

ΑΡΘΡΟ ΕΙΔΙΚΟΥ
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η άσκηση της εφηβιατρικής στην Ελλάδα σήμερα. Ειδικότητα σε αναζήτηση ταυτότητας, αναγνώρισης και επαγγελματικής κατοχύρωσης

Χ. Καπάμης¹
Α. Σάρρα²
Μ. Καράντζα³

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Παιδιατρική καλύπτει τη φροντίδα υγείας των ατόμων από τη γέννηση μέχρι και την ενηλικίωση τους. Η ποιότητα της φροντίδας διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων της Παιδιατρικής. Ιδιαίτερα ελλειμματική είναι η φροντίδα υγείας των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων. Οι ιδιαιτερότητες των προβλημάτων υγείας των ηλικιακών αυτών ομάδων χρειάζονται λεπτομερή μελέτη και ειδική οργάνωση για την αντιμετώπισή τους.

Στις ανεπτυγμένες χώρες για τη μελέτη και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των εφήβων και των νέων, δημιουργήθηκε, την τελευταία εικοσαετία, μια νέα εξειδίκευση στην Παιδιατρική, η Adolescence Medicine (Ιατρική της Εφηβείας ή Εφηβιατρική). Βασικό πρόβλημα της φροντίδας των νέων είναι και η αντιμετώπιση και νοσηλεία των νέων με χρόνια νοσήματα. Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες, το πρόβλημα είναι οξύ και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, συνιστά σαν πρώτο βήμα τη δημιουργία και οργάνωση φιλικών προς τους νέους υπηρεσιών υγείας. Πρόδρομος των κέντρων αυτών στη χώρα μας είναι η οργάνωση και λειτουργία των Μονάδων Εφηβικής Ιατρικής στις Α΄ και Β΄ Πανεπιστημιακές Παιδιατρικές Κλινικές του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στην Ελλάδα η Ιατρική της Εφηβείας βρίσκεται ακόμα στα πρώτα της στάδια. Για τον καθορισμό της ταυτότητάς της και τη δόμηση της σε εξειδίκευση χρειάζονται εντατικές, οργανωμένες προσπάθειες όπως και συνεργασία με ιατρικές ειδικότητες με ενδιαφέρον στα ειδικά προβλήματα των νέων. **(Δελτ Α΄ Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 2009, 56(3):489-497)**

Λέξεις ευρητηριασμού: Εφηβιατρική, Ιατρική εφηβείας - νεανικής ηλικίας, κλινική άσκηση, ειδίκευση, επαγγελματική κατοχύρωση.

Adolescent Medicine in Greece. Training and Clinical Practice

C. Kattamis, A. Sarra, M. Karatza
(Ann Clin Paediatr 2009, 56(3):489-497)

¹Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

²Μεταπτυχιακός Σπουδαστής, Υποψήφια Διδάκτωρ Α΄ Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

³Παιδίατρος-Ενδοκρινολόγος, Υπεύθυνη Κέντρου Πρόληψης και Υγείας Εφήβων, Α΄ Παιδιατρική Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισήγηση στην Ετήσια Συνεδρίαση της Ελληνικής Εταιρείας Εφηβικής Ιατρικής, 7 Δεκεμβρίου 2008, Αθήνα

Paediatrics provides health services from birth to adolescence. The quality of health services varies from infancy to adulthood. In adolescence the quality of services is extremely poor, even in well developed countries. There is a wide variability of health problems of adolescents compared to the other paediatric age groups. For the precise study and management of adolescent health problems, the subspecialty of Adolescent Medicine has been recently recognized in certain countries (U.S.A., Canada, Australia). A major problem in adolescence health is the management of adolescents with chronic diseases. In Greece, as well as in other countries, the follow-up and even more the hospitalization of adolescents with chronic diseases is problematic. To this end WHO, recommends, as a first step, the organization of youth friendly health services. Pilots of such services are the two Units of Adolescent Medicine organized recently in the first and second Pediatric Clinics of the University of Athens. At present, Adolescent Medicine in Greece is in a preliminary stage; it necessitates organized and long-lasting efforts to define its identity and establish cooperation with other specialties that are interested in adolescents' health problems.

Key words: Adolescent Medicine, clinical practice, training.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν μου ζητήθηκε να διαπραγματευθώ το θέμα της άσκησης της Εφηβικής Ιατρικής στην Ελλάδα, διερωτήθηκα για τα δεδομένα που έπρεπε να αναζητηθούν για την αποτίμηση των ειδικών υπηρεσιών της παρακολούθησης της υγείας και της αντιμετώπισης της νοσολογίας των εφήβων και νεαρών ενηλίκων στη χώρα μας. Αναζητήθηκαν στοιχεία και δεδομένα για: α) εξειδικευμένα κέντρα, ομάδες ή άτομα με αποκλειστική ενασχόληση σε θέματα υγείας της ηλικιακής αυτής ομάδας, β) το είδος, τη συχνότητα και τη διαφοροποίηση των προβλημάτων υγείας από τα δεδομένα άλλων χωρών, γ) το περιεχόμενο και την έκταση της προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην εφηβιατρική (ειδικότερα στη διάρκεια της ειδικεύσης στην Παιδιατρική) και δ) τις δυνατότητες και προοπτικές εξειδίκευσης στην Εφηβιατρική, αναγνώρισης της ειδικότητας και επαγγελματικής σταδιοδρομίας.

Λόγω του περιορισμένου χρόνου η διερεύνηση των δεδομένων ήταν ελλιπής και τα αποτελέσματα πτωχά και συγκεχυμένα. Υπήρξε όμως μια γενική διαπίστωση πως η Ελλάδα, βρίσκεται ακόμα σε ένα

αρχικό στάδιο οργάνωσης των ειδικών ιατρικών υπηρεσιών υγείας για εφήβους και νέους. Η αδυναμία και ανεπάρκεια των υπηρεσιών υγείας για την ηλικιακή αυτή ομάδα είναι διεθνές φαινόμενο. Το εξώφυλλο του τεύχους 9567 του Lancet το 2007 είναι χαρακτηριστικό. Σ' αυτό προαναγγέλλεται η δημοσίευση έξι άρθρων για ειδικά θέματα υγείας των εφήβων και προβάλλεται μια πρόταση από το άρθρο σύνταξης που συνιστά: «την επείγουσα οργάνωση υπηρεσιών υγείας για εφήβους και ενήλικες σε διεθνή κλίμακα»¹.

Στο άρθρο αυτό τονίζεται ότι σε πολλές χώρες με εξαίρεση τις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία, η υγεία των εφήβων και νεαρών ενηλίκων είναι παραμελημένη, περιθωριακή ή τελείως αγνοημένη. Στις ανεπτυγμένες όμως χώρες παρατηρείται τα τελευταία χρόνια μια δραστηριοποίηση στη φροντίδα υγείας αυτής της ηλικίας που εκτίθεται σε ποικίλους και ιδιόμορφους κινδύνους. Παράλληλα όμως, διαθέτει μεγάλες δυνατότητες, με σωστή παιδεία και μέτρα πρόληψης, να επιτύχει καλή υγεία και ευημερία^{1,2}. Η Ελλάδα ανήκει σε αυτές τις χώρες, που παράλληλα με την προσπάθεια της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας για νέους αναζητά και τον καθορισμό της ταυτότητας της εφηβικής ιατρικής.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ως γνωστό η Εφηβιατρική αποτελεί τη φυσιολογική διαχρονική εξέλιξη της Παιδιατρικής. Γι' αυτό μια σύντομη αναδρομή στην εξέλιξη της Παιδιατρικής, θα δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διαφοροποίηση των προβλημάτων υγείας των εφήβων και νεαρών ενηλίκων και την αναγκαιότητα μιας οργανωμένης αντιμετώπισής τους.

Στις Η.Π.Α., η Παιδιατρική αναγνωρίστηκε σαν ξεχωριστή ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής στις αρχές του 20ού αιώνα. Η ανάγκη διαχωρισμού προέκυψε από τη διαπίστωση των σημαντικών διαφορών της υγείας και νοσολογίας της παιδικής και εφηβικής ηλικίας από εκείνη των ενηλίκων. Υπενθυμίζεται ο αρχικός καθορισμός των στόχων της Παιδιατρικής όπως αναφέρεται στα κλασικά συγγράμματα που είναι διαφωτιστικός: «Η Παιδιατρική ασχολείται με την υγεία των βρεφών, των νηπίων, των παιδιών, των εφήβων και των νέων, με τη σωματική και πνευματική τους ανάπτυξη και με την προετοιμασία και καθοδήγηση τους για την ολοκληρωμένη ψυχοκοινωνική ενσωμάτωση τους στην κοινωνία των ενηλίκων»³.

Από το περίγραμμα των στόχων της παιδιατρικής είναι φανερό ότι ο παιδίατρος παράλληλα με τη

		ΠΡΩΙΜΗ ΕΦΗΒΕΙΑ	ΜΕΣΗ ΕΦΗΒΕΙΑ	ΟΨΙΜΗ ΕΦΗΒΕΙΑ → ΝΕΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ							
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ		<ul style="list-style-type: none"> Έναρξη αποχωρισμού από τους γονείς Έναρξη επιρροής από τους συνομηλίκους Κοινές δραστηριότητες με άτομα του ίδιου φύλου Σύγκριση σωματικών αλλαγών με συνομηλίκους του ίδιου φύλου 	<ul style="list-style-type: none"> Κορύφωση των συγκρούσεων με τους γονείς, έλεγχος των ορίων Επιρροή και συμφωνία με τους συνομηλίκους στο υψηλότερο επίπεδο Δραστηριότητες με άτομα του αντίθετου φύλου Συμπεριφορές υψηλού κινδύνου Έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας 	<ul style="list-style-type: none"> Στενές φιλίες Εξέχουσας σημασίας τα θέματα στενών σχέσεων Επαναπροσέγγιση των γονέων Καθορισμός επαγγελματικών στόχων 							
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ	Πρώιμη ήβη	<ul style="list-style-type: none"> Εστίαση στις σωματικές αλλαγές: «Είμαι φυσιολογικός;» Πρώιμη τυπική λειτουργική σκέψη, φτωχός προσανατολισμός για το μέλλον Αύξηση αδιαφοροποίητων σεξουαλικών ορμονών Φανταστικό κοινό, ναρκισσισμός, εγωκεντρισμός Αδυναμία καθυστέρησης της ευχαρίστησης 	<ul style="list-style-type: none"> Εστίαση στην προσωπική/σεξουαλική ταυτότητα: «Ποιός είμαι;» Η αυτονομία αποτελεί το κύριο ενδιαφέρον Αυξημένος προσανατολισμός για το μέλλον Ανεπτυγμένη τυπική λειτουργική σκέψη (πιθανή παλινδρόμηση σε στρες) Δυνατότητα καθυστέρησης της ευχαρίστησης Αποδοχή των σωματικών αλλαγών 	<ul style="list-style-type: none"> Εστίαση στην ταυτότητα σε σχέση με την κοινωνία: «Ποιός είναι ο ρόλος μου στην κοινωνία;» Τυπική λειτουργική σκέψη καλά ανεπτυγμένη Προσανατολισμός για το μέλλον με ρεαλιστικούς στόχους 							
♂ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΕΦΗΒΕΙΑΣ ♀	Πρώιμη ήβη	<p>Ποσοστό ανωθηλακιορρηκτικών κύκλων 20%</p> <p>Εμμηναρχή Καθυστερημένη σε απουσία ανάπτυξης των μαστών</p> <p>Αυξητική αιχμή Καθυστερημένη σε απουσία διόγκωσης των γεννητικών οργάνων</p>									
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Η χρονική σχέση μεταξύ των βιολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών γεγονότων της εφηβείας. Τα όρια ηλικίας και τα στάδια ορίζονται κατά προσέγγιση και μπορεί να διαφέρουν από αυτά που χρησιμοποιούνται από άλλους συγγραφείς. Τα όρια και τα σημεία είναι ενδεικτικά της κατάκτησης κάθε σταδίου και αντικατοπτρίζουν την πρωιμότερη ωρίμανση των Αμερικανών, σε σχέση με τους Βρετανούς εφήβους.
 Συντομεύσεις: PH2, PH3, PH4, PH5 - στάδιο τρίχωσης του εφηβαίου 2, 3 κ.λπ.
 B2, B3, B4, B5 - στάδια ωρίμανσης μαστών 2, 3 κ.λπ.
 PHV - αυξητική αιχμή
 G2, G3, G4, G5 - στάδιο ωρίμανσης γεννητικών οργάνων 2, 3 κ.λπ.

Εικόνα 1. Εξελικτική πορεία και σχέση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών γεγονότων στην εφηβεία και ενηλικίωση⁷.

φροντίδα της υγείας αναλαμβάνει και τη φροντίδα για τη φυσιολογική σωματική, πνευματική, ψυχική και κοινωνική ωρίμανση του ατόμου από τη γέννηση μέχρι και την ενηλικίωση του. Οι ηλικίες που καλύπτονται από την παιδιατρική χαρακτηρίζονται από ένα συνεχή, αλλά και κυμαινόμενο ρυθμό αύξησης και ωρίμανσης που επηρεάζεται από βιολογικούς αλλά και εξωγενείς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι εξωγενείς παράγοντες μπορεί να έχουν ποικίλες και σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και στην ποιότητα ζωής, στη λειτουργία διαφόρων οργάνων και στις βιολογικές διεργασίες των παιδιών. Οι έφηβοι και οι νέοι αποτελούν το πιο ευαίσθητο ηλικιακό τμήμα της παιδιατρικής στο οποίο οι εξωγενείς παράγοντες προκαλούν ποικίλες και σοβαρές αντιδράσεις που χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση.

Η αναγνώριση της σημασίας της δυσμενούς επίδρασης των εξωγενών παραγόντων στην υγεία των εφήβων είναι σχετικά πρόσφατη. Κι αυτό οφείλεται αφ' ενός στην αυξανόμενη δυναμική των δυσμενών επιπτώσεων από τις συνεχώς μεταβαλλόμενες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, αλλά κυρίως από τη θετική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων, όπως της νεογνικής, της βρεφικής, της νηπιακής και της παιδικής^{4,5}.

Με στόχο την καλύτερη μελέτη και αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων υγείας της εφηβικής ηλικίας, αναπτύχθηκε σταδιακά η εξειδίκευση της "Adolescent Medicine" που έχει αποδοθεί στα Ελληνικά σαν Εφηβική Ιατρική ή Εφηβιατρική.

ΕΦΗΒΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Ο όρος Εφηβική Ιατρική δεν αποδίδει το ακριβές ηλικιακό φάσμα της "Adolescent Medicine" η οποία ασχολείται με τα στάδια της ανάπτυξης του ατόμου που περικλείονται μεταξύ παιδικής ηλικίας και ενηλικίωσης. Ο όρος adolescence προέρχεται από τη λατινική λέξη "adolescere" που σημαίνει «εξέλιξη προς την ωριμότητα» και έχει ένα πιο ευρύ χρονικό περιεχόμενο. Εκτείνεται από την προ-εφηβεία και εφηβεία που αναφέρονται βασικά στις βιολογικές αλλαγές της ωρίμανσης της λειτουργίας των γονάδων και της σεξουαλικής ολοκλήρωσης και συμπληρώνεται με την ψυχολογική και κοινωνική ωρίμανση και λειτουργική ένταξη του νέου στην κοινωνία των ενηλίκων. Το χρονικό αυτό διάστημα από την ολοκλήρωση της εφηβείας στην ψυχοκοινωνική ωριμότητα ποικίλλει και μπορεί να επεκταθεί μέχρι και το 24ο έτος της ηλικίας⁶.

Στην ευρεία ηλικιακή διακύμανση της νεανικής

ηλικίας οφείλονται και οι διαφορές των ηλικιών που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της εφηβικής και νεανικής ηλικίας σε διάφορες χώρες και επιστημονικές ομάδες. Οι πιο συχνές ηλικίες που χρησιμοποιούνται γι' αυτήν την ομάδα είναι οι ηλικίες: 10-19, 12-19, 12-24, 15-24 έτη. Οι διαφορές στο ηλικιακό εύρος δημιουργούν σοβαρές δυσκολίες στη σύγκριση δεδομένων μεταξύ πληθυσμών που χρησιμοποιούν διαφορετικό ηλικιακό φάσμα για τον καθορισμό της περιόδου αυτής^{4,5}. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έκανε μια προσπάθεια καθορισμού του όρου adolescence και των υποομάδων της ηλικιακής αυτής ομάδας.

Η ΠΟΥ καθορίζει σαν εφήβους τα άτομα ηλικίας 10-19 ετών, σαν νεανίες τα άτομα 15-24 ετών και σαν νέους άτομα ηλικίας 10-24 ετών⁶. Στην πράξη οι νέοι βιώνουν μια σειρά συνδυασμένων βιολογικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και νοητικών αλλαγών στη μακρά διάρκεια της μετάπτωσης τους στην ενηλικίωση και αντιμετωπίζουν τις ίδιες δυσκολίες στην παροχή της κατάλληλης φροντίδας υγείας. Για τη σφαιρική μελέτη και αντιμετώπιση των προβλημάτων της εφηβικής και νεανικής ηλικίας, οι περισσότεροι σήμερα αναγνωρίζουν ένα ευρύτερο όριο ηλικίας που κυμαίνεται από 10-24 έτη⁶.

Για τη μελέτη των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών αλλαγών που διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, η ηλικιακή περίοδος της εφηβικής και νεανικής ηλικίας διαχωρίζεται σε τρεις υποομάδες:

- Early adolescence (Προεφηβεία) 8-11 έτη
- Middle adolescence (Εφηβεία) 12-16 έτη
- Late adolescence (Νεανική ηλικία) 17-20-24 έτη⁷.

Η χρονική συσχέτιση των ψυχοκοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών λειτουργικών αλλαγών των γονάδων στις τρεις ηλικιακές ομάδες συνοψίζονται στην εικόνα 1. Η λειτουργία των γονάδων και η σεξουαλική ωρίμανση αρχίζει από την προεφηβεία και ολοκληρώνεται με την εφηβεία όπως και η σωματική αύξηση. Η αιχμή επιτάχυνσης του ρυθμού αύξησης είναι η ηλικία των 11-12 χρόνων για τα κορίτσια και 13-14 χρόνων για τα αγόρια. Η εξέλιξη της λειτουργίας των γονάδων απεικονίζεται στον πίνακα με τα στάδια εξέλιξης κατά Tanner, της τρίχωσης του εφηβαίου και των μαστών για τα κορίτσια και της τρίχωσης και των γεννητικών οργάνων στα αγόρια^{4,7}.

Αντίθετα οι ψυχοκοινωνικές και ψυχολογικές αλλαγές ξεκινούν από την προεφηβεία, συνεχίζουν στην εφηβεία και ολοκληρώνονται στη νεανική ηλικία. Στην προεφηβεία ξεκινά η διάθεση απομάκρυνσης από τους γονείς, η επίδραση των συνομηλίκων, η

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΧΝΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΩΝ ΠΑΙΔΙΚΗΣ – ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ¹²**I. Κοινές σε όλες τις ηλικίες**

- Γενετικά (Μονογονιδιακά – Χρωμοσωμιακά)
- Λοιμώδη (Tb, Ηπατίτιδα Β, C)
- Νοσήματα αναπνευστικού (Άσθμα)
- Νευρολογικά (Επιληψία)
- Νόσοι πεπτικού (Κοιλιοκάκη, Crohn)
- Κακοήθειες

II. Επικρατούσες στην εφηβική – νεανική

- Επιπλοκές ατυχημάτων
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσοι (HIV, Hep B, C, PVC)
- Ψυχοκοινωνικές διαταραχές
 - Κατάχρηση ουσιών (Ναρκωτικά – Οιοπνευματώδη – Κάπνισμα)
 - Νευρογενής Ανορεξία – Βουλιμία
 - Κατάθλιψη

έναρξη δραστηριοτήτων με συνομηλικούς του ίδιου φύλου και η σύγκριση των σωματικών αλλαγών με συνομηλικούς του ίδιου φύλου. Στη διάρκεια της εφηβείας, η αντίθεση με τους γονείς και η επίδραση και σύμπτωση με τους συνομηλικούς φτάνουν στην αιχμή τους, αρχίζουν τα σεξουαλικά ενδιαφέροντα και υιοθετούνται επικίνδυνες συμπεριφορές. Τέλος, στη νεανική ηλικία οι δεσμοί φιλίας ισχυροποιούνται, αναπτύσσονται στενές διαφυλικές σχέσεις, οι γονείς επαναπροσεγγίζονται και καθορίζεται ο επαγγελματικός προσανατολισμός και η ενασχόληση^{7,8}.

Η ψυχοκοινωνική και ψυχολογική εξέλιξη των εφήβων και των νέων επηρεάζεται από μια σειρά συγγενών και αλληλεπικαλυπτομένων παραγόντων. Οι βασικότεροι παράγοντες είναι οι γονείς, τα άλλα μέλη της οικογένειας, οι συνομήλικοι και το σχολείο. Οι βασικοί αυτοί παράγοντες του μικρόκοσμου του εφήβου επηρεάζονται από άλλα δεδομένα του κοινωνικού περιβάλλοντος όπως:

- Η δομή της κοινότητας (αγροτική, αστική, ημιαστική)
- Το μορφωτικό, οικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο της οικογένειας και της κοινότητας
- Το σχολείο
- Η θρησκεία
- Τα ήθη, τα έθιμα, οι απαγορεύσεις (taboo).

Οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν στη διαμόρφωση της δυναμικής των σχέσεων με την οικογένεια και τους συνομηλικούς και έχουν ουσιαστικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική και ψυχολογική εξέλιξη και ωρίμανση του νέου.

Σήμερα οι οικογένειες βρίσκονται συχνά σε κατάσταση αστάθειας και διάλυσης, με ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων και των νέων να είναι υπό τη φροντίδα ενός μόνο γονιού, ή να μεγαλώνει σε οικογένεια που ο ένας ή και οι δύο γονείς να έχουν εκ νέου παντρευτεί. Γενικά, η σχέση των εφήβων με τις κοινωνικές αυτές δομές είναι πολύπλοκη, γιατί οι νέοι αφομοιώνουν πολλές από τις αξίες, τα ήθη και τα έθιμα των ομάδων του κοινωνικού ιστού.

Σημαντική πτυχή στην προσφορά ιατρικών υπηρεσιών στην ηλικιακή αυτή ομάδα είναι τα πρόσθετα ειδικά, ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο παιδίατρος. Στην ηλικία αυτή υπάρχει συχνά μια αντιπαράθεση μεταξύ του αρρώστου, των γονιών, των γιατρών και της κοινότητας για το ποιος έχει το δικαίωμα και την ευθύνη της τελικής απόφασης σε θέματα υγείας. Στους ενήλικες η διαδικασία επίλυσης παρόμοιων διλημάτων βασίζεται στη σχέση γιατρού-αρρώστου και στην εκτίμηση για το τι είναι καλύτερο για τον άρρωστο, με τελική την απόφαση του αρρώστου. Και στην περίπτωση των εφήβων και των νέων ισχύουν οι ίδιοι κανόνες. Ο γιατρός πρέπει να θυμάται πως ο άρρωστος είναι ο έφηβος και όχι οι γονείς και να προσφέρει την απόλυτη συμπαράσταση του στις αποφάσεις του. Παρεκκλίσεις από τον κανόνα μπορεί να χρειασθούν σε ειδικές περιπτώσεις όπως:

- α) Σε ενδείξεις ότι ο έφηβος δεν είναι ικανός να δώσει τη συγκατάθεση του,
- β) Αν υπάρχει φόβος για τη ζωή του (π.χ. αυτοκτονία) ή τη ζωή άλλων

γ) Σε περιπτώσεις όπου η αποκάλυψη του απορρήτου επιβάλλεται νομικά, όπως π.χ. σε σεξουαλική κακοποίηση⁹.

Πρόσφατες εργασίες επιβεβαιώνουν ότι καλά ενημερωμένοι έφηβοι ηλικίας 14 ετών και πάνω έχουν την ίδια ικανότητα για συγκατάθεση όπως και οι ενήλικες¹⁰.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η παροχή υπηρεσιών υγείας σε εφήβους και νέους με χρόνια νοσήματα παρουσιάζει πρόσθετα προβλήματα. Υπολογίζεται ότι 10-12% του εφηβικού και νεανικού πληθυσμού πάσχει από χρόνια νοσήματα. Η συχνότητα αυξάνεται με την ηλικία. Το 2001 στην Αμερική η συχνότητα των χρόνιων νοσημάτων ήταν: 7,9% για τις ηλικίες 0-5 ετών, 14,6% για τις ηλικίες 6-11 ετών και 15,8% για τις ηλικίες των 12-17 ετών¹¹. Με βάση την ηλικία εμφάνισης τα χρόνια νοσήματα της παιδικής και νεανικής ηλικίας διακρίνονται σε δύο βασικές ομάδες:

I. Νοσήματα κοινά για όλες τις ηλικιακές ομάδες που αφορούν κατά κανόνα νοσήματα που εκδηλώνονται στην παιδική ηλικία και συνεχίζουν και στις μεγαλύτερες ηλικίες

II. Νοσήματα που εκδηλώνονται και επικρατούν στην εφηβική και νεανική ηλικία.

Τα πιο συχνά χρόνια νοσήματα των δύο αυτών κατηγοριών αναγράφονται στον πίνακα 1¹².

Στις δύο αυτές ομάδες η παθογένεια και οι επιπτώσεις στη σωματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των εφήβων διαφέρουν. Ιδιαίτερα σοβαρές είναι οι επιπτώσεις από νοσήματα που ξεκίνησαν στην παιδική ηλικία. Στους αρρώστους αυτούς η περίοδος της εφηβείας είναι βασανιστική, ιδιαίτερα για νοσήματα που έχουν επιπτώσεις στη σωματική ανάπτυξη και τη γεννητική τους ωρίμανση. Συχνά η θεραπεία παραμελείται, οπότε και προκαλείται έντονη αντιπαλότητα μεταξύ των ασθενών και των γονιών. Η αγωνία των γονιών, τους ωθεί σε υπερπροστασία, περιορισμό της ανεξαρτησίας και της δυνατότητας των εφήβων να έχουν λόγο στη θεραπεία και στην προσωπική τους ζωή. Όχι σπάνια οι έφηβοι αντιδρούν και χρησιμοποιούν την αρρώστια για να χειραγωγήσουν και να εκμεταλλευτούν τους γονείς.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι νέοι με χρόνια νοσήματα ακολουθούν, το ίδιο συχνά με τους συνομηλίκους τους, επικίνδυνες συμπεριφορές. Οι συμπεριφορές αυτές επιδρούν αρνητικά στη συστηματική αντιμετώπιση της βασικής νόσου, και επιβαρύνουν σημαντικά την πρόγνωση¹⁰.

Στο ελληνικό σύστημα υγείας οι διαφορές στην

Panel 1: Definition of generic or non-categorical chronic health conditions²²

Chronic health conditions are defined as disorders that:

- Have a biological, psychological or cognitive basis;
- Have lasted or are expected to last for at least 1 year; and
- Produce one or more of the following sequelae:

(a) Limitation of function, activities or social role in comparison with healthy peers in the general areas of physical, cognitive, emotional and social growth and development

(b) Dependency on one of the following to compensate for or minimise limitation of function, activities or social role:

- (i) Medications
- (ii) Special diet
- (iii) Medical technology
- (iv) Assistive device
- (v) Personal assistance

(c) Need for medical care or related services, psychological services or educational services over and above the usual for the child's age or for special ongoing treatment interventions or accommodations at home or in school

Εικόνα 2. Χρόνια νοσήματα και διαταραχές υγείας. Ορισμός Π.Ο.Υ. με μικρές τροποποιήσεις¹⁴.

ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρονται στις ηλικιακές ομάδες της Παιδιατρικής είναι σημαντικές: οργανωμένες και ολοκληρωμένες για τα παιδιά, ελλειμματικές και προβληματικές για τους εφήβους και νεαρούς ενήλικες.

Ιδιαίτερα οξύ είναι το πρόβλημα της νοσοκομειακής περίθαλψης των εφήβων. Τα παιδιατρικά νοσοκομεία και οι παιδιατρικές κλινικές νοσηλεύουν ασθενείς μέχρι 14 ετών. Νοσηλευτικές μονάδες για εφήβους και νέους δεν υπάρχουν και οι έφηβοι με χρόνια νόσημα νοσηλεύονται σε θαλάμους ενηλίκων ή σε ειδικές μονάδες για ενήλικες και γέροντες.

Διαφοροποιήσεις υπάρχουν στην αντιμετώπιση εφήβων και νέων της πρώτης ομάδας, για νοσήματα που ξεκινούν από την παιδική ηλικία. Την τελευταία εικοσαετία ένα μεγάλο ποσοστό των εφήβων ασθενών αυτής της ομάδας συνεχίζουν να παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση από παιδίατρος ή ειδικούς για τη νόσο τους παιδίατρος, σε παιδιατρικά νοσοκομεία και κλινικές. Αντίθετα, για χρόνια νοσήματα που πρωτοεκδηλώνονται στην εφηβική ηλικία, η ανάληψη ευθυνών για παρακολούθηση και νοσηλεία είναι συγκεκριμένη. Συνήθως παραπέμπονται σε ειδικότητες ενηλίκων σχετικές με το χρόνο νόσημα, χωρίς όμως οι ειδικοί ιατροί ενηλίκων να έχουν εμπειρία για την αντιμετώπιση αρρώστων αυτής της ηλικίας¹³.

Τελειώνοντας το θέμα των χρόνιων νόσων θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας τον πρόσφατο ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για τη χρόνια νόσο,

όπως τροποποιήθηκε από τους Stein και συνεργάτες οι οποίοι προτείνουν ένα σκελετό με τρεις βάσεις που πρέπει να συνυπάρχουν, ώστε ένα παιδί ή νέος να χαρακτηριστεί ότι πάσχει από χρόνια νόσημα¹⁴. Σύμφωνα με αυτόν τον ελαφρά τροποποιημένο ορισμό της Π.Ο.Υ. σαν χρόνια νόσημα χαρακτηρίζεται κάθε διαταραχή της υγείας που οφείλεται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς ή νοητικούς παράγοντες, που α) διαρκεί πάνω από ένα χρόνο και β) συνοδεύεται από ένα ή περισσότερα συμπτώματα που περιορίζουν τη σωματική, νοητική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου σε σχέση με τους συνομηλικούς του. Επιπλέον, ο ασθενής για την αντιστάθμιση ή τον περιορισμό των επιπτώσεων της νόσου χρειάζεται ένα ή περισσότερα από : I) βοηθήματα, όπως φαρμακευτική αγωγή, ειδική δίαιτα, ιατρικό εξοπλισμό ή μηχανήματα, προσωπική φροντίδα, ψυχολογική στήριξη, II) ιατρική ή νοσηλευτική φροντίδα και III) πρόσθετες εκπαιδευτικές υπηρεσίες, ειδικές συνθήκες διαβίωσης κ.λπ. (εικόνα 2).

Μια παρόμοια προσέγγιση χρησιμοποιήθηκε και για τον καθορισμό παιδιών και νέων που έχουν ανάγκη ειδικής φροντίδας υγείας. Σ' αυτήν υπάγονται άτομα τα οποία βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ή πάσχουν από μία χρόνια σωματική, αναπτυξιακή ή συναισθηματική διαταραχή και έχουν ανάγκη υπηρεσιών υγείας που διαφέρουν ποιοτικά και ποσοτικά από εκείνες των φυσιολογικών συνομηλικών τους¹⁵.

Από τον πιο πάνω ορισμό του χρόνιου νοσήματος σε εφήβους και ενήλικες είναι φανερό η πολυπλοκότητα της αντιμετώπισης των ασθενών και οι ιδιαίτερες φροντίδες που πρέπει να δοθούν στους εφήβους, ώστε να μπορέσουν να ολοκληρώσουν τη σωματική, νοητική και ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη.

Στη χώρα μας δεν είναι γνωστό πόσες και σε ποιο βαθμό οι πιο πάνω υπηρεσίες και προϋποθέσεις είναι δυνατόν να υλοποιηθούν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση όσα έχουν συζητηθεί είναι φανερό πως η άσκηση της Εφηβιατρικής στη χώρα μας βρίσκεται στο στάδιο της αναζήτησης της ταυτότητας της και του προσδιορισμού του ρόλου της στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ένα σύστημα χωρίς μακροπρόθεσμο προγραμματισμό και στέρεες δομικές βάσεις, όπου η φροντίδα για την υγεία των εφήβων και νέων προσφέρεται κυρίως από τους παιδίατρος, και αυτό περιστασιακά και χωρίς πρόγραμμα.

Η πιο σοβαρή και συστηματική προσπάθεια παροχής υπηρεσιών υγείας στον παιδικό και νεανικό

πληθυσμό στη χώρα μας, υπήρξε η οργάνωση πριν από αρκετές δεκαετίες της σχολιατρικής υπηρεσίας από το Υπουργείο Παιδείας. Η υπηρεσία αυτή, στελεχώθηκε από παιδίατρος που είχαν σα βασική ενασχόληση την παρακολούθηση της υγείας των μαθητών (6-18 ετών) και την ενημέρωση τους σε θέματα αγωγής υγείας μέσω του μαθήματος της υγιεινής. Η σχολιατρική υπηρεσία πιστεύω πως ήταν και η βασική προσφορά και σύνδεση της Γενικής Παιδιατρικής με την υγεία των εφήβων και των νέων. Δυστυχώς πριν από 25-30 χρόνια η σχολιατρική υπηρεσία μεταβιβάσθηκε στο Υπουργείο Υγείας, ενσωματώθηκε στη Δημόσια Υγεία και σιγά-σιγά διαλύθηκε.

Το ενδιαφέρον της Παιδιατρικής για την Εφηβιατρική, αυξήθηκε σταδιακά τα τελευταία 30 χρόνια, ακολουθώντας τις διεθνείς τάσεις. Στα παιδιατρικά συνέδρια τα θέματα της υγείας των εφήβων συζητούνται συχνά και οργανώνονται ημερίδες με αποκλειστικά θέματα εφηβιατρικής. Παράλληλα αρχίζει να διαμορφώνεται ομάδα παιδίατρων με ειδικό ενδιαφέρον στην υγεία και νοσολογία της εφηβικής και νεανικής ηλικίας. Η ομάδα αυτή οργανώνεται το 1992 στην επιστημονική εταιρεία της Ελληνικής Εταιρείας Εφηβικής Ιατρικής και προσπαθεί με συνέδρια και διαλέξεις να ευαισθητοποιήσει την παιδιατρική οικογένεια.

Την τελευταία πενταετία η δημιουργία μονάδων εφηβιατρικής στις Α' και Β' Πανεπιστημιακές Παιδιατρικές Κλινικές του Παν. Αθηνών ανοίγει ένα νέο κεφάλαιο και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την προώθηση της Εφηβικής Ιατρικής και κυρίως για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και της έρευνας στην εφηβική και νεαρά ηλικία.

Παρά τις προσπάθειες της Παιδιατρικής, η Εφηβική Ιατρική ξέφυγε από την εποπτεία της. Ορισμένα θέματα υγείας των εφήβων και ενηλίκων ήδη αντιμετωπίζονται από οργανωμένες μονάδες άλλων ειδικοτήτων. Τυπικό παράδειγμα οι ειδικές μονάδες για εφήβους του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., του Κέντρου τεκμηρίωσης και πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και οίονοπνευματώδη, των κέντρων πρόληψης και θεραπείας εφήβων, των ειδικών μονάδων για εφήβους με ψυχικά νοσήματα κ.ά.

Γι' αυτό πιστεύω πως υπάρχει άμεση ανάγκη οι πανεπιστημιακές μονάδες και η Εταιρεία Εφηβικής Ιατρικής να δραστηριοποιηθούν και να καθορίσουν αρχικά το περίγραμμα και τους στόχους της Ελληνικής Εφηβικής Ιατρικής σε συσχετισμό με το γενικότερο σύστημα Υγείας, να συνεργασθούν με τις άλλες ειδικότητες που δραστηριοποιούνται σε θέματα Εφηβικής Ιατρικής και να προτείνουν ένα

Panel 2: WHO framework for development of youth-friendly health services

An equitable point of delivery is one in which:

Policies and procedures are in place that do not restrict the provision of health services on any terms and that address issues that might hinder the equitable provision and experience of care
Health-care providers and support staff treat all their patients with equal care and respect, regardless of status

An accessible point of delivery is one in which:

Policies and procedures are in place that ensure health services are either free or affordable to all young people
Point of delivery has convenient working hours and convenient location
Young people are well informed about the range of health services available and how to obtain them
Community members understand the benefits that young people will gain by obtaining health services, and support their provision
Outreach workers, selected community members and young people themselves are involved in reaching out with health services to young people in the community

An acceptable point of delivery is one in which:

Policies and procedures are in place that guarantee client confidentiality

Health-care providers

- provide adequate information and support to enable each young person to make free and informed choices that are relevant to his or her individual needs
- are motivated to work with young people
- are non-judgmental, considerate, and easy to relate to
- are able to devote adequate time to their patients
- act in the best interests of their patients

Support staff are motivated to work with young people and are non-judgmental, considerate, and easy to relate to

The point of delivery

- ensures privacy (including discrete entrance)
- ensures consultations occur in a short waiting time, with or without an appointment, and (where necessary) swift referral
- lacks stigma
- has an appealing and clean environment
- has an environment that ensures physical safety
- provides information with a variety of methods

Young people are actively involved in the assessment and provision of health services

The appropriateness of health services for young people is best achieved if:

The health services needed to fulfil the needs of all young people are provided either at the point of delivery or through referral linkages

Health-care providers deal adequately with presenting issue yet strive to go beyond it, to address other issues that affect health and development of adolescent patients

The effectiveness of health services for young people is best achieved if:

Health-care providers have required competencies

Health-service provision is guided by technically sound protocols and guidelines

Points of service delivery have necessary equipment, supplies, and basic services to deliver health services

πρόγραμμα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην Εφηβική Ιατρική.

Σημαντικό καθοδηγητικό ρόλο σ' αυτήν την προσπάθεια πιστεύω ότι προσφέρει, το οργανόγραμμα για την ανάπτυξη φιλικών για τους νέους υπηρεσιών υγείας που επιμελήθηκε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (εικόνα 3). Στο οργανόγραμμα δίνονται κατευθύνσεις για την οργάνωση των φιλικών υπηρεσιών υγείας προς τους νέους ώστε να ανταποκρίνονται στις βασικές αρχές του προγράμματος το οποίο πρέπει να είναι: α) δίκαιο, έντιμο και καθολικό, β) προσίτο στους νέους, την οικογένεια και την κοινότητα, γ) αποδεκτό, δ) κατάλληλο και ε) αποτελεσματικό (WHO 2002).

Για παράδειγμα ένα δίκαιο και έντιμο σύστημα προϋποθέτει την υιοθέτηση υπηρεσιών και πολιτικής, από επιλεγμένο επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό, που να διασφαλίζουν χωρίς διακρίσεις, ισότιμη φροντίδα υγείας και σεβασμό σε όλους τους αρρώστους ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση.

Ένα προσίτο σύστημα, έχει σαν χαρακτηριστικό την επιλογή εύκολα προσβάσιμου χώρου, προσίτα ωράρια, λειτουργία όχι μόνο για τους νέους αλλά και για την οικογένεια και την κοινότητα, και δωρεάν ή με πολύ μικρό κόστος παροχή υπηρεσιών. Οι νέοι είναι καλά πληροφορημένοι τόσο για τις προσφερόμενες υπηρεσίες, όσο και για το πως να τις προσεγγίσουν. Οι οικογένειες και τα μέλη της κοινότητας κατανοούν τα οφέλη των υπηρεσιών και στηρίζουν την παροχή τους.

Ένα αποδεκτό σύστημα εγγυάται το ιατρικό απόρρητο, παρέχει επαρκή πληροφόρηση και στήριξη, ώστε το άτομο να κάνει ελεύθερα τις επιλογές του. Το προσωπικό είναι επιλεγμένο με διάθεση και κίνητρα ενασχόλησης με νέους¹⁶.

Οι δύο πανεπιστημιακές μονάδες της εφηβικής ιατρικής πληρούν σε ένα βαθμό τις προϋποθέσεις των φιλικών υπηρεσιών υγείας για τους νέους και η δραστηριότητα τους θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και να αξιολογηθεί σαν πιλοτικό πρόγραμμα των ειδικών μονάδων της Π.Ο.Υ. στην Ελλάδα. Σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, η προσφορά των μονάδων αυτών έχει ήδη αξιολογηθεί θετικά⁶.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kleinert S. Adolescent health, an opportunity not to be missed (Comment). The Lancet 2007; 369:1057.
2. Resnick MP, Bowes G. Us and them: worldwide health issues for adolescents. The Lancet 2007;

Εικόνα 3. Πλαίσιο οδηγίων Π.Ο.Υ. για οργάνωση και λειτουργία μονάδων φιλικών προς τους νέους υπηρεσιών υγείας¹⁶.

- 369:1058-59.
3. Behrman RE, Kliegman R, Nelson W, Vaughan W. Nelson Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1996.
 4. Patton GS, Viner R: Pubertal transition in health. The Lancet 2007; 369:1130-1139.
 5. Loyd CB, US Institute of Medicine. Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. Washington: National Academies Press; 2005.
 6. Tylee A, Hallen DM, Graham T, Chrunchill R, Somei LA. Young friendly primary care services: how are we doing and what more needs to be done. The Lancet 2007; 369:1565-73.
 7. Jofte A. Adolescence Medicine. In Oski F, De Angelis C, Feigin R, Warshaw, editors. Principles and practice in Pediatrics. Philadelphia: J.B. Lippincott Co; 1990. p. 708-719.
 8. Bearinger LH, Seiving RE, Ferguson J, Sharma V: Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns prevention and potential. The Lancet 2007; 369:1220-31.
 9. Holdov AR. Legal issues in pediatrics and adolescent medicine. 2nd ed. New Haven: Yale University Press; 1985. p. 134-141.
 10. Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT: Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. The Lancet 2007; 369:1481-1489.
 11. US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau. The national survey of children with special care needs chart book 2001. Rockville :US Department of Health and Human Services. 2004.
 12. Kattamis CA. Epidemiology of chronic diseases in adolescence in Mediterranean populations. Rivista Italiana di Medicina dell Adolescenza 2004; 2:48-52.
 13. De Sanctis V, Saggese G, Angastiniotis M, Soliman AI, Jeandel CI, Kattamis C, Hardoff D, Walizadeh C, Rimawi H, Suns J. Adolescent health care in the Mediterranean area. Ital J Pediatr 2002; 28:183-187.
 14. Stein REK, Bauman LJ, Westbrook LE, Coupey SM, Ireys HT. Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. J Pediatrics 1993; 122:342-47.
 15. McPherson M, Avango P, Fox H. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics 1998; 102:713-740.
 16. World Health Organization: Adolescent friendly health services: An agenda for change. Geneva: World Health Organization. 2002; 1-44.