Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 15, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2022

Volume 15, Issue 1, JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2022

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Συγκριτική μελέτη μέτρησης άγχους στους πολίτες μεταξύ Ελλάδας και Κύπρου
Comparative study measuring anxiety in citizens between Greece and Cyprus
Νικόλαος Μπακάλης, Ηλίας Μώλος, Ιζάουρα Παπά, Χριστιάνα Παπακυριακού, Αναστάσιος Τζεναλής

Συγκριτική μελέτη γνωστικών λειτουργιών σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου ΙΙ: Συσχέτιση με κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες
Comparative study of cognitive functions in patients with Diabetes Mellitus Type II: Correlation with clinical and demographic factors
Χρήστος Μαρνέρας

Αξιολόγηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε δομές του Λεκανοπεδίου της Αττικής
Evaluation of the factors related to the satisfaction of the users from the provided Primary Health Care services in structures of the Attica Basin
Αριστείδης Βασιλόπουλος, Ευαγγελία Κουλιάκη

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – SYSTEMATIC REVIEW

Συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα μετά από χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος ισχίου: Συστηματική ανασκόπηση
Patient participation in care after hip fracture surgery: A systematic review
Κωνσταντίνα Γαμβρίλη, Αναστασία Παντελιδάκη, Αφροδίτη Σταράκη, Πέτρος Κολοβός

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Παράταση QT διαστήματος, πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία δίκην ριπιδίου και ψυχοτρόπα φάρμακα
QT interval prolongation, torsades de pointes and psychotropic medication
Θεοχάρης Χ. Κυζιρίδης

Η πανδημία του κορωνοϊού και η δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων
The coronavirus pandemic and the creation of social inequalities
Ελισσάβετ Λυκούδη, Ελένη Κωνσταντινίδου

Τεύχος 1ο 2022

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Η ισχύς εν τη ενώσει

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

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

Ελληνικό περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3648 049, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΔΡ. ΣΟΦΙΑ ΤΑΝΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

Το ΔΣ της ΕΝΕ:
**Πρόεδρος: Δημήτριος Σκουτέλης, Αντιπρόεδρος Α΄: Απόστολος Κωτσής, Αντιπρόεδρος Β΄: Γεώργιος Μπαλιόζογλου,
Γενικός Γραμματέας: Τζαννής Πολυκανδριώτης, Αναπληρωτής Γραμματέας: Κωνσταντία Μπελαλή,
Ταμίας: Λάμπρος Μπίζας, Οργανωτικός Γραμματέας: Γεώργιος Αβραμίδης**

Μέλη:
Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Κούρτης, Γεώργιος Αρβανίτης, Ευτυχία Γιάγκου, Παναγιώτης Κοσκινάς, Μαρία Κωστίκου, Μιχαήλ Μαντζανάς, Ευάγγελος Ναλμπάντης

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Δρ. Μαρία Καπρίτσου, RN, BSc, MSHCM, PhD, Postdoc, Πρόεδρος Ελληνικής Περί Αναισθησιολογικής Εταιρείας, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας»
Δρ. Βάϊα Κωνσταντικάκη, MSc, PhD, ΑΝΘ Θεαγένειο

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Ιωάννης Κυριόπουλος, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Μαρία Μαλλιαρού,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Ιωάννης Κουτελέκος,** Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΠΑΔΑ, **Στέφανος Μαντζούκας,** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, **Ευγενία Μηνασίδου,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Νικόλαος Μπακάλης,** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, **Θάλεια Μπελλάλη,** Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Παύλος Μυριανθεύς,** Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Τζαννής Πολυκανδριώτης,** MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ
Ελένη Αλμπάνη, Γεώργιος Αργυρίου, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραΐσκου, Γεώργιος Κριτσωτάκης, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Γαβριήλ Λάζος, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Ασπασία Λούτα, Πολυξένη Μαγγούλια, Γεώργιος Μανομενίδης, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Δημήτριος Μπαρουξής, Δήμητρα Παλητζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Αναστάσιος Τζεναλής, Αικατερίνη Τόσκα

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Dr Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, **Dr Theodoros Koutroubas,** Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, **Dr Irena Papadopoulos,** Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK, **Dr Denise McEnroe-Petitte,** Associate Professor, Nursing, Kent State University Tuscarawas, Associate Degree Nursing Program, New Philadelphia, USA, **Dr Betty Chung Pui Man,** Lecturer, Health Sciences Syd, Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong, PRC, **Dr Evridiki Papastavrou,** Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, **Dr Lorendana Sasso,** Associate Professor, Universita degli Studi di Genova, Italy, Cecilia Sironi, RN, BSc, MSc, Universita degli Studi dell' Isubria-Varese, Italy, **Dr Rocco Gennaro,** Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy, **Dr Thomas Kearns,** Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland, **Dr Helene Kelly,** International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, **Dr Vilma Zydziunaite,** RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania, **Dr Carlos Melo-Dias,** Professor of Nursing, Nursing School of Coimbra, Researcher in Health Sciences, Research Unit: Nursing (UICISA:E), Researcher in Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal, **Leonardo J Labrague,** Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman, **Dr Viktor Vus,** Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine, **Dr Christina Papachristou,** Dipl. Psych., MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin, Berlin, Germany

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Συγκριτική μελέτη μέτρησης άγχους στους πολίτες μεταξύ Ελλάδας και Κύπρου
Comparative study measuring anxiety in citizens between Greece and Cyprus
Νικόλαος Μπακάλης, Ηλίας Μώλος, Ιζάουρα Παπά, Χριστιάνα Παπακυριακού, Αναστάσιος Τζεναλής **5**

Συγκριτική μελέτη γνωστικών λειτουργιών σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου ΙΙ: Συσχέτιση με κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες
Comparative study of cognitive functions in patients with Diabetes Mellitus Type II: Correlation with clinical and demographic factors
Χρήστος Μαρνέρας **15**

Αξιολόγηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε δομές του Λεκανοπεδίου της Αττικής
Evaluation of the factors related to the satisfaction of the users from the provided Primary Health Care services in structures of the Attica Basin
Αριστείδης Βασιλόπουλος, Ευαγγελία Κουλιάκη **22**

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – SYSTEMATIC REVIEW

Συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα μετά από χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος ισχίου: Συστηματική ανασκόπηση
Patient participation in care after hip fracture surgery: A systematic review
Κωνσταντίνα Γαμβρίλη, Αναστασία Παντελιδάκη, Αφροδίτη Σταράκη, Πέτρος Κολοβός **28**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Παράταση QT διαστήματος, πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία δίκην ριπιδίου και ψυχοτρόπα φάρμακα
QT interval prolongation, torsades de pointes and psychotropic medication
Θεοχάρης Χ. Κυζιρίδης **43**

Η πανδημία του κορωνοϊού και η δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων
The coronavirus pandemic and the creation of social inequalities
Ελισσάβετ Λυκούδη, Ελένη Κωνσταντινίδου **60**

Συγκριτική μελέτη μέτρησης άγχους στους πολίτες μεταξύ Ελλάδας και Κύπρου

Νικόλαος Μπακάλης[1], Ηλίας Μώλος[2], Ιζάουρα Παπά[3], Χριστιάνα Παπακυριακού[3], Αναστάσιος Τζεναλής[4]

1. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πατρών
2. Υποψήφιος Διδάκτορας, Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών, Υπεύθυνος Νοσηλευτής, MSc, Καρδιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπιείου Βούλας
3. Νοσηλεύτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πατρών
4. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού σε καθημερινά στρεσσογόνα γεγονότα που συνήθως οδηγεί σε Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (ΓΑΔ). Παρότι η Ελλάδα και η Κύπρος χαρακτηρίζονται για κοινά πολιτιστικά στοιχεία, υπάρχουν οικονομικές και κοινωνικές διαφορές που επηρεάζουν την καθημερινότητα των πολιτών.

Σκοπός: Να διαπιστώσει και να συγκρίνει τα επίπεδα άγχους σε πολίτες της Ελλάδας και της Κύπρου προκειμένου να εξακριβωθεί αν και κατά πόσο επηρεάζονται από τις καθημερινές κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες των δύο χώρων.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη στα Ελληνικά κλίμακα κατά Spielberger (State Trait Anxiety Inventory-STAI). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αξιολογούν την συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου-παροδικό άγχος (20 διαπιστώσεις), καθώς και την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα-μόνιμο άγχος (20 διαπιστώσεις). Το δείγμα (n= 450) ήταν πολίτες από Ελλάδα (nE=276) και Κύπρο (nK=174).Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο SPSS 25 με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0.05$.

Αποτελέσματα: Στην Ελλάδα και στην Κύπρο οι πολίτες έχουν μέτριο παροδικό άγχος (βαθμολογία 50 και 42 αντίστοιχα). Όσον αφορά το μόνιμο άγχος, οι Έλληνες πολίτες είχαν μέτριο (βαθμολογία 46), ενώ οι Κύπριοι χαμηλό (βαθμολογία 36). Αξιοσημείωτο είναι ότι οι γυναίκες βιώνουν και τα δύο αυτά συναισθήματα σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τους άντρες ($p<0.05$), οι Έλληνες βιώνουν μόνιμο άγχος σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους Κύπριους ($p<0.05$), ενώ οι έγγαμοι βιώνουν πιο έντονα συναισθήματα παροδικού άγχους σε σχέση με τους άγαμους ($p<0.05$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα έρευνα διαπίστωσε ότι οι πληθυσμοί και των δύο χώρων βίωσαν ψυχολογική κατάπτωση. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο οι Έλληνες βιώνουν λιγότερο έντονα αισθήματα όπως ανάπαυσης, ασφάλειας και ηρεμίας, δεδομένου το ότι η Ελλάδα βρέθηκε αντιμέτωπη πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με τέτοιες συνθήκες από ότι οι Κύπριοι πολίτες.

Λέξεις Κλειδιά: Άγχος, Ελλάδα, Κύπρος, πολίτες

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Νικόλαος Μπακάλης
e-mail: nikosbakalis@upatras.gr

Ημερομηνία υποβολής: 17/02/2022
Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Μπακάλης Ν., Μώλος Η., Παπά Ι., Παπακυριακού Χ. & Τζεναλής Α. (2022). Συγκριτική μελέτη μέτρησης άγχους στους πολίτες μεταξύ Ελλάδας και Κύπρου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(1): 5-14, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202211

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Σημεία που διαφοροποιούνται τα δύο τμήματα του ερωτηματολογίου Spielberger (παροδικό και μόνιμο άγχος)**
- **Χαμηλός έως μέτριος βαθμός ελέγχου άγχους**
- **Ερωτηματολόγια έγκυρα και αξιόπιστα ως εργαλεία μέτρησης**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια του άγχους δημιουργεί αρκετές δυσκολίες, καθώς δεν υπάρχει ένα γενικά αποδεκτό θεωρητικό υπόβαθρο από όλους και κάθε ερευνητής εισάγει δικούς του όρους για την κατανόηση του φαινομένου. Το άγχος εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις που τίθενται από το περιβάλλον, όπως τις αντιλαμβάνεται το άτομο, υπερβαίνουν τις δυνατότητες αντιμετώπισής τους από αυτό (Peters και συν 2017). Συχνά εκδηλώνεται με δυσάρεστες σωματικές ή ψυχικές αντιδράσεις λόγω έντασης, θυμού ή απογοήτευσης. Το άγχος συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ζωής, προηγείται και ακολουθεί κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα και επανέρχεται στη διάρκεια όλων των φάσεων της ανάπτυξης της προσωπικότητας (Polikandrioti & Koutsopoulou 2014).

Η υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος του άγχους αποδίδεται τόσο από επιστήμονες όσο και από απλούς ανθρώπους με διάφορους όρους όπως φόβος, αγωνία, απειλή και stress. Η συσχέτιση ανάμεσα σε αυτές τις έννοιες και το άγχος οδήγησε πολλούς μελετητές να ασχοληθούν με το χαρακτηρισμό, την ταύτιση, τις ομοιότητες ή τις διαφορές τους (Kupfer 2015). Η βιβλιογραφία αναλύει τις έννοιες του φόβου (Garcia 2017), της αγωνίας (Dylan 2016), της απειλής (Naghiyaee και συν 2020), της σύγχυσης (Wrzus & Roberts 2017) και του stress (Lecic-Tosevski 2011), οι οποίοι αποτελούν τα κυριότερα χαρακτηριστικά του άγχους. Οι κυριότεροι παράγοντες άγχους είναι το οικογενειακό περιβάλλον, οι αποτυχίες, η οικονομική κρίση, κάποιο πρόβλημα υγείας, η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η κακή διατροφή (Γιαννοπούλου 2020).

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ) είναι η ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ένα πλήθος ποικίλων οργανικών αντιδράσεων καθώς και από την ύπαρξη γενικευμένης, επίμονης και ακαθόριστης ανησυχίας, η οποία καλύπτει σχεδόν όλες τις δραστηριότητες του ατόμου (James 2017). Σύμφωνα με τους Tough και συν (2017) η διάγνωση της ΓΑΔ ορίζεται ως η ύπαρξη υπερβολικού άγχους και ανησυχίας που εμφανίζονται για περισσότερες από δύο ημέρες σε περίοδο 6 μηνών τουλάχιστον δίχως δυνατότητα ελέγχου τους. Επιπλέον σχετίζονται με τρία η περισσότερα από τα 6 παρακάτω συμπτώματα, όπως τα περιγράφει ο Dean (2016): 1.κινητική ανησυχία 2.εύκολη κόπωση, 3.δυσκολία στη συγκέντρωση ή το μυαλό αδειάζει λόγω άγχους 4. ευερεθιστότητα, 5. μυϊκή ένταση, 6. ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος. Όλα αυτά δημιουργούν μια κλινικά σημαντική δυσκολία ή αδυναμία σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς. Άξιο αναφοράς είναι ότι η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσα φυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας ή σε μια γενική παθολογική κατάσταση (North και συν 2016).

Η θεραπεία μπορεί να είναι φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική. Το πλεονέκτημα της φαρμακευτικής θεραπείας είναι ότι επιδρά γρήγορα, αλλά το μειονέκτημα είναι ότι, αν σταματήσει η θεραπεία, το άτομο υποτροπιάζει. Το πλεονέκτημα της ψυχοθεραπείας είναι ότι το άτομο υποτροπιάζει πολύ λιγότερο από ότι με τα φάρμακα, αλλά το μειονέκτημα είναι ότι αργεί να δράσει (Stein και συν 2021).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστώσουμε και να συγκρίνουμε κατά πόσο οι δυσχέρειες σε καθημερινό κοινωνικό-οικονομικό τομέα είναι ικανές να επηρεάσουν αρνητικά το άγχος σε πολίτες δύο διαφορετικών χωρών συγκεκριμένα της Ελλάδας και της Κύπρου. Χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος, και συγκεκριμένα το έγκυρο και σταθμισμένο στα Ελληνικά ερωτηματολόγιο του Spielberger (State Trait Anxiety Inventory for adults - STAI), με υψηλό δείκτη αξιοπιστίας σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτό αποδείχτηκε και στην παρούσα έρευνα όπου η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Cronbach's α) κυμαινόταν από 0,842 έως 0.879. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα και έχει σταθμιστεί από τους Liako & Giannitsi (1984) και πιο πρόσφατα από τους Fountoulakis και συν (2006).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο ενότητες, επί συνόλου 40 ερωτήσεων και αντιστοίχως διαβαθμισμένων απαντήσεων (τύπου Likert - 1=καθόλου, 2=σε κάποιο βαθμό, 3=μέτρια, 4=πάρα πολύ). Στην πρώτη υποκλίμακα του παροδικού άγχους - State (20 ερωτήσεων), αξιολογούνται οι καταστάσεις που περιγράφεται η ψυχολογική κατάσταση εκείνης της στιγμής, ενώ στη δεύτερη υποκλίμακα, περιγράφεται το μόνιμο άγχους - Trait (20 ερωτήσεων), περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου γενικά. Το συ-

νολικό άγχος, αξιολογείται από το σύνολο των 40 ερωτήσεων, προσδίδοντας αθροιστικά η κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά τελική βαθμολογία (εύρους 20 έως 80). Τελική βαθμολογία (20-39) υποδεικνύει χαμηλό άγχος, βαθμολογία (40-59) υποδεικνύει μέτριο άγχος, ενώ η βαθμολογία μεγαλύτερη του 60 υποδεικνύει τη παρουσία υψηλού άγχους (Spielberger 1972).

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ενημερωτικό φύλλο στο οποίο παρείχε οδηγίες για την συμπλήρωσή του, ενώ διευκρίνιζε θέματα εμπιστευτικότητας και εθελοντική συμμετοχή. Τέλος, το ερωτηματολόγιο είχε ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μόρφωση, απασχόληση, και οικογενειακό εισόδημα.

Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας και συγκεκριμένα ευκολίας λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων. Το δείγμα μας ήταν πολίτες από Ελλάδα (nE= 276) και Κύπρο (nK= 174). Συγκεκριμένα το δείγμα ήταν από δύο πόλεις της Ελλάδας (Αθήνα και Πάτρα) και της Κύπρου (Λευκωσία και Λάρνακα). Επιλέξαμε μεγάλες πόλεις έτσι ώστε να είναι εύκολα προσβάσιμες και ευελπιστώντας σε μεγαλύτερη συμμετοχή πολιτών.

Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το τελευταίο τρίμηνο του 2019. Η παρούσα έρευνα έλαβε άδεια από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών. Αφού καθορίστηκαν τα σημεία στα οποία θα διεξαγόταν η ερευνητική διαδικασία (πολυσύχναστοι δρόμοι, εμπορικά κέντρα, πλατείες), οι ερευνητές προσέγγιζαν τους πολίτες. Γινόταν ενημέρωση για τον σκοπό της έρευνας, την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και την εθελοντική τους συμμετοχή. Μετά την συγκατάθεση τους, συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο. Διευκρινιστικές ερωτήσεις δεν υπήρχαν. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε στα 10-15 λεπτά.

Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία και την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 25. Ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του κάθε ερωτηματολογίου (Cronbach's alpha), ενώ εφαρμόστηκε T-test και One way ANOVA έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν έλεγχοι υποθέσεων για τους μέσους των παραγόντων, και πιο συγκεκριμένα σε συγκρίσεις των μέσων όρων των συναισθημάτων που νιώθουν τα άτομα ως προς τις κλάσεις/γκρουπ των δημογραφικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 31 έως 45 ετών (40.2% στην Ελλάδα και 37.3% στη Κύπρο), ήταν έγγαμοι (47.8% στην Ελλάδα και 55.1% στη Κύπρο), εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα (38% στην Ελλάδα και 40.8% στην Κύπρο) και δεν είχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (69.9% στην Ελλάδα και 69.5% στην Κύπρο). Τέλος, το οικογενειακό τους εισόδημα κυμαινόταν από 5.000-15.000 € (56.5% στην Ελλάδα και 51.6% στην Κύπρο), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν γυναίκες (58.3%) και στην Κύπρο άνδρες (52.2%).

Παραγοντική ανάλυση

Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α για το ερωτηματολόγιο συνολικά και για τις 40 ερωτήσεις, βρέθηκε ίσος με 0.919, ο οποίος θεωρείται υψηλός. Στην υποενότητα που εκτιμάται η στιγμιαία ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, ο συντελεστής α βρέθηκε ίσος με 0.879, ενώ στην δεύτερη υποενότητα που εκτιμάται η γενική ψυχολογική κατάσταση του ατόμου ήταν 0.842.

Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση

Έγινε εκτίμηση των παραγόντων και στις δύο περιπτώσεις (παροδικό ή μόνιμο άγχος) με την μέθοδο των κυρίων συνιστωσών (PCA), ενώ παράλληλα πραγματοποιήθηκε ορθογώνια περιστροφή των αξόνων στο σύνολο των μεταβλητών, σύμφωνα με την οποία ελαχιστοποιείται το πλήθος των μεταβλητών που έχουν υψηλές επιβαρύνσεις για κάθε παράγοντα, έτσι ώστε να έχουμε καλύτερη ερμηνεία των παραγόντων.

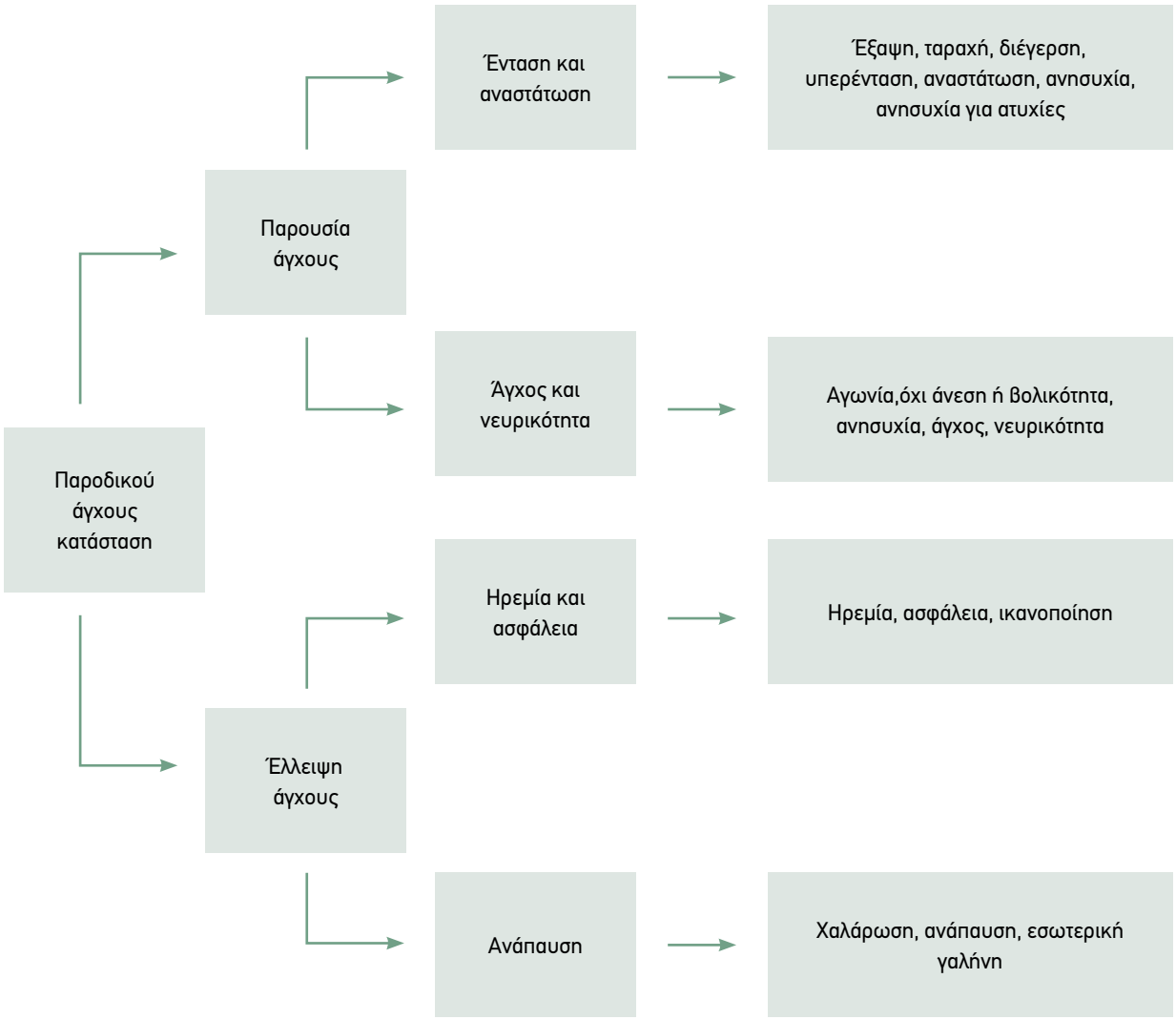
α) State Anxiety Inventory

Χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης KMO (0,884) που δείχνει ότι το δείγμα είναι επαρκές για να εφαρμοστεί παραγοντική ανάλυση. Παράλληλα, για να επιβεβαιώσουμε την σημαντικότητα των συσχετίσεων των δεδομένων μας, υπολογίστηκε η μέτρηση Bartlett's Test of Sphericity (x^2=2671.41, df=153, p<0.05), η οποία έδειξε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα.

Τέλος από την παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου, με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων Equamax, βρέθηκαν ότι υπάρχουν 4 παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 55% της συνολικής διακύμανσης. Από αυτούς τους παράγοντες οι δύο σχετίζονται με την παρουσία παροδικού άγχους, ενώ οι άλλοι δύο με την απουσία παροδικού άγχους και άρα την παρουσία θετικών συναισθημάτων.

Στο διάγραμμα 1 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι παράγοντες που βρέθηκαν με την ερμηνεία τους.

Διάγραμμα 1.



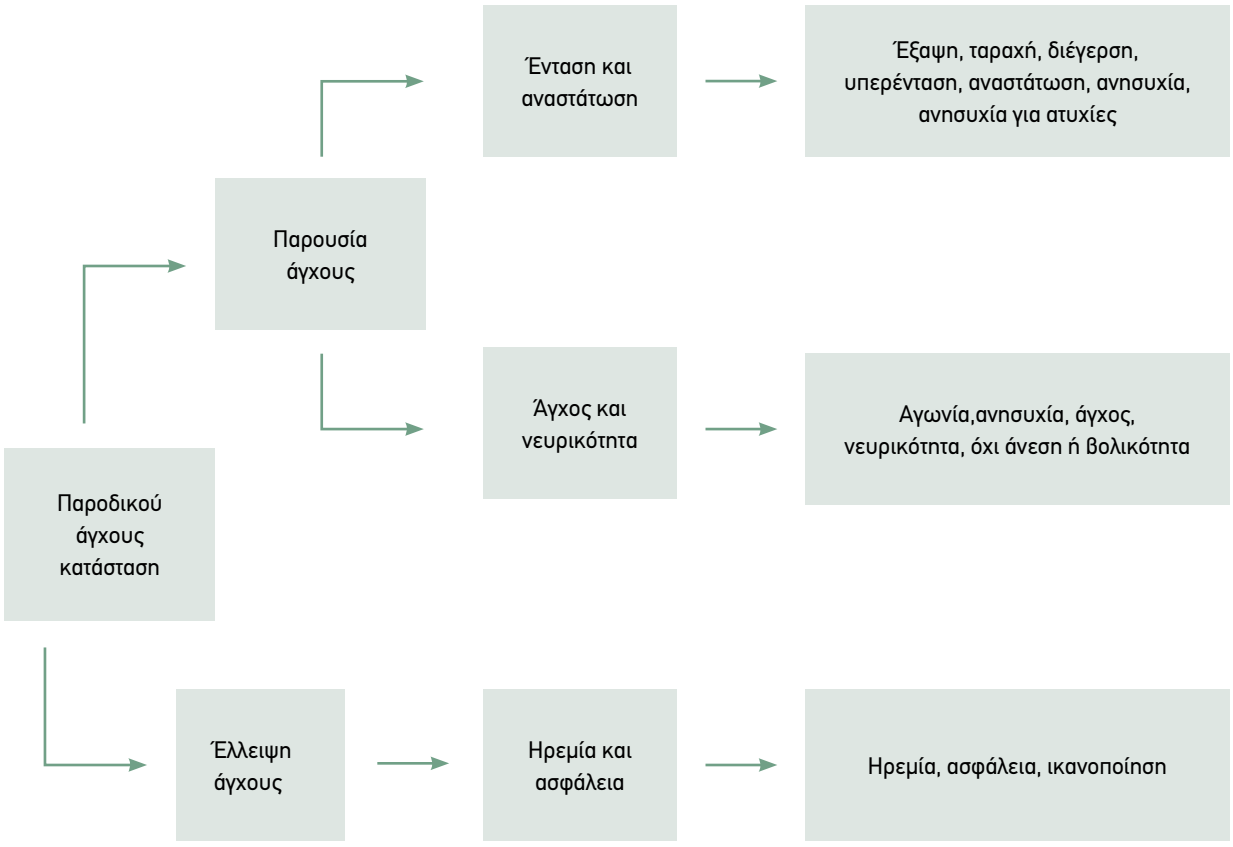
β) Trait Anxiety Inventory

Όσον αφορά την κατάσταση μόνιμου άγχους το δείγμα κρίνεται κατάλληλο για παραγοντική ανάλυση δεδομένου ότι ο δείκτης KMO είναι ίσος με 0.874, ενώ ταυτόχρονα η μέτρηση Bartlett Test of Sphericity (x^2=2018.33, df=120, p<0.05), δείχνει στατιστική σημαντικότητα.

Από την παραγοντική ανάλυση της εξεταζόμενης υποκλίμακας του ερωτηματολογίου, με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων Varimax, βρέθηκαν ότι υπάρχουν 3 παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 48.421% της συνολικής διακύμανσης. Από αυτούς τους παράγοντες οι δύο σχετίζονται με την παρουσία άγχους γενικά στη ζωή του ατόμου, ενώ ο άλλος με την απουσία άγχους και την παρουσία θετικών συναισθημάτων.

Στο διάγραμμα 2 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι παράγοντες που βρέθηκαν, από αυτή την υποκλίμακα, με την ερμηνεία τους.

Διάγραμμα 2.



T-Tests & ANOVA

Πίνακας 1: Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων παροδικής ανάπαυσης και γενικευμένου αισθήματος ανασφάλειας & ταραχής, ανά φύλο

	Φύλο		
	Άνδρες	Γυναίκες	
	M.O.	M.O.	t (df=448)
Ανάπαυση (State)	2,48	2,34	1,95*
Ανασφάλεια & Ταραχή (Trait)	2,57	2,40	2,67**

*Σημείωση: * p <0,05, ** p <0,01*

Σε ό,τι αφορά το φύλο, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των συναισθημάτων παροδικής ανάπαυσης ($p<0.05$) και της γενικευμένης ανασφάλειας και ταραχής των πολιτών ($p<0.01$) ανάμεσα στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο οι γυναίκες βιώνουν και τα δύο αυτά συναισθήματα σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τους άντρες.

Πίνακας 2: Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων παροδικής ανάπαυσης, παροδικής ασφάλειας & ηρεμίας και γενικευμένου αισθήματος ανασφάλειας & ταραχής, ανά χώρα

	Χώρα		
	Ελλάδα	Κύπρος	
	Μ.Ο.	Μ.Ο.	t (df=448)
Ανάπαυση (State)	2,33	2,52	-3,006**
Ανασφάλεια & Ταραχή (Trait)	2,39	2,60	-2,637**
Ασφάλεια * Ηρεμία (State)	2,36	2,57	-3,296**

*Σημείωση: ** p <0,01*

Σε ό,τι αφορά την χώρα από την οποία προέρχονται οι πολίτες, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των συναισθημάτων παροδικής ανάπαυσης (p<0.01), παροδικής ασφάλειας και ηρεμίας (p<0.01) και της γενικευμένης ανασφάλειας και ταραχής των πολιτών (p<0.01), ανάμεσα στις δύο χώρες. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο οι Έλληνες βιώνουν και τα τρία αυτά συναισθήματα σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τους Κύπριους.

Πίνακας 3: Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων παροδικής έντασης & αναστάτωσης και γενικευμένου Συναισθηματικού & Γνωστικού Άγχους, ανάλογα με την ύπαρξη παιδιών

	Παιδιά		
	Ναι	Όχι	
	Μ.Ο.	Μ.Ο.	t (df=448)
Ένταση & Αναστάτωση (State)	2,45	2,29	2,375**
Συναισθηματικό & Γνωστικό Άγχος (Trait)	2,44	2,30	2,169*

*Σημείωση: * p < 0,05, ** p <0,01*

Σε ό,τι αφορά το αν κάποιος έχει παιδιά, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των συναισθημάτων παροδικής έντασης και αναστάτωσης (p<0.01) και του γενικευμένου συναισθηματικού και γνωστικού άγχους (p<0.05). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο όσοι έχουν παιδιά βιώνουν και τα δύο αυτά συναισθήματα σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με όσους δεν έχουν.

Πίνακας 4: Μέσοι όροι και τιμή t των παραγόντων παροδικής έντασης & αναστάτωσης και της παροδικής ασφάλειας & ηρεμίας, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή Κατάσταση		
	Άγαμοι	Έγγαμοι	
	Μ.Ο.	Μ.Ο.	t (df=415)
Ένταση & Αναστάτωση (State)	2,28	2,45	-2,410*
Ασφάλεια & Ηρεμία (State)	2,53	2,36	2,444*

*Σημείωση: * p < 0,05*

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των συναισθημάτων παροδικής έντασης και αναστάτωσης (p<0.05) και της παροδικής ασφάλειας και ηρεμίας (p<0.05). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο οι έγγαμοι βιώνουν πιο έντονα συναισθήματα παροδικής έντασης και αναστάτωσης σε σχέση με τους άγαμους, ενώ οι άγαμοι βιώνουν πιο έντονα συναισθήματα παροδικής ασφάλειας και ηρεμίας σε σχέση με τους έγγαμους.

Πίνακας 5: Μέσοι όροι και ANOVA των παραγόντων παροδικής Έντασης & Αναστάτωσης και του παροδικού αισθήματος άγχους & νευρικότητας, ανά επίπεδο εκπαίδευσης

	Εκπαίδευση			
	Απόφοιτος Γυμνασίου	Απόφοιτος Λυκείου	Απόφοιτος ΑΕΙ	
	Μ.Ο.	Μ.Ο.	Μ.Ο.	F-Test
Ένταση & Αναστάτωση (State)	2,70	2,32	2,35	5,707**
Άγχος & Νευρικότητα (State)	2,85	2,45	2,50	6,911**

*Σημείωση: ** p < 0,01*

Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των συναισθημάτων παροδικής έντασης, αναστάτωσης, άγχος και νευρικότητας των συμμετεχόντων ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες εκπαιδευτικού επιπέδου (p<0.01). Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι γυμνασίου τείνουν να νιώθουν περισσότερη παροδική ένταση, αναστάτωση, άγχος και νευρικότητα σε σχέση με τους απόφοιτους λυκείου και τους απόφοιτους ΑΕΙ.

Πίνακας 6: Μέσοι όροι και ANOVA των παραγόντων παροδικής Έντασης & Αναστάτωσης και γενικευμένου συναισθηματικού & γνωστικού άγχους, ανάλογα με το επίπεδο οικογενειακού εισοδήματος

	Οικογενειακό Εισόδημα					
	< 5.000	5.001-10.000	10.001-20.000	20.001-40.000	40.000	
	Μ.Ο.	Μ.Ο.	Μ.Ο.	Μ.Ο.	Μ.Ο.	F-Test
Ένταση & Αναστάτωση (State)	**2,50**	2,38	**2,22**	2,34	**1,96**	4,008**
Συναισθηματικό & Γνωστικό Άγχος (Trait)	**2,49**	2,35	**2,24**	2,37	**1,97**	3,637**

*Σημείωση: ** p < 0,01*

Οι διαφορές στους μέσους όρους τόσο στην περίπτωση των συναισθημάτων παροδικής έντασης και αναστάτωσης όσο και στα συναισθήματα γενικευμένου συναισθηματικού και γνωστικού άγχους εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα με οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των 5.000€ και τα άτομα με οικογενειακό εισόδημα 10.001-20.000€ και >40.000€ (p<0.01). Δηλαδή τα άτομα με μικρότερο εισόδημα βιώνουν πιο έντονα συναισθήματα παροδικής έντασης και αναστάτωσης αλλά και γενικευμένου συναισθηματικού και γνωστικού άγχους σε σχέση με τις κατηγορίες ατόμων με οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο των 40.000€ ή στο εύρος τιμών 10.001€ -20.000€.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα διαπίστωσε ότι οι έγγαμοι είχαν μεγαλύτερο σκορ αναφορικά με τον δείκτη αυτών των ψυχολογικών αρνητικών συναισθημάτων συγκριτικά με τους άγαμους. Αντίστοιχα συμπεράσματα έγραψε ο Kupfer (2015) και επεσήμαναν ότι η φροντίδα της οικογένειας συνιστά φορτίο για τον έγγαμο γονέα.

Επιπλέον, το μηνιαίο εισόδημα επηρέασε τους δείκτες του συναισθηματικού και γνωστικού άγχους, της κατάθλιψης και της απελπισίας στους εργαζομένους. Οι δείκτες ήταν ιδιαίτερα αυξημένοι στους εργαζόμενους με χαμηλότερο εισόδημα κάτω από 5000 δηλαδή μέχρι 450 ευρώ το μήνα. Η εργασιακή ανασφάλεια και ιδιαίτερα, οι περιορισμένες οικονομικές απολαβές έχουν συσχετιστεί με την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών στο εργατικό δυναμικό στη διεθνή βιβλιογραφία και κυρίως όσον αφορά τις χώρες του δυτικού κόσμου (László και συν 2010, Yiengprugsawan και συν 2015).

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που δεν πρέπει να παραλειφθεί έχει να κάνει με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελούσε ανέκαθεν σημαντικό παράγοντα διακύμανσης της έντασης και του άγχους όπως και αυτών της έντασης και της νευρικότητας. Τα εν λόγω ευρήματα αντιστοιχούν και σε άλλες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Αιτία αυτή της σχέσης αναδεικνύεται η έλλειψη των προσόντων των εν λόγω ατόμων να ανταποκριθούν επαρκώς τόσο στον επαγγελματικό όσο και στον οικογενειακό στίβο (Chen και συν 2012, Economou και συν 2013).

Αξίζει να αναφερθεί ότι η επίδραση του φύλου φάνηκε ότι ήταν σημαντική στην ψυχολογική διάθεση των ανθρώπων. Δηλαδή, οι γυναίκες παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ανάπαυσης και άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες. Ο Knopp (2016) αναφέρει ότι οι άνεργοι και

έγγαμοι άνδρες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εκδήλωση του άγχους. Μάλιστα, οι Hauksdottir και συν (2013) εκτίμησαν υψηλά επίπεδα άγχους ιδιαίτερα μεταξύ των ανδρών ανεξαρτήτως εργασιακής κατάστασης μετά την οικονομική κατάρρευση στην Ισλανδία.

Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο που ερμηνεύει το γεγονός ότι οι άνδρες βιώνουν σε υψηλότερο ποσοστό άγχος είναι η αύξηση της ανεργίας πρωτίστως στους άνδρες. Είναι αλήθεια ότι ψυχολογικό κόστος και το επακόλουθο στίγμα αυξάνονται, όταν η ανεργία και η οικονομική ανασφάλεια λαμβάνουν προεκτάσεις κοινής παραμέτρου για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (Drydakis 2015)

Περιορισμοί της μελέτης

Ο πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν ο μικρός αριθμός του δείγματος. Αν και η έρευνα παρείχε σημαντικές και χρήσιμες πληροφορίες, κρίνεται αναγκαίο στο μέλλον η επίτευξη παρόμοιας έρευνας με μεγαλύτερο δείγμα. Η έλλειψη οικονομικών πόρων καθώς και η δυσκολία στο να βρεθούν άτομα πρόθυμα να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια ανάγκασε τους ερευνητές να περιορίσουν το δείγμα σε μικρότερο αριθμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι πληθυσμοί και των δύο χώρων βίωσαν μεγάλη ψυχολογική κατάπτωση από τις πρωτόγνωρες συνθήκες οικονομικής ανασφάλειας που βίωσαν. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο οι Έλληνες βιώνουν λιγότερο έντονα αισθήματα όπως ανάπαυσης, ασφάλειας και ηρεμίας, δεδομένου ότι η χώρα τους βρέθηκε αντιμέτωπη πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με τέτοιες συνθήκες από ότι οι Κύπριοι μέχρι και σήμερα. Καθώς η οικονομική ύφεση συνεχίζεται και το ποσοστό της φτώχειας αυξάνεται, το κοινωνικοοικονομικό χάσμα διευρύνεται μεταξύ των πολιτών στις σύγχρονες κοινωνίες με αποτέλεσμα τη ραγδαία αύξηση του επιπολασμού των κοινών ψυχικών διαταραχών.

Ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, παραδείγματος χάριν οι γυναίκες, οι έγγαμοι με παιδιά και οι ανεκπαίδευτοι, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι. Στόχος, λοιπόν, των εθνικών κυβερνήσεων θα πρέπει να είναι η κοινωνική ενσωμάτωση των ευάλωτων ανθρώπων και η κοινωνική συνοχή (Martin και συν 2016). Συνεπώς, η ικανότητα μιας κοινότητας μέσα από τις στοχευμένες προσπάθειες των εκάστοτε υπευθύνων που την διοικούν είναι να κατορθώσει μέσα από ένα συνδυασμό προσωπικών και συλλογικών προσπαθειών των κατοίκων της να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε όλων των ειδών τις ενδεχόμενες αρνητικές αλλαγές που θα προκύψουν. Αυτό οδηγεί ομάδες κατοίκων της κοινότητας που πιθανόν να είχαν περιθωριοποιηθεί να έχουν ενεργό ρόλο σε αυτήν και να επηρεάζουν την μελλοντική πορεία της (Lahad και συν 2016).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Chen L., Li W., He J., Wu L., Yan Z. & Tang W. (2012). Mental health, duration of unemployment, and coping strategy: a cross-sectional study of unemployed migrant workers in eastern China during the economic crisis. BMC Public Health. doi:10.1186/1471-2458-12-597.

Dean E. (2016).*Anxiety.* Nurs Stand. 13;30(46):15. doi: 10.7748/ns.30.46.15.s17.

Drydakis N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. Social Science & Medicine, 128, 43-51. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.12.025.

Dylan E. (2016). *Εισαγωγικό λεξικό της Λακανικής Ψυχανάλυσης*, Εκδόσεις Routledge.

Economou M., Madianos M., Peppou E., Theleritis C., Patelakis A. & Stefanis C. (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. World Psychiatry. 12(1), 53–59. doi: 10.1002/wps.20016.

Fountoulakis KN., Papadopoulou M., Kleanthous S., Papadopoulou A., Bizeli B., Nimatoudis I., Iacovides A. & Kaprinis GS. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the state-trait anxiety inventory form Y: preliminary data. Annals of General Psychiatry, 5(2). doi: 10.1186/1744-859X-5-2.

Garcia R. (2017). *"Neurobiology of fear and specific phobias".* Learn Mem. 24 (9):462-471 doi:10.1101/lm.044115.116. PMC 5580526. PMID 28814472.

Giannopoulou I. (2020). The Ten Steps to Better Behavior as a Tool for Preventing Mental Health Problems. Brain, 57, 37-43.

Hauksdóttir A., McClure C., Jonsson S., Olafsson O. & Valdimarsdóttir U. (2013). Increased stress among women following an economic collapse--a prospective cohort study. Am J Epidemiol, May 1;177 (9):979-88. doi: 10.1093/aje/kws347.

James J. (2017). Update on the Society for Disaster Medicine and Public Health. Disaster Med Public Health Prep.11(3):278. doi: 10.1017/dmp.2017.87.

Knopp K. (2016). Exploring the relationship of emotional intelligence with mental health status in polish unemployed persons – differences between men and women. Polish Psychological Bulletin, 47(4), 436–444. DOI:10.1515/ppb-2016-0051.

Kupfer DJ. (2015). Anxiety and DSM-5. Dialogues Clin Neurosci, Sep;17(3):245-6. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/dkupfer.

László KD., Pikhart H., Kopp MS., Bobak M., Pajak A. & Malyutina S. (2010). Job insecurity and health: A study of 16 European countries. Social Science Medicine, 70(6- 3), 867–874. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.022.

Lahad M., Cohen R., Fanaras S. Leykin D. & Apostolopoulou P. (2016). Resiliency and Adjustment in Times of Crisis, the Case of the Greek Economic Crisis from a Psychosocial and Community Perspective. Social Indicators Research. doi: 10.1007/s11205-016- 1472-5.

Lecic-Tosevski D., Vukovic J. & Stepanovic J. (2011). *"Stress and personality". Psychiatriki*; 22(4):290-7. PMID: 22271841.

Liakos A. & Giannitsi S. (1984). Reliability and validity of the modified Greek scale of Spielberger. Brain 21: 71-76.

Martin-Carrasco M., Evans-Lacko S., Dom G., Christodoulou N., Samochowiec J. & GonzálezFraile E. (2016). EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience, 266(2), 89-124. DOI: 10.1007/s00406-016-0681-x.

Naghiyaee M., Bahmani B. & Asgari A. (2020). The Psychometric Properties of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in Patients with Life-Threatening Illnesses. The Scientific World Journal, Volume 2020, 1-8. doi.org/10.1155/2020/8361602.

North CS., Surís AM., Smith RP. & King RV. (2016). The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. Ann Clin Psychiatry.;28(3):197-208. PMID: 27490836.

Peters A., McEwen B. & Friston K. (2017). Uncertainty and stress: *Why it causes diseases and how it is mastered by the brain.* Prog Neurobiol., Sep; 156:164-188. doi: 10.1016/j.pneurobio.

Polykandrioti M. & Koutsopoulou V. (2014). Anxiety in non-psychiatric patients. BIMA TOU ASKLIPIOU, (13) 1,62-64.

Stein DJ., Kazdin AE., Ruscio AM., Chiu WT., Sampson NA., Ziobrowski HN., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A., Alonso J., Altwaijri Y., Bruffaerts R., Bunting B., de Girolamo G., de Jonge P., Degenhardt L., Gureje O., Haro JM., Harris MG., Karam A., Karam EG., Kovess-Masfety V., Lee S., Medina-Mora ME., Moskalewicz J., Navarro-Mateu F., Nishi D., Posada-Villa J., Scott KM., Viana MC., Vigo DV., Xavier M. & Kessler RC. (2021). Perceived helpfulness of treatment for generalized anxiety disorder: a World Mental Health Surveys report. BMC Psychiatry. 2021 Aug 9;21(1):392. doi: 10.1186/s12888-021-03363-3.

Tough H., Siegrist J. & Fekete C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review BMC Public Health.8;17(1):414. doi: 10.1186/s12889-017-4308-6.

Spielberger CD. (1972). Anxiety as an emotional state. In C.D Spielberger (Ed) Anxienty: Current trends in theory and research, Vol.1,pp 23-49, New York Academic Press. http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5.

Wang JL., Smailes E., Sareen J., Fick GH., Schmitz N. & Patten SB. (2010). The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review, 55(9), 598–605. DOI: 10.1177/070674371005500908.

Wrzus C. & Roberts BW. (2017). *Processes of Personality Development in Adulthood: The TESSERA Framework.* Pers Soc Psychol Rev.;21(3):253-277. doi: 10.1177/1088868316652279.

Yiengprugsawan V., Lazzarino AI., Steptoe A., Seubsman S. & Sleigh AC. (2015). Psychosocial job characteristics, wealth, and culture: differential effects on mental health in the UK and Thailand. Globalization and Health, 11(31). doi: 10.1186/s12992-015-0116-x.

RESEARCH ARTICLE

Comparative study measuring anxiety in citizens between Greece and Cyprus

Nikolaos Bakalis[1], Ilias Molos[2], Izaoura Papa[3], Christiana Papakyriakou[3], Anastasios Genalis[4]

1. Associate Professor, Department of Nursing, University of Patras
2. Doctoral candidate, Department of Nursing, University of Patras, MSc Nurse Manager, Cardiology Department, Asklipieio Voula General Hospital
3. Nurse, Department of Nursing, University of Patras
4. Assistant Professor, Department of Nursing, University of Patras

ABSTRACT

Introduction: Stress is a normal reaction of the body to daily stressful events that usually leads to Generalized Anxiety Disorder (GAD). Although Greece and Cyprus dispose common cultural elements, there are economic and social differences that affect the daily lives of citizens.

Aims: To identify and compare the stress levels in citizens of Greece and Cyprus in order to evaluate whether and to what extent these levels are influenced by the daily socio-economic circumstances of each country.

Methodology: The Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI) was used which has been used and evaluated in Greek language. The questionnaire composed of 40 statements, which measure the emotional state of the participant at the time of filling in the questionnaire-state anxiety (20 statements), as well as the emotional state of the person in general-trait anxiety (20 statements). The sample (n = 450) were citizens from Greece (nG = 276) and Cyprus (nC = 174). The statistical package SPSS 25 was used to analyze the data with a level of statistical significance $p < 0.05$.

Results: In Greece and Cyprus, citizens have moderate state anxiety (score 50 and 42 respectively). Regarding trait anxiety, Greek citizens had a moderate level (score 46), while Cypriots had a low level (score 36). It is worth noting that women experience both of these emotions to a lesser extent than men ($p < 0.05$), Greeks experience permanent stress to a greater level than Cypriots ($p < 0.05$), while married people experience more state anxiety compared to single ($p < 0.05$).-

Conclusions: The present research found that citizens in both countries experienced a psychological depression mood. In particular, it was observed that Greeks experience less intense feelings such as rest, security and calm due to the fact that Greece was faced with such conditions for much longer time than Cypriot's citizens.

Key words: Anxiety, Greece, Cyprus, citizens

Corresponding author: Nikolaos Bakalis
e-mail: nikosbakalis@upatras.gr

Date of submission: 17/02/2022
Publication date: March 2022

Citation: Bakalis N., Molos I., Papa I., Papakyriakou C. & Genalis A. (2022). Comparative study measuring anxiety in sitizens between Greece and Cyprus. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(1): 5-14, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202211

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Συγκριτική μελέτη γνωστικών λειτουργιών σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου ΙΙ: Συσχέτιση με κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες

Δρ. Χρήστος Μαρνέρας
Νοσηλευτής, Υποδιευθυντής Β' Παθολογικού Τομέα, Π.Γ.Ν. Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Μεγάλη σειρά μελετών έχει αναφέρει από ήπια έως μέτρια γνωστικά ελλείμματα σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου ΙΙ, συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη συγκρίθηκαν οι γνωστικές λειτουργίες Ελλήνων ασθενών με ΣΔ ΙΙ με μία δημογραφικά εξισωμένη ομάδα φυσιολογικών υποκειμένων. Διερευνήθηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που επιδρούν στη γνωστική λειτουργία καθώς και η ποιότητα ζωής τους.

Υλικό και μέθοδος: Συμμετείχαν 44 ασθενείς διαγνωσμένοι με ΣΔ ΙΙ και 28 υγιή άτομα. Η ασθενής και η υγιής ομάδα αξιολογήθηκαν με περιεκτική συστοιχία νευροψυχολογικών δοκιμασιών. Χορηγήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης του Beck και το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής WHOQOL-BREF.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς διέφεραν σημαντικά από τους υγιείς στα πεδία της επεισοδιακής μνήμης, λεκτικής ευχέρειας, ενεργού μνήμης, νοητικής ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών και επιτελικής λειτουργίας. Αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι τα επίπεδα HbA1C, η αλληλεπίδραση ηλικίας, εκπαίδευσης και προνοσηρού νοητικού δυναμικού εξηγούν υψηλά ποσοστά διακυμάνσεων στις γνωστικές δυσλειτουργίες. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με βαρύτερα γνωστικά ελλείμματα είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Η γνωστική δυσλειτουργία μπορεί να θεωρηθεί μια σημαντική επιπλοκή σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου ΙΙ. Η πληροφόρηση του διαβητικού ασθενή σχετικά με την ισχυρή πιθανότητα εκδήλωσης γνωστικής δυσλειτουργίας και η διερεύνηση της κλινικής σημαντικότητας και των επιπτώσεων των γνωστικών διαταραχών στην καθημερινή λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών είναι μείζονος σημασίας.

Λέξεις Κλειδιά: Γνωστική δυσλειτουργία, ποιότητα ζωής, ΣΔ ΙΙ

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Χρήστος Μαρνέρας
e-mail: marneras2003@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 28/12/2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Μαρνέρας Χ. (2022). Συγκριτική μελέτη γνωστικών λειτουργιών σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου ΙΙ: Συσχέτιση με κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(1): 15-21, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202212

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι ασθενείς με σακχαρώδη τύπου ΙΙ διαφέρουν σημαντικά από τους υγιείς στα πεδία της επεισοδιακής μνήμης και στη νοητική επεξεργασία πληροφοριών**
- **Τα γνωστικά ελλείμματα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με σακχαρώδη τύπου ΙΙ**
- **Η συνδυαστική επίδραση της ηλικίας και του επιπέδου εκπαίδευσης επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής αυτής της πληθυσμιακής ομάδας**
- **Η πληροφόρηση του διαβητικού ασθενούς σχετικά με την παρουσίαση γνωστικών διαταραχών στην καθημερινότητά του είναι ζωτικής σημασίας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και ο Σακχαρώδης Διαβήτης μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες για τη ζωή καρδιαγγειακές και νεφρικές επιπλοκές, επιτυχημένες παρεμβάσεις επιτρέπουν στον διαβητικό ασθενή να επιτύχει φυσιολογικό προσδόκιμο και ποιότητα ζωής (Biessels, Deary & Ryan 2008). Υπάρχουν, ωστόσο, ισχυρές ενδείξεις στη βιβλιογραφία ότι οι διαβητικοί ασθενείς παρουσιάζουν προδιάθεση ανάπτυξης γνωστικής δυσλειτουργίας (Lee et al 2014).

Παρά τις πολλές ομοιότητες στη γνωστική δυσλειτουργία ανάμεσα σε ασθενείς με ΣΔ Ι και ΣΔ ΙΙ, τόσο το μοτίβο όσο και η σοβαρότητα της γνωστικής έκπτωσης διαφέρουν (McCrimmon, Ryan & Frier 2012). Σημαντικός αριθμός μελετών αναφέρουν ήπια έως μέτρια γνωστικά ελλείμματα σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ συγκριτικά με ομάδες φυσιολογικών υποκειμένων (Saczynski et al 2008, Palta et al 2014, Koekhoek et al 2015). Τα πεδία με τα πιο συχνά γνωστικά ελλείμματα φαίνεται να είναι η επεισοδιακή λεκτική μνήμη και ειδικότερα η καθυστερημένη ανάκληση λεκτικού υλικού μετά από περίοδο 30 λεπτών, η νοητική ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών και οι επιτελικές λειτουργίες (Palta et al 2014). Τα ευρήματα όσον αφορά τα υπόλοιπα γνωστικά πεδία (άμεση ανάκληση, μη λεκτική μνήμη, λεκτική ευχέρεια, επιτελικές λειτουργίες, ακουστική και οπτική προσοχή) είναι διφορούμενα (Saczynski et al 2008, Palta et al 2014). Σε ορισμένες μελέτες έχουν βρεθεί συσχετίσεις μεταξύ των γνωστικών ελλειμμάτων στους ασθενείς με ΣΔ ΙΙ και των επιπέδων υπεργλυκαιμίας, της ηλικίας, της διάρκειας της νόσου, της μορφής θεραπείας και της συνοσηρότητας (Biessels et al 2002).

Όσον αφορά τη σχέση της γνωστικής δυσλειτουργίας με την ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών, έχουν διαπιστωθεί συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης, της διάρκειας της νόσου και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (Mansur et al 2018, Prassana et al 2018). Η μεγαλύτερη διάρκεια της διαβητικής νόσου, η επιβαρυμένη γενική υγεία, το γυναικείο φύλο αποτελούν παράγοντες κινδύνου του χαμηλότερου επιπέδου ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ (Zurita–Cruz et al 2018, Al Hayek et al 2014). Σε μια από τις ελάχιστες μελέτες με χρήση του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF παρατηρήθηκε ότι η ποιότητα ζωής ήταν φτωχότερη στους ηλικιωμένους διαβητικούς ασθενείς με συνοσηρότητα Ήπιας Γνωστικής Διαταραχής, με τα σημαντικότερα πεδία έκπτωσης να αφορούν την ψυχολογική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις (Aithal et al 2018).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην έρευνα συμμετείχαν 44 ασθενείς του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών και της Μονάδας Ενδοκρινολογίας του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών διαγνωσμένοι με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου ΙΙ και 28 υγιή άτομα. Τα κριτήρια συμπερίληψης των ασθενών με ΣΔ ΙΙ στη μελέτη ήταν τα εξής: α) να έχουν διαγνωστεί με ΣΔ ΙΙ, β) να μη έχουν ιστορικό μείζονων ψυχιατρικών διαταραχών, γ) να μην έχουν άνοια, δ) να είναι φυσικοί ομιλητές της Ελληνικής, ε) να είναι από 35 έως 60 ετών και να έχουν φυσιολογική όραση και ακοή και στ) να δεχθούν γραπτά ότι θα συμμετάσχουν στην μελέτη. Τα κριτήρια συμπερίληψης των υγιών συμμετεχόντων ήταν να μη έχουν ιστορικό οποιασδήποτε διαταραχής που μπορεί να επηρεάσει τις γνωστικές λειτουργίες και τα προαναφερθέντα κριτήρια δ, ε και στ. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρατίθενται στους Πίνακες 1 και 2.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητή	Διαβητικοί	Υγιείς
N	44	28
Άνδρες (%)	(35) 79.55	(16) 57.14
Ηλικία (έτη)	54.55 ± 13.35	59.23 ± 7.45
Εκπαιδευτικό επίπεδο	11.61 ± 3.73	12.64 ± 4.10
MMSE	28.14 ± 1.82	29.11 ± 1.94
Κλίμακα λεξιλογίου WASI – voc T-Score	44.7	45.6
Κλίμακα κατάθλιψης BDI-FS	4.14 ± 3.31	1.93 ± 1.30

Πίνακας 2. Κλινικά χαρακτηριστικά των διαβητικών ασθενών

Κλινικό χαρακτηριστικό	ΜΟ (± ΤΑ)
Διάρκεια νόσου	6.5 (2.3)
Δείκτης Μάζας Σώματος	30.08 (5.86)
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C)	8.78 (12.87)
Αριθμός υπογλυκαιμικών επεισοδίων (ανά μήνα)	4.90 (12.05)
Καπνιστές (%)	22.9
Εργάζονται (%)	18.2
Συστολική πίεση	140.2 (18.00)
Διαστολική πίεση	82.0 (10.00)

Όλοι οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν με περιεκτική συστοιχία νευροψυχολογικών δοκιμασιών αποτελούμενη από ευαίσθητες στα γνωστικά ελλείμματα δοκιμασίες (Wong, Scholey & Howe 2014). Για την αξιολόγηση της γενικής νοητικής κατάστασης χρησιμοποιήθηκε η Σύντομη Εξέταση Νοητικής Κατάστασης (Mini Mental State Examination-MMSE) (Fountoulakis et al 2000). Η αξιολόγηση του προνοσηρού νοητικού δυναμικού πραγματοποιήθηκε με το προσαρμοσμένο στα ελληνικά Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) (Messinis & Papathanasopoulos 2009). Για την αξιολόγηση της λεκτικής μνήμης και μάθησης χρησιμοποιήθηκε η προσαρμοσμένη στα ελληνικά Δοκιμασία Ακουστικής Λεκτικής Μάθησης του Rey (Rey Auditory Verbal Learning Test - RAVLT). Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ο μέσος όρος ανάκλησης λέξεων στις 5 δοκιμές εκμάθησης, η συνολική μάθηση στις δοκιμές και η καθυστερημένη ανάκληση λέξεων (Messinis et al 2007). Για την εκτίμηση της λεκτικής ροής/ευχέρειας χρησιμοποιήθηκε η Ελληνική Δοκιμασία Λεκτικής Ευχέρειας (Kosmidis et al 2004).

Για την αξιολόγηση της νοητικής ταχύτητας επεξεργασίας και της ενεργού μνήμης χρησιμοποιήθηκε η προσαρμοσμένη στα ελληνικά Δοκιμασία Αντιστοίχισης Συμβόλων-Ψηφίων (Symbol Digit Modalities Test-SDMT) (Argirokastritou, Samanda & Messinis 2005). Για την εκτίμηση της προσοχής, της οπτικονοητικής ταχύτητας αντίληψης και της επιτελικής λειτουργίας χρησιμοποιήθηκε η προσαρμοσμένη στα ελληνικά Δοκιμασία Οπτικονοητικής Ιχνηλάτησης (Vlahou & Kosmidis 2002). Προκειμένου να αξιολογηθούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα χορηγήθηκε η Κλίμακα Σύντομου Ελέγχου της Κατάθλιψης του Beck (Beck, Steer & Brown 2000). Για την αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής χρησιμοποιήθηκε το σταθμισμένο στον ελληνικό πληθυσμό ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς WHOQOL-BREF (WHOQOL Group 2004, Ginieri-Coccossis et al 2012).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ διαβητικών και υγιών συμμετεχόντων όσον αφορά την ηλικία [t(70)=1.915, p=.06], το εκπαιδευτικό επίπεδο [z=-1.037, p=.300], τη γενική νοητική κατάσταση [z=-1.472, p=.125] και το προνοσηρό γενικό νοητικό δυναμικό [z=-8.59, p=.348]. Βρέθηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με το φύλο, καθώς στη διαβητική ομάδα συμμετείχαν περισσότεροι άνδρες [$x^2(1)=4.157$, p=.041]. Επομένως, οι δυο ομάδες συμμετεχόντων ήταν καλά εξισωμένες ως προς τις δημογραφικές μεταβλητές και το προνοσηρό νοητικό δυναμικό. Επιπλέον, οι ομάδες διέφεραν ως προς την κατάθλιψη, με την κλινική ομάδα να παρουσιάζει υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης [t(70)= 0.190, p=.011]. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΣΔ ΙΙ διαφέρουν σημαντικά σε όλα τα γνωστικά πεδία που εκτιμήθηκαν εν συγκρίσει με τους υγιείς συμμετέχοντες (λεκτική μάθηση, επεισοδιακή μνήμη, σημασιολογική και φωνολογική ροή, προσοχή/ενεργός μνήμη, νοητική ταχύτητα επεξεργασίας, επιτελική λειτουργία-εναλλαγή απάντησης). Από την εκτίμηση του μεγέθους επίδρασης που προέκυψε στις συγκρίσεις μεταξύ των δυο ομάδων στις γνωστικές μεταβλητές, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε μεσαίου μεγέθους επίδραση ομάδας (Cohen's d=0.5 έως 0.8) στη μεταβλητή SDMT (νοητική ταχύτητα επεξεργασίας, ενεργός μνήμη), ενώ στις υπόλοιπες μεταβλητές υπήρχαν μεγάλου μεγέθους επιδράσεις ομάδας (Cohen's d >0.8) και ειδικότερα στις μεταβλητές που εκτιμούν τη λεκτική μάθηση και την επεισοδιακή μνήμη.

Επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η επίδραση των δημογραφικών (ηλικία, έτη εκπαίδευσης, φύλο, προνοσηρό νοητικό δυναμικό) και των κλινικών μεταβλητών (επίπεδα κατάθλιψης, Δείκτης Μάζας Σώματος, επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, υπέρταση και κάπνισμα) στη νευροψυχολογική επίδοση των ασθενών με ΣΔ ΙΙ, με τη διενέργεια μιας σειράς πολλαπλών παλινδρομήσεων. Βρέθηκε ότι τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης εξηγούν το 28% της διακύμανσης (R^2=0.28, F=16.584, p<.001) στη δοκιμασία ακουστικής λεκτικής μάθησης Rey, σύνολο δοκιμών 1-5 (RAVLT TOTAL). Τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης εξηγούν το 34% της διακύμανσης (R^2 =0.34, F=13.541, p<.047) στη δοκιμασία ακουστικής λεκτικής μάθησης Rey, δοκιμή καθυστερημένης ανάκλησης (RAVLT DELAY RECALL). Από τις δημογραφικές μεταβλητές, η αλληλεπίδραση των μεταβλητών ηλικία, εκπαίδευση και προνοσηρό νοητικό δυναμικό εξηγούν το 23% της διακύμανσης (R^2=0.23, F=10.512, p<.001) στη δοκιμασία ακουστικής λεκτικής μάθησης Rey, δοκιμή 5 (RAVLT 5), το 26% (R^2 =0.26, F=12.933, p=.008) στο σύνολο δοκιμών 1-5 (RAVLT TOTAL) και το 21% (R^2 = 0.21, F=18.145, p=.043) στη δοκιμή καθυστερημένης ανάκλησης (RAVLT DELAY RECALL). Η αλληλεπίδραση των μεταβλητών ηλικία και προνοσηρό νοητικό δυναμι-

κό εξηγούν το 21% της διακύμανσης (R^2=0.21, F=10.268, p=.001) στη δοκιμασία TMT B (επιτελική λειτουργία-εναλλαγή απάντησης) και το 37% της διακύμανσης (R^2= 0.37, F=11.179, p=.016) στη δοκιμασία SDMT (προσοχή, νοητική ταχύτητα επεξεργασίας, ενεργός μνήμη). Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση στη νευροψυχολογική επίδοση των ασθενών με ΣΔ ΙΙ.

Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της νευροψυχολογικής επίδοσης στην ποιότητα ζωής οι διαβητικοί ασθενείς ταξινομήθηκαν σε δυο ομάδες, με βάση τα διαφορετικά επίπεδα γνωστικής εξασθένησης. Η πρώτη ομάδα (ΣΔΙΙ ΦΥΣ) είχε φυσιολογική γνωστική επίδοση (μέχρι 0.5 ΤΑ χαμηλότερη από τα κανονιστικά δεδομένα) ενώ η δεύτερη ομάδα (ΣΔΙΙ ΓΕ) είχε παθολογική γνωστική επίδοση (≤1.5 ΤΑ χαμηλότερη από τα κανονιστικά δεδομένα). Εξήχθησαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ψυχολογική διάσταση [t(40)=2.502, p=.017] και στην περιβαλλοντική διάσταση της ποιότητας ζωής [t(40)=2.643, p=.012], με την ομάδα παθολογικής γνωστικής επίδοσης να έχει χαμηλότερα επίπεδα. Η σύγκριση της ποιότητας ζωής με βάση την επίδοση στην δοκιμασία TMT B έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων διαβητικών στην κοινωνική διάσταση [t(40)=2.557, p=.014] και στη συνολική ποιότητα ζωής [t(40)=2.773, p=.009], με την ομάδα παθολογικής γνωστικής επίδοσης να έχει χαμηλότερα επίπεδα. Η σύγκριση της ποιότητας ζωής με βάση την επίδοση στη δοκιμασία σημασιολογικής λεκτικής ευχέρειας έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο στη περιβαλλοντική διάσταση της ποιότητας ζωής [t(40)=2.191, p=.034], με την ομάδα παθολογικής γνωστικής επίδοσης να έχει χαμηλότερα επίπεδα. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι οι εργαζόμενοι και οι άνεργοι ασθενείς με ΣΔ ΙΙ διαφέρουν σημαντικά μόνο σε ένα γνωστικό πεδίο, την επιτελική λειτουργία-εναλλαγή απάντησης, με τους εργαζόμενους ασθενείς να έχουν σημαντικά ταχύτερο χρόνο ολοκλήρωσης της δοκιμασίας, επιδεικνύοντας καλύτερες στρατηγικές εναλλαγής απάντησης και γνωστικής ευελιξίας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασικό εύρημα της παρούσας έρευνας ήταν ότι διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαβητικών και υγιών συμμετεχόντων σε δοκιμασίες λεκτικής και επεισοδιακής μνήμης, νοητικής ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών, προσοχής, λεκτικής ευχέρειας και επιτελικής λειτουργίας, επιβεβαιώνοντας προηγούμενες μελέτες που εντόπισαν αυξημένο επιπολασμό των γνωστικών αυτών ελλειμμάτων σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ (Lee et al 2014, McCimmon, Ryan, & Frier 2012, Koekhoek et al 2015). Τα μέτρια μεγέθη διαφορών της νοητικής ευελιξίας, της νοητικής ταχύτητας επεξεργασίας, της προσοχής και της ενεργού μνήμης της παρούσας μελέτης βρίσκονται σε συμφωνία με δύο μεταναλύσεις (Palta et al.2014, Sadanand, Balachandar & Bharath 2016). Επιπροσθέτως, αναδείχθηκε η συνδυαστική επίδραση της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης και του προνοσηρού νοητικού δυναμικού στη λεκτική μάθηση και την επεισοδιακή μνήμη, καθώς και η συνδυαστική επίδραση της ηλικίας και του προνοσηρού νοητικού δυναμικού στη νοητική ευελιξία, τη λεκτική ροή, τη νοητική ταχύτητα επεξεργασίας και την ενεργό μνήμη. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με μελέτες που αναφέρουν ότι ηλικιωμένοι ασθενείς με χαμηλότερο γνωστικό απόθεμα χαρακτηρίζονται από γνωστική έκπτωση, η οποία ενδέχεται να οφείλεται στην ανάπτυξη συνοσηρότητας (McCimmon, Ryan & Frier, 2012, Lee et al 2014). Όσον αφορά τους κλινικούς παράγοντες, μόνο τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης επηρέασαν την επίδοση στη λεκτική μάθηση και στην επεισοδιακή μνήμη, παρατήρηση που υπάρχει σε άλλη μετανάλυση (Mansur et al 2018). Επιπλέον, το κάπνισμα δεν επιδρούσε σημαντικά στη γνωστική επίδοση, εύρημα μη συναφές με τη βιβλιογραφία, που γενικά υποστηρίζει ότι υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της γνωστικής λειτουργίας (Chamberlain et al 2012), ενώ το κάπνισμα θεωρείται υψηλός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη Διαβήτη (Prasad & Cucillo 2015).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με κάποιο από τα γνωστικά πεδία, παρατήρηση που δε συμφωνεί με άλλη μελέτη που ανέφερε αυξημένη ταχύτητα εκδήλωσης της γνωστικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με τουλάχιστον μέτρια επίπεδα κατάθλιψης (Sullivan, Katon & Lovato 2013). Οι συμμετέχοντες στην έρευνα διαβητικοί ασθενείς με διαταραχές σε διάφορα γνωστικά πεδία είχαν χαμηλότερου επιπέδου ποιότητα ζωής. Ειδικότερα, οι ασθενείς με διαταραγμένη μνήμη είχαν χαμηλότερα σκορ στην ψυχολογική και περιβαλλοντική διάσταση της ποιότητας ζωής, οι ασθενείς με ελλείμματα στην επιτελική λειτουργία στη διάσταση των κοινωνικών σχέσεων και της γενικής υγείας, ενώ οι ασθενείς με ελλείμματα στη λεκτική ευχέρεια στην περιβαλλοντική διάσταση. Πρόκειται για κοινή παρατήρηση στο υπάρχον ερευνητικό υπόβαθρο ότι οι ΣΔ ΙΙ ασθενείς έχουν φτωχότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους υγιείς (Aithal et al 2018, Vaatainen et al 2014, Zurita-Cruz et al 2018, Trikalinou, Papazafiropoulou & Melidonidis 2017, Lu et al 2017). Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η ποιότητα ζωής των διαβητικών με γνωστικές διαταραχές στη λεκτική μάθηση, στην επεισοδιακή μνήμη και στις επιτελικές λειτουργίες ήταν χαμηλότερη από τις αντίστοιχες του ελληνικού δείγματος (Ginieri-Coccossis et al 2012). Τέλος, οι εργαζόμενοι διαβητικοί ασθενείς είχαν καλύτερες επιδόσεις σε δεξιότητες επιτελικών λειτουργιών, δηλαδή στη γνωστική ευελιξία και στη νοητική ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, εύρημα που συνδέεται με άλλη έρευνα, όπου τα γνωστικά συμπτώματα ήταν θετικά συσχετιζόμενα με την

εργασιακή ανεπάρκεια σε ασθενείς με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης ΣΔ ΙΙ (Lee, Smofsky & Nykoliation 2017).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η γνωστική δυσλειτουργία μπορεί να θεωρηθεί μια σημαντική επιπλοκή σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ. Από το συγκεκριμένο εύρημα απορρέει η διάσταση της αντιμετώπισης του ζητήματος από τους κλινικούς όσον αφορά τη συζήτηση του θέματος της γνωστικής δυσλειτουργίας με τους διαβητικούς ασθενείς. Προς το παρόν, η καθημερινή κλινική πρακτική περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών για τον Διαβήτη, τις σχετιζόμενες επιπλοκές και τους παράγοντες κινδύνου. Η πληροφόρηση του διαβητικού ασθενή σχετικά με την ισχυρή πιθανότητα εκδήλωσης γνωστικής δυσλειτουργίας μπορεί να προκαλέσει άγχος και κατ' επέκταση σημαντικές αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, γεγονός που εγείρει ζητήματα κατάλληλης ενημερωτικής μεθόδου, προσαρμοσμένης στις ψυχολογικές ιδιαιτερότητες του διαβητικού πληθυσμού.

Επιπλέον, είναι μείζονος σημασίας η περαιτέρω διερεύνηση της κλινικής σημαντικότητας και των επιπτώσεων των γνωστικών διαταραχών στην καθημερινή λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών. Ασθενείς με δυσκολίες στην επεισοδιακή μνήμη μπορεί να εκδηλώσουν υψηλότερο ποσοστό λήθης, με άμεση απόρροια αρνητικά συναισθήματα, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και μειωμένες ευκαιρίες για κοινωνικές δραστηριότητες. Οι διαβητικοί ασθενείς με επιτελική δυσλειτουργία μπορεί να παρουσιάζουν προβλήματα στην οργάνωση καθημερινών δραστηριοτήτων, μείωση στην αυτονομία τους και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ακρογωνιαίος λίθος της συνολικής προσπάθειας πρέπει να είναι η εύρεση βελτιωμένων μεθόδων ανίχνευσης και αναγνώρισης των παραγόντων κινδύνου, προκειμένου να είναι εφικτή η πρόληψη των παραγόντων της κλινικά σημαντικής γνωστικής έκπτωσης.

Επιβάλλεται, ως εκ τούτου, μια ολιστική προσέγγιση στη μελέτη των επιπτώσεων του Διαβήτη, στη βάση της πολυπαραγοντικής θεώρησης της Ποιότητας Ζωής των διαβητικών ασθενών, με την εκτενέστερη διερεύνηση όλων των παραγόντων που επιδρούν σε αυτή. Η συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας είναι επιβεβλημένη και ο ρόλος του Νοσηλευτή, σε όποιο επίπεδο υγείας κι αν εργάζεται, είναι πρωταρχικής σημασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aithal, S., Vidyasagar, CR., Venkatarathnamma, PN., & Patil, NJ. (2018). Quality of Life in Elderly Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Mild Cognitive Impairment. *International Journal of Recent Scientific Research*, *9*(3), 24925-928.

Al Hayek, AA., Robert, AA., Al Saeed, A., Alzaid, AA., & Al Sabaan, FS. (2014). Factors Associated with Health -Related Quality of Life among Saudi Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Survey. *Diabetes Metabolic Journal, 38*(3), 220-9.

Argirokastritou, E., Samanda, T., & Messinis, L. (2005). *Preliminary Normative Data for the Symbol Digit Modalities Test (SDMT) in Greece*. Poster Presentation at the 10th Panhellenic Congress of Psychology, Ioannina, 1-4 December, 2005.

Biessels, GJ., Deary, I., & Ryan, CM. (2008). Cognition and diabetes: A lifespan perspective. *Lancet Neurol*, *7*(2), 184-90.

Biessels, GJ., van der Heide, LP., Kamal, A., Bleys, RL., & Gispen, WH. (2002). Ageing and diabetes: Implications for brain function. *Eur J Pharmacol*, 441,1e14.

Chamberlain, SR., Odlaug, BL., Schreiber, CR., & Grant, JE. (2012). Association between tobacco smoking and cognitive functioning in young adults. *Am J Addict*, Suppl1, S14-9.

Fountoulakis, KN., Tsolaki, M., Chantzi, H., & Kazis, A. (2000). Mini Mental State Examination (MMSE): A validation study in Greece. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 15, 342-45.

Ginieri-Coccossis, M., Triantafillou, E., Tomaras, C., Soldatos, C., Mavreas, V., & Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *PSYCHIATRIKI*, *23*(2), 130-142.

Koekhoek, PS., Jaap Kapelle, L., van den Berg, E., Rutten, M., & Biesels, G. (2015). Cognitive function in patients with diabetes mellitus: guidance for daily care. *Lancet Neurology*, 14, 329-340.

Kosmidis, MH., Vlahou, CH., Panagiotaki, P., & Kiosseoglou, G. (2004). The verbal fluency task in the Greek population: Normative data and clustering and switching strategies. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 164-72.

Lee, JH., Choi, Y., Jun, C., Hong, YS., Cho, HB., Kim, JE., & Lyoo, IK. (2014). Neurocognitive changes and their Neural Correlates in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocrinol Metab*, 29, 112-21.

Lee, Y., Smofsky, A., Nykoliation, P., Allain, SJ., Lewis-Daly, L., Schwartz, J., Pollack, JH., Tarride, JE., & McIntyre, RS. (2017). Cognitive Impairment Mediates Workplace Impairment in Persons with Type 2 Diabetes Mellitus: Results from the Motivaction Study. *Can J Diabetes,* S1499-2671(17)30284.

Lu, Y., Wang, N., Chen, Y., Xia, F., Cang, Z., Lu, M., Meng, Y., & Lu, Y. (2017). Health – related quality of life in type-2 diabetes patients: a cross-sectional study in East China. *BMC Endocrine Disorders, 17*(1), 38.

Mansur, RB., Lee, Y., Zhou, AJ., Carmona, NE., Cha, DS., Rosenblat, JD., ...McIntyre, RS. (2018). Determinants of cognitive function in individuals with type 2 diabetes mellitus: A meta – analysis. *Ann Clin Psychiatry*, *30*(1), 38-50.

McCrimmon, RJ., Ryan, CM., & Frier, BM. (2012). Diabetes and cognitive dysfunction. *Lancet,* 16, 2291-9.

Messinis, L., & Papathanasopoulos, P. (2009). *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) [Greek adaptation and preliminary normative data].* Unpublished data. Neuropsychological laboratory, Department of Neurology, University of Patras Medical School, Greece.

Messinis, L., Tsakona, I., Malefaki, S., & Papathanasopoulos, P. (2007). Normative Data and Discriminant Validity of Rey's Verbal Learning Test for the Greek Adult Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 739- 52.

Palta, P., Schneider, ALC., Biessels, G., Touradji, P., & Hill-Briggs, F. (2014). Magnitude of Cognitive Dysfunction in Adults with Type 2 Diabetes: A Meta-analysis of Six Cognitive Domains and the Most frequently reported Neuropsychological Tests Within Domains. *J Int Neuropsychol Soc, 20*(3), 278-91.

Prasad, S., & Cucillo, L. (2015). Impact of Tobacco smoking and type-2 Diabetes Mellitus on Public Health: A Cerebrovascular perspective. *J Pharmacovigil*, Suppl 2.

Prassana Kumar, HR., Mahesh, MG., Menon, VB., Srinath, KM., Shashidhara, KC., & Ashok, P. (2018). Patient Self -reported quality of life assessment in Type 2 diabetes mellitus: A pilot study. *Niger J Clin Pract*, 21, 343-9.

Saczynski, JS., Jonsdottir, MK., Garcia, ME., Jonsson, PV., Peila, R., Eiriksdottir, G., ... Launer, LJ. (2008). Cognitive impairment: An increasingly important complication of type 2 diabetes. *Am J Epidemiol*, 168, e1132e9.

Sadanand, S., Balachandar, R., & Bharath, S. (2016). Memory and executive functions in persons with type 2 diabetes: a meta – analysis. *Diabetes Metab Res Rev,* 32(2), 132-42.

Sullivan, MD., Katon, WJ., & Lovato, LC. (2013). Association of depression with accelerated cognitive decline among patients with type 2 diabetes in the ACCORD-MIND trial. *JAMA Psychiatry*, *70*(10), 1041-7.

Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, AK., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World J Diabetes*, *8*(4), 120-29.

Vaatainen, S., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Saramies, J., Uusitalo, H., Tuomilehto, J., & Martikainen, J. (2014). Quality of life along the diabetes continuum: a cross – sectional view of health – related quality of life and general health status in middle – aged and older Finns. *Qual Life Res*, *23*(7), 1935-44.

Vlahou, CH., & Kosmidis, MH. (2002). The Greek Trail Making Test: Preliminary normative data for clinical and research use. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 9, 336-52.

WHOQOL Group. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research,* 13, 299-310.

Wong, RH., Scholey, A., & Howe, PR. (2014). Assessing premorbid cognitive ability in adults with type 2 diabetes mellitus – a review with implications for future intervention studies. *Curr Diab Rep*, 14(11), 547.

Zurita–Cruz, JN., Manuel–Apolinar, L., Arellano–Flores, ML, Gutierrez-Gonzalez, A., Najera-Ahumada, AG., & Cisneros-González, N. (2018). Health and quality of life outcomes impairment of quality of life in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes, 16*(1), 94.

RESEARCH ARTICLE

Comparative study of cognitive functions in patients with Diabetes Mellitus Type II: Correlation with clinical and demographic factors

Dr. Christos Marneras
Nurse, Deputy Director of B Pathological Department, General Hospital of Patras

ABSTRACT

Introduction: Introduction: A large number of studies have reported mild to moderate cognitive deficits in patients with Type II Diabetes, compared to the healthy population.

Objective: In this study, we compared the cognitive functions of Greek patients with DM II, with a demographically equal group of normal subjects. We researched the demographic and clinical characteristics of the patients that affect their cognitive function as well as their quality of life.

Material and method: The participants were 44 patients diagnosed with DM II and 28 healthy people. Both the diagnosed and the healthy group were evaluated with a comprehensive array of neuropsychological tests. Beck's Depression Scale and the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire were used.

Results: Diagnosed participants differed significantly from healthy ones in the fields of episodic memory, verbal fluency, active memory, mental speed of processing information and executive function. Regression analysis showed that HbA1C levels, the interaction of age, education and predisposed mental potential explain high rates of fluctuations in cognitive dysfunctions. It was found that patients with severe cognitive deficits had a lower quality of life.

Conclusions: Cognitive impairment can be considered a significant complication in patients with Type II Diabetes. Informing a diabetic patient about the strong possibility of cognitive dysfunction manifestation and investigating the clinical significance and implications of cognitive disorders in daily functioning and quality of life for diabetic patients, is of major importance.

Key words: Cognitive dysfunction, quality of life, DM II

Corresponding author: Christos Marneras
e-mail: marneras2003@yahoo.gr

Date of submission: 28/12/2019
Publication date: March 2022

Citation: Marneras C. (2022). Comparative study of cognitive functions in patients with Diabetes Mellitus Type II: Correlation with clinical and demographic factors. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(1): 15-21, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202212

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Αξιολόγηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε δομές του Λεκανοπεδίου της Αττικής

Αριστείδης Βασιλόπουλος[1], Ευαγγελία Κουλιάκη[2]

1. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λαμία
2. Οικονομολόγος, MSc, Αθήνα, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί μια σημαντική, εποικοδομητική και ουσιαστική προσπάθεια ανάδειξης της ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη. Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από 150 χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η επιλογή των ασθενών έγινε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα σταθμισμένο και δομημένο ερωτηματολόγιο. Η περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS 22.

Αποτελέσματα: Υψηλά ποσοστά θετικής ικανοποίησης παρουσιάζει η καθαριότητα της αίθουσας αναμονής (74,6%), η καθαριότητα του χώρου εξέτασης (85,2%), η ευγένεια του προσωπικού (78,8%), οι διεκπεραιωτικές διαδικασίες της γραμματείας (73,9%) και η εύκολη πρόσβαση (51,2%) στις δομές υγείας. Υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας παρουσιάζει η στενότητα του χώρου αναμονής (69%), η ελλιπής σήμανση των χώρων (63,3%) και η δυσκολία εύρεσης θέσης στάθμισης (51,2%).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης ενισχύουν τα βιβλιογραφικά δεδομένα και αναδεικνύουν ως σημαντικούς παράγοντες για την ικανοποίηση των χρηστών των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την εύκολη πρόσβαση, την καθαριότητα και την εργονομία των χώρων καθώς και την καλή επικοινωνία με το προσωπικό.

Λέξεις Κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αριστείδης Βασιλόπουλος
e-mail: vasilopoulosa@uth.gr

Ημερομηνία υποβολής: 04/12/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Βασιλόπουλος Α. & Κουλιάκη Ε. (2022). Αξιολόγηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε δομές του Λεκανοπεδίου της Αττικής. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(1): 22-27, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202213

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σχετίζεται στενά με την χωροθέτηση των δομών παροχής υγείας**
- **Η εργονομία και η καθαριότητα του χώρου εμφανίζει υψηλή αποδοχή από τους λήπτες υπηρεσιών υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί μια σημαντική, εποικοδομητική και ουσιαστική προσπάθεια ανάδειξης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο δείκτης ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ), είναι στενά συνυφασμένος με την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποιούν (Κοτσαγιώργη 2010). Ο Peter Drunker υποστηρίζει ότι «δεν μπορείς να διαχειριστείς και να αποφανθείς αν διαχειρίστηκες σωστά ένα ζήτημα χωρίς προηγουμένως να το έχεις μετρήσει» (Νιάκας 2005). Η παράμετρος αυτή θεωρείται σημαντική στις μετρήσεις παροχής υπηρεσιών και κατ΄ επέκταση στην ικανοποίηση του ασθενή στο χώρο της υγείας (Νιάκας 2005).

Η ικανοποίηση, σαν ψυχολογικός παράγοντας είναι εύκολο να κατανοηθεί αλλά δύσκολο να οριστεί. Μία απλή ερμηνεία της ικανοποίησης είναι «ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται οι επιθυμητοί στόχοι» (Gill 2009). Ο A. Donabedian (1990) ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του χρήστη αποτελεί έναν δείκτη ποιότητας. Ο όρος ικανοποίηση αντανακλά την ουσία της ποιότητας, και λέγοντας ουσία, αναφέρονται: «όλα εκείνα τα στοιχεία - ιδιότητες της ποιότητας τα οποία καταγράφονται όπως τα αντιλαμβάνεται ο ασθενής». Ομοίως, ο Vuori, (1999) ορίζει την ικανοποίηση του ασθενούς ως: «μια ιδιότητα που απορρέει από την ποιοτική φροντίδα, ως ένα επιθυμητό και αναγνωρίσιμο αποτέλεσμα που εκφράζει την άποψη των ασθενών». Ο Pascoe όρισε την ικανοποίηση του ασθενή ως τη γενική αντίδρασή του σε μια παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσεις και μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών (Clearly 1988).

Κι ενώ στο παρελθόν η άποψη του προσωπικού ήταν ο κύριος παράγοντας για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, σήμερα όλοι όσοι εξειδικεύονται στη βελτίωση της ποιότητας, αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Lemonidou 2003).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αυξηθεί οι έρευνες ικανοποίησης των χρηστών καθώς οι επιστήμονες προσπαθούν να εντοπίσουν την κακή ποιότητα της περίθαλψης και να προσδιορίσουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ενίσχυσή της (Papanikolaou 2008). Παράλληλα η πλειονότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων συνεισφέρει στην ενίσχυση της εμπιστοσύνη των χρηστών υπηρεσιών υγείας και στη δημιουργία αισθήματος υπευθυνότητας για τους παρόχους.

Η ικανοποίηση (ή δυσαρέσκεια) των χρηστών υπηρεσιών υγείας προκύπτει ως η διαφορά μεταξύ των προσδοκιών και των βιωμάτων τους, σε μια συγκεκριμένη επαφή με τον αντίστοιχο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως αυτοί αντιλαμβάνονται (Νιάκας 2005). Αναλυτικότερα, όταν ο ασθενής βιώσει εμπειρίες που υπερβαίνουν τις προσδοκίες του, η εμπειρία του είναι ικανοποιητική, διαφορετικά η εμπειρία του χαρακτηρίζεται ως δυσάρεστη.

Η ικανοποίηση του χρήστη θεωρείται κοινή και βασική παράμετρος σε όλες τις μετρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών δείχνει ως ένα βαθμό εάν λειτουργεί σωστά και προσφέρει ποιοτικές ή όχι υπηρεσίες στον πληθυσμό (Νιάκας 2005). Όμως, στις ημέρες μας, με δεδομένο ότι οι απαιτήσεις των πολιτών αυξάνουν, πολλές πτυχές των υπηρεσιών υγείας είναι κρίσιμες για τη διαμόρφωση της γνώμης του ασθενούς ως προς την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών (Ραφτόπουλος 2003). Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Merkouris 1999).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δομών Π.Φ.Υ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της μελέτης

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη. Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από 150 χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η μελέτη διεξήχθη σε τρία Κέντρα Υγείας της 1η ΥΠΕ Αττικής, κατά το διάστημα 01/4/2018 έως 31/5/2018. Η επιλογή των ασθενών έγινε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Συνολικά διανεμήθηκαν 150 ερωτηματολόγια από τα οποία 142 επε-

στράφησαν πλήρως συμπληρωμένα (με ποσοστό ανταπόκρισης 95%).

Ηθική

Για τη διενέργεια της ερευνητικής διαδικασίας εξασφαλίστηκε η με αρ. πρωτ. 16428/30-3-2018 έγγραφη αδειοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου της 1ης ΥΠΕ Αττικής.

Η συλλογή των στοιχείων

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το σταθμισμένο και δομημένο ερωτηματολόγιο των Αλετρά και συν. (2006). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 53 ερωτήσεις εκφρασμένες σε 5-βαθμη κλίμα ικανοποίησης. Συγκεκριμένα, 7 ερωτήσεις αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, 6 ερωτήσεις τον καθορισμό των ραντεβού, 5 ερωτήσεις την πρόσβαση στον υγειονομικό σταθμό, 8 ερωτήσεις για το χώρο αναμονής, 10 ερωτήσεις για τις εργαστηριακές εξετάσεις, 3 ερωτήσεις για τη γραμματειακή υποστήριξη, 13 ερωτήσεις για την ιατρική εξέταση και 1 για τη συνολική εικόνα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Περιορισμοί της μελέτης

Η έρευνα διενεργήθηκε σε άτομα που είχαν πραγματοποιήσει καθορισμένα ραντεβού στις για δομές υγείας για προσυμπτωματικό έλεγχο ή επανεξέταση. Οξέα ή επείγοντα περιστατικά υγείας αποκλείστηκαν από τη μελέτη.

Στατιστική ανάλυση

Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση και δημιουργήθηκαν πίνακες συχνοτήτων για τις υπό εξέταση μεταβλητές. Οι συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία t – test και τον συντελεστής συσχέτισης Pearson. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Ο συντελεστής Pearson χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο συσχέτισης δυο κατηγορικών μεταβλητών. Η εγκυρότητα κατασκευής και κατ' επέκταση η δομή του ερωτηματολογίου ικανοποίησης από τις μονάδες υγείας διερευνήθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha (0,829). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίσθηκε στο p< 0,05. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS22.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες σε ποσοστό 60,6% και ακολουθούν οι άντρες σε ποσοστό 39,4%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας 18 έως 44 ετών (40,85%) και ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 45 έως 64 ετών (31,69%) και άνω των 65 (27,5%). Το 85,9% κατοικούσε σε αστική περιοχή, το 13,4% που κατοικεί σε ημιαστική περιοχή και το 0,7% που κατοικεί σε αγροτική. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο το 2,8% ήταν αγράμματοι, το 10,6% ήταν εκπαιδευτικού επιπέδου 1, το 8,5% επιπέδου 2, το 12,7% επιπέδου 4, το 17,6% επιπέδου 5, το 34,5% επιπέδου 6 και το 13,3% επιπέδου 7.

Υψηλά ποσοστά θετικής ικανοποίησης παρουσιάζει η καθαριότητα της αίθουσας αναμονής (74,6%), η καθαριότητα του χώρου εξέτασης (85,2%), η ευγένεια του προσωπικού (78,8%), οι διεκπεραιωτικές διαδικασίες της γραμματείας (73,9%) και η εύκολη πρόσβαση (51,2%) στις δομές υγείας. Υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας παρουσιάζει η στενότητα του χώρου αναμονής (69%), η ελλιπής σήμανση των χώρων (63,3%) και η δυσκολία εύρεσης θέσης στάθμισης (51,2%).

Συγκρίνοντας το επίπεδο εκπαίδευσης με μεταβλητές που επηρεάζουν την ικανοποίηση από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον με τη βοήθεια του t-test παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά με την συμπεριφορά του προσωπικού των δομών υγείας (p=0,021), με την καθαριότητα του ιατρείου(p=0,021), με την άνεση από τον χώρο αναμονής και εξέτασης (p=0,032) και από την θερμοκρασία στο χώρο αναμονής (p=0,019).

Η σύγκριση του φύλου με μεταβλητές που επηρεάζουν την ικανοποίηση από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον με τη βοήθεια του t-test εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση μόνο με την συμπεριφορά του προσωπικού των δομών υγείας (p=0,021).

Η συσχέτιση της ηλικίας με μεταβλητές που επηρεάζουν την ικανοποίηση από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον με τη βοήθεια του t-test φανέρωσε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ σχετικά με το κλεισίματος των ραντεβού (p=0,024) και της συμπεριφοράς των υπαλλήλων (p=0,031).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο κάθε υγειονομικού συστήματος. Πρωταρχικός σκοπός την Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας. Η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 σηματοδοτεί την προσπάθεια καταπολέμησης των ανισοτήτων στην υγεία, την στροφή προς το τρίπτυχο της πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, την ολοκληρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη συμμετοχή των χρηστών στη λήψη αποφάσεων για την υγεία (Groenewegen 2013).

Η ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θεωρείται αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που στοχεύει στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή (Ραφτόπουλος, 2003). Η μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι μια δύσκολη και περίπλοκη κατάσταση. Η μη σαφής οριοθέτηση των κριτηρίων ποιότητας, έχει ως αποτέλεσμα οι απόψεις των χρηστών υγείας να είναι διαφορετι-

κές και υποκειμενικές.

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των δομών υγείας. Από την παρούσα μελέτη διαφαίνεται πως η ομαλή και άνετη πρόσβαση στις δομές υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα ικανοποίησης των χρηστών. Παρόλο που η πλειοψηφία του δείγματος αναφέρει πως η πρόσβαση στις δομές που μελετήθηκαν ήταν εύκολη, εντούτοις οι περισσότεροι αντιμετώπισαν δυσκολία στην εύρεση χώρου στάθμισης, αποκομίζοντας αρνητική εμπειρία η οποία πιθανόν να επηρέασε αρνητικά την ικανοποίησή του.

Αντίστοιχη μελέτη των Dulliel και συν. (2018) σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Μαλαισία αναφέρει πως η πρόσβαση και η γεωγραφική θέση της δομής σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση των χρηστών τους. Ιδιαίτερα σημαντικά παρουσιάζονται τα ευρήματα της μελέτης των Ronca και συν. (2018) ως προς την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων που πάσχουν από μυοσκελετικά προβλήματα από την πρόσβαση στις δομές υγείας. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα παραπληγικά άτομα και οι ασθενείς με χρόνιο πόνο συγκέντρωσαν χαμηλή βαθμολόγηση ικανοποίησης. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα των Cohidon και συν. (2018) όπου η «κακή υγεία» των ηλικιωμένων συνδέθηκε με την δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Από την παρούσα μελέτη αλλά και από αυτές των Dulliel και συν. (2018) Ronca και συν. (2018), Cohidon και συν. (2018), προκύπτει ότι οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να είναι προσβάσιμες για όλες τα άτομα της κοινότητας όλων των ηλικιών. Η ύπαρξη πρωτοβάθμιων δομών υγείας σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και η σύνδεσή τους μέσω ενός ευρέως δικτύου Μέσων Μαζικής Μεταφοράς θα περιορίσει τη δυσκολία της πρόσβασης και θα αυξήσει τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Η καθαριότητα και η εργονομία φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με την ικανοποίηση των χρηστών τους. Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος ήταν ικανοποιημένοι από την καθαριότητα του χώρου αναμονής και εξέτασης καθώς και από τις διεκπεραιωτικές διαδικασίες της γραμματείας, ενώ η στενότητα του χώρου και η ελλιπής σήμανση των χώρων επηρέασε αρνητικά τους χρήστες.

Μελέτη των Mtiraoui και συν. (2002) αναφέρει ότι η καθαριότητα, η άνεση του χώρου αναμονής και η εργονομία του χώρου εξέτασης φαίνεται να αξιολογούνται στο σύνολο των ατόμων που επιζητούν την ιατρικονοσηλευτική φροντίδα, επηρεάζοντας σημαντικά την ικανοποίηση των ατόμων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Έρευνα των Mohamed και συν. (2015) αναφέρει ότι η μεγαλύτερη ικανοποίηση των χρηστών αντλείται από καθαριότητα και την εργονομία του χώρου. Αντίστοιχη μελέτη των Al-Mandhari και συν. (2004) αναφέρει ότι η κακή υγεία επηρεάζει την εκτίμηση ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα άτομα με σωματικές παθήσεις έχουν μικρά ποσοστά ικανοποίησης από την καθαριότητα των δομών, ενώ αντίθετα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από την προσβασιμότητα.

Όπως καταφαίνεται από την παραπάνω μελέτη αλλά και από αυτές των Mtiraoui και συν (2002), Mohamed και συν. (2015), Al-Mandhari (2004), η καθαριότητα και η εργονομία των χώρων αναμονής και εξέτασης των δομών Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση ή με τη δυσαρέσκεια από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η εξυπηρέτηση και η ευγένεια του προσωπικού συνδέεται με υψηλή αποδοχή του θεραπευτικού πλάνου, αλλά και με την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι διεκπεραιωτικές διαδικασίες της γραμματείας δημιούργησε θετική εντύπωση στον υπό μελέτη πληθυσμό.

Σύμφωνα με τους Weinhold και συν. (2018), οι χρήστες πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε αγροτικές περιοχές αποκτούν περισσότερο στενή σχέση με το προσωπικό των δομών που επισκέπτονται οικοδομώντας μια ιδιαίτερη σχέση. Αντίστοιχη μελέτη των Abu Al Hamayel και συν. (2018), αναφέρει ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας από τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που επισκέπτονται είναι η επικοινωνία, ο τρόπος περίθαλψης, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η ικανότητα του γιατρού και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Όπως καταφαίνεται από την παραπάνω μελέτη αλλά και από αυτές των Weinhold και συν. (2018) και Abu Al Hamayel και συν. (2018), η ευγένεια του προσωπικού, η επικοινωνιακή ικανότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η προθυμία στην εξυπηρέτηση των χρηστών ή ασθενών σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης ενισχύουν τα βιβλιογραφικά δεδομένα και αναδεικνύουν ως σημαντικούς παράγοντες για την ικανοποίηση των χρηστών των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας την εύκολη πρόσβαση, την καθαριότητα και την εργονομία των χώρων, καθώς και την καλή επικοινωνία με το προσωπικό.

Συνεισφορά Ερευνητών

Ο Αριστείδης Βασιλόπουλος (ΑΒ) και η Ευαγγελία Κουλιάκη (ΕΚ), συνέβαλαν στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης. Συγκεκριμένα η ΕΚ συνέβαλε στη συλλογή των δεδομένων, οι ΑΒ και ΕΚ συνέβαλαν στις αναλύσεις δεδομένων, ενώ η συγγραφή και η επεξεργασία του άρθρου έγινε από τον ΑΒ και την ΕΚ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλετράς, Β., Ζαζαράκη, Φ., Νιάκας, Δ. (2007). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24,(1),89-96.

Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(4), 398–408.

Νιάκας, Δ. (2005). *Διαχειριστικά και Οικονομικά Ζητήματα του Υγειονομικού Τομέα.* Αθήνα, Mediforce Services S.A σελ 21-127.

Ραφτόπουλος Β., Οικονομοπούλου Χ., (2003). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας* 48(2), 84-94.

Abu Al Hamayel, N., Isenberg, S. R., Hannum, S. M., Sixon, J., Smith, K. C., & Dy, S. M. (2018). Older Patients' Perspectives on Quality of Serious Illness Care in Primary Care. *The American journal of hospice & palliative care*, *35*(10), 1330–1336. https://doi.org/10.1177/1049909118771675

Al-Mandhari, A. S., Hassan, A. A., Haran, D. (2004). Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: evidence from users of primary health care in Oman. *Family practice*, *21*(5), 519–527. https://doi.org/10.1093/fampra/cmh508

Clearly, D.P., Barbara, J. M. (1988). Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Blue Cross and Blue Shield Association*, *Inquiry*, 25, 25-36.

Cohidon, C., Wild, P., Senn, N.(2018). Patient experience in primary care: association with patient, physician and practice characteristics in a fee-for-service system. *Swiss Med Wkly*,3,148w,1460. https://doi.org/10.4414/smw.2018.14601

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of Quality. *Archives of Pathology*. Laboratory Medicine, 114, 1115-1118.

Dullie, L., Meland, E., Mildestvedt, T., Hetlevik Q., Gjesdal, S. (2018) Quality of primary care from patients' perspective: a cross sectional study of outpatients' experience in public health facilities in rural Malawi. *BMC Health Serv Res* 18(1):872. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3701-x

Gill, L., White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 819.

Groenewegen, P., Jurgutis, A. (2013). A future for primary care for the Greek population. *Quality in primary care*, 21:369-378.

Lemonidou, C., Merkouris, A., Papathanassoglou, E., (2003) Evaluation of patient satisfaction with Nursing care: Quantitative or qualitative approach. *Int J Nurs Stud, 41* (4), 355-367. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.006

Merkouris, A., Ifantopoulos,V., Lañara,C., Lemonidou, (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7, 19-28. https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1999.00101.x

Mohamed, E. Y., Sami, W., Alotaibi, A., Alfarag, A., Almutairi, A., Alanzi, F. (2015). Patients' Satisfaction with Primary Health Care Centers' Services, Majmaah, Kingdom of Saudi of Saudi Arabia. International journal of health sciences, 9(2), 163–170.

Mtiraoui, A., Alouini B.(2002). Evaluation of satisfaction of patients hospitalized at the Kairouan Hospital. *Tunis Med*,80(3),113-21.

Papanikolaou, V. Ntani, S. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548 –561. https://doi.org/10.1108/09526860810900709

Ronca, E., Scheel-Sailer, A., Koch, HG., Essig, S., Brach, M., Münzel, N., Gemperli, A. (2018). Satisfaction with access and quality of healthcare services for people with spinal cord injury living in the community. J *Spinal Cord Med*, 2:1-11. https://doi.org/10.1080/10790268.2018.1486623

Vuori, H. (1999). Patient Satisfaction an attribute or indicator of the Quality of care? *Quality Review Bulletin,* 13(3), 106-108. doi:10.1016/s0097-5990(16)30116-6

Weinhold, I., Gurtner, S. (2018). Rural - urban differences in determinants of patient satisfaction with primary care. *Social science & medicine (1982)*, *212*, 76–85. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.019

RESEARCH ARTICLE

Evaluation of the factors related to the satisfaction of the users from the provided Primary Health Care services in structures of the Attica Basin

Aristidis Vasilopoulos[1], Evaggelia Kouliaki[2]

1. Assistant Professor, Department of Physiotherapy, University of Thessaly, Lamia, Greece
2. Economist, MSc, Athens, Greece

ABSTRACT

Introduction: Assessing patient satisfaction is an important, constructive and substantial effort to highlight the quality of services provided.

Material and Method: A synchronous study was performed. The sample of the study consisted of 150 users of Primary Health Care services. The selection of patients was done by the method of random sampling. A weighted and structured questionnaire was used to conduct the research. Descriptive and inductive statistical analysis was performed with the Statistical Package for Social Sciences SPSS22.

Results: High percentages of positive satisfaction are shown by the cleanliness of the waiting room (74.6%), the cleanliness of the examination area (85.2%), the courtesy of the staff (78.8%), the handling procedures of the secretariat (73, 9%) and easy access (51.2%) to health structures. High percentages of dissatisfaction are presented by the narrowness of the waiting area (69%), the insufficient marking of the spaces (63.3%) and the difficulty of finding a weighting position (51.2%).

Conclusions: The results of the above study reinforce the bibliographic data and highlight as important factors for the satisfaction of the users of the primary health care structures the easy access, the cleanliness and the ergonomics of the premises as well as the good communication with the staff.

Key words: Patient satisfaction, Primary Health Care, quality

Corresponding author: Aristidis Vasilopoulos
e-mail: vasilopoulosa@uth.gr

Date of submission: 04/12/2020
Publication date: March 2022

Citation: Vasilopoulos A. & Kouliaki E. (2022). Evaluation of the factors related to the satisfaction of the users from the provided Primary Health Care services in structures of the Attica Basin. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(1): 22-27, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202213

Συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα μετά από χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος ισχίου: Συστηματική ανασκόπηση

Κωνσταντίνα Γαμβρίλη[1], Αναστασία Παντελιδάκη[2], Αφροδίτη Σταράκη[3], Πέτρος Κολοβός[4]

1. Νοσηλεύτρια, Νεφρολογική Βοιωτίας Α.Ε., Λειβαδιά, Ελλάδα
2. Νοσηλεύτρια, Ειδικευόμενη Κοινοτικής Νοσηλευτικής & Δημόσιας Υγείας, Χανιά, Ελλάδα
3. Νοσηλεύτρια, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ελλάδα
4. Επίκουρος Καθηγητής, Εργαστήριο Ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα κατάγματα του ισχίου αποτελούν ένα αρκετά επίπονο και δυσάρεστο γεγονός το οποίο συναντάται συχνότερα στους ηλικιωμένους. Από τη μελέτη της συναφούς βιβλιογραφίας φαίνεται πως η διαχείριση της φροντίδας των ασθενών με κάταγμα ισχίου απασχολεί την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, αφού συνεπάγεται πληθώρα κοινωνικοοικονομικών αλλά και ψυχοκοινωνικών συνεπειών. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης αποτέλεσε η διερεύνηση της συμμετοχής του ασθενή στη φροντίδα μετά από χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος ισχίου.

Μεθοδολογία: Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων Pubmed/Medline, Scopus, Science Direct και τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar με λέξεις κλειδιά.

Αποτελέσματα: Ο πόνος, ο φόβος μιας νέας πτώσης, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, τα αρνητικά συναισθήματα, η αναποτελεσματική συνεργασία με το προσωπικό, οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες και η δυσκολία πρόσβασης σε φυσικοθεραπευτή ήταν τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι ασθενείς και δυσχέραιναν σε μεγάλο βαθμό τη συμμετοχής τους κατά τη φάση της αποκατάστασης. Αντίθετα, η θετική στάση και η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, οι υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα, η επαρκής πληροφόρηση, η θετική προδιάθεση των ασθενών, η καθημερινή άσκηση και η πρόσβαση σε φυσικοθεραπευτή αποτέλεσαν παράγοντες που διευκόλυναν τη φροντίδα αποκατάστασης, καθώς και τη διαδικασία της συμμετοχής τους.

Συμπεράσματα: Η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στη φροντίδα τους θα πρέπει να ενισχυθεί, καθώς έχει βρεθεί πως επιφέρει θετική επίδραση στα αποτελέσματα υγείας κατά τη φάση της αποκατάστασης. Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για να ενθαρρύνουν μεγαλύτερη συμμετοχή σύμφωνα με τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ασθενών, ενώ επισημαίνουν την ανάγκη για αλλαγές στους οργανισμούς φροντίδας υγείας και για περαιτέρω έρευνα.

Λέξεις Κλειδιά: Αποκατάσταση, ηλικιωμένοι, κάταγμα ισχίου, συμμετοχή ασθενή, χειρουργική αντιμετώπιση

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αναστασία Παντελιδάκη
e-mail: blackeyesapril@gmail.com

Ημερομηνία αρχικής υποβολής: 23/10/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Γαμβρίλη Κ., Παντελιδάκη Α., Σταράκη Α. & Κολοβός Π. (2022). Συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα μετά από χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος ισχίου: Συστηματική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(1): 28-42, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202214

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για τη συμμετοχή των ασθενών με κάταγμα ισχίου στη φροντίδα τους**
- **Καθοριστικοί παράγοντες της συμμετοχής είναι οι σχετιζόμενοι με τους ασθενείς, το προσωπικό υγείας και το πλαίσιο της φροντίδας**
- **Η συμμετοχή φαίνεται να έχει θετικό αντίκτυπο στα αποτελέσματα υγείας κατά τη φροντίδα αποκατάστασης**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα κατάγματα του ισχίου συνιστούν ένα ξαφνικό, τραυματικό συμβάν και συνήθη συνέπεια των πτώσεων στους ηλικιωμένους. Αποτελούν ένα ιδιαίτερα δυσάρεστο γεγονός με αντίκτυπο σε πολλαπλές πτυχές της καθημερινής ζωής, όπως για παράδειγμα στη μείωση των σωματικών λειτουργιών (Magaziner et al 2000, Gesar et al 2017a) και τις ψυχολογικές συνέπειες, επηρεάζοντας αντίστοιχα τις κοινωνικές σχέσεις και τον επαναπροσδιορισμό της ζωής των ατόμων αυτών (Ziden et al 2008, Gesar et al 2017b). Οι δημογραφικές μεταβολές και η γήρανση του πληθυσμού αναμένεται να αυξήσουν τη συχνότητα των καταγμάτων (Dhanwal et al 2011a), με τον εκτιμώμενο ετήσιο επιπολασμό τους παγκοσμίως να υπολογίζεται να φθάσει τα 4,5 εκατομμύρια μέχρι το 2050 (Gullberg et al 1997), επηρεάζοντας κατά 18% τις γυναίκες και κατά 6% τους άνδρες (Veronese et al 2018). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάγματος του ισχίου έχουν καταγραφεί στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) αλλά και στην Ευρώπη (Dhanwal et al 2011b). Σήμερα, τα κατάγματα του ισχίου έχουν καταστεί ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες, τόσο για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, όσο και για τους προϋπολογισμούς των συστημάτων υγείας. Το οικονομικό κόστος της διαχείρισης τέτοιων ασθενών είναι ιδιαίτερα υψηλό, φθάνοντας ένα μέσο κόστος ζωής έως 64.000 £/ασθενή ή έως και 8 δισεκατομμύρια δολάρια/έτος στις ΗΠΑ (UK National Report 2013, Alexiou et al 2018).

Στην χώρα μας, το 2010 ο συνολικός αριθμός περιστατικών καταγμάτων του ισχίου έφτασε τα 15.000, σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από το Διεθνές Ίδρυμα Οστεοπόρωσης (Διονυσιώτης και συν 2019). Η ολοένα και αυξανόμενη φύση του παρόντος υγειονομικού προβλήματος καθιστά απαραίτητη την ανεύρεση στρατηγικών επίλυσης με τις καλύτερες δυνατές εκβάσεις για τη φροντίδα των ασθενών σε όλους τους τομείς. Έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς έχουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, όταν έχουν λόγο στη δική τους φροντίδα. Επίσης, μειώνεται η διάρκεια νοσηλείας και το συνολικό κόστος της υγειονομικής φροντίδας, μέσω της αποτελεσματικής και ειδικά σχεδιασμένης εκπαίδευσης των ασθενών αυτών (Gruman et al 2010). Τα ευρήματα αυτά έρχεται να συμπληρώσει μια ακόμη μελέτη που βασίζεται σε δεδομένα από έντεκα (11) χώρες (Osborn & Squires 2012), καταδεικνύοντας ότι η συμμετοχή των ασθενών οδήγησε σε υψηλότερη ποιότητα φροντίδας, λιγότερα λάθη και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής φροντίδας σε κάθε χώρα.

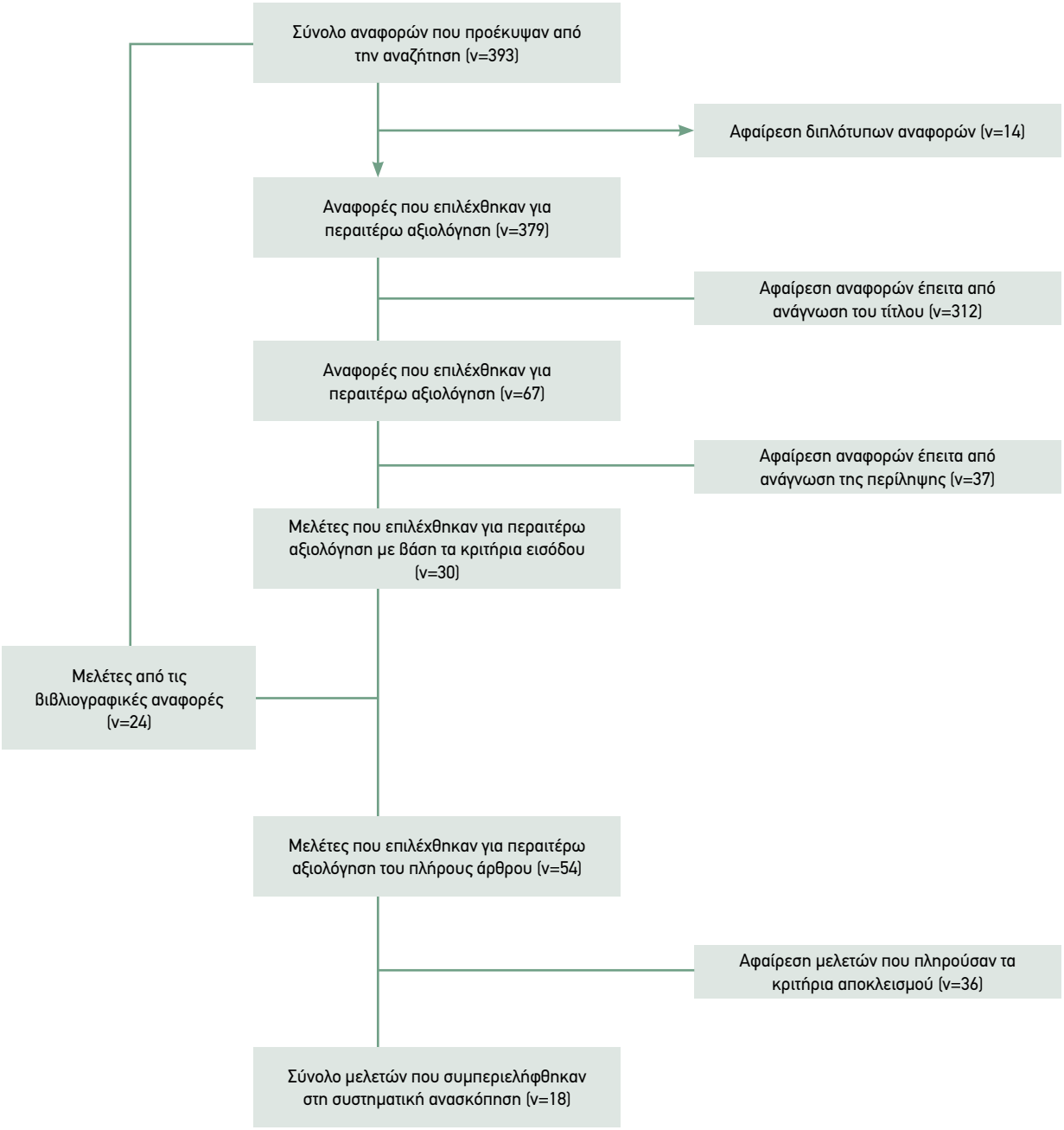
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1994) δηλώνει ότι κάθε άτομο έχει δικαίωμα συμμετοχής στη φροντίδα του, ότι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται και ότι η συμμετοχή του ασθενή πρέπει να ενθαρρυνθεί συστηματικά. Συμπεριφορές που συμβάλλουν στην εμπλοκή των ασθενών στη διαδικασία της φροντίδας τους περιλαμβάνουν τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την υποβολή ερωτήσεων και την αναζήτηση επιπρόσθετων πληροφοριών (Sims-Gould et al 2017). Η μελέτη των Segevall et al. (2021) έριξε φως στην οπτική των επαγγελματιών υγείας, και συγκεκριμένα των νοσηλευτών, καταγράφοντας τη δυσκολία που εκείνοι αντιμετώπιζαν αρχικά με την εύρεση ορισμού της συμμετοχής των ασθενών στην φροντίδα καταδεικνύοντας έτσι την υπάρχουσα αποχή των ασθενών από την αυτο-φροντίδα. Οι κύριες ανησυχίες που αναφέρθηκαν αφορούσαν την απομάκρυνση από τη δεδομένη καθημερινή ρουτίνα και την πιθανότητα αλλοίωσης της ποιότητας φροντίδας μέσω της συμμετοχής των ασθενών, αναγνωρίζοντας ωστόσο την αναγκαιότητα και τα οφέλη αυτής. Ως επακόλουθο, η πρόκληση για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας φαίνεται να είναι μεγάλη (Arora & McHorney 2000, Doherty & Dohert 2005, Klemetti et al 2016a), καθώς είναι σημαντικό να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν οι ίδιοι πρωτίστως και κατά δεύτερον να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς λαμβάνουν επαρκείς πληροφορίες για θέματα που σχετίζονται με τη διαχείριση της φροντίδας τους, προκειμένου να ενισχυθεί η δυνατότητα της συμμετοχής τους σύμφωνα πάντοτε με τις δικές τους προτιμήσεις και επιθυμίες (Macario et al 2003, Street et al 2009, Nilsson et al 2012, Malmgren et al 2014, Klemetti et al 2016b).

