FA, McKay DW, et al. The 2008 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 - blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Can J Cardiol*. 2008;24(6):455-63.
54. Bakx JC, Netea RT, van den Hoogen HJ, Oerlemans G, van Dijk R, van den Bosch WJ, et al. The influence of a rest period on blood pressure measurement. *Huisarts Wetenschap*. 1999; 42: 53-56.
55. Netea RT, Bijlstra PJ, Lenders JW, Smits P, Thien T. Influence of the arm position on intra-arterial blood pressure measurement. *J Hum Hypertens*. 1998;12(3):157-60.
56. Puddey IB, Jenner DA, Beilin LJ, Vandongen R. Alcohol consumption, age and personality characteristics as important determinants of within-subject variability in blood pressure. *J Hypertens*. 1988; 6(Suppl 4): S617-619.
57. Mancia G, Casadei R, Groppelli A, Parati G, Zanchetti A. Effect of stress on diagnosis of hypertension. *Hypertension*. 1991; 4(suppl.3): 56-62.
58. Handler J. The importance of accurate blood pressure measurement. *Perm J*. 2009;13(3):51-4.
59. Λεμονίδου Χ, Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής – Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας, τόμος II, 3η Έκδοση, Αθήνα, 2004.
60. Ogedegbe G, Pickering T. Principles and techniques of blood pressure measurement. *Cardiol Clin*. 2010;28(4):571-86.
61. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group: Kaplan N, Mendis S, Poulter N, Whitworth J. World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. *J Hypertens*. 2003; 21: 1983-1992.
62. Williams B, Poulter N, Brown M, Davis M, McInnes G, Potter J, et al. British Hypertension Society Guidelines for

- Hypertension Management 2004. Br Med J. 2004; 328 (7440): 634-640.
63. European Health Risk Monitoring (EHRM): Tolonen H, Kuulasmaa K, Laatikainen T, Wolf H and the European Health Risk Monitoring Project. European Health Risk Monitoring (EHRM): Recommendation for indicators, international collaboration, protocol and manual of operations for chronic disease risk factor surveys. Finnish National Public Health Institute (KTL), 2002.
64. Beevers G, Lip G, O'Brian E. ABC of Hypertension. Blood pressure measurement. Sphygmomanometry: factors to all techniques. Br Med J. 2001; 322 (7292): 981-985.
65. Cushman WC, Cooper KM, Horne RA, Meydrech EF. Effect of back support and stethoscope head on seated blood pressure determinations. Am J Hypertens. 1990;3(3):240-241.
66. Peters GL, Binder SK, Campbell NR. The effect of crossing legs on blood pressure: a randomized single-blind cross-over study. Blood Press Monit. 1999; 4: 97-101.
67. Netea RT, Lenders JWM, Smits P, Thien T. Both body and arm position significantly influence the blood pressure measurement. J Hum Hypertens. 2003; 17: 459-462.
68. Nichols WW. Clinical measurement of arterial stiffness obtained from noninvasive pressure waveforms. Am J Hypertens. 2005 Jan;18(1 Pt 2):3S-10S.
69. Lane D, Beevers M, Barnes N, Bourne J, John A, Malis S, Beevers DC. Inter-arm differences in blood pressure: when are they clinically significant? J Hypertens. 2002; 20: 1089-1095.
70. Meert RM, Griun CE. Inaccurate blood pressure measurement in the clinical setting causes and control. Am J Hypertens. 2000; 13: A24.
71. McAlister FA, Straus SE. Evidence based treatment of hypertension - Measurement of blood pressure: an evidence based review. Br Med J. 2001; 322(7291): 908-911.
72. Αδαμόπουλος Π. Υπέρταση: Μηχανισμοί – Ανίχνευση – Διάγνωση – Διερεύνηση – Αντιμετώπιση: ενήλικες, ηλικιωμένοι, γυναίκες, παιδική – εφηβική ηλικία, 2^η Έκδοση, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2002.
73. O'Brien ET. Review: a century of confusion; which bladder for accurate blood pressure measurement? J Hum Hypertens. 1996; 10(9): 565-572.
74. Στεργίου Γ, Αβραμόπουλος Η, Ανδρεάδης Ε, Αχείμαστος Α, Βαρσαμής Ε, Βέμμος Κ και συν. Πρακτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Υπέρταση. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης. 2008.



