

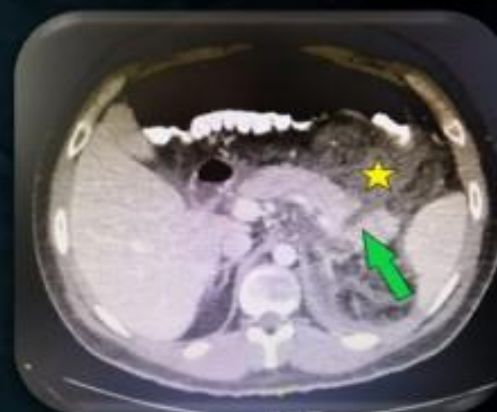
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

Έκδοση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο»

Scientific Chronicles

I. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- Η υπεζωκοτική συλλογή
- Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις εντεροκολπικών συριγγίων
- The management of chronic diseases is a major challenge for modern health systems: an integration of concepts and strategies concerning patients, doctors and health care
- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και ποιότητα ζωής
- Ποιότητα ζωής και κατάθλιψη των ατόμων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη
- Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή
- Στόχοι βελτίωσης του Δευτεροβάθμιου επιπέδου φροντίδας Πέλλας: Δυνατότητες, περιορισμοί και διοικητικά εργαλεία για την επίτευξή τους
- Γεωγραφική Διερεύνηση και Χωρική Ανάλυση στο Πεδίο της Άνοιας
- Επιδημιολογία του ιού HPV στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του κόσμου
- Κλινικοβιολογική θεώρηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των βλαβών του DNA και του αλκοολισμού



II. ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΑΡΘΡΑ

- Συνέχεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η άποψη της τρίτης Ηλικίας στο Νομό Ηρακλείου

III. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

- Αμβλεία κάκωση παγκρέατος: παρουσίαση περιστατικού
- Συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη τραχηλική κύηση: περιγραφή περίπτωσης



ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: κ. Καίτη Θέμελη – Διγαλάκη

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αθανάσιος Μαρίνης, Επιμελητής Α', Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αγιομαμίτης Γεώργιος, Επιμελητής Α', Α' Χειρουργική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Αντωνόπουλος Σταύρος, Διευθυντής Α' Παθολογικού Τμήματος

Ζαρκωτού Ολυμπία, Επιμελήτρια Α', Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Ζήζη - Σερμπετζόγλου Αδελφάντια, Διευθύντρια, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Θεοδόσης - Γεωργιάς Αναστάσιος, Επιμελητής Β', Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Κοττορού Δημήτρα, Επιμελήτρια Α', Παιδοψυχιατρική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Μάμαλη Βασιλική, Επιμελήτρια Α', Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Μοσχούρης Ιπποκράτης, Διευθυντής, Ακτινολογικό Εργαστήριο, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Μπαλατσούρας Δημήτριος, Διευθυντής, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Παπαγιαννακοπούλου Παναγιώτα, Διευθύντρια Φαρμακοποιός, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Παπαδοπούλου Δέσποινα, Νοσηλεύτρια Ουρολογικής Κλινικής, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Επιμελήτρια Α', Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Ράλλης Δημήτριος, Επιμελητής Α', Νευρολογικό Τμήμα, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Σταθοπούλου Χαρά, Νοσηλεύτρια, Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Σταματίου Κωνσταντίνος, Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Τριανταφυλλίδης Γεώργιος, Διευθυντής, Παιδιατρική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Τσελέντη Αικατερίνη, Διευθύντρια Βιοχημικού Εργαστηρίου, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Τσελιώτη Παρασκευή, Διευθύντρια, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΠ "Τζάνειο"

Χελιώτη Ελένη, Επιμελήτρια Α', Νεφρολογική Κλινική, ΓΝΠ "Τζάνειο"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πισιμίσης Ευάγγελος, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας

Πρεκατές Αθανάσιος, Συντονιστής Διευθυντής ΜΕΘ, Διευθυντής Παθολογικού Τομέα

Καμπέρος Αντώνιος, Συντονιστής Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα

Σταθερού Κυριακή, Διευθύντρια Αιματολογικού Εργαστηρίου και Διευθύντρια Εργαστηριακού Τομέα

Αντωνόπουλος Σταύρος, Διευθυντής Α' Παθολογικού Τμήματος,

Χρύσος Γεώργιος, Διευθυντής Β' Παθολογικού Τμήματος & Μονάδας Ειδικών Λοιμώξεων

Σερέτη Αικατερίνη, Διευθύντρια Γ' Παθολογικού Τμήματος

Γρίβας Θεόδωρος, Συντονιστής Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος

Σακελλαρίδης Νικόλαος, Συντονιστής Διευθυντής Νευροχειρουργικού Τμήματος

Παπανδρέου Ιωάννης, Επιμελητής Α' Παιδιατρικού Τμήματος

Παπαδάκη Μαρίνα, Διευθύντρια, Ακτινολογικό Τμήμα

Οικονόμου Σταυρούλα, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος

Βλαχάκος Νικόλαος, Διευθυντής Α' Χειρουργικού Τμήματος

Φουρνογεράκης Σπυρίδων, Διευθυντής Β' Χειρουργικού Τμήματος

Κορνάρος Στυλιανός, Διευθυντής Γ' Χειρουργικού Τμήματος

Αλέπη Χρυσούλα, Διευθύντρια Αιμοδοσία

Κατοσαντώνης Ιωάννης, Διευθυντής Δερματολογικού Ιατρείου

Κατσουλάκου Σμαράγδα, Διευθύντρια Νευρολογικού Τμήματος

ΤΟΜΟΣ 25, ΤΕΥΧΟΣ 1, 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

1. Η υπεζωκοτική συλλογή

Νικόλαος Μπαλταγιάννης, Ανδρέας Λαγουδέλλης

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ε.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά»

2. Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις εντεροκολπικών συριγγίων

Κ. Ζαχαρή, Χ. Μεσσήνη

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

3. The management of chronic diseases is a major challenge for modern health systems: an integration of concepts and strategies concerning patients, doctors and health care

Konstantinos A Paschos

Consultant Surgeon, General Hospital of Drama, Greece and Health Care Management MSc course, Hellenic Open University

4. Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και ποιότητα ζωής

Αικατερίνη Τρικκαλινού¹, Αθανασία Κ. Παπαζαφειροπούλου¹, Μαρία Παλλάτου², Αλέξανδρος Καμαράτος¹, Ανδρέας Μελιδώνης², Αθανάσιος Ράπτης³

¹Α΄ Παθολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», ²Διαβητολογικό & Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Νοσοκομείο Metropolitan, Πειραιάς, ³Β΄ Παθολογικό Τμήμα και Κέντρο Έρευνας, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αττικό», Χαϊδάρι

5. Χρήση και Επιπτώσεις των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης - Εφαρμογές στη Νοσηλευτική

Παναγιώτης Μπαρούτας¹, Ιωάννα Β. Παπαθανασίου^{2,3}

¹Νοσηλεύτης, ²Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής - Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ³Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

6. Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή

Συμεών Ναούμ, Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

7. Στόχοι βελτίωσης του Δευτεροβάθμιου επιπέδου φροντίδας Πέλλας: Δυνατότητες, περιορισμοί και διοικητικά εργαλεία για την επίτευξή τους

Συμεών Ναούμ, Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

8. Γεωγραφική Διερεύνηση και Χωρική Ανάλυση στο Πεδίο της Άνοιας

Βασιλική Ζαχαροπούλου¹, Γεωργία Ζαχαροπούλου²

¹Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας, Τμήμα Λογοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη, ²Φυσικοθεραπεύτρια, Κέντρο Υγείας Καλαμάτας, Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη

9. Επιδημιολογία του ιού HPV στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του κόσμου

Ιωάννης Κ. Θανασάς,¹ Γιάγκος Λαβράνος,² Πηνελόπη Γκόγκου,³ Δημήτριος Παρασκευής⁴

¹Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα, ²Ιατρική Σχολή και Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος, ³Ογκολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Norwich, Μεγάλη Βρετανία, ⁴Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

10. Κλινικοβιολογική θεώρηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των βλαβών του DNA και του αλκοολισμού

Ιωάννης Δελημάρης

Dr. Med. Sci, MSc (ClinChem), BSc (BiolSc), PGCE, QTS. Βιολόγος ΕΚΠΑ, Αθήνα

II. ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΑΡΘΡΑ

11. Συνέχεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η άποψη της τρίτης Ηλικίας στο Νομό Ηρακλείου

Α. Λασπίτη¹, Ι. Αποστολάκης^{1,2}, Αθ. Νικολέντζος¹, Π. Σαράφης^{1,3}

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, ²Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ³Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

III. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

12. Αμβλεία κάκωση παγκρέατος: παρουσίαση περιστατικού

Σ. Μιχαηλίδου¹, Γ. Ρήγας¹, Ε. Ράλλη¹, Κ. Κηροπλάστης², Ν. Νικολούδης¹, Ν. Νικολαΐδης¹

¹Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών και ² Ε' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

13. Συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη τραχηλική κύηση: περιγραφή περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

Η υπεζωκοτική συλλογή

Νικόλαος Μπαλταγιάννης, Ανδρέας Λαγουδέλλης

Θωρακοχειρουργική Κλινική, Ε.Α.Ν. Πειραιά «Μεταξά»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υπεζωκοτική συλλογή είναι συχνή στην ιατρική πρακτική και οφείλεται σε πολλές διαφορετικές υποκείμενες παθήσεις. Η ακριβής διαφορική διαγνωστική κατηγοριοποίηση είναι απαραίτητη, καθώς η θεραπεία και η πρόγνωση της υπεζωκοτικής συλλογής εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την αιτία της. Οι συχνότερες αιτίες μιας υπεζωκοτικής συλλογής είναι η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ο καρκίνος, η πνευμονία και η πνευμονική εμβολή. Η παρακέντηση και η εξέταση του πλευριτικού υγρού της υπεζωκοτικής συλλογής επιτρέπει τη διαφορική διάγνωση του διϊδρώματος από ένα εξίδρωμα, η οποία παραμένει, επί του παρόντος, το θεμέλιο της περαιτέρω διαγνωστικής διεργασίας. Όταν εμφανίζεται υπεζωκοτική συλλογή στα πλαίσια της κλινικής εικόνας της πνευμονίας δεν πρέπει να παραβλέπεται η πιθανή ανάπτυξη ενός εμπύηματος. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πιο συνηθισμένη αιτία κακοήθους υπεζωκοτικής συλλογής και ακολουθεί ο καρκίνος του μαστού. Παράλληλα με τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου, η ειδική θεραπεία της υπεζωκοτικής συλλογής συνίσταται σε τοποθέτηση σωλήνα θωρακοστομίας, σε πλευρόδεση, σε θωρακοσκοπική (VATS) και στην εφαρμογή, εφόσον απαιτείται μόνιμου καθετήρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Η κατάλληλη θεραπεία της υπεζωκοτικής συλλογής επιλέγεται μόνο μετά από σχολαστική διαφορική διάγνωση. Το εύρος των θεραπευτικών επιλογών προσφάτως είναι ευρύτερο. Στο εγγύς μέλλον αναμένονται περισσότερα δεδομένα και περαιτέρω πρόοδος σχετικά με τις διαγνωστικές δοκιμασίες, την ανακάλυψη καλύτερων πλευροδετικών παραγόντων και την ανάπτυξη επεμβατικών ανακουφιστικών τεχνικών.

Λέξεις ευρετηρίου: υπεζωκοτική συλλογή, κακοήθεια

Παραπομπή

Ν. Μπαλταγιάννης, Α. Λαγουδέλλης. Η υπεζωκοτική συλλογή. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(1): 6-23

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορίζουμε ως υπεζωκοτική συλλογή, τη παθολογική συσσώρευση υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Εκτιμάται ότι στην Ελλάδα, ετησίως, 45.000-50.000 περίπου άτομα πάσχουν από πλευριτική συλλογή. Τα αίτια της υπεζωκοτικής συλλογής ποικίλλουν από ιογενείς λοιμώξεις έως τη συμφορητική

καρδιακή ανεπάρκεια και τον καρκίνο. Οι ασθενείς με μη-κακοήγη υπεζωκοτική συλλογή έχουν θνησιμότητα ενός έτους που κυμαίνεται από 25% έως 57% [1]. Οι θεραπευτικές επιλογές της πλευριτικής συλλογής είναι σε μεγάλο βαθμό συνάρτηση της αιτίας της, η οποία πρέπει επομένως να προσδιορίζεται επακριβώς.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

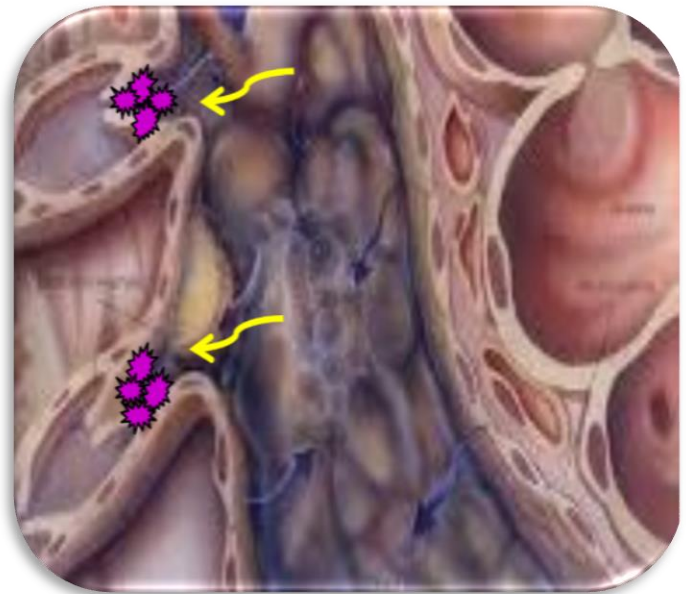
Τόσο ο σπλαγχνικός όσο και ο τοιχωματικός υπεζωκότας έχουν σημαντικούς ρόλους στην ομοιοστάση του υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα.

Ο μέσος ρυθμός παραγωγής και απορρόφησης του υπεζωκοτικού υγρού είναι συνήθως 0,2 mL/kg/h, [2]. Ο τοιχωματικός υπεζωκότας ευθύνεται για τη παραγωγή της μεγαλύτερης ποσότητας του υπεζωκοτικού υγρού αλλά και για την μεγαλύτερη απορρόφηση αυτού. Η υπεζωκοτική συλλογή η οποία αναπτύσσεται λόγω αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα αυτό, γιατί η μεγαλύτερη ποσότητα του υγρού προέρχεται από το σπλαγχνικό υπεζωκότα.

Ο όγκος του υπεζωκοτικού υγρού καθορίζεται από την ισορροπία των διαφορών υδροστατικής και ογκοτικής πίεσης που υπάρχουν μεταξύ της συστηματικής και πνευμονικής κυκλοφορίας και του υπεζωκοτικού χώρου [2].

Το υπεζωκοτικό υγρό απορροφάται μέσω των λεμφαγγείων του τοιχωματικού υπεζωκότα. Η ροή στα λεμφαγγεία μπορεί να αυξηθεί κατά 20 φορές, εάν παράγεται περισσότερο από τη συνηθισμένη ποσότητα υπεζωκοτικό υγρό. Συνεπώς το σύστημα λεμφικής απορρόφησης του υπεζωκότα έχει μεγάλη εφεδρική ικανότητα. Επί υγιών ατόμων η παραγωγή και η απορρόφηση του υπεζωκοτικού υγρού ευρίσκονται σε κατάσταση ισορροπίας. Η υπεζωκοτική συλλογή αντιπροσωπεύει μια διαταραχή αυτής της ισορροπίας, είτε λόγω αυξημένης παραγωγής του υγρού είτε λόγω μειωμένης απορρόφησης αυτού. (Εικόνα 1)

Η χαμηλή ογκοτική πίεση (λ.χ. επί υποαλβουμιναιμίας), η αυξημένη πίεση των πνευμονικών τριχοειδών, η απόφραξη των λεμφαγγείων και η μειωμένη αρνητική ενδοϋπεζωκοτική πίεση άπτονται της παθοφυσιολογίας της υπεζωκοτικής συλλογής και προσδιορίζουν τα χαρακτηριστικά της.



Εικόνα 1. Η υπεζωκοτική συλλογή αντιπροσωπεύει είτε αυξημένη παραγωγή είτε μειωμένη απορρόφηση του πλευριτικού υγρού. Επί κακοήθειας η αυξημένη παραγωγή πλευριτικού υγρού δεν μπορεί να απορροφηθεί κυρίως επειδή τα καρκινικά κύτταρα αποφράσσουν τα στόμια των λεμφαγγείων απορροής του υπεζωκότα.

ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

Οι συχνότερες αιτίες μιας πλευριτικής συλλογής είναι η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ο καρκίνος, η βακτηριακή πνευμονία και η πνευμονική εμβολή. (Πίνακες 1-3).

Πίνακας 1. Οι συχνότερες αιτίες της υπεζωκοτικής συλλογής.

Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια	Διϊδρωμα	Ιστορικό καρδιακής νόσου, οίδημα, υποξαιμία
Καρκίνος	Εξιδρωμα	Ιστορικό καρκίνου πνεύμονος, μαστού, λέμφωμα.
Βακτηριακή πνευμονία	Εξιδρωμα	βήχας, πυρετός, διηθήματα
Πνευμονική εμβολή	Διϊδρωμα ή Εξιδρωμα	Δύσπνοια, πλευριτικός πόνος.

Η διαφορική διάγνωση της υπεζωκοτικής συλλογής δεν είναι εύκολη. Οι πιο κοινές αιτίες είναι η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ο καρκίνος, η πνευμονία και η πνευμονική εμβολή. Η καθυστέρηση στη διάγνωση έχει αντίκτυπο στη νοσηρότητα και στη θνητότητα ιδίως αν πρόκειται περί παραπνευμονικής συλλογής που εξελίχθηκε σε εμπύημα. Η πρόγνωση μιας πλευριτικής συλλογής εξαρτάται από την αιτία της. Άλλη η πρόγνωση επί ιογενούς λοίμωξης και άλλη επί πνευμονικής εμβολής.

Ακόμη και μη κακοήθους αιτιολογίας πλευριτικές συλλογές συχνά έχουν κακή πρόγνωση ιδίως όταν πρόκειται περί καρδιακής, νεφρικής ή ηπατικής ανεπάρκειας που έχουν θνητότητα ενός έτους 57%, 46% και 25% αντίστοιχα.

Πίνακας 2. Πλευριτική συλλογή: οι αιτίες που προκαλούν διϊδρωμα.

Διϊδρωμα: Παθολογικό βιολογικό υλικό με χαμηλή περιεκτικότητα σε λεύκωμα.	
Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια	Συνήθως αμφοτερόπλευρη
Κίρρωση ήπατος	Ηπατικός υδροθώραξ
Νεφρωσικό σύνδρομο	Πρωτεϊνουρία Υποπρωτεϊναιμία
Πνευμονική εμβολή	Εξιδρωμα ή Διϊδρωμα
Μυξοίδημα	Σπάνια αιτία
Σαρκοείδωση	Σπάνια αιτία

Πίνακας 3. Πλευριτική συλλογή: οι αιτίες που προκαλούν εξιδρώμα.

Εξιδρώμα: Οποιοδήποτε υγρό που απελευθερώνεται από το σώμα, το οποίο περιέχει μεγάλη συγκέντρωση πρωτεϊνών, κυττάρων ή στερεών συγκριμάτων.	
Καρκίνος	Μεταστάσεις στον υπεζωκότα, Καρκίνος πνεύμονος, Καρκίνος μαστού Λέμφωμα
Λοιμώξεις της υπεζωκοτικής κοιλότητας	Παραπνευμονική συλλογή, Εμπύημα, Tbc
Γαστρεντερολογικά νοσήματα	Παγκρεατίτις, Ενδοκοιλιακό απόστημα, Διάτρηση οισοφάγου
Πνευμονική εμβολή	Εξιδρώμα ή Διϊδρώμα
Ρευματική νόσος, αγγειίτις	Ρευματοειδής αρθρίτις, ΣΕΛ, Σύνδρομο Sjögren, αμυλοειδωσις, N.Wegener
Σύνδρομο Meigs, Demons-Meigs	Ασκίτης, πλευριτική συλλογή, καλοήθης όγκος της ωοθήκης
Φάρμακα	Nitrofurantoin, dantrolene, methysergide, amiodarone, interleukin-2, procarbazine, methotrexate, clozapine, phenytoin, and beta-blockers. (www.pneumotox.com)
Αιμοθώραξ	
Χυλοθώραξ	
Λεμφοαγγειολεϊομομάτωση	
Ακτινοβολία	

Ορισμένες σπανιότερες ασθένειες μπορούν να συσχετιστούν με υπεζωκοτική συλλογή, σχεδόν πάντοτε εξιδρωματικού τύπου. Το 30-50% των ασθενών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο έχει υπεζωκοτική συλλογή (πολυορογονίτις). Η υπεζωκοτική συλλογή επίσης παρατηρείται σε ασθενείς που πάσχουν από νόσος Wegener, ρευματοειδή αρθρίτιδα και κοκκιωμάτωση των κυττάρων του Langerhans [3].

Το 21% των ασθενών που πάσχουν από ιδιοπαθή και οικογενή πνευμονική υπέρταση έχουν υπεζωκοτική συλλογή, κυρίως ετερόπλευρη[4].

Συχνό αίτιο ανεξήγητης υπεζωκοτικής συλλογής είναι η πνευμονική εμβολή. Το 20-55% των ασθενών με πνευμονική εμβολή έχουν υπεζωκοτική συλλογή. Η συχνότητα της υπεζωκοτικής συλλογής στην πνευμονική

εμβολή είναι ευθέως ανάλογη με τη σοβαρότητα της εμβολής και με την εμφάνιση πνευμονικού εμφράκτου. Κλινικώς, αυτοί οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από μια δυσανάλογα έντονη δύσπνοια σε σχέση με το μέγεθος της πλευριτικής συλλογής η οποία συνήθως είναι μικρή [5].

Σύμφωνα με τη μελέτη του Bintliffe και των συνεγατών του το 70% από τους 126 ασθενείς που μελέτησαν με υπεζωκοτική συλλογή είχε μία και μόνον αιτιολογία, αλλά το 30% είχε περισσότερες από μία αιτίες. Η υπεζωκοτική συλλογή η οποία οφείλεται σε πολλούς αιτιολογικούς παράγοντες αναμφίβολα συνιστά μια σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση [6].

Τα φάρμακα που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση πλευριτικής συλλογής είναι η νιτροφουραντοΐνη, η δαντρολένη, η μεθουσεργίδη, η αμιωδαρόνη, η ιντερλευκίνη-2, η προκαρβαζίνη, η μεθοτρεξάτη, η κλοζαπίνη, η φαινυτοΐνη και οι β-αναστολείς. Οι γιατροί που υποπεύονται υπεζωκοτική συλλογή που προκαλείται από ένα φάρμακο μπορούν να συμβουλευτούν το www.pneumotox.com για περαιτέρω χρήσιμες πληροφορίες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το συνηθέστερο σύμπτωμα της υπεζωκοτικής φλεγμονώδους αντίδρασης είναι ο πλευριτικός πόνος, ο οποίος οφείλεται σε ερεθισμό του τοιχωματικού υπεζωκότα (ο σπλαγχνικός υπεζωκότας δεν έχει αλγοαισθητικούς υποδοχείς και στερείται αλγοαισθητικών νευρικών ινών). Ο πόνος συνήθως γίνεται αισθητός στην περιοχή της φλεγμονώδους

απόκρισης και συχνά συνδέεται με τον αναπνευστικό κύκλο. Αυτός ο τοπικός πλευριτικός πόνος βελτιώνεται ή εξαφανίζεται μόλις υπεζωκοτική συλλογή αναπτυχθεί. Μερικοί ασθενείς περιγράφουν μια διάχυτη, οδυνηρή - αλγεινή αίσθηση πίεσης στο θώρακα.

Το συχνότερο σύμπτωμα της υπεζωκοτικής συλλογής είναι η δύσπνοια. Η βαρύτητα της δύσπνοιας δεν είναι κατ' ανάγκη ευθέως ανάλογη του μέγεθος της συλλογής [7]. Η ταχεία κλινική βελτίωση της δύσπνοιας μετά τη παροχέτευση της υπεζωκοτικής συλλογής πιθανώς οφείλεται στη καλύτερη λειτουργία του διαφράγματος [7].

Ορισμένοι ασθενείς διαμαρτύρονται για έναν ξηρό βήχα, ο οποίος οφείλεται κυρίως σε άσκηση πίεσης επί του πνευμονικού παρεγχύματος εκ μέρους της συλλογής. Η υπεζωκοτική συλλογή διαταράσσει και την ποιότητα του ύπνου [8].

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Αφού προσδιορίσουμε αν η υπεζωκοτική συλλογή είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, η λήψη καλού κλινικού ιστορικού είναι σημαντική. Ο ασθενής ερωτάται αν προηγήθηκε λοίμωξη στο πρόσφατο παρελθόν, αν παρουσίασε πυρετό, κακουχία, απώλεια βάρους. Ερωτάται επίσης αν τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν γρήγορα, αν έχει χρόνια νοσήματα, αν εκτέθηκε στο απώτερο παρελθόν σε αμianto, αν λαμβάνει φάρμακα ή αν έχει γνωστή καρδιολογική νόσο. Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια είναι η συνηθέστερη αιτία αμφοτερόπλευρης υπεζωκοτικής

συλλογής. Περίπου 75% των ασθενών με πνευμονική εμβολή και υπεζωκοτική συλλογή παραπονούνται για πλευριτικό άλγος [3].

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Επί υπεζωκοτικής συλλογής διαπιστώνεται ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος κατά την ακρόαση και αλλοίωση του φυσιολογικού ήχου κατά την επίκρουση. Επί μεγάλης πλευριτικής συλλογής ο ασθενής έχει ταχύπνοια. Ήχος τριβής ακροάται κατά την έναρξη της φλεγμονώδους αντίδρασης του υπεζωκότα. Στην κλινική πράξη η ακτινογραφία θώρακος προσδιορίζει την ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη υπεζωκοτική συλλογή.

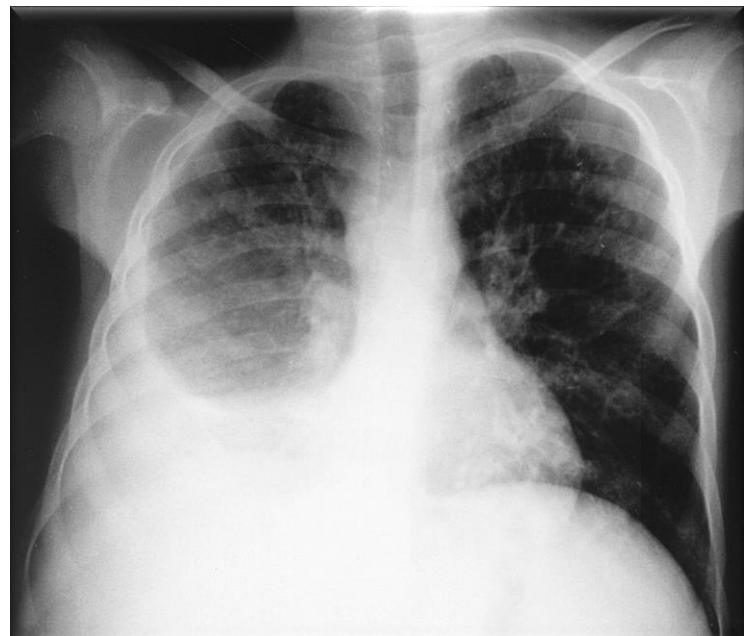
Εάν ο ασθενής παρουσιάζει κλινικά συμπτώματα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, δηλαδή περιφερικό οίδημα-οίδημα σφυρών, ταχυκαρδία, τρίτο καρδιακό τόνο, διάταση τραχηλικών φλεβών, μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος και των αναπνευστικών δονήσεων κατά την επίκρουση σε αμφότερες τις βάσεις του πνεύμονος, τότε μια υπεζωκοτική συλλογή καρδιακής αιτιολογίας είναι πιθανότατη και κατά συνέπεια πρόκειται περί διϊδρώματος, η διαφοροδιαγνωστική διαδικασία παραλείπεται και το πρώτο μέλημα των θεραπόντων είναι η ταχεία αντιμετώπιση της υποκείμενης καρδιολογικής ασθένειας.

Εάν η εξέταση αποκαλύψει ασκίτη σε έναν ασθενή με γνωστό ιστορικό κίρρωσης του ήπατος και συνυπάρχουσα αμφοτερόπλευρη υπεζωκοτική συλλογή, πιθανολογούμε ηπατικό υδροθώρακα.

Η κατάσταση διαφοροποιείται αν πρόκειται περί ετερόπλευρης πλευριτικής συλλογής. Σε αυτές τις περιπτώσεις η διαφοροδιαγνωστική διαδικασία είναι πολύπλοκη και η εξιδρωματική υφή του πλευριτικού υγρού πιθανότερη.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Όταν από την κλινική εικόνα και την αντικειμενική εξέταση υποψιαζόμαστε την ύπαρξη πλευριτικής συλλογής το επόμενο βήμα είναι η επιβεβαίωση των ευρημάτων μας με οπισθοπρόσθια ακτινογραφία θώρακος [9] (Εικόνα 2).



Εικόνα 2. Η παρουσία της υπεζωκοτικής συλλογής επιβεβαιώνεται με την ακτινογραφία θώρακος.

Το υπερηχογράφημα του θώρακος είναι πολύ χρήσιμη εξέταση και φαίνεται να είναι καλύτερη από την υπολογιστική τομογραφία διότι αποκαλύπτει πιθανά διαφραγμάτια εντός της υπεζωκοτικής κοιλότητας και διευκολύνει κυρίως τις επανειλημμένες παρακεντήσεις [10].

Η παρακέντηση που οδηγείται από το υπερηχογράφημα του θώρακος έχει μικρή πιθανότητα ανάπτυξης πνευμοθώρακα [11].

Το υπερηχογράφημα του θώρακος είναι ιδιαίτερα χρήσιμη εξέταση επί διασωληνωμένων ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ (12).

Η υπολογιστική τομογραφία αποκαλύπτει πλευριτικές συλλογές που δεν απεικονίζονται στην απλή ακτινογραφία θώρακος και μας δίνει πληροφορίες για την αιτία της συλλογής (πνευμονία, πνευμονική εμβολή, καρκίνος του πνεύμονος, μεσοθηλίωμα) ιδίως όταν εφαρμόζεται μετά από τη παροχέτευση της πλευριτικής συλλογής.

Η υπολογιστική τομογραφία με σκιαγραφική ουσία έχει αξία στη διάγνωση του εμποήματος και τη παροχέτευση των αποστημάτων του πνεύμονος.

Η ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ.

Ενδείξεις

Όταν η αιτία της πλευριτικής συλλογής είναι άγνωστη ενδείκνυται η παρακέντηση αυτής ώστε να ληφθεί δείγμα προς εξέταση [9, 10]. Η τοποθέτηση σωλήνα κλειστής θωρακοστομίας είναι απαραίτητη όταν η υπεζωκοτική



Εικόνα 3. Η άμεση τοποθέτηση σωλήνα κλειστής θωρακοστομίας- büllau , είναι απαραίτητη όταν η υπεζωκοτική συλλογή είναι μεγάλη και προκαλεί συμπτώματα.

συλλογή είναι μεγάλη και οδηγεί σε αναπνευστική ή καρδιακή ανεπάρκεια (Εικόνα 3). Η υπεζωκοτική συλλογή σε έναν ασθενή με πνευμονία θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από πιθανό εμπύημα [13, 14]. Οι ασθενείς με αμφίπλευρες υπεζωκοτικές συλλογές δεν χρειάζεται πάντα να διαφοροδιαγνωσθούν και αντιμετωπίζονται με θεραπεία της ήδη ταυτοποιημένης υποκείμενης νόσου (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρωσικό σύνδρομο κλπ.). Διαγνωστική παρακέντηση απαιτείται επί πλευριτικού άλγους ή επί ανεξήγητης μη ανταπόκρισης στη συνήθη θεραπεία [9].

Η παρακέντηση εφαρμόζεται υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση [10, 11].

Ο κίνδυνος πρόκλησης ιατρογενούς πνευμοθώρακα μετά από παρακέντηση κυμαίνεται από 0,61-6,0%. Ο ασθενής παρακολουθείται για 1-4 ώρες μετά την

επέμβαση, καθώς ο πνευμοθώρακας συνήθως γίνεται κλινικά εμφανής κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Ορισμένοι συνιστούν ακτινογραφία θώρακος ενώ άλλοι δεν συμφωνούν με αυτή τη τακτική, εφόσον δεν προκύπτουν νέα συμπτώματα [11].

Η αποσυμφόρηση των υπεζωκοτικών συλλογών με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος έχει σπουδαία θέση ιδιαίτερα σε διασωληνωμένους ασθενείς στις ΜΕΘ αλλά και για τη διαγνωστική αξιολόγηση μικρότερων συλλογών άγνωστης αιτιολογίας [12].

Η παρακέντηση της πλευριτικής συλλογής όταν δεν εκτελείται επείγοντως εφαρμόζεται με άσηπτη τεχνική επί ασθενών με πρόσφατη ακτινογραφία θώρακος, υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και INR μικρότερου του 1,5.

Για τη μέτρηση του pH, χρησιμοποιείται ηπαρινισμένη σύριγγα αερίων αίματος.

Σε κάθε παρακέντηση πλευριτικής συλλογής αποστέλλονται δείγματα για γενικές,

μικροβιολογικές, βιοχημικές και κυτταρολογικές εξετάσεις.

Η Ανάλυση του υπεζωκοτικού υγρού

Μακροσκοπική εμφάνιση

Η μακροσκοπική εμφάνιση του πλευριτικού υγρού ενδέχεται να παρέχει ενδείξεις σχετικά με την ακριβή διάγνωση. Το **γαλακτώδες** υγρό είναι χαρακτηριστικό του χυλοθώρακα, το **πυώδες** υγρό είναι απόδειξη εμπύηματος ενώ μια **αιματηρή** συλλογή συχνά είναι κακοήθους αιτιολογίας. Ο χυλοθώρακας διακρίνεται από το εμπύημα με φυγοκέντρηση: το υγρό του χυλοθώρακα παραμένει γαλακτώδες, ενώ το υγρό του εμπύηματος εμφανίζει διαυγές υπερκείμενο [15].

Η διάκριση του διϊδρώματος από το εξιδρώμα.

Το πρώτο βήμα της διαφοροδιαγνωστικής διαδικασίας μιας πλευριτικής συλλογής είναι η διάκριση αυτής σε διϊδρώμα ή εξιδρώμα [16].

Πίνακας 4. Κριτήρια Light.

LDH πλευριτικού υγρού	$\geq 2/3$ ΑΦΟ της LDH του ορού
Πρωτεΐνη πλευριτικού υγρού / Ολικές Πρωτεΐνες ορού	$\geq 0,5$
LDH πλευριτικού / LDH ορού	$\geq 0,6$
ΑΦΟ: Ανώτερη φυσιολογική τιμή	
Όταν ένα τουλάχιστον κριτήριο υφίσταται πρόκειται περί Εξιδρώματος.	
Όταν δεν ικανοποιείται κανένα κριτήριο πρόκειται περί Διϊδρώματος.	

Η μέτρηση της γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH) και της περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες του υπεζωκοτικού υγρού συνιστούν ισχυρά διαφοροδιαγνωστικά κριτήρια. Η ευαισθησία αυτών των κριτηρίων εγγίζει το 99,5% ενώ η διαγνωστική ακρίβεια κυμαίνεται από 93-96% [17,18] (Πίνακας 4). Η μέτρηση της χοληστερόλης μπορεί επίσης να βοηθήσει: μια συγκέντρωση χοληστερόλης πάνω από 55mg/dL σε συνδυασμό με μια συγκέντρωση LDH πάνω από 200 U/mL είναι ιδιαίτερα αποδεικτική της παρουσίας ενός εξιδρώματος.

Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα διουρητικά φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, η οποία συνοδεύεται συνήθως από αμφοτερόπλευρη διϋδρωματική συλλογή, μπορούν να αυξήσουν τις συγκεντρώσεις των πρωτεϊνών, της LDH και των λιπιδίων στην υπεζωκοτική συλλογή και να οδηγήσουν στην εσφαλμένη ταυτοποίηση ενός εξιδρώματος, το οποίο μοιραία θα ακολουθηθεί από περαιτέρω μη αναγκαίες διαγνωστικές εξετάσεις.

Το pH της πλευριτικής συλλογής

Οξέωση χαρακτηρίζει την υπεζωκοτική συλλογή που απαντάται στη φυματίωση, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και τις κακοήθειες. Επί κακοήθων πλευριτικών συλλογών με οξεωτικό pH, η επιβίωση των ασθενών είναι βραχύτερη. Αυτοί οι ασθενείς έχουν εκτεταμένη νόσο και μικρότερες πιθανότητες πλευροδετικής επιτυχίας [19]. Αν το pH είναι μικρότερο από 7,2 επιβάλλεται η τοποθέτηση *bulau* χωρίς καθυστέρηση. Η χαμηλή τιμή του pH, δηλαδή το οξεωτικό pH, είναι ο καλύτερος δείκτης μιας επιπλεγμένης παραπνευμονικής

υπεζωκοτικής συλλογής η οποία πρέπει άμεσα να παροχετευθεί και να εξετασθεί [16].

Ο προσδιορισμός της τιμής της γλυκόζης και της αμυλάσης της πλευριτικής συλλογής

Η συγκέντρωση της γλυκόζης στο υπεζωκοτικό υγρό φυσιολογικά είναι ίδια με εκείνη του αίματος. Μια χαμηλή συγκέντρωση γλυκόζης, σε σχέση με εκείνη του αίματος, σε μια υπεζωκοτική συλλογή παρατηρείται στο εμφύσημα, τη φυματίωση, σε διάφορες κακοήθειες και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Ένας στους δύο ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα έχει υπεζωκοτική συλλογή με αυξημένη συγκέντρωση αμυλάσης [9].

NTproBNP

Το νατριουρητικό πεπτίδιο NTproBNP είναι ευαίσθητος βιοδείκτης καρδιακής ανεπάρκειας και οι συγκεντρώσεις του στο αίμα και στο πλευριτικό υγρό συσχετίζονται αρμονικά.

Ακόμη και αν διαπιστωθεί ότι μια πλευριτική συλλογή είναι εξίδρωμα με βάση τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν υψηλές τιμές NTproBNP σε αυτή τη συλλογή συμβαδίζουν με τη διάγνωση της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Η μέτρηση των επιπέδων του νατριουρητικού πεπτιδίου NTproBNP στο περιφερικό αίμα αρκεί για την επιβεβαίωση της διάγνωσης στις περισσότερες περιπτώσεις. Η απουσία NTproBNP στο αίμα αποκλείει τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ως αιτία της υπεζωκοτικής συλλογής με σχεδόν απόλυτη βεβαιότητα [20].

Μικροβιολογική διαγνωστική αξιολόγηση

Η χρώση κατά Gram μπορεί να βοηθήσει στην ταυτοποίηση του υποκείμενου παθογόνου μικροοργανισμού.

Η χρώση Ziehl-Neelsen βοηθάει πλην όμως σπανίως στην αναγνώριση οξεάντοχων βακτηριδίων.

Η μικροβιολογική ταυτοποίηση ενός παθογόνου μικροοργανισμού σε μια μη πυώδη παραπνευμονική συλλογή επιτυγχάνεται μόλις στο 25% των περιπτώσεων [21]. Η μικροβιολογική έρευνα αποδίδει ένα μεγάλο ποσοστό ψευδώς αρνητικών ευρημάτων.

Η εφαρμογή της αλυσωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) με τη χρήση του γονιδίου 16S-rRNA βελτιώνει την ευαισθησία σε σύγκριση με τις συμβατικές τεχνικές καλλιέργειας [22, 23].

Εάν υπάρχει υπόνοια φυματιώδους πλευρίτιδας, πρέπει να διεξάγεται μικροβιολογική εξέταση και καλλιέργεια. Πρέπει να αποστέλλονται 30-50 mL φρέσκου, μη επεξεργασμένου πλευριτικού υγρού, αμέσως μετά τη παρακέντηση, για διαγνωστικές εξετάσεις μυκοβακτηριδίων που δεν τοποθετείται σε φιάλες καλλιέργειας αίματος.

Ο αριθμός των βακίλων της φυματίωσης στο πλευριτικό υγρό είναι συνήθως χαμηλός. Η μικροβιολογική εξέταση έχει χαμηλή ευαισθησία, μικρότερη από 5%, για την ανίχνευση οξεάντοχων βακτηριδίων, ενώ η καλλιέργεια εμφανίζει ελαφρώς υψηλότερη ευαισθησία 10-20% [9].

Η PCR συχνά δεν είναι επαρκώς διαγνωστική επειδή υπάρχουν ενδογενείς ανασταλτικές ουσίες στο πλευριτικό υγρό [24]. Σε ασαφείς περιπτώσεις, πρέπει να εφαρμόζονται επεμβατικές διαγνωστικές διαδικασίες, π.χ. βιοψία υπεζωκότα ή VATS για τη λήψη αντιπροσωπευτικού υλικού προς καλλιέργεια και ιστολογική ανίχνευση κοκκιωματώδων επιθηλιοειδών κυττάρων.

Κυτταρολογική εξέταση

Σε ποσοστό 50% των καρκίνων του πνεύμονα και σε ποσοστό 60% εξ όλων των καρκίνων η κακοήθης φύση μιας υπεζωκοτικής συλλογής μπορεί να επιβεβαιωθεί κυτταρολογικά [9, 25]. Η θετική διαγνωστική απόδοση είναι υψηλότερη στο αδενοκαρκίνωμα και χαμηλότερη στο μεσοθηλιώμα, στο καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων, στο λέμφωμα και στο σάρκωμα.

Ένα δείγμα 20-60 mL πλευριτικού υγρού αποστέλλεται για κυτταρολογική εξέταση. Για τη διάγνωση του μεσοθηλιώματος, η ιστολογική εξέταση είναι εξαιρετικά χρήσιμη.

Δείκτες όγκου

Δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες που να δικαιολογούν τη τακτική μέτρηση των δεικτών όγκου στο υγρό της υπεζωκοτικής συλλογής. Η διαγνωστική αξία της ανίχνευσης και μέτρησης της μεσοθηλίνης σε ασθενείς με μεσοθηλιώμα δεν έχει τεκμηριωθεί οριστικά. Ωστόσο υπάρχουν μελέτες που συνιστούν τη μέτρηση του PSA επί ασθενών με πλευριτική

συλλογή και υποψία καρκίνου του προστάτου. [9, 26-28].

Πότε ο ασθενής με πλευριτική συλλογή χρειάζεται επιπρόσθετες διαγνωστικές μελέτες;

Εάν τα απεικονιστικά ευρήματα και η λειπομερής ανάλυση του υγρού είναι ασαφή, πιθανότατα θα απαιτηθεί βιοψία του υπεζωκότα. Η βιοψία δια βελόνης με τη καθοδήγηση της υπολογιστικής τομογραφίας είναι πιο ευαίσθητη σε σχέση με την βιοψία με βελόνα Abrams [9].

Στους ασθενείς με γνωστό καρκίνωμα του πνεύμονος και πλευριτική συλλογή με αρνητική κυτταρολογική εξέταση εφαρμόζεται θωρακοσκοπική επισκόπηση της επιφάνειας του υπεζωκότος. Αν η διερεύνηση είναι αρνητική ο ασθενής είναι υποψήφιος για ριζική θεραπεία. Αν είναι θετική λαμβάνονται πολλαπλές βιοψίες με στόχο να επιβεβαιωθεί η προσβολή του υπεζωκότος και εφαρμόζεται ταυτόχρονα πλευρόδεση. Εάν ο ασθενής εμφανίζει ταυτόχρονα αιμόπτυση, βρογχική απόφραξη ή ενδοπνευμονική μάζα στις απεικονιστικές εξετάσεις τότε ενδείκνυται η βρογχοσκόπηση.

ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ: ΕΙΔΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Θετική υπεζωκοτική συλλογή σε έναν ασθενή με ιστορικό καρκίνου συνδέεται συνήθως με πτωχή πρόγνωση. Οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες ή μεσοθηλίωμα ζουν σχεδόν κατά μέσο όρο σχεδόν ένα έτος, ενώ οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα έχουν χειρότερη πρόγνωση, με μέσο χρόνο επιβίωσης 2-3 μηνών [29].

Πίνακας 5. Υπολογισμός LENT score.

	Μεταβλητή	Score
L	LDH πλευριτικού υγρού.	
	< 1500 IU/L	0
	> 1500 IU/L	1
E	ECOG PS - Φυσική κατάσταση	
	0	0
	1	1
	2	2
	3-4	3
N	NLR Ουδετερόφιλα/Λεμφοκύτταρα	
	< 9	0
	> 9	1
T	T - Όγκος	
	<u>Χαμηλού κινδύνου</u> Μεσοθηλίωμα, Αιματολογική κακοήθεια	0
	<u>Μετρίου κινδύνου</u> Καρκίνος μαστού, Γυναικολογικός καρκίνος, Καρκίνος νεφρού	1
	<u>Υψηλού κινδύνου</u> Καρκίνος πνεύμονα, άλλοι όγκοι	2

Η βαθμολογία LENT επιτρέπει μια αρκετά ακριβή ταξινόμηση των ασθενών σε υψηλού, ενδιάμεσου και χαμηλού κινδύνου. Η διαδικασία αυτή βοηθάει στη λήψη ορθών θεραπευτικών αποφάσεων [30] (Πίνακας 5).

Οι περισσότερες κακοήθειες υπεζωκοτικές συλλογές προκαλούν συμπτώματα, κυρίως δυσφορία και δύσπνοια. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πιο συνηθισμένη αιτία και αντιπροσωπεύει πάνω από το ένα τρίτο των περιπτώσεων (37,5%) και έπεται ο καρκίνος του μαστού (16,8%) και το κακόηθες λέμφωμα (11,5%) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Κακοήθειες που προκαλούν θετική κακοήγη υπεζωκοτική συλλογή.

Καρκίνος πνεύμονα (37,5%)
Καρκίνος του μαστού (16,8%)
Λέμφωμα (11,5%)
Γαστρεντερικές μορφές καρκίνου (6,9%)
Γυναικολογικοί / ουρολογικοί καρκίνοι (9,4%)
Άλλες (7,8%)
Άγνωστη πρωτοπαθής κακοήθεια (10,7%)

Θεραπευτικές επιλογές

Η επιλογή της αρμόζουσας θεραπείας εκάστης κακοήθους πλευριτικής συλλογής θα πρέπει να γίνει με βάση τα συμπτώματα, την κλινική κατάσταση του ασθενούς, τον τύπο του όγκου, την ανταπόκριση στη συστηματική θεραπεία και την συχνότητα των υποτροπών αυτής.

Αυτές οι επιλογές περιλαμβάνουν:

- **Παρακολούθηση** και αναμονή
- **Θεραπευτική εκκένωση** της υπεζωκοτικής κοιλότητας με παρακέντηση
- **Τοποθέτηση *bulau***, παροχέτευση της πλευριτικής συλλογής, εκκένωση του υπεζωκοτικής κοιλότητας και ενστάλλαξη **πλευροδετικού παράγοντα**
- **Πλευροδεσία μέσω θωρακοσκόπησης - VATS** και
- **Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα** στην υπεζωκοτική κοιλότητα.

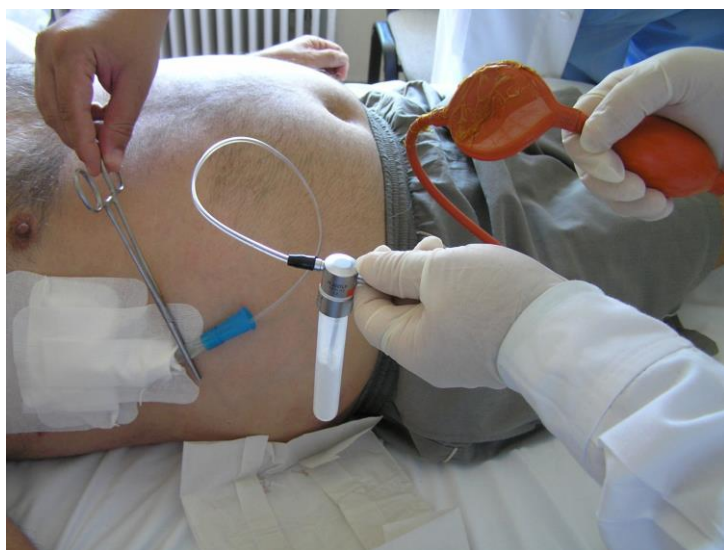
Η **θεραπευτική παρακέντηση** ενδείκνυται στους ασθενείς οι οποίοι δυσπνούν έντονα λόγω μεγάλης ποσότητας πλευριτικής συλλογής. Δεν πρέπει να αφαιρούνται ταυτόχρονα πάνω από 1,5 Lt υγρού.

Παρόμοιος όγκος υγρού, δηλαδή 1,5 Lt, μπορεί να αφαιρεθεί μετά από ένα χρονικό διάστημα 2 ωρών. Το πνευμονικό οίδημα εξ επανεκπτώξεως είναι καλώς αναγνωρισμένη νοσολογική οντότητα αλλά εμφανίζεται σπάνια (<1%) αν αφαιρεθεί λιγότερο από 1,5 L υγρού.

Η **πλευροδεσία** συνιστάται επί ασθενών των οποίων το προσδόκιμο ζωής είναι μεγαλύτερο από 1 μήνα. Εφαρμόζεται είτε με εμφύσηση ταλκ με ειδική συσκευή είτε με έγχυση διαλύματος αυτού στην υπεζωκοτική κοιλότητα μέσω σωλήνα κλειστής θωρακοστομίας (Εικόνα 4). Μετά από πλήρη έκπτυξη του πνεύμονα, λιδοκαΐνη ενσταλλάσσεται στον υπεζωκοτικό χώρο, και κατόπιν 4-5g αποστειρωμένου ταλκ διαλυμένα με 50 mL φυσιολογικού ορού. Ο καθετήρας

Πίνακας 7. Πλευροδετικές ουσίες.

ΧΗΜΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ
Τάλκη - σκόνη - εναιώρημα (πολτός)	Max 3 gr + 20 ml λιδοκαΐνης 2%+40 ml Nacl 0,9%
Τετρακυκλίνη	500 mg διαλύονται σε 100ml Nacl 0,9%
Μινοκυκλίνη	300 mg διαλύονται σε 20ml Nacl 0,9%
Δοξυκυκλίνη	500 mg-1000 mg διαλύονται σε 50ml Nacl 0,9%
Αυτόλογο αίμα	50-150 ml εφάπαξ
Μπλεομυκίνη	50IU διαλύονται σε 50ml Nacl 0,9%
Ιωδιούχος ποβιδόνη	20ml 10% διαλύονται σε 80ml Nacl 0,9%
Νιτρικός άργυρος	20ml 0,5%
Quinacrine	500 mg διαλύονται σε 200ml Nacl 0,9%
5φθοριουρακίλη, σιοπλατίνη, βινκριστίνη, μιτομυκίνη, ιντερφερόνη	



Εικόνα 4. Πλευροδεσία με εμφύσηση ταλκ με ειδική συσκευή στην υπεζωκοτική κοιλότητα μέσω σωλήνα κλειστής θωρακοστομίας- büllau.

συγκλείεται για 1-2 ώρες και αφαιρείται σε 24-48 ώρες [31] (Πίνακας 7).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση που περιλάμβανε 1.168 ασθενείς το ποσοστό επιτυχίας της πλευρόδεσης με τάλκη ήταν 93% σε σύγκριση με το *Corynebacterium parvum* (76%), την τετρακυκλίνη (67%), την δοξυκυκλίνη (72%) και την μπλεομυκίνη (54%) [32].

Οι επαναλαμβανόμενες υπεζωκοτικές παρακεντήσεις προκαλούν αγχωτικές διαταραχές στον ασθενή και συχνά οδηγούν στο σχηματισμό συμφύσεων, εγκλωβίζουν και

περιορίζουν τη συλλογή ώστε να μην είναι πλέον δυνατή η πλήρης εκκένωση αυτής.

Η τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα των ασθενών έτσι ώστε να απαλλαγούν από τις επαναλαμβανόμενες παρακέντησεις προσφέρει ανακούφιση εκ των συμπτωμάτων στο 90% των περιπτώσεων εντός 30 ημερών ενώ έχει διαπιστωθεί ότι σε ποσοστό 70% αναπτύσσεται αυτόματη πλευρόδεση [33] (Πίνακας 8).

Από τις διάφορες μεθόδους πλευρόδεσης που περιγράφονται η πιο ιδανική είναι η **VATS πλευρόδεση με τάλκ** σε μη διασωληνωμένο ασθενή με τοπική αναισθησία και ενδοφλέβια καταστολή. Έχει ελάχιστο κόστος, μικρή διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και είναι απαλλαγμένη από τις επιπλοκές της διασωλήνωσης και της γενικής αναισθησίας [34].

Πίνακας 8. Σύγκριση θεραπευτικών επιλογών της κακοήθους υπεζωκοτικής συλλογής.

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ	ΕΠΙΤΥΧΙΑ	ΘΝΗΤΟΤΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ημ.)
Θωρακοσκοπική πλευρόδεση με τάλκ	750 €	>90%	<0.5%	0-1
Πλευρόδεση μέσω bülau με εναιώρημα τάλκ	340 €	55-90%	0%	6
Παρακέντηση	80 €	2%	0%	–
Μόνιμος ενδοϋπεζωκτικός καθετήρας	240 €	42-58%	0%	1-3±2
Υπεζωκεκτομή	3.350 €	99%	10-19%	8-9

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Walker SP, Morley AJ, Stadon L, De Fonseca D, Arnold DT, Medford ARL, et al. Nonmalignant pleural effusions. *Chest*. 2017; 151:1099–1105.
2. Miserocchi G. Mechanisms controlling the volume of pleural fluid and extravascular lung water. *Eur Respir Rev*. 2009; 18:244–252.
3. Anevlavis S, Tzouvelekis A, Bouros D. Mechanisms of pleural involvement in orphan diseases. *Respiration*. 2012; 83:5–12.
4. Tang K, Robbins IM, Light RW. Incidence of pleural effusions in idiopathic and familial pulmonary arterial hypertension patients. *Chest*. 2009; 136:688–693.
5. Choi SH, Cha SI, Shin KM, Lim JK, Yoo SS, Lee SY, et al. Clinical relevance of pleural effusion in patients with pulmonary embolism. *Respiration*. 2017; 93:271–278.
6. Bintcliffe OJ, Hooper CE, Rider IJ, Finn RS, Morley AJ, Zahan-Evans N, et al. Unilateral pleural effusions with more than one apparent etiology A prospective observational study. *Ann Am Thorac Soc*. 2016; 13:1050–1056.
7. Thomas R, Jenkins S, Eastwood PR, Lee YC, Singh B. Physiology of breathlessness associated with pleural effusions. *Curr Opin Pulm Med*. 2015; 21:338–354.
8. Marcondes BF, Vargas F, Paschoal FH, Cartaxo AM, Teixeira LR, Genofre EH, et al. Sleep in patients with large pleural effusion: impact of thoracocentesis. *Sleep Breath*. 2012; 16:483–489.
9. Hooper C, Lee YCG, Maskell N. Investigation of a unilateral pleural effusion in adults: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65(Suppl 2): ii4–ii17. [
10. Havelock T, Teoh R, Laws D, Gleeson F. Pleural procedures and thoracic ultrasound: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65(Suppl 2): ii61–ii76.
11. Gordon CE, Feller-Kopmann D, Balk EM, Smetana GW. Pneumothorax following thoracocentesis: a systematic review and metaanalysis. *Arch Int Med*. 2010; 170:332–339.
12. Brogi E, Gargani L, Bignami E, Marra A, Forfori F, Vetrugno L. Thoracic ultrasound for pleural effusion in the intensive care unit: a narrative review from diagnosis to treatment. *Crit Care*. 2017; Dec 28;21(1):325.
13. Porcel JM. Distinguishing complicated from uncomplicated parapneumonic effusions. *Curr Opin Pulm Med*. 2015; 21:346–351.
14. Ewig S, Höffken G, Kern WV, Rohde G, Flick H, Krause R, et al. Leitlinie Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulanter Pneumonie und Prävention - Update 2016. *Pneumologie*. 2016; 70:151–200.
15. McGrath EE, Blades Z, Anderson PB. Chylothorax: aetiology, diagnosis and therapeutic options. *Respir Med*. 2010; 104:1–8.

16. Heffner JE, Brown LK, Barbieri C, DeLeo JM. Pleural fluid chemical analysis in parapneumonic effusions. A meta-analysis. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995 Jun;151(6):1700-8.
17. Light RW, MacGregor MI, Luchsinger PC, Ball WC. Pleural effusions: the diagnostic separation of transudates and exudates. *Ann Intern Med*. 1972; 77:507-513.
18. Saguil A, Wryck K, Hallgren J. Diagnostic approach to pleural effusion. *Am Fam Physician*. 2014; 90:99-104.
19. Heffner JE, Nietert PJ, Barbieri C. Pleural fluid pH as a predictor of survival for patients with malignant pleural effusions. *Chest*. 2000; 117:79-86.
20. Gao MZ, Huang HY, Gu B, Ma P, Chen Y, Wang JH, et al. Diagnostic accuracy of natriuretic peptides for heart failure in patients with pleural effusion: a systematic review and updated meta-analysis. *PLoS One*. 2015 Aug 5;10(8):e0134376. doi: 10.1371/journal.pone.0134376. eCollection 2015.
21. Porcel JM, Esquerda A, Vives M, Bielsa S. Etiology of pleural effusions: analysis of more than 3,000 consecutive thoracenteses. *Arch Bronchoneumol*. 2014; 50:161-165.
22. Rampini SK, Bloemberg GV, Keller PM, Büchler AC, Dollenmaier G, Speck RF, et al. Broad-range 16S rRNA gene polymerase chain reaction for diagnosis of culture-negative bacterial infections. *Clin Infect Dis*. 2011; 53:1245-1251.
23. Insa R, Marín M, Martín A, Martín-Rabadán P, Alcalá L, Cercenado E, et al. Systematic use of universal 16S rRNA gene polymerase chain reaction (PCR) and sequencing for processing pleural effusions improves conventional culture techniques. *Medicine (Baltimore)* 2012; 91:103-110.
24. Tom Schaberg (federführend), Torsten Bauer, Folke Brinkmann, Roland Diel, Cornelia Feiterna-Sperling, Walter Haas, et al. S2k-Leitlinie: Tuberkulose im Erwachsenenalter. *Pneumologie*. 2017; 71:325-397.
25. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms, Langversion 1.0, 2018, AWMF-Registernummer: 020/007OL.
www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Lungenkarzinom.98.0.html (last accessed on 10 November 2018)
[Google Scholar]
26. Gao R, Wang F, Wang Z, Wu Y, Xu L, Qin Y, et al. Diagnostic value of soluble mesothelin-related peptides in pleural effusion for malignant pleural mesothelioma: An updated meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Apr;98(14):e14979. doi: 10.1097/MD.00000000000014979.
27. Knight JC, Ray MA, Benzaquen S. Malignant pleural effusion from prostate adenocarcinoma. *Respir Med Case Rep*. 2014 Aug 1; 13:24-5. doi: 10.1016/j.rmcr.2014.04.001. eCollection 2014.
28. dos Santos VM, Zembruski MM, Gouvea IP, Nery NS, dos Santos LA. Massive pleural effusion due to metastasis of prostate cancer. *West Indian Med J*. 2011 Dec;60(6):690-3.
29. Feller-Kopman D, Light R. Pleural disease. *New Engl J Med*. 2018; 378:740-751.

30. Amelia O Clive, Brennan C Kahan, Clare E Hooper, Rahul Bhatnagar, Anna J Morley, Natalie Zahan-Evans, et al. Predicting survival in malignant pleural effusion: development and validation of the LENT prognostic score. *Thorax*. 2014; 69:1098-1104.
31. Roberts ME, Neville E, Berristford RG, et al. Management of malignant pleural effusion: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65(Suppl 2):ii32-ii40.
32. Walker-Renard PB, Vaughan LM, Sahn SA. Chemical pleurodesis for malignant pleural effusions. *Ann Intern Med* 1994; 120: 56-64.
33. Spella M, Giannou AD, Stathopoulos GT. Switching off malignant pleural effusion formation-fantasy or future? *J Thorac Dis*. 2015 Jun;7(6):1009-20.
34. Cox SE, Katlic MR. Non-intubated video-assisted thoracic surgery as the modality of choice for treatment of recurrent pleural effusions. *Ann Transl Med*. 2015 May;3(8):103-107.

Pleural Effusion

Nikolaos Baltayiannis, Andreas Lagoudellis

Department of Thoracic Surgery, “Metaxa” Hospital, Piraeus, Greece

ABSTRACT

A pleural effusion is excess fluid that accumulates in the pleural cavity. This excess fluid can impair breathing by limiting the expansion of the lungs. There are various kinds of pleural effusion, depending on the nature of the fluid and what caused its entry into the pleural space, are hydrothorax (serous fluid), hemothorax (blood), urinothorax (urine), chylothorax (chyle), or pyothorax (pus) commonly known as pleural empyema. The most common causes of transudative pleural effusion are heart failure and cirrhosis. The most common causes of exudative pleural effusions are bacterial pneumonia, cancer (with lung cancer, breast cancer, and lymphoma causing approximately 75% of all malignant pleural effusions), viral infection, and pulmonary embolism. A pleural effusion is usually diagnosed on the basis of medical history and physical exam and confirmed by a chest X-ray. Once a pleural effusion is diagnosed, its cause must be determined. Treatment depends on the underlying cause of the pleural effusion. In this report we present all the knowledge about pleural effusions in an up-to-date manner.

Keywords: Pleural effusion, malignant pleural effusion

Citation

N. Baltayiannis, A. Lagoudellis. Pleural Effusion. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 6-23

Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις εντεροκολπικών συριγγίων

Κ. Ζαχαρής, Χ. Μεσσήνη

Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Συρίγγιο καλείται η ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ δύο επιθηλιοποιημένων επιφανειών. Το εντεροκολπικό συρίγγιο σχηματίζεται μεταξύ του εντέρου (κόλου-ορθού) και του κόλπου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συστηματική και περιγραφική ανασκόπηση της μέχρι τώρα βιβλιογραφίας σχετικά με τις διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις των εντεροκολπικών συριγγίων. Για την εκπλήρωση των αντικειμενικών σκοπών της παρούσας ανασκόπησης έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας μέσω PubMed, με τη μέθοδο της συνδυασμένης αναζήτησης, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά: “vaginal fistula”, “enterovaginal fistula”, “colovaginal fistula”, “diagnosis”, “treatment”. Οι περιορισμοί της αναζήτησης ήταν βιβλιογραφία τελευταίων ετών (μετά το 2000), μελέτες στο ανθρώπινο είδος, αγγλική γλώσσα και συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση 38 άρθρα. Ως απόρροια της μελέτης, κρίνεται επιβεβλημένη μια ολοκληρωμένη προσέγγιση με πολυδύναμες θεραπευτικές στρατηγικές στη φροντίδα ασθενών με εντεροκολπικό συρίγγιο. Όταν χρησιμοποιείται μια συνδυασμένη αντιμετώπιση, απαρτιζόμενη από γενικούς χειρουργούς και γυναικολόγους, δεν μπορεί παρά να επέλθει βελτίωση της ποιότητας ζωής και συνεπώς μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες και μεγαλύτερου μεγέθους τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες οι οποίες να συγκρίνουν τις θεραπευτικές προσεγγίσεις των εντεροκολπικών συριγγίων.

Λέξεις ευρετηρίου: εντεροκολπικό συρίγγιο, διάγνωση, θεραπεία

Παραπομπή

Κ. Ζαχαρής, Χ. Μεσσήνη. Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις εντεροκολπικών συριγγίων. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(1): 24-37

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως συρίγγιο ορίζεται η ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ δύο επιθηλιοποιημένων επιφανειών, το οποίο μπορεί να σχηματιστεί μετά από τραυματισμό ή φλεγμονή. Τα συρίγγια μπορούν να αναπτυχθούν μεταξύ του γεννητικού συστήματος της γυναίκας (κόλπος,

σώμα μήτρας) και του γαστρεντερικού σωλήνα (λεπτό ή παχύ έντερο), του ουροποιητικού συστήματος (ουροδόχος κύστη, ουρήθρα, ουρητήρες) ή του δέρματος.[1]

Τα συρίγγια της κατώτερης γεννητικής οδού (lower reproductive tract fistulas-LTRF) είναι συνήθως αποτέλεσμα χειρουργικών

επεμβάσεων στην πύελο, μαιευτικού τραύματος, παθήσεων του γαστρεντερικού σωλήνα, κακοήθειας, ακτινοθεραπείας ή φλεγμονωδών καταστάσεων. Σπανιότερα, ένα συρίγγιο της κατώτερης γεννητικής οδού μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμό του κόλπου, σχετιζόμενο με τη σεξουαλική επαφή ή σε παρατεταμένη παρουσία ξένου σώματος στον κόλπο.[2,3]

Οι χειρουργικές επεμβάσεις στην πύελο, οι οποίες εμπλέκουν το έντερο, την ουροδόχο κύστη, τη μήτρα ή τον κόλπο, μπορεί να οδηγήσουν στο σχηματισμό συριγγίων της κατώτερης γεννητικής οδού, ειδικά όταν διενεργείται υστερεκτομή με ταυτόχρονη εκτομή εντέρου, όταν χρησιμοποιούνται συσκευές συρραφής, ή τέλος όταν τοποθετούνται πλέγματα. [2,3]

Το εντεροκολπικό συρίγγιο είναι μια ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ του εντέρου (κόλου-ορθού) και του κόλπου, με κύριο σύμπτωμα την αποβολή κοπράνων ή αερίων από τον κόλπο.[4] Τα εντεροκολπικά συρίγγια αν και σπάνια, έχουν σοβαρές επιπτώσεις, τόσο στον ψυχισμό, όσο και στη κοινωνική ζωή και τις διαπροσωπικές σχέσεις της γυναίκας. Απαντώνται συχνότερα σε γυναίκες οι οποίες έχουν υποβληθεί προηγουμένως σε ολική υστερεκτομή.[5] Σε μια μελέτη από το 1979 έως το 2006 στις ΗΠΑ, η συχνότητα νοσηλευόμενων ασθενών για επιδιόρθωση εντεροκολπικού συριγγίου ήταν 0,6 ανά 100.000 γυναίκες.[1] Είναι κοινώς αποδεκτό ότι, η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση των συριγγίων, αποτελεί όμως σημαντική οικονομική επιβάρυνση για την ασθενή.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΠΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ

Η πιο συχνή αιτία δημιουργίας εντεροκολπικών συριγγίων είναι το **μαιευτικό τραύμα**. Ο παρατεταμένος και εργώδης τοκετός χαρακτηρίζεται από συμπίεση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου, επί των μαλακών μορίων της πυέλου και των οστών, και παρατεταμένη σε διάρκεια ισχαιμική κάκωση, προκαλώντας ιστική νέκρωση που οδηγεί με αυτόν τον τρόπο στη δημιουργία συριγγίων. Τις περισσότερες φορές, ο σχηματισμός συριγγίου οφείλεται σε ρήξεις περινέου τρίτου και τετάρτου βαθμού (αυτόματες ή μετά από περινεοτομία), οι οποίες είτε δεν έγιναν αντιληπτές είτε δεν επιδιορθώθηκαν σωστά κατά τη συρραφή.[6,7] Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Homsι και συν. βρέθηκε ότι εντεροκολπικό συρίγγιο αναπτύχθηκε στο 0,1% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε περινεοτομία κατά τη διάρκεια του τοκετού. Παράλληλα, σχηματισμός συριγγίου παρατηρήθηκε στο 0,05% των ασθενών στις οποίες διενεργήθηκε περινεοτομία, σε αντίθεση με το 1% των γυναικών με ρήξεις περινέου τρίτου και τετάρτου βαθμού.[8]

Η επόμενη σε συχνότητα αιτία δημιουργίας εντεροκολπικών συριγγίων είναι η **νόσος του Crohn**. Η επίπτωση υπολογίζεται στο 10% των γυναικών με νόσος του Crohn.[9]

Επιπρόσθετες αιτίες αποτελούν η **ακτινοβολία** στην περιοχή της πυέλου (ειδικότερα σε περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου ή καρκίνου του ενδομητρίου), οι **μετεγχειρητικές επιπλοκές** και η **εκκολπωματική νόσος**. Μια πληθώρα χειρουργικών επεμβάσεων μπορεί να

οδηγήσει στο σχηματισμό εντεροκολπικού συριγγίου, συμπεριλαμβανομένων της υστερεκτομής, της αποκατάστασης ορθοκήλης, και της κολεκτομής με ειλεοορθική αναστόμωση. Αυτό συμβαίνει λόγω διαφυγής από την αναστόμωση, ή γιατί τμήμα του κολπικού τοιχώματος έχει συμπεριληφθεί στη συρραφή της αναστόμωσης είτε γιατί δεν έγινε αντιληπτός τραυματισμός του εντέρου και δεν αποκαταστάθηκε σε πρώτο χρόνο.[7] Στην εκκολπωμάτωση, μια σειρά γεγονότων οδηγεί στην ανάπτυξη ενός συριγγίου. Συγκεκριμένα, το φλεγμαίνον σιγμοειδές προσκολλάται στο άνω τμήμα του κόλπου. Στο σημείο αυτό μπορεί να σχηματιστεί ένα μικρό απόστημα το οποίο θα προσπαθήσει να παροχετευτεί προς τον κόλπο, οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο στο σχηματισμό συριγγίου.[5] **Η ακτινοβολία μετά από χειρουργική επέμβαση** στην περιοχή της πυέλου, μπορεί να προκαλέσει μετακινική πρωκτίτιδα, λόγω ενδο-αρτηρίτιδας και χρόνιας ισχαιμίας, ακολουθούμενη από ελκοποίηση του προσθίου τοιχώματος του πρωκτού. Τα έλκη του πρωκτού με τη σειρά τους, προκαλούν το σχηματισμό συριγγίων σε χρονικό διάστημα 6 μηνών έως 2 έτη μετά τη θεραπεία.[6]

Επίσης, **η κακοήθεια** μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό συριγγίων. Τα εντεροκολπικά συρίγγια διαγιγνώσκονται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο νεοπλασμάτων του ορθού, της μήτρας, του τραχήλου ή του κόλπου, όταν η νόσος πλέον έχει επεκταθεί. Σπανιότερα, το τραύμα που δεν σχετίζεται με μαιευτική κάκωση της περιοχής, όπως σε **βίαη πρωκτική συνουσία ή εισαγωγή ξένου σώματος στο ορθό**, μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό συριγγίου. **Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις** προκαλούν τοπικά

φλεγμονή και συνεπακόλουθα μπορεί να σχηματιστεί συρίγγιο στην περιοχή. Τέλος, έχουν ενοχοποιηθεί τα **σκληρά κόπρανα, η λευχαιμία, η απλαστική αναιμία, η ακοκκιοκυτταραιμία και η ενδομητρίωση**. [7]

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΠΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ

Οι ασθενείς με εντεροκολπικά συρίγγια μπορεί να εμφανίσουν ποικίλου βαθμού συμπτώματα βασιζόμενα στη θέση, το μέγεθος και την αιτιολογία του συριγγίου καθώς και στην ανοχή της ασθενούς στην πάθηση. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν τη διέλευση αερίων και κοπράνων, συνήθως υδαρούς σύστασης, μέσω του κόλπου, δυσσομία από τον κόλπο και τέλος υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του κολπικού βλεννογόνου. Επίσης είναι σημαντικό, να διαπιστωθεί αν συνυπάρχει ακράτεια κοπράνων και να γίνεται λήψη ιστορικού σχετικά με τη λειτουργία του σφιγκτήρα, καθώς μας καθοδηγεί στην περαιτέρω διερεύνηση του συριγγίου όπως και στη θεραπευτική προσέγγιση από πλευράς χειρουργού.[6]

Έχει καταγραφεί και μία **τριάδα κλινικών χαρακτηριστικών**, τα οποία θα πρέπει να εγείρουν υποψία για την ύπαρξη εντεροκολπικών συριγγίων:

1. Η ασθενής αναφέρει:

- αποβολή κοπράνων ή/και αερίων από τον κόλπο
- δύσσομες κολπικές εκκρίσεις
- υποτροπιάζουσα κολπίτιδα ανθεκτική στην τοπική ή συστηματική αγωγή.

2. Η ασθενής έχει υποβληθεί προηγουμένως σε υστερεκτομή,

3. Υπάρχει ιστορικό εκκολπωματικής νόσου, με ή χωρίς ιστορικό εκκολπωματίτιδας.[10]

Η κλινική εξέταση της ασθενούς είναι κριτικής σημασίας για την επιβεβαίωση της παρουσίας, του μεγέθους και της εντόπισης του συριγγίου, καθώς και για την ακεραιότητα του σφιγκτήρα του πρωκτού. Επιπρόσθετα, η άμεση εξέταση επιτρέπει στο χειρουργό να αξιολογήσει την ύπαρξη συριγγίων και προς άλλα όργανα, την παρουσία ή μη φλεγμονής, η οποία μπορεί να υποδηλώνει νόσο του Crohn, τραύμα από ακτινοβολία, ή αρχόμενη σήψη στην περιοχή.

Το εντεροκολπικό συρίγγιο αναγνωρίζεται κατά την δακτυλική εξέταση ως κοίλανση του βλεννογόνου κατά την ψηλάφηση, το οποίο μπορεί να επιβεβαιωθεί εύκολα κατά την εξέταση με μητροσκόπιο ή πρωκτοσκόπιο. Κατά την εξέταση, μπορεί να ανευρεθούν κόπρανα στον κόλπο, ενδεικτικό ενεργούς φλεγμονής. Αξίζει να σημειωθεί ότι το χρώμα του βλεννογόνου του ορθού είναι βαθύ κόκκινο και έρχεται σε αντίθεση με τον κολπικό βλεννογόνο που είναι ανοιχτόχρωμος, έτσι ένα συρίγγιο δίνει την εικόνα μιας στικτής βλάβης στον βλεννογόνο. Η δακτυλική εξέταση μπορεί να διενεργηθεί με την είσοδο του ενός δακτύλου στο ορθό και του άλλου στον κόλπο, επιτρέποντας με αυτό τον τρόπο τον έλεγχο των ιστών για τυχόν σκληρύνσεις. Σε ασθενείς με προηγούμενη ακτινοβολία ή υποψία για κακοήθεια, συνιστάται εξέταση υπό αναισθησία και λήψη βιοψιών αν αυτό κριθεί σκόπιμο. Εν κατακλείδι, όταν το συρίγγιο διαλάβει της διάγνωσης με την κλινική εξέταση ή η έκταση

της υποκείμενης νόσου είναι άγνωστη, οι διαγνωστικές εξετάσεις για την επιβεβαίωση είναι απαραίτητες.

Ποικίλοι χειρισμοί έχουν περιγραφεί για την διάγνωση των εντεροκολπικών συριγγίων. Η ασθενής μπορεί να τοποθετηθεί σε θέση λιθοτομής και Trendeleburg. Ο ιατρός γεμίζει τον κόλπο με ζεστό νερό και εν συνεχεία εισάγει το πρωκτοσκόπιο. Η εμφύσηση αέρα μέσω του πρωκτοσκοπίου επιτρέπει τη δίοδο αέρα μέσω του πιθανού συριγγίου, παράγοντας με αυτό τον τρόπο φυσαλίδες στον γεμάτο νερό κόλπο. Εναλλακτικά, μπορεί να τοποθετηθεί ένα ταμπόν στον κόλπο και να διενεργηθεί υποκλυσμός με κυανούν του μεθυλενίου. Μετά το πέρας μίας ώρας, το ταμπόν αφαιρείται από τον κόλπο. Αν το ταμπόν έχει χρωσθεί μπλε, είναι ενδεικτικό παρουσίας εντεροκολπικού συριγγίου.[11]

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΠΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ

Η κατάταξη των εντεροκολπικών συριγγίων βασίζεται στη εντόπιση, το μέγεθος και την αιτιολογία. Αναντίρρητα, αυτές οι μέθοδοι κατάταξης θεωρούνται αυθαίρετες και δεν είναι θεμελιωμένες στη διεθνή βιβλιογραφία, αποτελούν όμως ένα βοηθητικό εργαλείο κατά τη χειρουργική αντιμετώπιση ενός συριγγίου.

Παραδοσιακά, ένα «χαμηλό συρίγγιο» εντοπίζεται ελαφρώς άνωθεν της οδοντωτής γραμμής με το κολπικό στόμιο να βρίσκεται εσωτερικότερα του οπίσθιου χαλινού. Ως «υψηλό συρίγγιο» ορίζεται εκείνο του οποίου το κολπικό στόμιο εντοπίζεται στον οπίσθιο κολπικό θόλο, ή κοντά στον τράχηλο της

μήτρας. Συρίγγιο σε οποιαδήποτε άλλη θέση μεταξύ των προαναφερόμενων ανατομικών δομών καλείται «**μέσο συρίγγιο**». Όσο πιο «υψηλά» εντοπίζεται ένα συρίγγιο, τόσο δυσκολότερη καθίσταται η διάγνωσή του, και συνήθως τα υψηλά συρίγγια είναι απότοκος χειρουργικής παρέμβασης όπως η υστερεκτομή ή η χαμηλή πρόσθια εκτομή του εντέρου.

Ανάλογα με το μέγεθος, τα συρίγγια κατατάσσονται σε [9]:

- **Μικρά (<0,5cm)**
- **Μεσαία (από 0,5 έως 2,5cm)**
- **Μεγάλα (>2,5cm)**

Ένα συρίγγιο θεωρείται **απλό** όταν είναι μικρό και χαμηλό. Τα απλά συρίγγια οφείλονται συνήθως σε λοιμώξεις ή σε τραύμα, ενώ οι γύρω ιστοί είναι υγιείς και με καλή αιμάτωση. Από την άλλη πλευρά, ένα **σύνθετο συρίγγιο** είναι μεγάλο, υψηλό ή οφείλεται σε φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ή σε πυελικές καταστάσεις όπως η εκκολπωματίτιδα, η κακοήθεια και η ακτινοθεραπεία της περιοχής. Τα **υποτροπιάζοντα συρίγγια** θεωρούνται επίσης σύνθετα καθώς σχετίζονται με ουλώδη ιστό και μειωμένη ιστική αιμάτωση στην περιοχή εντόπισής τους.[7]

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΠΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ

Η ακριβής διάγνωση των εντεροκολπικών συριγγίων απαιτεί, όπως προαναφέρθηκε, λεπτομερές ιστορικό και ενδελεχή κλινική εξέταση της ασθενούς. Από ιστορικής άποψης, η κολπογραφία και ο βαριούχος υποκλυσμός,

χρησιμοποιήθηκαν για την ανίχνευση των κοιλικών συριγγίων τα οποία επικοινωνούσαν με το γαστρεντερικό σύστημα.[12]

Οι υδατοδιαλυτοί παράγοντες αντίθεσης, προτιμώνται από τη χρήση του βαρίου, το οποίο ενέχει τον κίνδυνο φλεβικής απορρόφησης και ενδοπεριτοναϊκής διάχυσης. Παρόλα αυτά, επί αρνητικής απεικόνισης του συριγγίου με τη χρήση υδατοδιαλυτού παράγοντα, μπορεί να διενεργηθεί στη συνέχεια βαριούχος υποκλυσμός όταν η πιθανότητα ύπαρξης συριγγίου είναι μεγάλη.[13,14]

Ενδο-ορθικό υπερηχογράφημα

Το ενδο-ορθικό υπερηχογράφημα είναι επίσης χρήσιμο στην αξιολόγηση των εντεροκολπικών συριγγίων. Με τη χρήση του, μπορεί να αναγνωρισθεί η εντόπισή του καθώς και τα χαρακτηριστικά της πορείας του συριγγίου, αξιολογώντας ταυτόχρονα το περινεϊκό σώμα και την ακεραιότητα του έσω και έξω σφιγκτήρα του πρωκτού.¹⁵ Έχει διαπιστωθεί ότι, η χρήση της ενδο-ορθικής υπερηχογραφίας είναι αποτελεσματικότερη στη διάγνωση των συριγγίων, αν αυτή συγκριθεί με την κλινική εξέταση.[13]

Ταυτόχρονη ενδοσκόπηση κόλπου με κολονοσκόπηση

Η κολονοσκόπηση αποτελεί χρήσιμη διαγνωστική μέθοδο για την διερεύνηση του εντέρου και την αναγνώριση καταστάσεων όπως η εκκολπωματίτιδα, τα νεοπλάσματα,

και η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου. Όμως, στις περιπτώσεις εντεροκολπικών συριγγίων η αποτελεσματικότητα της κολονοσκόπησης στην αναγνώριση του συριγγίου είναι μικρή, εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, όπως το μικρό μέγεθος της οπής του συριγγίου, η εντόπιση του μεταξύ των κολικών πτυχών και η γωνίωση του ορθοσιγμοειδούς.[17,18]

Μια αναδρομική μελέτη από τους Alkhatib και συν. έδειξε ότι, ο συνδυασμός ενδοσκόπησης του κόλπου και κολονοσκόπησης αυξάνει τη διαγνωστική αποτελεσματικότητα της κολονοσκόπησης στη διερεύνηση ασθενών με εντεροκολπικό συρίγγιο. Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει τοποθέτηση της ασθενούς σε αριστερή πλάγια θέση και υπό αναισθησία αρχικά εκτελείται ενδοσκόπηση του κόλπου με παιδικό κολονοσκόπιο ή γαστροσκόπιο. Στη συνέχεια, και εφόσον εντοπιστεί το άνοιγμα του συριγγίου εντός του κόλπου, προωθείται ένα ελαστικό οδηγό σύρμα (αν αυτό είναι εφικτό). Ακολουθεί απόσυρση του ενδοσκοπίου από τον κόλπο και είσοδός του στο ορθό για την εντόπιση του σύρματος. Με αυτόν τον τρόπο, ανευρίσκεται η οπή του συριγγίου στο έντερο. Συγκεκριμένα, η τεχνική αυτή χαρακτηρίζεται από 86,7% ευαισθησία και 100% ειδικότητα.¹⁷ Παράλληλα, μια ανασκόπηση περιπτώσεων από τους Latchana και συν. έδειξε ότι όταν η κολονοσκόπηση συνδυάζεται με ενδοσκόπηση του κόλπου, αυξάνει την διαγνωστική ακρίβεια στο 82%.[18]

Μαγνητική τομογραφία και αξονική τομογραφία

Στόχος των συγκεκριμένων διαγνωστικών προσεγγίσεων είναι να δώσουν στον κλινικό ιατρό μία σαφή εικόνα της ανατομικής θέσης και της πορείας του συριγγίου.[19]

Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Η απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία μπορεί να είναι ωφέλιμη σε συνδυασμό με τη χειρουργική αξιολόγηση σε συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως η διάκριση μεταξύ απλών και σύνθετων εντεροκολπικών συριγγίων. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να προσφέρει οριοθέτηση του συριγγίου σε σχέση με τον σφιγκτήρα του πρωκτού και τα παρακείμενα όργανα της πυέλου. Σε μία μελέτη ασθενών με υποτροπιάζοντα συρίγγια, η απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία που διενεργήθηκε από χειρουργούς οδήγησε σε μείωση της υποτροπής του συριγγίου κατά 75%.[20]

Η μαγνητική τομογραφία είναι επίσης επωφελής δεδομένης της ικανότητας πολλαπλής απεικόνισης. Στην T2-ακολουθία, το συρίγγιο συνήθως εμφανίζεται ως υψηλής έντασης σήμα επικοινωνία του εντέρου με τον κόλπο, γεμάτη με υγρό. Παράλληλα, το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου και το πρόσθιο τοίχωμα του ορθού εμφανίζονται συνήθως ως χαμηλής έντασης σήμα επιτρέποντας τη διαύγαση του συριγγώδους πόρου. Από την άλλη πλευρά, αν ένα συρίγγιο είναι γεμάτο αέρα, θα παράγει χαμηλής έντασης σήμα στις εικόνες της μαγνητικής τομογραφίας.[21] Άλλα απεικονιστικά ευρήματα στη μαγνητική τομογραφία, κατά τη διερεύνηση ενός εντεροκολπικού συριγγίου, είναι η διαταραχή της συνέχειας του εντερικού και κολπικού

βλεννογόνου και η θολερότητα του λιπώδους ιστού της περιοχής.[22] Σε μια μελέτη, η ενδοφλέβια χορήγηση γαδολίνιου ως σκιαγραφικού μέσου, θεωρήθηκε απαραίτητη για τη διαφοροδιάγνωση ενός ενεργού συριγγίου γεμάτου πύον, από ένα συρίγγιο σε αποδρομή, που υφίσταται ίνωση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, τα ενεργά συρίγγια απεικονίζονται με ενίσχυση των λεπτών τοιχωμάτων τους, ενώ ο κοκκιώδης ιστός ενός συριγγίου σε αποδρομή έχει κεντρική ενίσχυση.[23]

Αξονική τομογραφία (CT)

Η απεικόνιση με αξονική τομογραφία θεωρείται μια αποδεκτή εναλλακτική σε ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν τη μαγνητική τομογραφία ως εξέταση.[24] Η ευαισθησία της αξονικής τομογραφίας στη διάγνωση των εντεροκολπικών συριγγίων υπολογίζεται μεγαλύτερη από 60%.[25] Τόσο η ενδοφλέβια, όσο και η από του στόματος χορήγηση σκιαγραφικού μέσου, οδηγεί σε υψηλής ευκρίνειας καθυστερημένες λήψεις.[26] Απεικόνιση με αξονική τομογραφία 40-60 λεπτά μετά τη χορήγηση πόσιμου σκιαγραφικού φαίνεται ότι είναι διαγνωστική για την παρουσία ή μη συριγγίου.[25] Παράλληλα, κατά την αξιολόγηση ενός συριγγίου η από του στόματος χορήγηση σκιαγραφικού βοηθά στην αναγνώριση των εστιακών περιοχών πάχυνσης του τοιχώματος του εντέρου. Επίσης, οι τριοδιάστατες ανακατασκευές είναι χρήσιμες, όχι μόνο στην οριοθέτηση της πορείας του συριγγίου, αλλά και στον σχεδιασμό της χειρουργικής παρέμβασης από τους κλινικούς ιατρούς.[13]

Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι

Στη βιβλιογραφία, έχει περιγραφεί περίπτωση στην οποία το διακολπικό υπερηχογράφημα χρησιμοποιήθηκε ως πρωταρχικό διαγνωστικό εργαλείο για την ανάδειξη ενός εντεροκολπικού συριγγίου. Συγκεκριμένα, η περίπτωση αφορούσε μια γυναίκα 80 ετών με ιστορικό εκκολπωματίτιδας, η οποία προσήλθε με υπερηβικό κοιλιακό άλγος και συνοδό σύμπτωμα εμέτους. Κατά τη διενέργεια διακολπικού υπερηχογραφήματος αναδείχθηκε υποηχογενής σωληνωτή δομή, η οποία εκτεινόταν από το άνω τριτημόριο του κόλπου έως το σιγμοειδές κόλον, εντός της οποίας υπήρχε αέρας ο οποίος απεικονίζονταν ως ηχογενής εστία με ακουστική σκιά. Στη συνέχεια, η αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας επιβεβαίωσε τα ευρήματα της διακολπικής υπερηχογραφίας.[16]

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΟΚΟΛΠΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ

Από τη στιγμή που τίθεται η διάγνωση του εντεροκολπικού συριγγίου, η θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών αυτών εξαρτάται από παράγοντες όπως το μέγεθος, η εντόπιση και η πολυπλοκότητα της πορείας του συριγγίου. Δεδομένης της αλληλοεπικάλυψης αυτού του προβλήματος μεταξύ των διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων (μαιευτήρων - γυναικολόγων, γενικών χειρουργών), κρίνεται σκόπιμη μία διεπιστημονική, ομαδική προσέγγιση για αποτελεσματική αντιμετώπιση. [5,13]

Συντηρητική αντιμετώπιση

Ο σχεδιασμός κατάλληλου χρονο-διαγράμματος για την χειρουργική επέμβαση είναι σημαντικός για την επιτυχή θεραπεία. Για τα μικρά και τα ελάχιστα συμπτωματικά συρίγγια, αποτελεί ορθή επιλογή **η αναμονή και παρακολούθηση**. Πριν από οποιαδήποτε προσπάθεια θεραπείας, ο κλινικός ιατρός πρέπει να διασφαλίσει την επίλυση της τοπικής λοίμωξης και φλεγμονής. Η χορήγηση κατάλληλης **αντιβιοτικής αγωγής και αντιφλεγμονωδών τοπικά** κρίνεται απαραίτητη. Παράλληλα, η τοποθέτηση ενός **λεπτού κορδονιού (seton)** μπορεί επίσης να είναι αναγκαία για την εξάλειψη της λοίμωξης στην περιοχή. [6,27]

Επίσης, σε ασθενείς με βεβαρυσμένο ιατρικό ιστορικό και κλινική κατάσταση, οι οποίες δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επιδιόρθωση του συρίγγιου, προτείνεται ένας εναλλακτικός τρόπος συντηρητικής αντιμετώπισης σε συνδυασμό με αντιβιοτικά. Συγκεκριμένα, σε μια μελέτη από τους Russell και συν. προτάθηκε η χρήση ενός **εμμηνορροϊκού κυπέλλου σιλικόνης με ενσωματωμένο σωλήνα παροχέτευσης**, το οποίο αποτρέπει τη διαρροή κοπράνων διαμέσου του κόλπου και επομένως βελτιώνει τη ποιότητα ζωής των ασθενών με κολπικό συρίγγιο, στους οποίους η χειρουργική επέμβαση δεν αποτελεί επιλογή.[28]

Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική διόρθωση των εντεροκολπικών συρίγγιων απαιτεί κατανόηση του μεγέθους, της εντόπισης και της αιτιολογίας του

συρίγγιου. Οι παράγοντες αυτοί επιτρέπουν στο χειρουργό να ενημερώσει πλήρως την ασθενή, σχετικά με την καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση και τα ποσοστά επιτυχίας μετά την επιδιόρθωση. Η αναγνώριση της ακριβούς εντόπισης του συρίγγιου, μέσω των απεικονιστικών εξετάσεων, είναι σημαντική έτσι ώστε να αποφασιστεί αν η χειρουργική προσέγγιση θα είναι διακοιλιακή ή διακολπική. [6,13]

Κολπική προσπέλαση

Για τη χειρουργική διόρθωση των χαμηλών συρίγγων, προτιμούμε την κολπική προσπέλαση, με πολυστρωματική συρραφή. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί σε συνδυασμό με μια σφιγκτηροπλαστική, εάν ανιχνεύεται βλάβη του σφιγκτήρα του πρωκτού στο ενδο-ορθικό υπερηχογράφημα. Ένας υποκλυσμός μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε την προηγούμενη νύχτα είτε το πρωί της χειρουργικής επέμβασης για να αδειάσει το κατώτερο τμήμα του εντέρου. Περιεγχειρητικά, πρέπει να χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά ευρέως φάσματος. Υπό γενική αναισθησία, μια μύλη μπορεί να εισαχθεί, μέσω του έξω στομίου, για την αναγνώριση της πορείας του συρίγγιου. Εάν το συρίγγιο διαπερνά τον σφιγκτήρα του πρωκτού, ή εάν σχεδιάζεται σφιγκτηροπλαστική, μπορεί να πραγματοποιηθεί σκόπιμα περινεοτομία, από τη μέση γραμμή του οπίσθιου κολπικού τοιχώματος ως το ύψος του συρίγγιου. Εάν ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού είναι άθικτος, μια τομή μπορεί να γίνει επιφανειακά στη μέση γραμμή του οπίσθιου κολπικού επιθηλίου, αποφεύγοντας έτσι το διαχωρισμό του σφιγκτήρα. Το συρίγγιο αφαιρείται μέχρι

να εμφανιστεί ιστός με αιμάτωση, υποδεικνύοντας υγιή εντερικό βλεννογόνο. Στη συνέχεια, διενεργείται επανασυρραφή του υποβλεννογόνιου και του μυϊκού χιτώνα του εντέρου με ράμμα βραδείας απορρόφησης. Τέλος, γίνεται σύγκλειση των υπερκείμενων στρωμάτων συνδετικού ιστού.

Για τη συρραφή του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, εφαρμόζεται είτε η τελικο-τελική τεχνική είτε η τεχνική αλληλοεπικάλυψης, με ράμματα βραδείας απορρόφησης. Ακολουθεί σύγκλειση του περινεϊκού σώματος, πάνω από τη γραμμή συρραφής του εντέρου, η οποία παρέχει στήριξη στην περιοχή. Τέλος, για τη συρραφή της τομής του κολπικού βλεννογόνου κλείνεται χρησιμοποιείται επίσης ράμμα βραδείας απορρόφησης.

Μετεγχειρητικά, ο στόχος είναι οι ασθενείς να έχουν μαλακές και όχι υδαρείς κενώσεις, χρησιμοποιώντας καθαρτικά και μαλακτικά κοπράνων ανάλογα με τις ανάγκες. Οι υποκλυσμοί δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη φάση της επούλωσης. Η παρατεταμένη χορήγηση αντιβιοτικών δεν είναι απαραίτητη, αλλά η ασθενής πρέπει να αποφεύγει την κολπική ή πρωκτική επαφή για έξι έως οκτώ εβδομάδες για να επιτρέψει την επούλωση της περιοχής. Τα λουτρά Sitz είναι χρήσιμα για τον καθαρισμό του περινέου, και οι τομές θα πρέπει να παρακολουθούνται για σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης. [13,29-31]

Κοιλιακή προσπέλαση

Μια κοιλιακή προσπέλαση για την επιδιόρθωση ενός συριγγίου κρίνεται σκόπιμη όταν υπάρχει υποκείμενη παθολογία του παχέος εντέρου που πρέπει να αντιμετωπιστεί, εάν χρειάζεται να γίνει εκτροπή των

κοπράνων ή αν το συρίγγιο είναι υψηλό και είναι αδύνατη η αντιμετώπισή του δια της κολπικής οδού. Τα υψηλά συρίγγια απαντώνται συνήθως σε γηραιότερες ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό εκκολπωματικής νόσου. Αυτά τα συρίγγια εμφανίζονται συχνά στον αριστερό πλάγιο κολπικό θόλο.

Προεγχειρητικά, μπορεί να γίνει υποκλυσμός για να αδειάσει το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου, εντούτοις η πλήρης προετοιμασία του εντέρου δεν είναι αναγκαία. Η προτιμώμενη χειρουργική προσέγγιση στην κοιλιακή αποκατάσταση του εντεροκολπικού συριγγίου είναι μια ελάχιστα επεμβατική, χρησιμοποιώντας ρομποτικά υποβοηθούμενη λαπαροσκόπηση. Εάν υπάρχει υποκείμενη παθολογία του παχέος εντέρου, όπως η εκκολπωματίτιδα ή η προηγούμενη ακτινοβολία, μπορεί να είναι απαραίτητη μια εκτομή τμήματος του εντέρου με πρωτογενή αναστόμωση. Σε περίπτωση ακτινοβολίας, θα πρέπει επίσης να εκτελείται κολοστομία, λόγω του υψηλότερου κινδύνου διαρροής από την αναστόμωση.

Στην κοιλιακή προσέγγιση, το σιγμοειδές κόλον κινητοποιείται έτσι ώστε να απομακρυνθεί από την περιοχή του συριγγίου. Μόλις, αναγνωρισθεί η πορεία του συριγγίου, το περιφερικό άκρο του εντέρου κινητοποιείται και καθηλώνεται περιφερικά. Στη συνέχεια διενεργείται μια τομή στον κόλπο, από όπου αφαιρείται το πάσχον τμήμα του εντέρου και ακολουθεί τελικο-τελική πρωτογενής αναστόμωση, χρησιμοποιώντας ένα κυκλικό αναστομωτήρα. Η τομή του κολπικού βλεννογόνου συγκλείεται με ράμμα βραδείας απορρόφησης. Τέλος, γίνεται κινητοποίηση τμήματος του επιπλόου και

καθλώνεται μεταξύ του κόλπου και της αναστόμωσης του εντέρου.

Αν το εντεροκολπικό συρίγγιο είναι ιατρογενούς αιτιολογίας, η εκτομή τμήματος του εντέρου δεν είναι απαραίτητη. Στις περιπτώσεις αυτές, γίνεται προσεκτική διάνοιξη του ορθοκολπικού διαφράγματος μέχρι να εντοπισθεί η θέση του συριγγίου. Ακολουθεί εκτομή του συριγγίου μέχρι να αναγνωρισθεί υγιής κολπικός και εντερικός βλεννογόνος. Στη συνέχεια, γίνεται πρωτογενής σύγκλειση χωριστά του εντερικού βλεννογόνου και του κόλπου με ράμμα βραδείας απορρόφησης. Τέλος, μπορεί να γίνει κινητοποίηση του επιπλόου και σε αυτές τις περιπτώσεις, αρκεί η καθήλωση του να γίνει μακριά από τις περιοχές εκτομής του κολπικού και εντερικού βλεννογόνου. [13,32]

Αξιολόγηση χειρουργικής αντιμετώπισης

Σε μία αναδρομική μελέτη από τους Wen και συν. αξιολογήθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση εντεροκολπικών συριγγίων σε 27 ασθενείς. Η κύρια αιτία δημιουργίας συριγγίου ήταν η εκκολπωματίτιδα. Το 70% των ασθενών αντιμετωπίστηκε λαπαροσκοπικά, ενώ στο 30% διενεργήθηκε λαπαροτομία. Στη μετεγχειρητική παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών έως και 18 μήνες δεν υπήρχε καμία υποτροπή.[33] Επίσης, σε μια πολυκεντρική ανασκόπηση από τους Oakley και συν. φάνηκε ότι τα ποσοστά επιτυχίας της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι μεγαλύτερα από 80%.[34]

6.3. Διαδερμικές παρεμβατικές τεχνικές

Οι διαδερμικές παρεμβατικές τεχνικές εξελίσσονται συνεχώς και παρέχουν μια νέα μέθοδο για ασθενείς με συρίγγια που δεν δύνανται να χειρουργηθούν, λόγω άλλων συνυπαρχουσών παθήσεων. Η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (stent) στον εντερικό βλεννογόνο, μέσω ενδοσκοπικής, αποτελεί μια εναλλακτική λύση καθώς μπορεί να ανακουφίσει την ασθενή από τα συμπτώματα που προκαλούνται από τα εντεροκολπικά συρίγγια, αποκλείοντας την επικοινωνία του εντέρου με τον κόλπο.[35]

Στη βιβλιογραφία που σχετίζεται με την επεμβατική ακτινολογία έχει περιγραφεί η σύγκλειση συριγγίου χρησιμοποιώντας ένα βιοσυνθετικό πώμα (Biodesign Fistula Plug-Cook, Inc., Bloomington, IN, USA). Επίσης, ελάχιστες μελέτες περιέγραψαν τη χρήση μίας συσκευής απόφραξης των εντεροκολπικών συριγγίων (AMPLATZER occluder device-AVP; St. Jude Medical, Inc. St. Paul, MN, USA). [36,37] Ο Lee και συν. σχεδίασαν το δικό τους πώμα, για την απόφραξη των εντεροκολπικών συριγγίων, που αποτελείται από ένα δίσκο σε σχήμα τριφυλλιού με περίβλημα νιτινόλης. Η τοποθέτηση της συσκευής αυτής διακολπικά σε επτά ασθενείς επέτυχε καλά αποτελέσματα, έως και 26 μήνες μετά την τοποθέτηση.[38] Οι αναφορές αυτές υπόσχονται μια ανάγκη για προσαρμογή των τρεχουσών παρεμβατικών συσκευών ή/και σχεδιασμού νέων τεχνολογιών στο άμεσο μέλλον.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα εντεροκολπικά συρίγγια είναι ασυνήθη αλλά όχι σπάνια. Αποτελούν απόρροια φλεγμονωδών παθήσεων ή χειρουργικών

επεμβάσεων της πυέλου. Σε γενικές γραμμές, τα εντεροκολπικά συρίγγια μπορούν να αντιμετωπιστούν ασφαλώς με χειρουργική εξαίρεση αυτών, είτε με λαπαροσκόπηση είτε με ανοιχτή λαπαροτομία. Οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με εντεροκολπικό συρίγγιο πρέπει να παραπέμπονται και να αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένα κέντρα. Η θεραπευτική τους προσέγγιση αποτελεί

πρόκληση καθώς οι χειρουργικές τεχνικές έχουν πτωχό επίπεδο απόδειξης και οι μελέτες για την αξιολόγησή τους προέρχονται κυρίως από μελέτες σειράς περιπτώσεων. Απαιτούνται περισσότερες και μεγαλύτερου μεγέθους κλινικές μελέτες, έτσι ώστε να επιλεγεί η κατάλληλη χειρουργική προσέγγιση και να επιτευχθεί η βέλτιστη ποιότητα ζωής των ασθενών με εντεροκολπικό συρίγγιο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brown HW, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Lower reproductive tract fistula repairs in inpatient us women, 1979-2006. *Int Urogynecol J*. 2012 Apr; 23(4): 403-410.
2. Aronson MP, Lee RA. Anal Incontinence and Rectovaginal Fistulas. In: Rock, JA, Jones, HW, editors. *Te Linde's Operative Gynecology*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia: 2008. 994-1030.
3. Meeks GR, Roth TM. Vesicovaginal and Urethrovaginal Fistulas. In: Rock, JA.; Jones, HW., editors. *Te Linde's Operative Gynecology*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia: 2008. p. 973-994.
4. Grissom R, Snyder TE. Colovaginal fistula secondary to diverticular disease. *Dis Colon Rectum*. 1991 Nov;34(11):1043-9.
5. Berger MB, Khandwala N, Fenner DE, Burney RE. Colovaginal Fistulas – Presentation, Evaluation and Management. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016 Sep-Oct; 22(5): 355-358.
6. Das B, Snyder M. Rectovaginal Fistulae. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016 Mar; 29(1): 50-56.
7. Davila GW, Ghoniem GM, Wexner SD. (2006). Chapter Surgical Therapy: Mutual and Combined Aspects (Davila GW.) at Pelvic Floor Dysfunction A Multidisciplinary Approach. Publ: Springer, pp 321-333.
8. Homsy R, Daikoku NH, Littlejohn J, Wheelless CR Jr. Episiotomy: Risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstet Gynecol Surv*. 1994;49(12): 803-808.
9. Schwartz DA, Loftus EV, Tremaine WJ, Panaccione R, Sandborn WJ. The natural history of fistulizing Crohn's disease: A population-based study. *Gastroenterology*. 2000; 118(4):A337.
10. Siegle JC, Glasgow JA, Chatfield RB. Late sequelae of hysterectomy and diverticulosis: colovaginal fistulae. *J Okla State Med Assoc*. 1992; 85(6):277-280.
11. Beck DE, Roberts PL, Saclarides TJ, Senagore AJ, StamosMJ, Wexner Seds. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. 2nd ed. New York, NY: Springer; 2011:245-260.

12. Arnold MW, Aguilar PS, Stewart WR. Vaginography: an easy and safe technique for diagnosis of colovaginal fistulas. *Dis Colon Rectum*. 1990 Apr; 33(4):344-5.
13. Knuttinen MG, Yi J, Magtibay P, Miller CT, Alzubaidi S, Naidu S, et al. Colorectal-Vaginal Fistulas: Imaging and Novel Interventional Treatment Modalities. *J Clin Med*. 2018. Apr; 7(4): 87.
14. Pickhardt, PJ, Bhalla, S, Balfe, DM. Acquired gastrointestinal fistulas: Classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology*. 2002; 224: 9-23.
15. Sudol-Szopińska I, Jakubowski W, Szczepkowski M. Contrastenhanced endosonography for the diagnosis of anal and anovaginal fistulas. *J Clin Ultrasound* 2002;30(3):145-150.
16. Hass D, Michael K. The diagnosis of a colovaginal fistula with intravaginal sonography. *JDMS* 2005. Nov/Dec; 21: 514-519.
17. Alkhatib AA, Santoro GA, Gorgun E, Abbas MA. Tandem vaginoscopy with colonoscopy: a diagnostic technique for the assessment of colovaginal fistula. *Colorectal Dis*. 2016 May;18(5):483-7.
18. Latchana N, Esemuede I, Harzman A, Arnold M, Husain S. Colonoscope-mediated vaginoscopy for diagnostic evaluation of colovaginal fistulas. *Tech Coloproctol*. 2017 May;21(5):397-399.
19. Hyde BJ, Byrnes JN, Occhino JA, Sheedy SP, VanBuren WM. MRI review of female pelvic fistulizing disease. *J Magn Reson Imaging*. 2018 Nov; 48(5):1172-1184.
20. Stoker J, Rociu E, Schouten WR, Lameris JS. Anovaginal and rectovaginal fistulas: Endoluminal sonography versus endoluminal MR imaging. *AJR* 2002; 17: 737-741.
21. Healy JC, Phillips RR, Reznick RH, Crawford RA, Armstrong P, Shepherd JH. The MR appearance of vaginal fistulas. *AJR* 1996; 167: 1487-1489.
22. Outwater E, Schiebler ML. Pelvic fistulas: Findings on MR images. *AJR* 1993; 160: 327-330.
23. Hosseinzadeh K, Heller MT, Houshmand G. Imaging of the female perineum in adults. *Radiographics* 2012; 32: E129-E168.
24. Narayanan P, Nobbenhuis M, Reynolds KM, Sahdev A, Reznick RH, Rockall AG. Fistulas in malignant gynecologic disease: Etiology, imaging, and management. *Radiographics* 2009; 29: 1073-1083.
25. Tolan DJ, Greenhalgh R, Zealley IA, Halligan S, Taylor SA. MR enterographic manifestations of small bowel Crohn disease. *Radiographics* 2010; 30: 367-384.
26. Lee JK, Stein SL. Radiographic and endoscopic diagnosis and treatment of enterocutaneous fistulas. *Clin. Colon Rectal Surg*. 2010; 23: 149-160.
27. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, Paquette IM, Saclarides TJ, Feingold DL, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2016 Dec;59(12):1117-1133.

28. Russell KW, Robinson RE, Mone MC, Scaife CL. Enterovaginal or Vesicovaginal Fistula Control Using a Silicone Cup. *Obstet Gynecol.* 2016 Dec;128(6):1365-1368.
29. Farrell SA. Overlapping compared with end-to-end repair of third and fourth degree obstetric anal sphincter tears. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2011; 23: 386–390.
30. Farrell SA, Flowerdew G, Gilmour D, Turnbull GK, Schmidt MH, Baskett TF, et al. Overlapping compared with end-to-end repair of complete third-degree or fourth degree obstetric tears: Three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2012; 120: 803–808.
31. Farrell SA, Gilmour D, Turnbull GK, Schmidt MH, Baskett TF, Flowerdew G, et al. Overlapping compared with end-to-end repair of third- and fourth-degree obstetric anal sphincter tears: A randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2010; 116: 16–24.
32. Kalogera E, Dowdy SC. Enhanced Recovery Pathway in Gynecologic Surgery: Improving Outcomes through Evidence-Based Medicine. *Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.* 2016; 43: 551–573.
33. Wen Y, Althans AR, Brady JT, Dosokey EMG, Choi D, Nishtala M, et al. Evaluating surgical management and outcomes of colovaginal fistulas. *The American Journal of Surgery.* 2017; 213(3): 553–557.
34. Oakley SH, Brown HW, Yurteri-Kaplan L, Greer JA, Richardson ML, Adelowo A, et al. Practice Patterns Regarding Management of Rectovaginal Fistulae: A Multicenter Review From the Fellows’ Pelvic Research Network. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2015. May-Jun; 21(3): 123–128.
35. Abbas M, Falls G. Endoscopic stenting of Colovaginal Fistula: The transanal and transvaginal “kissing” wire technique. *JSLs* 2008; 12: 88–92.
36. Kilickesmez O, Andic C, Oguzkurt L. Delayed failure of rectovaginal fistula embolization with Amplatzer vascular plug2. *Diagn. Interv. Radiol.* 2014; 20: 511–512.
37. Knuttinen M-G, Zivin S, Jajko R, Gaba R.C. Ray C, Bui JT. Closure of carcoid mucinous tumor-vaginal fistula using an occluder device. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 2015; 26: 766–768.
38. Lee JK, Stein SL. Radiographic and endoscopic diagnosis and treatment of enterocutaneous fistulas. *Clin. Colon Rectal Surg.* 2010; 23: 149–160.

Diagnostic and therapeutic management of enterovaginal fistulas

K. Zacharis, C.I. Messini

Department of Obstetrics-Gynaecology, University General Hospital of Larissa, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Thessaly, Larissa, Greece

ABSTRACT

A fistula is an abnormal connection between two epithelialized surfaces. Enterovaginal fistulas are described as abnormal connections between the vagina and the bowel (colon-rectum). The aim of the present study is to reiterate the diagnostic and therapeutic management of enterovaginal fistulas through a systematic literature review. For the attainment of the objectives, Pubmed was used as a search machine using as keywords: “vaginal fistula”, “enterovaginal fistula”, “colovaginal fistula”, “diagnosis” and “treatment”. Restrictions in search were human-based studies of the last decades, studies in English and finally 38 articles were included. Hence, as a result of the study, an integrated approach is considered necessary and will best serve the needs of women with enterovaginal fistula. When a multidisciplinary team approach, consisting of surgeons and gynecologists, is utilized, improvements in quality of life and patient satisfaction can be greater. Although more randomized clinical trials are required in order to compare the therapeutic approaches of enterovaginal fistulas.

Keywords: enterovaginal fistula, diagnosis, treatment

Citation

K. Zacharis, C.I. Messini. Diagnostic and therapeutic management of enterovaginal fistulas. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 24-37

The management of chronic diseases is a major challenge for modern health systems: an integration of concepts and strategies concerning patients, doctors and health care

Konstantinos A Paschos

Consultant Surgeon, General Hospital of Drama, Greece and Health Care Management MSc course, Hellenic Open University, Department of Surgery, General Hospital of Drama, Greece

ABSTRACT

The successes at treating infectious diseases during the twentieth century increased life expectancy and resulted in the substantially growing rate of chronic diseases (CD)s. As human population is aging globally, CDs tend to become the primary health menace and a heavy burden for modern health systems (HS). CDs require long-lasting treatment, while they influence patient expectations from health services. Moreover, they complicate doctor-patient relationships and make more difficult the patient satisfaction. States, organizations and citizens work towards the promotion of quality in health and seek new strategies that upgrade and improve the provided services.

Although CDs are usually incurable, the patient expectations increase, because they become well-informed, consumerism in health develops and high technology introduces new applications. The doctor's authority is in doubt, while the patient's active role in medical treatment becomes more and more important. The patient-centered health services appear to bring a new era in HS and promote quality. Chronic patients demand impeccable professionalism nowadays, respect from doctors and nurses, as well as modern infrastructure and successful results. The challenges for HS are multiple in the twenty-first century; they require new strategies in medical education, the development of new skills and close cooperation of professionals, patients and societies.

Keywords: care, chronic disease, health services, patient satisfaction, relationship

Citation

K. Paschos. The management of chronic diseases is a major challenge for modern health systems: an integration of concepts and strategies concerning patients, doctors and health care. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 38-53

INTRODUCTION

Chronic disease (CD) is defined as a pathological condition which lasts or is expected to last a year or longer, requires

ongoing cure, limiting what health professionals are able to offer and do. Additionally, the consequent tissue damage may be irreversible and very difficult to improve. CDs constitute a rising menace to

human health and the primary concern of healthcare systems (HS) throughout the world nowadays. Also termed non-communicable diseases, they account for more deaths than all other maladies together, estimating to reach 52 million deaths in 2030, compared with 38 million in 2012 [1,2]. This tragic outcome is mainly attributed to four diseases: cardiovascular and chronic pulmonary diseases, cancer and diabetes mellitus. It has to be noted that almost 42% of the patients who succumb to CDs worldwide are younger than 70 years (premature deaths) and almost half of them lived in low and middle income countries (Figures 1, 2) [3,4].

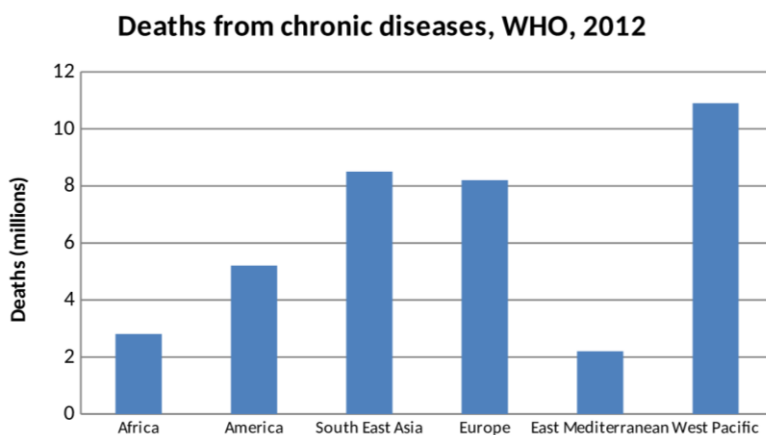


Figure 1. Total deaths from chronic diseases, as per region, as reported by WHO [2]

Interestingly, CDs are a rising risk that challenges modern HS because individuals suffering from them require ongoing, long-term care and hospital stay, high-cost treatment, and are threatened by low quality of life and high morbidity. Furthermore, as chronic patients tend to visit more often the health structures, they are the most

demanding and fastidious users that may harshly criticize the HS [5-7].

Death reason for ages lower than 70, 2012

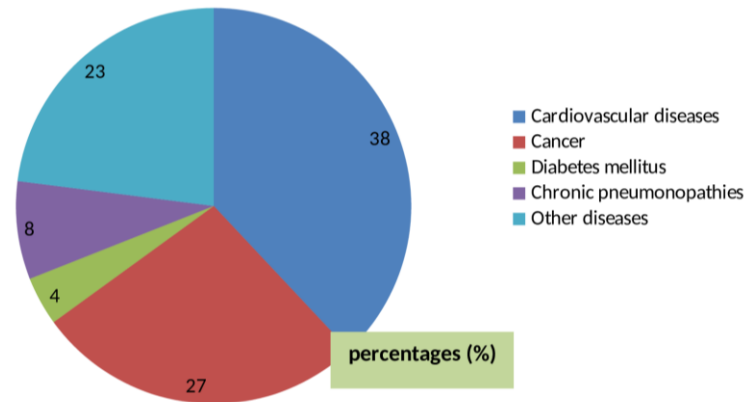


Figure 2. Death rates per reason globally, ages below 70 years, during the year 2012 [2]

Thirty years ago, human societies tended to accept health services without considering the ability of choosing or commenting, also expressing their gratitude for what they had received. This situation has radically changed nowadays; people in the western-developed world are well-informed in their majority and they demand equality, credibility, health services and products of high quality. Moreover, they are determined to satisfy their special-personal needs and refuse to accept plans and approaches that do not comply with their expectations [8,9]. In an era of intense consumerism in health services and products, in conjunction with the dramatic increase of CDs, quality in health is pursued by societies, organizations, politicians, professionals, as well as users of HS. This special general interest for quality is attributed to the high cost of hospital operation which does not

correspond to the desirable general health level, but also to the high educational status of the citizens in developed countries and the easy access of the public to detailed medical information. Furthermore, quality in health attracts great interest because of the formidable progression of biomedical knowledge, the exploitation of high technology in every health sector and the recent long period of prosperity and affluence in the developed world [10-12].

The fact that the doctor's authority is questioned nowadays, and HS are usually negatively appraised, changes the relationships among patients and doctors. Concurrently, world population aging increases the prevalence of CDs and the need for health services, promoting a general dissatisfaction of users who constantly demand more. Although, high quality is always the target, reduction of financial cost is also a matter of high priority, as well as the cost-effectiveness results and doctors appear to play a critical role in this difficult interrelation [13,14].

In a world of globalization and financial crisis, governments and organizations attempt to face the challenges and improve the patient satisfaction from health services. The proper training of medical and nursing personnel, the engagement of high technology, the adoption of medical protocols and the control of financial cost may maintain and improve quality. Furthermore, the respect of patients, solidarity and courtesy constitute prerequisites that may seal the difference in modern HS [15,16].

CHRONIC PATIENT EXPECTATIONS FROM HEALTH SERVICES AND HEALTH PROFESSIONALS-CONSUMERISM IN THE HEALTH SECTOR

At the onset of the twentieth century, advances in HS and public health considerably reduced the prevalence of infectious diseases, which constituted the main object of medicine and health-related sciences in the previous centuries. In the second half of the twentieth century, medicine mainly in developed countries became proficient at treating acute episodes and HS adopted accordingly. However, the beginning of the twenty-first century signaled a new era for HS. The successes at treating infectious diseases considerably increased life expectancy and resulted in an unprecedented growing rate of CDs. Thus, a new challenge appeared: HS should aim to primarily provide care for individuals with chronic pathological conditions (Figure 3) [17,18].

The medical care of chronic patients is a challenge, due to the increasing prevalence of non-communicable diseases, their exceptional or sometimes unique pathology and symptoms, their difficult and time-consuming treatment, but also due to the special characteristics of these patients. Moreover, the modern era of information offers multiple sources of communication and education creating excessive expectations to the patients, who are influenced by a general spirit of consumerism in health matters. Consequently, they always remain unsatisfied and constantly seek a different medical opinion, a revolutionary therapy [19,20].

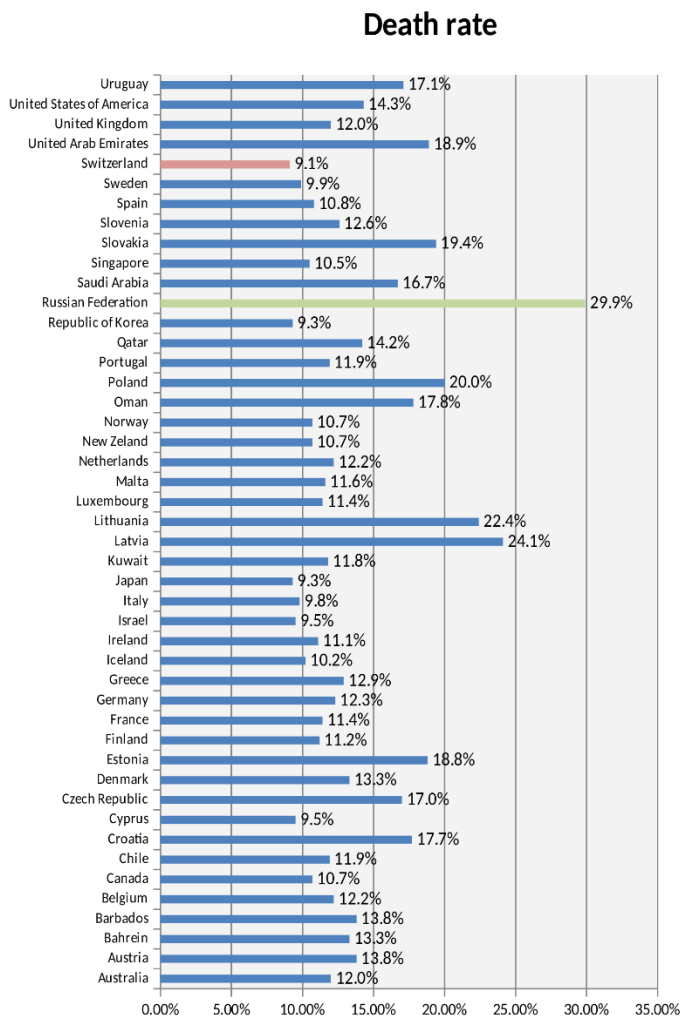


Figure 3. Death rate from 4 main chronic diseases (cardiovascular diseases, cancer, chronic pneumonopathies and diabetes mellitus) for ages 30 to 70 years (%), in countries of high gross domestic product (GDP) (World Bank classification), 2012. Values from 9,1% for Switzerland to 29,9 for Russia [2]

Patient expectations arising from chronic disease characteristics

The most common CDs are chronic pulmonary and cardiovascular diseases, arthritis, diabetes mellitus, epilepsy and seizures, which usually present slow progression, while the patients may keep a relatively normal life for a long

period. Also, malignant diseases (cancers) that usually have a bad prognosis, slow or fast deterioration following diagnosis, may cause serious disabilities, while their current pharmaceutical treatment is usually seriously toxic [21,19].

Due to the nature of these diseases, chronic patients have to set multiple limitations on their lives, suffer from perpetual stress and insecurity, experience various levels of constant pain; all these unpleasant conditions and factors undoubtedly test one's resilience and psychological endurance. Furthermore, they have to follow complicated and difficult therapeutic courses, while they depend on doctors whom they have to meet, consult and believe for very long periods [22].

Chronic patients anticipate that doctors and nurses may provide detailed and comprehensible information, while they hope for a relationship of trust mainly with their doctors. They expect courtesy, respect and discretion. They are particularly interested in their pain relief and want their lives to be as normal as possible; they eagerly desire to delay the potentially lethal course of their disease and to control any destructive consequences. Young patients in particular anticipate making plans for their future, to follow a decent profession, to relate with the opposite sex and have a family, to avoid isolation and social exclusion [23,24]. Interestingly, an epidemiological study by Oskay-Ozelik et al. performed in Berlin [25], including 617 patients with breast cancer who were under adjuvant therapy, revealed that the disease may be described with the term

fear (68%), challenge (58%), new values (42%), rare opportunity (39%) and death (36%).

Taken into consideration the specific nature of CDs and the difficult life of chronic patients, the role of health professionals appears crucial. Apart from classic medical education that supports successful diagnosis, multiple additional elements of clinical training and skills are necessary for the treatment of CDs. Most importantly, doctors and nurses should consider psychological parameters and act with high sense of responsibility and humanism [26].

Patient expectations originating from modern consumerism in health

Information sources for the public on health matters are increased exponentially nowadays, offering unlimited access to health data, as well as to numerous electronic sites of private or public health institutions. Consequently, old beliefs such as “the doctor orders and the patient acts” are outdated, and health users become more and more active, demanding, well-informed. The current emerging model is an uncomplicated co-operation between doctor and patient, where the patient may take crucial decisions and ask the doctors for details on every aspect of their disease [11,27].

Moreover, the explosive increase of high technological applications in medicine and the continuous announcement of new therapeutic modalities cause a constant investigation for expensive medical applications and treatment from the patient's part. Interestingly, patients

may anticipate the cure of incurable diseases and therapies without complications. Occasionally, expectations may become unreasonable and then conflicts among patients and doctors become inevitable. Subsequently, patients search a second or third medical opinion, aiming to discover the appropriate therapy. Although the doctor's status has been reduced nowadays and his authority is questioned, health remains precious for individuals and as medical issues are rather incomprehensible to non-specialists, the majority of patients still follows carefully their doctor's instructions (Figure 4) [28,27].

The current circumstances and social reality compel medical professionals to follow a continuous education, protect and seek quality and strictly adhere to professional ethics. Also, they should familiarize with new approaches of sick individuals where communicative skills have critical value and understand that they should treat spirit and body inextricably. Notably, patients are more satisfied if they feel that they are the center of interest in the HS and tend to indicate a better compliance with therapeutic instructions [28,19].

FACTORS THAT IMPEL PATIENTS TO SEEK MEDICAL TREATMENT

The time and the determination of the patient to seek medical assistance are influenced by multiple factors, which could be divided as follows: directly related to the disease's nature, idiosyncratic (character-personality) and social [19].

	Total "Good"		Total "Bad"		No opinion	
	Nov-Dec 2013	2013-2009	Nov-Dec 2013	2013-2009	Nov-Dec 2013	2013-2009
EU28	71%	+1	27%	-1	2%	=
LT	65%	+25	33%	-25	2%	=
HU	47%	+19	51%	-21	2%	+2
MT	94%	+13	6%	-11	0%	-2
PT	55%	+13	44%	-12	1%	-1
LV	47%	+10	50%	-12	3%	+2
IE	62%	+9	35%	-8	3%	-1
DE	90%	+4	9%	-4	1%	=
SI	73%	+4	26%	-4	1%	=
EE	73%	+3	25%	-3	2%	=
IT	56%	+2	42%	-2	2%	=
LU	90%	+2	9%	-1	1%	-1
PL	32%	+2	62%	-5	6%	+3
BG	29%	+1	68%	=	3%	-1
EL	26%	+1	74%	-1	0%	=
AT	96%	+1	4%	-1	0%	=
BE	97%	=	3%	=	0%	=
CZ	79%	=	21%	=	1%	=
DK	87%	=	12%	-1	1%	+1
CY	73%	=	28%	=	1%	=
NL	91%	=	9%	=	0%	=
RO	25%	=	73%	+4	2%	-4
FL	94%	=	6%	=	0%	=
UK	95%	-1	14%	+1	1%	=
FR	88%	-3	11%	+3	1%	=
SK	50%	-3	49%	+3	1%	=
ES	77%	-4	22%	+5	1%	-1
SE	86%	-4	13%	+3	1%	+1
HR	59%	NA	40%	NA	1%	NA

Figure 4. Health quality in 28 countries of EU. Romanians (red color) are the most pessimistic, Greeks follow (blue color). In each category the first column depicts data from 2013 while the second column the period 2009-2013

AT: Austria, BE: Belgium, BG: Bulgaria, CY: Cyprus, CZ: Czech Republic, DE: Germany, DK: Denmark, EE: Estonia, EL: Greece, ES: Spain, FI: Finland, FR: France, HR: Croatia, HU: Hungary, IE: Ireland, IT: Italy, LT: Lithuania, LU: Luxemburg, LV: Latvia, MT: Malta, NL: Netherlands, PL: Poland, PT: Portugal, RO: Romania, SE: Sweden, SI: Slovenia, SK: Slovakia, UK: United Kingdom

CDs that are accompanied by intense pain, rashes and/or weakness complicate an individual's normal life (limit mobility, sensibility, etc.) and definitely impel patients to seek medical treatment. On the contrary, CDs characterized by active and remission phases, especially at the initial stages, such as cardiovascular diseases or diabetes mellitus, may encourage complacency [29-31].

Female and aged patients tend to seek medical assistance more promptly than male and younger ones. Men usually face disease as a token of weakness; therefore, they tend to postpone a visit to a health institution. Similarly, younger patients have greater physical reserves which render them more resistant to symptoms, permitting delays and beliefs such as "the future can't be difficult" and "nothing bad may happen now" [19,32]. Past experience of a sickness is a reliable factor of directly seeking medical assistance when a pathology appears or recurs, as well as chronic conditions which train the patient in the accurate recognition of pathological symptoms. Unstable anxious characters tend to easily resort to doctors, present low threshold of pain and great sensitivity to every change they observe on their bodies. Concurrently, these people are more sensitive in messages from the media and obey immediately to instructions of direct search of medical assistance in case of a certain disease [33-35].

Social factors also influence how and when a sick individual seeks medical assistance. Superior social classes and people with higher education tend to easily access health systems, are able to find the appropriate doctor and fluently communicate with medical professionals. Moreover, internet access appears to be a daily habit predominantly for superior social classes with higher education [36,37], offering more appropriate evaluation of pathological symptoms and comprehension of the value of prevention. Patient's relatives and friends may also encourage one's visit to a doctor or hospital, when they become aware of one's health problems. Similarly, other factors

including financial rewards from a medical insurance, pensions for CDs or the provision of a sick leave may also motivate an individual to seek medical assistance. Additionally, easy access to public transport, proximity to health structures and past positive experience of health services may exert the same influence [35,38].

On the contrary, lack of trust on health systems and doctors, fear of social isolation and stigma following the diagnosis of a CD such as cancer or the public disclosure of bad life habits as reasons of a disease (e.g. smoking, unhealthy diet, multiple sexual partners) inhibit patients to resort to health services. Under these circumstances, patients usually postpone a visit to health professionals and when they decide to act (e.g. visit a doctor) the disease has progressed, and the prognosis becomes unfavorable [39-40].

PATIENT-DOCTOR INTERRELATIONSHIPS: RELATIONSHIPS OF CONFLICTS, “DOUBLE BIND” SITUATION

The end of the 20th century has signified considerable changes in healthcare communication. Increasingly, health professionals expected individuals to become more active in looking after their own health, while health programs and education promoted the patient role to maintain good health and prevent illness. Concurrently, new clinical beliefs and practices appeared that soon prevailed, suggesting that the physician's communication style constitutes an essential factor that may predict patient satisfaction and

compliance; similarly, health professionals may substantially contribute to the activation of patient's self-healing powers through quality communication [41].

These fundamental changes that placed the patient in the center of HS induced a considerable attention to the nature of the relationships between patients and health professionals. Taken into consideration that doctors represent the most powerful profession in HS, sociological and other studies mainly focused on patients' encounters with them. The patient-doctor relationships may be described with different ways and be influenced by multiple factors [42,43]. Freidson described them as conflicts, meaning that two different worlds are met and interact. These conflicts develop from the different perceptions, priorities, experiences and beliefs of each part [44,45].

The patient from one side expects the doctor to be polite, educated, sympathetic and capable of finding the appropriate solutions to their health problems. The patient believes that the doctor will spend as much time as needed and will allocate all the necessary personnel and infrastructure (usually high technology) in order to directly relieve their patients. Sick individuals do not usually take into serious consideration the time that they visit a health institution, the patients also present there, the waiting list; totally focused on their problems, they demand immediate attention, priority and care [46,47]. From the other side, the doctor usually has to treat a great number of sick people in a busy Emergency Department, follows an exhausting long schedule, sometimes being hungry, sleepless and very

tired. Also, the doctor has to take the patient's medical history posing questions that may appear irrelevant, while at the same time decides promptly for the appropriate laboratory exams protecting the patient from unnecessary radiation, blood tests, vein punctures etc. Similarly, the doctor aims not to encumber overwhelmingly the HS and has always to adhere to official scientific guidelines [48,49].

Considering the patient-doctor different viewpoints, conflicts appear anticipated. Patients may complain about doctor's indifference, prompt-faulty estimation and lack of humanism. Conversely, doctors describe patient visits at the Emergency Department for chronic or minor health issues, hostile behavior from patients and their associates, the patients' excessive interest in their personal problems rather than the problems of other sick individuals. However, the common practice is that patients do not openly challenge their doctors even when they are dissatisfied with their treatment and tend to negotiate attempting to improve the conditions and gain some control in the therapeutic process. Furthermore, doctors rather retain their dominant role, although attempting to understand the patient concerns, keep balance and avoid unnecessary disagreements [50,51].

Bloor and Horobin, studying these relations of conflicts place the patient in a situation of "double bind". This situation occurs as follows: doctors anticipate that patients may be well-informed and knowledgeable about health matters, so as to enable them to correctly evaluate their symptoms, identify

serious ones that require an expert's opinion and avoid visiting the hospitals without a serious reason. On the other hand, when a sick individual decides to seek medical assistance, they should respect, obey and carefully follow every instruction from the medical personnel. Within these conditions lies the "double bind". Unfortunately, these elements in doctor-patient relationships are rarely present, and subsequently patients as well as doctors appear worried and/or disappointed [52]. Consensus is more likely to occur when both parties share common social origins, class locations and cultural backgrounds. In the most usual cases of dissimilar socio-cultural profiles, patients should attempt to avoid strict criticism, while doctors should use their skills and expertise for the benefit of their patients at all times [53,54].

MEASURES OF PROMOTION AND REINFORCEMENT OF CHRONIC PATIENT SATISFACTION FROM CURRENT HEALTH SERVICES

The patient satisfaction from health services and professionals depends on multiple factors, including longevity and seriousness of the disease, educational and social status, age, knowledge on health matters. Interestingly, it is primarily associated with the quality of services, which constitutes main concern of human societies globally, but mainly in developed countries [55,51].

Multiple studies attempted to investigate the fundamental issue of quality in the organization and provision of healthcare services. Undoubtedly it is associated with an

attractive-pleasant environment, where patients rest and relax. As far as health professionals are concerned, quality is promoted by their courtesy, understanding, credibility and diligence. Concomitantly, impeccable professionalism, effective use of the existing sources and avoidance of errors [56,57]. Importantly, Avedis Donabedian introduced the prevailing model for effective health services and the evaluation of their quality, proposing three basic parameters [58]: structure (infrastructure, equipment, employees), procedure (actions by medical and nursing personnel, therapeutic choices aiming to recovery-cure) and outcome (treatment results, well-being of sick individuals following medical treatment).

Analyzing the aforementioned quality parameters by Donabedian, structure may be improved through easy access, good maintenance, meticulous cleaning and attractive decoration of the buildings (Emergency Department, medical Departments, Outpatient Clinics). Chronic patients and their relatives specifically need highly esthetic buildings and interior areas, internet access, clean restaurants and recreation areas, as they have to spend plenty of time in health institutions for long periods. Moreover, structural quality is supported by the use of high technology applications, manifold training of doctors and their associates and adherence to widely accepted protocols. Notably, financial parameters should always be a priority, as there are no endless resources [59-61].

Considering the parameter of procedure, quality demands impeccable professional

attitude and appearance, politeness, friendliness, respect of human decency. Doctors in particular ought to provide enough time to their patients for information and communication, also pursuing the personal contact with sick people and their relatives. From the initial acquaintance with a patient, the medical history, the physical examination, till the administration of medications or the performance of surgical techniques, doctors should always remember that they are on “home” territory, whereas the patient stands on “foreign” ground, faced with unfamiliar and sometimes terrifying processes. It is understandable that most of sick individuals adopt a passive role, get confused, afraid and miserable [62,63]. They totally depend on doctor’s will and skills; doctors must control their dominant role and always behave in the best interests of their patients. In modern patient-centered HS the doctor should be an attentive listener, allowing the patient to unfold their story, thus acquiring a general picture of the patient’s life-world and placing the illness in a wider social context; then treatment may be more successful and patients more satisfied. Notably, sex, color, social class or religious discriminations provoke protests and dissatisfaction, downgrading health services [64,65].

The third parameter, meaning the course of the disease and the treatment outcome, probably constitutes the most important one, and the first motif of patient satisfaction. Successful medical interventions, prompt recovery and cure are always crucial targets of HS. The personnel’s professionalism, the high sense of duty, continuous evaluation, organized operation, co-ordination and inspired

administration, all contribute substantially to successful-effective health services [41]. Similarly, the active participation of patients and associates through proposals and remarks promote quality, while public campaigns urge individuals to take up immunization, reduce alcohol consumption, quit smoking, adopt healthier diets or take regular exercise. Moreover, volunteerism and cooperation among health institutions could discover new targets, offer qualitative upgrading in health services inducing patient satisfaction [66,67].

A recent study demonstrated that the three most important criteria associated with health quality for the public were medical education and training, effective treatment and the use of modern technology [68]. Obviously, the human factor attracts the public's main interest, when HS are evaluated. Predominantly doctors and nurses should understand their crucial role and act accordingly. Successful results and the available infrastructure follow in the list, depicting the importance of organization, administration and financial resources. Their combination with capable personnel may support and maintain effective HS, in the new era of CDs [69].

CONCLUSIONS

CDs constitute the main reason of morbidity and mortality worldwide, they present increasing incidence and increasingly affect younger people. However, aged people predominantly suffer from CDs and considering the global population aging, these diseases (cardiovascular, pulmonary, diabetes

mellitus, cancers etc.) tend to expand and dominate. The burden for health structures is becoming crucial, the response of health professionals to increased health needs is getting difficult and consequently patients are dissatisfied.

While CDs are usually complex and/or incurable, public expectations remain high. Patients are well-informed on health matters through the media and the internet nowadays, technological advantages promise-introduce new therapeutic choices, while health consumerism promotes the patient's interference into medical and nursing work. The doctor's authority is questioned, patient-doctor relationships are tested, while social status, economic power and education affect attitudes towards HS and their professionals.

States, organizations and citizens seriously study and desire the patient satisfaction nowadays. The latter is associated with health service quality, medical education, health professional behaviors and of course with diagnostic and therapeutic results. Despite the global financial crisis, contemporary HS are more well-equipped and organized against the disease as never before. What is requested and anticipated is adaptation to the special issues of CDs, the appropriate application of new technological advances, respect of human decency. Successful treatment of chronic diseases may improve quality of life for the majority of patients and may pave the way for a new era in healthcare.

REFERENCES

1. Liddy C, Johnston S, Irving H, Nash K. The Community Connection Model: implementation of best evidence into practice for self-management of chronic diseases. *Public Health* 2013;127(6):538-545.
2. WHO. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. (pp. 1-302). Geneva. 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf. Accessed 23 December 2017.
3. WHO. Global strategy for prevention and control of noncommunicable diseases. 2000. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/17.pdf. Accessed 3 November 2017.
4. WHO. Global status report on noncommunicable diseases. 2010. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. Accessed 3 November 2017.
5. Gunnarsson C, Chen J, Rizzo JA, Ladapo JA, Lofland JH. Direct health care insurer and out-of-pocket expenditures of inflammatory bowel disease: evidence from a US national survey. *Dig Dis Sci* 2012;57(12):3080-3091.
6. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2016;15(1):83-91.
7. Roberts MH, Mapel DW, Thomson HN. The impact of chronic pain on direct medical utilization and costs in chronic obstructive pulmonary disease. *Clinicoecon Outcomes Res* 2015;7:173-184.
8. Truglio-Londrigan M, Slyer JT, Singleton JK, Worral P. A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. *JB Libr Syst Rev* 2012;10(58):4633-4646.
9. Newman J, Vidler E. Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism and the Modernisation of Health Care. *Journal of Social Policy* 2006;35(2):193-209.
10. Robinson JC. The end of managed care. *Jama* 2001;285:2622-2628.
11. Kizer KW. Establishing health care performance standards in an era of consumerism. *Jama* 2001;286(10):1213-1217.
12. Merrild CH, Risor MB, Vedsted P, Andersen RS. Class, Social Suffering, and Health Consumerism. *Med Anthropol* 2016;35(6):517-528.
13. Rees S, Williams A. Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JB Libr Syst Rev* 2009;7(13):492-582.
14. Liang L, Cako A, Urquhart R, Straus SE, Wodchis WP, Baker GR, et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. *BMJ Open* 2018;8(1):e018263.

15. WHO. World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance. Geneva, Switzerland. 2000. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/>. Accessed 23 December 2017.
16. WHO. Continuous quality development: a proposal national policy. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 1993. Available from: http://www.euro.who.int/__data/.../euro_series_56new.pdf. Accessed 23 December 2017.
17. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(6):64-78.
18. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004;13(4):299-305.
19. Di Matteo R, Martin L. *Health Psychology* (1st ed.): Pearson; 2002.
20. Sapir R, Catane R, Kaufman B, Isacson R, Segal A, Wein S, et al. Cancer patient expectations of and communication with oncologists and oncology nurses: the experience of an integrated oncology and palliative care service. *Support Care Cancer* 2000;8:458-463.
21. Magnusson R. Rethinking global health challenges: Towards a 'global compact' for reducing the burden of chronic disease. *Public Health* 2009;123:265-274.
22. Thorn BE, Cross TH, Walker BB. Meta-analyses and systematic reviews of psychological treatments for chronic pain: relevance to an evidence-based practice. *Health Psychol* 2007; 26(1):10-12.
23. Yagil D, Schnapper-Cohen M. When authenticity matters most: Physicians' regulation of emotional display and patient satisfaction. *Patient Educ Couns* 2016;99(10):1694-1698.
24. De Vries AMM, Gholamrezaee MM, Verdonck-de Leeuw IM, de Roten Y, Despland JN, Stiefel F, et al. Physicians' emotion regulation during communication with advanced cancer patients. *Psychooncology* 2017.
25. Oskay-Ozcelik G, Lehmacher W, Konsgen D, Christ H, Kaufmann M, Lichtenegger W, et al. Breast cancer patients' expectations in respect of the physician-patient relationship and treatment management results of a survey of 617 patients. *Ann Oncol* 2007;18(3):479-484.
26. Bittner-Fagan H, Davis J, Savoy M. Improving Patient Safety: Improving Communication. *FP Essent* 2017;463:27-33.
27. Thompson M, Cutler CM. Health care consumerism movement takes a step forward. *Benefits Q* 2010;26(1):24-28.
28. Latimer T, Roscamp J, Papanikitas A. Patient-centredness and consumerism in healthcare: an ideological mess. *J R Soc Med* 2017;110(11):425-427.
29. Eslami B, Kovacs AH, Moons P, Abbasi K, Jackson JL. Hopelessness among adults with congenital heart disease: Cause for despair or hope? *Int J Cardiol* 2017;230:64-69.

30. Carlton J, Elliott J, Rowen D, Stevens K, Basarir H, Meadows K, et al. Developing a questionnaire to determine the impact of self-management in diabetes: giving people with diabetes a voice. *Health Qual Life Outcomes* 2017;15(1):146.
31. Rossi MC, Lucisano G, Pintaudi B, Bulotta A, Gentile S, Scardapane M, et al. The complex interplay between clinical and person-centered diabetes outcomes in the two genders. *Health Qual Life Outcomes* 2017;15(1):41.
32. Boxell EM, Smith SG, Morris M, Kummer S, Rowlands G, Waller J, et al. Increasing awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: does health literacy play a role? *J Health Commun* 2012;17(Suppl 3):265-279.
33. Orgaz-Molina J, Cotugno M, Giron-Prieto MS, Arrabal-Polo MA, Ruiz-Carrascosa JC, Buendia-Eisman A, et al. A study of Internet searches for medical information in dermatology patients: The patient-physician relationship. *Actas Dermosifiliogr* 2015;106(6):493-499.
34. Lukaschek K, Baumert J, Kruse J, Meisinger C, Ladwig KH. Sex differences in the association of social network satisfaction and the risk for type 2 diabetes. *BMC Public Health* 2017;17(1):379.
35. Kauppi M, Elovainio M, Stenholm S, Virtanen M, Aalto V, Koskenvuo M, et al. Social networks and patterns of health risk behaviours over two decades: A multi-cohort study. *J Psychosom Res* 2017;99:45-58.
36. Smith-McLallen A, Fishbein M, Hornik RC. Psychosocial determinants of cancer-related information seeking among cancer patients. *J Health Commun* 2011;16(2):212-225.
37. McCarthy D M, Scott GN, Courtney DM, Czerniak A, Aldeen A Z, Gravenor S, et al. What Did You Google? Describing Online Health Information Search Patterns of ED patients and Their Relationship with Final Diagnoses. *West J Emerg Med* 2017;18(5):928-936.
38. Carter-Harris L, Hermann CP, Schreiber J, Weaver MT, Rawl SM. Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behavior. *Oncol Nurs Forum* 2014;41(3):E203-210.
39. Katapodi MC, Pierce PF, Facione NC. Distrust, predisposition to use health services and breast cancer screening: results from a multicultural community-based survey. *Int J Nurs Stud* 2010;47(8):975-983.
40. Tod AM, Craven J, Allmark P. Diagnostic delay in lung cancer: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2008;61(3):336-343.
41. Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med (Lond)* 2005;5(6 Suppl 1):S5-40.
42. De Vries AMM, Gholamrezaee MM, Verdonck-de Leeuw IM, Passchier J, Despland JN, Stiefel F, et al. Patient satisfaction and alliance as a function of the physician's self-regulation, the physician's stress, and the content of consultation in cancer care. *Psychooncology* 2017;26(7):927-934.
43. Nimmon L, Regehr G. The Complexity of Patients' Health Communication Social Networks: A Broadening of Physician Communication. *Teach Learn Med* 2017;1-15.

44. Freidson E. Toward the new pattern of medical practice. *Physician Exec* 1993;19(6):54-58.
45. Dorr Goold S, Lipkin MJr. The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. *J Gen Intern Med* 1999;14(Suppl 1):S26-33.
46. Biglu MH, Nateq F, Ghojzadeh M, Asgharzadeh A. Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. *Mater Sociomed* 2017;29(3):192-195.
47. Zimmer KP. The Revival of the Doctor-Patient Relationship. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(42):703-704.
48. Weiss P, Kryger M, Knauert M. Impact of extended duty hours on medical trainees. *Sleep Health* 2016;2(4):309-315.
49. Cole J, Kiriaev O, Malpas P, Cheung G. 'Trust me, I'm a doctor': a qualitative study of the role of paternalism and older people in decision-making when they have lost their capacity. *Australas Psychiatry* 2017;25(6):549-553.
50. Maunder RG, Panzer A, Viljoen M, Owen J, Human S, Hunter JJ. Physicians' difficulty with emergency department patients is related to patients' attachment style. *Soc Sci Med* 2006;63(2):552-562.
51. Craxi, L., Giardina, S., & Spagnolo, A. G. (2017). A return to humane medicine: Osler's legacy. *Infez Med*, 25(3), 292-297.
52. Bloor M, Horobin G. *A Sociology of Medical Practice*. London: Collier-MacMillan; 1975.
53. Ilkilic I. Bioethical conflicts between Muslim patients and German physicians and the principles of biomedical ethics. *Med Law* 2002;21(2):243-256.
54. Hodge D R, Sun F, Wolosin RJ. Hospitalized Asian patients and their spiritual needs: developing a model of spiritual care. *J Aging Health* 2014;26(3):380-400.
55. Jerant A, Fenton JJ, Kravitz RL, Tancredi DJ, Magnan E, Bertakis KD, et al. Association of Clinician Denial of Patient Requests With Patient Satisfaction. *JAMA Intern Med* 2018;178(1):85-91.
56. Fortuna KL, Lohman MC, Batsis JA, DiNapoli EA, DiMilia PR., Bruce ML, et al. Patient experience with healthcare services among older adults with serious mental illness compared to the general older population. *Int J Psychiatry Med* 2017;52(4-6):381-398.
57. Xie Z, Or C. Associations Between Waiting Times, Service Times, and Patient Satisfaction in an Endocrinology Outpatient Department: A Time Study and Questionnaire Survey. *Inquiry* 2017;54:46958017739527.
58. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama* 1988;260(12):1743-1748.
59. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(1):w1-16.
60. Tzortziou Brown V, Patel I, Thomas N, Tomlinson J, Roberts R, Rayner H, et al. New ways of working; delivering better care for people with long-term conditions. *London J Prim Care (Abingdon)* 2017;9(5):60-68.

61. Mair CA, Quinones AR, Pasha MA. Care Preferences Among Middle-Aged and Older Adults With Chronic Disease in Europe: Individual Health Care Needs and National Health Care Infrastructure. *Gerontologist* 2016;56(4):687-701.
62. Renzi C, Abeni D, Picardi A, Agostini E, Melchi CF, Pasquini P, et al. Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *Br J Dermatol* 2001;145(4):617-623.
63. Janisse T, Tallman K. Can All Doctors Be Like This? Seven Stories of Communication Transformation Told by Physicians Rated Highest by Patients. *Perm J* 2017;21.
64. Altin SV, Stock S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Serv Res* 2016;16:450.
65. Paternotte E, Scheele F, Seeleman CM, Bank L, Scherprier AJ, van Dulmen S. Intercultural doctor-patient communication in daily outpatient care: relevant communication skills. *Perspect Med Educ* 2016;5(5):268-275.
66. Jesse MT, Rubinstein E, Eshelman A, Wee C, Tankasala M, Li J, et al. Lifestyle and Self-Management by Those Who Live It: Patients Engaging Patients in a Chronic Disease Model. *Perm J* 2016;20(3):45-50.
67. Assi S, Thomas J, Haffar M, Osselton D. Exploring Consumer and Patient Knowledge, Behavior, and Attitude Toward Medicinal and Lifestyle Products Purchased From the Internet: A Web-Based Survey. *JMIR Public Health Surveill* 2016;2(2):e34.
68. Special Eurobarometer 411. Patient Safety and Quality of Care. European Union. 2014. Available from: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf. Accessed 23 December 2017.
69. Ward L, Powell RE, Scharf ML, Chapman A, Kavuru M. Patient-Centered Specialty Practice: Defining the Role of Specialists in Value-Based Health Care. *Chest* 2017;151(4):930-935.

Η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών αποτελεί πρόκληση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας: αναφορά σε απόψεις και στρατηγικές που αφορούν ασθενείς, ιατρούς και τη φροντίδα υγείας

Κωνσταντίνος Α Πάσχος, MD, MSc, PhD

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, ΕΑΠ, Χειρουργός, Γενικό Νοσοκομείο Δράμας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι επιτυχίες στη θεραπεία των λοιμωδών νόσων τον 20ο αιώνα αύξησαν το προσδόκιμο ζωής και οδήγησαν στην αξιοσημείωτη αύξηση της εμφάνισης των χρόνιων νόσων (ΧΝ). Καθώς ο ανθρώπινος πληθυσμός γηράσκει παγκοσμίως, οι ΧΝ τείνουν να αποτελέσουν τη νούμερο ένα απειλή για την υγεία των ανθρώπων και μια σοβαρή επιβάρυνση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας (ΣΥ). Οι ΧΝ απαιτούν μακροχρόνιες θεραπείες, ενώ επηρεάζουν τις προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, περιπλέκουν τις σχέσεις ιατρών-ασθενών και δυσχεραίνουν την ικανοποίηση των ασθενών. Πολιτεία, οργανισμοί και πολίτες εργάζονται προς την κατεύθυνση της προαγωγής της ποιότητας στην υγεία και αναζητούν νέες στρατηγικές ώστε να αναβαθμίσουν και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ενώ τα χρόνια νοσήματα είναι συχνά ανίατα, οι προσδοκίες μεγαλώνουν καθώς η ενημέρωση των πολιτών διευρύνεται, ο καταναλωτισμός στην υγεία εξαπλώνεται και η υψηλή τεχνολογία εισάγει συνεχώς νέες εφαρμογές. Η αυθεντία του ιατρού αμφισβητείται, ενώ η ενεργή συμμετοχή του ασθενούς στην ιατρική φροντίδα γίνεται ολοένα και πιο σημαντική. Οι υπηρεσίες υγείας με κέντρο τον ασθενή φαίνεται να φέρνουν μια νέα εποχή στα ΣΥ και προάγουν την ποιότητα. Οι χρόνιως πάσχοντες απαιτούν άμεμπτο επαγγελματισμό σήμερα, σεβασμό από ιατρούς και νοσηλεύτριες, όπως επίσης σύγχρονες υποδομές και επιτυχή αποτελέσματα. Οι προκλήσεις για τα ΣΥ είναι πολλαπλές στον 21ο αιώνα και απαιτούν νέες στρατηγικές στην ιατρική εκπαίδευση, την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων και στενή συνεργασία επαγγελματιών υγείας, ασθενών και κοινωνιών.

Λέξεις ευρετηρίου: φροντίδα, χρόνια πάθηση, υπηρεσίες υγείας, ικανοποίηση ασθενών, σχέση

Παραπομπή

Κ. Πάσχος. Η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών αποτελεί πρόκληση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας: αναφορά σε απόψεις και στρατηγικές που αφορούν ασθενείς, ιατρούς και τη φροντίδα υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(1): 38-53

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και ποιότητα ζωής

Αικατερίνη Τρικκαλινού¹, Αθανασία Κ. Παπαζαφειροπούλου¹, Μαρία Ραλλάτου², Αλέξανδρος Καμαράτος¹, Ανδρέας Μελιδώνης², Αθανάσιος Ράπτης³

¹Α' Παθολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο», ²Διαβητολογικό & Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Νοσοκομείο Metropolitan, Πειραιάς, ³Β' Παθολογικό Τμήμα και Κέντρο Έρευνας, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αττικό», Χαϊδάρι

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γνωστό ότι η ποιότητα ζωής στο διαβήτη επιδεινώνεται όταν αρχίσουν να αναπτύσσονται επιπλοκές ή συννοσηρότητες. Κυρίαρχη μεταξύ των επιπλοκών, που επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι η στεφανιαία νόσος ακολουθούμενη από τη νεφρική ανεπάρκεια, την τύφλωση, τις μικρο- και μακροαγγειακές επιπλοκές και σε μερικές μελέτες τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Επιπλέον, πολλές συννοσηρότητες επιτείνουν περαιτέρω τη δυσμενή επίδραση του διαβήτη στη ζωή του ασθενούς, όπως η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η κατάθλιψη και η αρθρίτιδα. Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η αλληλεπίδραση του σακχαρώδη διαβήτη με την κατάθλιψη και την άνοια. Μέχρι τώρα, οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, έχουν αποδείξει ελάχιστο έως μέτριο όφελος από τις παρεμβάσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη. Απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός μελετών για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με το ποιος είναι ο βέλτιστος συνδυασμός δράσεων ούτως ώστε να έχουμε τη μέγιστη θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς αναφορικά με την υγεία του.

Λέξεις ευρετηρίου: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, ποιότητα ζωής, επιπλοκές διαβήτη, άνοια

Παραπομπή

Α. Τρικκαλινού, Α. Κ. Παπαζαφειροπούλου, Μ. Ραλλάτου, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης, Α. Ράπτης. Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και ποιότητα ζωής. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(1): 54-71

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος διαβήτης αναφέρεται για πρώτη φορά σε ένα αιγυπτιακό χειρόγραφο από το 1500 π.Χ. στο οποίο αναφερόταν ως "αποβολή υπερβολικής ποσότητας ούρων" [1,2]. Αργότερα, οι Ινδοί ιατροί περιέγραψαν επίσης την ασθένεια και την ταξινόμησαν ως ούρα μελιού από το γεγονός ότι τα μυρμήγκια προσελκύνονταν από τα ούρα του ασθενούς [1,2]. Ο όρος "διαβήτης" χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 250 π.Χ. από τον Έλληνα

Απολλώνιο από τη Μέμφιδα [2]. Η διάκριση για πρώτη φορά του διαβήτη τύπου 1 και 2 ως ξεχωριστών οντοτήτων έγινε από τους Ινδούς ιατρούς Sushruta και Charaka το 400-500 π.Χ., οι οποίοι συνέδεσαν τον διαβήτη τύπου 1 με τη νεαρή ηλικία και τον τύπου 2 με την παχυσαρκία [2,3]. Η πρώτη πλήρης κλινική περιγραφή του διαβήτη δόθηκε από τον Αρεταίο τον Καππαδόκη (1ος αι. μ.Χ.), ο οποίος σημείωσε επίσης την υπερβολική ποσότητα ούρων ως χαρακτηριστικό σημείο του διαβήτη. Ο διαβήτης περιγράφεται επίσης

στην ιατρική της Κορέας και της Ιαπωνίας με το όνομα *tāngniāobīng*, που σημαίνει "ασθένεια ούρων ζάχαρης". Παρόλο που ο διαβήτης αναγνωρίστηκε από την αρχαιότητα, η παθογένεια της νόσου έγινε κατανοητή μόλις το 1900 [4], ενώ η ινσουλίνη ανακαλύφθηκε από τους καναδούς Frederick Banting και Charles Best το 1921 και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1922 [2].

Ο επιπολασμός του διαβήτη έχει αυξηθεί στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες τις τελευταίες δεκαετίες ως είναι αποτέλεσμα της αφθονίας των τροφίμων, της επακόλουθης αλλαγής των διατροφικών μας συνηθειών και της έλλειψης άσκησης. Σύμφωνα με την Διεθνή Ομοσπονδία για τον διαβήτη, ένας στους 11 ενήλικες έχει διαβήτη (415 εκατομμύρια παγκοσμίως). Μέχρι το 2040, ένας ενήλικας στους 10 (642 εκατομμύρια παγκοσμίως) θα έχει διαβήτη, 1 στις 7 γεννήσεις θα εμφανίσει διαβήτη κύησης και 54.2000 παιδιά παγκοσμίως θα έχουν διαβήτη τύπου 1 [5]. Σε μια πρόσφατη ελληνική μελέτη διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός του διαβήτη ήταν 10,6%, ενώ ο επιπολασμός του μη διαγνωσμένου διαβήτη ήταν 34% [6].

Η πρόοδος του διαβήτη, και ιδιαίτερα ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος, οδηγεί σε πολυάριθμες δυνητικά απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές. Σχεδόν οι μισοί από τους ενήλικες με χρόνια νεφρική νόσο προέρχονται από το διαβητικό πληθυσμό. Παρόμοια, το 9,8% των διαβητικών πάσχουν από καρδιακή προσβολή, το 9,1% πάσχουν από στεφανιαία νόσο, το 7,9% έχει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, το 6,6% έχει εγκεφαλικό επεισόδιο, ενώ περισσότερο από το ένα τέταρτο από αυτούς 27,8% πάσχουν από χρόνια νεφρική νόσο, το 22,9% έχει

προβλήματα με τα κάτω άκρα και, τέλος, το 18,9% έχει οφθαλμική βλάβη [4]. Όλες αυτές οι επιπλοκές επιδεινώνουν τον μεταβολικό έλεγχο και απαιτούν την καθημερινή προσοχή των ασθενών με διαβήτη τόσο στο στάδιο της πρόληψης των διαβητικών επιπλοκών όσο και της αντιμετώπισης, γεγονός που οδηγεί σε μια κατάσταση που ονομάστηκε από τον Rubin «κατακλυσμός διαβήτη» (*diabetes over welsmus*) [7].

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών και όταν ο διαβήτης συνυπάρχει με άλλες χρόνιες ασθένειες, το αποτέλεσμα είναι ακόμη χειρότερο. Αλλά τι ακριβώς είναι η ποιότητα ζωής; Το παγκόσμιο ενδιαφέρον αντικατοπτρίζεται στα 1.950.000 άρθρα και ανασκοπήσεις που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία πέντε χρόνια σε αυτόν τον τομέα έρευνας. Όπως περιγράφει ο Snoek και συν., [8], δεν είμαστε σίγουροι για την προέλευση της φράσης ποιότητα ζωής, αλλά οι Αμερικανοί οικονομολόγοι Samuel Ordway (1953) και Fairfield Osborn (1954) θεωρούνται οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν τον όρο. Άλλοι που χρησιμοποίησαν σχεδόν τις ίδιες λέξεις ήταν ο John Galbraith (1967), ο Αμερικανός πρόεδρος Lyndon B. Johnson (1964) και οι κοινωνιολόγοι της δεκαετίας του 1960, οι οποίοι ενδιαφέρθηκαν για το νέο θέμα της ποιότητας ζωής και ιδιαίτερα για τον συσχετισμό μεταξύ των δεικτών της ποιότητας ζωής (για παράδειγμα οικονομικό επίπεδο, κοινωνική διάδραση), και του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι αυτοί οι

παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους [8].

Όπως περιγράφει ο Snoek και συν., [8] μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και την εισαγωγή νέων φαρμάκων, ο αριθμός των ασθενών με χρόνιες παθήσεις παρουσίασε αύξηση. Παράλληλα υπήρξε μια αυξανόμενη ανάγκη για αξιολόγηση των θεραπειών όσον αφορά την ιατρική αποτελεσματικότητα αλλά και όσον αφορά τη βελτίωση της καθημερινότητας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς [8]. Το 1997, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εισήγαγε τον πρώτο ορισμό της υγείας ως "κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας όχι μόνο της απουσίας της ασθένειας". Επιπλέον, ο Π.Ο.Υ. εισήγαγε την ποιότητα ζωής ως μέτρο εκτίμησης της ευημερίας καθώς και της υγείας και των επιδράσεων της υγειονομικής περίθαλψης [9]. Ο Π.Ο.Υ. ορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Επομένως, εκτός από τον ορισμό της φυσικής υγείας του ατόμου η έννοια της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας του ατόμου, την κοινωνική ζωή και τις προσωπικές πεποιθήσεις [9].

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control, CDC) των Ηνωμένων Πολιτειών, η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει αξιολογήσεις θετικών και αρνητικών πτυχών της ζωής ενός ατόμου. Από τη δεκαετία του 1980, ο όρος «ποιότητα ζωής

που σχετίζεται με την υγεία» (health-related quality of life, HRQoL) περιλάμβανε τις πτυχές της ποιότητας ζωής που μπορεί να αποδειχθεί ότι επηρεάζουν η σωματική ή η ψυχική υγεία [10-13]. Η HRQoL περιλαμβάνει τις αντιλήψεις σωματικής και ψυχικής υγείας (συνθήκες υγείας, κοινωνική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση) και πόρους σε κοινοτικό επίπεδο, τις συνθήκες (πρακτικές που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την υγεία και τη λειτουργική κατάσταση). Σύμφωνα με τα παραπάνω, το CDC έχει ορίσει την HRQoL ως "σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου ή της ομάδας με την πάροδο του χρόνου όπως αυτά την αντιλαμβάνονται" [10-13]. Παρόλο που δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των επιστημόνων, η ποιότητα ζωής θεωρείται ως επί το πλείστον ότι περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές πτυχές όπως αναφέρθηκε προηγουμένως και θα πρέπει να μετράται μέσω της αντίληψης της ευημερίας των ασθενών ή της έλλειψής της στη ζωή τους [8]. Άμεσα σχετιζόμενο και βασικό στοιχείο της ποιότητας ζωής είναι η HRQoL. Πολλές φορές οι δύο έννοιες θεωρείται ότι είναι ταυτόσημες ή συνώνυμες με την ευημερία, κάτι που φυσικά είναι λάθος.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί στην έννοια της ειδικής για την ασθένεια ποιότητας ζωής ως θεραπευτικό στόχο και σημαντικό συστατικό της θεραπείας [14]. Τα ερωτηματολόγια που αξιολογούν την HRQoL αποτελούν σημαντικό στοιχείο εκτίμησης της δημόσιας υγείας αλλά και σημαντικά εργαλεία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών παρεμβάσεων στην εξέλιξη των χρόνιων νόσων [15-18]. Δεν μπορεί τα ερωτηματολόγια (sic) να αποτελούν δείκτη!

Κάτι άλλο μάλλον εννοείται... Μήπως κάποιες συγκεκριμένες απαντήσεις ή κάποια σκορ;

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν πολυάριθμα ψυχομετρικά εργαλεία, άλλα γενικά και άλλα ειδικά για συγκεκριμένες ασθένειες, σε μια προσπάθεια να προσδιοριστεί η επίδραση των χρόνιων παθήσεων, καθώς και των επιπλοκών τους στη ζωή του ασθενούς, καθώς και η επίδραση των ιατρικών παρεμβάσεων στην εξέλιξη των χρόνιων νόσων. Υπάρχουν πολλά ψυχομετρικά εργαλεία που προσπαθούν να αξιολογήσουν τις πτυχές της επίδρασης της παρουσίας διαβήτη στη ζωή ενός ατόμου, χωρίς ωστόσο να υπάρχει ακόμα ένα ψυχομετρικό εργαλείο που να καλύπτει όλες τις συνιστώσες της ποιότητας ζωής [8]. Τα πιο γνωστά από τα πιο πρόσφατα ή αυτά που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζονται παρακάτω.

- **The Diabetes Quality of Life Measure (DQOL)** εισήχθη στη μελέτη Diabetes Control and Complications Trial [19,20]. Το πεδίο δράσης ήταν να εκτιμηθούν τέσσερις διαστάσεις της επίδρασης του διαβήτη: η ικανοποίηση του ασθενούς, η επίδραση της θεραπείας, το άγχος των ασθενών για τις επιπλοκές και τα κοινωνικά θέματα. Το DQOL χρησιμοποιείται ευρέως παρά τους περιορισμούς του. Τα χαμηλότερα αποτελέσματα σε αυτή την κλίμακα συνδέονται με τις διαβητικές επιπλοκές και τον κακό γλυκαιμικό έλεγχο [19,21].

- **The Diabetes-Specific Quality of Life Scale(DSQOLS)** έχει 64 ερωτήσεις και εκτιμά έξι διαστάσεις: κοινωνικές σχέσεις, περιορισμοί στον ελεύθερο χρόνο και ευελιξία, σωματικά ενοχλήματα, ανησυχίες για το μέλλον, περιορισμοί στη διατροφή και καθημερινές ενοχλήσεις. Χρησιμοποιείται μόνο για τον διαβήτη τύπου 1 [19,22].

- **The Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire-Revised** επανεξετάζει 57 ερωτήσεις που μετράνε τη σωματική λειτουργία, την ενέργεια, την ψυχική υγεία, την ικανοποίηση, την ικανοποίηση από την θεραπεία, την ευελιξία της θεραπείας και τη συχνότητα των συμπτωμάτων [19,23].

- **The Appraisal of Diabetes Scale** έχει 7 ερωτήσεις που εστιάζουν στα αισθήματα και τις απόψεις των διαβητικών ασθενών και στην ψυχολογική επίδραση του διαβήτη [19,24].

- **Η κλίμακα ATT39 και η αναθεωρημένη κλίμακα ATT19** επικεντρώνονται στην ψυχολογική προσαρμογή στη νόσο του ατόμου με διαβήτη καθώς και την επίδραση του διαβήτη στη ζωή του ασθενούς [19,25].

- **The Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes-Revised** έχει 8 διαστάσεις: ελεύθερος χρόνος και χρόνος εργασίας, σχέση με τον σύντροφο, με το γιατρό, υπογλυκαιμία, θεραπεία, σωματικά συμπτώματα και άγχος για τις διαβητικές επιπλοκές [19,26].

- **The Type 2 Diabetes Symptom Checklist** είναι μια κλίμακα 34 στοιχείων που αξιολογεί συμπτώματα όπως υπογλυκαιμικά, καρδιακά, νευροπαθητικά, ψυχολογικά και οφθαλμικά. Η κλίμακα καλύπτει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων τα οποία παρόλα αυτά δεν

μπορούν πάντοτε να αποδοθούν στον διαβήτη [19,27].

• **The Problem Areas in Diabetes Scale (PAID-1) και η αναθεωρημένη (PAID-2)**

επικεντρώνονται σε τέσσερις διαστάσεις: συνολική συναισθηματική κατάσταση, διαπροσωπική κατάσταση, σχετιζόμενη με τη θεραπεία κατάσταση και ασθένεια [19,28-30].

• **The Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL)**

έχει 15 ερωτήσεις που μετρούν 13 τομείς ζωής: καριέρα, κοινωνική ζωή, οικογένεια, φίλεις, σεξουαλική ζωή, ευκαιρίες αναψυχής, ταξίδια, ανησυχίες για το μέλλον, ανησυχίες για το μέλλον της οικογένειας, φίλοι και κίνητρα για την επίτευξη πραγμάτων [19,31].

• **Η ευρέως χρησιμοποιούμενη Sort Form survey 36 (SF-36)**

περιλαμβάνει 36 ερωτήματα που αφορούν την αξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, της λειτουργικότητας του ασθενούς, τη χρησιμοποίηση των υγειονομικών παροχών, τη συναισθηματική κατάσταση καθώς και την κοινωνική προσαρμογή του ατόμου με διαβήτη [32].

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με επιδείνωση της ποιότητας ζωής επηρεάζοντας κυρίως τη HRQoL [33]. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το εύρημα μελετών που δείχνει πως χαμηλή ποιότητα ζωής, άγχος και κατάθλιψη είναι παρόντα και στο άτομο που δεν έχει ακόμη διαγνωσθεί με διαβήτη αλλά που διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την εκδήλωση του [34]. Ως εκ τούτου, οι κλινικοί

ιατροί θα πρέπει να έχουν υπόψιν τους πώς οι ασθενείς σε μια προδιαβητική κατάσταση μπορεί να έχουν μειωμένη HRQoL και να παρουσιάζουν κατάθλιψη, μια διάσταση της υγείας που δεν μπορεί να αγνοηθεί [34].

Όπως έχει δείχθει σε μια μελέτη που έλαβε χώρα σε τρία διαφορετικά κράτη, υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των τριών πληθυσμών που μελετήθηκαν: Μαλαισιανοί, Ινδοί και Κινέζοι [35]. Οι Κινέζοι εμφάνισαν σημαντική μείωση ($21,0 \pm 4,3$) στις βαθμολογίες της Ασιατικής έκδοσης της κλίμακας DQOL σε σύγκριση με τους Μαλαισιανούς ($81,4 \pm 9,0$) και τους Ινδούς ($81,5 \pm 9,2$). Επιπλέον, οι Κινέζοι σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ($21,0 \pm 4,3$) της Ασιατικής έκδοσης της κλίμακας DQO σε σύγκριση με τους Μαλαισιανούς ($22,8 \pm 3,6$) και τους Ινδούς ($22,5 \pm 3,7$). Το μόνο στοιχείο που διέφερε ήταν η διαφορετική αντίληψη της διατροφής μεταξύ των εθνικών ομάδων [35]. Στην ίδια μελέτη, η σεξουαλική δυσλειτουργία προκαλούσε σταθερά χαμηλότερη ποιότητας ζωής σε όλες τις υποομάδες (-10% στους αγγλόφωνους, -5,9%, στους ομιλούντες τη γλώσσα των Μανδαρινών, -6% στην Μαλαισιανή παραδοσιακή γλώσσα), ενώ υπήρχαν διαφορές και σε άλλους προγνωστικούς παράγοντες. Αυτά τα ευρήματα είναι παρόμοια με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Σιγκαπούρη από τους Wee και συν., η οποία κατέδειξε την εθνικότητα ως έναν σημαντικό παράγοντα επηρεασμού της ποιότητας ζωής σε άτομα με διαβήτη [36].

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, μελέτη σε Σκανδιναβικό πληθυσμό [37, 38] που αφορούσε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας,

έδειξε διαφορά στην HRQoL μεταξύ των ασθενών που παρουσίαζαν διαταραχή της ανοχής στη γλυκόζη και εκείνων με διαβήτη, με χαμηλότερες βαθμολογίες για τους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 [39,40]. Μάλιστα, οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με πτωχή γλυκαιμική ρύθμιση εμφάνισαν χαμηλότερες βαθμολογίες. Ο σημαντικότερος παράγοντας στις [38] για την επιδείνωση της HRQoL ήταν η παρουσία διαβητικών επιπλοκών, ιδιαίτερα της καρδιαγγειακής νόσου, και ψυχιατρικών ή μυοσκελετικών διαταραχών. Παρ' όλα αυτά, οι Viinamäki και συν., [41] δεν διαπίστωσαν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ελάσσονος ψυχικής διαταραχής σε ασθενείς με διαβήτη. Ωστόσο, όταν αυτές συνυπήρχαν με το διαβήτη τα συμπτώματά τους έτειναν να είναι πιο σοβαρά. Έκπληξη αποτέλεσε το γεγονός πως οι μικροαγγειακές διαβητικές επιπλοκές όπως η νευροπάθεια δεν είχαν επίδραση στην HRQoL. Ιδιαίτερα σημαντικά ήταν ευρήματα μελετών που έδειξαν ότι η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή μαζί με τη συνεχή φροντίδα των ασθενών είχαν ευεργετικά αποτελέσματα στη γλυκαιμική τους ρύθμιση [42-44].

Στα πλαίσια της μελέτης Κόστος του Διαβήτη Τύπου 2 στην Ευρώπη - (CODE-2), που αφορούσε 1.371 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην Ολλανδία, αξιολογήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών από τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή με τη χρήση των EQ-5D, EuroQol VAS και της κλίμακας ελέγχου της ικανοποίησης από τη θεραπεία του διαβήτη (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire) η HRQoL [45]. Τα αποτελέσματα έδειξαν καλή συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών EQ-5D και EuroQol Vas και της HRQoL. Χαμηλότερες βαθμολογίες

εμφανίζονταν με την πάροδο της ηλικίας, στο γυναικείο φύλο, στην συνύπαρξη παχυσαρκίας, με τη θεραπεία με ινσουλίνη και με την ύπαρξη επιπλοκών. Ιδιαίτερα χαμηλές βαθμολογίες παρατηρήθηκαν στον συνδυασμό μικροαγγειακών και μακροαγγειακών διαβητικών επιπλοκών [45]. Ένα ακόμα ενδιαφέρον σημείο είναι ότι η διάρκεια του διαβήτη δεν συσχετίστηκε με την HRQoL όπως επίσης δεν συσχετίστηκε και η ικανοποίηση από τη θεραπεία. Η τελευταία συσχετίστηκε με τη στάση του ιατρού απέναντι στον ασθενή και το επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ τους. Τέλος, τα άτομα με διαβητική νευροπάθεια είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες από εκείνα με έλκη κάτω άκρου [45,46].

Σε μια μελέτη, η οποία διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της ευεξίας (Self-Administered Quality of Well Being index, QWB-SA) δόθηκε σε 2.048 άτομα με διαβήτη τύπου 1 και 2 [47]. Οι βαθμολογίες αξιολόγησης της υγείας ήταν χαμηλότερες στις γυναίκες και στους παχύσαρκους ασθενείς, στα άτομα με χρόνια νεφρική νόσο και αρτηριακή υπέρταση. Επίσης σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες παρατηρήθηκαν στα άτομα με διαβήτη τύπου 1, αμφιβληστροειδοπάθεια, νευροπάθεια, έλκη κάτω άκρων, ακρωτηριασμό, εγκεφαλικό επεισόδιο και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Οι υψηλότερες βαθμολογίες μεταξύ των υποομάδων παρατηρήθηκαν στην ομάδα των μη παχύσαρκων ανδρών με διαβήτη που ελέγχονταν με δίαιτα και χωρίς μικροαγγειακές, νευροπαθητικές ή καρδιαγγειακές επιπλοκές. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα μιας μελέτης στην οποία χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια SF-36

και Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) [48]. Η HRQoL ήταν χαμηλότερη για τους ασθενείς με διαβήτη. Παράγοντες που σχετίζονται με χαμηλές βαθμολογίες της κλίμακας HRQoL ήταν η διάρκεια του διαβήτη, η θεραπεία με ινσουλίνη και οι επιπλοκές του διαβήτη. Τα χαμηλά επίπεδα HbA1c συσχετίστηκαν παραδόξως με χαμηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής ενώ υπήρξε αντίστροφη σχέση μεταξύ της διάρκειας του διαβήτη και της ποιότητας ζωής. Το τελευταίο είναι σύμφωνο με μελέτες που αναφέρουν βελτίωση της ποιότητας ζωής με την ηλικία [49-51].

Είναι ενδιαφέρον ότι υπήρξαν παρόμοια αποτελέσματα σε μια πρόσφατη ανασκόπηση, σχετικά με την ποιότητα ζωής σε διαβητικό πληθυσμό, ως επί το πλείστον ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και σε μικρότερο ποσοστό τύπου 1 [52]. Οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν χαμηλότερη HRQoL ενώ η κοινωνικοοικονομική και η οικογενειακή κατάσταση συνδύονταν θετικά με την HRQoL. Επίσης, υπήρξαν αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ HbA1c, δείκτη μάζας σώματος, αρτηριακής πίεσης, λιπιδίων και HRQoL. Τέλος, παρατηρήθηκε χαμηλή HRQoL στην ομάδα των καπνιστών [52].

Στη μελέτη UK Prospective Diabetes Study (UKPDS 37), οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 χωρίς καμία επιπλοκή είχαν μέση τιμή του δείκτη EQ-5D 0,83. Παρόμοια τιμή του δείκτη EQ-5D παρατηρήθηκε σε μία νορβηγική μελέτη (0,85) [54]. Στη μελέτη UKPDS 37 παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων με και χωρίς διαβητικές επιπλοκές, με τους ασθενείς που παρουσίαζαν μακροαγγειακές επιπλοκές να παρουσιάζουν

χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνους χωρίς. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα της μελέτης των Quah και συν., [55] με τη χρήση των ερωτηματολογίων EQ-5D και SF-36 σε 699 ασθενείς με διαβήτη που κατέδειξε χαμηλότερη HRQoL σε εκείνους με διαβητικές επιπλοκές, εύρημα που έχει επιβεβαιωθεί και από άλλες μελέτες [53,56,57].

ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

Σε μια μελέτη που αφορούσε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, οι Zhang και συν. βρήκαν μια μέση τιμή της κλίμακας EQ-5D της τάξης του $0,897 \pm 0,173$. Ποσοστό άνω του 80% των ασθενών είχε είτε υπέρταση είτε δυσλιπιδαιμία και πάνω από το ήμισυ ήταν παχύσαρκοι [37]. Η παρουσία νεφροπάθειας, νευροπάθειας και καρδιαγγειακής νόσου συσχετίστηκε με χαμηλή τιμή της κλίμακας EQ-5D [37]. Ανάλογα ήταν τα αποτελέσματα μελετών από τη Σιγκαπούρη [58], ενώ Ολλανδικές και Νορβηγικές μελέτες που αφορούσαν Καυκάσιους [45,54] ανέφεραν χαμηλότερες βαθμολογίες. Στη μελέτη των Solli και συν., οι ασθενείς με επιπλοκές είχαν μειωμένη HRQoL, 0,90 για εκείνους με διαβήτη τύπου 1 και 0,85 για εκείνους με διαβήτη τύπου 2. Σε παρουσία μιας επιπλοκής οι δείκτες μειώθηκαν στο 0,76 και 0,80 αντίστοιχα, ενώ με 2 ή περισσότερες διαβητικές επιπλοκές οι βαθμολογίες ήταν 0,55 και 0,64 αντίστοιχα [54]. Η αγγειοπάθεια και η νευροπάθεια είχαν αρνητική επίπτωση στη συνολική HRQoL και στους δύο τύπους διαβήτη, ενώ η καρδιαγγειακή νόσος είχε δυσμενή επίδραση στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 1.

Στην μελέτη των Redekop και συν., σε ηλικιωμένους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, οι γυναίκες, η θεραπεία με ινσουλίνη, η παχυσαρκία και η παρουσία επιπλοκών συσχετίστηκαν με χαμηλότερο δείκτη HRQoL [45]. Στην μελέτη Bella Coola, στην οποία συμμετείχαν ασθενείς με διαβήτη και καρδιαγγειακή νόσο (16%), αμφιβληστροειδοπάθεια (15%), αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (9%), νευροπάθεια (9%), περιφερική αγγειακή νόσο (7%) και νεφροπάθεια (6%), οι βαθμολογίες της κλίμακας SF-36 ήταν: φυσική λειτουργία -13,7, στην κοινωνική λειτουργία -8,8, σε σωματικό πόνο -11,1, σε φυσικό ρόλο -27,4 σε συναισθηματικό ρόλο -22, στην ψυχική υγεία -3,5 στη ζωτικότητα -6,3, σε γενική υγεία -16,3 [48]. Οι ασθενείς με διαβήτη είχαν περισσότερες ημέρες που δεν αισθανόταν υγιείς, και συγκέντρωναν βαθμολογία +4,4 όσον αφορά την έλλειψη φυσικής υγείας, +2,3 για την έλλειψη πνευματικής υγείας, +3,4 για τον περιορισμό για λόγους υγείας, +5,4 για τον περιορισμό από πόνο, +1,9 για την κατάθλιψη, +3 για το άγχος, +2,6 για τον κακό ύπνο, -1,3 για την συναισθηματική υγείας [48]. Σε μια άλλη μελέτη από τους Coffey και συν., σε 2.048 ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και 2, οι βαθμολογίες ήταν χαμηλότερες (0,058-0,208) σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και αμφιβληστροειδοπάθεια, νευροπάθεια, έλκη ποδιών, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια [47]. Αντίστοιχα, για τους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 οι δείκτες ήταν σημαντικά χαμηλότεροι (0,052-0,170) σε εκείνους με αμφιβληστροειδοπάθεια, διαβητικό πόδι, νεφροπάθεια τελικού σταδίου, νευροπάθεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και καρδιακή

ανεπάρκεια [47]. Επίσης, οι Ragnarson Tennvall και συν., αξιολόγησαν τα αποτελέσματα σε άτομα με διαβητικό πόδι χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο EuroQol-EQ5D. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ακρωτηριασμοί (EQ-5D: 0,31) και τα έλκη των ποδιών (EQ-5D: 0,44) συσχετίστηκαν με χαμηλές βαθμολογίες [59].

Μια ελληνική μελέτη, που αφορούσε ηλικιωμένους σε ασθενείς με διαβήτη σε αγροτικές περιοχές έδειξε ότι οι σημαντικότεροι προγνωστικοί παράγοντες μειωμένης HRQoL ήταν το γυναικείο φύλο (55,4 στο ψυχομετρικό εργαλείο SF-36), οι επιπλοκές του διαβήτη, οι συννοσηρότητες και η διάρκεια του διαβήτη [6]. Η μεγαλύτερη ηλικία (56,5 στο ψυχομετρικό εργαλείο SF-36), το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (60,5 στο ψυχομετρικό εργαλείο SF-36), το να είναι άγαμοι (59,6 στο ψυχομετρικό εργαλείο SF-36), η παχυσαρκία (60,5 στο ψυχομετρικό εργαλείο SF-36), η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία (58,8 στο ψυχομετρικό εργαλείο SF-36) συσχετίστηκαν επίσης με μειωμένη HRQoL. Χαμηλές τιμές στην κλίμακα HRQoL βρέθηκαν σε μελέτες που αξιολόγησαν τη συνύπαρξη διαβήτη και άλλων χρόνιων συννοσηροτήτων, με την συνύπαρξη συννοσηροτήτων να επιβαρύνει την ποιότητα ζωής των ασθενών [60-63].

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Η συνύπαρξη κατάθλιψης και διαβήτη αποτελεί αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας, καθώς πολυάριθμες μελέτες έχουν καταδείξει την δυσμενή επίδραση της κατάθλιψης στην εξέλιξη του διαβήτη, ειδικά όταν υπάρχουν

συννοσηρότητες ή επιπλοκές [64-66]. Μια άλλη λιγότερο μελετημένη πτυχή του προβλήματος είναι η επίδραση των αντικαταθλιπτικών αγωγών στο μεταβολισμό της γλυκόζης. Μερικές αντικαταθλιπτικές αγωγές έχουν δείξει διαβητογόνο δράση σε μη διαβητικούς ασθενείς με κατάθλιψη ενώ άλλες έχουν δείξει ότι βελτιώνουν τον μεταβολισμό της γλυκόζης και κατά συνέπεια είναι προτιμότερα για τη θεραπεία των ασθενών με διαβήτη [67]. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs) βελτιώνουν τον γλυκαιμικό έλεγχο, ενώ τα νοραδρενεργικά αντικαταθλιπτικά και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά προκαλούν αλλαγή στο μεταβολικό έλεγχο [67]. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το εξαιρετικά περίπλοκο ζήτημα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της κατάθλιψης και της εξέλιξης του διαβήτη προέρχεται από τη μελέτη των Köhler και συν., οι οποίοι αναφέρουν ευεργετικό αποτέλεσμα όταν οι στατίνες προστίθενται στα SSRIs [68]. Η μελέτη του Goldney και συν., έδειξε αυξημένη επίπτωση της κατάθλιψης σχεδόν 24% των διαβητικών σε σύγκριση με το 17,1% των μη διαβητικών. Επίσης, οι Gavard και συν., σε μια συστηματική ανασκόπηση της παρουσίας κατάθλιψης στον διαβήτη, εκτίμησαν ότι το ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης στους ασθενείς με διαβήτη κυμαινόταν από 8,5% έως 27,3% [69]. Από την άλλη πλευρά, η κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 κατά 60% [70]. Έχουν προταθεί πολλοί παθογενετικοί μηχανισμοί όπως η επίδραση της κατάθλιψης στη διατροφή, στην άσκηση, στο κάπνισμα, στην κατάχρηση αλκοόλ, στη

συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα [71]. Τέλος, οι Lin και συν., καταδεικνύουν πως ο ασθενείς με διαβήτη και συνυπάρχουσα κατάθλιψη παρουσιάζουν ιδιαίτερα συχνά συννοσηρότητες είναι λοιμώξεις, άνοια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και αρθρίτιδα [72]. Ενδεικτικός είναι ο χαρακτηρισμός της νόσου του Alzheimer ως διαβήτη τύπου 3 εξαιτίας κοινών μεταβολικών μονοπατιών, με κυριότερο την αντίσταση στην ινσουλίνη [73-85].

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Σε μελέτη των Takenaka και συν., αποδείχθηκε ότι τα οικογενειακά προβλήματα ήταν ιδιαίτερα συχνά μεταξύ των οικογενειών των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 [86]. Ο ασθενής με διαβήτη αλληλεπιδρά με το οικογενειακό περιβάλλον και το κοινωνικό δίκτυο σε έδαφος δυσλειτουργικού ψυχοπνευματικού επιπέδου (φίλοι, συγγενείς και γνωστοί). Από την άλλη πλευρά, μερικές φορές η οικογένεια δρα συνεργικά στον έλεγχο του διαβήτη και των επιπλοκών του ενώ άλλες φορές δεν θέλει να συμμετάσχει στις προσπάθειες των ασθενών για καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, και ακόμη χειρότερα, υπονομεύει τις προσπάθειες τους. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής αντιδρά με επιθετικότητα, αλλοτρίωση, κακεντρέχεια ή και άρνηση συμμόρφωσης στην αντιδιαβητική αγωγή, τα οποία οδηγούν σε απώλεια κοινωνικής υποστήριξης, απώλεια πίστης στην ικανότητα του να διαχειριστεί τη νόσο του, φτωχότερο γλυκαιμικό έλεγχο, κάπνισμα, κατάθλιψη, κατάχρηση αλκοόλ και πολλές

φορές στην εμφάνιση ή επιδείνωση των διαβητικών επιπλοκών [73,84,87].

ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΘΕΙ Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ;

Είναι γνωστός ο συσχετισμός μεταξύ των παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής και του καλύτερου γλυκαιμικού ελέγχου, της διαχείρισης της υπέρτασης και της διαχείρισης των λιπιδίων [88,89]. Σε μια ανάλυση από τους Ranji και συν., αναγνωρίζονται πολλοί τύποι παρεμβάσεων: υπενθυμίσεις στους φροντιστές, διευκόλυνση της μετάδοσης των κλινικών δεδομένων στους φροντιστές, έλεγχος και διάδραση, εκπαίδευση φορέων παροχής υπηρεσιών, εκπαίδευση ασθενών, προαγωγή της αυτοδιαχείρισης, υπενθυμίσεις ασθενούς, οργανωτική αλλαγή και οικονομικά, κανονιστικά ή νομοθετικά κίνητρα [90]. Σε μελέτη των Ricci-Cabello και συν., βρέθηκε ότι παρεμβάσεις που στόχευαν στην βελτίωση της αυτοδιαχείρισης του διαβήτη από τους ίδιους τους ασθενείς, μείωσαν την HbA1c κατά 0,8% [91].

Αντίθετα, σε άλλη μελέτη των Wong και συν., που στόχευε στην αξιολόγηση της επίδρασης των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στους διαβητικούς τύπου 2, βρέθηκε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του αριθμού των συνεδριών που παρακολούθηθηκαν από ασθενείς με διαβήτη και της HRQoL [92]. Όσον αφορά στην επίδραση της απώλειας σωματικού βάρους στην HRQoL, μια μελέτη σε υπέρβαρα διαβητικά άτομα που συμμετείχαν σε πρόγραμμα μείωσης του πλεονάζοντος

σωματικού βάρους, βρήκε ότι σημαντικό όφελος είχαν ειδικά οι ασθενείς με διαβήτη και με τον υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος και τους χαμηλότερους δείκτες υγείας ή τις χαμηλότερες βαθμολογίες στις ψυχομετρικές κλίμακες [93]. Τέλος, η ανασκόπηση σχετικά με τις παρεμβάσεις στον διαβήτη των Sørensen και συν., σηματοδότησε την ανάγκη για πολυπαραγοντικές παρεμβάσεις με στόχο τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας και τους φορείς χάραξης πολιτικής προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών και να μειωθούν οι διαβητικές επιπλοκές [89]. Το τελευταίο επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα μελέτης στην Καταλωνία που έδειξε τα ευεργετικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης στη HRQoL στο διαβήτη [94].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σημαντική παγκόσμια επιδημία. Για την αντιμετώπιση των προκλήσεων στον έλεγχο της επιδημίας αυτής, ένας πρωταρχικός θεραπευτικός στόχος είναι και η ποιότητα ζωής. Πρόσφατα αναπτύχθηκαν πολυάριθμα ψυχομετρικά εργαλεία στην προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, της HRQoL και της ειδικής ποιότητας ζωής του διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει όλες τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής, αν και υπάρχουν διαφορές ως προς την εθνικότητα, το περιβάλλον, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, τον πολιτισμό, τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής: τη συνιστώσα της φυσικής κατάστασης, την ψυχολογική συνιστώσα, την κοινωνική συνιστώσα και τη γνωσιακή

συνιστώσα, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει με άνοια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brian C, Leutholtz , Ripoll I. Exercise and disease management. 2nd ed. CRC Press. 2011;256:0-9 B/W Illustrations.
2. Poretsky L. Principles of diabetes mellitus. NewYork: Springer 2009.
3. Sri GS, Kavitha HA, Reddy VJ, Anil K. Evaluation Of Anti-Diabetic Therapy, Outcomes And Impact Of Patient Counseling On Quality Of Life In Type-2 Diabetes Mellitus In A Tertiary Care Teaching Hospital. In: American J of PharmSci. 2015;2: 870-877.
4. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ. 1998;317:703-713.
5. da Rocha Fernandes J, Ogurtsova K, Linnenkamp U, Guariguata L, Seuring T, Zhang P, et al. IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2016;117:48-54.
6. Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, NiakasD. Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. BMC Public Health. 2007;7:186.
7. Rubin R. Diabetes and quality of life. Diabetes Spectrum. 2000;13:21-23.
8. Snoek FJ. Quality of Life: A Closer Look at Measuring Patients' Well-Being. Diabetes Spectrum. 2000;13:24.
9. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. SocSci Med. 1998;46:1569-1585.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention 2000.
11. Gandek B, Sinclair SJ, Kosinski M, Ware JE. Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. Health Care FinancRev. 2004;25:5-25.
12. McHorney CA. Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future challenges. Annu Rev Public Health. 1999;20:309-335.
13. Selim AJ, Rogers W, Fleishman JA, Qian SX, Fincke BG, Rothendler JA, et al. Updated U.S. population standard for the Veterans RAND 12-item Health Survey (VR-12). QualLife Res. 2009;18:43-52.
14. Sixma HJ, van Campen C, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument. Age Ageing. 2000;29:173-178.
15. Kindig DA, Booske BC, Remington PL. Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. Prev Chronic Dis. 2010;7:A68.

16. Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep.* 1994;109:665-672.
17. Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res.* 2002;14:499-508.
18. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J GenInternMed.* 2006;21:267-275.
19. Polonsky WH. Understanding and Assessing Diabetes-Specific Quality of Life. *Diabetes Spectrum.* 2000;13:36.
20. Jacobson AM. The DCCT Research Group: The diabetes quality of life measure. In: *Handbook of Psychology and Diabetes.* Bradley C, Ed. Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers 1994;65-87.
21. Jacobson AM, de Groot M, Samson JA. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care.* 1994;17:267-274.
22. Bott U, Mühlhauser I, Overmann H, Berger M. Validation of a diabetes-specific quality-of-life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 1998;21:757-769.
23. Shen W, Kotsanos JG, Huster WJ, Mathias SD, Andrejasich CM, Patrick DL. Development and validation of the Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire. *Med Care.* 1999;37:AS45-AS66.
24. Carey MP, Jorgensen RS, Weinstock RS, Sprafkin RP, Lantinga LJ, Carnrike CL, et al. Reliability and validity of the appraisal of diabetes scale. *J Behav Med.* 1991;14:43-51.
25. Dunn SM, Smartt HH, Beeney LJ, Turtle JR. Measurement of emotional adjustment in diabetic patients: validity and reliability of ATT39. *Diabetes Care.* 1986;9:480-489.
26. Herschbach P, Duran G, Waadt S, Zettler A, Amm C, Marten-Mittag B. Psychometric properties of the Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes--Revised (QSD-R). *Health Psychol.* 1997;16:171-174.
27. Grootenhuis PA, Snoek FJ, Heine RJ, Bouter LM. Development of a type 2 diabetes symptom checklist: a measure of symptom severity. *Diabet Med.* 1994;11:253-261.
28. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, et al. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care.* 1995;18:754-760.
29. Polonsky WH, Welch G. Listening to our patients' concerns: understanding and addressing diabetes-specific emotional distress. *Diabetes Spectrum.* 1996;9:8-11.
30. Papathanasiou A, Koutsovasilis A, Shea S, Philalithis A, Papavasiliou S, Melidonis A, et al. The Problem Areas in Diabetes (PAID) scale: psychometric evaluation survey in a Greek sample with type 2 diabetes. *J PsychiatrMent Health Nurs.* 2014;21:345-353.

31. Bradley C, Todd C, Gorton T, Symonds E, Martin A, Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *QualLife Res.* 1999;8:79-91.
32. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine (PhilaPa 1976).* 2000;25:3130-3139.
33. Clouet F, Excler-Cavailher G, Christophe B, Masson F, Fasquel D. Type 2 Diabetes and Short Form 36-items Health Survey. *Diabetes Metab.* 2001;27:711-717.
34. Grandy S, Chapman RH, Fox KM. Quality of life and depression of people living with type 2 diabetes mellitus and those at low and high risk for type 2 diabetes: findings from the Study to Help Improve Early evaluation and management of risk factors Leading to Diabetes (SHIELD). *Int J Clin Pract.* 2008;62:562-568.
35. Goh SG, Rusli BN, Khalid BA. Diabetes quality of life perception in a multiethnic population. *QualLife Res.* 2015;24:1677-1686.
36. Wee HL, Li SC, Cheung YB, Fong KY, Thumboo J. The influence of ethnicity on health-related quality of life in diabetes mellitus: a population-based, multiethnic study. *J Diabetes Complications.* 2006;20:170-178.
37. Zhang OYLA, Ko G, Brown N, Ozaki R, Tong P, Ma R, Tsang C, Cheung Y, et al. On behalf of the Joint Asia Diabetes Evaluation (JADE) Hong Kong Study Group Asia Diabetes Foundation, Hong Kong. Health-Related Quality of Life in Chinese Patients with Type 2 Diabetes: An Analysis of the Joint Asia Diabetes Evaluation (JADE) Program. *Diabetes Metab.* 2014;5:2.
38. Wändell PE. Quality of life of patients with diabetes mellitus. An overview of research in primary health care in the Nordic countries. *Scand J Prim Health Care.* 2005;23:68-74.
39. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 1999;15:205-218.
40. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA.* 1989;262:907-913.
41. Viinamäki H, Niskanen L, Uusitupa M. Mental well-being in people with non-insulin-dependent diabetes. *Acta PsychiatrScand.* 1995;92:392-397.
42. Hänninen J, Takala J, Keinänen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2001;51:21-27.
43. Hansen LJ, OlivariusNde F, Siersma V, Beck-Nielsen H, Pedersen PA. Encouraging structured personalized diabetes care in general practice. A 6-year follow-up study of process and patient outcomes in newly diagnosed patients. *Scand J Prim Health Care.* 2003;21:89-95.
44. OlivariusNde F. Diabetes care today: not everyone should have intensive multipharmacological treatment. *Scand J Prim Health Care.* 2004;22:67-70.
45. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GE, Wolffenbuttel BH, Niessen LW. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2002;25:458-463.

46. Bradley C. Importance of differentiating health status from quality of life. *Lancet*. 2001;357:7-8.
47. Coffey JT, Brandle M, Zhou H, Marriott D, Burke R, Tabaei BP, Engelgau MM, Kaplan RM, Herman WH. Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25:2238-2243.
48. Thommasen HV, Zhang W. Health-related quality of life and type 2 diabetes: A study of people living in the Bella Coola Valley. *BCM J*. 2006;48:272-278.
49. Trief PM, Wade MJ, Pine D, Weinstock RS. A comparison of health-related quality of life of elderly and younger insulin-treated adults with diabetes. *Age Ageing*. 2003;32:613-618.
50. Michalos AC, Zumbo BD, Hubley A. Health and the quality of life. *Social Indicators Research*. 2000;51:245-286.
51. Michalos AC. Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*. 2003;65:27-72.
52. Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. Quality of life in people with diabetes: a systematic review of studies in Iran. *J Diabetes MetabDisord*. 2013;12:54.
53. UK Prospective Diabetes Study Group. Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control (UKPDS 37). *Diabetes Care*. 1999;22:1125-1136.
54. Solli O, Stavem K, Kristiansen IS. Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health QualLifeOutcomes*. 2010;8:18.
55. Quah JH, Luo N, Ng WY, How CH, Tay EG. Health-related quality of life is associated with diabetic complications, but not with short-term diabetic control in primary care. *AnnAcad Med Singapore*. 2011;40:276-286.
56. Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Cowper PA, Shortliffe EA, Simel DL, et al. The relationship between glycemic control and health-related quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Med Care*. 1994;32:1173-1181.
57. Davidson MB. SF-36 and diabetes outcome measures. *Diabetes Care*. 2005;28:1536-1537.
58. Shim YT, Lee J, Toh MP, Tang WE, Ko Y. Health-related quality of life and glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore. *Diabet Med*. 2012;29:e241-e248.
59. RagnarsonTennvall G, Apelqvist J. Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *J Diabetes Complications*. 2000;14:235-241.
60. Piette JD, Kerr EA. The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care. *Diabetes Care*. 2006;29:725-731.
61. Maddigan SL, Feeny DH, Johnson JA. Health-related quality of life deficits associated with diabetes and co morbidities in a Canadian National Population Health Survey. *QualLife Res*. 2005;14:1311-1320.

62. Wee HL, Cheung YB, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related Quality of Life: is the whole greater than the sum of its parts?. *Health QualLifeOutcomes*. 2005;3:2.
63. Pereira MJ, Palming J, Rizell M, Aureliano M, Carvalho E, Svensson MK, et al. The immunosuppressive agents rapamycin, cyclosporin A and tacrolimus increase lipolysis, inhibit lipid storage and alter expression of genes involved in lipid metabolism in human adipose tissue. *MolCellEndocrinol*. 2013;365:260-269.
64. Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care*. 2004;27:1066-1070.
65. Glasgow R, Toobert D, Gillette C. Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*. 2001;14:33-41.
66. Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp BF. The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*. 2002;25:35-42.
67. Deuschle M. Effects of antidepressants on glucose metabolism and diabetes mellitus type 2 in adults. *CurrOpinPsychiatry*. 2013;26:60-65.
68. Köhler O, Gasse C, Petersen L, Ingstrup KG, Nierenberg AA, Mors O, et al. The Effect of Concomitant Treatment With SSRIs and Statins: A Population-Based Study. *Am J Psychiatry*. 2016;173:807-815.
69. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. *Anepidemiologicalevaluation*. *Diabetes Care*. 1993;16:1167-1178.
70. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008;31:2383-2390.
71. Bot M, Pouwer F, Zuidersma M, van Melle JP, de Jonge P. Association of coexisting diabetes and depression with mortality after myocardial infarction. *Diabetes Care*. 2012;35:503-509.
72. Lin EH, Heckbert SR, Rutter CM, Katon WJ, Ciechanowski P, Ludman EJ, et al. Depression and increased mortality in diabetes: unexpected causes of death. *AnnFam Med*. 2009;7:414-421.
73. de la Monte SM, Wands JR. Alzheimer's disease is type 3 diabetes-evidence reviewed. *J Diabetes Sci Technol*. 2008;2:1101-1113.
74. Baglietto-Vargas D, Shi J, Yaeger DM, Ager R, LaFerla FM. Diabetes and Alzheimer's disease crosstalk. *NeurosciBiobehav Rev*. 2016;64:272-287.
75. Rani V, Deshmukh R, Jaswal P, Kumar P, Bariwal J. Alzheimer's disease: Is this a brain specific diabetic condition?. *PhysiolBehav*. 2016;164:259-267.
76. Hao K, Di Narzo AF, Ho L, Luo W, Li S, Chen R, et al. Shared genetic etiology underlying Alzheimer's disease and type 2 diabetes. *Mol Aspects Med*. 2015;43-44:66-76.

77. Mukherjee A, Morales-Scheihing D, Butler PC, Soto C. Type 2 diabetes as a protein misfolding disease. *TrendsMol Med*. 2015;21:439-449.
78. Blázquez E, Velázquez E, Hurtado-Carneiro V, Ruiz-Albusac JM. Insulin in the brain: its pathophysiological implications for States related with central insulin resistance, type 2 diabetes and Alzheimer's disease. *FrontEndocrinol (Lausanne)*. 2014;5:161.
79. Sato N, Morishita R. The roles of lipid and glucose metabolism in modulation of β -amyloid, tau, and neurodegeneration in the pathogenesis of Alzheimer disease. *Front Aging Neurosci*. 2015;7:199.
80. Kimura N. Diabetes Mellitus Induces Alzheimer's Disease Pathology: Histopathological Evidence from Animal Models. *Int J MolSci*. 2016;17:503.
81. Walker JM, Harrison FE. Shared Neuropathological Characteristics of Obesity, Type 2 Diabetes and Alzheimer's Disease: Impacts on Cognitive Decline. *Nutrients*. 2015;7:7332-7357.
82. Sridhar GR, Lakshmi G, Nagamani G. Emerging links between type 2 diabetes and Alzheimer's disease. *World J Diabetes*. 2015;6:744-751.
83. Sandhir R, Gupta S. Molecular and biochemical trajectories from diabetes to Alzheimer's disease: A critical appraisal. *World J Diabetes*. 2015;6:1223-1242.
84. Benedict C, Hallschmid M, Hatke A, Schultes B, Fehm HL, Born J, et al. Intranasal insulin improves memory in humans. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29:1326-1334.
85. Groeneveld ON, Kappelle LJ, Biessels GJ. Potentials of incretin-based therapies in dementia and stroke in type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Investig*. 2016;7:5-16.
86. Takenaka H, Sato J, Suzuki T, Ban N. Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Biopsychosoc Med*. 2013;7:13.
87. Wang J, He M, Zhao X. Depressive Symptoms, Family Functioning and Quality of Life in Chinese Patients with Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes*. 2015;39:507-512.
88. Harris SB, Petrella RJ, Leadbetter W. Lifestyle interventions for type 2 diabetes. Relevance for clinical practice. *Can Fam Physician*. 2003;49:1618-1625.
89. Sørensen M, Korsmo-Haugen HK, Maggini M, Kuske S, Icks A, Rothe U, et al. Health promotion interventions in type 2 diabetes. *AnnIst Super Sanita*. 2015;51:192-198.
90. Ranji SR, Shetty K, Posley KA, Lewis R, Sundaram V, Galvin CM, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 6: Prevention of Healthcare-Associated Infections). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007; 04(07)-0051-6.
91. Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Nevot-Cordero A, Rodríguez-Barranco M, Sordo L, Gonçalves DC. Health care interventions to improve the quality of diabetes care in African Americans: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2013;36:760-768.

92. Wong CK, Wong WC, Wan EY, Wong WH, Chan FW, Lam CL. Increased number of structured diabetes education attendance was not associated with the improvement in patient-reported health-related quality of life: results from Patient Empowerment Programme (PEP). *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:126.
93. Williamson DA, Rejeski J, Lang W, Van Dorsten B, Fabricatore AN, Toledo K. Impact of a weight management program on health-related quality of life in overweight adults with type 2 diabetes. *ArchIntern Med*. 2009;169:163-171.
94. Mata-Cases M, Roura-Olmeda P, Berengué-Iglesias M, Birulés-Pons M, Mundet-Tuduri X, Franch-Nadal J, et al. Fifteen years of continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. *Int J Clin Pract*. 2012;66:289-298.

Type 2 diabetes and Quality of Life

Aikaterini Trikkalinou¹, Athanasia K Papazafiropoulou², Maria Rallatou², Alexandros Kamaratos², Andreas Melidonis¹, Athanasios Raptis³

¹ Diabetes and Cardiometabolic Center, Metropolitan Hospital, Piraeus, ² First Department of Internal Medicine and Diabetes Center, Tzaneio General Hospital of Piraeus, ³ Second Department of Internal Medicine and Research Institute, University General Hospital Attikon, Haidari, Greece

ABSTRACT

Diabetic's quality of life becomes worse when complications start to develop, or comorbidities coexist. Dominant amongst complications, in health-related quality of life (HRQoL) lowering, is coronary arterial disease followed by renal failure, blindness, and the combination of micro- and macro-vascular complications and in some studies by sexual dysfunction. Moreover, the comorbidities which deteriorate further the effect of diabetes on a patient's life are many. Among them obesity, hypertension, dyslipidemia, depression, arthritis is the most common. One of the most intriguing field for research is the interaction of diabetes and depression and in some cases the progression to dementia. Until now, the studies performed, have demonstrated little to moderate benefit of interventions aiming patient's quality of life. More studies are needed to draw safe conclusions on the topic of the best combination of actions to optimize the HRQoL scores.

Keywords: Type 2 diabetes; Quality of life; Diabetes complications; Dementia

Citation

A. Trikkalinou, A.K. Papazafiropoulou, M. Rallatou, A. Kamaratos, A. Melidonis, A. Raptis. Type 2 diabetes and quality of life. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 54-71

Χρήση και Επιπτώσεις των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης – Εφαρμογές στη Νοσηλευτική

Παναγιώτης Μπαρούτας¹, Ιωάννα Β. Παπαθανασίου^{2,3}

¹Νοσηλεύτης, ²Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής – Κοινωνικής Ψυχιατρικής, ³Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πολύωρη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης συνοδεύεται συχνά από αρνητικές επιπτώσεις, κυρίως στον ψυχισμό των ατόμων. Βασικός στόχος της παρούσας ανασκοπικής εργασίας είναι να παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων που κάνουν συχνή χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, αλλά και οι επιπτώσεις που έχει αυτή η χρήση στον ψυχισμό τους, μέσα από τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνητικών μελετών της τελευταίας δεκαετίας. Επίσης επιμέρους στόχος ήταν να παρουσιαστούν οι εφαρμογές των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στο χώρο της υγείας και της νοσηλευτικής. Τα αποτελέσματα των εμπειρικών μελετών δείχνουν ότι η πολύωρη χρήση τους συνοδεύεται συχνά από προβληματικές καταστάσεις όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη, υπερβολική ανησυχία για την εικόνα του σώματος, υπερβολική ανησυχία για την πιθανότητα μη έγκαιρης ενημέρωσης για γεγονότα και καταστάσεις και αρνητικές κοινωνικές συγκρίσεις. Στον τομέα της υγείας και της νοσηλευτικής η χρήση τους αποσκοπεί κυρίως στη μετάδοση και ανταλλαγή πληροφοριών σε θέματα υγείας, αλλά και στη δυνατότητα διάδρασης, έκφρασης συναισθημάτων και υποστήριξης.

Λέξεις ευρετηρίου: Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, Επιπτώσεις, Ψυχική Υγεία, Επαγγελματίες Υγείας, Νοσηλευτική

Παραπομπή

Π. Μπαρούτας, Ι.Β. Παπαθανασίου. Χρήση και Επιπτώσεις των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης – Εφαρμογές στη Νοσηλευτική. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(1): 72-84

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το διαδίκτυο είναι ένα εύχρηστο και πολύτιμο εργαλείο για τη λήψη πληροφοριών και την ικανοποίηση διάφορων αναγκών της καθημερινότητας. Καθώς η τεχνολογία εξελίσσεται, η εισχώρηση του διαδικτύου στην καθημερινή μας ζωή γίνεται ολοένα και

μεγαλύτερη. Από τους πιο συχνά επισκεπτόμενους ιστότοπους είναι τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (social media). Αυτές οι πλατφόρμες παρέχουν τη δυνατότητα στους χρήστες να δημιουργούν ένα προφίλ τοποθετώντας περιγραφικά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του εαυτού τους,

πληροφορίες της ζωής τους, τις συνήθειές τους, αλλά και να δημοσιεύσουν προσωπικές φωτογραφίες. Αναπόσπαστο κομμάτι της χρήσης αυτών των κοινωνικών δικτύων είναι επίσης και η επικοινωνία σε πραγματικό χρόνο μεταξύ των χρηστών [1].

Εκτός από την πληθώρα δυνατοτήτων και ευκολιών που παρέχουν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η συνεχής ενασχόληση των χρηστών με αυτά επιφέρει αρκετά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, γεγονός που προσδίδει μια άλλη οπτική στις ιδιότητες αυτών των διαδικτυακών κοινοτήτων. Προβληματικές καταστάσεις όπως συμμετοχή σε διαδικασίες κοινωνικών συγκρίσεων [2], συχνές ανησυχίες για το σχήμα και την εικόνα του σώματος [3] και αγωνία για την απουσία πληροφόρησης σχετικά με νέες δημοσιεύσεις των κοινωνικών δικτύων (FoMO) [4], μπορούν να οδηγήσουν τους χρήστες σε αρνητικά συναισθήματα και χαμηλή αυτοεκτίμηση [5], υιοθέτηση της ιδέας ενός λεπτού ιδεατού σώματος [3], ακόμα και σε κατάθλιψη [6].

Τα τελευταία χρόνια τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν εισχωρήσει και στο χώρο της υγείας, καθώς επαγγελματίες παροχής φροντίδας υγείας και ασθενείς τα χρησιμοποιούν για ποικίλους λόγους και σκοπούς, όπως η διάδοση χρήσιμων πληροφοριών υγείας προς τους ασθενείς και την κοινότητα [7], αλλά και η συναισθηματική υποστήριξη και έκφραση προς τους ασθενείς [8]. Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιείται μία εκτενής παρουσίαση των φαινομένων που σχετίζονται με τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, όπως αυτά παρουσιάζονται σε πρόσφατες δημοσιευμένες μελέτες της τελευταίας

δεκαετίας. Επίσης παρουσιάζονται και στοιχεία για την εφαρμογή τους και τη χρήση τους στο χώρο της υγείας και της νοσηλευτικής.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ

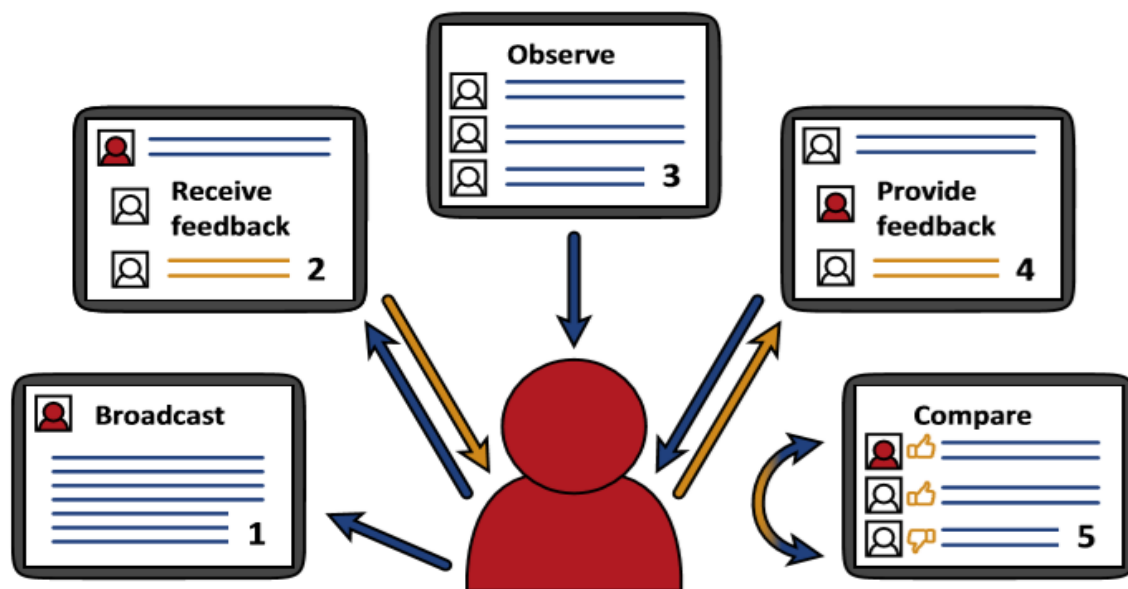
Σύμφωνα με τους Meshi et al., τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (social media) εμφανίζονται σε πολλές μορφές. Σε γενικές γραμμές, χαρακτηρίζονται από τη δημιουργία διαδικτυακών κοινοτήτων που επιτρέπουν στους ανθρώπους να μοιράζονται πληροφορίες, ιδέες ή απόψεις, μηνύματα και βίντεο [1]. Η αρχική μορφή των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ήταν το κοινωνικό δίκτυο (the social network). Υπολογίζεται ότι το 2015 υπήρχαν πάνω από 200 διαφορετικά κοινωνικά δίκτυα που λειτουργούσαν παγκοσμίως. Οι πλατφόρμες των μέσων κοινωνικής δικτύωσης είναι υπηρεσίες που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο και επιτρέπουν στους χρήστες: (i) να δημιουργήσουν ένα δημόσιο ή ημι-δημόσιο προφίλ (ii) να δημιουργήσουν μια λίστα που περιέχει άλλους χρήστες με τους οποίους μπορούν να συνδεθούν και (iii) να δουν τη λίστα των συνδέσεών τους, αλλά και τις λίστες των άλλων που βρίσκονται εντός του συστήματος. Οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται σε ένα προφίλ ποικίλουν ανάλογα με το κοινωνικό δίκτυο, αλλά συνήθως περιλαμβάνουν μία φωτογραφία του χρήστη και ένα όνομα χρήστη, καθώς και πληροφορίες σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την προσωπικότητα, όπως το φύλο, οι ημερομηνίες γέννησης, η εκπαίδευση, η απασχόληση και τα ενδιαφέροντα. Τη δεδομένη χρονική στιγμή,

το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο μέσο κοινωνικής δικτύωσης είναι το Facebook με 1,5 δισεκατομμύρια χρήστες. Άλλα κοινωνικά δίκτυα επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες χρήσεις, όπως το LinkedIn που εστιάζει στην επαγγελματική σταδιοδρομία, το Twitter που εστιάζει στο microblogging και το Instagram που εστιάζει στην κοινή χρήση φωτογραφιών.

Οι άνθρωποι συχνά οδηγούνται στο να θέλουν να συνδεθούν με τους άλλους μέσω των social media, για να διαχειριστούν τη φήμη τους και πιθανόν να αποκομίσουν σημαντικά πλεονεκτήματα προσαρμογής από αυτά, όπως διατήρηση κοινωνικών διασυνδέσεων, πράγμα που βελτιώνει τους δείκτες επιβίωσης. Η συμπεριφορά αυτή απορρέει από το γεγονός ότι η συμμετοχή σε ομάδες αυξάνει την πιθανότητα όχι μόνο για επιβίωση, αλλά και

για ευημερία [7], καθώς οι ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί βελτιώνουν την ψυχική ευημερία και προστατεύουν τα άτομα από αισθήματα μοναξιάς και κατάθλιψης [1].

Πιο συγκεκριμένα, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης επιτρέπουν στα μέλη τους να συνδέονται με άλλα άτομα και να συνοδεύουν τη φήμη τους με τουλάχιστον πέντε συμπεριφορές-κλειδιά: (i) μετάδοση πληροφοριών (κείμενα, εικόνες, συνδέσμους, βίντεο, (ii) λήψη ανατροφοδότησης (feedback) στις πληροφορίες που δημοσιεύουν και παρακολούθηση πληροφοριών που μεταδίδονται από τους άλλους, (iv) προβολή ανατροφοδότησης στις αναρτήσεις των άλλων και (v) συμμετοχή στη διαδικασία κοινωνικής σύγκρισης (Σχήμα 1).



Σχήμα 1. Οι πέντε συμπεριφορές-κλειδιά που συνοδεύουν τη σύνδεση των μελών κοινωνικής δικτύωσης με άλλα άτομα (Meshi D. et. al. (2015) - Πηγή: Cell Press)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ, ΑΞΙΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ

Η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης έχει συχνά ως αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων εθισμού σε μεγάλο αριθμό χρηστών. Σύμφωνα με τους Hong et al., τα ατομικά γνωρίσματα του χαρακτήρα παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του εθισμού [9]. Πιο συγκεκριμένα, γνωρίσματα όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, ντροπαλότητα, εσωστρέφεια, νευρωτισμός, επιθετικές διαθέσεις, χαμηλός αυτοέλεγχος και υψηλά ποσοστά μοναχικότητας και θλίψης συσχετίζονται με τον εθισμό στο διαδίκτυο [9].

Ένα μεγάλο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού που χρησιμοποιεί το διαδίκτυο, επιλέγει την πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης Facebook για να συνδεθεί. Οι Hong et al., εξέτασαν το ρόλο των προσωπικών ψυχολογικών γνωρισμάτων στη χρήση του Facebook και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χρήση του Facebook σχετίζεται με αισθήματα κατωτερότητας, ενώ ο εθισμός στο Facebook μπορεί να προβλεφθεί από την ύπαρξη καταθλιπτικού συναισθήματος [9]. Η ερμηνεία που δόθηκε είναι ότι αυτό πιθανόν συμβαίνει διότι οι καταθλιπτικοί άνθρωποι έχουν χαμηλότερη ικανότητα επικοινωνίας και αυτοελέγχου στην καθημερινή διάδραση με άλλα άτομα, γεγονός που τους κάνει κοινωνικά απομονωμένους και τους ωθεί στη χρήση του διαδικτύου. Σε άλλη μελέτη εξετάστηκε η ύπαρξη πιθανής σχέσης μεταξύ του φαινομένου των selfies (φωτογραφίες ενός ατόμου τραβηγμένες από το ίδιο) με τη λεγόμενη σκοτεινή τριάδα (Dark Triad), τα χαρακτηριστικά δηλαδή της ψυχοπάθειας του

Μακιαβελισμού και του Ναρκισσισμού καθώς και με το χαρακτηριστικό της αυτό-αντικειμενοποίησης [10]. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με υψηλά χαρακτηριστικά της Dark Triad χρησιμοποιούν περισσότερο το διαδίκτυο. Τα άτομα με υψηλά ποσοστά ψυχοπάθειας και ναρκισσισμού κοινοποιούσαν περισσότερες selfies στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ενώ τα άτομα με υψηλά επίπεδα ναρκισσισμού και αυτό-αντικειμενοποίησης τροποποιούσαν και κοινοποιούσαν περισσότερες φωτογραφίες στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Η ερμηνεία που δόθηκε είναι ότι αυτές οι συμπεριφορές παρατηρούνται επειδή πιθανόν μέσω αυτών τα άτομα μπορούν και επιτυγχάνουν μία μορφή κοινωνικοποίησης, παρά τα αντικοινωνικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους [10].

Προσωπικά γνωρίσματα του χαρακτήρα μπορούν να ανιχνευθούν και από το είδος των λέξεων που χρησιμοποιούνται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Σύμφωνα με τους Chen et al., τα άτομα με υψηλή αυτοπεποίθηση χρησιμοποιούν περισσότερο λέξεις που αντιστοιχούν σε γνωστικές διαδικασίες, ενώ τα άτομα που είναι πιο δεκτικά στις αλλαγές χρησιμοποιούν περισσότερο λέξεις που αντιστοιχούν στη βεβαιότητα [11]. Επίσης, η χρήση συγκεκριμένων αντωνυμιών υποδηλώνει συγκεκριμένα το πεδίο προσοχής του εκάστοτε ατόμου. Τέλος τα άτομα με υψηλή αυτοπεποίθηση χρησιμοποιούν περισσότερο τη λέξη “εμείς”, ενώ τα πιο ισχυρά σε προσωπικότητα άτομα χρησιμοποιούν περισσότερο παρελθοντικούς χρόνους [11].

ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ

Οι άνθρωποι έχουν μια εγγενή τάση να συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους, γεγονός που εξυπηρετεί μια πληθώρα λειτουργιών όπως ικανοποίηση αναγκών, εκτίμηση του εαυτού, λήψη αποφάσεων, δημιουργία έμπνευσης και ρύθμιση των συναισθημάτων. Ανοδική σύγκριση πραγματοποιείται όταν ένα άτομο συγκρίνει τον εαυτό του με άλλα “ανώτερα” από αυτόν άτομα που έχουν θετικά χαρακτηριστικά, ενώ καθοδική σύγκριση πραγματοποιείται όταν το άτομο συγκρίνει τον εαυτό του με άλλα “κατώτερα” από αυτόν άτομα που έχουν αρνητικά χαρακτηριστικά. Παρόλο που η ανοδική σύγκριση μπορεί να είναι ωφέλιμη όταν εμπνέει τα άτομα να μοιάσουν στα άτομα-στόχο τους, πιο συχνά προκαλεί αισθήματα ανεπάρκειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Από την άλλη πλευρά, παρόλο που η καθοδική σύγκριση μπορεί να δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα καθώς δείχνει ότι τα πράγματα θα μπορούσαν να είναι χειρότερα, συχνά οδηγεί σε βελτίωση της αυτοαξιολόγησης του ατόμου [12].

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης αποτελούν ένα εύφορο περιβάλλον σύγκρισης, καθώς χρησιμοποιούνται από μεγάλο αριθμό ατόμων και παρέχουν μια πληθώρα πληροφοριών, πιο ευδιάκριτων σε σχέση με την εκτός διαδικτύου ζωή. Χαρακτηρίζονται από την αυτοπαρουσίαση, η οποία συχνά πηγάζει από τη θέληση των χρηστών να διαχειριστούν εντυπώσεις. Έτσι ένας χρήστης μπορεί να έρθει σε διαδικασία κοινωνικής σύγκρισης παρακολουθώντας τη δραστηριότητα των άλλων στα κοινωνικά δίκτυα [2].

Στην πληθώρα χρηστών των social media ανήκουν και οι έφηβοι, οι οποίοι βρίσκονται σε ηλικία δόμησης της ταυτότητάς τους. Αυτή η διαδικασία διάδρασης με τους συνομηλικούς και η αποδοχή από τους άλλους είναι πολύ σημαντική. Πλέον ένα πολύ μεγάλο μέρος αυτής της επικοινωνίας γίνεται μέσω των social media. Έτσι, η αναζήτηση της επιβεβαίωσης λαμβάνει χώρα μέσω της λήψης ανατροφοδότησης από τη δημιουργία και την κατανάλωση του κοινοποιημένου σε αυτές τις πλατφόρμες περιεχομένου [13]. Όμως σύμφωνα με τους Neshi και Pirstein, η διαδικασία της κοινωνικής σύγκρισης στην οποία έρχονται οι έφηβοι μέσω των social media πολλές φορές δημιουργεί συμπτώματα κατάθλιψης, ιδιαίτερα για εκείνους που θεωρούνται χαμηλότερης δημοτικότητας [13].

Όπως έχει ήδη αναφερθεί το πιο διαδεδομένο μέσο κοινωνικής δικτύωσης είναι το Facebook με 1,4 δισεκατομμύρια ενεργούς χρήστες παγκοσμίως [14]. Περιέχει οπτικό υλικό, όπως φωτογραφίες και βίντεο, μέσω του οποίου οι χρήστες μπορούν επιλεκτικά να παρουσιάσουν τον εαυτό τους στην καλύτερή του εκδοχή. Αυτό το γεγονός οδηγεί τους άλλους χρήστες σε κατάσταση κοινωνικής σύγκρισης [15]. Σύμφωνα με τους Chou και Edge, συχνά οι χρήστες του Facebook πιστεύουν ότι οι άλλοι χρήστες είναι πιο χαρούμενοι και πιο επιτυχημένοι από αυτούς, ειδικότερα εάν δεν τους γνωρίζουν εκτός διαδικτύου [16]. Αξιοσημείωτο είναι επίσης και το στοιχείο ότι τα άτομα με μεγαλύτερη έκθεση στο Facebook έτειναν να αξιολογούν τους εαυτούς τους αρνητικά, ως αποτέλεσμα της συμμετοχής σε ανοδική και καθοδική κοινωνική σύγκριση [12]. Το Facebook τείνει να ενισχύει την ήδη προ υπάρχουσα τάση για

κοινωνική σύγκριση που υπήρχε στην εκτός διαδικτύου ζωή, καθώς σύμφωνα με τους Vogel, et al., τα άτομα με υψηλή τάση για κοινωνική σύγκριση ανέφεραν μειωμένη αντίληψη εαυτού και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση μετά την έκθεσή τους σε άλλα προφίλ χρηστών σε σχέση με άτομα με χαμηλότερη τάση για κοινωνική σύγκριση [12].

Χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και ανησυχίες για την εικόνα του σώματος

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν γίνει αντικείμενο συζήτησης για το εάν και το πόσο επηρεάζουν την εικόνα που έχει ο παρατηρητής για το σώμα του. Σύμφωνα με τον Petroff, τα social media παρέχουν μια μεγάλη δυνατότητα για κοινωνική σύγκριση επιτρέποντας τη διαπροσωπική επικοινωνία [17]. Με την ενεργή παρατήρηση των αναρτήσεων ατόμων που ανήκουν στην ίδια ηλικιακή κατηγορία ο παρατηρητής δίνει περισσότερη προσοχή στις πληροφορίες που αναπαράγονται από αυτά, ιδιαίτερα εάν ο παρατηρητής χαρακτηρίζεται από αλληλεξαρτώμενη δομημένη προσωπικότητα, υπό την έννοια ότι δίνει μεγάλη σημασία στη γνώμη των άλλων για να ορίσει την αξία του εαυτού του, και έρχεται σε κατάσταση σύγκρισης πιο συχνά σε σχέση με αυτούς που δεν είναι αλληλεξαρτώμενοι [17].

Η έκθεση και συμμετοχή στα social media, όπως η παρατήρηση εικόνων αλλά και η ανάρτηση selfie και άλλων φωτογραφιών, οδηγούν σε κατάσταση κοινωνικής σύγκρισης

και σχετίζονται περισσότερο με δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματός από ότι άλλες διαδικτυακές δραστηριότητες, λόγω της υψηλής διαδραστικής και αυτό-εκθεσιακής τους φύσης [3]. Σύμφωνα με τους McLean et al., τα κορίτσια χρήστες που μοιράζονται πιο συχνά φωτογραφίες που απεικονίζουν τον εαυτό τους στα social media, ανέφεραν ότι δίνουν σημαντικά μεγαλύτερη αξία στο σχήμα και το βάρος του σώματος, καθώς επίσης και μη ικανοποίηση από την εικόνα τους σώματός τους, που συνοδεύεται συχνά από διατροφικούς περιορισμούς και από υιοθέτηση της αντίληψης ενός ιδεατού λεπτού σώματος [3]. Οι Fardouly και Varthanian αναφέρουν ότι οι ανησυχίες νεαρών φοιτητριών για την εικόνα τους σώματός τους σχετίζεται άμεσα με το χρόνο που δαπανούν στο Facebook και στην εμφανισιακή σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικιακής κατηγορίας [18]. Για παράδειγμα, οι προπτυχιακοί φοιτητές που εκτέθηκαν σε ελκυστικές φωτογραφίες ατόμων του ίδιου φίλου σε ψεύτικα προφίλ των social media ανέφεραν χαμηλότερη εκτίμηση για την εικόνα του σώματός τους και χειρότερη διάθεση σε σχέση με τους φοιτητές που εκτέθηκαν σε μη ελκυστικές φωτογραφίες [19].

Ένας σημαντικός παράγοντας κοινωνικής μάθησης που επιφέρει η έκθεση στα social media είναι η αυτό-αντικειμενοποίηση (self-objectification), ο οποίος αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία οι χρήστες βλέπουν το σώμα τους ως ένα αντικείμενο παρατήρησης, όπως θα έκανε ένας εξωτερικός παρατηρητής. Αυτή η ψυχολογική ενσωμάτωση της αντίληψης ενός παρατηρητή απέναντι σε ένα σώμα οδηγεί σε λεπτομερή και συνεχή παρακολούθηση του σώματος, πράγμα

το οποίο παράγει αρνητικά συναισθήματα για το σώμα [17].

Σύμφωνα με τους Lee et al., η δυσαρέσκεια και οι ανησυχίες για την εικόνα του σώματος εξαρτώνται και από την πολιτισμική κουλτούρα του τόπου στον οποίο ζουν οι χρήστες. Για παράδειγμα, τους Κορεάτες χρήστες απασχολεί πολύ το πως θα λάβουν αποδοχή από τους άλλους και το πως γίνονται αντιληπτοί σχετικά με την εικόνα του σώματος, ενώ οι κάτοικοι των Ηνωμένων Πολιτειών δεν ανησυχούν στον ίδιο βαθμό για την αποδοχή από τους άλλους με βάση την εικόνα του σώματός τους [20].

ΜΕΣΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΑΠΟΥΣΙΑΣ

Ένα νέο σύνθετο φαινόμενο που προέκυψε πολύ έντονα από τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης είναι ο φόβος της απουσίας. Η λέξη FoMO είναι ακρωνύμιο της φράσης Fear of Missing Out. Το FoMO θεωρείται μια μορφή κοινωνικού άγχους, μια επαναλαμβανόμενη ανησυχία για την πιθανότητα απουσίας από κάποια κοινωνική διάδραση, μια νέα εμπειρία ή κάποιο ευχάριστο γεγονός. Αυτή η ακολουθία ανησυχιών είναι η κινητήρια δύναμη πίσω από τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης [21]. Το FoMO βέβαια υπήρχε και πριν τη δημιουργία των social media. Η ανησυχία για λήψη πληροφοριών αναφορικά με τη ζωή φίλων, γνωστών, ακόμα και αγνώστων υπήρχε και καλυπτόταν μέσω εφημερίδων, τηλεοπτικών καναλιών,

χειρόγραφων γραμμάτων και εικόνων [22]. Ωστόσο, η παρουσία των social media στη ζωή μας έχει κάνει τη διάθεση των πληροφοριών πολύ πιο εύκολη και γρήγορη από οποιοδήποτε άλλο μέσο, γεγονός που εντείνει τη θέληση και αυξάνει τις ευκαιρίες για άμεση ενημέρωση σχετικά με το τι λένε και τι κάνουν οι άλλοι [4].

Οι χρήστες ανεξαρτήτου ηλικίας οδηγούμενοι από αυτή τη θέληση λήψης πληροφοριών πλοηγούνται στα social media. Για παράδειγμα γράφουν μηνύματα ενώ οδηγούν, ελέγχουν για ειδοποιήσεις ενώ βρίσκονται σε μια συνάντηση, ακόμα και διακόπτουν μια σύνδεση (π.χ. συνομιλία) χωρίς να ξέρουν καν το ποιος είναι στην άλλη γραμμή, οδηγούμενοι απλά από το έντονο ενδιαφέρον και από την επιθυμία πως ίσως αυτή η διαφορετική σύνδεση θα τους προσφέρει κάτι καινούργιο ή ευχάριστο [21].

Σύμφωνα με τους Dhir et al., η ακατάπαυστη λήψη πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε αυτό που ονομάζεται social media fatigue το οποίο αναφέρεται στην νοητική εξασθένιση των χρηστών, οι οποίοι βιώνουν μια πληθώρα τεχνολογικών, πληροφοριακών και επικοινωνιακών υπερφορτώσεων μέσω της συμμετοχής τους σε διάφορες πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης. Αυτή η κατάσταση έχει ως αποτέλεσμα τη νοητική και ψυχική εξασθένιση των χρηστών, οι οποίοι είναι πιθανό να αναπτύξουν μη υγιείς συμπεριφορές, όπως απόσυρση, γεγονός που έχει αντίκτυπο στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή [23].

Μελέτες επίσης αναφέρουν ότι οι χρήστες των social media με υψηλά ποσοστά σε FoMO είναι

πιο πιθανό να περνούν περισσότερο χρόνο σε αυτές τις πλατφόρμες, γεγονός που τους οδηγεί σε κατάθλιψη και αρνητικά συναισθήματα [6], αυπνία, καταναγκαστική χρήση των social media και διαταραχές διατροφής [24], χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή τους και από την ικανότητά τους για προσωπική διασύνδεση [25], καθώς και ανεπαρκή ποσότητα και ποιότητα ύπνου [26].

Τα έντονα συναισθήματα της απουσίας από την ενημέρωση για σημαντικά γεγονότα και η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης μπορούν να επηρεάσουν και τις καταναλωτικές επιλογές, καθώς ένα άτομο μπορεί να οδηγηθεί στο να αγοράσει ένα πιο καλό και πιο ακριβό αγαθό από έναν γνωστό του, επειδή δεν θέλει να χάσει την ευκαιρία να έχει κάτι καλύτερο ή να χάσει την ευκαιρία να ακολουθήσει τις τάσεις. Έτσι, τα άτομα οδηγούνται στο να αλλάζουν καταναλωτικές συνήθειες, λόγω της κοινωνικής πίεσης [27].

Ένα σημαντικό στοιχείο για την καταπολέμηση του FoMO και των αρνητικών του συνεπειών είναι η ικανότητα για αναγνώριση ότι όλη αυτή η ιδεατή ζωή που προβάλλεται στα social media και κάποιοι αγωνιούν πως τη χάνουν, στην πραγματικότητα δεν υπάρχει, καθώς και η ικανότητα του ατόμου να αποδεχθεί ότι στην εκτός διαδικτύου ζωή είναι πιο πιθανό τα άτομα να ασχολούνται και να δαπανούν χρόνο και σε ασήμαντα γεγονότα [28].

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης είναι ένα πολύ ισχυρό εργαλείο μετάδοσης πληροφοριών που χρησιμοποιείται από επιστήμονες παροχής φροντίδας υγείας, αλλά και από ασθενείς. Τα social media παρέχουν στους επιστήμονες υγείας τη δυνατότητα να μοιραστούν πληροφορίες, να συζητήσουν μεθόδους παροχής φροντίδας υγείας και πρακτικά θέματα, να προωθήσουν σωστές συμπεριφορές υγείας, να έρθουν σε επαφή με το ευρύ κοινό καθώς και με τους ασθενείς τους [29]. Αυτή η χρήση μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την προαγωγή της υγείας, τη δημιουργία κινήτρου στους ασθενείς, την εκπαίδευσή τους, την παροχή πληροφοριών στην κοινωνία, αλλά και τη δημιουργία ενός επαγγελματικά υψηλού δικτύου για τους επαγγελματίες υγείας [7].

Εκτός από τις ευρέως διαδεδομένες πλατφόρμες (Facebook, Twitter), όπου ο καθένας μπορεί να έχει πρόσβαση και δίνεται η δυνατότητα διάδοσης πληροφοριών, διαδικτυακές κοινότητες όπως το Sermo, Doximity, και The Medical Directors Forum, μετρούν πολυάριθμα μέλη του ιατρικού κλάδου, τα οποία για την εγγραφή τους παρέχουν τα ανάλογα διαπιστευτήρια. Αυτές οι κοινότητες παρέχουν τη δυνατότητα για επικοινωνία μεταξύ επιστημόνων και για συζήτηση πάνω σε εξειδικευμένα θέματα. Ανάλογα διαδικτυακά φόρουμ για νοσηλευτές αποτελούν το ANA Nurse Space (www.ananursespace.org) του American Nurses Association, το Nursing Link (www.nursinglink.com) και το Social RN ([www.twitter.com/socialRN](https://twitter.com/socialRN)) [29].

Εκτός από τη μεταξύ επιστημόνων επικοινωνία, τα social media καθιστούν δυνατή την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών, αλλά και τη δυνατότητα πληροφόρησής τους για διάφορα ζητήματα υγείας που τους απασχολούν. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς χρησιμοποιούν τα κοινωνικά δίκτυα για κοινωνική υποστήριξη, η οποία εκφράζεται συνήθως με τη μορφή πληροφοριακής υποστήριξης, συναισθηματικής υποστήριξης, υποστήριξης μέσω λήψης εκτίμησης, καθώς και υποστήριξης από το ευρύτερο δίκτυο [8]. Άλλες μορφές χρήσης περιλαμβάνουν τη συναισθηματική έκφραση και την κοινωνική σύγκριση υπό την έννοια της έκφρασης των συναισθημάτων για την κατάσταση του ατόμου και τη σύγκριση με άλλους ασθενείς. Αυτού του είδους η χρήση συχνά οδηγεί σε ενδυνάμωση, μέσω της βελτίωσης τη υποκείμενης ευεξίας, της ψυχολογικής κατάστασης, καθώς και της αυτοδιαχείρισης και ελέγχου του ασθενή. Όμως κίνδυνοι υπάρχουν συχνά, καθώς οι ασθενείς - χρήστες κινδυνεύουν να πέσουν θύματα προωθητικών στρατηγικών και απώλειας της ιδιωτικότητας τους [8].

Αυτό όμως που είναι πολύ σημαντικό είναι ότι το διαδραστικό περιβάλλον που παρέχεται από τα social media επιτρέπει στους χρήστες την αναζήτηση πληροφοριών για διάφορα θέματα υγείας και συμβάλει στην προώθηση εκτενέστερης γνώσης [30]. Επιπλέον, σημαντικό είναι ότι οι πληροφορίες παρέχονται σε απλή δημοτική γλώσσα, κάνοντας ευνόητο το περιεχόμενο και διευκολύνοντας τη μετάδοση πληροφοριών, οι οποίες όμως πάντα εμπεριέχουν τον κίνδυνο να υπολείπονται ποιότητας και αξιοπιστίας [31].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της χρήσης του διαδικτύου στην καθημερινή μας ζωή. Η παρούσα ανασκόπηση περιέγραψε τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα που προκύπτουν από την εκτεταμένη χρήση τους, αλλά και το ρόλο τους στο χώρο της υγείας [32]. Χρήστες όλων των ηλικιών μπορεί να αναπτύξουν μη υγιείς συμπεριφορές, όπως αγωνία μη συμμετοχής στην άμεση πληροφόρηση των γεγονότων στα social media (FoMO), ανησυχίες για την εικόνα του σώματός τους, καθώς και κοινωνική σύγκριση με άλλους χρήστες [9,33,34]. Παρά τις αρνητικές επιπτώσεις που προκαλεί η αλόγιστη χρήση τους, επαγγελματίες υγείας και ασθενείς φαίνεται να τα προτιμούν και να τα χρησιμοποιούν για πρόσβαση σε πληροφορίες, για ανταλλαγή απόψεων, συμβουλευτική υποστήριξη και συναισθηματική έκφραση κυρίως από την πλευρά των ασθενών [8,29].

Με την παρούσα εργασία έγινε μία προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και των επιπτώσεων θετικών και αρνητικών που συνεπάγεται η χρήση τους από απλούς πολίτες, αλλά και από εξειδικευμένες ομάδες, όπως οι επαγγελματίες υγείας. Σε μια κοινωνία που χαρακτηρίζεται από τη χρήση νέων τεχνολογιών και από τη συνεχή πρόοδο αυτών, η περαιτέρω μελέτη της χρήσης αυτών των εργαλείων και των εφαρμογών τους σε ποικίλους τομείς της ζωής κρίνεται αναγκαία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Meshi D, Tamir DI, Heekeren HR. The emerging neuroscience of social media. *Trends in Cognitive Sciences*. 2015; 19(12):771-782.
2. Appel H, Gerlach AL, Crusius J. The interplay between Facebook use, social comparison, envy, and depression. *Current Opinion in Psychology*. 2016; 9:44-49.
3. McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH, Masters J. Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. 2015; 48(8):1132-1140.
4. Abel JP, Buff CL, Burr SA. Social media and the fear of missing out: Scale development and assessment. *Journal of Business & Economics Research*. 2016; 14(1):33-44.
5. Vogel EA, Rose JP, Okdie BM, Eckles K, Franz B. Who compares and despairs? The effect of social comparison orientation on social media use and its outcomes. *Personality and Individual Differences*. 2015; 86:249-256.
6. Baker ZG, Krieger H, LeRoy AS. Fear of missing out: Relationships with depression, mindfulness, and physical symptoms. *Translational Issues in Psychological Science*. 2016; 2:275-282.
7. George DR, Rovniak LS, Kraschnewski JL. Dangers and opportunities for social media in medicine. *Clin Obstet Gynecol*. 2013; 56(3):453-462.
8. Smailhodzic E, Hooijsma W, Boonstra A, Langley DJ. Social media use in healthcare: a systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals. *BMC Health Services Research*. 2016; 16(1):442.
9. Hong FY, Huang DH, Lin HY, Chiu SL. Analysis of the psychological traits, Facebook usage, and Facebook addiction model of Taiwanese university students. *Telematics and Informatics*. 2014; 31(4):597-606.
10. Fox J, Rooney MC. The Dark triad and trait self-objectification as predictors of men's use and self-presentation behaviors on social networking sites. *Personality and Individual Differences*. 2015; 76:161-165.
11. Chen J, Hsieh G, Mahmud JU, Nichols J. Understanding individuals' personal values from social media word use. In *Proceedings of the 17th ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work & Social Computing*. 2014; 405-414.
12. Vogel EA, Rose JP, Roberts LR, Eckles K. Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture*. 2014; 3(4):206.
13. Nesi J, Prinstein MJ. Using social media for social comparison and feedback-seeking: Gender and popularity moderate associations with depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015; 43(8):1427-1438.

14. Facebook Company Info. 2015; Available from: <http://newsroom.fb.com/company-info> [Accessed 15th December 2019].
15. Cramer EM, Song H, Drent AM. (2016). Social comparison on Facebook: Motivation, affective consequences, self-esteem, and Facebook fatigue. *Computers in Human Behavior*. 2016; 64:739-746.
16. Chou HTG, Edge N. They are happier and having better lives than I am: The impact of using Facebook on perceptions of others' lives. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*. 2012; 15(2):117-121.
17. Perloff RM. Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*. 2014; 71(11-12):363-377.
18. Fardouly J, Vartanian LR. Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body Image*. 2015; 12:82-88.
19. Fardouly J, Vartanian LR. Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*. 2016; 9:1-5.
20. Lee HR, Lee HE, Choi J, Kim JH, Han HL. Social media use, body image, and psychological well-being: A cross-cultural comparison of Korea and the United States. *Journal of Health Communication*. 2014; 19(12):1343-1358.
21. Dossey L. FOMO, digital dementia, and our dangerous experiment. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2014; 10(2):69-73.
22. Wortham J. Feel like a wallflower? Maybe it's your facebook wall. *New York Times*. 2011; Available from: <http://www.nytimes.com/2011/04/10/business/10ping.html> [Accessed 2nd December 2019].
23. Dhir A, Yossatorn Y, Kaur P, Chen S. Online social media fatigue and psychological wellbeing – A study of compulsive use, fear of missing out, fatigue, anxiety and depression. *International Journal of Information Management*. 2018; 40:141-152.
24. Beyens I, Frison E, Eggermont S. (2016). I don't want to miss a thing: Adolescents' fear of missing out and its relationship to adolescents' social needs, Facebook use and Facebook related stress. *Computers in Human Behavior* 2016; 64:1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.083> [Accessed 18th November 2019].
25. Elhai JD, Levine JC, Dvorak RD, Hall BJ. (2016). Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*. 2016; 63:509–516. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.079> [Accessed 2nd November 2019].
26. Adams SK, Williford DN, Vaccaro A, Kisler TS, Francis A, Newman B. The young and the restless: socializing trumps sleep, fear of missing out, and technological distractions in first-year college students. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2017; 22(3):337–348.
27. Dykman, A. The fear of missing out. 2012; Available from: <http://www.forbes.com/sites/moneybuilder/2012/03/21/the-fear-of-missing-out/> [Accessed 29th November 2019].

28. Beck M. Fighting FOMO: 3 strategies to beat your fear of missing out. 2013; Available from: http://www.huffingtonpost.com/2013/08/02/fomo-fearof-missing-out_n_3685195.html [Accessed 20th November 2019].
29. Ventola CL. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. *Pharmacy and Therapeutics*. 2014; 39(7):491.
30. Benetoli A, Chen TF, Aslani P. How patients' use of social media impacts their interactions with healthcare professionals. *Patient Education and Counseling*. 2018; 101(3):439-444.
31. Grogan S, Rothery L, Cole J, Hall M. Posting selfies and body image in young adult women: The selfie paradox. *The Journal of Social Media in Society*. 2018; 7(1):15-36.
32. Lup K, Trub L, Rosenthal L. Instagram instasad: exploring associations among instagram use, depressive symptoms, negative social comparison, and strangers followed. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2015; 18(5):247-252.
33. Prieler M, Choi J. Broadening the scope of social media effect research on body image concerns. *Sex Roles*. 2014; 71(11-12):378-388.
34. Alt D. (2017). Students' social media engagement and fear of missing out (FoMO) in a diverse classroom. *Journal of Computing in Higher Education*. 2017; 29(2):388-410.

Use and Impacts of Social Media – Application in Nursing

Panagiotis Baroutas¹, Ioanna V. Papathanasiou^{2,3}

¹ RN, Nursing Department, University of Thessaly, ² Associate Professor of Nursing – Community Psychiatry, Nursing Department, University of Thessaly, ³ Community Nursing Lab, Nursing Department, University of Thessaly, Greece

ABSTRACT

The use of social media for many hours is often accompanied by negative effects, especially on the mental status of individuals. The main purpose of this review is to present the characteristics of people who frequently use social media, but also the effects that this use has on their mental health, through the results of recent research studies of the last decade. A separate aim of the study was to present the applications of social media in the field of health and nursing. The results of the empirical studies show that long-term use is often accompanied by problematic situations such as low self-esteem and depression, excessive concern for body image, excessive concern about the possibility of untimely information for events and situations and negative social comparisons. In the field of health and nursing, their use is mainly aimed at transmitting and exchanging information on health issues, but also at the ability to interact, express emotions and support.

Keywords: Social Media, Impacts, Mental Health, Health Professionals, Nursing

Citation

P. Baroutas, I.V. Papathanasiou. Use and Impacts of Social Media – Application in Nursing. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 72-84

Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή

Συμεών Ναούμ

Στρατιωτικός Ιατρός, Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) συνιστά την παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία είναι προσβάσιμη, συντονισμένη, συνεχής και πολύπλευρη. Στην Ελλάδα, παρότι έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες οργάνωσης και αναβάθμισης της Π.Φ.Υ., τα αποτελέσματα είναι αρκετά αμφιλεγόμενα. Μέσω της αξιολόγησης της παρούσας κατάστασης στην Ελλάδα, καταδεικνύεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός δικτύου Π.Φ.Υ. σε αστική περιοχή, με εστίαση στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας. Επιπλέον, καταστρώνεται ανάλυση S.W.O.T. ώστε να επισημανθούν τα δυνατά και αδύνατα σημεία, οι ευκαιρίες και οι απειλές ενός τέτοιου εγχειρήματος. Τέλος, καθορίζονται το όραμα ενός εθνικού δικτύου Π.Φ.Υ., οι στρατηγικοί στόχοι και τα επιχειρησιακά σχέδια για την εφαρμογή του. Η εφαρμογή του σχεδιασμού προϋποθέτει την εκπόνηση χρονοδιαγράμματος, βασισμένου στη διάρκεια και την αλληλεξάρτηση των δράσεων. Τέλος, κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του σχεδιασμού-προγραμματισμού, αλλά και μετά, απαιτείται συνεχής αξιολόγηση ώστε να γίνονται έγκαιρα διορθωτικές παρεμβάσεις.

Λέξεις ευρετηρίου: οικογενειακός γιατρός, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προγραμματισμός-σχεδιασμός, λειτουργίες διοίκησης, ανάλυση S.W.O.T.

Παραπομπή

Σ. Ναούμ. Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(1): 85-99

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αναδόθηκε τη δεκαετία του 1970, ως η εναλλακτική απάντηση στα μέχρι τότε ιατροκεντρικά και νοσοκεντρικά συστήματα υπηρεσιών υγείας [1]. Η έννοια της Π.Φ.Υ. καθορίστηκε το 1978 στη διακήρυξη της Alma-Ata και ορίζεται ως «η ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε πρακτικές,

επιστημονικά σωστές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, η οποία προσφέρεται σε όλα τα άτομα και όλες τις οικογένειες μιας κοινότητας με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης» [2]. Ως

Π.Φ.Υ. μπορεί να προσδιοριστεί «η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η οποία είναι προσβάσιμη, συντονισμένη, συνεχής και πολύπλευρη [3] ή ως το σύνολο παροχών υγείας που χαρακτηρίζεται από ολοκληρωμένες, προσβάσιμες και συντονισμένες υπηρεσίες υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο» [4].

Στην Ελλάδα, αρχικά, η Π.Φ.Υ. θεσμοθετήθηκε κυρίως με τα νομοθετικά διατάγματα 2592/1953 και 3487/1955. Η μεγαλύτερη προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης τα τελευταία 40 χρόνια έγινε το 1983, με το νόμο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), με τον οποίο εισήχθηκε ο θεσμός του οικογενειακού/γενικού ιατρού ως βασικό προσωπικό για τη στελέχωση των Κέντρων Υγείας [5], ενώ με το νόμο 1579/1985 [6] ιδρύεται η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες προτάσεις και ψηφιστεί αρκετές νομοθετικές διατάξεις σχετικά με την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα [7-11].

Αναφορικά με τον όρο στρατηγικό σχεδιασμό [12], καλείται «η διοικητική διαδικασία ανάπτυξης και επίτευξης μιας βιώσιμης προσαρμογής μεταξύ των σκοπών και των πόρων μιας επιχείρησης από τη μία, και των ευκαιριών που παρουσιάζονται από την άλλη, στο χώρο της διαρκώς εξελισσόμενης αγοράς». Αναλογικά, ο σχεδιασμός ενός δικτύου Π.Φ.Υ. δίνει την κατεύθυνση για τη μορφοποίηση των δραστηριοτήτων του, την εκπλήρωση της αποστολής του και την κάλυψη των αναγκών των δικαιούχων των υπηρεσιών του. Η επίτευξη των παραπάνω, προϋποθέτει την αποτελεσματική αξιοποίηση όλων των πόρων

που διαθέτει (π.χ. ανθρώπινο δυναμικό, υπηρεσίες). Είναι προφανές ότι ο σχεδιασμός-προγραμματισμός κάθε μονάδας υγείας, ως υποσύστημα του Ε.Σ.Υ. εντάσσεται στο πλαίσιο του εθνικού υγειονομικού σχεδιασμού και οι αντικειμενικοί στόχοι θα πρέπει να είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με αυτούς του εθνικού σχεδιασμού [13]. Αυτό προϋποθέτει ότι το δίκτυο Π.Φ.Υ. είναι πλήρως ενημερωμένο για την εθνική πολιτική υγείας που εφαρμόζεται, αλλά και για το περιεχόμενο και τους στόχους του εθνικού σχεδιασμού-προγραμματισμού.

Στην παρούσα εργασία, εξετάζεται η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός δικτύου Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, με εστίαση στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας, και γίνεται μια προσπάθεια σχεδιασμού και εφαρμογής του σε αστική περιοχή. Αρχικά, προσδιορίζεται η έννοια της Π.Φ.Υ. Στη συνέχεια, γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση της ιστορικής εξέλιξης της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και αναφορά του ισχύοντος καθεστώτος. Αφού ελήφθησαν υπόψη τα χαρακτηριστικά ενός δικτύου Π.Φ.Υ., εκπονήθηκε S.W.O.T. ανάλυση, αναλύοντας τα δυνατά και αδύνατα σημεία του εσωτερικού περιβάλλοντος του δικτύου καθώς και των απειλών και των ευκαιριών του εξωτερικού. Τέλος, καθορίστηκαν το όραμα και οι στρατηγικοί στόχοι της διοίκησης και αναπτύχθηκαν οι μέθοδοι προσέγγισής τους, αποτελώντας τα επιμέρους επιχειρησιακά σχέδια.

ΔΙΚΤΥΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ (Δ.ΠΦΥ.Α.Π)

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα πολυϊατρεία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες γιατρούς. Στην Π.Φ.Υ. συγκαταλέγονται επίσης η πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη και η οδοντιατρική κάλυψη [14].

Τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) αστικού τύπου είναι κέντρα υγείας που λειτουργούν στα αστικά κέντρα. Ένα πρότυπο λειτουργίας αστικού Κ.Υ. θα μπορούσε να αποτελέσει η πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού [15]. Η σύσταση του δικτύου Π.Φ.Υ. στις αστικές περιοχές έχει εξαγγελθεί από προηγούμενες κυβερνήσεις και θα αποτελείται από: Μονάδες Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς (Μο.Φ.Υ.Γ.), δηλαδή τα περιφερειακά ιατρεία, που θα υποστηρίζονται και θα αναφέρονται στις Μονάδες Αναφοράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Μ.Α.Π.Φ.Υ.), δηλαδή τα Κ.Υ. Οι εξαγγελίες αυτές στηρίζονται στην εισήγηση της ομάδας εργασίας με συντονιστή τον κ. Μπένο [16].

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΝΟΣ ΔΙΚΤΥΟΥ Π.Φ.Υ.

Βάσει στατιστικών δεδομένων αναφορικά με την ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού (περίπου 37 %) δηλώνει ότι αντιμετωπίζει οικονομικά εμπόδια για την απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας [17]. Σε αυτές τις οικονομικές

και κοινωνικές συνθήκες, η μετάβαση από την υπάρχουσα κατάσταση σε εκείνη όπου ο γενικός/οικογενειακός γιατρός θα αποτελεί μέρος μιας καλά εκπαιδευμένης ομάδας στη λειτουργία ολοκληρωμένων δικτύων, μπορεί να διασφαλίσει καλύτερη πρόσβαση για πολίτες με χαμηλό εισόδημα, με περισσότερες προληπτικές υπηρεσίες και έγκαιρη διαχείριση των προβλημάτων [18].

Εμπειρίες από το διεθνές περιβάλλον, έχουν δείξει ότι τα συστήματα υγείας που βασίζονται στην Π.Φ.Υ. μπορούν να επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας με λιγότερο κόστος [19,20]. Μελέτες αναφέρουν ότι, όσο ενισχύονται τα δίκτυα Π.Φ.Υ., τόσο βελτιώνονται οι δείκτες υγείας του πληθυσμού και παρατηρείται μείωση του αριθμού των πρόωγων θανάτων, αύξηση του προσδόκιμου ζωής και αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών όσο αφορά το σύστημα περίθαλψης [21,22]. Η βελτιωμένη πρόσβαση σε Π.Φ.Υ. σχετίζεται με μείωση του ρυθμού θνησιμότητας, βελτίωση των δεικτών υγείας και μικρότερο κόστος [23-27]. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που εξηγούν τα θετικά αποτελέσματα, όπως η καλύτερη πρόσβαση, η έμφαση στην πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση [28]. Έχει αποδειχθεί, επίσης, ότι όσο αυξάνεται η πυκνότητα των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας τόσο μειώνεται η θνησιμότητα όπως και ότι, στους ενήλικες που παρακολουθούνται από οικογενειακό ιατρό, παρατηρείται μικρότερη θνησιμότητα [24,28].

Αναφορικά με το κόστος, η Π.Φ.Υ. απαιτεί λιγότερες δαπάνες επειδή (α) έχει μειωμένη απαίτηση σε εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας [29] και (β) οι οικογενειακοί γιατροί συνταγογραφούν λιγότερες διαγνωστικές

εξετάσεις από τους εξειδικευμένους, με αποτέλεσμα να μειώνεται η δαπάνη [30]. Η δυνατότητα πρόσβασης σε σταθερή πηγή φροντίδας συσχετίζεται με ελάττωση του ρυθμού επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για μη επείγοντα περιστατικά [31]. Η έλλειψη ελέγχου της ροής των ασθενών στα επείγοντα οδηγεί στη συμφόρηση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και επιβαρύνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Με την ανασυγκρότηση του δικτύου Π.Φ.Υ., η νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να απαλλαγεί από το βάρος του 25-30 % των περιπτώσεων [32]. Η μεγαλύτερη διαθεσιμότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. συσχετίζεται με ελάττωση της χρήσης ακριβότερων τύπων υπηρεσιών υγείας, όπως η νοσηλεία σε νοσοκομειακές μονάδες [33]. Άλλωστε, ο Π.Ο.Υ. ειδικότερα, υποστηρίζει ότι η αναγέννηση των συστημάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την αναγέννηση της Π.Φ.Υ. [34,35].

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Διαχρονικά έχουν ψηφισθεί αρκετοί νόμοι για την οργάνωση της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, αλλά μολονότι αυτοί οι νόμοι περιλαμβάνουν πολλές και σημαντικές ρυθμίσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν το σύστημα Π.Φ.Υ., είτε αυτοί δεν εφαρμόστηκαν, είτε εφαρμόστηκαν αποσπασματικά, είτε δεν είχαν την απαιτούμενη πληρότητα, ώστε να οδηγήσουν στην οργάνωση και εδραίωση ενός αποτελεσματικού συστήματος Π.Φ.Υ. [36]. Η αλλαγή κυβερνήσεων οδήγησε σε νομοθετήματα με διαφορετικές προσεγγίσεις σχετικά με θέματα Π.Φ.Υ. με αποτέλεσμα να

γίνουν αρκετές παλινωδίες. Η ελληνική νομοθεσία για την Π.Φ.Υ. είναι κατακερματισμένη, πολλές από τις υπάρχουσες διατάξεις δεν έχουν εφαρμοστεί ποτέ, καθώς επίσης υπάρχει και νομοθετική ασάφεια [37, 38].

Μια προσπάθεια οργάνωσης ενός ενιαίου και ισχυρού συστήματος Π.Φ.Υ. έγινε το 2014 με τον νόμο 4238 [11]. Ένα βασικό χαρακτηριστικό του νόμου είναι η δημιουργία καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου Π.Ε.Δ.Υ. που λειτουργεί υπό τις Δ.Υ.Πε. Στο νόμο αυτό, αναφέρεται η διεπαγγελματική-διεπιστημονική ομάδα, ο οικογενειακός γιατρός, θεσπίζεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) και ρυθμίζονται θέματα που αφορούν στα Κ.Υ. Με το Ν. 4368/2016 [39], φαίνεται να διευθετείται η κάλυψη των ευπαθών ομάδων, επιτρέποντας την υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων και των προσφύγων στο Π.Ε.Δ.Υ., όμως είναι ακόμη πολύ νωρίς για να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΑΣΤΙΚΟΥ Δ.Π.Φ.Υ.Α.Π - ΑΝΑΛΥΣΗ S.W.O.T.

Τα χαρακτηριστικά του δικτύου Π.Φ.Υ. αφορούν στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του, που στην ακόλουθη ανάλυση S.W.O.T., έχουν ομαδοποιηθεί σε πλεονεκτήματα και αδυναμίες του δικτύου, καθώς και σε ευκαιρίες και απειλές που σχετίζονται με αυτό.

Πίνακας 1. Ανάλυση S.W.O.T.

	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ A STRENGTHS	ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ WEAKNESSES
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	1. Οι ρυθμίσεις του Ν.4238/2014	1. Ανεπαρκείς πόροι για την Π.Φ.Υ.
	2. Διαθεσιμότητα υγειονομικού προσωπικού με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης	2. Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης
	3. Ηλεκτρονικά Συστήματα Υγείας	3. Ανεπάρκεια προσωπικού

	ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ OPPORTUNITIES	ΑΠΕΙΛΕΣ THREATS
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	1. Χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ	1. Αντίσταση από επαγγελματικές ομάδες
	2. Η τρέχουσα οικονομική κρίση παρέχει ευκαιρίες εφαρμογής του νόμου για την ανάπτυξη και λειτουργία αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.	2. Δημογραφικά προβλήματα- Γήρανση πληθυσμού- Μετανάστευση- Ανεργία-Προσφυγικό
	3. Το πρόγραμμα της Ε.Ε για την υγεία (2014-2020)	3. Παλινωδίες από πιθανή αλλαγή πολιτικών και κατευθύνσεων μετά από αλλαγή κυβερνήσεων
	4. Κυβερνητικές εξαγγελίες για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου Δικτύου Π.Φ.Υ.	4. Δημοσιονομικοί περιορισμοί
		5. Απώλεια κοινοτικών πόρων
		6. Γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης-Αντίσταση στις αλλαγές
		7. Δυσμενής εικόνα του πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το δίκτυο
		8. Έλλειψη Γενικών Ιατρών

ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Οι ρυθμίσεις των Ν.4238/2014

Ο Ν.4238/2014 παρέχει το νομικό πλαίσιο για τη δημιουργία δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αστικών κέντρων υγείας.

2. Διαθεσιμότητα υγειονομικού προσωπικού με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης

Τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και ορισμένοι από τους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας, διαθέτουν καλά εκπαιδευμένο και έμπειρο επιστημονικό προσωπικό, το οποίο θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για την ανάπτυξη και λειτουργία του αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.

3. Ηλεκτρονικά Συστήματα Υγείας

Ηλεκτρονικά συστήματα όπως: Ο Α.Η.Φ.Υ., που είναι πλέον διαθέσιμος μέσω της ιστοσελίδας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, αλλά και διάφορες εφαρμογές τηλεϊατρικής, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας του αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.

ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Ανεπαρκείς πόροι για την Π.Φ.Υ.

Οι πόροι για τη Δημόσια Υγεία και συνεπώς και για την Π.Φ.Υ. είναι περιορισμένοι, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η υλοποίηση της αποστολής του αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.

2. Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης

Η απουσία σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων management (πληροφοριακά συστήματα διοίκησης, συστήματα αξιολόγησης και ελέγχου κ.λπ.), καθιστά δύσκολη και σε ορισμένες περιπτώσεις αδύνατη την επιτυχή διαχείριση και διοίκηση των διαφόρων υπηρεσιών, προγραμμάτων και δραστηριοτήτων των δικτύων Π.Φ.Υ., μειώνοντας την αποτελεσματικότητά τους.

3. Ανεπάρκεια προσωπικού

Οι περιορισμένες δυνατότητες του Υπ. Υγείας να προσλάβει προσωπικό (π.χ. ποσοστώς 1:5 στις προσλήψεις προς αποχωρήσεις), που επέβαλε η κρίση, σε συνδυασμό με αποχωρήσεις προσωπικού λόγω συνταξιοδότησης, έχει οδηγήσει σε ανεπάρκεια προσωπικού με δυσμενείς συνέπειες στην ποιότητα λειτουργίας του συστήματος υγείας γενικότερα.

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ

1. Χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ

Δίνεται η ευκαιρία χρηματοδότησης της ανάπτυξης δικτύου Π.Φ.Υ. σε αστική περιοχή μέσω των κονδυλίων του ΕΣΠΑ.

2. Η τρέχουσα οικονομική κρίση παρέχει ευκαιρίες εφαρμογής του νόμου για την ανάπτυξη και λειτουργία αστικού δικτύου Π.Φ.Υ.

Η παρούσα οικονομική κατάσταση παρέχει μια μοναδική ευκαιρία εφαρμογής του νόμου

καθώς δημιουργεί προϋποθέσεις ώστε να καμφθούν οι αντιδράσεις ή πιέσεις κοινωνικών φορέων και επαγγελματικών ομάδων, για τη διατήρηση ή απόκτηση επαγγελματικών ωφελημάτων.

3. Το πρόγραμμα της Ε.Ε για την υγεία (2014-2020)

Το πρόγραμμα [40] έχει 4 βασικούς στόχους:

- Προαγωγή της υγείας, πρόληψη των νόσων και διαμόρφωση κατάλληλων συνθηκών τρόπου ζωής, με βάση την αρχή «η υγεία σε όλες τις πολιτικές».
- Προστασία των πολιτών της Ε.Ε από σοβαρές διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας.
- Συμβολή σε καινοτόμα, αποδοτικά και βιώσιμα συστήματα υγείας.
- Διευκόλυνση της πρόσβασης των πολιτών της Ε.Ε σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη.

Από το πρόγραμμα αυτό μπορούν να εξασφαλιστούν χρηματοδοτήσεις.

4. Κυβερνητικές εξαγγελίες για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου Δικτύου Π.Φ.Υ.

Ο Υπουργός Υγείας εξήγγειλε την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα στηρίζεται στον οικογενειακό γιατρό, την ομάδα υγείας, τα Κέντρα Υγείας Πόλης και τα ιατρεία γειτονιάς, ενώ ταυτόχρονα θα αλλάξει το θεσμικό πλαίσιο ώστε να υπάρξει βελτίωση της Π.Φ.Υ. [41].

ΑΠΕΙΛΕΣ

1. Αντίσταση από επαγγελματικές ομάδες

Επαγγελματικοί σύλλογοι όπως πάροχοι φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού, αποτελούν ισχυρές ομάδες που ασκούν πίεση για την προώθηση των συμφερόντων τους με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση εφαρμογής νομοθετημάτων προς όφελος της Π.Φ.Υ.

2. Δημογραφικά προβλήματα - Γήρανση πληθυσμού - Μετανάστευση - Ανεργία - Προσφυγικό

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ [42], καταδεικνύεται η από χρόνο σε χρόνο γήρανση του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την μείωση των γεννήσεων [43], τη μετανάστευση των νέων και την ανεργία, θα επιβαρύνει το σύστημα αφού θα αυξηθεί ο μεγάλος ηλικίας πληθυσμός και συνεπώς, οι ανάγκες για περίθαλψη. Επίσης, θα μειωθούν οι ασφαλιστικές εισφορές δυσχεραίνοντας τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Μια επιπρόσθετη απειλή αποτελούν οι ανεξέλεγκτες ροές προσφύγων και παράνομων μεταναστών που μπορεί να οδηγήσουν σε υπερφόρτωση του δικτύου και σε αύξηση δαπανών, υποβαθμίζοντας το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3. Παλινωδίες από πιθανή αλλαγή πολιτικών και κατευθύνσεων μετά από αλλαγή κυβέρνησεων

Στο παρελθόν σημειώθηκαν παλινωδίες στη νομοθέτηση που αφορούσε στη Π.Φ.Υ. Ως εκ τούτου, εκφράζονται φόβοι για τυχόν επανάληψή τους στο μέλλον με δυσμενείς συνέπειες. Για τον περιορισμό των φαινομένων, ορισμένοι ιατρικοί σύλλογοι

προτείνουν τη δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με διακομματική θεσμική στελέχωση και 5ετή θητεία [44].

4. Δημοσιονομικοί περιορισμοί

Είναι δυνατόν να γίνουν περικοπές σε κατανομές κονδυλίων για την υγεία λόγω των συνολικών περικοπών του προϋπολογισμού ή λόγω ανταγωνιστικών προτεραιοτήτων σε άλλους τομείς (κοινωνική προστασία, ενέργεια, δημόσια διοίκηση, κλπ)

5. Απώλεια κοινοτικών πόρων

Κίνδυνος απώλειας κοινοτικών πόρων για την Π.Φ.Υ., λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας.

6. Γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης- Αντίσταση στις αλλαγές

Ο κίνδυνος της γραφειοκρατίας που ελλοχεύει στο δημόσιο τομέα μπορεί να παρεμποδίσει την ανάπτυξη δικτύου Π.Φ.Υ. Επίσης κίνδυνο μπορεί να αποτελέσει η αντίσταση στις αλλαγές του εμπλεκόμενου προσωπικού, που μπορεί όμως να αντιμετωπισθεί με κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση.

7. Δυσμενής εικόνα του πληθυσμού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το δίκτυο ή το Κ.Υ.

Η δυνατότητα των ασφαλισμένων να χρησιμοποιούν και να επισκέπτονται ιδιωτικές δομές και επαγγελματίες υγείας, σε συνδυασμό με την ελλειμματική λειτουργία των Κ.Υ. και των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών, που εντάχθηκαν στον Ε.Ο.Π.Π.Υ., δημιούργησε δυσμενή εικόνα και δυσπιστία για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους παρόχους Π.Φ.Υ.

8. Έλλειψη Γενικών Ιατρών

Σύμφωνα με την Ελληνική Ένωση Γενικής Ιατρικής [45] στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη Γενικών Ιατρών. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να δημιουργήσει προβλήματα στη στελέχωση της Π.Φ.Υ. και στη λειτουργία του οικογενειακού γιατρού, θεσμός που είναι ευρύτατα διαδεδομένος και σημαντικός σε άλλες χώρες [46].

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ-ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΟΣ Δ.Π.Φ.Υ.Α.Π

Ο στρατηγικός σχεδιασμός της ανάπτυξης αστικού δικτύου Π.Φ.Υ., βασιίζεται στην προσέγγιση του οράματος της διοίκησης και στην υλοποίηση των στρατηγικών στόχων που τίθενται από αυτήν, αποτελώντας αναπόσπαστο κομμάτι της λειτουργίας της. Για την υλοποίηση της στρατηγικής, θα πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία με την κεντρική διοίκηση, με το δήμο εντός των ορίων του οποίου θα αναπτυχθεί το δίκτυο, με κοινωνικούς φορείς που στηρίζουν προγράμματα κοινωνικής φροντίδας, κλπ., ενώ θα πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες για τη συμμετοχή των δικαιούχων των υπηρεσιών του δικτύου (ατομικά ή συλλογικά), στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της φροντίδας υγείας τους, όπως προβλέπει η διακήρυξη της Alma Ata [2].

1. Όραμα

«Ένα εθνικό δίκτυο Π.Φ.Υ. που θα εισαγάγει την έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, η οποία είναι μια συνεχής διαδικασία και απλώνεται από την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την πρόληψη της νόσου, την

περίθαλψη και τη φροντίδα των αρρώστων μέχρι τη φυσική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξή τους» [47].

2. Στρατηγικοί στόχοι & επιχειρησιακά σχέδια

Ο στρατηγικός σχεδιασμός εμπεριέχει τον καθορισμό από τη διοίκηση στρατηγικών στόχων, που για την επίτευξή τους απαιτείται προσδιορισμός και υλοποίηση μεθόδων-τρόπων (δηλ. επιχειρησιακών σχεδίων-operational planning).

Στόχος 1: «Παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από το υπό ανάπτυξη δίκτυο Π.Φ.Υ.»

Επιχειρησιακά Σχέδια:

Για να επιτευχθεί η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας από το δίκτυο Π.Φ.Υ., θα πρέπει:

- Να στελεχωθεί το δίκτυο Π.Φ.Υ. με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (γενικοί χειρουργοί, καρδιολόγοι, ψυχίατροι, νευρολόγοι, ωτορινολαρυγγολόγοι, οφθαλμίατροι, οδοντίατροι, ουρολόγοι, γυναικολόγοι, ενδοκρινολόγοι, κ.α) καθώς και με νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό, φυσικοθεραπευτές, κ.α, ώστε να δημιουργηθεί διεπαγγελματική-διεπιστημονική ομάδα για την ολιστική αντιμετώπιση των περιστατικών. Επίσης, η λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, απαιτεί πρόσληψη γενικών γιατρών, παθολόγων και/ή παιδιάτρων.
- Να υπάρχουν υποδομές βραχείας νοσηλείας για έκτακτες περιπτώσεις ή για την

παρακολούθηση ασθενών καθώς και θάλαμος μόνωσης για ειδικά περιστατικά.

- Να παρέχεται πληροφόρηση και συμβουλές σε θέματα όπως: η αγωγή υγείας, αντισύλληψη, αλκοολισμός, ναρκωτικά, αιμοδοσία, κάπνισμα, κοινωνική φροντίδα νέων και ηλικιωμένων, κ.ά, αλλά και να γίνονται μαθήματα ανώδυνου τοκετού και αυτοεξέτασης μαστού.
- Να παρέχονται υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.
- Να είναι δυνατή η παροχή φαρμάκων σε όσους έχουν ανάγκη.
- Να παρέχονται υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και να υπάρχει στο δίκτυο διαθέσιμο αυτοκίνητο για τις μετακινήσεις γιατρών, νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών, κλπ.
- Να λειτουργεί τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία.

Στόχος 2: «Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας του υπό ανάπτυξη δικτύου Π.Φ.Υ.»

Επιχειρησιακά Σχέδια:

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί με:

- Σύγχρονες και λειτουργικές κτιριακές εγκαταστάσεις.
- Σύγχρονο εξοπλισμό για διαγνωστικές, εργαστηριακές εξετάσεις, φυσικοθεραπεία, κλπ.

- Εγκατάσταση και εφαρμογή εργαλείων και μεθόδων management (πληροφοριακά συστήματα διοίκησης, συστήματα αξιολόγησης και ελέγχου κ.λπ.).
- Εφαρμογή συστήματος ISO.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των εργαζομένων στις δομές του δικτύου, με σκοπό να εξοικειωθούν με έννοιες, λειτουργίες, δεξιότητες και πρακτικές, που απαιτεί το δίκτυο, μέσα από Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Κατάρτισης.
- Στελέχωση με διοικητικό και λοιπό προσωπικό (καθαρίστριες, τραπεζοκόμο, τεχνικό/συντηρητή, θυρωρό, κλπ).

Στόχος 3: «Αποσυμφόρηση των νοσοκομείων της περιοχής του δικτύου Π.Φ.Υ.»

Η πλήρης στελέχωση και ο επαρκής εξοπλισμός των μονάδων του δικτύου Π.Φ.Υ. σε αστική περιοχή, θα συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της εικόνας και της δυσπιστίας που έχουν σήμερα οι δικαιούχοι των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα το δίκτυο να γίνει ελκυστικό και προτιμώμενο από τους δικαιούχους των υπηρεσιών, συντελώντας στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων.

Επιχειρησιακά Σχέδια:

- Εκπόνηση κατάλληλων επικοινωνιακών προγραμμάτων ενημέρωσης και πληροφόρησης, ώστε να αναπτυχθεί η κοινωνική συνείδηση για την αξία, την ποιότητα και την πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα δίκτυα Π.Φ.Υ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σχεδιασμός-προγραμματισμός είναι μια διαδικασία καθορισμού αντικειμενικών στόχων και των μεθόδων-τρόπων (επιχειρησιακά σχέδια) επίτευξής τους, λειτουργώντας ως οδηγός για τον οργανισμό τον οποία και αφορά. Ειδικότερα, αναφορικά με το σχεδιασμό-προγραμματισμό ενός δικτύου Π.Φ.Υ. σε αστική περιοχή, γίνεται φανερό η αναγκαιότητά της δημιουργίας του, μέσω της αποδεδειγμένης, βιβλιογραφικά, σημασίας της Π.Φ.Υ., καθώς και από την αποτίμηση της παρούσας κατάστασης στην Ελλάδα. Αφού ελήφθησαν υπόψη τα χαρακτηριστικά ενός δικτύου Π.Φ.Υ., εκπονήθηκε ανάλυση S.W.O.T. και καθορίστηκαν το όραμα και οι στρατηγικοί στόχοι της διοίκησης. Επιπρόσθετα, η υλοποίηση των επιχειρησιακών σχεδίων είναι καθοριστικής σημασίας για την εφαρμογή του σχεδιασμού, ενώ για κάθε επιχειρησιακό σχέδιο πρέπει να προσδιοριστούν και να υλοποιηθούν συγκεκριμένες «δράσεις» κοστολογημένες, με αναφορά στην πηγή χρηματοδότησής τους. Η εφαρμογή του σχεδιασμού προϋποθέτει την εκπόνηση χρονοδιαγράμματος, βασισμένου στη διάρκεια και την αλληλεξάρτηση των δράσεων. Τέλος, κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του σχεδιασμού-προγραμματισμού, αλλά και μετά, απαιτείται συνεχής αξιολόγηση ώστε να γίνονται έγκαιρα διορθωτικές παρεμβάσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κούτης Α. Αλλαγή παραδείγματος στην Ιατρική: Η εισαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1992, 4: 193-198.
2. World Health Organization. International Conference on Primary Health Care (1978: Alma-Ata, USSR). World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Available at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
3. Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study. Washington, DC: The National Academies Press, 1978.
4. Starfield, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology, New York, Oxford University Press, 1998.
5. Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/07-10-1983). «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
6. Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985), «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
7. Κυριόπουλος Γ, Λιόνης Χ, Δημολιάτης Γ, Μερκούρης Μ-Π, Οικονόμου Χ, Τσάκος Γ και Φιλαλήθης Α. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2000, 12 (4): 169-198.
8. Μωραΐτης Ε. Μια ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα, στο Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήθης Τ. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα: Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, 1996.
9. Πολύζος, Ν. Μελέτη οργάνωσης-χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή, 2013.
10. Σουλιώτης Κ, Θηραϊός Ε, Καϊτελίδου Δ, Παπαδακάκη Μ, Τσαντίλας Π, Τσιρώνη Μ και Ψαλτοπούλου Θ. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα, 2013.
11. Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014), «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις»
12. Kotler P. Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control. 7th edition. Prentice Hall, 1991:90
13. Καθορισμός στρατηγικών στόχων και αξόνων παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας, για τις Υπηρεσίες Υγείας της Χώρας, με χρονική περίοδο εφαρμογής την τριετία 2017-2020. Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/news/4541-strathgikoi-stoxwn-kai-aksones-parembashs-toy-ypourgeiou-ygeias-gia-tis-yphresies-ygeias-ths-xwras-me-xronikh-periodo-efarmoghs-thn-trietia-2017-2020-raquo>

14. Νόμος 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 38Α/2014
15. Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας. Διαθέσιμο στο <http://www.aemy.gr/>
16. Ομάδα εργασίας, συντονιστής Αλ. Μπένος. Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα, 2015. Διαθέσιμο στο <http://isx.gr/sites/default/files/%CE%A4%CE%BF%20%CF%80%CF%8C%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%9F%CE%BC%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82%20%CE%B5%CF%81%CE%B3%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5.pdf>
17. ΕΣΥΔ. Διερεύνηση των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας και της περιοριστικής πολιτικής στην υγεία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2015.
18. Bailit H. Population Health and Allocation of Resources. 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές της υγείας. Αθήνα, Ελλάδα, 2013.
19. Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW & Haq CL. Global health and primary care research. Journal of the American Board of Family Medicine, 2007, 20, 518-526.
20. Rice T. Lessons from across the pond. U.K.'s NHS gets better outcomes at less cost by emphasizing primary-care docs. Modern Healthcare, 2010, 40:17.
21. Macinko J, Starfield B & Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. Health Services Research, 2003, 38, 831-865.
22. Starfield B & Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy, 2002, 60, 201-218.
23. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K & Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. Family Medicine, 2003, 35, 60-64.
24. Franks P & Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. Journal of Family Practice, 1998, 47, 105-109.
25. Shi L, Forrest CB, von Schrader S & Ng J. Vulnerability and the Patient–Practitioner Relationship: The Roles of Gatekeeping and Primary Care Performance. American Journal of Public Health, 2003, 93, 138-144.
26. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J & Politzer R. The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States, 1980–1995. The Journal of the American Board of Family Practice, 2003, 16, 412-422.
27. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J & Politzer R. Primary Care, Income Inequality, and Stroke Mortality in the United States: A Longitudinal Analysis, 1985–1995. Stroke, 2003, 34, 1958-1964.
28. Starfield B, Shi L & Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, 2005, 83, 457-502.

29. Weiner JP. The demand for physician services in a changing health care system: a synthesis. Medical care review, 1993, 50, 411-449.
30. Friedberg MW, Hussey PS & Schneider EC. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. Health Affairs, 2010, 29, 766-772.
31. Friedman B & Basu J. Health insurance, primary care, and preventable hospitalization of children in a large state. American Journal of Managed Care, 2001, 7, 473-481.
32. Roberts E & Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? Health Policy, 1998, 44, 191-214.
33. Kravet SJ, Jones H, Howell EE & Wright SM. Pilot study comparing patients' valuation of health-care services with Medicare's relative value units. Health Expect, 2008, 11, 391-399.
34. WHO, The World Health Report, Primary Health Care: Now more than ever 2008, available at http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
35. Θεοδωράκης Π, Λιονής Χ. Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η γενική ιατρική αποτελεσματική στην έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής; Στο: Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ. Σουλιώτης Κ. Τσάκος Γ (επιμέλεια). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.
36. Καλοκαιρινού Α, Αδαμακίδου Θ, Βελονάκη Β Σ, Βιβιλάκη Β, Καπρέλη Ε, Κριεμπάρδης Α, και συν. Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον. Στο Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πανεπιστημιακό Σύγγραμμα, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ. Εκδόσεις Κάλλιπος, Αθήνα. Κεφ 14 Διαθέσιμο στο https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3315/1/02_chapter_14.pdf
37. Ποτήρης Α, Σαράφης Π. Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2016, 6: 116-121
38. Σωτηριάδου Κ, Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2011, 3:140-148
39. Ν.4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016
40. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Τρίτο πρόγραμμα της ΕΕ για την υγεία (2014-2020). Διαθέσιμο στο http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_el.htm
41. Συνέντευξη Υπουργού Υγείας, 2015. Διαθέσιμη στο <http://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/325879/ansanthos-to-neo-esy-ta-iatreia-tis-geitonias--o-synigoros-tou-astheni--i-katargisi-tis-esan--to-neo-ergasiako-ithos?v10>
42. ΕΛΣΤΑΤ. Προβολές πληθυσμού της Ελλάδος - Ανάλυση πληθυσμού. Διαθέσιμο στο <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO18/->
43. ΕΛΣΤΑΤ. Γεννήσεις. Διαθέσιμο στο <http://www.statistics.gr/statistics/pop>

44. Προτάσεις Ι.Σ Ηρακλείου Κρήτης. Για την οργάνωση & λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αναδημοσιευμένες από την ιστοσελίδα του Ι.Σ Αρκαδίας, 2015. Διαθέσιμο στο <http://www.isarkadias.gr/47182/news/protasis-is-irakliou-gia-tin-organosi-litourgia-tis-protovathmias-frontidas-igias/>
45. Ελληνική Ένωση Γενικής Ιατρικής. Ανοικτή επιστολή προς τον Υπουργείο Υγείας, 2013. Διαθέσιμη στο <http://www.enosigi.gr/images/files/ANOIKTH-EPISTOLH-PROS-TON-YPOURGO-YGEIAS.pdf>
46. Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E. Primary care in Europe. London: The London School of Economics and Political Science. London, 2009. Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en>
47. Μπένος Α. Συνέντευξη στο efsyn.gr, 2015. Διαθέσιμο στο <http://www.efsyn.gr/arthro/olokliromeni-frontida-ygeias-se-kathe-geitonia>

Strategic planning for the development of a Primary Health Care Network in an urban area

S. Naoum

116 Combat Wing Health Service, Araxos, Greece

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) constitutes the provision of health services that are accessible, coordinated, continuous and multifaceted. In Greece, although several efforts have been made with the aim of PHC's organization and upgrade, the results are quite controversial. The necessity of developing a PHC network in an urban area with a focus on prevention and health education is demonstrated, given the current situation in Greece. In addition, a S.W.O.T analysis was conducted in order to highlight the strengths and weaknesses, opportunities and threats of this project. Finally, the vision of a national PHC network, the strategic objectives and operational plans for its implementation are set. The strategic planning implementation requires the development of a timetable, based on the duration and interdependence of actions. Finally, during the strategic planning implementation, but also afterwards, continuous evaluation is required in order that corrective interventions are made on time.

Keywords: family doctor, Primary Health Care, strategic planning, management functions, S.W.O.T. analysis

Citation

S. Naoum. Strategic planning for the development of a Primary Health Care Network in an urban area. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 85-99

Στόχοι βελτίωσης του Δευτεροβάθμιου επιπέδου φροντίδας Πέλλας: Δυνατότητες, περιορισμοί και διοικητικά εργαλεία για την επίτευξή τους

Συμεών Ναούμ

Στρατιωτικός Ιατρός, Υγειονομική Υπηρεσία 116 Πτέρυγα μάχης, Άραξος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Περιφερειακή Ενότητα (Π.Ε) Πέλλας επιλέχθηκε προς ανάλυση των βασικών υγειονομικών χαρακτηριστικών της, με βάση παράγοντες δημογραφικούς, κοινωνικο-οικονομικούς, επιδημιολογικούς και παράγοντες δομής του συστήματος υγείας. Από την ανάλυση των παραπάνω υγειονομικών χαρακτηριστικών, διαπιστώθηκαν ελλείψεις ιατρικού προσωπικού, εξοπλισμού (αξονικός τομογράφος), υπολειμματικότητα του ψυχιατρικού τμήματος του Γ.Ν. Γιαννιτσών, ανεπαρκής επιμόρφωση του προσωπικού, έλλειψη ρεαλιστικού πλαισίου κινήτρων υποκίνησης ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού, κλπ, καθώς επίσης εκτιμήθηκε και μια πιθανή αύξηση της ζήτησης των Υ.Υ. Βάσει των παραπάνω διαπιστώσεων και της βοήθειας της ανάλυσης S.W.O.T., προτείνονται τρεις στρατηγικοί στόχοι/προτεραιότητες για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας από τα Νοσοκομεία της Πέλλας. Επιπρόσθετα, διερευνήθηκαν και αναλύθηκαν οι δυνατότητες-περιορισμοί για την εφαρμογή τους, ενώ από τα εργαλεία management που υπάρχουν στη βιβλιογραφία, επιλέχθηκαν και περιγράφονται η μέθοδος της «εξισορροπημένης αξιολόγησης (Balanced Scorecard)» και η «ανάλυση-διάγραμμα Pareto», των οποίων προτείνεται η χρησιμοποίηση για την επίτευξη και εφαρμογή των στρατηγικών στόχων.

Λέξεις ευρετηρίου: ανάλυση εσωτερικού/εξωτερικού περιβάλλοντος, στρατηγικοί στόχοι, εργαλεία διοίκησης στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Balanced Scorecard, διάγραμμα Pareto

Παραπομπή

Σ. Ναούμ. Στόχοι βελτίωσης του Δευτεροβάθμιου επιπέδου φροντίδας Πέλλας: Δυνατότητες, περιορισμοί και διοικητικά εργαλεία για την επίτευξή τους. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(1): 100-120

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) θεσπίστηκε το 1983, στοχεύοντας στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Υ.Υ.) για όλο τον πληθυσμό. Μολονότι-σε γενικές γραμμές-η προσφορά υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ., ακολουθεί το πρότυπο Beveridge και η ζήτηση

το πρότυπο Bismarck, αυτό δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, καθώς ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει μεγάλο μέρος των αναγκών υγειονομικής φροντίδας του πληθυσμού. Ανάλογη ανακολουθία παρατηρείται και στους τρόπους χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, όπου

η συμμετοχή του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι σχεδόν ισότιμη [1]. Αποτέλεσμα των παραπάνω, είναι το γεγονός ότι το υγειονομικό σύστημα εμφανίζει φαινόμενα κοινωνικής ανισότητας, χαμηλής αποδοτικότητας-προσβασιμότητας, χαμηλή ποιότητα υγειονομικής φροντίδας και διαφθοράς.

Η απουσία εθνικής πολιτικής-στρατηγικής για την υγεία, δημιούργησε διάφορες παθολογίες στο Σύστημα Υγείας, όπως: [2]

- Αναποτελεσματικότητα του συστήματος χρηματοδότησης
- Έλλειψη πόρων (υλικών, οικονομικών, ανθρώπινων)
- Υπανάπτυκτη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Ανορθολογική ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού
- Ανεπάρκεια σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης-διαχείρισης-διοίκησης, κλπ.

Κύριος στόχος των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας είναι η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας-ικανοποίησης των αναγκών των πολιτών με εξορθολογισμό των δαπανών των Υ.Υ., ιδιαίτερα σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Οι Υ.Υ. αποτελούν ένα πολύπλοκο και σύνθετο τομέα, οριζόμενες ως «το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, συμπεριλαμβανομένων των μηχανισμών παραγωγής και διανομής τους» [3]. Οι Υ.Υ. παρέχονται από μονάδες παροχής υγείας, που η δομή τους αποτελείται από πολλά επίπεδα ενώ τα άτομα που τις

συγκροτούν (γιατροί, νοσηλευτές, τεχνολόγοι-τεχνικοί, διοικητικοί), διαφέρουν σε εκπαιδευτικό, κοινωνικό-οικονομικό και προσωπικό επίπεδο, με αποτέλεσμα: «όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός εξειδίκευσης και όσο περισσότεροι είναι οι εργαζόμενοι, τόσο περισσότερο διασπάται η δομή της εξουσίας, προκαλώντας μεγαλύτερες δυσκολίες στη διοίκηση-διαχείριση» [4].

Στο παρόν άρθρο γίνεται παρουσίαση των ιδιαίτερων υγειονομικών χαρακτηριστικών της Περιφερειακής Ενότητας Πέλλας και των βασικών προτεραιοτήτων-στόχων που θέτονται, στοχεύοντας στη βελτίωση απόδοσης-ποιότητας των παρεχόμενων Υ.Υ. από τα νοσοκομεία της (δευτεροβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας). Τέλος, επισημαίνονται οι δυνατότητες-περιορισμοί που συνοδεύονται με την παραπάνω στοχοθεσία, ενώ επίσης αναλύονται τα διοικητικά εργαλεία με τα οποία θα εφαρμοστούν οι προτεραιότητες-στόχοι που έχουν τεθεί.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΛΛΑΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ Υ.Υ. ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ

Η Πέλλα επιλέχτηκε να μελετηθεί ώστε, βάσει των υγειονομικών της χαρακτηριστικών να προταθούν 3 προτεραιότητες/στόχοι σε επίπεδο δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας προς βελτίωση της απόδοσης-αποτελεσματικότητας-ποιότητας των παρεχόμενων Υ.Υ.

Πίνακας 1. Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας-Δήμοι και Μόνιμος Πληθυσμός

Π.Ε.	Δήμος	Έδρα	Πληθυσμός	% επί του συνόλου της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας
Πέλλας	Αλμωπίας	Αριδαία	27.556	
	Πέλλας	Γιαννιτοά	63.122	
	Σκύδρας	Σκύδρα	20.188	
	Έδεσσας	Έδεσσα	28.814	
	ΑΘΡΟΙΣΜΑ		139.680	7,42

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, Αποτελέσματα απογραφής πληθυσμού, 2011 [7]

Ο Νομός Πέλλας, με την εφαρμογή του «Προγράμματος Καλλικράτης» (2011) αποτελεί την Π.Ε Πέλλας της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας (Π.Κ.Μ) αποτελούμενη από τέσσερις Δήμους (Πίνακας 1).

Οι παράγοντες που συντελούν στη διαμόρφωση των υγειονομικών χαρακτηριστικών μιας περιοχής, αλλά και στην παροχή-κατανάλωση Υ.Υ. είναι: [8]

α) **Δημογραφικοί**, όπως: πληθυσμός ανά ηλικιακή ομάδα, φύλο, μεταβολή πληθυσμού, κλπ. Η δημογραφική γήρανση συνδέεται με μεγαλύτερες ανάγκες υγείας και επομένως με αυξημένη χρησιμοποίηση Υ.Υ., κυρίως λόγω της ύπαρξης χρόνιων νοσημάτων [9]. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός, ότι ενώ η χρήση νοσοκομειακής περίθαλψης αυξάνεται με την πάροδο των ετών, η χρήση της πρωτοβάθμιας μειώνεται [10]. Αντίστοιχη αύξηση παρατηρείται και στη συνταγογράφηση [11]. Αναφορικά με το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας

υγείας, [12] ενώ αν και η νοσηρότητα των γυναικών είναι μεγαλύτερη από αυτή των αντρών, το γεγονός ότι παρουσιάζουν μικρότερη θνησιμότητα από τους άντρες οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στο ότι καταφεύγουν-σε περίπτωση ανάγκης-ευκολότερα από τους άντρες στις Υ.Υ. [13].

β) **Κοινωνικο-οικονομικοί**, όπως: το επίπεδο εισοδήματος-εκπαίδευσης, το επάγγελμα, κλπ. Έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα υψηλότερου οικονομικού ή/και μορφωτικού επιπέδου επισκέπτονται συχνότερα γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, [14,15] ενώ άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων εισάγονται συχνότερα σε νοσοκομεία [16].

γ) **Επιδημιολογικοί**, που αφορούν σε δείκτες: μέτρησης νοσηρότητας-θνησιμότητας, επιπέδου ποιότητας ζωής, γεννήσεων, επικίνδυνων παραγόντων για την υγεία, όπως: κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ, κλπ. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται-βάσει ερευνών-ότι είναι καθοριστικής σημασίας στη χρησιμοποίηση των Υ.Υ. [17].

δ) **Δομής του συστήματος υγείας**, που αφορούν σε παράγοντες συνδεόμενους με την οργάνωση, στελέχωση, χρηματοδότηση, τεχνική-λειτουργική αρτιότητα των υποδομών, ενώ φαίνεται πως πληρέστερες και καλύτερης ποιότητας δομές οδηγούν σε αύξηση χρησιμοποίησης Υ.Υ.

1. Δημογραφικοί παράγοντες

Πίνακας 2. Μόνιμος πληθυσμός, ανά φύλο και ηλικία για την Π.Ε Πέλλας

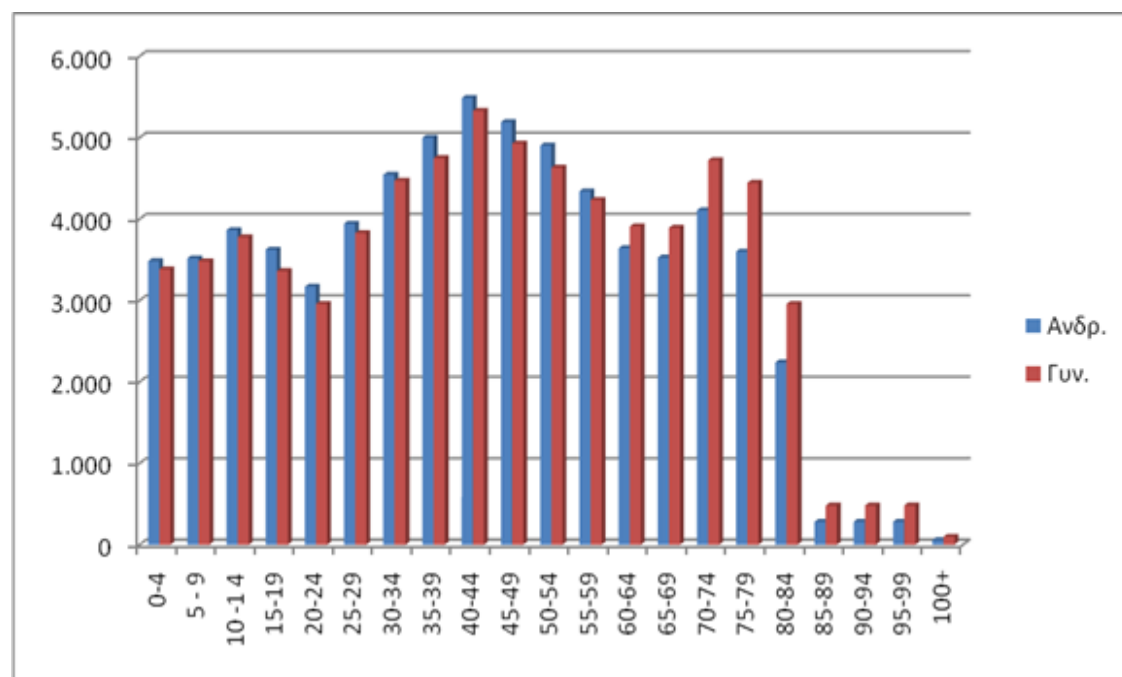
Ηλικία	0-4		5 - 9		10 -14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
Φύλο	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.
Πληθυσμός	3.483	3.382	3.517	3.482	3.864	3.778	3.624	3.361	3.170	2.958	3.943	3.827	4.544	4.471	4.999	4.748	5.487	5.331

Ηλικία	45-49		50-54		55-59		60-64		65-69		70-74	
Φύλο	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.
Πληθυσμός	5.190	4.929	4.903	4.631	4.341	4.235	3.642	3.910	3.527	3.893	4.107	4.722

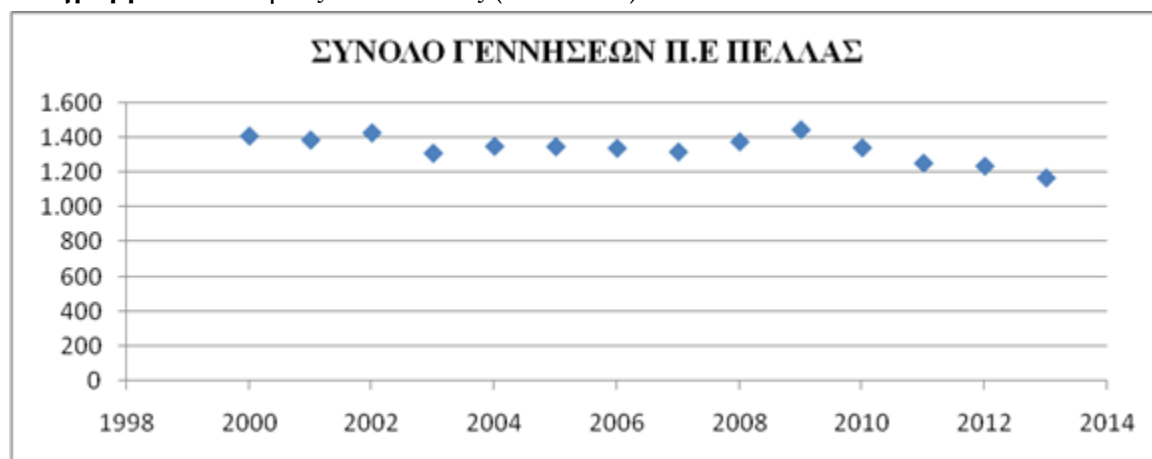
Ηλικία	75-79		80-84		85-89		90-94		95-99		100+		Αθροισμα		Άθροισμα και για δύο Φύλα
Φύλο	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	Ανδρ.	Γυν.	
Πληθυσμός	3.601	4.445	2.238	2.957	282	481	282	481	282	481	56	96	69.082	70.598	139.680

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ [18]

Διάγραμμα 1. Μόνιμος πληθυσμός, ανά φύλο και ηλικία για την Π.Ε Πέλλας



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ [18]

Διάγραμμα 2. Γεννήσεις Π.Ε Πέλλας (2000-2013)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ [18]

Πίνακας 3. Εξέλιξη πληθυσμού ανά Περιφερειακή Ενότητα (Π.Ε.) 1981-2011

Διοικητική διαίρεση	1981	1991	2001	2011	% εξέλιξη πληθυσμού 1981-2011
Π.Ε Ημαθίας	133.750	139.934	143.618	140.611	5,13
Π.Ε Θεσ/νίκης	871.580	944.864	1.057.825	1.110.551	27,42
Π.Ε Κιλκίς	81.562	81.720	89.056	80.419	-1,40
Π.Ε Πέλλας	132.386	138.761	145.797	139.680	5,51
Π.Ε Πιερίας	106.859	116.763	129.846	126.698	18,57
Π.Ε Σερρών	196.247	192.828	200.916	176.430	-10,1
Π.Ε Χαλκιδικής	79.036	72.576	104.894	107.719	36,29
Π.Κ.Μ	1.601.420	1.687.626	1.871.952	1.882.108	17,53
Σύνολο χώρας	9.739.589	10.259.900	10.964.020	10.816.286	11,05

Πηγή: Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Π.Κ.Μ. 2015-2019 [7]

Από τα παραπάνω, παρατηρείται:

1) Επί του συνόλου του αντίστοιχου πληθυσμού, το 20,81% και το 24,87% των ανδρών και γυναικών αντίστοιχα ή το 22,86% και των δύο φύλων είναι άνω των 65χρόνων.

2) Στις ηλικίες άνω των 20 χρόνων το ποσοστό των ανδρών είναι 79,03% έναντι 80,17% των γυναικών.

3) Θετική μεταβολή του πληθυσμού το 2011 σε σχέση με το 1981.

4) Πτωτική τάση των γεννήσεων από το 2000-2013, γεγονός που προδιαγράφει γήρανση του πληθυσμού.

Επομένως, τα παραπάνω δημιουργούν προϋποθέσεις αύξησης ζήτησης παροχής Υ.Υ.

2. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

2.1. Μεταβολή του κατά κεφαλή (κ.κ.) Α.Ε.Π.

Σημειώνεται ότι στην Πέλλα το κ.κ. Α.Ε.Π. για το 2012 διαμορφώθηκε στα 12.129 € (34η στη χώρα) από 14.693 € το 2008 (38η στη χώρα) καταγράφοντας μείωση κατά 17,5%, [19] γεγονός που καταδεικνύει συρρίκνωση των εισοδημάτων της Π.Ε.

2.2. Ποσοστό Ανεργίας Πέλλας

Παρατηρείται σημαντική αύξηση ανεργίας στην Π.Ε με αρνητικές επιπτώσεις στα οικογενειακά εισοδήματα κατά την περίοδο της κρίσης (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Μέσο ετήσιο ποσοστό ανεργίας Π.Ε. Πέλλας (2005-2012)

Διοικητική Διαίρεση	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
Π.Ε. Πέλλας	11	9,3	8,9	6,2	6,7	8,9	15	22,6	11,6
Μ.Ο. Π.Κ.Μ.	11,1	9,3	9	8,3	9,9	13,5	19,6	26	14,9
Μ.Ο. Χώρας	9,9	8,9	8,3	7,6	9,5	12,5	17,7	24,2	14,3

Πηγή: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, τ. 207, Ιούλιος-Αύγουστος 2013 [7]

2.3. Επίπεδο Εκπαίδευσης στην Π.Κ.Μ.

Παρότι δεν διαπιστώνονται μεγάλες διαφορές στην αναλογία πληθυσμού με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, καταγράφεται σημαντική αύξηση πληθυσμού με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Πίνακας 5). Το μη αμελητέο ποσοστό αναλφάβητων, η χαμηλή συμμετοχή στην επαγγελματική και τεχνική εκπαίδευση υποδεικνύουν έλλειψη γνώσεων, δεξιοτήτων και εξειδίκευσης [20].

Ιδιαίτερα για την Πέλλα, σύμφωνα με στατιστική ανάλυση που έγινε βάσει των στοιχείων της απογραφής του 2011,

διαπιστώθηκε ότι χαρακτηρίζεται από σημαντική, αναλογικά, παρουσία ατόμων που δεν γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση ή εγκατέλειψαν το Δημοτικό αλλά γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση ή αποφοίτησαν από το Δημοτικό [21].

Παρατηρήσεις: Η αύξηση ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο στην Π.Κ.Μ αλλά και η σημαντική παρουσία τους στην Πέλλα, σε συνδυασμό με την υψηλή ανεργία και τη συρρίκνωση του κ.κ. Α.Ε.Π., δημιουργεί προϋποθέσεις για αυξημένη χρήση Υ.Υ. και εισαγωγών σε νοσοκομεία [16].

Πίνακας 5. Επίπεδο Εκπαίδευσης Εργατικού Δυναμικού Π.Μ.Κ.

	ΤΙΜΕΣ 2005	ΤΙΜΕΣ 2011	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
% κατόχου διδακτορικού ή μεταπτυχιακού τίτλου	0,23	0,4	0,17
% κατόχου πτυχίου ΑΕΙ	8,64	10,89	2,25
% κατόχου πτυχίου ΤΕΙ – μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	14,91	10,84	-4,07
% κατόχου απολυτηρίου Μέσης Εκπαίδευσης	23,88	25,61	1,73
% κατόχου απολυτηρίου Μέσης Εκπαίδευσης (τριτάξιας)	10,57	9,89	-0,68
% απόφοιτου Δημοτικού	29,92	22,2	-7,72
% δεν πήγαν καθόλου σχολείο	2,12	5,26	3,14

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. και ίδια επεξεργασία [7]

Παρότι δεν διαπιστώνονται μεγάλες διαφορές στην αναλογία πληθυσμού με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, καταγράφεται σημαντική αύξηση πληθυσμού με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Το μη αμελητέο ποσοστό αναλφάβητων, η χαμηλή συμμετοχή στην επαγγελματική και τεχνική εκπαίδευση υποδεικνύουν έλλειψη γνώσεων, δεξιοτήτων και εξειδίκευσης [20].

Ιδιαίτερα για την Πέλλα, σύμφωνα με στατιστική ανάλυση που έγινε βάσει των στοιχείων της απογραφής του 2011, διαπιστώθηκε ότι χαρακτηρίζεται από σημαντική, αναλογικά, παρουσία ατόμων που δεν γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση ή εγκατέλειψαν το Δημοτικό αλλά γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση ή αποφοίτησαν από το Δημοτικό [21].

Παρατηρήσεις: Η αύξηση ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο στην Π.Κ.Μ αλλά και η σημαντική παρουσία τους στην Πέλλα, σε συνδυασμό με την υψηλή ανεργία και τη συρρίκνωση του κ.κ. Α.Ε.Π., δημιουργεί προϋποθέσεις για αυξημένη χρήση Υ.Υ. και εισαγωγών σε νοσοκομεία [16].

3. Επιδημιολογικοί παράγοντες

3.1. Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές

Η Πέλλα βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο στην πλειονότητα των συμπεριφορών, που σχετίζονται με χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Ωστόσο, υψηλότερο είναι το ποσοστό των μαθητών συγκριτικά με τα αντίστοιχα του

συνόλου των μαθητών της χώρας που πίνουν οινοπνευματώδη (≥ 1 φορά τον τελευταίο μήνα) κατατασσόμενη-πανελλαδικά-στην 7η υψηλότερη θέση [22]. Από τη διαπίστωση αυτή, προκύπτει η αναγκαιότητα εφαρμογής-εντατικοποίησης προγραμμάτων ενημέρωσης-πρόληψης και θεραπείας, από ψυχιάτρους-ψυχολόγους.

4. Παράγοντες δομής συστήματος υγείας

Η Πέλλα υπάγεται υγειονομικά στη διοίκηση της 3η Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε.) Μακεδονίας και λειτουργούν τα νοσοκομεία Έδεσσας και Γιαννιτσών και τα Κέντρα Υγείας Σκύδρας, Αριδαίας, Κρύας Βρύσης και Αρνισσας.

4.1. Κλάδος υγείας στην Π.Κ.Μ. (2009-2010)

Παρατηρείται (Πίνακας 6) χαμηλότερη αναλογία ιατρών/1000 κατοίκους συγκριτικά με την Π.Κ.Μ αλλά και με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΑΣΑ (3,1 ιατροί/1000 κατοίκους) [23].

4.2. Δομές ψυχικής υγείας στην Πέλλα

Για τις ψυχιατρικές δομές της Πέλλας παρατίθεται ο πίνακας 7 με αναλυτικά στοιχεία [24,25].

Διαφαίνεται, επομένως, ότι οι ψυχιατρικές υποδομές και η στελέχωσή τους είναι ανεπαρκείς. Βάσει των παραπάνω, επιλέχθηκε το δευτεροβάθμιο επίπεδο φροντίδα υγείας

Πέλλας ώστε να τεθούν προτάσεις βελτίωσης απόδοσης-αποτελεσματικότητας-ποιότητας των παρεχομένων Υ.Υ καθώς διαπιστώθηκαν:

- **Ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό νοσοκομείων**

Εκτός από ψυχιάτρους, έχουν διαπιστωθεί ελλείψεις σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και στα δύο νοσοκομεία της Πέλλας, που έχουν προχωρήσει σε προκήρυξη πλήρωσης θέσεων ιατρών χωρίς όμως να έχουν γίνει ακόμα προσλήψεις, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται φαινόμενα δυσλειτουργίας [25,26].

- **Ελλείψεις νοσοκομείων σε Αξονικό τομογράφο**

Το νοσοκομείο Έδεσσας δεν διαθέτει αξονικό τομογράφο, ενώ αυτός του Νοσοκομείου Γιαννιτσών είναι εκτός λειτουργίας λόγω βλάβης, με αποτέλεσμα, να χάνεται πολύτιμος χρόνος στην εξέταση των ασθενών, που υποχρεώνονται σε επιπρόσθετα έξοδα και ταλαιπωρία [25,26].

- **Ανάγκη εκσυγχρονισμού οργανισμών νοσοκομείων Πέλλας και παροχή κινήτρων υποκίνησης ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού**

Οι ισχύοντες από το 2012 κανονισμοί των νοσοκομείων Πέλλας [27,28] πρέπει να εκσυγχρονισθούν-εναρμονισθούν στα νεότερα δεδομένα, αλλά και να συμπεριλάβουν την αναδιοργάνωση τμημάτων-κλινικών. Σημειώνεται ότι στο Γ.Ν. Γιαννιτσών προβλέπονται ειδικότητες και τμήματα (π.χ Οφθαλμολογική Κλινική), που ενώ περιγράφονται στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου, δεν προβλέπονται στον οργανισμό και στο

αντίστοιχο οργανόγραμμα, ενώ το ψυχιατρικό τμήμα πρέπει να αναβαθμισθεί. Τέλος, πρέπει να προβλεφθούν ρεαλιστικά κίνητρα

υποκίνησης του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού προς αύξηση της αποδοτικότητας-παραγωγικότητας [29].

Πίνακας 6. Κλάδος υγείας στην Π.Ε. Πέλλας και στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας (2009-2010)

Διακητική δασύραση	Αρ. δημ. νοσοκ.	Κλίνες θεραπευτηρίων	Αρ. ιδιωτ. κλινικών	Κλίνες ιδιωτικών κλινικών	Αρ. Ιατρών	Αρ. Οδοντιάτρων	Αρ. Ιατρών/1000 κατ.
Π.Ε Πέλλας	2	475	3	92	428	117	2,95
Π.Κ.Μ	23	10.447	27	3.280	11.151	2.579	4,17

Πηγή: Πρόταση-Πλαίσιο/Βασικές Κατευθύνσεις Αναπτυξιακής Στρατηγικής για τη Νέα Προγραμματική Περίοδο, Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας (Μάιος 2013) [7]

Πίνακας 7. Χαρακτηριστικά του τομέα ψυχικής υγείας στην Πέλλα

Φορέας	Τίτλος Μονάδας Ψυχικής Υγείας	Περιγραφή	Ομάδα στόχος	Νομός	Τύπος Μονάδας Ψυχικής Υγείας	Ώρες λειτουργίας	Παρατηρήσεις
Διεθνής Εταιρεία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	Οικοτροφείο "ΕΠΟΧΗ" για 15 ψυχογριατρικούς ασθενείς στο Δ. Γιαννιτσών	Οικοτροφείο "ΕΠΟΧΗ" για 15 ψυχογριατρικούς ασθενείς στο Δ. Γιαννιτσών	άτομα με ψυχογριατρικά προβλήματα και με χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα, νόσο Alzheimer και συναφείς διαταραχές	Πέλλας	Οικοτροφείο	24ΩΡΟ	Η Διεθνής Εταιρεία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Δ.Ε.Υ.Ψ.Υ.), είναι αναγνωρισμένο σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ιδρύθηκε το 2001 αναλαμβάνοντας και πραγματοποιώντας το έργο της ίδρυσης και λειτουργίας δομών αποασυλοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η ανάπτυξη δομών αυτών συγχρηματοδοτήθηκε, για τους πρώτους 18 μήνες, κατά 25% από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και κατά 75% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ), και στη συνέχεια η χρηματοδότησή του καλύπτεται από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας.
Διεθνής Εταιρεία Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	Κέντρο Ημέρας "Πορεία"	Κέντρο Ημέρας "Πορεία"	ενήλικες με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα	Πέλλας	Κέντρο Ημέρας	8.00-16.00	
Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών	Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων	Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων	Κλινική Ενηλίκων : 1. ενήλικες με διαταραχές συμπεριφοράς 2. ενήλικες με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα	Πέλλας	Ψυχιατρικό Τμήμα	24ΩΡΟ.	Η Ψυχιατρική κλινική ενηλίκων με δύναμη 12 κλινών είναι υποστελεχωμένη και δεν λειτουργεί σε πλήρη εφimerέωση από το Νοέμβριο έτους 2013.

Σημειώνεται ότι στα Κ.Υ υγείας δεν παρέχονται ψυχιατρικές υπηρεσίες.

- **Ανεπαρκής επιμόρφωση-εκπαίδευση προσωπικού**

Η επιμόρφωση του προσωπικού κρίνεται ανεπαρκής και αυτό θα έχει επιπτώσεις στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών [30].

Από τα παραπάνω υγειονομικά χαρακτηριστικά της Π.Ε Πέλλας προκύπτουν οι παρακάτω στρατηγικοί στόχοι (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Προτάσεις Στρατηγικών και Επιχειρησιακών Προτεραιοτήτων/Στόχων

Προτάσεις Στρατηγικών και Επιχειρησιακών Προτεραιοτήτων/Στόχων	
Στρατηγικοί Στόχοι	Επιχειρησιακοί Στόχοι
Α. Ικανοποίηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ευθύνης των νοσοκομείων.	A1 Ανάπτυξη και λειτουργία νέων τμημάτων και υπηρεσιών. A2 Περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωση λειτουργίας υφιστάμενων τμημάτων και υπηρεσιών, με έμφαση στην στελέχωση και επαναλειτουργία του ψυχιατρικού τμήματος του Γ.Ν. Γιαννιτσών. A.3 Επισκευή/Προμήθεια και λειτουργία αξονικού τομογράφου. A.4 Πρόσληψη ιατρικού προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων A.5 Αύξηση του αριθμού των ειδικευομένων ιατρών.
Β.Βελτίωση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από τον εξορθολογισμό, τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση της λειτουργίας των υφιστάμενων διαδικασιών και δράσεων και τη λειτουργία σύγχρονων συστημάτων οργάνωσης, διοίκησης, διαχείρισης και ελέγχου	B1. Εισαγωγή και εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων και εργαλείων Διοίκησης, Οργάνωσης και Οικονομικής Διαχείρισης . B.2 Εκπόνηση και εφαρμογή νέων-σύγχρονων Οργανισμών των νοσοκομείων.
Γ. Αναβάθμιση και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.	Γ.1 Δια βίου επιμόρφωση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού. Γ.3 Ανάπτυξη και εφαρμογή συστήματος κινήτρων. Γ.4 Αναβάθμιση των βιβλιοθηκών των νοσοκομείων. Γ.5 Εφαρμογή συστήματος κυκλικής εναλλαγής θέσεων σε τμήματα όπου αυτό είναι εφικτό –Ανακατανομή θέσεων εργασίας, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα δυσaréσκειας του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ-ΣΤΟΧΩΝ

Οι δυνατότητες-περιορισμοί επίτευξης των προτεραιοτήτων-στόχων βελτίωσης απόδοσης-αποτελεσματικότητας-ποιότητας των παρεχομένων Υ.Υ των νοσοκομείων Πέλλας, προκύπτουν από την παρακάτω ανάλυση εσωτερικού/εξωτερικού περιβάλλοντος (Πίνακας 9), με χρήση της S.W.O.T. ανάλυσης: Strengths (δυνατά σημεία), Weaknesses (αδύνατα σημεία), Opportunities (ευκαιρίες), Threats (απειλές), που αποτελεί ένα διαδεδομένο εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού. Τα δυνατά-αδύνατα σημεία αφορούν στο εσωτερικό περιβάλλον των νοσοκομείων, ενώ οι ευκαιρίες θεωρούνται παράγοντες-στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντός τους που θα πρέπει να εκμεταλλευτούν και να αξιοποιηθούν μέσα από τη νέα στρατηγική τους. Οι απειλές-κίνδυνοι θεωρούνται παράγοντες-στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος που θα πρέπει να ανησυχήσουν τα νοσοκομεία και που πιθανώς να οδηγήσουν σε απόκλιση από την αποστολή τους, αν δεν ενεργοποιηθούν μηχανισμοί για τη λήψη μέτρων αντιμετώπισής τους.

Η βελτιστοποίηση της ποιότητας των Υ.Υ με ελαχιστοποίηση των δαπανών, αλλά και η επίτευξη των προταθέντων στόχων, απαιτεί χρησιμοποίηση μεθόδων-εργαλείων διοίκησης στο χώρο των Υ.Υ. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πολλά τέτοια εργαλεία-μέθοδοι, από τα οποία προτείνονται η μέθοδος «εξισορροπημένης αξιολόγησης (Balanced

Scorecard-BSc)» και το διάγραμμα Pareto τα οποία και περιγράφονται παρακάτω.

1. Μέθοδος εξισορροπημένης αξιολόγησης-Balanced Scorecard

Η μέθοδος «εξισορροπημένης αξιολόγησης (Balanced Scorecard-BSc)» χρησιμοποιείται ευρέως από τις επιχειρήσεις-οργανισμούς παροχής Υ.Υ [31] και βασίζεται σε σταθμισμένους δείκτες που αξιολογούν την επίδοση της επιχείρησης-οργανισμού σε επιμέρους τομείς που θεωρούνται βασικοί για την ανάπτυξή της [32]. Με τη χρήση του BSc, η επιχείρηση-οργανισμός ερμηνεύει την στρατηγική που ακολουθεί μέσα από ένα πλαίσιο στρατηγικών στόχων και δεικτών, υπολογίζοντας την επίδοση τεσσάρων διαστάσεων-παραγόντων και ανάλογα με την περίπτωση της εφαρμογής της μεθόδου, μπορεί να διαφοροποιηθούν στον αριθμό, στο περιεχόμενο αλλά και στη μεταξύ τους διασύνδεση. Στους οργανισμούς παροχής Υ.Υ οι διαστάσεις-παραγόντες είναι: [33]

1) *Δημόσια εντολή (Χρηματοοικονομική διάσταση)*, όπου επιδιώκεται η επίτευξη μέγιστης παραγωγικότητας με την ελάχιστη δαπάνη προς κάλυψη των αναγκών. Ο όρος «Δημόσια εντολή» χρησιμοποιείται στα νοσοκομεία σε αντιδιαστολή με τον αυστηρότερο όρο «χρηματοοικονομική διάσταση» που επικρατεί στις επιχειρήσεις καθώς έννοιες, όπως «κερδοφορία», δεν αποτελούν σκοπό των νοσοκομείων, αλλά η μη ζημία, με το βέλτιστο στόχο του δείκτη «κερδοφορίας» να είναι 0%.

2) *Πελάτες-ασθενείς*, όπου επιδιώκεται η μέγιστη προστιθέμενη αξία για τους ασθενείς και χρηματοδότες του οργανισμού.

Πίνακας 9. Ανάλυση S.W.O.T.

ΑΝΑΛΥΣΗ SWOT		
	Δυνατότητες	Περιορισμοί
Εσωτερικό Περιβάλλον Νοσοκομείων	Δυνατά Σημεία (Strengths)	Αδύνατα σημεία–Μειονεκτήματα (Weaknesses)
	1. Καλή γεωγραφική θέση των νοσοκομείων και εύκολη πρόσβαση σ' αυτά. Ειδικότερα, το Νοσοκομείο Γιαννιτσών γειτνιάζει με πολυπληθείς Δήμους της Δυτικής Θεσσαλονίκης και εξυπηρετεί κατοίκους της.	1. Ελλείψεις κυρίως σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σε βάρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
	2. Τα νοσοκομεία διαθέτουν σχετικά καλές κτιριακές υποδομές. Το νοσοκομείο Έδεσσας λειτούργησε το 1987, ενώ των Γιαννιτσών το 1993.	2. Χαμηλή ικανοποίηση εργαζομένων, λόγω έλλειψης ουσιαστικών κινήτρων για τη βελτίωση των ικανοτήτων και της προσφοράς τους καθώς και λόγω έλλειψης πραγματικής αξιολόγησης τους και σύνδεσης της προσφοράς τους με το έργο τους.
	3. Διαθέτουν καλό ξενοδοχειακό εξοπλισμό για τους ασθενείς και ευκολίες για το προσωπικό, ενώ εύκολη είναι η στάθμευση αυτοκινήτων. Στο νοσοκομείο Έδεσσας λειτουργεί Μέση Τεχνική Επαγγελματική Νοσηλευτική Σχολή διетуός φοίτησης (Κ.Ε.Κ), ενώ στο Γ.Ν Γιαννιτσών υπάρχει αίθουσα πολλαπλών χρήσεων (αμφιθέατρο).	3. Ξεπερασμένος οργανισμός λειτουργίας, που απαιτεί την προσαρμογή του στα νεότερα δεδομένα.
	4. Διαθέτουν έμπειρο προσωπικό καθώς πολλοί Δ/ντές τμημάτων, προϊστάμενοι και μεγάλο μέρος του προσωπικού, έχουν υπηρεσία αρκετών ετών.	4. Χαμηλός βαθμός επιμόρφωσης και επιστημονικό προσωπικό που δεν παρακολουθεί τις εξελίξεις.
		5. Μικρός αριθμός ειδικευομένων γιατρών παρ' ότι πληρούνται προϋποθέσεις για περισσότερους λόγω μη αναπροσαρμογής του αριθμού τους αναλογικά με την αύξηση των κλινών και του προσφερόμενου έργου.
Εξωτερικό Περιβάλλον Νοσοκομείων	Ευκαιρίες (Opportunities)	Κίνδυνοι – Απειλές (Threats)
	1. Το πρόσφατο θεσμικό πλαίσιο για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας, που εισάγει δυνατότητες εφαρμογής συγχρόνων μορφών διοίκησης, οργάνωσης, αλλά και εκπαίδευσης των εργαζομένων του νοσοκομείου	1. Οι αυξανόμενες απαιτήσεις ασθενών–συνοδών, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η γήρανση του πληθυσμού.
	2. Δυνατότητα χρηματοδότησης από το ΕΣΠΑ.	2. Οι μεγάλες καθυστερήσεις (γραφειοκρατία) στις διαδικασίες προσλήψεων, προμήθειας εξοπλισμού και υλοποίησης επενδυτικών προγραμμάτων.
	3. Δυνατότητα εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού με αξιοποίηση των υποδομών του Κ.Ε.Κ και του αμφιθεάτρου των νοσοκομείων Έδεσσας και Γιαννιτσών αντίστοιχα .	3. Η εξέλιξη της τεχνολογίας και τεχνογνωσίας που απαξιώνει σε σχετικά μικρά χρονικά διαστήματα μηχανήματα.
	4. Η πληθυσμιακή αύξηση της περιοχής ευθύνης των νοσοκομείων, αποτελεί πρόκληση ανάπτυξης και βελτίωσης νοσοκομείων.	

3) *Εσωτερικές διαδικασίες*, όπου επιδιώκεται η απλούστευση και βελτιστοποίηση των διαδικασιών περίθαλψης των ασθενών.

4) *Μάθηση και οργανωτική ανάπτυξη*, που αφορά στην ανάπτυξη τεχνογνωσίας, στην αυξημένη αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων διαδικασιών και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων του προσωπικού.

Στην εφαρμογή της μεθόδου χρησιμοποιείται πλήθος δεικτών (μετρήσιμα μεγέθη) για την εκτίμηση επίδοσης-απόδοσης, ενώ τα στάδια που ακολουθούνται είναι: [34]

Βήμα-1: Σχεδιασμός στρατηγικής, όπου ορίζεται η αποστολή και το όραμα της επιχείρησης-οργανισμού και πραγματοποιείται ανάλυση S.W.O.T.

Βήμα-2: Δημιουργία πίνακα, όπου περιλαμβάνονται οι στρατηγικοί στόχοι, ταξινομημένοι στις 4 διαστάσεις της BSc, με τη

δημόσια εντολή να βρίσκεται στην κορυφή του πίνακα.

Βήμα-3: Ορίζονται οι βασικοί δείκτες απόδοσης και τίθεται μετρήσιμος στόχος για κάθε δείκτη.

Βήμα-4: Αναπτύσσονται πρωτοβουλίες-δράσεις που πρέπει να γίνουν για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων.

Παράδειγμα μέτρησης επίτευξης των στρατηγικών στόχων ανά διάσταση με χρήση δεικτών επίδοσης και ποσοτικών στόχων-επιδόσεων αποτελεί ο παρακάτω πίνακας 10 [35].

Η επιτυχής εφαρμογή της μεθόδου απαιτεί συστηματική επιμόρφωση, επιμονή στην προσπάθεια όλων των εμπλεκόμενων, συνεχής εποπτεία αυτών και συντονισμό της όλης προσπάθειας από υψηλόβαθμο στέλεχος της επιχείρησης-οργανισμού.

Πίνακας 10: Παράδειγμα μέτρησης επίτευξης των στρατηγικών στόχων ανά διάσταση με χρήση δεικτών επίδοσης και ποσοτικών στόχων-επιδόσεων (Balanced Scorecard)

Διάσταση (1)	Στρατηγικοί Στόχοι (2)	Δείκτες (3)	Στόχοι (*)		ΟΡΙΣΜΟΙ - ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΕΝΝΟΙΩΝ (6)	ΔΡΑΣΕΙΣ - ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ (7)
			Έτος: XXXX (4)	Έτος: YYYY (5)		
Δημόσια εντολή	Μείωση κόστους υπηρεσιών & αύξηση ρευστότητας	Καθαρό περιθώριο κέρδους			Καθαρό περιθώριο κέρδους=((Πωλήσεις – Κόστος Πωλήσεων-φόροι) / Πωλήσεις) *100 . Εκφράζει το πραγματικό ποσοστό καθαρού κέρδους με το οποίο λειτουργεί η επιχείρηση. Συνεπώς ένας δείκτης της τάξης του 5%, φανερώνει ότι για πωλήσεις αξίας 100 ευρώ, η επιχείρηση κερδίζει 5 ευρώ.[36]	
		Ταχύτητα κυκλοφορίας ενεργητικού			Δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας ενεργητικού=(κύκλος εργασιών / γενικό σύνολο ενεργητικού). Δείχνει πόσο η επιχείρηση χρησιμοποιεί εντατικά τα περιουσιακά της στοιχεία προκειμένου πραγματοποιεί τις πωλήσεις της. Γενικότερα, όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης αυτός τόσο πιο αποτελεσματικά έχουν χρησιμοποιηθεί τα περιουσιακά στοιχεία.[36]	
		Δανειακή επιβάρυνση			Δανειακή επιβάρυνση= Δανειακές Υποχρεώσεις / Σύνολο Ενεργητικού (%) . Γενικά, όσο πιο χαμηλός είναι ο δείκτης τόσο πιο αποδεκτός.[37]	
	Μείωση υποχρεώσεων και γενικών & λειτουργικών εξόδων	Γενική ρευστότητα			Δείκτης γενικής ρευστότητας=σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού / σύνολο βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων. Δείχνει το μέτρο ρευστότητας μιας επιχείρησης και το περιθώριο ασφαλείας, ώστε αυτή να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στην πληρωμή των καθημερινών απαιτητών υποχρεώσεων. Γενικά, όσο πιο χαμηλός είναι ο δείκτης τόσο πιο αποδεκτός.[36]	
		Ταχύτητα κυκλοφορίας αποθεμάτων			Δείκτης ταχύτητας κυκλοφορίας αποθεμάτων: κόστος πωλήσεων / αποθέματα. Χρησιμοποιείται για να διαπιστωθεί η ταχύτητα με την οποία τα αποθέματα διατέθηκαν και αντικαταστάθηκαν κατά τη διάρκεια της χρήσης. Αν διαιρέσουμε το 365 (συνολικές ημέρες του έτους) με τον αριθμό αυτόν διαπιστώνουμε τον αριθμό των ημερών που παρέμειναν τα αποθέματα στην επιχείρηση ώσπου να πωληθούν.[36]	
		Γενικά και Διοικητικά έξοδα / Έσοδα			Γενικά, όσο πιο χαμηλός είναι ο δείκτης τόσο πιο αποδεκτός.	

Πίνακας 10: Παράδειγμα μέτρησης επίτευξης των στρατηγικών στόχων ανά διάσταση με χρήση δεικτών επίδοσης και ποσοτικών στόχων-επιδόσεων (Balanced Scorecard) (Συνέχεια)

Διάσταση (1)	Στρατηγικοί Στόχοι (2)	Δείκτες (3)	Στόχοι		ΟΡΙΣΜΟΙ - ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΕΝΝΟΙΩΝ (6)	ΔΡΑΣΕΙΣ - ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ (7)
			Έτος: XXXX (4)	Έτος: YYYY (5)		
Πελάτες-ασθενείς	Βελτίωση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών	Δείκτης ικανοποίησης ασθενών			Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί το προσαρμοσμένο μέτρο αντίληψης για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων και η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών, που σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού και του φυσικού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, η καθαριότητα, η διαμόρφωση των χώρων των νοσοκομείων, η ποιότητα και διαθεσιμότητα του τεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, οι συνθήκες νοσηλείας (ησυχία, αερισμός, θερμοκρασία, άνεση), η ποιότητα του φαγητού, η ενημέρωση που παρέχεται στον ασθενή για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας, η συμπεριφορά και η εμφάνιση του ιατρικού, του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού, ο σεβασμός της προσωπικότητας, η διασφάλιση του απορρήτου και η παροχή κατάλληλων και εξειδικευμένων υπηρεσιών αποτελούν παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μέσα από έρευνα πεδίου με συμπληρωστικάάλληλων ερωτηματολογίων.[38]	
		Αριθμός παρατηρήσεων - παραπόνων				
		Μέσος χρόνος αναμονής				
	Ικανοποίηση ζήτησης υπηρεσιών περιοχής ευθύνης	Αναλογία νοσηλευτικών κλινών έτους / Πληθυσμός				
		Ποσοστό περιστατικών που μετακομίστηκαν / Αριθμό εισαγωγών				
	Αξιοπιστία υπηρεσιών	Ποσοστό επανεισαγωγών				
	Αύξηση παραγωγικότητας / αποτελεσματικότητας	Μέση διάρκεια νοσηλείας				

Πίνακας 10: Παράδειγμα μέτρησης επίτευξης των στρατηγικών στόχων ανά διάσταση με χρήση δεικτών επίδοσης και ποσοτικών στόχων-επιδόσεων (Balanced Scorecard) (Συνέχεια)

Διάσταση (1)	Στρατηγικοί Στόχοι (2)	Δείκτες (3)	Στόχοι		ΟΡΙΣΜΟΙ - ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΕΝΝΟΙΩΝ (6)	ΔΡΑΣΕΙΣ - ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ (7)
			Έτος: XXXX (4)	Έτος: YYYY (5)		
Εσωτερικών Διαδικασιών	Αξιοποίηση ανθρώπινου δυναμικού	Δείκτης ικανοποίησης ιατρικού προσωπικού.			Η ικανοποίηση του προσωπικού ανιχνεύεται μέσω έρευνας πεδίου με κατάλληλες ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, θέση εργασίας, επίπεδο εκπαίδευσης, έτη προϋπηρεσίας), αλλά και παράγοντες που επηρεάζουν το μέγεθος της εργασιακής ικανοποίησης (γενικότερο περιβάλλον εργασίας, μέτρα ασφάλειας και υγιεινής, δυνατότητες ανάληψης ευθυνών, επαρκώς διευκρινισμένα καθήκοντα, αξιολογικές ευκαιρίες προαγωγής, μεθόδους μέτρησης της απόδοσης, πνεύμα συνεργασίας και αλληλεγγύης που επικρατεί μεταξύ των συναδέλφων, κίνητρα που δίνονται για περαιτέρω εξέλιξη των εργαζομένων, ωράρια εργασίας, αμοιβές, υλικοτεχνική υποδομή, αίσθημα ασφάλειας και μονιμότητας που νιώθουν οι εργαζόμενοι). Οι απαντήσεις σε αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου, δίνονται με τη βοήθεια της ποιοτικής κλίμακας Likert, εκφράζοντας το μέγεθος συμφωνίας ή διαφωνίας σε μια ορισμένη δήλωση όπου: 1 = Συμφωνώ απόλυτα, 2 = Συμφωνώ, 3 = ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ, 4 = Διαφωνώ και 5 = Διαφωνώ απόλυτα. [39], [40]	
		Δείκτης ικανοποίησης νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού.				
		Ποσοστό διατήρησης προσωπικού				
		Μέσος αριθμός απουσιών				
	Αύξηση παραγωγικότητας / αποτελεσματικότητας	Συνολική αξία υπεραποθέματος			Το υπεραπόθεμα είναι το απόθεμα πέραν του βασικού αποθέματος (στοκ ασφαλείας), δηλαδή της ελάχιστης ποσότητας αποθέματος που κρίνεται αναγκαία για την ομαλή διεξαγωγή της συνήθους δραστηριότητας της επιχείρησης-οργανισμού, κάτω από συνθήκες και ομαλές συνθήκες [41]	
		Μέση κάλυψη κλινών				

Πίνακας 10: Παράδειγμα μέτρησης επίτευξης των στρατηγικών στόχων ανά διάσταση με χρήση δεικτών επίδοσης και ποσοτικών στόχων-επιδόσεων (Balanced Scorecard) (Συνέχεια)

Διάσταση (1)	Στρατηγικοί Στόχοι (2)	Δείκτες (3)	Στόχοι		ΟΡΙΣΜΟΙ - ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ ΕΝΝΟΙΩΝ (6)	ΔΡΑΣΕΙΣ - ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ (7)
			Έτος: XXXX (4)	Έτος: YYYY (5)		
Μάθηση και οργανωτική ανάπτυξη	Αύξηση παραγωγικότητας αποτελεσματικότητας	Χρήση πληροφοριακών συστημάτων				
	Ανάπτυξη συνεργασιών	Αριθμός συνεργασιών με ΑΕΙ - ΤΕΙ - Εταιρίες				
	Τεχνολογική ανάπτυξη	Ποσοστό προϋπολογισμού για αγορά νέας τεχνολογίας				
	Αξιοποίηση (διαχείριση) ανθρώπινου δυναμικού	Ποσοστό νοσηλευτικού & λοιπού προσωπικού που πέρασε από εκπαίδευση				
		Ποσοστό ιατρικού προσωπικού που συμμετείχε σε συνέδρια				

Σημειώσεις: (*) Οι στόχοι προσδιορίζονται από τη διοίκηση του νοσοκομείου σε συνεργασία με τα διευθυντικά στελέχη, λαμβάνοντας υπόψη την δυνατότητα-κατάσταση του νοσοκομείου καθώς και τα αποτελέσματα ερευνών πεδίου με συμπλήρωση κατάλληλων ερωτηματολογίων από ασθενείς-συνοδούς κλπ. Οι στήλες (4), (5) που αφορούν σε "Έτη" συμπληρώνονται με δεδομένα που αφορούν είτε στο προηγούμενο έτος και στο τρέχον, είτε στο τρέχον και στις προβλέψεις-στόχους του επόμενου έτους, ανάλογα με το τι πρόκειται να ελεγχθεί. Στη στήλη (7) αναγράφονται οι πρωτοβουλίες / δράσεις που πρέπει να γίνουν, για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων. Σημειώνεται ότι ο βέλτιστος επιθυμητός στόχος για το Καθαρό περιθώριο κέρδους πρέπει να είναι 0%

2. Διάγραμμα Pareto

Η ανάλυση-διάγραμμα Pareto είναι ένα στατιστικό εργαλείο ελέγχου-βελτίωσης της ποιότητας, που βασίζεται στη αρχή Pareto ή αρχή 20-80, σύμφωνα με την οποία το 80% ενός προβλήματος οφείλεται στο 20% των πιθανών αιτιών. Στην ιατρική περίθαλψη θα μπορούσε να εφαρμοστεί λέγοντας ότι το 80% των αποδεδειγμένων λαθών οφείλεται στο 20% του προσωπικού [42]. Με την ανάλυση Pareto δεν επικεντρωνόμαστε σε όλες τις αιτίες ενός προβλήματος, αλλά μόνο στις πιο σημαντικές [43]. Τα Βήματα της Μεθόδου είναι:

1ο Βήμα: Δημιουργία λίστας όλων των αιτιών που ευθύνονται για τη δημιουργία του προβλήματος (1η στήλη πίνακα 11) ενώ δίπλα αναγράφεται η συχνότητα εμφάνισης τους (2η στήλη πίνακα 11).

2ο Βήμα: Μετατροπή των συχνοτήτων των αιτιών σε ποσοστά επί του συνόλου (3η στήλη πίνακα 11)

3ο Βήμα: Ταξινόμηση των αιτιών κατά φθίνουσα σειρά. Η αιτία με το μεγαλύτερο ποσοστό έρχεται πρώτη κ.ο.κ με τελευταία την αιτία με το μικρότερο. Η διαδικασία κατάταξης των αιτιών ονομάζεται ανάλυση Pareto [44].

4ο Βήμα: Μετατροπή των μετρήσιμων μεγεθών σε συσσωρευτικό ποσοστό (4η στήλη πίνακα 11). Δηλαδή, το ποσοστό της επόμενης αιτίας να είναι ίσο με το ποσοστό της προηγούμενης συν το ποσοστό της.

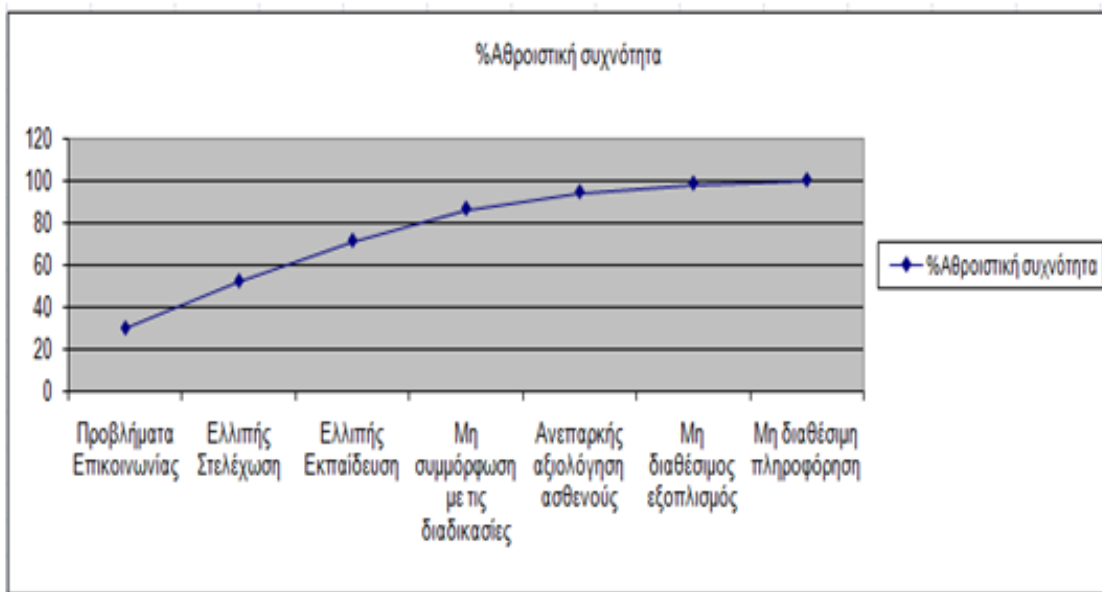
Τα παραπάνω βήματα φαίνονται στο παράδειγμα του πίνακα 11, που περιλαμβάνει τις αιτίες προβλημάτων ποιότητας και τη

συχνότητά που αυτές διαπιστώθηκαν σ' ένα νοσηλευτικό τμήμα, σε ορισμένο διάστημα.

Πίνακας 11. Αίτια μη συμμόρφωσης και συχνότητα καταγραφής

Αίτια μη συμμόρφωσης και συχνότητα καταγραφής				
	1	2	3	4
A/A	Ονομασία κατηγορίας	Συχνότητα	%	%Αθροιστική συχνότητα
1	Προβλήματα Επικοινωνίας	74	29,6	29,6
2	Ελλιπής Στελέχωση	56	22,4	52
3	Ελλιπής Εκπαίδευση	48	19,2	71,2
4	Μη συμμόρφωση με τις διαδικασίες	38	15,2	86,4
5	Ανεπαρκής αξιολόγηση ασθενούς	20	8	94,4
6	Μη διαθέσιμος εξοπλισμός	10	4	98,4
7	Μη διαθέσιμη πληροφόρηση	4	1,6	100
Σύνολο		250	100	

5ο Βήμα: Δημιουργία διαγράμματος Pareto, που έχει στον άξονα των Χ τις περιγραφές των αιτιών του προβλήματος που θέλουμε να επιλύσουμε, και στον αριστερό άξονα Υ το συσσωρευτικό ποσοστό που απεικονίζεται σε μορφή καμπύλης. Από τον άξονα Υ φέρνουμε παράλληλη γραμμή ως προς τον άξονα Χ, ξεκινώντας από το σημείο του 80% του άξονα Υ (συσσωρευτικό ποσοστό) μέχρι να συναντήσει την καμπύλη και από εκεί φέρνουμε κάθετη γραμμή στον άξονα των Χ. Η κάθετη γραμμή δείχνει το διαχωρισμό των σημαντικών από τις ασήμαντες αιτίες του προβλήματος. Έτσι, από την αριστερή πλευρά της καθέτου έχουμε το 20% περίπου των σημαντικότερων αιτιών και που, εάν επιλυθούν, θα επιφέρουν μία βελτίωση 80%.

Διάγραμμα 3. Διάγραμμα Pareto

Παρατηρούμε ότι οι σημαντικότερες αιτίες είναι:

- 1) Προβλήματα Επικοινωνίας
- 2) Ελλιπής Στελέχωση
- 3) Ελλιπής Εκπαίδευση, που η αντιμετώπισή τους θα επιφέρει βελτίωση του 80% του προβλήματος.

Σημειώνεται ότι η λήψη σωστών αποφάσεων στην επίλυση ενός προβλήματος, πολλές φορές απαιτεί την εξέταση και άλλων παραμέτρων. Όσα περισσότερα στατιστικά στοιχεία υπάρχουν, τόσο επιτυχεστέρα θα είναι η λήψη απόφασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα υγειονομικά χαρακτηριστικά μιας περιοχής-Περιφέρειας προσδιορίζονται από δημογραφικούς, κοινωνικο-οικονομικούς, επιδημιολογικούς και παράγοντες δομής του

συστήματος υγείας. Από την ανάλυση αυτή, σε συνδυασμό με την ανάλυση S.W.O.T., προκύπτουν οι τρεις στρατηγικοί στόχοι για τη βελτίωση, των παρεχομένων Υ.Υ. της δευτεροβάθμιας φροντίδα υγείας της Πέλλας καθώς και οι δυνατότητες-περιορισμοί του εσωτερικού-εξωτερικού περιβάλλοντος των νοσοκομείων της, ώστε να ληφθούν τα μέτρα διασφάλισης της επιτυχούς υλοποίησής τους. Η χρήση διοικητικών μεθόδων-εργαλείων και στατιστικών στοιχείων είναι απαραίτητη για τον έλεγχο και λήψη αποφάσεων και όσα περισσότερα υπάρχουν, τόσο επιτυχεστέρες θα είναι οι αποφάσεις, ενώ η συνεργασία-συντονισμός όλων των εμπλεκόμενων μερών, συμβάλλουν στην επίτευξη των στόχων-προτεραιοτήτων. Προς τούτο, οι διοικήσεις των νοσοκομείων πρέπει να διασφαλίζουν τη λεπτομερή πληροφόρηση των εργαζομένων και έγκαιρη ροή πληροφοριών, ενώ παράλληλα, πρέπει να υπάρχει συνεχής ανατροφοδότηση με στοιχεία μετρήσεων-αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kutzin J, Ibraimova A, Jakab M, O'Dougherty S. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. Bull World Health Organ [online]. 2009, 87:549-554
2. Γεωργαντίδου Γ, Δαλαβούρα Ν, Κιτριώτη Χ. Αξιολόγηση του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας- Πειραιά. ΑΤΕΙ Αθήνας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας. Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας. Αθήνα, 2009
3. Καλογεροπούλου Μ. Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας . Διαθέσιμο στο: <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/NURS297/Management.ppt>
4. Δικαίος Κ, Κουντούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ. Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.1999: 65-67
5. Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων και Υπηρεσιών - Βιβλίο Μαθητή: Διοικητικά Στελέχη. ΥΠΕΘ. Διαθέσιμο στο: <http://ebooks.edu.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-C122/38/220,1113/>
6. Προσόντα, Ταλέντα, Δεξιότητες: Βασικές έννοιες και ορισμοί. Γραφείο Διασύνδεσης Ιονίου Πανεπιστημίου. Διαθέσιμο στο http://dasta.ionio.gr/liaison/pages/skills_basics
7. Εγκεκριμένο στρατηγικό σχέδιο επιχειρησιακού προγράμματος Π.ΚΜ 2015-2019. Διαθέσιμο στο: <http://www.pkm.gov.gr/default.aspx?lang=el-GR&page=506>
8. Borras J.M.(1994). Utilization of Health Services. Gaceta Sanitaria 1994, 8: 30-49.
9. Vladeck BC, Firman JP. The Aging of the Population and Health Services. Ann Am Acad Pol Soc Sci 1983, 468:132-148.
10. Murphy JF, Hepworth JT. Age and Gender Differences in Health Services Utilization. Res Nurs Health 1996, 19:323-329.
11. Philippant D, Van Tielsen R, Sturbois G, Peys F. Discriptive Analysis of the Pharmateutical Prescription Evolution in the Belgium Ambulatory Sector Between 1986 and 1996. Archives of Public Health 2000, 58:85-107.
12. Bertakis K.D, Azaris R, Helms L.J, Callahan E.J, Robbins J.A. Gender Differences in the Utilization of Health Services. J Fam Pract 2000, 49: 147-152.
13. Τριχόπουλος Δ. Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές. Παρισιάνος, Αθήνα. 1982
14. Mc Isaac W, Goel V, Naylor D. (1997). Socioeconomic Status and Visits to Physicians by Adults in Ontario, Canada, J Health Serv Res Policy 1997, 2: 94-102.
15. Lostao L, Redigor E, Calle M.E, Navaro P, Dominguez V. (2001). Changes in Socioeconomic Differences in the Utilization of the Accessibility to health Services in Spain Between 1987 and 1995/97. Rev Esp Salud Publica 2001, 75: 115-127.

16. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. (1993). Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993, 12:162-173.
17. Mendoza-Sassi R, Beria J.U. Health Services Utilization: A systemic Review of Related Factors. *Cadernos de Saúde Pública* 2001, 17: 819-832.
18. e-Demography. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας-Τμήμα Μηχανικών Χωροταξίας Πολεοδομίας & Περιφερειακής Ανάπτυξης. Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων. Διαθέσιμο στο:
http://www.e-demography.gr/censuses/2011/resident/GreeksAndForeigners/PerGenderAndAge/index.cfm?display=table&sl_code=20&pn_code=11&SortBy=20_8,asc
19. Π.Κ.Μ. Επικαιροποιημένη μελέτη διάγνωσης των αναγκών της αγοράς εργασίας σε επαγγέλματα και δεξιότητες στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας και προτεινόμενες παρεμβάσεις, Δεκ 2015. Διαθέσιμο στο:
http://www.pepkm.gr/attachments/stratigikes/anagkes_agoras_ergasias.pdf
20. Π.Κ.Μ. Εγκεκριμένο Στρατηγικό Σχέδιο Επιχειρησιακού προγράμματος 2015-2019. Διαθέσιμο στο
<http://www.pkm.gov.gr/default.aspx?lang=el-GR&page=506>
21. Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο. Η κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης στους Νομούς της Ελλάδας, σύμφωνα με την απογραφή του 2001. Πρακτικά 18ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής (2005). Διαθέσιμο στο: <http://stat-athens.aueb.gr/~esi/proceedings/18/pdf/351-356.pdf>
22. ΕΠΙΨΥ. Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011-Αποτελέσματα για το Ν. Πέλλας. Διαθέσιμο στο:
http://epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/PDF/N.%20PELLAS.pdf
23. Υγειονομικός Χάρτης. Ενημερωτικό Δελτίο- Τεύχος 6. Διαθέσιμο στο:
[http://www.nsph.gr/files/004_Epidimiologias_Viostatistikis/%CE%A3%CE%AF%CE%BC%CE%BF%CF%85/%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B5%CF%82-%CE%94%CF%81%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82-%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%84%CE%B5%CF%82/YGEIONOMIKOS%20XARTIS\(t-6\).pdf](http://www.nsph.gr/files/004_Epidimiologias_Viostatistikis/%CE%A3%CE%AF%CE%BC%CE%BF%CF%85/%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B5%CF%82-%CE%94%CF%81%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82-%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%84%CE%B5%CF%82/YGEIONOMIKOS%20XARTIS(t-6).pdf)
24. ΨΥΧΑΡΓΩΣ. ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. Διαθέσιμο στο:
http://www.psychargos.gov.gr/ECPage.aspx?id=1634&nt=217&lang=1&ctl00_RadGrid1ChangePage=9
25. Ιστοσελίδα Γ.Ν.Γιαννιτών. Διαθέσιμη στο: <http://www.gng.gr/>
26. Ιστοσελίδα Γ.Ν. Έδεσσας . Διαθέσιμη στο: <http://www.gnedessas.eu/gne/>
27. Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Γιαννιτών. 2012. Διαθέσιμο στο:
http://enne.gr/organismoι_nosokomeion/geniko_nosokomeio_gianniston.pdf
28. Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας. 2012. Διαθέσιμο στο:
http://enne.gr/organismoι_nosokomeion/geniko_nosokomeio_edessas.pdf
29. Μπακόλα Ε, Ζυγά Σ, Πανουτσόπουλος Γ, Αλικάρη Β. Παρακίνηση νοσηλευτών και νοσηλευτική ηγεσία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2015, 7: 58-64.

30. Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών. Πενταετής Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης του Γενικού Νοσοκομείου Γιαννιτσών. Γιαννιτσά, 2003.
31. Zelman W. N, Pink G. H, Mathias C. B. Use of the Balanced Scorecard in Health Care. Journal of Health Care Finance 2003, 29: 1-15
32. Kaplan, R. S, Norton, D. P. Why does business need a Balanced Scorecard?" Journal of cost management 1997 May/June: 5-10.
33. Μπουρσανίδης Χ. Στρατηγικό Μάνατζμεντ στη Δημόσια Διοίκηση, Μία συστηματική παρουσίαση του Balance Scorecard από την σκοπιά του Δημοσίου Μάνατζμεντ Υγείας. Γ! Συνέδριο Διοικητικών Επιστημών, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. Αθήνα, 2005. Διαθέσιμο στο:
- http://www.pspa.uoa.gr/fileadmin/pspa.uoa.gr/uploads/Research/EDE/Conferences/SDE_2005/Presentations/Boursanidis_Christos.ppt
34. Velasco B, Eiros J. M, Mayo A, San Roman A. Is it possible to implement a knowledge management system in a public hospital environment? Electron Journal of Biomedicine 2011, 2: 13-20.
35. Ορφανουδάκη Ε. Ανάπτυξη και εφαρμογή συστήματος αξιολόγησης στρατηγικής σε οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, Διατριβή, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης, Τμήμα Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης, Πολυτεχνείο Κρήτης. Χανιά, 2008.
36. Οι 10 σημαντικότεροι χρηματοοικονομικοί αριθμοδείκτες. Διαθέσιμο στο:
- <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=117657>
37. Ερμηνεία - Υπολογισμός Δεικτών Κεφαλαιακής Δομής & Βιωσιμότητας. Διαθέσιμο στο:
- http://www.specisoft.gr/home/news/docs/arthro_ermania_d_kef_domi_biosim.pdf
38. Καλογεροπούλου Μ. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011, 28:667-673
39. Παρασκευοπούλου Γ. Εργασιακή Ικανοποίηση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Μελέτη περίπτωσης: Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικό. Μελέτη για απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης Διοίκηση της Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά-ΤΕΙ Πειραιά. Πειραιάς, 2013.
40. Likert, R. A Technique for the Measurement of Attitudes. Archives of Psychology 1932, 140: 1-55.
41. Παραγρ. 2.2.205 περίπτ. 7-ε του Γενικού Λογιστικού Σχεδίου. Διαθέσιμο στο:
- <https://www.taxheaven.gr/pages/log-sxedio>
42. Παπανικολάου Β.), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Παπαζήση, Αθήνα, 2007
43. Τσιότρας Γ. Βελτίωση ποιότητας. Μπένου 2η έκδ., Αθήνα, 2002. ·
44. Μάντζαρης Γ. Management Επιχειρήσεων και Οργανισμών, τόμος Α. Γκούρδας Β. Αθήνα, 2008.

Goals to improve the Secondary Health Care in Pella: Opportunities, limitations and management tools to achieve

S. Naoum

116 Combat Wing Health Service, Araxos, Greece

ABSTRACT

The Regional Unit of Pella was selected to be analyzed about its basic health characteristics based on demographic, socio-economic, epidemiological and structural factors of the health system. From the analysis of the above mentioned health characteristics, there were found shortages of medical staff, equipment (CT-scan), under-functioning of the psychiatric department of Giannitsa General Hospital, inadequate staff training, lack of a realistic framework for medical and nursing staff motivation, etc., as well as a possible increase in demand for health services. Based on the above findings and the assistance of the S.W.O.T analysis, three strategic goals/priorities are proposed in order to improve the health care provided by Pella general hospitals. In addition, the limitations for their application were explored and analyzed, and as far as the management tools available in the literature are concerned, the method of "Balanced Scorecard" and the "Pareto analysis" were selected and described, which are proposed to be used in order to achieve and implement the strategic objectives.

Keywords: internal/external analysis, strategic goals, health service management tools, Balanced Scorecard, Pareto analysis

Citation

S. Naoum. Goals to improve the secondary health care in Pella: opportunities, limitations and management tools to achieve. *Scientific Chronicles* 2020; 25(1): 100-120

Γεωγραφική Διερεύνηση και Χωρική Ανάλυση στο Πεδίο της Άνοιας

Βασιλική Ζαχαροπούλου¹, Γεωργία Ζαχαροπούλου²

¹ Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη. Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας, Τμήμα Λογοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, ² Διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Πληροφορικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Τρίπολη. Φυσικοθεραπεύτρια, Κέντρο Υγείας Καλαμάτας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή. Η ικανότητα των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (ΓΠΣ) να ενσωματώνουν πλήθος πληροφοριών, δεδομένων και σχέσεων, έχει οδηγήσει στην υιοθέτησή τους σε πλείστα πεδία στον χώρο της υγείας και της ασθένειας. Λίγα όμως είναι γνωστά για την εφαρμογή τους στο πεδίο της άνοιας.

Σκοπός. Η αναζήτηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας για την υιοθέτηση και χρήση των ΓΠΣ σε οποιοδήποτε πεδίο στον τομέα της άνοιας.

Μεθοδολογία. Μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση διεξήχθη σε τέσσερις βάσεις δεδομένων (PubMed, Cochrane Central, Embase και Web of Sciences) από το 1990 έως το 2018 για τα άρθρα που σχετίζονται με τα ΓΠΣ και την άνοια. Οι όροι αναζήτησης περιελάμβαναν: «άνοια», «νόσος Alzheimer», «γεωγραφικά πληροφοριακά συστήματα», «γεωχωρική ανάλυση», «γεωγραφική διακύμανση».

Αποτελέσματα. Ελάχιστες είναι οι μελέτες που υιοθετούν τα ΓΠΣ στην άνοια. Οι περισσότερες από αυτές εστιάζουν στις περιβαλλοντικές συνθήκες και την ασθένεια, αποτυπώνοντας τη θέση της στον χώρο και αιτιολογικούς παράγοντες που υποθετικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να επισημάνουν τη σύνδεση μεταξύ του γεγονότος και της αιτίας. Οι ερευνητές βασιζόμενοι στις δυνατότητες της τεχνολογίας των ΓΠΣ για τον οπτικό έλεγχο της κατανομής πολλών μεταβλητών σε μια τοποθεσία, προσδιορίζουν συγκεκριμένους δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες κινδύνου και εντοπίζουν hotspots όπου συγκεντρώνονται αυτά τα χαρακτηριστικά. Τα hotspots αφορούν παράγοντες κινδύνου νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας. Ένας άλλος σημαντικός τομέας της εφαρμογής των ΓΠΣ είναι η χαρτογράφηση της διαθεσιμότητας, προσβασιμότητας και αναγκών σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην άνοια. Η κατανομή των υπηρεσιών, η επίδραση της απόστασης στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές και η αξιολόγηση της χωρικής προσβασιμότητας, η βέλτιστη θέση των υπηρεσιών σε σχέση με τον πληθυσμό, η ένδειξη της διαθεσιμότητας συγκεκριμένων τύπων υπηρεσιών υγείας, αποτελούν πεδία στα οποία τα ΓΠΣ μπορούν να διαδραματίσουν έναν κρίσιμο ρόλο.

Συμπεράσματα. Οι τεράστιες δυνατότητες των ΓΠΣ μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στις πολιτικές για τη γήρανση του πληθυσμού και την άνοια με την υποστήριξή τους από χωρικά ενημερωμένες στρατηγικές και με τελικό αποτέλεσμα την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις ευρετηρίου: Άνοια, Νόσος Alzheimer, Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα, Γεωχωρική Ανάλυση, Γεωγραφική Διακύμανση

Παραπομπή

Β. Ζαχαροπούλου, Γ. Ζαχαροπούλου. Γεωγραφική Διερεύνηση και Χωρική Ανάλυση στο Πεδίο της Άνοιας. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(1): 121-131

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άνοια που απαριθμεί πάνω από 47 εκατομμύρια ασθενείς παγκόσμια αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και αναπηρίας των ηλικιωμένων με σοβαρό κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει εκτεταμένα ασχοληθεί με την συμβολή κοινωνικοοικονομικών, δημογραφικών, κλινικών, περιβαλλοντικών παραγόντων, αλλά και των γεωγραφικών διαφορών ως παραγόντων κινδύνου στον βαθμό ανάπτυξης της άνοιας [1,2]. Η ανομοιομορφή γεωγραφική κατανομή της έδειξε ότι διαφορετικοί παράγοντες, κυρίως τροποποιήσιμοι, μπορούν να εντοπιστούν και να οδηγήσουν σε διαφορετικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και των πολιτικών για την άνοια, ώστε να επιτευχθεί σημαντική μείωση του επιπολασμού της [1]. Μελέτες επίσης έχουν ασχοληθεί και με τη διαχείριση της φροντίδας δεδομένου ότι η αντιμετώπισή της απαιτεί ένα σύνολο υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, ξεκινώντας από την έγκαιρη διάγνωση έως και τα τελικά στάδια της νόσου [3]. Έμφαση δίνεται και στην προσβασιμότητα και διαθεσιμότητα των εξειδικευμένων υπηρεσιών ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές [4].

Η ταχεία ανάπτυξη τεχνολογιών για την ανάλυση δεδομένων που καλύπτουν τον γεωγραφικό χώρο έχει προσφέρει καινοτόμες δυνατότητες για τη μελέτη της κατάστασης της ασθένειας και των τάσεών της, επιτρέποντας έτσι την καλύτερη κατανόηση των κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η χαρτογράφηση των ασθενειών πλέον έχει γίνει ένα σημαντικό εργαλείο δημόσιας υγείας, σε σχέση τόσο με τη διάγνωση όσο και με τον προγραμματισμό [5]. Οι πρώιμες εφαρμογές των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (ΓΠΣ) στον τομέα της υγείας επικεντρώθηκαν σε επιδημιολογικά ζητήματα. Τα τελευταία χρόνια δίνεται μεγάλη βαρύτητα στη διαχείριση της δημόσιας υγείας και την εξέταση χωρικών προτύπων των υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τον σχεδιασμό της θέσης των νέων εγκαταστάσεων υπηρεσιών υγείας [6]. Οι τεράστιες δυνατότητες των ΓΠΣ πλέον διαδραματίζουν έναν κρίσιμο ρόλο στον καθορισμό του που και πότε πρέπει να υπάρξει παρέμβαση στη βελτίωση της ποιότητας αυτής, στην αύξηση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών ικανοποιώντας τους χρήστες [7].

Μια θεμελιώδης προϋπόθεση για τη γεωγραφία της υγείας είναι ότι η ασθένεια και η υγεία είναι άνισα κατανομημένες στον χώρο

και τον χρόνο. Τα χωρικά πρότυπα της ασθένειας έχουν σχετιστεί με πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του κλίματος, των μικροβίων, της έκθεσης, του πολιτισμού, της εθνότητας/φυλής και της κατανομής των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η κατανόηση των συσχετίσεων υγείας και ασθένειας είναι πολύ σημαντική. Ένα ΓΠΣ έχει την ικανότητα να εμφανίσει τη χωρική κατανομή των δεδομένων της ασθένειας, ενώ η χαρτογράφηση τους μπορεί να συμβάλλει στην απεικόνιση προτύπων και να δώσει ερεθίσματα για τη δημιουργία ερωτημάτων. Εξειδικευμένες μέθοδοι και τεχνικές επιτρέπουν τη μελέτη της χωρικής δομής και κατανομής των γεωγραφικών δεδομένων μέσω της εξέτασης της ύπαρξης ή μη χωρικής αυτοσυσχέτισης στα δεδομένα, όπως είναι ο ολικός και τοπικός δείκτης χωρικής αυτοσυσχέτισης Moran's I. Ο ολικός δείκτης Moran καθορίζει τον βαθμό στον οποίο η τιμή μιας μεταβλητής σε μια περιοχή είναι παρόμοια με τις τιμές για την ίδια μεταβλητή σε γειτονικές περιοχές. Οι τιμές του δείκτη αυτού μπορεί να κυμαίνονται μεταξύ -1 και +1. Όσο πιο κοντά στο 1, πλησιάζει ο δείκτης, τόσο μεγαλύτερη είναι η ομοιότητα μεταξύ της εν λόγω περιοχής και των γειτονικών της περιοχών, σε σχέση με τη μεταβλητή που μελετήθηκε. Από την άλλη πλευρά, όσο πιο κοντά πλησιάζει στο -1, τόσο περισσότερες είναι οι διαφορές. Εάν η τιμή είναι μηδέν, αυτό δείχνει χωρική ανεξαρτησία. Η ικανότητα των ΓΠΣ να ενσωματώσουν πλήθος πληροφοριών, δεδομένων και σχέσεων, επιτρέπει περαιτέρω ερμηνείες από αυτές που δίδονται με την παραδοσιακή έρευνα και τη στατιστική ανάλυση [6].

Σκοπός της ανασκόπησης ήταν η αναζήτηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας για την υιοθέτηση και χρήση των ΓΠΣ σε οποιοδήποτε πεδίο στον τομέα της άνοιας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διεξήχθη σε τέσσερις βάσεις δεδομένων (PubMed, Cochrane Central, Embase και Web of Sciences) από το 1990 έως το 2018 για τα άρθρα που σχετίζονται με τα ΓΠΣ και την άνοια. Οι όροι αναζήτησης περιελάμβαναν: «άνοια», «νόσο Alzheimer», «γεωγραφικά πληροφοριακά συστήματα», «γεωχωρική ανάλυση», «γεωγραφική διακόμανση». Κριτήρια επιλογής ήταν: 1) μελέτες που αφορούσαν τη χρήση των ΓΠΣ στις χρόνιες ασθένειες των ηλικιωμένων, 2) μελέτες που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου άνοιας συμπεριλαμβανομένου των γεωγραφικών διαφορών, 3) μελέτες που περιλάμβαναν τη χρήση των ΓΠΣ στην άνοια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρά την εκτεταμένη χρήση των ΓΠΣ στην επιδημιολογία και τη δημόσια υγεία, ελάχιστες είναι οι μελέτες που υιοθετούν τα ΓΠΣ στην άνοια. Οι περισσότερες από αυτές εστιάζουν στις περιβαλλοντικές συνθήκες και την ασθένεια, αποτυπώνοντας τη θέση της στο χώρο καθώς και σε αιτιολογικούς παράγοντες που υποθετικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να επισημάνουν τη σύνδεση μεταξύ του γεγονότος και της αιτίας. Οι ερευνητές βασίζόμενοι στις δυνατότητες της τεχνολογίας των ΓΠΣ για τον οπτικό έλεγχο της κατανομής

πολλών μεταβλητών σε μια τοποθεσία, προσδιορίζουν συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου και εντοπίζουν hotspots όπου συγκεντρώνονται αυτά τα χαρακτηριστικά [8,9,10].

Περιβαλλοντική Έκθεση. Η έρευνα σχετικά με τη σύνδεση μεταξύ του φυσικού περιβάλλοντος (όπως το γεωγραφικό υψόμετρο) και των ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία έχει αποκτήσει δυναμική, με ιδιαίτερη έμφαση στα ΓΠΣ. Στα πλαίσια αυτού, ερευνήθηκε η επίδραση του υψομέτρου επί της γνωστικής λειτουργίας σε ηλικιωμένους, σε αγροτικές ορεινές περιοχές της Ιαπωνίας [11]. Το λογισμικό ArcGIS χρησιμοποιήθηκε για δεδομένα σχετικά με την εκτίμηση του υψομέτρου, με βάση τις διευθύνσεις των συμμετεχόντων, ενώ η γνωστική λειτουργία εκτιμήθηκε με τη γνωστική δοκιμασία Cognitive Assessment for Dementia, iPad version. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το αυξημένο υψόμετρο θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη γνωστική λειτουργία σε αγροτικές ορεινές περιοχές. Σύμφωνα με μία πιθανή εξήγηση η σχέση αυτή αποδίδεται στη σχετικά περιορισμένη πρόσβαση σε αγαθά που προάγουν την υγεία, σε υπηρεσίες και πόρους ή στη διαφορά γενικότερα στις συμπεριφορές υγείας [11]. Οι Scerpella [10] πραγματοποίησαν μελέτη στην οποία διερεύνησαν επιλεγμένους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες κινδύνου (ηλικία, εκπαίδευση, φύλο, εισόδημα) για την άνοια με το λογισμικό ArcGIS. Βασισμένοι στις δυνατότητες που έχει η τεχνολογία των ΓΠΣ σχετικά με τη σύνδεση των δεδομένων του απόμου με το περιβάλλον του, επιτρέπεται ο οπτικός έλεγχος της κατανομής πολλών

μεταβλητών σε μια τοποθεσία. Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο προσδιορισμός συγκεκριμένων δημογραφικών και κλινικών παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με την άνοια, μέσω των ΓΠΣ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό τοπικών περιοχών όπου συγκεντρώνονται αυτά τα χαρακτηριστικά. Παρόμοια ήταν και η προσέγγιση των Bagheri [9], όπου αναφέρεται ότι τα συστήματα γεωγραφικών πληροφοριών και γεωγραφικής ανάλυσης θα βοηθήσουν στον εντοπισμό σημαντικών ομάδων κινδύνου άνοιας και θα επιτρέψουν στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να στοχεύσουν τις σωστές παρεμβάσεις πρόληψης. Οι εκτιμώμενοι κίνδυνοι της άνοιας μπορούν να αποδοθούν και να χαρτογραφηθούν για τον εντοπισμό συστάδων κινδύνου άνοιας στις τοπικές κοινωνίες, βελτιώνοντας την κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της άνοιας και της έκθεσης του πληθυσμού σε μονοξείδιο του άνθρακα και διοξειδίου του αζώτου, δηλαδή της ατμοσφαιρικής ρύπανσης που οφείλεται κυρίως στις εκπομπές ρύπων των οχημάτων ήταν το αντικείμενο αναδρομικής μελέτης παρατήρησης στην Ταϊβάν [12]. Τα δεδομένα της έκθεσης που σχετίζονταν με τους ασθενείς της μελέτης, συγκεντρώθηκαν από αρχειακές καταγραφές που είχαν εντοπίσει τις περιοχές κατοικίας των ασθενών αυτών (με βάση την τοποθεσία της κλινικής, στην οποία οι ασθενείς αναζητούσαν συχνότερα θεραπεία για την οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος), με τη χρησιμοποίηση ενός συστήματος βασισμένου στα ΓΠΣ [12]. Οι επιπτώσεις της μακροχρόνιας έκθεσης στην

ατμοσφαιρική ρύπανση επί της γνωστικής έκπτωσης, με τη χρήση των ΓΠΣ, διερευνήθηκαν και από τους Weuve [13].

Θνησιμότητα. Η χωρική συσχέτιση της θνησιμότητας από τη νόσο Alzheimer ήταν το αντικείμενο της μελέτης των Almeida [5]. Μεταξύ του 2004 και 2009 συνολικά 13.030 θάνατοι εξαιτίας της νόσου Alzheimer αναφέρθηκαν στην πολιτεία του Σάο Πάολο. Από την παρατήρηση σχετικά με την κατανομή των θανάτων που οφείλονται στη νόσο, εξήχθη το συμπέρασμα ότι η χωρική ανάλυση είναι μια κατάλληλη τεχνική για τη μελέτη αυτής, διότι επιτρέπει την αναγνώριση περιοχών εστίασης και παρέμβασης. Μέσω του «ολικού δείκτη Moran», και του «τοπικού δείκτη Moran», υπολογίστηκε η χωρική αυτοσυσχέτιση των γεγονότων και καθορίστηκε η εξάρτηση των τοπικών δεδομένων σε σχέση με τις γειτονικές περιοχές. Ο τοπικός αυτός δείκτης, συνέβαλε ώστε να εντοπιστούν οι ομάδες και υποπεριοχές, όπου παρουσιάστηκε η χωρική εξάρτηση. Έτσι κατέστη δυνατό να αναλυθεί γραφικά ο βαθμός ομοιότητας μεταξύ των γειτονικών περιοχών, υποδεικνύοντας τομείς υψηλής προτεραιότητας, μέσα από το διάγραμμα διασποράς Moran. Ο χάρτης Moran εντόπισε 42 δήμους του Σάο Πάολο που χρήζουν παρέμβασης, η οποία υποδείχθηκε από την υψηλή πυκνότητα των θανάτων λόγω της νόσου Alzheimer [5].

Για να προσδιοριστεί μία συσχέτιση μεταξύ τεσσάρων νευροεκφυλιστικών ασθενειών και της νόσου του Lyme ή Βορρελίωσης, από το 2001 έως και το 2010 στις ΗΠΑ, συγκρίθηκε η κατανομή των θανάτων που οφείλονταν στη νόσο Alzheimer και στις άλλες τρεις

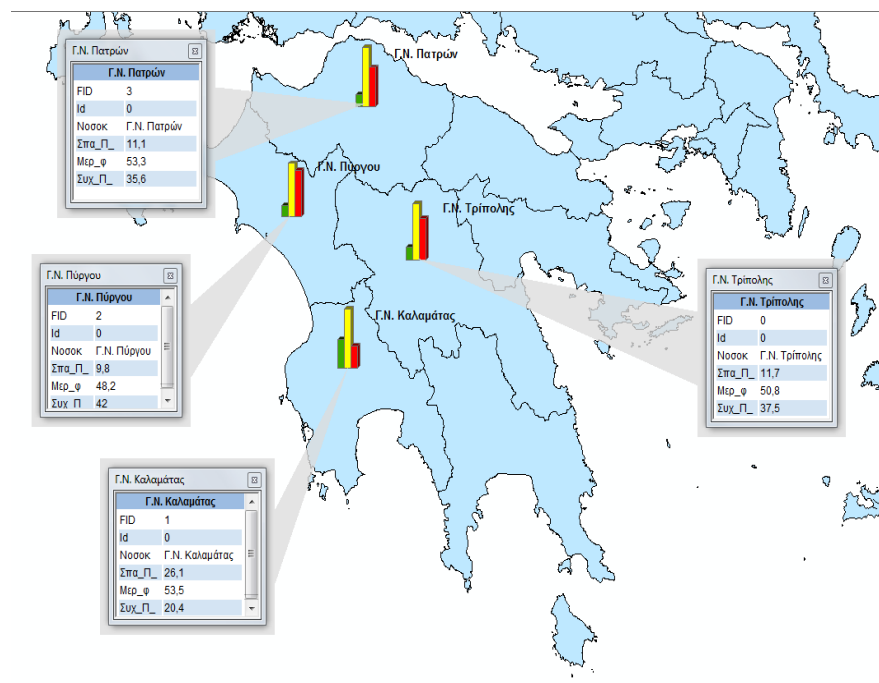
διαταραχές, με την κατανομή των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων. Ο δείκτης Moran χρησιμοποιήθηκε για τη χωρική αυτοσυσχέτιση και την αξιολόγηση της γεωγραφικής ομαδοποίησης των δύο καταστάσεων [14]. Οι περιφερειακές διακυμάνσεις στον πραγματικό επιπολασμό της άνοιας και η σύγκριση με τον αναμενόμενο επιπολασμό σε όλες τις ΗΠΑ, καθώς και η αποτύπωση σε γεωγραφικούς χάρτες, πραγματοποιήθηκαν από τους Koller and Bynum [15]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ο αριθμός των διαγνωσμένων περιπτώσεων άνοιας υπερβαίνει τον εκτιμώμενο αριθμό, ενώ δεν κατανέμεται ομοιόμορφα σε όλες τις πολιτείες και συνεπώς μπορεί να απαιτεί διαφορετικά επίπεδα σχεδιασμού. Η υψηλότερη από την αναμενόμενη επικράτηση στις νότιες πολιτείες ίσως μπορεί να εξηγηθεί από τα ποσοστά χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, καθώς και πολιτισμικών αντιλήψεων για τη γήρανση που επηρεάζουν τόσο την διάγνωση όσο και τη θεραπεία της άνοιας.

Διαθεσιμότητα-Προσβασιμότητα. Ένας άλλος σημαντικός τομέας της εφαρμογής των ΓΠΣ είναι η χαρτογράφηση της διαθεσιμότητας, προσβασιμότητας και αναγκών σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην άνοια. Η κατανομή των υπηρεσιών, η επίδραση της απόστασης στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές, ακόμα και η αξιολόγηση της χωρικής προσβασιμότητας, η βέλτιστη θέση των υπηρεσιών σε σχέση με τον πληθυσμό, αποτελούν πεδία στα οποία τα ΓΠΣ μπορούν να διαδραματίσουν έναν κρίσιμο ρόλο [16,17,18,19,20]. Ήδη από τη δεκαετία του 1990 η χρήση των ΓΠΣ επικεντρώθηκε στις γηριατρικές υπηρεσίες για τους πάσχοντες από

άνοια, κυρίως όσον αφορά τον σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στο Ηνωμένο Βασίλειο [20]. Μία λεπτομερής χωρική προσέγγιση επιχειρείται από τους Robertson [18] για τη μοντελοποίηση της αναμενόμενης αύξησης του επιπολασμού της άνοιας με την πάροδο των χρόνων και τις πιθανές επιπτώσεις. Τα αποτελέσματα περιλαμβάνουν εκτιμήσεις για την περίοδο 2012–2017 και αφορούν τους σημαντικότερους υποτύπους άνοιας, ενώ χαρτογραφήθηκαν και οι τρέχουσες ανάγκες υγείας, οι υποδομές φροντίδας των ηλικιωμένων και η χωρική προσβασιμότητα σε αυτές. Βασικό έναυσμα της έρευνας ήταν το γεγονός ότι οι υπηρεσίες φροντίδας είναι άνισα κατανομημένες στον χώρο. Αλλαγές στον επιπολασμό της άνοιας είναι πιθανό να επηρεάσουν τους πληθυσμούς σε επίπεδο κοινότητας έως κρατικό επίπεδο και τις πιθανές απαιτήσεις, τη ζήτηση για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας και

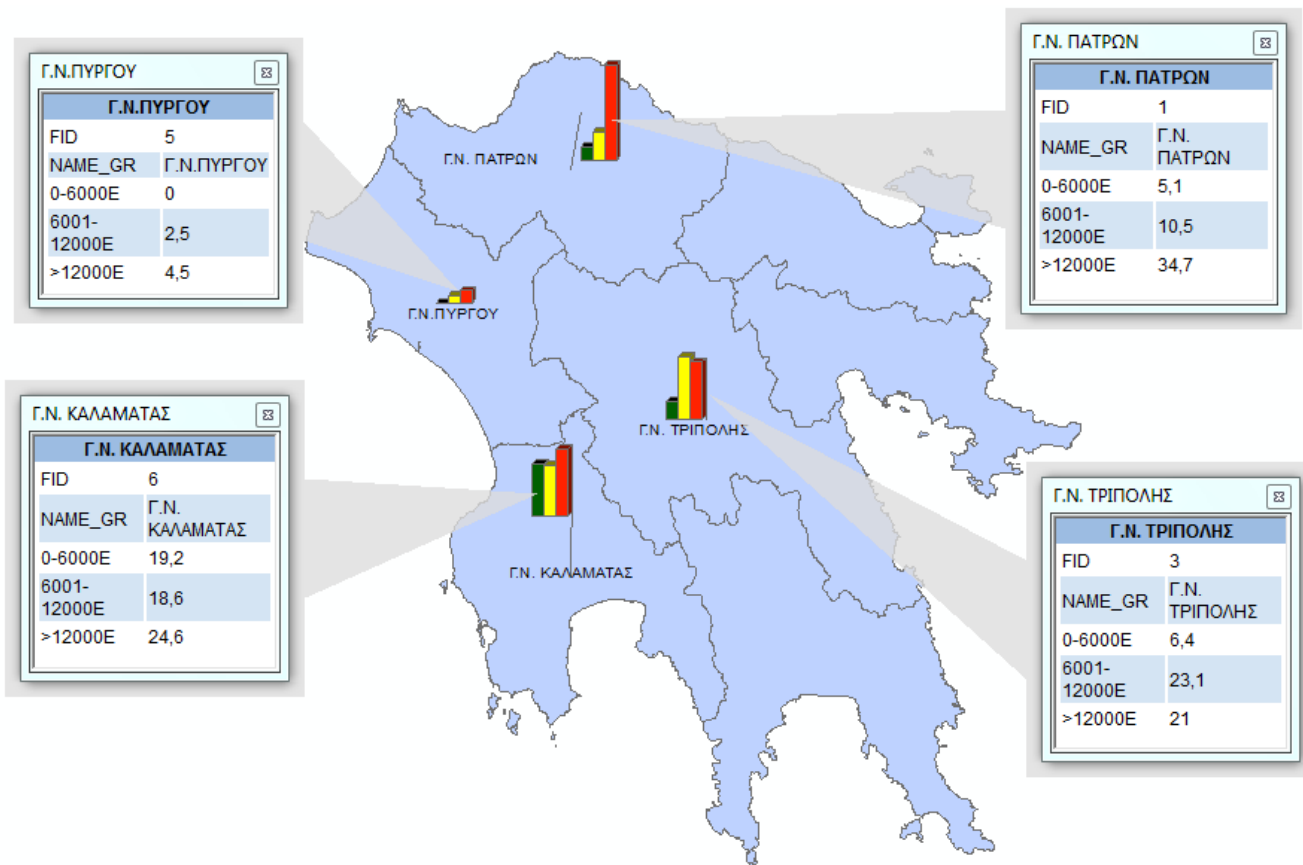
κοινωνικής φροντίδας [18]. Η αξιολόγηση μιας κλινικής μνήμης που σχεδιάστηκε για να βελτιώσει την πρόσβαση στη διάγνωση και τη διαχείριση της άνοιας για ηλικιωμένους που ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές στον Καναδά ήταν το αντικείμενο της μελέτης των Morgan [19]. Η πρόσβαση αξιολογήθηκε και με τη δημιουργία χαρτών που αποτύπωναν τη γεωγραφική κατανομή των ασθενών που χρησιμοποιούσαν τη συγκεκριμένη υπηρεσία. Ο βαθμός χρήσης των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι προτιμήσεις για τις υπηρεσίες αυτές και άλλα χαρακτηριστικά της φροντίδας από τους ανοϊκούς ασθενείς διαφορετικών περιοχών της Ελληνικής περιφέρειας, αποτυπώθηκαν σε γεωγραφικούς χάρτες και από τους Zacharoulou [16,17] (Εικόνες 1,2).

Εικόνα 1. Απεικόνιση της Συχνότητας Επίσκεψης στα Εξωτερικά Νευρολογικά Ιατρεία τεσσάρων Δημοσίων Νοσοκομείων της 6^{ης} Υ.ΠΕ. με βάση την Οικονομική Κατάσταση (εισόδημα) των Ασθενών.



*Αναφέρονται με την ακόλουθη σειρά:
Σπάνια/Πολύ Σπάνια, Μερικές Φορές,
Συχνά/Πολύ Συχνά

Εικόνα 2. Απεικόνιση της Προτίμησης των Ασθενών για τους Ιδιώτες Ιατρούς με βάση την Οικονομική τους Κατάσταση



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αναζήτηση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών, περιβαλλοντικών και άλλων παραγόντων και ανάπτυξης της άνοιας είναι σημαντική, ενώ και η ανάδειξη των ανισοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας. Οι τεράστιες δυνατότητες των ΓΠΣ

μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στις πολιτικές για τη γήρανση του πληθυσμού, την κατανόηση της χρόνιας ασθένειας και τη διαχείρισή της, με την υποστήριξή τους από χωρικά ενημερωμένες στρατηγικές και με τελικό αποτέλεσμα την ικανοποίηση των χρηστών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Russ TC, Gatz M, Pedersen NL, Hannah J, Wyper G, Batty GD, et al. Geographical variation in dementia: examining the role of environmental factors in Sweden and Scotland. *Epidemiology*. 2015; 26(2):263-270.
2. Chen R, Ma Y, Wilson K, Hu Z, Sallah D, Wang J, et al. A multicentre community-based study of dementia cases and subcases in older people in China--the GMS-AGECAT prevalence and socio-economic correlates. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(7):692-702.
3. Scalmana S, Di Napoli A, Franco F, Vanacore N, Di Lallo D, Giarrizzo ML, et al. Use of health and social care services in a cohort of Italian dementia patients. *Functional Neurology*. 2013;28(4):265-273.
4. Thorpe JM, Van Houtven CH, Sleath BL, Thorpe CT. Rural-Urban Differences in Preventable Hospitalizations Among Community-Dwelling Veterans with Dementia. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*. 2010;26(2):146-155.
5. Almeida MC, Gomes CM, Nascimento LF. Spatial distribution of deaths due to Alzheimer's disease in the state of São Paulo, Brazil. *Sao Paulo Med J*. 2014;132(4):199-204.
6. Evans R, Larkins S, Cheffins T, Fleming R, Johnston K, Tennant M. Mapping access to health services as a strategy for planning: access to primary care for older people in regional Queensland. *Aust J Prim Health*. 2017;23(2):114-122.
7. Lovett DA, Poots AJ, Clements JT, Green SA, Samarasundera E, Bell D. Using geographical information systems and cartograms as a health service quality improvement tool. *Spat Spatiotemporal Epidemiol*. 2014;10:67-74.
8. Bagheri N, Wangdi K, Cherbuin N, Anstey KJ. Combining Geospatial Analysis with Dementia Risk Utilising General Practice Data: A Systematic Review. *J Prev Alzheimers Dis*. 2018a;5(1):71-77.
9. Bagheri N, Wangdi K, Cherbuin N, Anstey KJ. General Practice Clinical Data Help Identify Dementia Hotspots: A Novel Geospatial Analysis Approach. *J Alzheimers Dis*. 2018b;61(1):125-134.
10. Scerpella DL, Marx KA, Burke K, Gitlin LN. Using Geographical Information Systems (GIS) for Targeting Recruitment in Dementia Studies. *Innovation in Aging*. 2017;1(S1):520.
11. Hamano T, Onoda K, Takeda M, Sundquist K, Yamaguchi S, Nabika T. Geographic Elevation and Cognitive Function among Elderly Residents in Rural Mountainous Areas: Shimane CoHRE Study. Tchounwou PB, ed. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015;12(10):13365-13371.
12. Chang KH, Chang MY, Muo CH, Wu TN, Chen CY, Kao CH. Increased Risk of Dementia in Patients Exposed to Nitrogen Dioxide and Carbon Monoxide: A Population-Based Retrospective Cohort Study. *PLoS ONE*. 2014;9(8):e103078.

13. Weuve J, Puett RC, Schwartz J, Yanosky JD, Laden F, Grodstein F. Exposure to Particulate Air Pollution and Cognitive Decline in Older Women. *Archives of Internal Medicine*. 2012;172(3):219-227.
14. Forrester JD, Kugeler KJ, Perea AE, Pastula DM, Mead P. No Geographic Correlation between Lyme Disease and Death Due to 4 Neurodegenerative Disorders, United States, 2001-2010. *Emerging Infectious Diseases*. 2015;21(11):2036-2039.
15. Koller D, Bynum JP. Dementia in the USA: state variation in prevalence. *J Public Health*. 2015;37:597-604.
16. Zacharopoulou V, Zarakovitis D, Zacharopoulou G, Tsaloukidis N, Lazakidou A. Geographic Mapping of Use and Knowledge of the Existence of Projects or ICT-Based Devices in Dementia Care. *Stud Health Technol Inform*. 2017;238:52-55.
17. Zacharopoulou V, Zacharopoulou G, Leondiou L, Voudouri E, Tsambalas E, Lazakidou A. Elderly dementia patients, socioeconomic settings, care management and ICT adoption. *British Journal of Healthcare Management*. 2019;25(3):123-134.
18. Robertson H, Nicholas N, Travaglia J, Georgiou A, Hayen A. Geo-Spatial mapping of projected dementias and their implications for health and aged care services. Conference Paper. October 2016. <https://www.researchgate.net/publication/309566199.pdf>
19. Morgan DG, Crossley M, Kirk A, D'Arcy C, Stewart NJ, Biem J, et al. Improving Access to Dementia Care: Development and Evaluation of a Rural and Remote Memory Clinic. *Aging & Mental Health*. 2009;13(1):17-30.
20. Dowie P, Koval S, Burnhill P, Healy R. GIS and community health care: A case study of geriatric service provision. *Proceedings of the European Conference on GIS, EGIS '91*. Utrecht: Kluwer. 1991;267-276.

Geographical Investigation and Spatial Analysis in the Field of Dementia

Vassiliki Zacharopoulou¹, Georgia Zacharopoulou²

¹PhD, University of Peloponnese, Faculty of Economy, Management and Informatics, Department of Economics, Tripoli. Teaching Fellow, Health Rehabilitation Sciences, Department of Speech and Language Therapy, University of Patras, Greece, ²PhD, University of Peloponnese, Faculty of Economy, Management and Informatics, Department of Economics, Tripoli. Physiotherapist, Kalamatas Health Center

ABSTRACT

Introduction. The ability of Geographic Information Systems (GIS) to incorporate a wealth of information, data and associations has led to their adoption in many areas of health and disease. But little is known about their application in the field of dementia.

Purpose. The search for published literature on the adoption and use of GIS in any field of dementia.

Methodology. A systematic literature review was conducted in four databases (PubMed, Cochrane Central, Embase, and Web of Sciences) from 1990 to 2018 for articles related to GIS and dementia. The search terms included: "Dementia", "Alzheimer's Disease", "Geographic Information Systems", "Geospatial Analysis," "Geographic Variation."

Results. There are few studies that adopt GIS in dementia. Most of these focus on environmental conditions and disease, reflecting its location in the space and causal factors that can hypothetically be used to trace the connection between event and cause. Researchers based on the capabilities of GIS technology for visual inspection of the distribution of several variables on a site, determine specific demographic and clinical risk factors and identify hotspots where these features are pooled. Hotspots relate to morbidity and mortality risk factors. Another important area of GIS implementation is mapping the availability, accessibility and demand for health and social care services in dementia. The distribution of services, the impact of distance in rural and remote areas and the evaluation of spatial accessibility, the optimal location of services in relation to the population, the indication of the availability of specific types of health services, are areas in which GIS can play a crucial role.

Conclusions. The enormous potential of GIS can play an important role in aging and dementia policies by supporting them with spatially informed strategies and ultimately satisfying health service users.

Keywords: Dementia, Alzheimer's Disease, Geographic Information Systems, Geospatial Analysis, Geographic Variance

Citation

V. Zacharopoulou, G. Zacharopoulou. Geographical Investigation and Spatial Analysis in the Field of Dementia. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 121-131

Επιδημιολογία του ιού HPV στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του κόσμου

Ιωάννης Κ. Θανασάς¹, Γιάγκος Λαβράνος², Πηνελόπη Γκόγκου³, Δημήτριος Παρασκευής⁴

¹Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα, ²Ιατρική Σχολή και Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος, ³Ογκολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Norwich, Μεγάλη Βρετανία, ⁴Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τέταρτος πιο συχνός καρκίνος μεταξύ των γυναικών παγκοσμίως. Εκτιμάται ότι παραπάνω από μισό εκατομμύριο γυναίκες έχουν μολυνθεί από κάποιον γόνотυπο του ιού HPV. Σκοπός της επιδημιολογικής ανασκόπησης είναι να προσδιοριστεί ο επιπολασμός της μόλυνσης από ιό ανθρώπινου θηλώματος (HPV) και η κατανομή του γονότυπου σε διάφορες χώρες και στην Ελλάδα και να καταγραφούν τα χαρακτηριστικά της επίπτωσης των υποτύπων. Από τις βάσεις δεδομένων καταγράψαμε δημοσιευμένες μελέτες σχετικές με την καταγραφή επιδημιολογικών δεδομένων του επιπολασμού των υποτύπων του ιού ανάλογα με τη γεωγραφική εντόπιση, τα ποσοστά ανίχνευσης HPV τόσο στις υγιείς γυναίκες όσο και σε αυτές που έχουν νοσήσει. Οι μελέτες ήταν ετερογενείς όσον αφορά την επιλογή του δείγματος. Ο επιπολασμός του HPV οποιουδήποτε υποτύπου είναι περίπου 11%. Ο HPV16 είναι ο πιο συνηθισμένος γονότυπος που αναφέρθηκε στις περισσότερες χώρες. Οι ουσιαστικές διαφορές στον επιπολασμό και τη διανομή του ιού HPV ανάμεσα στη γεωγραφική κατανομή μεταξύ των πληθυσμών που μελετήθηκαν αξίζουν περαιτέρω ανάλυση σε παγκόσμιες επιδημιολογικές μελέτες που θα συμπεριλαμβάνουν πληθυσμούς με κοινά χαρακτηριστικά.

Λέξεις ευρετηρίου: HPV, επιπολασμός, Ελλάδα, αναπτυγμένες χώρες, αναπτυσσόμενες χώρες

Παραπομπή

Ι.Κ. Θανασάς, Γ. Λαβράνος, Π. Γκόγκου, Δ. Παρασκευής. Επιδημιολογία του ιού HPV στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του κόσμου. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(1): 132-147

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ιός HPV (Human Papilloma Virus) είναι ένας από τους πιο διαδεδομένους ιούς σήμερα παγκοσμίως. Ευθύνεται τόσο για τα κοινά νοσήματα που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή και αφορούν σε

εκατομμύρια άνδρες και γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο, όσο και για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την καρκινογένεση στον άνθρωπο. Τα τελευταία τριανταπέντε χρόνια περίπου δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η σχέση ανάμεσα στον ιό HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ως

αποτέλεσμα μιας μακροχρόνιας μη αναστρέψιμης λοίμωξης από συγκεκριμένα στελέχη του ιού [1]. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνος μεταξύ των γυναικών παγκοσμίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Εκτιμάται ότι κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 530000 περίπου νέα περιστατικά και καταγράφονται 275000 θάνατοι, με την πλειονότητα των περιστατικών να αφορούν στις ανεπτυγμένες χώρες [2,3].

Οι περισσότερες HPV λοιμώξεις μεταδίδονται μετά από στενή δερματική ή διαβλεννογόνια επαφή. Η σεξουαλική επαφή κατά κύριο λόγο, και επιπλέον, ο αυτοενοφθαλμισμός με τη βοήθεια των χεριών που έρχονται σε επαφή με τους βλεννογόνους και η περιγεννητική ή κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής μετάδοση του ιού από τη μητέρα στο έμβρυο αποτελούν τις κύριες οδούς μετάδοσης της HPV λοίμωξης στον άνθρωπο. Η σεξουαλική επαφή είναι η κυριότερη οδός μετάδοσης της HPV λοίμωξης στην πρωκτογεννητική περιοχή. Η HPV λοίμωξη είναι πιο συχνή στις σεξουαλικά δραστήριες έφηβες και στις γυναίκες νεαρότερης ηλικίας, ενώ η λοίμωξη απαντάται σχετικά σπάνια σε γυναίκες που είναι σεξουαλικά ανενεργείς [4,5]. Η αυξημένη συχνότητα της HPV λοίμωξης σε νεαρές γυναίκες είναι πολύ πιθανό να σχετίζεται με τη συχνή εναλλαγή των ερωτικών συντρόφων που χαρακτηρίζει αυτές τις ηλικιακές ομάδες. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η σεξουαλική συμπεριφορά αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο της λοίμωξης από τους ιούς HPV [6].

Η λοίμωξη από ογκογόνο τύπο του ιού HPV, η εμμονή της HPV λοίμωξης, η ανάπτυξη υψηλόβαθμης τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής

αλλοίωσης και η μετέπειτα εξέλιξη σε καρκίνωμα *in situ* και διηθητικό καρκίνο θεωρείται σήμερα ότι αποτελούν τα απαραίτητα βήματα στην καρκινογένεση του τραχήλου της μήτρας. Εκτιμάται ότι όσο περισσότερο επιμένει η λοίμωξη από στέλεχος υψηλού κινδύνου του ιού HPV, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα καρκινογένεσης. Ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για την εξέλιξη της HPV λοίμωξης σε νεοπλασία και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι η επίμονη HPV λοίμωξη από έναν υψηλού κινδύνου γονότυπο του ιού [7]. Προοπτικές μελέτες έχουν καταδείξει ότι η εμμονή της HPV λοίμωξης μειώνει την πιθανότητα της αυτοκάθαρσης και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προκαρκινικών αλλοιώσεων [8].

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ HPV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης έχει ερευνηθεί εκτεταμένα τα τελευταία χρόνια. Η γνώση του επιπολασμού για τον ιό HPV εκτιμάται ότι συμβάλλει σημαντικά στον εκσυγχρονισμό των πρωτογενών προληπτικών προγραμμάτων για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και προσφέρει στην εξασφάλιση ποιοτικότερων παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος [9,10]. Η ευρέως αποδεκτή γνώση σήμερα ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι αποτέλεσμα μόλυνσης από τον ιό HPV σε ποσοστό σχεδόν 100%, οδήγησε την επιστημονική κοινότητα στην ανάγκη να υιοθετήσει μέτρα ικανά να προλάβουν τη διάδοση της HPV λοίμωξης και την καρκινογένεση στο τραχηλικό επιθήλιο. Παγκοσμίως, ο καρκίνος του τραχήλου της

μήτρας θεωρείται η τρίτη πιο συχνά εμφανιζόμενη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, και η έβδομη στο σύνολο των καρκίνων, με περισσότερες από 500000 έως 530000 περίπου νέες περιπτώσεις το χρόνο [11].

Ο επιπολασμός του ιού HPV στις γυναίκες με φυσιολογικά κυτταρολογικά ευρήματα παγκοσμίως εκτιμάται ότι είναι 11.7%. Η μεγαλύτερη επίπτωση αφορά στην υποσακχάρια Αφρική (24%), στην Ανατολική Ευρώπη (21%) και στη Λατινική Αμερική (16%) [12]. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο υψηλότερος επιπολασμός της HPV λοίμωξης αφορά σε γυναίκες ηλικίας 15 και 19 ετών, με τη μεγαλύτερη επίπτωση να εμφανίζεται στο εικοστό πέμπτο έτος [13]. Ωστόσο, αυξημένη επίπτωση του επιπολασμού παρατηρείται τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 45 και 54 ετών [14,15]. Οι συχνότεροι HPV γονότυποι σε γυναίκες με φυσιολογική κυτταρολογία σε ολόκληρο τον κόσμο είναι ο HPV 16 και ακολουθούν οι HPV υπότυποι 18, 31, 58 και 52. Ο HPV 16 είναι ο συχνότερος γονότυπος παγκοσμίως, εκτός από την Ανατολική Αφρική και την Ιαπωνία στις οποίες απαντάται συχνότερα ο HPV 52 [16,12].

Ο ΙΟΣ HPV ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα η επίπτωση της HPV λοίμωξης είναι υψηλή και εκτιμάται ότι αυξάνεται διαρκώς τα τελευταία χρόνια. Τα περισσότερα δεδομένα για την επίπτωση και τον επιπολασμό της HPV λοίμωξης στον ελλαδικό χώρο προέρχονται από τη μελέτη «ΛΥΣΙΣΤΡΑΤΗ» (πίνακας 1). Ο Agorastos και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα τελικά αποτελέσματα της μελέτης τους, στόχος της οποίας μεταξύ των άλλων ήταν να εκτιμήσει τον συνολικό επιπολασμό της HPV λοίμωξης και την κατανομή των τύπων υψηλού κινδύνου στις Ελληνίδες ηλικίας από 18 έως 65 ετών έδειξαν ότι ο επιπολασμός ήταν υψηλότερος στην ηλικιακή ομάδα από 20 έως 29 ετών, και ακολούθως αυξημένη κατανομή παρατηρήθηκε στο ηλικιακό φάσμα 50 έως 59 ετών. Συνολικά, το 5.8% των γυναικών ήταν θετικές σε κάποιον τύπο HPV υψηλού κινδύνου. Ο πιο συχνός τύπος υψηλού κινδύνου που ανιχνεύθηκε ήταν ο HPV 16 και ακολουθούσαν οι τύποι 31, 35, 53, 18, 51, 56, 58, 52, 39, 66, 45, 33, 59 και 68. Ο τύπος HPV 16 ανιχνεύθηκε στο 24.8% των γυναικών που διαγνώστηκαν θετικές στον ιό HPV και στο 1.4% του συνόλου των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη [17,18].

Πίνακας 1. Ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης στην Ελλάδα και η επιδημιολογική κατάταξη των υποτύπων του ιού κατά συχνότητα εμφάνισης

Μελέτη	Έτος	Επιπολασμός HPV	Υπότυποι HPV
Agorastos et al	2014	5.8%	16, 31, 35, 53, 18, 51, 56, 58, 52, 39, 66, 45, 33, 59, 68
Kroupis et al	2007	23.6%	16, 58
Panotopoulou et al	2007	24.6%	11, 18, 6, 16, 31, 33
Stamataki et al	2010	22.7%	16, 53, 18

Παλιότερη μελέτη προερχόμενη και αυτή από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης, σε δείγμα 1300 γυναικών περίπου που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία έξι γυναικολογικών κλινικών στη Βόρεια Ελλάδα έδειξε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 2.5%. Το χαμηλό αυτό ποσοστό, ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά HPV λοίμωξης που έχει διαπιστωθεί παγκοσμίως, δεν θεωρήθηκε αξιόπιστο, και από τους ίδιους τους ερευνητές αποδόθηκε στο γεγονός ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν περισσότερο συνειδητοποιημένες σε θέματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας [19]. Επίσης, παλαιότερη επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα και μετά από τη λήψη τραχηλικών βιοψιών έδειξε ότι στις περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας οι υψηλού κινδύνου γονότυποι HPV 16, 18 και 31 ανιχνεύθηκαν σε ποσοστά 56%, 23% και 6%, αντίστοιχα. Ο ιός HPV 16 ανιχνεύθηκε στο 13% των χαμηλόβαθμων τραχηλικών αλλοιώσεων και στο 41% των υψηλόβαθμων τραχηλικών αλλοιώσεων. Ο ιός HPV 18 ανιχνεύθηκε στο 13% και 14% των χαμηλόβαθμων και υψηλόβαθμων ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας, αντίστοιχα [20].

Σε παρόμοια επιδημιολογική μελέτη, σκοπός της οποίας ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού του ιού HPV σε τραχηλικό κυτταρολογικό επίχρισμα δείγματος γυναικών που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου στην Αττική, καθώς και η διερεύνηση των σχετιζόμενων παραγόντων κινδύνου της HPV λοίμωξης

διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν υψηλός σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Λοίμωξη από τον ιό HPV ανιχνεύθηκε στο 22.7% του δείγματος, με μέγιστο επιπολασμό 56.9% στην ηλικιακή ομάδα από 21 έως 30 ετών. Το ποσοστό των γυναικών που διαγνώστηκαν για πρώτη φορά με HPV λοίμωξη ήταν 17.3%. Οι ογκογόνοι HPV γονότυποι ανιχνεύθηκαν στο 14.2% των HPV θετικών γυναικών. Ο επιπολασμός των υψηλού κινδύνου HPV υποτύπων 16, 53 και 18 ήταν 5.3%, 4.9% και 0.9%, αντίστοιχα. Ο HPV 16 ήταν ο συχνότερος υπότυπος που απομονώθηκε, είτε μόνος του, είτε σε συνύπαρξη με άλλους τύπους του ιού. Ταυτόχρονα οι συγγραφείς έδειξαν ότι ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων και η κατανάλωση οινοπνεύματος φαίνεται να αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη HPV λοίμωξης και ακολουθούσαν η νεαρή ηλικία και το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα των μελετώμενων γυναικών [21].

Επίσης, σε μελέτη που διεξήχθη στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών από τον Μάιο του 2003 έως και τον Σεπτέμβριο του 2006, με τη συμμετοχή 1636 γυναικών ηλικίας από 18 έως 48 ετών βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 74.5% σε γυναίκες με παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα και 24.6% σε γυναίκες χωρίς παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα. Ο ιός HPV ανιχνεύθηκε στο 62.9% των περιπτώσεων ASCUS (Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance), στο 89.3% των χαμηλόβαθμων τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων, στο 86.7% των υψηλόβαθμων ενδοεπιθηλιακών τραχηλικών αλλοιώσεων και στο 47.3% των καρκίνων του

τραχήλου της μήτρας. Ο πιο κοινός υπότυπος στο δείγμα της μελέτης ήταν ο HPV 11 – χαμηλής επικινδυνότητας υπότυπος – με ποσοστό ανίχνευσης 13.4%. Ο υψηλής επικινδυνότητας τύπος HPV 18 ανιχνεύθηκε σε ποσοστό 10.3%. Ακολουθούσαν οι HPV 6, 16, 31 και 33 που ανιχνεύθηκαν στο 7.2%, 6.4%, 3.4% και 3.4%, αντίστοιχα [22].

Επίσης, σε άλλη επιδημιολογική μελέτη που διεξήχθη στη χώρας μας βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης σε γυναίκες με φυσιολογική κυτταρολογία του τραχήλου της μήτρας ήταν 23.6%. Η μελέτη περιελάμβανε 841 γυναίκες ηλικίας από 16 έως 72 ετών που εξετάστηκαν σε νοσοκομείο της Αττικής κατά την πενταετία από το 1998 έως το 2003. Ο υπότυπος HPV 16 ήταν ο πιο κοινός τύπος που ανιχνεύθηκε στο δείγμα της μελέτης. Ο υπότυπος HPV 58 σχετίστηκε με θετικά κυτταρολογικά ευρήματα των γυναικών που μελετήθηκαν. Επίσης, παρατηρήθηκε μείωση του επιπολασμού του ιού HPV με την αύξηση της ηλικίας. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η HPV λοίμωξη, ειδικά αυτή που αφορά στον ιό HPV 16 πρέπει να αποτελεί σημαντική ανησυχία για τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα [23].

Επίσης, μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας με συμμετοχή γυναικών από την Κρήτη και την Κεντρική Ελλάδα έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές αναφορικά με τον επιπολασμό του ιού HPV και τη συχνότητα εμφάνισης των υποτύπων του. Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός του ογκογόνου υπότυπου HPV 18 ήταν μεγαλύτερος στην Κρήτη σε σχέση με την Κεντρική Ελλάδα (29.7% έναντι 13.1%). Ο

υψηλού κινδύνου υπότυπος HPV 16 ανιχνεύθηκε συχνότερος στην Κεντρική Ελλάδα (34.2%) σε σχέση με την Κρήτη, όπου ο επιπολασμός ήταν 23%. Άλλοι γονότυποι του ιού HPV ανιχνεύθηκαν συχνότερα σε γυναίκες από την Κεντρική Ελλάδα σε σχέση με τις γυναίκες από την Κρήτη (52.6% έναντι 45.9%). Οι συγγραφείς κατέληξαν και επιβεβαίωσαν την παρατήρηση ότι η διαφορετική συχνότητα των διαφόρων υποτύπων του ιού HPV δεν αφορά μόνο μεταξύ ηπείρων ή χωρών, αλλά αφορά και σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της ίδιας χώρας [24].

Ο ΙΟΣ HPV ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Επιπολασμός HPV λοίμωξης στις αναπτυσσόμενες χώρες

Επιδημιολογικές μελέτες προερχόμενες από χώρες της Βόρειας Ευρώπης (πίνακας 2) έδειξαν ότι ο επιπολασμός του ιού HPV φαίνεται να συμβαδίζει με τα δεδομένα που προέκυψαν από τις μελέτες στον Ελλαδικό χώρο. Στις **Σκανδιναβικές χώρες**, όπως στη Σουηδία σε παλαιότερη μελέτη που περιελάμβανε 539 γυναίκες ηλικίας από 19 έως 25 ετών με φυσιολογικά και παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 20.3%, με ποσοστό νέων λοιμώξεων 17.3% [25]. Νεότερη μελέτη που περιελάμβανε 6123 γυναίκες ηλικίας από 32 έως 38 ετών έδειξε ότι στο 6.8% του δείγματος ανιχνεύθηκε HPV λοίμωξη από υψηλού κινδύνου υπότυπους του ιού. Ο HPV 16 ήταν ο πιο κοινός τύπος και ανιχνεύθηκε στο 2.1%. Ακολουθούσαν ο HPV 31 (1.1%), ενώ οι τύποι HPV 18, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 και 66

Πίνακας 2. Ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης στις αναπτυγμένες χώρες.

Χώρα	Επιπολασμός HPV	Χώρα	Επιπολασμός HPV
Σουηδία	20.3%	Αυστρία	20.5%
Φιλανδία	7.8%	Γερμανία	22.3%
Δανία	26.4%	Γαλλία	45.3%
Ιταλία	8.8%	Κύπρος	72.8%
Ισπανία	14.3%	ΗΠΑ	26.8%
Πορτογαλία	19.4%	Καναδάς	46.9%
Μ. Βρετανία	13.2%	Κίνα	38.9%

ανιχνεύθηκαν στο 3.6% του συνόλου των γυναικών της μελέτης [26]. Πρόσφατη μελέτη προερχόμενη από τη Φιλανδία έδειξε ότι σε σύνολο 33043 γυναικών ηλικίας από 25 έως 65 ετών ανιχνεύθηκαν 2574 γυναίκες μολυσμένες από τον ιό HPV. Ο πιο κοινός γονότυπος ήταν ο HPV 16 και ακολούθησαν οι τύποι 31 και 52 [27]. Επίσης, σε μελέτη που διεξήχθη στη Δανία το 2008 ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 26.4% [28]. Σε πιο πρόσφατη μελέτη που περιελάμβανε 40000 γυναίκες από τη Δανία, ο Nielsen και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι οι χαμηλού κινδύνου HPV τύποι παρατηρούνται αρκετά συχνά στις αλλοιώσεις ASCUS, ενώ οι χαμηλού κινδύνου HPV τύποι χωρίς τη συνύπαρξη υψηλού κινδύνου υποτύπων δεν ανιχνεύονται ποτέ σε σοβαρές τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές βλάβες [29].

Μελέτη προερχόμενη από την **Κεντρική Ευρώπη και την Αυστρία**, το δείγμα της οποίας περιελάμβανε 542 γυναίκες με μέση ηλικία 35.9 χρόνια έδειξε ότι ο επιπολασμός

της HPV λοίμωξης ήταν 20.5%. Ο HPV 16 ήταν ο πιο συχνός τύπος και αφορούσε στο 6.5% του συνόλου των λοιμώξεων. Λιγότερο συχνοί ήταν οι γονότυποι HPV 33 και HPV 31 οι οποίοι ανιχνεύθηκαν στο 3.3% και 3%, αντίστοιχα. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η μικρότερη ηλικία, το κάπνισμα και οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι αποτέλεσαν ξεχωριστούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη HPV λοίμωξης [30]. Επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία και περιελάμβανε περίπου 1700 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας έδειξε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 22.3% για όλους του τύπους του ιού και όλες τις ηλικίες του δείγματος. Στην ηλικιακή ομάδα των 20 έως 22 ετών το ποσοστό ήταν μεγαλύτερο και εκτιμήθηκε στο 28.3%. Οι γονότυποι HPV 16, 42, 51 και 53 ήταν οι τύποι που συχνότερα ανιχνεύθηκαν στο σύνολο του δείγματος [31].

Αντίθετα, σε μελέτη προερχόμενη από την **Ιταλία** η οποία περιελάμβανε 1013 γυναίκες ηλικίας από 25 έως 70 ετών με ή χωρίς κυτταρολογικά ευρήματα ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν χαμηλός (8.8%). Ο πιο κοινός τύπος ήταν ο HPV 16 (32.6%). Οι τύποι υψηλού κινδύνου αφορούσαν στο 7.1% των γυναικών και η παρουσία πολλαπλών λοιμώξεων στο 1.1% των περιπτώσεων. Η HPV λοίμωξη ήταν πιο συχνή στις ηλικιακές ομάδες από 25 έως 39 και από 40 έως 44 έτη και αφορούσε στο 13% – 14% και 11.5%, αντίστοιχα. Η ελλιπής καταγραφή των δεδομένων και η μεγαλύτερη ηλικία των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη ενδέχεται σύμφωνα με τους ερευνητές να αποτέλεσαν και τους κύριους λόγους του εκτιμώμενου χαμηλού επιπολασμού της HPV λοίμωξης στη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη [32]. Άλλη μελέτη από την Ιταλία έδειξε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν υψηλός (37.7%), με τους υψηλού κινδύνου γονότυπους να ανιχνεύονται στο 30.9% των περιπτώσεων. Ο πιο κοινός υπότυπος ήταν ο HPV 16 (8.2%) και ακολουθούσαν ο HPV 6 (5%), ο HPV 51 (4.2%) και ο HPV 53 (3.6%) [33].

Παρόμοια χαμηλός εκτιμήθηκε ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης και στην **Ισπανία**. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολυκεντρικής μελέτης 11 χωρών (Νιγηρία, Ινδία, Βιετνάμ, Ταϊλάνδη, Κορέα, Κολομβία, Αργεντινή, Χιλή, Ολλανδία, Ιταλία και Ισπανία), ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν μεγαλύτερος στη Νιγηρία (25.6%) και μικρότερος στην Ισπανία (1.4%) [34]. Στη μεγάλη μελέτη «CLEOPATRE» που περιελάμβανε 3261 γυναίκες από την Ισπανία, ηλικίας από 18 έως 65 ετών ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης υπολογίστηκε στο 14.3%. Στην ηλικιακή ομάδα νεαρών

κοριτσιών από 18 έως 25 ετών ο επιπολασμός ήταν διπλάσια αυξημένος (28.8%). Υψηλού κινδύνου γονότυποι ανιχνεύθηκαν στο 12.2%. Οι πολλαπλές λοιμώξεις αφορούσαν στο 4.1% του συνόλου του δείγματος. Ο πιο κοινός γονότυπος που ανιχνεύθηκε ήταν ο ογκογόνος τύπος HPV 16 (2.9%) και ακολουθούσαν οι τύποι 52, 51, 31 και 66 οι οποίοι ανιχνεύθηκαν στο 1.8%, 1.6%, 1.3% και 1.2% του συνόλου του πληθυσμιακού δείγματος, αντίστοιχα [35]. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της μελέτης που διεξήχθη στην **Πορτογαλία**. Σε σύνολο 2326 γυναικών ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 19.4%, με τον HPV 16 να αποτελεί τον πιο συχνά ανιχνεύσιμο γονότυπο του ιού στο δείγμα της μελέτης [36]. Επιδημιολογική μελέτη μετα-ανάλυση που περιελάμβανε περίπου 5700 γυναίκες από τη Μεγάλη Βρετανία και την Ιρλανδία έδειξε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης αναφορικά με τους υψηλού κινδύνου γονότυπους ήταν 13.2% [37].

Αντίθετα, επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη **Γαλλία** σε δείγμα 669 γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας έδειξε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν υψηλός και ανερχόταν στο 45.3%. Ανάμεσα σε 34 διαφορετικούς γονότυπους ο HPV 16 ήταν ο πιο κοινός τύπος του ιού και αφορούσε στο 32.6% των μελετώμενων γυναικών. Ακολουθούσαν ο HPV 31 (7.4%), οι HPV 18 και 52 (6%), ο HPV 6 (5.3%) και ο HPV 66 (4.2%) [38]. Επίσης, μελέτη προερχόμενη από την **Κύπρο**, σκοπός της οποίας ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της HPV λοίμωξης και της κατανομής των γονότυπων του ιού HPV σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας έδειξε ότι ο επιπολασμός ήταν αρκετά υψηλός και ανερχόταν στο 72.8%. Το 59.4% των

μολυσμένων γυναικών έφερε υψηλού κινδύνου HPV τύπους και το 34.8% των γυναικών ήταν μολυσμένες από χαμηλού κινδύνου γονότυπους. Ο πιο κοινός τύπος ήταν ο HPV 16 (17.7%) και ακολουθούσαν οι HPV 31, 58, 68, 18 και 56 που αφορούσαν στο 12.9%, 7.1%, 4.6%, 4.1% και 3.7%, αντίστοιχα [39].

Επιδημιολογική μελέτη γυναικών ηλικίας από 14 έως 59 ετών που πραγματοποιήθηκε στις **Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής** το χρονικό διάστημα 2003 – 2004 έδειξε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 26.8%. Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι με την αύξηση της ηλικίας παρατηρήθηκε μείωση του επιπολασμού: από 24.5% που ήταν στην ηλικιακή ομάδα των 14 έως 19 ετών, σε γυναίκες ηλικίας από 50 έως 59 ετών ο επιπολασμός ήταν 19.6%. Ο μέγιστος επιπολασμός της HPV λοίμωξης (44.8%) διαπιστώθηκε σε γυναίκες ηλικίας από 20 έως 24 ετών [6]. Το 2011, ο Hariri και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι ο συνολικός επιπολασμός οποιουδήποτε τύπου του ιού HPV άγγιζε το 42.5% μεταξύ των ηλικιών από 14 έως 59 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό (53.8%) και σε αυτή τη μελέτη παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα των 20 έως 24 ετών. Ο πιο κοινός τύπος που ανιχνεύθηκε ήταν ο χαμηλού κινδύνου γονότυπος HPV 62 (6.5%) και ακολουθούσαν οι HPV 35 και HPV 16 που ανιχνεύθηκαν στο 4.7% των γυναικών [40]. Πρόσφατα το 2017, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης στις γυναίκες εκτιμήθηκε στο 26.8%, ενώ στον ανδρικό πληθυσμό το ποσοστό ανερχόταν στο 45.2% [41].

Επίσης, σε μεγάλη επιδημιολογική μελέτη – μετανάλυση που πραγματοποιήθηκε στον **Καναδά** καταγράφηκε ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης σε γυναίκες από το 1960 έως το 2007. Ο υψηλότερος επιπολασμός καταγράφηκε σε ηλικίες μικρότερες των 20 ετών, ενώ με την πάροδο της ηλικίας ο επιπολασμός μειωνόταν σταδιακά. Έτσι, από 46.9% (14.1% – 46.9%) που ήταν σε κορίτσια ηλικίας μικρότερης των 20 ετών, στην ηλικιακή ομάδα από 50 έως 59 ετών ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης κατερχόταν στο 8.9% (2.5% – 8.9%). Ο πιο συχνός γονότυπος του ιού HPV ήταν ο τύπος 16, ακολουθούμενος από τον HPV 18. Ο HPV 16 ανιχνεύθηκε στο 8.6% του γενικού πληθυσμού, στο 43.5% του συνόλου των HPV θετικών γυναικών και στο 48.8% των γυναικών με επιβεβαιωμένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ογκογόνοι τύποι HPV 16 και HPV 18 ευθύνονται για τα 2/3 περίπου των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας στον Καναδά [42]. Επιδημιολογικά δεδομένα προερχόμενα από την **Κίνα** καταγράφουν επιπολασμό της HPV λοίμωξης σε ποσοστό 38.9% από όλους τους τύπους του ιού στο σύνολο του δείγματος. Ο πιο κοινός υπότυπος ήταν ο HPV 52 (11%) και ακολουθούσαν οι τύποι 16, 58 και 53 οι οποίοι αφορούσαν σε ποσοστό 6.5%, 5.7% και 5.6%, αντίστοιχα [43].

Επιπολασμός HPV λοίμωξης στις αναπτυσσόμενες χώρες

Επιδημιολογικές μελέτες προερχόμενες από 16 αναπτυσσόμενες χώρες της **Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης** (πίνακας 3), όπως είναι η Αλβανία, η Βοσνία Ερζεγοβίνη, η Βουλγαρία, η Κροατία, η Τσεχία, η Εσθονία, η

Πίνακας 3. Ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Χώρα	Επιπολασμός HPV	Χώρα	Επιπολασμός HPV
Ανατολική Ευρώπη	12.6%	Ινδία	16.9%
Μεξικό	14.5%	Κορέα	38.8%
Αργεντινή	16.6%	Βιετνάμ	12.9%
Χιλή	14%	Υποσακχάρια Αφρική	66.7%
Κολομβία	14.8%		

Ουγγαρία, η Λετονία, η Λιθουανία, το Μαυροβούνιο, η Πολωνία, η Ρουμανία, η Σερβία, η Σλοβακία, η Σλοβενία και η Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας έδειξαν ότι κατά μέσο όρο ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης σε γυναίκες με φυσιολογική κυτταρολογία του τραχηλικού επιθηλίου της μήτρας ήταν 12.6%. Ο HPV 16 ήταν ο πιο συχνός ανιχνεύσιμος γονότυπος. Στην ίδια μελέτη σε γυναίκες με υψηλόβαθμες ενδοεπιθηλιακές τραχηλικές αλλοιώσεις και ιστολογικά διαγνωσμένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ο επιπολασμός του ιού HPV ήταν 78.1% και 86.6%, αντίστοιχα. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο επιπολασμός των τύπων του ιού HPV 16 και HPV 18 από κοινού ανέρχόταν στο 87.5% του συνόλου του δείγματος των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη [44].

Ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης στο **Μεξικό** μελετήθηκε σε δείγμα 1340 γυναικών με φυσιολογική κυτταρολογία του τραχήλου της μήτρας. Ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης συνολικά ήταν 14.5%. Σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 25 ετών με σεξουαλική

δραστηριότητα ο επιπολασμός ήταν 16.7%, και σε γυναίκες μεγαλύτερες των 65 ετών με ενεργή σεξουαλική ζωή ο επιπολασμός παρέμεινε σε αρκετά υψηλά επίπεδα (23%). Ο πιο κοινός τύπος ήταν ο HPV 16 και ακολουθούσαν οι τύποι 53, 31, και 18 [45]. Παρόμοια ο HPV 16 ήταν ο συχνότερος τύπος που ανιχνεύθηκε και σε μελέτες προερχόμενες από την **Αργεντινή**. Ο Matos και οι συνεργάτες του σε μελέτη που περιελάμβανε 1028 γυναίκες από το Μπουένος Άιρες έδειξε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 16.6% [46]. Σε μελέτη προερχόμενη από το Σαντιάγκο της Χιλή ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης ήταν 14%. Ο πιο κοινός τύπος ήταν ο HPV 16 και ακολουθούσαν οι τύποι 56, 31, 58, 59, 18 και 52 οι οποίοι μαζί με τον HPV 16 αφορούσαν στο 75.4% [47]. Στην **Κολομβία** μελέτη που διεξήχθη με σκοπό την εκτίμηση του επιπολασμού της HPV λοίμωξης και την κατανομή των γονότυπων του ιού HPV σε γυναίκες με φυσιολογική κυτταρολογία του τραχήλου της μήτρας έδειξε ότι ο επιπολασμός του ιού ήταν 14.8%. Ο επιπολασμός ήταν υψηλότερος σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 20 ετών (26.1%), ενώ σε γυναίκες

μεγαλύτερες των 55 ετών ήταν ελαττωμένος κατά το ήμισυ. Ο υπότυπος HPV 16 ήταν ο πιο συχνός (16.3%) και ακολουθούσαν οι τύποι 58, 56 και 18 [48].

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην **Ινδία** με συμμετοχή 1900 περίπου γυναικών ηλικίας από 16 έως 59 ετών ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης υπολογίστηκε στο 16.9%. Η λοίμωξη ήταν πολύ πιο συχνή σε γυναίκες με παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα (73.9%) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν ευρήματα από τον κυτταρολογικό έλεγχο του τραχήλου της μήτρας (14%). Ο πιο συχνός υπότυπος ήταν ο HPV 16 και ακολουθούσαν οι τύποι 56, 31, 33 και 18 [49]. Μελέτη προερχόμενη από την **Κορέα** με σκοπό να εκτιμήσει τον επιπολασμό του ιού HPV σε 672 νεαρές φοιτήτριες και 381 νεαρούς φοιτητές έδειξε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης στον πληθυσμό με σεξουαλική δραστηριότητα ήταν 38.8% στις γυναίκες και 10.6% στους άνδρες. Ο υπότυπος HPV 16 ήταν ο συχνότερος ανιχνεύσιμος τύπος [50]. Επίσης, σε δείγμα 2000 περίπου γυναικών ηλικίας από 15 έως 69 ετών προερχόμενες από το **Βιετνάμ** ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης εκτιμήθηκε 12.9%. Ο πιο κοινός τύπος ήταν ο HPV 16 και ακολουθούσαν οι γονότυποι HPV 58, 18 και 56 [51].

Ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης βρέθηκε 5 φορές υψηλότερος στην **Αφρική νοτιότερα της Σαχάρας** σε σχέση με την Ευρώπη, αλλά και με τη Νότια Αμερική και την Ασία [34]. Πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας έδειξε ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης σε χώρες της υποσαχάριας Αφρικής ήταν 66.7%. Ο πιο κοινός ανιχνεύσιμος HPV τύπος ήταν ο HPV

16 (11.7%) και ακολουθούσαν οι γονότυποι 58, 51, 66, 18 και 81 σε ποσοστά 10.3%, 8.9%, 8.6% και 7.6%, αντίστοιχα [52]. Σε άλλη μελέτη προερχόμενη από τη **Νότια Αφρική** ο Ogembo και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης από τους ογκογόνους τύπους 16 και 18 σε γυναίκες χωρίς παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα ήταν 4.4% και 2.8%, αντίστοιχα. Στις γυναίκες με ASCUS ήταν 12% και 4.4%, στις γυναίκες με χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας ήταν 14.5% και 10%, στις γυναίκες με υψηλόβαθμες ενδοεπιθηλιακές τραχηλικές αλλοιώσεις ήταν 31.2% και 13.9% και στις γυναίκες με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ο επιπολασμός των τύπων HPV 16 και 18 ήταν 49.7% και 18%, αντίστοιχα [53].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε παγκόσμια κλίμακα ο επιπολασμός του ιού HPV στις γυναίκες με φυσιολογικά κυτταρολογικά ευρήματα είναι 11.7%. Η μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρείται στην υποσαχάρια Αφρική (24%), στην Ανατολική Ευρώπη (21%) και στη Λατινική Αμερική (16%) [12]. Πιο συχνά εμφανίζεται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με μεγαλύτερη επίπτωση στο εικοστό πέμπτο έτος της ηλικίας [13]. Επίσης, ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων και η κατανάλωση οиноπνεύματος φαίνεται να αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της HPV λοίμωξης και ακολουθούσαν η νεαρή ηλικία και το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα των γυναικών. Οι συχνότεροι HPV γονότυποι σε γυναίκες με φυσιολογική κυτταρολογία σε

ολόκληρο τον κόσμο είναι ο HPV 16 και ακολουθούν οι HPV υπότυποι 18, 31, 58 και 52, αν και έχει παρατηρηθεί γεωγραφική κατανομή συχνότητας των υποτύπων [12,16].

Στον Ελλαδικό χώρο έχουν εκτυλιχθεί αρκετές επιδημιολογικές μελέτες σε σχέση με τη συχνότητα του ιού. Τα κοινά συμπεράσματα των μελετών έδειξαν ότι η ηλικιακή ομάδα με αυξημένη κατανομή είναι η ηλικιακή ομάδα 20 με 29 ετών που συμφωνεί με τα διεθνή δεδομένα. Αν και παρατηρήθηκε μείωση του επιπολασμού του ιού HPV με την αύξηση της ηλικίας, εν τούτοις καταγράφηκε σε κάποιες μελέτες που διεξήχθησαν στον ελληνικό πληθυσμό ότι αυξημένη ήταν και η επίπτωση στις μεταεμμηνοπαυσιακές ηλικίας 50 έως 59 ετών. Ο πιο συχνός υπότυπος που ανιχνεύθηκε ήταν ο HPV 16 με ποσοστά από 6.4% έως 24.8%, ακολουθεί ο υπότυπος HPV 18 με ποσοστό από 0,9% έως 29.7% και ο υπότυπος HPV 11 με ποσοστό 13.4%. Ακολουθώντας τα διεθνή πρότυπα, η συχνότητα εμφάνισης των υποτύπων έχει συγκεκριμένη γεωγραφική κατανομή.

Ο επιπολασμός της HPV λοίμωξης σε γυναίκες με φυσιολογική κυτταρολογία του τραχήλου της μήτρας ήταν από 23.6% έως 24.6% σε γυναίκες χωρίς παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες με παθολογικά κυτταρολογικά ευρήματα ήταν 74.5%. Συγκεκριμένα, ο ιός HPV ανιχνεύθηκε στο 62.9% των περιπτώσεων ASCUS (Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance), στο 89.3% των χαμηλόβαθμων τραχηλικών ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων, στο 86.7% των υψηλόβαθμων ενδοεπιθηλιακών τραχηλικών αλλοιώσεων και στο 47.3% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας [22]. Στην Ελλάδα ο ιός HPV 16 ανιχνεύθηκε στο 13% των χαμηλόβαθμων τραχηλικών αλλοιώσεων και στο 41% των υψηλόβαθμων τραχηλικών αλλοιώσεων. Ο ιός HPV 18 ανιχνεύθηκε στο 13% και 14% των χαμηλόβαθμων και υψηλόβαθμων ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας, αντίστοιχα [20,21,23,24].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV (2002). The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 2002; 55: 244 – 265.
2. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet – Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012; 30: F12 – 23.
3. Bosch FX, Broker TR, Forman D, Moscicki AB, Gillison ML, Doorbar J, et al.; authors of ICO Monograph Comprehensive Control of HPV Infections and Related Diseases Vaccine Volume 30, Supplement 5, 2012. Comprehensive control of human papillomavirus infections and related diseases. *Vaccine*. 2013; 31: H1 – 31.
4. Scheurer ME, Tortolero – Luna G, Adler – Storthz K. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int J Gynecol Cancer*. 2005; 15: 727 – 746.
5. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*. 2006; 24: S3/42 – 51.

6. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, Markowitz LE. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA*. 2007; 297: 813 – 819.
7. Yokoyama M, Iwasaka T, Nagata C, Nozawa S, Sekiya S, Hirai Y, et al. Prognostic factors associated with the clinical outcome of cervical intraepithelial neoplasia: a cohort study in Japan. *Cancer Lett*. 2003; 192: 171 – 179.
8. Plummer M, Schiffman M, Castle PE, Maucourt – Boulch D, Wheeler CM; ALTS Group. A 2 – year prospective study of human papillomavirus persistence among women with a cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance or low – grade squamous intraepithelial lesion. *J Infect Dis*. 2007; 195: 1582 – 1589.
9. Dempsey AF, Zimet GD, Davis RL, Koutsky L. Factors that are associated with parental acceptance of human papillomavirus vaccines: a randomized intervention study of written information about HPV. *Pediatrics*. 2006; 117: 1486 – 1493.
10. Fu LY, Bonhomme LA, Cooper SC, Joseph JG, Zimet GD. Educational interventions to increase HPV vaccination acceptance: a systematic review. *Vaccine*. 2014; 32: 1901 – 1920.
11. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition – summary document. *Ann Oncol*. 2010; 21: 448 – 458.
12. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta – analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis*. 2010; 202: 1789 – 1799.
13. Muñoz N, Manalastas R Jr, Pitisuttithum P, Tresukosol D, Monsonog J, Ault K, et al. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in women aged 24-45 years: a randomised, double – blind trial. *Lancet*. 2009; 373: 1949 – 1957.
14. Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, Díaz M, de Sanjose S, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer*. 2004; 111: 278 – 285.
15. Castle PE, Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, Rodriguez AC, Bratti MC, et al. A prospective study of age trends in cervical human papillomavirus acquisition and persistence in Guanacaste, Costa Rica. *J Infect Dis*. 2005; 191: 1808 – 1816.
16. de Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, Bosch FX. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta – analysis. *Lancet Infect Dis*. 2007; 7: 453 – 459.
17. Agorastos T, Lambropoulos AF, Sotiriadis A, Mikos T, Togaridou E, Emmanouilides CJ. Prevalence and distribution of high – risk human papillomavirus in Greece. *Eur J Cancer Prev*. 2009; 18: 504 – 509.

18. Agorastos T, Chatzistamatiou K, Zafrakas M, Siamanta V, Katsamagkas T, Constantinidis TC, Lampropoulos AF; LYSISTRATA study group. Epidemiology of HPV infection and current status of cervical cancer prevention in Greece: final results of the LYSISTRATA cross - sectional study. *Eur J Cancer Prev.* 2014; 23: 425 - 431.
19. Agorastos T, Dinas K, Lloveras B, Bosch FX, Kornegay JR, Bontis JN, de Sanjose S. Cervical human papillomavirus infection in women attending gynaecological outpatient clinics in northern Greece. *Eur J Cancer Prev.* 2004; 13: 145 - 147.
20. Labropoulou V, Diakomanolis E, Dailianas S, Kalpaktsoglou K, Balamotis A, Mavromara P (1997). Type - specific prevalence of genital human papillomaviruses in benign, premalignant, and malignant biopsies in patients from Greece. *Sex Transm Dis.* 1997; 24: 469 - 474.
21. Stamataki P, Papazafiropoulou A, Elefsiniotis I, Giannakopoulou M, Brokalaki H, Apostolopoulou E, et al. Prevalence of HPV infection among Greek women attending a gynecological outpatient clinic. *BMC Infect Dis.* 2010; 10: 27.
22. Panotopoulou E, Tserkezoglou A, Kouvousi M, Tsiaousi I, Chatzieleftheriou G, Daskalopoulou D, Magiakos G. Prevalence of human papillomavirus types 6, 11, 16, 18, 31, and 33 in a cohort of Greek women. *J Med Virol.* 2007; 79: 1898 - 1905.
23. Kroupis C, Thomopoulou G, Papathomas TG, Vourlidis N, Lazaris AC. Population - based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in Athens, Greece. *Epidemiol Infect.* 2007; 135: 943 - 950.
24. Mammas IN, Vageli D, Spandidos DA. Geographic variations of human papilloma virus infection and their possible impact on the effectiveness of the vaccination programme. *Oncol Rep.* 2008; 20: 141 - 145.
25. Evander M, Edlund K, Bodén E, Gustafsson A, Jonsson M, Karlsson R, et al. Comparison of a one - step and a two - step polymerase chain reaction with degenerate general primers in a population - based study of human papillomavirus infection in young Swedish women. *J Clin Microbiol.* 1992; 30: 987 - 992.
26. Forslund O, Antonsson A, Edlund K, van den Brule AJ, Hansson BG, Meijer CJ, et al. Population - based type - specific prevalence of high - risk human papillomavirus infection in middle - aged Swedish women. *J Med Virol.* 2002; 66: 535 - 541.
27. Leinonen MK, Anttila A, Malila N, Dillner J, Forslund O, Nieminen P. Type - and age - specific distribution of human papillomavirus in women attending cervical cancer screening in Finland. *Br J Cancer.* 2013; 109: 2941 - 2950.
28. Kjaer SK, Breugelmans G, Munk C, Junge J, Watson M, Iftner T. Population - based prevalence, type - and age - specific distribution of HPV in women before introduction of an HPV - vaccination program in Denmark. *Int J Cancer.* 2008; 123: 1864 - 1870.
29. Nielsen A, Iftner T, Nørgaard M, Munk C, Junge J, Kjaer SK. The importance of low - risk HPV infection for the risk of abnormal cervical cytology/histology in more than 40 000 Danish women. *Sex Transm Infect.* 2012; 88: 627 - 632.

30. Borena W, Grünberger M, Widschwendter A, Kraxner KH, Marth E, Mayr P, et al. Pre – vaccine era cervical human papillomavirus infection among screening population of women in west Austria. *BMC Public Health*. 2016; 16: 889.
31. Iftner T, Eberle S, Iftner A, Holz B, Banik N, Quint W, Straube AN. Prevalence of low – risk and high – risk types of human papillomavirus and other risk factors for HPV infection in Germany within different age groups in women up to 30 years of age: an epidemiological observational study. *J Med Virol*. 2010; 82: 1928 – 1939.
32. Ronco G, Ghisetti V, Segnan N, Snijders PJ, Gillio – Tos A, Meijer CJ, et al. Prevalence of human papillomavirus infection in women in Turin, Italy. *Eur J Cancer*. 2005; 41: 297 – 305.
33. Capra G, Giovannelli L, Bellavia C, Migliore MC, Caleca MP, Perino A, Ammatuna P. HPV genotype prevalence in cytologically abnormal cervical samples from women living in south Italy. *Virus Res*. 2008; 133: 195 – 200.
34. Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, Smith JS, Gough G, Pimenta JM. Human papillomavirus genotype distribution in low – grade cervical lesions: comparison by geographic region and with cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005; 14: 1157 – 1164.
35. Castellsagué X, Iftner T, Roura E, Vidart JA, Kjaer SK, Bosch FX, et al; CLEOPATRE Spain Study Group. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the CLEOPATRE study. *J Med Virol*. 2012; 84: 947 – 956.
36. Pista A, de Oliveira CF, Cunha MJ, Paixao MT, Real O; CLEOPATRE Portugal Study Group. Prevalence of human papillomavirus infection in women in Portugal: the CLEOPATRE Portugal study. *Int J Gynecol Cancer*. 2011; 21: 1150 – 1158.
37. Anderson L, O'Rorke M, Jamison J, Wilson R, Gavin A; HPV Working Group members. Prevalence of human papillomavirus in women attending cervical screening in the UK and Ireland: new data from Northern Ireland and a systematic review and meta – analysis. *J Med Virol*. 2013; 85: 295 – 308.
38. Pannier – Stockman C, Segard C, Bennamar S, Gondry J, Boulanger JC, Sevestre H, et al. Prevalence of HPV genotypes determined by PCR and DNA sequencing in cervical specimens from French women with or without abnormalities. *J Clin Virol*. 2008; 42: 353 – 360.
39. Krashias G, Koptides D, Christodoulou C. HPV prevalence and type distribution in Cypriot women with cervical cytological abnormalities. *BMC Infect Dis*. 2017; 17: 346.
40. Hariri S, Unger ER, Sternberg M, Dunne EF, Swan D, Patel S, Markowitz LE. Prevalence of genital human papillomavirus among females in the United States, the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003 – 2006. *J Infect Dis*. 2011; 204: 566 – 573.
41. Han JJ, Tarney CM, Song J. Variation in genital human papillomavirus infection prevalence and vaccination coverage among men and women in the USA. *Future Oncol*. 2017; 13: 1129 – 1132.

42. Tricco AC, Ng CH, Gilca V, Anonychuk A, Pham B, Berliner S. Canadian oncogenic human papillomavirus cervical infection prevalence: systematic review and meta – analysis. *BMC Infect Dis.* 2011; 11: 235.
43. Li HM, Liang GJ, Yin YP, Wang QQ, Zheng ZJ, Zhou JJ, et al. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection among female sex workers in Guangxi, China: implications for interventions. *J Med Virol.* 2012; 84: 798 – 803.
44. Poljak M, Seme K, Maver PJ, Kocjan BJ, Cuschieri KS, Rogovskaya SI, et al. Human papillomavirus prevalence and type – distribution, cervical cancer screening practices and current status of vaccination implementation in Central and Eastern Europe. *Vaccine.* 2013; 31: H59 – 70.
45. Lazcano – Ponce E, Lőrincz AT, Torres L, Salmerón J, Cruz A, Rojas R, et al. Specimen self – collection and HPV DNA screening in a pilot study of 100,242 women. *Int J Cancer.* 2014; 135: 109 – 116.
46. Matos E, Loria D, Amestoy GM, Herrera L, Prince MA, Moreno J, et al.; Proyecto Concordia Collaborative Group. Prevalence of human papillomavirus infection among women in Concordia, Argentina: a population – based study. *Sex Transm Dis.* 2003; 30: 593 – 599.
47. Ferreccio C, Prado RB, Luzoro AV, Ampuero SL, Snijders PJ, Meijer CJ, et al. Population – based prevalence and age distribution of human papillomavirus among women in Santiago, Chile. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004; 13: 2271 – 2276.
48. Molano M, Posso H, Weiderpass E, van den Brule AJ, Ronderos M, Franceschi S, et al.; HPV Study Group HPV Study. Prevalence and determinants of HPV infection among Colombian women with normal cytology. *Br J Cancer.* 2002; 87: 324 – 333.
49. Franceschi S, Plummer M, Clifford G, de Sanjose S, Bosch X, Herrero R, et al.; International Agency for Research on Cancer Multicentric Cervical Cancer Study Groups; International Agency for Research on Cancer Human Papillomavirus Prevalence Surveys Study Group. Differences in the risk of cervical cancer and human papillomavirus infection by education level. *Br J Cancer.* 2009; 101: 865 – 870.
50. Shin HR, Franceschi S, Vaccarella S, Roh JW, Ju YH, Oh JK, et al. Prevalence and determinants of genital infection with papillomavirus, in female and male university students in Busan, South Korea. *J Infect Dis.* 2004; 190: 468 – 476.
51. Pham TH, Nguyen TH, Herrero R, Vaccarella S, Smith JS, Nguyen Thuy TT, et al. Human papillomavirus infection among women in South and North Vietnam. *Int J Cancer.* 2003; 104: 213 – 220.
52. Mbulawa ZZA, van Schalkwyk C, Hu NC, Meiring TL, Barnabas S, Dabee S, et al. High human papillomavirus (HPV) prevalence in South African adolescents and young women encourages expanded HPV vaccination campaigns. *PLoS One.* 2018; 13: e0190166.
53. Ogembo RK, Gona PN, Seymour AJ, Park HS, Bain PA, Maranda L, Ogembo JG. Prevalence of human papillomavirus genotypes among African women with normal cervical cytology and neoplasia: a systematic review and meta – analysis. *PLoS One.* 2015; 10: e0122488.

Epidemiology of the HPV in Greece and other countries of the world

Ioannis K. Thanasas¹, Giagkos Lavranos², Pinelopi Gkogkou³, Dimitrios Paraskevis⁴

¹Department of Obstetrics & Gynecology, General Hospital in Trikala, Trikala, Greece, ²Medical School and Department of Health Sciences, European University Cyprus, Nicosia, Cyprus, ³Clinical Oncology Department, Norwich University Hospital, UK, ⁴Department of Hygiene Epidemiology and Medical Statistics, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

ABSTRACT

Cervical cancer is the fourth most common type of cancer among women worldwide. It is estimated that more than half a million women are infected by an HPV genotype. The purpose of the epidemiological review is to determine the prevalence of human papillomavirus (HPV) infection and the distribution of its genotypes among various countries worldwide, as well as in Greece and to record the characteristics of the subtype incidence. We recorded published studies concerning epidemiological data of the prevalence of the HPV subtypes, according to the geographical location and HPV detection rates for both healthy and infected women. The studies were heterogeneous with regard to sample selection. The prevalence of any subtype of the HPV is about 11%. HPV16 is the most common genotype reported in most countries. The substantial differences in the prevalence and distribution of the virus among the various geographical sites deserve further analysis in global epidemiological studies, including populations with common characteristics.

Keywords: HPV, prevalence, Greece, developed countries, developing countries

Citation

I.K. Thanasas, G. Lavranos, P. Gkogkou, D. Paraskevis. Epidemiology of the HPV in Greece and other countries of the world. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 132-147

Κλινικοβιολογική θεώρηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των βλαβών του DNA και του αλκοολισμού

Ιωάννης Δελημάρης

Dr. Med. Sci, MSc (ClinChem), BSc (BiolSc), PGCE, QTS. Βιολόγος ΕΚΠΑ, Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύντομη ανασκοπική βιολογική θεώρηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των βλαβών DNA και του αλκοολισμού. Το υλικό μελέτης περιελάμβανε άρθρα σχετικά με το θέμα που βρέθηκαν σε διεθνείς βάσεις δεδομένων, όπως οι Google Scholar και Pubmed, χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες λέξεις-κλειδιά: DNA damage, alcoholism, alcohol, oxidative stress (βλάβες DNA, αλκοολισμός, αλκοόλ, οξειδωτικό stress), καθώς και ένα συνδυασμό αυτών. Φαίνεται ότι τα αλκοολικά άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα βλαβών στο DNA, όπως τεκμηριώνεται με τη χρήση πολλών βιολογικών δεικτών (biomarkers). Εντούτοις, ο σχεδιασμός επιπλέον μελετών μοριακής επιδημιολογίας για την πληρέστερη διαλεύκανση της σχέσης είναι αναγκαίος.

Λέξεις ευρετηρίου: βλάβες DNA, αλκοολισμός, αλκοόλ, οξειδωτικό stress, βιολογικοί δείκτες

Παραπομπή

I. Δελημάρης. Κλινικοβιολογική θεώρηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των βλαβών του DNA και του αλκοολισμού. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(1): 148-153

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δομή του DNA είναι δυναμική και υπόκειται σε αλλαγές, όπως οι βλάβες του DNA, οι οποίες μπορεί να προέρχονται είτε από την αστάθεια ορισμένων χημικών δεσμών σε φυσιολογικές συνθήκες pH και θερμοκρασίας είτε από την ικανότητα που έχει το DNA να αντιδρά με μια πληθώρα χημικών ενώσεων, όπως και να αλληλεπιδρά με φυσικούς παράγοντες (πχ. ακτινοβολίες) που βρίσκονται στο περιβάλλον [1,2].

Όπως αναφέρει η Καρρά, et al. (2014) [3] ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια, εξελισσόμενη

και δυνητικά θανατηφόρος νόσος η οποία δύναται να προκαλέσει πλήθος σοβαρών βιολογικών, ψυχιατρικών και κοινωνικών επιπλοκών. Η θνησιμότητα που οφείλεται στο αλκοόλ εκτιμάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι φτάνει παγκοσμίως σε 1,8 εκατ. θανάτους, που αντιπροσωπεύουν το 3,2% της παγκόσμιας θνησιμότητας. Η κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται ότι έχει αιτιολογική σχέση με μια πληθώρα διαταραχών και βιολογικών κακώσεων παγκοσμίως (καρκίνος οισοφάγου, καρκίνος ήπατος, κίρρωση ήπατος, επιληπτικών κρίσεων, τροχαίων ατυχημάτων κ.α.). Λίγες,

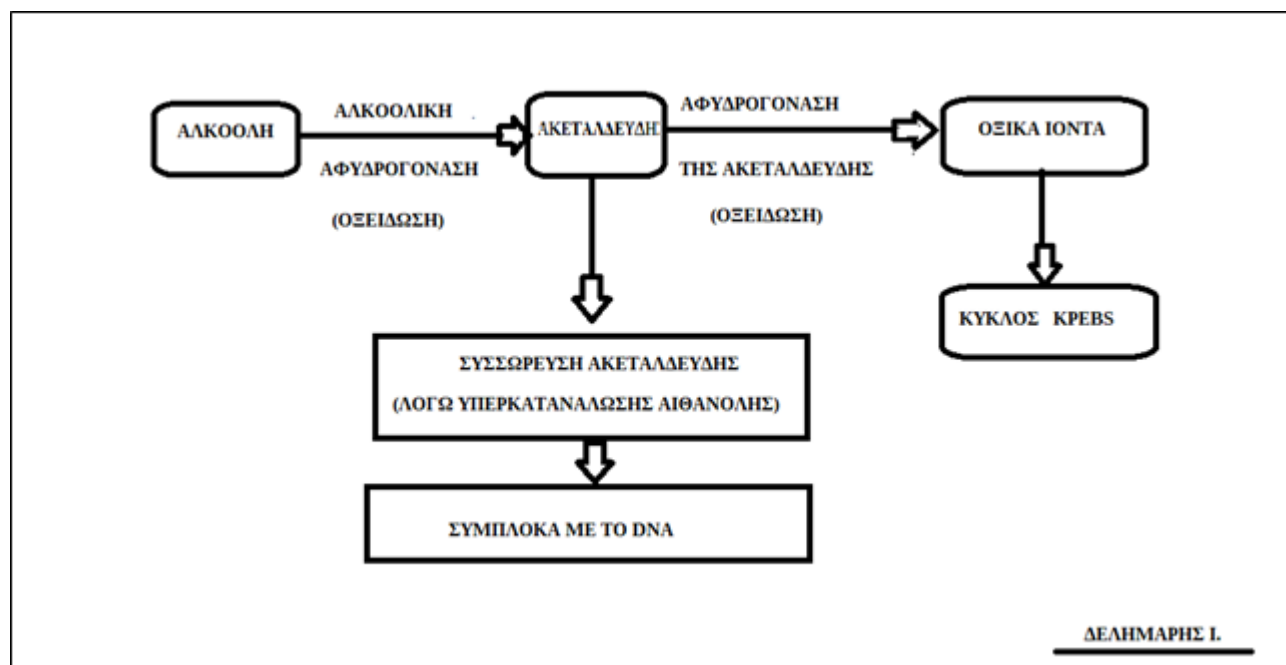
ωστόσο, είναι οι έρευνες που έχουν εξετάσει την δυνητική σχέση των βλαβών του DNA με τον αλκοολισμό. Ειδικά στην Ελλάδα δε γνωρίζουμε να υπάρχει κάποια αντίστοιχη βιβλιογραφική έρευνα μέχρι τώρα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύντομη ανασκοπική κλινικοβιολογική θεώρηση για τη διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των βλαβών DNA και του αλκοολισμού. Το υλικό μελέτης περιελάμβανε άρθρα σχετικά με το θέμα, που βρέθηκαν σε διεθνείς βάσεις δεδομένων, όπως οι Google Scholar και Pubmed, χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες λέξεις-κλειδιά: DNA damage, alcoholism, alcohol, oxidative stress (βλάβες DNA, αλκοολισμός, αλκοόλ, οξειδωτικό stress), καθώς και ένα συνδυασμό αυτών.

ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΟ DNA ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Πρωταρχικά, όπως αναφέρεται στην εργασία των Kandi, et al. (2014) [4] η αλκοόλη αρχικά οξειδώνεται προς ακεταλδεΐδη μέσω του ενζύμου αφυδρογονάση της αλκοόλης (alcohol dehydrogenase, ADH). Ακολουθεί περαιτέρω οξείδωση της ακεταλδεΐδης από το ένζυμο αφυδρογονάση της ακεταλδεΐδης (acetaldehyde dehydrogenase, ALDH) προς αβλαβή οξικά ιόντα, τα οποία τελικά εισέρχονται στον κύκλο Krebs. Ωστόσο, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης συνεπάγεται συσσώρευση ακεταλδεΐδης, η οποία λόγω της ηλεκτρονιόφιλης φύσης της

σχηματίζει σύμπλοκα με το DNA. Το σύμπλοκο ακεταλδεΐδη-DNA (N-2-αιθυλ δεοξυγουανωσίνη, NDG) οδηγεί σε βλάβες του DNA και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βιοδείκτης βλαβών του DNA που επάγονται από την ακεταλδεΐδη. Επιπρόσθετα, οι Garaycochea, et al. (2018) [5] διευκρινίζουν ότι τα αιμοποιητικά βλαστοκύτταρα σε φυσιολογικές καταστάσεις ανανεώνουν το αίμα, ωστόσο η αλκοολο-επαγόμενη (alcohol-derived) συσσώρευση βλαβών του DNA που προκαλείται από την ακεταλδεΐδη σε αυτά τα κύτταρα προωθεί την εξασθένησή τους, προάγοντας θραύσεις διπλής έλικας στο DNA, καθώς επίσης και χρωμοσωμικές αναδιατάξεις. Αξίζει να σημειωθεί πως οι αφυδρογονάσες της ακεταλδεΐδης είναι ένζυμα που καταλύουν τη μετατροπή της ακεταλδεΐδης σε οξικό οξύ. Στον άνθρωπο, είναι γνωστά τρία γονίδια που κωδικοποιούν τα αντίστοιχα ένζυμα ALDH1A1, ALDH2, και ALDH1B1, τα οποία είναι μέλη της ευρύτερης ομάδας των αφυδρογονασών της ακεταλδεΐδης. Οι Matsuda, et al. (2006) [6] σε μια ενδιαφέρουσα έρευνα που διεξήγαγαν προκειμένου να εξετάσουν αν υπάρχει κάποια πιθανή σχέση μεταξύ των ανωτέρω γονιδίων και των βλαβών του DNA που προέρχονται από ακεταλδεΐδη, προσδιόρισαν τα σύμπλοκα ακεταλδεΐδης-DNA στο DNA από δείγματα αίματος αλκοολικών ασθενών. Αυξημένες βλάβες στο DNA βρέθηκαν στους αλκοολικούς με ανεπάρκεια στο ένζυμο ALDH2.



Σχήμα 1. Ο μεταβολισμός της αιθανόλης στον ανθρώπινο οργανισμό (συνοπτικά)

Πέρα από αυτό, σύμφωνα με τον Brooks, et al. (2000) [7] νευροραδιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι εγκέφαλοι των χρόνιων αλκοολικών ατόμων υφίστανται απώλεια όγκου (ατροφία) τόσο της γκρίζας όσο και της λευκής ουσίας. Η χρόνια κατάχρηση του αλκοόλ συνεπάγεται αυξημένα επίπεδα ελευθέρων ριζών και προϊόντων λιπιδικής υπεροξειδωσής στους νευρώνες, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα αυξημένα επίπεδα βλαβών DNA που αναστέλλουν τη γονιδιακή έκφραση. Επιπλέον, στην μελέτη των Mutlu-Türkoglu, et al. (2000) [8] οι βλάβες του DNA στα λεμφοκύτταρα ασθενών με αλκοολισμό συγκρίθηκαν με τις αντίστοιχες βλάβες του DNA σε μη αλκοολικούς μάρτυρες. Τα επίπεδα των βλαβών του DNA στους αλκοολικούς ασθενείς βρέθηκαν να είναι υψηλότερα, όπως και τα επίπεδα της μαλονδιαλδεϋδης (MDA), η οποία αποτελεί βιοδείκτη του οξειδωτικού στρες. Αξίζει να σημειωθεί πως η έλλειψη (deletion) είναι μια μετάλλαξη στην οποία ένα τμήμα ενός χρωμοσώματος ή μια αλληλουχία DNA απομακρύνεται κατά την αντιγραφή του DNA. Ο σκοπός της έρευνας των Fromenty, et al. (1995) [9] ήταν να διερευνηθεί η παρουσία ή όχι μιας έλλειψης στο ηπατικό μιτοχονδριακό DNA αλκοολικών ασθενών και μη αλκοολικών μαρτύρων αντίστοιχης ηλικίας. Η έλλειψη βρέθηκε στο μεγαλύτερο ποσοστό των αλκοολικών με μικροφουσαλιδώδη στεάτωση (μια βλάβη που σχετίζεται με μειωμένη λειτουργικότητα των μιτοχονδρίων και μπορεί να οφείλεται στην κατάχρηση αλκοόλ), αλλά δεν βρέθηκε σε κανέναν από τους μη αλκοολικούς ασθενείς συγκρίσιμων ηλικιών οι οποίοι είχαν άλλες ηπατικές νόσους ή φυσιολογική ιστολογία ήπατος. Η επαγόμενη από την κατάχρηση του αλκοόλ βλάβη στο μιτοχονδριακό DNA μπορεί να συντελεί στην ύπαρξη της μικροφουσαλιδώδους στεάτωσης σε ορισμένους αλκοολικούς.

Πρέπει ακόμη να σημειωθεί ότι στη μελέτη του Brooks, et al. (1997) [10] η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ συνεπάγεται διάφορα τοξικά αποτελέσματα, όπως βλάβες του ήπατος και του εγκεφάλου, καθώς και άλλων οργάνων και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων τύπων καρκίνου. Η κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες γυναίκες μπορεί ενδεχομένως να βλάψει το έμβρυο. Όλες αυτές οι τοξικές επιδράσεις εστιάζουν στην πιθανότητα ότι τα τοξικά αποτελέσματα της αιθανόλης μεσολαβούν, τουλάχιστον εν μέρει, από βλάβες στο DNA, οι οποίες προκαλούνται από βλαπτικά για το DNA μόρια, τα οποία παράγονται από την κατανάλωση και το μεταβολισμό της αλκοόλης (ελεύθερες ρίζες οξυγόνου, προϊόντα λιπιδικής υπεροξειδωσής και ακεταλδεΐδη). Ακόμη, όπως αναφέρει ο Kruman, et al. (2012) [11] η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ συνεπάγεται συσσώρευση βλαβών DNA, η οποία οδηγεί σε γενωμική αστάθεια και θάνατο νευρώνων. Η αλκοολο-επαγόμενη γενωμική αστάθεια είναι ένας γενετικός μηχανισμός ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε νευροεκφυλισμό. Επιπρόσθετα στη μελέτη των Maffei, et al. (2002) [12] χρησιμοποιήθηκαν τεστ ανίχνευσης χρωμοσωμικών ανωμαλιών (XAN)) και ανίχνευσης μικροπυρήνων (ΜΠ), ώστε να εκτιμηθεί η βλάβη του DNA σε περιφερικά λεμφοκύτταρα από αλκοολικούς, αλκοολικούς σε αποχή από τα οινόπνευμα, και υγιείς μάρτυρες. Η σύνθεση των τριών ομάδων ήταν αρκετά όμοια αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και τις συνήθειες του καπνίσματος. Μια σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε στις συχνότητες των (XAN) και (MN) στα λεμφοκύτταρα των αλκοολικών συγκριτικά τόσο με τους μάρτυρες όσο και με τους αλκοολικούς σε αποχή. Οι συχνότητες εμφάνισης των βιοδεικτών (XAN) και (MN) στους αλκοολικούς με αποχή ήταν παρόμοιες με τις αντίστοιχες των μαρτύρων. Πρέπει ακόμη να σημειωθεί ότι στην εργασία των Fang, et al. (1997) [13] διερευνήθηκε η επίδραση της κατανάλωσης αλκοόλ στην παραγωγή προσθέτων-συμπλόκων (ΠΣ) στο DNA (DNA adducts) της ακεταλδεΐδης. Το DNA απομονώθηκε από κοκκιοκύτταρα και λεμφοκύτταρα τα οποία λήφθηκαν από αλκοολικούς ασθενείς και υγιείς μάρτυρες. Παρατηρήθηκε μια μεγάλη διαφορά στα επίπεδα των (ΠΣ) μεταξύ αλκοολικών και μαρτύρων. Ειδικότερα, τα μέσα επίπεδα (ΠΣ) του DNA τόσο των κοκκιοκυττάρων και όσο και των λεμφοκυττάρων στους αλκοολικούς ήταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα συγκριτικά με τα αντίστοιχα επίπεδα στους μάρτυρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας, φαίνεται ότι τα αλκοολικά άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα βλαβών στο DNA, όπως τεκμηριώνεται με τη χρήση πολλών βιολογικών δεικτών. Η σημαντικότερη ίσως παράμετρος που είναι υπεύθυνη για την αύξηση των βλαβών του DNA στους αλκοολικούς είναι το οξειδωτικό στρες. Εντούτοις, ο σχεδιασμός επιπρόσθετων μελετών μοριακής επιδημιολογίας για την πιο ενδελεχή και στοιχειοθετημένη διαλεύκανση της σχέσης βλαβών DNA και αλκοολισμού είναι αναγκαίος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Delimaris I. DNA damage in obesity: a short review. *E-Journal of Science and Technology*, 2019;14(5), 23-27.
2. Delimaris I. A. Investigation of the clinicobiological features of the relationship between DNA damage and depression. *Scientific Chronicles* 2019; 24(4): 454-459.
3. Καρρά Α, Σαρίδη Μ, Σουλιώτης Κ. Αλκοόλ και αλκοολισμός: μια σύγχρονη απειλή στο χώρο της υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2014, 7(1): 27-36.
4. Kandi, S., Deshpande, N., Pinnelli, V. B. K., Devaki, R., Rao, P., & Ramana, K. (2014). Alcoholism and its role in the development of oxidative stress and DNA damage: An Insight. *Am. J. Med. Sci. Med*, 2, 64-66.
5. Garaycochea, J. I., Crossan, G. P., Langevin, F., Mulderrig, L., Louzada, S., Yang, F., ... & Stratton, M. R. (2018). Alcohol and endogenous aldehydes damage chromosomes and mutate stem cells. *Nature*, 553(7687), 171-177.
6. Matsuda, T., Yabushita, H., Kanaly, R. A., Shibutani, S., & Yokoyama, A. (2006). Increased DNA damage in ALDH2-deficient alcoholics. *Chemical research in toxicology*, 19(10), 1374-1378.
7. Brooks, P. J. (2000). Brain atrophy and neuronal loss in alcoholism: a role for DNA damage?. *Neurochemistry international*, 37(5-6), 403-412.
8. Mutlu-Türkoğlu, Ü., Doğru-Abbasoğlu, S., Aykaç-Toker, G., Mirsal, H., Beyazyürek, M., & Uysal, M. (2000). Increased lipid and protein oxidation and DNA damage in patients with chronic alcoholism. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 136(4), 287-291.
9. Fromenty, B., Grimbirt, S., Mansouri, A., Beaugrand, M., Erlinger, S., Rötig, A., & Pessayre, D. (1995). Hepatic mitochondrial DNA deletion in alcoholics: association with microvesicular steatosis. *Gastroenterology*, 108(1), 193-200.
10. Brooks, P. J. (1997). DNA damage, DNA repair, and alcohol toxicity – a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(6), 1073-1082.
11. Kruman, I. I., Henderson, G. I., & Bergeson, S. E. (2012). DNA damage and neurotoxicity of chronic alcohol abuse. *Experimental Biology and Medicine*, 237(7), 740-747.
12. Maffei, F., Forti, G. C., Castelli, E., Stefanini, G. F., Mattioli, S., & Hrelia, P. (2002). Biomarkers to assess the genetic damage induced by alcohol abuse in human lymphocytes. *Mutation Research/Genetic Toxicology and Environmental Mutagenesis*, 514(1-2), 49-58.
13. Fang JL, Vaca CE. Detection of DNA adducts of acetaldehyde in peripheral WBC's of alcohol abusers. *Carcinogenesis*. 1997; 18: 627-32.

Clinicobiological perspective of the potential relationship between DNA damage and alcoholism

Ioannis Delimaris

Dr. Med. Sci, MSc (ClinChem), BSc (BiolSc), PGCE, QTS. Biologist NKUA, Athens, Greece

ABSTRACT

The purpose of the present study is a clinicobiological perspective of the possible relationship between DNA damage and alcoholism. The study material included articles on the topic found in international databases, such as Google Scholar and Pubmed, using the appropriate keywords: DNA damage, alcoholism, alcohol, oxidative stress, and a combination of these. Alcoholics appear to be more likely to show increased levels of DNA damage, as documented by the use of many biomarkers. However, the design of additional molecular epidemiology studies is needed to fully clarify this relationship.

Keywords: DNA damage, alcoholism, alcohol, oxidative stress, biological markers

Citation

I. Delimaris. Clinicobiological perspective of the potential relationship between DNA damage and alcoholism. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 148-153

Συνέχεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η άποψη της τρίτης Ηλικίας στο Νομό Ηρακλείου

Α. Λαοσίτη¹, Ι. Αποστολάκης^{1,2}, Αθ. Νικολέντζος¹, Π. Σαράφης^{1,3}

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, ²Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ³Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας υγείας και των επιμέρους χαρακτηριστικών της, όπως αυτή βιώνεται από τους Έλληνες ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις.

Υλικό και Μέθοδος: Διενεργήθηκε μια συγχρονική έρευνα. Το δείγμα 120 ατόμων προήλθε από πληθυσμό άνω των 65 ετών, διαμένοντες σε όλους τους δήμους του Νομού Ηρακλείου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε μία κλίμακα μέτρησης της συνέχειας 23 ερωτήσεων με απαντήσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert, καθώς επίσης και ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά και το βαθμό ικανοποίησης από τη φροντίδα. Έγινε έλεγχος εγκυρότητας όψεως και έλεγχος αξιοπιστίας-εσωτερικής συνοχής με το συντελεστή Cronbach alpha ($\alpha=0,702$). Για τον υπολογισμό των σκορ συνέχειας χρησιμοποιήθηκαν μέτρα κεντρικής τάσης, με τις τιμές να κυμαίνονται από 1 για τη χαμηλότερη συνέχεια έως 5 για την υψηλότερη.

Αποτελέσματα: Υψηλό βαθμό συνέχειας βιώνει μόνο το 0,8% των ερωτώμενων, το 60,4% βιώνει τη συνέχεια της φροντίδας του ως ικανοποιητική και το 38,8% ως επαρκή. Υψηλότερα σκορ καταγράφηκαν στις ερωτήσεις που αφορούν την καθοδήγηση του ασθενή στο σύστημα υγείας (4,22), την εμπιστοσύνη προς το γιατρό (4,15) και την ανάληψη ευθύνης για τον ασθενή (4,12). Οι ασθενείς του δείγματος προτιμούν την πρόσβαση έναντι της συνέχειας (2,66), δεν νιώθουν άνετα να συζητήσουν ένα προσωπικό πρόβλημα με το γιατρό τους (2,73), ενώ δηλώνουν ότι ο γιατρός τους δεν γνωρίζει τα οικογενειακά τους προβλήματα (2,68). Οι άνδρες ασθενείς βιώνουν υψηλότερη συνέχεια από τις γυναίκες ($p\text{-value}=0,017$), ενώ οι ασθενείς άνω των 80 ετών έχουν χαμηλότερα σκορ συγκριτικά με τους νεότερους ($p\text{-value}=0,001$). Υψηλότερα στη συνέχεια σκοράρουν οι ασθενείς που δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη φροντίδα τους ($\mu.ο.=4,00$), καθώς και οι ασθενείς που δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από αυτή ($\mu.ο.=3,64$).

Συμπεράσματα: Υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης της συνέχειας στην ελληνική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Προτείνεται η βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η ενίσχυση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού, η εμβάθυνση της σχέσης γιατρού-ασθενή και η δημιουργία σαφών διαδρομών φροντίδας.

Λέξεις ευρετηρίου: Σχεσιακή συνέχεια, Πολυνοσηρότητα, Κατακερματισμός της φροντίδας, Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά

Παραπομπή

Α. Λασπίτη, Ι. Αποστολάκης, Αθ. Νικολέντζος, Π. Σαράφης. Συνέχεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η άποψη της τρίτης Ηλικίας στο Νομό Ηρακλείου. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(1): 154-173

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συνέχεια της φροντίδας υγείας θεωρείται ως μία από τις σημαντικότερες διαστάσεις των συστημάτων υγείας, διότι συνδέεται με βελτίωση της πρόληψης [1-4], συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή [5-7], μείωση των νοσηλειών στο νοσοκομείο [8-10], μείωση επισκέψεων σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών [8,11-13], μείωση κόστους [14-17] και αύξηση της ικανοποίησης ασθενών [18-19]. Ως συνέχεια ορίζεται η βίωση της φροντίδας από τον ασθενή ως μια καλοσυντονισμένη και ομαλή εμπειρία [20], με δύο συστατικά στοιχεία: την εμπειρία ενός ασθενή με το δικό του/δικούς του παρόχους υγείας και τη διάρκεια της φροντίδας στο χρόνο.

Τα τελευταία χρόνια η έννοια της συνέχειας τείνει να συμπυκνώνεται σε τρεις τύπους: α) την **πληροφοριακή**, η οποία αναφέρεται στη διαμοίραση της πληροφορίας στους διάφορους παρόχους υγείας, β) τη **σχεσιακή**, η οποία αναφέρεται στην ανάπτυξη μιας διαρκούς σχέσης γιατρού-ασθενή με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και γ) τη **διαχειριστική**, η οποία εστιάζει σε μία ή περισσότερες παθήσεις και περιλαμβάνει ένα κοινό πλάνο διαχείρισής τους μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας και ένα σύστημα μετάβασης από μία δομή σε μια άλλη ή από ένα επίπεδο περίθαλψης στο άλλο. Στην πραγματικότητα οι τρεις τύποι αλληλεπιδρούν

μεταξύ τους. Η σταθερή σχέση με τον πάροχο μειώνει την περιπλοκότητα της επικοινωνίας και αυξάνει τη συγκέντρωση ιατρικής και μη γνώσης, η οποία με τη σειρά της βελτιώνει τα πλάνα φροντίδας και υποστηρίζει την αμοιβαία κατανόηση [21].

Στην ΠΦΥ (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) έμφαση δίνεται κυρίως στη σχεσιακή συνέχεια, η οποία αναφέρεται κυρίως στην ύπαρξη σταθερής σχέσης με ένα πάροχο υγείας, με βασικά χαρακτηριστικά την οικειότητα, την εμπιστοσύνη, την αμοιβαία κατανόηση, την αποτελεσματική επικοινωνία, την αφοσίωση από την πλευρά του ασθενή και την υπευθυνότητα από την πλευρά του παρόχου υγείας. Τα χαρακτηριστικά αυτά πλαισιώνουν το βιοψυχοκοινωνικό τύπο αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενή, όπου τα ψυχοκοινωνικά θέματα συνυπολογίζονται στην εκτίμηση των αναγκών υγείας του ασθενούς. Προαπαιτούμενο για την ύπαρξη και διατήρηση της συνέχειας είναι η γρήγορη πρόσβαση, η άμεση επικοινωνία σε περίπτωση ανάγκης, ακόμα και εκτός ωρών εργασίας. Αποτέλεσμα της συνέχειας είναι ο καλύτερος συντονισμός της φροντίδας [22].

Η διασφάλιση της συνέχειας στην ΠΦΥ συνιστά μεγάλη πρόκληση, ειδικά σε μια εποχή όπου η διείσδυση των χρόνιων νοσημάτων ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες έχει αυξηθεί εξαιτίας της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας [23]. Η

πολυνοσηρότητα συνδέεται με αυξημένη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα με αναζήτηση ιατρικής βοήθειας από πολυάριθμους επαγγελματίες υγείας σε διάφορα σημεία εξυπηρέτησης, με αποτέλεσμα τον κατακερματισμό της φροντίδας. Ο κατακερματισμός της φροντίδας με τη σειρά του οδηγεί στην έλλειψη αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, στην εμπορευματοποίηση της φροντίδας, στις ανισότητες στη διανομή της φροντίδας και στην έλλειψη ικανοποίησης του ασθενή [24].

Η ΠΦΥ στη χώρα μας αντιμετωπίζει διαχρονικά οργανωτικά και δομικά προβλήματα, κυριότερα από τα οποία είναι ο κατακερματισμός των δομών παροχής φροντίδας που χρηματοδοτούνται με διαφορετικό τρόπο η μία από την άλλη, η υπερβολική εξειδίκευση και η χαμηλή ζήτηση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής που είναι η κατ' εξοχήν αρμόδια ειδικότητα για την ΠΦΥ (6,4% επί συνόλου του ιατρικού προσωπικού κατά τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης-ΟΟΣΑ [25]), και η απουσία τεχνολογικής υποδομής για την εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου (ΗΙΦ), ο οποίος θα εξασφάλιζε τη διαμοίραση της πληροφορίας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων στη φροντίδα. Αυτό το οργανωτικό περιβάλλον δεν δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για τη βίωση της φροντίδας υγείας ως συνεκτική και οργανωμένη.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών που στην Ελλάδα εφαρμόζονται προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής, υφίστανται πιέσεις για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα

και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η βελτίωση της συνέχειας της ΠΦΥ στην Ελλάδα μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη αυτών των στόχων. Παρόλα αυτά δεν έχει εντοπιστεί μέχρι σήμερα στην πρόσφατη επιστημονική βιβλιογραφία αναλυτική έρευνα για τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται από τους ασθενείς η συνέχεια της ΠΦΥ στην Ελλάδα, παρά μόνο στο πλαίσιο γενικότερων ερευνών για την ικανοποίηση από την ποιότητα της φροντίδας. Στις έρευνες αυτές δίνεται έμφαση κυρίως στην πληροφοριακή διάσταση, δηλαδή στη διαθεσιμότητα και στη γνώση του ιατρικού ιστορικού από τους γιατρούς. Πολύ φτωχά ήταν τα σκορ για τη συνέχεια της ΠΦΥ στη χώρα μας, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα διεθνούς έρευνας για την ΠΦΥ σε 34 ευρωπαϊκές χώρες [26], ενώ μέτρια ήταν τα σκορ και σε πιο πρόσφατη έρευνα, παρόλο που η γνώση του ιατρικού ιστορικού βρισκόταν στην πρώτη πεντάδα των προτιμήσεων των ασθενών [27].

Η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να καλύψει το κενό της έλλειψης στοχευμένων ερευνών για τη συνέχεια της ΠΦΥ στον ελληνικό χώρο. Σκοπός της είναι η αξιολόγηση από πλευράς των Ελλήνων ασθενών, που πάσχουν από πολλές και διαφορετικές παθήσεις, του βαθμού στον οποίο η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που λαμβάνουν βιώνεται ως μια συνεκτική και οργανωμένη εμπειρία. Στο πλαίσιο αυτό, επιχειρήθηκε η διερεύνηση της συνολικής ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών της ελληνικής ΠΦΥ ως προς τη συνέχεια της φροντίδας τους και τα επιμέρους στοιχεία που την απαρτίζουν, η εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς το ποια στοιχεία που συγκροτούν τη σχέση ασθενή-γιατρού επηρεάζουν τη βίωση της φροντίδας ως συνεχή και οργανωμένη και

η διερεύνηση των αιτιών της πιθανής έλλειψης ικανοποίησης των ασθενών από τη συνέχεια της φροντίδας τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη συγχρονική αυτή έρευνα συμμετείχαν 120 κάτοικοι του Νομού Ηρακλείου ηλικίας άνω των 65 ετών. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, επειδή τα άτομα της τρίτης ηλικίας συνήθως πάσχουν από πολλές και διαφορετικές παθήσεις, χρησιμοποιούν πολλαπλές υπηρεσίες υγείας, επισκέπτονται επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και εξυπηρετούνται σε διαφορετικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Για την υλοποίηση της έρευνας έγινε μη τυχαία δειγματοληψία από την οποία προέκυψε δείγμα ευκολίας. Η συγκεκριμένη μέθοδος δειγματοληψίας

κρίθηκε επαρκής για τη διεξαγωγή μιας πρώτης εξειδικευμένης ερευνητικής προσπάθειας για τη συνέχεια στη χώρα μας, δεδομένων και των περιορισμένων ερευνητικών πόρων.

Προκειμένου να αποφευχθεί η υποεκπροσώπηση ή μη εκπροσώπηση περιοχών και πληθυσμιακών ομάδων στο δείγμα, έγινε προσπάθεια η αναλογία των ερωτώμενων ως προς το φύλο και τον τόπο κατοικίας να προσεγγίζει την αναλογία στον πραγματικό πληθυσμό του Νομού Ηρακλείου (σύμφωνα με ΕΛΣΤΑΤ και Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας). Τα ποσοτικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ανά φύλο και Δήμο στο δείγμα της έρευνας μετά τη συλλογή των δεδομένων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Αριθμός συμμετεχόντων στην έρευνα ανά φύλο και δήμο.

Δήμος	Πληθυσμός 65 και άνω		Δείγμα ανδρών	Δείγμα γυναικών
	Άνδρες	Γυναίκες		
Αρχανών-Αστερουσιών	1959	2407	4	6
Βιάννου	811	1021	2	2
Γόρτυνας	1926	2377	4	6
Ηρακλείου	10275	13091	24	30
Μαλεβιζίου	1586	1782	4	4
Μίνωα Πεδιάδος	2245	2820	5	7
Φαιστού	2208	2814	5	7
Χερσονήσου	2006	2204	5	5

Προκειμένου να ενισχυθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος έγινε στάθμιση δεδομένων ως προς την ηλικία. Μετά τη στάθμιση των δεδομένων τα ποσοστά των ηλικιακών κατηγοριών 65-80 και 81+ στο δείγμα της έρευνας εξισώθηκαν με τα αντίστοιχα ποσοστά στον πληθυσμό του Νομού (71,44% και 28,56% αντίστοιχα). Το σταθμισμένο δείγμα χρησιμοποιήθηκε στη στατιστική επεξεργασία που έγινε. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου-Φεβρουαρίου 2018.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα **ερωτηματολόγιο με κλειστές απαντήσεις με τη μορφή της πενταβάθμιας κλίμακας Likert** (Συμφωνώ απόλυτα-Συμφωνώ-Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ-Διαφωνώ-Διαφωνώ απόλυτα), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της συνέχειας των ασθενών σε μια δομή οικογενειακής ιατρικής στο Οχάιο των Ηνωμένων Πολιτειών (Patient Perception of Continuity Instrument -PC). Σχεδιάστηκε αποκλειστικά για τη μέτρηση της συνέχειας εντός της ΠΦΥ, εστιάζει κυρίως στη σχεσιακή συνέχεια αλλά όχι αποκλειστικά σε αυτή και στηρίζεται στην αξιολόγηση της εμπειρίας του χρήστη των υπηρεσιών χωρίς να προϋποθέτει ή να υπονοεί την ύπαρξη συγκεκριμένου οργανωτικού πλαισίου. Αποτελείται από 23 ερωτήσεις[28]. Για τη χρήση του εργαλείου δόθηκε γραπτή άδεια από το δημιουργό του.

Οι ερωτήσεις τέθηκαν και με θετική και με αρνητική διατύπωση, προκειμένου να μην προδιαθέτουν τους ερωτώμενους. Τα σκορ των ερωτήσεων που έχουν θετική διατύπωση αντιστρέφονται αφαιρώντας από το 6. Σκοπός

του εργαλείου ήταν η ανάδειξη ενός σκορ συνέχειας, το οποίο κυμαίνεται από 1 έως 5, όπου το 5 υποδηλώνει υψηλή συνέχεια και το 1 χαμηλή συνέχεια.

Εκτός από τις ερωτήσεις του παραπάνω εργαλείου, στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε προστέθηκε μια σειρά ερωτήσεων, οι οποίες αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, τόπος κατοικίας), πληροφοριακά στοιχεία για τον ασθενή (κατάσταση της υγείας του, χρήση υπηρεσιών υγείας) και την ικανοποίηση του/της από τη φροντίδα.

Το συνολικό ερωτηματολόγιο, πριν χρησιμοποιηθεί, ελέγχθηκε ως προς την εγκυρότητά του (εγκυρότητα όψεως). Συγκεκριμένα διεξήχθη ενδελεχής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να διαπιστωθεί ότι είναι κατάλληλο για πληθυσμούς ασθενών, αλλά διενεργήθηκε και πιλοτική εφαρμογή του σε ένα δείγμα 30 ατόμων άνω των 65 ετών, προκειμένου να αξιολογηθεί η κατανόηση του σκοπού της έρευνας από τους ερωτώμενους, η δομή του ερωτηματολογίου, η σαφήνεια στη διατύπωση των ερωτήσεων και η ικανότητα και η προθυμία των Ελλήνων ασθενών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας να απαντήσουν στις ερωτήσεις.

Έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου (έλεγχος εσωτερικής συνοχής) με υπολογισμό του συντελεστή alpha του Cronbach, προκειμένου να εκτιμηθεί η συνέπεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία του ερωτηματολογίου. Η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha ήταν 0,702, η οποία σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία

υποδηλώνει ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.

Προσεγγίστηκαν ερωτώμενοι μεγαλύτερης ηλικίας σε δημόσιους χώρους στις πρωτεύουσες των Δήμων. Αφότου εξασφαλίστηκε το κριτήριο της ηλικίας, ενημερώθηκαν για την ταυτότητα της έρευνας και για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους. Κατόπιν εξετάστηκε η προθυμία συμμετοχής τους. Ανάλογα με την ηλικία και τη διάθεση, άλλοι συμπλήρωναν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο, ενώ άλλοι επιθυμούσαν την ανάγνωσή του από την ερευνήτρια. Σε κάθε περίπτωση, η ερευνήτρια ήταν παρούσα για διευκρινίσεις.

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου **IBM SPSS Statistics 25.0**. Ως όριο για την αποδοχή των στατιστικών υποθέσεων (επίπεδο σημαντικότητας) τέθηκε το 5%. Χρησιμοποιήθηκαν ονομαστικές (nominal), διατεταγμένες (ordinal) και ποσοτικές μεταβλητές (scale). Οι απαντήσεις εκφράστηκαν με τη μορφή απόλυτων συχνοτήτων και % συχνοτήτων. Τα σκορ των ερωτώμενων στην κλίμακα PC υπολογίστηκαν με βάση τη μέση τιμή και κατατάχθηκαν ως εξής: 4,5+ υψηλή, 3,5-4,49 ικανοποιητική, 2,5-3,49 επαρκής, 1,5-2,49 μέτρια και 0-1,49 χαμηλή[29]. Πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των σκορ των ερωτώμενων με τις υπόλοιπες μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κατάσταση της υγείας, το πλήθος χρόνιων παθήσεων, τα χαρακτηριστικά της χρήσης υπηρεσιών υγείας, τη συχνότητα πληρωμής για επίσκεψη σε γιατρό και τη συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα), καθώς επίσης

και συσχέτιση των επιμέρους απαντήσεων μεταξύ τους.

Συγκεκριμένα, μεταξύ των ονομαστικών μεταβλητών, καθώς επίσης και μεταξύ ονομαστικών και διατεταγμένων μεταβλητών εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson. Για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών (scale) εφαρμόστηκαν τα κριτήρια Kolmogorov-Smirnoff (για $N > 50$) και Shapiro-Wilk (για $N \leq 50$). Για την εύρεση των στατιστικά σημαντικών διαφορών ποσοτικών μεταβλητών (scale) μεταξύ των κατηγοριών-ομάδων που καθορίζονται από τις τιμές ονομαστικών (nominal) ή διατεταγμένων (ordinal) μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν τα παραμετρικά κριτήρια t-test για ανεξάρτητα δείγματα και one-way ANOVA, ανάλογα με τον αριθμό των υπο-ομάδων κάθε μεταβλητής. Στις περιπτώσεις όπου δεν ακολουθούσαν όλες οι υπο-ομάδες μιας μεταβλητής την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά τεστ Mann-Whitney και Kruskal-Wallis. Για τη συσχέτιση μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης rho Spearman.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της έρευνας παρουσιάζονται στον πίνακα 2 και είναι περίπου τα ίδια με αυτά του πραγματικού πληθυσμού. Ως προς τη νοσηρότητα, η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος (71,7%) πάσχει από μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις. Η κατανομή αυτή είναι αναμενόμενη, καθώς φυσιολογικά

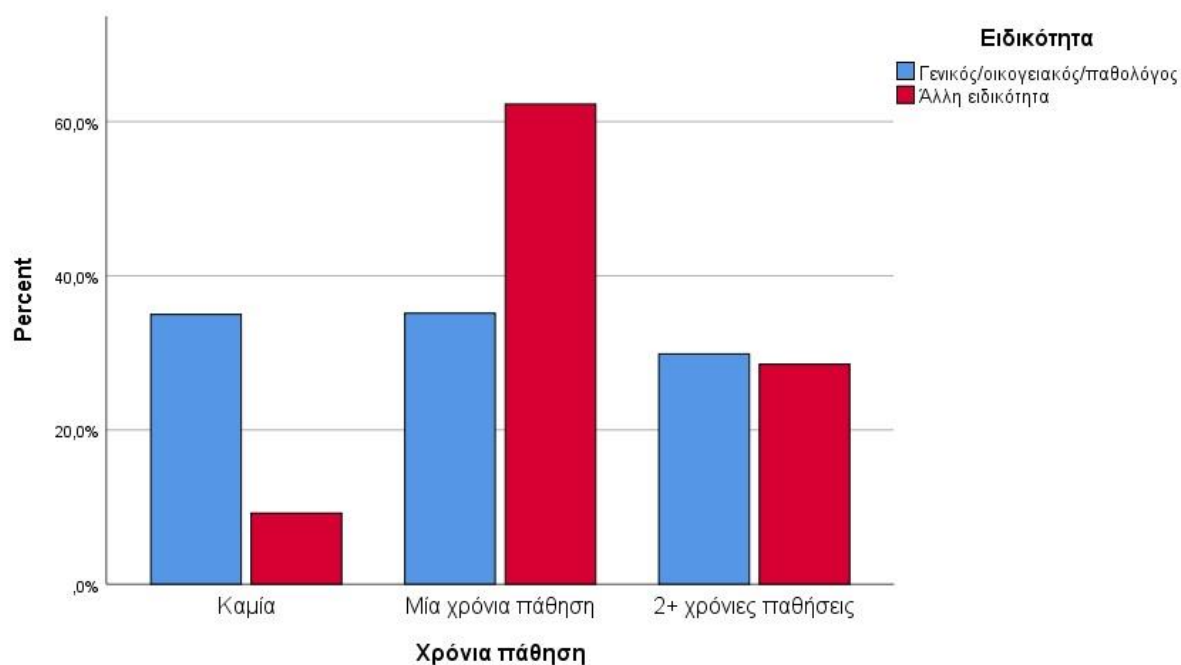
Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.

Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	N (%)
Φύλο	Ανδρας	53 (44,1%)
	Γυναίκα	67 (55,9%)
Ηλικία	65-80	86 (71,4%)
	81 και άνω	34 (28,6%)
Τόπος κατοικίας (Δήμος)	Αρχανών-Αστερουσιών	10 (8,5%)
	Βιάννου	4 (3,3%)
	Γόρτυνας	10 (8,5%)
	Ηρακλείου	53 (44,3%)
	Μαλεβιζίου	8 (6,7%)
	Μίνωα Πεδιάδος	12 (10,1%)
	Φαιστού	12 (9,9%)
	Χερσονήσου	10 (8,7%)
Νοσηρότητα	Καμία χρόνια πάθηση	34 (28,2%)
	Μία χρόνια πάθηση	51 (42,2%)
	Δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις	35 (29,5%)

η νοσηρότητα είναι αυξημένη στην τρίτη ηλικία.

Η αυξημένη νοσηρότητα συνεπάγεται μεγαλύτερο βαθμό χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Το 73,8% των ασθενών δήλωσαν ότι παρακολουθούνται κυρίως από γενικό/οικογενειακό γιατρό ή παθολόγο, ενώ δεν είναι αμελητέο το ποσοστό εκείνων που παρακολουθούνται κυρίως από γιατρό ειδικότητας (26,2%). Όπως προκύπτει από την

Εικόνα 1, οι ασθενείς αυτοί πάσχουν από μία χρόνια πάθηση και κατά συνέπεια ένας γιατρός ειδικότητας μπορεί να συντονίσει την περίπτωσή τους. Εκείνοι που δεν έχουν χρόνιες παθήσεις επισκέπτονται συνήθως γενικό/οικογενειακό γιατρό ή παθολόγο. Το ίδιο συμβαίνει και για τους ασθενείς που πάσχουν από περισσότερες από δύο χρόνιες παθήσεις.



Εικόνα 1. Ειδικότητα ιατρού προς τον αριθμό χρόνιων παθήσεων των ασθενών του δείγματος.

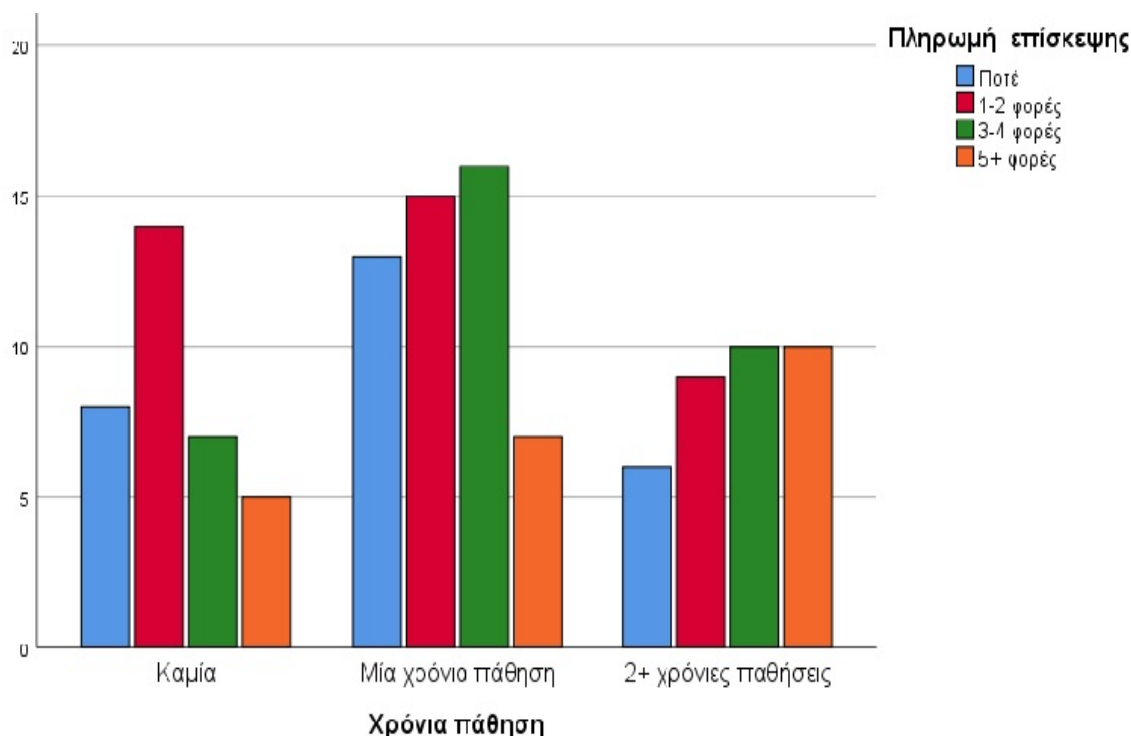


Εικόνα 2. Δομές υγείας στις οποίες εξυπηρετούνται οι ασθενείς του δείγματος.

Η Εικόνα 2 απεικονίζει τις δομές στις οποίες εξυπηρετούνται συχνότερα οι ασθενείς για τις ανάγκες υγείας τους. Σημειώνεται ότι υπήρχε η δυνατότητα επιλογής περισσότερων των μία δομών. Οι ασθενείς του Νομού εξυπηρετούνται περισσότερο για τις ανάγκες υγείας τους σε ιδιωτικά ιατρεία με ίδια πληρωμή, ενώ η δομή για την οποία δείχνουν τη χαμηλότερη προτίμηση είναι το Κέντρο Υγείας Ηρακλείου. Στην ερώτηση «Πόσες φορές έχετε πληρώσει για επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο χρόνο», μόνο το 22,7% απάντησε «Ποτέ», 31,2% «1-2 φορές», ενώ πολύ υψηλό ποσοστό 46,1% έχει πληρώσει για επίσκεψη περισσότερες από τρεις φορές. Επιπλέον, όπως φαίνεται στην Εικόνα 3, οι ασθενείς που πάσχουν από δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις έχουν πληρώσει περισσότερες φορές για επίσκεψη σε γιατρό κατά το τελευταίο έτος συγκριτικά με εκείνους που πάσχουν από λιγότερες χρόνιες παθήσεις.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα ποσοστά ικανοποίησης των ερωτώμενων από τη φροντίδα υγείας τους συνολικά. Οι περισσότερες απαντήσεις κατανέμονται στην επιλογή «ούτε πολύ/ούτε λίγο», ενώ περίπου οι μισοί ερωτώμενοι δηλώνουν πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη συνολική φροντίδα υγείας που λαμβάνουν.

Όσον αφορά τα συνολικά σκορ στην κλίμακα της συνέχειας, το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών του δείγματος (60,4%) κατανέμεται στην κατηγορία ικανοποιητική συνέχεια (3,5-4,49), το 38% των ερωτώμενων βιώνει επαρκή συνέχεια (2,5 έως 3,49), ενώ υψηλή συνέχεια (4,5 και άνω) βιώνει μόνο το 0,8% των ερωτώμενων. Μέτρια (1,5 έως 2,49) και χαμηλά σκορ (0 έως 1,49) δεν σημείωσε κανένας από τους ερωτώμενους.



Εικόνα 3. Συχνότητα πληρωμής για επίσκεψη προς τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων.

Πίνακας 3. Ικανοποίηση των ασθενών του δείγματος από τη φροντίδα υγείας τους.

Μεταβλητή	Τιμές μεταβλητής	N (%)
<i>Ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας</i>	Πάρα πολύ	15 (12,4%)
	Πολύ	40 (33,2%)
	Ούτε πολύ/ούτε λίγο	45 (37,7%)
	Λίγο	17 (14,1%)
	Καθόλου	3 (2,6%)

Για την καλύτερη παρουσίαση των σκορ των ερωτώμενων για κάθε ερώτηση ξεχωριστά πραγματοποιήθηκε εννοιολογική κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων σε δέκα (10) ομάδες, για καθεμιά από τις οποίες υπολογίστηκαν ξεχωριστά σκορ με βάση το μέσο όρο. Οι ομάδες αυτές είναι: 1) χρήση των υπηρεσιών, 2) αξιολόγηση της συνέχειας, 3) δεσμός με τον επαγγελματία υγείας, 4) γνώση του ασθενούς, 5) επικοινωνία με το γιατρό, 6) οικειότητα, 7) εμπιστοσύνη, 8) Εκτίμηση αναγκών, 9) Υπευθυνότητα, 10) Καθοδήγηση στο σύστημα υγείας. Οι πρώτες δύο ομάδες αφορούν τη χρήση των υπηρεσιών και την αξιολόγηση της σπουδαιότητας της συνέχειας από τους ερωτώμενους. Οι υπόλοιπες ομάδες αναφέρονται σε όλα εκείνα τα στοιχεία που εμπεριέχονται στην έννοια της σχεσιακής συνέχειας και περιγράφονται στο θεωρητικό μέρος της εργασίας. Τα σκορ των επιμέρους ερωτήσεων στην κλίμακα της συνέχειας παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Οι ερωτώμενοι σκοράρουν υψηλότερα μ.ο.>3,8 στις ερωτήσεις που αφορούν το δεσμό με το γιατρό τους, την επικοινωνία τους μαζί του, την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπό του,

την υπευθυνότητα που επιδεικνύει και την ικανοποίησή τους από το πώς τους καθοδηγεί στο σύστημα υγείας. Μέτρια προς χαμηλά είναι τα σκορ των ερωτώμενων στις ερωτήσεις που αποτυπώνουν την ύπαρξη μιας σχέσης με το γιατρό, η οποία ξεπερνά τα στενά όρια της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ασθενείς δεν θεωρούν ότι ο γιατρός τους μπορεί να τους παρέχει φροντίδα για κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, δεν νιώθουν αρκετή οικειότητα ώστε να συζητήσουν με το γιατρό τους μη ιατρικά και προσωπικά τους προβλήματα, ενώ ο γιατρός τους, αν και έχει καλή γνώση των αμιγώς ιατρικών τους θεμάτων, δεν γνωρίζει αρκετά πράγματα για την οικογένειά τους και τα προβλήματά της.

Χαμηλά είναι τα σκορ και στις ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη συνέχεια μέσα από την οργάνωση και τον τρόπο χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Ο γιατρός για τους περισσότερους ασθενείς είναι προσωπικός και όχι οικογενειακός, αφού τα μέλη της οικογένειάς τους φαίνονται να επισκέπτονται διαφορετικούς γιατρούς. Επιπλέον, οι ασθενείς επισκέπτονται περισσότερες από μία δομές για υπηρεσίες υγείας, γεγονός που

Πίνακας 4. Σκορ επιμέρους ερωτήσεων της κλίμακας της συνέχειας.

	Μέση τιμή
<i>Χρήση των υπηρεσιών (2,7)</i>	
Σε περίπτωση που αρρωστήσουν ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειάς μου, πηγαίνουμε σε διαφορετικούς γιατρούς	2,53
Χρησιμοποιώ υπηρεσίες υγείας από μία και μόνο δομή	2,86
<i>Αξιολόγηση της συνέχειας (3,21)</i>	
Η φροντίδα υγείας μου βελτιώνεται όταν επισκέπτομαι σταθερά τον ίδιο γιατρό	3,75
Θα προτιμούσα να δω ένα γιατρό αμέσως παρά να περιμένω μερικές μέρες για να δω το γιατρό που με παρακολουθεί	2,66
<i>Δεσμός με τον επαγγελματία υγείας (3,89)</i>	
Σπανίως επισκέπτομαι τον ίδιο γιατρό για τις ανάγκες της υγείας μου	3,66
Νιώθω ότι έχω μια σταθερή σχέση με το γιατρό μου	4,01
Ο γιατρός μου θα με αναγνωρίσει με το όνομά μου αν με συναντήσει στο δρόμο	4,01
<i>Γνώση του ασθενούς (3,60)</i>	
Ο γιατρός που με παρακολουθεί συχνά αναφέρεται σε προβλήματα υγείας ή θεραπείες που έχω αντιμετωπίσει στο παρελθόν	3,67
Ο γιατρός μου γνωρίζει τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνω αυτό τον καιρό	4,42
Αντιμετωπίζω ιατρικά προβλήματα που ο γιατρός μου δεν τα γνωρίζει	3,97
Ο γιατρός μου γνωρίζει αρκετά πράγματα για την οικογένειά μου	3,24
Ο γιατρός μου δεν γνωρίζει τα οικογενειακά μου προβλήματα	2,68
<i>Επικοινωνία με το γιατρό (3,94)</i>	
Νιώθω άνετα να κάνω ερωτήσεις στο γιατρό μου	4,02
Ο γιατρός μου δεν μου εξηγεί αρκετά τα προβλήματα της υγείας μου	3,86
<i>Οικειότητα (2,9)</i>	
Μου είναι δύσκολο να μιλήσω με το γιατρό μου για μη ιατρικά ζητήματα	3,06
Αισθάνομαι άνετα να συζητήσω ένα προσωπικό πρόβλημα με το γιατρό μου	2,73
<i>Εμπιστοσύνη (4,15)</i>	

Πίνακας 4. Σκορ επιμέρους ερωτήσεων της κλίμακας της συνέχειας (συνέχεια).

Θα εμπιστευόμουν ένα γιατρό άλλης ειδικότητας εάν μου τον είχε συστήσει ο γιατρός μου	3,93
Εμπιστευόμαι το γιατρό μου	4,37
<i>Εκτίμηση αναγκών (3,16)</i>	
Ο γιατρός μου παρέχει φροντίδα για κάθε είδους πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζω	3,16
<i>Υπευθυνότητα (4,12)</i>	
Σε περίπτωση ανάγκης θέλω να επικοινωνήσω με το γιατρό που με παρακολουθεί	4,29
Ο γιατρός μου θα μου παρείχε φροντίδα σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης	3,95
<i>Καθοδήγηση στο σύστημα υγείας (4,22)</i>	
Ο γιατρός μου με καθοδηγεί σωστά ως προς το αν χρειάζεται να με δει γιατρός άλλης ειδικότητας	4,19
Ο γιατρός μου θα το κανόνιζε αν χρειαζόταν να πάω στο Νοσοκομείο	4,25

υποδηλώνει τον κατακερματισμό της φροντίδας τους. Τέλος, παρόλο που θεωρούν ότι η υγεία τους βελτιώνεται όταν βλέπουν τον ίδιο γιατρό, θα προτιμούσαν να δουν ένα γιατρό αμέσως παρά να περιμένουν μερικές μέρες για να δουν το γιατρό που τους παρακολουθεί.

Από τους ελέγχους των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των πληροφοριακών στοιχείων ασθενή και της ικανοποίησης από τη φροντίδα, σε συνδυασμό με τις συγκρίσεις μέσων όρων των σκορ συνέχειας, προέκυψαν διάφορα συμπεράσματα. Κατ' αρχήν, οι άνδρες (μ.ο.=3,68) βιώνουν υψηλότερο βαθμό συνέχειας στη φροντίδα τους συγκριτικά με τις γυναίκες (μ.ο.=3,57) $p\text{-value}=0,017$ (κριτήριο Mann-Whitney). Επιπλέον, οι ερωτώμενοι ηλικίας 65-80 ετών (μ.ο.=3,68) βιώνουν μεγαλύτερη συνέχεια στη φροντίδα τους

συγκριτικά με τους πιο ηλικιωμένους (μ.ο.=3,46) $p\text{-value}=0,001$ (t-test για ανεξάρτητα δείγματα).

Όσον αφορά τυχόν διαφορές του σκορ συνέχειας ανάλογα με το Δήμο κατοικίας, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις στο σκορ όλων των Δήμων μεταξύ τους ανά δύο (t-test για ανεξάρτητα δείγματα και έλεγχοι ανά δύο Mann-Whitney), από τις οποίες βρέθηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ κάποιων από αυτούς. Μικρότερο βαθμό συνέχειας βιώνουν όσοι επισκέπτονται Κέντρα Υγείας (μ.ο.=3,49), συγκριτικά με εκείνους που δεν επισκέπτονται Κέντρα Υγείας (μ.ο.=3,66) $p\text{-value}=0,011$ (t-test για ανεξάρτητα δείγματα).

Τέλος, εφαρμόστηκε το κριτήριο Kruskal-Wallis και εντοπίστηκαν διαφορές του σκορ

συνέχειας και του βαθμού ικανοποίησης από τη φροντίδα (p -value=0,000) και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις ως προς το σκορ της συνέχειας όλων των βαθμών ικανοποίησης μεταξύ τους ανά δύο (t -test για ανεξάρτητα δείγματα και έλεγχοι ανά δύο Mann-Whitney). Έγιναν δέκα έλεγχοι, από τους οποίους προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, εκείνοι που δηλώνουν “πάρα πολύ” ικανοποιημένοι από τη φροντίδα τους ($\mu.o.=4,0019$) σκοράρουν υψηλότερα στην κλίμακα της συνέχειας συγκριτικά με α) αυτούς που δηλώνουν “πολύ” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,64$) με p -value=0,000 (t -test), β) αυτούς που δηλώνουν “ούτε πολύ/ούτε λίγο” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,47$) με p -value=0,000 (t -test), γ) αυτούς που δηλώνουν “λίγο” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,63$) με p -value=0,003 (t -test), και δ) αυτούς που δηλώνουν “καθόλου” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,36$) με p -value=0,01 (Mann-Whitney). Εκείνοι που δηλώνουν “πολύ” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,64$) σκοράρουν υψηλότερα στην κλίμακα της συνέχειας συγκριτικά με αυτούς που δηλώνουν “ούτε πολύ/ούτε λίγο” ικανοποιημένοι ($\mu.o.=3,47$) με p -value=0,011 (t -test).

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson για τη συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των πληροφοριακών στοιχείων ασθενή και της ικανοποίησης από τη φροντίδα με τις επιμέρους ερωτήσεις της κλίμακας συνέχειας. Οι απαντήσεις στις επιμέρους ερωτήσεις της κλίμακας δεν επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, την ειδικότητα που επισκέπτονται συχνότερα οι ασθενείς, τη δομή από την οποία εξυπηρετούνται και τη

συχνότητα πληρωμής για επίσκεψη σε γιατρό. Οι ασθενείς που πάσχουν από περισσότερες χρόνιες παθήσεις φαίνονται να επισκέπτονται διαφορετικό γιατρό από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους ($p=0,003$), ενώ ο γιατρός τους αναφέρεται συχνότερα σε προβλήματα υγείας ή θεραπείες που έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν ($p=0,007$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την έρευνα προέκυψε ότι οι ασθενείς βιώνουν ικανοποιητική συνέχεια στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Αυτό είναι άλλωστε αναμενόμενο, δεδομένου ότι οι άνθρωποι αυτής της ηλικίας λόγω αυξημένης νοσηρότητας έχουν μια σταθερή επαφή με το σύστημα υγείας. Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε αφορά κυρίως τη σχέση των ασθενών με τον προσωπικό τους γιατρό, τον οποίο έχουν ελεύθερα επιλέξει και ο οποίος, όπως δηλώνουν γνωρίζει αρκετά καλά το ιστορικό τους, την κατάσταση της υγείας τους και την αγωγή που ακολουθούν. Παρόλα αυτά, ο δεσμός γιατρού-ασθενή, που αποτελεί το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της σχεσιακής συνέχειας, δεν είναι αρκετά ισχυρός ώστε ο ασθενής να συζητά μαζί του περισσότερο προσωπικά ή οικογενειακά προβλήματα ή ευρύτερα ζητήματα που τον απασχολούν. Κατά συνέπεια, ο γιατρός δεν μπορεί να εκτιμήσει με ολιστικό τρόπο τις ανάγκες και την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Τρεις ερμηνείες μπορούν να δοθούν όσον αφορά την έλλειψη εμβάθυνσης της σχέσης μεταξύ γιατρού-ασθενή. Η πρώτη έγκειται στο ότι η εμβάθυνση αυτή ενδεχομένως δεν

αποτελεί προτεραιότητα είτε του γιατρού, είτε του ασθενή, είτε και των δύο. Οι γιατροί πολλές φορές υποτιμούν τη μεγάλη σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ενώ οι ασθενείς ίσως να μην επιδιώκουν αυτή την εμφάνιση, αγνοώντας τις ευεργετικές της επιπτώσεις για την υγεία τους. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε πρόσφατη έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό, μόνο το 28,4% των ασθενών δήλωσε ότι θεωρεί σημαντικό να γνωρίζει ο γιατρός τους θέματα που αφορούν τις ευρύτερες συνθήκες της ζωής τους [27]. Η δεύτερη ερμηνεία έγκειται στο γεγονός ότι η δημιουργία προσωπικού δεσμού απαιτεί χρόνο, δηλαδή ικανοποιητικής διάρκειας επισκέψεις, αλλά κυρίως επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στον ίδιο γιατρό σε βάθος πολλών ετών. Η τρίτη ερμηνεία, η οποία είναι απόρροια της δεύτερης, είναι ότι η έλλειψη οργάνωση των υπηρεσιών της ελληνικής ΠΦΥ, και κατ' επέκταση ο αναποτελεσματικός τρόπος χρήσης των υπηρεσιών από τους ασθενείς, δεν ευνοεί τη χρονολογική διάσταση της συνέχειας.

Ενδιαφέροντα στοιχεία προέκυψαν και από τα αποτελέσματα που αφορούν στη χρήση των υπηρεσιών. Υψηλό ποσοστό ασθενών εξυπηρετείται, εν μέρει τουλάχιστον, σε ιδιωτικά ιατρεία με ιδιωτική πληρωμή, παρά τη δυσμενή οικονομική συγκυρία, που είναι ενδεικτικό του υψηλού ποσοστού ιδίων πληρωμών στο ελληνικό σύστημα υγείας. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, κατά τα οποία το 2015 οι ίδιες πληρωμές αποτελούσαν το 35% των συνολικών δαπανών για την υγεία [25]. Πάντως, οι ασθενείς που επισκέπτονται συχνότερα ιδιώτες μη συμβεβλημένους με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών

Υγείας γιατρούς δεν βιώνουν υψηλότερη συνέχεια από εκείνους που επισκέπτονται γιατρούς σε δημόσιες δομές. Επιπλέον, οι περισσότεροι χρησιμοποιούν υπηρεσίες από πληθώρα δομών, ενώ αρκετοί επισκέπτονται κυρίως γιατρούς ειδικότητας. Αυτά ενδεχομένως σχετίζονται με την έλλειψη συστήματος υποχρεωτικής παραπομπής, τον κατακερματισμό των υπηρεσιών και την έλλειψη σαφών διαδρομών φροντίδας της ελληνικής ΠΦΥ.

Οι Έλληνες ηλικιωμένοι ασθενείς αξιολογούν ως αρκετά σημαντική τη συνέχεια της φροντίδας τους, αφού δηλώνουν ότι η υγεία τους βελτιώνεται όταν επισκέπτονται τον ίδιο γιατρό. Οι ηλικιωμένοι και οι πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις εκτιμούν περισσότερο τη συνέχεια [30-32]. Παρόλα αυτά, μπαίνει σε «δεύτερη μοίρα» όταν τίθενται ζητήματα πρόσβασης. Οι ασθενείς προτιμούν να δουν ένα γιατρό αμέσως, παρά να περιμένουν λίγες μέρες προκειμένου να δουν τον προσωπικό τους γιατρό. Σε πρώτη ανάγνωση, η προτίμηση αυτή μπορεί να αποδοθεί σε δυσκολίες πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Στην πραγματικότητα όμως, αυτή η διαφαινόμενη «σύγκρουση» μεταξύ πρόσβασης και της συνέχειας έχει προκύψει ως αποτέλεσμα και άλλων ερευνών σε διεθνές επίπεδο. Εκείνοι που αντιμετωπίζουν νέα, χαμηλής σπουδαιότητας προβλήματα προτιμούν την άμεση πρόσβαση, ενώ εκείνοι που επιθυμούν ένα τσεκ-απ ή αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα που τους προκαλεί αβεβαιότητα προτιμούν τη συνέχεια [19,33]. Η καλή πρόσβαση αποτελεί προαπαιτούμενο προκειμένου να διατηρηθεί η συνέχεια, επομένως τα συστήματα υγείας οφείλουν να

ισορροπήσουν ανάμεσα σε αυτούς τους δύο στόχους [34].

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ συνέχειας και δημογραφικών χαρακτηριστικών, από την έρευνα προέκυψε ότι το φύλο, η ηλικιακή ομάδα και η ικανοποίηση από τη φροντίδα αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της σχεσιακής συνέχειας. Συγκεκριμένα, οι άνδρες βιώνουν υψηλότερη συνέχεια από τις γυναίκες, τα άτομα της πληθυσμιακής ομάδας 65-80 ετών σημειώνουν μεγαλύτερα σκορ συγκριτικά με την πληθυσμιακή ομάδα 80 και άνω, ενώ υψηλότερα στη συνέχεια σκοράρουν οι ασθενείς που δηλώνουν πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη φροντίδα τους. Ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων από τις οποίες πάσχουν οι ασθενείς, η δομή ή οι δομές στις οποίες τους παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ και η συχνότητα ίδιας πληρωμής των επαγγελματιών υγείας δεν συνιστούν προβλεπτικούς παράγοντες της συνέχειας.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για τον κυρίαρχο ρόλο των ομάδων φροντίδας στο συντονισμό της φροντίδας ασθενών που έχουν πολλές χρόνιες παθήσεις. Ακόμα κι αν υπάρχει μια ομάδα φροντίδας που θα συνεργάζεται για τη χάραξη μονοπατιών φροντίδας (care pathways), οι ασθενείς που έχουν χρόνιες παθήσεις έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι υπάρχει ένας επαγγελματίας υγείας, με το διακριτό ρόλο του συντονιστή της περίπτωσης τους. Στην ελληνική ΠΦΥ ο οικογενειακός γιατρός οφείλει να παίζει το ρόλο του εγγυητή της συνέχειας της φροντίδας. Η κατάλληλη εκπαίδευση των οικογενειακών γιατρών, η εφαρμογή του υποχρεωτικού συστήματος παραπομπών, η δημιουργία τεχνολογικής υποδομής Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου

(ΗΠΦ) και η υποχρέωση της καθολικής τήρησής του θα ενισχύσει αυτό το ρόλο.

Είναι αναγκαία η αναφορά κάποιων περιορισμών σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας. Δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί κοινώς αποδεκτά εργαλεία για τη μέτρηση της συνέχειας. Η συνέχεια επηρεάζεται ιδιαιτέρως από τη δομή των συστημάτων υγείας, γι' αυτό και τα εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν διεθνώς. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό χώρο, ούτε έχει χρησιμοποιηθεί ξανά στην Ελλάδα για τη εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς τη συνέχεια της ΠΦΥ. Παρόλα αυτά, προέκυψαν συμπεράσματα, τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν προκειμένου να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο εργαλείο για τη μέτρηση της συνέχειας της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Ένα τέτοιο εργαλείο εκτιμάται ότι θα πρέπει να διερευνά τη συνέχεια από την πλευρά του ασθενή, να μετρά όλα τα είδη της συνέχειας, να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όλα τα είδη των ασθενειών και για όλα τα είδη εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, να εντοπίζει εκείνα τα σημεία στα οποία διακόπτεται η συνοχή της διαδρομής της φροντίδας και να αναδεικνύει την επίδραση των παθογενών χαρακτηριστικών της ελληνικής ΠΦΥ στη συνέχεια, τα οποία τείνουν να γίνουν δομικά, όπως οι δυσκολίες πρόσβασης και οι ίδιες πληρωμές.

Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τμήματα στρατηγικού σχεδιασμού και εφαρμογής πολιτικών υγείας, καθώς επίσης και από τμήματα αξιολόγησης υπηρεσιών και προγραμμάτων υγείας του Υπουργείου Υγείας και των υπαγόμενων σε αυτό φορέων.

Επιπλέον, θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα που είναι αρμόδια για την εκπαίδευση του

ιατρικού προσωπικού, και ιδίως των οικογενειακών γιατρών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ettner SL. The timing of preventive services for women and children: the effect of having a usual source of care. *Am J Public Health*. 1996; 86:1748-1754.
2. Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behavior of patients. *Med Care*. 1999; 37:547-555.
3. O' Malley AS, Mandelblatt J, Gold K, Cagney KA, Kerner J. Continuity of care and the use of breast and cervical cancer screening services in a multiethnic community. *Arch Intern Med*. 1997; 157(13):1462-1470.
4. Christakis DA, Mell L, Wright JA, Davis R, Connell FA. The association between greater continuity of care and timely measles-mumps-rubella vaccination. *Am J Public Health*. 2000; 90(6):962-965.
5. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Annals Family Med*. 2004; 2:455-461.
6. Uijen AA, Bosch M, Van Den Bosch WJ, Bor H, Wensing M, Schers H. Heart failure patients' experiences with continuity of care and its relation to medication adherence: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2012; 13:86.
7. Chen CC, Tseng CH, Cheng SH. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a longitudinal analysis. *Med Care*. 2013; 51:231-237.
8. Gill J, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998; 7:352-357.
9. Mainous AG, Gill J. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: Is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health*. 1998; 88(10):1539-1541.
10. Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JPW, Strawderman R, Weeks W, Casalino L, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(20):1879-1885.
11. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ*. 2007; 177(11):1362-1368.
12. Christakis DA, Wright JA, Koepsell TD, Emerson S, Connell FA. Is greater continuity of care associated with less emergency department utilization? *Pediatrics*. 1999; 103(4):738-742.
13. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics*. 2001; 107(3):524-529.

14. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health*. 1996; 86(12):1742-1747.
15. Raddish M, Horn S, Sharkey PH. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care*. 1999; 5:727-734.
16. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyrick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals Family Med*. 2003; 1(3):144-148.
17. Chen CC, Cheng SH. Better Continuity of Care Reduces Costs for Diabetic Patients. *Am J Manag Care*. 2011; 17(6):420-427.
18. Morgan ED, Pasquarella M, Holaman JR. Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. *J Am Board Fam Pract*. 2004; 17(5):341-346.
19. Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman G. Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract*. 2007; 57(537):283-290.
20. Freeman G, Shepperd S, Robinson I, Ehrich K, Richards S. Continuity of care: report of a scoping exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D (NCCSDO). London, UK: NCCSDO, 2000. Available from: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_ES_08-1009-002_V01.pdf [Accessed 20th January 2020].
21. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vazquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care*. 2012; 24(1):39-48.
22. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CF, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review, *BMJ*. 2004; 327:1219-1221.
23. Randall H. *Epidemiology of Chronic Disease: Global Perspectives*. 1st ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013.
24. Stange K. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals Family Med*. 2009; 7(2):100-103.
25. OECD. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2017. Available from: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart> [Accessed 20th January 2020].
26. Schafer WL, Boerma WG, Murante AM, Sixma HJ, Schellevis FG, Groenewegen PP. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015; 93(3):161-168.
27. Lionis CH, Papadakis S, Tatsi CH, Bertsias A, Duijker G, Bodosakis Merkouris P, et al. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res*. 2017; 17:255.
28. Chao J. Continuity of care: incorporating patient perceptions. *Fam Med*. 1988; 20(5):333-337.

29. Hill KM, House AO, Hewison J. Continuity of care in stroke and its relation to outcomes. London: NCCSDO, 2008, Available from: www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/13c-final-report.pdf [Accessed 20th January 2020].
30. Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of Interpersonal continuity of care. *Am Board Family Med.* 2006; 19(4):390-397.
31. Nutting P, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom it matters and when? *Annals Family Med.* 2003; 1(3):149-155.
32. Pini A, Sarafis P, Malliarou M, Tsounis A, Igoymenidis M, Bamidis P, et al. Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. *Global Journal of Health Science.* 2014; 6(5): 196-203.
33. Turner D, Tarrant C, Windridge K, Bryan S, Boulton M, Freeman G, et al. Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *Journal of Health Services Research and Policy.* 2007; 12(3):132-137.
34. Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary care. *Annals Family Med.* 2008; 6(2):116-123.

Continuity of primary healthcare of elder people in the Prefecture of Herakleion: The patient's perspective

A.Laspiti¹, I.Apostolakis^{1,2}, Ath.Nikolentzos¹, P.Sarafis^{1,3}

¹School of Social Sciences, Hellenic Open University, Greece, ²Medical Physics Laboratory, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, ³Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Nicosia, Cyprus

ABSTRACT

Aim-Background: The evaluation of health care continuity and its individual characteristics, as experienced by Greeks elder patients suffering from chronic diseases.

Material-Method: This is a cross-sectional study. The sample of 120 people came from a population of residents in all municipalities of the prefecture of Herakleion, aged over 65 years old. Data was collected by using an anonymous questionnaire, comprising of a 23 question Likert scale and a number of questions, capturing demographic characteristics and satisfaction from healthcare. A face-validity process was conducted and internal consistency reliability was tested using Cronbach alpha reliability coefficient ($\alpha=0.702$). Measures of central tendency were used to calculate continuity scores. Scores ranged from 1 for lower continuity to 5 for highest.

Results: Only 0.8% of the subjects experiences high level of continuity, whereas 60.4% thinks of continuity as satisfactory and 38.8% as adequate. Higher scores were marked in questions concerning patients' guidance through the health system (4.22), trust for the health provider (4.15) and doctor's accountability (4.12). Nonetheless, sample patients seem to prefer access to continuity (2.66), feel uncomfortable to discuss a personal problem with the doctor (2.73) and confirm that their doctor does not know about their family problems (2.68). Male patients experience higher continuity than female (p -value=0.017) and patients over 80 years old experience lower continuity than the younger (p -value=0.001). Finally, continuity scores are higher for patients who are very much satisfied from the healthcare they receive (4.00), and the same goes for patients who are simply satisfied with it (3.64).

Conclusions: There is plenty of room for improvement as for continuity of Greek primary healthcare. To this end, improving access to health services, deepening the doctor-patient relationship, boosting the role of the family doctor and creating clear care paths are suggested.

Keywords: Relational continuity, Multimorbidity, Fragmentation of care, Psychosocial characteristics

Citation

A.Laspiti, I.Apostolakis, Ath.Nikolentzos, P.Sarafis. Continuity of primary healthcare of elder people in the Prefecture of Herakleion: The patient's perspective. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 154-173

Αμβλεία κάκωση παγκρέατος: παρουσίαση περιστατικού

Σ. Μιχαηλίδου¹, Γ. Ρήγας¹, Ε. Ράλλη¹, Κ. Κηροπλάστης², Ν. Νικολούδης¹, Ν. Νικολαΐδης¹

¹Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών και ²Ε' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αμβλείες κακώσεις του παγκρέατος είναι σπάνιες και παρουσιάζουν αμβλυχρή κλινική εικόνα τις πρώτες μετατραυματικές ώρες, με αποτέλεσμα πολλές φορές να διελάθουν. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιαστούν και να συζητηθούν τόσο οι διαγνωστικοί όσο και οι θεραπευτικοί προβληματισμοί που ανακύπτουν κατά την αντιμετώπιση περιστατικών όπως αυτό που παρουσιάζεται, καθώς και η επιτακτική ανάγκη για υψηλή κλινική υποψία και αντιμετώπιση από έμπειρη ιατρική ομάδα. Άρρεν ασθενής 25 ετών προσήλθε περιπατητικός στο ΤΕΠ αναφέροντας τροχαίο ατύχημα με ΙΧ προ 12ώρου, αιτώμενος επιγαστραλγία, με μόνο αρχικό εργαστηριακό εύρημα λευκοκυττάρωση και πολυμορφοπυρήνωση. Κατά την παρακολούθησή του και από τον υπόλοιπο εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, ανευρέθηκε κάκωση παγκρέατος grade III. Ο ασθενής διεκομίσθη σε τριτοβάθμιο κέντρο, όπου υπεβλήθη σε περιφερική παγκρεατεκτομή. Μετεγχειρητικά εμφάνισε ενδοπεριτοναϊκές συλλογές και παγκρεατικό συρίγγιο, αυξάνοντας τη νοσηρότητα και παρατείνοντας τον χρόνο νοσηλείας του ασθενούς. Αυτές αντιμετωπίστηκαν δια διαδερμικής παροχέτευσης και συντηρητικά, αντίστοιχα. Συμπερασματικά, οι αμβλείες κακώσεις παγκρέατος είναι σπάνιες και παρουσιάζουν συχνά ήπια συμπτωματολογία, όμως συνοδεύονται από σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα, ειδικά αν καθυστερήσει η διάγνωση και αντιμετώπισή τους. Η υψηλή κλινική υποψία καθώς και η διεπιστημονική αντιμετώπιση του ασθενούς από έμπειρη ομάδα ιατρών, είναι απαραίτητα για τη βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών.

Λέξεις ευρετηρίου: πάγκρεας, κάκωση, παγκρεατεκτομή, αμβλεία

Παραπομπή

Σ. Μιχαηλίδου, Γ. Ρήγας, Ε. Ράλλη, Κ. Κηροπλάστης, Ν. Νικολούδης, Ν. Νικολαΐδης. Αμβλεία κάκωση παγκρέατος: παρουσίαση περιστατικού. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(1): 174-183

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κακώσεις παγκρέατος είναι εξαιρετικά σπάνιες, καθώς αφορούν στο 0,2-2% του συνόλου των κακώσεων και στο 3-12% του κοιλιακού τραύματος. Σχετίζονται με υψηλή θνητότητα που κυμαίνεται από 9 έως 34%. Αφορούν συχνότερα σε νεαρούς άνδρες (68-

90%). Το αμιγώς παγκρεατικό τραύμα αφορά στο 20% των κακώσεων παγκρέατος. Στις περισσότερες περιπτώσεις συνυπάρχει κάκωση δωδεκαδακτύλου, ήπατος ή σπληνός. Ο μηχανισμός κάκωσης συνήθως σχετίζεται με σύνθλιψη της άνω κοιλίας έναντι της σπονδυλικής στήλης από τιμόνι αυτοκινήτου ή δίκυκλου ή από ιμάντα ζώνης ασφαλείας [1].

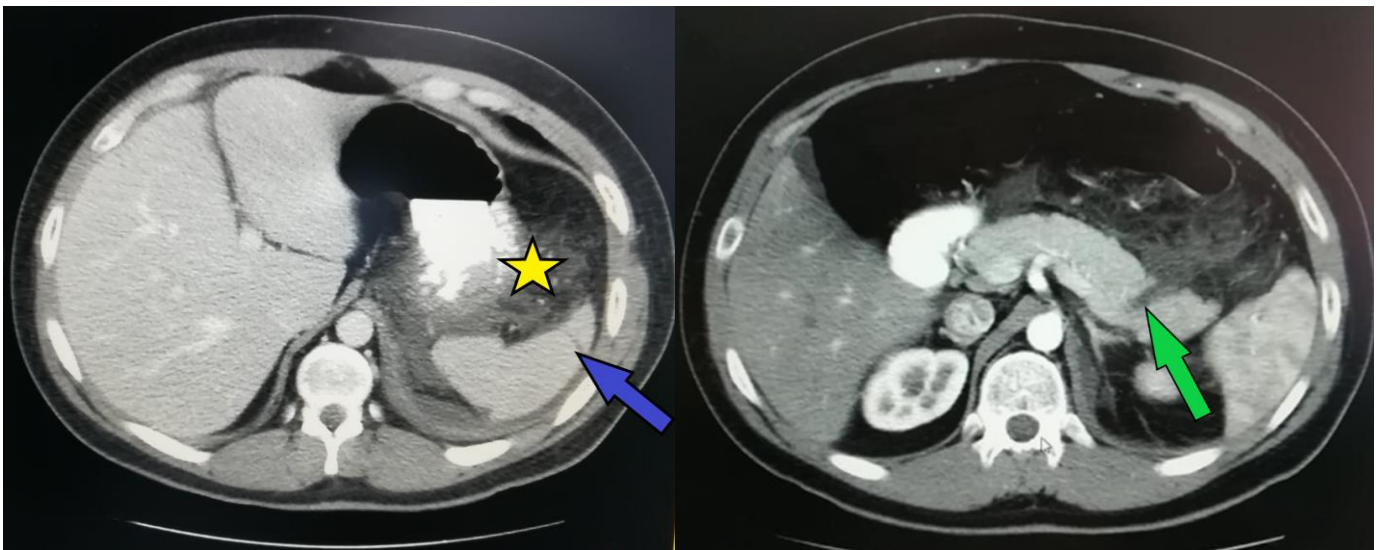
Οι κακώσεις παγκρέατος μπορεί να διαλάβουν της διάγνωσης λόγω της σπανιότητάς τους και της αμβληχρής κλινικής τους εικόνας [1]. Για το λόγο αυτό απαιτείται αυξημένη κλινική υποψία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

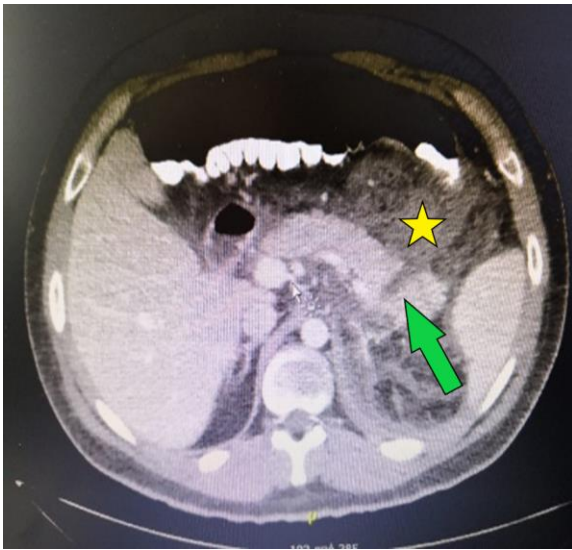
Ασθενής 25 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, προσήλθε περιπατητικός στο τμήμα επειγόντων του δευτεροβάθμιου Γενικού Νοσοκομείου Σερρών, ως αναφερόμενο τροχαίο από 12ώρου. Ο ασθενής ήταν οδηγός αυτοκινήτου χωρίς χρήση ζώνης ασφαλείας, προσέκρουσε σε κολώνα με μέτρια ταχύτητα και ανέφερε κάκωση κοιλίας στο τιμόνι ή στον αερόσακο. Ο ασθενής ανέφερε ήπια κοιλιαλγία από 4ώρου με συνοδό ναυτία. Τα ζωτικά του σημεία ήταν ΑΠ=145/90mmHg Σφ=99/min SpO₂=99%. Από την κλινική εξέταση αναδείχθηκε διάχυτη κοιλιαλγία, ιδίως στο επιγάστριο και το

αριστερό υποχόνδριο, σημείο Giordano αρνητικό άμφω και απουσία ευαισθησίας οπινδυλικής στήλης. Από τον άμεσο εργαστηριακό έλεγχο προέκυψε: WBC=17.040/mm³, Ht=47%, Hb=15,5g/dl, Serum Amylase=1300IU/L, ερυθρά ούρων=50-60κοπ. Ο ασθενής εισήχθη στη χειρουργική κλινική για περαιτέρω έλεγχο. Την επόμενη μέρα ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε: WBC=17,400/mm³, Ht=43,8%, Hb=14,4g/dl, Serum Amylase=1418IU/L, ερυθρά ούρων=15-20κοπ, Urine Amylase=9990IU/L.

Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία άνω κάτω κοιλίας και οπισθοπεριτοναίου (CT ΑΚΚΟ), στην οποία γνωματεύτηκε γραμμοειδής σχάση σπληνικού παρεγχύματος, περισπληνική συλλογή, γραμμοειδής και ταινιοειδής σχάσεις στην ουρά του παγκρέατος, συλλογές περινεφρικές, στον πρόσθιο παρανεφρικό χώρο αριστερά και στην παρακολική αύλακα αριστερά (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Αξονική τομογραφία κοιλίας, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών [γραμμοειδής σχάση σπληνικού παρεγχύματος(μπλε βέλος), περισπληνική συλλογή(αστερίσκος) σχάσεις ουράς παγκρέατος(πράσινο βέλος)]



Εικόνα 2. Αξονική τομογραφία κοιλίας, Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο [Ρήξη παγκρέατος στα όρια σώματος-ουράς (πράσινο βέλος), Ευρήματα τραυματικής οξείας παγκρεατίτιδας (αστερίσκος)]

Ο ασθενής παρέμενε αιμοδυναμικά σταθερός. Λόγω της βαρύτητας της κάκωσης ακολούθησε επικοινωνία με χειρουργική κλινική τριτοβάθμιου νοσοκομείου, όπου και διακομίστηκε ο ασθενής. Εκεί διενεργήθηκε επαναληπτική CT ΑΚΚΟ που ανέδειξε κάταγμα 7ης πλευράς αριστερά, πιθανή ρήξη σπληνός, ρήξη του παγκρέατος στα όρια σώματος ουράς, η οποία φέρεται οβελιαία και αφορά στο μεγαλύτερο μέρος του πάχους του οργάνου, παρουσία ασκитικού υγρού περιηπατικά, περισπληνικά και στην ελάσσονα πύελο, καθώς και ευρύματα τραυματικής οξείας παγκρεατίτιδας (Εικόνα 2).

Ο ασθενής οδηγήθηκε στο **χειρουργείο**, όπου διενεργήθηκε περιφερική παγκρεατεκτομή, σπληνεκτομή και χολοκυστεκτομή. Από την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα παρατηρήθηκε παγκρεατικό συρίγγιο. Ο ασθενής εμφάνισε μετεγχειρητικό πυρετό και πτώση αιματοκρίτη που χρειάστηκε μετάγγιση αίματος. Ο ασθενής

οδηγήθηκε δεύτερη φορά στο χειρουργείο δύο μήνες μετά την επέμβαση, λόγω ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και μη επαρκούς παροχέτευσης αποστηματικών συλλογών επιμολυσθέντων περιπαγκρεατικών και οπισθοπαγκρεατικών νεκρώσεων. Πραγματοποιήθηκε αιμόσταση, παροχέτευση των αποστηματικών συλλογών, νεκρωσεκτομή εκτομή ισχαιμικού τμήματος κόλου, τελική κολοστομία και ειλεοστομία αγκύλης. Μετεγχειρητικά παρουσίασε υπεζωκοτική συλλογή αριστερά που παροχετεύτηκε. Λίγες ημέρες αργότερα ο ασθενής εμφάνισε αιμοδυναμική αστάθεια και οδηγήθηκε για τρίτη φορά στο χειρουργείο. Πραγματοποιήθηκε αιμόσταση. Την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής εμφάνισε εκ νέου αιμοδυναμική αστάθεια. Πραγματοποιήθηκε η τέταρτη επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία, όπου διαπιστώθηκε αιμορραγία από το αρτηριακό αγγειακό στέλεχος της κοιλιακής αορτής- πιθανόν του κολοβώματος της σπληνικής και πραγματοποιήθηκε αιμόσταση με

μεμωνομένες ραφές και αιμοστατική κόλλα. Στο επανέλεγχο ανευρέθη αύξηση της εγκυστωμένης συλλογής υποδιαφραγματικά αριστερά. Πραγματοποιήθηκε διαδερμική παροχέτευση με τοποθέτηση pig-tail. Δόθηκε χημειοπροφύλαξη με Begalin 375mgx3 και Ciproxin 500mgx2 per os για δύο εβδομάδες και οδηγίες επανελέγχου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι κακώσεις παγκρέατος είναι αρκετά σπάνιες, καθώς αφορούν στο 2% των κακώσεων με αμβλύ μηχανισμό, και σχετίζονται με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα, ειδικά σε περιπτώσεις όπου καθυστερεί η διάγνωση,

γίνεται λανθασμένη σταδιοποίηση ή καθυστερεί η αντιμετώπιση [2]. Η θνητότητα κυμαίνεται από 9% έως 34%. Η αρχική κλινική εξέταση μπορεί να είναι παραπλανητική, καθώς η κλινική εικόνα συνήθως εξελίσσεται βραδέως και δίνει αμβλεία συμπτωματολογία, λόγω της οπισθοπεριτοναϊκής θέσης του παγκρέατος, με αποτέλεσμα πολλές φορές οι αμβλείες κακώσεις παγκρέατος να διαλάθουν της διάγνωσης [3]. Ο απεικονιστικός έλεγχος είναι καθοριστικής σημασίας για την έγκαιρη διάγνωση [4,5]. Επιπλέον, ο μηχανισμός της κάκωσης συνήθως είναι χαρακτηριστικός και αφορά στη σύνθλιψη της άνω κοιλίας έναντι της σπονδυλικής στήλης από τιμόνι αυτοκινήτου ή δίκυκλου ή από ιμάντα ζώνης ασφαλείας.

Πίνακας 1. Ευρήματα κακώσεως παγκρέατος στην αξονική τομογραφία [1].

ΕΙΔΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΜΗ ΕΙΔΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Θλάση παγκρέατος	Φλεγμονή περιπαγκρεατικού λίπους και μεσεντερίου
Διάσχιση παγκρέατος	Υγρό γύρω από την άνω μεσεντέριο αρτηρία
Εστιακό ή διάχυτο οίδημα	Πάχυνση της αριστερής πρόσθιας νεφρικής περιτονίας
Παγκρεατικό αιμάτωμα	Διεύρυνση του παγκρεατικού πόρου
Ενεργός αιμορραγία ή εξαγγείωση	Ψευδοκύστη περιπαγκρεατική συλλογή
Υπαρξη υγρού μεταξύ της σπληνικής φλέβας και της οπίσθιας επιφάνειας του παγκρέατος	Υγρό στον πρόσθιο και οπίσθιο νεφρικό παρανεφρικό χώρο
	Υγρό μεταξύ του εγκάρσιου μεσόκολου και του ελάσσονος επιπλοϊκού θυλάκου
	Αιμορραγία στο περιπαγκρεατικό λίπος, το μεσόκολο ή το μεσεντέριο
	Εξω/ενδοπεριτοναϊκό υγρό

Η διάγνωση των κακώσεων παγκρέατος βασίζεται στην αξονική τομογραφία και την ERCP (Ενδοσκοπική Παλινδρομη Χολάγγειοπαγκρεατογραφία). Η απλή ακτινογραφία δεν αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στη διάγνωση των κακώσεων παγκρέατος [6]. Η τιμές της αμυλάσης αίματος και ούρων δεν θεωρούνται αξιόπιστοι δείκτες, καθώς αυξάνονται όψιμα, μετά από 24-48 ώρες.

Ο υπέρηχος παρέχει αδρές πληροφορίες, όπως η αύξηση του μεγέθους του παγκρέατος και η ύπαρξη φλεγμονής ή οιδήματος, αλλά δεν αποτελεί μέθοδο εκλογής για τη διάγνωση της κάκωσης παγκρέατος, ούτε μπορεί να βοηθήσει στη σταδιοποίηση της κάκωσης. Έχει θέση στη διάγνωση και την παρακολούθηση των επιπλοκών της κάκωσης παγκρέατος [6].

Η αξονική τομογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής στις κακώσεις παγκρέατος. Είναι μη επεμβατική και ακριβής εξέταση. Ωστόσο η χρήση της περιορίζεται στους αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς. Στο 20%-40% το πάγκρεας μπορεί να απεικονίζεται φυσιολογικό στην αξονική το πρώτο 12ωρο. Τα ευρήματα κακώσεως παγκρέατος στην αξονική τομογραφία φαίνονται στον Πίνακα 1.

Η ERCP αποτελεί χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο στον έλεγχο της ακεραιότητας του παγκρεατικού πόρου[6].

Η MRCP (μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία) παρέχει ακριβείς πληροφορίες για τον παγκρεατικό πόρο και το παρέγχυμα. Η διαγνωστική της ακρίβεια κυμαίνεται από 83 έως 97% [7].

Στην περίπτωση μας πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία (CT ΑΚΚΟ) που ανέδειξε σχάσεις στην ουρά του παγκρέατος.

Η κλινική εικόνα είναι συνήθως αμβληχρή με βύθιο σταθερό άλγος επιγαστρίου, σπανιότερα ναυτία και εμετό και οσφυαλγία σε συνοδό κάταγμα ΟΜΣΣ. Η τιμές της αμυλάσης αίματος και ούρων δεν θεωρούνται αξιόπιστοι δείκτες, καθώς αυξάνονται όψιμα, μετά από 24-48 ώρες. Στην περίπτωση μας ο ασθενής εμφάνισε ήπια κοιλιαλγία και ναυτία 8 ώρες μετά την κάκωση, ενώ η αμυλάση αίματος ήταν ήδη αυξημένη 12 ώρες μετά την κάκωση.

Η πιο ευρέως αποδεκτή ταξινόμηση των κακώσεων παγκρέατος είναι η Organ Injury Scale (OIS) of the American Association for the Surgery of Trauma (AAST), η οποία περιγράφεται στον Πίνακα 2. [8] Βασικό κριτήριο για την κατηγοριοποίηση των κακώσεων είναι ο τραυματισμός του παγκρεατικού πόρου. Η διαχείριση των κακώσεων παγκρέατος γίνεται με βάση την αιμοδυναμική σταθερότητα του ασθενούς, το βαθμό και την εντόπιση της κάκωσης, την ακεραιότητα του μείζονος παγκρεατικού πόρου και τις συνοδές κακώσεις και περιγράφεται στον Πίνακα 3. [1]

Η συντηρητική αντιμετώπιση επιλέγεται σε ασθενείς με κάκωση Grade I ή II, χωρίς υπόταση, περιτονίτιδα ή CT ευρήματα συνοδού σοβαρής κάκωσης. Γίνεται υποστήριξη με υγρά, προφυλακτική αντιβιοτική κάλυψη, παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και των εργαστηριακών ευρημάτων και επανάληψη της αξονικής τομογραφίας σε 5-7 ημέρες ή νωρίτερα επί

Πίνακας 2 Ταξινόμηση κακώσεων παγκρέατος κατά AAST. [8]

ΒΑΘΜΟΣ/GRADE	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΚΩΣΗΣ
I	Επιφανειακό αιμάτωμα ή ελάσσονα θλάση, άθικτος παγκρεατικός πόρος
II	Μεγάλο αιμάτωμα ή θλάση, άθικτος παγκρεατικός πόρος
III	Περιφερική σχάση ή θλάση του παρεγχύματος, κάκωση παγκρεατικού πόρου
IV	Εγγύς σχάση ή θλάση του παρεγχύματος, κάκωση παγκρεατικού πόρου
V	Μαζική διάσπαση κεφαλής παγκρέατος

επιδείνωσης συμπτωματολογίας ή έντονης υπεραμυλασαιμίας.

Σε κακώσεις Grade II προτιμάται η συντηρητική αντιμετώπιση-παρακολούθηση και η διενέργεια ERCP ή MRCP. Σε σχηματισμό παγκρεατικού συριγγίου μπορεί να χρειαστεί παροχέτευση με ή χωρίς ήπια αναρρόφηση. Η παροχέτευση αφαιρείται όταν η αμύλαση του υγρού παροχέτευσης είναι μικρότερη από την αμύλαση ορού[8].

Σε κακώσεις Grade III συνήθως πραγματοποιείται περιφερική παγκρεατεκτομή με ή χωρίς σπληνεκτομή. Σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς και στα παιδιά γίνεται προσπάθεια διατήρησης του σπληνός. Όταν η διάσχιση του παγκρεατικού παρεγχύματος είναι μικρότερη από το 50% αυτού μπορεί να πραγματοποιηθεί θεραπευτική ERCP με τοποθέτηση stent[9].

Σε κακώσεις Grade IV συνήθως απαιτείται εκτεταμένη παγκρεατεκτομή και μετεγχειρητική ERCP και τοποθέτηση stent. Σε περίπτωση απόσπασης τμημάτων, με

κολόβωμα κεφαλής παγκρέατος μικρότερο του 20% του παρεγχύματος, γίνεται σύγκλειση του κολοβώματος της κεφαλής και αναστόμωση Roux en Y στον αυχένα-σώμα ουρά. Καλό είναι να υπάρχει τουλάχιστον 1 εκατοστό κολόβωμα κεφαλής παγκρέατος για την αποφυγή απαγγείωσης του δωδεκαδακτύλου[9].

Οι κακώσεις Grade V συνοδεύονται από υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα και η αποτελεσματικότητα της παγκρεατεκτομής είναι αμφιλεγόμενη. Σε αιμοδυναμική αστάθεια επιλέγονται Damage Control τεχνικές. Μπορεί να επιχειρηθεί παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή και αποκατάσταση με παγκρεατονησιτιδική ή παγκρεατογαστρική αναστόμωση 48 ώρες μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς[9]. Οι ενδοσκοπικές παρεμβάσεις έχουν θέση στην αντιμετώπιση των επιπλοκών των κακώσεων παγκρέατος, όπως στην παροχέτευση των μετατραυματικών ψευδοκύστεων παγκρέατος. Οι συμπτωματικές ψευδοκύστες παγκρέατος παροχετεύονται

Πίνακας 3. Διαχείριση κακώσεων παγκρέατος.[1]

ΒΑΘΜΟΣ/GRADE	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
I	Συντηρητική αντιμετώπιση-παρακολούθηση.
II	Συντηρητική αντιμετώπιση-παροχέτευση.
III	Περιφερική παγκρεατεκτομή με ή χωρίς σπληνεκτομή.
IV	Εκτεταμένη παγκρεατεκτομή-αναστόμωση Roux en Y.
V	Damage Control Surgery - Παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή και αποκατάσταση με παγκρεατονηστική ή παγκρεατογαστρική αναστόμωση 48h μετά την αιμοδυναμική σταθεροποίηση

είτε χειρουργικά είτε με ERCP ή με κατευθυνόμενη ενδοσκοπική EUS διαγαστρική παροχέτευση και τοποθέτηση pig-tail [10].

Οι επιπλοκές από τα παγκρεατικά υγρά είναι αρκετά συχνές, καθώς αφορούν στο 1-18% των κακώσεων παγκρέατος. Περιλαμβάνουν τα παγκρεατικά συρίγγια (3%-17%), την μετατραυματική παγκρεατίτιδα (1%-13%), τα ενδοκοιλιακά αποστήματα (5%-18%) και τις ψευδοκύστες παγκρέατος. Άλλες σπανιότερες επιπλοκές αποτελούν η περιτονίτιδα, η αιμορραγία από το γαστρεντερικό, η ενδοκρινική ή εξωκρινής ανεπάρκεια, ο σχηματισμός ψευδοανευρύσματος σπληνικής αρτηρίας ή θρόμβωση σπληνικής φλέβας [5]. Οι επιπλοκές από τα παγκρεατικά υγρά σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και μακροχρόνια νοσηλεία [11]. Στην αντιμετώπιση τους σημαντικός είναι ο ρόλος του γαστρεντερολόγου και του επεμβατικού ακτινολόγου, με τη χρήση ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών όπως η διαδερμική παροχέτευση. Για το λόγο αυτό οι επιπλεγμένες κακώσεις παγκρέατος πρέπει να

αντιμετωπίζονται σε οργανωμένα κέντρα που διαθέτουν τις απαιτούμενες ειδικότητες και τον απαραίτητο εξοπλισμό [11]. Στην περίπτωση μας ο ασθενής είχε κάκωση Grade III. Πραγματοποιήθηκε περιφερική παγκρεατεκτομή, σπληνεκτομή και χολοκυστεκτομή. Ο ασθενής παρουσίασε περιπαγκρεατικά και οπισθοπαγκρεατικά αποστήματα και νεκρώσεις που παροχετεύτηκαν, πραγματοποιήθηκε νεκρωσεκτομή εκτομή ισχαιμικού τμήματος κόλου, τελική κολοστομία και ειλεοστομία αγκύλης. Ο ασθενής επαναχειρουργήθηκε άλλες δύο φορές λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας και έγινε αιμόσταση. Πραγματοποιήθηκε διαδερμική παροχέτευση εγκυστωμένης συλλογής υποδιαφραγματικά αριστερά με τοποθέτηση pig-tail.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κακώσεις παγκρέατος είναι σπάνιες, αλλά σχετίζονται με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Αυτές οφείλονται κυρίως στην καθυστέρηση της διάγνωσης, λόγω της

αμβληχρής κλινικής εικόνας, καθώς και στις επιπλοκές που εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα. Η αυξημένη κλινική υποψία με βάση το μηχανισμό της κάκωσης είναι απαραίτητη. Η αξονική τομογραφία και η ERCP είναι χρήσιμα διαγνωστικά εργαλεία. Η ταξινόμηση των κακώσεων παγκρέατος γίνεται με βάση τη διατήρηση της ακεραιότητας του μείζονος παγκρεατικού πόρου, ο οποίος κατευθύνει και την αντιμετώπιση.

Η έγκαιρη αναγνώριση και η επαρκής σταθεροποίηση του ασθενούς με κάκωση

παγκρέατος στο δευτεροβάθμιο νοσοκομείο είναι το πρώτο βήμα για την διαχείριση της κάκωσης. Ακολούθως πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν το ενδεχόμενο ο τραυματίας να χρήζει αντιμετώπισης σε εξειδικευμένο κέντρο, από εξειδικευμένο προσωπικό, όπως οι επεμβατικοί ακτινολόγοι, καθώς και εξειδικευμένο εξοπλισμό. Απαραίτητη είναι η καλή συνεργασία μεταξύ των κλινικών δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου νοσοκομείου, καθώς και η συνεχής εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sagar D, Shawn L, Pancreatic Trauma. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2017. Available from: <https://europepmc.org/article/NBK/NBK459365> [Accessed 31 Oct 2017].
2. Kao LS, Bulger EM, Parks DL, Byrd GF, Jurkovich GJ. Predictors of morbidity after traumatic pancreatic injury. *J Trauma*. 2003;55:898-905.
3. Schurink GW, Bode PJ, Luijt PA, Vugt AB. The value of physical examination in the diagnosis of patients with blunt abdominal trauma: a retrospective study. *Injury*. 1997;28:261-265.
4. Wong YC, Wang LJ, Lin BC, Chen CJ, Lim KE, Chen RJ. CT grading of blunt pancreatic injuries: prediction of ductal disruption and surgical correlation. *J Comput Assist Tomogr*. 1997;21:246-250.
5. Fischer JH, Carpenter KD, O'Keefe GE. CT diagnosis of an isolated blunt pancreatic injury. *AJR Am J Roentgenol*. 1996;167:1152.
6. Cirillo RL, Koniaris LG. Detecting blunt pancreatic injuries. *J Gastrointest Surg*. 2002;6:587-598.
7. Uma D, Ravinder K, Kaushal KP, Saroj KS, Anindita S, and Kartar S. Pancreatic trauma: A concise review. *World J Gastroenterol*. 2013 Dec 21; 19(47): 9003-9011.
8. Biffl, Walter L. Moore, Ernest E. Croce, Martin. Davis, James W. Coimbra, Raul. Karmy-Jones, Riyad. McIntyre, et al. Western Trauma Association Critical Decisions in Trauma: Management of pancreatic injuries. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2013;75(6):941-946
9. Ho Phillis V, Patel Nimitt J, Bokhari Faran, Madbak Firas G, Hambley Jana E, Yon James R, et al. Pancreatic Injuries. *J Trauma*. 2017;82(1):185-199.
10. Nealon WH1, Bhutani M, Riall TS, Raju G, Ozkan O, Neilan R. A unifying concept: pancreatic ductal anatomy both predicts and determines the major complications resulting from pancreatitis. *J Am Coll Surg*. 2009 May;208(5):790-9; discussion 799-801.
11. Gang P, Mei Hua W, Kun-Lin X, Wei L, Wei-Ming H, Xu-Bao L, et al. Classification and Management of Pancreatic Pseudocysts. 2015 Jun; 94(24): e960. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616556/> [Accessed 2015 Jun 19].

Blunt pancreatic injury: a case report

S. Michailidou¹, G. Rigas¹, E. Ralli¹, K. Kiroplastis², N. Nikoloudis¹, N. Nikolaidis¹

¹ Department of Surgery, General Hospital of Serres, Greece and ² Fifth Department of Surgery, Faculty of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Blunt pancreatic injuries can be underdiagnosed, due to their rarity and their silent symptoms, during the first posttraumatic hours. Our aim is not only to present and discuss the diagnostic and dealing problems that come out in relevant cases, but also to emphasize the importance of a high clinical suspicion. A 25-year old male patient came at the Emergency Department due to a car accident, that happened 12 hours ago. He complained about epigastric pain. He had leukocytosis and polymorphism. After the following laboratory and radiological investigation, a grade III blunt pancreatic injury was diagnosed. The patient was decorated to a third-degree hospital and went through a distal pancreatectomy. Postoperatively, he presented with intraperitoneal collections and pancreatic fistula, increasing morbidity and prolonging the patient's hospitalization time. They were treated by transdermal drainage and preservatives respectively. In conclusion, blunt pancreatic injuries are rare and often present with mild symptoms. However, they are accompanied by significant morbidity and mortality, especially in case of delay diagnosis and treatment. High clinical suspicion as well as interdisciplinary treatment of the patient by an experienced team of physicians are essential for optimal patient management.

Keywords: pancreas, injury, pancreatectomy, blunt

Citation

S. Michailidou, G. Rigas, E. Ralli, K. Kiroplastis, N. Nikoloudis, N. Nikolaidis. Blunt pancreatic injury: a case report. *Scientific Chronicles* 2020; 25(1): 174-183

Συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη τραχηλική κύηση: περιγραφή περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και την συντηρητική επεμβατική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη τραχηλική εγκυμοσύνη. Έγκυος δευτερότοκος με πολλαπλές διακοπές κύησης στο ιστορικό της προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κοιλιακή αιμόρροια συνοδευόμενη από ένα βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Η τελευταία έμμηνος ρύση δεν ήταν δυνατόν να προσδιορισθεί με ακρίβεια λόγω των επανειλημμένων τεχνητών εκτρώσεων το τελευταίο χρονικό διάστημα. Το διακολπικό υπερηχογράφημα έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης τραχηλικής κύησης και αποφασίσθηκε η συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Στο χειρουργείο, μετά την κένωση του ενδοτραχήλου και της ενδομήτριας κοιλότητας εκτελέσθηκε προληπτικός κολποτραχηλικός επιπωματισμός. Δύο ημέρες μετά η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας σε καλή γενική κατάσταση. Στην παρούσα εργασία μετά την παρουσίαση του περιστατικού επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής μαιευτικής επιπλοκής, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση.

Λέξεις ευρετηρίου: έκτοπη τραχηλική κύηση, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση

Παραπομπή

I. Κ. Θανασάς. Συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη τραχηλική κύηση: περιγραφή περίπτωσης. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(1): 184-192

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως έκτοπη κύηση ορίζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου γίνεται έξω από το ενδομήτριο της φυσιολογικής κοιλότητας της μήτρας. Οι περισσότερες περιπτώσεις έκτοπης εγκυμοσύνης που ανιχνεύονται έγκαιρα μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία είτε με ελάχιστα επεμβατική χειρουργική

επέμβαση, είτε με τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων [1]. Πολλές φορές η διάγνωση της έκτοπης κύησης μπορεί να είναι το αποτέλεσμα εγκυμοσύνης άγνωστης θέσης. Η εγκυμοσύνη άγνωστης θέσης είναι ένας περιγραφικός όρος που αφορά σε γυναίκες με θετικό τεστ εγκυμοσύνης και διακολπικό υπερηχογράφημα το οποίο δεν μπορεί να προσδιορίσει τον τόπο της κύησης. Η πλειοψηφία των γυναικών με εγκυμοσύνη

άγνωστης θέσης καταλήγουν σε βιώσιμη ενδομήτρια εγκυμοσύνη ή αυτόματη αποβολή, ενώ το 7% - 20% αυτών των περιπτώσεων θα διαγνωσθεί τελικά με έκτοπη κύηση [2]. Η έκτοπη εγκυμοσύνη είναι μια κατάσταση υψηλού κινδύνου που αφορά στο 2% του συνόλου των κυήσεων. Στο 80% των περιπτώσεων η διάγνωση μπορεί να γίνει σε πρώιμο στάδιο, ενώ η σχετική θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες και εκτιμάται ότι αφορά σε 3.8 περιπτώσεις ανά 10.000 έκτοπες εγκυμοσύνες [3]. Η πιο συχνή μορφή έκτοπης κύησης είναι η σαλπινγική με συχνότερη εντόπιση στη λήκυθο [4]. Σπάνια εγκυμοσύνες μπορεί να αναπτυχθούν σε ασυνήθιστες περιοχές εμφύτευσης, όπως είναι το διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας, ο τράχηλος, η ωοθήκη και σπανιότερα η περιτοναϊκή κοιλότητα – κοιλιακή εγκυμοσύνη [5].

Στην έκτοπη τραχηλική κύηση η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου αφορά στο επιθήλιο της κοιλότητας του ενδοτραχήλου. Η τραχηλική κύηση δεν είναι συχνή. Πρόκειται για μια εξαιρετικά σπάνια μορφή έκτοπης εγκυμοσύνης, που αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 1% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής [6]. Η τραχηλική κύηση και η έκτοπη κύηση στην ουλή της καισαρικής τομής αποτελούν σπάνιες μορφές μη φυσιολογικής εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου. Η μη έγκαιρη διάγνωση και ορθή διαχείριση των παθολογικών αυτών καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική νοσηρότητα, με σημαντικές επιπλοκές στο πρώτο τρίμηνο της κύησης [7]. Η αυξημένη αγγείωση που χαρακτηρίζει το επιθήλιο της ενδοτραχηλικής κοιλότητας, και ιδιαίτερα, όταν η έκτοπη

τραχηλική εγκατάσταση αφορά σε προχωρημένη ηλικία κύησης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μαζική αιμορραγία επικίνδυνη για τη ζωή της εγκύου [8].

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε νεαρή αλλοδαπή δευτερότοκο με έναν φυσιολογικό τοκετό προ τριετίας στο ιστορικό της η οποία προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κοιλιακή αιμόρροια συνοδευόμενη από ένα βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Η ασθενής ήταν απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή σε καλή γενική κατάσταση. Η κοιλιά ήταν μαλακή, ευπίεστη και ανώδυνη κατά την ψηλάφηση. Η τελευταία έμμηνος ρύση δεν ήταν δυνατόν να υπολογισθεί με ακρίβεια, λόγω των επανειλημμένων τεχνητών εκτρώσεων που ανέφερε το τελευταίο χρονικό διάστημα (4 χειρουργικές κενώσεις της μήτρας λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης κατά τους τελευταίους 13 μήνες περίπου). Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 37.3%, Hb 12.4 gr/dl, PLT $215 \times 10^3/\text{ml}$, WBC $12.1 \times 10^3/\text{ml}$, NEUT 76%. Ο πηκτικός μηχανισμός, ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος της ομαλής εξέλιξης της εγκυμοσύνης με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης στο αίμα (β hCG) που ολοκληρώθηκε 48 ώρες αργότερα έδειξε μη βιώσιμο έμβρυο. Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική

μας με τη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε μικρή κολπική αιμόρροια σκούρου χρώματος. Το έξω τραχηλικό στόμιο ήταν κλειστό. Με το διακολπικό υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε η παρουσία σάκου κύησης χωρίς εμβρυικά στοιχεία στο ενδοτραχηλικό κανάλι και σε θέση κάτω από το έξω τραχηλικό στόμιο που αντιστοιχούσε σε 6 εβδομάδες και 2 ημέρες.

Η χαρακτηριστική υπερηχογραφική απεικόνιση τμήματος φυσιολογικού ενδοτραχηλικού αυλού μεταξύ της ενδομήτριας κοιλότητας και του σάκου της κύησης (εικόνα 1) έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης τραχηλικής εγκυμοσύνης και αποφασίσθηκε η συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση της εγκύου.



Εικόνα 1. Διακολπική υπερηχογραφική απεικόνιση του σάκου της κύησης στο τραχηλικό κανάλι. Είναι ορατό (μαύρα βέλη) το τμήμα του φυσιολογικού τραχηλικού καναλιού που μεσολαβεί μεταξύ της φυσιολογικής ενδομήτριας κοιλότητας (αριστερά) και του έκτοπου σάκου της κύησης (δεξιά).

Στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία μετά τη διαστολή του τραχήλου με κηρία Hegar η

ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπευτική κένωση του ενδοτραχήλου και εν συνεχεία της ενδομήτριας κοιλότητας με τη βοήθεια αναρροφητικού και μεταλλικού ξέστρου, αντίστοιχα. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Διεγχειρητικά η αιμορραγία ήταν μικρή και ελεγχόμενη. Ακολούθησε προληπτικός κολποτραχηλικός επιπωματισμός με τη βοήθεια μακριάς γάζας η οποία αφαιρέθηκε 3 ώρες αργότερα. Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την 3η ημέρα νοσηλείας με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Τρεις εβδομάδες αργότερα η τιμή της β - hCG ήταν μηδενική.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός εμφύτευσης και ανάπτυξης της βλαστοκύστης σε περιοχές εκτός της φυσιολογικής κοιλότητας της μήτρας δεν έχει ακόμη απόλυτα διευκρινισθεί. Ο κύριος προδιαθεσικός παράγοντας που μέχρι σήμερα έχει ενοχοποιηθεί για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο επιθήλιο της ενδοτραχηλικής κοιλότητας είναι η προηγούμενη διαστολή και απόξεση του ενδοτραχήλου που υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 70% του συνόλου των έκτοπων τραχηλικών κυήσεων (δική μας περίπτωση). Ακολουθεί η προηγούμενη καισαρική τομή η οποία με βάση τα σύγχρονα δεδομένα εκτιμάται ότι ευθύνεται για το 35% περίπου των περιπτώσεων [9]. Επιπλέον, το σύνδρομο Asherman, οι ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας, τα ινομυώματα, η χρήση

αντισυλληπτικών ενδομήτριων σπειραμάτων, οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (IVF) και η έκθεση γυναικών σε διεθλοστιλβεστρόλη (DES) συμπεριλαμβάνονται στους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες που ευθύνονται για τη σπάνια αυτή επιπλοκή της αρχόμενης εγκυμοσύνης (πίνακας 1). Η πιθανή διαταραχή – βλάβη της αρχιτεκτονικής και της υποδεκτικότητας του ενδομητρίου που είναι δυνατόν να προκαλέσουν οι παραπάνω καταστάσεις, και ιδιαίτερα οι προηγηθείσες αποξέσεις πιθανολογείται ότι διευκολύνει την εμφύτευση της βλαστοκύστης στο κατώτερο τμήμα της μήτρας, προς τον ενδοτράχηλο και κάτω από το επίπεδο του έσω τραχηλικού στομίου [10,11].

Πίνακας 1. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες που ευθύνονται για την έκτοπη τραχηλική κύηση

- προηγηθείσα διαστολή και απόξεση
- προηγηθείσα καισαρική τομή
- σύνδρομο Asherman
- ανατομικές ανωμαλίες μήτρας
- ινομυώματα μήτρας
- ενδομήτρια σπειράματα
- υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
- έκθεση σε DES

Η διάγνωση της τραχηλικής κύησης με βάση μόνο τα κλινικά κριτήρια είναι δύσκολη, ιδιαίτερα όταν αφορά σε αρχόμενη εγκυμοσύνη. Το κύριο χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα είναι η ανώδυνη κολπική

αιμορραγία, η οποία είναι άλλοτε άλλης έντασης και αφορά σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 80% των περιπτώσεων [12]. Η αιμορραγία η οποία είναι αποτέλεσμα της διάβρωσης των τραχηλικών αγγείων από τον τροφοβλαστικό ιστό και της έλλειψης συσταλτικότητας του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατόν να συνοδεύεται από ένα ήπιο, βύθιο άλγος εντοπιζόμενο στην περιοχή του υπογαστρίου ή/και της οσφυϊκής χώρας (δική μας περίπτωση) που προκαλείται από τις ήπιες συσπάσεις του κατώτερου τμήματος της μήτρας [13]. Έτσι, καθολικά αποδεκτό πρωτόκολλο για τη συντηρητική αντιμετώπιση της οξείας αιμορραγίας λόγω υπολειπόμενης έκτοπης εγκυμοσύνης σε περιπτώσεις τραχηλικής κύησης μέχρι σήμερα δεν υπάρχει. Έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία περιπτώσεις εκσεσημασμένης κολπικής αιμορραγίας τρεις μήνες μετά τη λήψη της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της ενδομυϊκής ένεσης χλωριούχου καλίου, της συστηματικής χορήγησης μεθοτρεξάτης και του εμβολισμού των μητριάων αγγείων, λόγω υπολειπόμενης έκτοπης τραχηλικής εγκυμοσύνης [14].

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση της τραχηλικής κύησης είναι καθοριστική. Η χρήση σήμερα της διακολπικής υπερηχογραφίας, της 3D υπερηχοτομογραφίας, της τομογραφίας μαγνητικού συντονισμού (MRI) και της διακολπικής Power Doppler υπερηχογραφίας σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης έχουν αυξήσει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια της νόσου. Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως η απουσία ενδομήτριας κύησης, η απεικόνιση

του σάκου της κύησης κάτω από το επίπεδο των μητριάων αγγείων με ύπαρξη αιματικής ροής στην περιφέρεια και η παραμονή τμήματος φυσιολογικού τραχηλικού καναλιού μεταξύ της ενδομήτριας κοιλότητας και του σάκου της κύησης (δική μας περίπτωση) συνηγορούν υπέρ της έκτοπης τραχηλικής εγκυμοσύνης σε σχέση με την αυτόματη αποβολή ενδομήτριας κύησης σε εξέλιξη. Η διαφορική διάγνωση από την αυτόματη αναπόφευκτη αποβολή η οποία θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα του κάθε μαιευτήρα - γυναικολόγου διευκολύνεται ακόμη περισσότερο όταν στο εγκατεστημένο στο ενδοτραχηλικό κανάλι έμβρυο αναγνωρίζεται θετική καρδιακή λειτουργία [15,16].

Επιπλέον, οι αξιοσημείωτες βελτιώσεις που έχουν επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια στις τεχνικές υπερηχογραφικής απεικόνισης, επιτρέποντας την έγκαιρη διάγνωση της τραχηλικής εγκυμοσύνης παρέχουν ταυτόχρονα σήμερα και τη δυνατότητα για μια πιο συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου. Η εκτέλεση θεραπευτικής κένωσης της ενδομήτριας και ενδοτραχηλικής κοιλότητας με ή χωρίς χρήση ταμποναρίσματος της περιοχής σε περιπτώσεις αρχόμενης εγκυμοσύνης (δική μας περίπτωση) είναι δυνατόν να ελέγξει την αιμορραγία διατηρώντας ταυτόχρονα και τη γονιμότητα της ασθενούς [17,18]. Παρόμοια, η κένωση της ενδοτραχηλικής κοιλότητας της μήτρας υπό τον υψηλής διαγνωστικής ευκρίνειας υπερηχογραφικό έλεγχο αποτελεί σύγχρονη θεραπευτική επιλογή συντηρητικής αντιμετώπισης των γυναικών που επιθυμούν τη διατήρηση της μήτρας [19]. Επίσης, η κολπική πρόσκρουση των μητριάων αρτηριών

(τεχνική Zea) πριν από τη χειρουργική κένωση του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια αποτελεσματική επιλογή για τον έλεγχο της μαιευτικής αιμορραγίας, συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με έκτοπη τραχηλική εγκυμοσύνη, στους οποίους ο όγκος αιμορραγίας μειώνεται μετά την τοποθέτησή του [20]. Επίσης, ο εμβολισμός των μητριάων αγγείων ακολουθούμενος από την ενδοτραχηλική απόξεση αποτελεί μια ασφαλή, αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική επιλογή για τη συντηρητική αντιμετώπιση της έκτοπης τραχηλικής εγκυμοσύνης [21].

Επίσης, η υστεροσκοπική εξαίρεση του κυήματος με τη χρήση ρεσεκτοσκοπίου και η χρήση διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών (Methotrexate, KCL) αποτελούν συντηρητικές μέθοδοι αντιμετώπισης της νόσου που έχουν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία με καλά αποτελέσματα. Η επεμβατική υστεροσκόπηση μπορεί να αποτελέσει την ασφαλέστερη και καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή σε κυήσεις μικρότερες των 8 εβδομάδων, ενώ σε περιπτώσεις αποτυχίας της ενδοσκοπικής θεραπείας αυτές μπορούν να αντιμετωπισθούν συμπληρωματικά με μεθοτρεξάτη ή με εμβολισμό των μητριάων αρτηριών [22]. Η μεθοτρεξάτη μπορεί να χορηγηθεί συστηματικά σε συνδυασμό με φολικό οξύ (50 mg/m² εφάπαξ) ή ενδομυϊκά σε δόση 1 mg/kg σωματικού βάρους [23]. Ο εμβολισμός των μητριάων αρτηριών σε συνδυασμό με την ενδοαρτηριακή έγχυση μεθοτρεξάτης εκτιμάται ότι είναι μια αποτελεσματική συντηρητική θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση της τραχηλικής κύησης [24]. Επίσης, η υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση ενδοαμνιακή χορήγηση KCL σε συνδυασμό με

μεθοτρεξάτη, καθώς και η χορήγηση μεθοτρεξάτης σε συνδυασμό με άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα (προσταγλανδίνες, ανταγωνιστής της προγεστερόνης RU – 486) έχουν χρησιμοποιηθεί με καλά θεραπευτικά αποτελέσματα [25,26]. Παρόλα αυτά όμως, ακόμη και σήμερα η υστερεκτομία εξακολουθεί να αποτελεί μέθοδο εκλογής στην αντιμετώπιση της έκτοπης τραχηλικής κύησης, ιδιαίτερα όταν αυτή αφορά σε προχωρημένη εγκυμοσύνη ή όταν ανεξάρτητα από την ηλικία της κύησης η αιμορραγία είναι μεγάλη, μη ελεγχόμενη και απειλητική για τη ζωή της εγκύου [21].

Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία της εγκυμοσύνης και την διαβρωτική δραστηριότητα της έκτοπα εγκτεστημένης τροφοβλάστης στο ενδοτραχηλικό κανάλι. Τόσο η αυτόματη αιμορραγία, όσο και η αιμορραγία που είναι δυνατόν να προκληθεί κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης των συντηρητικών επεμβατικών μεθόδων αποτελεί την κύρια επιπλοκή της νόσου με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας [27]. Παρόλο που η τραχηλική κύηση εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για τη ζωή της εγκύου και απαιτεί την εκτέλεση υστερεκτομίας, στις περισσότερες των περιπτώσεων ο εμβολισμός των μητριάων αρτηριών σε συνδυασμό με τη χειρουργική θεραπευτική κένωση του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία που επιτρέπει ταυτόχρονα τη διατήρηση της γονιμοποιητικής ικανότητας της γυναίκας [21].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση της έκτοπης τραχηλικής κύησης αποτελεί ένα πολύ σημαντικό βήμα για την επιτυχή αντιμετώπιση της σπάνιας αυτής, αλλά και ταυτόχρονα επικίνδυνης για τη ζωή της εγκύου μαιευτικής επιπλοκής. Η πρόωπη αναγνώριση των συμπτωμάτων και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο, καθώς και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας επιτρέπουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων θεραπευτικών χειρισμών, προκειμένου να εξασφαλισθεί η συντηρητικότερη αντιμετώπιση της νόσου και να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Εκτιμάται σήμερα ότι ο συνδυασμός της διακολπικής υπερηχογραφίας και της πυελικής μαγνητικής τομογραφίας είναι μια πολλά υποσχόμενη τεχνική για την προεγχειρητική αξιολόγηση των ασθενών με έκτοπη τραχηλική εγκυμοσύνη. Με τη βοήθεια των νέων σύγχρονων τεχνικών αναμένεται μελλοντικά οι μεγάλες τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες να μπορέσουν να αναπτύξουν ένα τυποποιημένο σύστημα βαθμολόγησης το οποίο θα βοηθήσει αποτελεσματικά στη διάγνωση των ασθενών υψηλού κινδύνου και θα εξασφαλίσει την ορθότερη ιατρική περίθαλψη σε όλους τους ασθενείς [28].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Committee on Practice Bulletins – Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(2): e65 – e77.
2. Fields L, Hathaway A. Key Concepts in Pregnancy of Unknown Location: Identifying Ectopic Pregnancy and Providing Patient – Centered Care. *J Midwifery Womens Health.* 2017; 62(2): 172 – 179.
3. Belics Z, Gérecz B, Csákány MG. Early diagnosis of ectopic pregnancy. *Orv Hetil.* 2014; 155(29): 1158 – 1166.
4. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(3): e91 – e103.
5. Srisajjakul S, Prapaisilp P, Bangchokdee S. Magnetic resonance imaging in tubal and non – tubal ectopic pregnancy. *Eur J Radiol.* 2017; 93: 76 – 89.
6. Dolinko AV, Vrees RA, Frishman GN. Non – tubal Ectopic Pregnancies: Overview and Treatment via Local Injection. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018; 25(2): 287 – 296.
7. Monteagudo A, Romero JA, Timor – Tritsch IE. Pregnancy in an Abnormal Location. *Clin Obstet Gynecol.* 2017; 60(3): 586 – 595.
8. Munoz JL, Kalan A, Singh K. Second Trimester Cervical Ectopic Pregnancy and Hemorrhage: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2018; 2018: 3860274.
9. Ferrara L, Belogolovkin V, Gandhi M, Litton C, Jacobs A, Saltzman D, Rebarber A. Successful management of a consecutive cervical pregnancy by sonographically guided transvaginal local injection: case report and review of the literature. *J Ultrasound Med.* 2007; 26(7): 959 – 965.
10. Fylstra DL, Coffey MD. Treatment of cervical pregnancy with cerclage, curettage and balloon tamponade. A report of three cases. *J Reprod Med.* 2001; 46(1): 71 – 74.
11. Nasrolahi SH, Pilevari SH, Neghad N. Cervical ectopic pregnancy: Successful treatment with methotrexate. *Pak J Med Sci* 2008; 24: 883 – 886.
12. Murji A, Garbedian K, Thomas J, Cruickshank B. Conservative Management of Cervical Ectopic Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37(11): 1016 – 1020.
13. Kansal D, Khurana A, Kansal AK. Cervical pregnancy presenting as dysfunctional uterine bleeding. *J Obstet Gynecol India* 2006; 56: 79 – 80.
14. Pereira N, Grias I, Foster SE, Della Badia CR. Acute hemorrhage related to a residual cervical pregnancy: management with curettage, tamponade, and cerclage. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013; 20(6): 907 – 911.
15. Yildizhan B. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a case report and literature review. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2005; 32(4): 254 – 256.
16. Jaeger C, Hauser N, Gallinat R, Kreienberg R, Sauter G, Terinde R. Cervical ectopic pregnancy: surgical or medical treatment? *Gynecol Surg* 2007; 4: 117 – 121.

17. De La Vega GA, Avery C, Nemiroff R, Marchiano D. Treatment of early cervical pregnancy with cerclage, carboprost, curettage, and balloon tamponade. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(2 Pt2): 505 – 507.
18. Pereira N, Grias I, Foster SE, Della Badia CR. Acute hemorrhage related to a residual cervical pregnancy: management with curettage, tamponade, and cerclage. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013; 20(6): 907 – 911.
19. Jiang J, Xue M. The treatment of cervical pregnancy with high – intensity focused ultrasound followed by suction curettage: report of three cases. *Int J Hyperthermia.* 2019; 36(1): 273 – 276.
20. Castillo – Luna R, Zea – Prado F, Torres – Valdez E. Vaginal impingement of uterine arteries (Zea technique) prior to cervical curettage in cervical ectopic pregnancy: three case report and literature review. *Ginecol Obstet Mex.* 2015; 83(10): 648 – 655.
21. Hu J, Tao X, Yin L, Shi Y. Successful conservative treatment of cervical pregnancy with uterine artery embolization followed by curettage: a report of 19 cases. *BJOG.* 2016; 123 Suppl 3: 97 – 102.
22. Tanos V, ElAkhras S, Kaya B. Hysteroscopic management of cervical pregnancy: Case series and review of the literature. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019; 48(4): 247 – 253.
23. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006; 27(4): 430 – 437.
24. Zhang S, Yan H, Ji WT. Uterine artery embolization combined with intra – arterial MTX infusion: its application in treatment of cervical pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 293(5): 1043 – 1047.
25. Jachymski T, Moczulska H, Guzowski G, Pomorski M, Piątek S, Zimmer M, Rokita W, Wielgoś M, Sieroszewski P. Conservative treatment of abnormally located intrauterine pregnancies (cervical and cesarean scar pregnancies): a multicenter analysis (Polish series). *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018; 1 – 6.
26. Shrestha E, Yang Y, Li X, Zhang Y. Successful conservative management with methotrexate and mifepristone of cervical pregnancy. *J Biomed Res.* 2011; 25(1): 71 – 73.
27. Hanstede MM, van't Hof DB, van Groningen K, de Graaf IM. Severe complication after termination of a second trimester cervical pregnancy. *Fertil Steril.* 2008; 90(5): 2009. e5 – 7.
28. Ding W, Zhang X, Qu P. An Efficient Conservative Treatment Option for Cervical Pregnancy: Transcatheter Intra – Arterial Methotrexate Infusion Combined with Uterine Artery Embolization Followed by Curettage. *Med Sci Monit.* 2019; 25:1558 – 1565.

Conservative surgical treatment of a patient with cervical pregnancy: a case report

Ioannis K. Thanasas

Department of Obstetrics and Gynecology of General Hospital in Trikala, Trikala, Greece

ABSTRACT

The incident's presentation refers to early diagnosis and the invasive preservative treatment of a patient with an ectopic cervical pregnancy. A pregnant second born with multiple abortion in her record arrived to the outpatients department of our clinic reporting that she had the last few days a vaginal hemorrhagic combined with a deep mild ache at the area of hypogastrium and the back. The urine pregnancy test was positive. The last menstruation was not possible to be defined in accuracy because of the repeated artificial abortions during the last period of time. The intervaginal ultrasound lead to the diagnosis of ectopic cervical pregnancy and a preservative surgical treatment of the patient was decided. In the surgery after the intracervical and endometrium evacuation there was implemented a preventive vaginal – cervical tamponage. Two days later the patient left from our clinic in a good general abortion. In the present essay, after the presentation of the incident, a brief literature review of this rare obstetrical complication is attempted according to the modern data, regarding the causative pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis.

Keywords: ectopic cervical pregnancy, etiopathogeny, diagnosis, management, prognosis

Citation

Ioannis K. Thanasas. Conservative surgical treatment of a patient with cervical pregnancy: a case report. Scientific Chronicles 2020; 25(1): 184-192