

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 Περιβαλλοντική Υγεία

10^{ος} Τόμος
2^ο Τεύχος

10th Volume, 2nd Issue

Απρίλιος -
Ιούνιος 2011

April - June 2011

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- Η τεχνική των Δελφών στη νοσηλευτική έρευνα.
Μέρος 1^ο: Η κλασική μεθοδολογική προσέγγιση και οι βασικές τροποποιήσεις
- Περιεγχειρητική εκπαίδευση ασθενούς που υποβάλλεται σε Καρδιοχειρουργική Επέμβαση

ΕΡΕΥΝΕΣ

- Συχνότητα εισαγωγών στις ΜΕΘ από τροχαίο ατύχημα
- Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
- Η εφηβική σεξουαλικότητα στο προσκήνιο.
Μελέτη και προβλεψιμότητα της χρήσης προφυλακτικού μέσω της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς
- Βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες
- Άγχος και κατάθλιψη ασθενών που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή

Περιεχόμενα Contents

Σελίδα- Page

Άρθρο Σύνταξης - Editorial

- Περιβαλλοντική Υγεία. 165
Environmental Health. (Editorial article is available only in Greek)

Ανασκοπήσεις - Reviews

1. Η τεχνική των Δελφών στη νοσηλευτική έρευνα. Μέρος 1^ο: Η κλασική μεθοδολογική προσέγγιση και οι βασικές τροποποιήσεις. 169
The Delphi Technique in nursing research - Part 1: The classical methodological approach and its main modifications.
2. Περιεγχειρητική εκπαίδευση ασθενούς που υποβάλλεται σε Καρδιοχειρουργική Επέμβαση. 186
Perioperative Education Of Patient Undergoing Cardiac Syrgery.

Έργα - Original Papers

1. Συχνότητα εισαγωγών στις ΜΕΘ από τροχαίο ατύχημα. 199
Frequency of admission in Intensive Care Unit due to road accident.
2. Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. 221
Exploring the nurse's role in Intensive Care Units.
3. Η εφηβική σεξουαλικότητα στο προσκίνηιο. Μελέτη και προβλεψιμότητα της χρήσης προφυλακτικού μέσω της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. 239
Adolescent sexuality in the limelight. Study and predictability of condom use through the theory of planned behaviour.
4. Βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες. 260
Possesion of first aid basic knowledge by specific population groups.
5. Άγχος και κατάθλιψη ασθενών που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή. 276
Patient anxiety and depression after laryngectomy.



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Περιβαλλοντική Υγεία

Η υγεία του ανθρώπου, δηλαδή η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου, συνδέεται άμεσα με το περιβάλλον και την προστασία του. Η προστασία του περιβάλλοντος αποτελεί προστασία της υγείας, αλλά και αυτής της ίδιας της ζωής του ανθρώπου, η οποία επηρεάζεται σημαντικά από την περιβαλλοντική υποβάθμιση.

Κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα ασκεί άμεση ή έμμεση επίδραση κυρίως στο φυσικό περιβάλλον. Η σχέση που συνδέει το περιβάλλον με την υγεία είναι στενή και πολύπλοκη. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. το 23% των θανάτων παγκοσμίως μπορούν να αποδοθούν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, ειδικότερα όσον αφορά τα παιδιά ηλικίας 0 - 14 ετών, το ποσοστό των θανάτων που αποδίδονται στο περιβάλλον είναι 34%¹.

Λόγω της αλματώδους οικονομικής και τεχνολογικής ανάπτυξης, που χαρακτηρίζει τη σύγχρονη εποχή, αυξάνεται συνεχώς η υποβάθμιση του περιβάλλοντος. Η υποβάθμιση αυτή του περιβάλλοντος έχει άμεση επίδραση στην ανθρώπινη υγεία με νεοφανείς κινδύνους και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η οικονομική ανάπτυξη αφορά επίσης βιομηχανοποίηση και αστικοποίηση. Η αστικοποίηση γενικά οδηγεί σε δημιουργία πλούτου και στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες αντανακλά σε καλύτερη υγεία της πλειοψηφίας. Όμως, οι μεγάλοι πληθυσμοί που έρχονται να ζήσουν κοντά σε βιομηχανικές εγκαταστάσεις εκτίθενται συχνά σε μια ποικιλία σχετικών κινδύνων υγείας. Πάλι είναι οι φτωχότεροι και οι περισσότερο μειονεκτούντες που συνήθως ωθούνται από τις συνθήκες να ζουν σε αυτά τα ανθυγιεινά περιβάλλοντα. Αυτό επηρεάζει την υγεία τους και αυτή των παιδιών τους^{2,3}.

Αιτίες σημαντικών καταστροφών του φυσικού περιβάλλοντος αποτελούν η ανάλωση των πόρων, η συνεχής αύξηση των αποβλήτων, η αύξηση των εκπομπών διοξειδίου του άνθρακα, η αύξηση της κατανάλωσης ρυπογόνων μορφών ενέργειας, καθώς και η ρύπανση και οι ηχητικές οχλήσεις². Η σύνθετη, μακροχρόνια και αθροιστική έκθεση σε φυσικούς, βιολογικούς, κοινωνικούς και χημικούς παράγοντες στον αέρα, στο νερό, στο έδαφος, στα απόβλητα, στα διάφορα καταναλωτικά προϊόντα και στα κτίρια, μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία⁴.

Η ρύπανση και μόλυνση του περιβάλλοντος με βιολογικούς και χημικούς παράγοντες θα πρέπει αντιμετωπισθεί όχι μόνο για την παραγωγή φυσικής νόσου αλλά και για την πρόκληση κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών συνεπειών. Τα αποτελέσματα επιδημιολογικών ερευνών από το 1990 έχουν τεκμηριώσει την ύπαρξη βραχυχρόνιων και μακροχρόνιων επιδράσεων των σημερινών επιπέδων αιωρούμενων σωματιδίων και όζοντος στην υγεία. Σ' αυτές συμπεριλαμβάνεται η προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία, οι εισαγωγές σε νοσοκομεία, ο περιορισμός δραστηριότητας, η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων, η μειωμένη αναπνευστική ικανότητα, οι υποκλινικές επιδράσεις, η πρόωπη θνησιμότητα, και η μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης³⁻⁵.

Ζητήματα όπως η καταστροφή της στιβάδας του όζοντος, η όξινη βροχή και η αύξηση της θερμοκρασίας αυξάνουν τη δημόσια ανησυχία ζητώντας άμεσα μέτρα. Η αύξηση της θερμοκρασίας παγκόσμια θα έχει επίσης δυνητικά ανεπιθύμητα αποτελέσματα στη γεωργία, που μπορεί να επιδεινώσουν τα ήδη οξυμένα προβλήματα διατροφής πολλών αναπτυσσόμενων χωρών προκαλώντας υποβάθμιση της υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού³.

Η πρόληψη των υδατογενών νοσημάτων εναπόκειται στην κάθαρση και στην προστασία των παροχών. Η χημική μόλυνση του νερού μπορεί να προκύψει από την εκροή αποβλήτων από τα εργοστάσια στα ποτάμια και στα ρεύματα και επίσης από τη χρήση εντομοκτόνων και λιπασμάτων από τους αγρότες στις περιοχές διανομής του νερού. Η εκροή νιτρωδών, λιπασμάτων και εντομοκτόνων από την υπαίθρια γη είναι ένα πρόβλημα το οποίο χρειάζεται άμεση και αποτελεσματική δράση. Η προστασία του νερού έχει επιτευχθεί διαμέσου της νομοθεσίας που προλαμβάνει τα άτομα και τις εταιρείες από το να μολύνουν τις πηγές του νερού διαμέσου της απόρριψης των βιομηχανικών αποβλήτων^{3,5}.

Η παροχή μιας αποτελεσματικής αποχέτευσης και συστήματος απομάκρυνσης των αποβλήτων ήταν πιθανόν το πιο σημαντικό μέτρο υγιεινής που ελήφθη τον 19ο αιώνα. Αν και σήμερα θεωρείται δεδομένη, παραμένει κεντρική για την προστασία της τροφής και των παροχών του νερού καθώς και για τη διατήρηση καθαρού και ασφαλούς περιβάλλοντος³.

Επιπρόσθετα υπάρχει πάντα, ο δυνητικός κίνδυνος για το κοινό από πυρηνικό πόλεμο, τεχνολογικά, βιομηχανικά και στρατιωτικά ατυχήματα.

Πληροφορίες σχετικά με την ιονίζουσα ακτινοβολία προέρχονται από εξαιρετικά γεγονότα όπως παρακολουθώντας τους πληθυσμούς που εκτέθηκαν, στη Χιροσίμα, στο Ναγκασάκι και στο Τσέρνομπιλ, ή από ανθρώπους με επαγγελματική έκθεση. Τα άτομα μπορεί να εκτίθενται σε πολύ διαφορετικά επίπεδα ακτινοβολίας. Ορισμένες επαγγελματικές ομάδες όπως οι εργάτες ορυχείων, οι εργαζόμενοι στην πυρηνική βιομηχανία, οι νοσηλευτές, οι ακτινολόγοι και οι ακτινοθεραπευτές μπορεί να εκτίθενται σε πολύ υψηλότερα ποσά ιονίζουσας ακτινοβολίας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Τα οξέα αποτελέσματα της έκθεσης σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας περιλαμβάνουν εγκαύματα ακτινοβολίας, ασθένειες εκ της ακτινοβολίας και θάνατο. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα που ακολουθούν έκθεση σε υψηλές δόσεις περιλαμβάνουν καρκίνο (συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου των πνευμόνων, των οστών, του θυρεοειδούς και του μαστού), καθώς και λευχαιμία, λέμφωμα non Hodgkin, και συγγενείς ανωμαλίες^{3,5}.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες στην υγεία εξαιτίας των περιβαλλοντικών αλλαγών μπορεί να είναι οξείες ή χρόνιες. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των ανεπιθύμητων περιβαλλοντικών επιδράσεων είναι συνήθως άγνωστα κατά την περίοδο της έκθεσης.

Έτσι αν και οι λειτουργοί υγείας ανησυχούν ακόμη για τους βιολογικούς, τους χημικούς παράγοντες, την υπεριώδη και την ιονίζουσα ακτινοβολία, ο θόρυβος, για παράδειγμα, που προκαλεί κοινωνική δυσφορία και ψυχολογική ένταση είναι επίσης αυξημένης σημασίας³.



Κοινωνικοοικονομικές δυσμενείς δράσεις που καταστρέφουν το κοινωνικό ιστό οδηγούν σε απρόσμενη ανακατανομή της δημοπαθολογικής κλίμακας και ανατροπή στο σύστημα υγείας και ασφάλισης.

Υπάρχει αυξημένη δημόσια ανησυχία για το αποτέλεσμα που μπορεί να έχουν οι περιβαλλοντικές αλλαγές στην υγεία του κοινού. Αυτό έχει οδηγήσει σε ανανεωμένο ενδιαφέρον για τις πραγματικές και τις δυνητικές απειλές και από τις βιομηχανικές διαδικασίες και από τις πιέσεις που προκύπτουν από την αστικοποίηση και την αύξηση του πληθυσμού³.

Η προστασία του περιβάλλοντος και ειδικότερα της Δημόσιας Υγείας, από την απειλή περιβαλλοντικών παραγόντων, εκτείνεται στα ίδια τα περιβαλλοντικά αγαθά και συνδέεται άμεσα με τη διασφάλιση των συνθηκών υγιεινής του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Με την ανάπτυξη εναρμονισμένων περιβαλλοντικών πληροφοριών και πληροφοριών για την υγεία, με την επαγρύπνηση για τις αλληλεπιδράσεις περιβάλλοντος και υγείας, με τη διασφάλιση της υγείας και της κοινωνικής υπόστασης του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και την ενίσχυση των περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν θετικά την υγεία, επιτυγχάνεται υγεία για όλους^{2,4}.

Προκειμένου να αποφευχθεί η υποβάθμιση του περιβάλλοντος, να επιτευχθεί η ορθολογική του διαχείριση, να αποτραπεί η ρύπανση, να διατηρηθεί η οικολογική ισορροπία των φυσικών οικοσυστημάτων, να βελτιωθεί ή να αποκατασταθεί το περιβάλλον, είναι απαραίτητη η λήψη όλων των αναγκαίων προληπτικών μέτρων και η εφαρμογή στρατηγικών στην εκτέλεση έργων².

Στρατηγικές για τον έλεγχο και την πρόληψη των νοσημάτων που προκαλούνται από βλαπτικούς φυσικούς, χημικούς ή βιολογικούς παράγοντες βασίζονται παραδοσιακά σε δράσεις που απευθύνονται στην εξάλειψη αυτού του παράγοντα^{3,7}.

Μία στρατηγική για συμμετοχική προστασία και προαγωγή της υγείας θα πρέπει να οργανωθεί σε χώρους, όπως οι υγιείς πόλεις, τα υγιή σχολεία, οι χώροι εργασίας, τα νοσοκομεία, οι φυλακές, τα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, τη 3η και τη 4η ηλικία κ.λπ. μέσω της ανάπτυξης μεθόδων επαγρύπνησης, επικοινωνίας, εκπαίδευσης και ενημέρωσης τους για τους πιθανούς κινδύνους⁴.

Σε ορισμένες συνθήκες απαιτείται μια αλλαγή της συμπεριφοράς του γενικού πληθυσμού, για παράδειγμα ενθαρρύνοντας τα άτομα να χρησιμοποιούν τη δημόσια συγκοινωνία για να μειώσουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος από την κυκλοφορία των αυτοκινήτων^{3,7}.

Ο σχεδιασμός ενός εύλογου και αποτελεσματικού προγράμματος για την προστασία ή για τη μείωση των βλαπτικών επιδράσεων της περιβαλλοντικής υποβάθμισης απαιτεί τη σαφή κατανόηση της σχέσης μεταξύ του παράγοντα, του περιβάλλοντος και των ανθρώπων σε κάθε ιδιαίτερη περίπτωση³.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO. Preventing Disease through Healthy Environments – Towards an estimate of the environmental burden of disease. Geneva 2006

2. Δημητροπούλου-Θεοδώρου Ε. Στοιχεία Δικαίου-Δημόσιας Υγιεινής. Εκδόσεις Σάκκουλα. Αθήνα 2008
3. Farmer R, Lawrenson R, Miller D. Lecture Notes Επιδημιολογίας & Δημόσιας Υγείας. 5th Edition, John Wiley and Sons Ltd, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Α.Ε. 2010
4. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία 2008 – 2012. Αθήνα 2008
5. Gardiner K, Harrington M. Occupational Hygiene. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Χαρίλαος Κουτής, Φωτούλα Π. Μπαμπάτσικου. Υγιεινή της Εργασίας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Α.Ε. 2009
6. Κρεμαστινού Τ. Δημόσια Υγεία Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα 2007
7. Edelman C.L, Mandle C.L. Health Promotion throughout the Life Span. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης, Μπαμπάτσικου Φ, Πολυχρονόπουλος Ε, Κουτής Χ. Προαγωγή της Υγείας σε όλο το Εύρος της Ζωής. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 2009

Μπαμπάτσικου Φωτούλα,

Επίκουρος καθηγήτρια Νοσηλευτικής



ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Η τεχνική των Δελφών στη νοσηλευτική έρευνα - Μέρος 1ο.

Η κλασική μεθοδολογική προσέγγιση και οι βασικές τροποποιήσεις

Κοσμίδης Δημήτριος¹, Κουτσούκη Σωτηρία², Θεοφανίδης Δημήτριος³

1. Νοσηλεύτης, MSc, ΕΠΑ.Σ Β. Νοσηλευτών, ΓΝ Καβάλας

2. Νοσηλεύτρια, MSc, ΜΕΘ, ΓΝ Καβάλας

3. Νοσηλεύτης, MSc, καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Τεχνική των Δελφών (ΤτΔ) είναι μία ερευνητική προσέγγιση που χρησιμοποιεί μια σειρά διαδοχικών επαφών ή γύρων, μεταξύ μιας ομάδας ειδικών και ενός ερευνητή, έως ότου επιτευχθεί ένα επιθυμητό επίπεδο συναίνεσης, σύγκλησης απόψεων ή συμφωνίας μεταξύ των μελών ομάδας των ειδικών σχετικά με ένα ερευνητικό αντικείμενο. Παρά την εκτενή χρήση της τεχνικής στις κοινωνικές επιστήμες, την αυξανόμενη αναγνώριση της αξίας της και την υιοθέτησή της από το διεθνές νοσηλευτικό προσκήνιο, στην Ελλάδα δεν υπάρχει η ανάλογη χρήση της ενώ η κατανόηση, η χρησιμότητα και η μεθοδολογική προσέγγισή της στη νοσηλευτική ερευνητική κοινότητα αποτελεί ζητούμενο.

Σκοπός: Η διεξοδική παρουσίαση της επιστημολογικής αλλά και πρακτικής αξίας της μεθόδου μέσω μιας σειράς τεσσάρων κλιμακωτών άρθρων που αφορούν στα εξής: i) την περιγραφή της κλασικής μεθοδολογικής προσέγγισης και των βασικών τροποποιήσεών της, ii) τους μεθοδολογικούς προβληματισμούς στην εφαρμογή της iii) τους τρόπους της ανάλυσης και παρουσίασης των αποτελεσμάτων, και iv) τη χρήση και χρησιμότητα της μεθόδου κατά την εφαρμογή της στη νοσηλευτική έρευνα, εκπαίδευση και κλινική πρακτική.

Στο πρώτο εκ των τεσσάρων άρθρων γίνεται η περιγραφή και η συγκριτική αποτίμηση των κυριότερων επιμέρους μεθόδων της ΤτΔ.

Αποτελέσματα: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε τρεις κύριους τύπους της τεχνικής: την Κλασική ή Συμβατική Τεχνική των Δελφών, την Τεχνική των Δελφών Πολιτικής και την Τεχνική των Δελφών Απόφασης. Παρόλα αυτά οι επιμέρους τροποποιήσεις στην βασική φιλοσοφία της μεθόδου και οι πολλές διαφοροποιήσεις στην εφαρμογή της, καθιστούν δύσκολη την ακριβή και αποκλειστική ταξινόμηση της κάθε μελέτης. Στο παρόν άρθρο συζητούνται οι σημαντικότερες μεθοδολογικές διαφορές που μπορεί να συναντήσει ο ερευνητής και τέλος παρατίθενται παραδείγματα που αναδεικνύουν τα πλεονεκτήματα και τη χρησιμότητα των επιμέρους τεχνικών της μεθόδου.

Συμπεράσματα: Η χρήση της ΤτΔ στην έρευνα έχει πολλά πλεονεκτήματα και μπορεί γίνει ιδιαίτερα ωφέλιμη εφόσον γίνει κατανοητή η φύση της μεθόδου και ληφθούν υπόψη οι μεθοδολογικές ιδιαιτερότητές της.

Λέξεις κλειδιά: Τεχνική των Δελφών, νοσηλευτική έρευνα, ερευνητική μεθοδολογία.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Κοσμίδης Δημήτριος,
Τηλ. 2591047322,
Διεύθυνση: ΤΘ 167,
Χρυσούπολη Καβάλας,
ΤΚ: 64200, Καβάλα,
E-mail: kosmidis_gr@yahoo.gr*

The Delphi Technique in nursing research - Part 1.

The classical methodological approach and its main modifications

Kosmidis Dimitrios¹, Koutsouki Sotiria², Theofanidis Dimitrios³

1. RN, MSc, Vocational School of Assistant Nurses, General Hospital of Kavala

2. RN, MSc, ICU, General Hospital of Kavala

3. RN, MSc, Laboratory Instructor, Nursing Department, Technological Educational Institute of Thessaloniki

ABSTRACT

The Delphi Technique (DT) is a research methodology that uses turns or rounds between the researcher and a group of experts, until a desired level of agreement or consensus between the members of the expert panel has been reached with regards to the question in hand. Despite its popular use in the social sciences' domain and its progressive adoption by nurse-researchers internationally, in Greece, there is a lack of its application; its comprehension, usage, and methodological merits are still in question within the Greek nursing research community.

Aim: To provide a detailed presentation of the epistemological and practical value of the DT, through a series of four consecutive papers which expand on the following: i) the classical methodological approach and its main modifications, ii) the methodological reflections iii) analysis and presentation of results, and iv) the use and usefulness of the method in application to nursing research.



The first of the four papers provides a description and a comparative assessment of the main variations of the DT.

Results: A review of the literature elucidated three main sub-types of technique: the Classic or Conventional Delphi, the Policy Delphi and the Decision Delphi Technique. Nevertheless, due to many variations of the basic philosophy of the method and the many differentiations in its application, it is quite difficult to classify each study that used Delphi, with precision. The main methodological differences that can challenge the researcher are discussed and finally, examples that show the advantages and the usefulness of the individual Delphi techniques are given.

Conclusions: Use of the DT in research has many advantages and it can become exceptionally useful once the content of the method and its practical applications are fully understood.

Keywords: Delphi technique, nursing research, research methodology.

CORRESPONDING AUTHOR

*Kosmidis Dimitrios,
Tel. 2591047322,
Address: BO 167,
Chrysoupoli Kavala,
PC: 64200, Kavala,
E-mail: kosmidis_gr@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η «Τεχνική των Δελφών» (ΤτΔ) είναι μία ερευνητική τεχνική ή μέθοδος που αποσκοπεί στη δημιουργία ομαδικής συζήτησης, κριτικής ανταλλαγής ή σύνθεσης απόψεων με τελικό στόχο τη μεγαλύτερη δυνατή συναίνεση ή συμφωνία για ένα ζήτημα, από μία ομάδα ατόμων που θεωρούνται ειδικοί ή εμπειρογνώμονες στο θέμα αυτό.^{1,2} Μπορεί ακόμα να έχει στόχο τον ποσοτικό προσδιορισμό των αποφάσεων μιας ομάδας ειδικών, την αξιολόγηση προτεραιοτήτων, τη δημιουργία μακροπρόθεσμων προβλέψεων ή την ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης.^{3,4,5,6,7,8} Η

αρχική επινοήση και εφαρμογή της τεχνικής έγινε τη δεκαετία του 1940 από τους Helmer and Dalkey της εταιρείας RAND (Research AND Development) και η πρώτη μελέτη πραγματοποιήθηκε για να επιτευχθεί σύγκλιση απόψεων, μεταξύ ειδικών, σχετικά με ένα θέμα άμυνας της στρατιωτικής αεροπορίας των Η.Π.Α. Το όνομα «Delphi» προήλθε από το ελληνικό τοπωνύμιο «Δελφοί» και αναφέρεται στο γνωστό, αφιερωμένο στο θεό Απόλλωνα, αρχαίο ελληνικό μαντείο. Ο όρος επινοήθηκε και υιοθετήθηκε από τον αμερικανό φιλόσοφο Abraham Kaplan, της εταιρείας RAND, διότι η

τεχνική βοηθούσε στην πρόβλεψη ορισμένων μελλοντικών καταστάσεων. Στις αρχικές μελέτες γινόταν προσπάθειες να δοθούν κυρίως απαντήσεις για μελλοντικά ζητήματα αλλά και σε περιπτώσεις περίπλοκων ή/και αβέβαιων ζητημάτων της τρέχουσας πραγματικότητας.⁹

Η ΤτΔ έχει αποδειχθεί από τη βιβλιογραφία ως μία εμπειρική μέθοδος για την επίτευξη συναίνεσης με εφαρμογή σε ένα μεγάλο εύρος πεδίων όπως στην εκπαίδευση, στη δημοσιογραφία, στο ηλεκτρονικό εμπόριο και στην υγειονομική φροντίδα. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί στις κοινωνικές επιστήμες, στις Τεχνολογίες της Πληροφορικής, στην επιστήμη της διοίκησης, σε μελέτες Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων αλλά και γενικότερα σε τομείς όπως η διαχείριση της ποιότητας, η τρομοκρατία, το τραπεζικό σύστημα κα.¹⁰

Σκοπός

Ο σκοπός του πρώτου μέρους είναι η περιγραφή και η συγκριτική αποτίμηση των κυριότερων επιμέρους μεθόδων της Τεχνικής των Δελφών καθώς και η ανάλυση των τεχνικών και πρακτικών παραμέτρων που σχετίζονται με την εφαρμογή της μεθόδου στη νοσηλευτική έρευνα.

Υλικό και μέθοδος

Η στρατηγική αναζήτησης περιελάμβανε μια εκτενή κριτική ανασκόπηση της διεθνούς

βιβλιογραφίας, εστιασμένη στους κύριους τύπους της ΤτΔ όπως αυτοί καθορίστηκαν μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και διαλογική συζήτηση μεταξύ των συγγραφέων. Κατά κύριο λόγο αναζητήθηκαν διαχρονικές θεωρητικές δημοσιεύσεις οι οποίες αποτέλεσαν τον κορμό της ανάλυσης, στις βάσεις δεδομένων: IATROTEK, Medline και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως η BioMed Central (www.biomedcentral.com).

Διενεργήθηκε μια εστιασμένη αναζήτηση ερευνητικών άρθρων (κυρίως νοσηλευτικών) όπου χρησιμοποιήθηκε η ΤτΔ, τόσο με την κλασική, όσο και με τις εναλλακτικές μορφές της ώστε να υποστηριχθούν οι θεωρητικοί ισχυρισμοί και τα επιχειρήματα της ανασκόπησης. Επιπλέον, αναζητήθηκαν και άρθρα κριτικής ανασκόπησης για την ανάλυση και συζήτηση των τεχνικών και πρακτικών παραμέτρων που σχετίζονται με την εφαρμογή της ΤτΔ.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση περιελάμβανε τρεις φάσεις. Για την αρχική αναζήτηση (πρώτη φάση) χρησιμοποιήθηκαν συνδυασμοί με τις λέξεις-κλειδιά τεχνική των Δελφών, νοσηλευτική έρευνα, μεθοδολογία και συνώνυμα ή παράγωγα αυτών (στην ελληνική και αγγλική). Στη συνέχεια (δεύτερη φάση) η αναζήτηση περιέλαβε τη διερεύνηση στις παραπομπές των άρθρων τη προηγούμενης φάσης ενώ στην τελευταία (τρίτη φάση) η αναζήτηση επικεντρώθηκε



στην ποιοτική επιλογή των προηγούμενων αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα

Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η ταξινόμηση και η οριοθέτηση της μεθοδολογίας που ακολουθείται στις μελέτες που εφαρμόζουν την ΤτΔ είναι περίπλοκη. Αυτό συμβαίνει διότι οι ορισμοί και οι διαδικασίες εφαρμογής της ΤτΔ που ακολουθούνται ποικίλουν αρκετά. Υπάρχουν τόσες τροποποιήσεις στη κλασική διαδικασία που είναι δύσκολο να δημιουργηθεί ένα είδος ταξινόμησης που να διαφοροποιεί σημαντικά τις υπάρχουσες προσεγγίσεις στην εφαρμογή της ΤτΔ. Οι Linstone και Tuoff (1975) ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '70 αναφέρουν ότι σε κάθε προσπάθεια να οριστεί η ΤτΔ ο αναγνώστης θα μπορούσε να βρει τουλάχιστον μία διαφορετική προσέγγιση που παραβίαζε τον ορισμό αυτό!⁵ Η Mullen αναφέρει ότι υπάρχουν αρκετές ονομασίες που προσπαθούν να περιγράψουν τους τύπους της τεχνικής των Δελφών καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι ονομασίες αυτές αναφέρονταν είτε στο είδος της εφαρμογής, είτε στη μέθοδο της βαθμολογίας που εφαρμόζονταν είτε απλά στον υπαινιγμό ότι η προσέγγιση είναι διαφορετική. Η ίδια συγγραφέας βρήκε τουλάχιστον 20 διαφορετικούς όρους όπως: «Μέθοδος Δελφών» (Delphi method), «Τεχνική των

Δελφών» (Delphi technique), «Επιτροπή Τεχνικής των Δελφών» (Delphi panel technique), «Διερεύνηση Δελφών» (Delphi investigation) αλλά και τόσες διαφοροποιήσεις, που έφταναν να υπάρχουν ακόμη και μέσα στο ίδιο άρθρο.¹¹ Οι Mead και Mosely (2001) μετά από μία προσεκτική μελέτη των τροποποιήσεων κατέληξαν στον όρο «Προσέγγιση των Δελφών-ΠΔ» (Delphi approach) ενώ ακόμη και σήμερα για λόγους αποδοχής της μεθοδολογικής εγκυρότητας συνηθίζεται η χρήση του όρου «τροποποιημένη τεχνική των Δελφών» (modified Delphi).¹² Παρόλα αυτά στη βιβλιογραφία, αρκετοί συγγραφείς αναφέρονται σε τρεις κύριους τύπους με αρκετά σαφή διάκριση: Την «Κλασική ή Συμβατική Τεχνική των Δελφών - ΚΤΔ ή ΣΤΔ» (Classical or Conventional Delphi), την «Τεχνική των Δελφών Πολιτικής - ΔΠ» (Policy Delphi) και τη «Τεχνική των Δελφών Απόφασης - ΔΑ» (Decision Delphi).

Η Κλασική ή Συμβατική Τεχνική των Δελφών

Οι όροι «κλασική» ή «συμβατική ΤτΔ» αναφέρονται κυρίως στη διερεύνηση τεχνικών αντικειμένων έρευνας με στόχο την αναζήτηση συναίνεσης μεταξύ ομοιογενούς ομάδας ειδικών ή και ατόμων μετά από σχετική πληροφόρηση. Η κλασική ΤτΔ στοχεύει στην ανεύρεση αξιόπιστων προγνώσεων για συγκεκριμένα ζητήματα. Οι

προγνώσεις αυτές μπορεί να είναι είτε βραχυπρόθεσμες είτε μακροπρόθεσμες ενώ ένα επιπρόσθετο αντικείμενο μπορεί να αποτελεί η ποιοτική ανάλυση (π.χ ποιοτικές κλίμακες συμφωνίας-διαφωνίας, προτιμήσεις μεταξύ εναλλακτικών προτάσεων κ.α). Στην κλασική της μορφή, η ΤτΔ χρησιμοποιείται με τον ακόλουθο τρόπο:

Αρχικά προσδιορίζονται τα χαρακτηριστικά της ομάδας των ειδικών σχετικά με το θέμα. Η επιλογή πρέπει να γίνεται με προσοχή και με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλιστεί ότι οι διάφορες προσωπικότητες, το επίπεδο εξειδίκευσης, τα ενδιαφέροντα, οι αντιλήψεις, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι προτιμήσεις αντιπροσωπεύονται επαρκώς, προκειμένου να αποφευχθεί η μεροληψία. Στη συνέχεια κάθε ειδικός που επιθυμεί και συμφωνεί να συμμετέχει, καλείται να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο έτσι ώστε να εκμαιευτούν οι απόψεις, εκτιμήσεις ή οι προβλέψεις του σχετικά με το θέμα. Οι συμμετέχοντες δεν συναντιούνται ή συζητούν το θέμα με προσωπική επαφή ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις είναι και γεωγραφικά απομακρυσμένοι ο ένας από τον άλλον.

Η συνήθης μορφή της επικοινωνίας, είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο, ημιδομημένο ερωτηματολόγιο, κατασκευασμένο από τον ερευνητή ή σπανιότερα από τους συμμετέχοντες ή και τους δύο. Εναλλακτικά, μπορεί να διανέμεται και να συμπληρώνεται

με προσωπική συνέντευξη, συμβατική ή ηλεκτρονική αλληλογραφία ή ακόμη και με διαδραστική μορφή ψηφιακής επικοινωνίας μέσω διαδικτύου. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συνοδεύεται από ένα σύνολο επεξηγήσεων, κατευθυντήριων οδηγιών ή κανόνων ενώ το κύριο μέρος περιέχει μια σειρά ερωτήσεων ή θεμάτων, ποσοτικής ή ποιοτικής εκτίμησης, ανάλογα με τους στόχους της μελέτης. Το αρχικό ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνήθως ανοικτού τύπου ερωτήσεις και η κατασκευή του ακολουθεί τις αρχές και τις μεθοδολογικές προσεγγίσεις που ισχύουν στα αντίστοιχα όργανα συλλογής δεδομένων.

Όταν οι απαντήσεις λαμβάνονται από τον ερευνητή γίνεται μια ποιοτική ανάλυση κατά την οποία τα δεδομένα συνοψίζονται, ανακεφαλαιώνονται και επιστρέφονται στην ομάδα των ειδικών. Ο κύριος στόχος σ' αυτό το στάδιο είναι ο συνδυασμός και η ποιοτική επεξεργασία των πληροφοριών, όλων των μελών της ομάδας των ειδικών, καταλήγοντας στη σύνθεση ενός νέου ερωτηματολογίου που θα αποσταλεί εκ νέου σε κάθε μέλος της ομάδας για ένα νέο γύρο επαφής. Ο ερευνητής στον πρώτο γύρο έχει τη δυνατότητα μεταξύ άλλων να ελέγξει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου με τις κατάλληλες μεθοδολογικές διαδικασίες. Η ανατροφοδότηση προς τους ειδικούς, μπορεί να περιέχει και στατιστικά μέτρα όπως η



κεντρική τάση, η διασπορά και σε ορισμένες περιπτώσεις, την πλήρη κατανομή της συχνότητας των απαντήσεων για κάθε επιμέρους θέμα ή ερώτηση. Η ανωνυμία των ατομικών απαντήσεων διατηρείται αλλά ο ερευνητής μπορεί εναλλακτικά να παραθέσει σε λίστα τα ονόματα των συμμετεχόντων ή/και το κέντρο προέλευσής τους σε συνοδευτικό μέρος της μελέτης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ερευνητής μπορεί να ζητήσει αιτιολόγηση ή διευκρινήσεις για τις απαντήσεις εκείνων που παρουσιάζουν ακραίες απόψεις ή τιμές. Συνήθως, στο δεύτερο γύρο ζητείται από τους μετέχοντες να αξιολογήσουν το σύνολο των ιδεών ή απόψεων που εκφράστηκαν κατά το προηγούμενο στάδιο και αν χρειάζεται να αναθεωρήσουν την δική τους άποψη. Η αξιολόγηση αυτή γίνεται με κάποιο κριτήριο όπως για παράδειγμα τη σημασία ή την ερμηνεία κάποιας άποψης, την πιθανότητα επιτυχίας, τη σειρά προτεραιότητας, τη σειρά σπουδαιότητας κ.α. Το νέο ερωτηματολόγιο αφού συμπληρωθεί επιστρέφεται και πάλι στον ερευνητή για ανάλυση.

Αυτή η διαδικασία επαφών επαναλαμβάνεται έως ότου τα δεδομένα που θα προκύψουν να παρουσιάζουν τη μέγιστη δυνατή συναίνεση ή συμφωνία των προβλέψεων ή των πεποιθήσεων μεταξύ των περισσότερων μελών της ομάδας. Τελικά, ο ερευνητής συγκεντρώνει τα ερωτηματολόγια του τελευταίου γύρου και συντάσσει την τελική

αναφορά την οποία αποστέλλει σε όλα τα μέλη που συμμετείχαν. Σε όλη τη διάρκεια αυτών των επαφών μπορεί να υπάρχει επικοινωνία του ερευνητή με κάθε μέλος της ομάδας. Αυτή η διαδικασία μπορεί να περιλαμβάνει ερωτήσεις, διευκρινήσεις και ανατροφοδότηση με σκοπό την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας λανθασμένων ερμηνειών των απόψεων ή των απαντήσεων.¹⁰

Ένα από τα πρώιμα και κλασικότερα παραδείγματα της τεχνικής αποτέλεσαν οι προσπάθειες των Bramwell και Hykawy (1974) για να προβλέψουν τα μελλοντικά φαινόμενα ή γεγονότα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στον Καναδά για τα επόμενα 50 χρόνια. Οι ειδικοί αναζητήθηκαν σε άτομα που εμπλέκονταν στη νοσηλευτική εκπαίδευση σε επίπεδο πολιτικού σχεδιασμού ή ως ερευνητές ή καθηγητές σε χώρους όπως πανεπιστήμια, σχολές, νοσοκομεία, επαγγελματικούς ή κρατικούς φορείς. Τα κριτήρια επιλογής των ειδικών ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης, η ιεραρχία στο ίδρυμα εκπαίδευσης ή του οργανισμού και ο τίτλος μεταπτυχιακής – τουλάχιστον - εκπαίδευσης. Το τελικό δείγμα ήταν 13 ειδικοί που ανέδειξαν 38 διαφορετικές μελλοντικά γεγονότα σε τέσσερις γύρους, με συναίνεση 75% συμφωνία μεταξύ των ειδικών. Αξίζει να σημειωθεί ότι όταν τέθηκε το ερώτημα του χρόνου από τους ερευνητές, οι προβλέψεις των ειδικών περιορίστηκαν στα 30 χρόνια.¹³

Η Τεχνική των Δελφών Πολιτικής

Η κλασική μορφή της τεχνικής κυριάρχησε μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '60. Από τις αρχές της δεκαετίας του '70 αναδύθηκε ένας νέος τύπος που ονομάστηκε «Τεχνική των Δελφών Πολιτικής» (ΔΠ) η οποία παρότι σαν διαδικασία δεν έχει μεγάλες διαφορές με την κλασική μέθοδο, έχει εντελώς διαφορετικούς στόχους. Ο Turoff (1970) όρισε την ΔΠ ως «μία οργανωμένη μέθοδο για την συσχέτιση απόψεων και πληροφοριών που αναφέρονται σε συγκεκριμένο πεδίο στρατηγικής πολιτικής και που επιτρέπει στους συμμετέχοντες που τις αντιπροσωπεύουν, να εκτιμούν και να αντιδρούν σε διαφορετικές αντιλήψεις». ¹⁴ Επομένως, η συγκεκριμένη μεθοδολογία είναι ένα μέσο για ανάλυση μιας κοινωνικής κυρίως κατάστασης και τα αντικείμενά της θα πρέπει να εξυπηρετούν τα εξής:

- Να διασφαλίζεται ότι όλες οι δυνατές επιλογές, έχουν τεθεί για μελέτη/ανάλυση.
- Να υπολογίζονται η επίδραση και οι επιπτώσεις της κάθε επιλογής ξεχωριστά.
- Να ελέγχεται και να υπολογίζεται η αποδοχή της κάθε ιδιαίτερης επιλογής.⁵

Σύμφωνα με τους Murry και Hammons (1995), ο σκοπός της ΔΠ είναι «η συλλογή ενός πλούσιου, ουσιαστικού, και

αναζωογονητικού, κρίσιμου όγκου απόψεων ή γνώμων με σκοπό την πληροφόρηση των ατόμων για μια έγκυρη λήψη απόφασης».¹⁵

Ο Dunn (2004) αναφέρθηκε σε πέντε διαστάσεις που διαφοροποιούν την ΔΠ από την κλασική ΤτΔ:

- Την επιλεκτική ανωνυμία.
- Την πληροφορημένη πολλαπλή συναίνεση.
- Την πόλωση μέσω ανατροφοδότησης με στατιστικά στοιχεία.
- Τη δομημένη αντιπαράθεση.

Ενώ στην κλασική ΤτΔ η ανωνυμία είναι υποχρεωτική, στη ΔΠ οι συμμετέχοντες παραμένουν ανώνυμοι μέχρι να επιτευχθεί η συναίνεση σε κάποιο επιθυμητό εύρος. Στη συνέχεια όμως, τους ζητείται να επιχειρηματολογήσουν για τις απόψεις τους δημόσια (επώνυμα).

Στην περίπτωση της κλασικής μορφής η επιλογή και η ομοιογένεια της ομάδας των ειδικών είναι σημαντική, ενώ στη ΔΑ διαφέρει, στο ότι οι συμμετέχοντες επιλέγονται με βάση κάποια κριτήρια που τίθενται απ' τον ερευνητή και σχετίζονται περισσότερο με το αντικείμενο της μελέτης και όχι απαραίτητα με το βαθμό της γνώσης ή/και της εμπειρογνωμοσύνης τους ως προς το αντικείμενο καθεαυτό. Αυτό σημαίνει ότι δεν είναι υποχρεωτικά «ειδικοί» αλλά περισσότερο αξιολογητές και «υπερασπιστές» μιας άποψης ή μιας επιστημονικής τοποθέτησης μετά από



σχετική πληροφόρηση (πληροφορημένη πολλαπλή συναίνεση).^{16,17}

Στη ΔΠ, η σύνθεση της ομάδας πρέπει να είναι ετερογενής και να περιλαμβάνει όλες τις αντίθετες απόψεις, έτσι ώστε να υποκινείται η συστηματική διερεύνηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των δυνατών επιλογών. Γι αυτό, είναι σημαντικό να γίνεται επιλογή μιας όσο το δυνατό πιο αντιπροσωπευτικής ομάδας στην οποία οι συμμετέχοντες να μπορούν να σχηματίζουν μεταξύ τους υποομάδες με την μορφή ομάδων πίεσης (lobbies), μέσα από τις οποίες να υποστηρίζουν και να προωθούν τις αντίστοιχες απόψεις τους.¹⁷ Ως συνέπεια, οι μελέτες με την ΔΠ απαιτούν συνήθως μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων απ' ό τι στη κλασσική μέθοδο αφού θα πρέπει να περιλαμβάνουν ένα μεγάλο δείγμα ατόμων από διαφορετικά πεδία. Σύμφωνα με τον Turoff (1970), σ' αυτές τις περιπτώσεις η ομάδα θα πρέπει να αποτελείται από τουλάχιστον 50 άτομα.¹⁴

Στη ΔΠ, οι ερευνητές είναι δυνατό να προωθήσουν μια τεχνητή πόλωση μεταξύ των ειδικών μέσω των στατιστικών αναλύσεων με τις οποίες ανατροφοδοτούνται μεταξύ των γύρων. Αυτό σημαίνει ότι εκτός από τις στατιστικές πληροφορίες της κλασσικής τεχνικής (π.χ διάμεσος, εύρος, τυπική απόκλιση) παρέχονται και στατιστικά αποτελέσματα μετρήσεων για την προκλητή δημιουργία «αντιπαράθεσης» μεταξύ των

συμμετεχόντων. Στη συνέχεια οι εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις προωθούνται για ανατροφοδότηση σε νέο γύρο. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ένας συναγωνισμός επικράτησης απόψεων μέσω του οποίου ο ερευνητής καλείται να εξάγει κυρίως την επιχειρηματολογία των διάφορων απόψεων σκοπεύοντας στην υποστήριξη μιας ιδέας ή τοποθέτησης στρατηγικής σημασίας. Έτσι τα εργαλεία συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιούνται μπορεί να περιλαμβάνουν μετρήσεις σχετικά με τη σημαντικότητα, την εμπιστοσύνη, το βαθμό επιθυμίας και επίτευξης κ.α.^{17,18}

Ο Dunn (2004) αναφέρθηκε στην προσέγγιση αυτή με τον όρο «δομημένη αντιπαράθεση» διότι κάθε προσπάθεια είναι έτσι κατασκευασμένη έτσι ώστε να χρησιμοποιεί την διαφωνία ή την διχογνωμία για την δημιουργική διερεύνηση ζητημάτων στρατηγικής πολιτικής. Συνεπώς, κριτήριο για διακοπή της διαδικασίας δεν αποτελεί οπωσδήποτε ένα ικανό επίπεδο συναίνεσης αλλά η επαρκής διασαφήνιση και ορισμός της κάθε άποψης ή γνώμης που είναι και ο επιθυμητός στόχος. Η συναίνεση, παρόλο που υπάρχει πιθανότητα να προκύψει ως έκβαση της διαδικασίας, δεν είναι ο πρωτεύων στόχος. Είναι δυνατόν μάλιστα ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου να γίνει έτσι που εκ των προτέρων να αποκλείει τη δημιουργία συναίνεσης. Αυτό έχει ως συνέπεια η ΔΠ να απαιτεί συνήθως περισσότερους γύρους από

την συμβατική τεχνική. Στην πράξη έχει φανεί ότι χρειάζονται τέσσερις με πέντε γύροι ώσπου να επιτευχθεί μια «συναίνεση» ικανοποιητικού επιπέδου που θα οδηγήσει σε μια πολιτική προς εφαρμογή.¹⁷⁻¹⁹

Στον πρώτο γύρο της ΔΠ οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν συνήθως τέσσερις κατηγορίες άντλησης δεδομένων που σχετίζονται με τις «προβλέψεις», το «θέμα», τους «στόχους» και τις «επιλογές». Στην κατηγορία των προβλέψεων, παρέχεται στους συμμετέχοντες η δυνατότητα να εκτιμήσουν μελλοντικά συμβάντα μέσα από την κρίση τους για την αξιοπιστία των πληροφοριών που τους δίνονται. Στην κατηγορία του θέματος, παρέχεται η δυνατότητα να ταξινομήσουν ή να ιεραρχήσουν τις επιλογές που τους δίνονται. Στην κατηγορία των στόχων αναζητούνται οι γνώμες σχετικά με τις προτιμήσεις τους για ορισμένους στόχους πολιτικής, ενώ στην κατηγορία των επιλογών προσδιορίζονται οι πιθανότητες που έχουν οι συγκεκριμένες επιλογές να κάνουν εφικτούς τους στόχους αυτούς. Καθώς ο σχεδιασμός της ΔΠ μπορεί να προβλέπει τη δημιουργία αντιπαραθέσεων, διαφωνιών αλλά και αποσαφήνιση απόψεων, οι ερωτήσεις κλειστού τύπου δίνονται συχνά σε κλίμακα τύπου Likert 4-σημείων μη επιτρέποντας τις ουδέτερες απαντήσεις.²⁰

Χαρακτηριστικό παράδειγμα του ιδιαίτερου αυτού τύπου της ΤτΔ, αποτελούν οι προσπάθειες δύο αμερικανών νοσηλευτριών

για την ανάπτυξη της συζήτησης σχετικά με τα πλεονεκτήματα και των μειονεκτημάτων της εφαρμογής συγκεκριμένων αντικαπνιστικών πολιτικών. Οι συγγραφείς, επιλέγοντας ένα καθολικό δείγμα 138 τοπικών βουλευτών, συνέλεξαν με προσωπικές συνεντεύξεις όλα τα πιθανά εναλλακτικά σενάρια σχετικά με το περιεχόμενο της επερχόμενης αντικαπνιστικής πολιτικής. Χρησιμοποίησαν τα στατιστικά κριτήρια του McNemar και της ενδοτεταρτημοριακής απόκλισης (InterQuartile Deviation:IQD) για να υπολογίσουν την αλλαγή των απόψεων των ειδικών μεταξύ των δύο γύρων της ερευνητικής διαδικασίας. Έτσι, παρά τον πλουραλισμό των απόψεων των διαφορετικών ομάδων πίεσης κατέληξαν σε ένα σενάριο με γενικά αποδεκτό ποσοστό συμφωνίας (88%), το οποίο πρότεινε την κρατική (τεχνική και οικονομική) υποστήριξη των καλλιεργητών καπνού που ενδιαφέρονταν για αλλαγή χρήσης της γης.²⁰

Ο Kuusi (1999) αναλύοντας την ύπαρξη και την πρόταξη επιχειρημάτων των ειδικών, περιέγραψε μια νέα τροποποίηση – υποκατηγορία του αρχικού τύπου της ΔΠ, που όρισε «Τεχνική των Δελφών με Επιχειρήματα - ΔΕ» (Argument Delphi).²¹ Η ΔΕ εστιάζει στην αναζήτηση, παραγωγή και παράθεση ισχυρών επιχειρημάτων σχετικών με ένα ζήτημα, από τις ομάδες των ειδικών. Οι συμμετέχοντες ειδικοί, γνωρίζουν τα ονόματα



των υπολοίπων συμμετεχόντων αλλά οι απόψεις τους παραμένουν ανώνυμες. Τυπικό της ΔΕ είναι ότι στον πρώτο γύρο τα ερωτηματολόγια αντικαθίστανται με συνεντεύξεις των ειδικών με τους οποίους όμως έρχονται σε άμεση επαφή μόνο οι ερευνητές. Στην υποκατηγορία αυτή έχει τονιστεί ότι θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη η σχετικότητα με το αντικείμενο, το είδος της εμπειρογνωμοσύνης που προσφέρει η κάθε υποομάδα που υποστηρίζει μία άποψη αλλά και η δύναμη της επιρροής της.^{21,22}

Μία άλλη ενδιαφέρουσα υποκατηγορία της ΔΠ αποτελεί η «Τεχνική των Δελφών Ανάλυσης ή Διαχωρισμού» (Disaggregative Policy Delphi) η οποία χρησιμοποιεί την ανάλυση συστάδων ως συστηματικό εργαλείο στην κατασκευή βασικών σεναρίων. Ο «διαχωρισμός» σ' αυτήν την περίπτωση σημαίνει ότι δεν υπάρχει στόχος συναίνεσης αλλά οι απαντήσεις ομαδοποιούνται σε μερικές κύριες ποσοτικές μεταβλητές (συστάδες). Αυτές κατόπιν ενισχύονται με ποιοτικά επιχειρήματα και καταλήγουν στην κατασκευή περισσότερο ολοκληρωμένων σεναρίων. Τα σενάρια αυτά τεκμηριώνουν ουσιαστικά τις απόψεις των ειδικών για μελλοντικούς στόχους που είτε προτιμώνται (most preferable future) είτε είναι οι πιο πιθανοί (most probable future) προσφέροντας ένα θεωρητικό υπόβαθρο για λήψεις αποφάσεων πολιτικής.²³

Η Τεχνική των Δελφών Απόφασης

Η τρίτη κύρια τροποποίηση είναι η «Δελφοί Απόφασης» (ΔΑ) στην οποία ο στόχος είναι να προετοιμαστεί ή να βοηθηθεί η διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η επιλογή της ομάδας των συμμετεχόντων γίνεται με βάση την τρέχουσα θέση τους στην ιεραρχία πράγμα που διαφέρει από τους δύο προηγούμενους τύπους της τεχνικής. Γενικά, είναι περισσότερο σημαντικό να περιλαμβάνονται όλοι (ή σε υψηλά ποσοστά) όσοι ασχολούνται με την λήψη αποφάσεων σχετικά με ένα ζήτημα παρά να αγγίζονται όλες οι πτυχές του θέματος. Έτσι οι συμμετέχοντες στην ΔΑ έχουν την δυνατότητα να δημιουργήσουν μια πραγματικότητα που ξεπερνά την απλή «προφητεία της αυτο-εκπλήρωσης». Ο στόχος είναι να δημιουργηθούν και να οριοθετηθούν οι γενικές γραμμές της λογικής σκέψης για ένα πολύπλοκο θέμα ώστε να καταλήξουν σε μία προσεκτικά μελετημένη λήψη απόφασης. Στη ΔΑ το θέμα της ανωνυμίας επίσης διαφέρει από τους προηγούμενους δύο τύπους καθώς προτιμάται η «οιονεί» ανωνυμία (quasi anonymity).²⁴

Οι αναλύσεις μεταξύ των γύρων είναι παρόμοιες με αυτήν των άλλων δύο τύπων και τα αποτελέσματα της διαδικασίας καταλήγουν σε ουδέτερες - αμερόληπτες προβλέψεις κάποιων γεγονότων στο πεδίο μελέτης. Για να επιτευχθεί αυτό και εφόσον τα αποτελέσματα θα επηρεάσουν άμεσα τις μελλοντικές εξελίξεις είναι σημαντικό να

δίνεται προσοχή στην πιθανότητα σκόπιμης ή μη σκόπιμης πλάνης. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο η ΔΑ είναι η πιο κατάλληλη επιλογή σε πεδία τα οποία είναι συνήθως μια ποικιλία ή συνονθύλευμα από ατομικές αποφάσεις και όχι όταν προϋπάρχουν γενικές αρχές ή κανονισμοί. Η ΔΑ είναι ιδιαίτερα κατάλληλη στις περιπτώσεις όπου οι τρέχουσες εξελίξεις καθορίζονται από ανεξάρτητα ή ασυντόνιστα άτομα με αρμοδιότητα λήψης αποφάσεων διότι επιτρέπει τη λήψη μιας συγκεκριμένης απόφασης μέσω της αποτελεσματικής οργάνωσης και του συντονισμού τους.^{18,25} Στον πίνακα 1 φαίνονται τα κοινά στοιχεία των επιμέρους μεθόδων και οι διαφορές τους σχετικά με τη μέθοδο, το αντικείμενο και το περιεχόμενό τους.

Συζήτηση

Με κοινό χαρακτηριστικό δομικό στοιχείο τη συλλογή των εμπειριστατωμένων απόψεων, η κύρια διαφορά των προαναφερθέντων επιμέρους μεθόδων, παραμένει στο σκοπό ή στη χρησιμότητα της διερεύνησης ή/και επίλυσης του επιζητούμενου προβληματισμού. Για παράδειγμα η προσπάθεια καθορισμού των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών στην Ελλάδα θα μπορούσε να «επιτευχθεί» μέσω οποιουδήποτε από τους τρεις αναφερόμενους τύπους της τεχνικής, έχοντας κοινά χαρακτηριστικά την επιλογή των ειδικών, την συλλογή των απόψεών τους,

και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η κλασική τεχνική, θα είχε ως αφετηρία τη συζήτηση της τρέχουσας πραγματικότητας αλλά το ενδιαφέρον θα εστιαζόταν στις άμεσες επιπτώσεις που θα επηρεάσουν την εξέλιξη του επαγγέλματος. Αντίθετα, η ΤτΔ Πολιτικής και η ΤτΔ Απόφασης θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν σε ανώτερο ιεραρχικά πολιτειακό φορέα (π.χ Υπουργείο) με σκοπό την επιλογή κάποιου από τα εναλλακτικά ή βέλτιστα σενάρια για την οριστική νομοθετική ρύθμιση του ζητήματος.

Από την περιγραφή των ανωτέρω τύπων φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετές δυνατότητες διαφοροποίησης της τεχνικής με αποτέλεσμα να μην έχει ακόμα αναπτυχθεί ένα οριστικό σχήμα ταξινόμησης. Σ' αυτό συμβάλει και το γεγονός ότι αρκετοί ερευνητές προσπαθώντας να προσαρμόσουν την τεχνική σε συγκεκριμένες συνθήκες ή ιδιαίτερα ερευνητικά αντικείμενα εισήγαγαν νέες παραλλαγές ή συνδυασμό τροποποιήσεων. Για παράδειγμα σε μερικές μελέτες έχει δοθεί μια προσεγγιστική (ή και απόλυτη) βαρύτητα στις απόψεις των ειδικών ανάλογα με το μέγεθος της εμπειρογνωμοσύνης τους. Σε κάποιες περιπτώσεις ζητείται από τους ειδικούς να υπολογίσουν την πιθανότητα εμφάνισης ενός γεγονότος σε συγκεκριμένο χρόνο στο μέλλον ενώ σε άλλες, το ζητούμενο είναι ο χρόνος μέχρι την πιθανή εμφάνιση του γεγονότος. Μια ακόμη παραλλαγή που έχει καταγραφεί



αφορά στον πρώτο γύρο τον οποίο πολλοί ερευνητές αντικατέστησαν με ανεύρεση ή ταυτοποίηση των σχετικών παραγόντων με δική τους ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, συνεντεύξεις ατόμων ή άλλου είδους αποτελέσματα έρευνας^{26,27}

Γενικά οι τροποποιήσεις μπορεί να σχετίζονται με το δείγμα των ειδικών (τα κριτήρια επιλογής τους, το βαθμό της ειδικότητάς τους ή της εμπειρογνωμοσύνης τους), τα χαρακτηριστικά του πρώτου γύρου, τη δόμηση των ερωτήσεων, το επιθυμητό επίπεδο της συναίνεσης, τη συναίνεση έναντι της πολυπλοκότητας, την παροχή της ανατροφοδότησης, τον αριθμό ή τα κριτήρια για τον αριθμό των γύρων ή ακόμα και την μέθοδο των αναλύσεων των αποτελεσμάτων. Σε πολλές περιπτώσεις όμως οι τροποποιήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας της μεθόδου, ιδίως όταν αυτές είναι πάρα πολλές. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η διάκριση μεταξύ των προηγούμενων κύριων τύπων της ΤτΔ και η προσπάθεια ανάλυσης των κυριότερων διαφορών τους δεν αποτελούν παρά απλά ιδανικά μοτίβα. Στην πραγματικότητα κάθε πρακτική εφαρμογή της ΤτΔ είναι μάλλον μία μίξη των τριών αυτών τύπων, πράγμα που καθιστά την κατάταξη της κάθε μελέτης στη μία ή την άλλη κατηγορία αρκετά δύσκολη και υποκειμενική.²⁸

Συμπεράσματα-προτάσεις

Η ΤτΔ αποτελεί ιδιαίτερη οντότητα στη μεθοδολογία έρευνας. Υπάρχουν αρκετές δυνατότητες διαφοροποίησης στη μεθοδολογία της εφαρμογής της με αποτέλεσμα τη δυσκολία ταξινόμησής της. Αρκετοί συγγραφείς αναφέρονται σε τρεις κύριους τύπους με σαφή διάκριση στο επιστημολογικό υπόβαθρο, την επιλογή, αποστολή και ανατροφοδότηση της ομάδας των ειδικών και τους στόχους της ανωνυμίας. Με την αξιοποίηση της ΤτΔ, η διεθνής νοσηλευτική ερευνητική κοινότητα έχει συμβάλει στην επίλυση, τη δημιουργία συναίνεσης ή/και μέσο-μακροπρόθεσμων προβλέψεων σε αρκετά άγνωστα πεδία ή/και πολύπλοκα ζητήματα του νοσηλευτικού χώρου.

Η χρήση της ΤτΔ στην τρέχουσα ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα είναι μια πρόκληση για τους νοσηλευτές και τους ερευνητές, λόγω της σχετικά περιορισμένης εξοικείωσης με τη μεθοδολογία της ΤτΔ καθεαυτής. Θεωρητικά θέματα όπως η κατεύθυνση της νοσηλευτικής έρευνας στην Ελλάδα, οι αναγκαίες αλλαγές στην εκπαίδευση, αλλά και πρακτικά ζητήματα όπως η αναθεώρηση των νοσηλευτικών επαγγελματικών δικαιωμάτων ή η βέλτιστη κατανομή του προσωπικού, είναι ίσως μερικά από τα μείζονα νοσηλευτικά ζητήματα που ταλανίζουν την σύγχρονη νοσηλευτική στην Ελλάδα και θα μπορούσαν να διευθετηθούν

με μία από τις εξειδικευμένες προσεγγίσεις της μεθόδου των Δελφών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Goodman CM. The Delphi technique: A critique. *Journal of Advanced Nursing* 1987, 12(6): 729 -734.
2. Isaac S, Michael W. *Handbook In Research & Evaluation for Education & the Behavioral Sciences* 3rd Ed. San Diego, Educational and Industrial Testing Services, 1995.
3. Aron D, Pogach L. Quality indicators for diabetes mellitus in the ambulatory setting: using the Delphi method to inform performance measurement development. *Qual Saf Health Care* 2008, 17(5):315-7.
4. Tolson D, Maclaren W, Kiely S, Lowndes A. Influence of policies on nursing practice in long-term care environments for older people. *J Adv Nurs*. 2005, 50(6):661-71.
5. Linstone H, Turoff M. *The Delphi method: Techniques and applications*. London, UK: Addison-Wesley, 1975
6. Kennedy P. Enhancing Delphi research: methods and results *Journal of Advanced Nursing* 2004, 45(5): 504-511
7. Brehaut JC, Lott A, Fergusson DA, Shojania KG, Kimmelman J, Saginur R. Can patient decision aids help people make good decisions about participating in clinical trials? A study protocol. *Implement Sci* 2008, 23:3-38.
8. Guangyi X, Chongsuvivatwong V, Geater A, Ming L, Yun Z. Application of delphi technique in identification of appropriate screening questions for chronic low back pain from traditional chinese medicine experts' opinions. *J Altern Complement Med* 2009,15(1):47-52
9. Dalkey, Norman C. *Predicting the Future*, 1968: Ιστοσελίδα: <http://www.rand.org/pubs/papers/P3948.html> Ημερ. τελευταίας πρόσβασης: 12/10/2010.
10. Grisham T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. *International Journal of Managing Projects in Business* 2009, 2(1):112 -130
11. Mullen PM. Delphi: Myths and reality. *Journal of Health Organization and Management*, 2003, 17(1): 37-52.
12. Mead DM, Moseley LG. Considerations in using the Delphi approach: design, questions and answers. *Nurse Researcher* 2001, 8: 24-37
13. Bramwell L, Hykawy E. The Delphi technique: a possible tool for predicting future events in nurse education. *Nursing Papers* 1974, 6(1), 23-32.
14. Turoff M. The design of a policy Delphi. *Technological Forecasting and Social Change* 1970, 2:149-171.
15. Murry JW, Hammons JO. Delphi: A versatile methodology for conducting qualitative



- research. *The Review of Higher Education* 1995, 18:423-436.
16. Buck AJ, Gross M, Hakim S, Weinblatt J. Using the Delphi Process to Analyze Social Policy Implementation. *Policy Sciences* 1993, 26:271-288.
17. Dunn WN. *Public Policy Analysis. An Introduction.* 3rd ed. New Jersey, Pearson Prentice Hall, 2004:182-183
18. Heiko A, Von der Gracht. *The Future of Logistics: Scenarios for 2025.* GABLER EDITION WISSENSCHAFT Wiesbaden, 2008
19. McKenna HP. The Delphi technique: a worthwhile approach to nursing? *Journal of Advanced Nursing* 1994,19(6):1221-5.
20. Rayens M, Hahn E. Building Consensus Using the Policy Delphi Method *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2000,1(4):308-315.
21. Kuusi O. Expertise in the future use of generic technologies. Epistemic and methodological Considerations concerning Delphi studies. *Acta Universitatis Oeconomicae Helsingiensis* A-159, Doctorate Dissertation. Helsinki, School of Economics and Business Administration, 1999.
22. Kamppinen M, Kuusi O, Söderlund S. Tulevaisuuden tutkimus -Perusteet ja sovellukset. (Futures research – foundations and applications). Second edition. Helsinki, Suomalaisen kirjallisuuden seura, 2003
23. Tapio P. Disaggregative policy Delphi. Using cluster analysis as a tool for systematic scenario formation. *Technological Forecasting and Social Change* 2003, 70(1):83-101
24. Rauch W. The Decision Delphi. *Technological Forecasting And Social Change* 1979, 15: 159-169
25. Aichholzer G. The Austrian foresight program: organization and expert profile. *International Journal Of Technology Management*; 2001, 21(7/8):739-755.
26. De Meyrick J. The Delphi Method and Health Research. *Health Education* 2003, 103(1):7-15.
27. Rowe G, Wright G. Expert opinions in forecasting: The role of the Delphi Technique. In J. Armstrong (Ed). *Principles of Forecasting.* Boston, Kluwer Academic, 2001:125-144
28. Kastein MR, Jacobs M, Van der Hell RH, Luttik K, Touw-Otten FWMM. Delphi, the issue of reliability: a qualitative Delphi study in primary health care in the Netherlands. *Technological Forecasting and Social Change* 1993, 44:315-323..

Πίνακας 1: Η Κλασική Τεχνική των Δελφών, Η Τεχνική των Δελφών Πολιτικής και η Τεχνική των Δελφών Απόφασης

	<i>Κλασική Τεχνική των Δελφών</i>	<i>Τεχνική των Δελφών Πολιτικής</i>	<i>Τεχνική των Δελφών Απόφασης</i>
Ομοιότητες			
Επιλογή των βέλτιστων επιχειρημάτων, ανωνυμία απόψεων, πολλαπλοί γύροι, συλλογή μέσω ερωτηματολογίου, ή ερωτηματολόγιο και συνέντευξη			
Διαφορές			
Σκοπός/χρήση:	ακριβής πρόβλεψη βάση κλασικών στατιστικών ελέγχων	εναλλακτικά σενάρια	βέλτιστα σενάρια
Επιστημολογικό Υπόβαθρο - Η σημασία της πραγματικότητας:	δεδομένη πραγματικότητα: η «μετάφραση» της είναι ξεκάθαρη, οι επιπτώσεις θα συζητηθούν	δεδομένη πραγματικότητα: η «μετάφραση» της θα συζητηθεί	μια νέα πραγματικότητα θα δημιουργηθεί
Στόχοι:	<ul style="list-style-type: none"> • γεγονότα (ακριβείς προβλέψεις) • δημιουργία συναίνεσης • επιστημονική πρόβλεψη υπό αίρεση 	<ul style="list-style-type: none"> • ιδέες • ορισμός και απόψεων • πλουραλισμός 	<ul style="list-style-type: none"> • αποφάσεις • προετοιμασία και υποστήριξη διαλόγου • αυτοεκπληρούμενη προφητεία
Τα μέλη της ομάδας των ειδικών (expert panel) είναι:	ειδικοί, εμπειρογνώμονες, ή ειδήμονες στο αντικείμενο έρευνας ή απλά μέλη μιας ομάδας (μετά από ενημέρωση για το υπό έρευνα θέμα)	μέλη διαφορετικών ομάδων πίεσης (λόμπι)	υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων



Τα μέλη της ομάδας των ειδικών (expert panel):	προσπαθούν να λάβουν ρεαλιστικές προγνώσεις	να προωθήσουν την «ατζέντα» τους επιδιώκοντας τον επηρεασμό των οργάνων της εκτελεστικής ή νομοθετικής εξουσίας	να δημιουργήσουν μια έγκυρη βάση δεδομένων ως παρακαταθήκη για λήψη αποφάσεων
Η Ανατροφοδότηση της ομάδας των ειδικών (expert panel) έχει ως στόχο:	τον καθορισμό ρεαλιστικών λύσεων	την παραγωγή «καλών» εναλλακτικών σεναρίων	την υποβοήθηση, ενδυνάμωση, ενίσχυση των διευθυντικών στελεχών για τον επωμισμό των τελικών αποφάσεων
Η ανωνυμία έχει ως στόχο:	να εμποδίσει την εδραίωση διαπλεκόμενων σχέσεων και προσωπικής επιρροής	να διευκολύνει την έκφραση ακραίων και ριζοσπαστικών απόψεων	να υποστηρίξει την ελεύθερη έκφραση χωρίς ιεραρχικές ή άλλες πιέσεις
Η αντικειμενικότητα έχει ως στόχο:	τη διασφάλιση μεθοδολογικής αριότητας	την επίτευξη ρεαλιστικών στόχων και αποτελεσμάτων	το σεβασμό της αυτοδιάθεσης των μελών

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Περιεγχειρητική Εκπαίδευση Ασθενούς που Υποβάλλεται σε Καρδιοχειρουργική Επέμβαση

Ζαχαρής Αλέξανδρος¹, Καμπουρέλλη Αικατερίνη¹

1. Νοσηλευτές ΤΕ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, τα ποσοστά ασθενών που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις αυξάνονται συνεχώς. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα, κάθε χρόνο, περίπου 10.500 ασθενείς υποβάλλονται σε επεμβάσεις καρδιάς. Οι τεχνικές των επεμβάσεων καρδιάς εξελίσσονται με αποτέλεσμα να τροποποιείται και η περιεγχειρητική φροντίδα των ασθενών. Ένα σημαντικό κομμάτι της φροντίδας είναι η περιεγχειρητική εκπαίδευση, η οποία σχετίζεται άμεσα με τη μείωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη διαχείριση του άγχους, ευνοώντας έτσι τη γενικότερη μετεγχειρητική πορεία.

Σκοπός: Σκοπός της ανασκόπησης αυτής ήταν η παρουσίαση των σημαντικότερων αντικειμένων της περιεγχειρητικής εκπαίδευσης, αλλά και του ρόλου που διαδραματίζει ο νοσηλευτής σε αυτή.

Μέθοδος: Το υλικό αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα από τις ηλεκτρονικές βάσεις *Pubmed, Chinahl, Cohrane* από το χρονικό διάστημα 1998-2010, καθώς και επιστημονικά συγγράμματα από το χρονικό διάστημα 2003-2008.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η περιεγχειρητική εκπαίδευση μπορεί να εφαρμοστεί με ποικίλους τρόπους όπως η προφορική ενημέρωση, η χρήση οπτικοακουστικών μέσων και η παροχή ενημερωτικών φυλλαδίων. Τα αντικείμενά της μπορούν να χωριστούν σε αυτά της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής φάσης. Η διαχείριση του άγχους στοχεύει στην ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή, ενισχύοντας την θεραπευτική σχέση ασθενούς- νοσηλευτή. Η εκμάθηση αναπνευστικών τεχνικών και ισομετρικών ασκήσεων κάτω άκρων, η διακοπή του καπνίσματος, η δίαιτα που θα ακολουθήσει καθώς και η διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, στοχεύουν στην σωματική του προετοιμασία ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη μετεγχειρητική του πορεία.

Συμπέρασμα: Η περιεγχειρητική εκπαίδευση των ασθενών, ανεξάρτητα του τρόπου εφαρμογής της, αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας και ταυτόχρονα ανεξάρτητη νοσηλευτική παρέμβαση ενισχύοντας την αυτονομία του νοσηλευτή αλλά και βελτιώνοντας την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.



Λέξεις κλειδιά: Εκπαίδευση ασθενούς, νοσηλευτική διδασκαλία, καρδιοχειρουργική επέμβαση, περιεγχειρητική φροντίδα.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Καμπουρέλλη Αικατερίνη,
Θεσσαλίας 130 Πετρούπολη, Αθήνα, ΤΚ 13231,
E-mail: kab.katerina@hotmail.com,
Τηλ: 6973339979

Perioperative Education Of Patient Undergoing Cardiac Surgery

Zacharis Alexandros¹, Kampourelli Aikaterini¹

1. RN

ABSTRACT

In recent years, the number of patients undergoing cardiac surgeries is steadily increasing. In Greece, approximately 10,500 patients per year are admitted to some kind of cardiac operation. Constant evolution of heart surgery techniques calls for adaptation of the perioperative nursing care given. Patient education, as an important part of the perioperative care, is directly related to the reduction of postoperative complications and stress management, thus promoting the patient's overall postoperative well-being.

Aim: The aim of this review was to present the most important aspects of the patient's perioperative education and the role that the nurse has to play in it.

Methods: Data from selected articles were extracted from *Pubmed*, *Chinahl* and *Cohrane*, as well as from non-electronically published scientific studies ranging from 1998-2010 and 2003-2008 respectively.

Results: According to the literature, perioperative patient education can be implemented in various ways, such as through verbal updates, the use of audiovisual means and the provision of informative leaflets. The teaching topics can be divided into those of the preoperative and postoperative phase. Stress management prepares the patients psychologically and also enhances the therapeutic nurse-patient relationship. The teaching of breathing techniques and isometric exercises of the lower limbs, the cessation of smoking, the diet to be followed, as well as the management of medication, aim in the patients' physical preparation, in order to optimize their postoperative course.

Conclusion: Perioperative patient education, regardless of how it is implemented, constitutes both an integral part of the nursing care and an independent nursing intervention *per se*, which strengthens the nurses' autonomy and improves the patient's postoperative course.

Keywords: Patient education, nursing education, cardiac surgery, perioperative care.

CORRESPONDING AUTHOR

Kampourelli Aikaterini

Thessalias 130 Petroupoli,

Athens, PC 13231

E-mail: kab.katerina@hotmail.com

Tel. 6973339979

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς, χρειάζονται ειδική προετοιμασία ώστε να εξασφαλιστεί η ομαλή και χωρίς επιπλοκές διεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία τους. Η εκπαίδευση του ασθενή συντελεί στην καλύτερη προετοιμασία του, στον περιορισμό μετεγχειρητικών δυσχερειών όπως είναι ο οξύς πόνος που προέρχεται από την τομή του θώρακα και την είσοδο των παροχετεύσεων, αλλά και στην αποτροπή μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως είναι η ατελεκτασία. Επίσης βοηθά τον ασθενή να έχει ενεργή συμμετοχή καθ' όλη την μετεγχειρητική του πορεία.

Ο όρος «περιεγχειρητική εκπαίδευση» αναφέρεται στην διεργασία κατά την οποία ο ασθενής γίνεται αποδέκτης πλήθους πληροφοριών, τις οποίες καλείται να αξιοποιήσει πρακτικά ώστε να μεταβάλλει

προς το επιθυμητό τη συμπεριφορά του, στοχεύοντας στην πρόληψη επιπλοκών μετεγχειρητικά αλλά και στην επίτευξη του μέγιστου βαθμού αποκατάστασης.^{1,2} Μέσω της εκπαίδευσης, δεν επιτυγχάνεται μόνο απλή ενημέρωση του ασθενούς και ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή - ασθενή αλλά και μείωση του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης.³⁻⁵

Σκοπός αυτής της ανασκόπησης ήταν η επισήμανση των κυριότερων αντικειμένων της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής εκπαίδευσης του ασθενή που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργική επέμβαση καθώς και η κατανόηση ενός γενικότερου και πιο εξελιγμένου ρόλου του νοσηλευτή στην εκπαίδευση αυτή.



Τρόποι εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση, ως υποχρέωση του νοσηλευτή αλλά και ως δικαίωμα του κάθε ασθενούς,^{6,7} μπορεί να εφαρμοστεί με ποικίλους τρόπους. Ο χρόνος έναρξης της εκπαίδευσης ποικίλει ανάλογα με το είδος της επέμβασης. Η περιεγχειρητική εκπαίδευση ξεκινά από την στιγμή της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο. Η επιλογή του κατάλληλου τρόπου διδασκαλίας βασίζεται στην ηλικία του ασθενούς-δέκτη, το μορφωτικό του επίπεδο, την οικονομική του κατάσταση, την ύπαρξη υποστηρικτικών συστημάτων, την ικανότητα προσαρμογής του σε νέες τεχνολογίες⁸ καθώς και το θέμα/αντικείμενο της εκπαίδευσης αλλά και τη δυνατότητα παροχής εξελιγμένων τεχνικών εκπαίδευσης από την ομάδα υγείας⁹. Η άμεση προφορική ενημέρωση αποτελεί τον κυριότερο τρόπο εκπαίδευσης του ασθενούς στον χώρο του νοσοκομείου. Η χρήση οπτικοακουστικών μέσων¹⁰, η παροχή ενημερωτικών φυλλαδίων και βιβλίων¹¹, η ύπαρξη εξειδικευμένου τηλεφωνικού κέντρου¹², καθώς και η χρήση του διαδικτύου ως μέσο άμεσης επικοινωνίας ασθενούς-νοσηλευτή⁹, αποτελούν επιπρόσθετους τρόπους εκπαίδευσης εξωνοσοκομειακά και ενδονοσοκομειακά.

Εκπαίδευση ασθενούς κατά την προεγχειρητική φάση

Η εκπαίδευση-διδασκαλία είναι πολύ σημαντικό κομμάτι της νοσηλευτικής

φροντίδας ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση. Ενημέρωση που παρέχεται από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας (φυσικοθεραπευτές, νοσηλευτές, γιατρούς), εξασφαλίζει μια μεγάλη ποικιλία πληροφοριών σε διάφορα θέματα¹³. Χωρίς ενημέρωση, οι ασθενείς είναι ανίκανοι να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην μετεγχειρητική τους φροντίδα. Για παράδειγμα, εάν δεν γνωρίζουν την σημασία της κινητοποίησης, μετεγχειρητικά, θα παραμείνουν παθητικά κλινήρεις έχοντας μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η αποτελεσματική προεγχειρητική εκπαίδευση συνδέεται άμεσα με καλύτερα μετεγχειρητικά αποτελέσματα όπως, μείωση του αναφερόμενου από το ασθενή πόνου, του στρες και αύξηση του αισθήματος ευεξίας¹⁵.

Διαχείριση άγχους

Το άγχος μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα έντονο αρνητικό συναίσθημα συνοδευόμενο από αίσθημα φόβου που επιδρά αρνητικά στην συμπεριφορά και την αντίληψη του ασθενούς¹⁶. Ο νοσηλευτής αξιολογώντας αρχικά το πνευματικό και μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς, καθώς και την υποστήριξη που παρέχει στο άτομο το περιβάλλον του εξηγεί στον ασθενή τη διαδικασία και διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και λύνει τυχόν απορίες του σχετικά με τις ιατρικές οδηγίες. Παρέχει στον

ασθενή την δυνατότητα ξενάγησης στην καρδιοχειρουργική μονάδα προκειμένου να εξοικειωθεί με τον χώρο στον οποίο θα βρεθεί και με τα μηχανήματα που θα δει και θα ακούσει μόλις ξυπνήσει, καθώς και τις συνθήκες νοσηλείας που θα επικρατούν (ύπαρξη ενδοτραχειακού σωλήνα, θωρακικές παροχετεύσεις). Τέλος, τον ενημερώνει, σχετικά με την μετεγχειρητική του πορεία και για την πρόσβαση σε βοήθεια που θα έχει προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο μετεγχειρητικός πόνος¹⁷.

Πολλοί ασθενείς βιώνουν έντονα αισθήματα αγωνίας και άγχους που σχετίζονται με το φόβο του επικείμενου θανάτου, το φόβο του βιώματος του πόνου, το φόβο αλλαγής του σωματικού τους ειδώλου μετά το χειρουργείο και το φόβο ύπαρξης μερικής ή ολικής αναπηρίας. Ο νοσηλευτής εξηγεί στον ασθενή πώς θα είναι η εικόνα του μετά το χειρουργείο, καθώς και την χρησιμότητα των διάφορων παροχετεύσεων, αγγειακών καθετήρων και του ενδοτραχειακού σωλήνα που θα φέρει. Επίσης, τον ενημερώνει για τους εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας που θα μπορεί να χρησιμοποιήσει καθ' όλη τη διάρκεια που θα είναι συνδεδεμένος με το μηχανήμα μηχανικού αερισμού. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, η ενημέρωση από τον νοσηλευτή να γίνει με ειλικρίνεια και σαφήνεια.^{14,18,19}

Εκμάθηση αναπνευστικών ασκήσεων

Ο νοσηλευτής, διδάσκει τον ασθενή διάφορες τεχνικές οι οποίες θα χρησιμεύσουν μετεγχειρητικά και θα έχουν σαν στόχο την πρόληψη κυρίως επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα²⁰. Μία από αυτές, είναι η τεχνική της διαφραγματικής αναπνοής σκοπός της οποίας είναι η ενίσχυση του κυριότερου αναπνευστικού μυός, του διαφράγματος²¹.

Επίσης, διδάσκεται να βήχει ελεγχόμενα - ώστε να διευκολυνθεί η αποβολή των εκκρίσεων από το βρογχικό δέντρο- τοποθετώντας τα χέρια του ή ένα μαξιλάρι στην περιοχή της τομής, στοχεύοντας στην μείωση του πόνου, την πρόληψη διάσπασης των ραμμάτων²². Τέλος, διδάσκεται ασκήσεις κάτω άκρων, οι οποίες θα βοηθήσουν μετεγχειρητικά την βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος και την πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας και οιδημάτων.²²

Διακοπή καπνίσματος

Εάν ο ασθενής είναι καπνιστής, πρέπει να διακόψει το κάπνισμα τουλάχιστον 2 εβδομάδες πριν την επέμβαση. Ο βήχας που οφείλεται σε αυτό, μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονικά μετεγχειρητικά προβλήματα όπως ατελεκτασία. Επιπλέον έχει αποδειχτεί ότι με την διακοπή του καπνίσματος, επιτυγχάνεται καλύτερη οξυγόνωση των ιστών και κατά συνέπεια των πνευμόνων²³. Επειδή η αναμονή για καρδιοχειρουργική



επέμβαση προκαλεί άγχος στον ασθενή, η παρότρυνση για διακοπή του καπνίσματος προεγχειρητικά δεν γίνεται με μεγάλη έμφαση γιατί τα αισθήματα άγχους επιδεινώνονται. Καλό θα ήταν να υπενθυμίζονται συχνά τα μετεγχειρητικά οφέλη της διακοπής καπνίσματος πριν την επέμβαση.¹⁵

Φαρμακευτική αγωγή

Οι ασθενείς που προσέρχονται για χειρουργική επέμβαση συνήθως βρίσκονται σε χρόνια φαρμακευτική αγωγή. Ένα σημαντικό στοιχείο στην προεγχειρητική εκπαίδευση είναι η σωστή εφαρμογή της αγωγής αυτής. Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ασθενή: 1) να διακόψει την δακτυλίτιδα 2-3 ημέρες πριν από την προγραμματισμένη επέμβαση, 2) να διακόψει την διουρητική αγωγή 2-3 μέρες πριν, 3) τα αντιπηκτικά δια στόματος διακόπτονται 2-4 μέρες πριν από την επέμβαση, ανάλογα με το ύψος του χρόνου προθρομβίνης, ενώ τα αντιαιμοπεταλιακά διακόπτονται 7 ημέρες πριν την επέμβαση²⁴, 4) η χορήγηση β-αναστολών και νιτρωδών δεν διαφοροποιείται μέχρι και την ημέρα της επέμβασης. Ασθενείς υπό αγωγή ινσουλίνης, ενημερώνονται να παραλείψουν την πρωινή τους δόση²⁵. Τέλος, τελευταία έρευνα, έδειξε ότι η χορήγηση στατίνων προεγχειρητικά, μπορεί να προλάβει την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής μετεγχειρητικά. Πρόσφατα

εξετάστηκε η αντιαρρυθμική δράση των στατινών, καθιστώντας ταις ερευνητικά ως φάρμακο εκλογής για την πρόληψη της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής²⁶.