75. Beevers G, Lip G, O'Brien E. ABC of Hypertension: Blood pressure measurement: Part II Conventional sphygmomanometry: technique of auscultatory blood pressure measurement. *Br Med J.* 2001;322 (7293): 1043-1047.
76. Grim CE, Grim CM: Ακριβής και Αξιόπιστη Μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης στο Ιατρείο και στο Σπίτι. In: Brawnwald E (s.ed.), Hollenberg N. (ed.): *Atlas of Hypertension*, 4th ed. Philadelphia, Current Medicine, 2003: 325-336. Ελληνική έκδοση: επιμέλεια: Ελισάφ Μ, μετάφραση: Καλογήρου Μ, εκδόσεις «Βαγιονάκη», Αθήνα 2004.
77. Kaplan NM, Lieberman E. Measurement of blood pressure. *Clinical hypertension*. Seventh ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998: 19-39.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

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

	N	%
Φύλο		
• Άντρες	43	12,0
• Γυναίκες	316	88,0
Ηλικία (Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση)	36,1 ± 8,6	
Κατηγορία νοσηλευτικού προσωπικού		
• ΥΕ	7	1,9
• ΔΕ	168	46,7
• ΤΕ	180	50,0
• ΠΕ	5	1,4
Έτη εργασίας στη νοσηλευτική υπηρεσία συνολικά (Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση)	11,7 ± 8,6 ***	
Τμήμα εργασίας την περίοδο διενέργειας της έρευνας		
• Παθολογική Κλινική	38	10,6
• Νευρολογική κλινική	15	4,2
• Καρδιολογική Κλινική	12	3,3
• Χειρουργική Κλινική	54	15,0
• Ορθοπεδική Κλινική	20	5,6
• Μεικτές Κλινικές (Παθολογική & Χειρουργική) *	19	5,3
• ΜΕΘ/ΜΑΦ	30	8,3
• Καρδιολογική Μονάδα	26	7,2
• Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	20	5,6
• Χειρουργείο	34	9,4
• ΤΕΠ/Εξωτερικά Ιατρεία	45	12,5
• Μικρά τμήματα **	47	13,1
Έτη εργασίας στο παρόν τμήμα (Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση)	7,0 ± 6,9 ***	



Πίνακας 2 : Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης με βάση τις γνώσεις σχετικά με την προετοιμασία του εξεταζομένου

	N	%	% σωστών απαντήσεων
Πριν από τη μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης, ο εξεταζόμενος πρέπει:			
• να απέχει από επίπονη εργασία και άσκηση για 1h.	10	3,0	79,6
• να αποφύγει τη λήψη καφέ, οινοπνευματωδών και μεγάλων γευμάτων για 30-60 λεπτά.	10	3,0	
• να παραμείνει ήρεμος στο χώρο της εξέτασης τουλάχιστον για 5 λεπτά.	48	14,4	
• όλα τα ανωτέρω	265	79,6	

Πίνακας 3: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης με βάση τις γνώσεις σχετικά με τις θέσεις του σώματος & του βραχίονα κατά τη διαδικασία της μέτρησης της ΑΠ

