Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 17, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2024

Volume 17, Issue 1, JANUARY - FEBRUARY- MARCH 2024



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Η αποσιδήρωση και η ποιότητα ζωής των ασθενών με θαλασσαιμία
Iron depletion and quality of life of thalassemia patients
Αικατερίνη Δερίλα, Χρυσούλα Καλκανά, Μαρία Κατσοχειράκη, Εμμανουήλ Σπυριδάκης, Χαράλαμπος Οικονόμου

Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ψυχιατρικές κλινικές και σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σχετικά με την ακούσια νοσηλεία
Attitudes and perceptions of nursing staff working in psychiatric clinics and psychosocial rehabilitation structures regarding involuntary hospitalization
Βάϊα Λάϊνα, Παναγιώτα Μπαλή, Αθανάσιος Δουζένης

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Εθισμός και πολιτισμικό περιβάλλον: αντιλήψεις για την εξάρτηση ανά τους αιώνες
Addiction and cultural environment: perceptions for dependence throughout centuries
Χρυσούλα Τριανταφύλλου

Ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
Quality of life of patients undergoing hemodialysis
Θεοδόσιος Κόκκιος

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρόληψης πτώσεων των ηλικιωμένων ασθενών
Fall prevention nursing interventions for elderly patients
Δήμητρα Αυγέρη, Ελένη Ματσιάτσιου, Μαρία Μπλιώκα

Διατροφικές συνήθειες νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
Nutritional habits of nurses during the COVID-19 pandemic. Review of the bibliography
Ευγενία Πολυδωροπούλου, Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Γεώργιος Ίντας

Τεύχος 1ο 2024

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Η ισχύς εν τη ενώσει

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα (2ος όροφος)
Τηλ.: 210-3648044, Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

Ελληνικό περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3648 049, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr
ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΔΡ. ΣΟΦΙΑ ΤΑΝΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: Power Graphics
Αγνώστων Ηρώων 101, Νέα Ιωνία, 142 31
Τηλ.: 210 2717979, e-mail: info@powergraphics.gr

Το ΔΣ της ΕΝΕ:
Πρόεδρος: Δημήτριος Σκουτέλης, Αντιπρόεδρος Α΄: Απόστολος Κωτσής, Αντιπρόεδρος Β΄: Γεώργιος Μπαλιόζογλου, Γενικός Γραμματέας: Τζαννής Πολυκανδριώτης, Αναπληρωτής Γραμματέας: Κωνσταντία Μπελαλή, Ταμίας: Λάμπρος Μπίζας, Οργανωτικός Γραμματέας: Γεώργιος Αβραμίδης
Μέλη:
Γεώργιος Κούρτης, Γεώργιος Αρβανίτης, Ευτυχία Γιάγκου, Παναγιώτης Κοσκινάς, Μαρία Κωστίκου, Μιχαήλ Μαντζανάς, Ευάγγελος Ναλμπάντης, Σταύρος Πανόπουλος
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Δρ. Μαρία Καπρίτσου, RN, BSc, MSHCM, PhD, Postdoc, Πρόεδρος Ελληνικής Περί Αναισθησιολογικής Εταιρείας, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας»
Δρ. Βάϊα Κωνσταντικάκη, MSc, PhD, ΑΝΘ Θεαγένειο
ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Μαρία Μαλλιαρού,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Ιωάννης Κουτελέκος,** Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΠΑΔΑ, **Στέφανος Μαντζούκας,** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, **Ευγενία Μηνασίδου,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Νικόλαος Μπακάλης,** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, **Θάλεια Μπελλάλη,** Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Παύλος Μυριανθεύς,** Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Τζαννής Πολυκανδριώτης,** MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Ελένη Αλμπάνη, Γεώργιος Αργυρίου, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραΐσκου, Γεώργιος Κριτσωτάκης, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Γαβριήλ Λάζος, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Ασπασία Λούτα, Πολυξένη Μαγγούλια, Γεώργιος Μανομενίδης, Χρήστος Μαρνέρας, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Δημήτριος Μπαρουξής, Δήμητρα Παλητζήκα, Παρθενόπη Παντελίδου, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Φρίξος Τάχιας, Αναστάσιος Τζεναλής, Αικατερίνη Τόσκα, Άρης Υφαντής.
ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, **Dr Theodoros Koutroubas,** Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, **Dr Irena Papadopoulos,** Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK, **Dr Denise McEnroe-Petitte,** Associate Professor, Nursing, Kent State University Tuscarawas, Associate Degree Nursing Program, New Philadelphia, USA, **Dr Betty Chung Pui Man,** Lecturer, Health Sciences Syd, Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong, PRC, **Dr Evridiki Papastavrou,** Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, **Dr Lorendana Sasso,** Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy, Cecilia Sironi, RN, BSc, MSc, Universita degli Studi dell' Isubria-Varese, Italy, **Dr Rocco Gennaro,** Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy, **Dr Thomas Kearns,** Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland, **Dr Helene Kelly,** International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, **Dr Vilma Zydziunaite,** RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania, **Dr Carlos Melo-Dias,** Professor of Nursing, Nursing School of Coimbra, Researcher in Health Sciences, Research Unit: Nursing (UICISA:E), Researcher in Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal, **Leonardo J Labrague,** Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman, **Dr Viktor Vus,** Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine, **Dr Christina Papachristou,** Dipl. Psych., MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin, Berlin, Germany

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Η αποσιδήρωση και η ποιότητα ζωής των ασθενών με θαλασσαιμία
Iron depletion and quality of life of thalassemia patients
Αικατερίνη Δερίλα, Χρυσούλα Καλκανά, Μαρία Κατσοχειράκη, Εμμανουήλ Σπυριδάκης, Χαράλαμπος Οικονόμου *5*

Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ψυχιατρικές κλινικές και σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σχετικά με την ακούσια νοσηλεία
Attitudes and perceptions of nursing staff working in psychiatric clinics and psychosocial rehabilitation structures regarding involuntary hospitalization
Βάϊα Λάϊνα, Παναγιώτα Μπαλή, Αθανάσιος Δουζένης *16*

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Εθισμός και πολιτισμικό περιβάλλον: αντιλήψεις για την εξάρτηση ανά τους αιώνες
Addiction and cultural environment: perceptions for dependence throughout centuries
Χρυσούλα Τριανταφύλλου *26*

Ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση
Quality of life of patients undergoing hemodialysis
Θεοδόσιος Κόκκιος *33*

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρόληψης πτώσεων των ηλικιωμένων ασθενών
Fall prevention nursing interventions for elderly patients
Δήμητρα Αυγέρη, Ελένη Ματσιάτσιου, Μαρία Μπλιώκα *39*

Διατροφικές συνήθειες νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
Nutritional habits of nurses during the COVID-19 pandemic. Review of the bibliography
Ευγενία Πολυδωροπούλου, Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Γεώργιος Ίντας *46*

Η αποσιδήρωση και η ποιότητα ζωής των ασθενών με θαλασσαιμία

Αικατερίνη Δερίλα[1], Χρυσούλα Καλκανά[2], Μαρία Κατσοχειράκη[3], Εμμανουήλ Σπυριδάκης[4], Χαράλαμπος Οικονόμου[5]

1. Νοσηλεύτρια Ψυχικής υγείας, RN, MSc, PhD(c), ΜΜΑΔΝ Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

2. Ιατρός Παθολόγος, MSc, PhD, Επιμελητής Α' Αιμοδοσίας Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

3. Νοσηλεύτρια RN, BSN, MSc©, ΜΕΘ, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

4. Καθηγητής Κοινωνικής Ανθρωπολογίας των Εργασιακών Σχέσεων, Τμήμα Κοινωνιολογίας ΕΚΠΑ

5. Καθηγητής Σύγχρονης Ελληνικής Και Ευρωπαϊκής Κοινωνίας, Τμήμα Κοινωνιολογίας και Πολιτικών Υγείας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αιμοσιδήρωση είναι ένα σοβαρό επακόλουθο των μεταγγίσεων στα πλαίσια αντιμετώπισης της μείζονος β-θαλασσαιμίας. Η αποσιδήρωση επιβαρύνει τη ψυχολογία των ασθενών και λόγω της πολυπλοκότητας και της μακροχρόνιας διαδικασίας μπορεί να εγκαταλειφθεί ως θεραπεία.

Σκοπός: Να μελετηθούν οι αντιλήψεις και οι περιορισμοί που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αποσιδήρωση, καθώς και οι ψυχολογικές επιπτώσεις.

Μεθοδολογία: Η μελέτη διεξήχθη στη Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας του νοσοκομείου Ευαγγελισμός. Στη μελέτη εντάσσονταν ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία, οι οποίοι ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και έδιναν ενυπόγραφη συγκατάθεση. Η έρευνα αποτελεί μία ποιοτική μελέτη με ημιδομημένες συνεντεύξεις.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση 70 συνεντεύξεων ασθενών (32 άντρες - 38 γυναίκες), προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ασθενών (54 συμμετέχοντες) είναι τακτικοί με τη θεραπεία αποσιδήρωσης, καθώς αντιλαμβάνονται ότι βελτιώνει το προσδόκιμο επιβίωσης. Έξι συμμετέχοντες δεν είναι τακτικοί, καθώς νιώθουν ότι τους περιορίζει σημαντικά, ενώ οι υπόλοιποι προσπαθούν να είναι τακτικοί, καθώς αναγνωρίζουν τα οφέλη αυτής. 41 συμμετέχοντες έχουν θετική στάση ως προς τη θεραπεία, εκ των οποίων οι 13 δηλώνουν ότι η θεραπεία βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους, ενώ οι υπόλοιποι 29 έχουν αρνητική στάση απέναντι στη θεραπεία. Σχετικά με την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, 47 συμμετέχοντες δηλώνουν ότι έχουν ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ενώ 11 συμμετέχοντες δηλώνουν ότι κρύβονται από το οικογενειακό περιβάλλον και 12 συμμετέχοντες βίωσαν ή βιώνουν ακόμη το στίγμα λόγω της νόσου.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντική η διευκόλυνση των ασθενών με θεραπείες αποσιδήρωσης, οι οποίες δεν περιορίζουν την καθημερινότητα των ασθενών. Επίσης, η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με θαλασσαιμία, είναι σημαντική, ώστε να ξεπερνούν τα εμπόδια της νόσου και να βιώνουν μια ζωή με λιγότερα εμπόδια.

Λέξεις Κλειδιά: αποσιδήρωση, θαλασσαιμία, ποιότητα ζωής

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αικατερίνη Δερίλα
e-mail: katerinaderila@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 12/09/2022
Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2024

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Δερίλα Α., Καλκανά Χ., Κατσοχειράκη Μ., Σπυριδάκης Ε. & Οικονόμου Χ. (2024). Η αποσιδήρωση και η ποιότητα ζωής των ασθενών με θαλασσαιμία. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(1): 5-15, https://doi.org./10.24283/hjns.202411

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Είναι σημαντική η διευκόλυνση των ασθενών με θεραπείες αποσιδήρωσης, οι οποίες δεν περιορίζουν την καθημερινότητα των ασθενών**
- **Η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με θαλασσαιμία είναι σημαντική ώστε να ξεπερνούν τα εμπόδια της νόσου και να βιώνουν μια ζωή με λιγότερα εμπόδια**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μεσογειακή αναιμία ή β-θαλασσαιμία είναι μια κληρονομούμενη αιμοσφαιρινοπάθεια, η οποία κληρονομείται με αυτοσωματικό συνεπικρατούντα χαρακτήρα. Η β-θαλασσαιμία χαρακτηρίζεται από την παθολογική παραγωγή της β αλύσου της αιμοσφαιρίνης, είτε μερικώς είτε πλήρως. Η απουσία, μερική ή πλήρης, των β αλύσων της αιμοσφαιρίνης έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή ερυθροκυττάρων, τα οποία καταστρέφονται πιο εύκολα και τα οποία δεν έχουν την ίδια ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου στους ιστούς, σε σχέση με τα φυσιολογικά ερυθροκύτταρα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όπου διαταράσσεται η φυσιολογική αναλογία της αιμοσφαιρίνης (2 α-άλυσοι και 2 β-άλυσοι) εντός των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ανιχνεύεται περίσσεια α αλύσων της αιμοσφαιρίνης, η οποία έχει ως περαιτέρω συνέπεια την κατακρήμνιση αυτής της πρωτεΐνης και την αύξηση του μεταβολικού στρες με την παραγωγή ελεύθερων ριζών, οι οποίες οδηγούν το κύτταρο σε πρόωρη καταστροφή. Αποτέλεσμα αυτής της καταστροφής είναι η εκδήλωση αναιμίας με δείκτες μικροκυτταρικής και υπόχρωμης αναιμίας, λόγω του μειωμένου μέσου όγκου αιμοσφαιρίνης (MCV) και του χαμηλού δείκτη μέσης πυκνότητας της αιμοσφαιρίνης (MCH) αντίστοιχα (Cappellini et al., 2008).

Υπάρχουν δύο κύριες μορφές β-θαλασσαιμίας, η ομόζυγη και η ετερόζυγη μορφή. Ωστόσο, χάρη στην εξέλιξη της μοριακής βιολογίας, πλέον έχουν αναγνωριστεί ποικίλες μεταλλάξεις οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε μια ποικιλία φαινοτύπων της νόσου, όπως είναι η περίπτωση της ενδιάμεσης μεσογειακής αναιμίας όπου ο ασθενής μπορεί να είναι ασυμπτωματικός φορέας ή να έχει συμπτώματα βαριάς αναιμίας όπως στην περίπτωση της ομόζυγου β-θαλασσαιμίας (Aessopos et al., 2005).

Η ομόζυγη β-θαλασσαιμία, γνωστή και ως μείζονα θαλασσαιμία (νόσος του Cooley), στην οποία κληρονομούνται δύο παθολογικά γονίδια για τη σύνθεση της β-αλύσου της αιμοσφαιρίνης (ένα από τον κάθε γονέα), χαρακτηρίζεται από πλήρη απουσία των αλύσων της β-αιμοσφαιρίνης και από εκδηλώσεις σοβαρής αναιμίας. Λόγω ανεπαρκούς αιμοποίησης, δημιουργούνται δευτερογενείς πυρήνες ερυθροποίησης εντός του μυελού και εξωμυελικά, παρασπονδυλικά και εντός του ήπατος και του σπλήνος. Ωστόσο, δεν επιτυγχάνεται παραγωγή επαρκούς ποσότητας αιμοσφαιρίνης και ο ασθενής παρουσιάζει συμπτωματολογία σοβαρής αναιμίας (π.χ. δύσπνοια, κόπωση, καρδιακή ανεπάρκεια), καθώς και οστικές παραμορφώσεις και ηπατοσπληνομεγαλία (Chaparro & Suchdev, 2019). Η ετερόζυγη β-θαλασσαιμία, γνωστή και ως στίγμα της μεσογειακής αναιμίας, είναι φορείς ενός παθολογικού γονιδίου και είναι ασυμπτωματικοί ή έχουν αναιμία σε μικρό βαθμό (Cappellini et al., 2008).

Παγκοσμίως εκτιμάται ότι περίπου 1,5% του πληθυσμού έχει ετερόζυγο β-θαλασσαιμία και ετησίως διαγιγνώσκονται 200.000 άτομα με β-θαλασσαιμία, εκ των οποίων περίπου 20.000 διαγιγνώσκονται με ομόζυγο β-θαλασσαιμία. Η νόσος έχει μεγαλύτερη επίπτωση στις χώρες της Μεσογείου, στις χώρες της Μέσης Ανατολής και της Νοτιοανατολικής Ασίας, στις οποίες υπολογίζεται ότι η συχνότητα της ετερόζυγου μορφής φτάνει στο 20%. Στη Κύπρο περίπου το 15% του πληθυσμού είναι φορέας της β-θαλασσαιμίας, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 7,4% του πληθυσμού είναι φορείς της νόσου (De Sanctis et al., 2017).

Η θεραπεία της μείζονος θαλασσαιμίας περιλαμβάνει τις συχνές μεταγγίσεις αίματος (κάθε 20-30 μέρες) ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς σε συνδυασμό με την καθημερινή θεραπεία αποσιδήρωσης, ώστε να αποφεύγεται η συσσώρευση της περίσσειας σιδήρου στον οργανισμό και η τοξική επίδραση αυτού σε ζωτικά όργανα, όπως το ήπαρ, η καρδιά και οι πνεύμονες (Cappellini et al., 2008). Η σπληνεκτομή αποτελεί ένα επιπρόσθετο θεραπευτικό μέτρο σε περιπτώσεις αυξημένης εξωμυελικής ερυθροποίησης και αυξημένων αναγκών για μεταγγίσεις, ώστε να επιβραδυνθεί ο ρυθμός καταστροφής των ερυθρών αιμοσφαιρίων και να μειωθεί η συσσώρευση του σιδήρου στον οργανισμό (Koutelekos & Haliasos, 2013).

Η αποσιδήρωση είναι μία διαδικασία, η οποία ξεκινάει παράλληλα με τις μεταγγίσεις με στόχο αφενός την αποβολή των τοξικών παραγώγων του σιδήρου και

αφετέρου τη διασφάλιση της απαραίτητης ποσότητας σιδήρου για τις ανάγκες του οργανισμού. Η θεραπεία της αποσιδήρωσης είναι μακροχρόνια και έχει το μακροπρόθεσμο στόχο να προφυλάξει τον ασθενή από τις δυσμενείς επιπτώσεις της αιμοσιδήρωσης. Η αποσιδήρωση πραγματοποιείται είτε με από του στόματος αγωγή, είτε με υποδόρια έγχυση της αγωγής. Το φάρμακο για την υποδόρια έγχυση είναι η δεφεροξαμίνη. Ωστόσο, τα πολλαπλά και συνεχή τρυπήματα (τουλάχιστον 5 φορές την εβδομάδα), καθώς και η αργή έγχυση, αποτελούν ιδιαίτερους λόγους ψυχολογικής επιβάρυνσης των ασθενών. Μάλιστα υπάρχουν και αντλίες έγχυσης, οι οποίες λόγω του θορύβου επιβαρύνουν επιπρόσθετα τον ασθενή με το αίσθημα του στιγματισμού (Cappellini et al., 2008a).
Η θεραπεία αποσιδήρωσης έχει πολλές δυσάρεστες επιπλοκές, οι οποίες οφείλονται κυρίως στις υψηλές δοσολογίες της δεφεροξαμίνης. Στις επιπλοκές περιλαμβάνονται οι δερματικές αντιδράσεις στο σημείο της έγχυσης, προβλήματα ακοής και όρασης, σκελετικές αλλοιώσεις (ραχίτιδα), πνευμονοπάθεια και ευπάθεια σε λοίμωξη από Yersinia enterolitica (Cappellini et al., 2008a).

Ωστόσο, από το 2016, κυκλοφόρησε η δεφερασιρόξη και η δεφεριπρόνη, χηλικοί παράγοντες δέσμευσης του σιδήρου, σε μορφή δισκίου για λήψη από του στόματος, απλοποιώντας τη διαδικασία αποσιδήρωσης, καθώς τα χάπια χορηγούνται ημερησίως με άδειο στομάχι 30 λεπτά προ φαγητού. Παρόλο που αυτή η φαρμακευτική μορφή είναι πιο εύχρηστη, καθώς αποφεύγονται τα πολλαπλά τρυπήματα, παρατηρούνται και σε αυτή την περίπτωση κάποιες σοβαρές επιπλοκές, όπως η ακοκκιοκυτταραιμία, η θρομβοπενία και η ουδετεροπενία (Cappellini et al., 2008a). Ναυτία εμφανίζεται στο 3-24% των ασθενών και στο 30% των ασθενών παρατηρείται αύξηση των ηπατικών ενζύμων (της αλκαλικής φωσφατάσης) και στο 4,5% αρθροπάθεια (Cohen et al., 2008). Η μεσογειακή αναιμία αποτελεί μία συστηματική νόσο, η οποία απαιτεί θεραπεία εφόρου ζωής, από τη στιγμή της διάγνωσης και μετά. Από μικρή ηλικία ο ασθενής εντάσσεται σε θεραπευτικά πρωτόκολλα, τα οποία αναπόφευκτα επηρεάζουν τη ζωή του και τη ψυχολογία του. Οι συχνές μεταγγίσεις αίματος, οι νοσηλείες, καθώς και η θεραπεία αποσιδήρωσης αποτελούν επίπονες διαδικασίες, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Από έρευνες φαίνεται ότι οι ασθενείς δεν γνωρίζουν πάντα τη σημασία της θεραπείας της αποσιδήρωσης, γεγονός που τους κάνει ασυνεπείς στη θεραπεία (Tunctan, 2016).

Η αποσιδήρωση δεν παρουσιάζει άμεσα αποτελέσματα, αλλά είναι μία θεραπεία μακροχρόνια. Συνεπώς, ο ασθενής μπορεί με περισσότερη ευκολία να διακόψει τη θεραπεία, καθώς δεν αναγνωρίζει το όφελος αυτής. Η παραίτηση από τη θεραπεία και η απαισιοδοξία του ασθενούς, επηρεάζουν δυσμενώς την έκβαση της νόσου. Παρ' όλες τις εναλλακτικές θεραπευτικές προτάσεις για αποσιδήρωση (υποδόρια έγχυση, χάπι), η αίσθηση της δέσμευσης από τη θεραπεία αποσιδήρωσης, ασκεί ιδιαίτερη ψυχολογική πίεση στους ασθενείς (Politis et al., 1998).

Πολλοί είναι οι τομείς της ζωής του ασθενούς, οι οποίοι επηρεάζονται αρνητικά, τόσο από την ίδια την ασθένεια όσο και από τις πολλαπλές θεραπείες αποσιδήρωσης. Η προσωπική ζωή και η σεξουαλικότητα, οι κοινωνικές σχέσεις (στιγματισμός και αίσθημα διαφορετικότητας), ο εργασιακός τομέας (εύκολη κόπωση, συχνή ανάγκη για νοσηλεία) και η ψυχολογική επιβάρυνση (αίσθημα διαφορετικότητας, μειωμένη αυτοεκτίμηση, φόβος για το μέλλον) αποτελούν τους σημαντικότερους τομείς της ζωής που πλήττονται. Από μελέτες προκύπτει ότι περίπου το 70% των ασθενών θεωρεί ότι η θεραπεία μειώνει την ελευθερία τους, καθώς λόγω της εξάρτησής τους από τις συχνές θεραπείες, δεν έχουν τη δυνατότητα να λειτουργούν ελεύθερα. Ακόμη, νιώθουν περιορισμένοι, ανίκανοι να κάνουν ό,τι κάνει ένας υγιής άνθρωπος και εξαρτημένοι από τη θεραπεία είτε γεωγραφικά (ανάγκη μετάγγισης σε νοσοκομείο), είτε θεραπευτικά (αντλία αποσιδήρωσης, υποδόριες εγχύσεις). Επιπλέον, λόγω της κόπωσης, πολλές φορές δεν μπορούν να εκτελέσουν όλες τις φυσικές δραστηριότητες ενός υγιούς ατόμου. Παράλληλα, η κατάσταση της υγείας τους περιπλέκεται από τις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν λόγω της θεραπείας αποσιδήρωσης (π.χ. προβλήματα ακοής, όρασης, σκελετικές ανωμαλίες κλπ) (Safizadeth et al., 2012).

Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση των αντιλήψεων και των περιορισμών που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία αποσιδήρωσης, καθώς και οι ψυχολογικές επιπτώσεις της θεραπείας. Επιπρόσθετος στόχος της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμηθεί κατά πόσο ανταποκρίνονται οι ασθενείς αλλά και το περιβάλλον τους, στις απαιτήσεις μίας θεραπείας, που χρειάζεται επιμονή και συνέπεια. Μέσα από τις μαρτυρίες των ασθενών επιχειρείται να διαφανεί όλο το φάσμα των πτυχών της ζωής, το οποίο επηρεάζεται τόσο από την πάθηση, όσο και από τη θεραπευτική της διαδικασία. Επιπλέον, αναλύονται οι κατηγορίες των προβλημάτων που προκύπτουν και προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης

αυτών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πραγματοποιήθηκε πρωτογενής ποιοτική έρευνα ημιδομημένων συνεντεύξεων, προκειμένου να συζητηθούν εις βάθος βασικά ζητήματα σχετικά με το αντικείμενο ανάλυσης και ταυτόχρονα να διασφαλιστεί ότι το ερευνητικό δείγμα έχει την ευκαιρία να εκφέρει τις απόψεις και τα βιώματά του σε σημαντικά σημεία που είναι συνυφασμένα με την αποσιδήρωση και την ποιότητα ζωής. Στο πλαίσιο της εν λόγω πρωτογενούς έρευνας υποβλήθηκαν προς τους συμμετέχοντες, ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, βάσει ενός προκαθορισμένου οδηγού συνέντευξης. Ο οδηγός συνέντευξης περιελάμβανε προκαθορισμένες ανοιχτές ερωτήσεις. Στο σημείο αυτό, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στη διασφάλιση και προάσπιση της ευελιξίας στη σειρά των ερωτήσεων που υποβάλλονταν στους συμμετέχοντες. Η εν λόγω ευελιξία αφορά τη δυνατότητα προσθήκης επιπλέον ερωτημάτων και την αλλαγή του περιεχομένου των ερωτήσεων ώστε να προσαρμόζονται στον εκάστοτε συνεντευξιαζόμενο. Οι συμμετέχοντες ανέπτυξαν τις σκέψεις και τις απόψεις τους σε βάθος. Ο σκοπός των συνεντεύξεων ήταν η συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών σχετικά με τις προσωπικές εμπειρίες και τις απόψεις των συμμετεχόντων.

Οριοθέτηση

Η μελέτη διεξήχθη στη Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας του νοσοκομείου Ευαγγελισμός κατά την περίοδο Δεκέμβριο 2019 μέχρι Μάρτιο 2020.

Ερευνητικό Δείγμα

Στη μελέτη εντάσσονταν ασθενείς, άντρες και γυναίκες, με β-μεσογειακή αναιμία, οι οποίοι ήταν ενήλικες (32 έως 63 ετών), και παρακολουθούνταν στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας του Νοσοκομείου. Οι ασθενείς ενημερώνονταν σχετικά με το σκοπό της μελέτης και έδιναν ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους.

Συλλογή Δεδομένων

Η δειγματοληψία πραγματοποιούνταν κατά τη διάρκεια μίας τυπικής επίσκεψης του ασθενούς στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας του Νοσοκομείου και καταγράφονταν δημογραφικά στοιχεία και το ιατρικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού σπληνεκτομής και παρουσίας επιπλοκών. Ακόμη, από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς συλλέγονταν πληροφορίες από τον εργαστηριακό έλεγχο (ποσοστό S/F αιμοσφαιρίνης) και το είδος της θεραπείας. Πραγματοποιούνταν μια ολιγόλεπτη συζήτηση σχετικά με τη νόσο και την εμπειρία του από τη θεραπεία αποσιδήρωσης. Ο συνεντεύκτης ήταν ένας εκπαιδευμένος νοσηλευτής της Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας του Νοσοκομείου. Για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των ασθενών, ο κάθε συμμετέχοντας λάμβανε έναν μοναδικό κωδικό, ο οποίος αντιστοιχούσε στα αρχικά του ονοματεπώνυμου.

Ανάλυση Δεδομένων

Τα δεδομένα των ημιδομημένων συνεντεύξεων επεξεργάστηκαν από τον συνεντεύκτη και αναλύθηκαν οι κύριες θεματικές που προέκυψαν από τις δηλώσεις των συμμετεχόντων. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Ευαγγελισμός.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 70 ασθενείς, 32 άντρες και 38 γυναίκες, με ηλικιακό εύρος 32 έως 63 ετών. Δέκα από τους ασθενείς είναι εκπαιδευτικοί, ενώ εργάζονται σε διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης. Ένας εξ αυτών είναι φυσικός, δύο είναι νηπιαγωγοί, μία φιλόλογος και οι υπόλοιποι τρεις είναι δάσκαλοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. 25 συμμετέχοντες είναι επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα πρόκειται για 8 ψυχολόγους, 4 οδοντίατρους, 2 νοσηλευτές και 11 ιατρούς. 23 συμμετέχοντες δήλωσαν άνεργοι και ενασχόληση με τα οικιακά και τέλος, 12 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Από τους 70 συμμετέχοντες, οι 31 δήλωσαν ότι ολοκλήρωσαν τη βασική εκπαίδευση, οι 28 δήλωσαν κάτοχοι πτυχίου Ανώτατου Εκπαιδευτικού ή Τεχνολογικού Ιδρύματος, ενώ οι υπόλοιποι 11 δήλωσαν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου. Η πλειοψηφία των ασθενών (95%) που είναι μέχρι 38 ετών έχουν σπουδάσει, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων (5%). Η πλειοψηφία των ασθενών που ηλικιακά είναι μεγαλύτεροι των 38 ετών, ολοκλήρωσαν την βασική πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ εξ αυτών το 96% δήλωσαν άνεργοι ή ενασχόληση με τα οικιακά. Χαρακτηριστική είναι η δήλωση μίας γυναίκας 51 ετών, η οποία υπάγεται στην κατηγορία αυτή: «Δεν συνέχισα το σχολείο. Οι γονείς μου ήθελαν να με κρατήσουν στο σπίτι για να μην δίνουμε τροφή για σχόλια στο χωριό. Το καταλάβαινα ότι ντρέπονταν για εμένα». Επίσης, μία ακόμα δήλωση άξια αναφοράς είναι αυτή ενός ανέργου άνδρα 58 ετών: «Στις μεγαλουπόλεις ίσως ήταν διαφορετική η κατάσταση γιατί η κοινωνία δεν είναι τόσο μικρή. Εγώ μεγάλωσα στην επαρχία και ένιωθα από μικρός δακτυλοδεικτούμενος... Βέβαια είχα την στήριξη της οικογένειάς μου, αλλά όταν στοχοποιείσαι από την ίδια την κοινωνία, νιώθεις σαν να είσαι κοινωνικό βάρος».

Μία ακόμα περίπτωση γυναίκας 39 ετών, η οποία δήλωσε ενασχόληση με τα οικιακά είπε «Έχω πλέον συνηθίσει την καθημερινότητά μου. Έχω συνηθίσει να κρύβομαι συνέχεια για να μην με περιθωριοποιήσουν στο χωριό. Έτσι, αναγκάζομαι να κάνω συχνά ταξίδια στην Αθήνα για τις θεραπείες μου. Έχουμε καταλήξει να χαλάμε πάνω από το μισό οικογενειακό εισόδημα στα ταξίδια για αυτόν τον λόγο!». Επίσης, και οι δέκα εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι δεν μπορούν να κάνουν αποσιδηρώσεις, γιατί η αντλία κάνει θόρυβο. Χαρακτηριστικά ένας εξ αυτών δήλωσε «Αναγκάζομαι να κάνω την αποσιδήρωση το βράδυ!» Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας (23 στους 25) είναι τακτικοί με τη θεραπεία αποσιδήρωσης. Όμως, ένας νοσηλευτής και ένας ψυχολόγος δεν είναι ιδιαίτερα τακτικοί.

Οι περισσότεροι ασθενείς (41 στους 70) αναγνωρίζουν ότι χωρίς τη θεραπεία δεν θα ζούσαν και δηλώνουν ότι είναι απαραίτητο να ακολουθούν τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, τα οποία και αναγνωρίζουν ως σημαντικά για τη ζωή τους. Συνεπώς, 41 συμμετέχοντες έχουν θετική στάση ως προς τη θεραπεία, εκ των οποίων οι 13 δηλώνουν ότι η θεραπεία βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους. Από αυτούς τους συμμετέχοντες διαφαίνεται η ανάγκη για εμπιστοσύνη στη θεραπεία και για θετική στάση απέναντι στη ζωή. Έξι συμμετέχοντες δεν είναι τακτικοί με τη θεραπεία αποσιδήρωσης, καθώς νιώθουν ότι τους περιορίζει σημαντικά, ενώ οι υπόλοιποι προσπαθούν να είναι τακτικοί, καθώς αναγνωρίζουν τα οφέλη αυτής.

Περίπου το 30% (23 στους 70 συμμετέχοντες) αποκρύπτει τη νόσο είτε από τα παιδιά ή το κοινωνικό σύνολο γενικότερα, καθώς νιώθει μειονεκτικά και στιγματισμένο, συγκεκριμένα 11 γυναίκες και 7 άντρες αναφέρουν περιστατικά, κατά τα οποία δέχτηκαν τα υποτιμητικά σχόλια του κοινωνικού περίγυρου. Χαρακτηριστικά αναφέρονται οι παρακάτω εκφράσεις: «Είσαι σαν ένα προϊόν του σουπερμάρκετ που το αγοράζεις από το ράφι και είναι ελαττωματικό», «Μου είπε: Εσύ είσαι πολύ άρρωστη, και με παράτησε. Δεν είσαι κορίτσι μου για οικογένεια...», «Δεν τα γράφω τα φάρμακα στο βιβλιάριο για να μην φαίνονται. Στο χωριό κοροϊδεύουν».

Ακόμη, παρατηρείται ότι από τους συνολικά 19 συμμετέχοντες που κρύβουν από τα παιδιά τους τη νόσο τους και το γεγονός ότι λαμβάνουν θεραπεία, οι 6 είναι γυναίκες και οι υπόλοιποι 13 είναι άνδρες. Εκ των 19, οι 4 είναι εκπαιδευτικοί, οι 12 είναι επαγγελματίες υγείας, οι 2 άνεργοι και ο τελευταίος είναι ιδιωτικός υπάλληλος. Χαρακτηριστική είναι η δήλωση ενός επαγγελματία υγείας ότι «Τα παιδιά δεν γνωρίζουν ότι έχω μεσογειακή αναιμία γιατί πρέπει να έχουν την εικόνα ότι ο πατέρας είναι δυνατός και ατρόμητος». Ένας άλλος επαγγελματίας υγείας, επίσης, δήλωσε ότι «Ο γιος μου δεν ξέρει ότι έχω μεσογειακή αναιμία. Βλέπει τα χάπια και του λέω ότι έχω πρόβλημα με τη μέση μου. Δεν χρειάζεται να το μάθει». Ένας εκπαιδευτικός ανέφερε ότι «Νιώθω ότι αν η κόρη μου μάθει την ασθένειά μου θα νιώθει μειονεκτικά απέναντι στα άλλα παιδιά στο σχολείο και δε θέλω να ντρέπεται για τον πατέρα της». Και οι 13 άνδρες έκαναν μνεία περί απώλειας του ανδρισμού και του ανδρικού προτύπου που θέλουν να έχουν στην οικογένειά τους. Οι 6 γυναίκες ανέφεραν κυρίως την κοινωνική κατακραυγή ως λόγο απόκρυψης της ασθένειάς τους. Χαρακτηριστικά, μία γυναίκα εκπαιδευτικός ανέφερε «Είναι ψυχολογικά εξαντλητικό να πρέπει να κρύβεσαι διαρκώς για να μη στιγματιστείς κοινωνικά και μετά φέρεις σε δύσκολη θέση την οικογένειά σου. Μέχρι στιγμής τα καταφέρνω, αλλά δεν ξέρω για πόσο ακόμα μπορώ να αντέξω... Ομολογώ δεν μπορώ να αποδεχτώ ότι αυτή είναι η καθημερινότητά μου!». Στο σημείο αυτό, αξιοπρόσεκτη είναι και η δήλωση του άνδρα ιδιωτικού υπαλλήλου «Το κρύβω από τη δουλειά μου και τους συναδέλφους μου. Δε θέλω να ρισκάρω να δημιουργήσω προβλήματα στον χώρο εργασίας μου, αλλά βλέπω ότι αυτό εν τέλει είναι αναπόφευκτο καθώς λόγω της συχνότητας της θεραπείας πρέπει να απουσιάζω αρκετές ώρες... Δεν σου κρύβω ότι φοβάμαι μην χάσω τη δουλειά μου!». Επίσης, κάποιοι ασθενείς ανέφεραν διακοπή προσωπικής σχέσης (χωρισμό), μετά από την έναρξη ή κατά τη διάρκεια των θεραπειών. Σχετικά με την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, 47 συμμετέχοντες δηλώνουν ότι έχουν ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον.

Σχετικά με το είδος της αποσιδήρωσης, φαίνεται πως η αποσιδήρωση μέσω έγχυσης ήταν ιδιαίτερα δύσκολη ως μέθοδος και χρονοβόρα, ενώ η θεραπεία με δισκία προτιμάται και αυξάνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στη μελέτη έχουν δοκιμάσει την αποσιδήρωση σε ενέσιμη μορφή και στην παρούσα φάση είτε τη συνδυάζουν με δισκίο είτε λαμβάνουν αποκλειστικά δισκίο για την αποσιδήρωση. Σχετικά με τα μειονεκτήματα της ενέσιμης αποσιδήρωσης, αναφέρεται ότι είναι κουραστική η προετοιμασία της αντλίας, είναι άβολη η χρήση της εκτός σπιτιού, είναι μια θεραπεία που στιγματίζει τον ασθενή διότι φέρει μια αντλία στο σώμα του, μειώνει την ποιότητα ζωής. Η αποσιδήρωση με το δισκίο έχει μειώσει αυτές τις τεχνικές δυσκολίες καθώς και τον

κίνδυνο στιγματισμού του ατόμου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τη μελέτη διαφαίνεται πως οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι μεγάλες με την κατάθλιψη να απειλεί τους ασθενείς. Αυτό τονίζει την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη (συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, αγωγή), ώστε να μπορέσουν οι ασθενείς να ανταπεξέλθουν στη χρονιότητα της νόσου αλλά και στην αντιμετώπιση του αισθήματος διαφορετικότητας και μειονεξίας που νιώθουν.

Φαίνεται πως η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που κάνουν θεραπεία με μεταγγίσεις και αποσιδήρωση, είναι ιδιαίτερα επιβαρυμένη. Η εξάρτησή τους από τη χρόνια θεραπεία, αλλά και οι σοβαρές επιπλοκές της ίδιας της θαλασσαιμίας, δημιουργούν μια πολύπλοκη ψυχοσύνθεση, η οποία επιβαρύνεται από τα ίδια τα θεραπευτικά σχήματα ως διαδικασίες. Οι ασθενείς, συχνά, έχουν κακή ψυχολογική κατάσταση και νιώθουν σωματική κόπωση λόγω της αναιμίας και ψυχολογικά λόγω των συνθηκών ζωής τους. Είναι γεγονός, πως στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση μπαίνει από την πολύ μικρή παιδική ηλικία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η παιδική ψυχοσύνθεση να επηρεάζεται πάρα πολύ κατά την ευαίσθητη διαδικασία της ανάπτυξης. Παράλληλα, επηρεάζεται και η ψυχολογία των γονέων, οι οποίοι πολλές φορές διακατέχονται από ενοχικό συναίσθημα λόγω του κληρονομικού χαρακτήρα της νόσου (Cappellini et al. 2008). Άλλες φορές, πάλι, γίνονται υπερπροστατευτικοί με το άρρωστο παιδί. Οπότε, οι ενδοοικογενειακές ισορροπίες διαταράσσονται και οι σχέσεις του παιδιού-ασθενή με το οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και τα μηνύματα που λαμβάνει από και προς τους γονείς του περιπλέκονται.

Επιπλέον, η εξαρτητική σχέση που δημιουργείται από το χαρακτήρα της θεραπείας, ακόμη και όταν πρόκειται για χρήση χαπιού, κάνει τον ασθενή να νιώθει ευάλωτος και να διακατέχεται από το φόβο επικείμενου θανάτου, εφόσον γνωρίζει πως χωρίς τη θεραπεία αποσιδήρωσης δεν μπορεί να ζήσει (Cappellini et al., 2010). Μάλιστα, αυτή η εξάρτηση από τη θεραπεία και η συνειδητοποίηση των περιορισμών που υπεισέρχονται στη ζωή του λόγω της θεραπείας, αλλά και των επιπλοκών της ίδιας της ασθένειας, δημιουργεί μεγάλα προβλήματα, ειδικά στους εφήβους. Έτσι υιοθετούν μία επιφυλακτική στάση για τη ζωή, έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση, αποκτούν φοβίες και προσκολλώνται πολλές φορές στο οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο μπορεί να είναι και υπερπροστατευτικό (Mikelli & Tsiantis, 2004). Ωστόσο, όπως φάνηκε από τις συνεντεύξεις, σχεδόν οι μισοί ασθενείς, αναγνωρίζουν ότι δεν μπορούν να ζήσουν χωρίς τη θεραπεία αποσιδήρωσης και είναι ευγνώμονες που ζουν χάρη σε αυτή, γεγονός, βέβαια, που δεν αναιρεί το αίσθημα της εξάρτησης και της αναγκαστικής αποδοχής της κατάστασης.

Οι επιπλοκές από τη θεραπεία της αποσιδήρωσης εμφανίζονται μόλις στο 4,9% των ασθενών που κάνουν θεραπεία (Safizadeth et al., 2012). Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί πως ακόμη και στη θεραπεία αποσιδήρωσης με από του στόματος χρήση δισκίου, ο ασθενής νιώθει επίσης διαφορετικός από το φυσιολογικό και ανήμπορος να εκτιμήσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα της χρήσης σιδηροδεσμευτικών παραγόντων, όπως και με τις περιπτώσεις ενέσιμων σκευασμάτων (Cappellini et al., 2008). Έτσι, ακόμη και σε αυτές τις περιπτώσεις, η συνέτιση και η συνέπεια στη θεραπευτική αγωγή εξακολουθεί να είναι μείζονος σημασίας, αλλά και σημείο παραίτησης από την πλευρά του ασθενή. Ακόμη, και οι νεότερες εκδοχές μονοθεραπείας, δεν απαλύνουν το άγχος και την κούρασή του, γεγονός που τον κάνει ασυνεπή. Αυτό το γεγονός, περιπλέκεται και από τη γενική παραδοχή πως τα θεραπευτικά αποτελέσματα δεν είναι άμεσα και ευκόλως αντιληπτά από τον ασθενή. Έτσι, οι ασθενείς είναι μόνιμα πιεσμένοι, ενώ πρέπει να δείχνουν εμπιστοσύνη στη θεραπεία συνεχώς, ακόμη και όταν δεν νιώθουν καλά, καθώς η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου δεν μπορεί να γίνει άμεσα αντιληπτή από τον ασθενή (Cappellini et al., 2008). Αντιθέτως, οι επιπλοκές του σιδήρου στην περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι συνεπής με τη θεραπεία είναι αρκετά άμεσες.

Επιπλέον, πολύ ιδιαίτερη είναι η επιρροή των ενδοοικογενειακών σχέσεων του ασθενούς με μεσογειακή αναιμία και ως παιδί, αλλά και στην περίπτωση που έχει τη δική του οικογένεια και αντιμετωπίζει την ασθένειά του από τη θέση πλέον του γονέα. Όπως αναφέρθηκε, συνήθως η διάγνωση της θαλασσαιμίας μπαίνει από πολύ μικρή ηλικία. Έτσι, τα παιδιά με μεσογειακή αναιμία, ακολουθούν μία πορεία ανάπτυξης σωματικής αλλά και ψυχολογικής, μέσα από τα μονοπάτια των θεραπειών και τα νοσοκομεία. Επιπλέον, δεδομένου ότι η εικόνα του σώματος παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στον παιδιατρικό ασθενή για την ανάπτυξη τους προσωπικότητάς του, η βραχυσωμία που παρατηρείται λόγω της υπολειπόμενης ανάπτυξης και του υπογοναδισμού επηρεάζει δυσμενώς τους μικρούς ασθενείς, οι οποίοι αντιλαμβάνονται επιθετικά και απειλητικά οποιαδήποτε παρέκκλιση, γεγονός που αυξάνει το αίσθημα στιγματισμού και της μειονεξίας (Koutelekos & Haliasios, 2013). Σε αυτό το συναίσθημα,

προστίθεται φυσικά και ο αντίκτυπος του νυγμού του σώματος, λόγω των τρυπημάτων για τις ανάγκες τις θεραπείας.

Από την άλλη πλευρά, ο θαλασσαιμικός ασθενής, ως γονιός, μπορεί να αισθάνεται μειονεκτικά απέναντι στα παιδιά του και να θέλει να αποκρύπτει το πρόβλημά του. Σημειώνεται πως 19 ασθενείς ανέφεραν πως αποκρύπτουν την πάθησή τους, κρύβοντας την αλήθεια ακόμη και από τα παιδιά τους. Πολλές φορές μάλιστα, ο φόβος του κοινωνικού στιγματισμού είναι τόσο μεγάλος, που οι φορείς της β-θαλασσαιμίας αποκρύπτουν την αλήθεια σε τέτοιο βαθμό, που αρνούνται ακόμη και τους απαραίτητους προγεννητικούς ελέγχους (Wong et al., 2011). Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε, οι γονείς νιώθουν πολλές φορές ενοχικό συναίσθημα απέναντι στα παιδιά λόγω του κληρονομικού χαρακτήρα της νόσου (Cappellini et al., 2008). Μάλιστα, πολλοί γονείς, λόγω του ότι έχουν αποφύγει τον προγεννητικό έλεγχο, επιβαρύνονται από επιπλέον ενοχικό συναίσθημα στην περίπτωση φορείας ή νόσου του παιδιού (Zaheer et al., 2015). Το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να μπορεί να αποτελεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, το οποίο θα απορροφά τα άγχη αλλά θα ευοδώνει και το θετικό σθένος του ασθενούς. Δυστυχώς όμως, η ημιμάθεια μέσα από την ελλειμματική πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο και την αναγκαιότητα των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, οδηγεί σε ανεπάρκεια αυτού του τομέα από τη μεριά του οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς εάν το πρόβλημα δεν έχει γίνει σωστά αντιληπτό, δεν μπορεί να δοθεί και η ανάλογη υποστήριξη.

Η μείζονα θαλασσαιμία οδηγεί σε έναν ιδιαίτερο φαινότυπο στους ασθενείς, με οστικές μεταβολές και μειωμένη σωματική ανάπτυξη και διάπλαση, γεγονός που οδηγεί σε ιδιαιτερότητες στην κλινική εικόνας των ομοζυγωτών. Επιπλέον, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως, τα συνεχή τρυπήματα για την εφαρμογή της αποσιδήρωσης (στην περίπτωση της ενέσιμης μορφής), οδηγούν σε μία επιθετική-καταστροφική εικόνα του σώματος (Cappellini et al., 2008). Αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την ηλικία της εφηβείας, καθώς επηρεάζει την αυτοεκτίμηση, αλλά και τη σεξουαλικότητα του ασθενούς, καθώς και την εικόνα που έχει για το σώμα του. Όλα αυτά συνθέτουν ένα προφίλ με μειωμένη αυτοπεποίθηση, γεγονός που δημιουργεί εύλογες αναστολές στην επιδίωξη προσωπικών σχέσεων. Παράλληλα, το άτομο μπορεί να αποτελεί εύκολο στόχο σχολιασμού, με αποτέλεσμα τις μειωμένες ευκαιρίες για την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, το στιγματισμό και τον αυτοστιγματισμό (Naderi et al., 2012).

Ο συσχετισμός της μείζονος θαλασσαιμίας με ψυχικές παθήσεις είναι μεγάλος. Σύμφωνα με έρευνες, το 50,6% των ασθενών με θαλασσαιμία εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές με την κατάθλιψη να επηρεάζει το 11,6% των ασθενών (Naderi et al., 2012). Μάλιστα το ποσοστό αυτό στα παιδιά αγγίζει το 80% (Clemente et al., 2002). Οι παθολογικές εκδηλώσεις από την ψυχική σφαίρα περιλαμβάνουν το γενικευμένο άγχος, την κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά προβλήματα και το αίσθημα απελπισίας (Shahraki-vahed et al., 2017). Πολλοί είναι οι παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν ένα ασθενή με θαλασσαιμία στο να εκδηλώσει κάποιου είδους καταθλιπτική διαταραχή, όπως είναι η υπογονιμότητα, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η κλινική εικόνα (οστικές δυσπλασίες), η ίδια η χρονιότητα της νόσου και οι επιπλοκές της μαζί με τις επιπλοκές της θεραπείας, οι πολλαπλές νοσηλείες, η κόπωση, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, ο στιγματισμός και η κοινωνική δυσλειτουργία (Mednick et al., 2010). Επίσης, και η ίδια η διαδικασία της αποσιδήρωσης αποτελεί αίτιο το οποίο μπορεί να προδιαθέσει για καταθλιπτική διαταραχή, καθώς προκαλεί έντονο αίσθημα διαφορετικότητας και επιθετική αντίληψη του σώματος (Cappellini et al., 2008). Αυτό το αίσθημα διαφορετικότητας, σε συνδυασμό με τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και την εκδήλωση φοβιών και άγχους (κοινωνικός ρατσισμός, φόβος για το προσδόκιμο ζωής, επιτυχία θεραπείας, επαγγελματική αποκατάσταση), τους οδηγεί στο να δυσκολεύονται να έχουν μία ομαλή ένταξη στην κοινωνία (Cakaloz et al., 2009). Μάλιστα, αυτή η δυσκολία στην ένταξη στην κοινωνία και η ομαλή λειτουργικότητα ως παραγωγικός άνθρωπος, μπορεί να έχει επιπτώσεις και στον επαγγελματικό τομέα, με επιπρόσθετη επιβάρυνση της ψυχολογίας του ασθενούς με θαλασσαιμία (Koutelekos & Haliasos, 2013). Ο ασθενής νιώθει μειονεκτικά για τον εαυτό του, πολλές φορές αδύναμος, ενώ το στίγμα και ο ρατσισμός πολλές φορές λειτουργούν αποτρεπτικά στο να εργαστεί. Όταν μάλιστα εργάζεται, θα πρέπει πολλές φορές να απουσιάζει για τις ανάγκες της θεραπείας, πράγμα το οποίο δημιουργεί επιπρόσθετα επαγγελματικά προβλήματα. Επιπλέον, οι μακροχρόνιες θεραπείες και οι νοσηλείες, απαιτούν πολλά έξοδα, πράγμα το οποίο επιδεινώνει ακόμη περισσότερο το αίσθημα της εξάρτησης και της διαφορετικότητας. Μέσα από αυτή την πίεση και το αίσθημα μειονεξίας, αυξάνεται η απελπισία του ασθενούς, με αποτέλεσμα να υιοθετεί μία παθητική στάση για τη ζωή γεμάτη ματαιότητα. Στο φάσμα των ψυχολογικών συνεπειών των ασθενών αυτών, προστίθενται και αρνητικά συναισθήματα για τη ζωή

και φόβος επικείμενου θανάτου λόγω του μικρότερου προσδόκιμου ζωής και της εξάρτησης από τη θεραπεία (Yahia et al., 2013).

Ο βαθμός, με τον οποίο βιώνει ο ασθενής το άγχος ή και την κατάθλιψη, εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων, όπως είναι η χρονιότητα της νόσου, η βαρύτητά της, ο αριθμός των επιπλοκών, οι επιπτώσεις στη λειτουργικότητά του, η σεξουαλική δυσλειτουργία και οι συχνότητα ανάγκης για νοσηλεία (Vardaki et al., 2004).

Πολλές είναι οι βιολογικές επιπτώσεις της ομόζυγης β-θαλασσαιμίας, οι οποίες και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, μέσα στις επιπλοκές της θαλασσαιμίας είναι και διάφορες ενδοκρινικές ανωμαλίες, όπως είναι ο υπογοναδισμός, ο υποθυρεοειδισμός, διαταραχές του μεταβολισμού του ασβεστίου, οι οποίες οδηγούν σε μία η καθυστερημένη ανάπτυξη και η οποία εκδηλώνεται περισσότερο στην ύστερη παιδική και ειδικότερα στην εφηβική ηλικία (De Sanctis et al., 2013). Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις ανωμαλίες στην οστική διάπλαση, δημιουργούν βραχυσωμία. Ως δυσπλασίες στην οστική ανάπτυξη, παρατηρούνται η σπονδυλοεπιφυσιακή δυσπλασία και η πλατυσπονδυλία, για την οποία φαίνεται να ευθύνεται η φαρμακευτική αγωγή με DFO (Kyriakou & Skordis, 2009).

Όλα αυτά, συνθέτουν έναν φαινότυπο με ιδιαιτερότητες, οι οποίες σε συνδυασμό με την γενικότερη κόπωση των ασθενών, μπορεί να τους επηρεάσει και να γίνουν κοινωνικά δυσλειτουργικοί (Sadowski et al., 2002). Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό οι ασθενείς αυτοί να παρακολουθούνται από ειδικούς ψυχικής υγείας, ώστε να λαμβάνουν την απαραίτητη συμβουλευτική και υποστήριξη ώστε να μπορούν να σηκώσουν τις συνέπειες της υπολειπόμενης ανάπτυξης (Φαρμάκη, 2011). Επιπλέον, παρατηρείται εύκολη κόπωση, διαταραχές του μεταβολισμού, χολολιθίαση, δυσκολία απορρόφησης σιδήρου και η αυξημένη συχνότητα θρομβώσεων (Cappellini et al., 2008, Artichartakan et al., 2002).

Η ανάγκη ειδικών συμβούλων και υποστηρικτών της ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη, ώστε να μπορούν οι ασθενείς αυτοί να συμφιλιώνονται με την πάθηση τους και να διατηρούν όσο γίνεται την ικανότητα για αντιμετώπιση των κλινικών αλλά και των κοινωνικών δυσκολιών (Shamsi et al., 2017). Όπως προαναφέρθηκε, η υπολειπόμενη σωματική ανάπτυξη αποτελεί από μόνη της αίτιο ανάγκης ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών (Φαρμάκη, 2011). Επιπλέον, η πολυπαραγοντική αιτιολόγηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης που βιώνει ο ασθενής, απαιτεί μία εξατομικευμένη προσέγγιση ώστε να διασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υποστήριξη του (De Sanctis et al., 2013).

Παράλληλα, η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια απαιτεί και από τη μεριά του ασθενούς μεγάλη προσπάθεια, καθώς η προσαρμογή του περιλαμβάνει τη σωστή συμπεριφορά ως προς τη συνέτιση στις ιατρικές οδηγίες, τη βιολογική προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες της νόσου αλλά και τη συναισθηματική προσαρμογή. Η τελευταία πολλές φορές είναι η σοβαρότερη, καθώς περιλαμβάνει την εικόνα του ασθενή για τον εαυτό του αλλά και το πώς αυτός αλληλεπιδρά μέσα στις διάφορες κοινωνικές σχέσεις (Stewart et al., 2004). Όλα αυτά συνθέτουν το δύσκολο περιβάλλον στο οποίο ο θαλασσαιμικός ασθενής θα πρέπει να ζήσει και να εξελιχθεί.

Απαραίτητη είναι η πλαισίωση του ατόμου από ειδικούς (θεράπων ιατρός, νοσηλευτής, ψυχολόγος, ψυχίατρος, κοινωνικός λειτουργός), οι οποίοι και θα τον βοηθήσουν να πιστέψει στον εαυτό του και να προσπαθήσει περισσότερο, διατηρώντας την ελπίδα και επιτυγχάνοντας μία φυσιολογική ενηλικίωση. Σε όλο αυτό, θα βοηθήσει και η ενδελεχής ενημέρωση τόσο του ασθενούς, όσο και του οικείου περιβάλλοντος (Cappellini et al., 2008). Εάν το κοινωνικό σύνολο είναι κατάλληλα ενημερωμένο και απαρτίζεται από ειδικούς που δημιουργούν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, έχει αποδειχθεί πως τα κρούσματα της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών μειώνονται.

Συμπεράσματα

Από την ανάλυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, καθώς και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, επισημαίνεται η ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών με μείζονα θαλασσαιμία και η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Ως υποστηρικτικό περιβάλλον εννοείται τόσο το οικογενειακό περιβάλλον, όσο και ένα πλαίσιο το οποίο θα στελεχώνεται από ειδικούς (ψυχολόγο, ψυχίατρο, θεράπων ιατρό, κοινωνικό λειτουργό κλπ). Το υποστηρικτικό αυτό περιβάλλον θα πρέπει να είναι σε ετοιμότητα από την πρώτη κιόλας περίοδο της διάγνωσης της νόσου. Μάλιστα, παίρνοντας υπόψη το γεγονός ότι η διάγνωση της θαλασσαιμίας γίνεται από τα πρώτα κιόλας έτη της ζωής, ψυχολογική υποστήριξη θα χρειαστούν και οι γονείς του παιδιού-ασθενή. Έτσι, οι ίδιοι θα πρέπει να καθοδηγηθούν και να υποστηριχτούν ψυχολογικά ώστε να αντέξουν και να διαχειριστούν κατάλληλα τη νόσο του παιδιού τους. Εξάλλου πρέπει να δεχθούν βοήθεια, ώστε να μπορέσουν σωστότερα και πιο εμπεριστατωμένα να τη

δώσουν και οι ίδιοι στο παιδί τους. Το ερώτημα είναι επίσης τι θα μπορούσε να γίνει, ώστε να θωρακίζεται ακόμη και προληπτικά η ψυχολογία των ασθενών με μεσογειακή αναιμία. Πολλές ψυχολογικές καταστάσεις, οι οποίες είναι προϊόν πίεσης και δυσφορίας του εγκλωβισμένου μέσα στη νόσο ασθενή, εμφανίζονται σε δεύτερο χρόνο, μετά από καιρό ταλαιπωρίας του ασθενή. Έτσι, αρχικά, θα πρέπει να γίνεται ολοκληρωμένη ενημέρωση του ασθενούς, ώστε να κατανοήσει σε βάθος τη νόσο του και κυρίως να αντιληφθεί τη σοβαρότητα της υγείας του, χωρίς όμως να ενισχύεται το αίσθημα του φόβου και χωρίς να καλλιεργείται ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο όμως θα είναι υπερπροστατευτικό. Αυτή η ενημέρωση πρέπει να αφορά, όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή, αλλά και στο στενό οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον, το οποίο θα πρέπει να δημιουργεί ένα ασφαλές και λογικά προστατευτικό πλαίσιο γύρω από τον ασθενή. Οι φόβοι μπορούν να μετριαστούν, όταν ο ασθενής θα γνωρίζει τι έχει να περιμένει από τη νόσο και φυσικά εφόσον έχει κατανοήσει ότι δεν είναι μόνος, αλλά υπάρχουν θεραπευτικά μέτρα στα οποία μπορεί να βασίζεται. Παράλληλα, μία συμβουλευτική υποστήριξη από ειδικούς επιστήμονες (ψυχολόγο, ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό), θα ήταν επιθυμητή για όλους τους ασθενείς, ακόμη και για τους πιο συνειδητοποιημένους. Όπως αναφέρθηκε, καλό είναι η ψυχολογική αυτή υποστήριξη να αφορά και στους γονείς του παιδιού. Είναι πολύ σημαντικό αυτό να ξεκινάει νωρίς, ακόμη και από την παιδική ηλικία, στην οποία συμβαίνει συνήθως η διάγνωση της νόσου, ώστε να μπορούν να προληφθούν όσο γίνεται περισσότερο σοβαρότερες επιπτώσεις στη διάπλαση της προσωπικότητας, αλλά και της κοινωνικής ζωής του παιδιού, του εφήβου και του ατόμου γενικότερα. Θα πρέπει, όσο γίνεται περισσότερο, να αποφευχθεί η εγκατάσταση της αίσθησης της διαφορετικότητας και της μειονεξίας. Ειδικά για την παιδική αλλά και την εφηβική ηλικία, αυτό είναι πολύ σημαντικό.

Οι έφηβοι αποτελούν μία ειδική ομάδα ασθενών, καθώς η εφηβεία αποτελεί την περίοδο σεξουαλικής ωρίμανσης του ατόμου. Παράλληλα, στην ηλικία αυτή, η ψυχολογία του εφήβου βρίσκεται, όπως και να έχει, σε διακυμάνσεις και ο ίδιος είναι ευάλωτος σε μεγάλο βαθμό. Οι ασθενείς με θαλασσαιμία είναι αντιμέτωποι με μία ιδιαίτερη κλινική εικόνα, με τη μειωμένη ανάπτυξη με ό,τι αυτό συνεπάγεται να παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην ψυχολογία τους. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη και την κατάσταση υπογοναδισμού, που μπορεί να αποτελέσει επιπλοκή της νόσου, κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή του ενδοκρινολόγου στην ομάδα υγείας που θα υποστηρίξει τον έφηβο. Ο υπογοναδισμός δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα καθυστερημένης σεξουαλικότητας και διαταραγμένων δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου. Όλα αυτά συνθέτουν και γαλουχούν το αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης του εφήβου, το οποίο περιπλέκει ακόμη περισσότερο τα πράγματα. Η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς μπορεί να λάβει και τη μορφή συμβουλευτικής γραμμής, ώστε να μπορούν πιο άμεσα και γρήγορα να είναι καλυμμένοι οι ασθενείς σε έκτακτες περιπτώσεις. Αυτό θα διασφάλιζε, μέσα σε ένα πλαίσιο ανωνυμίας, και την ασφάλεια του ασθενή και θα αποτελούσε ίσως πιο πρόσφορο τρόπο επικοινωνίας για τον έφηβο. Επιπλέον, η ενημέρωση του περιβάλλοντος του ασθενούς, σαφώς και μπορεί να βοηθήσει, τόσο στην αποδοχή της κατάστασης, όσο και στην επικουρική υποστήριξη στη δική του προσπάθεια. Εξάλλου, όπως αναφέρθηκε, πολλές φορές οι ίδιοι οι γονείς λειτουργούν κατευθυνόμενοι είτε από υπερπροστατευτικά είτε από ενοχικά συναισθήματα απέναντι στα παιδιά τους, γεγονός που εγκυμονεί και τους ανάλογους συμπεριφοριστικούς κινδύνους για το παιδί. Οικογενειακές συνεδρίες με κάποιον ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό ίσως και να βοηθούσαν σε αυτήν την κατεύθυνση. Επιπλέον, η σωστή ενημέρωση και οι κατευθυντήριες οδηγίες από ειδικούς, πρέπει να εμπίπτουν και στο σχολικό αλλά και στο ευρύτερο εκπαιδευτικό περιβάλλον του παιδιού, ώστε να μειωθεί όσο γίνεται το αίσθημα διαφορετικότητας του ασθενή. Η ευρύτερη πληροφόρηση δε θα μπορούσε παρά να καλλιεργήσει ένα θετικό κλίμα αποδοχής των ασθενών με μεσογειακή αναιμία και την κατανόηση πως έχουν τις ίδιες δυνατότητες και ευκαιρίες για οικογενειακή ζωή. Αυτό δημιουργεί την ανάγκη για βελτίωση, όσο γίνεται καλύτερα, της ποιότητας ζωής των ασθενών, μίας ποιότητα ζωής η οποία σίγουρα περιλαμβάνει και την ψυχική υγεία. Έτσι, κρίνεται απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και η καθοδήγησή τους από ειδικούς συμβούλους (ψυχολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς). Πολύ σημαντικό είναι να τονιστεί και η συμβολή της ευρύτερης πληροφόρησης της κοινωνίας και για τον τομέα του προγεννητικούς ελέγχου, καθώς θα πρέπει να γίνεται αντιληπτή η διάσταση της νόσου σε όλο της το εύρος, ώστε οι γνωστοί φορείς να ευαισθητοποιούνται και να μην κρύβουν τη φορεία τους. Έτσι θα το δέχονται και δε θα διστάζουν να το ανακοινώνουν και να δέχονται τους οποιοδήποτε προγεννητικούς ελέγχους. Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι πολύ σημαντικό θα ήταν η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με θαλασσαιμία να χορηγείται δωρεάν, ώστε να

μπορούν όλες οι κοινωνικές ομάδες να λαμβάνουν την απαιτούμενη ψυχοθεραπευτική φροντίδα. Στα πλαίσια της ολιστικής προσέγγισης της σύγχρονης ιατρικής, δεν γίνεται η ψυχική πτυχή μίας νόσου να μην λαμβάνεται υπόψη και φυσικά να εξαιρείται της οικονομικής μέριμνας του κράτους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aessopos, A., Farmakis, D., Deftereos, S., Tsironi, M., Tassiopoulos, S., Moyssakis, I. & Karagiorga, M. (2005). Thalassemia heart disease: a comparative evaluation of thalassemia major and thalassemia intermedia. Chest, 127(5):1523–1530.

Artichartakan, V., Angchaisuksiri, P., Aryurachai, K. et al. (2002). Relationship between hypercoagulable state and erythrocyte phosphatidylserine exposure in splenectomised patients haemoglobin E/beta-thalassaemic patients. British Journal of Haematology, 118:893-898.

Cakaloz, B., Cakaloz I., Polat, A., Inan, I. & Oguzhanoglu, N.K. (2009). Psychopathology in thalassaemia major. Pediatrics International, 51(6): 825-828.

Cappellini, M.D., Robbiolo, L., Bottasso, B.M., Coppola, R., Fiorelli, G. & Mannucci, A.P.M. (2008). Venous thromboembolism and hypercoagulability in splenectomized patients with thalassaemia intermedia. British Journal of Haematology, 111(2): 467–473.

Cappellini, M.D., Cohen, A., Eleftheriou, A., Piga, A., Porter, J. & Taher, A. (2008a). Iron Overload. Thalassaemia International Federation. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK173958/#S58 [Accessed 10 Mar. 2020].

Chaparro, C.M. & Suchdev, P.S. (2019). Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low‐ and middle‐income countries. Annuals of New York Academy of Science. 1450(1): 15-31.

Clemente, C., Tsiantis, J., Sadowski, H., Lee, C., Baharaki, S., Gantuya, B. Kolvin, I., Taylor, B. & Vigano, C. (2003). Psychopathology in children from families with blood disorders: A cross-national study. European Child & Adolescent Psychiatry. 12. 10.1007/s00787-002-0257-3.

Cohen, A.R., Glimm, E. & Porter, J.B. (2008). Effect of transfusional iron intake on response to chelation therapy in β-thalassemia major. Blood, 111(2):583–587.

De Sanctis, V., Kattamis, C., Canatan, D., Soliman, A., Elsedfy, H., Karimi, M., Daar, S., Wali, Y., Yassin, M., Soliman, N., Sobti, P., Al Jaouni, S., El Kholy, M., Fiscina, M. & Angastiniotis, M. (2017). β-thalassemia distribution in the old world: a historical standpoint of an ancient disease. Mediterranean Journal of Hematology of Infectious Diseases, 9(1): p.e2017018.

De Santictis V., Soliman A.T., Elsedfy, H., Skordis, N., Kattamis, C et al. (2013). Growth and endocrine disorders in thalassaemia: the international networkon endocrine complications in thalassemia (I-CRT) position statement and guidelines. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism, 17(1): 8-18.

Koutelekos, J. & Haliasos, N. (2013). Thalassaemia. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(3): 101-112. Available at: https://www.spnj.gr/articlefiles/volume2_issue3/232.pdf.

Koutelekos, J. & Haliasos, N. (2013). Depression and Thalassaemia in children, adolescents and adults. Health Science Journal, 7(3): 239-246.

Kyriakou, A. & Skordis, N. (2009). Thalassaemia and aberrations of growth and puberty. Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases, 27(1): e2009003.

Mednick, L., Yu, S., Trachtenberg, F., Xu, Kleinert, D.A. & Giardina, P.J. (2010). Symptoms of depression and anxiety in patients with thalassemia: prevalence and correlates in the thalassemia longitudinal cohort. American Journal of Hematology, 85(10): 802-5.

Mikelli, A. & Tsiantis, J. (2004). Brief report: Depressive symptoms and quality of life in adolescents with b-thalassaemia. Journal of Adolescence, 27(2): 213–216.

Naderi, M., Hormozi, M.R., Ashrafi, M. & Emamdadi, A. (2012). Evaluation of Mental Health and Related Factors among Patients with Beta-thalassemia Major in South East of Iran. Iranian Journal of Psychiatry, 7(1): 47–51.

Politis, C. (1998). The psychosocial impact of chronic illness. Annuals of New York Academy of Science, 850:349-54.

Sadowski, H., Kolvin, I. & Clemente, C. et al. (2002) "Psychopathology in children from families with blood disorders: a cross-national study", European Child and Adolescent Psychiatry, 11(4): 151-161.

Safizadeh, H., Farahmandinia, Z., Soltani nejad, S., Pourdamghan, N. & Araste, M. (2012). Quality of Life in Patients with Thalassemia Major and Intermedia in Kerman-Iran (I.R.). Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases, 4(1): p.e2012058.

Shahraki-vahed, A., Firouzkouhi, M., Abdollahimohammad, A. & Ghalgaie, J. (2017). Lived experiences of Iranian parents of beta-thalassemia children. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 10: 243–251.

Shamsi, A., Amiri, F., Ebadi, A. & Ghaderi, M. (2017). The Effect of Partnership Care Model on Mental Health of Patients with Thalassemia Major. Depression Research and Treatment, 1–7.

Stewart, K. E., Ross, D. & Hartley, S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. In T.J.Boll, J.M. Raczynski & L.C.Leviton (eds.), Handbook of clinical health psychology. Vol. 2, Disorders of behavior and health (pp. 405-421). American Psychological Association, Washington DC

Tunctan, B., Senol, S., Tiftik, E., Unal, S., Akdeniz, A. & Tasdelen, B. (2016). Quality of life, clinical effectiveness, and satisfaction in patients with beta thalassemia major and sickle cell anemia receiving deferasirox chelation therapy. Journal of Basic Clinical Pharmacology, 7(2): 49.

Vardaki, M.A., Philalithis, A.E. & Vlachonikolis I. (2004). Factors associated with the attitudes and expectations of patients suffering from beta-thalassaemia: a cross-sectional study. Scandinavian Journal of Caring Science, 12(2):177-87.

Wong L.P., George, E. & Tan, J.M. (2011). Public perceptions and attitudes toward thalassaemia: Influencing factors in a multi-racial population. BMC Public Health, 11, 193.

Yahia, S., El-Hadidy, M.A., El-Gilany, A.-H., Anwar, R., Darwish, A. & Mansour, A.K. (2013). Predictors of anxiety and depression in Egyptian thalassemic patients: A single center study. International Journal of Hematology, 97(5): 604–609.

Zaheer, Z., Wazir, S., Hameed, B., Zeeshan, S., Zaman, Q. & Iqbal, M. (2015). Psychological burden in β-thalassemia affected families. Journal of Postgraduate Medical Institute, 29: 260-263.

Φαρμάκη, Κ. (2011). Ενδοκρινολογικές επιπλοκές στη Μεσογειακή Αναιμία. Αίμα, 2(3): 272-281.

RESEARCH ARTICLE

Iron depletion and quality of life of thalassemia patients

Aikaterini Derila[1], Chrysoula Kalkana[2], Maria Katsohiraki[3], Emmanouil Spyridakis[4], Charalampos Economou[5]

1. RN, MSc, PhD(c), Nurse of Thalasemia Unit Department, Evaggelismos Hospital, Athens
2. Pathologist, MSc, PhD, Curator A, Blood Donation Department, Evaggelismos Hospital, Athens
3. RN, BSN, MSc, Nurse of Intensive Care Unit Department, Hellenic Anticancer Institute Saint Savvas Hospital, Athens
4. Professor of Social Anthropology of LaburRelatios Dept of Sociology, National and Kapodistrian University of Athens
5. Professor of Modern Greek and Europeans Society, Dept of Sociology and Health policies, Panteion University of Athens

Abstract

Introduction: Hemodialysis is a serious consequence of transfusions in the treatment of b-thalassemia major. Iron depletion burdens the psychology of patients and due to the complexity and long process can be abandoned as a treatment.

Aim: To study the perceptions and limitations experienced by patients undergoing iron depletion, as well as the psychological effects.

Methodology: The study was conducted in the Mediterranean Anemia Unit of Evaggelismos Hospital. The study included patients with b-Mediterranean anemia, who were informed about the purpose of the study and gave signed consent. The research is a qualitative study with semi-structured interviews.

Results: The analysis of 70 patient interviews (32 men - 38 women) showed that the majority of patients (54 participants) are regular in iron depletion therapy, as they find that it improves survival expectancy. Six participants are not regular, as they feel that it limits them significantly, while the rest try to be regular, as they recognize its benefits. 41 participants have a positive attitude towards treatment, of which 13 state that treatment improves their quality of life, while the remaining 29 have a negative attitude towards treatment. Regarding the existence of a supportive environment, 47 participants state that they have a supportive family environment, while 11 participants state that they hide from the family environment and 12 participants have experienced or are still experiencing the stigma due to the disease.

Conclusions: It is important to facilitate patients with iron depletion treatments, which do not limit their daily life. Also, the psychological support of patients with thalassemia is important, so that they overcome the obstacles of the disease and live a life with fewer obstacles.
Key words: iron depletion, thalassemia, quality of life

Corresponding author: Aikaterini Derila
e-mail: katerinaderila@gmail.com

Date of submission: 12/09/2022
Publication date: March 2024

Citation: Derila A., Kalkana C., Katsohiraki M., Spyridakis E. & Economou C. (2024). Iron depletion and quality of life of thalassemia patients. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(1): 5-15, https://doi.org./10.24283/hjns.202411

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ψυχιατρικές κλινικές και σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σχετικά με την ακούσια νοσηλεία

Βάϊα Λάϊνα[1], Παναγιώτα Μπαλή[2], Αθανάσιος Δουζένης[2]

1. Π.Μ.Σ. «Ψυχιατροδικαστική», Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
2. Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ακούσια νοσηλεία για τη θεραπεία ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές είναι μια αναγκαιότητα στη σύγχρονη επιστημονική ψυχιατρική πρακτική. Η νοσηλεία, γενικά, των ψυχικά πασχόντων αποτελεί ένα σημαντικό και σύνθετο ζήτημα.

Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνήσει τις στάσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα σχετικά με την ακούσια νοσηλεία.

Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, δημιουργήθηκε ως εργαλείο της έρευνας ερωτηματολόγιο σχετικά με τις «Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ψυχιατρικές κλινικές και σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σχετικά με την ακούσια νοσηλεία». Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 25.0.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι απόψεις των ερωτηθέντων συνάδουν με αυτές που απορρέουν από έρευνες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Η πλειοψηφία συμφωνεί με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, ενώ το προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων είναι γνώστης της νομοθεσίας που διέπει αυτό το είδος της νοσηλείας.

Εν κατακλείδι, είναι απαραίτητη η διερεύνηση του νομικού πλαισίου που διέπει την ακούσια νοσηλεία στην Ελλάδα, καθώς και των συνθηκών που επικρατούν στα νοσοκομεία που δέχονται αντίστοιχα περιστατικά.

Λέξεις Κλειδιά: ακούσια, νοσηλεία, ψυχιατρική διαταραχή, ψυχική διαταραχή

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Βάϊα Λάϊνα

e-mail: vagialn@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 07/09/2023

Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2024

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Λάϊνα Β., Μπαλή Π. & Δουζένης Α. (2024). Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ψυχιατρικές κλινικές και σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης σχετικά με την ακούσια νοσηλεία. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(1): 16-25, https://doi.org./10.24283/hjns.202412

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η πλειοψηφία συμφωνεί με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας**
- **Το προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων είναι γνώστης της νομοθεσίας που διέπει αυτό το είδος της νοσηλείας**
- **Είναι απαραίτητη η διερεύνηση του νομικού πλαισίου που διέπει την ακούσια νοσηλεία στην Ελλάδα**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές υπήρξε για δεκαετίες ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα στη φροντίδα ψυχικής υγείας. Είναι μακράν η πιο επικριτική πτυχή της ψυχιατρικής περίθαλψης λόγω της δημιουργίας ηθικής σύγκρουσης μεταξύ του σεβασμού του δικαιώματος του ασθενούς στην αυτονομία και της πατερναλιστικής ευθύνης για την αποφυγή βλάβης στον εαυτό του και τους άλλους. Έτσι, με βάση αυτόν τον συλλογισμό, ζητήματα σχετικά με την αιτιολόγησή του, τη νομική ρύθμιση και τις βέλτιστες πρακτικές αμφισβητούνται και συζητούνται ευρέως (Stylianidis et al., 2017). Ένα παράδειγμα αυτού είναι η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD), η οποία αποτελεί αποφασιστικό βήμα προς την αναγνώριση της νομικής ικανότητας των ατόμων με διανοητική αναπηρία, τη συγκατάθεσή τους σχετικά με τη μεταχείριση και τον σεβασμό του δικαιώματος σωματικής και διανοητικής ακεραιότητας καθώς και την αποφυγή βασανιστηρίων, τιμωριών ή οποιασδήποτε στάσης που πλήττει την αξιοπρέπεια ενός ατόμου (European Foundation Centre, 2010).

Από την άποψη της αιτιολόγησης, η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του Άλαν Στόουν (1975) στην πολιτική δέσμευση, γνωστή ως η «ευχαριστήρια θεωρία της πατερναλιστικής παρέμβασης» έχει προσφέρει ένα θεωρητικό πλαίσιο για την ενημέρωση της έρευνας στον τομέα. Συγκεκριμένα, η θεωρία3 βασίζεται στην υπόθεση ότι η παράκαμψη της αντίρρησης ενός ατόμου στη θεραπεία είναι δικαιολογημένη μόνο εάν το άτομο δεν έχει την ψυχική ικανότητα να ενεργήσει προς όφελος του και η θεραπεία είναι πιθανό να ωφελήσει το άτομο συνολικά. Επομένως, θεωρείται ότι το άτομο θα ήταν ευγνώμων στον θεράποντα ιατρό μόλις αποκατασταθεί η ψυχική του ικανότητα. Επιπλέον, μια επιπρόσθετη επίπτωση της θεωρίας είναι ότι τα οφέλη που σχετίζονται με την υποχρεωτική νοσηλεία ξεπερνούν το κόστος της, σύμφωνα με την δεοντολογία της ευεργεσίας και της μη κακοποίησης (Stylianidis et al., 2017).

Ενώ υπάρχουν μελέτες για τη διερεύνηση των απόψεων των ασθενών σχετικά με την ακούσια νοσηλεία και την εμπειρία τους μέσα από αυτή, οι μελέτες που διερευνούν τις απόψεις και στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την ακούσια νοσηλεία είναι ελάχιστες. Ο νοσηλευτής συχνά αντιμετωπίζει λειτουργικά προβλήματα λόγω της υποστελέχωσης των ψυχιατρικών τμημάτων και του περιορισμένου χρόνου που μπορεί να διαθέσει για τους συγκεκριμένους ασθενείς, οπότε δεν μπορεί να παρέχει στον ασθενή την κατάλληλη φροντίδα που απαιτείται (European Foundation Centre, 2010). Επιπλέον οι απόψεις τους για το εάν η ακούσια νοσηλεία αποτελεί μια ορθή πρακτική, αν το νομικό πλαίσιο που την καλύπτει είναι σωστό ή σε ποια σημεία θα πρέπει να βελτιωθεί, είναι ζωτικής σημασίας μιας και αυτή η ομάδα των εργαζομένων μπορεί να εκφράσει απόψεις έχοντας γνώσεις, αλλά και εμπειρία (European Foundation Centre, 2010).

Υλικό και μέθοδος

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «ΔΑΦΝΙ» (161 συμμετέχοντες) και στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» (83 συμμετέχοντες). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τη γράφουσα για τους σκοπούς της έρευνας, έπειτα από μελέτη της βιβλιογραφίας και αποτελείται από 23 ερωτήματα, τα οποία έχουν ως στόχο να διερευνήσουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές αποκατάστασης σχετικά με την ακούσια νοσηλεία. Εν συνεχεία σκοπός ήταν να γίνει σύγκριση με τις αντίστοιχες στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτών που εργάζονται σε μη ψυχιατρικούς τομείς. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 25.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα από το ΨΝΑ «Δαφνί» αποτελείται στην πλειοψηφία του από γυναίκες (77,8%) ηλικίας 31-50 ετών (70,4%) ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης κατά 59,9% είναι η δευτεροβάθμια εκπαίδευση και το 14,2% κατέχει μεταπτυχιακό-διδακτορικό τίτλο σπουδών. Το 59,9% εργάζεται ως βοηθός νοσηλευτή και μόνο το 9% κατέχει θέση ευθύνης. Το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων (37,7%) έχει προϋπηρεσία από 21 έως 30 έτη και αναλύοντας περισσότερο τα δεδομένα, διαπιστώνουμε ότι αυτοί που κατέχουν θέσεις ευθύνης έχουν επίσης προϋπηρεσία 21-30 χρόνια.

Αναφορικά με το φύλο, το 22,2% των συμμετεχόντων είναι άνδρες (N=36) και το 77,8% είναι γυναίκες (N=126) (Πίνακας 1).

Αναφορικά με την ηλικία, το μεγαλύτερο ποσοστό 70,4% (N=114) ήταν ηλικίας 31-50 ετών. Ακολούθησαν με

22,2% άτομα ηλικίας 51-60 ετών (N=36), ενώ το 6,2% και το 1,2% ήταν ηλικίας 20-30 ετών (N=10) και 61 ετών και άνω (N=2) αντίστοιχα (Πίνακας 2).

Αναλύοντας τις ηλικιακές ομάδες των ερωτώμενων σε σχέση με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, παρατηρούμε ότι σε όλες τις ηλικιακές ομάδες εκτός από την ">61" το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Πιο αναλυτικά το μεγαλύτερο ποσοστό (72,2%) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα "51-60" (N=26), όπου το υπόλοιπο 28,8% (N=10) ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στην ηλικιακή ομάδα των "31-50" με τους περισσότερους ερωτώμενους από το σύνολο του δείγματος (N=114), το 56,1% (N=64) ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με το 43,9% (N=50) που ήταν τριτοβάθμιας. Στην ηλικιακή ομάδα των "20-30" με συνολικά 10 ερωτώμενους, το 60% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ στην ηλικιακή ομάδα ">61" οι 2 ερωτώμενοι ήταν τόσο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης όσο και τριτοβάθμιας (50%) (Διάγραμμα 1).

Το δείγμα από την ομάδα ελέγχου στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» αποτελείται από 83 άτομα κυρίως από γυναίκες (85,5%) (πίνακας 3).

Το 62,7% του συνολικού δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 31-50 ετών (πίνακας 4) και το μεγαλύτερο ποσοστό (65,1%) είναι απόφοιτοι της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με το 75,9% να μην κατέχει μεταπτυχιακό-διδακτορικό τίτλο σπουδών (πίνακας 5).

Σημαντικό στοιχείο είναι ότι το μεγαλύτερο μέρος (78,3%) εργάζεται σε διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου (παθολογικό, χειρουργικό, καρδιολογικό κ.λπ.) και μόνο το 13,3% στο Ψυχιατρικό τμήμα και το 8,4% σε ξενώνα. Το 65,1% αυτών είναι νοσηλευτές και μόνο το 6% κατέχει θέση ευθύνης. Το 37,3% των ερωτώμενων έχει προϋπηρεσία 11 έως 20 έτη. Στην παρούσα εργασία μελετήσαμε τις απόψεις και στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τον θεσμό της ακούσια νοσηλείας. Διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα, γνωρίζει τη διαδικασία και το νομικό πλαίσιο που διέπουν την ακούσια νοσηλεία (ποσοστό 77,8%) (πίνακας 6). Συμφωνούν κατά βάση με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, θεωρώντας ότι δεν χρησιμοποιείται καταχρηστικά (πίνακας 7).

Ενδιαφέρον, επίσης, εμφανίζει η ουδετερότητα και από τις δύο ομάδες (ΨΝΑ «Δαφνί» και Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός») για το αν θα πρέπει να διαφοροποιηθεί το νομικό πλαίσιο που διέπει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Προτάθηκε από μια μερίδα των ερωτώμενων ότι θα πρέπει να στραφεί περισσότερο στη διασφάλιση των προσωπικών δικαιωμάτων των ασθενών και στον τρόπο που πρέπει να διενεργείται η διαδικασία αυτή, που σήμερα γίνεται μέσω της αστυνομίας και της δικαστικής αρχής (πίνακας 8).

Και στα δύο νοσοκομεία, υπάρχουν κοινά σημεία στις απαντήσεις τους. Έτσι, και στα δύο, ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με την δήλωση ότι η ακούσια νοσηλεία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της ψυχικής υγείας του ασθενούς (πίνακας 9). Επίσης, θεωρούν ότι η ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να είναι η έσχατη θεραπευτική λύση (πίνακας 10).

Ως προς τα άτομα που υπάρχουν και στα δύο νοσοκομεία υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας, η αιτία είναι κυρίως η επιθετικότητα και η άρνηση στην φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, υπάρχει συμφωνία ότι η ακούσια νοσηλεία είναι ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών με τέτοια προβλήματα (πίνακας 11) και στη δήλωση ότι εάν ο ασθενής γίνει βίαιος για τον εαυτό του ή το περιβάλλον του, η ακούσια νοσηλεία είναι απαραίτητη (πίνακας 12).

Και στα δύο, επίσης, νοσοκομεία, οι ερωτώμενοι συμφωνούν ότι ένας ασθενής που έχει εισαχθεί με ακούσια νοσηλεία, δεν χρειάζεται να συναινεί πριν την έναρξη της θεραπείας (πίνακας 13).

Γενικότερα, η πλειοψηφία και από τα δύο νοσοκομεία τίθεται υπέρ της ακούσιας νοσηλείας. Επίσης, δηλώνουν «δεν γνωρίζω, δεν απαντώ» σχετικά με το αν θα πρέπει να αλλάξει το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο (πίνακας 14). Κοινή πεποίθηση επίσης, αποτελεί ότι η ακούσια νοσηλεία μπορεί να μειώσει την πιθανότητα για τη διενέργεια βίαιων και εγκληματικών πράξεων από τους ασθενείς, ενώ και στα δύο νοσοκομεία η πλειοψηφία δεν έχει κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό ή ευρύτερο περιβάλλον του που να έχει νοσηλευτεί με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ακούσια νοσηλεία, δηλαδή η εισαγωγή και η θεραπεία ενός ψυχικά ασθενούς ατόμου χωρίς τη συναίνεσή του, σκοπό έχει την επαρκή φροντίδα σε περιπτώσεις όπου η ψυχική διαταραχή επηρεάζει την ορθολογική τους ικανότητα να συναινέσουν ή να απορρίψουν τη θεραπεία (Zhang et al., 2015). Γενικότερα, η ακούσια εισαγωγή και θεραπεία έχει γίνει αποδεκτή ως ένα απαραίτητο μέτρο για την προστασία των ασθενών, των υπολοίπων και της κοινωνίας. Όμως, παραμένει ένα αμφιλεγόμενο και περίπλοκο ηθικό και νομικό ζήτημα και μερικές φορές είναι δύσκολο να εξισορροπηθούν τα δικαιώματα των ασθενών με τα δικαιώματα των υπολοίπων. Υπάρχει ένα πλήθος διεθνών εγγράφων για τα ανθρώπινα δικαιώματα, προκειμένου να παρέχουν ένα πλαίσιο και καθοδήγηση. Η θέσπιση κριτηρίων που διέπουν την ακούσια νοσηλεία αποτελεί μια περίπλοκη και δύσκολη διαδικασία.

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτού του δείγματος (39,5%), δήλωσε ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την δήλωση ότι η ακούσια νοσηλεία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της ψυχικής υγείας του ασθενούς, ενώ το 69,8% θεωρεί ότι η ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να είναι η έσχατη θεραπευτική λύση στην κάθε περίπτωση. Η άποψη αυτή συμφωνεί με μελέτες που δείχνουν ότι θα

πρέπει να χρησιμοποιηθούν τεχνικές αποκλιμάκωσης (Hallett & Dickens, 2015) στον βαθμό που αυτό είναι εφικτό, μιας και οι πολύ πρώιμες και οι πολύ δραματικές παρεμβάσεις μπορεί να θεωρηθούν από τους ασθενείς ως υπερβολικός έλεγχος, ενώ η αργοπορία στις παρεμβάσεις μπορεί να είναι επιβλαβείς για την ασφάλεια του προσωπικού και των ασθενών (Johnson & Delaney, 2007). Η συντριπτική πλειοψηφία (92,6%) δήλωσε ότι υπάρχουν στην μονάδα τους άτομα που έχουν υποβληθεί σε ακούσια νοσηλεία. Από αυτούς που απάντησαν θετικά, το 54% δήλωσε πως η πιο συχνή αιτία για την ακούσια νοσηλεία ήταν η επιθετικότητα, κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Berring et al. (2015). Επίσης σε άρθρα των Antonio et al. (2012) και των Thompson-Brenner et al. (2012), η επικρατούσα άποψη των παρόχων υγείας είναι ότι οι ασθενείς είναι επικίνδυνοι και απρόβλεπτοι. Οι απαντήσεις που ακολούθησαν επίσης ήταν «άρνηση φαρμακευτικής αγωγής», «αυτό-ετεροκαταστροφική συμπεριφορά», «βιαιότητα», «έλλειψη εναισθησίας» κ.ά. Επίσης, η πλειοψηφία (53,7%) θεωρεί ότι η ακούσια νοσηλεία είναι ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων, ενώ στην περίπτωση που ο ασθενής γίνεται βίαιος για τον ίδιο ή το περιβάλλον του, το 90,1% των ερωτώμενων θεωρούν ότι η ακούσια νοσηλεία είναι απαραίτητη. Το 45,7% δεν θεωρεί ότι ο ασθενής που έχει εισαχθεί με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας θα πρέπει να συναινεί πριν την έναρξη της θεραπείας.

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι (77,8%) γνωρίζουν το πλαίσιο νόμου για την ακούσια νοσηλεία και το 79% δήλωσαν ότι οι ασθενείς ενημερώνονται για τα δικαιώματά τους. Όμως, το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων (49,4%) απάντησαν ουδέτερα («ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ») σχετικά με το αν παραβιάζονται τα δικαιώματα των ασθενών κατά την ακούσια νοσηλεία.

Έτσι, στην κρίσιμη ερώτηση αν οι ερωτώμενοι είναι υπέρ ή κατά της ακούσιας νοσηλείας, το 92,6% είναι υπέρ. Επίσης, το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων (42%) ήταν ουδέτερο στο αν θα πρέπει να αλλάξει το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, ενώ συμφώνησε το 16% κυρίως ως προς την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς και στον τρόπο που διενεργείται η προσαγωγή του. Πάντως, το 46,3% των ερωτώμενων δεν πιστεύει ότι η ακούσια νοσηλεία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Το 62,3% θεωρεί ότι η ακούσια νοσηλεία μπορεί να μειώσει την πιθανότητα να διενεργηθούν βίαιες ή εγκληματικές πράξεις από τους ασθενείς, ενώ το 75,9% δεν γνωρίζει κάποιον από το στενό το περιβάλλον που να έχει νοσηλευτεί με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Στην βιβλιογραφία βρίσκουμε ότι η λήψη απόφασης για την ακούσια νοσηλεία ατόμων με ψυχικά νοσήματα αυξάνεται σημαντικά όταν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος βλάβης του ασθενούς ή των υπολοίπων (Adel, 2019), κάτι που συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν σε γενικά πλαίσια με μελέτες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με τις αντιλήψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στον ψυχιατρικό τομέα σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία, οι οποίοι θεωρούν την ακούσια νοσηλεία και θεραπεία ως το μέσον για καλύτερη πρόσβαση στην ψυχική υγεία, αναγνωρίζοντας ότι είναι μια διαδικασία που προκαλεί φόβο στον ασθενή (Goulet et al., 2019), επηρεάζοντας αρκετές φορές αρνητικά τις σχέσεις μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών (van den Hooff & Goossensen, 2014).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

Adel G. (2016). Perceptions and Attitudes towards Involuntary Hospital Admissions of Psychiatric Patients. J J Psych Behav Sci. 2(1): 013. DOI: 10.1371/journal.pone.0166114

Antonio R., Benson J.R., Brunt C., Connors A.T. (2012). Eliminating stigma in Healthcare Organizations. Available from: www.mhlac.org/Docs/Eradicating_Stigma_4_13.pdf Accessed on: August 28, 2020.

Berring L.L., Pedersen L. & Buus N. (2015). Discourses of aggression in forensic mental health: A critical discourse analysis of mental health nursing staff records. Nursing Inquiry, 22(4): 296–305. DOI: 10.1111/nin.12113

European Foundation Centre. (2010). Study on challenges and good practices in the implementation of the UN convention on the rights of persons with disabilities VC/2008/1214 (Final Report, Brussels (Rev. 2)). Brussels: Author.

Goulet M.H., Pariseau-Legault P., Côté C., Klein A., Crocker A.G. (2019). Multiple stakeholders' perspectives of involuntary treatment orders: a meta-synthesis of the qualitative evidence toward an exploratory model. International Journal of Forensic Mental Health. https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1619000.

Hallett N., & Dickens G.L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a securemental health inpatient service. International Journal of Mental Health Nursing, 24(4): 324–333. DOI: 10.1111/inm.12136

Johnson M.E., & Delaney K.R. (2007). Keeping the unit safe: The anatomy of escalation. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13(1): 42–52. doi:10.1177/1078390307301736

Stone A.A. (1981). The right to refuse treatment. Archives of General Psychiatry, 38(3): 358–362. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780280126015

Stylianidis S., Peppou L.E., Drakonakis N., Douzenis A., Panagou A., Tsikou K., Pantazi A., Rizavas Y., Saraceno B. (2017). Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road? International Journal of Law and Psychiatry, Volume 52, pp. 28-34. DOI: 10.1016/j.ijlp.2017.04.001

Thompson-Brenner H., Franko D.L., Satir D.A., Herzog D.B. (2012). Clinician responses to patients with eating disorders: An appraisal of the literature. Psychiatric Services 63: 73-78. DOI: 10.1176/appi.ps.201100050

Van den Hooff S., Goossensen A. (2014). How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. Scand J Caring Sci. 28(3): 425–34. Doi: 10.1007/978-3-030-37301-6

Zhang S., Mellsop G., Brink J., Wang X. (2015). Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. Neurosci Bull 1, 31(1): 99–112. DOI: 10.1007/s12264-014-1493-5

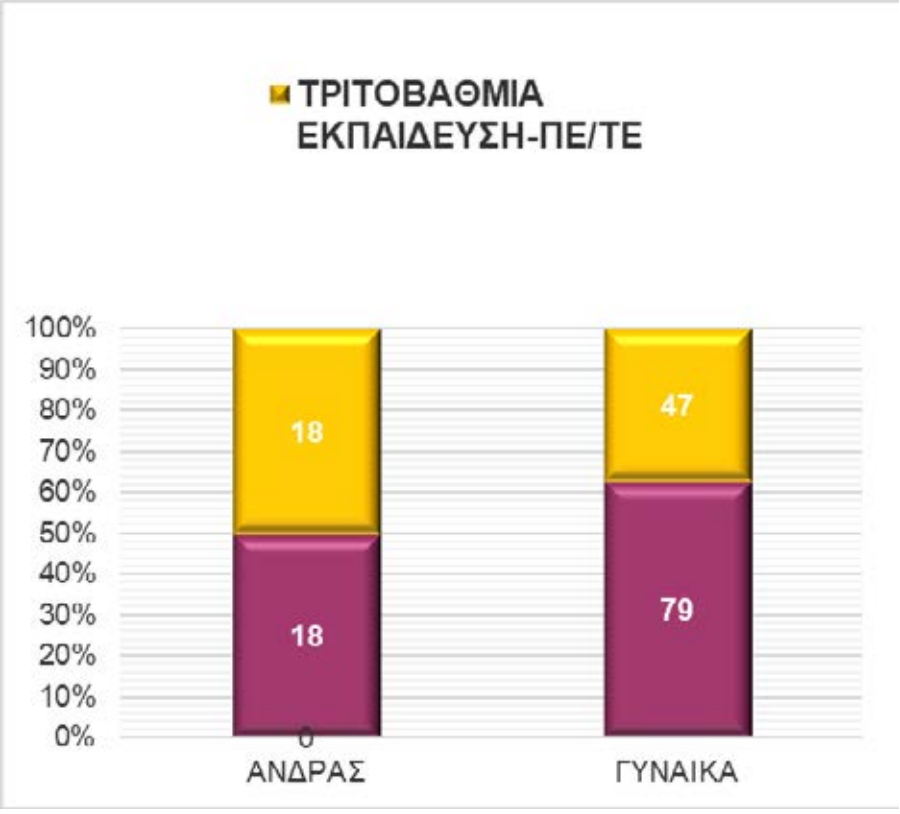
ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΦΥΛΟ

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ΑΝΔΡΑΣ	36	22,2	22,2
ΓΥΝΑΙΚΑ	126	77,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	162	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΗΛΙΚΙΑ

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
20-30 ΕΤΩΝ	10	6,2	6,2
31-50 ΕΤΩΝ	114	70,4	76,5
51-60 ΕΤΩΝ	36	22,2	98,8
>61 ΕΤΩΝ	2	1,2	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	162	100,0	

Διάγραμμα 1. Εκπαίδευση συμμετεχόντων ΨΝΑ «Δαφνί»



ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΦΥΛΟ

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ΑΝΔΡΑΣ	12	14,5	14,5
ΓΥΝΑΙΚΑ	71	85,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	83	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΗΛΙΚΙΑ

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
20-30 ΕΤΩΝ	9	10,8	10,8
31-50 ΕΤΩΝ	52	62,7	73,5
51-60 ΕΤΩΝ	22	26,5	100,0
>61 ΕΤΩΝ	0	0,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	162	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ / ΙΕΚ	29	34,9	34,9
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΠΕ/ΤΕ	54	65,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	83	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Γνωρίζετε το πλαίσιο νόμου που ορίζει την ακούσια νοσηλεία;

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ΟΧΙ	36	22,2	22,2
ΝΑΙ	126	77,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	162	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Έχετε συναντήσει περιπτώσεις όπου η ακούσια νοσηλεία χρησιμοποιήθηκε καταχρηστικά;

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
ΟΧΙ	95	58,4	58,4
ΝΑΙ	67	41,4	99,7
ΣΥΝΟΛΟ	162	99,7	

Πίνακας 8. Θεωρείτε ότι θα πρέπει να αλλάξει το νομοθετικό πλαίσιο που καλύπτει την ακούσια νοσηλεία;

		ΟΜΑΔΑ		
		Ομάδα Ενδιαφέροντος	Ομάδα Ελέγχου	Σύνολο
Συμφωνώ	N	29	9	38
	%	21.2%	23.1%	21.6%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	N	35	11	46
	%	25.5%	28.2%	26.1%
Διαφωνώ	N	73	19	92
	%	53.3%	48.7%	52.3%
Σύνολο	N	137	39	176
	%	100.0%	100.0%	100.0%

X2=0.254, df=2, p-value=0.881>0.05

Πίνακας 9. Πιστεύετε ότι η ακούσια νοσηλεία θα επηρεάσει αρνητικά τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς;

		ΟΜΑΔΑ		
		Ομάδα Ενδιαφέροντος	Ομάδα Ελέγχου	Σύνολο
Συμφωνώ	N	44	14	58
	%	25.0%	23.3%	24.6%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	N	80	17	97
	%	45.5%	28.3%	41.1%
Διαφωνώ	N	52	29	81
	%	29.5%	48.3%	34.3%
Σύνολο	N	176	60	236
	%	100.0%	100.0%	100.0%

X2=7.844, df=2, p-value=0.020<0.05

Πίνακας 10. Θεωρείτε ότι η ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως η έσχατη θεραπευτική λύση;

		ΟΜΑΔΑ		
		Ομάδα Ενδιαφέροντος	Ομάδα Ελέγχου	Σύνολο
Συμφωνώ	N	127	37	164
	%	71.3%	58.7%	68.0%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	N	15	12	27
	%	8.4%	19.0%	11.2%
Διαφωνώ	N	36	14	50
	%	20.2%	22.2%	20.7%
Σύνολο	N	178	63	241
	%	100.0%	100.0%	100.0%

X2=5.863, df=2, p-value=0.053>0.05

Πίνακας 11. Πιστεύετε ότι η ακούσια νοσηλεία ήταν ο μοναδικός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων τους;

		ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ, ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ, ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΨΝΑ	87	19	47	9	162
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	31	16	24	12	83
	ΣΥΝΟΛΟ	118	35	71	21	245

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10,311[a]	3	0,016	0,016		
Likelihood Ratio	10,016	3	0,018	0,020		
Fisher's Exact Test	10,112			0,017		
Linear-by-Linear Association	5,693[b]	1	0,017	0,018	0,010	0,003
N of Valid Cases	245					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,11.
b. The standardized statistic is 2,386

Πίνακας 13. Θεωρείτε ότι οι ασθενείς που έχουν εισαχθεί με ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να συναινούν πριν την έναρξη της θεραπείας τους;

		ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ, ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ, ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΨΝΑ	24	74	60	4	162
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	19	30	25	9	83
	ΣΥΝΟΛΟ	43	104	85	13	245

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11,225[a]	3	0,011	0,010		
Likelihood Ratio	10,686	3	0,014	0,017		
Fisher's Exact Test	10,639			0,013		
Linear-by-Linear Association	,026[b]	1	0,873	0,934	0,469	0,065
N of Valid Cases	245					

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,40.
b. The standardized statistic is ,160.

Πίνακας 14. Θεωρείτε ότι πρέπει να αλλάξει το νομοθετικό πλαίσιο που καλύπτει την ακούσια νοσηλεία;

		ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ, ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ, ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΨΝΑ	26	34	68	34	162
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	12	12	24	35	83
	ΣΥΝΟΛΟ	38	46	92	69	245

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	12,571[a]	3	0,006	0,005		
Likelihood Ratio	12,256	3	0,007	0,007		
Fisher's Exact Test	12,073			0,007		
Linear-by-Linear Association	5,002[b]	1	0,025	0,029	0,014	0,004
N of Valid Cases	245					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,87.
b. The standardized statistic is 2,236.

RESEARCH ARTICLE

Attitudes and perceptions of nursing staff working in psychiatric clinics and psychosocial rehabilitation structures regarding involuntary hospitalization

Vaia Laina[1], Panagiota Bali[2], Athanasios Douzenis[2]

1. MSc Psychiatric Forensics, Attica Psychiatric Hospital
2. Second Department of Psychiatry, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, University General Hospital "Attikon", Greece

Abstract

Involuntary hospitalization for the treatment of patients with psychiatric disorders is a necessity in modern scientific psychiatric practice. Hospitalization, in general, of the mentally ill is an important and complex issue. The purpose of this study is to investigate the attitudes and perceptions of nurses working in the psychiatric field regarding involuntary hospitalization.

In order to achieve this, a questionnaire on "Attitudes and perceptions of nursing staff working in psychiatric clinics and psychosocial rehabilitation structures regarding involuntary hospitalization" was created as a research tool. Results were analyzed with the IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 25.0.

The results showed that the opinions of the respondents are consistent with those resulting from surveys, both in Greece and abroad. The majority agree with the process of involuntary hospitalization, while staff in psychiatric units are knowledgeable about the legislation governing this type of hospitalization.

In conclusion, it is necessary to investigate the legal framework that governs involuntary hospitalization in Greece, as well as the conditions that prevail in the hospitals that accept such cases.

Key words: involuntary, hospitalization, psychiatric disorder, mental disorder

Corresponding author: Vaia Laina
e-mail: vagialn@hotmail.com

Date of submission: 07/09/2023
Publication date: March 2024

Citation: Laina V., Bali P. & Douzenis A. (2024). Attitudes and perceptions of nursing staff working in psychiatric clinics and psychosocial rehabilitation structures regarding involuntary hospitalization. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(1): 16-25, https://doi.org./10.24283/hjns.202412

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Εθισμός και πολιτισμικό περιβάλλον: αντιλήψεις για την εξάρτηση ανά τους αιώνες

Χρυσούλα Τριανταφύλλου

Νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, Ψ.Ν.Θ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο άνθρωπος από την προϊστορική εποχή άρχισε να ανακαλύπτει τις ιδιότητες των φυτών. Όπως προκύπτει από τις αρχαιολογικές έρευνες σε κάθε πολιτισμό τα φυτά καλλιεργήθηκαν για πολλούς σκοπούς: ανακούφιση από τον πόνο, θρησκευτικές τελετουργίες, χαλάρωση και διασκέδαση. Σε κάποια από αυτά αποδόθηκαν υπερφυσικές ή θεραπευτικές ιδιότητες ανάλογα με τις αντιλήψεις που επικρατούσαν σε κάθε εποχή και πολιτισμό.

Ωστόσο τα προϊόντα που παράγονται από τα φυτά αυτά όπως τα αλκοολούχα ποτά και οι ψυχοδραστικές ουσίες αποδείχτηκε ότι μπορούν να οδηγήσουν σε εξάρτηση και να βλάψουν την υγεία. Επίσης παρατηρήθηκε από τα αρχαία χρόνια ακόμη πως οι άνθρωποι εμφάνισαν εξάρτηση και σε συμπεριφορές όπως η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Η εξάρτηση ή εθισμός είναι ένα φαινόμενο που έχει απασχολήσει διάφορους τομείς όπως η επιστήμη, η τέχνη και η φιλοσοφία. Οι άνθρωποι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών νόμιμων και παράνομων για να νιώσουν ανακούφιση από τα προβλήματα τους ή να χαλαρώσουν από την πίεση της καθημερινότητας.

Η παρούσα μελέτη είναι βασισμένη στη βιβλιογραφική ανασκόπηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, με σκοπό την ανάδειξη της επίδρασης που ασκεί το πολιτισμικό περιβάλλον στην χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, αλκοόλ και εξαρτησιογόνων συμπεριφορών. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε μέσα από αξιόπιστες ηλεκτρονικές βάσεις σε βιβλία, εγχειρίδια, άρθρα, πρακτικά συνεδρίων, διδακτορικές διατριβές και συγγράμματα.

Στη σημερινή εποχή αν και είναι γνωστό ότι το αλκοόλ και οι ουσίες προκαλούν όχι μόνο εθισμό αλλά και πολλά σωματικά προβλήματα υγείας, η κατανάλωσή τους όχι μόνο δεν έχει περιοριστεί, αντίθετα έχει πάρει απειλητικές διαστάσεις. Αν και στις περισσότερες χώρες οι ναρκωτικές ουσίες είναι παράνομες και η κατανάλωση αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια δεν επιτρέπονται στους ανήλικους η χρήση τους ξεκινά από ολοένα και μικρότερη ηλικία και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα της σύγχρονης εποχής.

Λέξεις Κλειδιά: εθισμός, εξάρτηση, πολιτισμικό περιβάλλον

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Χρυσούλα Τριανταφύλλου

e-mail:e-mail: doratarosa@hotmail.gr

Ημερομηνία υποβολής: 09/01/2022

Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2024

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη της συγγραφέως.

Αναφορά του άρθρου ως: Τριανταφύλλου Χ. (2024). Εθισμός και πολιτισμικό περιβάλλον: αντιλήψεις για την εξάρτηση ανά τους αιώνες. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(1): 26-32, https://doi.org./10.24283/hjns.202413

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι άνθρωποι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών νόμιμων και παράνομων για να νιώσουν ανακούφιση από τα προβλήματα τους ή να χαλαρώσουν από την πίεση της καθημερινότητας**
- **Αν και είναι γνωστό ότι το αλκοόλ και οι ουσίες προκαλούν όχι μόνο εθισμό αλλά και πολλά σωματικά προβλήματα υγείας, η κατανάλωσή τους έχει πάρει απειλητικές διαστάσεις**
- **Η χρήση τους ξεκινά από ολοένα και μικρότερη ηλικία και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα της σύγχρονης εποχής**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι άνθρωποι από την αρχή της εμφάνισης τους πάνω στη γη άρχισαν να χωρίζονται σε ομάδες. Κάθε ομάδα δημιούργησε τα δικά της χαρακτηριστικά, νόμους, αξίες, τρόπο ζωής και αντιμετώπισης προβλημάτων. Για τη λύση των προβλημάτων κάθε λαός επηρεασμένος από τις αντιλήψεις που κυριαρχούσαν αναζήτησε βοήθεια από το περιβάλλον όπου κατοικούσε. Προσπάθησε να βρει κυρίως υλικά για την καταπολέμηση ασθενειών και εξάλειψη ή μείωση ενοχλητικών συμπτωμάτων όπως ο πόνος κυρίως στα φυτά. Πολλά από τα φυτά που προορίζονταν για αυτό το σκοπό, χρησιμοποιήθηκαν επίσης για θρησκευτικές τελετουργίες, ή με σκοπό την ψυχαγωγία και διαδόθηκαν στις περισσότερες περιοχές του κόσμου μέσω του εμπορίου ή των μετακινήσεων πληθυσμών. Ωστόσο στη συνέχεια αποδείχτηκε ότι αρκετά από αυτά δημιουργούσαν εξάρτηση μετά από επαναλαμβανόμενη χρήση.

Η κατανάλωση ψυχοδραστικών ουσιών που παράγονται από διάφορα φυτά αναφέρονται στα γραπτά κείμενα που έχουν σωθεί σε όλες τις οργανωμένες κοινωνίες. Σε κάθε περιοχή του πλανήτη από τα προϊστορικά ακόμη χρόνια, οι αντιλήψεις που επικρατούσαν σε κάθε κοινωνία και οι ιδιότητες που τους αποδίδονταν, καθόριζαν το αν η καλλιέργεια, η επεξεργασία και η χρήση των φυτών αυτών ήταν επιτρεπτή

Ένα άλλο φαινόμενο γνωστό στους περισσότερους πολιτισμούς εκτός από τον εθισμό σε ουσίες ήταν και ο εθισμός σε συμπεριφορές όπως η εξάρτηση από τυχερά παιχνίδια.

Στις περισσότερες σύγχρονες κοινωνίες το αλκοόλ και κάποια τυχερά παιχνίδια είναι αποδεκτά σαν μέσο χαλάρωσης ή ψυχαγωγίας και η χρήση τους είναι νόμιμη, ενώ αντίθετα οι πιο πολλές ψυχοδραστικές ουσίες θεωρούνται παράνομες και οι χρήστες αντιμετωπίζονται ως άτομα παραβατικά και περιθωριακά.

ΑΛΚΟΟΛ

Η παραγωγή και κατανάλωση αλκοόλ ήταν όπως και σήμερα, επιτρεπτή ή και απαραίτητη σαν μέσο χαλάρωσης και διασκέδασης στους περισσότερους πολιτισμούς των περασμένων αιώνων. Συνηθισμένη επίσης ήταν και η χρήση του για θεραπευτικούς σκοπούς. Τα πιο συνηθισμένα ποτά στην αρχαία εποχή ήταν η μπύρα και το κρασί για το οποία σε κάποιους λαούς υπήρχαν και θεοί προστάτες όπως ο θεός του κρασιού ο Διόνυσος στους αρχαίους Έλληνες και η θεά της ζυθοποιίας Νινκάσι των Σουμερίων. Στην αρχαία αιγυπτιακή κοινωνία το κρασί προορίζονταν για τις υψηλές κοινωνικά τάξεις και η μπύρα για τα κατώτερα στρώματα, αλλά η κατάσταση μέθης θεωρούνταν ανάρμοστη. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι όπως και οι λαοί της Μεσοποταμίας τόνιζαν τη χρησιμότητα των αλκοολούχων ποτών σε διάφορες ιατρικές συνταγές.

Ο οίνος ήταν απαραίτητο στοιχείο στις εορταστικές εκδηλώσεις των αρχαίων Ελλήνων που συνήθιζαν να τον αραιώνουν με νερό. Ήταν όμως και συστατικό για τη φροντίδα πληγών στους πολέμους όπως προκύπτει από τα ομηρικά έπη. Μετά την κατάκτηση της Ελλάδας από τους Ρωμαίους η παραγωγή κρασιού εξαπλώθηκε σε όλη τη ρωμαϊκή αυτοκρατορία. Την ίδια εποχή στη βόρεια Ευρώπη οι παραδόσεις των Βίκιγκς επέτρεπαν την υπερβολική κατανάλωση μπύρας. Μετά την επικράτηση του χριστιανισμού το κρασί παρέμενε αποδεκτό καθώς χρησιμοποιήθηκε και από τον ίδιο τον αρχηγό της θρησκείας, εκφραζόταν όμως αντίθεση στην υπερβολική κατανάλωση (Μπέλος, 2015).

Στα ινδικά έπη αναφέρεται αρκετές φορές η χρήση του αλκοόλ παρόλο που τα κηρύγματα της θρησκείας ήταν αντίθετα στην κατανάλωση του. Έχουν βρεθεί συνταγές για παρασκευή κρασιού και αλκοολούχα ποτά που παράγονταν με απόσταξη, αν και σύμφωνα με άλλες πηγές, η μέθοδος της απόσταξης προήλθε από τους Άραβες. Όταν έκανε την εμφάνιση του ο βουδισμός, μία από τις εντολές του ήταν και η αποχή από το αλκοόλ. Στις γραφές του υπάρχουν αναφορές για τη βλαβερή δράση του και συνιστάται εκτός από την αποχή από τα οινοπνευματώδη ποτά (με εξαίρεση τη φαρμακευτική χρήση), και η αποφυγή πώλησης τους (Murthy, 2014).

Ο ισλαμισμός επίσης τηρεί μέχρι τις μέρες μας, αρνητική στάση απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ και στο κέρδος που βγαίνει από την πώληση του, αν και την εποχή της εισβολής των μουσουλμάνων στην Ινδία, υπήρχαν ηγεμόνες τους που ήταν επιρρεπείς στο ποτό.

Με την ανακάλυψη του νέου κόσμου το αλκοόλ αποκτά εξέχουσα θέση ανάμεσα στα περιζήτητα προϊόντα που εξάγουν πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Το αλκοόλ θεωρείται ένα αγαθό που χάρη στο εμπόριο είναι δυνατή η προμήθειά του, όπως και άλλων υλικών από το «νέο κόσμο», όπως ξυλεία, καουτσούκ, φοινικέλαιο, ελεφαντόδοντο ακόμη και σκλάβοι (Hames, 2014).

Με την εμφάνιση απεσταγμένων ποτών κατά την εποχή της αποικιοκρατίας όπως το τζιν, το ρούμι, το

ουίσκι, ξεκινά η κατάχρηση του αλκοόλ και δημιουργείται ένα κοινωνικό θέμα ο αλκοολισμός. Πολλές φορές ενθαρρύνονταν η κατάχρηση οινοπνεύματος κυρίως σε όσους ασχολούνταν με βαριές εργασίες για να εκτελούν τα καθήκοντά τους αδιαμαρτύρητα. Στις αποικίες τα οινοπνευματώδη ποτά ήταν μέσο ελέγχου και εκμετάλλευσης Ινδιάνικων φυλών και Αφρικανών δούλων. Στο τέλος του δέκατου όγδοου αιώνα η υπερκατανάλωση αλκοόλ αρχίζει να αντιμετωπίζεται ως παθολογική κατάσταση από τους γιατρούς της εποχής. Το πρόβλημα της κατάχρησης οινοπνεύματος στην Αμερική οδήγησε στην Ποτοαπαγόρευση το 1919 όπου η διακίνηση και η πώληση αλκοόλ κηρύχτηκε παράνομη (Υφαντής, 1990).

Η χρήση αλκοόλ σε υπερβολικό βαθμό και η εξάρτηση από αυτό, αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα σε πολλές χώρες και στη σύγχρονη εποχή. Στην υπερβολική κατανάλωση συμβάλουν ο τρόπος ζωής, τα κοινωνικά πρότυπα που το προβάλλουν ως σημαντικό στοιχείο της καθημερινότητας και το χαμηλό κόστος των αλκοολούχων ποτών (Τζαβέλλας, 2006). Σημαντικοί κοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στον αλκοολισμό σύμφωνα με τους ειδικούς είναι η οικονομική δυσχέρεια, οι επαγγελματικές δυσκολίες, η ανεργία και η κοινωνική απομόνωση.

ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Διάφορα φυτά με ψυχοδραστικές ουσίες καλλιεργήθηκαν από τον άνθρωπο σε πολλές κοινωνίες από τα πανάρχαια χρόνια είτε για θεραπευτική χρήση είτε για θρησκευτικές τελετές είτε για ψυχαγωγικούς λόγους.

Το πιο γνωστό φυτό με εξαρτησιογόνο δράση, η ινδική κάνναβη, ήταν γνωστό σε πολλούς λαούς κατά το παρελθόν σύμφωνα με τις αρχαιολογικές έρευνες. Κατά τη ρωμαϊκή εποχή πολλοί συγγραφείς αναφέρουν την αναισθητική δράση του φυτού και τη χρησιμότητα του στη θεραπεία ορισμένων παθήσεων όπως η υστερία, η επιληψία, η ημικρανία, οι ρευματισμοί, η αϋπνία και τα οιδήματα (Κουτσούκος, 2005).

Στην αρχαία Κίνα χρησιμοποιήθηκε για παραγωγή υφασμάτων και χαρτιού, σαν φάρμακο και αναισθητικό, ενώ οι σπόροι σαν τροφή. Σε κινέζικα κείμενα που έχουν σωθεί και αναφέρονται διάφορες παρενέργειες του φυτού όπου κάποιοι ασθενείς είχαν παραισθήσεις με υπερφυσικά όντα. Η κινέζικη ιατρική ακόμη και σήμερα συνιστά τους σπόρους του φυτού σαν καθαρτικό, ενώ στο Νεπάλ παράγεται μαγειρικό λάδι από τους αυτούς.

Στην Ινδία σύμφωνα με τις αρχαίες ιερές γραφές εκτός από φαρμακευτική και θρησκευτική χρήση, είχε και ψυχαγωγικό σκοπό. Στο Θιβέτ η κάνναβη συγκαταλέγονταν ανάμεσα στα ιερά φυτά αν και αναφορές για τον τρόπο χρήσης είναι ελάχιστες.

Σύμφωνα με αναφορές σε αρχαία κείμενα, η κάνναβη με τη μορφή λιβανιού χρησιμοποιήθηκε από τους Ασσύριους για θεραπευτικούς σκοπούς και για την καταπολέμηση της μαγείας. Οι Πέρσες γνώριζαν τις ιδιότητές του φυτού, ενώ οι Σκύθες στις τελετουργίες συνήθιζαν να εισπνέουν τους ατμούς από την καύση της κάνναβης. Στο μεσαίωνα διαδόθηκε η καλλιέργεια της στην μέση Ανατολή και χρησιμοποιήθηκε από τους Άραβες θεραπευτές για ιατρικούς σκοπούς.

Οι Αφρικανοί που μεταφέρθηκαν και πουλήθηκαν σαν σκλάβοι στην Αμερική, διέδωσαν την κάνναβη στην Νότια Αμερική όπου κυριάρχησε στις θρησκευτικές τελετουργίες αλλά και σαν θεραπεία για τον πονόδοντο. Στην Ευρώπη και Αμερική αρχικά καλλιεργήθηκε για τη φαρμακευτική της ιδιότητα, ενώ στο εικοστό αιώνα ξεκίνησε να καταναλώνεται για χαλάρωση και ευχαρίστηση. Όταν ανακαλύφθηκε η εθιστική της δράση και η τοξικότητα ήρθε η απαγόρευση του φυτού. Η θεραπευτική χρήση επανέρχεται τις τελευταίες δεκαετίες καθώς αποδείχθηκε ότι συμβάλλει στη μείωση του πόνου σε χρόνιες ασθένειες κάτω από ιατρική παρακολούθηση (Zuardi, 2006)).

Σήμερα επιλέγεται το κάπνισμα της κάνναβης για λόγους χαλάρωσης από άτομα όλων των ηλικιών και των τάξεων. Η χρήση της κάνναβης δεν είναι επιτρεπτή από τη νομοθεσία, των περισσότερων κρατών. Ελάχιστες χώρες διαφοροποιούνται, με πιο γνωστό το παράδειγμα της Ολλανδίας όπου δεν υπάρχει αρνητική στάση από το κοινωνικό σύνολο απέναντι στους χρήστες (Καλτσούδης, 2007).

Τα παράγωγα κάνναβης είναι η μαριχουάνα και το χασίς. Η μαριχουάνα παρασκευάζεται από όλα τα μέρη του φυτού που αποξηραίνονται και το χρώμα της είναι κυρίως πράσινο. Το χασίς (αραβική λέξη που σημαίνει ξερό χόρτο), παρασκευάζεται από τα φύλλα της κάνναβης.

Μια άλλη ουσία παραγόμενη από το φυτό κόκα, η κοκαΐνη, το οποίο φυτρώνει στην οροσειρά Άνδεις στην Νότιο Αμερική. Μπορεί να εισαχθεί στον οργανισμό με πολλούς τρόπους:

- επάλειψη με πρόκληση αναισθησίας στο σημείο που εφαρμόζεται
- από το στόμα
- σε ενέσιμη μορφή
- με εισπνοή από τη μύτη

Οι ιθαγενείς των Άνδεων, μασούσαν τα φύλα της για αντοχή σε πείνα, δίψα και σκληρή εργασία. Επίσης κατασκεύαζαν ρόφημα από το φυτό, ενώ ήταν απαραίτητο στοιχείο σε θρησκευτικές τελετές. Από τους Ευρωπαίους γιατρούς χορηγήθηκε αρχικά σαν αγωγή κατά της κατάθλιψης και του στρες λόγω της ευφορίας που προκαλεί,. Στη σύγχρονη εποχή χρησιμοποιείται για ψυχαγωγικούς λόγους με εισπνοή της σκόνης. Από τα φύλλα κόκας παράγεται και το κρακ που μπορεί να καπνιστεί, είναι φθηνότερο, με εντονότερη εξάρτηση και περισσότερο βλαβερό (Μισουρίδου, 2015). Η χρήση και των δύο δεν είναι επιτρεπτή.

Ένα άλλο από τα πιο γνωστά φυτά με εξαρτησιογόνες ουσίες είναι το όπιο, που παράγεται από το φυτό υπνοφόρος μηκών (παπαρούνα papaver). Η προέλευση του ονόματος του είναι από την αρχαιοελληνική λέξη οπός που σημαίνει χυμός καθώς συνήθιζαν να χαράζουν

τον καρπό και να βγάζουν το χυμό.

Η καλλιέργεια του ήταν γνωστή ακόμη από την νεολιθική εποχή. Σύμφωνα με αρχαιολόγους το φυτό ήταν διαδεδομένο στους αρχαίους Κρήτες, Μυκηναίους, Κύπριους και Φοίνικες (Αρμένη, 2010). Καλλιεργήθηκε στη Μεσοποταμία και την Αίγυπτο όπως προκύπτει από κείμενα σε παπύρους και στις γραφές των Σουμερίων και της βασιλικής βιβλιοθήκης της Βαβυλώνας του Ασουρμπανιπάλ. Θεωρούνταν αναλγητικό ηρεμιστικό και φάρμακο για πολλές ασθένειες σαν μείγμα με άλλα βότανα, χορηγούμενο ακόμη και σε παιδιά.

Σε αρχαία ελληνικά κείμενα φαίνεται πως πολλοί γιατροί και φιλόσοφοι γνώριζαν όχι μόνο τη θεραπευτική δράση αλλά και τις παρενέργειες του φυτού. Σύμφωνα με κάποιους μύθους η θεά Δήμητρα είχε χρησιμοποιήσει το χυμό του φυτού καθώς έψαχνε την κόρη της Περσεφόνη και ξέχασε τη θλίψη της, ενώ έχουν βρεθεί και αγαλματίδια της θεάς που την αναπαριστούν να το κρατά. Αναφορές υπάρχουν και στα ομηρικά έπη όπου γίνεται ανάμειξη οπίου με κρασί για την λησμονιά της θλίψης.Όταν Ρωμαίοι κατέκτησαν την Ελλάδα άρχισαν να το χρησιμοποιούν για θεραπευτικούς και θρησκευτικούς σκοπούς, αλλά και σαν δηλητήριο σε μεγάλη δοσολογία. Σαν μέσο θανάτου χρησιμοποιήθηκε τόσο σε αυτοκτονίες όσο και σε εξολόθρευση αντιπάλων όπως αναφέρουν ιστορικοί της εποχής (Boom, 2013).

Στα μεσαιωνικά χρόνια η χρήση του οπίου στην Ευρώπη περιορίστηκε λόγω της καταχώρησης του από τη χριστιανική θρησκεία στα φυτά που είχαν συνδυαστεί με τελετές μαγείας. Χρησιμοποιήθηκε όμως εκείνη την εποχή από τους Άραβες ως αναισθητικό μαζί με άλλα φυτά σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Κατά την Αναγέννηση η μελέτη των αρχαιοελληνικών και ρωμαϊκών κειμένων ξαναφέρνει ιατρικές πρακτικές των αρχαίων χρόνων στην καταπράυνση του πόνου όπως η χρήση του οπίου. Φαίνεται όμως πως γνωστή είναι πλέον και η επικινδυνότητα του. Παρόλα αυτά όμως κατά τον 18ο και 19ο αιώνα ένα παράγωγο του οπίου το λάβδανο χορηγούνταν πολύ συχνά σαν φάρμακο από τους γιατρούς της εποχής. Σήμερα στην ιατρική χρησιμοποιούνται παράγωγα του οπίου όπως η μορφίνη σαν αναλγητικά για την αντιμετώπιση του έντονου πόνου σε ανίατες παθήσεις, μετεγχειρητικά και σε μεγάλα τραύματα. (Παπαχατζάκη, 2011).

Όταν ο καπνός αρχίζει άρχισε να εισάγεται στα περισσότερα μέρη του πλανήτη, έφερε και ένα νέο τρόπο χρήσης, το κάπνισμα του οπίου σαν μέσο χαλάρωσης και διασκέδασης, το οποίο διαδόθηκε γρήγορα σε όλο τον κόσμο.

Εκτός από αυτές που είναι γνωστές από το παρελθόν στα σημερινά χρόνια εμφανίστηκαν και νέες ουσίες που επιδρούν στην ψυχική διάθεση. Σαν διεγερτικές ουσίες χρησιμοποιήθηκαν πριν από μερικές δεκαετίες οι αμφεταμίνες αρχικά για θεραπευτικούς σκοπούς και κατόπιν επειδή έδιναν έντονη ενέργεια και αντοχή καθώς και ελάττωση της όρεξης. Παρόλο που εδώ και αρκετά χρόνια οι παρενέργειες τους έχουν γίνει γνωστές και η χρήση τους δεν είναι πλέον επιτρεπτή, οι χρήστες μπορούν να τις προμηθευτούν παράνομα χωρίς ιατρική συνταγή.

Επίσης παρατηρείται το φαινόμενο (σε νεαρές ηλικίες κυρίως) να προσπαθούν να νιώσουν αισθήματα ευφορίας με τις αναθυμιάσεις από παράγωγα πετρελαίου, καθαριστικών, βαφών, χημικών διαλυτών, κόλλας ή αεροζόλ. Σε υπερβολικές όμως δόσεις υπάρχει ο κίνδυνος σοβαρής βλάβης του μυελού των οστών, του εγκεφάλου, του ήπατος και του ανοσοποιητικού συστήματος (Παπά, 2017).

Στις περισσότερες σύγχρονες κοινωνίες αν και είναι ευρέως γνωστό πως οι ναρκωτικές ουσίες προκαλούν εξάρτηση, βλάβες στον οργανισμό και η χρήση τους δεν είναι αποδεκτή ούτε νόμιμη, υπάρχουν πολλά άτομα που καταφεύγουν σε αυτές για ψυχαγωγικούς λόγους.

Οι χρήστες παράνομων ουσιών, πολύ συχνά σχηματίζουν ομάδες μεταξύ τους και δημιουργούν ένα είδος άτυπου δικτύου μεταξύ τους, σύμφωνα με το οποίο τα μέλη τους ακολουθούν ένα συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς στις χειρονομίες, την ομιλία, το περπάτημα, την σκέψη, την ένδυση, το είδος μουσικής, την τέχνη, τα σύμβολα και τις αξίες. Τα μέλη κάθε ομάδας έχουν ένα τελετουργικό τρόπο χρήσης μιας ουσίας.

Υπάρχουν όμως και άτομα που αν και έχουν όμως εθιστεί σε κάποια ουσία, δεν συμμετέχουν σε τέτοιες ομάδες, προσπαθούν και συνήθως καταφέρνουν να διατηρήσουν κρυφή από τον περίγυρο τους την εξάρτηση αυτή. Συχνά οι ουσίες που επιλέγουν είναι νόμιμες όπως φάρμακα με ισχυρή αναλγητική ή αγχολυτική δράση δράση (White, 1996).

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ένα άλλο φυτό που έχει εξαρτησιογόνο δράση, αλλά η χρήση του δεν είναι παράνομη είναι ο καπνός. Η συνήθεια του καπνίσματος εκτός από τον εθισμό θεωρείται υπεύθυνη και για πολλά σωματικά προβλήματα υγείας.

Προέρχεται από την Αμερική όπου πολλές φυλές ιθαγενών το θεωρούσαν ιερό φυτό. Οι Ινδιάνοι της βόρειας Αμερικής πίστευαν πως με αυτό τον τρόπο μπορούσαν να εκδιωχθούν τα κακόβουλα πνεύματα και να θεραπευτούν διάφορες μολύνσεις. Το κάπνισμα ήταν απαραίτητο στοιχείο στην σφράγιση συμφωνιών φιλίας ή πριν την απόφαση για πόλεμο (Pounds et al, 2010).

Κάποιοι ιστορικοί και εθνογράφοι αναφέρουν ινδιάνικες κοινωνίες που συνήθιζαν να χρησιμοποιούν ένα μείγμα καπνού με φυτά που είχαν παραισθησιογόνο δράση σε τελετουργίες (Gutman, 2003).

Στην κεντρική Αμερική σε δύο λαούς που ανέπτυξαν σπουδαίους πολιτισμούς, τους Μάγιας και τους Αζτέκους, εκτός από τελετουργική και θεραπευτική χρήση, το κάπνισμα συνηθιζόταν και με σκοπό την ευχαρίστηση. Επιπλέον για τους Αζτέκους ήταν απαραίτητο κατά τη διάρκεια θυσίας αιχμαλώτων στο θεό Tezcatlipoca (Gately, 2007)

Πιθανολογείται πως η χρήση του καπνού στους Μάγιας ξεκίνησε από τους ιερείς σε θρησκευτικές τελετές και τους θεραπευτές της φυλής. Πολλά αρχαιολογικά

ευρήματα απεικονίζουν θεότητες και πρόσωπα με υψηλή κοινωνική θέση να καπνίζουν (Robicsek, 2004).

Μετά την ανακάλυψη της Αμερικής ο καπνός διαδόθηκε σε όλο τον κόσμο. Μεταφέρθηκε στην Ευρώπη από τους Ισπανούς και τους Πορτογάλους, ενώ οι Άγγλοι τον ανακάλυψαν όταν λεπλατούσαν τα ισπανικά πλοία. Αρχικά προοριζόταν για τις βασιλικές αυλές και για τα υψηλά κοινωνικά στρώματα λόγω του υψηλού κόστους (Musk et al, 2003).

Αρχικά η συνήθεια του καπνίσματος όχι μόνο δεν θεωρούνταν βλαβερή αλλά αποδίδονταν και θεραπευτικές ιδιότητες στο φυτό. Στα μέσα του δεκάτου ογδόου δημιουργούνται τα πρώτα τσιγάρα. Το κάπνισμα έλαβε μεγάλες διαστάσεις αρχικά στο ανδρικό φύλα και στο γυναικείο μετά το β' παγκόσμιο πόλεμο.

Οι έρευνες των τελευταίων δεκαετιών έχουν δείξει πως η χρήση του καπνού σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών όπως ο καρκίνος ή οι καρδιοπάθειες όχι μόνο για τους ίδιους τους καπνιστές αλλά και όσους βρίσκονται στο ίδιο χώρο και γίνονται παθητικοί καπνιστές. Η επιστημονική κοινότητα οργανώνει συνεχώς ενημερωτικές καμπάνιες και λαμβάνονται μέτρα περιορισμού του καπνίσματος σε πολλές χώρες, ωστόσο δεν έχει σημειωθεί μείωση των καπνιστών παγκοσμίως (Καφρίτσα, 1996).

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΥΧΕΡΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Ένας διαφορετικός εθισμός που δεν οφείλεται σε αλκοόλ ή ουσίες είναι η εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια, που σύμφωνα με ιστορικές πηγές απαντώνται στους περισσότερους λαούς, σχεδόν σε κάθε εποχή. Πολλά εργαλεία και όπλα χρησιμοποιήθηκαν για στοιχήματα όπως ακόντια, βέλη, ράβδοι, κόκαλα, πέτρες και ζάρια. Τα επιτραπέζια παιχνίδια ήταν γνωστά στους αρχαίους Αιγύπτιους καθώς έχουν σωθεί ευρήματα που απεικονίζουν πρόσωπα να παίζουν ένα παιχνίδι που ονομάζεται σένετ. Στη λεκάνη της Μεσογείου οι ανασκαφές έχουν φέρει στο φως στοιχεία για τυχερά παιχνίδια σε πολλές περιοχές (Ferentzy et al, 2013). Ζάρια και πίνακες στοιχημάτων βρέθηκαν αρχαία Κρήτη, στην Ινδία, στη Μεσοποταμία στην πόλη Ουρ και στους Χετταίους (οι οποίοι στοιχημάτιζαν σε ιπποδρομίες), ενώ σε κάποιες ασιατικές και αραβικές φυλές για να παρθούν αποφάσεις υπήρχε η συνήθεια να ρίχνουν ένα νόμισμα (Mc Millen, 2005).

Τα ζάρια ήταν επίσης γνωστά στους αρχαίους Ρωμαίους και Ετρούσκους. Στην αρχαία Ελλάδα και Ρώμη χρησιμοποιούνταν για στοιχήματα ένα παιχνίδι που θυμίζει τη ρουλέτα, με τροχούς που είχαν πάνω αριθμούς.

Η λοταρία (κλήρωση λαχνών) ξεκίνησε από την ρωμαϊκή εποχή χρησιμοποιούμενη σε δικαστήρια για να αποφασιστεί η ενοχή κάποιου, ή η εκλογή πολιτικών προσώπων. Η επικρατέστερη άποψη είναι πως η χαρτοπαιξία ξεκίνησε από την Κίνα, ενώ Ρωμαίοι και Έλληνες συγγραφείς περιγράφουν τις αρματοδρομίες και ιπποδρομίες οι οποίες παρέμειναν αγαπητό θέαμα και στα βυζαντινά χρόνια.

Σύμφωνα με τον αμερικάνικης καταγωγής ανθρωπολόγο Kroeber, υπήρχαν και λαοί που τα τυχερά παιχνίδια τους ήταν μια άγνωστη δραστηριότητα όπως ορισμένες φυλές στην Αυστραλία, την Μελανησία, την Πολυνησία, την Ινδονησία, την νότια Αμερική και τη Σιβηρία (Ζουραβλιοβα, 2009).

Αναφέρεται πως κάποιες ιστορικές προσωπικότητες είχαν ροπή προς τα τυχερά παιχνίδια όπως ο Κλαύδιος, ο Νέρωνας, ο Καλιγούλας, ο Βολταίρος, η Μαρία Αντουανέτα και ο Ντοστογιέφσκι (Πιπεροπούλου 2010).

Η ραγδαία τεχνολογική ανάπτυξη των τελευταίων δεκαετιών και η εύκολη πρόσβαση όλων σχεδόν των ηλικιών σε αυτή, έφεραν μια ένα νέο είδος εξάρτησης: του εθισμού στο διαδίκτυο. Αν και κανένα διαγνωστικό εγχειρίδιο δεν την έχει ταξινομήσει επίσημα, πολλοί ερευνητές πιστεύουν πως είναι μια παθολογική συμπεριφορά καθώς επηρεάζει αρνητικά επαγγελματικές ή σχολικές υποχρεώσεις και την κοινωνική ζωή των ατόμων που ασχολούνται υπερβολικά με το διαδίκτυο, όπως συμβαίνει με την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ ή την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια (Λιούπη, 2018).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το πολιτισμικό περιβάλλον καθορίζει τι είναι αποδεκτό ή όχι και επηρεάζει τις συμπεριφορές των ατόμων που ζουν σε μια κοινωνία. Αυτό ισχύει και για περιπτώσεις που μπορεί να αποδειχθούν βλαβερές και επικίνδυνες όπως ή αποδοχή των εξαρτησιογόνων ουσιών και συμπεριφορών.

Όπως προκύπτει από ιστορικά στοιχεία σε κάθε κοινωνία καλλιεργούνταν φυτά από τα οποία παράγονταν αλκοολούχα ποτά και ψυχοτρόπες ουσίες. Αν συχνά χρησιμοποιούνταν σε λατρευτικές τελετές και σαν συστατικά ιατρικών σκευασμάτων, η χρήση τους και για ψυχαγωγικούς σκοπούς ήταν αποδεκτή σε πολλούς πολιτισμούς. Σαν μέσο ψυχαγωγίας ήταν επιτρεπτές ορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες που οδηγούσαν σε εθισμό όπως τα τυχερά παιχνίδια.

Ωστόσο οι αντιλήψεις, οι προκαταλήψεις και οι αξίες που κυριαρχούσαν σε κάθε πολιτισμό έπαιζαν σημαντικό ρόλο για την αποδοχή ή την απόρριψη της κάθε ουσίας ή συμπεριφοράς και την αντιμετώπιση των χρηστών από το κοινωνικό σύνολο και την νομοθεσία. Επίσης η στάση που τηρεί η κάθε θρησκεία σε αυτά τα θέματα, επηρεάζει τις αντιλήψεις των πιστών της και την αποχή τους ή όχι από τα εξαρτησιογόνα.

Ανκαιοιπερισσότερεςθρησκείεςσήμερατοποθετούνται αρνητικά απέναντι στις εξαρτησιογόνες ουσίες, οι επιστήμονες επισημαίνουν την επικινδυνότητα τους και οι νομοθεσίες των περισσότερων χωρών απαγορεύουν την χρήση τους (με εξαίρεση τη φαρμακευτική χρήση) πολλά άτομα καταφεύγουν σε αυτές για ανακούφιση από την πίεση της καθημερινότητας.

Αλλά και τα νόμιμα μέσα ψυχαγωγίας και χαλάρωσης όπως το αλκοόλ, το κάπνισμα και τα τυχερά παιχνίδια αποδεκτά στις περισσότερες κοινωνίες, σε όλες σχεδόν τις εποχές οδηγούν πολλούς ανθρώπους στην εξάρτηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Booth Martin , «Opium a history», New York: St Martins press, 2013, available at:
https://books.google.gr/books?id=HXGzAAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=el&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=true

Hames Gina, Alcohol in word history, Routledge London and New York, 2014 (2th edition), available at:
https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=XPNTBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=colonialism+an+alcohol&ots=6R4yewcmG1&sig=bvFTm4Co2xxbqkgdgSSx8XrObk8&redir_esc=y#v=onepage&q=colonialism%20an%20alcohol&f=false

Ferentzy peter. Turner Nigel E., The history of problem gambling, temperance, substance abuse, medicine and metaphors, Springer, New York, 2013, available at: https://books.google.gr/books?id=gZlAAAAAQBAJ&pg=PA5&dq=history+of+gambling&hl=el&sa=X&ved=2ahUKEwjFgMSi-rXyAhUQNOwKHboJB4U4ChDoATACegQIBhAC#v=onepage&q=history%20of%20gambling&f=false

Gately Iain, «Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization», Grove press N.York2007 , available at: https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=x41jVocj05EC&oi=fnd&pg=PA1&dq=tobacco++and+civilization&ots=ti-7tAPyXqw&sig=tNDtoCR9tlL6

Gutman Jordan, Tobacco in history,: the culture of dependence, Retledge London and New York, 2003, available
at:https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=11WKAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=tobacco+history&ots=m4pW0bEsvv&sig=oQQuqDJFPuAxdX0zL0OsW8kU9WM&redir_esc=y#v=onepage&q=tobacco%20history&f=false

Mc Millen Jan, Understanding gambling; history, concept and theories, in Mc Millen Jan Gambling cultures, studies in history and interpretation, Routledge London and New York 2005, available at: https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=kUSIAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=gambling+addiction+history&ots=WEOE6Gb_3w&sig=IthgnYGplTbrqq_t901VHpnB60A&redir_esc=y#v=onepage&q=gambling%20addiction%20history&f=false

Musk William Arthur, Hubert de Klerk Nikolas, History of tobacco and health, Respirology, volume8, issue 3, September, 2003, available at: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1440-1843.2003.00483

Murthy Pratima, Culture and alcohol use in India, Word cultural psychiatry research view, 2015, available at:
https://www.worldculturalpsychiatry.org/wp-content/uploads/2019/08/4-Culture-V10N1.pdf

Pounds Brown Virginia, Owens Laurella , «The world of the Southern Indians», New South Books, Alabama, 2010, available at:
https://books.google.gr/books?id=XQrvBL3eq8kC&pg=PA48&lpg=PA48&dq=tobacco+in+indians+and+piece&source

Robicsek Francis, «Ritual smoking in central America», ed. Sander L. Gilman, Zhu Xun, «Smoke: A Global History of Smoking» Reaktion Books, 2004, available at: https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=mM5bYb_uVcwC&oi=fnd&pg=PA9&dq=mayas+and+smoke&ots=TucAwRf-N-&sig=5kx358OP2bRSkjMsekYBSsCqjk&redir_esc=y#v=onepage&q=mayas%20and%20smoke&f=false

White William L., Pathways, Forma the culture of addiction to the culture of recovery, Hazelden Minnesota, 1996 available at:
https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=URPvb4v3Fh4C&oi=fnd&pg=PR19&dq=addiction+and+culture&ots=VCpQH_Vn-5F&sig=eaSlttgXZYsG29VP5iBsEJWQubY&redir_esc=y#v=onepage&q=addiction%20and%20culture&f=fals

Zuardi Antonio Waldo, History of cannabis as a medicine: a review, Brazilian Journal of Psychiatry, São Paulo, June 2006, available at: https://www.scielo.br/j/rbp/a/ZcwCkpVxkDVRdybmBGGd5NN/?lang=en

Αρμένη Κ., Η ιστορία της αναλγησίας στην Ελλάδα από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, Ιωάννινα 2010, διδ. διατρ, available at: https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/22211#page/14/mode/2up ανάκτηση 21-09-2021

Ζουραβλιοβα Ιρίνα, Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια ως μια δυναμική ψυχοκοινωνική διαδικασία στο πλαίσιο των σύγχρονων κοινωνιών: το παράδειγμα της ελληνικής κοινωνίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών 2009., διδ. διατρ, available at:
https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/19881?lang=el#page/16/mode/2up

Καλτσούδης, Κωνσταντίνος, «Προγράμματα πρόληψης ουσιών εξάρτησης στα πλαίσια της αγωγής υγείας στην εκπαίδευση», 2007, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθηνών, σελ. 165, 172, διδ. διατρ available at:
http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/18603#page/1/mode/2up

Καφρίτσα Παναγιώτα, Τεκμηρίωση του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά και οι επιπτώσεις του στη νοσηρότητα από το αναπνευστικό σύστημα, ΕΚΠΑ 1996, διδ. διατρ. available at: https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/6102?lang=el#page/20/mode/2up

Κουτσούκος Γρηγόρης, Ιστορία της χειρουργικής αναισθησίας κατά΄τη βυζαντινή περίοδο, ΕΚΠΑ, 2005, διδ. διατρ available at: https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/22946?lang=el#page/76/mode/2up

Λιούπη Χρυσάνθη, Έφηβοι και διαδίκτυο: ψυχική υγεία, υπερβολική χρήση και ο ρόλος της οικογένειας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, 2018, διδ. διατρ, available at: https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/43974?lang=el#page/18/mode/2up

Λώλα Κωνσταντίνα, «Ιστορική αναδρομή της θεραπείας του πόνου», Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, διδ. διατρ, αναρτημένο στην ιστοσελίδα: http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/18594#page/110/mode/2up

Μισουρίδου, Ευδοκία, «Εξαρτησιογόνες ουσίες», αποθετήριο Κάλλιππος, 2015, available at: https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/3111/1/%ce%9a%ce%b5%cf%86%ce%ac%ce%bb%ce%b1%ce%b9%ce%bf%202.pdf

Μπέλος Στέφανος, Χρήση αλκοόλ και ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην κοινότητα, Ιωάννινα 2015, διδ. διατρ., available at: https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/39608?lang=el#page/24/mode/2up

Παππά Αναστασία, Ποιότητα ζωής ατόμων με ουσιοεξάρτηση: συγκριτική εκτίμηση από ασθενείς, συγγενείς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ΕΚΠΑ 2016 διδ. Διατρ., available at:
https://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/38429

Σπύρου Σταμάτιος, Διακίνηση και διακινητές κοκαΐνης: ερευνητική και θεωρητική προσέγγιση: ορθολογιστική επιλογή, ΕΚΠΑ 2007 διδ. διατρ available at: https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/20418?lang=el#page/60/mode/2up

Παπαχατζάκη Μαρία- Μάρθα, Πρόληψη της εξάρτησης από τη μορφίνη έπειτα από υπερέκφραση της πρωτεΐνης RG59 στον εγκέφαλο, Κρήτη 2011, διδ. διατρ., available at: https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/30428?lang=el#page/38/mode/2up ανάκτηση 23-9-2021

Πιπεροπούλου Α., Ψυχολογικοί παράγοντες της εξάρτησης από χρηματιστηριακές συναλλαγές και τυχερά παιχνίδια, Αθήνα, Πάντειο, 2010, διδ. διατρ. available at: https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/19880?lang=el#page/18/mode/2up

Τζαβέλλας, Ηλίας, «Μελέτη της ψυχοπαθολογίας η οποία συνδέεται με κατάχρηση-εξάρτηση οινοπνεύματος προ- και μετά τη διαδικασία απεξάρτησης», Αθήνα 2006, διδ. διατρ. available at: http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/24504#page/54/mode/2up

Υφαντής Θωμάς, Οινοπνευματώδη ποτά και μαθητόκοσμος, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων 1990, διδ. διατρ. available at:
https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/1329?lang=el#page/20/mode/2up

REVIEW

Addiction and cultural environment: perceptions for dependence throughout centuries

Chrysoula Triantafillou

Nurse, Psychiatric Hospital of Thessaloniki

ABSTRACT

Since prehistoric times, man began to discover the properties of plants. As archaeological research shows, in every culture plants were cultivated for many purposes: pain relief, religious rituals, relaxation and entertainment. Some of them were attributed supernatural or healing properties depending on the beliefs that prevailed in each era and culture. However, products made from these plants such as alcoholic beverages and psychoactive substances have been shown to be addictive and harmful to health. It has also been observed since ancient times that people also developed addiction to behaviors such as gambling. Addiction is a phenomenon that has been studied in various fields such as science, art and philosophy. People resort to using legal and illegal substances to get relief from their problems or to relax from the pressures of everyday life.

The present study is based on the systematic bibliographic review of Greek and foreign literature, with a view to highlight the effect of the cultural environment in the use of psychoactive substances, alcohol and addictive behaviors. The search was made through reliable electronic data bases in books, manuals, articles, conference proceedings, doctoral theses and essays.

Nowadays, although it is known that alcohol and substances cause not only addiction but also many physical health problems, their consumption has not limited, on the contrary, it has reached threatening proportions. Although in most countries drugs are illegal and alcohol consumption and gambling are not allowed to minors, their use begins at a younger age and is one of the greatest social problems of modern times.

Key words: addiction, dependence, cultural environment

Corresponding author: Chrysoula Triantafillou
e-mail: doratarosa@hotmail.gr

Date of submission: 09/01/2022
Publication date: March 2024

Citation: Triantafillou C. (2024). Addiction and cultural environment: perceptions for dependence throughout centuries. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(1): 26-32, https://doi.org./10.24283/hjns.202413

Ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση

Θεοδόσιος Κόκκιος

Νοσηλευτής, MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας, MSc Διαχείρισης Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων, Ειδικευμένος Νοσηλευτής στη Δημόσια Υγεία και Κοινοτική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου, Μέλος Τριμελούς Συμβουλίου Εκπαίδευσης της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας, Συντονιστής Γεροντολογικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί ένα σοβαρό και χρόνιο πρόβλημα υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο, που σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και που έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ιδίως εκείνων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Σκοπός: Η ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, καθώς και της σημαντικότητας της μέτρησή της στα πλαίσια του σχεδιασμού της φροντίδας των εν λόγω ασθενών.

Μεθοδολογία: Για τη συγγραφή της εργασίας, χρησιμοποιήθηκε μια συστηματική προσέγγιση αναζήτησης και προσδιορισμού όλων των πρόσφατων δημοσιευμένων βιβλιογραφιών (άρθρων, μελετών, ανασκοπήσεων) σχετιζόμενων με την ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, μέσω των διεθνών επιστημονικών βάσεων δεδομένων PubMed, Academia.Edu, ResearchGate καθώς και της ελληνικής βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Τόσο η φύση, η βαρύτητα και η χρονιότητα της νόσου και τα οργανικά προβλήματα που απορρέουν από αυτή, όσο και οι ψυχοκοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, αποτελούν αιτίες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.

Συμπεράσματα: Η μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, μέσω έγκυρων επιστημονικών εργαλείων, είναι σημαντική και αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπευτικής παρέμβασης και για αυτό πρέπει να εκτιμάται σε τακτά χρονικά διαστήματα στην κλινική πρακτική.

Λέξεις Κλειδιά: αιμοκάθαρση, εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής, ερωτηματολόγια, ποιότητα ζωής, φροντίδα, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θεοδόσιος Κόκκιος

e-mail: sakis.kokkios@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 16/01/2023

Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2024

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη του συγγραφέως.

Αναφορά του άρθρου ως: Κόκκιος Θ. (2024). Ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(1): 33-38, https://doi.org./10.24283/hjns.202414

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ο επιπολασμός και η επίπτωση της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ) αυξάνεται συνεχώς, επηρεάζοντας το 16% του ενήλικου πληθυσμού, αποτελώντας παγκόσμια ανησυχία για τη δημόσια υγεία**
- **Η τελική φάση της ΧΝΑ, που οδηγεί τους ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση, αποτελεί σοβαρή πρόκληση, καθώς πέραν του σημαντικού κόστους για το υγειονομικό σύστημα, η κακή πρόγνωση συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα που επηρεάζει σημαντικά την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των ασθενών**
- **Η μέτρηση και αξιολόγηση της ΠΖ αποτελεί σημαντικό παράγοντα διατήρησης ή ανάκτησής της σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες νόσους, όπου η ΠΖ καταγράφεται μειωμένη**
- **Συγκεκριμένα εργαλεία μέτρησης της ΠΖ περιλαμβάνουν όλες τις διαστάσεις της, αντιμετωπίζοντας τον ασθενή ολιστικά, ως μια ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα, δίδοντας δηλαδή θεραπευτική σημασία όχι μόνο στη βιολογική διάσταση της νόσου αλλά και στις ψυχοκοινωνικές της επιπτώσεις στην καθημερινότητα των πασχόντων από ΧΝΑ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επίπτωση και ο επιπολασμός της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ) αυξάνεται συνεχώς (Cruz et el., 2011), επηρεάζοντας το 16% του ενήλικου πληθυσμού, αποτελώντας παγκόσμια ανησυχία για τη δημόσια υγεία (Aiyegbusi et al., 2017; Shdaifat & Manaf, 2012), με 956.000 θανάτους (2013) έναντι 409.000 θανάτων (1990) (Shera et al., 2018). Η αυξανόμενη αυτή ''επιδημία'' και η τελική της φάση, που οδηγεί τους ασθενείς σε εξωνεφρική κάθαρση, αποτελεί σοβαρή πρόκληση (Zazzeroni et al., 2017), καθώς πέραν του σημαντικού κόστους για το υγειονομικό σύστημα, η κακή πρόγνωση συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, που επηρεάζει σημαντικά την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των ασθενών (Γεωργιάδης & Καδδά, 2017; Γριβέας, 2014) και ειδικότερα την κοινωνική, οικονομική και ψυχολογική τους ευημερία (Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010α). Τα τελευταία έτη δίδεται μεγάλη σημασία στην ΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, καθώς με την πρόοδο της επιστήμης το προσδόκιμο επιβίωσής τους έχει αυξηθεί (Ikonomou et el., 2015; Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2015).

Η ΠΖ αποτελεί μία έννοια υποκειμενική, με πολλές διαστάσεις (Λένη και συν., 2013), που επηρεάζεται συνεχώς από πολλές μεταβλητές (Abedi et al., 2015), κι έχει τόσο αντικειμενικά στοιχεία, έξω από το άτομο και μετρήσιμα από ''άλλους'' όσο και υποκειμενικά, δηλαδή τις υποκειμενικές εκτιμήσεις της προσωπικής του κατάστασης. Ενίοτε έχουν καταγραφεί διάφοροι ορισμοί της, ανάλογα με το πώς κάθε μελετητής την αντιλαμβάνεται ερευνητικά (Theofilou, 2013). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όμως, ορίζει ευρέως, ότι ''η ποιότητα ζωής καθορίζεται από την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πολιτιστικό πλαίσιο και το σύστημα αξιών που ζει, τους στόχους, τις προσδοκίες, το επίπεδο διαβίωσης και τα ενδιαφέροντά του και επηρεάζεται τόσο από τη φυσική όσο και την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις και γενικότερα το περιβάλλον του'' (Ιωαννίδη και συν., 1999).

Η ΠΖ αποτελεί μια ευρεία έννοια όλων των πτυχών της ανθρώπινης ζωής (Barcaccia, 2013). Για να διαχωριστεί η ευρεία έννοιά της και για να περιοριστεί το εύρος της στα θέματα υγείας, δημιουργήθηκε ο όρος Σχετιζόμενη με την Υγεία ΠΖ (ΣΥΠΖ), ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην κλινική έρευνα (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001) και επικεντρώνεται στις επιπτώσεις των νόσων και συγκεκριμένα στον αντίκτυπο των θεραπειών στην ΠΖ (Barcaccia, 2013). Ως ΣΥΠΖ αναγνωρίζεται ''η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, μια απάντηση, που επιπλέον επηρεάζει το βαθμό στον οποίο το άτομο μπορεί να νοιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του'' (Λένη και συν., 2013).

Η ΣΥΠΖ, σύμφωνα και με τον ορισμό, αποτελείται από τρεις βασικές διαστάσεις, τη σωματική, που αναφέρεται στην υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για το επίπεδο της υγείας και των δραστηριοτήτων του (πόνος, νοσηρότητα, λειτουργικότητα), την ψυχική, που αναφέρεται στην ψυχική και συναισθηματική του κατάσταση (αυτοεκτίμηση, ικανοποίηση, άγχος, κατάθλιψη, προσαρμογή, γνωστική λειτουργικότητα, προσωπική αντίληψη για τη νόσο) και την κοινωνική, που αναφέρεται στην ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή, στην κοινωνική του συμμετοχή και υποστήριξη και στις διαπροσωπικές του σχέσεις (οικογένεια, φίλοι) (Φαλακίδου και συν., 2018; Θεοφίλου & Ζυγά, 2014).

Η μέτρηση και αξιολόγηση της ΠΖ αποτελεί σημαντικό παράγοντα διατήρησης ή ανάκτησής της σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες νόσους, όπου η ΠΖ καταγράφεται μειωμένη. Για το λόγο αυτό έχουν δημιουργηθεί συγκεκριμένα εργαλεία μέτρησής της, που περιλαμβάνουν όλες τις διαστάσεις της, τα γενικά, που αξιολογούν το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού (τα κυριότερα εξ αυτών αναφέρονται στον Πίνακα 1) και τα ειδικά, που δίδουν στοιχεία για επιμέρους προβλήματα κι αφορούν χρόνιες νόσους (πχ. ΧΝΑ) (Theofilou, 2013; Grigoriou et al., 2013), η ανάλυση κι η χρησιμότητα των οποίων θα αναλυθεί στις επόμενες ενότητες.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση

Οι επιπτώσεις της ΧΝΑ έχουν μεγάλη επίδραση στην καθημερινότητα των ασθενών. Η αιμοκάθαρση αν και αποτελεί την κύρια θεραπεία της, συνδέεται με σημαντική μείωση της ΠΖ τους (Μωϋσιάδου & Καλλέργης, 2014), καθώς αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα, που απορρέουν τόσο από τη νόσο όσο και από ψυχολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, που μειώνουν την ΠΖ τους (Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2015) και την προσωπική τους ικανοποίηση από την καθημερινότητα (Λένη και συν., 2013).

Όσον αφορά τη βιολογική διάσταση της νόσου, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εκδηλώνουν επιπλοκές κατά τη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος (Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2015), όπως ηλεκτρολυτικές κι ορμονικές διαταραχές και διαταραχές εξαιτίας της νεφρικής απεκκριτικής δυσλειτουργίας και της περιορισμένης λήψης τροφής κι υγρών που επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητά τους και την ΠΖ ζωής τους (Θεοφίλου, 2010α). Επιπλέον, οι συννοσηρότητες (αναιμία, ΣΔ, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, διαταραχές θυρεοειδούς, κλπ.) και η μη συμμόρφωση των ασθενών με το σύνθετο θεραπευτικό σχήμα επηρεάζουν σημαντικά την ΠΖ τους. Επίσης, η καθυστερημένη διάγνωση και παραπομπή σε αιμοκάθαρση συνδέεται με χειρότερα αποτελέσματα ΠΖ, λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν

οι ασθενείς στην προσαρμογή τους στη νέα πραγματικότητα (Lim & Griva, 2013; Abraham et al., 2012).

Όσον αφορά στις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της νόσου, οι ασθενείς συνήθως αδυνατούν να διατηρήσουν την εργασία τους, εξαιτίας της χρονιότητας και των περιορισμών της νόσου, της ιδιαιτερότητας της θεραπευτικής παρέμβασης και των συχνών νοσηλειών και της μειωμένης παραγωγικής ικανότητας, με αντίκτυπο τη δυσκολία διατήρησης ενός σταθερού εισοδήματος (Μωϋσιάδου & Καλλέργης, 2014). Μελέτη αναφέρει ότι πολύ υψηλό ποσοστό ασθενών αναγκαστικά αλλάζει επάγγελμα (60,2%) ή οδηγείται σε πρόωρη σύνταξη (36,7%) (Καϊτελίδου και συν., 2007). Επίσης, πέραν του ότι, οι ασθενείς αδυνατούν να ανταποκριθούν σε καθημερινά ζητήματα, αντιμετωπίζουν προβλήματα και στη διατήρηση μιας υγιούς σχέσης με τους συντρόφους και τα παιδιά τους, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η κοινωνική τους θέση (Μωϋσιάδου & Καλλέργης, 2014). Γενικά, καθώς η αιμοκάθαρση επιβάλλει αλλαγή ρόλων και σχέσεων, αναδιοργανώνοντας το οικογενειακό σύστημα, η στήριξη του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα θετικής ΠΖ των ασθενών (Θεοφίλου, 2010β) και συνδέεται με αυξημένη συμμόρφωση στη θεραπεία και την καλύτερη ποιότητα διατροφής (Gerogianni et al., 2016).

Όσον αφορά στις ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου, οι χρόνιοι κι αυστηροί περιορισμοί (δίαιτα), η αδυναμία φυσικής δραστηριότητας, οι συχνές νοσηλείες, τα σεξουαλικά προβλήματα, η αλλαγή ρόλων, οδηγούν τους ασθενείς σε έντονη ανησυχία (Niihata et al., 2017; Gerogianni et al., 2014), με αποτέλεσμα να βιώνουν άγχος, κατάθλιψη, θυμό, άρνηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αϋπνίες, επιδεινώνοντας περαιτέρω την κατάσταση της υγείας και την ΠΖ τους. Επιπλέον, βιώνουν ανησυχία για την ''αλλοίωση'' της εικόνας τους και για το αβέβαιο μέλλον τους (άγχος θανάτου), που σε συνδυασμό με τις υφιστάμενες αλλαγές και την αναμονή για μεταμόσχευση, αποτελούν στρεσσογόνους παράγοντες, οι οποίοι αυξάνονται καθώς η νόσος εξελίσσεται (Μπουγά & Πιτσιώνης, 2014; Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010α; Κουτσοπούλου-Σοφικίτη και συν., 2009).

Επίσης, εξαιτίας του ότι οι ασθενείς έχουν συγκεκριμένο πρόγραμμα θεραπευτικό στη μονάδα τεχνητού νεφρού, έχει ως αποτέλεσμα να ξοδεύεται πολύτιμος χρόνος από τις δραστηριότητές τους, επηρεάζοντας σαφώς την ψυχική τους υγεία. Η προσαρμογή στην αιμοκάθαρση είναι μακροχρόνια, επίπονη και κουραστική για τον ασθενή και η αντιμετώπισή του από τον ίδιο και από τον περίγυρό του ως ''άρρωστος'', ο οποίος είναι εξαρτημένος για να επιβιώσει, τόσο μηχανικά, όσο και από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και από τους φροντιστές του, επιφέρει το αίσθημα της απώλειας της ελευθερίας, της αυτοεξυπηρέτησης και της μη αυτόνομης διαβίωσης (Μωϋσιάδου & Καλλέργης, 2014; Ginieri-Coccossis et al., 2008), για αυτό και το ποσοστό των αυτοχειριών στους εν λόγω ασθενείς είναι σχετικά υψηλό, στο οποίο θα μπορούσε να συνυπολογιστούν κι οι θάνατοι λόγω διαιτητικών παραβιάσεων (Θεοφίλου, 2010β). Επιπλέον, σε ελληνική μελέτη καταγράφεται αύξηση της κατάθλιψης στους αιμοκαθαιρόμενους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Νικολάου και συν., 2017), όπου το 19,1% του δείγματος εμφάνιζε ήπια, το 6,5% μέτρια και το 20,6% βαριά κατάθλιψη (Κάτση και συν., 2013), ενώ οι ασθενείς που θεωρούν ότι μπορούν να έχουν τον έλεγχο της υγείας τους (Θεοφίλου, 2011β) κι αυτοί που έχουν αυξημένη πνευματική και θρησκευτική στήριξη και πίστη αντίστοιχα εμφανίζουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και καλύτερη ΠΖ (Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2015).

Τέλος, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι και οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες συνδέονται με τη ΠΖ των υπό αιμοκάθαρση ασθενών. Η ηλικία κι η διάρκεια έναρξης της αιμοκάθαρσης σχετίζεται με την ΠΖ, καθώς οι ηλικιωμένοι ασθενείς, αν και δηλώνουν ότι έχουν χαμηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης και σωματικής ευεξίας κι υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στην επιδείνωση της υγείας, καθώς αυτό θεωρείται ως μια φυσιολογική κι αναμενόμενη συνέπεια του γήρατος (Kousoula et al., 2015; Lim & Griva, 2013; Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010α), ενώ σημειώνονται διαφορές υπέρ των παλαιών έναντι των νέων αιμοκαθαιρόμενων όσον αφορά στις προσδοκίες υγείας και της ικανότητας αποδοχής και προσαρμογής στην επιδείνωση της υγείας (Ikonomou et al., 2015; Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010β). Επίσης, τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης σχετίζονται με χαμηλότερη ΠΖ, αντιμετωπίζοντας μειωμένη κοινωνική ευημερία και χειρότερη ψυχοσωματική υγεία. Επίσης, οι μισθωτοί ασθενείς έχουν καλύτερη ΠΖ από τους μη μισθωτούς. Οι άγαμοι ασθενείς παρουσιάζουν χαμηλότερη ΠΖ, καθώς η έγγαμη ζωή σχετίζεται με καλύτερη σωματική υγεία κι ευεξία και με χαμηλά ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού. Οι γυναίκες ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης κι άγχους, ενώ οι άνδρες έχουν περισσότερη κοινωνική ζωή και δηλώνουν καλύτερη ΠΖ. Τέλος, ο τόπος διαμονής σε σχέση με τον τόπο όπου πραγματοποιείται η αιμοκάθαρση, καθώς ο χρόνος και τα έξοδα μετάβασης σχετίζονται με αρνητικές κλινικές εκβάσεις και ως εκ τούτου με μειωμένη ΠΖ (Gerogianni et al., 2016; Lim & Griva, 2013; Θεοφίλου & Παναγιωτάκη, 2010α).

Αξιολόγηση/Μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στα πλαίσια σχεδιασμού της φροντίδας τους

Οι ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου εξαρτώνται από τη δια βίου αιμοκάθαρση ως το κύριο μέσο θεραπείας. Ωστόσο, παρά τις βελτιώσεις στις διαδικασίες διάλυσης και φροντίδας, τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας συνεχίζονται, εξαιτίας της χαμηλής ΠΖ (Lim & Griva, 2013). Η ανάκτηση ή η διατήρηση της ΠΖ αποτελεί σημαντικό στόχο στις χρόνιες νόσους, η μέτρηση της οποίας μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα και την ΠΖ των ασθενών, την ικανοποίηση και τη συμμόρφωσής τους με τη θεραπεία, τη μεγιστοποίηση της ευεξίας τους και την ολιστική εκτίμηση των αναγκών τους. Επίσης, βοηθά στη σύγκριση διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, διευρύνοντας τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθορίζοντας εν τέλει το ενδεδειγμένο είδος θεραπείας, εκτιμώντας την αποτελεσματικότητά της, λειτουργεί ως προγνωστικός κι αξιολογικός δείκτης των επιπτώσεων και της έκβασης της νόσου, της θνησιμότητας, της συχνότητας νοσηλείας και παρέχει πληροφορίες για την ανεύρεση πόρων και τη χάραξη πολιτικών υγείας (Φαλακίδου και συν., 2018; Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2015), μιας και η ΠΖ των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σχετίζεται στενά και με το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας (Garofyllou et al., 2017).

Η ΣΥΠΖ, ως ένας σφαιρικός δείκτης υπολογισμού της ευημερίας των ασθενών, αποτελεί σημαντική έννοια σε ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου (Rad et al., 2015), η αξιολόγησή της οποίας, αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (Nayana et al. 2016), σκοπεύοντας στην αύξηση των ετών ζωής, στη μείωση της νοσηρότητας και στη μεγιστοποίηση της ευεξίας των ασθενών (Αργέντου, 2009). Για το λόγο αυτό η εκτίμηση της ΠΖ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, πρέπει να αξιολογείται τόσο μέσω ειδικών κι εξειδικευμένων, όσο και γενικών, εργαλείων μέτρησης, αντιμετωπίζοντας τον ασθενή ολιστικά, ως μια ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα, δίδοντας δηλαδή θεραπευτική σημασία όχι μόνο στη βιολογική διάσταση της νόσου αλλά και στις ψυχοκοινωνικές της επιπτώσεις στην καθημερινότητα των πασχόντων (Τουλιά & Κουτσοπούλου, 2015). Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται πιο συχνά σε ασθενείς με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση είναι, σύμφωνα με τους Grigoriou et al. (2013) και Κοντοδημόπουλο & Νιάκα (2007):

Το ερωτηματολόγιο ΠΖ ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια (RQLP), ένα αξιόπιστο κι έγκυρο ερωτηματολόγιο 43 ερωτήσεων, που ταξινομούνται σε 5 κατηγορίες: ελεύθερος

χρόνος, διατροφή, φυσική δραστηριότητα, ψυχοκοινωνικές επιδράσεις και επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής.

Το ερωτηματολόγιο Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), ένα ερωτηματολόγιο αυτοελέγχου, σχεδιασμένο για ασθενείς με ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση, 36 γενικών (φυσική, σωματική λειτουργία, πόνος, γενική υγεία, συναισθηματική ευεξία, κοινωνική δραστηριότητα, ενέργεια ή κόπωση) και 43 σχετικών με τη νόσο ερωτήσεων, που αξιολογούν συγκεκριμένες επιδράσεις της σε δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, εργασίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Αποτελεί ένα έγκυρο κι αξιόπιστο εργαλείο, που χρησιμοποιήθηκε επιτυχώς σε ασθενείς που λάμβαναν ερυθροποιητίνη (αντιμετώπιση αναιμίας) κι αφορά μόνο αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

Το ερωτηματολόγιο Quality of Life Index – Dialysis Version III (QLI-D), συμπεριλαμβάνει 34 ζεύγη ερωτήσεων αξιολόγησης της υγειονομικής περίθαλψης, της σωματικής υγείας και λειτουργίας, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, του ελεύθερου χρόνου, της πνευματικής ηρεμίας, της προσωπικής πίστης, τους προσωπικούς στόχους, της προσωπικής εμφάνισης, της αυτοαποδοχής, της γενικής ευτυχίας και της ικανοποίησης. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο αξιολογεί δύο επιπλέον μεταβλητές που σχετίζονται με πιθανές μεταβολές λόγω της ΧΝΑ και της πιθανότητας μεταμόσχευσης που μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη της ΠΖ των ασθενών.

Το Ερωτηματολόγιο Choice Health Experience Questionnaire (CHEQ), λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο και τη δοσολογία της αιμοκάθαρσης. Αποτελείται από 83 ερωτήσεις, όπου στο 1ο μέρος περιλαμβάνονται 9 γενικοί τομείς του ερωτηματολογίου SF-36 (φυσική, ψυχική, κοινωνική λειτουργία), ενώ στο 2ο περιλαμβάνονται 16 ειδικά πεδία που αφορούν τις επιπτώσεις της αιμοκάθαρσης (φυσική, ψυχική υγεία, ανεξαρτησία, αυτοεικόνα, ελευθερία, γνωστική και οικονομική λειτουργία, περιορισμός στη δίαιτα και τα υγρά, ψυχαγωγία, ύπνο, προσβασιμότητα, ΠΖ).

Τέλος, πολύ σημαντικό εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης της ΠΖ σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς αποτελεί το ερωτηματολόγιο **Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15)**,ένασημαντικόερωτηματολόγιοαυτοαναφοράς της ΠΖ πέντε διαστάσεων. Οι συλλεγόμενες πληροφορίες βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να ανιχνεύσουν και να λάβουν μέτρα αντιμετώπισης των ανησυχιών των ασθενών που επηρεάζουν την ΠΖ τους, σχεδιάζοντας καταλλήλως το πλάνο φροντίδας τους. Οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου αφορούν: α) τα συμπτώματα και το επίπεδο αντίληψης της σωματικής ενόχλησης από τη νόσο, β) τη λειτουργικότητα και την αντιληπτή ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών λειτουργιών και δραστηριοτήτων και τα βιώματα σε σχέση με τις προσδοκίες, γ) τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ποιότητά τους, δ) την αυτοαξιολόγηση της ευημερίας και ε) την πνευματικότητα. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι να αποτυπωθεί η συνολική εμπειρία των ασθενών, δηλαδή η υποκειμενική μέτρηση της πραγματικής κατάστασης (αξιολόγηση), ο βαθμός αποδοχής ή γνώσης της πραγματικής κατάστασης (ικανοποίηση) και ο βαθμός στον οποίο μια δεδομένη διάσταση έχει αντίκτυπο στη συνολική ΠΖ (σημαντικότητα). Αποτελεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο εκτίμησης της ΠΖ, αυξημένης εγκυρότητας κι αξιοπιστίας, που δύναται να χρησιμοποιηθεί ευρέως στο χώρο της υγείας κι ''αποτελεί κατάλληλο δείκτη αξιολόγησης του αποτελέσματος της θεραπείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας'' (Θεοφίλου & Ζυγά, 2014).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αιμοκάθαρση αποτελεί μια σύνθετη και χρόνια διαδικασία που συνεπάγεται ουσιαστικές αλλαγές στο φυσιολογικό τρόπο ζωής των ασθενών. Η τελική φάση της ΧΝΑ ασκεί μεγάλη αρνητική επίδραση στην προσωπική τους ικανοποίηση από την καθημερινότητά τους και ως εκ τούτου και στην ΠΖ τους, κυρίως λόγω της βλάβης και των εξαναγκαστικών καθημερινών περιορισμών. Η ίδια η νόσος, αλλά και ο τρόπος χορήγησης της θεραπείας της, αποτελούν αιτίες απώλειας της εργασίας, του εισοδήματος και της κοινωνικής θέσης τους. Για τους αιμοκαθαιρόμενους, η αίσθηση ότι μειώνεται η ποιότητα και το προσδόκιμο ζωής τους, ενισχύεται από το γεγονός ότι δεν μπορούν πλέον να ανταποκριθούν σε ικανοποιητικό βαθμό στις καθημερινές τους υποχρεώσεις. Εκτός όμως από την αδυναμία τους να παραμείνουν εργασιακά ενεργοί και να συνεχίσουν να συμμετέχουν όπως πριν στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή, τα οικονομικά προβλήματα, η ανεργία, οι σωματικές αλλαγές που υφίστανται, οι τακτικές επισκέψεις στο νοσοκομείο, οι συχνές επαφές με τους επαγγελματίες υγείας, η δυσκολία συμμόρφωσης με το σύνθετο θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν, ο περιορισμένος ελεύθερος χρόνος, ο φόβος του θανάτου ή της αναπηρίας, το αβέβαιο μέλλον, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ψυχική κόπωση, η μειωμένη σωματική δύναμη κι ενεργητικότητα, εξαιτίας των διαιτητικών περιορισμών και το σοβαρό πλήγμα αλλοίωσης της αυτοεικόνας τους, αποτελούν σοβαρούς παράγοντες εκδήλωσης άγχους και κατάθλιψης, που δυνητικά επηρεάζουν την ΠΖ τους (Gerogianni et al., 2014; Λένη και συν., 2013).

Η ΠΖ που αποτελεί σημαντική πτυχή της κατάστασης της υγείας, μπορεί να μετρηθεί εύκολα και με μεγάλη ακρίβεια μέσω ερωτηματολογίων υψηλής εγκυρότητας κι αξιοπιστίας, τα αποτελέσματα των οποίων αποτελούν χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών τους και την συνολική ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται σε αυτούς. Η μέτρηση της ΠΖ ουσιαστικά αποτελεί για τους επαγγελματίες υγείας προγνωστικό δείκτη έκβασης της νόσου κι ένα πολύτιμο ερευνητικό εργαλείο αξιολόγησης του καθορισμού των στόχων θεραπείας, της παρακολούθησης της νόσου, της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης (συχνότητα διάλυσης, διόρθωση αναιμίας), της βελτίωσης της φροντίδας, της (επαν)εκτίμησης των αναγκών και της επιβίωσης των ασθενών (Chen et al., 2016; Kousoula et al., 2015), ενώ συνάμα στοχεύει και στη μελέτη των ψυχολογικών και κοινωνικών πτυχών της ζωής τους, που επηρεάζουν την ΠΖ τους, αποτελώντας εν τέλει βασικό καθοδηγητικό όργανο λήψης αποφάσεων στη δημιουργία μιας εξατομικευμένης θεραπείας, προσαρμοσμένη στις ειδικές ανάγκες των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (Garofyllou et al., 2017; Gerogianni & Babatsikou, 2014; Grigoriou et al., 2013).

Με τη βελτίωση των σωματικών λειτουργιών, τη βελτίωση της διατροφής, τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και τη διαχείριση της νόσου (συμμόρφωση με τις θεραπευτικές οδηγίες), οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ΠΖ των ασθενών και να μειώσουν τη θνησιμότητα, ενώ η επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες και η κοινωνική υποστήριξη και ένταξη, που είναι εξαιρετικής σημασίας για την προσαρμογή στη χρόνια νόσο και τη διατήρηση μιας ικανοποιητικής ΠΖ, θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά την αυτοεκτίμηση, την αυτοεικόνα, τη λειτουργικότητα και την κοινωνική θέση των ασθενών, βελτιώνοντας εν τέλει την ΠΖ τους. Εν κατακλείδι, η αξιολόγηση της ΠΖ θα πρέπει να ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πρακτική και θα πρέπει να επανεξετάζεται πολύ συχνά, προκειμένου να παρακολουθούνται οι εμπειρίες και οι αντιλήψεις των ασθενών, καθώς και να μετράται η ποιότητα της περίθαλψης και της συνολικής υποστήριξης του ασθενή, στα πλαίσια του σχεδιασμού της καταλληλότερης φροντίδας (Gerogianni & Babatsikou, 2014; Grigoriou et al., 2013).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abedi G., Rostami F., Nadi A. (2015). Analyzing the Dimensions of the Quality of Life in Hepatitis B Patients using Confirmatory Factor Analysis. Global Journal of Health Science, 7(7):22-31

Abraham S., Venu A., Ramachandran A., Chandran P.M., Raman S. (2012). Assessment of Quality of Life in Patients on Hemodialysis and the Impact of Counseling. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation, 23(5):953-957

Aiyegbusi O.L., Kyte D., Cockwell P., Marshall T., Gheorghe A., Keeley T., Slade A., Calvert M. (2017). Measurement properties of patient-reported outcome measures (PROMs) used in adult patients with chronic kidney disease: A systematic review. PLoS ONE, 12(6):e0179733

Barcaccia B. (2013). Outcomes Assessment in End-Stage Kidney Disease - Measurements and Applications in Clinical Practice - Definitions and Domains of Health - Related Quality of Life. United Arab Emirates: Bentham Science Publishers, Chapter 2, pp. 12-24

Chen S.S., Al Mawed S., Unruh M. (2016). Health-Related Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients: How Often Should We Ask and What Do We Do with the Answer? Blood Purification, 41(1-3):218–224

Cruz M.C., Andrade C., Urrutia M., Draibe S., Nogueira-Martins L.A., Cintra Sesso R.C. (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. Clinics, 66(6):991-995

Garofyllou G., Kelesi M., Gerogianni G., Tsaras K., Fasoi G., Kaba E., Stavropoulou A. (2017). Quality of Life of Patients Undergoing Hemodialysis. Health Science Journal, 3(1):61-73

Gerogianni S., Babatsikou F. (2014). Social Aspects of Chronic Renal Failure in Patients Undergoing Haemodialysis. International Journal of Caring Sciences, 7(3):740-745

Gerogianni S., Babatsikou F., Gerogianni G., Grapsa E., Vasilopoulos G., Zyga S., Koutis C. (2014). Concerns of patients on dialysis: A Research Study. Health Science Journal, 8(4):423-437

Gerogianni S., Babatsikou F., Gerogianni G., Koutis C., Panagiotou M., Psimoenou E. (2016). Social Life of Patients Undergoing Haemodialysis. International Journal of Caring Sciences, 9(1):122-134

Ginieri-Coccossis M., Theofilou P., Synodinou C., Tomaras V., Soldatos C. (2008). Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. BioMed Central Nephrology, 9(14):1-9

Grigoriou S., karatzafeeri C., Sakkas G. (2013). Outcomes Assessment in End-Stage Kidney Disease - Measurements and Applications in Clinical Practice - Assessing Health - Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients: The Use of General and Specific Instruments. United Arab Emirates: Bentham Science Publishers, Chapter 3, pp. 25-46

Ikonomou M., Skapinakis P., Balafa O., Eleftheroudi M., Damigos D., Siamopoulos K. (2015). The impact of socioeconomic factors on quality of life patients with chronic kidney disease in Greece. Journal of Renal Care, 41(4):239-246

Kousoula G., Lagou L., Lena M., Alikari V., Theofilou P., Polikandrioti M. (2015). Quality of Life in Hemodialysis Patrients. Mater Socio Medica, 27(5): 305-309

Lim H., Griva K. (2013). Outcomes Assessment in End-Stage Kidney Disease - Measurements and Applications in Clinical Practice - Health-Related Quality of Life Outcomes Among Patients on Maintenance Dialysis, Chapter 4, pp. 47-79

Nayana S.A., Balasubramanian T., Nathaliya P.M., Hussain P., Salim M., Lubab M. (2017). A cross sectional study on assessment of health-related quality of life among and stage renal disease patients undergoing hemodialysis. Clinical Epidemiology and Global Health, 5(3):148-153

Niihata K., Fukuma S., Akizawa T., Fukuhara S. (2017). Association of coping strategies with mortality and health-related quality of life in hemodialysis patients: The Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. PLoS ONE, 12(7):e0180498

Rad E.H., Mostafavi H., Delavari S., Mostafavi S. (2015). Health-related Quality of Life in Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. A Meta-Analysis of Iranian Studies. Iranian Journal of Kidney Diseases, 5(9):386-393

Shdaifat E.A., Manaf M.R.A. (2012). Quality of Life of Caregivers and Patients Undergoing Haemodialysis at Ministry of Health, Jordan. International Journal of Applied Science and Technology, 2(3):75-85

Shera M.T., Bareeqa S.B., Ahmed S.I., Samar S.S., Junaid M.M., Khan F. (2018). Determination of quality of life in patients with chronic renal disease undergoing hemodialysis; a tertiary care experience. Advanced Emergency Medicine, 7(1):1-6

Theofilou P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. Europe's Journal of Psychology, 9(1), 150–162

Zazzeroni L., Pasquinelli G., Nanni E., Cremonini V., Rubbi I. (2017). Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Systematic Review and Meta-Analysis. Kidney Blood Pressure Research, 42:717-727

Αργέντου Α. (2009). Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία. ΕΛΕΥΘΩ, 14(1):25-30

Γεωργιάδης Γ., Καδδά Ό. (2017). Επιπλοκές σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Health and Research Journal, 3(4):163-178

Γριβέας Ι. (2014). Χρόνια νεφρική νόσος: από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Ελληνική Νεφραλγία, 26(4):303-309

Δημητρόπουλος Χ., Ντάγανου Μ., Αλεξιάς Γ. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη. Info Respiratory & Internal Medicine (Iatriki on Line)

Θεοφίλου Π. (2010α). Ψυχιατρικές διαταραχές στη χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Το Βήμα του Ασκληπιού. 9(4):420-440

Θεοφίλου Π. (2010β). Ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία και πεποιθήσεις για την υγεία: σύγκριση αιμοκαθαιρόμενων και περιτοναϊκών ασθενών. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2(4):171-176

Θεοφίλου Π. (2010γ). Ποιότητα Ζωής στο χώρο της υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση. E-Journal of Science & Technology (e-JST), 4(5):43-53

Θεοφίλου Π. (2011α). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(2):70-80

Θεοφίλου Π. (2011β). Ποιότητα ζωής, κατάθλιψη και άγχος σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο: ο ρόλος των αντιλήψεων για την υγεία. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(2):38-46

Θεοφίλου Π., Ζυγά Σ. (2014). Ψυχομετρικές Ιδιότητες του Ερωτηματολογίου Missoula-VITAS Quality of Life Index σε Έλληνες Ασθενείς που υποβάλλονται σε Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση. Νοσηλευτική, 53(2):166-174

Θεοφίλου Π., Παναγιωτάκη Ε. (2010α). Παράγοντες Επίδρασης στην Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου. Νοσηλευτική, 49(2):174-181

Θεοφίλου Π., Παναγιωτάκη Ε. (2010β). Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας. Νοσηλευτική, 49(3):295-304

Ιωαννίδη Ε., Λοπατατζίδης Α., Μάντη Π. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ, Τόμος Α, σελ. 28-30

Καϊτελίδου Δ., Λιαρόπουλος Λ., Σίσκου Ο., Θεοδώρου Μ., Ζηργιάννης Π., Μανιαδάκης Ν., Παπακωσταντίνου Β., Πρεζεράκος Π.(2007). Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της αιμοκάθαρσης στη ζωή των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Νοσηλευτική, 46(2):246– 255

Κάτση Χ.Μ., Γκράμο Λ., Μπομπάι Δ.Ε., Τριφόνη Ρ., Χριστοπούλου Ι. (2013). Επίπτωση της Κατάθλιψης σε Αιμοκαθαιρόμενους Ασθενείς. Νοσηλευτική, 52(1):93-100

Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ. (2007). Η χρήση του KDQOL-SFTM για μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(6):590-599

Κουτσοπούλου-Σοφικίτη Β., Λεκέση-Σταυροπούλου Μ., Βλάχου Ε., Φασόη-Μπαρκά Γ. (2009). Η επίδραση της χρόνιας αιμοκάθαρσης στην προσωπικότητα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Το Βήμα του Ασκληπιού. 8(3):240-254

Λένη Α.Ε., Τουργκογιάννη Μ., Σταυροπούλου Α., Ζηδιανάκης Ζ. (2013). Ποιότητα Ζωής ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(2):84-92

Μπουγά Γ., Πιτσιώνης Γ. (2014). Ψυχιατρικές διαταραχές αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1(2):80-87

Μωϋσιάδου Ε., Καλλέργης Γ. (2014). Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Ασθενών υπό Αιμοκάθαρση: Οι Αλλαγές που Βιώνουν σε Ψυχολογικό, Οικογενειακό, Εργασιακό, Κοινωνικό και Οικονομικό Επίπεδο. Νοσηλευτική, 53(1):45-54

Νικολάου Σ., Τσαγγαρίδου Μ., Λαβράνος Γ., Κλεινάκη Ζ. (2017). Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και συσχέτιση με προσδιοριστικούς παράγοντες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(4):476-482

Τουλιά Γ., Κουτσοπούλου Β. (2015). Ποιότητα Ζωής αιμοκαθαιρόμενων ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 4(1):10-18

Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):218-229

Φαλακίδου Σ., Καυκιά Θ., Κουράκος Μ., Ρουντένκο Ι., Σπαϊα Σ., Δημητριάδου Α., Μνασίδου Ε. (2018). Μελέτη της ποιότητας ζωής διαβητικών και μη ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(3):364-371

REVIEW

Quality of life of patients undergoing hemodialysis

Theodosios Kokkios

Nurse, MSc in Management of Health Units, MSc in Management of Aging and Chronic Diseases, Registered Nurse in Public Health and Community Nursing, Nursing Unit of Agrinio, Member of the Three-Member Board of Education of the Gerontological Nursing Specialty, Coordinator of Gerontological Nursing Specialty of the 6th Health District

ABSTRACT

Introduction: The chronic renal failure is a serious and chronic health problem, worldwide, associated with increased morbidity and mortality and which has serious implications for the quality of life of patients, especially those undergoing hemodialysis.

Aim: The highlight of the factors that affect the quality of life of patients undergoing hemodialysis, as well as the importance of measuring it in the context of planning the care of these patients.

Methods: For the writing of this review, a systematic approach was used to search and identify all recently published literature (articles, studies and reviews) related to the quality of life of patients undergoing hemodialysis, through the international scientific databases PubMed, Academia.Edu, ResearchGate as well as the Greek literature.

Results: According to the results of the present review, the nature, severity and duration of the disease and the organic problems arising from it, as well as psychosocial and economic factors, are causes that affect the quality of life of hemodialysis patients.

Conclusions: The measurement and evaluation of the quality of life of patients undergoing hemodialysis, through valid scientific tools, is an important and integral part of therapeutic intervention and should therefore be evaluated at regular intervals in clinical practice.

Key words: dialysis, quality of life measuring tools, questionnaires, quality of life, care, chronic renal failure

Corresponding author: Theodosios Kokkios
e-mail: sakis.kokkios@gmail.com

Date of submission: 16/01/2023
Publication date: March 2024

Citation: Kokkios T. (2024). Quality of life of patients undergoing hemodialysis. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(1); 33-38, https://doi.org./10.24283/hjns.202414

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρόληψης πτώσεων των ηλικιωμένων ασθενών

Δήμητρα Αυγέρη[1], Ελένη Ματσιάτσιου[2], Μαρία Μπλιώκα[3]

1. ΠΕ Ειδικευόμενη Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης
2. ΠΕ Ειδικευόμενη Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, MSc Φοιτήτρια ΑΠΘ
3. ΠΕ Νοσηλεύτρια

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι πτώσεις αποτελούν ένα μακροχρόνιο πρόβλημα τόσο για τον ηλικιωμένο ασθενή και την οικογένεια του όσο και για το σύστημα υγείας. Πρόκειται για κατάσταση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό, έλλειψη λειτουργικότητας και αυτονομίας, αναπηρία, νοσηλεία ή ακόμη και θάνατο.

Ο ρόλος της νοσηλευτικής επιστήμης είναι καταλυτικός για την αντιμετώπιση των πτώσεων, αλλά πρωτίστως για την πρόληψη και εκπαίδευση των ηλικιωμένων ασθενών και των οικογενειών τους. Πολυπαραγοντικά προγράμματα πρόληψης των πτώσεων, με εκπαιδευτικό και ταυτόχρονα νοσηλευτικό χαρακτήρα μπορούν να προσαρμοστούν στη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα, με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Η παρούσα εργασία αφορά μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στα νεότερα δεδομένα των ετών 2015 - 2021 σε επιστημονικές βάσεις, όπως Pubmed, Science Direct και NEJM, η οποία απέδωσε δεκαπέντε άρθρα, τα οποία πραγματεύονται διάφορες παρεμβάσεις πρόληψης των πτώσεων και τα αποτελέσματα τους σε ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα, σε οίκους ευγηρίας ή νοσηλεύονται.

Λέξεις Κλειδιά: ηλικιωμένοι, κοινότητα, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, πρόληψη, πτώσεις, φόβος, φυσική δραστηριότητα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ελένη Ματσιάτσιου
e-mail: elenamatsiatsiou123@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 19/01/2023
Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2024

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Αυγέρη Δ., Ματσιάτσιου Ε. & Μπλιώκα Μ. (2024). Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρόληψης πτώσεων των ηλικιωμένων ασθενών. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(1): 39-45, https://doi.org./10.24283/hjns.202415

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι πτώσεις ως ένας μείζον κίνδυνος της καθημερινότητας των ηλικιωμένων**
- **Παρουσίαση προγραμμάτων πρόληψης των πτώσεων καθοδηγούμενων από νοσηλευτές**
- **Η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης των πτώσεων ως αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας**
- **Αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης μειώνουν τις πτώσεις**
- **Οι πτώσεις μειώνονται μέσω της γνωστοποίησης των παραγόντων κινδύνου στους ηλικιωμένους**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ηλικιωμένος πληθυσμός σταδιακά αυξάνεται ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες. Πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί τόσο η φροντίδα των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια μιας νόσου ή ενός τραυματισμού όσο και η πρόληψη τους. Όσον αφορά τους τραυματισμούς, οι πτώσεις κατέχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην πρόκληση τους. Οι πτώσεις αφορούν όλες τις ηλικίες, τα μικρά παιδιά πέφτουν μαθαίνοντας να περπατούν, αλλά περισσότερο ανησυχητικές είναι για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και δη για τους ηλικιωμένους, διότι έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία και την ανεξαρτησία τους.

Οι πτώσεις αποτελούν εφιαλτικό σενάριο για την ζωή των ηλικιωμένων παγκοσμίως και η πλειοψηφία τους συμβαίνει κατά τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων τους. Προβλήματα όρασης, παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής, νόσοι, κινητικά προβλήματα είναι κάποιοι μόνο παράγοντες των πτώσεων.

Σύμφωνα, με το CDC κάθε είκοσι λεπτά ένας ηλικιωμένος πεθαίνει στις ΗΠΑ εξαιτίας μιας πτώσης, ενώ πολλοί περισσότεροι τραυματίζονται. Πιο συχνές φαίνεται να είναι οι πτώσεις μεταξύ των νοσηλευομένων ασθενών παρά αυτών της κοινότητας. Η προαγωγή της ασφαλούς κινητικότητας αποτελεί μέρος της πρόληψης και της αποκατάστασης και αποσκοπεί στην ασφάλεια τόσο του ηλικιωμένου όσο και των επαγγελματιών υγείας. Προγράμματα εκπαίδευσης μέσω βίντεο, συνεδριών, ενημερωτικών φυλλαδίων, προγράμματα άσκησης για την ενδυνάμωση, εντοπισμός των ομάδων που διατρέχουν κίνδυνο πτώσης, αλλά και έλεγχος της εργονομίας των χώρων διαβίωσης των ηλικιωμένων αποτελούν κομμάτια του πάζλ της πρόληψης των πτώσεων και πρέπει να εφαρμόζονται από τους νοσηλευτές ως αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας τους.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης αποτελεί η παρουσίαση δεκαπέντε ερευνητικών μελετών καθοδηγούμενων από νοσηλευτές, οι οποίες πραγματεύονται την απόδοση διαφόρων προγραμμάτων εκπαίδευσης και άσκησης για την πρόληψη των πτώσεων σε ηλικιωμένους, που ζουν στην κοινότητα ή σε οίκους ευγηρίας, καθώς και κλινικών δοκιμών, οι οποίες εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών σε συγκεκριμένες ομάδες του ηλικιωμένου πληθυσμού, όπως είναι οι ασθενείς με νόσο Πάρκινσον, αρτηριακή υπέρταση, οστεοπόρωση, έλλειψη βιταμίνης D και οι υποβάλλοντες σε διαδικασία αιμοκάθαρσης.

ΠΤΩΣΕΙΣ

Τρίτη ηλικία και γήρανση

Η τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται από μια περίοδο βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών, οι οποίες επέρχονται με την πάροδο της ηλικίας. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια η τρίτη ηλικία καθώς η έναρξη των αλλαγών αυτών ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Παρόλα αυτά έχει επικρατήσει το 65ο έτος της ηλικίας ως η έναρξη της τρίτης ηλικίας το οποίο μάλιστα συνδέεται με την συνταξιοδότηση, δηλαδή την αποχώρησή τους από τον εργασιακό βίο.

Ένας άλλος όρος ο οποίος συνδέεται με την τρίτη ηλικία είναι η γήρανση. Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία κατά την οποία επέρχονται κυτταρικές μεταβολές οι οποίες εξελίσσονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου. Η διαδικασία αυτή αποτελεί ένα αναπόφευκτο διάστημα στην ζωή όλων, κατά την οποία κυριαρχεί ο εκφυλισμός των κυττάρων όπου συνεπάγεται αυξημένη ευθραυστότητα και μειωμένη λειτουργικότητα, σε αντίθεση με την νεότητα και την ενηλικίωση οι οποίες συνδέονται με την ανάπτυξη (Redfern et al., 2006).

Πτώσεις

Το ανθρώπινο σώμα έχει κατασκευαστεί για να παραμένει στην όρθια θέση. Το φυσιολογικό βάδισμα εξαρτάται από την άριστη λειτουργία νευρομυικών, μυοσκελετικών και των αισθητήριων συστημάτων. Η πτώση αν και είναι σύνηθες φαινόμενο, υπό κάποιες συνθήκες μπορεί να κριθεί επικίνδυνη έως θανατηφόρα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως πτώση χαρακτηρίζεται το γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να βρεθεί ακούσια στο έδαφος ή σε κάποιο άλλο χαμηλότερο επίπεδο από αυτό που βρισκόταν (World Health Organization, 2018). Αποτελεί κοινή αποδοχή ότι πρόκειται για ένα ακούσιο ξαφνικό γεγονός αλλά το ενδιαφέρον φαίνεται ότι στρέφεται σε αλλά στοιχεία σχετικά με τις πτώσεις όπως τα αίτια, οι

κίνδυνοι και η πρόληψη (Ambrose et al., 2015).

Επιδημιολογικά Δεδομένα

Όσο αφορά την επιδημιολογία, το 2020 οι τραυματισμοί από πτώσεις αποτέλεσαν την δεύτερη αιτία θανάτου ή αναπηρίας. Οι τραυματισμοί από απροσεξία του ηλικιωμένου αποτελεί την πέμπτη κατά σειρά αιτία θανάτου. Περίπου το 40% της τρίτης ηλικίας θα βιώσουν έστω και μια πτώση τον χρόνο.

Ο αριθμός καταγμάτων έχει αυξηθεί τα τελευταία πενήντα χρόνια με πιο σημαντικά τα κατάγματα ισχίου και πήχη. Τα κατάγματα εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (Ambrose et al., 2015).

Παράγοντες Κινδύνου

Οι περισσότερες πτώσεις είναι πολυπαραγοντικές καθώς, προκαλούνται από πολλαπλές αιτίες: φαρμακολογικές, ενδογενείς, εξωγενείς – περιβαλλοντικές και σχετιζόμενες με δραστηριότητες και συμπεριφορά.

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να μειώσουν το ρίσκο για πτώση, ελαχιστοποιώντας τους παράγοντες κινδύνου του ατόμου. Αναλυτικά οι παράγοντες κινδύνου των πτώσεων στις δύο κύριες κατηγορίες τους και η φαρμακευτική αγωγή υψηλού κινδύνου με κάποια κύρια παραδείγματα (Robert et al., 1992, Enderlin et al., 2015 & CDC, 2017):

Ενδογενείς:

Ευπάθεια

- Αναπηρίες
- Φύλο (Άνδρες ↑ πτώσεις)
- Προχωρημένη ηλικία
- Ορθοστατική υπόταση
- Ιστορικό ασθενειών (αρθρίτιδες, Αγγειακά Εγκεφαλικά επεισόδια, Πάρκινσον, άνοια, συγκοπή κ.α.)
- Ιστορικό πτώσεων
- Μυοσκελετικά προβλήματα
- Νευρολογικά προβλήματα
- Επιβράδυνση ορθοστατικών αντανακλαστικών (ταχύτητα βάδισης, ανωμαλίες βάδισης, προβλήματα ισορροπίας)
- Ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη)
- Φόβος πτώσης
- Απομόνωση
- Αϋπνία

Εξωγενείς:

- Έλλειψη κιγκλιδωμάτων και κακός σχεδιασμός σκάλας
- Έλλειψη χειρολαβών στο μπάνιο
- Χαμηλός φωτισμός χώρων
- Εμπόδια στο χώρο
- Ολισθηρές επιφάνειες
- Λανθασμένη χρήση των βοηθητικών συσκευών βάδισης

Φάρμακα αυξημένου ρίσκου:

- Ψυχότροπα
- Αντικαταθλιπτικά, διπολικής διαταραχής
- Αντιψυχωσικά, Αγχολυτικά
- Ηρεμιστικά – Υπνωτικά
- Ναρκωτικά (οπιοειδή)

Επιπτώσεις των πτώσεων

- Οι επιπτώσεις των πτώσεων διακρίνονται σε σωματικές, ψυχολογικές και οικονομικές:
- Τραυματισμοί (εκδορές, θλάσεις, κατάγματα, εξαρθρώσεις και πολύ συχνά κακώσεις κεφαλής και πυέλου).
- Μείωση της λειτουργικής κινητικότητας (το άτομο δυσκολεύεται στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων όπως είναι η έγερση από την καρέκλα, η διαδικασία της ένδυσης, το περπάτημα).
- Ψυχολογικές επιπτώσεις (αλλαγή στην καθημερινότητα του ατόμου, κατάθλιψη, άγχος και παραίτηση από καθημερινές δραστηριότητες λόγω φόβου).
- Επιπτώσεις στο σύστημα υγείας εξαιτίας της συχνής ανάγκης για νοσηλεία του ατόμου, η χρονική διάρκεια της οποίας ποικίλλει ανάλογα της σοβαρότητας της πτώσης.
- Θνησιμότητα, μια σοβαρή πτώση μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο (Redfern et al., 2006).

Πρόληψη πτώσεων

Μετρήσεις βάδισης, ισορροπίας και νευρομυικών λειτουργιών είναι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες των πτώσεων. Έχει αποδειχτεί πως τα ποσοστά πτώσεων αλλά και οι παράγοντες κίνδυνου, μειώνονται αισθητά μετά από προπόνηση, η οποία εστιάζει στην ενδυνάμωση και την ισορροπία. Επίσης, Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να κάνουν χρήση στην καθ' ημέραν φροντίδα συγκεκριμένων εργαλείων - screening tools - για τον εντοπισμό πολλαπλών παραγόντων κινδύνων (Enderlin et al., 2015 & Uusi et al., 2020).

Προπόνηση :

- Ασκήσεις ενδυνάμωσης - 2 φορές/εβδομάδα - και ελέγχου του κορμού και των κάτω άκρων
- Διδασκαλία ορθής βάδισης και προσπέλασης εμποδίων σε εσωτερικό και εξωτερικό χώρο
- Κολύμβηση
- 150 min. μέτριας έντασης άσκηση ή 75 min. έντονης άσκησης αερόβιας

Άλλες παρεμβάσεις: (Luk et al., 2015, Enderlin et al., 2015 & CDC, 2017):

- Πρόσληψη βιταμίνης Β και D
- Πρόσληψη ασβεστίου μέσω τροφής ή συμπληρωμάτων

- Προστατευτικά ισχίων (για ηλικιωμένους που περνούν πολύ χρόνο μέσα στο σπίτι)
- Απομάκρυνση των εμποδίων στο χώρο του σπιτιού
- Παρακολούθηση της ορθοστατικής υπότασης
- Θεραπεία δυσλειτουργιών των ποδιών και προβλημάτων όρασης
- Εκπαίδευση γύρω από τις πτώσεις

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μεθοδολογία

Έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Science Direct και NEJM με τις λέξεις κλειδιά: «πρόληψη πτώσεων», «φόβος πτώσης», «ηλικιωμένοι», «φυσική δραστηριότητα», «νοσηλευτικές παρεμβάσεις» μεμονωμένα αλλά και συνδυαστικά. Έπειτα από τη συστηματική αξιολόγηση και κριτική αποτίμηση των άρθρων, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα 15 άρθρων, κυρίως τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, που πληρούσαν τα κριτήρια: γλώσσα συγγραφής: 'αγγλική', δημοσίευση: τελευταία 5-ετία, και εστιασμένα σε πληθυσμό κοινότητας, καθώς και νοσηλευόμενο.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να διερευνήσει κυριότερες πρακτικές και προγράμματα πρόληψης πτώσεων, υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα τους ως προς τη μείωση των πτώσεων στην ευρύτερη κοινότητα.

Αποτελέσματα

Οι μελέτες εστιάζουν στην εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης ηλικιωμένων με σκοπό την πρόληψη των πτώσεων με διάφορα εργαλεία, τα οποία αξιολογούνται ως προς την αποδοτικότητα τους μετά από μακρόχρονη εφαρμογή. Ο πληθυσμός που αφορούν είναι ηλικιωμένοι νοσηλευόμενοι, διαμένοντες σε οίκους ευγηρίας ή στην κοινότητα, οι οποίοι έχουν στην πλειοψηφία υπέρταση, διαβήτη, προβλήματα όρασης ή ακοής.

Στην μελέτη των Uymaz P. E. & Nahcivan O. N., που διεξήχθη σε οίκο ευγηρίας στην Τουρκία εξετάστηκε η επίδραση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος πρόληψης πτώσεων υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών. Συμμετείχαν 46 ηλικιωμένοι, οι οποίοι μέσω συνεντεύξεων, κλιμάκων αξιολόγησης (Morse Fall, Falls, FaB) και των ιατρικών αρχείων του οίκου ευγηρίας αξιολογήθηκαν σχετικά με τις γνώσεις που είχαν για τις παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής, τον κίνδυνο και τον φόβο ενδεχόμενης πτώσης.

Εφαρμόστηκε ειδικό πρόγραμμα, το οποίο περιελάμβανε 30 λεπτά εκπαίδευση πρόληψης πτώσεων, εκπαιδευτικό βίντεο πρόληψης διάρκειας 12 λεπτών, συμβουλευτική σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή διάρκειας 30 λεπτών, έλεγχο της όρασης και σχετικές με τις πτώσεις αφίσες.

Η διάρκεια του προγράμματος ήταν 6 μήνες, 20 (46,5%) από τους 43 συμμετέχοντες είχαν τουλάχιστον 1 πτώση μέσα στο έτος. Μετά την παρέμβαση το ποσοστό των πτώσεων ήταν 25,6%. Το 27,9% δήλωνε, πως δεν φοβόταν κάποια ενδεχόμενη πτώση, ενώ μετά τη διενέργεια του προγράμματος το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 34,9% . Επίσης, αυξήθηκαν η μέση βαθμολογία στην κλίμακα FaB από 2,25 ± ,29 πριν την παρέμβαση σε 2,89 ± ,41 μετά την παρέμβαση και η μέση βαθμολογία της γνώσης των επιδράσεων της φαρμακευτικής αγωγής από 2,1 ± 1,1 σε 2,26 ± 1,01.

Υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον και αποδοτικό κιτ εργαλειών με το όνομα TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) στην τριετή έρευνα των Dykes P. et al., το οποίο περιελάμβανε αφίσα από πλαστικοποιημένο χαρτί, κιτ εργαλειών ενσωματωμένο με τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας των ασθενών και ηλεκτρονική οθόνη δίπλα στις κλίνες των ασθενών. Τα εργαλεία αυτά κοινοποιούσαν στους ασθενείς και τους φροντιστές τους, συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου πτώσεων και προσαρμοσμένα σχέδια πρόληψης αυτών. Συγκεκριμένα, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 37.231 νοσηλευόμενους ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 60 έτη σε ιατρικά κέντρα της Βοστώνης και της Νέας Υόρκης και περιλάμβανε 21 εβδομάδες παρατήρησης από το νοσηλευτικό προσωπικό πριν την εφαρμογή του κιτ εργαλειών, 8 εβδομάδες εφαρμογής και 21 εβδομάδες παρατήρησης μετά την εφαρμογή του. Στα αποτελέσματα φάνηκε μείωση 15% (2,92 έναντι 2,49) στις συνολικές πτώσεις/1000 ημέρες νοσηλείας και μείωση 34% (0,73 έναντι 0,48) των ζημιογόνων πτώσεων/1000 ημέρες νοσηλείας.

Σε μια μεγάλη έρευνα κοόρτης των Tricco A. C. et al. έγιναν 283 τυχαίες κλινικές δοκιμές με θέμα τη σημασία των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην πρόληψη των πτώσεων. Το δείγμα περιλάμβανε 159.910 άντρες και γυναίκες με μέση ηλικία τα 78 έτη (74% γυναίκες). Στις 54 από αυτές (41.596 συμμετέχοντες) συμπεριλήφθηκαν 39 νοσηλευτικές παρεμβάσεις σχετικά με τις πτώσεις, οι οποίες συνδυάστηκαν με τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων. Στους ηλικιωμένους, που εφαρμόστηκαν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, η μείωση των πτώσεων που παρατηρήθηκε άγγιξε το ποσοστό του 90%.

Ο κίνδυνος για τις πτώσεις μειώθηκε από το 2.08 στο 0.07. Στις 90 από αυτές (69.326 συμμετέχοντες) συνδυάστηκαν νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που σχετίζονταν με την βελτίωση της όρασης και την προαγωγή της άσκησης με τη συνήθη φροντίδα. Εδώ, ο κίνδυνος και οι επιπτώσεις των πτώσεων μειωθήκαν από το 1,79 στο 0,17.

Σε 62 κλινικές δοκιμές (47.758 συμμετέχοντες)

αξιολογήθηκαν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που είχαν σχέση με την εκπαίδευση των ηλικιωμένων όσον αφορά την αναγνώριση ενός πιθανού εμποδίου στο εξωτερικό περιβάλλον, από το οποίο μπορεί να προκληθεί πτώση. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που εκπαιδεύτηκαν να αναγνωρίζουν τα εξωτερικά εμπόδια από το 0,12 ανήλθε στο 3,56. Στις τελευταίες 77 δοκιμές (59.312 συμμετέχοντες) εξετάστηκε η συμβολή της φαρμακευτικής αγωγής (συμπλήρωμα βιταμίνης D και ασβεστίου) σε συνδυασμό με τη συνήθη φροντίδα. Το 78% των ηλικιωμένων, που λάμβανε την αγωγή κατόρθωσε σε ένα χρόνο να αποφύγει τις πτώσεις.

Η συστηματική ανασκόπηση των De Souto Barreto P. et al. πραγματεύτηκε τις ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης στην πρόληψη των πτώσεων. Συμπεριλήφθησαν 46 μελέτες (22.709 συμμετέχοντες), οι 40 από αυτές εντάχθηκαν στην μετά – ανάλυση (21.868 συμμετέχοντες, μέση ηλικία 73 έτη). Το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από ηλικιωμένες γυναίκες (15.054). Εξετάστηκε κατά πόσο η μακροχρόνια άσκηση σχετίζεται με την μείωση των πτώσεων, των πολλαπλών πτώσεων, των τραυματικών πτώσεων και πιθανώς των καταγμάτων, που μπορούν να προκληθούν στους ηλικιωμένους. Η πιο συχνή άσκηση ήταν η αερόβια γυμναστική, η οποία εστίαζε στη δύναμη και την ισορροπία των ηλικιωμένων. Η συχνότητα της ανερχόταν στις 3 φορές την εβδομάδα με τον κάθε κύκλο προπόνησης να ολοκληρώνεται μετά από 50 λεπτά μέτριας έντασης άσκηση. Η άσκηση φάνηκε ότι μείωσε το ποσοστό των πτώσεων από 0,98 σε 0,79 (4420 συμμετέχοντες) και τις τραυματικές πτώσεις από 0,74 σε 0,08 (4481 συμμετέχοντες). Η προπόνηση μείωσε αισθητά τον κίνδυνο καταγμάτων από 0,71 σε 0,05 (8410 συμμετέχοντες). Ωστόσο, δεν μειώθηκε αισθητά ο κίνδυνος πολλαπλών πτώσεων καθώς, μόνο το 13% των 8060 συμμετεχόντων δεν εμφάνισε πολλαπλές πτώσεις. Γίνεται κατανοητό, πως η βέλτιστη συχνότητα άσκησης, η οποία δύναται να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην πρόληψη των πτώσεων είναι 2 με 3 φορές την εβδομάδα.

Σε πολλές μελέτες και screening tools για τον εντοπισμό των ηλικιωμένων, που διατρέχουν κίνδυνο πτώσεων, πέραν του ελέγχου της όρασης και των πιθανών παρενεργειών από τη φαρμακευτική αγωγή, αξιολογούνται μέσω εργαστηριακών εξετάσεων τα επίπεδα της βιταμίνης D. Στην τετραετή κλινική δοκιμή των Appel J. L. et al. μελετήθηκε η επίδραση της βιταμίνης D στην πρόληψη των πτώσεων και έγινε σύγκριση μεταξύ τεσσάρων διαφορετικών δόσεων (200, 1000, 2000, 4000 IU/ημέρα), οι οποίες δεν είχαν κίνδυνο πρόκλησης τοξικότητας. Οι συμμετέχοντες ζούσαν στην κοινότητα, είχαν αυξημένο κίνδυνο πτώσεων και βιταμίνη D ορού: 2,5 – 72,5 nmol/L και υπήρχε μια ομάδα ελέγχου, η οποία έλαβε 200 IU βιταμίνης D/ημέρα.

Οι συμμετέχοντες παρακολουθούνταν στην κλινική για 3, 12 και 24 μήνες και είχαν τηλεφωνικές συνομιλίες με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στον 1ο, 6ο, 9ο, 15ο, 18ο και 21ο μήνα. Σε κάθε επαφή με τους συμμετέχοντες τους δίνονταν ερωτηματολόγια σχετικά με ιατρικά συμβάντα, τη χρήση των συμπληρωμάτων, την εμφάνιση πτώσεων ή σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως δεν υπήρξε ευεργετική επίδραση για δόσεις ≥1000 IU/ημέρα σε σύγκριση με τις 200 IU/ημέρα, ωστόσο, επειδή η ομάδα ελέγχου έλαβε εικονικό φάρμακο υπήρξαν περιορισμοί. Επίσης, είναι ασαφές εάν οι δόσεις των 2000 και 4000 IU/ημέρα μειώνουν τον κίνδυνο πτώσης σε σύγκριση με τη δόση των 1000 IU/ημέρα. Η χορήγηση βιταμίνης D δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα χωρίς ανεπάρκεια ή με οστεοπόρωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επίπτωση των πτώσεων μπορεί να μειωθεί μέσα από την αναγνώριση των ομάδων, που διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης πτώσεων, οι ενέργειες όμως, που διαδραματίζουν τον σημαντικότερο ρόλο αποτελούν μέρος της πρόληψης. Σε αυτές ανήκουν τα προγράμματα εκπαίδευσης και ενδυνάμωσης των ηλικιωμένων, τα οποία περιλαμβάνουν άσκηση και εκπαίδευση για την αποφυγή των παραγόντων κινδύνου, που μπορούν να προκαλέσουν πτώσεις.

Ωστόσο, κάθε ηλικιωμένος πρέπει να εξετάζεται εξατομικευμένα και να λαμβάνονται υπόψη συννοσηρότητες, εργαστηριακά δεδομένα, νοητική κατάσταση και τυχόν έλλειψη φροντιστών. Οι νοσηλευτές αποδεικνύονται, ιδιαίτερα κατάλληλοι για την εισαγωγή και διατήρηση τέτοιων προγραμμάτων για αυτό το λόγο, απαιτείται να προταθεί η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και δη των νοσηλευτών, όσον αφορά τη διενέργεια προγραμμάτων εκπαίδευσης των ηλικιωμένων για την πρόληψη των πτώσεων και με τη σειρά της να δώσει χώρο σε νέα ερευνητικά δεδομένα.

Όταν υπάρχει συντονισμός ασθενή, φροντιστών και προσωπικού τότε οι πτώσεις σπανιότερα εμφανίζονται. Σε εξέλιξη και βελτίωση της συνήθους φροντίδας, λοιπόν, απαραίτητη κρίνεται η χρήση νέων πόρων τεκμηριωμένης πρακτικής και η συνεργασία μεταξύ διεπιστημονικής ομάδας και ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Uymaz P. E. & Nahcivan O. N. (2016). Evaluation of a nurse-led fall prevention education program in Turkish nursing home residents. Educational Gerontology 42: 299-309.

Tricco A. C., Thomas S. M., Veroniki A. A., Hamid J.S., Cogo E. , Strifler L. , Khan A. P. , Robson R., Sibley K. M., MacDonald H., Riva J.J. , Thavorn K. , Wilson C., Holroyd-Leduc J., Kerr G. D., Feldman F., Majumdar R. S., Jaglal S. B., Hui W. & Strau S.E. (2017). Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA 318: 1687-1699.

De Souto Barreto P., Rolland Y., Vellas B. & Maltais M.. (2019). Association of Long-term Exercise Training With Risk of Falls, Fractures, Hospitalizations, and Mortality in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA 179: 394-405.

Ambrose A. F., Cruz L. & Geet P. (2015). Falls and Fractures: A systematic approach to screening and prevention. Elsevier 82: 85 – 93.

Dykes C. P., Burns Z., Adelman J., Benneyan J., Boyaisky M., Carter E., Ergai A., Lindros M. E., Lipsitz St., Scanlan M., Shaykevich S. & Bates W. D. (2020). Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries: A Nonrandomized Controlled Trial. JAMA 3: e2025889.

Appel J. L., Michos E. D., Mitchell C. M., Blackford A. L., Sternberg A. L., Juraschek S. P., Schrack J. A., Szanton S. L., Charleston J., Minotti M., Baksh S. N., Christenson R. H., Coresh J., Drye L. T., Guralnik J. M., Kalyani R. R., Plante T. B., Shade D. M., Roth D. L., Tonascia J. (2020). The effects of four doses of vitamin D supplements on falls in older adults: A response – adaptive randomized clinical trial. Ann Intern Med. 174: 145-156.

Gazibara T., Kisic Teravcevic D., Svetel M., Tomic A., Stankovic I., Kostic S. V. & Pekmezovic T. (2016). Recurrent Falls in Parkinson's disease after one year of follow – up: A nested case – control study. Archives of Gerontology and Geriatrics 65: 17 – 24.

Loon van N. I., Joosten H., Lyasere O., Johansson L., Hamaker E. M. & Brown E. A. (2019). The prevalence and Impact of Falls in elderly dialysis patients: Frail elderly patient outcomes on Dialysis (FEPOD) study. Archives of Gerontology and Geriatrics 83: 285-291

Lamb S. E., Phil D., Bruce J., Hossain A., Ji C., Longo R., Lall R., Bojke C., Hulme C., Withers E., Finnegan S., Sheridan R., Willett K. & Underwood M. (2020). Screening and Intervention to Prevent Falls and Fractures in Older People. N Engl J Med 383: 1848 – 1859.

Ueda T., Higuchi Y., Imaoka M., Todo E., Kitagawa T. & Ando S. (2017). Tailored education program using home floor plans for falls prevention in discharged older patients: A pilot randomized controlled trial. Archives of Gerontology and Geriatrics 71: 9 -13.

Frith K. H., Hunter A. N., Coffey S. S. & Khan Z. (2019). A Longitudinal Fall Prevention Study for Older Adults. The Journal for Nurse Practitioners 15, 4: 295 – 300.

Guedes Guerra F. V., Moreira Pessoa R., De Oliveira Ferreira G., Ferreira Felicio J., Frota Cavalcante T., Leite de Aranjo T. & Moura de Aranjo M. F. (2021). Effectiveness of the fall prevention intervention in older adults with arterial hypertension: randomized clinical trial. Geriatric Nursing 42, 1: 27 – 32.

De Jong L. D., Kitchen S., Foo Z. & Hill A-M. (2018). Exploring falls prevention capabilities, barriers and training needs among patient sitters in a hospital setting: A pilot survey. Geriatric Nursing 39, 3: 263 – 270.

Zhou J., Liu B., Qin M. – Z. & Liu J. – P. (2020). Fall Prevention and Anti – Osteoporosis in Osteopenia Patients of 80 years of Age and Older : A Randomized Controlled Study. Orthopaedic Surgery 12(3): 890 – 899.

Lytras D., Sykaras E., Iakovidis P., Kasimis K., Myrogiannis I. & Kottaras A. (2022). Recording of Falls in Elderly Fallers in Northern Greece and Evaluation of Aging Health – Related Factors and Environmental Safety Associated with Falls: A Cross – Sectional Study. Occupational therapy international: 9292673.

Fahlstrom G., Kamwendo K., Forsberg J. & Bodin L. (2018). Fall prevention by nursing assistants among community – living elderly people. A randomized controlled trial. Scand J Caring Science 32(2): 575 – 585.

Enderlin C., Rooker J., Ball S., Hippensteel D., Alderman J., Fisher S. J., McLeskey N. & Jordan K. (2015). Summary of factors contributing to falls in older adults and nursing implications. Geriatric Nursing 36, 5: 397 – 406.

CDC (2017). STEADI. Risk Factors for Falls. CDC [Online]. Available at: https://www.cdc.gov/steadi/pdf/STEADI-FactSheet-RiskFactors-508.pdf [Accessed: 27 March 2022].

CDC (2015). Check for safety. A home prevention Checklist for Older Adults. CDC [Online]. Available at: https://www.cdc.gov/steadi/pdf/check_for_safety_brochure-a.pdf [Accessed: 5 April 2022].

Redfern S. J., Ross F. M. (2006). Προάγοντας την ασφαλή κινητικότητα. (4th) eds Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων. China: ELSEVIER.

Robert L., Berg & Joseph S. (1992).Falls in Older Persons: Risk Factors and Prevention in: The second fifty years. Promoting Health and Preventing Disability. Washington: National Academies Press (US). Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235613/ [Accessed: 27 March 2022].

Fall prevention nursing interventions for elderly patients

Dimitra Avgeri[1], Eleni Matsiatsiou[1], Maria Blioka[1]

1. University of Thessaly Students

ABSTRACT

Falls are a long – time problem both for patients and their families as also for health systems. This is a situation that can lead in injuries, lack of independence, disability, need of hospitalization or even death.

Nursing science has a determinant role in the treatment of falls, but first of all in their prevention and education of elderly patients and their families. Multifactorial falls prevention programs with an educational and simultaneous nursing character can be an adjustment in the usual nursing care with excellent effects for the elderly population.

This study refers to a review of bibliography of the latest data of the years 2015 – 2021 from scientific data bases such as Pubmed, science Direct and NEJM, which led to 15 papers that deal with different fall prevention interventions and their results for the elderly people who live in the community, nursing homes or they are hospitalized.

Key words: community, elderly, falls, fear, nursing interventions, physical activity, prevention

Corresponding author: Eleni Matsiatsiou
e-mail: elenamatsiatsiou123@gmail.com

Date of submission: 19/01/2023
Publication date: March 2024

Citation: Avgeri D., Matsiatsiou E. & Blioka M. (2024). Fall prevention nursing interventions for elderly patients. *Hellenic Journal of Nursing Science 17*(1): 39-45, https://doi.org./10.24283/hjns.202415

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διατροφικές συνήθειες νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Ευγενία Πολυδωροπούλου[1], Γεώργιος Πανουτσόπουλος[2], Γεώργιος Ίντας[1]

1. Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων» – Γ.Ν.Δ.Α. «Η Αγία Βαρβάρα»
2.Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ανθρώπινες διατροφικές προτιμήσεις και επιλογές είναι το τελικό αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, πολιτισμικών, οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων. Οι διατροφικές διαταραχές είναι ένα μείζον θέμα της σημερινής εποχής και ο αριθμός των ανθρώπων που επηρεάζονται συνεχώς αυξάνεται. Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τα υγιεινά πρότυπα διατροφής των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας, όπως η υπερωριακή εργασία, το κυκλικό ωράριο εργασίας, το εργασιακό άγχος, το φυσικό περιβάλλον εργασίας, οι διατροφικές επιλογές που προσφέρουν τα κυλικεία των νοσοκομείων και κοινωνικοί παράγοντες. Το μειωμένο μηνιαίο εισόδημα έχει αρνητικό στις διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες δεν μπορούν να αγοράσουν υγιεινά τρόφιμα, ειδικά μετά την ανεξέλεγκτη αύξηση των τιμών των τροφίμων που προκλήθηκε με την πανδημία COVID-19. Για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών, οι νοσηλευτές συχνά μειώνουν τα γεύματα, γεγονός που επηρεάζει τις διατροφικές τους συνήθειες. Οι νοσηλευτές εκφράζουν συνεχώς την ανάγκη για ένα ήρεμο και αξιοπρεπές μέρος για φαγητό και ανάπαυση. Η καραντίνα την περίοδο της πανδημίας COVID-19 έχει ενοχοποιηθεί για αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες, στην αύξηση βάρους και στην αυξημένη κατανάλωση γλυκών και σνακ. Αυτές οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες έχουν σημαντικές επιπτώσεις στον αντίκτυπο της υγείας του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να μεριμνήσουν ώστε οι νοσηλευτές να έχουν τον απαραίτητο χρόνο να γευματίσουν. Οι νοσηλευτικές διευθύνσεις πρέπει να εφαρμόσουν προγράμματα προαγωγής της υγείας των νοσηλευτών, όπου θα ελέγχεται το βάρος τους και θα δίνονται ειδικά πρότυπα διατροφής, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη για να μειωθεί το σχετιζόμενο με την εργασία στρες.

Λέξεις Κλειδιά: διατροφή, νοσηλευτές, πανδημία, συνήθειες, COVID-19

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ευγενία Πολυδωροπούλου

e-mail: mejenpol@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 01/08/2023

Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2024

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Πολυδωροπούλου Ε., Πανουτσόπουλος Γ. & Ίντας Γ. (2024). Διατροφικές συνήθειες νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(1): 46-54, https://doi.org./10.24283/hjns.202416

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ
- **Η πανδημία COVID-19 επηρέασε αρνητικά τη διατροφή των νοσηλευτών**
- **Οι νοσηλευτές μειώνουν τα γεύματα λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας**
- **Στην καραντίνα οι νοσηλευτές αύξησαν το βάρος τους**
- **Το εργασιακό στρες επηρεάζει αρνητικά τη διατροφή των νοσηλευτών**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «διατροφή» αναφέρεται στη διαδικασία με την οποία οι οργανισμοί προσλαμβάνουν τροφή για να καλύψουν μια σειρά λειτουργικών αναγκών. Τέτοιες διαδικασίες περιλαμβάνουν την πρόσληψη τροφής, τη διάσπαση σε απλούστερες ενώσεις, την απορρόφηση και τον τελικό μεταβολισμό (Gibney et al., 2015). Ο όρος «υγιεινή διατροφή» ορίζεται ως μια δίαιτα με απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ο οργανισμός, κυρίως μεταβολικές διεργασίες, προκειμένου να λειτουργήσει και να παρέχει την απαραίτητη ενέργεια. Η υγιεινή διατροφή επιτυγχάνεται με την κατανάλωση υγιεινών τροφών σε καθημερινή βάση και υπάρχουν συγκεκριμένες ποσότητες για τη σύσταση κάθε οργανισμού (Mahan & Escott-Stump, 2014).

Οι ανθρώπινες διατροφικές προτιμήσεις και επιλογές είναι το τελικό αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, πολιτισμικών, οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων. Επίσης, στη βιβλιογραφία έχει αναφερθεί επίδραση των γενετικών παραγόντων στη γευστική προτίμηση των ανθρώπων, όπως για παράδειγμα η γλυκύτητα. Υπάρχει ισχυρό γενετικό υπόβαθρο όχι μόνο για γευστικές προτιμήσεις αλλά και για συγκεκριμένα τρόφιμα (πιθανώς πέρα από τη γεύση), όσον αφορά την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, την ενεργειακή πυκνότητα και την υιοθέτηση διατροφικών συμπεριφορών. Η κατανάλωση τροφίμων επηρεάζεται από τις διατροφικές προτιμήσεις, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζονται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τα τρόφιμα και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά (Livingstone et al., 2017).

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ένα μείζον θέμα της σημερινής εποχής και ο αριθμός των ανθρώπων που επηρεάζονται συνεχώς αυξάνεται. Τα κύρια χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών είναι η ακατάλληλη πρόσληψη τροφής και ο υποσιτισμός του οργανισμού με αυξημένη ή μειωμένη κατανάλωση τροφής. Στα άτομα, εκτός από τη σωματική παρακμή, παρατηρείται και νοητική παρακμή, που συνοδεύεται από συνεχείς ανησυχίες για την εικόνα του σώματος, καταθλιπτική διάθεση και μειωμένη διάθεση. Όταν υπάρχει πλήρης ψυχολογική και σωματική κατάρρευση, δημιουργούνται καταστροφικές καταστάσεις στον οργανισμό του ατόμου, καθώς και θάνατος λόγω πλήρους ατροφίας και καταστροφής ζωτικών οργάνων, ενώ δεν αποκλείονται επεισόδια ψυχολογικής κατάθλιψης (Panea-Pizarro et al., 2021).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οργανωσιακοί παράγοντες

Οι υπερωρίες ή εργασία πέρα των 40 ωρών, το κυκλικό ωράριο, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η ελλιπής στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό και τα μικρά ή καθόλου διαλείμματα του προσωπικού κατά τη διάρκεια της εργασίας έχουν χαρακτηρισθεί ως οργανωτικά εμπόδια για την υγιεινή διατροφή των νοσηλευτών. Στη βιβλιογραφία δεν έχουν αναφερθεί οργανωσιακοί παράγοντες που προάγουν την υγιεινή διατροφή στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Υπερωριακή εργασία

Οι αυξημένες ώρες εργασίας σε συνδυασμό με τις οικογενειακές υποχρεώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού είναι αιτίες των ακανόνιστων γευμάτων και της υψηλής κατανάλωσης καφέ και πρόχειρου φαγητού. Η αυξημένη κόπωση και οι αυξημένες ώρες εργασίας δεν επιτρέπει στους νοσηλευτές να έχουν ενέργεια και επαρκή χρόνο για να προετοιμάσουν υγιεινά γεύματα (Fernandes et al., 2013; Nahm et al., 2012; Phiri et al., 2014). Οι κακές διατροφικές συνήθειες αποδίδονται στην υψηλή εβδομαδιαία επαγγελματική και οικιακή εργασία που εκτελούν οι νοσηλευτές. Οι άνδρες νοσηλευτές έχουν υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ, καφέ και τηγανητών τροφίμων και χαμηλότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε σχέση με τις γυναίκες (Fernandes et al., 2013). Σε μια μελέτη στην Αμερική, οι νοσηλευτές που εργάζονταν με πλήρες ωράριο ή πολλές ώρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και να υποφέρουν από κακή ποιότητα ύπνου, παράγοντες οι οποίοι είχαν αρνητικό αντίκτυπο στη διατήρηση υγιών συμπεριφορών (Han et al., 2011).

Άλλη μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής βρήκε ότι οι νοσηλευτές με ακανόνιστο πρόγραμμα εργασίας, δηλαδή αυξημένο φόρτο εργασίας με πολλές υπερωρίες και λίγα ή καθόλου διαλείμματα, κοιμόντουσαν λιγότερο, είχαν περισσότερο εργασιακό άγχος και ήταν παχύσαρκοι. Η παχυσαρκία των νοσηλευτών αποδόθηκε στις ακανόνιστες βάρδιες, στη μη πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα κατά τα διαλείμματα και στην αυξημένη κόπωση που είχε ως αντίκτυπο μειωμένη σωματική δραστηριότητα (Han et al., 2012).

Κυκλικό ωράριο

Η εργασία σε βάρδιες έχει αναγνωριστεί ως εμπόδιο στις υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές των νοσηλευτών. Σε μια μέση περίοδο 7,6 ετών, οι νοσηλευτές της νυχτερινής βάρδιας, οι βοηθοί νοσηλευτές και το προσωπικό ασφαλείας στις ΗΠΑ ανέφεραν αύξηση βάρους κατά μέσο όρο 4,3 κιλά σε 10,1 έτη σε σχέση με εκείνους που εργάζονταν σε σταθερό πρωινό ωράριο, οι οποίοι είχαν μέση αύξηση βάρους 0,9 κιλά. Οι εξηγήσεις για την αύξηση βάρους που σχετίζεται με τις βάρδιες έχουν επικεντρωθεί σε αλλαγές στις κανονικές διατροφικές συνήθειες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εργασίας σε βάρδιες, ειδικά για τους εργαζόμενους που τρώνε τελευταίο γεύμα της ημέρας καθυστερημένα και

κάνουν λιγότερα γεύματα την ημέρα (Geliebter et al., 2000). Επιπλέον, η εργασία σε βάρδιες συσχετίστηκε θετικά με μη φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές (συμπεριλαμβανομένου του φαγητού ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα και της υπερφαγίας μετά την εγκατάλειψη μιας δίαιτας) μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονταν σε νοσοκομείο του Χονγκ Κονγκ (Wong et al., 2010).

Η συμπεριφορά των εργαζομένων σε βάρδιες στο τσιμπολόγημα διερευνήθηκε σε μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο στην οποία 50 εργαζόμενοι σε βάρδιες από ένα ερευνητικό ινστιτούτο και 43 νοσηλευτές νυχτερινής βάρδιας ολοκλήρωσαν μια τρίωρη αυτοαξιολόγηση. Οι εργαζόμενοι στη νυχτερινή βάρδια έτρωγαν περισσότερα σνακ από τους εργαζόμενους στην πρωινή βάρδια και ήταν πιο πιθανό να καταναλώσουν σνακ παρά γεύματα κατά τη διάρκεια της νυχτερινής βάρδιας (Waterhouse et al., 2003). Αυτό υποστηρίζεται από μελέτες που συνέκριναν τις διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών στη βραδινή βάρδια και διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές στη βραδινή βάρδια έτρωγαν περισσότερα σνακ και λιγότερα γεύματα (Sahu & Dey, 2011), κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες τροφής με λιγότερα γεύματα (Geliebter et al., 2000) και έκαναν κακές επιλογές τροφίμων (Naghashpour et al., 2013). Οι νοσηλευτές στη Σουηδία εξέφρασαν έντονα την επιθυμία κατανάλωσης ζάχαρης και τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες μετά τις νυχτερινές βάρδιες, ως αποτέλεσμα της υπερβολικής κόπωσης. Έτσι, είναι πιο πιθανό να επιλέγουν γεύματα που προετοιμάζονται γρήγορα και εύκολα, τα οποία είναι βολικά τρόφιμα που είναι συχνά πλούσια σε αλάτι, λιπαρά ή/και ζάχαρη (Persson & Mårtensson, 2006).

Εργασιακό άγχος

Οι πολύωρες βάρδιες και ο μεγάλος φόρτος εργασίας θεωρούνται αγχωτικοί από πολλούς νοσηλευτές και οι Αμερικανοί νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τα υψηλότερα επίπεδα στρες ως αιτιολογικό παράγοντα για διατροφικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της σκέψης ή της κατανάλωσης φαγητού ενώ είναι αγχωμένοι. Νοσηλευτές που εργάζονται στη Σουηδία και τις ΗΠΑ χρησιμοποιούν ως στρατηγική αντιμετώπισης του εργασιακού στρες τη «συναισθηματική διατροφή» (Nahm et al., 2012; Persson & Mårtensson, 2006), χωρίς όμως αυτό να σχετίζεται με το δείκτη μάζας σώματος (Han et al., 2011, 2012). Επιπλέον, οι νοσηλευτές στις ΗΠΑ που ανέφεραν μια πιο αγχωτική δουλειά και ένα πιο αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον έκαναν λιγότερο υγιεινές δίαιτες σε σύγκριση με εκείνους που διαφώνησαν ή δεν ήταν σίγουροι για το εργασιακό άγχος (Zapka et al., 2009).

Φυσικό περιβάλλον εργασίας

Το φυσικό περιβάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της συμπεριφοράς υγείας και ειδικότερα το νοσοκομειακό περιβάλλον μπορεί να έχει αντίκτυπο στη διατροφική συμπεριφορά των νοσηλευτών. Οι πολυάσχολοι εργαζόμενοι σε βάρδιες νοσοκομείων στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Νότια Αφρική και τις ΗΠΑ αναφέρουν ότι συχνά δεν έχουν πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα εκτός «ωρών γραφείου», επειδή τα τρόφιμα έχουν τελειώσει ή επειδή τα φρέσκα τρόφιμα, τα υγιεινά τρόφιμα και τα τρόφιμα για χορτοφάγους είναι περιορισμένα ή έχουν τελειώσει για εκείνους που εργάζονται σε απογευματινές ή νυχτερινές βάρδιες (Faugier et al., 2001a; Nahm et al., 2012; Phiri et al., 2014).

Μια εξαίρεση αποτελεί μία μεγάλη μελέτη σε 9541 νοσηλευτές σε νοσοκομεία στον Καναδά, η οποία βρήκε ότι περισσότερες επιλογές υγιεινών τροφίμων είχαν οι νοσηλευτές που εργάζονταν τις νυχτερινές βάρδιες έναντι εκείνων που εργάζονταν τις πρωινές ή απογευματινές βάρδιες. Συνολικά, ωστόσο, η πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα ήταν περιορισμένη, με το 41,2% των συμμετεχόντων να αναφέρει ότι δεν είχαν καθόλου πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα (Smith et al., 2013).

Κυλικεία νοσοκομείων

Στα κυλικεία των νοσοκομείων το υγιεινό φαγητό είναι πιο ακριβό σε σχέση με το πρόχειρο (Nahm et al., 2012; Phiri et al., 2014). Επίσης, μία καταγραφή που έγινε σε έξι νοσοκομεία του Ηνωμένου Βασιλείου βρήκε ότι τα κυλικεία των νοσοκομείων και τα μηχανήματα αυτόματης πώλησης, που είναι συχνά το μόνο φαγητό που διατίθεται στους νοσηλευτές νυχτερινής βάρδιας, ήταν εφοδιασμένα με πρόχειρο φαγητό. Για τους υπαλλήλους που φέρνουν τα δικά τους τρόφιμα, ο χώρος για ψύξη, θέρμανση και προετοιμασία φαγητού θεωρείται συχνά ανεπαρκής, είτε επειδή τα ψυγεία ή οι φούρνοι μικροκυμάτων δεν είναι διαθέσιμα είτε επειδή οι εγκαταστάσεις εστίασης είναι πολύ μακριά από τους χώρους εργασίας τους (Faugier et al., 2001b). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι εγκαταστάσεις εστίασης μοιράζονται συχνά με ασθενείς και επισκέπτες, κάτι που το προσωπικό θεωρεί ότι είναι πρόβλημα λόγω συχνών διακοπών (Faugier et al., 2001a).

Μια μελέτη παρατήρησης σε οκτώ νοσοκομεία στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι οι καφετέριες που είχαν ή ήλπιζαν να διαπιστευθούν ως «νοσοκομείο προαγωγής της υγείας» θεωρήθηκαν πιο ευνοϊκές για υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Σε όλες τις κλινικές ενός νοσοκομείου, το προσωπικό είχε πρόσβαση σε εγκαταστάσεις ψύξης και φούρνου μικροκυμάτων, καθώς και σε μηχανήματα αυτόματης πώλησης κρύων ποτών που πωλούν υγιεινά σνακ, όπως γιαούρτι, φρέσκα φρούτα και σάντουιτς. Τα κυλικεία είχαν ευχάριστο περιβάλλον και διέθεταν αρκετά υγιεινά τρόφιμα, όπως σαλάτες, ενώ υπήρχαν αρκετά υγιεινά τοποθετημένα εκτός του κυλικείου ώστε να είναι προσβάσιμα από τους νοσηλευτές νυχτερινής βάρδιας (Faugier et al., 2001a).

Κοινωνικοί παράγοντες

Στη βιβλιογραφία βρέθηκαν τρεις μελέτες που διερεύνησαν το ρόλο του κοινωνικού περιβάλλοντος των νοσηλευτών ως εμπόδιο ή διευκολυντή στην υγιεινή διατροφή (Cheung, 2003; Persson & Mårtensson, 2006; Phiri et al., 2014). Οι αλληλεπιδράσεις των νοσηλευτών με τους συναδέλφους έχουν αναφερθεί ότι έχουν θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στη διατροφική συμπεριφορά, καθώς η συχνή κοινή χρήση γευμάτων και οι συζητήσεις σχετικά με τη διατροφή και την άσκηση ενισχύουν τα κίνητρα για υιοθέτηση πιο υγιεινών συνηθειών (Persson & Mårtensson, 2006; Phiri et al., 2014). Οι νοσηλευτές, από την άλλη πλευρά, επηρεάζουν ο ένας τον άλλον για να τρώνε πρόχειρο φαγητό και οι κοινωνικές διατροφικές συνήθειες συχνά περιλαμβάνουν τρόφιμα όπως το κέικ και η πίτσα (Persson & Mårtensson, 2006). Οι νοσηλευτές μάλιστα έχουν αναφέρει ότι αν δεν φάνε το κέικ και τα ανθυγιεινά τρόφιμα που προσφέρονται

στην εργασία τους, οι συνάδελφοί τους θα τους κάνουν να αισθανθούν άβολα (Phiri et al., 2014). Οι ασθενείς ή/και οι φροντιστές αυτών πολλές φορές στα πλαίσια ευγνωμοσύνης προσφέρουν συχνά γλυκίσματα κυρίως από σοκολάτα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι τρώνε καθημερινά σοκολάτα επειδή απλά υπάρχει και επειδή έχουν στρες. Η δωρεάν και εύκολη διαθεσιμότητα της σοκολάτας αυξάνει την επιθυμία των νοσηλευτών για κατανάλωση (Cheung, 2003).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Επίγνωση της κατάστασης υπέρβαρου

Ένα μεγάλο ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων νοσηλευτών δεν θεωρούσαν τους εαυτούς τους υπέρβαρους και βρέθηκε ότι δεν ήταν καλύτεροι από τον γενικό πληθυσμό στην ακριβή κατηγοριοποίηση του βάρους (Miller et al., 2008; Zhu et al., 2014). Αυτό είναι ένα σημαντικό πρόβλημα, διότι εάν οι ίδιοι οι νοσηλευτές δεν θεωρούν ότι είναι παχύσαρκοι τότε δεν θα αλλάξουν τη διατροφή τους και τον τρόπο ζωής τους. Μια έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο σε 409 νοσηλευτές διαπίστωσε ότι το 32% ταξινόμησε εσφαλμένα την κατάσταση βάρους του, συμπεριλαμβανομένων των λιποβαρών νοσηλευτών που είχαν ταξινομηθεί λάθος ως κανονικού βάρους (Zhu et al., 2014). Στην Τόνγκα, το 54,5% των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη δειγματοληψία ταξινόμησαν εσφαλμένα το βάρος τους (Kirk et al., 2008), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε υπέρβαρους ή παχύσαρκους νοσηλευτές στις ΗΠΑ ήταν 24% (Miller et al., 2008).

Γνώσεις για την πρόληψη της παχυσαρκίας

Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν γνωρίζουν πώς να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους και να ακολουθήσουν πιο υγιεινή διατροφή. Παρόλο που μία μελέτη έδειξε μέτριες γνώσεις των νοσηλευτών, το 20% αξιολόγησε τις γνώσεις του ως άριστες, δείχνοντας ότι υπάρχει μεγάλη απόκλιση μεταξύ της αντιληπτής και της πραγματικής γνώσης (Parker et al., 2011). Σε άλλες μελέτες στις ΗΠΑ, την Αυστραλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι νοσηλευτές παρατήρησαν έλλειψη πρόληψης της παχυσαρκίας και τροποποίησης του τρόπου ζωής στα προγράμματα σπουδών ή στα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (Miller et al., 2008).

Αυτο-αποτελεσματικότητα και κίνητρο

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι περισσότεροι νοσηλευτές βρέθηκαν να έχουν μέτρια επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας όσον αφορά την υγιεινή διατροφή. Φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ της αυτο-αποτελεσματικότητας των νοσηλευτών, της επαγγελματικής τους πρακτικής στην προαγωγή της υγείας των άλλων και της δικής τους συμπεριφοράς. Εάν οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα και είναι πιο πιθανό να καταναλώνουν τις συνιστώμενες ημερήσιες ποσότητες φρούτων και λαχανικών από εκείνους με χαμηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα, είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν υγιεινές συμπεριφορές ή να έχουν την αυτοπεποίθηση να προάγουν την υγεία των άλλων (Blake & Patterson, 2015).

Παρά την πίεση να είναι καλά πρότυπα για τους ασθενείς, οι νοσηλευτές δεν έχουν κίνητρο να χάσουν βάρος ή να καταναλώνουν συνιστώμενες ημερήσιες ποσότητες φρούτων και λαχανικών (Zapka et al., 2009). Τέλος, έχει βρεθεί ότι η ανισορροπία με το φαγητό και το βάρος σχετίζεται με την ταλαιπωρία που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην εργασία τους (Aranda & Mcgreevy, 2014).

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΝ ΜΕΣΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο και η ηλικία παίζουν σημαντικό ρόλο στις επιθυμίες και στη διατροφική συμπεριφορά γενικότερα του ανθρώπου (Abdella et al., 2019). Ένας άλλος παράγοντας που έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την πρόσληψη υγιεινών τροφίμων είναι το αντιλαμβανόμενο στρες, το οποίο έχει δειχθεί ότι λειτουργεί αρνητικά. Το στρες διεγείρει την έκκριση ορμονών, οι οποίες με τη σειρά τους επιδρούν στις μεταβολικές διεργασίες του οργανισμού αυξάνοντας τη βουλιμία και την επιθυμία του ατόμου για κατανάλωση πρόχειρου φαγητού (Torres & Nowson, 2007).

Η οικονομική κατάσταση των νοσηλευτών έχει συσχετιστεί με την αυξημένη κατανάλωση φαγητού. Το μειωμένο μηνιαίο εισόδημα έχει αρνητικό στις διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες δεν μπορούν να αγοράσουν υγιεινά τρόφιμα, ειδικά μετά την ανεξέλεγκτη αύξηση των τιμών των τροφίμων που προκλήθηκε με την πανδημία COVID-19 (Nohra et al., 2022). Σε πολλές χώρες οι τιμές γάλακτος, γαλακτοκομικών προϊόντων και τροφίμων αυξήθηκαν ακόμη και 200%. Στους ασθενείς όμως συμβαίνει το αντίθετο. Συγκεκριμένα, μία μελέτη ανέφερε ότι τα άτομα που θεωρήθηκαν ύποπτα για νόσηση και δεν ήταν ασυμπτωματικά κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων (Mohseni et al., 2021). Αυτό οφείλεται σε ιατρικές οδηγίες που ακολούθησαν για λήψη προβιοτικών μέσω του γάλακτος, το οποίο βελτιώνει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και τη φλεγμονώδη απόκριση, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο την απόκριση του οργανισμού στους ιούς (Infusino et al., 2020).

Επίσης, οι νοσηλευτές πρώτης γραμμής στην πανδημία, δηλαδή εκείνοι που εργάζονταν σε κλινικές / ΜΕΘ που νοσήλευαν ασθενείς με COVID-19 κατανάλωναν σημαντικά λιγότερες ποσότητες φρούτων και λαχανικών σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν την ίδια περίοδο σε άλλες κλινικές. Ένας πιθανός λόγος για αυτό είναι ότι οι νοσηλευτές πρώτης γραμμής έκαναν λιγότερα διαλείμματα και η εργασία τους ήταν πιο απαιτητική (Nohra et al., 2022). Αυτή είναι μια ανησυχητική κατάσταση, καθώς η μείωση της πρόσληψης αυτών των τροφών πλούσιων σε αντιοξειδωτικά μπορεί να επηρεάσει το ανοσοποιητικό τους, απειλώντας έτσι την υγεία τους (Aman & Masood, 2020).

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των επαγγελματιών υγείας, οπότε και του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι οι ίδιοι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης και συγκεκριμένα η χωροταξία του χώρου που κάνουν διάλλειμα οι νοσηλευτές. Για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών, οι νοσηλευτές συχνά μειώνουν τα γεύματα, γεγονός που επηρεάζει τις διατροφικές τους συνήθειες. Οι νοσηλευτές εκφράζουν συνεχώς την ανάγκη για ένα ήρεμο και αξιοπρεπές μέρος για φαγητό και ανάπαυση. Είναι γεγονός, ότι σε πολλά νοσοκομεία ο χώρος ανάπαυσης είτε δεν υπάρχει είτε βρίσκεται πολύ μακριά από το χώρο εργασίας του νοσηλευτικού

προσωπικού καθιστώντας το απρόσιτο (Marshall et al., 2019).

Επιπλέον, το κυκλικό ωράριο που εργάζονται οι νοσηλευτές έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής τους. Οι νοσηλευτές που εργάζονται κυκλικό ωράριο έχουν αυξημένα επίπεδα στρες και άγχους, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν τους κιρκάδιους ρυθμούς, με συνέπεια να επηρεάζονται περαιτέρω η συχνότητα κατανάλωσης των γευμάτων, η ποσότητα και η ποιότητά τους. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ακανόνιστες βάρδιες έχουν αυξημένα επίπεδα κόπωσης και προτιμούν να αγοράζουν έτοιμο φαγητό και να μην το παρασκευάζουν οι ίδιοι, το οποίο συμβάλλει σε έναν πιο ανθυγιεινό τρόπο διατροφής με περιορισμένες επιλογές τροφίμων (Wong et al., 2010).

Στρες και συναισθηματική διατροφή

Για να μπορέσουν οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής να σχεδιάσουν παρεμβάσεις ώστε οι επαγγελματίες υγείας να αλλάξουν πρότυπα διατροφής σε πιο υγιεινά, πρέπει να διερευνηθούν τα αίτια που οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας να επιλέγουν ανθυγιεινά πρότυπα διατροφής. Έχει αναφερθεί ότι σε καταστάσεις έντονης πίεσης και άγχους, όπως για παράδειγμα στην πανδημία COVID-19, οι επαγγελματίες υγείας αυξάνουν την ποσότητα και μειώνουν την ποιότητα τροφής που καταναλώνουν, το οποίο μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές συνήθειες και τελικά το βάρος τους (Razai et al., 2020).

Σε μία μελέτη στην Τουρκία βρέθηκε ότι το 58% των επαγγελματιών υγείας άλλαξε τις διατροφικές του συνήθειες κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Εξετάζοντας την αλλαγή βάρους κατά τη διάρκεια της επιδημίας, το 69,2% των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι άλλαξε το βάρος τους κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και αυτή η αλλαγή εκδηλώθηκε κυρίως ως αύξηση βάρους (Yaman & Hocaoğlu, 2023). Η τάση για φαγητό λόγω στρες έχει συνδεθεί με αύξηση βάρους. Οι άνθρωποι τείνουν να τρώνε υπερβολικά λόγω αρνητικών συναισθημάτων όπως η μοναξιά, το άγχος και η χαμηλή διάθεση, το οποίο σημαίνει ότι είναι επιρρεπείς στο συναισθηματικό φαγητό (Herle et al., 2021). Το συναισθηματικό φαγητό συσχετίζεται θετικά με το στρες, την κατάθλιψη και το δείκτη μάζας σώματος (Camilleri et al., 2014).

Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να αναπτύξουν μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες και προβλήματα υγείας που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να επιταχυνθούν ή να επιδεινωθούν από την πανδημία. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στο συναισθηματικό φαγητό, το οποίο οδηγεί σε μεγαλύτερη αύξηση βάρους στις γυναίκες από τους άνδρες (Al-Musharaf, 2020; Yaman & Hocaoğlu, 2023).

Πολυάριθμες μελέτες στη βιβλιογραφία έχουν δείξει ότι οι μηχανισμοί που στηρίζουν διάφορες ψυχοκοινωνικές διαταραχές όπως το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές (Devonport et al., 2019; Izydorczyk et al., 2019; Linardon et al., 2020). Έχει βρεθεί ότι η πανδημία COVID-19 έχει επηρεάσει τη συναισθηματική διατροφή καθώς και το φαγητό και τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, συσχετίζοντας έτσι τη συναισθηματική διατροφή από ψυχολογική δυσφορία Τα άτομα που πυροδοτούνται από αρνητικά συναισθήματα τείνουν να καταναλώνουν πιο ενεργειακά πυκνά τρόφιμα (Bracale & Vaccaro, 2020).

Διατροφικές επιλογές, πρότυπα κατανάλωσης και διατροφικές αλλαγές

Το κίνητρο για την επιλογή τροφής υπερβαίνει πάντα τη διατροφική αξία του φαγητού. Αν και η κατανάλωση φρέσκων τροφίμων μειώνεται, η κατανάλωση ζυμαρικών, αλευριού και κατεψυγμένων τροφίμων έχει αυξηθεί κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Sidor & Rzymski, 2020). Υπό στρεσσογόνες συνθήκες η ποσότητα του φαγητού και ιδιαίτερα του λίπους αυξάνονται. Σε μία μελέτη στην Τουρκία βρέθηκε ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ένας στους πέντε επαγγελματίες υγείας αύξησε την πρόσληψη υδατανθράκων, γλυκών, λιπαρών τροφών και στράφηκε στο πρόχειρο φαγητό (Yaman & Hocaoğlu, 2023).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι απαγορεύσεις κυκλοφορίας επηρέασαν τις διατροφικές επιλογές και τις συνήθειες διαβίωσης των ανθρώπων. Η καραντίνα την περίοδο της πανδημίας COVID-19 έχει ενοχοποιηθεί για αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες, στην αύξηση βάρους και στην αυξημένη κατανάλωση γλυκών (Chang & Meyerhoefer, 2021). Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στην Ολλανδία κατά τη διάρκεια της καραντίνας το 7,1% των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη άλλαξαν τη διατροφική τους συμπεριφορά, καταναλώνοντας λιγότερο υγιεινά τρόφιμα. Η πανδημία COVID-19 έχει σοβαρές συνέπειες για τη δημόσια υγεία και αυξάνει τον κίνδυνο μη μεταδοτικών ασθενειών, όπως παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη, διατροφικές διαταραχές και καρδιαγγειακές παθήσεις (Di Renzo et al., 2020).

Στην Τουρκία βρέθηκε ότι το 13,1% των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ανέφεραν ότι τρώνε ανθυγιεινά κατά τη διάρκεια της πανδημίας, το 8,4% ανέφερε ότι παρήγγειλε φαγητό από έξω πιο συχνά και το 16% ανέφερε περισσότερες αγορές στο διαδίκτυο. Η αυξημένη ζήτηση για παραγγελία φαγητού αντανακλά την ανάγκη απομόνωσης των επαγγελματιών υγείας στο σπίτι λόγω φόβου μόλυνσης (Yaman & Hocaoğlu, 2023).

Μία μελέτη στον Καναδά βρήκε ότι οι γυναίκες έτρωγαν περισσότερο κατά τη διάρκεια της καραντίνας και είχαν την τάση να τρώνε πρόχειρο φαγητό (Macit, 2020). Επιπλέον, μια μελέτη στην Ιταλία βρήκε ότι το 46,1% των συμμετεχόντων δεν άλλαξαν τον τρόπο ζωής τους κατά την περίοδο της μελέτης, με το ένα τρίτο των συμμετεχόντων να αναφέρουν ότι είχαν όλο και λιγότερο υγιεινές διατροφικές συνήθειες (Iddir et al., 2020). Σε μια μελέτη που διεξήχθη στη Σαουδική Αραβία, το 66% των συμμετεχόντων ανέφερε αλλαγή στον χρόνο του φαγητού κατά τη διάρκεια της καραντίνας και το 57% ανέφερε αλλαγή στον αριθμό των φορών που έτρωγαν γεύματα την ημέρα. Οι αναφερόμενοι παράγοντες για αυτήν την αλλαγή ήταν η πλήξη, οι μεγαλύτεροι χρόνοι μαγειρέματος και οι ανησυχίες για την ασφάλεια των τροφίμων. Στα πλαίσια ασφάλειας των τροφίμων, άρχισαν να φτιάχνουν ψωμί στο σπίτι (Aday & Aday, 2020). Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη στην Πολωνία ανέφερε ότι το 43,5% των συμμετεχόντων έτρωγαν περισσότερο κατά τη διάρκεια της απαγόρευσης κυκλοφορίας για τον COVID-19 και το 51,8% έτρωγαν πιο συχνά σνακ μεταξύ των γευμάτων

(Sidor & Rzymski, 2020).

Διατροφικές συνήθειες κατά τη διάρκεια του lockdown

Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες, η πανδημία COVID-19 φάνηκε να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη διατροφή. Σε μία μελέτη αναφέρθηκε ότι το 12,1% των παχύσαρκων ανθρώπων δεν έτρωγαν κανένα από τα καθημερινά γεύματα ρουτίνας κατά τη διάρκεια της πανδημίας, με τους μισούς Αμερικανούς να αποθηκεύουν τροφή και το 61,2% να τρώει λόγω στρες (Almandoz et al., 2020). Στην Ιταλία, ενώ το 50% των ερωτηθέντων ανέφερε αυξημένο βάρος, υπήρχε μεγαλύτερη συμμόρφωση με τη μεσογειακή διατροφή (Di Renzo et al., 2020), ενώ στη Βραζιλία υπήρχε αύξηση κατά 60,8% στην κατανάλωση υδατανθρακών και υπερφαγία στο 30,3% του δείγματος (Mota et al., 2021). Στη Λατινική Αμερική και στην Ευρώπη σημειώθηκε αύξηση της πρόσληψης υπερεπεξεργασμένων τροφίμων κατά τη διάρκεια του αποκλεισμού σε εφήβους (Ruíz-Roso et al., 2020). Στην Κίνα, από την άλλη μεριά, βρέθηκε αύξηση της κατανάλωσης λαχανικών, νερού, τσάι, καφέ, φρούτων και δημητριακών, καθώς και μείωση της κατανάλωσης γλυκών ποτών και σνακ (Luo et al., 2020).

Σε μια καναδική μελέτη, η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και θερμίδων των φοιτητών του πανεπιστημίου μειώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ αυξήθηκε σημαντικά. Παρατηρήθηκαν επίσης χαμηλή σωματική δραστηριότητα και αυξημένες καθιστικές δραστηριότητες (Bertrand et al., 2021). Αντίθετα, σε μια ολλανδική μελέτη, η υπερκατανάλωση τροφής, κυρίως μέσω σνακ, αναφέρθηκε στο 20-32% των ερωτηθέντων κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ενώ το 7-15% ανέφερε συμπεριφορά που προδιαθέτει σε υποσιτισμό παραλείποντας ζεστά γεύματα (Visser et al., 2020). Αυτές οι αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά μπορεί να εξαρτώνται από τη χώρα που εξετάζεται. Από την άλλη μεριά, στην Κροατία περισσότεροι από 4000 συμμετέχοντες σε μια μελέτη ανέφεραν ότι η συχνότητα μαγειρέματος αυξήθηκε κατά τη διάρκεια του αποκλεισμού (lockdown) λόγω της πανδημίας COVID-19 με αυξημένη κατανάλωση λαχανικών, οσπρίων και θαλασσινών (Pfeifer et al., 2021).

Η κοινωνική απομόνωση κατά τη διάρκεια του αποκλεισμού ή της καραντίνας που προκλήθηκε από την πανδημία είχε ως αποτέλεσμα πιο σοβαρές επιπτώσεις στη διατροφική κατάσταση (Visser et al., 2020). Σε μια βελγική μελέτη, το 10% των συμμετεχόντων συχνά ή μερικές φορές δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να κάνουν υγιεινή διατροφή κατά τη διάρκεια του αποκλεισμού (Pfeifer et al., 2021). Οι τάσεις για κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μειώθηκαν και η κατανάλωση αναψυκτικών, γλυκών, ψωμιού και αλμυρών σνακ αυξήθηκε (Bin Zarah et al., 2020; Huber et al., 2020; Vandevijvere et al., 2021). Η άσκηση στην καραντίνα οδήγησε σε καλύτερες διατροφικές επιλογές που με τη σειρά τους είχαν ευεργετική επίδραση και στην ψυχική κατάσταση (Amatori et al., 2020). Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η συχνότητα άσκησης έχει αναφερθεί επανειλημμένα ότι μειώνεται κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Bertrand et al., 2021; Pfeifer et al., 2021). Η κακή διατροφική συμπεριφορά και η έλλειψη άσκησης έχουν οδηγήσει σε προβλέψιμες και ανθυγιεινές αυξήσεις στο βάρος κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Galali, 2021; Sulejmani et al., 2021). Αυτές οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες έχουν σημαντικές επιπτώσεις στον αντίκτυπο της υγείας του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Σε χώρες σε όλο τον κόσμο που είχαν συλλέξει στατιστικά στοιχεία για την πανδημία COVID-19 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα ποσοστά μόλυνσης και θνησιμότητας λόγω του COVID-19 συσχετίστηκαν θετικά με την υψηλότερη πρόσληψη φρούτων και ποτών πλούσιων σε ζάχαρη και συσχετίστηκαν αρνητικά με την κατανάλωση φασολιών και οσπρίων (Soldavini et al., 2021).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με γνώμονα ότι η υγιεινή διατροφή επηρεάζει την κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να μεριμνήσουν ώστε οι νοσηλευτές να έχουν τον απαραίτητο χρόνο να γευματίσουν. Οι μάνατζερ των νοσοκομείων θα πρέπει με τη σειρά τους να μεριμνήσουν ώστε τα κυλικεία των νοσοκομείων να διαθέτουν υγιεινά τρόφιμα και όχι μόνο πρόχειρα. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει και η διαθεσιμότητα των αυτόματων πωλητών που να είναι κοντά στους νοσηλευτές, ώστε να μπορούν να αγοράσουν υγιεινά τρόφιμα ακόμη και αν δεν έχουν πολύ χρόνο στη διάθεσή τους να αφήσουν την κλινική που εργάζονται και να επισκεφθούν το κυλικείο. Τέλος, οι νοσηλευτικές διευθύνσεις πρέπει να εφαρμόσουν προγράμματα προαγωγή της υγείας των νοσηλευτών, όπου θα ελέγχεται το βάρος τους και θα δίνονται ειδικά πρότυπα διατροφής, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη για να μειωθ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdella, H., El Farssi, H., Broom, D., Hadden, D., & Dalton, C. (2019). Eating Behaviours and Food Cravings; Influence of Age, Sex, BMI and FTO Genotype. Nutrients, 11(2), 377.

Aday, S., & Aday, M. S. (2020). Impact of COVID-19 on the food supply chain. Food Quality and Safety, 4(4), 167–180.

Al-Musharaf, S. (2020). Prevalence awend predictors of emotional eating among healthy young saudi women during the COVID-19 pandemic. Nutrients, 12(10), 1–17

Aman, F., & Masood, S. (2020). How Nutrition can help to fight against COVID-19 Pandemic. Pakistan Journal of Medical Sciences, 36(COVID19-S4).

Amatori, S., Donati Zeppa, S., Preti, A., Gervasi, M., Gobbi, E., Ferrini, F., Rocchi, M. B. L., Baldari, C., Perroni, F., Piccoli, G., Stocchi, V., Sestili, P., & Sisti, D. (2020). Dietary Habits and Psychological States during COVID-19 Home Isolation in Italian College Students: The Role of Physical Exercise. Nutrients, 12(12), 3660.

Aranda, K., & Mcgreevy, D. (2014). Embodied empathy-in-action: Overweight nurses' experiences of their interactions with overweight patients. Nursing Inquiry, 21(1), 30–38.

Bertrand, L., Shaw, K. A., Ko, J., Deprez, D., Chilibeck, P. D., & Zello, G. A. (2021). The impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on university students' dietary intake, physical activity, and sedentary behaviour. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism. 46(3):265-272.

Bin Zarah, A., Enriquez-Marulanda, J., & Andrade, J. M. (2020). Relationship between dietary habits, food attitudes and food security status among adults living within the

united states three months post-mandated quarantine: A cross-sectional study. Nutrients, 12(11), 1–14.
Blake, H., & Patterson, J. (2015). Paediatric nurses' attitudes towards the promotion of healthy eating. British Journal of Nursing, 24(2), 108–112.
Bracale, R., & Vaccaro, C. M. (2020). Changes in food choice following restrictive measures due to Covid-19. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 30(9), 1423–1426.
Camilleri, G. M., Méjean, C., Kesse-Guyot, E., Andreeva, V. A., Bellisle, F., Hercberg, S., & Péneau, S. (2014). The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. Journal of Nutrition, 144(8), 1264–1273.
Chang, H. H., & Meyerhoefer, C. D. (2021). COVID-19 and the Demand for Online Food Shopping Services: Empirical Evidence from Taiwan. American Journal of Agricultural Economics, 103(2), 448–465.
Cheung, S. T. (2003). The effects of chocolates given by patients on the well-being of nurses and their support staff. Nutrition and Health, 17(1), 65–69.
Devonport, T. J., Nicholls, W., & Fullerton, C. (2019). A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. Journal of Health Psychology, 24(1), 3–24.
Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, C., Caparello, G., Barrea, L., Scerbo, F., Esposito, E., & De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. Journal of Translational Medicine, 18(1), 229.
Faugier, J., Lancaster, J., Pickles, D., & Dobson, K. (2001a). Barriers to healthy eating in the nursing profession: part 1. Nursing Standard, 15(36), 33–36.
Faugier, J., Lancaster, J., Pickles, D., & Dobson, K. (2001b). Barriers to healthy eating in the nursing profession: Part 2. Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), 15(37), 33–35.
Fernandes, J. da C., Portela, L. F., Rotenberg, L., & Griep, R. H. (2013). Working hours and health behaviour among nurses at public hospitals. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21(5), 1104–1111.
Galali, Y. (2021). The impact of COVID□19 confinement on the eating habits and lifestyle changes: A cross sectional study. Food Science & Nutrition, 9(4), 2105–2113.
Geliebter, A., Gluck, M. E., Tanowitz, M., Aronoff, N. J., & Zammit, G. K. (2000). Work-shift period and weight change. Nutrition, 16(1), 27–29.
Gibney, M., Vorster, H., & Kok, F. (2015). Εισαγωγή στη διατροφή του ανθρώπου (2η). Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
Han, K., Trinkoff, A. M., Storr, C. L., & Geiger-Brown, J. (2011). Job stress and work schedules in relation to nurse obesity. Journal of Nursing Administration, 41(11), 488–495.
Han, K., Trinkoff, A. M., Storr, C. L., Geiger-Brown, J., Johnson, K. L., & Park, S. (2012). Comparison of job stress and obesity in nurses with favorable and unfavorable work schedules. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 54(8), 928–932.
Herle, M., Smith, A. D., Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Trajectories of eating behavior during COVID-19 lockdown: Longitudinal analyses of 22,374 adults. Clinical Nutrition ESPEN, 42, 158–165.
Huber, B. C., Steffen, J., Schlichtiger, J., & Brunner, S. (2020). Altered nutrition behavior during COVID-19 pandemic lockdown in young adults. European Journal of Nutrition.
Iddir, M., Brito, A., Dingeo, G., Del Campo, S. S. F., Samouda, H., La Frano, M. R., & Bohn, T. (2020). Strengthening the immune system and reducing inflammation and oxidative stress through diet and nutrition: Considerations during the covid-19 crisis. Nutrients, 12(6).
Infusino, F., Marazzato, M., Mancone, M., Fedele, F., Mastroianni, C. M., Severino, P., Ceccarelli, G., Santinelli, L., Cavarretta, E., Marullo, A. G. M., Miraldi, F., Carnevale, R., Nocella, C., Biondi-Zoccai, G., Pagnini, C., Schiavon, S., Pugliese, F., Frati, G., & D'Ettorre, G. (2020). Diet supplementation, probiotics, and nutraceuticals in SARS-CoV-2 infection: A scoping review. Nutrients, 12(6), 1–21.
Izydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K., Lizińczyk, S., & Lipiarz, A. (2019). Psychological predictors of unhealthy eating attitudes in young adults. Frontiers in Psychology, 10:590.
Kirk, S. F. L., Cockbain, A. J., & Beazley, J. (2008). Obesity in Tonga: A cross-sectional comparative study of perceptions of body size and beliefs about obesity in lay people and nurses. Obesity Research and Clinical Practice, 2(1), 35–41.
Linardon, J., Susanto, L., Tepper, H., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). Self-compassion as a moderator of the relationships between shape and weight overvaluation and eating disorder psychopathology, psychosocial impairment, and psychological distress. Body Image, 33, 183–189.
Livingstone, K., Olstad, D., Leech, R., Ball, K., Meertens, B., Potter, J., Cleanthous, X., Reynolds, R., & McNaughton, S. (2017). Socioeconomic Inequities in Diet Quality and Nutrient Intakes among Australian Adults: Findings from a Nationally Representative Cross-Sectional Study. Nutrients, 9(10), 1092.
Macit, M.S. (2020). Covid-19 salgını sonrası yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerin değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020(13), 277–288.
Mahan, K., & Escott-Stump, S. (2014). Κλινική Διατροφή (M. Γιαννακούλια & M. Κοντογιάννη (eds.)). Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
Marshall, A. P., Takefala, T., Williams, L. T., Spencer, A., Grealish, L., & Roberts, S. (2019). Health practitioner practices and their influence on nutritional intake of hospitalised patients. International Journal of Nursing Sciences, 6(2), 162–168.
Miller, S. K., Alpert, P. T., & Cross, C. L. (2008). Overweight and obesity in nurses, advanced practice nurses, and nurse educators. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20(5), 259–265.
Mohseni, H., Amini, S., Abiri, B., Kalantar, M., Kaydani, M., Barati, B., Pirabbasi, E., & Bahrami, F. (2021). Are history of dietary intake and food habits of patients with clinical symptoms of COVID 19 different from healthy controls? A case–control study. Clinical Nutrition ESPEN, 42, 280–285.
Naghashpour, M., Amani, R., Nematpour, S., & Haghighizadeh, M. H. (2013). Dietary, Anthropometric, Biochemical and Psychiatric Indices in Shift Work Nurses. Food and Nutrition Sciences, 04(12), 1239–1246.
Nahm, E. S., Warren, J., Zhu, S., An, M., & Brown, J. (2012). Nurses' self-care behaviors related to weight and stress. Nursing Outlook, 60(5), e23-31.
Nohra, R. G., Naim, E., Chaaban, T., & Rothan-Tondeur, M. (2022). Nurses' eating habits in Lebanon during the economic and health crises: a cross-sectional study. Archives of Public Health, 80(1), 28.
Panea-Pizarro, I., Moran, J. M., Lavado-García, J., Beato-Fernández, L., Domínguez-Martin, A. T., Huerta-González, S., Novo, A., Pedrera-Zamorano, J. D., & López-Espuela, F. (2021). Health-Related Quality of Life in Spanish Women with Eating Disorders. Nutrients, 13(2), 403.
Parker, W. A., Steyn, N. P., Levitt, N. S., & Lombard, C. J. (2011). They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among

health professionals. Public Health Nutrition, 14(8), 1429–1438.
Persson, M., & Mårtensson, J. (2006). Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. Journal of Nursing Management, 14(5), 414–423.
Pfeifer, D., Rešetar, J., Gajdoš Kljusurić, J., Panjkota Krbavčić, I., Vranešić Bender, D., Rodríguez-Pérez, C., Ruíz-López, M. D., & Šatalić, Z. (2021). Cooking at Home and Adherence to the Mediterranean Diet During the COVID-19 Confinement: The Experience From the Croatian COVIDiet Study. Frontiers in Nutrition, 8.
Phiri, L. P., Draper, C. E., Lambert, E. V., & Kolbe-Alexander, T. L. (2014). Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: A qualitative descriptive study. BMC Nursing, 13(1):38.
Razai, M. S., Oakeshott, P., Kankam, H., Galea, S., & Stokes-Lampard, H. (2020). Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. The BMJ, 369:m1904.
Sahu, S., & Dey, M. (2011). Changes in Food Intake Pattern of Nurses Working in Rapidly Rotating Shift. Medicine Enlisted Journal) I S S N, 9(2), 4–5.
Sidor, A., & Rzymski, P. (2020). Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: Experience from Poland. Nutrients, 12(6):1657.
Smith, P., Fritschi, L., Reid, A., & Mustard, C. (2013). The relationship between shift work and body mass index among Canadian nurses. Applied Nursing Research, 26(1), 24–31.
Soldavini, J., Andrew, H., & Berner, M. (2021). Characteristics associated with changes in food security status among college students during the COVID-19 pandemic. Translational Behavioral Medicine, 11(2), 295–304.
Sulejmani, E., Hyseni, A., Xhabiri, G., & Rodríguez-Pérez, C. (2021). Relationship in dietary habits variations during COVID-19 lockdown in Kosovo: The COVIDiet study. Appetite, 164, 105244.
Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. Nutrition, 23(11–12), 887–894.
Vandevijvere, S., De Ridder, K., Drieskens, S., Charafeddine, R., Berete, F., & Demarest, S. (2021). Food insecurity and its association with changes in nutritional habits among adults during the COVID-19 confinement measures in Belgium. Public Health Nutrition, 24(5), 950–956.
Visser, M., Schaap, L. A., & Wijnhoven, H. A. H. (2020). Self-Reported Impact of the COVID-19 Pandemic on Nutrition and Physical Activity Behaviour in Dutch Older Adults Living Independently. Nutrients, 12(12), 3708.
Waterhouse, J., Buckley, P., Edwards, B., & Reilly, T. (2003). Measurement of, and Some Reasons for, Differences in Eating Habits between Night and Day Workers. Chronobiology International, 20(6), 1075–1092.
Wong, H., Wong, M. C. S., Wong, S. Y. S., & Lee, A. (2010). The association between shift duty and abnormal eating behavior among nurses working in a major hospital: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies, 47(8), 1021–1027.
Yaman, G. B., & Hocaoğlu, Ç. (2023). Examination of eating and nutritional habits in health care workers during the COVID-19 pandemic. Nutrition, 105, 111839.
Zapka, J. M., Lemon, S. C., Magner, R. P., & Hale, J. (2009). Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. Journal of Nursing Management, 17(7), 853–860.
Zhu, D., Norman, I. J., & While, A. E. (2014). Nurses' misperceptions of weight status associated with their body weight, demographics and health status. Public Health Nutrition, 17(3), 569–578.

REVIEW

Nutritional habits of nurses during the COVID-19 pandemic. Review of the bibliography

Eugenia Polydoropoulou[1], Georgios Panoutsopoulos[2], Georgios Intas[1]

1. G.H.N.P. "Agios Panteleimon" – G.H.W.A. "Saint Barbara"
2. University of Peloponnese, Department of Nutrition and Dietetics

ABSTRACT

Human dietary preferences and choices are the end result of the interaction of biological, psychological, cultural, economic and social parameters. Eating disorders are a major issue nowadays and the number of people affected is constantly increasing. Various factors influence nurses' healthy eating patterns in the workplace, such as overtime work, cyclical work hours, job stress, the physical work environment, food options offered by hospital canteens, and social factors. Reduced monthly income has a negative effect on nurses' eating habits. Financially challenged nurses are unable to purchase healthy food, especially after the rampant rise in food prices caused by the COVID-19 pandemic. To meet patients' needs, nurses often cut back on meals, which affects their eating habits. Nurses constantly express the need for a calm and dignified place to eat and rest. Quarantine during the COVID-19 pandemic has been blamed for changes in eating habits, weight gain and increased consumption of sweets and snacks. These changes in dietary habits have significant implications for the health impact of the population during the pandemic. Policy makers should ensure that nurses have the necessary time to eat lunch. Nursing departments should implement programs to promote the health of nurses, where their weight will be controlled and special dietary patterns will be given, as well as psychological support to reduce work-related stress.

Key words: nutrition, nurses, pandemic, habits, COVID-19

Corresponding author: Eugenia Polydoropoulou
e-mail: mejenpol@yahoo.gr

Date of submission: 01/08/2023
Publication date: March 2024

Citation: Polydoropoulou E., Panoutsopoulos G. & Intas G. (2024). Nutritional habits of nurses during the COVID-19 pandemic. Review of the bibliography. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(1): 46-54, https://doi.org./10.24283/hjns.202416

ΕΝΕ

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr



Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Ένωσης Νοσηλευτών και ενημερωθείτε για όλα τα τελευταία νέα του κλάδου

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα
2ος όροφος

Τηλ.: 210-3648044
Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

HRBN
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

VOLUME 17 - ISSUE 1
JANUARY - FEBRUARY- MARCH
2024

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 17 - ΤΕΥΧΟΣ 1
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ
2024

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr