Ελληνική Ιατρική

Helliniki Iatriki

ISSN 2241-8253

Τόμος 85, Τεύχος 1-2, Ιανουάριος – Ιούνιος 2019 • Περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Volume 85, Issue 1-2, January – June 2019 • Official Journal of the Thessaloniki Medical Society

Helliniki Iatriki Ελληνικη Ιατρικη

Τριμηνιαία Ιατρική Έκδοση
Εκδίδεται από το 1927 - Ε′ Περίοδος, Όργανο της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Έπαινος Ακαδημίας Αθηνών

Ιδιοκτήτης — Εκδότης
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Δημοσθένους 4, 546 24 Θεσσαλονίκη
Ηλεκτρονική Έκδοση
UNIVERSITY STUDIO PRESS
Αρμενοπούλου 32, 546 35 Θεσσαλονίκη

Quarterly Publication
Official Journal of Thessaloniki Medical Society
First published in 1927 – Fith period
Correspondence should be addressed to the Medical Society of Thessaloniki,
4, Dimosthenous Street, 546 24 Thessaloniki, Greece

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Πρόεδρος Α. Καραγιάννης
Α′ Αντιπρόεδρος Δ. Σωτηριάδης **Β′ Αντιπρόεδρος** Ε. Ροηλίδης
Γεν. Γραμματέας Γ. Τσουλφάς
Ταμίας Κ. Τζιόμαλος **Ειδ. Γραμματέας** Δ. Παπακώστα
Έφορος Στέγης Ι. Τσινόπουλος **Έφορος Βιβλιοθήκης** Γ. Κούρτογλου
Μέλη Τ. Βυζαντιάδης, Δ. Καπουκρανίδου, Λ. Κοβάτση
Αναπλ. Μέλη Θ. Βασιλειάδης, Κ. Καραπαναγιώτης, Αικ. Παπαγιάννη
Ελεγκτική Επιτροπή Κ. Καλλαράς, Χ. Κουμάρας, Ε. Μανδαλά

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης
Κ. Καλλαράς
Αναπλ. Διευθυντές Σύνταξης
Ε. Μανδαλά, Α. Καμπαρούδης
Μέλη
Μ. Αθανασίου-Μεταξά, Θ. Γερασιμίδης, Θ. Δαρδαβέσης, Δ. Δημητριάδης, Γ. Ηλονίδης, Δ. Καπουκρανίδου, Ν. Μαλισιόβας, Η. Ντεγιάννης, Π. Νικολαΐδης, Β. Παπανικολάου, Χ. Παπανικολάου, Α. Σαχινίδης, Π. Τέκκης, Μ. Χάιδιτς, Α. Χαριτάντη, Ε. Χολόγκιτας

Ιστοσελίδα: http://www.helliniki-iatriki.gr
Αλληλογραφία: info@helliniki-iatriki.gr

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, στη νέα της εκδοτική περίοδο, θα δημοσιεύει εργασίες στα ελληνικά και στα αγγλικά όλων των ειδικοτήτων όπως επίσης και αυτές που προέρχονται από τις βασικές βιολογικές επιστήμες και την ιατρική εκπαίδευση, με κύριο σκοπό την καλλίτερη και πληρέστερη ενημέρωση του γιατρού.

Κάθε εργασία ακολουθεί μια αυστηρή δομή και ανήκει σ' ένα τύπο άρθρου. Μεικτές κατηγορίες εργασιών δε γίνονται δεκτές.

Αναλυτικότερα το περιοδικό δημοσιεύει:

Ανασκοπήσεις: Γράφονται από ένα συγγραφέα, κατ' εξαίρεση από δύο όταν το θέμα απαιτεί συγγραφείς δύο διαφορετικών ειδικοτήτων. Ο συγγραφέας πρέπει να είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένος με το θέμα, ώστε η ενημέρωση του αναγνώστη να είναι πλήρης και ουσιαστική. Η ενημέρωση αυτή αφορά όλους τους σταθμούς που πέρασαν οι γνώσεις στο θέμα με κύρια έμφαση όμως στις σύγχρονες απόψεις, τεκμηριωμένες από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να είναι 15 έως 25 δακτυλογραφημένες σελίδες στις οποίες περιλαμβάνονται η εικονογράφηση, η βιβλιογραφία και η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Επίκαιρα θέματα - Ενημερωτικά άρθρα: Το αντικείμενο των άρθρων της κατηγορίας αυτής μπορεί να είναι διαγνωστικού ή θεραπευτικού περιεχομένου ή και να αφορά οποιοδήποτε τομέα της ιατρικής επιστήμης. Γράφονται για να κάνουν ευρύτερα γνωστό ένα πρόσφατο επίτευγμα στον τομέα που έχουν επιλέξει οι συγγραφείς. Τα άρθρα αυτά υποβάλλονται στο περιοδικό κατόπιν συνεννοήσεως με την Επιτροπή Συντάξεως.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να περιορίζεται σε 5-10 περίπου δακτυλογραφημένες σελίδες με 8-10 βιβλιογραφικές παραπομπές και τον τίτλο στην αγγλική. Τα ενημερωτικά άρθρα πρέπει να συνοδεύονται από περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Ερευνητικές εργασίες: Έχουν κλινικό-εργαστηριακό περιεχόμενο. Το κείμενο περιλαμβάνει βραχεία εισαγωγή, όπου αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας, περιγραφή του υλικού και των μεθόδων, έκθεση των αποτελεσμάτων, συζήτηση στην οποία περιλαμβάνονται και τα τελικά συμπεράσματα καθώς και περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά και τη βιβλιογραφία. Η περίληψη πρέπει να είναι αυτοτελής και να περιέχει το σκοπό της εργασίας, τις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, τα κύρια ευρήματα και τα σημαντικότερα συμπεράσματα.

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: Σ' αυτές παρουσιάζονται σπάνιες περιπτώσεις με κλινικές εκδηλώσεις που περιγράφονται για πρώτη φορά, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι ή διατυπώνονται νέες απόψεις για την παθογένειά τους.

Έχουν έκταση 2-4 δακτυλογραφημένες σελίδες και περιλαμβάνουν σύντομη εισαγωγή, περιγραφή της περιπτώσεως, πίνακες ή σχήματα (έως 4), τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα, βραχύ σχόλιο-συζήτηση, περιορισμένη βιβλιογραφία (5-10 παραπομπές) και περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά.

Γενικά θέματα: Εδώ υπάγονται ποικίλα θέματα που αφορούν την ιατρική εκπαίδευση και δεοντολογία, την οργάνωση και τον προγραμματισμό της υγείας σ' όλες τις βαθμίδες της καθώς και ιατρικά θέματα με ευρύτερο κοινωνικό ενδιαφέρον. Μπορούν να γραφούν κάτω από τον τίτλο "Ειδικό άρθρο", "Γενικά θέματα", "Πρόοδοι στην Ιατρική" κ.τ.λ.).

Το άρθρο της κατηγορίας αυτής δεν απαιτεί ειδική δομή κατά τη σύνταξή του.

Όλες οι εργασίες (μαζι με τις φωτογραφίες τους) που αποστέλλονται στο περιοδικό (ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας http://www.helliniki-iatriki.gr) συνοδεύονται απαραίτητα από μια επιστολή προς τη Συντακτική Επιτροπή, όπου δηλώνεται ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευτεί σε άλλο περιοδικό και επίσης ότι έχει την έγκριση για δημοσίευση όλων των συγγραφέων που συμμετέχουν. Μετά τον έλεγχο και εφόσον η εργασία εκπληρώνει τις οδηγίες για τους συγγραφείς, στέλνεται για διπλή κρίση σε δύο αρμόδιους επιστημονικούς συμβούλους του περιοδικού.

Όταν επιστρέψει (ο χρόνος δεν μπορεί να προκαθοριστεί) συμπληρώνεται από τους συγγραφείς (αν χρειαστεί) σύμφωνα με τις υποδείξεις των συμβούλων και τελικά παίρνει σειρά δημοσιεύσεως.

Όταν η εργασία σελιδοποιηθεί ηλεκτρονικά αποστέλλεται στους συγγραφείς, για έλεγχο, δοκίμιο της α΄ διορθώσεως. Στο δοκίμιο αυτό δεν είναι δυνατή καμιά απολύτως προσθήκη, αλλαγή, βελτίωση κ.λ.π., παρά μόνον η διόρθωση λαθών του τυπογραφείου.

Οι εργασίες που δημοσιεύονται στην ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του συγγραφέα και του περιοδικού. Η αναδημοσίευση μερική ή ολική επιτρέπεται μόνο ύστερα από έγγραφη άδεια του περιοδικού.

Η τήρηση των παραπάνω οδηγιών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημοσίευση της εργασίας.

Ανάτυπο με τις αναλυτικές οδηγίες προς τους συγγραφείς μπορείτε να αναζητήσετε στην ιστοσελίδα http://www.helliniki-iatriki.gr

Ελληνικη Ιατρικη

Τόμος 85 • Τεύχος 1-2
Ιανουάριος – Ιούνιος 2019

Περιεχόμενα

Ενημερωτικά άρθρα

6 **Το σύνδρομο εξουθένωσης μεταξύ των γιατρών**
Σ. Ναούμ

13 **Ο ρόλος της προκαλσιτονίνης στις καρδιαγγειακές παθήσεις**
Μ. Γερασίμου, Σ. Μαντζούκης

Ενδιαφέρουσα περίπτωση

18 **Αιματόμητρα λόγω ατρησίας του παρθενικού υμένα**
Ι. Πατουλιάς, Θ. Φειδάντσης, Χ. Παντελή, Ο.-Ι. Σέμκογλου, Δ. Πατουλιάς

Ειδικά άρθρα

25 **Θεωρία απόδοσης ελέγχου υγείας: Εργαλεία-τρόποι μέτρησης και αποτίμηση της θεωρίας ως μέσο υλοποίησης προληπτικών προγραμμάτων**
Σ. Ναούμ

33 **Απώλειες και επιπτώσεις χρόνιων ασθενειών: Προσαρμογή χρόνιων ασθενών και παρουσίαση προγράμματος εκπαίδευσης των οικογενειών τους**
Σ. Ναούμ

41 **Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και υγείας στην Ελλάδα**
Ε. Μπροτζάκη, Δ. Κουτσούρης, Γ.Ι. Λάμπρου

Helliniki Iatriki

Volume 85 • No 1-2
January – June 2019

Contents

Brief reviews

6 **Burnout among medical doctors**
S. Naoum

13 **The role of procalcitonin in cardiovascular diseases**
M. Gerasimou, S. Mantzoukis

Case report

18 **Hematometra due to hymenal atresia**
I. Patoulias, T. Feidantsis, C. Panteli, O.-I. Semkoglou, D. Patoulias

Special articles

25 **Health locus of control theory: Tools-methods of theory measurement and evaluation as means of preventative programs implementation**
S. Naoum

33 **Types of loss and impacts of chronic diseases: Chronic patient's adjustment and a presentation of a family education program**
S. Naoum

41 **The aspect of quality in primary healthcare in Greece**
E. Brotzaki, D. Koutsouris, G.I. Lambrou

Ελληνική Ιατρική 2019, 85, 1-2: 6 - 12

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Το σύνδρομο εξουθένωσης μεταξύ των γιατρών

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία, 116 Πτέρυγα Μάχης, Άραξος

Περίληψη. Το σύνδρομο εξουθένωσης (burnout) είναι ένα κοινό σύνδρομο που παρατηρείται στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, ιδίως στους γιατρούς που εκτίθενται σε υψηλό επίπεδο άγχους. Περιλαμβάνει συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και χαμηλή προσωπική ικανοποίηση. Το σύνδρομο εξουθένωσης μεταξύ των γιατρών έχει συγκεντρώσει σημαντική προσοχή, λόγω των αρνητικών επιπτώσεων στην περίθαλψη των ασθενών και στο ιατρικό προσωπικό. Οι γιατροί με υψηλά επίπεδα burnout ανέφεραν ότι έχουν διαπράξει περισσότερα ιατρικά λάθη. Τα προγράμματα διαχείρισης άγχους που κυμαίνονται από τη χαλάρωση μέχρι τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχουν βρεθεί ότι έχουν εξαιρετική σημασία όταν πρόκειται για την πρόληψη και τη θεραπεία του συνδρόμου. Ωστόσο, τα στοιχεία είναι ανεπαρκή για να υποστηρίξουν ότι τα προγράμματα διαχείρισης του στρες μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του άγχους που σχετίζεται με την εργασία πέρα από την περίοδο παρέμβασης και παρομοίως οι παρεμβάσεις μείωσης της πίεσης που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα (mindfulness) μειώνουν αποτελεσματικά την ψυχολογική ένταση, ενθαρρύνοντας την ενσυναίσθηση και βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των ιατρών. Από την άλλη πλευρά, μερικές μελέτες έχουν υποδείξει ότι οι συνεδρίες τύπου Balint έχουν πολλά υποσχόμενα θετικά αποτελέσματα στην πρόληψη του burnout. Επιπλέον, η άσκηση μπορεί να μειώσει τα επίπεδα άγχους και τα συμπτώματα burnout, βελτιώνοντας παράλληλα την ψυχική και σωματική ευεξία των εργαζομένων του τομέα της υγείας. Οι επαγγελματικές παρεμβάσεις στις ρυθμίσεις εργασίας μπορούν επίσης να βοηθήσουν. Ο συνδυασμός τόσο ατομικών όσο και οργανωτικών παρεμβάσεων μπορεί να συντελέσει σημαντικά στη μείωση των επιπτώσεων του συνδρόμου μεταξύ των ιατρών. Βέβαια, απαιτείται περισσότερη έρευνα που να απευθύνεται σε φοιτητές ιατρικής, ειδικευόμενους και ειδικευμένους ιατρούς, προκειμένου να βελτιωθεί η ψυχολογική ευεξία και σταδιοδρομία των ιατρών καθώς και η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς τους.

Ελλην Ιατρ 2019, 85: 6 - 12.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο εξουθένωσης «burnout» είναι ένα σύνδρομο που παρατηρείται σε απαιτητικές θέσεις εργασίας και σε άτομα που ενδιαφέρονται για άλλους, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας[1]. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως οι γιατροί, εκτίθενται σε υψηλά επίπεδα στρες κατά την εργασία. Η επίμονη ένταση μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση, ψυχολογική και/ή σωματική δυσφορία. Επιπλέον, το σύνδρομο εξουθένωσης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ιατρικών σφαλμάτων και να μειώσει την ικανοποίηση από την εργασία, γεγονός που υποκινεί την πρόωρη συνταξιοδότηση[2-4].

Σύμφωνα με μια δημοσίευση, το «burnout» έχει τρεις αλληλένδετες διαστάσεις: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και χαμηλή προσωπική ικανοποίηση. Η παρατεταμένη

έκθεση στο στρες είναι συνήθως η κύρια αιτία της συναισθηματικής εξάντλησης και εκδηλώνεται μέσω της απώλειας του ενθουσιασμού για εργασία, αίσθημα απουσίας βοήθειας, αίσθημα παγιδευμένου και ηττημένου. Η αποπροσωποποίηση εμφανίζεται όταν οι γιατροί θεραπεύουν τους ασθενείς αδιάφορα, τους αντικειμενοποιούν και αναπτύσσουν μια αρνητική στάση απέναντι στους συναδέλφους και το επάγγελμά τους. Η αναποτελεσματικότητα ή η έλλειψη αίσθησης προσωπικής επιτυχίας χαρακτηρίζεται από την αποχώρηση του ατόμου από ευθύνες και απόσπαση από την εργασία[5,6].

Το Maslach Burnout Inventory (MBI), το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο, περιλαμβάνει 22 στοιχεία που μετρούν και τις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου εξουθένωσης. Το MBI θεωρείται ως το χρυσό πρότυπο «golden standard» για τον εντοπισμό του burnout στην ιατρική βιβλιογραφία[6].

Πολλαπλές μελέτες έχουν δείξει υψηλό επιπολασμό burnout μεταξύ των ειδικευόμενων ιατρών και έχουν δείξει ότι το ένα τρίτο των γιατρών έχει βιώσει εξάντληση σε ορισμένα σημεία καθ ’όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους[7]. Το Burnout αρχίζει να εμφανίζεται του κατά τη διάρκεια των ημερών της ιατρικής σχολής, συνεχίζει καθ ’όλη τη διάρκεια της ειδικότητας του και τελικά ωριμάζει στην καθημερινή ζωή των ιατρών που ασκούν την ιατρική. Μελέτες υποδηλώνουν ότι ο επιπολασμός του συνδρόμου εξουθένωσης στους φοιτητές ιατρικής κυμαίνεται μεταξύ 31 και 49,6%[8]. Μεταξύ των ειδικευομένων, επηρεάζονται το 50% των ειδικευομένων της χειρουργικής και το 76% της γενικής παθολογίας αντίστοιχα[9]. Σε μια Καναδική μελέτη διαπιστώθηκε ότι τουλάχιστον το ένα τρίτο των ειδικευομένων ιατρών από διαφορετικές ειδικότητες αντιμετωπίζουν αρκετό άγχος στη ζωή τους[10]. Αντίθετα, σε μια άλλη μελέτη αναφέρεται ότι το 12,5% των ειδικευομένων βαθμολογήθηκαν θετικά και στις τρεις διαστάσεις συνολικά[11]. Ακόμη υψηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν σε μια μελέτη που έγινε μεταξύ ειδικευομένων στο Λίβανο[12].

Το ποσοστό συνδρόμου εξουθένωσης φαίνεται να είναι ακόμη μεγαλύτερο στους ειδικευμένους γιατρούς. Σε μια πρόσφατη μελέτη από τις Ηνωμένες Πολιτείες, το 45,8% των γιατρών ανέφερε ότι είχε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα εξουθένωσης[7]. Ομοίως, σύμφωνα με εργασία της Ομάδας Μελέτης για το Burnout του Ευρωπαϊκού Δικτύου Γενικής Πρακτικής (European General Practice Research Network Burnout Study Group), στην οποία συμμετείχαν 1.400 οικογενειακοί γιατροί σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, αποκαλύφθηκαν τα εξής: Το 43% των ερωτηθέντων σημείωσε υψηλό βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, 35% αποπροσωποποίηση και 32% χαμηλό προσωπικό επίτευγμα ενώ το 12% των συμμετεχόντων υπέφερε από burnout και στις τρεις διαστάσεις[13]. Μια άλλη μελέτη που περιελάμβανε περισσότερους από 500 γιατρούς στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι τουλάχιστον το ένα τρίτο των ιατρών αποκάλυψε χαρακτηριστικά burnout[14]. Τα αποτελέσματα αυτά είναι συγκρίσιμα με εκείνα παρόμοιων μελετών που διεξήχθησαν σε ορισμένες αραβικές χώρες όπως η Υεμένη, το Κατάρ και η Σαουδική Αραβία[15-17].

Από τα παραπάνω, διαφαίνεται ότι τα ποσοστά εμφάνισης «burnout» στους ιατρούς είναι παρόμοια και συγκρίσιμα ανάμεσα σε διάφορες χώρες με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, καταδεικνύοντας την «παγκοσμιότητα» του φαινομένου. Τα διαφορετικά αποτελέσματα των προαναφερθέντων μελετών δεν επηρεάστηκαν ούτε από την ειδικότητα των ιατρών, παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά ήταν αισθητά υψηλότερα μεταξύ των οικογενειακών γιατρών[13,16,18] και των γενικών χειρουργών[3,14].

Ο Shanafelt κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εξουθένωση είναι πιθανότερο να συμβεί σε χειρούργους τραύματος, ουρολόγους, ωτορινολαρυγγολόγους, αγγειοχειρουργούς και γενικούς χειρουργούς και στους νεότερους επαγγελματίες υγείας που έχουν παιδιά, και σε εκείνους που δουλεύουν πάνω από 60 ώρες εβδομαδιαίως, ή έχουν πάνω από 2 εφημερίες/βδομάδα[19].

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Πολλές μελέτες υποδεικνύουν ότι η δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι γιατροί με την εξισορρόπηση της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής τους συντελεί σε μεγάλο βαθμό στη δυσφορία. Για να μειωθεί το άγχος στην εργασία, πρέπει να εξεταστούν παρεμβάσεις σε δύο επίπεδα: το άτομο και το περιβάλλον.

Μαθήματα διαχείρισης άγχους

Η διαχείριση του άγχους κυμαίνεται από τη χαλά-

ρωση έως τη συμπεριφορική θεραπεία και τη θεραπεία που επικεντρώνεται στον ασθενή. Η τελευταία παρέμβαση αφορά οργανωτικά σχέδια και σχέδια σχετιζόμενα με την εργασία[20]. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που αναζητούν βοήθεια ή καταφεύγουν σε στρατηγικές αντιμετώπισης και παραγωγικότητας τείνουν να βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης από όσους δεν το κάνουν[21].

Τα προγράμματα μείωσης του στρες, με επίκεντρο τις γνωστικές συμπεριφορικές τεχνικές, διαπιστώθηκε ότι έχουν εξαιρετική σημασία όταν πρόκειται για την πρόληψη και τη θεραπεία της εξουθένωσης σε επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Μπορούν να χωριστούν σε προγράμματα που επικεντρώνονται στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη, όπου οι δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες παρεμβάσεις επικεντρώνονται στις συγκεκριμένες ανάγκες για κάθε ομάδα στόχο. Η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων για την πρόληψη της εξουθένωσης εξαρτάται από την παροχή συνδυασμού ψυχοεκπαίδευσης με επακόλουθες αναμνηστικές συνεδρίες και τη διάρκεια του προγράμματος, την εστίαση στο πρόβλημα και τη βιωσιμότητα της προσφοράς[22].

Τα αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων που αξιολόγησαν τις στρατηγικές διαχείρισης άγχους μεταξύ των γενικών ιατρών (GPs) ανέφεραν ότι οι χαλαρωτικές και γνωστικές συμπεριφορικές δεξιότητες αποδείχθηκαν χρήσιμες. Επιπλέον, οι ομαδικές μέθοδοι είναι οικονομικότερες και πιο ευεργετικές από την ατομική παροχή συμβουλών[23].

Σε μια μελέτη, οι ερευνητές αξιολόγησαν την επίδραση 15 ωρών προγραμμάτων κατάρτισης διαχείρισης στρες σε 85 Αυστραλούς γενικούς γιατρούς. Τα προγράμματα επικεντρώθηκαν σε τομείς αντίδρασης στο στρες, ψυχοεκπαίδευσης, τεχνικών χαλάρωσης και γνωστικών παρεμβάσεων. Τα εργασιακά επίπεδα στρες των συμμετεχόντων μειώθηκαν σημαντικά, ενώ η γενική τους ευημερία και η ποιότητα ζωής βελτιώθηκαν σε διάστημα 12 εβδομάδων μετά το μάθημα[24]. Σε δύο μη τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες παρέμβασης (non-RCT) δεν υπήρχαν σημαντικές επιπτώσεις στην κατάθλιψη, τον αλκοολισμό ή το επίπεδο στρες[25,26]. Ωστόσο, μία άλλη non-RCT έδειξε μια βελτίωση στη συνολική διάθεση των φοιτητών ιατρικής που ανήκαν στην ομάδα παρέμβασης[27]. Ο Skodova έδειξε ότι η κοινωνικο-ψυχολογική εκπαίδευση θα μπορούσε να μειώσει το επίπεδο της εξουθένωσης και να επηρεάσει θετικά τους παράγοντες της προσωπικότητας που είναι ευάλωτοι στο burnout μεταξύ των φοιτητών ιατρικής[28].

Με τους ειδικευόμενους, διαπιστώθηκε ότι ένα πρόγραμμα παρέμβασης στην επαγγελματική ανάπτυξη βελτίωσε την αυτογνωσία και την προθυμία των ειδικευόμενων ιατρών να εξερευνήσουν τα συναισθήματά τους. Το πρόγραμμα αυτό περιελάμβανε 11 συνεδρίες ανοικτών συζητήσεων και επίλυσης προβλημάτων (problem solving) στο πλαίσιο ενός ευέλικτου, ομαδοποιημένου συνόλου θεμάτων της ημερήσιας ατζέντας[29]. Αντίθετα, σε μια άλλη μελέτη, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένα ενιαίο, ολοήμερο εργαστήριο διαχείρισης άγχους που δόθηκε σε ειδικευόμενους γενικής παθολογίας και παιδιατρικής ανακούφιζε τη συναισθηματική εξάντλησή τους για ένα διάστημα 6 εβδομάδων μετά την παρέμβαση[30].

Επιπλέον, μια μελέτη που διεξήχθη μεταξύ των ειδικευομένων οικογενειακής ιατρικής έδειξε ότι η συναισθηματική τους εξάντληση είχε βελτιωθεί ως αποτέλεσμα μεσολαβητικών και αναπνευστικών ασκήσεων[31].

Η ενσυνειδητότητα, «mindfulness», ορίζεται ως μια αυτοκατευθυνόμενη πρακτική για τη χαλάρωση του σώματος και την ηρεμία του μυαλού, με επίκεντρο την επίγνωση της στιγμής. Η έμφαση στην ενσυνειδητότητα μένει στη τωρινή στιγμή, με μια μη κριτική στάση αποδοχής. Ο στοχαστικός διαλογισμός (mindfull meditation) αντιπροσωπεύει μια συμπληρωματική θεραπεία που έχει δείξει αρκετά υποσχόμενα αποτελέσματα στη μείωση του αρνητικού στρες και των εξωγενών παραγόντων που οδηγούν στην εξουθένωση. Πολλές μελέτες αξιολόγησαν αυτές τις τεχνικές παρέμβασης που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα και έδειξαν ότι μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη μείωση του στρες και της εξουθένωσης.

Σε μια μελέτη, αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα ενός εντατικού εκπαιδευτικού προγράμματος που περιελάμβανε στοχαστικό διαλογισμό, ασκήσεις αυτογνωσίας, αφηγήσεις σχετικά με τις κλινικές εμπειρίες, συνεντεύξεις, διδακτικό υλικό και συζητήσεις για τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι συμμετέχοντες επέδειξαν βελτιώσεις στη συνείδηση, οι οποίες συσχετίστηκαν με τη

βελτίωση της συνολικής διάθεσης, της ενσυναίσθησης, της προσωπικής ολοκλήρωσης και της προσωπικότητας κατά τη διάρκεια του προγράμματος, με συνεχείς επιδράσεις έως και 15 μήνες[32].

Μια άλλη μελέτη, αξιολόγησε την εκπαίδευση σε τέσσερις τύπους προσεγγίσεων της ενσυνειδητότητας: σωματικές εξετάσεις, προσεκτική κίνηση, περπάτημα και καθιστικός διαλογισμός, καθώς και συζητήσεις που επικεντρώνονται στην εφαρμογή της ενσυνειδητότητας στο χώρο εργασίας. Οι βαθμολογίες στο MBI βελτιώθηκαν σημαντικά μετά την πορεία τόσο για τους γιατρούς όσο και για τους άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης στους τομείς της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και της προσωπικής ολοκλήρωσης. Η ψυχική ευημερία ενισχύθηκε επίσης, αλλά δεν σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές στις βαθμολογίες της σωματικής υγείας[33].

Επιπλέον, μια ομάδα νοσηλευτών που δεν μπόρεσαν να συμμετάσχουν προσωπικά στο πρόγραμμα παραδοσιακής ενσυνειδητότητας παρακολούθησαν μια τηλεφωνική συνάντηση. Υπήρξε σημαντική βελτίωση στην υγεία τους, ενώ τα επίπεδα στρες και εξουθένωσης μειώθηκαν. Οι εξελίξεις αυτές διατηρήθηκαν για 4 μήνες μετά την περίοδο της μελέτης[34]. Παρομοίως, σε 2 άλλες μελέτες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι παρεμβάσεις μείωσης του άγχους βασισμένες στην ενσυνειδητότητα μειώνουν αποτελεσματικά την ψυχολογική δυσφορία και τον αρνητισμό και ενθαρρύνουν την ενσυναίσθηση, βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των ιατρών[35,36].

Ο Shanafelt κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι εκπαιδευόμενοι στην πρακτική της ενσυνειδητότητας γιατροί έχουν τη δυνατότητα να προάγουν την υγεία των ιατρών μέσω της εργασίας[9]. Σε μια ακόμα δημοσίευση, παρατηρήθηκε ότι ακόμη και οι βραχυπρόθεσμες συμβουλευτικές συνεδρίες, είτε σε ατομική βάση για μία ημέρα είτε σε ομάδα, διάρκειας μίας εβδομάδας, μειώνουν σημαντικά τη συναισθηματική εξάντληση μεταξύ των Νορβηγών ιατρών[37].

Η πρακτική του στοχαστικού διαλογισμού μπορεί να είναι μια αποτελεσματική από πλευράς κόστους μέθοδος για τη βελτίωση της ευεξίας των ιατρών και την ενίσχυση της προσέγγισής τους στην περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή. Εκτός από αυτό, μια ποιοτική ανάλυση έδειξε ότι η μουσικοθεραπεία βοηθά τους γιατρούς να χαλαρώσουν, να ανανεωθούν και να επανεστιάσουν, επιτρέποντάς τους έτσι φέρουν εις πέρας τις εφημερίες-βάρδιες τους. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε καμιά διαφορά στην αυτοαναφερόμενη εξάντληση, την αίσθηση της συνοχής και την ικανοποίηση από την εργασία[38].

Ωστόσο, δύο αξιολογήσεις στη βάση δεδομένων Cochrane κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αποδεικτικά στοιχεία είναι ανεπαρκή για να υποστηρίξουν ότι τα προγράμματα διαχείρισης του άγχους μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του άγχους που σχετίζεται με την εργασία πέρα από την περίοδο παρέμβασης στους επαγγελματίες υγείας και υπάρχουν ελάχιστες ενδείξεις σε μακροχρόνιες παρεμβάσεις με ενισχυτικά ή επαναληπτικά μαθήματα.

Συνεδρίες Balint

Οι συνεδρίες Balint είναι ομαδικές συνεδρίες που εκπαιδεύουν τους γιατρούς σχετικά με τον τρόπο εφαρμογής μιας προσέγγισης επικεντρωμένης στον ασθενή, με ιδιαίτερη έμφαση στη σχέση γιατρού-ασθενούς. Είναι γνωστές ως μια κοινή θεραπευτική στρατηγική που μειώνει τα συμπτώματα στρες και εξουθένωσης. Παραδόξως όμως, οι παρεμβατικές μελέτες που αξιολογούν τη λειτουργία των ομάδων Balint είναι σπάνιες. Δύο μικρές μελέτες υποδηλώνουν ότι οι συνεδρίες Balint μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη του στρες και της εξάντλησης, ειδικά στους ειδικευόμενους[40]. Μια μελέτη σχετικά με τους γενικούς ιατρούς που ασκούν το επάγγελμά τους από 3-15 έτη, έδειξε ότι έχουν αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία τους μετά τη συμμετοχή τους σε θεραπείες του Balint[41].

