



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: Οι παράγοντες καθυστέρησης στην προσέλευση του ηλικιωμένου υποκειμένου άνω των 65 χρόνων στην τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στα πλαίσια της πανδημίας COVID-19

Μεταπτυχιακός φοιτητής: Γεώργιος Ξυνός

ΑΘΗΝΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2022

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Του Μεταπτυχιακού Φοιτητή

Ξυνού Γεώργιου

Εξεταστική Επιτροπή

1., Επιβλέπων
2.
3.

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση τηςγια την αξιολόγηση και εξέταση τ... υποψηφίου κ... .., συνεδρίασε σήμερα/...../..... Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία τ... Κ... Με τίτλο:...

.....
....., είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια, και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη. Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψη το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's). Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους....., για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους

Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

....., Επιβλέπων
(Υπογραφή)

.....
(Υπογραφή)

.....
(Υπογραφή)

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την Πέπη που βρίσκεται στο πλευρό μου και με στηρίζει σε κάθε μου βήμα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κο Μιχαήλ Σαμάρκο, την κα Ευρυδίκη Κραββαρίτη και την κα Αικατερίνη Τζανετάκου για τον χρόνο τους αλλά και τις πολύτιμες συμβουλές τους που με κατεύθυναν για την ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Ξυνός Γεώργιος

Αθήνα, Απρίλιος 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεωρητικό υπόβαθρο: Στην συγκεκριμένη μελέτη διερευνούμε τους παράγοντες εκείνους που πιθανώς συντελούν στην προνοσοκομειακή καθυστέρηση των ηλικιωμένων ασθενών (>65 ετών) κατά την πανδημία COVID 19. Οι παράγοντες αυτοί είχαν μελετηθεί και πριν την πανδημία φαίνεται όμως ότι δεν έχουν μελετηθεί όλοι επαρκώς και κάποιοι χρειάζονται αποσαφήνιση ως προς την συμμετοχή τους στην προνοσοκομειακή καθυστέρηση. Η πανδημία δημιουργεί ένα νέο περιβάλλον όπου δεν μπορούμε να γνωρίζουμε αν οι καλά μελετημένοι παράγοντες προνοσοκομειακής καθυστέρησης εξακολουθούν να επιδρούν ενώ πιθανώς να αναδεικνύονται και νέοι πιο σημαντικοί. Με την δική μας μελέτη επιχειρήσαμε να ερευνήσουμε την σχέση όλων αυτών των παραγόντων με την προνοσοκομειακή καθυστέρηση σε αυτό το νέο περιβάλλον.

Μεθοδολογία: Μελετήσαμε 35 ασθενείς από την Α' Παθολογική κλινική από τον Ιούλιο 2021 έως και τον Οκτώβριο 2021 που απάντησαν στο ερωτηματολόγιό μας.

Αποτελέσματα: 25/35 (71,4%) ασθενείς καθυστέρησαν (≥ 3 ημέρες) να αξιολογηθούν στο νοσοκομείο, ενώ μόνο 12/35 (34,3%) καθυστέρησαν αντίστοιχα να αναζητήσουν επαγγελματία υγείας. Ωστόσο, από την ανάλυση των δεδομένων δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την προνοσοκομειακή καθυστέρηση για καμιά από τις μεταβλητές που μελετήσαμε.

Συμπεράσματα: Προτείνουμε την επανάληψη της έρευνας με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων, διαφορετική μέθοδο δειγματοληψίας και πιθανώς εστιασμένη στους παράγοντες στους οποίους είδαμε τουλάχιστον μία τάση προς την καθυστέρηση.

Λέξεις κλειδιά: Προνοσοκομειακή καθυστέρηση, Χρόνος μέχρι την έναρξη θεραπείας, Καθυστερημένη διάγνωση, Παράγοντες καθυστέρησης, Πανδημία COVID 19, Ηλικιωμένοι ασθενείς

ABSTRACT

Background: In this study we investigate the variables that may contribute to prehospital delay during the COVID 19 pandemic for elderly patients, i.e., those over 65 years old. These variables had been studied before the pandemic, though it seems that not all variables have been studied adequately and some factors need further clarification as to their contribution to prehospital delay. The pandemic creates a new environment in which we do not know whether well-studied variables of prehospital delay are still valid and in which new and possibly more important variables may emerge. With our research we tried to explore the relationship of all those variables with prehospital delay in this new environment.

Methodology: We recruited 35 patients from the 1st Internal Medicine Clinic from July 2021 to October 2021 that answered our questionnaire using convenience sampling.

Results: 25/35 (71,4%) patients presented to the hospital with significant delay (≥ 3 days), while only 12/35 (34,3%) patients delayed in contacting a physician. However, from the analysis of the collected data, we could not establish statistically significant association with prehospital delay, for any the studied factors.

Conclusions: We suggest the research be repeated with a greater number of participants, a different sampling method and one that focuses on fewer variables considering those in which we saw a trend of association with delay.

Key words: Prehospital delay, Time to treatment, Delay in Diagnosis, Variables of delay, Pandemic Covid 19, elderly patients.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
Ορισμός προνοσοκομειακής καθυστέρησης	9
Ορισμός έναρξης συμπτωμάτων	10
Έγκαιρη θεραπεία-τι σημαίνει?	11
Που οφείλεται η καθυστέρηση?	11
Σωστή αξιολόγηση συμπτωμάτων από τον ασθενή και ο ρόλος του γιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας.....	12
Ηλικία	13
Προνοσοκομειακή καθυστέρηση και οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο	13
Συμπεράσματα από έρευνα πάνω στο οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.....	14
Διαχωρισμός παραγόντων που αυξάνουν και μειώνουν την προνοσοκομειακή καθυστέρηση. Έμφαση στο γυναικείο φύλο και στην ηλικία.	15
Σύγκριση συμμετοχής των παραγόντων σε διαφορετικές ασθένειες. Σημασία των γνωστικών μεταβλητών αλλά και των συναισθημάτων.	16
Σημασία του πόνου και της αμέριστης σκέψης του ασθενούς.....	17
Παράγοντες καθυστέρησης σε έρευνα που μελέτησε την θωρακαλγία. Χρόνος απόφασης (Decision time) - εγγραμματοσύνη	17
Υγιής πληθυσμός	18
Φόβος	18
Άγχος και άλλοι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες	19
Ποια είναι τα δεδομένα κατά την πανδημία SARS-CoV2?	20
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	23
Πιθανοί παράγοντες καθυστερημένης προσέλευσης που θα διερευνηθούν	23
Αναμενόμενα αποτελέσματα και χρησιμότητα της μελέτης	23
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	24
Σχεδιασμός της μελέτης.....	24
Μέθοδος δειγματοληψίας	24
Κριτήρια ένταξης	24

Κριτήρια αποκλεισμού	24
Κλίμακες αξιολόγησης	25
Μεθοδολογία σχεδιασμού του ερωτηματολογίου	25
Διαχείριση μεταβλητών προς ανάλυση	26
Στατιστική μεθοδολογία	27
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	28
Περιγραφή του δείγματος	28
Ευπάθεια, ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα	31
Κοινωνικό σκέλος/κοινωνικές πιέσεις σχετικές με την καθυστέρηση:	32
Οικονομικό σκέλος	32
Φόβος	33
ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	36
Ενημέρωση κοινού ως πρώτο βήμα ελάττωσης του φόβου σχετικά με την περίθαλψη στα νοσοκομεία κατά την διάρκεια της πανδημίας	36
Επείγοντα και άτυπα περιστατικά στην 3 ^η ηλικία- εκπαίδευση κοινού	37
Αλλαγή στην στρατηγική δημόσιας υγείας σχετικά με τον ηλικιωμένο πληθυσμό	37
Περιορισμοί της μελέτης	38
Προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση	38
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	39
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	42
ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	42
ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	44
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	45
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	45
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	48
ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ	53

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Παράγοντες καθυστέρησης όταν προηγείται εξωνοσοκομειακή εκτίμηση.	12
Εικόνα 2 Επεξήγηση	13
Εικόνα 3 Επεξήγηση	14
Εικόνα 4. Επεξήγηση	15
Εικόνα 5. Επεξήγηση	17
Εικόνα 6. Οικογενειακή κατάσταση και καθυστέρηση	29
Εικόνα 7. Επίπεδο εκπαίδευσης και καθυστέρηση	30
Εικόνα 8 Ευπάθεια και καθυστέρηση	311
Εικόνα 9. Φόβος COVID-19 και καθυστέρηση.....	33
Εικόνα 10. Φόβος νοσοκομείου και καθυστέρηση	34
Εικόνα 11. Φόβος συνολικά και καθυστέρηση.....	35
Εικόνα 12. Κλίμακα κλινικής ευπάθειας κατά Rockwood	48

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία.....	28
Πίνακας 2 Charlson Comorbidity Index.....	49
Πίνακας 3 Activities of daily living.....	50
Πίνακας 4 Instrumental Activities of daily living.....	51

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

IADL-Instrumental activities of daily living

ADL- Activities of daily living

ΣΔΙΙ- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

CDC- Center for Disease Control and Prevention

SARS- CoV2- Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πριν την πανδημία η προνοσοκομειακή καθυστέρηση είχε απασχολήσει την ιατρική κοινότητα κυρίως σε σχέση με τα αγγειακά εγκεφαλικά αλλά και τα εμφράγματα μυοκαρδίου καθώς, στις δύο αυτές περιπτώσεις, ο χρόνος επηρεάζει σημαντικά την έκβαση της νόσου. Η πανδημία COVID 19 δημιούργησε μία νέα συνθήκη στην οποία κληθήκαμε να προσαρμοστούμε ως ασθενείς αλλά και ως γιατροί. Σε αυτό το σημείο μέσα από ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αθήνας εν μέσω της πανδημίας προσπαθήσαμε να αξιολογήσουμε την προνοσοκομειακή καθυστέρηση και να προσδιορίσουμε τους παράγοντες που συντελούν σε αυτήν και μάλιστα για τον γηριατρικό πληθυσμό. Από τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί οι περισσότερες δεν μελετούν μόνο τον γηριατρικό πληθυσμό και επίσης δεν μελετούν επαρκώς την συμμετοχή του συναισθήματος στην καθυστέρηση. Επίσης οι μελέτες αυτές δεν έχουν διεξαχθεί σε ελληνικό νοσοκομείο και κάτω από την συνθήκη της πανδημίας COVID 19. Επιπλέον στο δικό μας δείγμα μελετάμε ασθενείς ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου μίας Παθολογικής κλινικής στην οποία δεν νοσηλεύονται εμφράγματα μυοκαρδίου αλλά κυρίως Παθολογικά περιστατικά. Παρακάτω θα κάνουμε μία εισαγωγή στην καθυστέρηση στην νοσοκομειακή φροντίδα προ κορωνοϊού και έπειτα θα αναφερθούμε στην πανδημία COVID 19 με παραδείγματα για το πως αυτή διαμόρφωσε την καθυστέρηση των ηλικιωμένων σε έγκαιρη φροντίδα. Επίσης θα εξετάσουμε το δείγμα μας και την ανάλυση που προκύπτει για να συμπεράνουμε αν υπήρξε καθυστέρηση και αν ναι ποιος παράγοντας επηρεάζει την καθυστέρηση θετικά ή αρνητικά. Η υπόθεσή μας είναι ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας στην προνοσοκομειακή καθυστέρηση θα είναι ο φόβος των ηλικιωμένων να εκτιμηθούν από γιατρό στο νοσοκομείο λόγω φόβου νόσησης από SARS-CoV-2. Έτσι θα σκιαγραφήσουμε το κομμάτι της προνοσοκομειακής καθυστέρησης για να μπορέσουμε να προτείνουμε τρόπους να αντιμετωπίσουμε τους παράγοντες καθυστέρησης ώστε να προσφέρουμε στον γηριατρικό πληθυσμό έγκαιρη θεραπεία.

Για να προσεγγίσουμε το θέμα πρέπει να καθορίσουμε με ακρίβεια το περιεχόμενο του όρου προνοσοκομειακή καθυστέρηση.

Ορισμός προνοσοκομειακής καθυστέρησης

Ας ξεκινήσουμε αρχικά διατυπώνοντας **τι εννοούμε προ-νοσοκομειακή καθυστέρηση**. Ο ασθενής είναι στην θέση να αναγνωρίσει αυτές τις αλλαγές στο σώμα του που ορίζουμε ως συμπτώματα. Έπειτα έχοντας αναγνωρίσει αυτά τα συμπτώματα τα αξιολογεί και παίρνει την απόφαση να τα διερευνήσει ή όχι. Σε αυτό το σημείο λοιπόν ο ασθενής που πήρε την απόφαση να συμβουλευτεί έναν επαγγελματία υγείας ο οποίος μπορεί να είναι ο οικογενειακός ιατρός ή ο γιατρός στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο έρχεται σε επαφή με μαζί του για αξιολόγηση. Να σημειωθεί εδώ ότι αυτός ο τρόπος λειτουργίας αφορά το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Στην συστηματική ανασκόπηση του **Mackay et al (2014)** καταλήγουν ότι η **προ-νοσοκομειακή καθυστέρηση μπορεί να οριστεί** με τρεις τρόπους όσον αφορά το τι μετράμε ακριβώς:

1. Από το αρχικό σύμπτωμα μέχρι να έρθουν στο νοσοκομείο
2. Από το αρχικό σύμπτωμα μέχρι και την πρώτη επαφή με επαγγελματία υγείας
3. Συνολικά ο χρόνος καθυστέρησης
 - a. Από το αρχικό σύμπτωμα μέχρι την απόφαση να αναζητήσουν βοήθεια
 - b. Από την απόφαση να αναζητήσουν βοήθεια μέχρι την πρώτη επαφή με επαγγελματία υγείας
 - c. Από την πρώτη επαφή με επαγγελματία υγείας μέχρι το νοσοκομείο

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι **Yanagida et al (2014)** χρησιμοποιούν τον ορισμό προ-νοσοκομειακή καθυστέρηση για να περιγράψουν τον χρόνο από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι και την λήψη θεραπείας (στα εγκεφαλικά επεισόδια). Από την άλλη οι **Moser et al (2006)** χρησιμοποίησαν την ίδια κατηγοριοποίηση με τους **Mackay et al (2014)** χωρίζοντας την προνοσοκομειακή καθυστέρηση σε τρεις φάσεις 1. Έναρξη συμπτωμάτων μέχρι την απόφαση να αναζητήσει ο ασθενής επαγγελματία υγείας 2. Από την απόφαση να αναζητήσει ο ασθενής επαγγελματία υγείας μέχρι την πρώτη επαφή με επαγγελματία υγείας και 3. Από την πρώτη επαφή με επαγγελματία υγείας μέχρι και την άφιξη στο νοσοκομείο. Βασισμένοι στη μεθοδολογία αυτή καταγράψαμε τον χρόνο από:

1. Την αντιληπτή έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την πρώτη επαφή με επαγγελματία υγείας εκτός νοσοκομείου.
2. Την επαφή με τον επαγγελματία υγείας εκτός νοσοκομείου μέχρι και την επαφή με το νοσοκομείο.
3. Την αντιληπτή έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την πρώτη επαφή με το νοσοκομείο μας, χωρίς να έχει προηγηθεί εκτίμηση εκτός νοσοκομείου.

Ορισμός έναρξης συμπτωμάτων

Στην συστηματική ανασκόπηση των **Mackay et al (2014)** η **έναρξη συμπτωμάτων(symptom onset)** ορίζεται σαν η στιγμή εκείνη που τα συμπτώματα θα επιφέρουν αλλαγή στην *συμπεριφορά* του ασθενούς. Οι **Wechkunanukul et al (2017)** ορίζουν την έναρξη συμπτωμάτων βάσει του Goldberg et al, δηλαδή ως την στιγμή που ο ασθενής *συνειδητοποιεί* ότι νοσεί και μάλιστα με οξεία έναρξη ή τόσο βαριά ώστε να τον *παρακινήσει* να αναζητήσει βοήθεια. Στην δικιά μας έρευνα όπως θα δούμε παρακάτω θεωρούμε ως αρχικό σύμπτωμα αυτό που ο ασθενής συνδέει με την ασθένειά του, ακόμα και αν αυτό δεν ήταν αρκετό ώστε να αλλάξει την συμπεριφορά του στην συγκεκριμένη στιγμή. Έτσι και εμείς ρωτήσαμε κάθε ασθενή «πότε αντιληφθήκατε ότι δεν ήσασταν καλά» που αποσκοπεί στην αναζήτηση αυτού ακριβώς του αρχικού συμπτώματος/συμπτωμάτων που οι ασθενείς συνδέουν με την ασθένειά τους.

Έγκαιρη θεραπεία-τι σημαίνει?

Οι **Moser et al (2006)** δίνουν τους παρακάτω ορισμούς για το τι σημαίνει έγκαιρη αντιμετώπιση για τις δύο περιπτώσεις που μελετώνται και πιο συχνά:

1. Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου- η θεραπεία πρέπει να ξεκινήσει εντός **1 ώρας** από την έναρξη των συμπτωμάτων
2. Οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο- θεραπεία εντός **90 λεπτών** από την έναρξη συμπτωμάτων ωφελεί τον ασθενή

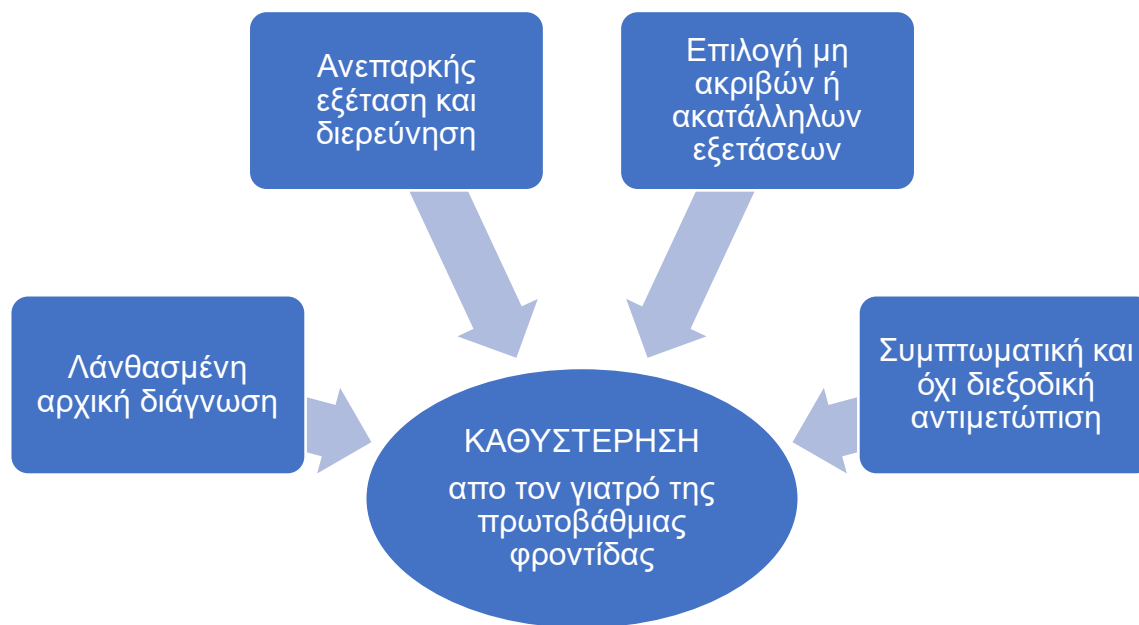
Που οφείλεται η καθυστέρηση?

Οι **Mitchell et al (2008)** αναγνωρίζουν ότι η καθυστέρηση στην διάγνωση και την αντιμετώπιση μιας ασθένειας (στην δικιά τους μελέτη για τον καρκίνο παχέος εντέρου αλλά και πρωκτού) ουσιαδώς οφείλεται σε τρεις παράγοντες:

1. Στον ασθενή
2. Στον γιατρό που τον αξιολόγησε πρώτος
3. Στο νοσοκομείο

Οι **Sheifer et al (2000)** όμως εξηγούν ότι τα **δύο τρίτα** της καθυστέρησης του ασθενούς να λάβει θεραπεία για τα οξέα εμφράγματα που μελέτησαν αφορούν από την έναρξη των συμπτωμάτων έως και την άφιξή τους στο νοσοκομείο.

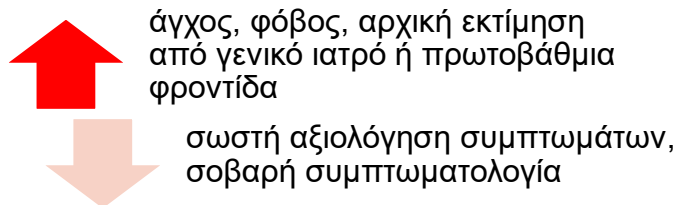
Αν λοιπόν θέλουμε να προσπαθήσουμε να βελτιώσουμε όποια καθυστέρηση πρέπει να προσεγγίσουμε κάθε σημείο ξεχωριστά. Για την καθυστέρηση που οφείλεται στον **γιατρό** γίνεται λόγος για αυξημένη καθυστέρηση αν ο γιατρός θέσει λανθασμένη αρχική διάγνωση, δεν εξετάσει και διερευνήσει επαρκώς τον ασθενή, αν ο γιατρός επιλέξει μη ακριβείς ή ακατάλληλες διαγνωστικές δοκιμασίες ή αν αντιμετωπίζει το πρόβλημα συμπτωματικά και όχι διεξοδικά. Υπάρχει επομένως το ενδεχόμενο, ορισμένοι ασθενείς που εκτιμώνται **αρχικά από γιατρό** στην πρωτοβάθμια φροντίδα να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερη καθυστέρηση απ' ό,τι αν γινόταν η εκτίμηση άμεσα σε επίπεδο νοσοκομείου. Επίσης οι **Mitchell et al (2008)** αναφέρουν ότι γενικά η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αλλά και το φύλο **δεν** επηρέασαν τον ασθενή. Είναι ενδιαφέρον ότι η ύπαρξη συννοσηροτήτων μείωσε την καθυστέρηση, δηλαδή οι ασθενείς με περισσότερες συννοσηρότητες είχαν μειωμένο χρόνο προσέλευσης. Να σημειωθεί ότι στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε ότι οι γιατροί **παρέπεμπαν πιο γρήγορα τους ηλικιωμένους** ασθενείς για περαιτέρω διερεύνηση.



Εικόνα 1. Παράγοντες καθυστέρησης όταν προηγείται εξωνοσοκομειακή εκτίμηση.

Σωστή αξιολόγηση συμπτωμάτων από τον ασθενή και ο ρόλος του γιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας

Οι **Sharobeam et al (2021)** μελετώντας τους παράγοντες καθυστέρησης χορήγησης θρομβόλυσης στο **οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο** αναφέρουν ότι σημαντικό ρόλο έχει η καθυστέρηση από τον ασθενή να **αντιληφθεί** σωστά τα συμπτώματα του εγκεφαλικού ή να **αποδώσει** τα συμπτώματα στο εγκεφαλικό. Επίσης οι **Mitchell et al (2008)** καταλήγουν ότι πρόκειται για μία λεπτή ισορροπία όπου δεν αρκεί ο ασθενής να **αναγνωρίσει** απλά τα συμπτώματα που μπορεί για παράδειγμα να προαναγγέλλουν μία κακοήθεια αλλά πρέπει να είναι σε θέση να τα **αξιολογήσουν** προς αυτήν την κατεύθυνση **χωρίς βέβαια να δημιουργήσουν άγχος ή φόβο** ή να οδηγήσουν σε δυσανάλογο για το σύστημα υγείας φόρτο εργασίας. Επίσης περιγράφουν ότι μερικές φορές τα συμπτώματα δεν ήταν αρκετά σοβαρά ώστε να χρειαστεί να καλέσουν ασθενοφόρο ή πίστεψαν ότι τα συμπτώματα αυτά θα υποχωρήσουν αυτόματα. Είναι ενδιαφέρον ότι στη μελέτη φάνηκε ότι οι ασθενείς που εκτιμήθηκαν αρχικά από τον γενικό γιατρό ή κάποιον **γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας** είχαν μικρότερη πιθανότητα για έγκαιρη θεραπεία, εύρημα που συμφωνεί και με τους **Mitchell et al (2008)**.



Εικόνα 2 Επίδραση της πρώτης αξιολόγησης στην καθυστέρηση

Ηλικία

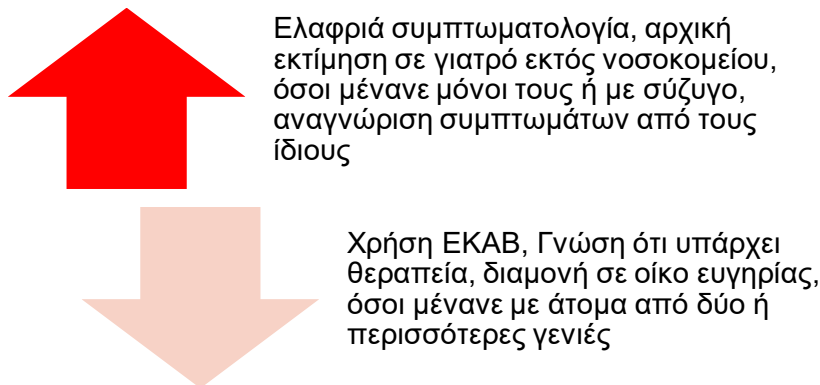
Οι **Sharobeam et al (2021)** αναφέρουν ότι η **ηλικία** ως **ανεξάρτητος** παράγοντας όπως και το να μένει ο ασθενής **μόνος** του έχουν συνδεθεί με αυξημένη καθυστέρηση στην προ-νοσοκομειακή φροντίδα.

Προνοσοκομειακή καθυστέρηση και οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο

Οι **Yanagida et al (2014)**, που μελέτησαν τους παράγοντες που συντέλεσαν στην προ-νοσοκομειακή καθυστέρηση για τους ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο, διαπίστωσαν ότι η **γνώση** ότι υπάρχει **θεραπεία** για το εγκεφαλικό καθώς και η χρήση του αντίστοιχου ΕΚΑΒ μείωσε την καθυστέρηση. Από την αντίθετη πλευρά, **πιο ελαφριά** συμπτώματα και η **επίσκεψη σε γιατρό** πριν το νοσοκομείο αύξησαν σημαντικά την καθυστέρηση.

Από την μελέτη των **Moser et al (2006)** διαπιστώθηκε ότι η **ηλικία** και το **φύλο** δεν οδήγησαν σε αυξημένη καθυστέρηση όσον αφορά το ισχαιμικό εγκεφαλικό. Συμφωνούν και με άλλες μελέτες ότι στο εγκεφαλικό επεισόδιο που εμφανίζεται με **ήπια** συμπτώματα η καθυστέρηση είναι **μεγαλύτερη**. Τα **αιμορραγικά** εγκεφαλικά φαίνεται ότι προσέρχονται **πιο γρήγορα** σε σχέση με τα ισχαιμικά εγκεφαλικά. Παράγοντες κινδύνου όπως κάπνισμα, δυσλιπιδαιμία και υπέρταση **δεν** επηρέασαν την καθυστέρηση. Η επικοινωνία με γιατρό ή με άτομο της οικογένειας αύξησε τον κίνδυνο καθυστέρησης, ενώ φαίνεται επίσης ότι αν κάποιος άλλος είναι παρών στην έναρξη των συμπτωμάτων πιθανώς να μειώσει την καθυστέρηση. Επίσης περιγράφουν ότι **δεν** επηρέασαν την καθυστέρηση η γνώση των τυπικών συμπτωμάτων του εγκεφαλικού επεισοδίου ή αν ο ασθενής πίστευε ότι τα συμπτώματα σχετίζονται με το εγκεφαλικό επεισόδιο. Αντιθέτως όταν ο ασθενής **δεν** θεωρούσε τα συμπτώματά του σοβαρά και ότι χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση αυτό σχετιζόταν με σημαντική καθυστέρηση. Μεγαλύτερη καθυστέρηση παρατήρησαν όταν η έναρξη συμπτωμάτων ήταν το **βράδυ**.

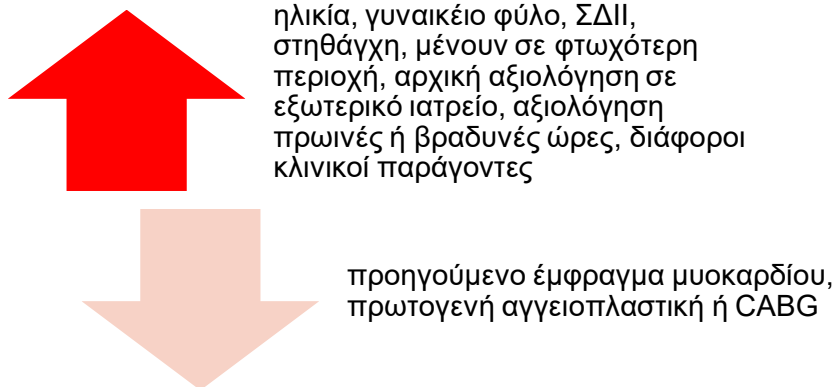
Οι ασθενείς που κατοικούσαν **μόνοι τους** είχαν περισσότερη καθυστέρηση συγκριτικά με αυτούς που διέμεναν σε οίκο ευγηρίας, ενώ και εκείνοι που έμεναν με την/τον **σύζυγό** τους είχαν **σημαντική καθυστέρηση** συγκριτικά με αυτούς που έμεναν με άτομα από δύο και περισσότερες γενιές, σε οίκο ευγηρίας ή με άλλους ανθρώπους. Επίσης η αναγνώριση των συμπτωμάτων από τους ίδιους αύξησε την καθυστέρηση συγκριτικά με το αν είχε αναγνωριστεί αρχικά από την/τον σύζυγο, την οικογένεια ή κάποιον συγγενή.



Εικόνα 3 Παράγοντες που επιδρούν στην προνοσοκομειακή καθυστέρηση στο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Συμπεράσματα από έρευνα πάνω στο οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου

Οι **Sheifer et al (2000)** αναφέρουν ότι η **ηλικία**, το γυναικείο φύλο αλλά και ο σακχαρώδης διαβήτης αύξησαν την καθυστέρηση. Χώρισαν το δείγμα των ασθενών τους με βάση την καθυστέρηση (<6 ώρες, από 6-12 και >12 ώρες). Αυτή η χρονική ταξινόμηση αντικατοπτρίζει την ανάγκη για έγκαιρη αγωγή και την διαφορά στην έκβαση ανάλογα με την καθυστέρηση, όπου μεγαλύτερη καθυστέρηση ισοδυναμεί με αυξημένη θνησιμότητα. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι λόγω των κριτηρίων αποκλεισμού τους εξαιρέθηκε κομμάτι του πληθυσμού για το οποίο δεν είχαν καταγεγραμμένη την προνοσοκομειακή καθυστέρηση και αφορούσε κυρίως ηλικιωμένους και ασθενείς που ζούσαν σε υποβαθμισμένες περιοχές. Επίσης το δείγμα τους αφορούσε κυρίως λευκούς και οι περισσότεροι είχαν διαβήτη και αρτηριακή υπέρταση. Εκείνοι που καθυστέρησαν περισσότερο από 6 ώρες ήταν πιο πιθανό να ήταν **γυναίκες, ηλικιωμένοι** και όχι λευκοί ενώ επίσης είχαν αυξημένη πιθανότητα να έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και **στηθάγχη** αλλά λιγότερη πιθανότητα να έχουν προηγούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου, πρωτογενή αγγειοπλαστική ή CABG. Επιπλέον όσοι καθυστέρησαν ήταν πιο πιθανό να μένουν σε **φτωχότερη** περιοχή, να είχαν αξιολογηθεί **αρχικά σε εξωτερικό ιατρείο** αλλά και να αξιολογούνται **πρωινές ώρες**. **Η μεγαλύτερη ηλικία και διάφοροι άλλοι κλινικοί παράγοντες (Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, ιστορικό στηθάγχης, ΧΑΠ, δυσκολία στην βάδιση, οξεία αιμορραγία) σχετίζονται ανεξάρτητα με καθυστέρηση >6 ώρες**. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι περίπου 1 στους 4 ηλικιωμένους έρχονται με καθυστέρηση >6 ώρες και αρκετοί ακόμα και μετά από 12 ώρες. Περιγράφουν ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η φυλή και το εισόδημα, με μεγαλύτερες καθυστερήσεις στους έγχρωμους και σε εκείνους με χαμηλότερο εισόδημα. Όσοι είχαν συμπτώματα **αργά** το βράδυ δίσταζαν να μεταφερθούν στο εφημερεύον νοσοκομείο για εκτίμηση και συνεπώς παρατηρήθηκε καθυστέρηση και σε αυτούς.



Εικόνα 4. Παράγοντες που επιδρούν στην προνοσοκομειακή καθυστέρηση στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Διαχωρισμός παραγόντων που αυξάνουν και μειώνουν την προνοσοκομειακή καθυστέρηση. Έμφαση στο γυναικείο φύλο και στην ηλικία.

Οι **Nguyen et al (2010)** δημοσίευσαν μία συστηματική ανασκόπηση για τις διαφορές στην προνοσοκομειακή καθυστέρηση για οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, στην οποία προέκυψε ότι μεγαλύτερη καθυστέρηση είχαν οι **γυναίκες** αλλά και οι **ηλικιωμένοι**. Τα ίδια αποτελέσματα προέκυψαν ακόμα και όταν ελέγχθηκαν αυτοί που είχαν καθυστερήσει πάνω από 6 ώρες, καθώς και πάλι οι ηλικιωμένοι καθυστερούσαν περισσότερο από ότι οι νέοι. Μάλιστα σημειώνουν ότι και σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε βάθος 20 χρόνων, οι καθυστερήσεις σε ποσοστά νέων και ηλικιωμένων παρέμειναν ίδιες. Παράγοντες που **αύξησαν το χρόνο καθυστέρησης** ήταν:

- a) Εθνικότητα
- b) Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- c) Ιστορικό στηθάγχης
- d) Αρχική εκτίμηση από εξωτερικό ιατρό
- e) Σακχαρώδης διαβήτης
- f) Αρτηριακή υπέρταση
- g) Συμβουλές από σύζυγο/συγγενικό πρόσωπο
- h) Όταν ανέλαβαν μόνοι τους την θεραπεία
- i) Περίμεναν ότι τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν
- j) Συμπτώματα που δεν είχαν σταθερό χαρακτήρα
- k) Δεν θεώρησαν τα συμπτώματα τους σοβαρά
- l) Άγχος για τα συμπτώματά τους
- m) Ελλιπής γνώση για την συμπτωματολογία σε ένα οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου

Αντιθέτως οι παρακάτω παράγοντες **μείωσαν τον χρόνο καθυστέρησης**:

- a) Ιδιωτική ασφάλεια

- b) Ιστορικό με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
- c) Αιφνίδια και έντονη θωρακαλγία
- d) Συμπτώματα απογευματινές ώρες
- e) Κλήση ΕΚΑΒ
- f) Στα συμπτώματα και στα σημεία να συγκαταλέγονται το σοκ, η εφίδρωση
- g) Αναγνώριση από τον ασθενή ότι πρόκειται για καρδιακό συμβάν

Οι συγγραφείς σημειώνουν ότι για τους **άνδρες η ηλικία δεν** έχει τόσο μεγάλη σημασία στην καθυστέρηση ενώ για τις **γυναίκες** οι παράγοντες που συντέλεσαν στην καθυστέρηση ήταν η **ηλικία**, αν **έμεναν μόνες** τους, αν είχαν **ιστορικό εμφράγματος**, ή αν ήταν **μόνες** τους όταν άρχισαν τα συμπτώματα και **δεν** ήθελαν να **ενοχλήσουν** κανέναν. Επίσης εξηγούν ότι οι γυναίκες παθαίνουν έμφραγμα σε **μεγαλύτερη** ηλικία που είναι σημαντικός παράγοντας καθυστέρησης οπότε και γι' αυτό οι γυναίκες καθυστερούν περισσότερο. Έπειτα οι γυναίκες εμφάνισαν **άτυπα** συμπτώματα πιο συχνά, θεώρησαν το έμφραγμα μυοκαρδίου κυρίως **νόσος των ανδρών**, επικοινωνήσαν πιο πολύ με τον **οικογενειακό** τους ιατρό, είχαν **περισσότερες συννοσηρότητες** και προσπαθούσαν περισσότερο **μόνες τους να βρουν την θεραπεία**.

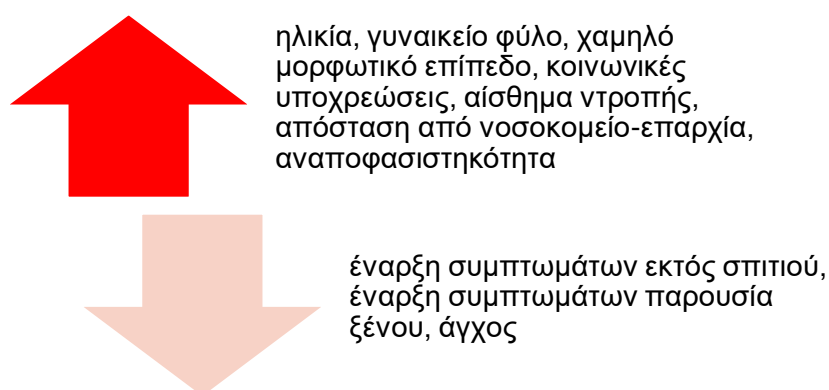
Όσον αφορά την ηλικία, οι **ηλικιωμένοι** ασθενείς καθυστέρησαν περισσότερο καθώς έχουν πιο συχνά **άτυπη** συμπτωματολογία, έχουν **συννοσηρότητες** (Που οι ίδιοι σύνδεσαν με καθυστέρηση) ενώ αναφέρουν και ότι συνήθως οι **ηλικιωμένοι** έχουν περιορισμένη **πρόσβαση** στην υγεία, παρουσιάζουν **άρνηση και ντροπή**, μένουν **μόνοι** τους ή αδυνατούν να **αναγνωρίσουν** τα συμπτώματα και να τα **αξιολογήσουν** σωστά.

Σύγκριση συμμετοχής των παραγόντων σε διαφορετικές ασθένειες. Σημασία των γνωστικών μεταβλητών αλλά και των συναισθημάτων.

Σε αντίθεση με την μελέτη των **Nguyen et al (2010)** στην μελέτη των **Moser et al (2006)** φαίνεται ότι οι ασθενείς με **παλαιότερο έμφραγμα μυοκαρδίου** είτε δεν είχαν διαφορά είτε παρουσίασαν περισσότερη καθυστέρηση ενώ οι δύο μελέτες συμφωνούν ότι οι ασθενείς με **στηθάγχη** καθυστέρησαν περισσότερο. Προσθέτουν ότι γενικώς ο διαβήτης, η υπέρταση, η υψηλή χοληστερόλη καθώς και συμπεριφορές υψηλού κινδύνου όπως το κάπνισμα αυξάνουν επίσης την καθυστέρηση. Το ιστορικό **παροδικού ισχαιμικού εγκεφαλικού ή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου** μείωσε την προνοσοκομειακή καθυστέρηση.

Από την μελέτη των **Moser et al (2006)** επίσης προκύπτει ότι για το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο οι **ηλικιωμένοι**, το **γυναικείο** φύλο και το **χαμηλό μορφωτικό** επίπεδο αυξάνουν την καθυστέρηση. Οι συγγραφείς τονίζουν επίσης ότι δεν έχουμε μελετήσει επαρκώς πόσο συμμετέχουν στην καθυστέρηση μεταβλητές όπως το **συναίσθημα** (emotional variables) αλλά και οι γνωσιακές μεταβλητές. Επίσης πρέπει να υπολογίζουμε πάντα και τις **κοινωνικές υποχρεώσεις** και ότι ο ασθενής μπορεί ενίοτε να καθυστερήσει στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας γιατί τον

δεσμεύει μία τέτοια υποχρέωση. Το **αίσθημα της ντροπής** επίσης συμβάλει σημαντικά στην καθυστέρηση. Εκείνοι που είχαν συμπτώματα και βρίσκονταν **εκτός σπιτιού** είχαν λιγότερη καθυστέρηση και όπως είναι αναμενόμενο εκείνοι που βρίσκονταν **μακριά από νοσοκομεία** ή έμεναν στην επαρχία είχαν χειρότερους χρόνους. Αν κάποιος είναι **μόνος** του την στιγμή των συμπτωμάτων ή αν μένει μόνος του επίσης παρουσιάζει καθυστέρηση. Την πιο γρήγορη ανταπόκριση την βλέπουμε όταν κάποιος είναι με κάποιον **συνάδελφο** ή με κάποιον που **δεν είναι όμως συγγενής**. Συγγενείς και ειδικά ο σύντροφος συμβάλουν περισσότερο στην καθυστέρηση. Σε αυτήν την μελέτη το **άγχος** φάνηκε ότι μειώνει την καθυστέρηση. Αναφέρουν επίσης ότι για οι λίγες μελέτες της **άρνησης** σαν πιθανό παράγοντα καθυστέρησης, δεν έχουν καταλήξει σε κάποια συσχέτιση ενώ προσθέτουν ότι θα ήταν πιο σωστό να μελετήσουμε κατά πόσο συμμετέχει η **αναποφασιστικότητα**. Η αναποφασιστικότητα οδηγεί τον ασθενή στο να χρησιμοποιήσει περισσότερο χρόνο ώστε να αντλήσει περισσότερες πληροφορίες (να του θυμίσει καλύτερα την τυπική εικόνα εμφράγματος με οξύ θωρακικό άλγος) και έπειτα να πάρει την απόφαση να επισκεφθεί επαγγελματία υγείας αυξάνοντας έτσι σημαντικά τον χρόνο καθυστέρησης.



Εικόνα 5. Επίδραση κοινωνικών και συναισθηματικών παραγόντων στην καθυστέρηση

Σημασία του πόνου και της ακέραιης σκέψης του ασθενούς

Οι **Moser et al (2006)** αναφέρουν ότι υπάρχουν διαφορές στην καθυστέρηση στο εγκεφαλικό επεισόδιο σε σχέση με το έμφραγμα μυοκαρδίου και σημειώνουν ότι σημαντικό ρόλο παίζει ο πόνος στο έμφραγμα καθώς ο **πόνος** παρακινεί τον ασθενή να βρει θεραπεία. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει και το γεγονός ότι στο εγκεφαλικό επηρεάζεται η ικανότητα του ασθενούς να **δράσει σωστά**. Αυτό επιβεβαιώνεται καθώς όταν ο ασθενής με εγκεφαλικό είναι μόνος του καθυστερεί περισσότερο.

Παράγοντες καθυστέρησης σε έρευνα που μελέτησε την θωρακαλγία. Χρόνος απόφασης (Decision time) -εγγραματοσύνη

Σε μελέτη των παραγόντων που συντελούν στην προνοσοκομειακή καθυστέρηση σε ασθενείς με θωρακαλγία (**Wechkunanukul et al, 2017**) παρατηρήθηκε ότι μεγαλύτερη

καθυστέρηση είχαν οι **ηλικιωμένοι**, οι **γυναίκες**, ιστορικό **χρονίου νοσημάτος** και το **ιστορικό παλαιότερου εμφράγματος**, ενώ επίσης σημαντικό ρόλο έπαιξε η δυσκολία στην **σωστή αξιολόγηση** των συμπτωμάτων τους αλλά και η **άτυπη** συμπτωματολογία, η απουσία δεύτερου ατόμου που θα ήταν παρόν κατά το επεισόδιο και η απόφαση να μην κληθεί το ΕΚΑΒ. Όρισαν τον χρόνο «απόφασης» (**Decision time**) ως τον χρόνο από την έναρξη συμπτωμάτων έως και τη στιγμή που ξεκινούν για το Τμήμα Επειγόντων ή τη στιγμή φθάνουν σε αυτό. Προκύπτει λοιπόν ότι **πολύ σημαντικό κομμάτι** της συνολικής προνοσοκομειακής καθυστέρησης έχει αυτός ο χρόνος «απόφασης». Επίσης η μελέτη των **Wechkunanukul et al**, συμφωνεί με τα δεδομένα της μελέτης των **Nguyen et al (2010)** που θέλουν τους **ηλικιωμένους** και τις **γυναίκες** να καθυστερούν περισσότερο. Προσθέτουν ότι εκείνοι με **χαμηλή κοινωνικο-οικονομική** κατάσταση επίσης καθυστερούν περισσότερο πιθανώς λόγω χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και οικονομικών δυσκολιών ενώ θίγουν και την **εγγραματοσύνη** σε θέματα υγείας σαν σημαντικό παράγοντα.

Υγιής πληθυσμός

Αξίζει να σημειωθεί η έρευνα των **Conan et al (2017)** οι οποίοι μελέτησαν υγιή πληθυσμό, άνω των 50 από διάφορες χώρες με ερωτηματολόγιο από υπολογιστή και τους έθεσαν κλινικά συμπτώματα για τα οποία έπρεπε να απαντήσουν πόσο χρόνο θα χρειαζόντουσαν ώστε να αξιολογήσουν τα συμπτώματά τους από γιατρό. Στην ανάλυση τους βρίσκουν συσχέτιση ανάμεσα στην νεαρή ηλικία και την καθυστέρηση στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων, μάλιστα όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία τόσο πιο **γρήγορα** θα ζητούσαν εκτίμηση από γιατρό. επίσης, όπως είναι και το αναμενόμενο, όσοι έβρισκαν **εμπόδια** όπως για παράδειγμα εκείνοι που θεωρούσαν ότι θα σπαταλούσαν τον χρόνο του γιατρού ή που φοβόντουσαν για τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση, απάντησαν ότι θα καθυστερούσαν περισσότερο. Οι συγγραφείς προσθέτουν ότι είναι σημαντικό ο ασθενής να μπορεί να **αξιολογήσει σωστά** τα συμπτώματά του ειδικά όταν αυτά δεν είναι τυπικά και μάλιστα έχουν αόριστο χαρακτήρα όπως είναι για παράδειγμα ο τυμπανισμός.

Φόβος

Στην μελέτη των **Mitchell et al (2008)** γίνεται ειδική αναφορά για τον **φόβο** που συνήθως οδηγεί σε παράδοξη **αύξηση** στην καθυστέρηση.

Και από την μελέτη των **Arrebola-Moreno et al (2020)** συμπεραίνεται ότι οι ασθενείς που είχαν **άγχος** για τα συμπτώματά τους, που αξιολόγησαν τα συμπτώματά τους ως **σοβαρά** ή που απέδωσαν τα συμπτώματά τους σε **καρδιακό συμβάν** (μελετώντας την προνοσοκομειακή καθυστέρηση για το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο) είχαν λιγότερη καθυστέρηση. Επίσης αναφέρουν ότι για εκείνους που είχαν **φόβο** από τα συμπτώματά τους η καθυστέρηση ήταν λιγότερη (σε αντίθεση με την μελέτη Mitchell et al που παραθέτουμε παραπάνω). Περιγράφουν ότι τα δεδομένα δεν είναι αρκετά ώστε να οδηγήσουν σε ένα συμπέρασμα σχετικά με την σχέση που υπάρχει μεταξύ **φόβου** από τις πιθανές συνέπειες μιας ασθένειας και την προνοσοκομειακή καθυστέρηση. Το ίδιο

βρήκαν ότι ισχύει και για άλλους παράγοντες όπως γνώση των συμπτωμάτων, ανησυχία να μην ενοχλήσουν ή ντροπή αν απασχολήσουν άλλον. Για τον φόβο αναφέρουν μάλιστα ότι τα στοιχεία από την μία υποστηρίζουν ότι ο φόβος **κινητοποιεί** τον ασθενή και μειώνει τον χρόνο αναζήτησης βοήθειας ενώ από την άλλη ο φόβος μπορεί να οδηγήσει στην **άρνηση** και στην επιθυμία του ασθενούς να θέλει να αποφύγει να αντιμετωπίσει τις συνέπειες μίας ασθένειας. Προσθέτουν στα σχόλια μία σημαντική παράμετρο, ότι η μελέτη τους δεν έχει συμπεριλάβει εκείνους που **δεν επιβίωσαν** και που συνεπώς είναι και η πιο ευάλωτη ομάδα (καθυστέρησαν πολύ και δεν επιβίωσαν). Περιγράφουν επίσης ότι στις χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής που ο ασθενής δρα **πιο ανεξάρτητα** εντοπίζουμε διαφορά συγκριτικά με χώρες τις Αφρικής και της Ασίας όπου ο ασθενής έχει άλλους δεσμούς με τον περίγυρό του και είναι πιο πιθανό να παραμείνει στην εκάστοτε κοινωνική του θέση και να αγνοήσει συμπτώματα που στην πρώτη περίπτωση θα έφερναν τον ασθενή στο νοσοκομείο πιο άμεσα. Έτσι σε αυτές τις χώρες το **άγχος** και η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων ως σοβαρά ή μη, **δεν** έχουν την ίδια βαρύτητα.

Άγχος και άλλοι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες

Οι **Nosarti et al (2000)** οι οποίοι μελέτησαν την καθυστέρηση στην παραπομπή σε ιατρείο μαστού σε συμπτωματικές γυναίκες, όρισαν τις 4 εβδομάδες ως **μεγάλη καθυστέρηση**. Οι κύριοι παράγοντες που οδηγούν σε καθυστέρηση πάνω από 4 εβδομάδες είναι αν οι ασθενείς είχαν **προτίμηση** να εξεταστούν από γυναίκα ιατρό ή αν είχαν επισκεφτεί ήδη μία φορά τον γιατρό πρόσφατα και δεν ήθελαν να τον απασχολήσουν και πάλι με κάποιο τους νέο σύμπτωμα. Σε αυτήν την μελέτη οι συγγραφείς καταλήγουν ότι όταν η τελική διάγνωση ήταν όντως καρκίνος, οι λόγοι καθυστέρησης ήταν περισσότερο **ψυχολογικοί**, όπως το στρες.

Σύμφωνα με τους **McKinley et al (2000)** και στα δύο δείγματα (από Βόρεια Αμερική και Αυστραλία) που μελέτησαν, φάνηκε ότι καθυστερούν περισσότερο εκείνοι που είχαν **χαμηλότερο εισόδημα**, σακχαρώδη διαβήτη, έναρξη συμπτωμάτων στο **σπίτι**, αξιολόγησαν ότι τα συμπτώματα **δεν είναι σοβαρά**, περίμεναν ότι τα συμπτώματα θα περάσουν, **ανησύχησαν** ότι θα ενοχλήσουν τους άλλους ή **ντρέπονταν** να απασχολήσουν άλλους. Για την Αυστραλία προσθέτουν ότι στην καθυστέρηση έπαιξε ρόλο και το **μορφωτικό επίπεδο**. Φάνηκε από την μελέτη τους ότι για τους Αυστραλιανούς εκείνοι που ντρέπονταν να **απασχολήσουν** άλλους οδήγησαν σε μεγαλύτερη καθυστέρηση ενώ για τους κατοίκους Βόρειας Αμερικής καθυστέρησαν εκείνοι που ντρέπονταν για τις **συνέπειες**. Αυτή η σημαντική διαφορά που θίγουν για τους Αυστραλιανούς ισχύει και για την δημόσια υγεία στην Ελλάδα που είναι δωρεάν. Έτσι μετατοπίζεται το βάρος που έχουν οι ασθενείς στο να μην απασχολήσουν τους άλλους ενώ για τους Αμερικανούς η ανησυχία για τις συνέπειες και στο κόστος μίας νοσηλείας τους οδηγεί στην αύξηση της καθυστέρησης.

Στην παραπάνω έρευνα προσθέτουν ότι το να **γνωρίζει** κάποιος την **φύση** και την **βαρύτητα** των συμπτωμάτων **καρδιακής αιτιολογίας** είναι σημαντικός παράγοντας καθυστέρησης. Παρά το γεγονός ότι κάποιος είχε περάσει οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου ή

είχε ιστορικό στηθάγχης και συνεπώς τα συμπτώματα του ήταν γνώριμα **δεν** επισκέφθηκε πιο γρήγορα το νοσοκομείο. Αυτή η αντίδραση είναι συμβατή με μία αυτόματη συναισθηματική αντίδραση που παρακάμπτει την λογική αξιολόγηση της κατάστασης και οδηγεί αναπόφευκτα στην καθυστέρηση. Αναφέρονται στον **Alonzo et al (2000)** που αποδίδει αυτήν την συναισθηματική αντίδραση σε μία κατάσταση επαναλαμβανόμενου «τραύματος» από τα προηγούμενα εμφράγματα μυοκαρδίου και άλλων καρδιαγγειακών νοσημάτων σαν μια μορφή μετατραυματικού στρες. Πρέπει λοιπόν να δοθεί σημασία στην αντιμετώπιση αυτής της αυτοματοποιημένης συναισθηματικής αντίδρασης και να μάθει ο ασθενής και ειδικά εκείνος με παράγοντες κινδύνου να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα του με μία λογική σειρά που θα υπερνικήσει τον φόβο και την ντροπή που ενδεχομένως θα του γεννήσουν και να αναμένει τα οφέλη από μία έγκαιρη εκτίμηση στο νοσοκομείο.

Από μελέτη στην Κίνα (**Li 2018**) όπου έλεγξαν την καθυστέρηση σε σχέση με την σκωληκοειδίτιδα παρατήρησαν ότι εκείνοι που καθυστέρησαν περισσότερο ήταν εκείνοι που ζούσαν μόνοι τους ή που ήταν πάνω από 60 χρονών ενώ αναφέρουν ότι εκείνοι που είχαν γνωστούς με ιστορικό σκωληκοειδίτιδας και άρα ενημερώθηκαν για την σοβαρότητα της κατάστασης ή εκείνοι που πονούσαν πολύ προσήλθαν νωρίτερα. Επίσης προσθέτουν ένα σημαντικό σημείο για την προνοσοκομειακή καθυστέρηση που είναι ο ρόλος της προσωπικότητας των ασθενών στην καθυστέρηση και αναφέρουν ότι η εσωστρέφεια και η απουσία κοινωνικής στήριξης επηρέασαν σημαντικά την καθυστέρηση αυξάνοντάς την.

Ποια είναι τα δεδομένα κατά την πανδημία SARS-CoV2?

Μεταφορά στο νοσοκομείο

Στη μελέτη **Moser et al (2006)** για την εποχή προ κορωνοϊού περιγράφεται ότι η μεταφορά στο νοσοκομείο παίρνει πολύ λίγο χρόνο αλλά και ότι η θεραπεία για τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα/αγγειακά εγκεφαλικά εντός νοσοκομείου δεν καθυστερεί. Συνεπώς το μεγαλύτερο μέρος της καθυστέρησης έγκειται στην προνοσοκομειακή φάση που δεν αφορά την μεταφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο. Όσον αφορά την πανδημία COVID 19 από τη μελέτη **Wu et al (2020)** μαθαίνουμε όπως είναι και αναμενόμενο ότι κατά την περίοδο της πανδημίας λόγω λιγότερης συμφόρησης στους δρόμους ο χρόνος μεταφοράς του ασθενούς στο νοσοκομείο μειώθηκε ενώ αυξήθηκε η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση εντός νοσοκομείου λόγω των μέτρων που επιβάλλει η πανδημία.

Στη μελέτη **Moser et al (2006)** αναφέρεται ότι ενώ γενικά η ενδονοσοκομειακή καθυστέρηση αφορά μικρό κομμάτι της συνολικής καθυστέρησης στην αντιμετώπιση του ασθενούς μπορεί κατά την πανδημία SARS-CoV2 να αποτελεί μεγαλύτερο και σημαντικότερο ποσοστό της συνολικής καθυστέρησης.

Υπερβάλλουσα θνησιμότητα- έρευνα CDC

Το αμερικανικό **Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών** (CDC- Center for DiseaseControl and Prevention) σε μια εβδομαδιαία αναφορά του Ιουνίου 2020 αναφέρει ότι σε περιόδους έξαρσης του ιού SARS-CoV 2 παρεμποδίστηκε η παροχή μη επείγουσας ιατρικής φροντίδας με αποτέλεσμα και να αυξηθεί η καθυστέρηση στην αξιολόγηση και να αυξηθεί η θνητότητα και η θνησιμότητα από ασθένειες για τις οποίες υπό κανονικές συνθήκες παρέχουμε και πρόληψη και διάγνωση, ώστε οι **επιπλέον θάνατοι** που παρατηρήθηκαν κατά την πανδημία COVID 19 να οφείλονται τελικά σε αυτό. Συγκεκριμένα διεξήγαγαν μία έρευνα σε ενήλικες άνω των 18 χρονών διαδικτυακά για να μετρήσουν την καθυστέρηση στην αξιολόγηση για επείγοντα αλλά και για μη επείγοντα προβλήματα. Διαπίστωσαν λοιπόν ότι μεγαλύτερη καθυστέρηση είχαν εκείνοι που είχαν **περισσότερα από δύο προβλήματα** υγείας (παχυσαρκία, διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, καρδιαγγειακή νόσος, καρκίνος) ή που αντιμετώπιζαν κάποια **αναπηρία**. Σαν αναπηρία καταχωρήθηκε η αντίστοιχη απάντηση στην ερώτηση «Υπάρχει κάποια σωματική, ψυχική ή συναισθηματική κατάσταση η οποία μπορεί να περιορίσει τις δραστηριότητές σας» και «Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας που σας αναγκάζει να χρησιμοποιείτε ειδικό εξοπλισμό όπως μπάστούνι, αναπηρική καρέκλα, ειδική κλίνη ή ειδικό τηλέφωνο;» Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντιδιαστολή με τη μελέτη των **Mitchell et al (2008)** στην οποία οι συννοσηρότητες οδήγησαν σε μειωμένη καθυστέρηση στην αξιολόγηση των ασθενών στην εποχή προ κορωνοϊού. Φαίνεται επίσης ότι στην περίοδο της πανδημίας επειδή ο **κίνδυνος βαριάς νόσησης** συνδέεται με συννοσηρότητες οι ασθενείς απέφευγαν την όποια επαφή με το σύστημα υγείας για να μην μολυνθούν **αυξάνοντας** έτσι την καθυστέρηση στην αξιολόγηση. Οι συγγραφείς σημειώνουν βέβαια ότι για την υποομάδα των ασθενών που είναι **πάνω από 65 χρονών** η καθυστέρηση για όποια ανάγκη (επείγουσας αξιολόγησης ή αξιολόγηση ρουτίνας) ήταν **μικρότερη** συγκριτικά με αυτή σε μικρότερες ηλικίες.

Καθυστέρηση σε χειρουργικά περιστατικά-φόβος

Από τη μελέτη των **Turanli et al (2021)** δεν διαπιστώθηκε μεγαλύτερος αριθμός διάτρησης σκωληκοειδούς απόφουσης σε οξεία σκωληκοειδίτιδα κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID 19. Αντίθετα, οι **Fisher et al (2021)** παρατήρησαν ότι συγκριτικά με την περίοδο προ της πανδημίας τα ποσοστά των ασθενών (ηλικία <18 ετών) με διάτρηση σκωληκοειδούς απόφουσης ήταν μεγαλύτερα και αποδίδουν αυτήν την εικόνα στην προνοσοκομειακή καθυστέρηση λόγω του **φόβου νόσησης** από τον ιό SARS-CoV2.

Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

Οι **Wu et al (2020)** οι οποίοι μελέτησαν την προνοσοκομειακή καθυστέρηση στους ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID 19, παρατήρησαν ότι πράγματι οι εισαγωγές εκείνη την περίοδο ήταν αισθητά μειωμένες έως και στο μισό. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την διάρκεια του lockdown, όταν τα κρούσματα κορωνοϊού μειώθηκαν, οι εισαγωγές στα νοσοκομεία με ασθενείς που είχαν

εγκεφαλικό επεισόδιο αυξήθηκαν και πάλι. Έτσι παρατήρησαν ότι πράγματι όσο μειωμένα ήταν τα κρούσματα τόσο πιο εύκολη πρόσβαση είχαν οι ασθενείς με εγκεφαλικά επεισόδια στο νοσοκομείο. Από την άλλη **δεν** παρατήρησαν αλλαγές στα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που εισήχθησαν στο νοσοκομείο την μία ή την άλλη χρονική περίοδο (μέσος όρος ηλικίας, φύλο). Επίσης κατά την περίοδο της πανδημίας το ποσοστό των περιστατικών που αξιολόγησαν και νοσούσε **βαριά** ήταν μεγαλύτερο συγκριτικά με περιόδους που δεν είχαν πανδημία. Συνεπώς τα περιστατικά που δεν έφθαναν στο νοσοκομείο, ο αντίκτυπος δηλαδή της πανδημίας, αντιστοιχούν σε εκείνα τα περιστατικά που είχαν ήπια συμπτώματα και νοσούσαν λιγότερο. Οι ερευνητές αναφέρουν για μία παρόμοια κατάσταση μείωσης εισαγωγών και σε επεισόδια στεφανιαίου συνδρόμου.

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Αξίζει να σημειωθεί και η μελέτη των **Karagoz et al (2021)** οι οποίοι εξέτασαν τον φόβο μόλυνσης-ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Contamination-obsessive compulsive disorder) και καταλήγουν ότι αυτός ο παράγοντας αύξησε την προνοσοκομειακή καθυστέρηση ενώ το άγχος και η κατάθλιψη στο δικό τους δείγμα **δεν** συσχετίστηκε με αυξημένη/μειωμένη καθυστέρηση.

COVID 19- συσχέτιση με την ηλικία

Σύμφωνα με την μελέτη των **Velila-Alonso et al (2021)** παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μείωση εισαγωγών σε αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια στους ηλικιωμένους ασθενείς κατά την πανδημία COVID19 συγκριτικά με την εποχή πριν την πανδημία. Θίγουν επίσης ότι βάσει των δικών τους μετρήσεων **δεν** παρατήρησαν καθυστέρηση στην θεραπεία όταν ο ασθενής είχε φτάσει στο κέντρο τους αλλά η καθυστέρηση εντοπίστηκε και εκεί στην **προνοσοκομειακή φάση**. Απέδωσαν την συγκεκριμένη καθυστέρηση στον φόβο για τον SARS-CoV-2, στον κοινωνικό αποκλεισμό, στην απομόνωση που παρατηρήθηκε μεταξύ των μελών της οικογένειας που καθυστερεί στην έγκαιρη διαπίστωση ότι ο ηλικιωμένος ασθενής νοσεί, ενώ αναφέρουν ότι σημαντικό ρόλο έπαιξε και ο μεγάλος φόρτος στο ΕΚΑΒ από ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα αλλά και στα πρωτόκολλα διαλογής ασθενών λόγω της πανδημίας.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να απαντήσει στο ερώτημα ποιοι παράγοντες σχετίζονται με καθυστέρηση στην προσέλευση ατόμων άνω των 65 χρόνων στην τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στα πλαίσια της πανδημίας COVID-19.

Πιθανοί παράγοντες καθυστερημένης προσέλευσης που θα διερευνηθούν

- Ηλικία
- Φύλο
- Τόπος κατοικίας (απόσταση από το νοσοκομείο;)
- Οικογενειακή κατάσταση
- Εθνικότητα
- Θρήσκευμα
- Μοναχική διαβίωση
- Ποιος παίρνει τις αποφάσεις για την υγεία του ασθενούς
- Επίδραση άλλου προσώπου στην καθυστέρηση
- Επίπεδο εκπαίδευσης
- Οικονομική κατάσταση
- Πρόσβαση στο νοσοκομείο
- Μέσο μετακίνησης
- Προηγούμενη εξέταση από ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Προηγούμενη (αρνητική;) εμπειρία με γιατρούς
- Φόβος για μόλυνση από SARS-CoV-2
- Φόβος νοσοκομείων/συστήματος υγείας
- Ευπάθεια: χρήση κλίμακας Clinical Frailty Scale.
- Ύπαρξη συννοσηροτήτων: καταγραφή αριθμού συννοσηροτήτων, Charlson Comorbidity Index,
- ADL(IADL)

Αναμενόμενα αποτελέσματα και χρησιμότητα της μελέτης

Οι παράγοντες καθυστέρησης νοσοκομειακής προσέλευσης στους άνω των 65 παραμένουν σημαντικό πεδίο διερεύνησης καθώς επηρεάζουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα της μελέτης μας είναι η ανάδειξη όποιων συσχετισμών υπάρχουν μεταξύ της καθυστέρησης στη νοσοκομειακή περίθαλψη και των παρακάτω παραγόντων: δημογραφικά στοιχεία, λειτουργική κατάσταση, ευπάθεια, φόβος, κοινωνικές πιέσεις. Έχοντας διευκρινίσει αυτούς τους παράγοντες μπορούμε να επιδράσουμε σε αυτούς με ανάλογη διαμόρφωση της στρατηγικής της δημόσιας υγείας (ενημέρωση μέσω διαδικτύου, μέσων ενημέρωσης) ώστε να μειώσουμε την καθυστέρηση στην έγκαιρη αξιολόγηση των ασθενών. Σε δεύτερο χρόνο και μόλις η πανδημία έχει αντιμετωπιστεί μπορεί να επαναληφθεί η συγκεκριμένη έρευνα και να συγκριθούν τα αποτελέσματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός της μελέτης

Για την περιγραφική αυτή μελέτη επιλέχθηκε το μοντέλο **συγχρονικής μελέτης**, που έχει κριθεί κατάλληλο για την εδραίωση προκαταρκτικών ευρημάτων **Wang and Cheng et al (2020)**. Με τον τρόπο αυτό η έκθεση (σε κάποιο παράγοντα) και η έκβαση (πχ ασθένεια) μετρούνται στο ίδιο σημείο στο χρόνο.

Η μελέτη διεξήχθη στην Α' Παθολογική Κλινική του ΓΝΑ «Λαϊκό από τον Ιούλιο 2021 μέχρι και τον Οκτώβριο 2021.

Μέθοδος δειγματοληψίας

Στη μελέτη αυτή ακολουθήθηκε η προσέγγιση της “**δειγματοληψίας ευκολίας**” που χρησιμοποιείται συχνά σε κλινικές έρευνες **Elfil&Negida et al (2017)**. Στη μέθοδο αυτή τα περιστατικά επιλέγονται βάσει την ευκολία της πρόσβασης που έχει ο ερευνητής σε αυτά (π χ. ο ιατρός σε νοσοκομείο, ο φοιτητής σε πανεπιστημιακούς φοιτητές και καθηγητές κτλ). Στην προκειμένη μελέτη οι συμμετέχοντες επιστρατεύτηκαν από τον ιατρό (μεταπτυχιακό φοιτητή) και τα περιστατικά επιλέχθηκαν από το χώρο εργασίας του. Η ομοιογένεια στην επιλογή του πληθυσμού μπορεί να επιφέρει πιο αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα από τη μελέτη μη ομοιογενών ομάδων πληθυσμού **Jager et al.(2017)**. Στη συγκεκριμένη μελέτη αυτό επιτεύχθηκε μέσα από τη συλλογή δεδομένων σε συμμετέχοντες άνω των 65 και με συγκεκριμένα κριτήρια συμμετοχής.

Η συλλογή δεδομένων γινόταν σε τυχαίες ημέρες κατά τις απογευματινές ώρες από ιατρό (ειδικότητας). Η επιλογή των ασθενών έγινε από διαθέσιμα αρχεία εισαχθέντων στην Α' Παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Λαϊκό μεταξύ 07/2021 έως και 10/2021 και επιλέχθηκαν συνολικά 35 ασθενείς.

Στο Παράρτημα II-B Εφημερίες μπορεί κάποιος να δει πόσοι ασθενείς αξιολογήθηκαν ανά εφημερία με λεπτομέρεια.

Κριτήρια ένταξης

1. Εισαγωγή στην Α' Παθολογική Κλινική από το Τμήμα Επειγόντων
2. Ηλικία >65 ετών
3. Έγγραφη συγκατάθεση του ασθενούς για τη συμμετοχή στη μελέτη

Κριτήρια αποκλεισμού

1. Ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για κοινωνικούς λόγους
2. Ασθενείς που αποσύρθηκαν από την μελέτη
3. Ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για ανακουφιστική φροντίδα
4. Ασθενείς που εισήχθησαν προγραμματισμένα
5. Ασθενείς που αδυνατούσαν να ολοκληρώσουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους

Τονίζεται ότι δεν μελετήσαμε την καθυστέρηση στην διάγνωση και την θεραπεία αφού γίνει η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο μας και δεν μελετήσαμε την καθυστέρηση που αφορά την μεταφορά του ασθενούς με ΕΚΑΒ στο νοσοκομείο.

Κλίμακες αξιολόγησης

Στη διερεύνηση συμπεριληφθήκαν οι κλίμακες αξιολόγησης λειτουργικότητας και ευθραυστότητας

1. Clinical Frailty scale
2. Instrumental activities of daily living (IADL)
3. Activities of daily living (ADL)
4. Charlson Comorbidity Index (CCI)

Μεθοδολογία σχεδιασμού του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από:

Μέρος Α το οποίο αφορά πληροφορίες σχετικά με την συμπτωματολογία της νόσου που έφερε τον ασθενή στο νοσοκομείο.

Μέρος Β στο οποίο αντλούνται πληροφορίες σχετικά με:

- Δημογραφικά δεδομένα 1-11
- Προηγούμενη εμπειρία με γιατρούς ερώτηση 12
- Αποφάσεις και κοινωνική πίεση ερωτήσεις 13-15
- Οικονομική κατάσταση ερώτηση 16
- Φόβος για COVID 19 ερωτήσεις 17-18
- Απόψεις σχετικά με το νοσοκομείο 19-23

Μέρος Γ στο οποίο ο γιατρός συμπληρώνει την ημέρα εισαγωγής, μία κλίμακα ευπάθειας, η τελική διάγνωση και θα αναγράφεται το σύνολο των νοσημάτων του ασθενούς. Έτσι θα προσδιοριστεί το χρονικό πλαίσιο άφιξης από την εκδήλωση των συμπτωμάτων.

Η επιλογή των στοιχείων του κάθε παράγοντα έγινε βάσει βιβλιογραφικής έρευνας.

Η διερεύνηση του νοσοκομειακά συσχετιζόμενου φόβου για COVID-19, στηρίχθηκε στη βιβλιογραφική έρευνα από την οποία αντλήθηκαν στοχευμένες ερωτήσεις. Τα σχετικά διαθέσιμα ή/και σταθμισμένα εργαλεία για τη διερεύνηση του φόβου σχετικού με COVID-19 και με νοσοκομεία- Fear of Covid scale (**Ahorsu et al., 2020**) σταθμισμένο στα Ελληνικά (**Tsipropoulou et al. 2020**) και Fear of Hospitalization (**Jankovic et al, 2018**) δεν κρίθηκαν κατάλληλα για την άντληση των συγκρίσεων για 2 λόγους: Πρώτον ήταν μεγαλύτερου μεγέθους (αριθμού ερωτήσεων) και εν συνεχεία θα απαιτούσαν περισσότερο χρόνο διεξαγωγής του ερωτηματολογίου και δεύτερον κάποιες ερωτήσεις

κρίθηκαν ακατάλληλες για τη συγκεκριμένη μελέτη (πχ. Η ερώτηση «Φοβάμαι μήπως χάσω τη ζωή μου εξαιτίας του κορωνοϊού» κρίθηκε ακατάλληλη λόγω του περιβάλλοντος (Νοσοκομείο) και την πιθανή ψυχολογική διαχείριση που θα χρειαζόταν να γίνει από τον ερευνητή σε περίπτωση έκλυσης συναισθηματικής απόκρισης. Παρόλο που η έκλυση συναισθηματική απόκρισης μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα (**Ferrier-Auerbach et al,2009**) τόσο η μη εξειδίκευση του ερευνητή στον τομέα αυτό, όσο και η πιθανότητα σημαντικής επιμήκυνσης του χρόνου διεξαγωγής του ερωτηματολογίου οδήγησαν σε αυτή την απόφαση.

Εφαρμόσαμε ένα αρχικό πιλοτικό ερωτηματολόγιο (N=2) για να επαληθεύσουμε την ευκολία στην κατανόηση των ερωτήσεων.

Το πλήρες ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε παρουσιάζεται στο Παράρτημα II.

Διαχείριση μεταβλητών προς ανάλυση

Η ανάλυση της καθυστέρησης ορίστηκε βάσει βιβλιογραφίας. Καθώς συμπεριλάβαμε ασθενείς με διάφορα νοσήματα και σαφώς δεν υπάρχουν συγκεκριμένα cut-off για γενική αλλά μόνο για ειδική καθυστέρηση νοσοκομειακή (ανά συμπτωματολογία) βασιστήκαμε στη βιβλιογραφία (**Carpenter et al 2015**) που προτρέπει για τη μικρότερη δυνατή καθυστέρηση από την έναρξη των συμπτωμάτων σε αυτές τις ηλικίες (>65). Το διάστημα αυτό ορίστηκε στις 2 ημέρες. Κάθε άφιξη από την 3^η μέρα εμφάνισης των συμπτωμάτων και έπειτα στο νοσοκομείο προσμετρήθηκε ως καθυστέρηση στην αναζήτηση νοσοκομειακής περίθαλψης.

Οι μεταβλητές προερχόμενες από τα σκορ των Clinical Frailty Scale, ADL, IADL, Charlson Comorbidity Index καθώς και όλες οι λοιπές μεταβλητές πέραν των μεταβλητών επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση και συνθηκών διαβίωσης αναλύθηκαν με διχοτόμηση και επιλογή cut-off στα πλαίσια αναγκών της ανάλυσης με την συμβολή ειδικών.

Για την κλίμακα κλινικής ευπάθειας (Clinical Frailty Scale) κατατάξαμε τα άτομα με βαθμολογία >4 ως ευπαθή.

Για την κλίμακα IADL κατατάξαμε τους ασθενείς σε δύο ομάδες (βαθμολογία <7 ή ≥7), με βάση τη μελέτη των **Mao et al (2018)** που έδειξαν ότι για τους ασθενείς με IADL <7 η πιθανότητα διάγνωσης άνοιας αυξάνεται.

Για τις ερωτήσεις στις οποίες οι απαντήσεις ήταν σε μορφή κλίμακας Likert (με 5 πιθανές απαντήσεις), η ανάλυση γινόταν με κατηγοριοποίηση των απαντήσεων: οι απαντήσεις «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα» καταχωρήθηκαν ως θετικές.

Για τους παράγοντες οι οποίοι ήταν συναφείς η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με δύο τρόπους: για κάθε παράγοντα χωριστά και ανά ομάδα/τομέα παραγόντων. Κατά την ομαδοποίηση, αν υπήρχε θετική απάντηση έστω και σε μία σχετική ερώτηση, καταχωρούταν θετική η απάντηση για τη ομάδα/τομέα. Πχ Για τον φόβο συνολικά χρησιμοποιήσαμε τις απαντήσεις των ασθενών από τις ερωτήσεις «φόβος για

κορωνοϊό» και «φόβος σχετικός με τα νοσοκομεία» (Ερωτήσεις B17-B23 στο ερωτηματολόγιο). Αν κάποιος δεν είχε φόβο για κανένα από τα παραπάνω είχε μηδέν στον φόβο συνολικά ενώ όσοι είχαν έστω και ένα θετικό σε κάποια ερώτηση τότε τον βαθμολογούσαμε θετικά στον φόβο συνολικά.

Στατιστική μεθοδολογία

Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 28 (Chicago, IL).

Διενεργήθηκε περιγραφική στατιστική του πληθυσμού της μελέτης.

Όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι διενεργήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, $\alpha=.05$ (5%).

Εξετάστηκαν οι σχέσεις της νοσοκομειακής καθυστέρησης με όλες τις μεταβλητές που μελετήθηκαν με τη χρήση μη παραμετρικών τεστ Fisher'sExact και Fisher-Freeman-HaltonExactTest ανάλογα με τον αριθμό κατηγοριών της ανεξάρτητης μεταβλητής.

Η επιλογή των τεστ αυτών έγινε βάσει μικρού δείγματος και έλλειψης των ελαχίστων κελιών που απαιτούνται για τη διερεύνηση συσχετισμών με πιο στατιστικά συμβατικές μεθόδους, ωστόσο η ανάγκη για χρήση συντηρητικών μεθόδων υπαγορευόταν από το μέγεθος του δείγματός μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφή του δείγματος

Το δείγμα μας αποτελείται συνολικά από 35 άτομα, από τους οποίους 23/35 (65,7%) είναι **άνδρες**, ο μέσος όρος **ηλικίας** είναι τα 77 χρόνια (από 66 έως και 91 χρονών) και 27/35 άτομα (77,1%) μένουν σε αστική περιοχή. Επίσης οι περισσότεροι είναι **παντρεμένοι** (31/35, 88,6%), **μένουν με την οικογένειά τους ή με φροντιστή** (27/35, 77,1%) και οι περισσότεροι έχουν μόνο **πρωτοβάθμια εκπαίδευση**(40%). Στην ερώτηση ποιος έχει **δικό του μέσο μετακίνησης** τα ποσοστά είναι σχεδόν τα ίδια με 51,4% να δηλώνουν ότι έχουν δικό τους μέσο. Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1 -Δημογραφικά Στοιχεία.

Παράμετρος (ερώτηση)				
Ηλικία (B/1)	Μέσος όρος 77 ετών			
Φύλο (B/2)	Άνδρες 23 (65,7%)	Γυναίκες 12 (34,3%)		
Περιοχή κατοικίας (B/3)	Αστική 27 (77,1%)	Επαρχία 8 (22,9%)		
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση (B/4)	Παντρεμένος 31 (88,6%)	Ανύπαντρος 1 (2,9%)	Χωρισμένος 2 (5,7%)	Χήρος 1 (2,9%)
Επίπεδο εκπαίδευσης (B/6)	Πρωτοβάθμια 14 (40%)	Δευτεροβάθμια 11 (31,4%)	Τριτοβάθμια 10 (28,6%)	
Μένετε μόνος στο σπίτι (B/7)	Όχι 27 (77,1%)	Ναι 8 (22,9%)		
Ιδιοκτησία μέσου μετακίνησης (B/11)	Όχι 16 (45,7 %)	Ναι 18 (51,4%)		1 άγνωστο
Ευπάθεια- Clinical frailty scale (Γ/1)	Robust (1-3) 17 (48,6%)	Mildlyfrail (4) 11 (31,4%)	Frail (5-8) 7 (20%)	
Charlson comorbidity index (Γ/2)	Mild (0-2) 11 (31,4%)	Moderate (3-4) 9 (25,7%)	Severe (>=5) 12 (34,3%)	3 άγνωστο
ADL (Γ/3)	<=4 4 (11,4%)	>4 31 (88,6%)		
IADL (Γ/3)	Λιγότερο ανεξάρτητοι 9 (25,7%)	Περισσότερο ανεξάρτητοι 26 (74,3%)		

Όσον αφορά την κύρια παράμετρο της μελέτης, 25/35 (71,4%) των ασθενών καθυστέρησαν να αξιολογηθούν στον νοσοκομείο (≥ 3 ημέρες από την έναρξη των

συμπτωμάτων μέχρι την προσέλευση), ενώ μόνο 12/35 (34,3%) καθυστέρησαν για ≥ 3 ημέρες στην αναζήτηση επαγγελματία υγείας.

Ηλικία

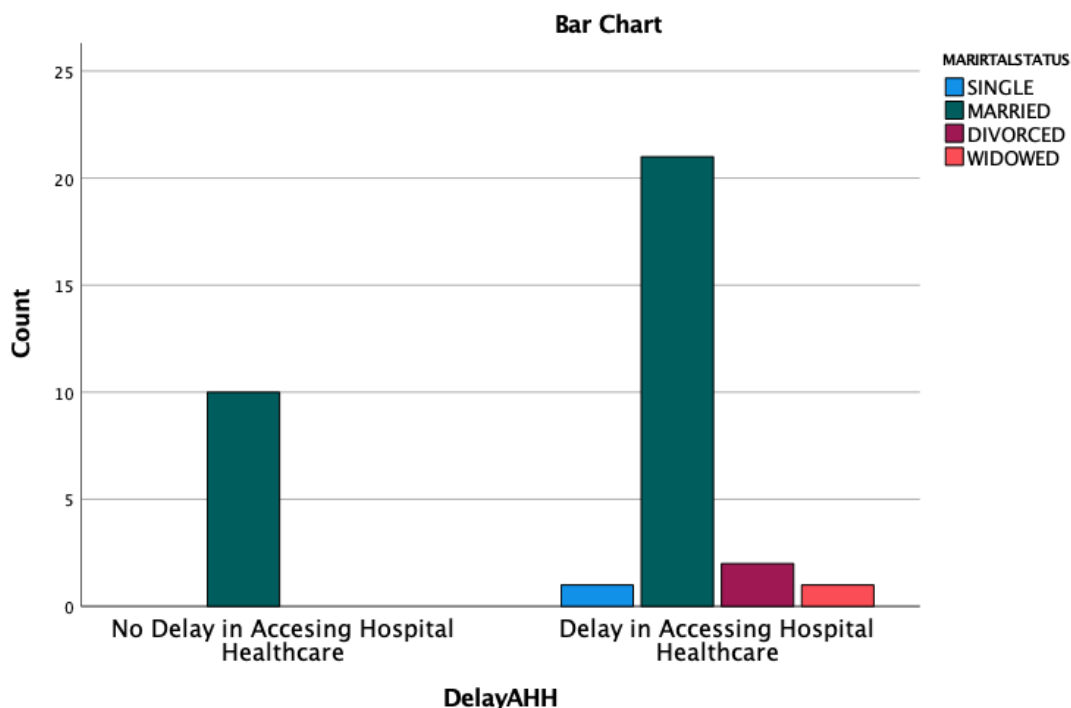
Από εκείνους που δεν καθυστέρησαν 50% (5/10) ήταν πάνω από 75 χρονών ενώ από εκείνους που καθυστέρησαν το ποσοστό ήταν 48% (12/25). Η ηλικία δεν συσχετιζόταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την καθυστέρηση στην νοσοκομειακή περίθαλψη. ($p > 0.999$)

Φύλο

Από όσους δεν καθυστέρησαν το 70% (7/10) ήταν άνδρες ενώ όμοια εικόνα έχουμε και για όσους καθυστέρησαν όπου το 64% (16/25) ήταν επίσης άνδρες. Το φύλο δεν συσχετιζόταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την καθυστέρηση στην νοσοκομειακή περίθαλψη. ($p > 0.999$)

Οικογενειακή κατάσταση

Για την καθυστέρηση όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση προκύπτει ότι όσοι δεν καθυστέρησαν ανήκουν αποκλειστικά στην ομάδα των παντρεμένων με ποσοστό 100% (10/10) ενώ για εκείνους που παρουσίασαν καθυστέρηση ένας (1/25, 4%) δεν ήταν παντρεμένος, ένας ήταν χήρος, δύο ήταν χωρισμένοι (8%) ενώ οι περισσότεροι ήταν παντρεμένοι με ποσοστό στο 84% (21/25). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με αυτόν τον παράγοντα. ($p > 0.999$)



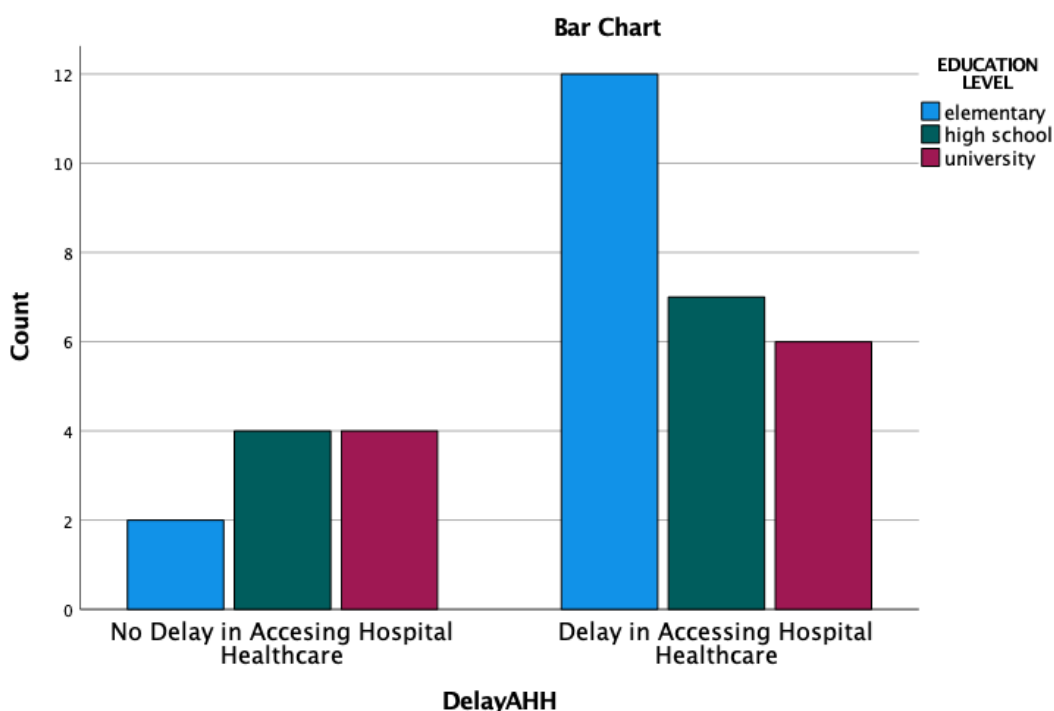
Εικόνα 6. Οικογενειακή κατάσταση και καθυστέρηση

Συνθήκες διαβίωσης

Μεταξύ των ασθενών που δεν καθυστέρησαν 80% (8/10) έμενε με την οικογένεια/σύντροφο και 20% του ήταν μόνοι τους. Παρομοίως μεταξύ εκείνων που καθυστέρησαν το 72% (18/25) έμενε με οικογένεια/σύντροφο και 24% (6/25) ήταν μόνο του. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με αυτόν τον παράγοντα. ($p>0.999$)

Εκπαίδευση

Μελετώντας την σημασία της **εκπαίδευσης**, για την ομάδα που δεν παρουσίασε καθυστέρηση, 4/10 (40%) είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση, 4/10(40%) είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση 20% (2/10) είχαν πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Στην ομάδα που παρουσίασε καθυστέρηση το 48% (12/25) είχαν πρωτοβάθμια εκπαίδευση ενώ το 28% (7/25) και 24% (6/25) είχαν δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση αντιστοίχως. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση και με αυτόν τον παράγοντα. ($p=0.333$)



Εικόνα 7. Επίπεδο εκπαίδευσης και καθυστέρηση.

Πρόσβαση στο νοσοκομείο

Το ποσοστό των ασθενών που δεν καθυστέρησε και αναφέρει ότι έχει **εύκολη πρόσβαση** στο νοσοκομείο ανέρχεται στο 90% (9/10) ενώ το ποσοστό των ασθενών

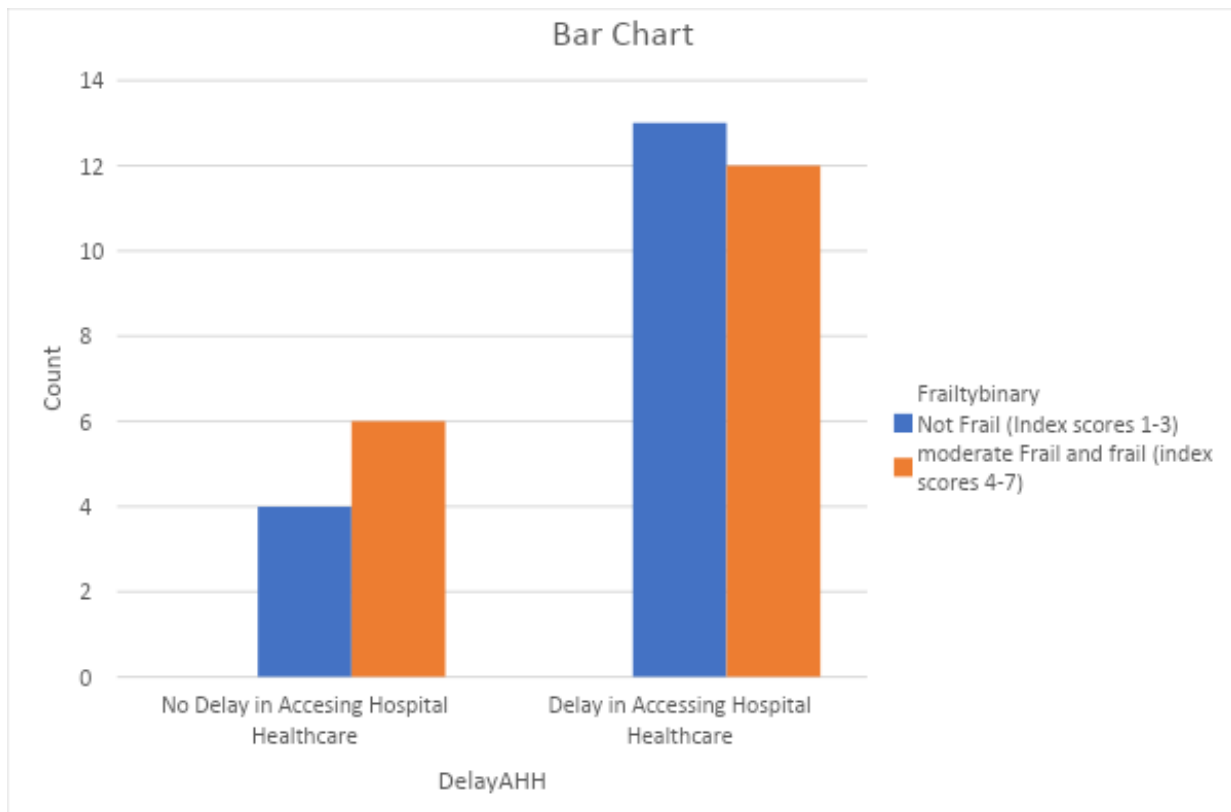
που καθυστέρησε και αναφέρει επίσης εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο είναι στο 80% (20/25). ($p=0.649$) (μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση)

Για εκείνους που δεν καθυστέρησαν το ποσοστό που είχε **δικό του μέσο μετακίνησης** ήταν στο 40% (4/10) ενώ για εκείνους που καθυστέρησαν το ανάλογο ποσοστό ήταν στο 58,3% (14/24). Και για αυτούς δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση και με αυτόν τον παράγοντα. ($p=0.457$).

Ευπάθεια, ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα

Ευπάθεια

Το 48% (12/25) αυτών που καθυστέρησαν, αξιολογήθηκαν με μέτρια ή μεγάλη ευπάθεια (4-7 Clinical Frailty Score), ενώ από αυτούς που δεν καθυστέρησαν το ποσοστό ήταν μεγαλύτερο (60%, 6/10) αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. ($p=0.711$)



Εικόνα 8 Ευπάθεια και καθυστέρηση

Charlson Comorbidity Index

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που άργησαν (60.9%, 14/23) καθώς και το ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που δεν άργησαν (77.8% 7/9) , είχαν περισσότερες συνοσηρότητες. Οι σχετικές αναλογίες του CCI έδειξαν να είναι ανεξάρτητες με την

καθυστέρηση και δεν υπήρχε κάποια στατιστική σημαντικότητα στη συσχέτιση με τη μεταβλητή αυτή. ($p=0.441$).

Activities of daily living

Για την κλίμακα **ADL**, 88% (22/25) από αυτούς που καθυστέρησαν και 90% (9/10) από αυτούς που δεν καθυστέρησαν, είχαν βαθμολογία > 4 στην κλίμακα ADL. Οι τιμές ADL έδειξαν να είναι ανεξάρτητες με την καθυστέρηση. Δεν υπάρχει κάποια στατιστική σημαντικότητα στη συσχέτιση με τη μεταβλητή αυτή. ($p>0.999$)

Instrumental activities of daily living

Για την κλίμακα **IADL**, 76% (19/25) αυτών που καθυστέρησαν ήταν πιο λειτουργικοί σύμφωνα με τη βαθμολογία IADL τους. Ταυτόχρονα ένα 70% αυτών που δεν καθυστέρησαν ήταν εξίσου λειτουργικοί. Δεν υπάρχει κάποια στατιστική σημαντικότητα στη συσχέτιση με τη μεταβλητή αυτή, οι σχετικές αναλογίες της IADL έδειξαν να είναι ανεξάρτητες της καθυστέρησης. ($p=0.694$).

Κοινωνικό σκέλος/κοινωνικές πιέσεις σχετικές με την καθυστέρηση:

Το ποσοστό των ασθενών που δεν καθυστέρησε και **παίρνει μόνο του τις αποφάσεις για την υγεία του** ανέρχεται στο 70 % (7/10) ενώ το ποσοστό των ασθενών που καθυστέρησε και παίρνει μόνο τους τις αποφάσεις για την υγεία του είναι μικρότερο και ανέρχεται στο 56% (14/25). ($p=0.704$).

Για εκείνους που ρωτήθηκαν αν τους **απέτρεψε κάποιος να έρθουν στο νοσοκομείο**, από αυτούς που δεν καθυστέρησαν το 90% (9/10) απάντησε αρνητικά, ενώ παρόμοια εικόνα έχουμε και για όσους καθυστέρησαν, με το 92% (23/25) να έχει απαντήσει επίσης αρνητικά. Δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση, με την καθυστέρηση και αυτόν τον παράγοντα. ($p>0.999$)

Αρχική εκτίμηση στην κοινότητα-αξιολόγηση από επαγγελματία υγείας: Στην ομάδα που δεν παρουσίασε προνοσοκομειακή καθυστέρηση 5/10 (50%) είχαν αναζητήσει αξιολόγηση στην κοινότητα. Από αυτούς που καθυστέρησαν αρχική εκτίμηση από επαγγελματία υγείας είχε γίνει στο 48% (12/25). Η **αρχική εκτίμηση εκτός νοσοκομείου** δεν είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την καθυστέρηση ($p>0.999$).

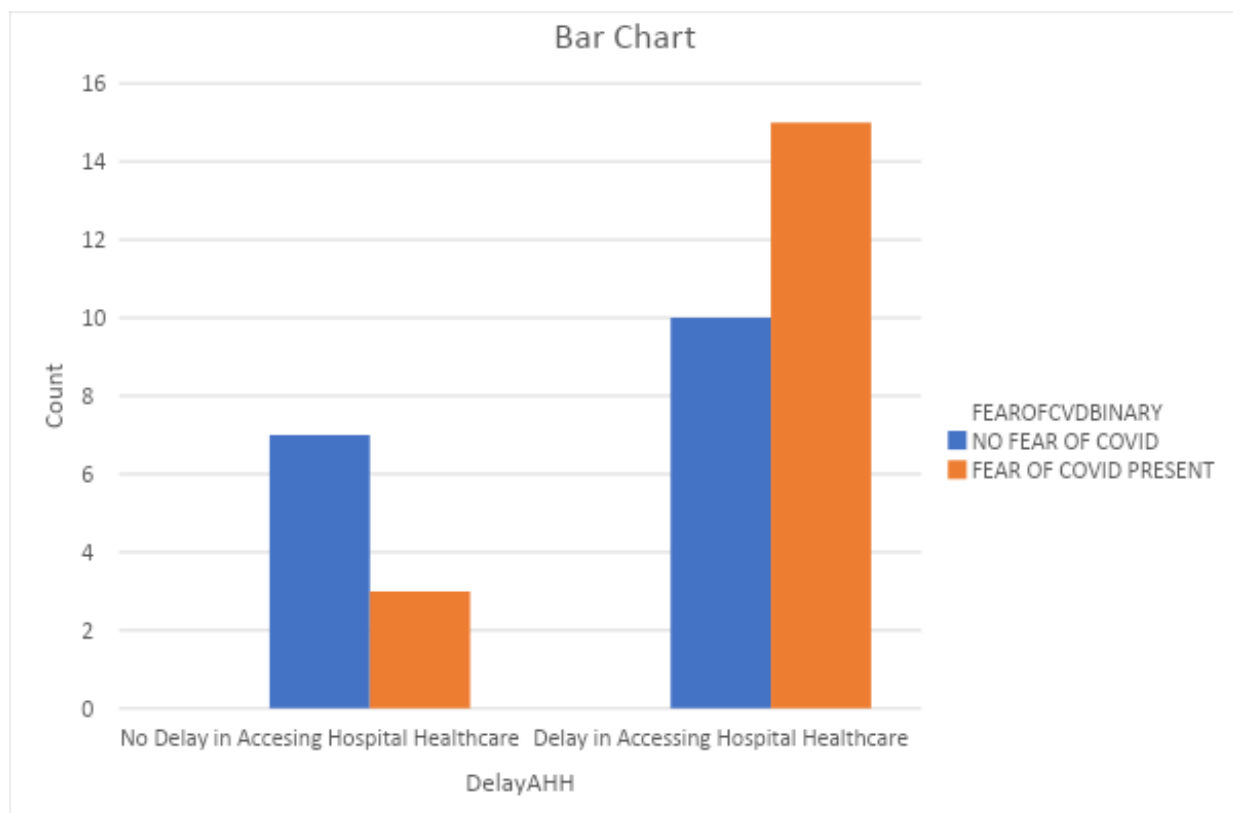
Οικονομικό σκέλος

Ανάμεσα σε όσους δεν καθυστέρησαν, 5/10 υποστήριξαν ότι δεν είχαν οικονομική δυσκολία να φροντίσουν την υγεία τους και παρόμοια εικόνα έχουμε και για όσους καθυστέρησαν όπου ο αριθμός εκείνων που δεν ανέφεραν οικονομική δυσκολία ήταν στο 13/25. ($p>0.999$) (μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση)

Φόβος

Φόβος σχετικός με COVID-19

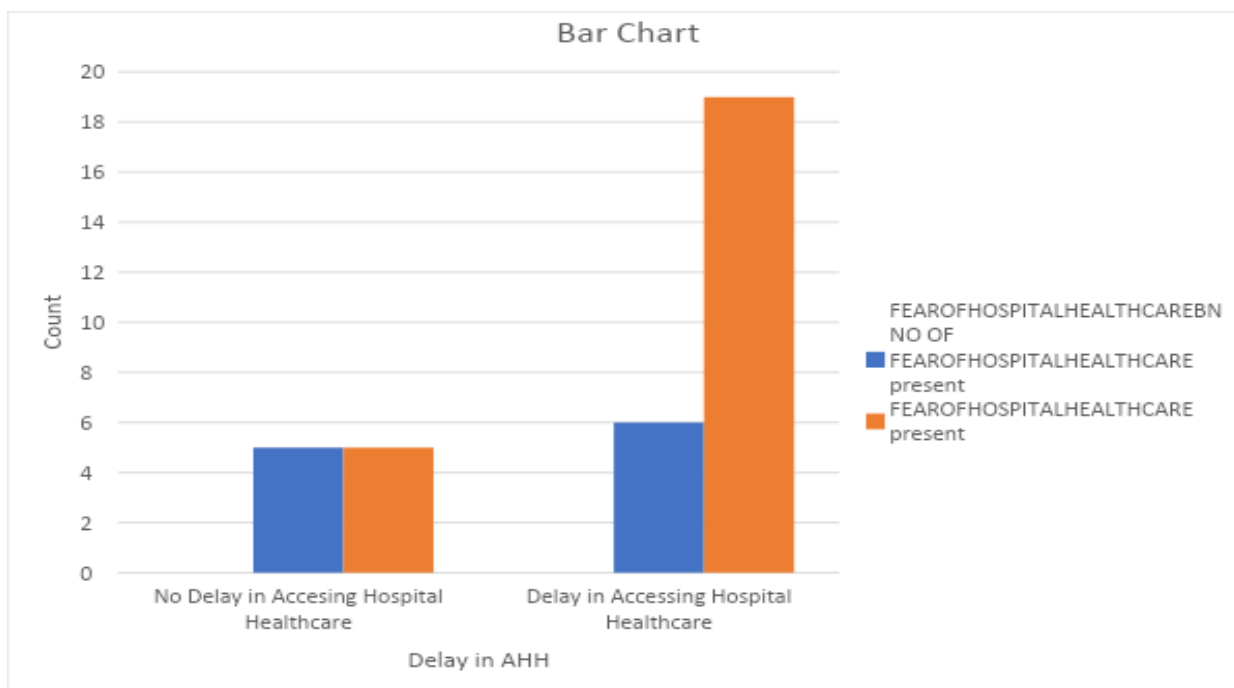
Από αυτούς που καθυστέρησαν το μεγαλύτερο ποσοστό (15/25, 60%) εξέφρασε φόβο σχετικό με τον COVID-19. Σε αυτούς που δεν παρουσιάστηκαν με καθυστέρηση, μόνο 3/10 (30%) ανέφεραν με φόβο σχετικό με τον COVID-19. Αν και η διαφορά ήταν ποσοστιαία μεγάλη, δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Οι σχετικές αναλογίες του συγκεκριμένου φόβου έδειξαν να είναι ανεξάρτητες με την καθυστέρηση ($p=0.146$). Επίσης στους υπο-παράγοντες που μελετήθηκαν δεν υπάρχει καμία στατιστική σημαντικότητα ($p>0.05$) που να τους συσχετίζει ανεξάρτητα.



Εικόνα 9. Φόβος COVID-19 και καθυστέρηση

Φόβος σχετικός με νοσοκομεία και περίθαλψη

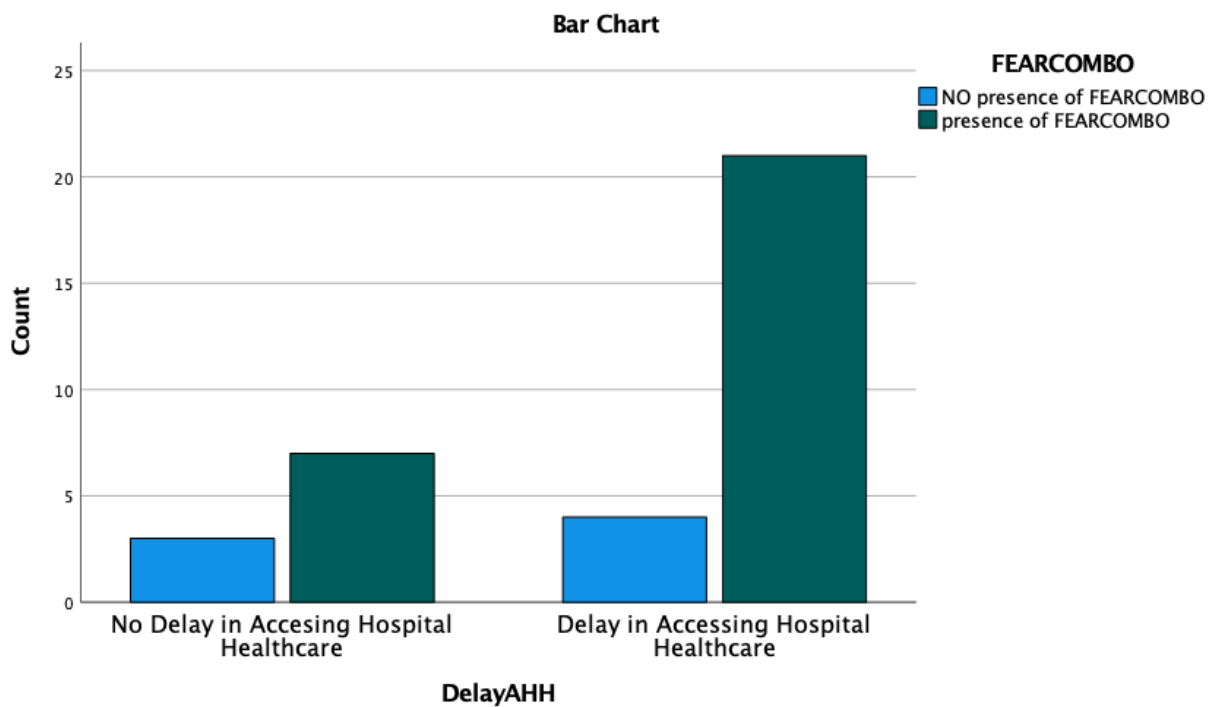
Το 76%, (19/25) αυτών που καθυστέρησαν δήλωσαν φόβο σχετικό με την νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ στην ομάδα που δεν καθυστέρησε το ποσοστό αυτό ήταν μόνο 5/10 (50%). Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον παράγοντα φόβο σχετικό με την νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι σχετικές αναλογίες του συγκεκριμένου φόβου έδειξαν να είναι ανεξάρτητες με την καθυστέρηση ($p= 0.227$)



Εικόνα 10. Φόβος νοσοκομείου και καθυστέρηση

Φόβος συνολικά

Όσον αφορά τον **φόβο συνολικά**, από εκείνους που δεν καθυστέρησαν 70% (7/10) δήλωσαν φόβο, ενώ σε εκείνους που καθυστέρησαν το ποσοστό ήταν μεγαλύτερο με 84% (21/25) να δηλώνουν ότι είχαν φόβο. Δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση, ανάμεσα στην καθυστέρηση και αυτό τον παράγοντα. ($p=0.381$)



Εικόνα 11. Φόβος συνολικά και καθυστέρηση

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ισχύει για κάθε νόσο ότι όσο πιο γρήγορα αντιμετωπιστεί τόσο καλύτερα θα είναι τα αποτελέσματα της θεραπείας μας. Στο δικό μας δείγμα έχουμε ασθενείς με διάφορα νοσήματα που για το καθένα ο βέλτιστος χρόνος εκτίμησης στο νοσοκομείο δεν είναι ο ίδιος, οπότε δεν μπορούμε να έχουμε έναν ορισμό για την καθυστέρηση όπως έχει προσδιοριστεί συγκεκριμένα για το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Μάλιστα για τα δύο τελευταία όπου ο χρόνος είναι πολύτιμος η καθυστέρηση έχει μελετηθεί εκτενώς και με βάση τις ώρες που κάνει ο ασθενής να εκτιμηθεί στα επείγοντα και να λάβει θεραπεία διαμορφώνεται η θνησιμότητα και η νοσηρότητα αντιστοίχως. Από την άλλη δεν έχουμε την δυνατότητα να αξιολογήσουμε και να χωρίσουμε για παράδειγμα σε υψηλού ή χαμηλού κινδύνου τα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται η κάθε νόσος στον ηλικιωμένο λόγω του **μη ειδικού χαρακτήρα** που τα χαρακτηρίζει **Carpenteretal (2015)**. Έτσι λοιπόν για το δικό μας δείγμα ορίσαμε την προνοσοκομειακή καθυστέρηση ως καθυστέρηση όταν ο ασθενής χρειάστηκε πάνω από 3 ημέρες για να εκτιμηθεί στο νοσοκομείο.

Παρόλο που τα περιγραφικά στοιχεία της έρευνάς μας υποδηλώνουν τάσεις σχετικές με την καθυστέρηση, τόσο το μικρό σε σύνολο συμμετεχόντων δείγμα όσο και τα συντηρητικά στατιστικά τεστ που επιλέξαμε λόγω αυτού, περιόρισαν τις πιθανότητες εύρεσης στατιστικά σημαντικής συσχέτισης. Παρόλα αυτά μπορούμε να εξετάσουμε ορισμένα σημεία που αν αντιμετωπιστούν σωστά μπορεί να μειωθεί η προνοσοκομειακή καθυστέρηση. Έτσι για να μειωθεί η προνοσοκομειακή καθυστέρηση θα μπορούσε η ιατρική κοινότητα με την κατάλληλη συμβολή από το Υπουργείο Υγείας και τις σχετικές υπηρεσίες (περιφέρειες, δήμοι, τοπική κοινότητα) να ακολουθήσει ορισμένα βήματα στοχευμένα σε παράγοντες που επιβεβαιώνουν τη πρότερη βιβλιογραφία (σε επίπεδο τάσης έναντι σημαντικότητας) όπως ο φόβος σχετικός με τον SARS-CoV-2 και τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Ενημέρωση κοινού ως πρώτο βήμα ελάττωσης του φόβου σχετικά με την περίθαλψη στα νοσοκομεία κατά την διάρκεια της πανδημίας

Αρχικά προτείνουμε οι πολίτες να **ενημερώνονται** για την κατάσταση όπως αυτή επικρατεί στα νοσοκομεία εν μέσω πανδημίας. Συγκεκριμένα να ενημερώνεται το κοινό για τα μέτρα που έχουν παρθεί ώστε να προστατεύονται από τον SARS-CoV-2 κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο όπως είναι η νοσηλεία θετικών περιστατικών με SARS-CoV-2 σε διαφορετικές κλινικές, οι πρακτικές τακτικής και εξονυχιστικής καθαριότητας των χώρων του νοσοκομείου αλλά και ο καλός εξαερισμός των κοινών χώρων. Επίσης μπορούμε να εξηγήσουμε ότι οι ασθενείς στις Παθολογικές κλινικές εξετάζονται σε τακτική βάση με μοριακό έλεγχο για SARS-CoV 2 ώστε να ανιχνεύουμε εγκαίρως οποιαδήποτε νόσηση και να προλαμβάνεται οποιαδήποτε διασπορά. Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι και σε περίπτωση που κάποιος νοσήσει από SARS-CoV-2 δεν υπολείπεται κάπως όσον αφορά την κύρια νόσο που τον έφερε στο νοσοκομείο. Αυτό είναι αρκετά σημαντικό αφού πλέον ο εμβολιασμός επιτρέπει την ελαφρά νόσηση από

SARS-CoV 2 σε όσους τύχουν να νοσήσουν και μπορούμε να συνεχίσουμε την θεραπεία των υποκείμενων προβλημάτων ανεμπόδιστα. Επίσης καθώς μετράμε 2 χρόνια μετά την πανδημία η ιατρική κοινότητα κατανοεί καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο μεταδίδεται ο ιός αλλά και πως μπορούμε να προστατευτούμε από αυτόν. Συνεπώς η αντιμετώπιση των κρουσμάτων μπορεί να αποφευχθεί πιο αποτελεσματικά αλλά και τα μέτρα προστασίας που λαμβάνονται αποφέρουν μεγαλύτερη προστασία σε ασθενείς αλλά και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Σε αυτό έρχεται να προστεθεί και ο εμβολιασμός που προσφέρει μια σχετική ασφάλεια στους ασθενείς όπως ανέφερα παραπάνω. Για όλα τα παραπάνω είναι σημαντικό να ενημερωθούν οι ασθενείς πριν την έναρξη των συμπτωμάτων τους ώστε όταν κάτι προκύψει να γνωρίζουν τα πρωτόκολλα που βρίσκονται σε εφαρμογή ανά πάσα στιγμή.

Στο δείγμα μας μόνο οι 8/35 ήταν ανεμβολίαστοι. Πιθανώς επειδή οι περισσότεροι είχαν εμβολιαστεί και θεωρούσαν ότι είχαν μία προστασία κατά την διάρκεια του ερωτηματολογίου οι περισσότεροι επίσης απήφησαν τον κίνδυνο του κορωνοϊού και εστίασαν περισσότερο στο γνωστό δόγμα ότι «στα νοσοκομεία μπορεί να κολλήσεις κάτι» εννοώντας ότι ανησυχούσαν περισσότερο για άλλα μικρόβια.

Επείγοντα και άτυπα περιστατικά στην 3^η ηλικία- εκπαίδευση κοινού

Ένα ακόμα σημείο που θα πρέπει να εστιάσουμε είναι ότιο κόσμος θα πρέπει να μάθει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα εκείνα που είναι **πιο ανησυχητικά** και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης ενώ θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι για τον γηριατρικό πληθυσμό η ανταπόκριση σε θέματα υγείας θα πρέπει να είναι **άμεση για οποιαδήποτε μεταβολή** παρουσιάσει ο άνθρωπος τους και δεν θα πρέπει να αναμένουν τα τυπικά συμπτώματα που γνωρίζουμε ότι ισχύουν για νεότερα άτομα. Έτσι **δεν περιμένουμε** από έναν ηλικιωμένο να έχει τυπική εικόνα προκάρδιου άλγους, ενώ ακόμα και η υπνηλία σε έναν ηλικιωμένο ασθενή θα μπορούσε να υποδηλώνει μείζονα παθολογία και θα πρέπει να μάθουν να μην την υποτιμούν και να την εκτιμούν πιο άμεσα. Για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να εντοπίσουν τον πόνο και εμφανίζουν συχνά άλλα αρχικά συμπτώματα που αρκετές φορές αποπροσανατολίζουν. Όταν από μελέτες που έχουν διεξαχθεί και αναφέρουμε παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι ο οξύς και έντονος πόνος είναι αυτός που θα μειώσει την καθυστέρηση σημαντικά, κατανοούμε πλήρως πως οι ηλικιωμένοι με τόσο απροσδιόριστα συμπτώματα καθυστερούν στην έγκαιρη αξιολόγησή τους. Μιλάμε λοιπόν για **εκπαίδευση** του κοινού και σε αυτό θα μπορούσαν να συμμετέχουν και τα μέσα ενημέρωσης αλλά και οι χώροι υγείας με αφίσες ή σεμινάρια σχετικά.

Αλλαγή στην στρατηγική δημόσιας υγείας σχετικά με τον ηλικιωμένο πληθυσμό

Με τον φόβο σχετικό με την νοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και τον SARS-Cov-2 ως παράγοντες πιθανά εμπλεκόμενους στην καθυστέρηση σύμφωνα και με την βιβλιογραφία αλλά και τα παρατηρηθέντα υψηλά ποσοστά στην έρευνα αυτή, η ανάγκη για ένα δίκτυο παρατήρησης, ενημέρωσης, εξέτασης και πρόληψης στην κοινότητα

καθίσταται απαραίτητη. Ο κάθε δήμος θα μπορούσε να έχει μία εικόνα του γηριατρικού πληθυσμού που υπολείπεται κοινωνικής στήριξης και να μεριμνά για την διατήρηση της επικοινωνίας μαζί τους με διάφορους τρόπους όπως είναι οι τακτικές επισκέψεις ειδικών απευθείας στο σπίτι τους όπως είναι το σύστημα Βοήθεια στο σπίτι. Χτίζοντας ένα δίκτυο επικοινωνίας θα προστατεύσουμε την ευπαθή αυτή ομάδα. Θα γίνεται εφικτό να προστατευτεί η ευπαθής αυτή ομάδα από το να καθυστερεί στην αξιολόγηση, διαχείριση και θεραπεία, στοιχεία που καθορίζουν την κλινική πορεία του ασθενούς και αντίστοιχα επηρεάζουν την περισσότερη ή λιγότερη επιβάρυνση σε ένα σύστημα υγείας.

Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη αυτή έχει μικρό αριθμό συμμετεχόντων οπότε και δεν έχει την κατάλληλη δύναμη για να αντληθούν τα δεδομένα. Επίσης μελετήθηκαν τα άτομα τα οποία νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο και άρα νοσούν περισσότερο, ενώ αναπόφευκτα χάνονται όλοι εκείνοι που ήρθαν στα επείγοντα αλλά δεν χρειάστηκαν εισαγωγή. Επίσης καθώς η μελέτη έγινε με ερωτηματολόγιο και αφορούσε μόνο εκείνους που μπορούσαν να συμμετέχουν αποκλείστηκαν όλοι εκείνοι που νοσούσαν τόσο βαριά που δεν μπορούσαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις. Καθώς αναμένουμε εκείνους που καθυστερούν πολύ να νοσούν και πιο βαριά χάνονται από το δείγμα μας όλοι εκείνοι οι ασθενείς που πιθανώς και να επωφελούνταν περισσότερο από μία παρέμβαση μελετώντας το προφίλ τους. Επίσης η μελέτη αυτή διεξήχθη με την μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας και είναι επιρρεπής σε μεροληψία όπως για παράδειγμα σε μεροληψία μη απόκρισης ή σε μεροληψία ανάκλησης.

Προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση

Προτείνουμε να επαναληφθεί μία παρόμοια έρευνα αλλά με μεγαλύτερο πληθυσμό ώστε να μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα για τον γενικό πληθυσμό. Επίσης θα μπορούσαμε να σχεδιάσουμε την μελέτη ώστε να συμπεριλαμβάνει και εκείνους που εκτιμώνται στα επείγοντα και δεν χρήζουν εισαγωγής στο νοσοκομείο αλλά και εκείνους που νοσούν βαριά και αδυνατούν να συμμετάσχουν σε κάποιο ερωτηματολόγιο ώστε να αποκτήσουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τους παράγοντες προνοσοκομειακής καθυστέρησης. Η μακροσκελής λεπτομερή εξέταση μας επέτρεψε μια αρχική **εικόνα τάσεων**, ωστόσο ο χρόνος διεξαγωγής που απαιτείται με τον παράγοντα σχεδιασμό είναι αποτρεπτικός για τη συλλογή μεγάλων δειγμάτων. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να στοχεύσουν στην αναζήτηση των παραγόντων που ήδη έδειξαν (ακόμα και μη στατιστικά σημαντικές) τάσεις προς την καθυστέρηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahorsu, D., Lin, C., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. and Pakpour, A., (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction.*, 1–9.

Alonzo, A., (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: the consequences of cumulative adversity. *Soc Sci Med* 1475-84

Arrebola-Moreno, M., Petrova, D., Garcia-Retamero, R., Rivera-López, R., Jordan-Martínez, L., Arrebola, J., Ramírez-Hernández, J. and Catena, A., (2020). *Psychological and cognitive factors related to prehospital delay in acute coronary syndrome: A systematic review.* *International Journal of Nursing Studies* 103613

Carpenter, C., Shelton, E., Fowler, S., Suffoletto, B., Platts-Mills, T., Rothman, R. and Hogan, T., (2015). Risk Factors and Screening Instruments to Predict Adverse Outcomes for Undifferentiated Older Emergency Department Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acad Emerg Med.* 1-21

Cialani, C. and Mortazavi, R., (2020). The effect of objective income and perceived economic resources on self-rated health. . *Int J Equity Health* 196

Czeisler, M., Marynak, K., Clarke, K., Salah, Z., Shakya, I., Thierry, J., Ali, N., McMillan, H., Wiley, J., Weaver, M., Czeisler, C., Rajaratnam, S. and Howard, M., (2020). Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19–Related Concerns — United States, June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2723-2734

Donnelly, C., Quaife, S., Forbes, L., Boylan, J., Tishelman, C. and Gavin, A., (2017). Do perceived barriers to clinical presentation affect anticipated time to presenting with cancer symptoms: an ICBP study. *European Journal of Public Health*, Pages 808–813

Ferrier-Auerbach, A., Erbes, C. and Polusny, M., (2009). Does trauma survey research cause more distress than other types of survey research?. *J Trauma Stress.* 320-3.

Fisher, J., Tomita, S., Ginsburg, H., Gordon, A., Walker, D. and Kuenzler, K., (2021). Increase in Pediatric Perforated Appendicitis in the New York City Metropolitan Region at the Epicenter of the COVID-19 Outbreak. *Annals of Surgery* p 410-415

Hazelrigg LE, Hardy MA., (1997). Perceived Income Adequacy among Older Adults: Issues of Conceptualization and Measurement, with an Analysis of Data. *Research on Aging.* 69-107

https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-07-05/rockwood_cfs.pdf

Jager, J., Putnick, D. and Bornstein, M., (2017). II. MORE THAN JUST CONVENIENT: THE SCIENTIFIC MERITS OF HOMOGENEOUS CONVENIENCE SAMPLES. *Monogr Soc Res Child Dev* 13-30

Jankovic, S., Antonijevic, G., Vasic, I., Zivkovic-Radojevic, M., Mirkovic, S., Nikolic, B., Opancina, V., Putnik, S., Radoicic, L., Raspopovic, K., Stanojevic, D., Teofilov, S., Tomasevic, K. and Radonjic, V., (2018). A rating instrument for fear of hospitalisation. *J Clin Nurs*. 1431-1439.

Karagöz, A., Keskin, B., Kültürsay, B., Ceneli, D., Akbal, O., Tokgoz, H., Tanyeri, S., Efe, S., Dogan, C., Bayram, Z., Ozdemir, N. and Kaymaz, C., (2021). Temporal association of contamination obsession on the prehospital delay of STEMI during COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 134-141

Li, J., Xu, R., Hu, D., Zhang, Y., Gong, T. and Wu, X., (2019). Prehospital delay and its associated psychosocial factors in patients presenting with acute appendicitis in a southwestern city in China: a single-centre prospective observational study... *BMJ Open* 023491

Mackay, M., Ratner, P., Nguyen, M., Percy, M., Galdas, P. and Grunau, G., (2014). Inconsistent measurement of acute coronary syndrome patients' pre-hospital delay in research: A review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014 Dec;13(6):483-93

Mao, H., Chang, L., Tsai, A., Huang, W., Tang, L., Lee, H., Sun, Y., Chen, T., Lin, K., Wang, P., Shyu, Y. and Chiu, M., (2018). Diagnostic accuracy of Instrumental Activities of Daily Living for dementia in community-dwelling older adults. *Age and Ageing* Pages 551–557

McKinley, S., Moser, D. and Dracup, K., (2000). Treatment-seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. *Heart Lung* 237-47

Mitchell, E., Macdonald, S., Campbell, N., Weller, D. and Macleod, U., (2008). Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review. *Br J Cancer*, 60-70

Mohamed Elfil, A., 2017. *Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review*. [online] PubMed Central (PMC). Available at: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325924/>> [Accessed 13 April 2022].

Moser, D., Kimble, L., Alberts, M., Alonzo, A., Croft, J., Dracup, K., Evenson, K., Go, A., Hand, M., Kothari, R., Mensah, G., Morris, D., Pancioli, A., Riegel, B. and Zerwic, J., (2006). Reducing Delay in Seeking Treatment by Patients With Acute Coronary Syndrome and Stroke. *Circulation* 168–182

Nguyen, H., Saczynski, J., Gore, J. and Goldberg, R., (2010). Age and Sex Differences in Duration of Prehospital Delay in Patients With Acute Myocardial Infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 82-92.

Nosarti, C., Crayford, T. and Roberts, J.V. (2000) Delay in Presentation of Symptomatic Referral to a Breast Cancer Clinic Patient and System Factors. *British Journal of Cancer*, 82, p.742-748

Sharobeam A, Jones B, Walton-Sonda D, Lueck CJ. (2021) Factors delaying intravenous thrombolytic therapy in acute ischaemic stroke: a systematic review of the literature. *J Neurol* 2723-2734.

Sheifer, S., Rathore, S., Gersh, B., Weinfurt, K., Oetgen, W., Breall, J. and Schulman, K., (2000). Time to Presentation With Acute Myocardial Infarction in the Elderly. *Circulation* 1651-6

Tsipropoulou, V., Nikopoulou, V., Holeva, V., Nasika, Z., Diakogiannis, I., Sakka, S., Kostikidou, S., Varvara, C., Spyridopoulou, E. and Parlapani, E., (2020). *Psychometric Properties of the Greek Version of FCV-19S. Int J Ment Health Addict.* 1-10

Turanli, S. and Kiziltan, G., (2021). Did the COVID-19 Pandemic Cause a Delay in the Diagnosis of Acute Appendicitis?. *World J Surg* 18-22

Velilla-Alonso, G., García-Pastor, A., Rodríguez-López, Á., Gómez-Roldós, A., Sánchez-Soblechero, A., Amaya-Pascasio, L., Díaz-Otero, F., Fernández-Bullido, Y., Iglesias-Mohedano, A., Vázquez-Alén, P., Vales-Montero, M. and Gil-Núñez, A., (2021). Acute Stroke Care during the COVID-19 Pandemic: Reduction in the Number of Admissions of Elderly Patients and Increase in Prehospital Delays. *Cerebrovasc Dis* 310-316

Wang, X. and Cheng, Z., (2020). *Cross-Sectional Studies.* *Chest* S65-71

Wechkunanukul, K., Grantham, H. and Clark, R., (2017). Global review of delay time in seeking medical care for chest pain: An integrative literature review. *Aust Crit Care* 13–20

Wu, Y., Chen, F., Wang, Z., Feng, W., Liu, Y., Wang, Y. and Song, H., (2020). Reductions in Hospital Admissions and Delays in Acute Stroke Care During the Pandemic of COVID-19. *Front Neurol.* 584734

Yanagida, T., Fujimoto, S., Inoue, T. and Suzuki, S., (2014). Causes of prehospital delay in stroke patients in an urban aging society. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, Pages 77-81

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Τίτλος: «Οι παράγοντες καθυστέρησης στην προσέλευση του ηλικιωμένου υποκειμένου άνω των 65 χρόνων στην τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στα πλαίσια της πανδημίας COVID-19 για τους μήνες Ιούνιο-Ιούλιο»

Όνομα ερευνητή: Ξυνός Γεώργιος

Ποιος είναι ο σκοπός αυτής της έρευνας;

Οι ερευνητές θα ήθελαν να βοηθήσουν την επιστημονική κοινότητα να μάθει περισσότερα για τους λόγους που οι ασθενείς καθυστερούν να προσέλθουν για εκτίμηση και αντιμετώπιση στα επείγοντα ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Συλλέγουμε ιατρικές πληροφορίες και δημογραφικά και αναλύουμε τα δεδομένα. Οι ερευνητές θα αποθηκεύσουν τις ιατρικές πληροφορίες και τα ερωτηματολόγια με ασφαλή τρόπο και σύμφωνα με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Εξαρτάται από εσένα να αποφασίσεις αν θες να λάβεις μέρος σε αυτή την έρευνα. Θα σου ζητήσουμε να υπογράψεις αυτό το έγγραφο για να δείξεις ότι δίνεις συγκατάθεση στο να χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία του ιατρικού σου φακέλου, χωρίς να αποκαλύπτεται το όνομά σου, σε αυτή τη μελέτη. Είσαι ελεύθερος να παραιτηθείς από τη μελέτη ανά πάσα στιγμή, χωρίς να εξηγείς το λόγο και αυτό φυσικά δεν θα επηρεάζει την ποιότητα των υπηρεσιών που απολαμβάνεις.

Πόσα άτομα θα συμμετάσχουν σε αυτήν την έρευνα;

Περιμένουμε πολλά άτομα να συμμετάσχουν και αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει περιορισμός στον αριθμό των ατόμων που θα θέλαμε να συμπεριληφθούν στη μελέτη.

Πόσος από τον χρόνο σου απαιτείται και τι θα συμβεί αν λάβεις μέρος σε αυτή την έρευνα;

Η συμμετοχή σου σε αυτή τη μελέτη απαιτεί τον χρόνο σου σε μία σύντομη συνέντευξη στην οποία περιλαμβάνονται μερικά ερωτηματολόγια. Όλη η διαδικασία μπορεί να διαρκέσει έως 10 λεπτά.

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι και τα οφέλη για εσάς που θα συμμετάσχετε στη μελέτη;

Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος κατά τη συμμετοχή σου στη μελέτη, αφού δεν είναι επεμβατική. Το ερωτηματολόγιο θα είναι σύντομο και θα σου πάρει λίγο χρόνο για να απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερευνητή. Δεν θα έχεις άμεσα οφέλη από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, αλλά η συμβολή σου θα επιφέρει μεγαλύτερα οφέλη για τα άτομα που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα στο μέλλον. Όλες οι αναγνωριστικές πληροφορίες συμπεριλαμβανομένου του ονόματός σου θα αφαιρεθούν από τα ερωτηματολόγια. Ως αποτέλεσμα, θα είναι αδύνατη η συσχέτισή σου με τα δεδομένα.

Τα δεδομένα θα αποθηκευτούν χωρίς αναγνωριστικά στοιχεία, με ανώνυμο και ασφαλή τρόπο. Δεν υπάρχει κόστος για σένα και τον ασφαλιστικό σου φορέα για την συλλογή και χρήση των πληροφοριών.

Ποιος έχει ελέγξει και εγκρίνει τη μελέτη;

Η μελέτη αυτή έχει ελεγχθεί και εγκριθεί από την επιστημονική επιτροπή δεοντολογίας του νοσοκομείου. Η μελέτη πραγματοποιείται στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Φυσιολογία της Γήρανσης και Γηριατρικά Σύνδρομα.

Τι θα συμβεί με τα αποτελέσματα της μελέτης;

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναμένουμε να δημοσιευθούν σε επιστημονικά περιοδικά και να παρουσιαστούν από τους ερευνητές σε επιστημονικά συνέδρια.

Τι συμβαίνει αν αλλάξεις γνώμη για τη συμμετοχή σου κατά τη διάρκεια της μελέτης;

Τα ανώνυμα δεδομένα που αποκτήθηκαν πριν αλλάξεις γνώμη θα συνεχίσουν να φυλάσσονται από τους ερευνητές και να χρησιμοποιούνται στην εργασία, αλλά δεν πρόκειται να ληφθεί κανένα καινούργιο στοιχείο.

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Όνομα εθελοντή:

Περιοχή/Πόλη:

Τηλέφωνο:

Με τις παρούσες πληροφορίες και το φυλλάδιο συγκατάθεσης δέχομαι και δηλώνω τα ακόλουθα:

Με την παρούσα φόρμα δηλώνω την εθελοντική μου συμμετοχή στην ερευνητική μελέτη με τίτλο: «Οι παράγοντες καθυστέρησης στην προσέλευση του ηλικιωμένου υποκειμένου άνω των 65 χρόνων στην τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στα πλαίσια της πανδημίας COVID-19 για τους μήνες Ιούνιο-Ιούλιο».

Αυτή η μελέτη περιλαμβάνει:

- Υπολογισμός παραμέτρων από τον γιατρό
- Συνέντευξη παρουσία γιατρού και συμπλήρωση ερωτηματολογίου

Δηλώνω ότι:

Είμαι ξεκάθαρα ενήμερος για τους στόχους και τη διαδικασία της παρούσας μελέτης.

Συμφωνώ ότι τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης θα αποθηκευτούν σε μια βάση δεδομένων με τρόπο ανώνυμο.

Συμφωνώ ότι σε περίπτωση που αλλάξω γνώμη για τη συμμετοχή μου, στην πορεία της μελέτης, τα ανώνυμα δεδομένα θα συνεχίσουν να διατηρούνται από την ερευνητική ομάδα και να χρησιμοποιούνται στη μελέτη, αλλά κανένα καινούργιο στοιχείο δε θα ληφθεί από μένα.

Συμφωνώ ότι οι ερευνητές της μελέτης θα μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί μου στο μέλλον στην περίπτωση προέκτασης της μελέτης για επιπρόσθετες πληροφορίες.

Ο εθελοντής

Ο ερευνητής

(όνομα και υπογραφή)
υπογραφή)

(όνομα και

Ημερομηνία

Ημερομηνία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Μέρος Α: Συμπτωματολογία

1. Πότε αντιληφθήκατε ότι δεν ήσασταν καλά;
2. Ποια ήταν τα κύρια συμπτώματα;
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
 - e.
3. Πότε πήρατε την απόφαση να συμβουλευτείτε επαγγελματία υγείας;
4. Πότε σας είδε επαγγελματίας υγείας;
5. Ο επαγγελματία υγείας αυτός ήταν:
 - a. Στο νοσοκομείο μας
 - b. Ο οικογενειακός ιατρός
 - c. Ο θεράπων ιατρός
 - d. Φαρμακοποιός
 - e. Άλλο-
6. Αν υπήρξε καθυστέρηση στην αξιολόγηση από επαγγελματία υγείας περιγράψτε γιατί :
 - a. Δεν πίστεψα ότι είναι κάτι σοβαρό
 - b. Ήθελα να δω πως θα εξελιχθούν τα συμπτώματα
 - c. Το απέδωσα σε κάτι άλλο
 - d. Περιορισμένη διαθεσιμότητα
 - e. Δεν υπήρχε καθυστέρηση
 - f. Άλλη αιτιολογία-
7. Πιστεύετε ότι αν έρθετε στο νοσοκομείο θα παραμείνετε; (ναι/όχι)

Μέρος Β: Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

1. Ηλικία
2. Φύλο ασθενούς
3. Κατοικία (επαρχία ή αστική περιοχή)
4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση (άγαμος/έγγαμος)
5. Ποια ή ποιες είναι η εθνικότητα/τες σας
6. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια εκπαίδευση)
7. Μένετε μόνος στο σπίτι;
8. Πιστεύετε; Η θρησκεία παίζει σημαντικό ρόλο για εμένα;(ναι/όχι)
9. Έχω εύκολη πρόσβαση σε νοσοκομείο
10. Δεν ήρθα στο νοσοκομείο γιατί δεν είχα πρόσβαση
 - a. Διαφωνώ απόλυτα

- b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
11. Έχετε δικό σας μέσο μετακίνησης?
12. Η προηγούμενη μου εμπειρία με γιατρούς ήταν θετική.
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
13. Παίρνετε μόνος σας τις αποφάσεις για την ιατρική σας φροντίδα;
- a. Αν όχι τότε ποιος;
14. Σας απέτρεψε κάποιος από το να έρθετε στο νοσοκομείο;
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
15. Προσωπικά προσπάθησα να καθυστερήσω όσο περισσότερο μπορούσα να έρθω στο νοσοκομείο
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
16. Μου είναι δύσκολο να φροντίσω την υγεία μου λόγω χαμηλών εσόδων
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
17. Φοβάμαι ότι ερχόμενος/νη στο νοσοκομείο θα μπορούσα να κολλήσω κορωνοϊό
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
18. Θα είχα επισκεφτεί το νοσοκομείο νωρίτερα για άλλο λόγο αν δεν ήμασταν σε περίοδο πανδημίας
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ

- d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
19. Τα νοσοκομεία μου προκαλούν φόβο
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
20. Φοβάμαι ότι ερχόμενος/νη στο νοσοκομείο μπορεί να κολλήσω κάποιο άλλο νόσημα εκτός από κορωνοϊό
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
21. Ανησυχούσα ότι αν έρθω στο νοσοκομείο η κατάσταση μου θα χειροτέρευε
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
22. Φοβόμουν ότι αν ερχόμουν στο νοσοκομείο θα έχανα την επαφή με τους ανθρώπους μου
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα
23. Το περιβάλλον του νοσοκομείου επιδρά αρνητικά στη διάθεση μου
- a. Διαφωνώ απόλυτα
 - b. Διαφωνώ
 - c. Ούτε διαφωνώ/Ούτε συμφωνώ
 - d. Συμφωνώ
 - e. Συμφωνώ απόλυτα

Μέρος Γ: Επικουρικές πληροφορίες που συμπληρώνονται από τον γιατρό

1. Αξιολόγηση της ευπάθειας και τοποθέτηση στην κλίμακα ClinicalFrailtyScale.
2. Καταγραφή συννοσηροτήτων και υπολογισμός του Charlson ComorbidityIndex.
3. Για κάθε ασθενή θα υπολογίζεται το IADL και το ADL.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally , e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled , even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILITY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILITY	People who often have more evident slowing , and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.

	6	LIVING WITH MODERATE FRAILITY	People who need help with all outside activities and with keeping house . Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care , from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months , who are not otherwise living with severe frailty . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In **severe dementia**, they cannot do personal care without help. In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine-research.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

Εικόνα 12. Κλίμακα κλινικής ευπάθειας κατά Rockwood

Πίνακας 2-Charlson Comorbidity Index

Charlson Comorbidity Index	Charlson weight
Έμφραγμα μυοκαρδίου	1
Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια	1
Περιφερική αρτηριακή νόσος	1
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	1
Άνοια	1
Χρόνια πνευμονοπάθεια	1
Ρευματολογική νόσος	1
Ελκοπάθεια πεπτικού	1
Ήπιου βαθμού ηπατοπάθεια	1
Διαβήτης χωρίς χρόνιες επιπλοκές	1
Διαβήτης με χρόνιες επιπλοκές	2
Ημιπληγία-παραπληγία	2
Νεφρική νόσος	2
Καρκίνος	2
Μετρίου-σοβαρού βαθμού ηπατοπάθεια	3
Μετάσταση συμπαγούς καρκίνου	6
AIDS/HIV	6
Μέγιστος αριθμός	29

Για τον παραπάνω πίνακα οι παρακάτω συννοσηρότητες υπολογίζονται μία φορά: Διαβήτης με χρόνιες επιπλοκές και διαβήτης χωρίς χρόνιες επιπλοκές, Ήπιου βαθμού ηπατοπάθεια και Μετρίου-σοβαρού βαθμού ηπατοπάθεια, Καρκίνος-Μετάσταση συμπαγούς καρκίνου

Πίνακας3. Activities of daily living

A. Τουαλέτα	
1.	Χρήση της τουαλέτας χωρίς βοήθεια; Χωρίς ακράτεια – 1 πόντος
2.	Χρειάζεται υπενθύμιση ή χρειάζεται βοήθεια στην καθαριότητα ή έχει σπάνια (κάθε εβδομάδα το πολύ) «ατυχήματα» -0 πόντος
3.	Απώλεια κοπράνων ή ούρων τις ώρες του ύπνου πάνω από μία φορές την εβδομάδα- 0 πόντος
4.	Απώλεια κοπράνων ή ούρων τις ώρες που δεν κοιμάται πάνω από μία φορές την εβδομάδα- 0 πόντος
5.	Απώλεια κοπράνων ή ούρων χωρίς κανέναν έλεγχο- 0 πόντος
B. Σίτιση	
1.	Τρώει χωρίς βοήθεια- 1 πόντος
2.	Τρώει με ελάχιστη βοήθεια στα γεύματα και/ή με ειδική μεταχείριση του φαγητού ή με βοήθεια στο μάζεμα μετά το γεύμα- 0 πόντος
3.	Τρώει με αρκετή βοήθεια και λερώνεται- 0 πόντος
4.	Χρειάζεται σημαντική βοήθεια για όλα τα γεύματα- 0 πόντος
5.	Δεν μπορεί να φάει μόνη της και αντιστέκεται κάθε προσπάθεια να την ταΐσουν- 0 πόντος
C. Ντύσιμο	
1.	Ντύνεται, ξεντύνεται και διαλέγει ρούχα από την δικιά της γκαρνταρόμπα- 1 πόντος
2.	Ντύνεται και ξεντύνεται μόνη της, χρειάζεται ελάχιστη βοήθεια- 0 πόντος
3.	Χρειάζεται αρκετή βοήθεια στο ντύσιμο και στην επιλογή των ρούχων- 0 πόντος
4.	Χρειάζεται σημαντική βοήθεια στο ντύσιμο, αλλά συνεργάζεται με την βοήθεια άλλων- 0 πόντος
5.	Δεν μπορεί να ντυθεί μόνη της και αντιστέκεται όλες τις προσπάθειες για βοήθεια- 0 πόντος
D. Περιποίηση (κόμμωση, νύχια, χέρια, πρόσωπο,ρουχισμός)	
1.	Πάντα περιποιημένος, χωρίς βοήθεια- 1 πόντος
2.	Περιποιείται τον εαυτό του, χρειάζεται περιστασιακά ελάχιστη βοήθεια για παράδειγμα για το ξύρισμα- 0 πόντος
3.	Χρειάζεται αρκετή και συχνή βοήθεια ή επίβλεψη στην ατομική του περιποίηση- 0 πόντος
4.	Χρειάζεται βοήθεια για κάθε βήμα στην ατομική του περιποίηση αλλά μπορεί να το διατηρήσει αφού τον βοηθήσουν- 0 πόντος
5.	Ενεργά αντιτίθεται στην προσπάθεια των άλλων για την ατομική του περιποίηση- 0 πόντος
E. Περπάτημα	
1.	Περπατάει στην γειτονία ή μέχρι την πόλη- 1 πόντος
2.	Περπατάει στο χώρο του σπιτιού του ή μέχρι και ένα τετράγωνο απόσταση- 0 πόντος
3.	Περπατάει με βοήθεια-0 πόντος i. α)με άλλο άτομο, b)στηριζόμενος σε κιγκλίδωμα, c) με χρήση μαγκούρας , d) με χρήση περιπατητήρα e) με αναπηρικό αμαξίδιο
4.	Κάθεται χωρίς στήριγμα στην καρέκλα ή στο αναπηρικό αμαξίδιο αλλά δεν μπορεί να κινηθεί χωρίς βοήθεια- 0 πόντος
F. Μπάνιο	
1.	Πλένεται χωρίς βοήθεια- 1 πόντος
2.	Πλένεται με μόνη βοήθεια να μπει και να βγει από την μπανιέρα- 0 πόντος
3.	Πλένει μόνο πρόσωπο και χέρια, δεν μπορεί να πλύνει το υπόλοιπο σώμα- 0 πόντος
4.	Δεν μπορεί να πλυθεί μόνος, αλλά συνεργάζεται με αυτόν που θα τον βοηθήσει
5.	Δεν δοκιμάζει να πλυθεί και αντιστέκεται τις προσπάθειες να τον κρατήσουν καθαρό- 0 πόντος

Πίνακας 4 Instrumental activities of daily living

A. Ικανότητα χρήσης τηλεφώνου	
1. Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο όποτε το επιθυμεί, βρίσκει το νούμερο και το πληκτρολογεί μόνης της	1
2. Πληκτρολογεί μερικά τηλέφωνα που γνωρίζει καλά	1
3. Απαντάει τα τηλέφωνα αλλά δεν μπορεί να πληκτρολογήσει.	1
4. Δεν χρησιμοποιεί το τηλέφωνο καθόλου	0
B. Ψώνια	
1. Κανονίζει τα ψώνια μόνος του χωρίς βοήθεια	1
2. Ψωνίζει χωρίς βοήθεια μικροπράγματα	0
3. Χρειάζεται επίβλεψη σε όλα τα ψώνια	0
4. Αδυνατεί να ψωνίσει	0
Γ. Προετοιμασία γευμάτων	
1. Οργανώνει, προετοιμάζει και σερβίρει πλήρη γεύματα χωρίς βοήθεια	1
2. Προετοιμάζει πλήρη γεύματα αν έχει έτοιμα όλα τα υλικά	0
3. Ζεσταίνει και σερβίρει έτοιμα γεύματα ή ετοιμάζει γεύματα που όμως δεν προσεγγίζουν μία ολοκληρωμένη διατροφή	0
4. Χρειάζεται να έχει γεύματα έτοιμα και σερβιρισμένα	0
Δ. Οικιακές δουλειές	
1. Διατηρεί το σπίτι μόνος ή με βοήθεια περιστασιακά	1
2. Καταφέρνει απλές δουλειές όπως πλύσιμο πιάτων ή να μαζεύει το κρεβάτι	1
3. Καταφέρνει απλές δουλειές αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει ικανοποιητικό επίπεδο καθαριότητας	1
4. Χρειάζεται βοήθεια με όλες τις οικιακές δουλειές	1
5. Δεν μπορεί να συμμετέχει στις οικιακές δουλειές	0
Ε. Πλυντήριο	
1. Βάζει το πλυντήριο μόνος του.	1
2. Πλένει μικρά ρούχα.	1
3. Όλο το πλυντήριο πρέπει να το κάνει άλλος	0
ΣΤ. Μέσο μετακίνησης	
1. Μετακινείται χωρίς βοήθεια με τα μέσα μεταφοράς ή οδηγεί δικό της αυτοκίνητο	1
2. Κανονίζει την μεταφορά της με ταξί αλλιώς δεν χρησιμοποιεί τα μέσα μεταφοράς	1
3. Μετακινείται με μέσα μεταφοράς με βοήθεια ή αν συνοδεύεται	1
4. Μετακινήσεις περιορίζονται στο ταξί ή στο αμάξι με την βοήθεια δεύτερου ατόμου	0
5. Δεν μετακινείται καθόλου.	0
Ζ. Φαρμακευτική αγωγή	
1. Είναι υπεύθυνος στο να παίρνει τα φάρμακά του την σωστή ώρα και στη σωστή δοσολογία.	1
2. Αναλαμβάνει την ευθύνη αν τα φάρμακα έχουν διαχωριστεί από πριν σε διαφορετικές δόσεις	0
3. Δεν μπορεί να ελέγξει την φαρμακευτική του αγωγή	0
Η. Οικονομικά	
1. Ελέγχει τα οικονομικά του ανεξάρτητα, συλλέγει και διαχειρίζεται τα έσοδά του	1
2. Διαχειρίζεται καθημερινές πληρωμές αλλά χρειάζεται βοήθεια με την τράπεζα ή μεγάλα ποσά	1
3. Δεν μπορεί να διαχειριστεί τα οικονομικά του	0

Για το ADL το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0 έως 6 ενώ για το IADL από 0 έως 8. Σε κάποιες κατηγορίες, μόνο ο υψηλότερος βαθμός λειτουργικότητας βαθμολογείται με 1; σε άλλες περιπτώσεις πολλά επίπεδα βαθμολογούνται με 1 καθώς αντιπροσωπεύουν κάποιο βαθμό λειτουργικότητας. Αυτά τα σκορ χρησιμεύουν για να αξιολογούν πόσο λειτουργικός είναι ο ασθενής μας την συγκεκριμένη στιγμή και

σε βάθος χρόνου μπορούμε να αξιολογήσουμε συγκρίνοντας με προηγούμενα σκορ αν υπάρχει βελτίωση ή επιδείνωση στον ασθενή μας ¹ Στην προκειμένη περίπτωση θα λειτουργήσει σαν ένα βασικό επίπεδο αξιολόγησης της λειτουργικότητας του ασθενή και κατά πόσο αυτό συντέλεσε στην καθυστέρησή του να αξιολογηθεί από τα επείγοντα τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ

Παρακάτω παραθέτω τις εφημερίες και τον αριθμό των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη:

1. 7/2021
 - a. 1/7/2021
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 35 εισαγωγές
 - b. 5/7/2021, 9/7/2021, 13/7, 17/7
 - i. δεν αξιολογήθηκαν
 - c. 21/7
 - i. 3 εισαγωγές στην μελέτη από 24 εισαγωγές
 - d. 25/7
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 25 εισαγωγές
 - e. 29/7
 - i. εισαγωγή στην μελέτη από 18 εισαγωγές
2. 8/2021
 - a. 2/8
 - i. 3 εισαγωγές στην μελέτη από 19 εισαγωγές
 - b. 6/8
 - i. δεν αξιολογήθηκε
 - c. 10/8
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 17 εισαγωγές
 - d. 14/8
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 22 εισαγωγές
 - e. 18/8
 - i. δεν αξιολογήθηκε
 - f. 22/8
 - i. δεν αξιολογήθηκε
 - g. 26/8
 - i. 3 εισαγωγές στην μελέτη από 45 εισαγωγές
3. 9/2021
 - a. 3/9
 - i. 4 εισαγωγές στην μελέτη από 10 εισαγωγές
 - b. 7/9
 - i. 6 εισαγωγές στην μελέτη από 28 εισαγωγές
 - c. 11/9
 - i. δεν αξιολογήθηκε
 - d. 15/9
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 31 εισαγωγές
 - e. 19/9
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 35 εισαγωγές
 - f. 23/9
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 18 εισαγωγές

- g. 27/9
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 18 εισαγωγές
- 4. 10/2021
 - a. 1/10
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 28 εισαγωγές
 - b. 5/10
 - i. δεν αξιολογήθηκε
 - c. 9/10
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 22 εισαγωγές
 - d. 13/10
 - i. δεν αξιολογήθηκε
 - e. 17/10
 - i. 1 εισαγωγή στην μελέτη από 15 εισαγωγές
 - f. 21/10
 - i. 3 εισαγωγές στην μελέτη από 25 εισαγωγές
 - g. 25/10, 29/10
 - i. δεν αξιολογήθηκαν