



# Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 11, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2018

Volume 11, Issue 1, JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2018

## ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL

**Η επικοινωνία με τον ασθενή, στις μέρες μας: Αναγκαία ή περιττή κλινική δεξιότητα/πράξη;**

Communication with the patient nowadays: is it a necessary clinical skill/practice?  
*Θάλεια Μπελλάλη*

## ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – GENERAL ARTICLES

**Ειδικός Νοσηλευτής Διαβήτη και εξατομικευμένη εκπαίδευση στο νοσοκομείο**  
Diabetes Specialist Nurse and individualized education in the hospital

*Ευγενία Βλάχου*

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

**Καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών**

Best practices in healthcare services quality improvement in neonatal intensive care unit (NICU)

*Αγάπη Συμεωνίδου, Παρασκευή Καραγιάννη, Γεώργιος Τσιότρας*

## Συναισθηματική νοημοσύνη και ηγεσία στη νοσηλευτική πράξη

Emotional Intelligence and Leadership in Nursing practice

*Μιχαήλ Κουράκος, Γεωργία Πουλημενάκου, Αλεξάνδρα Μήτση*

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

**Διερεύνηση των στάσεων των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών απέναντι στη νοσηλευτική συνταγογράφηση.**

Investigation of the attitudes of medical/nursing staff and patients towards nurse prescribing

*Ιωάννα Λουραντάκη, Κορίνα Κατσαλιάκη*

**Διερεύνηση των εργασιακών απαιτήσεων και των πηγών στήριξης των Νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου**

Exploring the job demands and support resources of Intensive Care Unit nurses in Cyprus' public hospitals

*Δέσπω Κωνσταντίνου, Ευγενία Μηνασίδου, Μαρία Γκριζιώτη, Χαριτήνη Τσαγκάρη, Θάλεια Μπελλάλη*

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Η Ισχύς εν τη ενώσει

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

**ENE**   
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ  
[www.enne.gr](http://www.enne.gr)

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

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ:** ΣΑΒΒΑΣ Ι. ΓΑΒΡΑΣ  
Κοτζιά 16, 121 37 Περιστέρι,  
Τηλ.: 210 5718423, Fax: 210 5753246  
e-mail: gavras@otenet.gr

ISSN 1791-9002  
e-ISSN 2459-2994

ΕΚΔΟΤΗΣ: **ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ**  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: **ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΛΑΣ**  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: **ΔΡ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: **ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ**

Το ΔΣ της ΕΝΕ:  
Πρόεδρος: **Δημήτριος Σκουτέλης**, Αντιπρόεδρος Α': **Δημήτριος Πιστόλας**, Αντιπρόεδρος Β': **Απόστολος Κωτσής**  
Γενικός Γραμματέας: **Αριστείδης Δάγλας**, Αναπληρωτής Γραμματέας: **Κωνσταντία Μπελαλή**  
Ταμίας: **Λάμπρος Μπίζας**, Οργανωτικός Γραμματέας: **Γεώργιος Δόντισιος**

Μέλη ΔΣ:  
**Γεώργιος Αβραμίδης, Γεώργιος Αρβανίτης, Γεώργιος Δραχτίδης, Γεώργιος Ίντας, Παναγιώτης Κοσκινάς**  
**Αριστείδης Μάρκου, Συμεών Μπάρκας, Γεώργιος Ποντισίδης**

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:  
**Μαρία Σαρίδη** MSc, PhD  
**Δρ. Θεοδώρα Καυκιά**, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ  
**Αθηνά Καλοκαιρινού**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Στέφανος Μαντζούκας**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής  
ΤΕΙ Ηπείρου, **Ευγενία Μπνασίδου**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρος  
Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Γεώργιος Κριτωτάκης**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης,  
**Μιχαήλ Κουράκος**, MSc, PhD, **Βασιλική Ρόκα**, MSc, PhD, **Μαρία Μαλλιάρου**, MSc, PhD, **Ιωάννα Καραμήτην**, MSc, PhD, **Αθανάσιος**  
**Μαστροκόστας**, MSc, PhD, **Μαρία Γκριζώτη**, MSc, **Μάρθα Κελέση**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Παν/μιο Δυτ. Αττικής

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:  
**Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου**, Παιδίατρος Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού  
**Ιωάννης Κυριόπουλος**, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοσμήτωρ ΕΣΔΥ  
**Αλέξιος Παραράς**, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ  
**Παρασκευή Αποστολάρα**, **Αικατερίνη Βενέτη**, **Μαρία Γέραλη**, **Δημήτριος Δάλλας**, **Γεώργιος Ελεσνίτσας**, **Γεώργιος Ίντας**,  
**Αγγελική Καραϊσκού**, **Νεκταρία Κάραλη**, **Νικόλαος Κοντοδημόπουλος**, **Βάγια Κωνσταντικάκη**, **Θεοχάρης Κωνσταντινίδης**,  
**Πολυξένη Μαγγούλια**, **Βασιλική Μούγια**, **Δημήτριος Μπαρουξής**, **Λάμπρος Μπίζας**, **Ιωάννης Μωῦσσογλου**, **Χρυσούλα Νταφογιάννη**,  
**Δήμητρα Παλιτζήκα**, **Ειρήνη Παπάζογλου**, **Νίκη Παυλάτου**, **Μαρία Ρεκλείτη**, **Νίκος Στεφανόπουλος**, **Νικόλαος Στούφης**,  
**Σοφία Τάνη**, **Αναστάσιος Τζενάλης**, **Αικατερίνη Τόσκα**, **Ολυμπία Χαλικοπούλου**, **Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου**, **Καλλιόπη Χατζίκα**,  
**Ελένη Χριστοδούλου**, **Χρύσα Χρυσοβιτσάνου**

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ  
**Dr. Theodoros Koutroubas**, Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, **Dr. Irena Papadopoulou**, Professor of Transcultural Health and Nursing  
and Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health Middlesex University, London UK, **Dr. Denise M. McEnroe-Petite**, Associate  
Professor, Nursing, Kent State University Tuscarawas, Associate Degree Nursing Program, New Philadelphia, USA, **Dr. Betty Chung Pui Man**,  
Lecturer, (Health Sciences Syd), Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong, PRC, **Dr. Evridiki Papastavrou**, Assistant Professor,  
Department of Nursing, Cyprus University of Technology, President of the Council of Nursing and Midwifery, Cyprus, **Dr. Lorendana Sasso**,  
Associate Professor, Università degli Studi di Genova, Italy, **Cecilia Sironi**, RN, BSc, MSc Università degli Studi dell' Insubria-Varese, Italy,  
**Dr. Rocco Gennaro**, Head of the Nursing School and Professor, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director Centre of Excellence for  
Nursing Scholarship – Rome – Italy, **Dr. Thomas Kearns**, Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, RCSI-Royal College  
of Surgeons, Ireland, **Dr. Helene Kelly**, International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark,  
**Dr. Vilma Zydziunaite**, RN, MNSc, MEdSc, PhD, Professor- Researcher, Vytautas Magnus University, Kaunas & Faculty of Health sciences,  
Klaipeda State College, Lithuania, **Dr. Carlos Melo-Dias**, Professor of Nursing in Nursing School of Coimbra, Researcher in Health Sciences  
Research Unit: Nursing (UICISA: E), Researcher in Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs  
Institute, Coimbra, Portugal, **Leodoro J. Labrague**, Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan  
Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman, **Dr. Viktor Vus**, Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of  
International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine, **Anastasia Mallidou**, Assistant Professor,  
University of Victoria, School of Nursing, British Columbia, Canada.

## **ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL**

<b>Η επικοινωνία με τον ασθενή, στις μέρες μας: Αναγκαία ή περιττή κλινική δεξιότητα/πράξη;</b> <i>Communication with the patient nowadays: is it a necessary clinical skill/practice?</i> <i>Θάλεια Μπελλάλη</i> .....	<b>3</b>
---	----------

## **ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – GENERAL ARTICLES**

<b>Ειδικός Νοσηλευτής Διαβήτη και εξατομικευμένη εκπαίδευση στο νοσοκομείο</b> <i>Diabetes Specialist Nurse and individualized education in the hospital</i> <i>Ευγενία Βλάχου</i> .....	<b>8</b>
--	----------

## **ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS**

<b>Καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών</b> <i>Best practices in healthcare services quality improvement in neonatal intensive care unit (NICU)</i> <i>Αγάπη Συμεωνίδου, Παρασκευή Καραγιάννη, Γεώργιος Τσιότρας</i> .....	<b>15</b>
---	-----------

<b>Συναισθηματική νοημοσύνη και ηγεσία στη νοσηλευτική πράξη</b> <i>Emotional Intelligence and Leadership in Nursing practice</i> <i>Μιχαήλ Κουράκος, Γεωργία Πουλημενάκου, Αλεξάνδρα Μήτση</i> .....	<b>23</b>
---	-----------

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES**

<b>Διερεύνηση των στάσεων των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών απέναντι στη νοσηλευτική συνταγογράφηση.</b> <i>Investigation of the attitudes of medical/nursing staff and patients towards nurse prescribing</i> <i>Ιωάννα Λουραντάκη, Κορίνα Κατσαλιάκη</i> .....	<b>31</b>
---	-----------

<b>Διερεύνηση των εργασιακών απαιτήσεων και των πηγών στήριξης των Νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου</b> <i>Exploring the job demands and support resources of Intensive Care Unit nurses in Cyprus' public hospitals</i> <i>Δέσπω Κωνσταντίνου, Ευγενία Μηνασίδου, Μαρία Γκριζιώτη, Χαριτήνη Τσαγκάρη,</i> <i>Θάλεια Μπελλάλη</i> .....	<b>47</b>
--	-----------

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ**

<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ &amp; ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ</b> .....	<b>61</b>
--	-----------

<b>ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ</b> .....	<b>63</b>
------------------------------------	-----------

# Η επικοινωνία με τον ασθενή, στις μέρες μας: Αναγκαία ή περιττή κλινική δεξιότητα/πράξη;

*Communication with the patient nowadays: is it necessary clinical skill/practice?*

**Θ. Μπελλάλη,**

Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης  
Διευθύντρια Σύνταξης

**Η** επικοινωνία αποτελεί βασικό κομμάτι της ιατρονοσηλευτικής πρακτικής και έχει διαπιστωθεί μέσα από πολυάριθμες μελέτες πως όταν αυτή είναι αποτελεσματική, βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και επηρεάζονται με άμεσο και έμμεσο τρόπο οι θετικές εκβάσεις στην υγεία του ασθενή, συμβάλλοντας καθοριστικά στην ικανοποίησή του (Street et al 2009). Η επικοινωνία κατά τη διάρκεια λήψης του ιατρικού ή νοσηλευτικού ιστορικού, κατά το σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας, αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή, θεωρείται καθοριστικής σημασίας για την εγκαθίδρυση μιας «θεραπευτικής» σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία υγείας.

Οι λειτουργίες της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή, περιλαμβάνουν τη γνωριμία, τον εντοπισμό του προβλήματος υγείας, τον προσδιορισμό των αναγκών και των προσωπικών ικανοτήτων αντιμετώπισης, το συνεργατικό προγραμματισμό, την εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και την αξιολόγηση παροχής φροντίδας, έτσι ώστε να υπάρξει τροποποίηση εάν κριθεί απαραίτητο. Οι συγγενείς επίσης, έχουν παρόμοιες ανάγκες επικοινωνίας με τον ασθενή. Βασικός σκοπός της επικοινωνιακής συνδιαλλαγής μαζί τους είναι να βοηθηθούν ώστε να καθίστανται αποτελεσματικοί φροντιστές για τον άνθρωπό τους, αλλά και για να προσαρμοστούν οι ίδιοι στη νέα κατάσταση που αντιμετωπίζουν. Με άλλα λόγια, διά μέσου μιας θεραπευτικής επικοινωνιακής σχέσης ο επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση: να γνωρίσει τον ασθενή ως πρόσωπο και βιοψυχοκοινωνική οντότητα, να εντοπίσει το πρόβλημα υγείας του, να εξετάσει εάν το πρόβλημα επηρεάζει τη στάση του απέναντι στον εαυτό του, στους άλλους και στη ζωή γενικότερα, να προγραμματίσει και εξατομικεύσει τη νοσηλεία του αρρώστου, να διαθέσει χρόνο για να «ακούσει», να αξιολογήσει σε συνεργασία με τον ασθενή και τη θεραπευτική ομάδα το αποτέλεσμα της φροντίδας και επιπλέον να επισημάνει τις προσωπικές του ικανότητες, ως άνθρωπος και ως επαγγελματία υγείας, ενώ εμπνέει σεβασμό, εμπιστοσύνη και ασφάλεια σε ασθενείς, συγγενείς και συναδέλφους.

Στη βιβλιογραφία, αλλά και στην κλινική πρακτική, υπάρχουν και εφαρμόζονται ωστόσο, διάφορα μοντέλα επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Οι Rotter et al (1997) περιέγραψαν πέντε διαφορετικά μοντέλα επικοινωνίας που καθορίζουν τη θεραπευτική σχέση του γιατρού, με τον ασθενή: α) το αυστηρά βιοϊατρικό, β) το διευρυμένο βιοϊατρικό, γ) το βιοψυχοκοινωνικό, δ) το ψυχοκοινωνικό και το ε) το καταναλωτικό. Το *αυστηρά βιοϊατρικό μοντέλο*, διακρίνεται από συζητήσεις αποκλειστικά ιατρικών ζητημάτων και από τη χρησιμοποίηση ερωτήσεων κλειστού τύπου. Στο *διευρυμένο βιοϊατρικό μοντέλο* ο γιατρός, προκειμένου να προσεγγίσει καλύτερα τον ασθενή του, θίγει και ψυχοκοινωνικά ζητήματα. Στο *βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο* γίνεται αναφορά σε ιατρικά και ψυχοκοινωνικά θέματα με τη χρήση και ανοικτών ερωτήσεων, ώστε ο ασθενής μέσα από μια ισοδύναμη σχέση να έχει τη δυνατότητα να περιγράψει την προσωπική εμπειρία της νόσου του. Το *ψυχοκοινωνικό μοντέλο* αφορά την αποκλειστική ενασχόληση του γιατρού με τα ψυχοκοινωνικά θέματα του ασθενή, τα οποία δείχνουν πώς επηρεάζουν την οργανική του κατάσταση και αυτό δίνει μια δύναμη εξουσίας στον ασθενή, ενώ τέλος στο *καταναλωτικό μοντέλο* ο γιατρός έχει τον ρόλο του ειδικού που απαντά σε ερωτήσεις και ικανοποιεί τις προσδοκίες του ασθενή-καταναλωτή, ο οποίος διατηρεί την εξουσία της διαπροσωπικής τους σχέσης.

Στις μέρες μας, η εφαρμογή του βιοιατρικού μοντέλου, είναι εμφανής καθώς μελέτες σε πολλές χώρες έχουν επιβεβαιώσει ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα έλλειψης ή ανεπαρκούς επικοινωνίας στην κλινική πράξη, ενώ οι διαπροσωπικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό *την ικανοποίηση των ασθενών* (Thorne et al 2004, Clever et al 2008, Narenjha et al 2012). Για πολλούς επαγγελματίες υγείας, η διατήρηση απόστασης από τους ασθενείς αποτελεί μονόδρομο, καθώς τους επιτρέπει να προχωρούν μόνοι τους στη λήψη των ιατρονοσηλευτικών αποφάσεων, ακολουθώντας το βιοιατρικό μοντέλο επικοινωνίας. (Dean & McAllister 2016). Συχνά λοιπόν εστιάζονται στο άμεσο σωματικό πρόβλημα για το οποίο προσέρχεται ο ασθενής στο νοσοκομείο, θέτοντας αυτόματα εκτός συζήτησης όλες τις άλλες διαστάσεις του προβλήματος. Διαθέτουν λοιπόν τη δική τους συλλογιστική και τα δικά τους στερεότυπα για την ερμηνεία του προβλήματος του αρρώστου, που σε ουδεμία περίπτωση δεν έχει σχέση με τη γενικότερη «ιστορία της ζωής του», χρησιμοποιούν δυσνόητη

επιστημονική διάλεκτο με ιατρικούς όρους που δεν γίνεται κατανοητή από τους ασθενείς και χρονικά δεν αφιερώνουν τον απαραίτητο χώρο στον ασθενή να εκφραστεί όπως ο ίδιος θα επιθυμούσε. Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι οι ασθενείς, περνώντας τις πύλες ενός νοσοκομείου, να χάνουν την ταυτότητά τους, να αντιμετωπίζονται ως «αριθμοί» που περιμένουν τη σειρά τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για να εξεταστούν, ή να αντιμετωπίζονται ως «το κρεβάτι με τον αριθμό Χ» στο θάλαμο κάποιου νοσηλευτικού τμήματος.

Στο ερώτημα «γιατί» οι γιατροί επιλέγουν αυτό το μοντέλο επικοινωνίας και διαμορφώνουν έτσι μια αλληλεπίδραση ή σχέση ενεργητικότητας/παθητικότητας με τον ασθενή, ή καθοδήγησης/συνεργασίας μαζί του στην καλύτερη περίπτωση και όχι μια σχέση συνεργατική/αμοιβαίας συμμετοχής (Roter et al 1997), δίνουν απάντηση οι διάφοροι φόβοι που υποκρύπτονται, όπως για παράδειγμα ότι θα βλάψουν περεταίρω ψυχολογικά τον ασθενή, ότι αυτός θα κάνει δύσκολες ερωτήσεις ή θα εκφράσει συναισθήματα που δεν θα μπορέσουν να διαχειριστούν, ο φόβος της δικής τους συναισθηματικής εμπλοκής, και κυρίως ο φόβος ότι θα δαπανήσουν πολύ χρόνο να ακούσουν τα προβλήματα και τις ανάγκες του ασθενή που μπορεί να μη σχετίζονται με το πρόβλημα υγείας του. Επίσης, απάντηση δίνει η έλλειψη εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας, αλλά και η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους τους (Fong et al 2010). Από την άλλη πλευρά, αν αναφερθούμε στους νοσηλευτές, αυτοί έχουν εκπαιδευτεί να παρέχουν ολιστική φροντίδα και να ενσωματώνουν τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών τους μέσα στο πλάνο φροντίδας τους (Finke et al 2008). Ωστόσο, τις περισσότερες φορές δεν το κάνουν. Μια σειρά από λόγους, όπως οι μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η επαγγελματική κόπωση, συχνά δεν τους το επιτρέπουν. Επιπρόσθετα, κυριαρχεί η πεποίθηση πως για να επιβιώσει κανείς συναισθηματικά, αλλά και επαγγελματικά, θα πρέπει να διατηρήσει απόσταση από τους ασθενείς. Η «απάνθρωπη» πλευρά των σύγχρονων κοινωνιών και η γενικότερη τάση αποπροσωποποίησης είναι φυσικό να μην έχει αφήσει ανεπηρέαστους και τους επαγγελματίες υγείας (Dean & McAllister 2016). Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι υποδείγματα φροντίδας, καθώς αποτελεί επιλογή τους να υπάρχουν σε αυτόν το χώρο και να παραμένουν, παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες για την επίτευξη της βέλτιστης φροντίδας (Todres et al 2009).

Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι οι ασθενείς να αναφέρουν ότι η ανάγκη τους για επικοινωνία πολλές φορές μένει ανικανοποίητη και οι επαγγελματίες υγείας συνήθως δεν τους ακούν προσεκτικά, δεν τους δίνουν ξεκάθαρες απαντήσεις, δεν σέβονται αυτά που τους αναφέρουν και δεν τους δίνουν αρκετό χρόνο για να εκφραστούν (Zamanzadeh et al 2014). Επειδή ωστόσο η σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενή είναι μια σχέση αλληλεπίδρασης, μπορεί κανείς να προβάλει επιπλέον το επιχειρήμα ότι «Για κάθε γιατρό που αδυνατεί να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες, υπάρχει ένας ασθενής που δεν ήταν αρκετά διεκδικητικός ώστε να τις ζητήσει και να τις λάβει». Οι ασθενείς δεν είναι σπάνιο να μην αποκαλύπτουν τα προβλήματά τους καθώς διαστρεβλωμένα πιστεύουν ότι: «Τα προβλήματά μου είναι αναπόφευκτα και δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν», «Αν πω ότι έχω προβλήματα με τη θεραπεία ο γιατρός μπορεί να τη σταματήσει και να πεθάνω», «Αν αναφέρω ένα σωρό προβλήματα, ο γιατρός θα με πει νευρωσικό», «Ο γιατρός κάνει ο,τι μπορεί για μένα και δεν χρειάζεται να τον φορτώνω και με τα προβλήματά μου», «Οι ψυχολογικές μου δυσκολίες δεν ενδιαφέρουν το γιατρό. Δεν ήρθα σε ψυχίατρο» κ.α. Κατά συνέπεια, το μυαλό του ασθενή μπορεί να είναι γεμάτο από σκέψεις και προβληματισμούς, που όμως δεν του «επιτρέπεται» να εκφράσει, γιατί απλά ο επαγγελματίας υγείας έχει επικεντρωθεί στο σωματικό πρόβλημα της υγείας του. Χαρακτηριστικές ωστόσο είναι οι περιπτώσεις όπου σε κάποιες ιατρικές επισκέψεις ο ασθενής μπορεί να προβάλει το πρόβλημα που τον απασχολεί στο τέλος της επίσκεψης. Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται στη βιβλιογραφία με τον όρο «by the way syndrome» και όπως δείχνουν μελέτες αυτό συμβαίνει αρκετά συχνά (White et al 1994, Boyle et al 2005, Heritage et al 2007, Rodondi et al 2009).

Το παραπάνω φαινόμενο μπορεί να προληφθεί, ή ακόμη και να μειωθεί, μέσα από την εφαρμογή μιας ασθενοκεντρικής προσέγγισης (patient-centered approach) που βασίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο επικοινωνίας και στο μοντέλο αμοιβαίας συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων. Η αποτελεσματική ασθενοκεντρική επικοινωνία συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού και θεραπευτικού σχεδίου φροντίδας, μέσα από τη μετάδοση των κατάλληλων και επαρκών πληροφοριών στον ασθενή. Στο πλαίσιο αυτό, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα του επαγγελματία υγείας να μπαίνει στη θέση του ασθενή, να κατανοεί τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του και επιπλέον να το δείχνει αυτό, χωρίς ωστόσο να ταυτίζεται μαζί του (Piasecki 2008). Μια τέτοιου είδους επικοινωνία μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση της νόσου μέσα από δυο στόχους: αρχικά να συνδράμει στην αποκάλυψη περισσότερων συμπτωμάτων και θεμάτων που απασχολούν τον ασθενή και κατά συνέπεια να οδηγήσει σε ακριβέστερη διάγνωση, κατανόηση και κάλυψη των βιολογικών αναγκών του και έπειτα να επιτρέψει να ακουστούν οι ανησυχίες του ασθενή, να εκτιμηθεί και να γίνει αποδεκτός ο ίδιος, ως άτομο και προσωπικότητα, συμβάλλοντας στην ικανοποίησή του από την παρεχόμενη φροντίδα (Dean & McAllister 2016).

Καθώς οι εποχές που οι επαγγελματίες υγείας αποτελούσαν τη μοναδική πηγή πληροφόρησης και γνώσης για τους ασθενείς έχουν παρέλθει, η σύγχρονη τεχνολογία της πληροφορίας πλέον αποτελεί για τους ασθενείς συχνά τον προσωπικό τους σύμβουλο. Στις μέρες μας, περισσότερο από ποτέ, οι ασθενείς έχουν άποψη, αμφισβητούν και συχνά διαφωνούν με αυτά τα οποία τους ζητούν να εφαρμόσουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη θεραπεία τους. Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλει και η φτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, η οποία σχετίζεται θετικά και με ένα άλλο σημαντικό θέμα,

αυτό της χαμηλής συμμόρφωσης (compliance) ή προσήλωσης (adherence) στις ιατρονοσηλευτικές οδηγίες (Zolnieriek & DiMatteo 2009). Η μη συμμόρφωση (η οποία αντανακλά το βαθμό στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τη φαρμακευτική δόση, δηλαδή ο αριθμός των χορηγούμενων δόσεων σε σχέση με την περίοδο χορήγησης), εκτροχιάζει τον ασθενή από την πορεία του θεραπευτικού σχήματος, με σημαντικές και συχνά δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία του. Επιζήμια καθίσταται από την άλλη πλευρά και η έλλειψη προσήλωσης, η οποία αφορά σε μια γενικότερη έννοια που περιγράφει σε ποιο βαθμό η συμπεριφορά ενός ατόμου σε σχέση με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την υιοθέτηση διατροφικών συνθηκών και αλλαγών στον τρόπο ζωής, συνάδει με τις αποδεκτές από τον ασθενή οδηγίες που δίνονται από έναν επαγγελματία υγείας (WHO 2003). Σε περίπτωση που οι οδηγίες δεν επεξηγούνται από τον επαγγελματία υγείας, ο ασθενής αυτενεργεί σε βάρος της υγείας του, είτε γιατί φοβάται για παράδειγμα τις παρενέργειες των φαρμάκων, είτε γιατί δεν έχει κατανοήσει τη σημαντικότητα της αλλαγής των συμπεριφορών υγείας του. Σε αυτή την περίπτωση, αποτελεσματική θα ήταν μια συνεχής διαδικασία ανατροφοδότησης και επικοινωνίας με τον επαγγελματία υγείας, η οποία θα επαναπροσδιορίζει κάθε φορά τις ανάγκες του ασθενή, στο πλαίσιο μιας διαδικασίας αμοιβαίας συμμετοχής για τη λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων.

Συμπεραίνει λοιπόν κανείς από όλα τα παραπάνω, πως οι επαγγελματίες υγείας, είναι σημαντικό να επικοινωνούν με τον ασθενή, αρκεί να γνωρίζουν πώς να το κάνουν αποτελεσματικά. Σύμμαχός τους στη προσπάθεια αυτή, θα πρέπει να είναι η *εκπαίδευση*. Η εκπαίδευση στην αποτελεσματική επικοινωνία και στις δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης (active listening) είναι και πρέπει να αποτελεί συστατικό της βασικής προπτυχιακής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Καθώς η ολοένα μικρότερη ικανοποίηση του κοινού από τις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με ελλείμματα στην κλινική επικοινωνία, υπάρχει σαφής και επείγουσα ανάγκη να ενταχθεί η διδασκαλία αυτών των κλινικών δεξιοτήτων και σε *προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης* των επαγγελματιών υγείας από τον Οργανισμό στον οποίο ανήκουν. Στόχοι αυτών των σεμιναρίων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, που πραγματοποιούνται πολύ συχνά στο εξωτερικό είναι οι επαγγελματίες υγείας να:

- » Ευαίσθητοποιηθούν στη φύση της θεραπευτικής σχέσης και στη σημασία της ουσιαστικής επικοινωνίας στο χώρο της υγείας
- » Εκτιμούν τη σημασία της αποτελεσματικής λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας στις διαπροσωπικές τους σχέσεις
- » Εντοπίζουν τους φραγμούς επικοινωνίας στην καθημερινή κλινική πράξη
- » Αναγνωρίζουν τις αποτελεσματικές δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης στην επικοινωνία με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους
- » Αξιολογούν τις ανάγκες διαχείρισης «δύσκολων» ασθενών ή/και εξειδικευμένων περιπτώσεων ασθενών ανά νόσο (ογκολογικών, ψυχιατρικών κ.λπ.)
- » Αποκτούν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες που θα συμβάλλουν στην αποτελεσματική προσέγγιση του ασθενή και της οικογένειάς του (Smith et al 2018).

Τα παραπάνω σεμινάρια επικοινωνίας συνήθως δεν πραγματοποιούνται με παραδοσιακές μεθόδους διδασκαλίας (π.χ. διαλέξεις), αλλά με μεθόδους ενεργητικής μάθησης και αλληλεπίδρασης. Η χρήση εκπαιδευτικών βιντεοταινιών με πραγματικούς ή κατά «προσομοίωση» ασθενείς για τον προσδιορισμό των φραγμών, αλλά και των δεξιοτήτων επικοινωνίας είναι πολύ βοηθητική. Στη συνέχεια, οι εκπαιδευόμενοι μπορούν ως μέλη μιας ομάδας να δοκιμάσουν οι ίδιοι τις δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης, συμμετέχοντας σε παιχνίδια-ρόλους (role play) επικοινωνιακών συνδιαλλαγών σε ποικίλα κλινικά σενάρια. Στο πλαίσιο αυτό, έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τις εμπειρίες από την καθημερινή τους πρακτική και να συζητήσουν τις δυσκολίες επικοινωνίας που συχνά αντιμετωπίζουν (Kurtz et al 2004).

Επιπλέον, η σεμιναριακού τύπου συνεχιζόμενη εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας μπορεί να επικεντρώνεται στην εκμάθηση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων/κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών στο πνεύμα της Τεκμηριωμένης Κλινικής Πρακτικής (evidence based practice), τα οποία εστιάζουν σε συγκεκριμένες ανάγκες των επαγγελματιών υγείας. Παραδείγματα αποτελούν πρωτόκολλα όπως το CLASS (Context, Listening skills, Acknowledge, Strategy, Summary) με θέμα τη διαδικασία λήψης ιατρικού ιστορικού (Buckman 2001), το CONES (Context, Opening Shot, Narrative, Emotions, Strategy & Summary) που εστιάζεται στο πώς συζητά ο επαγγελματίας υγείας ένα ιατρικό λάθος με τον ασθενή και την οικογένειά του (Petronio et al 2013), το BALANCE (Beliefs & Values, Ambience, Language & Health Literacy, Affiliations, Network, Challenges, Economics) για την επικοινωνία όταν υπάρχουν διαπολιτισμικές διαφορές με τον ασθενή (HHS 2014), όπως επίσης και το διαδεδομένο SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Support) που εστιάζει στον τρόπο ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων σε ασθενείς με καρκίνο ή με άλλη σοβαρή και απειλητική για τη ζωή νόσο (Baile et al 2000).

Η βασική ή συνεχιζόμενη εκπαίδευση λοιπόν, δίνει τα εφόδια στον επαγγελματία υγείας να γνωρίζει πώς να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τον ασθενή και την οικογένειά του. Το να «ξέρει» ωστόσο πώς να προσεγγίζει τον ασθενή, αποτελεί από μόνη της μια αναγκαία, αλλά όχι ικανή συνθήκη για να λάβει χώρα στην πράξη μια επικοινωνιακή συνδιαλλαγή στο χώρο της υγείας. Αναγκαία και ικανή συνθήκη συνιστά το ολοκληρωμένο τρίπτυχο **«Ξέρω, Μπορώ, αλλά κυρίως Θέλω»** να επικοινωνήσω!

Το «μπορώ» σχετίζεται με τις διαφορετικές και δύσκολες πολλές φορές συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον του

νοσοκομείου. Σύμφωνα με τη Συστημική προσέγγιση της επικοινωνίας και συγκεκριμένα με τις θεωρίες της Σχολής του Palo Alto, η επικοινωνία δεν ακολουθεί μια γραμμική αντίληψη, δηλαδή δεν είναι δράση από έναν πομπό και αντίδραση από έναν δέκτη, αλλά καθορίζεται μέσα από το πλαίσιο στο οποίο διεξάγεται. Αυτό το πλαίσιο αφορά στις σχέσεις που συνδέουν τα άτομα που επικοινωνούν, με το περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα η αλληλεπίδραση και με την κατάσταση που συνδέει τους πρωταγωνιστές. Και εδώ αρχίζουν τα προβλήματα και οι δυσκολίες για το χώρο της υγείας. Γιατί θα πρέπει κανείς να ερμηνεύσει το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα μια επικοινωνιακή συνδιαλλαγή για να εξηγήσει και να διορθώσει συμπεριφορές. Δεν σημαίνει λοιπόν ότι κάποιος αν «ξέρει» τις δεξιότητες επικοινωνίας μπορεί εύκολα να επικοινωνήσει με κάποιον άλλο. Παράδειγμα, αν δεν ευνοεί το πλαίσιο για έναν γιατρό ή νοσηλεύτη να επικοινωνήσει, λόγω έλλειψης χρόνου, δύσκολων συνθηκών, συναισθηματικής φόρτισης, κ.λπ., ακόμη και αυτός να ξέρει τον τρόπο, δεν θα μπορέσει να επικοινωνήσει αποτελεσματικά.

Το σημαντικότερο ωστόσο, πέρα από το «Ξέρω» και το «Μπορώ» είναι το «Θέλω» να επικοινωνήσω! Και οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να «θέλουν», καθώς η επικοινωνία δεν αποτελεί μια περιττή κλινική δεξιότητα, συνιστά μια απαραίτητη κλινική πράξη. Άλλωστε ο William Osler, ο «πατέρας της σύγχρονης Ιατρικής», γνωστός για τις πρωτοποριακές του απόψεις και πρακτικές στη διδασκαλία της Ιατρικής, ο οποίος εισήγαγε τη διδασκαλία παρά-των κλινικών των-ασθενών, μετατρέποντας την ιατρική εκπαίδευση από θεωρητικό αντικείμενο σε πρακτικό, συνδυάζοντας έτσι την επιστημονική γνώση με την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς, υποστήριξε ότι «ο καλός κλινικός θεραπεύει την ασθένεια, αλλά ο εξαιρετικός κλινικός θεραπεύει τον άρρωστο». Επίσης, ο Eric Cassel (1985), γιατρός επίσης, του οποίου η έρευνα και οι θεωρίες για την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς έχουν ενσωματωθεί σε μεγάλο βαθμό στην ιατρική εκπαίδευση, αναφέρει ότι οι τρεις βασικές αρχές της ιατρικής φροντίδας είναι α) να φροντίζουμε ασθενείς και όχι νοσήματα, β) η θεραπευτική σχέση αποτελεί το δίαυλο μέσω του οποίου διοχετεύεται και παρέχεται η φροντίδα και γ) η επικοινωνία είναι το πιο σημαντικό εργαλείο στην άσκηση της ιατρικής.

Συνεπώς η επικοινωνία με τον ασθενή στις μέρες μας δεν είναι πολυτέλεια!

Αποτελεί ανάγκη, και μάλιστα αδιαμφισβήτητη!

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Το παρόν άρθρο σύνταξης, βασίστηκε στη θεματολογία του Σεμιναρίου Επικοινωνίας που πραγματοποιήθηκε στις 24 Νοεμβρίου 2017, για το προσωπικό του 424 ΓΣΝΕ/3ο Γραφείο, με βασική εισηγήτρια τη Θάλεια Μπελλάλη και στα παιχνίδια ρόλων τις Νίκη Ποζίδου (*Νοσηλεύτρια M.Sc. Π.Φ.Υ-Ηθοποιό/σκηνοθέτη MSc Theatre study*) και Εύη Εμμανουήλ (*Ηθοποιό-Δικηγόρο*).

Αναφορά του άρθρου ως: Μπελλάλη Θ. (2018). Η επικοινωνία με τον ασθενή, στις μέρες μας: Αναγκασία ή περιττή κλινική δεξιότητα/πράξη; (άρθρο σύνταξης). *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(1): 3-7

Citation: Bellali Th. (2018). Communication with the patient nowadays: is it a necessary clinical skill/practice? (editorial). *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(1): 3-7



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A. & Kudelka A.P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5:302-311
- Boyle D., Dwinnell B. & Platt F. (2005). Invite, listen, and summarize: a patient centered communication technique. *Academic Medicine*, 80(1):29-32
- Buckman R. (2001). Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurology Clinics*, 19: 989-1004
- Cassell E.J. (1985). Talking with patients: Clinical Technique, Vol II. Cambridge, Mass: MIT Press
- Dean S. & McAllister M. (2016). How education must reawaken empathy (editorial) *Journal of Advanced Nursing*, 2: 233-234
- Finke E.H., Light J. & Kitko L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing* 17(16): 2102-2115
- Fong J.F. & Longnecker N. (2010) Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal* 10:38-43
- Heritage J., Robinson J.D., Elliott M.N., Beckett M. & Wilkes M. (2007). Reducing patients' unmet concerns in primary care: the difference one word can make. *Journal of Gen Intern Medicine* 22(10):1429-33
- HEALTH AND HUMAN SERVICES UNITED STATES OF AMERICA (HHS US) (2014). A Treatment improvement protocol. Improving cultural competence. Rockville: CDM Group, Inc
- Kurtz S., Silverman J. & Draper J. (2004). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. (2<sup>nd</sup> eds). Abingdon: CRC Press (Taylor & Francis Group)
- Narenjiha M., Haghighat S., Bahaddor H., Shajari J. & Jameie S.B. (2012). The Importance of Physicians' Communication Skills on Patients' Satisfaction *Thrita J Med Sci* 1(2): 57-61
- Petronio S., Torke A., Bosslet G., Isenberg S., Wocial L. & Helft P.R. (2013). Disclosing Medical Mistakes: A Communication Management Plan for Physicians. *The Permanente Journal* 2013 Spring;17(2):73-79
- Piasecki M. (2008). Η τέχνη της επικοινωνίας στο χώρο της υγείας: ένας πρακτικός οδηγός. (Επιμ. Θ. Μπελλάλη), Αθήνα: Εκδ. Παπασωτηρίου
- Rodondi P.Y., Maillefer J., Suardi F., Rodondi N., Cornuz J. & Vannotti M. (2009) Physician Response to "By-the-Way" Syndrome in Primary Care. *J Gen Intern Med* 24(6):739-41
- Rotter D.L., Stewart M., Putnam S., Lipkin M., Stiles W. & Inui T. (1997). Communication Patterns of Primary Care Physicians. *JAMA* 277: 350-356
- Sarah L., Clever L.J., Levinson W. & Meltzer D.O. (2008). Does Doctor-Patient Communication Affect Patient Satisfaction with Hospital Care? *Health Services Research* 43:5, Part I
- Smith L.M., Keiser M., Turkelson C., Yorke A.M., Sachs B. & Berg K. (2018). Simulated Interprofessional Education Discharge Planning Meeting to Improve Skills Necessary for Effective Interprofessional Practice. *Prof Case Manag.* 23:75-83
- Street R.L., Makoul G., Arora N.K. & Epstein R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74 (2009) 295-301
- Thorne S., Harris S.R., Mahoney K., Con A. & McGuinness L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling* 54: 299-306
- Todres L., Galvin K. & Holloway I. (2009). The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 4: 68-77
- White J., Levinson W. & Roter D. (1994). "Oh, by the way...": the closing moments of the medical visit. *Journal of Gen Intern Medicine* 9(1):24-8
- WHO (2003). Adherence to long-term therapies - Evidence for action, World Health Organisation, Geneva, Switzerland. Available at: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/) [Accessed: 6 Jun 2015]
- Zamanzadeh V., Rassouli M., Abbaszadeh A., Nikanfar A., Alavi-Majd H. & Ghahramanian A. (2014). Factors Influencing Communication Between the Patients with Cancer and their Nurses in Oncology Wards. *Indian Journal Of Palliative Care*, 20(1), 12-20
- Zolnierok M. & DiMatteo M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis, *Medical Care* 47(8): 826-834

# Ειδικός Νοσηλευτής Διαβήτη και εξατομικευμένη εκπαίδευση στο νοσοκομείο

Ευγενία Βλάχου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι μία από τις πιο συχνές χρόνιες παθήσεις παγκοσμίως που επηρεάζουν όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η νόσος έχει επιστημονικό και κλινικό ενδιαφέρον από την άποψη της πρόληψης και της θεραπείας, ενώ η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη. Αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής διαβητολογικής ομάδας είναι ο Ειδικός Νοσηλευτής στο Διαβήτη (ΕΝΔ), ο οποίος υποστηρίζει τα άτομα με ΣΔ και τους φροντιστές τους στη διαχείριση της κατάστασης της υγείας τους. Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού, του αυξανόμενου αριθμού των ατόμων με ΣΔ, των νέων τεχνικών και άλλων περίπλοκων θεραπευτικών επιλογών, ο ΕΝΔ αποτελεί αναγκαιότητα στο χώρο του νοσοκομείου, σε παγκόσμια κλίμακα. Ο ΕΝΔ αναλαμβάνει την εκπαίδευση των ασθενών με ΣΔ με απώτερο στόχο την επίτευξη τόσο της συμμόρφωσης με τη θεραπεία όσο και της αυτοδιαχείρισης της νόσου. Αναφορικά με τους ασθενείς που νοσηλεύονται, ο ΕΝΔ παρέχει εξατομικευμένη εκπαίδευση στα άτομα με ΣΔ και προάγει την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου, συμβάλλοντας στη μείωση των επιπλοκών και του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και τελικά στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Η ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου προγράμματος εκπαίδευσης το οποίο απευθύνεται στις ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών, είτε αυτοί έχουν διαγνωσθεί για πρώτη φορά είτε έχουν εισαχθεί λόγω μιας οξείας ή χρόνιας επιπλοκής, θα πρέπει να συμβαδίζει με τον τύπο διαβήτη (τύπου 1, τύπου 2 κ.λπ.) και την ηλικία του ατόμου με ΣΔ.

**Λέξεις- κλειδιά:** Αυτοδιαχείριση, Ειδικός Νοσηλευτής στο Διαβήτη, Εκπαίδευση στο διαβήτη, εκπαίδευση στο νοσοκομείο

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ευγενία Βλάχου, Τμήμα  
Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας, Αγίου Σπυρίδωνος και Παλκακίδη,  
12210, Αιγάλεω,  
τηλ. 2105385616,  
e-mail: evlachou@teiath.gr

Ημερομηνία Υποβολής: 02/11/2017

Αναφορά του άρθρου ως: Βλάχου Ε. (2018). Ειδικός Νοσηλευτής Διαβήτη και εξατομικευμένη εκπαίδευση στο νοσοκομείο. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(1): 8-14

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η εκπαίδευση στη διαχείριση του διαβήτη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας κρίνεται αναγκαία
- Απαιτείται εξατομικευμένο εκπαιδευτικό πλάνο ανάλογα με τον τύπο του διαβήτη, την ηλικία, τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις και τις ανάγκες του ασθενή
- Ο ρόλος του Ειδικού Νοσηλευτή στο Διαβήτη στην εκπαιδευτική διαδικασία είναι σημαντικός

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Ο** Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ), ως νόσος, παρουσιάζει τις τελευταίες δεκαετίες αυξανόμενη νοσηρότητα αποτελώντας ταυτόχρονα μείζον πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία, καθώς αναφέρεται ως μία από τις τρεις μη μεταδοτικές ασθένειες που έχουν τεθεί σε προτεραιότητα παγκοσμίως (WHO 2016).

Η αυξανόμενη επίπτωση της νόσου καθώς και η χρονιότητα αυτής, την καθιστούν επιστημονικά και κλινικά ενδιαφέρουσα τόσο σε επίπεδο πρόληψης, όσο και σε επίπεδο αντιμετώπισης και αυτοδιαχείρισης (Chen & Zimmet 2012). Σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία Διαβήτη (International Diabetes Federation-IDF), ο παγκόσμιος επιπολασμός του ΣΔ το 2011 ήταν 366 εκατομμύρια άτομα, ο οποίος αναμένεται να αυξηθεί στα 552 εκατομμύρια έως το 2030 (Alam et al 2014). Η διεθνής επιστημονική κοινότητα με τη συμβολή των διαφόρων επιστημονικών εταιρειών, οργανισμών και ενώσεων για το διαβήτη (American Diabetes Association-ADA, European Association for the Study of Diabetes-EASD, Diabetes Education Study Group-DESG, International Diabetes Federation-IDF, κλπ) καθιστά αναγκαία τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, διαιτολόγων, ψυχολόγων, κλπ) με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΣΔ, τη μείωση ημερών νοσηλείας λόγω των σχετιζόμενων επιπλοκών, και γενικότερα την επιτυχή θεραπευτική αντιμετώπιση (Koetsenruijter et al 2015).

Η συνεργασία αυτή πραγματοποιείται μέσω της δημιουργίας Διεπιστημονικής Διαβητολογικής Ομάδας (Interdisciplinary Diabetes Team) (Siminerio et al 2013, Kourakos 2017). Ο Ειδικός Νοσηλευτής στο Διαβήτη (ΕΝΔ), ως ισότιμο μέλος της Διαβητολογικής Ομάδας, παίζει διακριτό ρόλο, ιδιαίτερα στο πεδίο που σχετίζεται με την εκπαίδευση του ασθενούς με διαβήτη, καθώς έχει αποδειχθεί ότι η εκπαίδευση είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την επίτευξη της συμμόρφωσης του ασθενή και της οικογένειάς του τόσο στη θεραπευτική αγωγή όσο και στην αυτοφροντίδα και αυτοδιαχείριση της νόσου (Σταθοπούλου & Πασχάλη 2013).

Η δημιουργία του Ιδρύματος Νοσηλευτών Ευρώπης για το Διαβήτη (Foundation of European Nurses in Diabetes, FEND) το 1995, ανέδειξε το σημαντικό ρόλο του

νοσηλευτή, και ιδιαίτερα του ΕΝΔ, ο οποίος ως εξειδικευμένος στο ΣΔ είναι σε θέση να εφαρμόζει σωστά τις εκπαιδευτικές στρατηγικές και τις διεθνείς οδηγίες, επιτυγχάνοντας τα επιθυμητά αποτελέσματα για το άτομο με ΣΔ (Quinn 2013).

Η εκπαίδευση αυτού του ατόμου θα πρέπει να διαμορφώνεται και να πραγματοποιείται, από τον ΕΝΔ, σύμφωνα με ειδικά κριτήρια, πλαίσιο, με συγκεκριμένο εκπαιδευτικό υλικό και μεθόδους διδασκαλίας (Kourakos 2017). Η ηλικία (παιδί, έφηβος, ενήλικας, ηλικιωμένος), ο τύπος του διαβήτη (τύπος 1, τύπος 2, κ.α.) καθώς και ο χώρος στον οποίο πραγματοποιείται η εκπαιδευτική διαδικασία (νοσοκομείο ή κοινότητα) αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για τη διαμόρφωση ολοκληρωμένου και εξατομικευμένου προγράμματος εκπαίδευσης.

Ο χώρος του νοσοκομείου αποτελεί παράγοντα που διαφοροποιεί την εκπαιδευτική διαδικασία. Στο νοσοκομείο εισέρχονται είτε ασθενείς με ΣΔ, ως πρώτη διάγνωση, είτε άτομα με οξείες ή χρόνιες επιπλοκές της νόσου, γεγονός που τροποποιεί τους εκπαιδευτικούς στόχους και τη διάρκεια αυτών, αλλά και μορφοποιεί την όλη διαδικασία.

## ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ

Η επιτυχής εκπαίδευση των ατόμων με ΣΔ και των οικογενειών τους, περιλαμβάνει τη διαμόρφωση συγκεκριμένων στόχων από τον ΕΝΔ, η υλοποίηση των οποίων μπορεί να επιτευχθεί στο μέγιστο βαθμό μέσα από την εκπαίδευση και τη διαδικασία της μάθησης. Οι εκπαιδευτικοί στόχοι αποτελούν τη βάση για ένα προσαρμοσμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ασθενούς με διαβήτη (Martin et al 2012). Η διαμόρφωση και τα χαρακτηριστικά των στόχων αυτών, καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία του προγράμματος. Συγκεκριμένα, ένας εκπαιδευτικός στόχος για να είναι επιτυχής και υλοποιήσιμος θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα συναίνεσης του ασθενή με τον εκπαιδευτή του (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρία 2017). Επιπλέον, ο απλός τρόπος διατύπωσης των επιδιωκόμενων στόχων και η σαφήνιά τους βοηθάει τον εκπαιδευόμενο στην κατανόηση και στην υλοποίηση αυτών με πλήρη συνείδηση των πράξεών του.

Μία από τις δυσκολίες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι νοσηλευτές είναι η παρακίνηση του ασθενή στη

θεραπευτική και εκπαιδευτική διαδικασία (Parekh et al 2011). Η επιτυχία της εκπαιδευτικής διαδικασίας σχετίζεται με την ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης (American Association of Diabetes Educators 2009).

Μέσω της διαδικασίας της μάθησης και της εκπαίδευσης, ο ασθενής έρχεται αρχικά σε επαφή με τη διαδικασία μέτρησης γλυκόζης αίματος, είναι σε θέση να αξιολογεί τα αποτελέσματα που προκύπτουν και λαμβάνει τις απαραίτητες και σωστές αποφάσεις αναφορικά με το θεραπευτικό του σχήμα (Dejesus et al 2010). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω των κατάλληλων γνώσεων και δεξιοτήτων, που έχει μεταδώσει ο νοσηλεύτης στον ασθενή κατά την εκπαιδευτική διαδικασία. Επιπρόσθετα, ο ΕΝΔ αναμένει ότι η χρονιότητα της νόσου μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική εξουθένωση του ατόμου με ΣΔ, γεγονός που οδηγεί συχνά στην παραίτησή του από τη φροντίδα για την υγεία του (Glasgow 2006). Ο ΕΝΔ μέσα από την εκπαιδευτική διαδικασία έχει καταστήσει το άτομο να είναι αυτόνομο και να μπορεί να αντιμετωπίζει τυχόν δυσκολίες και προβλήματα, όπως η ψυχολογική εξουθένωση (Burke et al 2014). Η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας και επικοινωνιακής επικοινωνίας μεταξύ «νοσηλεύτη-εκπαιδευτή» και «ασθενή-εκπαιδευόμενου» αποτελεί το θεμέλιο για την αποτελεσματική εκπαίδευση και την αυτονομία του ασθενή. Άλλωστε, η επιτυχία της εκπαίδευσης είναι ο σταδιακός απογαλακτισμός του ασθενή από τον εκπαιδευτή του (Diabetes Care 2011).

Ο χρόνος και η διάρκεια του προγράμματος είναι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη από τον ΕΝΔ για τον σχεδιασμό της εκπαίδευσης. Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να είναι διαμορφωμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι ανάλογο των απαιτήσεων του ατόμου, να έχει τακτικά διαλείμματα και να υπάρχει χρόνος για διευκρινιστικές ερωτήσεις (Haas 2012).

Ο ΕΝΔ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι ευέλικτος και να διαμορφώνει το πρόγραμμα εξατομικευμένα. Το εξατομικευμένο πρόγραμμα που θα σχεδιαστεί διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του εκπαιδευόμενου, αλλά και με το χώρο που θα πραγματοποιηθεί η εκπαιδευτική διαδικασία.

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΔ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και τη διάγνωση της ασθένειάς του, ο νέος ασθενής με ΣΔ, καλείται να αντιμετωπίσει ένα χρόνιο νόσημα. Τις πρώτες ημέρες μετά τη διάγνωση, η εκπαίδευση στοχεύει κυρίως στην υποστήριξη του ασθενούς, ώστε να μπορέσει σταδιακά, να αποδεχθεί την ύπαρξη της νόσου. Η εκπαίδευση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο όταν ο πάσχοντας είναι σε θέση να διδαχθεί και να αφομοιώσει τις απαραίτητες πληροφορίες διαχείρισης του ΣΔ. Η ψυχοσυναισθηματική φόρτιση που προκύπτει από την εμφάνιση του διαβήτη

πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, διότι η δυνατότητα προσήλωσης και μάθησης μειώνεται σε μεγάλο βαθμό, κάτω από την έντονη ψυχολογική φόρτιση (Swift 2009). Η εκπαίδευση ξεκινά με την παροχή πληροφοριών, τόσο στον ασθενή όσο και στους οικείους του, με απώτερο στόχο την συνεργατική αντιμετώπιση της νόσου από το οικογενειακό περιβάλλον (Quinn 2013).

Οι βασικές πληροφορίες που παρέχονται σε αυτή τη φάση είναι οι εξής:

1. Απλή περιγραφή της παθοφυσιολογίας του διαβήτη και των θεραπευτικών επιλογών.
2. Διαμόρφωση κατάλληλου διαιτολογίου και έναρξη σωματικής δραστηριότητας.
3. Ορθή χρήση φαρμάκων.
4. Παρακολούθηση γλυκόζης αίματος, αξιολόγηση των ευρημάτων και κατάλληλες παρεμβάσεις.
5. Πρόληψη, ανίχνευση και αντιμετώπιση οξέων και χρόνιων επιπλοκών.
6. Εντοπισμός και αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων με στόχο την προαγωγή υγείας του ατόμου (American Diabetes Association 2015).

### Παιδί με διαβήτη στο Νοσοκομείο

Η εισαγωγή ενός παιδιού στο χώρο του νοσοκομείου αποτελεί ένα απειλητικό γεγονός. Το παιδί δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί την είσοδο και την παραμονή του σε ένα άγνωστο περιβάλλον, καθώς και την υποβολή του σε επώδυνες διαδικασίες. Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, η παραμονή των γονέων κοντά στο παιδί, ιδιαίτερα κατά την εκτέλεση επεμβατικών ενεργειών, μπορεί να είναι ωφέλιμη, διότι το παιδί νιώθει ασφάλεια, φοβάται λιγότερο και συνεργάζεται καλύτερα. Στόχος, λοιπόν, είναι η απόσπαση της προσοχής του παιδιού και η μείωση του πόνου και του άγχους (Μάτζιου-Μεγαπάνου 2012).

Μετά την πρώτη διάγνωση του διαβήτη, το παιδί και οι γονείς είναι φυσικό να αισθάνονται άγχος, θυμό, να είναι μπερδεμένοι και να νιώθουν ότι βρέθηκαν ξαφνικά σε αδιέξοδο. Η ασθένεια διαταράσσει αρχικά την καθημερινότητα και την ισορροπία της οικογένειας. Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και η ενθάρρυνση του παιδιού και των γονιών για την προσαρμογή και αποδοχή της νέας πραγματικότητας κρίνεται απαραίτητη. Οι γονείς λαμβάνουν κατάλληλη εκπαίδευση ούτως ώστε να μπορούν να προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη στο παιδί κατά την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος. Η συμπεριφορά και διαχείριση της κατάστασης από τους γονείς μπορεί να επιδράσει θετικά στο παιδί κάνοντάς το να ενεργεί και να ανταπεξέρχεται με επιτυχία στις δυσκολίες που παρουσιάζει η νόσος του (Θυμέλη 2007).

Η ψυχική υγεία του παιδιού, λοιπόν, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ομαλή και αποτελεσματική εκπαίδευση, τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειάς του. Σύμφωνα με έρευνα των Βλαχιώτη και συν (2008) αναφορικά

με τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση των παιδιών, βρέθηκε ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με το φύλο και όχι τόσο με την ηλικία έναρξης της νόσου, ενώ όσο αυξάνεται η εκπαίδευση των γονέων και η συμμετοχή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα, τόσο αυξάνεται και η αυτοεκτίμηση των παιδιών αντίστοιχα. Τα παιδιά με διαβήτη δύνανται να εμφανίσουν σοβαρές επιπλοκές κατά την ενηλικίωσή τους, γι' αυτό και οι βάσεις για τη σωστή διαχείριση της νόσου θα πρέπει να τίθενται από την πρώτη στιγμή της εμφάνισης της νόσου (Χαραλάμπους 2006).

Πριν την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο, ο παιδιατρικός ΕΝΔ αξιολογεί το βαθμό αφομοίωσης πληροφοριών και δεξιοτήτων που το παιδί και οι γονείς του διδάχτηκαν σχετικά με τη νόσο, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν το διαβήτη εκτός του νοσοκομείου. Η εκπαίδευση στοχεύει να καταστήσει το παιδί και τους γονείς ικανούς:

1. Να αναγνωρίζουν τους τύπους ινσουλίνης, τη συνιστώμενη δόση, το σημείο χορήγησης και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.
2. Να προετοιμάζουν και να χορηγούν με κατάλληλη τεχνική την ινσουλίνη.
3. Να αξιολογούν τις τιμές γλυκόζης και να επικοινωνούν με το θεραπευτή τους σε περίπτωση μη φυσιολογικών τιμών.
4. Να ορίζουν τι είναι η υπογλυκαιμία και τι υπεργλυκαιμία, να τις αναγνωρίζουν και να είναι σε θέση να τις αντιμετωπίζουν άμεσα.
5. Να γνωρίζουν να χορηγούν ένεση γλυκαγόνης σε περίπτωση βαριάς υπογλυκαιμίας.
6. Να αντιμετωπίζουν το διαβήτη σε περίπτωση απορρύθμισης λόγω ασθένειας (π.χ. γρίπη).
7. Να κατανοούν ποια είναι η υγιεινή διατροφή και ο χρόνος των γευμάτων που απαιτεί η ινσουλίνη.
8. Να μπορούν να κρίνουν πότε πρέπει να καλέσουν γιατρό (Quinn 2013).

Ως προς την ψυχολογική διάθεση, ο ΕΝΔ επαγρυπνά για σημεία κατάθλιψης ή ψυχολογικές μεταπτώσεις, καθώς εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Σε περίπτωση που κρίνει ότι το παιδί και η οικογένεια χρειάζονται περαιτέρω υποστήριξη μπορεί να τους παραπέμψει σε ψυχολόγο ή κοινωνική λειτουργό, σε τοπικές ομάδες στήριξης παιδιών με ΣΔ και γονέων (Vlachioti et al. 2010).

### **Έφηβος με διαβήτη στο Νοσοκομείο**

Η διάγνωση του διαβήτη στον έφηβο αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα, καθώς ο έφηβος παρουσιάζει συνεχείς σωματικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές μεταβολές, οι οποίες τον επηρεάζουν άμεσα και καθιστούν δύσκολη την εκπαίδευσή του γύρω από την αντιμετώπιση της νόσου (Θυμέλη 2007). Η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστο-

σύνης ανάμεσα στον ΕΝΔ και τον έφηβο και η διατήρηση της αυτονομίας του, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις έναρξης της εκπαιδευτικής διαδικασίας (Βλαχιώτη και Μάτζιου 2010).

Οι γονείς κατέχουν σπουδαίο και υποστηρικτικό ρόλο στην αντιμετώπιση της άσχημης ψυχολογικής κατάστασης του εφήβου, αν και πολλές φορές και οι ίδιοι αναπτύσσουν έντονο άγχος σχετικά με την ικανότητα του παιδιού να ανταπεξέλθει στη νόσο του. Ο θυμός και η πίεση των γονιών στα παιδιά δε φέρει ποτέ τα επιθυμητά αποτελέσματα (Βλαχιώτη και Μάτζιου 2010).

Η εκπαίδευση στη διαχείριση της νόσου γίνεται με παρόμοιο τρόπο, όπως και στα παιδιά. Παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την αιτιολογία της νόσου, την κληρονομικότητα, την ινσουλίνη, τη διατροφή, τα συμπτώματα, τη θεραπεία, τον αυτοέλεγχο, τις οξείες και χρόνιες επιπλοκές (American Diabetes Association 2013). Οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν οι έφηβοι, οι οποίες οφείλονται κυρίως στις ψυχολογικές μεταπτώσεις, κρίνουν απαραίτητη την εξατομίκευση του προγράμματος εκπαίδευσής (Vlachioti et al 2010).

Η επίτευξη καλής ψυχολογικής κατάστασης και ο βαθμός αποδοχής της νόσου του είναι στόχοι που τίθενται από τον ΕΝΔ, πριν την έξοδο του εφήβου από το νοσοκομείο. Στη στοχοθεσία περιλαμβάνονται, ακόμα, η αυτοφροντίδα και η αυτοδιαχείριση της νόσου, με την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων τόσο από τον έφηβο όσο και από την οικογένειά του. Αφού, για τη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας του απαραίτητο στοιχείο είναι η αυτορρύθμιση της γλυκαιμίας (Θυμέλη 2007).

### **Ενήλικας με διαβήτη στο Νοσοκομείο**

Έπειτα από τη διάγνωση του διαβήτη στον ενήλικα και την άμεση παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, πρωταρχικό μέλημα του ΕΝΔ, είναι η ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη νόσο του και η έναρξη της εκπαίδευσης όταν κριθεί ότι ο ασθενής είναι πλέον σε θέση να ανταποκριθεί σε αυτή.

Ο ασθενής σε πρώτη φάση εκπαιδεύεται από τον ΕΝΔ για το τι είναι ο διαβήτης, από ποιο τύπο διαβήτη πάσχει, πως θα τον αντιμετωπίσει, καθώς και ποιες αλλαγές θα υποστεί στην καθημερινότητά του. Ακόμα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται τόσο στη θεραπεία όσο και στον αυτοέλεγχο των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα (American Diabetes Association 2013). Οι χρόνιες και οξείες επιπλοκές του διαβήτη, όσο και η φροντίδα των άκρων αποτελούν αντικείμενα εκπαίδευσης που δε θα πρέπει να παραλείπονται (Πολυκανδριώτη & Καλογιάννη 2008).

Η συνεχής αξιολόγηση τόσο της ψυχολογικής κατάστασης του ενήλικα, όσο και του βαθμού κατανόησης της νόσου του, είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται κατά την διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο. Ο ενήλικας ασθενής κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο θα πρέπει

να είναι σε θέση να αυτοδιαχειριστεί τη νόσο του όπως ακριβώς και ο έφηβος ασθενής (Powell et al 2016).

Η κάλυψη των ψυχολογικών αναγκών του ασθενή αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη διαχείριση της ασθένειάς του. Η χρονιότητα της νόσου προκαλεί επιπρόσθετο και καθημερινό άγχος στο άτομο με ΣΔ. Ο ΕΝΔ πρέπει να εντοπίζει τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή του, να παρέχει στήριξη στην οικογένειά του, να κρίνει το βαθμό συμμόρφωσής του με το θεραπευτικό σχήμα και να αξιολογεί την ικανότητα αυτοδιαχείρισης της νόσου από τον ασθενή (Steinsbek et al 2012). Στην περίπτωση που ο ΕΝΔ κρίνει ότι ο ασθενής μετά την έξοδό του χρειάζεται επιπλέον ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να προτείνει την παρακολούθησή του από ψυχολόγο και να τον παραπέμψει σε τοπικές ομάδες στήριξης διαβητικών ασθενών (Quinn 2013).

### **Ηλικιωμένος με διαβήτη στο Νοσοκομείο**

Για τους ηλικιωμένους ασθενείς πραγματοποιείται παρόμοιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και τίθενται ανάλογοι στόχοι με αυτούς των ενήλικων. Οι ηλικιωμένοι κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο βιώνουν συναισθήματα φόβου και απειλής. Το ηλικιωμένο άτομο με διαβήτη παρουσιάζει αυξημένες πιθανότητες για εκδήλωση κατάθλιψης και άγχους (Farmer et al 2007). Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας από τον ΕΝΔ, αποτελεί η κατανόηση της σοβαρότητας της νόσου από τον ηλικιωμένο και η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης. Εκπαιδευτικοί στόχοι δεν διαφοροποιούνται σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος έχει ικανοποιητικό

επίπεδο γνωστικής λειτουργίας (LeMone et al 2014). Συννά είναι απαραίτητη η επανάληψη της εκπαίδευσης του ασθενούς πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο. Η εκπαίδευση κάποιου ατόμου από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς είναι επιθυμητή, ώστε να λειτουργεί επικουρικά στην εφαρμογή της του θεραπευτικού σχήματος και στη στήριξη του ασθενή (Doenges et al 2009).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ραγδαία αύξηση των ατόμων με ΣΔ τα τελευταία χρόνια κάνει επιτακτική την ανάγκη για εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση της νόσου. Η εκπαίδευση των ατόμων με ΣΔ και των οικογενειών τους θα πρέπει να περιλαμβάνει σε πρώτο στάδιο την ενημέρωση σχετικά με τη νόσο, ώστε να επιτευχθεί προοδευτικά η αποδοχή της. Σε δεύτερο στάδιο, σκοπός της εκπαίδευσης αποτελεί η ενδυνάμωση και η κινητοποίηση του ατόμου για απόκτηση ικανοτήτων που αφορούν στην ενίσχυση της αυτοφροντίδας και της αυτοδιαχείρισης της νόσου. Συνεπώς, βασικό στόχο αποτελεί η αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου αναφορικά με το ΣΔ, καθώς και η ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειάς του. Η εκπαίδευση του ατόμου με ΣΔ στο χώρο του νοσοκομείου, θα πρέπει να βρίσκει εφαρμογή σε όλες τις ηλικίες, να είναι εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στις επιθυμίες και τις ανάγκες του ασθενή. Ο ΕΝΔ, ο οποίος αποτελεί αναπόσπαστο μέλος της διαβητολογικής διεπιστημονικής ομάδας καλείται να διαδραματίσει πρωτεύοντα ρόλο στην ολιστική φροντίδα και εκπαίδευση του ατόμου με ΣΔ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alam U., Asghar A., Azmi S. & Malik R. (2014). General aspects of diabetes mellitus. *Handbook of Clinical Neurology* 126:211-22.
- American Association of Diabetes Educators. (2009). AADE guidelines for the practice of diabetes self-management education and training: Chicago, IL. In: *Diabetes Educ.* 35: 85-107
- American Diabetes Association. (2013). Standards of medical care in diabetes—2013. *Diabetes care* 36(Supplement 1): S11-S66.
- American Diabetes Association. (2015). Your Health Care Team. <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-and-care/whos-on-your-health-care-team/your-health-care-team.html> Accessed (15/10/2017).
- Burke S., Thornton J. & Hall M. (2014). Diabetes self-management education: The art and science of disease management. In Mensing C, McLaughlin S & Halstenson C. The art and science of diabetes self-management education desk reference (3rd ed.). Chicago: American Association of Diabetes Educators
- Chen L., Magliano D.J. & Zimmet P.Z. (2012). The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus — present and future perspectives. *Nature Reviews Endocrinology* 8:228-236.
- De Jesus R.S., Vickers K.S., Stroebel R.J. & Cha S.S. (2010). Primary care patient and provider preferences for diabetes care managers. *Patient preference and adherence* 4:181.
- Doengers M.E., Moorhouse M.F. & Murr AC. (2009). Οδηγός Ανάπτυξης Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας Διαγνώσεις, Παρεμβάσεις και Απτιολογήσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Farmer A., Wade A., Goyder E., Yudkin P., French D., Craven A. et al (2007). Impact of self-monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. *BMJ* 335:132.
- Glasgow R.E., Nelson C.C., Strycker L.A. & King D.K. (2006). Using RE-AIM metrics to evaluate diabetes self-management support interventions. *American journal of preventive medicine* 30:67-73.
- Haas L., Maryniuk M., Beck J., Cox C.E., Duker P., Edwards L. et al. (2012). National standards for diabetes self-management education and support. *The Diabetes Educator* 38:619-629.
- Hockenberry M.J. & Wilson D. (2011). Το παιδί με Ενδοκρινολογική Δυσλειτουργία. Στο: Wong's. Παιδιατρική Νοσηλευτική-Θεμελιώδεις γνώσεις για τη φροντίδα του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 1185-1200.
- Koetsenruijter J., van Lieshout J., Lionis C., Portillo M.C., Vassilev I., Todorova E. et al (2015). Social support and health in diabetes patients: an observational study in six European countries in an era of austerity. *PLoS one* 10:e0135079.
- Kourakos M. (2017). Enhancing self-management in Diabetes: the value of Therapeutic Education. *International Journal of Health Sciences* 7(6): 315-321.
- Le Mone P., Burke K. & Bauldoff G. (2014). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική – Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Martin A.L., Warren J.P. & Lipman R.D. (2013). The landscape for diabetes education: results of the 2012 AADE National Diabetes Education Practice Survey. *The Diabetes Educator* 39:614-622.
- Parekh A.K., Goodman R.A., Gordon C. & Koh H.K. (2011). Managing multiple chronic conditions: a strategic framework for improving health outcomes and quality of life. *Public health reports* 126:460-71
- Powell R., Siminerio L., Kriska A., Rickman A. & Jakicic J. (2016). Physical activity counselling by Diabetes Educators Delivering Diabetes Self-management Education and Support. *The Diabetes Educator* 42:596-606.
- Quinn L. (2013). Φροντίδα Ασθενών με Διαβήτη. Στο: K.S. Osborn, G.E. Wraa, A.B. Watson. Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική – Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική. Nicosia, Broken Hill Publishers
- Siminerio L., Ruppert K.M. & Gabbay R.A. (2013). Who can provide diabetes self-management support in primary care? Findings from a randomized controlled trial. *The Diabetes Educator* 39:705-713.
- Steinsbekk A., Rygg L., Lisulo M., Rise M.B. & Fretheim A. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC health services research* 12:213.
- Swift P.G. (2009). Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric diabetes* 10:51-57.
- Vlachioti E., Petsios K., Boutopoulou B., Chrisostomou A., Galanis P. & Matziou V. (2010). Assessment of self-reported self-esteem in healthy and diabetic children and adolescents in Greece. *Journal of diabetes* 2:104-111.
- World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. World Health Organization. France
- Βλαχιώτη Ε. & Μάτζιου Β. (2010). Νεανικός Διαβήτης και Ψυχοσυναισθηματικές Διαταραχές – Βιβλιογραφική Αναζήτηση. *Νοσηλευτική* 49:31-39
- Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία. (2017). Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς. Αθήνα
- Θυμέλη Ι. (2007) Φροντίδα Παιδιού με Σακχαρώδη Διαβήτη. Στο: Μάτζιου-Μεγαπάνου, Β. Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιών με Χρόνια Νοσήματα. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 45-64.
- Μάτζιου-Μεγαπάνου Β. (2012). Παιδιατρική Νοσηλευτική – Βασικές Αρχές στη Φροντίδα των Παιδιών. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Πολυκανδριώτη Μ. & Καλογιάννη Α. (2008). Η συμβολή της ενημέρωσης στη ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ* 7:155-159.
- Σταθοπούλου Χ. & Πασχάλη Α. (2013). Αυτοδιαχείριση του Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου ΙΙ. *Νοσηλευτική* 52: 367-380
- Χαραλάμπους Α. (2006). Ο ρόλος του ειδικού κλινικού νοσηλευτή στην εκπαίδευση του διαβητικού παιδιού. *Νοσηλευτική* 45:483-490.

# Diabetes Specialist Nurse and individualized education in the hospital

Eugenia Vlachou

Associate Professor, Department of Nursing, TEI of Athens

## ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is one of the most common chronic diseases worldwide affecting all age groups. The disease is scientifically and clinically interesting in terms of prevention and treatment. Furthermore, it demands interdisciplinary collaboration among healthcare professionals. The Diabetes Specialist Nurse (DSN) is a core member of the Interdisciplinary Diabetes Team who supports people with DM and their carers in managing their health condition. Given the aging of the population, the increasing number of people with DM, the new techniques and other complex therapeutic options, the DSN's role has become a necessity in hospitals, globally. DSN educates patients with DM with ultimate goal to achieve treatment adherence and effective self-care management. Regarding hospitalized patients, DSN provides individualized education to patients with DM and promotes self-management of the disease, thus leading to reduction of complications or hospitalization and, finally, to the improvement of their quality of life. The development of an individualized education program, which addresses the hospitalized patients' unique needs, should be consistent with the type of diabetes (type 1, type 2, etc.) and age of the person with DM.

**Keywords:** Diabetes education, self-management, Diabetes Specialist Nurse, education in hospital

Correspondence author: Eugenia Vlachou,  
Nursing Department, TEI of Athens,  
Agiou Spiridonos and Palikaridi, 12210, Egaleo, Greece,  
e-mail: evlachou@teiath.gr

Submission Date: 02/11/2017

Citation: Vlachou E. (2018). Diabetes Specialist Nurse and individualized education in the hospital. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(1): 8-14



# Καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Αγάπη Συμεωνίδου<sup>1</sup>, Παρασκευή Καραγιάννη<sup>2</sup>, Γεώργιος Τσιότρας<sup>3</sup>

1.Νοσηλεύτρια, MSc, Ογκολογική και Οφθαλμολογική κλινική, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

2.Παιδίατρος-Νεογολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νεογνολογίας Β΄ κλινικής Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ Παπαγεωργίου

3.Καθηγητής Τμήματος Οργάνωσης & Διοίκησης Επιχειρήσεων, Διευθυντής Εργαστηρίου Επιχειρηματικής Αριστείας Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση προσανατολίζει τα κράτη στη λήψη απαραίτητων μέτρων για την εξυγίανση των συστημάτων υγείας και την εφαρμογή πολιτικών που θα δημιουργούν δίκτυ ασφαλείας στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας. Τα εθνικά κλινικά πρωτόκολλα και οι οδηγίες μπορούν να αποδειχθούν αρκετά ωφέλιμα σε κάθε τομέα ενός συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η παρουσίαση του εννοιολογικού πλαισίου της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας όπως αυτή προσεγγίζεται από μία Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) της Βόρειας Ελλάδας, αλλά και των MENN διεθνώς. Πρόκειται για μια εργασία η οποία εκπονήθηκε μετά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων που σχετίζονται με την εφαρμογή των καλών πρακτικών, αλλά και με τις προσπάθειες για συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας σε MENN. Αν και έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην νεογνική φροντίδα μέσω των προσπαθειών για συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών, χρειάζεται ακόμα να διευκρινιστούν ορισμένα στοιχεία αυτών των προσπαθειών. Σημαντικό είναι το εύρημα ότι, τα προγράμματα για συνεχιζόμενη βελτίωση έχουν γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας στις MENN, με τη συμμετοχή όλου του εμπλεκόμενου προσωπικού από τους γονείς μέχρι τη διοίκηση του νοσοκομείου.

**Λέξεις- κλειδιά:** βελτίωση ποιότητας υγείας, κλινικά πρωτόκολλα, MENN, συλλογικά δίκτυα.

Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Συμεωνίδου Αγάπη  
Διεύθυνση: Επταπυργίου 92, Θεσσαλονίκη, Τ.Κ 54634  
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6948176085  
Email: Solovetha@gmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 09.05.2017

Αναφορά του άρθρου ως: Συμεωνίδου Α, Καραγιάννη Π & Τσιότρας Γ. (2018). Καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(1): 15-22

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Υπάρχει ανάγκη για προστασία της Δημόσιας Υγείας μέσα στον κοινό ευρωπαϊκό χώρο και κάτω από το πρίσμα της σημερινής προσφυγικής κρίσης.
- Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα.
- Τα κλινικά πρωτόκολλα και τα προγράμματα για συνεχή βελτίωση της ποιότητας υγείας που εφαρμόζονται στις ΜΕΝΝ στοχεύουν στην κλινική και οικονομική αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- Είναι σημαντική η συμβολή της συλλογικής εργασίας και των διεθνών νεογνικών δικτύων στη λειτουργία των ΜΕΝΝ.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα δεν έχει μείνει ανεπηρέαστος από την κλιμακούμενη κοινωνικοοικονομική κρίση. Οι εγγενείς παθογένειες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η βιωσιμότητα του οποίου απειλείται, συνοψίζονται στην υποχρηματοδότηση, την υποστελέχωση, την ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου και συντονισμού.

Η περίοδος που διανύουμε είναι μία πολύ δύσκολη περίοδος για το σύστημα υγείας, το οποίο έχει να αντιμετωπίσει σοβαρά δομικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα (Χλέτσος 2015). Η διοίκηση των Νοσοκομείων καταλήγει να είναι αναποτελεσματική, ενώ το παραγόμενο προϊόν των υπηρεσιών με τη μορφή της παρεχόμενης φροντίδας δεν ικανοποιεί τους πολίτες. Η έντονη κρίση που εντοπίζεται στον νοσοκομειακό τομέα αποτελεί τροχοπέδη για τον εξορθολογισμό του γενικότερου συστήματος υγείας, καθώς η νοσοκομειακή περίθαλψη, αυτή καθ'αυτή, είναι το κύριο συστατικό στοιχείο του τομέα της υγείας (Τσιότρα 2002).

Η ανάγκη προστασίας της δημόσιας υγείας μέσα στον κοινό ευρωπαϊκό χώρο και κάτω από το πρίσμα της σημερινής προσφυγικής κρίσης, θα πρέπει να αναδειχθεί σε μια ισχυρή διαπραγματευτική προτεραιότητα για τη χώρα μας. Παράλληλα όμως, θα δώσει ώθηση για τη συγκρότηση ενός πανευρωπαϊκού σχεδίου έκτακτης ανάγκης που θα προστατεύει την υγεία των προσφύγων, των μεταναστών αλλά και όλων των Ευρωπαίων πολιτών (Παπανικολάου 2015).

Μέχρι τα τέλη του 1970, η διασφάλιση ποιότητας στην υγεία είχε περισσότερο ακαδημαϊκό χαρακτήρα, σε αντίθεση με το βιομηχανικό τομέα όπου οι στατιστικές μέθοδοι εφαρμόζονταν από τη δεκαετία του 1930. Ο Avedis Donabedian, σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954-1984, κατέγραψε τις προηγούμενες προσπάθειες και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο "sound structures, good processes

and suitable outcomes" (σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα). Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως η εκπαίδευση και τα χρόνια εμπειρίας των επαγγελματιών υγείας, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών. Αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης. Η καταγραφή των διαδικασιών και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής, εκτός από την πειθαρχία που επιβάλλει, μπορεί να οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων. Τέλος, η τήρηση κοινής μεθοδολογίας από τα τμήματα επιτρέπει πιο αξιόπιστες συγκρίσεις των αποτελεσμάτων τους και παρέχει χρήσιμο υλικό για μελέτες.

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα (Department of Health 2003). Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Είναι εμφανές ότι η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές αποχρώσεις για τους άμεσα ενδιαφερόμενους.

Οι Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) αποτελούν τμήματα ενός αναπόσπαστου συστήματος υγείας είτε αυτό πρόκειται για μια απλή ιδιωτική κλινική, είτε για ένα ευρύτερο δημόσιο νοσοκομείο. Το γεγονός αυτό επιβάλλει κλίμα συνεργασίας και δέσμευσης για την εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης

βελτίωσης της ποιότητας των συνεργαζόμενων τμημάτων, ώστε να επιτευχθούν βέλτιστα αποτελέσματα και στις MENN. Συγκεκριμένα οι MENN υιοθετούν μέτρα που προέρχονται από τα διεθνή νεογνικά δίκτυα και προσαρμόζουν τις παρεμβάσεις στα δικά τους δεδομένα προκειμένου να επιτυγχάνουν συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η περιγραφή του εννοιολογικού πλαισίου της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, όπως αυτή προσεγγίζεται από μία Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) της Βόρειας Ελλάδας, αλλά και των MENN διεθνώς. Πρόκειται για μια εργασία η οποία εκπονήθηκε μετά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων που σχετίζονται με την εφαρμογή των καλών πρακτικών, αλλά και με τις προσπάθειες για συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας σε MENN.

## **ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ MENN**

### **Δεδομένα από την Ευρώπη**

Η βελτίωση της ποιότητας είναι μια διαδικασία που ξεκινά με την αναζήτηση της ποιότητας. Το “κλειδί” της επιτυχίας είναι να υπάρχει όραμα για τη MENN, ώστε να αναπτυχθούν οι υποδομές για τη βέλτιστη φροντίδα και να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία των διαδικασιών. Η έκβαση των νεογνών θα βελτιώνεται συνεχώς, μόνο εάν οι διαδικασίες βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα, στις αρχές της υψηλής αξιοπιστίας και σε περιβάλλον μάθησης ενός συλλογικού δικτύου. Όλα αυτά απαιτούν σαφή στρατηγική, στην οποία θα αφομοιώνονται οι αρχές της βελτίωσης της ποιότητας με ταυτόχρονη δέσμευση για συνεχή βελτίωση και αλλαγή (Neonatal Care in Scotland: Scottish Government 2013).

Η συλλογική εργασία και τα δίκτυα φροντίδας μπορούν να βοηθήσουν τους οργανισμούς να ανακαλύψουν τις αλλαγές που απαιτούνται για την επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων και να τις ενσωματώσουν στο δικό τους περιβάλλον. Αυτή η άποψη μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία και στις MENN. Για παράδειγμα, το νεογνικό δίκτυο Vermont Oxford Network (VON) Neonatal Intensive Care Quality Improvement Collaborative (NICQ) έχει θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της ποιότητας, όπως η μείωση και ο περιορισμός των νοσοκομειακών λοιμώξεων από 39% σε 13% (Horbar et al 2001). Συγκεκριμένα το νεογνικό δίκτυο NICQ έχει υιοθετήσει τέσσερις πρακτικές-κλειδιά που βασίζονται στις αρχές της υψηλής αξιοπιστίας με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας. Αυτές οι αρχές αφορούν τη λειτουργία μέσα σε συστήματα, την προσφορά φροντίδας βασισμένης σε ενδείξεις, τη συνεχή αξιολόγηση, την υιοθέτηση αλλαγών και τη συνεργατική μάθηση (Horbar et al 2001, Horbar et al 2010).

Τα μεγαλύτερα συλλογικά δίκτυα έχουν επιφέρει σημαντικές βελτιώσεις στη νεογνολογία, όπως η μείωση

της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (Radbone et al 2013) μέσω της αύξησης του θηλασμού. Τα συλλογικά δίκτυα προβάλλουν μια κοινωνία μάθησης και διάδοσης καλών πρακτικών παρόλο που πολλές φορές τα αποτελέσματα δεν είναι άμεσα εμφανή ή απτά (De Silva 2014). Αν οι MENN καταφέρουν να λειτουργήσουν με ξεκάθαρες αρχές που απορρέουν από συλλογικά δίκτυα, θα μπορέσουν να εξελιχθούν σε υψηλά αξιόπιστα μεσοσυστήματα (Øvretveit et al 2002).

Οι περισσότερες τακτικές παρεμβάσεων έχουν δημιουργηθεί για τη φροντίδα των ενηλίκων. Όμως, δεν είναι δύσκολο να εφαρμοστούν και στα νεογνά, καθ' ότι η μεθοδολογία ή οι διαδικασίες παραμένουν ίδιες και μόνο ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται για τις παρεμβάσεις είναι διαφορετικός, προσαρμοσμένος στα νεογνά. Ενδεικτικά, στα επόμενα υποκεφάλαια, παρατίθενται μερικά παραδείγματα βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας σε MENN.

### **Νοσοκομειακές λοιμώξεις**

Υπάρχουν πάρα πολλές προτάσεις για την πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων, οι οποίες περιλαμβάνουν κυρίως μέτρα για τη σωστή χρήση της άσηπτης τεχνικής. Για παράδειγμα οι Gill et al (2011), με τη χρήση οδηγίων άσηπτης τεχνικής, μείωσαν το δείκτη των νοσοκομειακών λοιμώξεων από 13 σε 7 επεισόδια ανά 1000 μέρες νοσηλείας. Το κλειδί για όλα τα προγράμματα βελτίωσης είναι η δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας, η οποία δεν περιορίζεται μόνο σε ότι αφορά στις παρεμβάσεις ή διαδικασίες αλλά στοχεύει στο να επιλύσει όποιο πρόβλημα μπορεί να φαντάζει άλυτο. Ο McLaughlin και συνεργάτες (2012), αναφέρει μείωση του δείκτη νοσοκομειακών λοιμώξεων από τα 7,1 σε 1,5 επεισόδια ανά 1000 ημέρες νοσηλείας ακολουθώντας αυστηρά τις οδηγίες χρήσης άσηπτης τεχνικής για τις παρεμβάσεις στις MENN.

### **Απρογραμμάτιστη αποδιασωλήνωση**

Ο Veldman αποδεικνύει ότι παρόλο που, στη μελέτη του, δεν καταγράφηκαν θάνατοι ως απόρροια της απρογραμμάτιστης αποδιασωλήνωσης, ο χρόνος παραμονής σε μηχανικό αερισμό μετά το επεισόδιο τυχαίας αποδιασωλήνωσης ήταν μεγαλύτερος (από 9 σε 51 μέρες) (Veldman et al 2006). Τα προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας, έχουν δείξει ότι όταν κάποιος μειώσει τα επεισόδια απρογραμμάτιστης αποδιασωλήνωσης, είναι δυνατό να βελτιώσει το επίπεδο της φροντίδας, με τους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας να μειώνονται στο μισό (Sadowski et al 2004, Kaufman et al 2012, Barber 2013).

### **Χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα**

Ένα παράδειγμα προγράμματος βελτίωσης της ποιό-

τητας φροντίδας είναι ο χρόνος χορήγησης του επιφανειοδραστικού παράγοντα για την καλύτερη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος των νεογνών. Ο Bookman et al (2010) άλλαξαν τη διαδικασία χορήγησης του παράγοντα, και μείωσαν, έτσι, το χρόνο λήψης απόφασης για τη χορήγηση του φαρμάκου από 26 σε 10,2 λεπτά.

### **Διαχείριση του πόνου**

Η διαχείριση του πόνου στα νεογνά είναι κάτι νέο στον τομέα της βελτίωσης της φροντίδας για τις MENN. Η αντίληψη για τον πόνο και η αντιμετώπισή του συνεχώς τροποποιούνται και εξελίσσονται. Ο Sharek et al (2006) περιγράφουν μια συλλογική προσέγγιση στην οποία ο πόνος αξιολογήθηκε, μετρήθηκε και εφαρμόστηκαν παρεμβάσεις μείωσής του. Η διαδικασία αυτή αποτελεί εκδήλωση φροντίδας με κέντρο τον ασθενή σε ένα υψηλά τεχνολογικά περιβάλλον, όπως είναι η MENN, και μια πρωτοβουλία συνεχούς ελέγχου του πόνου και της ποιότητας ζωής των νεογνών ασθενών (Guedj et al 2014).

### **Προμήθεια μητρικού γάλατος**

Στο δίκτυο νοσοκομείων της Ανατολικής Αγγλίας, η χορήγηση μητρικού γάλατος, είτε αποκλειστικά είτε μερικώς, αυξήθηκε από 26% σε 57% σε σχέση με τις έτοιμες φόρμουλες γάλατος, μετά από τις οδηγίες των νεογνικών δικτύων. Αυτό το παράδειγμα αποδεικνύει ταυτόχρονα τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και την απήκηση της συλλογικής εργασίας στο πλαίσιο της MENN.

### **Δεδομένα από τις ΗΠΑ και τον Καναδά**

Μετά το 1990 άρχισαν να εμφανίζονται διάφορα νεογνικά δίκτυα που συνδέθηκαν με σημαντικές βελτιώσεις στην έκβαση των ασθενών. Παραδείγματα τέτοιων δικτύων είναι: το Vermont Oxford Network (VON) (Horbar et al 2012), το National Institutes of Child Health and Human Development Neonatal Research Network (NICHD-NRN) (Fananoff et al 2007) και το Canadian Neonatal Network (CNN).

Τη δεκαετία 1990, σε μελέτη στα 36 κέντρα του νεογνικού δικτύου VON, εξετάστηκε ένα ευρύ φάσμα παραμέτρων που σχετίζονται με τις παρεμβάσεις και την έκβαση των νεογνών. Στις MENN, εκείνη την περίοδο, αναπτύχθηκαν πολλά εργαλεία μέτρησης της απόδοσης. Τέτοια εργαλεία είναι: το Clinical Risk Index for Babies (CRIB) (Cockburn et al 1993), το Score for Neonatal Acute Physiology (SNAP) (Richardson et al 1993) και το Neonatal Therapeutic Intensity Scoring System (NTISS) (Gray et al 1992).

Αυτές οι πρωτοποριακές προσεγγίσεις σήμαναν και έναρξη της προσπάθειας για συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Ουσιαστικά όλα τα δίκτυα νεογνικής φροντίδας προσφέρουν ένα σύστημα δεδομένων και αναλύσεων τα οποία επιτρέπουν τη συγκριτική αξιολόγηση,

την περιγραφή των αποτελεσμάτων, την ανάλυση της ρίζας των αιτιών των μεταβολών (root cause) και τις πιθανές προσπάθειες για τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής και της έκβασης. Σημαντικό στοιχείο είναι να υπάρχει ομοιογένεια στο εξεταζόμενο δείγμα της MENN.

Το δίκτυο VON ακολουθεί 4 τακτικές για την εφαρμογή της ποιότητας: γνώση βασισμένη σε ενδείξεις, τάση για αλλαγή, κριτική σκέψη και συλλογική μάθηση (Horbar et al 2010). Πανομοιότυπα, το δίκτυο CNN-EPID εφαρμόζει 3 τακτικές: αποδεδειγμένη γνώση βάση βιβλιογραφίας και συγκριτικής αξιολόγησης, ανασκόπηση μελετών σχετικά με τις επιπτώσεις της αλλαγής και βοήθεια κατά την εφαρμογή της αλλαγής (Lee et al 2009). Η πιο κοινή πρακτική αλλαγών που εφαρμόζεται στις MENN είναι αυτή του κύκλου ποιότητας (Langley et al 1996).

Τα δεδομένα των δικτύων αποτελούν οδηγό για τη βελτίωση και τη θεσμοθέτηση μιας βάσης δεδομένων εντός του νοσοκομείου με σκοπό τη συγκριτική αξιολόγηση. Επίσης, τα δίκτυα δίνουν έμφαση στην υποκίνηση για αλλαγή συμπεριφορών και τη δημιουργία κουλτούρας αλλαγής μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας και του οργανισμού παροχής φροντίδας. Όσον αφορά την απήκηση και την αποτελεσματικότητα των δικτύων στη συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας, τα αποτελέσματα δεν είναι ξεκάθαρα, παρά την ευρεία χρήση τους (Vibhuti et al 2013).

Παρ' όλο που όλες αυτές, αλλά και άλλες παρόμοιες, πρωτοβουλίες δεν έχουν πάντα άμεσα μετρήσιμα αποτελέσματα στην έκβαση των ασθενών και στη βελτίωση της παροχής φροντίδας, εντούτοις μπορούν να αυξήσουν την ικανοποίηση από τη φροντίδα (Johnston et al 2006, Mills et al 2006), την εκπαίδευση (Spence 2011) και τη συμμετοχή των γονέων (Russ et al 2010), αλλά και την ικανοποίηση και τη συνεργασία των εργαζομένων (Mills et al 2006). Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που μεταβάλλεται θετικά με την εφαρμογή των πρωτοβουλιών συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας είναι η μείωση του χαμένου χρόνου (Jimmers 2005) και του κόστους της φροντίδας (Kuzma-O'Reill et al 2003, Baer et al 2011, Rogowski et al 2001, James 2011).

### **Δεδομένα από την Ελλάδα**

Η MENN, όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί ένα πολύ ιδιαίτερο κλινικό τμήμα, ένα περιβάλλον υψηλής τεχνολογίας και ιδιαίτερων συνθηκών. Η λειτουργική και ανατομική ανωριμότητα των διαφόρων οργάνων - συστημάτων του οργανισμού των πρόωγων νεογνών αποτελεί τη γενεσιουργό αιτία των προβλημάτων υγείας που εμφανίζουν. Κατ' επέκταση είναι επιτακτική η ανάγκη υποστήριξης και παροχής εξειδικευμένης υγειονομικής φροντίδας σε ένα τέτοιο χώρο νοσηλείας.

Η διερεύνηση της άποψης όσων ατόμων χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί αναμφισβήτητη κοινή

Βασική προϋπόθεση των σχετικών πρωτοβουλιών συνεχούς βελτίωσης ποιότητας.

Στον ευαίσθητο χώρο της MENN, οι προσπάθειες καταγραφής της εμπειρίας των γονιών, με αφορμή την παραμονή του μωρού τους στη μονάδα, εντοπίζονται κυρίως στο διεθνή χώρο. Στη χώρα μας, δεν υπάρχουν έρευνες που να μελετούν το ρόλο και τη συμμετοχή των γονιών στη ρουτίνα της MENN. Η παρουσία τους στις δημόσιες MENN συχνά εξαντλείται στις περιορισμένες χρονικά επισκέψεις στους χώρους της μονάδας.

Σε αντίθεση με τη γενική αυτή παρατήρηση, σε μια μεγάλη MENN ενός νοσοκομείου της Βόρειας Ελλάδας αναγνωρίστηκε από πλευράς διοίκησης, της ανάγκης καταγραφής των απόψεων των γονέων των νοσηλευόμενων νεογνών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Η ενσωμάτωση της γνώμης των γονέων στην πολιτική της μονάδας, τόσο σε ιατρικό, όσο και σε νοσηλευτικό επίπεδο υπήρξε κάτι πρωτοποριακό.

Σε έρευνα που διεξήγαγε ο Chatziioannidis και συν. (Μάρτιος 2006- Δεκέμβριος 2008) εντοπίστηκαν πολύ υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των γονιών τόσο από το προσωπικό της MENN (γιατρούς, νοσηλευτές) όσο και από το περιβάλλον της MENN. Η ικανοποίηση των γονιών θεωρείται το δείκτης-κλειδί για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας της MENN με σκοπό να εντοπιστούν πιθανά σημεία που επιδέχονται βελτίωσης. Έτσι, η υψηλή ικανοποίηση των γονιών, βρέθηκε να είναι αποτέλεσμα των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας της MENN. Συγκεκριμένα ο μέσος όρος ικανοποίησης από τους γιατρούς ήταν 4,573, από τους νοσηλευτές 4,184 και από το περιβάλλον της MENN 4,52, ανώτερο όριο το 5 (Chatziioannidis και συν. 2015).

Επιπλέον, η συγκεκριμένη MENN, στο πλαίσιο των στρατηγικών ελέγχου των λοιμώξεων, προέβει σε πρωτυποποίηση των παρεμβατικών διαδικασιών της. Πρόκειται για την εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων τα οποία αναγνωρίζουν, αξιολογούν και συνοψίζουν τις ορθότερες, επικρατέστερες αποδείξεις και στοιχεία, καθώς επίσης και τα πλέον πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που στοχεύουν στην κλινική και την οικονομική αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων εντός της MENN. Τα συγκεκριμένα πρωτόκολλα αφορούν τη φλεβοκέντηση του νεογνού, τον καθετηριασμό της ομφαλικής φλέβας και την ολική αφαιμαζομετάγχιση.

Ενδεικτική αξιολόγηση αυτής της προσπάθειας είναι 20μηνια έρευνα (Ιανουάριος 2012- Σεπτέμβριος 2013) των Rallis et al (2015), η οποία έδειξε μείωση των επεισοδίων λοιμώξεων από τη χρήση κεντρικών καθετήρων, όταν εφαρμόστηκαν πρωτόκολλα ποιότητας διεθνών δικτύων. Αρχικά καταγράφηκαν 12 περιστατικά λοιμώξεων στις 1.000 περιπτώσεις εφαρμογής κεντρικών καθετήρων. Στη συνέχεια εφαρμόστηκαν πρωτόκολλα για τη χρήση

των κεντρικών καθετήρων καθώς και έγιναν συστάσεις προς συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας στις διεθνείς οδηγίες. Οι νέες παρεμβάσεις εστίαζαν στην εκπαίδευση του προσωπικού βάσει των οδηγιών που υπήρχαν και των προτεινόμενων αλλαγών που απαιτούσαν. Στο τέλος, έγινε η σύγκριση των αποτελεσμάτων πριν και μετά την εφαρμογή των παρεμβάσεων. Έτσι βρέθηκε να μειώνεται ο αριθμός των περιστατικών λοιμώξεων από 12 σε 3,4 ανά 1.000 περιπτώσεις χρήσης κεντρικών καθετήρων.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στις MENN είναι επιτακτική η ανάγκη να εφαρμοστεί μια αποτελεσματική πρακτική βελτίωσης της ποιότητας της νεογνικής φροντίδας. Σε επίπεδο συστημάτων, η βελτίωση της ποιότητας πρέπει να είναι ο πυρήνας της εκπαίδευσης και της πρακτικής για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Ένα καλό παράδειγμα τέτοιου είδους εκπαίδευσης που εφαρμόζεται στις ΗΠΑ και η οποία θα μπορούσε να εφαρμοστεί και σε άλλες χώρες είναι το διαδικτυακό πρόγραμμα Education in Quality Improvement in Pediatric Practice (EQIPP) (American Academy of Pediatrics 2013). Το πρόγραμμα απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας και παρέχει εκπαίδευση ώστε να βελτιώσουν την κλινική πρακτική τους. Με την ολοκλήρωση του προγράμματος οι επαγγελματίες πιστοποιούνται με το Maintenance of Certification Performance in Practice requirement.

Τα μελλοντικά σχέδια για το σύστημα υγείας, θα πρέπει επίσης να λαμβάνουν υπόψη τις κλινικές πρακτικές και τα πραγματικά περιγεννητικά και νεογνικά χαρακτηριστικά των ασθενών μιας MENN. Θα πρέπει, επίσης, να έχουν ως κέντρο τους τη φροντίδα όλης της οικογένειας. Η συμμετοχή των γονέων είναι σημαντική για την προσπάθεια βελτίωσης της φροντίδας των νεογνών.

Παρόλο που έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην νεογνική φροντίδα, μέσω των προγραμμάτων της συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας, χρειάζεται ορισμένα βασικά στοιχεία της μεθόδου να διερευνηθούν περαιτέρω. Σημαντική είναι η επιβεβαίωση ότι το πρόγραμμα για συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας έχει γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας στη MENN, μια διαδικασία εξέλιξης όλου του προσωπικού και όχι ένα πειραματικό πρόγραμμα με χρονικά όρια. Το πρόγραμμα για συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας πρέπει επίσης να περιλαμβάνει όλους τους εμπλεκόμενους στη νεογνική φροντίδα, από τους γονείς έως τη διοίκηση του νοσοκομείου.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Γεωργόπουλος Ν. (2006). *Στρατηγικό Μάνατζμεντ*. Εκδόσεις Γ. Μπένου. Αθήνα.
- Παπανικολάου Χ. (2015). Προσφυγική κρίση και δημόσια υγεία. Διαθέσιμο στο: <http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=761518>.
- Τσιότρας Γ. (2002). *Βελτίωση Ποιότητας*. Εκδόσεις Μπένος. Αθήνα. σελ.326.
- Χλέτσου Μ. (2015). Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης. *Quality in health*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστημιούπολη, 45110 Ιωάννινα.
- Al Assaf A.F. & Sheikh M. (2004). Quality improvement in primary health care. A practical guide. Series 26. Cairo. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- American Academy of Pediatrics. (2013). EQIPP: helping you improve care for children. Available at: <http://eqipp.aap.org/>. [Accessed April 8, 2017].
- Baer V.L., Henry E., Lambert D.K., Stoddard R.A., Wiedmeier S.E., Eggert T., Ilstrup S. & Christensen R.D. (2011). Implementing a program to improve compliance with neonatal intensive care unit transfusion guidelines was accompanied by a reduction in transfusion rate: a pre-post analysis within a multihospital health care system. *Transfusion* 51: 264–269.
- Barber J.A. (2013). Unplanned extubation in NICU. *Journal of Obstetrics Gynecology Neonatal Nursing* 42: 233–238.
- Bookman L., Troy T., McCaffrey M. & Randolph R. (2010). Using quality-improvement methods to reduce variation in surfactant administration. *Quality & Safety in Health Care* :19–23.
- Chatziioannidis I., Karagianni P., Papaioannou E., Babatseva E., Chouchou P., Mixailidou I. & Nikolaidis N. (2015). Developing a questionnaire for the measurement of patient satisfaction in a NICU. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine* 4: 85–90.
- Cockburn F., Cooke R.W.I., Gamsu H.R., Greenough A., Hopkins A., McIntosh N., Ogston S.A., Parry G.J., Silverman M., Shaw J.C.L., Tarnow-Mordit W.O. & Wilkinson A.R. (1993). The CRIB (Clinical Risk Index for Babies) score: a tool for assessing initial neonatal risk and comparing performance of neonatal intensive care units. The International Neonatal Network. *Lancet* 342: 193–198.
- De Silva D. (2014). Improvement collaboratives in health care. *The Health Foundation* 21.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 260: 1743–8.
- Donabedian A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin* 18: 356–60.
- Fanaroff A.A., Stoll B.J., Wright L.L., Carlo W.A., Ehrenkranz R.A., Stark A.R., Bauer C.R., Donovan E.F., Korones S.B., Laptook A.R., Lemons J.A., Oh W., Papile L.A., Shankaran S., Stevenson D.K., Tyson J.E. & Poole W.K. for the NICHD Neonatal Research Network. (2007) Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birthweight infants. *American Journal of Obstetrics Gynecology* 196: 147–148.
- Gill A.W., Keil A.D., Jones C., Aydon L. & Biggs S. (2011). Tracking neonatal nosocomial infection: the continuous quality improvement cycle. *Journal of Hospital Infection* 78: 20–5.
- Gray J.E., Richardson D.K., McCormick M.C., Workman-Daniels K. & Goldmann D.A. (1992). Neonatal therapeutic intervention scoring system: a therapy-based severity-of-illness index. *Pediatrics* 90: 561–567.
- Guedj R., Danan C., Daoud P., Zupan V., Renolleau S., Zana E., Aizenfisz S., Lapillonne A., de Saint Blanquat L., Granier M., Durand P., Castela F., Coursol A., Hubert P., Cimerman P., Anand K.J., Khoshnood B. & Carbajal R. (2014). Does neonatal pain management in intensive care units differ between night and day? An observational study. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24556241>.
- Horbar J.D., Carpenter J.H., Badger G.J., Kenny M.J., Soll R.F., Morrow K.A. & Buzas J.S. (2012). Mortality and neonatal morbidity among infants 501 to 1500 grams from 2000 to 2009. *Pediatrics* 129: 1019–102.
- Horbar J.D., Carpenter J.H., Buzas J., Soll R.F., Suresh G., Bracken M.B., Leviton L.C., Plsek P.E. & Sinclair J.C. (2004). Collaborative quality improvement to promote evidence based surfactant for preterm infants: a cluster randomised trial. Available at: <http://www.bmj.com/content/329/7473/1004.329:1004>.
- Horbar J.D., Rogowski J., Plsek P.E., Delmore P., Edwards W.H., Hocker J., Kantak A.D., Lewallen P., Lewis W., Lewit E., McCarrroll C.J., Majsce D., Payne N.R., Shiono P., Soll R.F., Leahy K. & Carpenter J.H. (2001). Collaborative quality improvement for neonatal intensive care. NIC/Q Project Investigators of the Vermont Oxford Network. *Pediatrics* 107: 14–22.
- Horbar J.D., Soll R.F. & Edwards W.H. (2010). The Vermont Oxford Network: A Community of Practice. *Clinical Perinatology* 37: 29–47.
- James B.C. & Savitz L.A. (2011). How Intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts. *Health Affairs (Millwood)* 30: 1185–1191.
- Jimmerson C., Weber D. & Sobek D.K. (2005). Reducing waste and errors: pilot- ing lean principles at Intermountain Healthcare. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety* 31: 249–257.
- Johnston A.M., Bullock C.E., Graham J.E., Reilly M.C., Rocha C., Hoopes R.D. Jr, Van der Meid V., Gutierrez S. & Abraham M.R. (2006). Implementation and case-study results of potentially better practices for family-centered care: the family- centered care map. *Pediatrics* 118(suppl 2): S108–S114.
- Kaufman J., Rannie M., Kahn M.G., Vitaska M., Wathen B., Peyton C., Judd J., Quinby Z., da Cruz E.M. & Dobyns E. (2012). An interdisciplinary initiative to reduce unplanned extubations in pediatric critical care units. *Pediatrics* 129: 1594–600.
- Kuzma-O'Reilly B., Duenas M.L., Greecher C., Kimberlin L., Majsce D., Miller D. & Walker D.J. (2003). Evaluation, development, and implementation of potentially better practices in neonatal intensive care nutrition. *Pediatrics*. 111: e461–e470.
- Langley C., Nolan K., Nolan T., Norman C. & Provost L. (1996). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Improving Organizational Performance*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Lee H.C., Kurtin P.S., Wight N.E., Chance K., Cucinotta-Fobes T., Hanson-Timpson T.A., Nisbet C.C., Rhine W.D., Risingsun K., Wood M., Danielsen B.H. & Sharek P.J. (2012). A quality improvement project to increase breast milk use in very low birth weight infants. *Pediatrics* 130: e1679–87.
- McLaughlin G.E., Nares M.A., Smith L.J. & Feinroth C.A. (2012). Preventing central-line-associated bloodstream infections in pediatric specialized care units: A case study of successful quality improvement. *Progress in Pediatric Cardiology* 33: 47–52.
- Mills M.M., Sims D.C. & Jacob J. (2006). Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 118(suppl 2): S124–S133.
- Neonatal Care in Scotland. (2013): A Quality Framework. Scottish Government Available at: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0041/00415230.pdf> (accessed 21 August 2014).
- Øvretveit J., Bate P., Cleary P., Cretin S., Gustafson D., McInnes K., McLeod T., Plsek P., Robert G., Shortell S. & Wilson T. (2002).

- Quality collaboratives: lessons from research. *Quality & Safety in Health Care* 11: 345–51.
- Radbone L., Birch J. & Upton M. (2013). The development and implementation of a care bundle aimed at reducing the incidence of NEC. *Infant* 9: 14–9.
- Rallis D., Karagianni P., Papakotoula I.F., Nikolaidis N., & Tsakalidis C. (2015). Significant reduction of central line-associated bloodstream infection rates in a tertiary neonatal unit. *American Journal of Infection Control* 44: 485–7.
- Richardson D.K., Gray J.E., McCormick M.C., Workman K. & Goldmann D.A. (1993). Score for Neonatal Acute Physiology: a physiologic severity index for neonatal intensive care. *Pediatrics* 91: 617–623.
- Rogowski J.A., Horbar J.D., Plsek P.E., Baker L.S., Deterding J., Edwards W.H., Hocker J., Kantak A.D., Lewallen P., Lewis W., Lewit E., McCarroll C.J., Mujsce D., Payne N.R., Shiono P., Soll R.F. & Leahy K. (2001). Economic implications of neonatal intensive care unit collaborative quality improvement. *Pediatrics* 107: 23–29.
- Russ S.A., Hanna D., DesGeorges J. & Forsman I. (2010). Improving follow-up to newborn hearing screening: a learning-collaborative experience. *Pediatrics* 126(suppl 1): S59–S69.
- Sadowski R., Dechert R.E., Bandy K.P., Juno J., Bhatt-Mehta V., Custer J.R., Moler F.W. & Bratton S.L. (2004). Continuous quality improvement: Reducing unplanned extubations in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics* 114: 628–32.
- Sharek P., Powers R., Koehn A. & Anand K. (2006). Evaluation and Development of Potentially Better Practices to Improve Pain Management of Neonates. *Pediatrics* 118: 78–86.
- Spence K. & Henderson-Smart D. (2011). Closing the evidence-practice gap for newborn pain using clinical networks. *Journal of Paediatric & Child Health* 47: 92–98.
- Veldman A., Trautschold T., Weiss K., Fischer D. & Bauer K. (2006). Characteristics and outcome of unplanned extubation in ventilated preterm and term newborns on a neonatal intensive care unit. *Pediatric Anesthesiology* 16: 968–73.
- Vibhuti S., Ruth W., Shoo K. & Lee M. (2013). Quality Improvement Initiatives in Neonatal Intensive Care Unit Networks: Achievements and Challenges. Maternal–Infant Care Research Centre, Department of Paediatrics, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario, Canada.
- Zabari M., Suresh G., Tomlinson M., Lavin, Jr J.P., Larison K.R., Halamek L. & Schriefer J.A. (2006). Implementation and case-study results of potentially better practices for collaboration between obstetrics and neonatology to achieve improved perinatal outcomes. *Pediatrics* 118(suppl 2):S153–S158.

Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά το σύνολο του κειμένου και ενέκριναν την υποβολή του προς δημοσίευση.

# Best practices in healthcare services quality improvement in neonatal intensive care unit (NICU)

Agapi Simeonidou<sup>1</sup>, Paraskevi Karagianni<sup>2</sup>, George Tsiotras<sup>3</sup>

1. Nurse, MSc, Oncology and Ophthalmic ward, General hospital of Thessaloniki, "Papageorgiou"

2. Pediatrician-neonatology, Associate professor in neonatology, Neonatal ICU, Aristotel University of Thessaloniki, General hospital of Thessaloniki, "Papageorgiou"

3. Professor in association and business management, director in business excellent laboratory, Macedonia University

## ABSTRACT

The global economic crisis has forced states to take some measures to consolidate healthcare systems and implement policies that are forming a safety net for the provision of high quality healthcare services. International clinical protocols and guidelines could be useful enough for every part of a healthcare system. The main purpose of this review is to present the framework of quality improvement in healthcare services, as it is implemented in a neonatal intensive care unit (NICU) in Northern Greece and worldwide. A literature review of papers on implementation of good practices, as well as the efforts for continuing quality improvement in NICUs worldwide was performed. Although much progress has been achieved in neonatal care through continuous improvement of the quality of care, certain elements of the process still need to be addressed. It is important that continuous improvement programmes are major part of the care delivered in NICUs, with the participation of personnel, in total, parents and hospital administration.

**Keywords:** : clinical protocols, , collaborative networks, NICU, quality improvement in health.

Correspondence: Simeonidou Agapi  
Email: Solovetha@gmail.com  
Tel: 6948176085

Submission Date: 09.05.2017

Citation: Simeonidou A, Karagianni P & Tsiotras G. (2018). Best practices in healthcare services quality improvement in neonatal intensive care unit (NICU). *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(1): 15-22.



# Συναισθηματική νοημοσύνη και ηγεσία στη νοσηλευτική πράξη

Μιχαήλ Κουράκος<sup>1</sup>, Γεωργία Πουλημενάκου<sup>2</sup>, Αλεξάνδρα Μήτσου<sup>2</sup>

1. Νοσηλευτής, MSc, PhD, Διευθυντής Ν.Υ. «Ασκληπείο» Βούλας

2. Νοσηλεύτρια, MSc (c), Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η ανάγκη για συναισθηματικά ευφυή ηγεσία στα επαγγέλματα υγείας αναγνωρίζεται διεθνώς στη βιβλιογραφία, με τη συναισθηματική νοημοσύνη να έχει ιδιαίτερη αξία για τους νοσηλευτές, οι οποίοι επιτελούν σε μεγάλο βαθμό «συναισθηματική εργασία». Τα άτομα που ασκούν νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία, προκειμένου να είναι αποτελεσματικοί στην άσκηση των καθηκόντων τους, θα πρέπει να διαθέτουν τα απαραίτητα ηγετικά προσόντα. Οι διαπροσωπικές δεξιότητες έχουν πρωτεύοντα ρόλο προς την κατεύθυνση αυτή σε συνδυασμό με τη συναισθηματική νοημοσύνη. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η μελέτη της συναισθηματικής νοημοσύνης στη νοσηλευτική ηγεσία, αλλά και στη νοσηλευτική πράξη γενικότερα, καθώς και η διερεύνηση των επιδράσεων αυτής τόσο στους εργαζόμενους νοσηλευτές όλων των βαθμίδων, όσο και στον οργανισμό γενικότερα. Η ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης βρέθηκε να είναι σημαντική τόσο για το νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και για τους επικεφαλής και τους ηγέτες των νοσηλευτών, καθώς έχει συνδεθεί με πολλαπλά οφέλη, όπως αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης, της οργανωτικής δέσμευσης και της εργασιακής απόδοσης. Η σημαντική συμβολή της συναισθηματικής νοημοσύνης στη νοσηλευτική πρακτική και ηγεσία αναδεικνύει την ανάγκη για ένταξη του αντικειμένου στη νοσηλευτική εκπαίδευση, αλλά και για περαιτέρω έρευνα για τη συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο της νοσηλευτικής.

**Λέξεις- κλειδιά:** επαγγελματική ικανοποίηση, νοσηλευτική ηγεσία, οφέλη, συναισθηματική νοημοσύνη

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Κουράκος Μιχαήλ  
Ηλεκτρονική διεύθυνση: mixkourakos@hotmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 2/12/2017

Αναφορά του άρθρου ως: Κουράκος Μ, Πουλημενάκου Γ & Μήτσου Α. (2018). Συναισθηματική νοημοσύνη και ηγεσία στη νοσηλευτική πράξη. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(1): 23-30.

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Ανάλυση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη νοσηλευτική πράξη και ηγεσία.
- Η αποτελεσματική ηγετική συμπεριφορά επηρεάζει την απόδοση του οργανισμού.
- Η συναισθηματική νοημοσύνη διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο για έναν επιτυχημένο ηγέτη.
- Τα στυλ ηγεσίας επιδρούν στην επαγγελματική ικανοποίηση και στην απόδοση της εργασίας.
- Η συναισθηματικά ευφυής ηγεσία επιφέρει πολλαπλά οφέλη.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** συναισθηματική νοημοσύνη αναφέρεται στην «αντίληψη, αφομοίωση, κατανόηση και διαχείριση των συναισθημάτων» και έχει συσχετιστεί με την απόδοση και την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας, τη διατήρηση των θέσεων εργασίας, τη διαχείριση του άγχους, την ικανοποίηση από την εργασία, την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και τις θετικές μορφές σύγκρουσης (Codier et al 2010). Η ανάγκη για συναισθηματικά ευφυή και αποτελεσματική ηγεσία στα επαγγέλματα υγείας αναγνωρίζεται διεθνώς στη νοσηλευτική και μαιευτική βιβλιογραφία, ενώ έχει εντοπιστεί μια άμεση σχέση μεταξύ αποτελεσματικής ηγετικής συμπεριφοράς και επιτυχούς απόδοσης ενός οργανισμού. Αυτό καταδεικνύει τη σημασία της ηγεσίας σε οποιοδήποτε περιβάλλον, ιδιαίτερα σε αυτό της υγειονομικής περίθαλψης, όπου η απόδοση συνδέεται με την παροχή ποιοτικών προτύπων φροντίδας για τους χρήστες αυτών των υπηρεσιών (Carragher & Gormley 2017).

Η συναισθηματική νοημοσύνη, η οποία περιγράφει ένα πλήθος από ικανότητες ή δεξιότητες σχετιζόμενων με την αντίληψη, την κατανόηση, τη διαχείριση και την αξιοποίηση των συναισθημάτων για τον εαυτό και τους άλλους, έχει ιδιαίτερη αξία για τους νοσηλευτές, μεγάλο μέρος του έργου των οποίων περιλαμβάνει «συναισθηματική εργασία». Η συναισθηματική αυτή εργασία περιλαμβάνει τη συγκράτηση των συναισθημάτων του ατόμου προκειμένου αυτό να προβάλλει μια ήρεμη, με ενδιαφέρον, καθησυχαστική συμπεριφορά για τη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας και άνεσης στους άλλους (Foster et al 2017). Ακόμα, οι ασκούντες νοσηλευτική διοίκηση έχουν άμεσο αντίκτυπο στους ασθενείς, τις οικογένειες και τους άμεσους φροντιστές αυτών, το ιατρικό προσωπικό και την διεπιστημονική ομάδα φροντίδας και, ως εκ τούτου, μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Προκειμένου να είναι αποτελεσματικοί, οι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των νοσηλευτών θα πρέπει να έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες ηγεσίας, με τις διαπροσωπικές δεξιότητες να είναι πρωταρχικής σημασίας για την επίτευξη αυτού του σκοπού. Οι ηγέτες πρέπει να εμπνεύσουν, να κινητοποιήσουν, να

δημιουργήσουν ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον και να ενισχύσουν την αίσθηση αξίας και σπουδαιότητας του κάθε εργαζόμενου με σκοπό την επίτευξη της αποστολής του οργανισμού του οποίου όλοι αποτελούν μέλος. Αν και οι δεξιότητες διαχείρισης μπορούν να αποκτηθούν μέσω της μάθησης, η έρευνα έχει δείξει ότι η συναισθηματική νοημοσύνη είναι κρίσιμη για έναν επιτυχημένο ηγέτη (Prufeta 2017).

Τα διάφορα στυλ ηγεσίας έχουν μεγάλη επίδραση στην ικανοποίηση/δυσaréσκεια των εργαζομένων καθώς και στην απόδοση της εργασίας τους (Rasool et al 2017). Εκτεταμένες μελέτες για τη συναισθηματική νοημοσύνη, υποστηρίζουν την άποψη ότι οι συναισθηματικές και ψυχολογικές δεξιότητες επηρεάζουν θετικά την οργανωτική παραγωγικότητα, δείχνοντας πως τα άτομα που μπορούν να διαγνώσουν καλύτερα τα συναισθήματα των άλλων είναι σχετικά πιο επιτυχημένα στα κοινωνικά περιβάλλοντα και την εργασία (Rasool et al 2017, Samiuddin et al 2017). Επίσης, αναφέρεται ότι η συναισθηματική έκφραση και η κοινωνικότητα αποτελούν κύριους παράγοντες επιτυχίας της ηγεσίας. Τέλος, η συναισθηματική νοημοσύνη παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην απόδοση των εργαζομένων, καθώς και στις μεταξύ τους σχέσεις (Samiuddin et al 2017).

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η μελέτη της συναισθηματικής νοημοσύνης στη νοσηλευτική ηγεσία, αλλά και στη νοσηλευτική πράξη γενικότερα, καθώς και η διερεύνηση των επιδράσεων αυτής τόσο στους εργαζόμενους νοσηλευτές όλων των βαθμίδων, όσο και στον οργανισμό γενικότερα.

### **Συναισθηματική νοημοσύνη**

Παρόλο που όλοι οι άνθρωποι βιώνουν συναισθήματα, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στους τρόπους και στην έκταση αντιμετώπισης των ενδοπροσωπικών ή διαπροσωπικών συναισθηματικών πληροφοριών. Οι έννοιες της "συναισθηματικής επάρκειας" (emotional competence-EC), της «συναισθηματικής νοημοσύνης» (emotional intelligence-EI) ή των «συναισθηματικών δεξιοτήτων» (emotional skills-ES) έχουν προταθεί για την περιγραφή της ιδέας αυτής. Ο όρος, όμως, «συναισθη-

ματική νοημοσύνη» είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος για τον προσδιορισμό των ατομικών αυτών διαφορών (Mikolajczak & Van Belleghem 2017). Η νοημοσύνη, κυρίως η συναισθηματική, θα πρέπει να πληροί αυστηρά εννοιολογικά, συσχετιστικά και αναπτυξιακά κριτήρια προκειμένου να θεωρηθεί ως πραγματική. Σύμφωνα με τα εννοιολογικά κριτήρια, η νοημοσύνη πρέπει να αντανακλά την πνευματική απόδοση και όχι απλώς τους προτιμότερους τρόπους συμπεριφοράς, την αυτοεκτίμηση ή τα μη-πνευματικά επιτεύγματα ενός ατόμου. Τα συσχετιστικά κριτήρια, περιγράφουν εμπειρικά πρότυπα, ενώ τα αναπτυξιακά κριτήρια αναφέρουν ότι η νοημοσύνη αναπτύσσεται με την ηλικία και την εμπειρία (Mayer et al 1999).

Η συναισθηματική νοημοσύνη έχει τις ρίζες της στην θεωρία της κοινωνικής νοημοσύνης, η οποία, όπως αναφέρει ο McQueen (2004, p. 102), αρχικά προτάθηκε το 1920 από τον Thorndyke. Σύμφωνα με αυτούς τους ερευνητές, η κοινωνική νοημοσύνη ήταν διακριτή από τις ακαδημαϊκές ικανότητες, αποτελούσε κλειδί για την επιτυχία στην καθημερινότητα και ήταν πολύτιμη στις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις και σχέσεις (McQueen 2004). Η συναισθηματική νοημοσύνη, υπό την ευρεία έννοια του όρου, μπορεί να οριστεί ως η γνώση ή/και οι ικανότητες που απαιτούνται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συναισθημάτων που ρυθμίζουν τις κοινωνικές και συναισθηματικές συμπεριφορές. Έχει συσχετιστεί τόσο με ενδοπροσωπικά όσο και με διαπροσωπικά οφέλη. Συγκεκριμένα, η συναισθηματική νοημοσύνη έχει συσχετιστεί θετικά με την ψυχική και σωματική υγεία, την απόδοση στην εργασία και την ποιότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Pekkar et al 2018). Η συναισθηματική νοημοσύνη επιτρέπει την επικέντρωση στη λήψη αποφάσεων βάσει στόχων και όχι βάσει των συναισθημάτων. Η συνειδητοποίηση και η διαχείριση των συναισθημάτων του ατόμου είναι πρωταρχικής σημασίας. Η συναισθηματική νοημοσύνη, η ικανότητα δηλαδή συνδυασμού του συναισθήματος με τη νοημοσύνη, χρησιμοποιεί τα συναισθήματα ως μέσο για την επίλυση προβλημάτων και άλλων διαχειριστικών διαδικασιών (Toni Eason 2009).

Οι Salovey και Mayer (1990, p. 189) χαρακτήρισαν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως «το υποσύνολο της κοινωνικής νοημοσύνης που περιλαμβάνει την ικανότητα παρακολούθησης των αισθημάτων και συναισθημάτων του εαυτού και των άλλων, του μεταξύ τους διαχωρισμού και της χρήσης των πληροφοριών αυτών για την καθοδήγηση των σκέψεων και των ενεργειών του ατόμου» (Salovey & Mayer 1990, Hendon et al 2017). Η συναισθηματική νοημοσύνη επικεντρώνεται δηλαδή στην αναγνώριση και τη χρήση των συναισθηματικών καταστάσεων του ατόμου και των άλλων για την επίλυση προβλημάτων και τη ρύθμιση της συμπεριφοράς (Salovey & Mayer 1990).

Ακόμα, ο Bar-On, όπως αναφέρεται στους Βαζοϋλι & Özgür (2016, p.228), ορίζει τη συναισθηματική νοημοσύνη ως μια πολυπαραγοντική σειρά αλληλένδετων συναισθηματικών και κοινωνικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει, να κατανοεί και να διαχειρίζεται τα συναισθήματα, να συνδέεται με τους άλλους, να προσαρμόζεται στην αλλαγή και να επιλύει προβλήματα προσωπικής και διπροσωπικής φύσης, καθώς και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις καθημερινές απαιτήσεις, προκλήσεις και πιέσεις. Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να μετρήσει τις επιδόσεις των ατόμων στην επαγγελματική τους ζωή, να αυξήσει ή να μειώσει την επιτυχία τους, να συμβάλει στη μέτρηση των διοικητικών ικανοτήτων και να βελτιώσει την οργανωτική επικοινωνία και αλληλεπίδραση. Επιπλέον, η συναισθηματική νοημοσύνη διαδραματίζει βασικό ρόλο στην αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων και στην επιλογή των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπισή τους στην επαγγελματική ζωή (Βαζοϋλι & Özgür 2016).

Στη συναισθηματική νοημοσύνη μπορούν να διακριθούν τέσσερις τομείς, οι οποίοι περιλαμβάνουν την αντίληψη των συναισθημάτων, τη δυνατότητα προσέγγισης και δημιουργίας συναισθημάτων με σκοπό την επικοινωνία των συναισθημάτων ή τη χρησιμοποίησή τους σε άλλες γνωστικές διαδικασίες, την κατανόηση των συναισθημάτων, καθώς και τη διαχείριση αυτών. Οι ικανότητες αυτές αλληλοσυμπληρώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε συνδυαστικά να αποτελούν έναν μοναδικό, παράγοντα συναισθηματικής νοημοσύνης (Rode et al 2017). Η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί, επίσης, να χωριστεί σε τρία μοντέλα, ανάλογα με τον τύπο των χρησιμοποιούμενων οργάνων μέτρησης και την εννοιολογική κατανόηση του όρου. Τα μοντέλα αυτά περιλαμβάνουν: α) το μοντέλο που βασίζεται στις ικανότητες απόδοσης, το οποίο θεωρεί τη συναισθηματική νοημοσύνη ως μια μορφή νοημοσύνης ή νοητικής ικανότητας βασισμένης σε συναισθηματικές ικανότητες που μπορούν να εκτιμηθούν με αντικειμενικό τρόπο, μέσω δοκιμασιών απόδοσης όπου οι συμμετέχοντες πρέπει να επιλύσουν προβλήματα με σωστές και λανθασμένες απαντήσεις, β) το μοντέλο που βασίζεται στις ικανότητες αυτοαναφοράς, το οποίο θεωρεί τη συναισθηματική νοημοσύνη, όπως και το πρώτο μοντέλο, αλλά χρησιμοποιεί εργαλεία αυτοαναφοράς στα οποία δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις και προσφέρει την υποκειμενική αντίληψη των συμμετεχόντων, και γ) το μεικτό μοντέλο αυτοαναφοράς το οποίο χρησιμοποιεί επίσης υποκειμενικές δοκιμασίες αυτοαναφοράς, αν και θεωρεί τη συναισθηματική νοημοσύνη ως μια ευρύτερη έννοια που περιλαμβάνει τις νοητικές ικανότητες, τους παράγοντες σχετιζόμενους με την προσωπικότητα, τα κίνητρα και τις διαπροσωπικές και ενδο-

προσωπικές δεξιότητες (Megias et al 2018).

Τέλος, διακρίνονται τέσσερις σημαντικοί για τη συναισθηματική νοημοσύνη παράγοντες: η ευημερία, ο αυτοέλεγχος, η συναισθηματικότητα και η κοινωνικότητα. Όσον αφορά την ευημερία, αυτή αποτελείται από τις ακόλουθες συνιστώσες: την αυτοεκτίμηση, την ευτυχία και την αισιοδοξία, χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ανθρώπων που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως χαρούμενο, ικανοποιημένο και με αυτοπεποίθηση. Ο αυτοέλεγχος αποτελείται από συνιστώσες, όπως η ρύθμιση των συναισθημάτων, η διαχείριση του στρες και η χαμηλή παρορμητικότητα, ενώ η συναισθηματικότητα, περιλαμβάνει τη συναισθηματική αντίληψη του εαυτού και των άλλων, την έκφραση των συναισθημάτων, τις δεξιότητες που απαιτούνται για την ανάπτυξη σχέσεων και την ενσυναίσθηση. Ο τελευταίος παράγοντας του αυτοελέγχου είναι η κοινωνικότητα, η οποία περιλαμβάνει την κοινωνική ικανότητα, την ικανότητα διαχείρισης των συναισθημάτων και την αφοσίωση, με τους έχοντες υψηλή βαθμολογία σε αυτόν τον τομέα να διαθέτουν ισχυρότερες κοινωνικές δεξιότητες και να είναι σε θέση να επηρεάσουν τους άλλους (Heffernan et al 2010).

### **Συναισθηματική νοημοσύνη στη νοσηλευτική ηγεσία και διοίκηση**

Η υγειονομική περίθαλψη αλλάζει τόσο γρήγορα ώστε οι ηγέτες της να μην μπορούν πλέον να χρησιμοποιούν ξεπερασμένους τρόπους για την καθοδήγηση των οργανισμών τους. Οι καταναλωτές απαιτούν πλέον ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περισσότερο επικεντρωμένο στις σχέσεις και προσανατολισμένο στις υπηρεσίες. Οι απαιτήσεις αυτές επιβάλλουν πρόσθετες επιβαρύνσεις στους επικεφαλής των νοσηλευτών, οι οποίοι έχουν συγχρόνως την ευθύνη να γίνουν πιο δημοκρατικοί και ανθρωποκεντρικοί στην άσκηση της εξουσίας τους. Στις ευθύνες και τις αρμοδιότητές τους περιλαμβάνονται η κάλυψη των αναγκών του προσωπικού και η παροχή βοήθειας, τόσο προς τον εαυτό τους, όσο και στο προσωπικό τους, για την ανάπτυξη καλύτερων διαπροσωπικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων (Vitello-Cicciu 2002). Οι συναισθηματικά ευφυείς ηγέτες εμπνέουν εμπλεκόμενα συναισθήματα, πάθη και κίνητρα τα οποία αποκαλύπτουν τη δυνατότητα επίτευξης στόχων οι οποίοι διαφορετικά δεν θα μπορούσαν να γίνουν αντιληπτοί. Εργάζονται μέσω συναισθημάτων για να κινητοποιήσουν τις ομάδες, να εμπνεύσουν κίνητρα ή να δημιουργήσουν ένα όραμα για το μέλλον (Cummings et al 2005, Μηνασίδου 2015).

Έτσι, η συναισθηματική νοημοσύνη είναι σημαντική για τους ευρισκόμενους σε ηγετικές θέσεις νοσηλευτές, προκειμένου αυτοί να εμπλακούν σε σχέσεις που θα διευκολύνουν την επιτυχή διαχείριση του νοσηλευτικού προσωπικού (Feather 2009). Ο Segal, ο οποίος σύμφωνα με τον Feather (2009, p. 379) κατέχει ηγετική θέση στον

τομέα της συναισθηματικής νοημοσύνης, παρέχει προτάσεις βασισμένες σε χαρακτηριστικά και ικανότητες που κάνουν ένα άτομο συναισθηματικά ανεπτυγμένο και καλό ηγέτη. Αυτές οι προτάσεις περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη σύνδεση σκέψης-συναισθημάτων, την ακρόαση των συναισθημάτων, την άσκηση μη λεκτικής επικοινωνίας, την ανάπτυξη της ικανότητας για ενσυναίσθηση, την αντιμετώπιση των προκλήσεων ως μοναδικών, τον εναγκαλισμό της ανεξαρτησίας και την εμπιστοσύνη στη σοφία του σώματος. Ο Segal δηλώνει ότι οι ηγέτες μπορούν να αποκτήσουν όλες τις παραπάνω δεξιότητες μέσω της διαδικασίας της μάθησης, πράγμα που θα τους επιτρέψει να διατηρήσουν τις ηγετικές τους θέσεις για μεγάλες χρονικές περιόδους (Feather 2009).

Οι ηγέτες των νοσηλευτών που έχουν ανεπτυγμένη τη συναισθηματική νοημοσύνη, φαίνεται να έχουν πλήρη επίγνωση του πόσο σημαντικοί είναι οι άλλοι για την προσωπική και επαγγελματική ευημερία τους, εκτιμούν πραγματικά τη συμβολή αυτών και προωθούν ένα υγιές κλίμα που υποστηρίζει την ανταλλαγή πληροφοριών, τη λήψη αποφάσεων και την έκφραση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Ακόμα, παρακινούν τόσο τους εαυτούς τους όσο και τους υφιστάμενούς τους να προβληματιστούν σχετικά με την ευαισθητοποίηση και τη μάθηση, ενισχύοντας έτσι τις δεξιότητες αυτό-ηγεσίας και παρέχοντας την ευκαιρία να ανακαλύψουν τα δυνατά σημεία και τις αδυναμίες τους. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να προωθήσουν τη γνώση και την καινοτομία, καθώς και να δημιουργήσουν θεραπευτικές εργασιακές σχέσεις, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη διευκόλυνση της αξιοποίησης της γνώσης που οδηγεί σε τεκμηριωμένη νοσηλευτική πρακτική (Akerjordet & Severinsson 2010). Οι συναισθηματικά ευφυείς ηγέτες διακρίνονται, επίσης, από την ικανότητά τους να ενθαρρύνουν τους άλλους, την προσπάθειά τους να υπερέχουν, τον ενθουσιασμό τους για τη νοσηλευτική και το πάθος τους για αριστεία, ενώ χρησιμοποιούν το σύνολο των δεξιοτήτων τους για να παρακινήσουν το πάθος και την αφοσίωση στο χώρο εργασίας και εμπνέουν σχέσεις εμπιστοσύνης. Οι συναισθηματικά ευφυείς ηγέτες χρησιμοποιούν συναισθηματικές ικανότητες για τη διαχείριση των συγκρούσεων και τη μεταφορά της ενσυναίσθησης στο προσωπικό ή τις οικογένειες. Τέλος, μπορούν να επηρεάσουν θετικά τα ιδιαίτερα αγχογόνα κλινικά περιβάλλοντα (Bulmer Smith et al 2009).

### **Οφέλη συναισθηματικής νοημοσύνης για τη νοσηλευτική**

Η ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι σημαντική, τόσο για το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και για τους ηγέτες αυτών, καθώς έχει συνδεθεί με ποικίλα οφέλη. Η συναισθηματική νοημοσύνη έχει σχετιστεί βιβλιογραφικά με την λήψη κλινικών αποφάσεων, τις συλλογικές και διεπαγγελματικές σχέσεις, καθώς και με την ορθή χρήση της γνώσης στο κλινικό περιβάλλον. Επιπλέ-

ον, έχει βρεθεί ότι είναι απαραίτητη για τους νοσηλευτές που θέλουν να δημιουργήσουν γνήσιες, αυθεντικές και συμπνετικές σχέσεις με τους ασθενείς τους. Η νοσηλευτική ηγεσία με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη είναι σε θέση να επηρεάσει την απόδοση του προσωπικού και την περίθαλψη των ασθενών μέσω της δημιουργίας θετικών σχέσεων με τα μέλη της ομάδας και μέσω της χρήσης του πάθους και του ενθουσιασμού της για να παρακινήσει τους νοσηλευτές, προκειμένου να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα προς τους ασθενείς (Beydler 2017).

Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη βιώνουν μειωμένη πρόθεση απόσυρσης από το χώρο εργασίας τους, βλέπουν τη θετική πλευρά των πραγμάτων μέσω της διαμόρφωσης της αντίληψής τους για το εργασιακό περιβάλλον και μπορούν καλύτερα να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους. Επομένως, είναι λιγότερο πιθανό να εγκαταλείψουν το επάγγελμα (Ahmad et al 2017). Πλήθος μελετών έχουν αναφέρει επίσης, μια άμεση θετική επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στην κοινωνική υποστήριξη, η οποία θεωρείται ένας από τους σημαντικούς παράγοντες για την ενίσχυση της εργασιακής δέσμευσης. Επιπλέον, τόσο η συναισθηματική νοημοσύνη, όσο και η κοινωνική υποστήριξη μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τη δημιουργικότητα των εργαζομένων, καθώς έχει βρεθεί πως οι εργαζόμενοι με υψηλότερη συναισθηματική νοημοσύνη, έχουν αρκετές δημιουργικές ιδέες, οι οποίες συμβάλλουν στη βελτίωση της απόδοσής τους (Toyama & Mauno 2017).

Η συναισθηματική νοημοσύνη έχει βρεθεί, επίσης, ότι ασκεί θετική επίδραση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η σχέση αυτή είναι λογική, δεδομένου ότι η ικανότητα εκτίμησης και αντίληψης των συναισθημάτων των άλλων, και η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση ενός κλίματος εξυπηρέτησης και την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας (Levitats & Vigoda-Gadot 2017).

Πρόσθετα στα παραπάνω, πλήθος ερευνητικών δεδομένων συνδέουν τη συναισθηματική νοημοσύνη με τη διαχείριση του άγχους, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις δεξιότητες επίλυσης και διαχείρισης των προβλημάτων, την ευημερία και την ψυχική υγεία. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί πως τα άτομα με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη παρουσίαζαν καλύτερη υγεία και ευεξία, ενώ, εκείνοι με χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη διαχειρίζονται λιγότερο αποτελεσματικά τους ψυχοπαιστικούς παράγοντες και κατά συνέπεια βίωναν περισσότερο άγχος (Por et al 2011). Ακόμα, λιγότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν αναφερθεί από νοσηλευτές με σχετικά υψηλό προφίλ συναισθηματικής νοημοσύνης. Από τα παραπάνω, φαίνεται ότι τα άτομα με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη μπορούν να ρυθμίζουν και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους καλύτερα, καθώς και να

αναγνωρίζουν τα βαθύτερα συναισθήματα των ατόμων με τα οποία αλληλεπιδρούν, έτσι, είναι λιγότερο πιθανό να καταλαμβάνονται από άγχος. Τέλος, φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων ψυχικής υγείας (Por et al 2011).

### **Συναισθηματική νοημοσύνη και επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών**

Η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης βασικών οργανωτικών αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένης της ικανοποίησης από την εργασία. Σύμφωνα με τη θεωρία της συναισθηματικής νοημοσύνης, ένα άτομο που είναι σε θέση να καταλάβει και να γνωρίζει τα συναισθήματά του, να ελέγχει το άγχος, τα αρνητικά συναισθήματα και τα συναισθήματα απογοήτευσης, μπορεί να έχει καλύτερες σχέσεις με τους συναδέλφους και τη διοίκηση. Αυτό το γεγονός συμβάλλει στην αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης, της οργανωτικής δέσμευσης και σε καλύτερη απόδοση στην ίδια την εργασία (Aghdasi et al 2011). Σύμφωνα με τους Cekmecelioglu et al (2012, p. 364) «Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι η συνειδητοποίηση της προσωπικής αξιολόγησης των συνθηκών που υπάρχουν στην εργασία ή των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την ύπαρξη εργασίας». Δεδομένου του σημαντικού ρόλου των νοσηλευτών στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης, η ανάγκη για εξασφάλιση ικανοποίησης από την εργασία τους κρίνεται επιτακτική. Οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο ασχολούνται, συνήθως σε καθημερινή βάση, με ιδιαίτερα αγχογόνες καταστάσεις και γεγονότα που συνδέονται με συναισθήματα. Αναμένεται από τους νοσηλευτές να διαχειριστούν αυτές τις καταστάσεις παράλληλα με την επαγγελματική υποχρέωση για αποτελεσματικότερη εκτέλεση της εργασίας τους (Cekmecelioglu et al 2012, Tagoe & Quarshie 2016).

Η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται με τα αισθήματα των νοσηλευτών για την εργασιακή τους ζωή και αποτελεί βασικό παράγοντα που επιδρά στο επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών (Kourakos et al 2012). Η επαγγελματική ικανοποίηση για τους νοσηλευτές περιλαμβάνει ένα αίσθημα αξίας, νοήματος και ευτυχίας στο χώρο εργασίας. Τα υψηλά επίπεδα αυτής έχουν συσχετιστεί με αυξημένη ηθική και οργανωσιακή δέσμευση των νοσηλευτών, θετικά αποτελέσματα όσο για τους ασθενείς, όσο και για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Παρόλο που δεν υπάρχει κανένας πλήρης ορισμός για την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών, για τους νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές οξείας περίθαλψης, οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτή μπορούν να διακριθούν σε ενδοπροσωπικούς, διαπροσωπικούς και εξωπροσωπικούς. Οι υπεύθυνοι διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού, επηρεάζουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από

την εργασία, παρέχοντας θετική ηγεσία και κατανόηση για τα ζητήματα και τις προκλήσεις που καθημερινά αντιμετωπίζουν (Coladonato & Manning 2017).

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ συναισθηματικής και επαγγελματικής νοημοσύνης, έχει βρεθεί πως οι εργαζόμενοι με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, επειδή είναι πιο έμπειροι στην εκτίμηση και ρύθμιση των συναισθημάτων τους από ό,τι οι εργαζόμενοι με χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη (Güteryüz et al 2008). Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα της μελέτης των Güteryüz et al. (2008), οι οποίοι διαπίστωσαν μια θετική σχέση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών (Güteryüz et al 2008). Από την άλλη, οι Çekmecelioğlu et al. (2012) βρήκαν επίσης σημαντική θετική σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και επιπέδων εσωτερικής ικανοποίησης από την εργασία, με τους εργαζόμενους με υψηλή συναισθηματική αναγνώριση να είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ικανοποίησης από την εργασία τους (Çekmecelioğlu et al 2012).

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατέστη σαφές ότι η συναισθηματική νοημοσύνη είναι ιδιαίτερα σημαντική στη νοσηλευτική πρακτική, καθώς μπορεί να επιφέρει πλήθος θετικών σημείων τόσο για τους υγειονο-

μικούς οργανισμούς και τους ασθενείς, όσο και για τους ίδιους τους νοσηλευτές. Η χρήση της συναισθηματικής νοημοσύνης από τη νοσηλευτική ηγεσία μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία ενός φιλικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο οι νοσηλευτές βρίσκουν υποστήριξη και ενδυναμώνονται, με τη θετική αυτή επίδραση να συντελείται χωρίς να απαιτείται περαιτέρω οικονομική επιβάρυνση για τον υγειονομικό οργανισμό.

Η σημαντική συμβολή της συναισθηματικής νοημοσύνης στη νοσηλευτική πρακτική αναδεικνύει την ανάγκη για ένταξη της συναισθηματικής ηγεσίας στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Ακόμα, η έρευνα για τη συναισθηματική νοημοσύνη στον τομέα της νοσηλευτικής απαιτεί περαιτέρω ανάπτυξη, με τη διερεύνηση της επίδρασης που μπορεί να έχουν οι συναισθηματικά ευφυείς ηγέτες στην επαγγελματική ικανοποίηση των υφισταμένων τους. Είναι χρήσιμο να διερευνηθεί, επίσης, η γενικότερη επίδραση της συναισθηματικά ευφυούς ηγεσίας και διοίκησης στους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας και τους υγειονομικούς οργανισμούς.

#### **Συμβολή των συγγραφέων**

Ο σχεδιασμός του άρθρου και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκαν από τους ΚΜ, ΠΓ, ΜΑ. Το τελικό κείμενο γράφτηκε από τους ίδιους και αναθεωρήθηκε από τον ΚΜ. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Aghdasi S., Kiamanesh A.R. & Ebrahim A.N. (2011). Emotional Intelligence and Organizational Commitment: Testing the Mediator Role of Occupational Stress and Job Satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 29: 1965-1976.
- Ahmad S.A., Selei A., Bontis N. & Mostapha N. (2017). Emotional Intelligence and Career Outcomes: Evidence from Lebanese Banks. *Knowledge and Process Management* 24(3): 161-169.
- Akerjordet K. & Severinsson E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *Journal of Nursing Management* 18(4): 363-382.
- Başoğlu C. & Özgür G. (2016). Role of Emotional Intelligence in Conflict Management Strategies of Nurses. *Asian nursing research* 10(3): 228-233.
- Beydler K.W. (2017). The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance. *AORN journal* 106(4): 317-323.
- Bulmer Smith K., Profetto-McGrath J. & Cummings G.G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International journal of nursing studies* 46(12): 1624-1636.
- Carragher J. & Gormley K. (2017). Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *Journal of advanced nursing* 73(1): 85-96.
- Çekmecelioğlu H.G., Günsel A. & Ulutaş T. (2012). Effects of Emotional Intelligence on Job Satisfaction: An Empirical Study on Call Center Employees. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 58: 363-369.
- Codier E., Muneno L., Franey K., Matsuura F. (2010). Is emotional intelligence an important concept for nursing practice? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(10): 940-948.
- Coladonato A.R. & Manning M.L. (2017). Nurse leader emotional intelligence: How does it affect clinical nurse job satisfaction? *Nursing management* 48(9): 26-32.
- Cummings G., Hayduk L. & Estabrooks C. (2005). Mitigating the Impact of Hospital Restructuring on Nurses: The Responsibility of Emotionally Intelligent Leadership. *Nursing research* 54(1): 2-12.
- Feather R. (2009). Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter? *Journal of Nursing Management* 17(3): 376-382.
- Foster K., Fethney J., McKenzie H., Fisher M., Harkness E. & Kozlowski D. (2017). Emotional intelligence increases over time: A longitudinal study of Australian pre-registration nursing students. *Nurse Education Today* 55: 65-70.
- Güteryüz G., Güney S., Aydın E.M. & Aşan Ö. (2008). The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies* 45(11): 1625-1635.
- Heffernan M., Quinn Griffin M.T., McNulty S.R. & Fitzpatrick J.J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International journal of nursing practice* 16(4): 366-373.
- Hendon M., Powell L. & Wimmer H. (2017). Emotional intelligence and communication levels in information technology professionals. *Computers in Human Behavior* 71: 165-171.
- Kourakos M., Kafkia T., Rekliti M., Zyga S., Kotrotsiou E. & Gouva, M. (2012). A job satisfaction study among healthcare professionals-nurses in medical wards in the Greek National Health System. *Archives of Hellenic Medicine* 29(1): 61-69.
- Levitats Z. & Vigoda-Gadot E. (2017). Yours emotionally: How emotional intelligence infuses public service motivation and affects the job outcomes of public personnel. *Public Administration* 95(3): 759-775.
- Mayer J.D., Caruso D.R. & Salovey P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence* 27(4): 267-298.
- McQueen A.C.H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of advanced nursing* 47(1): 101-108.
- Megías A., Gómez-Leal R., Gutiérrez-Cobo M.J., Cabello R. & Fernández-Berrocal P. (2018). The relationship between trait psychopathy and emotional intelligence: A meta-analytic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 84: 198-203.
- Mikolajczak M. & Van Belleghem S. (2017). Increasing emotional intelligence to decrease healthcare expenditures: How profitable would it be? *Personality and Individual Differences* 116: 343-347.
- Pekaar K.A., Bakker A.B., van der Linden D. & Born M.P. (2018). Self- and other-focused emotional intelligence: Development and validation of the Rotterdam Emotional Intelligence Scale (REIS). *Personality and Individual Differences* 120: 222-233.
- Por J., Barriball L., Fitzpatrick J. & Roberts J. (2011). Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse education today* 31(8): 855-860.
- Prufeta P. (2017). Emotional Intelligence of Nurse Managers: An Exploratory Study. *Journal of Nursing Administration* 47(3): 134-139.
- Rasool H.F., Arfeen M.I., Mohti W. & Aslam U. (2017). Role of Emotional Intelligence in Leadership styles and Employee's Performance: Evidence from Health Sector of Pakistan. *Pakistan Research Journal of Management Sciences* 1(1): 48-63.
- Rode J.C., Arthaud-Day M., Ramaswami A. & Howes S. (2017). A time-lagged study of emotional intelligence and salary. *Journal of Vocational Behavior* 101: 77-89.
- Salovey P. & Mayer J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality* 9(3): 185-211.
- Samiuddin K. H. A. N., Ahmad I. & Kazmi S. Z. A. (2017). The Role Of Emotional Intelligence In Hospital Administration: A Case Study From Pakistan. *Cross-Cultural Management Journal* 11: 39-46.
- Tagoe T. & Quarshie E.N. (2016). The relationship between emotional intelligence and job satisfaction among nurses in Accra. *Nursing Open* 4(2): 84-89.
- Toni Eason D.N.P. (2009). Emotional intelligence and nursing leadership: a successful combination. *Creative Nursing* 15(4): 184.
- Toyama H. & Mauno S. (2017). Associations of Trait Emotional Intelligence with Social Support, Work Engagement, and Creativity in Japanese Eldercare Nurses. *Japanese Psychological Research* 59(1): 14-25.
- Vitello-Ciccio J.M. (2002). Exploring Emotional Intelligence: Implications for Nursing Leaders. *Journal of Nursing Administration* 32(4): 203-210.
- Μνησαίδου Ε. (2015). Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στη Νοσηλευτική (άρθρο σύνταξης) *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 8 (1):3-5.

# Emotional Intelligence and Leadership in Nursing practice

Michael Kourakos<sup>1</sup>, Georgia Poulimenakou<sup>2</sup>, Alexandra Mitsi<sup>2</sup>

1. RN, MSc, PhD, Director of nursing, General Hospital "Asklepieio" Voulas

2. RN, MSc(c), General Hospital "Asklepieio" Voulas

## ABSTRACT

**Introduction:** The need for emotionally intelligent leadership in healthcare professions is internationally recognized in the literature, with emotional intelligence being of particular value for nurses, who in great extent perform "emotional work". Nurse managers and leaders, in order to be effective in their duties, they should have the necessary leadership skills. Interpersonal skills have the main role and along with emotional intelligence. The aim of this paper is to review emotional intelligence in nursing leadership and nursing practice in general. Furthermore, the paper aimed at investigating the effects of Emotional Intelligence both on nursing staff and on the organizational level. The development of emotional intelligence is important for both nursing staff and nurse leaders and managers, as it is linked to multiple benefits, such as to improved nurses' performance, increased job satisfaction and organizational commitment for nurses. The important contribution of emotional intelligence in the nursing context and leadership highlights the need for integrating emotional intelligence and emotionally intelligent leadership into nursing education as well as for further research in this area.

**Keywords:** benefits, emotional intelligence, job satisfaction, nursing leadership

Corresponding Author: Kourakos Michael  
email: mixkourakos@hotmail.com

Submission Date: 2/12/2017

**Citation:** Kourakos M, Poulimenakou G & Mitsi A. (2018). Emotional Intelligence and Leadership in Nursing practice. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(1): 23-30.



# Διερεύνηση των στάσεων των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών απέναντι στη νοσηλευτική συνταγογράφηση.

Ιωάννα Λουραντάκη<sup>1</sup>, Κορίνα Κατσαλιάκη<sup>2</sup>

1.Νοσηλεύτρια, MSc, Εκπαιδύτρια Επαγγελματιών Υγείας, Γ.Ν.Χαλκιδικής

2.Επίκουρη καθηγήτρια, Σχολή Οικονομίας, Διοίκησης και Νομικών Επιστημών, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, ΣΕΠ Σχολή Κοινωνικών Επιστημών ΕΑΠ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η συνταγογράφηση από εξειδικευμένους νοσηλευτές αποτελεί έναν διευρυμένο ρόλο, που πραγματοποιείται ήδη με επιτυχία σε πολλές χώρες.

Σκοπός: Η καταγραφή των προτιμήσεων και σύγκριση των απόψεων των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών, απέναντι στη συνταγογράφηση από εξειδικευμένους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για μία ποσοτική μελέτη, που διεξήχθη σε δύο δημόσια νοσοκομεία, τον πληθυσμό της οποίας αποτέλεσαν 200 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού, 200 γιατροί και 200 ασθενείς. Για τη συλλογή των δεδομένων σχεδιάστηκε ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων ασθενών, γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού και ερωτηματολόγιο για τη νοσηλευτική συνταγογράφηση. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.

**Αποτελέσματα:** Συλλέχθηκαν 148 ερωτηματολόγια από τους ασθενείς, 107 από τους γιατρούς και 183 από το νοσηλευτικό προσωπικό. Προέκυψε ότι εφόσον γίνει νόμιμο στη χώρα μας, σε μεγαλύτερο βαθμό οι ασθενείς (38%) θα προτιμούσαν το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί να συνταγογραφεί φάρμακα ευρείας χρήσης, ενώ οι γιατροί (42,2%) και το νοσηλευτικό προσωπικό (45,4%) θα προτιμούσαν να μην συνταγογραφούν οι νοσηλευτές νέα φάρμακα αλλά να μπορούν να αλλάξουν την ώρα ή τη δοσολογία μιας φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης προέκυψε ότι σε μεγαλύτερο βαθμό οι ασθενείς (44,9%) θα προτιμούσαν τους νοσηλευτές στη συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού και παρακλινικών εξετάσεων, καθώς και στην παραπομπή των ασθενών σε άλλους επαγγελματίες υγείας, ενώ οι άλλες δύο ομάδες έδειξαν θετική προτίμηση μόνο ως προς τη συνταγογράφηση του υγειονομικού υλικού (56,1% οι γιατροί και 45,9% το νοσηλευτικό προσωπικό). Σχετικά με το αν η συνταγογράφηση από το νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θα μπορούσε να συμβάλει στην ταχύτερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα τόσο η πλειοψηφία των ασθενών (51,4%) όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού (47,6%) τάσσεται υπέρ. Αντίθετα υπάρχει διχογνωμία των γιατρών.

**Συμπεράσματα:** Οι στάσεις των ασθενών ήταν πιο θετικές σε όλες τις πτυχές της συνταγογράφησης, σε σχέση με αυτές του νοσηλευτικού προσωπικού και των γιατρών. Ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του νοσηλευτή μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας με λιγότερους πόρους χωρίς ωστόσο να θεωρηθούν οιονεί γιατροί, αλλά ως νοσηλευτές με διευρυμένο πεδίο πρακτικής, οι οποίοι συνεισφέρουν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με νέους τρόπους.

**Λέξεις-κλειδιά:** Ασθενείς, γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, προτιμήσεις, σύγκριση στάσεων, συνταγογράφηση.

Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Ιωάννα Λουραντάκη  
Ηλεκτρονική διεύθυνση: ioanna.lourantaki@gmail.com  
Τηλέφωνο: +306932956687

Ημερομηνία Υποβολής: 31/03/2017

Αναφορά του άρθρου ως: Λουραντάκη Ι & Κατσαλιάκη Κ. (2018). Διερεύνηση των στάσεων των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών απέναντι στη νοσηλευτική συνταγογράφηση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(1): 31-46.

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η συνταγογράφηση από εξειδικευμένους νοσηλευτές πραγματοποιείται ήδη σε πολλές χώρες, ενώ στην Ελλάδα η συνταγογράφηση πραγματοποιείται μόνο από το ιατρικό προσωπικό.
- Οι ασθενείς προτιμούν τη συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού, παρακλινικών εξετάσεων, καθώς και την παραπομπή των ασθενών σε άλλους επαγγελματίες υγείας, ενώ οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό προτιμούν μόνο τη συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού.
- Οι ασθενείς και το νοσηλευτικό προσωπικό τάσσονται υπέρ της άποψης ότι η συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές εξυπηρετεί την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα. Αντίθετα υπάρχει διχογνωμία των γιατρών.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παραδοσιακά, στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, η ιατρική εξασφάλισε τη θέση της ως φύλακας και ως φορέας λήψης των αποφάσεων σε όλα τα θέματα της υγείας του ασθενούς (Lowe et al 2012), ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό έπρεπε να ενεργεί σύμφωνα τις οδηγίες γιατρών (Black 2005) και να τις υιοθετεί παθητικά (Dent & Burney 1997). Όμως με το πέρασμα του χρόνου ο ρόλος των νοσηλευτών έχει μεταβληθεί και συνεχίζει να μεταβάλλεται (Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών 2013) και οδηγεί στον επαναπροσδιορισμό των ορίων ιατρικής-νοσηλευτικής, στην ανάληψη αρμοδιοτήτων που σπάνια αναλάμβαναν οι νοσηλευτές στο παρελθόν και στη διεύρυνση επαγγελματικού τους ρόλου (Wilson & Bunnell 2007, Read S. 2004, Dent & Burney 1997, Bonsall & Cheater 2008, Lindblad et al 2010, Tye & Ross 2000). Ένας από τους κατεξοχήν διευρυμένους ρόλους είναι η θεσμοθετημένη (μη ιατρική) συνταγογράφηση από ειδικά εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλευτική συνταγογράφηση), η οποία έχει μεγάλη ποικιλία στους τομείς και στις μορφές (μοντέλα συνταγογράφησης).

### Οι κύριοι τομείς της μη ιατρικής συνταγογράφησης

Ένα διαδεδομένο τομέα μη ιατρικής συνταγογράφησης αποτελεί η συνταγογράφηση φαρμακευτικών προϊόντων, η οποία πραγματοποιείται ήδη από εξειδικευμένους νοσηλευτές, με μεγάλη επιτυχία σε πολλές χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, Ιρλανδία, Σουηδία, Ισπανία, Ολλανδία, Χονγκ Κονγκ, Φινλανδία, σε ορισμένα κρατίδια της Αφρικής κ.α.), (Harris & Taylor 2004, Royall College of Nursing 2004, International Council of Nurses 2009, Delamaire & Lafortune 2010, Bhanbhro et al 2011, Kroezen et al 2011, Schober 2013, Fabrellas et al 2013, Altersved et al 2011, Bergman et al 2013). Τα πιο συνηθισμένα φάρμακα που συνταγογραφούνται είναι: αντιβιοτικά/αντιμικροβιακά/αντικαταρροιακά, αντιπηκτικά, αντιδιαβητικά, αντιυπερτασικά, αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη και τα αντισυλληπτικά φάρμακα (Siriwardena 2006, Carney 2014, Latter et al

2011, Goolsby 2011, Fabrellas et al 2013).

Ένας δεύτερος τομέας, είναι η συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού (πχ ουροκαθετήρες, ουροσυλλέκτες, ταινίες μέτρησης σακχάρου αίματος, επίδεσμοι, επιθέματα για τις κατακλίσεις, ορθοπεδικές κάλτσες) (Siriwardena 2006, Buscher et al 2009, Delamaire & Lafortune 2010, Shiu et al 2012, Drennan et al 2014). Ένας άλλος τομέας, είναι η συνταγογράφηση παρακλινικών εξετάσεων (πχ ακτινογραφίες, μαγνητική τομογραφία, αιματολογικές εξετάσεις, ενδοσκοπικές εξετάσεις για διαγνωστικούς σκοπούς), (Decima 2009). Ένας τελευταίος τομέας είναι η παραπομπή του ασθενούς σε άλλους επαγγελματίες υγείας (οι νοσηλευτές δρουν σε συνεργασία με τους συναδέλφους ή αναφέρονται και μοιράζονται τη φροντίδα με τους συναδέλφους σε πιο εξειδικευμένους τομείς) (Royall College of Nursing 2012).

### Τα πιο γνωστά μοντέλα μη ιατρικής συνταγογράφησης

Στο πρώτο μοντέλο ανήκει η ανεξάρτητη συνταγογράφηση, στην οποία ο συνταγογράφος νοσηλευτής μπορεί να αποφασίζει για την φαρμακευτική αγωγή ανεξάρτητα και χωρίς την επίβλεψη του γιατρού, είναι υπεύθυνος για την κλινική εκτίμηση, τη διάγνωση και την έκδοση της συνταγής (Kroezen et al 2011). Στο δεύτερο μοντέλο ανήκει η συμπληρωματική συνταγογράφηση, στην οποία ο συμπληρωματικός συνταγογράφος (νοσηλευτής) συνταγογραφεί υπό την επίβλεψη του ανεξάρτητου συνταγογράφου (θεράπων γιατρός) (Kroezen et al 2011, Courtenay et al 2011). Το τρίτο μοντέλο είναι η συνταγογράφηση εντός οριοθετημένων περιοχών της πρακτικής αλλά και για προκαθορισμένες κλινικές καταστάσεις (όπως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, συνταγογράφηση για χρόνια νοσήματα) με βάση τις γραπτές οδηγίες (κατευθυντήριες οδηγίες ή πρωτοκόλλα) στις οποίες μπορεί να ανατρέξει ο συνταγογράφος για την παροχή και τη διαχείριση των φαρμάκων (Royall College of Nursing 2004, Kroezen et al 2011, Harris & Taylor 2004). Ένα τέταρτο μοντέλο μη ιατρικής συνταγογράφησης είναι η τροποποίηση της δοσολογίας ή/ και της ώρας μίας συγκεκρι-

κριμένης φαρμακευτικής αγωγής. Στο μοντέλο αυτό οι νοσηλευτές δεν παίρνουν καμία απόφαση για το φάρμακο που λαμβάνει ο ασθενής. Η απόφαση αυτή έχει ληφθεί ήδη από το γιατρό (Ryan et al 1994, Allen 1998, Gray 1998, Kroezen et al 2011).

Οι διεθνείς εμπειρίες από τη συνταγογράφηση των νοσηλευτών δείχνουν πολλαπλά οφέλη για τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας και το σύστημα υγείας (Delamaire & Lafortune 2010, Pulcini et al 2010, Griffiths 2016). Μέσα από συγκεκριμένες έρευνες έχει βρεθεί ότι η νοσηλευτική συνταγογράφηση οδηγεί σε οικονομική αποδοτικότητα (μείωση κόστους), σε βελτιώσεις στη συμμόρφωση των ασθενών, στην ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα, καθώς και στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από αυτήν (Petrilla et al 2005, Coddington & Sands 2008, Stenner & Courtenay 2008, Chen et al 2009, Courtenay & Carey 2009, Courtenay, Stenner & Carey 2009, O'Connell et al 2009, Bhanbhro et al 2011, Latter et al 2011, Mangle et al 2014, Carey, Stenner, Courtenay 2014).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τη νομοθεσία, που διέπει το νοσηλευτικό επάγγελμα, καμία εκπαιδευτική κατηγορία νοσηλευτικού προσωπικού δεν επιτρέπεται να συνταγογραφή. Αντίθετα με την πληθώρα της διεθνούς βιβλιογραφίας, στην Ελλάδα οι αναφορές για το θέμα της νοσηλευτικής συνταγογράφησης είναι εξαιρετικά ελάχιστες. Μία ελληνική έρευνα που έγινε με σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις μιας ομάδας εμπειρογνομόνων του τομέα της υγείας, έδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συνηγορούν υπέρ της επέκτασης των καθηκόντων των νοσηλευτών στη συνταγογράφηση: φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, στην παραγγελία διαγνωστικών εξετάσεων και στην παραπομπή ασθενών (Σκρουμπέλος και συν 2012). Επίσης σε μία άλλη έρευνα που συμμετείχαν ψυχιατρικοί νοσηλευτές έδειξε ότι οι απόψεις τους έκλιναν στην πλειοψηφία τους υπέρ της δυνατότητας συνταγογράφησης φαρμάκων με την προϋπόθεση ότι θα λάμβαναν την απαραίτητη εκπαίδευση (Κούκια & Γκόνης 2010).

Η έλλειψη έρευνας στην Ελλάδα σχετικά με τη νοσηλευτική συνταγογράφηση αποτέλεσε την αφετηρία για την επιλογή του θέματος αυτής της ερευνητικής εργασίας. Από όσο γνωρίζουμε, αυτή είναι η πρώτη ελληνική έρευνα που γίνεται με σκοπό την καταγραφή των προτιμήσεων και τη σύγκριση των απόψεων των ασθενών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη συνταγογράφηση από εξειδικευμένους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **Σχεδιασμός**

Πρόκειται για μία ποσοτική έρευνα, που διεξήχθη σε δύο δημόσια νοσοκομεία στην περιοχή της Κεντρικής Μακεδονίας (το ένα νοσοκομείο παρείχε υπηρεσίες

δευτεροβάθμιας περίθαλψης και το άλλο υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης), σε τμήματα του παθολογικού και του χειρουργικού τομέα, το χρονικό διάστημα 15 Δεκεμβρίου 2014–28 Φεβρουαρίου 2015.

### **Δείγμα μελέτης**

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 200 άτομα από το νοσηλευτικό προσωπικό, 200 γιατρούς και 200 ασθενείς. Συνολικά το δείγμα της έρευνας ήταν 438 άτομα, στο οποίο συμπεριλήφθηκαν οι μόνιμοι γιατροί, οι ειδικευόμενοι γιατροί, το μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό και οι ενήλικες νοσηλευόμενοι ασθενείς και αποτελεί δείγμα ευκολίας.

### **Εργαλεία μελέτης**

Για τη συλλογή των δεδομένων σχεδιάστηκε ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων ασθενών, γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού και ένα ερωτηματολόγιο για τη νοσηλευτική συνταγογράφηση που ήταν κοινό και για τις τρεις ομάδες (ασθενείς, νοσηλευτικό προσωπικό και γιατροί). Η επιλογή των ερωτήσεων έγινε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία για τα μοντέλα, τους τομείς και τα οφέλη της νοσηλευτικής συνταγογράφησης. Επιλέχθηκαν μόνο ερωτήσεις κλειστού τύπου, το εύρος των απαντήσεων δηλαδή ήταν αυστηρώς περιορισμένο. Συγκεκριμένα αποτελείται από 3 ερωτήσεις (συνταγογράφηση φαρμακευτικών προϊόντων, συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού, παρακλινικών εξετάσεων και παραπομπή των ασθενών σε άλλους επαγγελματίες υγείας, οφέλη της συνταγογράφησης) με εναλλακτικές απαντήσεις.

Πριν την έναρξη της έρευνας έγινε δοκιμαστική εφαρμογή των παραπάνω ερωτηματολογίων σε έναν περιορισμένο αριθμό 20 ατόμων, τα οποία παρουσιάζουν τα απαιτούμενα χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος, με σκοπό να εξεταστεί αν είναι κατανοητό. Από την δοκιμή αυτή δεν προέκυψαν προβλήματα.

Ο έλεγχος εσωτερικής συνέπειας, με τη χρήση του δείκτη Cronbach (alpha) επέδειξε πολύ καλή εσωτερική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, τόσο στο ερωτηματολόγιο των ασθενών ( $\alpha=0,871$ ) όσο και στο ερωτηματολόγιο των γιατρών ( $\alpha=0,789$ ) και του νοσηλευτικού προσωπικού ( $\alpha=0,832$ ).

### **Θέματα ηθικής και δεοντολογίας**

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανώνυμα, ώστε να διασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των συμμετεχόντων. Η έρευνα είχε λάβει την έγκριση του επιστημονικού και του διοικητικού συμβουλίου των δύο νοσοκομείων.

### **Στατιστική ανάλυση**

Με τη βοήθεια της περιγραφικής και επαγωγικής

στατιστικής έγινε η ανάλυση των απαντήσεων με χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 20 (Statistical Package for Social Science). Χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι (δοκιμασία του ελέγχου ανεξαρτησίας-έλεγχου καλής προσαρμογής Χ<sup>2</sup> (Chi-square test)), θεωρώντας ως ελάχιστο επίπεδο αποδεκτής σημαντικότητας την τιμή 0,05.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στα ερωτηματολόγια απάντησαν 148 ασθενείς, 107 γιατροί και 183 από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οπότε το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 78% για τους ασθενείς, 53,5% για τους γιατρούς και 91,5% από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η πλειοψηφία του δείγματος των γιατρών ήταν άντρες (66,4%), ανήκε στην ηλικιακή ομάδα είτε από 22 μέχρι 40 ετών (44,9%), είτε από 41 έως 59 ετών (43,9%). Το 57% των

γιατρών ήταν ειδικοί και το 43% ειδικευόμενοι. Τέλος, η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από γιατρούς του νοσοκομείου δευτεροβάθμιας περίθαλψης (57%) (πίνακας 1).

Η πλειοψηφία των νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες (79,8%), ανήκε στην ηλικιακή ομάδα από 41 έως 59 ετών (76,5%), το 55,2% ήταν νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) και το 30,6% των νοσηλευτών κατέχουν κάποια νοσηλευτική ειδικότητα ή εξειδίκευση. Το 51,9% αποτελείται από νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου τριτοβάθμιας περίθαλψης (πίνακας 1).

Η πλειοψηφία του δείγματος των ασθενών ήταν γυναίκες (59,5%), ανήκε στην ηλικιακή ομάδα από 41 έως 64 ετών (39,9%) και ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (68,9%) (πίνακας 1).

Από τα αποτελέσματα των απαντήσεων των ασθενών,

**Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών**

		Ιατρικό προσωπικό		Νοσηλευτικό προσωπικό		Ασθενείς	
		N	%	N	%	N	%
<b>Φύλο</b>	<b>Άντρας</b>	71	66,4%	37	20,2%	60	40,5%
	<b>Γυναίκα</b>	36	33,6%	146	79,8%	88	59,5%
<b>Ηλικία</b>	<b>22 έως 40</b>	48	44,9%				
	<b>41 έως 59</b>	47	43,9%				
	<b>60 και άνω</b>	12	11,2%				
	<b>20 έως 35</b>			37	20,2%		
	<b>36 έως 55</b>			140	76,5%		
	<b>55 και άνω</b>			6	3,3%		
	<b>18 έως 40</b>					47	31,8%
	<b>41 έως 64</b>					59	39,9%
	<b>65 και άνω</b>					42	28,4%
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	<b>2<sup>ο</sup>βάθμια εκπαίδευση</b>					102	68,9%
	<b>3<sup>ο</sup>βάθμια εκπαίδευση</b>					46	31,1%
<b>Θέση εργασίας</b>	<b>Ειδικός</b>	61	57%				
	<b>Ειδικευόμενος</b>	46	43%				
<b>Νοσοκομείο Εργασίας</b>	<b>3<sup>ο</sup> βάθμιας περίθαλψης</b>	46	43%	95	51,9%		
	<b>2<sup>ο</sup> βάθμιας περίθαλψης</b>	61	57%	88	48,1%		
<b>Κατηγορία νοσηλευτικού προσωπικού</b>	<b>ΠΕ</b>			7	3,8%		
	<b>ΤΕ</b>			101	55,2%		
	<b>ΔΕ</b>			60	32,8%		
	<b>ΥΕ</b>			15	8,2%		
<b>Νοσηλευτική Ειδικότητα</b>	<b>Ναι</b>			56	30,6%		
	<b>Όχι</b>			127	69,4%		

**Πίνακας 2: Ποσοστό αποδοχής των ερωτηθέντων για τη συνταγογράφηση φαρμάκων από εξειδικευμένους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης**

	Οποιοδήποτε φάρμακο εντός του Εθνικού Συνταγολογίου και για οποιαδήποτε ιατρική πάθηση	Φάρμακα ευρείας χρήσης	Φάρμακα για χρόνια νοσήματα	Να μην συνταγογραφούν, αλλά να έχουν άδεια να αλλάξουν την ώρα ή/και τη δοσολογία μιας φαρμακευτικής αγωγής	p-value
<b>Ασθενείς</b>	20%	38%	21,4%	20,7%	0,005
<b>Γιατροί</b>	4%	19,7%	34,4%	42,2%	0,005
<b>Νοσηλευτικό προσωπικό</b>	9,3%	29,6%	15,9%	45,4%	0,001

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

**Πίνακας 3: Ποσοστό αποδοχής των ερωτηθέντων για τη συνταγογράφηση από εξειδικευμένους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε επιμέρους τομείς (πλην των φαρμάκων)**

	Υγειονομικό υλικό	Παρακλινικές εξετάσεις	Υγειονομικό υλικό, παρακλινικές εξετάσεις και παραπομπές σε γιατρούς	Ούτε υγειονομικό υλικό, ούτε παρακλινικές εξετάσεις και παραπομπές σε γιατρούς	p-value
<b>Ασθενείς</b>	39,5%	7,5%	44,9%	8,2%	0,001
<b>Γιατροί</b>	56,1%	1%	14,1%	29%	0,001
<b>Νοσηλευτικό προσωπικό</b>	45,9%	2,8%	29,6%	21,9%	0,001

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού για την αποδοχή τους ως προς τη συνταγογράφηση (πίνακας 2) προέκυψε ότι οι ασθενείς σε μεγαλύτερο ποσοστό αποδέχονται τους εξειδικευμένους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στη συνταγογράφηση φαρμάκων ευρείας χρήσης (38%,  $p=0,05$ ) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Οι γιατροί (42,2%,  $p=0,005$ ) και το νοσηλευτικό προσωπικό (45,4%,  $p=0,001$ ) θα προτιμούσαν να μην συνταγογραφούν οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης νέα φάρμακα αλλά να μπορούν να αλλάξουν την ώρα ή τη δοσολογία μιας φαρμακευτικής αγωγής, η οποία είχε αποφασιστεί από το θεράποντα γιατρό σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες συνταγογραφούμενων φαρμάκων (πίνακας 2).

Όσον αφορά στη συνταγογράφηση σε άλλους επιμέρους τομείς, οι ασθενείς (44,9%,  $p=0,001$ ) αποδέχονται τους εξειδικευμένους νοσηλευτές στη συνταγογράφηση του υγειονομικού υλικού και των παρακλινικών εξετάσεων, καθώς και την παραπομπή των ασθενών σε άλλους επαγγελματίες υγείας σε σύγκριση με τους υπόλοιπους επιμέρους τομείς, ενώ οι γιατροί σε ποσοστό 56,1% ( $p=0,001$ ) και το νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 45,9% ( $p=0,001$ ) τους αποδέχονται στη συνταγογράφηση του υγειονομικού υλικού σε σύγκριση με τους υπόλοιπους επιμέρους τομείς (πίνακας 3).

Σχετικά με τις απόψεις των συμμετεχόντων για το αν με τη νοσηλευτική συνταγογράφηση θα μπορούσε να επι-

τευχθεί ταχύτερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα προέκυψε ότι τόσο το ποσοστό των ασθενών (51,4%,  $p=0,000$ ) όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού (47,6%,  $p=0,000$ ), που θεωρούν ότι η συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές εξυπηρετεί την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ασθενών (8,8%) και του νοσηλευτικού προσωπικού (19,2%) που θεωρούν ότι με την συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές οι ασθενείς δεν θα έχουν ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση στα φάρμακα (πίνακας 4).

Για τους γιατρούς προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις επιλογές των γιατρών ( $p=0,359$ ), καθώς το 39,3% απάντησαν θετικά και το 31,8%

**Πίνακας 4: Ποσοστό αποδοχής των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η νοσηλευτική συνταγογράφηση θα συμβάλει στην ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα.**

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	p-value
<b>Ασθενείς</b>	51,4%	8,8%	39,9%	0,000
<b>Γιατροί</b>	39,3%	31,8%	29%	0,359
<b>Νοσηλευτικό προσωπικό</b>	47,6%	19,2%	33,4%	0,000

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

**Πίνακας 5: Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τη συνταγογράφηση φαρμάκων**

		Οποιοδήποτε φάρμακο εντός του Εθνικού Συνταγολογίου και για οποιαδήποτε πάθηση	Φάρμακα ευρείας χρήσης	Φάρμακα για χρόνια νοσήματα	Να μην συνταγογραφούν, αλλά να έχουν άδεια να αλλάξουν την ώρα ή/και τη δοσολογία μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής	P
Ηλικία	18 έως 40	21,7%	34,8%	17,4%	26,1%	0,608
	41 έως 64	20,7%	37,9%	27,6%	13,8%	
	65 και άνω	17,1%	41,5%	17,1%	24,4%	
Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια	20,8%	41,6%	14,9%	22,8%	0,035
	Τριτοβάθμια	18,2%	29,5%	36,4%	15,9%	
Φύλο	Άντρας	15,5%	32,8%	27,6%	24,1%	0,267
	Γυναίκα	23,0%	41,4%	17,2%	18,4%	

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

απάντησαν αρνητικά, οπότε μπορούμε να πούμε ότι το ποσοστό των γιατρών που θεωρούν ότι με την συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές οι ασθενείς θα έχουν ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση στα φάρμακα είναι ίδιο με το ποσοστό των γιατρών που θεωρούν ότι με την συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές οι ασθενείς δεν θα έχουν ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση στα φάρμακα. Συνεπώς παρατηρούμε ότι υπάρχει διχογνωμία των γιατρών για το αν με τη νοσηλευτική συ-

νταγογράφηση θα μπορούσε να επιτευχθεί ταχύτερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα (πίνακας 4).

Επίσης προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών ( $p=0,035$ ), με τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης να αποδέχονται σε μεγαλύτερο ποσοστό με το ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θα μπορούσαν να συνταγογραφήσουν φάρμακα

**Πίνακας 6: Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ιατρών με τη συνταγογράφηση φαρμάκων**

		Οποιοδήποτε φάρμακο εντός του Εθνικού Συνταγολογίου και για οποιαδήποτε πάθηση	Φάρμακα ευρείας χρήσης	Φάρμακα για χρόνια νοσήματα	Να μην συνταγογραφούν, αλλά να έχουν άδεια να αλλάξουν την ώρα και τη δοσολογία	P
Ηλικία	22 έως 40	2,1%	31,9%	23,4%	42,6%	0,051
	41 έως 59	4,5%	9,1%	47,7%	38,6%	
	60 και άνω	9,1%	9,1%	27,3%	54,5%	
Θέση εργασίας	Ειδικός	5,2%	10,3%	43,1%	41,4%	0,024
	Ειδικευόμενος	2,3%	31,8%	22,7%	43,2%	
Φύλο	Άντρας	3,0%	13,4%	35,8%	47,8%	0,121
	Γυναίκα	5,7%	31,4%	31,4%	31,4%	
Νοσοκομείο	3 <sup>ο</sup> Βάθμιας περίθαλψης	2,4%	22,0%	19,5%	56,1%	0,044
	2 <sup>ο</sup> Βάθμιας περίθαλψης	4,9%	18,0%	44,3%	32,8%	

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

**Πίνακας 7: Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού προσωπικού με τη συνταγογράφηση φαρμάκων**

		Οποιοδήποτε φάρμακο εντός του Εθνικού Συνταγολογίου και για οποιαδήποτε πάθηση	Φάρμακα ευρείας χρήσης	Φάρμακα για χρόνια νοσήματα	Να μην συνταγογραφούν, αλλά να έχουν άδεια να αλλάξουν την ώρα και τη δοσολογία μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής	p
Ηλικία	20 έως 35	10,8%	43,2%	18,9%	27,0%	0,118
	36 έως 55	8,6%	25,7%	14,3%	51,4%	
	56 και άνω	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	
Φύλο	Άντρας	8,1%	32,4%	24,3%	35,1%	0,337
	Γυναίκα	9,6%	28,8%	13,7%	47,9%	
Ειδικότητα-Εξειδίκευση	Ναι	12,5%	37,5%	21,4%	28,6%	0,026
	Όχι	7,9%	26,0%	13,4%	52,8%	
Νοσοκομείο εργασίας	3 <sup>ο</sup> βάρθμιας περίθαλψης	11,6%	31,6%	17,9%	38,9%	0,294
	2 <sup>ο</sup> βάρθμιας περίθαλψης	6,8%	27,3%	13,6%	52,3%	
Κατηγορία	Νοσηλευτικό προσωπικό ΠΕ	14,3%	28,6%	28,6%	28,6%	0,002
	Νοσηλευτικό προσωπικό ΤΕ	5,9%	39,6%	17,8%	36,6%	
	Βοηθός νοσηλεύτη ΔΕ	15,0%	20,0%	15,0%	50,0%	
	Βοηθός νοσηλεύτη ΥΕ	6,7%	0%	0%	93,3%	

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

ευρείας χρήσης, ενώ οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αποδέχονται σε μεγαλύτερο ποσοστό με το ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θα μπορούσαν να συνταγογραφήσουν φάρμακα για χρόνια νοσήματα και φάρμακα ευρείας χρήσης (πίνακας 5).

Για τους γιατρούς προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς τη θέση εργασίας των γιατρών ( $p=0,024$ ), με τους ειδικευόμενους γιατρούς να αποδέχονται σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θα μπορούσαν να συνταγογραφήσουν φάρμακα ευρείας χρήσης, ενώ οι ειδικοί γιατροί τίθενται υπέρ του ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θα μπορούσαν να συνταγογραφήσουν φάρμακα για χρόνια νοσήματα. Επίσης, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ( $p=0,044$ ) με τους γιατρούς που εργάζονται στο νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης να αποδέχονται σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν θα έπρεπε να συνταγογραφούν φάρμακα ευρείας χρήσης, ενώ οι γιατροί του νοσοκομείου δευτεροβάθμιας περίθαλψης τίθενται σε μεγαλύτερο βαθμό υπέρ του ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θα μπορούσαν να συνταγογραφούν φάρμακα για χρόνια νοσήματα (πίνακας 6).

Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό προκύπτει μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των απαντήσεων ως προς το αν έχουν λάβει κάποια εξειδίκευση ή ειδικότητα μετά το διορισμό τους ( $p=0,026$ ) με το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν έχει λάβει κάποια εξειδίκευση ή ειδικότητα να αποδέχεται σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν θα πρέπει να συνταγογραφούν, αλλά να έχουν άδεια να αλλάξουν την ώρα και τη δοσολογία μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό υποχρεωτικής εκπαίδευσης αποδέχεται σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν θα πρέπει να συνταγογραφούν, αλλά να έχουν άδεια να αλλάξουν την ώρα και τη δοσολογία μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής ( $p=0,002$ ), (πίνακας 7).

Όσον αφορά στη συνταγογράφηση σε επιμέρους τομείς για τους ασθενείς προέκυψε ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία σε όλες τις περιπτώσεις (Πίνακας 8). Προέκυψε ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς το νοσοκομείο που εργάζονται οι γιατροί ( $p=0,001$ ) με τους γιατρούς που εργάζονται

**Πίνακας 8: Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με τη συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού και παρακλινικών εξετάσεων**

		Σε ποιους από τους παρακάτω τομείς θεωρείτε ότι θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα συνταγογράφησης από μέρους των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης;				P
		Υγειονομικό υλικό	Παρακλινικές εξετάσεις	Και στους δύο παραπάνω τομείς	Σε κανέναν από τους παραπάνω τομείς	
Ηλικία	18 έως 40	39,1%	6,5%	45,7%	8,7%	0,749
	41 έως 64	37,3%	11,9%	42,4%	8,5%	
	65 και άνω	42,9%	2,4%	47,6%	7,1%	
Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια	40,2%	9,8%	40,2%	9,8%	0,159
	Τριτοβάθμια	37,8%	2,2%	55,6%	4,4%	
Φύλο	Άντρας	40,0%	8,3%	40,0%	11,7%	0,538
	Γυναίκα	39,1%	6,9%	48,3%	5,7%	

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

στο νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης να έχουν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό αποδοχής από αυτούς που εργάζονται στο νοσοκομείο δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν πρέπει να συνταγογραφούν σε κανένα τομέα, ενώ οι γιατροί του νοσοκομείου δευτεροβάθμιας περίθαλψης τίθενται σε μεγαλύτερο βαθμό υπέρ της συνταγογράφησης από τους νοσηλευτές στο υγειονομικό υλικό (πίνακας 9). Για το νοσηλευτικό προσωπικό προέκυψε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς το εάν έχουν κάποια εξειδίκευση-ειδικότητα ( $p=0,016$ ) και ως προς το φύλο ( $p=0,012$ ). Αναλυτικότε-

ρα προέκυψε ότι οι άντρες αποδέχονται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες τη συνταγογράφηση και στους δύο τομείς (υγειονομικό υλικό και παρακλινικές εξετάσεις), ενώ αντίθετα οι γυναίκες τάσσονται υπέρ της μη συνταγογράφησης σε κανέναν από τους δύο τομείς. Επίσης, προέκυψε ότι οι νοσηλευτές χωρίς εξειδίκευση-ειδικότητα αποδέχονται σε μεγαλύτερο ποσοστό τη συνταγογράφηση σε κανέναν από τους δύο τομείς. Τέλος, προέκυψε ότι το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό υποχρεωτικής εκπαίδευσης αποδέχεται σε μεγαλύτερο ποσοστό τη μη συνταγογράφηση σε υγειονομικό υλικό ( $p=0,008$ ), (πίνακας 10).

**Πίνακας 9: Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ιατρών με τη συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού και παρακλινικών εξετάσεων**

		Σε ποιους από τους παρακάτω τομείς θεωρείτε ότι θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα συνταγογράφησης από μέρους των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης;				P
		Υγειονομικό υλικό	Παρακλινικές εξετάσεις	Και στους δύο παραπάνω τομείς	Σε κανέναν από τους παραπάνω τομείς	
Ηλικία	22 έως 40	56,2%	2,1%	8,3%	33,3%	0,695
	41 έως 59	55,3%	0%	19,1%	25,5%	
	60 και άνω	58,3%	0%	16,7%	25,0%	
Θέση εργασίας	Ειδικός	57,4%	0%	19,7%	23,0%	0,095
	Ειδικευόμενος	54,3%	2,2%	6,5%	37,0%	
Φύλο	Άντρας	56,3%	0%	14,1%	29,6%	0,572
	Γυναίκα	55,6%	2,8%	13,9%	27,8%	
Νοσοκομείο Εργασίας	3 <sup>ο</sup> Βάθμιας περίθαλψης	39,1%	2,2%	10,9%	47,8%	0,001
	2 <sup>ο</sup> Βάθμιας περίθαλψης	68,9%	0%	16,4%	14,8%	

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$



**Πίνακας 10: Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών με τη συνταγογράφηση υγειονομικού υλικού και παρακλινικών εξετάσεων**

		Σε ποιους από τους παρακάτω τομείς θεωρείτε ότι θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα συνταγογράφησης από μέρους των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης;				P
		Υγειονομικό υλικό	Παρακλινικές εξετάσεις	Και στους δύο παραπάνω τομείς	Σε κανέναν από τους παραπάνω τομείς	
Ηλικία	22 έως 40	43,2%	5,4%	43,2%	8,1%	0,191
	41 έως 59	46,4%	2,1%	25,7%	25,7%	
	60 και άνω	50,0%	0,0%	33,3%	16,7%	
Ειδικότητα-Εξειδίκευση	Ναι	53,6%	3,6%	35,7%	7,1%	0,016
	Όχι	42,5%	2,4%	26,8%	28,3%	
Φύλο	Άντρας	43,2%	8,1%	40,5%	8,1%	0,012
	Γυναίκα	46,6%	1,4%	26,7%	25,3%	
Νοσοκομείο Εργασίας	3 <sup>ο</sup> Βάθμιας περίθαλψης	47,4%	3,2%	26,3%	23,2%	0,787
	2 <sup>ο</sup> Βάθμιας περίθαλψης	44,3%	2,3%	33,0%	20,5%	
Κατηγορία	Νοσηλευτικό προσωπικό ΠΕ	71,4%	14,3%	14,3%	0%	0,008
	Νοσηλευτικό προσωπικό ΤΕ	50,5%	2,0%	33,7%	13,9%	
	Βοηθός νοσηλεύτη ΔΕ	38,3%	3,3%	28,3%	30,0%	
	Βοηθός νοσηλεύτη ΥΕ	33,3%	0%	13,3%	53,3%	

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

Σχετικά με το αν η νοσηλευτική συνταγογράφηση εξυπηρετεί την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα για τους ασθενείς προέκυψε ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία σε όλες τις περιπτώσεις (πίνακας 11). Αντίθετα για τους γιατρούς προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς το νοσοκομείο που ερ-

γάζονται οι γιατροί ( $p=0,005$ ) με τους γιατρούς που εργάζονται στο νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης να έχουν μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικής αποδοχής από αυτούς που εργάζονται στο νοσοκομείο δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο ότι με τη συνταγογράφηση από το νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορούσε να επιτευχθεί ταχύτερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση στα φάρμακα (πίνακας 12).

**Πίνακας 11: Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με την ταχύτητα και αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής συνταγογράφησης**

		Με τη συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οι ασθενείς θα έχουν ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση στα φάρμακα.			P
		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	
Ηλικία	18 έως 40	39,1%	6,5%	54,3%	0,170
	41 έως 64	56,9%	12,1%	31,0%	
	65 και άνω	54,8%	7,1%	38,1%	
Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια	46,5%	7,9%	45,5%	0,165
	Τριτοβάθμια	60,0%	11,1%	28,9%	
Φύλο	Άντρας	56,7%	10,0%	33,3%	0,347
	Γυναίκα	46,5%	8,1%	45,3%	

Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

**Πίνακας 12: Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ιατρών με την ταχύτητα και αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής συνταγογράφησης**

		Με τη συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οι ασθενείς θα έχουν ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση στα φάρμακα.			P
		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	
Ηλικία	22 έως 40	31,2%	39,6%	29,2%	0,474
	41 έως 59	46,8%	23,4%	29,8%	
	60 και άνω	41,7%	33,3%	25,0%	
Θέση εργασίας	Ειδικός	44,3%	27,9%	27,9%	0,439
	Ειδικευόμενος	32,6%	37,0%	30,4%	
Φύλο	Άντρας	40,8%	31,0%	28,2%	0,894
	Γυναίκα	36,1%	33,3%	30,6%	
Νοσοκομείο	3 <sup>ο</sup> Βάθμιας περιθαλψης	21,7%	43,5%	34,8%	0,005
	2 <sup>ο</sup> Βάθμιας περιθαλψης	52,5%	23,0%	24,6%	

Έλεγχος Χ<sup>2</sup> (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

Επίσης από την ανάλυση προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς το αν έχουν εξειδίκευση-ειδικότητα οι νοσηλευτές. Συγκεκριμένα ( $p=0,006$ ) οι νοσηλευτές που έχουν κάποια εξειδίκευση-ειδικότητα τάσσονται σε μεγαλύτερο ποσοστό υπέρ της άποψης ότι με τη συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές

θα υπάρχει ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα (πίνακας 13).

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ασθενείς που συμμετείχαν δεν φαίνεται να είναι εξοικειωμένοι με την έννοια της νοσηλευτικής συνταγο-

**Πίνακας 13: Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού προσωπικού με την ταχύτητα και αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής συνταγογράφησης**

		Με τη συνταγογράφηση από τους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οι ασθενείς θα έχουν ταχύτερη και πιο αποτελεσματική πρόσβαση στα φάρμακα.			P
		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	
Ηλικία	22 έως 40	59,5%	10,8%	29,7%	0,501
	41 έως 59	44,3%	21,4%	34,3%	
	60 και άνω	50,0%	16,7%	33,3%	
	22 έως 40	59,5%	10,8%	29,7%	
Ειδικότητα-Εξειδίκευση	Ναι	64,3%	8,9%	26,8%	0,006
	Όχι	40,2%	23,6%	36,2%	
Φύλο	Άντρας	59,5%	16,2%	24,3%	0,257
	Γυναίκα	44,5%	19,9%	35,6%	
Νοσοκομείο	Ιπποκράτειο	43,2%	21,1%	35,8%	0,463
	Γ.Ν. Χαλκιδικής	52,3%	17,0%	30,7%	
Κατηγορία	Νοσηλευτικό προσωπικό ΠΕ	71,4%	0%	28,6%	0,479
	Νοσηλευτικό προσωπικό ΤΕ	49,5%	15,8%	34,7%	
	Βοηθός νοσηλευτή ΔΕ	43,3%	26,7%	30,0%	
	Βοηθός νοσηλευτή ΥΕ	40,0%	20,0%	40,0%	

Έλεγχος Χ<sup>2</sup> (Chi-square test). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$

γράφησης, η οποία αποτελεί κάτι νέο για αυτούς, εφόσον στη χώρα μας η συνταγογράφηση πραγματοποιείται παραδοσιακά από το ιατρικό προσωπικό και όχι από νοσηλευτές. Αντίθετα σε άλλες έρευνες, όπου η ανεξάρτητη συνταγογράφηση είχε ήδη εφαρμοστεί, οι ασθενείς είχαν υψηλή αποδοχή από την εμπειρία αυτή (Latter et al 2011, Brooks et al 2001).

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι το 38% των ασθενών προτιμούν την νοσηλευτική συνταγογράφηση περιορισμένου εύρους φαρμάκων, που προορίζονται κυρίως για αυτοφροντίδα απλών προβλημάτων υγείας. Το εύρημα αυτό έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, από την οποία προκύπτει ότι τα φάρμακα ευρείας χρήσης είναι τα πιο συνηθισμένα φάρμακα, που ζητούν τη συνταγογράφηση από νοσηλευτές (Decima 2009, Black 2013), ενώ αντιτίθενται στη συνταγογράφηση φαρμάκων από τους νοσηλευτές για νέα προβλήματα υγείας (Natan et al 2013) και προτιμούν να επιλέξουν ένα γιατρό όταν έχουν νέες ή σοβαρές εννοχλήσεις (Barnes et al 2004).

Η διεθνής βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι οι ασθενείς ενδέχεται να μη θεωρούν την ανεξάρτητη νοσηλευτική συνταγογράφηση κατάλληλη και κλινικά ασφαλή. Δεδομένου ότι υπάρχουν κάποιες ελεγχόμενες φαρμακευτικές ουσίες (τα ναρκωτικά αναλγητικά ή τα ψυχιατρικά φάρμακα) που απαιτούν έγκριση από έναν ειδικό γιατρό (Kaasalainen et al 2010) μπορεί να δικαιολογήσει το σκεπτικισμό των ασθενών. Επιπροσθέτως οι ασθενείς είναι επιφυλακτικοί σχετικά με το επαγγελματικό υπόβαθρο των νοσηλευτών στον νέο ρόλο και έχουν κάποιες ανησυχίες σχετικά με την επάρκεια των φαρμακολογικών γνώσεων των νοσηλευτών (Latter & Courtenay 2004). Άλλοι πάλι ασθενείς, που θεωρούν τη σχέση με το γιατρό τους πολύ σημαντική, φοβούνται μια επιδείνωση στη σχέση γιατρού-ασθενή, στην περίπτωση που αντί να προτιμήσουν να λάβουν υπηρεσίες από το γιατρό τους, επιλέξουν να λάβουν από ένα νοσηλεύτη (Rosemann et al 2006).

Στην παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι ασθενείς που είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης πιστεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό με το ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θα μπορούσαν να συνταγογραφήσουν φάρμακα για χρόνια νοσήματα και φάρμακα ευρείας χρήσης, γεγονός που συμφωνεί και με άλλες έρευνες, στις οποίες βρέθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν γνώσεις σχετικά με την νοσηλευτική συνταγογράφηση φαρμάκων, είχαν πιο θετική στάση για συνταγογράφηση στις χρόνιες παθήσεις (Natan et al 2013) και η αποδοχή τους συσχετίστηκε θετικά με την εκπαίδευση (Kviz et al 1983). Επιπροσθέτως η προτίμηση των ασθενών της παρούσας έρευνας στην συνταγογράφηση για τα χρόνια νοσήματα έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία (Luker et al 1998, Russell 2009, Courtenay et al 2011, Stenner et al

2011, Carey et al 2014).

Μόνο το 4% των γιατρών απάντησε ότι θα προτιμούσε την ανεξάρτητη συνταγογράφηση φαρμάκων από νοσηλευτές. Η πλειοψηφία (42,2%) των γιατρών προτιμούν να λαμβάνουν τις συνταγογραφικές αποφάσεις οι θεράποντες γιατροί παρά οι νοσηλευτές, και δεν φαίνεται να είναι πρόθυμοι να παραχωρήσουν το συνταγογραφικό τους ρόλο στους νοσηλευτές. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, από την οποία προκύπτει ότι η νοσηλευτική συνταγογράφηση γίνεται αντιληπτή από τους γιατρούς ως «εισβολή στο ιατρικό έδαφος» (Kroezen et al 2011) με αποτέλεσμα να αντιστέκονται απέναντι σε αυτήν. Επιπροσθέτως οι γιατροί εκφράζουν ανησυχίες: σχετικά με τη νομική ευθύνη σε περιπτώσεις αθέμιτων νοσηλευτικών πρακτικών, την αύξηση του αριθμού των συνταγών ανά συνταγογράφο νοσηλεύτη (Murphy et al 2009) καθώς και ανησυχίες για την απώλεια εισοδήματος, τις δεξιότητες και την εμπειρία των νοσηλευτών (Delamair & Lafortune 2010).

Οι διαφορετικές απόψεις μεταξύ των ειδικών και των ειδικευόμενων γιατρών στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώνονται από μία άλλη έρευνα στην οποία οι περισσότεροι ειδικοί γιατροί ήταν υπέρ της ανεξάρτητης συνταγογράφησης από τους νοσηλευτές, ενώ αντίθετα το 80% των ειδικευόμενων ιατρών ήταν αντίθετοι, αντανακλώντας τα υψηλότερα επίπεδα άγχους των ειδικευόμενων γιατρών και τις λιγότερες ανησυχίες των ειδικών γιατρών σχετικά με το συνταγογραφικό ρόλο των νοσηλευτών (Rana et al 2009).

Στο νοσοκομείο δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι ειδικοί αποδέχονται περισσότερο τη νοσηλευτική συνταγογράφηση, λόγω του μικρού αριθμού ειδικευόμενων, για την εξοικονόμηση χρόνου και τη μείωση του φόρτου εργασίας τους με την εκχώρηση στους νοσηλευτές δραστηριοτήτων ρουτίνας, όπως η συνταγογράφηση φαρμάκων για χρόνια νοσήματα, ώστε να ασχοληθούν οι ειδικοί με τα πιο σοβαρά περιστατικά, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Searle 2008, Delamair & Lafortune 2010).

Στην παρούσα έρευνα, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν αποδέχεται μία μελλοντική επέκταση του ρόλου των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στον τομέα της συνταγογράφησης, εφόσον προέκυψε ότι το 45,4% αποδέχεται να μην συνταγογραφεί. Σε μία ελληνική έρευνα οι νοσηλευτές θεωρούν την συνταγογράφηση κατεκτημένο δικαίωμα του ιατρικού επαγγέλματος και πιστεύουν ότι δύσκολα θα εφαρμοστεί στην Ελλάδα (Κούκια & Γκόνης 2010). Η διεθνής βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι οι νοσηλευτές είναι επιφυλακτικοί στην ανάληψη του συνταγογραφικού ρόλου λόγω της φύσης των ιατρογενών κινδύνων που μπορούν να προκύψουν από λανθασμένη διάγνωση, αλληλεπιδράσεις με φάρμακα ή τρόφιμα, την ακατάλληλη συνταγογράφηση, την επιρροή από τις φαρ-

μακευτικές εταιρείες (Monaghan et al 2003, Roumie et al 2005, Muijers et al 2005) αλλά και της επακόλουθης νομικής ευθύνης και λογοδοσίας που αντιμετωπίζουν (Blair & Dauer 1993, Keltner 1997) για τη συνταγογράφηση φαρμάκων, η οποία δεν αναγνωρίζεται επί του παρόντος στο status της εργασίας ή στις αμοιβές τους (Ross & Kettles 2012). Αντίθετα σε άλλες έρευνες οι απόψεις νοσηλευτών έκλιναν στην πλειοψηφία τους υπέρ της δυνατότητας συνταγογράφησης με την προϋπόθεση ότι θα ήταν διαθέσιμες οι απαραίτητες διασφαλίσεις υποστήριξης και εκπαίδευσης (Cornwell & Chiverton 1997, Jowett et al 2001).

Σε αντίθεση με τη συνταγογράφηση φαρμάκων, το 39,5% των ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα φαίνεται να έχει εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για την συνταγογράφηση σε όλους τους επιμέρους τομείς (υγειονομικό υλικό και παρακλινικές καθώς και να παραπέμπει τους ασθενείς σε άλλους επαγγελματίες υγείας). Οι προτιμήσεις αυτές των ασθενών αντανακλούν τη δεκτικότητα τους στο να καλύψει ένας νοσηλευτής τις ανάγκες της υγείας τους, ακόμη και για την παραγγελία εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων (ακτινογραφίες ή μαγνητική τομογραφία), (Decima 2009) και μπορούν να αποδοθούν στην καλύτερη εξυπηρέτηση από τους νοσηλευτές και στην έναρξη της θεραπείας με μικρότερη καθυστέρηση (Luker et al 1998), στην παραγγελία περισσότερων διαγνωστικών εξετάσεων (Hogrocks et al 2002) και στους συντομότερους χρόνους αναμονής (Hamric et al 1998).

Σε αντίθεση με τη συνταγογράφηση φαρμάκων το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα αποδέχεται κυρίως το υγειονομικό υλικό, με το οποίο είναι πιο εξοικειωμένοι (το συνταγογραφούν ήδη οι προϊστάμενοι νοσηλευτές). Αντίθετα στην παρούσα έρευνα οι νοσηλευτές δεν είναι έτοιμοι να αποδεχτούν και οι γιατροί δεν είναι έτοιμοι να παραχωρήσουν καθήκοντα που απαιτούν κρίση, ερμηνεία ή λήψη απόφασης, όπως η παραγγελία διαγνωστικών εξετάσεων και η παραπομπή του ασθενή σε ειδικούς γιατρούς. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία (Siriwardena 2006, Drennan et al 2014).

Στην παρούσα έρευνα το νοσηλευτικό προσωπικό (47,6%) και οι ασθενείς (51,4%) αποδέχονται ότι οι νοσηλευτές αποτελούν μία επιπλέον οδό στην επιλογή των ασθενών στην πρόσβαση των φαρμάκων και της θεραπείας. Αυτή η θετική άποψη των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία (Jones 2006; 2008 Stenner & Courtenay 2008, Courtenay et al 2009, Courtenay & Carey 2009, Carey et al 2010, Latter et al 2011, Mangle et al, 2014, Carey et al 2014, Carey et al 2014).

Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι υπάρχει διχογνωμία στην αποδοχή των γιατρών για την ταχύτερη και την απο-

τελεσματικότερη πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα. Όμως αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία, από την οποία προκύπτει ότι ένας από τους στόχους της νοσηλευτικής συνταγογράφησης είναι η δημιουργία ταχύτερης και αποτελεσματικότερης πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα. Ο στόχος αυτός είναι αποδεκτός από τους γιατρούς σε διεθνές επίπεδο (Jones 2006, Courtenay & Carey 2009, Patel et al 2009).

### Περιορισμοί της μελέτης

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, στο νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης, συνέπεσε με την ψήφιση της τότε Υπουργικής Απόφασης (ΥΑ, ΦΕΚ 79 19/1/2015) για τα διευρυμένα καθήκοντα (συμπεριλάμβανε και τη συνταγογράφηση φαρμάκων ευρείας χρήσης και αναλώσιμου υγειονομικού υλικού), ενώ στο νοσοκομείο δευτεροβάθμιας περίθαλψης η έρευνα είχε ολοκληρωθεί πριν την ψήφιση της ΥΑ για τα διευρυμένα καθήκοντα. Οι συμμετέχοντες από το νοσοκομείο δευτεροβάθμιας περίθαλψης απάντησαν σε ένα υποθετικό σενάριο νοσηλευτικής συνταγογράφησης, για αυτό είναι πιο δεκτικοί απέναντι σε αυτή.

Αντίθετα στο νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης, λόγω της χρονοβόρας έγκρισης, η έρευνα ξεκίνησε δύο μέρες μετά την ψήφιση της ΥΑ. Το γεγονός αυτό αποτελεί τον βασικό περιορισμό της έρευνας. Ενδεχομένως το προσωπικό του νοσοκομείου τριτοβάθμιας περίθαλψης να είχε επηρεαστεί αρνητικά λόγω της διαμάχης γιατρών-νοσηλευτών και τις έντονες πιέσεις των ιατρικών συλλόγων για την απόσυρση της ΥΑ, το οποίο κι έγινε (καταργήθηκε με ΥΑ, ΦΕΚ 137 22/01/2015), και απάντησαν έχοντας κατά νου ένα πραγματικό σενάριο για την εφαρμογή της νοσηλευτικής συνταγογράφησης. Συνεπώς η αντίσταση τους είναι πιο ισχυρή σε μία ενδεχόμενη είσοδο των νοσηλευτών στο ιατρικό έδαφος της συνταγογράφησης.

Ένα δεύτερο περιορισμό αποτελεί το δείγμα της έρευνας, το οποίο ήταν δείγμα ευκολίας με περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου μεροληπτικών απαντήσεων. Επιπρόσθετα στους περιορισμούς της έρευνας πρέπει να σημειωθεί ότι η έρευνα έγινε μόνο σε δύο δημόσια νοσοκομεία και μόνο σε δύο περιοχές της Ελλάδος. Πιθανών αν η έρευνα συμπεριλάμβανε τον ιδιωτικό τομέα της υγείας και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά, ενώ έχει διαπιστωθεί ότι οι η έννοια των διευρυμένων ρόλων των νοσηλευτών μπορεί να διαφέρει μεταξύ διαφορετικών περιοχών εντός της ίδιας χώρας, αλλά και με την πάροδο του χρόνου (MacDonald et al 2005). Συνεπώς απαιτούνται περαιτέρω έρευνες αποδοχής της νοσηλευτικής συνταγογράφησης στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, καθώς και στις ιδιωτικές μονάδες υγείας.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι στάσεις των ασθενών ήταν πιο θετικές σε όλες τις πτυχές της νοσηλευτικής συνταγογράφησης, σε σχέση με τις στάσεις των νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού. Η μόνη περιοχή, στην οποία οι τρεις ομάδες συμφωνούν είναι το υγειονομικό υλικό.

Προκειμένου να αυξηθεί η εμπιστοσύνη των γιατρών απέναντι στους συνταγογράφους νοσηλευτές μπορεί να εφαρμοστεί η συμπληρωματική συνταγογράφηση, υπό την επίβλεψη των γιατρών (Courtenay et al 2011). Επιπλέον η ευαισθητοποίηση-ενημέρωση σχετικά με την νοσηλευτική συνταγογράφηση, μπορεί να συμβάλει στην εξοικείωση και στην αύξηση της αποδοχής των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (π.χ. τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορούν να ενημερώσουν σχετικά με τις πιστοποιήσεις των συνταγογράφων νοσηλευτών), (Shiu et al 2012, Ross & Kettles 2012).

Επιπροσθέτως απαιτείται θεσμοθέτηση της νοσηλευτικής συνταγογράφησης, ειδική εκπαίδευση και εξειδίκευση (Bryant-Lukosius & Dicenso 2004, Delamair & Lafortune 2010, Shiu et al 2012, Royall College of Nursing 2012, Jokiniemi et al 2014). Προτείνεται η συνταγογράφηση να ενσωματωθεί στα προγράμματα σπουδών των ανώτατων σχολών νοσηλευτικής ως ξεχωριστό μάθημα, στο οποίο θα διδάσκονται ενότητες όπως: φαρμακολογία, φυσιολογία, ηλεκτρονική συνταγογράφηση,

φαρμακοεπαγρύπνηση, νομικές και ηθικές πτυχές της συνταγογράφησης. Στο τέλος των σπουδών οι νοσηλευτές που επιθυμούν την ειδικότητα του Νοσηλευτή Συνταγογράφου θα δίνουν κρατικές εξετάσεις πιστοποίησης.

Με βάση το τρέχον οικονομικό κλίμα που επικρατεί στην Ελλάδα και των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων, ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του νοσηλευτή μπορεί να συμβάλει στην διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας με λιγότερους πόρους (Σκρουμπέλος και συν 2012), στη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα, καθώς και στην κάλυψη των αναγκών για υπηρεσίες συνταγογράφησης, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές, στις οποίες υπηρετούν ελάχιστοι γιατροί. Οι νέοι συνταγογράφοι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να θεωρηθούν οιοσδήποτε γιατροί, αλλά ως νοσηλευτές με διευρυμένο πεδίο της πρακτικής, οι οποίοι συνεισφέρουν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με νέους τρόπους.

### Συμβολή των συγγραφέων

Η ΙΑ: Σύλλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην αποτύπωση των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΚΚ: συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης σε συνεργασία με την ΙΑ, καθώς και στη συγγραφή της. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

**Προηγούμενη δημοσίευση:** Το άρθρο αυτό παρουσιάστηκε με τη μορφή προφορικής ανακοίνωσης στο 17ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο της ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ, το οποίο πραγματοποιήθηκε 2-4 Δεκεμβρίου 2016 στα Καλάβρυτα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allen J. (1998). A survey of psychiatric nurses' opinions of advanced practice roles in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5: 451-462.
- Altersved E., Zetterlund L., Lindblad U. & Fagerström L. (2011). Advanced practice nurses: a new resource for Swedish primary health-care teams. *International Journal of Nursing Practice*, 17:74-80.
- Barnes H., Crumie A., Carlisle C. & Pilling D. (2004). Patients' perceptions of "uncertainty" in nurse practitioner consultations. *British Journal of Nursing* 13:1350-1354.
- Bergman K., Perhed U., Eriksson I., Lindblad U. & Fagerström L. (2013) Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: a new role in Swedish primary care. *International Journal of Nursing Practice*, 19:326-333.
- Bhanbhro S., Drennan V., Grant R. & Harris R. (2011). Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. *BMC Health Services Research* 11:330.
- Black A. (2013). Non-medical prescribing by nurse practitioners in accident & emergency and sexual health: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing* 69:535-545.
- Black N. (2005) Rise and demise of the hospital: a reappraisal of nursing. *British Medical Journal* 331:1394-1396.
- Blair D. & Dauer A. (1993) Neuroleptic malignant syndrome: liability in nursing practice. *Journal of Psychological Nursing Mental Health Services*, 31:5-12.
- Bonsall K. & Cheater F. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 4:1090-1102.
- Brooks N., Otway C., Rashid C., Kilty E. & Maggs C. (2001). The patient's view: the benefits and limitations of nurse prescribing. *British Journal of Community Nursing* 6:342-27348.
- Bryant-Lukosius D. & Dicenco A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing* 48(5), 530-540.
- Buscher A., Sivertsen B. & White J. (2009). Nurses and midwives: a force for health. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark [Online] Available at [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/114157/E93980.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf) [Accessed: 10 March 2017]
- Carey N., Stenner K. & Courtenay M. (2014). An exploration of how nurse prescribing is being used for patients with respiratory conditions across the east of England. *BMC Health Service Research* 14:27.
- Carney M. (2014) Advanced practice literature review. Nursing and midwives board, Ireland.
- Chen C., Neese-Smith M., Cowan M., Upenieks V. & Afifi A. (2009) Evaluation of a nurse practitioner led care management model in reducing inpatient drug utilization and costs. *Nursing Economics* 27:160-168
- Coddington J.A. & Sands L. (2008). Cost of health care and quality outcomes of patients at nurse-managed clinics. *Nursing Economics* 26:75-83
- Cornwell C. & Chiverton P. (1997). The psychiatric advanced practice nurse with prescriptive authority: role development, practice issues, and outcomes measurement. *Archives of Psychiatric Nursing* 2:57-65.
- Courtenay M. & Carey N. (2009). Nurse prescribing by children's nurses: views of doctors and clinical leads in one specialist children's hospital. *Journal of Clinical Nursing* 18:2668-2675.
- Courtenay M., Carey N., Stenner K., Lawton S. & Peters J. (2011). Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. *British Journal of Dermatology* 164:396-401.
- Courtenay M., Stenner K. & Carey N. (2009). An exploration of the practice of nurse prescribers who care for people with diabetes: a case study. *Journal of nursing healthcare of chronic illnesses* 1:311-320.
- Decima H. (2009). Canadians Very Comfortable with Expanded Role for Nurse Practitioners. *Press Release Ottawa* 1-4.
- Delamare M. & Lafortune G. (2010). Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD health working papers No. 54, OECD publishing, France.
- Dent M. & Burney E. (1997). Changes in practice nursing: professionalism, segmentation and sponsorship. *Journal of Clinical Nursing* 65:355-363.
- Drennan V.M., Grant R.L. & Harris R. (2014). Trends over time in prescribing by English primary care nurses: a secondary analysis of a national prescription database. *BMC Health Services Research* 14:54.
- Fabrellas N., Sanchez C., Juví E., Aurin E. Monserrat D., Casanovas E. & Urrea M. (2013). A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Family Practice*, 14:61.
- Goolsby M. (2011). 2009-2010 AANP national nurse practitioner sample survey: an overview. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners* 23:266-268.
- Gray R. (1998). Olanzapine: efficacy in treating the positive and negative symptoms of schizophrenia. *Mental Health Care* 1:193-194.
- Griffiths M. (2016) Nurse Prescribing –Maxi Nurse, not mini Doctor' 3rd Nurse & Midwife Medicinal Product Prescribing Conference: Nurse & Midwife Prescribers: Leading Care & Compassion in an Evolving Healthcare System Dublin Castle Thursday 14th April.
- Hamric A.B., Worley D., Lindebak S. & Jaubert S. (1998). Outcomes associated with advanced nursing practice prescriptive authority. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 10:113-118.
- Harris J. & Taylor J. (2004) Research literature review on prescribing. Research Findings No.40. University of Dundee Clare Mackie, University of Kent.
- Horrocks S., Anderson E. & Salisbury C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 324:819-823.
- International Council of Nursing (2009). International Council of Nurses: trends and issues in nursing: implementing nurse prescribing, Geneva.
- Jokiniemi K., Haatainen K., Meretoja R. & Pietilä A. (2014). The Phases of the Successful Role Implementation Process. *International Journal of Caring Sciences* 7:946- 954.
- Jones A. (2006) Supplementary prescribing: relationships between nurses and psychiatrists on hospital psychiatric wards. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 13:3-11.
- Jones A. (2008). Exploring independent nurse prescribing for mental health settings. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 15:109-117.
- Jowett S., Peters M., Reynolds H. & Wilson-Barnett J. (2001). The UKCC's scope of professional practice: some implications for health care delivery. *Journal of Nursing Management* 9:93-100.
- Kaasalainen S., Martin-Miniser R., Carter N., Dicenco A., Donald F. & Baxter P. (2010). The nurse practitioner role in pain management in long-term care. *Journal of Advanced Nursing* 66:542-551.
- Keltner N. (1997). Catastrophic consequences secondary to psychotropic drugs. *Journal of Psychological Nursing* 35:41-45.
- Kroezen M., Dijk L.V., Peter P., Groenewegen P.P. & Francke A.L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and

- Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature" *BMC Health Services Research*, 11:1-17.
- Kviz F.J., Misener T.R. & Vinson N. (1983). Rural Health Care Consumer's Perceptions of the Nurse Practitioner Role. *Journal of Community Health*, 8:248-262.
- Latter S. & Courtenay M. (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 13:26-32.
- Latter S., Blenkinsopp A., Smith A., Chapman S., Tinelli M., Gerard K., Little P., Celino N., Granby T., Nicholls P. & Dorer G. (2011). Evaluation of nurse and pharmacist independent prescribing. Southampton, GB, Keele, GB, Faculty of Health Sciences, University of Southampton; School of Pharmacy, Keele University on behalf of Department of Health.
- Lindblad E., Hallman E., Gillsjo C., Lindblad U. & Fagerstrom L. (2010) Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care—a qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 16:69–74.
- Lowe G., Plummer V., O'Brien A.P. & Boyd L. (2012). Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing* 68:677–685.
- Luker K.A., Aystin L., Hogg G., Ferguson B. & Smith K. (1998). Nurse-patient relationships: the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing* 28:235-242.
- MacDonald M., Schreiber R. & Davis L. (2005). Exploring new roles for Advanced Nursing Practice. Canadian Nurses Association, Ottawa.
- Mangle L., Phillips P., Pitts M. & Laver-Bradbury C. (2014). Implementation of independent nurse prescribing in UK mental health settings: focus on attention-deficit/hyperactivity disorder" *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders Springerlink* 6: 269–279.
- Monaghan M.S., Galt K.A., Turner P.D., Houghton B., Rich E.C., Markert R., et al. (2003) Student understanding of the relationship between the health professions and the pharmaceutical industry. *Teaching and Learning in Medicine* 15:14-20
- Muijers P.E., Grol R.P., Sijbrandij J., Janknegt R. & Knotterus J.A. (2005). Differences in prescribing between GPs: impact of the cooperation with pharmacists and impact of visits from pharmaceutical industry representatives. *Family Practice* 22:624–30.
- Murphy A.L., Martin-Misener R., Cooke C. & Sketris I. (2009). Administrative claims data analysis of nurse practitioner prescribing for older adults". *Journal of Advanced Nursing*, 65:2077-2087.
- Natan M.B., Kabaha A., Jakob N., Atallah R. & Sharon I. (2013). The attitudes of patients with chronic conditions towards nurse prescribing medications. *International Nursing Review* 60: 469–476.
- O'Connell E., Creedon R., McCarthy G. & Lehane B. (2009). An evaluation of nurse prescribing. Part 2: a literature review. *British Journal of Nursing* 18:1398-1402.
- Patel M.X., Robson D., Rance J., Ramirez N.M., Memon T.C., Bressington D. & Gray R. (2009). Attitudes regarding mental health nurse prescribing among psychiatrists and nurses: a cross-sectional questionnaire study. *International Journal of Nursing Studies* 46:1467-1474.
- Petrilla A.A., Benner J.S., Battleman D.S., Tierce J.C. & Hazard E.H. (2005). Evidence-based interventions to improve patient compliance with antihypertensive and lipid lowering medications. *International Journal of Clinical Practice* 59:1441-51.
- Read S. (2004). New Nursing Roles: Deciding the future for Scotland Exploring role development and role expansion - is there a difference and does it matter? [Online] Available at: <http://www.gov.scot/Publications/2004/04/19201/35582> [accessed 1 February 2017]
- Rosemann T., Joest K., Körner T., Schaefer R., Heiderhoff M. & Szecseny J. (2006). How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Family Practice* 7:14.
- Ross J.D. & Kettles A.M. (2012). Mental health nurse independent prescribing: what are nurse prescribers' views of the barriers to implementation? *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 19:916–932.
- Roumie C.L., Halasa N.B., Edwards K.M., Zhu Y., Dittus R.S. & Griffin M. (2005). Differences in antibiotic prescribing among physicians, residents, and non-physician clinicians. *American Journal of Medicine* 118:641–8.
- Royal College of Nursing (2004). Patient Group Directions Guidance and Information for nurses, London.
- Royal College of Nursing (2012). Advanced nurse practitioners an RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and program accreditation, London.
- Russell G.M., Dahrouge S. Hogg W., Geneau R., Laura Muldoon L. & Tuna M., (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. *Annals of Family Medicine* 7: 309-318.
- Ryan T., Cash K. & Hannis D. (1999). Nurse prescribing and in-patient alcohol detoxification. *Journal of Substance Use* 4:133-141.
- Schober M. (2013). Global perspectives on advanced nursing practice 2013 In: Joel LA (ed). *Advanced practice nursing. Essentials for role development*. 3<sup>rd</sup> edition Philadelphia: F.A. Davis: 71-103.
- Searle J. (2008). Nurse practitioner candidates: Shifting professional boundaries. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11:20-27.
- Shiu A.T., Lee D.T. & Chau J.P. (2012). Exploring the scope of expanding advanced nursing practice in nurse-led clinics: a multiple-case study. *Journal of Advanced Nursing* 68: 1780–1792.
- Siriwardena A.N. (2006). The rise and rise of non-medical prescribing. *Quality in Primary Care* 14:1-3.
- Stenner K., Courtenay M. & Carey N. (2011). Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: a qualitative study of patient views. *International Journal of Nursing Studies*, 48:37–46.
- Stenner K. & Courtenay M. (2008). Benefits of nurse prescribing for patients in pain: nurses' views". *Journal of Advanced Nursing* 63:27–35.
- Tye C.C. & Ross F.M. (2000). Blurring boundaries: professional perspectives of the emergency nurse practitioner role in a major accident and emergency department. *Issues and innovations in nursing practice. Journal of Advanced Nursing* 31:1089-1096.
- Wilson J. & Bunnell T. (2007). A review of the merits of the nurse practitioner role. *Nursing Standard* 21:35-40.
- Κούκια Ε. & Γκόνης Ν. (2010). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 9: 344-358.
- Σκουμπέλος Α., Δάγλας Α., Σκουτέλης Δ. & Κυριόπουλος Γ. (2012). Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις. Διαθέσιμο στο [http://www.nsp.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/To%20%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1.pdf](http://www.nsp.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/To%20%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1.pdf) (Προσπέλαση: 1 Φεβρουαρίου 2017)
- Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (2013). Ο Τομέας της Υγείας. Μηχανισμός Διάγνωσης των Αναγκών των Επιχειρήσεων σε Επαγγέλματα και Δεξιότητες. Διαθέσιμο στο [http://www.sevstegi.org.gr/sites/default/files/YGEIA\\_0.pdf](http://www.sevstegi.org.gr/sites/default/files/YGEIA_0.pdf) (Προσπέλαση: 1 Φεβρουαρίου 2017)
- Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Γ4α/Γ.Π. 3567, ΦΕΚ 79 19/1/2015 «Καθήκοντα και αρμοδιότητες Νοσηλευτών-τριών»
- Υπουργική Απόφαση Αριθμ. 219ΦΕΚ 137/Β/22.01.2015 «Κατάργηση της υπ' αριθμ. πρωτ. 3567/19-1-2015 (Β' 79) Υπουργικής Απόφασης του Υπουργού Υγείας με τίτλο «Καθήκοντα και αρμοδιότητες Νοσηλευτών-τριών»

# Investigation of the attitudes of medical/nursing staff and patients towards nurse prescribing

Ioanna Lourantaki<sup>1</sup>, Korina Katsaliaki<sup>2</sup>

1.Nurse, MSc, Instructor of Health Professionals, Chalkidiki General Hospital

2.Senior Lecturer, School of Economics, Business Administration and Legal Studies, International Hellenic University and tutor of the Faculty of Social Sciences, Hellenic Open University

## ABSTRACT

**Introduction:** Prescribing by specialized nurses is an expanded role, already successfully performed in many countries.

**Purpose:** Recording preferences and comparing the views of medical staff, nurses and patients, towards the prescribing of specialized higher education nurses.

**Methodology:** This is a quantitative study, conducted in two public hospitals, including 200 nurses, 200 medical staff and 200 patients. The designed questionnaire for data collection included demographic data of patients, medical staff and nurses and questions for nurses' prescription. Statistical analysis was performed with SPSS statistical package 20.

**Results:** One hundred forty-eight questionnaires were collected from patients 107 from medical staff and 183 from nurses. The results showed that once becoming legal in our country patients (38%), to a greater percentage, would prefer qualified nurses to prescribe commonly used drugs, while medical staff (42.2%) and nurses (45.4%) would prefer nurses not to prescribe new drugs but to be able to change the time or the dosage of a medication. Also the patients (44.9%), to a greater percentage, would prefer their nurses to prescribe medical supplies and diagnostic exams and refer patients to other health professionals, while the other two groups showed a positive preference only to the prescription of health materials (56.1% physicians and 45.9% nurses). Regarding the question of whether the prescribing of higher education nurses could contribute to faster and more efficient patient access to medicines, the majority of patients (51.4%) and nurses (47.6%) are in favor, but the medical staffs disagree.

**Conclusions:** Patients' attitudes were more positive in all aspects of prescribing compared to those of nurses and medical staff. The redefinition of the nurse's role can help maintain a satisfactory level of healthcare services with fewer financial resources without being considered "quasi-doctors", but as nurses with extended scope of practice who contribute to the healthcare system in different ways.

**Keywords:** Comparison of perceptions, nursing staff, medical staff, patients, preferences, prescription.

Corresponding author: Ioanna Lourantaki, Email: ioanna.lourantaki@gmail.com, Tel: +306932956687

Submission Date: 31/03/2017

**Citation:** Lourantaki I & Katsaliaki K. (2018). Investigation of the attitudes of medical/nursing staff and patients towards nurse prescribing. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(1): 31-46.



# Διερεύνηση των εργασιακών απαιτήσεων και των πηγών στήριξης των Νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου

Δέσπω Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Ευγενία Μηνασίδου<sup>2</sup>, Μαρία Γκριζιώτη<sup>3</sup>, Χαριτήνη Τσαγκάρη<sup>4</sup>, Θάλεια Μπελλάλη<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτρια MSc, PhD(c), Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, 2. Επίκουρη καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 3. Νοσηλεύτρια, MSc(Res), 424 ΓΣΝΕ, 4. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Χρηματοοικονομικών, Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, 5. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης. Στρες και εξουθένωση βιώνουν κυρίως οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα τα οποία έχουν να αντιμετωπίσουν οξεία συμβάντα και περιστατικά που οδηγούν συχνά στο θάνατο, όπως ο χώρος των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην αναζήτηση των στρεσογόνων εργασιακών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν τους νοσηλευτές. Οι παράγοντες αυτοί προέρχονται από το περιβάλλον και τις συνθήκες εργασίας, από τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε νοσηλευτή και από την επαφή με ασθενείς και συγγενείς.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι συνθήκες εργασίας στο πλαίσιο των οποίων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους οι νοσηλευτές των ΜΕΘ και να αναδειχθούν οι παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν το έργο τους.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η παρούσα συγχρονική, περιγραφική μελέτη διεξήχθη στις ΜΕΘ των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Το δείγμα αποτέλεσαν 155 νοσηλευτές/τριες ΜΕΘ. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε τα εξής εργαλεία: το ερωτηματολόγιο καταγραφής Εργασιακών Απαιτήσεων και Πηγών Στήριξης (Job demands and Resources), και το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory). Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών (SPSS) version 20.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (72,3%) με μέση τιμή ηλικίας τα 35,5 έτη. Για τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών (42,7%) είχε χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, όλοι οι νοσηλευτές που απάντησαν είχαν χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (38%) εμφάνισε υψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας. Οι εργασιακές απαιτήσεις βρέθηκαν να προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση ( $p < 0,05$ ), ενώ οι εργασιακοί πόροι δεν προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα, ( $p > 0,05$ ). Οι συσχετίσεις μεταξύ εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας, συνολικών ετών προϋπηρεσίας και ετών προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου, με τους παράγοντες εκτίμηση και υποστήριξη ( $r = -0,24$ ,  $p = 0,002$ ,  $r = -0,26$ ,  $p = 0,001$ ,  $r = -0,28$ ,  $p < 0,001$ ) και αυτονομία και έλεγχος ( $r = -0,19$ ,  $p = 0,014$ ,  $r = -0,17$ ,  $p = 0,034$ ,  $r = -0,17$ ,  $p = 0,0035$ ), αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών βρέθηκε να είναι σε μέτρια επίπεδα, στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου και επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη ποικίλων εργασιακών, ατομικών και κοινωνικών παραγόντων που πιθανά συμβάλουν στη δημιουργία αυτού του φαινομένου στο χώρο των ΜΕΘ, ο οποίος αφορά σε ένα χώρο υψηλών απαιτήσεων και εργασιακής έντασης. Η έγκαιρη αναγνώριση των εκδηλώσεων της εξουθένωσης και η λήψη προληπτικών μέτρων κρίνεται απαραίτητη.

**Λέξεις κλειδιά:** εργασιακό στρες, επαγγελματική εξουθένωση, νοσηλευτές, ΜΕΘ, πηγές στήριξης.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Δέσπω Κωνσταντίνου  
e-mail: [condespo@cytanet.com.cy](mailto:condespo@cytanet.com.cy)  
τηλέφωνο: + 357 99491544

Ημερομηνία Υποβολής: 07.09.2017

Αναφορά του άρθρου ως: Κωνσταντίνου Δ, Μηνασίδου Ε, Γκριζιώτη Μ, Τσαγκάρη Χ & Μπελλάλη Θ. (2018). Διερεύνηση των εργασιακών απαιτήσεων και των πηγών στήριξης των Νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια της Κύπρου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(1): 47-60.

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία των νοσηλευτών
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών στην παρούσα μελέτη εμφάνιζε χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, και υψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας
- Οι εργασιακές απαιτήσεις βρέθηκαν να προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση, ενώ οι εργασιακοί πόροι δεν προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το στρες και η επαγγελματική εξουθένωση (ΕΕ) είναι φαινόμενα που απαντώνται σε διάφορα επαγγέλματα, στο πλαίσιο των οποίων, είτε δημιουργούνται σχέσεις εξάρτησης με άτομα που έχουν ανάγκη για βοήθεια, είτε απαιτείται ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων, είτε οι αποφάσεις που λαμβάνονται σχετίζονται με σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές επιπτώσεις (Μπελλάλη 2006).

Κοινή διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι όλοι οι εργαζόμενοι βιώνουν στρες στη δουλειά τους. Το στρες αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που αφορά σε εργασιακό περιβάλλον. Υπολογίζεται ότι το 28% (1 στους 3 περίπου) των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση βιώνει εργασιακό στρες (Αντωνίου 2007). Σύμφωνα με εκτίμηση, η μία στις τρεις ημέρες απουσίας από τη δουλειά σχετίζεται με το στρες, ενώ 100,000 εργαζόμενοι πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που σχετίζονται με την εργασία τους (Rice 2005).

Το εργασιακό στρες περιγράφεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει το άτομο όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε εργασιακούς παράγοντες, ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης και έχει υποκειμενική μορφή, καθώς τα ίδια δεδομένα για άλλους αποτελούν πηγή άγχους ενώ για άλλους όχι (Lazarus & Folkman 1984).

Η έννοια της ΕΕ χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα σε χώρους όπου δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που είχαν την ανάγκη τους (Raftopoulos et al 2012). Ο πλέον διαδεδομένος και αποδεκτός ορισμός της ΕΕ, ιδιαίτερα για το χώρο των επαγγελματιών υγείας, είναι αυτός της Maslach, που ορίζει το φαινόμενο ως μια εξελικτική διεργασία, όπου ο εργαζόμενος νιώθει σωματική και ψυχική εξάντληση, στο πλαίσιο της οποίας χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς/πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοση και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα εαυτού (Maslach

1982). Οι τρεις κύριοι παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν στη συναισθηματική εξάντληση, στην απρόσωπη φροντίδα και στη μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων του εργαζομένου (Maslach & Jackson 1986).

Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και εξουθένωσης είναι ιδιαίτερης σημασίας, καθώς τα όρια μεταξύ τους δεν είναι σαφώς καθορισμένα και πολλές φορές οι έννοιες ταυτίζονται. Η ΕΕ μπορεί να θεωρηθεί ως μια «εξελικτική διεργασία». Είναι το αποτέλεσμα ενός χρόνιου και παρατεταμένου στρες που βιώνει ένας αποθαρρυσμένος επαγγελματίας όταν νιώθει ότι δεν διαθέτει τα αποθέματα (βιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά) για να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της δουλειάς του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).

Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, υποστηρίζεται πως οι νοσηλευτές αποτελούν εκείνη την επαγγελματική ομάδα που είναι περισσότερο ευάλωτη στο εργασιακό στρες (van Mol et al 2015, Παπαγεωργίου και συν 2007). Ο χώρος των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), χαρακτηρίζεται ως υψηλής έντασης για τους νοσηλευτές. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εργασίας τους (υψηλή αίσθηση ευθύνης, εξελιγμένη βιοϊατρική τεχνολογία, κ.ά.) καθιστούν το έργο τους ιδιαίτερα απαιτητικό και στρεσογόνο (Ekstedt & Fagerberg 2004, Mealer et al 2007, Jakimowicz et al 2017).

Το στρες και η ΕΕ μπορεί να προέρχονται: (α) από τον ίδιο το νοσηλευτή, π.χ. δημογραφικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και προηγούμενες εμπειρίες (Θεοδωράτου και συν 2003), (β) από την επαφή με τον ασθενή και τους συγγενείς του και (γ) από το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας, οργανωτικά/διοικητικά θέματα και συναδελφικές σχέσεις (Demerouti et al 2000, Tummenne et al 2002, Aiken et al 2002, Κορομπέλη 2004, Ρούπα και συν 2008, Verdon et al 2008, Eduardo dos Santos et al 2009).

Οι επιπτώσεις του στρες και της ΕΕ στους νοσηλευτές αφορούν σε επίπεδο συμπεριφοράς (Ουζούνη 2005) και σε επίπεδο Οργανισμού Υγείας (Παππά και συν 2008). Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής με άγχος και στρες καταλή-

γει να φροντίζει τους ασθενείς με ψυχρό, αδιάφορο και απρόσωπο τρόπο, με απάθεια και απογοήτευση (Kottou et al 2001). Διαφαίνεται γενικότερα, ότι το εργασιακό στρες/εξουθένωση επηρεάζει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του νοσηλευτή, μειώνοντας έτσι την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής του (Aiken et al 2002, West et al 2013).

Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα μελέτη καθίσταται αναγκαία ώστε να διερευνηθούν οι εργασιακές συνθήκες στο πλαίσιο των οποίων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους οι νοσηλευτές των ΜΕΘ των δημοσίων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. Στην Κύπρο πρόσφατα έχουν γίνει παρόμοιες μελέτες σε σχέση με την ΕΕ των νοσηλευτών, οι οποίες καταδεικνύουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό υποφέρει από κόπωση και συναισθηματική εξάντληση (Ραφτόπουλος 2010). Σκοπός λοιπόν της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών στο χώρο των ΜΕΘ και να αναδείξει τους παράγοντες εκείνους που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν το έργο του. Στόχοι ήταν: (α) να αξιολογηθεί ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης (β) να διερευνηθούν οι στρεσογόνοι παράγοντες στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών και (γ) να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ των δύο παραγόντων του ερωτηματολογίου της ΕΕ (MBI) (συναισθηματική εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα) με τους επτά παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη ακολούθησε ένα συγχρονικό περιγραφικό τύπο έρευνας (cross-sectional design), με ένα απλό σχέδιο επισκόπησης (survey design) και ένα σχέδιο συσχέτισης (correlational design) των αποτελεσμάτων.

### Ερευνητικά Εργαλεία

**(α) Ερωτηματολόγιο 13 ερωτήσεων δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών** όπως: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, ακαδημαϊκά και εκπαιδευτικά προσόντα, νοσοκομείο στο οποίο εργάζεται ο συμμετέχων, χρόνια προϋπηρεσίας και χρόνια εργασίας στη ΜΕΘ, επαγγελματικός τίτλος και τέλος αναφορά στους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος.

### **(β) Ερωτηματολόγιο καταγραφής Εργασιακών Απαιτήσεων και Εργασιακών Πόρων**

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο 44 ερωτήσεων που κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και στηρίχθηκε σε αντίστοιχο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε από τη Demerouti και τους συνεργάτες της (2000). Το ερωτηματολόγιο, κάνει διακρίσεις ανάμεσα σε δύο εννοιολογικά διαφορετικές συνθήκες εργασίας: τις εργασιακές απαιτήσεις και τους εργασιακούς

πόρους. Οι *εργασιακές απαιτήσεις* αφορούν σε εκείνες τις πλευρές της εργασίας όπου ο εργαζόμενος χρειάζεται να καταβάλει σωματική και ψυχολογική προσπάθεια ή να επιδείξει τις επαγγελματικές του δεξιότητες (π.χ. ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις που συχνά παρατηρούνται στο χώρο εργασίας, η επαφή με τους ασθενείς, μη ευνοϊκό περιβάλλον κ.λπ.). Οι *εργασιακοί πόροι*, αφορούν στις πηγές από τις οποίες οι επαγγελματίες παίρνουν ενέργεια, αλλά και ανατροφοδότηση (π.χ. μισθός, καταξίωση, ασφάλεια στην εργασία, ποικιλομορφία στην άσκηση των καθηκόντων, υποστήριξη από τη διοίκηση και τους συναδέλφους κ.λπ.). Οι πόροι αυτοί θεωρούνται απαραίτητοι προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις που έχει το επαγγελματικό έργο (Bakker & Demerouti 2007, Αναγνωστόπουλος 2009). Οι ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, αφορούν σε μία μόνο απάντηση μεταξύ τεσσάρων σημείων στην κλίμακα Likert (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα). Έξι ερωτήσεις περιλάμβαναν υποκλίμακες διχοτόμησης ναι/όχι (ερώτηση 46 έως 51), αλλά και δύο ανοιχτές ερωτήσεις (53, 56).

**(γ) Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach** (Maslach Burnout Inventory – MBI). Το MBI αναπτύχθηκε από τους Maslach και Jackson (1981) με σκοπό να περιγράψει τις διάφορες συνιστώσες της ΕΕ σε συναισθηματικό, γνωστικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Το ερωτηματολόγιο έχει τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: (1) τη συναισθηματική εξάντληση (ΣΕ), η οποία αξιολογεί την συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και της κατάρτισης του εργαζομένου λόγω της εργασίας του, (2) την παροχή απρόσωπης φροντίδας (ΑΦ), που δείχνει τις αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών και (3) την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (ΕΠΕ), που αναφέρεται στην αίσθηση επάρκειας, αποδοτικότητας και πραγματοποίησης επιτευγμάτων του επαγγελματία (Maslach & Jackson 1986). Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται 22 ερωτήσεις, οι οποίες ομαδοποιούνται στις τρεις πιο πάνω διαστάσεις. Οι απαντήσεις δίνονται από τον ερωτώμενο βάσει μιας επτάβαθμης κλίμακας Likert που εκτείνεται από το βαθμό 0 (ποτέ) μέχρι τον βαθμό 6 (κάθε μέρα) και τα αποτελέσματα κατηγοριοποιούνται για κάθε συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε ψηλά, μέτρια και χαμηλά επίπεδα. Η στάθμιση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα έχει γίνει από τους Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου (1992).

Το τελικό ερωτηματολόγιο της μελέτης δόθηκε σε 15 νοσηλευτές πιλοτικά, που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και διορθώθηκαν σημεία στις ερωτήσεις που δεν ήταν πλήρως κατανοητά.

### Θέματα Ηθικής - Δεοντολογίας

Για την πραγματοποίηση της έρευνας διασφαλίστηκε ειδική άδεια χορήγησης του ερωτηματολογίου από τις

Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου και από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου. Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην έρευνα ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε μετά από ενημέρωση των συμμετεχόντων, τόσο για το σκοπό της μελέτης, όσο και για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους. Τα ερωτηματολόγια τοποθετήθηκαν σε φάκελο μαζί με επιστολή όπου δίνονταν όλες οι πληροφορίες που αφορούσαν στην έρευνα. Σε όλες τις ΜΕΘ, τοποθετήθηκε ειδικό κουτί στο οποίο οι συμμετέχοντες τοποθετούσαν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

### Στατιστική Ανάλυση των δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for Social Sciences, SPSS) version 20. Για όλες τις κλίμακες έγινε περιγραφική στατιστική και ανάλυση αξιοπιστίας με το συντελεστή Cronbach's Alpha. Επιπλέον, για το ερωτηματολόγιο καταγραφής Εργασιακών Απαιτήσεων και Πηγών Στήριξης, έγινε ανάλυση παραγόντων και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Principal Components με VARIMAX περιστροφή, όπου επιλέχθηκαν οι παράγοντες με ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη του 1. Έγιναν επίσης συσχετίσεις μεταξύ των 2 παραγόντων του MBI (συναισθηματική εξάντληση και απρόσωπη φροντίδα) με τους 7 παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων. Οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων έγιναν με τον υπολογισμό των Pearson correlation coefficients. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης (Regression Analysis), έτσι ώστε να εξεταστεί αν οι εργασιακές απαιτήσεις και οι εργασιακοί πόροι προβλέπουν τους παράγοντες του ερωτηματολογίου MBI.

Τέλος, έγιναν συγκρίσεις και συσχετίσεις των δημογραφικών μεταβλητών (ηλικία, φύλο, συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας και χρόνια προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά

τμήματα νοσοκομείου) με τους παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων. Για τις συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκαν το Pearson correlation coefficients και για τις συγκρίσεις το t-test για ανεξάρτητα δείγματα.

### Δείγμα μελέτης

Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές (N=213) οι οποίοι εργάζονταν κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας σε ΜΕΘ ενηλίκων, των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Καθορίστηκαν κριτήρια για την επιλογή του δείγματος των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη (εγγεγραμμένοι νοσηλευτές, να υπηρετούν στα δημόσια Νοσηλευτήρια, από όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, να εργάζονται στις ΜΕΘ και να υπάρχει προφορική συγκατάθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα).

Στον πίνακα 1. που ακολουθεί παρουσιάζονται τα στοιχεία του δείγματος της μελέτης ανά νοσοκομείο.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 155 νοσηλευτές εκ των οποίων η πλειοψηφία ήταν γυναίκες με ποσοστό 72,3% έναντι 27,7% των αντρών. Ποσοστό 69% ήταν έγγαμοι και ο αριθμός των δύο (2) παιδιών υπήρξε ο επικρατέστερος με ποσοστό 28,4%. Η μέση ηλικία των νοσηλευτών ήταν 35,59 ( $\pm 9,769$ ) χρόνια, ενώ τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα, κατά μέσο όρο, ήταν τα 12,81 ( $\pm 9,689$ ). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτέλεσαν οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ του Γενικού νοσοκομείου Λευκωσίας (41,9%). Ακολουθεί το Γενικό νοσοκομείο Λεμεσού με ποσοστό 31%, το Γενικό νοσοκομείο Λάρνακας με ποσοστό 15,5% και Πάφου με ποσοστό 11,6%. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το 76,8% ήταν κάτοχοι Διπλώματος Γενικής Νοσηλευτικής και ένα ποσοστό 18,7% από τους συμμετέχοντες κατείχαν μεταβασικό δίπλωμα εξειδίκευσης στην Εντατική Νοσηλευτική. Όσον αφορά στην οργανική

Πίνακας 1. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη

ΜΕΘ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ (δύναμη τμήματος)	ΔΟΘΗΚΑΝ (αρ)	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΗΚΑΝ (αρ)	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ (%)	ΕΤΥΧΑΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ (ΕΓΚΥΡΑ)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΓΚΥΡΩΝ (%)
ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	29	27	25	92,59	24	96,00
ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΓΕΝΙΚΗ	75	60	46	76,66	41	89,13
ΛΕΜΕΣΟΥ (1)	29	27	25	92,59	22	88,00
ΛΕΜΕΣΟΥ (2)	28	27	26	96,29	26	96,29
ΛΑΡΝΑΚΑΣ	30	29	27	93,10	24	88,89
ΠΑΦΟΥ	22	21	19	90,47	18	94,74
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>213</b>	<b>191</b>	<b>166</b>	<b>86,91</b>	<b>155</b>	<b>93,37</b>

**Πίνακας 2.: Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	n/N	%	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	n/N	%
<b>ΦΥΛΟ</b>			<b>ΆΛΛΕΣ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΙΣ</b>		
Άνδρας	43	27,7	Όχι	147	94,8
Γυναίκα	112	72,3	ALS*	5	3,2
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>			ILS**	2	1,3
Άγαμος	46	29,7	PHTLS***	1	0,6
Έγγαμος	107	69,0	<b>ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>		
Διαξευγμένος/διάσταση	2	1,3	Λευκωσίας	65	41,9
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ</b>			Λεμεσού	48	31
0	55	35,5	Λάρνακας	24	15,5
1	23	14,8	Πάφου	18	11,6
2	44	28,4	<b>ΤΜΗΜΑ</b>		
3	22	14,2	Γενική	75	48,4
4	10	6,5	Καρδιολογική	39	25,2
5	1	0,6	Μικτή	41	26,5
<b>ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΤΥΧΙΟ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ</b>			<b>ΘΕΣΗ</b>		
Νοσηλευτική Σχολή (διετής)	2	1,2	Νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια	124	80
Νοσηλευτική Σχολή (τριετής)	119	76,8	Ανώτερος/η Νοσηλ.Λειτουργός	22	14,2
ΑΕΙ	30	19,4	Πρώτος/η Νοσηλ. Λειτουργός	9	5,8
Μεταπτυχιακές σπουδές	4	2,6	<i>* ALS=Advanced Life Support ** ILS=Immediate Life Support *** PHTLS=Pre-Hospital Life Support</i>		
<b>ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ (ΜΕΤΑΒΑΣΙΚΟ)</b>					
Όχι	119	76,8			
Εντατική	29	18,7			
Διοίκηση	5	3,2			
Κοινωνική	2	1,3			

θέση των νοσηλευτών οι περισσότεροι κατείχαν θέση νοσηλευτικού λειτουργού (80%). Στους πίνακες 2 και 3 παρατίθενται αναλυτικά τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

### Ερωτηματολόγιο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory – MBI)

Με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's Alpha για τις τρεις διαστάσεις της ΕΕ, τα αποτελέσματα έδειξαν τιμή 0,874 για την συναισθηματική εξάντληση, 0,787 για

την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και 0,751 για την απρόσωπη φροντίδα. Η αξιοπιστία των τριών διαστάσεων του ερωτηματολογίου κρίνεται ικανοποιητική.

Στον πίνακα 4 φαίνονται τα αποτελέσματα για τις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Για τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης, ο μέσος όρος ήταν 24,3(±11,598) (μέτρια συναισθηματική εξάντληση). Η διάσταση της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων είχε μέση τιμή 11,2(±6,99) (χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων). Για τη διάσταση της απρόσωπης φροντίδας,

**Πίνακας 3. Ηλικία και έτη προϋπηρεσίας του δείγματος**

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	155	23	62	35,59	9,76
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ</b>	155	1	41	12,81	9,68

**Πίνακας 4: Περιγραφική στατιστική για τις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου της Maslach.**

Διάσταση ερωτηματολογίου	Μέση τιμή (Mean)	Τυπική απόκλιση (Standard Deviation)	Ελάχιστο	Μέγιστο	ΔΕ 95 %
Συναισθηματική Εξάντληση	24,28	11,59	5	54	22,43 – 26,14
Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	11,2	6,99	0	35	10,08 – 12,32
Απρόσωπη Φροντίδα	9,38	6,75	0	28	8,31 – 10,47

η μέση τιμή ήταν 9,4(±6,754) (χαμηλή απρόσωπη φροντίδα). Συνεπώς, η ΕΕ βρέθηκε να είναι σε μέτρια επίπεδα.

Στον πίνακα 5, τα αποτελέσματα για τις τρεις διαστάσεις δείχνουν α) ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών (42,7%) έχει χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, β) όλοι οι νοσηλευτές που απάντησαν έχουν χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ γ) το μεγαλύτερο ποσοστό (38%) έχει υψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας.

#### Ερωτηματολόγιο καταγραφής εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων (πηγών στήριξης).

Το ερωτηματολόγιο καταγραφής των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων έδωσε 13 παράγοντες, οι οποίοι εξηγούν το 80,2% της διακύμανσης. Αναλυτικότερα, οι τρεις από τους παράγοντες αυτούς (1, 3 και 4) ανήκουν στις εργασιακές απαιτήσεις (job demands) και οι άλλοι τέσσερις (2, 7, 8 και 10) στους εργασιακούς πόρους (job resources). Τα αποτελέσματα ανά παράγοντα, παρουσιάζονται στον πίνακα 6 που ακολουθεί.

Στις εργασιακές απαιτήσεις, τα αποτελέσματα δείχνουν τον παράγοντα «φόρτος εργασίας» να έχει την πιο χαμηλή μέση τιμή (2,25), στοιχείο το οποίο δείχνει ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ υποστηρίζουν την ύπαρξη φόρτου εργασίας.

Στους εργασιακούς πόρους τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πιο υψηλή μέση τιμή ήταν στον παράγοντα

**Πίνακας 5: Επίπεδα για τις τρεις διαστάσεις του ερωτηματολογίου της Maslach.**

Διάσταση ερωτηματολογίου	n/N	%
<b>Συναισθηματική Εξάντληση</b>		
Χαμηλή (≤20)	64	42,7
Μέτρια (21-30)	46	30,7
Υψηλή (≥30)	40	26,7
<b>Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων</b>		
Χαμηλή (≤35)	150	100%
Μέτρια (36-41)	0	0%
Υψηλή (≥42)	0	0%
<b>Απρόσωπη Φροντίδα</b>		
Χαμηλή (≤20)	49	32,7
Μέτρια (21-30)	44	29,3
Υψηλή (≥30)	57	38,0

που αφορά στην «ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας» (2,68). Η υψηλή τιμή στον παράγοντα αυτό δείχνει ότι οι ερωτηθέντες γενικά δεν συμφωνούν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις εργασιακές παροχές τους.

**Πίνακας 6.: Εργασιακές Απαιτήσεις και Εργασιακοί Πόροι**

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	95% ΔΕ
<b>Εργασιακές Απαιτήσεις</b>				
Στρες από τη συνεργασία με συναδέλφους	43, 44, 45, 48, 49, 50	2,5	0,6	2,46-2,69
Φόρτος Εργασίας	27, 28, 31, 32, 41	2,25	0,5	2,17-2,33
Στρες από τη σχέση με Ασθενείς και Συγγενείς	14, 15, 16	2,26	0,66	2,15-2,36
<b>Εργασιακοί Πόροι</b>				
Εκτίμηση και Υποστήριξη στην εργασία	17, 18, 19, 24, 25	2,2	0,58	2,11-2,29
Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	20, 35, 39	2,68	0,52	2,6-2,76
Αυτονομία και Έλεγχος	33, 34	2,11	0,61	2,02-2,21
Ευελιξία στην παροχή φροντίδας	29, 30	2,42	0,62	2,32-2,52

**Πίνακας 7.: Εργασιακές απαιτήσεις και ο παράγοντας «συναισθηματική εξάντληση» του MBI.**

		Παρ. 1 (στρες από τη συνεργασία με τους συναδέλφους)	Παρ. 2 (φόρτος εργασίας)	Παρ. 3 (στρες από τη σχέση με ασθενείς και συγγενείς)
<b>Παρ. 2 (φόρτος εργασίας)</b>	Pearson Correlation	0,336 (**)		
	p-value	0,001		
<b>Παρ. 3 (στρες από τη σχέση με ασθενείς και συγγενείς)</b>	Pearson Correlation	0,322 (**)	0,183 (*)	
	p-value	0,001	0,022	
<b>MBI 1 (συναισθηματική εξάντληση)</b>	Pearson Correlation	-0,452(**)	-0,498 (**)	-0,307 (**)
	p-value	<0,001	<0,001	<0,001

\*\* Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

### Συσχετίσεις μεταξύ των 2 παραγόντων του MBI με τους 7 παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων.

- Συσχετίσεις των 3 παραγόντων που αφορούν στις εργασιακές απαιτήσεις με τον παράγοντα “συναισθηματική εξάντληση” του MBI.

Τα αποτελέσματα όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 7, έδειξαν ότι και οι τρεις παράγοντες που αφορούν τις εργασιακές απαιτήσεις σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη συναισθηματική εξάντληση (p-values<0,001). Η συσχέτιση αυτή είναι αρνητική (r=-0,452, r=-0,498, r=-0,307 με τους τρεις παράγοντες αντίστοιχα), δηλαδή όσο πιο πολύ διαφωνούν με το ότι έχουν εργασιακές απαιτήσεις, τόσο πιο μικρή είναι η συναισθηματική εξάντληση, ή διαφορετικά, όσο πιο πολλές εργασιακές απαιτήσεις έχουν, τόσο πιο μεγάλη είναι η συναισθηματική τους εξάντληση. Στον ίδιο πίνακα επίσης φαίνεται ότι οι τρεις παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων σχετίζονται θε-

τικά μεταξύ τους.

- Συσχετίσεις των 4 παραγόντων που αφορούν τους εργασιακούς πόρους με τον παράγοντα «απρόσωπη φροντίδα» του MBI.

Τα αποτελέσματα έδειξαν (πίνακας 8), ότι από τους τέσσερις παράγοντες των εργασιακών πόρων, σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την απρόσωπη φροντίδα οι τρεις παράγοντες, εκτίμηση και υποστήριξη στην εργασία (appreciation and support) (r=0,169, p=0,038), αυτονομία και έλεγχος (initiatives and control) (r=0,192, p=0,019) και ευελιξία στην παροχή φροντίδας (flexibility in clinical and schedule demands) (r=0,218, p=0,007), ενώ ο παράγοντας ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας (favourable work conditions) δε συσχετίζεται με την απρόσωπη φροντίδα (p=0,142). Οι τρεις σημαντικές συσχετίσεις είναι θετικές, δηλαδή όσο πιο πολύ οι νοσηλευτές διαφωνούν με το ότι έχουν εργασιακούς πόρους, τόσο πιο υψηλή είναι η παροχή απρόσωπης φροντίδας,

**Πίνακας 8.: Εργασιακοί πόροι και ο παράγοντας «απρόσωπη φροντίδα» του MBI.**

		Παρ.1 (εκτίμηση και υποστήριξη)	Παρ. 2 (ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας)	Παρ. 3 (αυτονομία και έλεγχος)	Παρ. 4 (ευελιξία στην παροχή φροντίδας)
<b>Παρ. 2 (ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας)</b>	Pearson Correlation	0,228(**)			
	p-value	0,004			
<b>Παρ. 3 (αυτονομία και έλεγχος)</b>	Pearson Correlation	0,253(**)	0,262(**)		
	p-value	0,002	0,001		
<b>Παρ. 4 (ευελιξία στην παροχή φροντίδας)</b>	Pearson Correlation	0,333(**)	0,319(**)	0,291(**)	
	p-value	<0,001	<0,001	<0,001	
<b>MBI 2 (απρόσωπη φροντίδα)</b>	Pearson Correlation	0,169(*)	0,12	0,192(*)	0,218(**)
	p-value	0,038	0,142	0,019	0,007

\*\* Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

**Πίνακας 9.: Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συναισθηματική εξάντληση και ανεξάρτητες τους τρεις παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων**

Μεταβλητή	Beta	T	p-value
Στρες από τη συνεργασία με τους συναδέλφους	-5,15	-2,95	0,004
Φόρτος εργασίας	-6,67	-3,43	0,001
Στρες από τη σχέση με ασθενείς και συγγενείς	-2,64	-1,83	0,07

ή διαφορετικά, όσο πιο πολλούς εργασιακούς πόρους έχουν τόσο πιο μικρή είναι η απρόσωπη φροντίδα. Στον πίνακα 8 επίσης φαίνεται ότι οι τέσσερις παράγοντες των εργασιακών πόρων σχετίζονται θετικά μεταξύ τους.

### Αναλύσεις Παλινδρόμησης

Οι αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκαν ώστε να εξεταστεί αν τα δημογραφικά στοιχεία, οι εργασιακές απαιτήσεις και οι εργασιακοί πόροι προβλέπουν τους παράγοντες του ερωτηματολογίου MBI. Οι κύριες υποθέσεις της παρούσας μελέτης προέκυψαν από την μελέτη των Demerouti και συν (2000) και ήταν οι εξής: α) αν οι εργασιακές απαιτήσεις, προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση, και β) αν οι εργασιακοί πόροι, προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα.

- **Συναισθηματική εξάντληση και εργασιακές απαιτήσεις**

Το μοντέλο παλινδρόμησης όπως φαίνεται στον *πίνακα 9* εξέτασε την υπόθεση ότι οι εργασιακές απαιτήσεις προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι γενικά οι εργασιακές απαιτήσεις προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση, όσο πιο μεγάλες είναι οι εργασιακές απαιτήσεις, τόσο πιο μεγάλη είναι η συναισθηματική εξάντληση. Οι δυο πρώτοι παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων, δηλαδή το στρες από τη συνεργασία με τους συναδέλφους και ο φόρτος εργασίας ήταν στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο μικρότερο του 5% ( $p=0,004$ ,  $p=0,001$  αντίστοιχα). Ο τρίτος παράγοντας, στρες από τη σχέση με τους ασθενείς και τους συγγενείς, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός ( $p=0,07$ ).

- **Απρόσωπη Φροντίδα και εργασιακοί πόροι**

Το μοντέλο παλινδρόμησης που ακολουθεί, εξέτασε

την υπόθεση ότι οι εργασιακοί πόροι προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτή η ερευνητική υπόθεση δε στηρίζεται, δηλαδή φαίνεται ότι οι εργασιακοί πόροι δεν προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα, αφού όλα τα p-values είναι μεγαλύτερα από το επίπεδο σημαντικότητας 5% (*πίνακας 10*).

### Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών και των παραγόντων των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων

Τα δημογραφικά στοιχεία για τα οποία έγινε συσχέτιση είναι η ηλικία, το φύλο, τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας και τα χρόνια προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον *πίνακα 11*.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και του παράγοντα εκτίμηση και υποστήριξη από τους εργασιακούς πόρους ( $r=-0,248$ ,  $p=0,002$ ), γεγονός που δείχνει ότι άτομα πιο μεγάλης ηλικίας δήλωναν ότι έχουν μεγαλύτερη εκτίμηση και υποστήριξη. Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και του παράγοντα αυτονομία και έλεγχος, από τους εργασιακούς πόρους ( $r=-0,196$ ,  $p=0,014$ ).

Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ συνολικών χρόνων προϋπηρεσίας και των παραγόντων εκτίμηση και υποστήριξη, από τους εργασιακούς πόρους ( $r=-0,263$ ,  $p=0,001$ ), όπου η αρνητική συσχέτιση δείχνει ότι άτομα με πιο πολλά χρόνια προϋπηρεσίας δήλωναν ότι τυγχάνουν μεγαλύτερης εκτίμησης και υποστήριξης. Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των συνολικών χρόνων προϋπηρεσίας και του παράγοντα αυτονομία και έλεγχος από τους εργασιακούς πόρους ( $r=-0,171$ ,  $p=0,034$ ).

**Πίνακας 10.: Ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την απρόσωπη φροντίδα και ανεξάρτητες τους τέσσερις παράγοντες των εργασιακών πόρων/παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων**

Μεταβλητή	Beta	t	p-value
Εκτίμηση και Υποστήριξη	0,35	0,34	0,73
Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	0,61	0,54	0,58
Αυτονομία και Έλεγχος	1,47	1,57	0,11
Ευελιξία στην παροχή φροντίδας	1,21	1,24	0,21



**Πίνακας 11.: Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών (ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας) και των παραγόντων των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων.**

		Απαιτήσεις- Στρες από τη συνεργασία με τους συναδέλφους	Απαιτήσεις- Φόρτος εργασίας	Απαιτήσεις- Ψυχολογικό στρες από Ασθενείς & συγγενείς	Πόροι- Εκτίμηση Υποστήριξη	Πόροι- Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	Πόροι- Αυτονομία Έλεγχος	Πόροι- Ευελιξία στη φροντίδα
<b>Ηλικία</b>	Pearson Correlation	0,12	0,093	-0,115	-0,248**	-0,121	-0,196*	0,107
	p-value	0,233	0,252	0,156	0,002	0,133	0,014	0,187
<b>Συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας</b>	Pearson Correlation	0,09	0,061	-0,127	-0,263**	-0,114	-0,171*	0,099
	p-value	0,372	0,454	0,114	0,001	0,157	0,034	0,221
<b>Χρόνια προϋπηρεσίας νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου</b>	Pearson Correlation	0,085	0,077	0,002	-0,286**	-0,123	-0,17*	0,098
	p-value	0,396	0,344	0,976	<0,001	0,129	0,035	0,23

\*\**. Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).*

\**. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).*

Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των χρόνων προϋπηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου και του παράγοντα εκτίμηση και υποστήριξη, από τους εργασιακούς πόρους ( $r=-0,286$ ,  $p<0,001$ ), όπου η αρνητική συσχέτιση δείχνει ότι άτομα με πιο πολλά χρόνια προϋπηρεσίας δήλωναν ότι έχουν περισσότερη εκτίμηση και υποστήριξη. Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ χρόνων προϋ-

πηρεσίας σε νοσηλευτικά τμήματα νοσοκομείου και του παράγοντα αυτονομία και έλεγχος από τους εργασιακούς πόρους ( $r=-0,17$ ,  $p=0,035$ ).

Όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών βρέθηκε να μην υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απόψεις τους για τους παράγοντες των εργασιακών πόρων και των εργασιακών απαιτήσεων (πίνακας 12).

**Πίνακας 12.: T-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τη σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων και των παραγόντων των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων.**

	Φύλο	Mean	Std. Deviation	t	p-value
<b>Εργασιακές απαιτήσεις</b>					
Στρες από τη σχέση με τους συναδέλφους	Άντρας	2,53	0,68	-0,561	0,576
	Γυναίκα	2,6	0,56		
Φόρτος εργασίας	Άντρας	2,19	0,57	-1,027	0,306
	Γυναίκα	2,28	0,47		
Στρες από τη σχέση με ασθενείς και συγγενείς	Άντρας	2,41	0,69	1,754	0,081
	Γυναίκα	2,2	0,65		
<b>Εργασιακοί πόροι</b>					
Εκτίμηση και Υποστήριξη	Άντρας	2,12	0,6	-1,098	0,274
	Γυναίκα	2,23	0,57		
Ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας	Άντρας	2,7	0,64	0,351	0,726
	Γυναίκα	2,67	0,46		
Αυτονομία και έλεγχος	Άντρας	2,12	0,61	0,107	0,915
	Γυναίκα	2,11	0,61		
Ευελιξία στην παροχή φροντίδας	Άντρας	2,33	0,75	-1,047	0,297
	Γυναίκα	2,45	0,57		

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε η διερεύνηση των εργασιακών συνθηκών στο πλαίσιο των οποίων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους οι νοσηλευτές που εργάζονται στις ΜΕΘ και η ανάδειξη εκείνων των παραγόντων που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν το έργο τους. Επιμέρους στόχοι ήταν η αξιολόγηση του βαθμού της ΕΕ, η διερεύνηση των στρεσογόνων συνθηκών στο χώρο εργασίας και η διερεύνηση του εάν οι εργασιακές απαιτήσεις προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση και οι εργασιακοί πόροι την απρόσωπη φροντίδα.

Από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου της ΕΕ φάνηκε ότι αυτή βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα για τους νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς στις ΜΕΘ. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών είχε χαμηλή συναισθηματική εξάντληση, είχαν χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και το μεγαλύτερο ποσοστό είχε υψηλά επίπεδα απρόσωπης φροντίδας. Αντίστοιχα ποσοστά βρέθηκαν και σε άλλες μελέτες οι οποίες επικεντρώθηκαν τόσο σε νοσηλευτές ΜΕΘ, όσο και σε νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων (Italia et al 2008, Ρούπα και συν 2008, Eduardo dos Santos et al 2009).

Όσον αφορά στις μέσες τιμές των τριών διαστάσεων βρέθηκε μέτρια συναισθηματική εξάντληση, χαμηλή έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και οριακά χαμηλή απρόσωπη φροντίδα. Η σύγκριση των μέσων τιμών με αντίστοιχες έρευνες για τις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και της απρόσωπης φροντίδας, παρουσιάζουν περίπου τα ίδια αποτελέσματα (Piko et al 2006, Italia et al 2008, Liakoroulou et al 2007, Ρούπα και συν 2008). Ωστόσο, για τη διάσταση της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν χαμηλότερα. Το θετικό αυτό εύρημα δείχνει ότι οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης, ήταν σε καλύτερη κατάσταση να προσφέρουν και να αποδώσουν στο χώρο εργασίας τους στις ΜΕΘ, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες άλλων μελετών.

Στην παρούσα μελέτη δόθηκε έμφαση στις εργασιακές συνθήκες που πιθανόν να προκαλούν στρεσογόνες καταστάσεις στις ΜΕΘ. Όσον αφορά στους τρεις παράγοντες των εργασιακών απαιτήσεων, βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη συναισθηματική εξάντληση. Επίσης, βρέθηκε ότι οι παράγοντες συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους. Αυτό επιβεβαιώνει και την ερευνητική υπόθεση, ότι οι εργασιακές απαιτήσεις προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση. Επιπλέον, η θετική συσχέτιση των παραγόντων δηλώνει ότι, αν κάποιος νοσηλευτής έχει υψηλό φόρτο εργασίας, τότε βιώνει υψηλά επίπεδα στρες, τα οποία μπορεί να πηγάζουν από τις σχέσεις με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, ή/και από τις σχέσεις με τους συναδέλφους και το περιβάλλον εργασίας. Άλλες μελέτες καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα αναφορικά με το φόρτο εργασίας και τη συναισθηματική

εξάντληση (Aiken et al 2002, Montgomery et al 2006, Jourdain & Chênevert 2009, Διλιντάς 2010, Jones et al 2015, Vandevala et al 2017). Επιπλέον, υποστηρίζουν πως η αύξηση του όγκου εργασίας οδηγεί στην ελάττωση των προσωπικών επιτευγμάτων και στην απρόσωπη φροντίδα.

Όσον αφορά στον παράγοντα «επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς», ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, ο φόβος του θανάτου, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για την πορεία της υγείας, καθώς και οι αυξημένες ευθύνες απέναντι στους ασθενείς αποτελούν βασικό παράγοντα για ανάπτυξη και διατήρηση της ΕΕ στους νοσηλευτές (Antonίου & Antonodimitrakakis 2001, Cecile Poncet et al 2007, Verdon et al 2008).

Για τους παράγοντες των εργασιακών πόρων, οι τρεις παράγοντες βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την απρόσωπη φροντίδα, ενώ ο παράγοντας ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας, δεν βρέθηκε να σχετίζεται. Επομένως, οι συνθήκες εργασίας δεν αξιολογούνται από τους νοσηλευτές των ΜΕΘ ως κατάλληλες, και αυτό οδηγεί μεν σε μη ικανοποίηση, αλλά όχι σε παροχή απρόσωπης φροντίδας. Οι τέσσερις παράγοντες σχετίζονται, επίσης, σημαντικά μεταξύ τους, δηλαδή αν κάποιος νοσηλευτής δηλώνει ότι έχει υψηλό επίπεδο στον παράγοντα «ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας», τότε έχει και υψηλό επίπεδο στους παράγοντες «εκτίμηση και υποστήριξη» στην εργασία, «αυτονομία και έλεγχο και ευελιξία» στην παροχή φροντίδας.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με αυτά των Demerouti et al (2000), διαπιστώθηκαν ομοιότητες και διαφορές. Συγκεκριμένα επαληθεύθηκε η πρώτη υπόθεση, σύμφωνα με την οποία οι εργασιακές απαιτήσεις, προβλέπουν τη συναισθηματική εξάντληση. Όπως αναφέρεται και στους Demerouti et al (2000), η διάσταση της εξάντλησης, εκτός της σωματικής και πνευματικής κούρασης που προϋποθέτει, έχει βρεθεί να σχετίζεται σημαντικά και με την ψυχολογική κόπωση. Ερευνητικά δεδομένα άλλωστε, υποστηρίζουν ότι οι καλές εργασιακές συνθήκες προφυλάσσουν τους εργαζομένους από τη συναισθηματική εξάντληση (Καρανιάδου & Αναγνωστόπουλος 2004, Κεραμίδα & Αναγνωστόπουλος 2004, Jones et al 2014). Η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται θετικά με τη σοβαρή συναισθηματική εξάντληση, με τα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα και τα έντονα συναισθήματα απρόσωπης φροντίδας (Piko 2006, Liakoroulou et al 2007). Ειδικότερα στο χώρο των ΜΕΘ, έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό τη διερεύνηση της έντασης του άγχους των νοσηλευτών διαπίστωσαν υψηλά επίπεδα στρες και ΕΕ (Moola et al 2008, ).

Σχετικά με τη δεύτερη υπόθεση, αν οι εργασιακοί πόροι, προβλέπουν την απρόσωπη φροντίδα, παρατηρήθηκε διαφωνία μεταξύ της παρούσας μελέτης και της

μελέτης των Demerouti et al (2000),. Μια πιθανή εξήγηση της διαφωνίας αυτής ίσως να οφείλεται στη διαφορετική αντίληψη του νοήματος των εννοιών της ΕΕ στο μοντέλο των Demerouti et al και της Maslach, στο οποίο βασίστηκε το εργαλείο που χορηγήθηκε στην παρούσα μελέτη. Στο μοντέλο που χρησιμοποίησαν οι πρώτοι, η διάσταση της αποχώρησης από την εργασία δεν προϋποθέτει τη διάσταση της απρόσωπης φροντίδας. Η απρόσωπη φροντίδα μπορεί να συνιστά μόνο μια μορφή «αποχώρησης» από την εργασία που περιλαμβάνει συναισθήματα υψηλής ευερεθιστότητας και απροθυμίας να συνεχίσει το έργο του με τον ίδιο αποτελεσματικό τρόπο όπως παλιότερα. Αντίθετα στο μοντέλο της Maslach, η διάσταση της απρόσωπης φροντίδας περιλαμβάνει κυρίως τη συναισθηματική απώλεια και την αδιαφορία κατά την παροχή της φροντίδας στον άρρωστο και την οικογένειά του. Επιλέον οι Jourdain & Chênevert (2010), σε έρευνά τους βρήκαν παρόμοια αποτελέσματα με αυτά της παρούσας μελέτης, καθώς και αυτοί χρησιμοποίησαν το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων των Demerouti et al (2000), αλλά και τις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και απρόσωπης φροντίδας, του ερωτηματολογίου MBI της Maslach. Οι συγκεκριμένοι, επιπρόσθετα υποστήριξαν ότι η διάσταση της απρόσωπης φροντίδας είναι ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας αποχώρησης από την εργασία, σε σχέση με τη συναισθηματική εξάντληση.

Μελετώντας τις συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων των εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακών πόρων, όσον αφορά στον παράγοντα ηλικία, τα αποτελέσματα στην παρούσα μελέτη έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τον παράγοντα εκτίμηση και υποστήριξη από τους εργασιακούς πόρους. Μια πιθανή εξήγηση για το αποτέλεσμα αυτό είναι το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές, στην εξελικτική τους πορεία με την εμπειρία και τις γνώσεις που αποκτούν, αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά τους και επίσης κατανοούν καλύτερα πώς νιώθουν οι ασθενείς τους (Brewer & Shapard 2004). Επιπλέον, οι μεγαλύτεροι ηλικιακά νοσηλευτές και με μεγαλύτερη προϋπηρεσία έχουν συχνά μεγαλύτερες δυνατότητες επιλογής του αντικειμένου που θα αναλάβουν στην εργασία τους, γεγονός το οποίο τους προσδίδει ικανοποίηση (Διλιντάς 2010). Σαφώς, η πολυετής εργασία προκαλεί αισθήματα ασφάλειας καθώς οι μεγαλύτεροι και πιο

έμπειροι νοσηλευτές γνωρίζουν πολύ καλά το έργο τους και έχουν βρει πιθανά στρατηγικές ώστε να προφυλάσσονται από τις στρεσογόνες καταστάσεις, ενώ τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας προϋποθέτουν πιθανά και προαγωγή σε ανώτερη θέση, άρα μεγαλύτερη αυτονομία και έλεγχο, λιγότερες εργασιακές απαιτήσεις ή/και απαλλαγή από δύσκολες εργασιακές συνθήκες (π.χ. νυχτερινή εργασία, εναλλασσόμενο ωράριο κ.α.).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαίωσαν την ύπαρξη του φαινομένου της ΕΕ σε μέτρια επίπεδα, στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Επιβεβαίωσαν επίσης, την ύπαρξη ποικίλων εργασιακών, ατομικών και κοινωνικών παραγόντων που πιθανά συμβάλουν στη δημιουργία του φαινομένου στο χώρο των ΜΕΘ, ο οποίος αφορά σε ένα χώρο υψηλών απαιτήσεων και εργασιακής έντασης. Η περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου των εργασιακών απαιτήσεων και πόρων σε μεγαλύτερο δείγμα νοσηλευτών των ΜΕΘ, θα ήταν χρήσιμη, όπως επίσης και μια ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις νοσηλευτών της Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, πιθανά να διαφώτιζε περισσότερο σε βάθος ποιοι είναι οι παράγοντες που τους δυσκολεύουν ή τους διευκολύνουν στο χώρο της εργασίας τους, ώστε να παρέχουν εξατομικευμένη και ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς.

Η αναγνώριση του φαινομένου της ΕΕ για τους νοσηλευτές των ΜΕΘ αποτελεί πρόκληση για τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, οι οποίες έχουν την ευθύνη να λάβουν τα πιο κατάλληλα μέτρα για τη βελτίωση της εργασιακής ζωής των επαγγελματιών υγείας, η οποία σχετίζεται άμεσα με τη βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο στους ασθενείς, όσο και στις οικογένειές τους.

### **Συμβολή συγγραφέων**

ΔΚ: Συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και καταγραφή των δεδομένων, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΕΜ: Συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΜΓ και ΧΤ: Συνέβαλαν στη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων. ΘΜ: Συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και συνολικά στην καθοδήγηση της ΔΚ σε όλα τα στάδια της μελέτης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J. & Silber JH. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 23-30, 288-1987-93.
- Antoniou A.S. & Antonodimitrakakis P. (2001) Levels of satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. Proceedings of the 8<sup>th</sup> Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli.
- Bakker A.B. & Demerouti E. (2007). The job demands- resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology* 22:309-328.
- Brewer E. & Shapard L. (2004) Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between burnout age and years of experience. *Human Resources Development Review* 3: 102-123.
- Cecile Poncet M., Toullic P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit J.F., Pochard F., Chevret S., Schlemmer B. & Azoulay E. (2007) Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 175: 698-704.
- Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F. & Schaufeli W.B. (2000) A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advances Nursing* 32: 454-464.
- Eduardo dos Santos F., Arango Alves J. & Bezerra Rodrigues A. (2009) Burnout Syndrome in nurses in an Intensive Care Unit. *Hospital Israelite Albert Einstein*.
- Ekstedt M. & Fagerberg J. (2004) Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing* 49(1): 59-67.
- Italia S., Favara-Scacco C., Di Cataldo A. & Russo G. (2008) Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psychooncology*, 17(7):676-80
- Jakimowicz S., Perry L. & Lewis J. (2017). Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Critical Care* (article in press)
- Jourdain G. & Chênevert D. (2010) Job demands-resources burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International journal of Nursing Studies* 47(6):709-22.
- Jones G., Hocine M., Salomon J., Dab W. & Temime L. (2015). Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French intensive-care registered nurses and nurses' aides: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 52(1):250-9.
- Kottou S., Neofotistou V., Tsaraki V., Lobotessi H., Manestou A. & Molfetas MG (2001). Personnel doses in haemodynamic units in Greece. *Radiation Protection Dosimetry* 94 :121-124.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984) Stress appraisal and coping. *New York: Springer*.
- Liakopoulou M., Panareta I., Papadakis V., Katsika A., Sarafidou I., Laskari H. et al (2007). Burnout, staff support, and coping in Paediatric Oncology. *Support Care Cancer* 16(2):143-50.
- Maslach C. (1982) *Burnout: the cost of caring*. New Jersey Prentice Hall Inc..
- Maslach C. & Jackson S.E. (1986) *Maslach Burnout Inventory* (manual), 2<sup>nd</sup> ed. California. Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Mealer M.L., Sheton A., Berg B., Rothbaum B. & Moss M. (2007) Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 175: 693-697.
- Montgomery A.J., Panagopoulou E. & Benos A. (2006) Work-family interference as mediator between job demands and job burnout among doctors. *Stress and Health* 22: 203-212.
- Moola S., Ehlers V.J. & Hattingh S.P. (2008) Critical care nurses perceptions of stress and stress-related situations in the workplace. *Curationis*, 31(2):77-86
- Píko B. (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43: 311-318.
- Raftopoulos V., Charalambous A. & Talias M. (2012) The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health* 12:457
- Rice Ph.I. (2005) *Η Ψυχολογία της Υγείας*. Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου (Επιμ.), Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην
- Tummers G.E.R., Merode V.G.G. & Landeweerd J.A. (2002). The diversity of work differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organisation, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *International journal of Nursing Studies* 39: 841-855
- Vandevala T., Pavey S., Chelidoni O., Chang N.F., Creagh-Brown B. & Cox A. (2017). Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *Journal of Intensive Care* 5:16-18
- Van Mol M.M., Kompanje E.J., Benoit D.D., Bakker J. & Nijkamp M.D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLOS ONE* 10(8): e0136955.
- Verdon M., Merlani P., Perneger T. & Ricou B. (2008) Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Medicine* 34: 152-156.
- West C.P., Halvorsen A.J., Swenson S.L. & McDonald F.S. (2013). Burnout and distress among internal medicine program directors: results of a national survey. *Journal of General Internal Medicine* 28(8):1056-63.
- Αναγνωστόπουλος Φ. & Παπαδάτου Δ. (1992) "Παραγοντική Σύνθεση και Εσωτερική Συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Δείγμα Νοσηλευτών. *Ψυχολογικά Θέματα* 5(3):183-202.
- Αναγνωστόπουλος Φ. (2009). Monitoring επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο Γ. Μπαλτόπουλος (Επιμ.) *Εντατική Θεραπεία & Επείγουσα Ιατρική* (σελ. 2007-2014). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Διλιντάς Α. (2010) Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(3): 498-508.
- Θεοδωράτου Μ., Μπέκος Β. & Σκυλογιάννης Γ. (2003) Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική* 42: 479-496.
- Καρανιάδου Α. & Αναγνωστόπουλος Φ. (2004) Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτριών και των γιατρών. Διπλωματική εργασία, Πάτρα:Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Κεραμίδα Π. & Αναγνωστόπουλος Φ. (2004) Οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στον καθορισμό του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Διπλωματική εργασία, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Κορομπέλη Α. (2004) Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. Διπλωματική εργασία, Αθήνα, *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*.
- Μπελλάλη Θ. (2006) Πρακτικά Μετεκπαιδευτικών Μαθημάτων Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία*. Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών Ογκολογικός Τομέας του ΕΣΝΕ, Αθήνα.
- Ουζούνη Χ. (2005) Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας. *Νοσηλευτική* 44: 355-363.
- Παπαγεωργίου Δ., Καραμπέτσου Μ., Νικολακάκου Χ. & Παυλάτου Ν. (2007) Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική* 46(2): 237-245.
- Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1999) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ. & Νιάκας Δ. (2008) Επαγγελματική

εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25(1): 94-101.

Ραφτόπουλος Β., Χαραλάμπους Α., Παυλάκης Α. & Σάββα Ν. (2010) Επαγγελματική Εξουθένωση και κόπωση των νοσηλευτών, Πρακτικά 17<sup>ου</sup> Παγκύπριου Συνεδρίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής,

11-12 Νοεμβρίου, Λευκωσία

Ρούπα Ζ., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Σαουντζή-Κρέπια Δ. & Κοτρώτσιου, Ε., (2008) Σχέση Επαγγελματικής Εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. *Νοσηλευτική* 47(2): 247-255

# Exploring the job demands and support resources of Intensive Care Unit nurses in Cyprus' public hospitals

Despo Konstantinou<sup>1</sup>, Eugenia Minasidou<sup>2</sup>, Maria Grizioti<sup>3</sup>, Charitini Tsagari<sup>4</sup>, Thaleia Bellali<sup>5</sup>

1. Nurse, MSc, PhD (c), General Hospital of Nicosia, 2. Assistant professor, Department of Nursing, Alexandrio Technological Educational Institute of Thessaloniki, 3. Nurse, MSc (Res), 424 General Military Hospital, 4. Associate professor, Department of Finance, University of Nicosia, 5. Professor, Department of Nursing, Alexandrio Technological Educational Institute of Thessaloniki

## ABSTRACT

**Introduction:** The nursing profession is characterized by high levels of job stress and burnout. Stress and burnout are experienced mostly by nurses working in departments that have to deal with acute events and incidents that often lead to death, as the department of Intensive Care Unit (ICU). Research is focusing on work stress factors that affect nursing staff. These factors are the environment and working conditions, the individual characteristics of each nurse and the contact with patients and relatives.

**Purpose:** The purpose of this study is to investigate the working conditions under which nursing staff offer their services at the Intensive Care Unit (ICU) and to highlight those factors that impede or facilitate their work.

**Methods:** The study involved a cross-sectional descriptive type of research. The sample consisted of 155 ICU nursing staff of public hospitals in Cyprus. Data were collected through a questionnaire which included the following tools: a questionnaire recording job demands and sources of support (Job Demands and Resources) and the Maslach Burnout Inventory. For the statistical analysis and data processing, the statistical analysis package for Social Sciences was used (Statistical Package for Social Sciences, SPSS) version 20.

**Results:** The majority of the sample was women (72.3%) with a mean age of 35.5 years. For the three dimensions of MBI, results showed that the majority of nursing staff (42.7%) had low emotional exhaustion, all the nursing staff who responded lacked of personal accomplishments, while the majority (38%) showing high levels of impersonal care. It was shown that the job requirements provided emotional exhaustion ( $p < 0.05$ ), while the working funds did not provide impersonal care ( $p > 0.05$ ). The correlations between job demands and job resources showed a statistically significant relationship between age, total years of service and years of experience in hospital nursing departments with respect and support factors ( $r = -0.24$ ,  $p = 0.002$ ,  $r = -0.26$ ,  $p = 0.001$ ,  $r = -0.28$ ,  $p < 0.001$ ) and autonomy and control ( $r = -0.19$ ,  $p = 0.0014$ ,  $r = -0.17$ ,  $p = 0.034$ ,  $r = -0.17$ ,  $p = 0.0035$ ), respectively.

**Conclusions:** Burnout of ICU nurses in Cyprus public hospitals was found to be of medium levels and was confirmed that several working, personal and social factors might contribute to the phenomenon. Early recognition and taking immediate measures for prevention are more than necessary.

**Keywords:** Workplace stress, burnout, nurses, ICU, sources of support.

Corresponding author: Despo Konstantinou  
e-mail: [condespo@cytanet.com.cy](mailto:condespo@cytanet.com.cy)  
τηλέφωνο: + 357 99491544

Submission Date: : 07.09.2017

**Citation:** Konstantinou D, Minasidou E, Grizioti M, Tsagari C & Bellali T. (2018). Exploring the job demands and support resources of Intensive Care Unit nurses in Cyprus' public hospitals. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(1): 47-60.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
- B. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ  
& ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
- Γ. ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) είναι το επίσημο περιοδικό της ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ. Είναι ένα διεπιστημονικό περιοδικό με σύστημα κριτών, με σκοπό την προώθηση της Νοσηλευτικής Επιστήμης και των Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας. Παρέχει τη δυνατότητα δημοσίευσης επιστημονικών, ανασκοπικών και ερευνητικών άρθρων, καθώς και κριτική άρθρων και σχόλια που ενδιαφέρουν το διεθνές αναγνωστικό κοινό των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών και των ερευνητών, σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής, αλλά και γενικότερα των επιστημών φροντίδας υγείας και πρόνοιας.

Με την υπ. αριθ. πρωτ. ΔΥ2α/οικ 122 – 7/8/2009 απόφαση του Υπουργείου Υγείας ανήκει στα Περιοδικά με Εθνική Αναγνώριση, αποτελεί ένα αξιόπιστο, σύγχρονο, τριμηνιαίο επιστημονικό περιοδικό και είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή. Ταυτόχρονα αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο επιστημονικής γνώσης για το Νοσηλευτή, για όσους σπουδάζουν τη νοσηλευτική, για τους επαγγελματίες άλλων επιστημών υγείας και συμπεριφοράς, καθώς και για κάθε αναγνώστη που επιθυμεί επιστημονική ενημέρωση και εκπαίδευση. Παρέχει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες να έχουν εύκολη πρόσβαση στη γνώση και στην πρόοδο της νοσηλευτικής, ενώ αποτελεί το επιστημονικό βήμα για τους νοσηλευτές που απασχολούνται στην εκπαίδευση ή στην κλινική νοσηλευτική, ώστε να δημοσιεύουν το έργο τους και να δέχονται εποικοδομητικές κριτικές. Σε ένα δεύτερο επίπεδο ευαισθητοποιεί άλλους επιστήμονες στα γνωστικά αντικείμενα της νοσηλευτικής και προάγει γενικότερα τη συνεργασία των υπηρεσιών υγείας.

Όλα τα άρθρα που υποβάλλονται στο Περιοδικό θα πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένες οδηγίες συγγραφής ώστε να διασφαλίζεται η ξεκάθαρη δομή, σε σχέση με την περιεκτικότητα του περιεχομένου.

Οι υποβληθείσες εργασίες θα πρέπει να είναι κατάλληλες για το διεθνές κοινό. Εάν τα άρθρα εστιάζουν σε συγκεκριμένα πολιτιστικά, ή άλλα εξειδικευμένα θέματα, θα πρέπει να περιγράφεται το πλαίσιο της μελέτης και να απευθύνονται σαφώς σε διεθνές κοινό, έτσι ώστε οι αναγνώστες ακόμη και αν προέρχονται από διαφορετική χώρα, κουλτούρα ή επιστημονικό υπόβαθρο, να μπορούν να τα κατανοήσουν.

Στο περιοδικό δημοσιεύονται ανασκοπήσεις, πρωτογενείς ή δευτερογενείς ερευνητικές μελέτες, γενικά θεωρητικά (φιλοσοφικά, μεθοδολογικά) άρθρα, ενδιαφέρουσες κλινικές περιπτώσεις και βιβλιοκριτικές. Οι τομείς που καλύπτει το περιοδικό είναι οι εξής:

- Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική
- Κοινωνική Νοσηλευτική – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
- Περιεχειρνητική Νοσηλευτική
- Καρδιολογική – Καρδιοχειρουργική Νοσηλευτική
- Παιδιατρική – Παιδοχειρουργική Νοσηλευτική
- Νοσηλευτική Μητρότητας – Γυναικολογική Νοσηλευτική
- Ογκολογική Νοσηλευτική – Ανακουφιστική Φροντίδα
- Νοσηλευτική ΜΕΘ – Επείγουσα Νοσηλευτική
- Νεφρολογική Νοσηλευτική
- Διοίκηση – Οργάνωση & Οικονομική Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας / Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας
- Δημόσια Υγεία & Επιδημιολογία
- Νομικά & Επαγγελματικά θέματα / Δίκαιο της Υγείας
- Υγιεινή & Ασφάλεια της Εργασίας - Νοσοκομειακές Λοιμώξεις
- Πληροφορική της Υγείας
- Νοσηλευτική Εκπαίδευση & Μεθοδολογία της Έρευνας

**ΑΠΟΔΕΛΤΙΩΣΗ:** Το περιοδικό ΕΠΝΕ αποδελτιώνεται στη Βάση δεδομένων Google Scholar, Research bible, Elektronische Zeitschriftenbibliothek, DOAJ, Akademik Keys, Cross Ref.

B. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ  
ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

**ΕΚΔΟΤΗΣ:** ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:** ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΓΓΛΑΣ

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:** Δρ. ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΑΛΗ,  
Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ:** ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ,  
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ

**ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:**

**Μαρία Σαρίδη** MSc, PhD

**Δρ. Θεοδώρα Καυκιά,** Καθηγήτρια Εφαρμογών,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

### ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

**Αθηνά Καλοκαιρινού**, Καθηγήτρια,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ  
**Στέφανος Μαντζούκας**, Επίκουρος Καθηγητής,  
Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου  
**Ευγενία Μνησίδου**, Επίκουρη Καθηγήτρια,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης  
**Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρη Καθηγήτρια,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλίας  
**Γεώργιος Κριτωτάκης**, Επίκουρος Καθηγητής,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης  
**Μιχάηλ Κουράκος**, MSc, PhD,  
**Βασιλική Ρόκα**, MSc, PhD,  
**Μαρία Μαλλιαρού** MSc, PhD  
**Ιωάννα Καραμήτη** MSc, PhD  
**Αθανάσιος Μαστροκόωστας** MSc, PhD  
**Μαρία Γκριζώτη**, MSc  
**Μάρθα Κελέση**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, Παν/μιο Δυτ. Αττικής

### ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

**Φωτεινή- Ελένη Καραχάλιου**, Παιδιάτρος  
Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Άθλησης και  
Ανάπτυξης Ν.Π. Αγλαΐα Κυριακού  
**Ιωάννης Κυριόπουλος**, Καθηγητής Οικονομικών  
της Υγείας, Κοσμητώρ ΕΣΔΥ  
**Αλέξιος Παραράς**, Δικηγόρος Δημοσιολόγος,  
Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

### ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Παρασκευή Αποστολάρα  
Αικατερίνη Βενέτη  
Μαρία Γέραλη  
Δημήτριος Δάλλας  
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης  
Γεώργιος Ίντας  
Αγγελική Καραϊσκού  
Νεκταρία Κάραλη  
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος  
Βάγια Κωνσταντικάκη  
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης  
Πολυξένη Μαγγούλια  
Χρυσούλα Μελισσά  
Βασιλική Μούγια  
Δημήτριος Μπαρουζής  
Λάμπρος Μπίζας  
Ιωάννης Μωϋσογλου  
Χρυσούλα Νταφογιάννη  
Δήμητρα Παλητζήκα  
Ειρήνη Παπάζογλου  
Νίκη Παυλάτου  
Μαρία Ρεκλείτη  
Νίκος Στεφανόπουλος  
Νικόλαος Στούφης

Σοφία Τάνη  
Αναστάσιος Τζενάλης  
Αικατερίνη Τόσκα  
Ολυμπία Χαλικιοπούλου  
Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου  
Καλλιόπη Χατζίκα  
Ελένη Χριστοδούλου  
Χρύσα Χρυσοβισσάνου

### ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Dr. Theodoros Koutroubas**, Professor, UC Louvain,  
Brussels, Belgium.  
**Dr. Irena Papadopoulou**, Professor of Transcultural  
Health and Nursing and Head of Research Centre for  
Transcultural Studies in Health Middlesex University,  
London UK.  
**Dr. Denise M. McEnroe-Petite**, Associate Professor,  
Nursing, Kent State University Tuscarawas, Associate  
Degree Nursing Program, New Philadelphia, USA.  
**Dr. Betty Chung Pui Man**, Lecturer, (Health Sciences  
Syd), Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong  
Kong, PRC.  
**Dr. Evridiki Papastavrou**, Assistant Professor,  
Department of Nursing, Cyprus University of Technology,  
President of the Council of Nursing and Midwifery,  
Cyprus.  
**Dr. Lorendana Sasso**, Associate Professor, Universita  
degli Studi di Genova, Italy.  
**Cecilia Sironi**, RN, BSc, MSc Universita degli Studi dell'  
Insubria-Varese, Italy.  
**Dr. Rocco Gennaro**, Head of the Nursing School and  
Professor, Catholic University Our Lady of Good Counsel,  
Director Centre of Excellence for Nursing Scholarship –  
Rome – Italy.  
**Dr. Thomas Kearns, Professor**, Executive Director of  
Faculty of Nursing & Midwifery, RCSI-Royal College of  
Surgeons, Ireland.  
**Dr. Helene Kelly**, International Consultant, Vice President  
Florence Network, University College Sealand, Denmark,  
**Dr. Vilma Zydziunaite**, RN, MNSc, MEdSc, PhD,  
Professor- Researcher, Vytautas Magnus University,  
Kaunas & Faculty of Health sciences, Klaipeda State  
College, Lithuania.  
**Dr. Carlos Melo-Dias**, Professor of Nursing in Nursing  
School of Coimbra, Researcher in Health Sciences  
Research Unit: Nursing (UICISA: E), Researcher in  
Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate  
Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal.  
**Leodoro J. Labrague**, Lecturer, Department of  
Fundamentals and Administration, College of Nursing,  
Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman.  
**Dr. Viktor Vus**, Psychologist, Associate Professor,  
Department of Psychology, Head of International  
Academic Mobility Centre, Interregional Academy of  
Personnel Management, Ukraine



Anastasia Mallidou, Assistant Professor, University of Victoria, School of Nursing, British Columbia, Canada.

## Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

(Υπάρχουν και στην ιστοσελίδα του περιοδικού)

**Οι Έλληνες συγγραφείς μπορούν να δημοσιεύουν άρθρα και στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα**

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Τύποι Άρθρων

Διαδικασία Υποβολής Άρθρων

Διαδικασία Αξιολόγησης

Γενικές Οδηγίες

Γενικές οδηγίες Συγγραφής

Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

### ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα ακόλουθα:

#### 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ @\*

#### 2. ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

Το περιοδικό δημοσιεύει φιλοσοφικά, θεωρητικά, μεθοδολογικά ή επαγγελματικά θέματα/καταστάσεις που παρέχουν επίκαιρη, προηγμένη γνώση για τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και μπορεί να αφορούν στη νοσηλευτική πρακτική, την εκπαίδευση, τη διοίκηση κ.λπ. Επίσης, δημοσιεύει άρθρα συζήτησης.

#### 3. ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

α. Πρωτογενείς

- Εμπειρικές @
- Κλινικές δοκιμές @

β. Δευτερογενείς (συστηματικές ανασκοπήσεις) @

γ. Ανάπτυξης και Ψυχομετρικής Στάθμισης ερευνητικών εργαλείων @

#### 4. ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

- Εμπειρικές @

#### 5. ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ @

#### 6. ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ @

#### 7. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΚΔΟΤΗ

Οι επιστολές μπορεί να είναι έκτασης ως 500 λέξεων και να περιλαμβάνουν κρίσεις, ή σχόλια για εργασίες που έχουν ήδη δημοσιευτεί σε 2 προηγούμενα τεύχη.

\*Όπου αναγράφεται το σύμβολο @, υπάρχουν αναρτημένες οι επιπλέον σχετικές, εξειδικευμένες οδηγίες στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ @

Έως ότου ολοκληρωθεί το σύστημα ηλεκτρονικής υποβολής άρθρων, καλούνται οι συγγραφείς να υποβάλλουν τα προς αξιολόγηση άρθρα μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού στη διεύθυνση [journal@enne.gr](mailto:journal@enne.gr). Όλη η αλληλογραφία θα πραγματοποιείται μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Κάθε άρθρο θα συνοδεύεται από **επιστολή του συγγραφέα**, υπόδειγμα της οποίας μπορείτε να βρείτε εδώ ([link](#)) και στην οποία αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Βεβαίωση ότι η εργασία (ολόκληρη ή τμήμα αυτής) δεν έχει δημοσιευτεί (ή υποβληθεί για δημοσίευση) σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή σε άλλο περιοδικό ή μέσο στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.
- Δήλωση ότι το τελικό κείμενο της εργασίας αναγνώστηκε και εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.
- Δήλωση ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφέροντος ή άλλο οικονομικό όφελος σχετικά με την μελέτη
- Γραπτή βεβαίωση άδειας (Αρ. πρωτοκόλλου έγκρισης) διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του φορέα στον οποίο διεξήχθη η εν λόγω μελέτη.
- Βεβαίωση των συγγραφέων για την εγγύηση ότι το άρθρο είναι πρωτότυπη μελέτη και δεν παραβιάζει κανένα δικαίωμα πνευματικής ιδιοκτησίας.
- Δήλωση ότι όλοι οι συγγραφείς έχουν συμβάλει σημαντικά στη διεξαγωγή της μελέτης.
- Στοιχεία του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία (ονοματεπώνυμο, ταχυδρομική και ηλεκτρονική διεύθυνση, τηλέφωνο).

Κατά την υποβολή ξενόγλωσσων άρθρων από Έλληνες συγγραφείς θα πρέπει να υποβάλλεται η αντίστοιχη, ξενόγλωσσα συνοδευτική επιστολή @.

### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι υποβληθείσες εργασίες αξιολογούνται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, εάν συνάδουν με την αποστολή και τους στόχους του Περιοδικού, προκειμένου να προωθηθούν για ανώνυμη αξιολόγηση. Ανάλογα με τη θεματική ενότητα στην οποία ανήκουν, προωθούνται στο υπεύθυνο μέλος της συντακτικής επιτροπής και σε δύο κριτές της αντίστοιχης θεματικής ενότητας, ή σε ανεξάρτητους κριτές.

Οι κριτές αποφαινόμενοι εάν το άρθρο είναι:

- (α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις
- (β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις
- (γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων

(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή  
Η τελική προσαρμογή του κειμένου στις υποδείξεις των κριτών διαπιστώνεται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, ώστε το άρθρο να προωθηθεί προς δημοσίευση.

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η Διεύθυνση Σύνταξης αποφασίζει για τον ταχύτερο δυνατό χρόνο δημοσίευσης των εργασιών, βασιζόμενη σε διάφορα κριτήρια, όπως είναι η τήρηση της προτεραιότητας κατά την ημερομηνία υποβολής, η αναλογία ερευνητικών και ανασκοπικών άρθρων ανά τεύχος, η μη δημοσίευση στο ίδιο τεύχος άρθρων των ίδιων συγγραφέων, άρθρων παρόμοιας θεματολογίας κλπ. Η προτεραιότητα για δημοσίευση βασίζεται στην ημερομηνία αποδοχής και όχι στην ημερομηνία πρώτης υποβολής του κειμένου.

Η Διεύθυνση Σύνταξης διατηρεί το δικαίωμα μικρών τροποποιήσεων της μορφής και του περιεχομένου των εργασιών, ωστόσο, μεγάλες ή ουσιώδεις τροποποιήσεις, κυρίως αναφορικά με το περιεχόμενο, θα γίνονται μόνο με τη σύμφωνη γνώμη των συγγραφέων.

Οι συγγραφείς των ερευνητικών μελετών (πρωτογενών και δευτερογενών) δεν μπορεί να είναι περισσότεροι από έξι (6), παρά μόνο μετά από εξαίρεση (π.χ. όταν πρόκειται για διεπιστημονικές, μεγάλης κλίμακας, πολυκεντρικές μελέτες). Οι συγγραφείς των υπόλοιπων εργασιών δεν μπορεί να είναι περισσότεροι από τρεις (3), με πιθανή εξαίρεση, κάποια γενικά άρθρα μεθοδολογικού τύπου, ή κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες.

### ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ (λίστα ελέγχου – check list)

Σε κάθε άρθρο που υποβάλλεται, οι συγγραφείς θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα εξής (προς διευκόλυνσή σας, τσεκάρητε δίπλα, τι από τα παρακάτω έχετε υποβάλει):

01. Συνοδευτική Επιστολή (υπάρχει υπόδειγμα)
02. Σελίδα τίτλου\*
03. Σελίδα περίληψης\*
04. Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου
05. Κυρίως κείμενο του άρθρου
06. Συμβολή των συγγραφέων
07. Χρηματοδότηση (εάν υπάρχει)
08. Ευχαριστίες (εάν υπάρχουν)
09. Προηγούμενη δημοσίευση (εάν υπάρχει)
10. Βιβλιογραφικός κατάλογος
11. Πίνακες και σχήματα

\* θα υπάρχουν και στην αγγλική γλώσσα. Δείτε οδηγίες που ακολουθούν

### Σελίδα τίτλου

- Τίτλος έως 25 λέξεις (πεζοί - έντονοι χαρακτήρες)
- Ονοματεπώνυμο, φορέας εργασίας (πχ ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»). Με εκθέτες, κάθε όνομα θα παραπέμπει στον αντίστοιχο φορέα
- Υπεύθυνος αλληλογραφίας (ονοματεπώνυμο, ηλεκτρονική διεύθυνση, τηλέφωνο επικοινωνίας)
- Ημερομηνία υποβολής
- Όλα τα παραπάνω και στην Αγγλική γλώσσα (σε χωριστή σελίδα)

### Σελίδα περίληψης

- Τίτλος του άρθρου (πεζοί-έντονοι χαρακτήρες)
- Η λέξη ΠΕΡΙΛΗΨΗ, γράφεται με έντονους κεφαλαίους χαρακτήρες
- Η περίληψη δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 250-300 λέξεις (βλέπε σχετικό link ανάλογα με το είδος του άρθρου)
- Θα πρέπει να υποβάλλεται στην ελληνική & αγγλική γλώσσα, χωρίς βιβλιογραφικές αναφορές, ή συντμήσεις λέξεων.
- Εάν το άρθρο υποβάλλεται στην αγγλική γλώσσα, δεν χρειάζεται η ελληνική εκδοχή του τίτλου ή της περίληψης.
- Ακολουθείται από 3 (τρεις) έως έξι (6) λέξεις κλειδιά κατά αλφαβητική σειρά, οι οποίες θα πρέπει να προκύπτουν από το περιεχόμενο του άρθρου και να διαχωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα (,). Οι λέξεις κλειδιά θα πρέπει να είναι γενικού περιεχομένου και να διευκολύνουν τον εύκολο ευρετηριασμό του άρθρου κατά την αναζήτησή του, στις βάσεις δεδομένων από άλλους ερευνητές.
- Περίληψη και στην αγγλική γλώσσα (σε χωριστή σελίδα)

### Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου

Τα βασικά σημεία του άρθρου (highlights/key points) αναγράφονται σε χωριστή σελίδα και αφορούν στα κύρια ευρήματα, παρέχοντας μια γρήγορη ματιά του συνολικού άρθρου. Περιλαμβάνουν τρεις έως πέντε προτάσεις (με κουκίδες) που περιγράφουν την ουσία της ανασκόπησης ή της έρευνας (αποτελέσματα ή συμπεράσματα) και τονίζουν τη σημασία του άρθρου. Η κάθε πρόταση δεν θα πρέπει να ξεπερνά τους 85 χαρακτήρες (μαζί με τα κενά διαστήματα και τα σημεία στίξης). Η φράση ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ γράφεται με κεφαλαίους έντονους χαρακτήρες.

*Παράδειγμα στην Ελληνική γλώσσα*

Παπαδόπουλος Δ, Βασιλείου Γ, Γεωργίου Α (2014). Επαγγελματική εξουθένωση και καθημερινή λειτουργικότητα: Μια θεωρητική ανάλυση. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 5: 14-20.

### Βασικά Σημεία του Άρθρου

- Ανάλυση της εξουθένωσης από την οπτική του εργαζόμενου.
- Η εξουθένωση ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στην καθημερινότητα.
- Η εξουθένωση αυξάνεται ανάλογα με τις εργασιακές απαιτήσεις.
- Η εξουθένωση μειώνεται ανάλογα με τα εργασιακά αποθέματα.
- Οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα εξουθένωσης χρήζουν εξατομικευμένης στήριξης.

#### Παράδειγμα στην Αγγλική γλώσσα

Papadopoulos D, Vasiliou G, Georgiou A (2014). Professional burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 5: 14-20.

#### Highlights /key points

- Discussion of burnout from the perspective of the employee.
- Chronic burnout is conceptualized as a crucial moderator of daily functioning.
- Burnout increases according to daily job demands.
- Burnout decreases according to daily job resources.
- Employees with high levels of burnout need tailored help.

#### Κυρίως κείμενο του άρθρου (manuscript)

Το κυρίως κείμενο (manuscript) θα ακολουθεί την ανάλογη δομή (βλ. σχετικά [@](#), ανάλογα με τον τύπο του άρθρου). Μετά το κείμενο, θα αναγράφεται η Συμβολή του κάθε συγγραφέα αναλυτικά, όπως και οι τυχόν Ευχαριστίες.

#### Συμβολή των συγγραφέων

Όλοι οι συγγραφείς που αναφέρονται σε ένα άρθρο θα πρέπει να έχουν συνεισφέρει ενεργά στη συλλογή των πληροφοριών και στη συγγραφή του (εάν πρόκειται για ανασκόπηση), ή στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, στην εξαγωγή/ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του άρθρου (εάν πρόκειται για έρευνα). Η συμβολή τους θα διαφαίνεται σε όποιο από τα παραπάνω σημεία, με διακριτό τρόπο για τον καθένα και θα περιλαμβάνεται μετά το κυρίως κείμενο και πριν το βιβλιογραφικό κατάλογο. Όλοι οι συγγραφείς επίσης, θα πρέπει να έχουν μελετήσει το περιεχόμενο και εγκρίνει την τελική έκδοση που έχει υποβληθεί προς δημοσίευση. Η συμμετοχή μόνο στην αναζήτηση χρηματοδότησης μιας έρευνας, ή μόνο στη συλλογή των δεδομένων δεν δικαιολογεί την αναφορά μεταξύ των συγγραφέων, η οποία υποκαθίσταται με την έκφραση ευχαριστιών.

Παράδειγμα: ΙΚ: (αρχικά ονομάτων των συγγραφέων) ανέλυσε τα δεδομένα και συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΘΜ: συμμετείχε στη σύλληψη και στο σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και στη συλλογή των δεδομένων. ΠΓ και ΔΚ: Συμμετείχαν στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συλλογή των δεδομένων. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

#### Ευχαριστίες

Κατά την ηλεκτρονική υποβολή του άρθρου, οι συγγραφείς μπορούν να αναγράφουν τις ευχαριστίες τους σε άτομα, φορείς κ.λπ που τους βοήθησαν ουσιαστικά στην εκπό-

νηση της εργασίας τους, επεξηγώντας τους λόγους πχ για την οικονομική ενίσχυση, τη συλλογή των δεδομένων, τη χορήγηση άδειας κ.λπ.

#### Προηγούμενη δημοσίευση

Σε περίπτωση που το άρθρο ή τμήμα του, έχει δημοσιευτεί πχ σε Πρακτικά Συνεδρίου ή αλλού, θα πρέπει να αναγράφεται το «που» και το «πότε».

#### Βιβλιογραφικός κατάλογος

(σύμφωνα με τις οδηγίες, βλ. [@](#))

**Πίνακες – Σχήματα.** Οι πίνακες και τα σχήματα παρατίθενται στο τέλος του άρθρου, σε χωριστή σελίδα το καθένα από αυτά. Ωστόσο, εντός του κυρίως κειμένου του άρθρου θα πρέπει να μπαίνει σε παρένθεση η ένδειξη (Πίνακας ΧΧ κάπου εδώ).

- Θα πρέπει να είναι αριθμημένοι με αραβικούς αριθμούς (1,2,3) και να αναφέρονται με τη σειρά παράθεσής τους και μέσα στο κείμενο (π.χ. Πίνακας ΧΧ, εντός του κειμένου).
- Θα πρέπει να συνοδεύονται από ένα βραχύ τίτλο και να αναφέρεται η πηγή τους, αν δεν προέρχονται από πρωτογενές υλικό.
- Η έκταση κάθε πίνακα δεν πρέπει να υπερβαίνει τη μια σελίδα.
- Σε περίπτωση χρησιμοποίησης υλικού (πινάκων, σχημάτων) που έχει ήδη δημοσιευθεί αλλού, θα πρέπει να εξασφαλίζεται, πριν την υποβολή του άρθρου, η άδεια από τους αρχικούς συγγραφείς ή αυτούς που κατέχουν τα πνευματικά δικαιώματα του αναπαράγόμενου υλικού. Οι συγγραφείς των δημοσιευμένων άρθρων έχουν την ευθύνη για οποιαδήποτε επίπτωση από παραβίαση του copyright τρίτων.
- Συντμήσεις μέσα στους πίνακες, σχήματα κ.λπ. θα πρέπει να επεξηγούνται στο κάτω μέρος τους, με μορφή υποσημείωσης.
- Χρησιμοποιήστε μέγεθος γραμματοσειράς από 8 έως 10. Χρησιμοποιήστε μόνο δύο διαφορετικά μεγέθη γραμματοσειράς σε κάθε πίνακα (ένα μέγεθος είναι προτιμότερο).
- Θα πρέπει οι οριζόντιες και κάθετες γραμμές του πίνακα να μην είναι εμφανείς, εκτός από τις ακόλουθες: πάνω και κάτω περίγραμμα και κάτω από τους τίτλους των στήλων.

#### Παραρτήματα

Προτείνεται η αποφυγή παράθεσης παραρτημάτων. Σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο παρατίθενται σε χωριστή σελίδα, μετά το βιβλιογραφικό κατάλογο και πριν από τους πίνακες.

### Άλλες οδηγίες μορφοποίησης

- Τα άρθρα θα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα με γραμματοσειρά TIMES NEW ROMAN, μεγέθους 12 και διάστιχο 1.5. Τα περιθώρια της σελίδας θα πρέπει να είναι 2.54 περιμετρικά της σελίδας. Η αρίθμηση των σελίδων θα πρέπει να εμφανίζεται στην κάτω δεξιά γωνία της σελίδας.
- Για τη διατήρηση της ανωνυμίας, στο άρθρο δεν θα πρέπει να αναφέρονται ονοματεπώνυμα ατόμων, νοσοκομείων ή άλλων φορέων, αλλά να περιγράφονται σε γενικές γραμμές όπως π.χ. «...το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενός ελληνικού, γενικού περιφερειακού νοσοκομείου...»
- Αποφύγετε τις συντομογραφίες, οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιοσδήποτε συντμήσεις οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν, θα πρέπει να καταγράφονται πλήρως και να ακολουθούνται από τα αρχικά γράμματα εντός παρενθέσεως, την πρώτη φορά που εμφανίζονται π.χ. World Health Organization (WHO) και στη συνέχεια χρησιμοποιείται μόνο με το ακρωνύμιο WHO. Αποφύγετε την υπερβολική χρήση πολλαπλών ακρωνυμίων.
- Μην χρησιμοποιείτε κεφαλαίο αρχικό γράμμα σε διάφορες λέξεις, χωρίς λόγο π.χ. διευθυντής, νοσηλευτής, καθηγητής.
- Μονάδες μέτρησης μήκους, ύψους, βάρους και όγκου θα πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες, σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα.
- Στο κείμενο, να αποφεύγεται η γραφή σε α' ενικό ή α' πληθυντικό πρόσωπο, καθώς και η χρήση προσωπικών αντωνυμιών, όπως «εγώ» ή «εμείς». Οι αναφορές να γίνονται σε τρίτο Πρόσωπο και παθητική φωνή. Π.χ. αντί να γράψουμε «κάναμε αυτήν την έρευνα με σκοπό...» ή «προτείνουμε τα εξής μέτρα» γράψουμε «αυτή η έρευνα έγινε με σκοπό...» ή «προτείνονται τα εξής μέτρα».
- Μέσα στο κείμενο δεν χρησιμοποιούνται υπογραμμίσεις, έντονοι (bold) και πλάγιοι (italics) χαρακτήρες.
- Το κείμενο της εργασίας θα πρέπει να είναι χωρισμένο σε παραγράφους. Η παραγραφοποίηση βοηθά στην κατάτμηση ενός κειμένου ώστε αυτό να γίνεται ευκολότερα αναγνώσιμο και περισσότερο κατανοητό. Καλό είναι να αποφεύγονται οι πολύ μεγάλες παράγραφοι, αλλά και οι πολύ μικρές (π.χ. παράγραφος με μια ή δύο προτάσεις).
- Όλες οι παράγραφοι ξεκινούν με μια εσοχή (1 tab). Μεταξύ των παραγράφων δεν θα πρέπει να υπάρχει κενή σειρά, παρά μόνο μετά από κάθε ενότητα (π.χ. κείμενο εισαγωγής, κενή σειρά, κείμενο μεθοδολογίας, κενή σειρά).

- Κεφαλίδες, υποκεφαλίδες κ.λπ. Οι κεφαλίδες μπορούν να είναι τριών (3) επιπέδων, ίδιας γραμματοσειράς (χωρίς αριθμήσεις, στην αριστερή πλευρά της σελίδας, ενώ η στοίχιση του κειμένου παραμένει κεντρική):  
ΕΠΙΠΕΔΟ 1. κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, (bold)  
ΕΠΙΠΕΔΟ 2. πεζά γράμματα με έντονη γραφή, (bold)  
ΕΠΙΠΕΔΟ 3. πεζά γράμματα με πλάγια γραφή, (italics)  
Εάν κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη περαιτέρω υποδιαιρέσεων, προτείνεται η χρήση κουκίδων για τις υπόλοιπες υποκεφαλίδες.

### ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

#### Συγκατάθεση Ενημέρωσης

Οι συγγραφείς θα πρέπει να επιβεβαιώνουν μέσα στο κείμενό τους ότι τήρησαν τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα, όπως αυτές διατυπώνονται σαφώς από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000). Δηλαδή, όπου είναι απαραίτητο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τα αποτελέσματα των μελετών τους προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες, που η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους συμμετέχοντες ανθρώπους και τις αρμόδιες αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

#### Άδειες

Οι συγγραφείς θα πρέπει να έχουν λάβει την άδεια χρήσης ερωτηματολογίων ή άλλων κλιμάκων που χρησιμοποίησαν για την εκπόνηση της έρευνάς τους, από τον κάτοχο πνευματικών δικαιωμάτων αυτών και φέρουν την αποκλειστική ευθύνη της χρήσης τους.

#### Σύγκρουση συμφερόντων (conflict of interest)

Οι συγγραφείς είναι υποχρεωμένοι κατά την υποβολή του άρθρου (συνοδευτική επιστολή), να αναφέρουν κάθε πιθανή σύγκρουση συμφερόντων (π.χ. πατέντα ιδιοκτησίας, αμοιβές ομιλητών ή συμβούλων κ.λπ.). Επίσης, η Διεύθυνση Σύνταξης εξασφαλίζει την ανωνυμία σε περίπτωση που κάποιο άρθρο έχει υποβληθεί από μέλος της Συντακτικής Επιτροπής του Περιοδικού. Τα μέλη της Διεύθυνσης Σύνταξης παροτρύνονται να έχουν επίγνωση των πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων, όπως π.χ. σε περίπτωση εξεργασίας του κειμένου από συνεργάτες και συναδέλφους κριτές. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, θα πρέπει να αναφέρεται με σαφή δήλωση των συγγραφέων.

### **Χρηματοδότηση**

Οι συγγραφείς θα πρέπει να αναφέρουν κατά την ηλεκτρονική υποβολή του άρθρου, κάθε πηγή χρηματοδότησης της έρευνάς τους, από Δημόσιο ή Ιδιωτικό φορέα (όνομα, τόπος και αριθμός χρηματοδότησης). Σε περίπτωση μη χρηματοδότησης θα πρέπει να αναφέρεται με σαφή δήλωση των συγγραφέων.

### **Πνευματικά Δικαιώματα (transfer of copyright)**

Η υποβολή ενός άρθρου, προϋποθέτει ότι δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως, ότι δεν είναι υπό εξέταση για δημοσίευση αλλού και ότι εάν γίνει αποδεκτό δεν θα δημοσιευθεί αλλού, στην αγγλική ή σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, χωρίς τη γραπτή συγκατάθεση του εκδότη.

Εάν ωστόσο, κάποιο άρθρο ή μέρος αυτού, βρίσκεται υπό κρίση, ή έχει προηγουμένως δημοσιευθεί σε πρακτικά ενός Συνεδρίου, αυτό θα πρέπει να αναφέρεται από τους συγγραφείς, κατά την υποβολή του στο Περιοδικό. Προϋπόθεση για τη δημοσίευση οποιουδήποτε άρθρου αποτελεί η παραχώρηση στο ΕΠΝΕ του αποκλειστικού δικαιώματος χρήσης του. Εφόσον γίνει αποδεκτό το άρθρο, οι συγγραφείς καλούνται να αποστείλουν σε σκαναρισμένη μορφή ή ταχυδρομικά, ειδικό έντυπο παροχής άδειας αποκλειστικής δημοσίευσης, το οποίο υπογράφεται από όλους τους συγγραφείς.

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι περιγραφικές ή αφηγηματικές ανασκοπήσεις παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ερευνών πάνω σε ένα θέμα κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, ή τα αποτελέσματα νέων ερευνών με αξιολογική σειρά, τα οποία συσχετίζονται με την προϋπάρχουσα γνώση. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται περιγραφικές ανασκοπήσεις που συμβάλλουν στην εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, στις οποίες συμμετέχουν έως τρεις (3) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτραπεί κείμενο μέχρι 7000 λέξεις εφόσον αιτιολογείται από τη φύση και την προσέγγιση του θέματος και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης.

Η δομή θα πρέπει να είναι η ακόλουθη:

- Τίτλος \*
- Περίληψη \*
- Λέξεις-κλειδιά \*
- Εισαγωγή
- Κύριο θέμα ανασκόπησης
- Συμπεράσματα
- \* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Επισήμανση: Στις περιγραφικές ανασκοπήσεις δεν περιλαμβάνεται κεφάλαιο μεθοδολογίας.

### Περίληψη

Η περίληψη ακολουθεί ενιαία δομή και δεν ξεπερνά τις 250 λέξεις.

### Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως έξι λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας, γραμμένες αλφαβητικά.

Η μορφοποίηση κεφαλαίων και υποκεφαλαίων θα ακολουθεί το εξής παράδειγμα (χωρίς αριθμήσεις, στην αριστερή πλευρά της σελίδας, ενώ η στοίχιση του κειμένου παραμένει κεντρική):

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

**ΤΙΤΛΟΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ** (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

**Υποκεφάλαιο** (πεζά γράμματα με έντονη γραφή, bold)

*Τμήμα υποκεφαλαίου* (πεζά με πλάγια γραφή, italics)

**Υποκεφάλαιο** (πεζά γράμματα με έντονη γραφή, bold)

*Τμήμα υποκεφαλαίου* (πεζά με πλάγια γραφή, italics)

κλπ ανάλογα με το θέμα...

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή θα πρέπει να είναι γραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε οι επαγγελματίες υγείας χωρίς εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα, να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου.

### ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Το κυρίως θέμα χωρίζεται σε υποενότητες (κεφάλαια και υποκεφάλαια) ανάλογα με τα αποτελέσματα από τη διερεύνηση της πρόσφατης διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν αποτελούν περίληψη ή επανάληψη των αποτελεσμάτων που αναγράφονται στο κυρίως θέμα. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της περιγραφικής ανασκόπησης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών, ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από το παρόν άρθρο.

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις αφορούν σε δευτερογενή έρευνα, σπηρίζονται σε ορισμένες βασικές αρχές και απαιτούν συγκεκριμένα μεθοδολογικά βήματα υλοποίησης. Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται συστηματικές ανασκοπήσεις, στις οποίες συμμετέχουν έως έξι συγγραφείς, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων και της περίληψης, οι οποίες ακολουθούν την παρακάτω δομή:

Τίτλος\*  
Περίληψη\*  
Λέξεις-κλειδιά\*  
Εισαγωγή  
Μεθοδολογία  
Αποτελέσματα  
Συζήτηση  
Συμπεράσματα  
Συνεισφορά  
Πίνακες

\* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

### Περίληψη

Η Περίληψη θα πρέπει να είναι δομημένη σε ξεχωριστές ενότητες: εισαγωγή, στην οποία αναφέρεται ο σκοπός και το πλαίσιο της μελέτης, μεθοδολογία, πώς διεξήχθη η έρευνα και ποιες στατιστικές δομικές χρησιμοποιήθηκαν, αποτελέσματα, δηλαδή τα κύρια ευρήματα και συμπεράσματα, στα οποία περιλαμβάνονται και πιθανές επιπτώσεις. Συνιστάται να ελαχιστοποιούνται οι συντομογραφίες και να μην παραθέτονται βιβλιογραφικές αναφορές. Η περίληψη δεν ξεπερνά τις 250-300 λέξεις.

### Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή θα πρέπει να είναι γραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε οι επαγγελματίες υγείας χωρίς εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου.

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σε αυτήν την ενότητα αναφέρεται η μεθοδολογία ανάλυσης των δεδομένων, η μεθοδολογία εντοπισμού του υλικού, η περιγραφή των μελετών που εντοπίστηκαν, τα κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού και η μεθοδολογική ποιότητα του υλικού.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα δύναται να χωρισθούν σε υποενότητες που περικλείουν ξεκάθαρα διαφορετικές κατηγορίες αποτελεσμάτων.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτό το σημείο τονίζεται ο τρόπος που τα αποτελέσματα μπορούν να εφαρμοστούν θεωρητικά και πρακτικά και η συμφωνία ή διαφωνία με αντίστοιχες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Επίσης αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ενδείξεων.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν αποτελούν περίληψη ή επανάληψη των αποτελεσμάτων. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της συστηματικής ανασκόπησης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα να οποία αναδείχθηκαν μέσα από το παρόν άρθρο.

### ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες)

### Πίνακες

Περιλαμβάνονται πίνακες όπως

- Διάγραμμα ροής με το ιστορικό αναζήτησης
- Κατάλογος άρθρων που επιλέχθηκαν με συνοπτικά στοιχεία όπως το δείγμα, η ακολουθούμενη μεθοδολογία και περίληψη των ευρημάτων
- Πίνακες στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων (σε μετα-αναλύσεις)

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ - ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Η εμπειρική έρευνα είναι μια μορφή πρωτογενούς έρευνας και προσέγγισης της γνώσης μέσω της άμεσης ή έμμεσης παρατήρησης ενός φαινομένου. Βασίζεται σε παρατηρήσεις και μετρήσεις, οι οποίες αναλύονται είτε ποσοτικά, είτε ποιοτικά. Η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων, μέσω στατιστικών και μαθηματικών δοκιμασιών.

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται πρωτότυπες εμπειρικές ποσοτικές έρευνες, στις οποίες συμμετέχουν έως έξι (6) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτραπεί κείμενο μέχρι 7000 λέξεις, εφόσον αιτιολογείται από τη φύση και τα αποτελέσματα της έρευνας και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης. Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής:

Τίτλος\*  
Περίληψη\*  
Λέξεις-κλειδιά\*  
Εισαγωγή  
Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Στατιστική Ανάλυση)  
Αποτελέσματα  
Συζήτηση  
Συμπεράσματα  
Συνεισφορά  
Πίνακες  
\* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

### Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250-300 λέξεις και πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: εισαγωγή, στην οποία αναφέρεται σύντομα το βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, σκοπός της έρευνας, υλικό-μέθοδος, το είδος σχεδιασμού της μελέτης, το δείγμα, το πώς και πότε διεξήχθη η έρευνα, και το είδος της στατιστικής ανάλυσης, αποτελέσματα, δηλαδή τα κύρια ευρήματα, και συμπεράσματα που μπορεί να περιλαμβάνουν τις πιθανές προτάσεις για εφαρμογή της νέας γνώσης στην πράξη.

### Λέξεις-κλειδιά

Από τρεις έως πέντε λέξεις σχετικές με το περιεχόμενο της έρευνας και που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της, μετά από αναζήτηση.

### ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε διεθνές επίπεδο. Περιλαμβάνει επίσης, το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα. Σε αυτή την ενότητα θα πρέπει να περιγράφονται οι θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί των εννοιών και μεταβλητών, με τις οποίες ασχολείται η μελέτη, καθώς και η σχέση τους με το θεωρητικό υπόβαθρο. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία. Πολύ προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην κριτική αξιολόγηση και επιλογή των βιβλιογραφικών παραπομπών, ώστε να είναι οι πιο αντιπροσωπευτικές, σύγχρονες και σχετικές. Ο αριθμός τους δε θα πρέπει να υπερβαίνει τις 30. Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και αντίστοιχες αναφορές σε ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν.

Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης. Όπου είναι εφικτό θα πρέπει να διατυπώνονται σαφώς οι ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες θα ελεγχθούν στην πορεία της μελέτης.

Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει τις 3 σελίδες κειμένου.

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τις εξής υποενότητες: Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας και Στατιστική Ανάλυση.

### Σχεδιασμός

Εδώ δηλώνεται σαφώς το είδος του ερευνητικού σχεδίου που χρησιμοποιήθηκε πχ περιγραφική, πειραματική, ημι-πειραματική, συγχρονική, κοόρτης κτλ. Στη συνέχεια περιγράφεται τι ακριβώς περιέλαβε το ερευνητικό σχέδιο. Όπου είναι εφικτό (κυρίως σε μελέτες παρέμβασης), μπορεί να χρήσιμο ένα διάγραμμα ροής κατά CONSORT.

### Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα. Πρέπει να αναφέρεται το είδος και ο τρόπος δειγματοληψίας (τυχαίοποιημένα, διαστρωματωμένα, ευκολίας, σκόπιμη κτλ). Επίσης, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη (όπου είναι εφικτό) και οι λόγοι που επιλέχθηκαν αυτά. Είναι σημαντικό να περιλαμβάνεται αναλυτικά ο τρόπος με τον οποίο έγινε η επιλογή των συμμετεχόντων. Τέλος, θα πρέπει όπου είναι δυνατό να αναφέρεται ο υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος, ή εναλλακτικά το πώς προσδιορίστηκε ο επαρκής αριθμός συμμετεχόντων.



### Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας, η οποία είναι προτιμητέο να μην υπερβαίνει τα πέντε έτη από την ημερομηνία υποβολής. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Αν πρόκειται για ερωτηματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Διατυπώστε γιατί είναι κατάλληλα αυτά τα εργαλεία και οι τεχνικές για τις μεταβλητές. Συμπεριλάβετε στοιχεία από πιλοτική έρευνα, εάν αυτή έγινε.

### Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Αναφέρατε θέματα ηθικής και δεοντολογίας που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, περιγράφοντας τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν. Δηλώστε τις αντίστοιχες άδειες και εξουσιοδοτήσεις από τις επιτροπές ηθικής. Αναφέρατε συμφωνία της έρευνας με διεθνείς ή εθνικές συμβάσεις (πχ Διακήρυξη του Helsinki) και σημειώστε αν δεν ήταν απαραίτητη η λήψη κάποιας άδειας.

### Στατιστική ανάλυση

Αναφέρατε τις στατιστικές δοκιμασίες που συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση δεδομένων, καθιστώντας σαφές γιατί αυτές είναι οι κατάλληλες. Τυχόν χειρισμός των μεταβλητών ή μοντέλα πρόβλεψης θα πρέπει να επεξηγούνται. Αναφέρατε τέλος το στατιστικό πακέτο ανάλυσης δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά θα πρέπει να περιγράφονται τα χαρακτηριστικά (δημογραφικά, κλινικά κτλ) του δείγματος, με αντίστοιχο πίνακα. Επίσης, θα πρέπει να αναφέρεται το ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) του δείγματος, εάν πρόκειται για έρευνα που πραγματοποιήθηκε με χορήγηση ερωτηματολογίων. Θα πρέπει να υπάρχουν οι πίνακες με τα πλήρη δεδομένα που αφορούν στις μεταβλητές που ελέγχονται, ενώ στο κείμενο θα αναφέρονται μόνο τα σημαντικότερα αποτελέσματα σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις. Διαγράμματα θα πρέπει να περιλαμβάνονται μόνο όταν απεικονίζουν σημαντικές πληροφορίες, που δεν περιλαμβάνονται σε πίνακα. Κάθε πίνακας ή σχήμα κλ.π θα πρέπει να αριθμείται και αναφέρεται μέσα στο κείμενο με την απαραίτητη ένδειξη (βλ. γενικές οδηγίες).

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση δεν αποτελεί επανάληψη των αποτελεσμάτων, αλλά εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και να καταλήγει εάν απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα (θα πρέπει να δηλώνεται εάν μέσα από τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται ή απορρίπτονται οι αρχικές ερευνητικές υποθέσεις, εάν υπάρχουν). Σε αυτό το σημείο τονίζεται ο τρόπος που τα αποτελέσματα μπορούν να εφαρμοστούν θεωρητικά και πρακτικά, τονίζοντας τη νέα γνώση που προέκυψε από το άρθρο. Επίσης αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί), καθώς και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ευρημάτων.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, χωρίς αυτά όμως να επαναλαμβάνονται. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από τη μελέτη και προσδιορίζονται πιθανά μέτρα για εφαρμογή στην κλινική πράξη/έρευνα/εκπαίδευση κτλ.

### Συνεισφορά ερευνητών

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες)

### Πίνακες

Οι πίνακες/διαγράμματα (μόνο όσοι είναι απαραίτητοι) θα πρέπει να είναι κατανοητοί, να υπάρχουν επεξηγήσεις των συντημήσεων και να αναφέρονται σε χωριστή τελευταία γραμμή οι αντίστοιχες στατιστικές δοκιμασίες.

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται πρωτότυπες ποιοτικές έρευνες. Ο μέγιστος αριθμός συγγραφέων που μπορούν να μετέχουν στην συγγραφική ομάδα είναι έως έξι (6) συγγραφείς. Ο γενικός κανόνας για την έκταση του κειμένου μπορεί να είναι μέχρι 6,000 λέξεις, ωστόσο μπορούν να γίνουν δεκτές ποιοτικές έρευνες και μέχρι 8,000 λέξεις (εξαιρείται η βιβλιογραφία, η περίληψη και οι τυχόν πίνακες από τον αριθμό των λέξεων). Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής

Τίτλος\*

Περίληψη\*

Λέξεις-κλειδιά\*

Εισαγωγή

Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση Δεδομένων, Αληθοφάνεια/σταθερότητα/εμπιστευσιμότητα)

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Συμπεράσματα

Συμεισφορά

\* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

### Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις και χρειάζεται να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: Εισαγωγή: στην οποία αναφέρεται σύντομα το βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, Σκοπός: θα παρουσιάζεται πολύ σύντομα και θα ξεκινά με τη φράση «Να ...», χωρίς να είναι μεγαλύτερος από μια πρόταση, Υλικό-μέθοδος: το είδος σχεδιασμού της μελέτης, το δείγμα, το πώς και πότε διεξήχθη η έρευνα, και η τεχνική της ανάλυσης των δεδομένων Αποτελέσματα: ποια ήταν τα κύρια ευρήματα και Συμπεράσματα: περιλαμβάνουν το απαύγασμα της έρευνας και μπορεί να περιλαμβάνουν και πιθανές προτάσεις για εφαρμογή της νέας γνώσης στην πράξη.

### Λέξεις-κλειδιά

Από τρεις έως πέντε λέξεις κλειδιά (αλφαβητικά), σχετικές με το περιεχόμενο της έρευνας και που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της, μετά από αναζήτηση.

### ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Όταν ο σκοπός δεν είναι η ανάδειξη ενός θεωρητικού μοντέλου που

θα εξηγηθεί το υπό μελέτη φαινόμενο, στην εισαγωγή θα πρέπει να περιγράφεται το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα και να εξηγηθεί πώς αυτό σχετίζεται με τις παραμέτρους της μελέτης. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία (κατόπιν κριτικής αξιολόγησης των σχετικών, αντιπροσωπευτικών και σύγχρονων θεωρητικών και ερευνητικών πηγών, με αριθμό όχι μεγαλύτερο από 30). Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά σε ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και τις αντίστοιχες αναφορές από την ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν.

Επίσης, στην εισαγωγή θα πρέπει να εξηγηθεί και η συλλογιστική της επιλογής σας για την ποιοτική προσέγγιση μελέτης του συγκεκριμένου φαινομένου. Δεν αρκεί απλώς να δηλώσετε ότι δεν έχει επαρκώς μελετηθεί, αλλά να εξηγήσετε γιατί αυτό το φαινόμενο θα έπρεπε να μελετηθεί με ποιοτικό τρόπο. Επιπλέον, εξηγήστε πώς η μελέτη σας μπορεί να προσθέσει νέα γνώση στη Νοσηλευτική πρακτική.

Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός της μελέτης. Ξεκινήστε την παράγραφο με τη φράση «Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ...». Αν ο σκοπός σας ήταν η μελέτη κάποιας εμπειρίας/βιώματος από ένα συγκεκριμένο φαινόμενο, τότε φροντίστε να είστε όσο μπορείτε πιο σαφείς αναφορικά σε ποιες πτυχές του φαινομένου επιθυμείτε να εστιάσετε. Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει σε έκταση το 1/4 του συνολικού κειμένου.

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τις εξής υποενότητες: Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας και Ανάλυση δεδομένων.

### Σχεδιασμός

Εδώ περιγράφεται με σαφήνεια το είδος της ερευνητικής μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε π.χ. φαινομενολογία (ερμηνευτική ή περιγραφική), εθνογραφία, θεμελιωμένη θεωρία κ.λπ. και εξηγήστε γιατί η συγκεκριμένη μεθοδολογία ήταν η καταλληλότερη για τη δική σας μελέτη (αυτή η τεκμηρίωση κρίνεται ως πολύ σημαντική).

### Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα, το οποίο στις ποιοτικές έρευνες αναφέρεται ως οι «συμμετέχοντες». Συγκεκριμένα, περιγράψτε το είδος και τον τρόπο δειγματοληψίας (μέγιστη απόκλιση δείγμα, εξαιρετικών περιπτώσεων δείγμα, θεωρητική δειγματοληψία κ.λπ), τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των συμμετεχόντων στη μελέτη και τους λόγους που επιλέχθηκαν αυτά τα κριτήρια. Αναφέρατε το μέγεθος του δείγματος (πόσοι/πόσες συμμετείχαν στη μελέτη) και αιτιολογήστε τον αριθμό των συμμετεχόντων (γιατί ο συγκεκριμένος αριθμός είναι κατάλληλος και επαρκής). Δώστε λεπτομέρειες

αναφορικά με το δείγμα, όπως π.χ. ηλικία, ιδιότητα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.λπ, για να βοηθηθεί ο αναγνώστης να κατανοήσει το πλαίσιο της μελέτης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πίνακας για την παρουσίαση των δημογραφικών ή κλινικών χαρακτηριστικών.

### Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας, η οποία είναι προτιμότεο να μην υπερβαίνει τα πέντε έτη από την ημερομηνία υποβολής. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, όπως συνεντεύξεις (μη δομημένη, ημιδομημένη, δομημένη), παρατηρήσεις (συμμετοχική, μη συμμετοχική), μελέτη οπτικοακουστικού υλικού κ.λπ. Συμπεριλάβετε επίσης, τις ερωτήσεις των συνεντεύξεων ή το σχέδιο της τεχνικής της παρατήρησης.

### Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Αναφέρατε θέματα ηθικής και δεοντολογίας που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, περιγράφοντας τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν. Κάθε μέθοδος και τεχνική συλλογής δεδομένων πέρα από τα γενικά ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας φέρει και ειδικά ζητήματα που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη μέθοδο και τεχνική και τα οποία χρειάζεται να αναφερθούν. Δηλώστε τις αντίστοιχες άδειες και εξουσιοδοτήσεις από τις επιτροπές ηθικής. Αναφέρατε συμφωνία της έρευνας με διεθνείς ή εθνικές συμβάσεις (πχ Διακήρυξη του Helsinki).

### Ανάλυση Δεδομένων

Περιγράψτε τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Συμπεριλαμβάνετε εδώ, αν χρησιμοποιήθηκαν, λογισμικό για την ανάλυση δεδομένων π.χ. NVivo κλπ.

Π.χ. The researchers who performed the data analysis, used the Diekelmann, Allen, and Tanner's (1989) Heideggerian phenomenological analysis technique, which includes the following seven stage process....

### Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

Περιγράψτε τις διαδικασίες με τις οποίες διασφαλίστηκαν τα κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας κατά τη διενέργεια της μελέτης, όπως την πιστότητα, σταθερότητα, εμπιστευσιμότητα, αληθοφάνεια κ.λπ. Π.χ. The credibility of findings was ensured through the involvement of three experienced researchers who reached consensus on the coding and analysis of qualitative data. This process aims at both the verification and confirmability of findings.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με σαφήνεια για κάθε

στόχο ή ερευνητική ερώτηση. Χρησιμοποιήστε και υποενότητες, εάν το κρίνετε απαραίτητο. Προσοχή: τα χαρακτηριστικά του δείγματος (δημογραφικά, κλινικά κτλ) δεν περιγράφονται εδώ, έχουν ήδη αναλυθεί στο δείγμα της μελέτης.

Αρχικά, παρουσιάστε σε μια εισαγωγική παράγραφο μια σύνοψη των αποτελεσμάτων που θα αναπτύξετε και στη συνέχεια παρουσιάστε τις θεματικές ενότητες/κατηγορίες/υποκατηγορίες που αναδύονται από τα δεδομένα. Οι θεματικές ενότητες θα πρέπει να υποστηρίζονται από αποσπάσματα από το εμπειρικό υλικό (αφηγήσεις συμμετεχόντων, υλικό από παρατηρήσεις, κείμενα/ντοκουμέντα/ημερολόγια). Μετά την παρουσίαση των θεματικών ενότητων χρειάζεται να εξηγηθεί το πώς οι θεματικές ενότητες σχετίζονται και συνδέονται μεταξύ τους για την παραγωγή εννοιολογικών ή θεωρητικών ερμηνειών του υπό μελέτη φαινομένου (ανάλογα με το είδος της ποιοτικής ανάλυσης πχ στη φαινομενολογία και θεμελιωμένη θεωρία, όχι στην ανάλυση περιεχομένου). Σε αυτή την ενότητα μη χρησιμοποιείτε βιβλιογραφία.

Το κείμενο μπορεί να περιλαμβάνει απεικονιστικά μέσα όπως π.χ. πίνακες και διαγράμματα με τις θεματικές ενότητες/κατηγορίες και υποκατηγορίες της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων, όπως και κάποιο σχήμα για την περιγραφή του θεωρητικού μοντέλου που πιθανά προέκυψε από την ποιοτική ανάλυση.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με το σκοπό της μελέτης. Δεν αποτελεί επανάληψη των αποτελεσμάτων, αλλά εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Σκοπός της είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας, δηλαδή πώς προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα συμπίπτουν ή διαφέρουν από τα δικά σας ερευνητικά αποτελέσματα (μη χρησιμοποιείτε βιβλιογραφία που μόνο υποστηρίζει τα αποτελέσματα σας).

Η συζήτηση θα πρέπει να καταλήγει, απαντώντας τα ερευνητικά ερωτήματα. Ακόμη, πρέπει η συζήτηση να παρουσιάζει το πώς τα αποτελέσματα και η νέα γνώση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων (ή αμφισβήτησης υπάρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπάρχουσών θεωριών και στη βελτίωση της κλινικής πράξης. Επίσης, αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί) που μπορεί να είναι η μη κάλυψη κάποιων κριτηρίων μεθοδολογικής αυστηρότητας της μελέτης.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, χωρίς αυτά όμως να επαναλαμβάνονται. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από τη μελέτη και προσδιορίζονται πιθανά μέτρα για εφαρμογή στην κλινική πράξη/ έρευνα/εκπαίδευση κ.λπ.

### Συνεισφορά ερευνητών

Αναφέρετε με τα αρχικά ονόματα τη συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα.

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται πρωτότυπες μικτής μεθοδολογίας εμπειρικές μελέτες από τις κοινωνικές, συμπεριφορικές, ανθρωπιστικές και επιστήμες υγείας, στις οποίες συμμετέχουν έως έξι (6) συγγραφείς, με έκταση μέχρι 7.000 λέξεις, εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να επιτραπεί κείμενο μέχρι 10.000 λέξεις, εφόσον αιτιολογείται από τη φύση και τα αποτελέσματα της έρευνας και μετά από έγκριση του διευθυντή σύνταξης.

Ο σκοπός των άρθρων μικτής μεθοδολογίας, είναι η ενσωμάτωση των δεδομένων πάνω σε ένα θέμα, μέσα από τον ποσοτικό και ποιοτικό τρόπο ερευνητικής μεθοδολογικής προσέγγισης, με στόχο την ενίσχυση και επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν. Εκτός από τη συνεισφορά του άρθρου στη γνωστική περιοχή του υπό μελέτη θέματος, θα πρέπει να γίνεται συζήτηση σχετικά και με το πώς το συγκεκριμένο άρθρο συμβάλει τη βιβλιογραφία της μικτής ερευνητικής προσέγγισης.

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

- Η σημαντικότητα του ερευνητικού προβλήματος
- Το θεωρητικό πλαίσιο
- Τα ερευνητικά ερωτήματα να απαντώνται μέσα από το μικτό μεθοδολογικό σχεδιασμό
- Να υπάρχει μικτής μεθοδολογίας σχεδιασμός, δειγματοληψία και ανάλυση, καθώς και μίξη των ευρημάτων
- Ποιότητα της συζήτησης και χρησιμότητα των συμπερασμάτων
- Συμβολή της μελέτης στη βιβλιογραφία της μικτής ερευνητικής προσέγγισης.

Τα πρωτότυπα κείμενα που δεν δείχνουν τη μίξη των ποιοτικών και ποσοτικών ευρημάτων ή δεν αναλύουν στη συζήτηση το πώς το συγκεκριμένο άρθρο συνεισφέρει στη βιβλιογραφία της μικτής μεθοδολογικής ερευνητικής προσέγγισης, δεν θα γίνονται αποδεκτά για δημοσίευση.

Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου ενός άρθρου μικτής μεθοδολογίας, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής άρθρων. Επίσης:

Τίτλος\*

Περίληψη\*

Λέξεις-κλειδιά\*

Εισαγωγή

Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση των δεδομένων-Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης)

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Συμπεράσματα

Συνεισφορά

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

\* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

### Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις και πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: εισαγωγή, στην οποία αναφέρεται σύντομα το βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, σκοπός της έρευνας (μία πρόταση), υλικό-μέθοδος, το βασικό είδος σχεδιασμού της μελέτης (ποιοτικό ή ποσοτικό), το δείγμα, το πώς και πότε διεξήχθη η έρευνα, και το είδος της ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης, αποτελέσματα, δηλαδή τα κύρια ευρήματα, και συμπεράσματα που μπορεί να περιλαμβάνουν τις πιθανές προτάσεις για εφαρμογή της νέας γνώσης στην πράξη.

### Λέξεις-κλειδιά

Από τρεις έως πέντε λέξεις σχετικές με το περιεχόμενο της έρευνας και που μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της, μετά από αναζήτηση.

### ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε διεθνές επίπεδο. Περιλαμβάνει επίσης, το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα. Σε αυτή την ενότητα θα πρέπει να περιγράφονται οι θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί των εννοιών και μεταβλητών, με τις οποίες ασχολείται η μελέτη, καθώς και η σχέση τους με το θεωρητικό υπόβαθρο. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία.

Προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην κριτική αξιολόγηση και επιλογή των βιβλιογραφικών παραπομπών, ώστε να είναι οι πιο αντιπροσωπευτικές, σύγχρονες και σχετικές (έως 30 πηγές), να προέρχονται τόσο από ποσοτικές, όσο και από ποιοτικές έρευνες και να υποστηρίζουν την ανάγκη εκπόνησης μελέτης μικτής μεθοδολογίας πάνω στο θέμα. Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και αντίστοιχες αναφορές σε ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν. Στο τέλος, σε χωριστή παράγραφο της εισαγωγής, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης. Ο σκοπός της μελέτης παρουσιάζεται ως αφήγηση προθέσεων ή ως ερευνητική ερώτηση ή ως

ερευνητική υπόθεση που πρέπει να ερευνηθεί. Η έκταση της εισαγωγής δε θα πρέπει να υπερβαίνει σε έκταση το 1/4 του συνολικού κειμένου.

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τις εξής υποενότητες: Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση των δεδομένων, Κριτήρια αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης.

#### Σχεδιασμός

Εδώ δηλώνεται σαφώς το είδος του ερευνητικού σχεδίου που χρησιμοποιήθηκε πχ η μελέτη ήταν κατά βάση ποιοτική, ή ποσοτική. Επίσης, να προσδιορίζεται το είδος της προσέγγισης πχ ήταν ποιοτική, φαινομενολογική προσέγγιση με ερμηνευτικό χαρακτήρα ή π.χ. The mixed methods design was qualitative dominant [QUAL (phen) + quan] (Mayoh & Onwuegbuzie, 2013). The qualitative component relied on the principles of a Heideggerian hermeneutic phenomenology.

Εδώ θα πρέπει να τεκμηριώνονται και οι λόγοι επιλογής του μικτού ερευνητικού σχεδιασμού.

#### Δείγμα μελέτης

Εδώ περιγράφεται ο πληθυσμός και το δείγμα. Πρέπει να αναφέρεται το είδος και ο τρόπος δειγματοληψίας (τυχαίοποιημένη, διαστρωματωμένη, ευκολίας, σκόπιμη κτλ) τόσο για το ποιοτικό, όσο και για το ποσοτικό μέρος της μελέτης. Π.χ. A theoretical sample of Registered Nurses was recruited for the qualitative component of the study and a random sample of Registered Nurses was recruited for the quantitative component...'

Επίσης, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη (όπου είναι εφικτό) και οι λόγοι που επιλέχθηκαν αυτά. Είναι σημαντικό να περιλαμβάνεται αναλυτικά ο τρόπος με τον οποίο έγινε η επιλογή των συμμετεχόντων. Τέλος, θα πρέπει όπου είναι δυνατό να αναφέρεται ο υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος (ποσοτικό μέρος), ή εναλλακτικά το πώς προσδιορίστηκε ο επαρκής αριθμός συμμετεχόντων (ποιοτικό μέρος) πχ ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν επαρκής, αφού διαπιστώθηκε κορεσμός των δεδομένων (ή άλλο κριτήριο) που συλλέχθηκαν.

#### Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, με χωριστές επικεφαλίδες. Πχ ερωτηματολόγια, οδηγός συνέντευξης, ομάδες εστίασης, λίστες παρατήρησης κλπ. Αν πρόκειται για ερωτηματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας

στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Αν πρόκειται για οδηγό ατομικής ή ομαδικής συνέντευξης, περιγράψτε τις ερωτήσεις που αυτός περιλαμβάνει.

#### Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Αναφέρατε θέματα ηθικής και δεοντολογίας που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, περιγράφοντας τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν. Δηλώστε τις αντίστοιχες άδειες και εξουσιοδοτήσεις από τις επιτροπές ηθικής. Αναφέρατε συμφωνία της έρευνας με διεθνείς ή εθνικές συμβάσεις (πχ Διακήρυξη του Helsinki) και σημειώστε αν δεν ήταν απαραίτητη η λήψη κάποιας άδειας.

#### Ανάλυση των δεδομένων

Περιγράψτε τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Πχ.

Για την ποσοτική ανάλυση: For continuous variables that are not normally distributed, non parametric tests like Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis Tests were used while for dichotomous and categorical variables, chi-square and Fischer's exact test were used. Intercorrelations between continuous variables were tested with the Spearman's rho coefficient.

Για την ποιοτική ανάλυση: The researchers who performed the data analysis, used the Diekelmann, Allen, and Tanner's (1989) phenomenological analysis technique, which includes the following seven stage process....

Συμπεριλάβετε και την περιγραφή του ηλεκτρονικού λογισμικού εάν είναι απαραίτητο. Πχ. Τα ποσοτικά δεδομένα της μελέτης, αναλύθηκαν με τη χρήση του SPSS version XX ενώ τα ποιοτικά δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του NVivo Version XX.

#### Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

Κάντε αναφορά στον τρόπο που διασφαλίσατε την εγκυρότητα/αξιοπιστία της ποσοτικής μελέτης (ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων συλλογής των δεδομένων), αλλά και την πιστότητα, σταθερότητα, εμπιστευσιμότητα, αληθοφάνεια κ.λπ. των ποιοτικών σας δεδομένων. Πχ the credibility of findings was ensured through the involvement of three experienced researchers who reached consensus on the coding and analysis of qualitative data. This process aims at both the verification and confirmability of findings.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρουσιάστε τα αποτελέσματα σε αντιστοιχία με τους ερευνητικούς σας σκοπούς ή ερωτήματα. Για τα ποσοτικά δεδομένα παρουσιάστε τα αποτελέσματα σε σχέση με τις αρχικές σας ερευνητικές υποθέσεις, εάν επιβεβαιώθηκαν ή απορρίφθηκαν. Για τα ποιοτικά δεδομένα, περιγράψτε τα θέματα ή τις κατηγορίες και υποκατηγορίες που προέκυψαν, παρέχοντας επαρκή στοιχεία μέσα από την παράθεση των λόγων ή της αφήγησης των ίδιων των συμμετεχόντων ή μέσα από αποσπάσματα παρατηρήσεων ή κειμένων/ντοκουμέντων/ ημερολογίων. Χρησιμοποιείστε υποενότητες όπου χρειάζεται.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση ξεκινά με αναφορά στο σκοπό της εργασίας και εστιάζει στα κύρια αποτελέσματα, ανακεφαλαιώνοντας και ερμηνεύοντας. Επιπλέον, σκοπός της συζήτησης, είναι να συγκρίνει τα αποτελέσματα/ευρήματα με αυτά της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας και να καταλήγει εάν απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα. Ακόμη, η συζήτηση πρέπει να παρουσιάζει πώς τα αποτελέσματα και η νέα γνώση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων (ή αμφισβήτησης υπάρχουσών αντιλήψεων) ή στη δημιουργία θεωριών ή στην προαγωγή υπάρχουσών θεωριών ή στη βελτίωση της νοσηλευτικής πράξης.

Τέλος, αναφέρονται τα δυνατά και αδύνατα σημεία της έρευνας (περιορισμοί), καθώς και η δυνατότητα ή μη, γενίκευσης των ευρημάτων.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα δεν πρέπει να είναι αυθαίρετα, αλλά να προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας, χωρίς αυτά όμως να επαναλαμβάνονται. Εξάγονται συμπεράσματα για την επάρκεια θεωριών σε σχέση με τα δεδομένα, δηλώνοντας αν τα δεδομένα υποστηρίζουν ή καταρρίπτουν τη θεωρία. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της μελέτης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδείχθηκαν μέσα από τη μελέτη και προσδιορίζονται πιθανά μέτρα για εφαρμογή στην κλινική πράξη/έρευνα/εκπαίδευση κτλ.

### Συνεισφορά ερευνητών

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες)

### Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

Οι πίνακες/διαγράμματα (μόνο όσοι είναι απαραίτητοι) θα πρέπει να είναι κατανοητοί, να υπάρχουν επεξηγήσεις των συντημήσεων και να αναφέρονται σε χωριστή τελευταία γραμμή οι αντίστοιχες στατιστικές δοκιμασίες. Το κείμενο μπορεί να περιλαμβάνει και πίνακες με τις κατηγορίες και υποκατηγορίες της ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων, όπως και κάποιο σχήμα για την περιγραφή του θεωρητικού μοντέλου που πιθανά προέκυψε από την ποιοτική ανάλυση.

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ (ερωτηματολογίων και κλιμάκων)

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (ΕΠΝΕ) δημοσιεύει άρθρα που αφορούν στην ανάπτυξη ή τη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα και την ψυχομετρική ή/και γλωσσική στάθμιση ερωτηματολογίων και κλιμάκων. Οι οδηγίες του περιοδικού για τις ποσοτικές εμπειρικές έρευνες, πχ τίτλος, ονόματα, έκταση των άρθρων, περιλήψη, λέξεις κλειδιά, πίνακες, σχήματα κ.λπ. ισχύουν και σε αυτήν την κατηγορία άρθρων.

### ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

#### ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

**Εισαγωγή:** Σύνοψη περιγραφή του πλαισίου της έρευνας και της σχετικής βιβλιογραφίας.

**Σκοπός:** να αναφέρεται: σκοπός της μελέτης είναι η μετάφραση και η ψυχομετρική στάθμιση του [όνομα κλίμακα] στα ελληνικά και μέσα σε παρένθεση στα αγγλικά στην ελληνική γλώσσα ή σε ελληνικό πληθυσμό.

**Περιγραφή αρχικής κλίμακας/ερωτηματολογίου:** Χώρα ανάπτυξης, αριθμός ερωτήσεων, ονόματα υποκλιμάκων, εάν υπάρχουν.

**Συμμετέχοντες – Πληθυσμός:** να αναφέρεται ο αριθμός και τα κύρια δημογραφικά ή/και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

**Πλαίσιο έρευνας:** η τοποθεσία και η χρονολογία συλλογής των δεδομένων.

**Μεθοδολογία:** να αναφέρονται η διαδικασία μετάφρασης και οι κυριότερες στατιστικές δοκιμασίες για τη διερεύνηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

**Αποτελέσματα:** αναφορά κύριων ψυχομετρικών ιδιοτήτων εγκυρότητας και αξιοπιστίας με παράθεση των στατιστικών τιμών (π.χ. του συντελεστή α του Cronbach, του αριθμού των παραγόντων στην μεταφρασμένη κλίμακα, κ.ο.κ.).

**Συμπεράσματα:** θα πρέπει να σχετίζονται με το σκοπό και τα αποτελέσματα και να απορρέουν από αυτά.

**Λέξεις Κλειδιά:** να αναφέρεται υποχρεωτικά μία από τις παρακάτω φράσεις: ψυχομετρική στάθμιση, ανάπτυξη ερωτηματολογίου

#### ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περιγράψτε το σκεπτικό και το πλαίσιο της μελέτης. Παρουσιάστε κριτικά τις κύριες θεωρητικές προσεγγίσεις των όρων και των εννοιών που πραγματεύεται το ερωτηματολόγιο. Εάν υπάρχουν περισσότερα από ένα ερωτηματολόγια που διερευνούν το ίδιο φαινόμενο, τεκμηριώστε γιατί επιλέξατε το συγκεκριμένο. Αναφέρατε ποια θα είναι η συμβολή της στάθμισης του ερωτηματολογίου στην Ελλάδα. Εάν το ερωτηματολόγιο αφορά και διερευνά σε κάποιο κλινικό πρόβλημα και προκύπτει από κλινικές έρευνες, περιγράψτε το πλαίσιο χρήσης του στην κλινική πράξη.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός οφείλει να δίνει έμφαση στην ανάπτυξη και την ψυχομετρική στάθμιση του ερωτηματολογίου. Μπορεί να είναι ακριβώς ο ίδιος με το σκοπό της περίληψης.

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η σειρά των παρακάτω υπο-ενοτήτων είναι ενδεικτική και μπορεί να αλλάξει, ανάλογα με τη φύση του άρθρου

#### Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/ αρχικής κλίμακας

Σκοπός αυτής της ενότητας είναι η λεπτομερής περιγραφή του ερωτηματολογίου, ώστε οι αναγνώστες να μπορούν να έχουν μια πολύ καλή εικόνα του ερωτηματολογίου, χωρίς να χρειαστεί να καταφύγουν σε άλλες βιβλιογραφικές πηγές. Για να γίνει αυτό, περιγράψτε με λεπτομέρεια το ερωτηματολόγιο, το πως κατασκευάστηκε, τη χώρα που αναπτύχθηκε και που έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως. Αναφέρατε τον αριθμό των ερωτήσεων που περιλαμβάνει, τον αριθμό και τα ονόματα των υποκλιμάκων, τον τύπο των απαντήσεων, τον τρόπο βαθμολόγησής του και το εάν υπολογίζεται κάποιο άθροισμα τιμών (σκορ) από τις επιμέρους υποκλίμακες ή το σύνολο της κλίμακας, καθώς και το εύρος τους (ελάχιστη – μέγιστη βαθμολογία). Ερωτήσεις που βαθμολογούνται αντιστρόφως, οφείλουν επίσης να αναφερθούν. Εάν έχει γίνει στάθμιση, επιπλέον της αρχικής, σε άλλη ομάδα πληθυσμού ή σε άλλη χώρα, θα παρουσιαστεί σε αυτήν την ενότητα.

#### Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

Να αναφερθεί το μέγεθος και ο τρόπος επιλογής του δείγματος και τυχόν κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού των συμμετεχόντων. Το μέγεθος του δείγματος οφείλει να είναι επαρκές για τις ανάγκες της ψυχομετρικής στάθμισης (οι περισσότεροι ερευνητές δέχονται ότι χρειάζεται αναλογία αριθμού ερωτήσεων και αριθμού συμμετεχόντων τουλάχιστον 1:10 για τη διερεύνηση της εγκυρότητας των κλι-



μάκων. Αυτό μεταφράζεται πρακτικά στο ότι εάν το προς στάθμιση ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, χρειάζονται τουλάχιστον 260 άτομα για τις στατιστικές δοκιμασίες). Εάν η στάθμιση πραγματοποιήθηκε σε περισσότερα από ένα στάδια, περιγράφεται αναλυτικά ο πληθυσμός για το κάθε στάδιο. Άρθρα που περιγράφουν ψυχομετρική στάθμιση ερωτηματολογίων με πληθυσμό κάτω των 50 ατόμων δεν θα γίνονται δεκτά προς δημοσίευση.

#### **Μετάφραση**

Περιγράψτε αναλυτικά, τη διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα.

#### **Στατιστική ανάλυση**

Αναφέρατε επαρκώς το σύνολο των στατιστικών δοκιμασιών για τη διερεύνηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της κλίμακας στο συγκεκριμένο πληθυσμό και αιτιολογήστε την επιλογή τους.

#### **Ηθική και δεοντολογία**

Δηλώστε α) ότι έχετε λάβει την άδεια από το δημιουργό του ερωτηματολογίου για τη στάθμισή του και β) ότι πραγματοποιήθηκε η προβλεπόμενη διαδικασία λήψης έγκρισης από τη σχετική με τον οργανισμό/υπηρεσία σας επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας για την έρευνα.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Παρουσιάστε εκτενώς τα αποτελέσματα των στατιστικών δοκιμασιών για τις διαδικασίες εγκυρότητας και αξιοπιστίας, καθώς και όλες όσες στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν.

#### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Συζητήστε τα αποτελέσματα σας με βάση τη βιβλιογραφία με ειδική μνεία και αιτιολόγηση των ομοιοτήτων και των διαφορών με την αρχική κλίμακα ή με σταθμίσεις που έγιναν σε άλλες χώρες ή πληθυσμούς.

#### **Περιορισμοί**

Μια παράγραφος μέσα στη συζήτηση ή μια ξεχωριστή παράγραφος θα περιγράφει τους περιορισμούς της στάθμισης. Το να αναφέρονται επαρκώς οι περιορισμοί δεν μειώνει την πιθανότητα να γίνει δεκτό το άρθρο.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Περιγράψτε σε συντομία το κύριο συμπέρασμα της στάθμισης και τον πληθυσμό στον οποίο μπορεί να απευθυνθεί το ερωτηματολόγιο.

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης δέχεται κλινικές περιπτώσεις και μελέτες περίπτωσης, με έκταση μέχρι 5000 λέξεις εξαιρουμένων των πινάκων, των γραφημάτων, της βιβλιογραφίας και της περίληψης.

### Οι μελέτες περίπτωσης μπορούν να περιλαμβάνουν:

- Σπάνιες κλινικές περιπτώσεις, μη συχνές παρενέργειες φαρμάκων
- Παρουσίαση μη συνηθισμένων περιστατικών με σπάνιο νόσημα
- Μη προβλεπόμενες συσχετίσεις νοσημάτων και συμπτωμάτων
- Απροσδόκητα συμβάντα κατά την παροχή της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
- Ευρήματα, τα οποία δίνουν νέα στοιχεία στην επιστημονική κοινότητα για την πιθανή παθογένεια ή διαφορετική εξέλιξη μιας νόσου
- Κλινικές μελέτες/ περιπτώσεις που προσεγγίζονται με διαφορετικούς τρόπους παροχής φροντίδας

### Σχετικά με τη μορφοποίηση του κειμένου, ανατρέξτε στις γενικές οδηγίες υποβολής:

Τίτλος\*

Περίληψη\* ( η διάρθρωση της περίληψης θα έχει την εξής μορφή: Εισαγωγή, Σκοπός, Παρουσίαση περίπτωσης, Συζήτηση, Συμπεράσματα).

Λέξεις-κλειδιά\*

Εισαγωγή

Παρουσίαση Περίπτωσης

Συζήτηση

Συμπεράσματα

Συνεισφορά συγγραφέων

Βιβλιογραφία

Πίνακες -Εικόνες

\* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

### Περίληψη

Η περίληψη δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις και πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ξεχωριστές ενότητες: Εισαγωγή, Σκοπός, Παρουσίαση περίπτωσης.

### Λέξεις κλειδιά:

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας, γραμμένες αλφαβητικά.

### ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ** (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ** (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή θα πρέπει να είναι γραμμένη με τέτοιο τρόπο, ώστε οι επαγγελματίες υγείας που δεν διαθέτουν εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα, να κατανοούν το υπό διερεύνηση θέμα. Η εισαγωγή ολοκληρώνεται με σύντομη αναφορά στο σκοπό του παρόντος άρθρου. Σε αυτήν την ενότητα γίνεται η παρουσίαση του θεωρητικού πλαισίου και της τεκμηριωμένης γνώσης πάνω στο θέμα.

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παρουσιάζονται κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ιστορικό περίπτωσης και ιστορικό νοσηλείας, αξιολόγηση, αντιμετώπιση, επιπλοκές και πορεία εξέλιξης της νόσου.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συζητούνται τα ευρήματα και συγκρίνονται με άλλες μελέτες ή περιπτώσεις.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν αποτελούν περίληψη ή επανάληψη των αποτελεσμάτων που αναγράφονται στο κυρίως θέμα. Αποσαφηνίζεται η συνεισφορά της περιγραφής της μελέτης περίπτωσης στην υπάρχουσα γνώση, προτείνονται θέματα για τροποποίηση πρακτικών, ή για μελλοντική έρευνα, τα οποία αναδειχθηκαν μέσα από το άρθρο.

### ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Αναφέρεται με τα αρχικά ονόματα η συνεισφορά του κάθε συγγραφέα στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι είναι έως έξι (βλ. γενικές οδηγίες).

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Στη μελέτη περίπτωσης μπορούν να ενταχθούν έως 10 βιβλιογραφικές αναφορές (βλ. οδηγίες συγγραφής βιβλιογραφικών παραπομπών).

### ΠΙΝΑΚΕΣ -ΕΙΚΟΝΕΣ

Οι πίνακες/διαγράμματα/εικόνες/ εργαστηριακά ευρήματα, θα πρέπει να είναι κατανοητοί και να υπάρχουν επεξηγήσεις αυτών μέσα στο κείμενο.

Στη συνέχεια παρατίθεται ενδεικτικά μια λίστα-ελέγχου για τους συγγραφείς αυτής της κατηγορίας των άρθρων:

### Λίστα ελέγχου της Μελέτης Περίπτωσης

- Υπάρχει κάτι νέο ή συναρπαστικό σχετικά με την υπόθεση/ μελέτη περίπτωσης;
- Είναι η μελέτη περίπτωσης γραμμένη με αντικειμενικό τρόπο;
- Παρουσιάζονται όλα τα προτεινόμενα μέρη της μελέτης (περίληψη, εισαγωγή, παρουσίαση περίπτωσης, κ.λ.π.) ;
- Η κάλυψη της βιβλιογραφίας είναι πρόσφατη ;
- Η παρουσίαση χρησιμοποίησε τη σχετική τεκμηριωμένη γνώση θεωρίας και πράξης;
- Οι παρεμβάσεις που παρουσιάστηκαν ήταν κατάλληλες για την αξιολόγηση της υπόθεσης που παρουσιάστηκε;
- Έχουν οι συγγραφείς αναφέρει τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η υπόθεση στην επαγγελματική πρακτική ή της ψυχολογίας;

## ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ

Η βιβλιοκριτική αποτελεί περιγραφή και αξιολόγηση ενός βιβλίου. Θα πρέπει να εστιάζει στο σκοπό και το περιεχόμενο του βιβλίου.

### Πριν τη λεπτομερή ανάγνωση του βιβλίου, ελέγξτε:

*Τίτλος* – τι μας προτείνει

*Πρόλογος* – παρέχει σημαντικές πληροφορίες για το σκοπό του συγγραφέα? Βοηθά στη συνολική αξιολόγηση του βιβλίου? Επιτεύχθηκε ο σκοπός που τέθηκε?

*Περιεχόμενα* - παρουσιάζουν τη δομή και οργάνωση του βιβλίου. Συνήθως η ομαδοποίηση των επιμέρους τμημάτων του βιβλίου γίνεται με βάση τον τόπο, το χρόνο ή τη θεματική ενότητα.

### Διαβάστε το κείμενο:

- Καταγράψτε τις εντυπώσεις σας όπως διαβάζετε το βιβλίο και σημειώστε τα σημαντικά σημεία ώστε να χρησιμοποιηθούν ως αναφορές.
- Ποιο είναι το γενικότερο πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το βιβλίο;
- Ποιο είναι το στυλ του συγγραφέα;
- Μπορεί να κινήσει το ενδιαφέρον του διεθνούς κοινού;
- Παρουσιάζονται ξεκάθαρα οι ορισμοί;
- Πόσο καλά αναπτύσσονται οι απόψεις του συγγραφέα;
- Ποιοι τομείς καλύπτονται/δεν καλύπτονται και γιατί;
- Πόσο ακριβείς είναι οι πληροφορίες του βιβλίου; Εάν είναι απαραίτητο, κάνετε δισταύρωση με άλλες πηγές.
- Κρατήστε σημειώσεις για τη μορφή του βιβλίου (δομή και παραγραφοποίηση).
- Εάν υπάρχουν πίνακες ή εικόνες βοηθούν στην κατανόηση του κειμένου;
- Ο βιβλιογραφικός κατάλογος είναι σωστά γραμμένος;
- Χρησιμοποιήθηκαν πρωτογενείς ή δευτερογενείς πηγές; Πως χρησιμοποιούνται μέσα στο κείμενο;
- Σημειώστε σημαντικές παραλείψεις
- Τέλος, έχει επιτευχθεί ο σκοπός του βιβλίου;
- Απαιτείται περαιτέρω έρευνα πάνω στο θέμα που διπραγματεύεται;
- Συγκρίνετε το βιβλίο με άλλα του ίδιου συγγραφέα ή άλλων με παρόμοια θεματολογία

### Συμβουλευτείτε περισσότερες πηγές

Προσπαθήστε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες για το συγγραφέα – το βιογραφικό του, παλιότερες δημοσιεύσεις ή εκδόσεις του - οποιεσδήποτε πληροφορίες είναι σχετικές με το βιβλίο και θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση του έργου του συγγραφέα.

### Προετοιμάστε ένα προσχέδιο κριτικής

Αξιολογήστε προσεκτικά τις σημειώσεις σας και προσπαθήστε να συνθέσετε τη βιβλιοκριτική σας με τέτοιο τρόπο ώστε να περιγράψει τη θέση σας για το βιβλίο. Έπειτα, αναφέρετε τα επιχειρήματα που στηρίζουν αυτή τη θέση. Τα επιχειρήματά σας θα πρέπει να αναπτύσσονται με λογική σειρά.

### Συγγραφή της βιβλιοκριτικής

Ελέγξτε τις σημειώσεις σας και στη συνέχεια με τη βοήθεια του περιγράμματος που έχετε ήδη φτιάξει, αρχίστε να γράφετε. Η βιβλιοκριτική σας, θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

*Αρχικές πληροφορίες* – τον τρόπο βιβλιογραφικής παράθεσης του συγκεκριμένου βιβλίου, π.χ. πλήρης τίτλος, συγγραφέας, τόπος έκδοσης, εκδοτικός οίκος, ημερομηνία έκδοσης, αριθμός έκδοσης, σελίδες, συμπληρωματικό υλικό (χάρτες, πίνακες)

*Εισαγωγή* – με την εναρκτήρια πρόταση προσπαθήστε να τραβήξετε την προσοχή του αναγνώστη. Η εισαγωγή θα πρέπει να παρουσιάζει την κεντρική σας θέση και να προειδεάζει για τον τόνο της βιβλιοκριτικής σας.

*Ανάπτυξη* – Αναπτύξτε το κείμενό σας χρησιμοποιώντας τα επιχειρήματα που σημειώσατε στο προσχέδιό σας. Χρησιμοποιήστε περιγραφή, αξιολόγηση και επεξήγηση του λόγου για τον οποίο ο συγγραφέας έγραψε αυτό το βιβλίο. Χρησιμοποιήστε αναφορές για να δείξετε τα σημαντικά σημεία του κειμένου.

*Συμπέρασμα* – Αν η κριτική σας είναι καλογραμμένη και με επιχειρήματα, το συμπέρασμα θα ακολουθήσει με λογική σειρά. Μπορεί να περιλαμβάνει την τελική αξιολόγηση του βιβλίου ή απλά την επαναδιατύπωση της αρχικής σας πρότασης. Δεν θα πρέπει να εισάγετε νέο υλικό/ιδέες σε αυτό το σημείο.

### Τελικός έλεγχος του προσχέδιου

Αφήστε λίγο χρόνο να μεσολαβήσει ανάμεσα στο προσχέδιο και το τελικό κείμενο.

Διαβάστε προσεκτικά όλο το κείμενο, ελέγχοντας τη σαφήνεια και τη λογική συνέχεια των επιχειρημάτων. Διορθώστε τυχόν γραμματικά ή ορθογραφικά λάθη. Επιβεβαιώστε ότι οι αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν είναι σωστά γραμμένες στο βιβλιογραφικό κατάλογο.

## ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

Το περιοδικό ακολουθεί συγκεκριμένες οδηγίες για τη συγγραφή των βιβλιογραφικών παραπομπών, σύμφωνα με το σύστημα Harvard (*Revised for 2009 version 3.0 editions of: The Coventry University (CU) Harvard Reference Style Guide v3.0, Quickstart Guide v3.0, Glossary v3.0*) και το σύστημα της American Psychological Association (*Publication Manual of the American Psychological Association, APA, Sixth Edition, ISBN 978-1-4338-0561-5*)

Κάθε αναφορά που υπάρχει στο κείμενο θα πρέπει να ανευρίσκεται και στον κατάλογο αναφορών στο τέλος, αλλά και κάθε πηγή του καταλόγου αναφορών θα πρέπει να ανευρίσκεται εντός του κειμένου. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι πανομοιότυπη η καταχώρηση, η ορθογραφία και η σειρά των συγγραφέων.

Τονίζεται ότι η χρήση κειμένου από άρθρο άλλου συγγραφέα, χωρίς αναφορά σε αυτόν, θεωρείται λογοκλοπή. Αποτελεί ένα είδος ακαδημαϊκής ανεντιμότητας και θεωρείται απάτη, καθώς ο συγγραφέας οικειοποιείται υλικό πνευματικής ιδιοκτησίας άλλων. Συνιστά πειθαρχικό παράπτωμα και αποτελεί λόγο απόρριψης του υπό κρίση κειμένου.

### Παραπομπές εντός κειμένου

Οι παραπομπές στο κείμενο μπαίνουν σε παρένθεση και αναφέρουν το επώνυμο του συγγραφέα ή των συγγραφέων και ακολουθεί το έτος έκδοσης π.χ. (Harris 2001). Δεν μπαίνει κόμμα.

Όταν ο συγγραφέας είναι ένας, μπορεί να μπει είτε το επώνυμό του στο κείμενο και το έτος έκδοσης σε παρένθεση π.χ. Ο Stevens (1998) σε μελέτη του βρήκε ότι..., είτε το επώνυμο και το έτος σε παρένθεση στο τέλος της πρότασης π.χ. Σε μελέτη βρέθηκε ο τρόπος αλληλεπίδρασης της θεωρίας με την πράξη (Stevens 1998).

Όταν οι συγγραφείς είναι δύο, τα επώνυμα και των δύο μπαίνουν είτε εντός του κειμένου ακολουθούμενα από το έτος έκδοσης π.χ. Σύμφωνα με τους Cullingworth and Nadin (2007), ή εντός παρένθεσως με το σύμβολο & (Cullingworth & Nadin 2007).

Όταν οι συγγραφείς είναι πάνω από δύο, αναγράφεται το επώνυμο του πρώτου και ακολουθεί το et al ή και συν. αν είναι έλληνες οι συγγραφείς π.χ. (McCulloch et al 2000) ή (Παπαδόπουλος και συν 2013).

Όταν αναφέρονται δημοσιεύσεις του ίδιου συγγραφέα κατά το ίδιο έτος, τότε τοποθετούνται λατινικά γράμματα της αλφαβήτου (a, b, c κλπ) μετά το έτος και μέσα σε παρένθεση π.χ. (Smith 2004a), (Smith 2004b).

Σε πολλαπλές αναφορές, η αναγραφή εντός της παρένθεσης γίνεται με βάση τη χρονολογία δημοσίευσης, ξεκινώντας από την παλιότερη π.χ. (Midgley 1994, Smith 1994, UNCHS 1996, Gandelonas 2002).

Σε περίπτωση απόδοσης εννοιών ή ορισμών κατά λέξη,

αυτοί μπαίνουν σε εισαγωγικά και εκτός από το επώνυμο του συγγραφέα και το έτος, απαιτείται και η συγγραφή της σελίδας π.χ. The author stated «The effect disappeared within minutes» (Lopez, 1993, p. 311), but she did not say which effect. Ή με την εξής μορφή: Lopez (1993, p. 311) found that «the effect disappeared within minutes», but she did not say which effect.

Ως αναφορές χρησιμοποιούνται οι πρωτογενείς μελέτες και μόνο σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η ανεύρεσή τους μπορεί να γίνεται χρήση της πηγής στην οποία έχει εντοπιστεί, αρκεί να είναι ουσιαστικής για το υπό δημοσίευση άρθρο. Στην περίπτωση αυτή, εντός του κειμένου αναγράφεται το επώνυμο του συγγραφέα με το έτος εντός παρένθεσως και στη συνέχεια το επώνυμο του συγγραφέα που χρησιμοποίησε την αρχική πηγή, έτος και σελίδα στο άρθρο του, εντός παρένθεσως π.χ. Weber (1969), as cited by Papa et al (2008, p. 83) provides what he refers to as the ideal modern organization.

### Βιβλιογραφικός Κατάλογος

Ο βιβλιογραφικός κατάλογος στο τέλος του άρθρου, παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για τον εντοπισμό και την ανάκτηση κάθε παραπομπής.

Στον κατάλογο, οι αναφορές τοποθετούνται κατά αλφαβητική σειρά (υπάρχει σχετική επιλογή στο word) με βάση το επώνυμο του πρώτου συγγραφέα.

Δεν μπαίνει αρίθμηση ούτε άλλη σήμανση (bullets). Η δεύτερη σειρά μπαίνει με μια εσοχή.

Οι τίτλοι των βιβλίων και των περιοδικών (ολογράφως και όχι συντομογραφίες) αναγράφονται με πλάγιους χαρακτήρες (italics).

Όταν είναι δύο συγγραφείς, ανάμεσά τους μπαίνει το σύμβολο &, όπως και όταν είναι περισσότεροι από δύο, πριν το όνομα του τελευταίου μπαίνει επίσης το σύμβολο &.

Johnson M., Steward H., Langdon R., Kelly P. & Yong L. (2005). A comparison of the outcomes of partnership caseload midwifery and standard hospital care in low risk mothers. *Australian Journal of Advanced Nursing* 22: 21-27.

### Βιβλίο

Αναγράφεται το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του συγγραφέα, το έτος έκδοσης σε παρένθεση, ο τίτλος του βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (Italics), η έκδοση, ο τόπος έκδοσης και ο εκδοτικός οίκος π.χ. Shotton M.A. (1989). *Computer addiction? A study of computer dependency* (6th eds). London: Taylor & Francis.

### Κεφάλαιο σε βιβλίο

Αναγράφεται το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του συγγραφέα, το έτος έκδοσης σε παρένθεση και ο τίτλος

του κεφαλαίου. Ακολουθεί το «στο» ή «in» (για αγγλόφωνο βιβλίο), το επώνυμο και τα αρχικά του ονόματος του/των συγγραφέα/ων, η έκδοση, ο τίτλος του βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (*Italics*), ο τόπος έκδοσης και ο εκδοτικός οίκος. Π.χ.

Ballinger A. & Clark M. (2001). Nutrition, appetite control and disease. In: J. Payne-James. (3th eds) Artificial nutrition support in clinical practice. London: Greenwich Medical

### Ηλεκτρονικό βιβλίο

Σε χρήση βιβλίων από ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες αναγράφεται το επώνυμο του συγγραφέα και το αρχικό του ονόματος, το έτος έκδοσης, ο τίτλος του ηλεκτρονικού βιβλίου με πλάγιους χαρακτήρες (*Italics*), ο τόπος έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος και προστίθεται με τη λέξη «available at» ή στα ελληνικά «Διαθέσιμο στο», η ηλεκτρονική διεύθυνση και η ημερομηνία πρόσβασης (σε αγκύλη). Σε αγγλόφωνο βιβλίο αναγράφεται η λέξη «accessed», ενώ σε ελληνικό η φράση «ημερομηνία πρόσβασης». Π.χ.

Howson C. (2007). Successful business intelligence: secrets to making BI a killer app [PDF for Digital Editions version]. New York: McGraw Hill. Available at: <http://www.ebooks.com/330687/successful-business-intelligence/howson-cindi/> [Accessed: 6 October 2011]

### Άρθρο

Σε έντυπο ή ηλεκτρονικό άρθρο, αναγράφεται το επώνυμο και αρχικό ονόματος συγγραφέων, το έτος δημοσίευσης σε παρένθεση, ο τίτλος του άρθρου, το πλήρες όνομα του περιοδικού με πλάγιους χαρακτήρες (*Italics*), ο αριθμός του Τόμου και οι αριθμοί της πρώτης και τελευταίας σελίδας της δημοσίευσης.

Όταν είναι δύο συγγραφείς στο άρθρο μεταξύ των επωνύμων τους μπαίνει το σύμβολο &, ενώ όταν είναι παραπάνω από δύο, αναγράφονται τα επώνυμα όλων και πριν τον τελευταίο, μπαίνει το σύμβολο &. Π.χ.

Ang L. & Taylor B. (2005). Managing customer profitability using portfolio matrices. *Journal of Database Marketing and Customer Strategy Management* 12: 298-304.

Johnson M., Steward H., Langdon R., Kelly P. & Yong L. (2005). A comparison of the outcomes of partnership caseload midwifery and standard hospital care in low risk mothers. *Australian Journal of Advanced Nursing* 22: 21-27

### Διατριβή

Θα πρέπει να είναι σαφές αν πρόκειται για MA, MSc ή PhD και το εκπαιδευτικό ίδρυμα που εκπονήθηκε. Π.χ.

Boyce P.J. (2003). Gamma Finder: a Java application to find galaxies in astronomical spectral line data cubes. MSc Dissertation, Cardiff University.

### Πληροφορίες από το Διαδίκτυο (Ιστοσελίδες)

Σε περίπτωση χρήσης ιστοσελίδας ακολουθείται η εξής σειρά: Συγγραφέας (εάν είναι διαθέσιμος) ή οργανισμός, έτος, τίτλος κειμένου, διαθεσιμότητα, ηλεκτρονική διεύθυνση και ημερομηνία πρόσβασης (σε αγκύλη). Π.χ.

Merchant A.T. (2007). Diet, physical activity, and adiposity in children in poor and rich neighbor hoods: a cross-sectional comparison. *Nutrition Journal* [Online]. Available at: <http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-6-1.pdf> [Accessed: 10 May 2007]

National electronic Library for Health (2003). Can walking make you slimmer and healthier? [Online]. (Updated 16 Jan 2005) Available at: <http://www.nhs.uk.hth.walking> [accessed 10 April 2005]

### Πρακτικά Συνεδρίων

Αναγράφονται το επώνυμο και αρχικό ονόματος, το έτος δημοσίευσης, ο τίτλος της εργασίας. Ακολουθεί το «In» ή «Στο» και αρχικό με επώνυμο εκδότη εάν υπάρχει, τίτλος συνεδρίου με ημερομηνία και τέλος τόπος έκδοσης με σελίδες. Π.χ.

Fedelius H.C. (2000). Myopia and significant visual impairment: global aspects. In: LL. Lin (eds). *Myopia Updates II: Proceedings of the 7th International Conference on Myopia*. Taipei, 17-20 November, 1998. Tokyo: Springer, pp. 31-37.



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

**HRBN**   
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

VOLUME 11 - ISSUE 1  
JANUARY - FEBRUARY - MARCH  
2018



Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης  
Hellenic journal of Nursing Science

<http://journal-ene.gr/>

ΤΟΜΟΣ 11 - ΤΕΥΧΟΣ 1

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ  
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ  
ΜΑΡΤΙΟΣ

2018

**ENE**   
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

[www.ene.gr](http://www.ene.gr)