Μια μελέτη αξιολόγησε από τη μια πλευρά, την επίδραση των βασισμένων στο πρόβλημα αναθέσεων εργασίας, διαλέξεων και συζητήσεων και του («διαδραστικού») προγράμματος που συνίστατο σε διαλέξεις και συζητήσεις, εκτός από τις ασκήσεις ρόλων, τις ομάδες Balint και τα τετ-α-τετ παροχής συμβουλών από έναν διαμεσολαβητή από την άλλη πλευρά. Η μελέτη αυτή, βρήκε μετρήσιμη βελτίωση στην ασθενοκεντρική περίθαλψη και την αυτοεκτίμηση μεταξύ των γενικών ιατρών και στις δύο πιο πάνω περιπτώσεις, με αυτό να είναι πιο έντονο στις διαδραστικές τάξεις. Ωστόσο, και οι δύο περιπτώσεις απέτυχαν να μειώσουν τα αποτελέσματα burnout[42].

Άσκηση

Μια άσκηση διατάσεων «stretching» 10 λεπτών στο χώρο εργασίας έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα επίπεδα άγχους και τα συμπτώματα εξάντλησης, βελτιώνοντας ταυτόχρονα την ψυχική και σωματική ευεξία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης[43].

Η αερόβια άσκηση συνδέεται αρνητικά με την κατάθλιψη[44]. Βοηθά στη μείωση της αφόρητης έντασης-πίεσης[45] και βελτιώνει τους βιολογικούς δείκτες που μπορεί να παρεμβαίνουν μεταξύ του συνδρόμου εξουθένωσης και της καρδιαγγειακής νόσου[46]. Σε μια μελέτη σε 12 γιατρούς, 12 μονόωρες αερόβιες συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν για 2 ή 3 ημέρες εβδομαδιαίως για να φτάσουν στο απαιτούμενο επίπεδο εβδομαδιαίας ενεργειακής δαπάνης 17,5 kcal/kg που μετρήθηκε με έναν μετρητή θερμίδων. Αυτή η πρακτική διαπιστώθηκε ότι μειώνει σημαντικά τη συναισθηματική εξάντληση των συμμετεχόντων και το βαθμό αποπροσωποποίησης τους σε μικρότερο βαθμό. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική αλλαγή όσον αφορά την αίσθηση προσωπικής επίτευξής τους[47]. Αυτή η χαμηλού κόστους παρέμβαση είναι μια υποσχόμενη υποψήφια μέθοδος για μελλοντικές μελέτες σχετικά με την επίδραση της άσκησης στην ευημερία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Ο Shanafelt μελέτησε επίσης τις προσωπικές συνήθειες και πρακτικές ευεξίας μεταξύ γενικών χειρούργων και διαπίστωσε ότι οι γιατροί που συμμετείχαν σε ασκήσεις αερόβιας άσκησης και μυϊκής ενίσχυσης σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (Centers for Disease Control and Prevention) είχαν υψηλή βαθμολογία ποιότητας ζωής. Οι χειρουργοί που έδωσαν έμφαση στην εξεύρεση νοήματος στην εργασία, εστιάζοντας σε αυτό που είναι σημαντικό για τη ζωή, διατήρησαν μια θετική προοπτική και ακολούθησαν μια ισορροπημένη εργασία/ζωή ήταν λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν burnout[3].

Επαγγελματικές παρεμβάσεις

Λίγες μόνο μελέτες επικεντρώθηκαν στις οργανωτικές παρεμβάσεις σε αντίθεση με τις μεμονωμένες παρεμβάσεις. Μία μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας όπου οι διοικητές του κέντρου έδωσαν προτεραιότητα στην ευεξία των ιατρών όσο και στην ποιότητα της περίθαλψης. Οι γιατροί εντόπισαν παράγοντες που επηρέασαν την ευεξία, ακολουθούμενη από σχέδια βελτίωσης με υπευθυνότητα και μετρήθηκαν τακτικά η ευημερία τους χρησιμοποιώντας επικυρωμένα όργανα-εργαλεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση στη συναισθηματική και εργασιακή εξάντληση κατά την περίοδο της μελέτης[48].

Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από μια ασφαλιστική εταιρεία με στόχο τους εργαζόμενους ενός νοσοκομείου, επικεντρωμένη στον οργανωτικό έλεγχο των παραγόντων που προκάλεσαν άγχος, διαπίστωσε μείωση των ιατρικών λαθών κατά την περίοδο της μελέτης. Επίσης, μια πρόσφατη ανασκόπηση έδειξε ότι τα προγράμματα ατομικής παρέμβασης είναι επωφελή για τη μείωση του burnout βραχυπρόθεσμα (6 μήνες ή λιγότερο), ενώ ο συνδυασμός τόσο των προσωπικών όσο και των οργανωτικών παρεμβάσεων έχει μακροχρόνιες θετικές συνέπειες (12 μήνες και περισσότερο)[49]. Μια ακόμη μελέτη υποστήριξε ότι η αντιμετώπιση του συνδρόμου εξουθένωσης συνιστά μια δύσκολη προσπάθεια[46]. Η επιτυχία των πολλών παρεμβάσεων μπορεί να περιοριστεί από το γεγονός ότι τα μεταγενέστερα στάδια της εξουθένωσης συνεπάγονται φυσιολογικές αλλαγές που δεν αντιστρέφονται εύκολα[50]. Συνεπώς, απαιτούνται περισσότερες μακροπρόθεσμες μελέτες για την επισήμανση των σχεδίων παρέμβασης, προκειμένου να διατηρηθούν τα θετικά αποτελέσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω και να προληφθεί ή να αντιμετωπιστεί το burnout.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο εξουθένωσης μεταξύ των ιατρών είναι μια κοινή και σοβαρή οντότητα με καταστροφικές συνέπειες σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο. Οι διεπιστημονικές ενέργειες που περιλαμβάνουν αλλαγές στους περιβαλλοντικούς παράγοντες στην εργασία μαζί με προγράμματα διαχείρισης άγχους που διδάσκουν στους ανθρώπους πώς να αντεπεξέλθουν καλύτερα στα αγχωτικά γεγονότα έδειξαν ελπιδοφόρες λύσεις για τη διαχείριση της εξουθένωσης. Ωστόσο, μετά το πέρας ορισμένων προγραμμάτων αντιμετώπισης του προβλήματος, σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, το σύνδρομο εξουθένωσης επανεμφανίζεται, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη για τυχόν βελ-

τίωσή τους. Επιπλέον, μέχρι σήμερα δεν έχουν υπάρξει καλά σχεδιασμένες μελέτες που να το αποδεικνύουν. Απαιτείται περισσότερη παρέμβαση για τους φοιτητές ιατρικής, τους ειδικευόμενους και τους ειδικευμένους ιατρούς προκειμένου να βελτιωθεί η ψυχολογική ευεξία, η επαγγελματική απόλαυση της σταδιοδρομίας καθώς και η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς.

ABSTRACT

Naoum S. **Burnout among medical doctors.** *Hell Iatr 2019; 85: 6-12.*

Burnout is a common syndrome seen in healthcare workers, especially to doctors exposed to high levels of stress. Burnout syndrome includes emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment. Burnout among doctors has received considerable attention due to the adverse effects on patient care and medical staff. Doctors with high burnout levels reported having committed more medical errors. Stress management programs ranging from relaxation to cognitive-behavioral and patient-centered therapy have been found to be of great importance when it comes to preventing and treating burnout. However, evidence is inadequate to support that stress management programs can help reduce job-related stress beyond the intervention period, and similarly mindfulness-based stress reduction interventions effectively reduce psychological distress, encouraging empathy significantly improving the quality of life of doctors. On the other hand, some studies have indicated that Balint-type sessions can have promising positive effects on burnout prevention. In addition, exercise can reduce anxiety levels and exhaustion symptoms while improving the mental and physical well-being of healthcare workers. Occupational interventions in the work settings can also improve the emotional and work-induced exhaustion. The combination of both individual and organizational interventions can make a significant contribution to reducing the impact of the syndrome among doctors. Of course, more research targeting medical students, residents, and practicing physicians is needed, in order to improve psychological well-being, professional careers, as well as the quality of care provided to patients.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Keel P*. Psychological stress caused by work: burnout syndrome. Soz Praventivmed 1993; 38: 131-2.
2. *Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, et al*. Burnout and suicidal ideation among US medical students. Ann Intern Med 2008; 149: 334-1.
3. *Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al*. Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg 2010; 251: 995-1000.
4. *Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP*. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52: 397-422.
5. *Maslach C, Jackson S*. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav 1981; 2: 99-113.
6. *Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE*. Maslach Burnout Inventory-General Survey. The Maslach burnout inventory-test manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
7. *Shanafelt TD, Sonja B, Litjen T, et al*. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. JAMA Intern Med 2012; 172: 1377-85.
8. *Dyrbye LN, Massie FS Jr, Eacker A, et al*. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. JAMA 2010; 304: 1173-80.
9. *Shanafelt TD*. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. JAMA 2009; 302: 1338-40.
10. *Cohen JS, Leung Y, Fahey M, et al*. The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. BMC Res Notes 2008; 1: 105.
11. *Legassie J, Zibrowski E, Goldszmidt M*. Measuring resident well-being: impostorism and burnout syndrome in residency. J Gen Intern Med 2008; 23: 1090-4.
12. *Ashkar K, Romani M, Musharrafieh U, Shaaya M*. Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. Postgrad Med 2010; 86: 266-71.
13. *Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al*. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract 2008; 25: 245-65.
14. *Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JR*. Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. Psychooncology 2008; 17:570-6.
15. *Al-Dubai AR, Rampal KG*. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. J Occup Health 2010; 52:58-65.
16. *Abdulla L, Al-Qahtani DM, Al-Kuwari MG*. Prevalence and determinants of burnout syndrome among primary healthcare physicians in Qatar. S Afr Fam Pract 2011; 53: 380-3.
17. *Selaihem A*. Prevalence of burnout amongst physicians working in primary care in Riyadh military hospital, Saudi Arabia. Health Care Manag Rev 2008; 33: 29-39.
18. *Lee FJ, Stewart M, Brown JB*. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? Can Fam Physician 2008; 54: 234-5.
19. *Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, et al*. Burnout and career satisfaction among American surgeons. Ann Surg 2009; 250: 463-71.
20. *Van der Klink JJ, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH*. The benefits of interventions for work-related stress. Am J Public Health 2001; 91: 270-6.

21. *Ito JK, Brotheridge C*. Resources, coping strategies, and emotional exhaustion: a conservation of resources perspective. J Vocat Behav 2003; 63: 490-509.

22. *Gunthner A, Batra A*. Prevention of burnout by stress management. Bundegesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2012; 55: 183-9.

23. *Sims J*. The evaluation of stress management strategies in general practice: an evidence-led approach. Br J Gen Pract 1997; 47: 577-82.

24. *Gardiner M, Lovell G, Williamson P*. Physician you can heal yourself! Cognitive behavioral training reduces stress in GPs. Fam Pract 2004; 21: 545-51.

25. *Ball S, Bax A*. Self-care in medical education: effectiveness of health-habits interventions for first year medical students. Acad Med 2002; 77: 911-7.

26. *Mitchell RE, Matthews JR, Grandy TG, Lupo JV*. The question of stress among first-year medical students. J Med Educ 1983; 58: 367-72.

27. *Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, et al*. Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. Teach Learn Med 2003; 15: 88-92.

28. *Skodova Z, Lajciakova P*. The effect of personality traits and psychosocial training on burnout syndrome among healthcare students. Nurse Educ Today 2013; 33: 1311-15.

29. *Feld J, Heyse-Moore L*. An evaluation of a support group for junior doctors working in palliative medicine. Am J Hosp Palliat Care 2006; 23: 287-96.

30. *McCue JD, Sachs CL*. A stress management workshop improves residents' coping skills. Arch Intern Med 1991; 151:2273-7.

31. *Ospina-Kammerer V, Figley CR*. An evaluation of the respiratory one method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. Int J Emerg Ment Health 2003; 5: 29-32.

32. *Krasner M, Epstein RM, Beckman H, et al*. Association of an Educational Program in Mindful Communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. JAMA 2009; 302: 1284-93.

33. *Goodman MJ, Schorling JB*. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. Int J Psychiatry Med 2012; 43: 119-28.

34. *Kacenelenbogen N, Offermans AM, Roland M*. Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions. Rev Med Brux 2011; 32: 413-23.

35. *Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M*. Mindfulnessbased stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. Int J Stress Manag 2005; 12: 164-76.

36. *Martı´n-Asuero A, Garcı´a-Banda G*. The mindfulness-based stress reduction program reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. Span J Psychol 2010; 13: 897-905.

37. *Isaksson K, Gude T, Tyssen R, Aasland EG*. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. BMJ 2008; 337: a2004.

38. *Brooks DM, Bradt J, Eyre L, Hunt A, Dileo C*. Creative approaches for reducing burnout in medical personnel. Arts Psychothe 2010; 37: 255-63.

39. *Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J*. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev 2006: CD002892.

40. *Benson J, Magraith K*. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. Aust Fam Physician 2005; 34: 497-8.

41. *Kjeldmand D, Holmstrom I*. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Ann Fam Med 2008; 6: 138-45.

42. *Margalit AP, Glick SM, Benbassat J, Cohen A, Katz M*. Promoting a biopsychosocial orientation in family practice: effect of two teaching programs on the knowledge and attitudes of practicing primary care physicians. Med Teach 2005; 27: 613-8.

43. *Montero-Marı´n J, Asu´n S, Estrada-Marce´n N, Romero R, Asu´n R*. Effectiveness of a stretching program on anxiety levels of workers in a logistic platform: a randomized controlled study. Aten Primaria 2013; 45: 376-83.

44. *Toker S, Biron M*. Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. J Appl Psychol 2012; 97: 699-710.

45. *Wemme KM, Rosvall M*. Work related and non-work related stress in relation to low leisure time physical activity in a Swedish population. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 377-9.

46. *Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I*. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychol Bull 2006; 132: 327-53.

47. *Gerber M, Brand S, Elliot C, et al*. Aerobic exercise training and burnout: a pilot study with male participants suffering from burnout. BMC Res Notes 2013; 6:78.

48. *Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L*. Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program. J Gen Intern Med 2007; 22: 1544-52.

49. *Awa W, Plaumann M, Walter U*. Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns 2010; 78: 184-90.

50. *Danhof-Pont M, van Veen T, Zitman FG*. Biomarkers in burnout: a systematic review. J Psychosom Res 2011; 70: 505-24.

Αλληλογραφία:
Σ. Ναούμ
Ανδρέα Εμπειρίκου 37Α
263 35 Πάτρα
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Corresponding author:
S. Naoum
Andrea Empeirikou 37A street
263 35 Patra, Greece
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2019, 85, 1-2: 13 - 17

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Ο ρόλος της προκαλσιτονίνης στις καρδιαγγειακές παθήσεις

Μαρίνα Γερασίμου[1], Σταύρος Μαντζούκης[2]

[1] Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα
[2] Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Περίληψη. Η προκαλσιτονίνη αποτελεί ένα νεότερο βιοδείκτη που χρησιμοποιείται για την διάγνωση σοβαρών μικροβιακών λοιμώξεων και ταυτόχρονα ως οδηγός για την έγκαιρη έναρξη και τερματισμό της αντιβιοτικής αγωγής όπου χρειάζεται. Τα τελευταία χρόνια αναδύεται ο ρόλος της προκαλσιτονίνης στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Πιο συγκεκριμένα, η προκαλσιτονίνη χρησιμοποιείται στην διαγνωστική προσπέλαση ασθενών με δύσπνοια προκειμένου να γίνει διαφορική διάγνωση μεταξύ λοίμωξης και οξείας καρδιακής ανεπάρκειας. Επίσης αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα στην καρδιακή ανεπάρκεια. Παρέχει σημαντική βοήθεια στην διάγνωση της ενδοκαρδίτιδας και φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφραγμα μυοκαρδίου. Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι η προκαλσιτονίνη αποτελεί μέτρο σοβαρότητας της αθηρωματικής νόσου. Ωστόσο, μεγαλύτερες πολυκεντρικές μελέτες απαιτούνται προκειμένου η προκαλσιτονίνη να χρησιμοποιηθεί εκτενέστερα στις καρδιαγγειακές παθήσεις.
Ελλην Ιατρ 2019, 85: 13 - 17.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προκαλσιτονίνη είναι πρόδρομο μόριο της καλσιτονίνης και παράγεται φυσιολογικά από τα κύτταρα C του θυρεοειδούς αδένα. Σε συνθήκες όμως λοίμωξης, οι προφλεγμονώδεις παράγοντες και οι ενδοτοξίνες διεγείρουν την παραγωγή προκαλσιτονίνης και από άλλα παρεγχυματικά κύτταρα[1-4]. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η αύξηση των επιπέδων προκαλσιτονίνης πέραν των φυσιολογικών ορίων. Έτσι η προκαλσιτονίνη χρησιμοποιείται για την διάγνωση των βακτηριακών λοιμώξεων και για την καθοδήγηση της έναρξης ή μη αντιβιοτικής αγωγής. Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την χρήση της προκαλσιτονίνης σε διάφορες παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος όπως η αθηρωμάτωση, τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα, η οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και η ενδοκαρδίτιδα.

ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Διαφορική διάγνωση μεταξύ λοίμωξης και οξείας καρδιακής ανεπάρκειας

Μία από τις κυριότερες αιτίες προσέλευσης ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων αποτελεί η οξεία δύσπνοια. Αίτια αυτής, αποτελούν κυρίως παθήσεις του αναπνευστικού (όπως οι λοιμώξεις αναπνευστικού και οι εξάρσεις χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας) και του καρδιαγγειακού συστήματος (όπως η καρδιακή ανεπάρκεια)[5]. Η αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών θα πρέπει να είναι γρήγορη (καθώς μπορεί να απειλείται η ζωή του ασθενή), συμπωματική αρχικά και εν συνεχεία αιτιολογική. Ωστόσο, η αιτιολογική αντιμετώπιση των περιστατικών δύσπνοιας στο χώρο του τμήματος επειγό-

ντων περιστατικών είναι εξαιρετικά δύσκολη καθώς συνήθως οι ασθενείς είναι μεγάλης ηλικίας, συχνά με άτυπη συμπτωματολογία και με πολλαπλές συννοσηρότητες[5,6]. Παρόλα αυτά η αιτιολογική διάγνωση και αντιμετώπιση θα πρέπει να αποτελεί στόχο κάθε ιατρού καθώς μία λανθασμένη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε λήψη λανθασμένων μέτρων αντιμετώπισης και τελικά σε επιβάρυνση της κλινικής πορείας του ασθενή. Η προκαλσιτονίνη μπορεί να δώσει λύση στα παραπάνω προβλήματα καθώς επιτρέπει την διαφορική διάγνωση μεταξύ λοίμωξης αναπνευστικού και οξείας καρδιακής ανεπάρκειας[7]. Ταυτόχρονα σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση μιας λοίμωξης ως αιτία απορρύθμισης της καρδιακής ανεπάρκειας. Η προκαλσιτονίνη αποτελεί ένα δείκτη φλεγμονής που παρουσιάζει μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα (και συνολικά καλύτερη διαγνωστική ακρίβεια) σε σχέση με δείκτες που χρησιμοποιούνταν έως τώρα όπως η C – αντιδρώσα πρωτεΐνη, ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων και η ταχύτητα καθίζησης ερυθρών[8-10]. Έτσι τα αυξημένα επίπεδα προκαλσιτονίνης συνάδουν υπέρ της ύπαρξης βακτηριακής λοίμωξης και οδηγούν στην έναρξη αντιβιοτικής αγωγής βελτιώνοντας την πρόγνωση[1,11]. Μάλιστα, όσο περισσότερο αυξημένα είναι τα επίπεδα της προκαλσιτονίνης συνήθως τόσο σοβαρότερη είναι και η λοίμωξη[12-15]. Ασθενείς με ενεργό λοίμωξη και αυξημένα επίπεδα προκαλσιτονίνης που δεν έλαβαν αντιβίωση παρουσίασαν χειρότερη πρόγνωση όπως επίσης και ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και χωρίς ενεργό λοίμωξη που έλαβαν λανθασμένα αντιβιοτική αγωγή[16-18]. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι τα επίπεδα προκαλσιτονίνης δεν αυξάνονται τόσο πολύ σε ιογενείς λοιμώξεις καθώς η ιντερφερόνη-γ που παράγεται σε αυτές τις περιπτώσεις, αναστέλλει την σύνθεση προκαλσιτονίνης[19,20].

Η προκαλσιτονίνη έχει χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για την έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με βάση διάφορα πρωτόκολλα. Επίσης χρησιμοποιείται και για την διακοπή της αντιβιοτικής αγωγής όταν τα επίπεδα της μειωθούν > 80% της μέγιστης τιμής ή όταν η τιμή της προκαλσιτονίνης πέσει σε επίπεδα < 0,5 μg/L[21]. Η χρήση της προκαλσιτονίνης ως οδηγός για την αντιβιοτική αγωγή έχει οδηγήσει σε σημαντική μείωση της χρήσης αντιβιοτικών[22-28], γεγονός που αποτελεί ιδιαίτερη σημαντική συνεισφορά στην μείωση του παγκόσμιου προβλήματος της αυξημένης μικροβιακής αντοχής. Ταυτόχρονα υπάρχουν οικονομικά οφέλη (λόγω μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης) και οφέλη από την μείωση εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών των αντιβιοτικών[29].

Προκαλσιτονίνη ως προγνωστικός παράγων στην καρδιακή ανεπάρκεια

Αρκετές μελέτες έως τώρα έχουν καταδείξει την σημασία της προκαλσιτονίνης ως προγνωστικού παράγοντα στην καρδιακή ανεπάρκεια[30-34]. Μάλιστα φαίνεται ότι ο προγνωστικός ρόλος της προκαλσιτονίνης δεν σχετίζεται πάντα με συνυπάρχουσα λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος[35]. Η επικρατούσα υπόθεση είναι ότι στην καρδιακή ανεπάρκεια δημιουργείται φλεγμονή λόγω της συμφόρησης του μεσεντερίου που έχει σαν αποτέλεσμα την μεταπήδηση βακτηρίων από τον εντερικό αυλό στο αίμα και ακολούθως την ενεργοποίηση του ανοσολογικού συστήματος για την υπερνίκηση των βακτηριακών παραγόντων[36]. Φαίνεται λοιπό ότι τα αυξημένα επίπεδα προκαλσιτονίνης σχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση (εκφρασμένη ως μεγαλύτερος κίνδυνος θανατηφόρου συμβάντος τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα και ως μεγαλύτερη συχνότητα νοσηλειών) των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια[35,37-41], αν και χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες σε αυτό τον τομέα.

ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Όπως και στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έτσι και στους ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η συνυπάρχουσα λοίμωξη αναπνευστικού (όπως τεκμηριώνεται από τα αυξημένα επίπεδα προκαλσιτονίνης) φαίνεται να σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση[42]. Επίσης, η προκαλσιτονίνη σε αρκετές μελέτες φαίνεται να αποτελεί δείκτη πρόγνωσης εμφάνισης επιπλοκών μετά από ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο καθώς σχετίζεται με χειρότερη μετέπειτα λειτουργική κατάσταση και αυξημένη θνητότητα[43,44].

ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Η διάγνωση της βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό ιατρό. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα κριτήρια που θα πρέπει να ικανοποιούνται για να τεθεί η διάγνωση

της ενδοκαρδίτιδας. Τελευταία χρησιμοποιούνται τα κριτήρια των κατευθυντήριων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας που δημοσιεύτηκαν το 2015[45]. Τα κριτήρια αυτά περιλαμβάνουν κλινικά, μικροβιολογικά και απεικονιστικά ευρήματα. Η έγκαιρη έναρξη αντιβιοτικής αγωγής μπορεί να αποβεί σωτήρια σε αρκετές περιπτώσεις ενδοκαρδίτιδας και έτσι η εύρεση αυξημένων επιπέδων προκαλσιτονίνης σε ασθενείς με υποψία ενδοκαρδίτιδας και άτυπη κλινική εικόνα μπορεί να οδηγήσει σε πιο έγκαιρη διάγνωση[46]. Δεν πρέπει να λησμονείται το γεγονός ότι τα αυξημένα επίπεδα σχετίζονται άρρηκτα με την βακτηριαιμία που αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό της ενδοκαρδίτιδας.

ΠΡΟΚΑΛΣΙΤΟΝΙΝΗ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Βασικό χαρακτηριστικό της αθηρωμάτωσης αποτελεί η φλεγμονή. Διάφοροι δείκτες φλεγμονής και κυρίως η C – αντιδρώσα πρωτεΐνη, έχουν κατά καιρούς συσχετιστεί με την πρόγνωση ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου. Η προκαλσιτονίνη φαίνεται να είναι αυξημένη σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και μάλιστα είναι προγνωστικός παράγοντας επιπλοκών[47,48]. Επίσης φαίνεται να σχετίζεται με εκτεταμένη στεφανιαία νόσο αγγειογραφικά[49,50]. Ωστόσο περισσότερες μελέτες χρειάζονται για να μπορεί να προταθεί η ευρεία χρήση της ως δείκτης πρόγνωσης μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και ως μέτρο της έκτασης της αθηρωματικής νόσου[51].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προκαλσιτονίνη είναι ένας νέος βιοδείκτης που χρησιμοποιείται κυρίως στην διάγνωση σοβαρών βακτηριακών λοιμώξεων και στην καθοδήγηση της αντιβιοτικής αγωγής. Υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν την χρησιμότητα χρήσης του δείκτη αυτού στις καρδιαγγειακές παθήσεις και κυρίως στην καρδιακή ανεπάρκεια. Πιο συγκεκριμένα η προκαλσιτονίνη χρησιμεύει τόσο στην διαπίστωση συνυπάρχουσας λοίμωξης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια όσο σαν προγνωστικός δείκτης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Ωστόσο, χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες που να διερευνούν τον ρόλο της προκαλσιτονίνης και στις υπόλοιπες εκφάνσεις της καρδιαγγειακής νοσολογίας.

ABSTRACT

Gerasimou M, Mantzoukis S. **The role of procalcitonin in cardiovascular diseases.** *Hell Iatr 2019; 85: 13-17.*

Procalcitonin is a newer biomarker used to diagnose serious bacterial infections and, at the same time, as a guide to timely initiation and termination of antibiotic therapy where appropriate. In recent years, the role of procalcitonin in cardiovascular disease has emerged. In particular, procalcitonin is used in the diagnostic approach of patients with dyspnea to make a differential diagnosis between infection and acute heart failure. It is also an important prognostic factor in heart failure. It provides significant help in the diagnosis of endocarditis and appears to be a prognostic factor in stroke or myocardial infarction. Some studies report that procalcitonin is a measure of the severity of atherosclerotic disease. However, larger multicenter studies are required to make procalcitonin more extensively used in cardiovascular disease.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Christ-Crain M, Müller B*. Procalcitonin in bacterial infections-hype, hope, more or less? Swiss Med Wkly 2005; 135: 451-60.
2. *Hatzistilianou M*. Diagnostic and prognostic role of procalcitonin in infections. Sci World J 2010; 10: 1941-6.
3. *Müller B, White JC, Nylén ES, Snider RH, Becker KL, Habener JF*. Ubiquitous Expression of the Calcitonin-I Gene in Multiple Tissues in Response to Sepsis. J Clin Endocrinol Metab 2001; 86: 396-404.
4. *Becker KL, Snider R, Nylen ES*. Procalcitonin in sepsis and systemic inflammation: a harmful biomarker and a therapeutic target. Br J Pharmacol 2010; 159: 253-64.
5. *Mockel M, Searle J, Muller R, et al*. Chief complaints in medical emergencies. Eur J Emerg Med 2013; 20: 103-8.
6. *Karnath B, Holden M*. Physician NH-H, 2004 undefined. Chest pain: differentiating cardiac from noncardiac causes. researchgate.net
7. *Mallick A, Januzzi JL*. Biomarkers in acute heart failure. Rev Espa ola Cardiol 2015, 68: 514-25.
8. *Schuetz P, Raad I, Amin DN*. Using procalcitonin-guided algorithms to improve antimicrobial therapy in ICU patients with respiratory infections and sepsis. Curr Opin Crit Care 2013; 19: 453-60.
9. *Schuetz P, Litke A, Albrich WC, Mueller B*. Blood biomarkers for personalized treatment and patient management decisions in community-acquired pneumonia. Curr Opin Infect Dis 2013; 26: 159-67.
10. *Reinhart K, Bauer M, Riedemann NC, Hartog CS*. New Approaches to Sepsis: Molecular Diagnostics and Biomarkers. Clin Microbiol Rev 2012; 25: 609-34.

11. *Christ-Crain M, Muller B*. Biomarkers in respiratory tract infections: diagnostic guides to antibiotic prescription, prognostic markers and mediators. Eur Respir J 2007; 30: 556-73.

12. *Christ-Crain M, Stolz D, Bingisser R, et al*. Procalcitonin guidance of antibiotic therapy in community-acquired pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2006; 174: 84-93.

13. *Schuetz P, Christ-Crain M, Albrich W, Zimmerli W, Mueller B*. ProHOSP Study Group. Guidance of antibiotic therapy with procalcitonin in lower respiratory tract infections: Insights into the ProHOSP study. Virulence 2010; 1: 88-92.

14. *Müller B, Harbarth S, Stolz D, et al*. Diagnostic and prognostic accuracy of clinical and laboratory parameters in community-acquired pneumonia. BMC Infect Dis 2007; 7: 10.

15. *Karlsson S, Heikkinen M, Pettila V, et al*. Predictive value of procalcitonin decrease in patients with severe sepsis: a prospective observational study. Crit Care 2010; 14: 205.

16. *Morgenthaler NG, Struck J, Fischer-Schulz C, Bergmann A*. Sensitive immunoluminometric assay for the detection of procalcitonin. Clin Chem 2002; 48: 788-90.

17. *Wuerz RC, Meador SA*. Effects of prehospital medications on mortality and length of stay in congestive heart failure. Ann Emerg Med 1992; 21: 669-74.

18. *Maisel A, Neath S-X, Landsberg J, et al.* Use of procalcitonin for the diagnosis of pneumonia in patients presenting with a chief complaint of dyspnoea: results from the BACH (Biomarkers in Acute Heart Failure) trial. Eur J Heart Fail 2012; 14: 278-86.

19. *Henriquez-Camacho C, Losa J*. Biomarkers for Sepsis. Biomed Res Int 2014; 2014: 1-6.

20. *Gilbert DN*. Procalcitonin as a biomarker in respiratory tract infection. Clin Infect Dis 2011; 52: 346-50.

21. *Samsudin I, Vasikaran SD*. Clinical utility and measurement of procalcitonin. Clin Biochem Rev 2017; 38: 59-68.

22. *Stolz D, Christ-Crain M, Bingisser R, et al*. Antibiotic treatment of exacerbations of COPD. Chest 2007; 131: 9-19.

23. *Schuetz P, Batschwaroff M, Dusemund F, et al*. Effectiveness of a procalcitonin algorithm to guide antibiotic therapy in respiratory tract infections outside of study conditions: a post-study survey. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2010; 29: 269-77.

24. *Schuetz P, Christ-Crain M, Thomann R, et al*. Effect of procalcitonin-based guidelines vs standard guidelines on antibiotic use in lower respiratory tract infections. JAMA 2009; 302: 1059.

25. *Christ-Crain M, Jaccard-Stolz D, Bingisser R, Gencay MM, Huber PR, Tamm M, et al*. Effect of procalcitonin-guided treatment on antibiotic use and outcome in lower respiratory tract infections: cluster-randomised, single-blinded intervention trial. Lancet 2004; 363: 600-7.

26. *Schuetz P, Chiappa V, Briel M, Greenwald JL*. Procalcitonin algorithms for antibiotic therapy decisions. Arch Intern Med 2011; 171: 1322.

27. *Schuetz P, Briel M, Mueller B*. Clinical outcomes associated with procalcitonin algorithms to guide antibiotic therapy in respiratory tract infections. JAMA 2013; 309: 717.

28. *Schuetz P, Müller B, Christ-Crain M, et al*. Procalcitonin to initiate or discontinue antibiotics in acute respiratory tract infections. In: Schuetz P, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; p. CD007498.

29. *Schuetz P, Balk R, Briel M, et al*. Economic evaluation of procalcitonin-guided antibiotic therapy in acute respiratory infections: a US health system perspective. Clin Chem Lab Med 2015; 53: 583-92.

30. *Vasan RS, Sullivan LM, Roubenoff R, et al.* Inflammatory markers and risk of heart failure in elderly subjects without prior myocardial infarction: the Framingham Heart Study. Circulation 2003; 107: 1486-91.

31. *Miettinen KH, Lassus J, Harjola V-P, et al.* Prognostic role of pro- and anti-inflammatory cytokines and their polymorphisms in acute decompensated heart failure. Eur J Heart Fail 2008; 10: 396-403.

32. *Rauchhaus M, Doehner W, Francis DP, et al*. Plasma cytokine parameters and mortality in patients with chronic heart failure. Circulation 2000; 102: 3060-7.

33. *Ferrari R, Bachetti T, Confortini R, et al*. Tumor necrosis factor soluble receptors in patients with various degrees of congestive heart failure. Circulation 1995; 92: 1479-86.

34. *de Boer RA, Daniels LB, Maisel AS, Januzzi JL*. State of the Art: Newer biomarkers in heart failure. Eur J Heart Fail 2015; 17: 559-69.

35. *Villanueva MP, Mollar A, Palau P, et al*. Procalcitonin and long-term prognosis after an admission for acute heart failure. Eur J Intern Med 2015; 26: 42-8.

36. *Anker SD, Egerer KR, Volk HD, et al*. Elevated soluble CD14 receptors and altered cytokines in chronic heart failure. Am J Cardiol 1997; 79: 1426-30.

37. *Travaglino F, Russo V, De Berardinis B, et al*. Thirty and ninety days mortality predictive value of admission and in-hospital procalcitonin and mid-regional pro-adrenomedullin testing in patients with dyspnea. Results from the VERyfing DYspnea trial. Am J Emerg Med 2014; 32: 334-41.

38. *Aissou L, Sorbets E, Lallmahomed E, et al*. Prognostic and diagnostic value of elevated serum concentration of procalcitonin in patients with suspected heart failure. A review and meta-analysis. Biomarkers 2018; 23: 407-13.

39. *Canbay A, Celebi OO, Celebi S, Aydogdu S, Diker E*. Procalcitonin: a marker of heart failure. Acta Cardiol 2015; 70: 473-8.

40. *Cvetinovic N, Isakovic AM, Lainscak M, et al*. Procalcitonin in heart failure: hic et nunc. Biomark Med 2017; 11: 893-903.

41. *Banach J, Wołowiec Ł, Rogowicz D, et al*. Procalcitonin (PCT) Predicts Worse Outcome in Patients with Chronic Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (HFrEF). Dis Markers 2018; 2018: 1-6.

42. *Schuetz P, Aujesky D, Müller C, Müller B*. Biomarker-guided personalised emergency medicine for all –

hope for another hype? Swiss Med Wkly 2015; 145: w14079.

43. *Wang C, Gao L, Zhang Z-G, et al*. Procalcitonin Is a stronger predictor of long-term functional outcome and mortality than high-sensitivity C-reactive protein in patients with ischemic stroke. Mol Neurobiol 2016; 53: 1509-17.

44. *Hug A, Mürle B, Dalpke A, Zorn M, Liesz A, Veltkamp R*. Usefulness of serum procalcitonin levels for the early diagnosis of stroke-associated respiratory tract infections. Neurocrit Care 2011; 14: 416-22.

45. *Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al*. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. Eur Heart J 2015; 36: 3075-128.

46. *Mueller C, Huber P, Laifer G, Mueller B, Perruchoud AP*. Procalcitonin and the early diagnosis of infective endocarditis. Circulation 2004; 109: 1707-10.

47. *Sinning CR, Sinning J-M, Schulz A, et al*. Association of serum procalcitonin with cardiovascular prognosis in coronary artery disease. Circ J 2011; 75: 1184-91.

48. *Dai J, Xia B, Wu X*. Elevated plasma procalcitonin level predicts poor prognosis of ST elevation myocardial infarction in Asian elderly. Scand J Clin Lab Invest 2018; 78: 49-54.

49. *Kurtul A, Elcik D*. Procalcitonin is an independent predictor for coronary atherosclerotic burden in patients with stable coronary artery disease. Int J Cardiol 2017; 236: 61-4.

50. *Ertem AG, Efe TH, Yayla Ç, et al*. The association between serum procalcitonin levels and severity of coronary artery disease assessed by SYNTAX score in patients with acute coronary syndrome. Angiology 2017; 68: 40-5.

51. *Ilhan F, Akbulut H, Karaca I, Godekmerdan A, Ilkay E, Bulut V*. Procalcitonin, c-reactive protein and neopterin levels in patients with coronary atherosclerosis. Acta Cardiol 2005; 60: 361-5.

Αλληλογραφία:
Μαντζούκης Σταύρος
Στρατηγού Μακρυγιάννη 1
454 45 Ιωάννινα
e-mail: stavrosmantzoukis@gmail.com

Corresponding author:
Mantzoukis Stavros
1 Stratigou Makrigianni street
454 45 Ioannina, Greece
e-mail: stavrosmantzoukis@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2019, 85, 1-2: 18 - 24

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Αιματόμητρα λόγω ατρησίας του παρθενικού υμένα

Ι. Πατουλιάς[1], Θ. Φειδάντσης[1], Χ. Παντελή[1], Ο.-Ι. Σέμκογλου[1], Δ. Πατουλιάς[2]

[1] Α΄ Κλινική Χειρουργικής Παίδων ΑΠΘ, ΓΝ Γ. Γεννηματάς, Θεσσαλονίκη
[2] Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Περίληψη. Η αιματόμητρα, οφείλεται σε αδυναμία απορροής του αίματος κατά την αιμορραγική φάση του ωοθηκικού κύκλου (ΑΦΩΚ). Συχνότερο αίτιο είναι η ατρησία του παρθενικού υμένα (ΑΠΥ), με επίπτωση 0,014-0,1% στα θήλεα. Η πρώιμη διάγνωση είναι εφικτή είτε κατά τον προγεννητικό έλεγχο είτε με την προληπτική παιδοχειρουργική εξέταση κάθε θήλεος νεογέννητου. Εκδηλώνεται είτε στη νεογνική ηλικία ως υδρόκολπος, υδρομητρόκολπος ή βλεννόκολπος είτε μετά την εμμηναρχή. Το αίμα συλλέγεται στον κόλπο αρχικά (αιματόκολπος), στη συνέχεια στη μήτρα (αιματόμητρα), στις σάλπιγγες (αιματοσάλπιγγες) και σε παραμελημένες καταστάσεις στη περιτοναϊκή κοιλότητα (αιματοπεριτόναιο).
Στην παρούσα μελέτη περιγράφονται 3 περιπτώσεις αιματόμητρας σε κορίτσια ηλικίας 12,5, 13 και 14 ετών που αντιμετωπίσθηκαν στην Κλινική μας, την τελευταία πενταετία από την ίδια χειρουργική ομάδα. Το προεξάρχον σύμπτωμα των δυο πρώτων ήταν η οξεία επίσχεση ούρων, ενώ στην τρίτη περίπτωση ήταν η επιμένουσα οσφυαλγία. Κατά τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε διόγκωση του υπογαστρίου και προπέτεια του ΑΠΥ δια της αιδοιικής σχισμής. Με τη διαπρωκτική δακτυλική εξέταση ήταν εμφανής η προπέτεια του ΑΠΥ ενώ ψηλαφήθηκε αμφίχειρα η πυελική διόγκωση. Η διάγνωση τεκμηριώθηκε υπερηχογραφικά. Υπό γενική αναισθησία έγινε διατομή του πεπαχυμένου ΑΠΥ και παροχέτευση του αίματος, χωρίς άσκηση πίεσης του πυθμένα της μήτρας.
Συμπερασματικά: 1) Η εκδήλωση μετά την εμμηναρχή ενέχει τον κίνδυνο επιπλοκών όπως ενδομητρίωσης ή συμφύσεων στον αυλό των σαλπίγγων, με απώτερη επίπτωση την υπογονιμότητα. 2) Κατά την εξέταση κάθε κοριτσιού που βρίσκεται στην προεφηβεία με εμφανή δευτερογενή χαρακτηριστικά, χωρίς εμμηναρχή και ενοχλήματα από το ουροποιητικό σύστημα, δυσκοιλιότητα, άλγος υπογαστρίου, περινέου ή οσφύος δεν πρέπει να παραλείπεται η επισκόπηση του αιδοίου.
Ελλην Ιατρ 2019, 85: 18 - 24.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αιματόμητρα δηλαδή η συλλογή αίματος εντός της κοιλότητας της μήτρας, οφείλεται σε αδυναμία απορροής του αίματος της αιμορραγικής φάσης του ωοθηκικού κύκλου, λόγω αποφρακτικού τύπου ανωμαλίας του γεννητικού σωλήνα.

Η απαρχή της δημιουργίας του γεννητικού σωλήνα γίνεται με τη σύντηξη των πόρων του Müller, την 9η εμβρυική εβδομάδα[1,2]. Το ουραίο άκρο αυτής της αρχέγονης μητροκολπικής καταβολής εισέρχεται στο οπίσθιο τοίχωμα του ουρογεννητικού κόλπου, σχηματίζοντας το φύμα του Müller το οποίο επάγει το σχηματισμό των κολποκολεϊκών βολβών, με τη συνδρομή των μεσονεφρικών πόρων. Στη συνέχεια, οι κολποκολεϊκοί βολβοί συνενώνονται δημιουργώντας την κολπική πλάκα η οποία είναι συμπαγής και ακολούθως αυλοποιείται, γύρω στην 20η εμβρυική εβδομάδα, σχηματίζοντας την περιφερική μοίρα του κόλπου[3]. Ο παρθενικός υμένας (ΠΥ) ο οποίος σχηματίζεται από την ουραία μοίρα των κολποκολεϊκών βολβών, διαχωρίζοντας τον αυλό του κόλπου από τον ουρογεννητικό κόλπο, ρήγνυται προς το τέλος της

κύησης ή αμέσως μετά τη γέννηση[1,2]. Η ΑΠΥ οφείλεται είτε σε αποτυχία καναλοποίησης, είτε σε ατελή καναλοποίηση, με συνέπεια την ανάπτυξη υμενικού διαφράγματος ή παρθενικού υμένα δίκην ιστού αράχνης (crib form hymen)[1,2,4].

Η ατρησία του παρθενικού υμένα (ΑΠΥ) συνιστά τη συχνότερη αιτία, με επίπτωση από 1/1000 μέχρι 1/16000 θήλεα (0,014-0,1% των θήλεων[3,4]). Σε ορισμένες δε περιπτώσεις διαπιστώνεται οικογενής ή κληρονομική επίπτωση (5). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το σύνδρομο McKusick–Kaufman, το οποίο μεταβιβάζεται με τον σωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα, με κύριες εκδηλώσεις την πολυδακτυλία, τον υδρομητρόκολπο και τη συγγενή καρδιοπάθεια[5].

Η ΑΠΥ μπορεί να εκδηλωθεί είτε κατά την νεογνική ηλικία με την ανάπτυξη υδρόκολπου ή υδρομητρόκολπου ή βλεννόκολπου, είτε μετά την εμμηναρχή, με την ανάπτυξη αιματόκολπου[6]. Εφόσον η ΑΠΥ διαλάθει της νεογνικής ηλικίας, η αμέσως επόμενη χρονική φάση της ζωής που μπορεί να προκληθούν θορυβώδεις εκδηλώσεις είναι η εμμηναρχή. Το αίμα της αιμορραγικής φάσης των ωοθηκικών κύκλων συλλέγεται στον κόλπο αρχικά (αιματόκολπος), αλλά στη συνέχεια στην κοιλότητα της μήτρας (αιματόμητρα), στις σάλπιγγες (αιματοσάλπιγγες) και σε παραμελημένες καταστάσεις στην περιτοναϊκή κοιλότητα(αιματοπεριτόναιο)[7].

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι αφενός η βιβλιογραφική καταχώρηση των περιπτώσεών μας, αφετέρου η κατάθεση μιας αλγοριθμικής προσέγγισης, ώστε να διαγιγνώσκονται πρώιμα οι συγγενείς παθήσεις που ευθύνονται για την απόφραξη του γυναικείου γεννητικού σωλήνα πριν επισυμβούν επιπλοκές.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ 1ης ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

΄Εφηβη, 13 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, πλήρη ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου και χωρίς εμμηναρχή, προσήλθε στα ΤΕΠ με οξεία επίσχεση ούρων. Είχε προηγηθεί ανάλογο επεισόδιο προ μηνός που υποχώρησε χωρίς ιατρική παρέμβαση. Κατά το τελευταίο εξάμηνο ανέφερε επεισόδια περιοδικού άλγους στο υπογάστριο –ανά μήνα- με αντανάκλαση στην οσφυϊκή χώρα. Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε επώδυνη διόγκωση υπερηβικής χώρας και προπέτεια του άτρητου παρθενικού υμένα δια της αιδοιικής σχισμής. Επισκοπικά, ο παρθενικός υμένας είχε ελαφρώς κυανίζουσα απόχρωση. Με τη διενέργεια διαπρωκτικής δακτυλικής εξέτασης και πίεσης

Εικ. 1. *Υπερηχογραφική απεικόνιση της αιματόμητρας και της υπερκείμενης παραμόρφωσης του σχήματος της ουροδόχου κύστης.*

προς τα εμπρός του γεννητικού σωλήνα έγινε σαφέστερη η προπέτεια του άτρητου παρθενικού υμένα, όπως επίσης και η αμφίχειρη ψηλάφηση της πυελικής διόγκωσης. Στη συνέχεια, τοποθετήθηκε ουρηθρικός καθετήρας 14 Fr που απέδωσε 480 ml ούρων.

Στα πλαίσια της διαγνωστικής προσπέλασης έγινε υπερηχογραφικός έλεγχος, στον οποίο διαπιστώθηκε ευμεγέθης ανάγγεια σωληνώδης χωροκατακτητική εξεργασία 16×6 εκατοστών και μετακινούμενο υπερηχοικό περιεχόμενο η οποία παραμόρφωνε το σχήμα της ουροδόχου κύστης, λόγω της πίεσης από κάτω προς τα επάνω και εμπρός (Εικ. 1).

Υπό γενική αναισθησία διενεργήθηκε κυκλοτερής τομή με συναφαίρεση της κεντρικής μοίρας του παρθενικού υμένα και ευχερής παροχέτευση 400 ml αίματος (Εικ. 2).

Αποφύγαμε την άσκηση πίεσης στον πυθμένα της μήτρας και για την ολοκλήρωση της παροχέτευσης του αίματος, έγινε τοποθέτηση ουρηθρικού καθετήρα στον κόλπο δια της οπής του παρθενικού υμένα και έκπλυση της κοιλότητας του με φυσιολογικό ορό. Τέλος, έγινε συρραφή των βλεννογονικών πετάλων του υμένα με χωριστές ραφές απορροφήσιμου ράμματος.

Εικ. 2. *Ευχερής παροχέτευση του αίματος, μετά τη διατομή του άτρητου παρθενικού υμένα.*

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ 2ης ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

΄Εφηβη, 12,5 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό με αδρεναρχή χωρίς εμμηναρχή, προσήλθε στα ΤΕΠ με οξεία επίσχεση ούρων. Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε επώδυνη διόγκωση του υπογαστρίου (Εικ. 3), χωρίς σημειολογία οξείας χειρουργικής κοιλίας και προπέτεια του άτρητου παρθενικού υμένα δια της αιδοιικής σχισμής (Εικ. 4).

Στη συνέχεια, τοποθετήθηκε ουρηθρικός καθετήρας, 14 Fr που απέδωσε 430 ml ούρων. Ακολούθησε υπερηχογραφικός έλεγχος της κάτω κοιλίας, στον οποίο ανεδείχη ευμεγέθης και ανάγγεια χωροκατακτητική εξεργασία, 17×6,5 εκατοστών με μετακινούμενο υπερηχοικό περιεχόμενο.

Ακολούθησε επείγουσα χειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία. Διενεργήθηκε κυκλοτερής τομή με συναφαίρεση της κεντρικής μοίρας του παρθενικού υμένα και ευχερής παροχέτευση 340 ml αίματος.

Αποφύγαμε την άσκηση πίεσης στον πυθμένα της μήτρας, και για την ολοκλήρωση της παροχέτευσης του αίματος έγινε τοποθέτηση ουρηθρικού καθετήρα στον κόλπο δια της οπής του παρθενικού υμένα και έκπλυση της κοιλότητας του με φυσιολογικό ορό. Τέλος, έγινε συρραφή των βλεννογονικών πετάλων του παρθενικού υμένα με χωριστές ραφές απορροφήσιμου ράμματος.

Εικ. 3. *Διακρίνεται σαφώς η διόγκωση του υπογαστρίου συνέπεια της οξείας επίσχεσης ούρων, που προκλήθηκε από την ανάπτυξη της αιματόμητρας.*

Εικ. 4. *Προπέτεια του άτρητου παρθενικού υμένα στον οποίο διακρίνεται η κυανόχρωη απόχρωση, δια της αιδοιικής σχισμής.*

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ 3ης ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

΄Εφηβη, 14 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, χωρίς εμμηναρχή, προσήλθε στα ΤΕΠ παραπονούμενη για αίσθημα βάρους στο υπογάστριο και χρόνια οσφυαλγία.

Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε επώδυνη διόγκωση του υπογαστρίου, που έφθανε μέχρι το ύψος του ομφαλού, χωρίς σημειολογία οξείας χειρουργικής κοιλίας και προπέτεια του άτρητου παρθενικού υμένα δια της αιδοιικής σχισμής, ο οποίος είχε παχύ τοίχωμα και κυανή απόχρωση (Εικ. 5). Η οριοθέτηση της διόγκωσης ήταν σαφέστερη με τη διενέργεια αμφίχειρης εξέτασης.

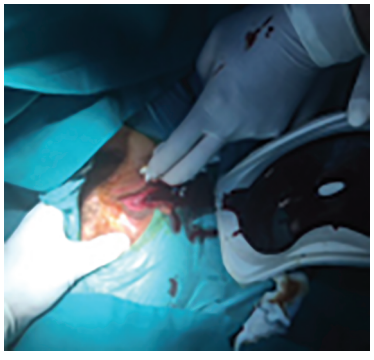
Στα πλαίσια της διαγνωστικής προσπέλασης ακολούθησε υπερηχογραφικός έλεγχος κάτω κοιλίας στον οποίο ανεδείχθη ευμεγέθης και ανάγγεια χωροκατακτητική εξεργασία διαστάσεων 21×7,3 εκατοστών, με μετακινούμενο υπερηχοικό περιεχόμενο.

Ακολούθησε επείγουσα χειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία.

Διενεργήθηκε κυκλοτερής τομή με συναφαίρεση της κεντρικής μοίρας του παρθενικού υμένα και ευχερής παροχέτευση 1500 mL αίματος (Εικ. 6).

Αποφύγαμε την άσκηση πίεσης στον πυθμένα της μήτρας και για την ολοκλήρωση της παροχέτευσης του αίματος έγινε τοποθέτηση ουρηθρικού καθετήρα στον

Εικ. 5. *Προπέτεια του άτρητου παρθενικού υμένα στον οποίο διακρίνεται η κυανόχρωη απόχρωση, δια της αιδοιικής σχισμής.*



Εικ. 6. *Ευχερής παροχέτευση του αίματος, μετά τη διατομή του άτρητου παρθενικού υμένα.*

κόλπο δια της οπής του παρθενικού υμένα και έκπλυση της κοιλότητας του με φυσιολογικό ορό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η 1η ασθενής είχε ευχερή αφύπνιση με το πέρας της επέμβασης και ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία. Ο ουρηθρικός καθετήρας αφαιρέθηκε την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και την επόμενη η ασθενής πήρε εξιτήριο. Στα πλαίσια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης εξετάσθηκε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας σε 15 και 60 ημέρες. Η μικρή είχε αιμορραγική φάση 2 κύκλων (30 και 31 ημερών, αντίστοιχα), διάρκειας 5 ημερών. Μετά από ένα μήνα διενεργήθηκε υπερηχογράφημα κάτω κοιλίας και οργάνων του ουροποιητικού συστήματος, χωρίς να αναδειχθεί συγκεκριμένη παθολογία ενώ η μήτρα και ο κόλπος είχαν επανέλθει στις φυσιολογικές διαστάσεις (Εικόνα 8). Τέλος, είναι απαραίτητος ο υπερηχογραφικός έλεγχος του ουροποιητικού συστήματος, στα πλαίσια του αποκλεισμού συνυπαρχουσών ουρολογικών παθήσεων με αποφρακτικές ανωμαλίες του γεννητικού σωλήνα.

Η 2η και η 3η ασθενής είχαν ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία και εξήλθαν από το νοσοκομείο την 3η μετεγχειρητική ημέρα. Στα πλαίσια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης εξετάσθηκε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής μας, μετά την παρέλευση 40 και 43 ημερών, αντίστοιχα. Από τον απεικονιστικό έλεγχο του ουροποιητικού συστήματος δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Στη μετεγχειρητική περίοδο είχαν ένα πλήρη καταμήνιο κύκλο, με αιμορραγική φάση 5 και 6 ημερών, αντίστοιχα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έμμεση διάγνωση των συγγενών ανωμαλιών που προκαλούν απόφραξη του γεννητικού σωλήνα των θήλεων μπορεί να επιτευχθεί, γύρω στην 25η εμβρυική εβδομάδα, στα πλαίσια του προγεννητικού υπερηχογραφικού ελέγχου, με την απεικόνιση υδρόκολπου ή υδρομητρόκολπου ή βλεννόκολπου[8,9,10].

Στις περιπτώσεις όμως ολιγάμνιου ή παχυσαρκίας της εγκυμονούσας, η μαγνητική τομογραφία θεωρείται πιο αξιόπιστη, ιδιαίτερα στη συνεκτίμηση συγγενών ανωμαλιών, στα πλαίσια συνδρομικής διαταραχής, όπως τα σύνδρομα McKusick Kaufman, Ellis van Creveld, Bardet-Bedl, VACTERL, MURCS[10].

Για την πρώιμη διάγνωση της ΑΠΥ πρέπει να αξιολογούνται οι ανατομικές δομές της αιδοιικής σχισμής. Κατά την νεογνική ηλικία ο παρθενικός υμένας είναι πεπαχυμένος, λόγω της τοπικής δράσης των μητρικών οιστρογόνων. Λόγω του μικρού μεγέθους των γεννητικών οργάνων, αλλά και της πάχυνσης του παρθενικού υμένα, δεν είναι εύκολο να διαπιστωθούν από έναν ανυποψίαστο εξετάζοντα διάφορες ανατομικές παραλλαγές όπως η πρόσθια εκτοπία, η παρουσία μικρών οπών στον παρθενικό υμένα (micro perforated hymen), η παρουσία διαφράγματος ή πτυχών[11,12,13]. Λόγω της δράσης των μητρικών οιστρογόνων ο παρθενικός υμένας μπορεί να είναι ελαστικός και από την επιφάνεια του να εκφύονται κροσσοί, με συνέπεια να μην είναι δυνατόν να αξιολογηθεί η ύπαρξη οπών[11,12]. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να βοηθήσει η προσπάθεια τοποθέτησης λεπτού καθετήρα σίτισης στον κόλπο, σε μήκος 2-3 εκατοστών[11,12,13].

Εφόσον έχει αναπτυχθεί υδρομητρόκολπος, ο πεπαχυμένος παρθενικός υμένας συνήθως προβάλει δια της αιδοιικής σχισμής, έχοντας χαρακτηριστική κιτρινωπή απόχρωση. Στη διαγνωστική προσπέλαση μπορεί να συμβάλει η διενέργεια διαπρωκτικής δακτυλικής εξέτασης, με άσκηση ήπιας πίεσης προς τα εμπρός δια του κάτω κολπικού τοιχώματος, ώστε να προβάλει ο άτρητος παρθενικός υμένας.

Ο υδρομητρόκολπος εκδηλώνεται σαν μάζα υπογαστρίου που μπορεί να προκαλέσει πιεστικά φαινόμενα στο κατώτερο ουροποιητικό σύστημα ή στη τελική μοίρα του παχέος εντέρου (δυσκοιλιότητα, τεινεσμός[4,14]. Σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να αναπτυχθεί αναπνευστική δυσχέρεια. Ο δε εξεταστής έχει τη δυνατότητα να ψηλαφήσει αμφίχειρα την αναπτυχθείσα μάζα.

Στα πλαίσια της διαφορικής διάγνωσης πρέπει να αποκλεισθούν οι παθήσεις που χαρακτηρίζονται από:

- *απόφραξη της περιφερικής μοίρας του γυναικείου γεννητικού σωλήνα* όπως η συγκόλληση των μικρών χειλέων του αιδοίου, το υμενικό διάφραγμα, η στενωτική εκβολή της εκφορητικής μοίρας ουρογεννητικού κόλπου ή κλοάκης, η αγενεσία ή ατρησία του κόλπου και η παρουσία κολπικού διαφράγματος[11,15,16],
- *προπέπεια μορφώματος δια της αιδοιικής σχισμής* όπως η προσπίπτουσα ουρητηροκήλη, η πρόπτωση ουρήθρας, η βλεννώδης περιουρηθρική κύστη και το εμβρυονικό ραβδομυοσάρκωμα[11,15,16] και τέλος

- την *ανάπτυξη πυελικής μάζας,* όπως κύστη ωοθήκης, μεσεντερική κύστη, πρόσθια μηνιγγοκήλη, ιεροκοκκυγικό τεράτωμα με κοιλιακή επέκταση. Οι Sak και συν. μελέτησαν 14 προεφήβους μέσης ηλικίας 13,8 έτη με αιματόκολπο συνέπεια ατρησίας παρθενικού υμένα και διαπίστωσαν την αύξηση των ογκογόνων δεικτών CA 125 και CA19-9, χωρίς να συνυπάρχει κακοήθεια της ελάσσονος πυέλου[17].

Η πρώιμη διάγνωση της ΑΠΥ είναι εφικτή κατά τη νεογνική περίοδο της ζωής, με την ενδελεχή παιδοχειρουργική εξέταση. Διαφορετικά, η εκδήλωση της νόσου κατά την εμμηναρχή έχει τον κίνδυνο ανάπτυξης επιπλοκών –συνέπεια της παλίνδρομης ροής του αίματος του αιματόκολπου- όπως της ενδομητρίωσης και των συμφύσεων στον αυλό των σαλπίγγων, με απώτερη δυσμενή εξέλιξη την ανάπτυξη υπογονιμότητας.

Οι Kurodlou και συν. εκτιμούν ότι η ανάπτυξη του αιματόκολπου διαγιγνώσκεται 2,5-4 έτη μετά την εμμηναρχή[18]. Οι Luiz και συν. αναφέρονται σε έφηβη 19 ετών, με αιματόκολπο, συνέπεια ατρησίας του παρθενικού υμένα, που εδηλώθηκε με περιοδικό πυελικό άλγος εδώ και μια επταετία[19]. Ο Coppola αναφέρεται σε έφηβη με ΑΠΥ και αιματόκολπο και δημιουργία αυτόματου συριγγίου του παρθενικού υμένα μέσω του οποίου εξέρχονταν αιμορραγικό υλικό, χωρίς όμως αποσυμφόρηση του γεννητικού σωλήνα[20]. Οι Ho Wen και συν. αναφέρονται σε έφηβη 14 ετών με ΑΠΥ, ο οποίος ερρήχθη αυτόματα και αναπτύχθηκε πυοσάλπιγγα και περιωοθηκικό απόστημα, και, τελικώς, σηπτική καταπληξία[21].

Η «αμηνόρροια» ή κρυπτομηνόρροια μπορεί να είναι λοιπόν πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. Η δευτεροπθής μπορεί να οφείλεται σε σύγκλειση ή στένωση των μικρών οπών ενός παρθενικού υμένα που μπορεί να συμβεί, είτε αυθόρμητα, είτε ιατρογενώς, ή μετά από σεξουαλική κάκωση[22]. Σπανιότερα μπορεί να συμβεί μετά από την αποτυχημένη διατομή ενός άτρητου παρθενικού υμένα, συνέπεια συγκόλλησης των τραυματικών χειλέων[23].

Η προπέτεια του παρθενικού υμένα δια της αιδοιικής σχισμής και η κυανόχρωη απόχρωση του η οποία ανευρίσκεται στο 60% των περιπτώσεων συνιστούν παθογνωμονικά κλινκά ευρήματα για την διάγνωση της ΑΠΥ, καθώς δεν ανευρίσκονται σε υψηλή ατρησία ή σε αγενεσία του κόλπου ή σε παρουσία κολπικού διαφράγματος[11,24]. Οι Oakes και συν. αναφέρονται σε κορίτσι 13 ετών στο οποίο συνυπήρχε υψηλό κολπικό διάφραγμα και ΑΠΥ[25].

Η διάγνωση των τριών περιστατικών τεκμηριώθηκε με τη διενέργεια υπερηχογραφήματος το οποίο συνέβαλε στην ανάδειξη της σύστασης της πυελικής μάζας αλλά και της μεταβολής της θέσης του περιεχομένου της. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος μπορεί να γίνει δια του κοιλιακού τοιχώματος, όπως στα περιστατικά μας, είτε διαπερινεικά ή διαορθικά. Με το διαοθρικό υπερηχογράφημα υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης του πάχους του παρθενικού υμένα[26]. Η απεικονιστική μελέτη πρέπει να περιλαμβάνει και τον έλεγχο των οργάνων του ουροποιητικού συστήματος στα πλαίσια αποκλεισμού συνυπαρχουσών ουρολογικών παθήσεων, όπως άλλωστε διενεργήσαμε στα παριστατικά μας. Οι Shaw και συν. διαπίστωσαν ότι στο 25-90% των περιπτώσεων ΑΠΥ συνυπάχουν ουρολογικές ανωμαλίες με συχνότερες την ομόπλευρη αγενεσία νεφρού και το διπλό καλυκοπυελικό σύστημα[27].

Ανωμαλίες διπλασιασμού του γεννητικού σωλήνα με υποπλασία ή απόφραξη μιας εκ των δυο καταβολών αποκλείσθηκαν από το ιστορικό των ασθενών, διότι θα συνυπήρχαν αιματόμητρα ομόπλευρα της απόφραξης και έμμηνος ρύση από το ετερόπλευρο κέρας. Οι Al Ghafri και συν. αναφέρονται στο σύνδρομο OHVIRA που χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη απόφραξης του ενός από τα δυο κέρατα και ομόπλευρη νεφρική ανωμαλία (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly)[28].

Επειδή λόγω μικρού μήκους, ευθείας πορείας και μεγάλου εύρους της ουρήθρας, η οξεία επίσχεση ούρων είναι σπανιότατη στα θήλεα, πρέπει να αποκλείεται η πυελική μάζα όπως κύστη ωοθήκης, μεσεντερική κύστη, πρόσθια μηνιγγοκήλη, ιεροκοκκυγικό τεράτωμα με κοιλιακή επέκταση ή λέμφωμα[5,6,11,12,29].

Στις δυο πρώτες ασθενείς η αιματόμητρα είχε συμπεριφορά πυελικής μάζας που προκάλεσε είτε τέντωμα (stretching), είτε απευθείας άμεση απόφραξη της ουρήθρας, είτε γωνίωσή της με συνέπεια την έμμεση απόφραξη της[23,30]. Λόγω ερεθισμού του ιερού πλέγματος μπορεί να αναπτυχθεί μειωμένη εξωθητική ικανότητα του εξωστήρα μυός ή αυξημένη συσπαστικότητα του ουρηθρικού σφιγκτήρα[31].

Στην 3η περίπτωση το προεξάρχον σύμπτωμα ήταν το επιμένον άλγος της οσφυικής χώρας. Αποτελεί σχετικά συχνή εκδήλωση, καθώς παρατηρείται στο 38-40% των περιπτώσεων και οφείλεται στον ερεθισμό των νευρικών κλάδων του ιερού πλέγματος, συνέπεια της υπερδιάτασης του γεννητικού σωλήνα[14,25,32,33].

Οι συνηθέστερα εφαρμοζόμενες κλασικές χειρουργικές τεχνικές είναι η κυκλοτερής τομή στη συνήθη θέση του υμενικού δακτυλίου, η σταυροειδής τομή κατά τις διαγώνιες διαμέτρους του παρθενικού υμένα με αφαίρεση των τριγωνικών κρημνών και η κατακόρυφη διατομή του παρθενικού υμένα. Για την αποφυγή της ανάπτυξης συμφύσεων δεν πρέπει να αφήνονται απογυμνωμένες επιφάνειες στα χείλη των τομών[7,11]. Περιγράφεται διατομή του άτρητου παρθενικού υμένα με τη χρήση carbon dioxide laser. Οι Temime και συν. αναφέρονται σε ανάπτυξη υποτροπής, λόγω επαναστένωσης του διατμηθέντος άτρητου παρθενικού υμένα σε 1/13 περιπτώσεις που αντιμετώπισαν[35].

Στα πλαίσια της παροχέτευσης του αίματος από την κοιλότητα του κόλπου πρέπει να αποφεύγεται η άσκηση πίεσης στον πυθμένα της μήτρας. Με αυτό τον χειρισμό το συλλεχθέν αίμα μπορεί να μετακινηθεί ανάστροφα με συνέπεια την ανάπτυξη ενδομητρίωσης ή συμφύσεων στον αυλό των σαλπίγγων[7]. Οι Temime και συν. αναφέρονται στην κένωση του γεννητικού σωλήνα από το συλλεχθέν αίμα χορηγώντας ενδοφλέβια οξυτοκίνη[35].

Αναδιφώντας διεξοδικά την σχετική βιβλιογραφία διαπισώσαμε την ύπαρξη μόνο μιας ανασκοπικής μελέτης στην οποία εκτιμάται η πρόγνωση των κοριτσιών με αιματόκολπο, συνέπεια ΑΠΥ. Οι Liang και συν. διαπίστωσαν ότι το 60% αυτών των κοριτσιών έχει διαταραχές του ωοθηκικού κύκλου, ενώ το 40% υποφέρει από δυσμηνόρροια[36]. Η δε αναπαραγωγική ικανότητα παραμένει ανεπηρέαστη[37].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κατά την φυσική εξέταση κοριτσιών προεφηβικής ηλικίας με αναπτυγμένα τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου χωρίς εμμηναρχή, τα οποία αναφέρουν είτε ενοχλήματα από το ουροποιητικό σύστημα, είτε δυσκοιλιότητα, είτε άλγος υπογαστρίου, περινέου ή οσφύος δεν πρέπει να παραλείπεται η επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων. Στην πλειονότητα δε των των περιπτώσεων η διάγνωση μπορεί να τεκμηριωθεί με βάση τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης.

ABSTRACT

Patoulias I, Feidantsis T, Panteli C, Semkoglou O-I, Patoulias D. **Hematometra due to hymenal atresia.** *Hell Iatr 2019; 85: 18-24.*

Hematometra is a condition involving retention of menstrual blood and occurs in 0.014-0.1% of females. It is most commonly caused by an imperforate hymen. Presentation of hematometra at the neonatal period includes hydrocolpos, hydrometrocolpos or mucocolpos, while post menarche blood is gradually accumulated in the vagina (hematocolpos), in the uterus (hematometra), in the fallopian tubes (hematosalpinx) or even in the peritoneal cavity (hemoperitoneum). Early diagnosis is feasible either by prenatal testing or by clinical examination of female neonates by pediatric surgeons. This study presents the cases of hematometra in three girls of 12, 13 and 14 years, who were managed by a single surgical team, at our department, in the last five years. The first two girls presented with acute urinary retention, while the third had long lasting back pain. On abdominal examination, fullness at hypogastrium and on vaginal inspection a bulging imperforate hymen were noted. A pelvic mass was felt on bimanual palpation. Diagnosis was confirmed by ultrasound. Under general anesthesia, a hymenotomy and drainage of vaginal canal were performed. To conclude, post menarche diagnosis poses the risk of complications, such as endometriosis or pelvic adhesions, that may cause infertility. Vaginal inspection should be a part of clinical examination in all prepubertal girls with secondary sex characteristics, but without menarche, who experience urinary symptoms, constipation or back, pelvic or perineal pain.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Giaccio CM, Epstein MG, Calore EE, et al*. Imperforate hymen in a 13-year-old adolescent. Einstein 2007; 5: 392-3.
2. *Stelling JR, Gray MR, Davis AJ, Cowan JM, Reindollar RH*. Dominant transmission of imperforate hymen. Fertility and Sterility 2000; 74(6): 1241-4.
3. *Patoulias I, Prodromou K, Kallergis K, Koutsoumis G*. Acute urinary retention due to hematocolpos: Report of two cases. J Pediatr Surg Case Reports 2013; 1-3.
4. *Aruyaru Stanley Mwenda*. Imperforate Hymen – a rare cause of acute abdominal pain and tenesmus: case report and review of the literature. Pan African Medical J 2013; 15: 28. doi:10.11604/pamj.2013.15.28.2251.
5. *Khatwa UA, Rajegowda B, Rosenberg HK, Lieber E*. McKusick-Kaufman Syndrome presenting prenatally as fetal abdominal mass. J Perinatol 2005; 25: 146-9.
6. *Navroop SJ, Borgis S, Imran M*. Neonatal imperforate hymen causing obstruction of the urinary tract. Urol 2009; 73:750-129.
7. *Anselm OO, Ezegwui UH*. Imperforated hymen presenting as acute urinary retention in a 14-year-old Nigerian girl. J Surg Tech Case Rep 2010; 2: 84-6.
8. *Bhargara P, Dighe M*. Prenatal us diagnosis of congenital imperforated hymen. Pediatr Radiol 2009; 39: 1014.

9. *Adaletli I, Ozer H, Kurugoglou S, et al.* Imperforated hymen with hydrocolpos diagnosed using prenatal MRI. AJR 2007; 189: 23-5.
10. *Nagaraj BR, Basavalingu D, Venkatesha, Paramesh M, Desai P, Kaginele Nagendra*. Radiological diagnosis of neonatal hydrometrocolpos - A Case Report. J Clin Diagn Res 2016; 10(3): 18-19. doi: [10.7860/JCDR/2016/18537.7510]
11. *Holcomb GW, Murphy JP*. Aschraft's Pediatric Surgery, 5th ed., Saunders Elsevier, Philadelphia 2010; 1019-22.
12. *Posner JC, Spandorfer PR*. Early detection of imperforated hymen prevents morbility from delays in diagnosis. Pediatr 2005; 115: 1008-12.
13. *Heger Ah, Tiscon L, Guerra L, et al*. Appearance of the genitalia in girls selected for non-abuse: review of hymenal morphology and nonspecific findings. J Pediatr Adolesc Gynecol 2002; 15: 27-35.
14. *Mou JWC, Tang PMY, Chan KW, Tam YH, Lee KH*. Imperforate hymen: cause of lower abdominal pain in teenage girls. Singapore Med J 2009; 50: e378-9. PMID: 19960149.
15. *Arena F, Roye C, Cruccetti A, et al*. The neonatal management and surgical correction of urinary hydrometrocolpos by a persistent urogenital sinus. BJUI 1999; 84: 1063-8.
16. *Bischoff A, Levitt M, Breech L, Louden E, Pena A*. hydrocolpos in cloacal malformations. J Pediatr Surg 2010; 45: 1241-5.
17. *Sak ME, Evsen MS, Soydinc HE, Sak S, Yalinkaya A*. Imperforate hymen with elevated serum CA 125 and CA 19-9 levels. J Reprod Med 2013; 58: 47-50. PMID: 23447918.
18. *Kurdoglu Z, Kurdoglu M, Kucukaydin Z*. Spontaneous rupture of the imperforate hymen in an adolescent girl with hematocolpometra. ISRN Obstetrics and Gynecol Volume 2011, Article ID 520304, 2 pages doi:10.5402/2011/520304.
19. *Luiz GO, Brito, M, Hilda S. Suto*. Hematometrocolpos in a teenager. N Engl J Med 2018; 378: 12 DOI: 10.1056/NEJMicm1711730. PMID: 29466157.
20. *Coppola L*. Unique case of imperforate hymen. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016; 29: 1-3. doi: 10.1016/j.jpag.2015.07.004. Epub 2015 Jul 26. PMID: 26216580.
21. *Wen Ho Jeh, Angstetra D, Loong R, Fleming T*. Tuboovarian abscess as primary presentation for imperforate hymen. Case reports in obstetrics and Gynecology. Volume 2014, Article ID 142039, 3 pages http://dx.doi.org/10.1155/2014/142039.
22. *Khan ZA, Rajesh U, Rastogi P, Joels LA*. Imperforate hymen: a rare case of secondary amenorrhoea. J Obstet Gynaecol 2011; 31: 91-2. doi: 10.3109/01443615.2010.511726. PMID: 21281009.
23. *Abu-Ghanem S, Novoa R, Kaneti J, Rosenberg E*. Recurrent urinary retention due to imperforate hymen after hymenotomy failure: a rare case report and review of the literature. Urology 2011; 78: 180-2. doi: 10.1016/j.urology.2010.10.022. Epub 2011 Jan 22. PMID: 21256574.
24. *Lui CT, et al*. A retrospective study on imperforate hymen and haematometrocolpos in a regional hospital. Hong Kong J Emerg Medicine 2010; 17: 435-40. DOI: 10.1177/102490791001700503}.
25. *Oakes MB, Hussain HK, Smith YR, Quint EH*. Concomitant resorptive defects of the reproductive tract: a ureterovaginal septum and imperforated hymen. Fertil Steril 2010; 93: 268, 3-5.
26. *Blask AR, Sanders RC, Rock JA*. Obstructed ureterovaginal anomalies: demonstration with sonography. Radiol 1991; 179: 84-8.
27. *Shaw LM, Jones WA, Brereton RJ*. Imperforated hymen and vaginal atresia and their associated anomalies. J R Soc Med 1983; 76: 560-6.
28. *Al Ghafri A, Fida A, Al-Gharras A*. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome. Oman Med J 2018; 33: 69-71. doi: [10.5001/omj.2018.13] PMID: 29468003.
29. *Saleh R, Katzenbach G 3rd, Espinosa J*. Haematometrocolpos disguised as abdominal pain. J Emerg Med 2017; 53: 97-9. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.06.043. Epub 2017 Oct 5. PMID: 28988737.
30. *Anselm OO, Ezegwui UH*. Imperforate hymen presenting as acute urinary retention in A 14-year-old nigerian girl. J Surg Tech Case Rep 2010; 2: 84-6. doi: [10.4103/2006-8808.73623]. PMID: 22091343.
31. *Chang JW, Yang LY, Wang HH, et al*. Acute urinary retention as a presentation of imperforated hymen. J Chin Med Assoc 2007; 70: 559-61.
32. *Basaran M, Usal D, Aydemir C*. Hymen sparing surgery for imperforate hymen: case reports and review of literature. J Pediatr Adolesc Gynecol 2009; 22: 61-4. doi: 10.1016/j.jpag.2008.03.009.
33. *Drakonaki EE, Tritou I, Pitsoulis G, Psaras K, Sfakianaki E*. Hematocolpometra due to an imperforate hymen presenting with back pain: sonographic diagnosis. J Ultrasound Med 2010; 29: 321-2. PMID: 20103807.
34. *Shaked O, Tepper R, Klein Z, Beyth Y*. Hydrometrocolpos –diagnostic and therapeutic dilemmas. J Pediatr Adolesc Gynecol 2008; 21: 317-21.
35. *Ben Temime R, Najar I, Chachia A, Attia L, Makhlouf T, Koubaa A*. Imperforate hymen: a series of 13 cases. Tunis Med 2010; 88: 168-71. PMID: 20415189.
36. *Liang CC, Chang SD, Soong YK*. Long-term follow-up of women who underwent surgical correction for imperforate hymen. Arch Gynecol Obstet 2003; 269: 5-8. PMID: 14605815. DOI: 10.1007/s00404-002-0423-3.
37. *Rock JA, Zacur HA, Dlugi AM, Jones HW Jr, TeLinde RW*. Pregnancy success following surgical correction of imperforate hymen and complete transverse vaginal septum. Obstet Gynecol 1982; 59: 448-51. PMID: 7078896.

Αλληλογραφία:
Ιωάννης Πατουλιάς
Μ. Αλεξάνδρου 3-βΠεύκα ΤΚ: 57010
e-mail: patouliasjohn@gmail.com

Corresponding author:
M. Alexandrou 3-b Street,
570 10 Peuka Thessaloniki, Greece
e-mail: patouliasjohn@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2019, 85, 1-2: 25 - 32

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Θεωρία απόδοσης ελέγχου υγείας: Εργαλεία-τρόποι μέτρησης και αποτίμηση της θεωρίας ως μέσο υλοποίησης προληπτικών προγραμμάτων

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία, 116 Πτέρυγα Μάχης, Άραξος

Περίληψη. Η θεωρία για την Απόδοση-εστίαση του Ελέγχου της Υγείας (Θ.Α.Ε.Υ), αποτελεί ένα από τα γνωστότερα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα, που αφορά στη διερεύνηση-αξιολόγηση των πεποιθήσεων των ατόμων για την πρόβλεψη συμπεριφορών, σχετικά με την υγεία τους. Επιπρόσθετα, η επιθυμία σχεδιασμού-υλοποίησης προγραμμάτων παρέμβασης-αλλαγής διάφορων ανθυγιεινών συμπεριφορών-με στόχο τη βελτίωση της υγείας των ατόμων και των πληθυσμών-καθιστά αναγκαία τόσο την εφαρμογή της εν λόγω θεωρίας, όσο και άλλων, παρόμοιων μοντέλων. Κατά τη Θ.Α.Ε.Υ, το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι η υγεία του είναι αποτέλεσμα είτε δικών του πράξεων (εσωτερικός έλεγχος), είτε της «τύχης», είτε «ισχυρών άλλων» παραγόντων (ιατροί, νοσηλευτές, οικογένεια, κλπ), οι οποίοι ελάχιστα ελέγχονται από το ίδιο. Για τη μέτρηση αυτών των πεποιθήσεων, χρησιμοποιείται η τύπου Likert Πολυδιάστατη Κλίμακα Απόδοσης-εστίασης του Ελέγχου για την Υγεία (Π.Κ.Α.Ε.Υ), ενώ για τη βελτίωση της προβλεπτικότητας της θεωρίας, λαμβάνονται υπόψη, τόσο η αξία που τα άτομα αποδίδουν στην υγεία τους, όσο και στοιχεία από άλλες ανάλογες θεωρίες, με κύρια αυτή της «αυτό-αποτελεσματικότητας». Η εφαρμογή της Π.Κ.Α.Ε.Υ έχει αμφιλεγόμενα αποτελέσματα, καθώς σε πολλές περιπτώσεις έδειξε κάποιου βαθμού συσχέτιση με τις διάφορες μορφές συμπεριφορών υγείας, ενώ σε άλλες όχι, παραμένοντας, ωστόσο, ένα χρήσιμο εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες-μελέτες. Τέλος, η Θ.Α.Ε.Υ-Π.Κ.Α.Ε.Υ, συγκρινόμενη με παρόμοια μοντέλα (αυτό-αποτελεσματικότητα, κλπ), θα πρέπει να αναπτυχθεί περαιτέρω, τόσο σε θεωρητικό όσο και εμπειρικό επίπεδο, ενώ ο σχεδιασμός προληπτικών παρεμβάσεων βελτίωσης της Α.Ε.Υ σε διάφορους πληθυσμούς, καθιστά επίσης αναγκαία τη διεξαγωγή περαιτέρω σχετικών μελετών.

Ελλην Ιατρ 2019, 85: 25 - 32.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατανόηση της θεμελιώδους-για την ψυχολογία-έννοιας της συμπεριφοράς των ατόμων, η ανάγκη τροποποίησης ενός ήδη εγκαταστημένου προτύπου συμπεριφοράς-με την υιοθέτηση ενός νέου-καθώς και η διαμόρφωση νέων στάσεων απέναντι στην ασθένεια, αποτελούν προϋποθέσεις για την προαγωγή/προάσπιση της υγείας[1]. Τα μοντέλα που προσπαθούν να εξηγήσουν πώς οι γνωστικοί παράγοντες (π.χ. η γνώση για ένα ζήτημα υγείας, η προσωπική αίσθηση κινδύνου, η προσωπική αίσθηση κοινωνικών κανόνων, κλπ) οδηγούν σε κοινωνικές συμπεριφορές, αναφέρονται ως «κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα». Η σημαντικότερη συμβολή των μοντέλων αυτών, συνίσταται στον καθορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου. Με άλλα λόγια, τα μοντέλα αυτά (θεωρίες), συντελούν στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς των ανθρώπων σε ζητήματα υγείας-ασθένειας. Στη συνέχεια, η χρησιμοποίηση ορισμένων τεχνικών, μπορεί να οδηγήσει στη μεταβολή αυτών των

παραγόντων, με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς. Συνεπώς, τα μοντέλα αυτά παρέχουν αναγκαίες γνώσεις για την επιτυχή εφαρμογή οποιουδήποτε προγράμματος πρόληψης[1].

Στα πλαίσια της ψυχολογίας της υγείας, έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες (κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα) για την πρόβλεψη των ανθρώπινων συμπεριφορών σχετικά με την υγεία[1]. Η ανάγκη κατανόησης της εμπλοκής ορισμένων ανθρώπων σε συμπεριφορές με στόχο την προαγωγή ή/και την προάσπιση της υγείας τους, καθώς και της μη εμπλοκής άλλων, οδήγησε στη μελέτη των πεποιθήσεων των ατόμων, που αφορούν στην απόδοση-εστίαση του ελέγχου της πορείας της υγείας τους, δεδομένου ότι οι πεποιθήσεις τους αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη δημιουργία αυτών των συμπεριφορών, αλλά και για το εάν θα παραμείνουν υγιείς ή όχι[2]. Συνέπεια των παραπάνω, αποτελεί η ανάπτυξη της Θεωρίας για την Απόδοση-εστίαση του Ελέγχου της Υγείας-Θ.Α.Ε.Υ (Health Locus of Control-HLC), συνιστώντας ένα από τα γνωστότερα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα και αφορά στο πώς τα άτομα αντιλαμβάνονται τους παράγοντες ρύθμισης της υγείας τους[1].

Στην παρούσα εργασία, παρουσιάζονται τα βασικότερα σημεία της Θ.Α.Ε.Υ και της μέτρησης των στοιχείων της, καθώς και ερευνητικά ευρήματα για την εφαρμογή της, όσον αφορά συμπεριφορές υγείας σχετικές με την άθληση, φροντίδα στοματικής υγείας, αυξημένο σωματικού βάρος, πιστή τήρηση φαρμακευτικής αγωγής και επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Τέλος, επισημαίνονται οι αδυναμίες-διαφοροποιήσεις, περιορισμοί-προκλήσεις και πιθανές προσθήκες της Θ.Α.Ε.Υ, με τελικό σκοπό, η εν λόγω θεωρία να αποτιμηθεί ως ένας τρόπος-μέσο σχεδιασμού παρεμβάσεων πρόληψης σε θέματα υγείας.

ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ-ΕΣΤΙΑΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Θεωρία για την Απόδοση-εστίαση Ελέγχου της Υγείας-Θ.Α.Ε.Υ, βασίστηκε στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Rotter, κατά την οποία «η πιθανότητα να εκδηλωθεί μια συμπεριφορά σε μια δεδομένη συνθήκη, εξαρτάται από: 1) την προσδοκία του ατόμου ότι μια συγκεκριμένη συμπεριφορά θα οδηγήσει σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα-ενίσχυση (reinforcement) και 2) την αξία που δίνει το άτομο σ' αυτό το αποτέλεσμα»[3]. Σημειώνεται, ότι ο όρος «συμπεριφορά» σχετικά με την υγεία και την αρρώστια, αφορά στην «ατομική συμπεριφορά» κάθε ανθρώπου, που απορρέει από μια σειρά διεργασιών, μοναδικών για το κάθε άτομο[1]. Κατά τον Rotter, ένα άτομο μπορεί να έχει «ειδικές» προσδοκίες για κάποιες καταστάσεις, καθώς και «γενικές», που ισχύουν σε όλες τις καταστάσεις, αποτελώντας εγγενές χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του[3]. Αυτή η προσέγγιση αμφισβητήθηκε, ενώ υποστηρίχθηκε ότι οι πεποιθήσεις ενός ατόμου δεν είναι γνώρισμα της προσωπικότητάς του, αλλά προδιάθεση για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά σε συγκεκριμένες συνθήκες, ικανή να μεταβληθεί με την αλλαγή των συνθηκών ή την απόκτηση νέων εμπειριών[4]. Κατά τη θεωρία, αυτά τα άτομα μπορεί να πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι αποτέλεσμα των δικών τους πράξεων (εσωτερική πεποίθηση) ή ότι είναι θέμα της τύχης ή της μοίρας (εξωτερική πεποίθηση). Όσον αφορά στη μέτρηση των πεποιθήσεων σχετικά με το εάν η Απόδοση-Εστίαση (Locus) του Ελέγχου της Υγείας (Α.Ε.Υ) είναι εσωτερική ή εξωτερική, κατασκευάστηκε μία κλίμακα δύο διαστάσεων (εσωτερική-εξωτερική), που ενώ αρχικά ήταν γενική, αργότερα κατασκευάστηκε αντίστοιχη κλίμακα, ειδικά για την υγεία[4]. Εξαιτίας διάφορων κριτικών, οι εξωτερικές πεποιθήσεις διαχωρίστηκαν σ' αυτές που αφορούν στο ρόλο της «τύχης» και σ' εκείνες που αφορούν στο ρόλο των «ισχυρών άλλων», δηλαδή παραγόντων ελάχιστα ελεγχομένων από το άτομο, όπως ιατροί, νοσηλευτές, οικογένεια, κλπ[5]. Οι τρείς τύποι πεποιθήσεων-διαστάσεων, αποτυπώνονται και αξιολογούνται μέσω της Πολυδιάστατης Κλίμακας Α.Ε.Υ (Π.Κ.Α.ΕΥ). Η Π.Κ.Α.ΕΥ είναι μια κλίμακα-τύπου Likert-εκτίμησης απόψεων-συμπεριφορών, αποτελούμενη από δηλώσεις-προτάσεις, εκφράζοντας στάσεις (θετικές ή αρνητικές) και αφορώντας σε καθεμία από τις τρεις διαστάσεις[6], όπου το άτομο καλείται να δείξει το βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας του, χρησιμοποιώντας επιλογές από το «συμφωνώ απόλυτα»-(υψηλότερη βαθμολογία), έως το «διαφωνώ απόλυτα»-(χαμηλότερη βαθμολογία). Η βαθμολογία στις προτάσεις για κάθε διάσταση αθροίζεται, με τη μεγαλύτερη βαθμολογία-σε κάποια από τις διαστάσεις-να αντιπροσωπεύει ισχυρότερες πεποιθήσεις του ατόμου για τον έλεγχο της υγείας του, αναφορικά με την διάσταση αυτή. Η αξία που αποδίδεται στην υγεία, αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα των προθέσεων και

των συμπεριφορών ενός ατόμου[7], εντούτοις, μολονότι θεωρείται αδιαμφισβήτητο ότι οι άνθρωποι αποδίδουν μεγάλη αξία στην υγεία τους, αυτό κάποια στιγμή παύει να ισχύει, καθώς όταν οι άνθρωποι είναι-αισθάνονται υγιείς, τείνουν να μειώνουν τη σημασία της, χωρίς όμως να ισχύει το ίδιο όταν αντιμετωπίζουν σοβαρές ασθένειες. Επίσης, η αξία της υγείας παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις ανάλογα με τη κουλτούρα και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο[8]. Για τη μέτρηση της αξίας που δίνουν τα άτομα στη υγεία τους, αναπτύχθηκαν δύο προσεγγίσεις: Ι) η μέτρηση της αξίας της υγείας ως απόλυτης τιμής, με χρήση κλίμακας τύπου Likert, όπου το άτομο καλείται να προσδιορίσει το βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας του σε κατάλληλα διατυπωμένες δηλώσεις-προτάσεις, χρησιμοποιώντας επιλογές από το «συμφωνώ απόλυτα»-(υψηλότερη βαθμολογία), έως το «διαφωνώ απόλυτα»-(χαμηλότερη βαθμολογία). Η μέση επίδοση προκύπτει από την διαίρεση του αθροίσματος της βαθμολογίας σε όλες τις προτάσεις-δηλώσεις, δια συνολικού αριθμού των προτάσεων[9] και ΙΙ) η μέτρηση της σχετικής αξίας της υγείας, όπου τα άτομα αξιολογούν την υγεία τους συγκριτικά με άλλες αξίες όπως ισότητα, ειρήνη, κ.ά[10].

Επισημαίνεται, ότι η αξία που δίνουν τα άτομα στην υγεία πρέπει να μετράται, καθώς λειτουργεί ως διαμεσολαβητικός παράγοντας, αφενός ανάμεσα στις πεποιθήσεις για εσωτερική απόδοση του Ε.Υ και αφετέρου, στην άσκηση συμπεριφορών με στόχο την υγεία. Ειδικότερα, θα πρέπει η σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων για Α.Ε.Υ και της άσκησης συμπεριφορών να διερευνάται ξεχωριστά για τα άτομα που δίνουν μεγάλη αξία στην υγεία τους και ξεχωριστά για τα άτομα που δίνουν μικρή αξία[2].

Στο πλαίσιο της Θ.Ε.Α.Υ, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι τα άτομα με ισχυρές πεποιθήσεις για το ρόλο της τύχης, έχουν πολύ λίγες πιθανότητες να εμπλακούν σε συμπεριφορές αποσκοπώντας στην προαγωγή/προάσπιση της υγείας τους, ενώ βασική πρόβλεψη της Θ.Α.Ε.Υ ήταν ότι τα άτομα με υψηλή εσωτερική Α.Ε.Υ έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε συμπεριφορές πρόληψης/προαγωγής της υγείας τους[1]. Όμως, για να ισχύσει η παραπάνω πρόβλεψη θα πρέπει τα άτομα να δίνουν μεγάλη αξία στην υγεία τους[11]. Τέλος, η υψηλή εσωτερική Α.Ε.Υ αποτελεί αναγκαίο αλλά όχι ικανό παράγοντα προαγωγής περισσότερων υγιεινών συμπεριφορών[12].

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ Θ.Α.Ε.Υ-Π.Κ.Α.Ε.Υ ΣΕ ΤΥΠΟΥΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η Θ.Α.Ε.Υ-Π.Κ.Α.Ε.Υ έχει εφαρμοστεί σε πληθώρα ερευνών που μελετούν την επίδρασή της σε διάφορες συμπεριφορές υγείας. Παρακάτω, αναφέρονται τα βασικότερα ερευνητικά ευρήματα εφαρμογής της Θ.Α.Ε.Υ-Π.Κ.Α.Ε.Υ σε σχέση με: α) την άθληση-φροντίδα στοματικής υγείας, β) αυξημένο σωματικό βάρος, γ) τήρηση-προσκόλληση στη φαρμακευτική αγωγή, και δ) επικοινωνία γιατρού-ασθενούς.

Α) Άθληση-φροντίδα στοματικής υγείας

Σε μια μελέτη αντιπροσωπευτικού δείγματος του γερμανικού ενήλικου πληθυσμού[13], χρησιμοποιήθηκε μια εκδοχή της Π.Κ.Α.Ε.Υ, η οποία αποτελούταν από τρεις δηλώσεις-προτάσεις για καθεμιά από τις τρεις διαστάσεις της Α.Ε.Υ («εσωτερική Α.Ε.Υ», «ισχυρά άλλα» και «τύχη»), βαθμολογούμενες σε μια 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert, (1=«διαφωνώ πλήρως», 5=«συμφωνώ πλήρως»). Σκοπός της μελέτης, ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ, αφ' ενός κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (ηλικία, συμβίωση, μεταναστευτικό υπόβαθρο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση), χαρακτηριστικών υγείας (γενική κατάσταση υγείας, περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες λόγω ασθενειών, χρόνιες ασθένειες), αξιολόγησης της αξία της υγείας, με βάση το ερώτημα: «Πόσο φροντίζετε γενικά για την υγεία σας;» (καθόλου, λίγο, μέτρια, πολύ) και αφ' ετέρου, των τριών διαστάσεων Α.Ε.Υ. Επιπρόσθετα, εξετάζεται η συσχέτιση μεταξύ της Α.Ε.Υ και της συμπεριφοράς για την υγεία, αξιολογούμενη από τις μεταβλητές: 1) αθλητική δραστηριότητα στους τελευταίους τρεις μήνες, 2) άλλες δραστηριότητες που εκτελούνται για λόγους υγείας, 3) αλκοόλ, 4) κάπνισμα, 5) προσπάθεια διακοπής καπνίσματος τους τελευταίους 12 μήνες, 6) διατροφή, 7) οδοντιατρικός έλεγχος τους τελευταίους 12 μήνες, 8) προληπτικοί ιατρικοί έλεγχοι, 9) λήψη μαθημάτων υγείας (διατροφής, διακοπής καπνίσματος, κλπ), 10) αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών.

Τα σχετικά με την άθληση και φροντίδα στοματικής υγείας ευρήματα, συνοψίζονται ως εξής (Πίν. 1):

Πίνακας 1. Ερευνητικά ευρήματα σχετικά με: Άθληση & φροντίδα στοματικής υγείας.

Ευρήματα
Άτομα με υψηλή βαθμολογία στη διάσταση Α.Ε.Υ «τύχη» είχαν λιγότερες αθλητικές δραστηριότητες, λιγότερους οδοντιατρικούς ελέγχους, ενώ τα ευρήματα σχετικά με τις διαστάσεις «εσωτερική απόδοση», «ισχυρά άλλα», ήταν ουσιαστικά χωρίς σημασία.
Άτομα με υψηλή βαθμολογία στην «εσωτερική» διάσταση Α.Ε.Υ έκαναν περισσότερες δραστηριότητες για λόγους υγείας.

Σημείωση: Ο Πίνακας προέκυψε από τα ερευνητικά ευρήματα της παραπάνω μελέτης.

Β) Αυξημένο σωματικό βάρος

΄Εχουν διενεργηθεί έρευνες, με σκοπό να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της Α.Ε.Υ στην ηλικία των 10 ετών και αυτό-αναφερόμενων χαρακτηριστικών υγείας (αυξημένο σωματικό βάρος, παχυσαρκία, άγχος, γενική κατάσταση υγείας, υπέρταση) καθώς και συμπεριφορών υγείας (κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα-άσκηση) στην ηλικία των 30, ελέγχοντας το φύλο, το IQ στη παιδική ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση[14-17]. Μια μελέτη εξ' αυτών, στηρίχθηκε σ' ένα μεγάλο-αντιπροσωπευτικό δείγμα του βρετανικού πληθυσμού, που γεννήθηκε το ίδιο έτος, στην ηλικία των 10 (11.563 παιδιά) αλλά και στην ηλικία των 30 (7.551 άνδρες-γυναίκες)[18].

Τα σχετικά με το αυξημένο σωματικό βάρος ευρήματα της παραπάνω μελέτης, συνοψίζονται ως εξής (Πίν. 2):

Γ) Πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής

Μια μελέτη, βασιζόμενη σε βιβλιογραφική επισκόπηση μελετών[19], εξέτασε τη σχέση μεταξύ της αυτονόμησης (empowerment) των ασθενών και της πιστής τήρησης της χορηγηθείσας φαρμακευτικής αγωγής (π.τ.φ.α), με έμφαση στα δύο βασικά στοιχεία της αυτονόμησης, την Α.Ε.Υ-(HLOC) και την αυτό-αποτελεσματικότητα, δηλαδή την πεποίθηση των ατόμων σχετικά με τις ικανότητές τους να εκτελέσουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, ώστε να επιτευχθεί ένα επιθυμητό αποτέλεσμα[1,20].

Τα ευρήματα της μελέτης παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα 3.

Δ) Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς

Σε μια μελέτη, ερευνήθηκαν οι προτιμήσεις των ασθενών στα διάφορα στυλ επικοινωνίας ιατρών κατά την ανακοίνωση «κακών νέων», τους τρόπους

Πίνακας 2. Ερευνητικά ευρήματα σχετικά με: Αυξημένο σωματικό Βάρος.

Ευρήματα	Σχόλια
Άνδρες και γυναίκες με μεγαλύτερη «εσωτερική» Α.Ε.Υ -κατά την παιδική ηλικία-έχουν μειωμένο κίνδυνο για αύξηση σωματικού βάρους, παχυσαρκία και άγχος.	
Άτομα με υψηλότερο IQ στη παιδική ηλικία τείνουν να έχουν υγιεινότερο τρόπο ζωής στην ενήλικη ζωή τους, όσον αφορά την άσκηση, την διατροφή, αλλά και το κάπνισμα, με συνέπεια να είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν υπέρβαρα, παχύσαρκα, ή να αποκτήσουν υψηλή πίεση. Αυτό δικαιολογείται από το ότι τα άτομα με μεγαλύτερη νοημοσύνη μπορεί να είναι περισσότερο ενημερωμένα σε θέματα υγείας ή/και να κατανοούν καλύτερα τις πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους υγείας ή να έχουν μεγαλύτερη ικανότητα κατανόησης και επίλυσης προβλημάτων σε σχέση με τον έλεγχο της υγείας τους, δηλαδή μεγαλύτερη «εσωτερική» Α.Ε.Υ.	
Το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση έχουν μικρή επίδραση στη συσχέτιση μεταξύ Α.Ε.Υ στη παιδική ηλικία και σε μετέπειτα κίνδυνο για αυξημένο βάρος και παχυσαρκία.	
Τα παιδιά με μεγαλύτερη «εσωτερική» Α.Ε.Υ έχουν μειωμένο κίνδυνο για παχυσαρκία, αυξημένο σωματικό βάρος, άγχος και φτωχότερη αυτό-αξιολόγηση υγείας στην ηλικία των 30.	Αυτό υποδηλώνει ότι ο μεγαλύτερος έλεγχος της ζωής, κατά τη παιδική ηλικία, αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα για ορισμένες πτυχές της υγείας στην ενηλικίωση.

Σημείωση: Ο Πίνακας προέκυψε από τα ερευνητικά ευρήματα της παραπάνω μελέτης.

Πίνακας 3. Ερευνητικά ευρήματα σχετικά με: Πιστή τήρηση φαρμακευτικής αγωγής (π.τ.φ.α).

Ευρήματα	Σχόλια
Τα υψηλά επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας και η υψηλή βαθμολόγηση της «εσωτερικής» Α.Ε.Υ προάγουν σταθερά την π.τ.φ.α. Οι εξωτερικές διαστάσεις «τύχη», «ισχυρά άλλα» έχουν-αντίστοιχα-αρνητική ή ασαφή συσχέτιση με την π.τ.φ.α. με εξαίρεση την Α.Ε.Υ στον ιατρό (doctor HOL) που έχει θετική, καταδεικνύοντας ότι–στο πλαίσιο της φαρμακευτικής διαχείρισης-δεν είναι θετικές μόνο οι πεποιθήσεις του ατόμου για την ικανότητά και τον αυτοέλεγχό του, αλλά και η αναγνώριση της ιατρικής εμπειρίας και της επιρροής του ιατρού. Η αυτο-αποτελεσματικότητα παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση με την π.τ.φ.α και αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα.	Σε γενικές γραμμές, η ισχυρή «εσωτερική απόδοση» Ε.Υ καθώς και το υψηλό επίπεδο αυτό-αποτελεσματικότητας των ασθενών στη διαχείριση της φαρμακευτικής τους αγωγής, σε συνδυασμό με τη κατάλληλη σχέση «ιατρού- ασθενή» και την αναγνώριση του ρόλου του ιατρού στη διαχείριση της ασθένειας τους, έχει σαν συνέπεια την ενίσχυση της π.τ.φ.α.

Σημείωση: Ο Πίνακας προέκυψε από τα ερευνητικά ευρήματα της παραπάνω μελέτης.

ανακοίνωσής των σε σχέση με τα προτιμώμενα στυλ ιατρών και η συσχέτισή τους με την Α.Ε.Υ των ασθενών[21,22]. Στη εν λόγω μελέτη εφαρμόστηκε Π.Κ.Α.Ε.Υ, (αποτελούμενη από 14 προτάσεις-δηλώσεις: 8 για την «εσωτερική» Α.Ε.Υ και 6 για την Α.Ε.Υ «ισχυρά άλλα», βαθμολογούμενες σε 7βάθμη κλίμακα Likert) και εξήχθησαν τα συμπεράσματα, που συνοψίζονται ως εξής (Πίν. 4):

Πίνακας 4. Ερευνητικά ευρήματα σχετικά με την: Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς.

	Ευρήματα	Σχόλια
Α-Προτιμήσεις ασθενών σε σχέση με το στυλ επικοινωνίας ιατρών.	Όλοι οι συμμετάσχοντες έδειξαν δυσαρέσκεια για τον τύπο-στυλ ιατρού ««απότομος και άμεσος», ενώ:77,8% του δείγματος προτίμησε το στυλ-τύπο του «ενσυναισθηματικού-εμβιωτικού», 12,5% τον «αποστασιοποιημένο» και 9,7% τον «συναισθηματικά φορτισμένο». Οι νεότεροι ασθενείς και οι πλέον μορφωμένοι προτίμησαν τον ««ενσυναισθηματικό-εμβιωτικό», ενώ οι μεγαλύτεροι και οι λιγότερο μορφωμένοι τον «συναισθηματικά φορτισμένο». *Ο «ενσυναισθηματικός-εμβιωτικός» τύπος προτιμήθηκε σε σημαντικό βαθμό από ογκολογικούς ασθενείς, ενώ οι περισσότεροι μη ογκολογικοί ασθενείς προτίμησαν τον «αποστασιοποιημένο». Ασθενείς με υψηλή «εσωτερική» Α.Ε.Υ, αλλά και αυτοί με σημαντικά χαμηλή βαθμολογία στα «ισχυρά άλλα» προτίμησαν τον «ενσυναισθηματικό-εμβιωτικό» τύπο, σε σχέση με τους ασθενείς, που προτίμησαν τα δύο άλλα στυλ («αποστασιοποιημένος», «συναισθηματικά φορτισμένος»), από τα 3 που συνολικά εξετάσθηκαν.	Συμπεραίνεται ότι η Α.Ε.Υ είναι ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να βοηθήσει τους γιατρούς να γνωρίσουν καλύτερα τους ασθενείς τους, καθόσον γνωρίζοντας κατά πόσο οι ασθενείς αποδίδουν την υγεία τους στη συμπεριφορά τους, στην τύχη ή σε «ισχυρούς άλλους» παράγοντες, μπορεί να βοηθηθούν στην προσαρμογή της ανακοίνωσης «κακών νέων-ειδήσεων» στις ιδιαίτερες προτιμήσεις των.
Τρόποι ανακοίνωσης «κακών νέων» σε σχέση με τα προτιμώμενα στυλ επικοινωνίας ιατρών.	Σε σχέση με τους παρακάτω πέντε τρόπους ανακοίνωσης «κακών νέων», οι προτιμήσεις των ασθενών ήταν: 59,7% «νοιάξιμο», 41,7% «επαγγελματισμός», 25% «διατύπωση», 22,2% «χωρίς βιασύνη», 15,3% «με ελπίδα». Νεότεροι και περισσότερο μορφωμένοι ασθενείς υπέδειξαν ως προτιμότερο τρόπο ανακοίνωσης τον «χωρίς βιασύνη». Δεν υπήρξαν διαφοροποιήσεις σχετικά τους προτιμώμενους τρόπους ανακοίνωσης μεταξύ ογκολογικών και μη ασθενών. Οι ασθενείς που προτιμούν το «αποστασιοποιημένο» στυλ ιατρού προτίμησαν τον «επαγγελματισμό», οι ασθενείς με προτίμηση στο «συναισθηματικά φορτισμένο» στυλ ιατρού προτίμησαν το «νοιάξιμο» και οι προτιμούντες το «ενσυναισθηματικό-εμβιωτικό» στυλ ιατρού έδειξαν προτίμηση σχεδόν για όλους τους τύπους ανακοίνωσης, με ελαφρά προτίμηση στο «νοιάξιμο». Ασθενείς με υψηλή «εσωτερική» Α.Ε.Υ προτίμησαν περισσότερο τους τύπους ανακοίνωσης «διατύπωση» και «χωρίς βιασύνη». Ασθενείς με υψηλό «ισχυρά άλλα» προτίμησαν τον τρόπο «με ελπίδα», ενώ αυτοί με χαμηλό «ισχυρά άλλα» προτίμησαν τον τρόπο «χωρίς βιασύνη».	

Σημείωση: Ο Πίνακας προέκυψε από τα ερευνητικά ευρήματα της παραπάνω μελέτης.

ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ-ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ Θ.Α.Ε.Υ-Π.Κ.Α.Ε.Υ: ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ

Σχετικά με τη Θ.Α.Ε.Υ-Π.Κ.Α.Ε.Υ, έχει επισημανθεί ότι η χρησιμοποίησή της για την έρευνα της σχέσης ανάμεσα στις πεποιθήσεις για την Α.Ε.Υ και στις συμπεριφορές πρόληψης, σε γενικό επίπεδο ή σε συγκεκριμένες ασθένειες[12], ή της σχέσης μεταξύ των πεποιθήσεων για την Α.Ε.Υ και συγκεκριμένων συμπεριφορών, όπως άσκηση, χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών, κάπνισμα, διακοπή καπνίσματος, πρόληψη AIDS, εξέταση μαστού, έλεγχος σωματικού βάρους, έδειξε ότι τα ερευνητικά αποτελέσματα κινούνταν-παρουσιάζοντας συσχέτιση-προς τη βασική κατεύθυνση της Θ.Α.Ε.Υ. Ωστόσο, σε άλλες περιπτώσεις, η συσχέτιση αποδείχθηκε αδύνατη ή δεν φάνηκε καθόλου[2]. Επιπρόσθετα, η Π.Κ.Α.Ε.Υ δεν παρείχε πρόβλεψη σε περιπτώσεις όπως σε χρόνιο άλγος[23], στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη με μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c)[24], στο ποσοστό επιβίωσης ογκολογικών ασθενών[25], ενώ παρουσίασε χαμηλή προβλεπτική ισχύ σε προβλήματα υγείας μετα-χειρουργημένων, χρόνιων ή τελικού σταδίου ασθενών[12]. Επιπλέον, η εγκυρότητα της Π.Κ.Α.Ε.Υ (η οποία αφορά στο βαθμό που το ερωτηματολόγιο μετρά την έννοια-μεταβλητή, που πρέπει να αποτυπωθεί-ποσοτικοποιηθεί), σε γενικές γραμμές φαίνεται να είναι μέτρια, η οποία όμως να εξαρτάται από το είδος της διενεργούμενης στατικής ανάλυσης[26,27]. Τέλος, σημειώθηκαν περιπτώσεις όπου η δισδιάστατη Κ.Α.Ε.Υ (με ενοποιημένες τις διαστάσεις «τύχη», «ισχυρά άλλα») υπερτερεί της τρισδιάστατης[28].

Όσον αφορά στους περιορισμούς-προκλήσεις της θεωρίας, ο σχεδιασμός κατάλληλου δείγματος και ερωτηματολογίων που δεν δημιουργούν σύγχυση στους ερωτώμενους και διασφαλίζουν εγκυρότητα, αποτελούν προκλήσεις καθώς ο ατυχής σχεδιασμός τους, έχει οδηγήσει σε αμφισβητήσεις αποτελεσμάτων[12]. Η Θ.Α.Ε.Υ-ακόμα και σε συνδυασμό με την αξία που τα άτομα δίνουν στην υγεία τους-θεωρείται αδύναμος παράγοντας πρόβλεψης της συμπεριφοράς τους για την υγεία τους[2]. Συνεπώς, θεωρήθηκε επιβεβλημένη η προσθήκη στοιχείων και από άλλα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα, αποσκοπώντας στην κάλυψη πρόσθετων πτυχών της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Κατόπιν τούτου, προτάθηκε μια συνδυασμένη εκδοχή της Θ.Α.Ε.Υ με στοιχεία από την θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας[11], κατά την οποία «για να εκδηλωθεί μια συμπεριφορά για την υγεία, θα πρέπει το άτομο να δίνει μεγάλη αξία στην υγεία του, να πιστεύει ότι αυτή εξαρτάται από τις δικές του ενέργειες («εσωτερική διάσταση» Α.Ε.Υ) και ταυτόχρονα να πιστεύει ότι είναι ικανό να πραγματοποιήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά» (αυτό-αποτελεσματικότητα)[1]. Η αυτό-αποτελεσματικότητα και οι διαστάσεις της Π.Κ.Α.Ε.Υ συσχετίζονται ασθενώς[12], ενώ η αναζήτηση προγνωστικών για την ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή επιληπτικών ασθενών, έδειξε ότι οι συσχετισμοί μεταξύ της αυτό-αποτελεσματικότητας και των αποτελεσμάτων της υγείας, ήταν ισχυρότεροι από τους συσχετισμούς μεταξύ της Π.Κ.Α.Ε.Υ και των αποτελεσμάτων της υγείας[29].

Συμπερασματικά, ως κριτική αποτίμηση, η διερεύνηση των πεποιθήσεων Α.Ε.Υ, παρέχει τη δυνατότητα σχεδιασμού προληπτικών παρεμβάσεων σε θέματα υγείας και η συνεισφορά της Θ.Α.Ε.Υ κρίνεται θετική στην κατεύθυνση αυτή. Για παράδειγμα, επισημάνθηκε ότι, σχετικά με την άθληση, την οδοντιατρική φροντίδα, κ.ά, η υψηλή βαθμολογία στη διάσταση της Α.Ε.Υ «τύχη», μπορεί να θεωρηθεί παράγοντας κινδύνου για την κατάλληλη συμπεριφορά στην υγεία, ενώ οι συσχετισμοί της με τη χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και του μεταναστευτικού υπόβαθρου, τονίζουν την ανάγκη παρεμβάσεων και προγραμμάτων πρόληψης, έτσι ώστε οι μειονεκτικοί, κοινωνικά, πληθυσμοί να αλλάξουν τις ισχυρές πεποιθήσεις τους για το ρόλο της «τύχης» στην υγεία[13]. Δεδομένου, όμως, ότι για την αλλαγή των πεποιθήσεων Α.Ε.Υ έχουν γίνει λίγες παρεμβάσεις, είναι αναγκαία η διεξαγωγή περαιτέρω μελετών για το σχεδιασμό προληπτικών παρεμβάσεων, στοχεύοντας στη βελτίωση της Α.Ε.Υ σε διάφορους πληθυσμούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Θ.Α.Ε.Υ-Π.Κ.Α.Ε.Υ έχει δεχτεί πληθώρα κριτικών, εντούτοις φαίνεται ότι υποστηρίζεται από τις περισσότερες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς έχει βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση των λόγων που τα άτομα αναπτύσσουν διάφορες συμπεριφορές σχετικά με την υγεία τους, αλλά και του ρόλου των πεποιθήσεών τους για τη διαμόρφωση συμπεριφορών, αποτελεσμάτων και φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα που παρατέθηκαν-παρουσιάστηκαν παραπάνω, η

διάσταση «εσωτερική απόδοση» στη Θ.Α.Ε.Υ, συσχετίζεται με καλύτερη προσκόλληση σε συμπεριφορές-αποτελέσματα υγείας-σε συνδυασμό με το μοντέλο της αυτό-αποτελεσματικότητας-συγκριτικά με τη διάσταση «τύχη» και «ισχυροί άλλοι».

Επιπρόσθετα, η επιθυμία σχεδιασμού παρεμβατικών προγραμμάτων για την τροποποίηση-αλλαγή ανθυγιεινών συμπεριφορών, αποσκοπώντας στη βελτίωση της υγείας ατόμων-πληθυσμών, καθιστά την εφαρμογή της Θ.Ε.Α.Υ-Π.Κ.Α.Ε.Υ, αλλά και των άλλων ανάλογων θεωριών, ζωτικής σημασίας. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, πως η Θ.Α.Ε.Υ-Π.Κ.Α.Ε.Υ, συγκρινόμενη με παρόμοια μοντέλα (αυτό-αποτελεσματικότητα, κλπ) πρέπει να αναπτυχθεί περαιτέρω τόσο σε θεωρητικό όσο και σε εμπειρικό επίπεδο, διαμέσου εκπόνησης-διενέργειας περαιτέρω μελετών, για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

ABSTRACT

Naoum S. **Health Locus of Control Theory: Tools-methods of theory measurement and evaluation as means of preventative programs implementation.** *Hell Iatr 2019; 85: 25-32.*

The Health Locus of Control (HLC) theory is one of the most well-known socio-cognitive models that refers to the exploration-evaluation of people's beliefs about behavioral prediction, for their health. Additionally, the desire of planning and implementing intervention programs in order to change various unhealthy behaviors and improve individuals and group of people's health - requires both the application of this theory and other similar models. According to the HLC, the individual may believe that his or her health is the result of his or her own actions (internal control), or because of "fortune" or " powerful others" factors (doctors, nurses, family, etc.), who are scarcely controlled by itself. To measure these beliefs, the Likert Multidimensional Performance-Focusing Scale of Health Control is being used, while for improving the predictability of the theory, both the value that people attribute to their health, as well as the data from other similar theories, mainly from "self-efficacy" theory, are taken into account. The application of Likert Scale has controversial results, since in many cases it has shown some degree of correlation with various forms of health behaviors, while in others not, being though an useful tool that has been used in several studies. Finally, the HLC theory, compared to similar models ("self-efficacy theory", etc.), should be further developed, both theoretically and empirically, while the design of preventive interventions in aim to improve the HLC theory in various populations, makes it also necessary to carry out further relevant studies.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Κιουλιεράκης Γ, Μεταλληνού Ο, Πάντζου Π*. Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Β. Συμπεριφορές Υγείας. Πρότυπα και Μεταβολές. Ε.Α.Π, Πάτρα, 2000.
2. *Wallston KA*. The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. Health Education Research 1991: 6: 251-2.
3. *Rotter JB*. Social Learning and Clinical Psychology. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1954.
4. *Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA*. Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. J Consult and Clin Psychol 1976; 44: 580-5.
5. *Levenson H*. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. J Consult and Clin Phychol 1974; 41: 397-404.
6. *Wallston KA, Wallston BS, de Vellis R*. Development of Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. Health Education Monographs. 1978; 6: 160-70.
7. *Eisser JR, Gentle P*. Health behavior as ral goal-directed action. J Behav Med 1988; 11: 523-6.
8. *Larson R, Sutker S*. Value differences and value consensus by socio-economic levels. Social Forces 1966; 44: 563-9.
9. *Lau RR, Hartman KA. Ware JE*. Health as a value: methodological and theoretical considerations. Health Psychology 1986; 5: 25-43.
10. *Rokeach M*. The Nature of Human Values. Free Press, New York, 1973.
11. *Wallston KA*. Hopus-Pocus the Focus isn't strictly on Locus: Rotter's social Learning Theory modified for Health. Cognitive Ther and Res 1992; 16: 183-92.
12. *Luszczynska A, Schwarzer R*. Multidimensional Health Locus of Control: Comments on the Construct and its Measurement. J Health Psychol 2005; 10: 633-42.
13. *Grotz M, Hapke U, Lampert T, Baumeister H*. Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. Psychol, Health & Med 2011; 16: 129-40.
14. *Batty GD, Deary IJ, Schoon I, Gale CR*. Mental ability across childhood in relation to risk factors for premature mortality in adult life: the 1970 British Cohort Study. J Epidemiol Community Health, 2007; 61: 997-1003.
15. *Wardle J, Steptoe A*. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. J Epidemiol Community Health 2003; 57: 440-3.
16. *Steptoe A, Wardle J*. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. Br J Psychol 2001; 92: 659-72.

17. *Calnan M*. Control over health and patterns of health-related behaviour. Soc Sci Med 1989; 29: 131-6.

18. *Gale RC, Batty GD, Deary JI*. Locus of Control at Age 10 Years and Health Outcomes and Behaviors at Age 30 Years: The 1970 British Cohort Study. Psychosomatic Med 2008; 70: 397-403.

19. *Nafradi L, Nakamoto K, Schulz JP*. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. PLoS ONE 12(10): e0186458.

20. *Clark NM, Dodge J*. Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. Health Educ Behav 1999; 26: 72-89.

21. *Martins GR, Carvalho PI*. Breaking bad news: Patients' preferences and health locus of control. Patient Education and Counseling 2013; 92: 67-73.

22. *Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L*. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. J Clin Oncol 2001; 19: 2049-56.

23. *Brandner B, Bromley L, Blagrove M*. Influence of psychological factors in the use of patient controlled analgesia. Acute Pain 2002; 4: 53-6.

24. *Auerbach SM, Clore JN, Kiesler DJ, et al*. Relation of diabetic patients' health-related control appraisals and physician–patient interpersonal impact to patients' metabolic control and satisfaction with treatment. J Behavioral Med 2002; 25: 17-35.

25. *Soler-Vila H, Kasl, SV, Jones BA*. Prognostic significance of psychosocial factors in African-American and White breast cancer patients. Cancer: Diagnosis, Treatment, Research 2003; 98: 1299-308.

26. *Γαλάνης Π*. Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013; 30: 97-110.

27. *Wallston KA*. The Validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. J Health Psychol 2005; l0: 623-31.

28. *Menzione M, Paganucci C, Primi C, Siani R*. Multidimensional Health Locus of Control (MHLC): Comparisons across factorial models. Bollettino do Psicologia Applicata 2003; 239: 27-33.

29. *Gramstad A, Iversen, E, Engelsen BA*. The impact of affectivity dispositions, self-efficacy and locus of control on psychosocial adjustment in patients with epilepsy. Epilepsy Res 2001; 46: 53-61.

Αλληλογραφία:
Σ. Ναούμ
Ανδρέα Εμπειρίκου 37Α
263 35 Πάτρα
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Corresponding author:
S. Naoum
Andrea Empeirikou 37A street
263 35 Patra, Greece
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2019, 85, 1-2: 33 - 40

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Απώλειες και επιπτώσεις χρόνιων ασθενειών: Προσαρμογή χρόνιων ασθενών και παρουσίαση προγράμματος εκπαίδευσης των οικογενειών τους

Συμεών Ναούμ

Υγειονομική Υπηρεσία, 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

Περίληψη. Κατά την εξέλιξη μιας χρόνιας ασθένειας (Χ.Α), ο ασθενής μπορεί να βιώσει σωματικές-λειτουργικές, ψυχολογικές, κοινωνικές απώλειες, οι οποίες είναι αλληλένδετες και αλληλεπιδρώσες μεταξύ τους. Ως εκ τούτου, η προσαρμογή στη Χ.Α καθίσταται σημαντική αλλά και πολύπλευρη, αφορώντας σε διαπροσωπικούς, γνωστικούς, συναισθηματικούς και συμπεριφορικούς τομείς. Όλοι οι ασθενείς μπορούν να βοηθηθούν, έτσι ώστε να προσαρμοστούν στη Χ.Α τους, σωματικά και ψυχολογικά. Στο πλαίσιο της «θετικής ψυχολογίας», αναπτύχθηκε το αισιόδοξο/απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ για την αντιμετώπιση ψυχοπιεστικών γεγονότων που προκύπτουν από τη Χ.Α. Το απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ βρέθηκε ότι συσχετίζεται με κατάθλιψη και σωματική ασθένεια, ενώ το αισιόδοξο, με καλύτερη υγεία και μειωμένη θνησιμότητα. Όσον αφορά στις επιπτώσεις μιας Χ.Α στην οικογένεια του ασθενούς-και ειδικότερα της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας-αυτές είναι ψυχολογικές-συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές. Καθώς η Χ.Α εξελίσσεται, ο ρόλος του φροντιστή συχνά γίνεται δυσκολότερος, ενώ οι επιβαρύνσεις του από τη φροντίδα των ασθενών (άγχος, κατάθλιψη, μείωση της ποιότητας ζωής και σωματικής ευεξίας), αυξάνονται σε σχέση με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Οι φροντιστές χρόνιων ασθενών έχουν ανάγκη εκπαίδευσης-ενημέρωσης και συνεχούς υποστήριξης μέσω επιμορφωτικών προγραμμάτων παρέμβασης. Τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα που αναφέρονται-προτείνονται, αποτελούν συνήθη και σύνθετη παρέμβαση σε φροντιστές χρόνιων ασθενών, εξειδικεύονται ανάλογα με τη Χ.Α και αφορούν σε θεραπείες που εστιάζουν στην οικογένεια (ασθενή και φροντιστή), αλλά και στη συγκρότηση ομάδων ψυχοεκπαίδευσης φροντιστών, στοχεύοντας στην καλύτερη εκπαίδευσή τους αλλά και βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.
Ελλην Ιατρ 2019, 85: 33 - 40.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύνθετη φύση της χρόνιας ασθένειας (Χ.Α) οδήγησε στο να της αποδοθούν κατά καιρούς διάφοροι ορισμοί. Κατά έναν ορισμό, ως Χ.Α μπορεί να ορισθεί «η κατάσταση υγείας με συμπτώματα που επιμένουν για περισσότερο από τρεις μήνες, με περιόδους λανθάνουσας κατάστασης αλλά παρατεταμένης κλινικής πορείας, η οποία εμφανίζει σταδιακές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου. Μια Χ.Α είναι συνήθως πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και καθώς δεν υπάρχει οριστική θεραπεία, απαιτεί συνεχή διαχείριση για χρονική περίοδο ετών-δεκαετιών»[1]. Στην Ελλάδα, «το 49,7% των ανθρώπων ηλικίας άνω των 15 ετών, το 54,1% των γυναικών και το 44,8% των ανδρών, δηλώνουν ότι πάσχουν από μία Χ.Α, με το 61,8% των χρόνιων ασθενών να είναι ηλικίας 55 ετών και άνω. Επιπρόσθετα, συγκριτικά με το 2009, οι χρόνιοι ασθενείς έχουν αυξηθεί κατά 25,2%»[2].

Μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης, ο ασθενής διέρχεται διαδοχικά από τα παρακάτω στάδια[3]:

1) Αρχικό Σοκ: Ο ασθενής νιώθει «κεραυνοβολημένος», αποστασιοποιείται από την κατάσταση

και συμπεριφέρεται αυτοματοποιημένα. Το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες-ή/και εβδομάδες-και συνήθως είναι πιο έντονο, όταν η κατάσταση αναπτύσσεται απροειδοποίητα[4].

2) Αντιπαράθεση: Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης του ασθενούς και από αισθήματα απώλειας, πένθους και απελπισίας.

3) Υποχώρηση: Ο ασθενής αρχικά «κλείνεται» στον εαυτό του, αρνούμενος το πρόβλημα και τις επιπτώσεις του. Σταδιακά, όμως, αρχίζει να αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει, αποδέχεται την κατάσταση, τη διαχειρίζεται και προσαρμόζεται.

Μολονότι όλοι οι ασθενείς δεν αντιδρούν σύμφωνα με τα παραπάνω στάδια, φαίνεται ότι τα βιώνουν οι περισσότεροι[5]. Είναι, συνεπώς, σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν γνώση για τα συναισθήματα και τις δυσκολίες της ζωής των χρόνιων ασθενών, ώστε να τους παρέχουν καταλληλότερη περίθαλψη-φροντίδα, ενώ εξίσου σημαντική είναι και η υποστήριξη-εκπαίδευση των φροντιστών ατόμων με Χ.Α, καθώς υφίστανται ποικίλες επιβαρύνσεις, οι οποίες έχουν αντίκτυπο στην τελική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και στην ίδια τους τη ζωή-καθημερινότητα.

Στην παρούσα εργασία περιγράφονται οι βασικές απώλειες που ενδέχεται να βιώσει ένας χρόνιος ασθενής και αναφέρεται η έννοια της προσαρμογής στη Χ.Α, παρουσιάζοντας παράλληλα το αισιόδοξο και απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ κατά την αντιμετώπιση των ψυχοπιεστικών γεγονότων μιας Χ.Α. Επίσης, αναφέρονται οι πιθανές επιπτώσεις καθώς και η επιβάρυνση της σκλήρυνσης κατά πλάκας στην οικογένεια του ασθενούς και, τελικώς, παρουσιάζεται ένα πρόγραμμα παρέμβασης για την εκπαίδευση-υποστήριξη των μελών των οικογενειών των χρόνιων ασθενών, αποσκοπώντας στην μείωση των επιβαρύνσεων των αλλά και στην αποτελεσματική υποστήριξη του χρόνιου ασθενή για τη διαχείριση της ασθένειάς του.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Ως απώλεια περιγράφεται «η μερική ή ολική εξασθένιση των φυσικών ή/και ψυχικών λειτουργιών και της δύναμης, καθώς και αλλαγές στην εμφάνιση και τη στάση του σώματος»[6]. Ένας χρόνιος ασθενής μπορεί να βιώσει σωματικές-λειτουργικές, ψυχολογικές και κοινωνικές απώλειες. Οι απώλειες είναι αλληλένδετες και αλληλεπιδρώσες μεταξύ τους, όπως για παράδειγμα το άγχος, που ενώ ανήκει στον συναισθηματικό-ψυχολογικό τομέα, μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα κοινωνικοποίησης στον κοινωνικό τομέα ή την αρτηριακή πίεση, στον σωματικό τομέα[7,8]. Τέλος, το βίωμα της απώλειας είναι προσωπικό-μοναδικό για κάθε ασθενή, καθώς μια απώλεια που είναι σημαντική για ένα άτομο, μπορεί να μην είναι για ένα άλλο[9]. Τέτοιες απώλειες, είναι:

1) Σωματικές-λειτουργικές: Η απώλεια της ευεξίας και της καλής σωματικής υγείας είναι απόρροια των Χ.Α και επιφέρει συνέπειες όπως, διαταραχές διατροφής-ύπνου, αίσθηση κόπωσης-πόνου, σωματικές αλλαγές (μαστεκτομή, παραμόρφωση των άκρων, κλπ), παρενέργειες φαρμάκων, κ.ά.[10] Οι συνέπειες αυτές, οδηγούν σε απώλεια-περιορισμό της ανεξαρτησίας του χρόνιου ασθενή, επηρεάζοντας την κινητικότητα-λειτουργικότητά του, ενώ η αδυναμία εκτέλεσης σωματικών και ψυχικών αναγκών, μπορεί να επιφέρει απώλειες ψυχολογικές (λ.χ. απώλεια της αξιοπρέπειας, της ταυτότητάς του ως υγιές άτομο, κλπ) καθώς και κοινωνικές όπως διακοπή εργασίας και μείωση εισοδημάτων, διατάραξη της οικογενειακής ισορροπίας (των ρόλων), απομάκρυνση από το φιλικό περιβάλλον, κλπ.[11-13]

2) Ψυχολογικές απώλειες:

α) Χρόνια θλίψη: Προκύπτει ως αποτέλεσμα άλλων απωλειών που εμφανίζονται σε Χ.Α και είναι κυκλική-εναλλασσόμενη με περιόδους ευτυχίας και ικανοποίησης[14,15].

β) Αίσθημα θυμού, με: i) το σύστημα υγείας, λόγω κατακερματισμού των υπηρεσιών υγείας, τις καθυστερήσεις στη διάγνωση, την έναρξη θεραπείας, κλπ, ii) την κοινωνία, λόγω ρατσιστικής αντιμετώπισης χρόνιων ασθενών, κλπ, iii) τον εαυτό τους, επειδή δεν ζήτησαν θεραπεία νωρίτερα, κλπ.

γ) Άγχος-φοβίες, που συνήθως δημιουργεί η αβεβαιότητα για την εξέλιξη της ασθένειας, ή για το πώς η κατάσταση θα επηρεάσει τους ίδιους και τις οικογένειές τους.

δ) Ένοχή, για την επιβάρυνση που οι χρόνιοι ασθενείς θεωρούν ότι προκαλούν στο συγγενικό-φιλικό ή/και κοινωνικό τους περιβάλλον.

ε) Απώλεια ταυτότητας: Οι χρόνιοι ασθενείς θεωρούν ότι το πρόσωπο που ήταν κάποτε, δεν υπάρχει πλέον, με συνέπεια την απώλεια τη αυτοπεποίθησής τους και τη δημιουργία αισθημάτων θλίψης ή/και επιθετικότητας.

στ) Διαταραχή της εικόνας εαυτού και χαμηλή αυτοεκτίμηση-αυτοπεποίθηση: Η απώλεια της ανεξαρτησίας των χρόνιων ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ή αλλαγή της αυτο-εικόνας, ενώ και η αντιμετώπισή τους σαν να είναι ανίκανοι να παίρνουν τις δικές τους αποφάσεις, οδηγεί στην υπονόμευση της αυτοπεποίθησής και αυτοεκτίμησής τους[16].

ζ) Απώλεια σεξουαλικών σχέσεων, εξαιτίας του φόβου απώλειας του ερωτικού συντρόφου και άγχους, λόγω π.χ. της σωματικής αλλαγής.

3) Κοινωνικές: Επηρεάζονται κατά πολύ από το είδος της ασθένειας. «Θανατηφόρες ασθένειες μπορεί να δημιουργήσουν άγχος και αποξένωση από το φιλικό περιβάλλον, ενώ νοσήματα που δημιουργούν κοινωνικό στίγμα μπορεί να οδηγήσουν στην περιθωριοποίηση»[17]. Σε κοινωνικό επίπεδο, οι χρόνιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν απώλειες, όπως:

α) Οικονομικές: Πολλοί χρόνιοι ασθενείς συνταξιοδοτούνται αναγκαστικά ή έχουν δυσκολία να εργαστούν, γεγονός που οδηγεί σε μείωση εισοδημάτων, σε έλλειψη αυτοεκτίμησης ή ανάπτυξης ενοχών, καθώς δεν μπορούν να συμμετέχουν στα έξοδα του σπιτιού.

β) Κλονισμό της οικογενειακής ισορροπίας (των ρόλων), λόγω αδυναμίας ανάληψης της επιθυμητής ευθύνης για την οικογένεια. Παράδειγμα ανταλλαγής ρόλων αποτελεί το γεγονός όπου μια ηλικιωμένη μητέρα βοηθούσε την ηλικιωμένη-χρόνια ασθενή-κόρη της[16].

γ) Απώλεια των σχέσεων: Αρκετοί χρόνιοι ασθενείς θεωρούν την ασθένεια ως παράγοντα που συνέβαλε στο διαζύγιο τους. Επίσης, φιλίες που συνδέονταν μέσω δραστηριοτήτων αναψυχής, ατόνησαν όταν αυτές δεν μπορούσαν πλέον να εκτελεστούν, ενώ ο φόβος-ανασφάλεια των φίλων για την ασθένεια και η έλλειψη ενέργειας των ατόμων με αναπηρία για τη διατήρηση επαφών, συνετέλεσαν στη μείωση του κοινωνικού τους δικτύου[16].

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ Χ.Α

Η προσαρμογή στη Χ.Α ορίζεται ως «η ανταπόκριση σε μια αλλαγή στο περιβάλλον που επιτρέπει σε έναν οργανισμό να προσαρμοστεί καταλληλότερα σε αυτή την αλλαγή»[18]. Ο βαθμός επίτευξής της, αποτιμάται βάσει λειτουργικών χαρακτηριστικών του ασθενούς, όπως: καλή ποιότητα ζωής, ευεξία, ζωτικότητα, θετική επίδραση, ικανοποίηση από τη ζωή και συνολικό αυτοέλεγχο[19]. Μία περιγραφή της προσαρμογής αποτελεί «η απουσία διαγνωσμένης ψυχολογικής διαταραχής, ψυχολογικών συμπτωμάτων ή αρνητικής διάθεσης»[8]. Αντίστροφα, ως διαταραχή της προσαρμογής ορίζεται «η ανάπτυξη κλινικά σημαντικών συναισθηματικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων, ως απόκριση σε ένα στρες»[19].

Η προσαρμογή στη Χ.Α είναι πολύπλευρη και αφορά σε διαπροσωπικούς, γνωστικούς, συναισθηματικούς και συμπεριφορικούς τομείς. Η γνωστική προσαρμογή μπορεί να συμπεριλαμβάνει την αυτοαξιολόγηση-αυτορρύθμιση. Η προσαρμογή συμπεριφοράς περιλαμβάνει την επιστροφή στην εργασία ή την επιστροφή στα οικογενειακά καθήκοντα. Η συναισθηματική προσαρμογή εμπεριέχει την απουσία θλίψης, ενώ η διαπροσωπική προσαρμογή την προθυμία του ασθενούς να είναι και πάλι «κοινωνικός». Οι παραπάνω τομείς αλληλοσυνδέονται, έτσι ώστε μια αλλαγή σε έναν τομέα να επηρεάζει την προσαρμογή σε έναν άλλο. Ο κάθε ασθενής προσαρμόζεται διαφορετικά στη χρόνια κατάσταση, καθώς η προσαρμογή σχετίζεται με παράγοντες όπως ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, πεποιθήσεις του ατόμου για την ασθένειά του, χαρακτηριστικά προσωπικότητας (π.χ. αντοχή, αυτό-έλεγχος, αυτό-εκτίμηση, αισιοδοξία/απαισιοδοξία, εχθρικότατα, αρνητικά συναισθήματα, κλπ), υποστήριξη της οικογένειας και επιπτώσεις της Χ.Α (π.χ. πόνος)[8,20].

Μετά το σοκ της διάγνωση μιας Χ.Α, κάποιοι ασθενείς θα προσαρμοστούν με επιτυχία, άλλοι ίσως ποτέ, όλοι όμως μπορούν να βοηθηθούν σωματικά και ψυχολογικά. Στο πλαίσιο της «θετικής ψυχολογίας», διερευνώνται οι θετικές ή προσαρμοστικές πτυχές της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς και η σχέση τους με τη ψυχική και σωματική υγεία. Για το σκοπό αυτό, έχουν αναπτυχθεί δύο μοντέλα: 1) το μοντέλο της αισιόδοξης διάθεσης (dispositional optimism)[21], όπου ο αισιόδοξος αναμένει ότι γενικώς θα εμφανισθούν τα «καλά» αποτέλεσμα, σε αντίθεση με τα «κακά», απέναντι στα προβλήματα[22], και 2) το αισιόδοξο/απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ (explanatory style)[23]. Το αισιόδοξο/απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ για την αντιμετώπιση των ψυχοπιεστικών γεγονότων, είναι ένα ψυχολογικό χαρακτηριστικό οριζόμενο ως «ο τρόπος με τον οποίο συνήθως ένα άτομο εξηγεί στον εαυτό του γιατί συμβαίνουν τα γεγονότα (θετικά ή αρνητικά»[24]. Για την αξιολόγηση του αισιόδο-

ξου/απαισιόδοξου ερμηνευτικού στυλ, έχουν αναπτυχθεί διάφορες μέθοδοι όπως ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς (Attributional Style Questionnaire-ASQ) και η μέθοδος κωδικοποίησης-ανάλυσης των συνεντεύξεων (Content Analysis of Verbal Explanations technique-CAVE)[25]. Το αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ διαφέρει από την αισιόδοξη διάθεση, που θεωρεί την αισιοδοξία ως ένα στοιχείο της προσωπικότητας, χαρακτηριζόμενο από μια συνολική προσδοκία ότι θα συμβούν περισσότερα «καλά» πράγματα παρά «κακά»[21].

Άτομα με αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ, τείνουν να θεωρούν τις αποτυχίες ως προσωρινά, μεμονωμένα γεγονότα, ενώ τα άτομα με απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ τείνουν να τις θεωρούν ως προσωπικές, μόνιμες και διαδεδομένες καταστάσεις. Το ερμηνευτικό στυλ των περισσοτέρων ατόμων βρίσκεται κάπου στη μέση των δύο παραπάνω μοντέλων, παρουσιάζοντας διαφορετικές απαντήσεις σε διαφορετικούς τύπους γεγονότων[26].

Ένα απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ μπορεί να συσχετιστεί με την κατάθλιψη[27] και τη σωματική ασθένεια[28]. Αντίθετα, άτομα με ένα πιο αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ έχουν καλύτερη υγεία όπως, λιγότερες ασθένειες και επισκέψεις σε γιατρούς[29,30], καλύτερη ανοσοποιητική λειτουργία[31], καλύτερη υγεία στη διάρκεια της ζωής[32] και μειωμένη θνησιμότητα[33]. Ωστόσο, έρευνα σε ηλικιωμένους, διαπίστωσε ότι ένα αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ, προέβλεπε αυξημένη κατάθλιψη ως αντίδραση σε αρνητικά γεγονότα, σε αντίθεση με τους νέους ενήλικες[34]. Συνεπώς, το αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ ενδέχεται να μη λειτουργήσει θετικά υπό ορισμένες συνθήκες (π.χ. όταν πλησιάζει το τέλος της ζωής)[25].

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣκΠ), είναι μια αυτοάνοση Χ.Α του κεντρικού νευρικού συστήματος. Συνήθως «εμφανίζεται στις ηλικίες 20-40 και έχει 2-3 φορές μεγαλύτερη εμφάνιση στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες, ενώ έχει διαγνωσθεί και σε παιδιά 6 χρόνων»[35]. Σημειώνεται, ότι «από το 2008, 2 έως 2,5 εκατομμύρια άτομα έχουν νοσήσει παγκοσμίως, με τα ποσοστά να κυμαίνονται ευρέως στις διαφορετικές περιοχές του κόσμου και μεταξύ των διαφορετικών πληθυσμών»[36]. Η ΣκΠ χαρακτηρίζεται από μη προβλεψιμότητα της προόδου-συμπτωμάτων της, που μπορεί να μεταβάλλονται σχεδόν καθημερινά. Όσον αφορά στις επιπτώσεις της ΣκΠ στην οικογένεια του ασθενούς, αυτές μπορεί να είναι ψυχολογικές-συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές. Μετά τη γνωστοποίηση της διάγνωσης, η οικογένεια συνήθως νιώθει ότι ο «κόσμος γύρω της γκρεμίζεται», αβεβαιότητα για το μέλλον, αίσθημα απώλειας-θλίψης. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, ο ασθενής εμφανίζει διάφορα συμπτώματα, λ.χ. νοητική δυσλειτουργία, κατάθλιψη, συναισθηματική αστάθεια, σπαστικότητα, τρόμο, μεγάλη κόπωση (που μπορεί να συμβαίνει καθημερινά ακόμα και το πρωί παρά τον καλό ύπνο της προηγούμενης νύχτας), βλάβες αισθητηρίων οργάνων (απώλεια όρασης), ενώ περίπου οι μισοί από τους ενήλικες ασθενείς με ΣκΠ θα έχουν σημαντικές δυσκολίες στη βάδισή τους και θα χρειαστούν βοήθεια μέσα σε 15 χρόνια από τη διάγνωση[37].

Συνεπώς, η ασθένεια μπορεί να επηρεάσει το φυσιολογικό πρόγραμμα της οικογένειας και να αναγκάσει όλα τα μέλη της να υποστούν προσαρμογές για να την αντιμετωπίσουν, να χρειαστεί να αποκτήσουν καινούριες δεξιότητες για να φροντίζουν σωματικά τον ασθενή, αλλά και να προσαρμόσουν τη νοοτροπία, τα συναισθήματα, τον τρόπο ζωής και τις συνήθειές τους. Η ασθένεια ή οι παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής, μπορούν να καταστήσουν δύσκολες-ή αδύνατες-τις κοινωνικές επαφές, οδηγώντας σε απομόνωση και μοναξιά ολόκληρη την οικογένεια, με πιθανά τα ξεσπάσματα θυμού του ασθενή στα μέλη της οικογένειας να είναι πιθανά, ενώ και τα μέλη της οικογένειας να νιώθουν θυμωμένα για διάφορους λόγους (με το σύστημα υγείας, με τον εαυτό τους επειδή μεταβίβασαν στο παιδί τους ένα γενετικό νόσημα, κλπ). Όλα τα παραπάνω, μπορεί να καταστήσουν την οικογενειακή ζωή αγχωτική[38]. Συνήθεις είναι και οι επώδυνες οικονομικές επιπτώσεις στους ασθενείς με ΣκΠ και στις οικογένειές τους, λόγω των αυξημένων ιατροφαρμακευτικών εξόδων και της προμήθειας υλικών-εξοπλισμού για την φροντίδα, ενώ τα έσοδα μειώνονται εξαιτίας της ανεργίας ή περιορισμένης εργασίας των ασθενών ή/και των μελών της οικογένειας, που τους φροντίζουν[39].

Οι σύντροφοι, γονείς, παιδιά[40] ή άλλα μέλη της οικογενείας των ατόμων με ΣκΠ συχνά γίνονται οι φροντιστές τους, παρέχοντάς τους φροντί-

δα στις καθημερινές δραστηριότητες. Καθώς η αναπηρία του ασθενούς εξελίσσεται, ο ρόλος του φροντιστή συχνά γίνεται πιο επαχθής, ενώ οι επιβαρύνσεις τους από τη φροντίδα των ασθενών είναι περισσότερο αυξημένες σε σχέση με τα άλλα μέλη της οικογένειες. Τέτοιες επιβαρύνσεις, είναι:

- Αυξημένο άγχος, που αυξάνει το ποσοστό θνησιμότητας των φροντιστών κατά 63% σε σύγκριση με μη φροντιστές συνομηλίκους τους[41] και τον κίνδυνο ανάπτυξης Χ.Α, όπως κατάθλιψη ή καρδιακή ασθένεια[42].
- Κατάθλιψη, που εμφανίζει το 61% των φροντιστών, οι οποίοι παρέχουν τουλάχιστον 21 ώρες φροντίδας την εβδομάδα[43].
- Μείωση της ποιότητας ζωής, που σχετίζεται με το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα, τη διάρκεια-καθημερινή συχνότητα φροντίδας, την αυξημένη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την ασταθή πορεία της ασθένειας[44,45].
- Μείωση σωματικής ευεξίας, με την αρθρίτιδα να αποτελεί τη συχνότερα αναφερόμενη επιβάρυνση στην υγεία των φροντιστών ατόμων με ΣκΠ[46,47].
- Αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή. Η παροχή φροντίδας σε ένα άτομο με ΣκΠ, συχνά οδηγεί τους φροντιστές σε διακοπή των κοινωνικών δραστηριοτήτων τους, με αρνητικές επιπτώσεις-επιβαρύνσεις στην κοινωνική ζωή τους, ανεξάρτητα από την κατάσταση του ασθενούς[48].

Από τα παραπάνω, συνάγεται ότι δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι οι φροντιστές συχνά αναφέρονται ως «κρυμμένοι ασθενείς», εξαιτίας των προαναφερθέντων σωματικών, συναισθηματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών επιβαρύνσεων[37].

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι φροντιστές χρόνιων ασθενών χρήζουν ενημέρωσης-υποστήριξης, καθώς συχνά νιώθουν υποτιμημένοι και απομονωμένοι[49]. Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί, ότι η υποστήριξη και η εκπαίδευσή τους, μειώνει τόσο την επιβάρυνση που αισθάνονται λόγω της παρεχόμενης φροντίδας[50], όσο και τις εισαγωγές των ασθενών στο νοσοκομείο[51]. Από τις διάφορες παρεμβάσεις που αναφέρονται στη βιβλιογραφία [υποστηρικτικές ομάδες, εκπαίδευση, ψυχοεκπαίδευση, συμβουλευτική, διακεκομμένη φροντίδα (respite care), κλπ], τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα παρουσιάζουν σταθερά και βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα στη μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών, ενώ παράλληλα, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους, αυξάνουν τις δεξιότητες-γνώσεις τους και βελτιώνουν τις συνθήκες των ασθενών[52]. Τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα αποτελούν συνήθη και σύνθετη παρέμβαση εκπαίδευσης, αποτελούμενα από:

1) Θεραπεία που εστιάζει στην οικογένεια: Στους χρόνιους ασθενείς μαζί με τους φροντιστές τους, παρέχεται εμπεριστατωμένη πληροφόρηση για την ασθένεια, τη θεραπεία-εξέλιξή της, τους τρόπους διαχείρισης-τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, εκπαίδευση σε δεξιότητες φροντίδας καθώς και βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια.

2) Ομάδα ψυχοεκπαίδευσης φροντιστών: Προτείνεται η συγκρότηση-υποστήριξη ομάδων φροντιστών ατόμων με τον ίδιο τύπο Χ.Α, όπου οι φροντιστές έχουν τη δυνατότητα να πληροφορηθούν περισσότερα για την ασθένεια, τη θεραπεία της και τρόπους με τους οποίους μπορούν να βοηθήσουν στη φροντίδα, να αντιμετωπίσουν το οικογενειακό στρες, να φροντίσουν τους εαυτούς τους, να θέσουν προσωπικούς στόχους αυτό-φροντίδας και να μειώσουν τα συναφή προβλήματα υγείας τους. Έτσι, δημιουργούνται προϋποθέσεις αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των μελών της ομάδας, ενίσχυσης των διαπροσωπικών σχέσεων και της μεταξύ των επικοινωνίας[53]. Επίσης, διαπιστώθηκε, ότι οι φροντιστές που συμμετείχαν σε ομάδα ψυχοεκπαίδευσης είχαν λιγότερο-σχετιζόμενο με την ασθένεια-άγχος, σε σχέση με άλλους φροντιστές που δεν συμμετείχαν[54].

Σημειώνεται, ότι η ανάγκη δημιουργίας ενός ανατροφοδοτούμενου εντύπου που παρέχει ενημέρωση για την ασθένεια και συγκεντρωμένες απαντήσεις σε ερωτήματα, τα οποία τέθηκαν στις συνεδρίες από ασθενείς ή τους φροντιστές τους, επιτρέπει στα μέλη της οικογένειας να προσέρχονται στις συνεδρίες ενημερωμένοι[55]. Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα μέλη της οικογένειας πρέπει μαθαίνουν να επιλέγουν συγκεκριμένους ρόλους υποστήριξης και να θέτουν συγκεκριμένους στόχους, θεσπίζοντας νέες υποστηρικτικές συμπεριφορές για την αύξηση της υποστήριξης ασθενών[56].

Τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να εξειδικεύονται ανάλογα με τον τύπο της

Χ.Α, ώστε να παρέχονται εξειδικευμένες γνώσεις-πληροφορίες και τεχνικές διαχείρισης ανάλογα με είδος της, βελτιώνοντας κατά συνέπεια και την ποιότητα φροντίδας. Σημαντικό ρόλο στο παραπάνω, μπορεί να διαδραματίσουν οι διάφοροι σύλλογοι χρόνιων ασθενών, πραγματοποιώντας δράσεις για την υποστήριξη ασθενών-φροντιστών. Ενδεικτικά, τέτοιες δράσεις πραγματοποιούνται από:

α) Την Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, που-μεταξύ άλλων-προσφέρει εκπαίδευση και διαθέτει έντυπη ενημέρωση με τίτλο «Βοήθεια για τους περιθάλποντες ατόμων με άνοια»[57].

β) Το Σύλλογο Οικογενειών & Φίλων για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΦΨΥ) Ημαθίας, που προσφέρει, μεταξύ άλλων, ψυχολογική-εκπαιδευτική υποστήριξη των ληπτών και των οικογενειών τους[58].

γ) Το Σύλλογο Ατόμων με ΣκΠ, που μεταξύ άλλων προσφέρει συμπαράσταση και βοήθεια προς τα Άτομα με ΣκΠ και τις οικογένειες τους[59].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση Χ.Α αποτελεί ένα ισχυρό σοκ για τον ασθενή και κατά την εξέλιξή της, μπορεί να επιφέρει σημαντικές σωματικές-λειτουργικές, ψυχολογικές και κοινωνικές απώλειες, που είναι αλληλένδετες και αλληλεπιδρώσες. Για την αντιμετώπιση των ψυχοπιεστικών γεγονότων που δημιουργεί μια Χ.Α, στο πλαίσιο της «θετικής ψυχολογίας», αναπτύχθηκε το αισιόδοξο/απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ. Το απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ συνήθως συσχετίζεται με την κατάθλιψη και τη σωματική ασθένεια, ενώ το αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ, με καλύτερη υγεία και μειωμένη θνησιμότητα. Ειδικά για την ΣκΠ, οι επιπτώσεις της στην οικογένεια του ασθενούς είναι ψυχολογικές-συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές. Κατά την εξέλιξη της ΣκΠ, ο ρόλος του φροντιστή γίνεται πιο επαχθής, ενώ οι επιβαρύνσεις του (άγχος, κατάθλιψη, μείωση της ποιότητας ζωής και σωματικής ευεξίας), εξαιτίας της φροντίδας των ασθενών, να είναι περισσότερο αυξημένες σε σχέση με τα άλλα μέλη της οικογένειες, καθιστώντας πολλές φορές τους φροντιστές ως «κρυμμένους ασθενείς».

Τέλος, είναι σημαντικό οι φροντιστές-μέλη της οικογένειας χρόνιων ασθενών να έχουν την κατάλληλη ενημέρωση-εκπαίδευση και συνεχή υποστήριξη, ώστε να βελτιώνουν την ποιότητα του έργου τους. Ως πρόγραμμα παρέμβασης για την εκπαίδευση των φροντιστών-οικογενειών χρόνιων ασθενών προτείνονται τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, τα οποία αποτελούν μια συνήθη παρέμβαση, εξειδικεύονται ανάλογα με τη Χ.Α και αφορούν στη θεραπεία που εστιάζει στην οικογένεια (ασθενή και φροντιστή), αλλά και στη συγκρότηση ομάδων ψυχοεκπαίδευσης φροντιστών. Τέλος, σημαντικό ρόλο μπορούν να έχουν και οι σύλλογοι χρόνιων ασθενών, συμβάλλοντας μέσω των διαφόρων δράσεών τους στην υποστήριξη των ασθενών και των φροντιστών τους.

ABSTRACT

Naoum S. **Types of loss and impacts of chronic diseases: Chronic patient's adjustment and a presentation of a family education program.** *Hell Iatr 2019; 85: 33-40.*

As a chronic illness evolves, patients may experience physical, functional, psychological, and social types of loss that are interrelated and that interact with each other. Therefore, the adjustment to chronic illness becomes important but also multifaceted, addressing to interpersonal, cognitive, emotional and behavioral areas. All patients can be helped to adapt to their chronic illness physically and psychologically. In the framework of "positive psychology", the optimistic and pessimistic interpretation style have been developed in order to address the stressfull events that arise from the chronic illness. The pessimistic interpretation style was found to be associated with depression and physical illness, whereas the optimistic, was associated with better health and reduced mortality. Regarding the impact of a chronic illness on the patient's family - and in particular on Multiple Sclerosis - these are psychological, emotional, social and economic repercussions. As the chronic illness evolves, the role of the caregiver is often made more difficult, while his burden from the patient's care (stress, depression, decreased quality of life and physical well-being) increases in relation to other family members. Chronic patients' caregivers need education-information and ongoing support through training intervention programs. The psycho-educational programs mentioned, are a common and complex intervention for chronic patients' caregivers, specialized according to the chronic illness and related not only to treatments that focus on patient's and caregiver's family but also to the establishment of psycho-educative caregivers' groups, aiming at better education and improvement of the quality of care.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Ποντισίδης Γ, Μπελλάλη Θ*. Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης και η επίδρασή της στη διαχείριση των Χρόνιων Νόσων. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2015, 8: 6-16.
2. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Έρευνα Υγεία. Έτος 2014. Διαθέσιμο στο http://www.statistics.gr/documents/20181/1845c3bc-b9d5-41f6-89df-a5436ad3dc23.
3. *Shontz CF*. The psychological aspects of physical illness and disability. Macmillan and Co Limited, New York, 1975.
4. *Γιαβασόπουλος ΚΕ, Γουρνή ΓΠ*. Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού 2008, 7: 12-39.
5. *Antonovska A*. Untraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey Bass, San Francisco, 1987.
6. *Mahon G, O'Brien B, O'Conor L*. The experience of chronic illness among a group of Irish patients: a qualitative study. J Res Nursing, 2014; 19: 330-42.
7. *Adler NE, Matthews KA*. Health and psychology: Why do some people get sick and some stay well? Ann Rev Psychol 1994; 45: 230-60.
8. *Stanton AL, Revenson TA, Tennen H*. Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease [Electronic version]. Ann Rev Psychol 2007; 58: 565-92.
9. *Roos S*. Chronic Sorrow: A Living Loss. Brunner-Routledge, New York, 2002.
10. *Andersen BL*. Behavioral outcomes following psychological interventions for cancer patient. J Counseling and Clin Psychol 2002; 70: 595-605.
11. Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας: Ελληνικό τμήμα της IASP & EFIC. Πληροφορίες για τους ασθενείς σχετικά με τον χρόνιο πόνο. Διαθέσιμο στο: http://algologia.org/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=136.
12. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία. Οξύς και Χρόνιος Πόνος. Διαθέσιμο στο: http://www.cancer-society.gr
13. e-Psychology: Χρόνια κόπωση (σύνδρομο). Διαθέσιμο στο: https://www.e-psychology.gr/health-psychology/395-burn-out.html.
14. *Burke ML, Hainsworth MA, Eakes GG, Lindgren CL*. Current knowledge and research on chronic sorrow: a foundation for inquiry. Death Studies 1992; 16: 231-45.
15. *Burke ML, Eakes GG, Hainsworth MA*. Milestones of chronic sorrow: perspective of chronically ill and bereaved persons and family caregivers. J Family Nur 1999; 5: 374-387.
16. *Ahlström G*. Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. J Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with J Clin Nurs 2007; 16: 76-83.
17. *Δανιηλίδου Ν*. Η χρόνια ασθένεια και οι διαδικασίες προσαρμογής. Διαθέσιμο στο: http://www.daniilidou.gr/?p=563.
18. *Sharpe L, Curran L*. Understanding the process of adjustment to illness [Electronic version]. Soc Sci Med 2006; 62: 1153-66.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.,revised). Washington, DC: Author., 2000.
20. *Lecic-Tosevski D, Vukovic O, Stepanovi J*. Stress and personality.Ψυχιατρική 2011, 22: 290-7.
21. *Scheier MF, Carver CS*. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychol 1985; 4: 219-47.
22. *Scheier MF, Matthews K, Owens JF, et al*. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. J Pers Soc Psychol 1989; 57: 1024-40.
23. *Peterson C, Seligman MEP*. Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. Psychol Rev 1984; 91: 347-74.
24. *Seligman MEP*. Learned Optimism 1990. New York: Simon & Schuster, Inc.
25. *Tomakowskya J, Lumleya AM, Markowitzb N, Frankc C*. Optimistic explanatory style and dispositional optimism in HIV-infected men. J Psychosomatic Res 2001; 51: 577-87.
26. The Open University UK. Available at: https://study.com/academy/lesson/explanatory-style-in-psychology.html.
27. *Seligman MEP, Nolen-Hoeksema S*. Explanatory style and depression. In D. Magnusson and A. Ohman. Psychopathology: An Interactional Perspective. New York: Academic Press 1987; 125-39.
28. *Kamen LP, Seligman MEP*. Explanatory style and health. Current Psycholog Res and Rev 1987; 6: 207-18.
29. *Lin EH, Peterson C*. Pessimistic explanatory style and response to illness. Behav Res Ther 1990; 28: 243-8.
30. *Peterson C*. Explanatory style at a risk factor for illness. Cognit Ther Res 1988; 12: 119-32.
31. *Kamen-Siegel L, Rodin J, Seligman MEP, Dwyer J*. Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. Health Psychol 1991; 10: 229-35.
32. *Peterson C, Seligman MEP, Vaillant G*. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. J Pers Soc Psychol 1988; 55: 23-7.
33. *Peterson C, Seligman MEP*. Explanatory style and illness. J Pers 1987; 55: 237-65.
34. *Isaacowitz DM, Seligman MEP*. Is pessimism a risk factor for depressive mood among community dwelling older adults? Behav Res Ther (in press).
35. *MacAllister W, Belman A, Milazzo M, Weisbrot D, Christodoulou C, Scherl W*. Cognitive functioning in children and adolescents with multiple sclerosis. Neurology 2005; 64: 1422-25.
36. World Health Organization. Atlas: Multiple Sclerosis Resources in the World 2008. Geneva: World Health Organization 2008; σελ. 15-6.
37. *Buhse M*. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. J Neurosci Nurs 2008; 40: 5-31.
38. *McKeown L, Porter-Armstrong A, Baxter G*. Caregivers of people with multiple sclerosis: Experiences of support. Multiple Sclerosis 2004; 10: 219-30.
39. *Altman, B, Cooper, P, Cunningham P*. The case of disability in the family: Impact on health care utilization and expenditures for non-disabled members. Milbank Quarterly 1999; 77: 39-75.

40. *Forbes A, While A, Mathes L*. Informal carer activities, carer burden and health status in multiple sclerosis. Clin. Rehabil 2007; 21: 563-75.

41. *Schulz R, Beach SR*. Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. J Am Med Assoc 1999; 282: 2259-60.

42. *Kiecolt-Glaser K, Glaser R, Shuttleworth E, Dyer C, Ogrocki P, Speicher C*. Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. Psychosomatic Med 1987; 49: 523-35.

43. *Haley W, LaMonde L, Han B, Narramore S, Schonwetter R*. Family caregiving in hospice: Effects on psychological and health functioning among spousal caregivers of hospice patients with lung cancer or dementia. Hosp J 2001; 15: 1–18.

44. *Aronson KJ*. Quality of life among persons with multiple sclerosis and their caregivers. Neurology 1997; 48: 74-80.

45. *Gregory RJ, Disler P, Firth S*. Caregivers of people with multiple sclerosis: a survey in New Zealand. Rehabil Nurs 1996; 21: 31-7.

46. *Aronson KJ, Goldenberg E, Cleghorn G*. Sociodemographic characteristics and health status of persons with multiple sclerosis and their care givers. MS Management 1996; 4: 1-12.

47. *Dewis MME, Niskala H*. Nurturing a valuable resource: family caregivers in multiple sclerosis. Axon 1992; 3: 87- 94.

48. *Laizner AM, Shegda-Yost LM, Barg FK, McCorkle R*. Needs of family caregivers of persons with cancer: a review. Semin Oncol Nurs 1993; 9: 114-20.

49. *Tamayo GL, Broxson A, Munsell M, Cohen MZ*. Caring for the caregiver. Oncol Nurs Forum 2010; 37: 50-7.

50. *Parks SM, Novielli KD*. A practical guide to caring for caregivers. Am Fam Physician 2000; 62: 2613-22.

51. *Pierce LL, Steiner, VL, Khuder SA, Govani AL, Horn LJ*. The effect of a web-based stroke intervention on carers' well-being and survivors' use of healthcare services. Disabil Rehabil 2009; 31: 1676-84.

52. *Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P*. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. Gerontologist 2002; 42: 356-72.

53. *Acton GJ, Kang J*. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. Res Nurs Health 2001; 24: 349-60.

54. Psychologynow.gr. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στην Άσκηση Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής σε φροντιστές χρόνιων ασθενών με αυξημένο φορτίο φροντίδας. Διαθέσιμο στο: https://www.psychologynow.gr/psychic-health/psychotherapy/444-psichotherapeftikes-parembasis-stin-askisi-simbuleftikis-psichiatrikis-se-frodistes-chronion-asthenon-me-afximeno-fortio-frodidas-tis-despina-dribaku.html.

55. *Rintell D, Melito R*. "Her Illness Is a Project We Can Work on Together". Developing a collaborative family-centered intervention model for newly diagnosed multiple sclerosis. Int J MS Care 2013; 15: 130-6.

56. *Rosland AM, Piette JD*. Emerging models for mobilizing family support for chronic disease management: A Structured Review. Chronic Illn 2010; 6: 7-21.

57. Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών. Διαθέσιμο στο: http://www.alzheimer-hellas.gr/index.php/el/.

58. Σύλλογος Οικογενειών & Φίλων για την. Ψυχική Υγεία (ΣΟΦΨΥ) Ημαθίας. Διαθέσιμο στο:http://www.sofpsi-ima.gr/.

59. Σύλλογος Ατόμων με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Διαθέσιμο στο: http://msassociationhellas.org/?page_id=29.

Αλληλογραφία:
Σ. Ναούμ
Ανδρέα Εμπειρίκου 37Α
263 35 Πάτρα
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Corresponding author:
S. Naoum
Andrea Empeirikou 37A street
263 35 Patra, Greece
e-mail: naoumsimeon@gmail.com

Ελληνική Ιατρική 2019, 85, 1-2: 41 - 52

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και υγείας στην Ελλάδα

Ε. Μπροτζάκη[1], Δ. Κουτσούρης[2], Γ.Ι. Λάμπρου[3]

[1] Μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης
[2] Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Εργαστήριο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο
[3] Α' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Χωρέμειο Ερευνητικό Εργαστήριο

Περίληψη. Με δεδομένη την πίεση που υφίσταται το σύστημα υγείας της χώρας, ιδιαίτερα με την συνεχιζόμενη οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, η ανάγκη για οργανωτικές και δομικές μεταρρυθμίσεις καθίσταται πέραν του δέοντος απαραίτητη. Για το σκοπό αυτό πολιτικές υγείας που σχετίζονται με την ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) χρειάζεται να επανεξεταστούν και να επαναπροσδιοριστούν. Οι διαρθρωτικές αλλαγές που χρειάζεται να υλοποιηθούν άμεσα χρειάζεται να αναδείξουν την αναγκαιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της έννοιας της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της χώρας και των συναφών πολιτικών υγείας. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε με τη χρήση κατάλληλων λέξεων ευρετηριασμού στις βάσεις δεδομένων του Π.Ο.Υ., του Ο.Ο.Σ.Α. καθώς και στη βιβλιογραφική βάση PubMed. Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας υγείας εμφάνισε ιδιαίτερα πτωτική τάση. Το ποσοστό πριν την έναρξη της κρίσης κυμαινόταν από 94,7% μέχρι και 92,6% (2008) παρουσιάζοντας σταθερά πτώση τα χρόνια της κρίσης και πέφτοντας μόλις στο 88,8% (2014). Βασικά στοιχεία της ποιότητας στην περίθαλψη φάνηκε ότι αποτελούν η δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και η εγκαθίδρυση της λογικής της εξ' αποστάσεως παροχής υπηρεσιών υγείας (eHealth). Συμπερασματικά η οικονομική κρίση στην οποία περιήλθε η χώρα δημιούργησε πολλά προβλήματα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε σχέση με την προσβασιμότητα και την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αν και ο εμβολιασμός παρέμεινα σε πολύ υψηλά ποσοστά. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας χρειάζεται στρατηγικό σχεδιασμό από την πλευρά της πολιτείας που θα έχει ως στόχο την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτέρες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες όπου βρίσκεται την τελευταία οκταετία.
Ελλην Ιατρ 2019, 85: 41 - 52.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πολιτική υγείας όπως διαμορφώνεται στον 21ο αιώνα

Σύμφωνα με την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Πολιτική υγείας ορίζεται σαν «*...το σύνολο των αποφάσεων των σχεδίων και των ενεργειών για την υλοποίηση συγκεκριμένων στόχων σε μια κοινωνία...*»[1]. Η Πολιτική Υγείας αποτελεί μέρος της κοινωνικής πολιτικής κάθε κράτους κάτι σαν υπο-

1 http://www.who.int/topics/health_policy/en/

σύνολο της ουσιαστικά, συμβάλλοντας κυριολεκτικά στην βελτίωση της κατάστασης υγείας του εκάστοτε πληθυσμού λαμβάνοντας υπόψη την σωστή και ορθή κατανομή των οικονομικών πόρων που μπορεί ενίοτε να διαθέσει το κάθε κράτος ξεχωριστά[1].

Αναθέτοντας στο κάθε κράτος τη διαχείριση των οικονομικών πόρων που προέρχονται είτε από κρατικά κονδύλια, είτε από τα ασφαλιστικά ταμεία, είτε από τον ιδιωτικό τομέα διαχειρίζεται την παραγωγή, την διανομή όλων των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους εκάστοτε χρήστες με στόχο ένα καλύτερο επίπεδο υγείας για όλο τον πληθυσμό. Στην Ελλάδα, η Πολιτική Υγείας αναπτύχθηκε με πολύ αργούς ρυθμούς σε σχέση με τα ανεπτυγμένα κράτη της Ευρώπης, συγκεκριμένα τα θεμέλια μπήκαν κυρίως από το 1950 και στο εξής. Το μέλλον, αν και δυσοίωνο θα λέγαμε για την χώρα εξαιτίας της κοινωνικής και οικονομικής κρίσης στην οποία έχει μπει τα τελευταία χρόνια με την υπογραφή των Μνημονίων, δεν παύει να αποτελεί μια πρόκληση για τον επανασχεδιασμό μιας διαφορετικής κατεύθυνσης στον τομέα της Υγείας. Με ανακατανομή των πόρων, εξορθολογισμό των δαπανών, καλύτερη διαχείριση και επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό, τα αποτελέσματα μπορεί να εμφανιστούν γρηγορότερα και οι δείκτες να βελτιωθούν σε όλα τα επίπεδα. Η Ελλάδα βρίσκεται στο σταυροδρόμι μιας πρόκλησης για την Πολιτική Υγείας, που αν επικεντρωθούν όλοι οι φορείς, θα επέλθουν εξαιρετικά αποτελέσματα σε πολύ γρήγορο χρονικό διάστημα[2].

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τον πυλώνα των Συστημάτων Υγείας στις ανεπτυγμένες κυρίως χώρες τόσο στην Ευρώπη όσο και σε Διεθνές επίπεδο. Η στρατηγική της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας Π.Ο.Υ. για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σύμφωνα με την διακήρυξη της *Alma-Ata* το 1978, έχει ως κύριο στόχο την στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας[3].

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η ανασκόπηση της έννοιας της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προσδιορισμός της έννοιας «Ποιότητα», εξέλιξη και μέλλον της σε βάθος χρόνου

Η έννοια της ποιότητας έκανε την εμφάνιση της την δεκαετία του ’70, εξαιτίας της σύγκρισης των προϊόντων των δυτικών χωρών και των αντίστοιχων Ιαπωνικών. Οι Ιάπωνες κατάφεραν μέσω της ευρηματικότητας και της καινοτομίας των προϊόντων τους να παρέχουν στους πελάτες τους, ότι ακριβώς ζητούσαν σε πολύ μικρό κόστος και με πολύ καλή ποιότητα ικανοποιώντας έτσι πλήρως τους πελάτες τους ανά τον κόσμο.

Η ποιότητα όμως άρχισε να παίζει πρωτεύοντα ρόλο με την εμφάνιση και χρήση των εργαλείων που έχει μέχρι και σήμερα των λεγόμενων control charts διαγραμμάτων στατιστικού ελέγχου ποιότητας[4]. Τα διαγράμματα αυτά μας υποδεικνύουν την σταθερότητα των διαδικασιών που ελέγχουμε, αλλά και την πρόβλεψη της μελλοντικής απόδοσης της διαδικασίας[5,6]. Ένας από τους στόχους που τέθηκαν και περατώθηκαν με το πέρασμα των χρόνων αποτελεί η συνεχής βελτίωση της ποιότητας μέσω: (α) της εστίασης στον πελάτη και της ικανοποίησης του (ασθενούς, καταναλωτή, προμηθευτή), αλλά και (β) μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του εκάστοτε προσωπικού, ώστε να επιτευχθούν τα βέλτιστα αποτελέσματα.

Ο ακριβής ορισμός της ποιότητας, ακόμα και σήμερα, δεν έχει αποσαφηνιστεί ακριβώς, διότι μεταβάλλεται συνεχώς ανάλογα με τις εκάστοτε αλλαγές στην οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών. Η ποιότητα ορίστηκε σαν την «*συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις*»[7] ενώ ο αργότερα δόθηκε ο ορισμός κατά τον οποίον ποιότητα είναι η «*...ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη...*»[8]. Η Αμερικανική Ένωση για την Ποιότητα απέδωσε ως προς τα τεχνικά χαρακτηριστικά τον εξής ορισμό: «*Τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που έχει την ικανότητα να ικανοποιεί ανάγκες που εκφράζονται άμεσα η έμμεσα από τους πελάτες*».

Η διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance, QA): αποτελεί σήμερα μια συνεχή διαδικασία δίνοντας έμφαση στην τήρηση συγκεκριμένων διαδικασιών μέσω ενός στρατηγικού σχεδιασμού που αποβλέπει, όχι μόνο στον έλεγχό της, αλλά και στην πρόληψή της[9], όμως προκειμένου να επιτευχθεί και να μπορέσει να μετεξελιχθεί η βελτίωση

και διασφάλιση της ποιότητας κρίθηκε απαραίτητη η συμμετοχή και βοήθεια που θα παρείχε η διοίκηση μέσω ενός διαφορετικού «οράματος» και φιλοσοφίας της λεγόμενης Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management (TQM).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί κατά τον *Coates* (1993) «*...μια προληπτική στρατηγική που αντικαθιστά την επανάληψη της δουλειάς με σχεδιασμό, συντονισμό και έλεγχο...*»[10]. Τα οφέλη και τα πλεονεκτήματα που ανακύπτουν από την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελούν πλέον αναπόσπαστο κομμάτι σε όλους σε όλους τους οργανισμούς που στηρίζονται σε αυτήν την φιλοσοφία. Σήμερα, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια διαδικασία συνεχούς προγραμματισμού, βελτίωσης και αξιολόγησης των δραστηριοτήτων, των διαδικασιών και των αξιολογήσεων σε επίπεδο ατομικό και συλλογικό. Αναπόδραστα, αποτελεί κομμάτι του στρατηγικού σχεδιασμού σε κάθε οργανισμό που επιθυμεί να παράγει αξιόπιστα και σωστά αποτελέσματα, το απαιτούν οι συνθήκες και οι απαιτήσεις της εποχής. Στις Η.Π.Α καθιερώθηκε για αυτό το σκοπό το βραβείο *Baldrige,* το οποίο αναγνωρίζει ετησίως τις αμερικανικές επιχειρήσεις, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης και τις κυβερνητικές ή μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, που αποτελούν πρότυπα για την αριστεία των οργανωτικών επιδόσεων. Οι οργανισμοί αξιολογούνται βάσει κριτηρίων από επτά κατηγορίες[2]: α) Ηγεσία, β) Στρατηγική, γ) Πελάτες, δ) Μέτρηση, ανάλυση και διαχείριση γνώσης, ε) Εργατικό δυναμικό, στ) Λειτουργίες, και, ζ) Αποτελέσματα.

Η ποιότητα στην Υγεία

Η υγεία αποτελεί το ύψιστο αγαθό τόσο σε επίπεδο λαών όσο και σε ατομικό επίπεδο διότι επιδρά στο οικονομικό, κοινωνικό και στο πολιτισμικό επίπεδο μιας χώρας με ποικίλους τρόπους. Στην βελτίωση της υγείας προσπάθησαν να συμβάλουν εκάστοτε τα Συστήματα Υγείας των χωρών μέσω διαδικασιών και στρατηγικών σχεδιασμών για την επίτευξη καλύτερων παροχών στους «πελάτες» δηλαδή στους ασθενείς. Για την επίτευξη όλων των παραπάνω, κρίνεται απαραίτητη η χρήση των αναγκαίων εργαλείων για την μέτρηση της υγείας των δεικτών που δίνουν σαφή και ευδιάκριτα αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας.

Οι εννοιολογικοί ορισμοί που δόθηκαν ενίοτε ήταν περίπου ίδιοι όσο αναφορά στη σημασία τους. Κατά τους *Carter & Blomqvist* (1997) υγεία θεωρήθηκε η «απουσία της νόσου», ορισμός όμως που σύντομα εγκαταλείφτηκε εξαιτίας της συνεχούς και ταχύτατης αλλαγής σε όλα τα επίπεδα της επιστήμης[11]. Επικράτησε, τελικά, ένας πιο εμπεριστατωμένος ορισμός της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), που υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία (Νέα Υόρκη, 19-22 Ιουνίου 1946), υπεγράφη από αντιπροσώπους 61 κρατών στις 22 Ιουλίου 1946[12], «*Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας, και, όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας*»[3]. Καινοτόμος και ιδιαίτερα ευρηματικός σε θέματα ορισμού και βελτίωση της ποιότητας της υγείας υπήρξε ο *Donabedian*, παρατηρώντας και καταγράφοντας τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή φροντίδας[13,14]: α) το τεχνικό μέρος (technical), β) το διαπροσωπικό μέρος και (interpersonal) και γ) την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Σε άλλο άρθρο του ο *Donabedian* (1990), περιέγραψε τα 7 χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που βλέπουμε στον ακόλουθο πίνακα (Πίν. 1)[13].

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά της Υγειονομικής φροντίδας.

1) Κλινική αποτελεσματικότητα	Βέλτιστη δυνατότητα με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας
2) Αποτελεσματικότητα	Βαθμός υλοποίησης υγειονομικών βελτιώσεων
3) Αποδοτικότητα	Επίτευξη μέγιστων υγειονομικών βελτιώσεων με το μικρότερο κόστος
4) Βελτιστότητα	Ισοζύγιο κόστος- όφελος με τα καλύτερα αποτελέσματα
5) Αποδεκτικότητα	Προσαρμογή στις ανάγκες των ασθενών σχετικά με την προσπελασιμότητα
6) Νομιμότητα	Είναι συναφή με τα παραπάνω
7) Δίκαιη κατανομή ωφελειών	Δίκαιος καταμερισμός παροχής φροντίδας

2 https://www.nist.gov/

3 Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Διεθνής εμπειρία ανάπτυξης της ποιότητας

Η ανάπτυξη και η βελτίωση της ποιότητας στον ευπαθή τομέα της υγείας σε όλα τα επίπεδα προήλθε κυρίως από τις ανεπτυγμένες χώρες οι οποίες διέθεταν τα απαραίτητα κονδύλια προκειμένου να ανταποκριθούν σε αυτό και ανέπτυξαν μια ιδιαίτερη τεχνογνωσία σε όλα τα επίπεδα. Χώρες όπως η Η.Π.Α., ο Καναδάς, η Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία και τα κράτη της Σκανδιναβίας (Σουηδία, Φιλανδία, Νορβηγία) αποτέλεσαν τους πρωτεργάτες σε θέματα πιστοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας. Στις περισσότερες από αυτές τις χώρες δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη της ΠΦΥ εφόσον θεωρήθηκε ο πυλώνας όλου του Συστήματος Υγείας και, επομένως, βασίστηκαν πολύ στην ανάπτυξη αυτού του τομέα.

Στην Ευρώπη δημιουργήθηκαν αρκετοί διακυβερνητικοί οργανισμοί που είχαν ως στόχο την μεγιστοποίηση της ποιότητας και την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών για παράδειγμα το Συμβούλιο της Ευρώπης (Council of Europe), το οποίο σχημάτισε μια επιτροπή ειδικών της ποιότητας το 1995 δίνοντας την δυνατότητα στις κυβερνήσεις των Κρατών-μελών να καθιερώσουν συστήματα βελτίωσης της ποιότητας εφαρμόζοντας πολιτικές-δομές που έχουν ως στόχο την ανάπτυξη και εφαρμογή των συστημάτων βελτίωσης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σε όλα τα επίπεδα.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο ΠΟΥ, το 1997, εισήγαγε τους παγκόσμιους στόχους της υγείας από το έτος 2000 και μετά, υιοθετώντας ουσιαστικά την διακήρυξη για την ΠΦΥ της *Alma-Ata* (Ρωσία, 1978). Στην παράγραφο 16 ο στόχος είναι καθαρά η ποιότητα, η οποία επιτυγχάνεται μέσω συστηματικών μετρήσεων των αποτελεσμάτων υγείας με την χρήση συγκεκριμένων διεθνών δεικτών ποιότητας που βρίσκονται στις βάσεις δεδομένων των κρατών μελών της ΕΕ και μπορούν να συγκριθούν ανά πάσα χρονική στιγμή[15].

Το 2000, σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση Υγείας του ΠΟΥ στη Γενεύη, καθορίστηκαν οι στόχοι για την καλύτερη επίδοση των συστημάτων υγείας μέσα από πέντε βασικές λειτουργίες την παροχή υπηρεσιών, την επένδυση και την εκπαίδευση, την χρηματοδότηση και τη διαχείριση[16]. Η χώρα μας, σε σύνολο 191 χωρών, κατέλαβε, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ΠΟΥ, την 14η θέση ως προς την επίδοση του συστήματος φροντίδας υγείας, και την 11η σχετικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού[16].

Εθνική πολιτική ποιότητας. Η Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα, υπήρχαν πάντοτε προβλήματα σχετικά με τον προγραμματισμό και το στρατηγικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας λόγω των πολλών ιδιαιτεροτήτων που καθιστούσαν δύσκολη και ανέφικτη την κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια[17]. Η απουσία ενός καθολικού συστήματος αξιολόγησης εξαιτίας της έλλειψης πολιτικής βούλησης αλλά και της αδυναμίας κατανόησης της έννοιας της «ποιότητας» σε βάθος οδήγησαν σε αυτήν την κατάσταση. Εντούτοις, υπήρξαν και καταβάλλονται προσπάθειες προκειμένου να οδηγηθεί η χώρα μας βελτίωση των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες με βάση ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο. Υπήρξαν αρκετές νομοθετικές πράξεις και αναθεωρήσεις αυτών με στόχο την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα, ο νόμος 2519/1997[4] θεσμοθετεί στο άρθρο 9 τον ποιοτικό έλεγχο των προσφερόμενων υπηρεσιών όπου συνίσταται αυτοτελής οργανική μονάδα με την επωνυμία Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΙΕΕΠΥΥ), με εξής σκοπούς: α) Την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, β) Τη στατιστική ανάλυση και η οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών υγείας, γ) Τον έλεγχο διασφάλισης των υπηρεσιών υγείας κ.τ.λ., δ) Την χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ε) Τη συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και άλλα ερευνητικά κέντρα στον τομέα των επιστημών υγείας, κ.τ.λ.

Βέβαια, παρόλο που τέθηκαν οι βάσεις προς αυτήν την κατεύθυνση, ωστόσο δεν επιτεύχθηκαν τα ανάλογα αποτελέσματα που οριοθετήθηκαν, καθώς το ινστιτούτο δεν τέθηκε σε πλήρη λειτουργία, όπως αρχικά σχεδιάστηκε.

Εκ νέου, με τον νόμο του 2889/2001[5] θεσμοθετούνται τρία νέα τμήματα: α) Το Τμήμα Περιφε-

4 ΦΕΚ 165Α', 21/08/1997
5 ΦΕΚ 37Α', 02/03/2001

ρειακού Χάρτη Υγείας (με κύριο σκοπό την καταγραφή και ανάλυση όλων των επιδημιολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντολογικών στοιχείων για την χάραξη πολιτικής υγείας στην περιφέρεια), β) Το Τμήμα βελτίωσης του ελέγχου ποιότητας (το οποίο καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας από τις μονάδες του ΠεΣΥ) και, γ) Το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης (Research and Development), το οποίο έχει ως κύριο μέλημα τη διαχείριση κονδυλίων ερευνητικών, αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, προερχόμενα από την χρηματοδότηση αντίστοιχων επιστημονικών προτάσεων εργαζομένων στο ΕΣΥ. Η προσπάθεια για τη δημιουργία φορέων και ενός ενιαίου χάρτη Υγείας συνεχίζεται μέχρι σήμερα, αλλά απαιτούνται επιπλέον νομοθετικές ρυθμίσεις, ώστε να επιτευχθούν οι ανάλογοι στόχοι.

Νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια υπήρξε με τον νόμο 3172/2003[6], που έχει ως στόχο την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Συγκεκριμένα, το άρθρο 6 για τη «*Φύση και τις αρμοδιότητες του ΕΣΥΔΥ*» λειτουργεί σαν ένα γνωμοδοτικό, συμβουλευτικό και επιστημονικό όργανο που γνωμοδοτεί σε πολλά ζητήματα, όπως: α) Σε θέματα αξιολόγησης κινδύνων της Δημόσιας Υγείας και σε περιπτώσεις κρίσεων, β) Υποβάλλει προτάσεις για τη διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, γ) Γνωμοδοτεί σε ειδικότερα θέματα στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, δ) Γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας, και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, ε) Γνωμοδοτεί για τις ερευνητικές προτεραιότητες για τη Δημόσια Υγεία.

Ο Νόμος αυτός ήρθε να καλύψει τους υπόλοιπους και σε συνδυασμό με τον αμέσως επόμενο που κατατέθηκε ένα χρόνο αργότερα, το 2004 (Ν. 3235/2004 «*Γενικές Διατάξεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*»)[7], έγινε μια πληρέστερη προσπάθεια για τη βελτίωση της ποιότητας της υγείας στην χώρα μας. Με αυτό το νόμο καθιερώθηκε ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού και θα έρχεται πρώτος σε επαφή με τον ασθενή και θα τον κατευθύνει ανάλογα. Υπάρχει επιπλέον η Σύσταση Φορέα Πιστοποίησης Κέντρων Υγείας, που θα ελέγχει τους φορείς παροχής ΠΦΥ, υποβάλλοντας ετήσιες εκθέσεις και αξιολογήσεις στα αρμόδια υπουργεία. Η πιστοποίηση των Κέντρων Υγείας θα γίνεται βάση των εξής κριτηρίων: α) Ιατρική υποδομή και εξοπλισμός, β) Ξενοδοχειακή υποδομή και εξοπλισμός, γ) Υποδομή μηχανογράφησης, δ) Στελέχωση για τον αριθμό του προσωπικού αλλά και τα απαιτούμενα προσόντα και την εξειδίκευση του, ε) Τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών, στ) Διαδικασίες πρόσβασης, ζ) Ποιότητα έργου και εξυπηρέτηση κοινού, η) Διασύνδεση των φορέων ΠΦΥ τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης, θ) Ποιότητα τήρησης διαδικασιών.

Η παραγωγή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε κάθε χώρα, όπως και στην Ελλάδα, αποτελεί μια πρόκληση που όμως για να επιτευχθεί σε έναν ικανοποιητικό βαθμό απαιτείται όχι μόνο πολιτική βούληση και ένα στρατηγικό μακροπρόθεσμο πλάνο αλλά και διαρκής ποιοτικός έλεγχος. Επιπρόσθετα, κρίνεται αναγκαία η διασύνδεση όλων των φορέων και οργανισμών, μέσω Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων και, ιδιαίτερα για την ΠΦΥ, με την χρήση του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου σε καθημερινή βάση, την πλήρη μηχανοργάνωση του συστήματος υγείας, την αξιολόγηση όλων των δεδομένων που θα συγκεντρωθούν από τους φορείς και τους διάφορους οργανισμούς ώστε να παρέχονται ποιοτικές και αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας.

Η ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιος λίθος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναδύθηκε περί τα τέλη της δεκαετίας του 1970 σαν μια απάντηση στο ιατροκεντρικό και νοσοκοκεντρικό σύστημα υγείας που επικρατούσε σε όλες τις χώρες, είτε αναπτυγμένες, είτε αναπτυσσόμενες. Ήταν μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση σε σχέση με ότι υπήρχε στο παρελθόν, διότι πλέον στηριζόταν σε ένα νέο μοντέλο ανθρωποκεντρικό που έθετε ως

6 ΦΕΚ 197Α', 06/08/2003
7 ΦΕΚ 53Α', 18/02/2004

πυρήνα πλέον τον άνθρωπο. Οι ανεπτυγμένες χώρες με αργούς βέβαια ρυθμούς, λόγω των κοινωνικών των οικονομικών και των πολιτισμικών διαφορών που είχαν, ενσωμάτωναν την νέα αυτή θεώρηση για την φροντίδα υγείας, κάτι που δεν υφίστατο για την χώρα μας. Οι προσπάθειες για την ένταξη της πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησαν την δεκαετία του 1980 με στόχο να αποτελέσει τον κορμό του συστήματος υγείας στην χώρα μας. Παρόλο που μέχρι και σήμερα υπάρχουν πολλές αστοχίες στις κατά καιρούς προσπάθειες από τους αρμόδιους φορείς για την οικοδόμηση ενός σύγχρονου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, εντούτοις εκπονούνται σχέδια δράσης με στόχο τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης και την ανάδειξη της ΠΦΥ σαν το θεμέλιο λίθο του συστήματος υγείας στην χώρα μας.

Το σύστημα υγείας αρκετών κρατών βασίζεται στην χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να παρέχουν στους πολίτες τους ποιοτικότερη και αναβαθμισμένη φροντίδα υγείας. Στην χώρα μας, η ΠΦΥ αποτελεί μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας ουσιαστικά. Νομοθετικά, η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για το νομικό πλαίσιο μπήκε με το Νόμο 1397/1983[8] (ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΕΣΥ). Στη δημιουργία του ΕΣΥ συμπεριλήφθηκε η δημιουργία των αστικών και μη αστικών Κέντρων Υγείας (ΚΥ) και Περιφερειακών Ιατρείων (ΠΙ) με παροχές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (πρωτοβάθμιας). Στη συνέχεια, ο Νόμος 2071/1992[9] έδωσε τη δυνατότητα επέκτασης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον ιδιωτικό τομέα και στα ΤΕΠ (Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών νοσοκομείων του ΕΣΥ). Ο Νόμος 2519/1997[10] ενίσχυσε την έννοια της «Δημόσιας Υγείας» με τη διασαφήνιση ποικίλων δράσεων που σχετίζονται με την ΠΦΥ. Επιπλέον, το νέο νομοθετικό πλαίσιο για την οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας (Ν. 3172/2003)[11] αποτέλεσε άλλη μια καλή προσπάθεια για τη βελτίωση των παροχών από την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Συνέχεια του προηγούμενου νόμου ήταν ο Νόμος 3235/2004[12], όπου εντάχθηκε η εισαγωγή του θεσμού του «οικογενειακού ιατρού», η πιστοποίηση των ΚΥ, καθώς και ο ενιαίος έλεγχος των μονάδων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τελευταία προσπάθεια έγινε με το Νόμο 4238/2014[13] που εκτός από την πλήρη καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού, τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε δημόσιο επίπεδο που παρέχονται μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας (ΔΥΠε) υπάρχει και η ανάθεση στον οικογενειακό ιατρό η της κατάρτισης ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, ο οποίος καθιερώθηκε για όλους τους ΄Ελληνες πολίτες (άρθρο 51) που αποτελεί μια νέα βάση στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η Υπουργική Απόφαση Γ3α/οικ. 3597[14], που προβλέπει την επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αποτελούν το ΠΕΔΥ με τα νοσοκομεία της ΔΥΠε. Η συγκεκριμένη απόφαση προβλέπει την χρήση πλέον των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και την άμεση διασύνδεση τους. Αυτό ακριβώς είναι και το μέλλον στην χώρα μας που βρίσκεται σε ένα κρίσιμο μονοπάτι για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες της. Νομοθετικά οι βάσεις έχουν τεθεί εδώ και αρκετά χρόνια αν και εξαιτίας πολλών και ποικίλων παραγόντων δεν έχουν φτάσει στο αντίστοιχο αποτέλεσμα εντούτοις γίνεται ιδίως τα τελευταία χρόνια πιο συντονισμένη προσπάθεια. Όμως, απαιτείται μια σειρά δράσεων που θα στοχεύει στην ενημέρωση καταρχήν των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας από τους κρατικούς φορείς για την βελτίωση και αναγκαιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

8 ΦΕΚ 143Α', 07/10/1983
9 ΦΕΚ 123Α', 1992
10 ΦΕΚ 165Α', 1997
11 ΦΕΚ 197Α', 2003
12 ΦΕΚ 53Α', 18/02/2004
13 ΦΕΚ 38Α', 17/02/2014
14 ΦΕΚ 93Β', 20/01/2015

Διασφάλιση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η διασφάλιση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί την κύρια προτεραιότητα για στα συστήματα υγείας, τόσο των ανεπτυγμένων όσο και των αναπτυσσόμενων χωρών, στα πλαίσια παροχής υψηλού επιπέδου ποιότητας προσφερόμενων παροχών προς τους πελάτες τους. Στο χώρο της Υγείας σε διεθνές επίπεδο παρατηρείται η στροφή προς την διασφάλιση της ποιότητας η οποία αποτελεί και το αρχικό στάδιο προς την Ολική Ποιότητα[18]. Η διασφάλιση της ποιότητας λοιπόν επιτυγχάνεται μέσω συνεχών αξιολογήσεων σε όλα τα επίπεδα της ΠΦΥ από την είσοδο του ασθενούς μέχρι και την έξοδο ή παραπομπή του σε αλλά επίπεδα υγείας Δευτεροβάθμια ή ακόμα και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η διασφάλιση της ποιότητας ακολουθεί ένα συγκεκριμένο μοντέλο σε όλα τα επίπεδα υγείας σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία[19]. Αρχικά, καθορίζονται τα πρότυπα ποιότητας (standards) πάνω στα οποία θα οικοδομηθεί όλο το σύστημα ποιότητας. Στη συνέχεια, σε τακτά χρονικά διαστήματα αξιολογούνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους «πελάτες» διαμέσου συγκεκριμένων προτύπων απόδοσης. Διεξάγεται ενδελεχής μελέτη των αιτιών που ενίοτε προκαλούν χαμηλότερο από το αναμενόμενο ποιοτικό επίπεδο παροχής υπηρεσιών και λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με τις αλλαγές που χρειάζεται το σύστημα για την βελτίωση αυτών των καλών αποτελεσμάτων. Σε όλο αυτό το διάστημα γίνεται συνεχής ανατροφοδότηση με δεδομένα στο σύστημα ώστε να γίνει κατανοητή η ανάγκη των απαιτούμενων αλλαγών για την βελτίωση του συστήματος. Τα Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας έχουν υψηλές απαιτήσεις ώστε να παρέχουν την προσδοκώμενη βέλτιστη ποιότητα φροντίδας στους «πελάτες». Σε αυτήν την βάση απαιτείται συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού, συντήρηση και έλεγχος σε ετήσια βάση του εξοπλισμού των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποτελεσματική συνεργασία με εξωτερικούς φορείς και οργανισμούς αλλά και το πιο σημαντικό την πρόληψη δυνητικών κινδύνων σε μελλοντικό χρόνο.

Στην Ελλάδα εκπονήθηκε ένα στρατηγικό σχέδιο δράσης με τον τίτλο «*Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*» που αποτελεί μια συντονισμένη προσπάθεια για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά την διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας[20]. Σύμφωνα με αυτό καθορίζονται μέτρα και διαδικασίες ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών με τη συμμετοχή των ασθενών. Επιπλέον, οι δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών όλων των δομών του συστήματος της ΠΦΥ θα καθορίζονται από ομάδα πιστοποιημένων αξιολογητών με συντονισμό της Υγειονομικής Περιφέρεια Αττικής (ΥΠΕ). Η αξιολόγηση όλων των παραπάνω θα γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα από τους ίδιους τους λειτουργούς υγείας (medical audit), όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς, επί τη βάση προτυποποιημένων ερωτηματολογίων. Η κύρια επιδίωξη είναι και η συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και ο σχεδιασμός ερευνητικών προγραμμάτων σε βάθος χρόνου για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Για κάθε δομή υπάρχει ξεχωριστά ένας εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, όπου περιγράφεται διεξοδικά η λειτουργική συγκρότηση της ομάδας υγείας, η ημερήσια λειτουργία της, καθώς και ο σαφής καθορισμός των καθηκόντων όλων των εργαζομένων.

Η διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας δεν έχει σαν στόχο μόνο την βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχει στους «πελάτες», αλλά και τη δημιουργία σχέσεων αλληλεγγύης, αλληλοσεβασμού και αλληλοκατανόησης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Είναι γνωστό άλλωστε, ιδιαίτερα στον Ελλαδικό χώρο, που τα τελευταία χρόνια έχουμε τεράστιες ελλείψεις σε προσωπικό στον πολύπαθο τομέα της Υγείας και ιδιαίτερα λόγω των Μνημονιακών υποχρεώσεων. Το Μνημόνιο επέβαλε στον κρατικό μηχανισμό συνολική μείωση της δαπάνης για την Δημόσια Υγεία κατά 2,122 δισεκατομμύρια μέχρι το τέλος του 2015, το οποίο μεταφράστηκε σε πρόσληψη ενός μόνο ατόμου για κάθε δέκα θέσεις 1:10 δηλαδή για τα επόμενα χρόνια, με συνέπεια την υποβάθμιση του κοινωνικού κράτους και την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης το γνωστό *Burnout syndrome*[15].

Η επίτευξη λοιπόν ενός Συστήματος Διασφά-

15 http://www.iatropedia.gr/eidiseis/apistefto-20-giatri-gia-1000-asthenis/30603/

λισης Ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι σαφής στόχος, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο, όσο και στον ελλαδικό χώρο, προς αυτήν την κατεύθυνση συμβάλουν οι δράσεις των αρμόδιων φορέων με στόχο την επίτευξη της βέλτιστης παροχής υπηρεσιών, στηριζόμενες στο εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τις διάφορες δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Προσωπικό που παρά τις αντίξοες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες μέσω της σωστής συνεργασίας κρατά υψηλό το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχεται σε καθημερινή βάση στον πολίτη.

Δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η αξιολόγηση της ποιότητας περίθαλψης καθίσταται άκρως απαραίτητη και πολύ σημαντική για τους παρόχους τους ρυθμιστές και τους αγοραστές – πελάτες των συστημάτων υγείας σε όλο τον κόσμο. Για να αξιολογηθεί σε βάθος και να μετρηθεί η ποιότητα της περίθαλψης δημιουργήθηκαν κάποιοι δείκτες που καταγράφουν με αριθμητικά δεδομένα τις επιδόσεις σε διάφορους εξεταζόμενους τομείς και αξιολογούνται στο τέλος βάσει συγκεκριμένων προκαθορισμένων προτύπων. Αυτοί είναι οι λεγόμενοι δείκτες ποιότητας που με την χρήση τους εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για την υφιστάμενη κατάσταση και τα προβλήματα που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση, όσο και για τον ανασχεδιασμό των διαδικασιών σε μελλοντικό χρόνο.

Οι δείκτες ποιότητας (quality indicators) στις υπηρεσίες υγείας είναι τα εργαλεία μέτρησης ώστε να εκτιμηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία όλων των παρακολουθούμενων διαστάσεων που σχετίζονται με την ποιότητα της φροντίδας υγείας[21]. Η χρησιμότητα αυτών έγκειται στο γεγονός ότι σε βάθος χρόνου μέσω της συγκριτικής αξιολόγησης του ευρέως γνωστού *benchmarking* δίνεται η δυνατότητα για την βελτίωση των παραγόμενων υπηρεσιών φροντίδας αλλά και την αύξηση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα στον τομέα της υγείας. Δεν μετρούν την ποιότητα άμεσα δίνοντας μας αποτελέσματα, αλλά αποτελούν τον κινητήριο μοχλό εξέτασης και βελτίωσης της απόδοσης στους οργανισμούς[22]. Κατά τον *Donabenian* (1980, 1990) οι μετρήσεις της ποιότητας είναι συνδυασμός τριών στοιχείων: α) των υποδομών (structures), β) των διαδικασιών (processes) και γ) των αποτελεσμάτων (outcomes)[13,14]. Οι δείκτες αποτελούν τα απαραίτητα εργαλεία που δίνουν τη δυνατότητα ελέγχου των εκάστοτε οργανισμών ποσοτικοποιώντας τα δεδομένα που λαμβάνονται από αυτούς και μέσω σωστού σχεδιασμού παρέχουν την δυνατότητα συνεχιζόμενης βελτίωσης τους συγκρίνοντας την υπάρχουσα κατάσταση με άλλους οργανισμούς. Σύμφωνα με το υπόδειγμα του *Donabenian* διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

1) Δείκτες δομής

Οι δομές σχετίζονται με χαρακτηριστικά των φορέων και των οργανισμών που παρέχουν πλήρη κάλυψη των απαιτούμενων αναγκών των πελατών. Συγκεκριμένα, οι δείκτες δομής μετρούν ότι σχετίζεται με υλικοτεχνική υποδομή και ανθρώπινο δυναμικό (επαγγελματίες υγείας, διοικητικά στελέχη), δηλαδή τους πόρους όπως τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, και τα πληροφοριακά συστήματα.

2) Δείκτες διαδικασίας

Οι διαδικασίες είναι όλες εκείνες οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των πελατών δηλαδή των ασθενών και την βελτίωση των συνολικών οργανωσιακών αποτελεσμάτων. Στους δείκτες αυτούς περιλαμβάνεται κυρίως ότι σχετίζεται με τους ασθενείς όπως χρόνος αναμονής, προληπτική φροντίδα, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση ενημέρωση, εκπαίδευση.

3) Δείκτες αποτελέσματος

Τέλος, υπάρχουν οι δείκτες αποτελέσματος μέσω των οποίων ορίζεται η έκβαση των διαδικασιών από την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς. Μετρούνται και καταγράφονται δηλαδή η κατάσταση υγείας των ασθενών, τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας, η ικανοποίηση των ασθενών, η αποδοτικότητα της χρήσης συνολικά των πόρων[23]. Οι δείκτες αποτελέσματος επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες, όπως την ηλικία των ασθενών, την νοσηρότητα, την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται, κ.τ.λ. Ουσιαστικά, η έκβαση είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και ιδιαίτερα πολύπλοκο εξαιτίας της ιδιαιτερότητας των στοιχείων που την απαρτίζουν.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίν. 2) παρατίθενται δείκτες δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος.

Σε παγκόσμιο επίπεδο ο ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) προτείνει τη σταδιοποίηση των δεικτών ποιότητας για την παροχή ακριβής και βέλτιστης παροχής φροντίδας υγείας. Στην Ελλάδα τρέχει ήδη ένα πρόγραμμα από το ΕΣΠΑ από το 2014 ως το 2020 Εθνικής

Πίνακας 2. Δείκτες δομής, διαδικασίας, αποτελέσματος[24].

Διαστάσεις ποιότητας	Δείκτες μέτρησης
Δομές	1) Ποσοστό κλινικών προς άλλους ιατρούς
	2) Επάρκεια κλινών
	3) Ρυθμός ανανέωσης αναλώσιμών υλικών χειρουργείων
Διαδικασίες	1) Ποσοστό κάλυψης κλινών
	2) Μέσος χρόνος αναμονής ασθενών
	3) Μέσος χρόνος ολοκλήρωσης εξετάσεων
Αποτελέσματα	1) Δείκτης νοσηρότητας
	2) Δείκτης θνησιμότητας
	3) Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα ζωής μετά την ιατρική επέμβαση

Στρατηγικής Υγείας και δράσεις στον τομέα της Υγείας, με στόχους τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στους ασθενείς.

Ως στόχοι προσδιορίζονται πολλοί και ποικίλοι σε σχέση με την ποιότητα, σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν στην δράση υπ' αριθμόν 1. Πρόκειται για την σύσταση Επιτροπής που θα χαρτογραφήσει τα εμπόδια στην πρόσβαση και θα ανιχνεύσει τους υπο-εξυπηρετούμενους πληθυσμούς, ανά κατηγορία και ανά περιοχή ώστε να μειωθούν τα εμπόδια της προσβασιμότητας σε όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με την δράση υπ' αριθμόν 16 γίνεται καθορισμός προτύπων για το εύρος των ειδικοτήτων, του εξοπλισμού και της περίθαλψης ώστε να ακολουθούν μια κοινή συνισταμένη με τα Διεθνή Πρότυπα. Στη δράση υπ' αριθμόν 17, καθορίζεται το πλαίσιο αναφοράς για την εξωνοσοκομειακή εξειδικευμένη περίθαλψη στα ΠΕΔΥ και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ενώ στη δράση υπ' αριθμόν 18 γίνεται ο προσδιορισμός της υποχρεωτικής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τα στελέχη της ΠΦΥ. Τέλος, πολύ σημαντική είναι και η δράση που σχετίζεται με την δημιουργία του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου, δράση υπ' αριθμόν 11 που αποσκοπεί στην δημιουργία ενός ενιαίου ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, που θα ενσωματώνει την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και θα καλύπτει την πρωτοβάθμια, την ειδική εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ώστε να υπάρχει συλλογή δεδομένων από όλα τα Κέντρα Υγείας και όλες τις δομές ΠΦΥ. Με τον τρόπο αυτό σε βάθος χρόνου αυτή η συλλογή θα συνδράμει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες[16]. Η οικονομική κατάσταση ιδίως μετά την υπογραφή των Μνημονίων αποτελεί μια ευκαιρία για την χώρα. Το συγκεκριμένο μεταρρυθμιστικό πλαίσιο συνεπικουρούμενο και από άλλες δράσεις για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών θα επενδύει πλέον στην *πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας* αντικαθιστώντας το ιατροκεντρικό σύστημα από ένα ανθρωποκεντρικό πλέον σύστημα με έμφαση στον άνθρωπο και τις ανάγκες του.

Βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με την χρήση της ηλεκτρονικής τεχνολογίας (Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος)

Στην εποχή μας, υπάρχουν ολοένα και περισσότερο μεγαλύτερες ανάγκες για καλύτερες, πιο γρήγορες, υπηρεσίες Υγείας, και, ιδιαίτερα, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προς αυτήν την κατεύθυνση διευρύνονται οι λύσεις που στηρίζονται στην χρήση της επικοινωνίας και της πληροφορίας γενικότερα. Η διεθνής κοινότητα έχει καταδείξει την αναγκαιότητα χρήσης της τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα με πολλά οφέλη από την οικονομική διάσταση ως και την κοινωνική από την αυξανόμενη χρήση νέων καινοτόμων τεχνολογιών στον τομέα της υγείας. Η χρήση του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου και η διασύνδεση αυτού μέσω μέσα στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί σήμερα την μεγαλύτερη πρόκληση για τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο και ιδιαίτερα για την χώρα μας που βρίσκεται ακόμα σε αρχικό στάδιο εφαρμογής του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου.

Η χρήση αυτού του υπολογιστικού συστήματος σε ευρεία κλίμακα στην καθημερινή πράξη σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας απέδειξε την ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση στις υπηρεσίες που παρέχει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και την μείωση του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών στους πολίτες[25]. Η βελτίωση της ποιότητας επιτυγχάνεται με την συνεχή καταγραφή των πολιτών που έρχονται σε επαφή με την

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας την κατάρτιση αναφορών και διαγραμμάτων δηλαδή στατιστικών δεδομένων, ώστε να γίνει ακριβής διάγνωση, καλύτερη διαχείριση των κινδύνων του ασθενούς, και καλύτερη πρόγνωση σε μελλοντικό χρόνο της πάθησής του[26].

Επίσης, παρατηρείται μείωση του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών λόγω της άμεσης προσβασιμότητας σε όλους τους φορείς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από όλους τους οργανισμούς με αποτέλεσμα να μην χρειάζεται περαιτέρω διαγνωστικοί έλεγχοι[26].

Συν τοις άλλοις, έχουμε την δημιουργία κοινού κώδικα επικοινωνίας μέσω των προτύπων που είναι πλέον κοινά παγκοσμίως για τους επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ, καταγραφή και συνεχής παρακολούθηση δεικτών ποιότητας με αποτέλεσμα μια πλήρη εικόνα της παροχής υπηρεσιών προς τους πολίτες και δυνατότητα βελτιστοποίησης της στο μέλλον με τροποποιήσεις στο υπάρχον σύστημα[26].

Συμβολή στην ποιότητα αποτελεί και η δυνατότητα επιτάχυνσης της έρευνας και της ανάπτυξης (Research and Development), γιατί η βάση δεδομένων είναι πολύ μεγάλη δίνοντας την δυνατότητα παρακολούθησης των ασθενειών, της προληπτικής αγωγής μέσω των εμβολιασμών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αλλά και την δυνατότητα πρόληψης με την ανακάλυψη νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Τέλος, πρέπει να υπερτονιστεί η μεγαλύτερη ασφάλεια των προσωπικών ιατρικών δεδομένων των ασθενών μέσω της εξουσιοδότησης της πρόσβασης σε αυτά τα στοιχεία συγκεκριμένων και ελαχίστων ατόμων επιστημονικού κυρίως προσωπικού.

Η χρήση του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου εξακριβωμένα πλέον συνεισφέρει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες που έρχονται σε επαφή με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας αποτελεί σήμερα την επιδίωξη όλων των λαών παγκοσμίως σε όλα τα μήκη και πλάτη της γης, με στόχο την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των χωρών και την εξάλειψη της ανισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η σωστή χρήση των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας με συνέπεια και συνέχεια θα συνδράμει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες σε όλη τον κόσμο.

Οι διεθνείς συγκρίσεις των δεδομένων ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας των Συστημάτων Υγείας, συνολικά. Ωστόσο, σημειώνεται εξαρχής ότι υπάρχουν πολλοί τομείς των συστημάτων υγείας στους οποίους δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την ποιότητα ή τα διαθέσιμα στοιχεία των χωρών δεν είναι συγκρίσιμα μεταξύ λόγω διαφορών στην μεθοδολογία που ακολουθείται. Για το λόγο αυτό σημειώνεται ότι οποιαδήποτε αποτελέσματα από τις συγκρίσεις που θα ακολουθήσουν πρέπει να θεωρηθούν ως αφετηρία για περαιτέρω συζητήσεις και αναζητήσεις, και όχι ως οριστικά και τελικά συμπεράσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ποιότητα αποτελεί ένα σημαντικό πυλώνα, στην ΠΦΥ. Στοιχεία της ποιότητας στην ΠΦΥ αποτελούν, η χρήση ψηφιακών μέσων, όπως η ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, οι διαδικασίες πιστοποίησης και διαπίστευσης και, κυρίως, οι ορθές πολιτικές ποιότητας στην ΠΦΥ.

Το βασικό πρόβλημα στην εφαρμογή και υλοποίηση κανόνων ποιότητας στην υγεία, είναι ακριβώς η απόσταση που προκύπτει μεταξύ θεωρίας και πράξης. Ειδικά στην Ελληνική πραγματικότητα, ενώ υπάρχει ένα σχετικά ικανοποιητικό θεσμικό πλαίσιο για την εφαρμογή και την υλοποίηση κανόνων ποιότητας στην υγεία, το σύστημα πάσχει από την εφαρμογή των πλαισίων αυτών. Ένα από τα βασικά προβλήματα και εμπόδια στην υλοποίηση προγραμμάτων ποιότητας είναι η έλλειψη πληροφοριακών εργαλείων, όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, ή ψηφιακά στατιστικά στοιχεία για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. επισκεψιμότητα Μονάδων Υγείας όλων των βαθμίδων, χρήση των υπηρεσιών, επιδημιολογικά στοιχεία του πληθυσμού, κ.ά.). Ένας από τους λόγους αποτυχίας εφαρμογής της διασφάλισης ποιότητας είναι οι προσπάθειες που γίνονται για καθολική εφαρμογή των μέτρων, γεγονός μάλιστα που είναι άμεσα συνδεδεμένο με την υλοποίηση ψηφιακών υπηρεσιών υγείας. Η προσέγγιση αυτή έχει αρκετά μειονεκτήματα, ένα εκ των οποίων είναι η αποτυχία στη συμμόρφωση των χρηστών και ως επακόλουθο την ελλιπή υλοποίηση των προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας. Η λύση σε αυτό το πρόβλημα θα ήταν η σταδιακή εφαρμογή μέτρων ποιότητας, κάνοντας «μικρά βήματα» προς τη σωστή κατεύθυνση με μακροπρόθεσμο στόχο την καθολική εφαρμογή των προγραμμάτων διασφάλισης

ποιότητας. Απόδειξη της ορθότητας αυτού του ισχυρισμού, αποτελεί το γεγονός ότι από το 1980 μέχρι σήμερα έχουν σχεδιασθεί και θεσμοθετηθεί απειράριθμα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας συμπεριλαμβανομένων και των προγραμμάτων ψηφιοποίησης των Υπηρεσιών Υγείας. Το αποτέλεσμα ήταν ότι είτε κανένα δεν πέτυχε και όσα πέτυχαν έγιναν υπό την ασφυκτική πίεση των δημοσιονομικών μέτρων των μνημονίων, όπως π.χ. τα τελευταία χρόνια.

Τέλος, τόσο διεθνείς αλλά και εθνικές αναφορές έχουν κάνει λόγο για την αναγκαιότητα υλοποίησης και εφαρμογής προγραμμάτων και διασφάλισης ποιότητας στην υγεία, γεγονός που τα καθιστά άκρως απαραίτητο κομμάτι στο σχεδιασμό πολιτικών Υγείας. Το βέβαιο είναι ότι ένα Σύστημα Υγείας χωρίς διασφάλιση ποιότητας, και με δεδομένο ότι οι δημόσιοι πόροι συνεχώς συρρικνώνονται, δεν θα μπορέσει να επιβιώσει και ως εκ τούτου δεν θα μπορεί να παράσχει την υγείας ως *αγαθό*.

ABSTRACT

Brotzaki E, Koutsouris D, Lambrou GI. **The aspect of quality in primary healthcare in Greece.** *Hell Iatr 2019; 85: 41-52.*

Public health services have been under constant pressure, due to the constant fiscal crisis. Therefore, the need for organizational and restructuring reforms is imperative. Towards that purpose, health policies concerning the primary health care must be reexamined and, thus, reorganized. Structural changes are imperative in order to unravel the necessity for effective public primary health care. The aim of the present work was to review the concept of quality in Primary Health Care in Greece and the respective policies. Literature search was performed using appropriate indexing words in the World Health Organization (WHO), OECD databases, as well as relevant articles were drawn from the PubMed database. Satisfaction of patients from the primary health services showed a particularly downward trend. The pre-crisis rate ranged from 94.7% to 92.6% (2008), declining steadily over the crisis and dropping to just 88.8% (2014). Elementary concepts of quality in primaty healthcare include the establishment of electronic medical records as well as eHealth policies. In conclusion the Greek fiscal crisis has created many problems in primary health care in relation to the accessibility and satisfaction of citizens by the services provided. Primary care requires public strategic planning that aims to the improvement of the provided health services, taking into account the specifics of the socioeconomic conditions.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Υφαντόπουλος ΓΝ*. Τα Οικονομικά της Υγείας-Θεωρία και Πολιτική. Αθήνα: Τυποθήτω/Δαρδάνος, 2006; 624.
2. *Liaropoulos LL*. Health care policy in Greece: A new (and promising) reform. Euro Observer 2001; 3: 5-6.
3. *Μωραΐτης Ε, Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ, Πολύζος Ν*. Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 1995.
4. *Juran J, Godfrey AB*. Quality handbook Republished McGraw-Hill 1999: 173-8.
5. *Wheeler DJ*, editor Shewhart's charts: myths, facts, and competitors. 45th annual quality congress transactions ASQC; 1991.
6. *Wheeler DJ*. Understanding variation The Key to Managing 1993.
7. *Crosby PB*. Quality is free: The art of making quality certain: Signet, 1980.
8. *Deming WE*. Out of the crisis. Massachusetts Institute of Technology Center for advanced engineering study, Cambridge, MA 1986; 510.
9. *Papakostidi A, Tolia M, Tsoukalas N*. Quality assurance in Health services: The paradigm of radiotherapy Journal of BUON 2014; 19: 47-52.
10. *Coates D*. Creating culture change: the key to successful total quality management. J Oper Res Soc 1993; 44: 525-6.
11. *Blomqvist G, Carter RAL*. Is health care really a luxury? J Health Economics 1997; 16: 207-29.
12. *Organization WH*. Official records of the World Health Organization: United Nations, World Health Organization, Interim Commission, 1975.
13. *Donabedian A*. The seven pillars of quality Archives of pathology & laboratory medicine 1990; 114: 1115-8.
14. *Donabedian A*. The definition of quality and approaches to its assessment Explorations in quality assessment and monitoring 1980.
15. *WHO E*. Health 21-health for all into the 21st Century. Eur Health for All, series No. 5 Copenhagen: WHO 1999.
16. WHO. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization, 2000.
17. *Πετμαζίδου Μ, Παπαναστασίου Σ, Πεμπετζόγλου Μ, Παπαθεοδώρου Χ, Πολυζωίδης Π*. Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. ΓΣΕΕ ΙΕ, editor. Αθήνα: ΓΣΕΕ, 2015.
18. *Τσιότρας Γ*. Έλεγχος ποιότητας και πρότυπα διασφάλισης ποιότητας. Η έννοια της διασφάλισης ποιότητας. Αθήνα 2008: 94-7.
19. *Lanata CF, Stroh G, Jr., Black RE, Gonzales H*. An evaluation of lot quality assurance sampling to monitor and improve immunization coverage. Int J Epidemiol 1990; 19: 1086-90.
20. *Αντωνιάδου Α, Κουτής Α*. Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα 2015: 37-40.

21. *Lawrence M, Olesen F*. Indicators of quality in health care. The Eur J Gen Practice 1997; 3: 103-8.
22. *Etches V, Frank J, Di Ruggiero E, Manuel D*. Measuring population health: a review of indicators. Ann Rev of Public Health 2006; 27: 29-55.
23. *Kelley E, Hurst J*. Health care quality indicators project conceptual framework paper. Paris: OECD Publishing 2006.
24. *Mainz J*. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J for Quality in Health Care: J International Soc for Quality in Health Care 2003; 15: 523-30.
25. *Goldfield N, Averill R, Eisenhandler J, et al*. The prospective risk adjustment system. The J Ambulatory Care Management 1999; 22: 41-52.
26. *Manca DP*. Rebuttal: Do electronic medical records improve quality of care? Yes Can Fam Physician 2015; 61: 435.

Αλληλογραφία:
Γ.Ι. Λάμπρου
Θηβών & Λεβαδείας 8
11527, Γουδί, Αθήνα
e-mail: glamprou@med.uoa.gr

Corresponding author:
G.I. Lambrou
Thivon & Levadeias 8,
11527, Goudi, Athens, Greece
e-mail: glamprou@med.uoa.gr