



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Η ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ
ΝΕΟΓΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ
ΤΑ ΕΤΗ 1979-1998

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: Τσιτσιβά Δέσποινα : 2001304

Παπαλεωνίδα Ειρήνη : 2001141

ΕΠΙΒΛΕΨΙΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Δριζής Θεόδωρος

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 7 ΜΑΪΟΥ 2007

Ευχαριστούμε την οικογένειά μας, τους φίλους μας, τους καθηγητές μας και ιδιαίτερα τον Κύριο Δρίζη για την πολύτιμη συμπαράστασή τους και υπομονή τους.

Αφιερώνεται στην οικογένειά μας και στους φίλους μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|-----------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 4 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ | 7 |
| 1.1 ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ | 10 |
| 1.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ | 12 |
| 1.3. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ | 13 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΝ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ. | 15 |
| 2.1. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ- ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ | 16 |
| 2.1.1. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ | 17 |
| 2.2.ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ , ΚΑΡΚΙΝΟΙ , ΑΛΛΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ | 21 |
| 2.3. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ | 22 |
| 2.4. ΑΛΛΑ ΑΙΤΙΑ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ | 24 |
| 2.4.1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ | 25 |
| 2.4.2.ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ | 26 |
| 2.4.3.ΔΙΑΤΡΟΦΗ | 26 |
| 2.4.4.ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ | 29 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Η ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΒΑΣΗ | 30 |
| 3.1. ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ | 30 |
| 3.2.ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ | 32 |
| 3.3. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ | 33 |
| 3.3.1. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ | 33 |
| 3.3.2. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ | 37 |
| 3.3.3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ | 38 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ | 40 |
| 4.1.: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ | 40 |
| 4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ | 40 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟ-ΕΞΕΤΑΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ | 42 |
| 5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ | 42 |
| 5.2 Η ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ | 44 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3 ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ | 45 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑ | 48 |
| 6.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΑ | 48 |
| 6.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 48 |
| 6.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ | 49 |
| 6.4. ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΑΙΤΙΑ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ | 50 |
| 6.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ | 57 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ:ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 63 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 65 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 69 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη συγκεκριμένη πτυχιακή μελέτη θα γίνει μια προσέγγιση ενός ευαίσθητου και ειδικού θέματος. Συγκεκριμένα οι γράφουσες θα προσπαθήσουν να μελετήσουν τη νεογνική νοσηρότητα στην Ελλάδα και συγκεκριμένα θα χρησιμοποιήσουν, ως βάση μελέτης το νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού. Πιο αναλυτικά θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε τα ποσοστά νεογνικής νοσηρότητας (κατά προσέγγιση), μελετώντας το συγκεκριμένο νοσοκομείο ως προς τη δομή του, τον εξοπλισμό του, το εξειδικευμένο ή μη προσωπικό του. Επίσης θα προσπαθήσουμε, να εξάγουμε κάποια συμπεράσματα σχετικά με τα αίτια, στα οποία οφείλεται η νοσηρότητα των νεογνών. Η ανάπτυξη της μελέτης θα γίνει μέσα από επτά κεφάλαια. Συγκεκριμένα:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Νεογνική Θνησιμότητα. Συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στη δημογραφική και πληθυσμιακή ανάλυση της ελληνικής και ευρωπαϊκής κοινωνίας, αναφέροντας τα ποσοστά των νεογνικών θανάτων σε διάφορες χώρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Θα αναφερθούν οι παράγοντες εκείνοι, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα επικίνδυνοι και εγκυμονούν το θάνατο του νεογνού πριν από την εγκυμοσύνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Θα αναφερθεί η νεογνική νοσηρότητα σε παγκόσμια βάση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: θα παρουσιαστεί ο ρόλος των γονέων και του παιδίατρου σε σχέση με τη νεογνική νοσηρότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Θα παρουσιαστεί το υπό εξέταση νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Θα αναλυθεί η μεθοδολογία της έρευνας, θα παρουσιαστεί το ερωτηματολόγιο και η ανάλυσή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: Θα παρουσιαστούν και θα αναλυθούν τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας

Μέσα από τη συγκεκριμένη μελέτη οι γράφουσες θα προσπαθήσουν να δείξουν ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς, έχουν πάρει δραματικές προεκτάσεις. Ο συνδυασμός μάλιστα του φαινομένου με το φαινόμενο της υπογεννητικότητας, έχει δημιουργήσει στη χώρα μας αλλά και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες τεράστιο δημογραφικό πρόβλημα, μια και το πλήθος των ηλικιωμένων αρχίζει να ξεπερνά στο σύνολό του το αντίστοιχο πλήθος των γεννήσεων. Οι πληθυσμοί ανανεώνονται με αργούς ρυθμούς και γενικότερα το φαινόμενο της γήρανσης, αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς.

Έχει αποδειχθεί, ότι τα παιδιά που γεννιούνται σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες έχουν μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας και διατρέχουν λιγότερο κίνδυνο κατά τον πρώτο μήνα της ζωής τους.

Το συμπέρασμα αυτό προέρχεται από έρευνα Νορβηγών γιατρών οι οποίοι συνέλεξαν και ανέλυσαν τα στοιχεία για όλα τα παιδιά που γεννήθηκαν στη Νορβηγία από το 1967 έως το 1996. Συνολικά μελετήθηκαν 1,7 εκατομμύρια παιδιά.

Στην έρευνα τους οι γιατροί κοίταξαν τα στοιχεία από κέντρα στα οποία γεννιούνται κάθε χρόνο από 100 παιδιά ή λιγότερο μέχρι και τα μεγάλα νοσοκομειακά κέντρα στα οποία γεννιούνται περισσότερο από 3.000 παιδιά το χρόνο¹.

Ο κίνδυνος θανάτου του νεογνού μειωνόταν όταν η γέννηση γινόταν σε μεγαλύτερα νοσοκομεία.

Σε περιοχές όπου υπήρχαν νοσοκομεία που είχαν περισσότερες από 3000 γεννήσεις ετησίως, η πιθανότητα θανάτου ενός νεογνού λόγω επιπλοκών κατά τον πρώτο μήνα της ζωής μειωνόταν σημαντικά, κατά 20%, σε σχέση με άλλα κέντρα που είχαν λιγότερες γέννες.

Η έρευνα δεν είχε σαν στόχο να βρει τους λόγους για τους οποίους υπάρχει αυτή η διαφορά. Εκείνο το οποίο όμως φάνηκε είναι ότι η μείωση της θνησιμότητας είναι ένα ανεξάρτητο γεγονός από άλλους παράγοντες, βιολογικούς, οικονομικούς ή κοινωνικούς.

¹ British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2001, *Η θνησιμότητα των νεογνών είναι μικρότερη στα μεγάλα νοσοκομεία*. 108:904-909, το Σεπτέμβριο 2001 (04-09-2001)

Ένα σημαντικό ερώτημα που προκύπτει είναι αυτό που αφορά τους λόγους για τη διαφορά που βρέθηκε στη μεγάλη αυτή έρευνα.

Οι γιατροί που έκαναν την μελέτη πιστεύουν ότι ορισμένοι λόγοι που πιθανόν να εξηγούν τη μειωμένη θνησιμότητα των νεογνών σε μεγάλα κέντρα σε σχέση με άλλα που έχουν λιγότερες γέννες είναι:

- ✓ Γρηγορότερη πρόσβαση σε επεμβατικά μέσα κατά τη διάρκεια του τοκετού με αποτέλεσμα να υπάρχει καλύτερη φροντίδα
- ✓ Καλύτερη ανάνηψη του νεογνού
- ✓ Καλύτερη αναγνώριση και αντιμετώπιση του νεογνού με διάφορα προβλήματα, προβλεπτά και απρόβλεπτα, που μπορεί να προκύψουν κατά τον τοκετό και κατά τον πρώτο μήνα ζωής
- ✓ Μεγαλύτερη ομάδα για την αντιμετώπιση προβλημάτων του τοκετού και του νεογνού, περισσότερο εξειδικευμένο προσωπικό και καλύτερη τεχνική υποδομή και τεχνογνωσία υπηρεσιών υποστήριξης

Τα δεδομένα που προκύπτουν από την έρευνα σε συνάρτηση με άλλα στοιχεία που ήδη υπάρχουν για το θέμα, πρέπει να ληφθούν υπόψη για τον προγραμματισμό και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σχετικών με τη μητέρα και το παιδί, τον τοκετό και την νεογνική περίοδο². Όλα τα παραπάνω στοιχεία, θα προσπαθήσουμε να τα εξαγάγουμε και από τη δική μας, προσωπική έρευνα, η οποία θα διεξαχθεί στο νοσοκομείο Παίδων.

² British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2001, *Η θνησιμότητα των νεογνών είναι μικρότερη στα μεγάλα νοσοκομεία*. 108:904-909, το Σεπτέμβριο 2001 (04-09-2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Το δημογραφικό είναι ένα πρόβλημα το οποίο απλώνεται, καταλαμβάνοντας ολοένα και περισσότερο χώρο καθημερινά στην πατρίδα μας. Αυτό αποδεικνύεται από εκατοντάδες στατιστικές που δημοσιεύονται σε εφημερίδες και περιοδικά. Πίνακες για τη μείωση των γεννήσεων και από το 1996 αντίστροφη μέτρηση με την υπεροχή των θανάτων. Πίνακες των φορολογικών δηλώσεων ανάλογα με τα οικογενειακά βάρη των φορολογουμένων και τον αριθμό των μελών της οικογένειας. Πίνακες, στατιστικές και άρθρα στη διάθεση κάθε ερευνητή. Λίγο πολύ είναι γνωστά σε όλους³.

Το πρόβλημα βεβαίως υπάρχει σε εξέλιξη τα τελευταία 30 χρόνια. Τι είναι αυτό που έκανε την ελληνική οικογένεια, η οποία μόχθησε από τις αρχές της δεκαετίας του '50 να ξαναχτίσει την Ελλάδα και να της δώσει καινούριους Έλληνες, να κάνει τέτοια στροφή; Η ερήμωση της ελληνικής υπαίθρου κι επαρχίας άρχισε σταδιακά, τόσο με την εξωτερική όσο και με την εσωτερική μετανάστευση.

Ταυτόχρονη πάλη των οικογενειών για οικονομική ανάκαμψη και δημιουργία, έφερε την γυναίκα: μητέρα, νοικοκυρά να επωμίζεται και το βάρος της εργασίας έξω από το σπίτι. Σταδιακά η μεγάλη πόλη, ο στόχος για την πρόοδο της οικογένειας και τη συσσώρευση αγαθών, η ανάγκη για επιβεβαίωση του μόχθου και αναγνώριση της προσωπικότητας της, οδήγησαν την γυναίκα σε μονοπάτια που δεν είχε αρχικά καν υποψιασθεί. Τελικά, η παρακμή του Δυτικού πολιτισμού και η απειλή ως αντιπάλου δέους του πρωτόγονου φανατισμού της Ανατολής, δημιούργησαν ένα θύλακα στον οποίο εγκλωβίστηκε η σύγχρονη γυναίκα⁴.

³ Bakoula CG, Kafritsa YJ, Kavadias GD, Haley NJ, Matsaniotis NS. Factors modifying exposure to environmental tobacco smoke in children (Athens, Greece). *Cancer Causes Control* 1997 Jan, 8(1):73-6.

⁴ BALLI F, VIOLA L, DI BIASE AR, TAROZZI G. Nutritional status and dietary habits of children in the Province of Modena. *Pediatr Med Chir* 1999, 21:13-17

Σημειώνουμε ότι η γυναίκα από τη φύση της είναι ον ιδιαίτερα προικισμένο και πολυπράγμον. Αναπτύσσοντας με πειθαρχία και ιεραρχώντας τα προσόντα και τις προτεραιότητές της, μπόρεσε και μπορεί να προχωρήσει σε πολύ υψηλά επίπεδα σε όλους τους τομείς της δημόσιας ζωής και να σταθεί ισότιμη δίπλα στον άνδρα. Και βέβαια έχει το δικαίωμα και αυτό επιβάλλεται. Αυτή ωστόσο η εικόνα της γυναίκας καριέρας και η διαρκής και εναγώνια προώθηση, διατήρηση και βελτίωση αυτής της εικόνας, αποσκοπεί στην προβολή της γυναίκας ατόμου. Ταυτοχρόνως η άλλη όψη αυτού του νομίσματος είναι η αθέλητη ή ηθελημένη απαγκίστρωση από τις άλλες δραστηριότητες και υποχρεώσεις, τις οποίες η γυναίκα καριέρας θεωρεί ως τροχοπέδη έναντι των στόχων και των επιδιώξεών της, εμπόδια στην επίτευξη του σκοπού της: της ανέλιξης και ανόδου της. Κι αυτές οι υποχρεώσεις και δραστηριότητες είναι η έγγαμη σχέση, η δημιουργία οικογένειας, η μητρότητα με όλες τις θυσίες που συνεπάγεται. Έτσι το τελικό αποτέλεσμα είναι η συρρίκνωση της οικογένειας. Στις στατιστικές τα ποσοστά παρουσιάζουν την οικογένεια⁵:

1. γονείς με δύο παιδιά να μειώνονται με ανησυχητική μαθηματική πρόοδο
2. συνήθης μορφή σήμερα είναι η οικογένεια με γονείς με ένα παιδί
3. συνεχώς αυξάνεται το ποσοστό του ζευγαριού χωρίς παιδιά και του ενός γονέα με ένα παιδί

Αυτά μπορεί να μην ενδιέφεραν κανέναν ίσως, παρ' ότι ένα κράτος γερόντων δεν μπορεί να μας αφήνει αδιάφορους, όταν αυτό το κράτος είναι η πατρίδα μας. Αν δεν ενδιαφερόμαστε γι' αυτόν εδώ τον τόπο. Που μέχρι πριν μια δεκαετία διατηρούσε την ελληνική ορθόδοξη χριστιανική ομοιογένεια. Ένα κράτος-έθνος αμιγές. Αυτό το έθνος λοιπόν με την μακρά ιστορία και την τεράστια αλυσίδα θυσιών, αγώνων και αίματος να κρατηθεί ζωντανό, επιτάσσει να δούμε με ανησυχία, αγωνία και ρίγος τις στατιστικές και το που μας οδηγούν η πιο πάνω νοοτροπία του σύγχρονου Νεοέλληνα.

⁵ Bayley N. *Bayley scales of infant development*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1969.

Οι κοινωνικές συνθήκες σήμερα, έχουν αρνητικές επιπτώσεις και στην υγεία των λαϊκών στρωμάτων. Οι κυριότερες είναι η φτώχεια, η εκμετάλλευση, η ανεργία, η βία, η ανασφάλεια, η κακή ποιότητα των τροφίμων, τα μεταλλαγμένα προϊόντα, οι υποβαθμισμένες συνοικίες, η έλλειψη κοινωνικών παροχών, τα ακατάλληλα σχολεία, η έλλειψη υποδομών για μαζικό λαϊκό αθλητισμό, για λαϊκό πολιτισμό, η χειραγώγηση της συνείδησης και πολλά άλλα⁶.

Στις γυναίκες που είναι επιφορτισμένες βιολογικά με την κυοφορία, τη γέννηση, τη γαλουχία και κοινωνικά με αυξημένη φροντίδα για την οικογένεια, οι παθήσεις, άρα και οι επιπτώσεις είναι περισσότερες. Αρχίζουν από την παιδική ηλικία της κοπέλας, συνεχίζουν στην εφηβεία, μεγαλώνουν στην αναπαραγωγική ηλικία και συνεχίζουν στην κλιμακτήριο, μέχρι το γήρας, όπου ορισμένες παθήσεις που σχετίζονται με την ηλικία, προσβάλλουν περισσότερο τις γυναίκες, όπως οι ρευματοπάθειες, η νόσος του Αλτςχάιμερ⁷.

Στο χώρο της δουλειάς, οι κακές συνθήκες εργασίας αυξάνουν τα επαγγελματικά νοσήματα και τα εργατικά ατυχήματα. Τοξικές ουσίες, εισπνοές επιβλαβών ουσιών, θόρυβος, ένταση, ακόμα και η καθιστική γραφική δουλειά, σε συνδυασμό με την έλλειψη μέτρων υγιεινής και ασφάλειας, έχουν σοβαρή επίπτωση στην υγεία της γυναίκας συνολικά, αλλά και στην αναπαραγωγική λειτουργία. Η κατάργηση του σταθερού ωραρίου, οι ελαστικές σχέσεις, η διευθέτηση του χρόνου εργασίας που οδηγούν στο σπάσιμο του ημερήσιου χρόνου εργασίας, στην παράταση της δουλειάς μέχρι και δώδεκα ώρες με μείωση της αμειβόμενης υπερωρίας, στην αποδιοργάνωση της οικογενειακής ζωής, στο όνομα της ανταγωνιστικότητας επιβαρύνουν ακόμα πιο πολύ τη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών και την ικανότητα να τεκνοποιήσουν. Όχι μόνο δεν υπάρχουν ειδικά μέτρα προστασίας για τη γυναίκα, αλλά πολλές γυναίκες κρύβουν την εγκυμοσύνη για να μην απολυθούν ή υπογράφουν συμβάσεις ότι δε θα μείνουν έγκυες.

⁶ CEC. On the state of health in the European Community. Second report. Commission of the European Communities, Luxemburg, 1995

⁷ Collishaw N, Lopez A. The tobacco epidemic: a global public health emergency. World Health Organization, 1996

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να κάνουμε στην ανεργία, λόγω του μεγάλου ποσοστού που πλήττει τις γυναίκες. Η ανεργία στερεί τη δυνατότητα στους άνεργους άνδρες ή γυναίκες να καλύψουν τις πιο στοιχειώδεις ανάγκες για να ζήσουν αυτοί και τα παιδιά τους. Έτσι απειλείται όχι μόνο η υγεία τους, αλλά και η ίδια η ζωή τους. Πέραν αυτού αν σκεφτούμε ότι η εργασία κοινωνικοποιεί τον άνθρωπο, μπορούμε να υπολογίσουμε τη σοβαρή επίδραση που έχει η ανεργία όχι μόνο στον ίδιο τον άνεργο (ανασφάλεια, κατάθλιψη, επιθετικότητα, άλλες διαταραχές της προσωπικότητας που οδηγούν αντικειμενικά στην περιθωριοποίηση), αλλά και στη δημόσια υγεία και την εξέλιξη της κοινωνίας, αφού δημιουργεί άτομα με αντικοινωνικές συμπεριφορές. Η ένταξη των ανέργων στον αγώνα δε συμβάλλει μόνο στη λύση του προβλήματος της ανεργίας, αλλά και στην κοινωνικοποίησή τους. Αποτελεί τη μόνη υγιή στάση ζωής⁸.

1.1 ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

Βασική αρχή της Δημογραφίας, απόλυτα κατανοητή και αυτονόητη είναι ότι το κατώτατο όριο που απαιτείται για την ανανέωση του πληθυσμού είναι τα 2,1 παιδιά ανά γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία.

Οι χώρες του δυτικού κόσμου κινούνται κάτω από το όριο αυτό ήδη από τη δεκαετία του 1960. Η Ελλάδα έπεσε κάτω από το όριο αυτό στην δεκαετία του 1980, αλλά με τόσο γρήγορο ρυθμό, που πλέον "προπορεύεται" συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, αφού βρίσκεται στην τρίτη θέση της υπογεννητικότητας σε παγκόσμια κλίμακα⁹.

Ο δείκτης γονιμότητας (αναλογία παιδιών ανά γυναίκα) στην Ελλάδα ήταν: 2,4 το 1950. 2,28 το 1960 και 1,4 το 1991. Ιδού και τα συγκριτικά στοιχεία για το δείκτη νομιμότητας σε διάφορες χώρες το 1991: Ιταλία 1,3.

⁸ Committee on Environmental Hazards. Involuntary smoking - A hazard to children. Pediatrics 1986, 77:755-57

⁹ EHN. Food, nutrition and cardiovascular disease prevention in Europe. European Heart Network, Brussels, 1998

Γερμανία 1,35. Ελλάδα 1,4. Ε.Ο.Κ. (μέσος όρος): 1,55. Βουλγαρία 1,87. Αλβανία 2,9. Τουρκία 3,7'. Το 1995, σύμφωνα με έκθεση της Unicef, η κατάσταση έγινε ακόμα πιο κρίσιμη, καθώς ο σχετικός δείκτης παιδιού ανά Ελληνίδα είναι 1,2, δηλαδή ο χαμηλότερος της Ευρώπης .

"Αν χώρες όπως η Γαλλία και η Σουηδία νιώθουν την ανάγκη αντιμετώπισης του προβλήματος, αντιλαμβανόμαστε πόσο πιο επιτακτική είναι για μας. Η Ελλάδα δεν συνορεύει ούτε με το Βέλγιο, ούτε με τη Φινλανδία, αλλά με την Τουρκία, η οποία έχει συγκεκριμένες και εντεινόμενες εδαφικές βλέψεις! Είναι αυτοκαταστροφικό να παριστάνουμε τους Ευρωπαίους, όταν ο ελληνισμός απειλείται με εξαφάνιση"¹⁰.

1.1.2 ΝΕΟΛΑΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΑΤΕΙΑ

Το 1996 οι θάνατοι σε απόλυτους αριθμούς ξεπέρασαν πανελλαδικά τις γεννήσεις κατά 32. Τον επόμενο χρόνο, το 1997, πέθαναν 1000 νεογνά περισσότερα απ' όσα γεννήθηκαν. Σε επιμέρους περιοχές της χώρας και μάλιστα από αυτές που χαρακτηρίζονται "εθνικά κρίσιμες" περιοχές, όπως της Λέσβου και της Ροδόπης, το 'φράγμα του θανάτου' (δηλαδή το να είναι οι θάνατοι περισσότεροι από τις γεννήσεις) είχε σπάσει ήδη από την δεκαετία του '80. Συχνά τα στοιχεία φαίνονται ενθαρρυντικά: Το 1999 ανά 1000 κατοίκους είχαμε 9,5 θανάτους και 9,9 γεννήσεις, κάτι που συνεπάγεται οριακή αύξηση του πληθυσμού κατά 18.000 κατοίκους. Από το σύνολο των 18.000 γεννήσεων, όμως, τα 14.000 ήταν νεογνά αλλοδαπών μεταναστών¹¹.

Το 1950 οι νέοι ήταν το 28,6% και οι ηλικιωμένοι το 6,7% του συνόλου του πληθυσμού. Το 1990 οι νέοι περιορίστηκαν στο 20,3% και οι ηλικιωμένοι

¹⁰ Bayley N. *Bayley scales of infant development*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1969.

¹¹ Roos KL, Flippen CC, Hingtgen C, Markand N. Neurologic disorders and pregnancy. Continuum στο Mancall EL, Cascino TL, Devereaux MW (eds). *Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000;6(1): 8-63.*

αυξήθηκαν στο 12,3%. Το 1992 το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών έφθασε το 14,2%. Το 2000 το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 17,25%. Δεν θα αργήσει πολύ ο καιρός που το 20%, δηλαδή ο ένας στους πέντε Έλληνες, θα είναι άνω των 65 ετών. Ήδη, πάντως, η Ελλάδα, μαζί με την Ιταλία, κατέχουν το ρεκόρ των δύο πιο γηρασμένων χωρών της Ευρώπης. Στην Ελλάδα μας, λοιπόν, το 1951, σε 1 συνταξιούχο αντιστοιχούσαν πάνω από 14 εργαζόμενους. Το 1971 σε 1 συνταξιούχο αντιστοιχούσαν 4 εργαζόμενοι (περίπου όση είναι η ελάχιστη επιθυμητή αναλογία). Το 1991 σε 1 συνταξιούχο 2 εργαζόμενοι. Το 1997, ειδικά στο Δημόσιο, η αναλογία έφθασε 1 προς 1, δηλαδή ένας συνταξιούχος για κάθε εργαζόμενο¹².

1.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ)¹³, ο πληθυσμός της Ευρώπης το 1997 ήταν 870 εκατομμύρια, αποτελώντας το 15% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού. Με δεδομένο το χαμηλό αριθμό γεννήσεων οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του πολύ χαμηλού ρυθμού φυσικής αύξησης του πληθυσμού (0-1%) ή ακόμα και της συρρίκνωσης, ιδίως στην ανατολική Ευρώπη.

Η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση, καθώς και η μείωση των γεννήσεων τα τελευταία χρόνια, έχουν οδηγήσει σε γήρανση όλου του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Το μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών ευθύνεται πρωτίστως για την επιδημιολογική μετάβαση από το μοντέλο νοσηρότητας που χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά οξείων νόσων (κυρίως λοιμωδών) και ατυχημάτων, στο

¹² ROBERTS SJ, McGUINNESS PJ, BILTON RF, MAXWELL SM. Dieting behavior among 11-15-year-old girls in Merseyside and the Northwest of England. *J Adolesc Health* 1999, 25:15

¹³ WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997 (document)
WHO. Tobacco or health: a global status report. World Health Organization, Geneva, 1997

μοντέλο όπου κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα¹⁴.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης οφείλεται στη θεαματική βελτίωση της υγείας των Ευρωπαίων στη διάρκεια του 20ού αιώνα. Το επίπεδο υγείας στην Ευρώπη εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο. Οι διαφορές, ωστόσο, που παρουσιάζονται τόσο μεταξύ των διαφόρων κρατών της Ευρώπης όσο και ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες κάθε πληθυσμού, δημιουργούν σοβαρές ανισότητες σε ό,τι αφορά την υγεία.

1.3. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τη μελέτη της ΠΟΥ, οι κύριες αιτίες θανάτου ποικίλλουν στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Στη βρεφική και παιδική ηλικία, οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται σε αναπνευστικά και λοιμώδη νοσήματα. Στους νεαρούς ενήλικες το συνηθέστερο αίτιο θανάτου είναι τα ατυχήματα, ενώ ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλούν τους περισσότερους θανάτους στις μεγάλες ηλικίες¹⁵.

Στη δυτική Ευρώπη παρατηρείται συνεχής αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, παρά τις σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιμέρους κρατών, π.χ. Σουηδία και Πορτογαλία.

Στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 παρατηρείται συνεχής βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες. Τα τελευταία χρόνια, η διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση και στη θνησιμότητα ανάμεσα στην ανατολική και τη δυτική Ευρώπη αυξήθηκε σημαντικά.

¹⁴ WHO Study Group. Geneva, World Health Organisation, 1990 (WHO Technical Report Series, No 797

¹⁵ Young S, Le Coufe NP, Geelhold CG, Stick MS, Turner JK, Landou L. The influence of a family history of asthma and parental smoking on airway responsiveness in early infancy. *N Engl J Med* 1991, 324:1168-73.

Ο ευρωπαϊκός στόχος της ΠΟΥ για το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν τουλάχιστον τα 75 έτη για το 2000. Με βάση τα σημερινά δεδομένα, 23 χώρες, που αντιπροσωπεύουν το 46% του ευρωπαϊκού πληθυσμού, δεν μπόρεσαν να υλοποιήσουν αυτόν το στόχο, ενώ θα χρειαστούν περίπου 18 χρόνια (ως το 2017) για να επιτευχθεί από όλες τις χώρες.

Σε ό,τι αφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά φύλο, 30 χώρες έχουν ήδη πετύχει το στόχο για τους άνδρες (67 έτη) και 35 χώρες έχουν πετύχει το στόχο για τις γυναίκες (74 έτη).

Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Θα πρέπει να συνοδεύεται και από αύξηση των χρόνων υγιούς ζωής. Το 1984, η ΠΟΥ όρισε επιπλέον δείκτες υγείας, για να διερευνηθεί αν η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής συμβαδίζει με αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης χωρίς αναπηρία ή χρόνια νόσο. Οι δείκτες αυτοί συνοψίζονται στον όρο «προσδόκιμο υγείας» (health expectancy)¹⁶.

Τα διαθέσιμα στοιχεία, αν και ελλιπή, είναι ενθαρρυντικά, τουλάχιστον για τη δυτική Ευρώπη. Τα χρόνια που κερδήθηκαν με την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση είναι ως επί το πλείστον χρόνια απαλλαγμένα από σοβαρή νόσο ή αναπηρία, γεγονός που καταδεικνύει τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης και περίθαλψης¹⁷.

¹⁶ WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organisation, 1990 (WHO Technical Report Series, No 797)

¹⁷ WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organisation, 1990 (WHO Technical Report Series, No 797)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΝ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ¹⁸.

Ηλικία μητέρας

Μητέρες μικρότερες των 15 ετών κινδυνεύουν από προεκλαμψία ενώ τα νεογνά τους είναι ελλιποβαρή. Γυναίκες άνω των 35 αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών (υπέρταση, διαβήτη κύησης, κ.ά.) ενώ ο κίνδυνος χρωμοσωμικών ανωμαλιών για το νεογνό (σύνδρομο Down) είναι 0,9% στα 35 και 7,8% στα 43. Για το λόγο αυτό συνιστάται προγεννητικός έλεγχος.

Βάρος μητέρας

Χαμηλό βάρος (<45 kg) συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο γέννησης ελλιποβαρούς νεογνού ενώ οι παχύσαρκες μπορεί να εμφανίσουν διαβήτη, υπέρταση και τα νεογνά τους μακροσωμία.

Καθέξη εκτρώσεις

Η ύπαρξη ιστορικού τριών συνεχόμενων αποβολών αυξάνει τις πιθανότητες νέας αποβολής στο 35%. Απαιτείται λεπτομερής έλεγχος της μητέρας για να ανευρεθεί το αίτιο πριν επιχειρηθεί νέα εγκυμοσύνη.

Ιστορικό πρόωρου τοκετού

Όταν έχει προηγηθεί προηγούμενος πρόωρος τοκετός ή γέννηση ελλιποβαρούς νεογνού, αυξάνονται οι πιθανότητες ενός νέου πρόωρου τοκετού.

Αυξημένο βάρος νεογνών προηγούμενης κύησης

Νεογνό προηγούμενης κύησης βάρους μεγαλύτερο από 4,5 kg δημιουργεί έντονη υποψία ύπαρξης διαβήτη και γι'αυτό συνίσταται δοκιμασία ανοχής

¹⁸ Κύηση Υψηλού Κινδύνου (2007), ανακτημένο από health.in.gr στις 27 Μαρτίου 2007

γλυκόζης.

Πολυτοκία

Γυναίκες που έχουν γεννήσει περισσότερα από πέντε παιδιά διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αδράνειας μήτρας (μη σύσπαση) και αιμορραγίας πριν και μετά τον τοκετό¹⁹.

Ανωμαλίες της μήτρας

Ενίοτε υπάρχουν ανωμαλίες στο σχήμα της μήτρας (πχ δίκερως μήτρα) που πρέπει να εντοπίζονται έγκαιρα γιατί υπάρχει κίνδυνος αποβολής ή πρόωρου τοκετού. Το ίδιο ισχύει και για τα ινομύωματα της μήτρας.

Προβλήματα υγείας της μητέρας

Βαριά αναιμία, υπέρταση, διαβήτης, βαλβιδοπάθειες, νεφρικά νοσήματα είναι παράγοντες κινδύνου ποικίλης βαρύτητας.

2.1. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ- ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τη δεκαετία του 1990, λοιμώδη νοσήματα άγνωστα στην Ευρώπη για πολλά χρόνια επανεμφανίστηκαν. Νέα λοιμώδη νοσήματα άρχισαν να εξαπλώνονται, ενώ η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά δυσχεραίνει πλέον τον έλεγχο πολλών λοιμωδών νόσων. Στα προβλήματα αυτά θα πρέπει να προστεθούν και τα νέα λοιμώδη νοσήματα των ζώων, που απειλούν μέσω της τροφικής αλυσίδας και τον άνθρωπο, όπως η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών, που προκαλεί την ανίατη νόσο Creutzfeldt-Jakob²⁰.

Η επανεμφάνιση της διφθερίτιδας το 1990 προκάλεσε κρούσματα της νόσου

¹⁹ Κύηση Υψηλού Κινδύνου (2007), ανακτημένο από health.in.gr στις 27 Μαρτίου 2007

²⁰ Chen LH, Pettiti DB. Case control study of passive smoking and the risk of small-for-gestational age at term. *Am J Epidemiol* 1995, 142(2):158-165

στη Φινλανδία, Γερμανία, Νορβηγία, Πολωνία και αλλού. Οι επιδημίες χολέρας σε χώρες γύρω από την Κασπία, τη Μαύρη Θάλασσα και τη Μεσόγειο αποτελούν ένα ακόμη παράδειγμα επανεμφανιζόμενης νόσου. Τα κρούσματα ελονοσίας στην Ευρώπη αυξήθηκαν από 20.000 το 1992 σε 200.000 το 1995, παρά το γεγονός ότι η νόσος είχε σχεδόν εξαλειφθεί στη δεκαετία του 1980²¹.

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις έχει αυξηθεί στις ηλικίες κάτω των 5 ετών, ενώ οξέα διαρροϊκά νοσήματα και επιδημίες γρίπης με εκατομμύρια κρούσματα προκαλούν χιλιάδες θανάτους ετησίως σε όλη την Ευρώπη. Η επίπτωση της φυματίωσης έχει αυξηθεί τόσο στην ανατολική Ευρώπη όσο και στη δυτική, κυρίως σε πληθυσμούς μεταναστών. Παράγοντες που ευνοούν την εξάπλωσή της είναι η ύπαρξη στελεχών ανθεκτικών στα φάρμακα, καθώς και η HIV-λοίμωξη, που εξασθενεί την άμυνα του οργανισμού.

Η ηπατίτιδα Β, η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου ανάμεσα στα λοιμώδη νοσήματα μετά τη φυματίωση και την ελονοσία, εξακολουθεί να πλήττει το επίπεδο υγείας αλλά και την οικονομία της Ευρώπης. Συμπερασματικά, οι χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης εμφανίζουν μια συνεχή μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα, που προσεγγίζει πλέον τα επίπεδα της δυτικής Ευρώπης²².

2.1.1. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ²³

²¹ Brunnemann KD, Hoffmann D. Chemical studies on tobacco smoke LIX. Analysis of volatile nitrosamines in tobacco smoke and polluted indoor environments. In environmental aspects of N-nitrosocompounds. Walker EA, Gastegnano N, Griante L and Lyle RF eds IARC. Scient publ 1978; 19(Lyon):343-356.

²² Cnattingius S, Nordstrom ML. Maternal smoking and fetoinfant mortality: biological pathways and public health significance. Acta Paediatr 1996, 85:1400-1402

²³ Β. Δρόσου-Αγακίδου: Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας στα *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(5), Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2005, 459-466

Ανεμευλογιά

Η λοίμωξη είναι πολύ μεταδοτική και προκαλείται από τον ίδιο ιό, που ευθύνεται για το ζωστήρα έρπητα. Αν η εγκυμονούσα αρρωστήσει στο διάστημα του πρώτου τριμήνου, η πιθανότητα να μολυνθεί το έμβρυο μέσω του πλακούντα είναι 6% περίπου, ενώ μετά το πρώτο τρίμηνο φτάνει έως και 11%. Αν τύχει και προσβληθεί το κύημα στις πρώτες είκοσι εβδομάδες της εγκυμοσύνης, η εμβρυοπάθεια είναι σοβαρή.

Γονόκοκκοι

Το μωρό ίσως μολυνθεί κατά τον τοκετό και παρουσιάσει γονοκοκκική οφθαλμία, η οποία, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, μπορεί να καταλήξει σε τύφλωση.

Γρίπη (influenza)

Είναι εξαιρετικά σπάνιο να μολυνθεί το έμβρυο από γρίπη και μάλιστα το πρώτο τρίμηνο.

Έρπης

Ο κίνδυνος μετάδοσης στο νεογέννητο γίνεται σε ποσοστό 40 με 50%, μετά από μια πρωτοπαθή λοίμωξη -όταν δηλαδή είναι η πρώτη φορά που μολύνεται η έγκυος-, ενώ είναι εξαιρετικά μικρός, αν έχει επαναδραστηριοποιηθεί μια λοίμωξη, η οποία είχε εκδηλωθεί στο παρελθόν²⁴.

Ερυθρά

Πρόκειται για μια λοίμωξη, η οποία προκαλείται από έναν ιό και δεν είναι επικίνδυνη για την έγκυο. Γίνεται, όμως, επικίνδυνη για το κύημα, αν αυτό

²⁴ Β. Δρόσου-Αγακίδου: Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας στα *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(5), Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2005, 459-466

προσβληθεί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και, ιδιαίτερα, στο πρώτο τρίμηνο.

Ηπατίτιδα Β

Η ηπατίτιδα Β είναι ασθένεια ιογενής, η οποία μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, όπως και με τα παράγωγα του αίματος. Η πιθανότητα να μολυνθεί το έμβryo από τη μητέρα, που συμβαίνει να είναι φορέας του ιού κατά την κύηση, είναι πολύ μικρή και φτάνει το 5% περίπου. Η λοίμωξη, όμως, μεταδίδεται στο νεογέννητο κατά τον τοκετό και η πιθανότητα μόλυνσής του κυμαίνεται από 12 έως 70% (ανάλογα με τη μορφή της δικής σας λοίμωξης).

Ηπατίτιδα C

Ο κίνδυνος να μεταδοθεί ο ιός στο παιδί είναι μεγαλύτερος στο τρίτο τρίμηνο -αν δηλαδή προσβληθεί η έγκυος τότε- ή στον τοκετό. Στην περίπτωση της ηπατίτιδας C δεν υπάρχει προληπτική αγωγή για το μωρό.

Ιλαρά

Η ιλαρά μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό, αλλά όχι και συγγενείς ανωμαλίες στο μωρό.

Μυκόπλασμα

Πρόκειται για μικροοργανισμό, ο οποίος έχει εγκατασταθεί με σεξουαλική επαφή στον κόλπο και είναι δυνατόν να προκαλέσει πρόωρη ρήξη μεμβρανών. Το παιδί μπορεί να γεννηθεί με χαμηλό βάρος και να του παρουσιαστούν κυρίως πνευμονία, μηνιγγίτιδα και σηψαιμία.

Οξυτενή Κονδυλώματα (HPV)

Ο κίνδυνος μετάδοσης είναι μεγαλύτερος στον τοκετό, γι' αυτό και επιβάλλεται καισαρική τομή. Το νεογέννητο μπορεί να εμφανίσει κονδυλώματα στην περιγεννητική περιοχή ή το λάρυγγα.

Στρεπτόκοκκοι ομάδας Β

Τα μικρόβια αυτά αποτελούν μια συχνή αιτία νόσου για την έγκυο, καθώς και για το νεογνό, προκαλώντας ακόμα και το θάνατό του. Το βρέφος μολύνεται στο τέλος της κύησης ή κατά τον τοκετό. Ευτυχώς, η συχνότητά του είναι πολύ μικρότερη στη χώρα μας συγκριτικά με άλλες.

Σύφιλη

Πρόκειται για μια ασθένεια, η οποία μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και προκαλείται από βακτηρίδιο. Η μετάδοση στο έμβρυο, αν δεν θεραπευτεί η μητέρα, μπορεί να προκαλέσει αποβολή, ενδομήτριο θάνατο, ιδρώτα, πρόωρο τοκετό ή θάνατο κατά τη γέννα. Η αποβολή είναι πολύ συνηθισμένη στο δεύτερο και στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης²⁵.

Τοξοπλάσμωση

Είναι μια σχετικά συχνή λοίμωξη με πρωτόζωα (προσβάλλει περίπου το 25% των γυναικών), η οποία δεν είναι επικίνδυνη και μεταδίδεται στον άνθρωπο από κατοικίδια ζώα, κυρίως γάτες, αλλά και από μισοψημένο κρέας. Αν το έμβρυο μολυνθεί στο τέλος της κύησης, ο κίνδυνος είναι μεγάλος, αλλά η νόσηση ελαφριά. Οι βλάβες τις οποίες προκαλεί είναι: πρόωρος τοκετός, πυρετός, διόγκωση ήπατος και σπλήνας, διανοητική καθυστέρηση, εξάνθημα, ίκτερος, καταρράκτης, βραδύτητα ανάπτυξης, μικροκεφαλία ή υδροκεφαλία.

Φυματίωση

Αν η έγκυος πάσχει από φυματίωση (λοιμώδης ασθένεια, η οποία προκαλείται από βακτηρίδιο και προσβάλλει, κυρίως, τους πνεύμονες), είναι εξαιρετικά σπάνιο να μολυνθεί το έμβρυο, ενώ δεν προκαλούνται συγγενείς ανωμαλίες. Ωστόσο, υπάρχει κίνδυνος να προσβληθεί το μωράκι μετά τον τοκετό. Στην περίπτωση αυτή, αφού γεννηθεί, εμβολιάζεται. Στις αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχουν 1.300.000 περιπτώσεις φυματίωσης²⁶.

²⁵ Κύηση Υψηλού Κινδύνου (2007), ανακτημένο από health.in.gr στις 27 Μαρτίου 2007

²⁶ Κύηση Υψηλού Κινδύνου (2007), ανακτημένο από health.in.gr στις 27 Μαρτίου 2007

2.2.ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ , ΚΑΡΚΙΝΟΙ , ΑΛΛΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη βασική αιτία θνησιμότητας και αναπηρίας. Τα τελευταία χρόνια ευθύνονται για το 49% όλων των θανάτων στην Ευρώπη.

Σε ό,τι αφορά το στόχο που έχει θέση η ΠΟΥ για τη μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακές νόσους στις ηλικίες 0-64 κατά 15% το 2000 σε σχέση με τα επίπεδα του 1980, 22 χώρες (46,2% του ευρωπαϊκού πληθυσμού) έχουν επιτύχει το στόχο, 3 χώρες (5,4% του πληθυσμού) θα φθάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα εντός του 2000, 18 χώρες (38,8% του πληθυσμού) δεν θα μπορέσουν να αναστείλουν την αύξηση της θνησιμότητας εντός του 2000, ενώ για τις υπόλοιπες χώρες (9,6%) δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία²⁷.

Οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με συγγενείς καρδιοπάθειες , κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, είναι περιορισμένοι και κατά μέσο όρο ο κίνδυνος θανάτου και σοβαρών επιπλοκών είναι της τάξεως του 1% και, πολύ μικρότερος σε άτομα με καρδιακά προβλήματα ελαφρότερης μορφής. Η σημασία παρακολούθησης και έγκαιρης ενημέρωσης των ασθενών αυτών είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Σε ό,τι αφορά στον καρκίνο, οι διαφορές θνησιμότητας μεταξύ ανατολής και δύσης απαντώνται στις ηλικίες 0-64 έτη.

Στόχος των προγραμμάτων πρόληψης της ΠΟΥ είναι να μειωθεί η θνησιμότητα από καρκίνο σε άτομα 0-64 ετών κατά 15% σε σχέση με τα επίπεδα του 1980.

Σχετικά με άλλα χρόνια νοσήματα, αξίζει να αναφερθεί ότι ο σακχαρώδης διαβήτης, οι χρόνιες αναπνευστικές νόσοι και εκφυλιστικά μυοσκελετικά νοσήματα, συνδέονται άμεσα με τη νοσηρότητα και κατ' επέκταση με τη

²⁷ Young S, Le Couffe NP, Geelhold CG, Stick MS, Turner JK, Landou L. The influence of a family history of asthma and parental smoking on airway responsiveness in early infancy. *N Engl J Med* 1991, 324:1168-73.

θνησιμότητα των νεογνών²⁸.

2.3. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Η νόσος παρατηρείται σε νεογνά που έχουν εκτεθεί σε ΑΕΦ -επαγωγείς των ηπατικών ενζύμων, όπως είναι η φαινοβαρβιτάλη, η πριμιδόνη, η φαινυτοΐνη και η καρβαμαζεπίνη.

Η αιμορραγία οφείλεται στην επίδραση των ΑΕΦ στον εμβρυικό ηπατικό μεταβολισμό της βιταμίνης Κ, με αποτέλεσμα να μειώνονται τα επίπεδα των παραγόντων πήξης που εξαρτώνται από τη βιταμίνη Κ, ενώ αντίθετα τα επίπεδα τους στο αίμα της μητέρας να παραμένουν φυσιολογικά.

Η αιμορραγία συμβαίνει το πρώτο 24ωρο μετά τον τοκετό, προερχόμενη συνήθως από τους εμβρυϊκούς πνεύμονες, την κοιλιά και τον εγκέφαλο. Η νόσος παρατηρείται σε ποσοστό μέχρι και 10% των νεογνών επιληπτικών μητέρων, ενώ η νεογνική θνησιμότητα φτάνει μέχρι και το 30%.

Για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αιμορραγικής νόσου των νεογνών οι βασικές αρχές είναι :

- Χορήγηση βιταμίνης Κ στη μητέρα από το στόμα σε δόση 10 mg /ημέρα, τις τελευταίες 4 εβδομάδες της κύησης.
- Εξέταση αίματος για τους χρόνους προθρομβίνης και μερικής θρομβοπλαστίνης.
- Χορήγηση βιταμίνης Κ στο νεογνό αμέσως μετά τη γέννησή του σε δόση 1 mg ενδομυϊκά.

Σε περίπτωση δε που η αιμορραγία δεν αποφευχθεί ή δεν ελέγχεται, χορήγηση φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος²⁹.

Πίνακας 1: Κριτικές περιόδους στην ανθρώπινη εμβρυϊκή ανάπτυξη

²⁸ Human Development Report 1997. Oxford University Press, Oxford, 1997

²⁹ Roos KL, Flippen CC, Hingtgen C, Markand N. Neurologic disorders and pregnancy. Continuum στο. *Mancall EL, Cascino TL, Devereaux MW (eds). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000;6(1): 8-63.*

| Εβδομάδες κύησης | Επίδραση |
|--|---|
| 1η - 2η (περίοδος διαχωρισμού του ζυγωτού κυττάρου- εμφύτευση) | Μη επιδεκτικό στην τερατογένεση (νόμος του «όλου ή ουδενός») |
| 3η - 16η | Πολύ ευαίσθητη περίοδος για ελλείμματα του νευρικού σωλήνα και διανοητική καθυστέρηση (κυρίως η 7η έως την 9η) |
| 3η - 6η | Πολύ ευαίσθητη περίοδος για έλλειμμα στο μεσοκολπικό και μεσοκοιλιακό διάφραγμα ή παραμονή ανοικτού ωοειδούς τρήματος |
| 4η - 5η | Πολύ ευαίσθητη περίοδος για αμέλεια ή φωκομέλεια |
| 5η - 6η | Πολύ ευαίσθητη περίοδος για λαγώχειλο |
| 4η - 9η | Πολύ ευαίσθητη περίοδος για χαμηλή πρόσφυση αυτιών και κώφωση |
| 4η - 8η | Πολύ ευαίσθητη περίοδος για μικροφθαλμία, καταρράκτη και γλαύκωμα |
| 6η - 8η | Πολύ ευαίσθητη περίοδος για χρώση και υποπλασία της αδαμαντίνης των δοντιών |
| 6η - 9η | Πολύ ευαίσθητη περίοδος για υπερωισχιστία |
| 7η - 9η | Πολύ ευαίσθητη περίοδος για αρρενοποίηση των έσω γεννητικών οργάνων |

Πηγή: L, Flippen CC, Hingtgen C, Markand N. Neurologic disorders and pregnancy. Continuum στο. Mancall EL, Cascino TL, Devereaux MW (eds). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000;6(1): 8-63.

Πίνακας 2 : Θεραπευτικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης εκλαμπτικών σπασμών

| | | |
|---|--|--|
| IV | Αρχική δόση εφόδου MgSO ₄ 4-5 gr ενδοφλέβια σε 10-15 min | IM |
| Συνέχιση ενδοφλέβιας χορήγησης με ρυθμό 1 gr/hour | | αμέσως μετά την ενδοφλέβια φόρτιση, 5 gr MgSO ₄ IM και διατήρηση με χορήγηση 2.5 gr MgSO ₄ κάθε 4 ώρες |
| | Συνέχιση της θεραπείας για 24 ώρες μετά την τελευταία εκλαμπτική κρίση ή μετά τον τοκετό | |

Πηγή: L, Flippen CC, Hingtgen C, Markand N. Neurologic disorders and pregnancy. Continuum στο. Mancall EL, Cascino TL, Devereaux MW (eds). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000;6(1): 8-63.

2.4. ΑΛΛΑ ΑΙΤΙΑ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στους Ευρωπαίους στις μικρές ηλικίες και ως εκ τούτου η απώλεια των παραγωγικών ετών ζωής είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Τα τροχαία ατυχήματα που συνεπάγονται τραυματισμό, υπολογίζονται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε 340 ανά 100.000 κατοίκους και είναι διπλάσια έως τριπλάσια από αυτά που συμβαίνουν στις χώρες της κεντρικής Ευρώπης.

Ο εγκεφαλικός τραυματισμός είναι σημαντική αιτία θνητότητας και επίκτητων νευρολογικών νοσημάτων ανάμεσα στα παιδιά στις

αναπτυγμένες χώρες. Στην Β. Αμερική μια μελέτη πληθυσμού του Krauss³⁰ βρήκε ότι 10 στα 100.000 παιδιά ηλικίας μεταξύ 1 και 14 χρόνων πεθαίνουν κάθε χρονιά εξαιτίας τραύματος στο κεφάλι. Στο Η. Βασίλειο, το ποσοστό ετήσιας θνητότητας από εγκεφαλικό τραυματισμό σε παιδιά ηλικίας πάνω του 1 έτους είναι 5,3 στα 100.000.³¹ Το ποσοστό θνητότητας στην παιδική ηλικία από εγκεφαλικό τραυματισμό αυξάνει με την ηλικία. Ο εγκεφαλικός τραυματισμός ευθύνεται για το 15% όλων των θανάτων ανάμεσα στα παιδιά ηλικίας 1-15 χρόνων και 25% όλων των θανάτων στις ηλικίες 5-15 χρόνων³².

Εγκεφαλικοί τραυματισμοί επίσης είναι υπεύθυνοι για σημαντικό ποσοστό εισαγωγών στο νοσοκομείο. Το North American National Head and Spinal Cord Survey βρήκε ότι η συχνότητα παιδιών ηλικίας 0-15 χρόνων που φτάνουν στο νοσοκομείο για εγκεφαλικό τραυματισμό είναι 230 για κάθε 100.000 παιδιά, ενώ στην Καλιφόρνια, οι Krauss et al³³, ανέφεραν το ποσοστό εισαγωγής σε Παιδοχειρουργική Κλινική για εγκεφαλικό τραυματισμό σε 185 για κάθε 100.000 παιδιά. Τα ποσοστά εισαγωγής είναι υψηλότερα στο Η. Βασίλειο, ενώ περίπου 1 στα 200 παιδιά κάθε χρόνο πηγαίνει στο νοσοκομείο με εγκεφαλικό τραυματισμό.

2.4.1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα ευθυνόταν για το 13% των θανάτων στην Ευρώπη το 1995 και για ένα μεγάλο ποσοστό θανάτου νεογνών.

Οι γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της

³⁰ Kraus, J.F., Fife, D., Cox, P., Ramstein, K. & Conroy, C. (1986). Incidence, severity and external cause of pediatric brain injury. *AJDC*, 140, 687-93.

³¹ Sharples, P.M., Storey, A., Aynsley-Green, A. & Eyre, J. A. (1990a). Avoidable factors contributing to the death of children with head injury. *Br Med J*, 300, 87-91.

³² Young S, Le Couffe NP, Geelhold CG, Stick MS, Turner JK, Landou L. The influence of a family history of asthma and parental smoking on airway responsiveness in early infancy. *N Engl J Med* 1991, 324:1168-73.

³³ Kraus, J.F., Fife, D., Cox, P., Ramstein, K. & Conroy, C. (1986). Incidence, severity and external cause of pediatric brain injury. *AJDC*, 140, 687-93.

εγκυμοσύνης κινδυνεύουν 50% περισσότερο να αποβάλουν ή να γεννήσουν πρόωρα και έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να γεννήσουν λιποβαρές νεογνό. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο για συγκεκριμένες εμβρυϊκές δυσμορφίες, όπως το λαγώχειλο και το λυκόστομα. Τα νεογέννητα των γυναικών που κάπνιζαν ένα με δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα εμφανίζουν τέσσερις φορές πιο επιβαρημένη πνευματική λειτουργία σε σύγκριση με τα παιδιά των μη καπνιστριών.

Οι έγκυες γυναίκες που πέφτουν "θύματα" του παθητικού καπνίσματος του συζύγου τους διαθέτουν περισσότερες πιθανότητες να αποβάλουν, σύμφωνα με μελέτη Αμερικανών και Κινέζων επιστημόνων που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *American Journal of Epidemiology*³⁴.

2.4.2.ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Έχει αποδειχθεί σε μελέτες ότι γυναίκες που καταλάωναν αλκοόλ είχαν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να αποβάλουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Παράλληλα, το αλκοόλ εμποδίζει την απορρόφηση και το μεταβολισμό πολλών σημαντικών διατροφικών παραγόντων, όπως η βιταμίνη Α, το σύμπλεγμα βιταμινών Β, η Βιταμίνη C και D, η βιταμίνη Ε, το ασβέστιο, το μαγνήσιο και ο ψευδάργυρος³⁵.

Σύμφωνα με πρόσφατα συμπεράσματα των επιστημόνων, ακόμα και το λίγο αλκοόλ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να ενοχοποιηθεί για τη γέννηση λιποβαρούς παιδιού ή για την αύξηση του κινδύνου αποβολής του εμβρύου.

2.4.3.ΔΙΑΤΡΟΦΗ

³⁴ Καρπάθιος Θ. Το κάπνισμα και το παιδί. Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, Αθήνα 1977, 63-9.

³⁵ NEMTZOV A. Alcohol consumption and mortality in the Russian Federation. In: Population and Society. Centre for Demography and Human Ecology, Institute of National Economy Prognoses, Russian Academy of Sciences, Moscow, 1996 (Bulletin No 10)

Οι βασικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την καλή θρεπτική κατάσταση μιας μητέρας είναι: η ομαλή αύξηση βάρους, η κατανάλωση μεγάλης ποικιλίας τροφίμων και θρεπτικών συστατικών, η χρήση των κατάλληλων συμπληρωμάτων βιταμινών και ιχνοστοιχείων και η αποφυγή του αλκοόλ, του καπνίσματος και άλλων βλαπτικών παραγόντων.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο μεταβολισμός της μητέρας παρουσιάζει δραματικές μεταβολές, λόγω αλλαγών σε ορισμένες βασικές αναπαραγωγικές ορμόνες όπως είναι η γοναδοτροπίνη, η προγεστερόνη, η οιστραδιόλη, η οιστρόνη, η οιστριόλη, η προλακτίνη και η επινεφρίνη. Το ορμονικό περιβάλλον κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μέγιστης σημασίας για την φυσιολογική ροή των θρεπτικών συστατικών στο έμβρυο. Η απορρόφηση του σιδήρου και του ασβεστίου αυξάνονται κατά την κυοφορία. Ο όγκος του αίματος αυξάνεται φυσιολογικά στην εγκυμοσύνη, κυρίως λόγω της αύξησης του όγκου του πλάσματος κατά 35-40%. Επίσης, μεγάλες αλλαγές συντελούνται στην νεφρική λειτουργία που σχετίζονται με αξιοσημείωτες μεταβολές στην έκκριση γλυκόζης, αμινοξέων και υδατοδιαλυτών βιταμινών³⁶.

Οι συστάσεις για την αύξηση βάρους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να είναι εξατομικευμένες, σύμφωνα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) της μητέρας πριν την εγκυμοσύνη ($BMI = \text{βάρος} / \text{ύψος}^2$), σύμφωνα με τον πίνακα του Institute Of Medicine (IOM, βλ. παρακάτω).

| Κατευθυντήριες Γραμμές Αύξησης Βάρους Εγκύου (IOM) | | |
|--|----------------------------------|---|
| BMI ΠΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ | ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ, ΜΕΤΑ ΤΗΝ 12^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ |
| BMI < 19,8 | 12,5 έως 18,0 κιλά | 0,5 κιλά |
| BMI > 19,8 έως 26.0 | 11,5 έως 16,0 κιλά | 0,4 κιλά |

³⁶ Παναγιωτοπούλου Β., 2005: Εγκυμοσύνη και διατροφή, ανακτημένο από http://news.pathfinder.gr/health/features/pregnancy_diet.html

Κατευθυντήριες Γραμμές Αύξησης Βάρους Εγκύου (IOM)

| ΒΜΙ ΠΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ | ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ, ΜΕΤΑ ΤΗΝ 12^Η ΕΒΔΟΜΑΔΑ |
|----------------------------|----------------------------------|---|
| BMI > 26,0 έως 29.0 | 7,0 έως 11,5 κιλά | 0,3 κιλά |
| BMI > 29,0 | 7,0 κιλά | |
| Κυοφορία Διδύμων | 15,9 έως 20,4 κιλά | 0,7 κιλά |
| Κυοφορία Τριδύμων | 22,7 κιλά | |

Πηγή: Παναγιωτοπούλου Β., 2005: Εγκυμοσύνη και διατροφή, ανακτημένο από http://news.pathfinder.gr/health/features/pregnancy_diet.html

Απαραίτητη είναι επίσης η κάλυψη των αναγκών σε ασβέστιο και αυτό συνεπάγεται την ανάγκη για επαρκή κατανάλωση γαλακτοκομικών (γάλα, γιαούρτι και τυριά) ή τροφών εμπλουτισμένων σε ασβέστιο.

Τα μοναδικά συμπληρώματα που συστήνονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι το φυλλικό οξύ, ο σίδηρος και σε ορισμένες περιπτώσεις και το ασβέστιο. Το συμπλήρωμα φυλλικού οξέος πρέπει να το λαμβάνει κάθε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας έτσι ώστε να προλαμβάνονται διάφορες συγγενείς ανωμαλίες και δυσμορφίες που δημιουργούνται κατά την 6η εβδομάδα κύησης στο έμβryo. Έρευνες έχουν δείξει ότι έγκυες με χαμηλή πρόσληψη και επίπεδα φυλλικού στην εγκυμοσύνη έχουν αυξημένες πιθανότητες να γεννήσουν νεογνά με συγγενείς ανωμαλίες όπως σύνδρομο Down ή ανωμαλίες νευρικού σωλήνα (NTDs)³⁷.

Συμπληρώματα σιδήρου των 60-120 mg/ημέρα συνιστανται στην εγκυμοσύνη σε έγκυες που έχουν σιδηροπενική αναιμία ή χαμηλά επίπεδα αιματοκρίτη. Είναι γεγονός ότι οι απαιτήσεις σε σίδηρο αυξάνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κυρίως στο 2ο και 3ο τρίμηνο, και συνήθως είναι δύσκολο να καλυφθούν μόνο μέσω διατροφής, με αποτέλεσμα να

³⁷ Παναγιωτοπούλου Β., 2005: Εγκυμοσύνη και διατροφή, ανακτημένο από http://news.pathfinder.gr/health/features/pregnancy_diet.html

συνίσταται συμπληρωματική χορήγηση 30 mg σιδήρου την ημέρα σε όλες τις εγκύους που δεν αναπτύσσουν αναιμία.

2.4.4. ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Το περπάτημα, το κολύμπι σε καθαρή, όχι πολύ κρύα θάλασσα αλλά με αλλαγή μαγιό, το ποδήλατο σε ομαλό δρόμο, το τρέξιμο, ο χορός, η γιόγκα, η γυμναστική και γενικά η φυσική άσκηση βοηθούν και τονώνουν, αρκεί να μην εξαντλούνται τα όρια αντοχής της εγκυμονούσας. Στις περισσότερες εγκύους η φυσική αντοχή είναι μειωμένη. Η ηλιοθεραπεία επίσης γίνεται με μέτρο γιατί η υπερβολή κουράζει και εξαντλεί. Άσκηση μπορεί να γίνεται μέχρι τον 8ο μήνα αν η εγκυμοσύνη δεν παρουσιάζει προβλήματα και η γυναίκα είναι υγιής.

Μετά τον 4ο μήνα είναι σκόπιμο να γίνεται ελαφρό μασάζ στην κοιλιά και τους μαστούς με κρέμα εγκυμοσύνης, ώστε να μην δημιουργηθούν ραγάδες. Η έγκυος πρέπει να μην σηκώνει βάρη, να μην στέκεται πολλές ώρες όρθια, να μην καπνίζει και να μην κάνει κατάχρηση οινόπνευματος. Αν δεν μπορεί να διακόψει τελείως το κάπνισμα, τουλάχιστον να το μειώσει στο λιγότερο δυνατό για να αποφύγει τον πρόωρο τοκετό, την υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου και αρκετές άλλες επιπλοκές. Αν εργάζεται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή θα πρέπει να μειώσει αισθητά τις ώρες εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Η ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΒΑΣΗ

3.1. ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Μετά τη δεκαετία του 1940, οι εξελίξεις στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων, είχαν ως αποτέλεσμα την προοδευτική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ώστε μέχρι το 2001 να μειωθεί κάτω από 6% στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στο 6,8% στις ΗΠΑ, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες παραμένει ακόμη πολύ υψηλή (64%). Στην Ελλάδα, η βρεφική θνησιμότητα το 1996 ήταν 7,3%, έχοντας σημειώσει μείωση κατά 94% κατά τα τελευταία 60 χρόνια. Παράλληλα, μειώθηκαν η μετανεογνική θνησιμότητα κατά 98% και η νεογνική θνησιμότητα κατά 86%. Σημαντική μείωση σημείωσε, επίσης, η περιγεννητική θνησιμότητα από 24% σε 10% κατά τη δεκαπενταετία 1983-1998. Το μεγαλύτερο ποσοστό περιγεννητικών και νεογνικών θανάτων οφείλεται στις επιπλοκές της κύησης και του τοκετού, οι οποίες αποτελούν, επιπλέον, την κύρια αιτία μετανεογνικής θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι συχνότερες αιτίες μετανεογνικής θνησιμότητας είναι οι λοιμώξεις και οι διατροφικές ανεπάρκειες. Τα στοιχεία αυτά προδιαγράφουν τους μελλοντικούς στόχους, που είναι η βελτίωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας στην έγκυο και το νεογνό, ενώ για τις αναπτυσσόμενες χώρες απαιτείται, επιπλέον, η λήψη μέτρων για την πρόληψη και την καταπολέμηση των λοιμώξεων και τη βελτίωση της διατροφής της εγκύου και του βρέφους³⁸.

Έχει αναφερθεί ότι η Σοβαρή Υπέρταση της Κύησης συνοδεύεται από αυξημένη νεογνική θνησιμότητα στα πρόωρα νεογνά. Η συχνότητα της θνησιμότητας παρουσιάζει πολύ μεγάλες διαφορές ανάμεσα στις εργασίες που έχουν δημοσιευθεί κατά καιρούς. Χαρακτηριστικά, σε υπερτασικές κυήσεις που επεπλάκησαν από σύνδρομο HELLP έχει αναφερθεί συχνότητα

³⁸ Β. Δρόσου-Αγακίδου: Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας στα *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(5), Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2005, 459-466

νεογνικής θνησιμότητας 2%-60%. Αυτές οι μεγάλες διαφορές στη θνησιμότητα οφείλονται σε πολλούς παράγοντες, όπως το είδος του πληθυσμού που μελετήθηκε, ο τρόπος αντιμετώπισης της υπέρτασης, το έτος της μελέτης, οι συνυπάρχουσες επιπλοκές της κύησης και η συχνότητα των ενδομήτριων θανάτων. Τα νοσοκομεία που είχαν υψηλή συχνότητα περιγεννητικής ασφυξίας είχαν και σχετικά υψηλή συχνότητα περιγεννητικής θνησιμότητας³⁹.

Στις πιο πρόσφατες εργασίες αναφέρεται βελτίωση της νεογνικής επιβίωσης, η οποία συμβαδίζει με την πρόοδο της ιατρικής στις μονάδες εντατικής νοσηλείας των νεογνών. Τα προηγούμενα χρόνια, οι περισσότεροι θάνατοι πρόωρων νεογνών υπερτασικών μητέρων οφείλονταν στο βαρύ σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ). Οι θάνατοι αυτοί έχουν ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, μετά την εισαγωγή του επιφανειοδραστικού παράγοντα στη θεραπεία του ΣΑΔ. Τα αίτια θανάτου των τελειόμηνων νεογνών μητέρων με ΣΥΚ – Σοβαρή Υπέρταση Κύησης- δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, διότι λίγες κήσεις με ΣΥΚ φθάνουν στην τελειόμηνη ηλικία και λίγα από τα νεογνά που γεννιούνται τελειόμηνα πεθαίνουν.

Σε μια κλινικοπαθολογοανατομική μελέτη 46 θανάτων τελειόμηνων νεογνών υπερτασικών μητέρων βρέθηκε ότι τα νεογνά αυτά, σε σχέση με τα τελειόμηνα φυσιολογικά νεογνά, είχαν μικρότερο βάρος σώματος, μικρότερο βάρος πνευμόνων και μικρότερο βάρος ήπατος. Οι κυριότερες αιτίες θανάτου ήταν η πνευμονική υποπλασία (24%), το ΣΑΔ - σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας- (22%), το ΣΕΜ (20%) και η πνευμονική αιμορραγία (13%). Σήμερα, η επιβίωση των νεογνών που γεννιούνται από μητέρες με ΣΥΚ εξαρτάται κυρίως από τη διάρκεια της κύησης (ΔΚ) και το βάρος γέννησης (ΒΓ). Δεν φαίνεται ότι η ΣΥΚ ανεξάρτητα από τη ΔΚ και το ΒΓ αυξάνει τη νεογνική θνησιμότητα.(8,10) Ούτε και η θεραπευτική χορήγηση του MgSO₄ στη μητέρα επηρεάζει τη νεογνική θνησιμότητα.(11,12) Η θνησιμότητα απαντά σχεδόν αποκλειστικά σε

³⁹ TIMBY N, SJOGREN H, BJORNSTIG U, ERIKSSON A. Crash responsibility versus drug and alcohol use among fatally injured and hospitalized motor vehicle drivers in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res* 1998, 22:1838-1841

νεογνά με ΒΓ<1000g⁴⁰.

3.2.ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι τα νεογνά υπερτασικών μητέρων, σε σχέση με τα νεογνά μη υπερτασικών μητέρων, εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα και βαρύτητα συγκεκριμένα νεογνικά προβλήματα, ενώ πιο πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν ότι αυτό δεν ισχύει, όταν λαμβάνονται υπόψη και άλλοι συνυπάρχοντες παράγοντες, όπως το ΒΓ, η ΔΚ, η ΕΚΑ, η περιγεννητική ασφυξία, κ.ά. Έχει υποστηριχθεί, επίσης, ότι στα πρόωρα νεογνά η ΣΥΚ και το MgSO₄ προστατεύουν από την εγκεφαλική και την πνευμονική βλάβη, απόψεις που αμφισβητούνται ευρέως. Ένας τομέας που ελάχιστα έχει ερευνηθεί είναι η ύπαρξη μακροχρόνιων επακόλουθων από την επίδραση της ΣΥΚ στο έμβρυο και το νεογνό, επακόλουθα που μπορεί να εμφανισθούν στην ενήλικη ζωή, όπως οι διαταραχές στη νοητική ανάπτυξη, η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, ο διαβήτης, τα ψυχικά νοσήματα. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται πιο συχνά στα πρόωρα νεογνά υπερτασικών μητέρων, σε σχέση με τα πρόωρα νεογνά μη υπερτασικών μητέρων, είναι τα εξής:

- Χαμηλό ΒΓ
- Χαμηλή βαθμολογία Apgar στο 1ο και 5ο λεπτό
- Καθυστέρηση στην εξωμήτρια προσαρμογή
- Υποτονία
- Ειλεός
- Καθυστέρηση στην πρώτη κένωση
- Αυξημένη συχνότητα νεκρωτικής εντεροκολίτιδας
- Αιματολογικά προβλήματα:
- Ουδετεροπενία (>2000/mm³)

40 Tomson T, Lindbom U, Ekqvist B, Sundqvist A. *Epilepsy and pregnancy : a prospective study of seizure control in relation to free and total plasma concentrations of carbamazepine and phenytoin.* Epilepsia 1994;35:122-130

- Θρομβοκυτταροπενία (>150000/mm³)
- Πολυκυτταραιμία
- Αυξημένα εμπύρρηνα ερυθρά
- Διαταραχές πηκτικών παραγόντων
- Αύξηση νορμοβλαστών
- Αυξημένη συχνότητα ανοικτού αρτηριακού πόρου
- Αυξημένη συχνότητα σήψης
- Ελαττωμένη συχνότητα εγκεφαλικής παράλυσης
- Ελαττωμένη συχνότητα νοητικής στέρησης
- Αυξημένη ή ελαττωμένη συχνότητα ΣΑΔ
- Αυξημένη συχνότητα χρόνιων παθήσεων της ενήλικης ζωής⁴¹.

3.3. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.3.1. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Ο τραυματισμός από ατύχημα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στα παιδιά στις ανεπτυγμένες χώρες. Παρατηρείται όμως σημαντική διακύμανση του ειδικού δείκτη θνησιμότητας από τραυματισμό στις Ευρωπαϊκές χώρες, με χαμηλότερο δείκτη αυτόν της Σουηδίας. Η Ελλάδα έχει τον τέταρτο κατά σειρά υψηλότερο ειδικό δείκτη παιδικής θνησιμότητας από τραυματισμό στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την Πορτογαλία το Βέλγιο και την Ισπανία. Υπολογίζεται ότι απαιτείται μείωση του δείκτη κατά 40-50% για να πλησιάσει τα επίπεδα των Ευρωπαϊκών χωρών με χαμηλό ειδικό δείκτη θνησιμότητας από ατύχημα. Είναι επίσης κατανοητό ότι η νοσηρότητα η οφειλόμενη σε ατυχήματα στα νεογνά είναι πολύ υψηλή στη χώρα μας λαμβάνοντας υπόψη ότι σε ένα θάνατο από ατύχημα υπολογίζεται ότι

⁴¹ STOA. Nutrition in Europe. European Parliament Scientific and Technological Options Assessment, Director General for Research, Brussels, 1997

αντιστοιχούν 500 ατυχήματα που χρειάζονται κάποιας μορφής φροντίδα στα εξωτερικά ιατρεία⁴².

Η χάραξη πολιτικής πρόληψης των ατυχημάτων απαιτεί επομένως κατανόηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε τραυματισμό από ατύχημα και όχι απλά σε θανατηφόρο ατύχημα. Αν και αυτή η διαπίστωση ισχύει για τα ατυχήματα γενικά είναι ακόμη ισχυρότερη για περιπτώσεις ατυχημάτων με αυξημένη νοσηρότητα αλλά χαμηλή θνησιμότητα όπως είναι οι πτώσεις στην νεογνική ηλικία. Υπολογίζεται ότι οι πτώσεις αποτελούν το 1/3 των επισκέψεων στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία για σωματικές βλάβες⁴³.

Την τελευταία πενταετία λειτουργεί στη χώρα μας βάση δεδομένων με στοιχεία καταγραφής των τραυματισμών από ατύχημα που αντιμετωπίζονται στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία τεσσάρων νοσοκομείων (Νοσοκομείο Παιδών Αγλαΐα Κυριακού, Ασκληπιείο Βούλας, Νοσοκομεία Βόλου και Κερκύρας) και τα δεδομένα επεξεργάζονται από το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ). Τα στοιχεία συλλέγονται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό σε προκωδικοποιημένα ερωτηματολόγια όπου καταγράφονται δημογραφικά στοιχεία του τραυματία και περιγραφικά χαρακτηριστικά του ατυχήματος και της βλάβης.

Μελετήσαμε το σύνολο των τραυματισμών από πτώση σε νεογνά που καταγράφηκαν στη βάση δεδομένων του Συστήματος Καταγραφής των Εξωτερικών Ιατρείων (ΣΚΑΕΙ) κατά την περίοδο 1996-1998 με σκοπό να αποτυπώσουμε το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του προβλήματος των ατυχημάτων από πτώση του Ελληνικού παιδικού πληθυσμού.

42 Schmidt D, Canger R, Avanzini G, et al. *Change of seizure frequency in pregnant epileptic women.* J. Neurol Neurosurg Psychiatry 1983;46:751-755.

43 Sharples, P.M., Storey, A., Aynsley-Green, A. & Eyre, J. A. (1990a). Avoidable factors contributing to the death of children with head injury. *Br Med J*, 300, 87-91.

Κατά την περίοδο 1996-1998 καταγράφηκαν στη βάση δεδομένων 66870 τραυματισμοί από ατύχημα σε νεογνά. Οι τραυματισμοί από ατύχημα στο οικιακό περιβάλλον και ελεύθερο χρόνο γενικά ανέρχονται σε 64275 (96%) των ατυχημάτων ενώ ειδικότερα καταγράφηκαν 29589 τραυματισμοί από πτώση (44% των τραυματισμών). Η επίπτωση των πτώσεων σε κάθε μια από τις περιοχές που μελετήθηκαν είναι: **Αθήνα:** 42 πτώσεις ανά 1000 παιδιά/έτος, **Κέρκυρα:** 45 πτώσεις ανά 1000 παιδιά/έτος, **Βόλος:** 38 πτώσεις ανά 1000 παιδιά/έτος⁴⁴.

Προσδιορίζοντας την επίπτωση των πτώσεων στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες διαπιστώθηκε μείωση της επίπτωσης με την αύξηση της ηλικίας. Παιδιά ηλικίας μέχρι 2 ετών (48 πτώσεις /1000παιδιά/έτος), 2-4 (54 πτώσεις/1000παιδιά/έτος) 5-9 ετών (42/1000παιδιά/έτος) και 10-14 ετών (33/1000/έτος). Στο σύνολο των παιδιών, 18572 (62.77%) ήταν αγόρια και 11017 (37,23%) κορίτσια. Περαιτέρω ανάλυση ανά ηλικιακή ομάδα δείχνει ότι στην ομάδα 0-1ετών η αναλογία είναι 56% αγόρια και 44% κορίτσια και η διαφορά αυτή επιτείνεται με την αύξηση της ηλικίας για να καταλήξει στην ομάδα 10-14 ετών σε αναλογία 7 αγόρια/3 κορίτσια.

Στα νεογνά οι πτώσεις συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου και του παιχνιδιού ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά περισσότερα από τα μισά περιστατικά πτώσεων συμβαίνουν κατά την εκπαίδευση, την άθληση και τη σωματική αγωγή.

Τα νεογνά τραυματίζονται κυρίως (μέχρι 75%) στο κεφάλι (κρανίο, πρόσωπο) ενώ με την αύξηση της ηλικίας παρατηρείται μείωση του τραυματισμού της κεφαλής με ταυτόχρονη αύξηση της αναλογίας του τραυματισμού άνω ή κάτω άκρων. Στα παιδιά ηλικίας 10-14 ετών 75% τραυματισμών αφορούν τα άνω ή κάτω άκρα. Η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορούν σε μία βλάβη (91%) ενώ δύο ή τρεις βλάβες

⁴⁴ SHCHERBINSKAIA AM, KOBYSCHCHA IuV, KRUGLOV IuV, CHENTSOVA NP, BOCHKOVA LV, MAKSIMENOK EV ET AL. The epidemic situation in relation to HIV infection in Ukraine (1987–1997). Zh Microbiol Epidemiol Immunobiol 1999, 1:26–29

παρατηρήθηκαν σε 7 και 1.5 % των περιπτώσεων. Νοσηλεία χρειάστηκε 6% των παιδιών ενώ δεν παρατηρήθηκε θάνατος⁴⁵.

Τα παραπάνω δεδομένα επισημαίνουν ότι η νοσηρότητα η οφειλόμενη σε τραυματισμό από πτώση είναι υψηλή στα νεογνά σε αντίθεση με τη θνησιμότητα που είναι αμελητέα. Για τη μείωση των πτώσεων θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στα νεογνά με δημιουργία ασφαλέστερου περιβάλλοντος κατά κύριο λόγο στο σπίτι και ακολούθως σε χώρους παιχνιδιού όπως η παιδική χαρά. Οι τραυματικές πτώσεις σε αυτή την ηλικία φαίνεται ότι μπορούν να περιοριστούν αν υπάρχει μέριμνα για χρήση προστατευτικών κιγκλιδωμάτων στο κρεβάτι με στενά κάθετα διάκενα, πρόσδεση των βρεφών στα ειδικά καθίσματα, χρήση ταπήτων στο σπίτι. Δεδομένου ότι η πλειοψηφία των πτώσεων στην ηλικία αυτή συμβαίνει στο σπίτι χρειάζεται ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γονέων για την αναγνώριση των κινδύνων και για τις δυνατότητες πρόληψης των πτώσεων με την εφαρμογή προληπτικών μέτρων.

Προς την κατεύθυνση αυτή σημαντικό ρόλο μπορεί και επιβάλλεται να διαδραματίσει ο παιδίατρος ενημερώνοντας τους γονείς για τους κινδύνους των ατυχημάτων ανάλογα με την ηλικία και τα μέτρα πρόληψης που πρέπει να λαμβάνονται. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της ενημέρωσης των γονέων σχετικά με τους κινδύνους των ατυχημάτων από τον παιδίατρο. Αν η παιδιατρική κοινότητα ενστερνιστεί τη σημασία του ρόλου της στην πρόληψη των ατυχημάτων με υπευθυνότητα ανάλογη με αυτή που επέδειξε για την εφαρμογή των εμβολιασμών μπορούμε να ελπίζουμε ότι τον 21ο αιώνα θα επιτευχθεί μείωση των ατυχημάτων στα παιδιά⁴⁶.

45 Tomson T, Lindbom U, Ekqvist B, Sundqvist A. *Epilepsy and pregnancy : a prospective study of seizure control in relation to free and total plasma concentrations of carbamazepine and phenytoin*. *Epilepsia* 1994;35:122-130

46 Sharples, P.M., Storey, A., Aynsley-Green, A. & Eyre, J. A. (1990a). Avoidable factors contributing to the death of children with head injury. *Br Med J*, 300, 87-91.

3.3.2. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Το κάπνισμα αποτελεί, παγκόσμια, ένα από τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση διαφόρων νοσημάτων, τόσο στους καπνιστές όσο και στους παθητικούς καπνιστές, σε βαθμό που να λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας. Τα νεογνά γονέων καπνιστών, εκτός του ότι εκτίθενται περισσότερο χρόνο στον καπνό, είναι πιο ευαίσθητα, με συνέπεια παθήσεις όπως το βρογχικό άσθμα, οι ιογενείς και οι μικροβιακές λοιμώξεις του αναπνευστικού, αλλά και στην ενήλικη ζωή, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο καρκίνος των βρόγχων και η καρδιακή νόσος να εμφανίζονται συχνότερα σε αυτά, ενώ ολέθριες επιπτώσεις έχει για το έμβρυο το κάπνισμα της εγκύου.⁴⁷

Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος στο έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη, αποτέλεσε ένα από τα πρώτα θέματα που έχουν ερευνηθεί, αν και ο παθογενετικός μηχανισμός δεν έχει μέχρι σήμερα πλήρως διευκρινισθεί. Ήδη από το 1957, έχει επισημανθεί ότι τα νεογνά των γυναικών που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη έχουν βάρος και μήκος μικρότερο από τα νεογνά γυναικών που δεν καπνίζουν. Το κάπνισμα της εγκύου αυξάνει τις αποβολές, τις αιμορραγίες του πλακούντα και τον πρόδρομο πλακούντα, τις πιθανότητες πρόωρου τοκετού, την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα (συχνότερα τα νεογνά καπνιστριών παρουσιάζουν περιγεννητικά ασφυξία, πνευμονία από εισρόφηση, πολυκυτταραιμία, υπογλυκαιμία, αναπνευστική νόσο και η περιγεννητική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη κατά 30-35% στα νεογνά των καπνιστριών) και πιθανώς τις συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου (συγγενής καρδιοπάθεια, ανεγκεφαλία, διαμαρτίες του ΚΝΣ). Παράλληλα ελαττώνει το βάρος, το μήκος και την περίμετρο κεφαλής του νεογνού⁴⁸.

Έχει βρεθεί δε ότι το κάπνισμα της εγκύου συνδέεται με αυξημένη

⁴⁷ Van Teijlingen E, Friend RAJ. Children and smoking: the problem and the way forward. *Editorial Thorax* 1992, 47:485-8.

⁴⁸ Oldings M, Jorres R, Magnussen H. Acute effect of passive smoking on lung function and airway responsiveness in asthmatic children. *Pediatr Pneumonol* 1991, 10:123-31.

συχνότητα αιφνίδιου θανάτου, αργότερα, με παροδική καθυστέρηση της σωματικής αύξησης και ψυχοκινητικής εξέλιξης και με συχνότερη εκδήλωση βρογχικού άσθματος στο βρέφος και στο παιδί.

3.3.3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Με την επάνοδο του μητρικού θηλασμού σε όλες τις χώρες του σύγχρονου κόσμου, φυσικό ήταν να απασχολήσει του ερευνητές και το παθητικό κάπνισμα του βρέφους που θηλάζει. Η νικοτίνη απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα σε τριπλάσιες ποσότητες απ' ό,τι στο πλάσμα και είναι ανάλογη με τα τσιγάρα που καπνίζουν οι θηλάζουσες, αν και επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες και τις καπνιστικές συνήθειες της μητέρας. Η μεγαλύτερη απέκκριση στο γάλα γίνεται στις δύο πρώτες ώρες μετά το κάπνισμα. Τα θηλάζοντα βρέφη μητέρων που καπνίζουν περισσότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα, παρουσιάζουν κωλικούς, εμετούς, ταχυκαρδία, αδυναμία, ευαισθησία σε λοιμώξεις, ενώ όταν οι μητέρες καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα/ημέρα, η συμπτωματολογία είναι έντονη, παρατηρείται, δε, σημαντική μείωση στην παραγωγή μητρικού γάλακτος⁴⁹. Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν ότι το παθητικό κάπνισμα στα νεογνά αυξάνει τη συχνότητα των συμπτωμάτων και λοιμώξεων του ανώτερου και του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Το κάπνισμα ευνοεί τη μετάδοση ιογενών και μικροβιακών λοιμώξεων από τους γονείς στο παιδί με το βήχα. Εκτός αυτού, ο καπνός προκαλεί αύξηση της διαβατότητας του βρογχικού επιθηλίου, τροποποιεί τη λειτουργία των μακροφάγων του αναπνευστικού, αυξάνει τη δραστηριότητα του βρογχικού επιθηλίου και ελαττώνει τον όγκο του εκπνεόμενου αέρα. Κάθε 5 τσιγάρα που καπνίζει η μητέρα αυξάνουν τη συχνότητα των λοιμώξεων του αναπνευστικού στο νεογνό κατά 2,5-3,5%, η δε επίπτωση αυτή είναι συχνότερη στα 2 πρώτα

49 Roos KL, Flippen CC, Hingtgen C, Markand N. Neurologic disorders and pregnancy. Continuum στο Mancall EL, Cascino TL, Devereaux MW (eds). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000;6(1): 8-63.

χρόνια της ζωής και ιδιαίτερα στον πρώτο χρόνο της ζωής. Ως παράδειγμα αναφέρεται ότι τα βρέφη καπνιστών γονέων έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν βρογχίτιδα. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του παθητικού καπνίσματος σε επίμονα συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος, όπως είναι ο βήχας, η συρίττουσα αναπνοή και κυρίως το άσθμα⁵⁰.

Επίσης, τα υποβαλλόμενα σε παθητικό κάπνισμα νεογνά έχουν τετραπλάσια πιθανότητα εκδήλωσης οξείας μέσης ωτίτιδας με υγρό. Εκτιμάται, ότι το ποσοστό χρόνιας ωτίτιδας που αποδίδεται στο παθητικό κάπνισμα ανέρχεται στο 15% του συνόλου των περιπτώσεων της νόσου. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι σε μεμονωμένες μελέτες, το παθητικό κάπνισμα έχει συσχετισθεί με την πρόκληση οισοφαγίτιδας στα παιδιά, αλλά και με την αυξημένη συχνότητα εκδήλωσης βακτηρίασης μηνιγγίτιδας.

⁵⁰ SEYMOUR A, OLIVER JS. Role of drugs and alcohol in impaired drivers and fatally injured drivers in the Strathclyde police region of Scotland, 1995–1998.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

4.1.: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Οι γονείς οφείλουν να προβληματιστούν για τη νοσηρότητα των παιδιών τους από μερικά προειδοποιητικά σημεία, τα οποία είναι: ακραία αλλαγή στην εμφάνιση, απομόνωση του παιδιού και κλείσιμο στον εαυτό του, σημεία κατάθλιψης, κούραση, απώλεια του ενδιαφέροντος για τον αθλητισμό ή άλλες δραστηριότητες, αλλαγή στις παρέες, επιδείνωση των σχέσεων με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Για να βοηθήσουν τα παιδιά τους πρέπει να κρατήσουν ανοιχτούς τους δρόμους επικοινωνίας με αυτά. Οι γονείς έχουν την ευθύνη και την υποχρέωση να δυναμώσουν τα παιδιά τους, ώστε να είναι σε θέση να αποφύγουν τις επικίνδυνες καταστάσεις και συναναστροφές.

Οι γονείς αποτελούν το πρότυπο με τη μεγαλύτερη επιρροή στη ζωή των παιδιών και αυτό αποτελεί για τους γονείς μια τεράστια ευθύνη. Αν στο σχολείο του παιδιού ή στην πόλη όπου ζουν υπάρχουν οργανωμένες ομάδες γονέων, καλό είναι να τις παρακολουθήσουν, ώστε να κουβεντιάζουν τα θέματα που αφορούν στα παιδιά της ηλικίας των δικών τους⁵¹.

4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ

Ο ρόλος του Παιδιάτρου διαγράφεται πολύπλευρος. Ως θεράποντες ιατροί δεν πρέπει να λησμονούν να επισημαίνουν στους γονείς τα βασικά χαρακτηριστικά της νοσηρότητας στο αναπνευστικό σύστημα των παιδιών και εν γένει στην υγεία τους. Είναι απόλυτα επιβεβλημένο, οι γονείς όλων

⁵¹ TIMBY N, SJOGREN H, BJORNSTIG U, ERIKSSON A. Crash responsibility versus drug and alcohol use among fatally injured and hospitalized motor vehicle drivers in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res* 1998, 22:1838-1841

των παιδιών που πάσχουν από άσθμα και όχι μόνο, να συνειδητοποιήσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της δικής τους απόλαυσης στην υγεία του παιδιού τους και να μεταβάλλουν τις συνήθειές τους. Ως οικογενειακοί φίλοι, επειδή ακριβώς παρακολουθούν τα παιδιά από μικρή ηλικία μέχρι τα δύσκολα χρόνια της εφηβείας, πρέπει να ενημερώνουν και να συμβουλεύουν τους γονείς για τους κινδύνους που εγκυμονεί κάθε μορφή νοσηρότητας⁵².

⁵² RITTON A, McKEE M. Alcohol. In: Weil O, McKee M, Brodin M, Oberle D (eds) *Priorities for public health action in the European Union, employment and social affairs*. DGV, Directorate for Public Health, Health Promotion and diseases surveillance unit, Luxembourg, 1999:21–22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟ-ΕΞΕΤΑΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ

Το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών - "Παν. & Αγλαΐας Κυριακού" ιδρύθηκε το 1936 με δωρεά του Παναγιώτη και της Αγλαΐας Κυριακού. Το Νοσοκομείο παρέχει ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη καλύπτοντας τις ανάγκες του παιδικού πληθυσμού όχι μόνο της Αττικής αλλά και ολόκληρης της χώρας. Διαθέτει 395 κλίνες και νοσηλεύει ετησίως περίπου 25.000 παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών.

Κάθε χρόνο, το νοσοκομείο, συμβάλλει στην εκπαίδευση περισσότερων από 100 ειδικευόμενων ιατρών στα διάφορα Τμήματα και Κλινικές του. Το 1979, μετά από μισό αιώνα συνεχούς λειτουργίας και κοινωνικής προσφοράς, η δύναμή του ενισχύθηκε με την δημιουργία δύο νέων Παραρτημάτων (Παράρτημα Καλλιθέας - Παράρτημα Λεωφ. Μεσογείων), η λειτουργία των οποίων συνάδει με τις σύγχρονες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης.

5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1933 – 1950

Στις 7 Αυγούστου του 1933, η Αγλαΐα Παναγιώτου Κυριακού, αποφάσισε με μυστική διαθήκη να αφήσει ολόκληρη την περιουσία της, που ανήρχετο τότε σε 15.000.000 δρχ., ώστε να ιδρυθεί μια παιδιατρική κλινική με την επωνυμία "Κλινική Παιδών Παν.& Αγλαΐας Κυριακού και οικογένειας Σπυρίδωνος Αντωνιάδη". Στις 15 Αυγούστου 1938 άρχισε η πλήρης λειτουργία του Νοσοκομείου με δύναμη 20 κλινών, εκ των οποίων 10 στην Α΄ Παιδιατρική και 10 στη Β΄ Παιδιατρική. Μέσα σε διάστημα λίγων μηνών η δύναμη των κλινών διπλασιάστηκε.

Το 1945 αρχίζει να λειτουργεί το Ακτινολογικό Εργαστήριο. Τον Ιανουάριο του 1948 αρχίζει η λειτουργία της ΩΡΛ Κλινικής και με αρχική δύναμη 15

κλίνες. Το 1949 οργανώνεται ειδικό Μικροβιολογικό Εργαστήριο.

1950 – 1960

Το 1955 αρχίζει η λειτουργία του Καρδιολογικού και του Νευροψυχιατρικού τμήματος. Την ίδια χρονιά το Νοσοκομείο αποφασίζει να ιδρύσει την Ιατρική Βιβλιοθήκη. Το 1959 το νοσοκομείο, είναι πλέον έτοιμο να αντιμετωπίσει και έκτακτα περιστατικά. Από τις αρχές του 1954 εφημερεύει τρεις φορές την εβδομάδα και μία Κυριακή ανά 15 ημέρες, δεχόμενο άπαντα τα περιστατικά, εκτός των λοιμωδών νοσημάτων. Σταδιακά κατά το διάστημα της πενταετίας 1950-1954, συνάπτει συμβάσεις για τη νοσηλεία των παιδιών των Δημοσίων Υπαλλήλων και των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ.

1960-1970

Στην επόμενη 10ετία 1960-1970 επεκτείνεται το Νοσοκομείο κατά 180% με την προσθήκη νέων ορόφων. Δημιουργείται η Γ' Πτέρυγα, και οι κλίνες αυξάνονται σε αριθμό από 250 σε 450.

1970-1980

Το 1974 ξεκινά η λειτουργία της Β' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής και το 1975 λειτουργεί το μοναδικό και μέχρι σήμερα Κέντρο Δηλητηριάσεων. Το 1979 λειτουργούν τα τμήματα Νεογέννητων με αρχική δύναμη 20 θερμοκοιτίδων, και η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού με δύο μηχανήματα Αιμοκάθαρσης.

1980-1990

Η ένταξη του Νοσοκομείου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) αυξάνει τις ανάγκες για δημιουργία νέων Νοσηλευτικών Τμημάτων. Το 1986 αρχίζει η λειτουργία του Οφθαλμολογικού Τμήματος. Η λειτουργία της Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας συνέβαλε σημαντικά στην αποσυμφόρηση

των κλινικών και στη μείωση της μέσης διάρκειας Νοσηλείας. Το ειδικό Ογκολογικό Τμήμα, έδωσε νέες ελπίδες στη μάχη των παιδιών με νεοπλασματική νόσο. Για την πρόληψη και έλεγχο των λοιμώξεων, λειτουργεί στο Νοσοκομείο η Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων. Η λειτουργία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, που τόσο ανάγκη έχουν βαριά παιδιατρικά περιστατικά, συμπληρώνει το πλαίσιο της τριτοβάθμιας παιδιατρικής περίθαλψης, στο Νοσοκομείο. Η λειτουργία του Αλλεργιολογικού Τμήματος, θα ανακουφίσει τους μικρούς ασθενείς, από την σύγχρονη νόσο του αναπνευστικού και όχι μόνο.

1990 – ΣΗΜΕΡΑ

Με Υπουργική Απόφαση, χορηγεί την Νοσηλευτική Παιδιατρική Ειδικότητα. Καταβάλλεται προσπάθεια εκσυγχρονισμού της κτιριακής υποδομής των Νοσηλευτικών Τμημάτων. Διοργανώνονται από την Νοσηλευτική Υπηρεσία 4 Νοσηλευτικές Ημερίδες και αρχίζει η ετήσια ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση του Νοσηλευτικού Προσωπικού. Στη βελτίωση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου προγραμματίζεται και η ανέγερση της Νέας Πτέρυγας⁵³.

5.2 Η ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η αποστολή του Νοσοκομείου είναι

- Η παροχή, στα πλαίσια της λειτουργίας του, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε παιδιά ηλικίας μέχρι και 14 ετών, χωρίς διακρίσεις και ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση των οικογενειών τους, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας

⁵³ www.aglaiakyriakou.gr

- Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης και συνεχούς εκπαίδευσης ιατρών, καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των λειτουργών των άλλων κλάδων Υγείας⁵⁴.

5.3 ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

1. Διοικητικής Υπηρεσίες

- Τη Διοικητική υποστήριξη όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου.
- Την οικονομική διαχείριση του Ιδρύματος.
- Τις διαδικασίες που αφορούν το υπηρεσιακό καθεστώς των εργαζομένων, και
- Την οργάνωση και πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία στοχεύουν στην άρτια ενημέρωση και κατάρτιση των εργαζομένων στον τομέα της Υγείας, προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των νέων εξελίξεων στον χώρο της Ιατρικής⁵⁵.

2. Ιατρικές Υπηρεσίες

Η ιατρική περίθαλψη που παρέχει το νοσοκομείο διακρίνεται σε τρία επίπεδα φροντίδας: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια. Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου παρέχουν άμεση διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα, ενώ παράλληλα τα εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου παρέχουν επείγουσα ιατρική παρέμβαση. Τα εξωτερικά ιατρεία με πλήρη οργάνωση, συγκρότηση και λειτουργική αυτοτέλεια είναι σε θέση να εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς που προσέρχονται σε αυτά και έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας και

⁵⁴ www.aglaiakyriakou.gr

⁵⁵ www.aglaiakyriakou.gr

περίθαλψης⁵⁶.

Στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας ιατρικής περίθαλψης διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος και παρέχεται ολοκληρωμένη νοσηλεία για την αντιμετώπιση του προβλήματος του παιδιού. Επίσης, στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης γίνονται και γενικές επεμβάσεις όπως για παράδειγμα γενικές εγχειρήσεις, γαστροσκοπήσεις κ.α. Στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας περίθαλψης, η ιατρική φροντίδα που παρέχεται, βασίζεται σε εξειδικευμένες γνώσεις και απαιτεί τη συνεργασία ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Το ιατρικό έργο υποστηρίζεται από σύγχρονο και εξειδικευμένο εξοπλισμό με υψηλό κόστος λειτουργίας και συντήρησης. Η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά περιορισμένο αριθμό παιδιών, ωστόσο, απευθύνεται σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού (υγειονομικές περιφέρειες) ως κέντρο αναφοράς για εξειδικευμένα νοσήματα⁵⁷.

Η εκπαίδευση αφορά την κατάρτιση και την πραγματοποίηση συγκεκριμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία απευθύνονται στο προσωπικό του Νοσοκομείου, διακρίνονται σε προγράμματα ειδικοτήτων και σε προγράμματα υποστήριξης προπτυχιακής και δια βίου εκπαίδευσης. Στο πλαίσιο του τομέα της έρευνας το Νοσοκομείο καταβάλλει σημαντικές προσπάθειες προαγωγής της ιατρικής έρευνας μέσω προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που αφορούν τόσο τη βασική όσο και την εφαρμοσμένη έρευνα. Τα προγράμματα αυτά υποβάλλονται προς έγκριση στην αρμόδια⁵⁸.

3. Νοσηλευτικές Υπηρεσίες

Το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας αφορά τόσο στις ίδιες τις νοσηλευτικές υπηρεσίες όσο και στην κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων νοσηλείας. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες αφορούν στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε επίπεδο επείγουσας, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία, στο νοσοκομείο ή ακόμη και στο σπίτι. Το Νοσοκομείο παρέχει τη ιατρονοσηλευτική νοσηλευτική φροντίδα με βάση τους γενικούς

⁵⁶ www.aglaiakyriakou.gr

⁵⁷ www.aglaiakyriakou.gr

⁵⁸ www.aglaiakyriakou.gr

κανονισμούς που διέπουν την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών αναφορικά με τις συνθήκες διαβίωσης και τις ανάγκες των ασθενών. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα νοσηλείας αφορούν την κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων καθώς και την κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό προσωπικό.

4. Τεχνική Υπηρεσία

Τέλος το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της Τεχνικής Υπηρεσίας αφορά στον προγραμματισμό και στην εκτέλεση των έργων ανάπτυξης και συντήρησης των κτιριακών εγκαταστάσεων, και γενικά, στην επίβλεψη της ομαλής λειτουργίας των μηχανολογικών και των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου. Επίσης έχει την ευθύνη για την εξασφάλιση και συντήρηση του αναγκαίου επιστημονικού και τεχνικού εξοπλισμού καθώς και των οχημάτων του Νοσοκομείου⁵⁹.

⁵⁹ www.aglaiakyriakou.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑ

Η έρευνα θα βασιστεί σε πρωτογενή και δευτερογενή στοιχεία και θα κινηθεί γύρω από μία υπόθεση. Το ερευνητικό ερώτημα είναι το ακόλουθο: Τι ισχύει σχετικά με τη παιδική νοσηρότητα στην Ελλάδα ποια είναι τα αίτια της. Ο λόγος που οι γράφουσες αποφάσισαν να κάνουν το συγκεκριμένο ζήτημα, είναι γιατί το θεωρούν αρκετά επίκαιρο και αρκετά ουσιαστικό για την ελληνική κοινωνία αλλά και γενικότερα για την Ευρύτερη Ευρωζώνη. Η μελέτη της νοσηρότητας των νεογνών μπορεί να οδηγήσει την Ελλάδα και την Ευρώπη σ' ευρύτερη ανάπτυξη αλλά και σε αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος, ειδικά η Ελλάδα αντιμετωπίζει χαμηλή υπογεννητικότητα η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ευρύτερη γήρανση του πληθυσμού.

6.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΑ

Υπάρχουν πολλοί τρόποι να γίνει μία πρωτογενής έρευνα. Αρχικά υπάρχει η ποσοτική και η ποιοτική έρευνα⁶⁰. Στόχος της έρευνας είναι να διερευνηθεί η παιδική Νοσηρότητα στο νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού:

- Από τα ποσοστά νοσηρότητας.
- Από τη γνώμη των γιατρών.
- Από τις παροχές του Νοσοκομείου Παίδων Αγλαΐα Κυριακού
- Για να γίνει η πρωτογενής έρευνα θα δοθούν στους γιατρούς ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια θα κινούνται γύρω από τους παραπάνω στόχους.

6.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Λόγω ανυπερβλητών δυσκολιών αλλά και του εξαιρετικά μεγάλου κόστους

⁶⁰ Δημόπουλος

να εξετάσουμε όλους τους γιατρούς -(τον πληθυσμό) των Νοσοκομείων, πήραμε μόνο ένα δείγμα το οποίο είναι αντιπροσωπευτικό για τον πληθυσμό, μας δίνει δηλαδή πληροφορίες που να ισχύουν για τον πληθυσμό, ενώ είναι και αντιπροσωπευτικό με βάση τις ανάγκες της έρευνας. Και για τους σπουδαστές και τους ερευνητές είναι ένα αρκετά δύσκολο πρόβλημα ο καθορισμός του δείγματος. Η μεταβλητότητα του πληθυσμού και το μέγεθος του δείγματος μετριέται από την τυπική απόκλιση. Έτσι λοιπόν, αυτή η τυπική απόκλιση είναι τυπικά άγνωστη και πρέπει να αποκτηθεί πριν η έρευνα αρχίσει πιθανότατα από μια πιλοτική έρευνα. Το μέγεθος του δείγματος υπολογίζεται βασιζόμενοι σ' ένα επί τοις εκατό δείγμα. Υποθέσαμε ότι αν διεξάγουμε τη μελέτη μόνο στο Νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού όπου και έχουν πρόσβαση οι ερευνήτριες, το συνολικό δείγμα θα ήταν 20 γιατροί. Οι συγκεκριμένοι ερωτώμενοι είχαν τη γνώση να μας απαντήσουν, σχετικά με την έρευνά μας.

6.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ

Το ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε διότι είναι σχετικά πιο φθηνό και χρειάζεται λιγότερο χρόνο σε σχέση με τις προσωπικές συνεντεύξεις. Το ερωτηματολόγιο καλύπτει 2 σελίδες και οι ερωτήσεις του δεν είναι μακροσκελής έτσι ώστε να είναι ευκολοδιάβαστες και κατανοητές. Επίσης οι ερωτήσεις που θέτουμε δεν προκαταλαμβάνουν τον ερωτώμενο. Απαραίτητες θεωρούνται οι οδηγίες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι οποίες και δόθηκαν. Συγκεκριμένα τονίστηκε: να χρησιμοποιηθεί μολύβι και να δοθούν περαιτέρω διευκρινήσεις σε όποιον τις χρειαζόταν. Χωρίστηκε σε δύο μέρη. Το πρώτο κομμάτι αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά δεδομένα σχετικά με την ηλικία, τη θέση και τα χρόνια στα νοσοκομεία. Ένα φανερό επιχείρημα υπέρ αυτής της διάταξης είναι ότι ερωτήσεις που αφορούν το ιστορικό του ατόμου είναι πιο εύκολο να απαντηθούν και μπορούν να εισαγάγουν τον ερωτώμενο σε αυτό. Το δεύτερο κομμάτι αποτελούνταν από τις ερωτήσεις στους ιατρούς.

Σκοπός του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ήταν να μελετηθεί η νεογνική νοσηρότητα στο νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού και συγκεκριμένα να εξεταστεί το κατά πόσο η δομή του νοσοκομείου, το προσωπικό του, ο εξοπλισμός του βοηθούν ώστε να εξαλειφθεί η νεογνική νοσηρότητα. Πιο αναλυτικά μελετήθηκε η οργάνωση του νοσοκομείου, ο αριθμός των νεογνών, που φιλοξενούνται ημερησίως, ο αριθμός του προσωπικού του, η εξειδίκευσή του. Επίσης μελετήθηκαν οι λόγοι, που οδηγούν κάποιο νεογνό σε νοσηρότητα και κατά πόσο ευαισθητοποιείται τόσο η κοινωνία όσο και η οικογένεια του νεογνού.

6.4. ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΑΙΤΙΑ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μελετήθηκε η εποχιακή διακύμανση των νεογνικών και βρεφικών θανάτων σ' όλη την Ελλάδα από το 1979 μέχρι το 1987 κατά αιτία, ηλικία και περιοχή μόνιμης κατοικίας. Το υλικό της μελέτης προέρχεται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας και η στατιστική ανάλυση της εποχιακότητας έγινε με τη μέθοδο του Edwards. Οι εποχιακές κατανομές των αριθμών των θανάτων και των δεικτών θνησιμότητας ήταν παραπλήσιες. Οι νεογνικοί θάνατοι στο σύνολό τους δεν εμφάνισαν εποχιακότητα αν και υπήρχε εποχιακότητα στους θανάτους από προωρότητα με μέγιστη συχνότητα το Μάιο. Οι νεογνικοί θάνατοι από το σύνδρομο αιφνιδίου βρεφικού θανάτου ήταν συχνότεροι το Δεκέμβριο στις αστικές περιοχές. Οι όψιμοι βρεφικοί θάνατοι στο σύνολό τους παρουσίασαν διακύμανση με αύξηση της συχνότητας το χειμώνα, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Η ανάλυση των όψιμων βρεφικών θανάτων κατά αιτία έδειξε εποχιακότητα στους θανάτους που οφείλονται γενικά σε λοιμώξεις και ειδικότερα σε πνευμονίες με μέγιστη συχνότητα το Φεβρουάριο, εντονότερη στις αγροτικές περιοχές. Αντίστοιχο πρότυπο εποχιακότητας βρέθηκε στους θανάτους από το σύνδρομο αιφνιδίου βρεφικού θανάτου και από κακώσεις-δηλητηριάσεις. Η ύπαρξη εποχιακότητας αντανακλά την

επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και η επισήμανσή της μπορεί να οδηγήσει στη στοιχειοθέτηση διορθωτικών παρεμβάσεων. Η εντονότερη εποχιακότητα των θανάτων από λοιμώξεις και ειδικά από πνευμονία, στις αγροτικές περιοχές, υποδεικνύει την ανάγκη βελτίωσης των περιβαλλοντικών συνθηκών και της παροχής υπηρεσιών υγείας στην ύπαιθρο⁶¹.

Ο κάθε ένας από τους παρακάτω πίνακες μελετά κάποια στοιχεία σε σχέση με τη παιδική θνησιμότητα. Συγκεκριμένα Ο αριθμός των θανάτων στο σύνολο των ετών 1979-1987 κατά ηλικία θανάτου καθώς και οι δείκτες θνησιμότητας της κάθε ηλικίας, αντίστοιχα, στα ακραία έτη της μελέτης φαίνονται στον Πίνακα 1.

| ΗΛΙΚΙΑ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ 1979-1987 | ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (σε 1000 γεννήσεις ζώντων) | |
|----------------------------------|------------------------------|--|-------|
| | | 1979 | 1987 |
| Ολική Νεογνική (0-27 ημερών) | 13.395 | 14,46 | 8,47 |
| Ώριμη Βρεφική (28-364 ημερών) | 4.365 | 4,28 | 3,25 |
| Ολική Βρεφική (0-364 ημερών) | 17.760 | 18,74 | 11,72 |

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

Ο πίνακας 1 μελετά ανά ηλικία του νεογνού τους αριθμούς θανάτων ενώ δίνει και το δείκτη θνησιμότητας αν εξεταζόμενη χρονική περίοδο. Συγκεκριμένα ο δείκτης θνησιμότητας αποτελεί μια ποσοστιαία μονάδα που δηλώνει τη θνησιμότητα των νεογέννητων. Η μονάδα αυτή μετριέται επί τοις 100. Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας είναι ένας από τους δείκτες που χρησιμοποιούνται για να δώσουν μία εκτίμηση της γενικότερης ποιότητας ζωής σε έναν τόπο, αφού η παιδική θνησιμότητα είναι αρνητικά συνυφασμένη με την οικονομική ευημερία και την ποιότητα του περιβάλλοντος ενός τόπου. Ο τύπος μέσα από τον οποίο υπολογίζουμε τη παιδική θνησιμότητα ισοδυναμεί με το αριθμό των βρεφών που πεθαίνουν κατά τον πρώτο χρόνο της ηλικίας τους δια τον αριθμό των βρεφών που γεννιούνται ζώντας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα και στα πλαίσια της παρουσίασης ενός παραδείγματος μπορούμε να πούμε ότι το 1987 είχαμε 114000 γεννήσεις στο συγκεκριμένο νοσοκομείο το ποσό αυτό διαιρέθηκε με τον αριθμό θανάτων

⁶¹ Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

που ήταν περίπου 13395. Από την άλλη και σ' αυτό το πίνακα αλλά στους επόμενους η μονάδα μέτρησης p value δηλώνει στατιστικά την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων αλλά και τη διαφάνεια της απάντησης. Η ανάλυση αυτή γίνεται από το πρόγραμμα SPSS δίνοντας μας την απόλυτη τιμή του p value.

Η αριστερή στήλη του πίνακα δηλώνει την συνολική ηλικία των βρεφών. Η δεύτερη στήλη από αριστερά αναφέρεται στον αριθμό των νεογνών που έχασαν τη ζωή τους ενώ τέλος οι δύο τελευταίες από δεξιά δείχνουν το δείκτη θνησιμότητας. Ουσιαστικά διαιρέθηκε ο αριθμός των αποθανόντων βρεφών με τα αντίστοιχα που γεννήθηκαν. Ένα κράτος το οποίο δεν είναι αρκετά ανεπτυγμένο στο τομέα της υγείας παρουσιάζει μια μη ισορροπημένη κατάσταση μια και πεθαίνουν αρκετά σε αριθμό στη γέννα παιδιά, η αδυναμία του τελευταίου να επενδύσει οικονομικά στην υγεία ουσιαστικά δηλώνεται από το δείκτη ως σημείο αναφοράς σχετικά με την υποβάθμιση του συγκεκριμένου κράτους κυρίως σε οικονομικό επίπεδο.

Οι ομάδες αιτιών θανάτου που μελετήθηκαν στη νεογνική και στην όψιμη βρεφική ηλικία και οι αντίστοιχοι αριθμοί θανάτων στο σύνολο των ετών 1979-1987 φαίνονται στον Πίνακα 2. Ο Πίνακας 2 αρχικά μας δίνει τα αίτια του θανάτου. Συγκεκριμένα αναφέρεται σε θέματα πρόωρης γέννας, σε ασφυξία και κακώσεις, σε λοιμώξεις κ.λ.π ως βασικές αιτίες θανάτων των νεογνών και των βρεφών. Οι δυο στήλες με τα ποσοστά μας δείχνουν τους αριθμούς θανάτων ανά αίτιο.

| ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΨΙΜΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ |
|--------------------------------------|---|---|
| Πρωρότητα | 3911 | - |
| Ασφυξία-Υποξία-Κάκωση Τοκετού | 1166 | - |
| Περιγεννητικές Λοιμώξεις | 820 | - |
| Λοιμώξεις (εκτός των περιγεννητικών) | 99 | 987 |
| Εντερικές Λοιμώξεις | 11 | 84 |
| Σηψαιμία | 54 | 238 |
| Πνευμονία | - | 534 |
| Συγγενείς Ανωμαλίες | 3054 | 2089 |
| Κακώσεις και Δηλητηριάσεις | 131 | 572 |
| Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου | 40 | 39 |

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

Οι θάνατοι της νεογνικής ηλικίας στο σύνολό τους δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική εποχιακή διακύμανση ούτε κατά έτος ούτε στο σύνολο των ετών, τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές. Η ανάλυση όμως της εποχικότητας των θανάτων της ηλικίας αυτής κατά αιτία θανάτου έδειξε στατιστικά σημαντική εποχιακή τάση στους θανάτους από προωρότητα. Οι θάνατοι από προωρότητα - το 29% των νεογνικών θανάτων - παρουσίασαν τη μεγαλύτερη συχνότητα το Μάιο περισσότερο στατιστικά σημαντική στις αστικές περιοχές, για το σύνολο των ετών 1979-1987 (Πίνακας 3)⁶².

| ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΠΟΧΙΑΚΟΤΗΤΑΣ | ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ | ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| Αριθμός Περιστατικών | 3028 | 863 |
| Μέγεθος Εποχιακής Τάσης | 1,36 | 1,33 |
| Μήνας Μεγιστής Συγκέντρωσης | Μάιος | Μάιος |
| Μήνας Ελάχιστης Συγκέντρωσης | Νοέμβριος | Νοέμβριος |
| σ-vaίue | <10* | 0,01 |

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

Παραπλήσια ήταν επίσης η εποχιακή κατανομή τους σε κάθε έτος χωριστά. Από τις υπόλοιπες κατηγορίες αιτιών θανάτου της νεογνικής ηλικίας παρουσίασαν ένδειξη αυξημένης συχνότητας οι θάνατοι από σύνδρομο αιφνιδίου βρεφικού θανάτου το Δεκέμβριο στις αστικές περιοχές και οι θάνατοι από κατώσεις και δηλητηριάσεις τον Ιανουάριο. Οι θάνατοι στην όψιμη βρεφική ηλικία στο σύνολό τους παρουσίασαν σημαντική εποχιακή τάση, με τη μέγιστη συχνότητα Ιανουάριο-Φεβρουάριο, αυξημένη σε ποσοστό 60-90% σε σχέση με το μήνα ελάχιστης συχνότητας, περισσότερο εκσεσημασμένη στις αγροτικές περιοχές, στο σύνολο των ετών (Πίνακας 4) και παραπλήσια κατανομή για κάθε έτος χωριστά.

Στην ανάλυση της εποχικότητας των θανάτων της ηλικίας αυτής κατά αιτία θανάτου βρέθηκε ότι οι λοιμώξεις - το 23 % των θανάτων της όψιμης

⁶² Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

βρεφικής ηλικίας - είχαν πολύ σημαντική εποχιακή τάση, με μέγιστη τιμή το Φεβρουάριο περισσότερο εκσεσημασμένη στις αγροτικές περιοχές όπου η αύξηση ήταν της τάξης του 180%, στο σύνολο των ετών (Πίνακας 5), με παραπλήσια επίσης ανά έτος κατανομή. Από τις υποκατηγορίες των λοιμώξεων που μελετήθηκαν μόνο οι θάνατοι από πνευμονία παρουσίασαν πολύ σημαντική εποχιακή διακύμανση, με μέγιστη τιμή το Φεβρουάριο περισσότερο έντονη επίσης στις αγροτικές περιοχές (Πίνακας 6). Από τις άλλες αιτίες θανάτου της όψιμης βρεφικής ηλικίας οι θάνατοι από κακώσεις και δηλητηριάσεις-το 13% των θανάτων της ηλικίας αυτής - παρουσίασαν εποχιακή τάση με μέγιστη τιμή Ιανουάριο-Φεβρουάριο τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές, οι θάνατοι από το σύνδρομο αιφνιδίου βρεφικού θανάτου είχαν ένδειξη αυξημένης συχνότητας τον Ιανουάριο στις αστικές περιοχές και τέλος οι θάνατοι από συγγενείς ανωμαλίες - το 48% των θανάτων της ηλικίας αυτής - δεν παρουσίασαν εποχικότητα⁶³.

Η ύπαρξη εποχικότητας στη βρεφική θνησιμότητα αποδίδεται στην επίδραση παραγόντων του περιβάλλοντος. Η έντονη εποχικότητα χαρακτηρίζει περισσότερο τις μη ανεπτυγμένες χώρες όπου οι συνθήκες διαβίωσης και διατροφής ποικίλλουν ανάλογα με την εποχή του χρόνου. Στις ανεπτυγμένες κοινωνίες παρατηρείται εποχιακή διακύμανση των θανάτων με μέγιστο το χειμώνα και ελάχιστο το καλοκαίρι" αλλά στη βρεφική θνησιμότητα η τάση της εποχιακής διακύμανσης ελαττώνεται διαχρονικά.

Την εποχιακή αύξηση των νεογνικών θανάτων λόγω προωρότητας το μήνα Μάιο δεν μπορούμε να τη σχολιάσουμε περαιτέρω διότι δε γνωρίζουμε τις θνησιμότητα η τάση της εποχιακής διακύμανσης ελαττώνεται διαχρονικά. Στην παρούσα ανάλυση δε βρέθηκε εποχιακή διακύμανση για το σύνολο των νεογνικών θανάτων, γεγονός που αντανακλά ενδεχομένως τις ελεγχόμενες συνθήκες διαβίωσης των νεογνών σε όλες τις εποχές και το εύκρατο κλίμα της χώρας μας. Την εποχιακή αύξηση των νεογνικών θανάτων λόγω προωρότητας το μήνα Μάιο δεν μπορούμε να τη

⁶³ Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

σχολιάσουμε περαιτέρω διότι δε γνωρίζουμε τις κατανομές των γεννήσεων πρόωρων νεογνών⁶⁴.

Πρέπει όμως να επισημάνουμε την ανάγκη σύνδεσης του πιστοποιητικού θανάτου με τη δήλωση γέννησης και ταξινόμησης των νεογνικών θανάτων κατά κατηγορία βάρους γέννησης. Αντίθετα η αυξημένη συχνότητα θανάτων στην όψιμη βρεφική ηλικία από λοιμώξεις και ειδικότερα των πνευμόνων στους χειμερινούς μήνες είναι εύρημα συμβατό με την επιδημιολογία των αιτιολογικών παραγόντων των λοιμώξεων. Η μεγαλύτερη δε εποχιακή αύξηση των θανάτων αυτών στις αγροτικές περιοχές υποδηλοί το λιγότερο ελεγχόμενο περιβάλλον και τη δυσκολότερη πρόσβαση προς τις παιδιατρικές υπηρεσίες και υποδεικνύει την ανάγκη βελτίωσής τους. Σημαντική είναι η απουσία εποχιακής διακύμανσης στους θανάτους από εντερικές λοιμώξεις και αποδίδεται στη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και διατροφής.

Το εύρημα των αυξημένων θανάτων από κακώσεις και δηλητηριάσεις τον Ιανουάριο, το 86% των οποίων στο υλικό μας ήταν θάνατοι από ξένο σώμα στο αναπνευστικό σύστημα, είναι παράδοξο και ανερμήνευτο από εμάς. Η μη ύπαρξη εποχιακότητας στους θανάτους από συγγενείς ανωμαλίες, ιδίως στη νεογνική περίοδο όπου θα αντανακλούσε πιθανόν το ρυθμό γέννησης νεογνών με συγγενείς ανωμαλίες, θεωρούμε ότι είναι αποτέλεσμα συσσωρευτικό διότι εξετάσθηκαν οι συγγενείς ανωμαλίες όλων των συστημάτων και διαταραχών μαζί. Η ένδειξη αυξημένης συχνότητας θανάτων από το σύνδρομο αιφνιδίου βρεφικού θανάτου τους χειμερινούς μήνες είναι γνωστό σταθερό επιδημιολογικό χαρακτηριστικό του συνδρόμου.⁶⁵ 20 και πιθανόν να υπάρχει κάποια συσχέτιση του συνδρόμου με τις λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος⁶⁵.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Εποχικότητα των θανάτων της όψιμης βρεφικής ηλικίας ανά αστικότητα τόπου μόνιμης κατοικίας (1979-1987).

⁶⁴ Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

⁶⁵ Αποστολίδου, Κατσουγιάννη, Τουλούμη, Κυριόπουλος, Κωσταντόπουλος, Τριχόπουλος, 1991: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

| ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΠΟΧΙΑΚΟΤΗΤΑΣ | ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ | ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ |
|------------------------------|-------------------|--------------------|
| Αριθμός Περιστατικών | 2561 | 1787 |
| Μέγεθος Εποχιακής Τάσης | 1,57 | 1,92 |
| Μήνας Μέγιστης Συγκέντρωσης | Ιανουάριος | Φεβρουάριος |
| Μήνας Ελάχιστης Συγκέντρωσης | Ιούλιος | Αύγουστος |
| p-value | <10 ⁻⁴ | <10 ⁻⁴ |

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

Ο συγκεκριμένος πίνακας δε μας δίνει μόνο εικόνα σχετικά με τη παιδική θνησιμότητα αλλά και σε σχέση με τη μορφή που παρουσιάζει το φαινόμενο στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Εποχικότητα των θανάτων από λοιμώξεις στην όψιμη βρεφική ηλικία κατά αστικότητα τόπου μόνιμης κατοικίας 1979 - 1987

| ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΠΟΧΙΑΚΟΤΗΤΑΣ | ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ | ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ |
|------------------------------|-------------------|--------------------|
| Αριθμός Περιστατικών | 487 | 500 |
| Μέγεθος Εποχιακής Τάσης | 1,89 | 2,77 |
| Μήνας Μέγιστης Συγκέντρωσης | Φεβρουάριος | Φεβρουάριος |
| Μήνας Ελάχιστης Συγκέντρωσης | Αύγουστος | Αύγουστος |
| p-value | <10 ⁻⁴ | <10 ⁻⁴ |

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Εποχικότητα των θανάτων από πνευμονία στην όψιμη βρεφική ηλικία κατά αστικότητα τόπου μόνιμης κατοικίας 1979-1987

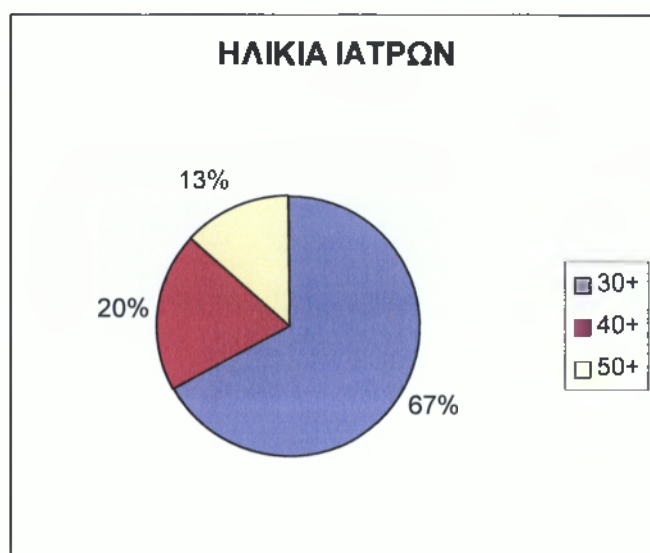
| ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΠΟΧΙΑΚΟΤΗΤΑΣ | ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ | ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ |
|------------------------------|-------------------|--------------------|
| Αριθμός Περιστατικών | 248 | 286 |
| Μέγεθος Εποχιακής Τάσης | 2,71 | 3,56 |
| Μήνας Μέγιστης Συγκέντρωσης | Φεβρουάριος | Φεβρουάριος |
| Μήνας Ελάχιστης Συγκέντρωσης | Αύγουστος | Αύγουστος |
| p-value | <10 ⁻⁴ | <10 ⁻⁴ |

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

Οι τρεις τελευταίοι πίνακες αναφέρονται στα ίδια δεδομένα δείχνοντας τη παιδική θνησιμότητα ανά περιοχή, ενώ δηλώνουν μ' αυτό τον τρόπο και την οικονομική αδυναμία που παρουσιάζουν οι αγροτικές περιοχές αλλά και την έλλειψη ανάπτυξης στο επίπεδο της υγείας. Τα δυο τελευταία στοιχεία δηλώνουν τους λόγους που οι δεύτερες έχουν να καταδείξουν περισσότερους παιδικούς θανάτους. Κάθε ένας από τους πίνακες είναι ουσιαστικός διότι μετρά και παρουσιάζει τη παιδική θνησιμότητα και σε ποσοτικό επίπεδο αλλά και σχετιζόμενοι με δημογραφικά δεδομένα όπως το επάγγελμα την ηλικία

6.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η ανάλυση μας θα ξεκινήσει με κάποια δημογραφικά δεδομένα. Συγκεκριμένα:



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωμένων είναι νεαροί γιατροί οι οποίοι βρίσκονται λιγότερα χρόνια στη μονάδα. Αυτό επηρεάζει την έρευνα όμως ήταν ανέφικτο λόγω έλλειψης χρόνου των αρχαιότερων γιατρών να απαντήσουν σε μεγάλο βαθμό το ερωτηματολόγιο.



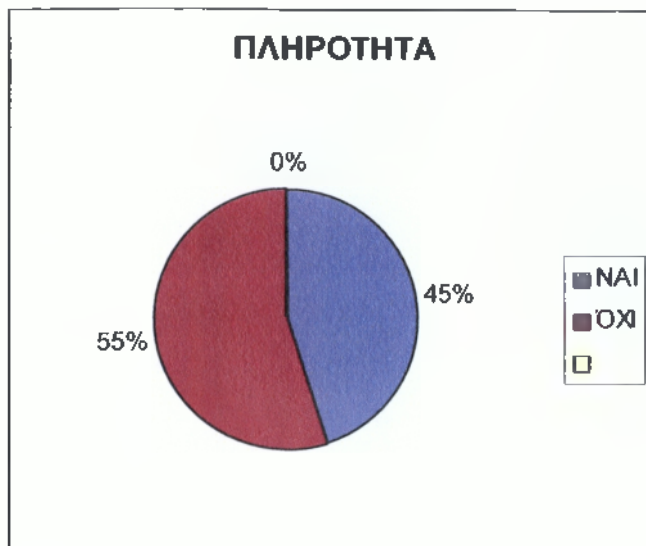
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων είναι περίπου στα 5 χρόνια στο Νοσοκομείο πράγμα που δικαιολογείται αφού οι περισσότεροι εκ το δείγμα είναι αρκετά νέοι Σε σχέση με τη θέση των ερωτώμενων στο Νοσοκομείο Το 100% των ασθενών είναι γιατροί. Συνεχίζουμε με ερωτήσεις σχετικές με Νοσοκομείο.

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|-----|-----|
| 1. Θεωρείται άρτια την οργάνωση του Νοσοκομείου; | 14 | 6 |
| 2. Θεωρείται ότι το Νοσοκομείο έχει τις κατάλληλες υποδομές; | 14 | 6 |
| 3. Το Νοσοκομείο έχει τις κατάλληλες υποδομές; | 16 | 4 |
| 8. Το Νοσοκομείο έχει τη δυνατότητα να καλύψει όλα τα περιστατικά; | 10 | 10 |

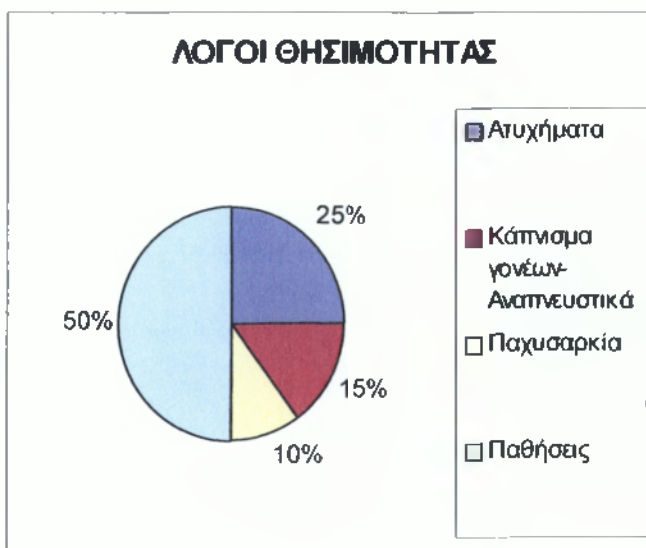
Οι παραπάνω ερωτήσεις στις οποίες οι απαντήσεις παραθέτονται στο παραπάνω πίνακα δείχνουν ότι οι γιατροί δεν είναι σίγουροι για την ικανότητα του Νοσοκομείου να αντιμετωπίσει τέτοιου είδους περιστατικά. Οι γιατροί δείχνουν σε ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό την αδυναμία του ιδρύματος να καλύψει με τις υποδομές του τις παιδικές ασθένειες των νεογνών, οδηγώντας τα πολλές φορές στο θάνατο. Από την άλλη το αισιόδοξο είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι θετικό προς τις υποδομές και την οργάνωση του νοσοκομείου. Το συμπέρασμα είναι ότι όσο καλά οργανωμένο και αν είναι το τελευταίο, χρειάζεται σίγουρα μια παραπάνω ενίσχυση και υποστήριξη σε σχέση με τις υποδομές του και τη δυναμική του σε κάλυψη περιστατικών.

Στην επόμενη ερώτηση και προτού προχωρήσουμε στις ερωτήσεις σχετικά με το προσωπικό, βλέπουμε ότι το Νοσοκομείο έχει να αντιμετωπίσει τουλάχιστον 10 περιστατικά την ημέρα τα οποία δεν είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν για διάφορους λόγους οι οποίοι εστιάζονται κυρίως στην ίδια τη φιλοσοφία του. Προτού προχωρήσουμε στις αναλύσεις σχετικά με το προσωπικό θα πρέπει να πούμε ότι το Νοσοκομείο αριθμεί 1000 και άτομα διάφορων διοικητικών και νοσηλευτικών βαθμίδων. Στο παρακάτω πινακάκι οι ερωτώμενοι απαντούν αν θεωρούν ότι επαρκεί και αν είναι εξειδικευμένο

| ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--------------------------------------|-----|-----|
| 5. Θεωρείται ότι επαρκεί; | 9 | 11 |
| 6. Το προσωπικό είναι εξειδικευμένο; | 6 | 14 |



Στη ερώτηση αν το προσωπικό επαρκεί οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι δεν αρκεί και ότι σίγουρα θα πρέπει να γίνουν κάποιες σχετικές προσλήψεις. Συγχρόνως χρειάζονται να προσλαμβάνονται πιο έμπειρα άτομα τα οποία να μπορούν να καλύψουν τα πιο επείγοντα περιστατικά. Στη συνέχεια μπαίνοντας στις ειδικές ερωτήσεις βλέπουμε ότι ετησίως νοσηλεύονται πάνω από 1200 βρέφη αριθμός τεράστιος αν αναλογιστούμε τη δυναμική του Νοσοκομείου. Οι λόγοι φαίνονται στο παρακάτω γράφημα. Συγκεκριμένα:



Βλέπουμε ότι οι άνωθεν λόγοι εστιάζουν κυρίως στις γενικές παθήσεις οι οποίες από ότι φαίνονται δεν αντιμετωπίζονται εύκολα. Πάνω από 400 νεογνά ετησίως παθαίνουν, διότι το Νοσοκομείο δεν έχει τη δυνατότητα να κάνει πάντα το καλύτερο δυνατό ώστε να περιορίσει αυτό τον αριθμό.

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|-----|-----|
| 12. Θεωρείται ότι υπάρχει έξαρση στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα των τέκνων; | 18 | 2 |
| 13. Πολλά από τα νοσήματα είναι απόρροια της βρεφικής ηλικίας; | 15 | 5 |
| 14. Οι γονείς είναι ευαισθητοποιημένοι; | 15 | 5 |
| 15. Η πολιτεία είναι ευαισθητοποιημένη | 12 | 8 |
| 16. Θεωρείται το φαινόμενο ανησυχητικό; | 20 | |
| 17. Το Παιδών μπορεί σήμερα ν' αντιμετωπίσει τη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα; | 14 | 6 |
| 18. Το Παιδών μπορεί σήμερα να περιορίσει τη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα; | 12 | 8 |

Οι ερωτώμενοι με βάση το παραπάνω Πίνακα θεωρούν ότι υπάρχει έναρξη του

φαινομένου ενώ γενικότερα δεν είναι αρκετά συνιδιοποιημένοι οι φορείς αναφοράς όπως η οικογένεια ή το κράτος κ.λ.π. Δε θεωρούν ότι το Παιδων στην υπάρχουσα κατάσταση του, μπορεί να καλύψει γρήγορα και αποτελεσματικά όλα τα περιστατικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ:ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κυριότερες αιτίες θανάτου των νεογνών είναι οι συγγενείς καρδιοπάθειες, το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των νεογνών και οι λοιμώξεις. Η θνησιμότητα υπολογίζεται στο 4, 4%, με την προωρότητα γενικά να ευθύνεται για πάνω από το 40% των θανάτων. Επομένως οι συγγενείς ανωμαλίες, τα νοσήματα των πνευμόνων, τα τραύματα, οι λοιμώξεις και οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι οι κυριότερες αιτίες θανάτου. Το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου και οι συγγενείς καρδιοπάθειες καταλαμβάνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά. Παρά τις προόδους που συντελούνται στη νεογνολογία η πλειοψηφία των θανάτων δεν μπορεί να αναχαιτιστεί, κυρίως λόγω της προωρότητας και των συγγενών ανωμαλιών.

Πίνακας . Αίτια θανάτου σε νεογνά

| ΑΙΤΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΑ | ΑΡΙΘΜ ΟΣ |
|----------------------------|---------|-------------|
| Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου | 10%-28% | 300 |
| Συγγενείς ανωμαλίες | 25%-59% | 250 |
| Νοσήματα πνευμόνων | 16% | 150 |
| Λοιμώξεις | 5%-12% | 50 |
| Χρωμοσωμικές ανωμαλίες | 5% | 40 |
| Τραύματα | 5% | 30 |
| Εγκεφαλική υποξία | 10%-16% | 80 |

Πηγή: WHO Study Group. Geneva, World Health Organisation, 1990 (WHO Technical Report Series, No 797

Συμπερασματικά και με βάση και την έρευνα καταλήγουμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

1. Το ποσοστό της παιδικής θνησιμότητας συνεχώς αυξάνεται μ' αποτέλεσμα η Ελλάδα μια χώρα με δημογραφικό πρόβλημα να έχει ένα γηράσκουν πληθυσμό.
2. Ο λόγος της παιδικής θνησιμότητας εστιάζεται κυρίως σε αιφνίδιους θανάτους αλλά και σε κληρονομικά προβλήματα.
3. Το εξεταζόμενο Νοσοκομείο δεν έχει τις κατάλληλες υποδομές, το

έμπειρο προσωπικό αλλά και τον ικανοποιητικό αριθμό γιατρών και νοσηλευτών για να αντιμετωπίσει τα περιστατικά που έχει καθημερινά τα οποία δυστυχώς αυξάνονται με ταχύ ρυθμό.

4. Οι γιατροί του Νοσοκομείου δείχνουν ότι δεν πιστεύουν στη δυναμική του Νοσοκομείου αλλά και γενικότερα στις ικανότητες του να καλύψει τα περιστατικά των νεογνών και βρεφών.

Η πρόταση μας αναφέρεται κυρίως προς τη πολιτεία η οποία πρέπει να φροντίσει με ευαισθησία το συγκεκριμένο φαινόμενο επενδύοντας στο παίδων, ενισχύοντας το προσωπικό βελτιώνοντας τις υποδομές και την οργάνωση προκειμένου να μπορέσει το τελευταίο να γίνει πιο αποτελεσματικό σώζοντας καθημερινά ανθρώπινες ζωές.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη συγκεκριμένη μελέτη θα αναδείξουμε τη νεογνική θνησιμότητα και συγκεκριμένα στο Νοσοκομείο Παιδων Αγλαΐα Κυριακού .Αρχικά θα παρουσιάσουμε τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι είναι ιδιαίτερα επικίνδυνοι, πριν από την εγκυμοσύνη για το θάνατο του νεογνού. Στη συνέχεια θα αναδείξουμε τις λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που οδηγούν πολλές φορές στο θάνατο των νεογνών. Θα αναφερθούμε επίσης στα καρδιαγγειακά νοσήματα και στους τραυματισμούς ως αίτια της νεογνικής θνησιμότητας. Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε τη σύσταση του Νοσοκομείου Παιδων Αγλαΐα Κυριακού. Συγκεκριμένα μετά από μια ιστορική αναδρομή, θα παρουσιάσουμε την αποστολή και τη δομή του Νοσοκομείου.

Τέλος θα παρουσιάσουμε μια στατιστική ανάλυση, που έγινε στο Νοσοκομείο του Παιδων σχετικά με τον αριθμό των θανάτων των νεογνών και τους αριθμούς θνησιμότητας, τα αίτια των θανάτων και την εποχικότητα των νεογνικών θανάτων. Στο τέλος της παρουσίασης, θα αναφερθούμε συνοπτικά στα κυριότερα αίτια του θανάτου των νεογνών. Συγχρόνως μέσα από έρευνα που διεξήχθη από τις γράφουσες σ' ένα δείγμα 20 γιατρών οι γράφουσες κατέληξαν σε πιο αντικειμενικά συμπεράσματα έχοντας ίδια άποψη του θέματος σε σχέση με τις ανάγκες που έχει το Νοσοκομείο σε βελτίωση της δυναμικής του σ' επίπεδο προσωπικού, οργάνωσης και εγκαταστάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bakoula CG, Kafritsa YJ, Kavadias GD, Haley NJ, Matsaniotis NS. Factors modifying exposure to environmental tobacco smoke in children (Athens, Greece). *Cancer Causes Control* 1997 Jan, 8(1):73-6.
2. BALLI F, VIOLA L, DI BIASE AR, TAROZZI G. Nutritional status and dietary habits of children in the Province of Modena. *Pediatr Med Chir* 1999, 21:13-17
3. Bayley N. *Bayley scales of infant development*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1969.
4. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, *Η θνησιμότητα των νεογνών είναι μικρότερη στα μεγάλα νοσοκομεία*. 108:904-909, το Σεπτέμβριο 2001 (04-09-2001)
5. Brunnemann KD, Hoffmann D. Chemical studies on tobacco smoke LIX. Analysis of volatile nitrosamines in tobacco smoke and polluted indoor environments. In *environmental aspects of N-nitrosocompounds*. Walker EA, Gastegnano N, Griante L and Lyle RF eds IARC. Scient publ 1978; 19(Lyon):343-356.
6. CEC. *On the state of health in the European Community. Second report*. Commission of the European Communities, Luxemburg, 1995
7. Chen LH, Pettiti DB. Case control study of passive smoking and the risk of small-for-gestational age at term. *Am J Epidemiol* 1995, 142(2):158-165
8. Cnattingius S, Nordstrom ML. Maternal smoking and fetoinfant mortality: biological pathways and public health significance. *Acta Paediatr* 1996, 85:1400-1402
9. Collishaw N, Lopez A. *The tobacco epidemic: a global public health emergency*. World Health Organization, 1996
10. Committee on Environmental Hazards. *Involuntary smoking - A hazard to children*. *Pediatrics* 1986, 77:755-57
11. EHN. *Food, nutrition and cardiovascular disease prevention in Europe*. European Heart Network, Brussels, 1998

12. Kraus, J.F., Fife, D., Cox, P., Ramstein, K. & Conroy, C. (1986). Incidence, severity and external cause of pediatric brain injury. *AJDC*, 140, 687-93.
13. Oldings M, Jorres R, Magnussen H. Acute effect of passive smoking on lung function and airway responsiveness in asthmatic children. *Pediatr Pneumonol* 1991, 10:123-31.
14. RITTON A, McKEE M. Alcohol. In: Weil O, McKee M, Brodin M, Oberle D (eds) *Priorities for public health action in the European Union, employment and social affairs*. DGV, Directorate for Public Health, Health Promotion and diseases surveillance unit, Luxembourg, 1999:21-22
15. ROBERTS SJ, McGUINNESS PJ, BILTON RF, MAXWELL SM. Dieting behavior among 11-15-year-old girls in Merseyside and the Northwest of England. *J Adolesc Health* 1999, 25:15
16. Roos KL, Flippen CC, Hingtgen C, Markand N. Neurologic disorders and pregnancy. *Continuum* στο *Mancall EL, Cascino TL, Devereaux MW (eds). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000;6(1): 8-63*.
17. Schmidt D, Canger R, Avanzini G, et al. *Change of seizure frequency in pregnant epileptic women*. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry* 1983;46:751-755.
18. SEYMOUR A, OLIVER JS. Role of drugs and alcohol in impaired drivers and fatally injured drivers in the Strathclyde police region of Scotland, 1995-1998.
19. Sharples, P.M., Storey, A., Aynsley-Green, A. & Eyre, J. A. (1990a). Avoidable factors contributing to the death of children with head injury. *Br Med J*, 300, 87-91.
20. SHCHERBINSKAIA AM, KOBYSHCHA IuV, KRUGLOV IuV, CHENTSOVA NP, BOCHKOVA LV, MAKSIMENOK EV ET AL. The epidemic situation in relation to HIV infection in Ukraine (1987-1997). *Zh Microbiol Epidemiol Immunobiol* 1999, 1:26-29
21. STOA. Nutrition in Europe. European Parliament Scientific and Technological Options Assessment, Director General for Research, Brussels, 1997

22. TIMBY N, SJOGREN H, BJORNSTIG U, ERIKSSON A. Crash responsibility versus drug and alcohol use among fatally injured and hospitalized motor vehicle drivers in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res* 1998, 22:1838-1841
23. Tomson T, Lindbom U, Ekqvist B, Sundqvist A. *Epilepsy and pregnancy : a prospective study of seizure control in relation to free and total plasma concentrations of carbamazepine and phenytoin.* *Epilepsia* 1994;35:122-130
24. Van Teijlingen E, Friend RAJ. Children and smoking: the problem and the way forward. *Editorial Thorax* 1992, 47:485-8.
25. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997 (document) WHO. Tobacco or health: a global status report. World Health Organization, Geneva, 1997
26. WHO Study Group. Geneva, World Health Organisation, 1990 (WHO Technical Report Series, No 797
27. WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organisation, 1990 (WHO Technical Report Series, No 797
28. www.aglaiakyriakou.gr
29. Young S, Le Couffe NP, Geelhold CG, Stick MS, Turner JK, Landou L. The influence of a family history of asthma and parental smoking on airway responsiveness in early infancy. *N Engl J Med* 1991, 324:1168-73.
30. Αποστολίδου, Κατσουγιάννη, Τουλούμη, Κυριόπουλος, Κωσταντόπουλος, Τριχόπουλος, 1991: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία
31. Β. Δρόσου-Αγακίδου: Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας στα *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(5), Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2005, 459-466
32. Δημόπουλος
33. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία
34. Human Development Report 1997. Oxford University Press, Oxford, 1997
35. Καρπάθιος Θ. Το κάπνισμα και το παιδί. Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, Αθήνα 1977, 63-9.

- 36.Κύηση Υψηλού Κινδύνου (2007), ανακτημένο από health.in.gr στις 27 Μαρτίου 2007
- 37.NEMTZOV A. Alcohol consumption and mortality in the Russian Federation. In: Population and Society. Centre for Demography and Human Ecology, Institute of National Economy Prognoses, Russian Academy of Sciences, Moscow, 1996 (Bulletin No 10)
- 38.Παναγιωτοπούλου Β., 2005: Εγκυμοσύνη και διατροφή, ανακτημένο από http://news.pathfinder.gr/health/features/pregnancy_diet.html

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

1. Όνομα.....
2. Επίθετο....
3. Ηλικία....
4. Θέση στο Νοσοκομείο.....
5. Χρόνια στο Νοσοκομείο.....

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1. Θεωρείται άρτια την οργάνωση του Νοσοκομείου;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

2. Θεωρείται ότι το Νοσοκομείο έχει τις κατάλληλες υποδομές;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

3. Πόσα νεογνά φιλοξενεί ημερησίως το Νοσοκομείο;

| | | | | | | | |
|-----|--|--------|--|---------|--|------|--|
| -50 | | 50-100 | | 100-150 | | 100+ | |
|-----|--|--------|--|---------|--|------|--|

4. Πόσο προσωπικό αριθμεί το Παίδων;

| | | | | | | | |
|------|--|---------|--|---------|--|------|--|
| -100 | | 100-150 | | 150-200 | | 200+ | |
|------|--|---------|--|---------|--|------|--|

5. Θεωρείται ότι επαρκεί;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

6. Το προσωπικό είναι εξειδικευμένο;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

7. Το Νοσοκομείο έχει τις κατάλληλες υποδομές;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

8. Το Νοσοκομείο έχει τη δυνατότητα να καλύψει όλα τα περιστατικά;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

9. Πόσα νεογνά Νοσηλεύονται ετησίως;

10. Ποιοι είναι οι λόγοι;

| | | | | | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|--|------------|--|----------|--|
| Ατυχήματα | | Κάπνισμα γονέων- Αναπνευστικά | | Παχυσαρκία | | Παθήσεις | |
|-----------|--|-------------------------------------|--|------------|--|----------|--|

11. Πόσα νεογνά πεθαίνουν ετησίως;

Λόγοι.....

12. Θεωρείται ότι υπάρχει έξαρση στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα των τέκνων;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

13. Πολλά από τα νοσήματα είναι απόρροια της βρεφικής ηλικίας;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

14. Οι γονείς είναι ευαισθητοποιημένοι;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

15. Η πολιτεία είναι ευαισθητοποιημένη

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

16. Θεωρείται το φαινόμενο ανησυχητικό;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

17. Το Παιδων μπορεί σήμερα ν' αντιμετωπίσει τη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|

18. Το Παιδων μπορεί σήμερα να περιορίσει τη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα;

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|-----|--|-----|--|