Ιατρικά Χρονικά

Βορειοδυτικής Ελλάδας

Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας

Δεκέμβριος 2020 – Τόμος 16 – Τεύχος 1

IATRIKA CHRONIKA NORTH-WESTERN GREECE

Journal of the Medical and Surgical Society of Corfu

December 2020 - Volume 16 - Number 1

ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ Β.Δ. ΕΛΛΑΔΟΣ

Ιατρική Έκδοση της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας

Διοικητικό Συμβούλιο
Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας
Περίοδος 2020-2023

Πρόεδρος: Μαρία Μάνδυλα - Κουσουνή
Αντιπρόεδρος: Κων/νος Οβάλες
Γραμματέας: Βασίλειος Πανδής
Ταμίας: Ιωάννης Ζαβιτσιάνος
Έφορος: Σοφία Κοντοστάνου

Επιτροπή σύνταξης

Πρόεδρος:
Μίλτος Βασιλείου, Αναπληρωτής Καθηγητής Πνευμονολογίας.

Μέλη:
Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή
Βασίλειος Πανδής
Γιάννης Ζαβιτσιάνος
Κωνσταντίνος Οβάλες
Σοφία Κοντοστάνου
Ευστάθιος Κουλουρίδης
Καλλίνικος Χριστοδούλου
Χριστίνα Κουρή-Μπάμπαλη
Διονύσιος Κάντας
Νίκος Δελλαπόρτας
Κάρμελος Τσίλιας
Ελένη Κούστα
Γιάννης Αλαμάνος
Παρασκευή Χρίστου
Μιχάλης Τζιλιάνος
Αγαθή Σπιτιέρη
Βασιλική Φατούρου-Πούλου
Γεώργιος Πανουσάκης
Χρίστος Παυλίδης
Σταμάτης Βαρθολομαίος

Η διεύθυνση μας στο Internet είναι:
http://www.ixek.gr
e-mail: info@ixek.gr

Έκδότης:
Μαρία Μάνδυλα - Κουσουνή

Επιμέλεια κειμένων:
Αλέξανδρος Κουσουνής

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ: ΦΕΚ1926/Β/18.09.2007

ISSN:1108-4910

Εκτύπωση: "ΤΥΠΟΕΚΔΟΤΙΚΗ ΚΕΡΚΥΡΑΣ "
Αλυκές Ποταμού – Κέρκυρα
Τηλ.26610 37755
www.typoekdotikikerkyras.gr

ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ Β.Δ. ΕΛΛΑΔΟΣ

Ιατρική Έκδοση της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

9 **ΟΚΑΝΑ: Η περίπτωση των Θεραπευόμενων της Μ.Ο.ΘΕ Κέρκυρας. 11/2008 - 12/2017.**
Σιδεροπούλου Μαρία, Αλαμάνος Αλέξανδρος, Μάνδυλα Κουσουνή Μαρία

17 **Εκτίμηση της ποιότητας και της ασφάλειας της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής σε ηλικιωμένους ασθενείς.**
Βασιλική Καραδήμα, Θεόδωρος Κοινωνάς

21 **Βελονισμός σε ασθενή μεσυμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Περιγραφή Περιστατικού.**
Παπαδόπουλος Γεώργιος, Βανάκας Κων/νος, Λένας Αριάν, Μπόλωση Μαρία, Τζίμας Πέτρος

25 **Επιλόχεια Κατάθλιψη: Ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της.**
Μηνά Χριστίνα, Τζιάλλας Δημήτριος, ΑλεξιάςΓεώργιος, Μάνδυλα-Κουσουνή Μαρία

33 **Η σχέση της αυτοσυμπόνιας με την ευεξία με απώτερο σκοπό την ευδόκιμη γήρανση.**
Βασιλική Καραδήμα

38 **Η χειρουργική στην Οφθαλμολογία του 19ο αιώνα στην Ελλάδα.**
Παπαδόπουλος Γεώργιος, Βλάχος Κωνσταντίνος, Χριστοπούλου Αμαλία, Λένας Αριαν, Τζίμας Πέτρος

43 **Η Σεξουαλικότητα στους Ηλικιωμένους.**
Μπάκας Δημήτριος

47 **Η τερατογένεση ως κακός οιωνός στο Βυζάντιο.**
Γεώργιος Παντελεάκος

53 **Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του νευρικού συστήματος. Διασταύρωση νευρικών οδών. Διάθλαση του φωτός. Εξελικτική προσέγγιση.**
Στέφανος Λουκάς

ΟΚΑΝΑ: Η περίπτωση των Θεραπευόμενων της Μ.Ο.ΘΕ Κέρκυρας. 11/2008 - 12/2017

Σιδεροπούλου Μαρία[1], Αλαμάνος Αλέξανδρος[2], Μάνδυλα Κουσουνή Μαρία[3]

[1] ΤΕ Νοσηλεύτρια,MSc Ιστορική Δημογραφία
[2] Κοινωνικός Λειτουργός, ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ - ΜΟΘΕ ΚΕΡΚΥΡΑΣ
Ψυχιατρικός τομέας Γ.Ν.Κέρκυρας και ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας
[3] Δρ παιδίατρος, Ιστορικός, Ιατροχειρουργική εταιρεία Κέρκυρας

Λέξεις κλειδιά :
Θεραπευτικά προγράμματα, ουσιοεξάρτηση, ΟΚΑΝΑ, ψυχική υγεία, απεξάρτηση, θεραπευτικά μοντέλα απεξάρτησης.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Αλαμάνος Αλέξανδρος

Περίληψη
Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η δημογραφική μελέτη του προφίλ των ωφελουμένων της Μ.Ο.ΘΕ (Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας) Κέρκυρας. Ο χρονικός ορίζοντας της μελέτης αφορά στην περίοδο από την έναρξη λειτουργίας της Μ.Ο.ΘΕ 09/2008 έως και το 2017. Τα δεδομένα της έρευνας βασίστηκαν στο μητρώο καταγραφής αιτήσεων των ωφελουμένων, σε στοιχεία από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν) καθώς και από το πρόγραμμα του Ο.ΚΑ.ΝΑ " φάκελος ασθενή" όπου καταγράφονται αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία των ωφελουμένων καθώς και η πορεία τους στο πρόγραμμα. Τα στοιχεία της έρευνας καταδεικνύουν την χρησιμότητα του προγράμματος για τον πληθυσμό και την θετική επιρροή του προς το κοινωνικό σύνολο.

Σκοπός και στόχοι
Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό να διερευνήσει κοινωνικοδημογραφικά τους θεραπευόμενους του ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας ο οποίος λειτουργεί στο κέντρο της Κέρκυρας και δέχεται όχι μόνο Κερκυραίους πολίτες αλλά και πολίτες άλλων Ελληνικών πόλεων, όπως η Ηγουμενίτσα, και αλλοδαπούς. Κύριος στόχος μας είναι να εξεταστούν δημογραφικά στοιχεία των θεραπευόμενων του ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας. Να μπορέσουν να συλλεχθούν πληροφορίες για τον τρόπο και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών, για τις διαπροσωπικές τους σχέσεις αλλα και να μπορεί να διαπιστώσει κανείς μέσα από αυτούς τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος και την ποιότητα των υπηρεσιών στην πάροδο των ετών[16].

Δείγμα-πληθυσμός
Το δείγμα του πληθυσμού στη συγκεκριμένη έρευνα είναι οι θεραπευόμενοι του ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας από την έναρξή του τον Νοέμβριο του 2008 έως και τον Δεκέμβριο του 2017.Η εκτίμηση του μεγέθους του συνολικού δείγματος ανέρχεται στις 660 εισαγωγές ανάμεσα στις οποίες υπάρχουν και αρκετές επανεισαγωγές.

Υλικό και μέθοδος

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε αντλήθηκε κυρίως από το μητρώο ασθενών του ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας. Επίσης χρησιμοποιήθηκε και υλικό από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), του Treatment DemandIndicator (TDI), βασικού επιδημιολογικού δείκτη που διαχειρίζεται το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (Ε.Μ.C.D.D.A). Εφαρμόζεται από το Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. στην Ελλάδα από το 1994 και στόχο έχει την καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των συμπεριφορών χρήσης που εμφανίζουν τα άτομα που ζητούν βοήθεια για προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών ή και ξεκινούν θεραπεία στους εξειδικευμένους φορείς. Το ερωτηματολόγιο TDI είναι κλειστού τύπου και αποτελείται από τέσσερα μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά στο ιστορικό, θεραπεία και αναφέρεται στην επαφή που είχε το άτομο στο παρελθόν ή και την περίοδο που επισκέπτεται τη Μονάδα με άλλα θεραπευτικά κέντρα. Το δεύτερο περιλαμβάνει κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στο τρίτο μέρος καταγράφονται τα χαρακτηριστικά της χρήσης, δηλαδή οι ουσίες κατάχρησης, ο τρόπος και η συχνότητα χρήσης αυτών, καθώς επίσης η ηλικία έναρξης και η διάρκεια της χρήσης . Το τέταρτο μέρος περιλαμβάνει λεπτομέρειες που αφορούν στη συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, δηλαδή στην ενδοφλέβια χρήση[1].

ΟΚΑΝΑ

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/1993 (έναρξη λειτουργίας το 1995) και είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ είχε ως κύριους σκοπούς: α) το διυπουργικό συντονισμό, το σχεδιασμό, την προώθηση και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων β) τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπεριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής- επαγγελματικής επανένταξης. Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυσή του έως τον Μάρτιο του 2013 προσπάθησε να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης[7].

Εξάρτηση ,ασθένεια ή επιλογή

Η εξάρτηση είναι μια κατάσταση στην οποία εκδηλώνονται τόσο σωματικά όσο και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, κυρίως κατα την απότομη διακοπή της χρήσης, αλλά και στη διάρκεια αυτής. Ο δρόμος για να οδηγηθεί κανείς σε αυτή δεν περνά αποκλειστικά μέσα από ένα και μόνο μονοπατι. Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί - περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν προς την κατεύθυνση της εξάρτησης, ειδικότερα όταν οι παραπάνω παράγοντες αλληλεπιδρούν θετικά μεταξύ τους (συνύπαρξη). Η ανάπτυξη εθισμού ή εξάρτησης σε ουσίες ή συμπεριφορές προϋποθέτει συνήθως την οικειοθελή αρχικά επαφή με τις ουσίες ή συμπεριφορές. Ως εκ τούτου το ερώτημα απαντάται εύκολα και σχεδόν ταυτολογικά. Η δοκιμή της ουσίας/ συμπεριφοράς οδηγεί στην εξάρτηση, επομένως η ανάπτυξη της δεν μπορεί παρά να εγκατασταθεί μετά τη δοκιμή. Η χρήση μιας ουσίας ή εθιστικής συμπεριφοράς δεν οδηγεί πάντα σε εθισμό ή εξάρτηση. Ο Γιάννης Τούντας, Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής Παν/μίου Αθηνών, ορίζει πως η αρρώστια αποτελεί είτε παρεκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, με βάση μετρήσιμες βιολογικές παραμέτρους, είτε παρουσία καθορισμένων παθολογικών αλλοιώσεων. Ο προσδιορισμός της γίνεται με τρία κλασικά ιατρικά κριτήρια 17. Το πρώτο αφορά τα υποκειμενικά ενοχλήματα του αρρώστου (Συμπτωματολογία), το δεύτερο τον εντοπισμό μιας βλάβης (συνήθως σε επίπεδο οργάνου, Αιτιολογία), και το τρίτο το σύνολο των συμπτωμάτων που συνιστούν μια αναγνωρίσιμη κλινική οντότητα (Παθολογία). Οι σχέσεις ανάμεσα στην αιτιολογία, την παθολογία και τη συμπτωματολογία είναι άμεσες και σαφώς αιτιακές. Αυτές οι άμεσες αιτιακές σχέσεις καθορίζουν το περιεχόμενο της έννοιας της αρρώστιας, η οποία αναγνωρίζεται και ταξινομείται αναφορικά με τα όργανα και τα συμπτώματα του ανθρώπινου σώματος. Ξεπερνώντας το ιατροκεντρικό μοντέλο, θεωρείται πως οι εκδηλώσεις της αρνητικής υγείας μπορεί να αφορούν όχι μόνο το οργανικό επίπεδο, αλλά και το λειτουργικό και το κοινωνικό επίπεδο, αποτελώντας παροδικές διαταραχές διαδικασίας, ή διαταραχές στατικές και εμμένουσες. Έτσι, διαταραχή της διαδικασίας στο οργανικό επίπεδο αποτελεί η νόσος (disease), στο λειτουργικό επίπεδο η αρρώστια (illness) και στο κοινωνικό επίπεδο η ασθένεια (sickness). Θα μπορέσουμε να ορίσουμε την εξάρτηση ως ασθένεια, εφόσον την προσεγγίσουμε στα επίπεδα της Συμπτωματολογίας, της Αιτιολογίας και της Παθολογίας. Σύμφωνα μάλιστα με το Stedman'sMedicalDictionary for the Health Professions and Nursing (2012), ασθένεια είναι μία νοσηρή οντότητα που χαρακτηρίζεται από δύο ή περισσότερα εκ των κάτωθι κριτηρίων: 1. αναγνωρισμένος αιτιολογικός παράγων (Αιτιολογία), 2. ταυτοποιήσιμη ομάδα σημείων και συμπτωμάτων (Συμπτωματολογία) και 3. σταθερές ανατομικές αλλοιώσεις (Παθολογία), άρα απαιτούνται μόνο 2 κριτήρια από την τριάδα ώστε να καθοριστεί εάν η εξάρτηση είναι ασθένεια. Ως προς την αιτιολογία, δεν έχει μέχρι σήμερα ταυτοποιηθεί ένας αποκλειστικός αιτιολογικός παράγοντας στην εξάρτηση και η γενική εντύπωση είναι πως το φαινόμενο είναι πολυπαραγοντικό. Συμπερασματικά και λαμβάνοντας υπόψη όλα τα προαναφερθέντα, πιστεύουμε πως η αντίληψη της εξάρτησης ως ασθένειας, η οποία προκαλείται, μέσω μιας σειράς βιολογικών μηχανισμών, κατόπιν πρώιμης και εκ των υστέρων κρινόμενης ως λανθασμένης επιλογής, σε ηλικία ή κατάσταση ελαττωμένου καταλογισμού, είναι σήμερα επαρκώς τεκμηριωμένη[6].

Το προφίλ του χρήστη

Η προσωπικότητα του χρήστη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη εξαρτητικής συμπεριφοράς. Η διαμόρφωση της προσωπικότητας επηρεάζεται από το οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται. Παράγοντες εθισμού που μπορούν να αποτελέσουν γόνιμο έδαφος για να καλλιεργηθεί ο εθισμός και η εξάρτηση αφορούν στη μη προσαρμοστικότητα,στον ατομικισμό, στο αίσθημα της μη αυτοεπιβεβαίωσης, στις πολλές ή ελάχιστες συγκινήσεις, στη μη διαμόρφωση ολοκληρωμένης προσωπικότητας 3. Επίσης, αίτιο προσωπικότητας θεωρείται κι όταν κάποιος, νέος κυρίως, όντας καλο/κακομαθημένος δεν διδάχθηκε την υπομονή, δε διαθέτει δηλαδή ορθές παιδαγωγικές αρχές. Δεν του έμαθαν να αρκείται σε αυτά που έχει, να είναι ολιγαρκής, να δυσκολεύεται να αποκτήσει κάτι. Το άτομο με αυτή την προσωπικότητα επιθυμεί τα πάντα, με εύκολο τρόπο και σε κάθε εμπόδιο καταφεύγει μέσω των ουσιών σε έναν κόσμο ψευδαίσθησης, σε μια ονειρική πραγματικότητα. Άλλη προσωπική αιτία χρήσης είναι η επιπολαιότητα, η περιέργεια, η έμμεση διαμαρτυρία ή η λεγόμενη ανακάλυψη, η διεύρυνση της συνείδησης και της πνευματικότητας. Τέλος, το αίσθημα της ανίας και η αντίδραση σε οτιδήποτε 3. Ο χρήστης, στο πλαίσιο της ευαλωτότητας του βιώνει τα προβλήματα και τον ψυχικό πόνο ως μη διαχειρίσιμα. Η ουσία αποτελεί την κουβέρτα που τα σκεπάζει. Η συναισθηματική λογική πατρονάρει τη συμπεριφορά του και τις κοινωνικές του σχέσεις. Τα περισσότερα στρέφονται γύρω από το προϊόν του εθισμού του. Η εθιστική συμπεριφορά δεν αφήνει περιθώρια ενδοσκόπησης, επομένως και αναγνώρισης των προβλημάτων που αυτή προκαλεί στον ίδιο. Χαμηλή αυτοεκτίμηση, κακή εικόνα για τον ίδιο, ανεπάρκεια, ευαλωτότητα, αδυναμία, είναι βασικά αρνητικά συναισθήματα που τον καθηλώνουν στην κινούμενη άμμο της χρήσης. Η προσπάθεια του να μην έρθει αντιμέτωπος με αυτά τον κατευθύνει στη χρήση. Δε σέβεται, δεν εκτιμά τον εαυτό του και βλέπει το σώμα του σαν αντικείμενο. Από τη μια σαν αντικείμενο βίας (το χαρακώνει, το τρυπάει κ.ά.) και από την άλλη σαν πεδίο συγκρούσεων μεταξύ ζωής και θανάτου, εσωτερικών και εξωτερικών συγκρούσεων. Δεν έχει επίγνωση του κινδύνου, που μπορεί να προκαλέσει ο αυτοκαταστροφικός του χαρακτήρας, καθώς τον έλεγχο έχει αναλάβει η ναρκωτική ουσία[12].

Πρόληψη

Στο πλαίσιο της πρόληψης υπάρχουν τα Κέντρα Πρόληψης που λειτουργούν σε συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, η χρηματοδότηση τους προέρχεται ισόποσα απο το Υπουργείο Υγείας και απο το Υπουργείο Εσωτερικών. Η ευθύνη της συστηματικής επιστημονικής εποπτείας και των πρωτοβάθμιων δράσεων πρόληψης εφαρμόζεται από το τμήμα Εφαρμογών Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ. Με τον Νόμο ΦΕΚ Α, τ 118/24 - 5-2012, Άρθρο 58, τα κέντρα πρόληψης αποκτούν νομοθετημένο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας και μετονομάζονται σε "Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας"[7]. Τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης, βασισμένα στη φιλοσοφία της αγωγής και της προαγωγής της υγείας, και επιδιώκουν την ευαισθητοποίηση των φορέων και των πολιτών των τοπικών κοινωνιών, με σκοπό την ενεργοποίησή τους στον αγώνα της πρόληψης. Τα προγράμματα που αναπτύσσουν τα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται: Σε γονείς σε μαθητές και εφήβους σε στρατευμένους, σε αθλητικούς συλλόγους και ομάδες σε επαγγελματίες που έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα (εκπαιδευτικούς, προπονητές, αστυνομικούς, επαγγελματίες υγείας, ιερείς, στρατιωτικούς, κ.ά) σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (παλιννοστούντες, πρόσφυγες, μειονοτικές ομάδες, φυλακισμένους κ.ά) στην ευρύτερη κοινότητα. Οι στόχοι τους, ανάλογα με την ομάδα στην οποία απευθύνονται και τη διάρκεια της παρέμβασης, είναι:

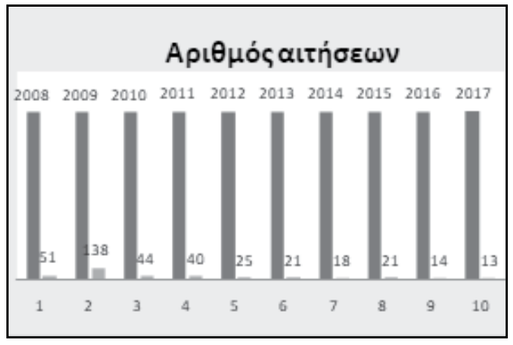
Η ενδυνάμωση, υποστήριξη και εκπαίδευση των νέων ώστε να υιοθετήσουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες που να αντιστέκονται στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και σε άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (τζόγος, διαδίκτυο κ.α). Η συμβουλευτική και υποστήριξη της οικογένειας με σκοπό την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και τη βελτίωση της επικοινωνίας. Η ευαισθητοποίηση καθηγητών και δασκάλων σε θέματα πρόληψης, η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου και η ενδυνάμωση των σχέσεων εκπαιδευτικών-μαθητών. Η ενημέρωση των ενδιαφερομένων για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα. Η πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας. Σήμερα υπάρχουν 75 Κέντρα Πρόληψης τα οποία καλύπτουν 50 νομούς της χώρας. Από το 2001 έχουν υλοποιηθεί από τα Κέντρα Πρόληψης και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας παρεμβάσεις πρόληψης σε περισσότερους από: 200.000 μαθητές, 38.000 ενδιαφερόμενους και 100.000 γονείς. (http//:www.okana.gr)

Χορήγηση

Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων, αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών (σιρόπια, παυσίπονα χάπια) και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγησή τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση της ηρωίνης, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να κάνει χρήση ηρωίνης. Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες (ή και μέρες) και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση. Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά: είναι ελεγμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose). Χορηγούνται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει. Δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο των ναρκωτικών. Χορηγούνται υπό μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών κ.λ.π)[6]. Στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ γίνονται δεκτά άτομα άνω των 18 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης.

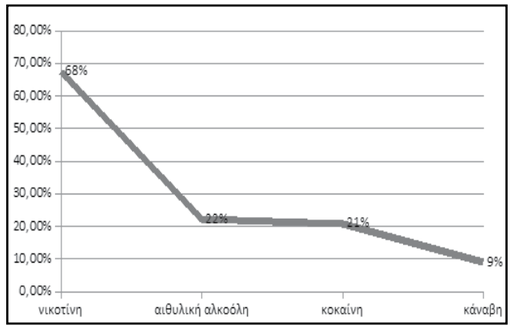
Θεραπεία

Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων, αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη[6]. [Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών.] Η ΜΟΘΕ ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας ανήκει στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης χρησιμοποιώντας ως υποκατάστατο τη βουπρενορφίνη, η οποία είναι ημισυνθετικό προϊόν της θηβαΐνης (φαινανθρενικόαλκαλοειδές της μήκωνος της υπνοφόρου, το οποίο περιέχεται στο όπιο)4. Η αύξηση της δοσολογίας της βουπρενορφίνης πέραν ενός ορισμένου σημείου (8-12mg tb), δεν ακολουθείται από ανάλογη αύξηση των φαρμακολογικών ενεργειών παρουσιάζοντας φαινόμενο οροφής, είναι δυνατόν ωστόσο με τον τρόπο αυτό να αυξηθεί η διάρκεια δράσης του φαρμάκου. Παράλληλα, μεγαλύτερες δόσεις βουπρενορφίνης δεν παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες των πλήρων αγωνιστών, όπως την αναπνευστική καταστολή. Επίσης στον ΟΚΑΝΑ εκτός της υποκατάστασης υπάρχουν «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για ενήλικες και εφήβους και συνεργάζεται με άλλους φορείς για την ανάπτυξη ανάλογων προγραμμάτων. Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης. Αυτή τη στιγμή, ο ΟΚΑΝΑ, διαθέτει μια Μονάδα Εφήβων στην Αθήνα, ένα Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών στην Πάτρα, ένα Πρόγραμμα Πολλαπλής Παρέμβασης στο Ρέθυμνο και ένα Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών στα Χανιά. Με τη συνεργασία του ΟΚΑΝΑ λειτουργούν επίσης το Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» του Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου της Θεσσαλονίκης. Στο

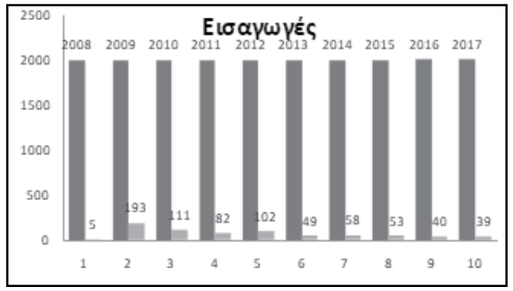


Γράφημα 1.
Αριθμός αιτήσεων για εισαγωγή. Πηγή: Μητρώο θεραπευόμενων ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας

γράφημα 1 Παρατηρούμε ότι την πρώτη χρονιά ο ΟΚΑΝΑ μπήκε δυναμικά στη ζωή των χρηστών, αφού η έναρξη του προγράμματος έγινε τον Νοέμβριο και οι αιτήσεις ήταν αρκετές έως και το τέλος του Δεκεμβρίου. Πριν την έναρξη του προγράμματος υπήρχε μια διαδικασία αναζήτησης μέσω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας και αποτέλεσμα αυτού ήταν η ανάγκη δημιουργίας μονάδας ΟΚΑΝΑ στο νησί. Με την έναρξη λοιπόν του προγράμματος πολλοί ένιωσαν την ανάγκη για αλλαγή και διαφυγή από την καθημερινότητα της χρήσης και θέλησαν να ενταχθούν στο πρόγραμμα. Δεδομένου του πληθυσμού της Κέρκυρας και έχοντας υπόψιν πως τις δύο πρώτες χρονιές εντάχθηκαν στο πρόγραμμα αρκετοί χρήστες, ο αριθμός των αιτήσεων ήταν ικανοποιητικός.

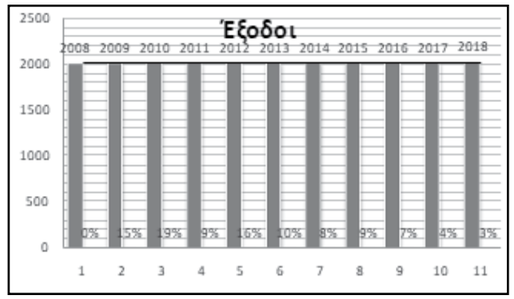


Γράφημα 2.
Εθιστική συμπεριφορά ουσιών.
Πηγή: μελέτη Lopez-Quinteroetal, 2011



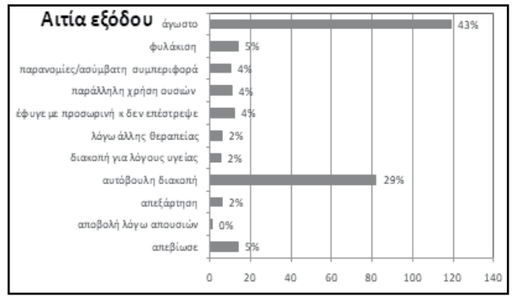
Γράφημα 3.
Εισαγωγές ανά έτος.
Πηγή: Μητρώο θεραπευόμενων ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας

Βλέπουμε ότι το έτος 2009 ήταν αυτό με τις περισσότερες εισαγωγές. Κριτήριο για την εισαγωγή είναι κυρίως η θέληση των χρηστών να ενταχθούν στο πρόγραμμα και η σύναψη ενός θεραπευτικού συμβολαίου ανάμεσα στον ΟΚΑΝΑ και στον θεραπευόμενο. Ο αριθμός των αιτούντων διαφέρει από τον αριθμό των εισαχθέντων γιατί κάποιοι, παρά την αίτηση που έκαναν, δεν ανταποκρίθηκαν στην κλήση του ΟΚΑΝΑ. Να υπενθυμίσουμε πως το 2008 αριθμεί μόνο 2 μήνες λειτουργίας. Στα επόμενα έτη μεγάλος αριθμός των ανθρώπων που έκαναν χρήση ήταν ήδη στην ενεργή δύναμη του ΟΚΑΝΑ, με αποτέλεσμα οι μετρήσεις των νέων εισαγωγών να έχουν φθίνουσα πορεία.



Γράφημα 4.
Αριθμός εξόδων ανά έτος.
Πηγή: Μητρώο θεραπευόμενων ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας

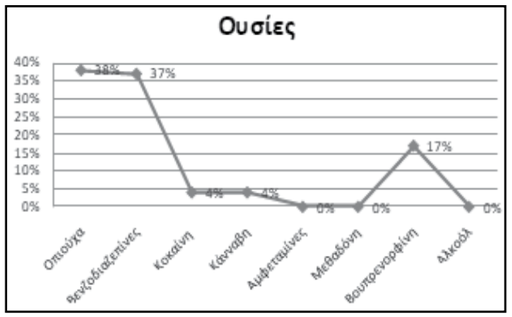
Βλέπουμε πως το έτος 2010 ήταν αυτό με τις περισσότερες εισαγωγές, 19% (122 άτομα). Ακολουθεί το 2012 με 16% (103 άτομα), το 2015 και το 2011 με 9% (62 άτομα). Βλέπουμε πως υπάρχουν διακυμάνσεις στις εξόδους των θεραπευόμενων.



Γράφημα 5.
Αιτίες εξόδου.
Πηγή Μητρώο θεραπευόμενων ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας.

Το 43% των θεραπευόμενων βγαίνει από το πρόγραμμα δίχως να το δηλώσει ή να αναφέρει το πρόβλημά του. Στο 29% βλέπουμε την αυτόβουλη διακοπή ως αιτία. Όπως έχουμε προαναφέρει αρκετοί κουράζονται και επιθυμούν την επιστροφή στην καθημερινότητα με τη χρήση. Παρανομίες ή ασύμβατη συμπεριφορά σε ποσοστό 4%, Τέτοιες ενέργειες είναι η προσπάθεια εξαγωγής του υποκατάστατου, η αλλοίωση της ουροληψίας, η σωματική ή λεκτική βία μεταξύ θεραπευόμενων ή προς το προσωπικό και η παραβίαση των κανόνων του θεραπευτικού συμβο-

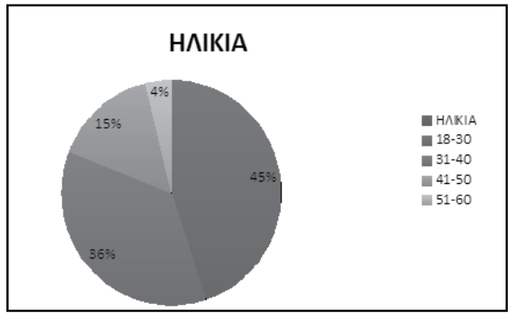
λαίου. Όταν συμβαίνουν τέτοια περιστατικά τα οποία δεν πρέπει δια της ανοχής του προγράμματος να ενισχύονται, τότε υπάρχει η δυνατότητα, σύμφωνα με το θεραπευτικό συμβόλαιο, να αποπέμψει για ένα διάστημα όποιον ενεργεί κατά αυτόν τον τρόπο. Το διάστημα της αποπομπής εξετάζεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής ομάδας του προγράμματος συνυπολογίζοντας την πορεία του θεραπευόμενου στο πρόγραμμα, τη βαρύτητα της πράξης στην οποία υπέπεσε καθώς και την μετέπειτα στάση του. Έχουμε ένα ποσοστό 5% που διέκοψε λόγω φυλάκισης. Επίσης δεν μπορούμε και να μην αναφέρουμε τους θεραπευόμενους που απεβίωσαν, ενώ βρίσκονταν στο πρόγραμμα με ποσοστό όμως 5%. Άλλες αιτίες εξόδου είναι η παράλληλη χρήση ουσιών (4%), κάτι που δεν ήταν αποδεκτό στα έτη της μελέτης μας. Τώρα πια ο ΟΚΑΝΑ σε μια προσπάθεια οι χρήστες να παραμένουν ενεργοί στα προγράμματα, ώστε να μη μπαίνουν ξανά στο φαύλο κύκλο των ναρκωτικών, δεν θέτει την παράλληλη χρήση ως αιτία εξόδου. Άλλες αιτίες εξόδου είναι η επιλογή άλλης θεραπείας, η διακοπή για λόγους υγείας ,και η επιθυμητή ολοκλήρωση του προγράμματος, δυστυχώς σε ποσοστό μόλις 2%. Επίσης θα πρέπει να αναφέρουμε και την αποβολή λόγω απουσιών.



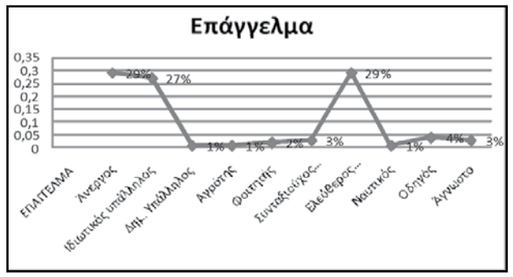
Γράφημα 6.
Συνηθέστερες ανιχνεύσιμες ουσίες στις εξετάσεις κατά τη διάρκεια του προγράμματος.
Πηγή: Μητρώο θεραπευόμενων ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας.

Στο παραπάνω γράφημα φαίνονται οι ουσίες που ανιχνεύονται συχνότερα στις εξετάσεις που γίνονται στους χρήστες από το προσωπικό του ΟΚΑΝΑ. Όπως παρατηρούμε τα οπιούχα (αναλγητικά: codeine, morphine, fentanyl, tramadol) και οι βενζοδιαζεπίνες (αγχολυτικά: diazepam) είναι στην πρώτη θέση με 38% και 37% αντίστοιχα.

Το μεγαλύτερο μέρος των θεραπευόμενων του ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 18-30 σε ποσοστό 45%, ακολουθούν αυτοί που βρίσκονται μεταξύ 31-40 σε ποσοστό 36% ,ένα πολύ μικρότερο ποσοστό της τάξης του 15% κρατά η ηλικιακή ομάδα 41-50 και τελευταία με ένα ποσοστό της τάξεως του 4% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 51-60. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά μπορούμε να αντιληφθούμε πως οι μικρότεροι σε ηλικία χρήστες παίρνουν την



Γράφημα 7.
Ηλικία.
Πηγή: Μητρώο θεραπευόμενων ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας.



Γράφημα 8.
Επάγγελμα.
Πηγή: Μητρώο θεραπεύομενων ΜΟΘΕ Κέρκυρας

απόφαση να ενταχθούν στο πρόγραμμα ευκολότερα.

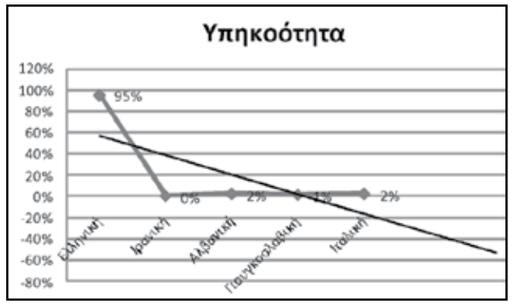
Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι οι άνεργοι με εκείνους που δήλωσαν ελεύθεροι επαγγελματίες έχουν ισόποσο ποσοστό της τάξεως του 29%. Βέβαια οι περισσότεροι δεν δουλεύουν σε μόνιμη βάση, μπορεί να δηλώνουν πως ασκούν κάποιο ελεύθερο επάγγελμα αλλά δουλεύουν μόνο για την καλοκαιρινή περίοδο, όπου στην Κέρκυρα η εύρεση εργασίας είναι ευκολότερη λόγω τουριστικής περιόδου. Επίσης το ελεύθερο επάγγελμα τους δίνει τη δυνατότητα να κινούνται πιο ανεξάρτητα ανάλογα με τις αντοχές τους. Ακολουθούν εκείνοι που δήλωσαν ιδιωτικοί υπάλληλοι, σε ποσοστό 27%. Εν συνεχεία συναντάμε ένα 4% που δήλωσαν επάγγελμα οδηγοί. Ένα μεγάλο μέρος αυτών είναι δικαιούχοι αναπηρικής σύνταξης, ποσοστό 3%.Τα υπόλοιπα επαγγέλματα που συναντάμε, αγρότες, φοιτητές και δημόσιοι υπάλληλοι κατέχουν πολύ μικρά ποσοστά.

Θέλοντας να εξετάσουμε τον τόπο διαμονής των θεραπευόμενων του ΟΚΑΝΑ Κέρκυρας δημιουργήθηκε το παραπάνω γράφημα και τα αποτελέσματα είναι διακριτά. Στην πόλη της Κέρκυρας μένει η πλειοψηφία των θεραπευόμενων, το 33%. Δεδομένης της διεύθυνσης του ΟΚΑΝΑ (Πλατεία Τσιριγώτη, βρίσκεται στο κέντρο της Κέρκυρας) η πρόσβαση είναι ευκολότερη για όσους μένουν στην πόλη. Ακολουθεί η μέση Κέρκυρα με 28% και αμέσως μετά η

Γράφημα 8.
Διεύθυνση.
Πηγή: Μητρώο θεραπευόμενων Μ.Ο.ΘΕ Κέρκυρας

Γράφημα 12.
Οικογενειακή κατάσταση.
Πηγή: Μητρώο θεραπευόμενω νΟκανά Κέρκυρας

νότια Κέρκυρα με 22%. Λιγότερες καταγραφές βρίσκουμε στη βόρεια Κέρκυρα με 11%, αλλά πρέπει να αναφέρουμε και εκείνους που έρχονται από άλλες πόλεις,όπως η Ηγουμενίτσα (5%),λόγω μη ύπαρξης αντίστοιχου προγράμματος στον τόπο διαμονής τους.



Γράφημα 10.
Υπηκοότητα.
Πηγή: Μητρώο θεραπευόμενων Μ.Ο.ΘΕ Κέρκυρας.

Σχετικά με την υπηκοότητα των θεραπευόμενων, βλέπουμε στο γράφημα 10 ότι σχεδόν όλοι, σε ποσοστό 95%, έχουν ελληνική υπηκοότητα. Τα ποσοστά των υπόλοιπων υπηκοοτήτων είναι πολύ μικρά. Έρχονται δεύτεροι οι Αλ-

Γράφημα 11.
Συνολικός αριθμός χορηγούμενων ασθενών την τελευταία μέρα του έτους.
Πηγή: Μητρώο θεραπευόμενων Μ.Ο.ΘΕ Κέρκυρας

βανοί και οι Ιταλοί με 2%, ακολουθεί ένα μικρό ποσοστό ατόμων με Γιουγκοσλαβική 1% και ένα αμελητέο ποσοστό Ιρακινών.

Στο γράφημα 12 αναλύουμε την οικογενειακή κατάσταση. Το 86% είναι άγαμοι. Ακολουθούν οι έγγαμοι σε ποσοστό 9% και σε πολύ μικρά ποσοστά της τάξεως 3% και 2% αντίστοιχα βρίσκουμε τους διαζευγμένους και αυτούς που δεν έχουν δηλώσει. Ενώ εκείνοι που δήλωσαν ότι είναι σε διάσταση ή σε κατάσταση χηρείας είναι ελάχιστοι, με αποτέλεσμα στο γράφημά μας να φαίνεται μηδενικό το ποσοστό. Φαίνεται η αδυναμία των ανθρώπων αυτών να δημιουργήσουν αλλά και να 'κρατήσουν' μια οικογένεια δική τους. Οι περισσότεροι εμφανίζουν μια ανώριμη συμπεριφορά καθώς προτεραιότητά τους δεν είναι η προάσπιση του ρόλου τους ως γονιός, αδυνατούν να αναλάβουν τις ευθύνες που αναλογούν στη δημιουργία μιας οικογένειας. Επίσης πρέπει να αναφερθούμε και στο πρόβλημα των οικονομικών τους. Δεδομένου ότι οι περισσότεροι είναι άνεργοι όπως είδαμε στο γράφημα δεν μπορούν να συντηρήσουν ούτε τον εαυτό τους. Κάποιοι από αυτούς ακόμη κι αν έχουν κάποιο εισόδημα θα το σπαταλήσουν. Δεν μπορούν να κάνουν ορθή διαχείριση αυτού, κατά κοινή ομολογία θα υποπέσουν στην αγορά ουσιών παρ' όλο που βρίσκονται στο πρόγραμμα.

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα άτομα που εισήλθαν σε θεραπεία για προβλήματα από τη χρήση ουσιών από τον Νοέμβριο του 2008 έως και το Δεκέμβρη του 2017 ήταν:

- Άνδρες σε ποσοστό 89%, σε παρόμοιο ποσοστό στις περιπτώσεις πρώτης θεραπείας
- Με μέση ηλικία τα 26,9 έτη και 2 χρόνια μεγαλύτερη στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες (24,5 έτη, αντίστοιχα).
- Έλληνες σε ποσοστό 95% .
- Άγαμοι 86%, έγγαμοι 9% και διαζευγμένοι 3%.
- Άνεργοι σε ποσοστό 29%, όμως στο ίδιο ποσοστό ε ί - ναι και αυτοί που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα και 27%

ιδιωτικοί υπάλληλοι. Βέβαια,οι περισσότεροι ασχολούνται περιστασιακά.

- Τόπο διαμονής την πόλη της Κέρκυρας δήλωσε το 33%,την μέση Κέρκυρα το 28% και ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 22% κατέχει η νότια Κέρκυρα με την πλειοψηφία της να δηλώνει τόπο διαμονής κάποιο από τα χωριά της Λευκίμμης.

Συγκριτικά αποτελέσματα στο πέρασμα των ετών

- Οι άνδρες επικρατούν σταθερά με ποσοστά άνω του 89%.
- Μειώνεται η μέση ηλικία των χρηστών.
- Αυξάνεται σταδιακά το ποσοστό των χρηστών που αναφέρουν ότι ζουν με τους γονείς τους.
- Αυξάνεται σταθερά το ποσοστό των αλλοδαπών - χρηστών σε αντίθεση με τους Έλληνες σε ποσοστό 95%.
- Αν και παραμένει υψηλό, την τελευταία 4ετία φαίνεται να μειώνεται το ποσοστό των χρηστών που αναφέρουν ότι είναι άνεργοι και αυξάνεται το ποσοστό των χρηστών που δηλώνουν περιστασιακή εργασία.
- Οι άγαμοι διατηρούν σταθερά υψηλά ποσοστά.

Abstract

OKANA: The Case of the patients that have received integrated treatment unit of Corfu 11/2008 - 12/2017

Mandyla Kousouni Maria Dr Pediatrician, Historian, Medical - Surgical Society of Corfu
Sideropoulou Maria, (TE technological institute) Nurse, MSc Historical Demography
Alamanos Alexandros, Social Worker, THERAPIST - unit of integrated treatment of Corfu
Psychiatric department of the General Hospital of Corfu and OKANA of Corfu

The purpose of this study is the demographic study of the profile of beneficiaries of MOTHE (Integrated Therapy Unit) Corfu. The time span of the study concerns the period from the start of operation of MOTHE (integrated treatment unit) 09/2008 until 2017. The data of the research based on the register of applications of the beneficiaries, on data from the National Center for Documentation and Information on Drugs and Drug Addiction (EKTEPN) as well as from the program of OKANA «patient file» where the demographic data of the beneficiaries is recorded in detail as well as their progress in the program. Research data demonstrates the usefulness of the program for the population and its positive impact on society as a whole.

Keywords: Treatment programs, substance dependence, OKANA, mental health, detoxification, therapeutic model of detoxification.

Βιβλιογραφία

1. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν,
2. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ), ετήσιες εκθέσεις (2008, 2009. 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017), Αθήνα
3. Αβραμίδης, Α. (1994). Η Απομυθοποίηση Των Ναρκωτικών... Και Με Ελπίδα. Αθήνα: Εκδόσεις Ακρίτας.
4. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας Ε.Κ.Π.Ν.Τ-EMCDDA (Ed) (2005). Ετήσια Έκθεση 2005: Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη.
5. Κοκκέβη, Α. (2002). Ναρκωτικά: Διάλογος ή Σύγχυση, Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, Αθήνα
6. Κοκκώλης Κ. (2011) Η Μεθαδόνη και η Βουπρενορφίνη στην Θεραπεία Υποκατάστασης, Κλινική Ψυχοφαρμακολογία, Επίκαιρα Θέματα, Κώστας Σολδάτος και Δημήτρης Δικαίος (Επιμέλεια), βήτα MedicalArts, Αθήνα.
7. Οργανισμός κατά των ναρκωτικών, Πλαίσιο Λειτουργίας των θεραπευτικών δομών του Οκανά, Αθήνα 2012
8. Δ.Παπάντος, Ε.Καφετζόπουλος, (28/2/2018) "ειδικό άρθρο". Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο της Εξάρτησης. ΟΚΑΝΑ , Αθήνα.
9. Μητρώο Ασθενών ΟΚΑΝΑ, ΜΟΘΕ ΚΕΡΚΥΡΑΣ
10. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 103 Ν.3459/06. (2006)
11. Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά, αρ. 31 παρ. 1, της 25ης Μάϊου 2006
12. Μάτσα, Κ. (1997). Από Το Ατομικό Στο Συλλογικό Και Αντίστροφα. Η πρόληψη της Υποτροπής. Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 59, σελ. 49-66.
13. Μάτσα ,Κ. (2001). Ψάξαμε Ανθρώπους Και Βρήκαμε Σκιές... Το Αίνιγμα Της Τοξικομανίας. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
14. Μάτσα, Κ. (2006). Η Περίπτωση Ευρυδίκη. Κλινική Της Τοξικομανίας. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
15. Μάτσα, Κ. (2008). Ψυχοθεραπεία Και Τέχνη Στην Απεξάρτηση. Το «Παράδειγμα» Του 18 ΑΝΩ. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
16. Λιάππας, Ι. (1992). Ναρκωτικά. Εθιστικές Ουσίες. Κλινικά Προβλήματα. Αντιμετώπιση. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
17. Γιάννης Τούντας,Ασθένεια και Υγεία,Οδυσσέας, 2000 Διαδικτυακές Πηγές - http//:www.ektepn.gr (Ανακτήθηκε 20/03/19 - http//:www.okana.gr (Ανακτήθηκε 20/03/19)

Ανασκόπηση

Εκτίμηση της ποιότητας και της ασφάλειας της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής σε ηλικιωμένους ασθενείς

Βασιλική Καραδήμα[1], Θεόδωρος Κοινωνάς[2]

[1] Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα "Διαχείρηση Γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων", Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
[2] Vitroretinal fellow, Birmingham and Midland Eye Center, UK.

Περίληψη: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω φαρμάκων είναι συχνό φαινόμενο στους ηλικιωμένους. Σήμερα, η πολυφαρμακία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος(ΚΝΣ) παρουσιάζει αυξητική τάση. Ο κίνδυνος για πτώσεις, έκπτωση νοητικών λειτουργιών και καταστολή του αναπνευστικού είναι σημαντικά αυξημένος. Η συμμόρφωση στη θεραπεία εξαρτάται κυρίως από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και δρα καθοριστικά στην αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών. Η συνταγογράφηση αντιβιοτικών είναι διαδεδομένη για λοιμώξεις της κοινότητας. Η κολίτιδα από Clostridiumdifficile έπεται της λήψης αντιβιοτικώνκαι έχει αναδειχθεί σε μείζον πρόβλημα για τους ηλικιωμένους ασθενείς παγκοσμίως. Οι δράσεις των τοπικά χορηγούμενων φαρμάκων, όπως οι οφθαλμικές σταγόνες πρέπει πάντα να περιλαμβάνονται στη διαγνωστική σκέψη. Σε πολλές περιπτώσεις, οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή οδηγούν σε νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η ασφάλεια χορήγησης φαρμάκων επιδρά άμεσα στην ποιότητα ζωής και πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τους θεράποντες ιατρούς.

Λέξεις-κλειδιά: ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, ηλικιωμένοι, ασφάλεια, νοσηλεία

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Βασιλική Καραδήμα,
Λαρίσης 75, ΤΚ 11524, Αθήνα
e-mail: vas.karad1@gmail.com

Εισαγωγή

Η επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής στους ηλικιωμένους ασθενείς αποτελεί τη χρυσή τομή μεταξύ εναρμόνισης με τις ενδείξεις και πολυφαρμακίας. Είναι ζήτημα κεφαλαιώδους σημασίας στην κλινική πρακτική, καθώς έχει άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής[1].

Όλες οι κατηγορίες φαρμάκων μπορεί να έχουν ανεπιθύμητες δράσεις. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω μειωμένης λειτουργικότητας, συννοσηρότητας, πολυφαρμακίας και φυσιολογικών μεταβολών στο μεταβολισμό των φαρμάκων εξαιτίας της γήρανσης[2].

Κατηγορίες φαρμάκων

Φάρμακα που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ)

Σύμφωνα με τα κριτήρια Beers 2015, πολυφαρμακία του ΚΝΣ ορίζεται ως η παράλληλη χορήγηση τουλάχιστον 3 ψυχοτρόπων φαρμάκων[3]. Τα φάρμακα που περιλαμβάνονται είναι κατασταλτικά, οποιοειδή, αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά με τον κατάλογο να αυξάνεται διαρκώς[1,3]. Τα οποιοειδή προστέθηκαν πρόσφατα στον κατάλογο και κατέχουν την πρώτη θέση όσον αφορά τη συμβολή τους στην πολυφαρμακία, με τις βενζοδιαζεπίνες να έρχονται δεύτερες[3].

Παρατηρείται αυξητική τάση στη συνταγογράφηση τόσο μεμονωμένων ουσιών, όσο και των συνδυασμών μεταξύ τους[1,3]. Η μεγαλύτερη αύξηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων παρατηρείται σε κατοίκους αγροτικών περιοχών και σε πάσχοντες από χρόνιο πόνο[1]. Πιθανές ερμηνείες του φαινομένου είναι η δύσκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η διαδεδομένη πλέον χρήση των οποιοειδών[1].

Η πολυφαρμακία του ΚΝΣ συνδέεται γενικά με πτώσεις και έκπτωση των νοητικών λειτουργιών[3]. Ο συνδυασμός οποιοειδών με βενζοδιαζεπίνες θέτει αποδεδειγμένα τους ηλικιωμένους ασθενείς σε κίνδυνο καταστολής του αναπνευστικού που ενδέχεται να αποβεί μοιραία[1], λόγω συνεργικής δράσης[3].

Το πρόβλημα μη συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή ηλικιωμένων ασθενών με επιληψία μελετήθηκε πρόσφατα στις ΗΠΑ. Το δείγμα περιελάμβανε ασθενείς διαφόρων εθνικοτήτων, με έμφαση στους ασθενείς που ανήκαν σε μειονότητες και συγκεκριμένα έγχρωμους και ισπανόφωνους. Συνολικά βρέθηκε ότι 1 στους 3 ασθενείς δεν ακολουθούσε κατά γράμμα την αγωγή του. Το ποσοστό μη συμμόρφωσης ήταν θεαματικά υψηλότερο σε όσους ανήκαν σε κάποια μειονότητα ή ήταν μεγαλύτεροι των 85 ετών. Η συννοσηρότητα και το είδος της αγωγής έπαιζαν επίσης ρόλο στη συμμόρφωση[1].

Η συμμόρφωση στη θεραπεία εξαρτάται από κοινωνικούς παράγοντες, αλλά και το κόστος της θεραπείας. Η περιπλοκότητα της συνταγογράφησης αναγνωρίστηκε ως ανασταλτικός παράγοντας στη συγκεκριμένη μελέτη[1]. Καλό είναι οι θεράποντες ιατροί να είναι σε εγρήγορση για τον εντοπισμό των ατόμων που ενδέχεται να παραμελήσουν τη θεραπεία τους και να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να αποφευχθεί τέτοια εξέλιξη[1].

Αντιβιοτικά

Σε μελέτη διάρκειας 7 ετών που πραγματοποιήθηκε σε κέντρο μακροχρόνιας φροντίδας στον Καναδά διαπιστώθηκε ότι οι κυριότερες αιτίες χορήγησης αντιβιοτικών ήταν κατά σειρά συχνότητας οι ουρολοιμώξεις, οι λοιμώξεις αναπνευστικού και οι λοιμώξεις μαλακών μορίων. Η πλειοψηφία των φιλοξενούμενων έλαβε αγωγή με κάποιον αντιμικροβιακό παράγοντα κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης[1].

Παρά το γεγονός ότι η ενδεδειγμένη χρήσηαντιβιοτικών έχει ευεργετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς, οι αρνητικές επιπτώσεις δεν μπορούν να παραβλεφθούν. Η εμφάνιση πολυανθεκτικών μικροβίων είναι ένα φλέγον ζήτημα για την ιατρική κοινότητα στις μέρες μας. Επιπλέον, οι ανεπιθύμητες ενέργειες που έπονται της λήψης αντιβιοτικών ανησυχούν τους επαγγελματίες υγείας[1].

Εδώ, αξίζει να αναφερθείκαι η κολίτιδα από Clostridiumdifficile. Είναι συχνή κατάσταση[1] που οφείλεται στη διαταραχή της χλωρίδας του εντέρου μετά από συστηματική λήψη αντιβιοτικών[4]. Παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας χωρίς να αποκλείεται η εμφάνιση συμπτωμάτων μέχρι και 1 μήνα μετά το τέλος της αγωγής[4]. Αν και θεωρητικά πολλά αντιβιοτικά μπορεί να προκαλέσουν κολίτιδα, συχνότερα ευθύνονται η κλινδαμυκίνη, οι κεφαλοσπορίνες και οι φθοριοκινολόνες[4]. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν από ήπια διάρροια μέχρι καταστροφή του εντερικού επιθηλίου και τοξικό μεγάκολο[4].

Η χρήση αντιβιοτικών είναι συνήθης πρακτική στα άτομα της τρίτης ηλικίας[1]. Η λοίμωξη από Clostridiumdifficile αποτελεί πρωταρχικό αίτιο κολίτιδας παγκοσμίως με το 70-80% των περιπτώσεωννα αφορά ηλικιωμένους ασθενείς[4]. Τόσο η επίπτωση όσο και η θνητότητα της νόσουέχουν σημειώσει θεαματική άνοδο τα τελευταία χρόνια[4]. Η μεγάλη ηλικία, η συννοσηρότητα και γενικά η κακή κατάσταση της υγείας αυξάνουν την πιθανότητα νόσησης και επιβαρύνουν την πρόγνωση[4].

Η ορθολογική συνταγογράφηση αντιβιοτικών είναι αναγκαία ώστε να αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες[1]. Αυτό μπορεί να γίνει με την αρμονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αποφυγή των αντιβιοτικών ευρέως φάσματος[1] και ελαχιστοποίηση της διάρκειας θεραπείας[1,4]. Η συνεχής παρακολούθηση του ασθενή είναι επιβεβλημένη με στόχο την εκτίμηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και τον εντοπισμό ανεπιθύμητων ενεργειών[1]. Ο θεράπων ιατρός δεν πρέπει να διστάζει να διακόπτει τη θεραπεία εφόσον η σχέση κόστους-ωφέλους είναι αρνητική[1].

Οφθαλμικές σταγόνες

Το γλαύκωμα αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες τύφλωσης, ενώ η επίπτωσή του αυξάνεται κατακόρυφα με την ηλικία[5]. Οι οφθαλμικές σταγόνες που περιέχουν β-αναστολείς ελαττώνουν σημαντικά την ενδοφθάλμια πίεση[5,6]. Η τιμολόλη είναι ένας μη εκλεκτικός β-αναστολέας[5,6] που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1978[6]. Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου είναι θεαματική, γι' αυτό συνεχίζει να αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής για τη θεραπεία του γλαυκώματος σε συνδυασμό και με άλλες ουσίες, όπως τα ανάλογα προσταγλανδίνης[5,6].

Μετά την εφαρμογή των οφθαλμικών σταγόνων,το 80% της ποσότητας του φαρμάκου εισέρχεται στο ρινοδακρυϊκό πόρο και ένα μέρος απορροφάται συστηματικά μέσω του ρινικού βλεννογόνου[6]. Αν και τελικά η συγκέντρωση τιμολόλης στο πλάσμα είναι πολύ χαμηλή (λιγότερο από 0,1ng/ml), η θεραπεία με οφθαλμικές σταγόνες δύναται να παρουσιάσει και συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες[6].

Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα. Η φλεβοκομβική βραδυκαρδία είναι μια από τις κυριότερες και συχνά οδηγεί σε συγκοπτικά επεισόδια και απώλεια συνείδησης6. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν ο ασθενής λαμβάνει συγχρόνως και άλλα φάρμακα που προκαλούν βαρδυκαρδία[5]. Εκτός από τα παραπάνω, μπορεί να παρατηρηθούν ορθοστατική υπόταση, αποκλεισμοί σκελών, σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου, ενώ δύναται να επηρεαστεί και η καρδιακή παροχή[6].

Η τοπική χορήγηση τιμολόλης ευθύνεται επίσης για συμπτώματα από το αναπνευστικό (βρογχόσπασμο) και ενδοκρινικές διαταραχές (υπογλυκαιμία)[6].

Ενδιαφέρον παρουσιάζει πρόσφατη μελέτη των Nanda και συν, που συνέδεσε τη χορήγηση οφθαλμικών σταγόνων που περιέχουν τιμολόλη με την εμφάνιση οπτικών ψευδαισθήσεων σε λευκές γυναίκες με ιστορικό νευρολογικής νόσου. Η συσχέτιση αποδίδεται σε αυξημένη διαπερατότητα του αιματοεγκεφαλικού φραγμού με αποτέλεσμα μεγαλύτερη συγκέντρωση του φαρμάκου στο ΚΝΣ[7].

Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από λήψη φαρμάκων ποικίλλουν και όπως είναι αναμενόμενο η αντιμετώπιση προσαρμόζεται ανάλογα[2]. Πολλές φορές η βαρύτητα είναι τέτοια που απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό των εισαγωγών ηλικιωμένων που οφείλεται σε αυτή την αιτία κυμαίνεται στο 10%[1].

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αποτελούν μια από τις συνηθέστερες αιτίες σοβαρών επιπλοκών[1]. Άλλα φάρμακα που ενοχοποιούνται για εισαγωγή στο νοσοκομείο αναφέρονται στον Πίνακα 1. Τα συμπτώματα που αναφέρονται συχνότερα είναι γαστρεντερικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές, σοβαρή αιμορραγία, αλλεργικές αντιδράσεις, νεφρική βλάβη, υπογλυκαιμία και ηλεκτρολυτικές διαταραχές[2].

Οι οφθαλμικές σταγόνες τιμολόλης μπορεί να ευθύνονται για σοβαρή βραδυκαρδία που χρήζει νοσηλείας. Η πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη τον πρώτο μήνα μετά την έναρξη της αγωγής, καθώς μετά φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς αναπτύσσουν ανοχή στη δράση του φαρμάκου. Ο κίνδυνος εξαλείφεται μετά από 6 μήνες συνεχούς χορήγησης[5].

Παράγοντες κινδύνου για νοσηλεία αποτελούν η μεγάλη ηλικία[2], το γυναικείο φύλο και η ύπαρξη συνοδών νοσημάτων[1]. Η πολυφαρμακία αναγνωρίζεται ως ανεξάρτητος επιβαρυντικός παράγοντας, αφού ο κίνδυνος αυξάνεται όσο περισσότερα είναι τα χορηγούμενα φάρμακα[2].

Στο παρελθόν κυριαρχούσε η άποψη ότι η αδικαιολόγητη λήψη φαρμάκων δεν επηρεάζει σημαντικά το ενδεχόμενο νοσηλείας. Μετά από εκτενείς μελέτες επί του θέματος, ο ισχυρισμός αυτός έχει καταρριφθεί[1]. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η λήψη φαρμάκων εκτός ενδείξεων συνδέεται με περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και μη προγραμματισμένες νοσηλείες[2].

Η πλειονότητα των εισαγωγών στο νοσοκομείο θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί με ορθό υπολογισμό των χορηγούμενων δόσεων, αναζήτηση αντενδείξεων και αλληλεπιδράσεων και στενή παρακολούθηση της θερα-

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη
Καρδιαγγειακά φάρμακα: β-αναστολείς, διγοξίνη, διουρητικά, αντιπηκτικά,αντιαιμοπεταλιακά, αναστολείς διαύλων ασβεστίου, αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης, αντιαρρυθμικά
Αντιδιαβητικά: υπογλυκαιμικά δισκία, ινσουλίνη
Αντιβιοτικά
Κορτικοστεροειδή
Αντινεοπλασματικά φάρμακα
Φάρμακα ΚΝΣ: αντιεπιληπτικά, βενζοδιαζεπίνες, αντιψυχωσικά, οποιοειδή
Οφθαλμικές σταγόνες: τιμολόλη

Πίνακας 1.
Κατάλογος των φαρμάκων που ευθύνονται συχνότερα για εισαγωγή ηλικιωμένων ασθενών στο νοσοκομείο.

πείας[2]. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η σύγκριση δεδομένων μεταξύ διαφορετικών χωρών. Παρατηρήθηκε ότι η πιθανότητα για εισαγωγή στο νοσοκομείο λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία είναι 3 έως 5 φορές χαμηλότερη στις αναπτυγμένες χώρες[1].

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο έχει δυσάρεστες επιπτώσεις τόσο στο σύστημα υγείας, όσο και στον ασθενή[2]. Το κόστος υγείας εκτοξεύεται, ενώ οι νοσηλευόμενοι εκτίθενται αναίτια σε κινδύνους, όπως ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και συγχυτικά επεισόδια[2].

Συμπεράσματα

Όπως συμπεραίνουμε από τα ανωτέρω, η ασφάλεια της θεραπευτικής αγωγής στην ευαίσθητη ομάδα των ηλικιωμένων πρέπει να αποτελεί κύριο μέλημα των επαγγελματιών υγείας.

Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα φάρμακα που δρουν στο ΚΝΣ και να λαμβάνονται υπόψη οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους. Τα τελευταία χρόνια καταγράφεται αύξηση της συνταγογράφησης οποιοειδών, γεγονός που συντελεί στο πρόβλημα της πολυφαρμακίας. Η συμμόρφωση στα αντιεπιληπτικά φάρμακα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς παράγοντες.

Η χορήγηση αντιβιοτικών είναι αναπόφευκτη στους ηλικιωμένους. Συστήνεται, όμως, να τηρούνται πιστά τα επίσημα πρωτόκολλα θεραπείας και η κλινική εικόνα του ασθενούς να αξιολογείται διαρκώς. Η κολίτιδα από Clostridiumdifficile πρέπει πάντα να μπαίνει στη διαφορική διάγνωση. Η δράση των τοπικά χορηγούμενων φαρμάκων, όπως οι οφθαλμικές σταγόνες δεν πρέπει να παραβλέπεται.

Η πιθανότητα νοσηλείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών από φάρμακα δεν είναι αμελητέα. Για αυτό το λόγο, η ανάγκη εξορθολογισμού της θεραπείας είναι επιτακτική. Οι θεραπευτικές αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται σύμφωνα με τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Τέλος, επιβάλλεται επανεκτίμηση και τροποποίηση της αγωγής ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Summary

Quality and safety of medication in the elderly

V. Karadima, T. Koinonas

Abstract

Adverse drug effects are common in the elderly. Polypharmacy of the Central Nervous System (CNS) follows an upward trend nowadays. The risk of falls, cognitive decline and respiratory supression is then dramatically increased. Adherence to antiepileptic treatment depends mainly on socio-economic factors and is crucial in order to avoid adverse drug effects. Prescription of antibiotics is a common practice in the community. Clostridium difficile colitis following antibiotic therapy is not rare and it has become a major concern for old patients worldwide. Clinicians should always consider the effects of topical drugs, such as ophthalmic drops. In many cases, adverse drug reactions lead to hospital admission. To summarize, drug safety contributes to a better quality of life and therefore it should be a priority for physicians.

Key words: adverse drug effects, elderly, safety, hospital admission

Βιβλιογραφία

1. Quality and Safety in Older Adults, 2017. J Am Geriatr Soc.2018;66:2254-2258
2. Parameswaran Nair N, Chalmers L, Peterson GM, Bereznicki BJ, Castelino RL, Bereznicki LR.Hospitalization in older patients due to adverse drug reactions-the need for a prediction tool.Clin Interv Aging 2016; 11:497-505
3. Gerlach LB, Olfson M, Kales HC,Maust DT. Opioids and other CNS-active polypharmacy among older adults in the United States. J Am Geriatr Soc2017; 65:2052-2056
4. Asempa TE, Nicolau DP. Clostridium difficile infection in the elderly: an update on management. Clin Interv Aging2017; 12:1799-1809
5. Pratt NL, Ramsay EN, Kalisch Ellett LM, Nguyen TA, Roughead EE.Association between Ophthalmic Timolol and Hospitalisation for Bradycardia.J Ophthalmol 2015; 2015:567387
6. Bin Waqar SH, Rehan A,Zammam M. Postprandial Head-drops: Insight into Systemic Effects of Ocular Timolol Preparation in Elderly. Cureus 2019;11:e4780
7. Nanda T, Rasool N, Callahan AB, Stamper RL, Odel JG.Ophthalmic Timolol Hallucinations: A Case Series and Review of the Literature.J Glaucoma 2017; 26:e214-e216

Βελονισμός σε ασθενή μεσυμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Περιγραφή Περιστατικού

Παπαδόπουλος Γεώργιος,
Βανάκας Κων/νος,
Λένας Αριάν,
Μπόλωση Μαρία,
Τζίμας Πέτρος

Αναισθησιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Περίληψη: Ο βελονισμός έχει χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του πόνου και τη θεραπεία πολλών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των αρρυθμιών, της στεφανιαίας νόσου, και της καρδιακής ανεπάρκειας σε συνδυασμό με τις συμβατικές θεραπείες. Ωστόσο, δεν υπάρχουν σαφή αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του λόγω έλλειψης σημαντικών δημοσιεύσεων.

Σκοπός: Σκοπός της δημοσίευσης η παρουσίαση περιστατικού με συμπτωματική συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ΝΥΗΑ ΙΙΙ, λόγω στένωσης της αορτικής βαλβίδας που αντιμετωπίστηκε με βελονισμό..

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα ηλικίας 82 ετών με σημαντικό περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων, λόγω δύσπνοιας αναφέρει δύσπνοια σε ηρεμία, ιδιαίτερα τις νυχτερινές ώρες, στη βάδιση λίγων μέτρων και σημαντικό άγχος. Είχε υποβληθεί σε αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας το 2012, σε επανεπέμβαση το 2016 και λόγω επαναστένωσης προγραμματίστηκε για TAVI. Η ασθενής ήταν σε πλήρη φαρμακευτική αγωγή με βελτιστοποιημένα φάρμακα καρδιακής ανεπάρκειας.Για την αντιμετώπιση εφαρμόστηκε ηλεκτροβελονισμός.με τη βοήθεια της συσκευής PulsPointer, της εταιρείας HealthandHousehold (Rochester, NY) στα βελονιστικά σημεία Η7, Pc6, Bl 17 και St36 άμφω, με διάρκεια 60 sec για κάθε σημείο. Συνολικά εφαρμόστηκαν 8 συνεδρίες ηλεκτροβελονισμού, μία φορά την εβδομάδα.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας καταγράφεται σημαντική βελτίωση της δύσπνοιας και σημαντική βελτίωση του άγχους. Μετά από 8 συνεδρίες η ασθενής παρουσίασε σημαντική ανοχή στη βάδιση, έως 200 – 300 μέτρα, χωρίς δύσπνοια.
Η υπερηχοκαδιογραφική μελέτη που ακολούθησε μετά την 8η συνεδρία δεν ανέδειξε σημαντικές μεταβολές σε σύγκριση με εκείνη που έγινε πριν τη θεραπεία.

Συμπεράσματα: Η περιγραφή του περιστατικού δείχνει ότι ο βελονισμός μπορεί να βελτιώσει την ανοχή στην άσκηση σε ασθενή με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Περισσότερες μελέτες είναι απαραίτητες.

Λέξεις κλειδιά : Καρδιακή συμφορητική ανεπάρκεια, θεραπεία, βελονισμός

Υπεύθυνη Αλληλογραφίας:
Παπαδόπουλος Γεώργιος
Καθηγητής Αναισθησιολογίας
Ιατρικό τμήμα Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Gmail: georgios. Papadopoulos.dr@gmail.com

Εισαγωγή

Δεν πέρασε πολύ καιρός από τότε που ο βελονισμός αμφισβητήθηκε από τους δυτικούς γιατρούς. Σήμερα υπάρχουν αναρίθμητες αναφορές ότι ο βελονισμός μπορεί πραγματικά να έχει καλές επιπτώσεις στην υγεία. Εκτός από την αντιμετώπιση του πόνου έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία πολλών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων καρδιακών παθήσεων, όπως στεφανιαία νόσος, κολπική μαρμαρυγή και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια σε συνδυασμό με συμβατικές θεραπείες.[1,5] Ωστόσο δεν υπάρχουν σαφή αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του βελονισμού σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω έλλειψης σημαντικών δημοσιεύσεων, ενώ οι δυνητικοί μηχανισμοί δεν έχουν επαρκώς εξερευνηθεί.

Σκοπός της δημοσίευσής μας είναι να παρουσιάσουμε την περίπτωση ασθενούς με συμπτωματική συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, Κλάση III, λόγω στένωσης της αορτικής βαλβίδας, που αντιμετωπίστηκε με βελονισμό, μέχρι την τοποθέτηση διαδερμικής βαλβίδας (TAVI).

Περιγραφή περιστατικού

Γυναίκα ηλικίας 82 ετών με σημαντικό περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων, λόγω στένωσης αορτικής βαλβίδας, μεταφέρεται στο Ιατρείο για την αντιμετώπιση παγωμένου ώμου. Η ασθενής προσήλθε με σοβαρή δύσπνοια και αναφέρει σοβαρή δύσπνοια κατά τις νυχτερινές ώρες, σημαντική δύσπνοια ακόμη και στη βάδιση λίγων μέτρων, όπως επίσης σημαντικό άγχος.

Η ασθενής αναφέρει αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας το 2012, επανεπέμβαση το 2016 και σοβαρή ασβέστωση με στένωση και ανεπάρκεια της βαλβίδας από το 2018, για την οποία είχε προγραμματιστεί για διαδερμική τοποθέτηση αορτικής βαλβίδας (TAVI).

Από το ιστορικό προέκυψε επίσης σακχαρώδης διαβήτης καλά ρυθμισμένος, κολπική μαρμαρυγή που είχε αναταχθεί φαρμακολογικά, και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια υπό αγωγή.

Η φαρμακευτική αγωγή που ελάμβανε περιλάμβανε: Alfuzosin tabl 10 mg 1zx1, montelucat tabl 10mg 1x1, vaftavel 35 1x1, esomeprasole magnesium trihydrate tabl 40 mg 1x1, metformin/ vildagliprin tabl 50/850mg 1x1, simvastatin 40 1x1, furosemide 40mg 1x 1, diltiazem caps 180 mg 1x1, Valsartan tabl 160 mg 1 x1, apixaban tabl 2,5 mg 1x2.

Η πρόσφατη διοσοφάγειος υπερηχοκαρδιογραφία (ΤΤΕ) ανέδειξε καλή συσταλτικότητα αριστερής κοιλίας με EF = 55%, αορτική ρίζα AB ann Vol =19 mm , αορτική ρίζα sinus Vol = 33 mm, η ανιούσα αορτή = 41 mm, αριστερός κόλπος = 50 ml/m2, μεσοκοιλιακό διάφραγμα = 11mm, OTAK = 11 mm, LVEDD 2D = 48 mm. Η βιοπροσθετική αορτική βαλβίδα παρουσίαζε σημαντική ασβέστωση με σοβαρή στένωση (0,69cm2, AV meanPG = 70 mmHg, μέγιστη κλίση πίεσης 118 mmHg, οριακά σοβαρή διαβαλβιδική ανεπάρκεια και σοβαρή πνευμονική υπέρταση (PAPsyst = 70 mmHg) . Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, 15 λεπτά μετά την άφιξή της, έδειξε τιμές 145/90 mmHg και σφύξεις 85/min, ενώ οι αναπνοές ανέρχονταν στις 26/ min και το SaO2 95%/.

Αντιμετώπιση

Λόγω της σοβαρής δύσπνοιας που εμφάνιζε η ασθενής κατά την άφιξή της στο Ιατρείο, εκτός από την αντιμετώπιση του παγωμένου ώμου, αποφασίστηκε, με σύμφωνη γνώμη της ασθενούς και των οικίων της και η αντιμετώπιση της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας με βελονισμό

Εφαρμόστηκε άμεσα ηλεκτροβελονισμός με τη βοήθεια της συσκευής Puls Pointer, της εταιρείας Health and Household (Rochester, NY) στα βελονιστικά σημεία H7, Pc6, Bl 17 και St36 άμφω. Η διάρκεια ηλεκτροβελονισμού σε κάθε βελονιστικό σημείο ήταν 60 sec. Συνολικά εφαρμόστηκαν 8 συνεδρίες ηλεκτροβελονισμού, 1 – 2 φορές την εβδομάδα.

Αποτελέσματα

Ήδη κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας καταγράφεται μια δραματική βελτίωση της δύσπνοιας και του άγχους, μείωση της αρτηριακής πίεσης σε 122/65 mmHg, της καρδιακής συχνότητας σε 69/min, της συχνότητας των αναπνοών σε 16/min, ενώ το SpO2 παρέμεινε αμετάβλητο (SpO2 = 96%). Μετά από 8 συνεδρίες η ασθενής παρουσίασε σημαντική ανοχή στη βάδιση, έως 200 – 300 μέτρα, χωρίς δύσπνοια.