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της συμμετοχής του ασθενή στη φροντίδα μετά από χειρουργική αντιμετώπιση κατάγματος του ισχίου κατά τη μετεγχειρητική περίοδο και τη περίοδο της αποκατάστασης.

Πίνακας 1. Στρατηγική αναζήτησης στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων

Ηλεκτρονικές βάσεις	PubMed/ Medline	Scopus	Science Direct	Google Scholar
Λέξεις - Κλειδιά	Patient participation AND Hip fracture AND Elderly	Patient participation AND Hip fracture	Patient participation AND Hip fracture AND Elderly AND rehabilitation	Αναζήτηση μελετών από τις βιβλιογραφικές αναφορές που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου
Ανευρεθείσες εγγραφές	35	42	316	24

Γράφημα 1. Διάγραμμα ροής της συστηματικής ανασκόπησης



ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της σύγχρονης επιστημονικής βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων Pubmed/Medline, Scopus και Science Direct, καθώς και τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar με τις ακόλουθες λέξεις ευρετηρίου: «patient participation» (συμμετοχή ασθενή), «hip fracture» (κάταγμα ισχίου), «elderly» (ηλικιωμένοι) και «rehabilitation» (αποκατάσταση). Οι λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμό με βάση τους τελεστές κατά Boolean («AND», «OR»). Η στρατηγική αναζήτησης στις βάσεις δεδομένων παρουσιάζεται στον Πίνακα 1, ενώ στο Γράφημα 1 παρουσιάζεται το διάγραμμα ροής της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης (Moher et al 2009). Τα κριτήρια ένταξης των μελετών στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση ήταν τα εξής: [α] δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες σε επιστημονικά περιοδικά με σύστημα κριτών στην αγγλική γλώσσα, το χρονικό διάστημα 01.01.2009 έως και 16.08.2021 [β] μελετώμενος πληθυσμός ηλικίας άνω των 65 ετών με κάταγμα ισχίου μετά από χειρουργική επέμβαση, συμπεριλαμβανομένης και της περιόδου της αποκατάστασης και [γ] πρόσβαση στο πλήρες κείμενο του άρθρου. Τα κριτήρια αποκλεισμού μελετών από την ανασκόπηση ήταν τα ακόλουθα: [α] μελέτες μη συναφείς με το σκοπό της συστηματικής ανασκόπησης (συμμετοχή μετεγχειρητικά πέρα από το πλαίσιο της φροντίδας υγείας), [β] ανασκοπήσεις μελετών, μελέτες περίπτωσης και άρθρα σύνταξης, [γ] πρωτόκολλα ερευνητικών μελετών και [δ] δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες πριν το 2009 και σε άλλη γλώσσα πλην της αγγλικής. Από την εφαρμογή της συγκεκριμένης στρατηγικής αναζήτησης προέκυψαν 393 αναφορές από τις οποίες 14 ήταν διπλότυπες. Έπειτα από την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης αφαιρέθηκαν 312 και 37 μελέτες, αντίστοιχα. Από τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar προέκυψαν 24 νέες μελέτες προς ένταξη στην ανασκόπηση από τις βιβλιογραφικές αναφορές των επιλεγέντων μελετών. Τέλος, με βάση τα κριτήρια αποκλεισμού απορρίφθηκαν 36 μελέτες. Ο συνολικός αριθμός των μελετών που συμπεριλήφθηκαν τελικά στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, ανέρχεται στις 18 ερευνητικές μελέτες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά χαρακτηριστικά μελετών

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται συνοπτικά τα κυριότερα χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Οι 18 μελέτες της ανασκόπησης πραγματοποιήθηκαν από το 2009 μέχρι το 2022 στις παρακάτω χώρες: Σουηδία (n=5), Φινλανδία (n=1), Νέα Ζηλανδία (n=1), Καναδάς (n=4), Νορβηγία (n=1), Αγγλία (n=1), Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής (n=1), Ισραήλ (n=1), Ολλανδία (n=1), Δανία (n=1) και, τέλος, μια μελέτη (n=1) διενεργήθηκε σε Ευρωπαϊκό πλαίσιο (Ισπανία, Φιλανδία, Σουηδία, Ισλανδία, Κύπρος, Ελλάδα, Λιθουανία). Ως προς τον ερευνητικό σχεδιασμό, οι μελέτες ήταν κατά φθίνουσα σειρά: ποιοτικές (n=13), ποσοτικές (n=3) και μεικτής μεθοδολογίας (n=2). Αναφορικά με τη μέθοδο συλλογής δεδομένων, πραγματοποιήθηκε η χρήση συνεντεύξεων σε δέκα μελέτες (n=10), η χρήση ερωτηματολογίων σε πέντε (n=5) και ο συνδυασμός συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων σε δύο (n=2). Τέλος, παρουσιάζεται κατά αύξουσα σειρά το πλαίσιο συλλογής των δεδομένων των μελετών ως εξής: στο νοσοκομείο και την κοινότητα (n=1), πρώτα στο νοσοκομείο και έπειτα στην κοινότητα (n=3), στο νοσοκομείο (n=4), στην κοινότητα (n=10).

Μελετώμενος πληθυσμός

Οι συμμετέχοντες στις μελέτες ήταν άτομα τα οποία είχαν υποστεί κάταγμα του ισχίου και είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Η συμμετοχή στη μελέτη ξεκινούσε κατά την προεγχειρητική περίοδο (μετά το κάταγμα ισχίου και αμέσως πριν την χειρουργική επέμβαση), καθώς και κατά την μετεγχειρητική περίοδο (αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση κατάγματος ισχίου) και συνεχιζόταν μέχρι και την περίοδο της αποκατάστασης για μήνες έως και έτη. Το χρονικό διάστημα στο οποίο οι ερευνητές συνέλλεξαν τα δεδομένα τους διέφερε από μελέτη σε μελέτη και κυμαινόταν από 1 μήνα μέχρι και 3 έτη. Η πλειονότητα των ατόμων που συμμετείχαν στις μελέτες ήταν γυναίκες και σε μία μελέτη, ο μελετώμενος πληθυσμός ήταν αποκλειστικά γυναίκες (Karni et al 2014). Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων κυμάνθηκε από 74,5 έτη ο μικρότερος έως 83 έτη ο μεγαλύτερος. Όσον αφορά το μέγεθος του δείγματος των μελετών που συμπεριλήφθηκε στην ανασκόπηση, το μικρότερο ήταν 8 ασθενείς, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση κατάγματος ισχίου και 4 μήνες αργότερα ερωτήθηκαν για το πώς βιώνουν την εμπειρία της αποκατάστασή τους (Bruun-Olsen et al 2018), σε αντίθεση με το μεγαλύτερο δείγμα που ήταν 1634 ασθενείς, οι οποίοι συμμετείχαν σε μία ευρωπαϊκή μελέτη 7 χωρών, μελετώντας τη σχέση ανάμεσα στις γνώσεις και πληροφορίες που ανέμεναν να λάβουν οι ασθενείς και αυτές που εν τέλει έλαβαν (Klemetti et al 2016).

Συλλογή δεδομένων

Στις μελέτες με ποσοτικό ερευνητικό προσανατολισμό της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης έγινε χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων, κλιμάκων και εργαλείων μέτρησης (Πίνακας 2), τα οποία παρατίθενται στη συνέχεια: "Activity for daily living taxonomy for Occupational Therapists' clinical situations","Classification of American Society of Anesthesiologists","Short Portable Mental status questionnaire", "Abbreviated Mental

Πίνακας 2. Συνοπτική παρουσίαση των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης

Συγγραφείς, Χρονολογία, Χώρα	Σκοπός Μελέτης	Ερευνητικός σχεδιασμός/Συλλογή δεδομένων	Πλαίσιο συλλογής δεδομένων	Κύρια ευρήματα σχετικά με τη συμμετοχή ασθενών
Löfgren et al, (2015) Σουηδία	Να διερευνηθεί εάν η ενδυνάμωση των ασθενών σε ένα εξατομικευμένο μετεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης θα μπορούσε να μειώσει τη διάρκεια νοσηλείας και εάν οι ασθενείς θα είχαν περισσότερες πιθανότητες να επιστρέψουν στην καθημερινότητά τους.	Μελέτη παρέμβασης/ Χρήση ερωτηματολογίων και τυποποιημένων ταξινομήσεων με βάση το «Classification of American Society of Anesthesiologists» και «Activity for daily living taxonomy for Occupational Therapists' clinical situations».	Νοσοκομειακό περιβάλλον/ φάση αποκατάστασης (4 μήνες μετά το χειρουργείο).	Οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης επέστρεψαν στην προ της επέμβασης καθημερινότητα σε ποσοστό 90% σε σύγκριση (80%) με την ομάδα ελέγχου (p <0,05). Επίσης, οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης είχαν παραμονή στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο 4 μέρες λιγότερο από τους ασθενείς στην ομάδα ελέγχου (p = 0.04).
Karni et al, (2014) Ισραήλ	Να προσδιοριστεί τι αντίκτυπο έχουν προβλήματα με γνωστική δυσλειτουργία στη συμμετοχή και τη ποιότητα της ζωής των ατόμων μετά από κάταγμα ισχίου σε ηλικιωμένες γυναίκες.	Ποσοτική μελέτη/ Χρήση ερωτηματολογίων/ κλιμάκων: «Geriatric Depression Scale», «MMSE», «FIM», «GDS-15 short version», «Israeli Assessment of Participation of adults», «SF-12»	Νοσοκομείο αποκατάστασης μετά από την επέμβαση και κατ' οίκον ένα μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο αποκατάστασης.	Οι ασθενείς κατέγραψαν ως βοηθητικούς παράγοντες: την θεραπεία στο σπίτι, τη φροντίδα παιδιών, τη σωματική άσκηση, την αυτο-φροντίδα, τις ήπιες δραστηριότητες, τις εξόδους, τη ψυχαγωγία και τον εμπλουτισμό με νέες δραστηριότητες. Η ποιότητα ζωής ήταν χαμηλότερη το μήνα μετά την έξοδο, τόσο για τη σωματική όσο και για τη ψυχική διάσταση, χωρίς διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Ως εκ τούτου, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε άτομα με ήπια γνωστική δυσλειτουργία κατά την αποκατάσταση. Συνιστάται να επαναλαμβάνονται ξανά και ξανά οι βασικές λειτουργίες, ως μέρος της προσαρμογής τους στη νέα κατάσταση, ώστε να βελτιωθεί ένταξή τους στην κοινότητα.
Gesar et al, (2017) Σουηδία	Να διερευνηθούν οι αντιλήψεις υγιών ηλικιωμένων ασθενών σχετικά με τη δική τους ικανότητα να ανακτήσουν τη προ του κατάγματος λειτουργικότητά τους στην οξεία φάση μετά από εγχείρηση κατάγματος του ισχίου.	Ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός/ Χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων.	Νοσοκομειακό περιβάλλον (2-5 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση).	Αρχικά οι ασθενείς εμφανίστηκαν αισιόδοξοι. Η έλλειψη ευκαιριών για ενεργό συμμετοχή και αυτο-φροντίδα καθώς και η υποχρεωτική υιοθέτηση της νοσοκομειακής ρουτίνας επέφερε παθητικότητα. Ως αποτέλεσμα εξασθένησε η πίστη των ασθενών για επιτυχή ανάρρωση.
Klemetti et al, (2016) Κύπρος, Ελλάδα, Ισπανία, Φιλανδία, Σουηδία, Ισλανδία, Λιθουανία	Να περιγραφούν οι πληροφορίες και οι προτιμήσεις ελέγχου των ασθενών με αρθροπλαστική σε επτά ευρωπαϊκές χώρες και να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ αυτών των προτιμήσεων και των γνώσεων που έλαβαν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο.	Συγκριτική διεθνής μελέτη (ποσοτική)/ Χρήση ερωτηματολογίων (KHOS & RKhp).	Νοσοκομειακό περιβάλλον προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά (μεταξύ των ετών 2009-2012).	Οι προτιμήσει των ασθενών για πληροφόρηση ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες απ' ότι οι προτιμήσεις για έλεγχο. Η μεγαλύτερη ηλικία σχετίστηκε με χαμηλότερες προτιμήσεις. Υψηλές προτιμήσεις ελέγχου σχετίστηκαν με άτομα που δούλευαν στον τομέα της υγείας, των κοινωνικών υπηρεσιών ή είχαν χρόνιο νόσημα. Η συσχέτιση μεταξύ προτιμήσεων ελέγχου και τις αποκτηθείσας γνώσης ήταν αρνητική.

Griffiths et al, (2015) Αγγλία	Να διερευνηθεί τι θεωρούν οι ασθενείς σημαντικό όταν αξιολογούν την ανάρρωσή τους μετά από κάταγμα ισχίου. Να διερευνηθεί πως μπορεί αυτές οι προτεραιότητες να αξιοποιηθούν στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών αποκατάστασης.	Ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός/ Χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων και τυποποιημένων τεστ («Abbreviated Mental Test» και «EQ-5D»).	Στην κοινότητα (4 βδομάδες μετά το χειρουργείο, 4 μήνες μετά το χειρουργείο- στο σπίτι, στο νοσοκομείο, σε άλλη δομή.	Σημαντική ήταν για την ανάρρωση η προσαρμογή προηγούμενων δραστηριοτήτων υπό τις νέες συνθήκες (πχ οι ασθενείς φροντίζουν τον κήπο τους αλλά δεν γονατίζουν, χρησιμοποιούν σε κάποιες περιπτώσεις μαγκούρα ή καροτσάκι). Στην περίπτωση που οι ασθενείς είχαν σοβαρά προβλήματα στην κινητικότητα, αυτό έγινε εμπόδιο στην ανάρρωσή τους λόγω της επιρροής που είχε αυτό στην ψυχολογία τους. Το ίδιο συνέβη και με το φόβο που προέκυψε από την ιδέα ενός νέου κατάγματος.
Young & Resnick (2009) ΗΠΑ	Να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων για τη λειτουργική αποκατάστασή τους ένα χρόνο μετά από κάταγμα ισχίου.	Μικτή ερευνητική, μεθοδολογία (ποσοτική και ποιοτική)/Χρήση ερωτηματολογίων με βάση τυποποιημένο εργαλείο (Functional Independence Measures) και ανοιχτού τύπου ερωτήσεις.	Στην κοινότητα (12 μήνες μετά το κάταγμα ισχίου).	Οι ασθενείς αναγνώρισαν τη σημαντικότητα της δικής τους κινητοποίησης και επισήμαναν την ανάγκη για διατήρηση θετικής στάσης και πλήρους συμμετοχής στις δραστηριότητες αποκατάστασης.
Malmgren et al, (2014) Σουηδία	Να περιγραφούν οι εμπειρίες των ασθενών από τη συμμετοχή τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας για κάταγμα ισχίου.	Ποιοτική έρευνα/ Χρήση ερωτηματολογίων.	Στην κοινότητα 4 συνεντεύξεις (κατά την περίοδο εξόδου από το νοσοκομείο και άλλες 7 μετά την έξοδο από το νοσοκομείο).	Από την μελέτη προέκυψαν 3 διαφορετικές θεματικές ενότητες. Προσωπικές ανάγκες και κατάσταση του ασθενή (σχετικά με τη γνώση που έλαβε ο ασθενής, αν θυμάται τις οδηγίες και τις πληροφορίες, αν θέλει να γνωρίζει και να ενημερώνετε). Σε σχέση με το πώς αντιδρούσαν οι επαγγελματίες υγείας στις προσωπικές ανάγκες των ασθενών (αν υπάρχει καλή επικοινωνία, αίσθηση ότι έχουν έλεγχο σε ότι αφορά τη θεραπεία τους από την φυσικοθεραπεία, τον έλεγχο του πόνου). Προσαρμογή από τους ασθενείς στο νοσοκομειακό περιβάλλον (πχ ώρες μπάνιου, κοινή συμβίωση με άλλους ασθενείς).
Stott-Eveneshen et al, (2017) Καναδάς	Να περιγράψει τις απόψεις των ασθενών που συμμετέχουν σε μετεγχειρητικό πρόγραμμα διαχείρισης κατάγματος του ισχίου, αναφορικά με την κινητοποίηση.	Ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός (τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη)/ Χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων.	Συνεντεύξεις ασθενών στην κοινότητα (6 και 12 μήνες μετά την εγγραφή τους σε πρόγραμμα διαχείρισης κατάγματος ισχίου).	Από την μελέτη προέκυψαν τα ακόλουθα ευρήματα: Ανάκτηση της κινητικότητας (60%), επιστροφή στις δραστηριότητες (22%), επίτευξη σταθερής υγείας (16%) ήταν οι πιο συνηθισμένοι στόχοι που επιτεύχθηκαν. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν το καλό δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης (34%), την πρόσβαση σε φυσικοθεραπευτή (34%) και τη θετική στάση (22%), ως παράγοντες που υποστήριξαν την μετεγχειρητική τους αποκατάσταση. Τα πιο συχνά εμπόδια στη φροντίδα αποκατάστασης ήταν η εμφάνιση επιπλοκών (20%), ο πόνος (12%) και η περιορισμένη πρόσβαση σε φυσικοθεραπευτή. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενίσχυση της συμμετοχής (ικανότητες, συμπεριφορά) των ασθενών στη διαδικασία της αποκατάστασης.

Pol et al, (2019) Ολλανδία	Να διερευνήσει ποιες πτυχές της διαδικασίας αποκατάστασης μετά το κάταγμα ισχίου οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται ότι είναι οι πλέον επωφελείς για την επιστροφή τους στην καθημερινή ζωή.	Ποιοτικός σχεδιασμός/ Χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων.	Συνεντεύξεις ασθενών στην κοινότητα, μετά την ολοκλήρωση προγράμματος αποκατάστασης.	Οι φυσικοί και ψυχολογικοί περιορισμοί είναι συνέπειες του κατάγματος του ισχίου που οι ηλικιωμένοι δυσκολεύτηκαν να αντιμετωπίσουν κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης. Τρεις πτυχές βρέθηκαν να είναι επωφελείς κατά την αποκατάσταση: «υποστήριξη και καθοδήγηση», «ο εαυτός μου» και «τεχνολογική υποστήριξη». Αναδεικνύεται ο σημαντικός ρόλος του ίδιου του ασθενή στην αποκατάσταση.
Rasmussen et al, (2018) Δανία	Να διερευνήσει τους παράγοντες που διευκολύνουν και εμποδίζουν την ενεργό συμμετοχή των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών μετά τη χειρουργική επέμβαση κατάγματος ισχίου.	Ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός (ερμηνευτική φαινομενολογία) / Χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων.	Πρώτη φάση: κατ΄ οίκον και κέντρο αποκατάστασης Δεύτερη φάση: κατ΄ οίκον και κέντρο ημερήσιας νοσηλείας.	Από την μελέτη προέκυψαν δύο θέματα: (1) «Εσωτερικός διάλογος και δράσεις "με τα υποθέματα "Εσωτερικές κινητήριες δυνάμεις" και "Εσωτερικοί περιορισμοί", (2) «Αγώνας και Προσπάθεια» με τα υποθέματα «Οικοδόμηση σχέσεων» και «Λαμβάνοντας υπόψη τις επιπλοκές και τις συνθήκες". Επισημαίνεται η κινητοποίηση του ίδιου του ατόμου.
Healee et al, (2017) Νέα Ζηλανδία	Να δημιουργηθεί μια ουσιαστική θεωρία που να εξηγεί την αποκατάσταση από το κάταγμα του ισχίου από την πλευρά των ηλικιωμένων ενηλίκων και να διερευνηθεί πώς ανταποκρίθηκαν.	Ποιοτική-βασισμένη στη θεωρητική προσέγγιση Glaserian/ Χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων.	Κατ' οίκον /σε συγκροτήματα κατοικιών συνταξιούχων (3 μήνες έως 22 χρόνια μετά το κάταγμα).	Η ανάκτηση της σωματικής-κοινωνικής λειτουργικότητας και της συνήθους ψυχοκοινωνικής συμπεριφοράς επετεύχθη από τους ασθενείς επιστρατεύοντας την αυτοπεποίθηση, κινούμενοι στον δικό τους χώρο και ρυθμό και διαχειρίζοντας τις προσδοκίες τους.
Sims-Gould et al, (2017) Καναδάς	Να διερευνήσει τη συμμετοχή ηλικιωμένων στη διαδικασία της αποκατάστασης μετά από κάταγμα ισχίου που σχετίζεται με πτώση.	Ποιοτική μελέτη/ Χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων.	Κοινότητα. (6 και 12 μήνες μετά την έναρξη συμμετοχής στη μελέτη).	Η ενθάρρυνση της συμμετοχής στις ασκήσεις αποκατάστασης και η διαχείριση των προσδοκιών των ασθενών δείχνουν να φέρουν ευεργετικά αποτελέσματα κατά τη μετεγχειρητική φάση, με απαραίτητη προϋπόθεση την έγκαιρη και συνεχή φροντίδα των επαγγελματιών υγείας και τη διατήρηση θετικής προοπτικής για τον μετριασμό αρνητικών αισθημάτων.
Bruun-Olsen et al, (2018) Νορβηγία	Να διερευνηθεί πώς ηλικιωμένοι ασθενείς με κάταγμα ισχίου έχουν βιώσει τη διαδικασία αποκατάστασης.	Ποιοτικός ερευνητικός σχεδιασμός, ερμηνευτική φαινομενολογία / Χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων και τυποποιημένων εργαλείων μέτρησης («Mini Mental StateExamination»).	Φάση αποκατάστασης/ Κατ' οίκον (4 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση).	Οι ασθενείς περιέγραψαν ένα απροσδόκητο αίσθημα ευπάθειας, παθητικότητας και υποταγής ειδικά κατά την νοσοκομειακή παραμονή τους. Τονίστηκε η σημασία του έργου των επαγγελματιών υγείας αλλά και των προσπαθειών των ίδιων των ασθενών.
Schiller et al, (2015) Καναδάς	Να κατανοηθεί η φάση ανάρρωσης μετά από κάταγμα ισχίου από την πλευρά του ασθενή και να εντοπιστούν οι πληροφορίες που θα μπορούσαν να ενσωματωθούν στο μελλοντικό εκπαιδευτικό υλικό για την κλινική πρακτική για την υποστήριξη των ασθενών κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης.	Ποιοτική/Χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων.	Κοινότητα (κατά μέσο όρο 2,5 χρόνια μετά το κάταγμα).	Η αναζήτηση βοήθειας, η κατάλληλη εκπαίδευση-πληροφόρηση, η αφοσίωση στις ασκήσεις αποκατάστασης, η διατήρηση θετικής προοπτικής και η κοινωνική υποστήριξη τονίστηκαν για την σημασία τους από τους ασθενείς.

Gorman et al, (2013) Καναδάς	Να προσδιοριστούν τα πρότυπα άσκησης και τα εμπόδια, οι παράγοντες και τα κίνητρα για άσκηση σε ηλικιωμένους ενήλικες μετά από κάταγμα ισχίου.	Μικτή μεθοδολογία/ Χρήση συνεντεύξεις με επιλογές απαντήσεων και ερωτηματολογίων («CHAMPS questionnaire», «EQ-5D questionnaire», και κλιμάκων όπως «ABC scale»).	Κοινότητα (έως ένα χρόνο από το κάταγμα).	Από το 55,2% των συμμετεχόντων που ανέφεραν εμπόδια κατά την άσκηση, τα περισσότερα σχετίζονταν με την κατάσταση της υγείας (πόνος, κόπωση, τραυματισμοί), ενώ οι πιο συχνά αναφερόμενοι διευκολυντές για συμμετοχή ήταν εγγενείς παράγοντες (αποφασιστικότητα, φανερές βελτιώσεις και η καθημερινή συμμετοχή σε ασκήσεις).
Asplin et al, (2017) Σουηδία	Να αξιολογηθεί ένα τροποποιημένο πρόγραμμα συντονισμένης αποκατάστασης ασθενών κατά την οξεία φάση μετά από χειρουργική επέμβαση κατάγματος ισχίου με επίκεντρο τη συμμετοχή των ασθενών όπως εκείνοι την κατανοούν. Επίσης, να διερευνηθεί η επίδραση στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, της λειτουργικής ισορροπίας, της εμπιστοσύνης και της σωματικής απόδοσης. Να διερευνηθεί το επίπεδο αποκατάστασης σε ένα μήνα συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου μελλοντικών πτώσεων.	Προοπτική, ελεγχόμενη, μελέτη παρέμβασης/ Χρήση ερωτηματολογίων, κλιμάκων και test («SPMSQ questionnaire», «BBS scale», «MDC scores», «FES-S scale», «TUG test», «SPPB»).	Δομή ολοκληρωμένης γηριατρικής φροντίδας.	Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης αποδείχτηκε ότι κατά την έξοδο από το νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερη αίσθηση συμμετοχής στην ανάρρωσή τους και μεγαλύτερη ανεξαρτησία στην υγιεινή του κατώτερου μέρους του σώματος (lower body hygiene) και στην ένδυση. Ένα μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης ήταν πιο ικανοί να ανεβαίνουν και να κατεβαίνουν σκάλες, να περπατούν εκτός σπιτιού και να κάνουν μπάνιο σε σχέση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου.
Segev Jacubovski et al, (2018) Φιλανδία	Να διερευνηθεί η πορεία της λειτουργικότητας και συμμετοχής σε δραστηριότητες της καθημερινότητας σε ηλικιωμένους με κάταγμα ισχίου πριν το κάταγμα έως και 6 μήνες μετά την αποκατάσταση, να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL), της λειτουργικής ικανότητας και της συμμετοχής 6 μηνών μετά την αποκατάσταση και να εξετάσει εάν η βελτίωση της λειτουργικότητας μπορεί να προβλέψει τη HRQoL.	Προοπτική (ποσοτική) μελέτη κοορτής/ Χρήση φακέλων υγείας και κλιμάκων («Functional independence measure», «The Lawton IADL Scale», «Activity Card Sort», «The 12-item Short-Form Health Survey», «Mini Mental state examination»).	Πρώτη φάση: νοσοκομειακό περιβάλλον. Δεύτερη φάση: κατ' οίκον. (φάση αποκατάστασης έως και 6 μήνες μετά).	Υπήρξε σημαντική βελτίωση στην λειτουργικότητα των ασθενών στις δραστηριότητες της καθημερινής διαβίωσης, χωρίς ωστόσο να επιστρέφουν στα επίπεδα λειτουργικότητας προ του κατάγματος. Επίσης οι ασθενείς δεν κατάφεραν να υιοθετήσουν ούτε το 1/3 των πρότερων κοινωνικών-πολιτιστικών δραστηριοτήτων τους.
Gesar et al, (2017) Σουηδία	Να διερευνήσει πως οι προηγουμένως υγιείς άνθρωποι ηλικίας 65 ετών και άνω, περιγράφουν τη προσαρμογή τους στην καθημερινότητα 4 μήνες μετά το κάταγμα ισχίου.	Ποιοτικός σχεδιασμός, μελέτη επισκόπησης/ Με συνεντεύξεις.	Πρώτη φάση: συνέντευξη ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον έπειτα από επέμβαση κατάγματος ισχίου. Δεύτερη φάση: συνεντεύξεις ασθενών 4 μήνες μετά κατ΄ οίκον και στην κοινότητα.	Το κάταγμα ισχίου ακόμα και 4 μήνες αργότερα, θεωρήθηκε από τους συμμετέχοντες σαν μία παρεμβολή που οδηγούσε σε μόνιμες συνέπειες για τη καθημερινή ζωή. Η διαδικασία αποκατάστασης κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου ήταν περίπλοκη και συνίστατο από σωματική και ψυχολογική ένταση. Οι προσδοκίες των ασθενών, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου των τεσσάρων μηνών, άλλαξαν. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Επίσης, είναι σημαντικό να ενσωματωθεί η προοπτική των ασθενών στη διαδικασία της φροντίδας.

Test", "EuroQol Quality of Life (EQ-5D) questionnaire", "Geriatric Depression Scale", "Mini Mental State Examination (MMSE)", "Functional Independence Measure (FIM)", "GDS-15 short version", "Israeli Assessment of Participation of adults","12-items short form Health status survey (SF-12)", "Krantz Health Opinion Survey (KHOS)","Received Knowledge of Hospital Patient (PK_{hp}) scale", "Community Healthy Activities Model Program for Seniors (CHAMPS) questionnaire", "Lower Extremity Measure (LEM)", "Activities-specific Balance Confidence scale", "The Lawton IADL scale", "Activity cart Sort", "TLS-Basic ADL protocol", "Bergs Balance scale", "Minimal Detectable Change scores","Falls Efficacy scale (FES-S)", "Short Physical Performance Battery (SPPB)" και"Timed Up and Go (TUG) test".

Ενδεικτικά, στον ερευνητικό σχεδιασμό τριών μελετών αναφέρεται η χρήση του εργαλείου "Mini Mental State Examination" και, πιο συγκεκριμένα, στις μελέτες των Karni et al (2014), Segev-Jacubovski et al (2018) και Bruun-Olsen et al (2018), καθώς και του εργαλείου "Functional Independence Measure" στις μελέτες των Young & Resnick (2009), Karni et al (2014) και Segev-Jacubovski et al (2018). Τέλος, σε δύο μελέτες αξιοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: "Short Portable Mental status questionnaire" από τους Löfgren et al (2015) και Asplin et al (2017), το "EuroQol Quality of Life (EQ-5D) questionnaire" από τους Gorman et al (2013) και Griffiths et al (2015), ενώ το εργαλείο "12-items short form Health status survey (SF-12)" αξιοποιήθηκε από τους Karni et al (2014) και Segev-Jacubovski et al (2018). Η χρήση οδηγού ημι-δομημένων συνεντεύξεων αποτέλεσε το συχνότερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο συλλογής των δεδομένων σε μελέτες με ποιοτικό ερευνητικό προσανατολισμό, καθώς χρησιμοποιήθηκε σε πέντε μελέτες της συγκεκριμένης ανασκόπησης (Schiller et al 2015, Gesar et al 2017, Stott-Eveneshen et al 2017, Rasmussen et al 2018, Pol et al 2019).

Συμμετοχή στο νοσοκομειακό περιβάλλον

Στη μελέτη των Löfgren et al (2015), η χρήση ενός εξατομικευμένου μετεγχειρητικού προγράμματος αποκατάστασης με τρείς βασικούς άξονες - το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας, την παροχή ενός «πακέτου» πληροφοριών και την υποστηρικτική συμπεριφορά του εκπαιδευμένου νοσοκομειακού προσωπικού – είναι σε θέση να καταστήσει εφικτή τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας κατά μέσο όρο τέσσερις ημέρες (ρ=0,04) και την επιστροφή ασθενών στην πρότερη καθημερινότητα τους σε ποσοστό 90% (ρ< 0,05). Ως επικουρικό μέσο για την ανάκτηση της φυσιολογικής λειτουργικότητας, η υποστηρικτική στάση του προσωπικού αναφέρεται και στην μελέτη των Gesar et al (2017a). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες της μελέτης παρουσιάστηκαν παθητικοί, αναφέροντας ως καταλυτικούς παράγοντες την έλλειψη ευκαιριών για ενεργό συμμετοχή και την υποχρέωση υιοθέτησης της ρουτίνας της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Η αρωγή του προσωπικού, τόσο σε ψυχολογικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο ενθάρρυνσης και εκμάθησης τεχνικών αυτοφροντίδας, φαίνεται να συμβάλει καθοριστικά στην ανάκτηση της προ του κατάγματος λειτουργικότητας. Όσον αφορά τις προτιμήσεις των ασθενών αναφορικά με τη συμμετοχή τους (προτιμήσεις πληροφόρησης ή προτιμήσεις ελέγχου), οι Klemetti et al (2016) στη μελέτη τους διαπίστωσαν ότι οι προτιμήσεις για πληροφόρηση ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες σε σχέση με εκείνες για έλεγχο (ρ=0,10), ενώ ταυτόχρονα αποδείχθηκε ότι η συσχέτιση μεταξύ των προτιμήσεων ελέγχου και της αποκτηθείσας γνώσης ήταν αρνητική, δηλαδή όσο υψηλότερες προτιμήσεις ελέγχου είχαν οι ασθενείς, τόσο λιγότερες γνώσεις έλαβαν. Τέλος, η επίδραση των γνωστικών προβλημάτων στη συμμετοχή και την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων ασθενών διερευνήθηκε στην μελέτη των Karni et al (2014). Έδειξαν ότι το χαμηλό γνωστικό επίπεδο και η σοβαρότητα της κατάθλιψης επηρεάζουν αρνητικά την έκταση της συμμετοχής καθώς και τη μη σχετιζόμενη με θέματα υγείας ποιότητα ζωής [φυσική διάσταση (ρ<0,001) και ψυχική διάσταση (ρ<0,001)]. Αναφορικά με την ποιότητα ζωής σχετικά με θέματα υγείας, δεν παρουσιάστηκαν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις ομάδες των «γνωστικά υγιών» και «γνωστικά εξασθενημένων», καθώς και οι δύο ομάδες εμφάνισαν χαμηλά ποσοστά.

Συμμετοχή στη φροντίδα αποκατάστασης

Οι Asplin et al (2017) υιοθετώντας ένα συντονισμένο πρόγραμμα αποκατάστασης με έγκαιρη έναρξη της συμμετοχής του ασθενούς και εντατική φυσικοθεραπεία, διαπίστωσαν ότι ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ασθενών στην ομάδα παρέμβασης ανέφερε υψηλότερα επίπεδα συμμετοχής (ρ<0,05) και μεγαλύτερα επίπεδα ανεξαρτησίας στις διαδικασίες υγιεινής του σώματος στα κάτω άκρα (ρ=0,025), καθώς και στην διαδικασία της ένδυσης (ρ<0,001). Αντίστοιχα, υψηλά ποσοστά βελτίωσης της λειτουργικότητας των καθημερινών δραστηριοτήτων έδειξαν τα αποτελέσματα της μελέτης των Segev-Jacubovski et al (2018), χωρίς ωστόσο οι συμμετέχοντες να επιτυγχάνουν τα προ-καταγματικά επίπεδα δραστηριότητας. Μεγαλύτερα επίπεδα συμμετοχής αναδείχθηκαν στις δραστηριότητες χαμηλών απαιτήσεων και αντίστροφα. Τέσσερις μήνες μετά την αποκατάσταση, οι συμμετέχοντες της μελέτης των Gesar et al (2017), χαρακτηρίζουν το κάταγμα ως ένα συμβάν με μακροπρόθεσμες συνέπειες, τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές, οι οποίες ανάγκασαν τους ασθενείς να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες. Τα συχνότερα εμπόδια που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στη μελέτη αυτή ήταν η μειωμένη κινητικότητα, η κακή ισορροπία, η κόπωση και η αδυναμία.

Εμπόδια και περιορισμοί της συμμετοχής των ασθενών

Στο σύνολο των έντεκα μελετών, που συμπεριλήφθηκαν στη συγκεκριμένη ενότητα, οι συμμετέχοντες μόνο μίας μελέτης ανέφεραν άρνηση στη διαδικασία της συμμετοχής και εναπόθεση των ευθυνών της φροντίδας τους στο νοσοκομειακό προσωπικό και την οικογένεια (Malmgren et al 2014). Εντούτοις, εμπόδια και δυσκολίες κατά τη φάση αποκατάστασης στην κοινότητα αναφέρθηκαν εκτενώς σε όλες τις μελέτες. Συγκεκριμένα, τα πιο συχνά αναφερόμενα εμπόδια και περιορισμοί ήταν: [α] ο πόνος (Young & Resnick 2009, Malmgren et al 2014, Stott-Eveneshen et al 2017, Rasmussen et al 2018, Gorman et al 2013), [β] ο φόβος νέας πτώσης (Griffiths et al 2015, Pol et al 2019, Bruun-Olsen et al 2018, Schiller et al 2015), [γ] οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και η συνοσηρότητα (Young & Resnick 2009, Stott-Eveneshen et al 2017, Rasmussen et al 2018), [δ] η παθητική συμπεριφορά και τα αρνητικά συναισθήματα (Malmgren et al 2014, Bruun-Olsen et al 2018, Rasmussen et al 2018), [ε] η αναποτελεσματική συνεργασία με το προσωπικό και η ανεπαρκής παροχή πληροφοριών (Stott-Eveneshen et al 2017, Rasmussen et al 2018, Segevall et al 2021), [ζ] οι μη ρεαλιστικές – επιτεύξιμες προσδοκίες (Healee et al 2017, Sims-Gould et al 2017) και [η] η δυσκολία πρόσβασης σε φυσικοθεραπευτή (Stott-Eveneshen et al 2017). Όσον αφορά την καθημερινότητα μετά το κάταγμα του ισχίου, η ανάγκη για προσαρμογή στα νέα δεδομένα έγινε φανερά αισθητή από όλους τους συμμετέχοντες. Οι ασθενείς βίωσαν μία ξαφνική μετάβαση από τον συνήθη τρόπο ζωής τους σε μία νέα πραγματικότητα, κατά την οποία έπρεπε να εκπαιδευτούν κατάλληλα, ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν πλήρως ή μερικώς στις προηγούμενες δραστηριότητές τους. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη των Bruun-Olsen et al (2018), οι συμμετέχοντες φαίνεται να αντιμετώπιζαν σοβαρές δυσκολίες με την διαχείριση των συναισθημάτων τους καθώς νιώθουν ευάλωτοι, υποταγμένοι και αβοήθητοι. Τα αρνητικά συναισθήματα κυριαρχούν και εντείνονται λόγω της υπέρμετρης απόκλισης που είχαν οι προσδοκίες τους από την πραγματικότητα. Οι ασθενείς θεωρούν πως το κάταγμα τους άλλαξε τη ζωή και εκφράζουν ένα αίσθημα φόβου πως δεν θα μπορέσουν να ανακτήσουν την παλιά τους καθημερινότητα. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει η μελέτη των Sims-Gould et al (2017), όπου το 62% των συμμετεχόντων αναφέρει πως η εμπειρία της αποκατάστασής τους διέφερε σε μεγάλο βαθμό από τις προσδοκίες, που είχαν. Το γεγονός αυτό φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο της απογοήτευσης και δυσαρέσκειας των συμμετεχόντων. Τέλος, στη μελέτη των Rasmussen et al (2018), οι συμμετέχοντες ένιωθαν ανίκανοι να διαχειριστούν με αυτονομία την αποκατάστασή τους και να επανακτήσουν το προ-καταγματικό επίπεδο δραστηριότητας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να νιώθουν αβοήθητοι και ανασφαλείς, αναφορικά με τις δραστηριότητες που καλούνταν να εκτελέσουν, να αυξηθούν οι εσωτερικοί περιορισμοί τους και να κυριαρχεί η ηττοπάθεια.