Διατροφή

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή ότι η δίαιτα του θα είναι ελαφρά και άναλη και τα προσλαμβανόμενα υγρά θα είναι περίπου 1500-2000ml/24h ώστε να επιτευχθεί επαρκής ενυδάτωση. Η καλή θρέψη και ενυδάτωση προεγχειρητικά, είναι αναγκαία προκειμένου να αντιμετωπιστούν το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου και η ελλιπής σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών. Επίσης αυξάνεται η αντοχή στο χειρουργικό στρες και ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος λοιμώξεων. Αντίθετα, όσοι ασθενείς δεν είναι καλά ενυδατωμένοι και με κακή θρέψη, παρουσιάζουν shock και αιμορραγία λόγω υποπρωτεϊναιμίας. Επιπλέον, καθυστερεί η επούλωση του τραύματος από την ελάττωση της πρωτεΐνης και της βιταμίνης C. Για αυτόν τον λόγο η αναπλήρωση τους θεωρείται απαραίτητη²⁴.

Εκπαίδευση ασθενούς κατά την μετεγχειρητική φάση

Στην μονάδα ανάνηψης

Αν και το μεγαλύτερο μέρος της εκπαίδευσης του ασθενούς λαμβάνει χώρα κατά την προεγχειρητική περίοδο, η πρακτική

εφαρμογή της πραγματοποιείται καθ' όλη τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου. Κατά τη μετεγχειρητική φάση ο ασθενής επανεκπαιδεύεται ουσιαστικά στην εκτέλεση σωστών τεχνικών αναπνοής-απόχρεμψης, ισομετρικών ασκήσεων και κινητοποίησης.

Όταν ο ασθενής ξυπνήσει για πρώτη φορά στο χώρο της μονάδας (μετά τον σταδιακό απογαλακτισμό του από τον αναπνευστήρα και τη διακοπή των κατασταλτικών φαρμάκων), γίνεται άμεσος προσανατολισμός του στο χώρο από τον υπεύθυνο νοσηλευτή που προσεγγίζει τον άρρωστο αποκαλώντας τον με το όνομά του και συστήνοντας τον εαυτό του. Σημαντικό είναι να ακολουθήσει η ζωτική, για τον άρρωστο, διαβεβαίωση ότι η χειρουργική επέμβαση τελείωσε και ότι τώρα παρακολουθείται από εξειδικευμένο προσωπικό²⁷. Οι ενέργειες αυτές αποτελούν ουσιαστικά την πρώτη επανεκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικό χρόνο.

Υπενθυμίζεται στον ασθενή η σωστή τεχνική της διαφραγματικής αναπνοής ενώ ταυτόχρονα η ενθάρρυνσή του για τη συχνή εκτέλεσή της είναι συνεχής, παραθέτοντάς του βασικούς λόγους που την καθιστούν απαραίτητη.²⁸ Η σωστή διαφραγματική αναπνοή σε συνδυασμό με την παροχή οξυγόνου μέσω μάσκας (που φέρει φυσιολογικά μετά την αποσύνδεσή του από τον αναπνευστήρα ο ασθενής) αποτελεί

θεμέλιο λίθο για την ομαλή μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου.^{25,29}

Παράλληλα με τις αναπνοές, ο ασθενής ενθαρρύνεται να βήχει με συγκεκριμένο τρόπο έτσι ώστε να διευκολύνεται η απομάκρυνση εκκρίσεων από το βρογχικό δέντρο.^{22,27} Υπενθυμίζεται στον ασθενή ότι εάν δεν βήχει, παρουσιάζεται η ανάγκη για εκτέλεση επιπρόσθετων αναρροφήσεων από τον υπεύθυνο νοσηλευτή ενώ η σταθεροποίηση των εκκρίσεων αυτών μέσα στο βρογχικό του δέντρο ενέχει τον κίνδυνο επιδείνωσης της κατάστασής του μέσω της εμφάνισης επιπλοκών (ατελεκτασία, πνευμονία).^{25,30}

Η ενθάρρυνση για τη συχνή εκτέλεση απλών ισομετρικών ασκήσεων άνω και κάτω άκρων, οι οποίες θα βοηθήσουν στη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος, την πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας και των οιδημάτων, ολοκληρώνουν την εκπαίδευση του ασθενούς σύμφωνα με την προεγχειρητική του ενημέρωση.^{21,23}

Στην εκπαίδευση των Καρδιοχειρουργημένων στη μετεγχειρητική περίοδο περιέχονται επίσης δυο σημαντικότερα θέματα : Ο μετεγχειρητικός πόνος και η σωστή/ασφαλής πρώτη κινητοποίηση του ασθενούς.

Ο φόβος του βιώματος του πόνου είναι ο δεύτερος σε συχνότητα φόβος όλων των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου μετά το φόβο του επικείμενου θανάτου. Ο πόνος επίσης, ως ένα δυναμικό υποκειμενικό –κατά



κύριο λόγο- σύμπτωμα ποικίλλει ως προς την έντασή του σύμφωνα με την ανεκτικότητα του κάθε ασθενούς. Όταν εμφανίζεται, έχει την ικανότητα να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική κατάσταση αυτού.³¹⁻³⁷ Ο πόνος αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους στρεσογόνους παράγοντες που βιώνουν οι ασθενείς στο χώρο του νοσοκομείου. Η αγωνία, ο φόβος και το άγχος που δημιουργούνται στον ασθενή ενεργοποιούν το συμπαθητικό νευρικό σύστημά με αποτέλεσμα την αύξηση του καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού καθώς και αύξηση της αρτηριακής πίεσης, μεταβολές που είναι ικανές να οδηγήσουν τον ασθενή σε αιμοδυναμική αστάθεια. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το στρες ευθύνεται για την διαταραχή της φυσιολογικής αναπνοής και την κινητοποίηση των επικουρικών μυών.^{38,39} Κρίνεται επομένως απαραίτητη η προτροπή του ασθενούς για την άμεση ενημέρωση του υπεύθυνου νοσηλευτή όταν εμφανίζεται πόνος με σκοπό την άμεση αντιμετώπισή του. Η ενημέρωση του ασθενούς ότι η ύπαρξη του πόνου είναι δικαιολογημένη μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση καθώς και η διδασκαλία του για την αποφυγή εκτέλεσης κινήσεων που μπορούν να επιτείνουν τον πόνο όπως για παράδειγμα η προσπάθεια αλλαγής θέσης χωρίς βοήθεια, συντελούν στην διατήρηση χαμηλών επιπέδων άγχους και στην πρόληψη πρόκλησης επιπρόσθετου πόνου αντίστοιχα.^{36,37}

Η άμεση κινητοποίηση των ασθενών συντελεί στη διευκόλυνση της καλής συστηματικής και πνευμονικής κυκλοφορίας του αίματος, στην κινητοποίηση του εντέρου, στην καλύτερη εκτέλεση της αναπνευστικής λειτουργίας και τη σταδιακή επαναφορά της γενικότερης συστηματικής λειτουργίας του οργανισμού, προλαμβάνοντας παράλληλα την εμφάνιση διαφόρων επιπλοκών.^{23,25,28} Καθότι η πλήρης κινητοποίηση του ασθενούς στο χώρο της μονάδας εντατικής θεραπείας δεν είναι δυνατή τόσο λόγω της ιδιαιτερότητας του χώρου όσο λόγω και των παροχετεύσεων και των μηχανημάτων σύνδεσης για παρακολούθηση που φέρει ο ασθενής, η πρώτη ουσιαστική κινητοποίηση του, αποτελείται από την εφαρμογή αντιεμβολικών καλτσών στον ασθενή, την τοποθέτησή του σε καθιστή θέση (με τη μία πλευρά του να υποστηρίζεται από το ανασηκωμένο άνω μέρος του ειδικού κρεβατιού), την ενημέρωσή του να εκτελεί απλές ισομετρικές ασκήσεις και σε περίπτωση εμφάνισης ζάλης ή ναυτίας να καλέσει άμεσα τον υπεύθυνο νοσηλευτή.^{27, 40,41} Η ολοκλήρωση της εκπαίδευσης του ασθενούς στο χώρο της μονάδος γίνεται με την ενημέρωσή του για τη μεταφορά του στο τμήμα. Σημαντικό είναι να κατανοήσει ότι πρέπει να συνεχίσει να εκτελεί σωστές αναπνοές, ασκήσεις που θα ενδυναμώσουν τους αναπνευστικούς μύες (χρήση

σπιρομέτρου), αλλά και τις απλές ισομετρικές ασκήσεις που του διδάχθηκαν.²⁵

Στην καρδιοχειρουργική κλινική

Στο στάδιο κατά το οποίο ο ασθενής παραμένει για νοσηλεία στο καρδιοχειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου, δίνεται η δυνατότητα εκτενέστερης εκπαίδευσης του ίδιου αλλά και της οικογένειάς του. Η εκπαίδευση αυτή, ανταποκρίνεται κυρίως στις υποκειμενικές ανάγκες του ασθενούς αλλά και στα αντικειμενικά προβλήματα που μπορούν να παρουσιαστούν κυρίως από τη μη υιοθέτηση ενός αποδεκτού για την κατάσταση της υγείας του τρόπου ζωής. Επίσης, γίνεται αναφορά των πιθανών επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν.^{22,27}

Συμπέρασμα

Η εκπαίδευση αποτελεί ηθική, δεοντολογική και νομική υποχρέωση του νοσηλευτή και στοχεύει στην σωματική και ψυχική προετοιμασία του ασθενή. Παρέχει τη δυνατότητα ενίσχυσης της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή ασθενούς, ελαττώνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και την διάρκεια νοσηλείας, ενώ παράλληλα προετοιμάζει το έδαφος για την επίτευξη του μέγιστου βαθμού αποκατάστασης. Επιπλέον, αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας και ταυτόχρονα ανεξάρτητη νοσηλευτική παρέμβαση

ενισχύοντας την αυτονομία του νοσηλευτή αλλά και βελτιώνοντας την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.

Προτάσεις

Η ανάπτυξη διάφορων υποστηρικτικών συστημάτων είναι ικανή να συντελέσει στην αποτελεσματικότερη εκπαίδευση του ασθενούς. Τέτοια υποστηρικτικά μέσα είναι:

1. Εκπαιδευτικές ομάδες μέσα στους χώρους του νοσοκομείου αποτελούμενες από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίες στοχεύουν στην ενημέρωση ασθενών και οικογενείας ως σύμβουλοι καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς.
2. Ομάδες δραστηριοτήτων μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, οι οποίες θα προσφέρουν τη δυνατότητα εναλλακτικών-επιστημονικά αποδεκτών-παρεμβάσεων/θεραπειών σε ομάδες ασθενών που το επιθυμούν. Σημαντική είναι η ανάπτυξη που παρουσιάζει η χρήση της μουσικής και διαφόρων τεχνικών χαλάρωσης ως μέσων αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου και αισθημάτων φόβου αγωνίας και άγχους.⁴²⁻⁴⁶
3. Ομάδες συνεχιζόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και ενημέρωσης (ομάδες αποκατάστασης) που θα δρουν έξω από το χώρο του νοσοκομείου, έχοντας ως στόχο τη σωστή καθοδήγηση ως προς την απόκτηση από τον ασθενή ενός αποδεκτού



νέου τρόπου ζωής βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους.^{8-12,47}

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Caress A. *Giving information to patients.* Nurs Stand 2003,17:47-63
2. Goodman H. *Patients' perception of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery.* Journal of Advanced Nursing, 1997,25:1241-1251
3. Wichter RM, Katz P, Showstack J, Bindam AB, Goldman L, *Reorganizing an academic medical service: Impact on cost, quality, patient satisfaction and education.* JAMA 1998, 279:1560-1565
4. Moore LC, Laura P, Minick P. *Perceptions of Cardiac Risk Factors and Risk-Reduction Behaviour in Women with Known Coronary Artery Disease.* Journal of Cardiovascular Nursing 2010, 25(6): 433-443
5. Sawatzky JA, Naimark BJ. *Coronary Artery Bypass Graft Surgery Exploring a Broader Perspective of Risks and Outcomes.* Journal of Cardiovascular Nursing 2009, 24(3):198-206
6. Manning M. *The advanced practice nurse in gastroenterology serving as patient educator.* Gastroenterol Nurs 2004, 27:220-225
7. ΠΔ216/2001. *Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας*
8. Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. *Supporting Cardiac Recovery Through eHealth Technology.* Journal of Cardiovascular Nursing 2004, 19(3):200-208
9. Flatley Brennan P, Moore S.M, Bjornsdottir G, Jones J, Visovsky C, Rogers M. *HealthCare: an Internet-based information and support system for patient home recovery after coronary artery bypass graft (CABG) surgery.* Journal of Advanced Nursing 2001, 35(5): 699-708
10. Utriyaprasit K, Moore S.M, Chaiseri P. *Recovery after coronary artery bypass surgery:effect of an audiotape information programme.* Journal of Advanced Nursing 2010, 66(8):1747-1759
11. Krouse H.J. *Video modeling to educate patients.* Journal of Advanced Nursing 2001, 33(6): 748-757
12. Hartford K. *Telenursing and patients' recovery from bypass surgery.* Journal of Advanced Nursing 2005, 50(5): 459-468
13. Weert J, Dulmen S. *Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery.* Patient Education and Counseling 2003, 49: 105-114
14. Asilioglu K, Celik S. *The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients.* Patient Education and Counseling 2004, 53: 65-70
15. Arthur H, Danlels C. *Effect of a Preoperative Intervation on Preoperative and*

- Postoperative Outcomes in Low-Risk Patients Awaiting Elective Coronary Artery Bypass Graft Surgery.* Ann Intern Med 2000; 133: 253-262
16. Szekely A, Balog P, Benko E. *Anxiety Predicts Mortality and Morbidity After Coronary Artery and Valve Surgery –A4-year Follow-Up Study.* Psychosomatic Medicine 2007, 69:625-631
17. Matyal R, Mahmood F. *Preoperative Stress Testing in High-Risk Vascular Surgery and its Association With Gender.* Gender Medicine 2010, 7(6): 584-92
18. Martin C, Turkelson S. *Nursing Care of the Patient Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting.* Journal of Cardiovascular Nursing 2006, 21(2):109-117
19. Lewis H, Dirksen O, Bucher M. *Medical-Surgical Nursing Assessment of Clinical Problems*, volume 1
20. Hulzebos E, Helders P, Favie' N. *Preoperative Intensive Inspiratory Muscle Training to Prevent Postoperative Pulmonary Complication in High-Risk Patients undergoing CABG surgery.* JAMA. 2006;296:1851-1857
21. Αθανάτου Ε. *Κλινική Νοσηλευτική Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες.* Αθήνα 2008
22. Lemone P, Burke K. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά την Φροντίδα Ασθενούς, Τόμος Β, Γ' Έκδοση, Λαγός, Αθήνα, 2004*
23. Γιακουμιδάκης Κ, Μπροκολάκη-Πανουδάκη Η. *Εκπαίδευση Ασθενούς που Υποβάλλεται σε Χειρουργική Επέμβαση Αορτοστεφανιαίας Παράκαμψης.* Νοσηλευτική 2009, 48(2):164-172
24. Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 1, Β' Έκδοση, ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα, 2000*
25. Bojar RM. *Preoperative considerations and risk assessment.* In: Bojar RM (ed) *Manual of perioperative care in adult cardiac surgery.* 4th ed Blackwell Malden, Massachusetts, 2005:91-128
26. Kourliouros A, Valencia O, Hosseini M.T, Mayr M, Sarsam M, Camm J. *Preoperative high-dose atorvastatin for prevention of atrial fibrillation after cardiac surgery: A randomized controlled trial.* J Thorac Cardiovasc Surg 2011; 141:244-8
27. Αποστολάκης Ε. *Καρδιοχειρουργική. Η περιεγχειρητική αγωγή.* Εργοπράξιον, Αθήνα 2003
28. Westerdahl E, Lindmark B, Eriksson T, Friberg O, Hedenstierna G. *Deep-Breathing Exercises Reduce Atelectasis and Improve Pulmonary Function After Coronary Artery Bypass Surgery.* Chest 2005;128: 3482-3488
29. Urell C, Emtner M, Hedenstrom H, Tenling A, Breidenskog M. *Deep breathing exercises with positive expiratory pressure at a higher rate improve oxygenation in the early period*



- after cardiac surgery-a randomized controlled trial. European Association for Cardio-Thoracic Surgery. Published by Elsevier B.V
30. Gomes Ferreira P.E, Rodrigues A.J, Barboza Evora P. R. *Effects of an Inspiratory Muscle Rehabilitation Program in the Postoperative Period of Cardiac Surgery*. Arq Bras Cardiol 2009;92(4):261-268
31. Margaretha Engwall, Gill S. Dupplis. *Music as a nursing intervention for postoperative pain: A systematic review*. *Journal of perianesthesia nursing* 2009, 24(6):370-383
32. Marion Good, Michael Stanton-Hicks, Jeffrey A. Grass, Gene Cranston Anderson, Hui-Ling Lai, Varunyupa Roykulcharoen, Patricia A. Adler. *Relaxation and music to reduce postsurgical pain*. *Journal of advanced nursing* 2001;33(2):208-205.
33. Goudas LC, Carr DB, Bloch R, Balk E, Ioannidis JPA, Lau J. *Management of cancer pain*. Rockville, MD: Agency for healthcare research and quality, 2001.
34. Moon Fai Chan, Yuet Foon Loretta Chung, Siu Wai Anne Chung, On Kei Angela Lee. *Investigating the physiological responses of patients listening to music in the intensive care unit*. *Journal of critical nursing* 2008; 18: 1250-1257.
35. Chlan L. *Music intervention*. *Complementary/Alternative therapies in nursing* 4th ed, New York Springer Publication company; 2002.
36. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. *Nurses Assessment of pain in surgical patients*. *Journal of Advanced Nursing* 2005, 52(2):125-132
37. Maclellan K. *Postoperative pain: stragedy for improving patient experiences*. *Journal of Advanced Nursing* 2004, 46(2):179-185
38. Roykulcharoen V, Good M. *Systematic relaxation to relieve postoperative pain*. *Journal of Advanced Nursing* 2004, 48(2):140-148
39. Staum MJ, Brotons M. *The effect of music amplitude on the relaxation response*. *J Music Ther*. 2000; 37(1): 22-39
40. Martin CG, Turkelson SL. *Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting*. *J Cardiovasc Nurs* 2006, 21;109-117
41. Mullen-Fortino M, O'Brien N. *Caring for patient after coronary artery bypass surgery graft*. *Nursing* 2008, 38:46-52
42. Kari Sand-Jecklin, Howard Emerson. *The impact of a live therapeutic music intervention on patients' experience of pain, anxiety and muscle tension*. *Holist Nurs Pract* 2010;24(1):7-15
43. Nilson U. *The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review*. *Aorn Journal* 2008, 87(4):780-807
44. Stefan Nilsson, Eva Kokinsky, Ulrica Nilsson, Brigita Sidenvall, Karin Enskar.

- School-aged children's experiences of postoperative music medicine on pain, distress and anxiety.* Pediatric Anesthesia 2009; 19: 1184-1190.
45. Teresa Bulfone, Rosanna Quattrin, Renzo Zanotti, Laura Regattin, Silvio Brusafarro. *Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment.* Holist Nurs Pract 2009; 23(4): 238-242.
46. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. *Music for pain relief.* The Cochrane collaboration. Published by John Wiley and Sons, Ltd 2009.
47. Warrington D, Cholowski K, Peters D. *Effectiveness of home-based rehabilitation for special needs patients.* Journal of Advanced Nursing 2003,41(2):121-129



ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Συχνότητα εισαγωγών στις ΜΕΘ από τροχαίο ατύχημα

Βλαχόπουλος Όθων¹, Βούτος Στέργιος¹, Καραγιώργης Δημήτριος¹, Τζιάλας Βασίλειος²,
Τζιάλας Δημήτριος³, Ντόκου Μαριάννα⁴

1. Φοιτητές Νοσηλευτικής Α' ΤΕΙ, Αθήνας
2. Νοσηλεύτης ΤΕ, MSc, Γ.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς" Αθήνα
3. Νοσηλεύτης ΤΕ, MSc, NFESC, Phd(c) Προϊστάμενος Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων
4. Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση της συχνότητας εισαγωγής των νέων σε ΜΕΘ, που οφείλεται σε κακώσεις μετά από τροχαίο ατύχημα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας των κακώσεων, των ειδικών συνθηκών εισαγωγής νέων ηλικίας 18-40 ετών που εισήχθησαν στις ΜΕΘ μετά από τροχαίο ατύχημα.

Υλικό – Μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν νέοι ηλικίας 18-40 ετών, που είχαν εισαχθεί σε έξι ΜΕΘ δημόσιων νοσοκομείων του λεκανοπεδίου Αττικής για 3 έτη. Για τη συλλογή των στοιχείων, χρησιμοποιήθηκε ειδικά σχεδιασμένο έντυπο για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, την καταγραφή των κακώσεων και των συνθηκών νοσηλείας, περιλάμβανε και ερωτήσεις που αφορούσαν το είδος του οχήματος που προξένησε το ατύχημα, όπως επίσης και την έκβαση της πορείας του ασθενούς. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 13 και η στατιστική μέθοδος χ^2 και t-test.

Αποτελέσματα: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 555 νεαρά άτομα, που αποτελούσαν το 13,1% του συνόλου των εισαγωγών των ΜΕΘ. Από τους συμμετέχοντες, το 82,2% ήταν άνδρες και το 17,8% γυναίκες με μέση ηλικία 26,5 έτη. Ως προς τη συχνότητα εμφάνισης διαφόρων μορφών καταγμάτων, το 24,7% των συμμετεχόντων είχε κάταγμα άνω άκρων και το 26,4% είχε κάταγμα κάτω άκρων. Το 30,2% του δείγματος είχε περισσότερα των 3 καταγμάτων, ενώ το 6,9% περισσότερα των 5. Το 75,7% του δείγματος είχε κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Βρέθηκε όμως ότι η συχνότητα εμφάνισης των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη μεταξύ αυτών που φορούσαν κράνος (64,5%) σε σχέση με αυτών που δεν φορούσαν κράνος (82,5%), $p < 0,05$. Σε διασωλήνωση ήταν το 17,9% του δείγματος ενώ σε κώμα το 11,6%. Τέλος, βρέθηκε ότι, οι ασθενείς που προσήλθαν στη ΜΕΘ από χειρουργείο (36,2%) ήταν στατιστικά σημαντικά πιο πιθανό να απεβιώσουν σε σχέση με τα άτομα που προσήλθαν από ΤΕΠ (17,8%), από νοσοκομείο άλλης πόλης (16,7%), άλλο νοσοκομείο (14,3%) ή άλλη κλινική (12,5%).

Συμπεράσματα: Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία εισαγωγής των νέων στις ΜΕΘ. Η πλειοψηφία των ατόμων αυτών είναι πολυτραυματίες. Λόγω της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία ΜΕΘ σε κάθε μεγάλο Γενικό Νοσοκομείο.

Λέξεις κλειδιά: Τροχαία ατυχήματα, παράγοντες κινδύνου, κατάγματα, κρανιο-εγκεφαλική κάκωση.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Βλαχόπουλος Όθων,
Πάυλου Μελά 33^Α, Καρέας,
E-mail: otto@hotmail.com*

Frequency of admission in Intensive Care Unit due to road accident

Vlachopoulos Othon¹, Voutos Stergios¹, Karagiorgis Dimitrios¹, Tziallas Vasilios²,
Tziallas Dimitrios³, Ntokou Mariana⁴

- 1. Student of Nursing Department A, TEI Athens*
- 2. RN, MSc, General Hospital 'Genimatas', Athens*
- 3. RN, MSc, NFESC, Phd (c) Head Nurse in General Hospital of Ioannina*
- 4. RN, MSc, Kalamata's General Hospital*

ABSTRACT

During recent years, it has been noticed a remarkable increase in admission of the young in Intensive Care Unit due to road accident.

The **aim** of the present study was to explore the injuries, the special conditions of admission of young 18-40 years old that were admitted to Intensive Care Unit due to road accident.

Method and material: The sample studied consisted of young individuals 18-40 years old that were admitted in the Intensive Care Unit (ICU) of public hospitals in the area of Attica for 3 years. Data were collected by the completion of a special designed questionnaire that apart from demographic variables, the record of injuries and the conditions of treatment it also included variables concerning the type of vehicle that caused the road accident as well as the outcome of patients' course. Data analysis was performed by the statistical package SPSS 13 and the method χ^2 and t-test.

Results: The sample studied consisted of 555 young individuals, of the 13,1% of total admissions in ICU. Of the participants 82,2% were men and 17,8% women, with



mean age 26,5 years. Regarding the frequency of various types of injuries, 24,7% of the participants had injuries of upper limbs and 26,4% of lower. 30,2% of the sample had more than 3 fractures, while the 6,9% more than 5. 75,7% of the participants had head injury. Moreover, it was found that the frequency of head injuries was statistical significant lower among those wearing helmet (64,5%) compared to those not wearing (82,5%), $p < 0,05$. Intubation had the 17,9% of the sample, while in coma was the 11,6%. Finally, it was found that patients admitted in ICU from operation room (36,2%) were more likely with statistical significant more to die compared to those admitted by Emergency department (17,8%) by hospital of other town (16,7%) by other hospital (14,3%), or other clinic department (12,5%).

Conclusions: Road accidents consist the main reason for admission of the young in ICU. The majority of individuals were multi-injured. Due to the increased incidence of admission, it is judged necessary the institution of ICU in every big hospital.

Keywords: Road accidents, risk factors, fractures, brain injury.

CORRESPONDING AUTHOR

*Vlachopoulos Othon ,
Paulou Mella 33A, Kareas,
E-mail: otto@hotmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, τα τροχαία ατυχήματα ολοένα και περισσότερο αναδύονται ως σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας διότι σχετίζονται με υψηλή πιθανότητα θανάτου και αναπηρίας¹⁻³.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η Ελλάδα κατέχει την τρίτη θέση στην Ευρώπη στον αριθμό των θανάτων από τροχαία ατυχήματα μεταξύ παιδιών, εφήβων και νέων έως 25 ετών. Στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας δείχνουν, ότι ετησίως 30.000 άτομα τραυματίζονται σε τροχαία ατυχήματα, ενώ καταγράφονται 1.800 θάνατοι¹⁻³.

Πλήθος παραγόντων σχετίζονται με πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων, εκ των οποίων οι κυριότεροι είναι η υιοθέτηση ακατάλληλης και επικίνδυνης συμπεριφοράς οδήγησης, όπως επίσης διάφοροι κοινωνικο-οικονομικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Ωστόσο, οι παράγοντες κινδύνου πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος διαφέρουν για κάθε ηλικιακή ομάδα. Για παράδειγμα, στα παιδιά έως 14 ετών καθοριστικό ρόλο έχει το χαμηλό ανάστημα, το μικρό οπτικό πεδίο, η ανωριμότητα, η έλλειψη γνώσης των σημάτων, ενώ αντιθέτως στους εφήβους και στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ευθύνεται, η χρήση ουσιών, η στέρηση ύπνου, η

αντιδραστική συμπεριφορά η μικρή οδηγική εμπειρία, κ.ά¹⁻³.

Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας των κακώσεων και των ειδικών συνθηκών εισαγωγής νέων ηλικίας 18-40 ετών που εισήχθησαν στις ΜΕΘ μετά από τροχαίο ατύχημα.

Υλικό - Μέθοδος

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν νέοι ηλικίας 18-40 ετών, που είχαν εισαχθεί σε έξι ΜΕΘ δημόσιων νοσοκομείων του λεκανοπεδίου Αττικής για 3 έτη. Για τη συλλογή των στοιχείων, χρησιμοποιήθηκε ειδικά σχεδιασμένο έντυπο για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, την καταγραφή των κακώσεων και των συνθηκών νοσηλείας (διασωλήνωση, κώμα κλπ.), περιλάμβανε και ερωτήσεις που αφορούσαν το είδος του οχήματος που προξένησε το ατύχημα, όπως επίσης και στην έκβαση της πορείας του ασθενούς.

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 13.

Στατιστική ανάλυση

Η ηλικία παρουσιάζονται με μέση τιμή ± τυπική απόκλιση, ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές με σχετική συχνότητα (%). Η συσχέτιση μεταξύ 2 ποιοτικών μεταβλητών

(π.χ. θάνατος και κρανιοεγκεφαλική κάκωση, >3 κατάγματα κτλ) ελέγχθηκε με το κριτήριο χ^2 , ενώ η συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και ποιοτικών μεταβλητών με 2 κατηγορίες (π.χ. θάνατος, κακώσεις των κάτω άκρων κτλ) ελέγχθηκε με το κριτήριο Student's t-test.

Πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνησουμε παράγοντες που συσχετίζονται με το θάνατο των ασθενών, την ύπαρξη κωματώδους κατάστασης ή διασωλήνωσης.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως σχετικός λόγος (ΣΛ) και 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ).

Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%, ενώ επίπεδο σημαντικότητας μεταξύ 5% και 10% θεωρήθηκε ως οριακά στατιστικά σημαντικό. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 14 του προγράμματος SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Αποτελέσματα

α) Περιγραφικά

Δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία αναφορικά με το τροχαίο ατύχημα

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 555 νεαρά άτομα, που αποτελούσαν το 13,1% του συνόλου των εισαγωγών των ΜΕΘ.



Από τον Πίνακα 1 διαπιστώνεται, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άνδρες (82,2%), άγαμοι (83,0%), οδηγούσαν ή ήταν συνεπιβάτες σε δίκυκλο (63,9%) και είχαν καταναλώσει αλκοόλ πριν το ατύχημα (62,2%). Όσον αφορά στο εκπαιδευτικό τους επίπεδο, σχεδόν οι μισοί ήταν απόφοιτοι λυκείου (47,1%), ενώ όσον αφορά στο επάγγελμά τους, περίπου 1 στους 3 (34,9%) ήταν άνεργοι. Περίπου το 25% αυτών που οδηγούσαν ή ήταν συνεπιβάτες σε δίκυκλο φορούσαν κράνος και περίπου το 41% ατών που οδηγούσαν ή ήταν συνεπιβάτες σε αυτοκίνητο φορούσαν ζώνη. Οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να προσέλθουν στη ΜΕΘ από άλλο νοσοκομείο (30,8%), ενώ ο δεύτερος πιο πιθανός τρόπος προσέλευσης ήταν μέσω ΤΕΠ (20,3%). Τέλος, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 26,5 έτη.

Περιγραφικά στοιχεία αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης διαφόρων μορφών καταγμάτων, διασωλήνωσης, κώματος και θανάτου

Από τον Πίνακα 2 διαπιστώνεται, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που συμμετέχουν στη μελέτη είχε κρανιοεγκεφαλική κάκωση (75,7%).

Όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων τύπων καταγμάτων, από το πιο συχνά προς το πιο σπάνια εμφανιζόμενο είναι: κάταγμα κάτω άκρων, άνω άκρων,

πλευρών, σπονδυλικής στήλης, πολλαπλά κρανίου, και πυέλου.

Περίπου το 30% των συμμετεχόντων βρέθηκαν να έχουν περισσότερα από ή ίσα με 3 κατάγματα ενώ περίπου το 7% βρέθηκαν να έχουν περισσότερα από ή ίσα με 5 κατάγματα.

Περίπου το 18% των συμμετεχόντων μπήκαν στη ΜΕΘ διασωληνωμένοι και περίπου το 11,5% ήταν σε κωματώδη κατάσταση. Τέλος, περίπου το 20% απεβίωσαν μέσα στη ΜΕΘ.

Συσχέτιση διαφόρων παραγόντων με τον τύπο κατάγματος

Από τους Πίνακες 3α, 3β και 4 διαπιστώνεται, ότι δεν υπάρχει καμία συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο, τον τύπο του οχήματος με το οποίο ενεπλάκη ο συμμετέχοντας στο τροχαίο ατύχημα, την ηλικία του συμμετέχοντα και τον τύπο του κατάγματος. Εξαίρεση, όσον αφορά τη σχέση της ηλικίας με τη συχνότητα των διαφόρων τύπων καταγμάτων αποτελεί το κάταγμα των πλευρών, όπου διαπιστώνουμε πως η μέση ηλικία των ατόμων με κάταγμα πλευρών ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη (28 έτη) σε σχέση με αυτή των ατόμων χωρίς κάταγμα πλευρών (26 έτη), $p=0,002$. Βρέθηκε όμως ότι η συχνότητα εμφάνισης των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη μεταξύ αυτών που φορούσαν κράνος (64,5%) σε σχέση με αυτών που δεν φορούσαν κράνος

(82,5%), $p < 0,05$. Επίσης, βρέθηκε ότι η συχνότητα καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερη μεταξύ αυτών που φορούσαν ζώνη (7,4%) σε σχέση με αυτούς που δεν φορούσαν ζώνη (28,9%), $p < 0,05$.

Συσχέτιση τύπου κατάγματος, προέλευσης ασθενών με διασωλήνωση

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στο φύλο, την ηλικία, τους διάφορους τύπους καταγμάτων, τον τρόπο προσέλευσης των ασθενών στη ΜΕΘ και τη διασωλήνωσή τους ή όχι. Διαπιστώνεται, ότι οι ασθενείς με πολλαπλά κατάγματα κρανίου ήταν πιο πιθανό να είναι διασωληνωμένοι (34,6%) σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν πολλαπλά κατάγματα κρανίου (16,1%).

Επίσης, οι ασθενείς που είχαν περισσότερα από 3 ή περισσότερα από 5 κατάγματα, συνολικά, ήταν πιο πιθανό να είναι διασωληνωμένοι (22,9% και 31,6%, αντίστοιχα) σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες (15,7% και 16,8%, αντίστοιχα).

Τέλος, βρέθηκε ότι, οι ασθενείς που προσήλθαν στη ΜΕΘ από τα ΤΕΠ (24%), από νοσοκομείο άλλης πόλης (24,2%) και από χειρουργείο (22,5%) ήταν στατιστικά σημαντικά πιο πιθανό να είναι διασωληνωμένοι σε σχέση με τα άτομα που

προσήλθαν από άλλο νοσοκομείο (10,1%), άλλη κλινική (11,0%), ΜΑΦ (0%), άλλη ΜΕΘ (9,1%).

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας όλους τους παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη συχνότητα διασωλήνωσης, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση, για την ανάδειξη των παραγόντων που συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη διασωλήνωση των τραυματιών από τροχαίο ατύχημα. Βρέθηκε ότι τα άτομα με πολλαπλά κατάγματα κρανίου είναι περίπου 2,5 φορές πιο πιθανό να είναι διασωληνωμένα σε σχέση με τα άτομα χωρίς πολλαπλά κατάγματα κρανίου. Επίσης, βρέθηκε ότι οι τραυματίες με περισσότερα από 5 κατάγματα ήταν περίπου 2,5 φορές πιο πιθανό να είναι διασωληνωμένοι σε σχέση με αυτούς με λιγότερα από 5 κατάγματα. Τέλος, βρέθηκε ότι οι τραυματίες που προσήλθαν από άλλο νοσοκομείο και από άλλη κλινική ήταν περίπου 60% λιγότερο πιθανό να είναι διασωληνωμένοι σε σχέση με αυτούς που προσήλθαν από τα ΤΕΠ, ενώ καμία διαφορά δεν βρέθηκε ανάμεσα στην πιθανότητα διασωλήνωσης των ασθενών που προσήλθαν από ΤΕΠ και αυτών που προσήλθαν από νοσοκομείο άλλης πόλης ή από το χειρουργείο (Πίνακας 6).



Συσχέτιση τύπου κατάγματος, προέλευσης ασθενών με κώμα

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στο φύλο, την ηλικία, τους διάφορους τύπους καταγμάτων, τον τρόπο προσέλευσης των ασθενών στη ΜΕΘ και την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ σε κωματώδη κατάσταση ή όχι.

Διαπιστώνεται, ότι οι ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση ήταν πιο πιθανό να είναι σε κωματώδη κατάσταση (17%) σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν κρανιοεγκεφαλική κάκωση (2,7%). Κανένας άλλος από τους εξεταζόμενους παράγοντες δεν βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εισαγωγή των ασθενών στη ΜΕΘ σε κωματώδη κατάσταση.

Συσχέτιση τύπου κατάγματος, προέλευσης ασθενών με θάνατο

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στο φύλο, την ηλικία, τους διάφορους τύπους καταγμάτων, τον τρόπο προσέλευσης των ασθενών στη ΜΕΘ, την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ σε κωματώδη κατάσταση ή όχι, την εισαγωγή τους με διασωλήνωση ή όχι και τον θάνατο μέσα στη ΜΕΘ.

Διαπιστώνεται, ότι οι ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση ήταν πιο πιθανό να είναι σε κωματώδη κατάσταση (20,2%) σε

σχέση με τα άτομα που δεν είχαν κρανιοεγκεφαλική κάκωση (10%). Επίσης, οι διασωληνωμένοι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να απεβιώσουν μέσα στη ΜΕΘ (9,7%) σε σχέση με τους μη διασωληνωμένους ασθενείς (22%). Επιπλέον, οι ασθενείς που απεβίωσαν ήταν μεγαλύτερης ηλικίας κατά μέσο όρο (27 έτη) σε σχέση με τους ασθενείς που δεν απεβίωσαν (24 έτη). Επιπλέον, οι τραυματίες με κάταγμα κάτω άκρων ήταν λιγότερο πιθανό να απεβιώσουν μέσα στη ΜΕΘ (12,4%) σε σχέση με αυτούς χωρίς κάταγμα κάτω άκρων (22,3%). Τέλος, βρέθηκε ότι, οι ασθενείς που προσήλθαν στη ΜΕΘ από χειρουργείο (36,2%) ήταν στατιστικά σημαντικά πιο πιθανό να απεβιώσουν σε σχέση με τα άτομα που προσήλθαν από άλλο νοσοκομείο (14,3%), άλλη κλινική (12,5%), ΜΑΦ (12,5%), άλλη ΜΕΘ (16,7%), από τα ΤΕΠ (17,8%) και από νοσοκομείο άλλης πόλης (16,7%).

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας όλους τους παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη συχνότητα θανάτου, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση, για την ανάδειξη των παραγόντων που συσχετίζονται ανεξάρτητα με το θάνατο των τραυματιών από τροχαίο ατύχημα.

Βρέθηκε ότι αύξηση της ηλικίας κατά 1 έτος αυξάνει την πιθανότητα να απεβιώσουν οι τραυματίες κατά 13%. Επίσης, βρέθηκε ότι οι

τραυματίες με κάταγμα των κάτω άκρων είναι περίπου 80% λιγότερο πιθανό να απεβιώσουν σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν κάταγμα των κάτω άκρων. Αντίθετα, κανένας από τους υπόλοιπους παράγοντες (π.χ. διασωλήνωση, τρόπος προσέλευσης των τραυματιών, και κρανιοεγκεφαλική κάκωση) δεν παρέμειναν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες στην πολυπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας 9).

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άνδρες, άγαμοι, οδηγούσαν ή ήταν συνεπιβάτες σε δίκυκλο και είχαν καταναλώσει αλκοόλ πριν το ατύχημα. Όσον αφορά στο εκπαιδευτικό τους επίπεδο, σχεδόν οι μισοί ήταν απόφοιτοι λυκείου, ενώ όσον αφορά στο επάγγελμά τους, περίπου 1 στους 3 ήταν άνεργοι.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φαίνεται, ότι οι άνδρες ευθύνονται για την πρόκληση των τροχαίων ατυχημάτων καθώς αποτελούσαν την πλειοψηφία των συμμετεχόντων. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε οι έρευνες των Burgut και συν.,⁵ και των Benner και συν.,⁶ που έδειξαν, ότι το 69.4% και το 85.9% αντίστοιχα, των οδηγών που είχαν εμπλακεί σε τροχαίο ήταν άνδρες. Μια πιθανή ερμηνεία είναι, ότι οι άνδρες συγκρινόμενοι με τις γυναίκες αδυνατούν ή είναι απρόθυμοι να εφαρμόσουν τους κανόνες σωστής οδικής

συμπεριφοράς και συχνά υιοθετούν μοντέλα επικίνδυνης οδήγησης. Επίσης είναι πολύ πιθανόν να υπερεκτιμούν την ικανότητα τους για οδήγηση, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τόσο τη ζωή τους όσο και των άλλων ^{7,8}.

Η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών τονίζει, ότι η χρήση αλκοόλ αποτελεί καθημερινή συνήθεια πολλών ατόμων, ανεξαρτήτως φύλου, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης και παρουσιάζει γεωγραφικές διακυμάνσεις. Ωστόσο, η αλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες πρόκλησης κάθε είδους ατυχημάτων. Ως γνωστό, το αλκοόλ μειώνει τη ετοιμότητα του νευρικού συστήματος, περιορίζοντας την ταχύτητα αντίδρασης λόγω καταστολής των αντανακλαστικών και γενικότερα επηρεάζει και επιβραδύνει τη λήψη αποφάσεων. Λαμβάνοντας υπόψη, ότι η οδήγηση αυτοκινήτου απαιτεί πολλές δεξιότητες και λήψη ταχύτατων αποφάσεων, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η κατανάλωση αλκοόλ συχνά εμποδίζει τον οδηγό όχι μόνο να ακολουθεί σωστή οδική συμπεριφορά, αλλά επίσης να αντιλαμβάνεται την κίνηση γύρω του και να χειρίζεται σωστά τόσο την ταχύτητα του όσο και το τιμόνι του ⁹⁻¹⁶.