Η υπερηχοκαδιογραφική μελέτη μετά την 8η συνεδρία δεν ανέδειξε σημαντικές μεταβολές σε σύγκριση με την προηγούμενη (EF = 55 %, PAPsyst = 65 – 70% mmHg).

Αξίζει να σημειωθεί ότι πριν τη διενέργεια του TAVI η ασθενής υποβλήθηκε σε στεφανιογραφία, όπως επίσης σε τοποθέτηση stend's σε τρία ανευρύσματα στη μηριαία αρτηρία, λόγος για τον οποίον παρέμεινε κλινήρης για 9 μέρες. Κατά την 9ήμερη υποχρεωτική κατάκλισή της η ασθενής δεν ανέφερε κανένα επεισόδιο δύσπνοιας, κάτι το οποίο εντυπωσίασε τους συγγραφείς και προβλημάτισε τους καρδιολόγους, που ήταν δύσπιστοι στη μέθοδο του βελονισμού. Τελικά η ασθενής υποβλήθηκε σε TAVI χωρίς επιπλοκές.

Συζήτηση

Ο βελονισμός έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας, κυρίως σε συνδυασμό με συμβατικές θεραπείες. Υπάρχουν όμως λίγες τυχαιοποιημένες μελέτες με σημαντικές μεθοδολογικές ατέλειες6 που επικεντρώθηκαν στη διέγερση του acupoint Neiguan (P6) σε ασθενείς που πάσχουν από οξεία ή χρόνια συμφορητική, ή υπερτροφική καρδιομυοπάθεια.

Σε μία από τις πρώτες έρευνες των Shuxia C et al, που διεξήχθη το έτος 19823, μελετήθηκαν ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (n = 16), με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (n = 24) και φυσιολογικά υγιή άτομα ελέγχου (n=12). Εφαρμόστηκε ηλεκτροβελονισμός για 2 λεπτά και ακολούθησε η διατήρηση των βελόνων στη θέση τους για 15 λεπτά. Στην ομάδα της συμφορητικής καρδιομυοπάθειας, ο βελονισμός στο σημείο Neiguan (Pc6) άμφω βελτίωσε τη συσταλτικότητα αριστερής κοιλίας, το Left ventricular outflow diameter, το stroke volume και το cardiac output, ενώ μείωσε τη pulmonary capillary wedgepressure , που μετρήθηκε σε 2 ασθενείς. Αντίθετα στην ομάδα της υπερτροφικής καρδιομυοπάθειας, ο βελονισμός συσχετίστηκε με συνολική επιδείνωση της καρδιακής απόδοσης. Οι αντίθετες οξείες επιδράσεις παρατηρήθηκαν μετά από διέγερση στο Shaofu (HT 8)[3].

Αντίθετα στην έρευνα των Dingjiu H al, ο ηλεκτροβελονισμός στο Neiguan βελτίωσε την χαλάρωση της αριστερής κοιλίας αλλά δεν επηρέασε την συσταλτικότητά της[4].

Καμία μεταβολή στο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλία ή στο peak oxygen uptake καταγράφηκε και στην έρευνα των Arnt V Kristen et al σε 17 σταθερούς ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, New York Heart Association class II–III και ejection fraction <40%. Ωστόσο ο βελονισμός βελτίωσε την ανοχή στην άσκηση των ασθενών[5]. Βελτίωση στην ικανότητα άσκησης, την ποιότητα ζωής και των αιμοδυναμικών παραμέτρων, χωρίς να καταγραφούν ανεπιθύμητες ενέργειες καταγράφηκε επίσης σε πέντε μελέτες σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια[6].

Σε άλλη μελέτη σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, ο βελονισμός βελτίωσε τις αιμοδυναμικές παραμέτρους και μείωσε την παραμονή στη μονάδα Εντατικής Θεραπείας κατά 2,2 ημέρες, όπως επίσης και τον κίνδυνο επανεισόδου στην μονάδα, χωρίς ωστόσο να επηρεάσει την θνησιμότητα[7]. Αντίθετα σε εθνική αναδρομική μελέτη κοόρτης στην Ταϊβαν βρέθηκε ότι η συνδυασμένη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας με την παραδοσιακή κινέζικη Ιατρική (TCM) μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση στους ασθενείς αυτούς και να μειώσει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης[8].

Στην περίπτωσή μας, ο ηλεκτροβελονισμός, σε συνδυασμό με τα βελτιστοποιημένα στάνταρ φάρμακα καρδιακής ανεπάρκειας. βελτίωσε σημαντικά την ανοχή στην άσκηση και την ποιότητα ζωής σε ασθενή με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω στένωσης της αορτικής βαλβίδας, χωρίς ωστόσο να καταγραφεί μεταβολή των υπερηχοκαρδιογραφικών ευρημάτων.

Τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να εξηγηθούν με την καταστολή της υπερδιέγερσης του αυτόνομου συμπαθητικού συστήματος που καταγράφεται κατά τη διάρκεια της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας9.Αυτή η υπεδιέγερση σε συνδυασμό με ανεπαρκή παρασυμπαθητική δραστηριότητα συμβάλλει στην καρδιακή ανεπάρκεια και τον κίνδυνο ξαφνικού θανάτου[9,10].

Πειραματικές μελέτες έδειξαν αναστολή του καρδιακού συμπαθητικού προσαγωγού αντανακλαστικού, αποτελεσματική μείωση της δραστηριότητας του νεφρικού συμπαθητικού νεύρου και μειωμένη αρτηριακή πίεση[9].

Στην εξασθένηση των καρδιαγγειακών αντανακλαστικών ανταποκρίσεων του συμπαθητικού, μετά τη διέγερση του P6, εμπλέκονται ο τοξοειδής πυρήνας, η προσθιοπλάγια αερι – υδραγωγός φαιά ουσία και ο υποθαλαμικός κεφαλικός πρόσθιοπλάγιος μυελός (RVLM), όπως επίσης ανασταλτικοί νευροδιαβιβαστές[10,13]. Η έκλυση νευροδιαβιβαστών και νευροδιαμορφωτών (nociceptin, GABA, ενδορφίνες και εγκεφαλίνες) που δρουν μέσω υποδοχέων μ και δ - οπιοειδών στον RVLM, αναστέλλουν τη συμπαθητική εκροή και την προκύπτουσα καρδιαγγειακή συμπαθητική έκκριση[12,14].

Συμπέρασμα

Η εφαρμογή ηλεκτροβελονισμού σε ασθενή με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια λόγω στένωσης της αορτικής βαλβίδας βελτίωσε θεαματικά την ανοχή στην άσκηση και την ποιότητα ζωής της ασθενούς μέχρι την εφαρμογή της TAVI. Ωστόσο η αποτελεσματικότητα του βελονισμού ως θεραπείας στην συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια παραμένει ασαφής, λόγω έλλειψης σημαντικών τυχαιοποιημένων μελετών. Απαιτούνται περαιτέρω μεγάλες και αυστηρές κλινικές δοκιμές για να διαπιστωθεί η κλινική χρησιμότητα. Το περιστατικό που περιγράψαμε ελπίζουμε να αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω έρευνα.

Summary

Acupuncture in a congestive heart failure patient. Case report

Acupuncture has been used to treat pain and other disorders comprising, arrhythmias, coronary heart disease, and heart failure in combination with conventional treat-

ments. However, there is no clear evidence of its effectiveness due to the lack of consistent scientific evidence.

Purpose
The purpose of the study is to describe the efficacy of acupuncture applied in cases of symptomatic congestive heart failure NYHA III due to aortic valve stenosis.

Material and Method
An 82-year-old woman with limited daily activities due to dyspnoea reports shortness of breath in calmness, especially at night, whereas, significant stress after walking a few meters was also noted. She underwent aortic valve replacement in 2012, re-operated in 2016 and was scheduled for TAVI due to recurrence of the disease. The patient was treated with optimized heart failure medication.
An acupuncture was performed with the help of the Puls Pointer device from Health and Household (Rochester, NY) at both H7, Pc6, Bl 17 and St36 acupuncture points, each one lasting 60 sec. A total of 8 sessions of acupuncture were performed once a week.

Results
Significant improvement in dyspnoea and anxiety were noted during the first session. After 8 sessions, the patient showed significant gait tolerance, up to 200 - 300 meters, without signs of dyspnoea. A follow-up sonographic study, after the 8th session, showed no significant changes compared to her pre-treatment status.

Conclusions
This case implies that acupuncture could potentially improve exercise tolerance in cases of congestive heart failure. Randomised controlled studies need to be conducted in order to elucidate the true value of this method and its efficacy in cases of congestive heart failure.

Keywords: Congestive heart failure, treatment, acupuncture

Βιβλιογραφία

1. Richter A, Herliz J, Hjalmarsson A. Effect of acupuncture in patients with angina pectoris.Eur Heart J. 1991;12:175–178.2.
2 Tam KC, Yiu HH. The effect of acupuncture on essential hypertension. Am J Chin Med. 1975;3:369–375.
3 Shuxia C, Shihong B, Peilun C, et al. Preliminary investigation on theeffect of acupuncture of Neiguan (P.6) and Shaofu (H.8) on cardiacfunction of idiopathic cardiomyopathy.J Tradit Chin Med. 1983;3:113–120.
4 Dingjiu H. Effect of acupuncture on left ventricular size and functionassessed by echocardiography in patients with stable dilated cardiomy-opathy. J Tradit Chin Med. 1985;5:243–245.
5 Arnt KV, Schuhmacher B, Strych K, Lossnitzer D, Friederich HC, Hilbel T, Haass M, Katus HA, Schneider A, Streitberger K, Backs J. Acupuncture improves exercise tolerance of patients with heart failure: a placebo-controlled pilot study. N Engl J Med 2002;346:877–883.
6 Hojung Lee, Tae -Hun Kim Jungtae Leem Acupuncture for heart failure: A systematic review of clinical studies International Journal of Cardiology Volume 222, 1 November 2016, Pages 321-331
7 Xiao QS, Zhang B, Ma MY, Deng MH, Yang YZ. Effect of acupuncture on acute left heart failure by PiCCO technique]. Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. 2014 Feb;34(2):149-52.
8 Tsai MY,Hu WL,Chiang JH,Huang YC,Chen SY,Hung YC,Chen YH7. Improved medical expenditure and survival with integration of traditional Chinese medicine treatment in patients with heart failure: A nationwide population-based cohort study. Oncotarget. 2017 Aug 8;8(52):90465-90476. doi: 10.18632/oncotarget.20063. eCollection 2017 Oct 27.
9 Ma, Luyao, Bai-Ping Cui, Yongfeng Shao, Buqing Ni, Weiran Zhang, Yonggang Luo, and S. Zhang. "Electroacupuncture improves cardiac function and remodeling by inhibition of sympathoexcitation in chronic heart failure rats." American journal of physiology. Heart and circulatory physiology. 15 MAY 2014 https://doi.org/10.1152/ajpheart.00889.2013.
10 Tjen-A-Looi SC, Li P, Longhurst JC. Role of medullary GABA, opioids, and nociceptin in prolonged inhibition of cardiovascular sympathoexcitatory reflexes during electroacupuncture in cats. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2007;293:3627–35
11 Tjen-A-Looi SC, Li P, Longhurst JC. Prolonged inhibition of rostral ventral lateral medullary premotor sympathetic neurons by electroacupuncture in cats. Auton Neurosci 2003;106:119. [PubMed]
12 Tjen-A-Looi SC, Li P, Longhurst JC. Role of medullary GABA, opioids, and nociceptin in prolonged inhibition of cardiovascular sympathoexcitatory reflexes during electroacupuncture in cats. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2007;293:3627–35
13 Napadow V, Dhond RP, Purdon P, et al. Correlating acupuncture FMRI in the human brainstem with heart rate variability. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc 2005;5:4496. [PubMed]
14 Triposkiadis F1, Karayannis G, Giamouzis G, Skoularigis J, Louridas G, Butler J. The sympathetic nervous system in heart failure physiology, pathophysiology, and clinical implications. J Am Coll Cardiol. 2009 Nov 3;54(19):1747-62. doi: 10.1016/j.jacc.2009.05.015.

Ανασκόπηση

Επιλόχεια Κατάθλιψη: Ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της.

Μηνά Χριστίνα[1], Τζιάλλας Δημήτριος[2], ΑλεξιάςΓεώργιος[3], Μάνδυλα-Κουσουνή Μαρία[4]

[1] Νοσηλεύτρια Τ.Ε, MSc, Γ.Ν. Κέρκυρας.
[2] Νοσηλευτής RN, MSc, PhD, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
[3] Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
[4] Δρ. Παιδίατρος –Ιστορικός, Ιατροχειρουργική Εταιρεία Κέρκυρας.

Περίληψη
Εισαγωγή: Η επιλόχεια κατάθλιψη (Postpartumdepression / PPD) είναι μία σύνθετη διαταραχή. Αποτελεί μία από τις ψυχικές νόσους της περιόδου της λοχείας με υψηλή συχνότητα, με την πλειονότητα να εμφανίζει συμπτώματα ήδη από τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου μετά το τοκετό. Ποικίλοι παράγοντες κινδύνου – βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοοικονομικοί - διαπιστώνεται πως συμβάλλουν στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων της, με επακόλουθο την ανάπτυξη πολύπλευρων και μακροχρόνιων επιπτώσεων τόσο για τη νέα μητέρα όσο και για την οικογένεια αυτής συνολικά.

Σκοπός: Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης, σε γυναίκες του νομού Κέρκυρας κατά την περίοδο της λοχείας.

Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας σε χρονικό διάστημα 4 μηνών από Νοέμβριο 2019 έως και Φεβρουάριο 2020. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από δείγμα 102 λεχωίδων 18 έως 42 ετών, οι οποίες νοσηλεύτηκαν κατά την εν λόγω περίοδο. Για τη συλλογή δεδομένων διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν περιλάμβαναν: α) ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δημογραφικών - κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών και μαιευτικού ιστορικού β) την ελληνική έκδοση της Κλίμακας EdinburghPostnatalDepressionScale – EPDS και γ) την κλίμακα Sense of Coherence – SOC. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τις συμμετέχουσες κατά τη περίοδο της λοχείας και συγκεκριμένα κατά τη 2η – 4η ημέρα μετά το τοκετό.

Αποτελέσματα:Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, ανέδειξαν εύρος ανεξάρτητων παραγόντων. Μεταξύ των σημαντικότερων, αναδεικνύεται το μορφωτικό υπόβαθρο της μητέρας, το οποίο βρέθηκε να έχει προστατευτική δράση έναντι της εμφάνισης κα-

Λέξεις κλειδιά:
Επιλόχεια κατάθλιψη, κλίμακα EPDS, κλίμακα SOC, προγνωστικοί παράγοντες, επιλόχεια περίοδος, διαχρονική έρευνα.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Μηνά Χριστίνα, Νοσηλεύτρια
hristinamina@gmail.com

ταθλιπτικής συμπτωματολογίας (p-value=0,002), ιδιαίτερα όταν είναι υψηλό. Επιπλέον η προηγηθείσα άμβλωση (p= 0,021) αλλά και αποβολή (p= 0,036), το οικογενειακό εισόδημα (p= 0,015), η εμφάνιση κάποιου δυσάρεστου γεγονότος (p= 0,023), αλλά και η εμφάνιση γυναικολογικών κατά το παρελθόν όπως και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προβλημάτων (p= 0,037), αποτέλεσαν περεταίρω μεταβλητές που επίσης σχετίστηκαν θετικά, με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, κατά την επιλόχεια περίοδο.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της μελέτης έρχονται να επιβεβαιώσουν την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Η διαχρονική έρευνα αλλά και ο σχεδιασμός δράσεων δύνανται να ανιχνεύσουν επιπλέον παράγοντες κινδύνου με υψηλή προβλεπτική ισχύ. Η λήψη αποτελεσματικότερων μέτρων κρίνεται τόσο αναγκαία όσο και επιβεβλημένη, με σκοπό τη προστασία της νέας μητέρας, από τις μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις που η εν λόγω διαταραχή δημιουργεί.

Εισαγωγή

Η εγκυμοσύνη και κατά συνέπεια ο ερχομός ενός παιδιού φαίνεται πως σε κάποιες περιπτώσεις δεν αποτελεί μόνο ένα χαρμόσυνο και πολυπόθητο γεγονός στη ζωή μιας γυναίκας, καθώς κομβικές αλλαγές παρατηρούνται σε μικρό χρονικό διάστημα σε ποικίλους τομείς της ζωής της. Ουσιαστικά πρόκειται για μια μεταβατική περίοδο, σύμφωνα με πληθώρα μελετών, η οποία σηματοδοτεί την έναρξη μιας διαφορετικής ζωής. Ηαλληλεπίδρασηβιολογικών, κοινωνικών, αλλά και συναισθηματικών αλλαγών,έρχεται να διαταράξει την υπάρχουσα ισορροπία, ταλανίζοντας τη νέα μητέρα και καθιστώντας την ευάλωτη στην εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών, όπως η επιλόχεια κατάθλιψη[1, 2].

Με το εν λόγω φαινόμενο ασχολήθηκε πρώτος ο Ιπποκράτης το 460 π.Χ[3].Η επιλόχεια κατάθλιψη προσδιορίζεται από την εμφάνιση ενός μη-ψυχωτικού καταθλιπτικού επεισοδίου το οποίο ξεκινά μετά το τοκετό, με το 10 έτος να χαρακτηρίζεται γενικότερα ως μια ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδος. Η ένταση των συμπτωμάτων της είναι ιδιαίτερα μεγάλη κατά τη περίοδο της λοχείας, η οποία όμωςσταδιακά φθίνει με το πέρας του χρόνου. Ωστόσο στις σοβαρές μορφές αυτής, απαιτείται ειδική αντιμετώπιση, καθώς η νέα μητέρα καθίσταται ανεπαρκής, τόσο στη φροντίδα του εαυτού της, όσο και του νεογνού της[4].

Τις τελευταίες δεκαετίες η εν λόγω διαταραχήβρίσκεται στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος,καθώς πλήττει σημαντικό μέρος του γυναικείου πληθυσμού, το οποίο σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ανέρχεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20%.5Ταποσοστάαυτήςστη χώρα μας, κυμαίνονται στο 12,4% με το 5% αυτών, να παρουσιάζει μείζονα συμπτώματα[6].

Η αιτιολογία του φαινομένου χαρακτηρίζεται ως πολυπαραγοντική, δεδομένης της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης των βιολογικών, ψυχολογικών, αλλά και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που ενοχοποιούνται ως προς την εμφάνιση της[7]. Ανάμεσα τους ενδεικτικά συγκαταλέγονται: Το επίπεδο άγχους, οι συγκρούσεις με το σύζυγο, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης, η ύπαρξη πιθανής προδιάθεσης σε συνδυασμό με τις ορμονικές αλλαγές της εν λόγω περιόδου, καθώς και πλήθος άλλων καταστάσεων, οι οποίες δημιουργούν πρόσφορο έδαφος ως προς την εμφάνιση της διαταραχής[8]. Παράλληλα σημαντικές συνδέσεις καταδεικνύονταικαι μεταξύ του μορφωτικού9 και οικονομικού υποβάθρουτης μητέρας[10,11] δεδομένης της υποστηρικτικής αυτών δράση, έναντι της εμφάνισης αυξημένων συμπτωμάτων διαταραχής. Ομοίως το βίωμα πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης[12,13,14], η προγραμματισμένη ή μη κύηση αλλά και οι δυσκολίες που τη συνοδεύουν – δυσκολία σύλληψης, ιστορικό αμβλώσεων/αποβολών, χρόνια προβλήματα υγείας[15,16], προβλήματα στο νεογνό[17] αλλά καιπλήθος άλλων παραμέτρων, εμφανίζουν εξίσου μεγάλο κίνδυνο εκδήλωσης, καθώς επηρεάζουν αρνητικά τη γενικότερη εμπειρία του τοκετού.

Η ανά τακτά χρονικά διαστήματα επομένως παρακολούθηση των εγκύων αλλά και των νέων μητέρωνμετέπειτα - από εξειδικευμένο προσωπικό -,κρίνεται καθοριστικής σημασίας, καθώς δύναται να αναδείξει μια πιο σαφή εικόνα για την συναισθηματική αυτών κατάσταση[18]. Ωστόσο ενδιαφέρον είναι να αναφερθεί ότι η έγκαιρη αναγνώριση αλλά και εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης, καθίστανται παράμετροι ιδιαίτερα δύσκολοι, καθώς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που παρακολουθεί την έγκυο δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο. Επιπλέον η διαταραχή υποδιαγνώσκεται, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, μη γνωρίζοντας ότι νοσεί δεν αναζητά βοήθεια, με συνέπεια τη μη έγκαιρη αντιμετώπιση του φαινομένου αλλά και των μακροχρόνιων αρνητικών επιπτώσεων που αυτό συνεπάγεται[19].

Επιπρόσθετες παρεμβάσεις – κύρια για τον ευάλωτο πληθυσμό – ενδεικτικά αναφέρεται η παροχή συναισθηματικής και γενικότερης κοινωνικής υποστήριξης της εγκύου, η ενθάρρυνση από κοινού των νέων γονέων για τη συμμετοχή σε προγράμματα προγεννητικής φροντίδας αλλά και οι τακτικές κατ' οίκον επισκέψεις με σκοπό τη συνεχιζόμενη παρακολούθηση αλλά και υποστήριξη του ζευγαριού – έως και ένα έτος μετά το τοκετό – φαίνονται να δρουν προληπτικά, καθώς δύνανται να μειώσουν τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής[20].

Υλικό - Μέθοδος

Δείγμα - πλαίσιο έρευνας.

Για τη διενέργεια της μελέτης διεξήχθη συγχρονική, ποιοτική, μη παρεμβατική έρευνα, η οποία έλαβε χώρα στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας από το Νοέμβριο 2019 έως και το Φεβρουάριο 2020, καταγράφοντας το σύνολο των τοκετών που πραγματοποιήθηκαν σε χρονικό διάστημα 4 μηνών.

Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε επαφή με το σύνολο των λεχωίδων. Συγκεκριμένα από τις 147 γυναίκες που τεκνοποίησαν στη Μαιευτική/Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου, 102 ανταποκρίθηκαν θετικά ως προς τη συμμετοχή τους στην έρευνα (69,38 % ποσοστό ανταποκρισιμότητας), από τις οποίες εξήχθησαν και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Στο πλαίσιο διεξαγωγής της μελέτηςδιανεμήθηκανερωτηματολόγια, τα οποία τήρησαντόσο τους κανόνες ηθικής όσο και δεοντολογίας, καθώς ήταν ανώνυμα, ενώ η προαιρετική συμμετοχή αποτέλεσε κύριο κριτήριο ένταξης. Επιπλέον ελήφθησαν οι απαιτούμενες άδειες,τόσο από το Επιστημονικό όσο και από το Διοικητικό συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από τρία επιμέρους τμήματα. Πιο συγκεκριμένα,το πρώτο μέροςπεριλαμβάνει 23 ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά / κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των λεχωίδων,καθώς και ερωτήσεις για τον αριθμό και το είδος προηγούμενων τοκετών, ιστορικό αποβολών και στοιχεία από το γυναικολογικό αυτών ιστορικό.

Για την ανίχνευση και μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μετά τον τοκετό, χρησιμοποιήθηκε η ευρέως διαδεδομένη κλίμακα εκτίμησης συμπτωματολογίας επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου/Edinburgh PostnatalDepressionScale - EPDS (Coxetal., 1987).21 Η μετάφραση και στάθμιση της εν λόγω κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από τη Λεονάρδουκαι τους συνεργάτες της (2009)[6]. Το συγκεκριμένο εργαλείο περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με τα συναισθήματα των λεχωίδων κατά τις τελευταίες 7 ημέρες μετά τον τοκετό.

Τέλος, το τρίτο μέρος αφορούσε στη κλίμακα αίσθησης συνεκτικότητας / Sense o fCoherence - SOC, δημιουργία τουAntonovsky (1993), η οποία διερευνά την ικανότητα του ατόμου ως προς τη διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων και γεγονότων. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Καράλη και τους συνεργάτες του (2004).22Περιέχει 29 ερωτήματα, ενώ οι δυνατές απαντήσεις αναπτύσσονται σε 7 – βαθμη κλίμακα Likert. Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας με υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

Η υπόθεση που τέθηκε, στη βάση των προαναφερόμενων εργαλείων, αφορά στη διερεύνηση των παραγόντωνπου δύνανται να σχετίζονται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης σε λεχωίδες του νομού Κέρκυρας, κατά την επιλόχεια περίοδο.

Αποτελέσματα

Από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων, προκύπτει ότι το 45,1% των συμμετεχουσών ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ενώ ένας σημαντικός αριθμός αυτών, (39,2%, N=40) απόφοιτοι Λυκείου. Ως προς το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα οι 35 εκ των 102 λεχωίδων (34,3%) λάμβαναν εισόδημα μεταξύ 18.001 – 24.000 ευρώ και οι 12 πάνω από 24.001 ευρώ ετησίως (11,8%).

Σύμφωνα με τις πληροφορίες από το Μαιευτικό/Γυναικολογικό αυτών ιστορικό, το 32,4% (N=33) δήλωσε ότι είχε κάποια αποβολή κατά το παρελθόν, ενώ το 13,7 (N=14) είχε πραγματοποιήσει άμβλωση. Επιπρόσθετα η πλειονότητα 80,4% (N=82) ανέφερε πως δεν είχε κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα στο παρελθόν, εν αντιθέσει με το 19,6% (N=20) που δήλωσε ότι είχε. Σχετικά με της πληροφορίες που αφορούσαν την παρούσα κύηση και το τοκετό, το 62,7% (N=64) ανέφερε ότι είχε μείνει έγκυος προγραμματισμένα, καθώς και ότι δεν αντιμετώπισε κάποιο πρόβλημα στη παρούσα κύηση (ποσοστό 82,4%, N=84). Ομοίως στις περισσότερες εξ αυτών δε συνέβη κάποιο δυσάρεστο γεγονός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (68,6%, N=70). Ωστόσο από τις 32 λεχωίδες που ανέφεραν ότι κάτι δυσάρεστο τους συνέβη, το 10,8% ανέφερε θάνατο/αρρώστια αγαπημένου προσώπου, οικονομικά προβλήματα (5,9%, N=6), ενώ σε μικρότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν προβλήματα υγείας (4,9%), οικονομικά προβλήματα (2,9%) και διαζύγιο (2%) .

Κατά τη φάση της μέτρησης - 2η έως 4η ημέρα μετά το τοκετό,με βάση τις απαντήσεις που δόθηκαν στις κλίμακες Epds/Soc- καταδεικνύονται συγκεκριμένες μεταβλητές όπως: το μορφωτικό υπόβαθρο της μητέρας, το οικογενειακό αυτής εισόδημα, η προηγηθείσα αποβολή/άμβλωση, η παρουσία κάποιου δυσάρεστου γεγονότος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και η παρουσία γυναικολογικών κατά το παρελθόν όπως και κατά τη παρούσα κύηση προβλημάτων,οι οποίοι αναγνωρίζονται ως ανεξάρτητοι παράγοντες, καθώς επηρεάζουν με σημαντικές συσχετίσεις, τις τιμές της κατάθλιψης, την εν λόγω περίοδο (πίνακας 1).

Ειδικότερα, στη βάση των αποτελεσμάτων της ανάλυσης, παρατηρήθηκε αρνητική επίδραση μεταξύ 2 μεταβλητών και επιπέδων κατάθλιψης. Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 2),όσο περισσότερο αυξάνεται το μορφωτικό υπόβαθρο της μητέρας, τόσο μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης της

Dependent Variable: EPDS

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p- value
Corrected Model	1054,27	10	105,427	5,578	,000
Intercept	778,082	1	778,082	41,168	,000
Σπουδές	237,155	3	79,052	4,183	,008
Πώς μείνατε έγκυος;	25,359	1	25,359	1,342	,250
Είχατε ποτέ κάποια αποβολή;	85,285	1	85,285	4,512	,036
Έχετε κάνει ποτέ κάποια έκτρωση;	103,882	1	103,882	5,496	,021
Είχατε προβλήματα στην παρούσα εγκυμοσύνη;	22,952	1	22,952	1,214	,273
Σας συνέβη κάποιο δυσάρεστο γεγονός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;	101,005	1	101,005	5,344	,023
Πλήθος άλλων παιδιών	53,159	1	53,159	2,813	,097
Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος;	11,521	1	11,521	,610	,437
Error	1719,895	91	18,900		
Total	12637,000	102			
Corrected Total	2774,167	101			

Πίνακας 1.
Ανάλυση συνάφειας μεταξύ διάφορων ανεξάρτητων παραγόντων με την επιλόχεια κατάθλιψη.

Dependent Variable: EPDS

Σπουδές	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Γυμνάσιο	18,441[a]	3,159	12,166	24,716
Λύκειο	14,321[a]	1,023	12,288	16,354
ΑΕΙ/ΤΕΙ	11,418[a]	,967	9,497	13,338
MSc	11,814[a]	1,576	8,683	14,944

Πίνακας 2.
Μορφωτικό επίπεδο μητέρων.

Dependent Variable: SOC

Οικογενειακό Εισόδημα (Ετήσιο)	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
Ως 3000 €	4,138	,511	3,123	5,153
3001 - 6000 €	3,985	,275	3,438	4,531
6001-9000 €	4,450	,213	4,026	4,873
9000 –12000 €	4,069	,224	3,623	4,515
12001-18000 €	3,679	,200	3,282	4,076
18001-24000 €	4,230	,159	3,915	4,546
Πάνω από 24001 €	4,510	,245	4,023	4,998

Πίνακας 3.
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.

διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, οι μητέρες απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα διαταραχής, εν συγκρίσει με τις λεχωίδες που ήταν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ή ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Ομοίως διαπιστώθηκε και για τις μητέρες που είχαν οικογενειακό εισόδημα από 12.000 – 18.000€ έναντι εκείνων με οικονομικές απολαβές άνω των 24.000€ (Πίνακας 3).

Οσον αφορά το ιστορικό αμβλώσεων/αποβολών αλλά και την εμφάνιση προβλημάτων κατά τη διάρκεια της παρούσας κύηση, τα ευρήματα έδειξαν υψηλή θετική συσχέτιση με τις τιμές της επιλόχειας κατάθλιψης. Ειδικότερα όπως διαπιστώθηκε, στατιστικά σημαντική ήταν η σχέση μεταξύ των δεικτών της διαταραχής και εάν είχε προηγηθεί κατά το παρελθόν αποβολήή έκτρωση. Ομοίως και στις δύο περιπτώσεις οι μητέρες του δείγματος που απάντησαν «ναι» εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Παράλληλα το ίδιο διαπιστώνεται και για την εμφάνιση γυναικολογικών κατά το παρελθόν προβλημάτων,του τρόπου με τον οποίο έμεινε έγκυος η γυναίκα - καθώς οι λεχωίδες που δεν είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη τους είχαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα κατάθλιψης - αλλά και με την ύπαρξη τυχόν προβλημάτων στην παρούσα εγκυμοσύνη. Ομοίως το βίωμα στρεσογόνων καταστάσεων κατά τη διάρκεια της κύησης, συνδέθηκε με σημαντική θετική συσχέτιση με τα επίπεδα κατάθλιψης, καθώς όλες ανεξαρτήτως οι δυσάρεστες καταστάσεις οδήγησαν σε υψηλότερες τιμές αυτής.

Τα αποτελέσματα παρατίθενται στη συνέχεια στους πίνακες 4 & 5.

		SOC Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p- value
Είχατε ποτέ κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα στο παρελθόν;	Ναι	4,34	,61	0,020
	Όχι	4,80	,80	
Συγκεκριμένα;	Τίποτα	4,80	,80	0,191
	Ενδομητρίωση	4,00	,39	
	Πολυκυστικές ωοθήκες	4,60	,33	
	Πολύποδας Τραχήλου	4,25	,73	
	Πολύποδας Ενδομητρίου	4,78	,93	
	Ινομύωμα	3,95	,32	
	Διαταραχές εμμήνου ρύσεως	4,86	.	
Παίρνετε κάποια φάρμακα αυτή την περίοδο;	Ναι	4,74	,48	0,879
	Όχι	4,70	,81	
Συγκεκριμένα;	Τίποτα	4,70	,81	0,973
	Σίδηρος	4,67	,56	
	Βιταμίνες	4,41	.	
	Φάρμακα παθήσεων θυρεοειδούς	4,98	,47	
Πώς μείνατε έγκυος;	Τυχαία	4,38	,77	0,001
	Προγραμματισμένα	4,90	,73	
Είχατε προβλήματα στην παρούσα εγκυμοσύνη;	Ναι	4,34	,47	0,003
	Όχι	4,79	,82	

Πίνακας 4.
Πληροφορίες από το Μαιευτικό/γυναικολογικό ιστορικό.

		EPDS Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Σας συνέβη κάποιο δυσάρεστο γεγονός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;	Ναι	12,56	4,57	0,000
	Όχι	8,59	5,08	
Συγκεκριμένα;	Όχι	8,59	4,96	0,001
	Διαζύγιο	13,00	8,49	
	Θάνατος/ Αρρώστια κοντινού προσώπου	11,82	2,23	
	Οικονομικά Προβλήματα	13,67	5,28	
	Οικογενειακά Προβλήματα	17,67	2,31	
	Προβλήματα Υγείας	13,60	6,23	
Διάρκεια κύησης	36-40 εβδομάδες	9,59	5,42	0,470
	Παράταση (>40 εβδομάδων)	11,78	3,03	
	Πρόωρος (<36 εβδομάδων)	10,50	5,09	
Τοκετός	Καισαρική Τομή	9,24	5,93	0,192
	Φυσιολογικός	10,61	4,09	
Προβλήματα στο νεογνό	Ναι	9,33	5,24	0,801
	Όχι	9,89	5,29	

Πίνακας 5.
Πληροφορίες που αφορούν την παρούσα κύηση.

Correlations

		Ηλικία	Πλήθος άλλων παιδιών	Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος;
EPDS	Pearson Correlation	-,045	,232	,243
	Sig. (2-tailed)	,653	,019	,014
	N	102	102	102
SOC	Pearson Correlation	,157	-,063	-,117
	Sig. (2-tailed)	,114	,526	,242
	N	102	102	102

Πίνακας 6.
Ανάλυση συνάφειας μεταξύ των κλιμάκων Epds/sockαι της ηλικίας της μητέρα, του πλήθους των τέκνων και των τόκων αυτής.

Τέλος, στη βάση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, η παράμετρος της ηλικίας δεν σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τους δείκτες της διαταραχής, αποκλείοντας ωστόσο σημαντικό μέρος νεότερης ηλικίας, καθώς η μέση ηλικία των συμμετεχουσών ήταν τα 32,66 έτη. Αντιθέτως με το πλήθος των τέκνων αλλά και των τοκετών, καθώς όπως παρατηρείται στον παρακάτω πίνακα, όσο μεγαλύτερο ήταν το πλήθος αυτών, τόσο αυξήθηκε και η κατάθλιψη.

Συμπερασματικά η διερεύνηση επιπλέον παραγόντων κρίνεται καθοριστικής σημασίας, καθώς αφενός μεν δύναται να δώσει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους που συνδέονται με την εκδήλωση της διαταραχής αφετέρου δε, δύναται να θωρακίσει τη νέα μητέρα απέναντι στις δυσμενείς επιπτώσεις που η εν λόγω διαταραχή δημιουργεί.

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ διάφορων παραγόντων που δύνανται να σχετίζονται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης, σε λεχωίδες του νομού Κέρκυρας.

Ανάλογα τα ευρήματα της φάνηκε να συμβαδίζουν με πορίσματα προηγούμενων ερευνών, στη βάση των οποίων τα επίπεδα της κατάθλιψης μεταβλήθηκαν από την παρουσία συγκεκριμένων παραμέτρων. Ειδικότερα ισχυρή στατιστική σημαντικότητα παρατηρήθηκε μεταξύ της προηγηθείσας άμβλωσης/αποβολής και γυναικολογικών και άλλων κατά τη διάρκεια της κύησης προβλημάτων. Ομοίως οι ως άνω μεταβλητές, συνδέθηκανμε αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία μετά το τοκετό και στην έρευνα του Blom και των συνεργατών του[16].

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της συνηγορούν ως προς την υποστηρικτική του μορφωτικού επιπέδου δράση. Επ' αυτού οι λεχωίδες με υψηλότερο μορφωτικό υπόβαθρο παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, εύρημα το οποίο παρατηρήθηκε και σε ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία[9]. Παράλληλα παρόμοιες συνδέσεις παρατηρήθηκανκαι για τις ετήσιες οικονομικές απολαβές, - όπως υποστηρίζουν επίσης οιEconomouetal[10] και οι Leigh & Milgrom[11], στις έρευνες τους - δεδομένης της σύνδεσης που υπήρξε μεταξύ των οικονομικών δυσχερειώνκαι της ανεργίας με την αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ομοίως οι δείκτες κατάθλιψης επηρεάστηκαν και από την παρουσία στρεσογόνων καταστάσεων στη ζωή της μητέρας. Η βίωση δυσάρεστων και πιεστικών καταστάσεωντην εν λόγω περίοδο, όπως ο θάνατος, η ασθένεια, ο χωρισμός κ.α οδήγησαν σε υψηλότερες τιμές κατάθλιψης σύμφωνα με τους Robersonetal[12] και O' Hara & Swain[13]. Παράλληλα το προαναφερθέν εύρημα επιβεβαιώθηκε και από έρευνα που διεξήχθη στη χώρα μας από τους Gonidakisetal[14] σε δείγμα 402 Ελληνίδων. Ωστόσο τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η εμφάνιση προβλημάτων στο νεογνό δεν επηρέασε τους δείκτες της επιλόχειας κατάθλιψης. Η εν λόγω παράμετρος έρχεται σε διάσταση με προηγούμενες μελέτες,[16,17] στη βάση των οποίων η συναισθηματική κατάσταση της μητέρας επιβαρύνεται σημαντικά. Σχετικά με την εν λόγω διαπίστωση, ο μικρός αριθμός αλλά και η σύνθεση του δείγματος δύνανται να μην είναι ικανοποιητικά προκειμένου να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα για τη συγκεκριμένη υπόθεση.

Εν κατακλείδι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, έρχονται να επιβεβαιώσουν την υπάρχουσα βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία ηανάγκη για περεταίρω έρευνα ως προς την ανεύρεση επιπλέον παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την διαταραχή, κρίνεται τόσο αναγκαία όσο και επιβεβλημένη. Επ' αυτού ο σχεδιασμός αποτελεσματικότερων δράσεων με στόχο την πρόληψηαλλά και την πρώιμη παρέμβαση για τον έγκαιρο εντοπισμό αλλά και την υποστήριξη των γυναικών υψηλού κινδύνου αποτελεί άμεση προτεραιότητα. Η ανάπτυξη προγραμμάτων ολοκληρωμένης φροντίδας με σκοπό την ενημέρωση και υποστήριξη των νέων γονέων, οι τακτικές κατ' οίκον επισκέψεις από εξειδικευμένο προσωπικό αλλά και η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, συνιστούν μέσα που μπορούν να μετριάσουν αλλά και να περιορίσουν σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής. Η προστασία της νέας μητέρας κρίνεται καθοριστικής σημασίας, προκειμένουνα βοηθηθείκαινα ανταπεξέλθει όσο το δυνατόν καλύτερα στο μητρικό της ρόλο.

Summary

«Postpartumdepression: Highlighting the factors associated with its occurrence».

Introduction: Postpartum depression (PPD) is a complex disorder. It is one of the most common mental illnesses in the period of puerperium, with the majority of new mothers showing symptoms as early as the first trimester after childbirth. It has been found that various risk factors–biological,psychological, socio-economic - contribute to the development of its symptoms, with the consequent development of multifaceted and long-term effects for both the new mother and her family as a whole.

Purpose: The aim of this study is to investigate the risk factors associated with the occurrence of postpartum depression in women in the Prefecture of Corfu during theperiodof puerperium.

Method: The research was carried out at the General Hospital of Corfu in a period of 4 monthsfrom November 2019 to February 2020. The study population consists of a sample of 102 women aged 18 to 42 years who have recently given birth. A questionnaire with closed-ended and open-ended questions was distributed for data collection. The tools used included: a) a questionnaire for the collection of demographic – socio-economic characteristics and obstetric history b) the Greek version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS and c) the Sense of Coherence-SOC scale. The questionnaires were completed by the participants during the period of puerperium and specifically on the 2nd - 4th day after the childbirth.

Results: The findings of this study —after a series of statistical tests— showed a range of independent prognostic factors. Among the most important is the mother's educational background which found to have a protective effect against the occurrence of depressive symptoms (p-value=0.002),especially at higher levels. In addition, previous abortion(p=0.021),miscarriage(p=0.036), family income(p=0.015), the occurrence of an unpleasant event(p=0.023), but also the occurrence of gynecological problems in the past as well as during pregnancy(p=0.037), were further variables that were also positively related in a particularly important way to this disorder after childbirth.

Conclusions: The findingshave once again shown the existing bibliography. Longitudinal research and action planning can detect additional risk factors with strong predictive power. Taking more effective measures is considered both necessary and required, in order to protect the new mother, from the long-term negative effects that this disorder creates.

Keywords: Postpartum depression, EPDS scale, SOC scale, prognostic factors, period of puerperium, longitudinal research.

Βιβλιογραφία

1. Raphael-Leff, J. (2001). Pregnancy: The inside story. Karnac Books.
2. Brockington, I. (2005). A Historical Perspective on the Psychiatry of Motherhood. Στο S. M. Riecher - Rössler A, Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders. From Bench to Bedside. (Τόμ. Bibliotheca Psychiatrica). Karger.
3. Gilbert, P. (1999). Ξεπερνώντας την κατάθλιψη. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
4. Howard, L. (2005). Postnatal Depression. Clinical Evidence, 14: 1764-1775.
5. Poçan, A. G., Aki, Ö. E., Parlakgümüs, A. H., Gerekliogˇlu, Ç., Dolgun, A. B. (2013). The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 46(2): 179-194.
6. Leonardou, A. A., Zervas, Y. M., Papageorgiou, C. C., Marks, M. N., Tsartsara, E. C., Antsaklis, A., Christodoulou, G. N. Soldatos, C. R. (2009). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. Journal of reproductive and infant psychology, 27 (1): 28, 39.
7. Hanley, J. (2009). Perinatal Mental Health. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
8. Eby, L., Brown, N., (2010). Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία. 2η Εκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός.
9. Davis, S., Cross, J., Lind, B. K. (2008). Exploring the Postpartum Adjustment Questionnaire as a Predictor of Postpartum Depression Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing, 37: 622-630.

10. Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. Journal of affective disorders, 145(3), 308-314.
11. Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. Biomedcentral Psychiatry, 8, 24.
12. Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. General Hospital Psychiatry, 26(4): 289-295.
13. O' Hara, M. W., Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartumdepression–a met analysis. International review of Psychiatry, 8(1), 37-54.
14. Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., Christodoulou, G. N. (2007). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. Comprehensive Psychiatry, 49 (3): 275-282.
15. Ferreira, C. R., Orsini, M. C., Vieira, C. R., do AmarantePaffaro, A. M., Silva, R. R. (2015). Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester. Arch GynecolObstet, 291(5): 999-1003.
16. Blom, E. A., Jansen, P. W., Verhulst, F. C., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V. W., Tiemeier, H. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. BJOG, 117(11): 1390-1398.
17. Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M. (2006). Risk factors and stress variables that differentiate depressed from no depressed pregnant women. Infant Behavior & Development. 29: 169-174.
18. Buist, A. E., Barnett, B. E., Milgrom, J., Pope, S., Condon, J. T., Ellwood, D. A., Hayes, B. A. (2002). To screen or not to screen-that is the question in perinatal depression. Medical Journal of Australia, 177 (7), S 101.
19. Boyce, P., Stubbs, J., Todd, A. (1993). The Edinburgh postnatal depression scale: validation for an Australian sample. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 27(3): 472-476.
20. Dennis, C. E. (2004). Preventing postpartum depression Part II: A critical review of nonbiological interventions. Canadian Journal of Psychiatry, 49 (8): 526–538.
21. Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786.
22. Καράλης, Ι., Langius, A., Τσιρογιάννη, Μ.,Faresjö, T., Nettelblabt, P., Λιονής, Χ. (2004). Η μετάφραση – στάθμιση της κλίμακας «αίσθησης συνεκτικότητας» (senseofcoherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 21(2):195-203.

Εισήγηση

Η σχέση της αυτοσυμπόνιας με την ευεξία με απώτερο σκοπό την ευδόκιμη γήρανση

Βασιλική Καραδήμα

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα "Διαχείρηση Γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων", Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Περίληψη: Συμπόνια είναι η ευαισθησία για τον πόνο του άλλου με συνοδό επιθυμία ανάληψης δράσης για την ανακούφισή του. Η αυτοσυμπόνια αναφέρεται στην ύπαρξη θετικών συναισθημάτων προς τον εαυτό σε περίπτωση δυσάρεστης κατάστασης. Στην παρούσα εργασία αναζητήθηκε η σχέση αυτοσυμπόνιας και ευεξίας. Φαίνεται ότι η αυτοσυμπόνια βοηθά τα άτομα να αντιμετωπίσουν δυσάρεστες καταστάσεις. Συμβάλλει στην ψυχική υγεία, αλλά και στη συμφιλίωση του ατόμου με σωματικά προβλήματα. Τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας μεταβάλλονται με το χρόνο, όμως φαίνεται ότι είναι υψηλότερα στους ηλικιωμένους. Τέλος, η αυτοσυμπόνια μπορεί να διδαχθεί μέσω οργανωμένων δράσεων.

Λέξεις κλειδιά:
αυτοσυμπόνια, ευεξία, φροντίδα, ηλικιωμένοι, γήρανση

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Βασιλική Καραδήμα, Λαρίσης 75, ΤΚ 11524, Αθήνα
e-mail: vas.karad1@gmail.com

Εισαγωγή

Η συμπόνια είναι μια από τις πρωταρχικές αξίες της κοινωνίας. Η σημασία της αναδεικνύεται ιδιαίτερα στη θρησκεία, την εργασία, την εκπαίδευση και τη δικαιοσύνη, ενώ δεν θα μπορούσε να λείπει από το χώρο της υγείας. Η συμπόνια θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την ευημερία μιας κοινωνίας[1].

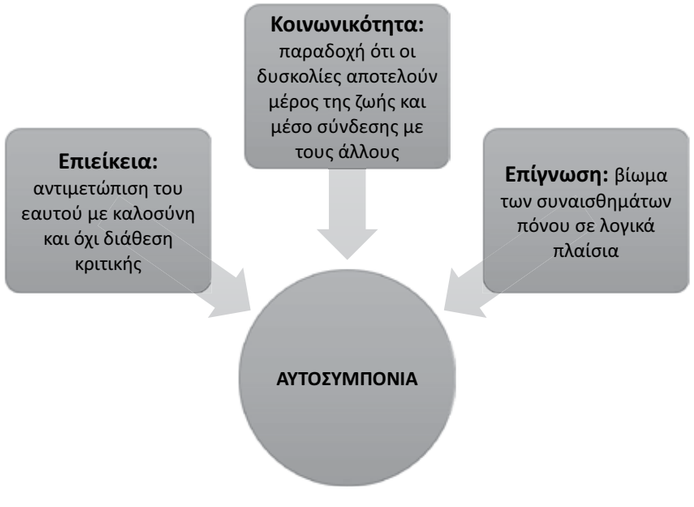
Η συμπόνια ορίζεται αδρά ως η ευαισθησία προς τον πόνο του άλλου, που συνοδεύεται από έντονη επιθυμία ανάληψης δράσης για την ανακούφισή του[2]. Πιο αναλυτικά, η συμπόνια ακολουθεί τρία βήματα: ανίχνευση της ανάγκης, εκδήλωση ενσυναίσθησης και ανάληψη δράσης[1]. Υπογραμμίζεται ότι συμπόνια δύναται να νοιώσει κανείς όχι μόνο για γνωστά του άτομα, αλλά και για αγνώστους[1].

Γενικά, όμως, υπάρχει ασυμφωνία ως προς τον ακριβή ορισμό της συμπόνιας. Μέχρι σήμερα ο προσδιορισμός της έννοιας της συμπόνιας γίνεται πολλές φορές περιγραφικά με βάση τη βιβλιογραφία και εμπειρικά δεδομένα. Στην εικόνα 1 απεικονίζεται μια αναλυτική περιγραφή που προσεγγίζει επιτυχώς τον όρο[1].

Εικόνα 1.
Σχηματική αναπαράσταση του ορισμού της συμπόνιας.

Η εισαγωγή του όρου αυτοσυμπόνια είναι πρόσφατη στην ψυχολογία[3]. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι αναφέρεται στην ύπαρξη θετικών συναισθημάτων προς τον εαυτό όταν το άτομο αντιμετωπίζει μια δυσάρεστη κατάσταση[4]. Επιπλέον, σε αυτή την περίπτωση, το άτομο αντέχει τα επώδυνα συναισθήματα και επιδιώκει σύνδεση με άλλα άτομα[3].

Η αυτοσυμπόνιασυνίσταται από την επιείκεια, την κοινωνικότητα και την επίγνωση, στοιχεία που περιγράφονται καλύτερα στην εικόνα 2[4].



Εικόνα 1.
Σχηματική αναπαράσταση του ορισμού της αυτοσυμπόνιας.

Για τον προσδιορισμό των επιπέδων αυτοσυμπόνιας χρησιμοποιείται η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης στην πλήρη και τη συντομευμένη μορφή της. Η αξιοπιστία της Κλίμακας έχει αξιολογηθεί θετικά σε νεότερα άτομα, ιδίως όταν εφαρμόζεται η πλήρης μορφή. Αντίθετα, τα δεδομένα για μεγαλύτερες ηλικίες είναι ελλειπή. Πρόσφατη Σουηδική μελέτη εφάρμοσε την Κλίμακα σε δείγμα υπερηλίκων, όμως υπάρχει ανάγκη επαλήθευσης των αποτελεσμάτων από μελλοντικές μελέτες[3].

Η ευεξία των ηλικιωμένων είναι ένα θέμα που σπάνια συζητείται. Και αυτό επειδή δίνεται προτεραιότητα στα σωματικά προβλήματα, καθώς θεωρούνται πιο ουσιώδη. Η ψυχολογική κατάσταση παραβλέπεται, αφού κυριαρχεί η αντίληψη ότι η είσοδος στην τρίτη ηλικία συνεπάγεται με απόσυρση από τις χαρές της ζωής. Απεναντίας, η ευεξία συντελεί σε καλύτερη ποιότητα ζωής και ευδόκιμη γήρανση.

Αυτοσυμπόνια και ευεξία

Η σχέση της αυτοσυμπόνιας με την ευεξία έχει απασχολήσει από παλιά τους ερευνητές. Ήδη από το 2012, οι Allen και συν ασχολήθηκαν με το θέμα. Πραγματοποιήθηκε έρευνα μέσω ερωτηματολογίων σε δυο ομάδες ηλικιωμένων. Στην πρώτη ομάδα εξετάστηκε η αλληλεπίδραση αυτοσυμπόνιας, σωματικής υγείας και ευεξίας. Όπως ήταν αναμενόμενο, προέκυψαν συσχετίσεις μεταξύ των τριών μεγεθών. Η αυτοσυμπόνια συνδέεται ισχυρά με ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως η γενική κατάσταση της υγείας, η συναισθηματική σταθερότητα, η ικανοποίηση από τη ζωή και η κοινωνικότητα. Ωστόσο, υπάρχει ασθενής συσχέτιση με τη σωματική υγεία, ενώ η σχέση της αυτοσυμπόνιας με το σωματικό πόνο ήταν αρνητική. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η ευεργετική δράση της αυτοσυμπόνιας ήταν μεγαλύτερη σε όσους αντιμετώπιζαν δυσάρεστες καταστάσεις στη ζωή τους[5].

Εδώ, πρέπει να διευκρινιστεί ότι με τον όρο δυσάρεστες καταστάσεις υποδηλώνονται κυρίως προβλήματα που σχετίζονται με το γήρας. Η συνταξιοδότηση, η χηρεία, το διαζύγιο, η αυξημένη νοσηρότητα και η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών είναι πρωτόγνωρα για τους ηλικιωμένους και αποτελούν παράγοντα αποσταθεροποίησης[5-7]. Επιπρόσθετα, δεν εντοπίζονται διαφορές στην πιθανότητα να βιώσουν οι ηλικιωμένοι κάποιο δυσάρεστο γεγονός. Η διαφορά εστιάζεται στον τρόπο που το εκλαμβάνουν και το χειρίζονται[6].

Η μελέτη του θέματος συνεχίστηκε από 2 μέλη της ίδιας ερευνητικής ομάδας. Αυτή τη φορά, εξετάστηκε η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων απέναντι σε διάφορα προβλήματα αναλόγως με το βαθμό αυτοσυμπόνιας που χαρακτήριζε τον καθένα. Όσοι χαρακτηρίζονταν από υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας, ανέφεραν περισσότερες θετικές σκέψεις σχετικά με τη γήρανση και τυχόν δυσάρεστες συνοδές καταστάσεις[6].

Αυτοσυμπόνια και ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία αποτελεί μια ακόμα βασική προϋπόθεση για την ευεξία. Πρόσφατα, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ψυχικής υγείας σε Κορεάτες άνω των 65 ετών. Αρχικά, προσδιορίστηκαν τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, κατάθλιψης και άγχους. Εκτιμήθηκε ακόμη η ποιότητα ύπνου, η ικανοποίηση από τη ζωή και η λειτουργικότητα. Ο προσδιορισμός της λειτουργικότητας συνίσταται σε εκτίμηση της κινητικότητας, της ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης, του πόνου και των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης. Για τη μέτρηση των υπό μελέτη μεγεθών χρησιμοποιήθηκαν κοινά αποδεκτές κλίμακες[4].

Μετά από στατιστική ανάλυση των δεδομένων, διαπιστώθηκε συσχέτιση της αυτοσυμπόνιας με όλα τα χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν, καθώς και των επιμέρους χαρακτηριστικών μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, η χαμηλή αυτοσυμπόνια σχετίζεται με κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές ύπνου και επηρεασμένη λειτουργικότητα. Η υψηλή αυτοεκτίμηση συνδέθηκε μόνο με την ικανοποίηση από τη ζωή και την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης[4].

Την ίδια χρονιά, δημοσιεύθηκε ανασκόπηση των Brownκαι συν. βασισμένη σε 11 άρθρα που είχαν ως αντικείμενο μελέτης ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Όπως και στην Κορεάτικη μελέτη, η αυτοσυμπόνια συσχετίστηκε αρνητικά με τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους και θετικά με την ευεξία. Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η ένδειξη ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας τείνουν να υποβιβάζουν τη σημασία των σωματικών συμπτωμάτων που βιώνουν λόγω ασθένειας. Έτσι, η ψυχολογική επιβάρυνση ως απότοκο της συννοσηρότητας ελαχιστοποιείται, γεγονός που έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχολογική κατάσταση[8].

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Phillipskαι συν. σε έρευνα που διενεργήθηκε στην Αυστραλία σε 185 άτομα από 65 έως 92 ετών. Η αυτοσυμπόνια συνδέεται τόσο με την υποκειμενική όσο και με την ψυχολογική ευεξία. Η υποκειμενική ευεξία αναφέρεται στη χαρά και την ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ η ψυχολογική ευεξία στην αυτοεκπλήρωση. Μάλιστα, η σχέση ήταν ανεξάρτητη από την ηλικία, την οικονομική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και την υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας[7].

Αυτοσυμπόνια και λειτουργικότητα

Η επίγνωση της μειωμένης λειτουργικότητας είναι ένα ακόμη ζήτημα που αναδείχθηκε. Στη δεύτερη ομάδα μελέτης των Allenκαι συν. το 2012, εξετάστηκε εάν τα άτομα με υψηλή αυτοσυμπόνια είναι πιο δεκτικά στη χρήση βοηθητικών συσκευών, όπως αναπηρικά αμαξίδια ή ακουστικά βαρηκοΐας. Προέκυψε ότι η απόφαση εξαρτάται από το είδος της συσκευής, αν και όσοι χαρακτηρίζονται από αυτοσυμπόνια τείνουν να αναγνωρίζουν τα όρια των δυνατοτήτων τους και να δέχονται βοήθεια χωρίς να θεωρούν απαραίτητα ότι θα στιγματιστούν. Αυτό συντελεί στη βελτίωση της γενικής τους κατάστασης και λειτουργικότητας και εν τέλει στην ευεξία[5].

Μεταβολές στην αυτοσυμπόνια

Ένα άλλο ερώτημα που απασχόλησε πολλές ερευνητικές ομάδες ήταν η μεταβλητότητα της αυτοσυμπόνιας. Μετά από σύγκριση διαφορετικών ηλικιακών ομάδων υπάρχουν ενδείξεις ότι τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των ηλικιωμένων υπερβαίνουν αυτά των νεότερων ατόμων. Στη μελέτη των Phillipsκαι συν δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στο φάσμα 65-92 ετών[7]. Αντίθετα, στο δείγμα των Κορεατών ηλικιωμένων που προαναφέρθηκε, παρατηρήθηκε τάση μείωσης της αυτοσυμπόνιας με την πάροδο της ηλικίας μετά τα 65 έτη[4].

Είναι ακόμη, άξιο λόγου ότι ο βαθμός αυτοσυμπόνιας δεν είναι σταθερός για κάθε άτομο, αλλά μπορεί να μεταβληθεί σε βάθος χρόνου[6]. Παρ' όλα αυτά, δεν ανιχνεύτηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτοσυμπόνιας και φύλου[4].

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι η ανάπτυξη της αυτοσυμπόνιας εκτός από θέμα ιδιοσυγκρασίας είναι και θέμα εκπαίδευσης. Η διαπίστωση της στενής συσχέτισης της αυτοσυμπόνιας με την ευεξία θα μπορούσε να αποτελέσει το έναυσμα, ώστε η επιστήμη της γηριατρικής να δώσει έμφαση στην προσέγγιση προβλημάτων μέσω των αρχών της αυτοσυμπόνιας. Για αυτό το λόγο, συστήνεται η παροχή στοχευμένης υποστήριξης στους ηλικιωμένους, ώστε να αναπτύσσουν το αίσθημα αυτοσυμπόνιας και να αντιμετωπίζουν τα επώδυνα γεγονότα της ζωής με μεγαλύτερη επιτυχία[4,6]. Αυτό απαιτεί οργάνωση προγραμμάτων εκπαίδευσης για επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι με τη σειρά τους θα μεταφέρουν τη γνώση στους ηλικιωμένους[6].

Συμπεράσματα

Η αυτοσυμπόνια είναι ανεκτίμητη στάση ζωής, ιδιαίτερα για την τρίτη ηλικία. Όσοι έχουν υψηλή αυτοσυμπόνια αντιμετωπίζουν τη ζωή και τα προβλήματα υγείας με αισιοδοξία. Πρακτικά, τα άτομα αυτά πλεονεκτούν στην αντιμετώπιση δυσάρεστων καταστάσεων της τρίτης ηλικίας και έχουν περισσότερες πιθανότητες θετικής έκβασης. Επίσης, η ψυχική υγεία των ατόμων με υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας είναι σαφώς καλύτερη. Είναι, ακόμη, πιο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια για να ξεπεράσουν τα σωματικά ή ψυχικά τους προβλήματα. Το αποτέλεσμα είναι η επίτευξη ευεξίας, που οδηγεί σε ευδόκιμη γήρανση.

Η αυτοσυμπόνια μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της ζωής και είναι δυνατό να διδαχθεί. Η σημασία προαγωγής της αυτοσυμπόνιας μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων είναι αποδεδειγμένη. Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη φροντίδα ηλικιωμένων είναι οι πλέον κατάλληλοι, ώστε να συντονίζουν τέτοιου είδους πρωτοβουλίες. Ο σχεδιασμός κατάλληλων εκπαιδευτικών δράσεων αποτελεί αποφασιστικό βήμα προς την ευεξία.

Summary

The role of self-compassion in elderly care

V. Karadima

Compassion is defined as the sensitivity to the pain of others and it is accompanied by desire to take action in order to relieve it. Self-compassion refers to having positive feelings for oneself while in an unpleasant situation. In this paper, the relationship between self-compassion and well-being is considered. Self-compassion seems to help people in unpleasant situations. Not only it contributes to mental health, but also to the reconciliation of those who suffer from physical problems. Self-compassion levels may vary over time, but they appear to be higher in the elderly. Finally, the main principles of self-compassion can be taught through organised actions.

Key words: self compassion, well-being, care, elderly, aging

Βιβλιογραφία

1. Strauss C, Lever Taylor B, Gu J, Kuyken W, BaerR, Jones F, et al.What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures.Clin Psychol Rev 2016; 47:15-27
2. Perez-BretE, Altisent R, Rocafort J.Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. Int J PalliatNurs 2016; 22:599-606
3. Bratt A, Fagerstrom C.Self-compassion in old age: confirmatory factor analysis of the 6-factor model and the internal consistency of the Self-compassion scale-short form.Aging Ment Health 2019; 29:1-7
4. Kim C, Ko H.The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults.GeriatrNurs 2018;39:623-628
5. Allen AB, Goldwasser ER, Leary MR. Self-Compassion and well-being among olderadults.Self Identity 2012; 11:428-453
6. Allen AB, Leary MR. Self-compassionate responses to aging.Gerontologist 2014; 54:190-200
7. Phillips WJ, Ferguson SJ. Self-compassion: a resource for positive aging.J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2013; 68:529-539
8. Brown L, Huffman JC, Bryant C.Self-compassionate aging: asystematicreview.Gerontologist2019; 16;59:e311-e324

Ιστορικό σημείωμα

Η χειρουργική στην Οφθαλμολογία του 19ο αιώνα στην Ελλάδα

Παπαδόπουλος Γεώργιος[1],
Βλάχος Κωνσταντίνος[2],
Χριστοπούλου Αμαλία[1],
Λένας Αριαν[1],
Τζίμας Πέτρος[1]

1 Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας Ιατρικού τμήματος Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
2 Χειρουργική Κλινική Ιατρικού τμήματος Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Περίληψη: Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσουμε την εξέλιξη των χειρουργικών οφθαλμολογικών επεμβάσεων τον 19ο αιώνα στην Ελλάδα, περίοδο κατά την οποία τέθηκαν τα θεμέλια της σύγχρονης Οφθαλμολογίας

Υλικό και Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία της ιστορικής έρευνας. Αναζητήθηκαν δημοσιεύσεις και άρθρα από την ελληνική βιβλιογραφία και από τα αρχεία της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών που αναφέρονται στο θέμα, όπως επίσης δημοσιεύσεις. σχετικά με την αντιμετώπιση οφθαλμολογικών παθήσεων με χειρουργική επέμβαση από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Η Ιπποκρατική Ιατρική συνεχίζει να κυριαρχεί με βότανα, φλεβοτομίες, βδέλλες και καθαρτικά. Ωστόσο νέες χειρουργικές τεχνικές και φάρμακα εισάγονται στην κλινική πρακτική .
Η πρώτη χειρουργική επέμβαση αφορά την βλεφαροπλαστική που έγινε το 1842. Ακολουθούν δημοσιεύσεις χειρουργικών επεμβάσεων για το τράχωμα, την τριχίαση, το εντρόπιο, τον καταρράκτη, την ιριδεκτομία, τον στραβισμό και άλλες Πρωτεργάτης στην εξέλιξη της Οφθαλμολογίας του 19ου αιώνα και κύριος συγγραφέας στην Ελλάδα, ήταν ο καθηγητής Ανδρέας Αναγνωστάκης, ο οποίος είχε διεθνή αναγνώριση.

Συμπέρασμα: Οι εμπειρίες στην αντιμετώπιση οφθαλμιατρικών νόσων και χειρουργικών επεμβάσεων αυξάνονται και σε συνδυασμό με τις εμπειρίες ξένων Οφθαλμιάτρων που μεταφέρονται στην Ελληνική βιβλιογραφία και τίθενται τα θεμέλια στη σύγχρονη Οφθαλμολογία στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά:
Ιστορία Οφθαλμολογίας, Ιστορία ιατρικής, Οφθαλμολογία Χειρουργική επεμβάσεις.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Παπαδόπουλος Γεώργιος
Καθηγητής Αναισθησιολογίας ,
email: georgios.papadopoulos.dr@gmail.com
Τηλ.: 6942953390

Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, μέσα από την ιστορική έρευνα, να αναδειχθεί η εξέλιξη της Οφθαλμολογίας τον 19ο αιώνα στην Ελλάδα.

Υλικό Μέθοδος

Μελετήθηκαν τα αρχεία της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών (1835- 1900), άρθρα ιατρικών περιοδικών του 19ου αιώνα σχετικά με την αντιμετώπιση Οφθαλμολογικών νόσων, Οφθαλμολογικά εγχειρίδια του 19ου αιώνα, άρθρα από το Pubmed, και άλλες διαδικτυακές πηγές.

Αποτελέσματα

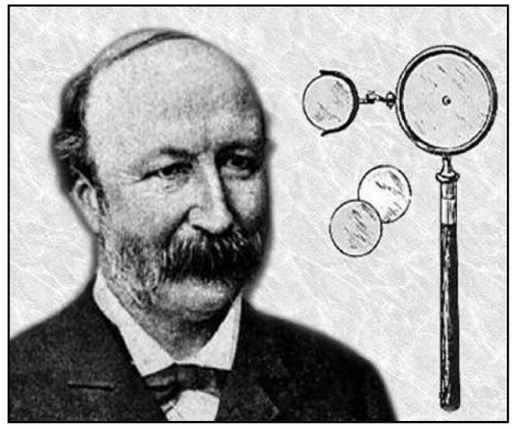
Τον 19ο αιώνα η Ιπποκρατική Ιατρική συνέχιζε να κυριαρχεί, όπως προκύπτει από Ιατρικά βιβλία και δημοσιεύσεις[1,2]. Για την αντιμετώπιση οφθαλμολογικών παθήσεων προτείνονται βότανα σε διάφορα παρασκευάσματα, καθαρισμός εντέρου, φλεβοτομίες ή βδέλλες ή εκδόρια στον αυχένα, στους κροτάφους και σε άλλα σημεία που έχουν περιγραφεί από τον Ιπποκράτη [3,4].

Στις αρχές του 19ου αιώνα τον καταρράκτη αντιμετώπιζε κυρίως μια ομάδα πρακτικών γιατρών, οι Βικογιατροί. Η τεχνική που ακολουθούσαν ήταν η καταβύθιση του φακού με δακτυλική κρούση και με πίεση στο εξωτερικό μέρος της ίριδας με ειδική βελόνα[5]. Ο ασθενής αποκτούσε άμεσα την όρασή του, όμως με τον καιρό ο πλαγιασμένος κρυσταλλοειδής φακός άρχιζε να του μειώνει το οπτικό πεδίο, εμποδίζοντας έτσι την όραση.

Υπάρχει επίσης αναφορά μεγάλου αριθμού ασθενών με καταρράκτη που αντιμετωπίστηκαν μέχρι το 1831 από τον Δ. Πύρρο τον Θετταλό. Η τεχνική που περιγράφει είναι η ακόλουθη «Εμβολή της στρογγυλής λεπτής μύλης στο σκληροειδή χιτώνα, 2 – 3 γραμμές από την κόρη και εισαγωγή αγκυλωτής μήλης από την κόρη με σκοπό να βυθίσει τον καταρράκτη στο υαλώδες υγρό». Μετεγχειρητικά συστήνει 15 μέρες κατάκλιση κατάκλιση , επιθέματα αυγού ψημένα με πνεύμα οίνου[1].

Η νεότερη ιστορία της Οφθαλμολογίας στην Ελλάδα αρχίζει μετά την απελευθέρωσή της, με την ίδρυση της πρώτης Οφθαλμολογικής Κλινικής στην Αθήνα, το 1842, με Οφθαλμίατρο τον Ιωάννη Ολύμπιο, καθηγητή Χειρουργικής και Οφθαλμολογίας, ο οποίος εξέδωσε το πρώτο βιβλίο Οφθαλμολογίας σε λιθόγλυπτη μορφή[6].

Σταθμό στην ιστορία της Οφθαλμολογίας στην Ελλάδα αποτελεί η ίδρυση του « Οφθαλμιατρείου Αθηνών», το 1843 που άρχισε τη λειτουργία του το 1854[6]. Η ίδρυσή του κρίθηκε απαραίτητη για την αντιμετώπιση των νοσημάτων των εξωτερικών χιτώνων του Οφθαλμού και τη μεγάλη εξάπλωση του τραχώματος στον Ελληνικό πληθυσμό. Διευθυντής του Οφθαλμιατρίου διορίστηκε το έτος 1854 ο Καθηγητής Ανδρέας Αναγνωστάκης, ο οποίος μαθήτευσε στους γνωστότερους Οφθαλμιάτρους της εποχής, στον Friedrich Jaeger στη Βιέννη, στον Albrecht von Graefe στο Βερολίνο, στον J Sichel και στον LA Desmarres στο Παρίσι[6]. Είχε διεθνή αναγνώριση από την τροποποίηση του Οφθαλμοσκοπίου του Herman von Helmholz, που το έκανε πιο εύχρηστο και δίδαξε τη χρήση του στο Παρίσι, στην Κλινική του Desmarres στο Hotel Dieu και στο Λονδίνο, όπου το οφθαλμοσκόπιο ήταν άγνωστο. Είναι ο πρώτος που περιέγραψε και ζωγράφισε τον φυσιολογικό και παθολογικό βυθό του οφθαλμού και του υαλοειδούς, που δημοσίευσε στο «Annales de Oculistique» το 1854[7].



Εικόνα 1.
Ο Καθηγητής Οφθαλμολογίας Ανδρέας Αναγνωστάκης και το Οφθαλμοσκόπιό του.

Οι βιβλιογραφικές αναφορές για τις χειρουργικές επεμβάσεις στην Οφθαλμολογία

Η πρώτη αναφορά χειρουργικής επέμβασης στον οφθαλμό στο νεοσύστατο Ελληνικό κράτος έγινε από τον Ιωάννη Ολύμπιο, στην συνεδρία της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών(ΙΕΑ), την 6η Ιουνίου 1844, και αφορά στη χειρουργική επέμβαση βλεφαροπλαστικής που δημοσιεύθηκε στα πρακτικά της[8].

Το έτος 1847 δημοσιεύθηκε στο «Νέο Ασκληπιό» χειρουργική επέμβαση «διάσυρτου» στον αυχένα ασθενούς για την αντιμετώπιση «χρόνιας οφθαλμίας» υπό αναισθησία με αιθέρα, την πρώτη στην Ελλάδα., που έγινε την 10 Απριλίου, από τον Heinrich Treiben με χειρουργό τον Νίκο Πετσάλη[9]. Πρόκειται για την υποδόρια τοποθέτηση υφα-

σμάτινης ταινίας μήκους 15-20 εκατοστά, η άκρη της οποίας παρέμεινε έξω από το υποδόριο και την οποία τραβούσαν λίγα εκατοστά κάθε δυο ή τρεις μέρες προκαλώντας μ' αυτή την ενέργεια συνεχή ερεθισμό του τραύματος και παραγωγή πύου για να γιατρευθεί «φλόγωση» παρακείμενων οργάνων, στην περίπτωση αυτή η οφθαλμία. Η τεχνική αυτή διδάσκονταν στα Πανεπιστήμια της Ευρώπης και βασίστηκε στη θεωρία «Pus Laudable», μια μεσαιωνική πλάνη. Η τοποθέτηση του διάσυρτου στον αυχένα ασθενούς για την ίαση των οφθαλμίας παραπέμπει και στη θεωρία του Ιπποκράτη, στη ροή των χυμών και στην αποβολή τους από τα στόμια, τα μάτια, τα αυτιά και τα γεννητικά όργανα[3,4].

Το έτος 1854 ο Αναγνωστάκης περιέγραψε τη χειρουργική μέθοδο του απλού εντροπίου με τομή κρημνού του δέρματος των βλεφάρων[10] και το 1856 τη χειρουργική θεραπεία της τριχιάσεως[11]. Η επέμβαση αυτή του έδωσε διεθνή αναγνώριση και πήρε το όνομά του.

Το έτος 1857 ο Αναγνωστάκης παρουσιάζει στην ΙΕΑ την περίπτωση ασθενούς ηλικίας 22 ετών, τυφλού εκ γενετής, με συγγενή καταρράκτη, ο οποίος ανέκτησε την όρασή του μετά τη χειρουργική επέμβαση[12].

Το έτος 1858 περιγράφει τη χειρουργική επέμβαση φίμωσης των βλεφάρων[13] και την αφαίρεση κύστης της οφθαλμικής κόγχης[14]. Περιγράφει επίσης την αντιμετώπιση σταφυλώματος με παρακέντηση του σκληρωτικού όγκου με πλατιά, λογχόμορφη βελόνα ακολουθούμενη από περιοδική κένωση ποσότητας υγρού με τη βοήθεια αυλακομήλης, με σκοπό την ατροφία του οφθαλμού και την τοποθέτηση τεχνητού βολβού[15].Η εξαίρεση του οφθαλμού (14 περιπτώσεις) θα αναφερθεί, το έτος 1881 στην έκθεση των Πεπραγμένων του Οφθαλμιατρίου Αθηνών για τα έτη 1875-1880[16]. Θα αναφερθεί και στην έκθεση των Πεπραγμένων από 1ης Σεπτεμβρίου του 1889 έως 31ης Αυγούστου του 1890 της Χειρουργικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με Διευθυντή τον Αρεταίο (3 περιπτώσεις συμπαθητικής οφθαλμίας)[21]. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι για την αντιμετώπιση της συμπαθητικής οφθαλμίας εφαρμόζονταν επίσης αφαιμάξεις και χορηγούνταν βότανα[17].

Το 1859 περιγράφει ο Αναγνωστάκης τη μαλθακότητα του βολβού λόγω ύδρωπα του αμφιβληστροειδούς (18) και τη χειρουργική αντιμετώπιση ατρησίας του δακρυϊκού σωλήνα με σχάση του κατωτέρου σωλήνα, και την ίαση του ασθενούς. (19) Την βαθμιαία πλάτυνση του δακρυϊκού σωλήνα θα περιγράψει το 1869[20].

Το έτος 1860 δημοσιεύει την αντιμετώπιση του ημίρρευστου καταρράκτη[21] και το 1970 δημοσιεύει τις εμπειρίες του από τη γραμμοειδή εξαίρεση του καταρράκτη που διδάχθηκε το 1869 στο Βερολίνο[22]. Περιγράφει επίσης τη χειρουργική της ιριδεκτομίας χωρίς απώλεια της φωτομετρικής λειτουργίας της ίριδας[23].

Το έτος 1872 παρουσιάζει την τεχνική εξαίρεσης καταρράκτη μετά περιφακίου[24].

Από την Πέμπτη έκθεση πεπραγμένων του Οφθαλμιατρείου Αθηνών[16] έχουμε μια εικόνα των ποικίλων χειρουργικών επεμβάσεων που διεξήχθηκαν στο Οφθαλμιατρείο κατά το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1870. Από τους νοσηλεύτηκαν 6926 ασθενείς,που νοσηλεύτηκαν οι 998 υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση. Από αυτούς, 273 ασθενείς υποβλήθηκαν σε επέμβαση καταρράκτη (216 με γραμμοειδή εξαίρεση, 9 με παρακέντηση, 2 με καταγωγή και 46 για δευτερογενή καταρράκτη.

Επίσης 97 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ιριδεκτομία, 168 σε περιπτώσεις εντροπίου / τριχίασης, 145 για δακρυοκυστίτιδα και στενώσεις, 8 για βλεφαροπλαστική, 24 για στραβισμό, 30 για σταφύλωμα, 74 για πτερύγια, 40 για χαλάζιο, 11 για αφαίρεση όγκων, 14 για εξόρυξη οφθαλμού, 2 για συμβλέφαρα, 64 για αφαίρεση ξένου σώματος και 7 ασθενείς για άλλες επεμβάσεις.

Η δεκαετία 1880 αποτελεί σημαντικό σταθμό στην ιστορία της Οφθαλμολογίας με την εισαγωγή της τοπικής αναισθησίας με κοκαΐνη στην κλινική πρακτική, που απελευθέρωσε τα χέρια των Οφθαλμιάτρων. Όπως όλες οι άλλες εξελίξεις στην Οφθαλμολογία έτσι και η τοπική αναισθησία με κοκαΐνη αρχίζει να εφαρμόζεται και στην Ελλάδα[25].

Μια άλλη σημαντική εξέλιξη ήταν η εισαγωγή της αντισηψίας στο χειρουργείο που συνέβαλε σημαντικά στην αποφυγή χειρουργικών λοιμώξεων. Σχετικά με την αντισηψία γράφει ο αρχαιολάτρης Αναγνωστάκης «Σκοπός της άσηπτης αγωγής των αρχαίων ήταν ξεκάθαρα η αποτροπή της σήψης. Η αντισηπτική μέθοδος ήταν μπροστά μας, αυτόχθονη και οφθαλμοφανής αλλά χρειάστηκε να αλλάξει Ιθαγένεια για να την θαυμάσουμε και να την αποδεχθούμε»[26]. Η σημασία που έδινε στην Ιπποκρατική Ιατρική και η εξάρτηση από αυτή αναδεικνύεται και από το σημαντικό αριθμό δημοσιεύσεων ιστορικού περιεχομένου και μονογραφιών, που αναφέρονται στην παθολογία και τη χειρουργική των αρχαίων Ελλήνων εκ των οποίων 10 στη Γαλλική γλώσσα. Οι δημοσιεύσεις αυτές αναδεικνύουν τις προσπάθειες των Ελλήνων επιστημόνων για την αναγνώριση της προσφοράς της αρχαίας Ελληνικής Ιατρικής στην παγκόσμια Ιατρική και είχαν ως σκοπό την ανάδειξη του ιστορικού ρόλου της Αθήνας[6].

Τη δεκαετία του 1880 το γλαύκωμα αντιμετωπίζονταν με ενστάλλαξη ιζερίνης – φυσοστιγμίνης, αφαιμάξεις, καθάρσια, παρακέντηση του πρόσθιου θαλάμου και ιριδεκτομία στο χρόνιο γλαύκωμα[2]. Μέχρι τότε σε οξύ γλαύκωμα χορηγούνταν αγωγή με θειική κινίνη και τοποθετούνταν βδέλλες στον κρόταφο σε συνδυασμό με ποδόλουτρο[27].

Η εξέλιξη της οφθαλμολογικής Χειρουργικής στα τέλη του 19ου αιώνα περιγράφεται σε μεταφρασμένο από την Γαλλική γλώσσα βιβλίο[27]. Η εξαίρεση του καταρράκτη με ευθύγραμμη τομή του κερατοειδούς αποτελεί τη μέθοδο εκλογής, όπως επίσης η τεχνική εξαγωγής με κρημνό Η αναμύζηση (aspiration) προτείνονταν σε καταρράκτες παιδιών και σε μετατραυματικούς καταρράκτες. Η διατομή(discision) του καταρράκτη ήταν μια απλή μέθοδος, απαιτούσε ωστόσο συχνά επανεγχείρηση.

Στον δευτεροπαθή καταρράκτη ο χειρουργός όσο ικανός και αν ήταν δεν μπορούσε να αποφύγει την ιριδεκτομία. Τα μειονεκτήματα της ιριδεκτομίας ήταν ο σχηματισμός κολοβώματος στην ίριδας που προκαλούσε δυσμορφία. Σε ηλικιωμένους ασθενείς τα πλεονεκτήματα της ιριδεκτομίας από το κολόβωμα ήταν μεγαλύτερα.

Σε οξύ γλαύκωμα με ισχυρούς, αφόρητους πόνους στον βολβό και γύρω από την οφθαλμική κόγχη, ερυθρότητα του επιπεφυκότα, φωτοφοβία, δακρύρροια και εξοίδηση του βλεφάρου, προτείνονταν κολλύριο εσερίνης – πιλοκαρπίνης και η εκτομή του εξωτερικού ρινικού νεύρου, με αποτέλεσμα την παύση του πόνου και την ελάττωση της διάρκειας των κρίσεων (επέμβαση κατά Badal). Οι δύο χειρουργικές μέθοδοι οι οποίες μπορούσαν να ανακόψουν την πορεία του οξέος γλαυκώματος ήταν η ιριδεκτομία (de Graefe) και η σκληροτομία (de Weacker)[27].

Στο χρόνιο γλαύκωμα όταν η όραση είχε μειωθεί στο ¼ της φυσιολογικής ή ακόμη περισσότερο υπήρχε άμεση ένδειξη για εκτομή του εξωτερικού ρινικού νεύρου και ιριδεκτομία , με αποτέλεσμα τη διατήρηση της όρασης.

Νέες τεχνικές που εφαρμόζονταν για την αντιμετώπιση του εκτρόπιου ήταν η θεραπεία με εναλλασσόμενο ηλεκτρισμό που είχε περιγραφεί από τον Duchenne, και η οποία ήταν αποτελεσματική σε περιπτώσεις πρόσφατης πάθησης χωρίς ατροφία των μυϊκών ινών. Για παλιότερες παραλύσεις, προτεινόταν το συνεχές διαρκές ρεύμα (κατά Onimas) [27].

Επίλογος

Η Ιπποκρατική Ιατρική με βότανα, φλεβοτομίες, καυτηριασμό και βδέλλες, συνέχισε να εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση οφθαλμιατρικών νόσων τον 19ο αιώνα. Πρωτεργάτης στην εξέλιξη της Οφθαλμολογίας στην Ελλάδα θεωρείται ο Ανδρέας Αναγνωστάκης, ο πρώτος καθηγητής Οφθαλμολογίας, και με διεθνή αναγνώριση. Στην Ιπποκρατική Ιατρική προστίθενται νέα φάρμακα, όπως το κολλύριο εσερίνης – πιλοκαρπίνης και νέες χειρουργικές τεχνικές ενώ με την πάροδο του χρόνου οι εμπειρίες αθροίζονται, οι χειρουργικές τεχνικές βελτιώνονται και τέθηκαν έτσι τα πρώτα θεμέλια στην σύγχρονη οφθαλμολογία.

Υποσημείωση: Πλήρης βιβλιογραφία από τον συγγραφέα

Abstract

Ophthalmic Surgery in 19th century

In this article,a review of 19th century`s literature references regarding surgical treatment of ophthalmologic diseases is presented.
Hippocratic medicine is still prevalent with medicinal herbs, phlebotomies.leeches,and laxatives.However,new surgical techniques and medications are introduced in clinical practice. The first operation was palpebroplasty, performed in 1842. Publications of surgical interventions for trachoma, trichiasis,entropion,cataract,iridectomy,strabism and others , followed.
Professor Andreas Anagnostakis was a pioneer in the evolution of Ophthalmology of 19th century and leading author in Greece. He was internationally acknowledged because of the modification of Von Helmholz`s ophthalmoscope,the use of which he taught in Paris and London.His name was given to the surgical technique for trichiasis. The increasing experiences in the treatment and surgery of ophthalmic diseases combining with experiences of foreign ophthalmologists introduced into greek literature,established the foundations of modern Ophthalmology in Greece.

Keywords:
History of Ophthalmology,History of medicine, Ophthalmology, Surgical intervention

Βιβλιογραφία

1. Πύρρος Δ. Εγκόλπιον των ιατρών, ήτοι πρακτική ιατρική. Τυπογραφίο Τόμπρα Κ, Σμυρναίου Ι, Αθανασιάδου Γ Ναύπλιο 1831, pp. 166 – 201
2. Leon Moynac Στοιχεία Χειρουργικής Παθολογίας και Κλινικής 2ος τόμος μετάφραση ΒΙ Ιατρόπουλο και ΣΔ Βαλασίδου Αθήνα 1887 pp 84 - 87
3. Craik E.M. Hippocratic Bodily "Channels" and Oriental Parallels. Med Hist. 2009 Jan; 53(1): 105–116.
4. Papadopoulos G Liarmakopoulou A, Zisoulis A, Lena A, Tz;mas P, Kitsos G. Treatment of eye diseases in the Ippocratik era. Hellenic Surgery 2018; 90: 143 – 145
5. Pouqueville F. Hugues C L., Voyage de la Grèce. Paris 1820, Vol E, σελ. 120.

6. Φρονιπόπουλος ΙΝ, Αλεξάκης Ν, Βελισσαρόπουλος Π. Σελίδες από την Ιστορία της Ελληνικής Οφθαλμολογίας. 1837 – 1980 Ελληνική Οφθαλμολογική Εταιρεία, Εκδότης Ιδιωτική 1981 σελ. 89 – 105
7. Anagnostakis, A. Essai sur l' exploration de la retine et des milieux de l' œil sur le vivant au movend nouvel ophtalmoscope Ann Ocul (Paris). 1854;: 31:: 61- 86, 107
8. Ολύμπιος Ι. Περί Βλεφαροπλαστικής, Βιβλίον των Πρακτικών της Εν Αθήναις Ιατρικής Εταιρείας. Τόμος Α Συνεδρίαση της 6η Ιουνίου 1844.. (χωρίς αρίθμηση)
9. Παπαδόπουλος Σ. Εφαρμογή αιθέρος εις το στρατιωτικόν Νοσοκομείον Αθηνών. Νέος Ασκληπιός, 1847; 3: 97 και 145.
10. Αναγνωστάκης Ανδρέας Νέα μέθοδος προς θεραπείαν απλού εντροπίου, τομή κρημνού του δέρματος των βλεφάρων Ασκληπιός 1854; τόμος Α: 34
11. Αναγνωστάκης, Ανδρέας. Πρακτικαί τινές παρατηρήσεις επί της θεραπείας της τριχιάσεως Εγχείρησις παθολογικής τριχιάσεως , Ασκληπιός 1856; Περίοδος Β, τόμος Α: 340,
12. Αναγνωστάκης Ανδρέας. Τυφλός εκ γεννετής πρώται αντιλήψεις μετά την εγχείρησι και ανάβλεψιν. Πρακτικά της Εν Αθήναις Ιατρικής Εταιρείας. Συνεδρίαση της 4 Ιουλίου 1857 Ασκληπιός 1857 Περιοδος Β Τόμος Α, τεύχος Νοεμβρίου : 221 και 551
13. Αναγνωστάκης Ανδρέας. Φίμωσις των βλεφάρων ιαθείσα δι' αποκοπής στρογγύλου τεμαχίου από του δέρματος του κροτάφου Ιατρική Εφημερίς, 1858; 1: 139
14. Αναγνωστάκης Ανδρέας. Αφαίρεση κύστης της Οφθαλμικής κόγχης Ασκληπιός 1858; Περιοδος Β Τόμος Α, τεύχος Γ: 330
15. Αναγνωστάκης, Ανδρέας. Θεραπεία του σταφυλώματος δια παρακεντήσεως του σκληρού Ιατρική εφημερίδα 1858;1:65
16. Πέμπτη έκθεσις Πεπραγμένων της Επιτροπής του Εν Αθήναις Οφθαλμιατρίου 1875 1880. Τυπογραφείου της Οδού Ερμού Αθήνα 1881, pp 10 – 12
17. Λάμπρου Κ. Έκθεσις των Πεπραγμένων Χειρουργικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών από 1ης Σεπτεμβρίου 1889 έως 31 Αυγούστου 1890 Τυπογραφείο :Α. Παπαγεωργίου Αθήνα 1891 pp 110
18. Αναγνωστάκης, Ανδρέας. Μαλθακότης του βολβού ως σύμπτωμα του ύδρωπος του αμφιβληστροειδούς Ιατρική Εφημερίς, 1858;τόμος 1: 138 και 1859, τόμος 2:293
19. Αναγνωστάκης Ανδρέας. Δακρύρροια ένεκα ατρησίας του ανωτέρου δακρυϊκού σημείου . Σχάσις του κατωτέρου δακρυοχρόου σωλήνος. Ίασις Ιατρική Εφημερίς 1859; τόμος 2; 402 και 1860; 3¨123
20. Αναγνωστάκης Ανδρέας . Θεραπεία του δακρυόχου σωλήνος δια βαθμιαίας πλατύνσεως Ασκληπιός 1869;τόμος Ζ: 69
21. Αναγνωστάκης Ανδρέας. Χειρουργία του ημερίρευστου καταρράκτου κατά δύο καιρούς Ιατρική Εφημερίς 1860; 3: 121
22. Αναγνωστάκης Ανδρέας Περί της θεραπείας χαλεπων τινών συμβεβηκότων επί της γραμμοειδούς εξαιρέσεως του υποχύματος Αναγνωστάκη. Ασκληπιός ,. 1870; τόμος Η, (ΙΑ &ΙΒ): 248
23. Αναγνωστάκης Ανδρέας Ιριδεκτομία άνευ απώλειας της φωτομετρικής λειτουργίας της ίριδος υπό του αυτου. Ασκληπιός 1870; τόμος Η, ιΑ& ΙΒ: 26
24. Αναγνωστάκης Ανδρέας. Εξαίρεσις υποχύματος μετά περιφακίου Βιβλίον των Πρακτικών της Εν Αθήναις Ιατρικής Εταιρείας. Πρακτικά ΙΕΑ 18 Ιανουαρίου 1872, Ασκληπιός 1872; τόμος Ι, τεύχος ΗΘ: 331 - 334
25. Αναγνωστάκης Ανδρέας. Εγχείρησις δια τοπικής αναισθησίας δια κοκαΐνης. Βιβλίον των Πρακτικών της Εν Αθήναις Ιατρικής Εταιρείας. ΙΕΑ 17 Ιανουαρίου 1887
26. Αναγνωστάκης Ανδρέας. Η αντισηπτική μέθοδος παρά τοις αρχαίοις. Τυπογραφείο Αυλής Β, Ιγγλέση Ν, εν Αθήναις 1889, Γαληνός,1889; 19: 177-186 . \
27. Puech A, Fromaget C. Πρακτική θεραπευτική των οφθαλμικών νοσημάτων, μετάφραση Αργυρός Οικονόμου,τυπογραφείο Ρενιέρη Πρίντεζη., Αθήνα 1897, pp 158 – 198

Εισήγηση

Η Σεξουαλικότητα στους Ηλικιωμένους

Μπάκας Δημήτριος[1,2]

[1] Οφθαλμίατρος, Οφθαλμολογικό τμήμα Γ.Ν. Καστοριάς.
[2] Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Διαχείριση γήρανσης και χρονίων νοσημάτων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο-Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Περίληψη: Η σεξουαλικότητα ορίζεται γενικά ως το δυναμικό αποτέλεσμα της σωματικής ικανότητας, κίνητρου, στάσης και συμπεριφορών, δυνατότητας για συντροφική σχέση και σεξουαλική επαφή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί ο ρόλος της σεξουαλικότητας στη ζωή και την ευεξία των ηλικιωμένων, καθώς και οι παράγοντες που μπορούν να την επηρεάσουν.Αναζητήθηκαν άρθρα στις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων PubMed και GoogleScholar. Επιλέχθηκαν και μελετήθηκαν άρθρα ανασκόπησης σχετικά με το θέμα στην αγγλική γλώσσα και προσφάτως δημοσιευμένα.Περιγράφεται η σεξουαλική έκφραση των ηλικιωμένων, οι φυσιολογικές επιδράσεις της γήρανσης αλλά και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα στην τρίτη ηλικία. Συμπερασματικά, παρά την φυσιολογική μείωση του ενδιαφέροντος για το σεξ με την ηλικία και τη πιθανή ύπαρξη προβλημάτων που δυσχεραίνουν τις σεξουαλικές πρακτικές, πολλοί ηλικιωμένοι απολαμβάνουν μια δραστήρια σεξουαλική ζωή. Η υγιής σεξουαλικότητα έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Λέξεις κλειδιά:
Σεξουαλικότητα, ηλικιωμένοι, γήρανση.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Μπάκας Δημήτριος
Οδός Βασιλείου Δόικου, Περιοχή Χλόη, Καστοριά
ΤΚ 52100
Τηλ. 6973578682
E-mail: mitsos205@gmail.com

Εισαγωγή

Το προσδόκιμο ζωής παγκοσμίως έχει αυξητική τάση, γεγονός που οδηγεί στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων. Επομένως, τα προβλήματα που αφορούν τους ηλικιωμένους έρχονται στο προσκήνιο και αποκτούν ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον και κλινική σημασία1. Ένα από τα λιγότερο μελετημένα θέματα της τρίτης ηλικίας είναι και η σεξουαλικότητα.

Η σεξουαλικότητα ορίζεται γενικά ως το δυναμικό αποτέλεσμα της σωματικήςικανότητας, κίνητρου, στάσης και συμπεριφορών, δυνατότητας για συντροφική σχέση και σεξουαλική επαφή.

Η σεξουαλικότητα μπορεί να περιλαμβάνει το άγγιγμα, τα χάδια, τη φαντασίωση, τον αυνανισμό, τη σωματική εγγύτητα και τη ζεστασιά που δημιουργείται από τη συναισθηματικότητα. Η σεξουαλικότητα και η επιθυμία για οικειότητα είναι ουσιαστικής σημασίας και σημαντικά ζητήματα ποιότητας ζωής από τη γέννηση έως τον θάνατο[2].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη σεξουαλικότητα ως «μια κεντρική πτυχή του να είσαι άνθρωπος σε όλη τη ζωή και περιλαμβάνει το σεξ, τις ταυτότητες και ρόλους του φύλου, σεξουαλικό προσανατολισμό, ερωτισμό,ευχαρίστηση, οικειότητα και αναπαραγωγή. Η σεξουαλικότητα βιώνεται ως εμπειρία και εκφράζεται σε σκέψεις, φαντασιώσεις,επιθυμίες, πεποιθήσεις, στάσεις, αξίες, συμπεριφορές,πρακτικές, ρόλους και σχέσεις. Ενώ η σεξουαλικότηταμπορεί να περιλαμβάνει όλες αυτές τις διαστάσεις, αυτέςδεν βιώνονται ή δεν εκφράζονται πάντοτε. Η σεξουαλικότηταεπηρεάζεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών,ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών, πολιτιστικών,ηθικών, νομικών, ιστορικών, θρησκευτικών και πνευματικών παραγόντων.»[3].

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί ο ρόλος της σεξουαλικότητας στη ζωή και την ευεξία των ηλικιωμένων, καθώς και οι παράγοντες που μπορούν να την επηρεάσουν.

Υλικό και Μέθοδος

Για την παρούσα εργασία αναζητήθηκαν άρθρα στις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων PubMed και Googlescholar. Η αναζήτηση έγιν εχρησιμοποιώντας τις-λέξεις-κλειδιά “sexuality in the elderly”, “sexuality in older adults”, “sexuality AND elderly”, “sexuality AND older adults”. Επιλέχθηκαν και μελετήθηκαν άρθρα ανασκόπησης σχετικά με το θέμα στην αγγλική γλώσσα και προσφάτως δημοσιευμένα (την τελευταία 10ετία).

Αποτελέσματα

Ο DeLamater (2012) παρουσιάζει συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα ερευνών για τη σεξουαλική έκφραση των ηλικιωμένων: ακόμη και μετά την ηλικία των 70 ετών οι άνδρες δηλώνουν σεξουαλική δραστηριότητα με κολπική διείσδυση του πέους κατά το προηγούμενο έτος σε ποσοστό 42,9%, ενώ οι γυναίκες αντίστοιχης ηλικίας σε ποσοστό 21,6%. Αξιόλογα ποσοστά αναφέρονται σε αυτές τις ηλικίες και για άλλες μορφές σεξουαλικής έκφρασης (π.χ. αυνανισμός, στοματικό σεξ)4. Παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά αυτά είναι χαμηλότερα από των νέων ανθρώπων και υποδεικνύουν μια ηλικιακή μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της συχνότητας της σεξουαλικής δραστηριότητας, εντούτοις αποδεικνύουν ότι η σεξουαλική δραστηριότητα παραμένει σημαντική συνιστώσα της ζωής και των σχέσεων ακόμη και μετά τα 70 έτη1. Εν συνεχεία θα αναφερθούμε στους παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα στους ηλικιωμένους.

Φυσιολογικές επιδράσεις της γήρανσης

Η μείωση της παραγωγής των οιστρογόνων ορμονών μετά την εμμηνόπαυση στις γυναίκες οδηγεί σε μειωμένη εφύγρανση και ατροφία του κόλπου, που μπορεί να δημιουργήσουν, όχι πάντοτε όμως, δυσχέρεια στη σεξουαλική επαφή ή ακόμη και δυσπαρεύνια. Αντιστοίχως στους άνδρες υπάρχει μια αργή και βαθμιαία μείωση στην παραγωγή τεστοστερόνης, η οποία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα βραδύτερες στύσεις, λιγότερο σκληρές στύσεις, μειωμένη πιθανότητα οργασμών και μεγαλύτερες λανθάνουσες περιόδους μεταξύ των στύσεων[4,5].

Σωματική υγεία

Η σωματική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη σεξουαλική λειτουργία με παρεμβολή στις ενδοκρινικές, νευρικές και αγγειακές διεργασίες που μεσολαβούν στη σεξουαλική απάντηση, έμμεσα με την πρόκληση αδυναμίας ή πόνου, και ψυχολογικώς, προκαλώντας αλλαγές στην αυτοεικόνα του σώματος ή την αυτοεκτίμηση. Ιατρικά προβλήματα που έχουν συνδεθεί με τη σεξουαλική δυσλειτουργία περιλαμβάνουν το σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, παχυσαρκία, νόσους των κατώτερων ουροφόρων οδών, καρδιαγγειακές νόσους,συμπεριλαμβανομένου του εμφράγματος του μυοκαρδίου, καρκίνος του προστάτη και η θεραπεία του, χειρουργική επέμβαση στην πύελο, νόσο Parkinson, επιληψία, εγκεφαλικά επεισόδια, πολλαπλή σκλήρυνση, νεφρικές διαταραχές και αιμοκάθαρση, πνευμονική νόσο, περιφερική αγγειακή νόσο, υπερθυρεοειδισμός και άλλες ενδοκρινικές διαταραχές, υστερεκτομή, καρκίνο των ωοθηκών, νόσο του οσφυϊκού δίσκου, αρθρίτιδα[2].

Επιπλέον, τροποποιήσιμες συμπεριφορές στην υγεία, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, της κατανάλωσης οινοπνεύματος, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και ο χρόνος παρακολούθησης τηλεόρασης έχει αποδειχτεί ότι σχετίζονται με στυτική δυσλειτουργία[2].

Ψυχική υγεία

Ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, άγχος, ιδεοψυχαναγκαστικήδιαταραχή, χρόνιο στρες και ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχουν βρεθεί ότι επηρεάζουν τη σεξουαλική ζωή στη μεγάλη ηλικία[2]. Επίσης, οι ηλικιωμένοι που φροντίζουν έναν ασθενή σύντροφο (ιδίως έναν ευπαθή ή ανοϊκό ασθενή), μπορεί να αντιμετωπίσουν εξάντληση, ενοχή ή δυσαρέσκεια, οικονομικές πιέσεις, και άλλες ανησυχίες, οι οποίες πιθανόν θα επηρεάσουν τη σεξουαλική λειτουργία στις οικείες σχέσεις τους[4].

Φαρμακευτική αγωγή

Σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων λαμβάνουν διάφορα φάρμακα, μερικά από τα οποία είναι γνωστά για τις δυσμενείςεπιπτώσεις τους στη σεξουαλική λειτουργία, όπως αγγειοδιασταλτικά, καρδιακά φάρμακα, αντιυπεργλυκαιμικά, αντιυπερτασικά και αντικαταθλιπτικά[2].

Στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στο σεξ

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι σημαντικά ποσοστά ηλικιωμένων έχουν αρνητική ή έστω ουδέτερη στάση και πιστεύουν ότι το σεξ χάνει την σημασία του όσο μεγαλώνουν[4].

Οι φυσικές αλλαγές στην εμφάνιση που σχετίζονται με την ηλικία, συμπεριλαμβανομένων αλλαγών στον τόνο του δέρματος, την ποσότητα και το χρωματισμό των μαλλιών, τη ζωτικότητα, υπενθυμίζουν διαρκώςτη βιολογική γήρανση και μπορεί να είναι αγχωτικές για τους ηλικιωμένους που ζουνσε μια κοινωνία προσανατολισμένη στη νεότητα, μεαρνητικές επιπτώσεις στην εικόνα του εαυτού και στην εικόνα του σώματος που μπορεί να κάνει τους ηλικιωμένους να αισθάνονται ότι δεν είναι πλέον φυσικά ήσεξουαλικά ελκυστικοί, υπονομεύοντας τη σεξουαλική τους επιθυμία,παρόλο που η φυσική τους ικανότητα δεν έχει μειωθεί[4].

Η απεικόνιση της σεξουαλικής δραστηριότητας των ηλικιωμένων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης διακατέχεται από προκαταλήψεις και στερεότυπα και τείνει να δώσει μηνύματα στο κοινό ότι: δεν είναι σωστό να συζητά για το θέμα,ότι είναι απαράδεκτο ή αστείο και ντροπιαστικό και ότι οι ηλικιωμένοιδεν είναι ελκυστικοί ή δεν ενδιαφέρονται για το σεξ. Αυτά τα στερεότυπα επηρεάζουν και τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αποφεύγουν να ρωτούν τους ασθενείς τους, ενώ και οι ασθενείς πολύ συχνά ντρέπονται να συζητήσουν τα σεξουαλικά τους ζητήματα, ακόμη και με το θεράποντα ιατρό τους[3,6].

Είναι εύλογο ότι η πληροφόρηση σχετικά με τη σεξουαλικότητα στους ηλικιωμένους, επηρεάζει τη σεξουαλική δραστηριότητα. Υπάρχουν πολλές αναφορές ηλικιωμένων ατόμων που παύουν να συμμετέχουν στη σεξουαλική δραστηριότητα, διότι λανθασμένα πιστεύουν ότι δεν πρέπει να το κάνουν αυτό μετά από σοβαρά συμβάντα υγείας (π.χ. καρδιακή προσβολή) ή φόβους για αρνητικές συνέπειες υγείας για τον εαυτό τους ή τον σύντροφό τους [4].

Επίσης έχει βρεθεί ότι μια τακτική και σταθερή σεξουαλική δραστηριότητα νωρίτερα στη ζωή προλέγει τη διατήρηση της σεξουαλικής δραστηριότητας και κατά το γήρας7.

Πρακτικά προβλήματα

Τα πρακτικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης συντρόφου ή της κακής υγείας ενός συντρόφου, είναι μια άλλη αιτία για τη μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα και το ενδιαφέρον για το σεξ με την αυξανόμενη ηλικία.Ένα άλλο πρακτικό πρόβλημα αφορά τους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα και δεν μπορούν να έχουν καμία ιδιωτικότητα με το σύντροφό τους[7].

Συμπεράσματα

Παρά την φυσιολογική μείωση του ενδιαφέροντος για το σεξ με την ηλικία και την πιθανή ύπαρξη προβλημάτων που δυσχεραίνουν τις σεξουαλικές πρακτικές, πολλοί ηλικιωμένοι απολαμβάνουν μια δραστήρια σεξουαλική ζωή. Η υγιής σεξουαλικότητα έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Το θέμα της σεξουαλικότητας των ηλικιωμένων, λόγω και των λανθασμένων στερεοτυπικών αντιλήψεων, δεν έχει ερευνηθεί σε βάθος. Οι μέχρι τώρα έρευνες εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στη σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων ετεροφυλόφιλων ζευγαριών, όπως αυτή εκφράζεται με την πρακτική της επαφής με κολπική διείσδυση του πέους. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα λαμβάνοντας υπ’ όψιν και άλλες σεξουαλικές πρακτικές (π.χ. χάδια, φιλιά, στοματικό σεξ) που μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στη σεξουαλική έκφραση των ηλικιωμένων, καθώς και στο θέμα του αυνανισμού, που μπορεί να αναδείξει την «κρυμμένη» σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων χωρίς σύντροφο. Επίσης, μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί και στη σεξουαλικότητα των μελών της λεγόμενης LGBT κοινότητας (ομοφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες, αμφιφυλόφιλοι, διαφυλικοί).

Σημαντικό θα ήταν, τέλος, να διενεργηθούν έρευνες για το θέμα σε μεγάλους πληθυσμούς διαφόρων χωρών, ώστε να μελετηθεί η επίδραση εξωτερικών συνθηκών και

παραγόντων στη σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων, όπως επί παραδείγματι φυλή/εθνικότητα, οικονομική κατάσταση, τόπος κατοικίας και διαβίωσης, κοινωνικές σχέσεις, επίπεδο μόρφωσης, κοινωνική θέση, θρησκευτικές απόψεις, πολιτιστικές επιρροές[1,2,4].

Summary

Sexuality in the elderly

Bakas Dimitrios[1,2]

[1] Ophthalmology Department, General Hospital of Kastoria

[2] Postgraduate Program «Aging and Chronic Diseases Management», Hellenic Open University-University of Thessaly

Sexuality is broadly defined as the dynamic outcome of physical capacity, motivation, attitudes, opportunity for partnership, and sexual conduct. The purpose of this paper is to investigate the role of sexuality in the life and well-being of the elderly, as well as the factors that can affect it. Articles were searched for in the PubMed and Google Scholar bibliographic databases In the English language recently published review articles on the subject were selected and studied. It isdescribed the sexual expression of the elderly, the physiological effects of aging, and the factors that affect sexuality in the elderly. In conclusion, despite the normal decline in interest in sex with age and the possible existence of problems that hinder sexual practices, many older people enjoy an active sex life. Healthy sexuality has been shown to be directly linked with quality of life of the elderly.

Keywords: Sexuality, elderly, aging.

Βιβλιογραφία

1. Taylor A., Gosney M.A., 2011. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. Age and Ageing, 40:5, p. 538–543.
2. Lochlainn M.N., Kenny R.A., 2013. Sexual Activity and Aging. The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine, 14, p. 565-572.
3. Benbow S.M., Beeston D., 2012. Sexuality, aging, and dementia. International Psychogeriatrics, 24:7, p. 1026–1033.
4. DeLamater J., 2012. Sexual Expression in Later Life: A Review and Synthesis. The Journal of Sex Research, 49:2-3, p. 125-141.
5. Minkin M.J., 2016. Sexual health and relationships after age 60. Maturitas, 83, p. 27-32.
6. Garrett D., 2014. Psychosocial barriers to sexual intimacy for older people. British Journal of Nursing, 23(6), p. 327-31.
7. Corona G., Rastrelli G., Maseroli E., Forti G., Maggi M., 2013. Sexual function of the ageing male. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 27(4), p. 581 – 601.

Η τερατογένεση ως κακός οιωνός στο Βυζάντιο

Γεώργιος Παντελεάκος

Φιλόλογος- Διδάκτωρ Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη: Μέσα από τη μελέτη δύο σπουδαίων βυζαντινών χειρογράφων, αφενός μεν αυτό των Ιστοριών του Σκυλίτζη (φυλάσσεται στην Εθνική Βιβλιοθήκη της Μαδρίτης) και αφετέρου αυτό της Διήγησης του Αλεξάνδρου (φυλάσσεται στο Ελληνικό Ινστιτούτο της Βενετίας), αντιλαμβανόμαστε τις προκαταλήψεις, τις δεισιδαιμονίες και γενικότερα τις αντιλήψεις των βυζαντινών απέναντι σε περιπτώσεις τερατογενέσεων.

Ενδεχόμενη τερατογένεση εθεωρείτο κακός οιωνός και προάγγελος συμφορών, με αποτέλεσμα τα αποκαλούμενα «τέρατα» να τίθενται στο περιθώριο και να βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και την προκατάληψη. Και όλα αυτά συνέβαιναν παρά το γεγονός ότι η χριστιανική διδασκαλία επιβάλλει την αγάπη προς τον πλησίον και τη φιλανθρωπία προς τους ασθενείς και τους αδύναμους.

Λέξεις κλειδιά:
Ιστορία της Ιατρικής, Βυζαντινή Ιατρική, τερατογένεση, χειρόγραφο της Βενετίας, Χειρόγραφο των Ιστοριών του Σκυλίτζη

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Γεώργιος Παντελεάκος
gpanteleak@med.uoa.gr

Η τερατογένεση ως κακός οιωνός στο Βυζάντιο

Μελετώντας κανείς τη Βυζαντινή Ιστορία θα διπιστώσει ότι πέραν της Μεσαιωνικής Δύσης και στη Βυζαντινή Αυτοκρατορία επιβίωσαν δοξασίες, δεισιδαιμονίες και προκαταλήψεις κυρίως σε ότι αφορά την αντιμετώπιση ανθρώπων που ήταν ανάπηροι ή γεννήθηκαν με κάποια δυσμορφία περί την διάπλαση.

Οι άνθρωποι αυτοί αποκαλούνταν «τέρατα» από τους βυζαντινούς και αντιμετωπίζονταν ως κακότυχοι, ως «κακοί οιωνοί», ενώ η παρεπόμενη άσχημη συμπεριφορά του όχλου και της κοινωνίας γενικότερα εναντίον τους τους οδηγούσε στον κοινωνικό αποκλεισμό και την εξαθλίωση. Και όλα αυτά συνέβαιναν παρά το γεγονός ότι η Χριστιανική διδασκαλία επιβάλλει την αγάπη προς τον πλησίον και τη φιλανθρωπία προς τους ασθενείς και τους αδύναμους.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιας συμπεριφοράς αποτελεί η αντίδραση των κατοίκων της Κωνσταντινούπολης και των βυζαντινών αρχών επί Βασιλείας Ρωμανού Α΄ του Λεκαπηνού (920-944 μ.Χ), οι οποίοι εκδίωξαν τους σιαμαίους διδύμους, διότι τους θεώρησαν κακό οιωνό[1,2]. Αξίζει δε να σημειωθεί, ότι στο συγκεκριμένο περιστατικό κάνει αναφορά το σύνολο σχεδόν των Βυζαντινών Ιστορικών και Χρονογράφων του 10ου, 11ου και 12ου αι. μ.Χ. όπως για παράδειγμα ο Συμεών Μάγιστρος, ο Λέων Γραμματικός, ο Γεώργιος Μοναχός, ο Ιωάννης Σκυλίτζης, ο Γεώργιος Κεδρηνός, ο Μιχαήλ Γλυκάς και ο Ιωάννης Ζωναράς. Φιλολογική μελέτη και επεξεργασία των κειμένων των ανωτέρω ιστορικών απέδειξε ότι αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, από τη μία τα κείμενα των συγγραφέων του 10ου αι μ.Χ. (Συμεών Μάγιστρος, Λέων Γραμματικός και Γεώργιος Μοναχός) που εμφανίζουν μια πιο εκτεταμένη αναφορά στο περιστατικό των συμφυών διδύμων και τα υπόλοιπα των συγγραφέων του 11ου και 12ου αι. μ.Χ (Ιωάννη Σκυλίτζη, Μιχαήλ Γλυκά, Γεωργίου Κεδρηνού και Ιωάννη Ζωναρά) που αποτελούν συνοπτική αναφορά των κειμένων της πρώτης κατηγορίας. Μεταξύ των κειμένων των δύο κατηγοριών υπάρχει ομοιότητα στο περιεχόμενο τους, με τους συγγραφείς να αντιγράφουν ο ένας τον άλλον, μια τακτική που άλλωστε ήταν έντονα διαδεδομένη στους Μεσαιωνικούς Χρόνους.[3]

Ιδιαίτερα σημαντική, πολύτιμη θα μπορούσαμε να πούμε, είναι η αναφορά που κάνει για τα σιαμαία δίδυμα ο ιστορικός Ιωάννης Σκυλίτζης. Αυτή την αναφορά επιλέγουμε να αναλύσουμε, κυρίως διότι περιέχει τη μοναδική απεικόνιση των σιαμαίων διδύμων και την προσπάθεια χειρουργικού διαχωρισμού τους σε δύο μικρογραφίες, εξαιρετικής ομορφιάς και σπουδαιότητας. Συγκεκριμενα στην 131η σελίδα του εν λόγω χειρόγραφου υπάρχουν δύο μικρογραφίες που αναπαριστούν τους σιαμαίους διδύμους περιστοιχισμένους από το πλήθος που τους θαυμάζει, αλλά και την προσπάθεια χειρουργικού διαχωρισμού τους από τους σημαντικότερους γιατρούς εκείνης της εποχής[4]. Μέσω του πλούσιου μικρογραφικού διακόσμου του χειρογράφου, το οποίο σήμερα διασώζεται στην Εθνική Βιβλιοθήκη της Μαδρίτης, ξεδιπλώνεται όλη η βυζαντινη ιστορία, ενώ η αναφορά που γίνεται στο χειρουργικό διαχωρισμό των σιαμαίων διδύμων αποτελεί αδιάψευστο μάρτυρα του υψηλού επιπέδου της βυζαντινής χειρουργικής[5].

Το χειρόγραφο του Σκυλίτζη αποτελεί την πιο φιλόδοξη ιστορία που συντάχθηκε στη Μεσόγειο μεταξύ της Ύστερης Αρχαιοτητος και της κατάληψης της Κωνσταντινούπολης από τους Σταυροφόρους (1204 μ.Χ). Οι 574 παραστάσεις που το κοσμούν παρέχουν πλούσιες σκηνές από την κοινωνική, αυτοκρατορική και θρησκευτική ζωή της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας[5].

Αυτό το επίτευγμα της Βυζαντινής Ιατρικής αποτελεί την πρώτη ιστορικά καταγεγραμμένη, χειρουργική προσπάθεια διαχωρισμού σιαμαίων διδύμων και συγκαταλέγεται στις πρωτότυπες επιστημονικές ανακαλύψεις της Βυζαντινής Ιατρικής[7].

Εύλογα μας γεννάται το ερώτημα σχετικά με τους λόγους που οδήγησαν στην αλματώδη ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης τον 10ο αι. μ.Χ. Αυτήν την περίοδο στο τιμόνι του Βυζαντίου βρίσκεται ο αυτοκράτορας Κωνσταντίνος Ζ΄ Πορφυρογέννητος (912-959 μ.Χ) και πραγματοποιείται στη Βυζαντινή αυτοκρατορία για ακόμη μία φορά άνθηση των Γραμμάτων, των Τεχνών και των Επιστημών, μεταξύ αυτών και της Ιατρικής Επιστήμης. Λαμβάνει χώρα δηλαδή αυτό που διεθνώς σήμερα από τους ιστορικούς ονομάζεται «Βυζαντινή Αναγέννηση»[8].

Ο φιλομαθής αυτοκράτορας αγκάλιασε με το ενδιαφέρον του και την Ιατρική επιστήμη, η οποία κατείχε εξέχουσα θέση στην κοινωνία του 10ου αιώνα μ.Χ, με αποτέλεσμα να οδηγήσει στην αλματώδη ανάπτυξη της και γενικότερα στην αναγέννηση της επιστήμης και της πνευματικής ζωής του Βυζαντίου[9].

Η πραγματοποίηση της συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης περίπου στα 944-948 μΧ. (το 944 μ.Χ. ο Κων/νος Ζ΄ αναλαμβάνει την εξουσία) πιστοποιεί το υψηλό επίπεδο της Βυζαντινής Χειρουργικής, κάτι που μπορεί εύκολα να συμπεράνει κανείς μελετώντας τα ιατρικά έργα του Ορειβασίου Περγαμηνού (4ος αι μ.Χ), του Αετίου Αμιδηνού (6ος αι μ.Χ), του Αλέξανδρου Τραλλιανού (6ος αι μ.Χ), του Παύλου Αιγινήτη (7ος αι μ.Χ) και των άλλων κορυφαίων εκπροσώπων της Βυζαντινής Ιατρικής επιστήμης[10].

Στο Βυζάντιο υπήρχαν άνθρωποι, οι οποίοι, εξαιτίας της εξωτερικής τους εμφάνισης ή πιθανόν κάποιας αναπηρίας την οποία είχαν, οδηγούνταν στον κοινωνικό αποκλεισμό και στο περιθώριο. Έτσι για παράδειγμα τα διάφορα κυστικά μορφώματα, τα αιμαγγειώματα, οι υπερτριχώσεις και παραμορφώσεις όπως ο σκαφοειδής θώρακας, περιθωρειοποιούσαν τους πάσχοντες και τους οδηγούσαν με δραματικό τρόπο στην εκμετάλευση από τον κοινωνικό τους περίγυρο και κατ' επέκταση στον κοινωνικό αποκλεισμό. Μάλιστα κάποιες ιδιάζουσες παραμορφώσεις, όπως για παράδειγμα οι σιαμαίοι δίδυμοι που εξετάζουμε, προκαλούν ειδικές αντιδράσεις στο ευρύ κοινό, χαρακτηρίζονται ως κακοί οιωνοί και εκδιώκονται πολλές φορές απ' όπου επιχειρούν να εγκατασταθούν[11].

Οι πολλές αναφορές Βυζαντινών συγγραφέων στα σιαμαία δίδυμα από την Αρμενία που ήρθαν στην Κωνσταντινούπολη αλλά και το πλήθος του κόσμου που έσπευσε στα εξωτερικά τείχη της Πόλεως για να τους θαυμάσει, μαρτυρά τη σπανιότητα, αλλά και την παραδοξότητα του γεγονότος, αυτού καθ΄ αυτού. Οι σιαμαίοι δίδυμοι αποτέλεσαν εξαίσιο θέαμα για τους βυζαντινούς, οι οποίοι πιθανόν να πλήρωναν μεγαλα ποσά για να τους δουν από κοντά και να

Εικόνα 1.

Μικρογραφία f131rb : Λεπτομέρειες από μικρογραφία του εικονογραφημένου χειρογράφου της Ιστορίας του Ιωάννου Σκυλίτζη. Στην παραπάνω εικόνα απεικονίζεται η είσοδος των συμφυών διδύμων στην Κωνσταντινούπολη, αλλά και το πλήθος που έσπευσε να τους συναντήσει στα τείχη της πόλεως. Το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός κατοίκων έσπευσε στα τείχη της πόλεως για να τους δει και να τους θαυμάσει αποδεικνύει τη σπανιότητα, αλλά και την παραδοξότητα του συμβάντος.

τους θαυμάσουν, μέχρις ότου θεωρηθούν κακός οιωνός απότε και εκδιώχθηκαν από την Κωνσταντινούπολη (ως πονηρός τις οιωνός εξηλάθησαν). Γενικότερα η εμφάνιση κάποιου ανεξήγητου αστρονομικού φαινομένου ή η τερατογένεση εθεωρείτο ως κακός οιωνός στο Βυζάντιο, κάτι που προκαλούσε την περιέργεια των ανθρώπων που έσπευδαν από κοντά να τους δουν και να τους θαυμάσουν. Σε αντίστοιχη περίπτωση κάνει αναφορά και ο Μιχαήλ Ατταλειώτης (Ιστορία, 211,1), λέγοντας ότι επί Νικηφόρου Βοτανειάτη γεννήθηκε ένα βρέφος με έναν μόνον οφθαλμό στο μέτωπο και τραγοσκελές (παιδίον ετέχθη κατά μέτωπον έχον τον οφθαλμόν, και τούτον ένα και μόνον, τραγοσκελές δε τους πόδας). Εξάλλου ως θεάματα προς τέρψιν των πλουσίων αντιμετωπίζονταν και άνθρωποι το ανάστημα των οποίων υπερέβαινε (γιγαντισμός) ή ήταν κατά πολύ μικρότερο (νανισμός) του φυσιολογικού[12].

Περιπτώσεις γεννήσεων τύπου mostrum, που είχαν ανθρώπινη μορφή αναμεμιγμένη με χαρακτηριστικά ζώου (ουρά, κέρατα, λέπια, πόδια ζώου) ή τύπου prodigium χωρίς ανθρώπινα στοιχεία ήταν ασυνήθιστες και θεωρούνταν αξιομνημόνευτα περιστατικά για τους βυζαντινούς συγγραφείς. Αυτές οι γεννήσεις πέραν από την παραδοξότητα του γεγονότος είχαν πρόβλημα κοινωνικής και νομικής αποδοχής στη βυζαντινή κοινωνία, ενώ η αδυναμία επιβίωσης των νεογνών αποδίδονταν στην πρόνοια της φύσεως[13].

Την ίδια εντύπωση φαίνεται ότι προκάλεσαν στους Βυζαντινούς οι σιαμαίοι δίδυμοι όταν ήλθαν από την Αρμενία στην Κωνσταντινούπολη επί της Βασιλείας του Ρωμανού Α΄ του Λεκαπηνού (920-944 μΧ). Μάλιστα όπως διακρίνουμε στις μικρογραφίες f131rb και f131rc του χειρογράφου (εικ.1,2), ήταν συνενωμένοι σε όλα σχεδόν τα μέρη του σώματος τους, από τον ομφαλό μέχρι το υπογάστριο, έχοντας θέση αντικριστών προσώπων: (...) συμπεφυκότες από του στόματος της γαστρός μέχρι των υπό γαστέρα. Πρόκειται για μια σπάνια περίπτωση σιαμαίας γέννησης την οποία σύμφωνα με τη Γενική Παθολογία εντάσσουμε στην κατηγορία των ομφαλοπαγών σιαμαίων διδύμων[14].

Όπως μας πληροφορεί ο Ιστορικός Ιωάννης Σκυλίτζης, οι σιαμαίοι δίδυμοι παρέμειναν για μεγάλο χρονικό διάστημα στην Κωνσταντινούπολη (...) *επί πλείστον τη πόλει ενδιατρίψαντες*, αποτελώντας εξαίσιο θέαμα για τους πολίτες της πόλεως, που πλήρωναν σημαντικά χρηματικά ποσά για να τους δουν και να τους θαυμάσουν (...) *υπό πάντων ως εξαίσιον τέρας εθαυμάζοντο*. Ωστόσο αργότερα λόγω της δυσμορφίας τους θεωρήθηκαν ως κακός οιωνός και εκδιώχθηκαν πέραν των τειχών της πόλεως: (...) *εξηλάθησαν δε της πόλεως ως πονηρός οιωνός*.

Στα χρόνια όμως της μονοκρατορίας του Κωνσταντίνου Ζ΄ του Πορφυρογεννήτου (944-959 μΧ), επέστρεψαν και πάλι στην Κωνσταντινούπολη, όπου εν τω μεταξύ πέθανε ο ένας εκ των δύο σιαμαίων διδύμων. Τότε εκλήθησαν οι εμπειρότεροι χειρουργοί να προχωρήσουν στην άμεση αφαίρεση του νεκρού τμήματος, προκειμένου να επιζήσει ο δεύτερος σιαμαίος (...) *επειράθησαν οι εμπειρότεροι των ιατρών το νεκρωθέν αποτεμείν μέρος*, μια επέμβαση εξαιρετικά πολύπλοκη και επικίνδυνη ακόμη και σήμερα. Ενώ όμως πραγματοποιήθηκε επιτυχώς ο χειρουργικός διαχωρισμός των δύο σιαμαίων διδύμων από τους ιατρούς, ο δεύτερος σιαμαίος δίδυμος πέθανε τρεις μέρες μετά την εγχείρηση (...) *τρείς ημέρας επιβιούς ετελεύτησεν*, (μικρογραφία f131rc) (εικ.2).

Η προαναφερθήσα χειρουργική επέμβαση διαχωρισμού συμφυών παίδων αποτελεί την πρώτη ιστορικά

Εικόνα 2.
Μικρογραφία F131rc

καταγεγραμμένη περίπτωση εγχείρησης σιαμαίων. Δεν υπήρξε καμία άλλη αντίστοιχη περίπτωση χειρουργικού

Εικόνα 3.
Μικρογραφία 1r

διαχωρισμού σιαμαίων στην αρχαία ελληνική και τη βυζαντινή ιατρική. Ακόμη και σήμερα κάθε επιστημονική εργασία με θέμα γεννήσεις και επεμβάσεις διαχωρισμού σιαμαίων, κάνει ιστορική αναδρομή σ΄αυτό το επιστημονικό επίτευγμα της βυζαντινής ιατρικής[15].

Την ίδια όμως αντιμετώπιση ως κακού οιωνού, σε τικτόμενα βρέφη με διαμαρτίες περί την διάπλαση, ξανασυναντούμε και σ΄ένα ακόμη βυζαντινό χειρόγραφο του 14ου αι. μ.Χ το περιεχόμενο του οποίου πραγματεύεται τη μυθιστορηματική ζωή και τη δράση του Μεγάλου Αλέξανδρου. Το εν λόγω χειρόγραφο φέρει τον τίτλο *Διήγησις εξαίρετος και όντως θαυμασία του κοσμοκράτορος Αλεξάνδρου του βασιλέως* και πρόκειται για τον υπ΄ αριθμόν 5 κώδικα της Συλλογής του Ελληνικού Ινστιτούτου της Βενετίας[16].

Τόσο το χειρόγραφο των Ιστοριών του Σκυλίτζη, καθώς και το μυθιστόρημα του Αλεξάνδρου εμφανίζουν πολλές ομοιότητες, όπως για παράδειγμα ότι και τα δύο διακρίνονται για τον πολύτιμο μικρογραφικό τους διάκοσμο που τα καθιστά υπερπολύτιμα και μοναδικά. Το χειρόγραφο της Βενετίας περιλαμβανει 250 ολοσέλιδες μικρογραφίες, διακοσμημένες με φύλλα χρυσού σε 193 φύλλα, δηλ. 386 σελίδες, μέσα από τις οποίες ξεδιπλώνεται αριστουργηματικά η ζωή, τα κατορθώματα και οι εκστρατείες του Μεγάλου Αλεξάνδρου σε μακρινές και παράξενες χώρες, άγνωστους λαούς για τους Έλληνες. Όπως και στην περίπτωση του Χειρογράφου του Σκυλίτζη, οι μικρογραφίες «φωτίζουν» περισσότερο την αφήγηση και το αρχαίο κείμενο, δημιουργώντας μια «κινηματογραφική» αίσθηση στα μάτια του αναγνώστη και έναν εντυπωσιασμό από τη ζωηρότητα και την ποικιλία των χρωμάτων[17].

Ήταν τέτοια η επίδραση των κατορθωμάτων και της προσωπικότητας του στρατηλάτη βασιλιά στους βυζαντινούς, ώστε σε όλες τις μικρογραφίες του χειρογράφου απεικονιζεται ως βυζαντινός αυτοκράτορας, φορώντας την επίσημη αυτοκρατορική ενδυμασία του Βυζαντίου. Μάλιστα στις πρώτες σελίδες του πολυτελούς χειρογράφου απεικονίζεται ο Αλέξανδρος όρθιος επάνω σε βάθρο, σε νεαρή ηλικία, γενειοφόρος ενδεδυμένος με χρυσοποίκιλτη στολή και υψηλό στέμμα βυζαντινού αυτοκράτορα της Παλαιολόγειας περιόδου[18]. (μικρογραφία 1r), (εικ. 3).

Οι μικρογραφίες 185r και 185v (εικ. 4,5) έχουν ως θέμα τη γέννηση ενός τέρατος από μια ντόπια γυναίκα στη Βαβυλώνα, γεγονός που θεωρήθηκε και σε αυτήν την περίπτωση ως κακός οιωνός. Συγκεκριμένα μας πληροφορούν ότι όταν ο Αλέξανδρος κατέλαβε την Βαβυλώνα παρουσιάστηκε μπροστά του μια γυναίκα η οποία γέννησε τέρας που από τη μέση και πάνω ήταν άνθρωπος, ενώ το υπόλοιπο σώμα του προσομόιαζε σε ζώο: (..) *γυνή τις των εγχωρίων έτεκε βρέφος, ου τα μεν άνω του σώματος μέρη έως των λαγόνων ήσαν κατά φύσιν, τα δε από των μηρών έως κάτω θηρίων προνομαί*».

Εικόνα 4.
Μικρογραφία 185r

Εικόνα 5.
Μικρογραφία 185v

Τότε ο επικεφαλής των Χαλδαίων Μάγων, βλέποντας το τεχθέν τέρας προέβλεψε τον επερχόμενο θάνατο του Αλεξάνδρου, δίνοντας αμέσως εντολή το βρέφος να θανατωθεί και να ριχθεί στην πυρά.

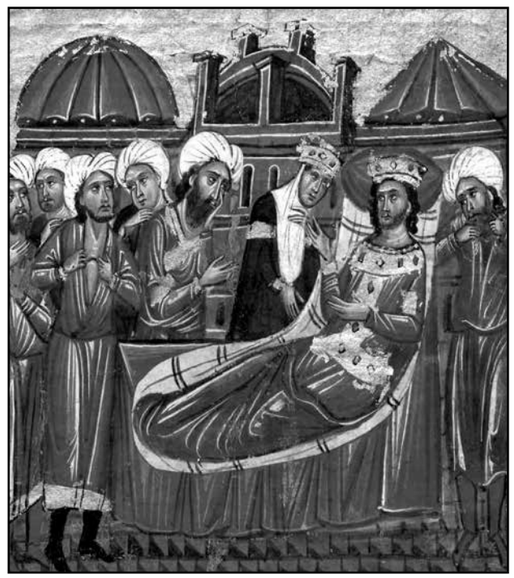
Σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη, ο Μέγας Αλέξανδρος δηλητηριάστηκε, όπως άλλωστε προκύπτει από τον χειρόγραφο κώδικα της Βενετίας[19].

Στις ανωτέρω μικρογραφίες βλέπουμε διαδοχικά τον Αλέξανδρο να πίνει το κρασί με το δηλητήριο που τον κερνάει ο Όουλλος ενώ στη συνέχεια τον διακρίνουμε στο κρεβάτι του πόνου να αποχαιρετά τη Ρωξάνη και να μοιράζει τις κτήσεις του. (μικρογραφίες 189v και 190r) (εικ.6,7)

Συμπέρασμα

Η μελέτη των δύο χειρογράφων, αφενός μεν αυτό των Ιστοριών του Σκυλίτζη (χειρόγραφο Εθνικής Βιβλιοθήκης της Μαδρίτης) και αφετέρου αυτό της Διήγησης του Αλεξάνδρου (χειρογράφο Ελλ. Ινστιτούτου της Βενετίας), αποτελούν δύο περιπτώσεις που μας διαφωτίζουν για τη στάση των βυζαντινών απέναντι στις τερατογενέσεις. Ενδεχόμενη τερατογένεση εθεωρείτο κακός οιωνός και προάγγελος συμφορών, με αποτέλεσμα τα αποκαλούμενα «τέρατα» να τίθενται στο περιθώριο και να βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και την προκατάληψη.

Εικόνα 6.
Μικρογραφία 189v



Εικόνα 7.
Μικρογραφία 190r

Summary

Teratogenesis as a bad omen in Byzantium

Through the study of two Byzantine manuscripts, the Histories by Skylitzes (it is kept in the National Library in Madrid) and the Narration by Alexander (it is kept in the Hellenic Institute in Venice), we shine light on the prejudices, the superstitions and the opinions of Byzantines towards cases of teratogenesis.
An instance of teratogenesis was treated as a bad omen and a harbinger of disaster, resulting in the «monsters» facing marginalization, social exclusion, and prejudice. And all this happened despite the fact that christian teachings preach love towards others and care towards the sick and the weak.

Keywords: History of Medicine, Byzantine medicine, teratogenesis, Venice manuscript, Manuscript of Histories by Skylitzes.

Βιβλιογραφία

1. Ιωάννου Σκυλίτζη, «Σύνοψις Ιστοριών», 252,38.
2. John Skylitzes, «A Synopsis of Byzantine History (811-1057)», Cambridge University Press, 2010, p. 224.
3. Ματσάγγας Α – Μαρκέτος Σπ. «Χειρουργική επέμβαση επί συμφυών παίδων στο Βυζάντιο κατά τον Ι΄ αιώνα», Materia Medica Greca, Τόμος 13, Τεύχος 4, 1985, σελ. 415-422.
4. Tsamakda V, «The illustrated chronicle of Ioannes Skylitzes in Madrid», , Alexandros Press, Leiden 2002, p. 168-69.
5. Grabar A, Manoussacas M., «L illustration du manuscrit de Skylitzes de la Bibliotheque nationale de Madrid», Institut Hellenique d' etudes byzantines et post-byzantines de Venise, Venise 1979, p. 77, 134, 145.
6. Boeck Elena, «Reconfiguring Constantinople: story spaces and storied imperial places in the Madrid Skylitzes Manuscript», Πρακτικά Διάλεξης στη Γεννάδειο Βιβλιοθήκη, Οκτώβριος 2013.
7. Καλαντζής Γ, Τσιάμης Κ, Πουλάκου-Ρεμπελάκου Ε, «Ορειβάσιος και Παύλος Αιγινήτης: δύο Βυζαντινή ιατροί πρωτοπόροι στην Πλαστική Χειρουργική», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2006; 23 (5): 536-540.
8. Mango Cyril, «The Oxford History of Byzantium», Oxford University Press, 2002, p. 303-313.
9. Γλύκατζη-Αρβελέρ Ελένη, «Η επιστήμη στα χρόνια του Πορφυρογέννητου», περ. στον Τόμο «Ιατρικά Βυζαντινά Χειρόγραφα», Εκδόσεις Δόμος, Αθήνα 1995, σελ. 15-29.
10. Μαρκέτος Σπύρος, «Εικονογραφημένη Ιστορία της Ιατρικής», Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2002, σελ. 139-41.
11. Πεντόγαλος Γεράσιμος, «Οι περιθωριακοί στο Βυζάντιο: λεπροί, ανίατοι, ανάπηροι», πρακτικά ημερίδας με τίτλο «Όψεις της βυζαντινής κοινωνίας: οι περιθωριακοί στο Βυζάντιο», Έκδοση του Ιδρύματος Γουλανδρή-Χορν, Αθήνα 1993, σελ. 155-69.
12. Κουκουλές Φαίδων, «Βυζαντινών Βίος και Πολιτισμός», Τόμος Γ΄, Κεφάλαιο με τίτλο «Λαϊκά θέματα και λαικαί διασκεδάσεις παρά Βυζαντινοίς», Εκδόσεις Γαλλικού Ινστιτούτου Αθηνών (Collection de L' Institut Francais D' Athenes), Αθήναι 1948, p. 11-4.
13. Πουλάκου-Ρεμπελάκου Έφη, «Η Παιδιατρική στο Βυζάντιο», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000, 17(3): 326-331.
14. Geroulanos S, Jaggi F, Wydler J, Lachat M, Cakmakci M., «Thoracopagus symmetricus: On the separation of Siamese twins in the 10th century A. D. by Byzantine physicians», Gesnerus, 1993;50 (Pt 3-4):179-200.
15. Pentogalos G – Lascaratos J. «A surgical operation performed on siamese twins during the tenth century in Byzantium», Bulletin of the History of Medicine, The Johns Hopkins University Press, 1984, 58: 99-102.
16. Trahoulia Nikolette, «The Venice Alexandrer Romance: pictorial narrative and the art of telling stories», from «History as Literature in Byzantium», ed Ruth Macrides, The Society for the Promotion of Byzantine Studies, Great Britain, 2010, p. 145-65.
17. Τραχούλια Νικολέττα, «Το μυθιστόρημα του Αλεξάνδρου: κώδιξ 5 του Ελληνικού Ινστιτούτου της Βενετίας (The Greek Alexander Romance)», Εκδόσεις Εξάντας, σελ 442, Αθήνα 1997.
18. Ξυγγόπουλος Α., «Ο Μέγας Αλέξανδρος εν τη βυζαντινή αγγειογραφία», Αρχαιολογική Εφημερίς (Τόμος Εκατονταετηρίδος), 1937, σελ. 267-76.
19. Λασκαράτος Ιωάννης «Κύλικες ζωής κατευνάστριαι: ιστορική και ιατρική προσέγγιση στις δηλητηριάσεις της Βυζαντινής περιόδου», Εκδόσεις J & J Hellas, Αθήνα 1994, σελ. 21-22.

Εκπαιδευτική εισήγηση

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του νευρικού συστήματος.

Διασταύρωση νευρικών οδών. Διάθλαση του φωτός. Εξελικτική προσέγγιση.

Στέφανος Λουκάς

Ιστοπαθολόγος - Κυτταρολόγος

Περίληψη: Στο νευρικό σύστημα παρουσιάζεται με εντυπωσιακό τρόπο το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της διασταύρωσης των νευρικών οδών. Από την ανακάλυψή της η διασταύρωση απετέλεσε αντικείμενο οριακού προβληματισμού, διότι δεν ερμηνεύεται με απλές μετακινήσεις ή απωθήσεις οργάνων. Τέτοια ερμηνεία αποδίδεται στα περιφερειακά η κρανιακά νεύρα (εκτός του τροχιλιακού), όπως το κάτω λαρυγγικό, και μύες (όπως τείνων του τυμπάνου, της λεκάνης κλπ). Το τροχιλιακό νεύρο, αναδυόμενο ραχιαίως, αποκαλύπτει πολύπλοκη διαδικασία μορφογένεσης. Ως προς την θεωρουμένη γενική διασταύρωση, η θεωρία της φυσικής επιλογής, υποστηρίζει τη γνωστή διαδικασία της αφαίρεσης, δηλαδή τον εκφυλισμό συναρτήσει της χρήσης του νευρωνικού δικτύου. Ωστόσο ειδικές παρατηρήσεις στην σύνδεση με την οπτική λειτουργία αφήνουν να εννοηθεί ότι η τελευταία είχε τον καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση του νευρικού συστήματος. Βασικό δεδομένο αποτελεί η διάθλαση του φωτός και ο σχηματισμός αντιστρόφου ειδώλου στον αμφιβληστροειδή. Η αντιστροφή του οπτικού ερεθίσματος, σε αρχαϊκούς διαφανείς οργανισμούς, προκάλεσε, με συνδυασμό φωτοτροπικού μηχανισμού και ανάπτυξης μοριακής ροπής, τον διαγώνιο προσανατολισμό των στοιχείων του κυττάρου ως προς το σημείο πρόσπτωσης του φωτονίου. Στον ανώτερο οργανισμό η διαγώνια αυτή θέση διαφοροποιήθηκε στην διασταύρωση των νευρικών δεσμίδων και την τελική ανάπτυξη του νευρομυϊκού συστήματος με αποτέλεσμα την ακριβή προσέγγιση του αντικειμένου. Ο συνδυασμός ερεθισμάτων, με τον οποίο παρουσιάζεται το αντικείμενο, ελέγχεται με το νευρωνικό σύστημα της σύγκλισης και άθροισης την σημάτων που συντελείται στο φλοιό και στα υποφλοιϊκά κέντρα. Τα εκφραζόμενα, με αποτέλεσμα την διασταύρωση, γονίδια προφανώς εκπροσωπεύουν τις μοριακές φάσεις της αρχικής μοριακής επαγωγής αν και η πλήρης αποδοχή της συναντά δυσκολίες διότι προϋποθέτει την αντιστρεπτότητα συγκεκριμένων διαδικασιών. Η λειτουργία της αντιστρόφου μεταγραφάσης (RT) συνηγορεί καθοριστικά στην αποδοχή της θεωρίας της μοριακής επαγωγής εφαρμοζόμενης και για την ερμηνεία της διασταύρωσης των νευρικών οδών.

Λέξεις κλειδιά:
Διασταύρωση νευρικών οδών, τροχιλιακό νεύρο, έσω κάψα, έξω γονατώδης πυρήνας, διάθλαση φωτός, αμφιβληστροειδής, ινιακός φλοιός, αντίστροφος μεταγραφάση, μέδουσα, συγκύτιο, πρωτεΐνη G

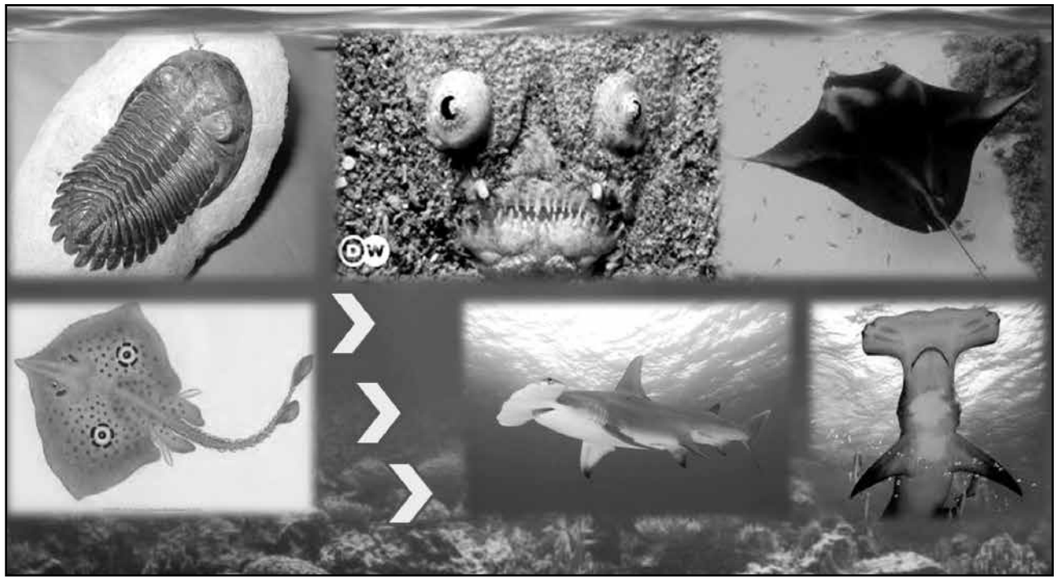
Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Στέφανος Λουκάς
sloukas3655@gmail.com

Εισαγωγή.
Η θεωρία της επαγωγής και της φυσικής επιλογής

Στην γενική συνθετότητα της μορφολογίας του νευρικού συστήματος αναδεικνύεται με εντυπωσιακό τρόπο το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της διασταύρωσης των νευρικών οδών. Από την ανακάλυψή της απετέλεσε αντικείμενο οριακού προβληματισμού διότι δεν ερμηνεύεται με μονοδιάστατες σχετικές μετακινήσεις ή απωθήσεις οργάνων. Τέτοια ερμηνεία είναι δυνατόν να αποδοθεί σενεύρα όπως το κάτω λαρυγγικό ή μύες όπως του τυμπάνου, τροχιλιακούς οφθαλμού, της λεκάνης κ.λπ.

Ιδιαίτερο εξελικτικό νόημα έχει το τροχιλιακό νεύρο ως το μοναδικό το οποίο αναδύεται ραχιαίως και διασταυρώνεται μετά την γένεσή του (ΕΙΚ 3Β). Το γεγονός μαρτυρεί μία ιδιαίτερη χωροκινητική σχέση με τον οφθαλμό. Η ερμηνεία της πορείας του νεύρου προκαλείτολμηρέςθεωρητικές υπερβάσεις αν και ενδεικτικά κριτήρια παραχωρεί η αντιστροφή της πορείας των ινών του προσωπικού νεύρου, η οποία, ωστόσο, εκτελείται ομόπλευρα (ΕΙΚ 3Ζ). Η πορεία του τροχιλιακού μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι οφθαλμοί είχαν θέση οπίσθια* ως προς το σώμα και επιπλέον ότι υπήρχε ένας μόνο οφθαλμός. Ευδιάκριτο αποδεικτικό έρεισμα του συμπεράσματος είναι η ύπαρξη θαλασσίων οργανισμών, ακόμα και ανώτερων, με τους οφθαλμούς ευρισκόμενους σε ενιαίο επίπεδο με την ραχιαία επιφάνεια (Εικ 1).

Η σύζευξη, ωστόσο, των κινήσεων των οφθαλμών, δια των συναπτικών συνδέσεων των πυρήνων του τροχιλιακού νεύρου με τους πυρήνες του κοινού οφθαλμοκινητικού και απαγωγού, συνηγορεί για ενιαία αιτιολογική προσέγγιση της εξέλιξης της οπτικής λειτουργίαςη. Αξιοσημείωτη μορφολογικά είναι και η εκτεταμένη κατανομή του πνευμονογαστρικού νεύρου με την οποία αποδεικνύεται ένας συμπυκνωμένος μεταμερισμός των αρχαϊκών συστημάτων ελεγχομένων από το νεύρο αυτό. Ο εν λόγω μεταμερισμός αναπαράγεται βραχύβια στο στάδιο των βραγχιακών τόξων του εμβρύου, Ο προβληματισμός ως προς την συνολική εμβρυογένεση του Νευρικου Συστήματος (ΝΣ)αναπόφευκτα προστέθηκε στα πεδία του γονιδιακού ελέγχου, ενώ επεκτάθηκε και στον μετέπειτα ρόλο του ΝΣεπί της γονιδιακής έκφρασης των περιφερειακών ιστών, δεδομένης της αναγκαιότητας της διέγερσης των υποδοχέων για την συντήρηση, μέσω των ενδοπλασματικών διαβιβαστών, του εκφραστικού δυναμικού του πυρήνα. Η μοριακή έρευνα έχει ταυτοποιήσειμια σειρά από γονίδια, τα οποία καθορίζουν την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος από τα αρχικά στάδια της εμβρυογένεσης όπως του NGF, GMNNgenePAX6gene και mFoxD3,τα οποία όμως χρήζουν αποσαφήνιση του ρόλου τους ως προς την οργανική διαφοροποίηση. Επανερχόμενοι, ως εκ τούτου, στην ιστολογία της διασταύρωσης των νευρικών οδών, θα θεωρήσουμε ότι επί του θέματος δεν διστάζει να διεκδικεί θέση η θεωρία της επιλογής. Δηλαδή, κατά την εν λόγω θεωρία, ένα άμορφο νευρικό δίκτυο «έμαθε» ότι κάποιες οδοί ανταποκρίνονται καλύτερα στις σχέσεις με το περιβάλλον και αυτές παρέμειναν στους απογόνους οι



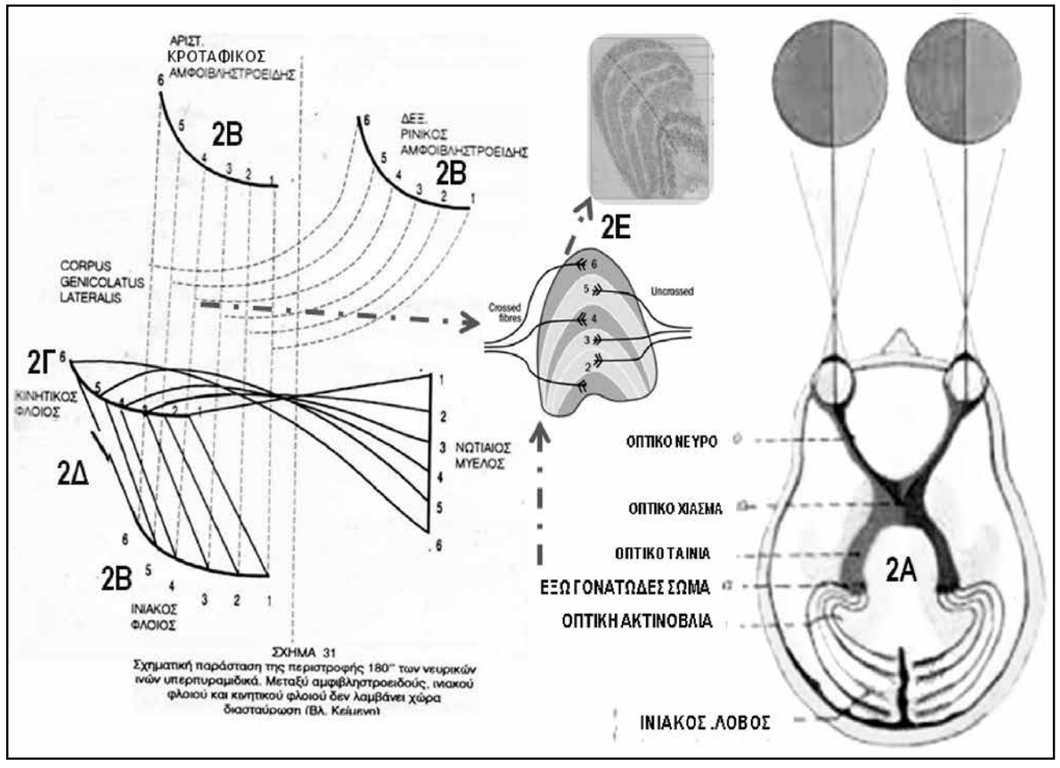
Εικόνα 1.
Θαλάσσιοι ανώτεροι οργανισμοί με τους οφθαλμούς ευρισκόμενους σε ενιαίο επίπεδο με την ραχιαία επιφάνεια.

δε υπόλοιπες, λόγω αχρηστίας, εκφυλίσθηκαν (Αφαιρετική θεωρία). Η πιθανότητα αυτομάτων μεταλλάξεων για να επιτευχθεί ο συνδυασμός, ο οποίος θα αποδώσει το νευρικό σύστημα, είναι θεωρητικά μικρότερη εκείνης για την αναδημιουργία ενός γαλαξία. Πάντα υπαρκτή βεβαίως με τις παραμέτρους του Σύμπαντος. Με σκοπό, ωστόσο, τον προσδιορισμό ενός ανταγωνιστικού παρανομαστή στον απρόσιτο, με τις διαθέσιμες δυνατότητες, αριθμό ανασυνδυασμών του γενετικού κώδικα, απαιτουμένων ώστε να γίνουν οι «προτάσεις» από την φύση προς Δαρβινική επιλογή, θα θεωρήσουμε συνοπτικά τις νευρικές οδούς, ιδιαίτερα της οπτικής και της οσφρητικής, την τοπογραφία και τον προσανατολισμό του εγκεφαλικού φλοιού, όπου αναδεικνύεται καθαράένας εξελικτικός μηχανισμός επιδεκτικός στην θεώρηση με στενά επαγωγικά κριτήρια.

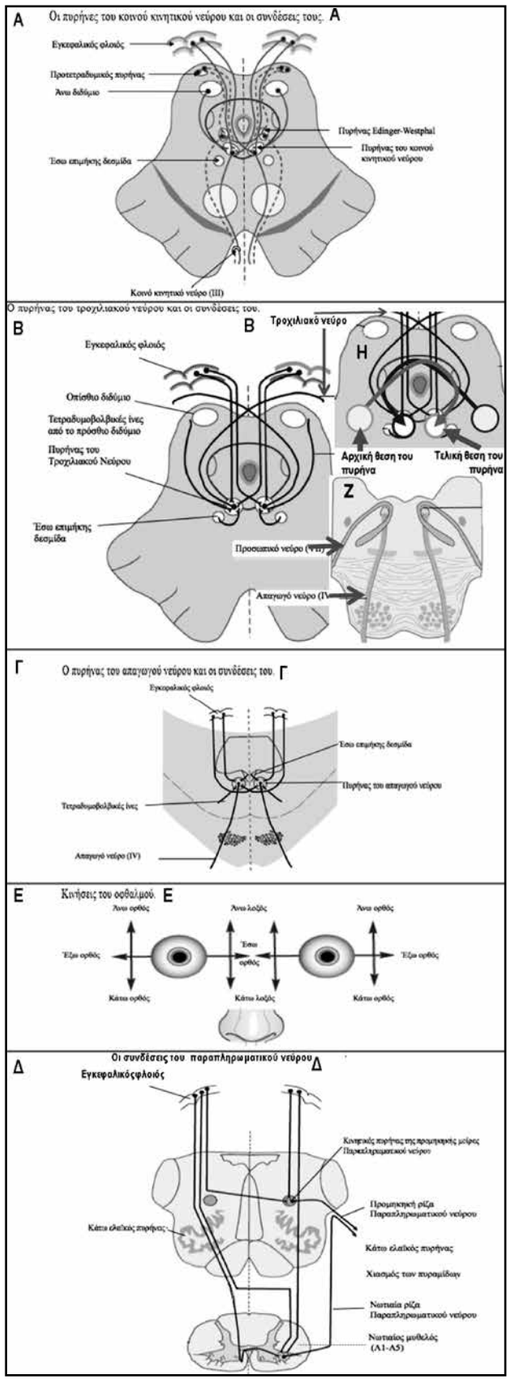
Συνάψεις οι οποίες συνηγορούν υπέρ της σχέσεως διάθλαση-διασταύρωση νευρικών δεσμίδων

Οι κατ' επιλογή παρατηρήσεις ,οι οποίες οδηγούν στο συμπέρασμα περί, κατά τις «ημέτερες» δυνατότητες, αιτιολογικής προσιτότητας ως προς την διασταύρωση του ΝΣ, είναι οι ακόλουθες:

α) Η διασταύρωση του οπτικού χιάσματος διατηρεί απόλυτα τον ειδωλικόημιχώρο του αμφιβληστροειδούς κατά το οβελιαίο επίπεδο (ΕΙΚ. 2Α).
β) Ο οπτικός φλοιός στον ινιακό λοβό έχει την αυτή φορά στην σημειακή αντιστοιχία με τον αμφιβληστροειδή ο οποίος δέχεται το είδωλο αντεστραμμένο (ΕΙΚ 2Β).
γ) Ο αισθητικός και κινητικός φλοιός είναι επίσης αντεστραμμένοι ως προς την διάταξη στο χώρο του σώματος. (ΕΙΚ 2Γ).



Εικόνα 2.
Παρατηρήσεις στην διάταξη οπτικής οδού:
α) Η διασταύρωση του οπτικού χιάσματος διατηρεί τον ειδωλικό ημιχώρο του αμφιβληστροειδούς κατά το οβελιαίο επίπεδο 2Α, β) Ο οπτικός φλοιός στον ινιακό λοβό έχει την αυτή φορά στην σημειακή αντιστοιχία με τον αμφιβληστροειδή ο οποίος δέχεται το είδωλο αντεστραμμένο 2Β, γ) Ο αισθητικός και κινητικός φλοιός είναι επίσης αντεστραμμένοι ως προς την διάταξη στο χώρο του σώματος 2Γ, δ) Οι δέσμες μεταξύ του οπτικού και των υπολοίπων φλοιών στο ίδιο ημισφαίριο αλλά και προς το ετερόπλευρο (δια του μεσολοβίου) δεν εμφανίζουν διασταύρωση.—Ιστολογική εικόνα του έξω γονατώδους πυρήνα οπου είναι εμφανή τα έξη κυτταρικά στρώματα και σχήμα κατανομής των ινών της οπτικής ταινίας 2Ε (ΕΙΚ 2Δ)



Εικόνα 3.

ΑΒΓΔ Οι φλοιοπρομηκικές δεσμίδες για τα κρανιακά νεύρα προέρχονται και από τα δύο ημισφαίρια , εκ των οποίων οι ομόπλευρες αποδίδονται στην πυρηνική μοίρα των προσαγωγών μυών και οι ετερόπλευρες στην πυρηνική μοίρα των απαγωγών.

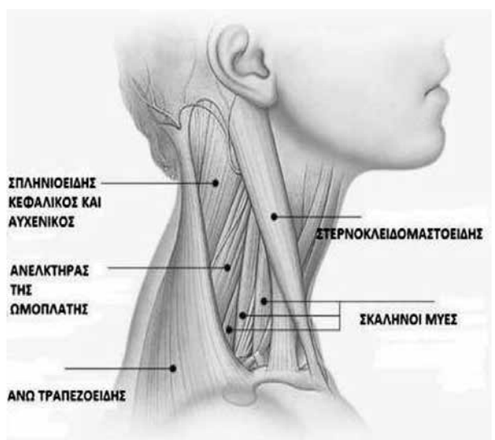
δ) Οι δέσμες μεταξύ του οπτικού και των υπολοίπων φλοιών στο ίδιο ημισφαίριο αλλά και προς το ετερόπλευρο (δια του μεσολοβίου) δεν εμφανίζουν διασταύρωση (ΕΙΚ 2Δ).

ε) Οι φλοιοπρομηκικές δεσμίδες για τα κρανιακά νεύρα προέρχονται και από τα δύο ημισφαίρια, εκ των οποίων οι ομόπλευρες αποδίδονται στην πυρηνική μοίρα των προσαγωγών μυών και οι ετερόπλευρες στην πυρηνική μοίρα των απαγωγών (ΕΙΚ3 ΑΒΓΔΕΖ).

ζ) Η αναζήτηση, τοιουτοτρόπως, αντικειμένου οριζοντίως στον ημιχώρο με τους απαγωγούς μύες ελέγχεται από την διασταυρούμενη κινητική οδό ενώ οι προσαγωγοί μύες κατευθύνονται προς το αντικείμενο από την μη διασταυρούμενη. Στην κατακόρυφη κίνηση απαιτείται ομοίως διασταύρωση αλλά αυτή εξασφαλίζεται από ανάλογη διάταξη των κατιόντων δεματίων τα οποία διανέμονται επίσης σύμφωνα με τον ειδωλικό προσανατολισμό των κινητικών περιοχών του φλοιού 4,.6 ,8

η) Οι κινήσεις που αφορούν τον οφθαλμό, την κεφαλή και τον κορμό στην οριζόντια αναζήτηση ακολουθούν ταυτόσημο συνδυασμό. Συσπάται, δηλαδή, ταυτόχρονα δέσμη προσαγωγών από την μία πλευρά και απαγωγών από την άλλη ,με αποτέλεσμα την στροφή προς το ερέθισμα. Χαρακτηριστικά για την. κεφαλή, συσπάται ταυτόχρονα ο στερνοκλειδομαστοειδής μυς (προσαγωγός) από την μια πλευρά και οι σπληνοειδής και τραπεζοειδής (απαγωγοί) από την αντίθετη (ΕΙΚ 4).

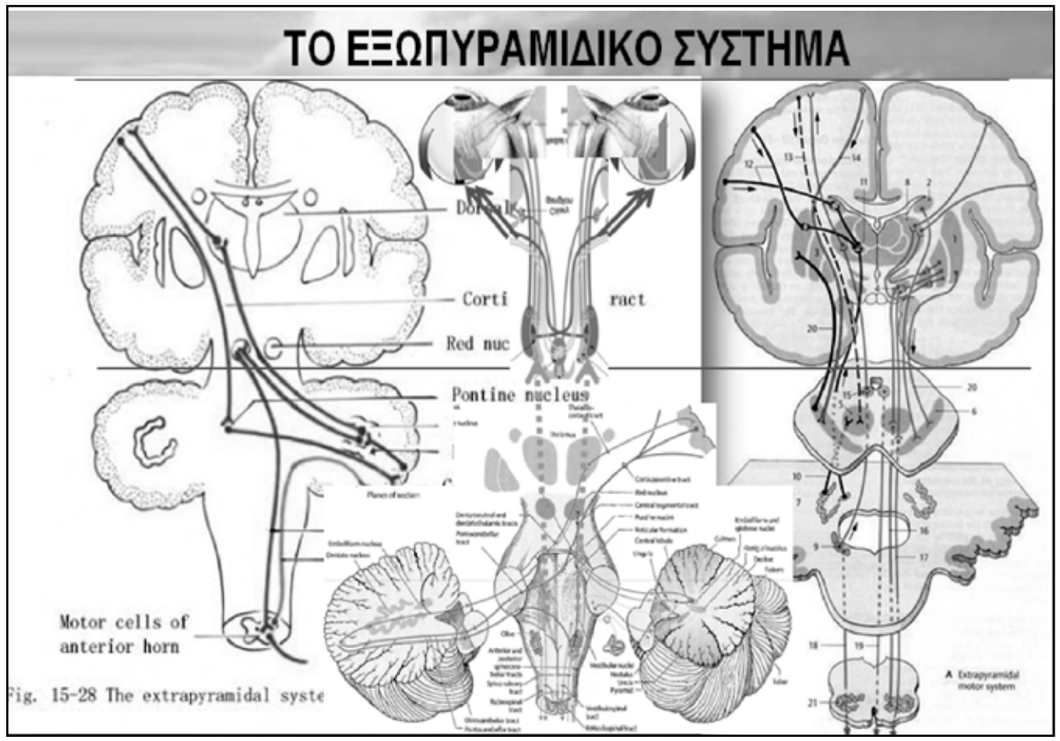
Σημειωθήτω ότι οι στερνοκλειδομαστοειδείς και τραπεζοειδείς μύες νευρώνονται από το παραπληρωματικό νεύρο του οποίου οι πυρήνες δέχονται φλοιοπυρηνικές ίνες κατανεμημένες ανάλογα με τα οφθαλμοκινητικά νεύρα (ΕΙΚ 3Δ). Πρέπει να σημειωθεί ότι ο προσανατολισμός προς το εξωτερικό αντικείμενο συντελείται από πέντε επί-



Εικόνα 4.

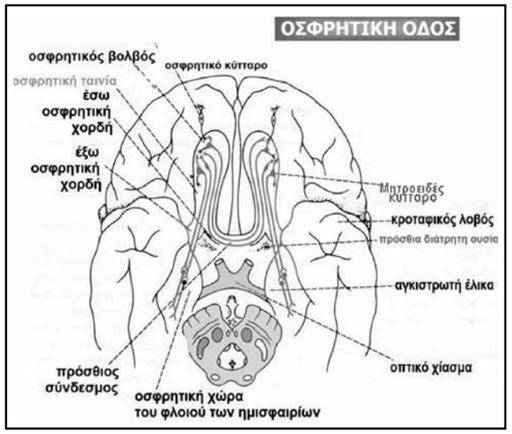
πεδα (Ε) αντανακλαστικών. Το σύστημα των οπτικών και οφθαλμοκινητικών νεύρων αποτελεί το πρώτο επίπεδο προσανατολισμού προς το αντικείμενο. Ανταποκρίνεται, θα λέγαμε, στατικά στον προγραμματισμό των ταχέων κινήσεων. Στις βραδύτερες κινήσεις η οπτική προσέγγιση καθοδηγείται από το σύνολο των σημάτων ιδιοδεξίας του μυοσκελετικού συστήματος και των αιθουσιαίων σημάτων (μεταφέρονται από τα δεμάτια πρόσθιο και οπίσθιο νωτιαιοπαρεγκεφαλιδικό, νωτιαιοελαϊκό, αιθουσοτετραδυμικό,τριδυμοδικτυωτό, νωτιαιοτετραδυμικό και νωτιαιοδικτυωτό). Η θέση δηλαδή των οφθαλμών (2Ε), της κεφαλής (3Ε), του σώματος (4Ε) και αιθουσιαία σήματα (5Ε) καθορίζουν αθροιστικά την τελική κίνηση προς το οπτικό ερέθισμα δια των κεντρομόλων δεσμίδων οι οποίες προσάγονται στην παρεγκεφαλίδα, τετραδυμικόπέταλο, δικτυωτό σχηματισμό και δια των δεσμίδων οι οποίες κυρίως από την παρεγκεφαλίδα ευαισθητοποιούν, κατά συναπτική ολοκλήρωση, συγκεκριμένους νευρώνες στον κινητικό φλοιό (ΕΙΚ 5). Οι φυγόκεντρες δεσμίδες από τον κινητικό φλοιό δια της εξωπυραμιδικής οδού ελέγχουν ομόπλευρα των ανιόντων δεματίων την μυϊκή απόκριση και ορίζουν σφαιρικά την γωνία των αντανακλαστικών προσέγγισης του εξωτερικού αντικειμένου (ΕΙΚΟΝΑ 5).

Στον προσανατολισμό δηλαδή και την προσέγγιση του ερεθίσματος συμμετέχει συνολικά το μυικό σύστημα σε αθροιστική συνεργασία με τους οφθαλμικούς μύες.-θ) Ιδιαίτερο συγκαταθετικό ρόλο στις προηγούμενες παρατηρήσεις έχει η Οσφρητική οδός η οποία δεν διασταυρώνεται και καταλήγει στον ομόπλευροοσφρητικό φλοιό. (ΕΙΚΟΝΑ 6).



Εικόνα 5.

Σχηματική παράσταση των δικτύων που καθορίζουν τις κινήσεις των οφθαλμών (διαδικτυακή συλλογή.) Στις βραδύτερες κινήσεις η οπτική προσέγγιση καθοδηγείται από το σύνολο των σημάτων ιδιοδεξίας του μυοσκελετικού συστήματος και των αιθουσιαίων σημάτων (μεταφέρονται από τα δεμάτια πρόσθιο και οπίσθιο νωτιαιοπαρεγκεφαλιδικό , νωτιαιοελαϊκό, αιθουσοτετραδυμικό νωτιαιοτετραδυμικό και νωτιαιοδικτυωτό). Η θέση δηλαδή των οφθαλμών, της κεφαλής και του σώματος καθορίζει αθροιστικά την τελική κίνηση προς το οπτικό ερέθισμα δια των κεντρομόλων δεσμίδων οι οποίες προσάγονται στην παρεγκεφαλίδα , τετραδυμικό πέταλο, δικτυωτό σχηματισμό και δια των δεσμίδων οι οποίες κυρίως από την παρεγκεφαλίδα ευαισθητοποιούν, κατά συναπτική ολοκλήρωση, συγκεκριμένους νευρώνες στον κινητικό φλοιό. Οι φυγόκεντρες δεσμίδες από τον κινητικό φλοιό δια της εξωπυραμιδικής οδού ελέγχουν ομόπλευρα των ανιόντων δεματίων την μυϊκή απόκριση και ορίζουν σφαιρικά την γωνία των αντανακλαστικών προσέγγισης του εξωτερικού αντικειμένου. Στον προσανατολισμό δηλαδή και την προσέγγιση του ερεθίσματος συμμετέχει συνολικά το μυικό σύστημα σε αθροιστική συνεργασία με τους οφθαλμικούς μύες.

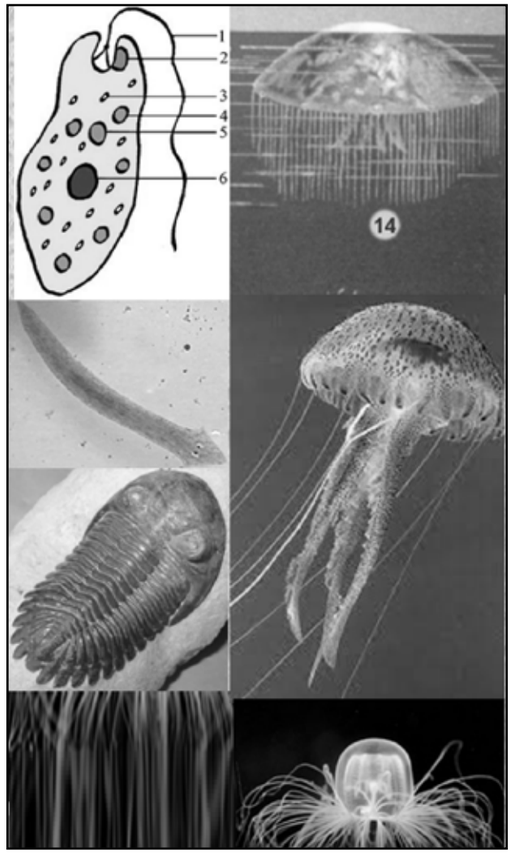


Εικόνα 6.

Το γεγονός ότι δεν συνάπτεται με τις άλλες αισθητικές οδούς είναι δείγμα της εξελικτικής της απόστασης. Ως το αρχαιότερο αισθητικό σύστημα έδινε τις χημικές πληροφορίες στον οργανισμό χωρίς να ελέγχει την μακροσκοπική εικόνα και την θέση του ερεθίσματος, αφότου το ερέθισμα ήταν διάχυτο και σε τυχαία ανάμιξη με άλλα χημικά ερεθίσματα. Γίνεται εμφανές από τις συνολικές σχέσεις του ετεροπλευρισμού των συνάψεων ότι η διασταύρωση των νευρικών οδών αντιστοιχεί στο γεγονός ότι το είδωλο στον αμφιβληστροειδή σχηματίζεται αντεστραμμένο και αποτελεί την «στερεοποίηση» της θέσης προσέγγισης, που ελαμβανόταν στους πρώιμους οργανισμούς, συναπτόμενη αρχικά με φωτοτροπικό μηχανισμό. Αν και η αρχέγονη «στερεοποίηση» δεν εκάλυπτε, λόγω περιορισμένης δυνατότητας ανάλυσης, το σύνολο των θέσεων της φωτεινής πηγής ως προς τον αρχαϊκό οργανισμό, στον Νεοεγκέφαλοτα αντανακλαστικά τόξα αναζήτησης αντικειμένου καλύπτουν σημειακά *(0,4εκ της μοίρας) το οπτικό πεδίο εξαρτώμενα από τις παράλληλες συναπτικές δέσμες μεταξύ ινιακού, βρεγματικού και μετωπιαίου λοβού έχοντας, δια της πυραμιδικής και εξωπυραμιδικής οδού, εκτελεστικό φορέα τα οφθαλμοκινητικά και τα περιφερειακά νεύρα. Σημειωτέον, ωστόσο, ότι η σημειακή κάλυψη του προσανατολισμού από τον οφθαλμό προς το οπτικό πεδίο δεν εξασφαλίζεται από πολλαπλές μυϊκές ίνες ελέγχουσες με μονοσήμαντη σχέση την κίνηση επί ενός επιπέδου. Ο έλεγχος εκτελείται από τέσσερεις βασικά μύες οι οποίοι λειτουργούν ως επίσυνάρτησης τιμών καρτεσιανών αξόνων όπου κατά τον άξονα Χ λειτουργούν οι μύες έξω ορθός και έσω ορθός, ενώ κατά τον άξονα Ψ οι μύες κάτω ορθός και άνω ορθός (ΕΙΚ 3Ε). Οι μύες άνω και κάτω λοξοί, ενώ συμμετέχουν στην κίνηση, έχουν ουσιαστικά τον ρόλο του άξονα στήριξης του οφθαλμικού βολβού, ενόσω η σύσπαση των ορθών θα μετακινούσε τον βολβό προς τα πίσω και θα ήταν σχεδόν αδύνατη η ακριβής εστίαση του αντικειμένου. Συνολικά η στερεομετρία των νευρομυϊκών διατάξεων, προς ανταπόκριση στο γεγονός της διάθλασης του φωτός και του αντιστρόφου ειδώλου, εκτός του ότι μας παραθέτει την αιτιολογική ερμηνεία της δομής του νευρικού συστήματος, μας μεταφέρει, κατ'αντιστοιχία, στις φάσεις διαμορφώσεώς του.

Αρχαϊκές φάσεις επαγωγής από φωτεινά ερεθίσματα. -προϋποθέσεις

Η διασταύρωση, έτσι προφανώς, συντελέσθηκε σε εποχή αρχαϊκού διαφανούς οργανισμού πιθανόν με μορφή συγκυτίου ή μέδουσας όπου οι κινήσεις κυττάρων ή συγκροτημάτων μορίων, με ερέθισμα τις τροχιές των φωτονίων, ήταν δυνατές λόγω της ρευστότητας του κυτταροπλάσματος. Μονοκύτταρος οργανισμός φωτοευαίσθητος



Εικόνα 7.
Μονοκύτταρος οργανισμός φωτοευαίσθητος εκπροσωπεύεται από το πρωτόζωο Ευγλήνη (ΕΥ) ικανή να στραφεί προς το φώς. Αλλες συγκυτιακές μορφές αντιδρούν ποικιλλοτρόπως στο φώς βλ κείμενο

εκπροσωπεύεται από το πρωτόζωο Ευγλήνη ικανό να στραφεί προς το φώς, ενώ συγκυτιακές μορφές συναντάμε στα Πρώτιστα (Haplozoon) (ΕΙΚ 7).

Σημειωτέον ότι σε μονοκύτταρο οργανισμό ή συγκύτιοεκτελούνται από διαφορετικά ενδοπλασματικά διαμερίσματα μοριακές λειτουργίες οι οποίες στην συνέχειακυτταροποιήθηκαν , με την έννοια ότι , κατά την μετατροπή του μονοκύτταρου οργανισμού σε πολυκύτταρο, η λειτουργία καθενός διαμερίσματος εκτελείται από ένα ειδικόκύτταρο, με την σειρά του οργανοποιημένο σε πολυκυτταρικό όργανο (π.χ.μυν). Κατά την θεωρία αυτή, η ακολουθία των διαβιβάσεων, μέσω νευρικών κυττάρων και υποδοχέων του πολυκύτταρου οργανισμού, πραγματοποιείται σε ένα μόνο αρχαϊκό κύτταρο, είτε ενδοκυτταρικά είτε με την έκκριση μορίου το οποίο επαναπροσδένεταισε υποδοχέα ευρισκόμενο σε αφιστάμενο σημείο της ίδιας μεμβράνης. Με ανάλογα κριτήρια η πρόσπτωση ακτινοβολίας στον υποδοχέα του αρχαϊκού κυττάρου, μέσω του συστήματος της πρωτεΐνας G και των διαβιβαστών IP3 ,Ca++, καταλήγει στην ενεργοποίηση του μηχανισμού ακτίνηςμυοσίνης και συνεπώς στην πρόκληση κίνησης. Στα φυτά η εν λόγω διαδικασία ενεργοποιεί, δια των διαβιβαστών, την αντιγραφή ειδικών γονιδίων τα οποία οδηγούν στον κυτταρικό διπλασιασμό και ανάπτυξη προς την κατεύθυνση της ακτινοβολίας(φωτοτροπισμός). Επι τού θεωρουμένου ,ωστόσο,αρχαϊκού ζωικού οργανισμού, όταν το φωτεινό ερέθισμα προέρχεται από διάθλαση, εννοείται ότι ο δέκτης «εξαπατάται» ως προς το σημείο συνδιαλλαγής με το αντικείμενο και εγείρονται ,επ αυτού φυσιολογικά, τα αντίστοιχα εξελικτικά ερωτήματα. Πως το κύτταρο «αντιλαμβάνεται» την διάθλαση ώστε να απαντήσει προς την πραγματική θέση της πηγής;. Οι κατευθύνσεις και οι παραδοχές οι οποίες υποχρεωτικάθα υιοθετηθούν προς αναζήτηση αποδεικτικής θεωρίας για το ερώτημα αυτό είναι:

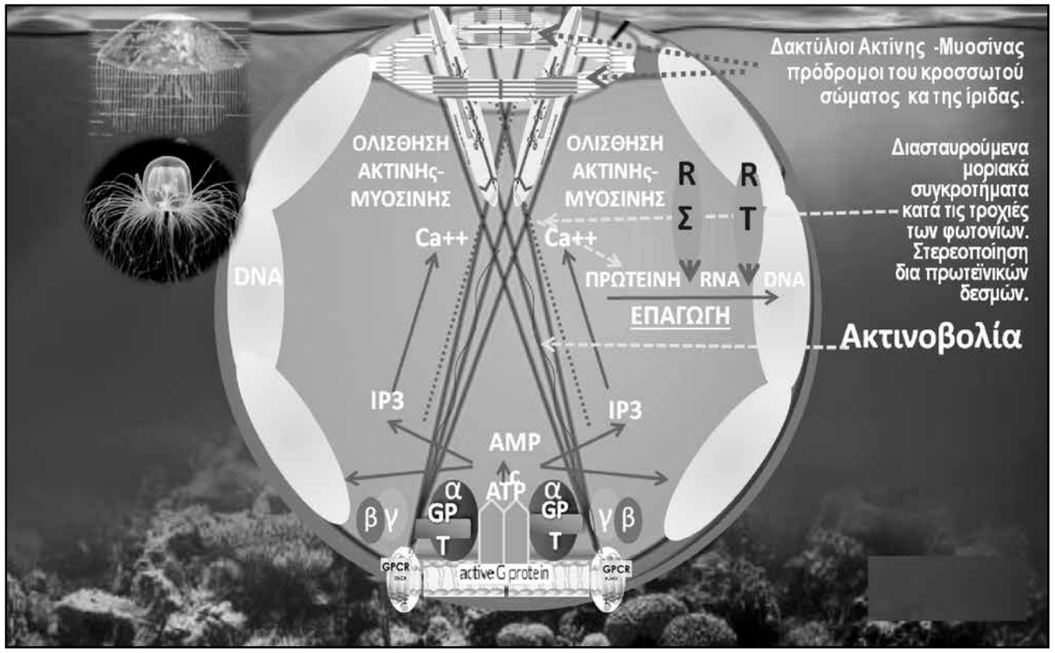
α) Ο αρχικός οργανισμός (μονοκύτταρος ή συγκύτιο) ήταν ρευστός(*) ώστε να επιτρέπει κινήσεις στο εσωτερικό του.

β) Ο αρχικός οργανισμός είχε διαθλαστικές ιδιότητες φακού ώστε να σχηματίζεται στο εσωτερικό του κανονικό είδωλο.Η μορφή της μέδουσας προσφέρεται περισσότερο στην ανάγκη λειτουργίας αυτού του μηχανισμού (ΕΙΚ 8).

γ) Το μυϊκό σύστημα και το σύστημα των διαβιβαστών αποτελούσαν κινητά διαμερίσματα στο ενδοπλασματικόδίκτυο ώστε το κυτταρόπλασμα το οποίο εδεχόταν το φωτεινό ερέθισμα να έχει την ικανότητα να μετακινείται κατά την διεύθυνση του ερεθίσματος.Δεδομένου ότι ο υποδοχέας και το σύστημα G που εκκινούν την αντίδραση δεν επηρεάζονται από την κατεύθυνση του φωτός,¬αναπόφευκτα θα θεωρήσουμε ότι ο προσανατολισμός προς την φωτεινή πηγή είναι αποτέλεσμα ξεχωριστού δυναμικού πεδίου επαγομένου από το ίδιο το φωτόνιο και σε διαφορετικά μοριακά συγκροτήματα, τα οποία είναι ικανά να αναπτύξουν πεδιακή ροπή (κατά την αρχή λειτουργίας του φωτοκυττάρου). Σύμφωνα με το σκεπτικό αυτό το κύτταρο αντιδρά προς την φωτεινή πηγή με συνεργασία δύο τομέων ενεργειακών μετατροπών: ενός διαβιβαστικού (πρωτG, Ca++) και ενός πεδιακού ο οποίος καθορίζει την διεύθυνση του συμπλέγματος ακτίνης–μυοσίνας κατά τις τροχιές των φωτονίων. Είναι αναμενόμενο ο προσανατολισμός προς την φωτεινή πηγή να πραγματοποιείται σε συνάρτηση της συχνότητας προς την οποία είναι ευαίσθητο το μόριο της οψίνης. Στην επιλεκτικότητα αυτή του υποδοχέα ,ανεπτυγμένων μετέπειτα των πολυκυτταρικών συστημάτων ,προστέθηκε και ο συνδυασμός των ερεθισμάτων στο χώρο ,ώστε να προκαλέσει την νευρωνικήεκφόρτιση κατά άθροιση συναπτικών σημάτων

δ). Στην θεωρούμενη φάση της διαγωνιοποίησηςτων αντιδράσεων, αναπτύχθηκαν δύο επιπλέον συστήματα, κινητικής αντίδρασης έναντι της πρόσπτωσης των φωτονίων, κάθετα προς τον κεντρικό άξονα. Πρόκειται για τους μοριακούς προδρόμους των μυών της ίριδας και του κροσσωτού δακτυλίου (ciliarybody) (ΕΙΚ8).

Η κάθετη διάταξη της ακτίνης- μυοσίνης προς την τροχιά των φωτονίων προφανώς δεν σχετίζεται με τάση για προσέγγιση του ερεθίσματος αλλά με ρύθμιση των εντός του χώρου επαγόμενων ηλεκτροχημικών εντάσεων, ενώ παραπέμπει και σε δυναμικά σχηματισμού του συσταλτικού δακτυλίου πέριξ των μικροσωληναρίων κατά την τελική φάση της κυτταροκίνησης στην κυτταρική διαίρεση. Θα πρέπει να υπήρξε μακρά περίοδος ακινησίας ώστε να σταθεροποιηθούν οι δομές που απέδιδαν την «σωστή» μετακίνηση και προσανατολισμό (διαγωνιοποίηση) των δεκτών με συνθήκη την διάθλαση του φωτός και το σχηματισμό αντιστρόφου ειδώλου. Οι τροχιές δηλαδή των φωτονίων εντός της διαφανούς μάζας του κυττάρου-συγκυτίου καθόριζαν επί μεγάλο χρονικό διάστηματην διάταξη πολικών μορίων και τη σύνθεση συνοδών ενώσεων ,ώστε να οριστικοποιηθούν οι διαβιβάσεις και η στερεομετρία του συστήματος. Τι χρονικές παραμέτρους για ολοκλήρωση της «στερεοποίησης» διαθέτει ως γνωστόν το υδρόζωο Turritopsisnutricula.



Εικόνα 8.
Σχηματική παράσταση των διαδικασιών μοριακής επαγωγής της διασταύρωσης των νευρικών οδών βλ. κείμενο.

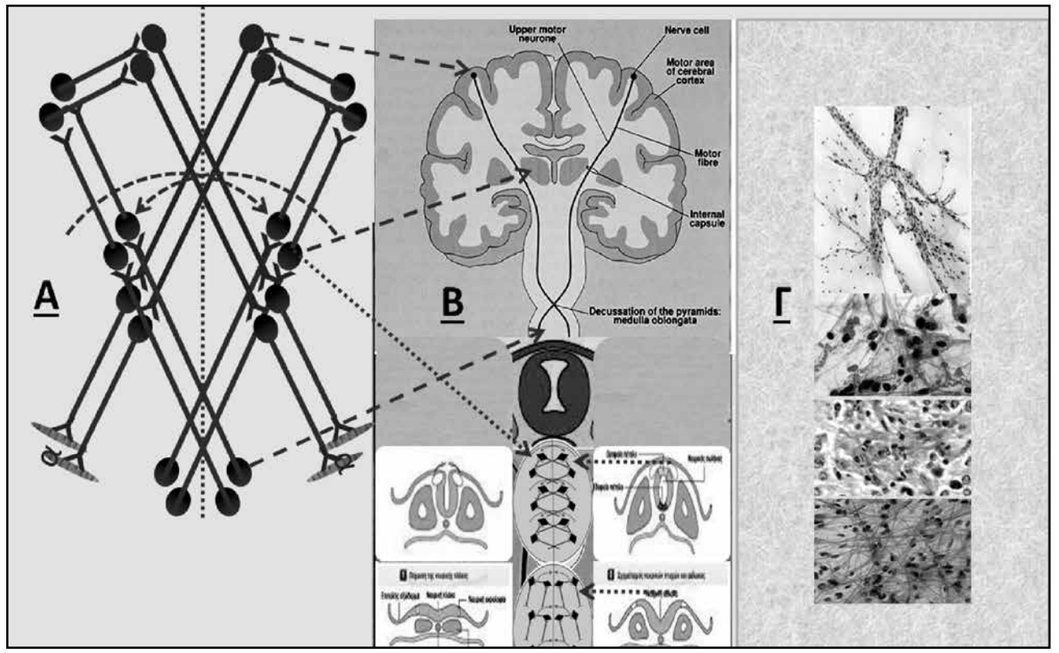
Μετάδοση των επαγόμενων κυτταρικών μεταβολών στους απόγονους

Με τετελεσμένη την στερεοποίηση, οεξελικτικός προβληματισμός, μεταφέρεται πλέον στον τρόπο με τον οποίο οι αλλαγές παραδίδονται στα γεννητικά κύτταρα για να μεταβιβασθούν στους απογόνους, οπότε φυσικά απαιτείται η κωδικοποίησή τους επί του DNA. Την κωδικοποίηαν των στερεοποιημένων έτσι (δια πρωτεϊνών) δομών σε μορφή ακολουθιών επίτου γενετικού κώδικα, σύμφωνα με την θεωρία της επαγωγής, αναλαμβάνειη αντίστροφος μεταγραφάση(RT), τιθέμενη σε λειτουργία αντιστροφής της τηρουμένης, κατά κανόνα, φοράς (DNA→RNA→ΠΡΩΤΕΙΝΕς) των αντιδράσεων, πηγαίνοντας δηλαδή από ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ→RNA→DNA (ΕΙΚ 8). Μία αντιστροφή βεβαίωςμε χημική σταθεράυπερβατικών *προκλήσεων όχι όμως αδύνατη .Η κυτταροποίηση,τελικά, των επι μέρους συγκροτημάτων , ξεκινώντας από μονοκύτταρο σύστημα, απέδωσε (διαφοροποίηση) το οριστικό Νευρικό και Μυϊκό σύστημα. Αξιοσημείωτο, και τελεολογικά ευνοϊκό, είναι το γεγονός ότι, αν και ο μεταμερισμός (metamerism'srepeatingunits) του αρχικού οργανισμού απέδωσε τους ανώτερους οργανισούς, το οπτικό σύστημα διατήρησε την αρχική ενιαία οντότητα. Στον μεταμερισμό αυτό ο εγκέφαλος είναι λειτουργικά παράλληλος προς τα περιφερειακά νευρικά κύτταρα και εξυπερετεί κατά βάσητα αντανακλαστικά προς το οπτικό πεδίο. Ο ενδεχόμενος μεταμερισμός του οπτικού συστήματος, εκτός του ότι θα ακύρωνε τον συντονισμό της νευρομυικής απάντησης, θα αναιρούσε και την δυνατότητα ενιαίας αντίληψης, ως αναγκαίας συνθήκης της συνειδητής ατομικότητας. Θεωρητέο, με σκοπό την κατανόηση της τοπογραφίας των μυών στους ανώτερους οργανισμους, ότι η διαγωνιοποίηση των μοριακών απαντήσεων στο αρχαϊκό συγκύτιο- κύτταρο υλοποιήθηκε σε θέση παράλληλη προς τον ορίζοντα με πηγές υπεριστάμενα σώματα. Στην κατακόρυφη θέση των ανώτερων οργανισμών η αναζήτηση δεν έχει αντικείμενο τον ήλιο αλλά τους ενεργειακούς συσσωρευτές (τροφή)(κλη). και συνεπώς η αποτελεσματική προσέγγιση είχε αποτέλεσμα να συντελεσθεί η περιστροφή του ραχιαίου οφθαλμού κατά 90 ή 180 μοίρες μαζί με όλο τομυοσκελετικότμήμα του σώματος και να επαχθεί μία νέα στερεοποίηση και κωδικοποίηση των δομών. Ο μικρός κυκεώνας μετατοπίσεων και απωθήσεων οργάνων και πυρήνων στο στάδιο αυτό απέδωσε πιθανόν και την αινιγματική διαδρομή του 4ου κρανιακού νεύρου.

Διασταύρωση κατά ζεύγη στο στάδιο της Νευρικής. Ακρολοφίας.

Στον αναπτυσσόμενο κατά την εμβρυογένεση οργανισμό η διασταύρωση λαβαίνει χώρα, στο στάδιο της μετανάστευσης των κυττάρων της νευρικής ακρολοφίας ,προυπαρχουσών των συνδέσεων των περιφερειακών νευρικών απολήξεων με τις μυϊκές ίνες και με τα περιφερειακά μη νευρικά κύτταρα (αισθητήρια sensorialcells), ώστε να εξασφαλίσουν υψηλή σημειακή ανάλυση. Ο τελεολογισμός περί εξασφάλισης υψηλής ανάλυσης στην πραγματικότητα ταυτίζεται με τα συνεπαγόμενα από την παραδοχή οτι ο νευράξονας δεν αναζητεί τον αντίστοιχο μετασυναπτικό νευρώνα η το μυϊκό κύτταρο ανάμεσα σε εκατομμύρια κύτταρα και ότι τα αντανακλαστικά τόξα σχηματίζονται από την αρχή της ανάπτυξης επαναλαμβανόμενα έως την τελική διαμόρφωση του οργάνου Με τους όρους αυτούς τα συμμετρικά νευροκύτταρα μετά τους πυρήνες GollBurdach εκτελούν μία περιστροφική κίνηση ως προς το επίπεδο συμμετρίας (ΕΙΚ 9) διατηρώντας την σύναψη και παρασύροντας τον νευράξονααπό το αντίπλευρο πεδίο. Μ΄ αυτόν τον τρόπο πραγματοποιείται η διασταύρωση στο ύψος των πυραμίδων.

Η διασταύρωση (ΕΙΚ 9) πραγματοποιείται κατά στήλες τόξων προσαγωγών και απαγωγών νευρώνων και σε συνάρτηση της σειράς ανάπτυξης των οργάνων στον χώρο. Ορατό* μεταξύ των άλλων, τεκμήριο της σωματοπικής σύνδεσης και ανάπτυξης κατά ζεύγη αντίρροπων νευρόνων αποτελεί η διάταξη των αισθητικών και κινητικών δεματίων στην έσω κάψα (internalcapsule) (ΕΙΚ10). Οι απαγωγοί νευρώνες του διασταυρούμενου ακρολοφιακού* τόξου θα αποτελέσουν τον κινητικό φλοιό και τα υποφλοιώδη κινητικά κέντρα ενώ οι προσαγωγοί τον αισθητικό φλοιό. Σημειωτέον ότι η διασταύρωση αυτή στον προμήκη δεν φέρει αντιστροφή των θέσεων των ινών ως προς την κράνιο-ουραία κατεύθυνση και το οβελιαίο επίπεδο (ΕΙΚ.10). Αλλάζει μόνο η πλευρά. Η συναπτική-αντιστοίχηση ως προς το είδωλο του αμφιβληστροειδούς και το ομόρροπο του στον ινιακό λοβό αναγνωρίζεται στις περιοχές 3, 1, 2, 4, 6, 8 του βρεγματικού και μετωπιαίου

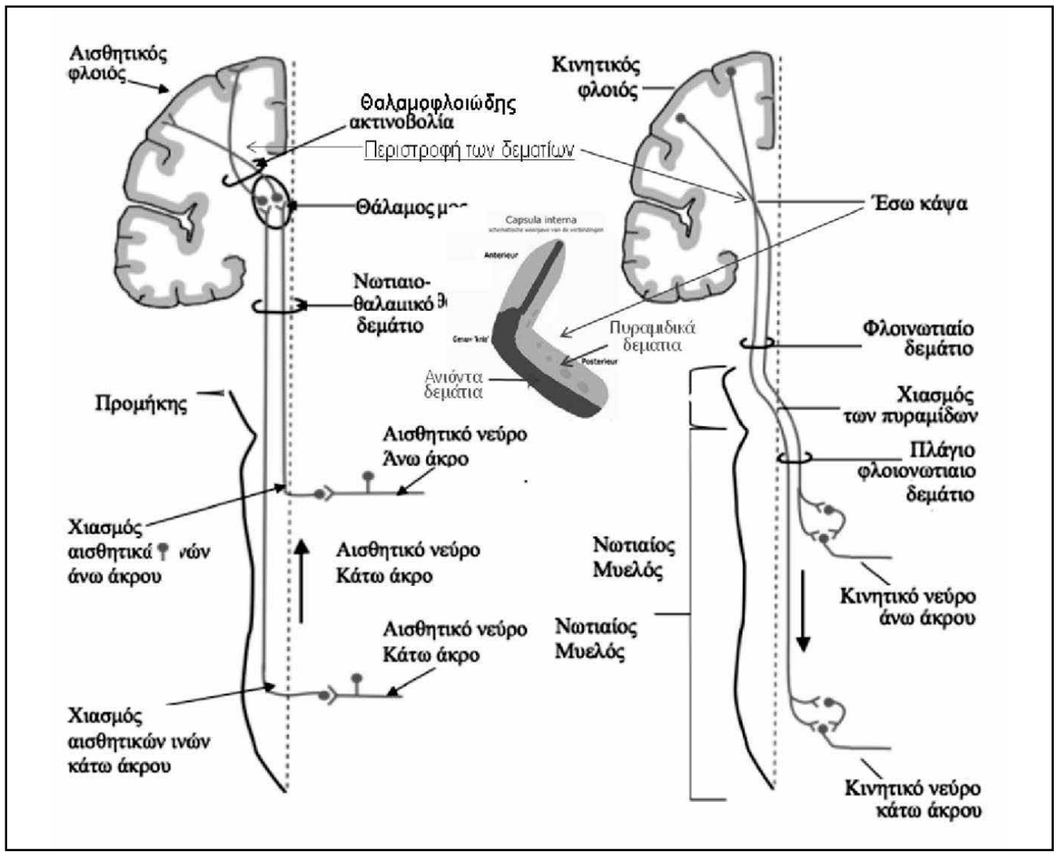


Εικόνα 9.
(Α Β) Σχηματική παράσταση της διασταύρωσης κατά ζεύγη των αντανακλαστικών τόξων στο σταδιο της νευρικής ακρολοφίας Τα συμμετρικά νευροκύτταρα μετά τους πυρήνες Goll Burdach, στο ύψος των πυραμίδων, εκτελούν μία περιστροφική κίνηση καθετη προς το επίπεδο συμμετρίας διατηρώντας την σύναψη και παρασύροντας τον νευράξονα από το αντίπλευρο πεδίο. Η διασταύρωση πραγματοποιείται κατά στήλες προσαγωγών και απαγωγών νευρώνων .Οι απαγωγοί νευρώνες θα αποτελέσουν τον κινητικό φλοιό και τα υποφλοιώδη κινητικά κέντρα ενώ οι προσαγωγοί τον αισθητικό. (Γ).΄ Κυτταρολογική εικόνα νεοπλάσματος του ΝΣ όπου επιμήκη κύτταρα σχηματίζουν διασταυρώσεις

φλοιού λόγω της περιστροφής του αισθητικού δεματίου της ακτινοβολίας και του κατιόντος πυραμιδικού δεματίου, η οποία επιτελείται άνωθεν της έσω κάψας . Η αντιστοίχηση, όπως ελέχθηκε προηγουμένως, δεν προήλθε μετά από αναζήτηση του ομόλογου νευρώνα, μεταξύ εκατομμυρίων κυττάρων, αλλά προφανώς διότι η σύναψη είχε ήδη συντελεσθεί στην ανάπτυξη και περιστροφή κατά ζεύγη του συνόλου των αντανακλαστικών τόξων . Θα ήταν, εξάλλου, αδύνατον να διασταυρωθούν κατά προβολή οι ίνες χωρίς να συγχωνευθούν. Η κινητική συμπεριφορά των εμβρυϊκών κυττάρων και οι αναπτυσσόμενες δομές καθορίζονται, ως γνωστόν, από την σειριακή έκφραση συγκεκριμένων γονιδίων. Ιδιαίτερη σημασία έχει, βεβαίως, ο εκφραστικός συντονισμός για την διασταύρωση των νευρώνων στο στάδιο της νευρικής ακρολοφίας. Στον μεταχρονισμό, κατά το στάδιο αυτό, της έκφρασης των γονιδίων της μετανάστευσης, πιθανόν επαναλαμβανόμενων (repeatsequences), είναι δυνατόν να αποδοθεί ο κατ' εξαίρεση ετεροπλευρισμός του τροχιλιακού πυρήνα. Η μετανάστευση του πυρήνα από την αρχική του θεση ,ομόπλευρη του μυός που ελέγχει, πραγματοποιήθηκε αφού είχε σχηματισθεί ο υδαταγωγός του Sylvius (aqueduct of Sylvius) (ΕΙΚ3Η).

Η Έσω Κάψα και Ο Γονατώδης Πυρήνας δείχνουν την γραμμική ακολουθία της ανάπτυξης του νευρικού συστήματος

Η συνεπαγωγή της προσύναψης κατά ζεύγη ταυτίζεται και με την τοπογραφική απόδειξη την οποία παραχωρεί,



Εικόνα 10.

Η διασταύρωση στον προμήκη δεν φέρει αντιστροφή των θέσεων των ινών ως προς την κράνιο-ουραία κατεύθυνση και το οβελιαίο επίπεδο. Αλλάζει μόνο η πλευρά. Η συναπτική αντιστοίχηση ως προς το είδωλο του αμφιβληστροειδούς και το ομόρροπο του στον ινιακό λοβό αναγνωρίζεται στις περιοχές 3, 1, 2, 4, 6 του βρεγματικού και μετωπιαίου φλοιού λόγω της περιστροφής του αισθητικού δεματίου της ακτινοβολίας, η οποία επιτελείται μετά τον θαλαμικό πυρήνα όπως και της περιστροφής του κατιόντος πυραμιδικού δεματίου.

εκτός της έσω κάψας, η ακριβής διάταξη των κυτταρικών σειρών στον έξω γονατώδη πυρήνα όπου με σειριακή ακρίβεια συνάπτονται τα γαγγλιονικά κύτταρα του αμφιβληστροειδούς με τους νευρώνες του πυρήνα. Η γραμμική προβολή του χώρου στα στρώματα του ΕΓΠ είναι αποδεικτική της χρονικής ακολουθίας ανάπτυξης (ΕΙΚ 2Ε). Η οπτική, σημειωθήτω, οδός έχει αποσπασθεί απο το νευρικό σύστημα και έχει σχηματίσει με σφαιρική διάταση τον αμφιβληστροειδή, όπου τα διπολικά κύτταρα αντιστοιχούν στα κύτταρα Τ των νωτιαίων γαγγλίων, ενώ τα γαγγλιακά κύτταρα αντιστοιχούν στους πυρήνες του προμήκη GollBurdach. Αντίστοιχη απόσπαση έχει συντελεσθεί και στην οσφρητική οδό όπου τα γαγγλιακά κύτταρα του βολβού επί του ηθμοειδούς πετάλου αντιστοιχούν, ομοίως, στους αισθητικούς πυρήνες του Προμήκους Μυελού. Η οσφρητική οδός, ως νευρωνικό σύστημα αντίληψης του αρχαϊκού χημειοτροπισμού, διατηρεί παραστατικά την οργανική θέση της εμπροσθοφυλακής τεταγμένης στον έλεγχο της χρησιμότητας ή επικινδυνότητας των μορίων που προσεγγίζουν τον λειτουργικό χώρο του οργανισμού.

Η κυκλώπεια λογική της οπτικής οδού

Επί της βασικής εισαγωγικής επισήμανσης ,ότι η οπτική οδός δεν διασταυρώνεται ως προς τον ημιχώρο, και επί της οποίας βασίζεται η προτεινόμενη ερμηνεία της διασταύρωσης, ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι η μεταφορά του σήματος καθενός ειδωλικού σημείου του ημιχώρουεκτελείται απο «παράλληλες» ίνες με Κυκλώπεια λογική, ως επί ύπαρξης, δηλαδή, ενός μοναδικού οφθαλμού, καθότι μεταφέρουν στον κάθε λοβό μόνο τα σήματα ενός ημιχώρου. Η λογική δεν θα ήταν Κυκλώπεια εάν μεταφερόταν ολόκληρο το οπτικό πεδίο στο ξεχωριστό ινιακό ημισφαίριο. Ο μοναδικός οφθαλμός ως ενοποίηση της αντίληψης πραγματοποιείται στο τέταρτο επίπεδο του ινιακού φλοιού όπου οι ίνες της οπτικής ακτινοβολίας από τον εξωγονατώδηπυρήνα (ΕΙΚ 2Ε) (lateralgenicolatenucleus, LGN) συγκλίνουν κατά ομόλογα σημεία σε απλούς και σύνθετους νευρώνες (simple, complexcell) οι οποίοι με την σειρά τους συνδέονται συμμετρικά δια του μεσολοβίου με τον αντίπλευροημιχώρο ώστε να ενοποιηθεί συνολικά η αντίληψη του χώρου και των αντικειμένων. Η κινητική απάντηση καθορίζεται από την προώθηση του γαγγλιοτοπικού(retininotopic) ειδώλου ,δια του ραχιαίου δεματίου, στον ομόπλευρο κινητικό φλοιό (περιοχή 4 , 6, 8) και δια του ιοτετραδυμικούδεματίου στα άνω διδύμια.

Η περιέλιξη των οργανικών δομών δεν έχει ταυτόσημο γονιδιακό δημιουργό

Η διασταύρωση των νευρικών οδών, για να μή παραβλέψουμε τις απαιτήσεις της τοπολογικής ερμηνείας, δεν απαλλάσσεται απο την χωροχρονική σχετικότητα της μετατόπισης μεταξύ του κεντρικού φλοιού και αμφιβληστροειδούς απο την μία πλευρά και των περιφερειακών οργάνων από την άλλη. Η μοριακή επαγωγή, όπως προτείνεται στην γενομένη εξελικτική θεώρηση, συνηγορεί υπέρ της σχετικής μετακίνησης των οργάνων που νευρώνονταιαπο της νευρικές απολήξειςΗ τάση για περιέλιξη, η οποία αναγνωρίζεται ως αναγκαία συνθήκη για την διασταύρωση των νευρικών οδών,όταν αφορά ένα ζεύγος μοριακού συγκροτήματος, όπως η διπλή έλικα τουDNA, προφανώς οφείλεται σε ηλεκτροστατικές διατάξεις και ρυθμούς όπου εναλλάσσονται τα φορτία. Ιδιαίτερο ωστόσο μηχανισμό διεκδικεί η αρχική περιστροφή των νευρικών κυττάρων δια της οποίας επιτελείται η τελική σύσταση της διασταύρωσης των νευρικών οδών. Στην διαδικασία αυτή συντελούν ενδοκυτταρικές και εξωκυτταρικές δυνάμεις οφειλόμενες στην παρουσία ειδικών πρωτεϊνών, οι οποίες με την σειρά τους, κατά την γενόμενη πρόταση, προκύπτουν από διαδικασίες επαγωγής. Το χαρακτηριστικό της περιέλιξης, όπως είναι γνωστό, συναντάται σε πολλά επίπεδα της δομής των οργανισμών αλλά το αίτιο δεν σχετίζεται πάντα με άμεσες ηλεκτροστατικές επιδράσεις. Σχετίζεται με γενικές δυνάμεις συνοχής και ανάπτυξης του οργάνου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο κοχλίας του εσωτερικού αυτιού, αλλά και η περιστροφή της καρδιάς εκτελουμένη στην εμβρυογένεση που εξασφαλίζει τον διαχωρισμό της ροής του φλεβικού και αρτηριακού αίματος. Ατελής περιστροφή προκαλεί την τετραλογία του Fallot. Περιστροφή εμφανίζει επίσης και το μεσεντέριο. Την ύπαρξη, ωστόσο, ειδικών γονιδίων για το Νευρικό Σύστημα, εισαχθέντων σε αρχαϊκά εξελικτικά στάδια, εκφραζόμενων σε συγκεκριμένες φάσεις της οργανογένεσης και αποσιωπουμένων στην συνέχεια (1993 Ανάγνου Ν. control of gene expression.) , μαρτυρεί οπτικά ακόμα και η μορφολογία ορισμένων νεοπλασμάτων του ΚΝΣ. Συγκεκριμένα στην μικροσκοπική εικόνα των εν λόγω νεοπλασμάτων είναι αποκλειστικό το χαρακτηριστικό των διασταυρωμένων κυτταρικών δεσμίδων (ΕΙΚ 9Γ). Προφανώς το νεόπλασματααναδρομούν εκφραστικά σε περιοχές της οργανογένεσης εξ ορισμού κατεσταλμένες Το στοιχείο αυτό αναιρείπροσθετικά την θεωρία-υπόθεση των επιτυχών συναντήσεων, δηλαδή, της αυθόρμητης, όπως σημειώνεται σε διαφορετικές οργανικές δομές, τάσης για περιέλιξη συνδυαζόμενης με

την διάθλαση, οι οποίεςεπιτυγχάνουν το οριστικό αποτέλεσμα της ορθής μετακίνησης προς το οπτικό αντικείμενο. Η ερμηνεία πάντως των επιτυχών συναντήσεων μπορεί να ισχύσει σε διαφορετικά επίπεδα όπως στην ανταλλαγή γενετικού υλικού.

Η θεωρία της μοριακής επαγωγής των νευρικών δομών προϋποθέτει την συνεργασία της αντιστροφής μεταγραφασης (rt) και των συμπλοκών ars-trna-

Η θεωρία των επιτυχών συναντήσεων, ισορροπεί μεταξύ της αφαιρετικής θεωρίας, σύμφωνη με την βίαια-φυσικήεπιλογή, και της θεωρίας της μοριακής επαγωγής εξαρτώμενης από το επιδρών υπόστρωμα. Η επιζητούμενη, ωστόσο, μοριακή επαγωγή, όπως και στην γενόμενη πρόταση για την διασταύρωση των νευρικών οδών, αν και αιτιολογεί αφεαυτής την ακολουθία των γεγονότων, δεν εξασφαλίζει την άνευ όρων αποδοχήτης , διότι προϋποθέτει, όπως είπαμε, την δυνατότητα κωδικοποίησηςκαι καταγραφής επί του γενετικού κώδικα των επερχομένωνμεταβολών με ενδιάμεσο φορέα το RNA σε ρόλο αντίστροφο από τον εκτελούμενο. Η μοριακή επαγωγή θέτει το καταλυτικό κέντροτροποποιούμενο από το υπόστρωμα και εν συνεχεία σε ρόλο υποβολέα της ακολουθίας των κωδικονίωντου RNA δια μέσου των συμπλεγμάτων ARS –tRNA .Σύμμαχος στην θεωρία της επαγωγής είναι το γεγονός ότι η αντιστρεπτότητα των αντιδράσεων είναιδυνατόν να αφορά μακρομόρια ως αποτέλεσμα της επαμφοτερίζουσας συμπεριφοράς των δομικών τους μονάδων καθοριζόμενης από της συνθήκες του pH. Σαν φυσικός απόγονος των καταλυτών της αντιστρεπτότητας, στο σημερινό βιολογικό κατεστημένο, λειτουργεί η τελομεράση με την ιδιότητα τηςαντίστροφηςμεταγραφάσης των ευκαρυωτικών κυττάρων και η αντίστροφος μεταγραφάση των ιών. Η ανάγκη τμήματος RNA, ως εκκινητού (primer), για την σύνθεση των τμημάτων OKAZAKIπροστίθεται στην στοιχειοθέτηση της προγονικής αντιστρεπτότητας των αντιδράσεων με ιδιαίτερη εντυπωσιακή περίπτωση την χρήση ως primer το tRNA σε ιούς (Marquet 1, C Isel, C Ehresmann, B Ehresmann). Ως προς τον ρόλο, εν τέλει, των γονιδίων για την ανάπτυξη και εξέλιξη του νευρικού συστήματος ,όπως για παράδειγμα τωνNGF, GMNN gene FOXC1, PITX2 και PAX6 gene, με κριτήρια πάντα αιτιολογίας, δεν θα θεωρηθούν ότι αποτελούν τηλεματικές συνταγές δημιουργίας λειτουργικών δομών αλλά ότι είναι μέρος της δημιουργίας. Ηέκφρασή τους, επομένως, θα αναλάβει ερμηνευτικό ρόλο όταν ενταχθεί στις διαδικασίες κωδικοποίησης της μοριακής επαγωγής και στην ακριβή σειρά της σταδιακής έκφρασης των γονιδίων, από όπου προκύπτει, ειδικά στην περίπτωση μας, η οργανική εξέλιξη της οπτικής λειτουργίας. 3878

Summary

Special features of the nervous system.
Crossing of neuronal pathways .
Refraction of light.
Evolutionary approach

Stefanos loukas
histopathologist-cytologist

In the nervous system, the special feature of the intersection of the nerve pathways is presented in an impressive way. Since its discovery, the cross has been the subject of marginal reflection, because it is not interpreted by simple movements or repulsions of organs. Such an interpretation is given to the peripheral or cranial nerves (except the trochlear nerve), such as the inferior laryngeal nerve, and muscles (such as the tensor of the eardrum, pelvis, etc.). The trochlear nerve, emerging from the back, reveals a complex morphogenesis process. As for the considered general intersection, the theory of natural selection, supports the well-known process of subtraction, ie degeneration as a function of the use of the neural network. However, specific observations on the connection with visual function suggest that the latter played a key role in shaping the nervous system. The basic data is the refraction of light and the formation of an inverted image in the retina. The reversal of the visual stimulus, in archaic transparent organisms, caused, by combining a phototropic mechanism and the development of molecular momentum, the diagonal orientation of the cell elements with respect to the point of photon incidence. In the higher organisms this diagonal position was differentiated in the intersection of the nerve bundles and the final development of the neuromuscular system resulting in the exact approach of the object. The combination of stimuli with which the object is presented is controlled by the neural system of convergence and summation which takes place in the cortex and subcortical centers. The genes expressed, resulting in cross-linking, apparently represent the molecular phases of the initial molecular induction, although its full acceptance is difficult because it presupposes the reversibility of specific processes. The function of reverse transcriptase (RT) strongly supports the acceptance of the theory of molecular induction applied and to the interpretation of the intersection of nerve pathways.

Keywords
Crossing of neuronal pathways, trochlear nerve , internal capsule, lateral geniculate nucleus, light refraction, retina, occipital cortex, reverse transcriptase, jellyfish, syncytia, G protein.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. GRAY'S ANATOMY 1975
2. Anthony A. Pearson Windle ('32 a, '32 b), Zahajszky ('40) The trochlear nerve in human fetuses - https://embryology.med.unsw.edu.au ›(1941)
3. White, JG; Southgate, E; Thomson, JN; Brenner, S (1986). "The Structure of the Nervous System of the Nematode Caenorhabditis elegans". Philosophical Transactions of the Royal Society B.
4. Alain Ghysen Genesis of the Drosophila peripheral nervous system (1989)
5. Στέφανος Λουκάς. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ. ΕΒΕ Α/α Ν.3758 /94,ΓΓΕΤ α.π.13699/94 -2Η εκ (2014) ISBN 978-960-93-5272-7
6. R. MarquetC. Isel C. Ehresmann B. Ehresmann tRNAs as primer of reverse transcriptases 1995
7. Gehring, Walter J. Master Control Genes in Development and Evolution: The Homeobox Story. Yale University Press, 1998.th
8. [i]http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24040928 Somatic twist: a model for e evolution of decussation (2012)
9. C Isel, C Ehresmann, B Ehresmann)
   Paul King «Why does the trochlear nerve originate dorsally from the brain stem» 2016
10. Decussation as an axial twist: A Comment on Kinsbourne (2013)
    Marc H.E. de Lussanet1 and Jan W.M. Osse2 J. W. M. (2015)
11. Anagnou N.P. Control of gene expression of fetal hemoglobin.(1995)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

για το περιοδικό «Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος»

Τα «ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ Β.Δ. ΕΛΛΑΔΑΣ» είναι το επίσημο επιστημονικό όργανο της «Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας» και σκοπό έχει τη συνεχή και υπεύθυνη ενημέρωση των ιατρών της Β.Δ. Ελλάδας και των Επτανήσων σε θέματα που αφορούν το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων. Για το σκοπό αυτό δέχεται άρθρα βασικής έρευνας, κλινικά, κλινικοεργαστηριακά. επιδημιολογικά ή άλλης φύσεως που αφορούν όλες τις ιατρικές ειδικότητες (κλινικές και εργαστηριακές). Τα άρθρα μπορούν να εμπίπτουν στις παρακάτω κατηγορίες:

Ενημερωτικά άρθρα: Αφορούν θέματα όπου υπάρχουν πρόσφατες εξελίξεις, ενεργό ερευνητικό ενδιαφέρον και πολλές φορές αντικρουόμενες απόψεις. Υποβάλλονται στο περιοδικό κατόπιν συνεννόησης ή πρόσκλησης από τη Συντακτική Επιτροπή. Η έκταση τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 5-10 δακτυλογραφημένες σελίδες και οι βιβλιογραφικές παραπομπές τις 20.

Ανασκοπήσεις: Γράφονται από έναν ή δύο συγγραφείς διαφορετικής όμως ειδικότητας που είναι ιδιαίτερα γνώστες του θέματος ώστε να προσφέρουν πλήρη υπεύθυνη και ουσιαστική ενημέρωση. Καλύπτουν το θέμα συνολικά και διαχρονικά με ιδιαίτερη βέβαια έμφαση στα νεότερα δεδομένα. Η έκταση δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 15 - 25 δακτυλογραφημένες σελίδες και οι βιβλιογραφικές παραπομπές τις 60.

Πρωτότυπες εργασίες: Εχουν πειραματικό, κλινικό, κλινικό - εργαστηριακό ή επιδημιολογικό χαρακτήρα. Η έκταση τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 12 δακτυλογραφημένες σελίδες και οι βιβλιογραφικές παραπομπές τις 30. Η δομή των πρωτότυπων εργασιών είναι η παρακάτω: Περίληψη αυτοτελής ως 200 λέξεις που περιλαμβάνει το σκοπό, τη μεθοδολογία, τα κυριότερα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Μια βραχεία Εισαγωγή που περιέχει τα τελευταία δεδομένα του θέματος και το σκεπτικό που οδήγησε στην περαιτέρω διερεύνηση. Το Υλικό και οι Μέθοδοι της μελέτης. Τα Αποτελέσματα και τη Συζήτηση όπου περιλαμβάνονται και τα συμπεράσματα της μελέτης.

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: Σ' αυτές περιγράφονται σπάνιες κλινικές εικόνες ή περιπτώσεις με ενδιαφέρον από άποψη εκδήλωσης, διαγνωστικής προσπέλασης ή αντιμετώπισης. Η έκταση τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 8 δακτυλογραφημένες σελίδες και οι βιβλιογραφικές παραπομπές τις 15. Η δομή τους περιλαμβάνει Περίληψη, σύντομη Εισαγωγή, Περιγραφή της Περίπτωσης και βραχεία Συζήτηση.

Γράμματα προς τον εκδότη: Περιλαμβάνουν σχόλια, κριτική ή απαντήσεις σε ήδη δημοσιευμένα άρθρα του περιοδικού ή πολύ βραχεία ανάλυση προκαταρκτικών αποτελεσμάτων με ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η έκταση τους δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 3 - 4 δακτυλογραφημένες σελίδες συμπεριλαμβανομένων 3-4 βιβλιογραφικών παραπομπών.

Οδηγίες για τη σύνταξη των χειρογράφων: Τα άρθρα που υποβάλλονται για κρίση πρέπει να είναι γραμμένα στη νεοελληνική δημοτική με μονοτονικό σύστημα. Ο φιλόλογος διορθωτής του περιοδικού έχει το δικαίωμα για γλωσσικές τροποποιήσεις χωρίς να αλλοιώνει το ύφος του συγγραφέα. Οι εργασίες πρέπει να αποστέλλονται σε τρία αντίγραφα, δακτυλογραφημένα με διπλό διάστημα και περιθώρια στις δύο πλευρές.

Οι εξής ενότητες αρχίζουν σε καινούργια σελίδα. Η σελίδα τίτλου που περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων στην ονομαστική, το ίδρυμα από που προέρχεται, την επιστημονική εκδήλωση που πιθανόν ανακοινώθηκε, το ίδρυμα ή οργανισμό απ' όπου πιθανόν χρηματοδοτήθηκε η σχετική έρευνα, το όνομα, την πλήρη διεύθυνση και τηλέφωνα του συγγραφέα με τον οποίο γίνεται η αλληλογραφία. Η σελίδα της περίληψης που συμπεριλαμβάνει 3 - 7 λέξεις κλειδιά. Το κείμενο της εργασίας. Η σελίδα της περίληψης στην αγγλική που περιλαμβάνει και τα ονόματα των συγγραφέων, το ίδρυμα απ' όπου προέρχεται η εργασία και τις λέξεις κλειδιά στην αγγλική. Η σελίδα με τις ευχαριστίες προς πρόσωπα, ιδρύματα κ.λ.π. Οι βιβλιογραφικές παραπομπές. Η σελίδα με τους υπότιτλους των εικόνων, οι πίνακες και οι εικόνες. Οι πίνακες αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς και έχουν βραχύ επεξηγηματικό τίτλο του περιεχομένου τους και τις συντμήσεις που τυχόν εμφανίζονται στο κάτω μέρος. Τα σχήματα πρέπει να είναι άριστης ποιότητας υπό μορφή φωτογραφιών ή πρωτοτύπων. Στην πίσω, επιφάνεια του σχήματος πρέπει να υπάρχει ο αριθμός, ένδειξη του πάνω μέρους και ένδειξη της εργασίας στην οποία ανήκει π.χ. το όνομα του πρώτου συγγραφέα. Πίνακες και σχήματα πρέπει να στέλλονται σε τριπλούν.

Βιβλιογραφικές παραπομπές: Ακολουθείται το σύστημα Vancouver. Στο κείμενο παρατίθενται υπό μορφή αριθμού με την σειρά που εμφανίζονται. Στην βιβλιογραφία εμφανίζονται όλες οι παραπομπές και μόνο αυτές με τον αριθμό που έχουν στο κείμενο. Στα αρχικά των συγγραφέων και στις συντμήσεις δεν μπαίνουν τελείες. Τα ονόματα των συγγραφέων χωρίζονται με κόμμα. Οι συντμήσεις των περιοδικών γίνονται με βάση το Index Medicus.

Παράδειγμα βιβλιογραφικών παραπομπών: Αρθρο δημοσιευμένο σε περιοδικό: Stewaret JF, Tattersall MH, Woods RL et. al. Unkown primary adenocarcinoma: incidence of overinvestigation and natural history. Br Med J 1979; 1Q 1530 - 1533.

Οι εργασίες που υποβάλλονται για κρίση προς δημοσίευση στα «Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος» συνοδεύονται από ένα γράμμα που δηλώνει ότι τα αποτελέσματα δεν έχουν δημοσιευθεί σε άλλο περιοδικό ή δεν βρίσκονται υπό κρίση για δημοσίευση σε άλλο περιοδικό και ότι όλοι οι συγγραφείς συμφωνούν για πιθανή δημοσίευση στα «Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος». Εφόσον η εργασία εκπληρώνει όλες τις παραπάνω οδηγίες, αποστέλλεται από τη Συντακτική Επιτροπή σε δύο από τους κριτές του περιοδικού. Ανάλογα με την κρίση, η εργασία απορρίπτεται ή γίνεται δεκτή χωρίς μεταβολές ή δεκτή με μεταβολές σύμφωνα με τις υποδείξεις των κριτών. Οταν η εργασία τυπωθεί αποστέλλεται δοκίμιο για διορθώσεις στους συγγραφείς. Διορθώσεις που επιτρέπονται αφορούν μόνο τυπογραφικά λάθη. Οποιαδήποτε άλλη διόρθωση δεν γίνεται δεκτή. Επίσης συμπληρώνεται από τους συγγραφείς έγγραφο παραγγελίας ανατύπων.

Οι εργασίες που δημοσιεύονται στα «Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδος» αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του περιοδικού. Η αναδημοσίευση, μερική ή ολική, επιτρέπεται μόνο μετά από γραπτή άδεια της Συντακτικής Επιτροπής.