	N	%	% σωστών απαντήσεων
Κατά τη μέτρηση της ΑΠ σε καθιστή θέση πρέπει:			
i) ο βραχίονας του χεριού που θα μετρηθεί η ΑΠ να ακουμπά σε ειδικό τραπέζιδιο ή μαξιλάρι.			98,6
▪ Σωστό	348	98,6	
▪ Λάθος	5	1,4	
ii) η ράχη του ασθενούς να ακουμπάει στην πλάτη της καρέκλας.			94,8
▪ Σωστό	325	94,8	
▪ Λάθος	18	5,2	
Κατά τη μέτρηση της ΑΠ σε ύπτια θέση (ο ασθενής ξαπλωμένος), ο βραχίονας πρέπει να ακουμπάει σε μαξιλάρι.			48,1
▪ Σωστό	169	48,1	
▪ Λάθος	182	51,9	

Πίνακας 4 : Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης με βάση τις γνώσεις σχετικά με το χέρι που θα επιλεγεί για να μετρηθεί η ΑΠ

	N	%	% σωστών απαντήσεων
Κατά την πρώτη επίσκεψη / μέτρηση του ασθενούς στο ιατρείο / νοσοκομείο, σε ποιο χέρι πρέπει να μετράται η ΑΠ;			
• Στο δεξί χέρι	10	2,8	
• Στο αριστερό χέρι	52	14,7	
• Σε οποιοδήποτε χέρι (δεν έχει σημασία αν είναι το δεξί ή το αριστερό χέρι)	76	21,5	60,9
• Και στα δύο χέρια	215	60,9	
Είναι δυνατόν οι ανευρισκόμενες τιμές της ΑΠ να έχουν μεγάλη και σταθερή διαφορά μεταξύ των 2 χεριών (να είναι δηλαδή η ΑΠ σημαντικά μεγαλύτερη ή μικρότερη σε κάποιο από τα δύο χέρια);			
• Ναι	262	74,2	74,2
• Όχι	91	25,8	
Αν ναι, σε ποιο χέρι συνιστάται να μετράται η ΑΠ;			
• Στο χέρι που εμφανίζει τη μικρότερη ΑΠ	18	6,9	72,9*
• Στο χέρι που εμφανίζει τη μεγαλύτερη ΑΠ	191	72,9	(54,1**)
• Δε γνωρίζω	53	20,2	



Πίνακας 5: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης με βάση τις γνώσεις σχετικά με την ενδεδειγμένη τεχνική μέτρησης της ΑΠ με σφυγμομανόμετρο και τις διαστάσεις της περιχειρίδας

	N	%	% σωστών απαντήσεων
Ποιος από τους κατωτέρω αναφερόμενους είναι ο πλέον ενδεδειγμένος τρόπος μέτρησης της ΑΠ;			
• Χρήση πιεσόμετρου + Ψηλάφηση της κερκιδικής αρτηρίας (με το δείκτη και το μεσαίο δάκτυλο του εξεταστή)	78	21,8	78,2
• Χρήση πιεσόμετρου + Ακρόαση της βραχιόνιας αρτηρίας (με το στηθοσκόπιο)	279	78,2	
Ο αεροφόρος ασκός της περιχειρίδας που θα επιλεγεί για να τοποθετηθεί στο βραχίονα του εξεταζομένου, πρέπει να έχει τις εξής διαστάσεις:			
i) Οριζόντια διάσταση που να περιβάλλει:			
• Το 50% της περιμέτρου του βραχίονα	97	28,0	57,2
• Το 75-80% της περιμέτρου του βραχίονα	198	57,2	
• Δε γνωρίζω	51	14,7	
ii) Κάθετη διάσταση ίση με:			
• Τα 2/3 του μήκους του βραχίονα	173	52,9	52,9
• Το 1/3 του μήκους του βραχίονα	95	29,1	
• Δε γνωρίζω.	59	18,0	

Πίνακας 6: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης με βάση τις γνώσεις σχετικά με τη θέση της περιχειρίδας

	N	%	%σωστών απαντήσεων
Η περιχειρίδα τοποθετείται στο βραχίονα:			
• ακριβώς πάνω από το σημείο ψηλάφησης της βραχιόνιας αρτηρίας	125	35,4	
• 2-3 εκατοστά υψηλότερα από το σημείο ψηλάφησης της βραχιόνιας αρτηρίας	211	59,8	59,8
• 2-3 εκατοστά χαμηλότερα από το σημείο ψηλάφησης της βραχιόνιας αρτηρίας	17	4,8	
Κατά τη διάρκεια της μέτρησης της ΑΠ σε καθιστή ή όρθια θέση, ποια πρέπει να είναι η θέση του βραχίονα σε σχέση με τον κορμό του σώματος και ποια η θέση της περιχειρίδας σε σχέση με την καρδιά;			
• Ο βραχίονας σε σχέση με τον κορμό του σώματος να σχηματίζει γωνία περίπου 90° & η περιχειρίδα να βρίσκεται ψηλότερα από το ύψος της καρδιάς.	69	19,8	
• Ο βραχίονας σε σχέση με τον κορμό του σώματος να σχηματίζει γωνία περίπου 45° & η περιχειρίδα να βρίσκεται περίπου στο ύψος της καρδιάς.	237	67,9	67,9
• Ο βραχίονας σε σχέση με τον κορμό του σώματος να σχηματίζει γωνία περίπου 30° & η περιχειρίδα να βρίσκεται χαμηλότερα από το ύψος της καρδιάς.	43	12,3	



Πίνακας 7: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης με βάση τις γνώσεις σχετικά με το φούσκωμα & το ξεφούσκωμα της περιχειρίδας

	N	%	% σωστών απαντήσεων
Όταν ξεκινάτε την κυρίως διαδικασία για τη μέτρηση της ΑΠ, μέχρι ποια ένδειξη της βελόνας (ή της στήλης του υδραργύρου) φουσκώνετε την περιχειρίδα;			
• Μέχρι 200 mmHg σε όλους ανεξαιρέτως τους εξεταζομένους	161	45,1	
• Μέχρι 200 mmHg σε γνωστούς υπερτασικούς & μέχρι 180 mmHg σε ύποπτους υπερτασικούς	94	26,3	
• Περίπου 30-40 mmHg πάνω από τον τελευταία ακουόμενο με το στηθοσκόπιο βραχιόνιο σφυγμό	86	24,1	24,1
• Αμέσως μετά την ακρόαση του τελευταίου βραχιόνιου σφυγμού (ή την ψηλάφηση του τελευταίου κερκιδικού σφυγμού)	16	4,5	
Με τι ρυθμό πρέπει να ξεφουσκώνετε την περιχειρίδα;			
• 10 mmHg το δευτερόλεπτο	32	9,1	
• 5 mmHg το δευτερόλεπτο	136	38,6	52,3
• 2-3 mmHg το δευτερόλεπτο	184	52,3	

Πίνακας 8: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης με βάση τις γνώσεις σχετικά με τον προσδιορισμό της ΑΠ

	N	%	% σωστών απαντήσεων
Τι προσδιορίζει την τιμή της Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΣΑΠ);			
• Η στιγμή που ακούγεται ο πρώτος από τους ρυθμικούς ήχους	312	88,4	
• Η στιγμή που αρχίζει να αυξάνεται η ένταση των ήχων	4	1,1	88,4
• Η στιγμή που ακούγεται ο πιο δυνατός σε ένταση ήχος	37	10,5	
Τι προσδιορίζει την τιμή της Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΔΑΠ);			
• Η στιγμή που αρχίζει να μειώνεται αισθητά η ένταση του ήχου	34	9,7	
• Η στιγμή που ακούγεται ο πιο αδύναμος σε ένταση ήχος	59	16,8	
• Η στιγμή που ακούγεται ο τελευταίος ήχος (με εξαίρεση τις περιπτώσεις που ο ήχος ακούγεται μέχρι το 0, οπότε η ΔΑΠ προσδιορίζεται από τη στιγμή που αρχίζει να μειώνεται αισθητά η ένταση του ήχου)	256	72,7	72,7
• Τίποτα από τα ανωτέρω (προσδιορίζεται με άλλο τρόπο)	3	0,9	



Πίνακας 9: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης με βάση τις γνώσεις σχετικά με την καταγραφή της ΑΠ και τον αριθμό των μετρήσεων που απαιτούνται για τον ορθό προσδιορισμό και καταγραφή αυτής

	N	%	% σωστών απαντήσεων
Πως καταγράφετε τη Συστολική και Διαστολική ΑΠ που μετρήσατε;			
• Στα πλησιέστερα 2 mmHg (π.χ. 126/84 mmHg)	112	32,4	
• Στα πλησιέστερα 5 mmHg (π.χ. 125/85 mmHg)	189	54,6	32,4
• Στα πλησιέστερα 10 mmHg (π.χ. 130/80 mmHg).	45	13,0	
Οποιαδήποτε φορά κι αν γίνει λήψη της ΑΠ σε έναν ασθενή, ο αριθμός των μετρήσεων που πρέπει να γίνονται στο χέρι του ασθενούς είναι:			
• Μόνο 1 μέτρηση τη φορά	96	27,2	
• 2 ή 3 μετρήσεις τη φορά στο ίδιο χέρι, με μεσοδιαστήματα 1 λεπτού, εκ των οποίων υπολογίζεται και καταγράφεται ως τελική τιμή της ΑΠ ο μέσος όρος των 2 τελευταίων	145	41,1	41,1
• Πάντοτε 3 μετρήσεις τη φορά στο ίδιο χέρι, με μεσοδιαστήματα 10 λεπτών η μια από την άλλη, εκ των οποίων υπολογίζεται και καταγράφεται ως τελική τιμή της ΑΠ ο μέσος όρος των 2 τελευταίων.	112	31,7	

Πίνακας 10: Συνοπτικός πίνακας ερωτήσεων και απαντήσεων σχετικά με τη μέτρηση της Α.Π

Ερωτήσεις σχετικά με:	Δείγμα: 360		
	Απάντησαν συνολικά	Απάντησαν σωστά	% σωστών απαντήσεων
Προετοιμασία ασθενούς	333	265	79,6
Αναγκαιότητα στήριξης βραχίονα (μέτρηση σε καθιστή θέση)	353	348	98,6
Αναγκαιότητα στήριξης ράχης (μέτρηση σε καθιστή θέση)	343	325	94,8
Αναγκαιότητα ανύψωσης βραχίονα με μαξιλάρι (μέτρηση σε ύπτια θέση)	351	169	48,1
Επιλογή χεριού για μέτρηση κατά την 1 ^η επίσκεψη	353	215	60,9
Πιθανότητα ύπαρξης μεγάλης και σταθερής διαφοράς ΑΠ μεταξύ των 2 χεριών	353	262	74,2
Επιλογή χεριού για μέτρηση ΑΠ σε περίπτωση μεγάλης και σταθερής διαφοράς ΑΠ μεταξύ των 2 χεριών	262	191	72,9
Τεχνική μέτρησης (ακρόαση βραχιόνιας ή ψηλάφηση κερκιδικής)	357	279	78,2
Μήκος περιχειρίδας	346	198	57,2
Πλάτος περιχειρίδας	327	173	52,9
Θέση περιχειρίδας σε σχέση με τον αγκώνα	336	211	59,8
Θέση βραχίονα σε σχέση με το σώμα και περιχειρίδας σε σχέση με την καρδιά	349	237	67,9
Μέγιστο επίπεδο φουσκώματος περιχειρίδας	357	86	24,1
Ρυθμός ξεφουσκώματος περιχειρίδας	352	184	52,3
Ήχος προσδιορισμού ΣΑΠ	353	312	88,4
Ήχος προσδιορισμού ΔΑΠ	352	256	72,7
Καταγραφή ΑΠ	346	189	32,4
Αριθμός & μεσοδιαστήματα μετρήσεων σε κάθε λήψη ΑΠ	353	145	41,1