Ένας άλλος παράγοντας που ευθύνεται για την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων είναι η συνέργεια του αλκοόλ με διάφορα φάρμακα, όπως τα ηρεμιστικά, μερικά αναλγητικά ή τα αντισταμινικά, η οποία αυξάνει σημαντικά



τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχήματος. Επίσης, η στέρηση ύπνου δρα συνεργικά με την κατανάλωση αλκοόλ πολλαπλασιάζοντας έτσι τους κινδύνους ατυχήματος⁹⁻¹⁶.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος, θα πρέπει να ξεκινά από το περιβάλλον του ατόμου που είχε καταναλώσει αλκοόλ, το οποίο θα πρέπει να αποθαρρύνει την οδήγηση ή να βοηθά τα άτομα να καταφεύγουν σε άλλες λύσεις και επιλογές μεταφοράς, όπως η κλήση ταξί ή η μεταφορά στο προορισμό με οδηγό που δεν έχει καταναλώσει αλκοόλ⁹⁻¹⁶.

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η πρόληψη των θανάτων, τραυματισμών και αναπηριών λόγω των οδικών δυστυχημάτων είναι υπόθεση που αφορά κάθε χώρα. Για την καταπολέμηση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ θα πρέπει η πολιτεία να λαμβάνει μέτρα για την απαγόρευση κατανάλωσης αλκοόλ μέσω υπουργικών αποφάσεων. Επιπροσθέτως, κρίνεται σημαντική η χάραξη κοινής πολιτικής μεταξύ των κρατών όσον αφορά στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση προγραμμάτων και στρατηγικών που θα στοχεύουν στην αποτροπή της κατανάλωσης οινοπνεύματος σε κάθε ηλικία. Εξίσου σημαντική θεωρείται η ανταλλαγή ορθών πρακτικών σε θέματα όπως η εικόνα της κατανάλωσης οινοπνεύματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης¹⁷⁻²⁰.

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν, ότι οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να προσέλθουν στη ΜΕΘ από άλλο νοσοκομείο,

εύρημα, που πιθανόν να υποδηλώνει την αδυναμία νοσηλείας στο νοσοκομείο που έφθασαν αμέσως μετά το ατύχημα και επιβεβαιώνει τη αναγκαιότητα δημιουργίας ΜΕΘ σε κάθε μεγάλο νοσοκομείο καθώς στην Ελλάδα οι κλίνες των Μ.Ε.Θ. είναι ανεπαρκείς για το μεγάλο αριθμό των τραυματιών από τροχαία ατυχήματα. Αξίζει να σημειωθεί, ότι τα θύματα των σοβαρών τροχαίων ατυχημάτων είναι συνήθως πολυτραυματίες, που χρήζουν εισαγωγής στη ΜΕΘ διότι διατρέχουν όχι μόνο κίνδυνο επιπλοκών από το αναπνευστικό και το κυκλοφορικό σύστημα αλλά επίσης και κίνδυνο διατήρησης στη ζωή. Από όλες τις κακώσεις οι κρανιοεγκεφαλικές (ΚΕΚ) έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να οδηγήσουν στο θάνατο ή σε βαριά αναπηρία¹.

Ως προς τη συχνότητα εμφάνισης διαφόρων μορφών καταγμάτων, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν κρανιοεγκεφαλική κάκωση, τα πιο συχνά προς το πιο σπάνια εμφανιζόμενα κατάγματα ήταν: κάταγμα κάτω άκρων, άνω άκρων, πλευρών, σπονδυλικής στήλης, πολλαπλά κρανίου, και πυέλου και τέλος, ότι περίπου το 30% των συμμετεχόντων είχαν περισσότερα από ή ίσα με 3 κατάγματα. Πιθανόν τα στοιχεία αυτά να σχετίζονται με τις συνθήκες πρόκλησης του ατυχήματος. Η εργασία του Στράντζαλη² επισημαίνει, ότι επιδημιολογικά δεδομένα αναδεικνύουν τις κακώσεις

κεφαλής ως σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, παγκοσμίως. Στις ΗΠΑ ετησίως καταγράφονται 180,000 θάνατοι από τραυματισμούς από τους οποίους οι 100,000 (60%) οφείλονται στο εγκεφαλικό τραύμα. Το κόστος της μόνιμης αναπηρίας από τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι 200,000 άτομα.

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης είναι η ηλικία, η αρχική εγκεφαλική βλάβη (με βάση τη νευρολογική και αξονο-τομογραφική εικόνα), οι δευτερογενείς συστηματικές (υποξυγοναιμία, υπόταση) και ενδοκράνιες βλάβες (ανάπτυξη οιδήματος-ενδοκράνιας υπέρτασης ή αιματώματος), καθώς και η συνύπαρξη τραυμάτων από τα άλλα όργανα ή συστήματα. Για την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση της τραυματικής εγκεφαλικής βλάβης όπως επίσης, για την ελάττωση της θνητότητας απαιτείται συνδυασμός παραγόντων όπως είναι η βελτίωση των σωστικών μέσων, η ταχεία και η ασφαλής μεταφορά σε κατάλληλα οργανωμένα κέντρα τραύματος, η εφαρμογή άμεσης χειρουργικής παρέμβασης, η εξέλιξη των μεθόδων νευρο-παραμέτρησης (neuro-monitoring) και νευρο-προστασίας (neuro-protection) στις μονάδες εντατικής θεραπείας και τέλος η καλύτερη γνώση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών της κάκωσης^{2-4,21-24}.

Είναι ευρέως γνωστό, ότι κατά τη στιγμή του ατυχήματος επέρχεται το μεγαλύτερο ποσοστό της εγκεφαλικής βλάβης, που είναι συνήθως μη αναστρέψιμο («πρωτογενής βλάβη»). Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας επαληθεύουν αυτή την γνώση καθώς έδειξαν, ότι οι ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση ήταν πιο πιθανό να είναι σε κωματώδη κατάσταση σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν κρανιοεγκεφαλική κάκωση^{2-4,21-24}.

Για τον περιορισμό του βαθμού της αρχικής αυτής βλάβης, σημαντική θεωρείται η λήψη προληπτικών μέτρων όπως κράνη, ζώνες, αερόσακκοι αυτοκινήτων ή ασφαλείς εργασιακοί χώροι, το οποίο επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης που έδειξαν, ότι η συχνότητα εμφάνισης των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη μεταξύ αυτών που φορούσαν κράνος, ενώ η συχνότητα καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερη μεταξύ αυτών που φορούσαν ζώνη. Οι εκστρατείες ενημέρωσης του πληθυσμού για την αναγκαιότητα χρήσης μέτρων ασφαλούς οδήγησης (κράνος, ζώνη ασφαλείας, παιδικό κάθισμα) αποτελεί το σημαντικότερο μέτρο πρόληψης των τροχαίων ατυχημάτων. Επίσης, η πρόληψη και η εκμάθηση χρήση κράνους και ζώνης θα πρέπει να ξεκινά πολύ νωρίς κυρίως κατά την παιδική ηλικία, όπου τα άτομα μπορούν να



υιοθετήσουν ορθές αντιλήψεις, στάσεις και συμπεριφορές¹⁻⁴.

Οι Παπαδάτος και συν.,³ τόνισαν ότι στρατηγικές πρόληψης για την μείωση της επίπτωσης των τροχαίων ατυχημάτων θα πρέπει να διαμορφώνονται ανά ηλικιακή ομάδα. Για παράδειγμα, στα παιδιά έως 15 ετών σημαντική θεωρείται η διαμόρφωση ενός τέτοιου οδικού περιβάλλοντος που να παρέχει περισσότερη ασφάλεια στα παιδιά και η εκπαίδευση των γονέων για την ασφαλή μεταφορά των παιδιών (τοποθέτηση των παιδιών σε ειδικά καθισματάκια προσαρμοσμένα στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου). Στους έφηβους και νέους οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν στην αποφυγή οδήγησης υπό την επήρεια ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ, στην χρήση του κράνους και της ζώνης ασφαλείας, καθώς και στην ανίχνευση ατόμων με υψηλό κινδύνου, όπως αυτά που υιοθετούν επικίνδυνη συμπεριφορά.

Ως προς τη συχνότητα διασωλήνωσης τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα πολλαπλά κατάγματα κρανίου ήταν περίπου 2,5 φορές πιο πιθανό να είναι διασωληνωμένα σε σχέση με τα άτομα χωρίς πολλαπλά κατάγματα κρανίου και ότι οι τραυματίες με περισσότερα από 5 κατάγματα ήταν περίπου 2,5 φορές πιο πιθανό να είναι διασωληνωμένοι σε σχέση με αυτούς με λιγότερα από 5 κατάγματα. Ομοίως, οι ασθενείς που προσήλθαν στη ΜΕΘ από τα

ΤΕΠ, από νοσοκομείο άλλης πόλης και από χειρουργείο ήταν στατιστικά σημαντικά πιο πιθανό να είναι διασωληνωμένοι σε σχέση με τα άτομα που προσήλθαν από άλλο νοσοκομείο, άλλη κλινική, ΜΑΦ, άλλη ΜΕΘ. Ως διασωλήνωση ορίζεται η διαδικασία με την οποία ένας σωλήνας εισάγεται μέσω του στόματος στην τραχεία και γίνεται πριν από τη χειρουργική επέμβαση και σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης. Οι διασώστες που ασχολούνται με το τραύμα τόσο στην προνοσοκομειακή φροντίδα επειγόντων περιστατικών όσο και στα ΤΕΠ θα πρέπει να γνωρίζουν πολύ καλά και να έχουν εκπαιδευτεί στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση²⁵.

Συμπεράσματα

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία εισαγωγής των νέων στις ΜΕΘ. Η πλειοψηφία των ατόμων αυτών είναι πολυτραυματίες. Λόγω του αυξημένου ποσοστού θανάτων μετά από εισαγωγές από άλλο νοσοκομείο, κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία ΜΕΘ σε κάθε μεγάλο Γενικό Νοσοκομείο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τζιάλλας Β., Ρούτση Χρ., Μαρβάκη Χρ., Πολυκανδριώτη Μ., Τζιάλλας Δ., Τσαλκάνης Α. Αίτια εισαγωγής νεαρού ενήλικου πληθυσμού 18-30 ετών σε ΜΕΘ. Το βήμα του Ασκληπιού. 2009;9(3):375-393.

2. Στράντζαλη Γ. Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση. Διαδικτυακή σελίδα : http://www.evangelismos-hosp.gr/xmsAssets/File/General-Info/Organograma/Iatriki Ipiresia/Nevro xirurgiki/TBI_KEK_NOS_XRONIKA_STRA NJAL.pdf. Πρόσβαση : 1-12-2010.
3. Παπαδάτος Δ., Τερζίδης Α., Πετρίδου Ε. Επιδημιολογικά δεδομένα τροχαίων ατυχημάτων σε παιδιά, εφήβους και νέους στην Ελλάδα. Διαδικτυακή σελίδα : http://library.tee.gr/digital/m2100/m2100_terzidis.pdf. Πρόσβαση : 1-12-2010.
4. Καρδαρά Μ., Παπαζαφειροπούλου Α., Παππάς Σ. Οδικά τροχαία ατυχήματα Επιδημιολογία, παράγοντες κινδύνου και μέτρα πρόληψης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2009; 26(6):751-758.
5. Burgut HR., Bener A., Sidahmed H., Albuz R., Sanya R., Khan WA. Risk factors contributing to road traffic crashes in a fast-developing country: the neglected health problem. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2010;16(6):497-502.
6. Bener A., Al Humoud SM., Price P., Azhar A., Khalid MK., Rysavy M., et al. The effect of seatbelt legislation on hospital admissions with road traffic injuries in an oil-rich, fast-developing country. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2007;14(2):103-7.
7. Hashim H., Iqbal S. Motorcycle accident is the main cause of maxillofacial injuries in the Penang Mainland, Malaysia. *Dent Traumatol.* 2011;27(1):19-22.
8. Park K., Hwang SS., Lee JS., Kim Y., Kwon S. Individual and areal risk factors for road traffic injury deaths: nationwide study in South Korea. *Asia Pac J Public Health.* 2010;22(3):320-31.
9. Wall DR. How can we reduce alcohol-related road crash deaths among young Australians? *Med J Aust.* 2010;193(9):560.
10. Zhuo X., Cang Y., Yan H., Bu J., Shen B. The prevalence of drugs in motor vehicle accidents and traffic violations in Shanghai and neighboring cities. *Accid Anal Prev.* 2010;42(6):2179-84.
11. Siliquini R., Piat SC., Alonso F., Druart A., Kedzia M., Mollica A., Siliquini V., et al. TEND Group. A European study on alcohol and drug use among young drivers: the TEND by Night study design and methodology. *BMC Public Health.* 2010;10:205.
12. Matsumura K., Yamakoshi T., Ida T. Performance measures of alcohol-induced impairment: towards a practical ignition-interlock system for motor vehicles. *Percept Mot Skills.* 2009;109(3):841-50.
13. Assum T., Sørensen M. Safety Performance Indicator for alcohol in road accidents--international comparison, validity and data quality. *Accid Anal Prev.* 2010;42(2):595-603.
14. Bedford D., McKeown N., O'Farrell A., Howell F. Alcohol levels in killed drivers and pedestrians on Irish roads 2003-2005: a national study. *Ir Med J.* 2009;102(10):310, 312-4.
15. Penning R., Veldstra JL., Daamen AP., Olivier B., Verster JC. Drugs of abuse, driving and traffic safety. *Curr Drug Abuse Rev.* 2010;3(1):23-32.
16. Διαδικτυακή σελίδα http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2204. Πρόσβαση : 1-9-2010.



17. Constant A., Lafont S., Chiron M., Zins M., Lagarde E., Messiah A. Failure to reduce drinking and driving in France: a 6-year prospective study in the GAZEL cohort. *Addiction*. 2010;105(1):57-61.
18. Goss CW., Van Bramer LD., Gliner JA., Porter TR., Roberts IG., Diguisseppi C. Increased police patrols for preventing alcohol-impaired driving. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD005242.
19. Ramos P., Díez E., Pérez K., Rodriguez-Martos A., Brugal MT., Villalbí JR. Young people's perceptions of traffic injury risks, prevention and enforcement measures: a qualitative study. *Accid Anal Prev*. 2008;40(4):1313-9.
20. Daniels F., Moore W., Conti C., Norville Perez LC., Gaines BM., Hood RG., et al. The role of the African-American physician in reducing traffic-related injury and death among African Americans: consensus report of the National Medical Association. *J Natl Med Assoc*. 2002;94(2):108-18.
21. Emejulu JK. Epidemiological patterns of head injury in a newly established neurosurgical service: one-year prospective study. *Afr J Med Med Sci*. 2008;37(4):383-8.
22. Jennett B. Epidemiology of head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;60(4):362-9.
23. Hardman JM., Manoukian A. Pathology of head trauma. *Neuroimaging Clin N Am*. 2002;12(2):175-87.
24. Davis AE. Mechanisms of traumatic brain injury: biomechanical, structural and cellular considerations. *Crit Care Nurs Q*. 2000;23(3):1-13.
25. Διαδικτυακή σελίδα : <http://www.yesanswer.com/el/what-is-endotracheal-intubation.html>. Πρόσβαση: 15-9-2010.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και άλλα στοιχεία σχετικά με το τροχαίο ατύχημα.

	%
Φύλο	
Άνδρας	82,2%
Γυναίκα	17,8%
Ηλικία (έτη)	26,5 ± 6,5
Επάγγελμα	
Άνεργος	34,9%
Ελεύθερος επαγγελματίας	17,3%
Ιδιωτικός υπάλληλος	28,2%
Αγρότης	1,6%
Φοιτητής	9,6%
Δημόσιος υπάλληλος	2,2%
Εργάτης	6,1%
Μορφωτικό επίπεδο	
Αμόρφωτος	0,4%
Δημοτικό	5,7%
Γυμνάσιο	28,9%
Λύκειο	47,1%
Ανώτατο	17,9%
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος	83,0%
Έγγαμος	17,0%
Όχημα	
Δίκυκλο	63,9%
Αυτοκίνητο	26,2%
Πεζός	9,8%
Φορούσε ζώνη	40,9%
Φορούσε κράνος	24,7%
Προηγήθηκε λήψη αλκοόλ	62,2%
Προσήλθε από...	
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	20,3%
Άλλο νοσοκομείο	30,8%
Νοσοκομείο άλλης πόλης	12,8%
Άλλη κλινική	17,0%
Χειρουργείο	14,4%
Μονάδα αυξημένης φροντίδας	2,4%
Άλλη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	2,2%



Πίνακας 2: Περιγραφικά στοιχεία αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης διαφόρων μορφών καταγμάτων, διασωλήνωσης, κώματος και θανάτου.

	%
Κάταγμα άνω άκρων	24,7
Κάταγμα κάτω άκρων	26,4
Κάταγμα πλευρών	23,1
Κάταγμα πυέλου	8,4
Κάταγμα σπονδυλικής στήλης	17,8
Κάταγμα αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης	7,1
Κάταγμα θωρακικής μοίρας σπονδυλικής στήλης	6,7
Κάταγμα οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης	7,5
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση	75,7
Πολλαπλά κατάγματα κρανίου	9,5
Κατάγματα ≥ 3	30,2
Κατάγματα ≥ 5	6,9
Θάνατος	19,7
Διασωλήνωση	17,9
Κώμα	11,6

Πίνακας 3α: Συσχέτιση διαφόρων παραγόντων με τον τύπο κατάγματος

	Κάταγμα άνω άκρων	Κάταγμα κάτω άκρων	Κάταγμα πλευρών	Κάταγμα πυέλου	Κρανιο-εγκεφαλική κάκωση	Πολλαπλά κατάγματα κρανίου
Φύλο						
Άνδρας	25,9%	26,6%	23,7%	7,3%	75,3%	10,0%
Γυναίκα	19,2%	25,3%	20,2%	13,1%	78,0%	7,1%
Όχημα						
Δίκυκλο	26,6%	26,6%	21,9%	7,3%	77,1%	8,3%
Αυτοκίνητο	20,3%	27,8%	26,6%	11,4%	74,3%	8,9%
Πεζός	33,3%	26,7%	33,3%	16,7%	72,4%	6,7%
Φορούσε ζώνη						
Όχι	18,4%	21,1%	23,7%	5,3%	82,1%	10,5%
Ναι	18,5%	25,9%	14,8%	11,1%	76,0%	7,4%
Φορούσε κράνος	-	-	-	-	82,5%*	8,2%
Όχι					64,5%	8,3%
Ναι						

*p-value<0,05

Τα κενά υποδηλώνουν την απουσία νοήματος στην πραγματοποίηση του ελέγχου των συγκεκριμένων συσχετίσεων.

Πίνακας 3β: Συσχέτιση διαφόρων παραγόντων με τον τύπο κατάγματος

	Κατάγματα σπονδυλικής στήλης	Κατάγματα αυχενικής μοίρας	Κατάγματα θωρακικής μοίρας	Κατάγματα οσφυϊκής μοίρας	≥ 3 κατάγματα	≥ 5 κατάγματα
Φύλο						
Άνδρας	18,0%	7,5%	6,9%	7,8%	31,7%	7,3%
Γυναίκα	17,2%	5,1%	6,1%	6,1%	23,2%	5,1%
Όχημα						
Δίκυκλο	19,3%	8,3%	8,9%	7,8%	27,1%	7,3%
Αυτοκίνητο	22,8%	7,6%	5,1%	11,4%	26,6%	6,3%
Πεζός	13,3%	0,0%	3,3%	10,0%	33,3%	0,0%
Φορούσε ζώνη						
Όχι	28,9%*	7,9%	5,3%	18,4%	23,7%	5,3%
Ναι	7,4%	3,7%	0,0%	3,7%	18,5%	0,0%
Φορούσε κράνος						
Όχι	-	-	-	-	-	-
Ναι						

* p -value<0,05

Τα κενά υποδηλώνουν την απουσία νοήματος στην πραγματοποίηση του ελέγχου των συγκεκριμένων συσχετίσεων.



Πίνακας 4: Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στους τύπους καταγμάτων και την ηλικία.

	Ηλικία		p-value
	M.T.	T.A	
Κάταγμα άνω άκρων			
Όχι	26	7	0,829
Ναι	27	7	
Κάταγμα κάτω άκρων			
Όχι	27	7	0,159
Ναι	26	6	
Κάταγμα πλευρών			
Όχι	26	6,5	0,002
Ναι	28	7,0	
Κάταγμα πυέλου			
Όχι	26	7	0,344
Ναι	27	6	
Κάταγμα σπονδυλικής στήλης			
Όχι	26	7	0,148
Ναι	27	7	
Κάταγμα αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	26	7	0,190
Ναι	28	7	
Κάταγμα θωρακικής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	26	7	0,289
Ναι	28	6	
Κάταγμα οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	26	7	0,690
Ναι	27	7	
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση			
Όχι	27	7	0,083
Ναι	26	7	
Πολλαπλά κατάγματα κρανίου			
Όχι	26,5	7	0,566
Ναι	26,0	7	
Κατάγματα >=3			
Όχι	26	7	0,100
Ναι	27	7	
Κατάγματα >=5			
Όχι	26	7	0,315
Ναι	26	7	

Πίνακας 5: Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στους τύπους καταγμάτων και την προέλευση του ασθενούς με την εισαγωγή του σε ΜΕΘ με διασωλήνωση.

	Διασωλήνωση		p-value
	Όχι	Ναι	
Φύλο			
Άνδρας	82,3%	17,7%	0,883
Γυναίκα	81,6%	18,4%	
Ηλικία (έτη)	26,5 ± 6,5	25,5 ± 6,5	0,187
Κάταγμα άνω άκρων			
Όχι	82,3%	17,7%	0,852
Ναι	81,6%	18,4%	
Κάταγμα κάτω άκρων			
Όχι	83,9%	16,1%	0,072
Ναι	77,2%	22,8%	
Κάταγμα πλευρών			
Όχι	82,0%	18,0%	0,859
Ναι	82,7%	17,3%	
Κάταγμα πυέλου			
Όχι	82,7%	17,3%	0,262
Ναι	76,1%	23,9%	
Κάταγμα σπονδυλικής στήλης			
Όχι	81,8%	18,2%	0,664
Ναι	83,7%	16,3%	
Κάταγμα αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	82,0%	18,0%	0,676
Ναι	84,6%	15,4%	
Κάταγμα θωρακικής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	82,6%	17,4%	0,287
Ναι	75,7%	24,3%	
Κάταγμα οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	81,5%	18,5%	0,159
Ναι	90,2%	9,8%	
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση			
Όχι	77,9%	22,1%	0,571
Ναι	80,3%	19,7%	
Πολλαπλά κατάγματα κρανίου			
Όχι	83,9%	16,1%	0,001
Ναι	65,4%	34,6%	
Κατάγματα >=3			
Όχι	84,3%	15,7%	0,042
Ναι	77,1%	22,9%	
Κατάγματα >=5			
Όχι	83,2%	16,8%	0,022
Ναι	68,4%	31,6%	0,007



Προσήλθε από...	76,0%	24,0%
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	89,9%	10,1%
Άλλο νοσοκομείο	75,8%	24,2%
Νοσοκομείο άλλης πόλης	89,0%	11,0%
Άλλη κλινική	77,5%	22,5%
Χειρουργείο	100,0%	0,0%
Μονάδα αυξημένης φροντίδας	90,9%	9,1%
Άλλη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας		

Πίνακας 6: Παράγοντες που συσχετίζονται με την εισαγωγή των τραυματιών σε ΜΕΘ με διασωλήνωση. Αποτελέσματα της πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

	Σχετικός Λόγος	95% ΔΕ	p-value
Πολλαπλά κατάγματα κρανίου			
Όχι	Κατηγορία αναφοράς	-	-
Ναι	2,51	1,21 – 5,19	0,013
Κατάγματα ≥ 5			
Όχι	Κατηγορία αναφοράς	-	-
Ναι	2,65	1,13 – 6,22	0,025
Τρόπος προσέλευσης			
ΤΕΠ	Κατηγορία αναφοράς	-	-
Άλλο νοσοκομείο	0,36	0,18 – 0,73	0,005
Νοσοκομείο άλλης πόλης	0,94	0,44 – 2,01	0,869
Άλλη κλινική	0,42	0,18 – 0,98	0,045
Χειρουργείο	0,91	0,44 – 1,92	0,818
Άλλη ΜΕΘ	0,34	0,04 – 2,83	0,318

Πίνακας 7: Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στους τύπους καταγμάτων και την προέλευση του ασθενούς με την εισαγωγή των τραυματιών σε ΜΕΘ σε κωματώδη κατάσταση.

	Κώμα		p-value
	Όχι	Ναι	
Φύλο			
Άνδρας	88,7%	11,3%	0,608
Γυναίκα	86,9%	13,1%	
Ηλικία (έτη)	26,5 ± 6,5	26,0 ± 6,5	0,717
Κάταγμα άνω άκρων			
Όχι	88,2%	11,8%	0,799
Ναι	89,0%	11,0%	
Κάταγμα κάτω άκρων			
Όχι	87,2%	12,8%	0,141
Ναι	91,7%	8,3%	
Κάταγμα πλευρών			
Όχι	87,0%	13,0%	0,068
Ναι	92,9%	7,1%	
Κάταγμα πυέλου			
Όχι	87,7%	12,3%	0,107
Ναι	95,7%	4,3%	
Κάταγμα σπονδυλικής στήλης			
Όχι	88,9%	11,1%	0,367
Ναι	85,7%	14,3%	
Κάταγμα αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	88,6%	11,4%	0,449
Ναι	84,6%	15,4%	
Κάταγμα θωρακικής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	88,5%	11,5%	0,712
Ναι	86,5%	13,5%	
Κάταγμα οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	88,0%	12,0%	0,370
Ναι	92,7%	7,3%	
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση			
Όχι	97,3%	2,7%	<0,001
Ναι	83,0%	17,0%	
Πολλαπλά κατάγματα κρανίου			
Όχι	88,6%	11,4%	0,666
Ναι	86,5%	13,5%	
Κατάγματα ≥3			
Όχι	86,7%	13,3%	0,067
Ναι	92,2%	7,8%	
Κατάγματα ≥5			
Όχι	88,7%	11,3%	0,408
Ναι	84,2%	15,8%	



Προσήλθε από...

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	93,0%	7,0%	
Άλλο νοσοκομείο	87,9%	12,1%	
Νοσοκομείο άλλης πόλης	90,3%	9,7%	
Άλλη κλινική	83,1%	16,9%	
Χειρουργείο	91,5%	8,5%	0,429
Μονάδα αυξημένης φροντίδας	91,7%	8,3%	
Άλλη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	81,8%	18,2%	

Πίνακας 8: Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στους τύπους καταγμάτων, την προέλευση του ασθενούς, την εισαγωγή του στη ΜΕΘ διασωληνωμένου ή σε κωματώδη κατάσταση και το θάνατο τους.

	Θάνατος		p-value
	Όχι	Ναι	
Φύλο			
Ανδρας	81,2%	18,8%	0,513
Γυναίκα	77,9%	22,1%	
Ηλικία (έτη)	24 ± 4	27 ± 6,5	<0,001
Κάταγμα άνω άκρων			
Όχι	79,7%	20,3%	0,545
Ναι	82,5%	17,5%	
Κάταγμα κάτω άκρων			
Όχι	77,7%	22,3%	0,028
Ναι	87,6%	12,4%	
Κάταγμα πλευρών			
Όχι	81,4%	18,6%	0,322
Ναι	76,3%	23,7%	
Κάταγμα πυέλου			
Όχι	80,6%	19,4%	0,739
Ναι	78,1%	21,9%	
Κάταγμα σπονδυλικής στήλης			
Όχι	81,1%	18,9%	0,444
Ναι	76,9%	23,1%	
Κάταγμα αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	81,2%	18,8%	0,139
Ναι	69,2%	30,8%	
Κάταγμα θωρακικής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	80,7%	19,3%	0,495
Ναι	75,0%	25,0%	
Κάταγμα οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης			
Όχι	80,6%	19,4%	0,726
Ναι	77,8%	22,2%	
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση			
Όχι	90,0%	10,0%	0,048
Ναι	79,8%	20,2%	
Πολλαπλά κατάγματα κρανίου			
Όχι	79,9%	20,1%	0,448

<i>Ναι</i>	85,3%	14,7%	
Κατάγματα >=3			
<i>Όχι</i>	80,7%	19,3%	0,776
<i>Ναι</i>	79,5%	20,5%	
Κατάγματα >=5			
<i>Όχι</i>	80,6%	19,4%	0,648
<i>Ναι</i>	76,9%	23,1%	
Διασωλήνωση			
<i>Όχι</i>	78,0%	22,0%	0,018
<i>Ναι</i>	90,3%	9,7%	
Κώμα			
<i>Όχι</i>	80,1%	19,9%	0,683
<i>Ναι</i>	82,6%	17,4%	
Προσήλθε από...			
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	82,2%	17,8%	
Άλλο νοσοκομείο	85,7%	14,3%	
Νοσοκομείο άλλης πόλης	83,3%	16,7%	0,046
Άλλη κλινική	87,5%	12,5%	
Χειρουργείο	63,8%	36,2%	
Μονάδα αυξημένης φροντίδας	87,5%	12,5%	
Άλλη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	83,3%	16,7%	

Πίνακας 9: Παράγοντες που συσχετίζονται με το θάνατο των τραυματιών που εισήχθησαν σε ΜΕΘ. Αποτελέσματα της πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

	Σχετικός Λόγος	95% ΔΕ	p-value
Ηλικία (έτη)	1,13	1,05 – 1,20	0,001
Κάταγμα κάτω άκρων			
<i>Όχι</i>	Κατηγορία αναφοράς	-	-
<i>Ναι</i>	0,20	0,06 – 0,68	0,010
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση			
<i>Όχι</i>	Κατηγορία αναφοράς	-	-
<i>Ναι</i>	3,49	0,96 – 12,64	0,057
Διασωλήνωση			
<i>Όχι</i>	Κατηγορία αναφοράς	-	-
<i>Ναι</i>	0,54	0,19 – 1,56	0,258
Προσήλθε από...			
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	Κατηγορία αναφοράς	-	-
Άλλο νοσοκομείο	0,85	0,31 – 2,35	0,757
Νοσοκομείο άλλης πόλης	1,48	0,44 – 4,97	0,524
Άλλη κλινική	0,58	0,17 – 1,99	0,389
Χειρουργείο	2,26	0,67 – 7,56	0,188
Μονάδα αυξημένης φροντίδας	0,86	0,08 – 9,11	0,901
Άλλη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	0,86	0,070 – 10,66	0,909



ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Αδάμου Ευθαλία¹, Γιακουμιδάκης Κωνσταντίνος², Καδδά Όλγα³, Αργυρίου Γεώργιος⁴,
Καπάδοχος Θεόδωρος⁵, Βασιλόπουλος Γεώργιος⁵, Μαρβάκη Χριστίνα⁶

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Προϊσταμένη, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
2. Νοσηλεύτης ΠΕ, ΜSc, PhD, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»
3. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
4. Νοσηλεύτης ΤΕ, ΜSc, Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Η Σωτηρία»
5. Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήματος Νοσηλευτικής Α', Τ.Ε.Ι. Αθήνας
6. Καθηγήτρια, Τμήματος Νοσηλευτικής Α', Τ.Ε.Ι. Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί αυτόνομο τμήμα, που απαιτεί τη συνεργασία εξειδικευμένων λειτουργών υγείας και τη χρησιμοποίηση εξελιγμένης τεχνολογίας για την παροχή εντατικής φροντίδας στο βαριά πάσχοντα ασθενή. Ο νοσηλευτής ΜΕΘ πρέπει να διακατέχεται από εξειδικευμένη κλινική γνώση και εμπειρία για να μπορέσει να ανταποκριθεί με αποτελεσματικότητα στο ρόλο του, ο οποίος φαίνεται να μην έχει διερευνηθεί επαρκώς στη χώρα μας.

Σκοπός: Η διερεύνηση του πραγματικού και λειτουργικού ρόλου των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ, σχετικά με τις παρεμβάσεις που εκτελούν.

Υλικό και Μέθοδος: Ως προς το σχεδιασμό της επρόκειτο για συγχρονική μελέτη. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 222 νοσηλευτές (ποσοστό απόκρισης 74%) που εργάζονταν σε ΜΕΘ, 12 νοσοκομείων της Αττικής. Για τη συλλογή των δεδομένων, η οποία διήρκησε 5 μήνες, χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο. Διερευνήθηκε η συχνότητα πραγματοποίησης διαφόρων νοσηλευτικών παρεμβάσεων καθώς και η συσχέτισή τους με διάφορα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο STATA™, ver.9.

Αποτελέσματα: Το 80% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των νοσηλευτών ήταν 34,16 (±6,41) έτη, ενώ η μέση τιμή των ετών προϋπηρεσίας τους σε ΜΕΘ ήταν 8,52 (±6,19) έτη. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων το 20,7% ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου και το 79,3 % ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. Αν και οι νοσηλευτές ΜΕΘ πραγματοποιούν μία σειρά από παρεμβάσεις με σημαντική διακύμανση ως προς τη συχνότητά τους, ωστόσο φαίνεται

να χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτονομία, δεδομένου ότι παρεμβάσεις χωρίς ιατρική οδηγία ή σε επείγουσες καταστάσεις πραγματοποιούνται από μία μικρή αναλογία του προσωπικού. Η πραγματοποίηση των παρεμβάσεων αυτών δε φαίνεται να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη προϋπηρεσίας των νοσηλευτών. Εξαίρεση αποτέλεσαν η μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης ($p < 0,001$) και ο χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη ($p = 0,002$), πράξεις που εκτελούνται συχνότερα από νοσηλευτές με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Οι Έλληνες νοσηλευτές ΜΕΘ χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτονομία ως προς την εκτέλεση παρεμβάσεων χωρίς ιατρική οδηγία ή σε επείγουσες καταστάσεις. Η αυτονομία αυτή δε φαίνεται να σχετίζεται με παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η κλινική εμπειρία και το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Χαρακτηριστικά της ελληνικής πραγματικότητας, όπως η προβληματική οργάνωση των νοσοκομείων, η απουσία συνεργασίας, η ελλειμματική κλινική εκπαίδευση των νοσηλευτών, η υποστελέχωση, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η χαμηλή ικανοποίηση από το επάγγελμα θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Λέξεις κλειδιά: Επαγγελματική αυτονομία, μονάδα εντατικής θεραπείας, νοσηλευτικός ρόλος.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αδάμου Ευθαλία,
Ολύμπου 12, Βύρωνας
e-mail: panagits@acsmi.gr

Exploring nurse's role in Intensive Care Units

Adamou Euthalia¹, Giakoumidakis Konstantinos², Kadda Olga³, Argyriou Georgios⁴,
Kapadochos Theodoros⁵, Vasilopoulos Georgios⁵, Marvaki Christina⁶

1. RN, MSc, "Evangelismos" General Hospital of Athens
2. RN, MSc, PhD, "Evangelismos" General Hospital of Athens
3. RN, MSc, PhD candidate, Onassis Cardiac Surgery Center
4. RN, MSc, PhD candidate, "Sotiria" General Hospital of Athens
5. RN, Laboratory Instructor, Department of Nursing, Technological Institute of Athens
6. RN, Professor, Department of Nursing, Technological Institute of Athens



ABSTRACT

Intensive Care Unit (ICU) is an autonomous section which requires the cooperation of skilled health professionals and the use of advanced technology to provide intensive care in severely ill patients. The ICU nurse must be possessed of specialized clinical knowledge and experience to be able to respond effectively to their role, which appears to be adequately investigated in our country.

Purpose: The investigation of the real and functional role of nurses working in ICU, on the interventions they perform.

Material-Method: As for the design, it was a cross-sectional study. The studied population consisted of 222 registered nurses (response rate 74%) working in ICU, of 12 hospitals in Athens. For data collection, which lasted 5 months, it was used a special designed questionnaire. It was investigated the frequency of carrying out various nursing interventions and their relation to various socio-demographic characteristics of the nursing staff. Data analysis was performed with the statistical package STATA™, ver.9.

Results: Of the 222 registered nurses, 80% were women. The average age of nurses was 34.16 (\pm 6.41) years, while the average years of work in the ICU was 8.52 (\pm 6.19) years. Regarding the education level of respondents 20.7% was university graduates and 79.3% was technological institute graduate. Although the ICU nurses perform a series of interventions with significant variation in their frequency, however, appear to be characterized by low autonomy, since interventions without medical advice or in emergency situation is made by a small proportion of staff. The implementation of these interventions was not associated statistically significantly with age, sex, education level and years of nurse's work. The exceptions were the measurement of central venous pressure ($p < 0,001$) and the use of external pacemaker ($p = 0,002$), actions most frequently performed by nurses with more years of experience in the ICU and of university education.

Conclusions: The Greeks ICU nurses are characterized by low autonomy in carrying out interventions without a medical directive or in emergency situations. This autonomy was not associated with factors such as age, sex, clinical experience and level of training of nurses, in contrast to the literature. Characteristics of the Greek reality, as the problematic organization of hospitals, lack of cooperation, the shortage of nurses in clinical training, the reduced nursing staff, the increased workloads and low satisfaction with the profession could explain the findings of this study.

Keywords: Intensive care unit, nursing role, professional autonomy.

CORRESPONDING AUTHOR

*Adamou Euthalia,
Olympou 12, Vironas
e-mail: panagits@acsmi.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) λειτουργεί ως αυτόνομο τμήμα του νοσοκομείου, που απαιτεί εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό για τη στελέχωσή της και εξελιγμένη ιατρική τεχνολογία για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία της. Στο συγκεκριμένο χώρο διάφοροι λειτουργοί υγείας, όπως ιατροί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, καλούνται να συνεργαστούν στοχεύοντας στη συντονισμένη φροντίδα του βαριά πάσχοντος ασθενούς.¹⁻³ Ο νοσηλευτής που εργάζεται στη ΜΕΘ πρέπει να διακατέχεται από ερευνητικό πνεύμα, υπευθυνότητα, αποτελεσματικότητα, να έχει ικανότητες επικοινωνίας, να είναι δημιουργικός και να χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ωριμότητα. Επιπλέον, να είναι ειδικευμένος, εκπαιδευμένος και εξοικειωμένος με την χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας.^{4,5}

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής εντατικής θεραπείας παρέχει ολιστική φροντίδα, σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, συνδυάζοντας την εξειδικευμένη γνώση, τις τεχνικές δεξιότητες και τις ανθρωπιστικές αξίες.⁶

Στη ΜΕΘ οι νοσηλευτές είναι επιφορτισμένοι με τη γενική φροντίδα και τη συνεχή παρακολούθηση του βαριά πάσχοντος. Η συνεχής και εντατική παρακολούθηση του ασθενούς, που εξασφαλίζεται μέσω της αυξημένης αναλογίας νοσηλευτών/ασθενών και με τη χρήση υψηλής τεχνολογίας αποτελεί μία από τις βασικές διαφορές μεταξύ ΜΕΘ και νοσηλευτικών τμημάτων και ταυτόχρονα αντανακλά το εύρος της απαιτούμενης κλινικής γνώσης και δεξιοτήτων ώστε να μπορέσει ο νοσηλευτής ΜΕΘ να ανταποκριθεί με επάρκεια στο ρόλο του. Σε χώρες της Ευρώπης το σύστημα εκπαίδευσης στις ΜΕΘ ποικίλλει όπως ποικίλλει και το επίπεδο αυτονομίας των νοσηλευτών ανά χώρα. Στην εξάσκηση της νοσηλευτικής μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών παρατηρούνται σημαντικές διαφορές, με τους νοσηλευτές στη Σουηδία και την Ελβετία, γενικά να εκτελούν περισσότερες παρεμβάσεις σε σχέση με την Αγγλία και τη Γερμανία.^{6,7}

Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρείται σημαντικό έλλειμμα μελέτων που να διερευνούν το ρόλο του νοσηλευτή στη ΜΕΘ.⁸ Οι Parathanassoglou et al⁹, σε μελέτη 803 νοσηλευτών από 53 ΜΕΘ, παρατήρησαν



μέτριου και χαμηλού βαθμού αυτονομία των Ελλήνων νοσηλευτών ΜΕΘ, σχετικά με την εκτέλεση τεχνικών δεξιοτήτων ή τη λήψη κλινικών αποφάσεων αντίστοιχα.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του πραγματικού και λειτουργικού ρόλου των νοσηλευτών που εργάζονται σε πολυδύναμες ΜΕΘ σχετικά με τις παρεμβάσεις που εκτελούν.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν:

- i. Ο προσδιορισμός των παρεμβάσεων που πραγματοποιούν οι νοσηλευτές σε επείγουσες καταστάσεις, χωρίς την παρουσία ιατρού.
- ii. Η διερεύνηση της αυτονομίας των νοσηλευτών στο να εκτελούν συνήθεις αλλά και εξειδικευμένες κλινικές παρεμβάσεις, χωρίς ιατρική οδηγία και χωρίς επίβλεψη ιατρού.
- iii. Η συσχέτιση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ερευνητικός σχεδιασμός

Ως προς το σχεδιασμό της επρόκειτο για μη-πειραματική, συγχρονική μελέτη. Ανεξάρτητες μεταβλητές αποτέλεσαν η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια προϋπηρεσίας στη ΜΕΘ.

Εξαρτημένες μεταβλητές αποτέλεσαν διάφορες παρεμβάσεις τις οποίες πραγματοποιούν οι νοσηλευτές στη ΜΕΘ, όπως η λήψη αερίων αρτηριακού αίματος, η ρύθμιση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, η τιτλοποίηση αγγειοδραστικών φαρμάκων, η χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών, κατασταλτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος φαρμάκων, διουρητικών, η ρύθμιση των παραμέτρων της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, η πραγματοποίηση ενδοτραχειακής αναρρόφησης, αποδιασωλήνωσης, διασωλήνωσης, ηλεκτρικής απινίδωσης, ο χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη, η μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης (ΚΦΠ) και ο προσδιορισμός της καρδιακής παροχής με τη χρήση καθετήρα πνευμονικής αρτηρίας.

Πληθυσμός μελέτης

Διανεμήθηκαν συνολικά 300 ερωτηματολόγια από τα όποια επεστράφησαν πλήρως συμπληρωμένα τα 222 (ποσοστό απόκρισης 74%) από 222 νοσηλευτές πανεπιστημιακής (ΠΕ) ή τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), που εργάζονταν σε ΜΕΘ 12 γενικών νοσοκομείων της ευρύτερης περιοχής της Αττικής.

Συλλογή δεδομένων – Εργαλεία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου, το οποίο δημιουργήθηκε από τους ερευνητές με βάση

τη βιβλιογραφία ⁹ για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης. Η διανομή των ερωτηματολογίων και η συλλογή των στοιχείων διήρκησε συνολικά 5 μήνες, από τον Απρίλιο του 2008 έως τον Αύγουστο του ίδιου έτους.

Ηθική και δεοντολογία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του κάθε νοσοκομείου. Από όλους τους νοσηλευτές ελήφθη η πληροφορημένη συναίνεσή τους προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η πληροφόρηση των συμμετεχόντων στην μελέτη έγινε μέσω συνοδευτικής επιστολής στην οποία αναγράφοντο πληροφορίες σχετικές με το σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν οι βασικές αρχές δεοντολογίας, όπως αυτές διατυπώνονται από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι

Στατιστική ανάλυση

Όλες οι συνεχείς μεταβλητές περιγράφονται ως μέσοι (\pm τυπικές αποκλίσεις - Τ.Α), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μορφή απόλυτων και σχετικών (%) συχνοτήτων. Για τον έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ επεξηγηματικών και εξαρτημένων

κατηγορικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Pearson's chi-square ή Fisher's exact, ενώ για τη σύγκριση μέσων τιμών στα επίπεδα των εξαρτημένων κατηγορικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Student's t-test ή Mann-Whitney, ανάλογα με την κατανομή των μεταβλητών.

Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι. Λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων και την αντιμετώπιση της αύξησης του τυπικού σφάλματος τύπου I, το επίπεδο σημαντικότητας σταθμίστηκε κατά Bonferroni, θεωρώντας σημαντικό κάθε έλεγχο εκείνο όπου $p < 0,001$. Για την επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο STATA™, εκδ.9.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 222 Νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ, εκ των οποίων οι 44 (19,8%) ήταν άνδρες. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη ως προς το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη προϋπηρεσίας τους παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**.

Η συχνότητα με την οποία οι νοσηλευτές ΜΕΘ εκτελούν τις υπό μελέτη νοσηλευτικές παρεμβάσεις παρουσιάζεται στον **Πίνακα 2**. Η αναρρόφηση των εκκρίσεων του τραχειοβρογχικού δένδρου (99,1%), η χορήγηση κατασταλτικών φαρμακευτικών



σκευασμάτων (97,2%), αλλά και η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (97,2%) αποτέλεσαν τις συχνότερες παρεμβάσεις. Ωστόσο, μόνο το 27% των νοσηλευτών των ΜΕΘ ανέφεραν ότι πραγματοποιούν ενδοτραχειακή διασωλήνωση.

Στον **Πίνακα 3** παρουσιάζεται η κατανομή των νοσηλευτών ΜΕΘ βάσει των παρεμβάσεων που πραγματοποιούν για την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων, χωρίς την παρουσία ιατρού. Η ρύθμιση των παραμέτρων του μηχανικού αερισμού των ασθενών (20,8%), αλλά και η λήψη και ο προσδιορισμός αερίων αρτηριακού αίματος (20,3%) αποτελούν τις συχνότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις με επείγοντα χαρακτήρα στη ΜΕΘ, χωρίς την παρουσία ιατρού.

Κατά την εφαρμογή διμεταβλητής ανάλυσης δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στις διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούν οι νοσηλευτές στο περιβάλλον της εντατικής θεραπείας και την ηλικία ή το φύλο του προσωπικού. Κατά τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα έτη προυπηρεσίας των νοσηλευτών ΜΕΘ και τις παρεμβάσεις που εκτελούν διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στα έτη προυπηρεσίας στη ΜΕΘ και την μέτρηση της ΚΦΠ ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές με περισσότερα έτη εργασίας στη ΜΕΘ προβαίνουν σε μετρήσεις ΚΦΠ. Οι υπόλοιπες

παρεμβάσεις δε συσχετίστηκαν στατιστικώς σημαντικά με τα έτη προυπηρεσίας των νοσηλευτών (**Πίνακας 4**).

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών και τις πραγματοποιούμενες παρεμβάσεις διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών και το χειρισμό εξωτερικού βηματοδότη χωρίς ιατρική οδηγία και επίβλεψη ιατρού ($p = 0,002$). Συγκεκριμένα, το 22,7% των νοσηλευτών ΠΕ χειρίζεται τις παραμέτρους του εξωτερικού βηματοδότη ασθενών, χωρίς ιατρική οδηγία και επίβλεψη ιατρού, ποσοστό σημαντικά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των νοσηλευτών ΤΕ (5,1%). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στις υπόλοιπες παρεμβάσεις και το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών (**Πίνακας 5**).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι νοσηλευτές ΜΕΘ επιθυμούν περισσότερη αυτονομία κατά την εκτέλεση του επιστημονικού και επαγγελματικού τους ρόλου γεγονός που άμεσα σχετίζεται με την αύξηση της ικανοποίησή τους από το επάγγελμα ως συνέπεια της αυτονομίας τους.¹⁰ Τα κύρια ευρήματα της παρούσας μελέτης, είναι η χαμηλή αυτονομία των νοσηλευτών ΜΕΘ στα ελληνικά νοσοκομεία, η οποία δε φαίνεται να σχετίζεται με δημογραφικά χαρακτηριστικά, το επίπεδο

εκπαίδευσής τους ή την κλινική τους εμπειρία. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι μόνο συγκεκριμένες παρεμβάσεις και όχι το σύνολο αυτών φάνηκε να συσχετίζονται με τα έτη προϋπηρεσίας και το επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Αν και η διακύμανση της συχνότητας εκτέλεσης των διαφόρων παρεμβάσεων είναι σημαντική, συμπεριλαμβάνοντας παρεμβάσεις όπως η ενδοτραχειακή αναρρόφηση που πραγματοποιείται από, σχεδόν, το σύνολο των νοσηλευτών έως και την ενδοτραχειακή διασωλήνωση που πραγματοποιείται από ένα μικρό ποσοστό (27%), ωστόσο παρεμβάσεις χωρίς ιατρική οδηγία ή σε επείγουσες καταστάσεις, χωρίς την παρουσία ιατρού εκτελούνται από μία μικρή αναλογία του νοσηλευτικού προσωπικού. Το γεγονός αυτό φανερώνει χαμηλή αυτονομία των νοσηλευτών ΜΕΘ, ερχόμενο σε συμφωνία με τη μελέτη των Parathanassoglou et al ⁹, τα αποτελέσματα της οποίας φανέρωσαν μέτριου και χαμηλού βαθμού αυτονομία των Ελλήνων νοσηλευτών ΜΕΘ, σχετικά με την εκτέλεση τεχνικών δεξιοτήτων ή τη λήψη κλινικών αποφάσεων αντίστοιχα.

Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι Rose et al ¹¹ σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία διερευνώντας τη συμμετοχή των νοσηλευτών ΜΕΘ στη λήψη κρίσιμων αποφάσεων σχετικών με το μηχανικό αερισμό των

ασθενών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές χαρακτηρίζονταν από υψηλό βαθμό αυτονομίας. Συγκεκριμένα, το 64% των αποφάσεων που έλαβαν χώρα κατά την περίοδο των 80 ημερών που διήρκησε η μελέτη, ελήφθησαν από νοσηλευτές, το 17% από ιατρούς και οι υπόλοιπες ως αποτέλεσμα της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι η αυτονομία αυτή σχετίστηκε με ελάττωση του χρόνου αποδέσμευσης των ασθενών από το μηχανικό αερισμό. Ωστόσο, σε συμφωνία με τη μελέτη μας, άλλοι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι αν και οι νοσηλευτές συμμετέχουν στη διαδικασία απογαλακτισμού του ασθενούς από τον αναπνευστήρα, εν τούτοις δεν έχουν την κύρια ευθύνη των μεταβολών στις συνθήκες του μηχανικού αερισμού του ασθενούς.^{12,13}

Παράγοντες που σχετίζονται με το ιατροκεντρικό μοντέλο φροντίδας υγείας, την εκπαίδευση των νοσηλευτών στη χώρα μας, αλλά και τη νοσηλευτική υποστελέχωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που χαρακτηρίζει τη χώρα μας θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, αλλά και τη διαφορετικότητά τους σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ήταν η απουσία στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων ανάμεσα στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και στα έτη προϋπηρεσίας του νοσηλευτικού



προσωπικού, με εξαίρεση τη μέτρηση ΚΦΠ. Σε συμφωνία με τα ευρήματα της μελέτης μας, οι Currey & Botti ¹⁴ κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πραγματοποίηση μετρήσεων αιμοδυναμικών παραμέτρων σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς, συμπεριλαμβανομένης της ΚΦΠ, από νοσηλευτές ΜΕΘ σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την εμπειρία τους.

Σε αντίθεση με τη μελέτη μας, οι Liisa et al ¹⁵ σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ ,σε δείγμα 416 νοσηλευτών ΜΕΘ, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας ενισχύουν την αυτονομία τους στο χώρο. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν οι Varjus et al ¹⁶ και οι Suominen et al ¹⁷ σε μελέτες που πραγματοποίησαν σε ΜΕΘ της Φιλανδίας.

Τέλος, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, ένα σημαντικό αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ήταν η απουσία στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων ανάμεσα στις πραγματοποιούμενες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και το επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης των νοσηλευτών, με εξαίρεση το χειρισμό εξωτερικού βηματοδότη, ο οποίος πραγματοποιείται συχνότερα από νοσηλευτές ΠΕ σε σχέση με νοσηλευτές ΤΕ. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης, άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Αγγλία ¹⁸, στο Ιράν ¹⁹ και στην Αυστραλία ^{20,21}, έχουν συσχετίσει το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης των

νοσηλευτών ΜΕΘ με την πραγματοποίηση περισσότερων παρεμβάσεων, όπως αποδέσμευση από τον μηχανικό αερισμό, πραγματοποίηση μετρήσεων αιμοδυναμικών παραμέτρων, αλλά και λήψη κλινικών αποφάσεων εν γένει.

Αν και η εμπειρία, αλλά και το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών φαίνεται εύλογο να συμβάλλουν στην ενίσχυση της αυτονομίας τους και την πραγματοποίηση περισσότερων παρεμβάσεων με ή χωρίς την επίβλεψη ιατρού, γεγονός το οποίο τεκμηριώνεται μέσω της διεθνούς βιβλιογραφίας, στην μελέτη μας δεν καταλήξαμε σε παρόμοια συμπεράσματα. Το ιατροκεντρικό μοντέλο φροντίδας του ασθενούς, η προβληματική κλινική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού τόσο σε επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, όσο και ενδονοσοκομειακά, η χαμηλή ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία ^{22,23}, τα υψηλά επίπεδα φόρτου νοσηλευτικής εργασίας ως συνέπεια της υποστελέχωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας ^{24,25}, οι οργανωτικές δυσλειτουργίες των ΜΕΘ ²⁶, αλλά και η απουσία σχετικού νομικού πλαισίου ²⁷ αποτελούν στοιχεία της ελληνικής πραγματικότητας που θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν το συγκεκριμένο αποτέλεσμα.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε σε σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τις παρεμβάσεις και το ρόλο των Ελλήνων νοσηλευτών στο χώρο της ΜΕΘ. Ωστόσο χαρακτηρίζεται από ορισμένους περιορισμούς. Το μικρό δείγμα της παρούσας μελέτης σε σχέση με τον αριθμό των υπό μελέτη μεταβλητών αποτελεί σημαντικό περιορισμό ως προς την ικανότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων της μελέτης στο γενικό πληθυσμό των νοσηλευτών ΜΕΘ. Ένας δεύτερος περιορισμός είναι το γεγονός ότι ο καθορισμός των παρεμβάσεων που επιτελούν οι νοσηλευτές στο χώρο της ΜΕΘ βασίστηκε στην αναφορά τους από τους ίδιους μέσω ερωτηματολογίου και όχι στην καταγραφή τους από κάποιον αντικειμενικό παρατηρητή. Οι περιορισμοί αυτοί υποδεικνύουν την ανάγκη για μελλοντική έρευνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες νοσηλευτές ΜΕΘ επιτελούν στην καθ' ημέρα κλινική πράξη μία σειρά από σημαντικές παρεμβάσεις με στόχο την εξυπηρέτηση των αυξημένων αναγκών του βαριά πάσχοντος ασθενούς που χρήζει εντατικής φροντίδας, η αυτονομία τους φαίνεται να είναι σημαντικά περιορισμένη, γεγονός που αντανακλάται από τον μικρό αριθμό παρεμβάσεων χωρίς ιατρική οδηγία, ανεξάρτητα από τον επείγοντα ή μη χαρακτήρα αυτών. Η χαμηλή

αυτονομία φαίνεται να αφορά το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, ανεξάρτητα από δημογραφικούς παράγοντες, αλλά και χαρακτηριστικά όπως η εμπειρία και το επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης των νοσηλευτών. Εξαιρέση αποτελούν συγκεκριμένες και μόνο παρεμβάσεις, όπως η μέτρηση ΚΦΠ και ο χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη που εκτελούνται συχνότερα από περισσότερο έμπειρους νοσηλευτές και νοσηλευτές ΠΕ αντίστοιχα.

Παράμετροι όπως η ανεπαρκής οργάνωση των ελληνικών νοσοκομείων, η προβληματική συνεργασία ανάμεσα σε ιατρούς και νοσηλευτές, η προβληματική κλινική εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτικής ή των νοσηλευτών στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον, η νοσηλευτική υποστελέχωση, ο αυξημένος φόρτος νοσηλευτικής εργασίας, η απουσία σαφούς νομικού πλαισίου και επαγγελματικών δικαιωμάτων, η σημαντική δυσαρέσκεια του νοσηλευτικού προσωπικού ως απόρροια των συνθηκών εργασίας, αλλά και της μειωμένης κοινωνικής αναγνώρισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν τα αποτελέσματα της μελέτης μας, τα οποία έρχονται σε αντίθεση με τα αντίστοιχα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Η βελτίωση της εκπαίδευσης των νοσηλευτών, η καθιέρωση συγκεκριμένων προτύπων στελέχωσης για τα ελληνικά νοσοκομεία, η δημιουργία προϋποθέσεων



βελτίωσης των συνθηκών εργασίας, αλλά και η δημιουργία σαφούς νομικού πλαισίου και επαγγελματικών δικαιωμάτων που θα καθορίζουν τις ευθύνες, αρμοδιότητες, αλλά και το εύρος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αποτελούν ενέργειες που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αύξηση της αυτονομίας των νοσηλευτών ΜΕΘ, η οποία συσχετίζεται με θετικά αποτελέσματα φροντίδας υγείας τόσο για τον ασθενή, όσο και για το σύστημα υγείας γενικότερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. European Union of Medical Specialists: UEMS Compendium of medical specialists. London, 2000: 142-143.
2. Anonymous. Critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization into two levels of care. Crit Care Med 1999, 27: 422-426.
3. European Society of Intensive Care Medicine. Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments. Intensive Care Med 1997, 23: 226-232.
4. Williams G, Schmoellgruber S, Alberto I. Consensus Forum: Worldwide Guidelines on the Critical Care Nursing Workforce and Education Standards. Crit Care Clin 2006, 22: 393-406.
5. Haupt MT, Bekes CE, Brill J, Carl LC, Gray AW, Jastremski MS, et al. Guidelines on critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization of three levels of care. Crit Care Med 2003, 31: 2677-2683.
6. Brill J, Spevetz A, Branson RD, Campbell GM, Cohen H, Dasta JF et al. Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. Crit Care Med 2001, 29: 2007-2019.
7. Depasse B, Pauwels D, Somers Y, Vincent JL. A profile of European ICU Nursing. Int Care Med 1998, 24: 939-945.
8. Iliopoulou KK, While AE. Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. J Adv Nurs 2010, 23: 1365-2648.
9. Papathanassoglou ED, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou G, Kassikou J, Lavdaniti M. Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. J Nurs Manag 2005, 13: 154-164.
10. Mrayyan MT. Nurse's autonomy: influence of nurse manager's actions. J Adv Nurs 2004, 45: 326-336.
11. Rose L., Nelson S., Johnston L., Presneill JJ. Decisions made by critical care nurses during mechanical ventilation and weaning in an Australian Intensive care unit. AJCC 2007, 16: 445-446.
12. Norton L. The role of the specialist nurse in weaning patients from mechanical ventilation and the development of the nurse-led approach. Nurs Crit Care 2000, 5: 220-227.
13. Fulbrook P, Delaney N, Rigby J, Snowden A, Trevett M, Turner L, et al. Developing a network protocol: nurse-led weaning from ventilation. World Crit Care Nurs 2003, 3: 28-37.

14. Currey J, Botti M. Naturalistic Decision Making: A model to overcome methodological challenges in the study of critical care nurse's decision making about patient's haemodynamic status. *Am J Crit Care* 2003, 12: 206-211.
15. Liisa K, Helena L, Jouko K. Do nurses feel empowered? Nurses' assessments of their own qualities and performance with regard to nurse empowerment. *J Prof Nurs* 2002, 18: 328-335.
16. Varjus SL, Suominen T, Leino-Kilpi H. Autonomy among intensive care nurses in Finland. *Intensive Crit Care Nurs* 2003, 19: 31-40.
17. Suominen T, Leino-Kilpi H, Merja M, Irvine Doran D, Puukka P. Staff empowerment in Finnish intensive care units. *J Prof Nurs* 2001, 17: 341-347.
18. Hancock HC, Easen PR. The decision making processes of nurses when extubating patients following cardiac surgery: an ethnographic study. *Int J Nurs Stud* 2006, 43: 693-705.
19. Ramezani Badr F, Nasrabadi AN, Yekta ZP, Taleghani F. Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: a qualitative study. *J Nurs Scholarsh* 2009, 41: 351-358
20. Manias E, Street A. The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. *Int J Nurs Stud* 2001, 38: 129-140.
21. Currey J, Botti M. The influence of patient complexity and nurses' experience on hemodynamic decision-making, following cardiac surgery. *Intensive Crit Care Nurs* 2006, 22: 194-205.
22. Ποζουκίδου ΑΒ, Θεοδώρου ΜΜ, Καϊτελίδου Δ. Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* 2007, 46: 537-544
23. Μαρνέρας Χ, Θεοδωρακοπούλου Γ, Αλμπάνη Ε, Γκούβα Μ, Δημοπούλου Ε, Κοτρώτσιου Ε. Ικανοποίηση από την εργασία και επίπεδα άγχους σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νεφρολογικά κέντρα. *Νοσηλευτική* 2010, 49: 83-90
24. WHO. Highlights on health in Greece 2004. World Health Organization web site. Available at: www.euro.who.int/document/chh/gre_HIGHLIGHTS.PDF. Assessed November 10, 2010
25. Φιλντίσης Γ, Τσιμογιάννη Α, Μυριανθεύς Π, Μπουτζούκα Ε, Λαδάκης Χ, Μπαλτόπουλος Γ. Στελέχωση πολυδύναμων μονάδων εντατικής θεραπείας: παρούσα κατάσταση. *Πνεύμων* 2001, 14: 38-46
26. Παπαθανάσογλου ΕΔΕ, Μερκούρης Α, Πιστόλας Δ, Παπαγιαννάκη Β, Τζιάλλας Δ, Λεμονίδου Χ. Μονάδες εντατικής θεραπείας εμφραγματιών στην Ελλάδα: Διερεύνηση της οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. *Νοσηλευτική* 2003, 42: 206-218
27. Μάρκου Ν, Μπούκας Π, Δημοπούλου Ε, Αθανασίου Μ, Αλαμάνος Ι, Αποστολάκος Χ. Ποιος κάνει τι, στη ΜΕΘ. Στο: Μπαλτόπουλος Γ, Μυριανθεύς Π, Μπούτζουκα Ε (συγγρ) *Εντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική: Επεμβάσεις - Παρεμβάσεις, Ιατρικές*



Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007:
106-123

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη προϋπηρεσίας.

Μεταβλητές	Μέσος (\pm T.A)	% (n/N)
Φύλο		
Ανδρες		19,8 (44/222)
Γυναίκες		80,2 (178/222)
Ηλικία (έτη)	34,2 (\pm 6,4)	
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Πανεπιστημιακή		20,7 (28/222)
Τεχνολογική		79,3 (194/222)
Προϋπηρεσία (έτη)	8,5 (\pm 6,2)	

TA: Τυπική Απόκλιση

Πίνακας 2: Κατανομή νοσηλευτών βάσει των παρεμβάσεων που εκτελούν στη ΜΕΘ

Παρέμβαση	% (n/N)
Εκτέλεση αναρρόφησης	99,1(213/222)
Χορήγηση ενδοφλεβίων υγρών βάση της υδατώσεως του ασθενούς	97,2(208/222)
Χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων	97,2(208/222)
Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων	95,8(205/222)
Λήψη δείγματος για έλεγχο αερίων αίματος	93,7(208/222)
Τιτλοποίηση αγγειοδραστικών φαρμάκων βάσει αρτηριακής πίεσης	93,4(198/222)
Μέτρηση ΚΦΠ	89,2(198/222)
Ρύθμιση των ηλεκτρολυτών σε σχέση με τα επίπεδα στον ορό	88,7(197/222)
Ρύθμιση του μηχανικού αερισμού σύμφωνα με τα επίπεδα αερίων αίματος	85,9(183/222)
Χειρισμός μηχανήματος της συνεχούς Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας	75,2(167/222)
Εκτέλεση ηλεκτρικής απινίδωσης	67,1(149/222)
Χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη στη ΜΕΘ	54,1(120/222)
Μέτρηση καρδιακής παροχής μέσω καθετήρα πνευμονικής αρτηρίας πραγματοποιεί	47,7(106/222)
Εκτέλεση διασωλήνωσης	27(60/222)

ΚΦΠ: Κεντρική Φλεβική Πίεση, ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας



Πίνακας 3 . Περιγραφικά αποτελέσματα

Ερώτηση	Μόνο υπό την επίβλεψη ιατρού %	Κατόπιν ιατρικής οδηγίας, χωρίς επίβλεψη ιατρού%	Χωρίς ιατρική οδηγία, χωρίς επίβλεψη ιατρού%	Εκτέλεση παρέμβασης	Σε επείγουσες καταστάσεις, χωρίς παρουσία ιατρού %
Εκτελεί ηλεκτρική απινίδωση	35,1	10,4	5,9	67,1	26,6
Ρύθμιση του μηχανικού αερισμού σύμφωνα με τα επίπεδα αερίων αίματος	21,8	42	13,7	85,9	20,8
Λήψη δείγματος για έλεγχο αερίων αίματος	3,2	26,6	49,5	93,7	20,3
Χορήγηση ενδοφλεβίων υγρών βάσει της υδατώσης του ασθενούς	8,5	61	22,1	97,2	15,5
Μέτρηση ΚΦΠ	7,2	29,3	47,3	89,2	13,1
Χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων	15,9	63,4	18,3	97,2	12,6
Εκτέλεση αναρρόφησης	3,7	10,2	84,2	99,1	12,4
Ρύθμιση των ηλεκτρολυτών ↑↓με τα επίπεδα στον ορό	5,4	47,5	28,5	88,7	10,4
Τιτλοποίηση αγγειοδραστικών φαρμάκων βάσει Α.Π.	10,4	40,8	40	93,4	9,4
Τον εξωτερικό βηματοδότη στη ΜΕΘ χειρίζεται	26,1	18,5	7,2	54,1	8,1
Το μηχάνημα της συνεχούς Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας χειρίζεται	19	28,8	27,5	75,2	8,1
Μέτρηση καρδιακής παροχής μέσω καθετήρα πνευμονικής	20,3	18	7,2	47,7	5,9

αρτηρίας πραγματοποιεί					
Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων	9,8	77,1	10,7	95,8	5,6
Εκτελεί διασωλήνωση	18	3,6	0,9	27	4,1

ΑΠ: Αρτηριακή Πίεση, ΚΦΠ: Κεντρική Φλεβική Πίεση, ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Πίνακας 4. Συσχέτιση της προουπηρεσίας σε ΜΕΘ με παρεμβάσεις που εκτελούν.

Παρέμβαση		Έτη εργασίας σε ΜΕΘ		
		Μέσος	ΤΑ	<i>p-value</i>
Εκτέλεση αποδιασωλήνωσης μόνο υπό την επίβλεψη ιατρού	Όχι	9,06	6,78	
	Ναι	7,70	5,12	0,372
Εκτέλεση αποδιασωλήνωσης συνήθως κατόπιν ιατρικής οδηγίας, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,28	5,83	
	Ναι	8,96	6,82	0,076
Εκτέλεση αποδιασωλήνωσης συνήθως χωρίς ιατρική οδηγίας, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,19	6,00	
	Ναι	12,40	7,29	0,329
Εκτέλεση αποδιασωλήνωσης σε επείγουσες καταστάσεις, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,33	6,07	
	Ναι	14,50	7,74	0,225
Εκτέλεση αποδιασωλήνωσης	Όχι	6,56	5,82	
	Ναι	8,95	6,21	0,846



Χειρισμός εξωτ. βηματοδότη μόνο υπό την επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,81	6,48	
	Ναι	7,79	5,38	0,304
Χειρισμός εξωτ. βηματοδότη συνήθως κατόπιν ιατρικής οδηγίας, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,35	6,18	
	Ναι	9,28	6,30	0,419
Χειρισμός εξωτ. βηματοδότη συνήθως χωρίς ιατρική οδηγίας, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,26	5,92	
	Ναι	11,60	8,46	0,045
Χειρισμός εξωτ. βηματοδότη σε επείγουσες καταστάσεις, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,34	5,94	
	Ναι	10,56	8,54	0,170
Χειρισμός εξωτ. βηματοδότη	Όχι	7,76	5,75	
	Ναι	9,11	6,48	0,136
Μέτρηση ΚΦΠ μόνο υπό την επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,58	6,21	
	Ναι	7,88	6,17	0,663
Μέτρηση ΚΦΠ συνήθως κατόπιν ιατρικής οδηγίας, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,82	6,41	
	Ναι	7,82	5,64	0,311
Μέτρηση ΚΦΠ συνήθως χωρίς ιατρική οδηγίας, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	8,81	6,42	
	Ναι	8,22	5,97	0,513
Μέτρηση ΚΦΠ σε επείγουσες καταστάσεις, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	7,96	5,84	
	Ναι	12,12	7,24	0,001
Μέτρηση ΚΦΠ	Όχι	6,91	4,95	
	Ναι	8,67	6,29	0,277

ΚΦΠ: Κεντρική Φλεβική Πίεση, ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

Πίνακας 5. Συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών με το χειρισμό εξωτερικού βηματοδότη

Χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη	Επίπεδο εκπαίδευσης					<i>p-value</i>
	ΤΕ		ΠΕ			
	N	%	N	%		
	Ναι	116	65,9	16	72,7	0,522
Χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη μόνο υπό την επίβλεψη ιατρού	Όχι	127	72,2	18	81,8	
	Ναι	49	27,8	4	18,2	0,335
Χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη συνήθως κατόπιν ιατρικής οδηγίας, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	147	83,5	14	63,6	
	Ναι	29	16,5	8	36,4	0,024
Χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη συνήθως χωρίς ιατρική οδηγία, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	167	94,9	17	77,3	
	Ναι	9	5,1	5	22,7	0,002
Χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη σε επείγουσες καταστάσεις, χωρίς επίβλεψη ιατρού	Όχι	163	92,6	20	90,9	
	Ναι	13	7,4	2	9,1	0,776
Χειρισμός εξωτερικού βηματοδότη	Όχι	84	47,7	5	22,7	
	Ναι	92	52,3	17	77,3	0,026

ΠΕ: Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση, ΤΕ: Τεχνολογική Εκπαίδευση



ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Η εφηβική σεξουαλικότητα στο προσκήνιο.

Μελέτη και προβλεψιμότητα της χρήσης προφυλακτικού μέσω της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς

Μπαρμπαγιάννη Ευφροσύνη¹, Ζυγά Σοφία²

1. Ψυχολόγος, Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

2. Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων αποτελεί επίκεντρο ενδιαφέροντος καθώς παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, αμβλώσεων καθώς και σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της πρόθεσης χρήσης προφυλακτικού σε εφήβους και των δύο φύλων διαμέσου της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

Υλικό και Μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 378 έφηβοι ηλικίας 15-18 ετών. Για τη συλλογή των στοιχείων κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο με βάση τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι μετρήσεις χ^2 , t -test και η ανάλυση διακύμανσης *one-way ANOVA*. Η επεξεργασία έγινε με το SPSS 13.0.

Αποτελέσματα: Από τους συμμετέχοντες στη μελέτη, το 94.9% ανέφερε ότι διέθετε ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων σε θέματα αντισύλληψης. Κύρια πηγή ενημέρωσης αποτελούσαν οι φίλοι (20.2%). Η πλειοψηφία των εφήβων (58.2%) είχαν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές με ηλικία έναρξης τα 15 έτη (30%). Διαπιστώθηκε πως έφηβοι με υψηλότερο βαθμό αυτοαποτελεσματικότητας κατά κύριο λόγο, αναλογικά παρουσίασαν μεγαλύτερη πρόθεση χρήσης προφυλακτικού. Όσο πιο αυξημένα ήταν τα επίπεδα του βαθμού ευκολίας στη χρήση προφυλακτικού με έναν νέο σύντροφο, όσο πιο θετική ήταν η στάση των εφήβων για χρήση προφυλακτικού με έναν σταθερό σύντροφο καθώς και όσο μεγαλύτερος ήταν ο βαθμός ενημέρωσης γύρω από σεξουαλικά ζητήματα, τόσο μεγαλύτερη ήταν η συμπεριφορική πρόθεση.

Συμπεράσματα: Όσο μεγαλύτερο βαθμό αυτοαποτελεσματικότητας έχουν οι έφηβοι, δηλαδή όσο περισσότερο δείχνουν αυτοπεποίθηση στις ικανότητές τους και στις δεξιότητες υπερκερασμού τυχόν εμποδίων, τόσο αυξάνεται η πρόθεσή τους για χρήση προφυλακτικού. Οι παράγοντες οι οποίοι, προβλέπουν ισχυρότερα την πρόθεση είναι κατά σειρά σημαντικότητας η αυτοαποτελεσματικότητα, ο βαθμός ελέγχου, ο βαθμός ενημέρωσης καθώς και η περιγραφική κανονικότητα. Τα ευρήματα είναι σημαντικά και αποτελούν αξιόλογη προσθήκη στα ελληνικά επιστημονικά δεδομένα, καθώς δεν υπάρχουν επαρκείς και εξειδικευμένες ως προς το εν λόγω αντικείμενο αντίστοιχες μελέτες.

Λέξεις κλειδιά: Έφηβοι, χρήση προφυλακτικού, συμπεριφορική πρόθεση, θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μπαρπαγιάννη Ευφροσύνη,
Ωραίας Ελένης 23100, Σπάρτη,
E-mail: ebarbayianni@uop.gr

Adolescent sexuality in the limelight.

Study and predictability of condom use through the theory of planned behaviour

Barmpagianni Eufrosini¹, Zyga Sofia²

1. Psychologist, PhD Candidate in University of Peloponnese
2. Assistant Professor, Department of Nursing, University Of Peloponnese

Department of Nursing, University of Peloponnese

ABSTRACT

Adolescents' sexual behavior is the focus of attention since increased levels of unintended pregnancy, abortions and sexually transmitted diseases are detected. Psychological, family and social factors contribute to the above mentioned situations.

The **aim** of the present research was to examine the intention of condom use in adolescents of both sexes using the Theory of Planned Behavior.



Material- Method: The study population consisted of 378 adolescents, aged 15 to 18. Data was collected by the completion of a questionnaire based on the Theory of Planned Behavior. The statistical method used was χ^2 , t-test, one-way ANOVA. The data statistical analysis was carried out using the SPSS 13.0 program.

Results: From the participants, 94.9% reported that they had sufficient knowledge on contraception issues. Friends were the main source of information (20.2%). The majority of adolescents (58.2%) had full sexual intercourse at age 15 (30%). Proportionally, adolescents with higher self-efficacy were found to have greater intention to the condom use. The more increased was the degree of the convenience in using condom with a new partner, the more positive was the adolescents' attitude towards the use of condom with a steady partner and the greater was the degree of awareness about sexual issues, the greater the behavioral intention.

Conclusions: The degree of the adolescents' self-efficacy, in other words, the more confident they are in their abilities and skills of overcoming possible obstacles, the greater their intention to use condom. According to the results, the factors which strongly predict the intention, in order of importance, were: self – efficacy, degree of control, degree of awareness and the descriptive regularity. The findings are of great importance for the Hellenic science, since there is insufficient and little data on this subject.

Keywords: Adolescents, condom use, behavioral intention, the theory of planned behaviour.

CORRESPONDING AUTHOR

*Barmpagianni Eufrosini,
Oreas Elenis, 23100, Sparti,
(tel.) +306976601166,
E-mail: ebarbayianni@uop.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα εκατομμύριο έφηβες μένουν έγκυοι κάθε χρόνο, με το 78% αυτών να υφίστανται ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη¹. Η εφηβική εγκυμοσύνη συνδέεται με αρνητικές συνέπειες για την ψυχολογική και σωματική υγεία της έφηβης². Παράγοντες που θεωρείται ότι οδηγούν στην εφηβική εγκυμοσύνη αποτελούν η αλλαγή αντιλήψεων για τη σεξουαλική δραστηριότητα, η πρόωμη

ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής, η ανεξέλεγκτη σεξουαλική δραστηριότητα και η έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης καθώς και η ανεπαρκής χρήση αντισύλληψης από τους εφήβους^{3,4,5,6}.

Η κύρια αιτία που καθιστά μια έφηβη ευάλωτη σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι η μη χρήση προφυλακτικού.⁷ Η διακοπή του σχολείου, η χαμηλή σχολική επίδοση καθώς

και η φτωχή σεξουαλική αγωγή αποτελούν επιπρόσθετες αιτίες ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης². Άλλοι παράγοντες που συντελούν σε ανεπιθύμητη κύηση είναι οι διαφορές των πληθυσμών ως προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, και τους κοινωνικούς και οικογενειακούς παράγοντες^{8,9,10}.

Όσον αφορά στα ελληνικά δεδομένα έχουν καταγραφεί ελάχιστα και αποσπασματικά στοιχεία. Ενδεικτικά, σχετικά με τις αμβλώσεις στην εφηβεία υπάρχουν υψηλά ποσοστά 'λευκού αριθμού', δηλαδή δεν υπάρχουν επίσημα καταγεγραμμένα στοιχεία, τα οποία να δίνουν μια συνολική εικόνα, επειδή οι έφηβες προτιμούν τις ιδιωτικές κλινικές ώστε να εξασφαλίσουν την ανωνυμία του. Στον ελληνικό χώρο ένας στους τέσσερις ασθενείς με AIDS είναι ηλικίας 20-29 ετών, εύρημα, που υποδηλώνει ότι πιθανώς τα άτομα μολύνθηκαν κατά την εφηβική ηλικία¹¹⁻¹³.

Όσον αφορά στο ανδρικό προφυλακτικό, δεν αποτελεί ελκυστική μέθοδο για τους εφήβους διότι μειώνει τον αυθορμητισμό και προϋποθέτει προγραμματισμό¹⁴. Εντούτοις, αποτελεί την πιο φθηνή και εύχρηστη μέθοδο, λόγοι για τους οποίους προτιμάται από την πλειοψηφία των εφήβων.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των προαναφερθέντων συνιστωσών της Θεωρίας Προσχεδιασμένης

Συμπεριφοράς αναφορικά με την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού στην εφηβική ηλικία.

Υλικό και μέθοδος

Στη μελέτη πήραν μέρος 378 έφηβοι ηλικίας 15-18 ετών, κάτοικοι Αθήνας. Οι συμμετέχοντες ήταν μαθητές λυκείου ενός δημοσίου τεχνικού σχολείου, ενός δημοσίου ενιαίου καθώς και δύο ιδιωτικών σχολείων. Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στους μαθητές λυκείου (15-18 ετών) και στις τρεις τάξεις διότι ανήκουν στη μέση εφηβεία, ηλικιακή ομάδα με την οποία ασχοληθήκαμε στην παρούσα ερευνητική μελέτη.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη εκπονήθηκε σε χρονικό διάστημα δύο ετών. Η χρονική καθυστέρηση εκπόνησης σχετικής άδειας από τον αρμόδιο φορέα λειτούργησε αποτρεπτικά, με αποτέλεσμα τον περιορισμό στην έγκριση των συγκεκριμένων σχολείων για τη διεξαγωγή της έρευνας κατόπιν της έγγραφης αποδοχής των γονέων των εφήβων. Προηγήθηκε λεπτομερής ανάλυση των σκοπών και του περιεχομένου της έρευνας με την έγκριση του Πανεπιστημίου, διατηρώντας τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Με βάση το εν λόγω κριτήριο έγινε η επιλογή των συγκεκριμένων σχολείων αντιπροσωπευτικά. Η διαδικασία ελάμβανε χώρα σε προκαθορισμένο χρονικό διάστημα και αφορούσε στην είσοδο στις τάξεις, όπου το ερωτηματολόγιο συμπληρώνονταν κατόπιν



της παρουσίασης και του σκοπού της έρευνας μας και μετά την απάντηση διευκρινιστικών ερωτήσεων.

Για τη συλλογή των στοιχείων κατασκευάστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, ύστερα από λεπτομερή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Αναλυτικότερα, όσον αφορά στην εφηβική σεξουαλική συμπεριφορά, μια σειρά μελετών εστιάστηκαν στον έλεγχο της προβλεπτικής ισχύος των *στάσεων*, των *υποκειμενικών κανόνων* καθώς και του *αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου* –κυρίως της *αυτοαποτελεσματικότητας*– στην πρόθεση των εφήβων για χρήση προφυλακτικού στο άμεσο μέλλον^{15,16,17}. Σε μια ενδελεχή μεταανάλυση μελετών των Bennett and Bozionelos¹⁸ καταγράφεται μια σειρά ερευνών επί της θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Σε αυτές, η *πρόθεση* εξετάζεται ως «προδείκτης» της χρήσης προφυλακτικού σε άτομα νεαρής ηλικίας και ακολουθεί εμπειριστατωμένη σύγκριση των επιμέρους ευρημάτων.

Τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούν τον έλεγχο της ισχύος των *στάσεων* ως προς τη χρήση προφυλακτικού με σταθερό και περιστασιακό σύντροφο, των *υποκειμενικών κανόνων* αναλυμένων στις συνιστώσες των *κανονιστικών πεποιθήσεων* και της *περιγραφικής κανονικότητας* καθώς και του *αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου* μέσω μετρήσεων για την *ελεγχιμότητα*, την *ευκολία* χρήσης προφυλακτικού καθώς και της

αυτοαποτελεσματικότητας. Κεντρική υπόθεση, λοιπόν, υπήρξε η ικανοποιητική, στατιστικά, σχέση καθεμιάς από τις παραπάνω διαστάσεις με τη *συμπεριφορική πρόθεση* καθώς και η προβλεπτική τους δυνατότητα ως προς αυτήν. Η υποκλίμακα της *αυτοαποτελεσματικότητας* αναμένεται να παρουσιάσει ιδιαίτερη θέση ισχύος. Επιπρόσθετα, αξιολογείται η συσχέτιση μιας σειράς άλλων παραμέτρων σχετικά με την εφηβική σεξουαλική δραστηριότητα, όπως διαφόρων δημογραφικών στοιχείων, καθώς και της παρελθούσας σεξουαλικής συμπεριφοράς, οι οποίες, σύμφωνα με άλλες μελέτες, θεωρείται ότι διαδραματίζουν κάποιο ρόλο σε σχέση με τις προαναφερθείσες διαστάσεις της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς^{18,19,20,21}

Το ερωτηματολόγιο της παρούσης έρευνας στηρίχθηκε στο θεωρητικό και ερευνητικό πλαίσιο της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) του Ajzen²² υποστηρίζει πως μια *συμπεριφορά* δύναται να προβλεφθεί από την *πρόθεση* των ατόμων για υιοθέτησή της. Περαιτέρω, στη διαμόρφωση της πρόθεσης συμβάλλουν τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις: οι *στάσεις* προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, οι *υποκειμενικοί κανόνες* του περιβάλλοντος καθώς και ο *αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος* του ατόμου ως προς την πραγματοποίηση της συμπεριφοράς. Οι

στάσεις αποτελούν τις αξιολογήσεις του ατόμου απέναντι σε μια συμπεριφορά, οι υποκειμενικοί κανόνες, εμπεριέχοντας τις διαστάσεις των κανονιστικών πεποιθήσεων και της περιγραφικής κανονικότητας, αφορούν τις πεποιθήσεις των σημαντικών άλλων για την εν λόγω συμπεριφορά, ενώ ο *αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος*, με τις διαστάσεις της αντιληπτής ελεγχσιμότητας και ευκολίας υιοθέτησης μιας συμπεριφοράς καθώς και της αυτοαποτελεσματικότητας, σχετίζεται με τις πεποιθήσεις του ατόμου για το βαθμό ικανοτήτων του ώστε να εκδηλώσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά^{23,24,25,26}.

Το τελικό ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 55 ερωτήματα τα οποία κατανέμονται στις εξής γενικές κατηγορίες: 1) Δημογραφικοί Παράγοντες, (2) Θέματα σεξουαλικών συνηθειών και συμπεριφοράς, (3) Στάσεις, (4) Υποκειμενικοί κανόνες, (5) Αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος και (6) Συμπεριφορική πρόθεση. Πρόκειται για ερωτήματα κλειστού τύπου με εναλλακτική επιλογή καθορισμένων απαντήσεων. Οι κλίμακες μέτρησης είναι πενταβάθμιες, τύπου Likert (π.χ. Συμφωνώ απόλυτα - Διαφωνώ απόλυτα) καθώς και η επτάβαθμη κλίμακα τύπου Osgood με ζεύγη αντιθετικών επιθέτων (π.χ. Δυσάρεστο - Ευχάριστο).

Θέματα σεξουαλικών συνηθειών και συμπεριφοράς.

Συγκαταλέχθηκαν ερωτήματα, όπως 'Σε ποια ηλικία είχες την πρώτη σου σεξουαλική επαφή;', με επιλογή ανάμεσα στις απαντήσεις 1=Κάτω των 14 ετών, 2=14 ετών, 3=15 ετών, 4=16 ετών, 5=17 ετών και 6=18 ετών. Ένα άλλο παράδειγμα ερώτησης διαμορφώθηκε ως εξής: 'Κατά τη διάρκεια της τελευταίας σου σχέσης, πόσο συχνά είχατε επαφή χωρίς προφυλακτικό;', και επρόκειτο για απαντήσεις συχνότητας σε πενταβάθμια κλίμακα (1=Καμία φορά - 5= Κάθε φορά).

Στάσεις. Εμπεριέχονται τα ερωτήματα με τύπο απαντήσεων τοποθέτησης σε αξιολογικά δίπολα αντίθετων ζευγών, για παράδειγμα δυσάρεστο - ευχάριστο, σε σχέση με τη χρήση προφυλακτικού με *σταθερό/ή* είτε *περιστασιακό/ή σύντροφο* (π.χ. 'Το να χρησιμοποιείς προφυλακτικό με κάποιον *περιστασιακό/ή σύντροφο* είναι...' με απαντήσεις ανάμεσα σε διαβαθμίσεις όπως για παράδειγμα 'Δυσάρεστο 1 2 3 4 5 6 7 Ευχάριστο'). Ο συντελεστής αξιοπιστίας άλφα είναι .902 συνολικά για τις στάσεις.

Υποκειμενικοί Κανόνες.

Περιλαμβάνει τα ερωτήματα που αφορούν τις κανονιστικές πεποιθήσεις, όπως για παράδειγμα 'Ο κολλητός σου φίλος/η θα περίμενε από σένα να χρησιμοποιείς πάντα προφυλακτικό'.

Επιπρόσθετα,



συμπεριλαμβάνονται τα ερωτήματα της περιγραφικής κανονικότητας, όπως για παράδειγμα 'Ο κολλητός σου φίλος χρησιμοποιεί πάντα προφυλακτικό;'. Οι απαντήσεις είναι σε πενταβάθμια κλίμακα 1=Πολύ Απίθανο - 5=Πολύ Πιθανό. Ο συντελεστής αξιοπιστίας άλφα συνολικά για τους υποκειμενικούς κανόνες είναι .770.

Αντιληπτός Συμπεριφορικός Έλεγχος.

Περιλαμβάνει κυρίως ερωτήματα αυτοαποτελεσματικότητας, όπως "Όταν δεν μπορώ να προβλέψω πότε θα έχω κάποια σεξουαλική επαφή, μου είναι δύσκολο να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό". Οι απαντήσεις είναι και εδώ σε πενταβάθμια κλίμακα 1=Πολύ Απίθανο - 5=Πολύ Πιθανό. Για το σύνολο της κλίμακας του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου ο συντελεστής αξιοπιστίας άλφα είναι .825.

Συμπεριφορική Πρόθεση.

Εμπεριέχονται ερωτήματα όπως το εξής: 'Σκεπτόμενος/η την επόμενη φορά που θα έχω σεξουαλική επαφή, έχω την πρόθεση να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό'. Ο τύπος απάντησης τοποθετείται σε πενταβάθμια κλίμακα 1=Διαφωνώ Απόλυτα - 5=Συμφωνώ Απόλυτα. Η κλίμακα της πρόθεσης παρουσιάζει συντελεστή αξιοπιστίας άλφα του επιπέδου .790.

Στατιστική Ανάλυση.

Το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική μελέτη είναι το SPSS 13.0 με σκοπό την κωδικοποίηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Αναφορικά, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις αξιοπιστίας άλφα (Cronbach's alpha) καθώς και περιγραφική επεξεργασία δεδομένων συχνότητας. Περαιτέρω, υλοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία διασταύρωσης μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών μέσω της μεθόδου χ^2 , μεταξύ κατηγορικών και ποσοτικών μεταβλητών με τη χρήση του ελέγχου *t-test* καθώς και μέσω της ανάλυσης διακύμανσης (one-way ANOVA). Επιπρόσθετα, για την επεξεργασία της γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στις ποσοτικές μεταβλητές, κυρίως ανάμεσα στις κύριες διαστάσεις της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος του συντελεστή *Pearson's r*. Τέλος, στη βάση της ανάλυσης της βηματικής πολλαπλής παλινδρόμησης, εξετάστηκε η προβλεπτική ισχύς των παραγόντων και κυρίως των διαστάσεων της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στην εξαρτημένη μεταβλητή της πρόθεσης για χρήση προφυλακτικού στο άμεσο μέλλον.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 378 έφηβοι ηλικίας 15-18 ετών, οι οποίοι στο

σύνολό τους απάντησαν έγκυρα στα ερωτήματα. Από το τελικό δείγμα (378 άτομα, 100% του δείγματος), 205 ήταν αγόρια (54.2%) και 173 κορίτσια (45.8%). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δυο ιδιωτικά, ένα τεχνικό και ένα δημόσιο λύκειο της πρωτεύουσας με 166 (43.9%), 158 (41.8%) και 54 (14.3%) συμμετέχοντες αντίστοιχα. Οι έφηβοι προέρχονταν και από τις τρεις τάξεις του Λυκείου. Αναλυτικά, 100 έφηβοι (26.5%) ήταν μαθητές 1^{ης} Λυκείου, 97 (25.7%) 2^{ας} Λυκείου και 181 (47.9%) 3^{ης} Λυκείου. Ηλικιακά κατανέμονταν ως εξής: 15 ετών (15.1%), 16 ετών (21.4%), 17 ετών (37%) και 18 ετών (26.5%).

Η πλειοψηφία των εφήβων (60.3%) θεωρούσαν πως ήταν αρκετά ενημερωμένοι γύρω από θέματα σεξουαλικού χαρακτήρα, 19.3% πως ήταν μέτρια ενημερωμένοι και 15.3 % ανέφεραν ότι ήταν πάρα πολύ ενημερωμένοι. Όπως φαίνεται, το σύνολο σχεδόν των εφήβων (94.9%) είχε την αίσθηση πως διέθετε ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων σε θέματα αντισύλληψης. Την πρώτη πηγή ενημέρωσης των εφήβων αποτελούσαν οι φίλοι (20.2%), ενώ οι γονείς κατά μέσο όρο επιλέγονταν από το 8.3% των εφήβων. Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των εφήβων (58.2%) 15-18 ετών είχαν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές, με άλλα λόγια ανήκαν στην κατηγορία των σεξουαλικά ενεργών ατόμων.

Η ηλικία στην οποία οι περισσότεροι έφηβοι ξεκινούσαν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα είναι αυτή των 16 ετών (30%), με αμέσως επόμενη την ηλικία των 15 ετών (27.3%). Επίσης, ένα ποσοστό εφήβων (5%) δήλωσε ότι είχε τις πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες σε ηλικία κάτω των 14 ετών. Συνολικά, για το 61.8% των εφήβων υπήρχε μια πιθανότητα, μικρότερη ή μεγαλύτερη, να μη χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό στη σεξουαλική τους επαφή εάν πρωτύτερα είχαν καταναλώσει αλκοόλ. Το ποσοστό των εφήβων που εκτιμούσαν αυξημένη την πιθανότητα (Πολύ πιθανό) να χρησιμοποιεί ο στενός τους φίλος/η συστηματικά προφυλακτικό ήταν 31.8 %, ενώ οι υπόλοιποι (67.3%) δεν θεωρούσαν απόλυτη αυτή την πιθανότητα, άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο (Πολύ απίθανο, Μάλλον απίθανο, Ούτε πιθανό ούτε απίθανο, Μάλλον πιθανό).

Δομικές Διαστάσεις της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Αρχικά παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης *Pearson's r* καθώς και της βηματικής πολλαπλής παλινδρόμησης (Πίνακας 1 και Πίνακας 2) και αφορούν τις θεμέλιες διαστάσεις, κατά κύριο λόγο, της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, σε γενικές γραμμές, παρατηρείται πως όλες οι εν λόγω μεταβλητές διαστάσεις παρουσιάζουν θετική



και ικανή σχέση με την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού στο μέλλον, σε υψηλά επίπεδα σημαντικότητας ($p < .001$ επί το πλείστον). Η διαφοροποίηση ως προς το δείγμα (N) υπάρχει λόγω του ότι στην περίπτωση του *βαθμού ενημέρωσης γύρω από θέματα αντισύλληψης* απάντησε το σύνολο των σεξουαλικά ενεργών και μη συμμετεχόντων, ενώ στις υπόλοιπες μεταβλητές απάντησε το σύνολο των σεξουαλικά ενεργών εφήβων του δείγματός μας. Τις περισσότερες ισχυρές σχέσεις με την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού μελλοντικά εμφανίζουν ιεραρχικά οι διαστάσεις της *αυτοαποτελεσματικότητας*, του *βαθμού ελέγχου*, της *περιγραφικής κανονικότητας* καθώς και των *κανονιστικών πεποιθήσεων* ($r=.44$, $df=218$, $p < .001$ · $r=.42$, $df=218$, $p < .001$ · $r=.36$, $df=218$, $p < .001$ · $r=.29$, $df=218$, $p < .001$, αντίστοιχα). Ακολουθούν ο *βαθμός ευκολίας* στη χρήση προφυλακτικού με ένα νέο/νέα σύντροφο, η *στάση για χρήση προφυλακτικού με σταθερό σύντροφο* καθώς και ο *βαθμός ενημέρωσης* γύρω από σεξουαλικά ζητήματα ($r=.246$, $df=376$, $p < .001$ · $r=.219$, $df=218$, $p < .001$ · $r=.196$, $df=$, $p = .002$, αντίστοιχα).

Σύμφωνα με τα δεδομένα, διαπιστώθηκε πως έφηβοι με υψηλότερο βαθμό *αυτοαποτελεσματικότητας* κατά κύριο λόγο, αναλογικά παρουσίασαν μεγαλύτερη πρόθεση χρήσης προφυλακτικού. Περαιτέρω, κατά τον ίδιο τρόπο συμεταβάλλεται η

σχέση μεταξύ της *πρόθεσης* και των υπολοίπων τριών διαστάσεων: Έφηβοι με μεγαλύτερο *βαθμό ελέγχου* στην απόφαση χρήσης προφυλακτικού, μεγαλύτερης *περιγραφικής κανονικότητας* από τη συμπεριφορά χρήσης προφυλακτικού των σημαντικών άλλων καθώς και ισχυρότερων *κανονιστικών πεποιθήσεων* του περιβάλλοντος εμφάνισαν μεγαλύτερη πρόθεση να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό στις μελλοντικές τους επαφές. Επίσης, όσο πιο αυξημένα ήταν τα επίπεδα του *βαθμού ευκολίας* στη χρήση προφυλακτικού με έναν νέο/νέα σύντροφο, όσο πιο θετική προέκυπτε η *στάση* των εφήβων για χρήση προφυλακτικού με έναν σταθερό σύντροφο καθώς και όσο μεγαλύτερος ήταν ο *βαθμός ενημέρωσης* γύρω από σεξουαλικά ζητήματα, τόσο μεγαλύτερη ήταν η *συμπεριφορική πρόθεση*.

Όσον αφορά τη *βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση* τα δεδομένα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 και δείχνουν τα εξής: Κατά ιεραρχική σειρά, ξεκινώντας από τη σημαντικότερη προβλεπτική διάσταση είναι η *αυτοαποτελεσματικότητα*, ο *βαθμός ελέγχου*, ο *βαθμός ενημέρωσης* καθώς και την *περιγραφική κανονικότητα*. Όσον αφορά τα επίπεδα σημαντικότητας (p), στο σύνολό τους είναι αρκετά υψηλά ($p < .001$ επί το πλείστον), γεγονός που δείχνει πως τα εν λόγω αποτελέσματα είναι αξιόπιστα γενικεύσιμα.

Πιο συγκεκριμένα, όπως απεικονίζεται, η αυτοαποτελεσματικότητα αποτέλεσε τον πρώτο παράγοντα πρόβλεψης, παρουσιάζοντας τιμή *R Square* .198 ή .20 με δύο δεκαδικά ψηφία. Αυτό σημαίνει πως 20% της διακύμανσης στο κριτήριο της πρόθεσης ερμηνεύεται από την εν λόγω διάσταση. Ο παράγοντας που προστέθηκε δεύτερος είναι ο βαθμός ελέγχου, ο οποίος εξηγεί τη δεύτερη μεγαλύτερη σημαντική αναλογία της διακύμανσης στην πρόθεση, όντας υπεύθυνος για άλλο 14.4% αυτής. Στη συνέχεια, ο τρίτος παράγοντας, δηλαδή ο βαθμός ενημέρωσης δύναται να ερμηνεύσει 3.8% της συνολικής διακύμανσης της πρόθεσης και τέλος ο παράγοντας της περιγραφικής κανονικότητας εξηγεί επιπλέον 2% αυτής. Συνολικά, οι παράγοντες της αυτοαποτελεσματικότητας, του βαθμού ελέγχου, του βαθμού ενημέρωσης καθώς και της περιγραφικής κανονικότητας είναι υπεύθυνοι για το 40% της διακύμανσης στην εξαρτημένη μεταβλητή της πρόθεσης για χρήση προφυλακτικού σε μελλοντικές σεξουαλικές επαφές.

Ως εκ τούτου, γνωρίζοντας τα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας, του βαθμού ελέγχου της χρήσης προφυλακτικού στις σχέσεις, του βαθμού ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης καθώς και της περιγραφικής κανονικότητας από το περιβάλλον μπορούμε σε ένα σημαντικό βαθμό να προβλέψουμε τη μεταβλητότητα της πρόθεσης. Όσο πιο υψηλά είναι τα επίπεδα των παραπάνω διαστάσεων,

αναλόγως αυξημένη θα παρουσιαστεί η πρόθεση χρήσης προφυλακτικού.

Διασταύρωση Μεταβλητών

Όσον αφορά το συνδυαστικό έλεγχο κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ τους καθώς και κατηγορικών με ποσοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκαν οι μετρήσεις χ^2 , *t-test* και η ανάλυση διακύμανσης *one-way ANOVA*. Τα σημαντικότερα από τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως εξής:

Διαφοροποιούνται τα αγόρια από τα κορίτσια ως προς την ολοκλήρωση της σεξουαλικής τους επαφής σημαντικά, όντας πιο πιθανό για τα αγόρια να έχουν ολοκληρώσει τις σεξουαλικές τους επαφές ($\chi^2=26.08$, $df=2$, $p=.000$).

Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των αγοριών ως προς τα κορίτσια απέναντι στα επίπεδα βαθμού ελέγχου στην απόφαση χρήσης προφυλακτικού στις σεξουαλικές τους σχέσεις ($t(215)=-2.44$, $p=.015$). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια ($M=4.36$) εμφανίζονται με σχετικά μεγαλύτερο βαθμό ελέγχου σε σύγκριση με τα αγόρια ($M=4.05$), όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.

Παραλλαγή στατιστικά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια παρατηρείται αναφορικά με την επιθυμία χρήσης προφυλακτικού στην επόμενη σχέση, όπου υποθετικά δεν θα γνωρίζουν τον/την σύντροφο ($t(212)=-3.33$, $p=.000$), καθώς και στην πρόθεση ελέγχου της



χρήσης προφυλακτικού στην επόμενη τους επαφή ($t(213)=-3.27, p=.001$). Τα εν λόγω δεδομένα απεικονίζονται στον Πίνακα 4.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, την ισχυρότερη σχέση με την πρόθεση εμφανίζει η αντιληπτή από τους εφήβους αυτοαποτελεσματικότητά τους για χρήση προφυλακτικού. Το δεδομένο αυτό σημαίνει πως όσο μεγαλύτερο βαθμό αυτοαποτελεσματικότητας εμφανίζουν οι έφηβοι, δηλαδή όσο περισσότερο δείχνουν αυτοπεποίθηση στις ικανότητές τους και δεξιότητες υπερκερασμού τυχόν εμποδίων, τόσο αναμένεται αναλογική αύξηση της πρόθεσής τους για χρήση προφυλακτικού. Η ισχύς αυτή της αυτοαποτελεσματικότητας επιβεβαιώνει τα ήδη υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, καθώς και το θεωρητικό υπόβαθρο, όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος της παρούσας μελέτης και αποτέλεσε μια από τις βασικές υποθέσεις^{18,19,20}.

Επίσης, ικανοποιητική σχέση προέκυψε από το βαθμό ελέγχου της απόφασης χρήσης προφυλακτικού και περαιτέρω από το βαθμό ευκολίας στη χρήση του με έναν καινούριο σύντροφο, συμπληρώνοντας την εικόνα που θέλει τον αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο να είναι για τους εφήβους βαρύνουσα σημασίας, όσον αφορά τη διαμόρφωση της πρόθεσής τους για μελλοντική χρήση προφυλακτικού.

Επιπρόσθετα, πρώτιστα η περιγραφική κανονικότητα και έπειτα οι κανονιστικές πεποιθήσεις, δηλαδή συνολικά οι υποκειμενικοί κανόνες, καταδεικνύεται να έχουν ικανή σχέση με την πρόθεση, δηλώνοντας τη σημασία που διαδραματίζουν οι πεποιθήσεις και κυρίως οι πρακτικές που υιοθετούν σημαντικά πρόσωπα για τους εφήβους, όπως οι συνομήλικοι, όσον αφορά τη χρήση προφυλακτικού και εν γένει τις αντισυλληπτικές τους συνήθειες. Η ισχύς των υποκειμενικών κανόνων ως προβλεπτικού παράγοντα όσον αφορά την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού σε νεαρούς ενήλικες αναδεικνύεται και από τους Molla και συν.²⁷

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθούν και δύο άλλα από τα ερευνητικά ευρήματα. Καταρχήν, οι συνομήλικοι αποτελούν την κύρια πηγή ενημέρωσης για τους εφήβους όσον αφορά σεξουαλικά ζητήματα. Επίσης, οι έφηβοι δεν θεωρούν αυξημένη την πιθανότητα να χρησιμοποιούν οι συνομήλικοί τους συστηματικά προφυλακτικό, γεγονός που, σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν θα σχετιστεί με μικρότερη πρόθεση για χρήση προφυλακτικού.

Οι στάσεις για χρήση προφυλακτικού με σταθερό σύντροφο σχετίζονται επίσης με την πρόθεση θετικά, όπως και ο βαθμός ενημέρωσης. Όπως αναμενόταν, η χρήση προφυλακτικού με σταθερό και περιστασιακό σύντροφο εμφανίζονται διαφοροποιημένα ως προς την πρόθεση. Πιο συγκεκριμένα,

φαίνεται πως οι στάσεις για την περίπτωση ενός σταθερού συντρόφου είναι πιο καθοριστικές στη σχέση τους με τη διαμόρφωση της πρόθεσης.

Όσον αφορά στο βαθμό ενημέρωσης, δηλαδή τις γνώσεις των εφήβων για σεξουαλικά ζητήματα, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ως προς την πρόθεση. Μεγαλύτερα επίπεδα γνώσης οδηγούν σε λιγότερο επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσης μελέτης φαίνεται πως η περισσότερη γνώση συμβαδίζει με μεγαλύτερη πρόθεση χρήσης προφυλακτικού. Από την άλλη, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η αίσθηση παντοδυναμίας που νιώθουν οι έφηβοι, όπου εδώ διαφαίνεται από το γεγονός πως παρότι η πλειοψηφία τους δήλωσε πως είναι αρκετά ενημερωμένη σε θέματα αντισύλληψης, εντούτοις ήταν υψηλά τα ποσοστά αυτών που ανέφεραν είτε ότι έχουν συχνά απροφύλακτη συμπεριφορά είτε την πιθανότητα να μη χρησιμοποιήσουν στο μέλλον συστηματικά προφυλακτικό.

Οι παράγοντες οι οποίοι, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσης μελέτης, προβλέπουν ισχυρότερα την πρόθεση είναι κατά σειρά σημαντικότητας η αυτοαποτελεσματικότητα, ο βαθμός ελέγχου, ο βαθμός ενημέρωσης καθώς και η περιγραφική κανονικότητα. Καταρχήν, συνολικά επιβεβαιώνεται η δυνατότητα που έχουν οι διαστάσεις της «θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς» να

προβλέψουν σε ικανοποιητικό βαθμό την πρόθεση για μελλοντική χρήση προφυλακτικού και περαιτέρω να την καθορίσουν. Πιο συγκεκριμένα, από τη διάσταση του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου είναι η αυτοαποτελεσματικότητα και ο βαθμός ελέγχου που λειτουργούν ως 'προδείκτες' της πρόθεσης, καθώς και από τη διάσταση των υποκειμενικών κανόνων είναι η περιγραφική κανονικότητα που έχει υψηλή βαρύτητα, όπως καταγράφηκε στις υποθέσεις της μελέτης.

Παρομοίως και άλλες μελέτες, όπως αυτή των Villarruel και συν.,⁷ υποστηρίζουν την προβλεπτική ισχύ των διαστάσεων της θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, επί των προκειμένων των στάσεων, των υποκειμενικών κανόνων, της γονεϊκής έγκρισης και αυτής του συντρόφου, της αυτοαποτελεσματικότητας και των πεποιθήσεων ελέγχου. Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Bryan και συν.,²⁸ υποστηρίζεται η εγκυρότητα του μοντέλου της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στην πρόβλεψη των προθέσεων αλλά και στην ίδια τη συμπεριφορά, καθώς και η συσχέτιση επιπρόσθετων παραγόντων με τις διαστάσεις του προαναφερθέντος μοντέλου, δηλαδή της γνώσης για τον ιό HIV και της θετικής οπτικής (αυτοεκτίμηση και αισιοδοξία για το μέλλον). Ισχυρή προβλεψιμότητα των διαστάσεων της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, σχετικά με την πρόθεση



καταδεικνύεται και στην έρευνα των Giles και συν.²⁹

Το ερώτημα έγκειται στην αδυναμία, όπως φαίνεται, των *στάσεων* να προβλέψουν σε κάποιο βαθμό την *πρόθεση*. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ιχνογραφήθηκε θετική σχέση ανάμεσα στη *στάση* για χρήση προφυλακτικού με *σταθερό σύντροφο* και στην *πρόθεση*. Το γεγονός αυτό δεν αναιρείται. Στην περίπτωση ελέγχου των μεταβλητών, που δύνανται να προβλέψουν κάποιον παράγοντα, εξετάζονται οι ισχυρότερες από αυτές μέσω της *βηματικής πολλαπλής παλινδρόμησης*. Κατά αυτόν τον τρόπο αναδύθηκαν οι ισχυρότερες προβλεπτικές μεταβλητές στην *πρόθεση*, χωρίς να σημαίνει πως δεν υπάρχουν άλλες με έναν βαθμό δυνατότητας πρόβλεψης. Είναι πιθανή η περίπτωση, οι τελευταίες, όπως στην περίπτωση των *στάσεων*, να επισκιάστηκαν από την ικανότητα των πρώτων. Η πιθανότητα επισκίασης κάποιων από τις διαστάσεις του μοντέλου από τις υπόλοιπες εξακριβώνεται και από άλλες ερευνητικές μελέτες, όπως αυτή των Giles και συν.,²⁸ όπου φάνηκε πως τόσο οι *στάσεις* όσο και ο αντιληπτός έλεγχος δεν επέδρασαν σημαντικά. Στη μελέτη των Sutton και συν.,³⁰ οι μετρήσεις της παρελθούσας συμπεριφοράς λειτούργησαν ως ο ισχυρότερος προδείκτης των προθέσεων μετριάζοντας τις επιδράσεις των *στάσεων* και των υποκειμενικών κανόνων.

Περαιτέρω, θα μπορούσαμε να πούμε πως εάν σκοπός κάποιου παρεμβατικού προγράμματος στους εφήβους ήταν να αυξήσουν την *πρόθεση* χρήσης προφυλακτικού, αποσκοπώντας μακροπρόθεσμα σε πιο υγιείς και προφυλαγμένες σεξουαλικές συμπεριφορές, το ενδιαφέρον θα πρέπει να εστιαστεί στην αντίληψη *αυτοαποτελεσματικότητας*, στο *βαθμό ελέγχου*, στο *βαθμό ενημέρωσης* καθώς και στις πρακτικές του περιβάλλοντος, αυξάνοντας τα επίπεδά τους.

Ως προς τα υπόλοιπα ερευνητικά δεδομένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων 15-18 ετών παρουσιάζεται σεξουαλικά ενεργό με μέση ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής τα 16 έτη και αμέσως επόμενη τα 15 έτη. Σκιαγραφείται, λοιπόν, μια πρώιμη σεξουαλική δραστηριοποίηση, περισσότερο για τα αγόρια. Τα δεδομένα αυτά συμφωνούν με μια ακόμα ερευνητική μελέτη στον ελληνικό χώρο των Tsitsika και συν.,³¹ σύμφωνα με την οποία η μέση ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών είναι τα 14 έτη (+/- 1.5 έτη), με αναλογία αγοριών προς τα κορίτσια 3 προς 1. Επίσης, σύμφωνα με την εν λόγω μελέτη το ασταθές οικογενειακό περιβάλλον (διαζύγιο, πρόσφατος θάνατος, η μη διαβίωση με τη μητέρα), οι σεξουαλικά ενεργοί συνομήλικοι καθώς και η αναζήτηση σεξουαλικής ενημέρωσης από τα αδέρφια ή τους φίλους αποτελούν παράγοντες που

συμβάλλουν σε υψηλότερες πιθανότητες σεξουαλικής ενεργοποίησης των εφήβων.

Ενδέχεται, τα υψηλά ποσοστά απροφύλακτης σεξουαλικής συμπεριφοράς να οφείλονται στο νεαρό της σεξουαλικής ενεργοποίησης των εφήβων. Από την άλλη βέβαια, ιχνογραφείται μια τάση των μεγαλύτερων εφήβων για μη χρήση προφυλακτικού στην τελευταία τους σχέση. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι με την αύξηση της ηλικίας οι έφηβοι όλο και περισσότερο υιοθετούν αντισυλληπτικές συμπεριφορές^{17,20}. Στα ευρήματα της παρούσης έρευνας, το γεγονός αυτό θα μπορούσε να συνδυαστεί και με το δεδομένο ότι οι έφηβοι μεγαλύτερης ηλικίας, όπως προκύπτει, θεωρούν σε μικρότερο βαθμό ότι οι συνομήλικοί τους χρησιμοποιούν συστηματικά προφυλακτικό, σε αντίθεση με τις αντιλήψεις των μικρότερων σε ηλικία εφήβων.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος αφορά στην αντίληψη ευθύνης χρήσης αντισύλληψης. Η ευθύνη φαίνεται να εναπόκειται στο αγόρι σε πολύ υψηλότερο βαθμό σε σχέση με το κορίτσι. Πρόκειται για την κανονιστική πίεση που ασκείται στο ανδρικό φύλο ως το κυρίαρχο σε μια σεξουαλική σχέση και από την άλλη η κοινωνική αντίληψη για την παθητική σεξουαλική θέση της γυναίκας, η οποία αντανακλάται εδώ. Στο σημείο αυτό ταιριάζει να αναφερθεί και το γεγονός, πως σύμφωνα με τα ευρήματα, τα κορίτσια

αντιλαμβάνονται ότι ένα πιθανό εμπόδιο στο να διαθέτουν προφυλακτικό, το οποίο θα μείωνε την *αυτοαποτελεσματικότητά* τους, είναι η πιθανότητα να το ανακαλύψουν οι γονείς τους.

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας έδειξαν, ότι τα αγόρια αναφέρουν μικρότερη συχνότητα μη χρήσης προφυλακτικού κατά τη διάρκεια της τελευταίας τους σχέση σε σύγκριση με τα κορίτσια, δίνοντάς μας την αίσθηση πως ανταποκρίνονται στον κοινωνικό τους ρόλο και στους κοινωνικούς κανόνες, όπως προαναφέρθηκε. Στην ερευνητική μελέτη των Molla και συν.,²⁶ σε νεαρό πληθυσμό της Αιθιοπίας φαίνεται πως η απόφαση για χρήση προφυλακτικού εξαρτάται περισσότερο από την προσμονή θετικών συνεπειών συσχετισμένων με την παρουσία κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τα τυχόν εμπόδια που τα νεαρά άτομα αντιλαμβάνονταν. Στην εν λόγω μελέτη, διαφαίνεται πως ευθύς εξαρχής που τα νεαρά άτομα ξεκινούσαν τη χρήση προφυλακτικού στις σεξουαλικές τους επαφές ήταν πιο πιθανό να συνεχίσουν με αυτόν τον τρόπο και στο μέλλον. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα της μελέτης των Boer και Mashamba και συν.,³² σύμφωνα με την οποία διαφαίνεται διαφοροποίηση ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια εφήβους σε ό,τι αφορά στις ψυχοκοινωνικές συσχετίσεις με την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού. Πιο



συγκεκριμένα, στα αγόρια περισσότερο η στάση ως προς το προφυλακτικό και οι υποκειμενικοί κανόνες είναι περισσότερο συσχετισμένα με την πρόθεση, ενώ στα κορίτσια περισσότερο η στάση και η αυτοαποτελεσματικότητα.

Στα αποτελέσματα εμφανίζονται παραλλαγές ανάμεσα στις περιπτώσεις ενός σταθερού και ενός περιστασιακού συντρόφου. Περισσότερες διαστάσεις που καταδεικνύουν τη στάση απέναντι στη χρήση προφυλακτικού βρέθηκαν σημαντικές στην περίπτωση του σταθερού συντρόφου. Εντούτοις, τόσο στη μια όσο και στην άλλη περίπτωση, εν γένει, οι στάσεις των αγοριών σκιαγραφήθηκαν ως περισσότερο αρνητικές ως προς τη χρήση προφυλακτικού.

Περαιτέρω, τα αγόρια διαθέτουν μικρότερη αυτοαποτελεσματικότητα στη χρήση προφυλακτικού σε σχέση με τα κορίτσια. Φαίνεται να είναι ευάλωτα στη μη χρήση προφυλακτικού όταν δεν διαθέτουν από αυτά, όταν θεωρούν πως το να προτείνουν τη χρήση τους θα θύμωνε τη σύντροφό τους ή θα τους έκανε να φαίνονται άπειροι καθώς και όταν δεν μπορούν να προγραμματίσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Μια άλλη συνιστώσα αυτοαποτελεσματικότητας αφορά τη χρήση αλκοόλ πριν από μια σεξουαλική επαφή. Τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια υπάρχουν ενδείξεις ότι θεωρούν τον παράγοντα αυτό γενικά αποτρεπτικό. Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι το κόστος των

προφυλακτικών θεωρείται εμπόδιο για τους έφηβους των οποίων το οικονομικό επίπεδο είναι χαμηλό. Επομένως, υπάρχουν κάποιες πτυχές που αναιρούν τις γενικές αντιλήψεις περί του αυτονόητου και της ευκολίας της υιοθέτησης ακόμα και της χρήσης του προφυλακτικού, που θεωρείται ευρέως προσεγγίσιμη. Η ενδυνάμωση της αυτοαποτελεσματικότητας σε τέτοιες περιπτώσεις, θα μπορούσε να κατευθυνθεί σε τεχνικές εκμάθησης δεξιοτήτων διαπραγμάτευσης, προγραμματισμού και επίλυσης προβλημάτων.

Όσον αφορά την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού στο κοντινό μέλλον, από τους εφήβους, εμφανίζεται περισσότερο αυξημένη στα κορίτσια από ότι στα αγόρια. Φαίνεται ότι τα κορίτσια σκέφτονται περισσότερο ρεαλιστικά και παρουσιάζονται περισσότερο αποφασισμένα να αναλάβουν τον έλεγχο ως προς τη διατήρηση μιας υγιούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, ευθυγραμμίζοντας την επιθυμία τους με την περισσότερο ωφέλιμη, για την υγεία τους, τακτική.

Οι έφηβοι που πηγαίνουν σε τεχνικό λύκειο παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι σεξουαλικά ενεργοί σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους σε ιδιωτικό σχολείο. Επίσης, εμφανίζουν περισσότερο απροφύλακτη συμπεριφορά. Χωρίς, επίσης, καμία διάθεση να αναπαράγουμε κάποιο στερεότυπο, θα λέγαμε πως στην ελληνική κοινωνική πραγματικότητα θεωρείται πως τα

παιδιά που παρακολουθούν κάποιο τεχνικό λύκειο είναι περισσότερο απελευθερωμένα και με περισσότερες κοινωνικές εμπειρίες, γεγονός που μπορεί να συντείνει με το προαναφερθέν εύρημα.

Το οικογενειακό υπόβαθρο, τόσο ως προς την οικογενειακή κατάσταση των γονέων όσο και ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο αναφορικά με τη συμπεριφορά χρήσης προφυλακτικού και εν γένει με την αντισυλληπτική συμπεριφορά των εφήβων. Συγκεκριμένα, ο χωρισμός ανάμεσα στους γονείς, πραγματικός είτε συμβολικός λόγω θανάτου ενός από αυτούς, είτε η εν διαστάσει συμβίωση των γονέων επηρεάζουν αρνητικά τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων και τη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων, αποτελώντας παράγοντες νοσηρότητας. Επιπλέον, το χαμηλό γονεϊκό μορφωτικό επίπεδο δεν βοηθά στην καθοδήγηση προς υιοθέτηση κατάλληλων και επαρκών αντισυλληπτικών μέτρων από τους εφήβους, ούτε στη διαμόρφωση υποκειμενικών κανόνων προς αυτήν την κατεύθυνση. Αντίθετα, οι έφηβοι σε αυτήν την περίπτωση αντιλαμβάνονται χαμηλή την πιθανότητα οι γονείς τους να τους συμβούλευαν για συστηματική χρήση προφυλακτικού. Στη μελέτη των Giles και συν.,²⁹ για τη χρήση προφυλακτικού σε αφρικανούς εφήβους ισχυρά η σεξουαλική συμπεριφορά φάνηκε να

διέπεται από επιδράσεις της οικογένειας και κοινωνικούς παράγοντες.

Στη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη εκτός της δυνατής στατιστικής ισχύος των υποκειμενικών κανόνων και της αυτοαποτελεσματικότητας, εξίσου σημαντικός παράγοντας αναδείχθηκε η «οικογένειά μου». Επίσης και στην έρευνα των Rosenberger και συν.,³³ οι οικογένειες αποτέλεσαν την πρώτη και σημαντικότερη πηγή τόσο των πληροφοριών για τα προφυλακτικά όσο και των προφυλακτικών καθεαυτού αναδεικνύοντας τη σημαντικότητα στη συμβολή της οικογένειας για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση όσον αφορά τα προφυλακτικά. Βάσει των παραπάνω ενισχύεται η οπτική των παρεμβάσεων στα δίκτυα της κοινότητας.

Τα πορίσματα της παρούσας μελέτης θα ήταν χρήσιμο να εφαρμοστούν σε προγράμματα παρέμβασης σε εφήβους, με σχεδιασμό συγκεκριμένων βημάτων που θα αποσκοπούσαν σε κοινωνιογνωστικούς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, στο αντικείμενο του τομέα της «Προληπτικής Συμβουλευτικής», σχετικά με ζητήματα σχετικά με την εφηβική σεξουαλικότητα, θα ήταν αποτελεσματική η υιοθέτηση τεχνικών, όπως η *ανάλυση περιεχομένου μηνυμάτων* με τη χρήση βιντεοταινιών, τα *βιωματικά εργαστήρια*, καθώς και το *παίξιμο ρόλων*, αποσκοπώντας στην εξάσκηση σε πιο διαχειρίσιμους και αποτελεσματικούς



τρόπους επικοινωνίας και διαπραγμάτευσης σε σχέση με την προφύλαξη.

Περαιτέρω, η εν λόγω σημαντική θεματική της εφηβικής σεξουαλικής συμπεριφοράς και πρόθεσης χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων, καθώς και η αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων προς την κατεύθυνση της υιοθέτησης υγιών πρακτικών, χρήζει περαιτέρω ερευνητικού ενδιαφέροντος και προσοχής. Μέσο αποτελούν οι εστιασμένες, επιστημονικά σχεδιασμένες και μεθοδολογικά αυστηρά συστηματοποιημένες μελέτες στο πλαίσιο της ακαδημαϊκής κοινότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alan Guttmacher Institute [AGI]. (1999). Facts in brief: Teen sex and pregnancy. Διαδικτυακή σελίδα : <http://www.agi-usa.org/sections/youth>. Πρόσβαση : 20-3-2005.
2. Westall, J. Poor education linked with teen pregnancies. *BMJ*. 1997;314(7080):537.
3. Kershaw TS, Noccolai LM, Ethier KA, Lewis JB, Ickovics JR. Perceived susceptibility to pregnancy and sexually transmitted disease among pregnant and nonpregnant adolescents. *Journal of Community Psychology* 2003; 31(4), 419-434.
4. Πολυδώρου Α, Ευαγγελινός Δ, Αντωνιάδης Ν, Σκαφιδά Π, Κυριακοπούλου Χ, Ρουκουνάκης Ν. Εγκυμοσύνη σε ανήλικες μητέρες. *Εφηβική Γυναικολογία. Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση*, 2001, 13(1): 55-60.
5. Santelli J, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestand S. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: The influence of psychological factors. *J Adolesc Health*. 2004;34(3):200-8
6. Ταμπακούδης Π, Ταντανάσης Θ, Κελλαριτζής Δ, Τζεβελέκης Φ, Βενέτης Χ, Σεβαστοπούλου Ε και συν. Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία. *Εφηβική Γυναικολογία. Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση*, 1998, 10 (1): 39-44.
7. Carnall D. Condom failure is on the increase. *BMJ*. 1996;312(7038):1059.
8. Falk R, Gispert M, Baucom D. Personality factors related to black teenage pregnancy and abortion. *Psychology of Women Quarterly* 2006;5(5):737-746.
9. Fischman SH. Delivery or abortion in inner-city adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry* 2010;47(1):127-133.
10. Font-Ribera L, Perez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*. 2008;85(1):125-35.
11. Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitrakis E. Adolescence and abortion in Greece: Women's profile and perceptions. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004;17(5):321-6.
12. Metron Analysis. Πανελλαδική Έρευνα για την Αντισύλληψη. Ινστιτούτο Κοινωνικής Προληπτικής Ιατρικής, 2001, 1-39.
13. Νικολόπουλος ΘΠ, Γκαμάτση ΕΕ, Λιούμη ΔΕ. AIDS και έφηβοι – Μελέτη στάσεως, γνώσεων και συμπεριφοράς των εφήβων

- απέναντι στο AIDS. Ιατρική 1994, 65(5): 477-481.
14. Κρεατσάς, Γ. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση-Οι σχέσεις των δύο φύλων, τι πρέπει να ξέρουν οι νέοι Εκδ. Δωρικός, Αθήνα, 1989.
 15. Caron F, Godin G, Otis J, Lambert, LD. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research-Theory and Practice* 2004;19(2):185-197.
 16. Ya-Hui Bay-Cheng L. Safer sex in context: Condom and contraceptive use among adolescent women [dissertation]. US: University of Michigan, ProQuest Information and Learning Company, 2003.
 17. Villarruel AM, Jemmott J B, Jemmott LS, Ronis DL. Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth-A test of the Planned Behavior Theory. *Nursing Research* 2004;53(3):172-181.
 18. Bennett P, Bozionelos G. The theory of planned behavior as predictor of condom use: A narrative review. *Psychology, Health & Medicine* 2000;5(3):307-326.
 19. Rock EM, Ireland M, Resnick MD. To know that we know what we know: Perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003;16(6):369-76.
 20. Shrier L, Emans J, Woods E R, Durant R H. The association of sexual risk behaviors and problem drug behaviors in high school students. *J Adolesc Health.* 1997;20(5):377-83.
 21. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991, 50: 179-211.
 22. Κρεατσάς Γ, Τραγέα Ρ, Μπαμπάτσικου Φ, Ποπόνα Α, Αγγελοπούλου Α, Κουτής Χ. Κύηση στην εφηβεία. 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Αθήνα, 10-12 Μαΐου 1998.
 23. Ajzen I. Understanding attitudes and predicting social behavior. Prentice-Hall, 1980.
 24. Ajzen I. Attitudes, personality and behavior. Milton Keynes: Open University Press, 1988.
 25. Gebhardt W, Kuyper L, Greunsven G. Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health* September 2003;33(3):154-164.
 26. McBride C, Paikoff L, Holmbeck G. Individual and familial influences on the onset of sexual intercourse among urban African American adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(1): 159-167.
 27. Molla M, Astrom AN, Berhane Y. Applicability of the theory of planned behavior to intended and self-reported condom use in a rural Ethiopian population. *AIDS Care* March 2003;19(3): 425-431.
 28. Bryan A, Kagee A, Broadus MR. Condom use among South African adolescents: developing and testing theoretical models



- of intentions and behaviour. *AIDS Behaviour* 2006;10(4): 387-397.
29. Giles M, Liddell C, Bydawell M. Condom use in African adolescents: the role of individual and group factors. *AIDS Care* 2005;17(6):729-739.
30. Sutton S, McVey D, Glanz A. A comparative test of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior in the prediction of condom use intentions in a national sample of English young people. *Health Psychology* 1999;18(1):72-81.
31. Tsitsika A, Greyadanus D, Konstantoulaki E, Boutziouka V, Deligiannis I, Dimitrakopoulou V et al. Adolescents dealing with sexual issues: A cross-sectional study in Greece. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010 ;23(5):298-304.
32. Boer H, Mashamba MT. Gender power imbalance and differential psychosocial correlates of intended condom use among male and female adolescents from Venda, South Africa. *British Journal of Health Psychology*, 2007;12(Pt 1): 51-63.
33. Rosenberger JG, Bell DL, McBride KR, Fortenberry JD, Ott MA. Condoms and developmental contexts in younger adolescent boys. *Sex Transm Infect.* 2010;86(5):400-3.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Τιμές συσχετίσεων Pearson με τη μεταβλητή της Πρόθεσης χρήσης προφυλακτικού στο μέλλον

	<i>r Pearson</i>	<i>P</i>	<i>N</i>
Βαθμός Ενημέρωσης	.20	.002**	378
Στάση με σταθερό σύντροφο	.22	.001***	220
Κανονιστικές Πεποιθήσεις	.29	.000***	220
Περιγραφική Κανονικότητα	.36	.000***	220
Βαθμός Ελέγχου	.42	.000***	220
Βαθμός Ευκολίας	.25	.000***	220
Αυτοαποτελεσματικότητα	.44	.000***	220

Σημείωση: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Πίνακας 2. Αποτελέσματα Βηματικής Πολλαπλής Παλινδρόμησης στην εξαρτημένη μεταβλητή της Πρόθεσης για χρήση προφυλακτικού στο μέλλον

	<i>R Square</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Αυτοαποτελεσματικότητα	.198	.41	7.71	.000***
Βαθμός Ελέγχου	.144	.29	4.99	.000***
Βαθμός Ενημέρωσης	.038	.18	3.36	.001***
Περιγραφική Κανονικότητα	.020	.16	2.26	.008**
ΣΥΝΟΛΟ	.400			

Σημείωση: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$



Πίνακας 3. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις του βαθμού ελέγχου στη χρήση προφυλακτικού ανά φύλο και έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων

Βαθμός Ελέγχου	ΦΥΛΟ				Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Αγόρι		Κορίτσι				
	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Βαθμός ελέγχου στην απόφαση χρήσης προφυλακτικού στις σεξουαλικές σχέσεις	4.05	.92	4.36	.89	-2.44	215	.015*

Σημείωση: * $p < .05$

Πίνακας 4. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις μεταβλητών της συμπεριφορικής πρόθεσης ανά φύλο και έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΡΟΘΕΣΗ	ΦΥΛΟ				Έλεγχος Στατιστικής Σημαντικότητας		
	Αγόρι		Κορίτσι				
	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Αν στην επόμενη μου σχέση δε γνωρίζω καλά το αγόρι/κορίτσι μου θα θέλω να χρησιμοποιώ προφυλακτικό	4.28	1.14	4.77	.77	-3.33	212	.000***
Το αν θα έχω (ή όχι) επαφή χωρίς προφυλακτικό στην επόμενη μου επαφή εξαρτάται απόλυτα από μένα	3.69	1.12	4.23	1.05	-3.27	213	.001***

Σημείωση: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες

Καδδά Όλγα¹, Μαρβάκη Αικατερίνη², Γιόρογλου Σοφία³, Γεωργούση Ευγενία⁴,

Κατσαρού Αναστασία⁵, Αργυρίου Γεώργιος⁶, Ίντας Γεώργιος⁷

1. Νοσηλεύτρια, MSc, ΜΕΘ Καρδιολογική, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

2. Νοσηλεύτρια, MSc, ΓΝ Κατερίνης

3. Νοσηλεύτρια, MSc, «Ευρωκλινική», Αθήνα

4. Νοσηλεύτρια Τ.Ε. ΠΓΝ «ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Αθήνα

5. Νοσηλεύτρια Τ.Ε

6. Νοσηλεύτρια, MSc, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

7. Νοσηλεύτρια, MSc, ΓΝΔΑ «Αγ. Βαρβάρα», υποψήφιος Διδάκτωρ Νοσηλευτικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος «πρώτες βοήθειες» είναι πλέον αποδεκτό μέρος της καθημερινής μας γλώσσας και δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι αυτό περιλαμβάνει τη άμεση βοήθεια που παρέχεται σε ασθενείς και τραυματίες. Ο βασικός στόχος των πρώτων βοηθειών είναι η παροχή άμεσης φροντίδας στο θύμα μέχρι να έλθει η εξειδικευμένη βοήθεια.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 1387 άτομα που ήταν νοσηλευτές, ιατροί, αστυνομικοί πυροσβέστες, διασώστες και διέμεναν στην περιοχή της Αθήνας και άλλες μεγάλες επαρχιακές πόλεις. Για την εκπόνηση της μελέτης συντάχθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο που συμπεριελάμβανε 28 ερωτήσεις. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS v.16. Για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες t-test, Mann Whitney U test, One Way ANOVA και Kruskal Wallis test και για τις κατηγορικές το chi-square test

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ερωτηθέντων, 764 άτομα (55.1%) δεν είχαν παρακολουθήσει ξανά κάποιο σεμινάριο σχετικά με τις πρώτες βοήθειες, ενώ 623 άτομα (44.9%) είχαν. Τα 405 (29.2%) άτομα είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο διάρκειας 12-24 ωρών, 88 (6.3%) 2-3 εβδομάδων, 50 (3.6%) ενός μήνα και 81, (5.8%) περισσότερο από ένα μήνα. Οι επαγγελματίες υγείας είχαν 3.1 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο σε



σχέση με τους υπόλοιπους που ερωτήθηκαν (OR: 3.138, 95% ΔΕ: 1.508-6.528, $p=0.002$). Σε ερώτηση που έγινε σχετικά με το τι θα έκαναν αν την ώρα που περπατούσαν στην παραλία συναντούσαν κάποιον να βγάζει ένα παιδί λιπόθυμο από τη θάλασσα, 937 άτομα (67.6%) θα ενεργούσαν σωστά, ενώ 884 ερωτηθέντες (63.7%) απάντησαν ότι θα έκαναν χειρισμό Heimlich σε άνθρωπο που βρίσκεται στο διπλανό τραπέζι ενός εστιατορίου και δυσπνοεί κάνοντας νόημα με τα χέρια του πως πνίγηκε με το φαγητό του. Εννιάκόσια έξι άτομα (65.3%) θα έδιναν να φάει ή να πει κάτι γλυκό σε έναν διαβητικό που θα έβρισκαν στο δρόμο με απώλεια αισθήσεων. Οι διπλωματούχοι είχαν 1.4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν έναν διαβητικό σεκρίσιμη κατάσταση σε σχέση με τους υπόλοιπους (OR: 1.401, 95% ΔΕ:1.060-1.853, $p=0.018$).

Συμπεράσματα: Η εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών αποτελεί επιτακτική ανάγκη για όλους, όπως επίσης και η εφαρμογή συστηματικών προγραμμάτων σε θεωρητική και πρακτική βάση.

Λέξεις κλειδιά: Πρώτες βοήθειες, εκπαίδευση, παρευρισκόμενοι, σεμινάριο.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Καδδά Όλγα, Παπανούτσου 15, Άλιμος
E-mail: ol.kadda.31@gmail.com

Possesion of first aid basic knowledge by specific population groups

Kadda Olga¹, Marvaki katerina², Gioroglou Sofia³, Georgousi Eygenia⁴, Katsarou Anastasia⁵, Argyriou Georgios⁶, Intas Georgios⁷

1. RN, MSc, Onassis Cardiac Surgery Center, Phd candidate
2. RN, MSc, general hospital of Katerini
3. RN, MSc, Euroclinic, Athens
4. RN, 'Gennimatas' general hospital of Athens
5. RN, Athens
6. RN, MSc, 'Sotiria' general hospital of Athens, Phd candidate,
7. RN, MSc, 'Ag. Varvara' general hospital of Athens, Phd candidate

ABSTRACT

The term 'first aid' refers to the preliminary care that is given to patients or injured individuals. The main objective of first aid is to offer effective assistance to victims until a more qualified professional becomes available to provide for further care.

Purpose: The purpose of this study was to investigate whether specific populations possess the basic knowledge and skills that are necessary to offer this initial phase of treatment.

Material-Method: The studied population consisted of 1387 individuals, of which 57.9% (N = 803) were male. Data was collected through the creation and administration of a questionnaire composed of 28 questions. The data analysis was performed using the statistical program SPSS (version 16) (SPSS Inc., Chicago, IL).

Results: Almost half of the sample, 764 individuals (55.1%) never attended a 'first aid' seminar, while 623 (44.9%) did. The latter group could be further divided in accordance to the duration of the seminars that they partook in. 405 (29.2%) attended for 12 to 24 hours, 88 (6.3%) for 2-3 weeks, 50 (3.6%) for one month, and 81 (5.8%) for more than a month. Health professionals were 3.1 times more likely to have attended a seminar than the other respondents (N: 1.144, OR: 3.138, 95% CI: 1.508-6.528, p: 0.002). 67.6% of the studied sample would react correctly in a situation where an unconscious child would be carried out from sea, while 63.7% would do the Heimlich maneuver on a person who felt breathlessness while choking during a meal. Nine hundred and six people (65.3%) would give an unconscious diabetic something sweet to eat. People who had graduated from an institute were 1.4 times more likely to properly deal with a diabetic who was in a critical condition (OR: 1.401, 95% CI: 1.060-1.853, p: 0.018)

Conclusions: First aid training is a vital asset for all population groups. It is therefore all the more important to make such education programs accessible to the wider population. Furthermore the implementation of such programs should be systematic and should not only cover theoretical foundations but practical ones as well.

Keywords: First aid, education, bystanders, seminar.

CORRESPONDING AUTHOR

*Kadda Olga, str 15 Papanoutsou, Alimos
E-mail: ol.kadda.31@gmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «πρώτες βοήθειες» είναι πλέον αποδεκτό μέρος της καθημερινής μας γλώσσας και δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι αυτό περιλαμβάνει τη βοήθεια που παρέχεται σε ασθενείς και τραυματίες. Η πρώτη καταγεγραμμένη ιστορία παροχής

πρώτων βοηθειών χρονολογείται το 1099 από ιππότες της εποχής στο πεδίο της μάχης. Το 1878 ο όρος «πρώτες βοήθειες» εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη Βρετανία και εκτιμάται ότι προήλθε από τις όρους «πρώτη θεραπεία» και «Εθνική βοήθεια». Στις



μέρες μας η προνοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών και των τραυματιών έχει αναβαθμιστεί με την παράλληλη εξέλιξη της ιατρικής έρευνας και χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο εξοπλισμός τελευταίας τεχνολογίας. Ο βασικός στόχος των πρώτων βοηθειών παραμένει και σήμερα ακριβώς ο ίδιος με εκείνο του 11^{ου} αιώνα: η παροχή ποιοτικής φροντίδας στο θύμα μέχρι να έλθει η εξειδικευμένη βοήθεια.¹

Ο σκοπός των πρώτων βοηθειών μπορεί να επικεντρωθεί σε τρία σημεία-κλειδιά:

1. Τη διατήρηση της ζωής
2. Την αποτροπή περαιτέρω τραυματισμού
3. Την προαγωγή της αποκατάστασης

Η εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες περιλαμβάνει την πρόληψη των τραυματισμών, την ασφάλεια των πρώτων παρευρισκομένων και τις φάσεις της θεραπείας, μέχρι την άφιξη εξειδικευμένης βοήθειας.²

Η σημασία της προνοσοκομειακής φροντίδας στην τελική έκβαση όλων των ασθενών σε επείγουσα κατάσταση είναι πολύ μεγάλη. Σε επείγουσες καταστάσεις όλοι οι επαγγελματίες υγείας και όχι μόνο, έχουν καθήκον να προσφέρουν τις πρώτες βοήθειες.³

Η ανάγκη για άμεση ανταπόκριση στην οξεία φάση ενός τραυματισμού ή ενός ατυχήματος είναι μεγάλη και η προετοιμασία των πληθυσμιακών ομάδων όπως είναι οι

δάσκαλοι, οι αστυνομικοί, οι πυροσβέστες κ.α. πρέπει να γίνεται ακολουθώντας ένα συστηματικό τρόπο εκπαίδευσης βασιζόμενοι σε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των βασικών γνώσεων πρώτων βοηθειών από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.

Υλικό-Μέθοδος

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 1387 άτομα, που εργάζονταν ως νοσηλευτές, ιατροί, αστυνομικοί πυροσβέστες, διασώστες στην περιοχή της Αθήνας και σε μεγάλες επαρχιακές πόλεις. Στο σύνολο του δείγματος το 57,9% (N=803) ήταν άνδρες. Για τη συλλογή των στοιχείων συντάχθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο που συμπεριελάμβανε 28 ερωτήσεις. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων (φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και ο τόπος κατοικίας τους). Το δεύτερο μέρος αφορούσε ερωτήσεις αξιολόγησης των γνώσεων του πληθυσμού στις πρώτες βοήθειες.

Η εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε ad hoc μέσω της πιλοτικής εφαρμογής του σε δείγμα ίσο με 5% του αναμενόμενου υπό μελέτη συνολικού δείγματος (n=70) από δύο ερευνητές και

πραγματοποιήθηκε δύο φορές στον κάθε συνεντευξιαζόμενο.

Παρατηρήθηκε συμφωνία των απαντήσεων τόσο μεταξύ ερευνητών όσο μεταξύ του ίδιου του συνεντευξιαζόμενου σε ποσοστό που δεν ήταν ποτέ χαμηλότερο από 95% σε κάθε περίπτωση

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες παρουσία ή απουσία του συνεντευκτή. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσής του ήταν τα 15 λεπτά.

Η μελέτη ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2004 και ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2007

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (version 16) (SPSS Inc., Chicago, IL). Αρχικά έγινε περιγραφική στατιστική των δεδομένων και στη συνέχεια αναλυτική. Με την περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (sd) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ). Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες. Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες t-test, Mann Whitney U test, One Way ANOVA και Kruskal Wallis test και για τις κατηγορικές το chi-square test. Για να ελεγχθεί ποιοί είναι οι παράγοντες που προβλέπουν καλύτερα τις σωστές γνώσεις πρώτων βοηθειών

χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της διωνυμικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression) για την έκφραση του λόγου των αναλογιών (OR: odds ratio). Το επίπεδο σημαντικότητας για όλες τις αναλύσεις ορίστηκε σε 0.05.

Αποτελέσματα

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν νοσηλευτές (23,1%). Το 51,3% του δείγματος διέμενε στην Αθήνα. Τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της μελέτης παρουσιάζονται αναλυτικότερα στον πίνακα 1.

Από τη σύγκριση των δημογραφικών στοιχείων μεταξύ ανδρών και γυναικών βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο ($p < 0,001$) και το επάγγελμά τους ($p < 0,001$), ενώ δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά την ηλικία ($p = 0,45$), την οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,008$) και τον τόπο κατοικίας ($p = 0,127$). (πίνακας 1).

Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των ερωτηθέντων τα 764 (55,1%) άτομα δεν είχαν παρακολουθήσει ξανά κάποιο σεμινάριο σχετικά με τις πρώτες βοήθειες, ενώ 623 (44,9%) άτομα είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο διάρκειας 12-24 ωρών (405, 29,2%), 2-3 εβδομάδων (88, 6,3%), ενός μήνα (50, 3,6%) και περισσότερο από ένα μήνα (81, 5,8%). Οι επαγγελματίες υγείας είχαν 3,138



(B: 1,144, OR: 3,138, 95% OR: 1,508-6,528, P:0,002) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο σε σύγκριση με τους υπόλοιπους που ερωτήθηκαν.

Διερευνώντας πως αντιμετωπίζει κανείς ένα λιποθυμικό επεισόδιο, απάντησαν σωστά 1126 (82,2%) άτομα, ενώ 864 (62,3%) ήξεραν ποια είναι η θέση ανάνηψης. Οι κάτοικοι της Αθήνας είχαν 0,577 μεγαλύτερη πιθανότητα σε σύγκριση με εκείνους που έμεναν στην επαρχία να απαντήσουν σωστά στην ερώτηση (B:-0,550, OR: 0,557, 95% OR: 0,409-0,814, P:0,002), ενώ οι άνδρες είχαν 1,527 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά στην ερώτηση σε σύγκριση με τις γυναίκες (B: 0,423, OR: 1,527, 95% OR: 1,057-2,207, P: 0,024). Σε ερώτηση σχετικά με τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει κάποιος για να αντιμετωπίσει μία εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό, 918 (66,2%) άτομα απάντησαν σωστά. Ο μισός περίπου μελετώμενος πληθυσμός (765, 55,2%) γνώριζε τι είναι η ισχαιμική περίδεση.

Σε ερώτηση αναφορικά με το ποια θα ήταν η επόμενη ενέργεια σε ρινορραγία ύστερα από τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς απάντησαν σωστά λιγότερο από τους μισούς του δείγματος (589, 42,5%). Οι διπλωματούχοι είχαν 1,49 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν σωστά τη ρινορραγία σε σύγκριση με τους υπόλοιπους

(B: -0,399, OR: 0,671, 95% OR: 0,524-0,858, P: 0,001). Οι κάτοικοι της επαρχίας είχαν 1,6 μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά αυτή την ερώτηση σε σχέση με τους κατοίκους της Αθήνας.

Σε ερώτηση που υπήρχε αναφορικά με το τι πρέπει να κάνει κανείς αν βρει κάποιο θύμα που επικοινωνεί μετά από πτώση από ύψος, 1211 (87,3%) άτομα απάντησαν σωστά. Οι γυναίκες είχαν 2,1299 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά σε σύγκριση με τους άνδρες (B: 0,756, OR: 2,129, 95% OR: 1,105-4,102, P: 0,024). Διερευνώντας πως πρέπει να αντιμετωπιστεί ένας άνθρωπος που έχει υποστεί τραυματισμό από ρυπαρό αιχμηρό αντικείμενο, 854 (61,6%) άτομα απάντησαν ότι χρειάζεται καθαρισμός του τραύματος και αντιτετανικός ορός. Οι διπλωματούχοι είχαν 1,52 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σε σχέση με τους υπόλοιπους (B: 0,416, OR: 0,660, 95% OR: 0,483-0,902, P: 0,009), ενώ οι κάτοικοι που μένουν εκτός Αθήνας είχαν 2,615 μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά σε σχέση με τους άλλους (B: 0,961, OR: 2,615, 95% OR: 1,881-3,636, P: 0).

Σε ερώτηση για τον ορισμό του κατάγματος απάντησαν σωστά 1163 (83,9%) άτομα, ενώ διερευνώντας τις ενέργειες που κάνει κάποιος για να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες σε ασθενή με κάταγμα στο κάτω άκρο οι 1166 (84,1%) απάντησαν πως πρέπει

ακινητοποιηθεί το πάσχων μέλος με ένα πρόχειρο νάρθηκα και να μεταφερθεί στο νοσοκομείο. Οι νεότεροι σε ηλικία ερωτηθέντες είχαν 1,46 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά σε σχέση με τους πρεσβύτερους (B: -0,427, OR: 1,461, 95% OR: 0,457-0,933, P: 0,019). Οι κάτοικοι του νομού Αττικής είχαν 1,48 μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά την ερώτηση σε σχέση με εκείνους που έμεναν εκτός του νομού (B: -0,3691, OR: 0,673, 95% OR: 0,487-0,931, P: 0,017). Από τους 1387 συμμετέχοντες οι 1012 (73%) θα καλούσαν και θα περίμεναν ασθενοφόρο, χωρίς να αγγίξουν έναν τραυματία που εμπλέκεται σε τροχαίο ατύχημα και παραμένει τραυματισμένος και αναισθητός στη θέση του οδηγού. Σε διερεύνηση της ερώτησης τι θα κάνατε σε περίπτωση που βρίσκατε κάποιον τραυματία στην άκρη του δρόμου που παραπονείται για πόνο στη σπονδυλική στήλη, απάντησαν σωστά 965 (69,6%) άτομα. Στην ερώτηση αυτή οι διπλωματούχοι είχαν 1,233 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά σε σχέση με τους υπόλοιπους (B: 0,210, OR: 1,233, 95% OR: 1,017-1,496, P: 0,033).

Από όλους τους ερωτηθέντες, σωστά απάντησαν οι 1186 (85,5%) σχετικά με το πώς αντιμετωπίζεται το δάγκωμα από φίδι. Οι νεότεροι σε ηλικία ερωτηθέντες είχαν 1,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά σε σχέση με τους

μεγαλύτερους σε ηλικία (B: 0,379, OR: 0,769, 95% OR: 1,037-2,059, P: 0,03). Σε ερώτηση αναφορικά με το ποιές είναι οι σωστές ενέργειες που πρέπει να κάνει κάποιος μετά από τραυματισμό του ματιού από ένα ξένο σώμα που δεν φαίνεται να έχει εισχωρήσει ή παραμένει στο μάτι, απάντησαν σωστά 1081 (77,9%) άτομα. Οι διπλωματούχοι είχαν 1,722 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά την ερώτηση σε σχέση με τους υπόλοιπους (B: 0,543, OR: 1,722, 95% OR: 1,130-2,625, P: 0,012). Οι άνδρες είχαν 1,307 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά την ερώτηση σε σχέση με τις γυναίκες (B: 0,592, OR: 1,307, 95% OR: 1,137-2,371, P: 0,012). Το 67,4% (N=935) του πληθυσμού απάντησε πως ένας ασθενής με έγκαυμα μικρής έκτασης στο χέρι του πρέπει να το βυθίσει σε ένα δοχείο με καθαρό κρύο νερό. Σε περίπτωση κατάποσης καυστικής ποτάσας, 1158 (83,5%) άτομα απάντησαν σωστά σχετικά με τις ενέργειες που θα έκαναν για να του προσφέρουν πρώτες βοήθειες στον ασθενή. Οι κάτοικοι της επαρχίας είχαν 1,761 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά την ερώτηση σε σχέση με τους υπόλοιπους (B: 0,566, OR: 1,761, 95% OR: 1,274-2,435, P: 0,001). Σε σενάριο που δόθηκε στο μελετώμενο πληθυσμό αναφορικά με το τι θα έκαναν αν έβρισκαν έναν κυνηγό που είχε αποκλειστεί στα χιόνια με κρουπαγήματα στα



κάτω άκρα, σωστά απάντησαν 1131 (81,5%) άτομα.

Σε ερώτηση που έγινε σχετικά με το τι θα έκαναν αν την ώρα που περπάταγαν στην παραλία συναντούσαν κάποιον να βγάζει ένα παιδί από τη θάλασσα, 937 (67,6%) άτομα θα ενεργούσαν σωστά, ενώ 884 (63,7%) ερωτηθέντες απάντησαν ότι θα έκαναν χειρισμό Heimlich σε άνθρωπο που βρίσκεται στο διπλανό τραπέζι ενός εστιατορίου και δυσπνοεί κάνοντας νόημα με τα χέρια του πως πνίγηκε με το φαγητό του. Τα 906 (65,3%) άτομα θα έδιναν να φάει ή να πει κάτι γλυκό σε έναν διαβητικό που θα έβρισκαν στο δρόμο με απώλεια αισθήσεων, ενώ τα 991 (71,4%) άτομα θα αναγνώριζαν μία κρίση επιληψίας. Οι διπλωματούχοι είχαν 1,401 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν έναν διαβητικό σε κρίσιμη κατάσταση σε σχέση με τους υπόλοιπους (B: 0,338, OR: 1,401, 95% OR: 1,060-1,853, P: 0,018).

Διερευνώντας τι θα έκανε κανείς για να βοηθήσει έναν άνθρωπο που παρουσίαζε σύνδρομο υπεραερισμού, λόγω έντονου άγχους τα 850 (61,3%) άτομα ήξεραν τη σωστή απάντηση. Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, θα ενεργούσαν σωστά τα 946 (68,2%) άτομα. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία είχαν 1,776 μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά την ερώτηση σε σχέση με τους άλλους (B: -0,263, OR: 0,563, 95% OR: 0,622-0,950, P:

0,015). Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ήξεραν να κάνουν περίπου οι μισοί (757, 54,6%).

Οι επαγγελματίες υγείας είχαν 1,933 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να γνωρίζουν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε σχέση με τους υπόλοιπους (B: 0,659, OR: 1,933, 95% OR: 1,180-3,167, P: 0,009). Την αναλογία αναπνοών και θωρακικών συμπίεσεων ήξεραν 151 (10,9%) άτομα. Οι επαγγελματίες υγείας είχαν 4,817 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά την ερώτηση σε σχέση με τους υπόλοιπους (B: 1,572, OR: 4,817, 95% OR: 1,747-13,282, P: 0,002). Από το σύνολο του μελετώμενου πληθυσμού 910 (65,6%) άτομα ήξεραν σε ποιες περιπτώσεις πρέπει να εφαρμόζεται η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Οι κάτοικοι της Αθήνας είχαν 1,577 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να απαντήσουν σωστά αυτή την ερώτηση σε σχέση με τους υπόλοιπους (B: -0,456, OR: 0,634, 95% OR: 0,434-0,925, P: 0,018).

Από το σύνολο του πληθυσμού, 1281 (92,4%) άτομα ήξεραν το σωστό αριθμό τηλεφώνου για το ΕΚΑΒ, 1327 (95,7%) για την αστυνομία, 1189 (85,7%) για την πυροσβεστική και 839 (60,5%) του κέντρου δηλητηριάσεων. Οι διπλωματούχοι είχαν 3,33 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να γνωρίζουν το τηλέφωνο της πυροσβεστικής σε σχέση με τους άλλους (B: -1,204, OR: 0,300, 95% OR: 0,145-0,619, P: 0,001), ενώ οι άνδρες είχαν

1,885 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να γνωρίζουν τον τηλεφωνικό αριθμό του κέντρου δηλητηριάσεων σε σχέση με τις γυναίκες (B: 0,634, OR: 1,885, 95% OR: 1,280-2,777, P: 0,001). Οι κάτοικοι του νομού Αττικής είχαν 1,851 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να γνωρίζουν τον τηλεφωνικό αριθμό του κέντρου δηλητηριάσεως σε σχέση με εκείνους που μένουν εκτός νομού (B: -0,617, OR: 0,540, 95% OR: 0,379-0,769, P: 0,001).

Σε ερώτηση αναφορικά με το ποιοί πρέπει να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες, τα 1345 (97%) άτομα απάντησαν πως όλοι οι άνθρωποι πρέπει να γνωρίζουν.

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία κατέχει σημαντικό ρόλο αναφορικά με τη λήψη αποφάσεων παροχής πρώτων βοηθειών σε επείγουσες καταστάσεις, εκτός νοσοκομείου, σε άτομα που το έχουν ανάγκη. Επιπρόσθετα, προκύπτει πως οι κάτοχοι πτυχίου ανώτατης εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν μια επείγουσα κατάσταση όπως είναι μια ρινορραγία. Παρόλα αυτά, παρόμοια μελέτη των Robertson et al⁴ που διενεργήθηκε το 2010 σε σχολεία της Αγγλίας και σε δείγμα 112 μαθητών που είχαν υποστεί μια ρινορραγία κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, έδειξε ότι μικρό ποσοστό (37,5%)

των καθηγητών γνώριζε και είχε την κατάλληλη εκπαίδευση. Σε μελέτη των Olympia et al⁵ επισημαίνεται η σημασία της εκπαίδευσης των καθηγητών στη παροχή πρώτων βοηθειών, καθώς η ρινορραγία συμβαίνει πολύ συχνά στο σχολικό περιβάλλον. Επιπλέον θεωρείται επιβεβλημένη η παρουσία σχολικής νοσηλεύτριας και η συστηματική εκπαίδευση και καθοδήγηση για την άμεση αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων.

Παρόμοια μελέτη των Singer et al⁶ θέλοντας να εκτιμήσει τις γνώσεις των γονέων στην παροχή πρώτων βοηθειών ανέδειξε ότι πολλοί από τους γονείς δεν ήξεραν πως να προσφέρουν τις πρώτες βοήθειες σε μια ρινορραγία, έναν τραυματισμό στο κεφάλι ή στο μάτι, μια δηλητηρίαση ή ένα έγκαυμα. Η ηλικία, το φύλο και η εκπαίδευση δεν επηρέαζε στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα.

Η πρώτη αντιμετώπιση ενός τραυματία που εμπλέκεται σε τροχαίο ατύχημα είναι υψίστης σημασίας. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν παγκοσμίως δημόσιο πρόβλημα υγείας που προκαλούν προβλήματα σε μακροχρόνια βάση, κοινωνικά και οικονομικά. Για να μπορέσουν οι παρευρισκόμενοι να προσφέρουν τις κατάλληλες πρώτες βοήθειες χρειάζεται να έχουν τις γνώσεις αλλά και το κουράγιο για να το κάνουν. Το επίπεδο εκπαίδευσης καθορίζει και τη σωστή αντιμετώπιση του τραυματία σύμφωνα με τα



αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Ανάλογη πενταετής έρευνα των Larsson et al⁷ στη Σουηδία και σε δείγμα 2800 ατόμων ηλικίας 18 έως 74 ετών, βρέθηκε ότι η εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών μπορεί να οδηγήσει σε πολίτες που θα είναι πιο προσεκτικοί στην οδήγηση αλλά και σε παρευρισκόμενους που θα παρέχουν πιο άμεσες και πιο επαρκείς πρώτες βοήθειες σε επείγουσες καταστάσεις.

Μελέτη των Mauritz et al⁸ που πραγματοποιήθηκε στη Βιέννη διερευνούσε αν οι παρευρισκόμενοι σε ένα τροχαίο ατύχημα μπορούν να προσφέρουν τις πρώτες βοήθειες και εάν το επίπεδο εκπαίδευσής τους αντιστοιχεί στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Από τις 2.812 περιπτώσεις που καταγράφηκαν από την συγκεκριμένη μελέτη, υπήρχαν παρευρισκόμενοι στο 57% των περιπτώσεων. Η πλειοψηφία των παρευρισκόμενων δεν είχε καμία εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες ή είχε παρακολουθήσει μόνο προκαταρκτικά μαθήματα στα πλαίσια που απαιτούσε το δίπλωμα οδήγησης. Βρέθηκε υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης στις πρώτες βοήθειες και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Στα συμπεράσματα της μελέτης τονίζεται ιδιαίτερα η σημασία της εκπαίδευσης ανά τακτά διαστήματα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της μελέτης μας απάντησε σωστά στην ερώτηση που αφορούσε την αντιμετώπιση εγκαύματος

μικρής έκτασης. Περιγραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία σε δείγμα 53 παιδιών που είχαν υποστεί κάποιο έγκαυμα, ποσοστό 39,6%, των περιπτώσεων έβαλαν το χέρι τους σε κρύο νερό κατόπιν οδηγίας από τους γονείς. Μελέτες έχουν αναδείξει την ανάγκη για πιο συστηματικά εκπαιδευτικά προγράμματα παροχής πρώτων βοηθειών στο γενικό πληθυσμό όσον αφορά τα εγκαύματα.⁹⁻¹²

Ποσοστό 63,7% του δείγματος της παρούσας μελέτης, θα εφάρμοζε τον χειρισμό Heimlich σε περίπτωση πνιγμονής από φαγητό. Η απόφραξη του αεραγωγού είναι μια επείγουσα κατάσταση που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση και εφαρμογή τεχνικών προκειμένου να επανέλθει το θύμα. Πιθανόν ο φόβος του τραυματισμού να απομακρύνει τους παρευρισκόμενους από το να εφαρμόσει τον χειρισμό. Μελέτη των Tung et al¹³ που πραγματοποιήθηκε το 2001 αναφέρει στα συμπεράσματά της ότι οι παρευρισκόμενοι και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται στη σωστή εφαρμογή της τεχνικής Heimlich.

Το 10,9% του πληθυσμού της μελέτης γνώριζε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ). Η εκτίμηση του επιπέδου γνώσεων και δεξιοτήτων σε θέματα πρώτων βοηθειών θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα ώστε να διατηρείτε το επίπεδο των γνώσεων. Επίσης, η εκπαίδευση θα πρέπει να ξεκινάει από το σχολείο στα

πλαίσια Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και να εφαρμόζονται τόσο από τις σχολικές κοινότητες όσο και από τους δήμους και τις κοινότητες της χώρας. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγουν και παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στη χώρα μας.^{14,15,16}

Παρόμοια μελέτη των Goddet et al¹⁷ που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία με σκοπό να εκτιμήσει το επίπεδο γνώσεων συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού, των ιατρών (με 2 έως 5 χρόνια πείρα στο τμήμα επειγόντων) όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες και την πρακτική εξάσκηση της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, στα συμπεράσματά της αναφέρει ότι από τους 439 συμμετέχοντες μόνο το 35% γνώριζε τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΚΑΡΠΑ.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (97%) απάντησε πως όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να γνωρίζουν πώς να παρέχουν τις πρώτες βοήθειες όταν χρειαστεί. Η γνώση της παροχής πρώτων βοηθειών δεν πρέπει να ανήκει μόνο στους ειδικούς και σε αυτούς που σπουδάζουν επαγγέλματα υγείας. Κάθε άνθρωπος θα πρέπει να είναι σε θέση, αν χρειασθεί, να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες στον συνάνθρωπό του.

Υπάρχουν μελέτες που επισημαίνουν το πρόβλημα της έλλειψης των γνώσεων πρώτων βοηθειών και υπογραμμίζουν την ανάγκη εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων εκπαίδευσης σε θεωρητική

και πρακτική βάση καθώς και επανάληψης των παραπάνω προγραμμάτων για διατήρηση της γνώσης.¹⁸⁻²³

Συμπεράσματα- Προτάσεις

Μικρό ποσοστό των ειδικών πληθυσμιακών ομάδων γνωρίζει πρώτες βοήθειες. Κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση και η επανάληψη των προγραμμάτων-σεμιναρίων πρώτων βοηθειών σε τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό τη διατήρηση και τη συνέχιση της γνώσης. Θα μπορούσε να μελετηθούν οι ανασταλτικοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο για τη μη παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών από τις ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, καθώς και τα κίνητρα που θα προέτρεπαν τον πληθυσμό αυτό στην παρακολούθηση σεμιναρίων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. St John Ambulance Association, First Aid for the Injured. 24th Edition. Scotland, 1908.
2. "Accidents and first aid". NHS Direct. <http://www.nhs.uk/conditions/accidents-and-first-aid/pages/introduction.aspx> .Retrieved 04/10/2008.
3. George Castledine. British Journal of Nursing 2002,11:787
4. Robertson A, King R, Tomkinson A. Frequency and management of epistaxis in schools. J Laryngol Otol 2010, 124:302-5.



5. Olympia R, Wan E, Avner JR. The preparedness of schools to respond to emergencies in children: a national survey of school nurses. *Pediatrics* 2005, 116:738-45.
6. Singer AJ, Gulla J, Thode HC Jr, Cronin KA. Pediatric first aid knowledge among parents. *Pediatr Emerg Care*. 2004,20:808-11.
7. Larsson EM, Mártensson NL, Alexanderson KA. First-aid training and bystander actions at traffic crashes--a population study. *Prehosp Disaster Med*. 2002,17:134-41.
8. Mauritz W, Pelinka LE, Kaff A, Segall B, Fridrich P. First aid measures by bystanders at the place of accident. A prospective, epidemiologic study in the Vienna area *Wien Klin Wochenschr* 2003, 115:698-704.
9. Karaoz B. First-aid home treatment of burns among children and some implications at Milas, Turkey. *J Emerg Nurs* 2010, 36:111-4.
10. Mashreky SR, Rahman A, Chowdhury SM, Svanström L, Linnan M, Shafinaz S, Khan TF, Rahman F. Perceptions of rural people about childhood burns and their prevention: a basis for developing a childhood burn prevention programme in Bangladesh. *Public Health* 2009, 123:568-72.
11. Rea S, Kuthubutheen J, Fowler B, Wood F. Burn first aid in Western Australia--do healthcare workers have the knowledge? *Burns* 2005, 31:1029-34.
12. Kut A, Tokalak I, Başaran O, Moray G, Haberal MA. Knowledge, attitudes, and behavior of occupational physicians related to burn cases: a cross-sectional survey in Turkey. *Burns* 2005, 31:850-4.
13. Tung PH, Law S, Chu KM, Law WL, Wong J. Gastric rupture after Heimlich maneuver and cardiopulmonary resuscitation. *Hepatogastroenterology* 2001, 48:109-11.
14. Βεσκούκη Γ, Τηγάνη Ξ, Θεοδωροπούλου Σ. Εκπαίδευση και Πρώτες Βοήθειες. *Νοσηλευτική*. 2004, 43:459-470.
15. Βεσκούκη Γ. Αξιολόγηση επιπέδου γνώσεων για παροχή πρώτων βοηθειών σε μαθητές Λυκείου. *Νοσηλευτική*. 2002, 41:451-463.
16. Βεσκούκη Γ. Πρόγραμμα αγωγής υγείας για Πρώτες Βοήθειες στον χώρο εργασίας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2004, 43:315-322.
17. Goddet NS, Lode N, Descatha A, Dolveck F, Pès P, Chabernaud JL, Baer M, Fletcher D. National evaluation of knowledge and practice of cardiopulmonary resuscitation of children and infants in the field. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009 28:943-8.
18. Pergola AM, Araujo IE. Laypeople and basic life support *Rev Esc Enferm USP* 2009, 43(2):335-42.
19. Hatzakis KD, Kritsotakis EI, Karadimitri S, Sikioti T, Androulaki ZD. Community cardiopulmonary resuscitation training in Greece. *Res Nurs Health* 2008,31(2):165-71.
20. Mahony PH, Griffiths RF, Larsen P, Powell D. Retention of knowledge and skills in first aid and resuscitation by airline cabin crew. *Resuscitation* 2008, 76(3):413-8.
21. Sosada K, Zurawiński W, Stepień T, Makarska J, Myrcik D. Evaluation of the knowledge of teachers and high school

- students in Silesia on the principles of first aid *Wiad Lek* 2002,55(2):883-9.
22. Teich N, Engelmann L, Pfeiffer D. Resuscitation by laypersons: lack of knowledge of first-aid measures in Germany *Dtsch Med Wochenschr* 2005, 130(48):2759-62.
23. Hatzakis KD, Kritsotakis EI, Angelaki HP, Tzanoudaki IK, Androulaki ZD. FirstAid knowledge among industry workers in Greece. *Ind Health* 2005, 43(2):327



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία.

N	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	p
	1387	803 (57.9%)	584 (42.1%)	<0.001
ΗΛΙΚΙΑ				
18-35 έτη	936 (67.5%)	564 (70.2%)	371 (63.5%)	
36-65 έτη	447 (32.2%)	236 (29.3%)	212 (36.3%)	0.45
>65 έτη	4 (0.3%)	3 (0.5%)	1 (0.2%)	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
Έγγαμος	521 (37.6%)	290 (36.1%)	231 (39.5%)	
Άγαμος	822 (59.2%)	495 (61.6%)	327 (55.9%)	0.008
Διαζευγμένος	33 (2.4%)	12 (1.5%)	21 (3.6%)	
Χήρος	11 (0.8%)	6 (0.7%)	5 (1%)	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				
ΥΕ	79 (5.7%)	58 (7.2%)	21 (3.6%)	
ΔΕ	500 (36%)	339 (42.2%)	162 (27.7%)	<0.001
ΤΕ-ΠΕ	735 (52.9)	354 (44.1%)	382 (65.4%)	
Master	71 (5.4%)	52 (6.5%)	19 (3.3%)	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ				
Δάσκαλος	34 (2.5%)	15 (1.9%)	19 (3.3%)	
Καθηγητής	119 (8.6%)	52 (6.5%)	67 (11.5%)	
Αστυνομικός	205 (14.8%)	181 (22.5%)	24 (4.1%)	
Πυροσβέστης	122 (8.8)	115 (14.3%)	7 (1.2%)	
Νοσηλεύτης	320 (23.1%)	52 (6.5%)	268 (45.9%)	<0.001
Ιατρός	57 (4.1%)	31 (3.9%)	26 (4.4%)	
Διασώστης ΕΚΑΒ	29 (2.1%)	17 (2.1%)	12 (2.1%)	
Εθελοντής Σαμαρείτης	17 (1.2%)	8 (1%)	9 (1.5%)	
Άλλο	484 (34.9%)	332 (41.3%)	152 (26%)	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ				
Αθήνα	712 (51.3%)	375 (46.7%)	337 (57.7%)	
Θεσσαλονίκη	144 (10.4%)	115(14.3%)	29 (4.9%)	
Μεγάλη επαρχιακή πόλη	235 (16.9%)	153 (19.1%)	82 (14%)	0.127
Μικρή επαρχιακή πόλη	180 (13%)	96 (12%)	84 (14.4%)	
Δήμος	90 (6.5%)	53 (6.6%)	37 (6.4%)	
Κοινότητα	26 (1.9%)	11 (1.4%)	15 (2.6%)	

Πίνακας 2. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής παλινδρόμησης

	B	OR	95% CI	p
Παρακολούθηση σεμιναρίου πρώτων βοηθειών				
Επάγγελμα (1.Επαγγελματίες Υγείας /0.Μη επαγγελματίες υγείας)	1,144	3,138	1,508-6,528	0,002
Αντιμετώπιση λιποθυμικού επεισοδίου				
Φύλο (1.Θήλυ/0.Άρρεν)	0,423	1,527	1,057-2,207	0,024
Τόπος διαμονής (1. Εκτός Αθήνας/0. Αθήνα)	-0,550	0,557	0,409-0,814	0,002
Αντιμετώπιση ρινορραγίας				
Επίπεδο εκπαίδευσης (1. Μη διπλωματούχοι/0. Διπλωματούχοι)	-0,399	0,671	0,524-0,858	0,001
Τόπος διαμονής (1. Εκτός Αθήνας/0. Αθήνα)	0,473	1,605	1,242-2,075	0,001
Αντιμετώπιση θύματος μετά από πτώση από ύψος				
Φύλο (1.Θήλυ/0.Άρρεν)	0,756	2,129	1,105-4,102	0,024
Αντιμετώπιση τραυματισμού από ρυπαρό αντικείμενο				
Επίπεδο εκπαίδευσης (1. Μη διπλωματούχοι/0. Διπλωματούχοι)	0,416	0,660	0,483-0,902	0,009
Τόπος διαμονής (1. Εκτός Αθήνας/0. Αθήνα)	0,961	2,615	1,881-3,636	0,001
Αντιμετώπιση δήγματος από φίδι				
Ηλικία (1.>35 ετών/0.<35 ετών)	0,379	0,769	1,037-2,059	0,03
Αντιμετώπιση τραυματισμού του ματιού από ξένο σώμα				
Επίπεδο εκπαίδευσης (1. Μη διπλωματούχοι/0. Διπλωματούχοι)	0,543	1,722	1,130-2,625	0,012
Φύλο (1.Θήλυ/0.Άρρεν)	0,592	1,307	1,137-2,371	0,012
Αντιμετώπιση εγκαύματος				
Τόπος διαμονής (1. Εκτός Αθήνας/0. Αθήνα)	0,566	1,761	1,274-2,435	0,001
Αντιμετώπιση υπεραερισμού				
Ηλικία (1.>35 ετών/0.<35 ετών)	-0,263	0,563	0,622-0,950	0,015
Γνώση καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης				
Επάγγελμα (1.Επαγγελματίες Υγείας /0.Μη επαγγελματίες υγείας)	1,572	4,817	1,747-13,282	0,002
Ακινητοποίηση κατάγματος				
Ηλικία (1.>35 ετών/0.<35 ετών)	0,427	1,461	0,457-0,933	0,019
Τόπος διαμονής (1. Εκτός Αθήνας/0. Αθήνα)	0,369	0,673	0,487-0,931	0,017
Αντιμετώπιση κάκωσης Σπονδυλικής Στήλης				
Επίπεδο εκπαίδευσης (1. Μη διπλωματούχοι/0. Διπλωματούχοι)	0,210	1,233	1,017-1,496	0,033
Αντιμετώπιση Διαβητικού				
Επίπεδο εκπαίδευσης (1. Μη διπλωματούχοι/0. Διπλωματούχοι)	0,338	1,401	1,060-1,853	0,018



**Γνώση τηλεφώνου έκτακτης
ανάγκης**

Επίπεδο εκπαίδευσης (1. Μη διπλωματούχοι/0. Διπλωματούχοι)	-1,204	0,300	0,145-0,619	0,001
Φύλο (1.Θήλυ/0.Άρρεν)	-0,617	0,540	0,379-0,769	0,001

ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Άγχος και κατάθλιψη ασθενών που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή

Μπελλάλη Χρ. Θάλεια¹, Αβραμικά Γ. Μαρία¹, Μαστροκώστας Γ. Αθανάσιος², Θεοδόσης Πέτρος³

1. Επίκ.Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσ/κης

2. Λγος (ΥΝ), MSc Ιατρικής Ερευνητικής Μεθοδολογίας, 424ΓΣΝΕ

3. Ιατρός ΩΡΛ, PhD, Επιστημονικός συνεργάτης ΑΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του λάρυγγα προκαλεί διάφορα σωματικά, αλλά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς, οι οποίοι συχνά βιώνουν έντονο άγχος και εμφανίζουν κατάθλιψη.

Σκοπός. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε ολική ή μερική λαρυγγεκτομή, συγκρίνοντας τρεις ομάδες με διαφορετικά κλινικά χαρακτηριστικά.

Υλικό-Μέθοδος. Πρόκειται για μια συγχρονική αναλυτική μελέτη (cross-sectional analytic study), τον πληθυσμό της οποίας αποτέλεσαν 168 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε μεγάλα δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Οι 65 ασθενείς (38,7%), υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή, (ομάδα Α), οι 63 ασθενείς (37,5%) σε μερική λαρυγγεκτομή ή άλλου είδους θεραπεία, όπως ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία με διατήρηση της φωνής (ομάδα Β) και οι 40 ασθενείς (23,8%) σε ολική λαρυγγεκτομή και απώλεια της φωνής, οι οποίοι όμως επιπλέον συμμετείχαν σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα αυτοφροντίδας (ομάδα Γ). Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία: α) ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων και κλινικών χαρακτηριστικών, β) Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης της Κατάθλιψης (SRDS- Zung) και γ) Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης του Άγχους (SRAS-Zung). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το Στατιστικό Πακέτο SPSS15, για τις δοκιμασίες Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test και Chi-square test.

Αποτελέσματα. Συνολικά, το 9,6% και το 19% των ασθενών του δείγματος βίωνε συμπτώματα αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής αντίστοιχα, με υψηλότερο ποσοστό για τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή (ομάδα Α). Οι ασθενείς των ομάδων Β και Γ εμφάνιζαν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη σε σύγκριση με την ομάδα Α ($p < 0,05$). Δεν υπήρχε ωστόσο διαφορά, για τα επίπεδα άγχους ($p = 0,222$) και κατάθλιψης ($p = 0,198$) μεταξύ των ασθενών των ομάδων Β και Γ.



Συμπεράσματα. Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Φαίνεται ότι, παρεμβάσεις όπως εκπαιδευτικά προγράμματα αυτοφροντίδας, μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση του άγχους και την πρόληψη της κατάθλιψης που προκαλεί η τραυματική εμπειρία της λαρυγγεκτομής.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, κατάθλιψη, καρκίνος του λάρυγγα, λαρυγγεκτομή, πρόγραμμα αυτοφροντίδας.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μπελλάλη Θάλεια
Ροδοπόλεως 7, ΤΚ 551 33
Θεσσαλονίκη
E mail: bellalithalia@yahoo.com

Patient anxiety and depression after laryngectomy

Thalia Chr. Bellali¹, Maria G. Avramika,¹ Athanasios G Mastrokostas², Peter Theodosis³

1. Assistant Professor, Department of Nursing, "Alexandreio" Technological Educational Institute, Thessaloniki
2. CPT, RN, MSc, 424 M.H.TH
3. Physician, Phd

ABSTRACT

Laryngeal cancer is responsible for various physical and psychosocial problems for the patients who often exhibit high levels of anxiety and depression.

Aim: The aim of this study was to explore anxiety and depression levels of laryngeal cancer patients after total or partial laryngectomy, comparing three groups with different clinical traits.

Material-method: This study follows a cross-sectional survey design. The population of the study included 168 hospitalized patients from two large urban hospitals from Athens and Thessaloniki. Sixty five patients (38.7%) had total laryngectomy as part of their treatment (group A), 63 patients (37.5%) had partial laryngectomy or other treatment (radiation or chemotherapy) with voice maintenance (group B) and 40 patients (23.8%) had also total laryngectomy but they participated additionally in a self care training program (group C). This survey used the following instruments: a) a demographic data and clinical traits questionnaire, b) the Self Rated Depression Scale (SRDS-

Zung) and c) the Self Rated Anxiety Scale (SRAS-Zung). Statistical analysis included Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Chi-square test, using SPSS 15 statistical package.

Results: Overall 9.6% and 19% of patients exhibited symptoms of anxiety and depression respectively, while patients after laryngectomy (group A) presented the higher percentages. Both group B and C had lower anxiety and depression levels compared with group A ($p < 0.05$). However, no significant difference was found between group B and C for anxiety ($p = 0.222$) and depression ($p = 0.198$).

Conclusion: Patients after laryngectomy exhibit high anxiety and depression levels. It is suggested that training programs promoting self care may help anxiety management and prevent depression after the traumatizing experience of laryngectomy.

Keywords: Anxiety, depression, laryngeal cancer, laryngectomy, self care program.

CORRESPONDING AUTHOR

Bellali Thalia

Rodopoleos 7, 551 33

Thessaloniki

E mail: bellalithalia@yahoo.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί το συχνότερο καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου σε ποσοστό 50%, ενώ η συχνότητα εμφάνισής του σε σύγκριση με τους υπόλοιπους κακοήθεις όγκους ανέρχεται στο 4%.¹⁻³

Η θεραπεία του περιλαμβάνει, εκτός από την κλασική χειρουργική αντιμετώπιση, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία, καθώς και το συνδυασμό τους. Παρ' όλα αυτά ο αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισής του, παραμένει η χειρουργική θεραπεία.^{1,2,4}

Τα ποσοστά επιβίωσης και η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο λάρυγγα έχουν αλλάξει τα τελευταία χρόνια λόγω της

προόδου στην επανορθωτική χειρουργική και της ιδιαίτερης έμφασης που έχει δοθεί στα προγράμματα αποκατάστασης τα οποία βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.⁵ Η αποκατάσταση της φωνητικής λειτουργίας μπορεί να γίνει με την οισοφαγία ομιλία, τις φωνητικές προθέσεις και με το λαρυγγόφωνο. Από τους παραπάνω τρόπους, ο πλέον διαδεδομένος σήμερα, είναι οι φωνητικές προθέσεις.¹

Ο καρκίνος του λάρυγγα εκτός από τα διάφορα σωματικά συμπτώματα προκαλεί και μια σειρά ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στους ασθενείς, οι οποίοι συχνά βιώνουν έντονο άγχος και εμφανίζουν κατάθλιψη.



Το άγχος που βιώνουν γενικότερα οι ασθενείς με καρκίνο, επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι το είδος του καρκίνου ή το όργανο στο οποίο εκδηλώνεται, το στάδιο και η κλινική πορεία της νόσου, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενούς και τέλος η ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικού περιβάλλοντος.^{6,7}

Στην περίπτωση των ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα, οι εκδηλώσεις άγχους είναι πιο έντονες και σε σημαντικό βαθμό οφείλονται στο φόβο της απώλειας της φωνής, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να εμφανίζονται αναποφάσιστοι στο να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, ενώ πολλές φορές παρατηρείται η τάση της συνέχισης ανθυγιεινών συμπεριφορών υγείας, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ.⁸ Το είδος της θεραπείας επίσης, φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση άγχους. Οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούν ότι η θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα είναι μόνο η χειρουργική επέμβαση, με αποτέλεσμα να βιώνουν άγχος όταν πρόκειται να υποβληθούν σε συνδυασμένη θεραπεία, όπως είναι η χειρουργική επέμβαση και η χημειοθεραπεία, ή η ακτινοθεραπεία, παρά τα υψηλά ποσοστά επιβίωσης των ασθενών σε αυτές τις περιπτώσεις.⁹ Το άγχος τους μπορεί να οφείλεται στην αδυναμία διαχείρισης των παρενεργειών των συμπληρωματικών θεραπειών (πχ πόνος, ναυτία, έμετοι), καθώς

επίσης και στην ανάγκη τακτικής προσέλευσης στους χώρους του νοσοκομείου, προκειμένου να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.¹⁰

Επιπλέον, οι ασθενείς με ολική λαρυγγεκτομή βιώνουν έντονο άγχος μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, που πηγάζει από την ανάγκη προσαρμογής στη νέα κατάσταση και κυρίως σε ότι αφορά στη φροντίδα του στομίου τους. Συγκεκριμένα και σύμφωνα με την έρευνα των Gibson και συν¹¹, ασθενείς που ανέλαβαν μόνοι τους την περιποίηση του στομίου τους βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με αυτούς τους οποίους είχαν αναλάβει τη φροντίδα του στομίου τους κάποια άτομα από το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Τέλος, σε μια άλλη έρευνα που έγινε σε 43 λαρυγγεκτομηθέντες ασθενείς φάνηκε ότι η αποκατάσταση της ομιλίας με φωνητική πρόθεση μετά από πρόγραμμα εκπαίδευσης και ψυχολογική υποστήριξη είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του επιπέδου άγχους στους ασθενείς που παρακολούθησαν το πρόγραμμα, σε σύγκριση με εκείνους που δε δέχθηκαν κάποια εκπαίδευση.¹²

Παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο γενικότερα, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί, φαίνεται να προσβάλλονται ένας έως τρεις καρκινοπαθείς.¹³ Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης συγκεκριμένα σε ασθενείς με καρκίνο του

λάρυγγα είναι το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής, το προχωρημένο στάδιο της ασθένειας, η έλλειψη υποστήριξης, καθώς και ο ανεπαρκώς ελεγχόμενος πόνος.⁸ Μάλιστα, όσον αφορά στον πόνο, οι ασθενείς που βιώνουν έντονο πόνο φαίνεται ότι έχουν διπλάσιο έως και τετραπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης καταθλιπτικής διαταραχής σε σχέση με τους ασθενείς που βιώνουν μικρότερης έντασης πόνο.^{13,14}

Η κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται και με το φόβο της αλλαγής του σωματικού ειδώλου των ασθενών, λόγω της τραχειοτομής, αλλά και με την απώλεια της λεκτικής επικοινωνίας, η οποία συχνά τους οδηγεί σε απομόνωση από το κοινωνικό τους περιβάλλον.¹⁵⁻¹⁸

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε ολική ή μερική λαρυγγεκτομή, συγκρίνοντας τρεις ομάδες ασθενών με διαφορετικά κλινικά χαρακτηριστικά. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης μελέτης που είχε ως σκοπό τη διερεύνηση γενικότερα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα.

Υλικό-Μέθοδος

Πρόκειται για μια αναλυτική συγχρονική έρευνα (cross-sectional analytic study), τον πληθυσμό της οποίας αποτέλεσαν 168 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία των Αθηνών και της Θεσσαλονίκης. Οι 65 ασθενείς (38,7%) υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή (ομάδα Α), οι 63 ασθενείς (37,5%) σε μερική λαρυγγεκτομή ή άλλου είδους θεραπεία, όπως ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία με διατήρηση της φωνής (ομάδα Β) και οι 40 ασθενείς (23,8%) σε ολική λαρυγγεκτομή και απώλεια της φωνής, οι οποίοι όμως επιπλέον συμμετείχαν σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα αυτοφροντίδας (ομάδα Γ). Το πρόγραμμα αυτοφροντίδας το οποίο παρακολούθησε μόνο η ομάδα Γ μετά την επέμβαση περιελάμβανε: α) την εκμάθηση τεχνικών για τη σωστή περιποίηση της τραχειοστομίας και του τραχειοσωλήνα, β) την εκμάθηση τεχνικών για την καθημερινή ατομική υγιεινή (τρόπος ξυρίσματος για τους άνδρες, μπάνιο, καθαριότητα προσώπου και τραχήλου), γ) την ενημέρωση σε θέματα βελτίωσης της εικόνας του σωματικού ειδώλου, όπως τρόποι κάλυψης της τραχειοστομίας με ενδύματα ή κοσμήματα, δ) την ενθάρρυνση για εκμάθηση νέου τρόπου ομιλίας όπως με τη βοήθεια λαρυγγόφωνου ή τη χρήση της οισοφάγειας ομιλίας.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ενός ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου



ερωτηματολογίου το οποίο αποτελούνταν από τα εξής: α) το έντυπο καταγραφής των δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) και κλινικών χαρακτηριστικών (είδος θεραπευτικής παρέμβασης, είδος φαρμακευτικής αγωγής, τρόπος λεκτικής επικοινωνίας), β) την Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης του Άγχους (Self Rated Anxiety Scale SRAS-Zung)¹⁹ και γ) την Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης της Κατάθλιψης (Self Rated Depression Scale SRDS- Zung).²⁰ Οι κλίμακες SRDS-Zung και SRAS-Zung είναι τύπου Likert και παίρνουν τιμές από 1 έως 4. Αποτελούνται από 20 ερωτήσεις η κάθε μία και το συνολικό σκορ που σχηματίζει η κάθε κλίμακα κυμαίνεται από 20-80. Η συνολική βαθμολογία και στις δύο κλίμακες ταξινομείται σε τέσσερα επίπεδα. Όταν η βαθμολογία είναι μικρότερη του 40, τότε η κλινική εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης αντίστοιχα εκτιμάται ως φυσιολογική κατάσταση (απουσία άγχους-κατάθλιψης). Τιμές στην κλίμακα μεταξύ 40-47 δείχνουν ήπιας έντασης άγχος ή κατάθλιψη, 48-55 μέτριας έντασης και 56-80 σοβαρής έντασης. Και οι δύο κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού, αλλά μόνο η SRDS-Zung έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό.²¹

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε κατά το διάστημα αναμονής των ασθενών για την καθορισμένη θεραπευτική συνάντηση με

τον θεράποντα ιατρό ή και μετά από αυτή και τις περισσότερες φορές σε ιδιωτικό χώρο στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Από τα 250 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν τα 168 επεστράφησαν συμπληρωμένα διαμορφώνοντας ένα ποσοστό απαντητικότητας 67,2%. Για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, ζητήθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του κάθε Νοσοκομείου στο οποίο χορηγήθηκαν τα εργαλεία μέτρησης της μελέτης, ενώ διασφαλίστηκε η πληροφορημένη συναίνεση των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (sd) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ). Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν σε συχνότητες (%). Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test. Ο έλεγχος των διχότομων και κατηγορικών μεταβλητών έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Chi-square test. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 168 ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα, οι οποίοι διακρίνονταν σε τρεις ομάδες ανάλογα με το είδος της θεραπείας που υποβλήθηκαν. Το 38,7% των ασθενών ανήκε στην ομάδα Α, το 37,5% στην ομάδα Β και το 23,8% στην ομάδα Γ. Το 91,7% των ασθενών ήταν άνδρες και το 8,3% γυναίκες. Οι περισσότεροι ασθενείς ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών (64,3%). Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση το 89,3% ήταν έγγαμοι, το 45,2% του πληθυσμού διέμενε σε αγροτική περιοχή και το μορφωτικό επίπεδο των περισσότερων ασθενών ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (66,7%). Στον Πίνακα 1 φαίνονται αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού.

Από τον έλεγχο των δημογραφικών χαρακτηριστικών μεταξύ των τριών ομάδων των ασθενών δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά.

Όσον αφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού το 26,2% των ασθενών δεν είχε υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης, το 54,8% είχε υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή χωρίς τοποθέτηση βαλβίδας προνοχ και το 15,9% επικοινωνούσε με τη χρήση βαλβίδας προνοχ. Στον Πίνακα 2 φαίνονται αναλυτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά ανά ομάδα ασθενών.

Η μέση τιμή της κλίμακας αυτοαξιολόγησης του άγχους (SRAS) ήταν $32,5(\pm 9,9, 95\% \Delta\epsilon:30,1-34,9)$ και η μέση τιμή της κλίμακας αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης (SRDS) ήταν $36,6(\pm 11,9, 95\% \Delta\epsilon:33,7-39,6)$. Το 9,6% και το 19% των ασθενών εμφάνισαν τιμή πάνω από 40 στις κλίμακες του άγχους και της κατάθλιψης αντίστοιχα.

Από τη σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ οι άνδρες είχαν υψηλότερη τιμή στην κλίμακα του άγχους σε σύγκριση με τις γυναίκες, διαφορές όμως που δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0,080$ για την κατάθλιψη, $p=0,565$ για το άγχος). Επίσης όσοι είχαν παιδιά, ανέφεραν ότι βίωναν λιγότερο άγχος και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν παιδιά, διαφορές που ήταν στατιστικά σημαντικές. Η οικογενειακή κατάσταση έδειξε ότι οι άγαμοι βίωναν περισσότερο άγχος και μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σύγκριση τόσο με του έγγαμους, όσο και με τους διαζευγμένους, διαφορές οι οποίες ήταν επίσης στατιστικά σημαντικές. Ο έλεγχος που έγινε για τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού δεν έδειξε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Πίνακας 3).

Η σύγκριση μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών δεν έδειξε κάποια



στατιστικά σημαντική διαφορά για τα επίπεδα κατάθλιψης που βίωναν οι ασθενείς, σε αντιδιαστολή με τα επίπεδα άγχους, για τα οποία βρέθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή με τοποθέτηση φωνητικής βαλβίδας προνοχ, βίωναν περισσότερο άγχος από τους ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία ($p=0,008$). Τέλος, οι ασθενείς οι οποίοι επικοινωνούσαν μέσω οισοφαγίας ομιλίας ανέφεραν λιγότερο άγχος σε σύγκριση με τους ασθενείς που επικοινωνούσαν μέσω φωνητικής βαλβίδας ($p=0,004$) και τους ασθενείς που επικοινωνούσαν μέσω λαρυγγόφωνου ($p=0,024$). (Πίνακας 4)

Η σύγκριση μεταξύ των ομάδων έδειξε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που βίωναν οι ασθενείς. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της ομάδας Α που είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης ($36,6\pm 11,9$, 95%ΔΕ:33,7-39,6) από τους ασθενείς της ομάδας Β που είχαν υποβληθεί σε μερική λαρυγγεκτομή ή άλλου είδους θεραπεία ($30,0\pm 6,6$, 95%ΔΕ:28,4-31,7, $p=0,001$) και της ομάδας Γ που είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή με διατήρηση της φωνής τους και παρακολούθησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αυτοφροντίδας ($29,2\pm 8,0$, 95%ΔΕ:26,6-31,8, $p=0,001$). Μεταξύ των

ομάδων Β και Γ δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,198$), παρότι η ομάδα Β βίωνε περισσότερη κατάθλιψη σε σύγκριση με την ομάδα Γ. Τέλος για την κλίμακα του άγχους οι ασθενείς της ομάδας Α είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές άγχους ($32,5\pm 9,8$, 95%ΔΕ:30,1-34,9) από τους ασθενείς της ομάδας Β ($27,9\pm 6,1$, 95%ΔΕ:26,4-29,5, $p=0,009$) και της ομάδας Γ ($26,9\pm 6,4$, 95%ΔΕ:24,9-28,9, $p=0,001$). Μεταξύ των ομάδων Β και Γ δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,222$), παρότι η ομάδα Β βίωνε περισσότερο άγχος σε σύγκριση με την ομάδα Γ.

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε μερική ή ολική λαρυγγεκτομή.

Στην πλειοψηφία του δείγματος της έρευνας αυτής φάνηκε ότι υπήρχαν χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αφού μόνο το 9,6% και το 19,1% του πληθυσμού κατέγραψαν τιμές πάνω από 40 στις κλίμακες SRAS-Zung και SRDS-Zung αντίστοιχα. Σε παρόμοια έρευνα των Bussi και συν²² που χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο (SRDS-Zung) για την αξιολόγηση της κατάθλιψης ασθενών μετά από ολική λαρυγγεκτομή, το αντίστοιχο ποσοστό για την κατάθλιψη ήταν 22%. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι σε αυτή τη

μελέτη το ποσοστό των ασθενών που έπασχε από κατάθλιψη βρέθηκε λίγο μικρότερο από τη βιβλιογραφία²², ωστόσο η μέση τιμή της κατάθλιψης για τους ασθενείς αυτής της έρευνας ήταν 36,6 σε σύγκριση με τη μέση τιμή που κατέγραψαν οι ασθενείς στην έρευνα των Bussi και συν (μέση τιμή 31,6).²²

Αναλυτικά, οι ασθενείς της ομάδας Α, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή χωρίς να συμμετάσχουν σε κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες. Φαίνεται ότι η απώλεια της ομιλίας, καθώς επίσης και η αλλαγή του σωματικού ειδώλου, λόγω της μόνιμης τραχειοστομίας, αυξάνουν το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς.¹⁵⁻¹⁸

Ο συνδυασμός των θεραπειών (χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία), παρά το γεγονός ότι βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση των ασθενών, αυξάνει το άγχος, όπως βρέθηκε και στην παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της ομάδας Β, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε συνδυασμένη θεραπεία εκδήλωσαν περισσότερο άγχος σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας Γ.^{9,10} Επιπλέον, το πρόγραμμα εκπαίδευσης που παρακολούθησαν οι ασθενείς της ομάδας Γ φαίνεται ότι είχε σημαντική επίδραση στη μείωση των επιπέδων άγχους και

κατάθλιψης, όπως φαίνεται και στην έρευνα των Armstrong και συν.²³

Το υποστηρικτικό περιβάλλον μέσα από τη δομή της οικογένειας, φάνηκε ότι συμβάλλει σημαντικά στη μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, αφού οι έγγαμοι ασθενείς και αυτοί που είχαν παιδιά ανέφεραν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άγαμους και όσους δεν είχαν παιδιά αντίστοιχα. Μάλιστα αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν και με τη βιβλιογραφία, όπου φαίνεται ότι το υποστηρικτικό περιβάλλον συμβάλλει σημαντικά στη διαχείριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.^{24,25}

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Καταρχήν το δείγμα της ήταν ευκολίας, γεγονός που ενέχει όλους τους ενδογενείς κινδύνους σχετικά με τη γενίκευση των ευρημάτων στον ευρύτερο αντίστοιχο πληθυσμό. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες δεν ερωτήθηκαν αν λάμβαναν αγχολυτική/αντικαταθλιπτική αγωγή πριν από τη θεραπευτική παρέμβαση για τον καρκίνο του λάρυγγα. Πιθανά η λήψη αγχολυτικής/αντικαταθλιπτικής αγωγής εκ των προτέρων, να αλλοίωσε την εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψής τους, εμφανίζοντας μικρότερα ποσοστά αγχώδους ή/και καταθλιπτικής διαταραχής.



Συμπεράσματα-προτάσεις

Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε ολική λαρυγγεκτομή, χωρίς να συμμετάσχουν σε κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης, παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ενώ ο συνδυασμός των θεραπειών (χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία), παρά το γεγονός ότι βελτιώνει σημαντικά την επιβίωσή τους, βρέθηκε να αυξάνει το άγχος τους. Στη μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης φάνηκε ωστόσο, να συμβάλει σημαντικά η υποστήριξη που δέχονταν οι ασθενείς μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον τους.

Παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τις ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του λάρυγγα και της λαρυγγεκτομής, ενώ ταυτόχρονα, μέσα από το σκέλος παρέμβασής της, τονίζει την ανάγκη υλοποίησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων αυτοφροντίδας, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση του άγχους και στην πρόληψη της κατάθλιψης που μπορεί να προκαλέσει η τραυματική εμπειρία της λαρυγγεκτομής. Η εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα αυτοφροντίδας φαίνεται να είναι πράγματι σημαντική, καθώς παίζει σπουδαίο ρόλο στην ανάρρωσή τους, παρακινεί τους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν το νέο τρόπο ομιλίας και τους ευαισθητοποιεί να

χρησιμοποιούν τα εναπομείναντα όργανα της φωνής-άρθρωσης, ειδικά αυτοί που έχουν υποβληθεί σε μερική λαρυγγεκτομή. Ο σχεδιασμός και η πιλοτική εφαρμογή συγκεκριμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης και στήριξης θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικής έρευνας, προκειμένου να ελεγχθεί η διαχρονική αποτελεσματικότητα και η επίδρασή τους στη διαχείριση του άγχους και στην πρόληψη της κατάθλιψης, στους ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δανιηλίδης Ι. Κλινική Ωτορινολαρυγγολογία και στοιχεία χειρουργικής κεφαλής και τραχήλου. Εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002.
2. Σκευάς Α. Επίτομη Ωτορινολαρυγγολογία. Ιωάννινα, 1987.
3. Νικολάου Α, Μάρκου Κ, Δανιηλίδης Ι. Κακοήθη νεοπλάσματα του λάρυγγα-Αναφορά σε 420 περιπτώσεις. Ελληνική Ιατρική 1996,62(1): 526-534.
4. Ballenger J, Snow J. Ωτορυνολαρυγγολογία-Χειρουργική κεφαλής και τραχήλου, 15^η έκδοση, τόμ. 2^{ος}. Επιμέλεια: Αδαμόπουλος Γ. Εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1998.
5. Jones E. Quality of life of patients treated surgically for head and neck cancer. The Journal of Laryngology and Otology 1992, 106: 238-242.

6. Holland, J. C. Anxiety and cancer: The patient and the family. *Journal of Clinical Psychiatry* 1989, 50 Suppl: 20-25.
7. Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B., Hooker, C. and Piantadosi, S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 2001, 10(1):19-28.
8. Ιακωβίδης Β, Ιακωβίδης Α. Αρχές Ψυχοογκολογίας: Ψυχοσωματική και Σωματοψυχική θεώρηση του Καρκίνου. Εκδ. Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη, 2001
9. Tai P, Yu E, Shiels R, Tonita J. Long-term survival rates of laryngeal cancer patients treated by radiation and surgery, radiation alone, and surgery alone: studied by lognormal and Kaplan-Meier survival methods. *BMC Cancer* 2005, 5:13.
10. Schliephake H, Jamil MU. Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002, 31(4): 427-33.
11. Gibson A, McCombe A. Psychological morbidity following laryngectomy: a pilot study. *J Laryngol Otol*. 1999, 113(4):349-52.
12. De Maddalena, H. The influence of early speech rehabilitation with voice prostheses on the psychological state of laryngectomized patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2002, 259: 48-52.
13. Spiegel D, Giesel-Davis J. Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. *Biol Psychiatry* 2003, 54(3): 269-282.
14. Pasifica S. Cancer of the larynx (voice box). *Jeevodaya Hospice* 2005, 4(1): 1-4.
15. Brignolo A., Garzino-Demo P., Poglio G., Gallesio C., Seminario M., Angelini G., Berrone S. Incidence of psychopathologic symptoms in patients treated for mouth cancer *Minerva Stomatol*. 2001, (9):299-307.
16. Byrne A, Walsh M, Farrelly M, O'Driscoll K. Depression following laryngectomy. A pilot study. *Br J Psych* 1993, 163: 173-176.
17. Devins G.M, Stam H.J, Koopmans J.F. Psychosocial impact of laryngectomy mediated by perceived stigma and illness intrusiveness. *Can J Psychiatry*. 1994, (39): 608-616.
18. Gonzalez Martinez, M. T. Psychological disturbances in laryngectomy: Anxiety and depression in total and partial ablation of the larynx: *Psiquis Revista de Psiquiatria, Psicologia y Psicomatica* 1994, 15(1) 31-42.
19. Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971,12(6): 371-379
20. Zung WWK. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965, 12: 63-70
21. Fountoulakis KN, Iacovides A, Samolis S, Kleanthous S, Kaprinis SG, St Kaprinis G, Bech P. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating. *BMC Psychiatry*, 2001,1:6-10
22. Bussi M, Albertini D, Bogetto F, Lombardo P, Maina G, Ravizza L, Cortesina G. Effects of total laryngectomy on the quality of life: a study on certain psychological



- aspects. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 1994,14(6): 627-632.
23. Armstrong E, Isman K, Dooley P, Brine D, Riley N, Dentice R, King S, Khanbhai F. An investigation into the quality of life of individuals after laryngectomy. *Head Neck* 2001, 23(1): 16-24.
24. Bastardo YM, Kimberlin CL. Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-Infected persons in Venezuela. *AIDS Care* 2000,12(5):673-84.
25. Πολυκανδριώτη Μ, Κυρίτση Ε, Κουκουλάρης Δ, Ευαγγέλου Ε, Τσάμη Α, Γκούβελου Γ. Διερεύνηση του περιστασιακού και μόνιμου άγχους σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση. *Νοσηλευτική* 2005, 44(4):490-498.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού

	n/N	%
Φύλο		
Άνδρες	154/168	91,7%
Γυναίκες	14/168	8,3%
Ηλικιακή ομάδα		
40-50	12/168	7,1%
51-60	48/168	28,6%
>60	108/168	64,3%
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	4/168	2,4%
Έγγαμος	150/168	89,3%
Διαζευγμένος	9/168	5,4%
Χήρος	5/168	3%
Τέκνα		
Ναι	32/168	19%
Όχι	136/168	81%
Μορφωτικό επίπεδο		
ΠΕ	12/168	7,1%
ΔΕ	22/168	13,1%
ΥΕ	112/168	66,7%
Καμία εκπαίδευση	22/168	13,1%
Τόπος διαμονής		
Αστική περιοχή	65/168	38,7%



Ημιαστική περιοχή	27/168	16,1%
Αγροτική περιοχή	76/168	45,2%
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Καμία	22/168	13,1%
ΥΕ*	112/168	66,7%
ΔΕ**	22/168	13,1%
ΠΕ-ΤΕ***	12/168	7,1%
Επάγγελμα		
Οικοδόμος	21/168	12,5%
Αγρότης/Κτηνοτρόφος	57/168	33,9%
Εργάτης	55/168	32,7%
Δημόσιος Υπάλληλος	14/168	8,4%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	21/168	12,5%

*ΥΕ:Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης, **ΔΕ:Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ***ΠΕ-ΤΕ:Πανεπιστημιακής-Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

Πίνακας 2: Κλινικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού ανά ομάδα ασθενών.

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Γ	p
Χειρουργική επέμβαση				0,001
Ναι	65/65(100%)	44/63(69,8%)	0/40(0%)	
Όχι	0/65(0%)	19/63(30,2%)	40/40(100%)	
Είδος επέμβασης				0,001
Ολική λαρυγγεκτομή με τοποθέτηση βαλβίδας Pronox	9/65(13,8%)	-	6/40(15%)	
Ολική λαρυγγεκτομή χωρίς τοποθέτηση βαλβίδας	56/65(86,2%)	-	34/40(85%)	
Μερική λαρυγγεκτομή	-	19/63(30,2%)	-	
Χημειοθεραπεία και Ακτινοθεραπεία	-	44/63(69,8%)	-	
Τρόπος επικοινωνίας				0,830
Οισοφάγεια ομιλία	26/65 (40%)	-	18/40(45%)	
Χρήση βαλβίδας pronox	10/65(15,4%)	-	6/40(15%)	
Λαρυγγόφωνο	5/65(7,7%)	-	2/40(5%)	
Χειλιακή-Παρειακή	25/65(36,9%)	-	14/40(35%)	



Πίνακας 3: Σύγκριση του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων του πληθυσμού.

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95%ΔΕ	p
Κλίμακα άγχους				
Άνδρες	29,7	±8,4	28,3-30,9	0,565
Γυναίκες	27,3	±4,7	24,6-30,0	
Κλίμακα κατάθλιψης				
Άνδρες	32,2	±10,1	30,6-33,8	0,08
Γυναίκες	34,9	±7,4	30,6-39,2	
Κλίμακα άγχους				
Άγαμοι	49,8	±10,3	32,8-65,7	0,004
Έγγαμοι	28,6	±7,1	27,5-29,7	
Κλίμακα άγχους				
Άγαμοι	49,8	±10,3	32,8-65,7	0,044
Διαζευγμένοι	29,7	±8,8	22,9-36,4	
Κλίμακα κατάθλιψης				
Άγαμοι	61,5	±19,6	44,6-78,4	0,004
Έγγαμοι	31,1	±8,5	29,7-32,5	
Κλίμακα κατάθλιψης				
Άγαμοι	61,5	±19,6	44,6-78,4	0,024
Διαζευγμένοι	35,1	±8,4	28,7-41,6	
Κλίμακα άγχους				
Παιδιά				
Ναι	28,4	±7,2	27,1-29,6	0,001
Όχι	34,1	±10,4	30,4-37,9	
Κλίμακα κατάθλιψης				
Παιδιά				0,001
Ναι	30,8	±7,9	29,5-32,2	
Όχι	39,2	±13,9	34,2-44,2	

Πίνακας 4: Επίπεδα άγχους ανά κλινική κατηγορία

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95%ΔΕ
Τρόπος επικοινωνίας			
Οισοφάγεια ομιλία	27,7	±7,5	25,5-29,9
Χρήση βαλβίδας pronox	35,8	±9,4	30,9-40,6
Λαρυγγόφωνο	40,3	±13,6	27,7-52,9
Είδος επέμβασης			
Ολική λαρυγγεκτομή με τοποθέτηση βαλβίδας pronox	35,3	±9,9	28,8-40,9
Ακτινοθεραπεία-Χημειοθεραπεία	27,5	±5,8	27,7-31,3