Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 17, Τεύχος 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2024
Volume 17, Issue 2, APRIL - MAY - JUNE 2024



ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Η επίδραση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής στην πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών τους: Οριοθετημένη ανασκόπηση
The effect of undergraduate nursing curricula on cultural competence of nursing students: A Scoping Review
Στεφανία Κατραντζή, Ξενοφών Ζορμπάς, Κέϊσι Μάρα

Η επίδραση της άσκησης και της αυτοφροντίδας στην ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Μια βιβλιογραφία ανασκόπηση
The impact of exercise and selfcare on health professionals' resilience: a literature review
Μαρία Παπαδοπούλου, Γεώργιος Μανομενίδης

Νεότερα δεδομένα για το σύνδρομο Alport
Novel data of Alport syndrome
Γεώργιος Βενετικάκης, Λεωνίδας Καμπανάκης, Βαρβάρα Γαρεφαλάκη

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης
Factors affecting women's mental health during pregnancy
Ζωή-Μαρίνα Κοζωνάκη, Ιωάννης Μαυρογιαννάκης, Γεώργιος Μανομενίδης

Αντιλήψεις των Επισκεπτών Υγείας σχετικά με τον ρόλο τους στην Καρδιακή Αποκατάσταση: Μια ποιοτική προσέγγιση
Health visitors' perceptions of their role in cardiac rehabilitation: A qualitative approach
Μαρία Ζαφειροπούλου, Γεώργιος Μανομενίδης, Κωνσταντίνος Εκμεκτζόγλου, Μανώλης Καρανικόλης, Νικολέττα Ιακωβίδου, Θεόδωρος Ξάνθος

Τεύχος 2ο 2024

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Η ισχύς εν τη ενώσει

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

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης

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

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:
Γεώργιος Κούρτης, Γεώργιος Αρβανίτης, Ευτυχία Γιάγκου, Παναγιώτης Κοσκινάς, Μαρία Κωστίκου, Μιχαήλ Μαντζανάς, Ευάγγελος Ναλμπάντης, Σταύρος Πανόπουλος

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

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

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

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

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Η επίδραση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής στην πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών τους: Οριοθετημένη ανασκόπηση
The effect of undergraduate nursing curricula on cultural competence of nursing students: A Scoping Review
Στεφανία Κατραντζή, Ξενοφών Ζορμπάς, Κέϊσι Μάρα **5**

Η επίδραση της άσκησης και της αυτοφροντίδας στην ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Μια βιβλιογραφία ανασκόπηση
The impact of exercise and selfcare on health professionals' resilience: a literature review
Μαρία Παπαδοπούλου, Γεώργιος Μανομενίδης **26**

Νεότερα δεδομένα για το σύνδρομο Alport
Novel data of Alport syndrome
Γεώργιος Βενετικάκης, Λεωνίδας Καμπανάκης, Βαρβάρα Γαρεφαλάκη **35**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης
Factors affecting women's mental health during pregnancy
Ζωή-Μαρίνα Κοζωνάκη, Ιωάννης Μαυρογιαννάκης, Γεώργιος Μανομενίδης **48**

Αντιλήψεις των Επισκεπτών Υγείας σχετικά με τον ρόλο τους στην Καρδιακή Αποκατάσταση: Μια ποιοτική προσέγγιση
Health visitors' perceptions of their role in cardiac rehabilitation: A qualitative approach
Μαρία Ζαφειροπούλου, Γεώργιος Μανομενίδης, Κωνσταντίνος Εκμεκτζόγλου, Μανώλης Καρανικόλης, Νικολέττα Ιακωβίδου, Θεόδωρος Ξάνθος **59**

Η επίδραση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής στην πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών τους: Οριοθετημένη ανασκόπηση

Στεφανία Κατραντζή[1], Ξενοφών Ζορμπάς[1], Κέϊσι Μάρα[1]

1.Φοιτητής/Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Μέσα από τις διαρκείς μετακινήσεις πληθυσμών, η πολιτισμική πολυμορφία των χωρών ανά τον κόσμο αυξάνεται συνεχώς εντείνοντας την ανάγκη προετοιμασίας νοσηλευτών ικανών να παρέχουν πολιτισμικά επαρκή φροντίδα. Η πολιτισμική επάρκεια των νοσηλευτών αποτελεί πλέον ουσιώδες και απαραίτητο συστατικό για την παροχή ποιοτικής εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και την προαγωγή της ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.

Σκοπός: Η χαρτογράφηση της διαθέσιμης έρευνας σχετικά με την επίδραση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής στην πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών τους μέσω οριοθετημένης ανασκόπησης.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση επιστημονικών μελετών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus και Science Direct χωρίς περιορισμό ως προς το έτος και τη γλώσσα δημοσίευσης χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά: Transcultural nursing, cultural competence, intercultural readiness, undergraduate students, course και curriculum. Τα κριτήρια ένταξης των άρθρων στην οριοθετημένη ανασκόπηση ήταν: α) μελέτες που διερεύνησαν εκβάσεις που αφορούσαν σε πολιτισμική επάρκεια β) φοιτητές που παρακολούθησαν ένα προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής γ) πρωτογενείς μελέτες. Το υλικό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 20 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία πρωτογενών μελετών που διερεύνησαν εκβάσεις πολιτισμικής επάρκειας σε φοιτητές προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής είναι συγχρονικές μελέτες, προέρχονται από τις ΗΠΑ (35%) και έχουν δημοσιευτεί την τελευταία δεκαετία (75%). Η πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών νοσηλευτικής φαίνεται να ποικίλει και βρέθηκε να κυμαίνεται από μέτρια έως καλά επίπεδα. Στους παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται με την πολιτισμική επάρκεια των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής περιλαμβάνονται δημογραφικά χαρακτηριστικά, η παρακολούθηση σχετικής εκπαίδευσης, το έτος σπουδών, η εμπειρία φροντίδας ασθενών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο και από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, καθώς και το πολιτισμικό υπόβαθρο των ίδιων των φοιτητών.

Συμπεράσματα: Η παροχή γνώσεων και δεξιοτήτων διαπολιτισμικής νοσηλευτικής και ευκαιριών αλληλεπίδρασης με διαφορετικές κουλτούρες στα πλαίσια των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών είναι ουσιώδης για την επιτυχημένη διαχείριση των ολοένα αυξανόμενων πολιτισμικών προκλήσεων από τους φοιτητές νοσηλευτικής και την παροχή πολιτισμικά επαρκούς εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς. Αναφορικά με τα ήδη υπάρχοντα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών νοσηλευτικής, η περιοδική αξιολόγηση της επάρκειάς τους ως προς την παροχή γνώσεων και δεξιοτήτων διαπολιτισμικής νοσηλευτικής κρίνεται μείζονος σημασίας.

Λέξεις Κλειδιά: Γνώσεις, δεξιότητες, πολιτισμική επάρκεια, προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής, στάσεις

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κέϊσι Μάρα
e-mail: marakejsi1@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 06/08/2023
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2024

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

Αναφορά του άρθρου ως: Κατραντζή Σ., Ζορμπάς Ξ. & Μάρα Κ. (2024). Η επίδραση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής στην πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών τους: Οριοθετημένη ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(2): 5-25, https://doi.org./10.24283/hjns.202421

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η παροχή γνώσεων και δεξιοτήτων διαπολιτισμικής νοσηλευτικής και ευκαιριών αλληλεπίδρασης με διαφορετικές κουλτούρες στα πλαίσια των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών είναι ουσιώδης**
- **Η περιοδική αξιολόγηση της επάρκειας των ήδη υπαρχόντων προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής ως προς την παροχή γνώσεων και δεξιοτήτων διαπολιτισμικής νοσηλευτικής κρίνεται μείζονος σημασίας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέσα από τις διαρκείς μετακινήσεις πληθυσμών και την παγκοσμιοποίηση, η πολιτισμική ποικιλομορφία των χωρών ανά τον κόσμο αυξάνεται συνεχώς (Cruz et al 2017). Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης, το 2020 ο αριθμός των διεθνών μεταναστών ανήλθε στα 281 εκατομμύρια, σημειώνοντας αύξηση κατά 128 εκατομμύρια σε σχέση με το 1990 (IOM 2021). Οι παραπάνω συνθήκες καθιστούν επιτακτική την ανάγκη υψηλής ποιότητας εκπαίδευσης των νοσηλευτών σε γνώσεις και δεξιότητες διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, ώστε να παρέχουν πολιτισμικά επαρκή φροντίδα. Η διαπολιτισμική νοσηλευτική ορίστηκε από τη Leininger (1997, p. 103) ως οι "Επίσημοι τομείς μελέτης και πρακτικής στις πολιτισμικές πεποιθήσεις, αξίες και τρόπους ζωής διαφορετικών πολιτισμών και στη χρήση γνώσεων για την παροχή πολιτισμικά ειδικής ή πολιτισμικά καθολικής φροντίδας σε άτομα, οικογένειες και συγκεκριμένες πολιτισμικές ομάδες."

Σύμφωνα με την Campinha-Bacote (1994, p. 1-2), "η πολιτισμική επάρκεια είναι μία συνεχής διαδικασία και όχι ένα τελικό σημείο, μέσω της οποίας οι νοσηλευτές συνεχώς προσπαθούν να αποκτήσουν την ικανότητα να εργάζονται μέσα στο πολιτισμικό πλαίσιο ενός ατόμου, μιας οικογένειας ή μιας κοινότητας διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου". Η πολιτισμική επάρκεια των νοσηλευτών κρίνεται απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και την προαγωγή της ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Παράλληλα, η παροχή πολιτισμικά εξατομικευμένης φροντίδας αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες νοσηλευτές, καθώς για την επίτευξη του συγκεκριμένου σκοπού καλούνται να αναπτύξουν νέες γνώσεις, δεξιότητες και χαρακτηριστικά όπως πολιτισμική γνώση, πολιτισμική επίγνωση και πολιτισμική ευαισθησία και να πράττουν βάσει αυτών (Sargent et al 2005, Repo et al 2016). Ο ρόλος που καλούνται να υπηρετήσουν οφείλει σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και στη μοναδικότητα του κάθε πολιτισμικά διαφορετικού ασθενή (Reyes et al 2013).

Τα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών Νοσηλευτικής αποτελούν την αφετηρία στην προαναφερθείσα συνεχή διαδικασία απόκτησης πολιτισμικής επάρκειας. Στα πλαίσιά τους υιοθετούνται πολλαπλές στρατηγικές διδασκαλίας της πολιτισμικής επάρκειας, οι οποίες περιλαμβάνουν αυτοτελή μαθήματα, εμβάπτιση σε νέες κουλτούρες μέσω μετάβασης σε άλλες χώρες και διεθνείς εμπειρίες ποικίλης χρονικής διάρκειας, ενώ η ενσωμάτωση σε όλο το πρόγραμμα σπουδών αποτελεί μια συχνά αναφερόμενη, στη διεθνή βιβλιογραφία, μέθοδο για τη διδασκαλία πολιτισμικού υλικού (Kardong-Edgren & Campinha-Bacote 2008). Ωστόσο, η προσαρμογή των πρακτικών φροντίδας, ώστε να ανταποκρίνονται με ευαισθησία στον συνεχώς διευρυνόμενο πολιτισμικά πληθυσμό ασθενών, εμπεριέχει πολλαπλές προκλήσεις και εντείνει την ανάγκη για επανεξέταση των εκπαιδευτικών προσεγγίσεων που χρησιμοποιούνται στην προετοιμασία πολιτισμικά επαρκών φοιτητών νοσηλευτικής (O' Brien et al 2021).

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η χαρτογράφηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και γνώσης σχετικά με τη συνεισφορά των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής στα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών νοσηλευτικής - μελλοντικών επαγγελματιών υγείας, με στόχο τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αυτών στην εκπαίδευση πολιτισμικά επαρκών νοσηλευτών.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η χαρτογράφηση της έκτασης, του εύρους και της φύσης της διαθέσιμης έρευνας σχετικά με την επίδραση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής στην πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών τους μέσω οριοθετημένης ανασκόπησης. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν για την προσέγγιση του συγκεκριμένου σκοπού ήταν :

1. Ποιο είναι το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας των προπτυχιακών φοιτητών που έχουν εγγραφεί σε ένα προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής;
2. Ποια εργαλεία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής;
3. Ποιοι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΟΡΙΟΘΕΤΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Διεξήχθη μια οριοθετημένη ανασκόπηση ακολουθώντας τη μεθοδολογία του Ινστιτούτου Joanna Briggs (Peters et al 2020) και τις οδηγίες PRISMA για οριοθετημένες ανασκοπήσεις (Tricco et al 2018). Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση πρωτογενών ερευνητικών μελετών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus και Sciencedirect χωρίς περιορισμό ως προς το έτος και τη γλώσσα δημοσίευσης, χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά: transcultural nursing, cultural competence, intercultural readiness, undergraduate students, course, skills, knowledge, attitudes, education και curriculum. Οι αλγόριθμοι ηλεκτρονικής αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν παρατίθενται στον Πίνακα 1.

Κριτήρια ένταξης

Τα κριτήρια ένταξης των μελετών στην παρούσα ανασκόπηση ήταν (α) ο μελετώμενος πληθυσμός να αποτελείται μόνο από προπτυχιακούς φοιτητές εγγεγραμμένους σε ένα εδραιωμένο πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής σε επίπεδο Bachelor (BSc), (β) οι μελετώμενες εκβάσεις να σχετίζονται άμεσα με την πολιτισμική επάρκεια, (γ) οι μελέτες να είναι πρωτογενείς, (δ) ο ερευνητικός σχεδιασμός να είναι ποσοτικός. Αποκλείστηκαν μελέτες παρέμβασης που σχετίζονταν με τον σχεδιασμό νέων μαθημάτων πολιτισμικής επάρκειας σε πειραματικό στάδιο, μελέτες προσομοίωσης, εμβάπτισης σε νέες κουλτούρες μέσω μετάβασης σε άλλες χώρες και προγραμμάτων ανταλλαγής φοιτητών.

Διαδικασία διαλογής και εξαγωγής δεδομένων

Η διαδικασία επιλογής των μελετών παρουσιάζεται με τη μορφή διαγράμματος ροής PRISMA (Page et al 2021) στο Σχήμα 1. Από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων προέκυψαν 4.559 άρθρα, από τα οποία 88 ήταν διπλότυπα. Για τη διαλογή των άρθρων χρησιμοποιήθηκε η διαδικτυακή εφαρμογή Abstrackr και έγινε διπλή διαλογή βάσει των τίτλων και των περιλήψεών τους ανεξάρτητα από τους τρεις συγγραφείς της παρούσας μελέτης που εργάστηκαν ανά ζεύγη. Μέσω της εφαρμογής επιλέχθηκαν αυτόματα 100 άρθρα τυχαία, στα οποία πραγματοποιήθηκε διαλογή και από τους τρεις ερευνητές για την επίτευξη αντικειμενικότητας και συνέπειας στη διαδικασία διαλογής. Οι διαφωνίες μεταξύ των δύο ερευνητών που έκαναν κάθε φορά τη διαλογή επιλύθηκαν κατόπιν συζήτησης και σε περίπτωση μη συμφωνίας μέσω παρέμβασης του τρίτου ερευνητή. Ο συνολικός αριθμός των άρθρων που κρίθηκαν επιλέξιμα για το στάδιο της ανάγνωσης του πλήρους κειμένου ήταν 50. Τα πλήρη κείμενα διαβάστηκαν ανεξάρτητα από τους ερευνητές και το κάθε άρθρο αξιολογήθηκε εις διπλούν. Διαφωνίες μεταξύ των ερευνητών επιλύθηκαν μέσω συζήτησης. Ο τελικός αριθμός των άρθρων που κρίθηκαν επιλέξιμα για ένταξη στην παρούσα ανασκόπηση ήταν 20.

Για την εξαγωγή δεδομένων από τα επιλεχθέντα άρθρα δημιουργήθηκε φόρμα Excel, στην οποία καταγράφηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά της κάθε μελέτης και των σχετικών, με τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας ανασκόπησης, αποτελεσμάτων τους. Για τη διασφάλιση της συνέπειας της διαδικασίας εξαγωγής των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε πιλοτική δοκιμή της φόρμας εξαγωγής δεδομένων σε πέντε από τα επιλεχθέντα άρθρα από όλους τους ερευνητές ανεξάρτητα. Για κάθε μελέτη εξήχθησαν πληροφορίες σχετικά με τον τίτλο, τους συγγραφείς, το έτος δημοσίευσης, την τοποθεσία διεξαγωγής της μελέτης, τον σκοπό, το ερευνητικό ερώτημα, το είδος της μελέτης, το μέγεθος και το είδος του μελετώμενου πληθυσμού, την ύπαρξη σύγκρισης, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τις μετρήσεις της πολιτισμικής επάρκειας και των διαστάσεων της, τις υπό μελέτη εκβάσεις, τα αποτελέσματα, τα συμπεράσματα και τις συστάσεις. Στις περιπτώσεις μελετών με μικτή μεθοδολογία εξήχθησαν μόνο τα αποτελέσματα του ποσοτικού τμήματος τους. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατηγοριοποιήθηκαν σε θεματικές ενότητες και τα αποτελέσματα της σύνθεσής τους παρουσιάζονται με αφηγηματική μορφή στην ενότητα “Αποτελέσματα”.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βασικά χαρακτηριστικά των μελετών

Στον Πίνακα 2 απεικονίζονται συνοπτικά τα βασικά χαρακτηριστικά των 20 μελετών που εντάχθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση. Το έτος δημοσίευσης των μελετών ήταν μεταξύ 2004 - 2021, με τις περισσότερες μελέτες να έχουν δημοσιευτεί τα έτη 2018 και 2020. Το 35% των μελετών πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ (n = 7), ενώ ακολουθούσαν η Τουρκία (n = 4), η Σαουδική Αραβία (n = 2), η Αυστραλία (n = 1), η Ελλάδα (n = 1), η Κίνα (n = 1), η Σλοβενία (n = 1), οι Φιλιππίνες (n = 1), η Φινλανδία (n = 1) και μία μελέτη που έλαβε μέρος σε πολλές χώρες ταυτόχρονα. Αναφορικά με τον ερευνητικό σχεδιασμό των μελετών, 18 μελέτες ήταν ποσοτικές, ενώ δύο μελέτες είχαν ακολουθήσει μικτή (ποσοτική και ποιοτική) μεθοδολογία. Ειδικότερα, οι 17 μελέτες ήταν συγχρονικές, μια μελέτη ήταν συγχρονική και διαχρονική και οι δύο μικτές μελέτες συνδύασαν μεθοδολογία συγχρονικής μελέτης με μεθόδους ποιοτικής έρευνας.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες της παρούσας οριοθετημένης ανασκόπησης ήταν τα “Cultural Capacity Scale” (CCS) (n=3), “Transcultural Self - Efficacy Tool” (TSET) (n= 3), “Cultural Awareness Scale” (CAS) (n=2), “Intercultural Sensitivity Scale”

(ISS) (n=2), "Cultural Self - Efficacy Scale" (CSES) (n=2), "Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence" (IAPCC) (n=1) και η αναθεωρημένη έκδοσή του (IAPCC-R) (n=1), "Cultural Competence Assessment" (CCA) (n=2), "Individualized Care Scale" (ICS) (n=1), "Prior Cultural Experience Questionnaire" (PCE) (n=1), "Modified Godfrey-Richman ISMS More Perfect Scale" (M-GRISMS-M) (n=1), "Integration of Cultural Competence in Nursing Education Tool" (n=1), "Social Desirability Scale" (SDS) (n=1), "Cultural Intelligence Scale" (CIS) (n=1), "Intercultural Anxiety Scale" (IAS) (n=1), "Intercultural Communication Scale" (ICS) (n=1), "Nurse Cultural Competence Scale" (NCCS) (n=1), "The revised Clinical Cultural Competency Questionnaire pre-intervention version" (CCCQ-PRE-R) (n=1), "The Medical and Nursing Student Readiness to Treat Latino Patients" (n=1) και ένα ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο από τον ερευνητή χωρίς τίτλο. Τα βασικά χαρακτηριστικά των παραπάνω εργαλείων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Για 18 από τα 20 εργαλεία, οι ερευνητές παρείχαν ένα ή περισσότερα στοιχεία σχετικά με την στάθμισή τους (Πίνακας 2).

Η πολιτισμική επάρκεια των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής ήταν το CCS (Cruz et al 2016, Cruz et al 2017, Cruz et al 2018), το "Integration of Cultural Competence in Nursing Education" (Dunagan et al 2014), το CAS (Dunagan et al 2014, Ličen et al 2020), το IAPCC (Sargent et al 2005) και η αναθεωρημένη έκδοση αυτού IAPCC-R (Halabi & Beer 2018), το CCA (Repo et al 2016, Reyes et al 2013), το NCCS στην τουρκική έκδοση (Üzar-Özçetin et al 2020 και το CCCQ-PRE-R (Wang et al 2018). Στις μελέτες των Mayo et al (2014) και Tosun & Sinan (2020), σχεδιάστηκαν νέα ερωτηματολόγια από τους ίδιους τους ερευνητές για τους σκοπούς της κάθε έρευνας.

Από τις επτά μελέτες που ανέφεραν τα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας φοιτητών που παρακολουθούσαν ένα προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής, σε τέσσερις μελέτες (Cruz et al 2016, Cruz et al 2018, Repo et al 2016, Üzar-Özçetin et al 2020) το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής βρέθηκε μέτριο και σε μια μελέτη (Cruz et al 2017) διαπιστώθηκε καλό επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας. Επίσης, δύο μελέτες (Halabi et al 2018, Sargent et al 2005), κατά τη μέτρηση του επιπέδου πολιτισμικής επάρκειας προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής βρήκαν ότι οι φοιτητές βρίσκονταν σε ένα ενδιάμεσο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας (επίπεδο πολιτισμικής επίγνωσης) (Πίνακας 2).

Επίσης, 11 μελέτες διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και πολιτισμικής επάρκειας των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής. Όσον αφορά στις τρεις μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση φύλου και πολιτισμικής επάρκειας, βρέθηκε ότι οι άνδρες φοιτητές νοσηλευτικής σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σκορ πολιτισμικής επάρκειας σε σύγκριση με τις γυναίκες στην κλίμακα CCS (Cruz et al 2017, Cruz et al 2018) και στην κλίμακα NCCS (Üzar-Özçetin et al 2020). Όσον αφορά στις τρεις μελέτες που διερεύνησαν τη συσχέτιση της πολιτισμικής επάρκειας με την ηλικία, στη μια μελέτη βρέθηκε αδύναμη θετική συσχέτιση (r=0.16) μεταξύ ηλικίας και πολιτισμικής επάρκειας (Cruz et al 2018). Αντίθετα, στη μελέτη των Halabi et al (2018) η συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και συνολικής πολιτισμικής επάρκειας βρέθηκε να είναι μη σημαντική. Τέλος, οι Reyes et al (2013) χρησιμοποιώντας ένα γενικευμένο γραμμικό μοντέλο βρήκαν ότι η μεγαλύτερη ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί επαρκή μεταβλητή για την πρόβλεψη της πολιτισμικής επάρκειας.

Στις επτά μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ ακαδημαϊκού επιπέδου και πολιτισμικής επάρκειας, οι έξι ανέφεραν θετική συσχέτιση μεταξύ του ακαδημαϊκού επιπέδου των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής και της πολιτισμικής τους επάρκειας. Ειδικότερα, τρεις μελέτες ανέδειξαν το έτος φοίτησης ως προβλεπτική μεταβλητή μέσω αναλύσεων παλινδρόμησης, με τους τελειόφοιτους να εμφανίζουν υψηλότερα σκορ πολιτισμικής επάρκειας από ότι οι πρωτοετείς (Cruz et al 2016, Cruz et al 2017, Cruz et al 2018), ενώ οι Wang et al (2018) ανέφεραν ότι το έτος φοίτησης ήταν στατιστικά σημαντικός παράγοντας στις τρεις από τις τέσσερις μελετώμενες υποκλίμακες πολιτισμικής επάρκειας (πολιτισμικές γνώσεις, ικανότητες και συναναστροφές). Επίσης, δύο μελέτες βρήκαν ότι οι τεταρτοετείς φοιτητές νοσηλευτικής σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σκορ πολιτισμικής επάρκειας σε σύγκριση με τους πρωτοετείς φοιτητές (Sargent et al 2005, Reyes et al 2013). Αντίθετα, οι Halabi & Beer (2018) βρήκαν ότι οι πρωτοετείς φοιτητές νοσηλευτικής εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με τους τελειόφοιτους φοιτητές.

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ πολιτισμικής επάρκειας και εμπειρίας των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής με ασθενείς διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων, τρεις μελέτες βρήκαν θετικές συσχετίσεις. Ειδικότερα, στις μελέτες αυτές η κλινική έκθεση (Cruz et al 2017) και η εμπειρία φροντίδας πολυπολιτισμικών ασθενών και ασθενών που ανήκαν σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (Cruz et al 2016, Cruz et al 2017, Cruz et al 2018) αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές πολιτισμικής επάρκειας. Αντίθετα, οι Mayo et al (2014) βρήκαν ότι η κλινική

εμπειρία με Λατίνους ασθενείς δεν αποτέλεσε στατιστικά σημαντική προβλεπτική μεταβλητή (p=0.23) για επιμέρους διαστάσεις πολιτισμικής επάρκειας (γνώσεις για τους Λατίνους, πολιτισμική επάρκεια, πεποιθήσεις για του Λατίνους, άνεση με τους Λατίνους ασθενείς).

Οι Halabi & Beer (2018), βρήκαν ότι η μελέτη πολιτισμών και επιπλέον εκπαιδευτικού περιεχομένου πολιτισμικής επάρκειας από προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής οδήγησε σε στατιστικά σημαντικά αυξημένα σκορ πολιτισμικής επάρκειας της ομάδας αυτής σε σχέση με τους φοιτητές που δεν είχαν μελετήσει τέτοιο περιεχόμενο. Επίσης, η πρότερη πολιτισμική εκπαίδευση αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντική προβλεπτική μεταβλητή πολιτισμικής επάρκειας σε τρεις μελέτες (Cruz et al 2016, Cruz et al 2017, Cruz et al 2018). Αντίθετα, η μελέτη των Üzar-Özçetin et al (2020), βρήκε ότι οι φοιτητές χωρίς πρότερη εκπαίδευση σε θέματα πολιτισμικής φροντίδας εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με τους φοιτητές που είχαν λάβει πρότερη πολιτισμική εκπαίδευση (p=0.001).

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ πολιτισμικής επάρκειας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης με άλλες κουλτούρες των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής, η διαβίωση σε ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον (Cruz et al 2016, Cruz et al 2018), η διαβίωση σε ισπανόφωνη χώρα (Mayo et al 2014), η επίσκεψη σε ισπανόφωνη χώρα (Mayo et al 2014), η άριστη ομιλία ισπανικών (Mayo et al 2014), η ικανότητα ομιλίας μιας τουλάχιστον ξένης γλώσσας (Repo et al 2016), η κοινωνική αλληλεπίδραση με Λατίνους (Mayo et al 2014) και η ύπαρξη συγγενών και στενών φίλων από άλλους πολιτισμούς στις υποκλίμακες των γνώσεων και των ικανοτήτων (Wang et al 2018), αναφέρθηκαν ως στατιστικά σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές πολιτισμικής επάρκειας στις μελέτες της παρούσας οριοθετημένης ανασκόπησης. Επίσης, οι Repo et al 2016 διερευνώντας τις αλληλεπιδράσεις προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής με διαφορετικές κουλτούρες καθημερινά στον ελεύθερο χρόνο (p=0.002) και κατά την εργασία (p=0.041), βρήκαν θετική συσχέτιση μεταξύ αυτών και της πολιτισμικής επάρκειας. Οι Tosun & Sinan (2020) εντόπισαν θετική συσχέτιση μεταξύ της πολιτισμικής επάρκειας και της γνώσης μιας άλλης γλώσσας, ενώ οι Repo et al (2016) εντόπισαν θετική συσχέτιση ανάμεσα στην πολιτισμική επάρκεια και στη συμμετοχή σε προγράμματα ανταλλαγής φοιτητών. Τέλος, οι Sargent et al (2005) δεν βρήκαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διαμονής σε ξένη χώρα και της πολιτισμικής επάρκειας, γεγονός που έρχεται σε αντιδιαστολή με το εύρημα της μελέτης των Cruz et al (2018), η οποία διεξήχθη σε εννέα διαφορετικές χώρες και παρατηρήθηκε ότι η χώρα διαμονής αποτέλεσε στατιστικά σημαντική προβλεπτική μεταβλητή πολιτισμικής επάρκειας. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι το δείγμα της μελέτης των Sargent et al (2005) ήταν μικτό (209 προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής και 51 μέλη διδακτικού προσωπικού).

Διαστάσεις πολιτισμικής επάρκειας των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής

Πολιτισμική γνώση και πολιτισμικές στάσεις

Όσον αφορά σε μελέτες που διερεύνησαν επιμέρους διαστάσεις της πολιτισμικής επάρκειας, η μελέτη των Dunagan et al (2014) διερεύνησε προβλεπτικές μεταβλητές πολιτισμικής γνώσης και πολιτισμικών στάσεων των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής. Οι ερευνητές βρήκαν ότι οι πολιτισμικές εμπειρίες πριν την εισαγωγή στο πρόγραμμα σπουδών (p<0.05), η ενσωμάτωση της πολιτισμικής επάρκειας στο πρόγραμμα σπουδών (p<0.001), η αυξημένη κοινωνική επιθυμητότητα (p<0.001) και η Καυκάσια φυλή (p<0.02) αποτέλεσαν στατιστικά σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές πολιτισμικής γνώσης. Επίσης, στην ίδια μελέτη η κοινωνική επιθυμητότητα (p<0.001) αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντική προβλεπτική μεταβλητή για τις πολιτισμικές στάσεις, σε αντίθεση με μεταβλητές όπως οι προκαταλήψεις σχετικά με το φύλο, την εθνικότητα/φυλή και το σεξουαλικό προσανατολισμό, οι οποίες αποτέλεσαν προβλεπτικές μεταβλητές χαμηλότερων πολιτισμικών στάσεων (Dunagan et al 2014).

Πολιτισμική επίγνωση

Η μελέτη των Ličen et al (2020) διερεύνησε, επίσης, ως έκβαση την πολιτισμική επίγνωση προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής. Οι φοιτητές της συγκεκριμένης μελέτης, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το CAS, εμφάνισαν μετρίως υψηλό επίπεδο πολιτισμικής επίγνωσης (Ličen et al., 2020). Επιπλέον, στην ίδια μελέτη οι γυναίκες φοιτήτριες σημείωσαν υψηλότερη πολιτισμική επίγνωση σε σχέση με τους άνδρες φοιτητές (p=0.639), οι δευτεροετείς φοιτητές φάνηκε να έχουν μεγαλύτερη πολιτισμική επίγνωση από ότι οι τριτοετείς και οι πρωτοετείς (p=0.492) και οι Ορθόδοξοι εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επίγνωσης, με τους Μουσουλμάνους, τους Αγνωστικιστές και τους Καθολικούς να ακολουθούν κατά σειρά (p= 0.571), όμως καμία από αυτές τις διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Διαπολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα

Η πολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα αναφέρεται στο πόσο ικανός αισθάνεται κάποιος να λειτουργεί σε πολιτισμικά διαφορετικές καταστάσεις Quine et al (2012). Αξιολόγηση της διαπολιτισμικής αυτοαποτελεσματικότητας των προπτυχιακών φοιτητών

νοσηλευτικής πραγματοποιήθηκε σε πέντε μελέτες, με τη χρήση των εργαλείων TSET (Jeffreys & Dogan 2012, Lim et al 2004, Sarafis & Malliarou 2013) και CSES (Liu et al 2007, Quine et al 2012). Το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητας προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής υπολογίστηκε σε τρεις από τις πέντε μελέτες, με τους Liu et al (2007) να αναφέρουν ουδέτερο προς μέτριο επίπεδο, ενώ στις μελέτες των Lim et al (2004) και Quine et al (2012) το επίπεδο αναφέρθηκε ως μέτριο. Επίσης, ομοίως με την πολιτισμική επάρκεια, διαφορά μεταξύ των εξαμήνων/ετών φοίτησης παρατηρήθηκε και στην διαπολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα, με τους φοιτητές μεγαλύτερων ετών να εμφανίζουν υψηλότερη αντίληψη αυτοαποτελεσματικότητας σε σχέση με τους φοιτητές νοσηλευτικής χαμηλότερων ετών και στις τρεις μελέτες που διερεύνησαν την παραπάνω σχέση (Jeffreys & Dogan 2012, Lim et al 2004, Sarafis & Malliarou 2013) (Πίνακας 3). Επιπρόσθετα, η διαχρονική μελέτη των Jeffreys & Dogan (2012) ανέδειξε το εξάμηνο φοίτησης ως στατιστικά σημαντική προβλεπτική μεταβλητή σχετικά με τη διαπολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα.

Αναφορικά με τις μεταβλητές ηλικία, φύλο, χώρα γέννησης, τωρινή εργασιακή εμπειρία και γλώσσα ομιλίας στο σπίτι, δεν βρέθηκε να σχετίζονται με την διαπολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής, ενώ αναφέρθηκε ότι οι προσωπικές εμπειρίες με άλλους πολιτισμούς πιθανά επηρεάζουν την διαπολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα των φοιτητών (Lim et al 2004). Ωστόσο, η μελέτη των Liu et al (2007) έρχεται σε αντίθεση με αυτή των Lim et al (2004) ως προς το φύλο, αναφέροντας ότι οι άνδρες φοιτητές νοσηλευτικής εμφάνισαν υψηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα από ότι οι γυναίκες, ενώ οι Sarafis & Malliarou (2013) βρήκαν ότι οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερες επιδόσεις αυτοαποτελεσματικότητας από τους άνδρες φοιτητές νοσηλευτικής σε μια από τις τρεις υποκλίμακες του TSET.

Διαπολιτισμική ευαισθησία, αντίληψη εξατομικευμένης φροντίδας και πολιτισμική ευφυΐα

Για την μέτρηση της διαπολιτισμικής ευαισθησίας χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο μέτρησης ISS (Çiftçi et al 2021, Göl & Erkin 2019), το ICS - Nurse για την μέτρηση της αντίληψης εξατομικευμένης φροντίδας (Çiftçi et al 2021) και το CIS για τη μέτρηση της πολιτισμικής ευφυΐας (Göl & Erkin 2019). Τα αποτελέσματα των μετρήσεων της διαπολιτισμικής ευαισθησίας παρουσιάζουν καλά (Çiftçi et al 2021) και μετρίως υψηλά επίπεδα (Göl & Erkin 2019).

Όσον αφορά τη διαπολιτισμική ευαισθησία και τους δημογραφικούς παράγοντες, δυο μελέτες διερεύνησαν την συγκεκριμένη σχέση. Ειδικότερα, η μελέτη των Çiftçi et al (2021) ανέφερε ότι οι φοιτητές με δήλωση περισσότερων εσόδων από ότι εξόδων, είχαν υψηλότερη διαπολιτισμική ευαισθησία ($p < 0.05$), ενώ οι Göl & Erkin (2019) βρήκαν ότι οι πρότερες συναναστροφές με ανθρώπους διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου ($z=-3.295$, $p=0.001$) και η επιθυμία εργασίας στο εξωτερικό ($z=-2.944$, $p=0.003$), σχετίστηκαν θετικά με την διαπολιτισμική ευαισθησία.

Σχετικά με την αντίληψη της εξατομικευμένης φροντίδας, οι τεταρτοετείς φοιτητές νοσηλευτικής παρόλο που εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες στην ICS σε σύγκριση με τους δευτεροετείς και τριτοετείς, η διαφορά αυτή στη βαθμολογία δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0.565$). Σημαντικός παράγοντας της υψηλότερης εξατομικευμένης φροντίδας ήταν η οικειοθελής επιλογή της νοσηλευτικής ως επάγγελμα ($p=0.003$). Οι ερευνητές υπολόγισαν, επίσης, τον συντελεστή συσχέτισης μεταξύ της διαπολιτισμικής ευαισθησίας και της αντίληψης εξατομικευμένης φροντίδας των φοιτητών νοσηλευτικής και παρατηρήθηκε αδύναμη, θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r = 0.274$) (Çiftçi et al 2021).

Αναφορικά με την πολιτισμική ευφυΐα, οι βαθμολογίες στο εργαλείο CIS ανέδειξαν μέτρια επίπεδα. Οι μεταβλητές, οι οποίες φάνηκαν να σχετίζονται θετικά με την πολιτισμική ευφυΐα, ήταν οι πρότερες συναναστροφές με άτομα διαφορετικών πολιτισμικών υποβάθρων ($z=-3.115$, $p = 0.002$), η γνώση μιας ξένης γλώσσας ($z=-4.051$, $p = 0.001$) και η επιθυμία εργασίας στο εξωτερικό ($z=-4.519$, $p =0.001$). Τέλος, ο υπολογισμός συντελεστή συσχέτισης ανέδειξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της πολιτισμικής ευφυΐας και της πολιτισμικής ευαισθησίας ($r=0.480$) (Göl & Erkin 2019).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα οριοθετημένη συστηματική ανασκόπηση χαρτογράφησε τη διαθέσιμη βιβλιογραφία αναφορικά με την επίδραση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών νοσηλευτικής στα επίπεδα της πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών, τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν και τους παράγοντες εκείνους που βρέθηκαν να επιδρούν στην πολιτισμική επάρκεια και στις διαστάσεις της. Το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας και των διαστάσεων της βρέθηκε μέτριο στην πλειοψηφία των μελετών της παρούσας ανασκόπησης, με τους φοιτητές μεγαλύτερων ετών να εμφανίζουν υψηλότερη πολιτισμική επάρκεια σε σύγκριση με φοιτητές μικρότερων ετών. Μέσω της συγκεκριμένης μελέτης, χαρτογραφήθηκαν 20 εργαλεία, η πλειοψηφία των οποίων είχε υποβληθεί σε κάποιου είδους στάθμιση. Τέλος, οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες που βρέθηκε να επηρεάζουν θετικά την πολιτισμική επάρκεια αλλά και τις διαστάσεις της ήταν η φοίτηση στα τελευταία έτη σπουδών, η κλινική έκθεση και κλινική εμπειρία,

καθώς και οι συναναστροφές και η αλληλεπίδραση με ανθρώπους διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου.

Η υπεροχή των φοιτητών νοσηλευτικής μεγαλύτερων ετών σε σχέση με τους πρωτοετείς φοιτητές ως προς τη πολιτισμική επάρκεια μπορεί να εξηγηθεί λόγω της μεγαλύτερης κλινικής έκθεσης που υφίστανται οι τελειόφοιτοι φοιτητές νοσηλευτικής (Reyes et al 2013, Sargent et al 2005, Cruz et al 2016, Jeffreys & Dogan 2012, Wang et al 2018) αλλά και λόγω των πιο προχωρημένων νοσηλευτικών μαθημάτων στην ομάδα αυτή (Cruz et al 2016). Αντίθετα, οι πρωτοετείς φοιτητές λαμβάνουν, αρχικά, μόνο βασική εκπαίδευση σχετικά με την παροχή φροντίδας (Sarafis & Malliarou 2013) και έχουν συγκριτικά με τους τελειόφοιτους λιγοστή κλινική έκθεση (Lim et al 2004), γεγονός που δεν τους δίνει την δυνατότητα να εξελίξουν την πολιτισμική επάρκειά τους.

Αναφορικά με επιμέρους διαστάσεις της πολιτισμικής επάρκειας, στις μελέτες της παρούσας οριοθετημένης ανασκόπησης φαίνεται να επικρατεί η άποψη ότι υπάρχει έλλειμμα πολιτισμικών γνώσεων μεταξύ των φοιτητών όλων των ετών προπτυχιακών σπουδών νοσηλευτικής. Ωστόσο, για την επίτευξη της πολιτισμικής ευχέρειας (cultural proficiency) είναι απαραίτητη η ύπαρξη πολιτισμικών γνώσεων για την παροχή κατάλληλης διαπολιτισμικά επαρκούς φροντίδας (O'Brien et al 2021, Cruz et al 2016, Cruz et al 2017). Μάλιστα, οι Quine et al (2012) αναφέρουν ότι φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση της πολιτισμικής επικοινωνίας με τις πολιτισμικές γνώσεις και ικανότητες αυτοαποτελεσματικότητας και σύμφωνα με τους Taylor & Lurie (2004) τα θεραπευτικά πλάνα με επικοινωνιακές δεξιότητες βοηθούν στη μείωση των ανισοτήτων. Οι φοιτητές νοσηλευτικής έχουν επίγνωση της αναγκαιότητας παροχής πολιτισμικά επαρκούς ποιοτικής φροντίδας, όμως δεν έχουν την αυτοπεποίθηση για την επίτευξη αυτού του σκοπού (Markey et al 2018). Ωστόσο, έχει προταθεί ότι η αυτοπεποίθηση των φοιτητών νοσηλευτικής μπορεί να βελτιωθεί μέσα από την κλινική έκθεση και την κατάλληλη εκπαίδευση (Sarafis & Malliarou 2013). Στο συγκεκριμένο συμπέρασμα αντιτίθεται η μελέτη των Üzar-Özçetin et al (2020), ωστόσο και οι συγγραφείς της συγκεκριμένης μελέτης συμφωνούν ότι η πολιτισμική εκπαίδευση επιδρά σημαντικά στην πολιτισμική επάρκεια (Majumdar et al 2004). Επίσης, οι Oikarainena et al (2019) επισήμαναν ότι η πολιτισμική εκπαίδευση θα πρέπει να προσαρμόζεται ξεχωριστά στον κάθε πολιτισμό.

Όπως προαναφέρθηκε, η πλειοψηφία των μελετών χρησιμοποίησε κάποιο σταθμισμένο εργαλείο πολιτισμικής επάρκειας ή επιμέρους διαστάσεων της. Ωστόσο, τα εργαλεία αυτά δεν είχαν αναπτυχθεί ειδικά εξαρχής για προπτυχιακούς φοιτητές. Ενδεικτικά, σε δύο από τις πέντε μελέτες που ερεύνησαν την πολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα των φοιτητών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα CSES, ένα ευρέως διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης της πολιτισμικής αυτοαποτελεσματικότητας ως διάσταση της πολιτισμικής επάρκεια. Ωστόσο, οι Kardong-Edgren & Campinha-Bacote (2008, p. 39), συνέστησαν να μην χρησιμοποιείται το συγκεκριμένο εργαλείο σε φοιτητές, καθώς δεν έχει τυποποιηθεί στον συγκεκριμένο πληθυσμό και οι ίδιοι "μπορεί να μην έχουν την εμπειρία που χρειάζεται για να έχουν συναίσθηση αυτών που δε γνωρίζουν". Στη βιβλιογραφία πλέον υπάρχουν και εργαλεία αξιολόγησης της πολιτισμικής επάρκειας που έχουν αναπτυχθεί ειδικά για φοιτητές όπως το εργαλείο IAPCC-SV που έχει δοκιμαστεί και σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής (Kardong-Edgren & Campinha-Bacote 2008).

Ένας από τους δημογραφικούς παράγοντες, ο οποίος χρήζει εκτενέστερης ανάλυσης είναι το φύλο. Πιο συγκεκριμένα, σε τέσσερις μελέτες (Liu et al 2007, Cruz et al 2017, Cruz et al 2018, Üzar-Özçetin et al 2020) αναδείχθηκε ότι οι άνδρες φοιτητές νοσηλευτικής εμφάνισαν υψηλότερα σκορ πολιτισμικής επάρκειας και των διαστάσεών της, ένα εύρημα που μπορεί να θεωρηθεί διφορούμενο, καθώς στις μελέτες των Sarafis & Malliarou (2013), Ličen et al (2020), αναφέρεται ότι οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες. Οι Cruz et al (2017) προκειμένου να ερμηνεύσουν το εύρημα αναφορικά με την υψηλή επάρκεια στους άνδρες, ανέφεραν ότι εξαιτίας των κοινωνικών συνθηκών, οι γυναίκες τείνουν να περιορίζονται στις κοινωνικές δραστηριότητες (μερικές από τις χώρες διεξαγωγής των συγκεκριμένων μελετών ήταν η Σαουδική Αραβία, το Ομάν, το Ιράκ, το Ιράν και δεν υπήρχαν μελέτες διεξαγόμενες σε χώρες του δυτικού κόσμου).

Σε πολλές από τις μελέτες που διερευνήθηκαν, διαφαίνεται η σημασία των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών στην επίτευξη της πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών. Συγκεκριμένα στην μελέτη των Cruz et al (2017), παρουσιάζονται οι ανεπαρκείς θεωρητικές γνώσεις των φοιτητών αναφορικά με την διαπολιτισμικότητα, για τις οποίες ευθύνεται η ελλιπής πρότερη εκπαίδευση της πλειοψηφίας των φοιτητών και η αδυναμία των προγραμμάτων σπουδών να ενσωματώσουν κατάλληλα την διαπολιτισμική νοσηλευτική (Jeffreys & Dogan 2010). Πρόσθετες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, όπως η πολιτισμική εμβάπτιση, τα προγράμματα ανταλλαγής φοιτητών και η δημιουργία ή εξέλιξη των μαθημάτων, επιδρούν θετικά στην αύξηση της πολιτισμικής επάρκειας (Oikarainen et al 2019, O'Brien et al 2021). Δραστηριότητες που ενθαρρύνουν τους φοιτητές να ενσαρκώσουν ρόλους σε διαπολιτισμικές συναναστροφές ή να εφαρμόσουν τη μάθησή τους μέσα από την κλινική πράξη φάνηκαν ωφέλιμες στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της

κατανόησης των διαπολιτισμικών διαφορών (Oikarainen et al 2019, O'Brien et al 2021). Ομοίως, οι Choi & Kim (2018), ανέφεραν ότι οι πολιτισμικές εμπειρίες και οι διαπολιτισμικές συναναστροφές ενσωματωμένες στα προγράμματα σπουδών, βοηθούν στην ενίσχυση της πολιτισμικής επάρκειας.

Η παρούσα οριοθετημένη ανασκόπηση ακολούθησε μια δομημένη και ευρέως αναγνωρισμένη συστηματική προσέγγιση που βασίστηκε στη μεθοδολογία του Ινστιτούτου Joanna Briggs και τις οδηγίες PRISMA για οριοθετημένες ανασκοπήσεις (Pollock et al 2021, Peters et al 2020, Tricco et al 2018). Ωστόσο, η χρήση περιορισμένου αριθμού ηλεκτρονικών βάσεων για την εύρεση βιβλιογραφίας, λόγω περιορισμένων οικονομικών πόρων, η μη συμπερίληψη γκρίζας βιβλιογραφίας και η έλλειψη αξιολόγησης της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών με χρήση αντίστοιχου εργαλείου, αποτελούν περιορισμούς της παρούσας μελέτης. Επίσης, στις περισσότερες μελέτες που αναφέρονται στην παρούσα ανασκόπηση υπήρξαν μεθοδολογικοί περιορισμοί που σχετίζονται με τον ερευνητικό τους σχεδιασμό (π.χ. συγχρονικός σχεδιασμός, περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων, δειγματοληψία ευκολίας) που επιβάλλουν την πραγματοποίηση και άλλων μελετών υψηλότερης μεθοδολογικής ποιότητας για την ενίσχυση των αποτελεσμάτων.

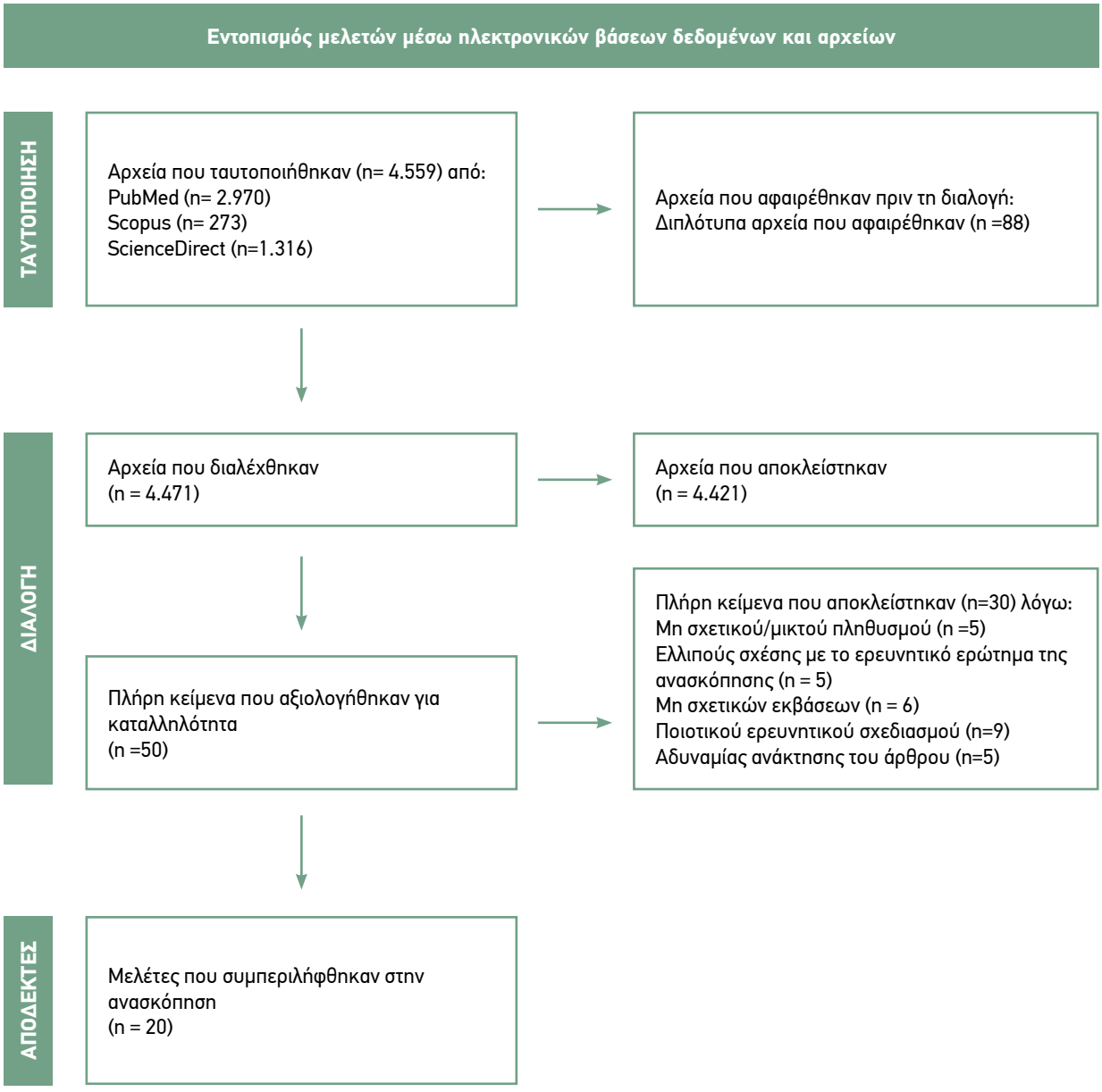
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πολιτισμική επάρκεια διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στη νοσηλευτική φροντίδα. Στην συγκεκριμένη οριοθετημένη ανασκόπηση διαπιστώθηκε η ανάγκη βελτίωσης και εξέλιξης των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών νοσηλευτικής. Η αναδιαμόρφωση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών κρίνεται απαραίτητη, καθώς χρειάζεται να ενσωματωθεί σε μεγαλύτερο βαθμό η διαπολιτισμικότητα και οι διαστάσεις της στο περιεχόμενο των μαθημάτων, ενώ θα ήταν ωφέλιμο να δοθούν εναλλακτικές ευκαιρίες μάθησης, όπως οι βιωματικές εμπειρίες μάθησης, με απώτερο σκοπό την διεύρυνση των πολιτισμικών γνώσεων των φοιτητών. Τέλος, προτείνεται η μέτρηση των επιπέδων της πολιτισμικής επάρκειας των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής με διαχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό, ώστε να αξιολογείται η επίδραση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων μακροπρόθεσμα.

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Όλοι οι ερευνητές συνεισέφεραν εξίσου στη σύλληψη, τον σχεδιασμό και την υλοποίηση της παρούσας οριοθετημένης ανασκόπησης. Θα θέλαμε, επίσης, να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την Δρ Ελπινίκη Λαΐου για την επίβλεψη και τη βοήθειά της στην περάτωση της συγκεκριμένης μελέτης.

Σχήμα 1 - Διάγραμμα Ροής PRISMA



Πίνακας 1 - Αλγόριθμοι ηλεκτρονικής αναζήτησης

Ηλεκτρονική βάση δεδομένων	Αλγόριθμος ηλεκτρονικής αναζήτησης
PubMed, Scopus	(transcultural nursing OR intercultural readiness OR cultural competence) AND student* AND (skills OR knowledge OR attitude* OR education OR course* OR curriculum)
ScienceDirect	(transcultural nursing OR intercultural readiness OR cultural competence) AND undergraduate students AND (course OR curriculum)

Πίνακας 2 - Βασικά χαρακτηριστικά των εργαλείων αξιολόγησης των επιλεγμένων μελετών

Εργαλεία	Στάθμιση	Σκοπός Εργαλείου	Πλήθος ερωτήσεων και διαστάσεις	Εύρος βαθμολογίας
Cultural Awareness Scale (CAS) - Ličen et al 2020	Πραγματοποιήθηκε μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή της σταθμισμένης αγγλικής έκδοσης από δύο ανεξάρτητους ερευνητές στη σλοβενική γλώσσα	Η αξιολόγηση της πολιτισμικής επίγνωσης	Αποτελείται από 36 στοιχεία και πέντε υποκλίμακες (γενική νοσηλευτική εμπειρία, γενική αντίληψη και στάσεις, νοσηλευτικά μαθήματα/ κλινικές, ερευνητικό θέμα, φροντίδα ασθενούς/κλινική πρακτική)	Τα στοιχεία του εργαλείου βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert επτά βαθμών, με τις χαμηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν χαμηλότερη πολιτισμική επίγνωση
Cultural Capacity Scale (CCS) - Cruz et al 2016 (αγγλική έκδοση), Cruz et al 2017 (αραβική έκδοση - CCS - A), Cruz et al 2018 (αγγλική, αραβική, ισπανική, τουρκική	Perng and Watson 2012 (αγγλική έκδοση), Cruz et al 2016a και Cruz et al 2017 (αραβική έκδοση - CCS-A), Cruz et al 2017 (ισπανική έκδοση), Gözüm et al 2016 (τουρκική έκδοση)	Η αξιολόγηση της πολιτισμικής γνώσης, της ικανότητας και της ευαισθησίας των ερωτηθέντων αναφορικά με τη παροχή φροντίδας σε πολιτισμικά διαφορετικούς ασθενείς και η αξιολόγηση της διδασκαλίας άλλων σχετικά με πολιτισμικά διαφορετικούς ασθενείς	Αποτελείται από 20 στοιχεία που αντικατοπτρίζουν πολιτισμική γνώση, πολιτισμική ικανότητα και πολιτισμική ευαισθησία	Τα στοιχεία του εργαλείου βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert πέντε βαθμών με συνολικό σκορ που κυμαίνεται από το 20 έως το 100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν υψηλότερη πολιτισμική επάρκεια
Cultural Competence Assessment (CCA) - Repo et al 2016, Reyes et al 2013	Doorenbos et al 2005	Η συλλογή δεδομένων για τις προσωπικές αντιλήψεις σχετικά με την πολιτισμική επάρκεια	Αποτελείται από 43 στοιχεία με τρεις διαφορετικές υποκλίμακες (πολιτισμική επίγνωση και ευαισθησία, συμπεριφορά πολιτισμικής επάρκειας, κοινωνική επιθυμητότητα)	Τα στοιχεία των υποκλιμάκων της πολιτισμικής επίγνωσης και ευαισθησίας και συμπεριφοράς πολιτισμικής επάρκειας βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert, ενώ η υποκλίμακα της κοινωνικής επιθυμητότητας απαντήθηκε ως "σωστό" ή "λάθος". Η υποκλίμακα της πολιτισμικής επίγνωσης και ευαισθησίας βαθμολογείται από το 1 έως το 7, με μεγαλύτερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά πολιτισμικής επίγνωσης και ευαισθησίας. Η υποκλίμακα συμπεριφοράς πολιτισμικής επάρκειας βαθμολογείται από το 1 έως το 7, με την υψηλότερη βαθμολογία να υποδηλώνει περισσότερες συμπεριφορές πολιτισμικής επάρκειας. Η υποκλίμακα της κοινωνικής επιθυμητότητας βαθμολογείται από 0 έως 13 με τα υψηλότερα σκορ να υποδηλώνουν μεγαλύτερη ανάγκη για αποδοχή
Cultural Intelligence Scale (CIS) - Τουρκική Έκδοση - Göl & Erkin 2019	Προσαρμογή στην Τουρκική γλώσσα από τους Ilhan & Cetin (2014)	Η μέτρηση της πολιτισμικής ευφυΐας	Αποτελείται από 20 στοιχεία και περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις (γνωσιακή, μεταγνωσιακή, συμπεριφορική, ενθαρρυντική)	Τα στοιχεία του εργαλείου βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert επτά βαθμών με συνολικό σκορ που κυμαίνεται από 20 έως 140, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής ευφυΐας

Cultural Self-Efficacy Scale (CSES) - (Liu et al 2007, Quine et al 2012)	Coffman et al 2004.	Η μέτρηση της αντιληπτής αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας των κοινοτικών νοσηλευτών στη φροντίδα πολυπολιτισμικών ασθενών	Αποτελείται από 26 στοιχεία και περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες (γνώση πολιτισμικών εννοιών, γνώση πολιτισμικών προτύπων συγκεκριμένων εθνοτικών ομάδων, δεξιότητες για την παροχή πολιτισμικής φροντίδας)	Η βαθμολογία κυμαίνεται από ένα, το οποίο αντιστοιχεί σε "χαμηλή αυτοπεποίθηση" έως πέντε, το οποίο αντιστοιχεί σε "υψηλή αυτοπεποίθηση". Η βαθμολογία τρία αντανακλά μέτρια επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας
Individualized Care Scale-Nurse Version (ICS) - Çiftçi et al 2021	Sendir et al 2010	Η αξιολόγηση της εξατομικευμένης φροντίδας	Το πρώτο μέρος αξιολογεί τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την υποστήριξη της ατομικότητας των ασθενών στις πρακτικές φροντίδας και το δεύτερο μέρος αξιολογεί την αντίληψη των νοσηλευτών στην εξατομίκευση της φροντίδας των ασθενών, σε τρεις υποκλίμακες (κλινική κατάσταση, κατάσταση προσωπικής ζωής, έλεγχος στη λήψη αποφάσεων)	Οι βαθμολογίες στις επιμέρους ερωτήσεις ποικίλουν μεταξύ ένα και πέντε, με τις υψηλότερες να δείχνουν ότι οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο υποστήριξης της ατομικότητας του κάθε ασθενή, κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής του φροντίδας γενικά
Intercultural Anxiety Scale (IAS) - Quine et al 2012	Η ψυχομετρική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με έλεγχο αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (α=0.87) στην παρούσα μελέτη	Η εκτίμηση της πιθανότητας να βιώσουν οι ερωτώμενοι συναισθήματα που σχετίζονται με το άγχος κατά τη διάρκεια διαφόρων αναμενόμενων αλληλεπιδράσεων με άτομα από διαφορετικό πολιτισμό	Αποτελείται από 15 στοιχεία	Τα στοιχεία βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert 10 βαθμών και δεν αναφέρεται εύρος βαθμολογιών
Intercultural Communication Scale (ICS) - Quine et al 2012	Η ψυχομετρική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με έλεγχο αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (α=0.82) στην παρούσα μελέτη	Η μέτρηση της διαπολιτισμικής επικοινωνίας	Αποτελείται από πέντε στοιχεία, τα οποία ρωτούν τους φοιτητές για τα αισθήματα τους κατά την διάρκεια επικοινωνίας με ασθενείς από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα	Τα στοιχεία του εργαλείου βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert πέντε βαθμών και η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των στοιχείων
Intercultural Sensitivity Scale (ISS) - Göl & Erkin 2019, Çiftçi et al 2021	Bulduk et al 2011	Η αξιολόγηση της διαπολιτισμικής ευαισθησίας	Αποτελείται 24 στοιχεία κατανεμημένα σε πέντε υποδιάστασεις (αλληλεπιδραστική εμπλοκή, σεβασμός στις πολιτισμικές διαφορές, αυτοπεποίθηση κατά την αλληλεπίδραση, ευχαρίστηση από την αλληλεπίδραση, επιμέλεια κατά την αλληλεπίδραση)	Τα στοιχεία του εργαλείου βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert πέντε βαθμών, με συνολικό σκορ που κυμαίνεται από το 24 έως το 120, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αντιστοιχούν σε υψηλότερη διαπολιτισμικη ευαισθησία

Inventory for assessing the process of cultural competence (IAPCC) -(Sargent et al 2005)	Δεν αναφέρεται	Η μέτρηση των αυτο - αναφερόμενων επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας	Αποτελείται από 20 στοιχεία και περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις (πολιτισμική επίγνωση, πολιτισμική γνώση, πολιτισμικές ικανότητες, πολιτισμικές συναναστροφές)	Τα στοιχεία του εργαλείου βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών με συνολικό σκορ που κυμαίνεται από 20 έως 80 και κατατάσσει τα άτομα ανάλογα με τις βαθμολογίες τους στο επίπεδο της πολιτισμικής ανεπάρκειας (20-39), πολιτισμικής επίγνωσης (40-59), πολιτισμικής επάρκειας (60-74 και πολιτισμικής επιδεξιότητας (75-80)
Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence-Revised (IAPCC-R) - Halabi & Beer 2018	Προσαρμογή στην αραβική έκδοση από (Halabi & Beer 2018)	Η μέτρηση των επιπέδων πολιτισμικής επάρκειας των επαγγελματιών υγείας και φοιτητών στον τομέα της υγείας	Αποτελείται από 25 στοιχεία και περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις (πολιτισμική επίγνωση, πολιτισμική γνώση, πολιτισμικές ικανότητες, πολιτισμικές συναναστροφές, πολιτισμική επιθυμία)	Τα στοιχεία του εργαλείου βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών με συνολικό σκορ που κυμαίνεται από 25 έως 100 και κατατάσσει τα άτομα ανάλογα με τις βαθμολογίες τους στο επίπεδο της πολιτισμικής ανεπάρκειας (25-50), πολιτισμικής επίγνωσης (51-74), πολιτισμικής επάρκειας (75-90 και πολιτισμικής επιδεξιότητας (91-100) (Edeer & Rust 2022)
Nurse Cultural Competence Scale (NCCS) - τουρκική Έκδοση - Üzar-Özçetin et al 2020	Gözüm et al 2016	Η αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας	Αποτελείται από 20 στοιχεία κλειστού τύπου με τρεις υποκλίμακες (πολιτισμικές ικανότητες, πολιτισμική γνώση, πολιτισμική ευαισθησία)	Τα στοιχεία βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert πέντε βαθμών και οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 20 έως 100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας
The Integration of Cultural Competence in Nursing Education Tool - Dunagan et al 2014	Dunagan et al 2012	Η αξιολόγηση της ενσωμάτωσης στο πρόγραμμα σπουδών των εμπειριών που βοηθούν τους φοιτητές να αποκτήσουν πολιτισμική επάρκεια	Αποτελείται από 34 στοιχεία	Το ερωτηματολόγιο ήταν αθροιστικής κλίμακας Likert. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 34 έως 170, με τις μεγαλύτερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν ότι οι φοιτητές αντιλαμβάνονται μεγαλύτερη ενσωμάτωση της πολιτισμικής επάρκειας στο νοσηλευτικό τους πρόγραμμα
The Medical and Nursing Student Readiness to Treat Latino Patients - Mayo et al 2014	Υποβλήθηκε σε αναθεώρηση από ειδικούς και σε έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειάς του από τους ερευνητές. Πέντε από τα επτά σύνθετα μέτρα του είχαν α τουλάχιστον 0.8 και τα υπόλοιπα δύο τουλάχιστον 0.6	Η μέτρηση της επάρκειας/ ετοιμότητας για τη διαχείριση των Λατίνων ασθενών	Αποτελείται από 112 στοιχεία, οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις παρακάτω κατηγορίες (Λατινοαμερικανικές γνώσεις, στάσεις και πεποιθήσεις για τον πληθυσμό των Λατίνων, πολιτισμική επάρκεια, άνεση με Λατίνους ασθενείς, προηγούμενη εμπειρία με Λατίνους, πεποιθήσεις ως προς τους Λατίνους με καρκίνο, δεξιότητες καρκίνου με τους Λατίνους ασθενείς)	Κάθε στοιχείο πέντε σημείων κλιμακώνεται από το ένα έως το πέντε, με το πέντε να είναι το υψηλότερο. Οι υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα υποδηλώνουν καλύτερες γνώσεις, περισσότερο θετικές στάσεις ή περισσότερη εμπειρία

The Modified Godfrey-Richman ISMS More Perfect Scale (M-GRISMS-M) - Dunagan et al 2014	Godfrey 2000	Η μέτρηση των στάσεων προκατάληψης γύρω από την φυλή, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό και τη θρησκεία	Αποτελείται από 40 στοιχεία με ερωτήσεις διχοτομικής απάντησης και ερωτήσεις τύπου Likert. Αποτελείται από τέσσερις υποκλίμακες (ρατσισμός, θρησκευτική προκατάληψη, σεξισμός, ετεροσεξισμός)	Δεν αναφέρεται εύρος
The Prior Cultural Experiences questionnaire (PCE) - Dunagan et al 2014	Dunagan et al 2012	Η αξιολόγηση των πρότερων πολιτισμικών εμπειριών	Αποτελείται από 24 στοιχεία	Τα στοιχεία βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert, με εύρος βαθμολογιών να κυμαίνεται από 24 έως 120, με τις υψηλότερες να υποδηλώνουν υψηλότερες πρότερες πολιτισμικές εμπειρίες
The revised Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCQ) pre-intervention version (CCCQ-PRE-R) - κινεζική έκδοση -Wang et al 2018	Wang et al 2018	Η αξιολόγηση της πολιτισμικής επάρκειας	Αποτελείται από 65 στοιχεία και τέσσερις υποκλίμακες: (γνώση, δεξιότητες, άνεση στις συναναστροφές, επίγνωση)	Τα στοιχεία της κλίμακας βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert πέντε βαθμών και δεν αναφέρεται εύρος βαθμολογιών
Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET) - (Jeffreys & Dogan 2012, Lim et al 2004, Sarafis & Malliarou 2013)	Jeffery & Smodlaka 1996, 1998, 1999a, b, Jeffery 2000	Η μέτρηση και εκτίμηση της αυτοπεποίθησης των φοιτητών για την εκτέλεση διαπολιτισμικών νοσηλευτικών δεξιοτήτων μεταξύ πολυπολιτισμικών ασθενών	Αποτελείται από 83 στοιχεία και περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις (γνωστική, πρακτική, συναισθηματική)	Η βαθμολογία κυμαίνεται από το ένα το οποίο ισοδυναμεί με "χωρίς αυτοπεποίθηση" έως το 10, το οποίο ισοδυναμεί με το "να είσαι ο πιο σίγουρος" Κατηγοριοποίηση βαθμολογίας: 1.Χαμηλή (1 ή 2) 2.Μέτρια (3 έως 8) 3.Υψηλή (9 ή 10)
Social Desirability Scale (SDS) - Dunagan et al 2014	Dunagan et al 2014	Ο έλεγχος της μεροληψίας κοινωνικής επιθυμητότητας	Αποτελείται από 13 διχοτομικά κωδικοποιημένα στοιχεία.	Η βαθμολόγηση κυμαίνεται από μηδέν έως 13, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανάγκη για αποδοχή
Χωρίς Τίτλο - Tosun & Sinan 2020	Δεν αναφέρεται	Ο προσδιορισμός των γνώσεων, στάσεων και προκαταλήψεων των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην παροχή φροντίδας στους πρόσφυγες	Αποτελείται από 20 στοιχεία	Οι ερωτήσεις απαντώνται με "ναι", "όχι" ή "δεν έχω ιδέα" και δεν αναφέρεται εύρος βαθμολογιών

Πίνακας 3 - Συνοπτική παρουσίαση των επιλεγμένων μελετών

Συγγραφείς, Έτος δημοσίευσης, Χώρα	Είδος Μελέτης	Μέγεθος Πληθυσμού - Δείγμα	Εργαλεία αξιολόγησης	Μελετώμενες Εκβάσεις	Αποτελέσματα
Çiftçi et al 2021 Τουρκία	Συγχρονική μελέτη	n=90 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 2ου, 3ου και 4ου έτους	Intercultural Sensitivity Scale (ISS), Individualized Care Scale (ICS)	Διαπολιτισμική ευαισθησία, Αντίληψη εξατομικευμένης φροντίδας	Οι φοιτητές εμφάνισαν καλά επίπεδα διαπολιτισμικής ευαισθησίας (M=89.10 ± 10.42) και αντίληψης εξατομικευμένης φροντίδας (M= 3.97 ± 0.59) Οι φοιτητές 4ου έτους σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες ISS και ICS σε σύγκριση με τους φοιτητές 2ου και 3ου έτους.
Cruz et al 2016 Φιλιππίνες	Συγχρονική μελέτη	n=332 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 2ου, 3ου και 4ου έτους	Cultural Capacity Scale (CCS)	Πολιτισμική επάρκεια	Οι φοιτητές εμφάνισαν μέτριο επίπεδο πολιτισμικής επάρκειας (M = 68.98 ± 11.73). Οι φοιτητές 3ου και 4ου έτους σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας σε σχέση με τους δευτεροετείς. Προβλεπτικές μεταβλητές που βρέθηκε ότι αυξάνουν την πολιτισμική επάρκεια ήταν η διαβίωση σε πολυπολιτισμικό περιβάλλον (p<0.001), η πρότερη πολιτισμική εξάσκηση (p<0.001), η φοίτηση στα τελευταία έτη νοσηλευτικών προγραμμάτων (p< 0.001) και η εμπειρία φροντίδας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς (p<0.001) και ασθενείς ειδικών πληθυσμιακών ομάδων (p<0.01).
Cruz et al 2017 Σαουδική Αραβία	Συγχρονική μελέτη	n=272 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 2ου, 3ου και 4ου έτους	Cultural Capacity Scale - Arabic Version (CCS - A)	Πολιτισμική επάρκεια	Το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών νοσηλευτικής ήταν καλό (M=66.15 ± 16.17). Προβλεπτικές μεταβλητές, όπως το φύλο (P < 0.01), το ακαδημαϊκό επίπεδο, με τους τεταρτοετείς να εμφανίζουν υψηλότερη πολιτισμική επάρκεια (P < 0.001), η κλινική έκθεση (P < 0.001), η πρότερη πολιτισμική εκπαίδευση (P =0.032), η εμπειρία φροντίδας σε διαπολιτισμικούς ασθενείς (P < 0.001) και ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (P < 0.001) βρέθηκε ότι επηρεάζουν σημαντικά την πολιτισμική επάρκεια, αυξάνοντας την.

Cruz et al 2018 Χιλή, Ινδία, Ιράκ, Ομάν, Φιλιππίνες, Σαουδική Αραβία, Νότια Αφρική, Σουδάν, Τουρκία	Συγχρονική μελέτη	n=2.163 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 2ου, 3ου και 4ου έτους 9 χωρών	Cultural Capacity Scale (CCS)	Πολιτισμική επάρκεια	Το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών νοσηλευτικής ήταν μέτριο (M=69.38 ± 13.75). Προβλεπτικές μεταβλητές που βρέθηκε ότι επηρεάζουν θετικά την πολιτισμική επάρκεια ήταν η χώρα διαμονής (P < 0.001), το φύλο (P < 0.001), η ηλικία (P < 0.001), το έτος φοίτησης (P < 0.001), η συμμετοχή σε πολιτισμικές ασκήσεις (P < 0.001), η εμπειρία φροντίδας σε πολυπολιτισμικούς ασθενείς (P < 0.001) και ασθενείς που ανήκουν σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (P < 0.001) και η διαβίωση σε πολυπολιτισμικό περιβάλλον (P < 0.001).
Dunagan et al 2014 Η.Π.Α	Μικτή μελέτη	n=129 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής όλων των ετών	The Prior Cultural Experiences questionnaire (PCE), Modified Godfrey-Richman ISMS More Perfect Scale (M-GRISMS-M), Integration of Cultural Competence in Nursing Education Tool, Cultural Awareness Scale (CAS), Social Desirability Scale (SDS)	Πολιτισμική επάρκεια	Οι πολιτισμικές εμπειρίες πριν την εισαγωγή στο πρόγραμμα νοσηλευτικής (p<0.05), η ενσωμάτωση της πολιτισμικής επάρκειας στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών (p<0.001), η μεγαλύτερη κοινωνική επιθυμητότητα (p<0.001) και η Καυκάσια φυλή (p<0.02) ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες μεγαλύτερης πολιτισμικής επάρκειας στην υποκλίμακα της πολιτισμικής γνώσης. Προκαταλήψεις αναφορικά με το φύλο, την εθνικότητα, την φυλή και τον σεξουαλικό προσανατολισμό ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες χαμηλότερης πολιτισμικής επάρκειας στην υποκλίμακα των πολιτισμικών στάσεων, ενώ η κοινωνική επιθυμητότητα (p<0.001) ήταν ο μοναδικός θετικός προγνωστικός παράγοντας των πολιτισμικών στάσεων.
Göl & Erkin 2019 Τουρκία	Συγχρονική μελέτη	n=277 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής όλων των ετών	Intercultural sensitivity scale (ISS), Cultural intelligence scale (CIS)	Διαπολιτισμική ευαισθησία, Πολιτισμική ευφυΐα	Οι φοιτητές νοσηλευτικής είχαν μετρίως υψηλό επίπεδο ευαισθησίας (M=90.49 ± 12.68) και υψηλότερες τιμές σημειώθηκαν μεταξύ των φοιτητών που είχαν συναναστροφές με ανθρώπους διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου (p = 0.001), αυτών που ήθελαν να εργαστούν στο εξωτερικό (p = 0.003) και το έτος φοίτησης (p=0.001). Η πολιτισμική νοημοσύνη των φοιτητών νοσηλευτικής ήταν μέτρια (M=95 ± 15.8) και εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες οι φοιτητές, οι οποίοι είχαν συναναστροφές με ανθρώπους διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου (p = 0.002), γνώριζαν μια ξένη γλώσσα (p=0.001) και αυτοί που ήθελαν να εργαστούν στο εξωτερικό (p=0.001).

Halabi & Beer 2018 Σαουδική Αραβία	Συγχρονική μελέτη	n=205 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 1ου και 4ου έτους	Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence-Revised (IAPCC-R)	Πολιτισμική επάρκεια	Η συνολική πολιτισμική επάρκεια των φοιτητών ήταν (M= 66.96 ± 7.03). Βρέθηκε σχέση μεταξύ της πολιτισμικής επάρκειας και της ηλικίας (αρνητική μη σημαντική συσχέτιση r=–0.010), του μέσου όρου βαθμολογίας (μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση) και του επιπέδου σπουδών, σύμφωνα με το οποίο οι νεότεροι φοιτητές είχαν υψηλότερους μέσους όρους πολιτισμικής επάρκειας σε σύγκριση με τους παλαιότερους, χωρίς να εντοπίζεται στατιστική σημαντικότητα. Τέλος, η έκθεση σε πολιτισμούς και σε περιεχόμενο πολιτισμικής επάρκειας μέσω των μαθημάτων του προγράμματος σπουδών σχετιζόταν θετικά με εύρος από p = 0.000 έως p<0.03.
Jeffreys & Dogan 2012 Η.Π.Α.	Συγχρονική και διαχρονική μελέτη	Συγχρονική μελέτη: n=147 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 1ου και 4ου εξαμήνου Διαχρονική μελέτη: n=36	Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET)	Διαπολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα	Τα αποτελέσματα των φοιτητών τετάρτου εξαμήνου ήταν υψηλότερα από αυτά των φοιτητών πρώτου εξαμήνου και στις δυο μελέτες, με την διαχρονική μελέτη να εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα σε όλες τις υποκλίμακες (p<0.05). Το εξάμηνο αποτέλεσε μοναδική προβλεπτική μεταβλητή.
Ličen et al 2020 Σλοβενία	Συγχρονική μελέτη	n=149 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 1ου, 2ου και 3ου έτους	Cultural Awareness Scale (CAS)	Πολιτισμική επίγνωση	Στους φοιτητές νοσηλευτικής παρατηρήθηκε μετρίως υψηλό επίπεδο πολιτισμικής επίγνωσης (M=189.72 ± 19.632) και (p = 0.000). Μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων (ηλικία, φύλο, έτος φοίτησης και θρησκεία) των φοιτητών νοσηλευτικής δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με την συνολική βαθμολογία (p >0.05).
Lim et al 2004 Αυστραλία	Συγχρονική μελέτη	n=199 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 1ου έτους και 4ου έτους	Transcultural self-efficacy tool (TSET)	Διαπολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα	Σε όλες τις υποκλίμακες σημειώθηκε ένα μέτριο επίπεδο διαπολιτισμικής αυτοαποτελεσματικότητας και στα δύο έτη φοιτητών, με τους τεταρτοετείς να έχουν πιο θετική αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητάς τους σε σύγκριση με τους πρωτοετείς. Η ηλικία, το φύλο, η χώρα καταγωγής, η γλώσσα ομιλίας στο σπίτι και η προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία, δεν επηρέασαν την αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας των φοιτητών νοσηλευτικής. Μόνο οι προσωπικές εμπειρίες με άλλους πολιτισμούς επηρέασαν την αυτοαποτελεσματικότητα.

Liu et al 2007 Η.Π.Α.	Συγχρονική μελέτη	n= 43 Τελειόφοιτοι προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής	Cultural Self-Efficacy Scale (CSES)	Πολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα	Οι φοιτητές νοσηλευτικής σημείωσαν M=3.58 (SD=0.5). Ο συγκεκριμένος μέσος όρος βρίσκεται μεταξύ του επιπέδου 3, το οποίο είναι ουδέτερο και του επιπέδου 4, το οποίο είναι μέτριο. Οι άνδρες φοιτητές είχαν περισσότερη αυτοπεποίθηση σε σύγκριση με τις γυναίκες (p=0.04).
Mayo et al 2014 Η.Π.Α.	Συγχρονική μελέτη	n=260 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής από τέσσερα νοσηλευτικά προγράμματα (junior-senior)	The Medical and Nursing Student Readiness to Treat Latino Patients (Εργαλείο σχεδιασμένο από τους συγγραφείς)	Γνώσεις, στάσεις, πεποιθήσεις και πολιτισμική επάρκεια	Η κοινωνική αλληλεπίδραση με Λατίνους ήταν προβλεπτική μεταβλητή υψηλότερης γνώσης (p < 0.01), επάρκειας (p < 0.01) και άνεσης (p < 0.01) με τους ασθενείς. Η επίσκεψη σε ισπανόφωνη χώρα προέβλεψε την μεγαλύτερη πολιτισμική επάρκεια (p<0.05), η διαμονή σε ισπανόφωνη χώρα προέβλεψε υψηλότερη γνώση (p < 0.01) και επάρκεια (p < 0.01) και η άριστη γνώση της γλώσσας (p < 0.05) σχετίστηκε θετικά με την αύξηση της πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών. Η κλινική εμπειρία δεν αποτέλεσε προβλεπτική μεταβλητή των γνώσεων, των στάσεων, των πεποιθήσεων και της πολιτισμικής επάρκειας (p=0.23).
Quine et al 2012 Καναδά	Συγχρονική μελέτη	n=59 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 3ου και 4ου έτους	Cultural Self-Efficacy Scale (CSES), Intercultural Anxiety Scale (IAS), Intercultural Communication Scale (ICS)	Πολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα, Διαπολιτισμικό άγχος, Πολιτισμική επικοινωνία	Η πολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα των φοιτητών βαθμολογήθηκε ως μέτρια σχετικά με την γνώση (M=42.68 ± 12.41) και τις δεξιότητες (M=23.76 ± 5.44). Ομοίως, ως μέτρια βαθμολογήθηκε η διαπολιτισμική επικοινωνία (M=16.76 ± 2.60) και το διαπολιτισμικό άγχος (M= 101.98 ± 21.64).
Repo et al 2016 Φινλανδία	Συγχρονική μελέτη	n=295 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής από τέσσερις πολυτεχνικές σχολές, 3ου έτους και 4ου έτους	Cultural Competence Assessment Tool (CCATool)– Student version	Πολιτισμική επάρκεια	Το επίπεδο της πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών ήταν μέτριο (M = 3.93 ±0.287) και το 74% είχε πολιτισμική επίγνωση, ενώ το 26% είχε πολιτισμική ασφάλεια με βάση την κλίμακα. Η ύπαρξη πολιτισμικού υποβάθρου μειονοτικών πληθυσμών (p = 0.001), η συχνότητα της αλληλεπίδρασης με διαφορετικούς πολιτισμούς (p = 0.002), οι γλωσσικές δεξιότητες (p =0.002) και τα προγράμματα ανταλλαγής (p = 0.024) σχετίστηκαν με υψηλότερη πολιτισμική επάρκεια.

Reyes et al 2013 Η.Π.Α.	Συγχρονική μελέτη	n=99 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής πρωτοετείς και τελειόφοιτοι	Cultural Competence Assessment (CCA)	Πολιτισμική επάρκεια	Η αντίληψη της πολιτισμικής επάρκειας στους τελειόφοιτους φοιτητές νοσηλευτικής ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με τους πρωτοετείς (P =0.002). Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των τελειόφοιτων, ωστόσο η ηλικία από μόνη της δεν αποτέλεσε επαρκή μεταβλητή πολιτισμικής επάρκειας (p=0.49).
Sarafis & Malliarou 2013 Ελλάδα	Συγχρονική μελέτη	n=136 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 1ου και 4ου έτους	Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET)	Πολιτισμική αυτοαποτελεσματικότητα	Οι τεταρτοετείς φοιτητές νοσηλευτικής σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες [γνωσιακή (P = 0.032), πρακτική (P = 0.042) και συναισθηματική (P = 0.006)], σε σχέση με τους πρωτοετείς. Καμία ομάδα δεν εξέφρασε αυτοπεποίθηση στην ικανότητα φροντίδας πολιτισμικά διαφορετικών ασθενών. Οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερες επιδόσεις αυτοαποτελεσματικότητας στην πρακτική υποκλίμακα (p=0.006).
Sargent et al 2005 Η.Π.Α.	Συγχρονική μελέτη	n=209 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής 1ου και 4ου έτους	Inventory for assessing the process of cultural competence (IAPCC)	Πολιτισμική επάρκεια	Οι τεταρτοετείς φοιτητές σημείωσαν περισσότερη πολιτισμική επάρκεια (M = 54.75± 4.398), σε σύγκριση με τους πρωτοετείς (M = 50.68± 4.853), p=0.0001 και κατατάχθηκαν στο επίπεδο της πολιτισμικής επίγνωσης. Αναφέρθηκε θετική σχέση μεταξύ της υγειονομικής εργασιακής εμπειρίας και της κλίμακας μέτρησης (r = 0.298, p < 0.0001), καθώς και μεταξύ του πλήθους επισκέψεων σε ξένες χώρες και της κλίμακας μέτρησης (r=0.33, p < 0.001). Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας και της διαμονής σε ξένη χώρα.
Tosun & Sinan 2020 Τουρκία	Συγχρονική μελέτη	n=317 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής όλων των ετών φοίτησης	Εργαλείο σχεδιασμένο από τους ερευνητές	Γνώσεις, στάσεις και προκαταλήψεις	Η πλειονότητα των τελειόφοιτων φοιτητών νοσηλευτικής ήταν εκπαιδευμένη στην διαπολιτισμική φροντίδα και η επίγνωση των πολιτισμικών αναγκών των ασθενών βρέθηκε περισσότερο ανεπτυγμένη σε αυτούς από ότι στους πρωτοετείς (p=0.0001). Όσοι γνώριζαν μια άλλη γλώσσα είχαν περισσότερη άνεση στην παροχή φροντίδας στους πρόσφυγες (p = 0.009).
Üzar-Özçetin et al 2020 Τουρκία	Μικτή μελέτη	n=505 Τελειόφοιτοι προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής από 7 διαφορετικές σχολές νοσηλευτικής	Nurse Cultural Competence Scale (NCCS)	Πολιτισμική επάρκεια	Η πλειοψηφία των φοιτητών νοσηλευτικής σημείωσε μέτρια επίπεδα πολιτισμικής επάρκειας. Οι φοιτητές χωρίς πρότερη εκπαίδευση σε πολιτισμικά θέματα είχαν περισσότερη συνολική επάρκεια (M= 53.71 ± 8.02) από ότι αυτοί με προηγούμενη εκπαίδευση (M= 50.71 ± 8.49) (p = 0.001).

Wang et al 2018 Κίνα	Συγχρονική μελέτη	n=677 Προπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής όλων των ετών φοίτησης	The revised Clinical Cultural Competency Questionnaire (CCCQ) pre-intervention version (CCCQ-PRE-R)	Πολιτισμική επάρκεια	Οι φοιτητές νοσηλευτικής μιας πολυπολιτισμικής και λιγότερο εξελιγμένης περιοχής σημείωσαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην πολιτισμική επάρκεια. Οι προβλεπτικές μεταβλητές της πολιτισμικής επάρκειας ήταν το εθνοτικό υπόβαθρο στις γνώσεις ($p < 0.001$), στις ικανότητες ($p < 0.001$) και στις συναναστροφές ($p < 0.001$), η ικανότητα ομιλίας μιας άλλης γλώσσας πέρα από τα Κινέζικα [γνώσεις ($p < 0.001$), δεξιότητες ($p < 0.001$) και συναναστροφές ($p < 0.001$)], η παρουσία συγγενών ή στενών φίλων από άλλες κουλτούρες [γνώσεις ($p = 0.001$), δεξιότητες ($p < 0.001$) και συναναστροφές ($p = 0.047$)] και το έτος φοίτησης, σύμφωνα με το οποίο οι φοιτητές μεγαλύτερων ετών σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες των γνώσεων, ικανοτήτων και συναναστροφών ($p<0.001$).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Campinha-Bacote J. (1994). Cultural competence in psychiatric mental health nursing. A conceptual model. Nursing Clinics of North America 29(1): 1–8.

Choi J. I. & Kim J. S. (2018). Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. Nurse Education in Practice 29: 159–162.

Çiftçi B., Aras G. N. & Yıldız Ö. K. (2021). Examining the correlation between intercultural sensitivity and individualized care perception of nursing students. Nurse Education Today 102: 104937.

Cruz J. L., Alquwez N., Cruz, C., Felicilda-Reynaldo R. F. D., Vitorino L. M. & Islam S. M. S. (2017). Cultural competence among nursing students in Saudi Arabia: a cross-sectional study. International Nursing Review 64(2): 215–223.

Cruz J. P., Aguinaldo A. N., Estacio J. C., Alotaibi A., Arguvanli S., Cayaban A. R. R., Cecily H. S. J., Machuca-Contreras F., Hussein A., Idemudia E. S., Mohamed S. & Sebaeng J. M. (2018). A Multicountry Perspective on Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. Journal of Nursing Scholarship 50(1): 92–101.

Cruz J. P., Estacio J. C., Bagtang C. & Colet P. C. (2016). Predictors of cultural competence among nursing students in the Philippines: A cross-sectional study. Nurse Education Today 46: 121–126.

Dunagan P. B., Kimble L. P., Gunby S. S. & Andrews M. S. (2014). Attitudes of Prejudice as a Predictor of Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. Journal of Nursing Education 53(6): 320–328.

Göl İ. & Erkin Ö. (2019). Association between cultural intelligence and cultural sensitivity in nursing students: A cross-sectional descriptive study. Collegian 26(4): 485–491.

Halabi J. O. & De Beer J. (2018). Exploring the cultural competence of undergraduate nursing students in Saudi Arabia. Nurse Education Today 62: 9–15.

International Organization for Migration (2021). World Migration Report 2022 [Online]. Ανακτήθηκε από: https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/ (3 Απριλίου 2023)

Jeffreys M. R. & Dogan E. (2012). Evaluating the Influence of Cultural Competence Education on Students' Transcultural Self-Efficacy Perceptions. Journal of Transcultural Nursing 23(2): 188–197.

Kardong-Edgren S. & Campinha-Bacote J. (2008). Cultural

competency of graduating US Bachelor of Science nursing students. Contemporary Nurse 28(1–2): 37–44.

Ličen S., Karnjuš I. & Prosen M. (2021). Measuring Cultural Awareness Among Slovene Nursing Student: A Cross-Sectional Study. Journal of Transcultural Nursing 32(1): 77–85.

Lim J., Downie J. & Nathan P. (2004). Nursing students' self-efficacy in providing transcultural care. Nurse Education Today 24(6): 428–434.