Παράγοντες που διευκολύνουν τη συμμετοχή των ασθενών

Σε επτά μελέτες διαπιστώθηκε ότι η συμμετοχή ασθενών στη φροντίδα καθώς και η ανάκτηση της λειτουργικότητας μετά το κάταγμα προάγεται με τη θετική στάση και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες στην κοινότητα (Young & Resnick 2009, Stott-Eveneshen et al 2017, Rasmussen et al 2018, Sims-Gould et al 2017, Bruun-Olsen et al 2018, Schiller et al 2015, Malmgren et al 2014, Segevall et al 2021). Συγκεκριμένα, η αισιόδοξη συμπεριφορά, η ενθάρρυνση των προσπαθειών, η αναγνώριση των επιθυμιών των ασθενών, η τροφοδότηση με συμβουλές προς βελτίωση και η ενίσχυση σχέσεων εμπιστοσύνης αναγνωρίζονται από τους ασθενείς ως σημαντικά χαρακτηριστικά της φροντίδας των επαγγελματιών υγείας, τα οποία συμβάλουν στο να βελτιωθούν οι γνώσεις, να μειωθεί το αίσθημα μοναχικότητας και να ενισχυθεί το ηθικό τους. Ως προς την πληροφόρηση, φάνηκε πως η παροχή ορθά διατυπωμένων, κατανοητών και επικεντρωμένων στην διευκόλυνση της ανάρρωσης πληροφοριών (Young & Resnick 2009), καθώς και η δυνατότητα επίλυσης απορίων (Schiller et al 2015) λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και επηρεάζει άμεσα τη δημιουργία ρεαλιστικών προσδοκιών. Οι μελέτες των Stott-Eveneshen et al (2017) και Sims-Gould et al (2017) ανέφεραν ότι ασθενείς που έλαβαν πληροφόρηση από διαδικτυακές πηγές ή από φίλους και συγγενείς, που είχαν παρόμοια εμπειρία, περιέγραψαν την διαδικασία ανάρρωσης ως την αναμενόμενη, σε αντίθεση με εκείνους που έλαβαν πληροφόρηση κυρίως από το χειρουργό και αντιμετώπισαν μία εκτεταμένη και περισσότερο επώδυνη διαδικασία ανάρρωσης. Εξίσου σημαντικούς παράγοντες, που συμβάλουν στην αποκατάσταση των συμμετεχόντων και αναφέρονται σε οκτώ εκ των έντεκα μελετών (Young & Resnick 2009, Stott-Eveneshen et al 2017, Pol et al 2019, Rasmussen et al 2018, Healee et al 2017, Sims-Gould et al 2017, Schiller et al 2015, Gorman et al 2013), αποτελούν: η θετική προδιάθεση και στάση των ασθενών απέναντι στην πρωτόγνωρη κατάσταση που βίωναν, η προσωπική θέληση και αποφασιστικότητά τους για πλήρη ανάρρωση, ο προσδιορισμός βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων, το αίσθημα αυτοπεποίθησης και, τέλος, η συμμόρφωση που επιδείκνυαν στις ασκήσεις αποκατάστασης και η καθημερινή βελτίωση στην κινητικότητα. Κατά τους Stott-Eveneshen et al (2017), η ανάκτηση της κινητικότητας και η επιστροφή στις προ-καταγματικές δραστηριότητες αποτέλεσαν τους συνηθέστερους στόχους προς επίτευξη, αναδεικνύοντας την έντονη ανάγκη των συμμετεχόντων ασθενών

για άμεση αποκατάσταση. Βελτίωση στην κινητικότητα παρουσιάστηκε μέσω των ασκήσεων φυσικοθεραπείας και της συμμόρφωσης σε αυτές (Malmgren et al 2014, Stott-Eveneshen et al 2017, Pol et al 2019, Bruun-Olsen et al 2018, Healee et al 2017, Schiller et al 2015), της χρήσης βοηθημάτων κίνησης (Griffiths et al 2015, Pol et al 2019, Rasmussen et al 2018, Healee et al 2017), της προσαρμογής των δραστηριοτήτων στις νέες συνθήκες (Griffiths et al 2015) και της προτροπής για έγκαιρη κινητοποίηση και ενεργό συμμετοχή (Young & Resnick 2009, Schiller et al 2015, Gorman et al 2013, Sims-Gould et al 2017). Ενώ η πλειονότητα των συμμετεχόντων στις μελέτες ανέφερε σημαντικές επιπτώσεις στην λειτουργικότητα και μείωση του επίπεδου κινητικότητας, ένα σημαντικά μεγάλο ποσοστό (44,8%) των συμμετεχόντων της μελέτης των Gorman et al (2013) δήλωσαν ευχαριστημένοι δίχως να αναφέρουν ιδιαίτερα προβλήματα, αναγνωρίζοντας ως ενισχυτικούς παράγοντες την αποφασιστικότητα, τη δυνατότητα διάκρισης των επιπέδων βελτίωσης και την υιοθέτηση των ασκήσεων αποκατάστασης στη καθημερινότητά τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα κατάγματα του ισχίου αποτελούν ένα συχνό, επώδυνο και τραυματικό συμβάν στους ηλικιωμένους, τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και διεθνώς. Η συμμετοχή των ασθενών στην διαδικασία της φροντίδας τους μετά από κάταγμα ισχίου είναι ιδιαίτερης σημασίας για την έκβαση των θεραπευτικών στόχων, που θέτουν οι ίδιοι αλλά και οι επαγγελματίες υγείας. Στην επιστημονική βιβλιογραφία γίνεται συχνά αναφορά ότι οι ασθενείς έχουν ουσιαστικό ρόλο στη διαδικασία της φροντίδας τους, την ομαλή επανένταξή τους στη κοινωνική ζωή και τη διατήρηση αλλά και προαγωγή της ψυχικής τους ευημερίας (Κολοβός & Σουρτζή 2007). Επομένως, η συμμετοχή τους στη διαδικασία της αποκατάστασης μετά από κάταγμα ισχίου θα πρέπει να είναι περισσότερο ενεργή, συνεχής και να διευκολύνεται όσο το δυνατόν περισσότερο από το πλαίσιο φροντίδας και τον οργανισμό. Η ικανοποιητική ή μη συμμετοχή εξαρτάται από πλήθος και ποικιλία παραγόντων, ο συνδυασμός των οποίων, ανάλογα με το άτομο, δημιουργεί κατάλληλες ή μη συνθήκες βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας.

Από την πλειονότητα των μελετών που συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα ανασκόπηση, γίνεται αντιληπτό ότι στις περιπτώσεις που η συμμετοχή των ασθενών κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ταχύτερη επιστροφή σε καθημερινές δραστηριότητες, τη γρηγορότερη ανάρρωση, την αυξημένη και αποτελεσματικότερη κινητικότητα και γενικότερα την καλή λειτουργικότητα και διαβίωση των ασθενών αυτών. Ταυτόχρονα όμως σε άλλες έρευνες φαίνεται ότι οι ασθενείς με κάταγμα ισχίου, εν τέλει, δεν ανακτούν ποτέ το 100% της προ του κατάγματος λειτουργικότητας. Για παράδειγμα, στην μελέτη των Löfgren et al (2015), οι ασθενείς ανέκτησαν κατά 90% την καθημερινότητα που είχαν προ του κατάγματος. Στο ίδιο πλαίσιο, με χαμηλότερα ποσοστά, κυμαίνεται και η μελέτη των Talkowski et al (2009), που κατέγραψε τις διαφορές στους λιγότερο και περισσότερο κινητικά ενεργούς ασθενείς. Στους 3 και 6 μήνες από το κάταγμα ισχίου, οι πιο ενεργοί ασθενείς έφτασαν στην προ του κατάγματος λειτουργικότητά τους κατά 78% και 91% αντίστοιχα, ενώ οι λιγότερο ενεργοί είχαν αντίστοιχα 64% και 73% επιστροφή στην πρότερή τους κατάσταση. Άλλη μια μελέτη που αναλύει ποσοστιαία την επαναφορά των ασθενών είναι αυτή των Stott-Eveneshen et al (2017). Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι η ανάκτηση της κινητικότητας επιτεύχθηκε κατά 60%, ενώ η επιστροφή σε δραστηριότητες κατά 22%. Συμπληρωματικά, στη μελέτη των Segev-Jacubovski et al (2018), αναφέρεται ότι υπήρξε σημαντική βελτίωση στην λειτουργικότητα και δραστηριότητα των ασθενών, χωρίς όμως οι ασθενείς να ξεπεράσουν το 1/3 της προ του κατάγματος κοινωνικο-πολιτιστικής τους ζωής. Τα ευρήματα αυτά επισημαίνουν την ανάγκη η συμμετοχή των ασθενών μετά από κάταγμα του ισχίου στη διαδικασία της φροντίδας τους να είναι συνεχής και συστηματική, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής αυτών των ατόμων.

Παρόλα αυτά, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των μελετών που συμπεριλαμβάνονται στην ανασκόπηση, παρατηρείται ότι η άσκηση (Gorman et al 2013, Schiller et al 2015, Sims-Gould et al 2017, Karni et al 2014), η υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας (Gesar et al 2017 b, Schiller et al 2015, Pol et al 2019, Stott-Eveneshen et al 2017,Segevall et al (2021), η θετική στάση (Schiller et al 2015, Sims-Gould et al 2017, Stott-Eveneshen et al 2017, Young & Resnick 2009) και η παρακίνηση των ασθενών από τον ίδιο τον εαυτό τους (Bruun-Olsen et al 2018, Rasmussen et al 2018, Pol et al 2019, Young & Resnick 2009) είναι οι συχνότεροι και σημαντικότεροι παράγοντες που έχουν ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της συμμετοχής στη φροντίδα τους. Συμπληρωματικά στη μελέτη των Lee & Lee (2021) οι ασθενείς που ερωτήθηκαν αν θα συμμετείχαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης στο σπίτι απάντησαν θετικά σε ποσοστό 84,7% λόγω του ότι θα ένιωθαν μεγαλύτερη ψυχική άνεση, θα ήταν λιγότερο χρονοβόρο για αυτούς σε σχέση με ένα σχέδιο αποκατάστασης εκτός σπιτιού και λιγότερο επιβαρυντικό από το να επισκέπτονται το νοσοκομείο. Από την άλλη πλευρά, οι παράγοντες που οδηγούν σε μείωση της συμμετοχής χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: στους ψυχολογικούς και τους σωματικούς. Στους ψυχολογικούς εντάσσεται η μειωμένη ψυχολογική διάθεση ως απόρροια του κατάγματος (Pol et al 2019, Griffiths et al 2015) και το αίσθημα παθητικότητας λόγω του νοσοκομειακού περιβάλλοντος (Bruun-Olsen et al 2018, Gesar

et al 2017 b). Στους σωματικούς παράγοντες που εμποδίζουν την επιτυχή συμμετοχή στη φροντίδα αποκατάστασης, εντάσσεται σύμφωνα με τη μελέτη των Gorman et al (2013) ο πόνος, η κόπωση και οι τραυματισμοί. Ο πόνος αναφέρεται επιπρόσθετα από τους Stott-Eveneshen et al (2017) και, τέλος, οι Pol et al (2019) αναφέρονται στους φυσικούς περιορισμούς. Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας των ατόμων αυτών, τόσο στο νοσοκομειακό περιβάλλον όσο και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Η ενεργός, συνεχής και συστηματική συμμετοχή των ασθενών στην διαδικασία της αποκατάστασης έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντική στη διαχείριση της φροντίδας των ασθενών με κάταγμα του ισχίου. Η θεωρία της Ενδυνάμωσης, βασισμένη στις αρχές και πρακτικές της (Κοπανιτσάνου και συν 2020), αλλά και τα ευρήματα από αντίστοιχες μελέτες σε ορθοπεδικούς ασθενείς (Κοπανιτσάνου και συν 2016, Segevall et al 2021) μπορεί να αξιοποιηθούν στην κλινική πρακτική και να αποτελέσουν το κατάλληλο πλαίσιο για την ενίσχυση της συμμετοχής των ασθενών με κάταγμα ισχίου στη διαδικασία της φροντίδας τους. Παρόλα αυτά, είναι αναγκαίο να διενεργηθούν περαιτέρω μελέτες για το πως θα μπορούσαν αυτοί οι παράγοντες να ενσωματωθούν σε ολοκληρωμένα προγράμματα αποκατάστασης και, εν γένει, στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών αυτών.

Σε αυτό το σημείο, πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα ανασκόπηση έχει κάποιους περιορισμούς. Όσον αφορά την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, η ανασκόπηση περιορίζεται σε άρθρα που είναι δημοσιευμένα μόνο σε επιστημονικά περιοδικά, αποκλείοντας έτσι τυχόν αξιόπιστα αδημοσίευτα εμπειρικά δεδομένα. Επιπλέον, οι μελέτες που συμπεριλαμβάνει η βιβλιογραφία της παρούσας ανασκόπησης, περιορίζονται σε μελέτες δημοσιευμένες στην Αγγλική γλώσσα με αποτέλεσμα να μην συμπεριλαμβάνονται αποτελέσματα δημοσιευμένα σε άλλες γλώσσες. Άλλος ένας περιορισμός, είναι η ηλικία των ασθενών από 65 ετών και άνω και, τέλος, ο μικρός αριθμός μελετών της ανασκόπησης. Ως εκ τούτου, η γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας ανασκόπησης θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση και σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών της παρούσας ανασκόπησης της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι υπάρχουν διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα για τη συμμετοχή των ασθενών με κάταγμα ισχίου στη διαδικασία της φροντίδας τους. Επιπλέον, θετική βρέθηκε να είναι η επίδραση της ενεργούς συμμετοχής των ασθενών αυτών στη φροντίδα αποκατάστασης. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή σχετίζονται με τους ασθενείς (κατάσταση υγείας, ανάγκες, προσδοκίες για γνώση), το προσωπικό υγείας (στάσεις, ανταπόκριση, διεπιστημονικότητα) και το πλαίσιο παροχής φροντίδας υγείας (διευκόλυνση της προσαρμοσμένης πληροφόρησης και εκπαίδευσης των ασθενών).

Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για να ενθαρρύνουν μεγαλύτερη συμμετοχή σύμφωνα με τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ασθενών, ενώ επισημαίνουν την ανάγκη για αλλαγές στους οργανισμούς φροντίδας υγείας. Χρειάζεται να αναπτυχθούν κατάλληλες δεξιότητες και γνώσεις για τη βελτιστοποίηση της συμμετοχής και τη παροχή φροντίδας με επίκεντρο το άτομο. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά αποτελούν τη βάση για περαιτέρω έρευνα στο συνεχές της φροντίδας, από την ενδονοσοκομειακή στην έξωνοσοκομειακή φροντίδα.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΚΓ, ΑΣ: Συνέβαλλαν στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων της βιβλιογραφίας και στη συγγραφή του κειμένου. ΑΠ: Συνέβαλε στη συγγραφή του κειμένου της συζήτησης και στην τελική μορφοποίηση. ΠΚ: Συνέβαλε στην σύλληψη της ιδέας, στο σχεδιασμό της μελέτης και στις τελικές διορθώσεις του κειμένου.

Όλοι οι συγγραφείς επεξεργάστηκαν το υλικό από το οποίο έγινε η συγγραφή των επιμέρους μερών του κειμένου, αξιολόγησαν και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ)

Alexiou K. I., Roushias A., Varitimidis S. E. & Malizos K. N. (2018). Quality of life and psychological consequences in elderly patients after a hip fracture: a review. *Clinical Interventions in Aging* 13: 143–150

Arora N. K. & McHorney C. A. (2000). Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate?. *Medical Care* 38(3): 335–341

Asplin G., Carlsson G., Ziden L. & Kjellby-Wendt G. (2017). Early coordinated rehabilitation in acute phase after hip fracture - a model for increased patient participation. *BMC Geriatrics* 17(1):240

Bruun-Olsen V., Bergland A. & Heiberg KE. (2018). "I struggle to count my blessings": recovery after hip fracture from the patients' perspective. *BMC Geriatrics* 18(1):18

Dhanwal D.K., Dennison E.M., Harvey N.C. & Cooper C. (2011). Epidemiology of hip fracture: Worldwide geographic variation. *Indian Journal of Orthopaedics* 45(1): 15-22

Doherty C. & Doherty W. (2005). Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *Journal of Nursing Management* 13(2): 119–127

Gesar B., Bååth C., Hedin H. & Hommel A. (2017). Hip fracture; an interruption that has consequences four months later. A qualitative study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 26:43-48

Gesar B., Hommel A., Hedin H. & Bååth C. (2017). Older patients' perception of their own capacity to regain pre-fracture function after hip fracture surgery – an explorative qualitative study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 24: 50-58

Gorman E., Chudyk M.A., Hoppmann A.C., Hanson M.H., Guy P., Sims-Gould J. & Ashe C.M. (2013). Exploring Older Adults' Patterns and Perceptions of Exercise after Hip Fracture. *Physiotherapy Canada* 65(1):86-93

Griffiths F., Mason V., Boardman F., Dennick K., Haywood K., Achten J., Parsons N., Griffin X. & Costa M. (2015). Evaluating recovery following hip fracture: a qualitative interview study of what is important to patients. *BMJ Open* 5(1):e005406

Gruman J., Rovner M.H., French M.E., Jeffress D., Sofaer S., Shaller D. & Prager D.J. (2010). From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient Education and Counseling* 78(3): 350–356

Gullberg B., Johnell O. & Kanis J.A. (1997). World-wide Projections for Hip Fracture. *Osteoporosis International* 7(5): 407-413

Healee J.D., McCallin A. & Jones M. (2017). Restoring: How older adults manage their recovery from hip fracture. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 26: 30-35

Karni S., Bentur N. & Ratzon N. (2014). Participation and Quality of Life of Cognitively Impaired Older Women in Israel Following Hip Fractures. *Occupational Therapy International* 21(3): 91-97

Klemetti S., Leino-Kilpi H., Charalambous A., Copanitsanou P., Ingadottir B., Istomina N., Katajisto J., Unosson M., Zabalegui A. & Valkeapää K. (2016). Information and Control Preferences and Their Relationship With the Knowledge Received Among European Joint Arthroplasty Patients. *Orthopaedic Nursing* 35(3): 174-182

Lee, H., & Lee, S. H. (2021). Analysis of Home-Based Rehabilitation Awareness, Needs and Preferred Components of Elderly Patients with Hip Fracture Surgery in South Korea. *International journal of environmental research and public health*, *18*(14), 7632.

Löfgren S., Hedström M., Ekström W., Lindberg L., Flodin L. & Ryd L. (2015). Power to the patient: care tracks and empowerment a recipe for improving rehabilitation for hip fracture patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(3): 462-469

Macario A., Schilling P., Rubio R., Bhalla A. & Goodman S. (2003). What questions do patients undergoing lower extremity joint replacement surgery have?. *BMC Health Services Research* 3(1): 11–18

Magaziner J., Hawkes W., Hebel J. R., Zimmerman S. I., Fox K. M., Dolan M., Felsenthal G. & Kenzora J. (2000). Recovery from hip fracture in eight areas of function. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences* 55(9): M498-M507

Malmgren M., Tornvall E. & Jansson I. (2014). Patients with hip fracture: Experiences of participation in care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 18: 143-150

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., & Altman D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269.

Nilsson G.U., Ivarsson B., Alm-Roijer C. & Svedberg P. (2012). Behavioral involvement and preference for information among male and females with cardiac disease. *Open Journal of Nursing* 2: 138–142

Osborn R. & Squires D. (2012). International perspectives on patient engagement: results from the 2011 Commonwealth Fund Survey. *The Journal of Ambulatory Care Management* 35(2): 118–128

Pol M., Peek S., Van Nes F., Van Hartingsveldt M., Buurman B. & Krose B. (2019). Everyday life after a hip fracture: what community-living older adults perceive as most beneficial for their recovery. *Age and Ageing* 48: 440-447

Rasmussen B., Vinther Nielsen C. & Uhrenfeldt L. (2018). Being active after hip fracture; older people's lived experiences of facilitators and barriers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 13(1): 1554024

Schiller C., Franke T., Belle J., Sims-Gould J., Sale J. & Ashe C. M. (2015). Words of wisdom – patient perspectives to guide recovery for older adults after hip fracture: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence* 9: 57–64

Segevall C., Björkman Randström K. & Söderberg S. (2021) Meanings of participation in care for older people after hip fracture surgery and nurses working in an orthopaedic ward, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16:1, 1970302, DOI: 10.1080/17482631.2021.1970302

Segev-Jacubovski O., Magen H. & Maeir A. (2018). Functional Ability, Participation, and Health-Related Quality of Life After Hip Fracture. *Occupation, Participation and Health* 39(1):41-47

Sims-Gould J., Stott-Eveneshen S., Fleig L., McAllister M. & Ashe C. M. (2017). Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study. *Journal of Aging Research* Article ID:2171865 9 pages

Stott-Eveneshen S., Sims-Gould J., McAllister M. M., Fleig L., Hanson M. H., Cook L. W. & Ashe C. M. (2017). Reflections on Hip Fracture Recovery From Older Adults Enrolled in a Clinical Trial. *Gerontology & Geriatric Medicine* 3: 1-8

Street R.L. Jr., Richardson M.N., Cox V. & Suarez-Almazor M.E. (2009). (Mis)understanding in patient-health care provider communication about total knee replacement. *Arthritis & Rheumatology* 61(1): 100–107

Talkowski J.B., Lenze J.E., Munin M.C., Harrison C. & Brach J.S. (2009). Patient Participation and Physical Activity During Rehabilitation and Future Functional Outcomes in Patients After Hip Fracture. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 90 (4): 618- 622

Veronese N. & Maggi S. (2018). Epidemiology and social costs of hip fracture. *Injury* 49(8): 1458-1460

Young Y. & Resnick B. (2009). Don't Worry and Be Positive: What helps the most in functional recovery one year after hip fracture? An exit interview. *Rehabilitation Nursing Journal* 34(3): 110–117

Zidén L., Scherman M.H. & Wenestam C.G. (2010). The break remains - elderly peoples' experiences of a hip fracture 1 year after discharge. *Disability and Rehabilitation* 32(2): 103-113

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ)

Διονυσιώτης Ι., Καψοκούλου Α., Σαμλίδη Ε. & Παπαθανασίου Ι. (2019). Αναθεωρήσεις στην αποκατάσταση του ηλικιωμένου ασθενούς με κάταγμα ισχίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 36(2): 254-263

Κολοβός Π, Σουρτζή Π. (2007). Η έννοια της συμμετοχής στη φροντίδα υγείας. *Νοσηλευτική* 46(1): 38–47

Κοπανιτσάνου, Π., Σουρτζή, Π., & Λεμονίδου, Χ. (2020). Η Θεωρία της Ενδυνάμωσης για τους Λήπτες Υπηρεσιών Υγείας-Αφηγηματική Ανασκόπηση. *Νοσηλεία & Έρευνα* 56(2): 62-75

Κοπανιτσάνου Π, Σουρτζή Π, Valkeapaa K, Λεμονίδου Χ. (2016). Εκπαίδευση ενδυνάμωσης ασθενών που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική γόνατος ή ισχίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 33(3): 386- 398

SYSTEMATIC REVIEW

Patient participation in care after hip fracture surgery: A systematic review

Konstantina Gamvrili[1], Anastasia Pantelidaki[2], Afroditi Staraki[3], Petros Kolovos[4]

1. Registered Nurse, Nefrological Clinic of Viotia S.A., Levadia, Greece
2. Registered Nurse, Specializing in Community health Nursing-Public Health, Chania, Greece
3. Registered Nurse, Intensive Care Unit, University General Hospital of Heraklion, Greece
4. Assistant Professor, Laboratory of Integrated Health Care, Department of Nursing, University of Peloponnese, Tripolis, Greece

ABSTRACT

Introduction: Hip fractures constitute a painful and unpleasant situation which is more common in the elderly population. The relevant literature revealed that the management of the care of patients with hip fracture remains a major concern for the global scientific community, as it is related with a variety of socio-economic and psychosocial consequences. The purpose of this systematic review was the investigation of patient participation in their care after a hip fracture surgery.

Methods: The search strategy of the literature was conducted in the data bases Pubmed/Medline, Scopus, Science Direct and Google Scholar.

Results: The main issues the patients faced and prohibit their participation in the rehabilitation phase were pain, fear of a new fall, postoperative complications, negative emotions, ineffective cooperation with staff, unrealistic expectations and difficulty in accessing a physiotherapist. On the contrary, positive attitude and support of the health professionals, community care services, adequate information, positive patient disposition, daily exercise and access to a physiotherapist were factors that facilitated the care rehabilitation, as well as the process of their participation.

Conclusions: Emphasis should be placed on active involvement of the patients in their care, as there is evidence that it is correlated with a positive effect on health outcomes during rehabilitation. These findings could be used to encourage greater participation according to patients' preferences and needs, while highlight the need for changes in health care organizations and for further research.

Key words: Rehabilitation, elderly, hip fracture, patient participation, surgery

Corresponding author: Anastasia Pantelidaki
e-mail: blackeyesapril@gmail.com

Date of initial submission: 23/10/2020
Publication date: March 2022

Citation: Gamvrili K., Pantelidaki A., Staraki A. & Kolovos P. (2022). Patient participation in care after hip fracture surgery: A systematic review. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(1): 28-42, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202214

Παράταση QT διαστήματος, πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία δίκην ριπιδίου και ψυχοτρόπα φάρμακα

Θεοχάρης Χ. Κυζιρίδης
Ψυχίατρος-Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Γ΄ Ψυχιατρική κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το διάστημα QT αντανακλά τη διάρκεια του δυναμικού ενεργείας των μυοκαρδιακών κυττάρων. Η παράτασή του στο ηλεκτροκαρδιογράφημα σχετίζεται με κίνδυνο εμφάνισης πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας δίκην ριπιδίου (TdP) και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου με τον τελευταίο να αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες πρόωρης θνησιμότητας στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Το γεγονός ότι μόνο ένα μέρος των ασθενών με φαρμακοεπαγόμενη παράταση QT διαστήματος εμφανίζουν TdP ή πεθαίνουν δείχνει ότι η παράταση QT μόνο δεν είναι ο τέλειος βιολογικός δείκτης για την πρόβλεψη εμφάνισης της αρρυθμίας. Παρ' όλα αυτά, εξακολουθεί να είναι χρήσιμος αλλά πρέπει να συνδυάζεται με άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου.

Η εργασία αποτελεί περιγραφική ανασκόπηση που βασίστηκε σε αναζήτηση σε βιβλία αναφοράς και στις βάσεις δεδομένων PubMed και ScienceDirect χρησιμοποιώντας τους όρους [Torsades de pointes OR QT prolongation] AND [Psychotropic drugs OR antipsychotics OR antidepressants]. Σκοπός της είναι η παρουσίαση βασικών γνώσεων για την παθοφυσιολογία της αρρυθμίας TdP και της παράτασης QT διαστήματος και τη συσχέτισή τους με τα ψυχοτρόπα φάρμακα.

Η TdP είναι σχετικά βραδεία ταχυκαρδία και σε κάποιες περιπτώσεις τερματίζεται αυτόματα ακόμη και χωρίς να εμφανίζονται κλινικά συμπτώματα. Η διάγνωση βασίζεται στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, τα συμπτώματά της είναι παρόμοια με αυτά κάθε ταχυαρρυθμίας και σχετίζονται με τον ρυθμό της καρδιάς και τις επιδράσεις του στην αρτηριακή πίεση και στο καρδιακό έργο. Η παράταση QT και η TdP είναι αποτελέσματα δομικών και λειτουργικών διαταραχών ιοντικών διαύλων και συναφών πρωτεϊνών που εμπλέκονται στη διεργασία της επαναπόλωσης των κοιλιών.

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα χρησιμοποιούνται ευρέως, όχι μόνο σε ψυχιατρικούς ασθενείς αλλά και σε πολλούς ασθενείς με σωματικά νοσήματα. Μπορούν να επηρεάσουν τη μετάδοση των ηλεκτρικών ερεθισμάτων από τον φλεβόκομβο στο κοιλιακό μυοκάρδιο με διάφορους τρόπους και οι περισσότερες κατηγορίες τους παρατείνουν το QT διάστημα σε θεραπευτικές ή τοξικές δόσεις. Έτσι, η προσεκτική χορήγησή τους και η παρακολούθηση των ασθενών, ιδιαίτερα των νοσηλευόμενων, έχει μεγάλη σημασία.

Περισσότερα δεδομένα υπάρχουν για τα αντιψυχωσικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Μεταξύ των πρώτων, πιο επικίνδυνα θεωρούνται τα παλαιότερα, κλασικά φάρμακα, ιδιαίτερα τα χαμηλής ισχύος. Προσοχή απαιτείται κατά τη χορήγηση θειοριδαζίνης, αλοπεριδόλης, πιμοζίδης, σερτινδόλης και ζιπρασιδόνης. Μεταξύ των δεύτερων, μεγαλύτερη προσοχή απαιτείται για τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τη σιταλοπράμη και την εσιταλοπράμη. Από τις υπόλοιπες ομάδες φαρμάκων αρκετά δεδομένα υπάρχουν για τη μεθαδόνη.

Λέξεις Κλειδιά: Καρδιαγγειακές ανεπιθύμητες ενέργειες, παράταση QT, πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία δίκην ριπιδίου (TdP), φαρμακοεπαγόμενες ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές, ψυχοτρόπα φάρμακα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θεοχάρης Χ. Κυζιρίδης
e-mail: theocharis_kyziridis@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 15/01/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Κυζιρίδης Θ. (2022). Παράταση QT διαστήματος, πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία δίκην ριπιδίου και ψυχοτρόπα φάρμακα. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(1): 43-59, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202215

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η παράταση QT στο ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας δίκην ριπιδίου**
- **Αυτή η αρρυθμία, παρότι σχετικά σπάνια, μπορεί, σε κάποιες περιπτώσεις, να προκαλέσει κοιλιακή μαρμαρυγή και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο**
- **Πολλά φάρμακα μπορούν να επάγουν τις παραπάνω ανεπιθύμητες ενέργειες και τα ψυχοτρόπα φάρμακα αποτελούν μία από τις συχνότερες κατηγορίες**
- **Αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά και μεθαδόνη ενοχοποιούνται συχνότερα**
- **Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς επηρεάζονται περισσότερο, γι' αυτό το λόγο απαιτούνται προγράμματα πρόληψης και εκτίμησης κινδύνου**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα επιδρούν στην καρδιά με έμμεσο ή άμεσο τρόπο μέσω κεντρικών ή περιφερικών νευροδιαβιβαστικών και νευροορμονικών συστημάτων. Μπορεί να επηρεάσουν τον καρδιακό ρυθμό, τη γένεση και την αγωγή των καρδιακών ώσεων, τη συσπαστικότητα του μυοκαρδίου, την αρτηριακή πίεση και την ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων (Kovacs & Arora 2008). Η ικανότητα ορισμένων εξ αυτών να επάγουν αρρυθμίες είναι γνωστή εδώ και πολλά χρόνια, με χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτό των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (ΤΚΑ) (Goldberg & Ernst 2019).

Αρρυθμίες που μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο, όπως η πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία δίκην ριπιδίου (torsades de pointes [TdP]), μπορεί να προκληθούν από φαρμακοεπαγόμενη παράταση της κοιλιακής επαναπόλωσης (Roden 2004). Σε αυτές τις περιπτώσεις, πολλές φορές τα διαστήματα QT και QTc (διορθωμένο για τον αριθμό σφύξεων QT) στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) ξεπερνούν τα 500 msec (Bednar et al 2001), με τη συχνότερη τιμή να βρίσκεται στο εύρος 600-649 msec (Vieweg et al 2009). Η καρδιακή ανακοπή λόγω TdP στα πλαίσια φαρμακοεπαγόμενης παράτασης QT είναι σπάνιο αλλά δυνητικά σοβαρό γεγονός, ιδιαίτερα για νοσηλευόμενους ασθενείς (Drew et al 2010).

Σκοπός της εργασίας είναι να εισάγει στον αναγνώστη στις έννοιες της παράτασης του QT διαστήματος και της αρρυθμίας TdP, στη σημασία που έχουν αυτές για την καθημερινή κλινική πράξη και στη σχέση τους με τα ψυχοτρόπα φάρμακα. Γι' αυτό το λόγο, έγινε αναζήτηση πληροφοριών σε βιβλία αναφοράς και συναφών άρθρων στις βάσεις δεδομένων PubMed και ScienceDirect.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η συνολική επίπτωση φαρμακοεπαγόμενης αρρυθμίας TdP είναι δύσκολο να υπολογιστεί καθώς η αρρυθμία είναι συχνά παροδική και η ακριβής διάγνωση απαιτεί τη λήψη ΗΚΓ κατά το επεισόδιό της (Schwartz & Woosley 2016). Δύσκολη είναι και η εκτίμηση της συχνότητας του θανάτου που οφείλεται σε TdP επειδή, αν ο ασθενής πεθάνει χωρίς προηγουμένως να έχει ληφθεί ΗΚΓ, δεν αναγνωρίζεται η αρρυθμία ως αιτία αιφνίδιου θανάτου. Αυτός είναι πιθανώς ο λόγος που οι θάνατοι δεν είναι κυρίαρχο χαρακτηριστικό στις περισσότερες σειρές ασθενών με TdP (Pearson & Woosley 2005).

Με αυτά υπόψη, μελέτες έχουν δείξει ότι παράταση QT διαστήματος και TdP ευθύνονται για 5-7% των περιπτώσεων κοιλιακής ταχυκαρδίας, κοιλιακής μαρμαρυγής και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου (Molokhia et al 2008), ετήσιο ρυθμό 0,8-1,2 περιπτώσεων ανά εκατομμύριο άτομα-έτη (Molokhia et al 2008), συμπτωματική φαρμακοεπαγόμενη παράταση QT διαστήματος 2,5 ανά εκατομμύριο άτομα-έτη για άνδρες και 4 για τις γυναίκες (Sarganas et al 2014) και επίπτωση 4 περιπτώσεων ανά 100.000 πληθυσμού ετησίως (Isbister et al 2010).

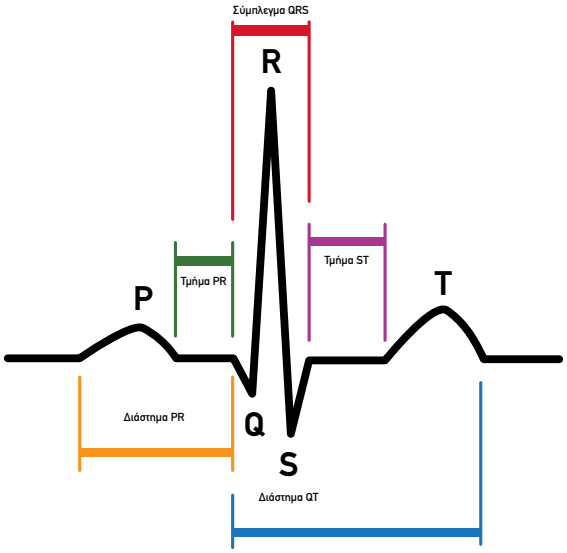
Η παράταση QTc διαστήματος είναι συχνότερη μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών, ιδιαίτερα όσων νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Tisdale 2018), και μελέτες έχουν δείξει ποσοστά επιπολασμού 24-52% (Seftchick et al 2009, Hoogstraaten et al 2014).

QT ΔΙΑΣΤΗΜΑ

Το διάστημα QT (Εικόνα 1) αποτελεί ένα μέτρο του χρόνου από την έναρξη του κύματος Q μέχρι το πέρας του κύματος Τ στον ηλεκτρικό κύκλο της καρδιάς. Συνδυάζει δηλαδή τις περίοδους κοιλιακής εκπόλωσης και επαναπόλωσης (Cavero et al 2000) αντανακλώντας τη διάρκεια του δυναμικού ενεργείας των μυοκαρδιακών κυττάρων (Shah et al 2014).

Κατά τη μέτρηση του QT διαστήματος, η ταχύτητα καταγραφής του χαρτιού στο ΗΚΓ πρέπει να είναι 50 mm/sec. Η μέτρηση ξεκινά από την αρχή του επάρματος QRS, τελειώνει στο πέρας του κύματος Τ και ορίζεται σαν το σημείο επιστροφής στην ισοηλεκτρική γραμμή σε ΗΚΓ 12 απαγωγών, κατά προτίμηση στην απαγωγή ΙΙ (Stollberger et al 2005) ή ακόμη και στις απαγωγές V1, V2 ή V5, δηλαδή σε κάποια απαγωγή με το μεγαλύτερο διάστημα QT

Εικόνα 1. Διάστημα QT στο ΗΚΓ (Douedi & Douedi 2020)



(Bernstein 1997). Επειδή το διάστημα QT ελαττώνεται με την ταχυκαρδία, γίνεται διόρθωσή του για τον καρδιακό ρυθμό και αναφέρεται ως QTc (Stollberger et al 2005).

Το γεγονός ότι μόνο ένα μέρος των ασθενών με φαρμακοεπαγόμενη παράταση QT διαστήματος εμφανίζουν TdP ή πεθαίνουν δείχνει ότι η παράταση QT διαστήματος μόνο δεν είναι ο τέλειος βιολογικός δείκτης για την πρόβλεψη εμφάνισης TdP (Leonard et al 2013) και πρέπει να συνδυάζεται με άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για να έχει κλινική χρησιμότητα (Zeltser et al 2003).

Το φυσιολογικό εύρος του διαστήματος QTc είναι αρκετά μεγάλο (380-450 msec) και μπορεί να μεταβάλλεται με την ηλικία και το φύλο (Moss 2006). Η μέση τιμή του QTc στους υγιείς ενήλικους είναι περίπου 400 msec με τον κίνδυνο για εκδήλωση TdP να αυξάνεται με την αύξηση αυτού του διαστήματος (Stollberger et al 2005). Τιμές πάνω από 440-450 msec στους άνδρες και πάνω από 460-470 msec στις γυναίκες σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (Schouten et al 1991) αν και οι πιο πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας συστήνουν ως ανώτερο όριο τα 480 msec τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες (Priori et al 2015). Προσοχή απαιτείται όταν το QTc διάστημα είναι πάνω από 500 msec ή όταν η προσθήκη ενός νέου φαρμάκου οδηγεί σε αύξηση αυτού του διαστήματος κατά 60 msec (Bednar et al 2001). Θα πρέπει πάντως να ληφθεί υπόψη ότι ο απόλυτος κίνδυνος ενός σοβαρού συμβάματος με τιμή QTc 600 msec είναι μικρότερος από 1/4.000 (Rasekh et al 2007).

ΑΡΡΥΘΜΙΑ TdP

Η παράταση του QT διαστήματος έχει αναγνωριστεί εδώ και καιρό ως μείζων αντιαρρυθμικός μηχανισμός (Hondeghem 2018) αλλά έχει πλέον καταστεί προαπαιτούμενο για διάγνωση TdP (Lipicky 1993). Δεν οδηγεί απαραίτητα σε αρρυθμία (Williams 1989) καθώς η παράταση της διάρκειας του δυναμικού ενεργείας είναι ένας πανίσχυρος αντιαρρυθμικός μηχανισμός: μπορεί αρχικά να σχετίζεται με εμφάνιση TdP αλλά, καθώς η παράταση αυξάνεται περαιτέρω, η TdP ελαττώνεται και, κατόπιν, παύει (Hondeghem 2018).

Η αρρυθμία TdP είναι σχετικά βραδεία ταχυκαρδία και μπορεί να γίνει ανεκτή αιμοδυναμικά. Σε κάποιες περιπτώσεις τερματίζεται αυτόματα ακόμη και χωρίς να εμφανίζονται κλινικά συμπτώματα. Τα ασυμπτωματικά επεισόδια μπορεί να είναι μάλιστα πολύ συχνότερα (Malik 2016). Τα συμπτώματα της TdP είναι παρόμοια με αυτά κάθε ταχυαρρυθμίας και σχετίζονται με τον ρυθμό της καρδιάς και τις επιδράσεις του στην αρτηριακή πίεση και στο καρδιακό έργο (Πίνακας 1).

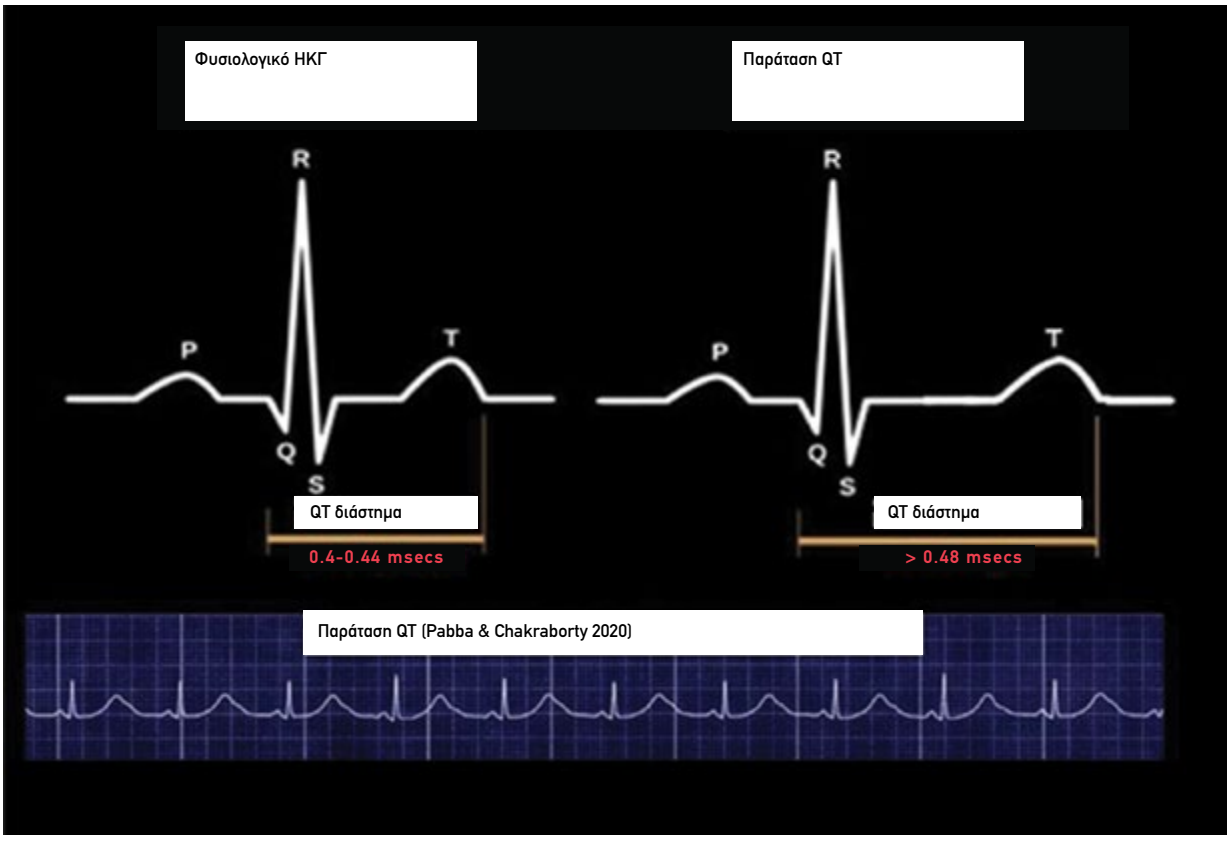
Πίνακας 1. Κλινική εικόνα TdP (Tisdale 2018)

Θωρακικό άλγος (σε ασθενείς με υποκείμενη στεφανιαία νόσο)
Καρηβαρία, ζάλη
Υπόταση
Προσυγκοπικά επεισόδια, συγκοπή
Αίσθημα παλμών
Επεισόδιο σπασμών (λόγω εγκεφαλικής υποξίας)
Δύσπνοια
Ταχυκαρδία
Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος

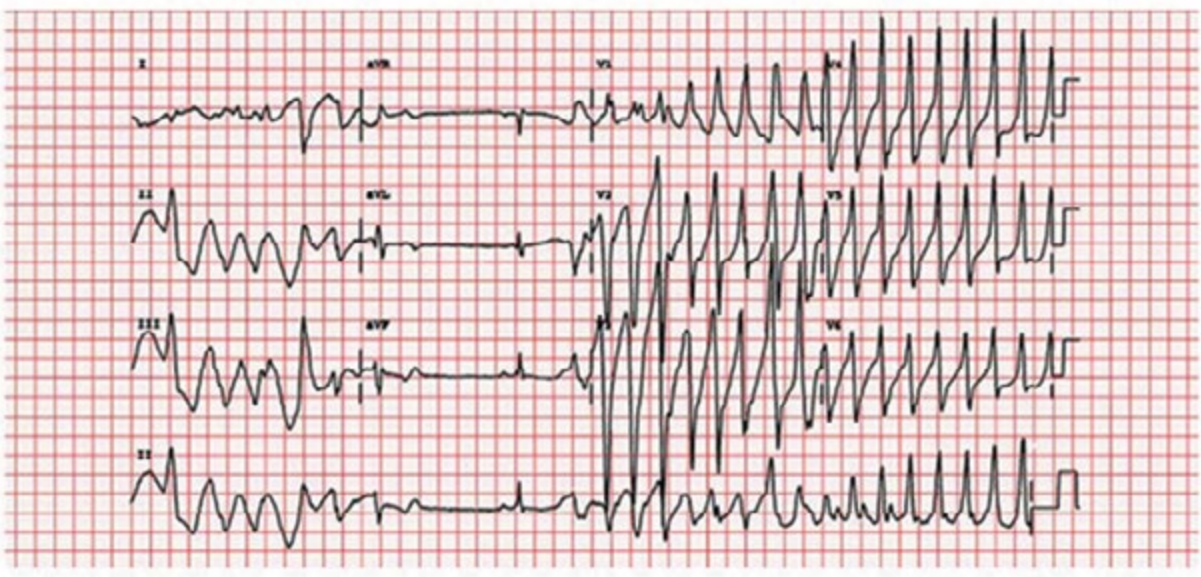
Στο ΗΚΓ (Εικόνες 2 και 3), υπάρχει μια χαρακτηριστική αρχική ακολουθία πριν την έναρξη της TdP, με το πρώτο κοιλιακό σύμπλεγμα της ακολουθίας να είναι συνήθως μια κοιλιακή έκτακτη συστολή ή η τελευταία από μια σειρά κοιλιακών έκτακτων συστολών. Ακολουθεί παύλα που τερματίζεται με φλεβοκομβική συστολή η οποία συχνά έχει παρατεταμένο QT διάστημα και έντονο κύμα U, με το οποίο συμπίπτει κοιλιακή εξωσυστολή και επάγει την έναρξη TdP (Yap & Camm 2003). Χαρακτηριστική είναι η μεταβολή στο εύρος και στη μορφολογία των συμπλεγμάτων QRS γύρω από την ισοηλεκτρική γραμμή παρότι μπορεί να μην είναι εμφανής σε όλες τις ΗΚΓ απαγωγές (Drew et al 2010). Ο αριθμός των σφύξεων κυμαίνεται από 160 ως 240/min, μικρότερος από τον αντίστοιχο στην κοιλιακή μαρμαρυγή, η οποία δεν τερματίζεται χωρίς απινίδωση. Αντιθέτως, η TdP, συνήθως, τερματίζεται αυτόματα αν και, σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να εξελιχθεί σε κοιλιακή μαρμαρυγή οδηγώντας σε αιφνίδιο θάνατο (Drew et al 2010).

Παρότι η παράταση του QT διαστήματος ευνοεί την εμφάνιση TdP, η εκδήλωση της αρρυθμίας απαιτεί τη συνύπαρξη παραγόντων κινδύνου (Shah et al 2014). Για να έχει προβλεπτική ακρίβεια και να είναι αποτελεσματική

Εικόνα 2. Παράταση QT (Pabba & Chakraborty 2020)



Εικόνα 3. ΗΚΓ εικόνα TdP (Cohagan & Brandis 2020)



για το κόστος της, η στρατηγική πρόβλεψης του κινδύνου εμφάνισης TdP πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον ασθενή, το φάρμακο και την κλινική κατάσταση (Drew et al 2010) (Πίνακας 2). Συστηματική ανασκόπηση (Vandael et al 2017) εξέτασε τους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση παράτασης του QTc διαστήματος και τους ταξινόμησε με βάση την ισχύ των ενδείξεών τους (Πίνακας 3).

Πίνακας 2. Σκορ Tisdale εκτίμησης κινδύνου παράτασης QTc (Tisdale 2016)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΒΑΘΜΟΙ	ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ QTc	
Ηλικία ≥ 68 ετών	1	**Κατηγορία κινδύνου**	**Σκορ**
Θήλυ φύλο	1	**Χαμηλός**	**< 7**
Χρήση διουρητικών της αγκύλης	1		
Κάλιο ορού ≤ 3,5 mEq/lt	2		
QTc κατά την εισαγωγή ≥ 450 ms	2	**Μέτριος**	**7-10**
Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου	2		
≥ 2 φάρμακα που προκαλούν παράταση QTc	3		
Σήψη	3	**Υψηλός**	**> 11**
Καρδιακή ανεπάρκεια	3		
Ένα φάρμακο που προκαλεί παράταση QTc	3		
Μέγιστο σκορ κινδύνου	21		

Πίνακας 3. Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση παράτασης QTc διαστήματος (Vandael et al 2016)

Πολύ ισχυρές ενδείξεις	Υποκαλιαιμία Φάρμακα καρδιαγγειακού συστήματος (διουρητικά και αντιαρρυθμικά) Φάρμακα που είναι τεκμηριωμένο ότι παρατείνουν το QT διάστημα
Ισχυρές ενδείξεις	Ηλικία ≥ 65 ετών Θήλυ φύλο Κάπνισμα Ισχαιμική καρδιακή νόσος Υπέρταση Αρρυθμία Διαταραχές του θυρεοειδούς Υπασβεστιαμία ≥ 1 φάρμακα που πιθανόν μπορούν να παρατείνουν το QTc διάστημα
Μέτριες ενδείξεις	Δείκτης μάζας σώματος Παράταση QTc διαστήματος στο αρχικό ΗΚΓ Φάρμακα καρδιαγγειακού συστήματος (ασπιρίνη, βαρφαρίνη, αντιυπερτασικά) Σηπτικό σοκ Ηπατική ανεπάρκεια Δείκτης συννόσησης Charlson Υποχλωραιμία Υπονατριαιμία
Λίγες ενδείξεις	Υπερλιπιδαιμία Οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου Ιστορικό παράτασης QTc διαστήματος Νευρολογικές διαταραχές Διαταραχές αναπνευστικού συστήματος Διαβήτης Νεφρική ανεπάρκεια Κατάθλιψη Κατάχρηση αλκοόλ

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

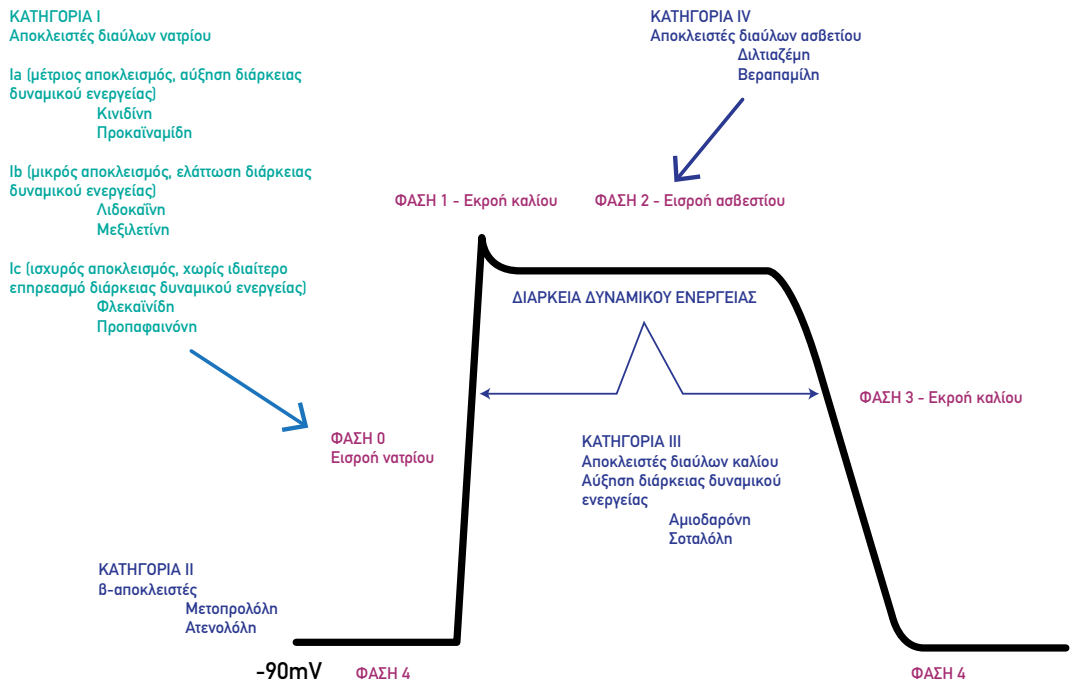
Η παράταση QT, οι μεταβολές στη μορφολογία του κύματος T-U και, εντέλει, η TdP είναι αποτελέσματα δομικών και λειτουργικών διαταραχών ιοντικών διαύλων και συναφών πρωτεϊνών που εμπλέκονται στη διεργασία της επαναπόλωσης των κοιλιών (Drew et al 2010).

Η καρδιακή λειτουργία εξαρτάται από την κατάλληλη διάνοιξη και το κλείσιμο ηλεκτρολυτικών διαύλων δημιουργώντας ένα δυναμικό ενεργείας που επιτρέπει τη συντονισμένη μυική σύσπαση. Η κίνηση των ηλεκτρολυτών δημιουργεί ηλεκτροχημική κλίση που μπορεί να καταγραφεί με το ΗΚΓ. Η εκπόλωση των καρδιακών κυττάρων συμβαίνει μέσω της ταχείας εισόδου ασβεστίου και νατρίου ενώ η επαναπόλωση με την ταχεία έξοδο καλίου μέσω των επανορθωτικών ρευμάτων IKr (Al Khatib et al 2003), τα οποία ρυθμίζονται από μια πρωτεΐνη διαύλου καλίου την οποία κωδικοποιεί το ανθρώπινο γονίδιο ether-a-go (hERG ή KCNH2) (Newton-Cheh et al 2007).

Η παράταση του QTc διαστήματος συμβαίνει όταν φάρμακα ή παθολογικές καταστάσεις ενισχύουν την προς τα έσω κίνηση εκπολωτικών ρευμάτων νατρίου ή ασβεστίου ή ελαττώνουν την προς τα έξω κίνηση ρευμάτων καλίου (O'Brien & Oyebode 2003) οδηγώντας σε παράταση του δυναμικού ενεργείας των κυττάρων των κοιλιών κατά τις φάσεις 2 και 3 (Haverkamp et al 2000) επιτρέποντας την εκδήλωση αυθόρμητων πρώιμων εκπολώσεων (Taylor 2003) (Εικόνα 4).

Το δυναμικό ενεργείας είναι μια σύνθετη διεργασία που περιλαμβάνει μετακίνηση ιόντων μέσα από την κυτταρική μεμβράνη. Η κυτταρική μεμβράνη συνήθως διατηρεί σταθερό αρνητικό δυναμικό σε κατάσταση ηρεμίας (δυναμικό ηρεμίας). Όταν το δυναμικό αυξάνεται πάνω από ένα όριο, λαμβάνει χώρα απότομη αύξηση του δυναμικού της μεμβράνης (εκπόλωση), ακολουθείται από ένα οροπέδιο (plateau) θετικού δυναμικού και, τελικά, το δυναμικό επιστρέφει στην κατάσταση ηρεμίας (επαναπόλωση). Αυτή η μεταβολή στο δυναμικό της μεμβράνης καλείται δυναμικό ενεργείας και περιλαμβάνει 5 φάσεις: 0 (ταχείας εκπόλωσης), 1 (πρώιμης ταχείας επαναπόλωσης), 2 (οροπεδίου-plateau), 3 (ταχείας τελικής επαναπόλωσης) και 4 (δυναμικού ηρεμίας μεμβράνης/διαστολικής εκπόλωσης) (Shih 1994) (Εικόνα 5).

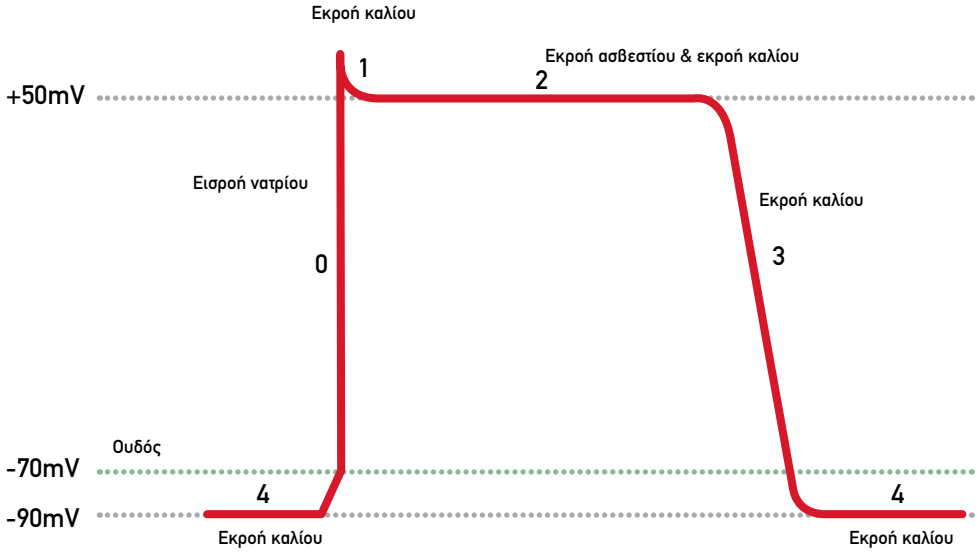
Εικόνα 4. Επίδραση αντιαρρυθμικών φαρμάκων στη διάρκεια του δυναμικού ενεργείας της καρδιάς (King et al 2020)



Οι κυτταρικοί μηχανισμοί που έχουν προταθεί για την έναρξη και τη διατήρηση TdP περιλαμβάνουν την ανάπτυξη λειτουργικού αποκλεισμού αγωγιμότητας μεταξύ του πρόσθιου ή οπίσθιου ελεύθερου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας και του διαφράγματος των κοιλιών (El-Sherif et al 1997), μηχανισμούς επανεισόδου μεταξύ περιοχών και/ή νησιδίων κυττάρων με διαφορετική διάρκεια δυναμικού δράσης (Akar et al 2002) και πολλαπλές εστίες δραστηριότητας που ενισχύονται από παρατεταμένα δυναμικά ενεργείας (Boulaksil et al 2011).

Επιπλέον, μπορεί να συμβαίνει τασεοεξαρτώμενη και χρονοεξαρτώμενη επιβράδυνση της ενεργοποίησης των

Εικόνα 5. Δυναμικό ενεργείας καρδιάς (Oberman & Bhardwaj 2020)



διαύλων ασβεστίου. Ο δεύτερος μηχανισμός οδηγεί σε όψιμη είσοδο ιόντων ασβεστίου συμβάλλοντας σε πρώιμη μετα-εκπόλωση, δρώντας ως εκλυτικός παράγοντας για τη γένεση κοιλιακών αρρυθμιών (Roden & Anderson 2000). Η διατοιχωματική επέκταση της ώσης επαναπόλωσης, πιθανώς, κατά κύριο λόγο, μεταξύ των κυττάρων του υπενδοκαρδίου, του μέσου μυοκαρδίου ή των κυττάρων Μ και του περικαρδίου μπορεί να οδηγήσει σε TdP (Schutte 2002).

ΨΥΧΟΤΡΟΠΑ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΠΑΡΑΤΑΣΗ QTc ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ TdP

Εισαγωγή

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορούν να επηρεάσουν τη μετάδοση των ηλεκτρικών ερεθισμάτων από τον φλεβόκομβο στο κοιλιακό μυοκάρδιο με διάφορους τρόπους και οι περισσότερες κατηγορίες τους παρατείνουν το QT διάστημα σε θεραπευτικές ή τοξικές δόσεις (Kovacs & Arora 2008).

Αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά φάρμακα, κατά κύριο λόγο, μπορούν να προκαλέσουν καθυστέρηση της κοιλιακής επαναπόλωσης (Kovacs & Arora 2008). Όλα τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να παρουσιάζουν αυξημένο, σχεδόν διπλάσιο, δοσοεξαρτώμενο κίνδυνο αιφνίδιου καρδιακού θανάτου που, πιθανώς, οφείλεται σε κοιλιακή αρρυθμία (Ray et al 2009) ενώ όλα τα αντιεπιληπτικά φάρμακα που αποκλείουν τους διαύλους νατρίου έχουν σχετιστεί με 3-6 φορές αύξηση του κινδύνου αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε ασθενείς με επιληψία (Bardai et al 2015). Η παράταση QTc από αντιψυχωσικά και άλλα φάρμακα είναι δοσοεξαρτώμενη (Reilly et al 2000).

Αντιψυχωσικά φάρμακα

Η χρήση αντιψυχωσικών σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιακής αρρυθμίας και αιφνίδιου θανάτου (Shah et al 2014) και ο κύριος μηχανισμός πιστεύεται πως είναι η εμφάνιση TdP (Roden et al 1996). Η διαφορετική ικανότητα των αντιψυχωσικών φαρμάκων να προκαλούν παράταση QTc και TdP αντικατοπτρίζει τις διαφορετικές επιδράσεις τους σε ιοντικούς διαύλους της καρδιάς σε θεραπευτικές δόσεις (Haddad & Anderson 2002).

Γενικότερα, ως ομάδα φαρμάκων, τα παλαιότερα, κλασικά αντιψυχωσικά φαίνεται ότι παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο παράτασης QT σε σύγκριση με τα νεότερα, άτυπα σκευάσματα, αν και αυτή η διαφορά δεν είναι τόσο σαφής όσον αφορά την αρρυθμία TdP και τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο (Beach et al 2018). Τα περισσότερα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν τη δυνατότητα να παρατείνουν το QTc διάστημα, πιθανώς κατά δοσοεξαρτώμενο τρόπο (Leucht et al 2013, Hasnain & Vieweg 2014), και ένας από τους υπεύθυνους μηχανισμούς είναι η αναστολή των διαύλων καλίου που κωδικοποιούνται από το γονίδιο hERG (Titier et al 2004).

Η πρώτη αναφορά αιφνίδιου καρδιακού θανάτου από αντιψυχωσικό φάρμακο καταγράφηκε το 1963 σε 2 ασθενείς υπό αγωγή με υψηλές δόσεις θειοριδαζίνης (Glassman & Bigger 2001). Το 1996, η σερτινδόλη, ένα νέο άτυπο αντιψυχωσικό, δεν έλαβε έγκριση στις ΗΠΑ επειδή η χρήση της συσχετίστηκε με 12 αιφνίδιους, ανεξήγητους θανάτους (Glassman & Bigger 2001) και, στο Ηνωμένο Βασίλειο, μεταξύ 1971 και 1995, αναφέρθηκαν 16 θάνατοι και 24 σοβαρά καρδιολογικά συμβάματα, κυρίως αρρυθμίες, σε ασθενείς υπό αγωγή με πιμοζίδη (Haddad & Anderson 2002).

Παράταση QTc και συσχέτιση με αιφνίδιους καρδιακούς θανάτους έχουν επίσης αναφερθεί για τη σουλπιρίδη και τη ντροπεριδόλη αλλά η θειοριδαζίνη φαίνεται πως παρουσιάζει τον υψηλότερο κίνδυνο (Glassman & Bigger 2001). Γενικότερα, οι φαινοθειαζίνες –και, ειδικότερα, η θειοριδαζίνη- φαίνεται να υπεραντιπροσωπεύονται μεταξύ άλλων αντιψυχωσικών και αντικαταθλιπτικών σε περιπτώσεις αιφνιδίου θανάτου: αυτό μπορεί να δείχνει πως η παράταση QTc από αυτή την ομάδα φαρμάκων ίσως οδηγεί στην εμφάνιση αρρυθμιών, ιδιαίτερα σε ασθενείς με συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου (Yap & Camm 2003, Harrigan et al 2004).

Σε αντίθεση με τη θειοριδαζίνη που, πρακτικά, δεν χρησιμοποιείται πλέον, η αλοπεριδόλη είναι από τα συχνότερο χρησιμοποιούμενα αντιψυχωσικά με υψηλό κίνδυνο παράτασης QT διαστήματος και πρόκλησης TdP, ιδιαίτερα όταν χορηγείται iv (Hassaballa & Balk 2003). Η συσχέτισή της με παράταση QTc και αρρυθμία TdP αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1983 με υψηλές per os δόσεις (Bett & Holt 1983) και από το 1992 εμφανίστηκαν αναφορές για παρόμοιες ανεπιθύμητες ενέργειες με την iv χρήση της (Rettmar et al 1992, Metzger & Friedman 1993). Πρόσφατη μετα-ανάλυση κατέληξε, παρ' όλα αυτά, στο συμπέρασμα ότι οι ενδείξεις για την παραπάνω σχέση δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρές αλλά απαιτούνται περισσότερες μελέτες και προσοχή από τους κλινικούς (Beach et al 2020). Η im χορήγηση του φαρμάκου σε ασθενείς χωρίς σωματικά νοσήματα έχει σχετικά ήπιες επιδράσεις στην παράταση του QTc διαστήματος (Wright et al 2001, Breier et al 2002).

Η λοξαπίνη, που πρόσφατα άρχισε να χρησιμοποιείται ως εισπνεόμενο σκεύασμα, είναι η μοναδική, μεταξύ των αντιψυχωσικών, που μπορεί να παρατείνει το QT διάστημα τόσο μέσω επιδράσεων στα ιοντικά ρεύματα IKr όσο και μέσω αποκλεισμού των διαύλων νατρίου. Όμως, κλινικά ο κίνδυνος δεν φαίνεται να είναι σημαντικός (Beach et al 2018).

Πάντως, θεωρείται ότι, μεταξύ των παλαιότερων αντιψυχωσικών, τα χαμηλής ισχύος φάρμακα (π.χ., χλωροπρομαζίνη) έχουν υψηλότερο κίνδυνο παράτασης QTc διαστήματος και TdP σε σύγκριση με τα υψηλής ισχύος φάρμακα (π.χ., αλοπεριδόλη) και αυτός ο κίνδυνος είναι δοσοεξαρτώμενος (Glassman & Bigger 2001).

Από τα νεότερα αντιψυχωσικά, η πιμαβανσερίνη μπορεί να προκαλέσει παράταση QTc διαστήματος και το ίδιο ισχύει για όλα εκτός από την αριπιπραζόλη. Η κλοζαπίνη δεν φαίνεται να προκαλεί παράταση του QT διαστήματος (Goldberg & Ernst 2019) αν και, σύμφωνα με κάποιους, αυξάνει το QTc διάστημα με δοσοεξαρτώμενο τρόπο αλλά, σπανίως, αυτό αποδεικνύεται παθολογικό (Kang et al 2000). Πρέπει, όμως, να λαμβάνεται υπόψη ότι η κλοζαπίνη προκαλεί ταχυκαρδία και αυτό, πιθανώς, να οδηγεί σε υπερεκτίμηση του κινδύνου παράτασης QTc (Hasnain & Vieweg 2014). Για την ολανζαπίνη, τόσο σε μελέτες σε πειραματόζωα όσο και σε κλινικές μελέτες, δεν παρατηρήθηκε παράταση QTc (Cadario 2000). Από τη μελέτη CATIE δεν προέκυψε αυξημένος κίνδυνος παράτασης QTc διαστήματος για την κουετιαπίνη συγκριτικά με άλλα νεότερα αντιψυχωσικά και την περφαιναζίνη (Lieberman et al 2005).

Η ρισπεριδόνη έχει μέτριες επιδράσεις στην καρδιακή αγωγιμότητα χωρίς εμφανή σχέση μεταξύ δόσης και παράτασης QTc διαστήματος ή σημαντική παράτασή του σε δόση μέχρι 25 mg ημερησίως στις αρχικές μελέτες ασφαλείας (Mesotten et al 1989). Από τη μελέτη CATIE φάνηκε να σχετίζεται με τη μικρότερη παράταση αυτού του διαστήματος (Lieberman et al 2005). Σε αναδρομική μελέτη κοόρτης, η χρήση της σχετίστηκε με αύξηση των αιφνίδιων καρδιακών θανάτων κατά 2,9 φορές. Στην ίδια μελέτη, η αλοπεριδόλη φάνηκε να προκαλεί αύξηση κατά 1,61 φορές και η κλοζαπίνη κατά 3,67 φορές (Ray et al 2009).

Η ζιπρασιδόνη φαίνεται να αυξάνει το QTc διάστημα περισσότερο από την αλοπεριδόλη, τη ρισπεριδόνη, την ολανζαπίνη και την κουετιαπίνη αλλά λιγότερο από τη θειοριδαζίνη χωρίς, κλινικά σημαντικές, συνέπειες (Harrigan et al 2004, Levy et al 2004, Nemeroff et al 2005). Η μέτριου βαθμού, αλλά σίγουρη, επίδραση της ζιπρασιδόνης στην επαναπόλωση δεν φαίνεται να είναι δοσοεξαρτώμενη (Miceli et al 2010). Τα δεδομένα για αυτήν δείχνουν ότι μπορεί να προκαλεί στατιστικά και κλινικά σημαντική παράταση QTc αλλά είναι ασύνηθες να παρατηρείται παράταση ≥ 480 msec ή αύξηση του διαστήματος ≥ 60 msec (Hasnain & Vieweg 2014).

Η ασεναπίνη έχει μέτρια επίδραση στο διάστημα QTc παρόμοια με αυτήν της κουετιαπίνης (Chapel et al 2009, 2011) ενώ, αντιθέτως, η ιλοπεριδόνη φαίνεται να έχει σημαντική, μάλλον δοσοεξαρτώμενη, επίδραση (Weiden et al 2008, Weiden 2012). Για τη σερτινδόλη η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη αλλά δείχνει σταθερά ότι ευθύνεται για στατιστικά και κλινικά σημαντική παράταση QTc (Hasnain & Vieweg 2014). Γενικότερα, τα νεότερα αντιψυχωσικά φαίνεται να μην σχετίζονται ιδιαίτερα με εμφάνιση TdP σε θεραπευτικές δόσεις. Σε υπερδοσολογία, η TdP είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί με την αμισουλπρίδη παρά με τη ρισπεριδόνη, την κουετιαπίνη, την κλοζαπίνη ή τη ζιπρασιδόνη (Hasnain & Vieweg 2014) (Πίνακες 4 και 5).

Συστηματική ανασκόπηση μελέτησε την επίδραση της χρήσης πολλαπλών αντιψυχωσικών φαρμάκων στην παράταση του QTc διαστήματος. Οι ερευνητές συμπέραναν πως τα δεδομένα για αυτή τη σχέση ήταν λίγα και ασαφή. Παρ' όλα αυτά, συστήνουν ιδιαίτερη προσοχή αφενός για την αποφυγή συνδυασμού αντιψυχωσικών που έχουν υψηλότερη πιθανότητα πρόκλησης παράτασης QTc διαστήματος και αφετέρου για την αποφυγή χορήγησης πολλαπλών αντιψυχωσικών σε άτομα με υποκείμενους παράγοντες κινδύνου (Takeuchi et al 2015).

Πίνακας 4. Μέση παράταση QTc διαστήματος υπό μονοθεραπεία με αντιψυχωσικά (Benkert & Hippius 2021)

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΠΑΡΑΤΑΣΗ QTc ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ
Θειοριδαζίνη Πιμοζίδη Σερτινδόλη Αλοπεριδόλη Ιλοπεριδόνη Μελπερόνη Ζιπρασιδόνη	Υψηλή (> 20 msec)
Χλωροπρομαζίνη Λεβομεπρομαζίνη Κουετιαπίνη Σουλπιρίδη	Μέση (10-20 msec)
Αλοπεριδόλη Μπενπεριδόλη Μπρομπεριδόλη Περφαιναζίνη Φλουφαιναζίνη Φλουπενθιξόλη Ζουκλοπενθιξόλη Προμεθαζίνη Πιπαμπερόνη Προθυπενδίλη Χλωρπροθιξένη Ολανζαπίνη Ρισπεριδόνη Ασεναπίνη Παλιπεριδόνη Αμισουλπρίδη Κλοζαπίνη Αριπιπραζόλη Μπρεξπιπραζόλη Καριπραζίνη Λουρασιδόνη	Χαμηλή (< 10 msec)

Αντικαταθλιπτικά

ΤΚΑ

Ήδη, από τη δεκαετία του '60, είχε διαπιστωθεί ότι αυτά τα φάρμακα μπορούσαν να αποβούν μοιραία σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας, με την αιτιολογία των θανάτων που προκαλούσαν να αποδίδεται, κατά κύριο λόγο, σε καρδιακά αίτια (Glassman & Bigger 2001). Λίγα χρόνια αργότερα διαπιστώθηκε ότι μπορούσαν να οδηγήσουν σε παράταση της ενδοκοιλιακής αγωγιμότητας παρουσιάζοντας αντιαρρυθμική δράση παρόμοια με αυτήν της κινιδίνης. Αυτό μπορούσε να συμβεί τόσο σε θεραπευτικά όσο και σε επίπεδα λίγο πάνω από τα θεραπευτικά (Glassman & Bigger 1981).

Τα ΤΚΑ έχουν ιδιότητες ομοιάζοντες της κινιδίνης (Boehnert & Lovejoy 1985) και μπορούν να επηρεάσουν την εισροή ασβεστίου και τη ροή ιόντων καλίου κατά τη φάση 3 του δυναμικού ενεργείας οδηγώντας σε παράταση του QT (Vieweg et al 2009). Σε ασθενείς με προϋπάρχουσα καθυστέρηση καρδιακής αγωγιμότητας, αυτά τα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν κολποκοιλιακό αποκλεισμό (Glassman & Bigger 1981). Πλέον, αναγνωρίζεται ότι τα ΤΚΑ είναι δυνητικά επικίνδυνα σε ασθενείς με σκελικό αποκλεισμό ή ισχαιμική καρδιακή νόσο καθώς και σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας (Glassman et al 1993). Σε υγιείς ενήλικους, θεωρούνται ασφαλή σε θεραπευτικές δόσεις (Glassman & Bigger 2001). Σε σύγκριση με τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), τα ΤΚΑ φαίνεται ότι είναι πιθανότερο να παρατείνουν το QTc διάστημα (De La Torre et al 2001) και να αυξήσουν τον σχετικό κίνδυνο εμφράγματος μυοκαρδίου (Cohen et al 2000).

Πίνακας 5. Κίνδυνος παράτασης QTc διαστήματος από αντιψυχωσικά φάρμακα (Shah et al 2014)

ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΣΧΟΛΙΟ	ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
Υψηλός κίνδυνος	Τεκμηριωμένη παράταση QTc διαστήματος με κλινική σημασία Αυξημένος κίνδυνος TdP Αυξημένος κίνδυνος αιφνιδίου θανάτου	Θειοριδαζίνη Μεσοριδαζίνη Ντρομπεριδόλη Πιμοζίδη
Μέτριος κίνδυνος	Τεκμηριωμένη παράταση QTc διαστήματος με κλινική σημασία Συστήνεται η λήψη ΗΚΓ όταν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου Χαμηλός ουδός καρδιακού κινδύνου κατά την αρχική εκτίμηση	iv αλοπεριδόλη άνω των 2 mg αθροιστικά Ζιπρασιδόνη
Μέτριος κίνδυνος	Παράταση QTc διαστήματος μικρής ή αμφισβητούμενης σημασίας αλλά σχετιζόμενη με αναφορές TdP Συστήνεται η λήψη ΗΚΓ όταν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου Χαμηλός ουδός καρδιακού κινδύνου κατά την αρχική εκτίμηση	Κουετιαπίνη Χλωροπρομαζίνη Αλοπεριδόλη per os Αριπιπραζόλη Ολανζαπίνη
Χαμηλός κίνδυνος	Παράταση QTc διαστήματος μικρής ή αμφισβητούμενης σημασίας Συστήνεται η λήψη ΗΚΓ όταν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου	Ασεναπίνη Παλιπεριδόνη Κλοζαπίνη Ρισπεριδόνη Ιλοπεριδόνη
Πολύ χαμηλός κίνδυνος	Παράταση QTc διαστήματος καμίας κλινικής σημασίας Συστήνεται η λήψη ΗΚΓ επί υπερδοσολογίας	Λουρασιδόνη

Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης

Για τους αναστολείς μονοαμινοξειδάσης δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα αλλά, από όσα είναι διαθέσιμα (Robinson et al 1982, White et al 1983), φαίνεται ότι δεν επηρεάζουν το διάστημα QTc και θεωρούνται γενικά ασφαλή σε ασθενείς με υποκείμενα καρδιαγγειακά νοσήματα.

SSRIs

Οι SSRIs δεν φαίνεται να έχουν επιδράσεις στην καρδιακή αγωγιμότητα με την πιθανή εξαίρεση της σιταλοπράμης και του εναντιομερούς της, της εσιταλοπράμης (Goldberg & Ernst 2019) (Πίνακας 6). Η επίδραση αυτών των δύο SSRIs στο διάστημα QT επιβεβαιώθηκε και σε πρόσφατη, συγκριτική (μεταξύ 6 SSRIs) μελέτη σε δύο βάσεις δεδομένων φαρμακοεπαγρύπνησης (Ojero-Senard et al 2017) καθώς και σε άλλες μελέτες (Funk & Bostwick 2013, Beach et al 2014, Maljuric et al 2015). Η σιταλοπράμη έχει σχετιστεί με σημαντικά μεγαλύτερη παράταση του QT διαστήματος, συγκριτικά με τη φλουοξετίνη, τη φλουβοξαμίνη, την παροξετίνη και τη σερτραλίνη, σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας (Isbister et al 2004) και σε ζωικά μοντέλα είναι γνωστό ότι προκαλεί αναστολή του hERG (Witchel et al 2002). Σε σύγκριση με τη σιταλοπράμη, η εσιταλοπράμη έχει βρεθεί να παρουσιάζει δοσοεξαρτώμενες αλλά σημαντικά μικρότερες αυξήσεις του QTc διαστήματος (Beach et al 2013).

Πίνακας 6. Επίδραση αντικαταθλιπτικών στην παράταση του QTc διαστήματος (Benkert & Hippius 2021)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ	ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ QTc ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ
Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ιδιαίτερα, αμιτρυπτιλίνη) Μαπροτιλίνη, Μιανσερίνη SSRIs (Σιταλοπράμη, Εσιταλοπράμη)	Υπαρκτός
SSRIs (Φλουβοξαμίνη, Φλουοξετίνη, Σερτραλίνη) Μιρταζαπίνη Μοκλοβεμίδη Τραζοδόνη Βενλαφαξίνη	Υπαρκτός, αλλά κυρίως σε περιπτώσεις αυξημένης δοσολογίας ή τοξίκωσης
Αγομελατίνη, βουπροπιόνη, ντουλοξετίνη, μιλνασιπράνη, παροξετίνη, ρεμποξετίνη, τιανεπτίνη, τρανυλκυπρομίνη, βορτιοξετίνη	Πολύ μικρός

Παρ' όλα αυτά, στην κλινική πράξη δεν είναι βέβαιο ότι οι παραπάνω κίνδυνοι μπορεί να υπερτερούν της απόφασης συνέχισης της αγωγής με αυτά τα φάρμακα, ακόμη και σε υψηλότερες δόσεις που χορηγούνται σε ηλικιωμένους ασθενείς (Crepeau-Gendron et al 2019). Αυτό που φαίνεται να είναι τεκμηριωμένο είναι πως η σιταλοπράμη παρατείνει το QT διάστημα κατά 10-20 msec αλλά δεν είναι το ίδιο σαφής η συσχέτισή της με την εμφάνιση TdP. Επίσης, η εσιταλοπράμη φαίνεται πιθανό να έχει κάποιο κίνδυνο μέτριας, αλλά κλινικά μη σημαντικής, παράτασης QT (Beach et al 2018).

Το 2013, το FDA συνέστησε την προσεκτική χρήση φλουοξετίνης σε ασθενείς με συγγενές σύνδρομο παρατεταμένου QT διαστήματος, προηγούμενο ιστορικό παράτασης QT διαστήματος, οικογενειακό ιστορικό παρατεταμένου QT διαστήματος ή αιφνίδιου καρδιακού θανάτου και άλλες καταστάσεις που προδιαθέτουν σε παράταση QT διαστήματος (Goldberg & Ernst 2019). Για τους υπόλοιπους SSRIs τα δεδομένα φαίνεται να δείχνουν πως δεν επηρεάζουν το διάστημα QTc (Goodnick et al 2002). Όταν παρατηρείται κάτι τέτοιο, παρ' όλα αυτά, δεν φαίνεται να σχετίζεται σαφώς με τη δόση του φαρμάκου (Kogut et al 2013).

Άλλα αντικαταθλιπτικά

Η βενλαφαξίνη (Goodnick et al 2002), η μιρταζαπίνη (Smulevich et al 2001) και η βουπροπιόνη (Branconnier et al 1983, Kiev et al 1994) φαίνεται να είναι ασφαλείς. Η τελευταία, ίσως, σε θεραπευτικές δόσεις, ελαττώνει το διάστημα QTc (Castro et al 2013) και μόνο σε υπερδοσολογία μπορεί να προκαλέσει παράταση του QRS (Goldberg & Ernst 2019). Γενικά, η παράταση του QT διαστήματος παραμένει ένα ενδεχόμενο με τη βενλαφαξίνη αλλά μάλλον δεν είναι κλινικά σημαντικό σε θεραπευτικές δόσεις που χορηγούνται σε υγιείς, μη ηλικιωμένους ενήλικους, είναι δε πιθανότερο να συμβεί σε καταστάσεις υπερδοσολογίας (Jasiak & Bostwick 2014).

Ασφαλείς φαίνεται να είναι και η δεσβενλαφαξίνη (Jasiak & Bostwick 2014), που είναι μεταβολίτης της βενλαφαξίνης, αλλά σε σύγκριση με αυτήν τα δεδομένα μπορεί να είναι πολύ λιγότερα, και η ντουλοξετίνη (Wernicke et al 2007, Zhang et al 2007). Η βιλαζοδόνη και η βορτιοξετίνη, που πρόσφατα κυκλοφόρησε στην Ελλάδα, δεν έχουν ιδιαίτερες ΗΚΓ ανεπιθύμητες ενέργειες σε δόσεις μέχρι 80 mg και 40 mg ημερησίως αντιστοίχως (Goldberg & Ernst 2019).

Σταθεροποιητές διάθεσης: λίθιο και αντιεπιληπτικά

Για το βαλπροϊκό και τη γκαμπαπεντίνη δεν υπάρχουν συγκεκριμένα δεδομένα (Goodnick et al 2002). Για το πρώτο, ακόμη και μετά από iv χορήγηση σε ασθενείς με υποκείμενα καρδιακά νοσήματα, δεν παρατηρήθηκαν ΗΚΓ διαταραχές (Walczak 2003) ενώ για τη δεύτερη πειραματικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι πιθανώς δεν επηρεάζει σημαντικά το QT διάστημα (Danielsson et al 2005). Η τοπιραμάτη δεν φαίνεται να σχετίζεται με ΗΚΓ μεταβολές (Chengappa et al 2007) και η οξκαρβαζεπίνη να προκαλεί σημαντικές μεταβολές στο QTc διάστημα (Goodnick et al 2002). Η λαμοτριγίνη έχει φανεί να προκαλεί δοσοεξαρτώμενη αύξηση του PR και του QRS διαστήματος στα σκυλιά (Goodnick et al 2002) αλλά θεραπευτικές της δό-

σεις δεν φαίνεται να σχετίζονται με παράταση QT στους ανθρώπους (Dixon et al 2008).

Όσον αφορά το λίθιο, υψηλότερα επίπεδά του στον ορό φαίνεται να σχετίζονται με παράταση QTc αλλά αυτό δεν ισχύει για θεραπευτικά επίπεδα (Mamiya et al 2005). Η πρεγκαμπαλίνη μπορεί να επάγει παράταση QTc σε πειραματόζωα αλλά είναι αμφίβολο αν το ίδιο ισχύει και για τους ανθρώπους (Alp et al 2008).

Άλλα φάρμακα

Βενζοδιαζεπίνες

Δεν υπάρχουν ιδιαίτερα δεδομένα για τις βενζοδιαζεπίνες που χρησιμοποιούνται συχνά στην κλινική πράξη (Goodnick et al 2002). Μία μελέτη με τη χρήση λοραζεπάμης σε οξεία βάση και σε δόση 2 mg βρήκε μικρή αλλά στατιστικά σημαντική αύξηση QTc που υποχώρησε μετά από 24 ώρες (Yerrabolu et al 2000). Για τα υπναγωγά της ομάδας Z δεν υπάρχουν γνωστές καρδιολογικές επιδράσεις (Goldberg & Ernst 2019).

Αντιανοϊκά φάρμακα

Καρδιαγγειακές ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν αναφερθεί με όλα τα αντιανοϊκά φάρμακα (He et al 2020) και, πιο ειδικά, παράταση του QTc διαστήματος με τη χρήση αναστολέων χολινεστεράσης (Leitch et al 2007, Poluzzi et al 2009), όπως η ντονεπεζίλη (Takaya et al 2009, Tanaka et al 2009, Kitt et al 2015).

Μεθαδόνη και βουπρενορφίνη

Παρότι η μεθαδόνη θεωρείται ασφαλές φάρμακο όταν λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες συνταγογράφησης, υπάρχουν αναφορές αιφνιδίου θανάτου που πιστεύεται πως οφείλεται σε καρδιοτοξική δράση της (Ernst et al 2002) καθώς μπορεί να προκαλέσει αρρυθμία. Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι η μεθαδόνη μπορεί να επηρεάσει πολλές παραμέτρους της καρδιακής λειτουργίας μέσω διαφόρων μηχανισμών (Sanchez Hernandez et al 2005). Μπορεί να προκαλέσει παράταση QT μέσω άμεσων επιδράσεων στο δυναμικό ηρεμίας της κυτταρικής μεμβράνης (Wallner et al 2008) και ο μηχανισμός σχετίζεται με αναστολή του γονιδίου hERG (Esfahani et al 2012) και αποκλεισμό του IKr ρεύματος καλίου (Krantz et al 2003) ενώ, λόγω της παρόμοιας χημικής δομής της με τη βεραπαμίλη, μπορεί να προκαλέσει και βραδυκαρδία μέσω αποκλεισμού των διαύλων ασβεστίου (Lakshmi et al 2005). Η ημερήσια δόση της μεθαδόνης είναι προβλεπτική της εμφάνισης παράτασης του QTc διαστήματος και αυτό το φαινόμενο είναι δοσοεξαρτώμενο (Krantz et al 2003, Martel et al 2003).

Όσον αφορά άλλα οπιοειδή, δεν φαίνεται να προκαλούν παράταση QTc (Abramson et al 2008) με την εξαίρεση της λεβομεθαδύλης, ενός συνθετικού παραγώγου της μεθαδόνης, που αποσύρθηκε το 2003 από την Ευρωπαϊκή αγορά (Deamer et al 2001).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρότι η αρρυθμία TdP είναι γενικά αυτοπεριοριζόμενη και έχει λίγα αιμοδυναμικά συμπτώματα, θα πρέπει να θεωρείται δυνητικά επικίνδυνη λόγω της τάσης της να επανεμφανίζεται και να μεταπίπτει σε κοιλιακή μαρμαρυγή. Ιδιαίτερα, οι νοσηλευόμενοι ασθενείς φαίνεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο συγκριτικά με εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και, έτσι, είναι απαραίτητη η επαρκής παρακολούθησή τους όταν εισάγεται στην αγωγή τους ένα φάρμακο που μπορεί να προκαλέσει παράταση του QT διαστήματος (Faber et al 1994).

Η εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης παράτασης QT σε νοσηλευόμενους ασθενείς βασίζεται στο προφίλ της φαρμακευτικής τους αγωγής, σε δημογραφικούς παράγοντες κινδύνου, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και η παρακολούθηση του διαστήματος QTc (Drew et al 2010) και η πρόληψη της εμφάνισης παράτασης QT και/ή αρρυθμίας TdP έχουν μεγάλη σημασία.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι κλινικοί συχνά έχουν δυσκολίες να ταυτοποιήσουν φάρμακα που μπορούν να παρατείνουν το QT διάστημα ή παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση TdP (Fongemie et al 2013). Ιδιαίτερα, οι ασθενείς με μείζονα ψυχιατρικά νοσήματα τείνουν να έχουν περισσότερους παράγοντες κινδύνου για παράταση του QT διαστήματος συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Αυτοί περιλαμβάνουν θεραπεία είτε με άλλα φάρμακα που έχουν τέτοια επίδραση ή με φάρμακα που αναστέλλουν το ενζυμικό σύστημα P450 οδηγώντας σε φαρμακοκινητικές αλληλεπιδράσεις, αυξημένη συχνότητα φαρμακευτικής απόπειρας, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και ισχαιμική καρδιακή νόσο (Fayek et al. 2001).

Ο κίνδυνος καρδιακών αρρυθμιών μπορεί να είναι δοσοεξαρτώμενος. Για αυτό τον λόγο θα πρέπει να χρησιμοποιούνται οι χαμηλότερες δυνατές δόσεις φαρμάκων, όταν αυτό είναι εφικτό (Simspon et al 2000). Επιπλέον, στους ψυχογηριατρικούς ασθενείς, που έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε καρδιακές ανεπιθύμητες ενέργειες, θα πρέπει να αποφεύγονται τα αντιψυχωσικά χαμηλής ισχύος (Branchey et al 1978).

Όμως, ψυχοτρόπα φάρμακα χρησιμοποιούνται με αυξανόμενη συχνότητα σε ασθενείς με υποκείμενα σωματικά νοσήματα. Για παράδειγμα, στο γενικό νοσοκομείο θα συναντήσει κάποιος συχνά ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια καρδιοαναπνευστικά νοσήματα και αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή ασθενείς με πολλαπλά παθολογικά προβλήματα υπό αγωγή με αντιανοϊκά και αντιψυχωσικά φάρμακα. Επιπλέον, πολλοί ψυχιατρικοί ασθενείς θα νοσηλευτούν κάποια στιγμή στη ζωή τους σε παθολογικά ή χειρουργικά τμήματα γενικών νοσοκομείων. Τα παραδείγματα που μπορούν να αναφερθούν είναι πολλά αλλά κοινή συνισταμένη όλων αποτελούν τα εξής:

- Η παράταση QT αποτελεί ένα βιολογικό δείκτη της πιθανότητας εμφάνισης αρρυθμίας TdP. Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισής τους έγκειται στο ότι η τελευταία μπορεί να αυξήσει το κόστος και τη διάρκεια νοσηλείας ή, ακόμη, να οδηγήσει και στον θάνατο.
- Η γνώση των παραγόντων κινδύνου και της εικόνας της αρρυθμίας μπορούν να βοηθήσουν στην εφαρμογή στρατηγικών έγκαιρης αναγνώρισης και αποφυγής προβλημάτων.
- Τα ψυχοτρόπα φάρμακα χρησιμοποιούνται συχνά από πολλούς ασθενείς και μπορεί να σχετίζονται με παράταση QT και αρρυθμία TdP. Ιδιαίτερα, αυτό φαίνεται να ισχύει για τις δύο μεγαλύτερες ομάδες τους, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιψυχωσικά. Από τα πρώτα περισσότερο φαίνεται να ενοχοποιούνται τα ΤΚΑ, η σιταλοπράμη και η εσιταλοπράμη. Από τα δεύτερα κυρίως τα παλαιότερα σκευάσματα, ιδιαίτερα η θειοριδαζίνη, η πιμοζίδη και η αλοπεριδόλη. Από τα νεότερα σκευάσματα μεγαλύτερη προσοχή απαιτείται με τη χρήση ζιπρασιδόνης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abramson D.W., Quinn D.K. & Stern T.A. (2008). Methadone-associated QTc prolongation: a case report and review of the literature. Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry 10(6): 470-476 Akar F.G., Yan G.X., Antzelevitch C. & Rosenbaum D.S. (2002). Unique topographical distribution of M cells underlies reentrant mechanism of torsade de pointes in the long-QT syndrome. Circulation 105(10): 1247–1253 Al-Khatib S.M., LaPointe N.M.A., Kramer J.M. & Califf R.M. (2003). What clinicians should know about the QT interval. Journal of the American Medical Association 289(16): 2120–2127

Alp R., Citil M., Uzun M., et al. (2008). Effects of therapeutic doses of Pregabalin on QTc interval in conscious rabbits. European Revue of Pharmacological Science 12(4): 223- 228

Bardai A., Blom M.T., van Noord C., et al. (2015). Sudden cardiac death is associated with both epilepsy and with use of antiepileptic medications. Heart 101(1): 17–22

Beach S.R., Celano C.M., Noseworthy P.A., Januzzi J.L. & Huffman J.C. (2013). QTc prolongation, torsades de pointes, and psychotropic medications. Psychosomatics 54(1): 1-13

Beach S.R., Celano C.M., Sugrue A.M., Adams C., Ackerman M.J., Noseworthy P.A. & Huffman J.C. (2018). QT prolongation, Torsades de Pointes, and psychotropic medications: A five year update. Psychosomatics 59(2): 105-122

Beach S.R., Gross A.F., Hartney K.E., Taylor J.B. & Rundell J.R. (2020). Intravenous haloperidol: A systematic review of side effects and recommendations for clinical use. General Hospital Psychiatry 67: 42-50

Beach S.R., Kostis W.J., Celano C.M., Januzzi J.L., Ruskin J.N., Noseworthy P.A. & Huffman J.C. (2014). Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitor - associated QTc prolongation. Journal of Clinical Psychiatry 75(5): e441–e449

Bednar M.M., Harrigan E.P., Anziano R.J., et al. (2001). The QT interval. Progress in Cardiovascular Disease 43: 1-45

Benkert O. & Hippius H. (2021). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. (13 auflage). Berlin: Springer

Bernstein J.E. (1997). Recognizing when long QT intervals mean trouble. Nursing 27(4): 32aa–32ff

Bett J. & Holt G. (1983). Malignant ventricular tachyarrhythmia and haloperidol. British Medical Journal 287(6401): 1264

Boehnert M.T. & Lovejoy Jr F.H. (1985). Value of the QRS duration versus the serum drug level in predicting seizures and ventricular arrhythmias after an acute overdose of tricyclic antidepressants. New England Journal of Medicine 313(8): 474-479

Boulaksil M., Jungschleger J.G., Antoons G., Houtman M.J., de Boer T.P., Wilders R., Beekman J.D., Maessen J.G., van der Hulst F.F., van der Heyden M.A., van Veen T.A., van Rijen H.V., de Bakker J.M. & Vos M.A. (2011). Drug-induced torsade de pointes arrhythmias in the chronic AV block dog are perpetuated by focal activity. Circ Arrhythm Electrophysiol 4(4): 566–576

Branchey M.H., Lee J.H., Amin R., et al. (1978). High- and low-potency neuroleptics in elderly psychiatric patients. Journal of the American Medical Association 239(18): 1860–1862

Branconnier R.J., Cole J.O., Oxenkrug G.F., et al. (1983). Cardiovascular effects of imipramine and bupropion in aged depressed patients. Psychopharmacoly Bulletin 19(4): 658-662

Breier A., Meehan K., Birkett M., David S., Ferchland I., Sutton V., et al. (2002). A double- blind, placebo-controlled dose–response comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. Archives of General Psychiatry 59(5): 441–448

Cadario B. (2000). Olanzapine (Zyprexa): suspected serious reactions. CMAJ 163(1): 85–86, 89–90

Castro V.M., Clements C.C., Murphy S.N., et al. (2013). QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records. British Medical Journal 346:f288

Cavero I., Mestre M., Guillon J-M. & Crum W. (2000). Drugs that prolong QT interval as an unwanted effect: assessing their likelihood of inducing hazardous cardiac dysrythmias. Expert Opinion Pharmacotherapy 1(5): 947-973

Chapel S., Hutmacher M.M., Bockbrader H., et al. (2011). Comparison of QTc data analysis methods recommended by the ICH E14 guidance and exposure-response analysis: case study of a thorough QT study of asenapine. Clinical Pharmacology Therapeutics 89(1): 75–80

Chapel S., Hutmacher M.M., Haig G., et al. (2009). Exposure-response analysis in patients with schizophrenia to assess the effect of asenapine on QTc prolongation. Journal of Clinical Pharmacology 49(11): 1297–1308 Chengappa K.N., Kupfer D.J., Parepally H., et al. (2007). A placebo-controlled, random- assignment, parallel-group pilot study of adjunctive topiramate for patients with schizoaffective disorder, bipolar type. Bipolar Disorders 9(6): 609-617

Cohagan B, Brandis D. Torsade de Pointes. [Updated 2020 Aug 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459388/

Cohen H.W., Gibson G. & Alderman M.H. (2000). Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. American Journal of Medicine 108(1): 2-8

Crepeau-Gendron G., Brown H.K., Shorey C., Madan R., Szabuniewicz C., Koh S., Veinish S. & Mah L. (2019). Association between citalopram, escitalopram and QTc prolongation in a real-world geriatric setting. Journal of Affective Disorders 250: 341- 345

Danielsson B.R., Landsdell K., Patmore L. & Tomson T. (2005). Effects of antiepileptic drugs lamotrigine, topiramate, and gabapentin on hERG potassium currents. Epilepsy Research 63(1): 17-25

De La Torre B., Dreher J., Malevany I., et al. (2001). Serum levels and cardiovascular effects of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors in depressed patients. Therapeutic Drug Monitoring 23(4): 435-440

Deamer R.L., Wilson D.R., Clark D.S., et al. (2001). Torsades de pointes associated with high dose levomethadyl acetate (ORLAAM). Journal of Addictive Diseases 20(4): 7- 14

Dixon R., Job S., Oliver R., et al. (2008). Lamotrigine does not prolong QTc in a thorough QT/QTc study in healthy subjects. British Journal of Clinical Pharmacology 66(3): 396-404

Douedi S, Douedi H. P wave. [Updated 2020 Jul 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551635/ Drew B.J., Ackerman M.J., Funk M., Gibler W.B., Kligfield P., Menon V., et al. (2010). Prevention of torsade de pointes in hospital settings: a scientific statement from the American Heart Association and the American College of Cardiology Foundation endorsed by the American Association of Critical-Care Nurses and the International Society for Computerized Electrocardiology. Journal of the American College of Cardiology 55(9): 934–947

El-Sherif N., Chinushi M., Caref E.B. & Restivo M. (1997). Electrophysiological mechanism of the characteristic electrocardiographic morphology of torsade de pointes tachyarrhythmias in the long-QT syndrome: detailed analysis

of ventricular tridimensional activation patterns. Circulation 96(12):4392–4399
Ernst E., Bartu A., Popescu A., et al. (2002). Methadone-related deaths in Western Australia 1993-99. Australian New Zealand Journal of Public Health 26(4): 364-370
Esfahani M.A., Vosughi A.A., Fatehi M.H., Shahsanaee A. & Teimuri A. (2012). Evaluation of QTc interval in Iranian causalities (Janbazan) of Iran-Iraq war receiving maintenance methadone treatment. Journal Research Medical Science 17(3): 264-268
Faber T.S., Zehender M. & Just H. (1994). Drug-induced torsade de pointes: incidence, management, and prevention. Drug Safety 11(6): 463–476
Fayek M., Kingsbury S.J., Zada J. & Simpson G.M. (2001). Cardiac effects of antipsychotic medications. Psychiatric Services 52(5): 607-609
Fongemie J.M., Al-Qadheeb N.S., Estes N.A., et al. (2013). Agreement between ICU clinicians and electrophysiology cardiologists on the decision to initiate a QTc- interval prolonging medication in critically ill patients with potential risk factors for torsade de pointes: a comparative, case-based evaluation. Pharmacotherapy 33(6): 589–597
Funk K.A. & Bostwick J.R. (2013). A comparison of the risk of QT prolongation among SSRIs. Annals of Pharmacotherapy 47(10): 1330–1341
Glassman A.H. & Bigger J.T. Jr. (1981). Cardiovascular effects of therapeutic doses of tricyclic antidepressants: a review. Archives of General Psychiatry 38(7): 815–820
Glassman A.H. & Bigger J.T. Jr. (2001). Antipsychotic drugs: Prolonged QTc interval, Torsade de Pointes, and sudden death. American Journal of Psychiatry 158(11): 1774- 1782
Glassman A.H., Roose S.P. & Bigger J.T. Jr. (1993). The safety of tricyclic antidepressants in cardiac patients: risk-benefit reconsidered. Journal of the American Medical Association 269(20): 2673–2675
Goldberg J.F. & Ernst C.L. (2019). Managing the side effects of psychotropic medications. 2nd edition. Washington: American Psychiatric Association
Goodnick P.J., Jerry J. & Parra F. (2002). Psychotropic drugs and the ECG: focus on the QTc interval. Expert Opinion Pharmacotherapy 3(5): 479-498
Haddad P.M. & Anderson I.M. (2002). Antipsychotic-related QTc prolongation, Torsade de pointes and sudden death. Drugs 62(11): 1649-1671
Harrigan E.P., Miceli J.J., Anziano R., Watsky E., Reeves K.R., Cutler N.R., et al. (2004). A randomized evaluation of the effects of six antipsychotic agents on QTc, in the absence and presence of metabolic inhibition. Journal of Clinical Psychopharmacology 24(1): 62–69
Hasnain M. & Vieweg W. (2014). QTc interval prolongation and torsade de pointes associated with second-generation antipsychotics and antidepressants: a comprehensive review. CNS Drugs 28(10): 887–920
Hassaballa H.A. & Balk R.A. (2003). Torsade de pointes associated with the administration of intravenous haloperidol: a review of the literature and practical guidelines for use. Expert Opinion Drug Safety 2(6): 543-547
Haverkamp W., Breithardt G., Camm A.J., et al. (2000). The potential for QT prolongation and proarrhythmia by non-antiarrhythmic drugs: clinical and regulatory implications. European Heart Journal 21(15): 1216–1231
He M., Stevenson J.M., Zhang Y. & Hernandez I. (2020). Risk factors for cardiovascular events in patients on antidementia medications. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 35: 1-8
Hondeghem L.M. (2018). Drug-induced QT prolongation and torsades de pointes: An all- exclusive relationship or time for an amicable separation? Drug Safety 41(1): 11-17
Hoogstraaten E., Rijkenberg S. & van der Voort P.H.J. (2014). Corrected QT-interval prolongation and variability in intensive care patients. Journal of Critical Care 29(5): 835-839
Isbister G.K., Balit C.R., Macleod D., et al. (2010). Amisulpride overdose is frequently associated with QT prolongation and torsades de pointes. Journal of Clinical Psychopharmacology 30(4): 391-395 Isbister G.K., Bowe S.J., Dawson A., et al. (2004). Relative toxicity of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in overdose. Journal Toxicology Clinical Toxicology 42(3): 277–285
Jasiak N.M. & Bostwick J.R. (2014). Risk of QT/QTc prolongation among newer non-SSRI antidepressants. Annals of Pharmacotherapy 48(12): 1620-1628
Kang U.G., Kwon J.S., Ahn Y.M., et al. (2000). Electrocardiographic abnormalities in patients treated with clozapine. Journal of Clinical Psychiatry 61(6): 441-446
Kiev A., Masco H.L., Wenger T.L., Johnston J.A., Batey S.R. & Holloman L.C. (1994). The cardiovascular effects of bupropion and nortriptyline in depressed outpatients. Annals of Clinical Psychiatry 6(2): 107-115
King GS, Goyal A, Grigorova Y, et al. Antiarrhythmic Medications. [Updated 2020 Dec 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan- Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482322/ Kitt J., Irons R., Al-Obaidi M., et al. (2015). A case of donepezil-related torsades de pointes. BMJ Case Reports Oct 5. pii: bcr2015211900
Kogut C., Crouse E.B., Vieweg W.V., Hasnain M., Baranchuk A., Digby G.C., et al. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors and torsade de pointes: New concepts and new directions derived from a systematic review of case reports. Therapeutic Advances Drug Safety 4(5): 189–198
Kovacs D. & Arora R. (2008). Cardiovascular effects of psychotropic drugs. American Journal of Therapeutics 15(5): 474-483
Krantz M., Kutinsky I., Robertson A. & Mehler P. (2003). Dose-related effects of methadone on QT prolongation in a series of patients with torsade de pointes. Pharmacotherapy 23(6): 802–805
Lakshmi A., Ajjan M. & Culclasure T. (2005). Methadone-induced bradycardia. Journal of Emergency Medicine 29(1): 73–75
Leitch A., McGinness P. & Wallbridge D. (2007). Calculate the QT interval in patients taking drugs for dementia. British Medical Journal 335(7619): 557
Leonard C.E., Freeman C.P., Newcomb C.W., et al. (2013). Antipsychotics and the risks of sudden cardiac death and all-cause death: cohort studies in Medicaid and dually- eligible Medicaid-Medicare beneficiaries of five states. Journal of Clinical and Experimental Cardiology Suppl 10(6): 1–9
Leucht S., Cipriani A., Spineli L., et al. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple treatments meta-analysis. Lancet 382(9896): 951–962
Levy W.O., Robichaux-Keene N.R. & Nunez C. (2004). No significant QTc interval changes with high-dose ziprasidone: a case series. Journal of Psychiatric Practice 10(4): 227– 232
Lieberman J.A., Stroup T.S., McEvoy J.P., et al. (2005). Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. New England Journal of Medicine 353(12): 1209–1223
Lipicky R.J. (1993). A viewpoint on drugs that prolong the QTc interval. American Journal of Cardiology 72(53B): 4B
Malik M. (2016). Drug-induced QT/QTc interval shortening: Lessons from drug-induced QT/QTc prolongation. Drug Safety 39(7): 647-659

Maljuric N.M., Noordam R., Aarts N., Niemeijer M.N., van den Berg M.E., Hofman A., Kors J.A., Stricker B.H. & Visser L.E. (2015). Use of selective serotonin re-uptake inhibitors and the heart rate corrected QT interval in a real-life setting: the population- based Rotterdam Study. British Journal of Clinical Pharmacology 80(4): 698–705

Mamiya K., Sadanaga T., Sekita A., Nabeyama Y., Yao H. & Yukawa E. (2005). Lithium concentration correlates with QTc in patients with psychosis. Journal of Electrocardiology 38(2): 148-151

Martel B., Arnsten J., Ray B. & Gourevitch M. (2003). The impact of methadone induction on cardiac conduction in opiate users. Annals of Internal Medicine 139(2): 154–155

Mesotten F., Suy E., Pietquin M., et al. (1989). Therapeutic effect and safety of increasing doses of risperidone (R 64766) in psychotic patients. Psychopharmacology (Berlin) 99(4): 445–449

Metzger E. & Friedman R. (1993). Prolongation of the corrected QT and torsades de pointes cardiac arrhythmia associated with intravenous haloperidol in the medically ill. Journal of Clinical Psychopharmacology 13(2): 128–132

Miceli J.J., Tensfeldt T.G., Shiovitz T., et al. (2010). Effects of high-dose ziprasidone and haloperidol on the QTc interval after intramuscular administration: a randomized, single-blind, parallel-group study in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Clinical Therapeutics 32(3): 472–491

Molokhia M., Pathak A., Lapeyre-Mestre M., Caturla L., et al. (2008). Case ascertainment and estimated incidence of drug-induced long-QT syndrome: study in southwest France. British Journal of Clinical Pharmacology 66(3): 386–395

Moss A.J. (2006). Drug-induced QT prolongation: An update. Annals of Noninvasive Electrocardiology 11(1): 1–2

Nemeroff C.B., Lieberman J.A., Weiden P.J., et al. (2005). From clinical research to clinical practice: a 4-year review of ziprasidone. CNS Spectrum 10 (11 suppl 17): 1–20

Newton-Cheh C., Guo C.Y., Larson M.G., et al. (2007). Common genetic variation in KCNH2 is associated with QT interval duration the Framingham heart study. Circulation 116(10): 1128-1136

O'Brien P. & Oyebode F. (2003). Psychotropic medication and the heart. Advances in Psychiatric Treatment 9: 414–423

Oberman R, Bhardwaj A. Physiology, Cardiac. [Updated 2020 Jul 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526089/ Ojero-Senard A., Benevent J., Bondon-Guitton E., Durrieu G., Chebane L., Araujo M., et al. (2017). A comparative study of QT prolongation with serotonin reuptake inhibitors. Psychopharmacology (Berl) 234(20): 3075-3081

Pabba K, Chakraborty RK. Jervell and Lange Nielsen Syndrome. [Updated 2020 Sep 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537300/

Pearson E.C. & Woosley R.L. (2005). QT prolongation and torsades de pointes among methadone users: reports to the FDA spontaneous reporting system. Pharmacoepidemiology Drug Safety 14(11): 747–753

Poluzzi E., Raschi E., Moretti U., et al. (2009). Drug-induced torsades de pointes: data mining of the public version of the FDA adverse event reporting system (AERS). Pharmacoepidemiology Drug Safety 18(6): 512-518

Priori S.G., Blomström-Lundqvist C., Mazzanti A., et al. (2015). 2015 ESC guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. European Heart Journal 36: 2793-2867

Rasekh A., Razavi M. & Massumi A. (2007). Sudden cardiac death. Cardiovascular medicine: Springer; p. 2039-2083

Ray W.A., Chung C.P., Murray K.T., Hall K. & Stein C.M. (2009). Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. New England Journal of Medicine 360(3): 225–235

Reilly J.G., Ayis S.A., Ferrier I.N., et al. (2000). QTc-interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. Lancet 355(9209): 1048–1052

Rettmar K., et al. (1992). Sinus bradykardie, QT-Verlangerung und Kammerflimmern unter Haloperidol-und Clonidin-Therapie des Alkoholentzugssyndroms. Intensivmedizin + Notfallmedizin 29(4): 178–183

Robinson D.S., Nies A., Corcella J., Cooper T.B., Spencer C. & Keefover R. (1982). Cardiovascular effects of phenelzine and amitriptyline in depressed outpatients. Journal of Clinical Psychiatry 43 (5 Section): 8-15

Roden D.M. (2004). Drug-induced prolongation of the QT interval. New England Journal of Medicine 350(10): 1013-1022 Roden D.M. & Anderson M.E. (2000). The pause that refreshes, or does it? Mechanism of torsade de pointes. Heart 84: 235–237

Roden D.M., Lazzara R., Rosen M., et al. (1996). Multiple mechanisms in the long QT syndrome: current knowledge, gaps and future directions. Circulation 94(8): 1996– 2012

Sánchez Hernández A.M., Atienza Fernández F., Arenal Maíz Á., González Torrecilla E., Puchol Calderón A. & Garrote J.A. (2005). Torsades de pointes during methadone treatment. Revista Esp dr Cardiologia (Engl Ed). 58(10): 1230-1232

Sarganas G., Garbe E., Klimpel A., et al. (2014). Epidemiology of symptomatic drug-induced long QT syndrome and Torsade de Pointes in Germany. Europace 16(1): 101–108

Schouten E.G., Dekker J.M., Meppelink P., et al. (1991). QT interval prolongation predicts cardiovascular mortality in an apparently healthy population. Circulation 84(4): 1516– 1523

Schutte D. (2002). Dangerous and life-threatening drugs: practical lessons from the long QT syndrome. Cardiovascular Journal of South Africa 13(2): 54–61

Schwartz P.J. & Woosley R.L. (2016). Predicting the unpredictable. Drug-induced QT prolongation and torsades de pointes. Journal of the American College of Cardiology 67(13): 1639-1650

Seftchick M.W., Adler P.H., Hsieh M., et al. (2009). The prevalence and factors associated with QTc prolongation among emergency department patients. Annals of Emergency Medicine 54(6): 763-768

Shah A.A., Aftab A. & Coverdale J. (2014). QTc prolongation with antipsychotics: Is routine ECG monitoring recommended? Journal of Psychiatric Practice 20(3): 196-206

Shih H-T. (1994). Anatomy of the action potential in the heart. Texas Heart Institute Journal 21(1): 30-41

Simpson G.M., Pi E.H. & Sramek J.J. (2000). Neuroleptic and antipsychotic drugs. In Myler's Side Effects of Drugs: An Encyclopedia of Adverse Reactions and Interactions. New York: Elsevier

Smulevich A.B., Drobijev M.Y. & Ilina N.A. (2001). Mirtazapine in treatment of depression in patients with ischaemic heart disease. European Neuropsychopharmacology 11 (Suppl. 3): S 205. Abstract

Stollberger C., Huber J.O. & Finsterer J. (2005). Antipsychotic drugs amd QT prolongation. International Clinical Psychopharmacology 20(5): 243-251

Takaya T., Okamoto M., Yodoi K., et al. (2009). Torsades de pointes with QT prolongation related to donepexil use. Journal of Cardiology 54(3): 507-511

Takeuchi H., Suzuki T., Remington G. & Uchida H. (2015). Antipsychotic polypharmacy and corrected QT interval: A systematic review. Canadian Journal of Psychiatry 60(5): 215-222

Tanaka A., Koga S. & Hiramatsu Y. (2009). Donepezil-induced adverse side effects of cardiac rhythm: 2 cases report of atrioventricular

block and torsades de pointes. Internal Medicine 48(14): 1219-1223

Taylor D.M. (2003). Antipsychotics and QT prolongation. Acta Psychiatrica Scandinavica 107(2): 85-95

Tisdale J.E. (2016). Drug-induced QT interval prolongation and torsades de pointes: Role of the pharmacist in risk assessment, prevention, and management. Canadian Pharmacology Journal (Ottawa) 149(3): 139–152

Tisdale J.E. (2018). Ventricular arrhythmias. In: Tisdale J.E. & Miller D. A. (Eds) Drug- induced diseases. Prevention, detection, and management. 3rd edition. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists

Titier K., Canal M., Déridet E., et al. (2004). Determination of myocardium to plasma concentration ratios of five antipsychotic drugs: comparison with their ability to induce arrhythmia and sudden death in clinical practice. Toxicology Applied Pharmacology 199(1): 52–60

Vandael E., Vandenberk B., Vandenberghe J., Willems R. & Foulon V. (2017). Risk factors for QTc prolongation: systematic review of the evidence. International Journal of Clinical Pharmacology 39(1): 16-25

Vieweg W.V.R., Wood M.A., Fernandez A., Beatty-Brooks M., Hasnain M. & Pandurangi A.K. (2009). Proarrhythmic risk with antipsychotic and antidepressant drugs. Implications in the elderly. Drugs Aging 26(12): 997-1012

Walczak T. (2003). Do antiepileptic drugs play a role in sudden unexpected death in epilepsy? Drug Safety 26(10): 673-683

Wallner C., Stöllberger C., Hlavin A., Finsterer J., Hager I. & Hermann P. (2008). Electrocardiographic abnormalities in opiate addicts. Addiction 103(12): 1987-1993

Weiden P.J. (2012). Iloperidone for the treatment of schizophrenia: an updated clinical review. Clinics Schizophrenia Related Psychoses 6(1): 34–44

Weiden P.J., Cutler A.J., Polymeropoulos M.H. & Wolfgang C.D. (2008). Safety profile of iloperidone: a pooled analysis of 6-week acute-phase pivotal trials. Journal of Clinical Psychopharmacology 28 (2 suppl 1): S12–S19

Wernicke J., Lledó A., Raskin J., Kajdasz D.K. & Wang F. (2007). An evaluation of the cardiovascular safety profile of duloxetine: findings from 42 placebo-controlled studies. Drug Safety 30(5): 437-455

Witchel H.J., Pabbathi V.K., Hofmann G., Paul A.A. & Hancox J.C. (2002). Inhibitory actions of the selective serotonin re-uptake inhibitor citalopram on HERG and ventricular L-type calcium currents. FEBS Lett 512(1-3): 59–66

White K., O'Leary J., Razani J., Rebal R. & Palmer R. (1983). Electrocardiographic effects of tranylcypromine versus amiptriptyline. Journal of Clinical Psychiatry 44: 91-93

Williams E.M.V. (1989). Classification of antiarrhythmic agents. In: Williams EMV, editor. Antiarrhythmic drugs. Handbook of experimental pharmacology series (No. 89). Berlin: Springer-Verlag

Wright P., Birkett M., David S.R., Meehan K., Ferchland I., Alaka K.J., et al. (2001). Double-blind, placebo-controlled comparison of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. American Journal of Psychiatry 158(7): 1149–1151

Yap Y.G. & Camm A.J. (2003). Drug-induced QT prolongation and torsades de pointes. Heart 89(11): 1363–1372

Yerrabolu M., Prabhudesai S., Tawam M., Winter I. & Kamalesh M. (2000). Effect of risperidone on QT interval and QT dispersion in the elderly. Heart Disease 2(1): 10- 12

Zeltser D., Justo D., Halkin A., et al. (2003). Torsade de pointes due to noncardiac drugs: most patients have easily identifiable risk factors. Medicine (Baltimore) 82(4): 282– 290

Zhang L., Chappell J., Gonzales C.R., et al. (2007). QT effects of duloxetine at supratherapeutic doses: a placebo and positive controlled study. Journal of Cardiovascular Pharmacology 49(3): 146-153

REVIEW

QT interval prolongation, torsades de pointes and psychotropic medication

Theocharis Chr. Kyziridis
Consultant Psychiatrist, 3rd Department of Psychiatry, AUTh Medical School, AHEPA University Hospital of Thessaloniki

ABSTRACT

QT interval reflects the duration of action potential of myocardial cells. Its prolongation in electrocardiogram is related to risk of torsades de pointes (TdP), a form of polymorphous ventricular tachycardia, and sudden cardiac death, which is one of the main causes of early mortality in psychiatric patients. The fact that only a proportion of patients with drug-induced QT prolongation manifest TdP or die shows that QT prolongation alone is not the perfect biological predictive marker of arrhythmia manifestation. Yet, it continues to be useful but needs to be combined with other known risk factors.

This paper is a narrative review based on search in reference books and in PubMed and ScienceDirect databases using the terms [Torsades de pointes OR QT prolongation] AND [Psychotropic drugs OR antipsychotics OR antidepressants]. Its aim is to present basic knowledge about the pathophysiology of TdP arrhythmia and QT prolongation and their relationship with psychotropic drugs.

TdP is a relatively slow-rate tachycardia and, in some cases, may stop abruptly without manifestation of clinical symptoms. The diagnosis is based on electrocardiographic findings, the symptoms are similar to those of any tachyarrhythmia and they are related to heart rate and its effects on arterial pressure and cardiac work. QT interval prolongation and TdP result from structural and functional disorders of ion channels and related proteins which are implicated in the process of ventricular repolarization.

Psychotropic drugs are commonly used not only in psychiatric patients but in many patients with somatic disease as well. They can affect transmission of electrical impulses from sinus node to ventricular myocardium in various ways and most of its classes prolong QT interval in therapeutic doses or in cases of intoxication. Thus, their careful administration and monitoring of patients, especially hospitalized ones, are of vital importance.

More data is available concerning the effects of antipsychotic and antidepressant medication. Among the first group, first generation, classical antipsychotics, especially the lower potency drugs, are considered to carry greater risk. Caution should be exercised when administering thioridazine, haloperidol, pimozide, sertindole and ziprasidone. Among antidepressants, caution is warranted when administering tricyclic antidepressants, citalopram and escitalopram. Among the other psychotropics, much information is available about methadone.

Key words: Cardiovascular side effects, drug-induced electrocardiographic disorders, psychotropic drugs, QT interval prolongation, torsades de pointes

Corresponding author: Theocharis Chr. Kyziridis
e-mail: theocharis_kyziridis@yahoo.gr

Date of submission: 15/01/2021
Publication date: March 2022

Citation: Kyziridis T. (2022). QT interval prolongation, torsades de pointes and psychotropic medication. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(1): 43-59, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202215

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η πανδημία του κορωνοϊού και η δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων

Ελένη Κωνσταντινίδου[1], Ελισσάβετ Λυκούδη[2]

1. Νοσηλεύτρια, MSc(c), Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα»
2. Νοσηλεύτρια, PhD(c), Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Βασική προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία του κοινωνικού συστήματος, είναι η ισότιμη φροντίδα της υγείας του πληθυσμού. Στην πραγματικότητα, παρατηρείται άνιση κατανομή τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας, με τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές να επηρεάζουν και τα δύο. Η ανεργία, η αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η διαμονή σε ακατάλληλα κτίρια, οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, η χαμηλή ποιότητα ζωής και ο κοινωνικός αποκλεισμός, είναι ορισμένοι από αυτούς. Οι κοινωνικές ανισότητες, ιδιαίτερα αυτές που αφορούν στα χρόνια νοσήματα, οδηγούν στην επιβάρυνση του συστήματος υγείας και σε δυσμενείς συνέπειες για τους ασθενείς. Η πρόσφατη πανδημία του κορωνοϊού Covid-19, ήρθε να ενισχύσει τις υπάρχουσες ανισότητες στο χώρο της υγείας. Παρότι θα επηρεάσει το σύνολο του πληθυσμού, τα άτομα που βρίσκονται χαμηλά στην κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση, αναμένεται να καταγράψουν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας. Η πανδημία κατέδειξε την αναγκαιότητα της πολιτείας, να λάβει τα απαραίτητα μέτρα και να προβεί σε συντονισμένες κινήσεις, ώστε να μετριάσει τις ανισότητες και να προστατεύσει τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα αυτών των ενεργειών, θα βοηθήσουν μακροπρόθεσμα σε αντίστοιχες περιπτώσεις. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναλύσει τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας, τους τρόπους αντιμετώπισης της νοσηρότητας και της θνητότητας του Covid-19 από αυτούς και να καταδείξει τις κοινωνικές ανισότητες, με βαρύτητα στα χρόνια νοσήματα. Τέλος στοχεύει να παρουσιάσει τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν από τα συστήματα υγείας, προκειμένου να αμβλυνθούν οι ανισότητες σχετικά με τη νοσηρότητα και τη θνητότητα για την αντιμετώπιση της νέας πανδημίας.

Λέξεις Κλειδιά: κοινωνικές ανισότητες, κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές, χρόνια νοσήματα, Covid-19

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ελισσάβετ Λυκούδη
e-mail: e.likoudi@outlook.com

Ημερομηνία υποβολής: 14/01/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Μάρτιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Κωνσταντινίδου Ε. & Λυκούδη Ε. (2022). Η πανδημία του κορωνοϊού και η δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(1): 60-66, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202216

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας είναι παράγοντες που αφορούν στον τρόπο ζωής του ατόμου και επηρεάζουν την υγεία του**
- **Τα χρόνια νοσήματα συμβάλλουν στις κοινωνικές ανισότητες**
- **Ο νέος κορωνοϊός έχει χαρακτηριστεί ως ο μεγάλος ισοσταθμιστής, προσβάλλοντας πολιτικά στελέχη και διασημότητες, όμως είναι μια ασθένεια που όλοι κινδυνεύουν να νοσήσουν**
- **Οι κυβερνήσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας είναι αναγκαίο να προβούν σε συντονισμένες ενέργειες για την καταπολέμηση των ανισοτήτων**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί τον κύριο συντελεστή υπολογισμού της φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής κατάστασης του ατόμου. Το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο διαβιώνει, εκπαιδεύεται και εργάζεται κάθε άτομο, ορίζει σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο υγείας που πρόκειται να λάβει (Παπαγεωργίου & Μπίζας 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η υγεία έχει καθοριστεί ως «κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Στοιχειώδεις συντελεστές για την κοινωνική υγειονομική προσέγγιση, αποτέλεσαν η διακήρυξη της Alma Ata (1978) και ο καταστατικός χάρτης της Ottawa (1986), όπου επικυρώνονται ως προαπαιτούμενα για την επίτευξη υγείας, η ύπαρξη δίκαιου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος, συνδυαστικά με την ενδυνάμωση του πληθυσμού, έτσι ώστε να καταφέρνει να ελέγχει τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία του. Στα επόμενα χρόνια διενεργήθηκαν αρκετές ερευνητικές μελέτες, οι οποίες εντόπισαν όξυνση των διαφορών ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες, φέρνοντας εκ νέου στο προσκήνιο τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας (Κωστάκη 2018).

Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές υγείας καλούνται οι παράγοντες που οριοθετούν την έννοια του τρόπου ζωής, επηρεάζουν ποικιλοτρόπως την υγεία και σχετίζονται με το εισόδημα, την εργασιακή κατάσταση και τις συνθήκες αυτής, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κοινωνική τάξη, το άγχος, την κοινωνική στήριξη, την ανεργία, την πρώιμη παιδική ηλικία, τη διατροφή και τους εθισμούς σε ουσίες. Οι επιπτώσεις αυτών των παραγόντων στην υγεία των πληθυσμών, έχουν απασχολήσει αρκετά την επιστημονική κοινότητα (Μαλάμου 2015).

Σύμφωνα με τη δημοσίευση "Solid Facts" το 2003 από τον ΠΟΥ, γίνεται εμφανές ότι οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την υγεία καθ΄ όλη τη διάρκεια της ζωής των ανθρώπων στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Ακόμα, το χαμηλό εισόδημα, η ελλιπής εκπαίδευση, και η ανεργία θέτουν σε κίνδυνο την υγεία. Το επισφαλές εργασιακό περιβάλλον και οι αγχωτικές συνθήκες διαβίωσης όπως το άγχος, η ανασφάλεια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οδηγούν σε εθισμούς, επιβαρύνοντας μακροπρόθεσμα την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, άτομα που ανήκουν σε κατώτερες κοινωνικές τάξεις, με χαμηλό εισόδημα, επηρεάζονται αρνητικά και ο κίνδυνος να εμφανίσουν σοβαρό νόσημα και πρόωρο θάνατο, είναι διπλάσιος συγκριτικά με τα άτομα των ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων. Σε ό,τι αφορά το επάγγελμα, οι ανειδίκευτοι εργαζόμενοι είναι πιο επιρρεπείς να νοσήσουν, σε σύγκριση με το προσωπικό ανώτερων βαθμίδων, το οποίο είναι πιο ενήμερο για την πρόληψη και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Wilkinson & Marmot 2003).

Υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας εμφανίζονται σε υποβαθμισμένες περιοχές με υψηλούς δείκτες εγκληματικότητας, με αντίστοιχα ποσοστά ανεργίας, σε ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες και μη. Η ανεργία δυσκολεύει τις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού, αφού μειώνει σημαντικά το εισόδημα, δυσκολεύει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω μειωμένης ασφαλιστικής κάλυψης και προκαλεί προβλήματα στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξή του. Επιπλέον στερεί τον κοινωνικό ρόλο του ατόμου, δημιουργεί αισθήματα ανασφάλειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυξάνοντας τον κίνδυνο για πιθανές απόπειρες αυτοκτονίας. Σύμφωνα με μελέτη που διενήργησαν οι Maclure και Stewart στη Γλασκόβη αναφορικά με τα παιδιά αυτών των περιοχών, διαπιστώθηκε ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν και να εισαχθούν στο νοσοκομείο, αποτέλεσμα των άσχημων συνθηκών διαβίωσης και του υποσιτισμού (Παπαγεωργίου & Μπίζας 2013).

Με βάση όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι οι κοινωνικοί προσδιοριστές που επηρεάζουν την υγεία της εκάστοτε πληθυσμιακής ομάδας είναι άνισα κατανεμημένοι, έχοντας ως αποτέλεσμα, τη δημιουργία σημαντικών ανισοτήτων σε επίπεδο χωρών, κοινωνιών αλλά και των μελών τους, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτές. Στα πρώιμα χρόνια του ατόμου είναι πιο ήπιες, συγκριτικά με τα χρόνια που ακολουθούν, όπου γίνονται πιο έντονα αντιληπτές (Τούντας 2000).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μια συστηματική ανασκόπηση περιεχομένου σε ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και στις ηλεκτρονικές βάσεις αποδελτίωσης βιβλιογραφικών δεδομένων του PubMed /Medline, Scopus και τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar κατά χρονική περίοδο 2000-2020. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν social inequalities, socioeconomic determinants, chronic diseases, Covid-19. Τα κριτήρια ένταξης των δημοσιευμένων μελετών στην ανασκόπηση, ήταν άρθρα σχετικά με την πανδημία του κορονοϊού και τις κοινωνικές ανισότητες, στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ο όρος ανισότητα στην υγεία εστιάζει σε διαφορές των ατόμων στην υγεία και γενικότερα υπογραμμίζει μια αδικαιολόγητη διαφορά ως προς αυτήν, καθιστώντας την ως καθολικό πρόβλημα. Κάποιες από τις κοινωνικές διαφορές αποτελούν η φυλή και η θρησκεία. (Mariana C. Arcaya et al 2015). Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από σωρεία ανισοτήτων και ανακατατάξεων σε κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό επίπεδο, οι οποίες έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Φαινόμενα όπως η ανεργία, η κρίση του κράτους πρόνοιας, τα δημοσιονομικά προβλήματα, η κατάρρευση χωρών λόγω πανδημιών, αναπτύσσουν εκτεταμένες ανισότητες στο χώρο της υγείας. Οι υγειονομικές ανισότητες εντοπίζονται στον άξονα του επίπεδου της υγείας των ατόμων, εκφραζόμενες σε δείκτες, επί παραδείγματι δείκτες νοσηρότητας, αλλά και στον άξονα της χρήσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από την πληθυσμιακή ομάδα, εκφραζόμενες ως διαφοροποιήσεις στην κατανάλωση και την κατανομή. Οι παράγοντες που οδηγούν στις ανισότητες στο χώρο της υγείας είναι πολυάριθμοι, πολύπλοκοι και ως εκ τούτου δύσκολοι να υπερνικηθούν (Χαντζηπουλίδης 2006).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν και παράλληλα προάγουν την ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία είναι κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί, οικονομικοί και πολιτιστικοί. Όλοι αυτοί αποτελούν τις συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων (σχετικά με τη διατροφή, τη στέγαση και άλλα), οι κοινωνικές αξίες που καθορίζουν την επιλογή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής, η ανεπαρκής πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική θέση και το πλεονέκτημα που έχει μερίδα κοινωνικών ομάδων να υιοθετήσει συμπεριφορές που προάγουν την υγεία τους, με την ταυτόχρονη υποβάθμιση κάποιων άλλων. Όλες αυτές οι ανισότητες δημιουργούν μεγάλες διαφορές στην υγεία και το προσδόκιμο ζωής (National Academy of Sciences 2017).

Κοινωνικές ανισότητες στο χώρο της υγείας, καλούνται οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου και στις επιπτώσεις προβλημάτων υγείας, ανάμεσα σε άτομα ανόμοιου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, σχετικά με το εισόδημα, το επάγγελμα και την εκπαιδευτική βαθμίδα που ανήκουν. Όπως επισημάνθηκε παραπάνω, οι ευάλωτες κοινωνικά ομάδες συγκριτικά με άτομα που ανήκουν σε υψηλότερες κοινωνικές τάξεις, έχουν δυσκολότερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν και τελικά να καταλήξουν (Κολιοφούτης και συν 2018).

Χρόνια νοσήματα όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι χρόνιες πνευμονοπάθειες, οι κακοήθεις νεοπλασίες, οι νευρολογικές παθήσεις, είναι κάποιες από τις ασθένειες που συμβάλλουν στις κοινωνικές ανισότητες. Από την πλευρά της δημόσιας υγείας, φαίνεται ανέφικτο να τροποποιηθεί η κοινωνική διαστρωμάτωση ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανισότητες στα χρόνια αυτά νοσήματα, είναι όμως χρήσιμο να γνωρίζουμε ποιο μέρος της ανισότητας θα μπορούσε να εξαλειφθεί, αλλάζοντας τους παράγοντες κίνδυνου. Η σωματική αδράνεια, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία, αποτελούν τροποποιήσιμους παράγοντες κίνδυνου και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις κοινωνικές ανισότητες των χρονιών παθήσεων. Η προληπτική φροντίδα των χρόνιων νοσημάτων και η συνεχής επίβλεψη του επιπολασμού των ανισοτήτων τους, δύνανται να συνδράμουν στη δημιουργία στρατηγικών για την εξάλειψη τους (Nordahl 2014).

Το 1980 δημοσιεύτηκε από το Βρετανικό υπουργείο εργασίας η έκθεση "Black Report", η οποία αποτέλεσε την πρώτη οργανωμένη ανάλυση και επεξεργασία των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Ο Douglas Black και οι συνεργάτες του, συγκέντρωσαν και επεξεργάστηκαν δεδομένα που αφορούσαν τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και τις συνέπειες τους στην υγεία του αγγλικού πληθυσμού, συνδυαστικά με τα δημογραφικά τους γνωρίσματα. Κατέληξαν ότι οι δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικών και επαγγελματικών στρωμάτων παρουσιάζουν διαφορές σε όλο το φάσμα των ηλικιών και των δυο φύλων, με τις ασθενείς τάξεις να έχουν υψηλό κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας.

Αντιθέτως, τα άτομα που βρίσκονται ψηλά στην κοινωνική διαστρωμάτωση, χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας ειδικότερα αυτές που έχουν προληπτικό χαρακτήρα. Οι ανισότητες μεταξύ των προαναφερόμενων κατηγοριών, έχουν ανοδική τάση συγκρινόμενες με την μεταπολεμική περίοδο και καταγράφονται σε αρκετές χώρες (Μάντη 2000).

Η έκθεση του Black εκτός από την ανάλυση και την επεξεργασία των δεδομένων, πραγματοποιεί και ερμηνεία αυτών, χρησιμοποιώντας τέσσερις πιθανές θεωρίες οι οποίες είναι α) η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας β) η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής γ) η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας και δ) η θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας. Κάθε μια από αυτές έχει μια απόλυτη και μια σχετική εκδοχή. Σύμφωνα με τη θεωρία της τεχνητής ερμηνείας στην απόλυτη εκδοχή της, η κοινωνική τάξη και η υγεία δεν έχουν καμία

συσχέτιση, αλλά πρόκειται για μια τεχνητή μέτρηση, ενώ στη σχετική εκδοχή της, η σημασία και η διάσταση αυτών των ανισοτήτων είναι εξαρτώμενες από την αξιοπιστία των μετρήσεων, που σχετίζονται με τις παραμέτρους των κοινωνικών τάξεων και της υγείας. Στην απόλυτη εκδοχή της θεωρίας της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής, η υγεία προσδιορίζει την κοινωνική θέση, άρα οι κοινωνικές ανισότητες είναι ουδέτερες και στη σχετική της εκδοχή η θεωρία αυτή υποστηρίζει, ότι η υγεία συντείνει στην υλοποίηση των κοινωνικών θέσεων. Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας, στην απόλυτη εκδοχή της υποστηρίζει ότι οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία εξηγούνται από τη συσχέτιση των υλικών αγαθών με τις κοινωνικές τάξεις και στη σχετική εκδοχή της υιοθετεί την πεποίθηση, ότι η κοινωνική θέση έχει άμεση σχέση με τα ψυχοκοινωνικά και σωματικά γνωρίσματα, διαμορφώνοντας τις ανισότητες στην υγεία. Αναφορικά με τη θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας, στην απόλυτη εκδοχή της υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι έχουν την ευχέρεια επιλογής για την υγεία τους, ενώ στη σχετική εκδοχή της εκφράζει την πεποίθηση ότι η κοινωνική τάξη που ανήκει κάθε άτομο επηρεάζει τη συμπεριφορά υγείας που επιλέγει, αυξάνοντας τις κοινωνικές ανισότητες.

Επομένως, η προσέγγιση των ανισοτήτων στην υγεία είναι μια πολύπλευρη υπόθεση οποία οδηγεί σε πληθώρα θεωρήσεων με απώτερο σκοπό την κατανόηση τους, εφόσον αυτές με το πέρασμα του χρόνου μεταβάλλονται ως προς το μέγεθος και το είδος τους στο χώρο και στο χρόνο (Σαρρής και συν 2002).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ COVID-19

Τον Δεκέμβριο του 2019 στην περιοχή Wuhan της Κίνας εντοπίστηκαν τα πρώτα κρούσματα μιας νόσου άκρως απειλητικής για την παγκόσμια υγεία, τύπου Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), στην οποία δόθηκε το όνομα Coronavirus Disease-2019 (Covid-19). Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν ήπια συμπτώματα όπως βήχα, πυρετική κίνηση, αναπνευστική δυσχέρεια ενώ σε σοβαρότερα περιστατικά, πνευμονία η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας, στην πολυοργανική ανεπάρκεια και τελικά στο θάνατο. Ο ιός εξαπλώθηκε παγκόσμια σε σύντομο χρονικό διάστημα και ο ΠΟΥ αναγνώρισε τον Covid-19 ως πανδημία, κηρύσσοντας τον πλανήτη σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Οι επιπτώσεις της πανδημίας είναι καταστροφικές για την υγεία του πληθυσμού, τα εθνικά συστήματα υγείας που βρέθηκαν απροετοίμαστα στη διαχείριση αυτής της πρωτόγνωρης κατάστασης, αλλά και για την παγκόσμια οικονομία που είχε ήδη πληγεί τα προηγούμενα χρόνια εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης (Γελαδάρη και συν 2020).

Στο παρελθόν μολυσματικές ασθένειες όπως ο ιός του Έμπολα και το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS), έχουν καταδείξει ότι οι αστικές κοινότητες αποτελούν καταλύτες για τη μετάδοση καινούργιων μολυσματικών ασθενειών. Το δομημένο περιβάλλον, οι πυκνοκατοικημένες περιοχές και η κυκλοφοριακή συμφόρηση επιδεινώνουν την εξάπλωση ασθενειών στα αστικά κέντρα. Έτσι τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα, οι μειονότητες και οι μετανάστες επηρεάζονται άμεσα. Στην παρούσα πανδημία, η πόλη της Νέας Υόρκης έχει το μεγαλύτερο ποσοστό νοσούντων σε παγκόσμια κλίμακα, με τα στοιχεία από το αμερικανικό Υπουργείο Υγείας να καταδεικνύουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτων μεταξύ Λατίνων και έγχρωμων, εν συγκρίσει με τους λευκούς και τους Ασιάτες κατοίκους σε πέντε δήμους της πόλης. Μεγάλο ποσοστό από αυτούς, είναι διαγνωσμένο με υποκείμενα χρόνια νοσήματα όπως διαβήτη, άσθμα και καρδιαγγειακές παθήσεις (Harlem 2020).

Οι ανισότητες στις συνθήκες εργασίας είναι πιθανό να επηρεάσουν την κατανομή του ιικού φορτιού του Covid-19. Άνεργοι και άτομα που εργάζονται στις συγκοινωνίες, στο τομέα των τροφίμων και της παραγωγής έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν. Επιπλέον ως χαμηλόμισθοι εργαζόμενοι, η πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη είναι μειωμένη σε σύγκριση με άτομα υψηλού εισοδήματος. Άτομα με χαμηλό εισόδημα πάσχοντα από χρόνια νοσήματα, έχουν λιγότερες πιθανότητες να διαγνωστούν και να λάβουν θεραπεία λόγω της αδυναμίας πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη. Οι συνθήκες στέγασης είναι επίσης σημαντικός παράγοντας για τις ανισότητες και τους ρυθμούς μετάδοσης του Covid-19. Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες διαβιούν σε υποβαθμισμένες περιοχές, σε οικίες μειωμένων τετραγωνικών με υγρασία και έλλειψη εξωτερικού χώρου για επαρκή αερισμό και μειωμένη πρόσβαση σε χώρους πρασίνου. Επιπλέον αυτή η μερίδα του πληθυσμού, λόγω δυσμενών ψυχοκοινωνικών συνθήκων, είναι περισσότερο ευάλωτη σε αναπνευστικές ασθένειες όπως ο Covid-19 (Bambra et al 2020).

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση επηρεάζει την πρόσβαση στα τρόφιμα και την ισορροπημένη διατροφή, αφού τα υγιεινά τρόφιμα είναι πιο ακριβά με συνέπεια να είναι λιγότερο προσιτά σε άτομα με οικονομικές δυσκολίες. Η σωστή διατροφική κατάσταση όπως και η σωματική δραστηριότητα, συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας, μειώνοντας τη συννοσηρότητα σε περίπτωση προσβολής από τον κορωνοϊό. Το εισόδημα επηρεάζει την ποιότητα της εκπαίδευσης, η οποία καθορίζει τη μετέπειτα ζωή των ατόμων, αφού από αυτήν εξαρτάται η μελλοντική απασχόληση και κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Μισθωτοί επαγγελματίες, με δυνατότητα εργασίας από το σπίτι, έχουν λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν, σε σχέση με επαγγελματίες που η φύση της δουλείας τους δε μπορεί να υποστηρίξει την τηλεργασία. Οι τελευταίοι αναγκάζονται να χρησιμοποιήσουν τα μέσα μαζικής με-

ταφοράς, τα οποία αποτελούν εστίες μετάδοσης του ιού λόγω αυξημένης παρουσίας κόσμου, χωρίς τη δυνατότητα επαρκούς σωματικής απόστασης που είναι αναγκαία για προστασία από τον Covid-19 (Rollston & Galea 2020).

Στη χώρα μας οι ανισότητες που επιταχύνουν τη δράση του ιού και τις συνέπειές του, αφορούν και τις αγροτικές περιοχές, στις οποίες οι ειδικότητες των ιατρών αλλά και η διαθεσιμότητα των κλινών είναι περιορισμένες, προκαλώντας ανασφάλεια σε περίπτωση προσβολής από τον ιό. Τα αυξημένα κρούσματα σε καταυλισμούς αθίγγανων έφεραν στο προσκήνιο εκ νέου την ευπάθεια αυτού του πληθυσμού, η οποία συνδέεται με τις ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης και τις αποτυχημένες προσπάθειες παρεμβάσεων για την ενσωμάτωσή τους στην υπόλοιπη κοινωνία. Δυσμενή αποτελέσματα αναμένονται και στις ευπαθείς ομάδες του συγκεκριμένου πληθυσμού, σε ανθρώπους που περιθάλπουν άτομα με αναπηρίες, γυναίκες και παιδιά που υφίστανται ενδοοικογενειακή βία (Ζήση & Χτούρης 2020).

Ο φόβος για την απώλεια αγαπημένων ατόμων, η πιθανή επαφή με άτομο που νόσησε ειδικά στον πληθυσμό με συνυπάρχοντα νοσήματα, η περιστασιακή ή η μη χρήση της μάσκας από μερίδα του πληθυσμού και η έλλειψη εμπιστοσύνης στο ιατρικό προσωπικό για τη διάγνωση της νόσου, δοκιμάζουν την ψυχική υγεία των ανθρώπων. Σύμφωνα με μελέτες σχετικά με τη ψυχική κατάσταση των κοινωνικών ομάδων, η απουσία υγειονομικής παιδείας, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η δυνατότητα πρόσβασης στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η μειωμένη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με το χαμηλό εισόδημα άρα και την αδυναμία οικονομικής ανταπόκρισης στην πανδημία, η παρουσία συνοδών παθήσεων, η βασική εκπαίδευση, η οικονομική αβεβαιότητα, η ελλιπής φυσική δραστηριότητα και η κοινωνική απομόνωση λειτουργούν ως προσδιοριστικοί παράγοντες στην ανάπτυξη συμπτωμάτων ψυχολογικού στρες, κατάθλιψης και αισθημάτων αδικίας, αυξημένης χρήσης αλκοόλ και ενδοοικογενειακής βίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Τριανταφυλλίδου 2020).

Ο νέος κορωνοϊός, έχει χαρακτηριστεί ως ο μεγάλος ισοσταθμιστής, προσβάλλοντας πολιτικά στελέχη και διασημότητες. Ωστόσο, είναι μια ασθένεια που υπερέχει της ηλικίας, της φήμης, του πλούτου και του κύρους, εφόσον όλοι κινδυνεύουν να νοσήσουν. Δεν θα επηρεαστούν όμως όλες οι κοινωνικές ομάδες το ίδιο, αφού οι πανδημίες έχουν την ικανότητα να αυξάνουν τις ανισότητες και να επηρεάζουν τις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (Mein 2020).

Η πανδημία του νέου κορωνοϊού κατάφερε να στρέψει εκ νέου την προσοχή όλων στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα και στην ανάγκη για κοινωνική μέριμνα. Όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην αξιοπρεπή διαβίωση και στην καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τα οποία θα πρέπει να αποτελούν κυρίαρχους στόχους για κάθε εθνικό σύστημα υγείας, ώστε να αμβλυνθούν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες που προκαλεί η πανδημία (Ζήση & Χτούρης 2020).

Είναι φανερό ότι οι ανισότητες που προκύπτουν από την πρόσφατη πανδημία, αντικατοπτρίζουν την ανάγκη ολοκληρωμένων σχεδίων για την έγκαιρη αντιμετώπιση και προστασία των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στο μέλλον (Burstrom & Tao 2020).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, γίνεται σαφές πως ποικίλοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου από την παιδική ηλικία, σχετιζόμενοι με την εργασία και τη διατροφή, φαινόμενο που παρατηρείται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Οι ανισότητες στην υγεία που αναδύονται, αποτελούν ένα καίριο πρόβλημα σε πολλά επίπεδα και είναι αρκετά δύσκολο να εξαλειφθούν με το πέρασμα του χρόνου. Η πανδημία του Covid-19 που έπληξε την υφήλιο και τα συστήματα υγείας των χωρών, ενέτεινε τις ανισότητες στον τομέα της υγείας και τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα επηρεάστηκαν περισσότερο από αυτήν.

Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να προβούν σε συντονισμένες ενέργειες για την καταπολέμηση των ανισοτήτων που προκλήθηκαν από τον Covid-19, καθώς αναμένεται να επηρεαστούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και να ενισχυθούν οι ανισότητες στην υγεία. Ακόμη, η υλοποίηση σχεδιασμών με σκοπό τη μείωση και την εξάλειψη των αρνητικών επιπτώσεων του ιού, την προστασία του εισοδήματος, καθώς και την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, απαραίτητη είναι η ενίσχυση των προληπτικών μέτρων σε υποβαθμισμένες περιοχές, αφού οι χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες πλήττονται περισσότερο.

Αναγκαία κρίνεται η οργάνωση και η διενέργεια εμβολιασμού στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας με την παράλληλη πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού. Η δημόσια πολιτική ηγεσία οφείλει να εμβαθύνει στους τομείς της ψυχικής υγείας, ώστε η προσαρμογή στη νέα καθημερινότητα να γίνει με σταδιακούς και ομαλούς ρυθμούς, προσδίδοντας ιδιαίτερη μέριμνα στους ασθενείς ψυχικής υγείας και στους χρόνια πάσχοντες.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Η ΕΚ πραγματοποίησε τη συστηματική ανασκόπηση και μελέτη της βιβλιογραφίας, τη συγγραφή και την επιμέλεια του τελικού κειμένου. Η ΕΛ συμμετείχε στην κριτική αξιολόγηση και διόρθωση της εργασίας. Όλοι οι συγγραφείς συνέβαλαν στη συγγραφή αυτής, την αξιολόγηση και την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bambra C., Riordan R., Ford J. & Matthews F. (2020). The COVID 19 pandemic and health inequalities», *Journal of Epidemiology & Community Health* 74(11): 1-5

Burstrom B. & Tao W. (2020). Social determinants of health and inequalities in Covid-19. *The European Journal of Public Health* 3(4): 617-618.

Harlem G. (2020). Descriptive analysis of social determinant factors in urban communities affected by COVID-19. *Journal of Public Health* 42(3): 466-469

Mariana C. Arcaya, Alyssa L. Arcaya & S. V. Subramanian1. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action.* 8: 1-12

Mein S. (2020). COVID-19 and Health Disparities: The Reality of "the Great Equalizer". *Journal Society of General Internal Medicine* 35(8): 2439-2440.

National Academy of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Communities in Action: Pathways to Health Equity.* [PDF for Digital Editions version] Washington (DC): National Academies Press (US). Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425848/pdf/Bookshelf_NBK425848.pdf Accessed: 12 December 2020]

Nordahl H. (2014). Social inequality in chronic disease outcomes. The role of differential exposure and vulnerability to health behaviours. *Danish Medical Journal* 11:1-22.

Rollston R. & Galea S. (2020). Covid-19 and the Social Determinants of Health. *American journal of health promotion* 34(6): 687-689.

Wilkinson R. & Marmot M. (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts* (2nd). Denmark: WHO

Γελαδάρη Χ.Β., Γελαδάρη Ε.Β, Ανδρεάδης Ε.Α, Βαλλιάνου Ν. & Ντουράκης Σ.Π. (2020). Ο ρόλος της κλιματικής αλλαγής στην εμφάνιση και εξάπλωση του νέου κορωνοϊού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 37(5):704-707.

Ζήση Α. & Χτούρης Σ. (2020). Η πανδημία Covid-19: Επιταχυντής των ανισοτήτων και εγκαταστάτης νέων μορφών ανισοτήτων. *Επιθεώρηση κοινωνικών Ερευνών* 154, 65-73.

Κολιοφούτης Σ., Κόλλια Α., Γεωργουσοπούλου Ε., Χρυσοχόου Χ., Παπαγεωργίου Χ., Πίτσαβος Χ. & Παναγιωτάκος Δ. (2018). Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. 10ετής επανέλεγχος ΑΤΤΙΚΗ (2002-2012). *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 36(3):383-392.

Κωστάκη Σ. (2018). Η καρδιομεταβολική νόσος στους μετανάστες, μια κοινωνική ανισότητα υγείας. Διπλωματική εργασία, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μαλάμου Θ. (2015). Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας. *Νοσηλευτική* 54(3):231-240.

Μάντη Π. (2000). Ανισότητες στην υγεία. στο Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνικές – Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας. Τόμος Α, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Παπαγεωργίου Γ. & Μπίζας Λ. (2013). Αλληλεξάρτηση υγείας και κοινωνίας. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 6(1): 12-20.

Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ. & Σούλης Σ. (2002). Ανισότητες στην υγεία. Μια κριτική προσέγγιση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 19(6): 672-687.

Τούντας Γ. (2000). Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 17(4):351-354.

Τριανταφυλλίδου Μ. (2020). Οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία. *Το βήμα του Ασκληπιού* 19(4): 274-294.

Χαντζηπουλίδης Γ. (2006). Οι υγειονομικές ανισότητες και ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας στην προσπάθεια περιορισμού τους. *Το βήμα του Ασκληπιού* 5(1): 235-241.

REVIEW

The coronavirus pandemic and the creation of social inequalities

Eleni Konstantinidou[1], Elissavet Lykoudi[2]

1. RN, MSc(c), General Hospital of West Attica "Agia Varvara"
2. RN, PhD(c), General Hospital of West Attica "Agia Varvara"

ABSTRACT

A basic requirement for the proper functioning of the social system is to allow the whole population to have equal access on health care. In fact, an unequal distribution is noticed when it comes to health but also disease, with socioeconomic determinants affecting both. Unemployment, inability to access health services, living in inappropriate buildings, unhealthy eating habits, low quality of life and social exclusion are some of these factors. Social inequalities, especially those related to chronic diseases, impose a heavy burden on health care system and have adverse effects on patients. The recent pandemic has amplified existing health inequities. Although it is something that affects the entire population, people of lower socioeconomic statuses are expected to record high morbidity and mortality rates. The pandemic demonstrated the need for the state to take the necessary measures and take coordinated action in order to reduce inequalities and protect the most vulnerable groups of the population. The results of these actions will prove to be useful with similar cases in the long run. The purpose of this study is to analyze the socio-economic determinants of health, how to address the morbidity and mortality rates of Covid-19 and to demonstrate the social inequalities, with a focus on chronic diseases. Finally, it aims to present the measures that should be taken by health systems in order to alleviate inequalities in morbidity and mortality rates caused by this new pandemic.

Key words: social inequalities, socioeconomic determinants, chronic diseases, Covid-19

Corresponding author: Elissavet Lykoudi
e-mail: e.likoudi@outlook.com

Date of submission: 14/01/2021
Publication date: March 2022

Citation: Konstantinidou E. & Lykoudi E. (2022). The coronavirus pandemic and the creation of social inequalities. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(1): 60-66, doi: https://doi.org/10.24283/hjns.202216

ΕΝΕ

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr



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

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

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

HRBN
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

VOLUME 15 - ISSUE 1
JANUARY - FEBRUARY - MARCH
2022

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 15 - ΤΕΥΧΟΣ 1
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ
2022

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr