



Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 13, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2020

Volume 13, Issue 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2020

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL

Το παρόν και μέλλον της κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα

The present and future of home nursing care in Greece

Θεοδούλα Αδαμακίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Επίτευξη αλλαγών στο χώρο της υγείας

Achieving change in the Healthcare Sector

Αλεξάνδρα Βλάσση, Νικόλαος Χαμαλίδης, Δημήτριος Παλητζήκας

ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ – SHORT COMMUNICATIONS

Προώπιση της προαγωγής της Υγείας των ευπαθών ομάδων: Ανάπτυξη θεσμικών δεδομένων

Advocating for vulnerable groups' health promotion: development of institutional data

Αικατερίνη Μπούλιαρη

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής ικανοποίηση εργαζομένων σε προνοιακά ιδρύματα με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων

Comparative study of the professional satisfaction of employees working in welfare institutions using three different questionnaires

Αγάπη Κολοβού

Η συμβολή των υπηρεσιών υγείας στην ποιότητα στο τέλος του κύκλου ζωής του ασθενή

The contribution of healthcare services to quality at the end of a patient's life cycle

Αγγελική Κατσαρού, Γεώργιος Ίντας, Χαράλαμπος Πλατής, Ευγενία Πολυδωροπούλου, Γεώργιος Πιερράκος

Η επίδραση της θρησκευτικότητας των ασθενών με Στεφανιαία Νόσο στο άγχος και την κατάθλιψη που εκδηλώνουν στο νοσοκομείο

The effect of religiosity of patients with Coronary Artery Disease on in-hospital anxiety and depression

Μαρία Γκουδινούδη, Βασιλική Καρρά, Κωνσταντίνος Εκμεκτζόγλου, Άννα Κορομπέλη, Ευαγγελία Κουσκούνη

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^{ος} όροφος)
Τηλ.: 210-3648044, Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

ENE 
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
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: ΤΖΑΝΝΗΣ ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: Δρ Θεοδώρα Καυκιά, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

Το ΔΣ της ΕΝΕ:

Πρόεδρος: Δημήτριος Σκουτέλης, Αντιπρόεδρος Α': Απόστολος Κωτσής, Αντιπρόεδρος Β': Γεώργιος Αρβανίτης,
Γενικός Γραμματέας: Τζαννής Πολυκανδριώτης, Αναπληρωτής Γραμματέας: Κωνσταντία Μπελαλή,
Ταμίας: Λάμπρος Μπίζας, Οργανωτικός Γραμματέας: Γεώργιος Αβραμίδης

Μέλη:

Αριστέιδης Δάγλας, Δημήτριος Πιστόλας, Ειρήνη Κολώνια, Μιχαήλ Μαντζανάς, Γεώργιος Δόντσιος,
Παναγιώτης Κοσκινάς, Ευτυχία Γιάγκου, Μαρία Μπλάκα

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας
Δρ. Γεώργιος Κριτωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Παρασκευή Αποστολάρα, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Μαρία Γκριζιώτη, MSc, Αθνή Καλοκαιριού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Μαρία Μαλλιάρου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Στέφανος Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Αθανάσιος Μαστροκόστας, PhD, Ευγενία Μπνασίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Ιωάννα Παπαθανασίου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τζαννής Πολυκανδριώτης, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί», Μαρία Σαρίδη, PhD, Χρύσα Χρυσοβισσάνου, PhD

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Γεώργιος Αργυρίου, Αριστέιδης Βασιλόπουλος, Αικατερίνη Βενέτη, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσίντσαλης, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραϊσκού, Νικόλαος Κοντοδηρόπουλος, Αγορίτσα Κουλούρη, Βαϊά Κωνσταντικάκη, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Γεώργιος Μανομενίδης, Ευαγγελία Μεϊμέτη, Νικόλαος Μπακάλης, Δημήτριος Μπαρουξής, Λάμπρος Μπίζας, Δήμητρα Παλητζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Ποντισίδης, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Αναστάσιος Τζενάλης, Αικατερίνη Τόσκα, Ευάγγελος Φραδέλος

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Dr Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Dr Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, Dr Irena Papadopoulou, Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK, Dr Denise 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, 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, Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy, Dr Thomas Kearns, Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland, Dr Helene Kelly, International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, Dr Vilma Zydziunaite, RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania, Dr Carlos Melo-Dias, Professor of Nursing, Nursing School of Coimbra, Researcher in Health Sciences, Research Unit: Nursing (UICISA:E), Researcher in Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal, Leonardo J Labrague, Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman, Dr Viktor Vus, Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine, Dr Christina Papachristou, Dipl. Psych., MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitätsmedizin, Berlin, Germany

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL

Το παρόν και μέλλον της κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα

The present and future of home nursing care in Greece

Θεοδούλα Αδαμακίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού..... 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Επίτευξη αλλαγών στο χώρο της υγείας

Achieving change in the Healthcare Sector

Αλεξάνδρα Βλάσση, Νικόλαος Χαμαλίδης, Δημήτριος Παλητζήκας..... 6

ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ – SHORT COMMUNICATIONS

Προάσπιση της προαγωγής της Υγείας των ευπαθών ομάδων: Ανάπτυξη θεσμικών δεδομένων

Advocating for vulnerable groups' health promotion: development of institutional data

Αικατερίνη Μπούλιαρη..... 15

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής ικανοποίηση εργαζομένων σε προνοιακά ιδρύματα με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων

Comparative study of the professional satisfaction of employees working in welfare institutions

using three different questionnaires

Αγάπη Κολοβού..... 20

Η συμβολή των υπηρεσιών υγείας στην ποιότητα στο τέλος του κύκλου ζωής του ασθενή

The contribution of healthcare services to quality at the end of a patient's life cycle

Αγγελική Κατσαρού, Γεώργιος Ίντας, Χαράλαμπος Πλατής, Ευγενία Πολυδωροπούλου, Γεώργιος Πιερράκος..... 29

Η επίδραση της θρησκευτικότητας των ασθενών με Στεφανιαία Νόσο στο άγχος και την κατάθλιψη που εκδηλώνουν στο νοσοκομείο

The effect of religiosity of patients with Coronary Artery Disease on in-hospital anxiety and depression

Μαρία Γκουδινούδη, Βασιλική Καρρά, Κωνσταντίνος Εκμεκτζόγλου, Άννα Κορομπέλη, Ευαγγελία Κουσκούνη... 43

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ..... 60

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ..... 62

Το παρόν και μέλλον της Κατ'οίκον Νοσηλευτικής Φροντίδας στην Ελλάδα

The present and future of home nursing care in Greece

Θεοδούλα Αδαμακίδου¹, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου²

1. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Νοσηλευτικής Αποκατάστασης Χρονίως Πασχόντων, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
2. Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο ρμώμενες από το άρθρο για το μέλλον της Κατ'οίκον Νοσηλευτικής Φροντίδας (ΚονΝΦ), τις προκλήσεις και διαστάσεις που η ΚονΝΦ μπορεί να λάβει μέσα στα διάφορα συστήματα υγείας (Landers et al 2016) αλλά και την ελληνική μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το άρθρο σύνταξης επιχειρεί να περιγράψει την παρούσα κατάσταση της ΚονΝΦ στην Ελλάδα. Με αυτό τον τρόπο ευελπιστεί να χαράξει το μέλλον της ΚονΝΦ, αλλά και να προτρέψει τους ιθύνοντες σε αποτελεσματικές και αποδοτικές αποφάσεις, με πολλαπλούς αποδέκτες (χρήστες, επαγγελματίες υγείας, οργανισμοί υγείας, κρατικός προϋπολογισμός).

Η πρώτη αναφορά για την ΚονΝΦ γίνεται στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, 1397/ΦΕΚ 143/ τΑ'/07-10-1983, όπου στο άρθρο 15 αναφέρεται ότι «σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο». Έκτοτε ακολούθησαν πολλές αναφορές στην Ελληνική νομοθεσία για την κατ'οίκον φροντίδα υγείας, οι οποίες όμως παρέπεμπαν σε υπουργικές αποφάσεις και προεδρικά διατάγματα για οργανωτικά και λειτουργικά θέματα, τα οποία όμως δεν εφαρμόστηκαν ποτέ (Adamakidou & Kalokairinou 2017).

Μέχρι πρόσφατα αποσπασματική ήταν η ανάπτυξη μερικών Μονάδων ή Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (π.χ. νοσοκομεία Μεταξά και Άγιοι Ανάργυροι) και στα Κέντρα Υγείας (ΚΥ), ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν συνθήκες για την παράτυπη και παράνομη εμφάνιση ανάλογων υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα. Το 2013 η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας ξεκίνησε ένα πιλοτικό πρόγραμμα με σκοπό την ανάπτυξη και λειτουργία της ΚονΝΦ σε 11 νοσοκομεία της Αθήνας και της περιφέρειας και σε 4 ΚΥ, και τη διευθέτηση θεμάτων που παρακωλύουν τη λειτουργία της υπηρεσίας (ενιαία έντυπα λειτουργίας, διακίνηση ναρκωτικών, διαχείριση αποβλήτων, οχήματα υπηρεσίας, κ.α.). Όραμα των ομάδων εργασίας που συγκροτήθηκαν από επαγγελματίες υγείας των δομών, επαγγελματικούς φορείς και ακαδημαϊκούς ήταν η ανάπτυξη της ΚονΝΦ σε όλη τη χώρα. Αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής ήταν η έκδοση Υπουργικής απόφασης (26847/09-04-2015), η Εγκύκλιος Γ36/Δ.Φ. 14/Γ.Π.οικ.58490/31-07-2015 για την ενιαία λειτουργία των τμημάτων ή υπηρεσιών ΚονΝΦ του πιλοτικού προγράμματος, η επιμόρφωση και κατάρτιση του προσωπικού που εργάζεται στην ΚονΝΦ και το άρθρο 35 του νόμου 4272/ ΦΕΚ 145/τΑ'/11-6-2014 το οποίο προσδιορίζει τις δομές που δύνανται να παρέχουν ΚονΝΦ (Adamakidou & Kalokairinou 2017).

Παράλληλα, σε ακαδημαϊκό επίπεδο διεξάγονται μελέτες για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της ΚονΝΦ στην Ελλάδα, δεδομένα τεκμηριωμένα διεθνώς πριν από πολλές δεκαετίες.

Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ΚονΝΦ αποτυπώνεται πολύ υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών/χρηστών με καρκίνο (Αδαμακίδου 2009, Κουλι 2013, Δελιδάκη και συν 2020), αλλά και από την υπηρεσία του Ελ-

Αναφορά του άρθρου ως: Αδαμακίδου Θ. & Καλοκαιρινού Α. (2020). Το παρόν και μέλλον της κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 13(3): 3-5, <https://doi.org/10.24283/hjns.202031>

Citation: Adamakidou T. & Kalokairinou A. (2029). The present and future of home nursing care in Greece. *Hellenic Journal of Nursing Science* 13(3): 3-5, <https://doi.org/10.24283/hjns.202031>

ληνικού Ερυθρού Σταυρού (Ζάγγα & Δρόσος 2012).

Οι αναφορές για το κόστος των υπηρεσιών ΚοινΦ ξεκινούν το 1992, όπου διαπιστώθηκε ότι το κόστος ενός ασθενούς νοσηλευόμενου στο σπίτι είναι ίσο με το 1/5 – 1/6 του κόστους του νοσηλευόμενου στο νοσοκομείο (Τσιγκουράκος 1992, Τσίτουρα 1997). Άλλη μελέτη αναφέρει ότι μια μέρα νοσηλείας ογκολογικού ασθενή στο νοσοκομείο αντιστοιχεί σε ένα μήνα νοσηλείας στην ΚοινΦ (Kouli et al 2008) και ότι το υγειονομικό κόστος στην κατ'οίκον φροντίδα είναι 2,7 φορές μικρότερο σε σύγκριση με το κόστος της ενδονοσοκομειακής φροντίδας (Κούλη 2013).

Παράλληλα, υλοποιήθηκαν έργα ΕΣΠΑ τα οποία αφορούσαν στην κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα και εμπλουτίζουν με τα παραδοτέα τους, τις γνώσεις μας για τις ανάγκες των ασθενών, των φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας και αναπτύσσουν τον πρώτο ηλεκτρονικό φάκελο για την ΚοινΦ (έργο Πρότυπη Κατ'οίκον Φροντίδα), καταγράφουν τις παρεμβάσεις κατ'οίκον, εκπαιδεύουν επαγγελματίες, φροντιστές, εθελοντές και πιστοποιούν υπηρεσίες (έργο ΑΚΕΣΩ Ι), εκπαιδεύουν επαγγελματίες υγείας στην κατ'οίκον ανακουφιστική φροντίδα (έργο ΑΚΕΣΩ ΙΙ) και εφοδιάζουν τους επαγγελματίες υγείας της ΚοινΦ με πρωτόκολλα για την άσκηση και επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική (έργο Ανάπτυξης Σχεδίων Κατ'οίκον Φροντίδας Βασιζομένων σε Νοσηλευτικές Διαγνώσεις).

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την αξιοποίηση όλης αυτής της παρακαταθήκης είναι η ενημέρωση και αλλαγή της κουλτούρας των χρηστών, του πληθυσμού, αλλά και των επαγγελματιών υγείας για μια πιο φιλική προς την ΚοινΦ στάση, είναι η κοστολόγηση των ιατρονοσηλευτικών πράξεων για την προστασία των χρηστών, η επικαιροποίηση των νοσηλευτικών επαγγελματικών δικαιωμάτων και η καθιέρωση της ειδικότητας της Κοινωνικής Νοσηλευτικής για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας. Τα τελευταία κρίνονται μείζονος σημασίας, καθώς ο νοσηλευτής αποτελεί, σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, ηγετικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, αναλαμβάνοντας ρόλους σύνθετους και καθοριστικούς (case manager) για την υπηρεσία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) γενικότερα (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου 2014, Αδαμακίδου 2015).

Απαραίτητη κρίνεται η διευκρίνιση ότι όλες οι αναφορές αφορούν στην υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας, κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας και όχι στην κατ'οίκον φροντίδα και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι ένα πρόγραμμα με κατά βάση κοινωνικό χαρακτήρα (Υπουργική απόφαση Φ.Ε.Κ.917/τΒ' /17-10-1997) οι υπηρεσίες του εστιάζονται στη φροντίδα (home care) των ωφελούμενων γενικότερα και όχι στη νοσηλευτική τους φροντίδα. Στην Ελλάδα, οι Δημόσιες υπηρεσίες οι οποίες εστιάζονται στη φροντίδα υγείας (home health care) και τη νοσηλευτική φροντίδα (home health nursing care) των χρηστών στο σπίτι είναι πολύ συγκεκριμένες, αποτελούν, συνήθως, διατομεακά Τμήματα των νοσοκομείων στα οποία ανήκουν και οι πάροχοι της φροντίδας υγείας στο σπίτι είναι σχεδόν αποκλειστικά νοσηλευτές. Παράλληλα, στην ΠΦΥ η κατ'οίκον φροντίδα υγείας και η κατ'οίκον νοσηλεία εντάσσονται στους σκοπούς των ΤΟΜΥ (Νόμος 4486/ΦΕΚ 115/τΑ' /07-08-2017). Επίσης, υπάρχουν υπηρεσίες που οργανώθηκαν και λειτουργούν από μη-κυβερνητικές οργανώσεις ή τον ιδιωτικό φορέα. Όπως διαπιστώνεται και διεθνώς η συνεργασία των δύο υπηρεσιών, («Βοήθειας στο σπίτι» και «Κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας») (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού 2007), μπορεί να συμβάλει στην ασθενοκεντρική προσέγγιση του χρήστη και να διασφαλίσει τη συνέχεια και ολοκλήρωση των υπηρεσιών (Genet et al 2012). Στη σημερινή Ελληνική πραγματικότητα, με τα περιοριστικά μέτρα για την προστασία του πληθυσμού της κοινότητας από τον COVID-19, δίνεται βαρύνουσα σημασία από την πολιτεία τόσο στην «Κατ'οίκον Νοσηλεία» όσο και στο «Βοήθεια στο σπίτι» (Δελτίο Τύπου Υπουργείου Υγείας 2020).

Η ΚοινΦ χαρακτηρίζεται ως ο «μεγάλος νικητής» στον αγώνα των μεταρρυθμίσεων που αφορούν στη μείωση του κόστους, καθώς και στην ασφαλή και ποιοτική φροντίδα (Landers et al 2016). Οι διεθνείς τάσεις για το μέλλον της έχουν βασική αρχή την υψηλή ποιότητα με το μικρότερο κόστος και εστιάζουν σε προηγμένα μοντέλα ΚοινΦ για οξείες καταστάσεις, όπως το Hospital at Home (Αδαμακίδου και συν 2015), μοντέλα τηλεφροντίδας και τηλεπαρακολούθησης, ενώ, παράλληλα, στο επίκεντρο βρίσκεται η ενδυνάμωση του χρήστη για την αυτοδιαχείριση των χρόνιων νοσημάτων (Schulman-Green et al 2012).

Ευελπιστούμε λοιπόν, ότι σήμερα, στην Ελλάδα της οικονομικής ύφεσης, των μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και των προκλήσεων για τη δημόσια υγεία, οι προσπάθειες, οι γνώσεις και οι εμπειρίες που υπάρχουν στην παρακαταθήκη μας ότι θα αξιοποιηθούν κατάλληλα από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής προς όφελος του Έλληνα πολίτη.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θεοδούλα Αδαμακίδου
e-mail: adamakidou@yahoo.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adamakidou T. & Kalokerinou A. (2017). Home health nursing services in Greece during the economic crisis. *International Nursing Review* 64(1): 126-134.
- Adamakidou T., Galanis P., Kallergis G., Katostaras T., Patiraki E. & Kalokerinou A. (2015). Assessing health related quality of life in the Greek home health care setting: comparing cancer patients' and nurses' assessment. *Home Health Management and Practice* 27(3): 135-141.
- Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A. & Saltman R. (2012). *Homecare across Europe: current structure and future challenges*. UK: WHO.
- Kouli E., Kaitelidou D., Kalokairinou A. & Siskou O. (2008). The Cost of Home Care for Patients with Malignant Neoplasms. *Home Healthcare Nurse* 26(10): 594-599.
- Kouli E., Kalokairinou A., Prezerakos P., Lemonidou Ch., Galanis P., Tziaferi S. & Kaitelidou D. (2013). Patients' Satisfaction with Home Care Services in Greece. *International Journal of Health Research and Innovation* 1(1): 47-54.
- Landers S., Madigan E., Leef B., et al. (2016). The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value. *Home Health Care Management & Practice* 28(4): 262-278.
- Schulman-Green D., Jaser S., Martin F., Alonzo A., Grey M., McCorke R., Redeker N., Reynolds N. & Whittlemore R. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship* 44(2): 136-144.
- Αδαμακίδου Θ. (2009). *Αυτοαξιολόγηση ποιότητας ζωής ογκολογικών ασθενών που λαμβάνουν κατ'οίκον νοσηλεία και σύγκρισή της με τη νοσηλευτική αξιολόγηση*. Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα.
- Αδαμακίδου Θ. (2015). Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο Α. Καλοκαιρινού (επιμέλεια) *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, Διαθέσιμο στο: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3301/5/00_master_document.pdf [Πρόσβαση: 04 Ιουλίου 2017].
- Αδαμακίδου Θ. & Καλοκαιρινού Α. (2007). Η κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας. *Νοσηλευτική* 46(4): 501-513.
- Αδαμακίδου Θ., Σταθάτος Μ. & Καλοκαιρινού Α. (2015). Νοσοκομειακή περίθαλψη στο Σπίτι: ένα νέο μοντέλο υψηλού επιπέδου κλινικής διαχείρισης ασθενών στην κοινότητα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 32(2): 149-157.
- Δελιδάκη Α., Μήτσας Ε., Γεωργοσοπούλου Σ., Τσελάς Τ., Γαλάνης Π., Καλοκαιρινού Α., Γιαννακοπούλου Μ. & Αδαμακίδου Θ. (2020). Ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας του νοσοκομείου Άγιοι Ανάργυροι. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, (προς δημοσίευση).
- Δελτίο Τύπου Υπουργείου Υγείας 03/04/2020 (2020) Ανακοίνωση Υπουργείου Υγείας για την ένταξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση της πανδημίας του κορονοϊού SARS-CoV-2. Διαθέσιμο στο <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/7008-anakoinwsh-ypourgeiou-ygeias-gia-thn-entaksh-ths-prwtobathmias-frontidas-ygeias-sthn-antimetwpsish-ths-pandhmias-toy-koronoioy-sars-cov-2> [Πρόσβαση 04/04/2020].
- Ζάγγα Α. & Δρόσος Δ. (2012). Μέτρηση Ικανοποίησης των Πολιτών από τη Χρήση της Υπηρεσίας Νοσηλεία στο Σπίτι του Ελληνικού Ερευνητικού Σταυρού με τη χρήση πολυκριτηρίων μεθόδων ανάλυσης. Πρακτικά 2ου Πανελληνίου Φοιτητικού Συνεδρίου ΕΕΕΕ, ΤΕΙ Πειραιά 13-15 Δεκεμβρίου 2012. Πειραιάς, σελ. 319-442.
- Καλοκαιρινού Α. & Αδαμακίδου Θ. (2014). *Κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα, έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα.
- Κούλη Ε. (2013). *Κοινωνικοοικονομική και ποιοτική αξιολόγηση της κατ'οίκον νοσηλείας σε ασθενείς με κακοήγη νεοπλασμάτα*. Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, Αθήνα.
- Τσιγκουράκος Δ. (1992). Πεπραγμένα της πενταετίας της Υπηρεσίας Κατ'οίκον Νοσηλείας. Ιούνιος 1987- Μάιος 1992. Υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας (ΥΚΟΝ) Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς «Αγ. Ανάργυροι», Κηφισιά.
- Τσίτουρα Μ. (1997). Πεπραγμένα 2ης πενταετίας της Υπηρεσίας Κατ'οίκον Νοσηλείας. Ιούνιος 1992- Μάιος 1997. Υπηρεσία Κατ'οίκον Νοσηλείας (ΥΚΟΝ) Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς «Αγ. Ανάργυροι», Αθήνα.

Επίτευξη αλλαγών στο χώρο της υγείας

Αλεξάνδρα Βλάσση¹, Νικόλαος Χαμαλίδης², Δημήτριος Παλιτζήκας³

1. Επιθεωρήτρια Υγείας, MSc, PhD(c), ΥΠΕΔΥΦΚΑ-ΕΟΠΥΥ

2. Διοικητικός Υπάλληλος, MSc, ΕΟΠΥΥ Θεσσαλονίκης

3. Νοσηλεύτης, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπανικολάου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ατομική υγεία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επίτευξη ποιότητας ζωής. Η φροντίδα της υγείας αποτελεί βασική λειτουργία ενός κοινωνικού συστήματος που λειτουργεί ορθά και αποτελεσματικά. Οι συνεχόμενες αλλαγές σε οικονομικό, κοινωνικό και δημογραφικό επίπεδο απαιτούν υψηλή προσαρμοστική ικανότητα από την υγειονομική περίθαλψη για να προσαρμοστεί στην αναπόφευκτη αλλαγή. Στο πλαίσιο των διαδικασιών αλλαγής στην υγειονομική περίθαλψη, πρέπει να συνεργαστούν διάφοροι επαγγελματικοί τομείς και να δημιουργηθεί ενεργητική δέσμευση, αποφεύγοντας παράλληλα τον ανταγωνισμό και τις συγκρούσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών. Προκειμένου να εξασφαλιστεί η μακροπρόθεσμη διατηρησιμότητα στις αλλαγές είναι απαραίτητο να ξεπεραστεί η αδράνεια. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών αποτελεί επίσης σημαντικό στοιχείο της βιωσιμότητας και της ενσωμάτωσης των λειτουργιών. Μια υπηρεσία που μπορεί να ενσωματωθεί ευκολότερα σε ευρύτερα κλινικά συστήματα φαίνεται να έχει μεγαλύτερη πιθανότητα βιωσιμότητας, γεγονός που οφείλεται εν μέρει στην ευκολότερη διασφάλιση της υποστήριξης των ενδιαφερομένων. Επίσης, καθίσταται πιο δύσκολη η κατάργηση αυτών των υπηρεσιών χωρίς σημαντικές επιπτώσεις στο υπόλοιπο σύστημα. Ένας από τους κινδύνους είναι ότι η αλλαγή γίνεται μέρος του συστήματος και θεωρείται δεδομένη και όχι ένα έργο που απαιτεί συνεχή ανάπτυξη και ανάπτυξη. Επομένως, η βιωσιμότητα πρέπει να θεωρηθεί ως συνεχής και όχι ως τελική σταθερή κατάσταση. Στην Ελλάδα στόχος σήμερα είναι να υπάρχει ένα εστιασμένο στον ασθενή σύστημα υγείας με μετατοπισμένη την ισορροπία εξουσίας από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης στον καταναλωτή. Για να γίνει αυτό, είναι σημαντικό να βελτιωθεί ο συντονισμός της περίθαλψης σε όλη την πορεία της. Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των παρόχων είναι απαραίτητη για να πραγματοποιηθεί ο μετασχηματισμός στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά: Αλλαγή, βιωσιμότητα, υγειονομική περίθαλψη

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αλεξάνδρα Βλάσση
e-mail: alessandra_vlassi@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 06/12/2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούλιος 2020

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

Αναφορά του άρθρου ως: Βλάσση Α., Χαμαλίδης Ν. & Παλιτζήκας Δ. (2020). Επίτευξη αλλαγών στο χώρο της υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 13(3): 6-14, <https://doi.org/10.24283/hjns.202032>

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Οι συνεχόμενες αλλαγές σε οικονομικό, κοινωνικό και δημογραφικό επίπεδο απαιτούν υψηλή προσαρμοστική ικανότητα από το σύστημα υγείας για να προσαρμοστεί στην αναπόφευκτη αλλαγή.
- Η ενσωμάτωση μιας υπηρεσίας σε ευρύτερα κλινικά συστήματα φαίνεται να έχει μεγαλύτερη πιθανότητα βιωσιμότητας.
- Η βιωσιμότητα πρέπει να θεωρηθεί ως συνεχής και όχι ως τελική σταθερή κατάσταση.
- Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη για να πραγματοποιηθεί ο μετασχηματισμός στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για μια βιώσιμη κοινωνία που ευημερεί και αναπτύσσεται. Δεδομένων των συνεχών αλλαγών που σημειώνονται στη σύσταση και τη δομή της κοινωνίας και των εξελίξεων στην τεχνολογία, η οργάνωση και η διαχείριση του συστήματος υγείας πρέπει να αξιολογούνται και να αναπτύσσονται συνεχώς προκειμένου να προσφέρεται μια καλή ποιότητα ζωής στους πολίτες μιας χώρας. Όταν πραγματοποιούνται διαδικασίες αλλαγής σε οργανισμούς, αυτές θα πρέπει να διακρίνονται από ενθάρρυνση, υποστήριξη και πόρους (Yukl 2006). Η διοίκηση, στο πλαίσιο της αλλαγής, μπορεί να λάβει διάφορες μορφές με διαφορετική εστίαση, αντίκτυπο και ποιότητα. Προκειμένου να επιτευχθεί η αλλαγή θα πρέπει να ληφθούν μέτρα που θα διευκολύνουν την ενεργοποίηση και την προώθηση της αλλαγής (Paton & McCalman 2008), αν και σε πολλές περιπτώσεις η αλλαγή μπορεί να συμβεί από μόνη της μέσω της αυτοδιαχείρισης στην οργάνωση (Yukl 2006).

Η λειτουργία της διοίκησης μπορεί σε διαφορετικό βαθμό να συνίσταται στη διευκόλυνση της αλλαγής, ανάλογα με τις περιστάσεις και τους εμπλεκόμενους φορείς. Η πρακτική της ηγεσίας μπορεί να χαρακτηρίζεται, σε ποικίλους βαθμούς και με διάφορους τρόπους, από συμμετοχική ηγεσία μέσω της συμμετοχής και της ενδυνάμωσης του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού (Yukl 2006). Η εφαρμογή μπορεί να έρχεται από την κορυφή προς τη βάση ή από τη βάση προς τα πάνω, με ποικίλα αποτελέσματα εξαρτώμενα από τη διαδικασία. Λαμβάνοντας υπόψη τις προκλήσεις και την πολυπλοκότητα στην πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης (Kannampallil et al 2011) είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη διάφορα μοντέλα διοίκησης αλλαγών προκειμένου να υπάρχει μία σφαιρική προοπτική.

Ο χώρος της υγείας σήμερα

Η ατομική υγεία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επίτευξη ποιότητας ζωής. Η φροντίδα της υγείας αποτελεί βασική λειτουργία ενός κοινωνικού συστήματος που λειτουργεί ορθά και αποτελεσματικά. Το σύστημα υγειο-

νομικής περίθαλψης τίθεται υπό πίεση σήμερα λόγω διαφόρων λόγων (Anell 2005). Η οικονομική πίεση αποτελεί παράγοντα που επιδρά τόσο τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης όσο και τον υπόλοιπο πληθυσμό, καθώς όλοι κάποια στιγμή χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας της χώρας τους. Ένα κείμενο ερώτημα σήμερα είναι αν θα πρέπει να εστιάζομαστε σε μέτρα μείωσης του κόστους ή στην ανάπτυξη μιας καλής υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης προσιτής σε όλους. Στο μέλλον, οι δημογραφικές αλλαγές που θα σημειωθούν στο συνεχώς γηρασόμενο πληθυσμό, θα απαιτήσουν μια προσαρμοσμένη υγειονομική περίθαλψη (Anell 2005) προκαλώντας το σύστημα να είναι ήδη προετοιμασμένο στην αναπόφευκτη αλλαγή. Η αχίλλειος πτέρνα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για θεραπεία (Anell 2005).

Τα νοσοκομεία αποτελούν έναν σημαντικό κόμβο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η πολυπλοκότητα της υγειονομικής περίθαλψης εν γένει και ειδικότερα του νοσοκομείου περιγράφεται από τους Glouberman και Mintzberg (2001) ως ένα από τα πιο πολύπλοκα συστήματα που είναι γνωστά στη σύγχρονη κοινωνία. Αυτή η πολυπλοκότητα καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη τη διοίκηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και την επίτευξη αποτελεσματικότητας στις λειτουργίες του. Στο χώρο της υγείας, η αλλαγή και βελτίωση του συστήματος και η αλληλεπίδραση των εμπλεκόμενων στοιχείων είναι ακόμα πιο δύσκολη. Οι Paton και Calman (2008) περιγράφοντας αυτήν την πολυπλοκότητα υποστηρίζει πώς το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δημιουργείται από άτομα που ανήκουν σε ομάδες, μέρος των μονάδων που συνεργάζονται και αποτελούν μέρος ενός μεγαλύτερου οργανισμού. Η διακύμανση των ιδιοτήτων και των στόχων των διαφόρων οντοτήτων καθιστά το συντονισμό και τη διαχείριση του συστήματος στο σύνολό του ιδιαίτερα απαιτητικό. Πέρα από την εσωτερική διοίκηση των νοσοκομείων, εμπλέκονται αρκετοί φορείς εκτός του συστήματος που επηρεάζουν τις δομές και την οργάνωση του χώρου της υγείας.

Η διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών συζητήσεων (Anell 2005) και

ιδιαίτερα η διοίκηση των αλλαγών στο χώρο της υγείας προκαλεί εντάσεις και άγχος σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών παρουσιάστηκαν πολλές διαφορετικές έννοιες με στόχο την αλλαγή και τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης. Στόχος είναι η δημιουργία αξίας στην υγειονομική περίθαλψη. Προτείνονται διάφορες κατευθυντήριες γραμμές για τη βελτίωση της διαδικασίας από την οπτική γωνία του ασθενούς και την αποκέντρωση της εξουσίας με στόχο την βελτιστοποίηση της εργασίας. Σύμφωνα με τους Paton και Calman (2008) η βασισμένη στην αξία φροντίδα πρέπει να επικεντρώνεται πρωτίστως στον ασθενή και στο να αντιμετωπίζεται η εμπειρία του ως μια νέα κατεύθυνση για την υγειονομική περίθαλψη προκειμένου να καταστεί πιο αποδοτική από πλευράς κόστους, όσο και βελτίωσης της φροντίδας μακροπρόθεσμα. Στόχος είναι η υιοθέτηση μιας νέας κουλτούρας φροντίδας όπου το σημείο εκκίνησης βρίσκεται μεταξύ όλων των εργαζομένων στο χώρο της υγείας.

Οργανισμοί υγείας και ανάπτυξη

Η υγειονομική περίθαλψη εν γένει, και ειδικότερα ένα νοσοκομείο, είναι ένα περίπλοκο ζήτημα. Η εξυπηρέτηση των ασθενών που χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη παρέχεται μετά από συνεργασία πολλών διαφορετικών επαγγελματιών, καθένας με κάποια ευθύνη και ρόλο. Αυτή η διεπαγγελματική ομαδική εργασία μπορεί να αποτελέσει αρκετές προκλήσεις για την αποστολή της ομάδας (Anell 2005), η οποία μπορεί να εξαρτηθεί από τους επαγγελματικούς πολιτισμούς που συνιστούν εμπόδια στην αποτελεσματική ομαδική εργασία (Kvarnström 2008). Προκειμένου να κατανοηθεί η πολυπλοκότητα του τρόπου με τον οποίο δημιουργείται η υγειονομική περίθαλψη, μπορεί κανείς να επιχειρήσει να απομονώσει διάφορες λειτουργίες του συστήματος.

Μια σχετικά απλή προσέγγιση για να γίνει αυτή η διάκριση γίνεται από τους Glouberman & Mintzberg (2001). Υποστηρίζουν ότι η υγειονομική περίθαλψη αποτελείται από τέσσερις τομείς: Θεραπεία, Φροντίδα, Έλεγχος και Κοινότητα. Επιπλέον, τα επαγγέλματα ανατίθενται σε διαφορετικούς τομείς. Οι γιατροί που είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία, οι νοσηλευτές για τη φροντίδα, οι διαχειριστές να ελέγχουν και οι ιδιοκτήτες και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τους εξωτερικούς παράγοντες να συνθέτουν την κοινότητα. Αν και αυτός ο τρόπος με την υγειονομική φροντίδα πορτρέτου απλοποιείται και δεν λαμβάνει υπόψη όλες τις επικαλύψεις, μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο κατανόησης της πολυπλοκότητας και των αλληλεπιδράσεων στα όρια μεταξύ των διαφόρων τομέων. Ο οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης, μέχρις ενός ορισμένου βαθμού, αποτελείται από ξεχωριστούς αλληλεπιδρούμενους τομείς και αυτό καθιστά την ολιστι-

κή διαχείριση πολύ δύσκολη (Glouberman & Mintzberg 2001). Οι διαφορετικοί τομείς έχουν το δικό τους σύνολο ημερησίων προγραμμάτων που μπορούν να συμβάλουν σε βελτιστοποίηση του υποσυστήματος και όχι στο σύνολο του συστήματος έχοντας ένα κοινό πρόγραμμα.

Διαχείριση αλλαγής

Η διαδικασία αλλαγής που περιγράφηκε από τον John P. Kotter (1996) προσπάθησε να αποδώσει μια προοπτική για το πώς μπορεί να μοιάζει η αλλαγή. Παρόλο που η καθοδήγηση και η διευκόλυνση διαφέρουν σε κάποιο βαθμό, υπάρχουν ακόμα ενδιαφέρουσες πτυχές από την προοπτική του ηγέτη που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Η προσέγγιση του Kotter μπορεί να υποστηριχθεί ότι είναι από την προοπτική της κυρίαρχης αλλαγής με συγκεκριμένη έμφαση στην καθοδήγηση της ηγεσίας. Παρόλο που αυτό το μοντέλο ηγεσίας δεν είναι πάντοτε προτιμότερο ή αποτελεσματικό, είναι ενδιαφέρον να μελετηθούν τα βήματα που βασίζεται στο πλαίσιο, ως συμβολή στους φορείς που έχουν αναλάβει την ευθύνη της ηγεσίας σε μια διαδικασία αλλαγής.

Η διαδικασία οκτώ στάσεων του Kotter για την ηγετική αλλαγή, στηρίζεται σε μια συνεπή και ολιστική προσέγγιση που απασχολεί αποτελεσματικά το εργατικό δυναμικό (Kotter 1996).

1. Καθιέρωση μιας αίσθησης επείγουσας ανάγκης
2. Δημιουργία του καθοδηγητικού συνασπισμού
3. Ανάπτυξη ενός οράματος και στρατηγικής
4. Επικοινωνία με το όραμα της αλλαγής
5. Ενδυνάμωση των εργαζομένων για ευρεία δράση
6. Δημιουργία βραχυπρόθεσμων κερδών
7. Βελτίωση των κερδών και παραγωγή περισσότερων αλλαγών
8. Παγίωση. Νέες προσεγγίσεις στην κουλτούρα.

Ένα άλλο πλαίσιο για τις διαδικασίες αλλαγής που σχετίζονται με τη διαβούλευση είναι αυτό που κατασκευάστηκε από τον Kurt Lewin (1947). Ο Lewin (1947) περιγράφει τη διαδικασία κοινωνικής αλλαγής με μια αναλογία παγοκύβου που πρέπει να ξεπαγώσει πριν να αλλάξει η φόρμα και στη συνέχεια να παγώσει και πάλι. Μαζί τα δύο μοντέλα αλλαγής παρέχουν μια ολοκληρωμένη κατανόηση σχετικά με τη διαδικασία αλλαγής, τόσο από οργανωτική όσο και από κοινωνική άποψη. Το πλαίσιο του Kotter μπορεί να ειπωθεί ότι έχει κάποια εστίαση στην οργανωτική αλλαγή, ενώ οι θεωρίες του Lewin τονίζουν και εξετάζουν βαθύτερα την κοινωνική αλλαγή.

Διοίκηση αλλαγών στο χώρο της υγείας

Στο πλαίσιο των διαδικασιών αλλαγής στην υγειονομική περίθαλψη, ο Kvarnström (2008) παρέχει πληροφορίες σχετικά με την πρόκληση να συνεργαστούν οι διαφορετικές προοπτικές και οι διάφοροι επαγγελματικοί τομείς και να δημιουργηθεί «ενεργητική δέσμευση και

ενδιαφέρουσα δυναμική», αποφεύγοντας παράλληλα τον «ανταγωνισμό και τις συγκρούσεις» (Kvarnström 2008). Περαιτέρω περιγράφει την αλλαγή ηγεσίας ως κρίσιμη σημασίας συνιστώσα στις διαδικασίες αλλαγής στην υγειονομική περίθαλψη, με ιδιαίτερη αναφορά στη διευκόλυνση της αλλαγής στο υγειονομικό περιβάλλον.

Ο Kvarnström (2008) υπογραμμίζει, επίσης, τη σπουδαιότητα της κατανόησης τόσο του υποκειμένου όσο και του μέρους των ανθρώπων ώστε να είναι σε θέση να διαχειριστεί μια διαδικασία αλλαγής. Δηλαδή, δεν αρκεί να κατανοηθεί η προκληθείσα πρόκληση χωρίς να κατανοηθούν σε βάθος τα συναισθήματα και οι απόψεις που εκφράζουν σε αυτήν τα εμπλεκόμενα άτομα και αντιστρόφως. Βάσει αυτής της συνολικής κατανόησης, ο Kvarnström (2008) προσθέτει τη συνάφεια της εξέτασης της επίδρασης του πλαισίου και του ιστορικού του οργανισμού στις διεργασίες αλλαγής που λαμβάνουν χώρα.

Ο Kvarnström (2008) προσδιορίζει τις ακόλουθες έξι ικανότητες αλλαγής που είναι σημαντικές σε μια διαδικασία αλλαγής: 1. Διαχείριση έργου και εργασία έργου, 2. Ανάπτυξη διαδικασίας, 3. Αλλαγές στην οργάνωση και τη δομή, 4. Κατανόηση και ενσωμάτωση των ικανοτήτων και των κόσμων, 5. Διαχείριση συναισθηματικών διαδικασιών, 6. Επικοινωνία και συντονισμός.

Ένα συγκεκριμένο κομμάτι της διαδικασίας αλλαγής στην υγειονομική περίθαλψη ασχολείται με την αποτελεσματικότητα. Οι Drummond et al (2009), περιγράφουν την ευκαιρία να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος στο σύνολό του και όχι να επικεντρωθούν στην αποτελεσματικότητα των επιμέρους δραστηριοτήτων αναλύοντας μεγαλύτερες μορφές εργασιακών δραστηριοτήτων και βελτιώνοντας τη σύνδεση και την αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Ο Rydenfält (2012) περιγράφει την πηγή των προκλήσεων που τίθενται για την ομαδική εργασία στο χειρουργείο ως διπλή, μέσα από την ομάδα (συχνά με αιτίες που φαίνονται εύκολα εντοπισμένες) και από το γύρω περιβάλλον. Ο Rydenfält (2012) εξηγεί περαιτέρω ότι η ικανότητα της ομάδας να ασκεί την ομαδική εργασία προέρχεται από σχεδιαζόμενες και αναδυόμενες δομές, η πρώτη με επιρροή από τη διοίκηση και η δεύτερη με βάση κοινωνικές συνδέσεις. Αυτή η περιγραφή παρέχει πολύτιμη πληροφόρηση όταν προσπαθεί να κατανοήσει την πολυπλοκότητα των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν στο πλαίσιο της χειρουργικής επέμβασης και της ομαδικής εργασίας.

Το οργανωτικό μοντέλο μετασχηματικής μεταβολής των Συστημάτων Υγείας

Το οργανωτικό μοντέλο των Lukas et al (2007) για την μετασχηματιστική αλλαγή στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζει ένα εννοιολογικό μοντέλο για την καθοδήγηση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης προς τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών σε όλη

τη διοίκηση. Οι Lukas et al (2007) ορίζουν τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης με βάση τέσσερα στοιχεία:

1. Αποστολή, όραμα και στρατηγικές, που καθορίζουν την κατεύθυνση και τις προτεραιότητες.
2. Πολιτισμός, ο οποίος καθορίζεται από τις αξίες και τους κανόνες.
3. Επιχειρησιακές λειτουργίες και διαδικασίες, οι οποίες ενσωματώνονται από την εργασία που γίνεται στην περίθαλψη των ασθενών, και
4. Υποδομές, συμπεριλαμβανομένης της τεχνολογίας των πληροφοριών, των ανθρώπινων πόρων, των φορολογικών υπηρεσιών και της διαχείρισης των υποδομών που υποστηρίζουν την παροχή φροντίδας των ασθενών (Lukas et al 2007).

Η αλλαγή σε οποιαδήποτε από αυτές τις τέσσερις συνιστώσες συνιστά μεταβολή στο σύστημα οργάνωσης/υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με το μοντέλο Lukas et al. Για να διευκολυνθεί αυτή η διαδικασία, το μοντέλο προτείνει πέντε βασικά στοιχεία της μετασχηματιστικής αλλαγής στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης:

1. Η ώθηση να μετασχηματιστεί
2. Η δέσμευση της ηγεσίας για την ποιότητα
3. Οι πρωτοβουλίες βελτίωσης που εμπλέκουν ενεργά το προσωπικό στην ουσιαστική επίλυση προβλημάτων
4. Η ευθυγράμμιση για να επιτευχθεί η συνέπεια της οργάνωσης.

Η ώθηση για μετασχηματισμό αναφέρεται σε εξωτερικές πιέσεις που αναγκάζουν έναν οργανισμό να υποβληθεί σε αλλαγές (Lukas et al 2007). Ενώ η ώθηση για τη μετατροπή γενικά προέρχεται από το εξωτερικό της οργάνωσης, οι εσωτερικοί παράγοντες διαχείρισης της αλλαγής στη βιβλιογραφική ανασκόπηση της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν, επίσης, να απαιτήσουν οργανωτική αλλαγή. Η δέσμευση της ηγεσίας για την ποιότητα αναφέρεται στην αναγνώριση της ανώτερης διοίκησης για την αναγκαιότητα αλλαγής (Lukas et al 2007), καθώς η ανώτερη διοίκηση πρέπει να καθοδηγεί και να προωθήσει την αλλαγή μέσω του οργανισμού. Οι πρωτοβουλίες βελτίωσης είναι πρωτοβουλίες για καλύτερες επιχειρήσεις (Lukas et al 2007). Αυτές οι δεσμεύσεις, εάν διατηρηθούν, έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν τη συνολική αποτελεσματικότητα και τις επιδόσεις ενός οργανισμού. Πρόκειται για μια εξαιρετική ευκαιρία να προσελκύσουν το προσωπικό και να ενσωματώσουν τις ιδέες τους στη διαδικασία αλλαγής (Lukas et al 2007). Επιπλέον, οι πρωτοβουλίες αυτές, σε συνδυασμό με την εμπλοκή του προσωπικού, μπορεί να επιτρέψουν στη διοίκηση κάποια διορατικότητα σχετικά με την ικανότητα πόρων του οργανισμού και τον τρόπο ευθυγράμμισης των πρωτοβουλιών αλλαγών για την επίτευξη συνεκτικότητας σε σχέδια, διαδικασίες και στόχους σε ολόκληρο τον οργανισμό. Τέλος,

η ολοκλήρωση σε έναν οργανισμό είναι απαραίτητη για την κατανομή των ορίων μεταξύ των επιμέρους στοιχείων, έτσι ώστε ο οργανισμός να λειτουργεί ως μια συνεκτική μονάδα (Lukas et al 2007).

Ο Lukas και συνεργάτες (2007) παρουσιάζουν πέντε αλληλένδετα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την επιτυχή εφαρμογή αλλαγών στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Προκειμένου να επιτευχθεί επιτυχής αλλαγή, οι υπεύθυνοι για την αλλαγή της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αναγνωρίσουν την ανάγκη για αλλαγή και να προσλάβουν ενεργά προσωπικό για τη διατήρηση βραχυπρόθεσμων πρωτοβουλιών βελτίωσης για να διαιωνίσουν τα αποτελέσματά τους. Επιπλέον, οι ηγέτες της αλλαγής πρέπει να λάβουν μέτρα για να εξασφαλίσουν ότι αυτές οι πρωτοβουλίες ευθυγραμμίζονται με ευρύτερους οργανωτικούς στόχους και ότι οι οργανικές υπομονάδες είναι ολοκληρωμένες και λειτουργικές ως συνεκτικές μονάδες.

Βασικά στοιχεία της διοίκησης αλλαγών

Τα βασικά στοιχεία της διοίκησης αλλαγών είναι παράγοντες που συνιστώνται συστηματικά για εξέταση από τις θεωρίες διαχείρισης αλλαγών. Τέσσερα βασικά στοιχεία της διαχείρισης της αλλαγής που προκύπτουν από τη βιβλιογραφία περιλαμβάνουν την περιβαλλοντική περίπτωση, την αρμονική οργάνωση, τη δυναμική της εξουσίας και την οργανωτική ικανότητα.

Η περιβαλλοντική περίπτωση αντιπροσωπεύει συνθήκες εξωτερικές της οργάνωσης που την υποχρεώνουν να ξεκινήσει την αλλαγή. Παραδείγματα τέτοιων εξωτερικών περιστάσεων είναι ο αυξημένος ανταγωνισμός και η τεχνολογική καινοτομία, καθώς και οι νομικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί περιορισμοί (Lau 1999).

Η αρμονική οργάνωση αντιπροσωπεύει μια σύγκλιση συμφερόντων μεταξύ ατόμων και μονάδων εντός του οργανισμού. Τα άτομα και οι μονάδες θα πρέπει να έχουν συμβατές αποστολές και οράματα και θα πρέπει να συνεργάζονται για τον ίδιο στόχο. Επιπλέον, τα συνολικά οργανωτικά σχέδια, διαδικασίες και στόχοι θα πρέπει, επίσης, να είναι συμβατά.

Η δυναμική της εξουσίας είναι η ιεράρχηση της επιρροής μέσα σε έναν οργανισμό. Η κατανόηση των οργανωτικών παραγόντων - ατόμων και μονάδων - έχει την ικανότητα να επηρεάζει τα αποτελέσματα και τις αποφάσεις. Η αλλαγή των ηγετών θα πρέπει να υπολογίζεται από αυτούς τους φορείς πριν ξεκινήσουν μια πρωτοβουλία αλλαγής. Αυτό θα αυξήσει τις πιθανότητές τους για επιτυχή αλλαγή.

Η οργανωτική ικανότητα είναι το τελευταίο ουσιαστικό στοιχείο της διαχείρισης της αλλαγής. Οι οργανισμοί πρέπει να διασφαλίζουν ότι διατίθενται οι ανθρώπινοι, οικονομικοί και άλλοι πόροι που απαιτούνται για την αλλαγή. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να υπάρχει το αναγκαίο

σύνολο δεξιοτήτων, καθώς και η βούληση για αλλαγή.

Εκτός από αυτές τις πιο συχνά αναφερόμενες συνιστώσες της διαχείρισης αλλαγών στη βιβλιογραφία, δύο επιπλέον χρήσιμα στοιχεία για την αλλαγή που προκύπτουν από τη βιβλιογραφία είναι: η φύση της αλλαγής και η διαδικασία αλλαγής.

Η φύση της αλλαγής αναφέρεται στις συνιστώσες και στη λογική πίσω από μια πρωτοβουλία αλλαγής. Η αλλαγή των προτάσεων πρέπει να λαμβάνει υπόψη την εξωτερική και την εσωτερική πραγματικότητα του οργανισμού. Επιπλέον, οι υπεύθυνοι αλλαγής πρέπει να διασφαλίζουν ότι υπάρχει επαρκής έρευνα για να επικυρωθεί η ικανότητα της πρότασης αλλαγής να επιλύσει το επιδιωκόμενο πρόβλημα.

Η διαδικασία αλλαγής αντιπροσωπεύει την πρακτική συνιστώσα μιας πρωτοβουλίας αλλαγής (δηλαδή την προσέγγιση βήμα προς βήμα για την εφαρμογή της αλλαγής). Η αλλαγή των ηγετών πρέπει να διασφαλίσει ότι τα μέτρα που λαμβάνονται για την επίτευξη της αλλαγής συμφωνούνται από όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη και αποδεικνύονται ότι επιφέρουν την επιθυμητή αλλαγή. Επιπλέον, πρέπει να ενσωματώσουν τις απαραίτητες διαδικασίες, με βάση την οργανωτική τους περίπτωση, για να περιορίσουν την αντίσταση.

Ενώ οι ηγέτες των αλλαγών πρέπει να προσπαθούν να ενσωματώσουν αυτά τα βασικά στοιχεία της διαχείρισης αλλαγών στην προσέγγισή τους, κανένα στοιχείο ή συνδυασμός στοιχείων δεν αρκεί για να επιτύχει επιτυχώς την αλλαγή. Η διαδικασία αλλαγής των ηγετών πρέπει να προσαρμόσει την προσέγγιση της διαχείρισης αλλαγών στις μοναδικές συνθήκες της οργάνωσής τους. Στην πράξη, οι προσπάθειες αλλαγής ποικίλλουν ανάλογα με την πολυπλοκότητά τους και θα επηρεάσουν την ικανότητα ενός ηγέτη της αλλαγής να ικανοποιήσει αυτά τα βασικά στοιχεία. Για παράδειγμα, η σύμπλευση από όλα τα άτομα που έχουν την ικανότητα να επηρεάζουν τα αποτελέσματα σε έναν οργανισμό μπορεί να είναι αδύνατο μερικές φορές λόγω των διαφορετικών συμφερόντων των ανώτερων στελεχών. Ωστόσο, αν οι ηγέτες της αλλαγής είναι έξυπνοι στην ανάπτυξη της προσέγγισής τους για τη διαχείριση των αλλαγών, ενδέχεται να εξακολουθήσουν να επιτυγχάνουν με επιτυχία αλλαγές υπό το φως των δυσμενών συνθηκών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η διαχείριση αλλαγών στο χώρο της υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο μεγάλου αριθμού ερευνών, όμως πολλά από αυτά τα άρθρα δεν προσφέρουν ένα δομημένο πλαίσιο για τη διαχείριση των πρωτοβουλιών αλλαγών. Αντιθέτως, παρουσιάζουν παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη διαχείριση της αλλαγής. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο της τεχνολογίας πληροφόρησης για την υγεία, αν και δεν περιγράφονται τα ακριβή βήματα

για την επιτυχή διαχείριση της αλλαγής της τεχνολογίας πληροφοριών, υπάρχουν άρθρα που υπογραμμίζουν σημαντικά στοιχεία μιας πρωτοβουλίας διαχείρισης αλλαγών. Για παράδειγμα, ο Kay υπογραμμίζει τη σημασία της χρηστικότητας (δηλαδή της φιλικότητας προς το χρήστη) σε αντίθεση με τη λειτουργικότητα κατά την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών πληροφόρησης στον τομέα της υγείας (Kay 2005).

Από τα άρθρα που εφαρμόζουν ένα μοντέλο για τις πρωτοβουλίες που λαμβάνονται κατά την διοίκηση αλλαγών, η πλειονότητα σχετίζεται με την ψυχιατρική και τη νοσηλευτική πρακτική. Στο πλαίσιο της ψυχιατρικής, ένα άρθρο των Tobin και Wells (1999), συζητά το ζήτημα της εφαρμογής αλλαγών στην ηγεσία και τη διαχείριση για την τελική βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία. Το μοντέλο διαχείρισης αλλαγών που χρησιμοποιείται σε αυτό το άρθρο για την προσπάθεια αλλαγής ευθυγραμμίζεται με το μοντέλο δυναμικής αλλαγής των Hinings και Greenwood (Tobin & Wells 1999). Στην ανάλυσή τους για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να αναληφθεί η πρωτοβουλία αλλαγής, οι Tobin και Wells περιγράφουν τους περιορισμούς της κατάστασης, όπως μια πρόσφατα θεσμοθετημένη πολιτική ψυχικής υγείας που αποσκοπεί στην επίτευξη καλύτερης ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών. Οι Tobin και Wells (1999) περιγράφουν τα ερμηνευτικά σχήματα και ενδιαφέροντα μέσα από μια συζήτηση σχετικά με τις σχέσεις ψυχιατρικής-διαχείρισης και τις περιοχές έντασης. Περιγράφονται στο άρθρο οι εξαρτήσεις της εξουσίας, οι οποίες περιλαμβάνουν τον τρόπο με τον οποίο οι ψυχίατροι μπορούν να επηρεάσουν τη διαχείριση και τη δυναμική εξουσίας μεταξύ κλινικών και μη κλινικών διευθυντών, καθώς και πώς η διοίκηση μπορεί να ασκήσει αποτελεσματική ηγεσία, αλλά και τη σημασία της αποτελεσματικής κατάρτισης για τη διοίκηση. Ενώ ο Tobin και Wells (1999) δεν δηλώνουν ρητά τη χρήση του μοντέλου αλλαγής δυναμικής του Hinings και του Greenwood, η προσέγγισή τους στη διαχείριση αλλαγών στην ψυχιατρική χρησιμοποιεί όλες τις αρχές διαχείρισης της αλλαγής του Hinings και του Greenwood, επικυρώνοντας έτσι την εφαρμογή του μοντέλου σε αυτόν τον τομέα της κλινικής πρακτικής.

Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής, αρκετά άρθρα εστιάζονται στην εφαρμογή της πρακτικής που βασίζεται σε στοιχεία στην περίθαλψη των ασθενών (Gerrish et al 1999). Ο θεωρητικός της διαχείρισης αλλαγών που αναφέρεται πιο συχνά σε αυτά τα άρθρα είναι ο Kurt Lewin. Για παράδειγμα, οι Gerrish et al (1999) χρησιμοποιούν το μοντέλο έρευνας του Lewin για να διερευνήσουν τις γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με την εκτίμηση κινδύνου όσον αφορά τις βλάβες που προκαλούνται από πίεση (κατακλίσεις) στους ασθενείς σε ένα μεγάλο νοσοκομείο. Στη μελέτη τους, οι Gerrish et al (1999) επα-

νεξετάζουν στοιχεία της έρευνας για να εντοπίσουν τις τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές όσον αφορά τις βλάβες που προκαλούνται από πίεση (κατακλίσεις) και αξιολογούν στη συνέχεια τη γνώση και την πρακτική μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο και αναπτύσσουν μια στρατηγική αλλαγής σε συνεργασία με τη διοίκηση και τους κλινικούς ιατρούς. Όπως υποδεικνύεται από το μοντέλο έρευνας δράσης, η διαδικασία που ακολουθείται από τους Gerrish et al (1999) έλαβε υπόψη την εισροή όλων των συμμετεχόντων κατά τον σχεδιασμό της στρατηγικής αλλαγής.

Ο Suc χρησιμοποιεί το μοντέλο τριών βημάτων του Lewin ως πλαίσιο για την εισαγωγή τεχνολογίας γραμμωτού κώδικα σε μια μεγάλη ψυχιατρική μονάδα στο Newfoundland (Martin et al 2012). Στο στάδιο της απόψυξης, εντοπίζει την εστία της αλλαγής και επικοινωνεί με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, των διευθυντικών στελεχών και της διοίκησης, για να προσελκύει εισροές, να δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στη διαδικασία αλλαγής και να βοηθήσει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να αισθανθεί ενδυναμωμένο. Σε όλη τη φάση της αλλαγής, προσδιορίζει τις ομάδες (π.χ. τεχνολογία πληροφοριών, φαρμακείο, κλινικές υπηρεσίες πληροφόρησης, νοσηλευτικό τμήμα, διοίκηση) που απαιτούν συνεχείς προσπάθειες για να εξασφαλιστεί η επιτυχία της διαδικασίας αλλαγής. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό ειδικότερα θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία αλλαγής για να ενισχύσει την αίσθηση της ιδιοκτησίας και έτσι να μετριάσει την αντίσταση. Τέλος, στο στάδιο της επαναψύξης, πρέπει να παρέχονται υπηρεσίες υποστήριξης στο προσωπικό, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, μέχρι όλοι οι χρήστες να αισθάνονται άνετα με την αλλαγή.

Οι Prokosch και η Ganslandt (2009) χρησιμοποιούν όλα τα μοντέλα διαχείρισης αλλαγών του Lewin (π.χ. θεωρία πεδίων, δυναμική ομάδας, έρευνα δράσης και μοντέλο τριών βημάτων) για την επιτυχή εισαγωγή ενός λογιστικού συστήματος μονάδων κόστους σε ένα εκπαιδευτικό νοσοκομείο της Γερμανίας. Στόχος ήταν να εξασφαλιστεί η ακριβής τεκμηρίωση του κόστους που συνδέεται με τις περιόδους φροντίδας του ασθενή. Σύμφωνα με τη θεωρία πεδίου του Lewin, οι παράγοντες που οδηγούν σε αλλαγή αναγνώρισαν πτυχές του νοσοκομειακού περιβάλλοντος που αντιπροσώπευαν τις δυνάμεις υποκίνησης και συγκράτησης για αλλαγή. Αυτό επιτεύχθηκε μέσω της ανάλυσης της κατάστασης της τεκμηρίωσης πριν από την αλλαγή από διαφορετικές απόψεις (π.χ. από την οικονομική άποψη των διαχειριστών, των χειρουργικών ομάδων και της πληροφορικής). Στη συνέχεια αναλύθηκε η δυναμική της ομάδας για να προσδιοριστούν οι απαραίτητες ενέργειες για την υποστήριξη των ανώτερων υπαλλήλων του νοσοκομείου (π.χ. διοικητικό

συμβούλιο, διοικητές), καθώς και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που υπήρχε δυνατότητα να αντιδράσουν στις αλλαγές.

Η κατανόηση της δυναμικής των ομάδων επέτρεψε να δημιουργηθούν εργαστήρια με στόχο την ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων για την ανάγκη αλλαγής (δηλαδή τη δημιουργία της αίσθησης αναγκαιότητας) και να τους δοθεί η ευκαιρία να συμβάλουν στον προγραμματισμό της πρωτοβουλίας αλλαγής. Τέλος, το μοντέλο τριών βημάτων χρησιμοποιήθηκε για την υλοποίηση της πρωτοβουλίας αλλαγής. Αυτό συνεπαγόταν ένα στάδιο απελευθέρωσης, όπου πραγματοποιήθηκαν εργαστήρια για την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την απαίτηση μιας νέας προσέγγισης τεκμηρίωσης, ένα στάδιο μετακίνησης, όπου η νέα τεκμηρίωση τέθηκε σε εφαρμογή και όλες οι ομάδες έλαβαν την απαραίτητη στήριξη για να ικανοποιήσουν την αλλαγή. Και τέλος, το στάδιο της επαναψύξης, όπου δόθηκαν ευκαιρίες ανατροφοδότησης για να διασφαλιστεί η αντιμετώπιση των ανησυχιών (Martin et al 2012). Αυτή η μελέτη περίπτωσης αποτελεί ένα περιεκτικό και καλά δομημένο παράδειγμα των θεωριών διαχείρισης της αλλαγής του Lewin και την ικανότητά τους να επιφέρουν αλλαγές στις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βιωσιμότητα της αλλαγής στο χώρο της υγείας έγκειται στην αντοχή των νέων μεθόδων και επιπέδων απόδοσης στον τομέα της οργάνωσης (Martin et al 2012). Δεν αλλάζουν μόνο οι διαδικασίες, αλλά και η σκέψη και οι στάσεις, οι οποίες μεταβάλλονται μόνιμα για να δημιουργήσουν μια ανανεωμένη κουλτούρα. Ο μετασχηματισμός θα πρέπει να είναι σε θέση να αντέξει την πρόκληση και να υποβληθεί σε περαιτέρω βελτιώσεις στο μέλλον. Το Ινστιτούτο για την Καινοτομία και τη Βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Allen et al 2007) στο Ηνωμένο Βασίλειο περιγράφει το φαινόμενο ως «την επίδραση της βελτίωσης του εξατιστή», το οποίο καταδεικνύει τον τρόπο που τα οφέλη που αποκομίζονται από τις νέες πρακτικές μειώνονται με την πάροδο του χρόνου λόγω έλλειψης βιωσιμότητας (Martin et al 2012). Για παράδειγμα, μια ανοικτής πρόσβασης υπηρεσία ενδοσκόπησης που αναπτύχθηκε στη Βορειοδυτική Αγγλία χρησιμοποιήσε νέες μορφές παραπομπής για να διευκολυνθούν οι χρήστες στον προγραμματισμό των ραντεβού. Παρόλο που στην αρχή σημειώθηκε επιτυχία, η υπηρεσία δεν μπόρεσε να επιτύχει βιωσιμότητα λόγω έλλειψης συμφωνίας από την ευρύτερη ομάδα σχετικά με το ποιος θα συνέχιζε τη διαδικασία στο μέλλον (Allen et al 2007).

Προκειμένου να εξασφαλιστεί η μακροπρόθεσμη διατηρησιμότητα, πρέπει να ξεπεραστεί η αδράνεια. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών αποτελεί, επίσης, σημαντικό στοιχείο της βιωσιμότητας και της ενσωμάτωσης των λειτουργιών. Μια υπηρεσία που μπορεί να ενσωματωθεί ευκολότερα σε ευρύτερα κλινικά συστήματα φαίνεται να έχει μεγαλύτερη πιθανότητα βιωσιμότητας (Martin et al 2012), γεγονός που οφείλεται εν μέρει στην ευκολότερη διασφάλιση της υποστήριξης των ενδιαφερομένων. Επίσης, καθίσταται πιο δύσκολη η κατάργηση αυτών των υπηρεσιών χωρίς σημαντικές επιπτώσεις στο υπόλοιπο σύστημα. Ένας από τους κινδύνους είναι ότι η αλλαγή γίνεται μέρος του συστήματος και θεωρείται δεδομένη και όχι ένα έργο που απαιτεί συνεχή ανάπτυξη. Επομένως, η βιωσιμότητα πρέπει να θεωρηθεί ως συνεχής και όχι ως τελική σταθερή κατάσταση (Martin et al 2012).

Στην Ελλάδα, στόχος σήμερα είναι να υπάρχει ένα εστιασμένο στον ασθενή σύστημα υγείας με μεταποτισμένη την ισορροπία εξουσίας από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης στον καταναλωτή. Ο στόχος αυτός αντιπροσωπεύει μια νέα προσέγγιση για την υγειονομική περίθαλψη στην οποία οι χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι να αναλάβουν τη διαχείριση της δικής τους υγείας. Σε αυτή την αναδυόμενη κουλτούρα, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα επικεντρωθούν στη δημιουργία του περιβάλλοντος και των συνθηκών για να μπορέσουν οι χρήστες να αποκτήσουν εξουσία και να προκύψει μετασχηματισμός του συστήματος υγείας. Για να γίνει αυτό, είναι σημαντικό να βελτιωθεί ο συντονισμός της περίθαλψης σε όλη της πορεία. Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των παρόχων είναι απαραίτητη για να πραγματοποιηθεί ο μετασχηματισμός στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα.

Η αειφορία μπορεί να θεωρηθεί ως ένας κινητός στόχος, στον οποίο είναι καθήκον όλων η διατήρηση της αλλαγής, η οποία πρέπει να είναι συμβατή με τις μεταβαλλόμενες προσδοκίες και προτεραιότητες από τους φορείς χάραξης πολιτικής. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως απόδειξη ενός προσαρμοστικού συστήματος με επίκεντρο τον ασθενή, το οποίο ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προσδοκίες και εκτιμά τη σημασία των δικτύων υποστήριξης σε πολιτικά επίπεδα. Οι βελτιώσεις ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη που δεν διατηρούνται, είναι απλώς μια σπατάλη πόρων και αυξάνουν την αντίσταση στην αλλαγή σε μεταγενέστερες πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της περίθαλψης. Προκειμένου να επιτευχθεί η βιωσιμότητα, οι αλλαγές πρέπει να γίνουν μέρος της οργανωτικής κουλτούρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allen C., Greenwood I., Hudson S., Ketley D., Maher L., Penny J., Rogers J., Singh J. Tibble J. & Woodard F. for the NHS Institute for Innovation and Improvement. (2007). *Innovation, N.I.f. and Improvement, Sustainability: And Its Relationship with Spread and Adoption*. NHS Institute for Innovation and Improvement. University of Warwick. Coventry. UK.
- Anell A. (2005). Swedish Healthcare under pressure. *Health Economics* 14: 237-254.
- Drummond-Hay R. & Bamford Δ. (2009). A case study into planning and change management within the UK National Health Service. *International Journal of Public Sector Management* 22(4): 324-337.
- Gerrish K., Clayton J., Nolan M., Parker K. & Morgan L. (1999). Promoting evidence-based practice: managing change in the assessment of pressure damage risk. *Journal of Nursing Management* 7(6): 355.
- Glouberman S. & Mintzberg H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I: Differentiation. *Healthcare Management Review* 2: 56-69.
- Kannampallil T.G., Schauer G.F., Cohen T. & Patel V.L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *Journal of Biomedical Informatics* 44: 943-947.
- Kay S. (2005). Usability: A critical success factor for managing change in the clinical infostructure. *Informatics for Health and Social Care* 30(2): 173-178.
- Kotter J.P. (1996). *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kvarnström S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 22(2): 191-203.
- Lau A.T.T. (1999). Making sense of contemporary strategic implementation: towards a conceptual model. *Public Administration & Management: An Interactive Journal* 4(4): 494-507.
- Lewin K. (1947). Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change. *Human Relations*, 1(1): 5-41.
- Lukas C.V., Holmes S.K., Cohen A.B., Restuccia J., Cramer I.E., Shwartz M., Charns M.P. (2007). Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health care management review* 32(4): 309-320.
- Martin G.P., Weaver S., Currie G., Finn R. & McDonald R. (2012). Innovation sustainability in challenging health-care contexts: embedding clinically led change in routine practice. *Health Services Management Research* 25(4): 190-199.
- Paton R.A. & McCalman J. (2008). *Change Management: A Guide to Effective Implementation*. Third Edition. London: SAGE Publications Ltd.
- Rydenfält C. (2012). Social structures in the operating room: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing* 68(4): 783-795.
- Šuc J., Prokosch H. & Ganslandt T. (2009). Applicability of Lewins change management model in a hospital setting. *Methods Inf Med* 48: 419-428.
- Tobin M. & Wells J. (1999). Psychiatrists managing change: lost control or at a loss. *Australasian Psychiatry* 7(4): 194-198.
- Yukl G. (2006). *Leadership in Organisations*. Sixth Edition. New Jersey: Pearson Education.

Achieving change in the Healthcare Sector

Alessandra Vlassi¹, Nikolaos Chamalidis², Dimitrios Palitzikas³

1. Health Inspector, MSc, PhD(c), YPEDYFKA-EOPYY

2. Administrative Employee, MSc, EOPYY, Thessaloniki

3. RN, MSc, G.Papanikolaou General Hospital

ABSTRACT

Individual health is an essential prerequisite for achieving quality of life. Healthcare is a basic function of a well-functioning social system. Contemporary changes at economic, social and demographic level require healthcare to show a high adaptive capacity to adapt to the inevitable change. Healthcare change processes need to involve different professional sectors and create an active commitment while avoiding competition and conflicts between the parties involved. In order to ensure long-term sustainability in change, inertia must be overcome. Integration of services is also an important element of sustainability and integration of functions. A service that can be more easily integrated into wider clinical systems seems to have a higher probability of sustainability, partly due to easier support from the stakeholders. It also makes it more difficult to remove these services without having a significant impact on the rest of the system. One of the dangers is that the change can become a part of the system and it is considered for granted and not as a project that requires constant development. Therefore, sustainability should be considered as a constantly evolving rather than a final steady state. In Greece, the goal today is to have a patient-centered health care system with a shifted balance of power from the healthcare provider to the consumer. In order to achieve this, it is important to improve the coordination throughout the healthcare system. Effective co-operation between providers is essential to transform the healthcare system in Greece.

Keywords: Healthcare, change, sustainability.

Corresponding author: Alessandra Vlassi
e-mail: alessandra_vlassi@yahoo.gr

Submission date: 06/12/2019
Publication date: July 2020

Citation: Vlassi A., Chamalidis N. & Palitzikas D. (2020). Achieving change in the healthcare sector. *Hellenic Journal of Nursing Science* 13(3): 6-14, <https://doi.org/10.24283/hjns.202032>

Προάσπιση της προαγωγής της υγείας των ευπαθών ομάδων: ανάπτυξη θεσμικών δεδομένων

Αικατερίνη Μπούλιαρη

Νοσηλεύτρια, MSc, Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Θεσσαλίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κακή υγεία δεν μπορεί να αποδοθεί απλά μόνο σε μικροβιακούς και γονιδιακούς παράγοντες. Αποτελεί μια κατάσταση πολύ πιο περίπλοκη, με τη συμμετοχή τόσο των συνθηκών στις οποίες ζουν οι άνθρωποι, όπως η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, τα σχολεία και την εκπαίδευση, καθώς και τις συνθήκες εργασίας, αναψυχής, σπίτια, κοινότητες και πόλεις, όσο και πολιτιστικά χαρακτηριστικά, όπως η κοινωνική κατάσταση, το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, οι αξίες και οι διακρίσεις. Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τις πιθανότητες ενός ατόμου να οδηγηθεί σε υγιή και με ευεξία ζωή. Οι πιθανότητες για καλή υγεία δεν είναι εξίσου κατανεμημένες εντός της κοινωνίας προκαλώντας ανισότητες στον τομέα της υγείας. Έτσι, οι οργανωμένες κοινωνίες και οι θεσμοί καλούνται να θέσουν το πλαίσιο υπεράσπισης της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. Σκοπός του άρθρου είναι να κάνει μια περιεκτική αναφορά στον όρο της ευπάθειας, καθώς και του κανονιστικού πλαισίου που διαμορφώνεται στη σύγχρονη κοινωνία γύρω από αυτή. Η κοινωνική πρόκληση είναι ένα πλαίσιο που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα, τη δικαιοσύνη και τη δημοκρατία χωρίς αποκλεισμούς.

Λέξεις κλειδιά: Δικαιώματα, ευπάθεια, θεσμοί, περίθαλψη, υγεία

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αικατερίνη Μπούλιαρη
e-mail: katerinabeb@yahoo.gr

Ημερομηνία Υποβολής: 15/02/2019
Ημερομηνία Δημοσίευσης: Ιούλιος 2020

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

Αναφορά του άρθρου ως: Μπούλιαρη Α. (2020). Προάσπιση της προαγωγής της υγείας των ευπαθών ομάδων: ανάπτυξη θεσμικών δεδομένων. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 13(3): 15-19, <https://doi.org/10.24283/hjns.202033>



ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας απαιτεί την αντιμετώπιση των βασικών αιτιολογικών παραγόντων.
- Το θέμα της ευπάθειας είναι μια έννοια που χρησιμοποιείται συχνά στη δεοντολογία της δημόσιας υγείας και στη βιοηθική.
- Υπάρχει δυσκολία καθορισμού της έννοιας της ευπάθειας ενός πληθυσμού.
- Το ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία είναι θεμελιώδες σε ένα σύστημα προστασίας της υγείας για όλους.
- Οι πόροι και οι υπηρεσίες πρέπει να διανέμονται και να προσεγγίζονται σύμφωνα με τις ανάγκες των ανθρώπων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Μόνο μέσω μιας ενεργούς και περιεκτικής αναπτυξιακής πολιτικής και διαδικασίας υπεράσπισης μπορούμε να πείσουμε άλλα μέρη της κυβέρνησης και της κοινωνίας ότι η υγεία δεν αποτελεί μια απελπιστικά ασύμφορη δημόσια δαπάνη, αλλά είναι ένας πόρος για καλύτερη οικονομία, καλύτερη ποιότητα ζωής και, τελικά, ο δρόμος προς πιο δίκαιες και ισότιμες κοινωνίες»
Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe.

Η έκθεση της Επιτροπής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τους κοινωνικούς παράγοντες προσδιορισμού της υγείας (Commission on Social Determinants of Health, CSDH), το 2008, επιβεβαίωσε ότι υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην υγεία και ο ρόλος που διαδραματίζουν οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες τους, είναι παρόντες σε ολόκληρη την Ευρώπη, αλλά και εκτός των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η αντιμετώπιση αυτών των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας απαιτεί την αντιμετώπιση των βασικών τους αιτιολογικών παραγόντων, κυρίως την άνιση κατανομή της εξουσίας, του εισοδήματος, των αγαθών και των υπηρεσιών στις κοινωνίες.

Με το ψήφισμα της Παγκόσμιας Συνέλευσης για την Υγεία (2009), κρίθηκε επείγουσα η ανάγκη να αυξηθεί η δέσμευση των κρατών μελών για να αντιμετωπιστούν αυτές οι βαθύτερες αιτίες των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η πρόσκληση προς δράση υπερβαίνει τα υπουργεία υγείας, φτάνοντας σε όλη την έκταση των συνόρων και των τομέων, σε όλους τους φορείς και τους ενδιαφερόμενους που μπορούν να συμβάλουν σε μια δικαιότερη και υγιέστερη Ευρώπη. Το ευρύ φάσμα των εμπλεκόμενων μερών περιλαμβάνει τα υπουργεία και άλλες κυβερνητικές οντότητες, ακαδημαϊκά/ερευνητικά ιδρύματα, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) και οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών (WHO 2020).

Η ευπάθεια στον τομέα της υγείας

Οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας προσπαθούν να εντοπίσουν και στη συνέχεια να απομακρύνουν ή τουλάχιστον να μειώσουν τις απειλές της βλάβης. Ωστόσο, η

βλάβη δεν επηρεάζει όλους τους ανθρώπους με τον ίδιο τρόπο. Ορισμένοι άνθρωποι και κοινότητες είναι πιο ανθεκτικοί, ενώ άλλοι είναι πιο επιρρεπείς σε πιθανή βλάβη. Πολλά έργα δημόσιας υγείας εκτελούνται από ή για λογαριασμό των κυβερνήσεων. Όταν οι άνθρωποι ή οι κοινότητες διατρέχουν υψηλό κίνδυνο βλάβης, η κυβέρνηση έχει σαφή και σταθερή ευθύνη για την προστασία των πολιτών της. Ένας τρόπος να περιγραφεί μια πιθανή πηγή αυτού του κινδύνου βλάβης είναι να επικεντρωθεί στην ιδέα της ευπάθειας. Παρακάτω θα εξεταστεί η έννοια της ευπάθειας και ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει στη δημόσια υγεία.

Η ευπάθεια είναι μια έννοια που χρησιμοποιείται συχνά στη δεοντολογία της δημόσιας υγείας και γενικότερα στη βιοηθική - αλλά το ακριβές της νόημα είναι ασαφές. Σε γενικές γραμμές, δείχνει ότι ένα άτομο ή μια ομάδα θεωρείται ότι έχει ένα συγκεκριμένο θέμα/κατάσταση που μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την ευημερία τους. Αυτή η κατάσταση συνεπάγεται ένα ηθικό καθήκον για την προστασία της ευημερίας, επειδή το άτομο ή η ομάδα δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει επαρκώς για τους ίδιους. Η έννοια της ευπάθειας, αν και σημαντική, δε δύναται να οριστεί με ακρίβεια. Η δυσκολία καθορισμού της έννοιας προκύπτει από τη διαφωνία ως προς τον τρόπο χαρακτηρισμού της ιδέας του «ειδικού καθεστώτος» και σε ποιον εφαρμόζεται. Ως αποτέλεσμα, όλο και περισσότερες κατηγορίες ατόμων και ομάδων χαρακτηρίζονται ως ευάλωτες σε μια συνεχώς αυξανόμενη ποικιλία καταστάσεων. Αυτό εγείρει την ανησυχία ότι σχεδόν όλοι μπορούν να χαρακτηριστούν ως ευάλωτοι με κάποιο τρόπο και, με τη σειρά τους, ότι σχεδόν κάθε δραστηριότητα απαιτεί πρόσθετη προσοχή. Εάν είναι αληθές, τότε η έννοια της «ευπάθειας» παύει να είναι χρήσιμη, ιδίως δεν είναι δυνατό ο καθένας να είναι ευάλωτος/ευπαθής.

Επί του παρόντος, δεν υπάρχει σαφής και ενιαίος ορισμός της ευπάθειας, παρόλο που στις κατευθυντήριες γραμμές που έχουν εκδοθεί από διάφορους διεθνείς οργανισμούς υιοθετήθηκαν πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις.

Ωστόσο, καθώς οι έννοιες της «ευημερίας» και των

«συμφερόντων» μπορούν με τη σειρά τους να είναι ανοικτές σε διάφορες ερμηνείες, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας εστίασης στις υποκειμενικές εξηγήσεις που αφορούν την ικανοποίηση προτιμήσεων ή επιθυμιών, χρειάζεται περαιτέρω διευκρίνιση. Για το σκοπό αυτό, προτείνεται μια συγκεκριμένη υποομάδα συμφερόντων, δηλαδή τα «ζωτικά συμφέροντα» ή οι «ανάγκες» των ανθρώπων, να θεωρηθούν ως τα πιο σημαντικά ζητήματα κοινωνικής πρόνοιας, τα οποία θα πρέπει να χαίρουν της μέγιστης προσοχής. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, κάποιος είναι ευάλωτος εάν απειλούνται οι ανάγκες του. Και κάποιος είναι πιο ευάλωτος εάν απειλούνται οι ζωτικές του ανάγκες.

Σαφή κανονιστικό ρόλο στην έννοια της ευπάθειας, επιβάλλει το ηθικό καθήκον για τη διαφύλαξη των δυνητικά ευάλωτων από βλάβες. Αυτός ο ρόλος είναι επιτακτικός εάν η έννοια της ευπάθειας δεν είναι τίποτα περισσότερο από μια πραγματική περιγραφή των χαρακτηριστικών ενός ατόμου ή μιας ομάδας. Συνδέεται, λοιπόν, η ευπάθεια με την «αρχή της προστασίας των ευάλωτων», η οποία αποτελεί ουσιαστικά υποχρέωση προστασίας των ζωτικών συμφερόντων των άλλων. Ως εκ τούτου, υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της ταξινόμησης ενός ατόμου ως ευάλωτου και της απαίτησης εκ μέρους τρίτων για την προστασία του από τυχόν βλάβες (Wrigley & Dawson 2016).

Οι ευάλωτες/ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Ως ευάλωτες ή ευπαθείς κοινωνικές ομάδες χαρακτηρίζονται οι ομάδες του πληθυσμού που έχουν περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε κοινωνικά και δημόσια αγαθά και δυσκολεύονται ή αδυνατούν σε πολλά επίπεδα και σε διάφορους τομείς να έχουν μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής (π.χ. στέγη, εργασία, ικανοποιητικό εισόδημα, εκπαίδευση, ιατρική περίθαλψη, κοινωνική ασφάλιση κ.ά.). Πρόκειται, κυρίως, για αστέγους, άνεργους/μακροχρόνια άνεργους, άτομα με αναπηρία (AMEA), χρονίως πάσχοντες (σοβαρά παθολογικά προβλήματα, ψυχικές ασθένειες), αποφυλακισμένους, χρήστες και πρώην χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, οροθετικούς, άτομα από θρησκευτικές ή πολιτισμικές μειονότητες, ρομά/τσιγγάνους, μονογονεϊκές οικογένειες, ανήλικους παραβάτες, κακοποιημένες γυναίκες, θύματα εμπορίας (trafficking), πρόσφυγες, μετανάστες, παλιννοστούντες, πληγέντες από θεομηνίες και φυσικές καταστροφές (πυρόπληκτοι, σεισμοπαθείς, πλημμυροπαθείς) (Μπαλούρδος και συν 2014).

Στην Ελλάδα αυτές ορίζονται με το νόμο 4019/2011 (ΦΕΚ 216 Α΄) για την Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα στο άρθρο 1 παράγραφος 4, τα ακόλουθα:

α) «Ευπαθείς Ομάδες Πληθυσμού», γενικά, νοούνται οι κοινωνικές ομάδες πληθυσμού, των οποίων η συμμε-

τοχή στην κοινωνική και οικονομική ζωή δυσχεραίνεται, είτε εξαιτίας κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων ή σωματικών ή ψυχικών διαταραχών, είτε εξαιτίας απρόβλεπτων γεγονότων, τα οποία επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία της τοπικής ή ευρύτερα περιφερειακής οικονομίας.

β) Οι Ευπαθείς Ομάδες Πληθυσμού διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

i) Στις Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού και ii) Στις Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού

γ) Ως «Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού» νοούνται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού που η ένταξή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή εμποδίζεται από σωματικά και ψυχικά αίτια. Σε αυτές ανήκουν άτομα ιδίως με αναπηρίες, με προβλήματα ψυχικής υγείας ή νοητικής υστέρησης και άτομα εξαρτημένα ή απεξαρτημένα από ουσίες,

δ) Ως «Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού» νοούνται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού οι οποίες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση αναφορικά με την ομαλή ένταξή τους στην αγορά εργασίας λόγω οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών αίτιων. Σε αυτές ανήκουν ιδίως οι άνεργοι νέοι, οι άνεργοι άνω των 50 ετών, οι άνεργες γυναίκες, οι μακροχρόνια άνεργοι, οι αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, οι αναλάβητοι, οι κάτοικοι απομακρυσμένων ορεινών και νησιωτικών περιοχών, οι πρώην ή οι νυν τρόφιμοι φυλακών, οι ανήλικοι παραβάτες, τα άτομα με γλωσσικές ή πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και οι μετανάστες.

Το δικαίωμα στην υγεία και την περίθαλψη

Το ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία σημαίνει ότι ο καθένας έχει το δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, το οποίο περιλαμβάνει πρόσβαση σε όλες τις ιατρικές υπηρεσίες, επαρκή τροφή, αξιοπρεπή στέγαση, αποχέτευση, υγιείς συνθήκες εργασίας και καθαρό περιβάλλον.

Το ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία εγγυάται ένα σύστημα προστασίας της υγείας για όλους. Ο καθένας έχει δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη που χρειάζεται και στις συνθήκες διαβίωσης που του επιτρέπουν να είναι υγιής, όπως η επαρκής διατροφή, η στέγαση και ένα υγιές περιβάλλον. Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παρέχεται ως δημόσιο αγαθό για όλους, χρηματοδοτούμενη δημόσια και δίκαια. Το ανθρώπινο δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη σημαίνει ότι τα νοσοκομεία, οι κλινικές, τα φάρμακα και οι ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να είναι προσιτά, διαθέσιμα, αποδεκτά και καλής ποιότητας για όλους, σε δίκαιη βάση, όπου, και όταν, χρειάζεται (NESRI 2013).

Ο σχεδιασμός ενός συστήματος υγείας πρέπει να καθοδηγείται από τα ακόλουθα βασικά πρότυπα για τα ανθρώπινα δικαιώματα:

Παγκόσμια πρόσβαση: Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι καθολική, εγγυημένη για όλους σε ισότιμη βάση. Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι οικονομικά προσιτή, να προσφέρεται σε όλους και να είναι προσβάσιμη από φυσική άποψη όπου, και όταν, χρειάζεται.

Διαθεσιμότητα: Πρέπει να είναι διαθέσιμες επαρκείς υποδομές υγείας (νοσοκομεία, κοινότητες, εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας), αγαθά (φάρμακα, εξοπλισμός) και υπηρεσίες (πρωτοβάθμια περίθαλψη, ψυχική υγεία) σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές και σε όλες τις κοινότητες.

Αποδοτικότητα και αξιοπρέπεια: Τα ιδρύματα και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να σέβονται την αξιοπρέπεια, να παρέχουν κατάλληλη πολιτισμική φροντίδα, να ανταποκρίνονται στις ανάγκες που βασίζονται στο φύλο, την ηλικία, τον πολιτισμό, τη γλώσσα και τους διαφορετικούς τρόπους ζωής και ικανότητας. Πρέπει να σέβονται την ιατρική δεοντολογία και να προστατεύουν την εμπιστευτικότητα.

Ποιότητα: Όλη η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι ιατρικά κατάλληλη και καλής ποιότητας, να καθοδηγείται από ποιοτικά πρότυπα και μηχανισμούς ελέγχου και να παρέχεται με έγκαιρο, ασφαλή τρόπο και με επίκεντρο τον ασθενή.

Το ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία συνεπάγεται, επίσης, τις ακόλουθες διαδικαστικές αρχές, οι οποίες ισχύουν για όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα:

Μη διάκριση: Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι προσβάσιμη και να παρέχεται χωρίς διακρίσεις (με πρόθεση ή αποτέλεσμα) βάσει της κατάστασης της υγείας, της φυλής, της εθνικότητας, της ηλικίας, του φύλου, της σεξουαλικότητας, της αναπηρίας, της γλώσσας, της θρησκείας, της εθνικής προέλευσης, του εισοδήματος ή της κοινωνικής κατάστασης.

Διαφάνεια: Οι πληροφορίες για την υγεία πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμες για όλους, επιτρέποντας στους ανθρώπους να προστατεύουν την υγεία τους και να απαιτούν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Τα ιδρύματα που οργα-

νώνουν, χρηματοδοτούν ή παρέχουν υγειονομική περίθαλψη πρέπει να λειτουργούν με διαφάνεια.

Συμμετοχή: Τα άτομα και οι κοινότητες πρέπει να μπορούν να παίρνουν ενεργό ρόλο στις αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης και της εφαρμογής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Ευθύνη: Οι ιδιωτικές εταιρείες και οι δημόσιοι οργανισμοί πρέπει να λογοδοτούν για την προστασία του δικαιώματος στην υγειονομική περίθαλψη μέσω υποχρεωτικών προτύπων, κανονισμών και ανεξάρτητης παρακολούθησης της συμμόρφωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα που κάθε σύγχρονο κράτος θα πρέπει να διασφαλίζει σε κάθε κοινωνική ομάδα με ένα καθολικό σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης επικεντρωμένο στις χαρακτηριζόμενες ευπαθείς ομάδες, ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε ομάδας. Η φροντίδα της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης, καθώς και η διασφάλιση της προσβασιμότητας σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας δεν αποτελούν πολυτέλεια σε ένα σύγχρονο κράτος δικαίου. Αντιθέτως, η ορθολογική χρήση της περίθαλψης και η προληπτική ιατρική στις ευπαθείς ομάδες αποτελεί σημαντική ωφέλεια στη διαχείριση των δαπανών για την υγεία. Οι πόροι και οι υπηρεσίες πρέπει να διανέμονται και να προσεγγίζονται σύμφωνα με τις ανάγκες των ανθρώπων. Παίρνουμε αυτό που χρειαζόμαστε και δίνουμε ό,τι μπορούμε. Το σύστημα υγείας πρέπει να λογοδοτεί στους ανθρώπους που εξυπηρετεί, να είναι ανοιχτό όσον αφορά την πληροφόρηση, τη λήψη αποφάσεων και τη διαχείριση, να επιτρέπει την ουσιαστική συμμετοχή του κοινού σε όλες τις αποφάσεις που επηρεάζουν το δικαίωμα των πολιτών για υγειονομική περίθαλψη. Ένα σύστημα υγείας που ισότιμα φροντίζει τους πολίτες του, με αλληλεπίδραση και χωρίς κοινωνικούς αποκλεισμούς. Έτσι προασπίζεται η δημόσια υγεία, αλλά και η οικονομία με ασφάλεια και κοινωνική αλληλεγγύη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/141226/Brochure_promoting_health.pdf
National Economic & Social Rights Initiative (NESRI) (2013). What is the human right to health and healthcare? <http://www.nesri.org/programs> (last accessed 12 September 2013).
Wrigley A. & Dawson A. (2016). Vulnerability and Marginalized

Populations. In Barrett D.H., Ortman L.W., Brown N., De Causey B.R., Saenz C. & Dawson A. Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe. Springer.
Μπαλούρδος Δ., Σαρρής Ν., Τραμουντάνης Α. & Χρυσάκης Μ. (2014). Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Advocating for vulnerable groups' health promotion: development of institutional data

Aikaterini Bouliari

RN, MSc, Center for Social Welfare of the Region of Thessaly

ABSTRACT

Poor health cannot be attributed only to microbiological and genetical factors. It is a much more complex situation, involving both the conditions in which people live, such as access to health care, schools and education, as well as working conditions, recreation, homes, communities and cities, as well as cultural characteristics such as social status, gender, age, nationality, values and distinctions. All of these factors affect a person's chances of leading a flourishing and healthy life. Chances of good health are not equally distributed within society causing health inequalities. Thus, organized societies and their institutions are called upon to set health protection frameworks as a social right for vulnerable population groups. The purpose of the article is to make a comprehensive reference to the term vulnerability, as well as the regulatory framework that is formed around it in the modern society. The social challenge is a framework based on inclusive human rights, justice and democracy.

Keywords: Care, health, institutions, rights, vulnerability

Corresponding author: Aikaterini Bouliari
e-mail: katerinabeb@yahoo.gr

Submission date: 15/02/2019
Publication date: July 2020

Citation: Bouliari A. (2020). Advocating for vulnerable groups' health promotion: development of institutional data. *Hellenic Journal of Nursing Science* 13(3): 15-19, <https://doi.org/10.24283/hjns.202033>

Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων σε προνοιακά ιδρύματα με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων

Αγάπη Κολοβού

Νοσηλεύτρια, MSc, Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Θεσσαλίας «Ο Αριστέυς», Παράρτημα ΑΜΕΑ, Δομή Γιάννουλης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επαγγελματική ικανοποίηση εκφράζει την ευχάριστη ή θετική ικανοποίηση που απορρέει από την εκτίμηση του ατόμου για το επάγγελμα ή την εργασιακή του πείρα. Είθισται η επαγγελματική ικανοποίηση να αξιολογείται κυρίως με τη χρήση ερωτηματολογίων. Δυστυχώς, έως τώρα, κανένα δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε επαγγελματίες υγείας προνοιακών δομών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια αξιολόγησης της επαγγελματικής ικανοποίησης και να καταλήξει σε συμπεράσματα σχετικά με τη χρήση τους για την αξιολόγηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων σε προνοιακές δομές.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια, ήτοι: 1. Job Satisfaction Survey (JSS), 2. Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) και 3. Greek Nurses' Job Satisfaction Scale (GNJSS) για την αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης 84 εργαζομένων σε προνοιακά ιδρύματα της Θεσσαλίας. Στη μελέτη αξιολογήθηκαν, επίσης, οι επιμέρους παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης που περιλαμβάνει το κάθε ερωτηματολόγιο. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο SPSS με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p=0.05$. Ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Cronbach's α), t -tests και one way ANOVAs ώστε να εντοπιστούν τυχόν διαφορές ως προς τους επιμέρους παράγοντες.

Αποτελέσματα: Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Cronbach's α) ήταν 0.90, 0.34 και 0.86 για τα ερωτηματολόγια GNJSS, JSS, και MSQ, αντίστοιχα. Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το φύλο, την ιεραρχία, την εμπειρία και το εισόδημα στα ερωτηματολόγια GNJSS και MSQ. Αντίθετα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.05$) στην επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης στο MSQ. Παρατηρήθηκε, επίσης, διαφορετικός βαθμός σημαντικότητας στους παράγοντες του κάθε ερωτηματολογίου.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα έρευνα εντοπίστηκε χαμηλός βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης των προνοιακών υπαλλήλων. Πρωταρχικός παράγοντας για τη σωστή ανίχνευση των αιτιών του χαμηλού βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης των προνοιακών υπαλλήλων είναι και η χρήση του κατάλληλου -έγκυρου και αξιόπιστου- εργαλείου μέτρησης. Βιβλιογραφικές έρευνες αναφέρουν αντιφατικά συμπεράσματα στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Λέξεις-κλειδιά: Αξιοπιστία, εγκυρότητα, επαγγελματική ικανοποίηση, ερωτηματολόγια, πρόνοια.

Υπεύθυνος επικοινωνίας: Αγάπη Κολοβού
e-mail: kolovouagapi9@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 19/02/2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούλιος 2020

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

Αναφορά του άρθρου ως: Κολοβού Α. (2020). Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής ικανοποίησης εργαζομένων σε προνοιακά ιδρύματα με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 13(3): 20-28, <https://doi.org/10.24283/hjns.202034>

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Σημεία που διαφοροποιούνται τρία ερωτηματολόγια επαγγελματικής ικανοποίησης.
- Χαμηλός βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης.
- Ερωτηματολόγια έγκυρα και αξιόπιστα ως εργαλεία μέτρησης.
- Ερμηνεία των μοντέλων της επαγγελματικής ικανοποίησης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, την κοινωνική και εργασιακή συνοχή, τη λειτουργικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στο παρελθόν, τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει γίνει προσπάθεια να μετρηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, διερευνώντας την ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με το κόστος, τον ανταγωνισμό και τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες στο χώρο της ψυχικής υγείας. Όσοι εργάζονται στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας, σύμφωνα και με ερευνητικά στοιχεία, κατανοούν ότι το εργασιακό stress, η επαγγελματική εξουθένωση, αλλά και η εμφάνιση ήπιων ψυχολογικών/ψυχιατρικών συμπτωμάτων οδηγούν σε χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση. Σύμφωνα με τα τελευταία ερευνητικά στοιχεία η βασικότερη αιτία που επηρεάζει τις συνθήκες εργασίας στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας είναι η οικονομική κρίση. Την ίδια στιγμή, ο τομέας της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας θεωρείται από τους πλέον στρεσογόνους συγκριτικά με άλλες ειδικότητες (Sahraian et al 2008).

Η ικανοποίηση από την εργασία δεν είναι μια απλή έννοια, αλλά αποτελείται από επιμέρους στοιχεία (Wage 1978). Διακρίνεται σε εξωγενή και εσωγενή ικανοποίηση (Κάντας 1998). Η εσωγενής ικανοποίηση συνδέεται με το περιεχόμενο της εργασίας που αναφέρεται στις όψεις της ίδιας της εργασίας, όπως η ελευθερία των επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης του έργου, το βαθμό υπευθυνότητας, την ποικιλία δραστηριοτήτων, τη χρήση δεξιοτήτων, την εποπτεία. Θα μπορούσαν, επίσης, να συμπεριληφθούν παράγοντες όπως, τα ατομικά χαρακτηριστικά ενός ανθρώπου, η ικανότητα του να παίρνει πρωτοβουλίες, οι σχέσεις του με τους ανώτερους. Η εξωγενής ικανοποίηση περιλαμβάνει τους παράγοντες εκείνους που περιέχουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγεται η εργασία και αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας, τα ωράρια, την ασφάλεια, τις αμοιβές, την προαγωγή κ.α.

Σύμφωνα με τον Spector (1997) η επαγγελματική ικανοποίηση μετράται ανάλογα με τον εννοιολογικό της προσδιορισμό. Μπορεί να μετρηθεί ως ένα γενικότερο συναίσθημα που αφορά στην εργασία, οπότε η μέτρηση είναι συνολική και προσδιορίζει τη γενική στάση,

θετική ή αρνητική, των εργαζομένων. Είτε μετράται ως ένας συνδυασμός στάσεων απέναντι σε διαφορετικές διαστάσεις της εργασίας. Σε αυτή την περίπτωση η μέτρηση είναι λεπτομερής και προσδιορίζει συγκεκριμένες διαστάσεις που ικανοποιούν ή δυσαρεστούν τον εργαζόμενο. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι υπάρχουν πολλά και διαφορετικά ερωτηματολόγια, τα οποία χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές, ανάλογα με το τι ακριβώς επιθυμούν να αξιολογήσουν.

Πλήθος ερωτηματολογίων με ποικίλα χαρακτηριστικά (ερωτήσεις, κλίμακα μέτρησης, εκτιμώμενοι παράγοντες) έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες που αφορούν στην αξιολόγηση της επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία (πίνακας 1). Οι απαντήσεις κυμαίνονται μεταξύ πεντάβαθμης έως επτάβαθμης κλίμακας, ενώ σε κάθε ερωτηματολόγιο εκτιμώνται διαφορετικοί παράγοντες. Στο ερωτηματολόγιο Job In General Scale (JIG) περιλαμβάνονται 18 ερωτήσεις και εκτιμάται η γενική εργασιακή κατάσταση (Ironson et al. 1989, Moumtzoglu 2010). Στο ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey (JSS), όμως, υπάρχουν 36 ερωτήσεις και εκτιμώνται πιο συγκεκριμένοι παράγοντες όπως ο μισθός, οι προαγωγές, οι συναδελφικές σχέσεις, τα επιδόματα κ.α. (Spector 1985). Στο ερωτηματολόγιο Measurement of Job Satisfaction (MJS) οι απαντήσεις στις 38 ερωτήσεις υπολογίζονται σε πεντάβαθμη κλίμακα και αφορούν διαστάσεις όπως ο φόρτος εργασίας, η υποστήριξη του προσωπικού σε εργασιακά ζητήματα κ.α. (Traynor & Wade 1993).

Ιδιαίτερα στον Ελλαδικό χώρο οι έρευνες που αφορούν σε εργαζόμενους σε προνοιακά ιδρύματα της χώρας είναι ελάχιστα. Σε αυτό το σημείο προκύπτουν ερωτήματα όπως η καταλληλότητα ενός ερωτηματολογίου για το χώρο της κοινωνικής πρόνοιας, όσον αφορά στην εκτίμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων, καθώς, επίσης, και αν τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται είναι έγκυρα και αξιόπιστα. Επιπλέον, αν διαφοροποιούνται οι διαστάσεις/παράγοντες σε κάθε ερωτηματολόγιο ώστε να απευθύνονται στον ιδιαίτερο αυτό χώρο της κοινωνικής πρόνοιας και, ταυτόχρονα, αν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των εργαζομένων. Οι Saane et al (2003) τονίζουν πόσο σημαντικά είναι τα ζητήματα της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των εργαλεί-

Πίνακας 1. Όργανα μέτρησης της ικανοποίησης από την εργασία.

Ερωτηματολόγιο	Στοιχεία	Κλίμακα απαντήσεων	Εκτιμώμενοι Παράγοντες
Job In General Scale (JIG)	18	3 απαντήσεις (ναι, δεν ξέρω, όχι)	Γενική εργασιακή ικανοποίηση
Andrew and Witney Job Satisfaction Questionnaire	5	επτάβαθμη κλίμακα Likert (από 1=κατενθουσιασμένος έως 7= καθόλου ικανοποιημένος)	Γενική εργασιακή ικανοποίηση
Job Satisfaction Survey (JSS)	36	εξάβαθμη κλίμακα Likert (από 1=διαφωνώ πολύ έως 6=συμφωνώ πολύ)	Μισθός, προαγωγές, επίβλεψη, συνάδελφοι, η ίδια η εργασία, η λειτουργία του οργανισμού, επιδόματα, πρόσθετες απολαβές και επικοινωνία
Emergency Physician Job Satisfaction Scale (EPJSS)	79	επτάβαθμη κλίμακα Likert (από -3=διαφωνώ απόλυτα έως +3=συμφωνώ απόλυτα)	Γενική εργασιακή ικανοποίηση, διοικητική και ιατρική αυτονομία, υλικοί πόροι, σχέσεις με άλλους, τρόπος ζωής και προκλήσεις του επαγγέλματος
McCloskey / Mueller Satisfaction Scale (MMSS)	31	πεντάβαθμη κλίμακα Likert (από 1=πολύ δυσανεστημένος έως 7= πολύ ικανοποιημένος)	Ανταμοιβές, ωράριο εργασίας, ισορροπία εργασίας-ζωής, επιβράβευση /αναγνώριση, συνάδελφοι, ευκαιρίες αλληλεπίδρασης, ευκαιρίες ανάπτυξης, έλεγχος / υπευθυνότητα.
Measurement of Job Satisfaction (MJS)	38	πεντάβαθμη κλίμακα Likert (από 1=πολύ δυσανεστημένος έως 7= πολύ ικανοποιημένος)	Ικανοποίηση από το προσωπικό, φόρτος εργασίας, υποστήριξη σε εργασιακά θέματα, μισθός και προοπτικές ανάπτυξης και εκπαίδευσης
Nurse Satisfaction Scale (NSS)	24	επτάβαθμη κλίμακα Likert (από 1=διαφωνώ απόλυτα έως 7=συμφωνώ απόλυτα)	Διοίκηση, συνάδελφοι, καριέρα, φροντίδα των ασθενών, σχέσεις με τον προϊστάμενο, εκπαίδευση των νοσηλευτών και επικοινωνία.

* Πηγή: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006

ων μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι ίδιοι καταλήγουν ότι είναι ελάχιστα τα εργαλεία που πληρούν και τα δύο κριτήρια.

Η ανάγκη να διευκρινιστεί ποιο ερωτηματολόγιο διαθέτει εγκυρότητα και αξιοπιστία στις μετρήσεις του, καθώς, επίσης, και η απόλυτα πρακτική και θεωρητική του εφαρμογή σε χώρους πρόνοιας προκειμένου να αξιολογηθεί η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων οδήγησε στη συγκριτική αυτή μελέτη των τριών ερωτηματολογίων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αξιολογήσει το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό) σε προνοιακές δομές της Θεσσαλίας χρησιμοποιώντας τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια. Επιπλέον, να προσδιορίσει τους δημογραφικούς, τους μορφωτι-

κούς και τους εργασιακούς παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης στο κάθε ερωτηματολόγιο. Τέλος, να εκτιμηθεί και να αξιολογηθεί το κάθε μοντέλο, όσον αφορά στον αριθμό των παραγόντων που εμπεριέχονται στο κάθε ερωτηματολόγιο ξεχωριστά.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις προνοιακές δομές της Θεσσαλίας. Η μια δομή που εδρεύει στη Λάρισα είναι ανοικτή, δηλαδή, λειτουργεί μόνο με πρωινά προγράμματα παρέμβασης και φιλοξενεί άτομα με αναπηρίες ηλικίας 15–45 ετών. Δύο από τις δομές, των Τρικάλων και του Αμπελώνα, είναι κλειστές δομές, με κυκλικό ωράριο εργασίας για τους εργαζόμενους και φιλοξενούν χρονίως πάσχοντες, 18 ετών και άνω. Τέ-

λος, η κλειστή δομή στην Καρδίτσα, που φιλοξενεί άτομα 0-14 ετών, λειτουργεί με κυκλικό ωράριο εργασίας. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 84 εργαζόμενοι στις συγκεκριμένες δομές, κυρίως γυναίκες (80%). Χρησιμοποιήθηκαν τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια για τον προσδιορισμό της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων κλίμακας Likert: 1. Job Satisfaction Survey (JSS) (Spector 1985), 2. Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) (Weiss et al 1967) και 3. Greek Nurses' Job Satisfaction Scale (GNJSS) (Moumtzoglou 2010). Πρόσθετα, αξιολογήθηκαν οι επιμέρους διαστάσεις/παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης που εμπεριέχονται στο κάθε ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο του Spector (1985), αξιολογεί την επαγγελματική ικανοποίηση με τριάντα έξι ερωτήσεις, εννέα διαστάσεων και με τέσσερις ερωτήσεις σε κάθε διάσταση. Περιλαμβάνει παράγοντες προς διερεύνηση, όπως οι αποδοχές/αμοιβές, πρόσθετες παροχές, ευκαιρίες εξέλιξης, πιθανές ανταμοιβές καλής απόδοσης (χωρίς να είναι απαραίτητα χρηματικές), το αντικείμενο της εργασίας, συνάδελφοι, επίβλεψη, επικοινωνία, λειτουργικές συνθήκες/διαδικασίες και διάφοροι κανονισμοί. Χρησιμοποιεί για τις μετρήσεις εξαβάθμια κλίμακα Likert (1-6).

Το ερωτηματολόγιο Minnesota Satisfaction Questionnaire (1967) περιέχει είκοσι παράγοντες, όπως επιτεύγματα, δραστηριότητα, ανεξαρτησία/ελευθερία, ποικιλία, κοινωνική θέση, ηθικές αξίες, ασφάλεια, αναγνώριση, συναδελφικότητα, συνθήκες εργασίας, προαγωγές, υπευθυνότητα, αμοιβές, δημιουργικότητα, επίβλεψη (τεχνική), επίβλεψη ως προς τις ανθρώπινες σχέσεις, εξουσία, πολιτικές και διαδικασίες, αξιοποίηση ικανοτήτων προσωπικού, παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Εκτιμά την επαγγελματική ικανοποίηση με πενταβάθμια κλίμακα Likert (1-5) (Weiss et al 1967).

Το ερωτηματολόγιο Greek Nurses' Job Satisfaction Scale (Moumtzoglou 2010) αξιολογεί την επαγγελματική ικανοποίηση μέσα από δεκαοκτώ ερωτήσεις τεσσάρων διαστάσεων που αφορούν στην αλληλεπίδραση και αναγνώριση (5 ερωτήσεις), αμοιβή και φύση εργασίας (3 ερωτήσεις), αυτο-ανάπτυξη και υπευθυνότητα (5 ερωτήσεις), στυλ εργασίας και οργανωτικές πολιτικές (5 ερωτήσεις) χρησιμοποιώντας τετραβάθμια κλίμακα Likert (1-4). Η χρήση των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων έγινε ύστερα από διερευνητική μελέτη όλων των πιθανών ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται στον τομέα της υγείας -κι όχι μόνο- προκειμένου να προκύψουν τα πιο κατάλληλα για το χώρο της πρόνοιας.

Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία και την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής

συνοχής του κάθε ερωτηματολογίου (Cronbach's alpha). Εφαρμόστηκε T-test και One way ANOVA για να εξακριβωθεί αν υπήρχαν διαφορές στο βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης σε κάθε δημογραφικό χαρακτηριστικό (εύρος ηλικίας, εμπειρία, εκπαίδευση, ιεραρχία, εύρος αμοιβής). Σε κάθε ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση και για την εξαγωγή των παραγόντων, η μέθοδος της ανάλυσης σε κύριες συνιστώσες. Εφαρμόστηκε τέλος, η τεχνική της ορθογωνικής περιστροφής (rotation) της μέγιστης διακύμανσης (varimax) για να προκύψει μεγιστοποίηση των φορτίων σε κάθε παράγοντα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Όπως προαναφέρθηκε, στην έρευνα έλαβαν μέρος 84 άτομα που αποτελούσαν προσωπικό προνοιακών δομών και ήταν κυρίως γυναίκες (80%). Στο μεγαλύτερο ποσοστό τα άτομα ήταν μεταξύ των ηλικιών 40 έως 50 ετών και σε μικρότερο ποσοστό 25 – 30 ετών. Αυτό το στοιχείο αποδεικνύει τις ελάχιστες προσλήψεις προσωπικού τα τελευταία χρόνια στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας. Υπάρχει, επίσης, ένα ποσοστό 24% σε ηλικίες μεταξύ 50 – 60 ετών, τα οποία δεν κατέχουν απαραίτητα, λόγω ηλικίας ή προϋπηρεσίας στο χώρο, κάποια θέση ευθύνης. Η συνεχής επαγγελματική επιμόρφωση είναι δεοντολογική υποχρέωση όλων των επαγγελματιών της υγείας, προκειμένου να διασφαλίζουν ότι η παροχή των υπηρεσιών τους είναι αποτελεσματική και σύγχρονη, και μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της έκβασης για τους ασθενείς, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (Δρακοπούλου και συν 2009). Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, σε ποσοστό 81% ήταν παντρεμένοι και το 13% ανύπαντροι.

Πολύ θετικό ήταν το αποτέλεσμα που προέκυψε σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων, όπου, στο μεγαλύτερο ποσοστό (38%) οι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και μάλιστα, το 8,3% εξ αυτών ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών διπλωμάτων. Το ποσοστό αυτό δείχνει τη διάθεση των εργαζομένων να ανανεώνουν, να αναβαθμίζουν και να επικαιροποιούν τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους θέλοντας να παρέχουν ποιοτικότερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες στους προνοιακούς χώρους. Το μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (3,5%) (Πίνακας 2). Τόσο στο χώρο της πρόνοιας, όσο και στο χώρο της υγείας, στην Ελλάδα παρατηρείται το δίπολο υπερεκπαίδευση-υποεκπαίδευση, όπου άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο συνεχίζουν να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες και άτομα με χαμηλές γνώσεις και δεξιότητες να απέχουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μεγαλώνει το χάσμα μεταξύ των δυο ομάδων.

Τα αποτελέσματα αναφορικά με τη θέση των ερωτώμενων στη νοσηλευτική ιεραρχία έδειξαν ότι το 7.5% των εργαζομένων να κατείχαν θέσεις ευθύνης/προϊστάμενων, τη στιγμή που στο δημόσιο δεν έχουν πραγματοποιηθεί επίσημες κρίσεις για την επιλογή των προϊστάμενων και οι περισσότερες δημόσιες υπηρεσίες, ειδικά στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας, έχουν συγχωνευτεί σε κοινή διοίκηση. Αυτό υποδηλώνει ότι, πιθανόν, ένας προϊστάμενος να ηγείται μεγάλου αριθμού υφισταμένων από απόσταση, από τη διπλανή πόλη ή χωριό. Το 44% των εργαζομένων είναι νοσηλευτές και το 40% κατέχουν άλλες θέσεις. Στο μεγαλύτερο ποσοστό (38%) οι εργαζόμενοι διαθέτουν εμπειρία 11–20 έτη στο συγκεκριμένο χώρο, κάτι που από μόνο του αποτελεί πρόβλημα, αν σκεφτεί κανείς ότι σε χώρες του εξωτερικού τα άτομα που εργάζονται με ΑΜΕΑ αλλάζουν εργασιακό περιβάλλον κάθε δυο–τρία έτη. Συνεχίζοντας την καταγραφή της εργασια-

κής εμπειρίας, φάνηκε να ισοβαθούν ποσοστιαία (12%) όσοι διαθέτουν επαγγελματική εμπειρία μεταξύ 6–10 ετών και εκείνοι που διαθέτουν λιγότερα από έξι έτη εμπειρίας.

Η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο προκαλεί πολύ συχνά στους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, οδοντιάτρους, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς) το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Jimmieson 2000). Η πολυετής εργασία σε χώρους όπου ο ανθρώπινος πόνος κυριαρχεί, οδηγεί τους περισσότερους εργαζόμενους σε σωματική, συναισθηματική και ψυχική εξάντληση, η οποία προκαλείται από την επαφή, για μεγάλο χρονικό διάστημα, με καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή (Pines & Aronson 1988).

Κατά την καταγραφή του ωραρίου εργασίας, βρέθηκε ότι το 46% των συμμετεχόντων στην έρευνα εργάζονται σε πρωινό ωράριο και σε ποσοστό, επίσης, 46% με κυκλικό ωράριο. Τέλος, όσον αφορά τις αμοιβές, το 46% των εργαζομένων λαμβάνουν αποδοχές 500–1000 ευρώ το μήνα. Το 40% αμείβεται με περισσότερα από 1000 ευρώ, ενώ το 3,5% των εργαζομένων λαμβάνει μισθό λιγότερο από 500 ευρώ μηνιαία (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	20%
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	80%
ΕΥΡΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	<25 ΕΤΩΝ	2.3%
	25-30 ΕΤΩΝ	1%
	30-40 ΕΤΩΝ	19%
	40-50 ΕΤΩΝ	48%
	50-60 ΕΤΩΝ	24%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΑΝΤΡΕΜΜΕΝΟΙ	81%
	ΜΗ ΠΑΝΤΡΕΜΜΕΝΟΙ	13%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΚΑΤΕΕ	8%
	ΤΕΙ	38%
	ΑΕΙ	3.5%
	MSc	8.3%
	PhD	0%
	ΑΛΛΟ	25%
ΕΜΠΕΙΡΙΑ	<5 ΕΤΗ	12%
	6-10 ΕΤΗ	12%
	11-20 ΕΤΗ	33%
	>21 ΕΤΗ	38%
ΩΡΑΡΙΟ	ΠΡΩΙΝΟ	46%
	ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ	1%
	ΑΛΛΟ (ΚΥΚΛΙΚΟ)	46%
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΕΩΣ 500 ΕΥΡΩ	3.5%
	501 – 1000 ΕΥΡΩ	46%
	1000 ΚΑΙ ΠΑΝΩ	41%

Παραγοντική ανάλυση

Στην ανάλυση των στοιχείων της παρούσας έρευνας ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Crombach's Alpha), όπου διαπιστώθηκε ότι το ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey (JSS) εμφάνισε χαμηλό δείκτη εσωτερικής συνοχής 0.34 σε αντίθεση με το ερωτηματολόγιο Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) και το ερωτηματολόγιο Greek Nurses' Job Satisfaction Survey (GNJSS) όπου ο δείκτης εσωτερικής συνοχής ήταν 0.86 και 0.90, αντίστοιχα.

Σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν και στην επαγγελματική ικανοποίηση, ως προς τα δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων στα ερωτηματολόγια MSQ και GNJSS. Συγκεκριμένα, όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων διαφαίνεται οι απόφοιτοι Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων να υπερισχύουν από τους αποφοίτους άλλων εκπαιδευτικών βαθμίδων μόνο στο MSQ και όχι στο GNJSS. Ενώ, στην ιεραρχία τα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο GNJSS, σε αντίθεση με το MSQ, δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες κατείχαν θέσεις νοσηλευτών και προϊστάμενων σε μεγαλύτερο ποσοστό από οποιαδήποτε άλλη θέση. Υπάρχει, επίσης, τάση μεταξύ των δυο ερωτηματολογίων για διαφορά στα αποτελέσματα που αφορούν στο εισόδημα. Συχνά συναντά κανείς στους τομείς υγείας–πρόνοιας εργαζόμενους οι οποίοι δεν παρακινούνται οικονομικά, καθώς οι μισθοί τους είναι απλά συμβατικοί. Υπάρχουν συνειδητοποιημένοι υπάλληλοι, αφοσιωμένοι, διότι νιώθουν ότι η εργασία τους καλύπτει, εκτός των οικονομικών αμοιβών και τις υπόλοιπες ανάγκες τους όπως για εκτίμηση, αυτοεκτίμη-

ση, αίσθηση σιγουριάς, αίσθηση επιτυχίας, κοινωνικές σχέσεις, επίτευξη στόχων, ανάπτυξη των ικανοτήτων κ.τ.λ. Τότε μόνο έχουν τη διάθεση να προσφέρουν περισσότερα και, κατά συνέπεια, να οδηγηθούν σε αύξηση της αποδοτικότητας τους και να κάνουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν αποτελεσματικότερες (Beckers et al 2007).

Συνεχίζοντας την παραγοντική ανάλυση, το κριτήριο Kaiser – Meyer – Olkin βρέθηκε να είναι υψηλό στο ερωτηματολόγιο GNJSS, οπότε οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δεδομένα είναι υψηλές (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Κριτήριο Kaiser-Meyer-Olkin και Bartlett's test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		,805
Bartlett's Test of	Approx. Chi- Square	225,663
Sphericity	df	6
	Sig.	,000

Με το μοντέλο ανάλυσης που εφαρμόστηκε στην έρευνα, ερμηνεύτηκε το 80% της Αλληλεπίδρασης – Αναγνώρισης (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Αλληλεπίδραση-Αναγνώριση

	Communalities	
	Initial	Extraction
Factor 1 GNJSS	1,000	,805
Factor 2 GNJSS	1,000	,720
Factor 3 GNJSS	1,000	,682
Factor 4 GNJSS	1,000	,893

Extraction Method: Principal Component Analysis

Ο παράγοντας 1, δηλαδή η αλληλεπίδραση και η αναγνώριση των συμμετεχόντων (Πίνακας 5), ερμηνεύει το 77% της διακύμανσης της επαγγελματικής

ικανοποίησης. Είναι φανερό ότι υφίσταται μία δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων. Οι εργασιακές σχέσεις, πέρα από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες απασχολούνται οι εργαζόμενοι, και οι συνθήκες καθαυτές διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα τους. Άλλωστε, μια υπηρεσία δεν θα πρέπει να λαμβάνεται ως κάτι το απρόσωπο, αλλά ως ένας ζωντανός οργανισμός (Βαξεβανίδου & Ρεκλείτης 1995). Η αναγνώριση των υπηρεσιών για τους εργαζομένους της κοινωνικής πρόνοιας προέρχεται, κυρίως, από τη διοίκηση του φορέα, η οποία προσφέρει ουσιαστικά και τα κίνητρα αναγνώρισης στον εργαζόμενο. Τα κίνητρα αναγνώρισης περιλαμβάνουν δράσεις όπως η ευχαρίστηση και η υπεροχή των εργαζομένων μέσα από την επίτευξη. Οι εργοδότες μπορούν να προσφέρουν κίνητρα αναγνώρισης ως μέρος ενός συνολικού προγράμματος αναγνώρισης για τους υπαλλήλους του φορέα. Μπορούν, επίσης, να προσφέρουν αναγνώριση εργαζομένων στην καθημερινή αλληλεπίδραση των διευθυντών ή των προϊστάμενων με τους υπαλλήλους. Στο ερωτηματολόγιο MSQ, σε αντίθεση με το ερωτηματολόγιο GNJSS, από τους είκοσι παράγοντες που μετρήθηκαν μόνο οι έξι πρώτοι (1. επιτεύγματα, 2. δραστηριότητα, 3. ανεξαρτησία/ελευθερία, 4. ποικιλία, 5. κοινωνική θέση και 6. ηθικές αξίες) εξηγούν το 73% της διακύμανσης. Φαίνεται ότι την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων καθορίζουν οι παράγοντες που προαναφέρθηκαν και όχι οι παράγοντες αλληλεπίδραση/αναγνώριση, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα στο ερωτηματολόγιο GNJSS.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε σκοπό να αξιολογήσει, ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους, τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για να διερευνήσουν την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων. Η συγκεκριμένη έρευνα αφορούσε εργαζόμενους προνοιακών δομών (κλειστές και ανοικτές δομές) που λειτουργούν στην Περιφέρεια Θεσσαλίας. Από τις μετρήσεις που ελήφθησαν αποδεικνύεται ο χαμηλός βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης των εργα-

Πίνακας 5. Η διακύμανση της Επαγγελματικής Ικανοποίησης

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,101	77,515	77,515	3,101	77,515	77,515
2	,466	11,040	99,163			
3	,284	7,101	96,265			
4	,149	3,735	100,000			

ζομένων, τόσο του νοσηλευτικού όσο και του διοικητικού προσωπικού, αυτών των δομών, με πιθανές αιτίες για τα αποτελέσματα να είναι οι αποδοχές, η αναγνώριση, οι σχέσεις με τους συναδέλφους ή τους περιθαλπόμενους και η ανάθεση αρμοδιοτήτων-υπευθυνοτήτων. Το ερωτηματολόγιο MSQ παρουσίασε υψηλό βαθμό εσωτερικής συνοχής. Η Εκπαίδευση και η Ιεραρχία επιδρούν σημαντικά στο βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης. Σημαντικό εύρημα αποτελεί το ότι οι παράγοντες αυτοί δεν ήταν ίδιοι και για τα δυο ερωτηματολόγια. Επιπλέον, η Εκπαίδευση επιδρά σημαντικά στα αποτελέσματα της επαγγελματικής ικανοποίησης του ερωτηματολογίου MSQ, ενώ η Ιεραρχία στα αποτελέσματα της επαγγελματικής ικανοποίησης στο ερωτηματολόγιο GNJSS. Υπήρξε τάση για διαφορές και στον παράγοντα Εισόδημα. Συμπερασματικά, ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης επηρεάζεται από δημογραφικούς, μορφωτικούς και εργασιακούς παράγοντες, όμως αυτή η επίδραση δεν είναι ίδια στα τρία ερωτηματολόγια.

Άλλα σημαντικά ευρήματα της παρούσας μελέτης αποτελούν οι παράγοντες Επιτεύγματα, Δραστηριότητα, Ανεξαρτησία /Ελευθερία, Ποικιλία, Κοινωνική θέση, Ηθικές αξίες, που εξηγούν σε μεγάλο ποσοστό τη διακύμανση της επαγγελματικής ικανοποίησης στο ερωτηματολόγιο MSQ, όπως, επίσης, και ο παράγοντας Αλληλεπίδραση και Αναγνώριση που εξηγεί τη μεγαλύτερη διακύμανση (77%) στο ερωτηματολόγιο GNJSS. Άρα, συμπερασματικά, η χρήση διαφορετικών ερωτηματολογίων οδηγεί σε διαφορετική ερμηνεία των μοντέλων της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Περιορισμοί της μελέτης

Ένας περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι αυτός των διαφορετικών αντικειμένων εργασίας των συμμετεχόντων. Το δείγμα αποτελούνταν από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε κλειστές δομές και σε εργαζόμενους ανοικτής δομής, με διαφορετικές εργασιακές ανάγκες και διαφορετικούς προβληματισμούς στο χώρο του ο καθένας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο της πρόνοιας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας παρουσιάζουν χαμηλό βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης. Θεωρείται μέγιστης σημασίας η επιλογή του κατάλληλου ερωτηματολογίου προκειμένου να προσδιοριστεί η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας, ώστε αυτά που θα χρησιμοποιηθούν να είναι έγκυρα και αξιόπιστα. Επιπλέον, η χρήση διαφορετικών ερωτηματολογίων οδηγεί σε διαφορετικά μοντέλα ερμηνείας του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης.

Με αφορμή αυτή τη μελέτη στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας, προτείνεται η δημιουργία σταθμισμένου ερωτηματολογίου, έγκυρου και αξιόπιστου, που να απευθύνεται αποκλειστικά σε εργαζόμενους προνοιακών φορέων, το οποίο θα περιλαμβάνει παράγοντες /διαστάσεις αντίστοιχες των καθημερινών αναγκών τους. Επιπλέον, προτείνεται η παρούσα μελέτη να επαναληφθεί, συμπεριλαμβανομένων και άλλων φορέων πέραν των τεσσάρων δομών στην Περιφέρεια Θεσσαλίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Beckersa D., van der Lindena D., Smuldersb P., Kompiera M., Tarisa T. & Geurtsa S. (2008). *Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction*. *Work & Stress* 22(1):33-50.
- Huxley P. & Mohamad H. (1992). *The General Satisfaction Quesitonnaire*. Whiting and Birch. London, UK.
- Ironson G.H., Smith P.C., Brannick M.T., Gibson W.M. & Paul K.B. (1989). Construction of a Job in General Scale: A comparison of Global, Composite, and Specific Measures. *Journal of Applied Psychology* 74(2):193-200.
- Jimmieson N.L. (2000). *Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy*. *Work & Stress* 14(3):262-280.
- Karanikola M.N., Papathanassoglou E.D.E., Giannakopoulou M. & Koutroubas A. (2007). *Journal of Nursing Management* 15(1):78-90.
- Moumtzoglou A. (2010). The Greek Nurses' job satisfaction scale: development and psychometric assessment. *Journal of Nursing Measures* 18(1):60-69.
- Pines A.M. & Aronson E. (1988). Career burnout: Causes and cures. *Occupational Medicine* 53(3):191-200.
- Sahraian A., Fazelzadeh A., Mehdizadeh A.R. & Toobaee S.H. (2008). Burnout in hospital nurses: A comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review* 55:62-66.
- Spector P.E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology* 13:693-713.
- Spector P.E. (1997). *Advanced topics in organizational behavior: Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Spector P.E. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Cause, and Consequences*. London: Sage Publications.
- Traynor M. & Wade B. (1993). The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing* 18: 127-136.
- Tsounis A. & Sarafis P. (2018). Validity and reliability of the Greek translation of the job Satisfaction Survey (JSS). *BMC Psychology* 6(1):27.
- Van Saane N., Sluiter J.K., Verbeek J.H.A.M. & Frings-Dresen M.H.W. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction-a systematic review. *Occupational Medicine (Lond)* 53(3):191-200.
- Ware J.E., Davies -Avery A. & Stewart Al. (1978). The measurement and the meaning of patient satisfaction. *Health Medical Care* 1(1):1-15.
- Weiss D.J., Dawis R.V., England G.W. & Lofquist L.H. (1967). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire Vol. 22*, Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation, Minneapolis: University of Minnesota, Industrial Relations Center.
- Βαξεβανίδου Μ. & Ρεκλείτης Π. (2008). *Management Ανθρώπων Πόρων*, Θεωρία και πράξη, Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα.
- Δρακοπούλου Μ., Ρόκα Β., Αποστολάρα Π., Αθανασοπούλου Μ., Φώτη Θ. & Καλοκαιρινού Α. (2009). *Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε Ελλάδα και ΗΠΑ. Διοικητική Ενημέρωση*, 49: 65-73.

Comparative study of the professional satisfaction of employees working in welfare institutions using three different questionnaires

Agapi Kolovou

RN, MSc, , Thessaly Prefecture Center of Social Welfare "Aristefs",
Persons with Special Needs Department, Giannouli Structure

ABSTRACT

Introduction: Occupational satisfaction expresses the pleasant or positive satisfaction that comes from the person's perception for its occupation or work experience. It is customary for professional satisfaction to be assessed mainly using questionnaires. Unfortunately, so far, none has been used in welfare professionals.

Aim: The aim of this paper is to study three different questionnaires which assess professional satisfaction, and to draw conclusions regarding their use in assessing the professional satisfaction of employees working in welfare structures.

Methodology: In the present comparative study three questionnaires were used: 1. Job Satisfaction Survey (JSS), 2. Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) and 3. Greek Nurses' Job Satisfaction Scale (GNJSS) in assessing the professional satisfaction of 84 employees in welfare institutions in Thessaly region, Greece. The study also evaluated the various satisfaction factors of each questionnaire. For the data processing, the SPSS Statistical Package was used with a statistical significance level of $p=0.05$. Internal Integrity (Cronbach's), t-tests, and one-ANOVAs were tested to identify any differences in individual factors.

Results: The credibility of internal cohesion (Cronbach's) was 0.90, 0.34 and 0.86 for the GNJSS, JSS, and MSQ questionnaires, respectively. There were no statistically significant differences in professional satisfaction as to gender, hierarchy, experience and income in the GNJSS and MSQ questionnaires. In contrast, a statistically significant difference ($p<0.05$) was found in professional satisfaction with educational level in the MSQ. A different degree of significance was also observed for the factors of each questionnaire.

Conclusions: In the present study low degree of professional satisfaction of welfare employees was found. The primary factor in detecting the reasons for the low degree of professional satisfaction of welfare employees is, also, the use for the appropriate - anchored and reliable - measuring tool. Bibliographic research reports contradictory conclusions on the reliability and validity of professional satisfaction assessment tools.

Key-words: Professional satisfaction, questionnaires, reliability, validity, welfare.

Corresponding author: Agapi Kolovou
e-mail: kolovouagapi9@gmail.com

Submission date: 19/02/2019
Publication date: July 2020

Citation: Kolovou A. (2020). Comparative study of the professional satisfaction of employees working in welfare institutions using three questionnaires. *Hellenic Journal of Nursing Science* 13(3): 20-28, <https://doi.org/10.24283/hjns.202034>

Η συμβολή των υπηρεσιών υγείας στην ποιότητα στο τέλος του κύκλου ζωής του ασθενή

Αγγελική Κατσαρού¹, Γεώργιος Ίντας², Χαράλαμπος Πλατής³, Ευγενία Πολυδωροπούλου⁴, Γεώργιος Πιερράκος⁵

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Προϊσταμένη Αξονικού, Γ.Ν.Ν. Άγιος Παντελεήμων

2. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, Τομέας Εργαστηριακού Τομέα, Γ.Ν.Ν. Άγιος Παντελεήμων

3. Σύμβουλος Επιστημονικού Έργου, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

4. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν.Ν. Άγιος Παντελεήμων

5. Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Την τελευταία δεκαετία έχει τονιστεί ότι η παρηγορητική φροντίδα είναι σημαντική για όλες τις απειλητικές για τη ζωή νόσους.

Σκοπός: της παρούσα μελέτης ήταν να διερευνηθεί η αντίληψη των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος του κύκλου ζωής τους και των φροντιστών τους για τις υπάρχουσες δομές υγείας και τη σχέση με τους επαγγελματίες υγείας.

Υλικό-Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη υιοθέτησε ένα μικτό ερευνητικό σχέδιο, χρησιμοποιώντας ποιοτικές, αλλά και ποσοτικές μεθόδους. Τον πληθυσμό αποτέλεσαν ασθενείς στο τέλος του κύκλου ζωής τους και φροντιστές αυτών. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε στο ερευνητικό μέρος του έργου «Ανάπτυξη πρότυπου μοντέλου ποιότητας στην αγωγή υγείας, αυτοφροντίδα και αποκατάσταση ασθενών με νεοπλασίες».

Αποτελέσματα: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 46 ασθενείς. Το 32,6% των ασθενών είχε σχετικά περιορισμένη δραστηριότητα, αλλά ήταν περιπατητικοί. Οι μισοί περίπου ασθενείς (56,5%) είχαν προσβασιμότητα σε υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλείας. Οι ασθενείς υποστήριξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να τους καθοδηγήσουν για να ελέγξουν καλύτερα τον πόνο τους (93,5%) και τα συμπτώματα (89,1%). Οι περισσότεροι φροντιστές ήταν γυναίκες (69,6%). Το 23,9% είχε αναπτύξει συναισθηματικές διαταραχές και το 53,3% χαρακτήρισε την υγεία του καλή. Για τη βελτίωση της φροντίδας, οι περισσότεροι φροντιστές ανέφεραν την ψυχολογική υποστήριξη, την πιο συχνή επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον και τη γνώση για την ύπαρξη ειδικών δομών/υπηρεσιών.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντικό να αναπτυχθούν πολιτικές στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες θα περιλαμβάνουν την ανάπτυξη παρηγορητικών παρεμβάσεων, ιδιαίτερα στους φροντιστές της οικογένειας των ασθενών με καρκίνο στο τέλος του κύκλου ζωής τους.

Λέξεις κλειδιά: Ανάγκη, ασθενείς, παρηγορητική φροντίδα, τέλος κύκλου ζωής, φροντιστές

Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Κατσαρού Αγγελική
e-mail: aggelikikatsar@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 06/08/2019
Ημερομηνία επανυποβολής: 14/09/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούλιος 2020

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

Αναφορά του άρθρου ως: Κατσαρού Α., Ίντας Γ., Πλατής Χ., Πολυδωροπούλου Ε. & Πιερράκος Γ. (2020). Η συμβολή των υπηρεσιών υγείας στην ποιότητα στο τέλος του κύκλου ζωής του ασθενή. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 13(3): 29-42, <https://doi.org/10.24283/hjns.202035>

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η παρηγορητική φροντίδα είναι σημαντική για όλες τις απειλητικές για τη ζωή νόσους, τόσο για τα άτομα που νοσούν όσο και για τους φροντιστές τους.
- Η πρόσβαση σε υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας είναι περιορισμένη.
- Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να παρέχουν καθοδήγηση για τον έλεγχο του πόνου και των συμπτωμάτων της νόσου ή/και της θεραπείας.
- Οι φροντιστές ατόμων που βρίσκονται στο τέλος της ζωής αναζητούν ψυχολογική υποστήριξη, στενή επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον και γνώση για τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων δομών/υπηρεσιών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Την τελευταία δεκαετία έχει τονιστεί ότι η παρηγορητική φροντίδα είναι σημαντική για όλες τις απειλητικές για τη ζωή νόσους (World Health Organization 2013). Αυτή η διαπίστωση είχε ως αποτέλεσμα να επηρεαστούν οι διεθνείς πολιτικές και να δημιουργηθούν εθνικές και περιφερειακές στρατηγικές και κατευθυντήριες οδηγίες (Radbruch & Payne 2010).

Δεν είναι εύκολο να ορίσει κανείς τον ασθενή που χρήζει ανακουφιστικής φροντίδας. Σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές συστάσεις (Radbruch & Payne 2010) ο ασθενής που χρήζει παρηγορητικής φροντίδας είναι ο ασθενής που έχει διαγνωστεί με απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Προτείνεται ότι απαιτείται ιδιαίτερη ευαισθητοποίηση για την παροχή παρηγορητικής φροντίδας στους μη καρκινοπαθείς ασθενείς, όπως αυτούς με νευρολογικές παθήσεις, HIV/AIDS και καρδιακές, αναπνευστικές ή νεφρικές νόσους.

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των καρκινικών και μη καρκινικών διαγνώσεων (Gore et al 2000, Edmonds et al 2001, Tanvetyanon & Leighton 2003) και στην πορεία των νόσων που διαφοροποιεί τις ανάγκες των ασθενών (Murtagh et al 2004, Murray et al 2005). Το 2010, το British Medical Journal δημοσίευσε ένα αφιέρωμα για να προβάλει την παρηγορητική φροντίδα ως τη φροντίδα που πρέπει να παρέχεται σε όλο τον κόσμο (Delamothe et al 2010). Περιείχε άρθρα γραμμένα από Βρετανούς και Σκωτσέζους εμπειρογνώμονες και επικεντρώθηκε στην αναγνώριση των ασθενών που χρήζουν ανάγκης παρηγορητικής φροντίδας με τη χρήση κλινικών δεικτών (Boyd & Murray 2010), στην ευαισθητοποίηση σχετικά με την ομιλία (Seymour et al 2010) και πώς να εξασφαλιστεί ένας καλός θάνατος για όλους (Elliott et al 2010). Αυτό το αφιέρωμα ήταν μια αναγνώριση της φροντίδας που απαιτείται για όλους τους ασθενείς. Παρέχει προτάσεις για τους επαγγελματίες υγείας τις οποίες θα μπορούσαν να ενσωματώσουν στην καθημερινή τους ζωή και αναφέρεται σε αρκετές μελέτες που καλύπτουν το τέλος της ζωής (τις τελευταίες ημέρες ή ώρες).

Έχουν περιγραφεί σοβαρές προκλήσεις στην αναγνώ-

ριση των ασθενών που χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα. Δύο συστηματικές ανασκοπήσεις αντιμετώπισαν τις δυσκολίες αναγνώρισης του πληθυσμού που χρήζει παρηγορητικής φροντίδας στην Ελλάδα. Οι Sigurdardottir et al (2014) συμπεριέλαβαν 336 μελέτες και βρήκαν μεγάλες διαφορές στον τρόπο με τον οποίο περιγράφηκαν αυτοί οι πληθυσμοί. Ωστόσο, οι πιο συχνές μεταβλητές που συγκρίθηκαν ήταν η ηλικία, το φύλο, η διάγνωση του καρκίνου, η λειτουργική κατάσταση και η επιβίωση. Οι Van et al (2013) συμπεριέλαβαν τόσο καρκινοπαθείς όσο και μη καρκινοπαθείς ασθενείς και βρήκαν έλλειψη σαφήνειας στους ορισμούς. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι μισές από τις μελέτες που αφορούσαν μη καρκινοπαθείς ασθενείς αποκλείστηκαν, δεδομένου ότι δεν αφορούσαν ανακουφιστική ή παρηγορητική φροντίδα, αν και οι πληθυσμοί δεν είχαν επιλογές θεραπευτικής αγωγής. Μια μελέτη έχει πλησιάσει τον ορισμό για τους ασθενείς με καρκίνο, αλλά η ταξινόμηση των ασθενών που δεν έχουν καρκίνο συνεχίζεται (Benthien et al 2015).

Μια έκθεση του ΠΟΥ, η οποία δημοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2015, βασισμένη στον Παγκόσμιο Άτλα (World Palliative Care Alliance and WHO 2014) αναφέρει ότι από το σύνολο των ανθρώπων που χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα, μόνο το 14% τη λαμβάνει. Κατά την ανάπτυξη της παρηγορητικής φροντίδας στη Δυτική Ευρώπη έχουν αναδειχθεί πολλά εμπόδια. Μερικά εμπόδια, για παράδειγμα, είναι η έλλειψη πρόσβασης στις κλινικές ή ξενώνες που παρέχουν παρηγορητική φροντίδα, η έλλειψη ιατρών που εκπαιδεύονται στην παρηγορητική φροντίδα και η έλλειψη καλής συνέχειας της περίθαλψης στο τέλος της ζωής (Lynch et al 2010, Hoefler & Vejilgaard 2011, Vittrup & Timm 2013).

Η σημασία της παρηγορητικής φροντίδας έχει αναγνωριστεί, όχι μόνο από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς και φροντιστές αυτών, αλλά και από τους απλούς πολίτες. Τίτλοι εφημερίδων αναφέρουν χαρακτηριστικά: «Η προσπάθεια για το θάνατο καθυστερεί (στα νοσοκομεία)» και «Η παρηγορητική φροντίδα για τους ασθενείς με απειλητική για τη ζωή ασθένεια παρέχεται κυρίως σε καρκινοπαθείς. Σε άλλες ομάδες ασθενών είναι δύσκολο να προσφερθεί οποιαδήποτε παρηγορητική

φροντίδα» (Elmhøj & Piil 2014). Δεδομένου ότι ο αριθμός των ασθενών που πεθαίνουν στα νοσοκομεία αυξάνεται συνεχώς, (National Board of Health 2010), το έργο των νοσοκομείων είναι να προσφέρουν παρηγορητική φροντίδα. Αλλά, όταν ο δημόσιος διάλογος περιγράφει την παρηγορητική φροντίδα στα νοσοκομεία ως αποξενωτική, ανύπαρκτη και επιλεκτική σε σχέση με τους ασθενείς με καρκίνο, φαίνεται ότι ο στόχος δεν έχει επιτευχθεί.

Οι δομές στις οποίες παρέχεται παρηγορητική φροντίδα στην Ελλάδα δεν είναι πολλές, ενώ δεν υπάρχουν οργανωμένα και εξειδικευμένα κέντρα παροχής παρηγορητικής φροντίδας. Στις περισσότερες οι ανάγκες των ασθενών δεν καλύπτονται, όχι απαραίτητα επειδή ο αριθμός τους δεν επαρκεί, αλλά επειδή οι ασθενείς δεν γνωρίζουν την ύπαρξή τους. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η παρηγορητική φροντίδα σε παγκόσμιο επίπεδο δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένη και ότι στην Ελλάδα βρίσκεται στα αρχικά στάδια, η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να διερευνήσει την αντίληψη των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος του κύκλου ζωής τους και των φροντιστών τους για τις υπάρχουσες δομές υγείας και τη σχέση με τους επαγγελματίες υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη υιοθέτησε ένα μικτό ερευνητικό σχέδιο, χρησιμοποιώντας ποιοτικές, αλλά και ποσοτικές μεθόδους. Η ποσοτική μέθοδος, προοπτική συγχρονική μελέτη, αφορά τις ποσοτικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, ενώ η ποιοτική μέθοδος τις τελευταίες 4 ερωτήσεις που διερευνούν τις εκπαιδευτικές ανάγκες για τη φροντίδα του ασθενή και είναι ανοικτού τύπου.

Δείγμα

Τον πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 46 ασθενείς στο τέλος του κύκλου ζωής τους και φροντιστές αυτών, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά» και στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» και είχαν πνευματική διαύγεια.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, δημιουργήθηκε στο ερευνητικό μέρος του έργου «Ανάπτυξη πρότυπου μοντέλου ποιότητας στην αγωγή υγείας, αυτοφροντίδα και αποκατάσταση ασθενών με νεοπλασίες», επιστημονικός υπεύθυνος του οποίου ήταν ο Αναπληρωτής καθηγητής Πιερράκος Γιώργος και υλοποιήθηκε από το ΑΤΕΙ Αθήνας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορά τους ασθενείς και η δεύτερη τους φροντιστές. Ουσιαστικά πρόκειται για δύο διαφορετικά ερωτηματολόγια.

Στους ασθενείς καταγράφονταν τα εξής: κοινωνικο-

δημογραφικά δεδομένα (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, εργασία και εισόδημα), κλινικά δεδομένα (διάγνωση, έτη από τη διάγνωση, λειτουργική κατάσταση του ασθενή σύμφωνα με το ECOG Performance Status και ύπαρξη μεταστάσεων), είδος θεραπείας που υποβλήθηκε, αυτοαξιολόγηση της υγείας τους σε μία 10-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, προηγούμενη νοσηλεία και αιτία, με ποιο άτομο μένει μαζί, τη σχέση του με το φροντιστή, προσβασιμότητα στις υπηρεσίες της κοινότητας και αξιολόγηση των καθημερινών δραστηριοτήτων (Instrumental Activities of Daily Living Scale). Επίσης, περιελάμβανε την αξιολόγηση εκπαιδευτικών αναγκών (42 ερωτήσεις): ανάγκες που μπορούν να καλυφθούν από τους επαγγελματίες υγείας (9 ερωτήσεις), ανάγκη για απόκτηση δεξιοτήτων, ώστε να αυτονομηθούν (6 ερωτήσεις), απόψεις των ασθενών για το αν οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να τους βοηθήσουν για να βελτιώσουν την κατάστασή τους και την καθημερινή τους διαβίωση (13 ερωτήσεις), απόψεις των ασθενών για το αν οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να τους βοηθήσουν για να βελτιώσουν το περιβάλλον που ζουν (8 ερωτήσεις) και ανάγκη για απόκτηση δεξιοτήτων για τη βελτίωση της καθημερινής διαβίωσης των ασθενών (6 ερωτήσεις).

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου έχει τίτλο «Οδηγός συνέντευξης φροντιστών ασθενών» και περιελάμβανε: κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, εργασία και εισόδημα), σχέση με τον ασθενή, κύριο πρόβλημα υγείας του ασθενή, ώρες απασχόλησης με τον ασθενή ανά ημέρα και ανά εβδομάδα, χρόνος φροντίδας του ασθενή σε μήνες, εμφάνιση τυχόν προβλήματος υγείας του φροντιστή, αυτοαξιολόγηση της υγείας (κακή, μέτρια, καλή, πολύ καλή). Τέλος, περιελάμβανε τέσσερις ερωτήσεις – οδηγό για τη διεξαγωγή συνέντευξης για τη διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών:

- ▶ Τι θα θέλατε να γνωρίζετε περισσότερο όσον αφορά τη φροντίδα του ασθενούς;
- ▶ Τι θα θέλατε να μάθετε να μπορείτε να κάνετε ώστε να βελτιώσετε τη φροντίδα του ασθενούς;
- ▶ Έχετε ανάγκες για συναισθηματική υποστήριξη και ενίσχυση των κοινωνικών σας επαφών; Αν ναι, ποιες;
- ▶ Τι άλλες ανάγκες για εκπαίδευση νομίζετε ότι έχετε;

Θέματα ηθικής - Δεοντολογίας

Τα άτομα, ασθενείς και φροντιστές, που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, υπέγραψαν έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης, αφού πρώτα τους εξηγήθηκαν προφορικά οι σκοποί και ο τρόπος διεξαγωγής της μελέτης. Προκειμένου να προστατευθεί η αυτονομία τους για αυτοκυβέρνηση, αξιοπρέπεια και προστασία των ατομικών δικαιωμάτων τους, δεν καταγράφηκαν το όνομα και το επώνυμο ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο (π.χ. αριθμός

μητρώου) με το οποίο θα μπορούσε να αναγνωριστεί ο συμμετέχων (ασθενής ή φροντιστής).

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences version 22.0 (SPSS v.22.0). Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική προκειμένου να υπολογιστούν τα ποσοστά σε κάθε μεταβλητή. Οι ποιοτικές μεταβλητές, όπως το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών παρουσιάστηκαν ως συχνότητα και ποσοστό και οι ποσοτικές μεταβλητές, όπως η ηλικία των ασθενών ή οι ώρες παροχής φροντίδας στους ασθενείς παρουσιάστηκε ως μέσος όρος και τυπική απόκλιση. Οι συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών έγιναν με παραμετρικές (Mann-Whitney test και t-test) και μη παραμετρικές (Kruskal-Wallis test) μεθόδους. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ασθενείς

Από τους 46 ασθενείς που συμμετείχαν στην παρού-

σα μελέτη, οι περισσότεροι ήταν γυναίκες (54,3%), ηλικίας μεγαλύτερης των 71 ετών (60,9%), απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου (47,8%), συνταξιούχοι (71,7%) και είχαν εισόδημα 600-1300 ευρώ (52,2%). Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Οι περισσότεροι ασθενείς πάσχουν από καρκίνο λεμφικού-αιμοποιητικού συστήματος και σχετικών ιστών (23,9%). Από την οριστική διάγνωση έχουν περάσει 4,4(±4,1) έτη με ελάχιστο 0,5 έτη και μέγιστο 20 έτη. Όσον αφορά τη λειτουργική κατάσταση, το ένα τρίτο των ασθενών (32,6%) είχαν σχετικά περιορισμένη δραστηριότητα, αλλά ήταν περιπατητικοί. Μεταστάσεις είχαν 13 (28,3%) ασθενείς. Από το σύνολο των ασθενών, οι 25 (54,3%) υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία και οι 14 (30,4%) σε χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς αξιολόγησαν συνολικά την υγεία τους μέτρια (4,9±2,2 με μέγιστη τιμή 10). Το 37% των ασθενών είχε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο για κάποιο πρόβλημα υγείας, με το ένα τρίτο αυτών να νοσηλεύτηκε για μετάγγιση αίματος (35,7%). Τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Από το σύνολο του δείγματος, οι 35 (76,1%) ασθενείς έμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειας, οι έξι (13%) έμεναν μόνοι, οι τέσσερις (8,7%) με άλλον μη συγγενή και ένας (2,2%) με άλλον συγγενή. Όσον αφορά το είδος του φροντιστή, οι 27 (58,7%) ασθενείς απάντησαν σύζυγος/σύντροφος, οι οκτώ (17,4%) κόρη, οι πέντε (10,9%) υιός, οι τρεις (6,5%) άλλος συγγενής, ένας (2,2%) άλλος μη συγγενής με αμοιβή, ένας (2,2%) άλλος μη συγγενής χωρίς αμοιβή και ένας (2,2%) ασθενής έμενε μόνος του γιατί αυτοεξυπηρετούνταν.

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των σύνθετων καθημερινών δραστηριοτήτων, οι περισσότεροι ασθενείς μπορούσαν ανεξάρτητα/αυτόνομα να χρησιμοποιήσουν το τηλέφωνο (67,4%), να πάρουν τα φάρμακά τους (58,7%) και να διαχειριστούν τα οικονομικά τους (52,2%). Πλήρως εξαρτημένοι ήταν οι ασθενείς για κάλυψη αποστάσεων με τα πόδια (41,3%), για ψώνια από το παντοπωλείο (52,2%), για προετοιμασία γεύματος (54,3%), για ασχολία με το νοικοκυριό (52,2%), για ασχολία με μικροεπισκευές που αφορούν το σπίτι (67,4%) και για το πλύσιμο των ρούχων (52,2%). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Το σύνολο σχεδόν των ασθενών θεωρεί ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να τους καθοδηγήσουν για να ελέγχουν καλύτερα τον πόνο τους (93,5%) και να επικοινωνούν με τους θεράποντές τους (91,3%). Οι περισσότεροι ασθενείς δεν μπορούν να κάνουν μόνοι τους αιμοληψία (89,1%) και να προμηθευτούν τα φάρμακά τους (84,8%) και πιστεύουν ότι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν για να αισθάνονται καλύτερα (91,3%) και να μιλήσουν και να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους

Πίνακας 1. Δημογραφικά-επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Χαρακτηριστικό	Ασθενείς N (%)	Φροντιστές N (%)
Φύλο	Άνδρες	21 (45,7%)
	Γυναίκες	25 (54,3%)
Ηλικία (έτη)	41-50	4 (8,7%)
	51-60	7 (15,2%)
	61-70	4 (8,7%)
	≥71	28 (60,9%)
	Αναλφάβητοι	7 (15,2%)
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτοι Δημοτικού/Γυμνασίου	22 (47,8%)
	Απόφοιτοι Λυκείου / τεχνικής σχολής	8 (17,4%)
	Απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	9 (19,6%)
Επάγγελμα	Συνταξιούχοι	33 (71,7%)
	Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	5 (10,9%)
	Δημόσιοι Υπάλληλοι	3 (6,5%)
	Αγρότες	3 (6,5%)
	Άνεργος	1 (2,2%)
	Οικιακά	1 (2,2%)
Εισόδημα (ευρώ)	< 600	18 (39,1%)
	600 – 1300	24 (52,2%)
	> 1300	4 (8,7%)

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όσον αφορά την ασθένειά τους και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Χαρακτηριστικό		Ασθενείς N (%)
Διάγνωση	Καρκίνος λεμφικού – αιμοποιητικού και σχετικών ιστών	11 (23,9%)
	Καρκίνος αναπνευστικού συστήματος	8 (17,4%)
	Καρκίνος μαστού	7 (15,2%)
	Καρκίνος πεπτικού	7 (15,2%)
	Καρκίνος γεννητικού συστήματος ανδρών και γυναικών	6 (13%)
	Καρκίνος ουροποιητικού	4 (8,7%)
	Καρκίνος με άγνωστη και αβέβαιη συμπεριφορά	1 (2,2%)
	Καρκίνος με μεταστάσεις	1 (2,2%)
	Καρκίνος οισοφάγου	1 (2,2%)
Λειτουργική κατάσταση	Πλήρη δραστηριότητα	6 (14%)
	Σχετικά περιορισμένη δραστηριότητα αλλά περιπατητικοί	14 (32,6%)
	Ικανοί για αυτοφροντίδα αλλά περνούν στο κρεβάτι κάποιο χρόνο	7 (16,3%)
	Περνούν τον περισσότερο χρόνο της ημέρας στο κρεβάτι	12 (27,9%)
	Ολοκληρωτικά κλινήρεις	4 (8,7%)
Θεραπεία	Χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία	25 (54,3%)
	Χημειοθεραπεία	14 (30,4%)
	Χειρουργική επέμβαση	4 (8,7%)
	Χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία	2 (4,3%)
	Ακτινοθεραπεία	1 (2,2%)
Αιτία νοσηλείας	Μετάγγιση αίματος	5 (35,7%)
	Χημειοθεραπεία	3 (21,4%)
	Χειρουργική επέμβαση	3 (21,4%)
	Λοίμωξη αναπνευστικού	2 (14,3%)
	Βιοψία	1 (7,1%)
Προσβασιμότητα σε υπηρεσίες της κοινότητας	Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας	26 (56,5%)
	Υπηρεσίες βραχείας νοσηλείας	4 (8,7%)
	Υπηρεσίες βοήθεια στο σπίτι	2 (4,3%)
	Ομάδες αυτοβοήθειας	1 (2,2%)
	Καθόλου πρόσβαση	13 (28,3%)

Πίνακας 3. Αξιολόγηση των σύνθετων καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών.

Χαρακτηριστικό	Ανεξάρτητος/ Αυτόνομος	Ανάγκη για μερική βοήθεια	Πλήρως εξαρτημένος
Χρήση τηλεφώνου	31 (67,4%)	5 (10,9%)	10 (21,7%)
Κάλυψη αποστάσεων με τα πόδια	14 (30,4%)	13 (28,3%)	19 (41,3%)
Ψώνια από το παντοπωλείο	8 (17,4%)	14 (30,4%)	24 (52,2%)
Προετοιμασία γεύματος	12 (26,1%)	9 (19,6%)	25 (54,3%)
Ασχολία με το νοικοκυριό	11 (23,9%)	11 (23,9%)	24 (52,2%)
Ασχολία με μικροεπισκευές που αφορούν το σπίτι	5 (10,9%)	10 (21,7%)	31 (67,4%)
Πλύσιμο ρούχων	11 (23,9%)	11 (23,9%)	24 (52,2%)
Λήψη φαρμάκων	27 (58,7%)	3 (6,5%)	16 (34,8%)
Διαχείριση των οικονομικών	24 (52,2%)	2 (4,3%)	20 (43,5%)

(84,8%). Ακόμη, οι περισσότεροι ασθενείς υποστήριξαν ότι ο επαγγελματίας υγείας θα μπορούσε να τους βοηθήσει παρέχοντάς τους περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά τους και την ασφαλιστική τους κάλυψη (78,3%) και επιθυμούν να τους βοηθήσουν για να μάθουν να αναγνωρίζουν έγκαιρα τις λοιμώξεις (89,1%). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

Οι γυναίκες ασθενείς ήταν σημαντικά περισσότερο αυτόνομες στην προετοιμασία του γεύματος (40% έναντι 9,5%, $p < 0,05$), στην ασχολία με το νοικοκυριό (44% έναντι 0, $p < 0,05$), στο πλύσιμο των ρούχων (40% έναντι 4,8%, $p < 0,05$) και ήθελαν από τον επαγγελματία υγείας να μάθουν σημαντικά περισσότερο να κάνουν ελαφριές δουλειές του σπιτιού για να τους βοηθήσει να βελτιώσουν το περιβάλλον που ζουν (60% έναντι 28,6%, $p < 0,05$) σε σχέση με τους άνδρες. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Οι ασθενείς με μεγαλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης εκτίμησαν σημαντικά υψηλότερα την υγεία τους ($p < 0,05$) και ήταν σημαντικά περισσότερο αυτόνομοι στη χρήση τηλεφώνου σε σχέση με τους υπολοίπους ($p < 0,05$). Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου ήταν σημαντικά περισσότερο αυτόνομοι με την ασχολία με το νοικοκυριό σε σχέση με τους υπολοίπους ($p < 0,05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Οι ασθενείς με υψηλό εισόδημα (>1300 ευρώ το μήνα) υποστήριξαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν να ανεξαρτητοποιηθούν στην κινητοποίησή τους ($p < 0,05$), να μην εξαρτώνται από άλλους ($p < 0,05$), να μιλήσουν για αυτό που τους συμβαίνει ($p < 0,05$), να αισθανθούν χρήσιμοι για τους άλλους ($p < 0,05$) και να νιώ-

Πίνακας 4. Θέματα για τα οποία ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να καθοδηγήσει και να κατευθύνει τους ασθενείς για να βελτιώσει την καθημερινή τους διαβίωση

Ερώτηση	N (%)
<i>Θεωρείτε ότι υπάρχουν θέματα για τα οποία ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να σας καθοδηγήσει και να σας κατευθύνει για να βελτιώσετε την καθημερινή σας διαβίωση;</i>	
Να ελέγχω καλύτερα τον πόνο μου	43 (93,5%)
Να επικοινωνώ με τους θεράποντές μου (ιατροί-νοσηλευτές)	42 (91,3%)
Να ελέγχω καλύτερα τα συμπτώματα (ναυτία, έμετος, εξάντληση, στοματίτιδα, αϋπνία, δύσπνοια, κλπ)	41 (89,1%)
Να έχω περισσότερη πληροφόρηση για τις εξετάσεις που πρόκειται να κάνω	39 (84,8%)
Να έχω περισσότερη πληροφόρηση τη θεραπεία που ακολουθώ	39 (84,8%)
Να έχω περισσότερη πληροφόρηση για τη διάγνωση	38 (82,6%)
Να έχω περισσότερη πληροφόρηση για τη μελλοντική εξέλιξη	36 (78,3%)
Να εμπλέκομαι περισσότερο στις αποφάσεις που λαμβάνονται για μένα για την πορεία της θεραπείας μου	33 (71,7%)
Να αναζητήσω οικονομική βοήθεια	8 (17,4%)
<i>Θεωρείται ότι υπάρχουν ενέργειες ή πράξεις τις οποίες δεν μπορείτε να κάνετε μόνος/η σας και χρειάζεστε αποκλειστικά τη βοήθεια του επαγγελματία υγείας;</i>	
Αιμοληψία	41 (89,1%)
Να προμηθευτώ τα φάρμακά μου	39 (84,8%)
Να προμηθευτώ υλικό για τη φροντίδα μου	36 (78,3%)
Να φροντίζω το τραύμα, στομία, καθετήρα	34 (73,9%)
Να κλείσω ραντεβού σε ιατρό	33 (71,7%)
Να προγραμματιστεί η ΧΜΘ ή η Μετάγγιση	32 (69,6%)
<i>Τομείς που οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς για να βελτιώσουν την κατάστασή τους και την καθημερινή τους διαβίωση</i>	
Να αισθάνομαι καλύτερα	42 (91,3%)
Να μιλήσω και να διαχειριστώ τα συναισθήματά μου	39 (84,8%)
Να διαχειριστώ το νόημα του θανάτου	36 (78,3%)
Να μιλήσω για αυτό που μου συμβαίνει	35 (76,1%)
Να αισθανθώ χρήσιμος/η για τους άλλους	35 (76,1%)
Να διαχειριστώ τα συναισθήματα για αλλαγή της εικόνας σώματος μου	35 (76,1%)
Να φροντίζω τον εαυτό μου	34 (73,9%)
Να μιλήσω με ανθρώπους με το ίδιο πρόβλημα	33 (71,7%)
Να ανεξαρτητοποιηθώ στην κινητοποίησή μου	32 (69,6%)
Να μην εξαρτώμαι από άλλους	32 (69,6%)
Να ανεξαρτητοποιηθώ στο φαγητό, μπάνιο, ντύσιμο	30 (65,2%)
Να αναλάβω τον έλεγχο στη ζωή μου	29 (63%)
Να νιώσω λιγότερο απομονωμένος/αποξενωμένος	29 (63%)
<i>Τρόποι με τους οποίους ο επαγγελματίας υγείας θα μπορούσε να βοηθήσει τους ασθενείς να βελτιώσουν το περιβάλλον που ζουν</i>	
Να έχω περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά μου και την ασφαλιστική κάλυψη	36 (78,3%)
Να έχω περισσότερο σεβασμό από τους επαγγελματίες υγείας	27 (58,7%)
Να έχω περισσότερη προσοχή και φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας	27 (58,7%)
Να έχω περισσότερη προσοχή και φροντίδα από την οικογένειά μου/φροντιστή	24 (52,2%)
Να έχω περισσότερο σεβασμό από την οικογένειά /φροντιστή μου	23 (50%)

Να έχω περισσότερη βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού	22 (47,8%)
Να μάθω να κάνω ελαφριές δουλειές του σπιτιού	21 (45,7%)
Να κάνω απαραίτητες αλλαγές στο χώρο-λειτουργικός χώρος	17 (37%)

Δεξιότητες που οι ασθενείς επιθυμούν να εκπαιδευτούν από τους επαγγελματίες υγείας για να βελτιώσουν την καθημερινή τους διαβίωση

Να μάθω να αναγνωρίζω έγκαιρα τις λοιμώξεις	41 (89,1%)
Να λαμβάνω αποφάσεις για την επιλογή του κατάλληλου διαιτολογίου	40 (87%)
Να μάθω να διαχειρίζομαι τα φάρμακά μου	40 (87%)
Να μάθω να φροντίζω το τραύμα, τη στομία, τον καθετήρα	35 (76,1%)
Να μάθω να χειρίζομαι το οξυγόνο	23 (50%)
Να εκπαιδευτώ στην ινσουλινοθεραπεία	21 (45,7%)

σουν λιγότερο απομονωμένοι ($p < 0,05$). Οι ασθενείς με μικρότερο μηνιαίο εισόδημα (<600 ευρώ) υποστήριξαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν να αναλάβουν τον έλεγχο στη ζωή τους ($p < 0,05$) και να μιλήσουν με αν-

θρώπους με το ίδιο πρόβλημα ($p < 0,05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

Φροντιστές

Στη μελέτη συμμετείχαν 46 φροντιστές ασθενών. Οι περισσότεροι ήταν γυναίκες (69,6%), ηλικίας μεγαλύτερης των 71 ετών (32,6%), τελειόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου (35,7%), συνταξιούχοι (43,9%) και είχαν εισόδημα 600-1300 ευρώ το μήνα (57,6%). Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Όσον αφορά τη σχέση των φροντιστών με τους ασθενείς, οι 22 (47,8%) φροντιστές ήταν σύζυγοι/σύντροφοι, οι έξι (13%) ήταν μητέρες, οι έξι (13%) ήταν κόρες, οι πέντε (10,9%) είχαν άλλη συγγένεια, οι τέσσερις (8,7%) δεν

Πίνακας 5. Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων

	Άνδρες	Γυναίκες	P
Προετοιμασία γεύματος (Αυτόνομος)	2 (9,5%)	10 (40%)	0,013
Ασχολία με το νοικοκυριό (Αυτόνομος)	0	11 (44%)	0,001
Πλύσιμο ρούχων (Αυτόνομος)	1 (4,8%)	10 (40%)	0,003
Να μάθω να κάνω ελαφριές δουλειές του σπιτιού	6 (28,6%)	15 (60%)	0,033

Πίνακας 6. Συσχετίσεις ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης

	Αναλφάβητος	Δημοτικό / Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	P
Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την υγεία σας;	2,7±1,4	5±2,1	5,3±1,8	6,1±2,1	0,012
Χρήση τηλεφώνου (Αυτόνομος)	2 (28,6%)	15 (68,2%)	6 (75%)	8 (88,9%)	0,035
Ασχολία με το νοικοκυριό (Αυτόνομος)	0	4 (18,2%)	4 (50%)	3 (33,3%)	0,037

Πίνακας 7. Συσχετίσεις ανάλογα με την εργασία

	<600	600-1300	>1300	P
Να ανεξαρτητοποιηθώ στην κινητοποίησή μου	16 (88,9%)	12 (50%)	4 (100%)	0,008
Να αναλάβω τον έλεγχο στη ζωή μου	15 (83,3%)	11 (45,8%)	3 (75%)	0,038
Να μην εξαρτώμαι από άλλους	17 (94,4%)	11 (45,8%)	4 (100%)	0,001
Να μιλήσω με ανθρώπους με το ίδιο πρόβλημα	17 (94,4%)	13 (54,2%)	3 (75%)	0,016
Να μιλήσω για αυτό που μου συμβαίνει	17 (94,4%)	14 (58,3%)	4 (100%)	0,013
Να αισθανθώ χρήσιμος για τους άλλους	17 (94,4%)	14 (58,3%)	4 (100%)	0,013
Να νιώσω λιγότερο απομονωμένος	14 (77,8%)	11 (45,8%)	4 (100%)	0,029

είχαν καμία σχέση και οι τρεις (6,5%) ήταν υιοί.

Οι φροντιστές παρείχαν συνολικά υπηρεσίες 12,9 ($\pm 9,5$) ώρες την ημέρα, με ελάχιστο 2 ώρες και μέγιστο 24 ώρες. Ακόμη, παρείχαν υπηρεσίες συνολικά 90,3 ($\pm 67,2$) ώρες εβδομαδιαίως με ελάχιστο 10 ώρες και μέγιστο 168 ώρες την εβδομάδα. Συνολικά, οι 27 (58,7%) φροντιστές ήταν με τους ασθενείς για περισσότερο από 24 μήνες, οι οκτώ (17,4%) για 12-24 μήνες, οι πέντε (10,9%) για 6-12 μήνες, οι πέντε (10,9%) για 3-6 μήνες και ένας (2,2%) για λιγότερο από 3 μήνες.

Από το σύνολο των φροντιστών, οι 11 (23,9%) είχαν αναπτύξει συναισθηματικές διαταραχές εξαιτίας της φροντίδας των ασθενών. Συνολικά, οι 23 (53,3%) χαρακτήρισαν την υγεία τους καλή, οι δέκα (23,3%) μέτρια, οι επτά (16,3%) πολύ καλή και οι τρεις (7%) κακή.

Δεν βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ του φύλου, του επιπέδου εκπαίδευσης, του είδους εργασίας και του εισοδήματος των φροντιστών.

Ποιοτική Ανάλυση

Περισσότερες γνώσεις για τη φροντίδα του ασθενούς

Οι μισοί περίπου φροντιστές δεν είχαν ανάγκη για περισσότερες γνώσεις. Μάλιστα έξι φροντιστές απάντησαν μονολεκτικά «Τίποτα», ενώ 17 φροντιστές είχαν ενημερωθεί επαρκώς από τους επαγγελματίες υγείας «Είμαι ενημερωμένος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό». Υπήρχε και ένας φροντιστής που ανέφερε ότι εκτός από τους επαγγελματίες υγείας είχε αναζητήσει μόνοις του πληροφορίες χωρίς όμως να διευκρινίζει τις πηγές πληροφόρησής του, εάν δηλαδή η αναζήτηση ήταν στον έντυπο ή ηλεκτρονικό τύπο «Είμαι ενημερωμένος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αλλά έχω διαβάσει και μόνοις μου». Ένας φροντιστής, ενώ ανέφερε ότι δεν γνωρίζει πολλά, γνωρίζει ο γιος της που είναι και ο ασθενής οπότε ακολουθεί απλά τις οδηγίες του «Τα γνωρίζει ο γιος μου και εγώ του προσφέρω ότι μου ζητάει».

Ένας φροντιστής ανέφερε ότι θα ήθελε να αποκτήσει περισσότερες γνώσεις όσον αφορά τη διατροφή «Διατροφικές οδηγίες και κανόνες υγιεινής», ενώ αρκετοί ήταν εκείνοι (n=7) που ανησυχούν για τον πόνο που νιώθουν οι ασθενείς και χρήζουν περισσότερης βοήθειας για την αντιμετώπισή του. Συγκεκριμένα, δύο φροντιστές ανέφεραν «Ερχόμαστε εδώ γιατί πονάει, έχει δύσπνοια, κάνει εμετούς. Πως να τα αντιμετωπίσω στο σπίτι;». Δύο φροντιστές εξέφρασαν την ανησυχία τους ότι η φαρμακευτική αναλγητική αγωγή είναι ανεπαρκής «Μερικές φορές πονάει πάρα πολύ, παρόλο που παίρνει φάρμακο. Εκεί δεν ξέρω τι να κάνω. Εκνευρίζεται και φωνάζει» και «Τι θα πρέπει να κάνω όταν πονάει, ζαλίζεται ή δεν είναι καλά και τα φάρμακα δεν βοηθούν;» Ο πόνος αναφέρθηκε και από άλλον φροντιστή «Οτιδήποτε θα έκανε τη μαμά μου να μην πονάει, να τρώει, να δυναμώσει και να γίνει πιο λειτουργική». Ένας φροντιστής συνδύασε τον πόνο με

την έλλειψη ή τον περιορισμό λειτουργικότητας αναφέροντας: «Τις ανάγκες του ώστε να αισθάνεται καλύτερα, να είναι λειτουργικός και να μην πονάει».

Άλλη ανάγκη που εκφράστηκε ήταν οι γνώσεις για τις επιπλοκές των φαρμάκων και την αντιμετώπισή τους «Θα ήθελα να γνωρίζω περισσότερα πράγματα για τις επιπλοκές των φαρμάκων και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους». Ακόμη, οι φροντιστές ήθελαν να γνωρίζουν για τα έλκη κατάκλισης, τον τρόπο περιποίησης τους «Περισσότερες γνώσεις για την περιποίηση των ελκών που προκύπτουν» και τους τρόπους πρόληψης «Πως θα τον φροντίζω καλύτερα στο κρεβάτι γιατί έχει αρχίσει και κάνει πληγές στην πλάτη και στις φτέρνες».

Από τις συνεντεύξεις φάνηκε ότι είναι σημαντικό να ενημερώνονται οι φροντιστές για δομές που είναι κατάλληλες να φιλοξενήσουν και να προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας στους ασθενείς τόσο σε χρόνια «Περισσότερα για χώρους φιλοξενίας ασθενών λόγω των δικών μου υποχρεώσεων», όσο και σε οξεία φάση «Πολλές φορές αντιμετωπίζω πρόβλημα με το σακουλάκι γιατί ερεθίζεται η περιοχή και δεν ξέρω τι να κάνω. Βέβαια εσείς που έρχεστε εδώ με βοηθάτε, αλλά εγώ ανησυχώ».

Κάποιοι φροντιστές (n=4) έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχολογική ευεξία των ασθενών «Πως θα τη κάνω να νιώσει καλύτερα σωματικά και ψυχικά», ενώ ένας φροντιστής ανέφερε χαρακτηριστικά «Τι θα είναι αυτό που θα κάνει τον ασθενή να νιώσει πιο όμορφα και πιο καθαρός». Τέλος, στις συνεντεύξεις αναφέρθηκε η σημασία της ανεξαρτησίας, ώστε να μπορεί να μένει μόνος του για κάποιο χρονικό διάστημα «Τρόπος να γίνει ανεξάρτητος στο χώρο του και να μπορεί να ειδοποιήσει σε ώρα ανάγκης».

Γνώσεις και δεξιότητες για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενή

Αρκετοί φροντιστές (n=12) ανέφεραν ότι δεν χρειάζονται επιπλέον γνώσεις και δεξιότητες για να βελτιώσουν την παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς και ήταν απόλυτοι «Τίποτα», ενώ δύο έδωσαν ιδιαίτερη σημασία στον ιατρό τους και στην ερευνήτρια «Δεν έχω απορίες χάρη της δικιάς σας βοήθειας και του ιατρού του». Ακόμη, δύο φροντιστές πιστεύουν ότι πρέπει με κάποιο τρόπο να έρθει σε επαφή ο ασθενής με το συγγενικό του περιβάλλον «Αν μπορούμε να πιέσουμε με κάποιο τρόπο το συγγενικό του περιβάλλον να τον επισκέπτεται πιο συχνά» και τα παιδιά του «Να έρχονται οι συγγενείς μας και τα παιδιά μας πιο συχνά». Σε αυτό το πλαίσιο, έξι φροντιστές θέλουν να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους για να υποστηρίξουν ψυχολογικά τον ασθενή «Να τη βοηθήσω να ξαναβρεί το γέλιο της», «Να τη στηρίξω ψυχολογικά, να αντιμετωπίζω τη ζάλη, τους εμετούς, την αστάθεια, την ανορεξία και τον πόνο».

Υπήρχε φροντιστής ο οποίος ήταν σε απόγνωση

«Εσείς θα μου πείτε τι να κάνω για να είναι καλύτερα. Δεν μπορώ να τη βλέπω συνέχεια στο κρεβάτι», ενώ δύο άλλοι έθεσαν το πρόβλημα της διατροφής «Είναι δύσκολος στο φαγητό και αισθάνεται αδυναμία. Πως μπορώ να τον κάνω να τρώει λίγο παραπάνω;», «Θα ήθελα να τρώει λίγο παραπάνω γιατί έχει αδυνατίσει και έχει αδυναμία και να έχει περισσότερη υπομονή».

Στις θεωρητικές γνώσεις για τη βελτίωση της φροντίδας, αναφέρθηκε η ύπαρξη ειδικών δομών «Θα ήθελα να υπάρχουν μονάδες φροντίδας», η άμεση συμβουλευτική από ειδικό «Να απευθύνομαι σε κάποιον άμεσα να με συμβουλευτεί για το τι πρέπει να κάνω προκειμένου να βοηθήσω το σύντροφό μου» ή με το θεράποντα «Να έχω καλύτερη επικοινωνία με τον ιατρό του».

Επίσης, οι φροντιστές ανέφεραν αρκετά συχνά τη μείωση των συμπτωμάτων «Μετά τη θεραπεία κάνει εμετούς και είναι πολύ αδύναμος. Τι μπορώ να κάνω για να του απαλύνω τα συμπτώματα;» και κυρίως του πόνου «Θα ήθελα να ξέρω πως να μην πονάει και πότε θα γίνει καλά», ενώ ένας φροντιστής τόνισε την ανάγκη να βοηθήσει τον ασθενή για να τον κινητοποιήσει «Τι μπορώ να κάνω για να δυναμώσει και να σηκώνεται από το κρεβάτι για περισσότερες ώρες». Η κινητοποίηση και η ανεξαρτησία του ασθενή είναι σημαντική και για την ανεξαρτησία του φροντιστή «Να φεύγω μία ώρα από το σπίτι και να μην μένει η σκέψη μου πίσω. Να μπορώ να ξεφεύγω».

Άλλη ανάγκη που προέκυψε ήταν να προσφέρουν στους ασθενείς κάποια ενασχόληση ώστε να ξεχνιούνται με το πρόβλημά τους και να νιώθουν καλύτερα «Να την κάνω να αναλάβει μερικές δραστηριότητες, ώστε να μην σκέφτεται συνέχεια το πρόβλημά της» και ένας φροντιστής ανέφερε την κοινωνικοποίηση «Τρόπους ένταξης με άλλους ασθενείς, κοινωνικοποίηση».

Οι φροντιστές όμως ήθελαν να αποκτήσουν και τεχνικές δεξιότητες, είτε για να κάνουν υποδόριες ενέσεις «Επειδή είναι ινσουλινοεξαρτώμενος θα ήθελα να μάθω να του κάνω την ινσουλίνη και να του αλλάζω τα τραύματα» ή βρογχικές αναρροφήσεις «Θα ήθελα να μάθω να κάνω βρογχικές αναρροφήσεις, αιμοληψία» ή χορήγηση φαρμάκων «Να βάζω τα φάρμακα όταν τελειώσουν» ή γενικότερα αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων – επιπλοκών «Τι επιπλοκές θα παρουσιάσει για να μπορέσω να τις αντιμετωπίσω έως ότου φτάσω στο νοσοκομείο».

Ανάγκες για συναισθηματική υποστήριξη και ενίσχυση κοινωνικών επαφών των φροντιστών

Συνολικά τρεις φροντιστές ανέφεραν ότι δεν έχουν ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη και ένας ότι έχει ανάγκη, αλλά δεν θέλει «Έχω, αλλά δεν θέλω ψυχολογική υποστήριξη. Προτιμάω να μιλάω με τα παιδιά μου». Επίσης, ένας φροντιστής ανέφερε ότι ενώ στην αρχή χρειαζόταν ψυχολογική υποστήριξη, τώρα δεν χρειάζεται πλέον «Μετά τον πρώτο καιρό που ήμουν σε σοκ, τώρα

μπορώ να πω ότι διαχειρίζομαι το πρόβλημα».

Οι λόγοι που οι φροντιστές χρήζουν συναισθηματικής υποστήριξης αφορούσαν τα προβλήματα που δημιουργούν στην οικογένειά τους «Βεβαίως, λόγω του ότι δημιουργούνται προβλήματα στην οικογένειά μου από την ενασχόλησή μου με την ασθενή και λόγω της κατάστασής της», το γεγονός ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν άλλο «Βεβαίως, μερικές φορές που τον βλέπω να πονάει, φτάνω σε απόγνωση», επειδή αισθάνονται εγκλωβισμένοι «Δεν έχω χρόνο να πάω για ένα καφέ, να ξεφύγω, να μιλήσω».

Άλλοι λόγοι είναι επειδή πιστεύουν ότι υποφέρει ο ασθενής που φροντίζουν «Θέλω, γιατί υποφέρω να βλέπω το παιδί μου σε αυτή την κατάσταση και να μην μπορώ να κάνω κάτι να βοηθήσω», επειδή ο πόνος είναι «συσσωρευτικός και νιώθει ανήμπορος», επειδή ο ασθενής είναι δύστροπος «Ναι, θα ήθελα υποστήριξη γιατί είναι δύσκολος άνθρωπος. Με στενοχωρεί, με κουράζει και δεν μπορώ να τον βοηθήσω», επειδή οι φροντιστές φοβούνται το θάνατο «Ναι, μερικές φορές απογοητεύομαι και φοβάμαι μήπως συμβεί το κακό. Ανακουφίζομαι όταν μιλάω με ειδικούς όπως εσείς και νιώθω σιγουριά» και επειδή αισθάνονται βάρος και θέλουν «να ανοίξω την ψυχή μου και να ξελαφρώσω».

Ένας φροντιστής αισθάνεται μόνος «Θέλω να με επισκέπτεστε πιο συχνά και εσείς και οι συγγενείς μου για να μου κάνουν παρέα. Αισθάνομαι μόνος» και δύο επιθυμούν την επίσκεψη από ειδικούς «Θα θέλαμε επισκέψεις από εξειδικευμένους ανθρώπους να μας βοηθούν στην επίλυση των προβλημάτων π.χ. ανορεξία» και «Να υπάρχει οποιαδήποτε συναισθηματική - ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό για να διαχειριστώ και τις δικές μου ανάγκες και τις επιπρόσθετες του ασθενή και του συγγενικού περιβάλλοντος». Υπάρχουν και περιπτώσεις που οι φροντιστές λόγω της μοναξιάς και της πίεσης που νιώθουν, θέλουν απλά έναν άνθρωπο να μιλήσουν χωρίς να τους νοιάζει ποιος είναι αυτός «Μερικές φορές στενοχωριέμαι πολύ και απογοητεύομαι. Τις στιγμές εκείνες θα ήθελα κάποιον να μιλήσω».

Λόγω της συνεχούς ενασχόλησης με τον ασθενή, πολλοί φροντιστές δεν έχουν χρόνο για να ασχοληθούν με την υπόλοιπη οικογένειά τους «Θέλω να περάσω χρόνο με τα εγγόνια μου» και μερικοί επιζητούν την επαφή με την οικογένεια και την ψυχολογική ευεξία, όχι μόνο τη δική τους αλλά και των ασθενών «Να έρχονται οι συγγενείς μου πιο συχνά να τον βλέπουν γιατί κάθεται όλη μέρα στο κρεβάτι χωρίς να μιλάει. Στενοχωριέμαι πολύ», Η οικογένεια αναφέρθηκε από 14 φροντιστές κατατάσσοντας ως μία από τις σημαντικότερες πηγές συναισθηματικής υποστήριξης «Ναι, εσείς με βοηθάτε πολύ. Θα ήθελα όμως επισκέψεις και από τους συγγενείς και να μας κάνουν παρέα για να περνάει η ώρα».

Μέσα κοινωνικών επαφών που αναφέρθηκαν από

τους φροντιστές είναι ο σύλλογος καρκινοπαθών, οι ομάδες υποστήριξης φροντιστών «Ναι, αισθάνομαι μόνος και ανήμπορος σε όλο αυτό που μας συμβαίνει. Θα ήθελα να έχω επαφές με ανθρώπους που έχουν παρόμοια προβλήματα», οι ομάδες υποστήριξης ασθενών «Ναι, επειδή πολλές φορές πονάει και έχει και προβλήματα ψυχολογικά θα ήθελα να έρθει σε επαφή με άλλους ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα για να πάρει θάρρος και να καταλάβει ότι δεν είναι μόνος», η διάθεση περισσότερου χρόνου στον ασθενή «Ναι, θα ήθελα να είχα περισσότερο χρόνο να ασχολούμαι με τη μητέρα μου. Η έλλειψη χρόνου μου δημιουργεί άγχος και ενοχές», απλή συναναστροφή με άλλους φροντιστές «Νιώθω την ανάγκη να μιλήσω με άλλους ανθρώπους που να μην έχουν σχέση με το προσωπικό μου πρόβλημα» και τέλος περισσότερη επαφή με την ερευνήτρια της παρούσας μελέτης «Ναι, μερικές φορές στενοχωριέμαι που δεν μπορώ να της αφιερώσω περισσότερο χρόνο. Θα ήθελα να ερχόσασταν πιο συχνά και για περισσότερη ώρα για να μην νιώθει μόνη και ασφαλής».

Άλλες ανάγκες εκπαίδευσης

Οι μισοί περίπου φροντιστές (n=23) δεν εξέφρασαν επιπρόσθετες ανάγκες εκπαίδευσης, ενώ δύο φροντιστές είχαν την επιθυμία να εκπαιδευτούν, αλλά όχι σε κάτι συγκεκριμένο «Ότι μαθαίνω είναι καλό για τους συνανθρώπους μου» και άλλος ένας ήθελε να μάθει τα πάντα «Τα πάντα. Πως μπορώ να φροντίζω τη μητέρα μου ώστε να μην αισθάνεται άσχημα και να υποφέρει»

Μία ανάγκη εκπαίδευσης που εκφράστηκε ήταν η διαχείριση του πόνου χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Αρκετοί φροντιστές ανέφεραν την ανάγκη να εκπαιδευτούν σε μεθόδους ψυχολογικής υποστήριξης «Εκπαίδευση για ψυχολογική υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου» και διαχείρισης συναισθημάτων των ασθενών «Ενημέρωση για τους φορείς που μπορώ να απευθυνθώ για ψυχολογική υποστήριξη, εργοθεραπεία και ορθοπεδικά είδη». Είναι σημαντικό για τους φροντιστές να βλέπουν τον ασθενή που φροντίζουν να χαμογελά «Να τον βοηθήσω να βελτιωθεί η υγεία του και να ξαναβρεί το χαμόγελό του».

Άλλη ανάγκη που εκφράστηκε είναι εξειδικευμένες τεχνικές ανάγκες «θα ήθελα να έχω περισσότερες γνώσεις φυσιοθεραπείας - εργοθεραπείας - λογοθεραπείας - κινησιοθεραπείας», που αφορούν την περιποίηση και σωματική στήριξη του ασθενή «θα ήθελα να μάθω πως μπορώ να βοηθάω στο σπίτι για τη φροντίδα του γιατί είμαι μεγάλη γυναίκα και δεν μπορώ να τον αλλάζω και να τον σηκώνω μόνη μου», την περιποίηση και αλλαγή της στομιάς «Να μάθω περισσότερα για την περιποίηση της στομιάς που έχει ο ασθενής μου», χρήση αναπνευστήρα και νεφελοποιητή οξυγόνου «Μερικές φορές κάνει δύσπνοια και φοβάμαι να χρησιμοποιήσω τη συσκευή μήπως του κάνω κακό. Θα ήθελα και άλλη εκπαίδευση».

Μία άλλη ανάγκη που ειπώθηκε ήταν η εξής «θα ήθελα να εκπαιδευτώ ώστε να εκπαιδεύσω τον κόσμο να αντιμετωπίζει καλύτερα τις αλλαγές της εικόνας του συνανθρώπου τους», ενώ ένας φροντιστής αναφέρθηκε εξειδικευμένα στη χημειοθεραπεία «Να μάθω να τον βοηθάω στην αντιμετώπιση των επιπλοκών της χημειοθεραπείας γιατί ταλαιπωρείται πολύ». Είναι σημαντικό για τους φροντιστές να διδαχθούν τρόπους για να ενεργοποιήσουν τους ασθενείς «Πως θα τον κάνω λίγο πιο ενεργητικό. Αρνείται να ζήσει. Έχει παραιτηθεί» και «Πως θα τον πείσω να κάνει για την υγεία του αυτά που πρέπει χωρίς να τον εκνευρίζω». Επίσης, οι ασθενείς λόγω της ιδιαιτερότητας της νόσου τους γίνονται ιδιότροποι με αποτέλεσμα να αλλάζουν τις συνήθειές τους και κυρίως τις διατροφικές «Πως να φτιάχνω τα φαγητά για να τρώει».

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη, οι ασθενείς και φροντιστές αυτών ανέφεραν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται και κυρίως από τις υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας των υπό μελέτη νοσοκομείων. Όμως, αυτό που τονίστηκε έντονα και από τους ασθενείς και από τους φροντιστές είναι ότι θα ήθελαν πιο συχνή επαφή.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2009) ορίζει την παρηγορητική φροντίδα ως και τη φροντίδα της οικογένειας. Στην παρηγορητική φροντίδα είναι γενικά αποδεκτό ότι η υποστήριξη της οικογένειας αποτελεί, επίσης, μέρος της φροντίδας του ασθενή. Έτσι, τον πληθυσμό στόχο της παρούσας μελέτης δεν αποτέλεσαν μόνο οι ασθενείς που βρίσκονταν στο τέλος του κύκλου της ζωής τους, αλλά και οι φροντιστές αυτών που στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων ήταν μέλη του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Η σημασία της οικογένειας ως φροντιστή αναφέρθηκε από τον Spichiger (2008), ο οποίος διαπίστωσε ότι το να γευματίζει ο ασθενής με την οικογένειά του είναι μία υποστηρικτική «χειρονομία» για την οικογένεια, η οποία εκτιμήθηκε ιδιαίτερα από τους ασθενείς. Οι ασθενείς, αλλά και οι φροντιστές στην παρούσα μελέτη, ανέφεραν πολλές φορές ότι επιθυμούν πιο συχνές επισκέψεις από μέλη της οικογένειάς τους, κάτι το οποίο θα τους βελτιώσει τη συναισθηματική τους κατάσταση και θα τους βοηθήσει να περάσουν την ώρα τους ευχάριστα. Παρόμοια αποτελέσματα που συμβάλλουν στο ρόλο της οικογένειας υπήρχαν από τους Kaarbø (2010), Nelson et al (2010) και Stomberg (2009), οι οποίοι αναφέρουν όλες τις αξιολογικές πτυχές των οικογενειών που υποστηρίζονται σε παρηγορητικές καταστάσεις.

Η επίσκεψη επαγγελματιών υγείας στους ασθενείς στο τέλος της ζωής τους έχει αναγνωριστεί από τους τελευταίους πολύ σημαντική. Ένωσαν περισσότερο ικανοί να εκφράσουν τις ανησυχίες τους, ακόμη και αν αυτό δεν γίνεται συχνά, παράγοντας που συνέβαλε στη βελ-

τίωση της ποιότητας ζωής τους (Stomberg 2009). Στην παρούσα μελέτη, οι φροντιστές ανέφεραν τη σημασία της επίσκεψης ειδικών και επαγγελματιών υγείας τόσο στην απόκτηση γνώσεων, όσο και στη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών. Δημιουργείται ένα κλίμα ασφάλειας, όπου όλοι νιώθουν πιο άνετα, εκφράζοντας τις απορίες τους και βρίσκοντας λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Το φυσικό περιβάλλον έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας ευεξίας των ασθενών και της οικογένειάς τους. Στην παρούσα μελέτη, οι ασθενείς και φροντιστές που συμμετείχαν στη μελέτη δεν νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο, αλλά ήταν στην οικεία τους. Οι ασθενείς θεωρούν πολύ σημαντικό να έχουν το δικό τους ιδιωτικό χώρο, είτε εκείνοι νοσηλεύονται στο νοσοκομείο είτε είναι στην οικεία τους, βοηθώντας στη δημιουργία μιας αίσθησης ειρήνης και ηρεμίας (Broom & Cavenagh 2011).

Άλλος παράγοντας που έχει αναγνωριστεί ότι είναι σημαντικός είναι η επαφή των ασθενών και των φροντιστών με άλλους που βρίσκονται σε παρόμοιες καταστάσεις, κάτι το οποίο στηρίχτηκε και στην παρούσα μελέτη, όπου δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αναζήτηση υποστηρικτικών δομών και στη συνάντηση με άλλους ασθενείς και οικογένειες με παρόμοιο πρόβλημα. Αυτό προσφέρει ευκαιρία υποστήριξης και κατανόησης σε διαφορετικό επίπεδο, και για μερικούς, την ευκαιρία να δώσουν κάτι σε άλλους. Αυτό είναι που δίνει νόημα στη ζωή τους και ενδιαφέρον να ασχοληθούν με κάτι. Εκτός, δηλαδή ότι υποστηρίζονται ψυχολογικά και μπορεί να λύσουν κάποια προβλήματα, είναι ένα είδος ενασχόλησης και ένας τρόπος κινητοποίησης των ασθενών, ώστε να ξεχάσουν προσωρινά το δικό τους πρόβλημα και ασχοληθούν με άλλους, ανεξάρτητα αν είναι σε χειρότερη ή καλύτερη θέση από αυτούς (Gourdji et al 2009).

Η δυσάρεσκια των μελών της οικογένειας με την ποιότητα φροντίδας, συνδέεται με αρνητικές ψυχολογικές επιδράσεις, όπως παρατεταμένη και παθολογική θλίψη, κατάθλιψη και μειωμένη ποιότητα ζωής τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα μέλη της οικογένειας (Shah et al 2016). Πιθανόν αυτή είναι η εξήγηση που στην παρούσα μελέτη οι φροντιστές και οι ασθενείς τόνισαν σε αρκετά σημεία ότι αναζητούν δομές που να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας τόσο σε οξεία όσο και σε χρόνια βάση.

Στη μελέτη των Kobayakawa et al (2017) τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζαν οι οικογενειακοί φροντιστές ατόμων με νόσο τελικού σταδίου ήταν αϋπνία και κατάθλιψη με συχνότητα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Τα ψυχολογικά συμπτώματα των φροντιστών συνδέονταν με τη δική τους κακή κατάσταση υγείας και τα ψυχολογικά ή ψυχιατρικά συμπτώματα των ασθενών. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, οι φροντιστές

συμβουλευτήκαν ψυχιάτρους ή ψυχολόγους ή άλλους ειδικούς.

Σε μία μελέτη στην Ασία, οι μισοί περίπου ασθενείς και φροντιστές εξέφρασαν τουλάχιστον ένα αρνητικό συναίσθημα και από αυτούς οι μισοί περίπου ασθενείς και φροντιστές ανέφεραν ότι δεν επιθυμούν να συζητήσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Οι ιατροί ογκολόγοι δεν ανταποκρίθηκαν σε μεγάλο ποσοστό σε αυτά τα αρνητικά συναισθήματα. Όταν όμως το έκαναν, τότε οι ασθενείς αντιλήφθηκαν πιο ευνοϊκά την επικοινωνία και βελτιώθηκε η συναισθηματική τους κατάσταση (Malhotra et al 2017). Παρόμοια και σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στη Δανία, οι φροντιστές ασθενών στο τέλος του κύκλου της ζωής τους ανέφεραν συμπτώματα κατάθλιψης, υψηλή επιβάρυνση και χαμηλό επίπεδο επικοινωνίας (Nielsen et al 2017).

Η ανθεκτικότητα των φροντιστών έχει σχετιστεί με την κατάσταση υγείας, την κατάθλιψη και την κοινωνική υποστήριξη. Η έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης συνδέεται και μπορεί να είναι αιτία μειωμένης ανθεκτικότητας (Hwang et al 2017). Έτσι, στην παρούσα μελέτη, οι φροντιστές που ανέφεραν συναισθηματικές διαταραχές ήταν εκείνοι που επικαλέστηκαν συχνότερες επισκέψεις των υπόλοιπων μελών της οικογένειας.

Μερικοί φροντιστές στην παρούσα μελέτη δεν είχαν ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Είναι γεγονός ότι η ανθεκτικότητα επηρεάζει το άγχος και αυξάνει την αισιοδοξία μειώνοντας τις αρνητικές επιπτώσεις των δύσκολων εμπειριών της ζωής (Scheier et al 2000). Η ανθεκτικότητα και η αισιοδοξία έχουν προταθεί ως προστατευτικοί παράγοντες ενάντια στις επιβλαβείς συνέπειες του άγχους στην ψυχική και σωματική υγεία (Stajduhar et al 2017), παράγοντες που είναι πιθανό να επηρέασαν τους φροντιστές στην παρούσα μελέτη.

Η φροντίδα στο σπίτι αναφέρεται συχνά ως η τρέχουσα λύση για την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών για την παρηγορητική φροντίδα (The Change Foundation 2017) και αναφέρεται ότι είναι ο τόπος όπου οι περισσότεροι άνθρωποι θα προτιμούν να φροντίζουν και να πεθαίνουν (Gomes et al 2013, Holm et al 2015). Ωστόσο, χωρίς ουσιαστικές επενδύσεις στην οικιακή παρηγορητική περίθαλψη δεν είναι σαφής ο τρόπος με τον οποίο ο στόχος αυτός θα επιτευχθεί ή θα διατηρηθεί χωρίς να προστεθεί σημαντικό κόστος σε ένα ήδη εύθραυστο σύστημα υγείας (McBride et al 2011, Holm et al 2015) ειδικά χωρίς μετατόπιση του κόστους - οικονομική επιβάρυνση - στις οικογένειες (Dumont et al 2009, Souza et al 2016).

Η έρευνα έχει δείξει ότι οι χαμηλές προσδοκίες, τα αισθήματα ευγνωμοσύνης, η εκτίμηση για τους επαγγελματίες υγείας και ο φόβος να εκφράσουν παράπονα μπορεί να καλύψουν τα προβλήματά τους και να επηρεάσουν την αντίληψη των ασθενών και των οικογενειών τους περί ποιοτικής φροντίδας (Yamin 2009). Πράγματι, μία

μελέτη έδειξε ότι τα μέλη της οικογένειας μερικές φορές εξορθολογούν τις εμπειρίες της αρνητικής φροντίδας ως μια αναπόφευκτη πραγματικότητα μέσα σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με περιορισμένους πόρους, με αποτέλεσμα να εκφράζουν ικανοποιημένοι, ενώ πραγματικά δεν είναι (Funk et al 2012, Souzan et al 2016).

Οι οικογενειακοί φροντιστές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο, ειδικά στο τέλος της ζωής τους. Ο προσδιορισμός και η ικανοποίηση των αναγκών αυτών των φροντιστών είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών. Η ποιοτική μελέτη των Hashemi et al (2017) έδειξε τρεις βασικές κατηγορίες, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών αναγκών, των γνωστικών αναγκών και των ψυχολογικών αναγκών. Η κατηγορία κοινωνικών αναγκών περιελάμβανε τις υποκατηγορίες υποστήριξης για φροντίδα, αποτελεσματική επικοινωνία και οικονομική υποστήριξη. Η κατηγορία των γνωστικών αναγκών περιελάμβανε εκπαιδευτική υποστήριξη και υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων και η κατηγορία ψυχολογικών αναγκών περιλάμβανε υποστήριξη για ψυχολογικό τραύμα, προετοιμασία για την αντιμετώπιση της πραγματικότητας του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου και υποστήριξη για πένθος. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι φροντιστές της οικογένειας των ασθενών με καρκίνο στο τέλος της ζωής τους αναλαμβάνουν την ευθύνη πολλών πτυχών της φροντίδας για τον ασθενή τους, αλλά πολλές από τις δικές τους ανάγκες παραμέ-

νουν άγνωστες. Η παρούσα μελέτη είναι μία προσπάθεια να καλύψει αυτό το κενό που υπάρχει στη βιβλιογραφία, διερευνώντας τις ανάγκες των φροντιστών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς στο τέλος του κύκλου της ζωής τους που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη έχουν ανάγκη από περισσότερη πληροφόρηση και από εκπαίδευση στο πως να αντιμετωπίζουν τον πόνο τους, ενώ δυσκολεύονται να προμηθευτούν τα φάρμακά τους και να κλείσουν ραντεβού για μακροχρόνιες θεραπείες, όπως είναι η χημειοθεραπεία και η μετάγγιση. Οι ασθενείς έχουν ανάγκη τους επαγγελματίες υγείας, κυρίως για ψυχολογική υποστήριξη, αλλά και για εξειδικευμένη συμβουλευτική.

Οι φροντιστές της οικογένειας των ασθενών με καρκίνο στο τέλος της ζωής τους αναλαμβάνουν την ευθύνη πολλών πτυχών της φροντίδας για τον ασθενή τους, αλλά πολλές από τις δικές τους ανάγκες παραμένουν άγνωστες. Στην παρούσα μελέτη, οι περισσότεροι φροντιστές ανέφεραν συναισθηματικές διαταραχές και έλλειμμα γνώσεων όσον αφορά την ελάττωση των συμπτωμάτων των ασθενών, ενώ τονίστηκε ιδιαίτερα ο ρόλος των συγγενών – οικογένειας.

Είναι σημαντικό, λοιπόν, να αναπτυχθούν πολιτικές στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες θα περιλαμβάνουν την ανάπτυξη παρηγορητικών παρεμβάσεων, ιδιαίτερα στους φροντιστές της οικογένειας των ασθενών με καρκίνο στο τέλος του κύκλου ζωής τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Benthien K.S., Nordly M., Videbaek K., Kurita G.P., Von Der M.H., Timm H., Simonsen M.K., Johansen C. & Sjogren P. (2015). Classification of a palliative care population in a comprehensive cancer centre. *Support Care Cancer* 24(4): 1865-73.
- Boyd K. & Murray S.A. (2010). Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 341: c4863.
- Broom A. & Cavenagh J. (2011). On the meanings and experiences of living and dying in an Australian hospice. *Health* 15(1): 96-111.
- Delamothe T., Knapton M. & Richardson E. (2010). We're all going to die. Deal with it. *BMJ* 341: c5028.
- Dumont S., Jacobs P., Fassbender K., Anderson D., Turcotte V. & Harel F. (2009). Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care, a Canadian perspective. *Palliative Medicine* 23(8): 708-17.
- Edmonds P., Karlsten S., Khan S. & Addington-Hall J. (2001). A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. *Palliative Medicine* 15(4): 287-295.
- Ellershaw J., Dewar S. & Murphy D. (2010). Achieving a good death for all. *BMJ* 341: c4861
- Funk L.M., Stajduhar K.I., Robin Cohen S., Heyland D.K. & Williams A. (2012). Legitimising and rationalising in talk about satisfaction with formal healthcare among bereaved family members. *Social Health Illness* 34(15): 1010-1024.
- Gomes B., Calanzani N., Gysels M., Hall S. & Higginson I.J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home, a systematic review. *BMC Palliative Care* 12(1): 7.
- Gore J.M., Brophy C.J. & Greenstone M.A. (2000). How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 55(12): 1000-1006.
- Gourdji I., McVey L. & Purden M. (2009). A quality end of life from a palliative care patient's perspective. *Journal of Palliative Care* 25(1): 40-50.
- Hashemi M., Irajpour A. & Taleghani F. (2017). Caregivers needing care, the unmet needs of the family caregivers of end-of-life cancer patients. *Support Care Cancer* doi: 10.1007/s00520-017-3886-2.
- Hoefler J.M. & Vejlgard T.B. (2011). Something's ironic in Denmark, an otherwise progressive welfare state lags well behind in care of patients at the end of life. *Health Policy* 103(2-3): 297-304.
- Holm M., Henriksson A., Carlander I., Wengstrom Y. & Ohlen J. (2015). Preparing for family caregiving in specialized palliative home care, an ongoing process. *Palliative Support Care* 13(10): 767-775.
- Hwang I.C., Kim Y.S., Lee Y.J., Choi Y.S., Hwang S.W., Kim H.M. & Koh S.J. (2017). Factors Associated With Caregivers' Resilience in a Terminal Cancer Care Setting. *American Journal Hospital Palliative Care* 1049909117741110. doi: 10.1177/1049909117741110.

- Kaarbø E (2010). End-of-life care in two Norwegian nursing homes, family perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 20(7/8): 1125-1132.
- Kobayakawa M., Ogawa A., Konno M., Kurata A., Hamano J., Morita T., Kizawa Y., Tsuneto S., Shima Y., Aoyama M. & Miyashita M. (2017). Psychological and psychiatric symptoms of terminally ill patients with cancer and their family caregivers in the home-care setting, A nation-wide survey from the perspective of bereaved family members in Japan. *Journal Psychosomatic Research* 103: 127-132.
- Lynch T., Clark D., Centeno C., Rocafort J., De L.L., Filbet M., Hegedus K., Belle O., Giordano A., Guillen F. & Wright M. (2010). Barriers to the development of palliative care in Western Europe. *Palliative Medicine* 24(8): 812-819.
- Malhotra C., Kanesvaran, R., Krishna L., Xiang L., Kumarakulasinghe N.B., Tan S.H., Tulsy J.A. & Pollak K. (2017). Oncologists' responses to patient and caregiver negative emotions and patient perception of quality of communication, results from a multi-ethnic Asian setting. *Support Care Cancer* doi. 10.1007/s00520-017-3916-0.
- McBride T., Morton A., Nichols A. & van Stolk C. (2011). Comparing the costs of alternative models of end-of-life care. *Journal Palliative Care* 27(3): 126-133.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *British Medical Journal* 330(7498): 1007-1011.
- Murtagh F.E., Preston M. & Higginson I. (2004). Patterns of dying, palliative care for nonmalignant disease. *Clinical Medicine* 4(1): 39-44.
- Nelson J.E., Puntillo K.A., Pronovost P.J., Walker A.S., McAdam J.L., Iaaoo D. & Penrod J. (2010). In their own words, Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 38(3): 808-818.
- Nielsen M.K., Neergaard M.A., Jensen A.B., Vedsted P., Bro F. & Guldin M.B. (2017). Preloss grief in family caregivers during end-of-life cancer care, A nationwide population-based cohort study. *Psychooncology* doi. 10.1002/pon.4416.
- Radbruch L. & Payne S. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Part 1 & 2. Recommendations for the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care* 17(1): 22-33.
- Scheier M.F., Carver C.S. & Bridges M.W. (2000). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In, Chang EC, editor. *Optimism and pessimism, implications for theory, research and practice*. Washington, American Psychological Association.
- Seymour J.E., French J. & Richardson E. (2010). Dying matters, let's talk about it. *BMJ* 341: c4860.
- Shah S.M., Carey I. M., Harris T., De Wilde S., Victor C.R. & Cook D.G. (2016). The mental health and mortality impact of death of a partner with dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry* 31(12): 929-37.
- Sigurdardottir K.R., Oldervoll L., Hjermstad M.J., Kaasa S., Knudsen A.K., Lohre E.T., Loge J.H. & Haugen D.F. (2014). How are palliative care cancer populations characterized in randomized controlled trials? A literature review. *Journal Pain Symptom Management* 47(5): 906-914.
- Souza J.A. d., Hunt B., Asirwa F.C., Adebamowo C. & Lopes G. (2016). Global health equity, cancer care outcome disparities in high-, middle-, and low-income countries. *Journal of Clinical Oncology* 34(1): 6-13.
- Spichiger E. (2008). Living with terminal illness, patient and family experiences of hospital end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing* 14(5): 220-228.
- Stajduhar K., Sawatzky R., Robin Cohen S., Heyland D.K., Allan D., Bidgood D., Norgrove L. & Gadermann A.M. (2017). Bereaved family members' perceptions of the quality of end-of-life care across four types of inpatient care settings. *BMC Palliative Care* 16(1): 59.
- Stomberg M.W. (2009). Guest at hospice, Time for consideration. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 26(4): 277-280.
- Tanvetyanon T. & Leighton J.C. (2003). Life-sustaining treatments in patients who died of chronic congestive heart failure compared with metastatic cancer. *Critical Care Medicine* 31(1): 60-64.
- The Change Foundation (2011). Because this is the rainy day, a discussion paper on home care and informal caregiving for seniors with chronic health conditions. Διαθέσιμο από: <http://www.changefoundation.ca/because-this-is-the-rainyday>
- Van M.W., Aertgeerts B., De C.K., Thoonsen B., Vermandere M., Warmenhoven F., Van R.E. & De L.J. (2013). Defining the palliative care patient, a systematic review. *Palliative Medicine* 27(3): 197-208.
- Vittrup R. & Timm H. (2013). Mapping and comparison of palliative care nationally and across nations, Denmark as a case in point. *Mortality* 18(2): 116-129.
- World Health Organization. (2013). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Report by the Secretariat.
- World Palliative Care Alliance & WHO. (2014). Global atlas of palliative care at the end of life. Διαθέσιμο από: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=zdT-uqg5EJo%3D&tabid=38>.
- Yamin A.E. (2009). Suffering and powerlessness, the significance of promoting participation in rights-based approaches to health. *Health Hum Rights* 11(1): 5-22.
- World Health Organisation. (2009). WHO Definition of palliative care. Διαθέσιμο από: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>

The contribution of healthcare services to quality at the end of a patient's life cycle

Aggeliki Katsarou¹, George Intas², Charalampos Platis³, Evgenia Polidoropoulou⁴, George Pierrakos⁵

1. RN, MSc, Head nurse of CT department, G.H.N. Agios Panteleimon

2. RN, MSc, PhD, Senior Manager of Nursing, G.H.N. Agios Panteleimon

3. Research and Studies Officer, National School of Public Administration and Local Government

4. RN, MSc, G.H.N. Agios Panteleimon

5. Professor, University of West Attica

ABSTRACT

Introduction: Over the last decade it has been highlighted that palliative care is important for all life-threatening diseases.

Purpose: The purpose of this study was to explore the perception of end-of-life patients and their carers about existing health care structures and healthcare professionals.

Methods: This study adopted a mixed research methodology using both qualitative and quantitative methods. The population of this study was end-of-life patients and their caregivers. For data collection and interviews, a questionnaire was used which was created within the research part of the project "Development of a model of quality model in health education, self-care and rehabilitation of patients with neoplasms".

Results: The study sample consisted of 46 patients. Relatively limited activity, but ambulatory, were the 32.6% of patients. About half of the patients (56.5%) had access to home care services. Patients argued that healthcare professionals can guide them to better control their pain (93.5%) and symptoms (89.1%). Most carers were women (69.6%). Emotional disturbances were recorded in 23.9% and 53.3% rated good health. To improve care, most caregivers reported psychological support, more frequent contact with the family environment, and knowledge of the existence of specific structures/services.

Conclusions: It is important to develop healthcare policies, which will include the development of palliative care, especially for family caregivers of end-of-life cancer patients.

Key words: Carers, end of life, need, palliative care, patients

Corresponding author: Katsarou Aggeliki
e-mail: aggelikikatsar@yahoo.gr

Submission date: 06/08/2019
Re-submission date: 14/09/2020
Publication date: July 2020

Citation: Katsarou A., Intas G., Platis C., Polidoropoulou E. & Pierrakos G. (2020). The contribution of healthcare services to quality at the end of a patient's life cycle. *Hellenic Journal of Nursing Science* 13(3): 29-42, <https://doi.org/10.24283/hjns.202035>

Η επίδραση της θρησκευτικότητας των ασθενών με Στεφανιαία Νόσο στο άγχος και την κατάθλιψη που εκδηλώνουν στο νοσοκομείο

Μαρία Γκουδινούδη¹, Βασιλική Καρρά², Κωνσταντίνος Εκμετζόγλου³, Άννα Κορομπέλη⁴, Ευαγγελία Κουσκούνη⁵

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Μονάδα Εμφραγμάτων, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ (Νοσοκομειακή Μονάδα Σισμανόγλειο)

2. Νοσηλεύτρια, MSc, MHCN, PhD, Τομέαρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γενικό Νοσοκομείο Αττικής Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ

3. MD, PhD, Λέκτορας Ιατρικής Σχολής, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

4. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD, ΕΔΙΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

5. Ομότιμη Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η θρησκευτική πίστη και η πνευματικότητα φαίνεται πως επηρεάζουν συχνά τη σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας των στεφανιαίων ασθενών με το άγχος και την κατάθλιψη που τυχόν εκδηλώνουν κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους.

Μεθοδολογία: Διεξήχθη συγχρονική μελέτη με τη συμμετοχή 172 ασθενών (23 γυναίκες και 149 άνδρες) με στεφανιαία νόσο, οι οποίοι νοσηλεύονταν σε ένα γενικό νοσοκομείο της Αττικής με διάγνωση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) για τη διερεύνηση του νοσοκομειακού άγχους και της κατάθλιψης και η κλίμακα Beliefs and Values Scale για την εκτίμηση της θρησκευτικότητας και Πνευματικότητας των ασθενών.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν μέτρια επίπεδα θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και καθόλου έως μέτρια επίπεδα άγχους ή/και κατάθλιψης στους στεφανιαίους ασθενείς. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των άγχους και κατάθλιψης και θρησκευτικότητας/πνευματικότητας των ασθενών ($p > 0,001$), αν και τα άτομα που έχουν βιώσει στη ζωή τους μία έντονη πνευματική εμπειρία βίωσαν μικρότερο άγχος και κατάθλιψη στο Νοσοκομείο. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0,001$) με το φύλο, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις ηλικίες των ασθενών με την Belief and Values Scale. Επίσης, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0,001$) των υποκλιμάκων της HADS με την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία, την καπνιστική συνήθεια, το stress και την φαρμακευτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Οι στεφανιαίοι ασθενείς με έντονη θρησκευτικότητα είναι λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν άγχος και κατάθλιψη κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, αν και φαίνεται να μεσολαβούν συγχυτικοί παράγοντες που δυσκολεύουν την ερμηνεία αυτής της σχέσης. Η επίδραση της θρησκευτικότητας σε ψυχικές διαταραχές που αναπτύσσονται οι νοσηλευόμενοι στεφανιαίοι ασθενείς χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, θρησκευτικότητα, κατάθλιψη, νοσοκομείο, πνευματικότητα, στεφανιαία νόσος.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Γκουδινούδη

e-mail: mariagoudis@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 05/05/2019

Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούλιος 2020

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

Αναφορά του άρθρου ως: Γκουδινούδη Μ., Καρρά Β., Εκμετζόγλου Κ., Κορομπέλη Α. & Κουσκούνη Ε. (2020). Η επίδραση της θρησκευτικότητας των ασθενών με Στεφανιαία Νόσο στο άγχος και την κατάθλιψη που εκδηλώνουν στο νοσοκομείο. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 13(3): 43-59, <https://doi.org/10.24283/hjns.202036>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο άνθρωπος στη διάρκεια του βίου του βρίσκεται σε μία συνεχή προσπάθεια να δώσει απαντήσεις σε θεμελιώδη ερωτήματα για τη ζωή, την ασθένεια, το θάνατο, το νόημα της ύπαρξής του. Όχι μόνο για να καθουσιάσει τον έμφυτο φόβο του για το άγνωστο, αλλά και για να προσδιορίσει τον τρόπο που ζει τη ζωή του και την αλληλεπίδρασή του εντός του κόσμου. Η μεταφυσική αναζήτηση αποτελεί ανάγκη του ανθρώπου, που συνήθως εκδηλώνεται στο πλαίσιο μίας θρησκείας. Υπάρχει εκτεταμένη συζήτηση τόσο για τις ίδιες τις έννοιες της θρησκείας, της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας, όσο και για τον ορισμό αυτών. Ο όρος θρησκεία αφορά στη σχέση του ανθρώπου με το θείο. Ο ελληνικός όρος ετυμολογείται, μάλλον, από το ρήμα θρώσκω (αναβαίνω) και δηλώνει την ανάταση, την ανάβαση, την αναφορά ή αναφορικότητα. Ο λατινικός όρος, που χρησιμοποιείται σε όλες τις δυτικοευρωπαϊκές γλώσσες για να δηλωθεί το θρησκευτικό φαινόμενο, ετυμολογικά προέρχεται από τα ρήματα religere (συλλέγω, τηρώ επιμελώς) ή religare (επανασυνδέω) (Κιούλος 2014). Σε κάθε περίπτωση, πρόκειται για τη σχέση του θείου με το ανθρώπινο, του υπερφυσικού με το φυσικό, του υπερβατικού με το κοσμικό, του πνευματικού με το υλικό ή του ψυχικού με το φυσικό (Μπέγζος 2006).

Προϋπόθεση για να βιώσει ένας άνθρωπος τη θρησκεία του είναι η θρησκευτική πίστη, δηλαδή η εμπιστοσύνη και η αποδοχή στο θείο, η εσωτερική πεποίθηση και συνειδητή βεβαιότητα για την ύπαρξη πραγματικοτήτων, οι οποίες δεν εμπίπτουν στην αποδεικτική διαδικασία των νοητικών ή αισθητικών ικανοτήτων του ανθρώπου (Καραμούζης 2015). Ο βαθμός της ως άνω εμπιστοσύνης και εμπλοκής ή προσωπικής σημασίας που αποδίδει ένας άνθρωπος σε αυτές τις πραγματικότητες και το σύστημα θρησκευτικών πρακτικών που τις ακολουθούν καλείται θρησκευτικότητα (Meador et al 1992). Αρκετοί ερευνητές προτείνουν την ποιοτική ανάλυση της θρησκευτικότητας σε τρεις βασικούς άξονες, οι οποίοι φαίνεται να αποτελούν τα τρία θεμελιώδη στοιχεία του θρησκευτικού φαινομένου: α) την πίστη σε μία πνευματική διάσταση, β) την τήρηση ενός συνόλου πνευματικών λειτουργιών ή πρακτικών, γ) την προσήλωση σε ένα δόγμα ηθικής διαγωγής, που απορρέει από θρησκευτικές διδασχές.

Στο πλαίσιο αυτό, η θρησκευτικότητα αποτελεί μία στενότερη έννοια της πνευματικότητας, δηλαδή της υποκειμενικής εμπειρίας από τη διαδικασία αναζήτησης απαντήσεων σε ουσιαστά ερωτήματα για τη ζωή και το νόημά της, τη σχέση του ανθρώπου με το ιερό ή το υπερβατικό, η οποία μπορεί (ή όχι) να οδηγήσει στην (ή να προέλθει από την) ανάπτυξη θρησκευτικών τελετουργιών και από τη μορφοποίησή τους από την κοινότητα (Koenig et al 2001). Ενώ οι όροι θρησκευτικότητα και πνευματικότητα δεν ταυτίζονται εννοιολογικά, ωστόσο χρησιμοποιούνται

συχνά εναλλακτικά στη διεθνή βιβλιογραφία.

Η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα συνδέονται με τρεις κυρίως τρόπους με τη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων: α) η υψηλή θρησκευτικότητα/πνευματικότητα προσφέρει εσωτερική γαλήνη και δύναμη, δημιουργώντας ένα πλαίσιο αντιμετώπισης και μείωσης του στρες που προκαλούν τα προβλήματα της ζωής (Aukst-Margetic & Margetic 2005), β) τα άτομα με υψηλή θρησκευτικότητα αναπτύσσουν ένα δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ τους (Ellison & George 1994), και 3) η θρησκευτική παράδοση παρέχει συχνά οδηγίες στους πιστούς σχετικά με τη διαχείριση της καθημερινότητάς τους (Fontana 2003, McLean et al 2003). Ωστόσο, υπάρχουν και ευρήματα που δεν επιβεβαιώνουν τη θετική σχέση μεταξύ της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και της υγείας. Σε κάποιες περιπτώσεις, τα εντόνως θρησκευόμενα άτομα πείθονται ότι η ασθένεια δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια, αλλά σε προειδοποίηση ή θεία τιμωρία (Newberg & Lee 2006). Άλλοι πάλι έχουν επιβαρυνμένη ψυχική υγεία, αφού βιώνουν τα προβλήματα με έντονη εσωτερική ενοχή, κάτι που οδηγεί σε ψυχική καταπόνηση, καταθλιπτική συμπτωματολογία, αυτοκτονικό ιδεασμό και αυξημένα επίπεδα άγχους (Weber & Pargament 2014).

Ειδικά για τους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι τα υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικότητας/πνευματικότητας συσχετίζονται με χαμηλότερο άγχος και κατάθλιψη σε σωματικά ασθενείς (Ironson et al 2002), όπως και με λιγότερο θυμό σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο (Kennedy et al 2002). Κάποιες άλλες μελέτες, όμως, έχουν βρει πως η θρησκευτικότητα δε λειτουργεί πάντα προστατευτικά και θετικά ως προς την προσαρμογή στη χρόνια νόσο, αλλά μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη ψυχική καταπόνηση (Fitchett et al 1999). Στη μελέτη των Ginding και συνεργατών μελετήθηκαν επτά πτυχές της πνευματικότητας σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, δηλαδή η νοσηματοδότηση, η πίστη, η αποδοχή, ο τρόπος του σχετίζεσθαι, η σύνδεση με τη φύση, οι επιθανάτιες εμπειρίες και οι πνευματικές δραστηριότητες (Ginting et al 2015). Από αυτούς φάνηκε πως η ισχυρή πίστη, ο τρόπος του σχετίζεσθαι με τους άλλους και η ενασχόληση με πνευματικές δραστηριότητες προέβλεπε με στατιστική σημαντικότητα χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε καρδιολογικούς ασθενείς.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ποσοτική διερεύνηση της σχέσης μεταξύ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας των ασθενών με στεφανιαία νόσο που νοσηλεύθηκαν σε ένα γενικό νοσοκομείο της Αττικής με το άγχος και την κατάθλιψη που τυχόν εκδηλώνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 172 ασθενείς με

διάγνωση «οξύ στεφανιαίο σύνδρομο», άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ (Νοσοκομειακή Μονάδα ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ). Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας, δηλαδή δημιουργήθηκε ένα δείγμα με ασθενείς που εθελοντικά δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη, ήταν άμεσα προσβάσιμοι και νοσηλεύονταν την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης στο νοσοκομείο. Τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ήταν: α) ασθενείς άνω των 18 ετών, β) ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο κατά την εισαγωγή τους, γ) ασθενείς χωρίς ατομικό ιστορικό κατάθλιψης, γιατί η διαρκής κατάθλιψη συνδέεται πιθανότερα με υψηλότερη και βαρύτερη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και μπορεί να παρεκκλίνει από τη μέση τιμή που θα αξιολογούνταν και δ) ασθενείς που μιλούσαν την ελληνική γλώσσα και κατανοούσαν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για να μπορούν να το συμπληρώσουν.

Η διανομή των ερωτηματολογίων στους ασθενείς πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια. Η ερευνήτρια μπορούσε να δώσει επεξηγήσεις σε πιθανές ερωτήσεις που έθεταν οι ασθενείς καθώς και να ελέγξει αν η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είχε ολοκληρωθεί. Συνολικά προσεγγίστηκαν 218 ασθενείς με στεφανιαία νόσο και από αυτούς δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη οι 172 (ποσοστό ανταπόκρισης RR=79%). Το δείγμα θεωρήθηκε επαρκές δεδομένου ότι για τη διασφάλιση της στατιστικής ισχύος του μεγέθους του δείγματος είχε προηγηθεί ανάλυση ισχύος με το στατιστικό πρόγραμμα G*Power 3.1.9.2. Η συγκεκριμένη διαδικασία είχε ως αποτέλεσμα το μέγεθος δείγματος n=158 να μπορεί να οδηγήσει την έρευνα σε στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα (Faul et al 2007).

Στους ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη δόθηκαν τα ερωτηματολόγια και τους ζητήθηκε να τα συμπληρώσουν μόνοι τους στο τέλος της νοσηλείας τους. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν ότι ήταν προτιμότερο να συμπληρώσουν οι ίδιοι τις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις που τους είχαν δοθεί και να μην αφήσουν κενά, γιατί δεν θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στο τέλος τα αποτελέσματα των απαντήσεών τους. Συνολικά δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη 172 ασθενείς. Η συνολική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερέβη σε καμία περίπτωση τα 15-20 λεπτά. Αξίζει να σημειωθεί ότι το σύνολο των ερωτηματολογίων ελεγχόταν από την ερευνήτρια ως προς τα κενά συμπλήρωσης πριν την τελική παράδοσή του.

Σχεδιασμός

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφικός σχεδιασμός με συγχρονικές συσχετίσεις, αφενός γιατί δεν υπάρχουν επαρκή σχετικά εμπειρικά στοιχεία ως προς το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο θρησκευτικότητας/Πνευματικότητας

των ασθενών με στεφανιαία νόσο, οι οποίοι παρακολουθούνται σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία (περιγραφικός σχεδιασμός) και αφετέρου γιατί η ερευνήτρια δεν επιδίωκε την παρακολούθηση της χρονικής ακολουθίας των συμβάντων, καθώς οι κύριες μεταβλητές της μελέτης δεν αναμένονταν να μεταβληθούν μέσα στη χρονική περίοδο που διεξήχθη η μελέτη (συγχρονικός σχεδιασμός). Πριν τη διεξαγωγή της κύριας μελέτης προηγήθηκε πιλοτική δοκιμή σε δείγμα 30 ασθενών, ώστε να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων και να διορθωθούν τυχόν λάθη ή παραλείψεις. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο πρώτο εξάμηνο του 2018.

Εργαλεία της Έρευνας

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία: α) ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και κλινικών πληροφοριών για κάθε ασθενή, β) η κλίμακα «Beliefs and Values Scale» των King και συν., το οποίο έχει εκτιμηθεί ως αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αποτίμησης των πνευματικών πιστεύω και αξιών τόσο σε ασθενείς όσο και σε γενικό πληθυσμό (King et al 2006), και γ) η ελληνική έκδοση της «Κλίμακας Νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (HADS)» των Zigmond και Snaitth (1983), η οποία έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Μιχόπουλο και συν. και έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, ενώ ταυτόχρονα θεωρείται και είναι ένα χρήσιμο εργαλείο αναγνώρισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο (Μιχόπουλος και συν 2007).

Η κλίμακα HADS χρησιμοποιείται ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες, τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε ασθενείς γενικού νοσοκομείου, καθώς και σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (Μιχόπουλος και συν 2007, Πολυκανδριώτη 2012). Αποτελείται από 14 ερωτήσεις, κατανοητές σε δύο ισάριθμες ομάδες για την εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης. Η βαθμολογία για κάθε μία από τις ερωτήσεις των κλιμάκων κυμαίνεται μεταξύ 0 και 3. Έχει σχεδιαστεί να μετρά το άγχος και την κατάθλιψη με 7 ερωτήσεις για κάθε κατάσταση, με διακύμανση βαθμολογίας από 0-21. Συνολικό άθροισμα κάτω από το 7, δεν αξιολογείται ως πιθανή περίπτωση άγχους ή κατάθλιψης αντίστοιχα, μεταξύ 8 και 10, κατατάσσεται ως μέτρια κατάσταση και πάνω από 11 κατατάσσεται ως πιθανή περίπτωση κλινικής αξιολόγησης. Η αξιοπιστία, ευαισθησία και ειδικότητα της κλίμακας HADS έχουν μετρηθεί τόσο από τους ίδιους τους εμπνευστές, όσο και από μεταγενέστερους μελετητές με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η κλίμακα «Beliefs and Values Scale» χρησιμοποιήθηκε μετά από παρότρυνση των ίδιων των κατασκευαστών στην ηλεκτρονική επικοινωνία μαζί τους, διότι προσφέρει επιμέρους μεταβλητές που αντικατοπτρίζουν

με μετρήσιμα δεδομένα τον προσανατολισμό της καθημερινής ζωής προς τον ορίζοντα της θρησκευτικής/πνευματικής νοηματοδότησης, καθώς επίσης μπορεί να απαντηθεί και να κατανοηθεί από πιστούς διαφορετικών θρησκειμάτων, ακόμα και από μη πιστούς. Έχει σχεδιαστεί, λοιπόν, για να μετρά την πνευματικότητα υπό μια ευρεία θρησκευτική ή/και μη θρησκευτική προοπτική μέσα από 20 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούνται με την πεντάβαθμη κλίμακα Likert 0-4, όπου 0=Διαφωνώ απόλυτα, 1=Διαφωνώ, 2=ούτε διαφωνώ-ούτε συμφωνώ, 3=συμφωνώ και 4=συμφωνώ απόλυτα, με διακύμανση βαθμολογίας 0-80. Οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν ισχυρότερες πνευματικές πεποιθήσεις. Επειδή δεν υπήρχε ελληνική μετάφραση για το συγκεκριμένο εργαλείο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από δίγλωσσο μεταφραστή και στη συνέχεια το ελληνικό ερωτηματολόγιο που προέκυψε δόθηκε για μετάφραση στα αγγλικά από διαφορετικό δίγλωσσο μεταφραστή που δε γνώριζε την αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια, η ερευνητική ομάδα έκανε τις τελικές προσαρμογές στην ελληνική γλώσσα και κουλτούρα. Τέλος, με τη συγκριτική αξιολόγηση των δύο ερωτηματολογίων, δηλαδή του αρχικού και του αντίστροφα μεταφρασμένου, διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν ασυμφωνίες. Έτσι, προέκυψε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, η οποία αποφασίστηκε να διανεμηθεί σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Ηθικά Θέματα

Για τη χρησιμοποίηση των δύο εργαλείων στη μελέτη, ζητήθηκαν οι αντίστοιχες άδειες από τους κατασκευαστές τους ή τους αρμόδιους διαχειριστές τους μέσω ηλεκτρονικής επικοινωνίας. Για την κλίμακα HADS δόθηκε σχετική άδεια από τον οίκο «nFer Nelson Publishing» καθώς και η ελληνική της μετάφρασή. Για την κλίμακα «Beliefs and Values Scale», παραχωρήθηκε δωρεάν από τους κατασκευαστές της η άδεια για τη μετάφρασή της στην ελληνική γλώσσα, καθώς και τη διαπολιτισμική προσαρμογή πριν τη διάθεσή της σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Για την παραχώρηση της άδειας χρησιμοποίησης των κλιμάκων και στις δύο περιπτώσεις κατατέθηκε το πρωτόκολλο στους αντίστοιχους αδειοδότες. Για τη συλλογή δεδομένων από τους ασθενείς που παρακολουθούνταν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΣΙΣΜΑ-ΝΟΓΛΕΙΟ ζητήθηκε άδεια διεξαγωγής της μελέτης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του οικείου νοσοκομείου με τη γραπτή δήλωση ότι δεν επρόκειτο να επιβαρύνει τους ασθενείς ή το ίδιο το νοσοκομείο με οιονδήποτε τρόπο, η οποία εγκρίθηκε με την υπ' αρ. 21304/19-10-2017 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου και την υπ' αρ. 36/8-11-2017 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ». Τέλος, στο έντυπο του ίδιου του ερωτηματολογίου υπήρχε στην πρώτη σελίδα εισαγωγικό σημείωμα προς τους ασθενείς

που περιλάμβανε πρόσκληση για συμμετοχή στην έρευνα, ενημέρωση σχετικά με αντικείμενο και το σκοπό της μελέτης, περιγραφή της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων, διευκρινίσεις περί της εθελοντικής συμμετοχής σε αυτή, της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, του απορρήτου των πληροφοριών και της ανυπαρξίας κινδύνων ή άλλων επιπτώσεων.

Ανάλυση των δεδομένων

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (standard deviation) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Μετά τον έλεγχο καλής προσαρμογής του δείγματος σε μία δεδομένη κανονική κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov και βρέθηκε ότι το δείγμα δεν ακολουθεί κανονική κατανομή. Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's (rho). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή, όταν ο συντελεστής συσχέτισης (rho) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Για όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Η τιμή του συντελεστή εσωτερικής συνοχής για τις κλίμακες «Beliefs and Values» είναι Cronbach's alpha=0,928, για την HADS-Anxiety είναι Cronbach's alpha=0,838 και για την κλίμακα HADS-Depression είναι Cronbach's alpha=0,755. Έχει προταθεί ότι τιμές συντελεστή $>0,5$ είναι αποδεκτές, ενώ οι τιμές συντελεστή $\geq 0,7$ είναι πολύ ικανοποιητικές (Jenkinson et al 1994). Το γεγονός αυτό υποδεικνύει εξαιρετική αξιοπιστία στις απαντήσεις των ασθενών. Αναφορικά με την εγκυρότητα των δύο ερωτηματολογίων, αφενός η κλίμακα «Beliefs and Values Scale» έχει εκτιμηθεί ως αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αποτίμησης των πνευματικών πιστεύω και αξιών τόσο σε ασθενείς όσο και σε γενικό πληθυσμό, αφετέρου η αξιοπιστία, ευαισθησία και ειδικότητα της κλίμακας HADS έχει μετρηθεί τόσο από τους ίδιους τους εμπνευστές όσο και από μεταγενέστερους μελετητές με πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, ενώ ταυτόχρονα θεωρείται ένα χρήσιμο εργαλείο αναγνώρισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά στη μελέτη συμμετείχαν 172 ασθενείς, από τους οποίους οι 149 (86,6%) ήταν άνδρες, οι 113 (64,9%) ήταν έγγαμοι, οι 54 (31%) είχαν τελειώσει το γυμνάσιο και οι 59 (33,9%) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 52,3% (n=91 άτομα) κατάγονταν από την περιφέρεια και μόνο το 12% (n=21) ήταν ασθενείς που κατάγονταν από το εξωτερικό. Οι 141 ασθενείς ήταν

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	N (%)	Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	N (%)
Φύλο		Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Άνδρες	149 (85,6)	Αγράμματος	1 (0,6)
Γυναίκες	23 (13,2)	Δημοτικό	35 (20,1)
Ηλικία σε έτη (mean + SD)	62,85 + 12	Γυμνάσιο	54 (31)
(min-max)	(32 - 91)	Λύκειο	24 (13,8)
32-52 έτη	39 (22,4)	ΙΕΚ	4 (2,3)
53-67 έτη	69 (39,7)	ΤΕΙ	22 (12,6)
68-78έτη	49 (28,2)	Πανεπιστήμιο	28 (16,1)
<79 έτη	15 (8,6)	Μεταπτυχιακό	3 (1,7)
Οικογενειακή κατάσταση		Διδακτορικό	1 (0,6)
Άγαμος	11 (6,3)	Επάγγελμα	
Έγγαμος	113 (64,9)	Δημόσιος Υπάλληλος (ΔΥ)	16 (9,2)
Διαζευγμένος	16 (9,2)	Ιδιωτικός Υπάλληλος (ΙΥ)	44 (25,3)
Χήρος	18 (10,3)	Συνταξιούχος	47 (27)
Είμαι σε διάσταση	1 (0,6)	Ελεύθερος Επαγγελματίας (ΕΕ)	59 (33,9)
Ζω με το σύντροφό μου	13 (7,5)	Οικιακά	6 (3,4)
Τόπος Καταγωγής		Θρησκευτικές πεποιθήσεις	
Αττική	58 (33,3)	Άθεος	18 (10,3)
Περιφέρεια	91 (52,3)	Χριστιανός Ορθόδοξος	141 (81)
Εξωτερικό	21 (12,1)	Χριστιανός Καθολικός	2 (1,1)
Θεσσαλονίκη	1 (0,6)	Μουσουλμάνος	2 (1,1)
		Άλλο	2 (6,7)

Χριστιανοί Ορθόδοξοι (81%) και μόλις το 10,3% (n=18) των συμμετεχόντων δήλωσαν Άθεοι. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 62,85 έτη (SD+12). Για την καλύτερη επεξεργασία των δεδομένων, οι ηλικίες των συμμετεχόντων ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις (4) κατηγορίες (32-52 έτη, 52-67 έτη, 67-78 έτη και >79 έτη) χρησιμοποιώντας τη διάμεση τιμή των ηλικιών, καθώς και το διατεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range). Μετά την ομαδοποίηση βρέθηκε ότι το 39,7% του δείγματος άνηκε στη κατηγορία «53-67 έτη» και μόνο το 8,6% στις ηλικιακές ομάδες άνω των 79 ετών (Πίνακας 1).

Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών ήταν από 2 έως 30 ημέρες (mean=6,05, SD=3) και το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών εισήχθη με διάγνωση εμφράγματος μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI) (46,6%, n=81). Το «στρες» (62,1%, n=108) και το «κάπνισμα» (60,3%, n=105) αναφέρθηκαν στα μεγαλύτερα ποσοστά των προδιαθεσικών παραγόντων των ασθενών, με τρίτη κατά σειρά ποσοστών (52,9%, n=92) την αναφερόμενη «Αρτηριακή

Υπέρταση». Οι περισσότεροι ασθενείς (n=92, 52,9%) δεν ανέφεραν κάποια συνυπάρχουσα νόσο, ενώ 17 ασθενείς (9,8%) ανέφεραν ότι είχαν στεφανιαία νόσο. Σε σχέση με τα φάρμακα που λάμβαναν ημερησίως, το 30,5% (n=53) του δείγματος δήλωσε πως δε λάμβανε συστηματικά καμία φαρμακευτική αγωγή πριν το στεφανιαίο επεισόδιο, ενώ το 28,7% λάμβανε περισσότερα από δύο φάρμακα καθημερινά (Πίνακας 2).

Η βαθμολογία της κλίμακας «Άγχος» κυμαίνεται από 0-16 με μέση τιμή 5,79 (SD+4,29). Η βαθμολογία της κλίμακας «Κατάθλιψη» κυμαίνεται από 0-18 με μέση τιμή 6,13 (SD+3,89). Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατανομή των δύο σκορ, Άγχους και Κατάθλιψης σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των τιμών σε τρεις κατηγορίες. Η κατηγορία I δηλώνει τους συμμετέχοντες που έχουν συνολικό σκορ από 0 έως και 7 (Απουσία Άγχους, Κατάθλιψης), η κατηγορία II συμπεριλαμβάνει τους συμμετέχοντες με συνολικό σκορ από 8 έως και 10 (Μέτρια Επίπεδα Άγχους, Κατάθλιψης) και τέλος η κατηγορία III αναφέρεται σε

Πίνακας 2. Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	N (%)
Διάρκεια Νοσηλείας σε ημέρες (mean + SD) (min-max)	6,05 + 3 (2-30)
Παρούσα νόσος	
Σταθερή στηθάγχη	13 (7,5)
Ασταθή στηθάγχη	17 (9,8)
STEMI	81 (46,6)
non STEMI	51 (29,3)
Συνυπάρχουσα νόσος	
Καμία	92 (52,9)
Αρρυθμίες	1 (0,6)
Βαλβιδοπάθεια	4 (2,3)
Θυροειδοπάθεια	11 (6,3)
Χρόνια νεφρική νόσος	10 (5,7)
Παθήσεις πεπτικού	4 (2,3)
Περιφερικές αγγειοπάθειες	3 (1,7)
Καρκίνος-θυλώματα	7 (4)
Στεφανιαία Νόσος	17 (9,8)
ΧΑΠ	6 (3,4)
Προδιαθεσικοί παράγοντες	
Αρτηριακή υπέρταση	92 (52,9)
Σακχαρώδης διαβήτης	46 (26,4)
Δυσλιπιδαιμία	87 (50)
Stress	108 (62,1)
Κάπνισμα	105 (60,3)
Παχυσαρκία	26 (14,9)
Φαρμακευτική αγωγή	
Καμία	53 (30,5)
1 ημερησίως	36 (20,7)
2 ημερησίως	30 (17,2)
<2 ημερησίως	50 (28,7)

όσους έχουν συνολικό σκορ από 11 έως και 21 (Κλινική Περίπτωση Άγχους, Κατάθλιψη). Βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς (n=116, 66,7%) δεν εκδήλωσαν άγχος (απουσία άγχους, επίπεδα άγχους >7) κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο (Πίνακας 3). Τα ίδια αποτελέσματα έδειξε και η κλίμακα HADS-Depression που αξιολογεί τα επίπεδα νοσοκομειακής κατάθλιψης των ασθενών. Το 59,8% του δείγματος των ασθενών (n=104) φαίνεται πως δεν είχε συμπτωματολογία κατάθλιψης (απουσία κατά-

Πίνακας 3. Εκτίμηση του δείγματος σε σχέση με τις τρεις κατηγορίες της κλίμακας HADS (Άγχος και Κατάθλιψη).

HADS -Anxiety Άγχος Τιμές: 0-16 mean= 5,79 (SD+4,29)	N (%)
Κατηγορίες	
I	116 (66,7)
II	29 (16,7)
III	27 (15,5)
HADS-Depression Κατάθλιψη Τιμές: 0-18 mean=6,13 (SD+3,89)	N (%)
Κατηγορίες	
I	104 (59,8)
II	47 (27)
III	21 (12,1)

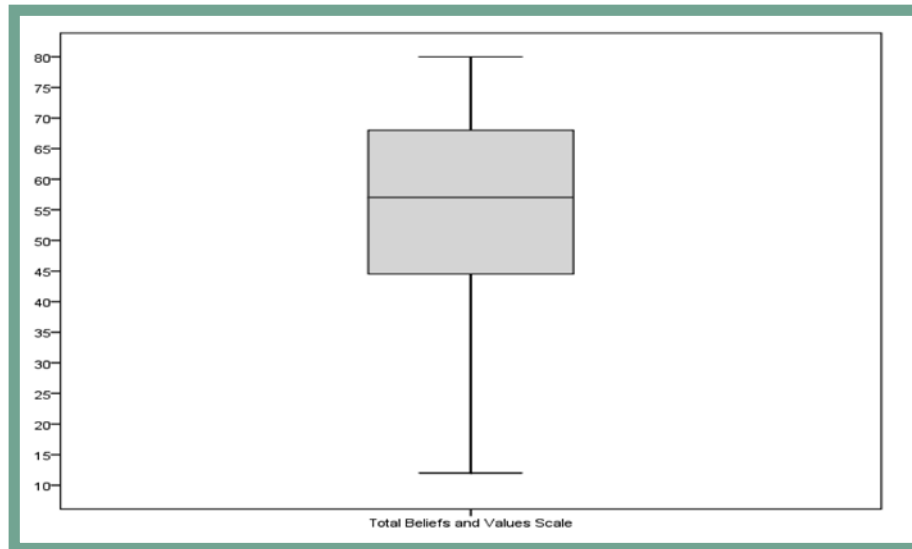
θλιψης, επίπεδα κατάθλιψης >7) (Πίνακας 3).

Εκτιμώντας τα επίπεδα Θρησκευτικότητας/Πνευματικότητας των ασθενών με την κλίμακα «Beliefs and Values Scale» βρέθηκε ότι μέση τιμή των επιπέδων της κλίμακας είναι 54,84 (SD+16,8, min=12, max=80). Οι ασθενείς βρέθηκε ότι εμφανίζουν αρκετά υψηλά επίπεδα Θρησκευτικότητας/Πνευματικότητας, δεδομένου ότι όσο ανεβαίνει η τιμή της κλίμακας τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα αυτού που μετράει. Η μέση τιμή των επιπέδων της Θρησκευτικότητας/Πνευματικότητας των ασθενών με στεφανιαία νόσο καθώς και οι ακραίες τιμές φαίνονται στο Σχήμα 1.

Κατά τη διαδικασία των στατιστικών ελέγχων δεν βρέθηκε να υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων HADS (Anxiety-Depression) και της κλίμακας αξιολόγησης των επιπέδων Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών (p>0,001). Βρέθηκαν όμως συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (Πίνακας 4). Θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει τόσο με το φύλο, την ηλικία όσο και με τις Θρησκευτικές Πεποιθήσεις και την κλίμακα "Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών" (Beliefs and Values Scale). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα Θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών σε σχέση με τους άντρες (rho=0,238, p=0,002), όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονται οι ασθενείς τόσο αυξάνονται τα επίπεδα "Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών" (rho=0,263, p=0,000) και όσοι πιστεύουν σε κάποιο θρήσκευμα έχουν υψηλότερα επίπεδα Θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών σε σχέση με αυτούς που δεν πιστεύουν (rho=0,263, p<0,001) (Πίνακας 4).

Κατά τη συσχέτιση του Άγχους (HADS Anxiety) με

Σχήμα 1. Εκτίμηση της διάμεσης τιμή της κλίμακας Beliefs and Values scale



τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με στεφανιαία νόσο βρέθηκε να υπάρχει θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που δεν έχουν οικογένεια βιώνουν υψηλότερα επίπεδα Άγχους, σε σχέση με αυτούς που είναι παντρεμένοι ($\rho=0,201$, $p=0,008$) (Πίνακας 4). Αρνητικά βρέθηκε να συσχετίζεται η ηλικία με την κλίμακα του Άγχους (HADS Anxiety). Όσο μικρότερη είναι η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονται οι ασθενείς τόσο αυξάνονται τα επίπεδα Άγχους ($\rho=-0,254$, $p=0,001$) (Πίνακας 4).

Κατά τη συσχέτιση της Κατάθλιψης (HADS Depression) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με στεφανιαία νόσο βρέθηκε να υπάρχει θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που δεν έχουν οικογένεια βιώνουν υψηλότερα επίπεδα Κατάθλιψης, σε σχέση με αυτούς που είναι παντρεμένοι ($\rho=0,195$, $p=0,010$) (Πίνακας 4). Αρνητικά βρέθηκε να συσχετίζεται η ηλικία με την κλίμακα της Κατάθλιψης (HADS Depression). Όσο μικρότερη είναι η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονται οι ασθενείς τόσο αυξάνονται τα επίπεδα Κατάθλιψης ($\rho=-0,222$, $p=0,003$) (Πίνακας 4).

Η συσχέτιση των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με στεφανιαία νόσο έδειξε να υπάρχει θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το ΣΔ και την κλίμακα "Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών" (Beliefs and Values Scale). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που έχουν και ΣΔ έχουν υψηλότερα επίπεδα Θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν ΣΔ ($\rho=0,160$, $p=0,036$) (Πίνακας 4). Βρέθηκε, επίσης, θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση της

φαρμακευτικής αγωγής με την κλίμακα «Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών» (Beliefs and Values Scale). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όσο περισσότερα φάρμακα λαμβάνουν οι ασθενείς καθημερινά υψηλότερα επίπεδα Θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών έχουν ($\rho=0,174$, $p=0,023$) (Πίνακας 4).

Θετικά βρέθηκε να συσχετίζεται το κάπνισμα και το stress με την κλίμακα του Άγχους και της Κατάθλιψης (HADS Anxiety-Depression). Όσοι καπνίζουν φαίνεται να έχουν αυξημένα τα επίπεδα Άγχους ($\rho=-0,295$, $p<0,001$) και υψηλότερα επίπεδα Κατάθλιψης ($\rho=0,174$, $p<0,001$) και, επίσης, όσοι αναφέρουν ότι βιώνουν stress έχουν υψηλότερα επίπεδα Άγχους ($\rho=-0,312$, $p<0,001$) και υψηλότερα επίπεδα Κατάθλιψης ($\rho=-0,238$, $p<0,001$) (Πίνακας 4). Βρέθηκε, επίσης, να υπάρχει αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση της φαρμακευτικής αγωγής με το Άγχος και την Κατάθλιψη (HADS). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όσο περισσότερα φάρμακα λάμβαναν οι ασθενείς καθημερινά τόσο χαμηλότερα επίπεδα Άγχους ($\rho=-0,197$, $p=0,010$) και Κατάθλιψης ($\rho=-0,167$, $p=0,030$) ανέφεραν ότι βιώνουν, χωρίς κάποιο από αυτά να είναι αντικαταθλιπτικό (Πίνακας 4).

Τέλος, πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος μεταξύ των κλιμάκων HADS με όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας Beliefs and Values Scale των ασθενών με στεφανιαία νόσο και βρέθηκε να υπάρχει αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα HADS Κατάθλιψη και την ερώτηση «Πιστεύω ότι η ανθρώπινη σωματική επαφή μπορεί να αποτελέσει μια πνευματική εμπειρία» της κλίμακας Beliefs and Values Scale. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που διαφωνούν απόλυτα με τη συγκεκριμένη τοποθέτηση έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης

Πίνακας 4. Συσχέτιση των υποκλιμάκων HADS και "Beliefs and Values Scale" μεταξύ τους καθώς και με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Χαρακτηριστικά ασθενών	Spearman's rho	Total Beliefs Values Scale	HADS Anxiety (Άγχος)	HASDS Depression (Κατάθλιψη)
Total Beliefs Values Scale	rho Correlation Coefficient	1,000	-0,076	-0,124
	Sig. (2-tailed)	.	0,320	0,105
	N	172	172	172
HADS Anxiety (Άγχος)	rho Correlation Coefficient	-0,076	1,00	0,707**
	Sig. (2-tailed)	0,320	.	0,001
	N	172	172	172
HADS Depression (Κατάθλιψη)	rho Correlation Coefficient	-0,124	0,707**	1,00
	Sig. (2-tailed)	0,105	0,000	.
	N	172	172	172
Φύλο	rho Correlation Coefficient	0,238**	-0,108	-0,108
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,160	0,157
	N	172	172	172
Οικογενειακή κατάσταση	rho Correlation Coefficient	-0,146	0,201**	0,195**
	Sig. (2-tailed)	0,056	0,008	0,010
	N	172	172	172
Θρησκευτικές πεποιθήσεις	rho Correlation Coefficient	0,263**	-0,032	
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,679	
	N	172	172	
Ηλικιακές ομάδες	rho Correlation Coefficient	0,181*	-0,254**	-0,026
	Sig. (2-tailed)	0,017	0,001	0,736
	N	172	172	172
Σακχαρώδης Διαβήτης	rho Correlation Coefficient	0,160*	-0,057	
	Sig. (2-tailed)	0,036	0,455	
	N	172	172	
Κάννισμα	rho Correlation Coefficient	0,013	0,295**	0,174**
	Sig. (2-tailed)	0,867	0,000	0,023
	N	172	172	172
Stress	rho Correlation Coefficient	0,076	0,312**	0,283**
	Sig. (2-tailed)	0,319	0,000	0,000
	N	172	172	172
Φαρμακευτική αγωγή	rho Correlation Coefficient	0,174*	-0,197**	-0,167**
	Sig. (2-tailed)	0,023	0,010	0,030
	N	169	169	169

** Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).
* Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

Πίνακας 5. Συσχετίσεις των υποκλιμάκων HADS με τις ερωτήσεις της κλίμακας Beliefs and Values Scale

Beliefs and Values Scale	Spearman's rho	HADS Άγχος	HADS Κατάθλιψη
Είμαι ένα πνευματικό άτομο	Correlation Coefficient	-0,076	-0,107
	Sig. (2-tailed)	0,322	0,162
	N	172	172
Πιστεύω ότι το πνεύμα μου ή η ψυχή μου θα διασωθούν μετά το θάνατο μου	Correlation Coefficient	0,034	-0,019
	Sig. (2-tailed)	0,661	0,802
	N	172	172
Πιστεύω σε έναν προσωπικό Θεό	Correlation Coefficient	0,063	-0,034
	Sig. (2-tailed)	0,410	0,660
	N	172	172
Πιστεύω ότι ο εσωτερικός στοχασμός/αναζήτηση έχει αξία	Correlation Coefficient	0,048	-0,038
	Sig. (2-tailed)	0,533	0,618
	N	172	172
Πιστεύω ότι ο Θεός είναι πανταχού παρών	Correlation Coefficient	0,113	0,015
	Sig. (2-tailed)	0,140	0,842
	N	172	172
Πιστεύω ότι αυτό που θα συμβεί μετά τον θάνατο μου είναι καθορισμένο από το πώς έχω ζήσει τη ζωή μου	Correlation Coefficient	0,019	-0,122
	Sig. (2-tailed)	0,808	0,109
	N	172	172
Πιστεύω ότι υπάρχουν δυνάμεις του κακού στο Σύμπαν	Correlation Coefficient	0,011	0,080
	Sig. (2-tailed)	0,889	0,295
	N	172	172
Αν και δεν μπορώ πάντα να καταλάβω αυτά που συμβαίνουν, πιστεύω ότι όλα γίνονται για κάποιο λόγο	Correlation Coefficient	0,129	0,053
	Sig. (2-tailed)	0,091	0,491
	N	172	172
Πιστεύω ότι η ανθρώπινη σωματική επαφή μπορεί να αποτελέσει μια πνευματική εμπειρία	Correlation Coefficient	-0,129	-0,195*
	Sig. (2-tailed)	0,091	0,010
	N	172	172
Αισθάνομαι ένα με τον κόσμο πολύ περισσότερο όταν βρίσκομαι μέσα στη φύση	Correlation Coefficient	-0,098	-0,139
	Sig. (2-tailed)	0,202	0,069
	N	172	172
Πιστεύω στη μετά θάνατο ζωή	Correlation Coefficient	0,009	-0,120
	Sig. (2-tailed)	0,907	0,118
	N	172	172
Είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο	Correlation Coefficient	0,091	0,081
	Sig. (2-tailed)	0,237	0,294
	N	172	172
Οι θρησκευτικές τελετές είναι σημαντικές για εμένα	Correlation Coefficient	-0,010	-0,025
	Sig. (2-tailed)	0,900	0,747
	N	172	172

Πίνακας 5. Συσχετίσεις των υποκλιμάκων HADS με τις ερωτήσεις της κλίμακας Beliefs and Values Scale (συνέχεια)

Beliefs and Values Scale	Spearman's rho	HADS Άγχος	HADS Κατάθλιψη
Πιστεύω ότι η ζωή μου είναι προσηδασμένη για μένα	Correlation Coefficient	0,039	0,053
	Sig. (2-tailed)	0,613	0,489
	N	172	172
Πιστεύω ότι ο Θεός αποτελεί δύναμη ζωής	Correlation Coefficient	0,073	-0,027
	Sig. (2-tailed)	0,342	0,729
	N	172	172
Τουλάχιστον μια φορά στη ζωή μου είχα μια έντονη πνευματική εμπειρία	Correlation Coefficient	-0,219**	-0,184*
	Sig. (2-tailed)	0,004	0,016
	N	172	172
Πιστεύω ότι υπάρχει παράδεισος	Correlation Coefficient	0,065	-0,026
	Sig. (2-tailed)	0,396	0,732
	N	172	172
Πιστεύω ότι το ανθρώπινο πνεύμα είναι αθάνατο	Correlation Coefficient	-0,008	-0,100
	Sig. (2-tailed)	0,912	0,194
	N	172	172
Πιστεύω ότι η προσευχή έχει αξία	Correlation Coefficient	,042	-0,001
	Sig. (2-tailed)	0,581	0,986
	N	172	172
Πιστεύω ότι υπάρχει Θεός	Correlation Coefficient	0,080	-0,013
	Sig. (2-tailed)	0,296	0,868
	N	172	172

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

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

σε σχέση με αυτούς που συμφωνούν με τη συγκεκριμένη τοποθέτηση ($\rho = -0,195$, $p = 0,010$) (Πίνακας 5). Επίσης, βρέθηκε αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα HADS Άγχος και Κατάθλιψη και την ερώτηση «Τουλάχιστον μια φορά στη ζωή μου είχα μια έντονη πνευματική εμπειρία» της κλίμακας Beliefs and Values Scale. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι ασθενείς που διαφωνούν απόλυτα με τη συγκεκριμένη τοποθέτηση έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που συμφωνούν με τη συγκεκριμένη τοποθέτηση (Άγχος $\rho = -0,219$, $p = 0,004$, Κατάθλιψη $\rho = -0,184$, $p = 0,016$) (Πίνακας 5).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι στην ερευνητρια αναφέρθηκαν δύο επιθανάτιες εμπειρίες. Η μία από ασθενή, άνδρα, 68 ετών, που ανέφερε ότι «*κατά τη διάρκεια (παρ' όλιγον) πνιγμού σε πισίνα είδε μία πνευματική παρουσία να τον τραβάει μέσα από το νερό*» και η δεύτερη από ασθενή, άνδρα, 57 ετών, που ανέφερε πως «*κατά τη διάρκεια της ανακοπής του στη μονάδα, έβλεπε τον εαυτό του να φεύγει από το σώμα του και να βρίσκεται*

σε ένα φωτεινό, ήρεμο περιβάλλον, με τον εαυτό του να νιώθει γαλήνη».

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη επικείμενη σε διερευνήσει τη θρησκευτική πίστη και πνευματικότητα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, καθώς και την επίδραση αυτών στο άγχος ή/και την κατάθλιψη που εκδηλώνουν κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία, η κλίμακα «Beliefs and Values Scale» για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό με σκοπό τη ποσοτική αποτίμηση της θρησκευτικότητας και παράλληλα την προσέλαση διαφορετικών πτυχών του θρησκευτικού βιώματος. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η ευρέως διαδεδομένη κλίμακα HADS (Hospital Anxiety-Depression Scale) για την ποσοτική αποτίμηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε στεφανιαίους ασθενείς. Αναφορικά με την πρώτη κλίμακα, αν και δεν υπήρχε σταθμισμένη ελληνική έκδοση, θετική εξέλιξη ήταν ότι, μετά τη διαπολιτισμική προσαρμογή, είχε υψηλό συντελεστή

εσωτερικής συνοχής. Η υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου επιβεβαιώνει την αρχική εκτίμηση των κατασκευαστών πως η εν λόγω κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς και με διαφορετικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (King et al 2006).

Από τα περιγραφικά δεδομένα της παρούσας έρευνας φαίνεται πως παρόλο που οι συμμετέχοντες δήλωναν στην πλειονότητά τους ότι πιστεύουν στο Θεό και συμπεριλαμβάνουν την Ορθόδοξη Παράδοση στα συστατικά στοιχεία της προσωπικής τους ταυτότητας (81% αυτοπροσδιορίζονται ως Χριστιανοί Ορθόδοξοι), τα επίπεδα θρησκευτικότητας/πνευματικότητάς τους, όπως αυτά μετρήθηκαν με την Beliefs and Values Scale δεν ήταν υψηλά. Αν και το εύρημα αυτό πρέπει να εκτιμηθεί με ιδιαίτερη προσοχή, ειδικά αφού το ερευνητικό εργαλείο δημιουργήθηκε σε διαφορετικό κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον, ωστόσο φαίνεται να συνάδει με τα ευρήματα και άλλων ερευνών τα τελευταία χρόνια, που καταγράφουν σχετική αποδυνάμωση των επιπέδων θρησκευτικότητας στην Ελλάδα (Ινστιτούτο Πολιτικής Κοινωνιολογίας 2009).

Ωστόσο, και στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκαν οι τάσεις θρησκευτικότητας που καταγράφονται σε πλήθος άλλων μελετών, διαχρονικά και υπερπολιτισμικά, που δείχνουν να είναι πιο δυναμικές στις γυναίκες και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Τσιρώνης 2012). Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, υψηλότερα ποσοστά ανθρώπων που δηλώνουν ότι πιστεύουν στο Θεό στην Ευρωπαϊκή Ένωση (EE25) έχουν οι γυναίκες και οι άνθρωποι που υπερβαίνουν τα 50 έτη (Eurobarometer 2010). Αντιστοίχως, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών/Πνευματικών αξιών σε σχέση με τους άντρες, ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονται, τόσο αυξάνονται τα επίπεδα "Θρησκευτικών/Πνευματικών Αξιών". Αναφορικά με την αυξημένη θρησκευτικότητα των γυναικών, αν και έχει παρατηρηθεί σε πολλές έρευνες, σε πολλές θρησκείες και επί πολλές δεκαετίες, δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο το γιατί συμβαίνει κάτι τέτοιο, αν και αναγνωρίζεται ως μία πολυπαραγοντική διεργασία. Η ανάλυση του Κέντρου Ερευνών Pew (Pew Research Center) επιχειρεί την ερμηνεία σε δύο άξονες: α) Με βάση το βιολογικό παράγοντα, οι άνδρες έχουν έμφυτη τάση να αναλαμβάνουν ρίσκα, σε αντίθεση με τις γυναίκες που τα αποφεύγουν. Η τάση αυτή των γυναικών τις στρέφει προς τη θρησκεία, η οποία προσφέρει ένα σταθερό πλαίσιο αναφοράς και κοινωνικής ένταξης. β) Με βάση τις διαφορές στην κοινωνική ταυτότητα και τον κοινωνικό ρόλο ανάμεσα στα δύο φύλα, φαίνεται πως οι γυναίκες βιώνουν πιο έντονα κάποιες παραδοσιακές αξίες. Το γεγονός μάλιστα, ότι οι Χριστιανοί παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις αναφορικά με το φύλο σε διαφορετικά μέρη του κόσμου, θέτει ισχυρή ένδειξη ότι η θρησκευτικότητα δεν επηρεάζεται μόνο από τα διδάγματα της θρησκείας, αλλά αντανακλά, επίσης,

εθνικές συνήθειες ή ήθη. Σε κοινωνίες που η γυναίκα μετέχει λιγότερο στον εργασιακό χώρο και βρίσκεται περισσότερο στο σπίτι, αναλαμβάνοντας τη φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων, φαίνεται πως η υψηλότερη θρησκευτικότητα συσχετίζεται με το γυναικείο φύλο (Pew Research Center 2018).

Αναφορικά με την αύξηση της θρησκευτικότητας στη γερωνική ηλικία, το φαινόμενο συνήθως ερμηνεύεται με βάση τις ηλικιακές αλλαγές που οφείλονται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι ενδείξεις φυσικής παρακμής και η αναπόφευκτη και κοντινότερη προοπτική του θανάτου ενδεχομένως ενεργοποιούν μεταφυσικές ανησυχίες ή αγωνία σχετική με την πρόωρη θνητότητα. Η πίστη και η ενασχόληση με τις θρησκευτικές πρακτικές προσφέρουν διαχρονικές απαντήσεις σε τέτοια ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης και της προοπτικής για τη μετά θάνατο ζωή. Η αναπτυξιακή ωρίμανση και οι νέες κοινωνικές συνθήκες στην τρίτη ηλικία (περισσότερος ελεύθερος χρόνος, λιγότερο απαιτητικές οικογενειακές υποχρεώσεις) μπορεί να προσφέρουν μεγαλύτερη ευκαιρία, και ώθηση για συμμετοχή στη θρησκευτική ζωή ή αναζήτηση πιο εντατικών πνευματικών εμπειριών. Ακόμα, η θρησκευτική αναζήτηση μπορεί να είναι συνάφεια μίας γενικότερης τάσης των μεγαλύτερων ηλικιών προς τις συντηρητικές ιδέες, αντιλήψεις, αξίες και πρακτικές (Saroglou 2010). Βεβαίως, και στην παρούσα έρευνα το δεδομένο που δείχνει μεγαλύτερη θρησκευτικότητα σε μεγάλη ηλικία προέρχεται από τη σύγκριση διαφορετικών ηλικιακών ομάδων την ίδια χρονική στιγμή. Επομένως, η διαφαινόμενη διαφορά μπορεί να μην είναι συνέπεια της ηλικίας, αλλά της διαφορετικής γενιάς. Ειδικότερα στην Ελλάδα, στις παλαιότερες γενιές, ανεξαρτήτως ηλικίας, η θρησκευτική πίστη ήταν πιο έντονη (Τσιρώνης 2012).

Στη μελέτη βρέθηκε πως οι ασθενείς που είχαν γνωστό Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) είχαν υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών/πνευματικών αξιών σε σχέση με αυτούς που ανέφεραν πως δεν είχαν. Αυτό αποτελεί ένα κοινό εύρημα και άλλων ερευνών, όπου έχει κατά καιρούς διατυπωθεί ότι η θρησκευτική πίστη και η πνευματικότητα μπορεί να είναι μία εσωτερική πηγή ελπίδας και δύναμης για τα άτομα που αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν την αβεβαιότητα και τα χρόνια προβλήματα υγείας, όπως ο ΣΔ (Landis 1996). Η διάγνωση της χρόνιας ή της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας ή κάποιας επιπλοκής της μπορεί να οδηγήσει σε πνευματικές αναζητήσεις τους ασθενείς (McCord et al 2004).

Στην παρούσα μελέτη, ο ΣΔ μπορεί να θεωρηθεί ως συννοσηρότητα για τους συμμετέχοντες στο δείγμα. Η θεώρηση αυτή επιβεβαιώνεται περαιτέρω από τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση της λήψης πολλών φαρμάκων – ως επί συννοσηροτήτων – με τα υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών και πνευματικών αξιών. Υπό αυτό το

πρίσμα, η ενισχυμένη θρησκευτικότητα/πνευματικότητα επί συννοσηροτήτων βρίσκεται σε συμφωνία με άλλες μελέτες που θέλουν τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας να στρέφονται στη θρησκεία και την εσωτερική πνευματική αναζήτηση, ώστε να υποστηριχθούν. Σε μελέτη στην Αυστραλία βρέθηκε πως η πνευματικότητα και η συμμετοχή σε θρησκευτικές δραστηριότητες διαδραματίζουν ευεργετικό ρόλο στην προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και μπορεί να διευκολύνουν τα άτομα να διαχειριστούν καλύτερα την παρουσία πολλαπλών νόσων στη ζωή τους (Moxey et al 2011).

Σχετικά με τα επίπεδα νοσοκομειακού άγχους ή κατάθλιψης των ασθενών με στεφανιαία νόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν πως αυτά δεν είναι υψηλά στην πλειονότητα των νοσηλευόμενων. Κάτι παρόμοιο βρέθηκε σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Αττικής (King et al 2006)¹⁷ και οι συγγραφείς το απέδωσαν στο ότι οι νοσοκομειακοί ασθενείς αισθάνονται ασφαλείς λόγω της συνεχούς παρουσίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ακόμα, σε μία πιο πρόσφατη μελέτη 121 καρδιολογικών ασθενών σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της περιφέρειας μετρήθηκαν ελαφρώς πιο υψηλές μέσες βαθμολογίες στις υποκλίμακες της HADS (Ροβίθης και συν 2017), ωστόσο κυμαίνονταν στα κατώτερα επίπεδα του μέτριου άγχους ή κατάθλιψης. Ιδιαίτερης σημασίας στοιχείο είναι το ότι στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς που συμμετείχαν στο δείγμα εκδήλωσαν STEMI σε ποσοστό 46,6% και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI) σε ποσοστό 29,3%. Αυτοί οι ασθενείς κατά κανόνα υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική με σκοπό την έγκαιρη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ισχαιμίας με τοποθέτηση ενδοαυλικών stents. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως τα άτομα που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική δε βιώνουν τη νόσο ως απειλή. Οι Lauck και οι συνεργάτες έδειξαν ότι τα άτομα που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, υποτιμούν τη σοβαρότητα της στεφανιαίας νόσου λόγω του σύντομου χρόνου διεξαγωγής της διαδικασίας και παραμονής στο νοσοκομείο, την άμεση βελτίωση της ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης των συμπτωμάτων και της επιστροφής στις προηγούμενες δραστηριότητες (Lauck et al 2009). Σύμφωνα με τους Campbell και συνεργάτες, περίπου το 38% αυτών των ασθενών πιστεύουν ότι έχουν θεραπευτεί και δεν πάσχουν πλέον από στεφανιαία νόσο μετά από αγγειοπλαστική (Campbell & Torrance 2005).

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που φάνηκε πως συσχετιζόνταν με στατιστικά σημαντική σχέση με το ενδονοσοκομειακό άγχος και κατάθλιψη ξεχώρισαν η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που δεν έχουν οι-

κογένεια βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, συγκριτικά με αυτούς που είναι παντρεμένοι. Κι άλλοι ερευνητές έχουν καταδείξει παρόμοια αποτελέσματα, δίνοντας την πιθανή ερμηνεία ότι ο έγγαμος βίος συνδέεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την προσωπική ζωή και υποστήριξη (Gulliksson et al 2007, Royans & Pressler 2009). Επιπλέον, μεταξύ των αποτελεσμάτων της μελέτης φάνηκε ότι όσο μικρότερη ήταν η ηλικιακή ομάδα που κατατάσσονταν οι ασθενείς, τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα κατάθλιψης. Η νεαρή ηλικία έχει συσχετιστεί με υψηλότερη και διαρκή κατάθλιψη σε κάποιες μελέτες (Dickens et al 2004, Van Melle et al 2004, Strik et al 2003), αλλά όχι σε άλλες (Versteeg et al 2015, Kang et al 2015). Τα αίτια για κάτι τέτοιο είναι άγνωστα, ωστόσο φαίνεται να ακολουθούν τις αντιδράσεις του γενικού πληθυσμού ως προς την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης (Norlund et al 2018).

Η θετική συσχέτιση του καπνίσματος με το άγχος και την κατάθλιψη, που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη είναι συχνό εύρημα στη βιβλιογραφία. Σε μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση 37 σχετικών μελετών, οι 33 επιβεβαίωσαν τη σχέση καπνίσματος και άγχους/κατάθλιψης, ενώ οι τέσσερις δεν ανέφεραν στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Fluharty et al 2017). Στην ίδια ανασκόπηση, αναφέρεται πως το κάπνισμα συνδέεται μάλλον με μακροχρόνιες ψυχικές διαταραχές παρά με βραχυχρόνιες, θέτοντας την υποψία πως και στην παρούσα έρευνα κάποιοι συμμετέχοντες είχαν συμπτώματα άγχους ή/και κατάθλιψης νωρίτερα από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, χωρίς να τα έχουν αναγνωρίσει ή να έχουν αναζητήσει υποστήριξη. Ωστόσο, αυτή η υπόθεση χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ακόμα, με βάση τα αποτελέσματα που παρατέθηκαν, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πολυφαρμακίας και του άγχους ή/και της κατάθλιψης, με τους ασθενείς που ελάμβαναν περισσότερα φάρμακα να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Το σχετικό εύρημα φαίνεται πως δε συνάδει με την υφιστάμενη βιβλιογραφία και μπορεί να εξηγηθεί πιθανώς με τις ακόλουθες παρατηρήσεις. Πρώτον, οι ασθενείς απαλλάσσονται από την υποχρέωση της τήρησης του πολύπλοκου θεραπευτικού τους σχήματος εντός του νοσοκομείου, αφού αυτό το έργο το αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές, και επομένως αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ενδονοσοκομειακού άγχους ή/και κατάθλιψης. Δεύτερον, συγχυτικοί παράγοντες, όπως η (μν) ρύθμιση της χρόνιας νόσου, η (μν) κατανόηση της σοβαρότητας της ασθένειας, η (μν) προηγούμενη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχουν εξαιρετική σημασία στην τροποποίηση του ατομικού κινδύνου για εκδήλωση άγχους ή/και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Τέλος, δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντι-

κή συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας στην κλίμακα «Beliefs and Values Scale» και των επιπέδων άγχους ή/και κατάθλιψης, όπως αξιολογήθηκαν από την κλίμακα HADS. Ωστόσο, οι ασθενείς που πίστευαν πως η ανθρώπινη επαφή μπορεί να αποτελέσει μία πνευματική εμπειρία και οι ασθενείς που ανέφεραν πως είχαν τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους μία έντονη πνευματική εμπειρία φαίνεται πως εκδήλωναν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους ή/και κατάθλιψης. Αναφορικά με την ανθρώπινη επαφή, αυτή μπορεί να εκληφθεί ως μία γενικότερη επικοινωνιακή διεργασία, που περιλαμβάνει τη λεκτική και τη μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου για τη διαχείριση των προβλημάτων του, την αύξηση της αυτοεκτίμησης και της αίσθησης του ανήκειν. Υπό αυτή την έννοια, οι άνθρωποι που πιστεύουν στην αξία της κοινωνικής υποστήριξης και την αναζητούν μπορεί να εκδηλώνουν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη. Πράγματι, στην έρευνα των Bucholz και συνεργατών σε δείγμα 3432 ασθενών που εμφάνισαν οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, διαπιστώθηκε ότι ασθενείς με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη ανέφεραν χαμηλή λειτουργικότητα και περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την έναρξη και 12 μήνες μετά από το έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε σχέση με αυτούς που είχαν μέτρια ή υψηλή κοινωνική υποστήριξη (Bucholz et al 2014). Επίσης, στη μελέτη των Frasure-Smith και συν. σε δείγμα 887 ασθενών που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, βρέθηκε πως τα υψηλά επίπεδα υποστήριξης προς αυτούς φάνηκαν να βελτιώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να προστατεύουν από την αρνητική έκβαση (Frasure-Smith et al 2000). Επιπλέον, σε μελέτη των Hughes και συν. μεταξύ 228 νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιακό επεισόδιο, βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από το ευρύτερο περιβάλλον σχετιζόταν με χαμηλά επίπεδα μόνιμου ή παροδικού άγχους, ενώ η παρεχόμενη υποστήριξη από θρησκευτικούς κύκλους ειδικά, σχετιζόταν σημαντικά με τη μείωση του μόνιμου άγχους και μέτρια με το παροδικό άγχος (Hughes et al 2004).

Αναφορικά με τη σχέση έντονων πνευματικών εμπειριών και ειδικά των επιθανάτιων εμπειριών που αναφέρθηκαν στην παρούσα μελέτη με το άγχος και την κατάθλιψη των ασθενών, τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν λιγότερα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Κάτι τέτοιο συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων μελετών, που αναφέρουν πως ασθενείς με επιθανάτιες εμπειρίες εκδηλώνουν χαμηλότερο άγχος και φοβικό άγχος (Greyson 2007) μετά την εμπειρία τους. Κάτι τέτοιο πιθανώς οφείλεται στο ότι δίνεται στα άτομα αυτά η εντύπωση ή ακόμα και η απόδειξη πως η συνείδησή τους (ή το πνεύμα τους) είναι κάτι διαφορετικό από το σώμα τους και συνεπώς δεν πεθαίνουν μαζί, αλλά μπορεί να επιβιώσει μετά το θάνατο. Η προοπτική της μεταφυσικής πορείας συνδέεται

με λιγότερο άγχος για το θάνατο και λιγότερο φόβο για τη χρόνια νόσο και τις επιπλοκές της (Greyson 2007).

Περιορισμοί

Η μελέτη είχε συγχρονικό σχεδιασμό, ο οποίος δεν προσφέρει εικόνα σχετικά με την εξέλιξη αφενός της θρησκευτικότητας/πνευματικότητας των στεφανιαίων ασθενών και αφετέρου του άγχους και της κατάθλιψής τους σε βάθος χρόνου. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας, δηλαδή σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας και ήταν άμεσα προσβάσιμοι στην ερευνητική ομάδα. Το δείγμα ήταν μικρό (172 ασθενείς), αν και θεωρήθηκε επαρκές για τη διασφάλιση της στατιστικής ισχύος των αποτελεσμάτων. Γι' αυτούς τους λόγους η γενίκευση των ευρημάτων στο σύνολο των στεφανιαίων ασθενών δεν είναι δυνατή. Τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος (διάγνωση, συννοσηρότητες) δεν είναι ισοσκελώς καταμετρημένα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, γι' αυτό και πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι που περιορίζουν την αποδοχή των αποτελεσμάτων μόνο στο συγκεκριμένο δείγμα. Επιπρόσθετα, η συλλογή των δεδομένων έγινε στο νοσοκομειακό περιβάλλον, κατά το τέλος της νοσηλείας τους, λίγο πριν λάβουν εξιτήριο και έτσι υπήρχαν κάποιες εξωτερικές μεταβλητές, όπως θόρυβος, διακοπές από άλλους, η ανακούφιση της θετικής έκβασης, οι οποίες ενδέχεται να άσκησαν κάποιου είδους επιρροή στις απαντήσεις που δόθηκαν. Αδυναμία της παρούσας μελέτης εκτιμάται πως είναι η μη καταγραφή πληροφοριών για το αν η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου έγινε για πρώτη φορά στην παρούσα νοσηλεία τους, αν είχαν εκδηλώσει ξανά στεφανιαίο επεισόδιο, ακόμα και για το πόσο υποστηρικτικό είναι το περιβάλλον τους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους. Αυτοί οι παράγοντες, ενδεχομένως, είναι συγχυτικοί και δυσκολεύουν την ερμηνεία των συσχετίσεων ή την απουσία αυτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κάποια από τα ευρήματα της μελέτης είναι σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, όπως: α) οι τάσεις θρησκευτικότητας είναι πιο δυναμικές σε γυναίκες, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, β) οι ασθενείς με ΣΔ έχουν υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών/πνευματικών αξιών σε σχέση με αυτούς που δεν ανέφεραν προηγούμενο ιστορικό, είτε ο ΣΔ υποδήλωνε την μακρύτερη πορεία με χρόνια νόσο, είτε τη συννοσηρότητα, γ) το ενδονοσοκομειακό άγχος είναι μικρότερο σε έγγαμους και μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς, δ) το ενδονοσοκομειακό άγχος και κατάθλιψη είναι μεγαλύτερο σε καπνιστές και όσους αναφέρουν πως βιώνουν καθημερινά στρες, ε) οι ασθενείς που πίστευαν στην αξία της ανθρώπινης επαφής βίωναν χαμηλότε-

ρα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, και στ) οι ασθενείς που είχαν βιώσει στη ζωή τους μία έντονη πνευματική εμπειρία, όπως επιθανάτια εμπειρία βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Αντίθετα προς τα συνήθη ευρήματα της βιβλιογραφίας ήταν ότι η πολυφαρμακία συνδεόταν με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των νοσηλευόμενων στεφανιαίων ασθενών, αποτέλεσμα που εκτιμήθηκε με επιφύλαξη και αποδόθηκε σε συγχυτικούς παράγοντες, που δε διερευνήθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Τα δύο εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη (Beliefs and Values Scale & HADS) φαίνεται να ανιχνεύουν αποτελεσματικά τις μεταβλητές που μετρούν. Το πρώτο μετρά εσωτερικότερες πτυχές του θρησκευτικού βιώματος και της πνευματικότητας, χωρίς να αποτιμά τη θρησκευτική πίστη και την εκκλησιαστικότητα. Η HADS αξιολογεί αποτελεσματικά το νοσοκομειακό άγχος ή/και κατάθλιψη των στεφανιαίων ασθενών, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους ειδικούς, προκειμένου να ανιχνευθούν έγκαιρα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, που

συνήθως δεν γίνονται αντιληπτά στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Κατευθύνσεις για την καθημερινή πρακτική

Η θρησκευτικότητα αποτελεί σημαντική πτυχή της ζωής των στεφανιαίων ασθενών και γενικά συνδέεται με την ψυχική τους υγεία. Οι θρησκευτικές/πνευματικές ανάγκες των ασθενών είναι χρήσιμο να αξιολογούνται, να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και εν γένει να ικανοποιούνται στο μέτρο του δυνατού. Σε αυτό το πλαίσιο, οι κλινικοί επαγγελματίες υγείας θα ήταν χρήσιμο να είναι ενήμεροι για τις βασικές αρχές της θρησκείας των θρησκευόμενων ασθενών, χωρίς να υπεισέρχονται σε ειδικές λεπτομέρειες. Αντίθετα, αν η προσέγγισή τους χαρακτηρίζεται από ευρύτητα πνεύματος και προθυμία κατανόησης, θα υποστηρίξουν τους ασθενείς να εκφράσουν τις ουσιαστικές τους ανάγκες και τις αγωνίες, να αναζητήσουν θεραπεία και να συμμορφωθούν σε αυτή και να εκδηλώσουν ενδεχομένως μικρότερο παροδικό ή διαρκές άγχος και κατάθλιψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aukst-Margetic B. & Margetic B. (2005). Religiosity and Health Outcomes: a Review of Literature. *Coll Antropol* 29:365-371.
- Bucholz E., Strait K., Dreyer R., Geda M., Spatz E., Bueno H., Lichtman J., D' Onofrio G., Spertus J. & Krumholz H. (2014). Effect of low perceived social support on health outcomes in young patients with acute myocardial infarction: results from the VIRGO Study. *J Am Heart Assoc* 3:e00125.
- Campbell M. & Torrance C. (2005). Coronary angioplasty: impact on risk factors and patients' understanding of the severity of their condition. *Aust J Adv Nurs* 22:26-31.
- Dickens C., Percival C., McGowan L., Douglas J., Tomenson B., Cotter L., Heagert A. & Creed F.H. (2004). The risk factors for depression in first myocardial infarction patients. *Psychol Med* 34:1083-1092.
- Ellison C.G. & George L.K. (1994). Religious involvement, social ties, and social support in a south-eastern community. *J Science Study Religion* 33:46-61.
- Eurobarometer (2010). Social Values, science and technology. Διαθέσιμο στη https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S448_63_1_EBS225. Τελευταία πρόσβαση 2/9/2018.
- Faul F., Erdfelder E., Lang A.G. & Buchner A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 39:175-191.
- Fitchett G., Rybarczyk B.D., deMarco G.A. & Nicholas J.J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: a longitudinal study. *Rehabil Psychol* 44: 333-353.
- Fluharty M., Taylor A.E., Grabski M. & Munafo M.R. (2017). The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine Tob Res* 19:3-13.
- Fontana D. (2003). Ψυχολογία-θρησκεία-πνευματικότητα. Αθήνα: Εκδόσεις Σαββάλα.
- Frasure-Smith N., Lesperance F., Gravel G., Masson A., Juneau M., Talajic M. & Bourassa M. (2000). Social support, depression and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 101:191-192.
- Ginting H., Naring G., Kwankkebon L. & Becker E. (2015). Spirituality and negative emotions in individuals with coronary heart disease. *J Cardiovasc Nurs* 30:537-545.
- Greyson B. (2007). Near-death experiences: clinical implications. *Rev. Psiq. Clin* 34: 49-57.
- Gulliksson M., Burell G., Lundin L., Toss H. & Svardsudd K. (2007). Psychosocial factors during the first year after a coronary heart disease event in cases and referents. Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care Project (SUPRIM). *BMC Cardiovasc Disord* 7:36.
- Hughes J., Tomlinson A., Blumenthal J., Davidson J., Sketch M. & Watkins L. (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Ann Behav Med* 28:179-188.
- Ironson G., Solomon G.F., Balbin E.G., O' Cleirigh C., George A., Kumar M., Larson D. & Woods T.E. (2002). The Ironson-Woods spirituality/religiousness index is associated with long survival, health behaviors, less distress and low cortisol in people with HIV/AIDS. *Ann Behav Med* 24: 34-48.
- Jenkinson C., Wright L. & Coulter A. (1994). Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Qual Life Res* 3:7-12.
- Kang H., Stewart R., Bae K.Y., Kim S.W., Shin I.S., Hong Y.J., Ahn Y., Jeong M.H., Yoon J.S. & Kim J.M. (2015). Predictors of depressive disorders following acute coronary syndrome: results from K-DEPACS and EsDEPACS. *J Affect Disord* 181:1-8.
- Kennedy J.E., Abbott R.A. & Rosenberg B.S. (2002). Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. *Altern Ther Health Med* 8:64-73.
- King M., Jones L., Barnes K., Low J., Walker C., Wilkinson S., Mason C., Sutherland J. & Tookman A. (2006). Measuring spiritual belief: development and standardization of a Beliefs and Values Scale. *Psychol Med* 36:417-425.
- Koenig H.G., McCulloch M. & Larson D.B. (2001). Handbook of religion and health. Oxford, England: Oxford University Press.
- Landis B.J. (1996). Uncertainty, spiritual well-being, and psychological adjustment to chronic illness. *Issues Ment Health Nurs* 17:217-231.
- Lauck S., Johnson J.L. & Ratner P.A. (2009). Self-care behavior and factors associated with patients outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs* 8:190-199.
- McCord G., Gilchrist V.J., Grossman S.D., King B.D., McCormick K.W., Oprandi A.M., Schrop S.L., Selious B.A., Smucker D.O., Weldy D.L., Amorn M., Carter M.A., Deak A.J., Hefzy H. & Srivastara M. (2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2:356-361.
- McLean C.D., Susi B., Phifer N., Schulz L. & Franco M (2003). Patient preference for physician and practice of spirituality. *J Gen Intern Med* 18(1): 38-43.
- Meador K.G., Koenig H.G., Hughes D.C., Blazer D.G., Turnbull J. & George L.K. (1992). Religious affiliation and major depression. *Hosp Community Psychiatry* 1992, 43:1204-1208.
- Moxey A., McEvoy M., Bowe S. & Attia J. (2011). Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. *Australas J Ageing* 30:82-88.
- Newberg A.B. & Lee B.Y. (2006). The relationship between religion and health. In McNamara P. (ed). Where God and Science meet? The Psychology of religious experience, London: Praenger Publications.
- Norlund F., Lissaker C., Wallert J., Held C. & Olsson E.M. (2018). Factors associated with emotional distress in patients with myocardial infarction: results from the SWEDEHEART registry. *Eur J Prev Cardiol* 25:910-290.
- Pew Research Center (2018). The gender gap in religion around the world, 2016. Διαθέσιμο στη <http://www.pewforum.org/2016/03/22/the-gender-gap-in-religion-around-the-world/>. Τελευταία πρόσβαση στις 5/9/2018.
- Royans L.M. & Pressler S.J. (2009). Depressive symptoms and heart failure: examining the sociodemographic variables. *Clin Nurse Spec* 23: 138-144.
- Saroglou V. (2010). Late adulthood and religiosity. In P. Vassileiadis (ed). Great Orthodox Christian Encyclopedia Αθήνα: Στρατηγικές Εκδόσεις, 197-198.
- Strik J.J., Denollet J., Lousberg R. & Honig A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll of Cardiol* 42:1801-1807.
- Van Melle J.P., De Jonge P., Spijkerman T.A. (2004). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med* 66:814-822.
- Versteeg H., Roest A.M. & Denollet J. (2015). Persistent and fluctuating anxiety levels in the 18 months following acute myocardial infarction: the role of personality. *Gen Hosp Psychiatry* 37:1-6.
- Weber S. & Pargament K. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry* 27:358-363.
- Zigmond A.S. & Snaith R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 67:361-370.
- Ινστιτούτο Πολιτικής Κοινωνιολογία. Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα (ESS). Πορίσματα έρευνας πεδίου 4ου Κύματος- Ελλάδα-Ευρώπη

2009. Μία πρώτη ανάγνωση, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 2010. Διαθέσιμο στην http://ekke.gr/announcements/ESS4_results.pdf. Τελευταία πρόσβαση 1/9/2018.
- Καραμούζης Π. (2015). Η κοινωνιολογία της θρησκείας μεταξύ εκπαίδευσης και κοινωνίας. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα.
- Κιούλος Κ. (2014). Αλληλεπίδραση της θρησκευτικότητας με παραμέτρους ψυχικής υγείας. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα. Διαθέσιμη στη <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/39129>. Τελευταία πρόσβαση στις 23/8/2018.
- Μιχόπουλος Ι., Καλκαβούρα Χ., Μιχαλοπούλου Π., Φινέτη Κ., Καλέμη Γ., Ψαρρά Μ.Λ., Γουρνέλλης Ρ., Χριστοδούλου Χ., Δουζένης Α., Πατάπης Π., Πρωτόπαπας Κ. & Λύκουρας Ε. (2007). Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμισμα στον ελληνικό πληθυσμό, *Ψυχιατρική* 18:217-224.
- Μπέγζος Μ. (2006). Εισαγωγή στη θρησκευολογία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Πολυκανδριώτη Μ., Γουδέβενος Ι., Μιχάλης Λ., Πατσιλινάκος Σ., Νικολάου Β., Όλυμπος Χ., Δηλανάς Χ., Βοπέας Β., Ζόμπολος Σ. & Ελισάφ Μ. (2012). Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευόμενων ασθενών με στεφανιαία νόσο, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 29:33-43.
- Ροβίθης Μ., Επιτροπάκη Ε., Ρεσιδάκη Φ., Τσικαλά Σ. & Ρίκος Ν. (2017). Άγχος και κατάθλιψη σε νοσηλευόμενους με στεφανιαία νόσο ή/και με συσκευή βηματοδότησης. *Νοσηλευτική* 56:138-148.
- Τσιρώνης Χ. (2012). Οι έρευνες για τη θρησκευτικότητα στη σύγχρονη Ελλάδα. Επιστημολογικά προλεγόμενα. Διαθέσιμο στη <http://ejournals.lib.auth.gr/culres/article/view/2715> Τελευταία πρόσβαση 8/6/2018.

The effect of religiosity of patients with Coronary Artery Disease on in-hospital anxiety and depression

Maria Goudinoudi¹, Vasiliki Karra², Konstantinos Ekmetzoglou³, Anna Korombeli⁴, Evangelia Kouskouni⁵

1. RN, MSc, Coronary Intensive Care Unit, General Hospital Sismanoglio-Amalia Fleming (Sismanoglio Hospital)

2. RN, MSc, MHCM, PhD, Vice Director of Nursing Department General Hospital Sismanoglio-Amalia Fleming (Sismanoglio Hospital)

3. MD, PhD, Lecturer, Medical School, European University of Cyprus

4. RN, MSc, PhD, Special Educational Personnel, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens

5. Professor Emeritus of Biopathology, National and Kapodistrian University of Athens

ABSTRACT

Introduction: Religious faith and spirituality often seem to affect physical and psychological functioning of patients with chronic diseases.

Aim: To investigate the relationship between religiosity/spirituality of coronary patients with anxiety and depression which may be experienced during their hospitalization.

Methods: A cross-sectional study was conducted involving 172 patients (23 female and 149 male) with coronary artery disease, who were hospitalized in a general hospital of Attica region with an acute coronary syndrome diagnosis. HADS scale was used for the investigation of hospital anxiety and depression and the Belief and Values Scale was used to evaluate the patients' religious faith and spirituality.

Results: Moderate levels of religiosity/spirituality and no to moderate levels of anxiety and depression were found in coronary patients. No statistically significant correlations were found between the HADS subscales and the Beliefs and Values Scale ($p > 0.001$), although individuals who have experienced strong spiritual experiences, experienced less anxiety and depression in hospital. There were found statistically significant correlations ($p < 0.001$) with gender, religious beliefs, patients' age with Belief and Values Scale. There were also statistically significant correlations ($p < 0.001$) of HADS subscales with family status, age, smoking habits, stress and medication.

Conclusion: Highly religious coronary patients are less likely to experience anxiety and depression during hospitalization, though confounders seem to interfere and make it difficult to interpret this relationship. Further research is required in order to explore the impact of religiosity on psychological distress of hospitalized coronary patients.

Key words: Anxiety, coronary disease, depression, hospital, religiosity, spirituality

Corresponding author: Maria Goudinoudi
e-mail: mariagoudis@yahoo.gr

Submission date: 05/05/2019
Publication date: July 2020

Citation: Goudinoudi M., Karra V., Ekmetzoglou K., Korombeli A. & Kouskouni E. (2020). The effect of religiosity of patients with Coronary Artery Disease on in-hospital anxiety and depression. *Hellenic Journal of Nursing Science* 13(3): 43-59, <https://doi.org/10.24283/hjns.202036>

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
- Περιεχειρητική 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, Academic Keys, Cross Ref.

B. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΤΖΑΝΝΗΣ ΠΟΥΛΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: Δρ Θεοδώρα Καυκιά, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας

Δρ. Γεώργιος Κριτωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Παρασκευή Αποστολάρα, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Μαρία Γκριζιώτη, MSc
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
Μαρία Μαλλιαρού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Στέφανος Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Αθανάσιος Μαστροκώστας, PhD
Ευγενία Μηνασίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
Ιωάννα Παπαθανασίου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Τζαννής Πολυκανδριώτης, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»
Μαρία Σαρίδη, PhD
Χρύσα Χρυσοβισιάνου, PhD

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Γεώργιος Αργυρίου
Αριστείδης Βασιλόπουλος
Αικατερίνη Βενέτη
Μαρία Γέραλη
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Ευτυχία Ευαγγελίδου
Γεώργιος Ευλαβής
Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης
Αγγελική Καραϊσκού
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Αγορίτσα Κουλούρη
Βαΐα Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Ελένη Λαχανά
Πολυξένη Λιαμοπούλου
Γεώργιος Μανομενίδης
Ευαγγελία Μείμετη
Νικόλαος Μπακάλης
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Δήμητρα Παλητζήκα
Νίκη Παυλάτου
Δημήτριος Πιστόλας
Γεώργιος Ποντισίδης
Γεώργιος Σιδηράς
Αγγελική Σταθαρού
Ευαγγελία Σταματοπούλου
Νικόλαος Στεφανόπουλος

Αναστάσιος Τζενάλης
Αικατερίνη Τόσκα
Ευάγγελος Φραδέλος

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

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. 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 αποφαίνονται 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, τσεκάρουμε 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 πχ «...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 πχ 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 πχ 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» γράφουμε «αυτή η έρευνα έγινε με σκοπό...» ή «προτείνονται τα εξής μέτρα».
- Μέσα στο κείμενο δεν χρησιμοποιούνται υπογράμμισεις, 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 κλπ. 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) 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 (πχ 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

Συνεισφορά

* 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, φαινομενολογικής προσέγγισης 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 περιλήψης.

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 περιλήψης 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.


Fedeli 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 13 - ISSUE 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER
2020



Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

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

ΤΟΜΟΣ 13 - ΤΕΥΧΟΣ 3

ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

2020

ENE 
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.ene.gr