Liu L., Mao C. & Barnes-Willis L. E. A. (2019). Cultural Self-Efficacy of Graduating Baccalaureate Nursing Students in a State Funded University in the Silicon Valley. Journal of Cultural Diversity.

Majumdar B., Browne G., Roberts J., & Carpio B. (2004). Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes. Journal of Nursing Scholarship 36(2): 161–166.

Markey K., Tilki M. & Taylor G. (2018). Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. Journal of Clinical Nursing 27(1–2): e259–e268.

Mayo R., Sherrill W. W., Truong K. & Nichols C. M. (2014). Preparing for Patient-Centered Care: Assessing Nursing Student Knowledge, Comfort, and Cultural Competence Toward the Latino Population. Journal of Nursing Education 53(6):305–312.

Narayanasamy A. & White E. E. (2005). A review of transcultural nursing. Nurse Education Today 25(2): 102–111.

O'Brien E., Donnell C. O., Murphy J., O'Brien B. & Markey K. (2021). Intercultural readiness of nursing students: An integrative review of evidence examining cultural competence educational interventions. Nurse Education in Practice 50: 102966.

Oikarainen A., Mikkonen K., Kenny A., Tomietto M., Tuomikoski A., Meriläinen M., Miettunen, J. & Kääriäinen M. (2019). Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. International Journal of Nursing Studies 98: 75–86.

Page M. J., McKenzie J. E., Bossuyt P. M., Boutron I., Hoffmann T., Mulrow C. D., Shamseer L., Tetzlaff J., Akl E. A., Brennan S. E., Chou R., Glanville J., Grimshaw J. M., Hróbjartsson A., Lalu M. M., Li T., Loder E., Mayo-Wilson E., McDonald S.,... Moher D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372: n71.

Peters M. D. J., Marnie C., Tricco A. C., Pollock D., Munn Z., Alexander L., McInerney P., Godfrey C. & Khalil H. P. S. A. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI Evidence Synthesis 18(10): 2119–2126.

Peters M.D.J., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco AC. & Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020 https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Pollock D., Davies E. L., Peters M. D. J., Tricco A. C., Alexander L., McInerney P., Godfrey C., Khalil H. & Munn Z. (2021). Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. Journal of Advanced Nursing 77(4): 2102–2113.

Quine A., Hadjistavropoulos H. D. & Alberts N. M. (2012). Cultural Self-Efficacy of Canadian Nursing Students Caring for Aboriginal Patients with Diabetes. Journal of Transcultural Nursing 23(3): 306-312.

Repo H., Vahlberg T., Salminen L., Papadopoulos I. & Leino-Kilpi H. (2017). The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. Journal of Transcultural Nursing 28(1): 98–107.

Reyes H., Hadley L. & Davenport D. S. (2013). A Comparative Analysis of Cultural Competence in Beginning and Graduating Nursing Students. ISRN Nursing (Print) 2013: 1–5.

Sarafis P. & Malliarou M. (2013). Cultural self-efficacy of baccalaureate nursing students in a Greek University. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 18(6): 446-50.

Sargent S., Sedlak C. A. & Martsolf D. S. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty. Nurse Education Today 25(3): 214–221.

Taylor S. & Lurie N. (2004). The role of culturally competent communication in reducing ethnic and racial healthcare disparities. The American Journal of Managed Care 10 Spec No: SP1-4.

Tosun B. & Sinan Ö. (2020). Knowledge, attitudes and prejudices of nursing students about the provision of transcultural nursing care to refugees: A comparative descriptive study. Nurse Education Today 85: 104294.

Tosun B., Yava A., Dirgar E., Şahin E., Yilmaz E. B., Papp K., Tóthová V., Hellerová V., Prosen M., Ličen S., Karnjuš I., Tamayo M. D. B., Leyva-Moral J. M., Claeys A. & Tricas-Sauras S. (2021). Addressing the effects of transcultural nursing education on nursing students' cultural competence: A systematic review. Nurse Education in Practice 55: 103171.

Tricco A. C., Lillie E., Zarin W., O'Brien K. K., Colquhoun H., Levac D., Moher D., Peters M. D. J., Horsley T., Weeks L., Hempel S., Akl E. A., Chang C., McGowan J., Stewart L. A., Hartling L., Aldcroft A., Wilson M. T., Garritty C.,... Straus S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Annals of Internal Medicine 169(7): 467–473.

Üzar-Özçetin Y. S., Trenoweth S. & Tee S. (2020). Migration and mental health care: Identifying the cultural competency of Turkish nursing students. Nurse Education Today 85: 104257.

Wang Y., Xiao L. D., Yan P., Wang Y. & Yasheng A. (2018). Nursing students' cultural competence in caring for older people in a multicultural and developing region. Nurse Education Today 70: 47–53.

Wallace C. B., Small K., Brodley E. C., Lau J. & Trikalinos A. T. (2012). Deploying an interactive machine learning system in an evidence-based practice center: abstrackr. In Proc. of the ACM International Health Informatics Symposium (IHI), p.819-824.

REVIEW

The effect of undergraduate nursing curricula on cultural competence of nursing students: A Scoping Review

Stefania Katrantzi[1], Xenophon Zorbas[1], Keisi Mara[1]

1.Nursing Students, University of Ioannina

ABSTRACT

Introduction: Through constant population mobility, the cultural diversity among countries all over the world keeps increasing, thus intensifying the need to prepare nurses capable of providing culturally competent care. The cultural competence of nurses is an essential and necessary component in providing qualitative individualized nursing care and promoting equitable access to health care.

Purpose: The mapping of the available research referring to the effect of undergraduate nursing curricula on cultural competence of nursing students through a scoping review.

Methodology: A systematic literature search of scientific studies in electronic databases of Pubmed, Scopus and Science Direct was conducted without restriction as to the year and language of publication using the following key words: transcultural nursing, cultural competence, intercultural readiness, undergraduate students, course and curriculum. The inclusion criteria of the studies in this scoping review were a) studies investigating outcomes related to cultural competence b) students undertaking an undergraduate nursing curriculum c) primary studies. The material of this study consisted of 20 primary research studies.

Results: The majority of primary studies, which investigated outcomes of cultural competence in undergraduate nursing students are cross - sectional studies from the USA (35%) and have been published during the last decade (75%). The cultural competence of nursing students seems to vary and was found to range from moderate to good levels. Factors found to be associated with cultural competence of bachelor nursing students include demographic characteristics, attending relevant education, year of study, experience of caring for patients from different cultural backgrounds and from special population groups, and the cultural background of the students themselves.

Conclusions: Providing knowledge and skills of transcultural nursing and opportunities of interacting with different cultures in the context of undergraduate curricula is essential for nursing students to successfully manage the ever- increasing cultural challenges and provide culturally competent individualized nursing care to patients. With regard to existing undergraduate nursing curricula, periodic assessment of their adequacy in providing knowledge and skills in intercultural nursing is considered of paramount importance.

Key words: Knowledge, skills, cultural competence, undergraduate nursing students, attitudes

Corresponding author: Keisi Mara
e-mail: marakejsi1@gmail.com

Date of submission: 06/08/2023
Publication date: June 2024

Citation: Katrantzi S., Zorbas X. & Mara K. (2024). The effect of undergraduate nursing curricula on cultural competence of nursing students: A Scoping Review. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(2): 5-25, https://doi.org./10.24283/hjns.202421

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η επίδραση της άσκησης και της αυτοφροντίδας στην ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Μια βιβλιογραφία ανασκόπηση

Μαρία Παπαδοπούλου[1], Γεώργιος Μανομενίδης[2]

1. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εφαρμογές της Ψυχολογίας στην Υγεία»
2. Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής (Παράρτημα Διδυμοτείχου), Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι επαγγελματίες υγείας (ΕΥ) καθημερινά αντιμετωπίζουν καταστάσεις υψηλού στρες καθώς καλούνται να διαχειριστούν πολλές ψυχοπιεστικές καταστάσεις και να λάβουν δύσκολες αποφάσεις, με συνέπειες τόσο για στη σωματική όσο και την ψυχική τους υγεία. Επομένως είναι σημαντικό να ενισχύσουν την ανθεκτικότητά τους μέσα από μια διαδικασία αυτοφροντίδας. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της σωματικής άσκησης και της αυτοφροντίδας στην ψυχική ανθεκτικότητα των ΕΥ. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε αναζήτηση πρωτογενών και ανασκοπικών μελέτων δημοσιευμένων στην αγγλική γλώσσα, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, Sciencedirect. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτά βρέθηκε πως η σωματική άσκηση και η αυτοφροντίδα συμβάλλουν στην ψυχική ανθεκτικότητα των ΕΥ. Για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις αντίξοες συνθήκες εργασίες θα πρέπει να να παραμείνουν σωματικά και ψυχικά υγιής μέσα από μια διαδικασία αυτοφροντίδας που περιλαμβάνει και την ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας. Προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να συμβάλλει και η σωματική άσκηση καθώς αποτελεί τρόπο εκτόνωσης και μείωσης του στρες αλλά και βελτίωσης της ψυχικής τους ανθεκτικότητας.

Λέξεις Κλειδιά: αυτοφροντίδα, επαγγελματίες υγείας, σωματική άσκηση, ψυχική ανθεκτικότητα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Παπαδοπούλου
e-mail: maripapa140@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 17/08/2023
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2024

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

Αναφορά του άρθρου ως: Παπαδοπούλου Μ. & Μανομενίδης Γ. (2024). Η επίδραση της άσκησης και της αυτοφροντίδας στην ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας. Μια βιβλιογραφία ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(2): 26-34, https://doi.org./10.24283/hjns.202422

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η σωματική άσκηση συμβάλει στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας**
- **Η αυτοφροντίδα μειώνει το στρες των επαγγελματιών υγείας**
- **Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι σημαντική για τους επαγγελματίες υγείας**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σωματική άσκηση και η καλή διατροφή αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την υγεία. Οι άνθρωποι ενθαρρύνονται να κάνουν καθημερινή σωματική άσκηση και να ακολουθούν μια ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή προκειμένου να υπάρχει ισορροπία και ευημερία στην ψυχική τους υγεία. Η σωματική δραστηριότητα έχει θεμελιώδη ρόλο στην πρόληψη και θεραπεία χρόνιων παθήσεων (Warren et al 2010). Τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν τα θετικά αποτελέσματα της τακτικής μέτριας έως έντονης σωματικής δραστηριότητας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Janssen & LeBlanc 2010, Biddle et al 2004). Τα αντίθετα αποτελέσματα εμφανίζονται όταν υπάρχει περιορισμένη σωματική δραστηριότητα, που σε συνδυασμό με την ανθυγιεινή διατροφή και τη γενικότερη καθιστική ζωή, μπορεί να ευθύνονται για μια σειρά από παθολογικές ασθένειες όπως η παχυσαρκία, οι καρδιαγγειακές παθήσεις κ.ά. (Lakka & Bouchard 2005). Φροντίζοντας ωστόσο κάποιος την σωματική του υγεία παράλληλα μπορεί να επιτύχει βελτίωση και της ψυχικής του κατάστασης. Η καλή ψυχική υγεία εξηγείται και βιολογικά καθώς η άσκηση αυξάνει τις ενδορφίνες και μια σειρά από άλλες ορμόνες που συμβάλλουν στην ψυχική ευεξία. Οι περισσότερες μορφές άσκησης αυξάνουν τα επίπεδα βήτα-ενδορφίνης στο αίμα, ειδικά όταν η ένταση της άσκησης περιλαμβάνει την επίτευξη του αναερόβιου ορίου (Bender et al 2007). Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι οι συγκεντρώσεις στον ορό των ενδογενών οπιοειδών, ιδιαίτερα της β-ενδορφίνης και της β-λιποτροφίνης, αυξάνονται ως απόκριση τόσο σε προγράμματα οξείας άσκησης όσο και σε προγράμματα προπόνησης (Dishman & O'Connor 2009, Goldfarb & Jamurta 1997). Οι αυξημένες συγκεντρώσεις β-ενδορφίνης στον ορό που προκαλούνται από την άσκηση έχουν συνδεθεί με διάφορες ψυχολογικές και φυσιολογικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στην κατάσταση της διάθεσης και της «ευφορίας που προκαλείται από την άσκηση» (Leuenberger 2006).

Η άσκηση θα μπορούσε να περιληφθεί και στην όλη προσπάθεια που κάνει κάποιος για να φροντίσει τον εαυτό του γιατί είναι μια δραστηριότητα του ιδίου ατόμου για το άτομο. Η εργασιακή καταπόνηση έχει επιπτώσεις στη γενικότερη κατάσταση της υγείας του ατόμου. Κάποια επαγγέλματα δέχονται μεγαλύτερη πίεση σε σχέση με κάποια άλλα. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και τα επαγγέλματα υγείας. Οι ΕΥ υπόκεινται σε πολλούς στρεσσογόνους εργασιακούς παράγοντες καθώς αντιμετωπίζουν πρόσθετη συναισθηματική πίεση λόγω της φύσης της εργασίας τους ενώ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους (Oman et al 2006). Το συνεχές στρες στο χώρο εργασίας μπορεί να επηρεάσει τη σωματική και ψυχική ευημερία των ΕΥ και να τους οδηγήσει σε εξάντληση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, συμπτώματα που μοιάζουν με το τραυματικό στρες (Garcia et al 2022). Επομένως, είναι σημαντικό προκειμένου να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις να φροντίζουν τον εαυτό τους μέσα από μια διαδικασία αυτοφροντίδας, που όμως παράλληλα θα ενισχύει την ψυχική τους ανθεκτικότηταΗ ικανότητα ανάκαμψης από ακραία τραύματα και στρες σε συνδυασμό με ττην ικανότητα να ανταπεξέρχεται κάποιος σε ακραίες καταστάσεις τόσο ψυχολογικής όσο και σωματικής κακοποίησης ονομάζεται ανθεκτικότητα (Atkinson et al 2009). Η ανθεκτικότητα έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας ευημερίας και προστασίας της ψυχικής κατάστασης του ατόμου(Huey & Palaganas 2020). Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική ανάγκη να υιοθετηθεί μια προληπτική προσέγγιση που περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και τη σωματική άσκηση.

Η φροντίδα του εαυτού αποτελεί σημαντικό κομμάτι της καθημερινότητας των ανθρώπων. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ολοένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την έννοια και την πρακτική της αυτοφροντίδας ως μέσου βελτίωσης της υγείας, της ευεξίας και της ευημερίας του ατόμου (El-Osta et al 2019). Η αυτοφροντίδα περιγράφει τις κύριες δραστηριότητες και τα στοιχεία υγιεινής που σχετίζονται με το άτομο που φροντίζει τον εαυτό του (El-Osta et al 2023).

Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι η άσκηση και η αυτοφροντίδα αποτελούν σημαντικά εργαλεία ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας των ΕΥ. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση στης επίδρασης της άσκησης και της αυτοφροντίδας στην ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας.

Σωματική άσκηση και υγεία

Συχνά, η άσκηση είναι το πρώτο βήμα για την τροποποίηση του τρόπου ζωής αλλά και για την πρόληψη και τη διαχείριση διαφόρων ασθενειών. Από μελέτη έχει φανεί ότι σχετίζεται η σωματική άσκηση με την καλή καρδιαγγειακή υγεία και με τη γενικότερη θνησιμότητα. Ο κίνδυνος θνησιμότητας είναι υψηλότερος για άτομα που ακολουθούν μια καθιστική ζωή (Kokkinos 2012).

Επιβεβαιώνεται μέσα από μελέτη ότι υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της τακτικής σωματικής δραστηριότητας στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη αρκετών χρόνιων ασθενειών (π.χ. καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτης, καρκίνος, υπέρταση, παχυσαρκία, κατάθλιψη και οστεοπόρωση) και πρόωρου θανάτου (Warburton et al 2006). Ακόμη έχει αποδειχθεί ότι η άσκηση σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής (Adamu et al 2006). Πιο συγκεκριμένα βελτιώνει την ποιότητα ζωής τόσο σε ψυχολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο σωματικής ευημερίας και υγείας (Rejeski & Mihalko 2001). Για την προσαρμογή του ατόμου στο συνεχές στρες και τη βελτίωση της ευημερίας και της ανθεκτικότητας του, οι αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής του παίζουν καθοριστικό ρόλο (Yang et al 2020). Η σωματική άσκηση αποτελεί απτό και εξαιρετικά αποτελεσματικό μη φαρμακολογικό μέσο για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας, καθώς προλαμβάνει χρόνιες ασθένειες, ενισχύει τη γνωστική λειτουργία και την ψυχική υγεία, ενώ παράλληλα καθυστερεί τη σταδιακή απώλεια των λειτουργικών αποθεμάτων που σχετίζονται με τη διαδικασία της γήρανσης, (Chen et al 2017). Προς την κατεύθυνση αυτή, συνιστάται μια μέτριας έντασης άσκηση, για τη βελτίωση της ανοσολογικής απόκρισης και τον μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων του στρες, του άγχους και της καθιστικής ζωής (Ranasinghe et al 2020). Ως άσκηση ορίζεται «το υποσύνολο της σωματικής δραστηριότητας που έχει προγραμματιστεί, είναι δομημένο, και επαναλαμβανόμενο και έχει ως τελικό στόχο τη βελτίωση ή τη διατήρηση της φυσικής κατάστασης» (Caspersen et al 1985).

Η άσκηση διαφέρει ανάλογα με το είδος και την ένταση που εκτελείται. Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων συνιστούν 30 λεπτά μέτριας έως υψηλής έντασης άσκηση τουλάχιστον 5 ημέρες την εβδομάδα για όλα τα υγιή άτομα (Department of Health and Human Services 2002),με τις μελέτες να υποστηρίζουν ότι 2–2,5 ώρες μέτριας έως υψηλής έντασης άσκησης την εβδομάδα θεωρούνται αρκετές να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης μιας χρόνιας νόσου. Σε επιδημιολογική μελέτη βρέθηκε ότι η άσκηση βελτιώνει την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση ευεξίας του ατόμου (Anderson & Shivakumar 2013) ενώ η συνεχής και συστηματική άσκηση σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια της υγείας καικαθυστερηση της εμφάνισης χρόνιων παθήσεων και ασθενειών (Ruegsegger & Booth 2018). Κατά την άσκηση αυξάνονται τα επίπεδα ενδορφινών στον οργανισμό κάτι που έχει συνδεθεί με διάφορες ψυχολογικές και φυσιολογικές αλλαγές, και περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τις αλλαγές στη διάθεση και την «ευφορία» (Harber & Sutton 1984). Επίσης μπορεί να επιτευχθεί, απόσπαση της προσοχής από τα συναισθήματα κατάθλιψης και του άγχους και δημιουργία θετικών συναισθημάτων που σχετίζονται με την αυτοκυριαρχία και την αυτοαποτελεσματικότητα (Mikkelsen et al 2017). Κάποιοι ερευνητές μάλιστα της αποδίδουν χαρακτηριστικά ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας (Veale 1987).

Αυτοφροντίδα και υγεία

Η αυτοφροντίδα είναι μια σημαντική συνθήκη που βοηθάει στην ενίσχυση της ψυχικής και σωματικής υγείας (Levin & Idler 1983). Το άτομο είναι πολύ σημαντικό να φροντίζει την υγεία του. Είναι σημαντικό να αγαπάμε να αποδεχόμαστε και να φροντίζουμε τον εαυτό μας. Φροντίζοντας τον εαυτό μας του παρέχουμε μια καλή τόσο σωματική όσο και ψυχική υγεία και οδηγούμαστε στην ευεξία. Η ευεξία σχετίζεται και με την ευημερία μας που σχετίζεται με τη σειρά της με τα συναισθήματά μας, καθώς μας προκαλεί ευχάριστα και έντονα συναισθήματα (Narasimhan et al 2019). Έχοντας πετύχει τη βέλτιστη ευεξία μπορούμε να καταπολεμήσουμε τα αρνητικά μας συναισθήματα, το άγχος και να εξασφαλίσουμε θετικές αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον μας (Adler & Seligman 2016).

Όσον αφορά τον ορισμό της έννοιας της αυτοφροντίδας, υπάρχουν πολλοί, με τον καθένα από αυτούς να επικεντρώνεται σε διαφορετικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να χαρακτηρίζει ένα άτομο που φροντίζει για τον εαυτό του. Ωστόσο το κοινό τους σημείο είναι ότι δεν περιλαμβάνουν ορισμένα αναδυόμενα χαρακτηριστικά της σύγχρονης ζωής.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η αυτοφροντίδα αναφέρεται «στις δραστηριότητες που αναλαμβάνουν τα άτομα, οι οικογένειες και οι κοινότητες με σκοπό την ενίσχυση της υγείας, την πρόληψη ασθενειών, τον περιορισμό της ασθένειας και την αποκατάσταση της υγείας τους. Αυτές οι δραστηριότητες προέρχονται από γνώσεις και δεξιότητες από τη δεξαμενή επαγγελματικής και λαϊκής εμπειρίας. Αναλαμβάνονται από απλούς καθημερινούς ανθρώπους για λογαριασμό τους, είτε χωριστά είτε σε συμμετοχική συνεργασία με επαγγελματίες» (World Health Organization 1984).

Σε ένα πιο μεταγενέστερο ορισμό του ΠΟΥ «η αυτοφροντίδα είναι αυτό που κάνουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους για να εδραιώσουν και να διατηρήσουν την υγεία τους, καθώς και για την πρόληψη και την αντιμετώπιση ασθενειών (World Health Organization 2009). Αυτός ο ορισμός διαφέρει με τον προηγούμενο στο γεγονός ότι η αυτοφροντίδα αυτή τη φορά πραγματοποιείται από τον ίδιο τον εαυτό και όχι από οικογένειες ή κοινότητες. Είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει την υγιεινή (γενική και προσωπική), τη διατροφή (είδος και ποιότητα του φαγητού που καταναλώνεται), τον τρόπο ζωής (αθλητικές δραστηριότητες, αναψυχή κ.λπ.), περιβαλλοντικούς παράγοντες (συνθήκες διαβίωσης, κοινωνικές συνήθειες κ.λπ.), κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. (επίπεδο εισοδήματος, πολιτιστικές πεποιθήσεις κ.λπ.) και αυτοθεραπεία».

Η αυτοφροντίδα είναι ένα φάσμα γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων, συμπεριλαμβανομένου του αυτοστοχασμού και της αυτογνωσίας, της αναγνώρισης και πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης, των κατάλληλων επαγγελματικών ορίων και της θλίψης και του πένθους και αποτελεί απαραίτητο εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας(Sanchez-Reillyetal 2013).

Ενδεικτικά, ένας αριθμός αποτελεσματικών πρακτικών αυτοφροντίδας μπορεί να περιλαμβάνει τις παρακάτω συμπεριφορές (Webber et al 2015): Την πληροφόρηση της υγείας και ειδικότερα την ικανότητα των ατόμων να αποκτούν, να επεξεργάζονται και να κατανοούν βασικές πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας που απαιτούνται για τη λήψη κατάλληλων αποφάσεων για την υγεία, την αυτογνωσία της σωματικής και ψυχικής κατάστασης που περιλαμβάνει: τη γνώση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), του επιπέδου χοληστερόλης, της αρτηριακής πίεσης. (Webber et al 2015). Επιπλέον πρακτική αποτελεί η φυσική δραστηριότητα – δηλαδή η άσκηση μέτριας έντασης σωματικής δραστηριότητας όπως το περπάτημα, το ποδήλατο ή συμμετοχή σε αθλήματα με επιθυμητή συχνότητα (Kearney & Fleischer 1979). Μια συχνή πρακτική που χρησιμοποιείται στην αυτοφροντίδα είναι η τήρηση μιας υγιεινής διατροφής που περιλαμβάνει μια θρεπτική, ισορροπημένη διατροφή με κατάλληλα επίπεδα πρόσληψης θερμίδων (Maclean 1991). Πρακτική για αυτοφροντίδα είναι και η αποφυγή ή ο μετριασμός του κινδύνου όπως η διακοπή του καπνίσματος, ο περιορισμός της χρήσης αλκοόλ, ο εμβολιασμός, η πρακτική ασφαλούς σεξ και η χρήση αντηλιακών. Επιπρόσθετη πρακτική αποτελεί η καλή υγιεινή που περιλαμβάνει: το τακτικό πλύσιμο των χεριών, το βούρτσισμα των δοντιών, το πλύσιμο των τροφίμων. Τέλος μια ακόμη συνήθεια αυτοφροντίδας αποτελεί η ορθολογική και υπεύθυνη χρήση προϊόντων, υπηρεσιών, διαγνωστικών και φαρμάκων ο (Webber et al 2015).

Η αυτοφροντίδα για τους επαγγελματίες υγείας

Οι ΕΥ έχουν ως μέλημά τους την παροχή φροντίδας σε όλους αυτούς που τη χρειάζονται. Πρόκειται για μια διαδικασία που απαιτεί μεγάλα αποθέματα ενέργειας που όμως εξαντλούνται στο τέλος της ημέρας με συνέπεια οι ΕΥ να έχουν «δώσει» πολλά, χωρίς όμως να έχουν «λάβει» τα αντίστοιχα. Συνήθως οι άνθρωποι εκείνοι που έχουν έναν τέτοιο ρόλο ξεχνούν τις δικές τους ανάγκες και τις βάζουν σε δεύτερο επίπεδο, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και επαγγελματική εξουθένωση (Skovholt & Trotter-Mathison 2014).

Είναι σημαντικό επομένως να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους μέσα από μια διαδικασία αυτοφροντίδας. Η αυτοφροντίδα λοιπόν δεν σημαίνει «πρώτα εγώ», σημαίνει «κι εγώ επίσης». Δεν είναι δείγμα εγωισμού ούτε απαίτηση για να είναι κάποιος στο κέντρο του κόσμου(Skovholt & Trotter-Mathison 2014). Φροντίζοντας τον εαυτό μας πρώτα είναι η βάση για την εσωτερική ισορροπία η οποία θα οδηγήσει σε αυθεντικές και αρμονικές σχέσεις. Επίσης, κανείς δεν μπορεί να προσφέρει την βοήθειά του σε άλλους, είτε σε επαγγελματικό είτε σε προσωπικό επίπεδο, εάν πρώτα δεν την έχει προσφέρει στον εαυτό του. Έτσι με την αυτοφροντίδα μαθαίνει κάποιος να φροντίζει τους άλλους, να δέχεται την φροντίδα από άλλους και δεν παραμερίζει τον εαυτό του ούτε και τις ανάγκες του (Dattilio 2015).

Ψυχική Ανθεκτικότητα

Η ψυχική ανθεκτικότητα έχει αποτελέσει τις τελευταίες δεκαετίες το επίκεντρο πολλών ερευνών (Sia et al 2022, Veer et al 2020). Η ψυχική ανθεκτικότητα γενικά αναφέρεται σε μια κατηγορία καταστάσεων που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους τύπους θετικής προσαρμογής στο πλαίσιο σημαντικών αντιξοοτήτων ή επικίνδυνων καταστάσεων. Αναφέρεται στη δυναμική διαδικασία της θετικής προσαρμογής, παρά την ύπαρξη δύσκολων και αντίξοων συνθηκών και παρά την έκθεση σε παράγοντες επικινδυνότητας(Luthar et al 2000).

Μέσα από μελέτες οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι απρόβλεπτη η επίδραση που θα έχει σε διαφορετικά πρόσωπα η έκθεση στον ίδιο επικίνδυνο παράγοντα και ότι υπάρχουν άλλες διεργασίες και διαδικασίες που αντισταθμίζουν την επίδραση που θα έχει στο άτομο ο παράγοντας αυτός (Wu et al 2013, Folke 2016). Οι διεργασίες και διαδικασίες αυτές περιγράφονται με τον όρο «προστατευτικοί παράγοντες» (Werner 2000). Σύμφωνα με τον Rutter (1987) οι προστατευτικοί παράγοντες είναι εκείνοι οι παράγοντες ή μηχανισμοί που τροποποιούν, περιορίζουν ή διαφοροποιούν την αντίδραση ενός ατόμου σε ένα δυσάρεστο γεγονός. Με άλλα λόγια, οι προστατευτικοί παράγοντες αποτελούν την θετική αντίδραση των ανθρώπων στο άγχος και τις αντιξοότητες. Σύμφωνα με την θεωρία του Garmezy (1991) οι προστατευτικοί παράγοντες χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, στον εσωτερικό μας εαυτό, στην συνέχεια στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον -υποστηρικτικά συστήματα έξω από την οικογένεια και τέλος, στο υποστηρικτικό οικογενειακό σύστημα. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στους ενδογενείς προστατευτικούς παράγοντες που αφορούν κυρίως το ίδιο το άτομο και περιλαμβάνουν δεξιότητες όπως ικανότητα λήψεις αποφάσεων, έλεγχος παρορμητικότητας, διεκδικητικότητα, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, κοινωνικότητα, ικανότητα διαμόρφωσης υγιών διαπροσωπικών σχέσεων, τον εσωτερικό κεντρικό έλεγχο αλλά και την αίσθηση χιούμορ. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν,επιπλέον, δεξιότητες όπως η αυτονομία, ένα ταλέντο, η ικανότητα για μάθηση, οι καλές γνωστικές λειτουργίες, η προσωπική επάρκεια και ο ευπροσάρμοστος χαρακτήρας. Τέλος,

σε συνέχεια των παραπάνω ικανοτήτων μπορούμε να παραθέσουμε την υψηλή αυτοεκτίμηση, την πίστη, την θρησκευτική πίστη,την αισιοδοξία και την ελκυστικότητα προς τους άλλους, την ύπαρξη νοήματος της ζωής αλλά και την ικανότητα ρύθμισης συναισθημάτων και συμπεριφοράς (Zolkoski & Bullock,2012). Όσον αφορά τους περιβαλλοντικούς προστατευτικούς παράγοντες, αυτοί εντοπίζονται στα πλαίσια που ζει το άτομο. Όπως έχουν επισημάνει πολλοί ειδικοί, η κοινωνία μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην ενδυνάμωση της ψυχική ανθεκτικότητας του ατόμου. Αρχικά, σε προσωπικό επίπεδο, σχετίζονται με την ύπαρξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι η κοινωνική συνεισφορά και συμμετοχή των ατόμων στην κοινωνία, σύμφωνα με έρευνες, συνδέεται με υψηλή αυτοπεποίθηση, ενισχυμένη ηθική ανάπτυξη, και την ικανότητα να διατηρούν τα άτομα πολύπλοκες κοινωνικές σχέσεις. Η δύναμη της οικογένειας έγκειται στο ότι μπορεί να παρέχει ένα σταθερό, υγιές, υποστηρικτικό περιβάλλον στο οποίο οι σχέσεις μεταξύ των μελών θα διέπονται από σεβασμό, θετικό κλίμα και ενσυναίσθηση (Pinkerton & Dolan 2007).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που λειτουργούν επιβαρυντικά όσον αφορά την ψυχική ανθεκτικότητα Στους παράγοντες επικινδυνότητας συγκαταλέγεται οποιαδήποτε αρνητική εμπειρία ή δύσκολη κατάσταση που αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα να παρουσιάσει το άτομο δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική του προσαρμογή ή ψυχολογικά προβλήματα (Chui et al 2012).

Τα επαγγέλματα υγείας αντιμετωπίζουν πολυάριθμους στρεσογόνους παράγοντες στην κλινική τους πρακτική, συμπεριλαμβανομένων της πίεσης χρόνου, του φόρτου εργασίας, των πολλαπλών ρόλων και των συναισθηματικών ζητημάτων (Powers 2003). Το συχνό στρες στο χώρο εργασίας μπορεί να επηρεάσει τη σωματική και ψυχική ευημερία των επαγγελματιών υγείας και να οδηγήσει σε εξάντληση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, συμπτώματα που μοιάζουν με τραυματικό στρες (McCann 2013).

Η εκπαίδευση στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τους ΕΥ, καθώς μπορεί να μειώσει το άγχος που βιώνουν και να βελτιώσει την αποφασιστικότητά τους στη καλύτερη λήψη αποφάσεων(Cleary, et al 2018). Οι ΕΥ έχουν συχνά πολλές ευθύνες, εκτελώντας τους ρόλους τους σε πολύπλοκα περιβάλλοντα κάτω από αγχωτικές συνθήκες. Η ανθεκτικότητα έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας ευημερίας σε τέτοιες αντιξοότητες Η ανθεκτικότητα είναι πολυδιάστατη και μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες. Οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ανθεκτικότητας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το πλαίσιο και να επικεντρώνονται στη βελτίωση των προσαρμοστικών ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας σε αντιξοότητες (Huey & Palaganas 2020).

Η επίδραση της άσκησης στη ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας

Θεωρητικά, η ψυχική ανθεκτικότητα έχει τη δυνατότητα να προάγει την ψυχική υγεία είτε άμεσα είτε μέσω της προώθησης της ανθεκτικής προσαρμογής. Οι διαφορές στην ένταση στο επίπεδο σωματικής δραστηριότητας αναμένεται να ευθύνονται σημαντικά για τις διακυμάνσεις της πνευματικής αντοχής. Ακολουθώντας μια νοοτροπία του να έχουμε ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να είναι ένας τρόπος με τον οποίο η σωματική δραστηριότητα και η άσκηση μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία ενός ατόμου (Gerber et al 2012).

Η τακτική σωματική δραστηριότητα έχει πολλά θετικά φυσιολογικά και ψυχολογικά οφέλη, όπως το να προστατεύει από τις πιθανές συνέπειες αγχωτικών γεγονότων και να προλαμβάνει πολλές χρόνιες ασθένειες (Deuster & Silverman 2013). Σε πρόσφατες ανασκοπήσεις σχετικά με την ανθεκτικότητα, ένας παράγοντας που συνεχίζει να εμφανίζεται ως προώθηση είναι η καλή φυσική κατάσταση (Meredith, et al 2011) και η τακτική φυσική δραστηριότητα (Perna et al 2012). Η σωματική δραστηριότητα, η άσκηση και η αερόβια φυσική κατάσταση προάγουν την ευεξία και μειώνουν τον κίνδυνο προβλημάτων ψυχικής υγείας (Belcher et al 2021).Επίσης έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ψυχολογικά χαρακτηριστικά (Netz,et al 2005) που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα. Για παράδειγμα, το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται αντιστρόφως με τη μέγιστη αερόβια δραστηριότητα(Taylor et al 2008).

Έχει αποδειχθεί ότι χιλιάδες επαγγελματίες υγείας βιώνουν άγχος ή και συχνά κατάθλιψη στον επαγγελματικό τους χώρο εργασίας (Kushal et al 2018). Συνεπώς η άσκηση αποτελεί ένα μέσο για να μειωθεί το άγχος και η κατάθλιψη των επαγγελματιών υγείας (Hamer et al 2012).

Δύο καθοριστικοί παράγοντες της σωματικής δραστηριότητας, η αυτοεκτίμηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα, είτε είναι διαρκή χαρακτηριστικά είτε υπαρκτά χαρακτηριστικά σε ορισμένες μόνο καταστάσεις, είναι απαραίτητοι για την ανθεκτικότητα (Delignières et al 1994). Η αυτο-αποτελεσματικότητα γενικά αντανακλά πόσο αυτοπεποίθηση έχει ένα άτομο (Dzewaltowski 1994) και η αυτοεκτίμηση σηματοδοτεί την αίσθηση αυτοεκτίμησης ή προσωπικής αξίας (Scullyatal 1998).

Ειδικότερα, οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται αντιμέτωποι διαρκώς με τη ανάληψη κάποιας εργασίας και τη λήψη αποφάσεων μπορούν να επωφεληθούν ιδιαίτερα από την τακτική σωματική άσκηση. Η καλή φυσική κατάσταση και η τακτική άσκηση προσδίδουν ανθεκτικότητα και χρησιμεύουν ως μέσο αντίστασης με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης της αντιδραστικότητας στο στρες που συχνά οφείλεται τόσο σε φυσικούς όσο και σε ψυχοκοινωνικούς

στρεσογόνους παράγοντες, που προσδίδουν πολλαπλές φυσιολογικές και ψυχολογικά οφέλη, που χρησιμεύουν ως ρυθμιστικό κατά του στρες, και προστασία από διαταραχές που σχετίζονται με το στρες και πολλές χρόνιες ασθένειες (Prattetal 2014, Gerber&Pühse 2009). Έτσι και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ρυθμίσουν το στρες τους με τη συχνή σωματική δραστηριότητα.

Η επίδραση της άσκησης και της αυτοφροντίδας στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας

Η σωματική δραστηριότητα γίνεται όλο και πιο συχνά κομμάτι της καθημερινότητας των επαγγελματιών υγείας. Η άσκηση δεν ωφελεί μόνο στην σωματική υγεία των ανθρώπων αλλά και στην ψυχική τους υγεία. Υπάρχει ένας αυξανόμενος όγκος βιβλιογραφίας που αναγνωρίζει τις θετικές επιδράσεις της άσκησης σε καταστάσεις διάθεσης όπως άγχος, στρες και κατάθλιψη (Mikkelsen et al 2017). Επιπλέον οι επιδράσεις της άσκησης είναι εμφανείς και στους ψυχολογικούς παράγοντες και τις καταστάσεις της διάθεσης όπου και συνεισφέρει θετικά, βελτιώνοντας τη διάθεση και έχοντας θετικές επιπτώσεις στην ψυχολογία(Mikkelsen et al 2017).

Υπάρχουν πολλές μελέτες που υποστηρίζουν τις θετικές επιπτώσεις της άσκησης στην ψυχική υγεία (Broman-Fulks et al 2004, Pedersen & Fischer 2007). Το γενικό αποτέλεσμα από την έρευνα δείχνει ότι η άσκηση μπορεί να επιφέρει πολλές φυσιολογικές αλλαγές που έχουν ως αποτέλεσμα βελτίωση της κατάστασης της διάθεσης, την αυτοεκτίμηση και χαμηλότερα επίπεδα στρες και άγχους ειδικότερα σε αυτά που βιώνουν οι ΕΥ. Οι σωματικές επιπτώσεις της άσκησης περιλαμβάνουν μείωση της αρτηριακής πίεσης, ενισχυμένη καρδιαγγειακή ικανότητα, απώλεια βάρους και πρόληψη χρόνιων ασθενειών όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης, η υπέρταση, η παχυσαρκία, η οστεοπόρωση και γνωστικές παθήσεις όπως το Αλτσχάιμερ (Watson & Baar 2014).

Φαίνεται ότι τα οφέλη της άσκησης προέρχονται από πολυάριθμες φυσιολογικές ή ψυχολογικές αλλαγές. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν απόσπαση της προσοχής από συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους (Warburton et al 2006) που συχνά βιώνουν οι ΕΥ στο χώρο εργασίας τους και θετικά συναισθήματα που σχετίζονται με κυριαρχία και αυτοαποτελεσματικότητα (Fuss et al 2015).Προτείνεται μάλιστα ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να ενισχύσει την ψυχική ευεξία εξίσου με την ψυχοθεραπεία (Hays 1999). Στην πραγματικότητα, μόνο 20-40 λεπτά αερόβιας άσκησης μπορεί να βελτιώσει το άγχος και τη διάθεση για αρκετές ώρες, και να αλλάξει και να προσφέρει θετική διάθεση στους ΕΥ όχι μόνο στο χώρο εργασίας τους αλλά και στον ελεύθερό τους χρόνο. Οι ρουτίνες άσκησης και η σωματική δραστηριότητα μέσω του αθλητισμού έχει αποδειχθεί ότι αποσπούν την προσοχή από αρνητικές σκέψεις και μηρυκασμούς και ενισχύουν την αυτοεκτίμηση μέσω της αυτο-αποτελεσματικότητας ή της κυριαρχίας. Η συχνά κοινωνική πτυχή της σωματικής δραστηριότητας μπορεί επίσης να προσφέρει διέξοδο σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, άγχος και/ή στρες ιδίως στους ΕΥ που βιώνουν έντονο στρες στην καθημερινότητά τους (Salmon 2001).

Από την άλλη η αυτοφροντίδα αποτελεί επίσης πολύ σημαντικό κομμάτι για τους ΕΥ. Η φροντίδα του εαυτού είναι πολύ σημαντικό κομμάτι τόσο για την σωματική όσο και την ψυχική υγεία. Το άγχος και η εξουθένωση είναι διαδεδομένα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην κλινική εργασία τους, ενώ η ενασχόληση με την αυτοφροντίδα μπορεί να συμβάλει στην προώθηση της ευημερίας του θεραπευτή. Κατά ειρωνικό τρόπο, ενώ βοηθούν τους θεραπευόμενους να κινηθούν προς την ευημερία, οι επαγγελματίες συχνά μπορούν να παραβλέψουν τις δικές τους ανάγκες (Barnett et al. 2007) και πράγματι μπορεί να μην έχουν μάθει πώς να αφιερώνουν χρόνο για να φροντίζουν τους εαυτούς τους. Ωστόσο, η αυτοφροντίδα ή η φροντίδα της ολιστικής ευημερίας του ατόμου μπορεί να είναι μια οδός για την πρόληψη αρνητικών αποτελεσμάτων όπως η επαγγελματική εξουθένωση και του στρες που νιώθουν οι ΕΥ(Barnett et al. 2007). Δεδομένης της παρουσίας τέτοιων πολλαπλών στρεσογόνων παραγόντων, δεν είναι περίεργο που οι επαγγελματίες, συμπεριλαμβανομένων των πτυχιούχων ασκουμένων, αναφέρουν υψηλό επίπεδο άγχους και αγωνίας (El-Ghoroury et al. 2012).Υπάρχει ουσιαστική υποστήριξη για τα ευεργετικά αποτελέσματα της πρακτικής αυτοφροντίδας στη μείωση των αρνητικών αποτελεσμάτων όπως η επαγγελματική εξουθένωση για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ενώ η έλλειψη αυτοφροντίδας σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες (Butler et al. 2017). Η αυτοφροντίδα λοιπόν, αποτελεί μέσο για την βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ευημερίας των ΕΥ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καθημερινά όλο και περισσότεροι άνθρωποι ενθαρρύνονται να εντάξουν την σωματική άσκηση στις καθημερινότητά τους. Η σωματική άσκηση σε συνδυασμό με την υγιεινή διατροφή βοηθούν στην πρόληψη και τη θεραπεία διαφόρων ασθενειών όπως παχυσαρκία καρδιαγγειακές παθήσεις κ.ά. Επιπλέον, εκτός από σωματική υγεία η τακτική σωματική δραστηριότητα συμβάλλει και στην ψυχική υγεία. Κατά την άσκηση ελευθερώνονται ενδορφίνες που βελτιώνουν την ψυχολογική διάθεση του ατόμου και του προκαλούν ευφορία. Έχει αποδειχθεί ότι η σωματική άσκηση συμβάλλει και μειώνει το στρες. Στρες, δύσκολες και συχνά αντίξοες συνθήκες εργασίας βιώνουν συχνά οι ΕΥ. Η σωματική άσκηση αποδεικνύεται μέσα από έρευνες ότι συνεισφέρει στην ψυχική ανθεκτικότητα των

ΕΥ. Εκτελώντας σωματική δραστηριότητα μειώνεται το στρες και η ένταση που κουβαλούν οι ΕΥ από το χώρο εργασίας τους. Ταυτόχρονα σε όλο αυτό συνεισφέρει και η αυτοφροντίδα. Η φροντίδα του εαυτού βοηθάει στην ενίσχυση της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Οι δραστηριότητες που κάνουν οι άνθρωποι και κυρίως οι ΕΥ για τον εαυτό τους και τους βοηθάει να αισθάνονται καλά είναι σημαντικό να γίνονται γιατί έτσι θα μπορούν να ανταπεξέλθουν και να αντιμετωπίσουν το στρες και την καταπίεση που νιώθουν στη δουλειά τους. Η αυτοφροντίδα συμβάλλει και αυτή στη ψυχική ανθεκτικότητα των ΕΥ. Μέσω της αυτοφροντίδας οι ΕΥ μπορούν να αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους αλλά και να προσφέρουν αργότερα και οι ίδιοι με τη σειρά τους στους θεραπευόμενους τη βοήθεια που χρειάζονται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adamu, B., Sani, M. U., & Abdu, A. (2006). Physical exercise and health: a review. Nigerian Journal of Medicine, 15(3), 190-196.

Adler, A., & Seligman, M. E. (2016). Using wellbeing for public policy: Theory, measurement, and recommendations. International journal of wellbeing, 6(1).

Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. Frontiers in psychiatry, 4, 27.

Atkinson, P. A., Martin, C. R., & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. Journal of psychiatric and mental health nursing, 16(2), 137-145.

Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. Professional Psychology: Research and Practice, 38(6), 603a.

Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? The lancet, 380(9838), 258-271.

Belcher, B. R., Zink, J., Azad, A., Campbell, C. E., Chakravartti, S. P., & Herting, M. M. (2021). The roles of physical activity, exercise, and fitness in promoting resilience during adolescence: effects on mental well-being and brain development. Biological psychiatry: Cognitive neuroscience and neuroimaging, 6(2), 225-237.

Bender, T., Nagy, G., Barna, I., Tefner, I., Kadas, E., & Géher, P. (2007). The effect of physical therapy on beta-endorphin levels. European journal of applied physiology, 100, 371-382.

Biddle, S. J., Gorely, T., & Stensel, D. J. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. Journal of sports sciences, 22(8), 679-701.

Blundell, J. E., Gibbons, C., Caudwell, P., Finlayson, G., & Hopkins, M. (2015). Appetite control and energy balance: impact of exercise. Obesity reviews, 16, 67-76.

Broman-Fulks, J. J., Berman, M. E., Rabian, B. A., & Webster, M. J. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. Behaviour research and therapy, 42(2), 125-136.

Butler, L. D., Carello, J., & Maguin, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: Predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 9(4), 416.

Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public health reports, 100(2), 126.

Chen, C., Nakagawa, S., An, Y., Ito, K., Kitaichi, Y., & Kusumi, I. (2017). The exercise-glucocorticoid paradox: How exercise is beneficial to cognition, mood, and the brain while increasing glucocorticoid levels. Frontiers in neuroendocrinology, 44, 83-102.

Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. Nurse education today, 71, 247-263.

Dattilio, F. M. (2015). The self-care of psychologists and mental health professionals: A review and practitioner guide. Australian Psychologist, 50(6), 393-399.

Delignières, D., Marcellini, A., Brisswalter, J., & Legros, P. (1994). Self-perception of fitness and personality traits. Perceptual and motor Skills, 78(3), 843-851.

Department of Health. (2005). Self care–a real choice. Self care support–a practical option. Gateway reference, 4401.

Deuster, P. A., & Silverman, M. N. (2013). Physical fitness: a pathway to health and resilience. US Army Medical Department Journal.

Dishman, R. K., & O'Connor, P. J. (2009). Lessons in exercise neurobiology: the case of endorphins. Mental Health and Physical Activity, 2(1), 4-9.

Dishman, R. K., Motl, R. W., Sallis, J. F., Dunn, A. L., Birnbaum, A. S., Welk, G. J., & Jobe, J. B. (2005). Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. American journal of preventive medicine, 29(1), 10-18.

Dzewaltowski, D. A. (1994). Physical activity determinants: a social cognitive approach. Medicine & Science in Sports & Exercise.

El-Ghoroury, N. H., Galper, D. I., Sawaqdeh, A., & Bufka, L. F. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. Training and education in professional psychology, 6(2), 122.

El-Osta, A., Sasco, E. R., Barbanti, E., Webber, I., Alaa, A., Karki, M., & Majeed, A. (2023). Tools for measuring individual self-care capability: a scoping review. BMC Public Health, 23(1), 1-31.

El-Osta, A., Webber, D., Gnani, S., Banarsee, R., Mummery, D., Majeed, A., & Smith, P. (2019). The Self-Care Matrix: A unifying framework for self-care - Selfcare Journal. SelfCare Journal.

Eöry, A., Békési, D., Eöry, A., & Rózsa, S. (2021). Physical exercise as a resilience factor to mitigate COVID-related allostatic overload. Psychotherapy and Psychosomatics, 90(3), 200-206.

Folke, C. (2016). Resilience (republished). Ecology and society, 21(4).

Fraser, M.W. (Ed.) (1997). Risk and resilience in childhood. Washington, DC: NADW Pressg

Fuss, J., Steinle, J., Bindila, L., Auer, M. K., Kirchherr, H., Lutz, B., & Gass, P. (2015). A runner's high depends on cannabinoid receptors in mice. Proceedings of the National Academy of Sciences, 112(42), 13105-13108.

Garcia, G. P. A., Fracarolli, I. F. L., Dos Santos, H. E. C., de Oliveira, S. A., Martins, B. G., Santin Junior, L. J.,... & Rocha, F. L. R. (2022). Depression, anxiety and stress in health professionals in the COVID-19 context. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(7), 4402.

Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. Pediatric Annals.

Gerber, M., & Pühse, U. (2009). Do exercise and fitness protect against stress-induced health complaints? A review of the literature. Scandinavian journal of public health, 37(8), 801-819.

Gerber, M., Kalak, N., Lemola, S., Clough, P. J., Perry, J. L., Pühse, U.,... & Brand, S. (2013). Are adolescents with high mental toughness levels more resilient against stress?. Stress and Health, 29(2), 164-171.

Gerber, M., Kalak, N., Lemola, S., Clough, P. J., Pühse, U., Elliot, C.,... & Brand, S. (2012). Adolescents' exercise and physical activity are associated with mental toughness. Mental health and physical activity, 5(1), 35-42.

Goldfarb, A. H., & Jamurtas, A. Z. (1997). β-Endorphin response to exercise: an update. Sports medicine, 24, 8-16.

Hamer, M., Endrighi, R., & Poole, L. (2012). Physical activity, stress reduction, and mood: insight into immunological mechanisms. Psychoneuroimmunology: Methods and protocols, 89-102.

Harber, V. J., & Sutton, J. R. (1984). Endorphins and exercise. Sports Medicine, 1, 154-171.

Hays, K. F. (1999). Working it out: Using exercise in psychotherapy. American Psychological Association.

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. The Canadian Journal of Psychiatry, 56(5), 258-265.

Huey, C. W. T., & Palaganas, J. C. (2020). What are the factors affecting resilience in health professionals? A synthesis of systematic reviews. Medical Teacher, 42(5), 550-560.

Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. International journal of behavioral nutrition and physical activity, 7(1), 1-16.
Kearney, B. Y., & Fleischer, B. J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Research in nursing & health, 2(1), 25-34.
Kokkinos, P. (2012). Physical activity, health benefits, and mortality risk. International Scholarly Research Notices, 2012.
Kushal, A., Gupta, S., Mehta, M., & Singh, M. M. (2018). Study of stress among health care professionals: A systemic review. Int J Res Foundation Hosp Healthcare Adm, 6(1), 6-11.
Lakka, T. A., & Bouchard, C. (2005). Physical activity, obesity and cardiovascular diseases. Atherosclerosis: Diet and Drugs, 137-163.
Leão, E. R., Dal Fabbro, D. R., Oliveira, R. B. D., Santos, I. R. D., Victor, E. D. S., Aquarone, R. L., & Ferreira, D. S. (2017). Stress, self-esteem and well-being among female health professionals: A randomized clinical trial on the impact of a self-care intervention mediated by the senses. PloS one, 12(2), e0172455.
Leuenberger, A. (2006). Endorphins, exercise, and addictions: a review of exercise dependence. The Premier Journal for Undergraduate Publications in the Neurosciences, 3(1).
Levin, L. S., & Idler, E. L. (1983). Self-care in health. Annual review of public health, 4(1), 181-201.
Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child development, 71(3), 543-562.
Maclean, H. M. (1991). Patterns of diet related self-care in diabetes. Social science & medicine, 32(6), 689-696.
McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. International Journal of Wellbeing, 3(1).
Meredith, L. S., Sherbourne, C. D., Gaillot, S. J., Hansell, L., Ritschard, H. V., Parker, A. M., & Wrenn, G. (2011). Promoting psychological resilience in the US military. Rand health quarterly, 1(2).
Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M., & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. Maturitas, 106, 48-56.
Molanorouzi, K., Khoo, S., & Morris, T. (2015). Motives for adult participation in physical activity: type of activity, age, and gender. BMC public health, 15(1), 1-12.
Narasimhan, M., Allotey, P., & Hardon, A. (2019). Self care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. bmj, 365.
Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. Psychology and aging, 20(2), 272.
Oman, D., Hedberg, J., & Thoresen, C. E. (2006). Passage meditation reduces perceived stress in health professionals: a randomized, controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology, 74(4), 714.
Pedersen, B. K., & Fischer, C. P. (2007). Beneficial health effects of exercise–the role of IL-6 as a myokine. Trends in pharmacological sciences, 28(4), 152-156.
Perna, L., Mielck, A., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., Holle, R., Breitfelder, A., & Ladwig, K. H. (2012). Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. International journal of public health, 57, 341-349.
Pinkerton, J., & Dolan, P. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. Child & family social work, 12(3), 219-228.
Powers, P. (2003). Empowerment as treatment and the role of health professionals. Advances in Nursing Science, 26(3), 227-237.
Pratt, M., Norris, J., Lobelo, F., Roux, L., & Wang, G. (2014). The cost of physical inactivity: moving into the 21st century. British journal of sports medicine, 48(3), 171-173.
Ranasinghe, C., Ozemek, C., & Arena, R. (2020). Exercise and well-being during COVID 19–time to boost your immunity. Expert review of anti-infective therapy, 18(12), 1195-1200.
Rejeski, W. J., & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences, 56(suppl_2), 23-35.
Richards, K., Campenni, C., & Muse-Burke, J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. Journal of Mental Health Counseling, 32(3), 247-264.
Rokade, P. B. (2011, December). Release of endomorphin hormone and its effects on our body and moods: A review. In International Conference on Chemical, Biological and Environment Sciences (Vol. 431127, No. 215, pp. 436-438).
Ruby, M. B., Dunn, E. W., Perrino, A., Gillis, R., & Viel, S. (2011). The invisible benefits of exercise. Health Psychology, 30(1), 67.
Ruegsegger, G. N., & Booth, F. W. (2018). Health benefits of exercise. Cold Spring Harbor perspectives in medicine, 8(7), a029694.
Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry.
Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. Annals of the New York Academy of Sciences, 1094(1), 1-12.
Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. Clinical psychology review, 21(1), 33-61.
Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R., & Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. British journal of sports medicine, 32(2), 111-120.
Sia, A., Tan, P. Y., Wong, J. C. M., Araib, S., Ang, W. F., & Er, K. B. H. (2022). The impact of gardening on mental resilience in times of stress: A case study during the COVID-19 pandemic in Singapore. Urban Forestry & Urban Greening, 68, 127448.
Skirka, N. (1996). The relationship of hardiness, sense of coherence, sports participation, and gender to perceived stress and psychological symptoms among college students. New York University.
Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2014). The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals. Routledge.
Spittaels, H., Van Cauwenberghe, E., Verbestel, V., De Meester, F., Van Dyck, D., Verloigne, M.,... & De Bourdeaudhuij, I. (2012). Objectively measured sedentary time and physical activity time across the lifespan: a cross-sectional study in four age groups. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9, 1-12.
Taylor, M. K., Markham, A. E., Reis, J. P., Padilla, G. A., Potterat, E. G., Drummond, S. P., & Mujica-Parodi, L. R. (2008). Physical fitness influences stress reactions to extreme military training. Military Medicine, 173(8), 738-742.
US Department of Health and Human Services. (2002). Physical activity fundamental to preventing disease. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, 2-19.
Veale, D. D. C. (1987). Exercise and mental health. Acta Psychiatrica Scandinavica, 76(2), 113-120.
Veer, I., Riepenhausen, A., Zerban, M., Wackerhagen, C., Engen, H., Puhlmann, L., & Kalisch, R. (2020). Mental resilience in the Corona lockdown: first empirical insights from Europe.
Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. Cmaj, 174(6), 801-809.
Warren, J. M., Ekelund, U., Besson, H., Mezzani, A., Geladas, N., & Vanhees, L. (2010). Assessment of physical activity–a review of methodologies with reference to epidemiological research: a report of the exercise physiology section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. European Journal of Preventive Cardiology, 17(2), 127-139.
Watson, K., & Baar, K. (2014, December). mTOR and the health benefits of exercise. In Seminars in cell & developmental biology (Vol. 36, pp. 130-139). Academic Press.
Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2015). SELF-CARE IN HEALTH: WE CAN DEFINE IT, BUT SHOULD WE ALSO MEASURE IT?-Selfcare Journal. Selfcare journal.
Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. Handbook of early childhood intervention, 2, 115-132.
World Health Organization. (1984). Health education in self-care: Possibilities and limitations (No. HED/84.1). World Health Organization.
World Health Organization. (1998). The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998. In The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998.
World Health Organization. (2009). Self-care in the context of primary health care (No. SEA-HSD-320). WHO Regional Office for South-East Asia.
Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. Frontiers in behavioral neuroscience, 7, 10.
Yang, Y. C., Chou, C. L., & Kao, C. L. (2020). Exercise, nutrition, and medication considerations in the light of the COVID pandemic, with specific focus on geriatric population: A literature review. Journal of the Chinese Medical Association, 83(11), 977.
Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. Children & Youth Services Review

REVIEW

The impact of exercise and selfcare on health professionals' resilience: a literature review

Maria Papadopoulou[1], Georgios Manomenidis[2]

1. Aristotle University of Thessaloniki, Faculty of Health Sciences, School of Medicine, Master "Psychological Applications in Health"
2. Assistant Professor, Faculty of Nursing (Didimoteicho Branch), International Hellenic University

ABSTRACT

Health professionals (HPs) face high stress situations every day as they have to deal with many stressful situations and make difficult decisions, with consequences for both their physical and mental health. It is therefore important that they strengthen their resilience through a process of self-care. The purpose of this review was to investigate the effect of physical exercise and self-care on the mental resilience of HPs. For this purpose, a search was made for primary and review studies published in the English language, in the electronic databases Pubmed, Scopus, Sciencedirect. According to these results, it was found that physical exercise and self-care contribute to the mental resilience of HPs. In order to be able to cope with adverse work conditions, they should remain physically and mentally healthy through a self-care process that includes strengthening their mental resilience. In this direction, physical exercise can also contribute, as it is a way of relaxing and reducing stress, as well as improving their mental resilience.

Key words: self-care, health professionals, physical exercise, mental resilience

Corresponding author: Maria Papadopoulou
e-mail: maripapa140@gmail.com

Date of submission: 17/08/2023
Publication date: June 2024

Citation: Papadopoulou M. & Manomenidis G. (2024). The impact of exercise and selfcare on health professionals' resilience: a literature review. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(2): 26-34, https://doi.org./10.24283/hjns.202422

Νεότερα δεδομένα για το σύνδρομο Alport

Γεώργιος Βενετικάκης[1], Λεωνίδας Καμπανάκης[2], Βαρβάρα Γαρεφαλάκη[3]

1. Νοσηλευτής RN, BSN, MSc, Προϊστάμενος στα Νεφρολογικά Κέντρα Αιμοκάθαρσης Μεσόγειος Μεσσήνης και Καλαμάτας, Πελοπόννησος
2. Καθηγητής - Φροντιστηριούχος Αγγλικής και Γερμανικής Γλώσσας, Γέρακας Αττικής
3. Νοσηλεύτρια RN, BSN, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Alport, θεωρείται ως η δεύτερη συχνότερη αιτία μονογονιδιακής νεφρικής ανεπάρκειας μετά την αυτοσωματική επικρατούσα πολυκυστική νόσο των νεφρών. Είναι μια σπάνια νόσος και έχει βρεθεί ότι προσβάλλει περίπου 1/50.000 με 1-9/100.000 νεογνά, με τους άντρες, να εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν το σύνδρομο, σε σχέση με τις γυναίκες. Προκαλείται από παθογόνες μεταλλάξεις του κολλαγόνου IV στα γονίδια COL4A3 και COL4A4 με αυτοσωματική επικρατούσα και αυτοσωματική υπολειπόμενη μετάδοση ή στο γονίδιο COL4A5 με Χ-φυλοσύνδετη κληρονομικότητα.
Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν να βρεθούν τα νεότερα δεδομένα για το σύνδρομο Alport και οι νεότερες θεραπείες αυτού, μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.
Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση σε ηλεκτρονικές πηγές. Αναζητήθηκαν μελέτες στη βάση δεδομένων PubMed, στην αγγλική γλώσσα.
Αποτελέσματα: η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ανέδειξε, ότι οι φαρμακευτικές εταιρίες βρίσκονται αρκετά κοντά ώστε να βρεθεί μια θεραπεία ώστε να καθυστερεί την έναρξη των συμπτωμάτων του συνδρόμου Alport, αλλά και την καθυστέρηση της ένταξης όσων νοσούν από το σύνδρομο αυτό, στην αιμοκάθαρση.
Συμπεράσματα: Όλα δείχνουν, ότι οι πειραματικές μελέτες που γίνονται σε μοντέλα ποντικιών στα εργαστήρια, είναι σε καλό δρόμο και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, οι μελέτες αυτές, να οδηγήσουν στην ανεύρεση της κατάλληλης θεραπείας για το σύνδρομο Alport. Μένει μονάχα, οι μελέτες αυτές να φτάσουν στη φάση ΙΙΙ και να δοκιμαστούν σε ασθενείς με σύνδρομο Alport με ικανοποιητικά για εκείνους αποτελέσματα.
Λέξεις Κλειδιά: Θεραπεία Alport, Κολλαγόνο IV, Μεταλλάξεις, σύνδρομο Alport

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Γεώργιος Βενετικάκης
e-mail: gvenos79@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 21/10/2023
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2024

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

Αναφορά του άρθρου ως: Βενετικάκης Γ., Καμπανάκης Λ. & Γαρεφαλάκη Β. (2024). Νεότερα δεδομένα για το σύνδρομο Alport. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(2): 35-47, https://doi.org./10.24283/hjns.202423

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι πειραματικές μελέτες που γίνονται σε μοντέλα ποντικιών στα εργαστήρια, είναι σε καλό δρόμο και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, οι μελέτες αυτές, να οδηγήσουν στην ανεύρεση της κατάλληλης θεραπείας για το σύνδρομο Alport**
- **Μένει μονάχα, οι μελέτες αυτές να φτάσουν στη φάση ΙΙΙ και να δοκιμαστούν σε ασθενείς με σύνδρομο Alport με ικανοποιητικά για εκείνους αποτελέσματα**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο Alport, είναι μια γενετική ετερογενής διαταραχή της Λεπτής Βασικής Μεμβράνης (ΛΒΜ) του νεφρού και η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από αιματουρία, νευροαισθητηριακή βαρυκοΐα, με σταδιακή απώλεια της ακοής, ανωμαλίες στους οφθαλμούς, με εμφάνιση περιφερικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή ακόμα και εμφάνιση ωχράς κηλίδας, απώλεια της νεφρικής λειτουργίας, εξελισσόμενη νεφρίτιδα με λευκωματουρία (Noone, & Licht,. 2013, Kashtan 2017). Η γενετική αυτή διαταραχή προκύπτει από μεταλλάξεις συγκεκριμένων πρωτεϊνών του κολλαγόνου IV, το οποίο είναι ένα από τα κύρια συστατικά της ΛΒΜ και εντοπίζεται κυρίως στους νεφρούς, τους οφθαλμούς, τους πνεύμονες, τους όρχεις και στον κοχλία. Αποτελείται από τις εξής έξι αλυσίδες: α1, α2, α3, α4, α5 και α6, με κάθε μόριο του κολλαγόνου IV, να αποτελείται από τρία είδη αλύσεων (Kashtan et al 2018, Savige 2020, Savige, et al 2022). Θεωρείται η δεύτερη συχνότερη αιτία μονογονιδιακής νεφρικής ανεπάρκειας μετά την αυτοσωματική επικρατούσα πολυκυστική νόσο των νεφρών (Savige 2019). Ο επιπολασμός του, είναι περίπου 1/50.000 γεννήσεις, ενώ σύμφωνα με το ORPHANET, εμφανίζεται σε 1-9/100.000 νεογνά, με τους άντρες να είναι πιο επιρρεπείς σε σχέση με τις γυναίκες και αντιπροσωπεύει περίπου το 0,5% του γενικού πληθυσμού (Zhang et al 2018, Mastrangelo et al 2022, Watson et al 2023).

Είναι αποτέλεσμα παθογόνων μεταλλάξεων των γονιδίων COL4A3, COL4A4 και COL4A5, τα οποία είναι υπεύθυνα για την κωδικοποίηση των αλυσίδων α3, α4 και α5 του κολλαγόνου IV και μπορεί να κληρονομηθεί είτε με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα του συνδρόμου Alport (ΑΥΣΑ), με μεταλλάξεις των γονιδίων COL4A3 ή/και του COL4A4, με επηρεασμό των αλυσίδων α3 και α4 αντίστοιχα και το οποίο είναι σχετικά σπάνιο, είτε με αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα του συνδρόμου Alport (ΑΕΣΑ), με ετεροζυγωτικές μεταλλάξεις των COL4A3 και COL4A4 με εμφάνιση αυτού στο 10-15% των περιπτώσεων. Επίσης, υπάρχει και η φυλοσύνδετη μορφή του συνδρόμου Alport (ΦΣΣΑ), η οποία κληρονομείται με το Χ-συνδεδεμένο χρωμόσωμα, με μεταλλάξεις του COL4A5, το οποίο επηρεάζει την αλυσίδα α5 και ευθύνεται για το 80-85% των περιπτώσεων εμφάνισης του συνδρόμου Alport (Kruegel et al 2013, Kashtan 2017, Nozu et al 2017, Kohler et al 2022).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας ήταν να αναζητηθούν μέσα από την ιατρική βάση δεδομένων του PubMed, άρθρα για τη θεραπεία του συνδρόμου Alport τα οποία δημοσιεύτηκαν την τελευταία δεκαετία.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

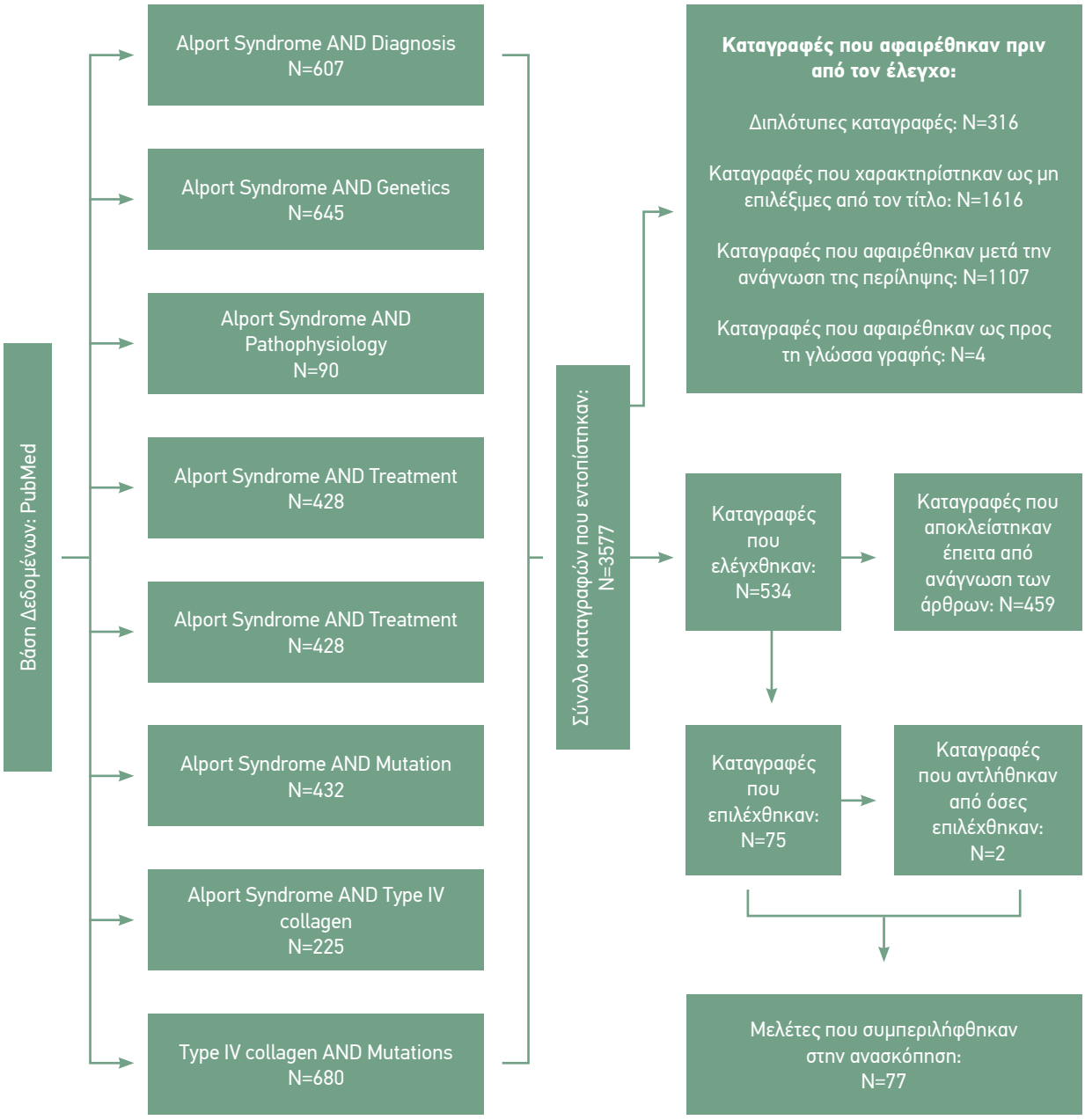
Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, πραγματοποιήθηκε με τη διενέργεια αναζήτησης άρθρων στην ιατρική βάση δεδομένων του PubMed, με σκοπό τη συγκέντρωση όλων των ερευνών που έχουν δημοσιευθεί και συνδέονται εννοιολογικά με το θέμα της παρούσας ανασκόπησης και με λέξεις κλειδιά σχετικά με το σύνδρομο Alport και τα νεότερα θεραπευτικά δεδομένα του. Χρησιμοποιήθηκαν 8 διαφορετικές αναζητήσεις με τους συνδυασμούς λέξεων που αναφέρονται παρακάτω:

- "Alport Syndrome" AND "Diagnosis"
- "Alport Syndrome" AND "Genetics"
- "Alport Syndrome" AND "Pathophysiology"
- "Alport Syndrome" AND "Treatment"
- "Alport Syndrome" AND "Biopsy"
- "Alport Syndrome" AND "Mutations"
- "Alport Syndrome" AND "Type IV collagen"
- "Type IV collagen" AND "Mutations"

Οι περιορισμοί που είχαν τεθεί, ήταν ότι οι μελέτες θα έπρεπε να ήταν των τελευταίων δέκα ετών (2013-2023), να ήταν αυστηρά στην αγγλική γλώσσα και να έχουν εξαγάγει αποτελέσματα σχετικά με τη θεραπεία του συνδρόμου Alport, την παθοφυσιολογία του, τις μεταλλάξεις και τη διάγνωσή του, με την τελευταία ανανέωση των αποτελεσμάτων να πραγματοποιήθηκε στις 29/08/2023. Τα 3577 συνολικά άρθρα που αντλήθηκαν, μελετήθηκαν αρχικά ως προς τον τίτλο τους, ως προς τη γλώσσα γραφής τους, ως προς την περίληψή τους, ως προς τη διπλοτυπία τους και από αυτά απορρίφθηκαν συνολικά 3502 άρθρα, ώστε να κρατηθούν τα 75 από αυτά και τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας. Είναι

εύλογο να αναφερθεί, ότι αντλήθηκαν και 2 άρθρα μέσα από τη βιβλιογραφία των 75 άρθρων που επιλέχθηκαν. Στο διάγραμμα ροής που ακολουθεί, παρατίθεται η στρατηγική αναζήτησης της βιβλιογραφίας, μέσω του διαγράμματος ροής, προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτή η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Διάγραμμα ροής στρατηγικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας για την βιβλιογραφική ανασκόπηση



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το σύνδρομο Alport, θεωρείται σπάνια νόσος και έχει βρεθεί ότι προσβάλλει 1/50000 με 1-9/100000 νεογνά, με τους άντρες, να εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν το σύνδρομο, σε σχέση με τις γυναίκες (Zhang et al 2018). Μέχρι τώρα έχει υπολογιστεί, ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν εμφανίσει αυτή τη διαταραχή περίπου 30,000-60,000 άτομα, με τη συνολική επίπτωση των παιδιών που εμφανίζουν Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ), να αντιπροσωπεύει το 3% και μόλις το 0,2% των ενηλίκων, ενώ στην Ευρώπη, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 0,6% των ασθενών, με τον κίνδυνο εμφάνισης Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΤΣΧΝΝ), να αγγίζει το 50% έως την ηλικία των 25 ετών, το 90% έως την ηλικία των 40 ετών και σχεδόν στο 100% έως την ηλικία των 60 ετών (Li et al 2018, Warady 2020). Ο κοινός Χ-συνδεδεμένος τύπος του συνδρόμου Alport με παθογόνο παραλλαγή του COL4A5, οδηγεί σε ΧΝΝ και επηρεάζει κυρίως τους άντρες, ενώ η Χ-φυλοσύνδετη μορφή προσβάλλει εξίσου και τα δυο φύλα, με το ποσοστό των γυναικών που καταλήγει με νεφρική ανεπάρκεια μέχρι την ηλικία των 60 ετών, να ανέρχεται στο 15-30% και να εμφανίζουν απώλεια ακοής μέχρι τη μέση ηλικία τους (Savige et al 2016). Έχει βρεθεί, ότι το σύνδρομο αυτό, αποτελεί μια σημαντική αιτία ΧΝΝ και αντιπροσωπεύει το 1,5-3% των παιδιών που υποβάλλονται σε θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης (Deltas et al 2013).

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ως παθοφυσιολογία του συνδρόμου Alport, ορίζεται η μειωμένη παραγωγή καθώς και η μειωμένη εναπόθεση του δικτύου του κολλαγόνου IV a345, στις βασικές μεμβράνες του σπειράματος του νεφρού, του κοχλία και των οφθαλμών (Fallerini et al 2014). Ο τρόπος μετάδοσης του είναι ο φυλοσύνδετος (ΦΣΣΑ) με ποσοστό που αγγίζει το 60% (α5, XLAS) και ο αυτοσωματικός με ποσοστό 40% (α3 ή α4) και ο οποίος χωρίζεται σε αυτοσωματικό υπολοιπόμενο χαρακτήρα (ΑΥΣΑ), που ανιχνεύεται στο 15% (ARAS) και οφείλεται σε μεταλλάξεις που αφορούν τόσο το COL4A3, και το COL4A4, ενώ το αυτοσωματικό επικρατούν (ΑΕΣΑ), με ποσοστό 25% (ADAS), οφείλεται σε ετερόζυγες μεταλλάξεις των COL4A3 και COL4A4, με το τελευταίο, να αντιπροσωπεύει τον μεγαλύτερο αριθμό των περιπτώσεων μεταξύ των δυο. Τέλος, υπάρχει και ο τρόπος της διπλής ετεροζυγωτίας μεταξύ των αλύσεων, α3, α4 και α5. Συγκριτικά με τη φυλοσύνδετη μορφή του συνδρόμου Alport (ΦΣΣΑ), οι ασθενείς με αυτοσωματικό επικρατούν χαρακτήρα (ΑΕΣΑ), φαίνεται να φτάνουν σε ΤΣΧΝΝ, βραδύτερα και να εμφανίζουν λιγότερες εξωνεφρικές εκδηλώσεις. Στους αυτοσωματικούς τύπους της νόσου η προσβολή είναι πρώιμη και στα δύο φύλα (Morinière et al 2014).

Η βασική μεμβράνη του σπειράματος, στο σύνδρομο Alport, φαίνεται να είναι περισσότερο επιρρεπής σε πρωτεολυτικό τραυματισμό, ο οποίος με τη σειρά του, φαίνεται να οδηγεί σε ενεργοποίηση της προσκόλλησης της πρωτεϊνικής κινάσης στα ποδοκύτταρα, σε σπειραματική φλεγμονή, διαμερισματοσωληναριακή ίνωση, ακόμα και σε ΤΣΧΝΝ (Delimont et al 2014, Dufek et al 2020). Η πρωτοπαθής παθολογία του συνδρόμου Alport και η οποία προκαλεί ανωμαλίες στη λεπτή βασική μεμβράνη, ανιχνεύεται στο μη κολλαγονικό (NC1) C, το οποίο είναι το τελικό άκρο της αλυσίδας α5 στο ΦΣΣΑ καθώς και των αλυσίδων α3 και α4 του ΑΥΣΑ και ΑΕΣΑ αντίστοιχα (Watson et al 2023). Κατά την νεφρική ανάπτυξη, οι αλυσίδες που κυριαρχούν στη ΛΒΜ είναι οι α1 και α2. Κατά την ωρίμανση όμως, τα νηία αναλαμβάνουν οι αλυσίδες α3, α4 και α5. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι αλυσίδες αυτές (α3, α4, α5), συνδυάζονται μεταξύ τους με σκοπό να αναπτύξουν ένα μοναδικό δίκτυο κολλαγόνου και οποιαδήποτε ανωμαλία σε αυτές επηρεάζει σημαντικά το σχηματισμό του κολλαγόνου αυτού με αποτέλεσμα την ανώμαλη προσκόλληση των άλλων αλυσίδων του κολλαγόνου και με τη σειρά της να προκαλεί διάσπαση και εν συνεχεία βλάβη στη ΛΒΜ. Αυτό συμβαίνει στους ασθενείς που εμφανίζουν το σύνδρομο Alport (Olaru et al 2013, Kashtan et al 2018).

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ

Νεφρικές

Μια από τις συχνότερες εκδηλώσεις του συνδρόμου Alport και η οποία οδηγεί σε νεφρική βλάβη, είναι η επίμονη μικροσκοπική αιματουρία, με την εμφάνισή της να γίνεται κατά το πρώτο έτος της ζωής ή ακόμα και αμέσως μετά τη γέννηση σε άρρενες άτομα που έχουν προσβληθεί από τη νόσο με το ποσοστό αυτής, να ανέρχεται στο 60-70% των περιπτώσεων (Hadjipanagi et al 2022). Αν και απουσιάζει κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, η πρωτεϊνουρία κάνει την εμφάνισή της τόσο σε όλους τους άντρες ασθενείς με ΦΣΣΑ, όσο και στα δυο φύλα με ΑΥΣΑ με την τιμή αυτής να κυμαίνεται στα 1-2gr/24ωρο και να αυξάνεται προοδευτικά ανάλογα με την ηλικία, φτάνοντας ακόμα και στα επίπεδα του νεφρωσικού συνδρόμου στο 30-40% των περιπτώσεων. Επίσης, στους άντρες ασθενείς, σε πολλές περιπτώσεις αναπτύσσεται και αρτηριακή υπέρταση και κυρίως κατά τη δεύτερη δεκαετία της ζωής τους (Watson et al 2023).

Ακουστικές

Έκπτωση της ακοής που οδηγεί σε κώφωση, παρατηρείται περίπου στο 80% των αντρών και μόλις στο 30% των γυναικών με σύνδρομο Alport, καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη συσχέτισης στις γυναίκες, έχει αποδοθεί σε τυχαία αδρανοποίηση του Χ χρωμοσώματος (Savige et al 2022). Η ακοή είναι καθ' όλα φυσιολογική κατά τη γέννηση και ακολουθεί η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα στις υψηλές συχνότητες (2000-8000Hz) περίπου στο 50% των αντρών που έχουν

προσβληθεί από τη νόσο με ΦΣΣΑ, μέχρι την ηλικία των 15 ετών και στο 90% μέχρι την ηλικία των 40 ετών, με την ακοομετρία να αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο για τη διάγνωση της απώλειας της ακοής κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου, ενώ στα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με σύνδρομο Alport, οι ακοολογικές εκτιμήσεις, θα πρέπει να ξεκινούν από την ηλικία των 5 ετών (Hashimura et al 2014, Taylor & Flinter 2014, Cardoso et al 2020). Η απώλεια της ακοής κατά τα πρώτα ηλικιακά στάδια, συνήθως είναι συνυφασμένη με σοβαρή νεφρική βλάβη. Πρώιμη βαρηκοΐα παρατηρείται συνήθως και στα δυο φύλα με ΑΥΣΑ με προοδευτική επιδείνωση αυτής, όσα αυξάνεται η ηλικία τους (Plevová et al 2017). Μελέτες έχουν αναφέρει ότι η βασική ακουστική βλάβη στα άτομα με σύνδρομο Alport, εντοπίζεται στον κοχλία και όσο η απώλεια της ακοής εξελίσσεται, οι ασθενείς χρειάζονται ακουστικά βαρηκοΐας (Sheffield & Smith 2019).

Οφθαλμικές

Οι οφθαλμικές ανωμαλίες, δεν είναι καθόλου σπάνιο φαινόμενο και εμφανίζονται στο 25% των ασθενών με ΦΣΣΑ, όπου το 40% αυτού, ανήκει σε άντρες ασθενείς και περίπου στο 15% σε γυναίκες (Sonarkhan et al 2014). Μια από τις συνηθέστερες εκδηλώσεις του συνδρόμου Alport που αφορούν την όραση, είναι η αμφιβληστροειδοπάθεια με κηλίδες και η οποία εμφανίζεται στο 85% των αντρών με ΦΣΣΑ. Κατά την παιδική ηλικία δεν υπάρχει η εκδήλωσή αυτής, όμως η εμφάνισή της φαίνεται ότι ξεκινάει κυρίως με την έναρξη της έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας και συνήθως είναι ασυμπτωματική. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί σταδιακά να αναπτύξουν προοδευτική εξασθένιση της όρασης (Savige et al 2015, Fernández-Gutiérrez et al 2022). Γύρω από την ωχρά κηλίδα κάνουν την εμφάνιση τους στίγματα και πολυάριθμες λευκές ή κίτρινες κουκίδες με τις μεταβολές αυτές να συνοδεύονται ή/και όχι από πρόσθιο φακόκωνο (Gupta et al 2019). Η μετάλλαξη του γονιδίου COL4A5, προκαλεί σπάνια αραίωση της ωχράς κηλίδας και αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό το οποίο σχετίζεται άμεσα με το ΦΣΣΑ (Ahmed et al 2013). Άλλες οφθαλμικές εκδηλώσεις του συνδρόμου Alport, είναι, η αδιαφάνειες φακού, η μυωπία, οι εξελκώσεις του κερατωειδούς, η οπίσθια πολυμορφική δυστροφία και ο οπίσθιος υποκάμψιος καταρράκτης σε συνδυασμό με λυομυομάτωση (Sonarkhan et al 2014).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εξέταση στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο

Το κύριο χαρακτηριστικό του συνδρόμου Alport, είναι η μικροσκοπική αιματουρία με τους άρρενες που έχουν ΦΣΣΑ, να την εμφανίζουν κατά τα πρώιμα χρόνια της ζωής τους, ενώ κατά την παιδική ηλικία, μπορεί ακόμα και να εμφανιστεί ακαθόριστη, επεισοδιακή αιματουρία. Το σύνδρομο Alport, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται πάντα στην αρχική διαφορική διάγνωση των ασθενών που παρουσιάζουν εμμένουσα μικροαιματουρία, αφού αρχικά αποκλειστούν δομικές ανωμαλίες τόσο του ουροποιητικού συστήματος, όσο και των νεφρών (Kashtan 2019).

Η διάγνωση του συνδρόμου Alport, βασίζεται κατά κύριο λόγο στην εξέταση του νεφρικού ιστού με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, όπου τα κλασσικά ευρήματα αφορούν τη βασική μεμβράνη του σπειράματος η οποία κατά τόπους εμφανίζει διάχυτη πάχυνση και κατά τόπους λέπτυνση, κάτι το οποίο σηματοδοτεί την προοδευτική νεφροπάθεια, ανεξάρτητα από το οικογενειακό ιστορικό. Σύντηξη των ποδοειδών εκβλαστήσεων, παρατηρείται στις περιοχές με τις μεγαλύτερες διαταραχές στη βασική μεμβράνη. Το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο όμως, σε ασθενή με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό, δεν μπορεί να διαφοροποιήσει μια νέα ΦΣΣΑ από μια ΑΥΣΑ μορφή του Alport και η βιοψία φαίνεται να έχει διφορούμενα ευρήματα ιδιαίτερα σε γυναίκες ασθενείς, αλλά και νέους και των δυο φύλων (Kovács et al 2016).

Γενετικός έλεγχος

Ο γενετικός έλεγχος, είναι καθοριστικός για τη διάγνωση της ασθένειας και στον προσδιορισμό, καθώς παρά την πλήρη ανάλυση του οικογενειακού ιστορικού και τη διενέργεια των ιστολογικών εξετάσεων, η διάγνωση είναι αδύνατον να τεθεί (Fallerini et al 2014). Ο μοριακός γενετικός έλεγχος, είναι ακριβής και μπορεί να δώσει την πρόγνωση με την αποκάλυψη της υποκείμενης μετάλλαξης αν και το ποσοστό ανίχνευσης του COL4A5 γονιδίου σε οικογένειες με σύνδρομο Alport, δεν ξεπερνάει το 50% και η αναζήτηση του, όπως και των μεταλλάξεων στα γονίδια COL4A3 και COL4A4, είναι μια ακριβή και συνάμα χρονοβόρα διαδικασία (Savige et al 2019). Ο γενετικός έλεγχος αντικαθιστά τις πιο επεμβατικές εξετάσεις, όπως είναι η βιοψία νεφρού και δέρματος, με την ανάδειξή του ως ο «*χρυσός κανόνας*», για την διάγνωση σε μοριακό επίπεδο στο 95% περίπου των ασθενών με σύνδρομο Alport και ειδικά στις περιπτώσεις εκείνες με μεμονωμένη αιματουρία χωρίς κάποια εξωνεφρική εκδήλωση (Li et al 2018).

Οι προκλήσεις για τη διάγνωση των νεφροπαθειών του κολλαγόνου IV είναι μεγάλες, καθώς οι μεταλλάξεις των COL4A3, COL4A4 και COL4A5, ολοένα και αυξάνονται. Αυτό οφείλεται στο μεγάλο μέγεθος που έχουν αυτά τα γονίδια, τα οποία περιλαμβάνουν 52, 48 και 51 κωδικοποιημένα εξώνια για το COL4A3, COL4A4 και COL4A5 αντίστοιχα. Μέχρι το Μάρτιο του 2022, είχαν εντοπιστεί περισσότερες από 3000 διαφορετικές μεταλλάξεις στα γονίδια COL4A3, COL4A4 και COL4A5 με τις περισσότερες από αυτές να εντοπίζονται στο γονίδιο COL4A5 (Lin et al 2014, Zhao et al 2019, Cerkauskaite et al 2022).

Ανασοφθορισμός σε βιοψία νεφρού

Τα περισσότερα αρσενικά άτομα με ΦΣΣΑ, τυπικά

παρουσιάζουν πλήρη ανοσοχρώση στις αλυσίδες α3, α4 και α5 του κολλαγόνου IV κατά τη νεφρική βιοψία. Φυσιολογική χρώση των νεφρικών λεπτών βασικών μεμβρανών, για τις αλυσίδες α3, α4 και α5 του κολλαγόνονου IV, παρουσιάζει το 20% των αντρών με ΦΣΣΑ. Τα θηλυκά ετερόζυγα με ΦΣΣΑ, συνήθως εμφανίζουν αποσπασματική απώλεια χρώσης στις αλυσίδες α3, α4 και α5 του κολλαγόνονου IV. Τα άτομα με ΑΥΣΑ, παρουσιάζουν κάποιες ανωμαλίες της έκφρασης του κολλαγόνου IV, οι οποίες διαφέρουν από εκείνες των ατόμων με ΦΣΣΑ και παρουσιάζουν πλήρη απουσία χρώσης στις αλυσίδες α3 και α4, ενώ η χρώση στην αλυσίδα α5, είναι θετική στην κάψα του Bowman και στη βασική μεμβράνη του άπω εσπειραμένου σωληναρίου. Οι ασθενείς με ΑΕΣΑ, εμφανίζουν θετική χρώση της βασικής μεμβράνης του σπειράματος στις αλυσίδες α3, α4 και α5 του κολλαγόνου IV (Kashtan 2019).

Ανοσοφθορισμός σε βιοψία δέρματος

Όταν υπάρχει αντένδειξη της νεφρικής βιοψίας και δεν μπορεί να γίνει γενετικός έλεγχος, τότε μπορεί να πραγματοποιηθεί βιοψία δέρματος, η οποία είναι λιγότερο επεμβατική σε σχέση με τη βιοψία νεφρού και είναι πιο κατατοπιστική για τις περισσότερες περιπτώσεις ΦΣΣΑ, για το λόγο του ότι η αλυσίδα α5 του κολλαγόνου IV, είναι παρούσα στη βασική μεμβράνη του δέρματος. Τα ευρήματα του, μας δείχνουν ότι στο 80% των αντρών που έχουν ΦΣΣΑ με μονοκλωνικό αντίσωμα και το οποίο έχει κατεύθυνση κατά της αλυσίδας α5 του κολλαγόνου IV, υπάρχει πλήρη απουσία χρώσης των επιδερμικών βασικών μεμβρανών και μόνο το 20% αυτών, να παρουσιάζουν θετική χρώση. Από την αντίπερα όχθη, το 60-70% των γυναικών με ΦΣΣΑ, παρουσιάζουν μωσαϊκισμό της χρώσης της αλυσίδας α5 και αυτό οφείλεται στην αδρανοποίηση του χρωμοσώματος Χ. Οι ασθενείς με ΑΥΣΑ και ΑΕΣΑ, έχουν φυσιολογική χρώση της αλυσίδας α5 (Kashtan 2019).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει κάποια ειδική θεραπεία για το σύνδρομο Alport, η οποία να επικεντρώνεται στον περιορισμό της αύξησης της πρωτεϊνουρίας και κατ' επέκταση της νεφρικής νόσου, εκτός από τους αποκλειστές του συστήματος Ρενίνης - Αγγειοτενσίνης - Αλδοστερόνης (RAAS). Η θεραπεία αυτή, φαίνεται να καθυστερεί σημαντικά την εμφάνιση της ΧΝΝ και να παρατείνει το προσδόκιμο ζωής. Όμως η πλειονότητα των ατόμων που πάσχουν από το σύνδρομο Alport, τελικά θα χρειαστούν κάποια υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας (Torra & Furlano 2019, Weinstock et al 2020). Μια μικρή μελέτη των Diana et al (2015), σε μια συνδυαστική θεραπεία με αναστολείς των υποδοχέων αγγειοτενσίνης (ARBs), αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγειοτενσίνης (α-ΜΕΑ), μια στατίνη και ένα αναστολέα των διαύλων του ασβεστίου, έδειξε ότι είχε θετική έκβαση όσον αφορά τη βελτίωση της υπέρτασης και της λευκωματουρίας στους ασθενείς με σύνδρομο Alport και μείωσε σημαντικά την εξέλιξή της σε όσους δεν είχαν ακόμα ΧΝΑ.

Επίσης, τα αποτελέσματα σε μια άλλη μελέτη σε ποντίκια με COL4A3, έδειξαν ότι η θεραπεία με ραμιμπρίλη, -την οποία είχαν ξεκινήσει, πριν την έναρξη της πρωτεϊνουρίας-, σχεδόν διπλασίασε το προσδόκιμο της ζωής των ποντικών που έπασχαν από σύνδρομο Alport (Reiterová & Tesař 2023). Οι Gregorio et al (2023) στη μελέτη τους, κάνουν αναφορά σε μια μη παρεμβατική μελέτη που έλαβε χώρα το 2012 με τη συμμετοχή 283 ασθενών με σύνδρομο Alport και τα οποία παρακολουθούσαν για πάνω από δυο δεκαετίες με τα αποτελέσματα της οποίας να αποκαλύπτουν ότι η έναρξη του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης καθυστέρησε σε σημαντικό βαθμό την ηλικία έναρξης της νεφρικής ανεπάρκειας. Η μεταμόσχευση νεφρού, θεωρείται ακόμα και σήμερα ως η θεραπεία εκλογής των ατόμων που πάσχουν από Alport, μιας και η περίπτωση υποτροπή της πρωτοπαθούς νόσου είναι μόλις 3%-4% με την εμφάνιση anti-GBM νεφρίτιδας, κατά το πρώτο έτος της μεταμόσχευσης κυρίως σε άτομα με ΦΣΣΑ με COL4A3. Στην περίπτωση αυτή, ως θεραπεία, συνιστάται η χορήγηση κυκλοφωσφαμίδης και η έναρξη πλασμαφαίρεσης. Οι ασθενείς με σύνδρομο Alport που θα χάσουν το μόσχευμα τους από anti-GBM νεφρίτιδα, έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν εκ νέου νεφρίτιδα σε επόμενη μεταμόσχευση νεφρού (Watson et al 2023).

ΝΕΟΤΕΡΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το σύνδρομο Alport, έχει προσελκύσει τις φαρμακευτικές εταιρίες, καθώς όπως έχει προαναφερθεί, δεν υπάρχει κάποια δραστική θεραπεία για αυτό εκτός από τους αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (α-ΜΕΑ) και τους αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης (ARBs), που θεωρούνται τα κύρια φάρμακα για τη θεραπεία του Alport. Όμως, σήμερα αρκετά φάρμακα βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια κλινικών δοκιμών και τα οποία είναι: οι αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου/γλυκόζης 2 (SGLT2is), οι αμινογλυκοσίδες, οι αναστολείς του υποδοχέα ενδοθηλίνης τύπου Α και του υποδοχέα αγγειοτενσίνης ΙΙ τύπου 1, φαρμακα τροποποιητές των λιπιδίων και στατίνες, η υδροξυχλωροκίνη (HCQ), το anti-miR-21, αναστολείς του υποδοχέα 1 της επικράτειας δισκοϊδίνης (DDR1), οι παράγοντες αποκλεισμού της οστεοποντίνης, η μεθυλική βαρδοξολόνη, θεραπεία με βλαστοκύτταρα και τέλος, η θεραπεία γονιδιακής αντικατάστασης (Torra & Furlano 2019, Gregorio et al 2023).

Αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου/γλυκόζης 2 (SGLT2is)

Οι SGLT2is, δρουν εμποδίζοντας την απορρόφηση της

γλυκόζης στο εγγύς εσπειραμένο σωληνάριο, κάτι το οποίο εκτοξεύει τη γλυκοζουρία και μειώνει τη γλυκόζη στο αίμα. Είναι φάρμακα με νεφροπροστατευτικές ιδιότητες οι οποίες είναι ανεξάρτητες από τον γλυκαιμικό έλεγχο. Η νεφροπροστατευτική τους δράση προκαλείται από την ωσμωτική διούρηση και την νατριουρία που προκαλεί αγγειοσύσπαση των προσαγωγών αρτηριών και μείωση της ενδοσπειραματικής πίεσης καθώς και μείωση της λευκωματουρίας (Vallon 2015). Η χρήση των SGLT2is, για τη θεραπεία της διαβητικής νεφρικής νόσου τα τελευταία χρόνια, έχει λάβει εκτεταμένη αναγνώριση λόγω αρκετών μεγάλων τυχαιοποιημένων μελετών που έδειξαν για πρώτη φορά, ότι επιβραδύνουν σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη της ΧΝΝ διαβητικής και μη διαβητικής προέλευσης και μειώνουν επίσης, την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα (Reiterová & Tesař 2023, Gregorio et al 2023). Σε μια προοπτική μελέτη περιπτώσεων που αξιολογούσε τις επιδράσεις των SGLT2is, 6 ασθενείς που είχαν διαγνωσθεί με σύνδρομο Alport, μαζί με τα ήδη φάρμακα που λάμβαναν, έλαβαν επιπρόσθετα και θεραπεία με SGLT2is, με τη χορήγησή τους μια φορά την ημέρα και τη μέση διάρκεια της θεραπείας να είναι οι 4,5 μήνες. Τα αποτελέσματα, έδειξαν μείωση του λόγου αλβουμίνης – κρεατινίνης των ούρων από 1827 (± 1560) mg/g σε 1127 (± 854) mg/g, όμως δεν υπήρξαν διαφορές στον eGFR πριν και μετά τη λήψη των SGLT2is (Boeckhaus & Gross 2021).

Στη μελέτη DAPA-CKD, αν και ο αριθμός των ασθενών με σύνδρομο Alport, ήταν μικρός, η επίδραση των αναστολέων SGLT2is, δείχνει να είναι ικανοποιητική στη ΧΝΝ μη μεταβολικής προέλευσης (Mabillard & Sayer 2020). Συνεπώς, οι αναστολείς SGLT2is, φαίνεται να είναι αρκετά υποσχόμενοι για τη θεραπεία του Alport, όμως θα πρέπει να γίνουν μεγαλύτερες κλινικές δοκιμές, οι οποίες να συμπεριλάβουν αρκετούς ασθενείς με τη νόσο, ώστε να καθοριστεί εν τέλει, αν έχουν σημαντικά κλινικά οφέλη σε άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο Alport, αν και όπως ήδη αναφέρθηκε, η χρήση τους είναι ιδιαίτερα δημοφιλής, μιας και στις μέρες μας διατίθεται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες σε ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου 3 με πρωτεϊνουρία >0.2g/g κρεατινίνης (Reiterová & Tesař 2023, Gregorio et al 2023).

Αμινογλυκοσίδες

Οι αμινογλυκοσίδες έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως σε γενετικές ασθένειες όπως είναι η κυστική ίνωση και η μυϊκή δυστροφία, καθώς διορθώνουν τις μη ερμηνεύσιμες μεταλλάξεις (Gregorio et al 2023). Το EXL-02, το οποίο είναι ένα αναλογικό αμινογλυκοσίδιο, δοκιμάστηκε σε μια τυχαιοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη φάσης Ι, ώστε να γίνει εκτίμηση της ασφάλειας και της φαρμακοκινητικής του σε 62 υγιείς συμμετέχοντες σε μια διάρκεια 29 ημερών. Περίπου το 90% των συμμετεχόντων εμφάνισε τουλάχιστον μια ανεπιθύμητη παρενέργεια του φαρμάκου άμεσα σχετιζόμενη με τη θεραπεία και κυρίως στο σημείο που είχε γίνει η ένεση του φαρμάκου και μόλις ένα 7% παρουσίασε διαταραχή σχετιζόμενη με την ακοή. Πλέον το EXL-02, βρίσκεται στη φάση ΙΙ, με κλινικές δοκιμές σε ασθενείς με σύνδρομο Alport ΦΣΣΑ και ΥΑΣΑ, τα οποία παρουσιάζουν και τις περισσότερες μεταλλάξεις (Leubitz et al 2021).

Αναστολείς του υποδοχέα ενδοθηλίνης τύπου Α και της αγγειοτενσίνης ΙΙ τύπου 1

Ένας από του σημαντικότερους ρόλους που διαδραματίζει ο αναστολέας του υποδοχέα ενδοθηλίνης τύπου Α, είναι στην παθολογία των νεφρών καθώς και του έσω ωτός (Reiterová & Tesař 2023). Η σπαρσεντάνη, η οποία είναι ένας διπλός αναστολέας του υποδοχέα της ενδοθηλίνης Α καθώς και του υποδοχέα αγγειοτενσίνης ΙΙ τύπου 1, σε μια κλινική δοκιμή, φαίνεται να μπόρεσε να παρατείνει τη ζωή και να βελτιώσει τις ακουστικές ανωμαλίες των ποντικιών με σύνδρομο Alport και να μειώσει σημαντικά την πρωτεϊνουρία σε σχέση τη λοσαρτάμη ή την ατρασεντάνη, που ενώ μείωσε τον κίνδυνο νεφρικών επεισοδίων και την λευκωματουρία σε ασθενείς με διαβήτη και ΧΝΑ, παρουσίασε αρκετές παρενέργειες όπως, οίδημα και αναιμία, μέσα σε 4 εβδομάδες θεραπείας (Chavez et al 2022, Reiterová & Tesař 2023). Η ενδοθηλίνη τύπου Α, έχει γίνει στόχος μελέτης σε ασθενείς με σύνδρομο Alport. Μέχρι τώρα τρέχουν δυο κλινικές μελέτες που αξιολογούν τους ανταγωνιστές των υποδοχέων ενδοθηλίνης (Gregorio et al 2023).

Φάρμακα τροποποιητές των λιπιδίων

Τα λιπαρά οξέα θεωρούνται σημαντικές πηγές ενέργειας για τους νεφρούς και ειδικά για τα σωληναριακά κύτταρα. Η νεφρική λιποτοξικότητα με τη σειρά της, συμβάλλει στη δυσλειτουργία των κυττάρων και ειδικά των ποδοκυττάρων, που θεωρούνται τα πιο ευαίσθητα νεφρικά κύτταρα καθώς και στην αύξηση της πρωτεϊνουρίας, ενώ η εξασθένιση της μεταφοράς της χοληστερόλης από τα κύτταρα ενισχύει την εμφάνιση σπειραματοσκλήρυνσης (Merscher et al 2014, Chen et al 2020). Μελέτες έχουν δείξει τη συσσώρευση λιπιδίων σε ποντίκια με σύνδρομο Alport. Η υδροξυπροπυλο-β-κυκλοδεξτρίνη, που συνδέεται με τη χοληστερόλη, χορηγήθηκε για ένα διάστημα 4 εβδομάδων σε ποντίκια με σύνδρομο Alport (COL4A3) και φάνηκε να μειώνει σε σημαντικό βαθμό τη συσσώρευση των λιπιδίων στα νεφρά (Mitrofanova et al 2018).

Δυστυχώς όμως, τα αποτελέσματα της υδροξυπροπυλο-β-κυκλοδεξτρίνη, για την απομάκρυνση της χοληστερόλης δεν είναι ενθαρρυντικά, μιας και υπάρχουν ανησυχίες για πιθανή ωτοτοξικότητα, λόγω της απώλειας των εξωτερικών τριχωτών κυττάρων του κοχλία στα ποντίκια, κάτι το οποίο θα ήταν αρκετά ανησυχητικό να συνέβαινε σε ασθενείς με σύνδρομο Alport, αφού είναι επιρρεπείς στην έκπτωση

της ακουστικής ικανότητας (Crumling et al 2017). Στις μέρες μας έχουν αναπτυχθεί διάφορα φάρμακα για τη μείωση των επιπτώσεων της λιποτοξικότητας στις νεφρικές παθήσεις, όπως το R3R01, που είναι ένας νέος παράγοντας τροποποίησης των λιπιδίων και επί του παρόντος, βρίσκεται στη φάση ΙΙ των κλινικών δοκιμών (Gregorio et al 2023).

Η χρήση των στατινών σε ασθενείς με ΧΝΝ, εικάζεται ότι μπορεί να σχετίζεται με βραδύτερη εξέλιξη αυτής, όμως δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για τη στήριξη της. Ενώ παρατηρήθηκαν ευεργετικές επιδράσεις των στατινών στη μείωση της λευκωματουρίας σε μελέτες με ποντίκια που είχαν σύνδρομο Alport (COL4A3), με τη χρήση εζετιμίμπης, τα ίδια αποτελέσματα, δεν παρατηρήθηκαν ακόμα σε ασθενείς με σύνδρομο Alport, ενώ επί του παρόντος, βρίσκονται σε φάση μελετών για εκείνους (Esmeijer et al 2019, Kim et al 2021).

Υδροξυχλωροκίνη (HCQ)

Η υδροξυχλωροκίνη (HCQ), είναι ένα παράγοντας κατά της ελονοσίας και έχει ανοσοτροποποιητική δράση. Χρησιμοποιείται κυρίως για τη θεραπεία κάποιων αυτοάνοσων παθήσεων, όπως είναι ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος και η φλεγμονώδης αρθρίτιδα (Schrezenmeier & Dörner 2020). Σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη που έγινε σε ασθενείς με IgA νεφροπάθεια και οι οποίοι λάμβαναν βελτιστοποιημένη θεραπεία με αναστολείς RAAS, με eGFR 54 ml/min/1,73m^2 και πρωτεϊνουρία 1,7 g/d, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η προσθήκη HCQ μέσα σε 6 μήνες μείωσε σημαντικά την πρωτεϊνουρία στα 0.9 g/d, χωρίς την αναφορά ανεπιθύμητων παρενεργειών (Liu et al 2019). Στην Κίνα το έτος 2019, συμπεριέλαβαν ασθενείς με ΦΣΣΑ και ΥΑΣΑ, σε μια νέα τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη σχετικά με αποτελεσματικότητα και την ανεκτικότητα της HCQ, με την συμμετοχή 50 παιδιατρικών ασθενών που θα λάμβαναν τη θεραπεία για 48 εβδομάδες αρκεί, να λάμβαναν σταθερή δόση εναλαπρίλης για 6 μήνες. Η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη αυτή μελέτη στην Κίνα, επί του παρόντος βρίσκεται στη φάση ΙΙ των κλινικών δοκιμών ((Liu et al 2019, Chavez et al 2022).

Anti-miR-21

Τα microRNA-21, είναι μονόκλωνα μόρια RNA, τα οποία μπορούν να ρυθμίσουν τη γονιδιακή έκφραση αλληλεπιδρώντας με ειδικές θέσεις της 3΄αμετάφραστης περιοχής (3΄UTR) του mRNA, συγκεκριμένων γονιδίων, προκαλώντας αναστολή της μετάφρασης ή αύξηση της αποδόμησης των αγγελιοφόρων RNA στόχων τους (Christopher et al 2016). Σε μελέτες, έχει φανεί ότι είναι απορυθμισμένο σε αρκετές διαταραχές που αφορούν τους νεφρούς, όπως και στο σύνδρομο Alport. Μελέτες που έγιναν σε ποντίκια knockout COL4A3, απέδειξαν ότι το miRNA-21 που σχετίζεται με τους νεφρούς, μπορεί να ρυθμιστεί και πως η χρήση ολιγονουκλεοτιδίων κατά του miRNA-21, έχει την ικανότητα, να επιβραδύνει σημαντικά την εξέλιξη της νεφρικής νόσου καθώς και την επιβίωση των ποντικιών με σύνδρομο Alport (Gomez et al 2015). Σε δείγματα νεφρών από ασθενείς με σύνδρομο Alport, βρέθηκε ότι η έκφραση του miRNA-21, είναι αρκετά υψηλότερη και σχετίστηκε με την πρωτεϊνουρία, και τους βιοδείκτες της νεφρικής νόσου (Guo et al 2019).

Το 2022, πραγματοποιήθηκε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, στην οποία έκαναν υποδόρια ένεση του Ladermisen, το οποίο είναι μόριο anti-miRNA-21 και στη φάση ΙΙ των κλινικών δοκιμών, θα λάμβαναν μέρος περίπου 45 ασθενείς με σύνδρομο Alport, με τα αποτελέσματα να αναμένονταν να ήταν διαθέσιμα το έτος 2023 (Chavez et al 2022). Τα κριτήρια για την επιλογή των ασθενών έθεταν το όριο της ηλικίας των ασθενών, να ήταν μεταξύ 18-55 ετών, να είχαν eGFR 35-90 ml/min/1,73m^2 και μείωση του eGFR κατά ≥4 ml/min/1,73m^2/έτος εντός 3 ετών πριν από τη μελέτη. Δυστυχώς όμως, η μελέτη αυτή τερματίστηκε, λόγω του ότι δεν φάνηκε να βελτιώνει σημαντικά το ετήσιο eGFR (Gregorio et al 2023).

Αναστολείς του υποδοχέα 1 της επικράτειας δισκοϊδίνης (DDR1)

Πρόκειται για υποδοχέα της κινάσης τυροσίνης που διεγείρεται από τα κολλαγόνα και έχει εμπλοκή στην ανάπτυξη ινωτικών διαταραχών. Μελέτες έδειξαν, ότι ποντίκια που είχαν ανεπάρκεια στην DDR1 με COL4A3, προστατεύονταν από την πρωτεϊνουρία καθώς και από τη νεφρική ανεπάρκεια, κάτι το οποίο καθιστά την DDR1 ως θεραπευτικό στόχο. Σε ποντίκια με σύνδρομο Alport, έχει παρατηρηθεί η de novo παραγωγή του κολλαγόνου 1, το οποίο είναι ενεργοποιητής του DDR1 και προκαλεί λιποτοξική βλάβη στα ποδοκύτταρα με συνέπεια την αύξηση της πρωτεϊνουρίας. Όσον αφορά λοιπόν τη θεραπεία του συνδρόμου Alport, η κλινική ανάπτυξη αναστολέων DDR1, παραμένει μια καλή επιλογή (Richter et al 2019, Chavez et al 2022).

Παράγοντες αποκλεισμού της οστεοποντίνης

Η οστεοποντίνη, είναι μια κυτταροκίνη, μια πρωτεΐνη δηλαδή που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ως ρυθμιστής των φλεγμονωδών διαδικασιών, στην αγγειογένεση και στην καρκινογένεση (Li et al 2017). Κάποιοι ερευνητές μελέτησαν ποντίκια με σύνδρομο Alport και διαπίστωσαν ότι η οστεοποντίνη, βρισκόταν σε μεγάλη ποσότητα στα νεφρικά σωληνάρια τους με αποτέλεσμα, να επάγει παθολογικό ρόλο. Έπειτα από γενετική εξάλειψη της οστεοποντίνης, παρατηρήθηκε στα ποντίκια, βελτίωση της λευκωματουρίας, της υπέρτασης, της έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας και καθυστέρηση της μείωσης της ακοής και της όρασής τους. Επίσης, παρατηρήθηκε και αυξημένη συσσώρευση της χοληστερόλης στα νεφρικά σωληνάρια των ποντικιών. Συνεπώς, οι παράγοντες αποκλεισμού της οστεοποντίνης, θα μπορούσαν να

αποτελέσουν θεραπεία για ασθενείς με σύνδρομο Alport (Gomez et al 2015, Ding et al 2018).

Μεθυλική βαρδοξολόνη

Η μεθυλική βαρδοξολόνη, ενεργοποιεί τον μεταγραφικό παράγοντα Nrf2, ο οποίος είναι μια πρωτεΐνη που ρυθμίζει ορισμένα γονίδια τα οποία συμμετέχουν στη φλεγμονή. Η δραστηριότητα του μεταγραφικού παράγοντα Nrf2, συχνά μεταβάλλεται σε ασθενείς με ΧΝΝ την οποία προκαλεί το σύνδρομο Alport (Wardyn et al 2015, Kobayashi et al 2016). Ερευνητές είχαν ξεκινήσει κλινικές δοκιμές για τη μεθυλική βαρδοξολόνη, από το 2011 σε ασθενείς με διαβήτη τύπου ΙΙ και ασθενείς με ΧΝΝ σταδίου 3 και φάνηκε να αυξάνει τον eGFR σε χρονικό διάστημα 52 εβδομάδων, όμως συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο θανάτου ή νοσηλείας από καρδιακή ανεπάρκεια και την απόδοση αυτής σε υπερφόρτωση με υγρά που προκλήθηκε από την καταστολή του ενδοθηλίου και είχε ως αποτέλεσμα την διακοπή της μελέτης αυτής (Toto 2018, Torra & Furlano 2019, Chavez et al 2022).ο έτος 2017, έκανε την εμφάνισή της μια κλινική δοκιμή φάσης ΙΙΙ, που επαναξιολογούσε την ανεκτικότητα και την αποτελεσματικότητα της μεθυλικής βαρδοξολόνης σε ασθενείς με σύνδρομο Alport.

Στη διπλή τυφλή αυτή μελέτη, συμμετείχαν 157 ασθενείς, χωρισμένοι σε 2 ομάδες. Οι 77 από αυτούς έλαβαν δια του στόματος βαρδοξολόνη μια φορά την ημέρα και οι 88 ένα εικονικό φάρμακο. Πρωτεύον καταληκτικό στοιχείο, ήταν να δουν αν θα άλλαζε η τιμή του eGFR σε χρονικό διάστημα 48 εβδομάδων και έπειτα διακοπή της θεραπείας για 4 εβδομάδες, ενώ δευτερεύον σημείο ήταν η μεταβολή που θα είχε το eGFR την 52η εβδομάδα, 4 εβδομάδες δηλαδή, μετά τη διακοπή της θεραπείας με βαρδοξολόνη. Έπειτα οι ασθενείς θα ξεκινούσαν ξανά τη θεραπεία τους με μεθυλική βαρδοξολόνη και θα τους παρακολουθούσαν για ένα ακόμα έτος (Baigent & Lennon 2018, Chertow et al 2021, Warady et al 2022). Ο Αμερικάνικος οργανισμός τροφίμων και φαρμάκων (FDA), μετά από ανάλυση των δεδομένων αυτής της μελέτης, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι η χρήση της βαρδοξολόνης, είναι αποτελεσματική στην επιβράδυνση της ΧΝΝ σε ασθενείς με σύνδρομο Alport, καθώς υπάρχουν υποψίες ότι η χρήση της οδηγεί σε αύξηση της ενδοσπειραματικής πίεσης, αύξηση του eGFR με ταυτόχρονη αύξηση της πρωτεϊνουρίας/λευκωματουρίας, υπέρταση, μείωση του σωματικού βάρους ακόμα και ηπατοτοξικότητα (Chavez et al 2022, Gregorio et al 2023). Δυστυχώς, μέχρι και σήμερα στην αναζήτηση που πραγματοποιήθηκε στη βάση δεδομένων του PubMed, δεν βρέθηκαν στοιχεία μελετών για τη χρήση της βαρδοξολόνης σε ποντίκια με σύνδρομο Alport, που να παρουσιάζουν την αποτελεσματικότητα της στην καθυστέρηση της μείωσης της νεφρικής λειτουργίας ασθενών που πάσχουν από το σύνδρομο.

Θεραπεία με βλαστοκύτταρα

Τα επαγόμενα πολυδύναμα βλαστικά κύτταρα (iPSC), καθώς φέρουν ίδιες γενετικές ανωμαλίες με εκείνες των γενετικών ασθενειών, καθίστανται ιδανικά για ιατρικές έρευνες. Η τεχνολογία iPSC, έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε διάφορες διαταραχές της μοντελοποίησης ασθενειών για τη γονιδιακή θεραπεία. Εκείνο που θέλουν να επιδιώξουν, είναι να απομονώσουν βλαστικά κύτταρα από υγιείς δότες τα οποία με τη σειρά τους, να μεταμοσχευτούν σε ασθενείς με το σύνδρομο Alport για την παράταση της νεφρικής τους λειτουργίας (Kuebler et al 2017a, Kuebler et al 2017b).

Η μελέτη των Moschidou et al (2016), απέδειξε ότι τα εμβρυϊκά χοριακά βλαστικά κύτταρα του πρώτου τριμήνου, μπορούν να μεταναστεύσουν σε σπειράματα και να διαφοροποιηθούν ως προς τα ποδοκύτταρα τόσο in vitro, όσο και in vivo, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της εξέλιξης της νεφρικής νόσου, λόγω ενός συνδυασμού από αντιφλεγμονώδεις αντιδράσεις και αντικατάστασης των ελαττωματικών ποδοκυττάρων σε ποντίκια. Επίσης, τα βλαστικά κύτταρα προερχόμενα από το μυελό των οστών, έχουν αποδειχθεί να λειτουργούν αποτελεσματικά σε ποντίκια με COL4A3 -/-, χωρίς όμως να αποδεικνύουν την καθυστέρηση του θανάτου από τη ΧΝΑ. Οι αβεβαιότητες λοιπόν των μελετών της μεταμόσχευσης βλαστικών κυττάρων μυελού των οστών σε ποντίκια στα εργαστήρια, ακόμα δεν καθιστούν ιδανική τη χρήση αυτής της μορφής θεραπείας σε ασθενείς με σύνδρομο Alport (Torra & Furlano 2019).

θεραπεία γονιδιακής αντικατάστασης

Πρόκειται για μια τεχνική που είναι σε πειραματικό στάδιο και αποσκοπεί στη διόρθωση των ελαττωματικών γονιδίων, με σκοπό τη θεραπεία ασθενειών και μπορεί να γίνει μέσω αρκετών μεθόδων, όπως με την αδρανοποίηση των επιβλαβών μεταλλάξεων, με την προσθήκη προστατευτικών μεταλλάξεων ή θεραπευτικών διαγονιδίων και με την παραμόρφωση του ιικού DNA (Cox et al 2015, Li et al 2020). Η αντικατάσταση ενός μεταλλαγμένου γονιδίου από ένα διορθωμένο αντίγραφό του, απαιτεί τη μεταφορά του δεύτερου μέσω ενός ιού ή κάποιου νανοσωματιδίου. Με την αντικατάστασή του, προκύπτει πολλαπλασιασμός αυτών των δύο νέων κυττάρων, με αποτέλεσμα την παραγωγή της επιθυμητής πρωτεΐνης σε ποσότητες επαρκείς για την αντικατάσταση ενός φυσιολογικού φαινότυπου (Luther et al 2018, Quinlan & Rheault 2021). Όπως ήδη γνωρίζουμε, ο αριθμός των ποδοκυττάρων σε ασθενείς με σύνδρομο Alport, μειώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, με αποτέλεσμα την απόπτωση και τον κυτταρικό θάνατο.

Μια νέα γονιδιακή θεραπεία με την ονομασία «*CRISPR/Cas9*», που δοκιμάστηκε in vitro, εφαρμόστηκε σε

ποδοκύτταρα που καλλιεργήθηκαν από ούρα ασθενών με σύνδρομο Alport και με τα αποτελέσματά της να δείχνουν ότι ένα ποσοστό <40% των παθογόνων μεταλλάξεων διορθώθηκαν και φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική στην αρχική φάση της ασθένειας. Βέβαια, παρατηρήθηκαν κάποιες ανεπιθύμητες επιδράσεις συμπεριλαμβανομένων των παρεμβολών και των διαγραφών.

Όμως, λόγω της δυσκολίας του χειρισμού των ποδοκυττάρων, υπάρχει ακόμα αρκετό μέλλον για τέτοιου είδους θεραπείες, μέχρις ότου να γίνουν in vivo πειράματα (Daga et al 2020). Τέλος, για τη θεραπεία του συνδρόμου Alport, ελέγχεται η προσέγγιση της επανενεργοποίησης του χρωμοσώματος Χ, καθώς κατά την πρώιμη εμβρυολογική ανάπτυξη των θηλυκών, τυχαία αδρανοποιείται ένα Χ χρωμόσωμα, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο την ομοιόμορφη έκφραση των κυττάρων του θηλυκού ΧΧ σε σχέση με το αρσενικό ΧΥ. Ακόμα και αυτή η ιδέα όμως, βρίσκεται σε αρκετά πρώιμο πειραματικό στάδιο με βάσιμες ανησυχίες σχετικά με τις επιδράσεις εκτός στόχου (Petropoulos et al 2016, Chavez et al 2022).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Η βιβλιογραφική αυτή ανασκόπηση, έχει κάποιους περιορισμούς. Οι σημαντικότεροι περιορισμοί είναι η επιλογή μονάχα μιας βάσης δεδομένων και συγκεκριμένα της PubMed, για την άντληση των μελετών και ότι η αναζήτηση των άρθρων και η συγγραφή επιτελέστηκε από τρία μόνο άτομα. Οι μελέτες οι οποίες επιλέχθηκαν, ήταν γραμμένες αποκλειστικά στην αγγλική γλώσσα. Ο περιορισμός αυτός, ίσως να μείωσε την πιθανότητα ανεύρεσης περισσότερων σχετικών μελετών, γεγονός το οποίο μπορεί να επηρέασε ακόμα και τα αποτελέσματα (σφάλμα δημοσίευσης). Επιπλέον, κάποιες μελέτες είχαν μικρό αριθμό δείγματος, που επίσης, μπορεί να επηρέασε τα τελικά αποτελέσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως φάνηκε και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, το σύνδρομο Alport, θεωρείται μια σπάνια νόσος, με τις φαρμακευτικές εταιρίες, να είναι σε μια διαρκή αναζήτηση θεραπειών, -καθώς εμφανίζονται ολοένα και περισσότερες μεταλλάξεις της νόσου-, για την καθυστέρηση των συμπτωμάτων του συνδρόμου, αλλά και την καθυστέρηση της ένταξης των ασθενών που πάσχουν από αυτή τη σπάνια γενετική νόσο, σε κάποια μορφή υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Όλα δείχνουν, ότι οι πειραματικές μελέτες που γίνονται σε μοντέλα ποντικιών στα εργαστήρια, είναι σε καλό δρόμο και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, οι μελέτες αυτές, να οδηγήσουν στην ανεύρεση της κατάλληλης θεραπείας για το σύνδρομο Alport. Μένει μονάχα, οι μελέτες αυτές να φτάσουν στη φάση ΙΙΙ και να δοκιμαστούν σε ασθενείς με σύνδρομο Alport με ικανοποιητικά για εκείνους αποτελέσματα.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΒΓ: Συμμετείχε στη σύλληψη, σχεδιασμό, μετάφραση και συγγραφή του άρθρου, καθώς και στη συλλογή των δεδομένων και μελέτη της βιβλιογραφίας.

ΚΛ: Συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων της βιβλιογραφίας και στη μετάφραση των άρθρων.

ΓΒ: Συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων της βιβλιογραφίας και στη συγγραφή του άρθρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmed, F., Kamae, K. K., Jones, D. J., Deangelis, M. M., Hageman, G. S., Gregory, M. C., & Bernstein, P. S. (2013). Temporal macular thinning associated with X-linked Alport syndrome. JAMA ophthalmology, 131(6), 777–782. https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2013.1452

Baigent, C., & Lennon, R. (2018). Should We Increase GFR with Bardoxolone in Alport Syndrome?. Journal of the American Society of Nephrology : JASN, 29(2), 357–359. https://doi.org/10.1681/ASN.2017101062

Boeckhaus, J., & Gross, O. (2021). Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors in Patients with Hereditary Podocytopathies, Alport Syndrome, and FSGS: A Case Series to Better Plan a Large-Scale Study. Cells, 10(7), 1815. https://doi.org/10.3390/cells10071815

Cardoso, C. A. A., Fernandes, D. E., Riguetti, M. T. P., & Kirsztajn, G. M. (2020). A Careful Interpretation of the Audiometry may contribute to the Diagnosis of Alport Syndrome: A Pilot Study.

Cerkauskaite, A., Savige, J., Janonyte, K., Jeremiciute, I., Miglinas, M., Kazenaite, E., Laurinavicius, A., Strupaite-Sileikiene, R., Vainutiene, V., Burnyte, B., Jankauskiene, A., Rolfs, A., Bauer, P., Schröder, S., & Cerkauskiene, R. (2022). Identification of 27 Novel Variants in Genes COL4A3, COL4A4, and COL4A5 in Lithuanian Families With Alport Syndrome. Frontiers in medicine, 9, 859521. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.859521

Chavez, E., Rodriguez, J., Drexler, Y., & Fornoni, A. (2022). Novel Therapies for Alport Syndrome. Frontiers in medicine, 9, 848389. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.848389

Chen, M. H., Raffield, L. M., Mousas, A., Sakaue, S., Huffman, J. E., Moscati, A., Trivedi, B., Jiang, T., Akbari, P., Vuckovic, D., Bao, E. L., Zhong, X., Manansala, R., Laplante, V., Chen, M., Lo, K. S., Qian, H., Lareau, C. A., Beaudoin, M., Hunt, K. A., ... Lettre, G. (2020). Trans-ethnic and Ancestry-Specific Blood-Cell Genetics in 746,667 Individuals from 5 Global Populations. Cell, 182(5), 1198–1213.e14. https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.06.045

Chertow, G. M., Appel, G. B., Andreoli, S., Bangalore, S., Block, G. A., Chapman, A. B., Chin, M. P., Gibson, K. L., Goldsberry, A., Iijima, K., Inker, L. A., Knebelmann, B., Mariani, L. H., Meyer, C. J., Nozu, K., O'Grady, M., Silva, A. L., Stenvinkel, P., Torra, R., Warady, B. A., ... Pergola, P. E. (2021). Study Design and Baseline Characteristics of the CARDINAL Trial: A Phase 3 Study of Bardoxolone Methyl in Patients with Alport Syndrome. American journal of nephrology, 52(3), 180–189. https://doi.org/10.1159/000513777

Christopher, A. F., Kaur, R. P., Kaur, G., Kaur, A., Gupta, V., & Bansal, P. (2016). MicroRNA therapeutics: Discovering novel targets and developing specific therapy. Perspectives in clinical research, 7(2), 68–74. https://doi.org/10.4103/2229-3485.179431

Cox, D. B., Platt, R. J., & Zhang, F. (2015). Therapeutic genome editing: pros-

pects and challenges. Nature medicine, 21(2), 121–131. https://doi.org/10.1038/nm.3793

Crumling, M. A., King, K. A., & Duncan, R. K. (2017). Cyclodextrins and Iatrogenic Hearing Loss: New Drugs with Significant Risk. Frontiers in cellular neuroscience, 11, 355. https://doi.org/10.3389/fncel.2017.00355

Daga, S., Donati, F., Capitani, K., Croci, S., Tita, R., Giliberti, A., Valentino, F., Benetti, E., Fallerini, C., Niccheri, F., Baldassarri, M., Mencarelli, M. A., Frullanti, E., Furini, S., Conticello, S. G., Renieri, A., & Pinto, A. M. (2020). New frontiers to cure Alport syndrome: COL4A3 and COL4A5 gene editing in podocyte-lineage cells. European journal of human genetics : EJHG, 28(4), 480–490. https://doi.org/10.1038/s41431-019-0537-8

Daina, E., Cravedi, P., Alpa, M., Roccatello, D., Gamba, S., Perna, A., Gaspari, F., Remuzzi, G., & Ruggenenti, P. (2015). A multidrug, antiproteinuric approach to alport syndrome: a ten-year cohort study. Nephron, 130(1), 13–20. https://doi.org/10.1159/000381480

Delimont, D., Dufek, B. M., Meehan, D. T., Zallocchi, M., Gratton, M. A., Phillips, G., & Cosgrove, D. (2014). Laminin α2-mediated focal adhesion kinase activation triggers Alport glomerular pathogenesis. PloS one, 9(6), e99083. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099083

Deltas, C., Pierides, A., & Voskarides, K. (2013). Molecular genetics of familial hematuric diseases. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association, 28(12), 2946–2960. https://doi.org/10.1093/ndt/gft253

Ding, W., Yousefi, K., Goncalves, S., Goldstein, B. J., Sabater, A. L., Kloosterboer, A., Ritter, P., Lambert, G., Mendez, A. J., & Shehadeh, L. A. (2018). Osteopontin deficiency ameliorates Alport pathology by preventing tubular metabolic deficits. JCI insight, 3(6), e94818. https://doi.org/10.1172/jci.insight.94818

Dufek, B., Meehan, D. T., Delimont, D., Cheung, L., Gratton, M. A., Phillips, G., Song, W., Liu, S., & Cosgrove, D. (2016). Endothelin A receptor activation on mesangial cells initiates Alport glomerular disease. Kidney international, 90(2), 300–310. https://doi.org/10.1016/j.kint.2016.02.018

Esmeijer, K., Dekkers, O. M., de Fijter, J. W., Dekker, F. W., & Hoogeveen, E. K. (2019). Effect of different types of statins on kidney function decline and proteinuria: a network meta-analysis. Scientific reports, 9(1), 16632. https://doi.org/10.1038/s41598-019-53064-x

Fallerini, C., Dosa, L., Tita, R., Del Prete, D., Feriozzi, S., Gai, G., Clementi, M., La Manna, A., Miglietti, N., Mancini, R., Mandrile, G., Ghiggeri, G. M., Piaggio, G., Brancati, F., Diano, L., Frate, E., Pinciaroli, A. R., Giani, M., Castorina, P., Bresin, E., ... Ariani, F. (2014). Unbiased next generation sequencing analysis confirms the existence of autosomal dominant Alport syndrome in a relevant fraction of cases. Clinical genetics, 86(3), 252–257. https://doi.org/10.1111/cge.12258

Fernández-Gutiérrez, E., Fernández-Pérez, P., Boto-De-Los-Bueis, A., García-Fernández, L., Rodríguez-Solana, P., Solís, M., & Vallespín, E. (2022). Posterior Polymorphous Corneal Dystrophy in a Patient with a Novel ZEB1 Gene Mutation. International Journal of Molecular Sciences, 24(1), 209. MDPI AG. Retrieved from http://dx.doi.org/10.3390/ijms24010209

Gomez, I. G., MacKenna, D. A., Johnson, B. G., Kaimal, V., Roach, A. M., Ren, S., Nakagawa, N., Xin, C., Newitt, R., Pandya, S., Xia, T. H., Liu, X., Borza, D. B., Grafals, M., Shankland, S. J., Himmelfarb, J., Portilla, D., Liu, S., Chau, B. N., & Duffield, J. S. (2015). Anti-microRNA-21 oligonucleotides prevent Alport nephropathy progression by stimulating metabolic pathways. The Journal of clinical investigation, 125(1), 141–156. https://doi.org/10.1172/JCI75852

Gregorio, V., Caparali, E. B., Shojaei, A., Ricardo, S., & Barua, M. (2023). Alport Syndrome: Clinical Spectrum and Therapeutic Advances. Kidney medicine, 5(5), 100631. https://doi.org/10.1016/j.xkme.2023.100631

Guo, J., Song, W., Boulanger, J., Xu, E. Y., Wang, F., Zhang, Y., He, Q., Wang, S., Yang, L., Pryce, C., Phillips, L., MacKenna, D., Leberer, E., Ibraghimov-Beskrovnaya, O., Ding, J., & Liu, S. (2019). Dysregulated Expression of microRNA-21 and Disease-Related Genes in Human Patients and in a Mouse Model of Alport Syndrome. Human gene therapy, 30(7), 865–881. https://doi.org/10.1089/hum.2018.205

Gupta, V., Jamil, M., Luthra, S., & Puthalath, A. S. (2019). Alport syndrome with bilateral simultaneous anterior and posterior lenticonus with severe temporal macular thinning. BMJ case reports, 12(8), e229554. https://doi.org/10.1136/bcr-2019-229554

Hadjipanagi, D., Papagregoriou, G., Koutsofti, C., Polydorou, C., Alivanis, P., Andrikos, A., Christodoulidou, S., Dardamanis, M., Diamantopoulos, A. A., Fountoglou, A., Frangou, E., Georgaki, E., Giannikouris, I., Gkinis, V., Goudas, P. C., Kalaitzidis, R. G., Kaperonis, N., Koutroumpas, G., Makrydimas, G., Myserlis, G., ... Deltas, C. (2022). Novel and Founder Pathogenic Variants in X-Linked Alport Syndrome Families in Greece. Genes, 13(12), 2203. https://doi.org/10.3390/genes13122203

Hashimura, Y., Nozu, K., Kaito, H., Nakanishi, K., Fu, X. J., Ohtsubo, H., Hashimoto, F., Oka, M., Ninchoji, T., Ishimori, S., Morisada, N., Matsunoshita, N., Kamiyoshi, N., Yoshikawa, N., & Iijima, K. (2014). Milder clinical aspects of X-linked Alport syndrome in men positive for the collagen IV α5 chain. Kidney international, 85(5), 1208–1213. https://doi.org/10.1038/ki.2013.479

Kashtan C. (2017). Alport syndrome: facts and opinions. F1000Research, 6, 50. https://doi.org/10.12688/f1000research.9636.1

Kashtan CE. Alport Syndrome. 2001 Aug 28 [Updated 2019 Feb 21]. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2023. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1207/

Kashtan, C. E. Genetics, pathogenesis, and pathology of Alport syndrome (hereditary nephritis). Uptodate. 2018.

Kashtan, C. E., Ding, J., Garosi, G., Heidet, L., Massella, L., Nakanishi, K., Nozu, K., Renieri, A., Rheault, M., Wang, F., & Gross, O. (2018). Alport syndrome: a unified classification of genetic disorders of collagen IV α345: a position paper of the Alport Syndrome Classification Working Group. Kidney international, 93(5), 1045–1051. https://doi.org/10.1016/j.kint.2017.12.018

Kim, J. J., David, J. M., Wilbon, S. S., Santos, J. V., Patel, D. M., Ahmad, A., Mitrofanova, A., Liu, X., Mallela, S. K., Ducasa, G. M., Ge, M., Sloan, A. J., Al-Ali, H., Boulina, M., Mendez, A. J., Contreras, G. N., Prunotto, M., Sohail, A., Fridman, R., Miner, J. H., ... Fornoni, A. (2021). Discoidin domain receptor 1 activation links extracellular matrix to podocyte lipotoxicity in Alport syndrome. EBioMedicine, 63, 103162. https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.103162

Kobayashi, E. H., Suzuki, T., Funayama, R., Nagashima, T., Hayashi, M., Sekine, H., Tanaka, N., Moriguchi, T., Motohashi, H., Nakayama, K., & Yamamoto, M. (2016). Nrf2 suppresses macrophage inflammatory response by blocking proinflammatory cytokine transcription. Nature communications, 7, 11624. https://doi.org/10.1038/ncomms11624

Kohler, J., Omachi, K., Charu, V., Miner, J. H., & Bhalla, V. (2022). A COL4A4-G394S Variant and Impaired Collagen IV Trimerization in a Patient with Mild Alport Syndrome. Kidney360, 3(11), 1899–1908. https://doi.org/10.34067/KID.0005472022

Kovács, G., Kalmár, T., Endreffy, E., Ondrik, Z., Iványi, B., Rikker, C., Haszon, I., Túri, S., Sinkó, M., Bereczki, C., & Maróti, Z. (2016). Efficient Targeted Next Generation Sequencing-Based Workflow for Differential Diagnosis of Alport-Related Disorders. PloS one, 11(3), e0149241. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149241

Kruegel, J., Rubel, D., & Gross, O. (2013). Alport syndrome--insights from basic and clinical research. Nature reviews. Nephrology, 9(3), 170–178. https://doi.org/10.1038/nrneph.2012.259

Kuebler, B., Aran, B., Miquel-Serra, L., Muñoz, Y., Ars, E., Bullich, G., Furlano, M., Torra, R., Marti, M., Veiga, A., & Raya, A. (2017). Integration-free induced pluripotent stem cells derived from a patient with autosomal recessive Alport syndrome (ARAS). Stem cell research, 25, 1–5. https://doi.org/10.1016/j.scr.2017.08.021

Kuebler, B., Aran, B., Miquel-Serra, L., Muñoz, Y., Ars, E., Bullich, G., Furlano, M., Torra, R., Marti, M., Veiga, A., & Raya, A. (2017). Generation of integration-free induced pluripotent stem cell lines derived from two patients with X-linked Alport syndrome (XLAS). Stem cell research, 25, 291–295. https://doi.org/10.1016/j.scr.2017.08.019

Leubitz, A., Vanhoutte, F., Hu, M. Y., Porter, K., Gordon, E., Tencer, K., Campbell, K., Banks, K., & Haverty, T. (2021). A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multiple Dose Escalation Study to Evaluate the Safety and Pharmacokinetics of ELX-02 in Healthy Subjects. Clinical pharmacology in drug development, 10(8), 859–869. https://doi.org/10.1002/cpdd.914

Li, H., Yang, Y., Hong, W., Huang, M., Wu, M., & Zhao, X. (2020). Applications of genome editing technology in the targeted therapy of human diseases: mechanisms, advances and prospects. Signal transduction and targeted therapy, 5(1), 1. https://doi.org/10.1038/s41392-019-0089-y

Li, J., Yousefi, K., Ding, W., Singh, J., & Shehadeh, L. A. (2017). Osteopontin RNA aptamer can prevent and reverse pressure overload-induced heart failure. Cardiovascular research, 113(6), 633–643. https://doi.org/10.1093/cvr/cvx016

Li, Y., He, Q., Wang, Y., Wang, Y., Dang, X., Wu, X., Li, X., Shuai, L., & Yi, Z. (2018). Novel deletion mutation in a Chinese family with X-linked alport syndrome. International journal of clinical and experimental pathology, 11(9), 4657–4665

Lin, F., Bian, F., Zou, J., Wu, X., Shan, J., Lu, W., Yao, Y., Jiang, G., & Gale, D. P. (2014). Whole exome sequencing reveals novel COL4A3 and COL4A4 mutations and resolves diagnosis in Chinese families with kidney disease. BMC nephrology, 15, 175. https://doi.org/10.1186/1471-2369-15-175

Liu, L. J., Yang, Y. Z., Shi, S. F., Bao, Y. F., Yang, C., Zhu, S. N., Sui, G. L., Chen, Y. Q., Lv, J. C., & Zhang, H. (2019). Effects of Hydroxychloroquine on Proteinuria in IgA Nephropathy: A Randomized Controlled Trial. American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation, 74(1), 15–22. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.01.026

Luther, D. C., Lee, Y. W., Nagaraj, H., Scaletti, F., & Rotello, V. M. (2018). Delivery approaches for CRISPR/Cas9 therapeutics in vivo: advances and challenges. Expert opinion on drug delivery, 15(9), 905–913. https://doi.org/10.1080/17425247.2018.1517746

Mabillard, H., & Sayer, J. A. (2020). SGLT2 inhibitors - a potential treatment for Alport syndrome. Clinical science (London, England : 1979), 134(4), 379–388. https://doi.org/10.1042/CS20191276

Mastrangelo, A., Madeira, C., Castorina, P., Giani, M., & Montini, G. (2022). Heterozygous COL4A3/COL4A4 mutations: the hidden part of the iceberg?. Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association, 37(12), 2398–2407. https://doi.org/10.1093/ndt/gfab334

Merscher, S., Pedigo, C. E., & Mendez, A. J. (2014). Metabolism, energetics, and lipid biology in the podocyte - cellular cholesterol-mediated glomerular injury. Frontiers in endocrinology, 5, 169. https://doi.org/10.3389/fendo.2014.00169

Mitrofanova, A., Molina, J., Varona Santos, J., Guzman, J., Morales, X. A., Ducasa, G. M., Bryn, J., Sloan, A., Volosenco, I., Kim, J. J., Ge, M., Mallela, S. K., Kretzler, M., Eddy, S., Martini, S., Wahl, P., Pastori, S., Mendez, A. J., Burke, G. W., Merscher, S., ... Fornoni, A. (2018). Hydroxypropyl-β-cyclodextrin protects from kidney disease in experimental Alport syndrome and focal segmental glomerulosclerosis. Kidney international, 94(6), 1151–1159. https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.06.031

Morinière, V., Dahan, K., Hilbert, P., Lison, M., Lebbah, S., Topa, A., Bole-Feysot, C., Pruvost, S., Nitschke, P., Plaisier, E., Knebelmann, B., Macher, M. A., Noel, L. H., Gubler, M. C., Antignac, C., & Heidet, L. (2014). Improving mutation screening in familial hematuric nephropathies through next generation sequencing. Journal of the American Society of Nephrology: JASN, 25(12), 2740–2751. https://doi.org/10.1681/ASN.2013080912

Moschidou, D., Corcelli, M., Hau, K. L., Ekwalla, V. J., Behmoaras, J. V., De Coppi, P., David, A. L., Bou-Gharios, G., Cook, H. T., Pusey, C. D., Fisk, N. M., & Guillot, P. V. (2016). Human Chorionic Stem Cells: Podocyte Differentiation and Potential for the Treatment of Alport Syndrome. Stem cells and development, 25(5), 395–404. https://doi.org/10.1089/scd.2015.0305

Noone, D., & Licht, C. (2013). An update on the pathomechanisms and future therapies of Alport syndrome. Pediatric nephrology (Berlin, Germany), 28(7), 1025–1036. https://doi.org/10.1007/s00467-012-2272-z

Nozu, K., Minamikawa, S., Yamada, S., Oka, M., Yanagita, M., Morisada, N., Fujinaga, S., Nagano, C., Gotoh, Y., Takahashi, E., Morishita, T., Yamamura, T., Ninchoji, T., Kaito, H., Morioka, I., Nakanishi, K., Vorechovsky, I., & Iijima, K. (2017). Characterization of contiguous gene deletions in COL4A6 and COL4A5 in Alport syndrome-diffuse leiomyomatosis. Journal of human genetics, 62(7), 733–735. https://doi.org/10.1038/jhg.2017.28

Olaru, F., Luo, W., Wang, X. P., Ge, L., Hertz, J. M., Kashtan, C. E., Sado, Y., Segal, Y., Hudson, B. G., & Borza, D. B. (2013). Quaternary epitopes of α345(IV) collagen initiate Alport post-transplant anti-GBM nephritis. Journal of the American Society of Nephrology: JASN, 24(6), 889–895. https://doi.org/10.1681/ASN.2012100978

Petropoulos, S., Edsgärd, D., Reinius, B., Deng, Q., Panula, S. P., Codeluppi, S., Plaza Reyes, A., Linnarsson, S., Sandberg, R., & Lanner, F. (2016). Single-Cell RNA-Seq Reveals Lineage and X Chromosome Dynamics in Human Preimplantation Embryos. Cell, 165(4), 1012–1026. https://doi.org/10.1016/j.cell.2016.03.023

Plevová, P., Gut, J., & Janda, J. (2017). Familial hematuria: A review. Medicina (Kaunas, Lithuania), 53(1), 1–10. https://doi.org/10.1016/j.medici.2017.01.002

Quinlan, C., & Rheault, M. N. (2021). Genetic Basis of Type IV Collagen Disorders of the Kidney. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN, 16(7), 1101–1109. https://doi.org/10.2215/CJN.19171220

Reiterová, J., & Tesař, V. (2023). Current and Future Therapeutical Options in Alport Syndrome. International journal of molecular sciences, 24(6), 5522. https://doi.org/10.3390/ijms24065522

Richter, H., Satz, A. L., Bedoucha, M., Buettelmann, B., Petersen, A. C., Harmeier, A., Hermosilla, R., Hochstrasser, R., Burger, D., Gsell, B., Gasser, R., Huber, S., Hug, M. N., Kocer, B., Kuhn, B., Ritter, M., Rudolph, M. G., Weibel, F., Molina-David, J., Kim, J. J., ... Prunotto, M. (2019). DNA-Encoded Library-Derived DDR1 Inhibitor Prevents Fibrosis and Renal Function Loss in a Genetic Mouse Model of Alport Syndrome. ACS chemical biology, 14(1), 37–49. https://doi.org/10.1021/acschembio.8b00866

Savige J. (2020). Alport syndrome: deducing the mode of inheritance from the presence of haematuria in family members. Pediatric nephrology (Berlin, Germany), 35(1), 59–66. https://doi.org/10.1007/s00467-018-4121-1

Savige, J., Ariani, F., Mari, F., Bruttini, M., Renieri, A., Gross, O., Deltas, C., Flinter, F., Ding, J., Gale, D. P., Nagel, M., Yau, M., Shagam, L., Torra, R., Ars, E., Hoefele, J., Garosi, G., & Storey, H. (2019). Expert consensus guidelines for the genetic diagnosis of Alport syndrome. Pediatric nephrology (Berlin, Germany), 34(7), 1175–1189. https://doi.org/10.1007/s00467-018-3985-4

Savige, J., Colville, D., Rheault, M., Gear, S., Lennon, R., Lagas, S., Finlay, M., & Flinter, F. (2016). Alport Syndrome in Women and Girls. Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN, 11(9), 1713–1720. https://doi.org/10.2215/CJN.00580116

Savige, J., Huang, M., Croos Dabrera, M. S., Shukla, K., & Gibson, J. (2022). Genotype-Phenotype Correlations for Pathogenic COL4A3-COL4A5 Variants in X-Linked, Autosomal Recessive, and Autosomal Dominant Alport Syndrome. Frontiers in medicine, 9, 865034. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.865034

Savige, J., Sheth, S., Leys, A., Nicholson, A., Mack, H. G., & Colville, D. (2015). Ocular features in Alport syndrome: pathogenesis and clinical significance. Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN, 10(4), 703–709. https://doi.org/10.2215/CJN.10581014

Schrezenmeier, E., & Dörner, T. (2020). Mechanisms of action of hydroxychloroquine and chloroquine: implications for rheumatology. Nature reviews. Rheumatology, 16(3), 155–166. https://doi.org/10.1038/s41584-020-0372-x

Sheffield, A. M., & Smith, R. J. H. (2019). The Epidemiology of Deafness. Cold Spring Harbor perspectives in medicine, 9(9), a033258. https://doi.org/10.1101/cshperspect.a033258

Sonarkhan, S., Ramappa, M., Chaurasia, S., & Mulay, K. (2014). Bilateral anterior lenticonus in a case of Alport syndrome: a clinical and histopathological correlation after successful clear lens extraction. BMJ case reports, 2014, bcr2013202036. https://doi.org/10.1136/bcr-2013-202036

Taylor, J., & Flinter, F. (2014). Familial haematuria: when to consider genetic testing. Archives of disease in childhood, 99(9), 857–861. https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-304827

Torra, R., & Furlano, M. (2019). New therapeutic options for Alport syndrome. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association, 34(8), 1272–1279. https://doi.org/10.1093/ndt/gfz131

Toto R. D. (2018). Bardoxolone-the Phoenix?. Journal of the American Society of Nephrology : JASN, 29(2), 360–361. https://doi.org/10.1681/ASN.2017121317

Vallon V. (2015). The mechanisms and therapeutic potential of SGLT2 inhibitors in diabetes mellitus. Annual review of medicine, 66, 255–270. https://doi.org/10.1146/annurev-med-051013-110046

Warady, B. A., Agarwal, R., Bangalore, S., Chapman, A., Levin, A., Stenvinkel, P., Toto, R. D., & Chertow, G. M. (2020). Alport Syndrome Classification and Management. Kidney medicine, 2(5), 639–649. https://doi.org/10.1016/j.xkme.2020.05.014

Warady, B. A., Pergola, P. E., Agarwal, R., Andreoli, S., Appel, G. B., Bangalore, S., Block, G. A., Chapman, A. B., Chin, M. P., Gibson, K. L., Goldsberry, A., Iijima, K., Inker, L. A., Kashtan, C. E., Knebelmann, B., Mariani, L. H., Meyer, C. J., Nozu, K., O'Grady, M., Rheault, M. N., ... Chertow, G. M. (2022). Effects of Bardoxolone Methyl in Alport Syndrome. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN, 17(12), 1763–1774. https://doi.org/10.2215/CJN.02400222

Wardyn, J. D., Ponsford, A. H., & Sanderson, C. M. (2015). Dissecting molecular cross-talk between Nrf2 and NF-κB response pathways. Biochemical Society transactions, 43(4), 621–626. https://doi.org/10.1042/BST20150014

Watson S, Padala SA, Hashmi MF, et al. Alport Syndrome. [Updated 2023 Feb 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470419/

Weinstock, B. A., Feldman, D. L., Fornoni, A., Gross, O., Kashtan, C. E., Lagas, S., Lennon, R., Miner, J. H., Rheault, M. N., Simon, J. F., & Workshop Participants (2020). Clinical trial recommendations for potential Alport syndrome therapies. Kidney international, 97(6), 1109–1116. https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.02.029

Zhang, X., Zhang, Y., Zhang, Y., Gu, H., Chen, Z., Ren, L., Lu, X., Chen, L., Wang, F., Liu, Y., & Ding, J. (2018). X-linked Alport syndrome: pathogenic variant features and further auditory genotype-phenotype correlations in males. Orphanet journal of rare diseases, 13(1), 229. https://doi.org/10.1186/s13023-018-0974-4

Zhao, X., Chen, C., Wei, Y., Zhao, G., Liu, L., Wang, C., Zhang, J., & Kong, X. (2019). Novel mutations of COL4A3, COL4A4, and COL4A5 genes in Chinese patients with Alport Syndrome using next generation sequence technique. Molecular genetics & genomic medicine, 7(6), e653. https://doi.org/10.1002/mgg3.653

REVIEW

Novel data of Alport syndrome

Georgios Venetikakis[1], Leonidas Kampanakis[2], Varvara Garefalaki[3]

1. Nurse, RN, BSN, MSc, Head Nurse at Mesogeios Dialysis Centers Group Messinis and Kalamatas, Peloponnese
2. Teacher of English and German Language, Gerakas, Attica
3. Nurse, RN, BSN. University Hospital of Heraklion, Crete

ABSTRACT

Introduction: Alport syndrome is considered the second most common cause of monogenic renal failure after autosomal dominant polycystic kidney disease. It is a rare disease and has been found to affect about 1/50,000 to 1-9/100,000 newborns, with men more likely to develop the syndrome than women. It is caused by pathogenic collagen IV mutations in the COL4A3 and COL4A4 genes with autosomal dominant and autosomal recessive transmission or in the COL4A5 gene with X-linked inheritance.

Aim: The aim of this study was to find the newest data on Alport syndrome and the newest treatments for it, through a literaturereview.

Methodology: A literature search was carried out in electronic sources. Studies were searched in the PubMed database, in English.

Results: The review of the literature showed that the pharmaceutical companies are close enough to find a treatment to delay the onset of symptoms of Alport syndrome, but also to delay the inclusion of those suffering from this syndrome in dialysis.

Conclusions: All indications are that the experimental studies on mouse models in the laboratory are well underway and there is a high probability that these studies will lead to finding a suitable treatment for Alport syndrome. It only remains for these studies to reach phase III and be tested in patients with Alport syndrome with satisfactory results.

Key words: Alport treatment, Type IV collagen, Mutations, Alport syndrome

Corresponding author: Georgios Venetikakis
e-mail: gvenos79@gmail.com

Date of submission: 21/10/2023
Publication date: June 2024

Citation: Venetikakis G., Kampanakis L. & Garefalaki V. (2024). Novel data of Alport syndrome. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(2): 35-47, https://doi.org./10.24283/hjns.202423

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Ζωή-Μαρίνα Κοζωνάκη[1], Ιωάννης Μαυρογιαννάκης[2], Γεώργιος Μανομενίδης[3]

1. Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Ιατρικής, ΑΠΘ
2. Ιατρική Ηρακλείου, Πανεπιστήμιο Κρήτης
3.Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδας, (Παράρτημα Διδυμότειχου)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μεταβατική περίοδος της εγκυμοσύνης, με τις φυσιολογικές αλλαγές που την ακολουθούν, μπορεί να πυροδοτήσει ψυχικές διαταραχές, με το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα να κυριαρχούν. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών είναι πολυσύνθετοι και αφορούν τομείς κοινωνικούς, μαιευτικούς, ατομικούς και ψυχολογικούς.

Σκοπός της έρευνας: Η διερεύνηση των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για την ψυχική υγεία των γυναικών στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική, αναλυτική μελέτη με δείγμα ευκολίας 152 γυναικών που παρακολουθούνταν το διάστημα της εγκυμοσύνης τους στο νοσοκομείο της Καβάλας, στις δύο ιδιωτικές κλινικές του νομού καθώς και σε ιδιωτικά ιατρεία Στις συμμετέχουσες χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιελάμβανε α) ερωτήσεις δημογραφικών/ μαιευτικών χαρακτηριστικών β) το ερωτηματολόγιο της αισιοδοξίας (LOT-R) στην ελληνική σταθμισμένη του εκδοχή γ) τη κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή- Satisfaction With Life Scale (SWLS) δ) τη κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες DASS-21, στην ελληνική της έκδοση ε) τη κλίμακα υποκειμενικής ευτυχίας-Subjective Happiness Scale στην ελληνική σταθμισμένη του εκδοχή ζ) και το ερωτηματολόγιο για τη τοκοφοβία (Tocophobia Assessment Questionnaire).

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γυναικών εκδήλωσε ήπια κατάθλιψη Μ.Ο= 3.6 (±4.6), ήπιο άγχος Μ.Ο= 4.3 (±4.5) και ήπιο στρες Μ.Ο= 6.4(±4.8) καθώς και χαμηλό φόβο για τον τοκετό Μ.Ο= 1.6 (±0.6). Η μέτρηση της αισιοδοξίας Μ.Ο 15.6 (±3.3) και της υποκειμενικής ευτυχίας Μ.Ο= 19.6 (±3) ήταν υψηλή, με την πλειοψηφία να έχει δηλώσει πολύ ικανοποιημένη από τη ζωή Μ.Ο= 27.7 (±4.2). Από τα ευρήματα της μελέτης προέκυψε ότι το μεγαλύτερο τρίμηνο κύησης φάνηκε να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες, ενώ το μικρότερο τρίμηνο να σχετίζεται θετικά με τη τοκοφοβία.

Λέξεις Κλειδιά: άγχος, εγκυμοσύνη, κατάθλιψη, τοκοφοβία, ψυχική υγεία

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Γεώργιος Μανομενίδης
e-mail: george.mano@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 18/09/2023
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2024

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

Αναφορά του άρθρου ως: Κοζωνάκη Ζ.-Μ., Μαυρογιαννάκης Ι. & Μανομενίδης Γ. (2024). Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(2): 48-58, https://doi.org./10.24283/hjns.202424

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η περίοδος της εγκυμοσύνης συνοδεύεται από μεταβολές στην ψυχική κατάσταση της εγκύου**
- **Το αυξημένο επίπεδο αισιοδοξίας και υποκειμενικής ευτυχίας συμβάλλει θετικά στη μείωση του φόβου και του άγχους για τον τοκετό**
- **Η έγκυρη ανίχνευση των γυναικών που βρίσκονται σε κίνδυνο να παρουσιάσουν ψυχικές διαταραχές μπορεί να μειώσει σημαντικά την εμφάνισή τους**
- **Η ενημέρωση των εγκύων από τους επαγγελματίες υγείας και η ψυχολογική υποστήριξή τους στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης κρίνεται απαραίτητη**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εγκυμοσύνη είναι μία μεταβατική περίοδος στη ζωή της γυναίκας, ένα γεγονός ορόσημο, κατά τη διάρκεια του οποίου παρατηρούνται μια σειρά από αλλαγές σε επίπεδο σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό. Η προσαρμογή στη νέα αυτή κατάσταση δεν είναι αυτόματη και συνοδεύεται από αλλαγές στη διάθεση, τον ψυχισμό και τη συναισθηματική κατάσταση της εγκύου (Akinsulore et al 2021). Μια σειρά από συναισθήματα διαδέχονται το ένα το άλλο, με αυτά της χαράς για τον ερχομό του νεογέννητου αλλά και του φόβου και του άγχους για την πορεία της εγκυμοσύνης και τις επερχόμενες αλλαγές να κυριαρχούν (Antoniou et al 2021). Η περιγεννητική περίοδος χαρακτηρίζεται από μικρού ή μεγάλου βαθμού συγκρουσιακή διάθεση και κυκλοθυμία, η ένταση της οποίας καθορίζεται από την ικανότητα της εγκύου γυναίκας να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις επικείμενες αλλαγές που βιώνει καθώς η εγκυμοσύνη της οδεύει προς την ολοκλήρωσή της (McLeish & Redshaw 2017).

Στη φάση αυτή πυροδοτούνται σκέψεις και στρες που έχουν να κάνουν με τις υποχρεώσεις που θα προκύψουν αμέσως μετά τη γέννηση του παιδιού. Είναι φυσιολογικό να υπάρχει στρες καθώς η γυναίκα βιώνει την αλλαγή του ρόλου της ως μητέρα και υπάρχει ανησυχία για την υγεία και τη φροντίδα του νεογέννητου, το οποίο όμως αν έχει μεγάλη ένταση και κρατήσει για πολύ τότε μπορεί να επηρεάσει το δεσμό μητέρας- νεογνού (Sanli & Akbay 2022). Το επίπεδο στρες σε κάθε τρίμηνο της εγκυμοσύνης βιώνεται διαφορετικά και αυτό μπορεί να οφείλεται στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των τριμήνων που τα συνοδεύει (Akinsulore et al 2021, Sanli & Akbay 2022).

Οι ψυχικές διαταραχές την περιγεννητική περίοδο αφορούν τις αγχώδεις διαταραχές που είναι η διαταραχή πανικού, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η τοκοφοβία (Howard et al 2014). Επιπλέον, περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, την επιλόχεια ψύχωση - διπολική διαταραχή και την απλή δυσφορία της λοχείας (Baby blues) (O' Hara et al 2014). Πολλές από αυτές τις διαταραχές θα εκδηλωθούν στην διάρκεια της εγκυμοσύνης είτε στη λοχεία, μπορεί να εμφανιστούν μόνες τους αλλά και να συνυπάρχουν (Tang et al 2019). Στη πορεία κάποιες από αυτές τις γυναίκες θα ξεπεράσουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας, σε άλλες όμως θα παραμείνουν και θα μετατραπούν σε μία χρόνια κατάσταση αν δεν αντιμετωπιστούν (Alipour et al 2018). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι γυναίκες με προγεννητικό άγχος έχουν μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη (Zhang et al 2021) και είναι γνωστό ότι οι γυναίκες που βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ανάλογα και με τον βαθμό έντασης των συμπτωμάτων, έχουν ανθυγιεινές συμπεριφορές στην εγκυμοσύνη όπως κακή διατροφή, διαταραχές πρόσληψης βάρους, διαταραχές στον ύπνο και προβλήματα συγκέντρωσης, κατανάλωση αλκοόλ και χρήση ουσιών αλλά και αυτοκτονικό ιδεασμό (Tesfaye & Agenagnew 2021). Οι μητέρες που πάσχουν από κατάθλιψη δεν μπορούν να λειτουργήσουν και να ανταπεξέλθουν επαρκώς στην καθημερινή τους ρουτίνα με επιδείνωση της δικής της υγείας αλλά και επιπτώσεις στη φροντίδα του νεογέννητου (Sidhu et al 2019).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η χρόνια έκθεση των γυναικών σε στρεσογόνες καταστάσεις τη περιγεννητική περίοδο μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα που επηρεάζουν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό όπως ο πρόωρος τοκετός (Lilliecreautz et al 2020, Traylor et al 2020, Alves et al 2021, Tesfaye & Agenagnew 2021, Mahini et al 2023), η αυτόματη αποβολή (Mahini et al 2021), η εμβρυική δυσφορία (Alves et al 2021), η προεκλαμψία (Traylor et al 2020, Mahini et al 2021, Tesfaye & Agenagnew 2021), νεογνά μικρά για την ηλικία κύησης (Sudziute et al 2020), καθώς και την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Tang et al 2019, Alves et al 2021, Tesfaye & Agenagnew 2021) αλλά και μακροπρόθεσμες συνέπειες που αφορούν στην υγεία του παιδιού όπως είναι οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Tang et al 2019, Alves et al 2021, Zhang et al 2021) και η αύξηση εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας των ίδιων των παιδιών (Zhang et al 2021).

Επιπλέον, πολλές γυναίκες στην διάρκεια της εγκυμοσύνης έρχονται αντιμέτωπες με την τοκοφοβία. Δεν υπάρχει ακριβής και ομόφωνη συναίνεση για τον ορισμό της τοκοφοβίας και δεν υπάρχει καμία περιγραφή στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM- 5. Ωστόσο, μπορεί να οριστεί ως «μία σοβαρή αγχώδη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ακραίο, παράλογο φόβο

για τον τοκετό με σκέψεις αγωνίας και αποφυγής» (Calderani et al 2019). Όταν οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με τον φόβο τους εκδηλώνονται συμπτώματα πανικού, δύσπνοιας, ταχυκαρδίας, τρέμουλο και έντονη επιθυμία αποφυγής (O'Connell et al 2015, Calderani et al 2019). Ο παθολογικός αυτός φόβος επηρεάζει τη ψυχική υγεία των γυναικών σε βαθμό τέτοιο που να παρεμποδίζεται η καθημερινότητα και η ποιότητα ζωής τους (Kanellopoulos & Gourounti 2022). Διαχωρίζεται σε δύο μορφές τη πρωτογενή που αφορά τις γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει στο παρελθόν και ο φόβος τους συχνά προέρχεται από ιστορίες τραυματικές εμπειρίες τρίτων προσώπων για τον τοκετό, με έναρξη στην εφηβεία ή στην αρχή της ενηλικίωσης και τη δευτερογενή που αφορά γυναίκες που είχαν γεννήσει και βίωσαν έναν τραυματικό τοκετό με επιπλοκές (Hildingsson et al 2021, Imakawa et al 2022). Γυναίκες με φόβο για τον τοκετό συχνά επιλέγουν την καισαρική τομή ως τρόπο έκβασης του τοκετού (Kanellopoulos & Gourounti 2022, Sharma & Sharma 2023) και έχουν μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη (Rouhe et al 2015, Mortazavi & Agah 2018).

Η αιτιολογία της τοκοφοβίας όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, είναι η αρνητική προηγούμενη εμπειρία ενός τραυματικού τοκετού (Shakarami et al 2021), ο φόβος θανάτου (Onchonga 2021) και της απώλειας του ελέγχου (Rondung et al 2022), ο φόβος για τον πόνο (Hofberg & Ward 2004, Onchonga 2021, Rondung et al 2022,) η προηγούμενη καισαρική τομή (Hofberg & Ward 2004, Imakawa et al 2022, Vaajala et al 2023), το ιστορικό ψυχικής υγείας (Mortazavi & Agah 2018), η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη και η μειωμένη υποστήριξη από τον σύντροφο (Shakarami et al 2021), η νεαρή αλλά και η προχωρημένη ηλικία της μητέρας (O'Connell et al 2015, Imakawa et al 2022), η βία και η σεξουαλική κακοποίηση (O'Connell et al 2015, Hofberg & Ward 2004, Onchonga 2021), τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (O'Connell et al 2015) και τέλος οι ανεπιθύμητες- μη προγραμματισμένες εγκυμοσύνες (Onchonga 2021).

Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των γυναικών την περίοδο της εγκυμοσύνης έχουν διαστάσεις κοινωνικές, μαιευτικές- ιατρικές, ψυχολογικές, αλλά και ατομικές. Σε μία μελέτη των Huschke et al (2020) που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα εγκύων γυναικών στην Ιρλανδία, φάνηκε ότι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και το προηγούμενο ιστορικό ψυχικής υγείας επηρεάζει αρνητικά τη ψυχική υγεία των γυναικών την περίοδο της εγκυμοσύνης. Σύμφωνη με την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ήταν και η μελέτη των Calcagni et al (2021) που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα γυναικών στη Χιλή και πρόσθεσε ως παράγοντα κινδύνου το ιστορικό ενδοοικογενειακής κακοποίησης, τις αποβολές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τη σχέση που έχει η γυναίκα με τον σύντροφό της. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από τους Gourounti et al (2014) βρέθηκε ότι για τις έγκυες γυναίκες σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση ψυχικής διαταραχής, ήταν η σχέση με τον σύντροφο και η χαμηλή οικογενειακή ικανοποίηση, η οικονομική κατάσταση και οι αποβολές τις εγκυμοσύνης. Οι Couto et al (2016) διαπίστωσαν επίσης ότι το ιστορικό ψυχικής υγείας, και το ιστορικό ενδοοικογενειακής κακοποίησης και βίας παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία των εγκύων γυναικών της Βραζιλίας που διένυαν το 2ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους. Επιπρόσθετα, η νεαρή ηλικία της γυναίκας (Rachita et al 2023) και η μη αναμενόμενη εγκυμοσύνη (Αντωνίου και συν 2015) βρέθηκε από άλλες παρόμοιες μελέτες να επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών αυτών. Λόγω της πανδημίας και των επιπτώσεών της, η πανδημία του COVID-19 βρέθηκε να συμβάλλει ως παράγοντας που επηρεάζει την ψυχική υγεία των γυναικών στην εγκυμοσύνη (McKinlay et al 2022) και όχι μόνο στο εξωτερικό αλλά και στην Ελλάδα αυξάνοντας σημαντικά τα επίπεδα άγχους εξαιτίας της απομόνωσης, του αποχωρισμού από τους φίλους, τους συγγενείς και την οικογένεια και της αβεβαιότητας και του φόβου για την πορεία της νόσου(Dagklis et al 2020).

Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας που καλούνται να φροντίσουν τις γυναίκες την περίοδο της εγκυμοσύνης τους, να αναγνωρίζουν αυτές που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, καθώς οι διαταραχές αυτές μπορεί να έχουν σοβαρές μακροπρόθεσμες και βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στις ίδιες, στο σύζυγό τους αλλά και στο νεογέννητο που θα φέρουν στη ζωή.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για την διαταραχή της ψυχικής υγείας των γυναικών την περίοδο της εγκυμοσύνης καθώς και των επιπτώσεων που μπορεί να έχουν αυτοί τόσο στην ίδια τη γυναίκα όσο και στην οικογένειά της.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μία συγχρονική, αναλυτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα εγκύων γυναικών που παρακολουθούνταν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους στο Γενικό Νοσοκομείο της Καβάλας, σε δύο ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές και σε τέσσερα ιδιωτικά γυναικολογικά ιατρεία της πόλης.

Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το δείγμα ευκολίας αποτέλεσαν 152 έγκυες γυναίκες. Οι συμμετέχοντες προκλήθηκαν προφορικά να συμμετάσχουν στην μελέτη μετά από ενημέρωση από τους ερευνητές. Τα ερωτηματολόγια συνοδεύονταν από γραπτές πληροφορίες σχετικά με τη φύση και το σκοπό της έρευνας. Οι συμμετέχουσες συμπλήρωναν γραπτώς τη συγκατάθεσή τους στη μελέτη και έπειτα προχωρούσαν στην απάντηση των ερωτήσεων.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε: α) ερωτήσεις δημογραφικών/ μαιευτικών χαρακτηριστικών (ηλικία της γυναίκας, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, εβδομάδα κύησης, προηγούμενες κυήσεις, αριθμός παιδιών και χρόνιο νόσημα) β) το ερωτηματολόγιο της αισιοδοξίας (LOT-R) στην ελληνική σταθμισμένη του εκδοχή (Lyrakos et al., 2009) γ) τη κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή-Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Stalikas & Lakioti, 2012) δ) τη κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες DASS-21, στην ελληνική της έκδοση (Stalikas & Flora, 2012) ε) τη κλίμακα υποκειμενικής ευτυχίας-Subjective Happiness Scale στην ελληνική σταθμισμένη του εκδοχή (Αυγουστάκη, Δημητριάδου & Σταλίκας, 2012) ζ) και το ερωτηματολόγιο για τη τοκοφοβία (Tocophobia Assessment Questionnaire) (Nunes et al., 2021) το οποίο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και αποτελείται από 25 ερωτήσεις οι οποίες αξιολογούν τον φόβο των γυναικών που προκαλείται από τον επικείμενο τοκετό.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης διασφαλίστηκε η έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου ενώ παράλληλα δόθηκε και η γραπτή έγκριση από τους ιδιώτες. Επιπροσθέτως, τηρήθηκαν οι αρχές της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας όλων των προσωπικών δεδομένων των γυναικών που συμπλήρωναν το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε.

Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με στατιστικές μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean) και την τυπική απόκλιση (sd). Για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκε η απόλυτη συχνότητα (frequency) καθώς και η σχετική συχνότητα (percent) στο σύνολο των ερωτηθέντων. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές οι οποίες είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε η παραμετρική δοκιμασία One-Way ANOVA για τη σύγκριση μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τις μεταβλητές οι οποίες δεν παρουσίασαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test για τη σύγκριση μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών που δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho correlation. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0,05$. Για την διερεύνηση των προβλεπτικών παραγόντων της κατάθλιψης, άγχους και στρες, χρησιμοποιήθηκε μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό IBM SPSS (Εκδοση 25).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τις 152 εγκυμονούσες γυναίκες οι 107 (70.4%) ζούσαν με το σύντροφό τους και οι 45 (29.6%) με την οικογένειά τους. Αναφορικά με τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η πλειοψηφία είχε τριτοβάθμια εκπαίδευση (48%), βρίσκονταν στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (74.3%) και είχε μέσο όρος ηλικίας τα 32,5 έτη (±5.2). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's α), οι μέσοι όροι (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α) των κλιμάκων και των υποκλιμάκων της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Οι δείκτες αξιοπιστίας για τις κλίμακες της κατάθλιψης-άγχους-στρες, της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή και του ερωτηματολογίου της τοκοφοβίας ήταν υψηλοί, ενώ για την κλίμακα της υποκειμενικής ευτυχίας και του ερωτηματολογίου της αισιοδοξίας ήταν καλοί. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γυναικών εκδήλωσε ήπια κατάθλιψη Μ.Ο= 3.6 (±4.6), ήπιο άγχος Μ.Ο= 4.3 (±4.5) και ήπιο στρες Μ.Ο= 6.4(±4.8) καθώς και χαμηλό φόβο για τον τοκετό Μ.Ο= 1.6 (±0.6). Η μέτρηση της αισιοδοξίας Μ.Ο 15.6 (±3.3) και της υποκειμενικής ευτυχίας Μ.Ο= 19.6 (±3) ήταν υψηλή, με την πλειοψηφία να έχει δηλώσει πολύ ικανοποιημένη από τη ζωή Μ.Ο= 27.7 (±4.2).

Από τις διμεταβλητές συσχετίσεις, προέκυψε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τριμήνου κύησης και της κλίμακας της κατάθλιψης ($F=4.32$, $p=0.015$), της κλίμακας του άγχους ($F=4.05$, $p=0.019$) και της κλίμακας του στρες ($F=8.62$, $p=0.000$) με το μεγαλύτερο τρίμηνο κύησης να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες αντίστοιχα. Αναφορικά με τον αριθμό παιδιών βρέθηκε πως ο μικρότερος αριθμός παιδιών σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($r=-0.197$, $p=0.015$) και στρες ($r=-0.249$, $p= 0.002$). Η συσχέτιση μεταξύ ηλικίας, επιπέδου εκπαίδευσης και οικογενειακής κατάστασης με τις κλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους και στρες δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική($p> 0.05$).

Στον πίνακα 4. παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης Spearman για τη διερεύνηση της συσχέτισης των κλιμάκων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες με την τοκοφοβία, την αισιοδοξία, την υποκειμενική ευτυχία και την ικανοποίηση από τη ζωή. Βρέθηκε πως η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες παρουσίασαν στατιστικά αρνητική συσχέτιση με την τοκοφοβία, την αισιοδοξία, την υποκειμενική ευτυχία και την ικανοποίηση από την ζωή. Επειδή από τη διμεταβλητή ανάλυση των παραγόντων

που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών κατά την εγκυμοσύνη προέκυψαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις στο επίπεδο του p<0.05 μεταξύ των κλιμάκων της κατάθλιψης, του άγχους, του στρες και ορισμένων ανεξάρτητων μεταβλητών, πραγματοποιήθηκαν πολυμεταβλητές γραμμικές παλινδρομήσεις.

Στον πίνακα 5. φαίνεται ότι το τρίμηνο κύησης (μικρότερο τρίμηνο) σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη, την αισιοδοξία (λιγότερη) και την υποκειμενική ευτυχία (λιγότερη) ενώ σχετίζεται θετικά με την τοκοφοβία (μεγαλύτερη). Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 55.8% της μεταβλητότητας της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 6, προκύπτει ότι το άγχος των εγκύων γυναικών σχετίζεται θετικά με την τοκοφοβία (μεγαλύτερη) και αρνητικά με την αισιοδοξία (λιγότερη) και την υποκειμενική ευτυχία (λιγότερη). Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 32.1% της μεταβλητότητας του άγχους.

Στην τελευταία πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση (Πίνακας 7), φαίνεται ότι το στρες σχετίζεται αρνητικά με το τρίμηνο κύησης (μικρότερο) και την αισιοδοξία (μικρότερη) και θετικά με την τοκοφοβία (μεγαλύτερη). Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 51.3% της μεταβλητότητας του στρες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ψυχική υγεία των γυναικών στην εγκυμοσύνη. Από τα ευρήματα αυτής της μελέτης προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γυναικών εκδήλωσε ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα, εμφάνισε ήπιο άγχος και στρες. Σε παρόμοιες μελέτες με αντίθετα όμως αποτελέσματα των Ferreira et al (2015) και Rachita et al (2023), όπου βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των συμπτωμάτων του άγχους αλλά και της κατάθλιψης να είναι υψηλός. Σε άλλη μελέτη των Biaggi et al (2016) βρέθηκε ότι η κατάθλιψη και το άγχος συνυπάρχουν σε μεγάλο βαθμό τη περίοδο της εγκυμοσύνης, και τα υψηλά επίπεδα άγχους αποτελούν παράγοντα κινδύνου για προγεννητική κατάθλιψη. Τα ήπια επίπεδα ψυχικών διαταραχών που προέκυψαν από τη συγκεκριμένη μελέτη, μπορεί να οφείλονται στην θεραπευτική σχέση που έχουν αναπτύξει οι γυναίκες της μελέτης με τους επαγγελματίες υγείας που τις παρακολουθούν, αλλά και την ενημέρωση και υποστήριξη που τις παρέχουν. Αυτό βρέθηκε και σε μελέτη των Bedaso et al (2021) με τη συναισθηματική και ενημερωτική υποστήριξη που παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας στις γυναίκες που παρακολουθούσαν να έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη μείωση του άγχους τους την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Οι έγκυες γυναίκες του δείγματος εμφάνισαν χαμηλό φόβο για τον τοκετό ενώ σημείωσαν υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας και υποκειμενικής ευτυχίας με τη πλειοψηφία να δηλώνει πολύ ικανοποιημένη από τη ζωή. Σε παρόμοια μελέτη των Wigert et al (2020), οι έγκυες γυναίκες που συμμετείχαν βρέθηκαν να έχουν αυξημένη αισιοδοξία και να δηλώνουν περισσότερο ασφαλείς και σίγουρες ότι η έκβαση του τοκετού θα είναι καλή εξαιτίας των συμβουλών της καθοδήγησης που έλαβαν από την μαία τους στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Επίσης, στη μελέτη των Baranowska et al (2020) τα ευρήματα έδειξαν ότι η ενημέρωση και η υποστήριξη από το προσωπικό είναι βασικές προϋποθέσεις για μία θετική εμπειρία για τον τοκετό.

Σε αυτή τη μελέτη δεν βρέθηκε να υπάρχει σημαντική συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης και της οικογενειακής κατάστασης με την ψυχική υγεία των εγκύων γυναικών και ειδικότερα με την κατάθλιψη και το άγχος. Ομοίως στη μελέτη των Rachita et al (2023) δεν διαπιστώθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και της οικογενειακής κατάστασης με το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Αντίθετα στη μελέτη των Tang et al (2019), στους αναφερόμενους παράγοντες κινδύνου για το προγεννητικό άγχος και την κατάθλιψη βρέθηκε να είναι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή και η μικρότερη ηλικία. Ακόμη, στην μελέτη των Akinsulore et al (2021), βρέθηκε ότι τόσο οι νεότερες όσο και οι μεγαλύτερες γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους στην εγκυμοσύνη. Αυτό το αποτέλεσμα της μελέτης οφείλεται στην αίσθηση του αγνώστου που έχουν οι νεότερες γυναίκες και συγκεκριμένα αυτές που κυοφορούν για πρώτη φορά. Όσο για τις μεγαλύτερες γυναίκες το κακό μαιευτικό ιστορικό και ο φόβος για την έκβαση του τοκετού ευθύνεται για τα υψηλά επίπεδα άγχους. Παρόμοια και στη μελέτη των Gourounti et al (2014) και Calcagni et al (2021), βρέθηκε ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους.

Ακόμη, από αυτή τη μελέτη βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο τρίμηνο κύησης σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και στρες. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι μελέτες των Cena et al (2021), Zhang et al (2021) και Cheng et al (2021), καθώς παρατηρήθηκε αύξηση του επιπέδου κατάθλιψης και άγχους στο τρίτο τρίμηνο της κύησης. Σε παρόμοια μελέτη των Mirzaee et al (2023) σε πρωτοτόκες γυναίκες, βρέθηκε ότι η ανησυχία για πρόωρο τοκετό ήταν υψηλότερη στις γυναίκες του τρίτου τριμήνου και υπεύθυνη για την εμφάνιση υψηλότερου βαθμού άγχους σε αυτές. Σε αντίθετα αποτελέσματα κατέληξε η μελέτη των Couto et al (2016) οι οποίοι δεν διαπίστωσαν από τη μελέτη τους κάποια σημαντική διαφορά στα επίπεδα κατάθλιψης στα διάφορα τρίμηνα της εγκυμοσύνης. Ωστόσο σε μεικτά αποτελέσματα κατέληξαν οι Lee et al (2007) και Rallis et al (2014), καθώς από τα αποτελεσματά τους προέκυψε ότι το άγχος που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη άλλοτε παρουσιάζει ανοδική πορεία και

τα συμπτώματα αυξάνονται από το πρώτο έως και το τρίτο τρίμηνο και άλλοτε έχουν σταθερή πορεία ή σημαντική μείωση στο ενδιάμεσο στάδιο της κύησης. Αυτό βρέθηκε να οφείλεται στον κίνδυνο αποβολής του πρώτου τριμήνου καθώς και στις πρωινές ναυτίες και στις φυσιολογικές αλλαγές που προκύπτουν. Αργότερα για το τρίτο τρίμηνο, πέρα των αλλαγών αυτών, το άγχος αυξάνεται λόγω του επερχόμενου τοκετού και της προσαρμογής του ζευγαριού για την μετάβαση στη γονεικότητα. Επομένως, η μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στο ενδιάμεσο της κύησης πιθανόν να οφείλεται και στη μείωση των φυσιολογικών συμπτωμάτων της εγκυμοσύνης. Οι σωματικές και νευροβιολογικές αλλαγές που εμφανίζονται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, επηρεάζουν εκτός από την κινητικότητα, τη δραστηριότητα και την αυτοφροντίδα της εγκύου και τον ύπνο της (Wu et al 2021, Boutib et al 2023). Στη μελέτη των Boutib et al (2023) που πραγματοποιήθηκε σε υγιείς έγκυες γυναίκες, φάνηκε ότι στην εγκυμοσύνη, λόγω των φυσιολογικών αλλαγών που συμβαίνουν, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Wu et al (2021) βρέθηκε ότι η ποιότητα του ύπνου επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη ποιότητα ζωής της εγκύου γυναίκας προκαλώντας άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα έως και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, στη μελέτη των Lagadec et al (2018), αναφέρεται ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των εγκύων είναι η παχυσαρκία, η ναυτία, ο εμετός, ο πόνος στη πλάτη, οι δυσκολίες του ύπνου κλπ. Η μελέτη κατέληξε στο ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται στην υποκειμενική αξιολόγηση των ασθενών όσον αφορά τις σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές διαστάσεις της ευημερίας.

Επιπρόσθετα, από τα ευρήματα της μελέτης φάνηκε ότι ο μικρότερος αριθμός παιδιών σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και στρες. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Mikolajkow & Malyszczakk (2022), οι οποίοι ανέφεραν ότι οι γυναίκες που είχαν πολύδυμες κυήσεις παρουσίαζαν λιγότερα συμπτώματα άγχους από τις πρωτοτόκες.

Επιπλέον, από αυτή τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το μικρότερο τρίμηνο της κύησης σχετίζεται θετικά με τη τοκοφοβία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες φοβούνται για την ευημερία του βρέφους τους, τη διαδικασία του τοκετού, τον πόνο και τις ιατρικές παρεμβάσεις και ο φόβος τους μπορεί να προέρχεται από την δυσπιστία για την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν στον τοκετό και να μην χάσουν τον έλεγχο του εαυτού τους (Imakawa et al 2022). Σε μελέτη των Roudung et al (2022) βρέθηκε ότι οι πληροφορίες στο διαδίκτυο μπορεί να έδιναν την αίσθηση ότι οι γυναίκες είχαν τις βασικές γνώσεις και τον έλεγχο, αλλά από την άλλη η απόκτηση πληροφοριών από το διαδίκτυο μπορούσαν να αυξήσουν τον φόβο τους. Σε αντίθετο αποτέλεσμα κατέληξε η μελέτη των Nieminen et al (2009) καθώς αναφέρουν ότι ο φόβος για τον τοκετό φαίνεται να είναι αμετάβλητος σε όλα τα τρίμηνα της εγκυμοσύνης. Περιορισμοί

Βασικοί περιορισμοί της μελέτης ήταν ότι τα αποτελέσματα δεν είναι αντιπροσωπευτικά για όλη τη χώρα καθώς τα δεδομένα συλλέχθηκαν από μία περιοχή μόνο της χώρας. Επίσης, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν έγκυες γυναίκες που βρίσκονταν μετά την 25η εβδομάδα κύησης και επομένως δεν υπάρχει εικόνα για τις γυναίκες που βρίσκονταν σε πρότερη εβδομάδα. Συνεπώς, προτείνεται η διεξαγωγή μεγαλύτερης και αντιπροσωπευτικής μελέτης των γυναικών που βρίσκονται στην περίοδο της εγκυμοσύνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών, βρέθηκε ότι το μικρότερο τρίμηνο κύησης σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη και το στρες των εγκύων γυναικών καθώς και θετικά με την μεγαλύτερη τοκοφοβία. Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών δεν ήταν υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, είναι ωστόσο απαραίτητη η ύπαρξη του κατάλληλου υποστηρικτικού δικτύου που περιλαμβάνει πέρα από την οικογένεια και την επαγγελματική βοήθεια από τους ειδικούς του χώρου. Κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη ανίχνευση των γυναικών που έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών ώστε να υπάρξει πρώιμη αντιμετώπιση. Προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να συμβάλλει η ύπαρξη διασύνδεσης με φορείς που μπορούν να παρέχουν εξατομικευμένη υπηρεσία ψυχοθεραπευτικού τύπου εφόσον αυτό είναι αναγκαίο. Οι επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα αυτοί που εργάζονται στους τομείς της μητρότητας, θα πρέπει να μπορούν και να τους δίνεται η δυνατότητα στον προγεννητικό έλεγχο ακόμη, να εντοπίζουν τις γυναίκες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΖΚ: Συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων, στη συγγραφή του κειμένου και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

ΜΙ: Συμμετείχε στην συλλογή και στην ανάλυση των δεδομένων καθώς και στη συγγραφή των αποτελεσμάτων.

ΓΜ: Συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού και στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων καθώς και στη συγγραφή του κειμένου, ενώ είχε τη γενική εποπτεία της μελέτης.

Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του κείμενο.

Πίνακας 1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Χαρακτηριστικά	N (%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Ζω με την οικογένεια μου	45 (29.6%)
Ζω με τον/την σύντροφο μου	107 (70.4%)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Πρωτοβάθμια	8 (5.3%)
Δευτεροβάθμια	23 (23%)
Τριτοβάθμια	73 (48%)
Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό	36 (23.7%)
Τρίμηνο εγκυμοσύνης	
1ο τρίμηνο	9 (5.9%)
2ο τρίμηνο	30 (19.7%)
3ο τρίμηνο	113 (74.3%)
Προηγούμενες κυήσεις	
Όχι	75 (49.3%)
Ναι	77 (50.7%)
Αριθμός παιδιών	
0	69 (45.4%)
1	47 (30.9%)
2	31 (20.4%)
≥3	5 (3.3%)
Ηλικία	32.5 (±5.2)

Πίνακας 2. Δείκτες αξιοπιστίας μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων και των υποκλιμάκων της μελέτης.

	Cronbach's α	M.O	T.A
Κλίμακα Κατάθλιψης-άγχους-στρες	0.901	14.4	12.8
Κατάθλιψη	0.897	3.6	4.6
Άγχος	0.872	4.3	4.5
Στρες	0.872	6.4	4.8
Ερωτηματολόγιο για την τοκοφοβία	0.952	1.6	0.6
Ερωτηματολόγιο αισιοδοξίας	0.735	15.6	3.3
Κλίμακα υποκειμενικής ευτυχίας	0.705	19.6	3
Κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή	0.803	27.5	4.2

Πίνακας 3. Διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ κλιμάκων κατάθλιψης, άγχους, στρες και δημογραφικών χαρακτηριστικών.

	Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες
Ηλικία	0.102	0.905	0.069
Οικογενειακή κατάσταση	0.818	0.673	0.458
Επίπεδο εκπαίδευσης	0.690	0.398	0.294
Τρίμηνο κύησης	**0.015**	**0.019**	**0.000**
Αριθμός παιδιών	**0.015**	0.060	**0.002**

Πίνακας 4. Διμεταβλητές συσχετίσεις (Spearman) μεταξύ κατάθλιψης, άγχους και στρες με την τοκοφοβία, την αισιοδοξία, την υποκειμενική ευτυχία και την ικανοποίηση από τη ζωή.

	Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες
Τοκοφοβία	**-0.431**	**-0.346**	**0.382**
Αισιοδοξία	**-0.365**	**-0.430**	**-0.309**
Υποκειμενική ευτυχία	**-0.197**	**-0.034**	**-0.167**
Ικανοποίηση από τη ζωή	**-0.465**	**-0.371**	**- 0.352**

Πίνακας 5. Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κατάθλιψη.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	Τιμή p
Τρίμηνο κύησης	-0.321	0.000
Αισιοδοξία	-0.312	0.000
Υποκειμενική Ευτυχία	-0.279	0.001
Τοκοφοβία	0.494	0.000

R^2=0.558, F=16.013, p=0.000

Πίνακας 6. Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το άγχος.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	Τιμή p
Αισιοδοξία	-0.257	0.001
Υποκειμενική Ευτυχία	-0.236	0.002
Τοκοφοβία	0.353	0.000

R^2=0.321, F=13.782, p=0.000

Πίνακας 7. Αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το στρες.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	Τιμή p
Αισιοδοξία	-0.373	0.000
Τρίμηνο κύησης	-0.433	0.000
Τοκοφοβία	0.327	0.000

R^2=0.513, F=13.342, p=0.000

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akinsulore A., Temidayo A.M., Oloniniyi I.O., Olalekan B.O. & Yetunde B.O. (2021). Pregnancy- related anxiety symptoms and associated factors amongst pregnant women attending a tertiary hospital in south- west Nigeria. South African Journal of Psychiatry, 27:2078-6786.

Alipour Z., Kheirabadi G.R., Kazemi A. & Fooladi M. (2018). The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: A systematic review. Eastern Mediterranean Health Journal, 24(6):549-559.

Alves A.C., Cecatti J.G. & Souza K.T. (2021). Resilience and stress during pregnancy: A comprehensive multidimensional approach in maternal and perinatal health. The scientific world Journal, 2021, 1-7.

Antoniou E., Stamoulou P., Tzanoulinou M.D. & Orovou E. (2021). Perinatal mental health: The role and the effect of the partner: A systematic review. In Healthcare, Vol. 9. No. 11. MDPI, p.1572.

Baranowska B., Kajdy A., Pawlicka P., Pokropek E., Rabijewski M., Sys D. & Pokropek A. (2020). What are the critical elements of satisfaction and experience in labor and childbirth: a cross sectional study. International Journal of environmental research and public health, 17(24):9295.

Bedaso A., Adams J., Peng W. & Sibbritt D. (2023). The direct and mediating effect of social support on health- related quality of life during pregnancy among Australian women. BMC Pregnancy and Childbirth, 23(1):1-9.

Biaggi A., Conroy S., Pawlby S. & Pariante C.M. (2016). Indentifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. Journal of affective disorders, 191: 62-77.

Boutib A., Chergaoui S., Azizi A., Saad E.M., Hilali A., Marfak I.Y. & Marfak A. (2023). Health- related quality of life during three trimesters of pregnancy in Morocco: Cross sectional pilot study. Eclinicalmedicine, 57.

Calcagni S.C., Olivos A.M., Valdes M.I.G. & Berrocal P.Z. (2021). Perinatal mental health in Chilean mothers. Andes Pediatrica: Revista Chilena de Pediatria, 92(5):724-732.

Calderani E., Giardinelli L., Scannerini S., Arcabasso S., Compagno E., Petraglia F. & Ricca V. (2019). Tocophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a new cut off analysis of the Wijma delivery expectancy-experience questionnaire based on clinical presentation. Journal of psychosomatic research, 116:37-43.

Cheng C.V., Chou Y.H., Chang C.H. & Lion S.R. (2021). Trends of perinatal stress, anxiety and depression and their prediction on postpartum depression. International journal of environmental research and public health, 18(17):9307.

Couto T.C., Cardoso M.N., Brancaglion M.Y.M., Faria G.C., Garcia F.D., Nicolata R., Miranda M. & Correa H. (2016). Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. Journal of Affective Disorders, 192:70-75.

Daglis T., Tsakiridis I., Mamopoulos A., Athanasiadis A. & Papazisis G. (2020). Anxiety during pregnancy in the era of the COVID-19 pandemic. Available at SSRN 3588542.

Ferreira C.R., Orsini M.C., Vieira C.R., Paffaro A.M. & Silva R.R. (2015). Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester. Archives of gynecology and obstetrics, 291:999- 1003.

Gourounti K., Anagnostopoulos F. & Sandall J. (2014). Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women. Midwifery, 30(6):628-635.

Hildingsson I., Nilsson J., Merio E. & Larsson B. (2021). Anxiety depressive symptoms in women with fear of birth: A longitudinal cohort study. European Journal of Midwifery, 5.

Hofberg K. & Ward M.R. (2004). Fear of childbirth, Tocophobia and mental health in mothers: The obstetric- psychiatric interface. Clinical obstetrics and gynecology, 47(3):527-534.

Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C.L., Rochat T., Stein A. & Milgram J. (2014). Non psychotic mental disorders in the perinatal period. The Lancent, 384(9956:1775-1788).

Huschke S., Tighe S.M. & Barry M. (2020). Perinatal mental health in Ireland: A scoping review. Midwifery, 89:102763.

Imakawa I.S.O., DeNadai M.N., Reis M., Quintana S.M. & Moises E.C.D. (2022). Is it necessary to evaluate fear of childbirth in pregnant women? A scoping review. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 44:692-700.

Kanellopoulos D. & Gourounti K. (2022) Tocophobia and women's desire for a caesarean section: a systematic review. Maedica, 17(1):186.

Lagadec N., Steinecker M., Kapassi A., Magnier A.M., Chastang J., Robert S., Gaouaou N. & Ibanez G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. BMC Pregnancy and childbirth, 18:1-14.

Lee A.M., Lam S.K., Lam S.M., Chong C.S., Chui H.W., Lam S.M. & Foyg D.Y. (2007). Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstetrics and gynecology, 110(5):1102-1112.

Lilliecreutz C., Josefsson A., Mohammed H., Josefsson A. & Sydsjo G. (2021). Mental disorders and risk factors among pregnant women with depressive symptoms in Sweden- A case control study. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 100(6):1068-1074.

Mahini E., Hakimi S., Shahrokhi H., Salahi B., Baniadam K.O. & Ranjbar F. (2023). Evaluation of factors related to maternal anxiety during pregnancy among women referred to Tabriz primary care centers. BMC Psychiatry, 23(1):329.

McKinlay A.R., Fancourt D. & Burton A. (2022). Factors affecting the mental health of pregnant women using UK maternity services during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. BMC Pregnancy and Childbirth, 22(1):1-15.

McLeish J. & Redshaw M. (2017). Mothers accounts of the impact on emotional wellbeing of organized peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1):1-14.

Mortazani F. & Agah J. (2018). Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. Oman medical journal, 33(6):497.

Mikolajkow A. & Malyszczak K. (2022). Biological factors and consequences of pregnancy- related anxiety. What do we know? Psychiatria Polska, 56(6):1289-1314.

Mirzaee F., Azghady S.B.H. & Farahani L.A. (2023). Investigating and comparing the dimensions of worry of Iranian primiparous women in each trimester of pregnancy. European Journal of Medical Research, 28(1):285.

Nieminen K., Stephansson O. & Ryding E.L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section: a cross- sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 88(7):807-813.

O'Connell M., Warren P.L., Khashan A.S. & Kenny L.C. (2015). Tocophobia- The new hysteria? Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, 25(6):175-177.

O'Hara M.W. & Wisner K.L. (2014). Perinatal mental illness: Definition description and etiology. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, 28(1):3-12.

Onchonga D. (2021). Prenatal fear of childbirth among pregnant women and their spouses in Kenya. Sexual & Reproductive Healthcare, 27:100593.

Rachita A.I.C., Strete G.E., Salcudean A., Chiga D.V., Radulescu F., Calinescu M., Nan A.G., Sasu B.A., Sucin L.M. & Marginean C. (2023). Prevalence and risk factors of depression and anxiety among women in the last trimester of pregnancy: A cross sectional study. Medicina, 59(6):1009.

Rallis S., Skouteris H., Mccabe M. & Milgram J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. Women and Birth, 27(4): e36-e42.

Rondung E., Magnusson S. & Ternstrom E. (2022). Preconception fear of childbirth: Experiences and needs of women fearing childbirth before first pregnancy. Reproductive Health, 19(1):1-10.

Rouhe H., Salmela K., Toivanen R., Tokola M., Halmesmaki E. & Saisto T. (2015). Life satisfaction, general wellbeing and costs of treat-

ment for severe fear of childbirth in nulliparous women by psycho educative group or conventional care attendance. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 94(5):527-533.
Sanli Y., Nur N. & Akbay A. (2022). Effects of stress in pregnancy on prenatal attachment and contributing factors. Psychiatria Danubina, 34(1):25-33.
Shakarami A., Mirgnafourrand M., Abdolalipour S., Jafarabadi M.A. & Iravani M. (2021). Comparison of fear, anxiety and self- efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. BMC Pregnancy & childbirth, 21(1):1-9.
Sharma V. & Sharma S. (2023). Tocophobia: a nosological quagmire. Archives of Women's Mental Health, 1-3.
Sidhu G.S., Sidhu T.K., Kaur P., Lal D. & Sangha N. (2019). Evaluation of peripartum depression. International Journal of applied and basic medical research, 9(4):201.
Sudziute K., Murauskiene G., Jariene K., Jaras A., Minkauskiene M., Adomaitine V. & Nedzelskiene I. (2020). Pre existing mental health disorders affect pregnancy and neonatal outcomes: A retrospective cohort study. BMC Pregnancy and childbirth, 20(1):1-7.
Tang X., Lu Z., Hu D. & Zhong X. (2019). Influencing factors for prenatal stress anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. Journal of affective disorders, 253:292-302.
Tesfaye Y. & Agenagnew L. (2021). Antenatal depression and associated factors among pregnant women Attending Antenatal care service in Kochi Health center jimma town, Ethiopia. Journal of Pregnancy, 1-10.
Traylor C.S., Johnson J.D., Kimmel M.C. & Manuck T.A. (2020). Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: An expert review. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, 2(4):100229.
Vaagala M., Liukkonen R., Kuitunen I., Ponkilainen V., Mattila V.M. & Kekki M. (2023). Factors associated with fear of childbirth in a subsequent pregnancy in Finland. BMC Women's Health, 23(1):1-8.
Wigert H., Nilsson C., Dencker A., Begley C., Jangsten E., Lundin C.S., Mollberg M. & Patel H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative. International journal of qualitative studies on health and well-being, 15(1):1704484.
Wu H., Sun W., Chen H., Wu Y., Ding W., Liang S., Fiuang X., Chen H., Zeng Q., Li Z., Xiong P., Huang J., Akinwunmi B., Zhang C.J.Y. & Ming W.K. (2021). Health related quality of life in different trimesters during pregnancy. Health and Quality of Life Outcomes,19:1-11.
Zhang L., Wang L., Cui S., Yuan Q., Huang C. & Zhou X. (2021). Prenatal Depression in Women in the third trimester: Prevalence, Predictive factors and relationship with maternal fetal attachment. Frontiers in public health, 8:602005.
Αντωνίου Ε., Γεωργιάδου Χ., Δάγλα Μ., Καραγιάννη Δ., Μουχτάρη Ι., Πολίτου Κ. & Ρηγούτσου Ε. (2015). Αθήνα. Corn studio.

RESEARCH ARTICLE

Factors affecting women's mental health during pregnancy

Zoi-Marina Kozonaki[1], Ioannis Mavrogiannakis[2], Georgios Manomenidis[3]

1. Post-graduate student of Medical School, Aristole University of Thessaloniki
2. Heraklion Medical School, University of Crete
3. Assistant Professor, Faculty of Nursing, International Hellenic University, (Didimoteicho Branch)

ABSTRACT

Introduction: The transitional period of pregnancy, with the physiological changes that follow, can trigger mental disorders, with anxiety and depression to be the dominant mood disorders. The factors affecting women's mental health, are complex and involve social, midwifery, individual and psychological domains.

Aim: To investigate the factors responsible for women's mental health during pregnancy.

Methodology: A cross sectional analytical study was conducted with a convenience sample of 152 women who were followed up during their pregnancy in the hospital of Kavala. The participants were administered a self-report questionnaire including a) questions on demographic/obstetric characteristics b) the questionnaire of optimism (LOT-R) c) the Satisfaction With Life Scale (SWLS) d) the depression scale, anxiety and stress DASS-21 e) the Subjective Happiness Scale-Subjective Happiness Scale g) and the Tokophobia Assessment Questionnaire.

Results: The majority of pregnant women expressed mild depression mean score= 3.6 (±4.6), mild anxiety mean score= 4.3 (±4.5) and mild stress mean score= 6.4(±4.8) and low fear of childbirth mean score= 1.6 (±0.6). The measurement of optimism mean score 15.6 (±3.3) and subjective happiness mean score= 19.6 (±3) was high, with the majority having reported very satisfied with life mean score= 27.7 (±4.2). The findings of the study revealed advanced trimester of pregnancy appeared was associated with higher levels of depression, anxiety and stress, while earlier trimester was positively associated with tokophobia.

Key words: anxiety, pregnancy, depression, tokophobia, mental health

Corresponding author: Georgios Manomenidis
e-mail: george.mano@yahoo.gr

Date of submission: 18/09/2023
Publication date: June 2024

Citation: Kozonaki Z.-M., Mavrogiannakis I. & Manomenidis G. (2024). Factors affecting women's mental health during pregnancy. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(2): 48-58, https://doi.org./10.24283/hjns.202424

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Αντιλήψεις των Επισκεπτών Υγείας σχετικά με τον ρόλο τους στην Καρδιακή Αποκατάσταση: Μια ποιοτική προσέγγιση

Μαρία Ζαφειροπούλου[1,2], Γεώργιος Μανομενίδης[5], Κωνσταντίνος Εκμεκτζόγλου[1,3], Μανώλης Καρανικόλης[1,4], Νικολέττα Ιακωβίδου[1,7], Θεόδωρος Ξάνθος[1,6]

1. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα (MSc) «Αναζωογόνηση», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα
2. Επισκέπτρια Υγείας, Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
3. Ακαδημαϊκός Υπότροφος Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Λέκτορας, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος
4. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
5. Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
6. Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ)
7. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την βασική αιτία θανάτου σε ασθενείς με μη μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και την κύρια αιτία νοσηρότητας, αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική η ανάγκη ύπαρξης προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης (ΚΑ), με απώτερο σκοπό την μείωση των επιπτώσεων των καρδιαγγειακών νόσων και της επανεμφάνισης τους. Βασικό ρόλο στην παροχή των υπηρεσιών πρόληψης έχει ο επισκέπτης υγείας (ΕΥ) τόσο σε ενδονοσοκομειακό όσο και σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο.

Σκοπός: Να διερευνηθούν οι απόψεις, οι αντιλήψεις και οι εμπειρίες των ΕΥ σχετικά με το ρόλο τους στην ΚΑ.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη με ημιδομημένες συνεντεύξεις σε 11 ΕΥ. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Από την μελέτη προέκυψε ότι οι ΕΥ αντιμετωπίζουν εμπόδια στο ρόλο τους ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, καθώς και προκλήσεις (θετικές και αρνητικές) που σχετίζονται με την εφαρμογή των στρατηγικών της καρδιακής πρόληψης. Θεωρούν ότι έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση και την τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών τους στο πλαίσιο της δευτερογενούς πρόληψης ενώ για τη διαχείριση των προβλημάτων που προκύπτουν κατά την εφαρμογή του έργου τους προτείνουν εκτός από τη χρήση των ατομικών μηχανισμών διαχείρισης των πρακτικών δυσκολιών και τη δημιουργία εκπαιδευτικού υποστηρικτικού δικτύου.

Συμπέρασμα: Οι ΕΥ έχουν σημαντικό ρόλο στη διεπιστημονική ομάδα της καρδιακής αποκατάστασης, και προτείνεται η ενίσχυση των υπαρχουσών δομών υγείας και αποκατάστασης με επιπλέον προσωπικό.

Λέξεις Κλειδιά: αντιλήψεις, δευτερογενής πρόληψη, επισκέπτης υγείας, καρδιακή αποκατάσταση, ποιοτική μελέτη

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Ζαφειροπούλου
e-mail: zafemari@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 06/11/2023
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2024

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

Αναφορά του άρθρου ως: Ζαφειροπούλου Μ., Μανομενίδης Γ., Εκμεκτζόγλου Κ., Καρανικόλης Μ., Ιακωβίδου Ν. & Ξάνθος Θ. (2024). Αντιλήψεις των Επισκεπτών Υγείας σχετικά με τον ρόλο τους στην Καρδιακή Αποκατάσταση: Μια ποιοτική προσέγγιση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 17(2): 59-70, https://doi.org./10.24283/hjns.202425

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι ΕΥ κατέχουν όλες τις εξειδικευμένες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις για να παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης στην ΚΑ**
- **Οι ΕΥ έχουν ρόλο συνδετικού κρίκου ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και τους ασθενείς**
- **Κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων ΚΑ που θα παρέχουν, υπηρεσίες πρόληψης στην ΚΑ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την βασική αιτία θανάτου μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (non communicable diseases) αλλά και την κύρια αιτία νοσηρότητας, αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως (Λιανοπούλου 2021). Υπολογίζεται ότι περίπου 620 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με καρδιαγγειακές παθήσεις σε όλο τον κόσμο, δηλαδή 1 στους 13 ανθρώπους παγκοσμίως νοσεί από κάποια καρδιαγγειακή νόσο (British Heart Foundation 2023). Με τις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις, ένας μεγαλύτερος αριθμός ασθενών επιβιώνει από τα θανατηφόρα καρδιαγγειακά επεισόδια, με επιπτώσεις όμως τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, των οποίων η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τη χρονιότητα της νόσου και τις επιπλοκές της, όσο και για το σύστημα υγείας το οποίο καλείται να επιφορτιστεί με το αυξημένο κόστος υπηρεσιών υγείας και φροντίδας (Buckley 2021).

Η καρδιακή αποκατάσταση (ΚΑ) αποτελεί μια πολυδιάστατη επαρκώς τεκμηριωμένη διεπιστημονική παρέμβαση με σκοπό τη μακροχρόνια διαχείριση των καρδιαγγειακών ασθενών (Γιακουμιδάκης & Μπροκολάκη 2014). Ορίζεται ως «το σύνολο των συντονισμένων διεπιστημονικών παρεμβάσεων που είναι απαραίτητες για την διασφάλιση καλύτερης σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, έτσι ώστε οι ασθενείς με οξύ ή χρόνιο καρδιαγγειακό πρόβλημα να επιτύχουν μέσω της συμμετοχής τους στα προγράμματά της, την καλύτερη διαχείριση της νόσου μέσω της βελτίωσης της συμπεριφοράς τους σε θέματα υγείας» (Balady et al 2000, Πανανουδάκη-Μπροκαλάκη & Χατζηευστρατίου, 2014). Η Αμερικάνικη Ένωση Καρδιολογίας την κατατάσσει ως θεραπευτική παρέμβαση με ένδειξη κλάσης Ι (υποχρεωτική), επιπέδου Α και θεωρείται σημαντικό παρεμβατικό εργαλείο της Δημόσιας υγείας (Piepoli et al 2014).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών και μετα-αναλύσεων στην διεθνή βιβλιογραφία κάνει αναφορά τόσο στα βραχυπρόθεσμα όσο και στα μακροπρόθεσμα οφέλη που προκύπτουν από τη συμμετοχή των καρδιαγγειακών ασθενών σε προγράμματα ΚΑ (Turk-Adawi & Grace 2015, Kabboul et al 2018) εξυπηρετώντας τον απώτερο στόχο, που είναι η ομαλή επανένταξη του ασθενούς στην κοινότητα (Καδδά 2015). Επιπροσθέτως, συμβάλλει στη μείωση των επαναλαμβανόμενων νοσηλειών και των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, ορίζοντας την καρδιακή αποκατάσταση ως την πιο αποδοτική –σε σχέση με το κόστος- παρέμβαση για την εξασφάλιση ευνοϊκών αποτελεσμάτων σε ένα ευρύ φάσμα καρδιαγγειακών παθήσεων (Taylor et al 2004, Clark et al 2005, Kotseva et al 2016, Ambrosetti et al 2021).

Για να προσφερθεί στον ασθενή μια πολυδιάστατη και ολοκληρωμένη φροντίδα ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της ΚΑ, είναι ζωτικής σημασίας η πλαισίωση του από μια καταρτισμένη διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης. Η ομάδα με επικεφαλής συντονιστή εξειδικευμένο καρδιολόγο, συμπληρώνεται με άλλες ειδικότητες και τροποποιείται ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή (Piepoli et al 2014, BACR 2017). Βιβλιογραφικά, εντοπίζονται πολλαπλές αναφορές σχετικά με την εμπλοκή του ΕΥ σε προγράμματα ΚΑ στα οποία αυτός παρέχει υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης (Salisbury 1994, Campell et al 1996, Cupples et al 1996, CRHS 1999, Harris & Record 2003, Bush et al 2003). Ωστόσο, η ΚΑ ως ολοκληρωμένο πλαίσιο φαίνεται να απουσιάζει σχεδόν εντελώς από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και παρέχεται σε ελάχιστα εξειδικευμένα δημόσια κέντρα (Tsioufis et al 2015), με τα περισσότερα προγράμματα ΚΑ να περιορίζονται ως επί το πλείστον σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο που περιλαμβάνει την ενδυνάμωση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια ή άλλο καρδιολογικό νόσημα μέσω της φυσικής δραστηριότητας (Μαγγανά & Μιχαλόπουλος 2014, ΚΕΣΥ 2018).

Η σημαντικότητα του ρόλου του ΕΥ στον ευρύτερο τομέα της αποκατάστασης ως αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, είναι ευρέως αποδεκτή καθώς συμβάλλει στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών του μέσω της εκπαίδευσής τους (Firth et al 1973, Chamberlain 1977, Cowley et al. 2007).

Στην Ελλάδα ο ΕΥ είναι ο επαγγελματίας υγείας που κατέχει τις εξειδικευμένες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις για να παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης (ΦΕΚ 1989,Υπουργείο Υγείας 2017, Υπουργείο Υγείας 2020) και αποτελεί συνδετικό κρίκο μεταξύ της κοινότητας και των υπηρεσιών υγείας, ώστε χρησιμοποιώντας κατάλληλες εκπαιδευτικές μεθόδους και σύγχρονα εργαλεία, να βελτιστοποιεί την ποιότητα ζωής και να προασπίζεται την υγεία του πληθυσμού στοχεύοντας με αυτόν τον τρόπο στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και στον κοινωνικό αποκλεισμό (Σακελλάρη 2015).

Παρά τη σημαντικότητα του ρόλου του ΕΥ στα προγράμματα ΚΑ, τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη συμβολή του στον τομέα της αποκατάστασης είναι περιορισμένα (Bush 2003). Παρατηρείται, παγκοσμίως,

έλλειψη νεότερων δεδομένων λόγω της σταδιακής αντικατάστασης του ρόλου τους από τους κοινοτικούς νοσηλευτές (Heery et al. 2019). Καθώς η γνώση πάνω στο συγκεκριμένο θέμα είναι περιορισμένη, πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων των ΕΥ σχετικά με το ρόλο τους στην ΚΑ. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα περιλάμβαναν σαν οδηγό τις παρακάτω ερωτήσεις:

α) Πώς αντιλαμβάνονται οι ΕΥ τον επαγγελματικό τους ρόλο όντας μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας;

β) Ποια είναι η αντίληψη των ΕΥ για τη συμβολή τους στην δευτερογενή πρόληψη στην ΚΑ;

γ) Ποιες είναι οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ΕΥ κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης;

και δ) Πως διαχειρίζονται οι ΕΥ τις προκλήσεις και τα προβλήματα που προκύπτουν;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ερευνητικός σχεδιασμός

Για το σκοπό της μελέτης ακολουθήθηκε η ποιοτική μεθοδολογία διερευνητικού-περιγραφικού τύπου για την σε βάθος κατανόηση των ερευνητικών ερωτημάτων (Whitehead & Ferguson 2017), καθώς στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν και να περιγραφούν διεξοδικά οι εμπειρίες και οι απόψεις των συμμετεχόντων, όπως οι ίδιοι τις επικοινωνούν (Ματζούκας 2007, Hilla et al 2012).

Η συγκεκριμένη προσέγγιση βρέθηκε ότι είναι η καταλληλότερη για τη διερεύνηση σε βάθος του συγκεκριμένου φαινομένου καθώς προσφέρει μια ιδιαίτερη εμπειρία προσέγγισης και κατανόησης των βιωμάτων και της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων στην έρευνα, εστιάζοντας στη διείσδυση στην προσωπικότητά τους και στην κατανόηση των επιρροών που έχουν δεχτεί (Lune & Berg 2017, Hunter et al 2019). Εξάλλου, οι διερευνητικές-περιγραφικές ποιοτικές έρευνες διενεργούνται όταν έχει εντοπιστεί μια συγκεκριμένη έλλειψη γνώσης που μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο μέσω της αναζήτησης των απόψεων των ανθρώπων που επηρεάστηκαν περισσότερο (Grey 2017, Hunter et al 2019).

Δείγμα μελέτης

Στην παρούσα μελέτη, επιλέχθηκε η μέθοδος της σκόπιμης δειγματοληψίας για τη συμμετοχή ΕΥ οι οποίοι είχαν τουλάχιστον ένα έτος κλινικής εμπειρίας στη διαχείριση και παροχή υπηρεσιών δευτερογενούς πρόληψης σε καρδιαγγειακούς ασθενείς -είτε για την κύρια νόσο είτε για κάποια από τις συννοσηρότητες τους- σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες της ΚΑ, και εργάζονταν σε δομές τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Συλλογή Δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκαν οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις στη διάρκεια των οποίων οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να μιλήσουν για τις αντιλήψεις τους σχετικά με το ρόλο τους ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας στην ΚΑ.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικά και δια ζώσης, από τα μέσα έως και τα τέλη Οκτώβρη του 2022. Η διάρκεια των προσωπικών συνεντεύξεων δεν ξεπέρασε τα 45 λεπτά, με μέσο όρο τα 35. Όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και στην συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν σε γραπτό λόγο ενώ η συλλογή σταμάτησε όταν έφτασε στο σημείο του «θεωρητικού κορεσμού», δηλαδή δεν προέκυπταν νέα δεδομένα που να περιγράφουν το υπό μελέτη φαινόμενο (Rubin & Rubin 1995).

Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η διεξαγωγή της έρευνας αρχικά εγκρίθηκε από την επιτροπή ηθικής δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Στην παρούσα έρευνα τηρήθηκαν και ακολουθήθηκαν όλες οι βασικές αρχές δεοντολογίας που αφορούν στην ερευνητική διαδικασία, όπως η πληροφορημένη συγκατάθεση, η αρχή της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας και η αρχή της προστασίας από βλάβη στην έρευνα (Ισαρη & Πουρκός 2015). Προηγήθηκε τηλεφωνική ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης και η συναίνεση των συμμετεχόντων διασφαλίστηκε με ενυπόγραφο έντυπο συμφωνίας βάση του κανονισμού προστασίας προσωπικών δεδομένων (GDPR). Το έντυπο ενημέρωσης για συμμετοχή/ συγκατάθεση στην έρευνα δόθηκε είτε δια ζώσης για να συμπληρωθεί είτε στάλθηκε ηλεκτρονικά σε όλους τους συμμετέχοντες και συντάχθηκε με βάση τις αρχές της δεοντολογίας στην έρευνα (Τσιώλης 2018).

Ανάλυση των δεδομένων

Οι συνεντεύξεις αναλύθηκαν σύμφωνα με τις αρχές της θεματικής ανάλυσης περιεχομένου για να εντοπιστούν, να περιγραφούν και να «θεματοποιηθούν» επαναλαμβανόμενα νοηματικά μοτίβα, που προκύπτουν από τα δεδομένα (Ισαρη & Πούρκος 2015, Τσιώλης 2018). Τα δεδομένα της μελέτης ήταν τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα των συνεντεύξεων. Πριν από την έναρξη της ανάλυσης, τα κείμενα των συνεντεύξεων διαβάστηκαν πολλές φορές για να αποκτηθεί μια συνολική και ολοκληρωμένη εικόνα των δεδομένων (Ματζούκας 2007). Για κάθε φυσικό πρόσωπο, από το οποίο μέσω προσωπικής συνέντευξης συλλέχθηκαν τα στοιχεία, έγινε ταυτοποίηση μέσω προσυμφωνημένου κωδικού, ώστε να διευκολυνθούν τα επόμενα στάδια της επαλήθευσης των στοιχείων του (Hilla et al 2012). Στη συνέχεια, έγινε κατηγοριοποίηση του υπάρχοντος κωδικοποιημένου κειμένου. Οι κατηγορίες που δημιουργήθηκαν καθορίστηκαν από το σκοπό της έρευνας και χωρίστηκαν σε θεματικές (Τσιώλης 2018).

Για τη διασφάλιση της πιστότητας και της αξιοπιστίας των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της

τριγωνοποίησης (triangulation), η οποία αποτελεί την "εφαρμογή και τον συνδυασμό διαφορετικών ερευνητικών μεθοδολογιών στη διερεύνηση του ίδιου φαινομένου" (Denzin & Lincoln 1994) ενώ παράλληλα επιτρέπει την επίτευξη της πληρότητας στην κατανόηση του φαινομένου (Μπελλάλη 2006).

Η τριγωνοποίηση στην παρούσα μελέτη, διασφαλίστηκε με τη συμμετοχή τριών ερευνητών που ασχολήθηκαν με την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις. Για τη διασταύρωση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν άλλοι δυο ερευνητές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 11 ΕΥ, από τους οποίους οι 7 ήταν γυναίκες και οι 4 ήταν άντρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 41.9 έτη και ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας τα 27,3 έτη. Στον Πίνακα 1 φαίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ (ΕΤΗ)	ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΤΟΜΕΑΣ
ΣΕΥ1	Γ	35	9	Δ	ΤΟΜΥ
ΣΕΥ2	Α	42	12	Δ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΣΕΥ3	Α	48	14	Δ	ΤΟΜΥ
ΣΕΥ4	Γ	50	21	Ι	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΣΕΥ5	Γ	62	35	Δ	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΣΕΥ6	Α	36	6	Ι/Δ	ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΣΕΥ7	Α	50	26	Δ	ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ/ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΕΥ8	Γ	35	14	Δ	ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ/ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΕΥ9	Γ	36	4	Δ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ/ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ
ΣΕΥ10	Γ	33	5	Δ	ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΕΥ11	Γ	34	2	Δ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ/ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

***Α= Άνδρας/ Γ= Γυναίκα, Δ=Δημόσιο/ Ι=Ιδιωτικό, Ι/Δ= Ιδιωτικό Δημοσίου Δικαίου**

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν και αναλύοντας τα δεδομένα των συνεντεύξεων με βάση τις αρχές της θεματικής ανάλυσης, βρέθηκε ότι οι ΕΥ αντιμετωπίζουν πλήθος προκλήσεων και δυσκολιών που έχουν να κάνουν με το ρόλο τους μέσα στην διεπιστημονική ομάδα. Προτάσεις και μέτρα βελτίωσης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων προτείνονται με απώτερο σκοπό την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας στην ΚΑ. Όσον αφορά τις αντιλήψεις των ΕΥ σχετικά με τον επαγγελματικό τους ρόλο μέσα στην διεπιστημονική ομάδα, εντοπίστηκαν τρία θέματα και πέντε υποθέματα (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Θέματα και υποθέματα των αντιλήψεων των ΕΥ σχετικά με τον επαγγελματικό τους ρόλο στη διεπιστημονική ομάδα

ΘΕΜΑΤΑ	ΥΠΟΘΕΜΑΤΑ
1. Ο ρόλος στη διεπιστημονική ομάδα	α) Η επαλήθευση και η προσαρμογή της επαγγελματικής ταυτότητας
2. Τα εμπόδια μέσα στην ομάδα	α) Ασάφεια/σύγχυση/ σύγκρουση ρόλων
3. Διεκδίκηση ρόλου μέσα στην διεπιστημονική ομάδα	α) Οριοθετώντας το επάγγελμα β) Εκπαίδευση και εξειδίκευση γ) Δημιουργία συνεργατικού κλίματος

Ο ρόλος στη διεπιστημονική ομάδα

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ΕΥ, θεωρούν ότι η επαγγελματική τους ταυτότητα επιβεβαιώνεται και κατοχυρώνεται από τα επαγγελματικά τους δικαιώματα τα οποία περιλαμβάνουν την πρόληψη, την αγωγή υγείας και την εκπαίδευση των ασθενών, αλλά και των οικογενειών τους.

«Έχω απόλυτα ξεκάθαρο και συγκεκριμένο ρόλο στον φορέα που εργάζομαι. Κάνω πρόληψη. Αγωγή υγείας. Εκπαίδευση. Είμαι επισκέπτρια υγείας» **(ΣΕΥ1)**

«Και δε θεωρώ ούτε ότι αλλοιώνει ούτε ότι προσθέτει κάτι περισσότερο στον ήδη υπάρχοντα ρόλο μας. Είναι κομμάτια της ταυτότητας μας, δεν την επηρεάζει κάπως». **(ΣΕΥ3)**

*«Είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας ο επισκέπτης υγείας. Ιδίως όταν έχει να κάνει με συνεργασία ασθενούς ή της κοινότητας με τους γιατρούς.»***(ΣΕΥ4)**

Οι ΕΥ αναφέρουν ότι ο ρόλος τους μέσα στην διεπιστημονική ομάδα στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης είναι σημαντικός, ωστόσο θα πρέπει να αναπροσαρμοστεί καθώς καλούνται να συμμετέχουν σε πολλά διαφορετικά αντικείμενα, τα οποία κάποιες φορές αλλοιώνουν το χαρακτήρα του ρόλου τους και δεν τους επιτρέπουν να αναπτύξουν το έργο τους όσο αυτοί θα ήθελαν.

*«...πολλές φορές καλούμαστε να κάνουμε όπως εγώ πάρα πολλά διαφορετικά αντικείμενα και άρα ίσως αλλοιώνεται ο χαρακτήρας του ρόλου μας»***(ΣΕΥ8)**

«Θα προσαρμόσω τον επαγγελματικό μου ρόλο στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη. Δηλαδή δεν θεωρώ ότι θα χάσω κάτι. Ίσα-ίσα που αν με ρωτάς θα είχε και πιο πολύ ενδιαφέρον για μένα να μπορέσω να ασχοληθώ με μία τέτοια ομάδα πληθυσμού. **(ΣΕΥ10)**

«Τα νοσοκομεία για τους επισκέπτες υγείας από την εμπειρία μου δεν είναι ένας καλός χώρος εργασίας. Είναι πάρα πολύ περιοριστικά λόγω του φόρτου εργασίας που έχουν. Άρα λοιπόν πολλές φορές καλούμαστε να κάνουμε όπως εγώ πάρα πολλά διαφορετικά αντικείμενα και άρα λοιπόν να μην μπορούμε να αναπτύξουμε όσο θα θέλαμε το έργο μας. Σαφέστατα νομίζω ότι η πρωτοβάθμια είναι καλύτερος χώρος εργασίας για μας. **(ΣΕΥ8**)

Τα εμπόδια μέσα στην ομάδα

Όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν την ύπαρξη εμπόδιων στην ανάπτυξη του επαγγελματικού τους ρόλου με κυριότερα αυτά της ασάφειας, της σύγχυσης και της σύγκρουσης του ρόλου τους με τους άλλους επαγγελματίες της διεπιστημονικής ομάδας.

«... χρειάζεται να αποδείξω, να μιλήσω και να δείξω τη δουλειά μου σε πάρα πολύ κόσμο γιατί συνέχιζαν να μου λένε τι δουλειά κάνεις και να τους λέω επισκέπτης υγείας και να με κοιτάνε περίεργα. Οπότε είχα πολύ περισσότερο κόσμο στο οποίο έπρεπε να δείξω τι δουλειά κάνω. Ακόμα αυτό δεν έχει τελειώσει, δεν μπορώ να πω ότι τα έχω καταφέρει». **(ΣΕΥ10)**

*«...για την εύρυθμη λειτουργία υποτίθεται της υπηρεσίας και λόγω της έλλειψης προσωπικού αλλά και της έλλειψης καθηκοντολογίου στις υπηρεσίες και με περιγραφή θέσεων, όπου όλοι κάνουν τα πάντα. Εκεί μπορεί να υπάρξει σύγχυση, αλληλοεπικάλυψη αρμοδιοτήτων, ρόλων, θέσεων, ευθύνης.***(ΣΕΥ2)**

«. ... κάποιοι οργανισμοί δυσκολεύονται να αποδεχτούν το ρόλο μας. Και τις δράσεις μας. Κάποιοι συνάδελφοι το πετυχαίνουν με πολύ κόπο, κάποιοι δεν έχουν καταφέρει να το πετύχουν. Όχι πάντα με δική τους ευθύνη.» **(ΣΕΥ7)**

Διεκδίκηση ρόλου μέσα στην διεπιστημονική ομάδα

Στο πλαίσιο της προσπάθειας που κάνουν οι ΕΥ για να διεκδικήσουν και να εδραιώσουν τον επαγγελματικό τους ρόλο μέσα στη διεπιστημονική ομάδα, προτείνουν την οριοθέτηση, την εξειδίκευση και την περαιτέρω εκπαίδευση τους, παράλληλα όμως με τη δημιουργία ενός συνεργατικού κλίματος.

*«Με την οριοθέτηση. Η οριοθέτηση είναι το Α και το Ω. Δηλαδή εσύ διευκρινίζεις μέχρι που μπορείς να πας, μέχρι πού μπορείς να βοηθήσεις και μετά το κάθε πράγμα παίρνει το δρόμο του».***(ΣΕΥ4)**

*«Προσπαθώντας όσο το δυνατόν περισσότερο να απασχολούμαι με το ρόλο του επισκέπτη υγείας στη δομή, δηλαδή διαθέτοντας όσο το δυνατόν περισσότερο από το χρόνο μου για να ασκώ τα καθήκοντα μου. Προσπαθώντας όσο το δυνατόν να μειώσω το χρόνο που με απασχολεί σε άλλα καθήκοντα».***(ΣΕΥ3)**

*«Βελτιώνοντας όσο μπορώ τις γνώσεις μου, την εκπαίδευσή μου και την συμμετοχή μου στο ιατρείο, αναλαμβάνοντας όσο μπορώ με μεγαλύτερη εγκυρότητα τα καθήκοντά μου. Και εξειδικεύοντας όσο περισσότερο μπορώ τις γνώσεις μου.***(ΣΕΥ2)**

*«Προσπαθώ να δείχνω κατανόηση και να συζητώ. Να επικοινωνώ που υπάρχει πρόβλημα βασικά ώστε να λύνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα ...απλώς το επικοινωνείς και μετά αν το σεβαστεί, όλα καλά».***(ΣΕΥ11*)**

Σχετικά με τις αντιλήψεις των ΕΥ για τον ρόλο τους στην παροχή δευτερογενούς πρόληψης στα προγράμματα ΚΑ εντοπίστηκαν δύο θέματα και πέντε υποθέματα (Πίνακας 3)

Πίνακας 3: Θέματα και Υποθέματα για τις αντιλήψεις των ΕΥ για τον ρόλο τους στην δευτερογενή πρόληψη στην ΚΑ

ΘΕΜΑΤΑ	ΥΠΟΘΕΜΑΤΑ
1. Ο ρόλος του ΕΥ στην ΚΑ	α) Ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα σε ασθενή και διεπιστημονική ομάδα β) Η εκπαίδευση του ασθενή γ) Η διαχείριση συννοσηροτήτων δ) Η προαγωγή και η αγωγή υγείας
2. Εκπαίδευση στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου	α) Υιοθέτηση υγιεινών προτύπων - υποστήριξη

Ο ρόλος του ΕΥ στην ΚΑ

Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες ΕΥ ο ρόλος τους στην ΚΑ περιλαμβάνει τον προγραμματισμό σχεδίου στρατηγικών καρδιαγγειακής πρόληψης (συμβουλευτική

ρύθμισης και διαχείρισης σωματικού βάρους των ασθενών, τροποποίηση αρτηριακής πίεσης και λιπιδίων, γλυκαιμικό έλεγχο, διακοπή καπνίσματος και ψυχολογική υποστήριξη), τη διασύνδεση της διεπιστημονικής ομάδας με τον ασθενή και την οικογένεια του, την εκπαίδευση, την καθοδήγηση και τη διαχείριση των συννοσηροτήτων που μπορεί να έχει ο ασθενής μαζί με τις καρδιαγγειακές παθήσεις αλλά και τη διαρκή επαναξιολόγηση των πρακτικών και των δεξιοτήτων του ασθενή τους:

*«Οπότε είναι και ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα σε έναν γιατρό, έναν ασθενή κτλ. Γιατί κακά τα ψέματα και σε ένα ιδανικό πλαίσιο αν και εφόσον υπάρχουν όλες οι ειδικότητες... Ο επισκέπτης υγείας δρα μεσολαβητικά. Έχοντας αυτόν τον άνθρωπο και βλέποντάς τον σε πιο τακτική βάση και αναλαμβάνοντας όλα τα υπόλοιπα που είπα πριν στην εκπαίδευση του κτλ, στην ψυχοεκπαίδευση και ούτω κάθε εξής... μπορεί βλέποντας κάποια αλλαγή στον άνθρωπο ή κάτι που χρειάζεται να γίνει, να έχει άμεση επικοινωνία, να δρα συνδετικά με τον γιατρό έτσι ώστε να υπάρχει πιο ολιστική αντιμετώπιση. Στον ασθενή.»***(ΣΕΥ6)**

*«Παρέχοντας στοχευμένες παρεμβάσεις και εκπαιδεύοντας τον ασθενή λαμβάνοντας υπόψιν όλους τους επιβαρυντικούς παράγοντες που εμποδίζουν το έργο μου. Παρέχοντας εξειδικευμένες γνώσεις και δημιουργώντας υποστηρικτικό περιβάλλον σε αυτούς που δεν έχουν. Τους ευαισθητοποιείς, τους ενημερώνεις, αξιολογείς συνεχόμενα τις ανάγκες και την πρόοδό τους.»***(ΣΕΥ7)**

*«Αν κάποιος είναι διαβητικός, έχει καρδιακή ανεπάρκεια και έχει και μία χρόνια νεφρική νόσο. Αυτοί οι ασθενείς είναι συνήθως με πολλές συννοσηρότητες και θέλουνε μία προσέγγιση συγκεκριμένη, ολιστική. Εξατομικευμένη και ολιστική.»***(ΣΕΥ7)**

«...να κάνεις αγωγή υγείας στο κομμάτι το πώς μπορούν να διατηρήσουν εκείνο το επίπεδο της ζωής τους σε τέτοιο βαθμό από θέμα διατροφής, άσκησης και λοιπά και λοιπά, στο να μην επιβαρύνουν περαιτέρω τον οργανισμό τους για να τους ξανασυμβεί αυτό. ...θα πρέπει να μην τις ξεχνάνε και να κάνουνε τους ελέγχους τους ανελλιπώς». **(ΣΕΥ9)**

Εκπαίδευση στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου

Το σύνολο των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η συμβολή του ΕΥ στην ΚΑ εντοπίζεται κυρίως στην εκπαίδευση του ασθενή και του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος, στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, στη δημιουργία κατάλληλης και εξατομικευμένης εκπαιδευτικής θεματολογίας αλλά και στη συμβουλευτική που έχει στόχο την τροποποίηση συμπεριφορών υγείας και τη διενέργεια προσυπτωματικών ελέγχων για την ανίχνευση ατόμων υψηλού κινδύνου ή που χρήζουν άμεσης παρέμβασης.

*«Ο επισκέπτης υγείας καθοδηγεί τον άνθρωπο σε έναν καλύτερο και πιο υγιή τρόπο διαβίωσης. Όσον αφορά την διατροφή του, την άσκηση, το να μπορέσει να διατηρήσει φυσιολογικό βάρος. Τη χρήση του αλκοόλ ή ουσιών ας πούμε. Καθώς και το να κάνει τους απαραίτητους τακτικούς ελέγχους για τη σωστή παρακολούθηση της καρδιαγγειακής νόσου του».***(ΣΕΥ10)**

«Θα πρέπει να τον εκπαιδεύσεις να διαχειριστεί μετά από το καρδιολογικό συμβάν την φροντίδα για την υγεία του.» **(ΣΕΥ5)**

«Όλες οι προληπτικές ενέργειες που γίνονται σε έναν καρδιολογικό ασθενή μετά από κάποιο συμβάν και η εκπαίδευση τους στην τροποποίηση των παραγόντων κίνδυνου για να μην ξανασυμβεί.» **(ΣΕΥ1)**

«Ο επισκέπτης υγείας, για την κατ'οίκον επίσκεψη. Η εκπαίδευση των ασθενών και η κατ'οίκον επίσκεψη είναι συγκοινωνούντα δοχεία. Ο επισκέπτης υγείας επίσης να είναι υπεύθυνος για την επίβλεψη και εκπαίδευση της φαρμακοθεραπείας». **(ΣΕΥ4)**

Όσον αφορά τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ΕΥ κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης εντοπίστηκαν δύο θέματα και τέσσερα υποθέματα (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Θέματα και Υποθέματα για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ΕΥ κατά την εφαρμογή στρατηγικών δευτερογενούς καρδιακής πρόληψης

ΘΕΜΑΤΑ	ΥΠΟΘΕΜΑΤΑ
1. Οι θετικές προκλήσεις	α) Η επαγγελματική ικανοποίηση
2. Οι αρνητικές προκλήσεις	α) Η ασάφεια ρόλου και επαγγελματικών ορίων
	β) Η απουσία εκπαίδευσης και υποδομών
	γ) Οι δυσκολίες με τους ασθενείς

Οι θετικές προκλήσεις

Οι συμμετέχοντες ΕΥ παρά τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην εφαρμογή του έργου τους αντλούν μεγάλο βαθμό ικανοποίησης είτε μέσω της αναγνωρισημότητας του έργου τους από τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας είτε μέσα από τα αποτελέσματα που βλέπουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που παρακολουθούν.

«Η απόλυτη επαγγελματική ικανοποίηση. Του να μπορείς κάποια περιστατικά, που ήξερες ότι για τον α χ ψ λόγο δεν πάνε καλά, να τα βελτιώνεις είναι πάρα πολύ σημαντικό».

(ΣΕΥ2)

*«Ο ιδιωτικός τομέας... άπαξ και έχουν απέναντί τους έναν εργαζόμενο, έναν επισκέπτη υγείας ο οποίος τον βλέπουν και κυρίως οι γιατροί, έτσι; Βλέπουν ότι γνωρίζει, έχει εμπειρία, είναι πρόθυμος και δουλεύει... Η αντιμετώπιση είναι εξαιρετική. Υπάρχει αναγνώριση. Και υπάρχει εκτίμηση για το έργο του».***(ΣΕΥ4)**

Οι αρνητικές προκλήσεις

Οι συμμετέχοντες όρισαν αρκετούς παράγοντες με αρνητικό πρόσημο που πιστεύουν ότι δυσχεραίνουν το έργο τους στην ΚΑ των ασθενών που παρακολουθούν και περιλαμβάνουν την ασάφεια του επαγγελματικού τους ρόλου αλλά και των ορίων τους καθώς και την απουσία εκπαίδευσης και κατάλληλων υποδομών.

*«Υπάρχει μεγάλος ανταγωνισμός με τους άλλους κλάδους. Το ότι μπορούν όμως να δουν έναν επισκέπτη που έχει πολλές γνώσεις, που έχει πολύ μεγάλη όρεξη και να θεωρούν ότι πάει να τους «καπελώσει» σε ένα χώρο εργασίας, αυτό είναι πολύ άσχημο.».***(ΣΕΥ9)**

*«...θεωρώ ότι υπάρχουν αρκετές δυσκολίες, διότι υπάρχουν κάποια ασαφή όρια σε σχέση με τα καθήκοντα διαφόρων ειδικοτήτων και γενικά υπάρχουν και τα συμφέροντα τα συντεχνιακά να το πω έτσι.»***(ΣΕΥ3)**

*«...δεν υπάρχει θεσμοθετημένο πλαίσιο, δεν υπάρχει θεσμοθετημένη εκπαίδευση. Οι περισσότεροι ότι μαθαίνουμε, τα μαθαίνουμε μόνοι μας, παρακολουθώντας τις εξελίξεις και τις επιστημονικές εκδηλώσεις. Δεν υπάρχει κάποια εξειδίκευση που να λένε καθορισμένα πέντε πράγματα που εφαρμόζουμε στην κλινική πρακτική».***(ΣΕΥ2)**

Από την ανάλυση των δεδομένων σχετικά με τον τρόπο που οι ΕΥ διαχειρίζονται τις προκλήσεις και τα προβλήματα που προκύπτουν, προέκυψαν τρία θέματα και τρία υποθέματα. (Πίνακας 5)

Πίνακας 5: Θέματα και υποθέματα για πως διαχειρίζονται οι ΕΥ τα προβλήματα και τις προκλήσεις που προκύπτουν

ΘΕΜΑΤΑ	ΥΠΟΘΕΜΑΤΑ
1. Οι ατομικοί μηχανισμοί	α) Η προσωπική παρέμβαση
2. Δίκτυο εξειδικευμένων μονάδων καρδιακής αποκατάστασης	α) Οργάνωση πλαισίου καρδιακής αποκατάστασης
3. Εκπαίδευση και εξειδίκευση των ΕΥ	α) Δυνατότητα εκπαίδευσης

Οι ατομικοί μηχανισμοί

Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η διαχείριση των προβλημάτων που προκύπτουν στην καθημερινή πρακτική με τους ασθενείς τους, μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη χρήση ατομικών μηχανισμών που περιλαμβάνουν τη συνεχόμενη παρακολούθηση τους και παρέμβαση όταν αυτό είναι αναγκαίο αλλά και τη δημιουργία ενός διασυνδετικού δικτύου μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών υγείας με σκοπό την δημιουργία ενός ισχυρού υποστηρικτικού πλαισίου.

*«Προσπαθώ να επικοινωνώ όσο το δυνατόν πιο συχνά, να έχω επαφή με τον ασθενή, ώστε να μπορώ να παρατηρώ αν όντως τηρεί τις συμβουλές τις οποίες έχουμε δώσει. Γενικά προσπαθούμε ο ασθενής να είναι κοντά και στη μονάδα ώστε να έχουμε μια εικόνα και να μπορούμε να αντιληφθούμε αν όντως τηρεί τις οδηγίες που έχει λάβει από εμάς. Να είμαστε δίπλα του ανά πάσα στιγμή».***(ΣΕΥ3)**

*«Προσπαθούμε να διασυνδέσουμε σας ασθενείς με υπηρεσίες του δήμου σας το Βοήθεια στο Σπίτι, με την Κοινωνική υπηρεσία του Δήμου αλλά και με ανεξάρτητες οργανώσεις, μη κυβερνητικές, ακόμα και με την εκκλησία. Και προσπαθούμε να δημιουργήσουμε περιβάλλον όσον το δυνατόν περισσότερο ικανό έτσι ώστε να έχει ο ασθενής καλύτερη φροντίδα... Προσπαθούμε να δημιουργήσουμε έναν υποστηρικτικό κλοιό με σας υπηρεσίες που σας είπα.»***(ΣΕΥ7)**

*«Με υπομονή, επιμονή και συνεχόμενη παρέμβαση».***(ΣΕΥ5)**

Δίκτυο εξειδικευμένων μονάδων καρδιακής αποκατάστασης

Πολλοί από τους συμμετέχοντες θεωρούν ότι η δημιουργία ενός οργανωμένου δικτύου εξειδικευμένων μονάδων ΚΑ που θα απαρτίζεται από εξειδικευμένο προσωπικό ικανό να επιτυγχάνει τη διασύνδεση των επιπέδων πρόληψης, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην καλύτερη διαχείριση των δυσκολιών που προκύπτουν σε καθημερινή βάση.

«Το βασικότερο είναι να αντιληφθούν πραγματικά σε βάθος χρόνου ποια θα είναι τα πολλαπλά οφέλη από την οργάνωση υπηρεσιών και διαδικασιών ώστε να βελτιώσει όσο περισσότερο μπορεί όλο αυτό το πλαίσιο. **(ΣΕΥ2)**

*«..Να δημιουργηθούν εξειδικευμένες δομές».***(ΣΕΥ1)**

Από την πλευρά της πολιτείας, το σημαντικό που θα πρέπει να γίνει είναι να ενισχυθούν οι δομές υγείας με προσωπικό. Να καλυφθούν κενά ώστε να μη δημιουργούνται τρύπες με αποτέλεσμα να αναγκάζονται οι επαγγελματίες υγείας με αλλότρια καθήκοντα». **(ΣΕΥ3)**

*«Στην ουσία μια διασύνδεση των τριών επιπέδων της πρόληψης. Διασύνδεση με νοσοκομεία. Και με βήμα στην κοινότητα».***(ΣΕΥ6)**

Εκπαίδευση και εξειδίκευση των ΕΥ

Η μετεκπαίδευση και περαιτέρω εξειδίκευση των ιδίων των ΕΥ μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στην καλύτερη παροχή ποιοτικής φροντίδας στο στάδιο της ΚΑ, καθώς απουσιάζει πλήρως στην Ελλάδα.

*«Να δημιουργηθεί ένα δίκτυο και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Εκπαίδευσης. Γιατί δεν είναι ωραίο στο 2022 ας πούμε οι επαγγελματίες να μην έχουν κάποιον οργανωμένο φορέα εκπαίδευσης πάνω σε τέτοια θέματα.»***(ΣΕΥ1)**

«Γιατί δεν υπάρχει μία συνέχεια στη φροντίδα. Εκεί βέβαια μπορεί να βοηθήσει η τηλεϊατρική, με όλα τα καινούργια τεχνολογικά προϊόντα και τις εφαρμογές. Ακόμα και εκεί έχουμε εμείς σαν επισκέπτες υγείας μεγάλο ρόλο, στην τηλεαποκατάσταση. Μπορούμε και εκεί να βοηθήσουμε». **(ΣΕΥ2)**

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας ποιοτικής έρευνας ήταν να διερευνήσει εις βάθος τις απόψεις αλλά και τις εμπειρίες των ΕΥ που εργάζονται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας και εφαρμόζουν στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης, σύμφωνα με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, ανεξαρτήτως πλαισίου ΚΑ, καθώς στην Ελλάδα δεν υπάρχει οργανωμένη προσέγγιση ΚΑ που να εντάσσεται στο εθνικό σύστημα υγείας.

Τα βασικά ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι οι ΕΥ διεκδικούν την ίδια αντιμετώπιση ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ΚΑ αλλά παράλληλα αποζητούν να έχουν ξεκάθαρο και διακριτό ρόλο, που έχει να κάνει με την επαγγελματική τους ταυτότητα και αυτά που ορίζονται από τα επαγγελματικά τους δικαιώματα. Συνδέουν άμεσα την επαγγελματική ικανοποίηση με την άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων και δικαιωμάτων. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, επιβεβαιώνονται από αντίστοιχες διεθνείς μελέτες σχετικά με την αντίληψη της επαγγελματικής ταυτότητας των ΕΥ όπου επισημάνθηκε πως όταν οι ΕΥ ακολουθούν τις αρχές του επαγγελματικού τους ρόλου, ασκώντας τα επαγγελματικά τους δικαιώματα όπως αυτά ορίζονται εκ του νόμου τότε έχουν ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα μέσα στην ομάδα (Baldwin 2018) και διαθέτουν αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση όταν επιτυγχάνεται ο βαθμός αυτονομίας τους ως επαγγελματίες υγείας (Seaman 2021, Seaman 2022). Απόψεις που συγκλίνουν και με πρόσφατη αναφορά του Ινστιτούτου Επισκεπτών Υγείας που υποδηλώνει ότι «απαιτείται ισχυρή αίσθηση επαγγελματικής ταυτότητας...» για να διασφαλιστεί ότι οι επισκέπτες υγείας εκπληρώνουν τον ρόλο τους (IHV 2019).

Από τη μελέτη προέκυψε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ΕΥ, να πιστεύει ότι η δευτερογενής πρόληψη αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ΚΑ καθώς συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή αλλά και του οικείου περιβάλλοντος, είναι λιγότερο επεμβατική και η δράση της είναι μακροχρόνια (Piepoli et al 2014, Ambrosetti et al 2021). Αναφέρει ότι μπορεί να ενισχυθεί με τον εμπλουτισμό των ομάδων ΚΑ με κατάλληλους και εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας όπως οι ΕΥ, οι οποίοι θα προωθούν την ουσία και το έργο της στην κοινότητα (Firth et al. 1973, Chamberlain 1977, Salisbury et al 1994, Campell et al. 1996). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Ross και Botha (1979) σχετικά με τα ευεργετικά οφέλη των προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής ΚΑ στην κοινότητα, στα οποία δύναται να συμμετέχουν και ΕΥ από την ΠΦΥ, οι οποίοι θα επιβλέπουν την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων, από τους ασθενείς, στο σπίτι, κάνοντας ανάλογες παρεμβάσεις, ενισχύοντας περαιτέρω το έργο της ομάδας ΚΑ (Ross & Botha 1979). Σε άλλη πιλοτική μελέτη με σκοπό την διερεύνηση της ενσωμάτωσης των ΕΥ στο Heart Manual Project. Που αφορούσε ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, στην κοινότητα, η συνολική εμπλοκή των ΕΥ (αγωγή υγείας, παραπομπές σε άλλους επαγγελματίες υγείας, συμβουλευτική κτλ) ήταν πολύτιμη και άκρως βοηθητική (CHSR 1999).

Διευρύνοντας την παροχή υπηρεσιών τους μέσω της δευτερογενούς πρόληψης στην ΚΑ, οι ΕΥ διευρύνουν και τον ωφελούμενο πληθυσμό μέσω της επέκτασης του φάσματος της πρόληψης και συμβάλλουν στην συνέχιση της παρακολούθησης και φροντίδας των ευπαθών ομάδων, μειώνοντας έτσι τις ανισότητες στην υγεία (Cowley 2015, Sakellari 2016). Ανάλογα ευρήματα παρατηρούνται και σε διεθνείς έρευνες, στις οποίες εντοπίζεται ο ενεργός ρόλος των ΕΥ σε προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης ΚΑ σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον (Salisbury et al 1994, Campell et al 1996, Cupples 1996, McCarney et al 2000). Σε αντίθεση έρχονται άλλες έρευνες, όπου συστήνουν εξειδικευμένους νοσηλευτές ως τους καταλληλότερους επαγγελματίες υγείας για την επίτευξη του έργου της ΚΑ στην κοινότητα, καθώς οι τελευταίοι δύναται να γεφυρώσουν το χάσμα ανάμεσα στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη, συμπεριλαμβάνοντας περισσότερες νοσηλευτικές διεργασίες (Fearniside et al. 1999, Tod et al 2002, Wood et al. 2004).

Οι συμμετέχοντες ΕΥ θεωρούν ότι θα έχουν μεγαλύτερη και καλύτερη επαγγελματική απόδοση στην εξωνοσοκομειακή φάση των προγραμμάτων ΚΑ, όπου θα επιβεβαιώνουν τον ρόλο τους ως συνδετικοί κρίκοι ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και στους ασθενείς, και κατ' επέκταση στην κοινότητα, με τις κατ' οίκον επισκέψεις. Απόψεις που αντικατοπτρίζονται και στο άρθρο της Turner (1997) όπου συστήνεται η συμμετοχή των ΕΥ και των νοσηλευτών της ΠΦΥ στην δεύτερη (εξωνοσοκομειακή) φάση των προγραμμάτων ΚΑ (Turner 1997). Ο ρόλος των ΕΥ στην διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με τη διεπιστημονική ομάδα και την κοινότητα περιγράφεται επίσης σε πολλές έρευνες όπου θεωρούν τον ΕΥ ιδανικό για την ενίσχυση της συνέχισης της φροντίδας και της συνεχόμενης παρακολούθησης (follow up) καρδιαγγειακών ασθενών (Trotter et al 1981, Noy 1988, McCarney et al, 2000, Griffiths & Horme 2013) αλλά και της επικοινωνιακής βελτίωσης μεταξύ χρηστών και των υπηρεσιών υγείας (Tod et al. 2002, Clark et al. 2005).

Οι ΕΥ συνδέουν την ΚΑ με τον επαγγελματικό τους ρόλο καθώς θεωρούν ότι σχετίζεται με την εκπαίδευση

των ασθενών στην αυτοδιαχείριση της κατάστασής και της προαγωγής της αυτοφροντίδας τους (Δημητρέλλης & Κρανιδιώτη 2006, Κρουστάλλη 2020). Πρωταρχικός στόχος της εκπαίδευσης, είναι η ενίσχυση της συμπεριφοράς αυτοφροντίδας των ασθενών, η μετάβασή τους δηλαδή από το επίπεδο της απλής αυτοδιατήρησης σε εκείνο της αυτοδιαχείρισης (Καρδιασμένου & Σωτήρη 2014). Η σημαντικότητα του εκπαιδευτικού ρόλου των ΕΥ στα προγράμματα ΚΑ περιγράφεται εύστοχα στην έρευνα της Salisbury και συν. (1994), όπου σκιαγραφεί την εμπλοκή των ΕΥ σε ένα μοντέλο -προγράμματος ΚΑ- που καθοδηγείται από την εκπαίδευση στην υγεία και αφορά καρδιοπαθείς και φροντιστές, μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο (Salisbury 1994).

Ο ενεργός ρόλος των ΕΥ στην εκπαίδευση των ασθενών αναδείχθηκε επίσης μέσα από την τριετή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη αγωγής υγείας των Cupples και συν. (1996), που είχε ως σκοπό να αξιολογήσει την επίδραση της αγωγής υγείας σε ασθενείς με στηθάγχη. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι ο ρόλος του ΕΥ ως μέλος της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι να παρέχει εξατομικευμένη εκπαίδευση υγείας για ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα σε μια σε συνεχή βάση, μιας και κατέχει εξειδικευμένες ικανότητες και προσόντα, κατάλληλες για τη συγκεκριμένη ανάγκη (Cupples 1996).

Σε αντίθεση έρχεται το άρθρο της Brown (2009), που υπογραμμίζει τον ρόλο και τις δυνατότητες του εξειδικευμένου νοσηλευτή ΚΑ (cardiac rehabilitation specialist nurse) στην Αγγλία, ως απαραίτητη ειδικότητα στελέχωσης προγραμμάτων ΚΑ (Brown 2009). Παρομοίως, στην πολυκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη των Jones και West (1996) δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα, από τη συμμετοχή των ΕΥ στην εκπαίδευση διαχείρισης του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, μέσω ψυχολογικών παρεμβάσεων, με κλινικό ψυχολόγο (Jones & West 1996).

Οι ΕΥ στην καθημερινή τους πρακτική έρχονται αντιμέτωποι τόσο με θετικές όσο και αρνητικές προκλήσεις. Παρόμοιες θετικές προκλήσεις περιγράφονται εκτεταμένα και σε άλλες μελέτες και περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την επαγγελματική ικανοποίηση (Machin et al 2012, Seaman 2022) και την ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα που λαμβάνουν (CHNR 1999, Seaman 2021) αλλά και τις αρνητικές προκλήσεις που αφορούν τις συγκρούσεις λόγω της ασάφειας των ρόλων και της έλλειψης προσωπικού (Κεραμιδά 2016, Ιγνατιάδου 2018, Ιορδανίδου 2021).

Η ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και πιστοποίηση των δεξιοτήτων των ΕΥ, τέθηκε σαν πρόταση βελτίωσης και αντιμετώπισης των δυσκολιών και προβλημάτων που αντιμετωπίζουν καθώς μέσα από αυτές αναμένεται η ενδυνάμωση του επαγγελματικού τους ρόλου και η εξέλιξη των επαγγελματικών τους πρακτικών και δεξιοτήτων. Ανάλογη πρόταση αναφέρεται και στην έρευνα των Fearnside και συν. (1999) όπου ένα αναγνωρισμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στην ΚΑ, θα ωφελήσει σημαντικά τόσο στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών αποκατάστασης και επανένταξης όσο και στην αύξηση της αναγνώρισης των κατευθυντήριων οδηγιών από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας που μέχρι πρότινος δεν τις εφάρμοζαν σχεδόν καθόλου (Fearnised et al. 1999). Μέσω της εκπαίδευσης και της αποκόμιση νέων γνώσεων και ικανοτήτων, ωφελείται τόσο η διεπιστημονική ομάδα όσο και το κοινωνικό σύνολο, καθώς η ποιότητα του επιπέδου παροχής υπηρεσιών αυξάνεται (Ιγνατιάδου 2018, Ιορδανίδου 2021).

Προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να συμβάλλει και η δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων ΚΑ, με κατάλληλο εκπαιδευμένο προσωπικό, προσφέροντας υψηλές υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης στους χρήστες των υπηρεσιών τους, διασυνδέοντας όλα τα επίπεδα πρόληψης και οδηγώντας στην ορθότερη διαχείριση των περιστατικών. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται το εθνικό σύστημα υγείας αλλά και την οικονομία της χώρας, μέσω της μείωσης του δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, των επανεισαγωγών στα νοσοκομεία και στην ομαλή και γρήγορη επαναφορά των ασθενών στην εργασία τους (Taylor et. al 2004, Clark 2005, Kotseva et al. 2016, Κρουστάλλη 2020).

Περιορισμοί Μελέτης

Η παρούσα έρευνα είχε ορισμένους περιορισμούς που δεν επέτρεψαν στα αποτελέσματα της να αντικατοπτρίσουν πλήρως την πραγματικότητα που επικρατεί. Η διερευνητική-περιγραφική ποιοτική προσέγγιση είναι μια νέα, ευέλικτη, υβριδική μέθοδος, που όμως δεν είναι αρκετά καθιερωμένη όπως άλλες πχ η θεμελιωμένη θεωρία ή η φαινομενολογία, οι οποίες στηρίζονται σε συγκεκριμένα μεθοδολογικά βήματα ώστε να μειωθούν όσο το περισσότερο τα σφάλματα (Whitehead & Ferguson 2017). Η έλλειψη θεωρητικού υποβάθρου στην συγκεκριμένη περίπτωση, δημιούργησε επιπλέον περιορισμούς και προβλήματα στην ερμηνεία και ταχύτερη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων (Lune&Berg 2017).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη αναδεικνύει τις αντιλήψεις των ΕΥ για το ρόλο που έχουν στην ΚΑ. Τα ευρήματα επικεντρώνονται στα εμπόδια και τις δυσκολίες που έχουν οι ΕΥ λόγω της ασάφειας του ρόλου τους και της ανάγκης για περαιτέρω εκπαίδευση στην ΚΑ. Μολονότι θα μπορούσαν να αποτελέσουν τον συνδετικό κρίκο στην εφαρμογή προγραμμάτων προώθησης της δευτερογενούς πρόληψης της ΚΑ μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας και των καρδιαγγειακών ασθενών, εντούτοις αυτό δεν φαίνεται να συμβαίνει στο ΕΣΥ.

Για την αντιμετώπιση των προκλήσεων οι ΕΥ προτείνουν τη χρήση ατομικών μηχανισμών διαχείρισης και τη δημιουργία ενός οργανωμένου πλαισίου ΚΑ, που θα παρέχει υπηρεσίες πρόληψης σε ευρύτερο πληθυσμό-στόχο, προωθώντας την

έννοια της διεπιστημονικής συνεργασίας, με επίκεντρο τη διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών.

Κρίνεται απαραίτητη η ενίσχυση των υπαρχουσών δομών υγείας και ΚΑ με ΕΥ, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης και συμβάλλοντας στην ενίσχυση του ήδη υπάρχοντος έργου, προς όφελος των ασθενών και την προώθηση της υγείας.

Συνεισφορά ερευνητών

Η ΜΖ ήταν η κύρια ερευνήτρια, η οποία είχε τη σύλληψη του σκοπού και του σχεδιασμού της έρευνας, συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, στη συγγραφή του κειμένου και την συλλογή της βιβλιογραφίας. Ο ΓΜ συνέβαλε στο σχεδιασμό της έρευνας, συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, στη συγγραφή του κειμένου και έκανε τις τελικές διορθώσεις του κειμένου. Ο ΚΕ συμμετείχε στο σχεδιασμό της έρευνας, αξιολόγησε τη συγγραφή του κειμένου και είχε τη γενική εποπτεία της παρούσας έρευνας. Ο ΜΚ και η ΙΝ συμμετείχαν εξίσου στην γενική εποπτεία της έρευνας. Ο ΘΞ συμμετείχε στην γενική εποπτεία της έρευνας και αξιολόγησε τη συγγραφή του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ambrosetti M. et al. (2021) Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. European journal of preventive cardiology. 28(5):460–495.

Balady G. J. et al. (2000) "Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: A statement for healthcare professionals from the American heart association and the American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation writing group," Circulation, 102(9: 1069–1073.

Baldwin S. (2018) Exploring the professional identity of health visitors. Nursing Times. 108(25):12–5.

British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (BACR) (2017) Cardiovascular disease prevention and rehabilitation: the six core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation. 3rd edition. Available at: https://www.bacpr.org/__data/assets/pdf_file/0026/39437/BACPR_Standards_and_Core_Components_2017.pdf

British Heart Foundation (2023) Global heart & circulatory diseases factsheet.(Online) Available at: https://www.bhf.org.uk/-/media/files/for-professionals/research/heart-statistics/bhf-cvd-statistics-global-factsheet.pdf?rev=e61c05db17e9439a8c2e4720f6ca0a19&hash=6350DE1B2A19D939431D876311077C7B

Brown A. (2009) The role of a cardiac rehabilitation specialist nurse. British journal of cardiac nursing. 4(5):230–232

Buckley J.P. (2021) The changing landscape of cardiac rehabilitation; from early mobilisation and reduced mortality to chronic multi-morbidity management. Disability and rehabilitation. 43(24):3515–3522.

Bush H. et al. (2003) Health visitors and cardiac rehabilitation. Community Practitioner.76(5): 171-174.

Campbell N. C. et al. (1996) Outpatient cardiac rehabilitation: are the potential benefits being realised? Journal of the Royal College of Physicians of London, 30(6): 514–519.

Centre for Health and Social Support. (1999) Study to assess the added value of health visitor input to the Heart Manual rehabilitation programme for patients after myocardial infarction. Fife Primary Care NHS Trust.

Chamberlain M. A. (1977) The value of health visitors in rehabilitation in the community. Rheumatology. 16(4):250–253

Γιακουμιδάκης Κ & Μπροκαλάκη Η. (2014) Συμμετοχή Ασθενών με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια σε Ολοκληρωμένα Προγράμματα Καρδιακής Αποκατάστασης: Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. Νοσηλευτική. 53(2): 141–149.

Clark A. M. et al. (2005) Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Annals of internal medicine, 143(9): 659.

Cowley S. et al (2007). What do health visitors do? A national survey of activities and service organization. Public health, 121(11): 869–879

Cowley S. et al. (2015) Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: a narrative review of the literature. International Journal of Nursing Studies. 52(1):465–80.

Cupples M. E., McKnight A., O'Neill C. & Normand C. (1996). The effect of personal health education on the quality of life of patients with angina in general practice. Health Education Journal. 55(1):75–83.

Denzin N. K & Lincoln Y.S. (1994) Introduction: entering the field of qualitative research. In: Denzin N K, Lincoln YS, eds. A Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Δημητρέλλης Δ. & Κρανιδιώτη Γ.Α (2006) Ο ρόλος της αυτοδιαχείρισης στη χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Νοσηλευτική. 45(1), 41-49

Fearnside E. et al (1999) Current provision of cardiac rehabilitation in England and Wales. Coronary Health Care. 3:121-127

Firth D. et al. (1973) The value of health visitors in a rehabilitation unit. Rheumatology. 12(3):143–7.

Gray D.E. (2017). Doing Research in the Real World. 4th Ed. London. SAGE Publications.

Griffiths J. & Horne M. (2013) Long-term conditions: Is there a role for health visitors? Journal of Health Visiting. 1(11), 634-638.

Harris D. E. & Record N. B. (2003) Cardiac rehabilitation in community settings. Journal of cardiopulmonary rehabilitation. 23(4):250–259.

Heery S., Gibson I., Dunne D. & Flaherty G. (2019). The role of public health nurses in risk factor modification within a high-risk cardiovascular disease population in Ireland- a qualitative analysis. European journal of Cardiovascular Nursing. 18(7): 584-592

Hilla B., VanderWalt Ch. & VanRensburg G. (2012) Θεμελιώδης Αρχές της Μεθοδολογίας της Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας. 3η έκδοση. Αθήνα. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Hunter D., McCallum J., & Howes D. (2019) Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. Journal of Nursing and Health Care. 4(1).

Ιγνατιάδου Μ. (2018) Οργανωσιακό κλίμα, Διεπιστημονική συνεργασία και επικοινωνία ιατρών – νοσηλευτών στο χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Institute of Health Visiting (IHV) (2019). Attributes of a Specialist Community Public Health Nurse – Health Visitor and School Nurse. In: Institute of Health Visiting (IHV) Recommended National Curriculum: Specialist Community Public Health Nursing - Health Visiting/School Nursing (0-19 Child Public Health Nursing Services). Available at: https://ihv.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/

Recommended-National-Curriculum-FINAL-19.3.19.pdf
Ιορδανίδου Δ. (2021) Επικοινωνία και διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Αποτύπωση των θέσεων των ιατρών και διερεύνηση της ποιότητας συνεργασίας με τους νοσηλευτές σε δημόσια νοσοκομεία, την περίοδο της πανδημίας SARS-COVID-19. Διπλωματική Μεταπτυχιακή Εργασία. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.
Ίσαρη, Φ. & Πουρκός, Μ. (2015). Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. Διαθέσιμο σε: https://hdl.handle.net/11419/5826
Jones D.A & West R.R. (1996) Psychological rehabilitation after myocardial infraction: multicentre randomized controlled trial. British Medical Journal. 313: 1517
Kabboul N. et al. (2018). Comparative effectiveness of the core components of cardiac rehabilitation on mortality and morbidity: A systematic review and network meta-analysis. Journal of clinical medicine. 7(12):514.
Καδδά Ο. (2015). Προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης και δευτερογενής πρόληψη σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Το Βήμα του Ασκληπιού. (14)2 :78-80.
Καρδιασμένου Τ. & Σωτήρη Γ. (2014) Υπηρεσίες Αποκατάστασης σε παιδιά με ειδικές ανάγκες και παιδιά με χρόνιο νόσημα που εδρεύουν στο νομό Αττικής. Πτυχιακή εργασία. ΤΕΙ Αθηνών.
Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). (2018) Κατευθυντήριες Οδηγίες: Πρωτόκολλα Θεραπευτικής Άσκησης στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα. Διαθέσιμο σε: https://www.phed.uoa.gr/fileadmin/depts/phed.uoa.gr/www/uploads/KESY_-_PROTOKOLLA_THERAPEYTIKIS_ASKISIS_STIN_KARDIAKI_ANEPARKEIA.pdf
Κεραμιδά Λ. (2016) Διαχείριση συγκρούσεων επαγγελματιών υγείας σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού Θεσσαλονίκης. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
Kotseva K. et al. (2016) EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. European journal of preventive cardiology. 23(6): 636–648.
Κρουστάλλη Ε. Κ (2020) Εκπαίδευση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και ο ρόλος στη συμμόρφωση τους στη θεραπεία και στην ποιότητα ζωής. Διδακτορική Διατριβή. ΕΚΠΑ.
Λιανοπούλου Β. (2021) Προγράμματα τριτογενούς πρόληψης σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα: θεωρητικό υπόβαθρο, περιεχόμενο, προσεγγίσεις και αποτελεσματικότητα. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
Lune H. & Berg B. (2017) Qualitative research methods for the social sciences. Pearson.
Μαγγανά Μ., & Μιχόπουλος Α. (2014). Ο Ρόλος Των Νοσηλευτών Στην Αποκατάσταση Ασθενών Με Καρδιακή Ανεπάρκεια. Νοσηλευτική, 53(2):150–156.
Machin A. I, Machin T., Pearson P. (2012) Maintaining equilibrium in professional role identity: a grounded theory study of health visitors' perceptions of their changing professional practice context: Professional role identity: HV perceptions. Journal of Advanced Nursing. 68(7):1526–37.
Ματζούκας Στ. (2007) Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. Νοσηλευτική. 46(1):88-98.
McCarney R. et al (2000) The introduction of a routine monitoring system in primary care for patients with a first episode of cardiovascular disease. Journal of Advanced Nursing. 31(6):1376–82
Μπελλάλη, Θ. (2006). Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 23:298–307
Noy K. (1998) Cardiac rehabilitation: structure, effectiveness, and the future. British Journal of Nursing. 7(17):1033–40.
Πανανουδάκη-Μπροκαλάκη, Η. & Χατζηευστρατίου, Α. (2014) Καρδιακή Αποκατάσταση. In Νόσοι της Καρδίας και Νοσηλευτική Φροντίδα. Ολιστική Προσέγγιση. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. pp.565-83.
Piepoli, M. F. et al. (2014) Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: A Policy Statement from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. European journal of preventive cardiology. 21(6):664–681
Προεδρικό Διάταγμα (1989) υπ' αριθ.351/1989. ΦΕΚ 159/Α/14-6-1989 (άρθρο 3). Καθορισμός Επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων α)Νοσηλευτικής, β) Μαιευτικής, γ) Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας κα δ)του τμήματος Διοίκησης μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων. Διαθέσιμο στο: https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/noseleutries-nosokomes/proedriko-diatagma-351-1989-phek-159a-14-6-1989.html
Ross M. H. & Botha H.P. (1979) Community participation in cardiac rehabilitation. South African Medical Journal. 56(26):1126–8.
Rubin H.J & Rubin I.S (1995) Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data. 2nd edition. London Sage Publications
Σακελλάρη Ε. (2015) Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ. Στο: Καλοκαιρινού Α. και συν. (2016). Εφαρμογές Καλών πρακτικών ομάδας ΠΦΥ. [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. 8: 108-116. Διαθέσιμο στο: https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3309
Sakellari E. (2016) Health Visitors: Professionals promoting community health. Editorial. International Journal Of Occupational Health and Public Health Nursing. (3)1-3
Salisbury, H. (1994) Health visitors' role in cardiac rehabilitation. Health visitor. 67(8):262–264.
Seaman H.E. (2021) Health visitors' professional identity and their lived experience of service change. UH Research Archive.
Seaman H. E. (2022) Establishing health visitors' professional identity. Journal of Health Visitors. 10(8):334–46.
Taylor, R. S. et al. (2004) Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The American journal of medicine. 116(10):682–692.
Tod, A. M., Lacey, E. A. and McNeill, F. (2002) 'I'm still waiting…': barriers to accessing cardiac rehabilitation services. Journal of advanced nursing, 40(4):421–431.
Trotter J.M et al (1981) Problems of the oncology outpatient: role of the liaison health visitor. British Medical Journal. (Clinical Research Edition). 282 (6258),122-124.
Tsioufis K. et al. (2015) Country Report: Greece- August 2015. European Society of Cardiology. European Association of Preventive Cardiology. 2015;1-10.
Τσιώλης Γ. (2018) Θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στο Γ. Ζαϊμάκης (επιμ.), Ερευνητικές διαδρομές στις Κοινωνικές Επιστήμες. Θεωρητικές –Μεθοδολογικές Συμβουλές και Μελέτες Περίπτωσης. Πανεπιστήμιο Κρήτης.
Turk-Adawi KI, Grace SL. (2015) Narrative review comparing the benefits of and participation in cardiac rehabilitation in high-, middle- and low-income countries. Heart Lung Circulation. 24(5):510–20. Available at: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1443950614007768
Turner S. (1997) Cardiac rehabilitation programme management. British Journal of Therapy and Rehabilitation. 4(6):309–315.
Whitehead D. & Ferguson S. (2017) Nursing and Midwifery Research: Methods and Appraisal for evidence based. 4th edition. Elsevier.
Wood D. et al. (2004) Coronary Heart Disease. In: Stevens A., Raftery J., Mant J. & Simpson S. Health Care Needs Assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews. 2nd edition. Radcliffe Publishing.
Υπουργείο Υγείας (2017) Επισκέπτες Υγείας. Άρθρο 13. Στο: Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Διαθέσιμο σε: http://www.opengov.gr/yyka/?p=2037
Υπουργείο Υγείας (2020) Πρόγραμμα Πρόληψης των Κινδύνων για την Υγεία «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ». Άρθρο 5. Στο: Εθνικό Σχέδιο Δημόσιας Υγείας: Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας-Ανάπτυξη των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Διαθέσιμο σε: http://www.opengov.gr/yyka/?p=3047

RESEARCH ARTICLE

Health visitors' perceptions of their role in cardiac rehabilitation: A qualitative approach

Maria Zafeiropoulou[1,2], George Manomenidis[5], Konstantinos Ekmektzoglou[1,3], Manolis Karamanolis[1,4], Nikoletta Iakovidou[1,7], Theodoros Xanthos[1,6]

1. Postgraduate Program (MSc) "Resuscitation", Medical School of Athens, National and Kapodistrian University of Athens, Greece
2. Health Visitor, Primary Education
3. Academic Scholar, Medical School of Athens, Lecturer, European University of Cyprus, Nicosia, Cyprus
4. Professor of the Faculty of Medicine of the Greek Academy of Sciences
5. Assistant Professor, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing (Didymoteicho Branch), International University of Greece
6. Professor at the University of Western Attica (PADA)
7. Professor at the Faculty of Medicine, EKPA

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of death from non-communicable diseases and the leading cause of morbidity, disability, and mortality worldwide. Therefore, the need for cardiac rehabilitation (CR) programs is imperative, with the ultimate purpose of reducing the effects of cardiovascular diseases and their recurrence. The health visitor (HV) has a key role in the provision of prevention services both at the in-hospital and out-of-hospital level.

Purpose: To explore the opinions, perceptions, and experiences of HVs regarding their role in CR.

Material and method: A qualitative study was carried out with semi-structured interviews of 11 HVs. The data was analyzed using the method of thematic analysis.

Results: The study revealed that HVs' face obstacles in their role as members of the interdisciplinary team, as well as challenges (positive and negative) related to the implementation of cardiac prevention strategies. They consider that they have a very important role in education and modification of their patients' behavior in the context of secondary prevention, as well as in problem management during the implementation of the proposed project. In addition, they have a key role in introducing the usage of individual mechanisms for managing practical difficulties and the creation of an educational support network.

Conclusion: HVs have an important role in the interdisciplinary team of cardiac rehabilitation, and it is recommended to strengthen the existing health and rehabilitation structures with additional staff.

Key words: perceptions, secondary prevention, health visitor, cardiac rehabilitation, qualitative study

Corresponding author: Maria Zafeiropoulou
e-mail: zafemari@hotmail.com

Date of submission: 06/11/2023
Publication date: June 2024

Citation: Zafeiropoulou M., Manomenidis G., Ekmektzoglou K., Karamanolis M., Iakovidou N. & Xanthos T. (2024). Health visitors' perceptions of their role in cardiac rehabilitation: A qualitative approach. *Hellenic Journal of Nursing Science* 17(2): 59-70, https://doi.org./10.24283/hjns.202425

ΕΝΕ

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr



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

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

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

HRBN
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

VOLUME 17 - ISSUE 2
APRIL - MAY - JUNE
2024

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 17 - ΤΕΥΧΟΣ 2
ΑΠΡΙΛΙΟΣ
ΜΑΙΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ
2024

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr