



ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

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

ΤΟΜΟΣ 7ος, Τεύχος 2ο, Απρίλιος - Ιούνιος 2008

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ:



- Οργάνωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας: Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ:

- Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην Ελληνική Νοσηλευτική πραγματικότητα

- Κίνδυνοι από την έκθεση σε ακτινοβολία κατά την άσκηση του επαγγέλματος



- Αποκατάσταση ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

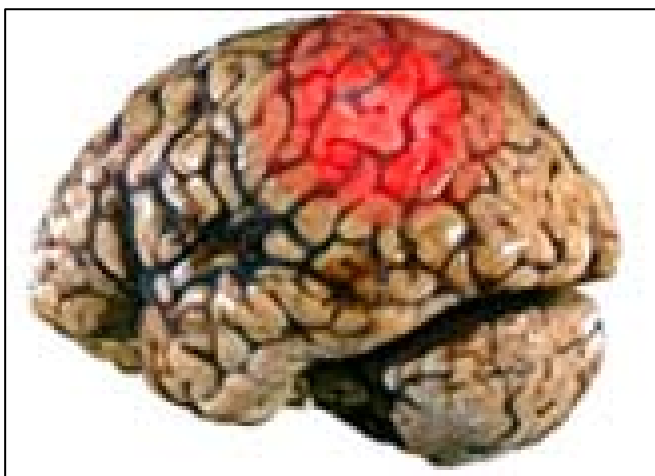
- Η συμβολή της ενημέρωσης στη ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη, τύπου II

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Στη σύγχρονη εποχή, στον ανεπτυγμένο κόσμο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου μετά τα καρδιακά νοσήματα και το καρκίνο. Ευθύνονται για 4,5 εκατομμύρια θανάτους περίπου κάθε χρόνο, σε παγκόσμια κλίμακα και επιπλέον αναδεικνύονται ως η κύρια αιτία θανάτου στους ασθενείς με ηλικία άνω των 65 χρόνων.^{1,2,3}

Ο Π.Ο.Υ ορίζει το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ως την ταχεία εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων μιας εστιακής διαταραχής της εγκεφαλικής λειτουργίας, που διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες ή μέχρι θανάτου με εμφανή ή όχι αγγειακή αιτία.¹⁻⁴



Παρόλο που η εγκεφαλική νόσος εκδηλώνεται με συμπτώματα και σημεία διαταραχής της εγκεφαλικής λειτουργίας, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια δεν μπορεί να θεωρηθούν ως ειδικές παθήσεις, αλλά μάλλον ως στερεότυπος συνδυασμός κλινικών εκδηλώσεων που προκαλούνται από βλάβες των εγκεφαλικών αρτηριών και φλεβών που στη συνέχεια προσβάλλουν την λειτουργία του νευρικού συστήματος. Πρόκειται για κατάσταση όπου «νοσούν» τα εγκεφαλικά αγγεία με αποτέλεσμα τη διακοπή της εγκεφαλικής αιματικής ροής.¹⁻⁴

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ταξινομούνται με βάση τους μηχανισμούς πρόκλησης βλάβης του εγκεφαλικού ιστού, σε δυο κατηγορίες : α) ΑΕΕ αιμορραγικής αιτιολογίας (αποδέσμευση μεγάλης ποσότητας αίματος στον εξωαγγειακό χώρο, ενδοκράνια) και β) ΑΕΕ ισχαιμικής αιτιολογίας (μείωση της αιματικής ροής προς κάποια περιοχή του εγκεφάλου).¹⁻⁴

Η αιμορραγία καταστρέφει τον εγκεφαλικό ιστό αφ' ενός διακόπτοντας την κυκλοφορία και αφ' ετέρου προκαλώντας αύξηση της πίεσης τοπικά ή διάχυτα. Η ισχαιμία δημιουργεί συμπτώματα λόγω ελάττωσης της ροής του αίματος και μπορεί να προκληθεί από τρεις διαφορετικούς μηχανισμούς: την θρόμβωση, την εμβολή και την συστηματική πτώση της αρτηριακής πίεσης.⁵⁻⁸

Η ισχαιμία λόγω αρτηριοσκλήρωσης βλάπτει κυρίως τα μεγάλα ενδοκράνια και εξωκράνια αγγεία. Αρχικά προκαλείται υπερπλασία του έσω χιτώνα των αγγείων όπου αργότερα επικάθονται λιπαρές ουσίες με αποτέλεσμα τον σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας, η οποία προκαλεί τη στένωσή τους (θρόμβωση). Κατόπιν, συναθροίζονται αιμοπετάλια και θρομβίνη και ως αποτέλεσμα δημιουργείται θρόμβος στο εσωτερικό του αγγείου.⁵⁻⁹

Η ισχαιμία καρδιακής αιτιολογίας αφορά συνήθως απόφραξη του αυλού του αγγείου, από υλικό που δεν σχηματίζεται τοπικά, αλλά μεταναστεύει σε αυτό αποσπώμενο από κάποιο μεγαλύτερο αγγείο (εμβολή) με αποτέλεσμα να εμποδίζει την αιματική ροή. Οι συνηθέστεροι τόποι προέλευσης των εμβόλων είναι η καρδιά, η αορτή, η κοινή και η έσω καρωτίδα, οι σπονδυλικές αρτηρίες και σπανιότερα οι φλέβες. Συνήθως, στα καρδιοεμβολικά ισχαιμικά αγγειακά επεισόδια η καρδιά ανεπαρκεί ή αδυνατεί να

λειτουργεί φυσιολογικά ως αντλία με αποτέλεσμα στάση-λίμναση αίματος, και δημιουργία θρόμβου.⁵⁻⁹

Εκτός από τα ΑΕΕ ισχαιμικής και αιμορραγικής αιτιολογίας, τα ΑΕΕ διακρίνονται και σε παροδικά ισχαιμικά επεισόδια (ΠΙΕ), η διάρκεια των οποίων είναι μικρότερη από 24 ώρες. Το 80% των ΠΙΕ έχουν συνήθως διάρκεια 7-10 λεπτά, μικρής διάρκειας νευρολογικά συμπτώματα και δεν προκαλούν έμφρακτο ή υπολειμματικό νευρολογικό έλλειμμα. Πολλές φορές προηγούνται, συνοδεύουν ή ακολουθούν ένα βαρύτερο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή ακόμα μπορεί να επαναλαμβάνονται χωρίς να καταλήγουν σε μόνιμο ισχαιμικό επεισόδιο. Η παρουσία ΠΙΕ αυξάνει τον κίνδυνο για ΑΕΕ κατά 30%.^{2,4,6}

Ο καθορισμός του τύπου του ΑΕΕ είναι κρίσιμος για τη ορθή αντιμετώπιση του ασθενούς. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εξαρτάται από τον εντοπισμό της βλάβης και από την έκταση της καταστροφής των κυττάρων.

Το ΑΕΕ αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, για την οποία ευθύνονται αλληλοεπιδρώμενοι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι παράγοντες που ευθύνονται για την πρόκληση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ταξινομούνται ανάλογα με τη δυνατότητα τροποποίησης τους, σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους (modifiable, non modifiable).^{2,4,6,10}

Δυστυχώς, παρότι η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει συντελέσει στην καλύτερη μελέτη και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενών με ΑΕΕ και σημαντικές πρόοδοι έχουν επιτευχθεί στον τομέα της πρόληψης, εντούτοις η θνησιμότητα μετά το εγκεφαλικό παραμένει υψηλή, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για διεθνείς προσπάθειες πρόληψης, παρέμβασης και αποκατάστασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μυλωνάς Ι., Λογοθέτης Ι. (1996). *Νευρολογία*. Αθήνα: Εκ. Universal Press.
2. Caplan L. *Caplan's Stroke: A clinical Approach*. 2000. Butterworth-Heinemann, p.p:17-45.
3. Κορδιόλης Ν. (1999). Παθήσεις του Νευρικού Συστήματος. Εκδόσεις Ζήτα.
4. Παπαγεωργίου Κ. (1993). *Νευρολογία*. Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνου.
5. Braunwald E., Fauci A., Kasper D., Hauser St., Longo D., Jameson L. *Principles of Internal Medicine*. Harrison's 15th edition. 2001, p.p :2369- 2374.
6. Warlow CP., Dennis M.S., Gijin J. van , Hankey G., Sandercock P.A.G., Bamford JM., Wardlaw J. *Stroke. A practical guide to management*. Εκδ. Blackwell Science Ltd. 1996, p.p:25-71.
7. Guyton. (1998) *Η Φυσιολογία του Ανθρώπου*. Εκδ. 5^η. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
8. Collins C. *Pathophysiology and classification of stroke*. *Nurs Stand*. 2007;21(28):35-9.
9. Τούτουζας Π., Στεφανάδης Χ., Μπουντούλας Χ. *Καρδιακές Παθήσεις*. Τόμος Α. Έκδοση Β. Ιατρικές Εκδ. Παρισιάνου. Αθήνα 2001.σελ:980-990.
10. Seshadri S., Beiser A., Kelly-Hayes M., Kase CS., Au R., Kannel WB., Wolf PA: The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. *Stroke* 2006; 37:345-350.

Πολυκανδριώτη Μ.

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Msc, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθηνών

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ**Οργάνωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας:
Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων**Ομπέση Φ¹, Μανιού Μ²

1. Δικηγόρος, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Msc, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο - Πανάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων οστών και οργάνων αποτελούν μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης, που έκαναν πραγματικότητα την προσδοκία των ανθρώπων για παράταση και καλύτερη ποιότητα ζωής. Η χώρα μας έχοντας έγκαιρα αντιληφθεί αυτό το γεγονός από εικοσιπενταετίας ήδη προέβη στη λήψη θεσμικών μέτρων προκειμένου να διαμορφωθεί το αναγκαίο οργανωτικό πλαίσιο για τη διευκόλυνση της διενέργειας μεταμοσχεύσεων.

Στην Ελλάδα σήμερα ισχύει ο νόμος 2737/1999 ο οποίος θεωρείται ότι αντιμετωπίζει με επάρκεια τα βασικά οργανωτικά ζητήματα τόσο πριν, όσο και κατά τη διάρκεια της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.

Δύο είναι τα όργανα μέσω των οποίων υλοποιείται η οργάνωση και ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα: ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ) και ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων.

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εκτιμηθεί το νομικό καθεστώς, οι δραστηριότητες και η πρακτική λειτουργία του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων.

Συμπεράσματα : Είναι απαραίτητη η αξιολόγηση προτάσεων και λύσεων για την αναβάθμιση του ρόλου του στη χώρα μας, προς όφελος της προαγωγής των μεταμοσχεύσεων.

Λέξεις-Κλειδιά : Μεταμοσχεύσεις, Συντονιστής, Οργάνωση, Συντονισμός μεταμοσχεύσεων.

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Φ. Ομπέση,

ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης,

Τμήμα Νοσηλευτικής

Τ.Θ. 141 Θεσσαλονίκη 57400

SPECIAL ARTICLE

Organization of transplant procedure: The institution of transplant coordinator

Obessi Ph¹, Maniou M²

1. LLB, LLM, PhD, Attorney at law (Thessaloniki Bar Association), Professor ATEI Thessaloniki

2. RN, Msc, "Venizelio - Pananio" General Hospital of Heraklion

ABSTRACT

Human tissues and organs transplants constitute one of the most important evolutions of medicine, through which human expectations for prolongation and better quality of life came true. As Greek legislator has been conscious of this fact the last twenty five years, he has taken a number of legal measures in order to elaborate the framework which was necessary to facilitate organ transplants.

Today, law 2737/1999 relating to transplant of human tissues and organs is in force and it is considered to be quite sufficient to face organizational issues that emerge before and during the transplant procedure.

This Law has set two institutions in order to organize transplant coordination. These are National Organization of Transplants (E.O.M) and Transplant Coordinator.

Aim: The purpose of the present study was to evaluate legal status, activities and practice concerning Transplant Coordinator is exposed.

Conclusions: It is important to evaluate proposals and concrete solutions for the improvement of the role of the Coordinator are proposed.

Key words: Transplants, Coordinator, Organization, transplant coordination

Corresponding Author*Ph. Obessi,**A.T.E.I. Thessaloniki,**Department of Nursing,**Thessaloniki-Greece**P.O. 141, 57400***ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων αποτελούν μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης, που έκαναν πραγματικότητα την προσδοκία των ανθρώπων για παράταση και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η διαδικασία της μεταμόσχευσης απαιτεί και προϋποθέτει ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο που ν' ανταποκρίνεται στις αυξημένες ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες που η θεραπευτική αυτή μέθοδος συνεπάγεται.

Η χώρα μας, αντιλαμβανομένη τα θεραπευτικά αποτελέσματα και τις τεράστιας σημασίας συνέπειες για την αύξηση του προσδόκιμου και τη βελτίωση της ζωής που συναρτώνται προς αυτή τη μέθοδο, από εικοσιπενταετίας ήδη προέβη στη λήψη σειράς θεσμικών μέτρων προκειμένου να διαμορφωθεί το αναγκαίο οργανωτικό πλαίσιο για τη διευκόλυνση της διενέργειας μεταμοσχεύσεων.¹

Στην Ελλάδα σήμερα ισχύει ο νόμος 2737/1999 «για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων», ο οποίος,

παρά το ότι έχει υποστεί και συνεχίζει να υφίσταται κριτική από τον ιατρικό, και όχι μόνο, κόσμο της χώρας² θεωρείται, ότι σε γενικές γραμμές, αντιμετωπίζει με επάρκεια τα βασικά οργανωτικά ζητήματα που ανακύπτουν, τόσο πριν, όσο και κατά τη διάρκεια της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.

Δύο είναι τα θεσμικά όργανα μέσω των οποίων υλοποιείται η οργάνωση και ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα: ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ)³ και ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων.

Στην ανάπτυξη που ακολουθεί, θα εξετάσουμε το καθεστώς, τις δραστηριότητες και την πρακτική λειτουργία του Συντονιστή μεταμοσχεύσεων, ενώ, μέσω της σύγκρισης με αντίστοιχα ευρωπαϊκά πρότυπα, θα επιχειρήσουμε να προτείνουμε λύσεις που θα αναβαθμίσουν το ρόλο του στη χώρα μας, προς όφελος της προαγωγής των μεταμοσχεύσεων.

Ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων

Η αναγκαιότητα ύπαρξης του θεσμού του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων εμφανίζεται στο τέλος της δεκαετίας του '70: σκοπός του ήταν η διευκόλυνση του συντονισμού των μεταμοσχεύσεων, εν όψει της ταχύτητας που πρέπει να διέπει τόσο την πληροφόρηση για την ύπαρξη, όσο και τη διακίνηση των μοσχευμάτων, όταν αυτά αναφερθούν, μέσω του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων αξιοποιούνται στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τα προσφερόμενα μοσχεύματα και βελτιώνεται ποιοτικά η μεταμοσχευτική διαδικασία με την καθιέρωση κοινών πρωτοκόλλων που τη διευκολύνουν.

Οι πρώτοι συντονιστές εμφανίστηκαν, όπως προαναφέρθηκε, τη δεκαετία του '70, στις ΗΠΑ, όπου, σήμερα, περισσότεροι από 700 επαγγελματίες υγείας επανδρώνουν το θεσμό προσφέροντας τις υπηρεσίες τους σε 120 μεταμοσχευτικά προγράμματα ανά τη χώρα.

Η πρώτη χώρα που εισήγαγε το θεσμό στην Ευρώπη ήταν η Ολλανδία το 1979 και εν συνεχεία η Μ. Βρετανία. Υπολογίζεται ότι σήμερα υπάρχουν περισσότερες από 200 ομάδες Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Το 50% από αυτούς είναι νοσηλευτές, το 33% γιατροί, 12% είναι φοιτητές και οι υπόλοιποι είναι διοικητικοί υπάλληλοι.

Το 1979 δημιουργήθηκε η πρώτη Ένωση Συντονιστών στις Η.Π.Α (North American

Transplant Coordinators Organization-NATO). Το 1982 ιδρύθηκε και στην Ευρώπη αντίστοιχη ένωση, η Ευρωπαϊκή Οργάνωση των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων (European Transplant Coordinators Organization-ETCO). Σκοπός των ενώσεων αυτών είναι η παροχή στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό και στο κοινό πληροφοριών για τις μεταμοσχεύσεις, προκειμένου να γίνεται η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση και αξιοποίηση των μοσχευμάτων με την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την υποστήριξη των Συντονιστών στην άσκηση των καθηκόντων τους.⁴

Το πεδίο δραστηριοτήτων του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων

Παρόλο που τα μεταμοσχευτικά προγράμματα διαφέρουν, όπως θα δούμε στη συνέχεια, από χώρα σε χώρα, οι δραστηριότητες των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής:

Τήρηση και διαρκής ενημέρωση της λίστας αναμονής των υποψήφιων ληπτών, έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι ανά πάσα στιγμή σε ετοιμότητα, αφού η ενημέρωση για τις τυχόν μεταβολές των κλινικών και εργαστηριακών τους στοιχείων είναι συνεχής.

Συντονισμός των διαδικασιών εξασφάλισης και αφαίρεσης οργάνων. Οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων αποτελούν τα πρόσωπα στα οποία αναφέρονται όλοι οι δυνητικοί δότες από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και τα Νευροχειρουργικά τμήματα των Νοσοκομείων της Περιφέρειας στην οποία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Εξ άλλου οι Συντονιστές είναι τα πρόσωπα τα οποία :

- i) προσεγγίζουν τους συγγενείς από τους οποίους ζητείται η συγκατάθεση για την αφαίρεση οργάνων,⁵
- ii) ρυθμίζουν τα ζητήματα που ανακύπτουν σε περιπτώσεις αιφνιδίων θανάτων ή ατυχημάτων που χρήζουν ιατρικής πραγματογνωμοσύνης,
- iii) ελέγχουν εάν παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα στο δότη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα σε καλή κατάσταση,
- iv) μεριμνούν ώστε να αποστέλλονται ταχέως δείγματα ορρών για την εκτέλεση των αναγκαίων εργαστηριακών εξετάσεων,
- v) επικοινωνούν με τα εργαστήρια ιστοσυμβατότητας για την έγκαιρη τυποποίηση του δότη,
- vi) ενημερώνουν τα Μεταμοσχευτικά Κέντρα και ανταλλάσσουν πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη κατάλληλων ληπτών για τα προσφερόμενα όργανα,
- vii) συμμετέχουν στην οργάνωση και προετοιμασία του χειρουργείου,
- viii) οργανώνουν τη μεταφορά οργάνων και ιατρικών ομάδων και
- ix) αναφέρουν και αποδέχονται μοσχεύματα προς και από τις υπηρεσίες διάθεσης μοσχευμάτων.

Διοικητική και λοιπές συντονιστικές δραστηριότητες:

- i) διατήρηση της επικοινωνίας και ενημέρωσης της οικογένειας του δότη για τα αποτελέσματα των εξετάσεων,
- ii) ενημέρωση του Νοσοκομείου του δότη για την εξέλιξη των διαδικασιών δωρεάς οργάνων
- iii) ετήσια έκθεση δραστηριοτήτων συντονισμού,
- iv) συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών με άλλους Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων,
- v) έρευνα και αρθρογραφία σχετικά με το αντικείμενο της δραστηριότητάς τους.

Εκπαιδευτικές δραστηριότητες: Οι Συντονιστές οργανώνουν συναντήσεις με στόχο την ενημέρωση άλλων επαγγελματιών υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, των Νευροχειρουργικών Τμημάτων αλλά και άλλων τμημάτων των νοσοκομείων σχετικά με τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Όμοιες συναντήσεις οργανώνονται επίσης για την ενημέρωση ομάδων του πληθυσμού σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς. Η ενημέρωση αφορά:

- i) στις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα,
- ii) στις τρέχουσες μεθόδους θεραπείας των παθήσεων από τις ανεπάρκειες των οργάνων,
- iii) στα ευεργετικά αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων για τον λήπτη,
- iv) στο κοινωνικό-οικονομικό όφελος για την πολιτεία και την κοινωνία γενικότερα που

απορρέει από τη διάδοση και προώθηση των μεταμοσχεύσεων ως θεραπευτικής μεθόδου,⁶ ν) στα ποσοστά επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων, vi) στην παρουσίαση των κανόνων και των πρωτοκόλλων για την έγκαιρη αναγνώριση δυνητικών δοτών, την αναγνωρισμένη νομικά διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου,⁷ τις απαιτούμενες πληροφορίες για την αξιολόγηση της λειτουργίας των οργάνων, τη φροντίδα για το δότη και τις χειρουργικές τεχνικές αφαίρεσης των οργάνων.

Το εύρος των δραστηριοτήτων των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων προσδιορίζει και τη σημασία του ρόλου τους για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων. Πράγματι, η σωστή οργάνωση της λίστας αναμονής των υποψηφίων ληπτών είναι το πρώτο βήμα για την εκτίμηση των αναγκών και την ετοιμότητα των ασθενών για μεταμόσχευση. Εξάλλου, η σωστή ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας επιδρά άμεσα στην επιτυχία των μεταμοσχευτικών προγραμμάτων: το κοινό εξοικειώνεται με την ιδέα της δωρεάς οργάνων και την αποδέχεται σε περίπτωση ενός τραγικού και αναπάντεχου θανάτου με αποτέλεσμα οι ιατροί και οι νοσηλευτές να διευκολύνονται κατά την έναρξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Περαιτέρω, η συστηματική συνεργασία του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό διασφαλίζει την

αποδοτικότερη λειτουργία του όλου συστήματος: με την ενημέρωση για τα κριτήρια αναγνώρισης και υποστήριξης ενός δυνητικού δότη οργάνων, για τη ροή των διαδικασιών του συντονισμού σε κάθε στάδιο, για την προσέγγιση των ασθενών αίρεται η παρατηρούμενη απροθυμία του προσωπικού να εμπλακεί στις διαδικασίες λόγω άγνοιας ή φόρτου εργασίας. Τέλος, η καθιέρωση του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων ως προσώπου αναφοράς διευκολύνει τις επικοινωνίες και τη ροή των διαδικασιών στους απαιτούμενους χρονικούς περιορισμούς διεκπεραίωσης όλων των σταδίων του συντονισμού μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων και ομάδων. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η άσκηση του ρόλου του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων στις περιπτώσεις των δοτών πολλαπλών οργάνων, όπου η περιπλοκότητα του περιστατικού σε συνδυασμό με τη συνύπαρξη ταυτόχρονα πολλών ιατρικών ομάδων σε διαφορετικές περιοχές από αυτήν του Νοσοκομείου του δότη, καθώς και με την απαιτούμενη ελαχιστοποίηση του χρόνου μεταφοράς ιατρικών ομάδων και μοσχευμάτων, απαιτούν την αποτελεσματική παρέμβαση του Συντονιστή έτσι ώστε να ωφεληθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι ασθενείς από ένα δότη.⁸

Η διεθνής εμπειρία από την εφαρμογή του θεσμού του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων:

τα παραδείγματα της Ισπανίας, του Βελγίου και της Γαλλίας.

α. Το ισπανικό πρότυπο

Το 1989 ιδρύθηκε στην Ισπανία ο Εθνικός οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ONT) με σκοπό τη χάραξη μιας ευέλικτης πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων στη βάση της αποκεντρωτικής διαδικασίας, που αποδείχτηκε ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος για την επίτευξη του στόχου του οργανισμού: πράγματι, μέσα σε μία δεκαετία σημειώθηκε αύξηση 142% των δοτών, πράγμα που σημαίνει ότι οι 14 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 1989 έφθασαν του 33 στο 1999.

Ο Οργανισμός ONT περιλαμβάνει τρία επίπεδα, το Εθνικό, το Περιφερειακό και το Τοπικό. Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων υπάρχουν και στα τρία επίπεδα, με διαφορετικές αρμοδιότητες στο καθένα από αυτά. Έτσι, σε Εθνικό Επίπεδο, ο Οργανισμός ONT στελεχώνεται από τον Εθνικό Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, 4 γιατρούς, 7 νοσηλευτές και 6 διοικητικούς υπαλλήλους. Σε αυτό το επίπεδο δεν υφίσταται συντονισμός σε ότι αφορά στους δότες. Ο ONT εποπτεύει απλώς το συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας σε τοπικό επίπεδο, τηρεί την Εθνική Λίστα συμπαγών οργάνων, συντάσσει και προωθεί πρωτόκολλα λειτουργίας και συνεργασίας σε κάθε στάδιο

της μεταμοσχευτικής διαδικασίας, ενημερώνει και εκπαιδεύει τους επαγγελματίες υγείας καθώς και το κοινό και προωθεί τη διεθνή συνεργασία με αντίστοιχους οργανισμούς άλλων κρατών.

Σε περιφερειακό επίπεδο, οι δραστηριότητες του συντονισμού είναι ανάλογες προς αυτές του ONT, αλλά σαφώς επικεντρωμένες στην κάθε μία από τις περιφέρειες. Οι Περιφερειακοί Συντονιστές, 17 τον αριθμό, όσες και οι Περιφέρειες της χώρας αποτελούν το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον ONT και τα κατά τόπους νοσοκομεία και επαγγελματίες υγείας. Έτσι μεριμνούν ώστε, μόλις προκύπτει ένας δότης όλοι οι εξωνοσοκομειακοί παράγοντες (υπηρεσίες υγείας, αστυνομία, δημοσιογράφοι, εκκλησία κ.α) να λειτουργήσουν απρόσκοπτα και συντονισμένα. Τηρούν τις Περιφερειακές Λίστες συμπαγών οργάνων που αποτελούν μέρος της Εθνικής και ελέγχονται από τον ONT. Οι Περιφερειακοί Συντονιστές συγκαλούν κάθε χρόνο ένα Συμβούλιο όπου ανταλλάσσουν απόψεις, αναφέρουν τα προβλήματα που ανακύπτουν κατά τη λειτουργία της μεταμοσχευτικής διαδικασίας στις Περιφέρειές τους, σχεδιάζουν και προτείνουν στον ONT το πρόγραμμα δράσης του επόμενου έτους και τις ρυθμίσεις που πρέπει να γίνουν σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο προκειμένου να αμβλυνθούν ή και να αποσοβηθούν τα επί μέρους προβλήματα που έχουν εμφανιστεί

και που μπορεί να αποτελούν εμπόδιο στην αυξητική πορεία των μεταμοσχεύσεων.

Επί της ουσίας, πρόσωπο-κλειδί σ' όλη τη διαδικασία φαίνεται ότι είναι ο Τοπικός Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων, αλλιώς Διαχειριστής Εξεύρεσης Μοσχευμάτων (Transplant Procurement Manager, TPM). Ο τοπικός συντονιστής είναι αυτός που αναλαμβάνει και διεκπεραιώνει το σημαντικότερο μέρος της μεταμοσχευτικής διαδικασίας: εντοπίζει το δυνητικό δότη, διαγιγνώσκει, μαζί με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας που είναι σύμφωνα με το νόμο υπεύθυνοι γι' αυτό, τον εγκεφαλικό θάνατο, συντηρεί το δότη και προωθεί τη διαδικασία αφαίρεσης των μοσχευμάτων, τα οποία στη συνέχεια κατανέμει αναλόγως.

Πρόκειται για γιατρό ή νοσηλεύτη ο οποίος συνήθως εργάζεται με καθεστώς μερικής απασχόλησης ως Συντονιστής, για να μη χάνει την επαφή του με το χώρο του νοσοκομείου, αλλά και για να μπορεί, ανά πάσα στιγμή, να παραιτηθεί από τη θέση του Συντονιστή, κυρίως όταν αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες ευθύνες που η θέση αυτή συνεπάγεται. Γι' αυτό και ο ΟΝΤ αναγνωρίζει ότι πρόκειται για ένα εξαιρετικά εξοντωτικό και ψυχοφθόρο λειτούργημα που χρειάζεται ιδιαίτερα αφοσιωμένους και άριστα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Ο ΟΝΤ τους στηρίζει σε κάθε τομέα, πρακτικό, θεωρητικό, επιστημονικό και ψυχολογικό.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η άποψη που επικρατεί στους θύνοντες είναι ότι η θητεία των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων, λόγω ακριβώς των ιδιαιτεροτήτων που διέπει το συγκεκριμένο λειτούργημα, δεν μπορεί να είναι μακράς διάρκειας. Έτσι, η θητεία τους δεν ξεπερνά τη διετία κατά μέσο όρο, αφού σχετικές έρευνες στη χώρα έχουν αποδείξει ότι η απόδοσή τους φθίνει μετά την ως άνω διετία-κατά συνέπεια, η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας προκειμένου να καλύπτονται οι θέσεις Συντονιστών είναι συνεχόμενη και διαρκής.

Έρευνες σχετικά με το προφίλ του Συντονιστή έχουν δείξει ότι αυτός θα πρέπει να είναι άνδρας ή γυναίκα, επαγγελματίας υγείας και δη ειδικευόμενος ιατρός, υποβοηθούμενος από άλλους γιατρούς ή νοσηλεύτες και η ηλικία του θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 30-40 ετών. Πρέπει να έχει τη ακλόνητη πεποίθηση ότι η δωρεά οργάνων και η μεταμόσχευσή τους συνάδει απόλυτα προς τις αρχές της προστασίας της ανθρώπινης ζωής και του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, γι' αυτό και οι επαγγελματίες υγείας που για λόγους προσωπικούς ή θρησκευτικούς έχουν ενστάσεις απέναντι σ' αυτή τη διαδικασία εξ' ορισμού αποκλείονται από τις συγκεκριμένες θέσεις.⁹ Ως χαρακτήρας θα πρέπει να είναι επικοινωνιακός, αποδεκτός από όλους τους συναδέλφους του. Η αμοιβή του να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της

θέσης του και στην επαγγελματική του εμπειρία να περιλαμβάνεται οπωσδήποτε προϋπηρεσία σε Νεφρολογική κλινική. Ιδιαίτερα θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων εργάζεται πάντοτε εντός νοσοκομείου αλλά ανεξάρτητα από Μεταμοσχευτικές ομάδες με αποκλειστικό σκοπό τη βελτίωση και εξασφάλιση του άμεσου εντοπισμού των δυνητικών δοτών. Σε κάθε ισπανικό νοσοκομείο με ικανό αριθμό κλινών συνιστάται ένα Γραφείο Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων. Στελεχώνεται από ένα γιατρό μερικής απασχόλησης, ένα ή δύο νοσηλευτές μερικής ή πλήρους απασχόλησης και ένα ή δύο διοικητικούς υπαλλήλους. Το προσωπικό του Γραφείου αναφέρεται απ' ευθείας στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, το δε σύστημα αμοιβής τους είναι μικτό: ένα πάγιο ποσό ως αποζημίωση για την καθημερινή τους εργασία και bonus με βάση την απόδοσή τους. Μάλιστα ανάλογα με την ικανότητά τους να εντοπίζουν δότες, οι Συντονιστές μπορεί να υπαχθούν σε καθεστώς πλήρους απασχόλησης (αν δηλαδή εντοπίσουν περισσότερους από 12 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού).

Σήμερα στη χώρα λειτουργούν 139 Γραφεία Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων σε ισάριθμα νοσοκομεία που εργάζονται με πιστοποιημένους Συντονιστές, αφού, κατά κοινή παραδοχή, μόνον η

επαγγελματικοποίηση της διαδικασίας (σαφής καθορισμός αρμοδιοτήτων όλων των εμπλεκομένων, εξειδίκευση και ικανοποιητικές αμοιβές των Συντονιστών) μπορεί να προάγει ουσιαστικά ποσοτικά και ποιοτικά, τις μεταμοσχεύσεις.¹⁰

β. Το γαλλικό πρότυπο

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων France Transplant (F.T.) λειτουργεί σε κεντρικό επίπεδο και μέλη του είναι όλες οι ιατροχειρουργικές ομάδες αφαίρεσης και μεταμόσχευσης, τα εργαστήρια ιστοσυμβατότητας, μεταμοσχευτικές ομάδες και μεταμοσχευτικά κέντρα. Διευθύνεται από τριακονταπενταμελές (35) διοικητικό Συμβούλιο, που αποτελείται από 32 εκλεγμένα μέλη και 3 μέλη διορισμένα από το Υπουργείο Υγείας. Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της F.T. μπορεί να είναι κάθε γιατρός που ανήκει σε μια ιατροχειρουργική ομάδα αφαίρεσης και μεταμόσχευσης, κάθε ανοσολόγος που ανήκει σε αναγνωρισμένο εργαστήριο ιστοσυμβατότητας και κάθε Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων. Τα 32 μέλη εκλέγονται για 4 χρόνια, προκειμένου δε να υπάρχει ισομερής εκπροσώπηση των τεσσάρων ειδικοτήτων που εμπλέκονται ενεργά στις μεταμοσχεύσεις (χειρουργοί, παθολόγοι, αναισθησιολόγοι, ανοσολόγοι) εκλέγονται 8 γιατροί από κάθε ειδικότητα τακτική που εξασφαλίζει πολυφωνία ιατρικών συμβούλων.

Το Διοικητικό Συμβούλιο εκλέγει ένα θμελής Γραφείο Διοίκησης της F.T.: μ' αυτόν τον τρόπο αποφεύγονται τα συνήθη προβλήματα δυσλειτουργίας που ανακύπτουν όταν πολυμελή διοικητικά όργανα καλούνται να λάβουν αποφάσεις. Σε εθνικό, επίσης, επίπεδο λειτουργεί η διαρκής Γραμματεία της F.T, υπεύθυνη για τη διάθεση των οργάνων, 24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο, συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη επιλογή του λήπτη και στη διασφάλιση της μεταφοράς των μοσχευμάτων. Ομοίως σε εθνικό επίπεδο λειτουργεί η Γραμματεία της τήρησης της λίστας αναμονής (τήρηση φακέλων, εκτύπωση ευρετηρίων και καταλόγων και διανομή τους στα Κέντρα Μεταμοσχεύσεων) και το Εθνικό Αρχείο Μεταμοσχεύσεων (τα στοιχεία από κάθε πραγματοποιούμενη μεταμόσχευση εισέρχονται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή του Εθνικού Αρχείου, ο οποίος εκδίδει τη διαρκώς ανανεούμενη λίστα αναμονής). Η συνεργασία διαρκούς Γραμματείας της F.T., Γραμματείας Λίστας Αναμονής και Εθνικού Αρχείου Μεταμοσχεύσεων εξασφαλίζει τη διαρκή ενημέρωση σε σχέση με κάθε μεταβολή των δεδομένων σε 24ωρη βάση.

Σε περιφερειακό επίπεδο η France Transplant έχει δημιουργήσει τα Περιφερειακά της Τμήματα. Κάθε Περιφερειακό Τμήμα συγκροτείται από όλα τα μέλη της F.T που εργάζονται στη

συγκεκριμένη περιοχή. Οι δραστηριότητες των περιφερειακών τμημάτων σχετίζονται, μεταξύ άλλων, με τη διασφάλιση της εφαρμογής των εθνικών κανόνων διάθεσης των οργάνων, τη διασφάλιση της μεταφοράς των οργάνων και τη διαβίβαση όλων των σχετικών με την αφαίρεση και τη μεταμόσχευση πληροφοριών στη διαρκή Γραμματεία της F.T. με στόχο τη διαφάνεια των δραστηριοτήτων της κάθε ομάδας. Τα Περιφερειακά Τμήματα, κατά τη διεκπεραίωση των ως άνω καθηκόντων τους συνεργάζονται άμεσα με τον Περιφερειακό Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, ένα για κάθε Περιφέρεια, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας μετά από πρόταση του Διοικητικού Συμβουλίου της France Transplant.

Σε τοπικό επίπεδο λειτουργούν οι ιατροχειρουργικές ομάδες Μεταμόσχευσης και τα Κέντρα Αφαίρεσης Οργάνων, τα οποία δε μεταμοσχεύουν, αλλά παίζουν σημαντικότατο ρόλο στην όλη διάρθρωση και λειτουργία της F.T, διευκολύνοντας τις διαδικασίες για την έγκαιρη αναφορά και αξιοποίηση προσφερόμενων οργάνων των δυνητικών δοτών, που βρίσκονται στην περιοχή ευθύνης τους. Οι τοπικοί Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων συμπληρώνουν το οργανόγραμμα λειτουργίας σε τοπικό επίπεδο, συνεργαζόμενοι άμεσα με τον Περιφερειακό

Συντονιστή της περιοχής στην οποία ανήκουν.

Όλες οι προαναφερθείσες ομάδες, Κέντρα και άτομα συνδέονται μεταξύ τους σε 24ωρη βάση μέσω δικτύου τηλεματικής διευκολύνοντας τη συνεργασία και την αποδοτικότητά τους και καθιστώντας την France Transplant έναν από τους οργανισμούς με τα πιο ικανοποιητικά αποτελέσματα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.¹¹

γ. Το βελγικό πρότυπο

Το 1978 ιδρύθηκε στην πόλη Louvain μία Ομάδα Συνεργασίας σε θέματα μεταμοσχεύσεων (Leuven Collaborative Group for Transplantation) με σκοπό να παράσχει υπηρεσίες παρακολούθησης ληπτών που μεταμοσχεύονταν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της πόλης. Μέσω της ομάδας αυτής αναπτύχθηκε ένα δίκτυο νεφρολόγων που εργάζονταν σε περιφερειακά νοσοκομεία της χώρας κι ήσαν πρόθυμοι να προωθήσουν την ιδέα της δωρεάς οργάνων στα νοσοκομεία τους προς όφελος των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών που περιλαμβάνονταν στις λίστες τους.

Το 2000 το δίκτυο αυτό αποτελούνταν από 34 συνεργαζόμενα νοσοκομεία, πολλά από τα οποία διαθέτουν ΜΕΘ και νευροχειρουργικές κλινικές, οπότε και άλλες ειδικότητες (αναισθησιολόγοι, εντατικολόγοι) κλήθηκαν να συνδράμουν

στην προσπάθεια των νεφρολόγων για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων.

Κεντρικό συντονιστικό ρόλο στην όλη διαδικασία έχει το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Louvain στο οποίο λειτουργεί Ομάδα Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων και το οποίο προσεγγίζει τα υπόλοιπα νοσοκομεία με τρεις διαφορετικούς τρόπους - με στόχο των εντοπισμό δυνητικών δότην και την εξασφάλιση της συνεργασίας του με αυτά.

Τακτική «γνωριμίας» των νοσοκομείων με τη διαδικασία της δωρεάς οργάνων (Hospital Start-Up Model) : ξεκινά από την περίοδο εκπαίδευσης των ειδικευόμενων αναισθησιολόγων και στόχο έχει την ενεργή εμπλοκή και εξοικείωσή τους με τη διαδικασία της δωρεάς οργάνων και την υιοθέτησή της ως μέρος των υποχρεώσεών τους. Όταν ένα νοσοκομείο εντοπίζει για πρώτη φορά ένα δυνητικό δότη ή όταν ο γιατρός που αναφέρει το δότη δε γνωρίζει τη διαδικασία, τότε η ομάδα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων του Νοσοκομείου της Louvain τον καθοδηγεί σε κάθε στάδιο της διαδικασίας είτε τηλεφωνικά, είτε και με τη φυσική παρουσία τους στο νοσοκομείο. Οι Συντονιστές ετοιμάζουν Πρωτόκολλα και παρέχουν σαφείς οδηγίες σχετικά με τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, το νομικό καθεστώς της δωρεάς οργάνων, την προσέγγιση της οικογένειας, τη συντήρηση του δότη, τις

διαδικασίες αφαίρεσης μοσχευμάτων. Όλα αυτά τα στοιχεία υπάρχουν σε μια βάση δεδομένων στην οποία έχουν πρόσβαση οι γιατροί όλων των ΜΕΘ της χώρας.

Μετά την πρώτη αναφορά από περιφερειακό νοσοκομείο για δυνητικό δότη και την αξιοποίησή του, το Νοσοκομείο της Louvain ονομάζει το γιατρό που ανέφερε το περιστατικό «τοπικό σύνδεσμο» (liaison locale), ο οποίος είναι και το άτομο επικοινωνίας σε επόμενα περιστατικά. Αμέσως οργανώνεται μία επίσκεψη από κλιμάκιο ειδικών (χειρουργο μεταμοσχεύσεων, αναισθησιολόγο, Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων) στο εν λόγω νοσοκομείο, οι οποίοι εκτιμούν την κατάσταση στη ΜΕΘ, αξιολογούν το πρώτο αυτό περιστατικό και προσφέρουν καθοδήγηση, όπου χρειάζεται.

- Τακτική εμπλοκής του νοσοκομείου του δότη (fully participation donor hospital module): Με την τακτική αυτή προσεγγίζονται τα μεγαλύτερα περιφερειακά νοσοκομεία, τα οποία διαθέτουν νευροχειρουργικά τμήματα και ΜΕΘ. Ορίζεται και πάλι ένας «Τοπικός Σύνδεσμος» και όλο το προσωπικό της ΜΕΘ, γιατροί και νοσηλεύτες, εκπαιδεύονται συστηματικά στα ζητήματα που αφορούν στη διαδικασία της μεταμόσχευσης. Στη διαδικασία

εμπλέκονται και οι χειρουργικές ομάδες του νοσοκομείου, οι οποίες και αναλαμβάνουν την αφαίρεση των μοσχευμάτων.

- Τακτική πλήρους εξυπηρέτησης (all-in service module): εφαρμόζεται σε μικρά νοσοκομεία με μικρές ΜΕΘ και μικρή συχνότητα εντοπισμό δυνητικών δοτών. Επειδή η σπανιότητα των περιστατικών καθιστά ασύμφορη οικονομικά τη συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού και την εξοικείωσή του με τις σχετικές διαδικασίες, η Ομάδα Συντονιστών του Νοσοκομείου της Louvain τους δίνει απλώς κάποιες σαφείς οδηγίες σχετικά με το κάθε στάδιο της διαδικασίας-ειδικά επεξηγούνται τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, ο τρόπος προσέγγισης της οικογένειας και το νομικό καθεστώς που διέπει τη δωρεά οργάνων. Η τακτική αυτή οδήγησε σε αύξηση των αναφερθέντων δυνητικών δοτών και στα νοσοκομεία αυτά.¹²

Το ελληνικό καθεστώς στον τομέα του συντονισμού των μεταμοσχεύσεων.

Ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων μέχρι την ψήφιση του ν. 2737/1999

Η πρώτη επίσημη προσπάθεια εφαρμογής συντονισμού στη μεταμοσχευτική

διαδικασία υλοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1984 με τη δημιουργία της Υπηρεσίας Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων (ΥΣΕ)¹³, που αργότερα μετονομάστηκε σε Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Μεταμοσχεύσεων (ΥΣΕΜ)¹⁴ και που ως κύριο στόχο της είχε την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα, σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, προσαρμοσμένη, ωστόσο, στις ιδιαιτερότητες της χώρας. Αντικείμενο της Υ.Σ.Ε. ήταν : α) η απογραφή, τήρηση και ενημέρωση του αρχείου νεφροπαθών καθώς και η φροντίδα για την περίθαλψη αυτών που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, β) ο συντονισμός των μεταμοσχεύσεων νεφρών και γ) η τήρηση και διαρκής ενημέρωση του αρχείου των δωρητών οργάνων.

Η έναρξη, ωστόσο, εμφάνισης δοτών πολλαπλών οργάνων και η επέκταση των μεταμοσχεύσεων στη χώρα και σε άλλα, πλην των νεφρών¹⁵ όργανα επέβαλε την παράλληλη λειτουργία δύο υπηρεσιών, μιας που θα ασχολούνταν αποκλειστικά με τους νεφροπαθείς και μιας άλλης που θα μεριμνούσε για το συντονισμό των μεταμοσχεύσεων όλων των τύπων οργάνων. Έτσι, το 1991¹⁶ η Υ.Σ.Ε.Μ. διαχωρίστηκε από την Υ.Σ.Ε. Η Υ.Σ.Ε. ασχολούνταν αποκλειστικά και μόνο με τη θεραπευτική αντιμετώπιση των νεφροπαθών από την σε

πρώτο στάδιο φροντίδα για την περίθαλψή τους μέχρι και το τελικό στάδιο της μεταμόσχευσης, ενώ η Υ.Σ.Ε.Μ. ασχολούνταν αποκλειστικά και μόνο με το συντονισμό και την προαγωγή των μεταμοσχεύσεων σε εθνική κλίμακα.

Η Υ.Σ.Ε.Μ. λειτουργούσε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός» και λειτουργικά υπαγόταν στο διοικητικό του συμβούλιο, ενώ διοικητικά στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Παράρτημά της με το όνομα «Μακεδονία» λειτουργούσε στο Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης. Εποπτευόταν από το άλλοτε Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων¹⁷ και ασχολούνταν με οποιοδήποτε ζήτημα αφορούσε τόσο στους δότες, όσο και στους λήπτες μοσχευμάτων και με την έρευνα για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων: συντόνιζε τη διαδικασία και τη διανομή προς τα μεταμοσχευτικά κέντρα του εσωτερικού και του εξωτερικού των μοσχευμάτων από νεκρούς δότες, μεριμνούσε για την οργάνωση, ενημέρωση και τήρηση της λίστας αναμονής των υποψηφίων ληπτών ανά όργανο καθώς και τη μετεγχειρητική παρακολούθησή τους και ήταν αρμόδια για την εκπαίδευση των συντονιστών μεταμοσχεύσεων καθώς και για την πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.¹⁸

Η ανάγκη για την ύπαρξη συντονιστών μεταμοσχεύσεων διατυπώθηκε για πρώτη φορά το 1984 στο κείμενο απόφασης του Υπουργού Υγείας η οποία καθόριζε τους όρους και τις προϋποθέσεις για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμόσχευσης.¹⁹

Το ζήτημα επανήλθε τρία χρόνια αργότερα από την Υ.Σ.Ε.Μ. στην ετήσια έκθεσή της το 1987 όπου γινόταν μνεία της αναγκαιότητας για χωροταξική κατανομή των συντονιστών ανά την χώρα. Το δίκτυο των τοπικών συντονιστών ως ενδιάμεσων κρίκων μεταξύ ΜΕΘ και Υ.Σ.Ε.Μ. προβλεπόταν για να λειτουργήσει σε πρώτη φάση στα μεγάλα νοσοκομεία της Περιφέρειας, όπου λειτουργούσαν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ενώ στην Αττική ανά συγκρότημα Νοσοκομείων. Παράλληλα, σε εισήγησή της προς το Υπουργείο Υγείας η Υ.Σ.Ε.Μ. τόνιζε την αναγκαιότητα ύπαρξης Κλινικών Συντονιστών²⁰ τις Μονάδες μεταμοσχεύσεων καθώς και Περιφερειακών Συντονιστών στις υγειονομικές περιφέρειες Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Καβάλας και Λάρισας.

Συντονιστές μπορούσαν να είναι ειδικά εκπαιδευμένοι γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές.²¹

Το φθινόπωρο του 1991 άρχισε βμηνη εκπαίδευση νοσηλευτριών με σκοπό να καλύψουν τις πρώτες θέσεις συντονιστών, ενώ τον Ιούλιο του 1993 με απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.)

προσδιορίστηκε επακριβώς το έργο τους: αύξηση των προσφερόμενων για μεταμόσχευση οργάνων, ταχεία αναφορά και διάθεση των μοσχευμάτων, κατάρτιση πρωτοκόλλων για το συντονισμό των μεταμοσχεύσεων, υποστήριξη των οικογενειών των δοτών, παρακολούθηση των ληπτών, σχεδίαση και οργάνωση προγραμμάτων μεταμοσχεύσεων ανάλογα με τις ανάγκες της χώρας σε μοσχεύματα.²²

Παρά τη σαφή περιγραφή των αρμοδιοτήτων τους και παρά την καταφανή ανάγκη για την ύπαρξή τους τόσο σε κεντρικό, όσο και σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, η νομική κατοχύρωση των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων δεν υλοποιήθηκε παρά μόλις το 1999, με το νόμο 2737/1999. Οι εμπλεκόμενοι στις μεταμοσχευτικές διαδικασίες φορείς θεωρούν ότι στο αναμεταξύ χάθηκε πολύτιμος χρόνος και η μη λειτουργία του θεσμού, που είχε επισημανθεί ότι ήταν κεφαλαιώδους σημασίας για την αύξηση των μεταμοσχεύσεων ήδη από τη δεκαετία του '80 είχε ανασταλτικό αποτέλεσμα στην προαγωγή των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.

Οι ρυθμίσεις του νόμου 2737/1999

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ)

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων κατήγγησε το προϋφιστάμενο Εθνικό

Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων και την Υ.Σ.Ε.Μ. και σήμερα αποτελεί το βασικό μηχανισμό διοικητικής υποστήριξης της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που διοικείται από 11μελές διοικητικό συμβούλιο, τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και επιχορηγείται σχεδόν καθ' ολοκληρία από τον τακτικό προϋπολογισμό του, χωρίς να οριοθετείτε το ύψος της ετήσιας επιχορήγησης που επαφίεται στην κρίση του εκάστοτε Υπουργού Υγείας-δευτερευόντως, οι πόροι που προέρχονται από δωρεές, κληρονομίες και λοιπές χορηγίες τρίτων. Πρόκειται για το ανώτατο, όπως προαναφέρθηκε, όργανο που υποστηρίζει διοικητικά τις μεταμοσχεύσεις, που, μολονότι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, εισηγείται μέτρα για τη χάραξη της εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, που οργανώνει και συντονίζει σε εθνικό και διεθνές επίπεδο τη διακίνηση των μοσχευμάτων και εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων και τον Κώδικα Δεοντολογίας των Μεταμοσχευτικών Κέντρων. Παρά το ότι, επαναλαμβάνουμε, πρόκειται για νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, προτείνει τη χορήγηση ή μη άδειας λειτουργίας Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση (οι οποίες μπορούν να είναι μόνο νομικά πρόσωπα

δημοσίου δικαίου ή ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα).²³ Το ίδιο ισχύει και για τις Μονάδες Μεταμόσχευσης, οι οποίες επίσης είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή ιδιωτικού δικαίου κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα²⁴: πράγματι, ελέγχει και αξιολογεί το έργο τους και, μάλιστα, προτείνει τη χορήγηση ή την ανάκληση της άδειας λειτουργίας τους, προφανώς παρακάμπτοντας τη Διοίκηση του Νοσοκομείου (ήτοι ενός νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου) στο οποίο αυτές ανήκουν.²⁵ Διερωτάται κανείς πώς είναι δυνατόν να έχουν απονεμηθεί στον Ε.Ο.Μ. οι αρμοδιότητες αυτές, οι οποίες, σύμφωνα με το ελληνικό Σύνταγμα, μπορούν να απονέμονται μόνο σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, καθόσον έχουν άμεση σχέση με την άσκηση δημόσιας εξουσίας.²⁶ Προσφυώς, λοιπόν, έχει επισημανθεί²⁷ ότι στο μέλλον ενδέχεται να ανακύψουν προβλήματα στη λειτουργία άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου όπως π.χ. οι Τράπεζες Ιστών ή οι Μονάδες Μεταμόσχευσης οι οποίες εποπτεύονται από τον Ε.Ο.Μ.

Ανεξάρτητα, πάντως, από τις αδυναμίες νομοτεχνικής φύσης που αφορούν στη σύστασή του, η πράξη απέδειξε ότι στα επτά, περίπου, χρόνια λειτουργίας του Ε.Ο.Μ., από το 2001 μέχρι σήμερα, σημειώθηκε αύξηση των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα,

τουλάχιστον μέχρι το 2004. Έτσι το 2001 οι εγκεφαλικά νεκροί δότες που αντιστοιχούσαν στην Ελλάδα ανά εκατομμύριο πληθυσμού ήταν 2,9, ενώ το 2004 ο δείκτης αυτός έφθασε και στο 6.28 Αυτό επιτεύχθηκε κυρίως λόγω της έντονης δραστηριότητας που αναπτύχθηκε από τον Οργανισμό, τόσο ως προς την ευαισθητοποίηση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, όσο και ως προς την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού.²⁹

Ο Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων

i. Η νομοθετική πρόβλεψη

Για πρώτη φορά, όπως προαναφέρθηκε, ο ν. 2737/1999 προβλέπει ρητά την ύπαρξη Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων: έτσι, σύμφωνα με το άρθρο 5 του νόμου, οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων προσφέρουν υπηρεσίες για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων και υποβοηθούν το μεταμοσχευτικό έργο. Οι θέσεις τους συστήνονται στον Ε.Ο.Μ. και στις μονάδες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συμμετέχουν στη μεταμοσχευτική διαδικασία. Οι θέσεις αυτές καλύπτονται από πτυχιούχους επαγγελματιών υγείας, Πανεπιστημίου ή Τ.Ε.Ι μετά από εξειδίκευση στο αντικείμενο του συντονιστή.

ii. Το π.δ/ 93/2002 σχετικά με τα προσόντα και τα καθήκοντα των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων.

Σε εκτέλεση σχετικής πρόβλεψης του ως άνω άρθρου 5 του ν. 2737/1999 εκδόθηκε το προεδρικό διάταγμα 93/2002 το οποίο το μεν διακρίνει τους Συντονιστές σε τρεις κατηγορίες, το δε περιγράφει αναλυτικά τις λεπτομέρειες σχετικά με την εξειδίκευσή τους.

Διακρίσεις Συντονιστών

Οι Συντονιστές διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: κλινικούς, τοπικούς και κεντρικούς.

Οι Κλινικοί Συντονιστές υπηρετούν αποκλειστικά σε μονάδες μεταμοσχεύσεων ιστών, οργάνων και μυελού των οστών. Ασχολούνται με τη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των προαναφερθεισών μονάδων και συνεργάζονται με τους γιατρούς στη συμπλήρωση των προμεταμοσχευτικών ελέγχων ασθενών-υποψηφίων ληπτών μοσχεύματος. Ομοίως παρακολουθούν τους υποψήφιους λήπτες και τους λήπτες μοσχεύματος πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη μεταμόσχευση. Συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς ιστών, οργάνων και μυελού των οστών προς μεταμόσχευση καθώς και στις ομάδες λήψης οργάνων και μυελού. Αναλαμβάνουν, επίσης, την επικοινωνία

τόσο με τα τμήματα της ιστοσυμβατότητας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όπου τυποποιούνται οι δωρητές μυελού των οστών και οι υποψήφιοι λήπτες μυελού, όσο και με τον Ε.Ο.Μ., όπου τηρείται το Εθνικό Μητρώο Δωρητών Μυελού των Οστών, προκειμένου να διευκολυνθεί η διεκπεραίωση αναζήτησης συμβατού δότη για την επιτυχία κάθε αλλογενούς μεταμόσχευσης μυελού. Τέλος συμμετέχουν στη διεκπεραίωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας και φροντίζουν ασθενείς και δότες.

Οι Τοπικοί Συντονιστές εργάζονται είτε σε παραρτήματα του Ε.Ο.Μ. εφόσον λειτουργούν τέτοια ή σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας στα οποία λειτουργούν Μονάδες ή Τμήματα σχετικά με το αντικείμενο των μεταμοσχεύσεων (π.χ. Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Νευροχειρουργικά Τμήματα, Μονάδες Τεχνητού Νεφρού) και πάντως όχι σε Μονάδες Μεταμοσχεύσεων. Ασχολούνται και συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με τη διάδοση της ιδέας της δωρεάς ιστών, οργάνων και μυελού προς μεταμόσχευση, ακριβώς όπως και οι Κλινικοί Συντονιστές. Φροντίζουν για την αναζήτηση, αναγνώριση και τον έλεγχο των δυνητικών δοτών, συμμετέχουν στην ομάδα αφαίρεσης οργάνων κατά τη διαδικασία της λήψης τους και βρίσκονται σε μόνιμη επικοινωνία με τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των

νοσηλευτικών ιδρυμάτων στην περιοχή ευθύνης του παραρτήματος του Ο.Ε.Μ, εφόσον εργάζονται στο παράρτημά του.

Οι Κεντρικοί Συντονιστές υπηρετούν στην έδρα του Ο.Ε.Μ. Συνεργάζονται με τους Κλινικούς και Τοπικούς Συντονιστές με στόχο την κοινή προώθηση και εφαρμογή του Εθνικού Μεταμοσχευτικού Προγράμματος, όπως αυτό καταρτίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Ε.Ο.Μ. Φροντίζουν για το συντονισμό και την επιτυχή διεκπεραίωση της εκάστοτε μεταμοσχευτικής διαδικασίας, συμπεριλαμβανομένης και της κατανομής των προσφερόμενων μοσχευμάτων. Συμμετέχουν, όπως και οι άλλες δυο κατηγορίες, στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την προώθηση και διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων καθώς και στην οργάνωση εκδηλώσεων με τους εμπλεκόμενους φορείς.

Ως Κεντρικός Συντονιστής για τις Μεταμοσχεύσεις Μυελού των Οστών ορίζεται αποκλειστικά και μόνο γιατρός, ο οποίος συνεργάζεται με τις εμπλεκόμενες στη διαδικασία μεταμόσχευσης μυελού υπηρεσίες, για την καλή έκβαση των ενεργειών τους, αλλά και για την προώθηση της ιδέας της δωρεάς μυελού των οστών.

Η εξειδίκευση του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων

Η εξειδίκευση των Συντονιστών είναι ενιαία και αφορά σε όλες τις κατηγορίες τους. Ο Ε.Ο.Μ. είναι υπεύθυνος για την οργάνωση και υλοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος και για τη χορήγηση των σχετικών πιστοποιητικών εξειδίκευσης.

Η εξειδίκευση είναι ετήσιας διάρκειας: διακρίνεται σε εξάμηνη εκπαίδευση στον Ε.Ο.Μ. και σε εξάμηνη πρακτική άσκηση σε Μονάδες Μεταμόσχευσης, όπου οι εκπαιδευόμενοι αποκτούν γνώσεις σε σχέση με την αντιμετώπιση των ασθενών πριν και μετά από τη μεταμόσχευση. Συγκεκριμένα, οι ειδικές γνώσεις τους αφορούν στον εντοπισμό, αναγνώριση και επιλογή δοτών ιστών και οργάνων, στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, στη συντήρηση των δοτών, στους παράγοντες που επιδρούν στην επιβίωση των μοσχευμάτων, στον καταμερισμό και την κατανομή τους, στην τήρηση των ηθικών, δεοντολογικών και νομικών κανόνων σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις και, γενικά, στις κοινωνικές παραμέτρους που επηρεάζουν την υιοθέτηση και προώθηση της ιδέας της δωρεάς οργάνων, ιστών και μυελού των οστών.

Κάθε επαγγελματίας υγείας ΠΕ και ΤΕ που επιθυμεί να εξειδικευτεί ως Συντονιστής μπορεί να υποβάλει αίτηση εξειδίκευσης στον Ε.Ο.Μ. Οι υποψήφιοι κατατάσσονται με βάση τη χρονολογική σειρά υποβολής της αίτησής τους.

Μετά το πέρας της δωδεκάμηνης εκπαίδευσής του, ο εξειδικευθείς λαμβάνει μία βεβαίωση από το Διευθυντή της Μονάδας Μεταμοσχεύσεων στην οποία πραγματοποίησε την πρακτική του εκπαίδευση και από την οποία διαφαίνεται ότι ο εκπαιδευθείς επαγγελματίας υγείας συμπλήρωσε τον απαιτούμενο για την εξειδίκευσή του στο Συντονισμό των Μεταμοσχεύσεων χρόνο και ότι απόκτησε τις απαραίτητες για την άσκηση των καθηκόντων του γνώσεις. Η βεβαίωση αυτή κατατίθεται στον Ε.Ο.Μ. και το Διοικητικό του Συμβούλιο αποφασίζει για τη χορήγηση ή μη στον ενδιαφερόμενο του πιστοποιητικού εξειδίκευσης, μετά από σχετική εισήγηση Τριμελούς Επιτροπής η οποία συστήνεται γι' αυτό το σκοπό από το Δ.Σ. του Ε.Ο.Μ.³⁰

iii. Το έργο του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων στην πράξη

Απ' όλα όσα προεκτέθηκαν είναι εύκολο να διαπιστωθεί ότι ο ρόλος του Τοπικού Συντονιστή αφορά αποκλειστικά στους δότες και είναι πρωταρχικός για την εύρυθμη διεκπεραίωση των διαδικασιών συντονισμού αφαίρεσης οργάνων από αυτούς. Ταυτόχρονα, είναι και τελείως διαφορετικός από αυτόν του Κλινικού Συντονιστή, ο οποίος ασχολείται πάντα με τους λήπτες και υπηρετεί σε Μονάδες Μεταμόσχευσης: οι δύο, λοιπόν, αυτές

κατηγορίες Συντονιστών δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να συγχέονται, πολλώ μάλλον δε να συνυπάρχουν.³¹

Όταν το Νοσοκομείο στην πόλη ή στη γεωγραφική περιοχή στην οποία το Νοσοκομείο ανήκει επισυμβεί ένας εγκεφαλικός θάνατος, ο τοπικός Συντονιστής ενημερώνεται αμέσως και συνεργάζεται τάχιστα με το γιατρό της ΜΕΘ ή του Νευροχειρουργικού τμήματος όπου έχει σημειωθεί το περιστατικό για τη ρύθμιση όλων των σχετικών διαδικασιών μέχρι και το χειρουργείο της αφαίρεσης. Εξυπακούεται ότι μία από τις σημαντικότερες διατυπώσεις είναι η έρευνα για την ύπαρξη τυχόν άρνησης του δυνητικού δότη και τις προσέγγισης των συγγενών του. Η τελευταία αυτή αποστολή, όπως και η στήριξη της οικογένειας συνιστά μια από τις πιο δύσκολες αλλά και πιο ουσιαστικές πτυχές της αποστολής του. Σε συνεργασία με τους προαναφερθέντες γιατρούς της ΜΕΘ ή του Νευροχειρουργικού τμήματος εξετάζει την καταλληλότητα των διαφόρων οργάνων και τη δυνατότητα μεταμόσχευσή τους κι επαληθεύει μέσω των εργαστηριακών εξετάσεων ότι δεν υφίσταται κίνδυνος μετάδοσης ασθενειών από το δότη. Εν συνεχεία, έρχεται σε επαφή με το περιφερειακό τμήμα³² όπου αναφέρει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που αφορούν στο δότη: ύψος, βάρος, ομάδα

αίματος, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, τα όργανά που μπορούν να αφαιρεθούν. Ο ρόλος του δεν είναι να διανέμει όργανα. Η αρμοδιότητα αυτή ανήκει αποκλειστικά στον Περιφερειακό Συντονιστή (ή στους Κεντρικούς, αν δεν υπάρχει Συντονιστής σε περιφερειακό επίπεδο) που θα του υποδείξει τις ομάδες και τους ασθενείς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τα αφαιρούμενα όργανα.

Στη συνέχεια, ο Τοπικός Συντονιστής έρχεται σε επαφή με τις διάφορες μονάδες, προκειμένου να οργανώσει τις ώρες, τη μεταφορά και, γενικά, να διευκολύνει το μεταξύ τους συντονισμό. Αυτός οφείλει επίσης να προετοιμάσει το χειρουργείο και να υποδεχθεί τις ομάδες που θα πραγματοποιήσουν την αφαίρεση. Μετά τη διενέργεια αυτής της επέμβασης φροντίζει για την παράδοση του σώματος, σύμφωνα με τις ισχύουσες νομικές διατάξεις που εκφράζουν το σεβασμό της Πολιτείας προς το νεκρό σώμα, ως «υπόλειμμα της προσωπικότητας» του δότη³³ και προς την οικογένειά του.

Ειδικότερα, ο Ε.Ο.Μ. καθόρισε τα καθήκοντα του Τοπικού Συντονιστή ως εξής³⁴:

- Κύριο και πρωταρχικό του καθήκον είναι η αναζήτηση δυνητικού δότη.
- Κάθε περιστατικό βαριάς εγκεφαλικής βλάβης που ενδέχεται να οδηγήσει σε

- εγκεφαλικό θάνατο αντιμετωπίζεται ως δυνητικός δότης.
- Ο Τοπικός Συντονιστής φροντίζει για διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων σύμφωνα με το φύλο του δότη.
 - Μεριμνά, επίσης για την πραγματοποίηση της πρώτης δοκιμασίας διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου 24 ώρες μετά τη διακοπή της καταστολής.
 - Σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό ενημερώνει την οικογένεια για τα αποτελέσματα της πρώτης διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου, της γνωστοποιεί ότι θα επακολουθήσει δεύτερη μετά από 8-12 ώρες (αυτό το κρίνει η ομάδα γιατρών που τις πραγματοποιεί) και τονίζει ότι η βλάβη είναι μη αναστρέψιμη. Η ομάδα ενημέρωσης πρέπει να βεβαιωθεί ότι οι συγγενείς κατανοούν πλήρως όσα τους ανακοινώνονται και απαντά με υπομονή στις ερωτήσεις τους, έστω και αν οι απαντήσεις σε αυτές θεωρούνται αυτονόητες.
 - Ο Τοπικός Συντονιστής επαναλαμβάνει πλήρη εργαστηριακό έλεγχο του δότη το συντομότερο δυνατό. Σε συνεργασία με την ομάδα των γιατρών που πιστοποιεί τον εγκεφαλικό θάνατο διενεργείται η δεύτερη δοκιμασία διαπίστωσης εγκεφαλικού θανάτου.
 - Ο θεράπων ιατρός ενημερώνει την οικογένεια για το αποτέλεσμα. Γιατρός και Συντονιστής πρέπει να σιγουρευτούν ότι η οικογένεια έχει κατανοήσει ότι η κατάσταση δεν είναι αναστρέψιμη. Τότε γίνεται η πρώτη πρόταση για τη δωρεά-η οικογένεια πρέπει να συσκεφθεί για να αποφασίσει, αλλά ο Τοπικός Συντονιστής τους εξηγεί ότι δεν υπάρχουν μεγάλα χρονικά περιθώρια για τη λήψη σχετικής απόφασης.
 - Από τη στιγμή που ο δυνητικός δότης έχει εισαχθεί στη Μ.Ε.Θ. ο Τοπικός Συντονιστής, σε συνεργασία με τους γιατρούς της Μονάδας, φροντίζει να είναι αιμοδυναμικά σταθερός, να καλύπτεται με αντιβίωση, να είναι τα μάτια κλειστά και να χρησιμοποιείται γι' αυτά κολλύριο ή οφθαλμολογική αλοιφή, προκειμένου να προστατεύονται οι κερατοειδείς χιτώνες. Πράγματι, οι τελευταίοι μπορούν να αφαιρεθούν από οποιονδήποτε νεκρό μέχρι 75 ετών χωρίς ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και λοιμώδους νοσήματος. Μόνες προϋποθέσεις είναι να υπάρχει ορός αίματος για να γίνει ιολογικός έλεγχος, πιστοποιητικό θανάτου και, βεβαίως, η συναίνεση των συγγενών του δότη.
 - Ο Τοπικός Συντονιστής μεριμνά για τη λήψη και αποστολή δειγμάτων αίματος για την HLA τυποποίηση.

- Όσο χρόνο χρειαστεί να μείνει ο δότης στη ΜΕΘ μέχρι την έναρξη του χειρουργείου αφαίρεσης ο Τοπικός Συντονιστής φροντίζει ώστε το υπόλοιπο προσωπικό της Μονάδας να μην επιβαρύνεται πλέον με τη φροντίδα του δότη.
- Ο Συντονιστής επίσης ενημερώνει τους συγγενείς για κάθε στάδιο της διαδικασίας-το καλύτερο, βεβαίως, και για το Συντονιστή και για τους ίδιους είναι να τους εξηγήσει ότι ο χρόνος αναμονής μέχρι και την πραγματοποίηση του χειρουργείου αφαίρεσης είναι πολύς. Το καλύτερο γι' αυτούς είναι να απομακρυνθούν από το χώρο του Νοσοκομείου και να επανέλθουν μόλις ειδοποιηθούν.
- Σε καθένα από τα προηγούμενα στάδια ο Τοπικός Συντονιστής βρίσκεται σε διαρκή επαφή και επικοινωνία με τον Κεντρικό Συντονιστή του Ε.Ο.Μ. ο οποίος υποχρεούται να παράσχει τη συνδρομή του ανά πάσα στιγμή, εφόσον του ζητηθεί.
- Ο Ε.Ο.Μ. ενημερώνει τον Τοπικό Συντονιστή για την ώρα του χειρουργείου αφαίρεσης, ο οποίος με τη σειρά του ενημερώνει το προσωπικό του χειρουργείου για την ώρα, για το ποια όργανα θα αφαιρεθούν, ποιες χειρουργικές ομάδες θα έρθουν για να

πραγματοποιήσουν την αφαίρεση και από πού.

- Ο Τοπικός Συντονιστής οδηγεί το δότη στο χειρουργείο και δίνει στους κλινικούς συντονιστές ή στους χειρουργούς μεταμόσχευσης τις πληροφορίες που πιθανώς του ζητήσουν.
- Υποχρέωση και καθήκον του Τοπικού Συντονιστή είναι να μην κοινοποιήσει σε κανέναν τα προσωπικά στοιχεία του δότη- κυρίως στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.³⁵

iv. Κριτική αποτίμηση του θεσμού του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.

Η ελληνική νομοθεσία για το συντονισμό των μεταμοσχεύσεων ακολουθεί, σε γενικές γραμμές, τις επιλογές των διεθνών προτύπων με μια σημαντική εξαίρεση: στο ν. 2737/1999 δεν προβλέπεται η ύπαρξη Συντονιστών σε Περιφερειακό επίπεδο- και η διεθνής εμπειρία³⁶ αποδεικνύει ότι η έλλειψη αυτή αφήνει ένα σημαντικό κενό ανάμεσα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και στον Ε.Ο.Μ. (εφόσον δεν λειτουργούν κατά τόπους παραρτήματά του). Από την άλλη πλευρά και εν όψη της μικρής γεωγραφικής έκτασης της χώρας μας, ίσως θα μπορούσε κανείς να αντιτάξει ότι η απευθείας επικοινωνία των Τοπικών Συντονιστών με τους Κεντρικούς

Συντονιστές του Ε.Ο.Μ. εξοικονομεί διοικητικό κόστος, κυρίως όμως χρόνο, δεδομένης της ταχύτητας με την οποία πρέπει να προχωρά η μεταμοσχευτική διαδικασία.

Το δεύτερο σημαντικότατο, κατά τη γνώμη μας, σημείο που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι, σε ό,τι αφορά στην αμοιβή των Συντονιστών, ο νόμος 2737/1999 παραπέμπει στις διατάξεις του μισθολογίου των δημοσίων υπαλλήλων.³⁷ Έχουμε ήδη αντιληφθεί πόσο ο ρόλος των Συντονιστών, ιδίως των Τοπικών, είναι νευραλγικής σημασίας για την πρόωση των μεταμοσχεύσεων και πόσο η αποστολή τους είναι ψυχοφθόρα και εξοντωτική: κατά την άποψή μας θα έπρεπε οπωσδήποτε, το μιν να υπάρχει πρόβλεψη για bonus αποδοτικότητας³⁸, το δε σαφής διατύπωση στο π.δ. 93/2002 για θητεία ορισμένου χρόνου στη θέση του Συντονιστή, με δυνατότητα επαναπασχόλησής του σε αυτή μετά την πάροδο ικανού χρονικού διαστήματος ώστε να ανακάμψει από ο άγχος και την υπερένταση που η διαρκής ετοιμότητα στη συγκεκριμένη θέση συνεπάγονται.³⁹

Η τελευταία, αλλά και η πιο σημαντική παρατήρηση σχετίζεται με το σύστημα, γενικά, της δωρεάς οργάνων που ισχύει στην Ελλάδα. Το σύστημα της εικαζόμενης συναίνεσης φαίνεται να είναι το μόνο που μπορεί να αντιμετωπίσει ικανοποιητικά την

τεράστια έλλειψη σε όργανα⁴⁰ και την άδικη απώλειά τους όταν αυτά εντοπίζονται λόγω των ενδοιασμών και αντιρρήσεων του συγγενικού περιβάλλοντος των δυνητικών δοτών. Από αυτή την άποψη ο ρόλος των Συντονιστών, σε ό,τι αφορά στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού με στόχο μια μελλοντική νομοθετική αλλαγή στην κατεύθυνση της εικαζόμενης συναίνεσης⁴¹ είναι περισσότερο από σπουδαίος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Νόμος 821/1978 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρωπίνης προελεύσεως» και ο τροποποιητικός του νόμος 1023/1980, που ψηφίστηκε ομόφωνα από την τότε Βουλή και επαινέθηκε από την αντιπολίτευση. Η νομοθεσία αυτή, όμως, πρακτικά δεν εφαρμόστηκε, λόγω εσφαλμένων επιστημονικών ορισμών, οι οποίοι στην ουσία καθιστούσαν ανέφικτες κυρίως τις πτωματικές μεταμοσχεύσεις (βλ. Εισηγητική έκθεση του νόμου 1383/1983 και Πρακτικά της Βουλής, συνεδρίαση Θ' της 5^{ης} Ιουλίου 1983 σελ. 305). Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος 1383/1983 για τις «μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων», ο οποίος επίσης δεν εφαρμόστηκε καθ' ολοκληρία, αφού πολλές από τις εκτελεστικές πράξεις που το κείμενό προέβλεπε, δεν εκδόθηκαν

- ποτέ (ΚΟΝΙΑΒΙΤΟΥ Κ., ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ Α., Η Εθνική μας πολιτική στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, Ιατρικό Βήμα 1997, τεύχος 50 σελ. 46 επ.).
2. ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ Α., Κριτική θεώρηση του ν. 2737/99 «για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων», Κριτική Επιθεώρηση Νομικής Θεωρίας και Πράξης 2000,, τ. 2 σελ. 117 επ., ΙΓΝΑΤΙΟΥ, Μητροπολίτη Δημητριάδος, Βασικές θέσεις επί της ηθικής των μεταμοσχεύσεων, Το Βήμα του Ασκληπιού 2003, τόμος 2 τεύχος 1 σελ. 8 επ., OBESSI Ph., The end of human life and its legal regulation: a critical approach, Health Science Journal (www.hsj.gr), issue 4 σελ. 1 επ.
 3. Βλ. παρακάτω, 4,β, i.
 4. VAN DER VLIET J.A et al, Successful Reorganization of Organ Procurement in the Netherlands, Transplant Proc. 1984 σελ. 38 επ.
 5. Δύο είναι τα συστήματα σύμφωνα με τα οποία διενεργείται η αφαίρεση οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση: το πρώτο και λιγότερο διαδεδομένο στην Ευρώπη είναι το σύστημα της ρητής άρνησης ή, άλλως, εικαζόμενης συναίνεσης: σύμφωνα μ' αυτό, όλοι οι πολίτες είναι δυνητικοί δότες κι επιτρέπεται η αφαίρεση οργάνων σε κάθε περίπτωση, εκτός εάν ο νεκρός είχε, κατά τη διάρκεια της ζωής του, εκφράσει ρητά την αντίθεσή του στη δωρεά των οργάνων του μετά το θάνατό του. Το δεύτερο σύστημα στηρίζεται στη ρητή και σαφή συναίνεση του δότη : σύμφωνα με αυτό καμία αφαίρεση οργάνων δεν επιτρέπεται να γίνει, εκτός εάν προηγουμένως ο δότης είχε εκφράσει, εν ζωή, τη συναίνεσή του γι' αυτή τη διαδικασία. Η ελληνική νομοθεσία (άρθρο 12 παρ. 2,3,4 και 5 του νόμου 2737/1999) έχει επιλέξει το δεύτερο σύστημα. Έτσι «...η αφαίρεση διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δότης είχε εγγράφως συναινέσει σε αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνησή του...αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεσή του ή την άρνησή του, α αφαίρεση διενεργείται, εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτή, ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του» (Βλ. λεπτομερή ανάλυση και κριτική σε ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ, Κριτική θεώρηση του ν. 2737/99 ό.π. σελ. 136-137, OBESSI, The end of human life, ό.π. σελ. 4 και επ., σχετικά με τον προϊσχύσαντα νόμο 1383/1983 που είχε υιοθετήσει το ίδιο σύστημα βλ. ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ Α., Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων. Εκδ. Σάκκουλα 1993 σελ. 84 και επ.).
 6. Βλ. αναλυτικά ΣΑΡΡΗ Μ., Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ.

- Παπαζήση 2001 σελ. 71-73, CULLIS J., WEST P., The Economics of Health, Martin Robertson, Oxford 1979.
7. Για την πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου βλ. ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ Α., Ο προσδιορισμός του θανάτου στην ελληνική νομοθεσία και η υποχρέωση ιατρικής πιστοποίησής του, Ελληνική Δικαιοσύνη 1996 σελ. 535 επ., της ίδιας, ό.π. υποσημείωση 2 σελ. 134 επ.
8. KOOSTRA G., Proceedings of the First International Congress on Organ Procurement, Transplant Proc. 1984 σελ. 48 επ.
9. Βλ. σχετικά. ΕΠΙΤΡΟΠΑΚΗ Π., ΦΩΤΟΥ Ν.Β., Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα στη Νοσηλευτική, Το Βήμα του Ασκληπιού 2004 σελ. 113 και επ., AYRES L., Implications of utility and deontology for the clinical nurse specialist, Clin. Nurs. Spectr. 1989, 3 σελ. 109-112, CRIGGER N.J., The trouble with caring: a review of eight arguments against an ethic of care, J Prof Nurs 1997, 13 σελ. 217-221, TUCKETT A.G., An ethic of the fitting: a conceptual framework for nursing practice, Nurs. Inquir. 1998, 5 σελ. 220-227.
10. ΜΕΝΟΥΔΑΚΟΥ Γεωργία, ΧΑΤΖΗΗΡΟΣ Ευστρ., Έκθεση με αφορμή το Transplant Procurement Management Course, Αθήνα, Ιανουάριος 2005, MATENSANZ Rafael, Διευθυντής Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων Ισπανίας, Πρόεδρος Επιτροπής Εμπειρογνομόνων του Συμβουλίου της Ευρώπης, Πώς θα βελτιωθεί η δωρεά οργάνων: το Ισπανικό μοντέλο (χωρίς χρονολογία).
11. France Transplant: Prelevements d' Organew. Aspects médico-legaux et techniques, Revue du Praticien 1989 σελ. 31 επ., COLPART J.J. et al, Obstacles medico-legaux aux prelevements d' organes: Influence des législations en France et en Europe, Agressologie 1986 σελ. 27 επ., βλ. και παρακάτω υποσημείωση 40.
12. ΜΕΝΟΥΔΑΚΟΥ, ΧΑΤΖΗΗΡΟΣ ο.π. υποσημείωση 10: ειδικά για την περίπτωση του Βελγίου, τα ικανοποιητικά ποσοστά αύξησης μοσχευμάτων (παρακάτω υποσημείωση 40) πιστεύεται ότι οφείλονται και στο σύστημα της εικαζόμενης συναίνεσης (βλ. παραπάνω, υποσημείωση 5) που έχει υιοθετήσει το βελγικό κράτος (ΠΡΑΧΑΛΙΑ Α., Οργάνωση Μεταμοσχεύσεων εις Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων, εκδ. Παρισιάνου σελ. 27, Dury C., Apprentissage par problèmes à distance. Presentation et analyse d' un dispositif de formation, Recherche en soins infirmiers 2004, 9 sel. 68-82. Στο άρθρο αυτό γίνεται αναφορά στο Πρόγραμμα Forum Européen Pluridisciplinaire 28114-IC-1-

- 2003-1-BE-ERASMUS-IPUC-1. Στην έρευνα του Προγράμματος αυτού συμμετείχαν το Βέλγιο, η Πορτογαλία, η Φιλανδία, η Γαλλία, η Ρουμανία και η Ελλάδα. Το Βέλγιο και η Πορτογαλία έχουν υιοθετήσει το σύστημα της εικαζόμενης συναίνεσης. Στις υπόλοιπες χώρες το ισχύον νομικό καθεστώς είναι το ίδιο με το ελληνικό).
13. Απόφαση Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας Α2β/οικ/1267/27.1.1984
14. Απόφαση Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας Α2γ/οικ/1468/20.3.1985
15. Και του κερατοειδούς χιτώνα: σημειώνεται ότι, πριν από τον προαναφερθέντα (παραπάνω, υποσημείωση 1) ν. 821/1978, οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς χιτώνα ρυθμίστηκαν νομοθετικά με το ν.δ. 3372/1955, το οποίο εκδόθηκε κατά το πρότυπο του πρώτου αντίστοιχου γαλλικού νομοθετήματος του 1947 και το οποίο παρέμεινε ανεφάρμοστο, κυρίως διότι δεν εκδόθηκαν οι εκτελεστικές πράξεις που προέβλεπαν τη σύσταση και οργάνωση Τράπεζας Οφθαλμών. Η πρώτη, πάντως, Τράπεζα Οφθαλμών ιδρύθηκε το 1986 και λειτούργησε στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης (ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ, Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων, ό.π. σελ. 19 και 26, ΚΩΝΣΤΑ Π., ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ Ν., ΚΑΡΔΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ν., Η πρώτη ελληνική Τράπεζα Οφθαλμών. Εμπειρία και παρατηρήσεις από τη λειτουργία της, Ιατρικό Βήμα 1992, 26 σελ. 29.
16. Απόφαση Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας Α3α/1526/12.3.1991
17. Το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων, πρόδρομος του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, ιδρύθηκε με την απόφαση Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας Α3α/2715/1.3.1991 και οι αρμοδιότητές του ήσαν:
- η συμβολή στη χάραξη της γενικής πολιτικής μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα,
 - η εποπτεία της λειτουργίας της ΥΣΕΜ
 - η εισήγηση στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) μέτρων, όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των Μεταμοσχευτικών Κέντρων
 - η γνωμοδότηση για γενικά, ειδικά και δεοντολογικά προβλήματα που αφορούσαν στις μεταμοσχεύσεις
 - η σύσταση επιτροπών προς επεξεργασία συγκεκριμένων θεμάτων. Το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων, δηλαδή, δεν είχε αποφασιστικές αρμοδιότητες στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, αλλά μόνο γνωμοδοτικό ρόλο.
18. Σχετικά με το ζήτημα του διαχωρισμού μεταξύ ΥΣΕΜ και ΥΣΕ είχε αναπτυχθεί έντονος προβληματισμός και αντιπαράθεση μεταξύ των διαφόρων

φορέων που εμπλέκονταν στη μεταμοσχευτική διαδικασία. Η αντιπαράθεση αφορούσε στα εξής σημεία: α) σε καμία χώρα δεν λειτουργούσε στον ίδιο χώρο Υπηρεσία Συντονισμού Μεταμοσχεύσεων με Μεταμοσχευτικό Κέντρο, όπως συνέβαινε στην περίπτωση του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός». Οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να είναι ανεξάρτητες από τα Μεταμοσχευτικά Κέντρα, β) αντίθετα, οι τελευταίες πρέπει να βρίσκονται σε οργανική σύνδεση με τα Εθνικά Κέντρα Ιστοσυμβατότητας, προκειμένου να λειτουργούν όχι μόνον ως υπηρεσίες συντονισμού, αλλά και ως υπηρεσίες διάθεσης των μοσχευμάτων με αυστηρώς ιατρικά κριτήρια. Πρβλ. και την έντονη κριτική για τον τρόπο λειτουργίας της ΥΣΕΜ υπό την ισχύ του ν. 1383/1983 που ασκείται από την ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ (το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων, ό.π. σελ. 105). Πράγματι, σύμφωνα με την τελευταία παράγραφο του άρθρου 3 του προϊσχύσαντος ν. 1383/83 «σε κάθε νοσηλευτική μονάδα, στην οποία παρουσιάζεται περίπτωση λήψης μοσχευμάτων από νεκρό, είναι υποχρεωμένη να ειδοποιήσει άμεσα την πλησιέστερη μονάδα μεταμόσχευσης για τον ορισμό ή την αποστολή γιατρών για

τη διενέργεια της αφαίρεσης». Η διατύπωση αυτή όμως άφηνε περιθώρια αδιαφάνειας και αυθαίρετης επιλογής ληπτών, αφού έδινε τη δυνατότητα σε κάθε μεταμοσχευτικό κέντρο να παρακάμψει την ΥΣΕΜ και με τον τρόπο αυτό να μη τηρηθεί η λίστα αναμονής υποψηφίων ληπτών της ΥΣΕΜ, αλλ' αυτή των μεταμοσχευτικών κέντρων. Για να οργανωθεί με τρόπο διαφανή η διαδικασία των μεταμοσχεύσεων θα έπρεπε η ΥΣΕΜ να καταστεί το αποκλειστικά αρμόδιο όργανο για την τήρηση ενιαίας λίστας αναμονής ληπτών σε πανελλήνια κλίμακα και από αυτή τη λίστα να γίνεται η εκλογή με βάση προκαθορισμένα ιατρικά κριτήρια. «Για να ανταποκριθεί η ΥΣΕΜ στο έργο της δεν είναι δυνατόν να εξακολουθεί να υπάγεται διοικητικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ... και ταυτόχρονα και στον Οργανισμό του Νοσοκομείου, στο οποίο σήμερα λειτουργεί. Στο μέλλον η ΥΣΕΜ πρέπει να λειτουργήσει ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας... και αυτοδιοικούμενο από διοικητικό συμβούλιο με αποφασιστικές αρμοδιότητες στον τομέα των μεταμοσχεύσεων...» (ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ, ό.π. σελ. 105)

19. Απόφαση Α3β/2445/8.6.1984. Τα περί Μονάδων Μεταμόσχευσης

- διαλαμβάνονται υπό το ισχύον καθεστώς στο άρθρο 4 του ισχύοντος νόμου ν. 2737/1999.
20. Για την έννοια του κλινικού Συντονιστή βλ. παρακάτω 2,β,ii, Διακρίσεις Συντονιστών.
21. Άρθρο 6 της με αριθμ. Α3α/1526/12.3.1991 απόφαση Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
22. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής www.Ispatras.gr/doritis/history.htm Υ.Σ.Ε., Ετήσια έκθεση 1991-92 www.mednet.gr/hss/index2.htm-63k- ανανέωση Παρ. 19 Οκτ. 2001- www.mednet.gr
23. Οι Τράπεζες Ιστών προς Μεταμόσχευση (T.I.M) συντηρούν και διαθέτουν ανθρώπινους ιστούς προορισμένους για μεταμόσχευση. Ιδρύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας...ή και των συναρμόδιων Υπουργών που εκδίδεται μετά από πρόταση του Ε.Ο.Μ. Λειτουργούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα ΝΠΔΔ ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή στο Κέντρο Ερευνών «Ο Δημόκριτος» (άρθρο 6, παρ. 1 και 2 ν. 2737/1999).
24. Βλ. άρθρο 4ν 2737/1999
25. Το πλήρες κείμενο του άρθρου έχει ως εξής: «1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων» και έδρα την Αθήνα, το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (σ.σ. σήμερα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) 2. Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας...για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. 3. Για την εκπλήρωση του σκοπού του ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ άλλων: α. Εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση. β. Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών. γ. Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων. δ. Προτείνει στον Υπουργό Υγείας...τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση. ε. Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας... στ. Συνεργάζεται με αντίστοιχους

- οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων. ζ.
- Μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών.
- η. Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων». Το π.δ. 6/2001 αποτελεί τον κανονισμό λειτουργίας του Ε.Ο.Μ. στον οποίο αναφέρονται αναλυτικά η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου, οι αρμοδιότητες του Προέδρου του Δ.Σ., η διάρθρωση και οργάνωση των υπηρεσιών του, οι πόροι του, τα σχετικά με τη διαχείρισή του καθώς και το καθεστώς του προσωπικού του (υπηρεσιακή κατάσταση και πειθαρχικό δίκαιο των υπαλλήλων του). Τέλος, η δυνατότητά του να αναπτύσσει παραρτήματα σε μεγάλα αστικά κέντρα όπου εδρεύουν γενικά (:άλλοτε περιφερειακά) νοσηλευτικά ιδρύματα.
26. ΟΜΠΕΣΗ Φ., Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης, Βήτα, 2^η έκδοση 2007 σελ. 60-61
27. ΒΑΡΚΑ-ΑΔΑΜΗ, ό.π. υποσημείωση 2 σελ. 141.
28. www.eom.gr/article_detail.asp?e_cat_serial=001001001&e_cat_idi=3&e_article_idi=6
29. Μεταξύ των πεπραγμένων του Ε.Ο.Μ. τα τελευταία χρόνια, αναφέρουμε ενδεικτικά: α) την οργάνωση και λειτουργία του Τμήματος Αναζήτησης Δοτών Αρχέγονων Αιμοποιητικών κυττάρων. Η συνεργασία του τμήματος με τα εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας και τις Μονάδες Μεταμόσχευσης της χώρας οδήγησε στην αύξηση του αριθμού των εθελοντών δοτών και συνεπώς των μεταμοσχεύσεων για Έλληνες και ξένους ασθενείς, β) βελτίωση της ποιότητας και πιστότητας των ιατρικών στοιχείων του καταλόγου των υποψηφίων ληπτών νεφρικού μοσχεύματος, σε συνεργασία με τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, τα εργαστήρια Ιστοσυμβατότητας και την Υ.Σ.Ε, γ) την ανανέωση της άδειας λειτουργίας των Μονάδων Μεταμόσχευσης: Νεφρού στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», Νεφρού-Ήπατος-Παγκρέατος στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» και Νεφρού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας, δ) τη χορήγηση άδειας λειτουργίας Μονάδας Μεταμόσχευσης Κερατοειδούς στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας και στο Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», ε) την

ανανέωση της άδειας λειτουργίας των Μονάδων Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπανικολάου», στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας και στο Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», στ) τη σύσταση της Επιτροπής Ελέγχου Κατανομής Μοσχευμάτων, ζ) τη σύσταση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, η) τις ενημερωτικές επισκέψεις στις ΜΕΘ όλης της χώρας, θ) τον ορισμό Τοπικών Συντονιστών σε 90 ΜΕΘ ως και τη διοργάνωση δυο μεγάλων εκπαιδευτικών σεμιναρίων γι' αυτούς, ι) τη δημιουργία τηλεοπτικών διαφημιστικών μηνυμάτων, ως και τη συμμετοχή εκπροσώπων του Οργανισμού σε εκδηλώσεις, ενημερωτικές ομιλίες, ραδιοφωνικές συνεντεύξεις και τηλεοπτικές εκπομπές, ια) τη διανομή δήλωσης δωρητή στη γενική απογραφή πληθυσμού το 2000 κλπ, (βλ. σχετικά Ε.Ο.Μ., Πεπραγμένα 2004-2005, Αθήνα –Μάρτιος 2006, σελ. 5-7) Αξίζει να σημειωθεί ότι, χάρη στις ενημερωτικές «καμπάνιες» του Ε.Ο.Μ. με τη συνδρομή των Συντονιστών που, πλέον, από το 2005 και μετά, κατά το ισπανικό πρότυπο, έχουν επανδρώσει όλες τις Μ.Ε.Θ. της χώρας, το 2007 παρατηρήθηκε αύξηση κατά 85% σε

σχέση με το 2006 των δηλώσεων δωρητή οργάνων. Το 2007 η μεταμοσχευτική δραστηριότητα μειώθηκε κατά 21%, κυρίως λόγω της μείωσης των εγκεφαλικών θανάτων- κι αυτό λόγω της μείωσης των τροχαίων ατυχημάτων στη χώρα μας (NETTA Σοφίας, Αύξηση κατά 85% των δωρητών οργάνων, Ελευθεροτυπία της 17.1.2008, δηλώσεις του καθηγητή Α. Κωστάκη, Προέδρου Ο.Ε.Μ).

30. Το Δεκέμβριο του 2004 δόθηκαν τα πρώτα πιστοποιητικά εξειδίκευσης Συντονιστών. Επίσης για τη διαρκή επιμόρφωσή τους έχουν πραγματοποιηθεί τρία εκπαιδευτικά σεμινάρια (το Σεπτέμβριο του 2004, το Δεκέμβριο του 2004, το Σεπτέμβριο του 2005 και το Φεβρουάριο του 2006. Σημειώνεται ότι, στα πλαίσια της συνεχούς εκπαίδευσής τους η Ελλάδα έχει στείλει για μετεκπαίδευση στο ισπανικό πρόγραμμα Transplant Procurement Management όλους σχεδόν τους υπηρετούντες κεντρικούς και κλινικούς συντονιστές (Ε.Ο.Μ. , Πεπραγμένα, ό.π. σελ. 5-7)

31. Rec (2005) 11 της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων του Συμβουλίου της Ευρώπης, Ε.Ο.Μ., Πεπραγμένα 2004-2005, ό.π. υποσημ., 29 σελ. 14-15.

32. Επισημαίνεται η έλλειψη αναφοράς του π.δ. 93/2002 στους Περιφερειακούς

- Συντονιστές, όπως και το γεγονός ότι μέχρι σήμερα (Μάρτιος 2008) δεν έχουν λειτουργήσει παραρτήματα του Ε.Ο.Μ. στη χώρα.
33. Βλ. σχετικά OBESSI, *The end of human life and its legal regulation*, ό.π. υποσημείωση 2, σελ. 3 και επ.
34. Ε.Ο.Μ., *Πεπραγμένα*, ό.π. υποσημείωση 29 σελ. 16
35. Πρβλ άρθρο 13 ν. 2737/1999: «Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένειά του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη».
36. Βλ. παραπάνω, Α, 3α και β (ισπανικό και γαλλικό πρότυπο).
37. Άρθρο 5 ν. 2737/1999 «...Η αμοιβή των Συντονιστών Μεταμοσχεύσεων γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 247^ο/1997 (ΦΕΚ 40/Α)...».
38. Πρβλ. ισπανικό πρότυπο, ό.π. Α, 3,α.
39. Πρβλ. και δηλώσεις Α. Κωστάκη (ΝΕΤΑ Σ., ό.π. Ελευθεροτυπία της 17.1.2008): «...οι συντονιστές εκτελούν ένα εξαιρετικά ψυχοφθόρο επάγγελμα και «καίγονται» γρήγορα, γι' αυτό και πρέπει να αλλάζουν κάθε 2-3 χρόνια. Πρέπει να προχωρήσουμε στην αντικατάστασή τους».
40. Είναι χαρακτηριστικό ότι η Αυστρία, που έχει εισαγάγει το σύστημα της εικαζόμενης συναίνεσης ήδη από το 1982, είναι η χώρα με το μεγαλύτερο αριθμό μεταμοσχεύσεων ανά εκατομμύριο κατοίκων (87,1/εκατομμύριο). Η βασική αυστριακή νομοθεσία ανέφερε ότι απαγορεύεται η βεβήλωση της νεκρικής γαλήνης και κάθε σχετική επέμβαση και αφαίρεση οργάνων ήταν καθαυτό παράνομη. Τροπολογία όμως του 1982 θέσπισε ότι η διατήρηση της ζωής ή /και βελτίωση της υγείας ενός ανθρώπου προηγείται της διατήρησης της σωματικής ακεραιότητας ενός νεκρού (19 Ιουνίου 1982-Novelle zum Krankenanstaltengesetz, *Bundegesetzblatt Nr. 273/1982, 62a Krankenanstaltengesetz*). Η νομοθετική αυτή επιλογή, μάλιστα, δεν εξαιρεί τους μη Αυστριακούς δότες (83ff. *Strafgesetzbuch*, σε ό,τι αφορά τους ξένους δυνητικούς δότες και την αδυναμία να εντοπιστούν οι συγγενείς τους για την εξασφάλιση της συναίνεσής τους στο ελληνικό νομικό καθεστώς βλ. ΙΓΝΑΤΙΟΥ, Βασικές θέσεις επί της ηθικής των μεταμοσχεύσεων, ό.π. υποσημείωση 2, OBESSI, *The end of human life...*, ό.π. υποσημείωση 2). Η Ισπανία, επίσης με το ίδιο σύστημα (για την επικράτησή του συστήματος της εικαζόμενης συναίνεσης στην Ισπανία βλ. ανυπόγραφο άρθρο στην Ελευθεροτυπία της 01/02/2008), έχει επιτύχει αναλογία 85,5

μεταμοσχεύσεων ανά 1 εκατομμύριο κατοίκων. Τρίτη χώρα κατατάσσεται το Βέλγιο που, όπως έχουμε ήδη αναφέρει (ό.π. υποσημείωση 12, άρθρο της DURY C. Σε Recherches en Soins Infirmiers) έχει υιοθετήσει το ίδιο σύστημα με 80,6 μεταμοσχεύσεις ανά εκατομμύριο κατοίκων. Σε στατιστική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1999 σε δεκαεπτά χώρες της Ευρώπης η Ελλάδα κατέλαβε την τελευταία θέση με 11,1 μεταμοσχεύσεις/ εκατομμύριο. Αναλυτικά η κατάταξη έχει ως εξής: Αυστρία 87,1, Ισπανία 85,5, Βέλγιο 80,6, Νορβηγία 63,6, Ελβετία 57,6, Γαλλία 53,3, Σουηδία 50,2, Φιλανδία 48,4, Τσεχία 46,9, Μεγ. Βρετανία και Ιρλανδία 46,1, Γερμανία 43,8, Δανία 43,6, Ιταλία 43,1, Πορτογαλία 38,3, Ολλανδία 36, Πολωνία 17,0, Ελλάδα 11,1. Τα στοιχεία προέρχονται από πίνακες των E.T.O.O (: European Transplant Coordinators Organization-βλ. Παραπάνω, A,1-, Organs and Tissues vol. 4, No 2, Ιούνιος 2000, Eurotransplant (Γερμανία, Αυστρία, Βέλγιο/Λουξεμβούργο, Κάτω

Χώρες), SK.T (:Skandiatransplant:Δανία, Νορβηγία, Σουηδία, Φιλανδία) – <http://organspende.solutions.de/organtans/europastatistik.htm> . Επί πλέον στοιχεία από τους πίνακες αυτούς βλ. και σε ΚΑΙΣΑΡΗΒ., Οι μεταμοσχεύσεις στην Αυστρία, Ιατρικό Βήμα Μάιος-Ιούλιος 2002 σελ. 72-74. Πρόσφατα έγινε πρόταση από τον Πρωθυπουργό της Μεγ. Βρετανίας Γκόρντον Μπράουν να υιοθετηθεί το σύστημα της εικαζόμενης συναίνεσης στη Μ. Βρετανία (ΣΑΡΑΝΤΗ Αλ., Ο Μπράουν προτείνει όλοι οι Βρετανοί να θεωρούνται δωρητές οργάνων, Ελευθεροτυπία 14.01.2008)

41. Στην Ελλάδα το ποσοστό αξιοποίησης των δυνητικών δοτών παραμένει σχετικά σταθερό στο 39%. Το 60% των αναξιοποίητων δοτών οφείλεται κυρίως στη μη συναίνεση της οικογένειας του δυνητικού δότη. Το 15-20% από αυτούς επικαλείται θρησκευτικούς λόγους (Δηλώσεις Προέδρου του E.O.M., Ελευθεροτυπία της 17. 01.2008, ό.π. υποσημείωση 29).

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην Ελληνική Νοσηλευτική πραγματικότητα**Γεωργία Κ. Γερογιάννη,¹ Αικατερίνη Ν. Πλεξίδα²

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Γ.Ν.Π. 'Τζάνειο', Εργαστηριακή Συνεργάτης Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής Α'

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Πρόγραμμα Μονάδας Κοινωνικής Μέριμνας Δήμου Ηρακλείου, Εργαστηριακή Συνεργάτης Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής Α'

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σημερινή κοινωνία αποτελείται από πολλές διαφορετικές ομάδες ατόμων, οι οποίες περιλαμβάνουν άτομα με διαφορετικό φυλετικό, εθνικό, και κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη κοινωνικών ομάδων από διαφορετικούς πολιτισμούς και με διαφορετικές κουλτούρες. Η κουλτούρα αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας. Γι' αυτό, οι Νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των διαφόρων ατόμων, προκειμένου να τις κατανοούν αποτελεσματικά και να συμβάλλουν στην ικανοποίησή τους.

Στο συγκεκριμένο άρθρο τονίζεται η ανάγκη αποτελεσματικής εφαρμογής της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής στο πλαίσιο της πολυπολιτισμικής κοινωνίας, με σκοπό την παροχή ολιστικής φροντίδας στα άτομα διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων. Στη συνέχεια, υποδεικνύεται η βελτίωση της εκπαίδευσης των φοιτητών Νοσηλευτικής σχετικά με θέματα Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής, προκειμένου να αναπτύξουν διαπολιτισμική ικανότητα. Επίσης, παρατίθενται κάποιες προτάσεις αναπροσαρμογής της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, με σκοπό την επίτευξη

μιας αποτελεσματικής Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης στο πλαίσιο της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας.

Λέξεις-Κλειδιά: Κουλτούρα, Νοσηλευτική Εκπαίδευση, Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, Διαπολιτισμική Φροντίδα Υγείας.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Γερογιάννη Γεωργία
Αντιφύλλου 38
11528, Ιλίσια
Τηλ. 210-7710331
Κιν. 6976209753*

REVIEW**Culture and Nursing Education: New perspectives and necessities in Greek nursing reality**

Georgia Gerogianni¹, Ekaterini Plexida²

1. RN, MSc, "Tzaneio" General Hospital, Laboratorial Collaborator of Nursing A' Department, Technological Educational Institute of ATHENS
2. RN, Municipality of Heraklion: Program of Social Welfare Unit, Laboratorial Collaborator of Nursing A' Department, Technological Educational Institute of ATHENS

ABSTRACT

The present society consists of many different groups of people of different racial, national, social, and economic status. This results in the existence of social groups from different civilizations with different cultures. Culture is an integrated part of health and disease. Thus, nurses need to be informed about the different cultural needs of people, in order to effectively understand and satisfy them.

The purpose of the present paper is to highlight the necessity of effective implementation of transcultural nursing, in order to provide holistic care to people from different cultures.

Additionally, the need for improvement of nursing education is pointed out, which has to include more lessons concerning transcultural nursing. This will help students to develop transcultural competence. Finally, a number of suggestions are made concerning the improvement of nursing education in the context of transcultural health care.

KEYS WORDS: Culture, Nursing Education, Transcultural Nursing, Transcultural Health Care.

CORRESPONDING AUTHOR

*Georgia Gerogianni,
38 Antifillou Street, 11528 Ilisia,
Tel. 210-7710331.
Mob . 6976209753*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, η χώρα μας δέχεται ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, οι οποίες περιλαμβάνουν άτομα με διαφορετικό φυλετικό, εθνικό, και κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο¹. Αυτό οφείλεται στη γεωγραφική θέση της χώρας μας, καθώς και στις δημογραφικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν σ' αυτή. Η μετακίνηση και η σταδιακά αυξανόμενη εγκατάσταση των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων στη χώρα μας έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη στο εσωτερικό της κοινωνικών ομάδων από διαφορετικούς πολιτισμούς με διαφορετική κουλτούρα, αξίες, πεποιθήσεις, ήθη και έθιμα, καθιστώντας την ελληνική κοινωνία μία πολυπολιτισμική κοινωνία και μεταβάλλοντας συνεχώς τις ανάγκες των πολιτών της στον τομέα της υγείας².

Με την έννοια 'κουλτούρα' εννοούμε το σύνολο των αξιών, πεποιθήσεων, και παραδόσεων, οι οποίες κληροδοτούνται από γενιά σε γενιά. Η κουλτούρα περιλαμβάνει διάφορα πιστεύω, συνήθειες, ομοιότητες και διαφορές, ήθη και έθιμα τα οποία μαθαίνουν τα άτομα από την οικογένειά τους¹. Επιπλέον, η κουλτούρα περιλαμβάνει όλες

τις ανθρώπινες δραστηριότητες που λαμβάνουν υλικές και μη υλικές μορφές και εκφράσεις, όπως την πολιτική, την οικονομική, τη θρησκευτική, την εκπαιδευτική, τη φιλοσοφική, την τεχνολογική, και την περιβαλλοντική έκφραση, στο πλαίσιο των οποίων οι άνθρωποι ζουν και λειτουργούν¹.

Κουλτούρα και Διαπολιτισμική Νοσηλευτική

Η κουλτούρα αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί ότι τα προβλήματα υγείας των μεταναστών είναι πιο αυξημένα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό³. Για αυτό το λόγο, η εφαρμογή της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής είναι περισσότερο απαραίτητη στις μέρες μας, με σκοπό την παροχή ολιστικής φροντίδας στα άτομα των διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων. Συνεπώς, οι Νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες και αξίες των διαφόρων ασθενών, προκειμένου να τις κατανοούν αποτελεσματικά και να

προσαρμόζουν ανάλογα τη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό την ικανοποίησή τους. Παράλληλα, οι Νοσηλευτές θα πρέπει να συμβιβάζονται με τις παραδόσεις και τους κανόνες συγκεκριμένων ασθενών, ανεξάρτητα από τα προσωπικά του πιστεύω^{1,3}.

Εκπαιδευτικές ανάγκες των φοιτητών Νοσηλευτικής

Κατέχουν σήμερα οι Νοσηλευτές τις απαιτούμενες γνώσεις προκειμένου να προσαρμόζονται αποτελεσματικά στη φροντίδα υγείας των ατόμων από διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες;

Σύμφωνα με μία ερευνητική μελέτη σχετικά με τις εκπαιδευτικές ανάγκες των φοιτητών Νοσηλευτικής στο πλαίσιο της Διαπολιτισμικής Φροντίδας Υγείας, διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές ήταν ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένοι στη φροντίδα υγείας των μεταναστών και αντιμετώπιζαν με σεβασμό κάθε ανθρώπινη ύπαρξη που είχε ανάγκη για φροντίδα υγείας. Παρόλα αυτά, οι ίδιοι αναγνώρισαν ότι δεν υπήρχε επαρκής εκπαίδευση σχετικά με τη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική⁴. Γενικά, έχουν παρατηρηθεί αρκετές ελλείψεις στην εκπαιδευτική προετοιμασία των Νοσηλευτών σχετικά με θέματα Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής⁵.

Αξίζει να τονιστεί ότι η φιλοσοφία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα Πανεπιστημιακά και Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα Νοσηλευτικής επικεντρώνεται σε έννοιες που προσανατολίζουν τους φοιτητές σ' ένα ανθρωπιστικό πρότυπο εκπαίδευσης. Παρόλα αυτά, προκύπτουν τα ακόλουθα ερωτήματα:

- Κατά πόσο τα γνωστικά αντικείμενα είναι επαρκή για την προετοιμασία των φοιτητών για την ανάπτυξη Διαπολιτισμικής ικανότητας;
- Ποιες άλλες πηγές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ενισχυθεί η πολιτισμική ικανότητα των φοιτητών;

Αξίζει να τονιστεί ότι η έλλειψη πολιτισμικής εκπαίδευσης από την πλευρά των

επαγγελματιών υγείας, προκαλεί απώλεια εκατομμυρίων κάθε χρόνο και, μερικές φορές, έχει ως αποτέλεσμα τη λανθασμένη διάγνωση του προβλήματος του ασθενούς. Σε ακραίες περιπτώσεις, ο εθνοκεντρισμός των επαγγελματιών υγείας, η επιβολή των δικών τους πολιτισμικών πιστεύω σε άτομα από διαφορετικούς πολιτισμούς, καθώς και η ελλιπής κατανόηση της ιδιαιτερότητάς τους, έχουν οδηγήσει πολλά άτομα στην ιδρυματοποίηση εξαιτίας λανθασμένης διάγνωσης³.

Σκοπός της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης στη Διαπολιτισμική Φροντίδα Υγείας

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι ο σκοπός της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι η κατάλληλη προετοιμασία των φοιτητών Νοσηλευτικής, προκειμένου να αναπτύξουν τη Διαπολιτισμική ικανότητα, δηλαδή την ικανότητα να λειτουργούν αποτελεσματικά στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης κουλτούρας. Γι' αυτό, απαιτείται αναπροσαρμογή τού προγράμματος σπουδών της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, το οποίο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τις αρχές και τις θεωρίες της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής⁶.

Συνεπώς, κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, οι φοιτητές θα πρέπει να προετοιμάζονται κατάλληλα, προκειμένου να αποκτήσουν την ικανότητα να παρέχουν ολιστική φροντίδα σε άτομα διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων. Παράλληλα, χρειάζεται να αντιληφθούν ότι είναι εξαιρετικά σημαντικό να σέβονται και να αποδέχονται τις διαφορετικές πεποιθήσεις των ατόμων από διαφορετικούς πολιτισμούς, παρόλο που μπορεί να μη συμβαδίζουν με τις δικές τους⁶.

Γι' αυτό το λόγο, η εθνική στρατηγική των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε όλες τις βαθμίδες θα πρέπει να στηρίζεται στις βασικές αρχές που διέπουν την πολυπολιτισμική κοινωνία, οι οποίες είναι:

1. Η ελευθερία και η ισότητα, που επιτρέπουν τη διαφορετικότητα.

2. Το πολιτισμικό δικαίωμα της έκφρασης αξιών και πεποιθήσεων.

3. Η παραγωγική διαφορετικότητα για το κοινό όφελος.

4. Η κοινωνική δικαιοσύνη, η οποία συνίσταται στην ίση μεταχείριση των διαφόρων πολιτισμικών ομάδων, καθώς και στην ίση παροχή ευκαιριών χωρίς φυλετικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές, και γλωσσικές διακρίσεις.

Επιπλέον, η Νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να έχει ως στόχο έναν πολυπολιτισμικό προσανατολισμό, ο οποίος θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Την ευαισθητοποίηση των φοιτητών Νοσηλευτικής σχετικά με τις πολυπολιτισμικές έννοιες, στο πλαίσιο της Διαπολιτισμικής Φροντίδας Υγείας.
- Τη συνεχή παροχή γνώσεων σχετικά με τις πολιτισμικές διαφορές των διαφόρων πολιτισμικών ομάδων.
- Την επίτευξη ενός επιπέδου πολιτισμικής ικανότητας στην εκπαίδευση.
- Τον προσανατολισμό σ' ένα ανθρωπιστικό πρότυπο εκπαίδευσης, το οποίο θα δώσει όλα τα απαραίτητα εφόδια στο Νοσηλευτή για να εργαστεί σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία.

Συνεπώς, η Νοσηλευτική Εκπαίδευση θα πρέπει να συνδέεται με την κατάργηση των διακρίσεων, την ισονομία, την αλληλοκατανόηση, την αλληλοαποδοχή, και την αλληλεγγύη⁵. Εξάλλου, η Νοσηλευτική είναι ελεύθερη φραγμών, εθνικότητας, φυλής, θρησκευματος, χρώματος, ηλικίας, φύλου, πολιτικών και κοινωνικών καταστάσεων⁷. Η Νοσηλευτική αποτελεί μία ανθρωπιστική επιστήμη και τέχνη, η οποία απευθύνεται στον άνθρωπο, την οικογένεια, το κοινωνικό σύνολο, και αφορά σε όλες τις καταστάσεις υγείας και ασθένειας. Γι' αυτό, η διδασκαλία τού μαθήματος της

Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής κρίνεται απαραίτητη όχι μόνο σε θεωρητικό, αλλά και σε πρακτικό επίπεδο στους φοιτητές όλων των Νοσηλευτικών σχολών⁶.

Προτάσεις αναπροσαρμογής της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης

Για την επίτευξη μίας αποτελεσματικής Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης στην Ελληνική πραγματικότητα, στο πλαίσιο της πολυπολιτισμικής κοινωνίας, έχουν καταταθεί οι ακόλουθες προτάσεις:

- Καταρχήν, το μάθημα της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής σε κάθε Εκπαιδευτικό Ίδρυμα θα πρέπει να είναι υποχρεωτικό και όχι κατ' επιλογή, όπως είναι σήμερα, ενώ παράλληλα θα ήταν σκόπιμο να προστεθεί στο πρόγραμμα σπουδών και το μάθημα της Κοινωνικής Ανθρωπολογίας.
- Η Νοσηλευτική εκπαίδευση θα πρέπει να παρέχεται από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο θα μεταδίδει σωστά τις αρχές της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής στους φοιτητές. Επιπλέον, θεωρείται απαραίτητη η χρησιμοποίηση εκπαιδευτικού προσωπικού που να προέρχεται από διαφορετικές πολιτισμικές μειονότητες⁵. Παράλληλα, οι φοιτητές που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά με τις εμπειρίες τους και να αποτελέσουν σημαντική πηγή γνώσεων για τους υπόλοιπους φοιτητές.
- Κατά τη διάρκεια του προγράμματος σπουδών, θα πρέπει να παρέχεται σφαιρική ενημέρωση στους φοιτητές σχετικά με την πληθυσμιακή ανομοιομορφία της σύγχρονης κοινωνίας. Το εκπαιδευτικό προσωπικό απαιτείται να πληροφορεί τους φοιτητές σχετικά με τις κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζουν τα άτομα των διαφόρων πολιτισμικών ομάδων⁴. Οι φοιτητές θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με θέματα όπως η ταυτότητα των πληθυσμών αυτών, οι ασθένειες που ενδημούν στις περιοχές προέλευσής τους,

οι συνθήκες διαβίωσής τους στη χώρα μας, οι οποίες πιθανώς να ευνοούν την εμφάνιση ή και τη μετάδοση διαφόρων νοσημάτων⁴.

- Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης, οι φοιτητές θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να παρέχουν φροντίδα σε ομάδες ατόμων διαφορετικής εθνικότητας, πολιτισμικής προέλευσης, και οικονομικού επιπέδου⁶. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την τοποθέτησή τους σε χώρους κλινικής άσκησης όπως είναι τα Κέντρα Υγείας, τα οποία βρίσκονται κυρίως σε περιοχές όπου κατοικούν άτομα διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου⁵.
- Επίσης, θεωρείται απαραίτητη η εφαρμογή διαφόρων προγραμμάτων Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής για τους φοιτητές και τους αποφοίτους Νοσηλευτές, σε συνεργασία με τα τμήματα Ανθρωπολογίας, Κοινωνιολογίας, και Εθνικών σπουδών⁵. Παράλληλα, χρειάζεται μεγαλύτερη υποστήριξη των προγραμμάτων ανταλλαγής φοιτητών και προσωπικού (π.χ. Erasmus, Socrates, Leonardo Da Vinci). Με τον τρόπο αυτό, δίδεται η ευκαιρία τόσο στους φοιτητές όσο και στο εκπαιδευτικό προσωπικό να γνωρίσουν νέες κουλτούρες, ήθη και έθιμα και να προσαρμοστούν με μεγαλύτερη ευκολία στην ελληνική πολυπολιτισμική πραγματικότητα.
- Επιπλέον, η Νοσηλευτική εκπαίδευση θα πρέπει να δώσει μεγάλη σημασία στη διεξαγωγή ερευνητικών μελετών σχετικά με τη διαφορετικότητα των διαφόρων πολιτισμικών ομάδων⁵. Ακόμη, θεωρείται σκόπιμη η υιοθέτηση νέων μεθόδων διδασκαλίας από τους εκπαιδευτικούς, όπως η εκμάθηση μέσω της χρήσης σεναρίων υγείας και αντανάκλασης.
- Εκτός αυτού, απαιτείται η οργάνωση εκπαιδευτικών μαθημάτων, σεμιναρίων, και συζητήσεων για τους φοιτητές και τους εργαζόμενους Νοσηλευτές, με σκοπό την απόκτηση θεωρητικών γνώσεων σχετικά με την παροχή ολιστικής

φροντίδας σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης⁵.

- Αξίζει να τονιστεί η αναγκαιότητα παροχής συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης στους αποφοίτους Νοσηλευτές, με σκοπό την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών τους σχετικά με θέματα Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.
- Τέλος, κρίνεται σκόπιμος ο εμπλουτισμός των βιβλιοθηκών όλων των νοσηλευτικών σχολών καθώς και των διαφόρων νοσοκομείων, με περιοδικά και βιβλία Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής⁵.

Επίλογος

Είναι προφανές ότι η κουλτούρα παίζει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς στο πλαίσιο της πολυπολιτισμικής κοινωνίας, δεδομένου ότι οι ασθενείς μπορούν να έχουν πολλά οφέλη από πολιτισμικά κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Για το σκοπό αυτό, οι Νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις προκειμένου να προσεγγίζουν αποτελεσματικά τους ασθενείς των διαφόρων πολιτισμικών ομάδων και να προσαρμόζονται στις διαφορετικές περιστάσεις και απαιτήσεις. Γι' αυτό, η νοσηλευτική εκπαίδευση θα πρέπει να ευαισθητοποιεί και να ενημερώνει τους φοιτητές σχετικά με τις ιδιαιτερότητες των ατόμων που προέρχονται από διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, με άνωτερο σκοπό τη βελτίωση της παροχής Διαπολιτισμικής Φροντίδας Υγείας στο πλαίσιο της πολυπολιτισμικής κοινωνίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Taylor C, Lillis C, LeMone P. (Μετάφραση: Λεμονίδου Χ, Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε). Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής: Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Τόμος Ι. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2002.
2. Λάσκαρη Α. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική. Πρακτικά 14^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτών Νεφρολογίας, 2003.
3. Καλοκαιρινού Α. Κοδέλλα Κ, Τολικά Φ. Θεωρητικές προσεγγίσεις της

- Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική 2003, **42** (4): 451-456.
4. Πουρναράς Ν. Τσόμπανου Μ, Σουρτζή Π. Εκπαιδευτικές ανάγκες φοιτητών Νοσηλευτικής στα πλαίσια της Διαπολιτισμικής Φροντίδας Υγείας. Νοσηλευτική 2004, **43** (2): 185-194.
 5. Καυκιά Θ. Ο Νοσηλευτής Νεφρολογίας Δέκτης Διαπολιτισμικών επιδράσεων. Πρακτικά 14^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτών Νεφρολογίας, 2003.
 6. Κοτζαμπασάκη Σ. Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα: Τρέχουσες εξελίξεις, μελλοντικές αλλαγές και προοπτικές. Νοσηλευτική 2004, **43** (1): 14-22.
 7. Γιάννου Σ. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη φροντίδα του μετανάστη στο νοσοκομείο. Πρακτικά 14^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτών Νεφρολογίας, 2003.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Κίνδυνοι από την έκθεση σε ακτινοβολία κατά την άσκηση του επαγγέλματος

Τριαντοπούλου Χ¹, Τσαπάκη Β²

2. Ιατρός Ακτινολόγος, επιμελήτρια Α', τμήμα Αξονικής Τομογραφίας, "Κωνσταντοπούλειο" Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, Αθήνα

2. Ακτινοφυσικός, μονάδα ιατρικής φυσικής, "Κωνσταντοπούλειο" Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιτυχής χρησιμοποίηση των ακτινολογικών μηχανημάτων στην ακτινολογία και η αναμφίβολη βοήθεια τους στη διάγνωση μιας πάθησης και στη θεραπεία του ασθενούς, κατέστησαν αναγκαία την όλο και μεγαλύτερη χρήση τους στον τομέα αυτό. Τα παλαιότερα χρόνια τα μηχανήματα αυτά περιορίζονταν στα ακτινολογικά τμήματα των Νοσοκομείων. Σήμερα τέτοιου τύπου μηχανήματα βρίσκονται είτε στο χειρουργείο (τύπου C-arm), όπου χρησιμοποιούνται από τους ορθοπεδικούς, ουρολόγους, αγγειοχειρουργούς, γαστρεντερολόγους, είτε σε Τμήματα επεμβατικής Καρδιολογίας και Ακτινολογίας, είτε ακόμα περιφέρονται στις διάφορες κλινικές (φορητά ακτινογραφικά μηχανήματα) για την διενέργεια επειγόντων ακτινογραφιών σε κλινήρεις ασθενείς. Στους χώρους αυτούς βρίσκονται εργαζόμενοι που δεν έχουν καμία ενημέρωση για τις συνέπειες της ιοντίζουσας ακτινοβολίας και πως να προστατευτούν από αυτήν.

Σκοπός αυτού του άρθρου ήταν να αναφερθούν αναλυτικά οι βασικές αρχές της ακτινοβολίας και οι κίνδυνοι από αυτήν και να γίνουν γνωστοί οι βασικοί κανόνες προστασίας κατά τη εργασία σε χώρο όπου ενδέχεται να γίνει χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας.

Λέξεις-Κλειδιά: Ακτινοπροστασία, ιοντίζουσα ακτινοβολία.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Χαρίκλεια Χ. Τριαντοπούλου
Διεύθυνση: 28^{ης} Οκτωβρίου 9,
15452 Π. Ψυχικό, Αθήνα
Τηλέφωνο: 210-6724225,
210-2711434,
6977551513

Fax: 210-2777288

e-mail: ctriantopoulou@gmail.com

REVIEW

Possible danger in staff occupationally exposed to radiation

Triantopoulou Ch¹, Tsapaki B²

2. MD, PhD, Consultant Radiologist, Computed Tomography department, "Konstantopouleion" General Hospital, Athens, Greece

2. Medical physicist, BSc, MSc, PhD Medical Physics Unit, "Konstantopouleion" General Hospital, Athens, Greece

ABSTRACT

The successful use of radiological equipment in Radiology and the undoubtful help in clinical diagnosis and patient treatment led to the increasing use of this type of equipment. In the old days, the X-ray systems were only found in the Radiological departments of a hospital. In recent years, these machines are used by orthopedic surgeons, angiologists, gastroenterologists in the surgery room, or by interventional radiologists and cardiologists in specialized departments. They are even moving between departments (mobile X-ray systems) for performing urgent radiographs in very ill patients. Apart radiological departments, the personnel is not trained or even informed about the ionizing radiation.

The main purpose of this review paper was to : (1) analyze in detail ionizing radiation, (2) to determine the dangers during its use, (3) to note down the main radiation protection rules and (4) finally to provide practical tools for best radiation protection in such hospital departments.

KEYS WORDS: Radiation, protection, ionizing radiation.

CORRESPONDING AUTHOR

Charikleia C. Triantopoulou
9, 28th of October street,
15452 P. Psyhiko, Athens, Greece
Tel. +30 210 6724225,
+30 210 2711434,
+30 6977551513

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο άνθρωπος ανακάλυψε τις Ακτίνες Χ στα τέλη του 19ου αιώνα. Η ανάπτυξη μηχανημάτων που χρησιμοποιούν ιοντίζουσα ακτινοβολία βρήκε πολλές εφαρμογές στην Ιατρική, γεγονός που οδήγησε στην ανάπτυξη της ιατρικής ειδικότητας της Ακτινολογίας. Παράλληλα όμως, άρχισαν να εμφανίζονται και τα πρώτα βλαβερά άμεσα αποτελέσματα όπως εγκαύματα και νεκρώσεις σε διάφορες περιοχές της επιφάνειας του ανθρώπινου σώματος, κυρίως από τους χρήστες τέτοιων μηχανημάτων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την

ανάπτυξη διαφόρων μέτρων για την προστασία από την ιοντίζουσα ακτινοβολία. Η συστηματική έρευνα και μακροχρόνια μελέτη του πληθυσμού μετά το βομβαρδισμό των πόλεων Χιροσίμα και Ναγκασάκι έδωσε πολλά στοιχεία για την επίδραση της ακτινοβολίας Χ στον οργανισμό και τεκμηρίωσε την παρουσία απώτερων αποτελεσμάτων που λέγονται στοχαστικά και συμπεριλαμβάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης διαφόρων μορφών καρκίνου από τη χρήση των ιοντιζουσών ακτινοβολιών. Όλα αυτά οδήγησαν στην εφαρμογή ρητών

και αυστηρών κανόνων και μέτρων για την προστασία από τις ενδεχόμενες βλαβερές επιπτώσεις τους.

Η επιτυχής χρησιμοποίηση των ακτινολογικών μηχανημάτων στην ακτινολογία και η αναμφίβολη βοήθεια τους στη διάγνωση μιας πάθησης αλλά και η σαφής συνεισφορά στη θεραπεία του ασθενούς κατέστησαν αναγκαία την όλο και μεγαλύτερη χρήση τους στον τομέα αυτό. Έτσι η ανάπτυξη της τεχνολογίας οδήγησε στην ταχεία εξέλιξη μηχανημάτων που εκπέμπουν ακτινοβολία Χ που χρησιμοποιούνται ευρέως στην ιατρική, όπως π.χ. ο Αξονικός Τομογράφος. Τα παλαιότερα χρόνια τα μηχανήματα αυτά περιορίζονταν στα ακτινολογικά τμήματα των Νοσοκομείων. Σήμερα όμως με την εξέλιξη της ιατρικής και των διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων καθώς και με την παραγωγή εξειδικευμένων μηχανημάτων για διαφορετικές ιατρικές εφαρμογές τέτοιου τύπου μηχανήματα βρίσκονται είτε στο χειρουργείο (τύπου C-arm), όπου

χρησιμοποιούνται από τους ορθοπεδικούς, ουρολόγους, αγγειοχειρουργούς, γαστρεντερολόγους, είτε σε Τμήματα επεμβατικής Καρδιολογίας και Ακτινολογίας, είτε ακόμα περιφέρονται στις διάφορες κλινικές (φορητά ακτινογραφικά μηχανήματα) από τους τεχνολόγους που χειρίζονται τέτοιου είδους μηχανήματα για την διενέργεια επειγόντων ακτινογραφιών σε κλινήρεις ασθενείς. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα ακτινολογικά Τμήματα των Νοσοκομείων βρίσκονται συνήθως εργαζόμενοι που είναι ενημερωμένοι για τις ιοντίζουσες ακτινοβολίες, ενώ σε όλους τους υπόλοιπους χώρους βρίσκονται και εργαζόμενοι που δεν έχουν καμία ενημέρωση για τις συνέπειες της ιοντίζουσας ακτινοβολίας και πως να προστατευτούν από αυτήν. Ο σκοπός επομένως αυτού του άρθρου είναι να αναφερθούν αναλυτικά οι βασικές αρχές ακτινοβολίας και οι κίνδυνοι από αυτήν και να γίνουν γνωστοί οι βασικοί κανόνες προστασίας κατά τη εργασία σε χώρο όπου

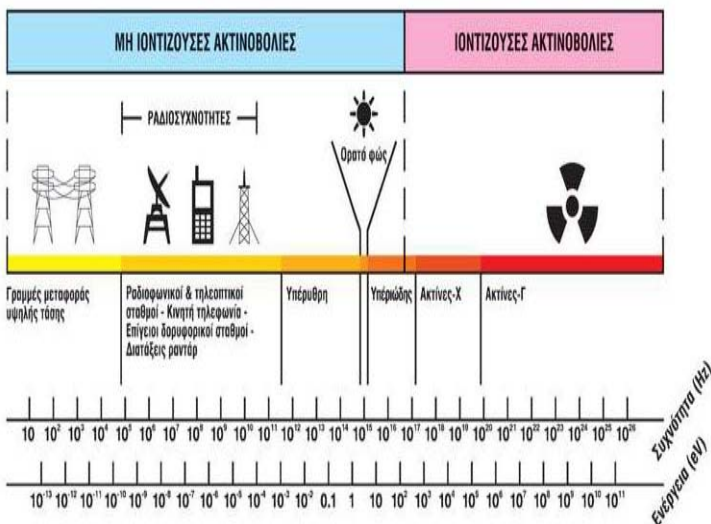
ενδέχεται να γίνει χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η ακτινοβολία είναι μορφή ενέργειας η οποία εκπέμπεται από κάποια πηγή και διαδίδεται στο χώρο με μεγάλη ταχύτητα. Ο άνθρωπος δέχεται συνεχώς τέτοιου είδους ενέργεια τόσο από φυσικές πηγές όσο και από τεχνητές πηγές (εικόνα 1). Η ακτινοβολία αυτή επιδρά πάνω του κατά τρόπο πολύπλοκο, ανάλογα με το είδος, την έντασή και την ενέργεια που μεταφέρει.

Οι ακτινοβολίες χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. Ιοντίζουσα ακτινοβολία. Είναι το είδος της ακτινοβολίας που μεταφέρει πολύ υψηλή ενέργεια, εισχωρεί στον οργανισμό και είναι ικανή να προκαλέσει ιοντισμό, να διασπάσει χημικούς δεσμούς και να προκαλέσει βιολογικές βλάβες. Οι γνωστότερες ιοντίζουσες ακτινοβολίες είναι οι ακτίνες X που παράγονται στις λυχνίες των ακτινολογικών μηχανημάτων και χρησιμοποιούνται ευρέως στην Ακτινολογία, οι ακτίνες γ που χρησιμοποιούνται στην Πυρηνική Ιατρική και οι σωματιδιακές ακτινοβολίες α, β, και γ. Η διεισδυτικότητά της ακτινοβολίας εξαρτάται από το είδος και την ενέργεια που μεταφέρει. Έτσι για παράδειγμα, τα σωματρία "α" σταματάνε σε ένα φύλλο χαρτιού, τα σωματρία "β" απαιτούν μερικά χιλιοστά plexiglass και οι ακτινοβολία X χρειάζεται μερικά χιλιοστά μολύβι, ή μερικά εκατοστά μπετόν ή τούβλου. Η ενέργεια ανά χιλιόγραμμο μάζας, καλείται δόση ακτινοβολίας, ενώ η πιθανότητα βλάβης



Εικόνα 1. Η εικόνα αυτή παρουσιάζει τις διαφορετικές πηγές ακτινοβολιών, το είδος τους και από πού προέρχονται.

του οργανισμού έχει άμεση εξάρτηση από τη δόση ακτινοβολίας.

2. Μη ιοντίζουσα ακτινοβολία. Είναι το είδος της ακτινοβολίας που μεταφέρει πολύ μικρότερη ενέργεια, ανίκανη να προκαλέσει ιοντισμό, ικανή όμως να προκαλέσει ηλεκτρικές, χημικές και θερμικές επιδράσεις στα κύτταρα, άλλοτε επικίνδυνες και άλλοτε όχι. Αυτό το άρθρο θα επικεντρωθεί στην ιοντίζουσα ακτινοβολία, οπότε δεν θα γίνει πλέον αναφορά στη μη ιοντίζουσα ακτινοβολία

ΠΗΓΕΣ ΙΟΝΤΙΖΟΥΣΩΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΩΝ

Οι ιοντίζουσες ακτινοβολίες χωρίζονται σε:

1. Ακτινοβολία από φυσικές πηγές.

Οι φυσικές πηγές είναι τα συστατικά του φλοιού της γης και η κοσμική ακτινοβολία.

Το έδαφος, το νερό και ο αέρας, περιλαμβάνουν και φυσικά ραδιενεργά στοιχεία, όπως π.χ. το ραδιενεργό κάλιο, το οποίο συγκεντρώνεται στη μυϊκή μάζα.

Υπάρχουν μηχανήματα που για να μετρήσουν την ποσότητα μυϊκής μάζας στον

άνθρωπο ανιχνεύουν την ακτινοβολία που εκπέμπεται από το ραδιενεργό κάλιο σε διάφορα σημεία του σώματος. Η επιφάνεια της γης δέχεται συνεχώς κοσμική ακτινοβολία από τον ήλιο και άλλες αστρικές περιοχές βυθισμένες στο διάστημα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσό ακτινοβολίας που λαμβάνει ο άνθρωπος, από άποψη ραδιολογικών επιπτώσεων, είναι το φυσικό ραδιενεργό αέριο ραδόνιο, το οποίο προέρχεται από το ουράνιο που υπάρχει στο έδαφος και τα πετρώματα της γης. Το συστατικό αυτό εγκλωβίζεται στους τοίχους των σπιτιών κατά την κατασκευή τους από τούβλα και μπετόν και ακτινοβολεί συνεχώς τον άνθρωπο. Για αυτό τον λόγο, θα πρέπει όλα τα σπίτια που είναι με αυτό τον τρόπο κατασκευασμένα να αερίζονται συχνά έτσι ώστε να μειώνεται η ποσότητα του ραδιενεργού ραδονίου στο εσωτερικό. Ουσιαστικά, δηλαδή, ο άνθρωπος ζει καθ'όλη τη ζωή του μέσα σε ένα ραδιενεργό περιβάλλον εξαιτίας όχι μόνον της τροφής του (φαγητό και νερό) και της αναπνοής του

αλλά απλά και μόνον λόγω της παραμονής του πάνω στη γη.

2. Ακτινοβολία από τεχνητές πηγές.

Οι ακτινοβολίες χρησιμοποιούνται σήμερα σε πολλούς τομείς που αναφέρονται ονομαστικά παρακάτω:

- (α) στην ιατρική,
- (β) στη βιομηχανία (π.χ. ραδιογραφίες, ακτινοβολητές για αποστείρωση υλικών, συσκευές για έλεγχο ποιοτικών παραμέτρων, κ.λ.π.),
- (γ) στην παραγωγή ενέργειας,
- (δ) στη γεωργία,
- (ε) στην έρευνα και την εκπαίδευση.

Η αρμόδια Αρχή για όλα τα ζητήματα που αφορούν στις ακτινοβολίες στην Ελλάδα, ιοντίζουσες και μη, είναι η Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ).¹ Οι αρμόδιοι διεθνείς οργανισμοί είναι οι International Atomic Energy Agency και η International Commission on Radiological Protection.^{2,3}

Η ΕΕΑΕ είναι υπεύθυνη για την αδειοδότηση κάθε εργαστηρίου που χρησιμοποιεί ακτινοβολίες, καθώς και για οποιοδήποτε

άλλο ζήτημα που αφορά σε αυτές. Από τα πρόσφατα στοιχεία της ΕΕΑΕ, αυτή τη στιγμή είναι εγκατεστημένοι 33 γραμμικοί επιταχυντές, 14 μονάδες κοβαλτίου, 8 πηγές βραχυθεραπείας υψηλού ή χαμηλού ρυθμού δόσης και 5 ακτινοθεραπευτικά μηχανήματα παραγωγής ακτίνων X σε διάφορα ακτινοθεραπευτικά Τμήματα των Νοσοκομείων ή κλινικών της χώρας. Επίσης λειτουργούν, 188 εργαστήρια πυρηνικής ιατρικής με 147 γ-κάμερες για διάφορα σπινθηρογραφήματα, 3 PET/CT μηχανήματα, 30 θάλαμοι παραμονής ασθενών στους οποίους έχουν χορηγηθεί ραδιοϊσότοπα για θεραπευτικούς σκοπούς και 60 εργαστήρια RIA (Rare Isotope Accelerator). Τέλος, υπάρχουν 1200 ακτινοδιαγνωστικά εργαστήρια με, 1800 ακτινολογικά μηχανήματα, 180 αξονικούς τομογράφους, 220 μαστογράφους και 60 μηχανήματα επεμβατικής ακτινολογίας και καρδιολογίας. Είναι φανερό ότι η συχνότητα των ακτινολογικών διαδικασιών είναι τόσο μεγάλη που όλοι οι εργαζόμενοι θα πρέπει

να ενημερωθούν σωστά και με ακρίβεια για τους κινδύνους από τα μηχανήματα αυτά.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Η έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία μπορεί να έχει άμεσα ή μακροπρόθεσμα βλαβερά αποτελέσματα στον ανθρώπινο οργανισμό. Για πολύ μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας, το αποτέλεσμα ενδέχεται να είναι η άμεση καταστροφή είτε κάποιων κυττάρων, είτε ολόκληρων οργάνων ή ακόμα και ολόκληρων συστημάτων του σώματος, γεγονός που ενδέχεται να οδηγήσει στο θάνατο του ανθρώπου. Είναι όμως σημαντικό να γνωρίζουμε ότι δόσεις που οδηγούν σε τέτοιου είδους άμεσων αποτελεσμάτων έχουν παρουσιασθεί μόνο σε μεγάλα ραδιολογικά ή πυρηνικά ατυχήματα και ποτέ κατά τη συνήθη χρήση ακτινολογικών μηχανημάτων για συνήθεις διαγνωστικές ακτινολογικές εξετάσεις. Άμεσα αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί και καταγραφεί επίσημα μόνον στις επεμβατικές πράξεις (αγγειοπλαστική, radiofrequency ablation, κ.λ.π.). Μάλιστα ο Αμερικανικός Οργανισμός Υγείας, Food and

Drug Administration (FDA), έχει συντάξει οδηγίες για την αποφυγή τέτοιων συμβάντων⁴ και έχει δημιουργήσει ένα αρχείο εθελοντικών καταγραφών τέτοιων αποτελεσμάτων κατά τις επεμβατικές πράξεις όπου έχουν μέχρι πρόσφατα καταγραφεί περίπου 100 περιστατικά με δερματικά ακτινολογικά τραύματα.⁵

Για σχετικά χαμηλές δόσεις ακτινοβολίας, μικρότερες από αυτές που οδηγούν σε άμεσα αποτελέσματα, υπάρχει στατιστικά η πιθανότητα μελλοντικής εμφάνισης καρκίνου, της οποίας το μέτρο είναι ανάλογο της δόσης. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ακόμα και ένα φωτόνιο υψηλής ενέργειας αυξάνει την πιθανότητα αυτή. Εκτός όμως από την πιθανότητα εμφάνισης κάποιας μορφής καρκίνου, μεγάλη σημασία έχουν οι βλάβες που προκαλούνται στο γενετικό του υλικό του κυττάρου, διότι αυτές συνδέονται τόσο με τη μεταβίβαση κληρονομικών ανωμαλιών στους απογόνους όσο και με τη διαδικασία της καρκινογένεσης. Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα, δείχνουν ότι οι ακτινοβολίες

συγκαταλέγονται ανάμεσα στους 4000 και πλέον καταγεγραμμένους καρκινογόνους παράγοντες, - κατά κανόνα χημικά και φαρμακευτικά προϊόντα της σύγχρονης τεχνολογίας - που υπονομεύουν καθημερινά τη ζωή μας.¹ Στην κλίμακα επικινδυνότητας, οι ακτινοβολίες κατατάσσονται στους σχετικά ήπιους καρκινογόνους παράγοντες.

Ο κίνδυνος βλάβης της υγείας ενός ατόμου μετά από έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία μετράται με τον όρο ενεργός δόση (E). Η E εξαρτάται από την απορροφούμενη ενέργεια, το είδος ακτινοβολίας και το είδος του ακτινοβολούμενου ιστού, ενώ η μονάδα μέτρησης της είναι το Sievert (Sv). Για να καταλάβει ο αναγνώστης σε απόλυτα μεγέθη τι δόση παίρνει ο άνθρωπος σε μία χώρα όπως στην Ελλάδα η οποία δεν είναι κοντά στους πόλους, όπου η δόση από την κοσμική ακτινοβολία είναι περισσότερη, θα αναφέρουμε τα παρακάτω νούμερα:

- Η μέση E που λαμβάνει ένας άνθρωπος από τεχνητές πηγές ραδιενέργειας είναι 0.31 mSv ετησίως. 1mSv είναι 0.001 Sv.

- Η μέση E που λαμβάνει ένας άνθρωπος από φυσικές πηγές ραδιενέργειας είναι 2.4 mSv ετησίως. Όπως φαίνεται από τις τιμές δόσεων η ακτινοβολία ετησίως από το περιβάλλον είναι περίπου 8 φορές μεγαλύτερη από τις τεχνητές πηγές.
- Η μέση E που λαμβάνει ένας άνθρωπος από μια τυπική ακτινογραφία θώρακος είναι περίπου 0.02 mSv. Άρα η μέση δόση από μία ακτινογραφία θώρακος είναι 120 φορές λιγότερη από τη αυτήν του περιβάλλοντος. Ο λόγος που επιλέχθηκε η ακτινογραφία θώρακος είναι διότι είναι η πιο συχνή διαγνωστική εξέταση.

ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Όπως είναι πλέον φανερό, η ακτινοβολία περιβάλλοντος είναι αρκετά σημαντική και όχι αμελητέα όπως νομίζει ο κοινός πληθυσμός και μάλιστα πολύ μεγαλύτερη από αυτήν που λαμβάνεται από τις τεχνητές πηγές. Επομένως πρέπει να γνωρίζουμε τους βασικούς κανόνες προστασίας από τις επιβλαβείς ακτινοβολίες, η

αλλιώς της ακτινοπροστασίας. Αντικείμενο λοιπόν της ακτινοπροστασίας είναι η παροχή υψηλής ασφάλειας στα άτομα που εκτίθενται σε ιοντίζουσες ακτινοβολίες (εργαζόμενοι και κοινό), με παράλληλη επιδίωξη να διατηρηθούν τα οφέλη που προκύπτουν από τη χρήση τους.

¹ Το πρόγραμμα που εφαρμόζει ένα κράτος στο πλαίσιο του συστήματος ακτινοπροστασίας βασίζεται στις ακόλουθες τρεις αρχές:

1. Αρχή της αιτιολόγησης: κάθε εφαρμογή που ενέχει έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία, πρέπει να αποφέρει ικανοποιητικό όφελος στα εκτιθέμενα άτομα ή στο κοινωνικό σύνολο, έτσι ώστε να αντισταθμίζεται η πιθανή βλάβη την οποία αυτή μπορεί να προκαλέσει.

2. Αρχή της βελτιστοποίησης: όλες οι πηγές και τα μηχανήματα παραγωγής ακτινοβολιών πρέπει να προσφέρουν κάτω από τις επικρατούσες συνθήκες λειτουργίας τους, την καλύτερη δυνατή προστασία και ασφάλεια, έτσι ώστε το μέτρο της ενεχόμενης έκθεσης, η πιθανότητα μη αναμενόμενης έκθεσης και ο αριθμός των εκτιθεμένων ατόμων, να είναι τόσο μικρά όσον αυτό είναι λογικά εφικτό,

λαμβάνοντας υπόψη οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

3. Αρχή των ορίων δόσεων: Οι ατομικές εκθέσεις σε ακτινοβολία, οι οφειλόμενες στο σύνολο των πηγών στα πλαίσια των εγκεκριμένων πρακτικών, πρέπει να υπόκεινται σε όρια δόσεων ή όρια κινδύνων, η υπέρβαση των οποίων θεωρείται μη αποδεκτή.

Οι κανόνες που διέπουν τη χρήση πάσης φύσεως ιοντίζουσας ακτινοβολίας στην Ελλάδα ενσωματώνονται στις παραγράφους του Κανονισμού Ακτινοπροστασίας, όπου αναφέρονται λεπτομερώς πώς πρέπει να κατασκευαστεί ένα εργαστήριο που θα κάνει χρήση τέτοιων μηχανημάτων, το προσωπικό και τον εξοπλισμό που θα πρέπει να διαθέτει⁶. Σύμφωνα επίσης με τον Κανονισμό Ακτινοπροστασίας⁶ η ατομική δοσιμέτρηση των επαγγελματικά εκτιθέμενων κατηγορίας Α (δηλαδή οι εργαζόμενοι αυτοί που ενδέχεται να υπερβούν τα 3/10 των ορίων δόσεων) είναι υποχρεωτική, ενώ συστήνεται για αυτούς της κατηγορίας Β (δεν ενδέχεται να υπερβούν τα 3/10 των ορίων δόσεων). Το ανώτερο όριο της

Ε που μπορεί να λαμβάνει ένας εργαζόμενος κατηγορίας Α είναι τα 20 mSv το χρόνο, ενώ για τον κοινό πληθυσμό το αντίστοιχο όριο είναι 1mSv, όπως αυτή τη στιγμή αναγράφονται στον Κανονισμό⁶. Οι εργαζόμενοι με ακτινοβολίες δεν πρέπει να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από την άσκηση των καθηκόντων τους σε σχέση με τους κινδύνους άλλων επαγγελμάτων.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι της Ακτινοπροστασίας λαμβάνονται μέτρα τα οποία εξειδικεύονται ανάλογα με την πηγή της ionτίζουσας ακτινοβολίας. Αυτά αφορούν τόσο στον τρόπο κατασκευής των μηχανημάτων (όπως μεταξύ άλλων η θωράκιση λυχνίας) όσο και στον τρόπο λειτουργίας τους (θωράκιση χώρων, ποιοτικός έλεγχος, εκπαίδευση των χειριστών, χρήση ποδιάς, κολάρου κλπ.). Όλο το επιστημονικό, τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό που συμμετέχει στην άσκηση μιας οποιασδήποτε πρακτικής η οποία εγκυμονεί κίνδυνο από ionτίζουσες ακτινοβολίες πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και να συμβάλει στην εφαρμογή των κανονισμών

ακτινοπροστασίας. Η ΕΕΑΕ παρέχει εκπαίδευση στην ακτινοπροστασία στο βοηθητικό, τεχνολογικό, τεχνικό και επιστημονικό προσωπικό που απασχολείται στους διάφορους κλάδους των πυρηνικών Επιστημών.

Θα πρέπει επίσης να αναφέρουμε ότι οι συνήθεις ποδιές ακτινοπροστασίας και τα κολάρα θυρεοειδούς απορροφούν περίπου το 90% της ακτινοβολίας που δέχεται δευτερογενώς ο εργαζόμενος, ενώ αν μεσολαβεί θωράκιση από μολύβι ή άλλα υλικά η έκθεση των εργαζόμενων είναι μηδαμινή. Όταν δεν υπάρχει θωράκιση η δευτερογενής ακτινοβολία στο 1 m από τον ασθενή είναι χονδρικά 0.15 % της δόσης του ασθενή. Έτσι, όσο λιγότερη ακτινοβολία δέχεται ο ασθενής τόσο λιγότερο ακτινοβολείται και το προσωπικό που είναι εντός του ακτινολογικού θαλάμου.

Υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία πολλαπλές δημοσιεύσεις που αφορούν στη δόση της ακτινοβολίας που λαμβάνει το προσωπικό κατά τη διενέργεια ακτινολογικών εξετάσεων.

Φαίνεται ότι οι δόσεις είναι μεγαλύτερες ιδιαίτερα στις επεμβατικές πράξεις που χρησιμοποιούνται ακτίνες Χ, όπως οι αγγειογραφίες, οι στεφανιογραφίες, και η ενδοσκοπική παλίνδρομος χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP).^{7,8,9} Όλοι οι ειδικοί συμφωνούν, ότι απαιτείται λεπτομερής τήρηση των κανόνων ασφαλείας, χρήση των ακτινοπροστατευτικών μέσων και διαρκής εκπαίδευση του προσωπικού, ώστε να εξασφαλίζεται η χαμηλότερη δυνατή δόση για τους εργαζόμενους σε χώρους ακτινοβολίας.¹⁰ Γεγονός ωστόσο είναι ότι οι δόσεις που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι σήμερα είναι πολύ χαμηλότερες από τα παλαιότερα χρόνια, όπου οι επιδράσεις της ιοντίζουσας ακτινοβολίας δεν ήταν γνωστές και δεν υπήρχαν μέτρα ακτινοπροστασίας.¹¹ Επίσης υπάρχουν ειδικά άρθρα και διατάξεις που ορίζουν τους κανόνες ασφαλείας για γυναίκες εργαζόμενες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης με βάση δεδομένα δοσιμέτρησης.^{12,13} Ιδιαίτερα για το νοσηλευτικό προσωπικό τονίζεται η ανάγκη διαρκούς ενημέρωσης και συνεργασίας

για τη διασφάλιση κατάλληλων συνθηκών εργασίας και προάσπισης της υγείας.¹⁴

ΑΤΟΜΙΚΗ ΔΟΣΙΜΕΤΡΗΣΗ

Η ατομική δοσιμέτρηση των επαγγελματικά εκτιθέμενων σε ιοντίζουσες ακτινοβολίες και η τήρηση του Εθνικού Αρχείου Δόσεων πραγματοποιείται από τα εξειδικευμένα εργαστήρια της Ελληνικής επιτροπής Ατομικής ενέργειας. Η δοσιμέτρηση γίνεται με το ατομικό δοσίμετρο, μία μικρή συσκευή που συνήθως τοποθετείται στο ύψος του στήθους και χρησιμοποιείται για την καταγραφή της δόσης που δέχεται ο εργαζόμενος (εικόνα 2).



Εικόνα 2: ατομικό δοσίμετρο τύπου TLD

Τα δοσίμετρα που χρησιμοποιούνται για τη δοσιμέτρηση του προσωπικού στην Ελλάδα είναι τα δοσίμετρα θερμοφωταύγειας (TLD). Τα προσωπικά δοσίμετρα φοριούνται έξω από τη ακτινοπροστατευτική μπλούζα καθώς θέλουμε να εκτιμηθεί η μέγιστη πιθανή έκθεση των ακάλυπτων τμημάτων του σώματος. Δοσίμετρο κάτω από τη μπλούζα ή σε άλλα σημεία του σώματος (π.χ. στα χέρια) χρησιμοποιείται μόνο σε περιπτώσεις που οι δόσεις είναι αρκετά μεγάλες και χρειάζεται να εκτιμηθεί η πραγματική δόση στα κρίσιμα όργανα ή στα άκρα που σε πολλές περιπτώσεις ενδέχεται να ακτινοβολούνται πολύ περισσότερο από ότι ο κορμός.

Σκοπός της ατομικής δοσιμέτρησης είναι η εκτίμηση της ενεργού ισοδύναμης δόσης για τον έλεγχο και τη μείωση της δόσης ακτινοβολίας στους εργαζόμενους, τη βελτίωση των πρακτικών και μεθόδων που χρησιμοποιούνται σε διάφορες εφαρμογές και την παρακολούθηση των συστημάτων ακτινοπροστασίας. Επίσης αποτελεί ένα μέσο

πληροφόρησης της δόσης σε περίπτωση ατυχήματος.

Τα δοσίμετρα χορηγούνται κάθε μήνα από την ΕΕΑΕ. Τα αποτελέσματα ανακοινώνονται εγγράφως με ειδικά έντυπα. Το έντυπο αυτό αναφέρει επίσης τη συνολική ετήσια δόση αθροιστικά για κάθε εργαζόμενο. Για τη χορήγηση δοσιμέτρου σε κάποιον εργαζόμενο, επαγγελματικά εκτιθέμενο σε ιοντίζουσες ακτινοβολίες θα πρέπει να συμπληρωθεί «αίτηση έναρξης ατομικής δοσιμέτρησης» που περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με τον εργαζόμενο. Τα κριτήρια για την έγκριση μιας αίτησης είναι καταρχήν η ορθή συμπλήρωση της με τα πλήρη στοιχεία του εργαζομένου, η ηλικία του (πάνω από 18 ετών) και η αναγκαιότητα δοσιμέτρησης του εργαζόμενου σύμφωνα με την ειδικότητά του και την περιγραφή των αρμοδιοτήτων του.

Θα πρέπει τέλος να επισημανθεί ότι το δοσίμετρο δεν προστατεύει, απλώς καταγράφει τη δόση που δέχεται ο εργαζόμενος.

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ**ΑΚΤΙΝΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

Πέρα από τους κανόνες ακτινοπροστασίας υπάρχουν και ορισμένες πρακτικές συμβουλές για όσους εργαζόμενους ενδέχεται να βρίσκονται σε περιβάλλον που μπορεί να χρησιμοποιηθεί μηχάνημα ακτίνων X.

1. **Απόσταση:** Όσο πιο μακριά βρισκόμαστε από την πηγή ακτινοβολίας τόσο πιο ασφαλείς είμαστε.
2. **Χρόνος:** Όσο λιγότερο χρόνο διαρκεί η ακτινοβολήση τόσο μικρότερη δόση λαμβάνει τόσο ο ασθενής αλλά και το προσωπικό που βρίσκεται κοντά.
3. **Εξαρτήματα ακτινοπροστασίας:** Εάν υπάρχει ανάγκη για προστατευτικά πετάσματα, όπως στη περίπτωση μεγάλου αριθμού ακτινολογικών εξετάσεων, θα πρέπει να στεκόμαστε πίσω από αυτά.

Ακτινοφυσικός ιατρικής: Σε κάθε κλινική ή Νοσοκομείο, συνήθως εργάζεται ένας

τουλάχιστον ακτινοφυσικός ιατρικής είτε με πλήρη είτε με μερική απασχόληση. Κάθε εργαζόμενος με απορίες ως προς μια ακτινολογική διαδικασία ή για οποιοδήποτε θέμα που αφορά στις ιοντίζουσες ακτινοβολίες και τη χρήση αυτών, θα πρέπει να απευθύνεται στον ακτινοφυσικό ιατρικής που είναι ο αρμόδιος για τέτοια ζητήματα. Όπως άλλωστε ορίζεται στον Κανονισμό Ακτινοπροστασίας⁶, ο ακτινοφυσικός παρέχει συμβουλές ακτινοπροστασίας και έχει την ευθύνη για την τήρηση των Κανονισμών⁶ και την επιμόρφωση και εκπαίδευση των εργαζομένων ως προς την ακτινοπροστασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Διαθέσιμη πηγή διαδικτύου : www.eeae.gr
2. Διαθέσιμη πηγή διαδικτύου : www.iaea.org
3. Διαθέσιμη πηγή διαδικτύου : www.icrp.org
4. FDA. FDA Public Health Advisory: Avoidance of serious X-ray-induced skin injuries to patients during fluoroscopically guided procedures; 1994.
5. Balter S, Moses J. Managing patient dose in Interventional Cardiology. Cath Card Inter 2007; 70: 244-249.
6. Κανονισμός Ακτινοπροστασίας Υπ.Απ. 1014 (ΦΟΡ) 94, ΦΕΚ 216/Β, 6/3/01.
7. Morrish OW, Goldstone KE. An investigation into patient and staff doses from X-ray angiography during coronary interventional procedures. Br J Radiol. 2008 Jan; 81(961):35-45.
8. Shortt CP, Al-Hashimi H, Malone L, Lee MJ. Staff radiation doses to the lower extremities in interventional radiology. Cardiovasc Intervent Radiol. 2007 Nov-Dec; 30(6):1206-9.
9. Naidu LS, Singhal S, Preece DE, Vohrah A, Loft DE. Radiation exposure to personnel

- performing endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Postgrad Med J.* 2005 ;81(960):660-2.
10. Covens P, Berus D, Buls N, Clerinx P, Vanhavere F. Personal dose monitoring in hospitals: global assessment, critical applications and future needs. *Radiat Prot Dosimetry.* 2007; 124(3):250-9.
11. Kotre CJ, Little BG. Patient and staff radiation doses from early radiological examinations (1899-1902). *Br J Radiol.* 2006;79(946):837-42.
12. Osei EK, Kotre CJ. Equivalent dose to the fetus from occupational exposure of pregnant staff in diagnostic radiology. *Br J Radiol.* 2001 ;74(883):629-37.
13. Damilakis J, Perisinakis K, Theocharopoulos N, Tzedakis A, Manios E, Vardas P, Gourtsoyiannis N. Anticipation of radiation dose to the conceptus from occupational exposure of pregnant staff during fluoroscopically guided electrophysiological procedures. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2005;16(7):773-80.
14. Jankowski CB. Radiation protection for nurses. Regulations and guidelines. *J Nurs Adm.* 1992;22(2):30-4.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αποκατάσταση ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Γιαβασόπουλος Ευάγγελος¹, Γουρνή Παρασκευή²

3. Νοσηλευτής ΤΕ, Αναπληρωτής Προϊστάμενος Τμήματος Αναισθησιολογίας & Ιατρείου Πόνου
«ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» Γ.Ν.ΑΤΤΙΚΗΣ

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη στο Γραφείο Νοσηλευτικής Διεύθυνσης
« ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αποκατάσταση ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, αποσκοπεί στη διαχείριση των συνεπειών της ασθένειας. Ως γνωστό, καμία φαρμακευτική αγωγή δεν οδηγεί προς το παρόν στη μακροπρόθεσμη απαλλαγή των συνεπειών της νόσου για τον καθένα που πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα (Ρ.Α.). Κατά συνέπεια, οι πάσχοντες βιώνουν σωματικές, ψυχολογικές, λειτουργικές, και κοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειας.

Σκοπός του παρόντος άρθρου ήταν να μελετήσει το ρόλο της αποκατάστασης ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλάμβανε ανασκόπηση μελετών που εκπονήθηκαν σε διεθνές επίπεδο και αναφέρονταν στη αποκατάσταση ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των μελετών υποστηρίζει, ότι η αποκατάσταση των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα αποτελεί προτεραιότητα. Η σημασία της έγκαιρης παροχής φροντίδας από ομάδα ειδικών στην αντιμετώπιση των ρευματικών νοσημάτων, στην εκπαίδευση των ασθενών, στην προαγωγή της αυτο-διαχείρισης, και την αποτελεσματικότητα των ενδεδειγμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων της διεπιστημονικής ομάδας.

Συμπεράσματα: Οι πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα θα μπορούσαν να ωφεληθούν σημαντικά από την εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης. Για την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας, θα πρέπει οι υπηρεσίες και τα πρότυπα αποκατάστασης να βασίζονται στα πλέον έγκριτα δεδομένα.

Λέξεις-Κλειδιά: Αποκατάσταση, Ρευματοειδής Αρθρίτις, Αποδείξεις- βασισμένη σε εφαρμογές.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ευάγγελος Κ. Γιαβασόπουλος,
Γυθείου 05 Δάσος Χαϊδαρίου,
Τ.Κ.12462 Αττική
ΤΗΛ.:210-5811889
E-mail : egiavass@otenet.gr

REVIEW

Rehabilitation in patients with Rheumatoid Arthritis

Giavasopoulos Evaggelos¹, Gourni Paraskevi²

3. RN, Associate Head of Nursing Anesthesiology Department & Pain Therapy "SISMANOGLEIO" General State Hospital of ATHENS

2. RN, Associate Head Nurse in Nursing Director's Office "PAMMAKARISTOS" General State Hospital of ATHENS, Greece

ABSTRACT

Rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis aims to the management of the consequences of disease. It is widely accepted that, no drug therapy at present leads to long-term remission for everyone with rheumatoid arthritis (R.A.). Consequently, patients experience physical, psychological, functional, social and role negative effects of the disease.

AIM : The aim of the present article was to evaluate the role of rehabilitation to patients with rheumatoid arthritis

Method and material: The methodology followed included review of studies which were related to rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis

Results : The majority of the studies claims that rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis, is a matter of primary importance. The importance of early provision of specialist rheumatology care, patient education and promotion of self- management; and the evidence for the effectiveness of therapeutic interventions and multidisciplinary care.

Conclusions : Individuals who suffer from rheumatoid arthritis can derive significant benefits from rehabilitation programmes. To provide best care, rehabilitation standards and services should be based on the best available evidence.

KEYS WORDS: Rehabilitation, Rheumatoid Arthritis, evidence- based practise.

CORRESPONDING AUTHOR

E.K. Giavasopoulos,

5 Gythiou Street, Gr 12462

Chaidari, Greece,

Tel : +030 2105811889

E-mail : egiavass@otenet.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ρευματοπάθειες αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αιτίες νόσησης στη ζωή των ενηλίκων, λόγω των αυτοάνοσων διαταραχών που προκαλούν στον ανθρώπινο οργανισμό.

Σύμφωνα με πρόσφατη περιγραφική επιδημιολογική μελέτη που εκπονήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών (Η μελέτη ESORDIG) αποδεικνύεται ότι ένας στους τέσσερις ενήλικες πάσχουν από ενεργό ή χρόνια ρευματικό νόσημα σε ύφεση.¹

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (Ρ.Α.) αποτελεί κύριο εκπρόσωπο των παραπάνω νοσημάτων. Πρωταρχικοί παράγοντες, που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην αποκατάσταση ατόμων με ρευματικά νοσήματα, αποτελούν ο περιορισμός της κινητικότητας και ο περιορισμός της δραστηριότητας. Η αποκατάσταση χρησιμοποιεί όλες τις μεθόδους και τα τεχνολογικά μέσα διόρθωσης των βλαβών, με έμφαση στη διατήρηση και αποκατάσταση της λειτουργίας. Ο ρευματολόγος αποτελεί τον καθοδηγητή και συντονιστή μιας πολυσύνθετης ομάδας, που χρησιμοποιεί φαρμακευτικές, χειρουργικές, ψυχολογικές και φυσικές θεραπείες. Ένα πρόγραμμα του είδους αυτού μπορεί να οδηγήσει σε επιτυχία τη λειτουργική αποκατάσταση του ασθενούς, ακόμη και χωρίς έλεγχο της εξεργασίας της ρευματικής νόσου.²

Στη πλειονότητα τους τα ρευματικά νοσήματα αντιμετωπίζονται σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συνιστούν δε συχνά κύρια αιτία αναπηρίας σε άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών, μιας και προσβάλλουν περισσότερο τις πλέον παραγωγικές ομάδες του πληθυσμού.³

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΟΥ ΤΩΝ ΟΡΩΝ ΒΛΑΒΗ, ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟΤΗΤΑ

Για να προσφέρει πρότυπα στην ταξινόμηση της ανικανότητας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εξέδωσε την έκδοση "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps" (ICIDH) το 1980. Η αναφορά αυτή αποτέλεσε μια προσπάθεια κατανόησης και ταξινόμησης των καταστάσεων, που ζουν τα άτομα με χρόνιες νόσους. Τη βάση της ταξινόμησης αποτέλεσε το γεγονός ότι μια κατάσταση, που επηρεάζει την υγεία (δηλαδή νόσος ή διαταραχή), πιθανόν να προκαλέσει βλάβη, ανικανότητα ή αναπηρία και ότι αυτές οι τρεις καταστάσεις σχετίζονται μεταξύ τους. Το 1988 ο ΠΟΥ παρουσίασε την έκδοση ICIDH-2 ("International Classification of Impairments, Activities and Participation"). Πρόθεσή του ήταν να χρησιμοποιήσει μια ουδέτερη ορολογία, να συμπεριλάβει περιβαλλοντικούς παράγοντες και να προσφέρει ένα κοινωνικό πρότυπο κατεύθυνσης. Η βλάβη παραμένει όπως ήταν, αλλά η ανικανότητα (disability) αντικαταστάθηκε από την δραστηριότητα (activity) και η αναπηρία (handicap) από τη συμμετοχικότητα (participation). Με την αναθεώρηση αυτή, μια πάθηση πιθανόν να προέλθει από τη βλάβη, που επηρεάζει τη δραστηριότητα και τη συμμετοχικότητα, με τους τρεις αυτούς παράγοντες να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Ως δραστηριότητα ορίστηκε το λειτουργικό επίπεδο του ατόμου, που μπορεί να περιορισθεί ως προς τη φύση του, τη διάρκεια και την ποιότητα. Ως συμμετοχικότητα ορίστηκε η εμπλοκή σε διάφορες διαδικασίες της ζωής σε συνάρτηση με βλάβες, δραστηριότητες, καταστάσεις υγείας και συναφείς παράγοντες. Σε αυτήν την καινούργια ταξινόμηση ο περιορισμός της δραστηριότητας εξισούται με την ανικανότητα και ο περιορισμός της συμμετοχικότητας με την αναπηρία. Η βλάβη συμβαίνει στο επίπεδο του σώματος, η δραστηριότητα στο επίπεδο ολόκληρης

της υπόστασης του ατόμου και η συμμετοχικότητα στο επίπεδο της κοινωνίας. Παραδείγματα καταστάσεων λειτουργικής προσβολής, που προκαλεί η ρευματική νόσος, δίνονται στον **Πίνακα 1**. Στο ICIDH-2 πρότυπο, η φαρμακευτική και χειρουργική θεραπεία προσανα-τολίζονται στην αντιμετώπιση της βλάβης και οι θεραπείες αποκατάστασης στον περιορισμό της δραστηριότητας. Η δημόσια εκπαίδευση, η νομοθεσία και ο συνολικός αρχιτεκτονικός σχεδιασμός θα πρέπει να βελτιώνουν την περιορισμένη συμμετοχικότητα των ατόμων με ανικανότητα.^{3,4}

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Μια ολιστική προσέγγιση υγείας, που στοχεύει στην καλύτερη λειτουργία του ασθενούς, θα πρέπει να εστιάζεται όχι μόνο στην ύφεση ή απουσία της υποκείμενης ρευματικής νόσου, αλλά να παίρνει επίσης υπόψη της το άτομο ως σύνολο, ως λειτουργικό άτομο. Κεντρική θέση στην προσέγγιση αυτή έχει η συμμετοχή του ασθενούς με τις φυσικές, ψυχολογικές, κοινοτικές και κοινωνικές πλευρές της υγείας και του αισθήματος της ευεξίας.^{5,6,7}

Η δυνατότητα προσέγγισης του ασθενή από ομάδα ειδικών πολλών ειδικοτήτων, βοηθά στην επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων. Στο νοσοκομείο, η ομάδα αυτή μπορεί να αποτελείται από ένα ρευματολόγο ως καθοδηγητή, εργοθεραπευτές και φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές αποκατάστασης και ορθοπαιδικούς χειρουργούς. Αναπόσπαστο μέρος της ομάδας αυτής αποτελεί ο ίδιος ο ασθενής, ο οποίος πρέπει να αποδέχεται την υπευθυνότητα επιλογής και επίτευξης ρεαλιστικών στόχων. Στην πρώιμη νόσο και σε ασθενείς που παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση, πιθανόν να μη χρειαστεί να συμπεριληφθούν όλες οι ειδικότητες της ομάδας αποκατάστασης. Ωστόσο απαιτείται η εμπειρία της ομάδας σε επιπλακείσα,

προχωρημένη νόσο, όταν ο ασθενής πιθανόν να έρθει αντιμέτωπος με επιμέρους στοιχεία της νόσου, προβλήματα κινητικότητας, προσβολή των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, ανάπτυξη κατάθλιψης, απώλεια επαγγέλματος και κοινωνικής ασφάλισης. Ο καθοδηγητής της ομάδας αποκατάστασης επιλέγει τις κατάλληλες συμβουλευτικές παρεμβάσεις καθώς αναδύονται τα προβλήματα, επιβεβαιώνει την ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας και καθοδηγεί τον ασθενή σε στόχους ρεαλιστικούς.^{5,6,7}

Η αποκατάσταση θα πρέπει να αρχίζει με την πρώτη επίσκεψη του ασθενούς στον ιατρό και να επεκτείνεται σε όλη τη διάρκεια της πορείας της νόσου.

Στη διάρκεια της πρώιμης νόσου ο ιατρός μπορεί να τοποθετήσει τα περισσότερα λειτουργικά προβλήματα με προσοχή σε ότι αφορά την φαρμακευτική αγωγή.⁷

Η αποκατάσταση μπορεί να γίνει στο γραφείο του ιατρού και με παραπομπή στον κατάλληλο θεραπευτή, π.χ. για προβλήματα κινητικότητας σε φυσιοθεραπευτή, για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε εργοθεραπευτή και για ψυχολογικά προβλήματα σε ψυχολόγο. Για περισσότερο προχωρημένη νόσο, ένα βραχύχρονο πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να προσφέρει περισσότερο έντονη καθημερινή δραστηριότητα. Η καθημερινή παρατήρηση του ασθενούς θα επιτρέψει την προσαρμογή των φαρμακευτικών και φυσιοθεραπευτικών προγραμμάτων.

Στις ΗΠΑ οι επονομαζόμενες «διαγνωστικά σχετιζόμενες ομάδες» (DRGs: diagnostic related groups) διευθύνουν το κάθε φορά εφαρμοζόμενο σύστημα ιατρικής φροντίδας και καθορίζουν την αποζημίωση. Το σύστημα αυτό σχεδιάστηκε προκειμένου να ελαττώσει το κόστος φροντίδας στις ΗΠΑ και φάνηκε να το επιτυγχάνει. Σε οξεία νόσηση μειώθηκαν τόσο οι αποζημιώσεις όσο και το κόστος παροχής φροντίδας υγείας. Προκειμένου για αποκατάσταση που αφορά νοσηλευόμενους ασθενείς, αυτή δεν καθορίζεται από το σύστημα των DRGs,

αντανακλά όμως την τάση μείωσης των ημερών νοσηλείας. Προς το παρόν νοσηλεία απαιτείται για ασθενείς με την περισσότερο προχωρημένη ρευματοπάθεια και εντονότερο τον περιορισμό της λειτουργικής ικανότητας.⁷

Οι κανόνες του ασφαλιστικού φορέα Medicare υπαγορεύουν τις απαιτήσεις για νοσηλεία και απαιτούν να υποβάλλονται σε αποκατάσταση ως νοσηλευόμενοι μόνο οι ασθενείς με περιορισμό των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και της κινητικότητας, οι οποίοι δεν απαντούν στη θεραπεία σε εξωτερική βάση. Η νόσος πρέπει να είναι επαρκώς σοβαρή προκειμένου να απαιτήσει καθημερινή παρακολούθηση από έναν ιατρό και άλλους επαγγελματίες υγείας. Πρέπει να προσφέρεται τρεις ώρες καθημερινής θεραπείας από δύο μείζονες πλευρές του προγράμματος αποκατάστασης, όπως φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία ή λογοθεραπεία. Στη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο μπορεί να προσφερθούν κοινωνικές υπηρεσίες και ψυχολογική αποκατάσταση, οι οποίες πιθανόν να συνεισφέρουν στην απαιτούμενη καθημερινή θεραπεία χωρίς να θεωρούνται μείζονες θεραπευτικές τεχνικές.

Μια μεταβατική μονάδα ενδονοσοκομειακής φροντίδας ή υποστήριξη από εξειδικευμένους νοσηλευτές μπορεί να χρησιμοποιηθεί για άτομα, που εμφανίζουν σημαντικά λειτουργικά προβλήματα και απαιτούν κάποια θεραπευτική παρέμβαση για μία ώρα την ημέρα και όχι τρεις ώρες καθημερινής θεραπείας. Το παραπάνω θα πρέπει να εφαρμόζεται και προκειμένου για ασθενείς, που εμφανίζουν μικρότερη ανικανότητα, αλλά απαιτούν εκπαιδευμένους νοσηλευτές και λειτουργική εκπαίδευση (π.χ. για πρόγραμμα ενδυνάμωσης και εκπαίδευση βάδισης μετά εγχείρηση ολικής αρθροπλαστικής ισχίου). Σκοπός των προγραμμάτων για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς αποτελεί η διατήρηση του προγράμματος αποκατάστασης από τους ίδιους τους ασθενείς στο περιβάλλον του σπιτιού τους.⁸

Κλινικές μελέτες έδειξαν ευνοϊκή ανταπόκριση στην φροντίδα από την σύνθετη ομάδα αποκατάστασης συγκριτικά με την φροντίδα, που προσφέρεται περιοδικά σε εξωτερική βάση. Για ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) η βελτίωση από την αποκατάσταση εσωτερικών ασθενών διατηρήθηκε ως δύο χρόνια αργότερα.

Οι μεγαλύτερες μεταβολές παρατηρήθηκαν δύο εβδομάδες από την έξοδό τους, οπότε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση του αρθρικού δείκτη Ritchie, του αριθμού των οίδηματωδών αρθρώσεων, της δραστηριότητας της νόσου με οπτική αναλογική κλίμακα (VAS: visual analogue scale), της εκτίμησης του πόνου με τη VAS και της συνολικής αξιολόγησης από το γιατρό. Στις τέσσερις εβδομάδες το 18% των ασθενών, που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση ως εσωτερικοί ασθενείς, πέτυχαν βελτίωση που εκτιμήθηκε ως 20% σύμφωνα με τα κριτήρια του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας [American College of Rheumatology (ACR 20)] ή καλύτερο επίπεδο σύμφωνα πάλι με ότι καθορίζεται το ACR κάτι που δεν πέτυχε κανείς ασθενής που αντιμετωπίστηκε σε εξωτερική βάση. Ένα έτος μετά την θεραπεία η δραστηριότητα της νόσου όπως αξιολογήθηκε με VAS παρέμεινε στατιστικά σημαντικά χαμηλή στην ομάδα των ασθενών, που αντιμετωπίστηκαν ως εσωτερικοί ασθενείς, και η επιτυχία του ACR 20 έφθασε το 46% στην ομάδα των εσωτερικών και 23% στην ομάδα των εξωτερικών ασθενών.⁹

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Επιπλέον του συνήθους ιστορικού και της φυσικής εξέτασης χρειάζεται μια αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς. Η πληροφορία αυτή επιτυγχάνεται καλύτερα με έμμεσες ερωτήσεις, όπως «πως η αρθρίτιδά σας επηρεάζει τη ζωή σας», ή «περιγράψτε μου τι κάνετε μια συνήθη ημέρα σας». Τέτοιες ερωτήσεις δίνουν στον ασθενή την ευκαιρία να συσχετίσει τη διαταραχή της λειτουργικής ικανότητάς του

με τις σημαντικές γι' αυτόν δραστηριότητες. Ο ασθενής και η ομάδα παροχής φροντίδας υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν την πληροφορία αυτή προκειμένου να καθοριστούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Όλα τα μέλη της ομάδας πρέπει να έχουν πολύπλευρη ειδική πληροφόρηση. Οι ασθενείς θα πρέπει να απαντήσουν σχετικά με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων αυτών που αφορούν την περιποίηση και υγιεινή (τουαλέτα) του σώματος, τον τρόπο που ετοιμάζει και λαμβάνει την τροφή, τις μεταφορές και την χρήση βοηθητικών για αυτές μέσων, τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες, όπως τα «χόμπι» του και τις δραστηριότητες τις σχετιζόμενες με το επάγγελμα και την περιποίηση του σπιτιού. Η ικανότητα εκτέλεσης των δραστηριοτήτων, που σχετίζονται με την καθημερινή ζωή, μπορεί να προσδιορίσουν την κατάσταση του ασθενούς ως ανεξαρτήτου, ως έχοντα ανάγκη επίβλεψης/βοήθειας ή ως ανίκανο να εκτελέσει τις δραστηριότητες αυτές. Η ικανότητα να ενδυθεί ο ασθενής διαιρείται παραπέρα σε ικανότητα που αφορά την ένδυση του ανώτερου και του κατώτερου τμήματος του σώματος.¹⁰

Ο εργοθεραπευτής θα αναφέρει τη λειτουργία ειδικά της άκρας χειρός και των άνω άκρων, στην οποία συμπεριλαμβάνονται η ικανότητα σύλληψης, η δύναμη και ακρίβεια της σύλληψης με τον αντίχειρα και το δείκτη (σαν τσιμπίδα), ο χειρισμός δισκίων και σύλληψης κυλινδρικού σχήματος αντικειμένων. Ο φυσιοθεραπευτής θα αναφέρει δραστηριότητες, που έχουν να κάνουν με την ένδυση του κορμού και τις λειτουργίες και την κινητικότητα των κάτω άκρων, όπως η ικανότητα να ξαπλώνει πρηνής ή στο πλάγιο, να γυρίζει από το ένα πλάγιο του σώματος στο αντίθετο, να σηκώνεται από ανάσκελα στην καθιστή θέση, να κινείται από την καθιστή στην όρθια θέση, να μετακινηθεί και να ανεβαίνει σκαλοπάτια. Η μετακίνηση μπορεί να διαιρεθεί ανάλογα με το αν αυτή αφορά το χώρο του σπιτιού ή της

κοινότητας, καθώς και το αν απαιτεί ή όχι βοηθητικά μέσα ή αναπηρικά αμαξίδια.

Λόγω του ότι οι ρευματοπάθειες προκαλούν προβλήματα, που σχετίζονται πρώτιστα με την κινητικότητα, τη μυϊκή ισχύ και το εύρος κίνησης των αρθρώσεων, θα πρέπει η φυσική εξέταση θα πρέπει να κατευθύνεται στην αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς. Η δοκιμασία με τη βοήθεια των χειρών του εξεταστή αποτελεί ένα συνήθη τρόπο μέτρησης της μυϊκής ισχύος (**Πίνακας 2**).

Η μυϊκή ικανότητα βαθμολογείται σε κλίμακα 0-5, από μη κινητική δραστηριότητα ως φυσιολογική μυϊκή ισχύς. Η αξιολόγηση της φυσιολογικής ισχύος ποικίλλει, εξαρτώμενη από το φύλο, τις σωματικές διαστάσεις των ασθενών και την κατάσταση εκγύμνασής τους. Λόγω του ότι τα άτομα με φυσιολογική μυϊκή ισχύ μπορεί να χάσουν σημαντικό ποσό της κινητικής τους λειτουργίας πριν αυτό γίνει αντιληπτό από τον εξεταστή, το εύρος κίνησης πρέπει να μετριέται με τη βοήθεια γωνιομέτρων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην αξιολόγηση του άξονα του μέλους που αξιολογείται, την παρουσία συγκάμψεων, αστάθειας αρθρώσεων και παραμορφώσεων.

Υπάρχουν πολλαπλοί τρόποι καταγραφής της μακροπρόθεσμης λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς. Η συνηθέστερη μέθοδος, που χρησιμοποιείται από την κοινότητα ρευματολόγων, είναι η λειτουργική ταξινόμηση του ACR, που ομαδοποιεί τους ασθενείς με βάση τη βαθμολογική κλίμακα.^{10,11}

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος αποτελεί σύνηθες κυρίαρχο ενόχλημα και αιτία έλλειψης δραστηριότητας και απωλειών λειτουργικής ικανότητας σε ασθενείς με ρευματική νόσο. Η συνεργασία και η επιτυχία της αποκατάστασης δεν μπορεί να επιτευχθούν αν οι ασθενείς πονούν. Ο έλεγχος της νόσου με τυπικά θεραπευτικά σχήματα αποτελεί

μερικές φορές τον περισσότερο αποτελεσματικό τρόπο ελέγχου του πόνου και βελτίωσης των δραστηριοτήτων. Συμπληρωματική χρήση ενδοαρθρικής έγχυσης γλυκορτικοειδών σε επίμονη προσβολή αρθρώσεων μπορεί να ελέγξει τη φλεγμονή και τον πόνο, να προλάβει τις συγκάμψεις και να βελτιώσει το εύρος κίνησης και τη λειτουργία τους. Η χρήση τοπικά εφαρμοζόμενων φαρμάκων (π.χ. κρέμες Capsaicin και σαλικυλικού οξέος) πιθανόν να βοηθήσουν ιδιαίτερα σε συνδυασμό με φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία. Τα από του στόματος αναλγητικά, συμπεριλαμβανομένων των χαμηλών δόσεων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) και ναρκωτικών, προσφέρουν εφαρμοζόμενα 20-30 λεπτά πριν την εφαρμογή της φυσιοθεραπευτικής αγωγής. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε περιοδική βάση προκειμένου να επιτρέψουν περιόδους φυσιολογικής άσκησης ή εργασίας.¹²

ΦΥΣΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Θερμό και ψυχρό

Από τα φυσικά θεραπευτικά μέσα που αναγράφονται σε μυοσκελετικές νόσους, το θερμό και ψυχρό έχουν την ισχυρότερη βιβλιογραφική υποστήριξη. Χρησιμοποιήθηκαν για αιώνες στην αντιμετώπιση της προσβολής του μυοσκελετικού συστήματος, ειδικά στις οξείες τραυματικές βλάβες. Δεν υπάρχει ένδειξη, ότι η εφαρμογή τους κατά ορθό τρόπο προκαλεί βλαπτική επίδραση, υπάρχουν όμως ενδείξεις (μη τεκμηριωμένες βιβλιογραφικά) υπέρ των ευνοϊκών τους επιδράσεων, συμπεριλαμβανομένων της μείωσης του πόνου και των μυϊκών σπασμών, της αύξησης της κυκλοφορίας και της βελτίωσης του εύρους κίνησης. Μεταβολές της θερμοκρασίας παρατηρούνται στο δέρμα, τους βαθύτερους ιστούς και σε ορισμένες περιπτώσεις στις αρθρικές κοιλότητες. Επιπλέον των ευνοϊκών επιδράσεων, που αναφέρθηκαν σε κλινικές καταστάσεις, υπάρχουν

πειραματικές ενδείξεις σε μοντέλα ζώων για ελαττωμένη ανταπόκριση στον πόνο σε θερμά και ψυχρά ερεθίσματα, στις φλεγμονώδεις αρthroπάθειες. Το θερμό και το ψυχρό δεν μεταβάλλουν την αρθρική φλεγμονή, αλλά βελτιώνουν τη δευτερογενή απάντηση στον πόνο και τη συμπεριφορά.¹² Μια συστηματική ανασκόπηση της ιατρικής βιβλιογραφίας σχετικά με την εφαρμογή του θερμού και του ψυχρού δείχνει ότι υπάρχουν ελάχιστες ελεγχόμενες μελέτες αποδεκτής ποιότητας, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την τυχαιοποίηση και την εφαρμογή εικονικής θεραπείας. Από αυτές ωστόσο τις μελέτες που πληρούν τα κριτήρια αυτά, το θερμό και το ψυχρό δεν επιδρούν στη δραστηριότητα της νόσου, όπως αυτή αξιολογήθηκε αντικειμενικά, συμπεριλαμβανομένης της φλεγμονής. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν ότι προτιμούν θερμό ή ψυχρό συγκριτικά με τη μη εφαρμογή θεραπείας με αυτά, χωρίς να παρατηρηθεί κάποια ιδιαίτερη μεταξύ τους προτίμηση. Λόγω του ότι δεν υπάρχουν βλαπτικές επιδράσεις, θα πρέπει να συνιστώνται για θεραπεία στο σπίτι, όταν χρειάζεται ανακούφιση από τον πόνο.

Η θεραπεία με θερμό προσφέρεται με την μορφή επιφανειακής εφαρμογής θερμών επιθεμάτων, ηλεκτρικών θερμοφόρων, υδρόλουτρων, παραφινόλουτρων ή απλών θερμοφόρων. Η χρήση νερού ή δινόλουτρων μπορεί να συνδυασθούν με ενεργητική ή παθητική κίνηση προκειμένου να βελτιωθεί το εύρος κίνησης. Τα θερμά επιθέματα περιέχουν χημικές ουσίες που παράγουν θερμότητα, όταν ενεργοποιηθούν με εξώθερμες αντιδράσεις. Δεν πλεονεκτούν συγκριτικά με τις ηλεκτρικές θερμοφόρες ή την εφαρμογή υγρών θερμών επιθεμάτων, μειονεκτούν όμως ως προς το χρόνο χρήσης και το αυξημένο κόστος τους. Η εφαρμογή θερμού αντενδείκνυται σε περίπτωση απώλειας της φυσιολογικής αισθητικότητας και μείωσης της αρτηριακής κυκλοφορίας ή της φλεβικής απαγωγής του αίματος. Βαθύτερη στους ιστούς προσφορά θερμού μπορεί να επιτευχθεί με την χρήση θεραπευτικών υπερήχων. Δεν υπάρχουν ελεγχόμενες μελέτες, που να δείχνουν την

χρησιμότητά τους στα ρευματικά νοσήματα, εμφανίζουν όμως το μειονέκτημα ότι πρέπει να εφαρμόζονται σε ειδικό χώρο από εξειδικευμένο προσωπικό, κάτι που αυξάνει το κόστος και δυσκολεύει την καθημερινή ζωή του ασθενή.

Το ψυχρό μειώνει τον πόνο και το μυϊκό σπασμό. Οδηγεί επίσης σε αγγειόσπασμο με αποτέλεσμα την μείωση του ιστικού μεταβολισμού, της φλεγμονής και του οιδήματος. Λόγω των επιδράσεων αυτών αποτελεί την τυπική θεραπεία για άμεση φροντίδα μετά κάποια τραυματική βλάβη του μυοσκελετικού συστήματος. Εφαρμόζεται τοπικά για χρόνο ως 30 λεπτά, προκαλώντας μείωση της θερμοκρασίας του δέρματος και των υποδοριών ιστών. Τέτοια μείωση της θερμοκρασίας παρατηρείται σε βαθύτερους ιστούς και εξαρτάται από τον χρόνο της εφαρμογής του ψυχρού και το βάθος, που βρίσκονται οι ιστοί αυτοί.

Τυπικά, το ψυχρό εφαρμόζεται με την μορφή ψυχρών επιθεμάτων, επιθεμάτων με γέλη, επιθεμάτων που περιέχουν χημικές ουσίες ή παγομαλάξεων απ' ευθείας επάνω στην επώδυνη περιοχή. Τα επιθέματα που περιέχουν χημικές ουσίες, που παράγουν ψυχρό με ενδοδερμικές αντιδράσεις, έχουν μικρή χρησιμότητα λόγω του κόστους και του χρόνου που απαιτούν. Ψυχροί ψεκάσμοι, όπως του χλωριούχου αιθυλίου, χρησιμοποιούνται στη Ρευματολογία σε συνδυασμό με την εφαρμογή μυϊκής διάτασης, ειδικά προκειμένου για επώδυνα σύνδρομα του αυχένα και της ράχης. Στο δέρμα προκαλούν μείωση της θερμοκρασίας οδηγώντας σε ανακούφιση από τον πόνο και το μυϊκό σπασμό, κάτι που επιτρέπει στη συνέχεια την εφαρμογή παθητικής διάτασης.^{13,14}

Ηλεκτρικός ερεθισμός

Ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός [(transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)] μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του πόνου σε εξωτερικούς ασθενείς. Μεταφέρεται στο δέρμα ένα χαμηλού δυναμικού ηλεκτρικό ερέθισμα κατά τρόπο

περιοδικό ή συνεχή μετά από ενεργοποίηση συσκευής, που μπορεί να στηριχθεί στη ζώνη του ασθενούς και λειτουργεί με μπαταρίες. Ο ασθενής μπορεί να ενεργοποιήσει και να ρυθμίσει την ένταση του ερεθισμού ανάλογα με τις ανάγκες του. Το TENS εφαρμόζεται για μη φλεγμονώδεις καταστάσεις, ιδιαίτερα χρόνια ραχιαλγία από οστεοαρθρίτιδα (OA), πόνο στο γόνατο, χρόνιο πόνο στον ώμο ή πόνο σε άλλες μείζονες αρθρώσεις του σώματος. Συνιστάται συνήθως σε ασθενείς που είναι ανθεκτικοί στην εφαρμογή ψυχρού, θερμού, διάτασης, άσκησης και άλλων μεθόδων φυσικοθεραπείας. Αν και χρησιμοποιείται συχνά, δεν υπάρχουν ελεγχόμενες μελέτες, που να πιστοποιούν την ευνοϊκή του επίδραση.¹⁵

Υδροθεραπεία

Η υδροθεραπεία συνδυάζει τη θεραπεία με άσκηση και την άνωση του θερμού νερού. Μπορεί να συστηθεί η προοδευτική εφαρμογή σε εξωτερική βάση ή ως τμήμα ενός θεραπευτικού σχήματος με την μορφή της λουτροθεραπείας. Υπάρχουν ελάχιστες ελεγχόμενες έρευνες αυτής της θεραπείας. Υπάρχει ωστόσο κάποια ένδειξη, ότι τα άτομα, που υποβλήθηκαν σε υδροθεραπεία τακτικά σε εξωτερική βάση, είχαν μεγαλύτερο όφελος συγκριτικά με τα άτομα που θεραπεύθηκαν με το να εμβαπτίζονται σε θέση καθιστική στο νερό, με ασκήσεις εδάφους ή με θεραπεία χαλάρωσης. Η βελτίωση αυτή ήταν σωματική και συναισθηματική, όπως διαπιστώθηκε από το ερωτηματολόγιο AIMS-2 που εφαρμόστηκε. Μια περισσότερο εκτεταμένη συστηματική ανασκόπηση της δημοσιευθείσας βιβλιογραφίας σχετικά με τη λουτροθεραπεία έδειξε αρκετές αδυναμίες ως προς το σχεδιασμό των θεραπειών, με ελάχιστη χρήση μετρήσεων για την αξιολόγηση του αποτελέσματος, όπως χρήση εργαλείων (βαθμονομικών συστημάτων) που αξιολογούν τη μεταβολή στην ποιότητα ζωής. Το συμπέρασμα αυτής της ανασκόπησης ήταν ότι η λουτροθεραπεία δεν μπορεί να υποστηριχθεί ως αποτελεσματική θεραπεία.^{15,16}

Ανάπαυση

Η τοπική ή συστηματική ακινητοποίηση ελαττώνει την φλεγμονή και τον πόνο και προάγει την φυσιολογική θέση της άρθρωσης. Τοπική ακινητοποίηση επιτυγχάνεται με τη χρήση ναρθήκων ή κηδεμόνων και με την κατάκλιση. Βραχείες περιόδους ακινητοποίησης ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου προγράμματος βοηθούν τον ασθενή να συμμετέχει σε προγράμματα άσκησης και δραστηριότητες στο χώρο της εργασίας του. Η παρατεταμένη εν τούτοις ακινητοποίηση, τοπική ή συστηματική, πρέπει να αποφεύγεται λόγω του ότι συνδυάζεται με σημαντική απώλεια μυϊκής μάζας. Μετά λίγες μόλις εβδομάδες τοπικής ακινητοποίησης μπορεί να παρατηρηθεί μείωση μυϊκής μάζας κατά 21% και υπάρχει ένδειξη ότι παρατεταμένη κατάκλιση ως πρωταρχική θεραπεία δεν βοηθά και δεν πρέπει να συνιστάται ως θεραπεία ρουτίνας. Μερικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της οξείας οσφυαλγίας, πιθανόν να επιδεινωθούν με την κατάκλιση.^{17,18}

Θεραπεία με ασκήσεις ή κινησιοθεραπεία

Στην εφαρμογή της πρέπει να παίρνεται υπόψη η δραστηριότητα της υποκείμενης νόσου, συμπεριλαμβανομένου του βαθμού φλεγμονής, της αστάθειας των αρθρώσεων, της μυϊκής ατροφίας και να προβλέπονται βραχυχρόνιοι και μακροχρόνιοι λειτουργικοί στόχοι. Οι ασκήσεις που θα εφαρμοσθούν μπορεί να είναι ενεργητικές ή παθητικές, υποβοηθούμενες ή αερόβιες.

Οι παθητικές ασκήσεις, συμπεριλαμβανομένων των ασκήσεων διάτασης και αυτών με ήπιους χειρισμούς για αύξηση του εύρους κίνησης, πρέπει να εφαρμόζονται από φυσικοθεραπευτή με στόχο τη διατήρηση της ελαστικότητας των αρθρώσεων και τον περιορισμό των συγκάμψεων. Παθητικές ασκήσεις εφαρμόζονται σε καταστάσεις, που συνδέονται με σοβαρό πόνο και αδυναμία, όπως η οξεία αρθρική φλεγμονή, η φλεγμονώδης μυοσίτιδα και οι μετεγχειρητικές περιόδους. Η ισομετρική άσκηση, στην οποία παρατηρείται

ενεργητική μυϊκή σύσπαση χωρίς βράχυνση του μήκους του μυός ή κίνηση της άρθρωσης, βοηθά στη διατήρηση της μυϊκής ισχύος και συνιστάται ως αρχική θεραπεία σε άτομα, που δεν ανέχονται ασκήσεις κινήσεως σε πλήρες εύρος κίνησης λόγω πόνου, όπως άτομα που πρόσφατα υποβλήθηκαν σε αρθροπλαστική.^{19,20}

Τα περισσότερα άτομα με ρευματική νόσο ωφελούνται από προγράμματα ασκήσεων αντίστασης και αερόβιων ασκήσεων. Οι ασκήσεις αντίστασης πρέπει να προσαρμόζονται στην κατάσταση του κάθε ασθενή, την περιοχή του σώματος, που εμφανίζει μυϊκή αδυναμία και την υποκείμενη διαταραχή, με σκοπό την αύξηση της μυϊκής ισχύος και της αντοχής.

Ασκήσεις βάδισης και αντίστασης συνιστώνται για μια ώρα τρεις φορές την εβδομάδα και συνδυάζονται με λιγότερο πόνο, μικρότερη ανικανότητα και μεγαλύτερη ισχύ κάμψης σε άτομα με ΟΑ του γόνατος. Παρόμοιες επιδράσεις εμφανίζουν ασθενείς με ΟΑ ισχίου. Στα αποτελέσματά της συμπεριλαμβάνονται ήπια ως μέτρια βελτίωση του πόνου, βελτίωση της λειτουργικότητας και όφελος ως προς τη γνώμη των ασθενών.

Η θεραπεία με ασκήσεις σε άτομα με ΡΑ βελτιώνει την αερόβια ικανότητα και την μυϊκή ισχύ χωρίς επιδείνωση του πόνου ή της δραστηριότητας της νόσου.

Στην αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα η άσκηση αναψυχής 30 τουλάχιστον λεπτά την εβδομάδα βελτιώνει τον πόνο και τη δυσκαμψία. Ασκήσεις ράχης για πέντε ημέρες την εβδομάδα βελτιώνουν την κατάσταση υγείας, όπως αυτή μετρήθηκε με τον ΗΑQ δείκτη ανικανότητας (ΗΑQ Disability Index). Το μεγαλύτερο όφελος παρατηρήθηκε σε άτομα με πρώιμη νόσο.^{21,22}

Σε ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο οι ασκήσεις ενδυνάμωσης και οι αερόβιες ασκήσεις δεν επιδείνωσαν τη δραστηριότητα της νόσου και συνοδεύθηκαν από μείωση της κόπωσης και βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης, της μυϊκής ισχύος

και της κατάστασης του καρδιαγγειακού συστήματος.^{21,22}

Βοηθητικά μέσα περιπατητικότητας

Για την βελτίωση της βάδισης και την ελάττωση της μυϊκής αδυναμίας, του πόνου και της αστάθειας των κάτω άκρων συνιστώνται μαστούνια, ειδικές βακτηρίες και περιπατητές. Τα χρησιμότερα μαστούνια είναι αυτά, που κατασκευάζονται από ξύλο ή αλουμίνιο. Πρέπει να μην είναι δαπανηρά, να είναι ελαφρά, να προσαρμόζονται εύκολα στο ανάστημα του ασθενούς, να έχουν άνετη λαβή και ευρεία με καουτσούκ βάση στήριξης. Το μήκος του μαστουνιού πρέπει να επιλέγεται έτσι, ώστε να κρατιέται με τον αγκώνα σε κάμψη 30 μοιρών. Με τη χρήση μαστουνιού ή βακτηρίας από το ένα μόνο πλάγιο του ασθενούς, μπορεί να μεταφερθεί ως το 25% της φυσιολογικής φόρτισης του σωματικού βάρους από την αδύναμη ή επώδυνη άρθρωση στο αντίθετο σκέλος. Με αμφίπλευρη στήριξη, ως το 100% του βάρους μπορεί να μεταφερθεί από το επώδυνο κάτω άκρο στα άνω άκρα. Μερικοί ασθενείς, που έχουν επιλέξει να φέρουν ένα μαστούνι, δεν το χρησιμοποιούν για στήριξη αλλά ως ένα σημείο σηματοδότησης προς τους άλλους, ότι έχουν προβλήματα κατά τη μετακίνησή τους.^{23,24}

Οι ασθενείς χρειάζονται καθοδήγηση για τη σωστή χρήση ενός βοηθήματος για την μετακίνησή τους. Ένα μόνο μέσο στήριξης μεταφέρεται στο αντίθετο πλάγιο από αυτό του επώδυνου ποδός και χρησιμοποιείται προκειμένου να σηκώσει το βάρος στη διάρκεια, που το σώμα στηρίζεται στον αντίθετο (τον επώδυνο) άκρο πόδα. Μαστούνια με πολλαπλή στήριξη προσφέρουν αυξημένη ασφάλεια σε άτομα με προσβολή της ιδιοδεκτικής αισθητικότητας ή με προβλήματα ισορροπίας. Για άτομα, που δεν πρέπει να φορτίζουν τον καρπό ή εμφανίζουν σημαντικές παραμορφώσεις στα άκρα χέρια, τα βοηθητικά μέσα πρέπει να προσαρμόζονται στο να διευκολύνουν αυτά τα προβλήματα με υποδοχή στήριξης στον

αγκώνα, με κατάλληλα διαμορφωμένες λαβές και με ταινίες Velcro. Για την αποφυγή καταπόνησης του καρπού και της άκρας χειρός, πρέπει να προσαρμόζονται με τον αγκώνα σε κάμψη 90 μοιρών.

Βακτηρίες συνιστώνται για σοβαρότερα προβλήματα και προσφέρουν στήριξη, όταν χρησιμοποιούνται από αμφότερα τα πλάγια του σώματος του ασθενούς. Είναι χρησιμότερες στην μετεγχειρητική περίοδο και σε οξεία νόσο ή τραυματισμό, καθώς επιτρέπουν ελάχιστη ή καθόλου φόρτιση στο αδύναμο ή επώδυνο σκέλος. Πρέπει να προσαρμόζονται έτσι, ώστε να αποφεύγεται πίεση στην μασχάλη. Οι ασθενείς πρέπει να καθοδηγούνται σχετικά με τον τρόπο, που τα άνω άκρα τους μπορούν να σηκώσουν σωστά το βάρος με τον καρπό και τον αγκώνα σε έκταση. Βακτηρίες με πλατφόρμα πρέπει να συνιστώνται σε άτομα με σημαντική αρθρίτιδα καρπού και άκρας χειρός που εμφανίζουν ενόχληση κατά τη χρήση των συνήθων βακτηριών.^{24,25}

Για άτομα, που χρειάζονται μεγαλύτερη βοήθεια κατά την μετακίνησή τους, οι περιπατητήρες προσφέρουν ευρύτερη βάση στήριξης από ότι τα μαστούνια και οι βακτηρίες. Είναι επίσης χρήσιμοι στην μετεγχειρητική περίοδο προκειμένου για ηλικιωμένους ασθενείς με αστάθεια, καθώς και ασθενείς που χρειάζονται μεγαλύτερη στήριξη για ισορροπία. Πρέπει να είναι ελαφροί για να ανασηκώνονται και να μετακινούνται εύκολα. Για άνεση και ασφάλεια μπορεί να χρησιμοποιηθούν τροχήλατα καθίσματα με τροχοπέδες. Τα αναπηρικά αμαξίδια μπορούν να βελτιώσουν την ανεξαρτησία και την κοινωνική επαφή, όταν η κινητικότητα του ασθενούς περιορισθεί στο επίπεδο του σπιτιού του. Ένα τροχήλατο αμαξίδιο μετακινούμενο με τα χέρια του ασθενούς συνιστάται σε άτομα με φυσιολογική λειτουργία των άνω άκρων και επαρκή ισχύ για την προώθησή του. Τροχήλατα αμαξίδια, που μπορούν να προωθούνται με τη βοήθεια των μελών της οικογένειας του ασθενούς, μπορεί να συστηθούν στη μετεγχειρητική περίοδο, καθώς και για αδύναμους ηλικιωμένους

ασθενείς, που δεν επιθυμούν να μετακινούνται μόνοι τους. Ηλεκτροκίνητα αμαξίδια πρέπει να συνιστώνται σε ασθενείς με μη ικανοποιητική λειτουργία άνω άκρων.²⁴

Βοηθητικά μέσα άνω άκρων

Μια μεγάλη ποικιλία βοηθητικών μέσων, που διατίθενται στην αγορά, μπορούν να βελτιώσουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής των ατόμων με διαταραχές της λειτουργίας των άνω άκρων. Η συλληπτική ικανότητα και η ικανότητα σύλληψης σαν τσιμπίδα με τον αντίχειρα και το δείκτη μπορεί να βελτιωθούν με την χρήση κατάλληλων λαβών σε διάφορα εργαλεία, σκεύη μαγειρικής και λήψης τροφής (μαχαίρια, πηρούνια, κουτάλια κ.α.). Συσκευές ηλεκτροδοτούμενες, όπως ηλεκτρικά μαχαίρια και εργαλεία, μπορεί να αντικαταστήσουν τα συνήθη όργανα σε άτομα με μείωση της ικανότητας σύλληψης και μη ικανοποιητική ισχύ των άνω άκρων. Κατασκευές σύλληψης αντικειμένων μπορεί να χρησιμοποιηθούν προκειμένου οι ασθενείς να πιάσουν αντικείμενα από το δάπεδο και τα ράφια. Βούρτσες με μακριές λαβές, χτένες και σπόγγοι μπορούν να βοηθήσουν στην περιποίηση του σώματος και την καθαριότητα της περιπρωκτικής περιοχής.^{23,24}

Την ένδυση μπορεί να διευκολύνουν υφασμάτινοι συνδέτες με ταινίες, ειδικές κουμπότρυπες, ρούχα και παπούτσια με Velcro για το κλείσιμό τους, παντελόνια με ελαστική μέση και πουλόβερ με αυχένα σε σχήμα V. Το φόρεμα των καλτσών και παπουτσιών διευκολύνεται με κατάλληλες μακράς λαβής κατασκευές, ενώ ράβδοι για την ένδυση μπορούν να φανούν χρήσιμοι σε ασθενείς με προσβολή της κινητικότητας των ώμων.

Η ασφάλεια και η άνεση στο χώρο του σπιτιού μπορούν να αξιολογηθούν στη διάρκεια επίσκεψης των φυσιοθεραπευτών και εργοθεραπευτών. Άτομα με προσβολή της κινητικότητας μπορεί να διευκολυνθούν με σκαλοπάτια του μισού ύψους από τα συνήθη, με πλάγια στηρίγματα (ράμπες) και

χειρολαβές στην αρχή της σκάλας. Οι πόρτες θα πρέπει να έχουν τέτοιο πλάτος, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να περάσουν άνετα βαδίζοντας ή πάνω στα αναπηρικά αμαξίδια. Η τοποθέτηση των επίπλων και το μέγεθος του δωματίου πρέπει να επιτρέπει την εύκολη μετακίνηση των ασθενών με βοηθητικά μέσα και με αναπηρικά αμαξίδια. Θα πρέπει να απομακρύνονται ηλεκτρικοί αγωγοί (καλώδια, κ.α.). Για ασθενείς με προβλήματα σε γόνατα και ισχία το ύψος του καθίσματος μπορεί να αυξηθεί με προσθήκες κάτω από τους άκρους πόδες του ή με την τοποθέτηση μαξιλαριού πάχους τεσσάρων ιντσών (4x2,5εκ. = 10εκ.), υψηλής πυκνότητας αφρώδους υλικού. Τα ανυψωμένα καθίσματα στη λεκάνη της τουαλέτας διευκολύνουν το κάθισμα και σήκωμα από αυτήν. Εξαρτήματα από καουτσούκ στο λουτήρα και στη λεκάνη του μπάνιου βελτιώνουν την ικανότητα του ασθενούς να κάθεται και να ανασηκώνεται στηριζόμενος σε αυτά και επίσης προλαμβάνουν τις πτώσεις. Πλάγιες λαβές και στηρίγματα, καθώς και καθίσματα στη λεκάνη του μπάνιου θα πρέπει να χρησιμοποιούνται από άτομα με προβλήματα στην ισορροπία τους. Το πλύσιμο του σώματος διευκολύνει μια κατάλληλη λαβή στο πιστολάκι του νερού.^{23,24}

Ορθοτικές κατασκευές

Οι νάρθηκες και οι κηδεμόνες μπορεί να βελτιώσουν τη σταθερότητα και να μειώσουν τον πόνο και τη φλεγμονή. Λόγω όμως του ότι περιορίζουν την κινητικότητα, συνιστάται μόνο η βραχυχρόνια εφαρμογή τους για τη διατήρηση της μυϊκής ισχύος. Νάρθηκες για τα άνω άκρα χρησιμοποιούνται συνήθως να απολαμβάνουν της γενικής αποδοχής των ασθενών και των ιατρών. Αν και περιορίζουν τον πόνο και τη φλεγμονή, δεν υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν, ότι μπορούν να προλάβουν την ανάπτυξη παραμορφώσεων. Οι νάρθηκες καρπού πιθανόν να ελαττώσουν τη λειτουργία της άκρας χείρας (όπως αυτή εκτιμάται με τη βελτίωση της συλληπτικής

του ικανότητας), την επιδεξιότητα των δαχτύλων και της άκρας χειρός, βραχυχρόνια τουλάχιστον. Άτομα με σοβαρές παραμορφώσεις πιθανόν να χρειαστούν τη συμβουλευτική παρέμβαση ενός ειδικού για τις ορθοτικές κατασκευές ή ενός εργοθεραπευτή προκειμένου για τη χρήση των συνήθως κατασκευαζόμενων ορθοτικών κατασκευών. **(Πίνακας 3)**

Νάρθηκες που ακινητοποιούν τον καρπό σε θέση ουδέτερη, με έκταση 20-30 μοιρών άκρας χειρός ως προς τον καρπό, χρησιμοποιούνται στο σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα. Για ευλύγιστες παραμορφώσεις τύπου λαιμού κύκνου των δακτύλων, νάρθηκες με την μορφή δακτυλιδιού διευκολύνουν την ισχύ σύλληψης σαν τσιμπίδα και την ακρίβεια των κινήσεων, τοποθετώντας την εγγύς μεσοφαλαγγική άρθρωση σε ελαφρά κάμψη και περισσότερο λειτουργική θέση. Οι σε σχήμα δακτυλιδιού νάρθηκες δεν είναι αποτελεσματικοί σε παραμορφώσεις, που δεν μπορούν να αναταθούν με τις χείρες του εξεταστή, και δεν υπάρχουν μελέτες που να στηρίζουν την παρατεταμένη χρήση τους στην πρόληψη της ανάπτυξης τέτοιων παραμορφώσεων. Οι νάρθηκες αυτοί μπορεί να κατασκευαστούν από ασήμι για να είναι κομποί και να γίνονται περισσότερο αποδεκτοί από τους ασθενείς.

Ο νάρθηκας ακινητοποίησης της καρπομετακάρπιας (ΚΜΚ) άρθρωσης του αντίχειρα ελαττώνει τον πόνο σε ασθενείς με εκφυλιστική αρθροπάθεια της άρθρωσης αυτής στις περιόδους εξάρσεων πόνου στη βάση του αντίχειρα. Παρεμποδίζουν όμως δραστηριότητες που αυξάνουν τη φόρτιση της ΚΜΚ άρθρωσης, όπως κατά τη σύλληψη σαν τσιμπίδα του αντίχειρα με το δείκτη. Στις στρατηγικές μείωσης τέτοιων φορτίσεων συμπεριλαμβάνεται η χρήση αυξημένου μεγέθους μολυβιών και στυλό με λαβή από καουτσούκ ή αφρώδες υλικό και ελαφρές λαβές αντικειμένων γραφής. Για την ακινητοποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθούν εκμαγεία από υάλινες ίνες ή από θερμοπλαστικό υλικό. Αν η ακινητοποίηση αυτή οδηγήσει σε μείωση

του πόνου, τότε μια περισσότερο δαπανηρή, σταθερή ορθοτική κατασκευή (κηδεμόνας) ή μια χειρουργική αρθρόδεση μπορούν ίσως να ελαττώσουν τον πόνο και να βελτιώσουν τη λειτουργία.²⁴

Ορθοτικές κατασκευές κάτω άκρων

Τους απλούστερους κηδεμόνες για περιορισμό του εύρους κίνησης και μείωση του πόνου στα κάτω άκρα αποτελούν οι ελαστικοί επίδεσμοι, οι ελαστικοί ή από νεοπρένιο νάρθηκες και η περιδέση. Πολλοί ασθενείς με ΟΑ γονάτων ανακουφίζονται και βελτιώνουν τη λειτουργία των ποδών τους χρησιμοποιώντας νάρθηκες, που ελαττώνουν το εύρος κίνησής τους. Για άτομα με αρθρίτιδα της επιγονατιδομηριαίας άρθρωσης και ανώμαλη κίνηση της επιγονατίδας, η περιδέση του γόνατος βελτιώνει την κίνηση αυτή και ελαττώνει τον πόνο του γόνατος κατά 25% συγκριτικά με ομάδα μαρτύρων. Για άτομα με εκσεσημασμένη μυϊκή αδυναμία και παραμορφώσεις, μπορεί να προσφέρει η συμβουλευτική παρέμβαση ενός ειδικού στις ορθοτικές κατασκευές ή ενός ορθοπεδικού χειρουργού με εκπαίδευση στην εμβιομηχανική. Περισσότερο εκτεταμένες ακινητοποιήσεις με αναλόγου μεγέθους κηδεμόνες κοστίζουν αρκετά και δεν γίνονται εύκολα ανεκτοί από τους ασθενείς.^{23,24}

Υποδήματα

Ο πόνος και οι παραμορφώσεις του άκρου ποδός είναι μια συνήθης κατάσταση στη ΡΑ και την ΟΑ. Πολλά τέτοια προβλήματα μπορεί να αντιμετωπιστούν επαρκώς με προσεκτική διαμόρφωση των υποδημάτων. Το άνω τμήμα τους πρέπει να είναι μαλακό και να έχουν άνετο χώρο για τα δάκτυλα που εμφανίζουν παραμορφώσεις, μέτρα που μπορούν να προλάβουν τη σχάση, την τριβή και τον μωλωπισμό του δέρματος του άκρου ποδός. **(Πίνακας 4)**

Πολλοί ασθενείς με ΡΑ εμφανίζουν πόνο στα πέλματα, ιδιαίτερα στις περιοχές των μεταταρσίων. Συνήθης είναι η εμφάνιση πληκτροδακτυλίας του μεγάλου δακτύλου,

πτώσης των κεφαλών των μετακαρπίων με πρόσθια παρεκτόπιση του λιπώδους σώματος, παραμορφώσεις, που μπορεί να προκαλέσουν μεταταρσαλία με τη δημιουργία τύλων και σχάσεων του δέρματος. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να αποφευχθούν χρησιμοποιώντας προθέσεις, «μαξιλαράκια» στις κεφαλές των μεταταρσίων στο εσωτερικό πέλμα των υποδημάτων ή εξωτερική προσθήκη ταινίας εγγύς των κεφαλών των μεταταρσίων. Προθέσεις («πάτοι») από υψηλής πυκνότητας πολυπροπυλένιο, που διατίθενται στην αγορά, πιθανόν να αποτελέσουν ικανοποιητική θεραπεία της μεταταρσαλίας και των επώδυνων οστικών προεξοχών. Σε επίμονα συμπτώματα, οι ασθενείς πρέπει να παραπέμπονται σε έναν ειδικό στις ορθοτικές κατασκευές για την επιλογή των καταλληλότερων προθέσεων, που διατίθενται στην αγορά για υποδήματα ή στην κατασκευή ειδικών με θερμοπλαστικό υλικό υποδημάτων. Η χρήση σανδαλιών και προθέσεων από θερμοπλαστικό υλικό μπορεί να προσφέρει στην ανώδυνη μετακίνηση του ασθενούς.²⁵

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Οι παθήσεις του μυοσκελετικού αποτελούν κυρίαρχες αιτίες ανικανότητας και απουσίας από την εργασία (ημεραργιών) στις ΗΠΑ. Η ΡΑ συνδυάζεται με υψηλή συχνότητα ανικανότητας, καθότι το ένα τρίτο των ατόμων, που εργάζονται και ανέπτυξαν ΡΑ, αδυνατεί πλέον να εργασθεί μετά πέντε χρόνια. Τρία χρόνια μετά τη διάγνωση συστηματικού ερυθηματώδους λύκου, το 40% των ασθενών δεν μπορούν πλέον να εργασθούν. Ένας από τους στόχους της αποκατάστασης αποτελεί η διατήρηση της επαγγελματικής απασχόλησης των ασθενών. Η επίτευξη του στόχου αυτού απαιτεί τροποποίηση των συνθηκών εργασίας, επανεκπαίδευση και επαγγελματική αποκατάσταση. Μεταξύ των ατόμων με αρθρίτιδα και διαταραχές του μυοσκελετικού το 71% αυτών, που

αποδέχονται την επαγγελματική αποκατάσταση, επιστρέφουν στην εργασία. Οι ασφαλιστικές αποζημιώσεις για την ανικανότητα αποτελούν το κύριο εμπόδιο για ικανοποιητική επαγγελματική αποκατάσταση. Μεταξύ των ατόμων με ΡΑ, η υψηλού επιπέδου ένταση του πόνου, η μεγαλύτερη ηλικία και το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης αποτελούν εμπόδια για επαναπροσδιορισμό της επαγγελματικής απασχόλησης. Για άτομα με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η αποζημίωση από τον ασφαλιστικό φορέα Medical στις ΗΠΑ, η απουσία ιατρικής ασφαλιστικής κάλυψης, η απασχόληση σε επαγγέλματα, που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια, το επίπεδο φτώχειας και η μεγαλύτερη δραστηριότητα της νόσου, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες πρώιμης ανικανότητας για εργασία. Η φυλή, το φύλο, η συνολική προσβολή των οργάνων και η διάρκεια της νόσου δεν μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση ανικανότητας για εργασία.²⁴

Ο φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Administration) διαχειρίζεται το ομοιόμορφα διαμορφωμένο πρόγραμμα ανικανότητας σ'ολόκληρη την έκταση των ΗΠΑ. Υπάρχουν δύο προγράμματα από τα οποία μπορεί να επιλέξουν οι ασθενείς: το Social Security Disability Insurance (SSDI) και το Social Security Insurance (SSI). Για το SSDI οι ασθενείς πρέπει να πληρούν τις απαιτήσεις του καθορισμού της ανικανότητας και να έχουν αποζημιωθεί από το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης με απαιτούμενο χρόνο συνήθως 40 τρίμηνα. Για την επιλογή του SSI οι ασθενείς πρέπει να εμφανίζουν ανικανότητα και μειωμένα εισοδήματα, αλλά δεν υπάρχει απαίτηση για εργασία. Στο πλαίσιο του συστήματος η ανικανότητα καθορίζεται με νόμο και σημαίνει βασικά αδυναμία εκτέλεσης οποιουδήποτε τύπου εργασίας, ανεξάρτητα από το προηγούμενο επάγγελμα ή την επαγγελματική εμπειρία. Ως ανικανότητα ορίζεται η «αδυναμία ενασχόλησης σε οποιαδήποτε δραστηριότητα κατά τρόπο επιτυχή λόγω μιας (ή περισσότερων)

ιατρικά προσδιορίσιμης σωματικής ή διανοητικής προσβολής, που αναμένεται να οδηγήσει σε θάνατο ή έχει διαρκέσει ή αναμένεται να διαρκέσει για συνεχή περίοδο 12 τουλάχιστον μηνών.

Μόλις ληφθεί η απόφαση για αίτημα αντιμετώπισης της ανικανότητας, πρέπει να αποστέλλεται στα γραφεία του φορέα μια μακροπρόθεσμη και τεκμηριωμένη πληροφόρηση, που να δείχνει την επίδραση της νόσου στη διαταραχή της λειτουργικής ικανότητας και την ικανότητα για εργασία. Για την κάλυψη από το σύστημα οι ασθενείς συμπληρώνουν έντυπα στα κατά τόπους γραφεία του φορέα. Η αίτηση εποπτεύεται έτσι ώστε να βεβαιούνται ότι ο ασθενής πληροί τους όρους που καθορίζονται για τον ορισμό της ανικανότητας. Αν αυτό δεν συμβεί, τότε απαιτείται επιπρόσθετη πληροφόρηση από τον ασθενή και τον ιατρό του. Πιθανόν να απαιτηθεί εξέταση από έμπειρο κλινικό ιατρό ή ψυχολόγο, που αμείβεται από τον φορέα. Αν και πάλι δεν ικανοποιούνται οι όροι, τότε ο ασθενής μπορεί να καταφύγει σε δικαστική ακρόαση, όπου πρέπει να απαντήσει πως η ρευματική του νόσος επηρεάζει τον τρόπο ζωής και την ικανότητά του για εργασία. Μπορεί να προσκομίσει επιπρόσθετη ιατρική

πληροφορία, να καλέσει μάρτυρες και δικηγόρο που θα του ερμηνεύσει τις νομικές πλευρές της ανικανότητας. Όταν θεωρηθεί ότι πληροί τους όρους, τότε η αποζημίωση καθορίζεται με νόμο. Επιπροσθέτως των μηνιαίων αποζημιώσεων, τα άτομα που απολαμβάνουν SSI καλύπτονται άμεσα από το Medicaid. Τα άτομα που απολαμβάνουν SSDI καλύπτονται από το Medicare μετά διετία.²⁵

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι πάσχοντες από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα πρέπει να απολαμβάνουν πλήρους ψυχοκοινωνικής στήριξης, να είμαστε όλοι οικογένειά τους, να μαχόμαστε διαρκώς για τα δικαιώματά τους, την κοινωνική τους επανένταξη καθώς και για την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Νόσος	Διαταραχή	Περιορισμός δραστηριότητας	Περιορισμός συμμετοχικότητας
Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Άλγος και σύγκαμψη γόνατος	Αδυναμία διάnuσης μακρών αποστάσεων	Αδυναμία συμμετοχής σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες (γκολφ, περπάτημα κ.α.)
Δισκοειδής Ερυθματώδης Λύκος	Αλωπεκία και διαταραχή χρωματισμού δέρματος	Ουδεμία	Κοινωνικές δραστηριότητες (συνείδηση της βλάβης, αποφυγή επαφής)
Σκληρόδερμα	Φαινόμενο Raynaud	Ουδεμία	Αδυναμία συμμετοχής σε χειμερινά αθλήματα
Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	Φωτοευαισθησία	Ουδεμία	Αδυναμία συμμετοχής σε εξωοικιακές δραστηριότητες
Αγκυλωτική Σπονδυλαρθρίτιδα	Οσφυαλγία και δυσκαμψία	Περιορισμοί σε άρση βάρους και κάμψη-έκταση, στροφή αυχένα και οσφύς	Αδυναμία εκτέλεσης μέσης και βαριάς επαγγελματικής απασχόλησης ή συμμετοχής σε δραστηριότητες αναψυχής

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Παραδείγματα ανικανότητας από ρευματικά νοσήματα.

Βαθμός	Περιγραφή
5 (Φυσιολογική)	Πλήρες ΕΚ* σε εφαρμογή βάρους ή ισχυρής αντίστασης
4 (Καλή)	Πλήρες ΕΚ σε εφαρμογή βάρους, μερικό αλλά όχι πλήρες σε αντίσταση
3 (Σχετικά καλή)	Πλήρες ΕΚ σε εφαρμογή βάρους, όχι αντίστασης
2 (Πτωχή)	Πλήρες ΕΚ, αδυναμία κίνησης με βάρος
1 (Ελάχιστη)	Ελαφρά σύσπαση, κατάργηση ΕΚ
0 (Μηδενική)	Μη αντιληπτή μυϊκή δραστηριότητα

*ΕΚ: εύρος κινήσεων

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Βαθμοί μυϊκής ισχύος σε δοκιμασία με τις άκρες χείρες του εξεταστή.

Νόσος	Παραμόρφωση	Πρόβλημα	Λύσεις
*ΡΑ	Εύκαμπτη παραμόρφωση λαιμού κύκνου σε δάκτυλα	Κανένα, ήχος κλικ σε κάμψη, κοσμητικό ως προς την εμφάνιση	Δακτυλιοειδείς νάρθηκες (σταθεροποιούν την ΕΦΦ σε κάμψη)
Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα	Ουδεμία	Νυκτερινός πόνος, δυσαισθησίες	Νάρθηκας καρπού σε έκταση 20-30°
*ΟΑ *ΚΜΚ αντίχειρα	Ουδεμία ή τετραγωνισμός παλάμης	Τοπικός πόνος κατά την προσπάθεια σύλληψης	Νάρθηκας ακινητοποίησης του αντίχειρα, σπειροειδής επίδεσμος αντίχειρα
ΡΑ	Ουδεμία	Πόνος και φλεγμονή καρπού, ΜΚΦ και ΕΦΦ αρθρώσεων	Νάρθηκας ακινητοποίησης χειρός (θέση ακινητοποίησης από τον καρπό προς τις *ΑΦΦ αρθρώσεις)
Σφυροδακτυλία	Κάμψη *ΑΦΦ αρθρώσεων	Ουδέν	Νάρθηκας σταθεροποίησης ΑΦΦ αρθρώσεων σε υπερέκταση 20°

* ΡΑ: ρευματοειδής αρθρίτιδα, ΕΦΦ: εγγύς φαλαγγοφαλαγγική άρθρωση, ΚΜΚ: καρπομετακάρπια άρθρωση, ΜΚΦ: μετακαρποφαλαγγική άρθρωση, ΑΦΦ: άπω φαλαγγοφαλαγγική άρθρωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Συνήθεις ορθοτικές κατασκευές άνω άκρων.

Νόσος	Παραμόρφωση	Πρόβλημα	Λύσεις
*ΡΑ/ *ΟΑ	Βλαισός μεγάλος δάκτυλος με θυλακίτιδα	Πόνος, φλεγμονή	Ευρύ, μαλακό, βαθύ διαμέρισμα για το μεγάλο δάκτυλο, δερμάτινη ταινία έσω παρυφής
ΡΑ	Γαμψοδακτυλία μεγάλου δακτύλου	Πόνος, ερυθρότητα, έλκη στη ραχιαία επιφάνεια δακτύλων	Βαθύ διαμέρισμα για το δάκτυλο, μαλακό δέρμα από πάνω, διάταση προς τα άνω, «προσκεφάλαια», σανδάλια
ΡΑ	Βλαισότητα οπίσθιου τμήματος ποδός	Πόνος στο οπίσθιο τμήμα ποδός	Σφηνοειδής εντομή στην έσω παρυφή, караβόπανα στα κορδόνια, στήριξη της ποδοκνημικής, ποδοκνημο - ποδικός κηδεμόνας
ΡΑ	Υπεξάρθρωμα ΜΤΦ με δημιουργία τύλων	Μεταταρσαλγία	Ταινία στα μετατάρσια, «μαξιλαράκι» στα μετατάρσια, εσωτερικά πέλματα
ΟΑ	Δύσκαμπτος μεγάλος δάκτυλος	Πόνος σε *ΜΤΦ	Ταινία μεταταρσών, άκαμπτη σόλα

* ΡΑ: ρευματοειδής αρθρίτιδα, ΟΑ: οστεοαρθρίτιδα, ΜΤΦ: μεταταρσιοφαλαγγικές αρθρώσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Διαμορφώσεις υποδημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Andrianakos A., Trontzas P. «Prevalence of Rheumatic diseases in Greece. A cross-sectional population based epidemiological study. The ESORGIC study. *Iatriki* 2003,84(3-4):188-206
2. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. American College of Rheumatology. 2002; Vol.45, No. 2 :328-346.
3. Backman L. Catherine . “Psychosocial aspects in the management of arthritis pain”. *Arthritis Research and Therapy* 2006 8:221.
4. Bradley L., Alberts. K . «Psychological and Behavioral Approaches to Pain Management for Patients with Rheumatic Diseases». *Rheumatic Disease Clinic of North America*, 1999. Vol. 25(1).
5. Chorus A.M.J. « Quality of Life and work in Patient with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age ». *Ann.Rheum.Diseases*, 2003;62 :1178-1184.
6. Saralynn H. Allaire « Reduction of job Loss in Persons with Rheumatic Diseases Receiving Vocational Rehabilitation. A Randomized Controlled Trial». *American College of Rheumatology. Arthritis & Rheumatism*.2003; Vol.48, No.11: 3212-3218.
7. Register C.: *Living with chronic illness*, Bantam Books, New York. 1987.
8. Katz P.P., Morris A., Yelin H.E. “Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis”. *AuuRheum Dis* 2006; 65: 763-769.
9. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guideline. “Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis 2002 update”. *Arthritis & Rheumatism*. 2002; Vol.46, No.2:328-346
10. Savelkoul M., Post MW, de wittclP., Vau den Borne Hb. “Social support, coping and subjective well-being in patients with Pneumatic Diseases” *Patient Educ.Counsil*. 2000;39(2-3) : 205-218.
11. Daltroy LH.. “Doctor – Patient Communication in rheumatologic disorders”. *Baillieres Clin. Rheumatology*. 1993; 7(2): 221-239.
12. Hammond Alison «Rehabilitation in rheumatoid arthritis: A Ctirical Review». *Musculocetelical Care*. 2004; Vol.2(3):135-146.
13. Piccini Armando, Maser D. Jack . « Clinical significance of lifetime mood and panic – agoraphobic spectrum symptoms on quality of life of patients with Rheumatoid arthritis ». *Comprehensive Psychology*.2006; 4:201-208.

14. Abdel-Naser, Abdel- zim «Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinates» *Rheumatology*. 1998; Vol 37 (4) :391-397.
15. Andrianakos A. ,&Voudouris K. "RHEUMATOLOGY" Greek Institution of Rheumatologic Researches. Medical Publications: P.H. Paschalidis. Athens, 2005.
16. Barlow JH., Turner AP., Wright CC.A randomised controlled study of the arthritis self - management programme in the U.K. *Health Education Research*. 2000;15(6): 665-680.
17. Astin JA., Beckner W., Soeken K., Hochberg MC., Berman B. Psychological interventions for Rheumatoid Arthritis: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis and Rheumatism* 2002; 47(3):291-302
18. BSRM: British Society of Rehabilitation on Medicine. *Vocational Rehabilitation: The Way Forward*. London: British Society of Rehabilitation on Medicine. 2000;1-107
19. Covic T, Adamson B, Hough M .The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. *Rheumatology*. 2000; 39:1027-1030.
20. De Buck PDM, Schoones JW, Allaire SH, Vliet Vlieland TPM . Vocational Rehabilitation in patients with chronic rheumatic diseases. A systematic Literature Review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* . 2002;32:196-203
21. Fries JF, Carey C McShane DJ . Patient education in arthritis: A randomised controlled trial of a mail-delivered program. *Journal of Rheumatology*.1997;24(7):1378-1383.
22. Hammond A, Young A, Kidao R. A randomised, controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2004;63:23-30
23. Van den Ende CHM, Vliet Vlieland TPM, Munneke M, Hazes JMW Dynamic exercise therapy for treating rheumatoid arthritis:(Cochrane Review). In the Cochrane Library. Chichester, U.K.: Wiley. 2003.
24. Vlie Vlieland TPM. Rehabilitation of people with rheumatoid arthritis. *Best Practise and Research. Clinical Rheumatology*.2003; 17(5):847-861.
25. Woodburn J., Barker S., Helliwell PB . A Randomised controlled trial of foot orthoses in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*. 2002; 29(7):1377-1383

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η συμβολή της ενημέρωσης στη ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη, τύπου II

Πολυκανδριώτη Μαρία¹, Καλογιάννη Αντωνία²

4. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας

5. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Εκπαιδύτρια Χειρουργικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας ΓΝΑ «Ο Ευαγγελιμός»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (μη-ινσουλινοεξαρτώμενος) είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που έχει αντιμετωπίσει ο άνθρωπος, παγκοσμίως. Ο αριθμός των ασθενών αυξάνεται δραματικά κάθε χρόνο και αναμένεται να διπλασιαστεί τις επόμενες δεκαετίες. Η αιτιολογία και παθογένεια της νόσου οφείλεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες.

Σκοπός : Σκοπός της παρούσης ανασκοπικής εργασίας ήταν να διερευνηθεί εάν η εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, τύπου II, μπορεί να συμβάλει στον έλεγχο της νόσου.

Υλικό και μέθοδος : Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, που αναφέρονταν στη σχέση ενημέρωσης και ρύθμισης σακχαρώδη διαβήτη, τύπου II.

Αποτελέσματα : Πλήθος ερευνητικών μελετών έδειξαν, ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και διατήρησης γλυκόζης του αίματος εντός φυσιολογικών ορίων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, τύπου II. Ένα αποτελεσματικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, κυρίως, αποτελείται από βασικές γνώσεις των παραμέτρων εκείνων, που ασκούν ευεργετικό αποτέλεσμα στη ρύθμιση της νόσου, όπως είναι οι υγιείς διατροφικές συνήθειες, η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης, η αποφυγή καθιστικής ζωής, ο αυτοέλεγχος της γλυκόζης του αίματος, η σωστή τεχνική χορήγησης ινσουλίνης, κ.ά. Ο απώτερος σκοπός της εκπαιδευτικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, να αποκτήσουν την απαραίτητη γνώση και στήριξη που χρειάζονται, για να επιτύχουν καλύτερη υγεία, τροποποιώντας τη συμπεριφορά τους και υιοθετώντας θετικότερη στάση προς τη νόσο.

Συμπεράσματα : Η παρούσα ανασκοπική μελέτη επιβεβαιώνει, ότι η εκπαιδευτική παρέμβαση έχει ευεργετικά αποτελέσματα στον έλεγχο του σακχαρώδη διαβήτη, τύπου II. Η διατήρηση των επιπέδων σακχάρου του αίματος εντός φυσιολογικών επιπέδων υποδηλώνει την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης.

Λέξεις-Κλειδιά: σακχαρώδης διαβήτης, ενημέρωση, εκπαίδευση, παράγοντες κινδύνου, σύγχρονος τρόπος ζωής.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Πολυκανδριώτη Μαρία, Αθήνα.
e-mail : mpolik2006@yahoo.com

REVIEW

The contribution of education to the control of Diabetes Mellitus, type II

Polikandrioti M¹, Kalogianni A²

4. Laboratory instructor, Nursing Department A, TEI, Athens, Greece

5. RN, MSc Educator in Surgical Nursing Speciality "Evangelismos Hospital"

ABSTRACT

Diabetes mellitus Type II, (non-insulin-dependent) consists one of the greatest problems that the individual has faced, globally. The number of patients is increasing dramatically every year and is expected to be double the next decades. The aetiology and pathogenesis of the disease is mainly attributed to genetic factors.

The **aim** of present study was to evaluate whether administration of an educational program can contribute to the control of the disease.

The **method** of this study included bibliography research from both the review and the research literature which referred to the relationship between education and the control of diabetes mellitus, type II.

Results: The majority of research studies showed that there is a very strong correlation between education and the maintenance of plasma glucose level of patients with diabetes mellitus, type II, within normal range. An effective educative program is *mainly* comprised of basic knowledge of these parameters that exert a beneficial effect on the management of the disease such as : healthy nutrition habits, participation in physical exercise programs, avoidance of sedentary life, self-monitoring of glucose, correct way to perform insulin injections, etc. The overall goal of the educative intervention is to help individuals with diabetes gain the necessary knowledge and support needed, to achieve optimal health by modifying their behaviour and adopting a more positive attitude to the disease.

Conclusions: The present review confirms that educational intervention has beneficial effects on the control of Type II Diabetes Mellitus. The maintenance of plasma glucose levels into normal range indicates the effectiveness of education.

KEYS WORDS: *diabetes mellitus, education, training, risk factors, life style*

CORRESPONDING AUTHOR

Polikandioti M. Athens, Greece

e-mail : mpolik2006@yahoo.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (Σ.Δ) αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Παρότι, η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη ποικίλει ανάμεσα στους πληθυσμούς εξαιτίας των διαφορών στην γενετική ευπάθεια και σε άλλους παράγοντες κινδύνου, εντούτοις η συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι παγκοσμίως υψηλή.

Σύμφωνα με έρευνες έχει υπολογισθεί, ότι σήμερα πάσχουν περίπου 145 εκατομμύρια άνθρωποι και προβλέπεται ότι μέχρι το 2025 ο αριθμός αυτός θα ανέλθει στα 300 εκατ.^{1,2} Στις ΗΠΑ περίπου 20.8 εκατομμύρια που αντιστοιχούν στο 7% του πληθυσμού πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, εκ των οποίων το 90-95% πάσχει από διαβήτη τύπου II. Επίσης, ομοίως υψηλά επίπεδα καταγράφηκαν και στον Καναδά, όπου περίπου 1.4 εκατομμύρια άτομα έχουν ήδη επηρεαστεί από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.³

Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν προσβάλλει πλέον, μόνο άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αλλά και νεότερα άτομα και σύμφωνα με εκτιμήσεις στις ΗΠΑ, παρατηρήθηκε σε 1,5 εκατομμύρια περιπτώσεων σε άτομα ηλικίας άνω των 20 χρόνων.¹

Ομοίως και στην Ευρώπη, έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου II,

όχι μόνο στη τρίτη ηλικία αλλά και σε άτομα ηλικίας κάτω των 20-30 χρόνων, αναγνωρίζοντας το διαβήτη ως μέγιστο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Σχετικές έρευνες υποδεικνύουν, ότι περισσότεροι από τους μισούς Ευρωπαίους πρόκειται να υποφέρουν από υπογλυκαιμία ή σακχαρώδη διαβήτη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη, περίπου το 5% των πληθυσμών της Ευρώπης έχει επηρεαστεί από Σ.Δ τύπου II.^{4,5}

Στη Ελλάδα, ο αριθμός των ερευνητικών δεδομένων που υπάρχει σχετικά τη συχνότητα εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη είναι μικρός και τα ευρήματα ποικίλλουν από μελέτη σε μελέτη.^{6,7}

Ορισμός του προβλήματος

Ο σακχαρώδης διαβήτης, ως νοσολογική οντότητα έχει αναγνωριστεί από την αρχαιότητα. Η ονομασία διαβήτης δόθηκε στη νόσο λόγω της εκτεταμένης διούρησης που προκαλεί ενώ η ονομασία σακχαρώδης προήλθε από το λατινικό *melitus* που σημαίνει «γλυκαθέν με μέλι» και περιγράφει την παρουσία του σακχάρου στα ούρα. Συγκεκριμένα ο Αρεταίος το 200 μ. Χ. έγραψε « Το επίθετο διαβήτης έχει αποδοθεί στη νόσο επειδή μοιάζει σαν να περνάει νερό μέσα από ένα σιφώνιο». ^{8,9}

Παρότι, ο Σ.Δ έχει αναγνωρισθεί εδώ και πολλούς αιώνες, εντούτοις, οι μηχανισμοί παθογένεσής του δεν έχουν πλήρως κατανοηθεί έως σήμερα. Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι ευθύνονται κυρίως για την πρόκληση του σακχαρώδη διαβήτη, ενοχοποιούνται και άλλοι παράγοντες, όπως περιβαλλοντικοί, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η μειωμένη σωματική άσκηση, το stress, κ.ά.^{7,8}

Κεντρική διαταραχή του σακχαρώδη διαβήτη είναι η έλλειψη της ινσουλίνης, η οποία εκκρίνεται από το πάγκρεας και ρυθμίζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών. Ο Σ.Δ διακρίνεται σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου I (ινσουλινοεξαρτώμενος) και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (μη-ινσουλινοεξαρτώμενος). Η κυριότερη διαφορά των δύο είναι, ότι ο τύπου I χαρακτηρίζεται από πλήρη έλλειψη ινσουλίνης, ενώ ο τύπου II αποτελεί συνδυασμό μειωμένης έκκρισης ινσουλίνης από το πάγκρεας και αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης στους περιφερικούς ιστούς.^{7,8,9}

Ως αποτέλεσμα, προκαλείται αύξηση των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα και όταν αυτή είναι μεγαλύτερη των 180-200mg.dl/l, τότε προκαλούνται συμπτώματα, όπως πολυδιψία, πολυφαγία, πολουρία και απώλεια σωματικού βάρους.⁷⁻¹⁰

Ο Σ.Δ, εκτός από τα βραχυπρόθεσμα συμπτώματα, επιφέρει μακροπρόθεσμα σοβαρές επιπλοκές, όπως αγγειοπάθεια, μικροαγγειοπάθεια (νεφροπάθεια και αμφιβληστροειδή), νευροπάθεια (περιφερική και αυτόνομη), περιφερική αγγειοπάθεια, καρδιαγγειακά προβλήματα, κ.ά. Επιπροσθέτως, σχετίζεται με νοσηρότητα και πρώιμο θάνατο από καρδιαγγειακά νοσήματα συμπεριλαμβανομένου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (Α.Ε.Ε) και έμφραγμα του μυοκαρδίου (Ο.Ε.Μ).⁷⁻¹⁰

Ενημέρωση-εκπαίδευση ασθενών

Η εκπαίδευση-ενημέρωση των ασθενών είναι ευρέως αποδεκτή, ως απόλυτη προϋπόθεση της ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη και ολοένα και περισσότερες έρευνες συνηγορούν, ότι χωρίς αυτή, δεν είναι δυνατό να εξασφαλισθεί αποτελεσματικός έλεγχος. Η εκπαίδευση είναι μια διαδικασία που έχει ως πρωταρχικό σκοπό να επιφέρει τις απαραίτητες αλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά, προκειμένου να επιτευχθεί η διατήρηση του σακχάρου του αίματος σε σταθερά επίπεδα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ενημέρωση και η απόκτηση γνώσεων του ασθενή για αυτοέλεγχο της νόσου (self management) αποτελεί τον παράγοντα-κλειδί για αλλαγή του τρόπου αντίληψης της νόσου, για τη σωστή

μεταβολική ρύθμιση και τέλος για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.¹¹⁻¹⁵

Παρότι, η εκπαίδευση αυτή καθεαυτού δεν αποτελεί θεραπεία, εντούτοις κανείς διαβητικός δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί επαρκώς, εάν δεν έχει διδαχθεί τις βασικές αρχές διατροφικής αγωγής, πειθαρχίας, τεχνικής χορήγησης υποδόριας ένεσης ινσουλίνης, ελέγχου των επιπέδων σακχάρου στο αίμα, σωματικής άσκησης, φροντίδας κάτω άκρων, και άλλων απαραίτητων παραμέτρων. Επιπροσθέτως, από την βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η συνεχής εκπαίδευση των διαβητικών είναι αυτή που μακροπρόθεσμα εξασφαλίζει τη διατήρηση του ευεργετικού αποτελέσματος της παρέμβασης.¹¹⁻¹⁶

Σύμφωνα με την έρευνα των Davies et al.,¹⁷ όπου αξιολογήθηκαν στην πράξη τα αποτελέσματα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος παρέμβασης, το οποίο περιλάμβανε φαρμακευτική, ψυχοκοινωνική καθοδήγηση και συμβουλευτική υγιεινού τρόπου ζωής, έδειξαν, ότι το πρόγραμμα συντέλεσε στην απώλεια βάρους, στη διακοπή του καπνίσματος, και είχε θετικές βελτιώσεις στις αντιλήψεις των ασθενών για την νόσο έως 12 μήνες μετά τη διάγνωση. Η φιλοσοφία του προγράμματος είχε ως στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς με την ενίσχυση του ασθενή για αυτοέλεγχο, την αξιολόγηση των προσωπικών παραγόντων κινδύνου και την εφαρμογή

ενός ρεαλιστικού στόχου αλλαγής στη συμπεριφορά.

Όπως προκύπτει από παλαιότερη βιβλιογραφική αναφορά, ο σχεδιασμός ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, εκτός από τις κλινικές παραμέτρους, πρέπει να εστιάζεται και στις ανάγκες του κάθε πάσχοντα ξεχωριστά (patient-centred approach). Αυτή η προσέγγιση, η οποία θεωρείται ιδιαίτερα αποδοτική, έχει ως αντικειμενικό σκοπό να διερευνά και κατανοεί πλήρως τις ανάγκες του κάθε ασθενή, την αντιλαμβανόμενη από τον ίδιο σημασία της ασθένειας αλλά και το ρόλο του ευρύτερου περιβάλλοντος στήριξης.^{17,18}

Εκτός από τα ανωτέρω παράγοντες, είναι επιτακτική ανάγκη να συμπεριλαμβάνονται στο σχεδιασμό του προγράμματος και άλλοι παράγοντες, όπως οι προτεραιότητες, τα συναισθήματα και οι προσδοκίες του ασθενούς από τη νόσο. Η παρέμβαση αυτού του είδους, αφενός, αναγνωρίζει τον ίδιο τον πάσχοντα, ως τον κύριο και πρωταρχικό υπεύθυνο της φροντίδας του, αφετέρου, απαιτεί μεγαλύτερη δεξιότητα σχεδιασμού από τους επαγγελματίες υγείας. Από σχετικές μελέτες επίσης βρέθηκε, ότι το θεραπευτικό-ενημερωτικό πρόγραμμα που επικεντρώνεται στον ίδιο τον πάσχοντα σχετίζεται με αυξημένη ικανοποίηση του ασθενούς, μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, υψηλού βαθμού συμμόρφωση

προς τη θεραπεία, όπως επίσης και βελτιωμένη φυσική κατάσταση.^{17,18}

Δεδομένου ότι, οι ίδιοι οι πάσχοντες είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα τους σε καθημερινή βάση, η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ενθάρρυνση και στήριξη των ασθενών για ενεργό συμμετοχή στη καθημερινή ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου του αίματος αλλά και στη γενικότερη μεταβολική τους κατάσταση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση της διδασκαλίας των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.¹⁸⁻²³

Παρότι, η ευεργετική ενεργός συμμετοχή του πάσχοντα έχει ευρέως αναγνωρισθεί και τεκμηριωθεί, υπάρχουν αναφορές στη βιβλιογραφία που υποδεικνύουν, ότι λόγω της επιτυχής ρύθμισης του σακχάρου με φαρμακευτική αγωγή, όπως με αντιδιαβητικά δισκία ή με χορήγηση υποδόριας ένεσης ινσουλίνης, οι ασθενείς δεν πειθαρχούν στις οδηγίες που έχουν λάβει από τους επαγγελματίες υγείας. Συχνά, όχι μόνο αρνούνται να συμμορφωθούν επί μακρόν στις οδηγίες του εκπαιδευτικού προγράμματος, αλλά και δυσκολεύονται στην πρακτική εφαρμογή των γνώσεων που απέκτησαν.²⁴⁻²⁶

Μολονότι, ο χαμηλός βαθμός συμμόρφωσης των ασθενών επιδέχεται ποικίλες ερμηνείες, εντούτοις είναι πιθανόν να οφείλεται στις παραδοσιακές μεθόδους διαχείρισης του

προβλήματος κατά τις οποίες οι ασθενείς ήταν παθητικοί αποδέκτες φροντίδας. Η σχέση εκπαιδευτικού προγράμματος και βαθμού συμμόρφωσης των πασχόντων προς την καθοδήγηση είναι αμφίδρομη. Αφενός, ο βαθμός συμμόρφωσης προς τις οδηγίες και η ενεργός συμμετοχή των πασχόντων στον αυτοέλεγχο τους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη ρύθμιση του διαβήτη και την πρόληψη άμεσων και απώτερων επιπλοκών, αφετέρου, ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα πρέπει να είναι τέτοιας μορφής ώστε να μπορεί να επιτευχθεί η συμμόρφωση των συμμετεχόντων προς τις οδηγίες του θεραπευτικού προγράμματος.^{26,27}

Πολλές φορές όμως, η αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού παρεμβατικού προγράμματος δεν κρίνεται μόνο από την ορθότητα των αποκτηθέντων γνώσεων γιατί αφενός, αυτή αλλάζει με την πάροδο του χρόνου αφετέρου, οι ασθενείς διστάζουν να την εφαρμόσουν στην πράξη εάν είναι αβέβαιοι και αντιθέτως έχουν τη τάση να ακολουθούν τη λαθεμένη γνώση, εάν αυτή θεωρούν, σίγουρη.

Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξε η έρευνα των Bruttomesso et al.,²⁸ οι οποίοι εφάρμοσαν ένα ενημερωτικό πρόγραμμα παρέμβασης που αφορούσε την χορήγηση ινσουλίνης και, ως σκοπό είχε, τη βελτίωση της σφαιρικής γνώσης, η οποία συμπεριλάμβανε τη θεωρητική γνώση

(declarative knowledge) και την διαδικαστική γνώση (procedural knowledge), δηλ. την γνώση του τρόπου που πρέπει να γίνονται τα πράγματα, η οποία απαιτεί ειδική δεξιότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η ορθή γνώση έχει τη τάση να μειώνεται και ότι, η γνώση που σχετίζεται με τη περιγραφή της διαδικασίας, συγκρινόμενη με τη θεωρητική γνώση διαρκεί περισσότερο, εφόσον εφαρμόζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και με κατανοητό περιεχόμενο.

Η ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα με αυτοέλεγχο, (self-monitoring of blood glucose, SMBG), αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας στη σύγχρονη βιβλιογραφία, γιατί συντελεί στη βελτίωση της πρόγνωσης της νόσου, στη ποιότητα ζωής και στη ελάττωση του επιπέδου θνησιμότητας. Η αυτοελεγχόμενη ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα, μπορεί πρωτίστως να διευκολύνει την διατήρηση γλυκόζης σε επιθυμητά επίπεδα, αλλά επίσης να αντανακλά τις γενικότερες αλλαγές του τρόπου ζωής. Συνεπώς, η ενσωμάτωση αυτής της παραμέτρου σε ένα ολοκληρωμένο παρεμβατικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, θεωρείται απολύτως απαραίτητη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Guerci B. Et al.²⁹ η ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου του αίματος

σχετίζεται με σημαντικού βαθμού βελτίωση του μεταβολικού ελέγχου για το λόγο ότι τα αποτελέσματα της εξέτασης δίνουν τις απαραίτητες πληροφορίες (feedback) στους ασθενείς.

για να προβούν σε αλλαγή του τρόπου ζωής και να υιοθετήσουν υγιή συμπεριφορά, όπως σωστή διατροφή, άσκηση, κ.ά.

Υστερα από προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι μικρός αριθμός δεδομένων εστιάζεται στη διερεύνηση δημογραφικών παραγόντων που εμποδίζουν την αποτελεσματικότητα ενός παρεμβατικού εκπαιδευτικού προγράμματος, όπως το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο, κ.ά..

Επίλογος

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας για τη σημασία της ενημέρωσης στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, τύπου II. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν τις επιδράσεις της νόσου σε όλες τις διαστάσεις της ζωής του ατόμου καθότι, η γνώση αυτή είναι πολύτιμη για τον σχεδιασμό κάθε εκπαιδευτικού-ενημερωτικού προγράμματος παρέμβασης με τη ενεργό συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς.

Καλούνται οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη να ευαισθητοποιηθούν όσον αφορά την ενημέρωσή τους, αλλά και να εντάξουν στον τρόπο ζωής τους τη δια βίου εκπαίδευση, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Quaseem A., Vljan S., Snow V., Croos Th., Welss K., Owens D. Glycemic Control and type II, Diabetes Mellitus : The optimal Haemoglobin A_{1c} Targets. A Guidance Statement for the American College of Physicians. *Ann Intern.Med.* 2007;147: 417-422.
2. Hjelm,K.,Mufunda,E.,Nambozi,G.,Kemp,J., Preparing Nurses to face the pandemic of diabetes mellitus, a literature review. *J-Adv-Nurs.*2003;41(5):424-34.
3. Lin D., Hale Sh., Kirby E. Improving diabetes management. Structured clinic program for Canadian primary care. *Can Fam Physician.* 2007; 53(1): 73–77.
4. Schwarz P., Cruhl U., Bornstein St., Landcraf R., Hall M., Tuomilehto J. The European perspectives on Diabetes Prevention: development and implementation of a European Guideline and training standards for Diabetes prevention. *Diabetes Vasc Dis Res* 2007; 4 : 353-57.
5. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas—prevalence estimates of

Η πολιτεία πρέπει να κατανοήσει τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από την ενημέρωση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη και να ενισχύει τέτοιου είδους παρεμβατικά προγράμματα.

- diabetes mellitus. Available at :www.eatlas.idf.org 2007.
6. Papadopoulos AA., Kontodimopoulos N., Frydas A., Ikonomakis E., Niakas D. Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health.* 2007 ;7(147):186.
7. Melidonis AM., Tournis SM., Kompoti MK., Lentzas IL., Roussou VR., Iraklianiou SL., et al. Increased prevalence of diabetes mellitus in a rural Greek population. *Rural Remote Health.* 2006;6(1):534.
8. Guyton, A.. Η Φυσιολογία του Ανθρώπου. Εκδ. Λίτσας, 1998.
9. Πάγκαλος Μ., Πάγκαλος Ε. *Ιατρική* 2002,82 (Συμπλήρωμα): 27-32.
10. Capron L. What is in a risk factor? He, who strikes the ball *Diabetes Metabolism.* 2003;29(1):6-13.
11. Diabetes Prevention Research Group: Reduction in the incidence of type 2 Diabetes with life style intervention or metformin. *N. Engl.J. Mod* 2002;346- :393-403.

12. Μπενρουμπή Μ.Δ. Η θεραπευτική αξία της εκπαίδευσης στο σακχαρώδη διαβήτη. Ιατρική 2002, 82.(Συμπλήρωμα) 33-37.
13. Ράπτης Σ. Στόχοι και δυνατότητες στην αντιμετώπιση του διαβητικού συνδρόμου. Ιατρική 2002, 82 (Συμπλήρωμα):20-26.
14. Tankova T., Dakovska, G., Koev D. Education and quality in diabetic patients. Patients education and counseling. 2004 Vol. 53, Issue 3, pp : 285-290.
15. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes. 2003;27(Suppl 2):S1-151.
16. Mensing C., Boucher J., Cypress M., Weinger K., Mulcahey K., Barta P., et al. National standards for diabetes self-management education. American Diabetes Association: clinical practice recommendations 2001. Diabetes Care. 2001;24(Suppl 1):S1-133.
17. Davies M., Heller S., Skinner T., Campbell M., Carey M., Cradock S., Dallosso H., et al. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes. BMJ. 2008;336(7642):491-495.
18. Kinmonth AL., Spiegel N., Woodcock A. Developing a training programme in patient-centred consulting for evaluation in a randomised controlled-trial; diabetes care from diagnosis in British primary care. Patient Education and Counseling. 1996;29, 75-86.
19. Kirkman MS., Williams SR., Caffrey HH., Marrero DG. Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians. Diabetes Care. 2002;25(11):1946-51.
20. Department of Health. National service framework for diabetes: standards London: DoH, 2001.
21. Department of Health. National service framework for diabetes: delivery strategy London: DoH, 2002.
22. Audit Commission. Testing times. A review of diabetes services in England and Wales Northampton: Belmont Press, 2000.
23. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of patient-education models for diabetes. Technology Appraisal 60 London: NICE, 2003.
24. Rutten G. Diabetes patient education: time for a new era. Diabet Med 2005; 22:671-3.

25. Skinner TC., Carey ME., Cradock S., Daly H., Davies MJ., Doherty Y., et al. Diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND): process modelling of pilot study. *Patient Educ Couns* 2006;64: 369-77.
26. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
27. Anderson RM. Patient empowerment and the traditional medical model. A case of irreconcilable differences? *Diabetes Care* 1995;18:412-5.
28. Bruttomesso D., Costa S., Pos MD., Crazzolara D., Realdi G., Tiengo A., et al. Educating diabetic patients about insuline use : changes over time in certainty and correctness of knowledge. *Diabetes Metab.* 2006;32:256-261.
29. Guerci B., Drouin B., Grange V., Bougneres P., Fontaine P., Kerlan V., et al. Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus : the Auto-Syrveillance Intervention Active (ASIA) study. *Diabetes & Metabolism.* 2003, Vol 29, No6.