

CNC

Cyprus Nursing Chronicles
journal

ΚΥΠΡΙΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ΤΟΜΟΣ 18 / ΤΕΥΧΟΣ 2 / 2018 - VOLUME 18 / ISSUE 2 / 2018

257
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟ ΤΕΛΟΣ
ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ

149
ΚΛΕΙΣΤΟ ΕΝΤΥΠΟ

ISSN 1450-0795



Η σχετιζόμενη με
την υγεία ποιότητα
ζωής ασθενών με
πρωτοπαθή
δυσκινησία των
κροσσών

Σελ. 9

Οι διαφορές των δύο
φύλων στην εμφάνιση
Προκάρδιου άλγους
σε Οξύ Στεφανιαίο
Σύνδρομο

Σελ. 17

Κατ'οίκον Φροντίδα
Υγείας: Διερεύνηση
του ρόλου του
κοινοτικού
νοσηλευτή στην
φροντίδα ογκολογικών
ασθενών, σε σχέση
με τη βελτίωση της
ποιότητας ζωής στο
περιβάλλον τους

Σελ. 29





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ FREDERICK

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ

ΣΕ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΙΩΝ

10 υποτροφίες

σε νεοεισερχόμενους φοιτητές-παιδιά των μελών του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών, που θα ξεκινήσουν τη φοίτησή τους το ακαδημαϊκό έτος 2017- 2018.

Οι υποτροφίες καλύπτουν το 30% των διδάκτρων του πρώτου έτους για όλα τα Προπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών της Σχολής Επιστημών Υγείας (Πτυχίο Γενικής Νοσηλευτικής, Πτυχίο Φαρμακευτικής).

Από το δεύτερο έτος σπουδών θα μπορούν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα υποτροφιών του Πανεπιστημίου Frederick «Υποτροφίες στη διάρκεια της φοίτησης», που μπορούν να φτάσουν μέχρι και 50%.

10 υποτροφίες

σε νεοεισερχόμενους φοιτητές, μέλη του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών που θα ξεκινήσουν τη φοίτησή τους το ακαδημαϊκό έτος 2017 -2018.

Οι υποτροφίες καλύπτουν το 30% των συνολικών διδάκτρων για όλα τα Μεταπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών της Σχολής Επιστημών Υγείας (Κοινωνική Φροντίδα Υγείας- Κατεύθυνση Οικογενειακή Φροντίδα Υγείας ή Πρόληψη και Φροντίδα Τραυμάτων, Διοίκηση Υπηρεσιών και Μονάδων Υγείας, Κλινική Φαρμακευτική).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

- Πτυχίο Γενικής Νοσηλευτικής
- Πτυχίο Φαρμακευτικής (5ετές πρόγραμμα)
- Μεταπτυχιακό Κοινωνικής Φροντίδας Υγείας
Κατευθύνσεις: Γενική - Οικογενειακή Φροντίδα Υγείας, Πρόληψη και Φροντίδα Τραυμάτων
- Μεταπτυχιακό Διοίκησης Υπηρεσιών και Μονάδων Υγείας
- Μεταπτυχιακό Κλινικής Φαρμακευτικής
- Διδακτορικό Διοίκησης Υπηρεσιών και Μονάδων Υγείας

Για περισσότερες πληροφορίες, όρους και προϋποθέσεις, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνούν με το Γραφείο Εγγραφών στο τηλέφωνο 22394394, info@frederick.ac.cy

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΑΣΥΝΜ

Πρόεδρος	Λεοντίου Ιωάννης	Γ.Ν. Λευκωσίας
Αντιπρόεδρος	Βρυωνίδης Σταύρος	Γ.Ν. Λεμεσού
Γραμματέας	Χωραττάς Άρης	Γ.Ν. Λευκωσίας
Ταμίας	Χριστοφόρου Νίκος	Γ.Ν. Λεμεσού
Μέλος	Παναγιώτου Μαρία	Γ.Ν. Λεμεσού
Μέλος	Κωνσταντίνου Δέσπω	Γ.Ν. Λευκωσίας
Μέλος	Τσοβίλης Παναγιώτης	Γ.Ν. Πάφου
Μέλος	Ιωάννου Φοίβος	NAM III Λευκωσίας
Μέλος	Ανδρέου Κυριάκος	Γ.Ν. Λεμεσού
Μέλος	Λοίζου Δημήτρης	Γ.Ν. Λεμεσού
Μέλος	Φλουρής Νίκος	Γ.Ν. Λεμεσού
Μέλος	Ξυδιάς Κυριάκος	Γ.Ν. Λεμεσού
Μέλος	Τουμπής Γιάννος	Γ.Ν. Λευκωσίας

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ CNC JOURNAL 2017

Κυριάκος Ανδρέου	Διευθυντής Σύνταξης	ΔΣ ΠΑΣΥΝΜ
Φοίβος Ιωάννου	Αναπλ. Διευθυντής Σύνταξης	ΔΣ ΠΑΣΥΝΜ
Σταύρος Βρυωνίδης	Μέλος	ΔΣ ΠΑΣΥΝΜ
Δέσπω Κωνσταντίνου	Μέλος	ΔΣ ΠΑΣΥΝΜ
Αικατερίνη Λαμπρινού	Μέλος	ΤΕΠΑΚ
Ελένη Χ'Γεωργίου	Μέλος	ΤΕΠΑΚ
Αλέξανδρος Αργυριάδης	Μέλος	FREDERICK
Παναγιώτα Μπέλλου	Μέλος	FREDERICK
Λυγία Τσίτση	Μέλος	ΤΕΠΑΚ
Στέλιος Ιορδάνους	Μέλος	Γ.Ν. Λεμεσού
Έλενα Γαβριήλ	Μέλος	Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Νοσηλευτές/τριες ανά τεύχος	€4.00
Σπουδαστές/τριες ανά τεύχος	€3.00
Οργανισμοί – Βιβλιοθήκες ανά τεύχος	€3.00
Ετήσια συνδρομή εξωτερικού	€20.00
Ετήσια συνδρομή για Νοσηλευτές/τριες	€12.00
Ετήσια συνδρομή για Σπουδαστές/τριες	€9.00
ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΩΝ ΤΕΛΩΝ	

Περιεχόμενα



ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:

ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΙΩΝ
CYPRUS NURSES
AND MIDWIVES ASSOCIATION

Ταγματάρχου Πουλίου, 1
Διαμ. 101, 1101
Λευκωσία, Τ. Θ. 24015
Κύπρος
Τηλ: + 357 22 771994
Φαξ: + 357 22 771989

1, Tagmatarchou Poulou str.
Appart. 101, 1101
Nicosia, P.O. Box 24015
Cyprus
Tel: + 357 22 771994
Fax: + 357 22 771989
Email: cy.n.a@cytanet.com.cy
http://www.cyna.org

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ:

Διευθυντής Σύνταξης:
Κυριάκος Ανδρέου
email: koullis@primehome.com

ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ:

MEDEVENTS & PUBLISHING LTD

CNC JOURNAL

Από το Διοικητικό Συμβούλιο	5
Άρθρο Σύνταξης	7
Ανασκοπήσεις	
Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με πρωτοπαθή δυσκινησία των κροσσών	9
Οι διαφορές των δύο φύλων στην εμφάνιση Προκάρδιου άλγους σε Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο	17
Κατ'οίκον Φροντίδα Υγείας: Διερεύνηση του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή στην φροντίδα ογκολογικών ασθενών, σε σχέση με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής στο περιβάλλον τους	29
Ανακοινώσεις	
Συμφωνία μεταξύ κυβέρνησης και συνδικαλιστικών φορέων νοσηλευτικής	37
Evidence-based safe nurse staffing	38
Οδηγίες	
Αναλυτικές Οδηγίες για τους Συγγραφείς ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΚΥΠΡΙΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ»	45
Σύστημα Παραπομπών / Βιβλιογραφίας Harvard	48

Απαγορεύεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση χωρίς γραπτή άδεια των εκδοτών. Τα έντυπα άρθρα δεν εκφράζουν απαραίτητα και τις απόψεις του ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ



Η παροχή φροντίδας υγείας αντικρίζεται από τις πιο πολλές χώρες ως υψηλή προτεραιότητα. Ο βαθμός ευθύνης των συστημάτων υγείας και οι αρχές παροχής φροντίδας βρίσκονται στο επίκεντρο των πλείστων πολιτικών αποφάσεων. Ως αποτέλεσμα των αλλαγών στα συστήματα υγείας παγκοσμίως εμφανίστηκε στο

προσκήνιο η έννοια της ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης.

Η νοσηλευτική είναι ο πυρήνας των υπηρεσιών υγείας σε κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση απαιτεί κατάλληλο αριθμό νοσηλευτών, διαθέσιμων ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Οι νοσηλευτές με κατάλληλο συνδυασμό της εκπαίδευσης, των δεξιοτήτων και της εμπειρίας τους διασφαλίζουν ότι οι ανάγκες φροντίδας των ασθενών ικανοποιούνται, νοούμενου ότι διατίθεται ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον και συνθήκες με προσωπικό υποστήριξης για παροχή ποιοτικής φροντίδας.¹

Η ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση αποτελεί κρίσιμο ζήτημα για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας στα νοσοκομεία, στην κοινότητα και σε όλους τους χώρους στους οποίους παρέχεται φροντίδα. Ανεπαρκή επίπεδα στελέχωσης αυξάνουν τον κίνδυνο σε ανεπιθύμητες ενέργειες για τους ασθενείς, μειωμένα κλινικά αποτελέσματα, αύξηση των θανάτων στα νοσοκομεία. Έχοντας ανεπαρκή ή ακατάλληλο νοσηλευτικό προσωπικό για κάλυψη των αναγκών των ασθενών αυξάνεται ο φόρτος εργασίας με αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία του προσωπικού^{2,3,4}

Μια μελέτη της Aiken και συν. (2014)⁵, σε εννέα ευρωπαϊκές χώρες, που είχε ως στόχο να αξιολογήσει κατά πόσο ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών και των εκπαιδευτικών τους προσόντων σχετίζονται με τη μεταβολή στη θνησιμότητα στο νοσοκομείο μετά από απλές χειρουργικές επεμβάσεις, έδειξε ότι:

- η αύξηση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών κατά έναν ασθενή αύξησε και την πιθανότητα ενδοноσοκομειακού θανάτου εντός 30 ημερών από την εισδοχή, κατά 7 τοις εκατό.
- κάθε αύξηση κατά 10 τοις εκατό της στελέχωσης με νοσηλευτές συσχετίστηκε με μείωση αυτής της πιθανότητας κατά 7 τοις εκατό.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN, 2006,2018)^{6,7} υποστηρίζει ότι η ασφαλής στελέχωση κατά ένα μεγάλο μέρος σχετίζεται με το επίπεδο φροντίδας και παραμέτρους όπως ο κατάλληλος αριθμός προσωπικού, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πολυπλοκότητα των αναγκών του χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Οι Νοσηλευτές αποτελούν ένα σημαντικό συστατικό της διεπαγγελματικής ομάδας υγείας και συχνά παρέχουν φροντίδα υγείας μαζί με «εναλλακτικούς παροχείς φροντίδας» όπως είναι τα μέλη της οικογενείας του ασθενή.

Οι προτεινόμενες συστάσεις που γίνονται σε διεθνές, κρατικό και τοπικό επίπεδο προκειμένου να μειωθούν τα λάθη και να

βελτιωθεί η ασφάλεια του ασθενή επικεντρώνονται στα εξής:

- Ηγετική ικανότητα και γνώσεις στο θέμα ασφάλειας του ασθενή
- (Leadership and knowledge for patient safety)
- Συστήματα αναφοράς σφαλμάτων
- (Error reporting systems)
- Προστασία των νοσηλευτών που αναφέρουν δυσμενή συμβάντα και ζητήματα στελέχωσης.
- Καθορισμός προτύπων και προσδοκιών σε θέματα ασφάλειας ασθενών και
- Δημιουργία συστημάτων ασφάλειας σε οργανισμούς φροντίδας της υγείας .
- Η ασφαλής στελέχωση αποτελεί το εκέγγυο για την υλοποίηση των παραμέτρων αυτών.

Επιπρόσθετα, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (2018) εισηγείται μεταξύ άλλων:

- δημιουργία και εφαρμογή συστημάτων ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης που να βασίζονται σε δεδομένα και σε ουσιώδη χρόνο για τους ασθενείς
- επαρκή χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας για την εξασφάλιση του απαραίτητου ασφαλούς νοσηλευτικού προσωπικού
- αποτελεσματικά συστήματα στελέχωσης, βασισμένα τόσο στην ασφάλεια των ασθενών όσο και στην υγεία και την ευημερία του προσωπικού
- ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τον αντίκτυπο που έχει η επαρκής νοσηλευτική στελέχωση στους ασθενείς, τις οικογένειες και τις κοινότητες
- τερματισμό της δημιουργίας υποκατάστατων ρόλων για τους εγγεγραμμένους νοσηλευτές

Ο επαγγελματικός σύνδεσμος των νοσηλευτών και μαιών (ΠΑΣΥΝΜ), με γνώμονα πάντοτε τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, επέμενε και επιμένει στη σωστή στελέχωση των νοσηλευτριών με επαγγελματίες υγείας, που κατέχουν προσόντα με βάση πρότυπα όπως καθορίζονται στις Ευρωπαϊκές οδηγίες, όπως το έχει διακηρύξει, με σχετική ανακοίνωσή του το 2017, (σελίδα 37).

1. Patrician P A, Loan L, McCarthy M, Fridman M, Donaldson N, Bingham M, et al. The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. J Nurs Adm [Internet]. 2011 Feb [cited 2018 Apr 20];41(2):64–70. Available from: DOI: 10.1097/NNA.0b013e31820594bf
2. Aiken LH, Clarks SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burn-out, and job satisfaction. JAMA [Internet]. 2002 Oct [cited 2018 Apr 20];288(16):1987-93. Available from: DOI: 10.1001/jama.288.16.1987
3. Nantsupawat A, Srisuphan W, Kunaviktikul W, Wichai-khum O-A, Aungsueroch Y, Aiken LH. Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality

-
- of care in Thailand. J Nur Scholarsh [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Apr 20];43(4):426-33. Available from: DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01419.x
4. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. Int J Nurs Stud [Internet]. 2007 Feb [cited 2018 Apr 20];44(2):175-82. Available from: DOI:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003
 5. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Reinhard B, et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet [Internet]. 2014 May [cited 2018 Apr 20];383(9931):1824-30. Available from: DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
 6. International Council of Nurses (2006) Safe staffing Saves Lives, International Nurses Day, Information and Action Tool Kit, 3, place Jean-Marteau, CH-1201 Geneva (Switzerland)
 7. International Council of Nurses (2018) Press Information Evidence shows nurses save lives, reduce costs and improve patient outcomes, Geneva, Switzerland; 6 August 2018

Ιωάννης Λεοντίου

Πρόεδρος Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών (ΠΑΣΥΝΜ)

Μέλος ΔΣ Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (ICN)

Άρθρο Σύνταξης

Η στελέχωση των Νοσοκομειακών μονάδων με βοηθούς: Συμπλήρωση, Υποκατάσταση ή Παλινδρόμηση;

Με ευκαιρία τη φημολογούμενη συμφωνία που έχει γίνει πρόσφατα σχετικά με τη βαθμολογική αναβάθμιση των νοσηλευτών και την υιοθέτηση του θεσμού του βοηθού, θα μπορούσε κάποιος να διακρίνει μία άνευ προηγουμένου συνθηκολόγηση και θυσία πολλών αγώνων του επαγγέλματος του νοσηλευτή, στο βωμό της οικονομικής και «κοινής» λογικής. Αυτό συμβαίνει χωρίς την ουσιαστική μελέτη των διαφόρων μοντέλων βοηθών που εφαρμόζονται σε διάφορες χώρες και χωρίς την καθοδήγηση του θεωρητικού υπόβαθρου που να στηρίζεται στις σύνθετες ανάγκες των ασθενών και την πολυπλοκότητα της φροντίδας όπως έχει εξελιχθεί στα σύγχρονα νοσηλευτήρια. Στη δημιουργία αμφισβήτησης αν αυτό το μέτρο είναι ικανό να απαμβλύνει τα προβλήματα, έχει συμβάλει και η έντονη ερευνητική δραστηριότητα που έχει αναπτυχθεί γύρω από το θέμα και η τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ του αριθμού νοσηλευτών πανεπιστημιακού επιπέδου σε σχέση με τις εκβάσεις των ασθενών και ενδεχομένως και του κόστους.

Η μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει αναγκάσει τα διάφορα συστήματα υγείας να εισάγουν το θεσμό του «υποστηρικτικού προσωπικού» για τον οποίο η επιστημονική βιβλιογραφία προσφέρει δύο μοντέλα (Duffield et al., 2018): α) το μοντέλο της υποκατάστασης όπου οι βοηθοί αντικαθιστούν τους νοσηλευτές και β) το μοντέλο της συμπλήρωσης όπου οι βοηθοί προστίθενται στο υπάρχον προσωπικό των τμημάτων. Στην πρώτη περίπτωση, μειώνονται οι ώρες της φροντίδας την οποία παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό με αποδεδειγμένη την αρνητική επίδραση στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών. Στη δεύτερη περίπτωση, το μοντέλο της συμπλήρωσης μπορεί να μειώνει το εργασιακό φορτίο των νοσηλευτών ενώ το επίπεδο φροντίδας διατηρείται με θετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς και τους νοσηλευτές. Για παράδειγμα με αυτό τον τρόπο αυξάνεται ο χρόνος επαφής με τους ασθενείς, μειώνονται οι παραλείψεις και οι καθυστερήσεις στη φροντίδα, ενώ το μειωμένο φορτίο μπορεί να οδηγήσει και σε μείωση της τάσης φυγής των νοσηλευτών από το επάγγελμα. Στην περίπτωση της «παλινδρόμησης» αναφερόμαι στους ισχυρισμούς ότι με τους τότε «βοηθούς νοσοκόμους» παρέχονταν καλύτερη και πιο ποιοτική φροντίδα, χωρίς όμως καμία ερευνητική τεκμηρίωση και χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η διαφορά στη φροντίδα λόγω ασάθμητων παραγόντων όπως οι περίπλοκες ανάγκες των ασθενών, η αυξημένη οξύτητα και αστάθεια της κατάστασης των περισσότερων, η αύξηση του ρυθμού εισαγωγών με ταυτόχρονη μείωση του χρόνου νοσηλείας, η χρήση της τεχνολογίας και πολλά άλλα.

Ο θεσμός των βοηθών στα νοσηλευτήρια αποτελεί μία συνήθη πρακτική σε πολλές χώρες του κόσμου με διαφορετική ορολογία και ίσως διαφορετικές υποχρεώσεις. Συνήθως ασκούν καθήκοντα όπως η υγιεινή των ασθενών, η κινητικότητα, η σίτιση, βασικές παρατηρήσεις και παρακολούθηση ασθενών, πάντα όμως υπό την επίβλεψη των νοσηλευτών (Shepard, 2013). Η διεθνής ερευνητική τεκμηρίωση υποστηρίζει ότι

η αντικατάσταση εγγεγραμμένων νοσηλευτών (μοντέλο Α) με βοηθούς συσχετίστηκε με αρνητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς όπως η θνησιμότητα, η αύξηση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο, καθώς και με άλλους νοσηλευτικά ευαίσθητους δείκτες όπως είναι οι κατακλίσεις, οι πτώσεις, οι ουρολοιμώξεις, οι λοιμώξεις τραυμάτων και πνευμονικές εμβολές (Clarke 2007, Duffield et al., 2011, Aiken et al., 2012, Dabney and Kalisch 2015) καταστάσεις οι οποίες έχουν αυξήσει κατά πολύ το κόστος νοσηλείας των ασθενών και έχουν επιβαρύνει τα συστήματα υγείας. Παλαιότερες μελέτες έδειξαν ότι η εισαγωγή του θεσμού των βοηθών ως συμπληρωματικό μέτρο (μοντέλο Β) έχει αυξήσει το χρόνο φροντίδας προς τον ασθενή ενώ ταυτόχρονα παρέχεται ο χρόνος και η ευκαιρία στους νοσηλευτές να δώσουν μεγαλύτερη στήριξη και να αναπτύξουν μια θεραπευτική σχέση με τον ασθενή η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην προαγωγή της ανάρρωσης (Chang et Lam 1997).

Πιο πρόσφατα οι Duffield και συνεργάτες (2018) μελέτησαν τη στελέχωση 5 θαλάμων με την εισαγωγή βοηθών μέσω ενός φυσικού πειράματος στην Αυστραλία συγκρίνοντας τους με 5 θαλάμους στους οποίους δεν υπήρχαν οι βοηθοί. Βασίζομενοι στο μοντέλο παροχής φροντίδας υγείας (Patient Care Delivery Model, O'Brien-Pallas 2011) το οποίο αναγνωρίζει τους περίπλοκους παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον φροντίδας και τις επιπτώσεις στους ασθενείς, τους νοσηλευτές και το σύστημα γενικότερα, οι ερευνητές ξεκίνησαν με την υπόθεση ότι προσθέτοντας βοηθούς στον αριθμό του προσωπικού των τμημάτων θα αυξανόταν ο χρόνος και η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το στυλ νοσηλευτικής ηγεσίας, η στελέχωση και οι πόροι είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις εκβάσεις των ασθενών και στους δύο τύπους θαλάμων, συμπεραίνοντας ότι η εισαγωγή του θεσμού δεν οδήγησε σε βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

Συνεπώς η στελέχωση αποτελεί μία σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία όπου οι λιτές προσεγγίσεις ή απλά η αύξηση αριθμών δεν είναι επαρκής. Επιπρόσθετα το θέμα χρήζει περισσότερης μελέτης σε ερευνητικό επίπεδο και μεγαλύτερης περίσκεψης σε επίπεδο διοίκησης και σχεδιασμού πολιτικής, ιδιαίτερα ενόψει των μεγάλων αλλαγών στον τομέα της υγείας. Διότι η ταυτόχρονη εφαρμογή ενός συστήματος με τεράστιες μετατροπές στη στελέχωση και την εισαγωγή θεσμών αμφιβόλου αποτελεσματικότητας, υποβόσκει κινδύνους τόσο για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όσο και τη βιωσιμότητα των αυτόνομων πλέον νοσοκομείων και ενδέχεται να θέσει σε κίνδυνο την επιτυχία ενός συστήματος το οποίο έχει τόσο ανάγκη η χώρα μας.

1. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kzka M, Le-saffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achter-berg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. Nurse staff-

-
- ing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May 24;383(9931):1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8. Epub 2014 Feb 26. PubMed PMID: 24581683; PubMed Central PMCID: PMC4035380
2. Dabney BW, Kalisch BJ. Nurse Staffing Levels and Patient-Reported Missed Nursing Care. *J Nurs Care Qual*. 2015 Oct-Dec; 30(4):306-12. doi:10.1097/NCQ.000000000000123. PubMed PMID: 25929314.
 3. Duffield C, Roche M, Twigg D, Williams A, Rowbotham S, Clarke S. Adding unregulated nursing support workers to ward staffing: exploration of a natural experiment. *J Clin Nurs*. 2018 Jul 24. doi: 10.1111/jocn.14632. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 30039531.
 4. Shepard LH. Stop going in circles! Break the barriers to hourly rounding. *Nurs Manage*. 2013 Feb;44(2):13-5. doi: 10.1097/01.NUMA.0000426147.98903.ae. PubMed PMID: 23348624
 5. Clarke SP. Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. *Am J Infect Control*. 2007 Jun;35(5):302-9. PubMed PMID: 17577476.
 6. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M, Aisbett K. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res*. 2011 Nov;24(4):244-55. doi: 10.1016/j.apnr.2009.12.004. Epub 2010 Feb 10. PubMed PMID: 20974086
 7. O'Brien-Pallas L, Meyer RM, Hayes LJ, Wang S. The Patient Care Delivery Model—an open system framework: conceptualisation, literature review and analytical strategy. *J Clin Nurs*. 2011 Jun;20(11-12):1640-50. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03391.x. Epub 2010 Nov 30. Review. PubMed PMID:21118325.
 8. Chang AM, Lam LW. Evaluation of a health care assistant pilot programme. *J Nurs Manag*. 1997 Jul;5(4):229-36. PubMed PMID: 9248413.

Δρ Ε. Παπασταύρου, PhD

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με πρωτοπαθή δυσκινησία των κροσσών

Health-related quality of life in patients with primary ciliary dyskinesia

Ιωάννου Φοίβος, RN,BSc,MSc,PhD (c)

Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
Νοσ. «Αρχ. Μακάριος Γ'»
Λευκωσία, Κύπρος

Κουής Παναγιώτης, MSc,PhD

Διεθνές Ινστιτούτο Περιβαλλοντικής και Δημόσιας Υγείας
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Λεμεσός, Κύπρος

Παπανικολάου Βίκυ, MSc,PhD

Επίκουρη Καθηγήτρια
Τμήμα Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Αθήνα, Ελλάδα

Ανδρέου Κυριάκος, RN,BSc,MSc,PhD (c)

Νοσηλευτικός Λειτουργός
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού
Λεμεσός, Κύπρος

Μίτλετον Νίκος, MSc, PhD

Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Λεμεσός, Κύπρος

Χαραλάμους Γεώργιος, MD,MSc,PhD

Συντονιστής MSc, PhD, Διοίκηση Υπηρεσιών και
Μονάδων Υγείας
Πανεπιστήμιο Frederick
Λευκωσία, Κύπρος

Γιάλλουρος Παναγιώτης, MD,PhD

Καθηγητής Παιδιατρικής – Παιδονευμονολογίας
Ιατρική Σχολή
Πανεπιστήμιο Κύπρου
Λευκωσία, Κύπρος

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Ιωάννου Φοίβος
Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

phiv.ioannou@gmail.com

Ioannou Phivos, BSc,MSc,PhD (c)

Nursing Officer
Neonatal Intensive Care Unit
Hospital "Archbishop Makarios III"
Nicosia, Cyprus

Kouis Panayiotis, MSc,PhD

Cyprus International Institute for Environmental & Public
Health
Cyprus University of Technology
Limassol, Cyprus

Papanicolaou Viki, MSc,PhD

Research associate
Health Care Services Department
National School of Public Health
Athens, Greece

Andreou Kyriacos, BSc,MSc,PhD (c)

Nursing Officer
General Hospital
Limassol, Cyprus

Middleton Nicos, MSc, PhD

Department of Nursing, School of Health Sciences,
Cyprus University of Technology
Limassol, Cyprus

Charalambous George, MD,MSc,PhD

Associate professor
Coordinator post graduate in studies Health
Management
Frederick University
Nicosia, Cyprus

Yiallourous Panayiotis, MD,MSc,PhD

Professor of Pediatric Pulmonology
Medical School
University of Cyprus
Nicosia, Cyprus

Correspondence author:

Ioannou Phivos
email: phiv.ioannou@gmail.com

Περίληψη

Εισαγωγή: Η Πρωτοπαθής Δυσκινησία των Κροσσών είναι μια χρόνια νόσος που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού. Είναι πολυσυστηματική νόσος εκφραζόμενη κλινικά από αντίστοιχη παθολογία των συστημάτων και των επί μέρους οργάνων που διαθέτουν ανάλογο επιθήλιο. Συγκεκριμένα, από το αναπνευστικό και τις παραρρινικές κοιλότητες παρατηρούνται υποτροπιάζουσες αναπνευστικές λοιμώξεις, βρογχεκτασίες και επείσοδα ωτίτιδας και ιγμορείτιδας. Τα αναπνευστικά συμπτώματα είναι εκείνα που προκαλούν την υψηλότερη θνησιμότητα, τις χρόνιες λοιμώξεις και την υπερβολική φλεγμονώδη αντίδραση. Από το γεννητικό σύστημα αμφοτέρων των φύλων παρατηρείται υπογονιμότητα. Το σύνδρομο συνδέεται σε 50% περίπου των ασθενών με αναστροφή των σπλάγχχνων (σύνδρομο Kartagener). Η Πρωτοπαθής Δυσκινησία των Κροσσών σχετίζεται με μια προοδευτική και συνεχή επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών.

Σκοπός: Καταγραφή προδιαθεσιακών παραγόντων και σημειολογικών εκδηλώσεων που επιδρούν και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΠΔΚ. Κύριο μέλημα είναι η ενίσχυση της υπάρχουσας γνώσης ώστε να σχεδιαστούν προληπτικές και παρεμβατικές στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους στα πλαίσια της δημόσιας υγείας.

Υλικό και Μέθοδος: Ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας που αφορά την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με Πρωτοπαθή Δυσκινησία των Κροσσών. Η αναζήτηση διεξήχθη κατά την χρονική περίοδο Ιανουαρίου – Μαΐου 2018, στις Βάσεις Δεδομένων, PubMed, IEEE, BioMedEngOnline, Google (Scholar), ScienceDirect, Europa channels Medline. Τα άρθρα ήταν πρωτότυπα, στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Παρόλο που η ΠΔΚ παρουσιάζεται με σημαντικές εκδηλώσεις από τα πρώτα στάδια της ζωής, η έλλειψη ενημέρωσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και η έλλειψη τεχνογνωσίας μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη διάγνωση, συνήθως για πολλά χρόνια ή δεκαετίες. Τόσο τα συμπτώματα της ΠΔΚ, αλλά και η θεραπεία της νόσου, που συνήθως περιλαμβάνει φυσικοθεραπεία και προληπτική αντιβιοτική αγωγή, επηρεάζουν όχι μόνο τη σωματική υγεία αλλά και την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Μέχρι τώρα, πολύ λίγες μελέτες έχουν αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΠΔΚ ενώ μόλις πρόσφατα έχει αναπτυχθεί ερωτηματολόγιο που αφορά την Σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής για αυτούς τους ασθενείς.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης καταδεικνύουν ότι η έγκαιρη αναγνώριση και διάγνωση των ασθενών με ΠΔΚ, σε συνδυασμό με την επιμόρφωση και τον εμπλουτισμό των γνώσεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντικά για την κατανόηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Λέξεις Κλειδιά: Πρωτοπαθής δυσκινησία των κροσσών, Ποιότητα Ζωής, Ψυχική Υγεία, Συναίσθηματικά προβλήματα, Φυσική κατάσταση.

Abstract

Introduction: Primary Ciliary Dyskinesia (PCD) is a chronic disease characterized by recurrent lower and upper respiratory infections. It's a multisystemic disease characterized by recurrent respiratory tract infections, bronchiectasis, otitis, sinusitis and subfertility in both sexes. In about 50% of patients PCD is accompanied by situs inversus (Kartagener syndrome) and is associated with a progressive and continuous impact on the physical and mental health of the patients.

Aim: The purpose of this study is to record the pre-dispositional factors as well as the semiological manifestations that affect and have an impact on the quality of life of patients with PCD, having as a primary objective to inform developing aiming to improve quality of life in PCD patient.

Materials and method: It is a review of research articles that relate Health Quality of life in Patients with Primary Ciliary Dyskinesia. The search was conducted during the period January - May 2018, in databases as PubMed, IEEE, BioMedEngOnline, Google (Scholar), ScienceDirect, Europa channels Medline. Inclusion criteria were a clear relevance with the research question, original, articles in English.

Results: Although it is a genetic disease with significant manifestations from early life, lack of awareness and expertise may result in delayed diagnosis, usually for many years or decades. Both the symptoms of PCD, but also the treatment for PCD which usually involves physiotherapy and preventive antibiotic treatment may affect not only the physical health but also the perceived quality of life of PCD patients. Few studies have evaluated the quality of life of patients with PCD and only recently. Health Related Quality of Life questionnaire has been developed recently for Primary Ciliary Dyskinesia patients.

Conclusions: The conclusion drawn through this study is that both timely identification and diagnosis of PCD patients and increased awareness for the disease from health professionals are important toward understanding and improving quality of life for these patients.

Keywords: Primary ciliary Dyskinesia, Quality of life, Mental Health, Emotional problems, Physical Condition.

1. Εισαγωγή

ΖΩΗ, μία μικρή λέξη, η οποία όμως περιγράφει ότι πιο πολύτιμο, έχει κάθε άνθρωπος. Όλες οι προσπάθειες του ανθρώπου και οι αγώνες του εστιάζονται προκειμένου να επιβιώσει και να διατηρήσει αυτό το αγαθό. Μέσα σε αυτήν την διαδρομή πρέπει να έρθει αντιμέτωπος με πολλές αντιξοότητες και φυσικά με πληθώρα προκλήσεων από ασθένειες που απειλούν την ύπαρξή του. Μια από αυτές είναι η Πρωτοπαθής Δυσκινσία των Κροσσών (ΠΔΚ) η οποία για πρώτη φορά περιγράφηκε το 1935 από τον Kartagener, ως τριάδα αναστροφής των σπλάγχνων, ιγμορίτιδας και βρογχεκτασίας (Werner et al., 2015).

Είναι μια ετερογενής γενετική χρόνια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διατάραξη της φυσιολογικής λειτουργίας των κροσσών με συμπτώματα όπως υποτροπιάζουσες αναπνευστικές λοιμώξεις, βρογχεκτασίες καθώς και επεισόδια ωτίτιδας και ιγμορίτιδας. Η συχνότητά της ΠΔΚ αυξάνεται τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως λόγω της βελτίωσης στις διαγνωστικές μεθόδους και στην καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας της πάθησης (Alali et al., 2016).

Όπως και σε άλλες χρόνιες νόσους, η ΠΔΚ συνοδεύεται από σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που πιθανόν να προκαλούν ανεπιθύμητες και μακροχρόνιες επιδράσεις στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ατόμων. Το μέγεθος αυτών των επιδράσεων εξαρτάται από τη σοβαρότητα και την πρόγνωση της νόσου και από το σύστημα αξιών, πεποιθήσεων και συμπεριφορών του κάθε ατόμου (Boon et al., 2014).

Πλέον, θεωρείται σημαντικό να αξιολογείται η ΠΖ των ασθενών με ΠΔΚ για να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ζωή τους. Σε συνδυασμό με την πιο πλήρη εικόνα για την παθοφυσιολογία της νόσου οι επαγγελματίες υγείας και οι ερευνητές μπορούν να χρησιμοποιούν αυτή τη πληροφορία για την ανάπτυξη βελτιωμένων και στοχευμένων παρεμβατικών θεραπειών (Pifferi et al., 2013).

Κάθε χρόνο διαμέσου ευρωπαϊκών και εθνικών πόρων, χρηματοδοτούνται έρευνες που στοχεύουν σε τέτοιες νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των χρόνιων υποτροπιάζουσών αναπνευστικών λοιμώξεων που η νόσος επιφέρει, με τελικό στόχο την βελτίωση της ΠΖ των ασθενών (Lucas et al., 2015). Και αν ακόμη αποδεικνύεται απόμακρη η ριζική γονιδιακή θεραπεία της ΠΔΚ, είναι βάσιμη η ελπίδα, με την πρόοδο της ιατρικής, ότι θα μετατραπεί βαθμιαία η πάθηση, από περιοριστική της ζωής - ασθένεια σε μια απλή ενόχληση για τους πάσχοντες. (Lucas et al., 2014).

2. Ποιότητα Ζωής & Υγεία

Η ΠΖ, κατά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, έχει απασχολήσει το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας και όχι μόνο στο χώρο της υγείας. Έχουν καταγραφεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις ως προς

τον όρο, κυρίως όμως περικλείει πληροφόρηση της καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης και υγείας του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση (Θεοφίλου, 2010).

Παρόλα αυτά, η ΠΖ διαφορετικά εκτιμάται π.χ από κλινικούς επαγγελματίες οι οποίοι εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχοσυναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Υφαντόπουλος 2003).

Ποιότητα ζωής (Quality of life) ή Ευημερία (Well being) ή Καλή Ζωή (Good Life) είναι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο και χρησιμοποιούνται ως δείκτες αξιολόγησης των κλινικών εφαρμογών και παρεμβάσεων.

3. Μεθοδολογία

Η βιβλιογραφική αναζήτηση στην παρούσα έρευνα, υπήρξε βασικός άξονας ανεύρεσης πηγών πληροφόρησης για το θέμα. Η ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας βασίστηκε σε μελέτη και ανασκόπηση σύγχρονων πρωτότυπων και επιστημονικών άρθρων στην αγγλική γλώσσα που αφορούσαν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με Πρωτοπαθή Δυσκινσία των Κροσσών. Η στρατηγική αναζήτησης στην συγκεκριμένη μελέτη διεξήχθη κατά την χρονική περίοδο Ιανουαρίου – Μαΐου 2018, σε αξιόπιστες και έγκυρες βάσεις Δεδομένων όπως PubMed, IEEE, BioMedEngOnline, Google (Scholar), ScienceDirect, Europa channels Medline.

4. Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενείς με ΠΔΚ.

Είναι λογικό, να θεωρεί κανείς ότι η κατάληξη μιας οποιασδήποτε ασθένειας, ιδιαίτερα χρόνιας, σχετίζεται με τη βαρύτητά της. Η ένταση και η έκταση των παθολογοανατομικών βλαβών στα επιμέρους συστήματα και όργανα, που την χαρακτηρίζουν, η ένταση και σοβαρότητα των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται, η επίπτωση της νόσου στο προσδόκιμο επιβίωσης, ή ακόμα το μέγεθος των κοινωνικών, οικονομικών, ψυχοσυναισθηματικών επιπτώσεων που προκαλεί η νόσος, είναι κριτήρια τα οποία επηρεάζουν την ένταση της νοσηρότητας. Σε κάθε χρόνιο νόσημα η ΠΖ εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα της νόσου καθώς και από τις θεραπείες που περιλαμβάνει η αντιμετώπισή της. Οι πρόσφατες εξελίξεις στην διαχείριση της ασθένειας δημιουργούν πρωτοποριακό ενδιαφέρον για την καταγραφή των διαστάσεων της ΠΖ των ασθενών αυτών (Bifferi et al., 2010).

Σχετικά με τη ΠΔΚ, η χρησιμότητα της υιοθέτησης τρόπων αντικειμενικής εκτίμησης της ΠΖ έγκειται στα εξής:

- τον καθορισμό της σοβαρότητας της νόσου κατά τη διάγνωση και του είδους των θεραπευτικών παρεμβάσεων που χρειάζονται,
- την εκτίμηση της πρόγνωσης της νόσου,
- την εκτίμηση του βαθμού βελτίωσης μετά από συγκεκριμένη θεραπευτική, φαρμακευτική και παρεμβατική αγωγή και

- την αξιολόγηση της επίδρασης νέων φαρμάκων, χειρουργικών τεχνικών και επεμβάσεων, ή άλλων μέσων. (φυσιοθεραπεία).

Η ΠΔΚ είναι μια χρόνια πάθηση η οποία επηρεάζει φυσικά, συναισθηματικά και κοινωνικά τις ζωές, ιδιαίτερα των μικρών ασθενών και των γονιών τους και μπορεί να έχει αντίκτυπο στο σχολείο, λόγω συχνών απουσιών καθώς και στις υπόλοιπες καθημερινές δραστηριότητες. Ιδιαίτερα, οι επιπτώσεις της ΠΔΚ στην ΠΖ μπορεί να είναι πιο έντονες όταν το σύμπτωμα δεν είναι υπό επαρκή έλεγχο ή όταν οι ασθενείς με ΠΔΚ δεν έχουν πλήρη γνώση της νόσου (Lucas et al.,2014).

Ο παραδοσιακός αντικειμενικός σκοπός στην αντιμετώπιση της ΠΔΚ είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η βελτίωση της πρόγνωσης, η μεγιστοποίηση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου στην καθημερινή του ζωή, η συνεχής ενημέρωση και διδασκαλία για την πάθηση και γενικά, η επίτευξη καλής ΠΖ η οποία θα πηγάζει μέσα από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση της ΠΖ στην ΠΔΚ μέσω εργαλείων μέτρησης, αποτελεί σχετικά νέο τρόπο μέτρησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών, νοσηλευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων (Biferri et al.,2010).

4.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση και Ποιότητα ζωής ασθενών με ΠΔΚ

Η βελτίωση της ΠΖ των αρρώστων με ΠΔΚ αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα βάση του οποίου λαμβάνεται η θεραπεία (Biferri et al.,2010). Απαραίτητες προϋποθέσεις για την βελτίωση της ΠΖ είναι η θεραπεία να είναι αξιόπιστη, ανταποκρίσιμη, προσβάσιμη, αποδοτική και διαρκεί σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες. Για τους ασθενείς με ΠΔΚ, στόχος είναι η επίτευξη της ικανότητας αυτορρύθμισης, σωφροσύνης, αυτοελέγχου, εγκράτειας, αλλά και ο βέλτιστος βαθμός ικανοποίησης από την θεραπευτική παρέμβαση (Brithers et al.,2014).

Η συνεχής μέτρηση της ΠΖ των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της θεραπείας και επέκταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σημαντικότατο επίσης είναι η αξιολόγηση των πληροφοριών που λαμβάνονται από κάθε ασθενή, που αφορούν την θεραπεία του, τις δυσκολίες προσαρμοστικότητας που υποχρεώνεται να βιώσει, καθώς και την δυνατότητα για προσαρμογή σε ένα νέο περιβάλλον αξιών και αναγκών διατηρώντας την ευεξία του (Bibmbacher D.1999). Επιπρόσθετα η αξιολόγηση της ΠΖ πρέπει να αποβλέπει στην λήψη των ανάλογων πολύ-επίπεδων παρεμβάσεων, οι οποίες είναι συνυφασμένες με τις καθημερινές επιθυμίες και προσδοκίες του ασθενή (Dell et al., 2016). Ο ασθενής, είναι το πλέον αρμόδιο και αξιόπιστο άτομο που θα εντοπίσει και θα προσαρμόσει σε ένα πλαίσιο διαχείρισης τους αρνητικούς εκείνους παράγοντες (προληπτικούς και παρεμβατικούς) οι οποίοι μπορούν να μεταβάλλουν συστηματικά τα

επίπεδα θεραπείας και φροντίδας του και κατ' επέκταση την ΠΖ του. (Pifferi & Bush,2010).

Οι χρόνιες ασθένειες είναι δυστυχώς παθήσεις που απαιτούν αρκετό χρόνο και κόστος για την έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση καθώς επίσης και για την απόδοση θεραπείας (Fayers & Machin,2000). Για να είναι επιτυχημένη η θεραπεία, είναι απαραίτητη η συμμετοχή του ασθενή και η συμμόρφωση του με τις υποδείξεις της θεραπείας που καθορίζονται από τη συχνότητα και τη διάρκεια της νοσηλείας του και της ανάγκης της συνεχούς του φροντίδας (Janse et al.,2005).

Είναι σημαντικό οι ασθενείς που έχουν χτυπηθεί από χρόνια νόσημα να κατανοήσουν την σημαντικότητα της καθημερινής φροντίδας και πως αυτή μπορεί να επηρεάσει το προσδόκιμο ζωής τους. Η ΠΔΚ αυξάνει σημαντικά το συναισθηματικό στρες τόσο στο άτομο όσο και την οικογένεια, αλλά και την απαίτηση για χρονοβόρα καθημερινή θεραπεία, επιφέροντας περαιτέρω αρνητικές επιπτώσεις στην ΠΖ των ασθενών (Jane et al.,2005).

Η ΠΔΚ δεν αποτελεί εξαίρεση αφού είναι μια πάθηση πολυσυστηματική (επηρεάζει το αναπνευστικό – αναπαραγωγικό σύστημα) και προοδευτική η οποία οδηγεί σε χρόνιες λοιμώξεις του αναπνευστικού (πνευμονίες – βρογχοπνευμονίες) με συχνές επιπλοκές τις ατελεκτασίες και βρογχεκτασίες (Harding,2001). Γι' αυτό η θεραπεία ενός ασθενούς με ΠΔΚ πρέπει να αποσκοπεί:

- Στην πρόληψη ή επιβράδυνσή της εξέλιξης της πνευμονοπάθειας,
- Στην εξασφάλιση και διατήρηση φυσιολογικής σωματικής δραστηριότητας του ασθενούς,
- Στην βελτίωση των μηχανισμών άμυνας για την αντιμετώπιση των επιπλοκών και των επιπτώσεων της νόσου. (Lucas et al.,2014).

4.1.1 Φυσιοθεραπεία και ΠΔΚ

Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερος λόγος γίνεται για τον ρόλο, τα οφέλη, τα πλεονεκτήματα και τα θετικά της άσκησης και δραστηριότητας στα άτομα με ΠΔΚ. Τέτοια οφέλη περιλαμβάνουν, την περαιτέρω ενασχόληση, την εκπλήρωση επιθυμιών, την υπέρβαση, την παρότρυνση και την άντληση αισιοδοξίας. Η ενημέρωση και η αντικειμενική πληροφόρηση, γύρω από την φυσική άσκηση και φυσιοθεραπεία, έχει βρεθεί ότι διαμορφώνουν θετικές συμπεριφορές και χαρακτήρες. Μειώνει τον σιγματισμό που πιθανόν να συνοδεύει τόσο το παιδί και τον ενήλικα ασθενή, το άγχος, το αίσθημα της κοινωνικής απομόνωσης και της περιθωριοποίησης (Sha YW & Ding, 2014). Ακόμα, η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και φυσιοθεραπείας, μέσα από σχετικές πολιτικές συμβάλλουν καθοριστικά στην βελτίωση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης, της κοινωνικής ένταξης και της ΠΖ των ατόμων με ΠΔΚ, ακόμα και όταν η συχνότητα των κρίσεων εξαιτίας της νόσου είναι υψηλή (Lucas et al., 2015).

Η φυσιοθεραπεία συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση και κάλυψη των συμπτωμάτων από το αναπνευστικό, αφού παροχετεύοντας τις βρογχοπνευμονικές εκκρίσεις μειώνει τον κίνδυνο μόνιμης βλάβης και παρουσίας βλαπτικών ουσιών στους πνεύμονες (Wilson et al., 1997). Φυσιοθεραπεία πρέπει να αρχίζει αμέσως μετά τη διάγνωση, ανεξάρτητα από την προσυμπτωματική ή μετασυμπτωματική κατάσταση των πνευμόνων, και να συνεχίζει καθημερινά για όλη τη ζωή βάσει εξατομικευμένου προγράμματος προσαρμοσμένο σε κάθε ασθενή. Ο προγραμματισμός της φυσιοθεραπείας ενσωματώνεται πάντα μέσα από τις οδηγίες του επιβλέποντα επαγγελματία υγείας – ιατρού σύμφωνα με την δυνατότητα παροχής φροντίδας (Wemer et al., 1997).

Η φυσικοθεραπεία που αφορά τους ασθενείς με ΠΔΚ, απαραίτητα πρέπει να αποτελείται από ένα σύνολο τεχνικών χειρισμών που να είναι ενταγμένοι στην καθημερινή πραγματικότητα και σε ένα ρεαλιστικό πρόγραμμα εφαρμογής ώστε να επιφέρει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για την βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και της ΠΖ (Xu et al., 2008).

4.1.2 Προγράμματα – τεχνικές εφαρμογής αναπνευστικής φυσιοθεραπείας σε ασθενείς με ΠΔΚ

Η φυσικοθεραπευτική άσκηση, σε συνιστώμενα επίπεδα, έχει βρεθεί ότι μειώνει, την προκατάληψη που πιθανόν να συνοδεύει τόσο το παιδί αλλά και περισσότερο την ίδια την οικογένεια του (Khowles et al., 2016). Η ΠΖ των ασθενών με ΠΔΚ είναι σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό. Η βαρύτητα των συμπτωμάτων συμβάλλει καθοριστικά στην διαμόρφωση της ΠΖ καθώς παρατηρείται, συναισθηματική αστάθεια, ανασφάλεια, κοινωνική απομόνωση, δημιουργώντας ένα πλαίσιο προσωπικής αβεβαιότητας στα περισσότερα άτομα (Kurkowiak et al., 2015). Συχνά, επίσης στα άτομα αυτά παρατηρείται έλλειψη αυτοεκτίμησης και εμπιστοσύνης στις δυνάμεις τους γεγονός που έχει σαν συνέπεια την αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης, εξαιτίας της κατάσταση της υγείας τους. Η αξιολόγηση της ΠΖ αυτών των ασθενών, μέσω σύγχρονων εργαλείων μέτρησης, καταδεικνύει ελαττωμένη αερόβια ικανότητα, κατασπατάληση ανθρώπινης ενέργειας, γεγονός που επηρεάζει την ψυχική και σωματική τους υγεία καθώς και την εσωτερική ανασυγκρότηση και εξωτερική τους ολοκλήρωση (Kuehni et al., 2010). Στρεσογόνοι παράγοντες εμφανίζονται φανερώνοντας συναισθηματικά και ψυχολογικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλοι, κούραση, αϋπνία, και διαταραχή συναισθηματικής διάθεσης, γεγονός που έχει σαν συνέπεια την αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης, εξαιτίας της κατάσταση της υγείας και του τρόπου ζωής τους (Bifferi et al., 2010).

Η Τακτική άσκηση διαδραματίζει πολύ σημαντικό και ουσιαστικό ρόλο στην έκβαση και διατήρηση υψηλών επιπέδων αναπνευστικής ικανότητας και καρδιοπνευμονικής λειτουργικότητας. Η αδυναμία εκτέλεσης της συνηθισμέ-

νης άσκησης και δραστηριότητας λόγω περιορισμών από το αναπνευστικό σύστημα αποτελεί σημείο αναφοράς για την επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας (Madsen et al., 2013). Η δοκιμασία κόπωσης είναι ένα εργαλείο χρήσιμο στην εκπόνηση ενός εξατομικευμένου και προγνωστικού προγράμματος γυμναστικής για κάθε ασθενή με την νόσο της ΠΔΚ. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η δοκιμασία της εξάλεπτης βάδισης (six-minute walk test), η εξέταση καρδιοαναπνευστικής άσκησης (cardiopulmonary exercise testing-CPET) για μέτρηση της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (VO₂max) και η δοκιμασία ανίχνευσης βρογχόσπασμου που επάγεται από την άσκηση (exercise-induced bronchospasm-EIB) (Warner et al., 2015).

Η άσκηση έχει προωθηθεί ως ένας παράγοντας που συμβάλλει θετικά στην αύξηση της λειτουργίας των πνευμόνων. Η πνευματική κατάσταση, οι προσωπικές προσδοκίες, τα κίνητρα δραστηριοποίησης και η συναισθηματική ωριμότητα, παρουσιάζουν βελτίωση μέσω της επισήμανσης της επιτυχούς επίτευξης των στόχων διαφόρων προγραμμάτων που έχουν υιοθετηθεί (Noll & Rieger, 2011). Η καθημερινή ενσωμάτωση ενός προγράμματος εκγύμνασης και άσκησης στην ρουτίνα του ασθενή μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ΠΖ του (Sha et al., 2014). Τα ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη της άσκησης, όπως η βελτίωση της αυτοεκτίμησης, η βελτίωση της διάθεσης αυξάνονται, αλλά ταυτόχρονα παρατηρείται μειωμένη ψυχολογική και συναισθηματική πίεση. Η συμμετοχή ενήλικών και παιδιών με ΠΔΚ σε αθλητικές δραστηριότητες τονώνει τον ίδιο τον οργανισμό τους, βελτιώνει τη ψυχολογία τους και την κοινωνική τους ένταξη σε άλλες ομάδες ατόμων έτσι ώστε να παρατηρείται σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη μείωση της συχνότητας επανεμφάνισης συμπτωμάτων της νόσου (Lucas et al., 2014). Επίσης, εξαιτίας της άσκησης η πνευματική κατάσταση, η συμπεριφορά και το άγχος των παιδιών παρουσιάζουν βελτίωση επισημαίνοντας την επιτυχή επίτευξη των στόχων διαφόρων προγραμμάτων που υιοθετούνται (Olm et al., 2015). Η άσκηση στους ασθενείς με ΠΔΚ μειώνει την συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης και βελτιώνει τον βαθμό δραστηριοποίησης. Συνεπώς η βελτιστοποίηση της ΠΖ σε ασθενείς με ΠΔΚ, απαιτεί προσέγγιση που εκτείνεται πέραν από τον έλεγχο των συμπτωμάτων, στο πλαίσιο της φυσιοθεραπευτικής άσκησης (Fayers & Machin, 2000).

Μέσα από την διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται ότι η συστηματική άσκηση βοηθά σημαντικά τους ασθενείς με χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, να εκτελούν και να συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινότητας με μεγαλύτερη άνεση και αποτελεσματικότητα (Rother AK, 2015). Η υιοθέτηση ενός προγράμματος προσαρμοσμένου στον ασθενή αυξάνει ευεργετικά και αποτελεσματικά την ένταξη του σε φυσιολογικούς ρυθμούς. Αποδεικνύεται επίσης ότι όταν η συμβατική, εξατομικευμένη θεραπευτική αγωγή συνδυάζεται με το κατάλληλο προσαρμοσμένο πρόγραμμα άσκησης μειώνεται σημα-

ντικά τόσο ο συνολικός χρόνος νοσοκομειακής φροντίδας των αρρώστων αυτών όσο και ο ρυθμός θνησιμότητάς τους, σε σύγκριση με τους ασθενείς που έχουν το ίδιο πρόβλημα αλλά δεν υιοθετούν πρόγραμμα συστηματικής άσκησης (Mc Call, 1975).

Εν κατακλείδι, η συμμετοχή των ασθενών με ΠΔΚ στον αθλητισμό και στη φυσική άσκηση είναι ένας σημαντικός τρόπος για την διατήρηση της σωματικής, της συναισθηματικής και της ψυχολογικής τους υγείας:

- **Καθορισμός Προγράμματος:** Τα καθορισμένα προγράμματα σκοπό έχουν την εξάλειψη όλων των παραγόντων οι οποίοι μπορεί να παρεμποδίζουν την υιοθέτηση των καθημερινών δραστηριοτήτων (Maglione et al., 2014).
- **Διαμόρφωση προγράμματος:** Προγράμματα ενημέρωσης, συμβουλευτικής άσκησης, βάρδια, τρέξιμο, κολύμβηση, αθλοπαιδιές, ενθάρρυνσης και καινοτομίας, μέσα από καθοδήγηση και επικοινωνία, μπορούν να εφαρμοστούν ανάλογα με τις ατομικές ικανότητες και ιδιαιτερότητες του ασθενούς και τη σοβαρότητα της πάθησης του. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για την ικανότητα προσαρμογής, και η δημιουργία υποστηρικτικής ατμόσφαιρας στο πρόγραμμα το οποίο πρέπει να είναι εξατομικευμένο, μέσα από ατομική συμβουλευτική, για κάθε παιδιατρικό, έφηβο, ενήλικα ασθενή ξεχωριστά (Pifferi et al., 2010).
- **Προσαρμογή προγράμματος:** Ανάπτυξη ευχάριστου φυσιοθεραπευτικού περιβάλλοντος, αξιολογώντας την ορθολογική διάρκεια της άσκησης, από την έναρξη, με περιορισμένη προσπάθεια και διαστήματα ανάπαυσης, για να επιτρέπει την ψυχική, σωματική και μηχανική προσαρμογή του ασθενή. Σταδιακά καθίσταται ταύτιση της αύξησης, της διάρκειας και της έντασης της άσκησης, με πρωτεύοντα ρόλο στην ικανότητα προσαρμογής και ανοχής του ασθενούς (Rumman et al., 2017). Ο ρυθμός αύξησης της διάρκειας εξαρτάται από τη σοβαρότητα της προσπάθειας, την ένταση των συμπτωμάτων, την ηλικία του αρρώστου, τις προσδοκίες του, αλλά και τις προϋποθέσεις που θέτει για να υπάρχει αυτοπεποίθηση και ικανοποίηση σε όλους τους τομείς της ζωής του.
- **Αξιολόγηση και ευελιξία του προγράμματος:** Προσαρμογή προγράμματος σύμφωνα με τις δυνατότητες και τα επίπεδα αντοχής του ασθενή, το οποίο να προσδιορίζει, να συμβαδίζει και να καθορίζει την ένταση του, το χρονοδιάγραμμα, να είναι αποδεκτό από τον ασθενή επαληθεύοντας τις προσδοκίες του, μέσα σε πλαίσια τα οποία έχουν εκ των προτέρων καθοριστεί αξιολογώντας την καταβαλλόμενη προσπάθεια του στο υψηλότερο σημείο αποδοτικότητας (Pifferi et al., 2010).

5. Κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη και η αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης αποτελούν σημαντικά κεφάλαια στη ζωή των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως η ΠΔΚ. Η διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στην ικανότητα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια. Συντελεί στην ανασυγκρότηση των σκέψεων και την εξεύρεση λύσεων για την άμεση αντιμετώπιση των κρίσεων. Τα άτομα συνήθως στρέφονται στο ευρύτερο κοινωνικό αλλά και οικογενειακό περιβάλλοντος για να αναζητήσουν διαθέσιμη βοήθεια με σκοπό την ενδυνάμωση των προσπαθειών τους να ανταπεξέλθουν στις στρεσογόνες συνθήκες της ασθένειας τους (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007). Η αντίληψη από τη μεριά του πάσχοντα, είτε αφορά ενήλικα είτε παιδί, της διαθεσιμότητας κοινωνικής υποστήριξης, μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά όχι μόνο βραχυπρόθεσμα, αλλά και μακροπρόθεσμα κάνοντας το άτομο να νιώσει πραγματική στήριξη από κοντινά του πρόσωπα, ακόμα και σε περιόδους κατάθλιψης.

Η στήριξη, η κατανόηση, η αναγνώριση της πάθησης από το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί την καλύτερη και ιδανικότερη εγγύηση για την καλύτερη πρόγνωση της ΠΔΚ, ενισχύοντας την οικοδόμηση μιας ολιστικής αντίληψης της ζωής του ασθενούς. Όλοι οι στενοί συγγενείς πρέπει να συμβάλλουν δυναμικά στην συναισθηματική στήριξη και απομάκρυνση τυχόν συναισθημάτων ντροπής, απομόνωσης και ψυχολογικών ζητημάτων, αξιολογώντας τις πρακτικές ανάγκες που αισθάνεται ο ασθενής, παρέχοντας εν συνεχεία μια σειρά υπηρεσιών κάλυψής τους. Να ενθαρρύνεται ζωτικά από όλο το στενό οικογενειακό κύκλο η ανεξαρτησία του, η διασύνδεση του με λοιπούς οργανισμούς, υπηρεσίες αλλά και κοινωνικά σύνολα, λαμβανομένου υπόψη την ηλικία και την ικανότητα υιοθέτησης προγραμμάτων φαρμακευτικής αγωγής και φυσιοθεραπευτικής υποχρέωσης. (Strippoli & Frischer, 2012)

Πρέπει να κατανοήσει ο ασθενής με ΠΔΚ ότι είναι μια ανθρώπινη οντότητα με φυσιολογική νοημοσύνη ζώντας όλες τις εμπειρίες που αναμένεται να ζήσει ένας φυσιολογικός άνθρωπος. Πρέπει να αντιληφθεί ότι για οτιδήποτε και αν συμβαίνει δεν θα ευθύνεται η ΠΔΚ π.χ. στην εμφάνιση μιας ίωσης. Να κατανοήσει ο πάσχων ότι για την καλύτερη ΠΖ του αναγκαία προϋπόθεση είναι η υιοθέτηση και συνέχισης της θεραπείας του για πάντα. (Lucas et al., 2015).

Υποχρέωση των ασθενών και γονιών είναι η απομάκρυνση τυχόν συναισθημάτων που κυριαρχούν στο παιδί όπως κούραση από την καθημερινή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, εξάντληση από την καθημερινή φυσιοθεραπεία, άρνηση να επισκεφθεί τον θεράποντα ιατρό, απόρριψη του ενδεχόμενου εισαγωγής στο νοσοκομείο για αντιβιοτική-ενδοφλέβια αγωγή και θεραπεία, καθώς όλα αυτά

καθορίζουν μια συνεχή και διασφαλισμένη ΠΖ (Connolly and Johnson, 1999).

Ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου ανοικτών συζητήσεων μεταξύ των ατόμων, και της διεπιστημονικής ομάδας, που πάσχουν από ΠΔΚ. Σε μια ευαίσθητη αναπτυξιακή περίοδο της ζωής του το νεαρό άτομο έρχεται για πρώτη φορά αντιμέτωπο με τις απαιτήσεις της πάθησης, συμπεριφορές ανατροπής και γνώσης, που απαιτούν αυτοφροντίδα και ψυχολογική ανάταξη (Pifferi et al., 2010). Πρέπει να προσαρμοστεί σε κανόνες διατροφής και θεραπείας που δεν μπορεί να εφαρμόσει επαρκώς, λόγω των γνωσιακών ελλειμμάτων της πρώιμης και μέσης παιδικής ηλικίας. Παρόλη την εκπαίδευση από τις κοινωνικές υπηρεσίες υγείας, η οικογένεια μοιράζεται την χρονοβόρα και ψυχοφθόρα ευθύνη διαχείρισης της ασθένειας, γιατί πολλά άτομα δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της και το ενδεχόμενο της καταληκτικής πορείας της νόσου (Pifferi et al., 2010).

Συχνά ο/η έφηβος/η με ΠΔΚ νιώθει ότι είναι διαφορετικός/ή, και στην προσπάθειά του/της να συγκαλύψει την ύπαρξη της χρόνιας ασθένειας εγκαταλείπει το πρόγραμμα ρύθμισης ή εκφράζει τάσεις απομόνωσης με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η ένταξή του στην ομάδα των συνομηλίκων. Ο φόβος του κοινωνικού στίγματος επηρεάζει και την οικογένεια. Με άλλα λόγια, οι γονείς φοβούνται για τη μη αποδοχή του παιδιού λόγω της χρόνιας ασθένειας και συχνά το γεγονός αυτό προκαλεί την απομάκρυνση της οικογένειας από το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Απόρροια όλων αυτών είναι η ελάττωση της δυνατότητας παροχής υποστήριξης, όταν αυτή είναι διαθέσιμη (Pifferi et al., 2010).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να λάβουμε υπόψη, ότι όταν ασθενεί κάποιο μέλος της οικογένειας επηρεάζεται αισθητά όλη η οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, η οικογένεια βιώνει μία κρίση και αρχίζουν να παρατηρούνται διαταραχές στη συνοχή της. Παρόλα αυτά η οικογένεια πρέπει να δώσει έμφαση στις ικανότητες και τις δυνατότητες του παιδιού μετατοπίζοντας έτσι το κέντρο βάρους της αυτοφροντίδας στις υφιστάμενες δυνατότητες (Laura et al., 2016).

Όλοι στο οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να αποδεχτούν την ιδιαιτερότητα αυτής της χρόνιας πάθησης που έχει ο άνθρωπος τους από την γέννηση του. Αναγκαία η παροχή διευκολύνσεων και προϋποθέσεων, συμβολικών και ποιοτικών κινήτρων, ώστε να αντιμετωπίζεται σαν μια απλή πάθηση μεταβατικού σταδίου με πλήρη επίγνωση των εκβάσεων της, χωρίς να επηρεάζεται η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του (Strppoli et al., 2012).

Οι πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών με ΠΔΚ καθώς και για την κατάσταση της υγείας τους, οι οποίες θα αντλούνται μέσα από ένα περιβάλλον κοινωνικής ωριμότητας και διαβίω-

σης τους, μπορούν να βοηθήσουν στο σχεδιασμό αποτελεσματικότερων και ολοκληρωμένων προγραμμάτων διαχείρισης των ατόμων με ΠΔΚ. Η μέτρηση της ΠΖ παρέχει στους επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα σε ιατρούς και νοσηλευτές την δυνατότητα να αξιολογούν καλύτερα την κατάσταση της υγείας των ασθενών. Να αντιλαμβάνονται τους παράγοντες, τις διαστάσεις και τα φαινόμενα που την επηρεάζουν, προσπελάζοντας τις ορθολογικές ερμηνείες και τις στερεοτυπικές απαντήσεις που προβάλλουν συνήθως τα άτομα, ώστε να μπορούν να αξιολογούν και να παρέχουν στους ασθενείς εξατομικευμένη ολιστική ιατρό-νοσηλευτική φροντίδα (Maglione & Montella, 2014).

Άλλωστε, βρισκόμαστε μπροστά σε μια συνεχιζόμενη αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών αυτών και αναζήτησης των εξειδικευμένων εργαλείων μέτρησης των επιπτώσεων και συνεπειών που βιώνουν μέσα στα πλαίσια της καθημερινότητας τους.

Η ΠΔΚ, αποτελεί πρόκληση και θέμα υψίστης σπουδαιότητας γιατί η φύση και η χρονιότητα της νόσου επιδρούν σημαντικά στον τρόπο ζωής των ασθενών. Η νόσος διαφαίνεται ότι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό όλες τις κοινωνικές, σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές παραμέτρους που αφορούν την ΠΖ, για τις οποίες χρειάζεται άμεση ενημέρωση αποτελεσματικότερης παρέμβασης, ειδικά διαμορφωμένου οδηγού συνέντευξης και παροχή πληροφοριών σχετικά με την νόσο (Pifferi & Bush, 2010).

6. Συμπεράσματα

Καταληκτικά, η ΠΖ των ατόμων επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Τα κλινικά συμπτώματα της ΠΔΚ επηρεάζουν σημαντικά την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και το επίπεδο της λειτουργικότητας των ασθενών. Η έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση αναφορικά με την ΠΔΚ, συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της νόσου με σκοπό τη βελτίωση της ΠΖ η οποία αναγνωρίζεται σήμερα η κυριότερη μέθοδος αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των κλινικών παρεμβάσεων. Η έρευνα γύρω από την ΠΖ είναι επιτακτική και αναγκαία για να βιώνουν οι ασθενείς μια ζωή που να μπορεί να τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχοσυναισθηματικά.

Κατάρτιση και εφαρμογή διαδικαστικών προγραμμάτων δράσης, εποπτείας, ελέγχου, ανάλυση κλινικής παρέμβασης, μηχανισμών λήψης και εκτέλεσης αποφάσεων που να εντάσσουν τον ασθενή μέσα στην κοινωνία, πρέπει να επιτυγχάνονται μέσα από την παροχή και αξιοποίηση κάθε πηγής γνώσης, πλαισίου και πεδίου που αφορούν την νόσο βελτιώνοντας την ΠΖ του. Μια θεραπεία, προσαρμοσμένη στα μέτρα και στα πρότυπα κάθε ασθενούς, καθώς και ένας υγιεινός τρόπος ζωής, να είναι το βασικό μέλημα όλων, απέναντι στις επιπλοκές, επιπτώσεις και στους κινδύνους που ενέχει η ΠΔΚ.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσσον

1. Alali Mc, Aanaes K, Hoidy N., Pressler T., Skov M., Nielsen . Sinus surgery can improve quality of life, lung infections, and lung function in patients with primary ciliary dyskinesia. 2016: 10.1002/alr.21873.
2. Brothers A, Chui H, Diehl M. Measuring future time perspective across adulthood: development and evaluation of a brief multidimensional questionnaire. *Gerontologist*. 2014;54:1075-88.
3. Bifferi M., Bush A. et al., Health-related quality of life and unmet needs in patients with primary ciliary dyskinesia. *Eur Respir J*. 2010;35:787-94.
4. Boon M, Smits A, Cuppens H, Jaspers M, Proesmans M, Dupont LJ, Vermeulen FL, Van Daele S, Malfroot A, Godding V, Jorissen M, De Boeck K. Primary ciliary dyskinesia: critical evaluation of clinical symptoms and diagnosis in patients with normal and abnormal ultrastructure. 2014: 10.1186/1750-1172-9-11.
5. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidem* 2000; 53:19-23.
6. Bibrnbacher D., Quality of life- evaluation or description? *Ethical Theory and Moral Practice*, 1999,2: 25-36.
7. Caraceni E, Utizi L. A questionnaire for the evaluation of quality of life after penile prosthesis implant: quality of life with penile prosthesis (QoLSPP): to what extent does the implant affect the patient's life? 2014;11:1005-12.
8. Connolly M. A. and Johnson J. A. Measuring quality of life in paediatric patients. *Pharmacoeconomics* 16. 1999: 605-625.
9. Dell SD., Leigh MW, Lucas JL., Ferrkol TW, Knowles MR, Alpern A., et al. Primary Ciliary Dyskinesia: First Health-related Quality-of-Life Measures for Pediatric Patients. 2016,13:1726-1735.
10. Fayers PM, Machin D. Quality of Life - Assessment, Analysis and Interpretation. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 2000:3-5.
11. Garin O, Ayuso-Mateos JL, et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 2010: 10.1186/1477.
12. Goutaki M., Maurer M., Halbeisen FS, Amira I., Barbaro A., Behan L., et al. The international primary ciliary dyskinesia cohort (iPCD Cohort): methods and first results. 2017,4:49.
13. Grant MM & Rivera (1998). Evolution of quality of life in oncology and oncology nursing. In King CR & Hinds PS (eds). *Quality of life: From nursing and patient perspectives. Theory-Research-Practice*. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury Massachusetts.
14. Garin O., Ayuso-Mateos J., et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 2010,10:1186-1477.
15. Harding L. , - Clinical Psychology & Psychotherapy, Children's quality of life assessments: a review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. 2001: 79-96.
16. Hosie P., Fitzgerald DA., Jaffe A., Birman CS., Morgan L., Primary ciliary dyskinesia: overlooked and undertreated in children.. 2014, 50:952-8.
17. Horani A., Ferkol TW. Primary ciliary dyskinesia and associated sensory ciliopathies. 2016,10:569-76
18. Kurkowiak M., Zietkiewicz E., Witt M., K. Recent advances in primary ciliary dyskinesia genetics. *J Med Genet*. 2015,52:1-9.
19. Jane S. Lucas, Laura Behan, Audrey Dunn Galvin, Adrienne Alpern, Anjana M. Morris, Mary P. Carroll, Michael R. Knowles, Margaret W. Leigh, and Alexandra L. Quittner. A quality-of-life measure for adults with primary ciliary dyskinesia: QOL-PCD. 2015; 46: 375-383.
20. Janse AJ., Sinnema G., Uiterwaal C S P M., Kimpen J L L., Gemke R J B J., Community child health, public health, and epidemiology Quality of life in chronic illness: perceptions of parents and paediatricians. *Arch Dis Child* 2005:486-491.
21. Knowles MR, Zariwala M., Leigh M., Primary Ciliary Dyskinesia. 2016, 37:449-61.
22. Kuehni CE., Frischer T., Strippoli MP., Mayrer E., Bush A., Nielsen et al. Factors influencing age at diagnosis of primary ciliary dyskinesia in European children. 2010,36:1248-58.
23. Laura B., Audrey D., Bruna R., Sarah M., Fiona C., Michele M., Bernhard R., Beatrice R., Jane L. Diagnosing primary ciliary dyskinesia: an international patient perspective. *European Respiratory journal*. 2016;48:1096-1107.
24. Lucas JS, Carroll M. Primary ciliary dyskinesia and cystic fibrosis: different diseases require different treatment. *Chest* 2014: 674-676.
25. Lucas JS, Behan L, et al.. A quality-of-life measure for adults with primary ciliary dyskinesia: QOL-PCD. *Eur Respir J*. 2015;46:375-83.
26. Lucas JS, Chetcuti P, Copeland F, et al. Overcoming challenges in the management of primary ciliary

dyskinesia: the UK model. *Paediatr Respir Rev* 2014; 15: 142–145.

27. Lehman F. Instruments for measuring quality of life in mental illness: Quality of life in Mental Disorders. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:79-80.
28. Maglione M, Montella S, et al. Long-term assessment of quality of life in primary ciliary dyskinesia: time for new tools? *Chest*. 2014;146:232-3.
29. Madsen A., Green K., Buchvald F., Hanel B., Nielsen KG. Aerobic fitness in children and young adults with primary ciliary dyskinesia. 2013, 19:8.
30. Mc Call W V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*: 2: 229-248.
31. Noll EM, Rieger CH, Hamelmann E, Nüsslein TG. Questionnaire to preselect patients with a high probability of primary ciliary dyskinesia. *Klin Padiatr*. 2011 Jan;223:22-6.
32. Pifferi M, Bush A, et al. Health-related quality of life and unmet needs in patients with primary ciliary dyskinesia. *Eur Respir J*. 2010;35:787-94.
33. Pifferi M, Di Cicco M, Piras M, Cangioti AM, Sagge G. Up to date on primary ciliary dyskinesia in children. 2013. 3:S45-8.
34. Olm MA, Caldini EG, Mauad T., Diagnosis of primary ciliary dyskinesia. 2015, 41:251-63.
35. Rother AK, et al. Diagnostic Support for Selected Paediatric Pulmonary Diseases Using Answer-Pattern Recognition in Questionnaires Based on Combined Data Mining Applications—A Monocentric Observational Pilot Study. *PLoS One*. 2015;12;10(8).
36. Rumman N., Umman N., Jumman N., Jackson C., Collins S., Goggin P., Coles J., Lucas JS., et al. Diagnosis of primary ciliary dyskinesia: potential options for resource-limited countries. 2017, 17:26.
37. Sha YW, Ding L, Li P. Management of primary ciliary dyskinesia/Kartagener's syndrome in infertile male patients and current progress in defining the underlying genetic mechanism. 2014;16:101-6.
38. Strippoli MP, Frischer T, et al. ERS Task Force on Primary Ciliary Dyskinesia in Children. Management of primary ciliary dyskinesia in European children: recommendations and clinical practice. 2012;39:1482-91.
39. Vallet C., Escudier E., Roudot-Thoraval f., Blanchon S., Beylon N., Fauroux B. Primary ciliary dyskinesia presentation in 60 children according to ciliary ultrastructure. *Eur J Pediatr*. 2013;172:1053-60.
40. Wilson C., Jones P., O'Leary C., Hansell D., Cole PJ., and Wilson R., Effect of sputum bacteriology

on the quality of life of patients with bronchiectasis 1997;8: 1754-1760.

41. Werner C, Onnebrink JG, Omran H. Diagnosis and management of primary ciliary dyskinesia. 2015, 22;4(1):2.
42. Xu BP, Shen KL., Hu YH., Feng XL., Li HM. Clinical characteristics of primary ciliary dyskinesia in children. 2008, 46:618-22.
43. Zautra A., Goodhart D. Quality of life indicators: A Review of the literature. *Commun Mental Health Rev*; 1979, 4:1-10.

Ελληνόγλωσσον

1. Γαλάνης ΠΑ, Σπάρος ΛΔ Εγχειρίδιο Επιδημιολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2010, Αθήνα.
2. Γαλάνης ΠΑ, Σπάρος ΛΔ. Κλινική και επιδημιολογική έρευνα. Βασικές έννοιες. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2012, Αθήνα.
3. Γαλάνης Π, Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, 2013;30(1)97-110.
4. Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας 2003. Παρακολούθηση της Ποιότητας ζωής στην Ευρώπη. Αθήνα: Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας.
5. Μαλακά-Ζαφειρίου Κ., (1999), Παιδιατρική, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη. ΣΕΛ 138-139.
6. Παπανικολάου Β., Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Αρχές και Εφαρμογές, 2007. Παπαζήσης, Αθήνα.
7. Πολυκανδριώτη Μ., Βουλγαρίδου Κ., Θεμελή Α., Γαλύφα Δ., Λιάπη Ε., Κυρίτη. Ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. *Νοσηλευτική* 2009, 48(1): 94–104.
8. Πέτσιος Κ., Μάτζιου Β., Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής των Παιδιών με Βρογχικό Άσθμα, 2008;47(4):477–488.
9. Σαρρής Μ., Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής, 2001. εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
10. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001.18:218–229.
11. Υφαντόπουλος Γ.Ν., Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχαία ελληνικής ιατρικής 2007, 24 (Συμπλ 1):6-18 Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών και Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Οι διαφορές των δύο φύλων στην εμφάνιση Προκάρδιου άλγους σε Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο

Sex Differences in Presenting Chest Pain in acute Coronary Syndrome

Ειρήνη Ιωσφίδου

BSc

Νοσηλευτικός Λειτουργός

Χειρουργεία

Μάντισεστερ, Ηνωμένο Βασίλειο

Δρ. Ανέστης Βασιλείου,

BSc, MSc, PhD,

Νοσηλευτικός Λειτουργός

Κλινική Οξέων Περιστατικών Ανδρών

Νοσοκομείου Αθαλάσσας, Κύπρος

Δρ. Αικατερίνη Λαμπρινού

BSc, MSc, PhD,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Λεμεσός, Κύπρος

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας

Δρ. Ανέστης Βασιλείου

anestis86@hotmail.com

Irene Iosifidou

BSc

Nursing Officer

Theatre Department

Manchester, UK

Dr. Anestis Vasiliou

BSc, MSc, PhD,

Nursing Officer

Men Admitting Department

Athalassa Hospital, Cyprus

Dr. Ekaterini Lambrinou

BSc, MSc, PhD,

Associate Professor, Department of Nursing

Cyprus University of Technology

Limassol, Cyprus

Correspondence author

Dr. Anestis Vasiliou

anestis86@hotmail.com

Εισαγωγή: Το Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας ανά το παγκόσμιο. Η διαφοροποίηση του προκάρδιου άλγους, του πλέον πιο κοινού και διαδεδομένου συμπτώματος της νόσου, καθώς και των υπόλοιπων συμπτωμάτων με βάση το φύλο αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας.

Σκοπός: Η διερεύνηση της διαφοράς των δύο φύλων στην εμφάνιση προκάρδιου άλγους σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για μελέτη συστηματικής ανασκόπησης. Η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας έγινε το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος 2015-Μάρτιος 2015 στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Cinahl και Biomed με λέξεις κλειδιά «sex differences», «gender differences», «chest pain», «acute coronary syndrome» οι οποίες συνδυάστηκαν με τις λέξεις AND και OR.

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση κατέληξε σε 10 μελέτες, οι οποίες χρονολογούνται από το 2005 μέχρι το 2014, και πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου. Μέσα από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι οι άντρες με ΟΣΣ ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν προκάρδιο άλγος και τυπικά συμπτώματα, σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζονται με απουσία προκάρδιου άλγους και άτυπα συμπτώματα.

Συμπεράσματα: Η αναγνώριση των διαφορών των δύο φύλων στην εμφάνιση προκάρδιου άλγους και των υπόλοιπων συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΟΣΣ είναι πολύ σημαντική για την έγκαιρη διάγνωση και καλύτερη θεραπεία της νόσου.

Λέξεις Κλειδιά: *sex differences, gender differences, chest pain, acute coronary syndrome.*

Abstract

Introduction: Acute Coronary Syndrome (ACS) is one of the major causes of morbidity and mortality worldwide. Based on gender and other related symptoms, the variations in chest pain and spectrum of ACS have been a challenge for healthcare professionals.

Aim: To investigate gender differences in the presence of chest pain across patients with Acute Coronary Syndrome.

Methods: It is a systematic review study. The academic search was carried out from February 2015 to March 2015 and it was done in the electronic databases Pubmed, Cinahl and Biomed.

Results: A total of 10 studies, dated from 2005 to 2014 met the entry criteria and included in the review. According to the results men were more likely to present with chest pain and typical symptoms, otherwise women were more likely to present with absence of chest pain and atypical symptoms.

Conclusion: The recognition of gender differences in the presence of chest pain and also the rest of the related symptoms of patients with Acute Coronary Syndrome are very important for immediate diagnosis and effective therapy.

Key words: *sex differences, gender differences, chest pain, acute coronary syndrome.*

Εισαγωγή

Ένα από τα καίρια θέματα που απασχολεί τους επιστήμες, είναι οι διαφορές στη βιολογική δομή και τη σωματική διακρίσιμότητα των δύο φύλων, καθώς και τα διαφορετικά πρότυπα ζωής ως προϊόντα των κοινωνικών νορμών. Όταν πρόκειται για θέματα υγείας και ειδικότερα όταν γίνεται αναφορά για την πρώτη αιτία θανάτων παγκοσμίως, το θέμα παίρνει διαστάσεις κλινικά σημαντικές. Οι διαφορές που παρουσιάζουν τα δύο φύλα στη συμπτωματολογία του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ΟΣΣ) και κυρίως στην εμφάνιση προκάρδιου άλγους, που αποτελεί και το πλέον πιο διαδεδομένο και κοινό σύμπτωμα της νόσου, αποτελούν υψίστης σημασίας αναφορά (Moser & Riegel 2008).

Ανά το παγκόσμιο οι καρδιοπάθειες, αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου. Συγκεκριμένα από το σύνολο των καρδιαγγειακών νοσημάτων που μαστίζουν την ανθρωπότητα πρώτη σε παραστάσεις με τα υψηλότερα ποσοστά επιδημιολογικών ερευνών είναι η στεφανιαία νόσος που σαν κύρια κλινική εκδήλωση έχει το ΟΣΣ. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας 17,5 εκ. θάνατοι παγκοσμίως αποδόθηκαν στα καρδιαγγειακά νοσήματα το 2012, δηλαδή ένα ποσοστό 31% των συνολικών θανάτων που σημειώθηκαν παγκοσμίως (WHO 2015). Από το πληθυσμό αυτό, υπολογίζεται ότι για τα 7,4 εκ. ευθύνεται η στεφανιαία νόσος αποτελώντας μία από τις σημαντικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας (WHO 2015, El-Menyar et al. 2011, Canto et al. 2007). Επίσης, το προκάρδιο άλγος ευθύνεται για πάνω από 5,6 εκ. επισκέψεις στα ΤΑΕΠ με ποσοστό 35-40%, οι οποίοι διαγνώστηκαν με κάποια στεφανιαία νόσο το 2002 στις ΗΠΑ (Moser & Riegel 2008). Κατά συνέπεια το κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι αυξημένο καθώς υπολογίζεται ότι δαπανούνται μεγάλα ποσά για τη θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις, και κατακρίβειαν το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών του συστήματος ασφάλισης υγείας (WHO 2013, DeWit 2009).

Ωστόσο, η διαφοροποίηση τόσο της διάγνωσης, όσο και της θεραπείας με βάση το φύλο οδηγεί σε λιγότερο οδυνηρή αποκατάσταση και σε καλύτερα δυνατά αποτελέσματα (Blomkalns et al. 2005).

Μέσα από το πρίσμα της αναγκαιότητας για έγκαιρη και ορθή διάγνωση, καθώς επίσης και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, πηγάζει η μείζονα σημασία του καθορισμού της διαφοράς της εμφάνισης προκάρδιου άλγους, όπως και των λοιπών συμπτωμάτων στα δύο φύλα στο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, που αποτελούν και το σκοπό της παρούσας ανασκόπησης.

Η σημασία του θέματος είναι μεγάλη για τη νοσηλευτική εφόσον περιστατικά ΟΣΣ απασχολούν το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού που πάσχει από καρδιοπάθειες (Moser and Riegel 2008). Η έγκαιρη αναγνώριση των

συμπτωμάτων, κυρίως του προκάρδιου άλγους, με βάση το φύλο εναπόκειται στις γνώσεις και στην ανταπόκριση από τους επαγγελματίες υγείας έτσι που να παρασχεθεί η καταλληλότερη και ανάλογη προσέγγιση και θεραπεία σε κάθε περίπτωση με σκοπό να προληφθεί η εμφάνιση της νόσου. Η επίγνωση της διαφοράς των συμπτωμάτων, στο βαθμό που αυτή μπορεί να τεκμηριώνεται επιστημονικά, δύναται να χαράξει σαφείς και διακριτές κατευθυντήριες διαγνωστικές γραμμές. Οι νοσηλευτές, όντας τα κύρια άτομα που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς, καλούνται να αναγνωρίζουν τις διαφορές αυτές. Παράλληλα, εφόσον είναι ευρέως γνωστό πως η έρευνα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής, θα ήταν καλό να επεκταθούν οι έρευνες επ' αυτού καθώς και η ενημέρωση σχετικά με το θέμα.

Σκοπός της έρευνας

Να μελετηθούν οι διαφορές των δύο φύλων στην εμφάνιση προκάρδιου άλγους σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ). Να μελετηθούν οι διαφορές των δύο φύλων στα υπόλοιπα συμπτώματα, εκτός του προκάρδιου άλγους σε ΟΣΣ.

Μεθοδολογία

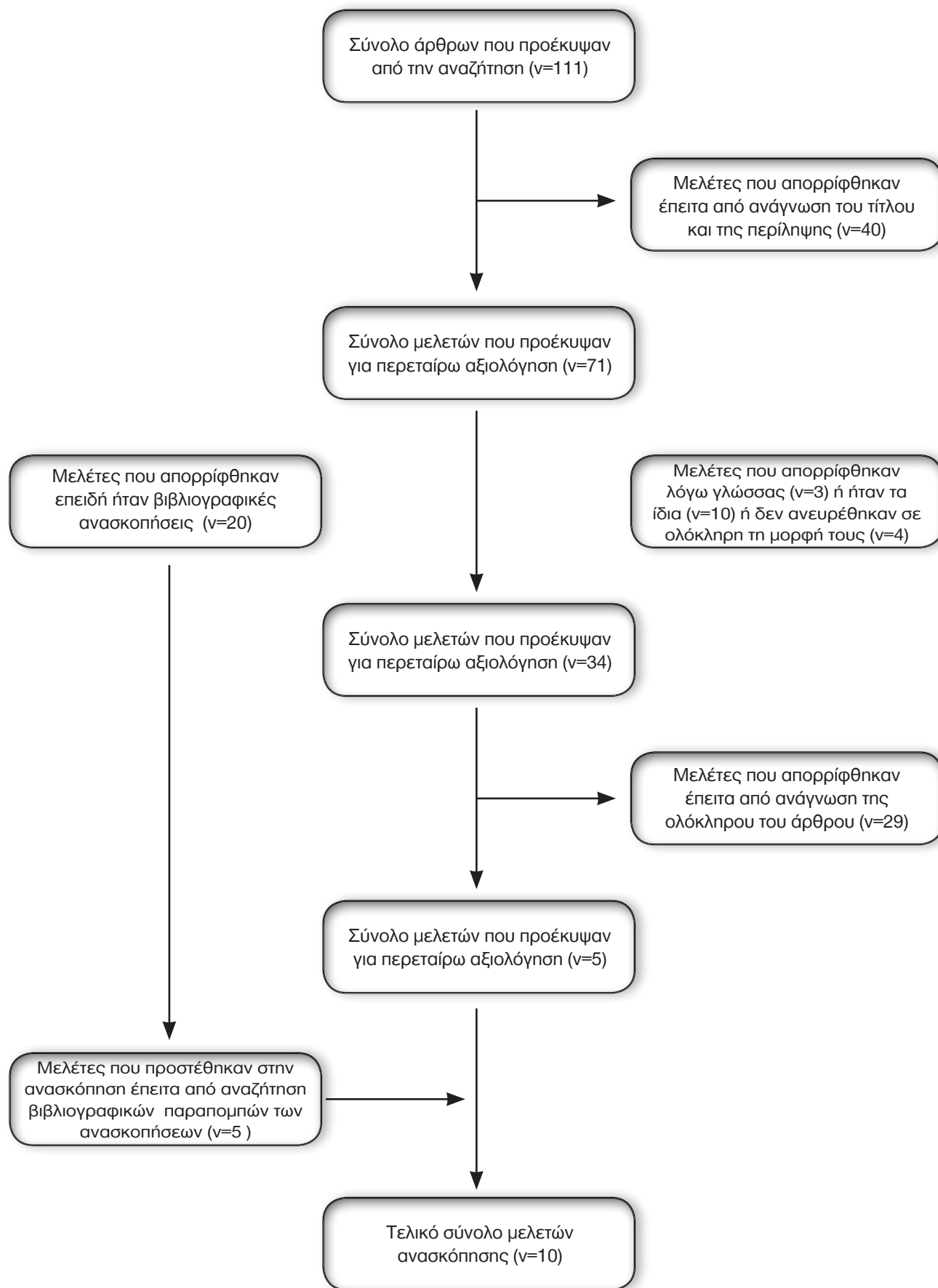
Πρόκειται για μελέτη συστηματικής ανασκόπησης. Έγινε αναζήτηση της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με το θέμα που αφορά στη διαφορά των δύο φύλων στην εμφάνιση προκάρδιου άλγους σε Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο. Η αναζήτηση έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Cinahl και Biomed το χρονικό διάστημα από Φεβρουάριο 2015 έως Μάρτιο 2015. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: «sex differences», «gender differences», «chest pain», «acute coronary syndrome». Έγινε συνδυασμός των πιο πάνω λέξεων-κλειδίων με τους όρους AND και OR. Για την εκπόνηση της αναζήτησης τέθηκαν κάποιοι περιορισμοί, έτσι που τα αποτελέσματα να είναι σαφή και αξιόπιστα.

Κριτήρια ένταξης των άρθρων στη μελέτη: Κατ' αρχήν τα δείγματα των μελετών έπρεπε να αφορούν μόνο σε πληθυσμούς με ΟΣΣ. Τα άρθρα να είναι στην ελληνική ή στην αγγλική γλώσσα. Τα άρθρα να μπορούν να ανευρεθούν σε ολόκληρη τη μορφή τους και τέλος να ήταν δημοσιευμένα σε επιστημονικά περιοδικά, κατόπιν αξιολόγησης από επιστημονική επιτροπή.

Κριτήρια απόρριψης άρθρων από τη μελέτη: Τα άρθρα απορρίπτονταν εάν δεν πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια ένταξης ή εάν ήταν ανασκοπήσεις ή συστηματικές ανασκοπήσεις.

Στο Διάγραμμα 1 που ακολουθεί απεικονίζονται τα αποτελέσματα της στρατηγικής αναζήτησης που έγινε, το οποίο δείχνει το σύνολο των μελετών που βρέθηκαν από την αρχική αναζήτηση της βιβλιογραφίας και καταλήγει στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της παρούσας ανασκόπησης (Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1: Απεικόνιση των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης



Αποτελέσματα

Από την αναζήτηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας προέκυψαν 111 άρθρα. 52 άρθρα προέρχονταν από τη βάση δεδομένων Pubmed, εννέα από τη βάση δεδομένων Cinahl και τέλος 50 άρθρα προέρχονταν από τη βάση δεδομένων Biomed. Μετά την ανάγνωση του τίτλου και της περιλήψης βρέθηκαν σχετικά με τη μελέτη 71 άρθρα. Από αυτά απορρίφθηκαν τρία γιατί δεν ήταν γραμμένα στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα. Τέσσερα από αυτά δεν ανευρέθηκαν σε ολόκληρη τη μορφή τους και 20 ήταν ανασκοπήσεις. Δέκα από αυτά ήταν τα ίδια. Διαβάζοντας ολόκληρα τα κείμενα των άρθρων, πέντε από αυτά απαντούσαν το ερευνητικό ερώτημα. Από τη βιβλιογραφία των άρθρων βρέθηκαν άλλα πέντε σχετικά με το υπό μελέτη θέμα. Τελικά στη μελέτη περιλήφθηκαν δέκα άρθρα.

Γενικά χαρακτηριστικά των μελετών

Οι 10 μελέτες έχουν δημοσιευτεί από το 2005 μέχρι και το 2014. Από τις 10 μελέτες που επιλέχθηκαν οι τέσσερις έγιναν στις ΗΠΑ (Σιάτλ, Μίσιγκαν, Μεσοδυτικές Πολιτείες, Νοτιοδυτικές Πολιτείες), η μία στη Σαουδική Αραβία, η μία στο Λίβανο, η μία στο Ομάν, η μία στην Ολλανδία. Μία μελέτη διεκπεραιώθηκε σε τρεις χώρες: ΗΠΑ, Καναδά, Ελβετία και τέλος μία μελέτη έγινε σε 14 διαφορετικές χώρες από τις ηπείρους Αμερική, Ευρώπη και Ωκεανία. Όλες οι έρευνες ήταν ποσοτικές: μία μελέτη ήταν συγκριτική, τρεις αναδρομικές, μία παρατήρησης, μία προοπτική μελέτη κοορτής, μία προοπτική-πολυκεντρική μελέτη και σε τρεις μελέτες δεν αναφερόταν ο σχεδιασμός. Σε επτά μελέτες χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας εκ των οποίων οι τέσσερις περιλάμβαναν ασθενείς που ήταν μέλη μεγάλων μελετών καταγραφής (registries) για ΟΣΣ (πχ. GRACE, GENESIS PRAXY), σε δύο μελέτες η δειγματοληψία ήταν τυχαία και σε μία μελέτη η δειγματοληψία ήταν συστηματική. Όσον αφορά στο μέγεθος των δειγμάτων οι περισσότερες μελέτες αφορούσαν γύρω στα 700 άτομα, ωστόσο το μικρότερο δείγμα μελέτης ήταν 66 άτομα και το μεγαλύτερο 43393 άτομα. Ως προς τα εργαλεία μέτρησης υπήρξε μεγάλος αριθμός εργαλείων. Ως επί το πλείστον για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων χρησιμοποιούνταν τυποποιημένα αρχεία αναφοράς, ερωτηματολόγια ή συνέντευξη. Για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων χρησιμοποιούνταν λίστες ή τυποποιημένα ερωτηματολόγια που αφορούσαν αποκλειστικά στα συμπτώματα για ΟΣΣ, και είχαν αξιολογηθεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκαν και άλλες κλίμακες πχ. Άγχους και κατάθλιψης για όσες μελέτες διερευνούσαν και αυτά τα χαρακτηριστικά. Από όλες τις μελέτες ανεξαιρέτως λαμβάνονταν οι κατάλληλες άδειες διεξαγωγής τους από τις αρμόδιες υπηρεσίες (επιτροπές βιοηθικής, συμβούλια νοσοκομείων), καθώς επίσης δίνονταν και γραπτή συγκατάθεση από τα άτομα που λάμβαναν μέρος.

Ο Πίνακας 1 συνοψίζει όλες τις μελέτες που έχουν συμπεριληφθεί στην ανασκόπηση και περιλαμβάνει τους ερευνητές, τη χρονολογία και τη χώρα διεξαγωγής, το σκοπό της μελέτης, το δείγμα, τη δειγματοληψία και το

είδος της μελέτης, τα εργαλεία μέτρησης και τα κύρια ευρήματα τα οποία διαχωρίζονται σε διαφορές των φύλων, όσον αφορά στην εμφάνιση προκάρδιου άλγους και τα υπόλοιπα συμπτώματα εκτός από το προκάρδιο άλγος.

Διαφορές των φύλων στην εμφάνιση προκάρδιου άλγους

Έξι από τις δέκα έρευνες έδειξαν ότι οι άντρες με ΟΣΣ ήταν πιθανότερο να παρουσιάσουν προκάρδιο άλγος από ότι οι γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα των Chen et al. (2005) που έγινε στις ΗΠΑ αποδείχτηκε ότι οι άντρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν πόνο/δυσφορία μόνο στο στήθος και πόνο/δυσφορία στην κεντρική περιοχή του στήθους συγκριτικά με τις γυναίκες ($p < 0.05$). Στην έρευνα των Arslanian-Engoren et al. (2006) ποσοτικά οι άντρες εμφανίζονταν συχνότερα με προκάρδιο άλγος από ότι οι γυναίκες, ωστόσο το φύλο δεν αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνισή του. Στην έρευνα του Assiri, (2011) οι άντρες έτειναν να εμφανίζονται με τυπικά συμπτώματα (προκάρδιο άλγος) 71% vs 57.4% στις γυναίκες ($p < 0.05$). Στην έρευνα των Sulaiman et al. (2011), οι άντρες παρουσίαζαν προκάρδιο άλγος με ποσοστά 77% vs 67% έναντι των γυναικών ($p < 0.001$), ενώ οι γυναίκες παρουσιάζονταν συνήθως με άτυπο προκάρδιο άλγος 8,1% vs 6,2%, χωρίς όμως στατιστική διαφορά. Σύμφωνα με τους Khan et al. (2013), 86,3% άντρες vs 81% γυναίκες ($p = 0.03$) παρουσιάζονταν με προκάρδιο άλγος. Στην ίδια μελέτη αποδείχτηκε ότι οι γυναίκες με ΟΣΣ παρουσιάζονταν συχνότερα με απουσία προκάρδιου άλγους συγκριτικά με τους άντρες (19% vs 13,7% ; $p = 0.03$). Τέλος, στην έρευνα των DeVon et al. (2014), 72% των αντρών vs 68% των γυναικών δήλωσαν προκάρδιο άλγος.

Σε τέσσερις μελέτες οι γυναίκες δήλωναν με διαφορετικό τρόπο το προκάρδιο άλγος από ότι οι άντρες. Στην έρευνα των Chen et al. (2005), οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να εκφράσουν δυσφορία παρά πόνο στο στήθος ($p < 0.05$) και στην έρευνα των DeVon et al. (2008) οι γυναίκες περιέγραφαν το προκάρδιο άλγος σαν αίσθημα πληρότητας ($p = 0.03$). Στην έρευνα των Bruins Slot et al. (2012), οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να δηλώσουν διάχυτο σπασμωδικό πόνο ($p = 0.06$) παρά οι άντρες και στην έρευνα των DeVon et al. (2014) 66% των γυναικών vs 63% των αντρών, δήλωσαν πίεση στο στήθος.

Για τη σοβαρότητα του προκάρδιου άλγους, απασχολήθηκαν δυο ομάδες ερευνητών: στην έρευνα των Chen et al. (2005) οι άντρες δήλωσαν ότι το προκάρδιο άλγος αποτελούσε το πιο σοβαρό και ανησυχητικό σύμπτωμα συγκριτικά με τις γυναίκες που θεώρησαν τον πόνο/δυσφορία σε οποιαδήποτε άλλη περιοχή του σώματος, ως το πιο σοβαρό και ανησυχητικό σύμπτωμα ($p < 0.01$). Επίσης, στην έρευνα των DeVon et al. (2008) οι άντρες δήλωναν συχνότερα πιο σοβαρό προκάρδιο άλγος από ότι οι γυναίκες σύμφωνα με την κλίμακα αξιολόγησης της σοβαρότητας του πόνου, όπου βαθμολογία 10 αντιστοιχούσε σε πολύ σοβαρό προκάρδιο άλγος και βαθμολογία 0 σε καθόλου σοβαρό άλγος, αλλά με βάση τις μέσες βαθμολογίες δε διέφεραν σημαντικά.

Στις μελέτες των DeVon et al. (2008), των Noureddine et al. (2008), των Dey et al. (2008) και των Bruins Slot et al. (2012) δεν παρουσιάστηκε στατιστική διαφορά στην εμφάνιση προκάρδιου άλγους σε άντρες και γυναίκες.

Στην έρευνα των Dey et al. (2008) η οποία είχε και το μεγαλύτερο δείγμα ασθενών από όλες τις μελέτες, οι ασθενείς με ΟΣΣ που δεν παρουσίαζαν προκάρδιο άλγος, και εμφάνιζαν άτυπα συμπτώματα ήταν πιθανότερο να είναι γυναίκες.

Η ποιότητα και ο εντοπισμός του πόνου αξιολογήθηκε μόνο στην έρευνα των Chen et al. (2005) και δεν παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών.

Στην έρευνα των Arslanian-Engoren et al. (2006) παρόλο που ποσοτικά οι άντρες εμφανίζονταν συχνότερα με προκάρδιο άλγος από ότι οι γυναίκες, ωστόσο αυτό αποδείχτηκε ότι ήταν λόγω του ιστορικού και της συνοσηρότητας. Το φύλο δεν αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση του προκάρδιου άλγους σύμφωνα με την έρευνα. Προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση του προκάρδιου άλγους αποτέλεσαν: η ηλικία ($p < 0.0001$), η στηθάγχη ($p < 0.0001$), οι καρδιακή ($p < 0.0001$) και νεφρική ($p = 0.0002$) ανεπάρκεια, ο σακχαρώδης διαβήτης ($p = 0.0129$), η θετική δοκιμασία κοπώσεως ($p = 0.0003$), ο προηγούμενος καθετηριασμός καρδιάς ($p = 0.0003$), τα αρχικά υψηλά επίπεδα τροπονίνης ($p = 0.0009$), η ταχυκαρδία ($p < 0.0001$), η υψηλή διαστολική αρτηριακή πίεση ($p = 0.0052$) και το ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) παρά η ασταθής στηθάγχη ($p = 0.0264$).

Διαφορές των φύλων όσον αφορά στα υπόλοιπα συμπτώματα (εκτός του προκάρδιου άλγους)

Εφίδρωση

Δύο μελέτες συμφώνησαν στο ότι οι άντρες παρουσιάζονταν συχνότερα με εφίδρωση (Khan et al. 2013, Arslanian-Engoren et al. 2006). Οι Arslanian-Engoren et al. (2006) έδειξαν ότι 38% άντρες vs 29% γυναίκες ($p < 0.01$) και οι Khan et al. (2013) 46,8% άντρες vs 40% γυναίκες ($p = 0.05$) παρουσιάζονταν με εφίδρωση. Ωστόσο οι Noureddine et al. (2008) και οι Bruins Slot et al. (2012) δεν βρήκαν στατιστική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών.

Δύσπνοια

Τρεις έρευνες μελέτησαν την εμφάνιση της δύσπνοιας (Sulaiman et al. 2011, Noureddine et al. 2008, Arslanian-Engoren et al. 2006). Οι Sulaiman et al. (2011) με ποσοστά 18% γυναίκες vs 11% άντρες ($p < 0.001$) και οι Noureddine et al. (2008) έδειξαν ότι οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να παρουσιάζουν δύσπνοια συγκριτικά με τους άντρες, ενώ στους Arslanian-Engoren et al. (2006) δεν παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών.

Πόνος στην κάτω γνάθο

Τρεις έρευνες συμφώνησαν στο ότι το σύμπτωμα ήταν πιθανότερο να εμφανίζεται στις γυναίκες παρά στους

άντρες (Khan et al. 2013, Dey et al. 2008, DeVon et al. 2008). Συγκεκριμένα, στους DeVon et al. (2008) φάνηκε πως οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να δηλώσουν πόνο στην κάτω γνάθο ($p = 0.02$) παρά οι άντρες. Στους Dey et al. (2008) 10% των γυναικών και 4% των αντρών ($p < 0.001$) με έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς προκάρδιο άλγος δήλωσαν πόνο στην κάτω γνάθο. Επίσης οι Khan et al. (2013) με ποσοστά 23,9% γυναίκες vs 13% άντρες ($p < 0.001$), παρουσίασαν τα ίδια συμπεράσματα.

Πόνος στο αριστερό χέρι

Δύο μελέτες συμφώνησαν ότι οι γυναίκες παρά οι άντρες παρουσίαζαν συχνότερα αυτό το σύμπτωμα (DeVon et al. 2014, Khan et al. 2013). Οι Khan et al. (2013) βρήκαν 49,5% γυναίκες vs 41,3% άντρες ($p = 0.02$) παρουσίασαν πόνο στο αριστερό χέρι. Παράλληλα, οι DeVon et al. (2014) βρήκαν ότι ο πόνος στο αριστερό χέρι αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση ΟΣΣ και τις διπλάσιες φορές για τις γυναίκες παρά για τους άντρες. Ωστόσο, η μελέτη των Arslanian – Engoren et al. (2006) έδειξε ότι 30% των αντρών και 25% των γυναικών ($p < 0.05$) είχαν πόνο στο αριστερό χέρι.

Δυσκολία στην αναπνοή

Σύμφωνα με δύο μελέτες η δυσκολία στην αναπνοή αποτέλεσε σύμπτωμα για ΟΣΣ (DeVon et al. 2014, Chen et al. 2005). Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Chen et al. (2005) οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να παρουσιάσουν δυσκολία στην αναπνοή συγκριτικά με τους άντρες ($p < 0.05$). Στην έρευνα των DeVon et al. (2014) το σύμπτωμα αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα για τη μη διάγνωση ΟΣΣ στους άντρες, ενώ παράλληλα δεν αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα για τη διάγνωση ΟΣΣ στις γυναίκες.

Ναυτία

Έξι μελέτες έδειξαν ότι η ναυτία ήταν πιθανότερο να εμφανίζεται στις γυναίκες από ότι στους άντρες (Khan et al. 2013, Dey et al. 2008, Noureddine et al. 2008, DeVon et al. 2008, Arslanian-Engoren et al. 2006, Chen et al. 2005), μία έρευνα ότι η ναυτία αποτελούσε ειδικό σύμπτωμα μόνο για τους άντρες (DeVon et al. 2014) και 1 έρευνα ότι δεν υπήρχε διαφορά (Bruins Slot et al. 2012). Σύμφωνα με τους Chen et al. (2005) οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να παρουσιάσουν ναυτία συγκριτικά με τους άντρες ($p < 0.05$). Σύμφωνα με τους Arslanian-Engoren et al. (2006), 25% των αντρών και 29% των γυναικών εμφάνισαν ναυτία ($p < 0.05$). Στην έρευνα των DeVon et al. (2008) οι γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες όσον αφορά τη ναυτία ($\beta = 0.37$; $p < 0.01$) και οι Noureddine et al. (2008) βρήκαν πιθανότερο να εμφανίσουν ναυτία οι γυναίκες. Οι Dey et al. (2008) βρήκαν 23% των αντρών και 32% των γυναικών ($p < 0.001$) με έμφραγμα του μυοκαρδίου και με απουσία προκάρδιου άλγους εμφάνισαν ναυτία. Επίσης, στη μελέτη των Khan et al. (2013) οι γυναίκες ήταν συχνότερο να παρουσιάζονται με ναυτία 35,4% vs 22,8% ($p < 0.001$). Σε αντίθεση με τις παραπάνω έρευνες οι DeVon et al. (2014) βρήκαν ότι η ναυτία αποτελούσε ειδικό σύμπτωμα για τους άντρες και οι Bruins Slot et al. (2012) υποστήριξαν ότι δεν

υπήρχε στατιστική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών.

Έμετος

Τρεις μελέτες συμφώνησαν ότι ο έμετος εμφανιζόταν συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άντρες (Khan et al. 2013, Dey et al. 2008, Nouredine et al. 2008). Στους Dey et al. (2008) 32% των γυναικών και 23% των αντρών ($p=0.001$) με έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς προκάρδιο άλγος εμφάνιζαν έμετο. Επίσης, οι Khan et al. (2013) βρήκαν ποσοστά 17,7% των γυναικών vs 12,7% των αντρών ($p=0.04$) να εμφανίζουν ως σύμπτωμα τον έμετο. Τέλος, οι Nouredine et al. (2008) συμφώνησαν στο ότι οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν έμετο παρά οι άντρες.

Αίσθημα παλμών

Δύο έρευνες συμφώνησαν ότι οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να παρουσιάσουν αίσθημα παλμών (Nouredine et al. 2008, DeVon et al. 2008). Στη μελέτη των DeVon et al. (2008) οι γυναίκες εμφάνισαν συχνότερα το σύμπτωμα από ότι οι άντρες ($\beta=0.31$; $p=0.02$). Όμοια αποτελέσματα βρήκαν και οι Nouredine et al. (2008).

Αδυναμία

Σύμφωνα με δύο έρευνες οι γυναίκες παρουσιάζονταν συχνότερα με αδυναμία από ότι οι άντρες (Khan et al. 2013, DeVon et al. 2008). Οι DeVon et al. (2008) έδειξαν πως γυναίκες με ασταθή στηθάγχη ($p<0.01$) ή γυναίκες με NSTEMI ($p=0.03$) ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν αδυνα-

μία συγκριτικά με τους άντρες. Οι Khan et al. (2013) βρήκαν ποσοστά 58% των γυναικών vs 46,9% των αντρών ($p=0.001$).

Άλλα συμπτώματα

Οι DeVon et al. (2008) είχαν μελετήσει και κάποια άλλα συμπτώματα στα οποία οι γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες παρά οι άντρες, ανεξάρτητα από τον τύπο του ΟΣΣ. Αυτά είναι η δυσπεψία ($\beta = 0.25$; $P = .04$), το μούδιασμα στα χέρια ($\beta = 0.29$; $P = .03$) και η ασυνήθιστη κόπωση ($\beta=0.60$; $P<.01$). Πόνο στο λαιμό ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν οι γυναίκες ($p=0.01$). Τα συμπτώματα ζαλάδα, αδυναμία, βήχας δε διέφεραν μεταξύ αντρών και γυναικών σε κάποιους από τους τύπους του ΟΣΣ, ενώ οι άντρες με STEMI είχαν περισσότερα επεισόδια ζαλάδας ($p<0.01$) και οι γυναίκες με ασταθή στηθάγχη ($p<0.01$) και NSTEMI ($p=0.03$) ήταν πιθανότερο να δηλώσουν αδυναμία, όπως προαναφέρθηκε.

Τα συμπτώματα άγχους ($p<0.05$), η ανορεξία ($p<0.05$) και ο πόνος/δυσφορία στο δεξί χέρι που αξιολογήθηκαν από τους Chen et al., (2005) ήταν πιθανότερο να εμφανίζονται στις γυναίκες.

Συνολικά δεν παρουσιάστηκαν διαφορές στα δύο φύλα ως προς τα συμπτώματα ζαλάδα, αδυναμία, βήχας (DeVon et al. 2008). Επίσης, οι Bruins Slot et al. (2012) δεν βρήκαν διαφορά στην ώρα έναρξης των συμπτωμάτων (πρωί, απόγευμα, βράδυ, καθημερινές ή Σαββατοκύριακα) μεταξύ αντρών και γυναικών.

Πίνακας αποτελεσμάτων

Ερευνητές και Χρονολογία	Σκοπός	Δείγμα Δειγματοληψία	Εργαλεία Μέτρησης	Κύρια ευρήματα: Διαφορές των δύο φύλων όσον αφορά:	
				Εμφάνιση προκάρδιου άλγους	Τα υπόλοιπα συμπτώματα εκτός από το προκάρδιο άλγος
Χώρα διεξαγωγής		Είδος μελέτης			
Chen et al. 2005	Να συγκριθούν τα βιωμένα συμπτώματα αντρών και γυναικών με ΟΣΣ.	112 ασθενείς με τελική διάγνωση ΟΣΣ	1.Ερωτηματολόγιο που αξιολογούσε τα δημογραφικά στοιχεία, το ιατρικό ιστορικό και την προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από ΟΣΣ 2. Λίστα Α) με 16 συμπτώματα Β) 15 σημεία στο σώμα που έγινε αντιληπτός ο πόνος ή η δυσφορία. Γ) οι ασθενείς κλήθηκαν επίσης να πουν το πιο σοβαρό σύμπτωμα και το σύμπτωμα που τους ανησυχούσε περισσότερο. 3. MPQ (modified McGill Pain Questionnaire) – Διαμορφωμένο Ερωτηματολόγιο για τον Πόνο του McGill το οποίο αξιολογούσε: Α) πού ακτινοβολούσε ο πόνος ή η δυσφορία. Β) οι τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας του πόνου (αισθητηριακή, συναισθηματική, αξιολογιστική, ποικιλόπτη) Γ) το πρότυπο του πόνου/δυσφορίας (συνεχής, περιοδικός, σύντομος). Δ) η ένταση του πόνου/δυσφορίας με βάση αριθμητική κλίμακα	Γυναίκες: ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν δυσφορία παρά πόνο στο στήθος, πόνο/δυσφορία σε διάφορα άλλα σημεία στο σώμα παρά στο στήθος σε σύγκριση με τους άντρες ($p<0.05$). Είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν πόνο/δυσφορία στο στήθος και προκάρδιο άλγος/δυσφορία στην αριστερή πλευρά του στήθους από ότι οι άντρες ($p<0.05$). Είχαν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν πόνο/δυσφορία μόνο στο στήθος και πόνο/δυσφορία στην κεντρική περιοχή του στήθους σε σχέση με τους άντρες ($p<0.05$). Πόνος/δυσφορία στο στήθος ως το πιο σοβαρό και ανησυχητικό σύμπτωμα: λιγότερες πιθανότητες να δηλώσουν οι γυναίκες παρά οι άντρες. Δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές όσον αφορά την ποιότητα και την ένταση του πόνου ενώ η ένταση για το προκάρδιο άλγος έπαιρνε υψηλότερες βαθμολογίες παρά η δυσφορία στο στήθος.	Δυσκολία στην αναπνοή, ναυτία, ανορεξία, πόνο/δυσφορία στο δεξί χέρι και πόνο/δυσφορία μόνο στο χέρι: εμφανίζονταν συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άντρες ($p<0.05$). Πόνος/δυσφορία σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος εκτός του στήθους ως το πιο σοβαρό και ανησυχητικό σύμπτωμα: πιθανότερο να το εκφράσουν οι γυναίκες ($p<0.01$).
Σιάτλ, ΗΠΑ		Τυχαία δειγματοληψία Συγκριτική μελέτη			

Arslanian – Engoren et al. 2006	Να αξιολογηθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές των συμπτωμάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ΟΣΣ και να καθοριστεί κατά πόσο οι διαφορές στην κλινική εικόνα σχετίζονται με το φύλο ή άλλους παράγοντες.	1941 ασθενείς με διάγνωση ΟΣΣ 1258 (65%) άντρες 683 (35%) γυναίκες Ασθενείς μέρος της οργάνωσης ΟΣΣ του Πανεπιστημίου του Μίσιγκαν (Acute Coronary Syndrome Registry at the University of Michigan).	1. Έγινε ανάλυση των δεδομένων των ασθενών οι οποίοι ήταν μέρος της οργάνωσης ΟΣΣ του πανεπιστημίου του Μίσιγκαν. 2. Τυποποιημένη φόρμα αναφοράς: για αξιολόγηση δημογραφικών στοιχείων, ιατρικού ιστορικού και εμφάνισης των συμπτωμάτων μέσω ενός εκπαιδευμένου συντονιστή	Άντρες: πιθανότερο να παρουσιάζονται με προκάρδιο άλγος. Το φύλο δεν αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα για το προκάρδιο άλγος. Οι διαφορές στο προκάρδιο άλγος προέκυπταν από τη συννοσηρότητα και το ιστορικό. Προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση προκαρδίου άλγους αποτέλεσαν η ηλικία ($p < 0.0001$), η σπθάγχη ($p < 0.0001$), οι καρδιακή ($p < 0.0001$) και νεφρική ($p = 0.0002$) ανεπάρκεια, ο ΣΔ ($p = 0.0129$), θετική δοκιμασία κοπώσεως ($p = 0.0003$), προηγούμενος καθετηριασμός καρδιάς ($p = 0.0003$), αρχικά υψηλά επίπεδα τροπονίνης ($p = 0.0009$), ταχυκαρδία ($p < 0.0001$), υψηλή διαστολική αρτηριακή πίεση ($p = 0.0052$) και NSTEMI παρά ασταθή σπθάγχη ($p = 0.0264$).	Άντρες vs Γυναίκες: Δύσπνοια: 48% vs 51% ; όχι στατιστική διαφορά. Πόνος στο αριστερό χέρι: 30% vs 25% ; $p < 0.05$. Εφίδρωση: 38% vs 29% ; $p < 0.01$. Ναυτία: 25% vs 29% ; $p < 0.05$. Το φύλο αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα για την εφίδρωση και τη ναυτία, αλλά όχι για τον πόνο στο αριστερό χέρι ο οποίος συσχετίστηκε με τη συννοσηρότητα και το ιστορικό. Η εμφάνιση εφίδρωσης στους άντρες και ναυτίας στη γυναίκες σχετιζόταν με την αρρενωπότητα και τη θηλυκότητα.
DeVon et al. 2008	Να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τον τύπο, τη σοβαρότητα, την ποιότητα των συμπτωμάτων στις τρεις διαγνωστικές κλινικές κατηγορίες του ΟΣΣ (STEMI, NSTEMI, ασταθή σπθάγχη) και ενώ οι ασθενείς είναι ελεγχόμενοι ως προς την ηλικία, το διαβήτη, τη λειτουργική κατάσταση, το άγχος και την κατάθλιψη.	Συνολικά 256 ασθενείς 144 (56%) άντρες 112 (44%) γυναίκες. Δείγμα ευκολίας Δεν αναφέρεται το είδος της μελέτης.	1. Απογραφή των συμπτωμάτων του ΟΣΣ η οποία αξιολογούσε: Α) 20 διαφορετικά συμπτώματα. Β) 14 μέρη του σώματος όπου ο πόνος ή δυσφορία ήταν παρούσα. Γ) 14 περιγραφές της ποιότητας του πόνου ή της δυσφορίας. 2. CCS Classification of Angina: Ταξινόμηση της σπθάγχης η οποία αξιολογούσε το επίπεδο της φυσικής λειτουργικότητας. Υποθετικά όσο πιο υψηλή CCS => τόσο πιο πολλά συμπτώματα τόσο σε αριθμό όσο και σε σοβαρότητα. 3. Hospital Anxiety and Depression Scale: Κλίμακας άγχους και κατάθλιψης.	Δεν βρέθηκε συσχέτιση όσον αφορά την ταξινόμηση της σπθάγχης και το φύλο. Άντρες: δήλωσαν πιο σοβαρό προκάρδιο άλγος από ότι οι γυναίκες, αλλά με βάση τις μέσες βαθμολογίες δε διέφεραν σημαντικά. Περιγραφή προκαρδίου άλγους σαν αίσθημα πληρότητας ($p = 0.03$): πιθανότερο να δηλώσουν οι γυναίκες.	Τα συμπτώματα προήλθαν από τη σωματική άσκηση: πιθανότερο να το δηλώσουν οι άντρες. Περισσότεροι από το μισό συνολικό δείγμα δήλωσαν ότι προήλθαν από συναισθηματική αναστάτωση ή από την ανάπαυση. Μέσος αριθμός συμπτωμάτων ήταν υψηλότερος για τις γυναίκες. Προκάρδιο άλγος, δυσκολία στην αναπνοή και ασυνήθιστη κόπωση: τα συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα. Η βαθμολογία για τα εξής συμπτώματα που δήλωσαν οι γυναίκες ήταν υψηλότερη και διέφερε σημαντικά συγκριτικά με τους άντρες ανεξάρτητα από τον τύπο του ΟΣΣ: δυσπεψία ($\beta = 0.25$; $P = .04$), αίσθημα παλμών . ($\beta = 0.31$; $P = .02$), ναυτία ($\beta = 0.37$; $P < .01$), μούδιασμα στα χέρια . ($\beta = 0.29$; $P = .03$) και ασυνήθιστη κόπωση ($\beta = 0.60$; $P < .01$). Πόνος στην κάτω γνάθο ($p = 0.02$) και στο λαιμό ($p = 0.01$): δήλωσαν κυρίως οι γυναίκες. Ζαλάδα, αδυναμία βήχας: δε διέφεραν μεταξύ ανδρών και γυναικών σε κάποιους από τους τύπους του ΟΣΣ. Άντρες με STEMI είχαν περισσότερα επεισόδια ζαλάδας ($p < 0.01$). Γυναίκες με ασταθή σπθάγχη ήταν πιθανότερο να δηλώσουν αδυναμία ($p < 0.01$) καθώς επίσης και οι γυναίκες με NSTEMI ($p = 0.03$). Επίσης οι γυναίκες με NSTEMI ήταν πιθανότερο να δηλώσουν νέα επεισόδια βήχα ($p < 0.01$). Όσον αφορά την ποιότητα και τον εντοπισμό του πόνου άντρες και γυναίκες δήλωσαν παρόμοιες περιγραφές.

Noureddine et al. 2008	Να διερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ Λιβανίων αντρών και γυναικών με βάση τις γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές απαντήσεις σε σημεία και συμπτώματα σε ΟΣΣ.	212 ασθενείς με ΟΣΣ 149 (70%) άντρες 63 (30%) γυναίκες	1.Δεδομένα από τις ιατρικές αναφορές: δημογραφικά στοιχεία, ιατρική διάγνωση, παράγοντες κινδύνου, ημερομηνία και ώρα άφιξης στο ΤΑΕΠ, διαγνωστικά ευρήματα και η θεραπεία που έλαβε. 2. Συνέντευξη: ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο απαντήσεις σε συμπτώματα (Response to Symptoms Questionnaire) των Dracup and Moser. 3. Λίστα με προβλήματα που πιστεύουν οι ασθενείς ότι προκάλεσαν τα συμπτώματα.	Η συχνότητα εμφάνισης προκάρδιου άλγους δε διέφερε μεταξύ αντρών και γυναικών	Εφίδρωση: δε διέφερε μεταξύ αντρών και γυναικών Δύσπνοια, πόνος στον ώμο, ναυτία και εμετός και αίσθημα παλμών: ήταν πιθανότερο να εμφανίζονται στις γυναίκες. Συμπτώματα συχνότερα στο σπίτι ($p<0.01$) και με παρουσία άλλων μελών της οικογένειας ($p<0.001$): πιθανότερο για τις γυναίκες
Dey et al. 2008	Να εκτιμηθεί κατά πόσο υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στη σοβαρότητα της αγγειογραφίας στη διαχείριση και στα αποτελέσματα των ασθενών με ΟΣΣ.	43393 ασθενείς με ΟΣΣ 29213 άντρες 14180 γυναίκες συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Από αυτούς 26755 υποβλήθηκαν σε στεφανιαία αγγειογραφία (19117 άντρες και 7638 γυναίκες) ενώ 16638 ασθενείς δεν έλαβαν στεφανιαία αγγειογραφία (10096 άντρες και 6542 γυναίκες).	1.Τυποποιημένα αρχεία αναφοράς: για τη συλλογή δεδομένων (δημογραφικά, χαρακτηριστικά, ιατρικό ιστορικό, συμπτώματα, διάρκεια της προνοσοκομειακής καθυστέρησης, βιοχημικά και ΗΚΓ ευρήματα, θεραπεία και ποικιλία των αποτελεσμάτων των δεδομένων των νοσοκομείων) από εκπαιδευμένους συντονιστές. 2.Τηλεφωνική επικοινωνία, κλινικές επισκέψεις ή μέσω της επικοινωνίας με το γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας: παρακολούθηση ασθενών για έξι μήνες για την εξακρίβωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων	Στους ασθενείς που διαγνώστηκαν με Έμφραγμα του Μυοκαρδίου η εμφάνιση προκάρδιου κυμαίνονταν στα ίδια ποσοστά τόσο σε άντρες (94%) όσο και σε γυναίκες (92%). Σε όσους παρουσιάζονταν χωρίς προκάρδιο άλγος, οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να παρουσιάζονται με άτυπα συμπτώματα όπως πόνο στην κάτω γνάθο, ναυτία και εμετό.	Άντρες Γυναίκες με έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς προκάρδιο άλγος: Πόνος στην κάτω γνάθο: 4% vs 10% ; $p<0.001$ Ναυτία ή έμετος: 23% vs 32% $p=0,001$
Assiri 2011	Να διερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών που εισάγονται με ΟΣΣ στο κεντρικό νοσοκομείο του Ασήρ.	545 ασθενείς με ΟΣΣ 397 (72,8%) άντρες 148 (27,2%) γυναίκες	Συλλογή των δεδομένων από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών (δημογραφικά στοιχεία, παράγοντες κινδύνου για ΟΣΣ, συμπτώματα, διάγνωση κατά την εισαγωγή)	Άντρες: έτειναν να εμφανίζονται με τυπικά συμπτώματα (προκάρδιο άλγος) 71% vs 57.4% $p>0.05$	Γυναίκες έτειναν να εμφανίζονται συχνότερα με άτυπα συμπτώματα (πχ δύσπνοια ή άλλα συμπτώματα με απουσία προκάρδιου άλγους) 42.6% vs. 28.9%, ; $P< 0.003$
Sulaiman et al. 2011	Να αξιολογηθούν οι διαφορές των δύο φύλων όσον αφορά την κλινική εικόνα, τη διαχείριση και τα ενδονοσοκομειακά αποτελέσματα σε ασθενείς με ΟΣΣ από το Ομάν.	1579 ασθενείς με ΟΣΣ 971 άντρες (61%) 608 γυναίκες (39%)	1.Ανάλυση δεδομένων των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη με βάση τα στοιχεία τους στην μελέτη Gulf RACE. (Registry of Acute Coronary Events	Άντρες vs Γυναίκες: Ισχυαμικό προκάρδιο άλγος: 77% vs 67% ; $p<0.001$ Άτυπο προκάρδιο άλγος: 6,2% vs 8,1% ; όχι στατιστική διαφορά	Άντρες vs Γυναίκες: Δύσπνοια: 11% vs 18% ; $p<0.001$ Κατάσπαση του ST: 29% vs 41% ; $p<0.001$
Ομάν		Ασθενείς μέρος της μελέτης καταγραφής Gulf RACE (Registry of Acute Coronary Events), μιας προοπτικής, πολυκεντρικής πολυεθνικής οργάνωσης ασθενών άνω των 18 ετών που νοσηλεύθηκαν με διάγνωση ΟΣΣ από νοσοκομεία σε 6 διαφορετικές χώρες της Μέσης Ανατολής. Δείγμα ευκολίας Αναδρομική μελέτη			

Bruins Slot et al. 2012	Να περιγραφούν οι διαφορές των δύο φύλων στην κλινική εικόνα σε ασθενείς με υποψία ΟΣΣ όταν υφίσταται προνοσοκομειακή καθυστέρηση σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας.	66 ασθενείς με ΟΣΣ 38 (57,6%) άντρες 28 (42,4%) γυναίκες Τυχαία δειγματοληψία Δεν αναφέρεται το είδος της μελέτης	Έγινε ανάλυση της υποομάδας των ασθενών που διαγνωστήκαν τελικά με ΟΣΣ	Παρουσία προκάρδιου άλγους: δε διέφερε μεταξύ αντρών και γυναικών. Γυναίκες: Ήταν πιθανότερο να δηλώσουν διάχυτο στηθαγικό πόνο από ότι οι άντρες (p=0.06)	Ναυτία ή εφίδρωση: παρόμοια συχνότητα εμφάνισης σε άντρες και γυναίκες. Ωρα έναρξης συμπτωμάτων(πρωί, απόγευμα, βράδυ, καθημερινές ή Σαββατοκύριακα): Δεν παρουσιάστηκαν διαφορές στα δύο φύλα.
Khan et al. 2013	Να αξιολογηθούν οι διαφορές του φύλου στην κλινική εικόνα του ΟΣΣ, να γίνει συσχέτιση όσον αφορά το φύλο, τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, τους ψυχοκοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες, τους δείκτες για τη σοβαρότητα της ΣΝ και την απουσία του πόνου στο στήθος σε νεαρούς ασθενείς με ΟΣΣ.	1015 ασθενείς με ΟΣΣ 710 άντρες (70%) 305 γυναίκες (30%) Ασθενείς ήταν μέρος της παρατηρητικής μελέτης κοορτής GENESIS PRAXY (προσδιορίζει τις συμπεριφορές που η κοινωνία αποδίδει σε άντρες και γυναίκες, τους κατασκευαστικούς ρόλους και τις σχέσεις των δύο φύλων καθώς και τα βιολογικά χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τους άντρες και τις γυναίκες με ΟΣΣ). Δείγμα ευκολίας Προοπτική μελέτη κοορτής	1. MAPMISS (McSweeney Acute and Prodromal Myocardial Infarction Symptom Survey): Αξιολόγηση παρουσίας και έντασης 37 συμπτωμάτων για το έμφραγμα του μυοκαρδίου. 2. Προσωπική συνέντευξη: για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και για στοιχεία που αφορούν την έμμενη ρύση και την εμπνόνηση στις γυναίκες. 3. Ιατρικό ιστορικό: για ΔΜΣ, Αρτηριακή Υπέρταση, ΣΔ, καρδιακή συχνότητα, για αξιολόγηση της σοβαρότητας του ΟΣΣ ανάλογα με τον τύπο του ΟΣΣ, τα επίπεδα τροπονίνης και το σκορ GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events)-επικυρωμένο τεστ που προβλέπει μακροπρόθεσμα την θνησιμότητα ή την επανεμφάνιση NSTEMI ή STEMI και τέλος ανασκόπηση ιατρικών διαγραμμάτων: για αξιολόγηση της ανατομίας των στεφανιαίων αρτηριών μέσω του καρδιακού καθετηριασμού. 4. BSRI (Bem Sex Role Inventory): σύντομη μορφή ερωτηματολόγιο για γυναίκες και αρρενωπά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. 5. HADS (Hospital Anxiety & Depression Scale): για αξιολόγηση προβλημάτων κατάθλιψης και άγχους.	Άντρες 86,3% vs 81% γυναίκες ; p=0.03 Γυναίκες: παρουσιάζονταν συχνότερα με απουσία προκάρδιου άλγους από ότι οι άντρες. (19.0%vs 13.7%; P = .03). Οι ασθενείς που δεν είχαν προκάρδιο άλγος ανέφεραν συνολικά λιγότερα συμπτώματα και δεν βρέθηκε κανένα πρότυπο για την απουσία προκάρδιου άλγους. Στο πολυπαραγοντικό μοντέλο το γυναικείο φύλο (odds ratio [OR], 1.95 [95%CI, 1.23-3.11]; P = .005) και η ταχυκαρδία (OR, 2.07 [95%CI, 1.20-3.56]; P = .009) σχετίζονται ανεξάρτητα με την εμφάνιση ΟΣΣ χωρίς προκάρδιο άλγος.	Άντρες vs Γυναίκες: Αδυναμία (46,9% vs 58% ; p=0.001) Έμετος (12,7% vs 17,7% ; p=0.04) Ναυτία (22.8% vs 35.4% ; p<0.001) Πόνος στην κάτω γνάθο (13% vs 23,9% ; p<0.001) Πόνος στον αριστερό ώμο/χέρι: 41,3% vs 49,5% ; p=0.02
DeVon et al. 2014	Να καθοριστεί η ευαισθησία, η εξειδίκευση και η προγνωστική αξία 13 συμπτωμάτων για τη διάγνωση ΟΣΣ σε άντρες και γυναίκες.	301 ασθενείς με ΟΣΣ 224 άντρες (74,4%) 77 γυναίκες (25,6%) Συστηματική δειγματοληψία Προοπτική πολυκεντρική μελέτη	1. ACS Symptom checklist: Κατάλογος 13 συμπτωμάτων σε ΟΣΣ. 2. Ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΟΣΣ. 3. DASI (Duke Activity Status Index): εργαλείο μέτρησης 12 αντικειμένων που μετρούν τη λειτουργική ικανότητα.	Η πίεση στο στήθος, η δυσφορία και ο πόνος στο στήθος ήταν τα συμπτώματα με την υψηλότερη ευαισθησία για ΟΣΣ τόσο στους άντρες (63%, 69% και 72%) όσο και στις γυναίκες (66%, 66% και 67%). Άντρες vs Γυναίκες: Πίεση στο στήθος 63% vs 66% Πόνος στο στήθος 72% vs 68%	Και για τα δύο φύλα έξι συμπτώματα (πόνος στον ώμο, ιδρώτας, αίσθημα παλμών, πόνος στο άνω μέρος της πλάτης, πόνος στο χέρι και δυσπείψια) είχαν υψηλή ειδικότητα (>60%) για το ΟΣΣ. Ναυτία: ειδικό σύμπτωμα μόνο στους άντρες Πόνος στον ώμο και στο χέρι: αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα τις διπλάσιες φορές για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες. Δυσκολία στην αναπνοή: για τους άντρες ήταν ένα σύμπτωμα/προγνωστικός παράγοντας που σχετιζόταν με τη μη-διάγνωση ΟΣΣ αλλά δεν ήταν προγνωστικός παράγοντας για τη διάγνωση στις γυναίκες.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι άντρες με ΟΣΣ είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίζονται με προκάρδιο άλγος συγκριτικά με τις γυναίκες, οι οποίες είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίζονται με άτυπα συμπτώματα και απουσία προκαρδίου άλγους. Έξι από τις δέκα έρευνες υποστήριξαν τη παραπάνω δήλωση, τέσσερις έρευνες δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική διαφορά στην εκδήλωση προκαρδίου άλγους και καμία έρευνα δεν έδειξε ότι οι γυναίκες με ΟΣΣ εμφανίζονταν συχνότερα με προκάρδιο άλγος. Αυτό επιβεβαιώνει και το κυριότερο πόρισμα του προαναφερθέν ερευνητικού ερωτήματος.

Ενδιαφέρον προκάλεσαν οι ορισμοί με τους οποίους αναφέρονταν οι γυναίκες στο προκάρδιο άλγος: δυσφορία, αίσθημα πληρότητας, διάχυτος στηθαγχικός πόνος και πίεση στο στήθος. Συμπερασματικά το προκάρδιο άλγος σε ΟΣΣ αποτελεί σύμπτωμα κοινό για το αντρικό φύλο, σε αντίθεση με τις γυναίκες που το ορίζουν διαφορετικά. Το γεγονός αυτό κάνει το έργο των επαγγελματιών υγείας πιο δύσκολο για τη διάγνωση αλλά παράλληλα αποτελεί πρόκληση για τη διαφοροποίηση του. Επιπρόσθετα σε αυτό 2 έρευνες, οι οποίες είχαν μελετήσει τη σοβαρότητα του προκαρδίου άλγους έδειξαν ότι οι άντρες θεωρούσαν πιο σοβαρό το προκάρδιο άλγος συγκριτικά με τις γυναίκες και συγκεκριμένα στην έρευνα των Chen et al., (2005) οι άντρες δήλωσαν ότι το προκάρδιο άλγος αποτελούσε το πιο σοβαρό και ανησυχητικό σύμπτωμα σε αντίθεση με τις γυναίκες που θεώρησαν τον πόνο/δυσφορία σε οποιαδήποτε άλλη περιοχή του σώματος εκτός του στήθους ως το πιο σοβαρό και ανησυχητικό σύμπτωμα. Αυτός ήταν και ένας από τους λόγους που σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στο Περού οι γυναίκες με προκάρδιο άλγος είχαν τέσσερις φορές λιγότερες πιθανότητες να συσχετίσουν το προκάρδιο άλγος με σύμπτωμα που αφορά καρδιακή νόσο με αποτέλεσμα να έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναζητήσουν βοήθεια και άρα λιγότερα θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του ΟΣΣ (Benzinger et al. 2011). Για την ποιότητα και τον εντοπισμό του προκαρδίου άλγους, χαρακτηριστικά που αξιολογήθηκαν μόνο στην έρευνα των Chen et al., (2005), δεν φάνηκε καμία στατιστική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, ωστόσο η έρευνα έγινε πριν 10 χρόνια και πολύ πιθανόν αυτό να έχει αλλάξει. Ωστόσο για την εμφάνιση ΟΣΣ με απουσία προκαρδίου άλγους οι Khan et al., (2013) υποστήριξαν ότι το γυναικείο φύλο και η ταχυκαρδία σχετίζονται ανεξάρτητα. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι οι έρευνες που υποστήριξαν ότι υπήρχε διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών στην εμφάνιση προκαρδίου άλγους δημοσιεύτηκαν πιο πρόσφατα άρα στηρίζονταν σε νεότερα δεδομένα σε σχέση με αυτές που υποστήριξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά.

Ως προς τις διαφορές των δύο φύλων για τα υπόλοιπα συμπτώματα εκτός του προκαρδίου άλγους, ήταν συχνότερο να εμφανίζονται στις γυναίκες. Ειδικότερα οι γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ναυτία, έμετο, δύσπνοια, πόνο στο αριστερό χέρι και πόνο στην κάτω γνάθο. Τα συμπτώματα δυσκολία στην αναπνοή, αί-

σθημα παλμών, ανορεξία, πόνος/δυσφορία στο δεξί χέρι και αδυναμία μελετήθηκαν μόνο από μία έρευνα ανεξάρτητα και επίσης ήταν πιθανότερο να εμφανίζονται στις γυναίκες. Μόνο το σύμπτωμα της εφίδρωσης είχε περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης στους άντρες.

Συμπερασματικά οι γυναίκες και οι άντρες με ΟΣΣ με ή χωρίς παρουσία προκαρδίου άλγους παρουσιάζονταν με πληθώρα συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα παρουσιάζονταν και στα δύο φύλα αλλά για τις γυναίκες οι πιθανότητες ήταν περισσότερες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι εκτός από το σύμπτωμα της ναυτίας που μελετήθηκε από 8 έρευνες, τα υπόλοιπα συμπτώματα μελετήθηκαν από μικρότερο αριθμό μελετών.

Τέλος, ενδιαφέρον προκάλεσε η έρευνα των Nouredine et al., (2008) που στόχευε να συγκρίνει για το πού γινόταν η έναρξη των συμπτωμάτων, ποια άτομα ήταν παρόντα, ποια ήταν η συμπεριφοριστική απάντηση των ασθενών στα συμπτώματα και τι ήταν αυτό που καθυστέρουσε την προσέλευση των αντρών και των γυναικών στα ΤΑΕΠ. Υποστήριζε ότι οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να βιώσουν τα συμπτώματα στο σπίτι και με παρουσία άλλων μελών της οικογένειας συγκριτικά με τους άντρες. Η συμπεριφοριστική απάντηση στα συμπτώματα δε διέφερε μεταξύ των δύο φύλων (το έλεγαν σε κάποιο ή έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή). Αυτό που έκανε τους άντρες να καθυστερήσουν να αναζητήσουν βοήθεια ήταν το σύμπτωμα της δύσπνοιας, τα συμπτώματα που έρχονταν και έφευγαν, οι ελλιπείς γνώσεις για τα συμπτώματα που σχετίζονταν με το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το ότι δεν καταλάβαιναν τη σημασία των συμπτωμάτων και επειδή περίμεναν μέχρι να περάσουν τα συμπτώματα. Από την πλευρά των γυναικών η καθυστέρηση προσέλευσης τους στα ΤΑΕΠ σχετιζόταν με την αναμονή μέχρι να περάσουν τα συμπτώματα, τις ελλιπείς γνώσεις για τα σχετικά με καρδιακή πάθηση συμπτώματα και την αδιαφορία. Σε αυτό το σημείο δημιουργούνται υποδείξεις για διδασκαλία προς όλα τα άτομα ανεξαιρέτως στα πλαίσια πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης μιας και τα παραπάνω αποδεικνύουν ελλιπείς γνώσεις και εκπαίδευση.

Αν και οι λόγοι για τους οποίους το προκάρδιο άλγος δεν εμφανίζεται τόσο συχνά στις γυναίκες όσο στους άντρες και εφόσον σύμφωνα με τις έρευνες οι γυναίκες παρουσιάζονται συχνότερα με άτυπα συμπτώματα, δεν αποσαφηνίζονται στις μελέτες, ωστόσο τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά αποτελούν ένδειξη. Κάποιοι από τους λόγους που πιθανολογούνται είναι η ανατομία η οποία διαφέρει από άντρες και γυναίκες καθώς και οι ορμόνες γνωρίζοντας ότι οι γυναίκες υπόκεινται περισσότερες ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Συμπερασματικά δημιουργούνται μελλοντικές υποδείξεις για περεταίρω έρευνες.

Αξιολόγηση Μεθοδολογικής Ποιότητας

Πέραν των εύστοχων πορισμάτων μέσα από την παρούσα ανασκόπηση όσον αφορά τη διαφορά των δύο φύλων στην εμφάνιση προκαρδίου άλγους και κατ'επέκταση τη

διαφορά στα υπόλοιπα συμπτώματα παρουσιάστηκαν κάποιιο περιορισμοί. Αρχικά μέσα από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας σε τρεις βάσεις δεδομένων προέκυψαν μόνο 111 άρθρα και από αυτά μόλις τα 5 πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής στην μελέτη, έτσι που θεωρήθηκε αναγκαία η εύρεση άλλων άρθρων από τη βιβλιογραφία των ανασκοπήσεων που απορρίφθηκαν αργότερα από τη μελέτη. Επίσης αν και δεν τέθηκαν περιορισμοί όσον αφορά τη χρονολογία δημοσίευσης, το πιο παλιό άρθρο χρονολογείται το 2005, γεγονός που δείχνει ότι το θέμα αυτό καθεαυτό ήρθε στο προσκήνιο μόλις μία δεκαετία πριν. Από τα γενικά χαρακτηριστικά των μελετών περιορισμό αποτέλεσε το ότι 7 από τις 10 έρευνες είχαν δείγμα ευκολίας με αποτέλεσμα να μην αντιπροσωπεύουν το γενικό πληθυσμό και έτσι να επηρεάζεται η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. 3 έρευνες ήταν αναδρομικές ενώ παράλληλα για άλλες 3 έρευνες δε γινόταν αναφορά στο σχεδιασμό της μελέτης. Καμία έρευνα δεν βρέθηκε από την Ελλάδα ή την Κύπρο καθώς και από τις ασιατικές και αφρικανικές χώρες, χώρες με διαφορετική κουλτούρα που επομένως να διαφοροποιούν κάποια από τα αποτελέσματα. Ένας άλλος περιορισμός ήταν ότι επειδή τα συμπτώματα εκτός του προκάρδιου άλγους ήταν πολυάριθμα λίγες έρευνες μελετούσαν το κάθε ένα και υπήρχε σύγχυση.

Συμπεράσματα

Η παρούσα ανασκόπηση είχε σκοπό να αναδείξει τις διαφορές των δύο φύλων στην εμφάνιση προκάρδιου άλγους στο Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο και παράλληλα τις διαφορές των φύλων όσον αφορά στα υπόλοιπα συμπτώματα.

Σύμφωνα με τις έρευνες που εντάχθηκαν στη μελέτη οι άντρες ήταν πιθανότερο να εμφανίζονται με προκάρδιο άλγος και τυπικά συμπτώματα όπως εφίδρωση. Οι γυναίκες είχαν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάζονται με προκάρδιο άλγος και περισσότερες πιθανότητες να είχαν άτυπα συμπτώματα όπως ναυτία, έμετο, δύσπνοια και πόνο στην κάτω γνάθο. Επιπρόσθετα οι γυναίκες με απουσία προκάρδιου άλγους εμφάνιζαν ποσοτικά περισσότερα συμπτώματα από ότι οι άντρες.

Εισηγήσεις

Μέσα από τα αποτελέσματα τις παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, πηγάζουν οι ανάγκες για:

1. Επέκταση των ερευνών για το παρόν θέμα εφόσον η βιβλιογραφία δεν είναι επαρκής.
2. Να γίνουν παρόμοιες έρευνες στους πληθυσμούς της Ελλάδας και της Κύπρου, μιας και οι μεσογειακοί λαοί έχουν διαφορετικές νόρμες και συνήθειες από ότι πληθυσμοί των ΗΠΑ ή των Αραβικών χωρών που μελετήθηκαν, καθώς τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά πιθανόν να διαφέρουν.
3. Δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων στους νοσηλευτές για έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων, με σκοπό την έγκαιρη και ορθή διάγνωση και την άμεση θεραπεία, γεγονός το οποίο εντάσσεται και στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης.

Βιβλιογραφία

Διεθνής Βιβλιογραφία

1. Arslanian-Engoren, C., Patel, A., Fang, J., Armstrong, D., Kline-Rogers, E., Duvernoy, C. S. & Eagle, K. A. 2006. Symptoms of men and women presenting with acute coronary syndromes. *The American journal of cardiology*, 98(9), pp.1177–1181.
2. Assiri, A. 2011. Gender differences in clinical presentation and management of patients with acute coronary syndrome in Southwest of Saudi Arabia. *Journal of the Saudi Heart Association*, 23(3), pp.135–141. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsha.2011.01.007>.
3. Benzinger, C. P., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J.J. & Bukham, G. 2011. Sex differences in Health Care-seeking Behavior for Acute Coronary Syndrome in a low Income Country - Peru. *Critical Pathways in Cardiology*, 29(6), pp.997–1003.
4. Blomkalns, A. L., Chen, A. Y., Hochman, J. S., Peterson, E. D., Trynosky, K., Diercks, D. B., Brogan, G. X., Boden, W. E., Roe, M. T., Ohman, E. M., Gibler, W. B. & Newby, L. K. 2005. Gender disparities in the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: Large-scale observations from the CRUSADE (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes with Early Implementation). *Journal of the American College of Cardiology*, 45(6), pp.832–837.
5. Bruins Slot, M. H. E., Rutten, F. H., Van der Heijden, G.J.M.G., Doevendans, P.A., Mast, E. G., Bredero, A. C., Glatz, J.F.C. & Hoes, A. W. 2012. Gender differences in pre-hospital time delay and symptom presentation in patients suspected of acute coronary syndrome in primary care. *Family Practice*, 29(3), pp.332–337.
6. Canto, J. G., Goldberg, R. J., Hand, M. M., Bonow, R. O., Sopko, G., Pepine, C. J. & Long, T. 2007. Symptom presentation of women with acute coronary syndromes: myth vs reality. *Archives of internal medicine*, 167(22), pp.2405–2413.
7. Chen, W., Woods, S. L., Wilkie, D. J., Puntillo, K. A. 2005. Gender differences in symptom experiences of patients with acute coronary syndromes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(6), pp.553–562.
8. DeVon, H.A., Rosenfeld, A., Steffen, A. D. & Daya, M. 2014. Sensitivity, specificity, and sex differences in symptoms reported on the 13-item acute coronary syndrome checklist. *Journal of the American Heart Association*, 3(2), pp.1–9.
9. DeVon, H.A., Ryan, C. J., Ochs, A. L. & Shapiro, M. 2008. Symptoms Across the Continuum of Acute Coronary Syndromes: Differences Between Women

and Men. American Journal of Critical Care, 17.

10. DeWit, S.C., 2009. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης.
 11. Dey, S., Flather, D., Devlin, G., Brieger, D., Gurfinkel, E., Steg, P. & FitzGerald, G. 2008. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events. Heart, pp.20–26.
 12. El-Menyar, A., Zubaid, M., Shehab, A., Bulbanat, B., Albustani, N., Alenezi, F., Al-Motarreb, A., Singh, R., Asaad, N. & Al Suwaidi, J. 2011. Prevalence and impact of cardiovascular risk factors among patients presenting with acute coronary syndrome in the middle east. Clinical Cardiology, 34(1), pp.51–58.
 13. Hamn, C. W., Bassand, J. P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., Bueno, H., Dudek, D., Gielen, S., Huber, K., Ohman, M., Petrie, M. C., Sonntag, F., Sousa Uva, M., Storey, R. F., Wijns, W. & Zahger, D. 2011. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal, 136(48), pp.2478–2480.
 14. Jneid, H., Anderson, J. L., Wright, R. S., Adams, C. D., Bridges, C. R., Casey, D. E., Ettinger, S. M., Fesmire, F. M., Ganiats, T. G., Lincoff, A. M., Peterson, E. D., Philippides, G. J., Theroux, P., Wenger, N. K. & Zidar, J. P. 2012. 2012 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with unstable angina/Non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline and replacing the 2011 focused update): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, 126(7), pp.875–910. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.06.004>.
 15. Khan, N. A., Daskalopoulou, S. S., Eisenberg, M. J., Pelletier, R., Tsadok, M. A., Dasgupta, K., Norris, C. M. & Pilote, L. 2013. Sex Differences in Acute Coronary Syndrome Symptom Presentation in Young Patients. JAMA Internal Medicine, 173(20), pp.1–8.
 16. Moser, D.K. & Riegel, B. 2008. CARDIAC NURSING: A Companion to Braunwald's Heart Disease SAUNDERS & ELSEVIER, eds., Philadelphia.
 17. Nouredine, B. S., Arevian, M., Adra, M. & Puzantian, H. 2008. Response To Signs and Symptoms of Acute Coronary Syndrome: Differences Between Lebanese Men and Women. American Journal of Critical Care, 17(1), pp.26–35.
 18. Shehab, A., Yasin, J., Hashim, M. J., Al-Dabbagh, B., Al Mahmeed, W., Bustani, N., Agrawal, A., Yusufali, A., Wassef, A. & Alnaeemi, A. 2012. Gender Differences in Acute Coronary Syndrome in Arab Emirati Women—Implications for Clinical Management. Angiology, 64(1), pp.9–14.
 19. Sulaiman, K., Panduranga, P. & Al-Zakwani, I. 2011. Gender-related differences in the presentation, management, and outcomes among patients with acute coronary syndrome from Oman. Journal of the Saudi Heart Association, 23(1), pp.17–22. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsha.2010.09.003>.
 20. World Health Organization, 2015-last update, « Cardiovascular diseases», [Online]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> [accessed January 2015].
-

Κατ'οίκον Φροντίδα Υγείας: Διερεύνηση του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή στην φροντίδα ογκολογικών ασθενών, σε σχέση με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής στο περιβάλλον τους

Home Health Care – Investigation of the role of the community nurse in the care of oncology patients in relation to the improvement of quality of life in their environment

Μάριος Ζ. Βασιλείου
PhD, MSc, RN
Επιστημονικός Συνεργάτης
Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Ελευθερίου Λουκάς
RN, Bsc, Msc
Νοσηλευτικός Λειτουργός
Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Ελευθερίου Λουκάς
loucasele@gmail.com

Marios Z. Vasilou
PhD, MSc, RN
Scientific Collaborator
of European University of Cyprus

EleftheriouLoucas
RN, Bsc, Msc
Bank of Cyprus Oncology Center

Correspondence author:
EleftheriouLoucas
email: loucasele@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος ως ένα οξύτατο πρόβλημα υγείας έφτασε να αποτελεί κλινική μάστιγα στη σύγχρονη εποχή. Νέα περιστατικά διαγιγνώσκονται καθημερινά αυξάνοντας τον όγκο και το κόστος εργασίας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες αδυνατούν να αντιμετωπίσουν ολιστικά και έγκαιρα όλες τις κλινικές περιπτώσεις. Κάτω από αυτές τις περιοριστικές συνθήκες, η κοινοτική νοσηλευτική μπορεί να διαδραματίσει ένα κομβικό ρόλο τόσο στην θεραπευτική ανακούφιση ογκολογικών ασθενών όσο και στην αναβάθμιση του ίδιου του συστήματος υγείας.

Σκοπός: Σκοπός του άρθρου αυτού είναι να διερευνήσει τις προσφερόμενες ογκολογικές υπηρεσίες από την κοινοτική νοσηλευτική και τα πιθανά οφέλη τόσο σε ογκολογικούς ασθενείς, όσο και στο ίδιο το σύστημα υγείας.

Μεθοδολογία: Διεξήχθη εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, με σκοπό να εξετάσει και να αξιολογήσει την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, τις βασικές πρακτικές της και τα οφέλη κυρίως σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου καθώς και το σύστημα υγείας γενικότερα.

Αποτελέσματα: Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει το συμπέρασμα ότι η νοσηλεία και η φροντίδα στο σπίτι επηρεάζει σημαντικά και με θετικό τρόπο την ποιότητα ζωής ακόμη και σε ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου. Επίσης, η χορήγηση χημειοθεραπείας στο σπίτι είναι εφικτή, ασφαλής και ιδιαίτερα επωφελέσ αναφορικά με την ποιότητα υγείας των ασθενών. Τέλος, η προώθηση της κοινοτικής νοσηλείας μειώνει σημαντικά το οικονομικό και πρακτικό βάρος του συστήματος δημόσιας υγείας.

Συμπεράσματα: Το μέλλον της φροντίδας των καρκινοπαθών προσανατολίζεται να είναι όσο πιο κοντά στο σπίτι του ασθενή. Τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την κοινοτική νοσηλεία και φροντίδα προς όφελος των πασχόντων. Έπειτα η αποδοχή και η εισροή νέων ιδεών κοινοτικής περιθαλψής και αγωγής μπορούν να καταστήσουν το σύστημα υγείας πολύ πιο λειτουργικό και αξιόπιστο.

Λέξεις-κλειδιά: *όγκος, τελικό στάδιο, χημειοθεραπεία, κοινοτική νοσηλευτική, ποιότητα ζωής*

ABSTRACT

Introduction: Cancer as an acute health problem has become a clinical scourge in modern times. New incidents are diagnosed daily by increasing workload for health services that are unable to cope holistically and in a timely manner on all clinical cases. Under these restrictive conditions, community nursing can play a key role both in the therapeutic relief of oncological patients and in the upgrade of the health system itself.

Aim: The basic aim of this article is to investigate the offered oncology services related to community nursing and their effects both on end-stage oncology patients and on the health system itself at national and international level.

Method: An extensive bibliographic review of Greek and international literature has conducted in order to examine and value the nursing care on home, its basic practices and benefits was made in patients with end-stage cancer as well as in the public health system.

Results: The bibliographic review suggests that treatment and home care significantly and positively affect the quality of life even in end-stage oncology patients. In addition, home chemotherapy is feasible, safe and very beneficial in terms of the quality of patients' health. Finally, the promotion of community hospitalization significantly reduces the financial and practical burden of the public health system.

Conclusion: The future of care for cancer patients is geared to be as close as possible to the patient's home. Research data support community hospitalization and care for the benefit of sufferers. Then, the acceptance and influx of new ideas for community care and support can make the health system much more functional and reliable.

Key-words: *tumor, final stage, chemotherapy, community nursing, quality of life*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινοτική νοσηλευτική αποτελεί ένα ραγδαία αναπτυσσόμενο τομέα της επιστήμης της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς όλοι πλέον οι φορείς υγείας αναγνωρίζουν την σημασία της πρόληψης, έγκαιρης αναγνώρισης, της προσφοράς και της θεραπείας σε επίπεδο κοινότητας. Η νοσηλεία στα νοσοκομεία και τις μονάδες χρόνιας φροντίδας ασθενών είναι απρόσωπη και δαπανηρή. Αντίθετα, ο ασθενής αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια και ηρεμία όταν βρίσκεται στο σπίτι του. Έτσι, πολλοί άνθρωποι επιλέγουν την κατ' οίκον φροντίδα η οποία σχεδιάζεται με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες τους και όχι τις ανάγκες του μέσου ανθρώπου (WorldHealthOrganization2008).

Εστιάζοντας στην ειδική κλινική οντότητα των καρκινοπαθών, η αύξηση των ασθενών με καρκίνο, η ανάπτυξη νέων σχημάτων θεραπείας και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής αυτών των ασθενών συνδέονται στενά με την αύξηση του αριθμού των καρκινοπαθών σε θεραπεία ή καταστολή(ΠΟΥ2017). Οι νοσηλευτικές δεξιότητες που καταρτίζουν τον κοινοτικό νοσηλευτή ογκολογίας, τον καθιστούν ικανό να διαχειρίζεται τις ιδιαίτερες ανάγκες της ομάδας αυτής όπως είναι η ενημέρωση των ασθενών και της οικογένειας τους, η διεκπεραίωση νοσηλευτικών διεργασιών, η χορήγηση χημειοθεραπείας στην κοινότητα, η διαχείριση του καρκινικού πόνου, η αντιμετώπιση ψυχολογικών, κοινωνικών και ηθικών προβλημάτων όπως και η φροντίδα τελικού σταδίου(Momenetal. 2013;McKenzieetal. 2007;McMillan&Small2007).

Στην περίπτωση της Κύπρου, ο κλάδος της Κοινοτικής Νοσηλευτικής δεν έχει σημειώσει την εξέλιξη όπως διαφαίνεται στις περιπτώσεις άλλων Ευρωπαϊκών και μη χωρών. Οι χώροι στους οποίους εργοδοτούνται οι κοινοτικοί νοσηλευτές όπως και οι υπηρεσίες οι οποίες χρειάζεται να παρέχουν, συναντούν περιορισμούς. Οι δράσεις των κοινοτικών νοσηλευτών φαίνεται να προωθούνται κυρίως από ιδιωτικές πρωτοβουλίες ενώ δεν έχουν λάβει μέχρι στιγμής την αναγκαία μέριμνα και υποστήριξη από το δημόσιο σύστημα υγείας (ΠΑ.ΣΥ.ΚΑΦ2016; Αντικαρκινικός Συνδεσμος Κύπρου2016).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Σκοπός

Το άρθρο αποτελεί αποτέλεσμα συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης που στόχο έχει να εξετάσει τις προσφερόμενες υπηρεσίες και προοπτικές εξέλιξης τους γύρω από την κοινοτική ογκολογική νοσηλευτική, και πως αυτές με την σειρά τους επιδρούν στην ποιότητα ζωής και στα επίπεδα υγείας των καρκινοπαθών σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Η διερεύνηση και η αποσαφήνιση του ρόλου και των δεξιοτήτων του κοινοτικού νοσηλευτή σε ότι αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς, η χορήγηση χημιοθεραπείας στο χώρο του ασθενή και η ωφέλιμότητα-κόστος της κοινοτικής πρόνοιας για το ίδιο σύστημα υγείας, αποτέλεσαν επιμέρους στόχους της έρευνας αυτής.

Υλικό

Στα πλαίσια αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία έχει αναζητηθεί με σκοπό την διερεύνηση της εφαρμογής και επιρροής της κοινοτικής νοσηλευτικής σε όλο το φάσμα της φροντίδας του καρκινοπαθούς ασθενή παγκύπρια και διεθνώς. Έγκυρες βάσεις δεδομένων, περιοδικά και δημοσιευμένες έρευνες μεταφρασμένες στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, αποτέλεσαν πηγές αναζήτησης από τις οποίες πρωτογενή έγκυρα άρθρα αποτέλεσαν το υλικό της παρούσας μελέτης.

Κριτήρια εισόδου – αποκλεισμού μελετών

Για την επιλογή των άρθρων, αρχικά κατά την αναζήτηση τέθηκαν τα εξής κριτήρια:

- I. Γλώσσα: άρθρα μόνο στην ελληνική και αγγλική γλώσσα
- II. Χρονολογικό πλαίσιο 2007 – 2017
- III. Έρευνες σχετικές με τα χαρακτηριστικά της ομάδας καρκινοπαθών
- IV. Έρευνες σχετικά με την κοινοτική νοσηλευτική ογκολογία διεθνώς
- V. Έρευνες σχετικά με το τελικό στάδιο του καρκίνου και την κοινοτική φροντίδα
- VI. Έρευνες σχετικά με την χημιοθεραπεία στο σπίτι
- VII. Έρευνες χωρίς περιορισμό στη χώρα διεξαγωγής

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μέσα από την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πολλά δεδομένα αναδεικνύουν την κλινική εικόνα ογκολογικών ασθενών, τις ανάγκες περίθαλψης, την χρησιμότητα της κοινοτικής νοσηλευτικής στον εν λόγω πληθυσμό και τις επιδράσεις της στην δημόσια υγεία.

Κλινική εικόνα ογκολογικών ασθενών

Ογκολογικός ασθενής θεωρείται κάποιος ο οποίος έχει προσβληθεί από κάποιο όγκο ή νεοπλασία σε κάποιο μέρος του σώματός του. Ο καρκίνος μπορεί να είναι καλοήθης όπου δεν θεωρείται επικίνδυνος ή κακοήθης όπου παρουσιάζει πιθανότητα μετάλλαξης και μετάστασης που θέτει σε κίνδυνο την ζωή του ασθενή. Κλειδί στην αντιμετώπιση είναι η έγκαιρη και σωστή διάγνωση και θεραπεία (NationalCoalition for CancerSurvivorship2015).

Οι ογκολογικοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν διάφορα επίπεδα γενικής υγείας, κινητικότητας, αντοχής, κοινωνικής και οικογενειακής στήριξης, καθιστώντας την γενίκευση της φροντίδας και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από τους ίδιους από δύσκολη έως αδύνατη (O'Tooleetal2013). Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο και επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής τους είναι κυρίως η εξάντληση, ο πόνος, οι διαταραχές ύπνου, η απώλεια βάρους, η ναυτία, οι εμετοί, η απώλεια όρεξης και γεύσης. Αυτά τα κλινικά συμπτώμα-

τα είναι κοινά τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά (Ataman&Erbaydar2017; Bilgin&Gozum2016;Lippertetal. 2017;Friedrichsdorfetal. 2015;Effendyetal. 2014).

Το οικονομικό υπόβαθρο της χώρας δεν επηρεάζει την εμφάνιση των προβλημάτων του καρκίνου απλά διαφοροποιεί την βαρύτητα με την οποία ο ασθενής τα βιώνει. Τα σωματικά προβλήματα όπως ο πόνος είναι ανεξάρτητα οικονομικού επιπέδου της χώρας. Ωστόσο η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης και οι ψυχολογικές διακυμάνσεις και μεταπτώσεις των ασθενών είναι συνδεδεμένα με τις παροχές που μπορεί να προσφέρει το σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας (Effendyetal 2014).

Η χρησιμότητα της κοινοτικής νοσηλευτικής διεθνώς

Από την έρευνα των Ataman και Erbaydar (2017), η οποία υποστηρίζει την προοπτική της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι σε μία χώρα όπως είναι η Τουρκία η οποία δεν αποτελεί μέλος της Ευρωπαϊκής ζώνης, διαφαίνεται ότι η παροχή μίας τέτοιας υπηρεσίας ανάγεται σε υψηλά επίπεδα σημαντικότητας καθώς αντιμετωπίζει μεγάλο μέρος σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών, αυξάνοντας την ποιότητα ζωής τους. Οι Bilginκαι Gozum (2016), δοκιμάζοντας την εφαρμογή μίας τέτοιας υπηρεσίας, επεκτάθηκαν και εστίασαν στην ενημέρωση για την κατάσταση του ασθενή και την εκπαίδευση για το τι επίκειται από πλευράς διάγνωσης και πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί από τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του. Η πρωτοβουλία αυτή φάνηκε να έχει άμεσα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής του ασθενή σε ελάχιστο χρόνο. Οι ασθενείς έδειξαν ιδιαίτερη ανταπόκριση με σημαντική βελτίωση στη γενική ποιότητα υγείας και τα επιμέρους συμπτώματα. Επίσης, η οικογένεια μέσω της ενημέρωσης του κοινοτικού νοσηλευτή φάνηκε να αποδέχεται καλύτερα την κατάσταση και τις νέες ευθύνες που επιφορτίστηκε μειώνοντας έτσι την συναισθηματική κυρίως επιβάρυνση της.

Πέραν της ενημέρωσης η παρουσία του κοινοτικού νοσηλευτή στο σπίτι σε τακτά διαστήματα δημιουργεί μία θεμελιώδη σχέση ασφάλειας και εμπιστοσύνης στον ασθενή και την οικογένεια του. Η αρωγή του δρα θετικά στην καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου και των προβλημάτων που δημιουργεί, αναβαθμίζοντας το επίπεδο ζωής. Αυτό συντελεί εξίσου στη μείωση των αχρείαστων επισκέψεων στα ογκολογικά τμήματα και τα τμήματα επείγοντων, αποφορτίζοντας σημαντικά το ίδιο το σύστημα δημόσιας υγείας (McKenzieetal. 2007).

Η έρευνα των O'Tooleκαι συν.(2013), εξέτασε ένα πλήρως ενεργοποιημένο σύστημα παροχής κατ' οίκον φροντίδας στην Ιρλανδία όπου αυτό και το αντίστοιχο της Βρετανίας καλύπτει όλες τις ανάγκες του ασθενή με σημαντικά πλεονεκτήματα όπως η μείωση των εισαγωγών, της ταλαιπωρίας και της αχρείαστης παραμονής στο νοσοκομείο, παράγοντες που επέδρασαν θετικά στη ψυχολογία και την ποιότητα υγείας του ασθενή.

Παρόμοια και τα συμπεράσματα των Lippertκαι συν. (2017) που εξέτασαν την ογκολογική νοσηλευτική φροντί-

δα στο σπίτι σε μία ακόμη πιο ευάλωτη και ευαίσθητη ομάδα, αυτή των παιδιών με λευχαιμία (καρκίνος αίματος). Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους αναγνώρισαν ως πολύ σημαντικούς παράγοντες τη μείωση της ταλαιπωρίας, τη μείωση της αναστάτωσης του οικογενειακού προγραμματισμού, τη λιγότερη ανάγκη φροντίδας κι έκθεσης σε λιγότερους λοιμογόνους παράγοντες άρα και την μείωση κινδύνου μόλυνσης. Παράλληλα, η εκτίμηση στο πρόσωπο της κοινοτικής νοσηλεύτριας ήταν σχεδόν καθολική.

Οι δύο προαναφερόμενες έρευνες αποδεικνύουν πόσο ασφαλής είναι η νοσηλεία, ακόμη και η χημειοθεραπεία στο σπίτι καθώς δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες παρενέργειες και ατυχήματα. Οι O'Tooleκαι συν.(2013) παρατήρησαν περιορισμό των χημειοθεραπευτικών παραγόντων στο σπίτι καθώς τα πλείστα φάρμακα λαμβάνονται από το στόμα.

Ασθενής τελικού σταδίου

Η φροντίδα τελικού σταδίου είναι ίσως από τις πιο απαιτητικές και απρόβλεπτες νοσηλευτικές διεργασίες που καλείται να διεκπεραιώσει ο νοσηλευτής στο σπίτι τόσο από πλευράς χρόνου όσο και από πλευράς ψυχολογικής πίεσης που μπορεί να ασκούν ασθενής και συγγενείς.

Ο πόνος είναι ίσως από τα πιο έντονα και επώδυνα συναισθήματα κατά το τελικό στάδιο του ασθενή, με τους επαγγελματίες υγείας να εμφανίζονται πολλές φορές διστακτικοί στην χρήση των ναρκωτικών ουσιών και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις φροντιστών οι οποίοι δεν έχουν τις γνώσεις ενός επαγγελματία υγείας. Στο σημείο αυτό η συμβολή του κοινοτικού νοσηλευτή στην εκπαίδευση και την υποστήριξη ασθενή και οικογένειας είναι θεμελιώδης (Mehtaetal. 2011). Τα ηθικά ζητήματα του πόνου, της επαρκούς χορήγησης ναρκωτικού και της πιθανότητας ευθανασίας, αποτελούν βασικές παραμέτρους οι οποίες αυξάνουν την δυσκολία διαχείρισης ασθενών τελικού σταδίου (Karlssonetal. 2012).

Πέραν του ασθενή που βιώνει τα στάδια και τις επιπλοκές του καρκίνου, η κατ' οίκον φροντίδα συμπεριλαμβάνει και τους συγγενείς ή φροντιστές του ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας του ασθενή συνυπάρχουν και βιώνουν ο καθένας με τον δικό του τρόπο τις διαστάσεις του καρκίνου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος και μειωμένη αποτελεσματικότητα όταν ο συγγενής είναι και ο κύριος φροντιστής. Ιδιαίτερα, στις περιπτώσεις όπου ο φροντιστής του ασθενούς ήταν γυναίκα ή ο/η σύζυγος, αποτελούσε παράγοντα περαιτέρω επιβάρυνσης και μειωμένης αποτελεσματικής φροντίδας η οποία αύξησε τα επίπεδα άγχους (Mystakidouetal. 2012).

Κοινοτική νοσηλευτική σε ασθενείς τελικού σταδίου

Παρά την πολυπλοκότητα και την δυσκολία, η φροντίδα τελικού σταδίου όταν πραγματοποιείται στο σπίτι είναι ιδιαίτερα βοηθητική για τη βελτίωση της ποιότητας υγείας του ασθενή. Αυτό αποδεικνύεται και από την εφαρμογή της σε παιδιά στα οποία παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση ως προς την ποιότητα ζωής καθώς φάνηκε να

διασκεδάζουν περισσότερο και να βιώνουν γεγονότα με μεγαλύτερο νόημα. Ακόμα και ο θάνατος σε ένα οικείο και ασφαλές για τον ασθενή περιβάλλον, αποτελεί σημαντική ένδειξη υποστήριξης της κατ'οίκον νοσηλείας (Friedrichsdorfetal. 2015).

Μεγάλο κομμάτι της νοσηλευτικής διεργασίας στο σπίτι έχει να κάνει με την ενημέρωση αλλά και την εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με την κατάσταση του. Υψίστης σημασίας αποτελεί και η εκπαίδευση των φροντιστών για τον τρόπο με τον οποίο χρειάζεται να φροντίζουν τον ασθενή. Οι φροντιστές είναι αυτοί οι οποίοι περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας μαζί με τον ασθενή και κατά συνέπεια καλούνται να διαχειριστούν τις περισσότερες προκλήσεις.

Οι McMillan και Small (2007), Hendrix και συν. (2013) και Bakitaskai συν. (2009) έθεσαν σαν κύριο στόχο την ενδυνάμωση των ασθενών και των φροντιστών μέσω της ενίσχυσης των γνώσεων τους. Βασικός στόχος των προσπαθειών ήταν η καλύτερη και πιο αυτόνομη διαχείριση της κατάστασης της υγείας των ασθενών και η υποστήριξη των φροντιστών στο δύσκολο ρόλο που επέλεξαν. Οι πρωτοβουλίες αυτές έδιναν έμφαση στην ενδυνάμωση του ατόμου μέσω της παρακολούθησης εργαστηρίων σχετικών με την επίλυση προβλημάτων, την επικοινωνία, την κοινωνική στήριξη, την διαχείριση συμπτωμάτων και τον σχεδιασμό πολύπλοκης φροντίδας.

Οι τρεις προαναφερόμενες έρευνες ανέδειξαν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών ως προς την ικανότητα αυτοδιαχείρισης της ασθένειας από τους ίδιους. Ιδιαίτερα η ερευνητική προσπάθεια των Bakitaskai συν. (2009) η οποία εστίαζε σε ασθενείς τελικού σταδίου, παρουσίασε σημαντικά βελτιωμένα αποτελέσματα σε μία σειρά από καταστάσεις που αφορούσαν τον ασθενή όπως η εκδήλωση συμπτωμάτων σε πιο ήπια μορφή και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης τα οποία επέμεναν για χρόνια. Εντούτοις, η επίδραση στους φροντιστές των ασθενών που παρακολούθησαν τις παρεμβάσεις δεν ήταν εξίσου σημαντική παρά το ότι η επιβάρυνση αυτών ήταν συνδεδεμένη με την κατάσταση του ασθενή (O'Hara et al. 2010).

Μία άλλη σημαντική παράμετρος που εξετάστηκε ήταν πότε θα πρέπει ο ασθενής να μπει σε πρόγραμμα φροντίδας τελικού σταδίου και αν η έγκαιρη παραπομπή μπορεί να βοηθήσει περισσότερο την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Από τα αποτελέσματα της έρευνας των Maloney και συν. (2013) προέκυψε ότι σε ασθενείς τελικού σταδίου, η έγκαιρη εκπαίδευση είναι ιδιαίτερα βοηθητική και ενδυναμώνει σημαντικά τους ασθενείς ως προς την αντιμετώπιση των συνοδών προβλημάτων μέσα από την προσπάθεια λογικής αντίδρασης στις δυσκολίες και την προτροπή αναζήτησης βοήθειας, δημιουργώντας ένα ισχυρό δίκτυο υποστήριξης.

Χρειάζεται να καταστεί σαφές ότι στις περιπτώσεις καρδιοπαθών όπου η πρόγνωση είναι κακή, ανεξαρτήτως αποτελέσματος θεραπείας, θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθεί πρόγραμμα τελικής φροντίδας καθώς αυτό

διευκολύνει την αντιμετώπιση διάφορων επιπλοκών ενώ παράλληλα προετοιμάζει τον ασθενή και την οικογένεια για τυχόν δυσκολίες, επιπλοκές, μεταστάσεις ίσως και για το ενδεχόμενο του θανάτου.

Δυσκολίες στην διαχείριση ασθενών τελικού σταδίου

Το ενδεχόμενο και η διαδικασία του θανάτου διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο για την σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή ανεξάρτητα από την ηλικία στην οποία βρίσκεται. Για τον λόγο αυτό, είναι αναγκαίο ο ασθενής να παροτρύνεται ώστε να επιλέξει τη μεταφορά του στο σπίτι για το διάστημα πριν το θάνατο, κάμπτοντας τυχόν άγχος και ανασφάλεια που προκύπτει για την απομάκρυνση του από το νοσοκομείο. Ο κοινοτικός νοσηλευτής μέσω της επαρκούς διαχείρισης του πόνου, την οργάνωση και υποστήριξη των φροντιστών και της οικογένειας και την εξασφάλιση της επικοινωνίας με το νοσοκομείο, μπορεί να κάμψει τους δισταγμούς και ανασφάλειες του ασθενή καθιστώντας το σπίτι, το καλύτερο δυνατό πλαίσιο για την συνέχιση της θεραπείας και φροντίδας (Fukui et al. 2011).

Ωστόσο, η αναγγελία του επερχόμενου θανάτου, ίσως αποτελεί το δυσκολότερο κομμάτι για τους νοσηλευτές. Πρόκειται για μία ψυχοφθόρα διαδικασία η οποία μολονότι, πρέπει να διεκπεραιωθεί καθώς θα επιτρέψει στον ασθενή και κυρίως στην οικογένεια του να αποδεχθεί και να οργανωθεί καλύτερα. Στο σημείο αυτό, η αντιμετώπιση από ένα νοσηλευτή των αντιδράσεων του ασθενή και της οικογένειας του κατά και μετά την αναγγελία είναι μια δύσκολη έως εξουθενωτική εμπειρία. Πολλές φορές ο χρόνος που δίνεται στον νοσηλευτή για να αναγγείλει τον επερχόμενο θάνατο είναι πολύ σύντομος, γεγονός που δεν του επιτρέπει να σχεδιάσει την κατάλληλη παρέμβαση.

Επιπρόσθετα στις περιπτώσεις ασθενών τελικού σταδίου, ως προς την αντιμετώπιση του επικείμενου θανάτου, σημαντικό ρόλο παίζουν διάφοροι αστάθμητοι παράγοντες που έχουν να κάνουν με την οικογένεια, την πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ τους και τον διαφορετικό τρόπο αντίδρασης και εξωτερίκευσης των συναισθημάτων τους. Μία τέτοια συζήτηση δεν μπορεί να έχει χρονικά περιθώρια ενώ από την άλλη ο κοινοτικός νοσηλευτής δεν μπορεί να αφιερώσει απεριόριστο χρόνο στην προετοιμασία του επερχόμενου τέλους. Πρόκειται για ένα από τα σημεία που οι ίδιοι οι κοινοτικοί νοσηλευτές αναγνωρίζουν ότι ίσως η εκπαίδευση τους χρειάζεται περαιτέρω ενίσχυση και για την ψυχική ανθεκτικότητα των ιδίων (Griffiths et al. 2015). Η ενίσχυση αυτού του είδους για τους κοινοτικούς νοσηλευτές θα μπορούσε να περιλαμβάνει παρακολούθηση διαδραστικών εργαστηρίων με αναπαράσταση τέτοιων καταστάσεων. Ωστόσο, αυτή η πρωτοβουλία δοκιμάστηκε από τους Curtiskai συν. (2013) και κρίθηκε ανεπιτυχής καθώς δεν βελτίωσε την επικοινωνία των νοσηλευτών και ιατρών με τους ασθενείς. Αντίθετα η συνήθης εκπαίδευση επικοινωνίας ήταν πιο αποτελεσματική.

Χορήγηση χημειοθεραπείας στο σπίτι

Το τελικό κομμάτι ανάλυσης της βιβλιογραφίας ασχολήθηκε με τη χορήγηση χημειοθεραπείας στο σπίτι του

ασθενούς. Ως αρχική διαπίστωση διαφαίνεται ότι η χημειοθεραπεία με τις νέες μεθόδους χορήγησης είναι ασφαλής (Luthietal 2012; Molassiotiset al. 2009). Μέσα από τη σύγκριση μεταξύ του κέντρου υγείας, του γραφείου τοπικού ιατρού και του σπιτιού για την προτίμηση των ασθενών, το σπίτι φάνηκε να αποτελεί το προτιμητέο πλαίσιο για το 90% του δείγματος. Η χορήγηση στο σπίτι φάνηκε να επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής, αυξάνοντας τα επίπεδα ικανοποίησης σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άλλους δύο χώρους. Οι επαγγελματίες υγείας υπογράμμισαν την ευχαρίστηση που βιώνουν οι ασθενείς, καθώς η θεραπεία διενεργείται στο σπίτι ενώ οποιεσδήποτε ενστάσεις υπήρχαν για την ασφάλεια μεταφοράς και χορήγησης, κάμφθηκαν μετά την πάροδο της έρευνας (Corrieetal. 2013).

Οι Luthikai συν.(2012) εξέτασαν ένα σύστημα με αντλία αυτόματης χορήγησης, την οποία μπορούσε να χειριστεί μόνος του ο ασθενής, ενώνοντας την στον εμφυτευμένο υποδερμικό καθετήρα. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρά λειτουργικά ή άλλα θέματα ασφάλειας, ενώ τα πλείστα μικροπροβλήματα επιλύονταν από τον ασθενή εντός του σπιτιού. Το κόστος της θεραπείας αυτής στο σπίτι, ήταν στο μισό του κόστους συγκριτικά με το νοσοκομείο, χωρίς αυτό να θέτει σε κίνδυνο την ποιότητα προσφερόμενης θεραπείας, ή την ασφάλεια του ασθενή. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπό αυτές τις προϋποθέσεις, η σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή παράλληλα με την ελάχιστη ταλαιπωρία και έκθεση σε ενδοноσοκομειακούς κινδύνους, αποτελούν στοιχεία ανεκτίμητης αξίας(Luthietal.2012).

Σήμερα, πολλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι διαθέσιμα από το στόμα. Συνεπώς η επικινδυνότητα χορήγησης τους στο σπίτι μειώνεται, καθώς δεν υπάρχουν φλεβοκαθετήρες, ανάγκη για έκπλυση του καθετήρα και φόβος εξόδου του φαρμάκου από την συσκευασία του. Η μέθοδος αυτή, αποτελεί σαφώς πιο αποδοτική θεραπεία στο σπίτι με μειωμένες παρενέργειες. Σημαντικό εύρημα επίσης ήταν η μείωση της παραμονής στο νοσοκομείο σχεδόν στο ένα τρίτο του συνόλου των ημερών νοσηλείας της ομάδας που έπαιρνε θεραπεία στο σπίτι (Molassiotiset al. 2009).

Τα οφέλη για το δημόσιο σύστημα υγείας

Η μείωση των παρενεργειών και η μείωση των ημερών ενδοноδοκομειακής φροντίδας, υποδηλώνουν αποσυμφόρηση των ογκολογικών θαλάμων και σημαντική εξοικονόμηση κονδυλίων σε επίπεδο συστήματος υγείας. Η χρήση των φαρμάκων διά του στόματος, μειώνει την ανάγκη χρήσης αναλωσιμων υλικών όπως φλεβοκαθετήρες, γάντια, βελόνες, σύριγγες, ειδικά καθετηράκια χημειοθεραπείας, αντλίες αυτόματης χορήγησης, κ.α. που θα ήταν αναγκαία αν η χορήγηση γινόταν παρεντερικά.

Ο June (2010) προχώρησε ένα βήμα παραπέρα, δημιουργώντας ένα σύστημα διάθεσης των φαρμάκων με αποστολή μέσω ταχυδρομείου, το οποίο κατά την διάρκεια των πρώτων δύο χρόνων κρίθηκε απόλυτα αξιόπιστο και

ασφαλές ως προς την διάθεση των φαρμάκων στον ασθενή. Επίσης εξοικονόμισε ένα σημαντικό ποσό της τάξης των 120000 στερλινών που αναλογούσε σε 47 ασθενείς.

Μία άλλη καινοτομία εξετάστηκε από τους Mooneyκαι συν. (2017) οι οποίοι διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα ενός αυτοματοποιημένου συστήματος τηλεφωνικής αντιμετώπισης διαφόρων συμπτωμάτων σε σχέση με τον καρκίνο. Οι ασθενείς δήλωναν τηλεφωνικά την βαρύτητα κάποιων από τα 11 συμπτώματα που βίωναν μετά την χημειοθεραπεία και το σύστημα τους έδινε τυποποιημένες οδηγίες στο πώς να τα αντιμετωπίσουν. Τα αποτελέσματα της έρευνας, ήταν εντυπωσιακά καθώς οι ασθενείς που λάμβαναν τις τυποποιημένες οδηγίες είχαν σημαντική μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων τους, ενώ είχαν περισσότερα συμπτώματα ελαφριάς μορφής ή και καθόλου. Επίσης η αυτοματοποιημένη αυτή παρέμβαση λύνει τα χέρια των νοσηλευτών, δίνοντας τους χρόνο να ασχοληθούν με σοβαρότερα ζητήματα. Ταυτόχρονα, η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μπορεί να γίνει μέσω πρωτοκόλλων με τυποποιημένα βήματα ,βάση της βαρύτητας αυτών.

Αναγκαιότητα συνεργασίας ειδικών

Ο νοσηλευτής καλείται να διεκπεραιώσει ένα σημαντικό ρόλο στον άξονα παροχής φροντίδας στο σπίτι συντονίζοντας και άλλες ειδικότητες όπως ιατρούς, ειδικούς πόνου, ψυχολόγους αλλά και το νοσοκομείο ως χώρος επείγουσας διακομιδής (Burtetal. 2008). Πολλές φορές οι κοινοτικοί νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σύμφωνα με τους ίδιους, μειωμένη συνεργασία και αναγνώριση από άλλους επαγγελματίες υγείας και από το ίδιο το σύστημα υγείας. Το σύστημα το ίδιο, πολλές φορές δεν φαίνεται να εκτιμά το πόσο σημαντική αλλά και επιβαρυντική είναι η φροντίδα τελικού σταδίου για τον ίδιο τον νοσηλευτή καθώς δεν του παρέχει πάντα τα κατάλληλα εφόδια καιπληνάλογηκαιίδευση(Burtetal. 2008).

Ανάλογα συμπεράσματα έχουν εξαγάγει και οι Tomison και McDowell (2011) για ανάγκη επαρκούς πρόσβασης σε υπηρεσίες, προμήθειες και συντονισμό υπηρεσιών. Υπογραμμίζουν εξίσου την ανάγκη να υπάρχει σωστή και επαρκής σχέση με άλλους επαγγελματίες που εμπλέκονται στην φροντίδα του ασθενή καθώς μια τέτοια περίπτωση αποτελεί μία ολιστική μορφή φροντίδας. Υπάρχουν όμως και ηθικά ζητήματα που ενώ δεν επαφίονται στις ικανότητες του νοσηλευτή επιδρούν αρνητικά στην δουλειά του ιδίου. Καταστάσεις όπως η κλήση για βοήθεια και η άρνηση παροχής άμεσης βοήθειας από τον ιατρό στο ιατρικό κέντρολόγω του ότι ο ασθενής είναι στο τελικό στάδιο, καθιστούν το νοσηλευτή υπόλογο στον ασθενή (Karlssoonetal, 2012). Κάτω από αυτές τις συνθήκες ελλοχεύει ο κίνδυνος σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο του ασθενή αλλά και του νοσηλευτή.

Χρειάζεται να καταστεί καθολικά κατανοητό πως η κοινοτική φροντίδα είναι σημαντικά πιο πολύπλοκη όσον αφορά τις διεργασίες που πρέπει να φέρει σε πέρας και τις ικανότητες που πρέπει να επιδείξει ο κοινοτικός νοσηλευ-

τής στο χώρο του ασθενή. Ο λόγος έχει να κάνει ακριβώς με το γεγονός ότι ο νοσηλευτής συνήθως δεν έχει άμεση στήριξη πέραν του τηλεφώνου. Έπειτα ο κοινοτικός νοσηλευτής καλείται να εκπληρώσει μία πληθώρα διεργασιών όπως η αξιολόγηση του ασθενή, η ψυχολογική στήριξη, η αντιμετώπιση συμπτωμάτων, ο έλεγχος των φαρμάκων, οι υποδόριες ενέσεις, η εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας. Στο χώρο του ασθενή όλες αυτές οι ενέργειες πραγματοποιούνται σε ένα χρονικό περιθώριο 30-45 λεπτών. Ωστόσο για να μπορούμε να κάνουμε λόγο για επάρκεια και υψηλής ποιότητας φροντίδα, αυτές οι διεργασίες χρειάζονται την συμβολή περισσότερων καταρτισμένων ειδικοτήτων στο κλινικό χώρο (O'Toole et al. 2013).

Η κοινοτική νοσηλευτική για ογκολογικούς ασθενείς στην Κύπρο

Στην Κύπρο ο κλάδος της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι σχετικά νέος και περιορισμένος αριθμητικά. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχουν σαν βάση τους, τα διάφορα κέντρα ημερήσιας φροντίδας σε δήμους και κοινότητες (Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών 2014). Στην Κύπρο δεν υπάρχει ακόμα άρτια καταρτισμένο προσωπικό που να ασχολείται εξειδικευμένα με τους καρκινοπαθείς. Παρά τη θέληση των αρμόδιων υπηρεσιών, δεν υπάρχει ακόμη κεντρικά οργανωμένο σύστημα κοινοτικής φροντίδας και οι όποιες προσπάθειες προέρχονται κυρίως από ιδιωτική πρωτοβουλία σε αστικές περιοχές. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν εξειδικευμένη νοσηλευτική/ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι, ψυχολογική στήριξη σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, κοινωνική στήριξη και δυνατότητα επικοινωνίας, ενημέρωσης και δραστηριοποίησης σε σχέση με τον συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό (Αντικαρκινικός Συνδεσμος Κύπρου 2016; ΠΑ.ΣΥ.ΚΑΦ 2016).

Αυτό διαδοχικά, δημιουργεί ανισότητες ανάμεσα στους καρκινοπαθείς που μπορούν να λάβουν τις πιο πάνω υπηρεσίες και σε αυτούς που δεν μπορούν. Το γεγονός ότι οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν μέρος ιδιωτικής παρέμβασης, μειώνει τις ευκαιρίες για μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων τους. Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η εφαρμογή της κατ' οίκον χορήγησης χημειοθεραπείας σε χώρες του εξωτερικού με μεγαλύτερη πείρα στην κοινοτική νοσηλευτική σημειώνει ήδη επιτυχία (Robottom 2013). Εντούτοις, η υπηρεσία αυτή εξακολουθεί να μην παρέχεται στην Κύπρο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και ανάλυση που διενεργήθηκε διαφάνηκε ότι το μέλλον της νοσηλευτικής όσον αφορά τον καρκίνο και την αντιμετώπιση του βρίσκεται στον οικείο χώρο του ασθενή. Αυτό ισχύει τόσο για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως είναι η χημειοθεραπεία όσο και για το πολύπλοκο περιβάλλον της φροντίδας τελικού σταδίου. Το περιβάλλον αυτό αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τον κοινοτικό νοσηλευτή καθώς η ανωδίκη ή καθοδική εξέλιξη της θεραπείας αντικατοπτρίζεται από τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής και η οικογένεια του βιώνουν και αντιμετωπίζουν την ασθένεια. Μεγα-

λύτερη πρόκληση και δυσκολία καλείται να αντιμετωπίσει και σε εκείνες τις περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής και η οικογένεια του κυρίως δεν εισπράττουν την ανάλογη συμπαράσταση από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας ακόμη και από το ίδιο το σύστημα υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα όσα προαναφέρθηκαν, ο κοινοτικός νοσηλευτής καθώς καλείται να αποτελέσει το κέντρο παροχής φροντίδας στο σπίτι πρέπει να είναι καταρτισμένος με μία πλειάδα γνώσεων και δεξιοτήτων. Με την παροχή και την χορήγηση των θεραπευτικών σκευασμάτων από το δημόσιο σύστημα υγείας και τις κοινοτικές πρόνοιες όπως και με τις κατάλληλες συνθήκες συνεργασίας με άλλες ειδικότητες η προώθηση υψηλού επιπέδου ανακουφιστικής φροντίδας μπορεί να καταστεί εφικτή και επιτυχημένη. Η συχνή παρουσία του νοσηλευτή είναι παράγοντας ασφάλειας για τον ασθενή και την οικογένεια του. Παράλληλα όμως χρειάζεται ο κοινοτικός νοσηλευτής να αλληλεπιδρά και να υποστηρίζεται με το υπόλοιπο σύστημα υγείας προς όφελος πρωταρχικά του ίδιου του ασθενή.

Επιπρόσθετα, η φροντίδα τελικού σταδίου επιφέρει σημαντικά ηθικά και πρακτικά διλήμματα. Από πλευράς γνώσεων ο νοσηλευτής είναι καταρτισμένος να αντιμετωπίσει επαρκώς τις προκλήσεις. Όλες οι διεργασίες για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τελικού σταδίου πρέπει να αντιμετωπίζονται στην βάση πρωτοκόλλων καθώς η χρήση τους σε τυποποιημένο σύστημα οδηγούν προς ασθενείς φάνηκε να έχει πολύ θετικά αποτελέσματα στην κατάσταση του ασθενή και στην ποιότητα ζωής του. Ο ασθενής και η οικογένεια ιδιαίτερα όταν η πρόγνωση της θεραπείας δεν είναι καλή χρειάζονται άμεση ψυχολογική και σωματική στήριξη, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη όσο πιο έγκαιρης ένταξης τους σε προγράμματα φροντίδας τελικού σταδίου.

Για την επίτευξη όλων αυτών, χρειάζεται ο νοσηλευτής να διαθέτει δεξιότητες εκπαίδευσης καθώς μεγάλο κομμάτι της δουλειάς του αφορά την ενημέρωση και την εκπαίδευση των ασθενών για την κατάσταση τους, για τους τρόπους σχεδιασμού της θεραπείας τους και αντιμετώπισης των δυσκολιών ακόμη και για το ενδεχόμενο του θανάτου. Όσον αφορά την εκπαίδευση γύρω από την φροντίδα τελικού σταδίου, οι Momen και συν. (2013) συμπεράναν ότι αυτή μπορεί να είναι επαρκής και καλύπτεται στα πλαίσια της εκπαίδευσης τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών. Επιπρόσθετα, η χημειοθεραπεία ως μία απαραίτητη διαδικασία στις πλείστες περιπτώσεις καρκινοπαθών, έχει κριθεί ασφαλής και ιδιαίτερα υποσχόμενη στο χώρο του σπιτιού. Σημειώνει ελάχιστες παρενέργειες ενώ παράλληλα βελτιώνει την ποιότητα υγείας και το αίσθημα ασφάλειας του ασθενή.

Αναφορικά με την χρησιμότητα της κοινοτικής νοσηλείας στο δημόσιο σύστημα υγείας, σε αυτούς αριθμούς η έρευνα των Kouli και συν. (2013) έδειξε σημαντική μείωση του κόστους παροχής της φροντίδας τελικού σταδίου στο σπίτι του ασθενή με παράλληλη μείωση της απώλειας εργατωρών από τους φροντιστές. Η χορήγηση της χημει-

οθεραπείας έχει εξίσου σημαντικά θετική επίδραση στις παρενέργειες και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής, με σημαντικές μειώσεις στην ανάγκη παραμονής στο νοσοκομείο. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ελευθερώνονται ταυτόχρονα οι πάντα αναγκαίες αλλά μη διαθέσιμες για την ώρα, νοσοκομειακές κλίνες.

Τέλος, η ποιότητα ζωής και των Κυπρίων ασθενών που δέχονται παροχές φροντίδας στο σπίτι πρέπει να εξεταστεί ώστε να διαφανούν τυχόν προβλήματα, εμπόδια και προοπτικές βελτίωσης. Ηκοινοτική θεραπεία χρειάζεται να φτάσει στα σπίτια των Κυπρίων ασθενών ώστε να ανατραπεί το σημερινό καθεστώς ανισότητας που παρατηρείται και προάγει την ταλαιπωρία του ασθενή. Ξεκάθαρα διαφαίνεται λοιπόν η ανάγκη εκπαίδευσης μεγάλου μέρους του προσωπικού ιδιαίτερα της κοινοτικής νοσηλευτικής σε θέματα χημειοθεραπείας στο σπίτι, φροντίδας τελικού σταδίου και διαχείρισης καρκινικού πόνου.

Σε κάθε περίπτωση, η οποία ανάπτυξη σε αυτό τον τομέα θα πρέπει να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη. Μια τέτοια πρωτοβουλία και επένδυση πρέπει να συνοδεύεται από έναν ενδελεχή ιατρικό σχεδιασμό ο οποίος θα είναι εξοπλισμένος με τα κατάλληλα εργαλεία και την τεχνολογική υποστήριξη για να μπορέσει να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα της ιατρικής αναβάθμισης. Λόγω του μεγέθους του νησιού και των μικρών αποστάσεων ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την ύπαιθρο, η οποία νέα υπηρεσία πρέπει να μπορεί να φτάσει σε όλα τα χωριά της Κύπρου καθώς μόνο έτσι θα αντιμετωπίζει ισότιμα τον κάθε ασθενή, προσφέροντας ίσες ευκαιρίες θεραπείας και ανακουφιστικής φροντίδας. Χρειάζεται πολιτικοί, κοινωνικοί, κοινοτικοί και ιατρικοί φορείς να συνεργαστούν για να μπορέσουν να προάξουν την εξατομικευμένη αλλά και την δημόσια υγεία.

Περιορισμοί

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης οφείλονται στο ότι δεν υπάρχουν επαρκείς πρωτογενείς έρευνες που να αφορούν την κοινοτική νοσηλευτική και ιδιαίτερα τη φροντίδα καρκινοπαθών στην Κύπρο. Οι περισσότερες έρευνες αναφέρονται σε άλλες χώρες γεγονός που καθιστά την ανάλυση και σύγκριση δύσκολη καθώς οι συνθήκες τόσο κοινωνικά, οικονομικά αλλά και θεραπευτικά διαφέρουν.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αντικαρκινικός Συνδεσμος Κύπρου 2016, Ανακτήθηκε από: <http://www.anticancersociety.org.cy/anticancer1/page.php?pageID=1>
2. ΠΑ.ΣΥ.ΚΑΦ 2016, Ανακτήθηκε από: <http://pasykaf.org/en/2013-01-09-12-45-25>
3. Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών 2017, Ετήσια Έκθεση 2014, Υπουργείο Υγείας Κύπρος, Ανακτήθηκε από: <http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/.pdf>

Διεθνής Βιβλιογραφία

4. Ataman, G & Erbaydar, T 2017, 'Unmet home health-

care needs and quality of life in cancer patients: a hospital-based Turkish sample', *Health & Social Care in the Community*, vol. 25, no. 4, pp. 1347-1354.

5. Bakitas, M, Lyons, K, Hegel, M, Balan, S, Brokaw, F, Seville, J, Hull, J, Li, Z, Tosteson, T, Byock, I & Ahles, T 2009, 'The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial to Improve Palliative Care for Patients with Advanced Cancer', *JAMA*, vol. 302, no. 7, pp. 741-749.
6. Bilgin, S & Gozum, S 2016, 'Effect of nursing care given at home on the quality of life of patients with stomach cancer and their family caregivers' nursing care', *European Journal of Cancer Care*, (), pp. 1-11.
7. Burt, J, Shipman, C, Addington-Hall, J & White, P 2008, 'Nursing the dying within a generalist caseload: A focus group study of district nurses', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 45, no. 10, pp. 1470-1478.
8. Corrie, P, Moody, A, Armstrong, G, Nolasco, S, Lao-Sirieix, S, Bavister, L, Prevost, A, Parker, R, Sabes-Figuera, R, McCrone, P, Balsdon, H, McKinnon, K, Hounsell, A, O'Sullivan, B & Barclay, S 2013, 'Is community treatment best? A randomized trial comparing delivery of cancer treatment in the hospital, home & GP surgery', *British Journal of Cancer*, vol. 109, pp. 1549-1555.
9. Curtis, J, Back, A, Ford, D, Downey, L, Shannon, S, Doorenbos, A, Kross, E, Reinke, L, Feemster, L, Edlund, B, Arnold, R, O'Connor, K & Engelberg, R 2013, 'Effect of Communication Skills Training for Residents and Nurse Practitioners on Quality of Communication with Patients with Serious Illness', *JAMA*, vol. 310, no. 21, pp. 2271-2281.
10. Effendy, C, Vissers, K, Osse, B, Tejawanata, S, Verhoeven-Dassen, M & Engels, Y 2014, 'Comparison of Problems and Unmet Needs of Patients with Advanced Cancer in a European Country and an Asian Country', *Pain Practice*, vol. 15, no. 5, pp. 433-440.
11. Friedrichsdorf, S, Postier, A, Dreyfus, J, Osenga, K, Sencer, S & Wolfe, J 2015, 'Improved Quality of Life at End of Life Related to Home-Based Palliative Care in Children with Cancer', *Journal of Palliative Medicine*, vol. 18, no. 2, pp. 143-150.
12. Fukui, S, Fujita, J, Tsujimura, M, Sumikawa, Y & Hayashi, Y 2011, 'Predictors of home death of home palliative cancer care patients: A cross-sectional nationwide survey', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, no. 11, pp. 1393-1400.
13. Griffiths, J, Ewing, G, Wilson, C, Connolly, M & Grande, G 2015, 'Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the District Nurse', *Palliative Medicine*, vol. 29, no. 2, pp. 138-146.
14. Hendrix, C, Landerman, R & Abernethy, A 2013, 'Effects of an Individualized Caregiver Training Inter-

- vention on Self-Efficacy of Cancer Caregivers', *Western Journal of Nursing Research*, vol. 35, no. 5, pp. 590-610.
15. June, S2010, 'Improving the quality of homecare oral chemotherapy services', *European Journal of Cancer Care*, vol. 19, pp. 35-39.
 16. Karlsson, M, Karlsson, C, Barbosa da Silva, A, Berggren, I & Söderlund, M2012, 'Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 27, no. 4, pp. 831-838.
 17. Kouli, E, Patiraki, E, Kalokerinou, A, Liaropoulos, L, Galanis, P & Kaitelidou, D 2013, 'Economic Evaluation of Home Care Versus Hospital Care for Patients with Terminal-Stage Malignant Neoplasms', *Home Health Care Management & Practice*, vol. 25, no. 5, pp. 229-235.
 18. Lippert, M, Semmens, S, Tacey, L, Rent, T, Defoe, K, Bucsis, M, Shykula, T, Crysdale, J, Lewis, V, Strother, D & Lafay-Cousin, L 2017, 'The Hospital at Home program: no place like home', *Current Oncology*, vol. 24, no. 1, pp. 23.
 19. Lüthi, F, Fucina, N, Divorne, N, Santos-Eggimann, B, Currat-Zweifel, C, Rollier, P, Wasserfallen, J, Ketterer, N & Leyvraz, S2012, 'Home care - a safe and attractive alternative to inpatient administration of intensive chemotherapies', *Supportive Care in Cancer*, vol. 20, no. 3, pp. 575-581.
 20. Maloney, C, Lyons, K, Li, Z, Hegel, M, Ahles, T & Bakitas, M 2013, 'Patient perspectives on participation in the ENABLE II randomized controlled trial of a concurrent oncology palliative care intervention: Benefits and burdens', *Palliative Medicine*, vol. 27, no. 4, pp. 375-383.
 21. McKenzie, H, Boughton, M, Hayes, L, Forsyth, S, Davies, M, Underwood, E & McVey, P 2007, 'A sense of security for cancer patients at home: the role of community nurses. *Health & Social Care in the Community*', vol. 15, no. 4, pp. 352-359.
 22. McMillan, S & Small, B2007, 'Using the COPE Intervention for Family Caregivers to Improve Symptoms of Hospice Homecare Patients: A Clinical Trial', *Oncology Nursing Forum*, vol. 34, no. 2, pp. 313-321.
 23. Mehta, A, Cohen, S, Ezer, H, Carnevale, F & Ducharme, F2011, 'Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers', *Oncology Nursing Forum*, vol. 38, no. 1, pp. 37-45.
 24. Molassiotis, A, Brearley, S, Saunders, M, Craven, O, Wardley, A, Farrell, C, Swindell, R, Todd, C & Luker, K2009, 'Effectiveness of a Home Care Nursing Program in the Symptom Management of Patients with Colorectal and Breast Cancer Receiving Oral Chemotherapy: A Randomized, Controlled Trial', *Journal of Clinical Oncology*, vol. 27, no. 36, pp. 6191-6198.
 25. Momen, N, Hadfield, P, Harrison, K & Barclay, S2013, 'Managing Pain in Advanced Cancer: A Survey of United Kingdom General Practitioners and Community Nurses' *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 46, no. 3, pp. 345-354.
 26. Mooney, K, Beck, S, Wong, B, Dunson, W, Wujcik, D, Whisenant, M & Donaldson, G2017, 'Automated home monitoring and management of patient-reported symptoms during chemotherapy: Results of the symptom care at home RCT', *Cancer Medicine*, vol. 6, no. 3, pp. 537-546.
 27. Mystakidou, K, Parpa, E, Panagiotou, I, Tsilika, E, Galanos, A & Gouliamos, A2012, 'Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care', *European Journal of Cancer Care*, vol. 22, no. 2, pp. 188-195.
 28. National Coalition for Cancer Survivorship 2015, Available at: <https://www.canceradvocacy.org/>
 29. O'Toole, D.E, Mullen, L, Hanan, T & Laffoy, D.M2013, 'Evaluation of the Community Oncology Nursing Programme', Available at:
 30. <https://www.hse.ie/eng/services/list/5/cancer/pubs/reports/Evaluation%20of%20the%20community%20oncology%20nursing%20programme.pdf>.
 31. O'Hara, R, Hull, J, Lyons, K, Bakitas, M, Hegel, M, Li, Z & Ahles, T2010, 'Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer', *Palliative and Supportive Care*, vol. 8, no. 04, pp. 395-404.
 32. Tomison, G & McDowell, J.R2011, 'Nurses' needs in delivering palliative care for long-term conditions', *Br J Community Nurs*, vol. 16, no. 6, pp. 274-6, 278-81.
 33. World Health Organization - WHO 2008, 'The solid facts: home care in Europe', Milan: World Health Organization.

Συμφωνία μεταξύ κυβέρνησης και συνδικαλιστικών φορέων νοσηλευτικής

Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΠΑΣΥΝΜ, χαιρετίζει την επίτευξη και υπογραφή συμφωνίας στις 7 Μαρτίου 2017, μεταξύ της κυβέρνησης και των συνδικαλιστικών φορέων της νοσηλευτικής και μαιευτικής ΠΑΣΥΝΟ και ΠΑΣΥΔΥ. Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΠΑΣΥΝΜ εξέτασε το περιεχόμενο της συμφωνίας και επισημαίνει τα ακόλουθα:

1. Η ικανοποίηση του πάγιου αιτήματος για ίση και δίκαιη μεταχείριση των νοσηλευτών και μαιών, αναφορικά με τις μισθολογικές απολαβές στη Δημόσια Υπηρεσία, ικανοποιεί την αρχή που ο ΠΑΣΥΝΜ υποστήριζε διαχρονικά: «Το κύρος ενός επαγγέλματος καθορίζεται από την υπόσταση της νομικής κατοχύρωσης του, το σαφώς προκαθορισμένο και αυτόνομο σώμα επιστημονικής γνώσης του, τη συστηματικότητα και τον έλεγχο της εκπαίδευσης και της άσκησης του, καθώς και με τις ανάλογες, με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης, μισθολογικές απολαβές των επαγγελματιών που το ασκούν».

2. Η επιθυμία για συναίνεση αναφορικά με την προωθούμενη μεταρρύθμιση στο καθεστώς και τη μορφή των δημόσιων νοσηλευτηρίων θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις απόψεις όλων των εταίρων, όπως αυτές έχουν κατατεθεί στο πλαίσιο της διαβούλευσης για τα νομοσχέδια της αυτονομίας και του Γ.Ε.Σ.Υ, όπου, μεταξύ άλλων, επιδιώκεται η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των επιστημονικών γνώσεων των νοσηλευτών και μαιών και η ποιοτικότερη παροχή φροντίδας υγείας.

3. Η μετακύλιση καθηκόντων (task shifting) στην προτεινόμενη νέα κατηγορία προσωπικού με ταυτόχρονη μείωση του αριθμού των νοσηλευτών και μαιών πανεπιστημιακού επιπέδου χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Ο ΠΑΣΥΝΜ υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη μη-νοσηλευτικών/μαιευτικών θεσμών που θα είναι υποστηρικτικοί ή βοηθητικοί προς την επιστημονική νοσηλευτική/μαιευτική φροντίδα θα πρέπει να είναι προϊόν συμφωνίας με τους φορείς της νοσηλευτικής και μαιευτικής, συμπεριλαμβανομένου και του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών. Αυτό προϋποθέτει ενδελεχή μελέτη για την αναγνώριση και καταγραφή των βοηθητικών ή/και υποστηρικτικών, προς το έργο των Νοσηλευτών ή/και Μαιευτικών καθηκόντων. Σε καμία περίπτωση οι νέοι αυτοί θεσμοί δεν μπορεί να είναι νοσηλευτικοί ή μαιευτικοί και τα καθήκοντα που θα ασκούνται από αυτό το βοηθητικό ή υποστηρικτικό προσωπικό δεν μπορούν να αποτελούν καθήκοντα νοσηλευτικής ή μαιευτικής φροντίδας.

4. Όποιες αναλογίες του υποστηρικτικού/βοηθητικού προσωπικού σε σχέση με το νοσηλευτικό/μαιευτικό δυναμικό στα κυπριακά νοσηλευτήρια θα πρέπει να μελετηθούν ανά υπηρεσία και τμήμα και να είναι τέτοιες έτσι που να προωθείται η ασφάλεια των πολιτών καθώς και η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής/μαιευτικής φροντίδας, όπως αυτή πηγάζει από τα διεθνώς αναγνωρισμένα επίπεδα ασφαλούς στελέχωσης με νοσηλευτικό/μαιευτικό δυνα-

μικό. Οποιαδήποτε διεργασία για καθορισμό αναλογιών θα πρέπει να λάβει υπόψη τόσο τις επιστημονικά τεκμηριωμένες διεθνείς πρακτικές όσο και τις ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας της Κύπρου και του κυπριακού λαού. Ο ΠΑΣΥΝΜ ως το αρμόδιο επιστημονικό σώμα που εκπροσωπεί επαγγελματικά και δια νόμου όλους τους κύπριους νοσηλευτές και μαιείς (ιδιωτικού και δημόσιου τομέα υγείας) προσβλέπει σε συμμετοχή του σε όλα τα στάδια των συζητήσεων που θα ακολουθήσουν για καθορισμό των επιπέδων ασφαλούς στελέχωσης σε νοσηλευτικό/μαιευτικό προσωπικό ή/και τον καθορισμό αναλογιών, κάτω από οποιοδήποτε καθεστώς εργοδότησης.

5. Επισημαίνουμε ότι, τυχόν δυσανάλογη κατάληξη στα θέματα αναλογιών θα επηρεάσει τα επίπεδα στελέχωσης νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού με συνεπακόλουθο τη μείωση των επιπέδων νοσηλευτικής και μαιευτικής φροντίδας και την επιδείνωση της ανεργίας ανάμεσα στους απόφοιτους των νοσηλευτικών και μαιευτικών πανεπιστημιακών προγραμμάτων. Οι προβληματισμοί του Συνδέσμου εκτείνονται στο ενδεχόμενο εργασιακής εκμετάλλευσης των πτυχιούχων αποφοίτων της νοσηλευτικής και μαιευτικής, στις δυσμενείς επιπτώσεις στους εργαζόμενους νοσηλευτές και μαιείς, σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο, καθώς και σε συνεπακόλουθες προεκτάσεις σε ζητήματα που αφορούν στην υποβάθμιση της παραγωγικότητας, της υγειονομικής αποτελεσματικότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας, της ποιότητας και της ασφάλειας στη φροντίδα υγείας έναντι της κυπριακής κοινωνίας.

6. Οι διαδικασίες που θα ακολουθούνται για την εγγραφή σε οποιοδήποτε μητρώο σε σχέση με την φροντίδα υγείας (μητρώο επιστημόνων νοσηλευτών και μαιών ή/και το προτεινόμενο προς δημιουργία μητρώο φροντιστών υγείας), καθώς και ο ρυθμιστικός έλεγχος αυτών των μητρώων θα πρέπει να συζητηθούν ενδελεχώς με τους αρμόδιους νοσηλευτικούς και μαιευτικούς φορείς συμπεριλαμβανομένου και του ΠΑΣΥΝΜ. Σε όλες δε τις περιπτώσεις θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι σχετικές και σε ισχύ ευρωπαϊκές οδηγίες και η κυπριακή νομοθεσία.

Ο ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ έχει εξ αρχής τεθεί έμπρακτα αρωγός και συνοδοιπόρος στις προσπάθειες των συναδέλφων στους νοσηλευτικούς συνδικαλιστικούς κλάδους για διασφάλιση των συμφερόντων των πολιτών, της υγείας και του επαγγέλματος. Για αυτούς ακριβώς τους λόγους θα συνεχίσουμε να συνδράμουμε στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής αναλογίας στελέχωσης αλλά και καθορισμού των ελάχιστων απαιτήσεων για τον νέο ρόλο του βοηθού φροντίδας υγείας.

Για Διοικητικό Συμβούλιο ΠΑΣΥΝΜ
Ιωάννης Λεοντίου, Πρόεδρος
Αριστείδης Χωραττάς, Γραμματέας

Evidence-based safe nurse staffing

Nursing is a core service in all healthcare. Safe nurse staffing means that an appropriate number of nurses is available at all times across the continuum of care, with a suitable mix of education, skills and experience to ensure that patient care needs are met and that the working environment and conditions support staff to deliver quality care. Safe nurse staffing is a critical issue for patient safety and the quality of care in hospitals, community and all settings in which care is provided. Inadequate or insufficient nurse staffing levels increase the risk of care being compromised, adverse events for patients, inferior clinical outcomes, in-patient death in hospitals and poorer patient experience of care.¹⁻⁷ Having insufficient or inappropriate nursing staff to meet patient needs also results in unsustainable workloads and has a negative impact on the health and wellbeing of staff.^{4,5,8} Research suggests that investing in safe, effective and needs-based nurse staffing levels can be cost effective, promoting improvement of and preventing deterioration in patients' health thereby reducing the duration and intensity of healthcare interventions.^{9,10} Ongoing evidence continues to highlight the importance of safe nurse staffing in relation to patient safety in all healthcare sectors. There are a number of elements to achieving evidence based safe nurse staffing:

- real-time patient needs assessment
- local assessment of nurse staffing requirements to provide a service
- nursing and interdisciplinary care delivery models that enable nurses to work to their optimal scope of practice
- good human resource practices to recruit and retain nurses
- healthy work environments and occupational health and safety policies and services that support high quality professional practice
- workforce planning systems to ensure that the supply of staff meets patient needs
- tools to support workload measurement and its management
- rostering to ensure scheduling meets anticipated fluctuations in workload
- metrics to assess the impact of nurse staffing on patient care and policies that guide and support best practice across all of these.^{9,11,12}

This requires having an appropriate base staffing that includes a range of competencies which can be deployed to meet changing and fluctuating patient acuity in real-time. Workforce planning systems that align patients'

and communities' needs with nursing supply should be in place.

Determining optimal staffing requirements is a complex issue. Currently, a number of workforce planning and modelling tools exist that seek to match patient need and service requirements with required nursing numbers and competencies. Robust tools require high quality patient and staffing data and must be used in conjunction with professional judgement.¹³ Nursing leadership and engagement and the necessary autonomy in determining the budget, design and operation of staffing models and tools is crucial. Nurse Executives have been identified as fulfilling a vital role at Board level in ensuring that there is a professional lead with visible authority.⁹

Some healthcare organisations have implemented mandatory safe staffing levels and evidence has demonstrated both improved patient outcomes (lower mortality) and nurse outcomes (retention of nurses, nurse satisfaction, reduced workloads).¹⁴ Regardless of which tools or systems are used to assess and plan nurse staffing levels, benchmarking with comparable clinical areas and against recognised best practice can provide a useful reference point. An agreed real-time dataset with meaningful and consistent metrics should exist so that staffing levels can be increased, when necessary, to account for normal staffing absences. There should also be regular processes for review and evaluation and clear reporting mechanisms to organisations' executive leadership teams to ensure funding is sufficient to maintain patient safety.

At all times, nursing leaders, through the exercise of their professional judgement, should be able to control and adjust nurse staffing levels to ensure patient safety. If nurse staffing is inadequate, then adjustments should be made to the systems controlling the flow or admission of patients to ensure safety standards are protected. Regardless of the healthcare environments, valid and reliable planning tools, evidence-based nurse staffing and robust review processes are needed to enable effective nursing care to be provided safely.

There is substantial and growing evidence that demonstrates the relationship between nurse staffing and patient outcomes.¹⁻⁷ These include reduced adverse events such as the incidence of pressure ulcers, urinary tract infections, malnutrition and deterioration in the ability to perform activities of daily living. Furthermore, reduction in hospital readmissions, a decreased risk of nosocomial complications and hospital length of stay, as well as increased patient satisfaction have been observed.^{2,15,16} An insufficient number of nurses also results in both a "failure to rescue", whereby the deteriorating patient is identified late, and missed nursing care, which results in poorer patient outcomes and increased morbidity and

mortality.¹⁷⁻¹⁹ There are direct benefits from having higher Registered Nurse (RN) levels: an increase of one RN per 10 beds has been associated with a 11-28% reduction in death 30 days following a stroke and an 8-12% reduction one year following a stroke.²⁰ Evidence demonstrates that hospitals with higher proportions of baccalaureate prepared RNs have better patient outcomes and lower mortality rates.⁷ The critical thinking abilities of the RN are related to improved patient outcomes and reduced mortality. Substituting with higher numbers of less highly qualified/educated nursing and support staff (licensed practical nurses and unlicensed healthcare support workers) is associated with higher hospital mortality rates, lower cost effectiveness, an increase in the occurrence of adverse events such as medication errors and falls, and poorer patient outcomes.^{6,7}

In relation to nurses' wellbeing, inadequate staffing levels can lead to lower job satisfaction, increased levels of stress, staff burnout, a higher inclination to leave and increased staff turnover.^{4-6,8} This also has resource implications which a number of studies have shown are very significant.^{21, 22, 23}

Nursing shortages, financial cutbacks in healthcare, inequitable distribution of nurses globally, and the migration of nurses from low-income to high-income countries have caused some organisations to explore alternative staffing roles and skill mix. The substitution of healthcare support workers for RNs and the development of new non-RN roles have been implemented in some countries as a possible solution to address a shortage of RNs and to reduce the wage bill. On the basis of current evidence, these approaches need to be treated with caution as the evidence suggests that they may worsen patient outcomes and may not be cost-effective.²⁴ In contrast, the evidence in relation to RNs clearly demonstrates that they save lives, reduce costs and improve systems outcomes.

ICN Position & Recommendations

As the global voice of nursing and recognising that safe nurse staffing is crucial to maintaining both the quality and safety of patient care, ICN affirms the following key principles.

- Decisions concerning nurse staffing must respond to clients' healthcare needs and enable the delivery of safe, competent, ethical, quality, evidence-informed care.
- Robust, valid, evidence-based human resource planning systems and policies must be in place to match nursing supply to patient and population health needs.
- Nurse staffing decisions must be evidence-based and supported by information systems based on reliable real-time data, agreed metrics, benchmarking and best practice.

- Timely adjustments to nurse staffing according to changes in patients' healthcare needs are essential.
- RNs must not be substituted with less qualified cadres of workers.
- Safety thresholds must be identified for nurse staffing in different settings.
- Regular reviews of staffing must take place and be informed by up-to-date evidence and best practice on the relationship between RNs and the work environment inputs and patient, nurse, organisational and system outcomes.
- The primacy of RN professional judgement must be respected in determining the required safe number and ratio of staffing.
- Direct care nursing staff and nursing management should be involved in all stages of the design and operation of nurse staffing systems and in policy and decision making in management of human resources.
- Organisations should have a nurse at executive level to ensure the delivery of safe, effective, high quality, ethical and efficient healthcare. Nurses at this level should have authority over nursing budgets to safeguard safe staffing.
- Organisations representing nurses should be central to developing, implementing and evaluating safe nurse staffing policy and systems.
- Support for continued research examining patient safety and quality, staff wellbeing and economic benefits is essential.

ICN encourages national nurses' associations (NNAs), in collaboration with their respective government, to:

- Promote awareness and disseminate information to improve public understanding of the importance of safe staffing and the impact of the RN on patient, organisational and system outcomes.
- Provide advice and guidance, and support the establishment and implementation of safe nurse staffing systems.
- Advocate for sufficient healthcare funding to deliver needs-based safe nurse staffing.
- Lobby governments to establish effective human resources planning systems to ensure an adequate supply of healthcare professionals to meet patient and population needs.
- Lobby and advocate for effective staffing systems based on both patient safety and the health and wellbeing of staff.

- Monitor and hold to account both governments and healthcare institutions for fulfilling their responsibilities to ensure patient safety through safe nurse staffing.
- Work with their members to provide evidence and feedback on the operation of staffing systems.
- Partner with patient-led organisations in order to raise public awareness of the impact that safe nurse staffing has on patients, families and communities.
- Support those who raise safety concerns.
- Cease the creation of substitute roles for Registered Nurses.
- Promote nurse staffing research that includes economic analysis.

ICN calls on healthcare employers, to:

- Have evidence-based systems in place to ensure safe nurse staffing is based on realtime patient information.
- Have nurse managers central to the design and operation of staffing systems and with the authority to adjust staffing levels in response to changing patient needs based on evidence and professional judgement.
- Ensure there is a Chief Nursing Officer at the executive level who regularly receives updates, evaluates and reviews staffing systems and levels.
- Have best practice (evidence informed) human resource and occupational health and safety systems and policies in place.
- Create positive practice environments with an adequate number of staff, manageable workloads, managerial support, high quality leadership and the ability of nurses to work at their full scope of practice.
- Create mechanisms to support consultation, negotiation and shared decision making between staff and their representatives. Organisation leaders should promote and model these values.
- Establish transparent systems for reporting staffing levels and patient outcomes internally and to Executive Boards and externally to funders and the public.
- Ensure systems are in place to alter or stop patient flows and admissions to match the available nursing supply. Nurse leadership must have the authority to stop admissions when unsafe staffing situations arise and to authorise, at short notice, additional staff when patient safety is at risk.
- Implement policies and processes for staffing concerns to be raised and fully investigated without detriment or fear of retribution for the person or persons raising a concern.
- Regularly review staffing levels and mix to reflect changes in patient and populations needs and demands.

ICN calls on individual nurses in their role as clinicians, educators, researchers, policy influencers, or executives, to:

- Formally report unsafe nurse staffing situations.
- Recognise that nurse staffing affects patient, nurse, organisational and system outcomes.
- Participate in the development of evidence-based human resources planning tools and nurse staffing systems, policies and processes.
- Use outcome measurement data in a rigorous manner to inform decision-making regarding safe and effective staffing practices.
- Conduct nurse staffing research, including economic analysis.

References

1. Patrician P A, Loan L, McCarthy M, Fridman M, Donaldson N, Bingham M, et al. The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. *J Nurs Adm* [Internet]. 2011 Feb [cited 2018 Apr 20];41(2):64–70. Available from: DOI: 10.1097/NNA.0b013e31820594bf.
2. Aiken LH, Sermeus W, Heede KV, Sloane DM, Busse R, Mckee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* [Internet]. 2012 Mar [cited 2018 Apr 20];344:e1717. Available from: DOI:10.1136/bmj.e1717.
3. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014 Feb [cited 2018 Apr 20];23(2):116–25. Available from: DOI:10.1136/bmjqs-2012-001767.
4. Nantsupawat A, Srisuphan W, Kunaviktikul W, Wichai-khum O-A, Aungsuroch Y, Aiken LH. Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *J Nur Scholarsh* [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Apr 20];43(4):426–33. Available from: DOI: 10.1111/j.1547- 5069.2011.01419.x.
5. Aiken LH, Clarks SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction. *JAMA* [Internet]. 2002 Oct [cited 2018 Apr 20];288(16):1987–93. Available from: DOI: 10.1001/jama.288.16.1987.

6. North N, Leung W, Ashton T, Rasmussen E, Hughes F, Finlayson M. (2013). Nurse turnover in New Zealand: Costs and relationships with staffing practices and patient outcomes. *J Nurs Manag* [Internet]. 2013 Apr [cited 2018 Apr 20];21(3):419–28. Available from: DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01371.x.
7. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Reinhard B, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* [Internet]. 2014 May [cited 2018 Apr 20];383(9931):1824-30. Available from: DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
8. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2007 Feb [cited 2018 Apr 20];44(2):175-82. Available from: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003.
9. Duffield C, Kearin M, Johnston J & Leonard J. The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce. *Aust J Adv Nurs*. 2007 Jun [cited 2018 Apr 20];24(4):42-6. Available from: <http://www.ajan.com.au/Vol24/Vol24.4-8.pdf>.
10. Dall TM, Chen YJ, Seifert RF, Maddox PJ, Hogan PF. The economic value of professional nursing. *Med Care* [Internet]. 2009 Jan [cited 2018 Apr 20];47(1):97-104. Available from: DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181844da8.
11. Tierney SJ, Seymour-Route P, Crawford S. Weighted staffing plans for better prediction of staffing needs. *J Nurs Adm* [Internet]. 2013 Sep [cited 2018 Apr 20];43(9):461–7. Available from: DOI: 10.1097/NNA.0b013e3182a23e41.
12. O'Brien-Pallas L, Meyer RM, Hayes LJ, Wang S. The patient care delivery model: An open system framework - Conceptualization, literature review and analytical strategy. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011 Jun [cited 2018 Apr 20];20(11–12):1640-50. Available from: DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03391.x.
13. Frost & Sullivan. Acuity-based staffing as the key to hospital competitiveness: Why the smartest hospitals are tying their nurse labor investment to patient care [Internet]. Frost & Sullivan: Mountain View, California [cited 2018 Apr 20]. Available from: https://www.harrishealthcare.com/wpcontent/uploads/2017/11/Acuity-Based-Staffing-as-the-Key-to-Hospital-Competitiveness_whitepaper.pdf.
14. Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, et al. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Serv Res* [Internet]. 2010 Aug [cited 2018 Apr 20];45(4):904-21. Available from: DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x.
15. Harrington C, Choiniere J, Goldmann M, Jacobsen FF, Lloyd L, McGregor M. Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2012 Mar [cited 2018 Apr 20];44(1):88-98. Available from: DOI:10.1111/j.1547-5069.2011.01430.x.
16. Kane R L, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. Nursing staffing and quality of patient care. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* [Internet]. Mar 2007 [cited 2018 Apr 20];151:1-115. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38315>.
17. Griffiths P, Jones S, Bottle A. Is “failure to rescue” derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012 Nov [cited 2018 Apr 20];50(2):292-300. Available from: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.016.
18. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018 Feb [cited Apr 2018];78:10-15. Available from: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004.
19. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall’Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: a systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018 Mar [cited 2018 Apr 20];Epub ahead of print. Available from: DOI: 10.1111/jan.13564.
20. Myint PK, Bachmann MO, Loke YK, Musgrave SD, Price GM, Hale R, et al. Important factors in predicting mortality outcome from stroke: findings from the Anglia Stroke. *Age Ageing* [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 Apr 20];46(1):83-90. Available from: DOI: 10.1093/ageing/afw175.
21. Roche MA, Duffield C, Homer C, Buchan J, Dimitrelis, S. The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 20];4:353-8. Available from: DOI: 10.1016/j.collegn.2014.05.002.
22. Buck de Oliveira Ruiz P, Galan Perroca M, de Carvalho Jerico, M. Cost of nursing turnover in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2016 Feb [cited 2018 Apr 20];50(1). Available from: DOI: 10.1590/S0080-623420160000100014.
23. Kurnat-Thoma E, Ganger M, Peterson K, Channel L. Reducing annual hospital and Registered Nurse staff turnover – A 10-element onboarding program intervention. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 20];3:1-13. Available from: DOI: 10.1177/2377960817697712.
24. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M, et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2011 Nov [cited 2018 Apr 20];24(4):244-255. Available from: DOI: 10.1016/j.apnr.2009.12.004
25. All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.



13th European Regional Conference

The Commonwealth Nurses & Midwives Federation

MALTA Friday - Saturday - 8th & 9th March 2019

The MUMN is pleased to announce the call for abstracts for the 13th Commonwealth Nurses and Midwives Conference to be held in Malta on the 8th & 9th March 2019. The organising board invites abstract / poster submissions from midwives and nurses, who would like to share their knowledge and enhance nursing and midwifery skills around the globe.

The conference would be a great occasion for nurses and midwives from the European Commonwealth region and beyond to share their experience with and learn from each other; to meet new and former friends and to establish international connections. The call for abstracts closes on the 30th November 2018.

Abstract Themes for this conference include:

- Nursing / Midwifery Education
- Psychiatric and Mental Health Nursing
- Nursing / Midwifery Care and Patient Satisfaction
- Midwifery and Women's Health
- Nursing / Midwifery Teaching Technologies
- Nursing / Midwifery Research
- Clinical Nursing and Practice
- Cancer care and Oncology Nursing
- Cardiovascular Nursing
- Critical Care Nursing and Emergency Nursing
- Geriatric Nursing
- Gynaecology and Obstetrics Nursing
- Paediatric Nursing
- Community Health care
- Governance and Leadership

Abstract Submission Guidelines:

- Title of the abstract must be in sentence case. The title must represent the abstract content.
- Name of the author and co-authors (if present).
- Job title.
- Provide your full name, degree, institution, and email address of the main author / presenter.
- Abstract Theme
- Abstract content must not exceed 300 words. The body of the abstract should describe your research, results and conclusions of your study.
- A short biography of 100 words of the main author/presenter must be included along with abstract.
- All the abstracts must be submitted before the deadlines provided.
- CYNMA, MUMN or RCN membership number.
- Abstract will be reviewed by the committee and you will receive an e-mail notification within 2 weeks of abstract submission.

Please note

- Plenary sessions will be up to 25 minutes in length with 5 minutes question time.
- Each session runs for approximately one hour and may contain more than 1 presentation.
- For Presentation session, each presenter has 20 minutes for their presentation with 5 minutes question time session.
- Posters should be visually inspiring and legibly presented.



BOOKING FORM

13TH EUROPEAN REGIONAL CONFERENCE OF THE
COMMONWEALTH NURSES' AND MIDWIVES' FEDERATION

FRIDAY - SATURDAY 8-9th MARCH 2019,
Dolmen Hotel, Qawra, St. Paul's Bay, Malta

Please complete in CAPITAL LETTERS

RCN, MUMN, CYNMA or CNMF member? YES ☐

NO ☐

RCN, MUMN, CYNMA or CNMF membership number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Title (Dr., Mr., Mrs.) _____

Surname _____

Name _____

Preferred mailing address _____

Postcode _____

Country _____

Telephone _____

Email address _____

Job title _____

Special requirements (e.g. Dietary) _____

Dinner: I would like to book _____ dinner tickets at a total cost

of _____

PAYMENT

Payments should be made to Malta Union of Midwives and Nurses (MUMN)

Bank address: **BANK OF VALLETTA**
IBAN: MT49VALL22013000000040017158332
BIC: VALLMTMT

- I have transferred € _____ to Malta Union of Midwives and Nurses (copy of bank receipt is to be attached with the registration form)
- Local applicants can pay by cheque payable to MUMN

CONFERENCE FEES

Fee per full conference
All payments to be in Euro

Please tick where appropriate

Conference fees:	Early bird (to 15.01.19)	Standard (from 16.01.19)
RCN, MUMN, CYNMA or CNMF Member	€130 ☐	€160 ☐
Non Member	€175 ☐	€200 ☐
Students	€80 ☐	€100 ☐
Dinner (Transfer included)	€50 ☐	€60 ☐

Conference fees include registration, conference materials, coffee breaks and lunch. It does not include dinner, travel, airport transfers and accommodation.

CONFERENCE VENUE

Dolmen Hotel, Qawra,
St. Paul's Bay, Malta

Tel: (+356) **2355 2355**
www.dolmen.com.mt

APPLICATION FORM SHOULD BE SENT TO:

Malta Union of Midwives and Nurses
'Les Lapins', Court B, No. 3, Independence
Avenue, Mosta, MST 9022, Malta

Email: **mumn@maltanet.net**

http: **www.mumn.org**

Tel: **+356 21448542**

Fax: **+356 21448542**

CANCELLATIONS:

Cancellations received one full month before the start of the conference will be refunded less a 30% administration fee.

Regrettably NO refunds can be processed after this date.

25^ο ΠΑΓΚΥΠΡΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΟΥ ΥΓΕΙΑΣ



“Νοσηλευτές και Μαίες: Ηγετική Φωνή για το Δικαίωμα στην Υγεία”

25
ΧΡΟΝΙΑ
ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ

*Η Άνοιξη δεν ήταν μόνη.
Δεν την αγρήσαμε μόνη.
Δέχτηκε την πρόσκληση
και ήρθε! Π.Φ.*

Ξενοδοχείο Hilton Park, Λευκωσία - 23 & 24 Νοεμβρίου 2018



Επίσημος Χορηγός: Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου

Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών

Καταληκτική ημερομηνία υποβολής περιλήψεων 08/09/2018 - Καταληκτική ημερομηνία προεγγραφών 09/11/2018

Υποβολή περιλήψεων: nursingconference@hotmail.com - Τηλέφωνο επικοινωνίας: 22771994

Πληροφορίες μέσω ιστοσελίδας ΠΑΣΥΝΜ: www.cyna.org

Αναλυτικές Οδηγίες για τους Συγγραφείς ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΚΥΠΡΙΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ»

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Το περιοδικό «Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά» είναι η επίσημη επιστημονική έκδοση του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών, με θεμελιώδη στόχο την προαγωγή και διάχυση νέων γνώσεων και ερευνητικών δεδομένων για εφαρμογή σε όλα τα πεδία της Νοσηλευτικής και Μαιευτικής επιστήμης. Είναι επιστημονικό περιοδικό, με σύστημα κριτών που σκοπό έχει, τη συμβολή στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική και Μαιευτική Εκπαίδευση, την προαγωγή της έρευνας, την ενημέρωση των Νοσηλευτών και Μαιών καθώς και την ανάδειξη του ερευνητικού τους έργου. Παράλληλα, παραπέμπει στην αναβάθμιση και στη συνεχή εξέλιξη της Νοσηλευτικής και Μαιευτικής επιστήμης.

Ο Διευθυντής Σύνταξης, οι Αναπληρωτές Διευθυντές Σύνταξης, η Συντακτική επιτροπή και το Διοικητικό Συμβούλιο του ΠΑΣΥΝΜ, έχουν τη συνολική ευθύνη, διαχείριση και εποπτεία του Περιοδικού. Το Περιοδικό «Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά» δέχεται μόνο κείμενα που έχουν γραφεί σύμφωνα με τις οδηγίες για τους συγγραφείς, ώστε να διασφαλίζεται η ξεκάθαρη δομή και ομοιομορφία των επιστημονικών άρθρων.

Αποδελτίωση

Το περιοδικό «Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά», αποδελτιώνεται στη βάση δεδομένων EBSCO PUBLISHING.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

- Τα κείμενα υποβάλλονται σε ηλεκτρονική μορφή με συνοδεία του δελτίου υποβολής εργασίας στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών.
- Τα κείμενα πρέπει να είναι γραμμένα στην Ελληνική ή στην Αγγλική γλώσσα και να διακρίνονται από γλωσσική ομοιογένεια, ομοιομορφία και ορθή σύνταξη. Απαραίτητο στοιχείο των κειμένων αποτελεί η σωστή επιστημονική έκφραση.
- Το κείμενο πρέπει να είναι γραμμένο σε διπλό διάστιχο, γραμματοσειρά Times New Roman, μέγεθος 12 και περιθώρια 2,5 εκατοστών. Το κείμενο πρέπει να είναι γραμμένο με το πρόγραμμα «Microsoft Word» και οι σελίδες να είναι αριθμημένες, στην κάτω δεξιά γωνία.
- Όλα τα κείμενα μπορούν να συνοδεύονται από σχετικούς πίνακες και φωτογραφίες.
- Όριο λέξεων 2000-4000. Η έκταση του ορίου κυμαίνεται ανάλογα με την κατηγορία που συγκαταλέγεται το άρθρο.
- Όλα τα κείμενα που υποβάλλονται προς κρίση, υποχρεωτικά πρέπει να περιέχουν:

- ✓ Σελίδα τίτλου με τον τίτλο της εργασίας, τα ονοματεπώνυμα των συγγραφέων, γραμμένα με πεζά έντονα (bold) γράμματα, οι σημαντικότεροι ακαδημαϊκοί και επαγγελματικοί τίτλοι και χώρος προέλευσης συγγραφέων.
- ✓ Ελληνική περίληψη μέχρι 200 λέξεις.
- ✓ Λέξεις ευρετηρίου (μέγιστος αριθμός 5 λέξεις - κλειδιά).
- ✓ Τίτλος στην αγγλική.
- ✓ Τα ονοματεπώνυμα των συγγραφέων, γραμμένα στην Αγγλική, με πεζά έντονα (bold) γράμματα στην ονομαστική.
- ✓ Αγγλική περίληψη μέχρι 200 λέξεις.
- ✓ Λέξεις κλειδιά στην Αγγλική.
- ✓ Βιβλιογραφικές παραπομπές. Ο κατάλογος τοποθετείται σε ξεχωριστή σελίδα στο τέλος του κειμένου της εργασίας και παρατίθεται με τη χρήση του συστήματος Harvard.

- Όλες οι υποβαλλόμενες εργασίες κρίνονται ανώνυμα από δύο ανεξάρτητους Κριτές, οι οποίοι επιλέγονται από την Συντακτική επιτροπή. Οι Κριτές αποφασίζουν αν ένα άρθρο είναι δημοσιεύσιμο, δημοσιεύσιμο αφού τροποποιηθεί ανάλογα με εισηγήσεις ή μη δημοσιεύσιμο. Η όλη διαδικασία παραμένει εμπιστευτική.
- Οι συγγραφείς θα ενημερώνονται με ηλεκτρονικό μήνυμα από τη Συντακτική επιτροπή σχετικά με το αποτέλεσμα της κρίσης, μετά την ολοκλήρωση της αξιολόγησης του άρθρου από τους κριτές.
- Σε περίπτωση επανυποβολής του άρθρου μετά την αξιολόγηση, η άμεση ανταπόκριση των συγγραφέων θα επιταχύνει και το χρόνο δημοσίευσης. Η καθυστέρηση από τους συγγραφείς πέραν των δύο (2) μηνών στην επανυποβολή διορθωμένων άρθρων, συνεπάγεται ακύρωση της δημοσίευσης και εκ νέου υποβολή της εργασίας για κρίση.

ΔΟΜΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Όλα τα άρθρα τα οποία υποβάλλονται προς δημοσίευση στο περιοδικό KNX, υποχρεωτικά θα πρέπει να περιέχουν την πιο κάτω σειρά/δομή:

Σελίδα Τίτλου

Τον πλήρη τίτλο της εργασίας (μέχρι 20 λέξεις), τα ονοματεπώνυμα των συγγραφέων, γραμμένα με πεζά έντονα γράμματα στην ονομαστική, οι σημαντικότεροι ακαδημαϊκοί και επαγγελματικοί τίτλοι των συγγραφέων, καθώς και ο χώρος προέλευσης τους. Απαραίτητη η προβολή όλων των πιο πάνω και στην Αγγλική, λόγω προβολής του περιοδικού σε διεθνείς βάσεις δεδομένων.

Περίληψη

Γράφεται στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, συνοψίζει με ακρίβεια το περιεχόμενο της εργασίας, ακολουθεί τη σελίδα τίτλου και η έκτασή της κυμαίνεται μέχρι 200 λέξεις. Συνοψίζει με σαφήνεια τους στόχους, το σκοπό, τα ερευνητικά ερωτήματα, την μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, πηγές πληροφοριών και βιβλιογραφίας, ηλεκτρονικές βάσεις αναζήτησης, χρονικό διάστημα αναζήτησης περιγραφή των κυριότερων αποτελεσμάτων, συμπερασμάτων, ενώ δεν πρέπει να περιλαμβάνει βιβλιογραφικές παραπομπές, συντομογραφίες, εικόνες ή πίνακες. Η δομή της περίληψης πρωτογενούς ερευνητικής μελέτης, αλλά και δευτερογενούς ερευνητικής μελέτης, καθώς και της περίληψης ανασκόπησης πρέπει να περιλαμβάνει: εισαγωγή, σκοπό, μεθοδολογία, αποτελέσματα και συμπεράσματα. Οι τίτλοι αυτοί, να αναγράφονται με έντονη γραφή (bold). Κάθε περίληψη ακολουθείται από, μέχρι πέντε (5), λέξεις-κλειδιά, οι οποίες υποδεικνύουν το περιεχόμενο, το σκοπό και το επίκεντρο του άρθρου.

Εισαγωγή

Παρουσιάζεται η γενική εικόνα του περιεχομένου, γίνεται συνοπτική περιγραφή του θέματος και αποτελεί σημαντικό στοιχείο της εργασίας.

Κυρίως κείμενο

Αποτελεί το σημαντικότερο μέρος της εργασίας και αναφέρεται ο ερευνητικός σχεδιασμός της μελέτης. Μια εργασία πρέπει να περιλαμβάνει ενδιάμεσους τίτλους αναγραφόμενους με πεζά, έντονα (bold) γράμματα, που να δομούν το κείμενο και να ακολουθούν συγκεκριμένη δομή: εισαγωγή, σκοπό, υλικό και μέθοδο, αποτελέσματα, συζήτηση, περιορισμούς της μελέτης. Παρουσιάζονται τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα ή υποθέσεις της μελέτης και αναφέρονται τα βασικά στοιχεία της ερευνητικής μεθοδολογίας. Η μετάβαση από το ένα στο άλλο τμήμα του κυρίως θέματος πρέπει να έχει φυσική ροή και να διακρίνεται από λογική αλληλουχία, χωρίς χάσματα, επικαλύψεις και επαναλήψεις.

Συμπεράσματα/Εισηγήσεις

Τα πορίσματα και τα αποτελέσματα αναφέρονται με σαφήνεια, λογική σειρά και τρόπο που να οδηγούν συμπερασματικά στα βασικά σημεία διερεύνησης του θέματος και εφαρμογή τους στην κλινική πράξη. Αναφέρονται σε σχετικά με το θέμα προβλήματα που έχουν διαπιστωθεί, με σύντομο και τεκμηριωμένο τρόπο.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Ο κατάλογος της βιβλιογραφίας ακολουθεί το σύστημα Harvard. Ιδιαίτερη αναλυτική αναφορά και παραδείγματα για τις βιβλιογραφικές αναφορές, γίνεται στις τελευταίες σελίδες του περιοδικού και στην ιστοσελίδα του Συνδέσμου.

Ηθική και Δεοντολογία

Ο σεβασμός και η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με τη μεγιστοποίηση οφέλους της επιστημονικής

έρευνας, δίνει κεφαλαιώδη αξία σε μια έρευνα. Στο κεφάλαιο αυτό, ο ερευνητής/συγγραφέας, επιβεβαιώνει ότι τηρήθηκαν οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας για την έρευνα και εξασφαλίστηκαν η πληροφόρημένη συναίνεση, συγκατάθεση και ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Ακόμη επιβεβαιώνεται η προβλεπόμενη διαδικασία για όλες τις αναγκαίες άδειες εκπόνησης της έρευνας και ότι τηρήθηκαν οι αρχές δεοντολογίας για την έρευνα, όπως διατυπώνονται από την διακήρυξη του Ελσίνκι.

Ο Διευθυντής Σύνταξης και η Συντακτική επιτροπή, διατηρούν το δικαίωμα να προσαρμόζουν το ύφος του κειμένου, προκειμένου να εξασφαλίζονται οι κανόνες ομοιομορφίας

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Ερευνητικά άρθρα

Πρωτότυπες εργασίες οι οποίες προϋποθέτουν την ύπαρξη ερευνητικού πρωτοκόλλου. Παρατίθενται σκοποί, στόχοι, τεκμηρίωση της μεθοδολογίας, διαμέσου της διαδικασίας συλλογής και στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, αποτελέσματα, συζήτηση, πίνακες, γραφικές παραστάσεις, δεοντολογικά ζητήματα και κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα. Τα αποτελέσματα πρέπει να παρουσιάζονται με σαφήνεια και να συνοδεύονται από την απαραίτητη στατιστική ή ποιοτική ανάλυση. Έκταση κειμένου, 2000-4000 λέξεις.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Περιλαμβάνει την ανασκόπηση και την κριτική παρουσίαση των βιβλιογραφικών δεδομένων, βασισμένα σε σύγχρονες βιβλιογραφικές πηγές. Έκταση κειμένου, 2000-4000 λέξεις.

Συστηματική ανασκόπηση / μετα-ανάλυση / μετα-σύνθεση

Η συστηματική ανασκόπηση αφορά σε περίληψη της βιβλιογραφίας, που έχει ως σκοπό να συγκεντρώσει όλα τα διαθέσιμα δεδομένα που απαντούν σε ένα συγκεκριμένο και προκαθορισμένο ερευνητικό ερώτημα και περιλαμβάνει κριτική ανάλυση της ποιότητας των επιλεγμένων μελετών. Είναι σημαντική γιατί υπάρχει αντικειμενικότητα και συστηματικότητα σε σχέση με απλές ανασκοπήσεις, αφού αποτελεί σημαντικό εργαλείο αντικειμενικής προσέγγισης της βιβλιογραφίας

Η μετα-ανάλυση αποτελεί μια μαθηματική διαδικασία που συνδυάζει στατιστικά τα αποτελέσματα των μελετών που επιλέχθηκαν έπειτα από τη συστηματική ανασκόπηση, δηλαδή γίνεται καθορισμός και αξιολόγηση της ποιότητας των επιλεγμένων μελετών, εξαγωγή και στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Σε περιπτώσεις όπου αρμόζει, αυξάνει την ακρίβεια του υπολογιζόμενου μεγέθους του θεραπευτικού αποτελέσματος, περιορίζοντας ταυτόχρονα την πιθανότητα ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων.

Η μετα-σύνθεση είναι ερμηνευτική μέθοδος που επιζητεί να κατανοήσει και να ερμηνεύσει πληρέστερα τα υπό διερεύνηση φαινόμενα μέσα από επανεξέταση των ευ-

ρημάτων των αρχικών ποιοτικών ερευνών. Στόχος είναι η διατύπωση μιας επεξηγηματικής θεωρίας ή η διαμόρφωση ενός προτύπου ερμηνείας των ευρημάτων μιας ομάδας παρόμοιων ή πανομοιότυπων ποιοτικών ερευνών. Η μετα-σύνθεση αφορά τη σύγκριση, τη μετάφραση και την ανάλυση των αρχικών ευρημάτων των ποιοτικών ερευνών. Μέσα από αυτήν τη διαδικασία γεννώνται νέες ερμηνείες που αγκαλιάζουν αλλά και διπθούν τις σημασίες και τα νοήματα που έχουν αποδοθεί από τον αρχικό ερευνητή στις μεμονωμένες ποιοτικές έρευνες. Έκταση κειμένου, 2000-4000 λέξεις.

Μελέτη περίπτωσης

Ευρήματα τα οποία δίνουν νέα στοιχεία στην επιστημονική κοινότητα για την εξέλιξη μιας νόσου ή κλινικές μελέτες που προσεγγίζονται με διαφορετικούς τρόπους παροχής Νοσηλευτικής και Μαιευτικής φροντίδας. Παρατίθενται βιβλιογραφικές αναφορές. Έκταση κειμένου, 2000-4000 λέξεις.

Βραχείες Δημοσιεύσεις

Σύντομα άρθρα πρώιμων ερευνητικών αποτελεσμάτων. Απαραίτητες βιβλιογραφικές αναφορές. Έκταση κειμένου, μέχρι 1500 λέξεις.

Άρθρα Σύνταξης

Σύντομα άρθρα που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα, σχετικά με τις εξελίξεις στη Νοσηλευτική και Μαιευτική επιστήμη, την εκπαίδευση, τη Διοίκηση και θέματα που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας γενικότερα. Γράφονται από τη Συντακτική Επιτροπή ή από επιστήμονες εγνωσμένης αξίας και αναγνωρισμένου κύρους, οι οποίοι διαθέτουν εμπειρία και τεκμηριωμένη άποψη. Παρατίθεται περιορισμένη η σχετική βιβλιογραφία. Έκταση κειμένου, μέχρι 1000 λέξεις.

Άρθρα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης

Ολοκληρωμένες αναλύσεις Νοσηλευτικών/Μαιευτικών θεμάτων με βάση σύγχρονα τεκμηριωμένα ερευνητικά δεδομένα (evidence based practice). Έκταση κειμένου, μέχρι 2000 λέξεις.

Γενικά / Ειδικά Άρθρα

Σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων που αφορούν σε ποικίλα θέματα που σχετίζονται με τον ευρύτερο χώρο των Επιστημών Υγείας και ειδικά θέματα, Νοσηλευτικού / Μαιευτικού ενδιαφέροντος. Έκταση κειμένου, 2000-4000 λέξεις.

Ανταποκρίσεις

Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, τα πορίσματα και τα βασικά συμπεράσματα εργασιών συνεδρίων, σεμιναρίων, εκδηλώσεων και δραστηριοτήτων Νοσηλευτικής και Μαιευτικής φύσεως, τόσο από την Κύπρο, όσο και από το διεθνή χώρο. Η έκταση κειμένου δεν υπερβαίνει τις 2000 λέξεις.

Ανακοινώσεις

Μετεκπαιδευτικά νέα, διοργάνωση Νοσηλευτικών και Μαιευτικών συνεδρίων, σεμιναρίων, διαλέξεων, ημερίδων, επιστημονικών εκδηλώσεων, συμποσίων και συζητήσεων σε ειδικά θέματα που αφορούν την υγεία, τόσο στην Κύπρο, όσο και στο εξωτερικό. Έκταση κειμένου, μέχρι 800 λέξεις.

Επιστολές προς την Σύνταξη

Περιλαμβάνουν σχόλια ή κριτική σε άρθρα και την ύλη του περιοδικού. Γίνεται αναφορά σε κείμενα που αφορούν στη Νοσηλευτική και Μαιευτική επιστήμη, ή τις υπηρεσίες υγείας, γενικότερα. Έκταση κειμένου, μέχρι 800 λέξεις.

Σύστημα Παραπομπών / Βιβλιογραφίας Harvard

Η βιβλιογραφική τεκμηρίωση των άρθρων είναι σημαντική επιστημονική τεχνική η οποία περιέχει πληροφορίες από τον τοπικό και διεθνή επιστημονικό χώρο. Το περιοδικό ακολουθεί για τις βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο και στον κατάλογο της βιβλιογραφίας το σύστημα Harvard.

Βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο

- Οι βιβλιογραφικές παραπομπές μέσα στο κείμενο πρέπει να αναφέρουν το επίθετο του συγγραφέα και το έτος δημοσίευσης π.χ. (Παναγιωτάκος 2011) ή σύμφωνα με τον Παναγιωτάκο (2011) η μεθοδολογία έρευνας.
- Σε περιπτώσεις όπου η παραπομπή έχει δύο συγγραφείς στο κείμενο εμφανίζονται ως: (Lemone και Burke 2006).
- Για τρεις συγγραφείς ή περισσότερους, αναγράφεται το επώνυμο του πρώτου συγγραφέα και συν. ή et al.,: (Doenges et al., 2009).
- Όταν υπάρχουν περισσότερες παραπομπές αναφέρονται με χρονολογική σειρά π.χ. (Ράπτη 2010, Ράλλη 2012, Αλεβιζάτος 2014).
- Σε περίπτωση όπου υπάρχουν πέραν τις μιας παραπομπής στο επιστημονικό άρθρο του ιδίου συγγραφέα στο ίδιο έτος, η διάκριση γίνεται με γράμματα μετά το έτος: (Παναγιωτάκος 2011α, Παναγιωτάκος 2011β).
- Σε περίπτωση όπου σε μέρος του κειμένου οι παραπομπές αφορούν σε πολλαπλά άρθρα του ιδίου συγγραφέα, η παραπομπή αναγράφεται ως εξής: (Rothrock 2006, 2006b, 2012).

Κατάλογος βιβλιογραφίας επιστημονικού άρθρου

Στο τέλος του επιστημονικού άρθρου αναγράφεται η βιβλιογραφία κατά αλφαβητική σειρά επωνύμου συγγραφέα.

Βιβλίο: Ένας (1) Συγγραφέας

Επώνυμο, Αρχικό Ονόματος. (έτος) Τίτλος Βιβλίου (πλάγια/italics). Έκδοση (εάν δεν είναι η πρώτη). Πόλη Έκδοσης: Εκδότης.

Παράδειγμα: Παναγιωτάκος, Β.Δ. (2011) *Μεθοδολογία της Έρευνας & της Ανάλυσης Δεδομένων για τις Επιστήμες Υγείας*. 2η έκδ. Αθήνα: ΔΙΟΝΙΚΟΣ.

Βιβλίο: Δύο (2) Συγγραφείς

Επώνυμο1, Αρχικό Ονόματος1., και Επώνυμο2, Αρχικό Ονόματος2. (έτος) Τίτλος Βιβλίου (πλάγια/italics). Έκδοση (εάν δεν είναι η πρώτη). Πόλη Έκδοσης: Εκδότης.

Παράδειγμα: Lemone, P. και Burke, K. (2006) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. 3η έκδ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Βιβλίο: Τρεις (3) Συγγραφείς και άνω

Επώνυμο1, Αρχικό Ονόματος1., Επώνυμο2, Αρχικό Ονόματος2., και Επώνυμο x, Αρχικό Ονόματος x. (Έτος) Τίτλος Βιβλίου (πλάγια/italics). Έκδοση (εάν δεν είναι η πρώτη). Πόλη Έκδοσης: Εκδότης.

Παράδειγμα: Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. και Murr, A.C. (2009) *Οδηγός Ανάπτυξης Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Κεφάλαιο Βιβλίου: Ένας (1) Συγγραφέας (για πέραν του ενός συγγραφέα ακολουθείται η ίδια τεχνική στα ονόματα όπως περιγράφεται πιο πάνω).

Επώνυμο, Αρχικό Ονόματος. (έτος) Τίτλος Κεφαλαίου. Τίτλος Βιβλίου (πλάγια/italics). Έκδοση (εάν δεν είναι η πρώτη). Πόλη Έκδοσης: Εκδότης, Σελίδες.

Παράδειγμα: Αθανασίου, Κ. (2007) Πρόληψη Γενετικών Νοσημάτων. *Στο Αγωγή Υγείας*, Αθήνα: ΔΙΟΝΙΚΟΣ, σσ. 153-163.

Άρθρο: Ένας (1) Συγγραφέας (για πέραν του ενός συγγραφέα ακολουθείται η ίδια τεχνική στα ονόματα όπως περιγράφεται πιο πάνω).

Επώνυμο, Αρχικό Ονόματος. (έτος) Τίτλος Άρθρου. Τίτλος Περιοδικού (πλάγια/italics). Τόμος (Τεύχος): Πρώτη Σελίδα-Τελευταία Σελίδα.

Παράδειγμα: Μακρυλάκης, Κ. (2006) Διαγνωστική προσέγγιση παχύσαρκων και εκτίμηση παραγόντων κινδύνου. *ΑΘΗΡΩΜΑ*. 10(2):4-7.

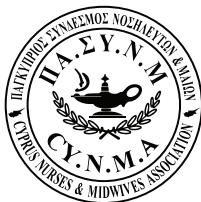
Rothrock, J. (2006) The price of pain. *Medical Economics*. 46(6):30-33.

Ιστοσελίδα: Συγγραφέας ή Φορέας / Οργανισμός. (έτος) Τίτλος ιστοσελίδας. Available at: URL ιστοσελίδας [Accessed Ημερομηνία Πρόσβασης].

Παράδειγμα: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011. Οργάνωση των συστημάτων υγείας. Available at: http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/health_systems_organisation/index_el.htm [Accessed 10/02/2014].

ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΙΩΝ CYPRUS NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION

Ταγματάρχου Πουλίου, 1, Διαμ. 101, 1101
Λευκωσία, Τ. Θ. 24015 - Κύπρος
Τηλ : + 357 22 771994, Φαξ : +357 22 771989
Email: cy.n.a@cytanet.com.cy
http://www.cyna.org



1, Tagmatarchou Poulou street, Appart. 101, 1101
Nicosia, P.O. Box 24015 - Cyprus
Tel : + 357 22 771994, Fax : + 357 22 771989
Email: cy.n.a@cytanet.com.cy
http://www.cyna.org

Προς Παγκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών και Μαιών

ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά

Στοιχεία Συνδρομητή

Παρακαλώ όπως παραθέσετε πλήρη και ακριβή στοιχεία
για έγκαιρη και ασφαλή ταχυδρομική αποστολή

Όνοματεπώνυμο

Τίτλος

Χώρος Εργασίας

Νοσηλευτήριο/ Υπηρεσία

Διεύθυνση Οικίας

Επαρχία Τ.Κ.

Τηλ. Οικίας Τηλ. Εργασίας

Τηλ. Κινητό

Αριθμός Ταυτότητας

Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων

☐ Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών και Μαιών, όπως
αποκόπτει ετήσια το ποσό των 12 Ευρώ (€12), για τακτική συνδρομή του περιοδικού του
Συνδέσμου, μέσω του Γενικού Λογιστηρίου της Δημοκρατίας.

☐ Ετήσια Συνδρομή Εσωτερικού 12 Ευρώ (€12) (μετρητά) για το έτος

☐ Ετήσια Συνδρομή Εξωτερικού 20 Ευρώ (€20) (μετρητά) για το έτος

☐ Έμβασμα στο Λογαριασμό του συνδέσμου για ετήσια τακτική συνδρομή.

Αρ. Λογαριασμού: Τράπεζα Κύπρου 0114 – 01- 014189. IBAN CY 9500200114000000101418900
SWIFT BCYPCY2N010.

Ημερομηνία Υπογραφή αιτητή/τριας

Member of the International Council of Nurses
Member of the International Confederation of Midwives



Μέλος του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών
Μέλος της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών

Σύγχρονη Θεραπεία της πληγής

με Lavanid® Wound Irrigation Solutions - Διάλυμα Εφύγγρασης Τραυμάτων
και Lavanid® Wound Gel - Γέλη Τραυματος

ΣΥΝΘΕΣΗ

Διάλυμα Ringer (ισοτονικό διάλυμα ηλεκτρολυτών από χλωριούχο νάτριο, χλωριούχο κάλιο, χλωριούχο ασβέστιο, 2H₂O ενέσιμο ύδωρ), γλυκερίνη, μακερογόλη, υδροξυαιθυλική κυτταρίνη, πολυεξανίδιο 0,04%.

Το Lavanid® είναι:

- Άχρωμο, άοσμο, ανώδυνο, υποαλλεργικό.
- Καταπολεμά την ανάπτυξη μικροβίων.
- Δεν υπάρχει κυτταροτοξικότητα.
- Κατάλληλο για μακροχρόνια χρήση.
- Ταχύτερος χρόνος επούλωσης της πληγής.
- Γερμανικό προϊόν.

Γενική χρήση του Lavanid®:

- Χρόνιες πληγές όπως διαβητικά έλκη, φλεβικά έλκη, έλκη πίεσης, κατακλήσεις.
- Τραυματικές πληγές, π.χ. κοψίματα, αμυχές, διεισδύσεις.
- Εγκαύματα (μέχρι και 2ου βαθμού).
- MRSA (ενδοноσοκομειακή λοίμωξη).
- Πληγές φρεσκειουρηγμένων ασθενών.
- Λοιμώξεις στο στόμα, όπως η ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα και μεταχειρουργικές στοματικές επεμβάσεις.

Θα είμαστε στην διάθεση σας για περαιτέρω πληροφορίες.



Medical Scrubs Suit



Medical Scrub Hats

Slip Resistant Shoes



mediStyle Ltd

Aigyptou 5, Kapsalos, 3087 Limassol - Cyprus
 Tel.: +357 25 750 650, +357 99 606 305, Fax: + 357 25 727 783
 e-mail: m.kritikos@cytanet.com.cy

