



Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 14, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2021

Volume 14, Issue 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2021

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Η ανακούφιση από τον πόνο ως ανθρώπινο δικαίωμα σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου

Pain relief as human right to patients with terminal stage cancer

Ευάγγελος Αλιφέρης, Σταματία Γκαράνη – Παπαδάτου

Οικονομική αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας

Economic evaluation of health technologies

Ελπινίκη Μπισκανάκη

Άρνηση λήψης υπηρεσιών υγείας: το παράδειγμα άρνησης μετάγγισης αίματος για θρησκευτικούς λόγους υπό την οπτική της πολιτισμικής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας

Denial of medical care: the example of blood transfusion refusal for religious reasons under the view of the cultural competence of health professionals

Φανή Πέγιου, Χαρίκλεια Πίτσου

The impact of coronavirus on mental health and welfare of the elderly

Athina Papageorgiou, Alexandra Skitsou, George Charalambous

Τεύχος 3^ο 2021

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: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΔΡ. ΣΟΦΙΑ ΤΑΝΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

Το ΔΣ της ΕΝΕ:

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

Μέλη:

Δημήτριος Πιστόλας, Ειρήνη Κολώνια, Μιχαήλ Μαντζανάς, Γεώργιος Δόντισιος, Παναγιώτης Κοσκινάς, Ευτυχία Γιάγκου, Μαρία Μηλάκα

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Δρ. Μαρία Καπρίτσου, RN, BSc, MSHCM, PhD, Postdoc, Πρόεδρος Ελληνικής Περί Αναισθησιολογικής Εταιρείας, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας»

Δρ. Γεώργιος Κρισωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Τουρισμού, Ελληνικό 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 Μηνσιόδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Ιωάννα Παπαθανασίου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τζαννής Πολυκανδριώτης, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί», Μαρία Σαρίδη, Επίκουρος Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Χρύσα Χρυσοβιτισάνου, MSc, PhD, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Γεώργιος Αργυρίου, Αριστείδης Βασιλόπουλος, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσίντσαλης, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραϊσκού, Βαΐα Κωνσταντικάκη, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Πολυξένη Μαγνούλια, Γεώργιος Μανομενίδης, Ευαγγελία Μείμμη, Νικόλαος Μπακόλης, Δημήτριος Μπαρουξής, Δήμητρα Παλιτζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, 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

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Η ανακούφιση από τον πόνο ως ανθρώπινο δικαίωμα σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου

Pain relief as human right to patients with terminal stage cancer

Ευάγγελος Αλιφέρης, Σταματία Γκάρανη – Παπαδάτου..... 3

Οικονομική αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας

Economic evaluation of health technologies

Ελπινίκη Μπισκανάκη.....15

Άρνηση λήψης υπηρεσιών υγείας: το παράδειγμα άρνησης μετάγγισης αίματος για θρησκευτικούς λόγους υπό την οπτική της πολιτισμικής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας

Denial of medical care: the example of blood transfusion refusal for religious reasons under the view of the cultural competence of health professionals

Φανή Πέγιου, Χαρίκλεια Πίτσου..... 22

The impact of coronavirus on mental health and welfare of the elderly

Athina Parageorgiou, Alexandra Skitsou, George Charalambous..... 30

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ.....37

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ..... 39

Η ανακούφιση από τον πόνο ως ανθρώπινο δικαίωμα σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου

Ευάγγελος Αλιφέρης¹, Σταματία Γκαράνη – Παπαδάτου²

1. Διεύθυνση Υγειονομικού, Γενικό Επιτελείο Ναυτικού

2. Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως και αριθμεί περίπου 9,6 εκατομμύρια θανάτους το έτος 2018. Ιδιαίτερα κοινό και ανησυχητικό για τους ασθενείς αυτούς χαρακτηριστικό και ειδικά στις μεταστάσεις είναι ο πόνος, κατάσταση η οποία επιβάλλει μια προσέγγιση που να βελτιώνει την ποιότητα ζωής και να παρέχει εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα και κυρίως παρηγορητική-ανακουφιστική φροντίδα όπως αυτή ορίζεται από τον ΠΟΥ. Προς την κατεύθυνση της αναγνώρισης και της κατάκτησης του ανθρωπίνου δικαιώματος για ισότιμη πρόσβαση στην ανακούφιση από τον πόνο, έχουν γίνει πολλά βήματα προόδου στο πλαίσιο της προάσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της θωράκισης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αλλά και της προαγωγής της δημόσιας υγείας καθώς ο χρόνιος πόνος επιδημιολογικά αναγνωρίζεται ως πρόβλημα δημόσιας υγείας. Μέσω της ενδελεχούς μελέτης της βιβλιογραφίας στο θέμα αυτό, προκύπτει ότι πολλά ακόμα θα μπορούσαν να γίνουν, καθώς παρουσιάζεται υστέρηση: α) στη χάραξη Πολιτικών Υγείας που εντάσσουν την Παρηγορητική Θεραπεία στα συστήματα περίθαλψης και υγείας, β) στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση και τη διαχείριση του πόνου, στην ενημέρωση των ασθενών, γ) στη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα στα Οπιοειδή που κύρια χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του πόνου και τέλος δ) στην αναχαίτιση κοινωνικών, πολιτισμικών και οικονομικών λόγων που αποτελούν περιοριστικούς παράγοντες στην κατάκτηση αυτού του δικαιώματος. Η ανακούφιση από το πόνο, ειδικά σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου αποτελεί αναμφισβήτητο θέμα που συγκεντρώνει το ενδιαφέρον όλων ανεξαιρέτως, επιστημόνων και μη. Η αгаστή συνεργασία όλων, επιστημόνων υγείας, επιστημόνων και εκτός του χώρου υγείας, ασθενών, οικείων, κυβερνήσεων, Διεθνών Οργανισμών, η ανταλλαγή γνώσεων και πληροφοριών μπορούν να επιφέρουν καθοριστικές αλλαγές που θα υπερβαίνουν εμπόδια και που θα φέρνουν την ανθρωπότητα ένα βήμα πιο κοντά στη κατάκτηση της απαλλαγής από το πόνο στο τέλος της ζωής.

Λέξεις Κλειδιά: ανθρώπινα δικαιώματα, απαλλαγή από το πόνο, δημόσια υγεία, καρκίνος, πόνος

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ευάγγελος Αλιφέρης
e-mail: ealiferis@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 22/01/2021
Ημερομηνία δημοσίευσης: Σεπτέμβριος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Αλιφέρης Ε. & Γκαράνη – Παπαδάτου Σ. (2022). Η ανακούφιση από τον πόνο ως ανθρώπινο δικαίωμα σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(3): 3-14, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202131>

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Ο ρόλος της παρηγορητικής θεραπείας στην ανακούφιση του πόνου
- Η πρόσβαση στην αναλγησία ως ανθρώπινο δικαίωμα
- Διαμόρφωση πολιτικών υγείας
- Εκπαίδευση και ενημέρωση
- Διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα στα οπιοειδή
- Κοινωνικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα καταβάλλει σημαντικές προσπάθειες για να αντιμετωπίσει τη σύγχρονη μάστιγα της ασθένειας του καρκίνου και τις πολλαπλές κοινωνικοοικονομικές του επιπτώσεις. Βασισμένοι στα αποτελέσματα μιας συστηματικής ανασκόπησης που δημοσιεύθηκε το 2007 για τον καρκινικό πόνο, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τις τέσσερις τελευταίες δεκαετίες δεν είχε σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην αντιμετώπιση του πόνου (Van Beuken 2007). Η κατάσταση αυτή άλλαξε την επόμενη δεκαετία κατά την οποία οι σχετικές προσπάθειες εντάθηκαν σημαντικά και επικεντρώθηκαν στην ανίχνευση και τον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου, στην πρόληψη μέσω της έγκαιρης διάγνωσης, αλλά και στον τομέα της θεραπείας μέσα από τη δημιουργία δυναμικής για νέα φάρμακα και πιο υψηλής ποιότητας μεθόδους ανίχνευσης και πρόληψης. Εν τούτοις, παρά τα βήματα προόδου που σημειώθηκαν, το θέμα του πόνου παραμένει ακανθώδες: παρόλο που δεν απειλεί την ίδια τη ζωή, η ύπαρξή του επηρεάζει και καθορίζει τη ποιότητα ζωής των ασθενών και κατά συνέπεια και των οικείων τους. Η αίσθηση του ανεπαρκώς ή υποτυπωδώς, αποτελεί πλήγμα και αγκάθι του σύγχρονου πολιτισμού και αδυναμία εν τοις πράγμασι των συστημάτων υγείας να υπερασπιστούν σθεναρά ένα καίριο και πρωταρχικό ανθρώπινο δικαίωμα. Το θέμα του πόνου απασχολεί ακόμη περισσότερο καθολικά και κάθετα όλους τους πάσχοντες από καρκίνο και μάλιστα σε όλα σχεδόν τα στάδια της νόσου, χωρίς διάκριση φυλής, φύλου, οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης, θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων. Η απαλλαγή ή έστω η ανακούφιση από τον πόνο στον καρκίνο τελικού σταδίου εξακολουθεί να απασχολεί εκατομμύρια ανθρώπους ανά τον κόσμο είτε πρόκειται για τους ίδιους τους ασθενείς και τους οικείους τους, είτε πρόκειται για τους εργαζόμενους σε χώρους υγείας (ερευνητές, επιστήμονες, εργαζόμενοι σε νοσηλευτικά ιδρύματα, οργανισμούς, νομικοί κ.ο.κ.).

Το αν η ανακούφιση από τον πόνο σε ασθενείς με

καρκίνο τελικού σταδίου είναι κεκτημένο δικαίωμα και το αν προστατεύεται η δημόσια υγεία μέσα από την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, παραμένουν βασικά επιστημονικά ερωτήματα που προσπαθεί να αντιμετωπίσει η παρούσα ανασκόπηση. Η απάντηση σε επιμέρους ερωτήματα και ζητήματα όπως η χάραξη πολιτικών υγείας, η επαρκής κατάρτιση των επιστημόνων υγείας, η πλήρης ενημέρωση ασθενών και οικείων, η προσβασιμότητα και η διαθεσιμότητα σε οπιοειδή και η επίδραση οικονομικών και κοινωνικών -πολιτισμικών παραγόντων είναι αυτή που τελικά καθορίζει το επίπεδο πραγμάτωσης του παραπάνω δικαιώματος.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα του σύγχρονου ανθρώπου το οποίο προκαλεί επιπτώσεις σε πολλαπλά επίπεδα, ατομικά, ψυχολογικά και οικονομικο-κοινωνικά, υποβαθμίζοντας όχι μόνον τη φυσική κατάσταση ενός ανθρώπου άλλα παράλληλα την ποιότητα ζωής του (IASP 2020). Σύμφωνα με τον ορισμό της International Association for the Study of Pain (IASP) ο πόνος συνιστά ή περιγράφεται ως μια δυσάρεστη υποκειμενική, αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύεται από πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη (IASP Terminology 2020) και διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τον οξύ και το χρόνιο πόνο.

Ο οξύς πόνος μπορεί να είναι πολλαπλής αιτιολογίας, μετεγχειρητικός, τραυματικός η ακόμη να οφείλεται σε παθολογικά αίτια. Είναι αυτοπεριοριζόμενος, περιλαμβάνει μια αλληλουχία δράσεων η οποία στοχεύει στον περιορισμό ή στην παύση του και δρα προστατευτικά ως προειδοποίηση μιας εξελισσόμενης ιστικής βλάβης. Συνιστά βλαπτικό σύμπτωμα της εξέλιξης μιας νόσου και εμφανίζεται γύρω από τον τραυματισμένο ή πάσχοντα ιστό, μετά από χημικό, μηχανικό και θερμικό ερεθισμό των υποδοχέων του πόνου (Clark et al 2011).

Οι μηχανισμοί του οξέος πόνου, όπως έχει αποδειχθεί, διαφέρουν σημαντικά από εκείνους του χρόνιου πόνου (Baliki et al 2015). Εξ ορισμού ο πόνος κατηγοριοποιείται ως χρόνιος ύστερα από την πάροδο τριών μηνών, αν και έχει διαπιστωθεί πως η διαδρομή από

τον οξύ στο χρόνιο πόνο ενδέχεται να ξεκινά πολύ πιο νωρίς, σε περίπτωση δε τραυματισμών, από την ίδια τη στιγμή του τραυματισμού (Treede et al 2015), (Price et al 2019). Ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί καμία προστατευτική βιολογική λειτουργία. Δεν αποτελεί σύμπτωμα μιας νόσου, αλλά είναι ο ίδιος εξέλιξη μιας νόσου. Δεν υποχωρεί και δεν αυτοπεριορίζεται. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η παρουσία χρόνιου πόνου αφορά σε ένα ποσοστό του πληθυσμού της τάξης του 20% στις αναπτυγμένες χώρες, ιδίως σε γυναίκες, σε ηλικιωμένα άτομα αλλά ακόμα και σε παιδιά. Μεγάλος μέρος (30%) αναφέρεται σε μυοσκελετικούς πόνους και συναφείς παθήσεις, πόνους του αυχένος και της πλάτης, ένα μικρότερο μέρος (10%) σε ημικρανίες και κεφαλαλγίες και ένα πολύ μικρό μέρος 1-2% σε πόνο προερχόμενο από καρκίνο. Αξιοσημείωτο είναι ότι σε πρωτογενές επίπεδο περίθαλψης, ο επιπολασμός του πόνου κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα τόσο για τις αναπτυγμένες όσο και για τις αναπτυσσόμενες χώρες (Liptman 2008). Οι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τον επιπολασμό του χρόνιου πόνου είναι κοινωνικοί, δημογραφικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί (Davies & Higginson 2005).

Ο χρόνιος πόνος, ο οποίος ταξινομείται σε Αλγαισθητικό, Νευροπαθητικό, Ιδιοπαθή και Ψυχογενή (Clark et al 2011) αναγνωρίζεται ως μείζον πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Ένας δε από τους μεγαλύτερους πληθυσμούς που χρειάζεται ανακούφιση από τον χρόνιο πόνο, είναι ο πληθυσμός των καρκινοπαθών ασθενών καθώς ιδιαίτερο κοινό και εξαιρετικά ανησυχητικό χαρακτηριστικό στα τελικά στάδια είναι ο καρκινικός πόνος: σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως και αριθμεί περίπου 9,6 εκατομμύρια θανάτους το έτος 2018, με 1 στους 6 θανάτους να οφείλεται σε καρκίνο. (WHO 2020, Cancer), (Ferlay et al 2014). Ο πόνος αυτός δεν περιγράφεται και δεν προσδιορίζεται μόνο υπό τη φυσιολογική έννοια του όρου, αλλά εμπεριέχει πτυχές που άπτονται του συνόλου της ανθρώπινης ύπαρξης όπως η προσωπικότητα, η ψυχολογία και οι κοινωνικές επαφές, καταλήγοντας στη μορφή ενός «καθολικού πόνου (total pain)», (IASP 2020, Global Year Cancer Pain).

Ο χρόνιος πόνος στον καρκίνο προκαλείται από τη νόσο, ενώ ο οξύς από τις διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες που ακολουθούνται. Η παρουσία του πόνου εξαρτάται κυρίως από τον ιστό του οργάνου που αναπτύσσεται ο καρκίνος και το στάδιο της νόσου. Σε κάθε δεδομένη στιγμή, περίπου οι μισοί από τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με κακοήγη καρκίνο αντιμετωπίζουν πόνο, ενώ στα 2/3 αυτών που είναι προχωρημένου σταδίου η ένταση του πόνου που βιώνουν είναι τέτοια ώστε να επηρεάζει καθοριστικά την ποιότητα της ζωής τους, επιδρώντας στη διάθεση, τον ύπνο, τις κοινωνικές σχέσεις και τις καθημερινές τους δραστηριό-

τητες. Η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική επέμβαση μπορεί να προκαλέσουν οδυνηρές καταστάσεις που παραμένουν πολύ καιρό και μετά τη λήξη της θεραπείας (Charlton 2005), (American Cancer Society, 2020). Όταν ο πόνος δεν ελέγχεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα ο ασθενής αναπτύσσει συναισθήματα έλλειψης αυτοελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας η οποία θεωρείται σημαντικός γνωσιακός παράγων στον έλεγχο του πόνου (Bandura et al 1987), (Maier & Seligman 1976).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Στο πεδίο μελέτης του πόνου έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα για την αντίληψη του ζητήματος και την εξελικτική διαδρομή του πόνου, ενδεικτικά αναφέρονται η βιολογικά ελεγχόμενη πύλη ελέγχου (biologically informed gate control theory), το μοντέλο κινήτρου και απόφασης (motivation-decision model) (Field 2006). Τα δύο μοντέλα βασίζονται σε βιολογικές προβλέψεις σε σχέση με τον εγκέφαλο, το εγκεφαλικό στέλεχος και τη σπονδυλική στήλη. Υπάρχουν όμως και μοντέλα τα οποία βασίζονται στις ψυχολογικές προσδοκίες (Buchel et al 2014), (Rief & Petrie 2016), (Wiech 2016) και στην αποφυγή του φόβου όπως το μοντέλο της έλλειψης βοήθειας (helplessness) (Samwel et al 2006). Παρά τις διάφορες θεωρίες, καθώς γίνεται ευρέως αποδεκτό ότι ο πόνος απαιτεί μια ολιστική αντιμετώπιση. Η παρούσα εργασία εστιάζει στην παρηγορητική θεραπεία ως μια ιδιαίτερα σημαντική συνιστώσα μιας τέτοιας ολιστικής αντιμετώπισης, η οποία αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως ουσιαστικό μέρος όλων των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Παρόλα αυτά, εξακολουθεί να υπάρχει ανεπαρκής πρόσβαση σε περίθαλψη και παρηγορητική θεραπεία παγκοσμίως με δεδομένη τη βαθμιαία γήρανση του πληθυσμού αλλά και των πιο περίπλοκων συνθηκών που δημιουργούνται και αναμένεται να αυξήσουν περαιτέρω τη ζήτηση για φροντίδα (Liptman 2008). Εκτιμάται ότι παγκοσμίως πάνω από 20 εκατομμύρια άνθρωποι χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής τους (Davies & Higginson 2005), (WHO 2020, Palliative Care, fact sheet). Η πλειοψηφία (69%) είναι ενήλικες άνω των 60 ετών και μόνο το 6% είναι παιδιά. Το υψηλότερο ποσοστό (78%) των ενηλίκων που χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής ζουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος και οι χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, μαζί με τον διαβήτη, αντιπροσωπεύουν τη συντριπτική πλειοψηφία των αναγκών παρηγορητικής φροντίδας ενηλίκων.

Ιστορικά, τα προγράμματα περίθαλψης και παρηγορητικής φροντίδας έχουν επικεντρωθεί στις ανάγκες

των καρκινοπαθών που είναι γνωστό ότι έχουν υψηλά βάρη συμπτωμάτων, χωρίς ωστόσο να παραγνωρίζεται μια τέτοια ανάγκη και για άλλες κατηγορίες ασθενών όπως οι πάσχοντες από τον ιό HIV / AIDS, από φυματίωση ή από γήρας (Davies & Higginson 2005), (WHO 2020, Palliative Care, fact sheet). Καθώς η παροχή παρηγορητικής φροντίδας αποτελεί όλο και περισσότερο μια αναγκαιότητα καθοριστικής σημασίας, θα πρέπει να επεκταθεί η ενσωμάτωσή της πιο ενεργά στα υπάρχοντα συστήματα υγείας (WHO 2020, Palliative Care) κάτι που δεν ισχύει γενικά, αλλά ούτε και στην Ελλάδα καθώς η ανακουφιστική φροντίδα δεν είναι ενταγμένη στο ΕΣΥ. Η σύσταση του Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών (ΕΙΝΕ) με τον Ν. 4600/2019, ενδέχεται να δώσει ώθηση στην ανάπτυξη τη παρηγορητικής φροντίδας στη χώρα μας. Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση (Van Beek et al 2016) σχετικά με την ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στην αντιμετώπιση ενηλίκων ογκολογικών ασθενών, το 66% των οδηγίων δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση του υποφέρειν (reducing suffering). Στην έννοια αυτή συμπεριλαμβάνονται συνήθως η εκτίμηση του πόνου, οδηγίες και συμμετοχή του ασθενή στη χρήση αναλγητικών και οπιοειδών ανάλογα με τη φάση και τα χαρακτηριστικά του πόνου, καθώς και η ανακούφιση τόσο σωματικών όσο και ψυχολογικών αναγκών.

Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΩΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

Η σύγχρονη ερμηνεία του θεμελιώδους ανθρώπινου δικαιώματος στην υγεία δεν περιλαμβάνει μόνον την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά τη γενικότερη ψυχική, κοινωνική και σωματική ευημερία του ατόμου. Το Άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου των Ηνωμένων Εθνών για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (ICESCR) περιγράφει αναλυτικά το δικαίωμα στην υγεία, ενώ η Επιτροπή Εφαρμογής του Συμφώνου, με το Γενικό Σχόλιο 14 ορίζει τις θεμελιώδεις υποχρεώσεις που απορρέουν από το δικαίωμα στην υγεία μεταξύ των οποίων είναι και η δυνατότητα του ατόμου να έχει ισότιμη πρόσβαση στην ανακούφιση από τον πόνο καθώς και πρόσβαση σε βασικά φάρμακα σύμφωνα με το αντίστοιχο πρόγραμμα του ΠΟΥ (Chirac & Laing 2001), σε ένα πλαίσιο που εγγυάται την αυτονομία του, την παροχή ενημέρωσης και τη συμμετοχή του στις αποφάσεις. Συγκεκριμένα αναφέρεται στην παροχή βασικών φαρμάκων και στην κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα της ψυχικής υγείας (παρ.17), στην παροχή βασικών φαρμάκων σύμφωνα με το αντίστοιχο πρόγραμμα του ΠΟΥ (παρ.43.δ).

Αξίζει να σημειωθεί πως η Διεθνής Σύμβαση Οπίου της Χάγης του 1912 αναγνώρισε τον σοβαρό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία από την μη ελεγχόμενη χρήση των

ναρκωτικών αλλά και τη σημασία τους για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Ιδιαίτερα σημαντική για την εξασφάλιση καλύτερης πρόσβασης στην αναλγησία ήταν η Ενιαία Σύμβαση για τα Ναρκωτικά (1961) (ΦΕΚ 6/10.3.1972), που τροποποιήθηκε με το Πρωτόκολλο του 1972 (επικυρώθηκε στην Ελλάδα το 1985), και με την οποία επετεύχθη η ενοποίηση προηγούμενων συνθηκών η οποία εκτός από το θέμα του ελέγχου των ναρκωτικών ουσιών, υποχρέωσε τα κράτη να προχωρήσουν σε ρυθμίσεις προς την κατεύθυνση δημιουργίας καλύτερης πρόσβασης στην αναλγησία, χωρίς όμως ιδιαίτερη επιτυχία. Η Σύμβαση για τις ψυχοτρόπους ουσίες του 1971 και η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών του 1988 (κυρώθηκε στην Ελλάδα με τον Ν.1990/1991, ΦΕΚ 193/Α/16-12-1991), έναντι στην παράνομη διακίνηση ναρκωτικών φαρμάκων και ψυχοτρόπων ουσιών, ήταν επίσης δύο σημαντικά κείμενα. Η ανακήρυξη του Παγκόσμιου Έτους κατά του Πόνου (Global Year Against Cancer Pain, October 2008-October 2009) από την International Association for the Study of Pain, υπήρξε ένα άλλο σημαντικό γεγονός το οποίο είχε ως αποτέλεσμα μεγάλη ευαισθητοποίηση τόσο της κοινής γνώμης όσο και των λειτουργών υγείας. Εν τούτοις, στις απαρχές του 21ου αιώνα διαπιστώνεται ένα μεγάλο χάσμα μεταξύ της όλο και μεγαλύτερης κατανόησης της παθοφυσιολογίας του πόνου και της πραγματικής αντιμετώπισής του (Daher 2010). Η Διακήρυξη του Μόντρεαλ (2010), στην οποία κατέληξε η International Pain Summit (PIS) υπό την αιγίδα της IASP, μέλος της οποίας είναι και η Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, ήταν το προϊόν της γενικής παραδοχής αποτυχίας αντιμετώπισης του πόνου. Στο Προοίμιο αναφέρεται μεταξύ άλλων ότι «υπάρχει ανεπαρκής πρόσβαση στη θεραπεία του οξέος πόνου που οφείλεται σε τραύμα, νόσο και τελικού σταδίου ασθένεια και αποτυχία αναγνώρισης ότι ο χρόνιος πόνος αποτελεί χρόνια πρόβλημα υγείας το οποίο απαιτεί πρόσβαση στη διαχείριση παρόμοια με τα άλλα χρόνια νοσήματα όπως ο διαβήτης και η χρόνια καρδιακή νόσος». Η Διακήρυξη, αναγνωρίζοντας την εγγενή αξιοπρέπεια όλων των ατόμων και δεχόμενη ότι η στέρηση της διαχείρισης του πόνου είναι θεμελιωδώς εσφαλμένη, οδηγώντας σε περιττή και βλαβερή βάσανο διακηρύττει ότι τα ακόλουθα ανθρώπινα δικαιώματα πρέπει να αναγνωριστούν παγκοσμίως: το δικαίωμα πρόσβασης χωρίς διακρίσεις στη διαχείριση του πόνου (access to pain management, άρθρο 1), το δικαίωμα αναγνώρισης του πόνου που βιώνει το άτομο (acknowledgement of pain, άρθρο 2) και πληροφόρησης των τρόπων διαχείρισης και τέλος, το δικαίωμα κατάλληλης εκτίμησης και θεραπείας (assessment and treatment) του πόνου από επαρκώς εκπαιδευμένο υγειονομικό προσωπικό (άρθρο 3) (OHCHR 2018, Fact Sheet 31). Η αναγνώριση αυτών των

δικαιωμάτων δημιουργεί αντίστοιχες υποχρεώσεις στα κράτη και τις κυβερνήσεις να δημιουργήσουν, βάσει των διαθέσιμων πόρων, το αντίστοιχο νομοθετικό πλαίσιο και τις υποδομές που θα προάγουν και σίγουρα δεν θα εμποδίσουν την πρόσβαση σε κατάλληλη και επαρκή αναλγησία. Σημαντικό βήμα υπήρξε η έκδοση οδηγιών από τον WHO και συγκεκριμένα τα 3 βήματα της αναλγητικής κλίμακας (WHO, 2020, WHO's Cancer Ladder for adults) στα οποία στηρίζονται σήμερα τα διάφορα σχήματα αναλγησίας.

Το 2011, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ), έκρινε στην υπόθεση *Kurczak v. Poland* (International Centre on Human Rights and Drug Policy 2013) ότι η παράλειψη ανακούφισης από τον πόνο συνιστούσε απάνθρωπη και ταπεινωτική μεταχείριση κατά παραβίαση του άρθρου 3 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου. Επρόκειτο για την περίπτωση ενός Πολωνού πολίτη, του Edward Kurczak ο οποίος το 1998 είχε τραυματιστεί σε τροχαίο ατύχημα κατά το οποίο υπέστη κάταγμα στη σπονδυλική στήλη και έμεινε παραπληγικός. Από το 2000 έως το 2006 χρησιμοποιούσε μια ειδική αντλία έγχυσης μορφίνης η οποία είχε εμφυτευθεί στο σώμα του για την ανακούφιση των ισχυρών πόνων από τους οποίους υπέφερε έκτοτε. Το 2006 συνελήφθη και φυλακίστηκε κατηγορούμενος για συμμετοχή σε συμμορία. Ο δικηγόρος του επικαλέστηκε ότι η κατάσταση υγείας του δεν ήταν συμβατή με φυλάκιση αλλά το δικαστήριο έκρινε ότι η φυλάκιση μπορούσε να εκτελεστεί εφόσον οι ιατροί της φυλακής φρόντιζαν για την τροφοδότηση της αντλίας. Ο Kurczak άσκησε έφεση η οποία απορρίφθηκε και οδηγήθηκε στη φυλακή. Λίγο καιρό μετά τη φυλάκιση η μορφίνη τελείωσε και αναπληρώθηκε με χλωριούχο διάλυμα το οποίο όμως δεν είχε αναλγητικές ιδιότητες, αλλά απλώς εξασφάλιζε τη συνέχιση της λειτουργίας της αντλίας. Παράλληλα στον κρατούμενο χορηγούντο ισχυρά οπιοειδή αναλγητικά από το στόμα και ενδοφλεβίως, τα οποία δημιουργούσαν εθισμό και δεν είχαν προσαρμοστεί στις ανάγκες του. Η «θεραπεία» αυτή όχι μόνον δεν τον ανακούφιζε από τον πόνο αλλά του προκαλούσε ναρκοληψία (*narcotic stupor*) και εξάρτηση. Ο δικηγόρος ζήτησε επανεξέταση της υπόθεσης ισχυριζόμενος ότι το Δικαστήριο είχε παραπληρηθεί στην απόφαση του και ότι η μαρτυρία εμπειρογνομόνων θα αποδείκνυε τη σημασία της αντλίας για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου του Kurczak. Το αίτημα και πάλι απορρίφθηκε. Τον Ιανουάριο του 2007 η φυλάκιση παρατάθηκε και το ίδιο έγινε τον Απρίλιο του 2007. Σχετικές ενστάσεις του ενάγοντος απορρίφθηκαν εκ νέου. Το Δικαστήριο όρισε η ανατροφοδότηση της αντλίας να γίνεται σε κοντινό νοσοκομείο αλλά δεν έκανε καμία αναφορά στο χρονικό διάστημα των μηνών εκείνων κατά τους οποίους ο πόνος του Kurczak είχε

παραμένει χωρίς θεραπεία. Η αντλία μορφίνης σταμάτησε να δουλεύει τον Οκτώβριο του 2007 και στον προσφεύγοντα χορηγούντο διάφορα αναλγητικά μεταξύ των οποίων και το Tramal. Σύμφωνα με γνωμοδότηση του Jagiellonian University Pain and Palliative Care Clinic (18.7. 2008) ο προσφεύγων υπέφερε από επεισόδια οξέος πόνου, κατά μέσον όρο μια φορά την ώρα τα οποία διαρκούσαν από λίγα έως δώδεκα λεπτά. Το 2008 το κέντρο κράτησης της Κρακοβίας απεύθυνε ερώτημα σε διάφορα νοσοκομεία της Πολωνίας σχετικά με το εάν μπορούσαν να εμφυτεύσουν την αντλία. Ύστερα από αρκετές αρνητικές απαντήσεις, ο επικεφαλής της νευροχειρουργικής κλινικής του νοσοκομείου Mielec ενημέρωσε ότι θα μπορούσε να αντικαταστήσει την αντλία. Ακόμη, ένα νοσοκομείο στο Gdansk συμφώνησε να προχωρήσει στην εμφύτευση αλλά υπαναχώρησε για τεχνικούς λόγους. Η υπόθεση αυτή περιλαμβάνει πολλά δικαστικά στάδια στα εθνικά δικαστήρια της Πολωνίας πριν την προσφυγή στο ΕΔΔΑ το οποίο έκρινε ότι με το να ανέχονται τη βλάβη της αντλίας μορφίνης του ενάγοντος για ολόκληρο το χρονικό διάστημα της κράτησής του δηλαδή για δυόμισι χρόνια, δεδομένης της κατάστασης υγείας του και του χρόνιου πόνου που τη συνόδευε, οι αρμόδιες αρχές είχαν παραβιάσει την υποχρέωση τους να παρέχουν αποτελεσματική ιατρική θεραπεία. Κατά συνέπεια, το δικαστήριο έκρινε ότι ο κρατούμενος είχε υποστεί απάνθρωπη και ταπεινωτική μεταχείριση κατά παραβίαση του άρθρου 3 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου. Η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο τέλος της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της ανακούφισης από τον πόνο, πάσχει από τις γενικότερες ανισότητες που παρατηρούνται σε κάθε σύστημα υγείας. Υπολογίζεται ότι εξαιτίας μιας σειράς κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων μόνον το 14% των ανθρώπων παγκοσμίως έχουν πραγματική πρόσβαση στην ανακουφιστική φροντίδα (WHO 2020, Palliative Care). Ιδιαίτερα πλήττονται όσοι υποφέρουν από τις υφιστάμενες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, τη λεγόμενη διαρθρωτική βία (*structural violence*), οι οποίοι όχι μόνον έχουν μειωμένη η καθόλου πρόσβαση, αλλά και όταν φτάσουν στο σύστημα υγείας, η ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν είναι χαμηλότερη (Stajduhar et al 2019). Θα πρέπει ωστόσο στο σημείο αυτό να τονισθεί ότι παρά την παραδοχή της σπουδαιότητας του δικαιώματος αυτού, της απαλλαγής δηλαδή από το πόνο και της αποφυγής της βασάνου, ο πόνος δεν μπορεί να εκλείψει ολοσχερώς και ως εκ τούτου δεν πρέπει να καλλιεργείται ένα αίσθημα υψηλών αλλά μη εκπληρώσιμων προσδοκιών (Van Beuken 2007), (Health and Human Rights Resource Guide 2013). Ελλοχεύει ο κίνδυνος δηλαδή, να παρερμηνευτεί ένα τέτοιο δικαίωμα με τρόπο ώστε οι ασθενείς να αξιώνουν, μια καθολική απαλλαγή, και οι ιατροί να αισθά-

νονται παρέμβαση στο έργο τους και την ανεμπόδιστη και ανεπηρέαστη κλινική πράξη. Μια τέτοια παρερμηνεία μπορεί να οδηγήσει σε μια λανθασμένη «έννοια της ολικής αναλγησίας» και σε δυσαρέσκεια των ασθενών, των οικείων ή και των επιστημόνων υγείας (WHO 2020, Cancer Pain Ladder).

Ταυτόχρονα, η πολυπλοκότητα των σύγχρονων δεδομένων και η ολοένα και περισσότερο επικρατούσα θεώρηση της ενιαίας αντιμετώπισης των θεμάτων υγείας, επιβάλλουν τη συνεργασία όλων στο στενό ή το ευρύτερο φάσμα των εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Με αυτόν τον τρόπο ευοδώνεται καλύτερα στην πράξη η δημόσια υγεία σε όλους τους τομείς ευθύνης της μέσα από μια διευρυμένη συνεργασία περισσότερων επιστημονικών κλάδων (π.χ. στατιστικολόγων, νοσηλευτικού προσωπικού, ιατρών, επιθεωρητών δημόσιας και περιβαλλοντικής υγείας, φαρμακοποιών, οδοντιάτρων, υγιεινολόγων, διαιτολόγων, και διατροφολόγων, χωρίς να αποκλείεται πραγματικά καμιά ειδικότητα. Πιο συγκεκριμένα στην αλληλοσύνδεση του καρκίνου με τη δημόσια υγεία, είναι σαφές ότι ο καρκίνος και πολλά σχετικά θέματα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία. Τα έτη ζωής που χάνονται λόγω πρόωρων θανάτων, η οικονομική επιβάρυνση λόγω απώλειας παραγωγικότητας, οι δαπάνες που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία, και οι μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των επιζώντων είναι μόνο μερικές από τις πτυχές που καθιστούν τον καρκίνο και θέμα δημόσιας υγείας. Επιπλέον, η συγκέντρωση δεδομένων σε βάσεις πληροφοριών, ο προσδιορισμός κινδύνων και μοντέλων συμπεριφοράς, η ανάλυση των οικονομικών του καρκίνου και του τρόπου με τον οποίο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζει τις πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου, την πρόσβαση στην περίθαλψη και τις συμπεριφορές μετά τη θεραπεία, αλλά και τέλος η ανάλυση των πρότυπων της φροντίδας του καρκίνου σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγείας είναι επίσης μερικά μόνο από τα θέματα που αποτελούν αντικείμενο μελέτης και έρευνας στους κόλπους και υπό το πρίσμα της δημόσιας υγείας (Health and Human Rights Resource Guide 2013), (Ibrahim et al 2012).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά τις όποιες προόδους και πρωτοβουλίες που αναφέρονται παραπάνω, φαίνεται να υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι που η πρόοδος αυτή είναι πολύ αργή τα αποτελέσματα λιγότερο θεαματικά από άλλους τομείς της επιστήμης. Μέσα από το ευρύ φάσμα της βιβλιογραφίας στο θέμα αυτό, προκύπτει ότι τέσσερεις είναι οι βασικοί άξονες - λόγοι της υστέρησης αυτής και κατά συνέπεια οι αντίστοιχοι τομείς στους οποίους μπορεί να επιτευχθεί περαιτέρω παρέμβαση και βελτίωση: α) Διαμόρφωση Πολιτικών Υγείας, β) εκπαίδευση και

ενημέρωση γ) προσβασιμότητα και διαθεσιμότητα στα οπιοειδή και δ) κοινωνικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες.

Διαμόρφωση Πολιτικών Υγείας

Το τέλος της ζωής σηματοδοτεί τον τρόπο με τον οποίο ένα σύστημα υγείας αντιλαμβάνεται τα ανθρώπινα δικαιώματα σε μια περίοδο υψίστης βασάνου, ευαλωτότητας και ενίοτε τραγωδίας. Η ανάπτυξη της παρηγορητικής φροντίδας εντάσσεται και υποστηρίζει ως ιδέα την προαγωγή της δημόσιας υγείας κάτι όμως που είναι δύσκολο να εφαρμοστεί στη πράξη. Καταρχήν θα πρέπει να υπάρχει κρατική υποστήριξη και να προβλέπεται το νομικό πλαίσιο που καθιερώνει την παρηγορητική φροντίδα. Σε κάποιες χώρες, δεν υπάρχει κανενός είδους κρατική μέριμνα για παρηγορητική θεραπεία, ενώ σε άλλες έχουν αναπτυχθεί φιλανθρωπικές υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας υποκαθιστώντας το κράτος, άλλα ακόμη και σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει μια σειρά τυπικών προϋποθέσεων, π.χ. άδεια λειτουργίας, οι οποίες πάλι εξαρτώνται από το κράτος. (Lipman 2008)

Ως εκ τούτου, η χάραξη πολιτικής θεωρείται θεμελιώδης συνιστώσα, διότι χωρίς αυτήν δεν μπορούν να εισαχθούν οι απαιτούμενες αλλαγές, όπως η εισήγηση και ψήφιση νόμων που θεσπίζουν την παρηγορητική φροντίδα είναι μέρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η κατάρτιση εθνικών προτύπων περίθαλψης που περιγράφουν την παρηγορητική φροντίδα, η σύνταξη σχετικών κλινικών οδηγιών και πρωτόκολλων, καθώς επίσης και η καθιέρωση παρηγορητικής περίθαλψης ως αναγνωρισμένης ιατρικής ειδικότητας / υπό-ειδικότητας, με αξιοσημείωτα ως τώρα αποτελέσματα στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου και εκεί ωστόσο υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης και προόδου (Willemsen et al 2020). Όλα αυτά προϋποθέτουν μια εθνική στρατηγική για την εφαρμογή της Παρηγορητικής Αγωγής. Αρωγοί στις σχετικές προσπάθειες είναι τόσο ο WHO όσο και η IASP που αντιμετωπίζουν το θέμα αυτό ως υψηλής προτεραιότητας και εκδίδουν σχετικά πρωτοκολλά αλλά και οδηγίες για την ανακούφιση από τον πόνο (Thomas 2001), (Knauf 2018). Επίσης, το Συμβούλιο της Ευρώπης με τη Σύσταση (2003)24 παρακινεί τα κράτη μέλη στην οργάνωση των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας (Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care). Πέραν όμως από τα παραπάνω, ο ρόλος της διαμόρφωσης πολιτικών δεν εξαντλείται στην ενσωμάτωση και νομική κατοχύρωση της παρηγορητικής θεραπείας στα συστήματα υγείας, αλλά πολύ περισσότερο έχει καθοριστικό ρόλο στα θέματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Με πρωταγωνιστικό ρόλο να αποδίδεται στον ΟΗΕ και τις αντίστοιχες επιτροπές του υπάρχουν πολλαπλές δυνατότητες να επιτηρούνται

και να αναφέρονται τα ισχύοντα περί των ανθρωπίνων δικαιωμάτων η τυχόν καταπάτησή τους και η ανεμπόδιστη εφαρμογή τους. Οι μηχανισμοί αυτοί εστιάζουν στις δυσχέρειες και προτρέπουν σε αλλαγές και σε άρση των ανισοτήτων στην εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ωθώντας έτσι τις κυβερνήσεις να ενεργήσουν ανάλογα (Knauf 2018), (Brennan 2007) (EFIC's Declaration on chronic pain 2004), (Cousins et al 2004), (Brennan et al 2019), (Merriman et al 2019), (Downing et al 2019).

Εκπαίδευση και ενημέρωση

Εκτός από τα θέματα χάραξης πολιτικών υγείας ιδιαίτερης σημασίας είναι και τα θέματα που άπτονται της εκπαίδευσης των εργαζομένων στο χώρο υγείας, οι οποίοι άλλωστε είναι εκείνοι που εφαρμόζουν την παρηγορητική θεραπεία στην πράξη, αλλά και η ενημέρωση των ασθενών περί των δικαιωμάτων τους σε σχέση με την υγεία τους και την παρηγορητική θεραπεία. Δεν είναι μόνο το έλλειμμα των γνώσεων που κατά καιρούς εκδηλώνεται, αλλά ταυτόχρονα το έλλειμμα ενημέρωσης και επίγνωσης από τη μεριά των ίδιων των ασθενών αλλά και των οικείων τους σε ότι αφορά στο δικαίωμα στην υγεία. Το πλέον χαρακτηριστικό είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ίδιοι οι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους αγνοούν την ύπαρξη της παρηγορητικής - ανακουφιστικής θεραπείας με ότι αυτό συνεπάγεται (Barros et al 2017), (Hall et al 2012), (Ford et al 2008).

Η γνώση και η κατάρτιση περί παροχής παρηγορητικής θεραπείας μπορεί να διακριθεί σε 3 (τρεις) μεγάλες κατηγορίες : (I) βασική εκπαίδευση που απαιτείται για όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, (II) ενδιάμεσο επίπεδο εκπαίδευσης για αυτούς που βρίσκονται στη πρώτη γραμμή, που φροντίζουν συστηματικά τους ασθενείς με επικίνδυνες για τη ζωή τους ασθένειες, για παράδειγμα, ογκολογία και (III) ειδικό επίπεδο για επαγγελματίες ή ομάδες ικανές να διαχειρίζονται πολύπλοκες καταστάσεις, ανθεκτικά συμπτώματα και απαιτούμενη προηγμένη επικοινωνία. Ωστόσο, παρά τα πολυεπίπεδα στάδια της γνώσης, η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματιών του χώρου της υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο έχει ελάχιστη ή καθόλου γνώση των αρχών και των πρακτικών της παρηγορητικής αγωγής (Lipman 2008). Σε μια μεγάλη έρευνα των χωρών της Δυτικής Ευρώπης, η παρηγορητική περίθαλψη ήταν μια άγνωστη έννοια ή θεωρήθηκε απλώς μια στάση φροντίδας παρά ως ξεχωριστό σύνολο ειδικότητας ή δεξιοτήτων, ενώ ένα πραγματικό μωσαϊκό απόψεων και ρυθμίσεων επικρατεί μεταξύ των χωρών τόσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και μεταξύ όλων των χωρών του κόσμου σε σχέση με ποιες χώρες αναγνωρίζουν ως ιατρική ειδικότητα την Παρηγορητική Θεραπεία και αν σε κάποιες χορηγείται πλήρης τίτλος της εν λόγω ειδι-

κότητας (Gwyther et al 2009), (Reville & Foxwell 2014).

Προκειμένου λοιπόν να καλυφθεί αυτό το έλλειμμα επί της ουσίας εκπαίδευσης κρίνεται καθοριστικής σημασίας να υπάρχουν μαθήματα που να μεταδίδουν τουλάχιστον στο επίπεδο των απαραίτητων πρωταρχικών γνώσεων στις σχολές ιατρικής, νοσηλευτικής αλλά και όσων συναφών επαγγελμάτων που εμπλέκονται στην όλη διαδικασία παροχής παρηγορητικής θεραπείας. Στο πλαίσιο αυτό καλύπτοντας ένα ακόμα κενό που οδηγεί σε υστέρηση της ανακούφισης από το πόνο αλλά και βοηθώντας τους εργαζομένους στο χώρο υγείας να επιτελέσουν το έργο τους πιο εύκολα και ταυτόχρονα πιο αποτελεσματικά θα πρέπει να εξασφαλίζονται σαφείς οδηγίες και πρωτόκολλα χειρισμού, τα λεγόμενα *guidelines*, που αφενός θα πρέπει να υιοθετούνται αφετέρου δε να παρακολουθούνται για τυχόν μεταβολές και αλλαγές (Lipman 2008), (Breitbart 2011), (Brennan 2009), (Open Society Foundation 2016, Public Health).

Προσβασιμότητα και Διαθεσιμότητα στα Οπιοειδή

Ένα μεγάλο όπλο στη φαρέτρα για τον περιορισμό του πόνου και την ανακούφιση των ασθενών λόγω της γνωστής ισχυρής αναλγητικής τους ιδιότητας, είναι τα οπιοειδή. Τα οπιοειδή αναλγητικά, όπως η κωδεΐνη και η μορφίνη, και τα αντιεπιληπτικά, όπως η λοραζεπάμη και η φαινοβαρβιτάλη, θεωρούνται βασικά φάρμακα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Συχνά, όμως, η χρήση των οπιοειδών παραμένει αναξιοποίητη μερικώς ή ολικώς καθώς εμπλέκεται με διαδικασίες που περιορίζουν τη χρήση τους. Σύμφωνα με τη μελέτη ΑΤΟΜΕ, παρόλο που τα οπιοειδή αναλγητικά αποτελούν τη βάση αντιμετώπισης του μέτριου και σοβαρού πόνου, υποχρησιμοποιούνται για διάφορους λόγους (Μπούμπας & Τσερκέζογλου 2019). Στην ίδια μελέτη διαπιστώνεται ότι όπως και σε πολλές άλλες χώρες, και στην Ελλάδα η κατά κεφαλή χρήση μορφίνης για ιατρικούς σκοπούς είναι πολύ χαμηλή σύμφωνα με τον δείκτη ACM (*adequacy of consumption measure*) (Μπούρρη συν 2016). Αν και η κατηγορία αυτή θα μπορούσε να εξεταστεί εντός των άλλων 3 (τριών) διότι εμπεριέχει πτυχές που αγγίζουν καθεμία από τις άλλες κατηγορίες - άξονες που εμποδίζουν την επέκταση του δικαιώματος πρόσβασης στην αναλγησία, εν τούτοις, η σπουδαιότητα των οπιοειδών τα καθιστά μια κατηγορία από μόνα τους η οποία σχετίζεται με σημαντικά θέματα διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας παγκοσμίως, καθώς το 80% του παγκόσμιου πληθυσμού δεν διαθέτει επαρκή πρόσβαση. Αντίθετα, ανεπτυγμένες χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, η Νέα Ζηλανδία, οι Ηνωμένες Πολιτείες και αρκετές ευρωπαϊκές χώρες αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 90% της παγκόσμιας κατανάλωσης οπιοειδών αναλγητικών (Lipman 2008), (Brennan et al 2019), (United Nations, International Narcotics Control

Board 2011).

Η παράνομη χρήση και η χρήση των οπιοειδών για μη ιατρικούς σκοπούς είναι οι κύριοι λόγοι που περιπλέκουν τη διαθεσιμότητα και τη προσβασιμότητα των οπιοειδών. Στον αγώνα πάταξης αυτών των φαινομένων έχουν υιοθετηθεί πολιτικές και πρακτικές που επηρεάζουν και τη νόμιμη και ιατρική χρήση των ναρκωτικών. Η όλη λογική έγκειται σε πρακτικές περιορισμού και ελέγχου, υποστηριζόμενη από πολιτικές και νόμους από τη πολιτεία, με αυστηρούς κανόνες συνταγογράφησης και αποτέλεσμα τη δυσχέρεια στη χρήση τους υπό την έννοια της πρόσβασης και της διάθεσης όπως προαναφέρθηκε. Βασικοί δείκτες διαθεσιμότητας είναι οι αναφορές χρήσης οπιοειδών ανά χώρα που δημοσιεύονται από το Διεθνές Συμβούλιο Ελέγχου Ναρκωτικών (INCB), το οποίο το 1995 διευκρίνισε ότι η Σύμβαση του 1961 δημιουργεί μια διπλή υποχρέωση, από τη μια πλευρά η εξασφάλιση επαρκούς ποσότητας οπιοειδών για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς και από την άλλη ο παράλληλος έλεγχος της παράνομης παραγωγής, χρήσης και κυκλοφορίας τους (International Narcotics Control Board 2011). Υπάρχει τεράστια διαφοροποίηση στην κατανάλωση ανά κάτοικο σε όλο τον κόσμο και πολλά εμπόδια στην αύξηση της διαθεσιμότητας και της κατανάλωσης για ιατρική και επιστημονική χρήση. Οι υπερβολικά αυστηρές ρυθμίσεις, ο περιορισμός των διαθέσιμων μορφών φαρμάκων, ιδιαίτερα τα από του στόματος οπιοειδή, η έλλειψη συστημάτων προμήθειας και διανομής, ο περιορισμός για το ποιος μπορεί να συνταγογραφήσει (Lipman 2008), (Brennan 2007) παραμένουν οι σημαντικότεροι φραγμοί.

Η πρόσβαση στα βασικά φάρμακα αποτελεί σημαντικό συστατικό στοιχείο της παρηγορητικής φροντίδας, μια πτυχή ωστόσο του θέματος αυτού έχει να κάνει με την εκπαίδευση και την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των ασθενών και των οικείων τους. Αν και μετά τη δεκαετία του '50 αναπτύχθηκε μια σειρά σημαντικών φαρμάκων που συνέβαλλαν στην καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση του πόνου, (όπως ψυχοτρόπα φάρμακα, φαινοθειαζίνες, αντικαταθλιπτικά και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη), παρατηρήθηκε εξαρχής τεράστια αντίδραση στη χρήση των οπιοειδών για λόγους εθισμού, εξάρτησης, ανοχής και αναπνευστικής δυσχέρειας, αντίδραση η οποία αφορούσε όχι μόνον το κοινό αλλά και αρκετά μέλη της ιατρικής κοινότητας. Ακόμη και σήμερα, που η χρήση κυρίως των ROOs (Rapid Onset Opioids), έχει ανοίξει νέους ορίζοντες, το έλλειμμα γνώσεων κυρίως των νομικών λεπτομερειών αλλά και των διαδικασιών που διέπουν τη χορήγηση των οπιοειδών, η ελλιπής κατάρτιση σε ότι έχει να κάνει με τη φαρμακολογική τους δράση και τις πιθανές παρενέργειες, το έλλειμμα γνώσης σε ζητήματα όπως η ανακουφιστική καταστολή (palliative sedation), η προσ-

δοκώμενη επίδραση των οπιοειδών στην επιβίωση και η εναλλαγή των ουσιών (opioid rotation) εξακολουθούν να περιγράφουν μια κατάσταση μάλλον κατώτερη των προσδοκιών στο θέμα της αντιμετώπισης και της απαλλαγής από τον πόνο (Rugup et al 2010), (Giannitrapani et al 2020). Ταυτόχρονα, η πλημμελής ενημέρωση των ασθενών επί των θεμάτων αυτών καταλήγει στη λεγόμενη οπιοφοβία ή μορφινοφοβία, δηλαδή φόβος για τις πιθανές κυρώσεις και άγνοια για τους τρόπους χορήγησης από τη μεριά του ιατρικού προσωπικού και φόβος από τους ασθενείς σε σχέση ιδίως με πεποιθήσεις και αντιλήψεις περί εθισμού και συμπεριφορών παρόμοιων με εκείνες των ναρκομανών. Κατά συνέπεια οι φοβικές συμπεριφορές που αναπτύσσονται από όλες τις πλευρές έχουν ως αποτέλεσμα την προβληματική πρόσβαση και διάθεση και κατ' επέκταση την επίταση του πόνου (Gwyther et al 2009), (Adams 2008), (Brennan et al 2007), (Carlson 2016). Σε επίπεδο κυβερνήσεων κρατών, υπήρχε πάντα διχογνωμία σχετικά με την ευεργετική δράση των ουσιών αυτών και το ενδεχόμενο κατάχρησης, παρόλο που σήμερα γίνεται αποδεκτό ότι αυτά δεν πρέπει να συγχέονται (Rec Explanatory Report). Παρά την ύπαρξη διακηρύξεων και οδηγιών από παγκόσμιους οργανισμούς όπως ο ΟΗΕ και ο ΠΟΥ η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα παραμένουν προβληματικές σε όλο τον κόσμο με την εικόνα αυτή να γίνεται ακόμα πιο οξεία όταν πρόκειται για χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (Van Beuken 2007), (Thomas 2001), (Gwyther et al 2009), (Krakauer et al 2015), (WHO report 2014).

Κοινωνικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες

Η ανακούφιση από τον πόνο αναφέρεται πολλές φορές κατά κύριο λόγο σε περιπτώσεις ασθενών σε τελικό στάδιο, που έχουν να κάνουν με το τέλος της ζωής. Σε ένα τέτοιο στάδιο είναι σύννηθες και ανθρώπινο να υπεισέρχονται υποκειμενικά στοιχεία της ανθρώπινης φύσης που σχετίζονται με φιλοσοφικές πεποιθήσεις και θρησκευτικές αντιλήψεις που επηρεάζουν την έκβαση τόσο της ασθένειας όσο και της παρηγορητικής θεραπείας (Malas et al 2020), (Dos Anjos et al 2020). Υπάρχουν περιπτώσεις όπου λόγω θρησκείας και κουλτούρας η αποδοχή του πόνου θεωρείται ως εκδήλωση καρτερίας, εκδήλωση αξιοπρέπειας ή πράξη ηρωισμού, ενώ παράλληλα υποδουλίζεται η όχι ισχυρή πίστη στην παρηγορητική θεραπεία (Lipman 2008), (Thomas 2011), (Breitbart 2011), (Brennan 2009), (Smyth 2019). Η ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενή σε τέτοιες καταστάσεις, το ψυχολογικό του φορτίο που συχνά έχει στοιχεία μοιρολατρίας, ματαιότητας και απελπισίας, σε συνδυασμό με την άγνοια της παρηγορητικής θεραπείας δυσχεραίνουν περαιτέρω τη κατάσταση (Van Beuken

2007), (Lipman 2008), (WHO report 2014), (Currow et al 2011), (Aitini 2010), (Coynne et al 2018). Εν τούτοις αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο πως οι αρνητικές προσδοκίες για τον χρόνιο πόνο, αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα ανάπτυξης μελλοντικού πόνου και αναπηρίας (International Centre on Human Rights and Drug Policy 2013), (Health and Human Rights Resource Guide 2013).

Στο κοινωνικό επίπεδο, ο χρόνιος πόνος συνοδεύεται από ένα σημαντικό στίγμα, το οποίο μπορεί να εκδηλώνεται είτε με κριτική είτε με μειωμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση και στην εργασία. Η κριτική αντιμετώπιση μπορεί να προέρχεται από το οικογενειακό, φιλικό ή και εργασιακό περιβάλλον σχετικά με την ύπαρξη ενός πόνου που «δεν σταματάει ποτέ;» ή που «μάλλον είναι στη φαντασία του ασθενή». Ακόμη, τόσο τα συμπτώματα όσο και οι παρενέργειες διαφόρων θεραπειών επηρεάζει την πρόσβαση των πασχόντων στην εκπαίδευση και την εργασία. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων που ψηφίστηκε το 2017 και ο οποίος αποτελεί την πρώτη δέσμη κοινωνικών δικαιωμάτων που διακήρυξαν τα θεσμικά όργανα της ΕΕ μετά τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων του 2000, πρέπει να υπάρχουν ίσες ευκαιρίες και ισότιμη πρόσβαση στην αγορά εργασίας καθώς και δίκαιες συνθήκες εργασίας, κάτι που έχει μεγάλη σημασία για τα άτομα με χρόνιο πόνο και για το οποίο γίνονται μεγάλες προσπάθειες από διάφορες ενώσεις που ασχολούνται με τον πόνο όπως το Institute of Chronic Pain (Institute for Chronic Pain 2020) και το Pain Alliance Europe (Pain Alliance Europe 2020). Το στίγμα, μαζί με τους άλλους παράγοντες που ήδη αναφέρθηκαν, όπως η έλλειψη γνώσης και εκπαίδευσης, φαίνεται ότι επηρεάζει αρνητικά τη ζήτηση ανακουφιστικής αγωγής από τους ασθενείς και αναφέρεται ότι η καταπολέμηση του στίγματος θα δώσει ώθηση στην ανακουφιστική φροντίδα (Shen & Wellman 2018).

Τέλος, πολλές φορές οικονομικοί λόγοι είναι αυτοί που καθορίζουν, συνήθως αποτρέπουν τη παρηγορητική θεραπεία και αναφέρονται σε ατομικό ή εθνικό επίπεδο. Σε αρκετές περιπτώσεις κατά τις οποίες πρόκειται για παροχή από ιδιωτικό φορέα και όχι από το κράτος ο ασθενής αδυνατεί να προσφύγει σε τέτοια θεραπεία, καθώς σε επίπεδο εθνικών συστημάτων υγείας, πολλά

κράτη, ιδίως αναπτυσσόμενα, αδυνατούν να τη παρέχουν. Το οικονομικό κόστος είναι πολλαπλό: αφενός ατομικό και οικογενειακό λόγω της απόσυρσης του ατόμου που υποφέρει από την παραγωγική διαδικασία και λόγω των δαπανών για την παροχή φροντίδας υγείας, αφετέρου εθνικό μέσω της απώλειας ενεργού μέλους της κοινωνίας και της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, μελέτη που αφορά τον χρόνιο πόνο τονίζει τη σημασία εντοπισμού των ασθενών που πρόκειται να αναπτύξουν χρόνιο πόνο, πριν χειροτερεύσει η κατάσταση της υγείας τους και πριν προκύψουν υψηλά κόστη αλλά και νοσηλείες που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (Mutubuki et al 2019). Άλλες μελέτες κόστους-οφέλους, ιδίως στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα της παρηγορητικής θεραπείας, κάτι που τείνει να επηρεάσει και να μεταβάλλει την επικρατούσα εικόνα και να δώσει νέα ώθηση και ροπή προς την παρηγορητική θεραπεία (Lipman 2008), (Krakauer 2008), (Githaiga & Swartz 2017), (Li et al 2014).

Συμπερασματικά, η απαλλαγή και η ανακούφιση από το πόνο ως ανθρώπινο δικαίωμα σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου είναι ένα θέμα που απασχόλησε, απασχολεί και θα συνεχίσει να απασχολεί την παγκόσμια επιστημονική και όχι μόνο κοινότητα. Πρόκειται για μια από τις πιο ευαίσθητες πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης, το τέλος της και το ανθρώπινο δικαίωμα, το τέλος αυτό να είναι όσο το δυνατό πιο ανώδυνο. Τα μέχρι τώρα επιτεύγματα όπως η διακήρυξη του δικαιώματος αυτού και η αδιάκοπη προσπάθεια εμπέδωσής του, αποτελούν θετικά βήματα, όμως, τα εμπόδια που ορθώνονται στην προσπάθεια αυτή, όπως αναλύθηκαν στους επιμέρους τομείς, η χάραξη δηλαδή πολιτικών υγείας, η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αλλά και η ενημέρωση των ασθενών, η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα στα οπιοειδή και τέλος οι κοινωνικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί λόγοι, συνεχίζουν να δημιουργούν προβληματισμό και να αποτελούν τους άξονες πάνω στους οποίους θα πρέπει να επικεντρωθούν μελλοντικές μελέτες. Ανώτερος σκοπός πάντα η εμπέδωση στη πράξη του ανθρώπινου δικαιώματος της ανακούφισης από το πόνο στο τέλος της ζωής χωρίς όμως να παραγνωρίζεται και η πεπερασμένη δυνατότητα του ανθρώπου στο θέμα αυτό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams, V., & Worldwide Palliative Care Alliance. (2008). Access to Pain Relief: An Essential Human Right A Report for World Hospice and Palliative Care Day 2007. *Journal Of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 22(2), 101-129. doi: 10.1080/15360280801992025
- Aitini, E., Adami, F., & Cetto, G. (2010). End of life in cancer patients: drugs or words?. *Annals Of Oncology*, 21(5), 914-915. doi: 10.1093/annonc/mdq218
- Baliki, M., & Apkarian, A. (2015). Nociception, Pain, Negative Moods, and Behavior Selection. *Neuron*, 87(3), 474-491. doi: 10.1016/j.neuron.2015.06.005
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C., Gauthier, J., & Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: Opioid and nonopioid mechanisms. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 53(3), 563-571. doi: 10.1037/0022-3514.53.3.563
- Barros de Luca, G., Zopunyan, V., Burke-Shyne, N., Papikyan, A., & Amiryan, D. (2017). Palliative care and human rights in patient care: an Armenia case study. *Public Health Reviews*, 38(1). doi: 10.1186/s40985-017-0062-7
- Breitbart, W. (2011). Palliative care as a human right: Update. *Palliative And Supportive Care*, 9(4), 345-349. doi: 10.1017/s1478951511000356
- Brennan, F. (2007). Palliative Care as an International Human Right. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 33(5), 494-499. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.022
- Brennan, F. (2009). Book Review: Right to Die. *Journal Of Palliative Care*, 25(4), 299-299. doi: 10.1177/082585970902500410
- Brennan, F., Carr, D., & Cousins, M. (2007). The Role of Opioids in Pain Management. *Anesthesia & Analgesia*, 105(6), 1865-1866. doi: 10.1213/01.ane.0000295243.31253.e9
- Brennan, F., Lohman, D., & Gwyther, L. (2019). Access to Pain Management as a Human Right. *American Journal Of Public Health*, 109(1), 61-65. doi: 10.2105/ajph.2018.304743
- Brennan, F., Lohman, D., & Gwyther, L. (2019). Access to Pain Management as a Human Right. *American Journal Of Public Health*, 109(1), 61-65. doi: 10.2105/ajph.2018.304743
- Büchel, C., Geuter, S., Sprenger, C., & Eippert, F. (2014). Placebo Analgesia: A Predictive Coding Perspective. *Neuron*, 81(6), 1223-1239. doi: 10.1016/j.neuron.2014.02.042
- Cancer. (2020). Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Cancer Pain | American Cancer Society. (2020). Retrieved from <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/pain.html>
- Carlson, C. (2016). Effectiveness of the World Health Organization Cancer Pain Relief Guidelines: an integrative review. *Journal Of Pain Research*, Volume 9, 515-534. doi: 10.2147/jpr.s97759
- Charlton, J. (2005). *Core curriculum for professional education in pain*. Seattle, Washington: IASP Press.
- Chirac, P., & Laing, R. (2001). Updating the WHO essential drugs list. *The Lancet*, 357(9262), 1134. doi: 10.1016/s0140-6736(00)04291-4
- Clark, M., De Andrés, J., Fanelli, G., & Allegri, M. (2011). Acute and chronic pain: Where we are and where we have to go. 4th SIMPAR. *European Journal Of Pain Supplements*, 5(S2), 315-315. doi: 10.1016/j.eujps.2011.08.015
- Cousins, M., Brennan, F., & Carr, D. (2004). Pain relief: a universal human right. *Pain*, 112(1), 1-4. doi: 10.1016/j.pain.2004.09.002
- Coyne, P., Mulvenon, C., & Paice, J. (2018). American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association Position Statement: Pain Management at the End of Life. *Pain Management Nursing*, 19(1), 3-7. doi: 10.1016/j.pmn.2017.10.019
- Currow, D., Wheeler, J., & Abernethy, A. (2011). International Perspective: Outcomes of Palliative Oncology. *Seminars In Oncology*, 38(3), 343-350. doi: 10.1053/j.seminoncol.2011.03.001
- Daher, M. (2010). Pain relief is a human right. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010, 11(Suppl 1), 97-101.
- Davies, E., & Higginson, I. (2005). Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Supportive Care In Cancer*, 13(8), 607-627. doi: 10.1007/s00520-004-0739-6
- Dos Anjos, C., Borges, R., Chaves, A., de Souza Lima, A., Pereira, M., & Gasparoto, M. et al. (2021). Religion as a determining factor for invasive care among physicians in end-of-life patients. Retrieved 17 January 2021, from
- Downing, J., Niyonzima, N., Guma, S., Batuli, M., Kiwanuka, R., & Atuhe, I. et al. (2019). Towards universal coverage—highlights from the 2nd Uganda Conference on Cancer and Palliative Care, 5–6 September 2019, Kampala, Uganda. *Ecancermedical science*, 13. doi: 10.3332/ecancer.2019.976
- EFIC's declaration on chronic pain as a major healthcare problem, a disease in its own right. (2004). Retrieved from <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20042005RightoPainRelief/painasadisease.pdf>
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., & Rebelo, M. et al. (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal Of Cancer*, 136(5), E359-E386. doi: 10.1002/ijc.29210
- Fields, H. (2006). A motivation-decision model of pain: The role of opioids. In 11th World Congress on Pain (pp. 449-459). Sydney, Australia: 11th World Congress on Pain, IASP.
- Ford, D., Nietert, P., Zapka, J., Zoller, J., & Silvestri, G. (2008). Barriers to hospice enrollment among lung cancer patients: A survey of family members and physicians. *Palliative And Supportive Care*, 6(4), 357-362. doi: 10.1017/s1478951508000564
- Giannitrapani, K., Fereydooni, S., Azarfar, A., Silveira, M., Glassman, P., & Midboe, A. et al. (2020). Signature Informed Consent for Long-Term Opioid Therapy in Patients With Cancer: Perspectives of Patients and Providers. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 59(1), 49-57. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.08.020
- Githaiga, J., & Swartz, L. (2017). Socio-cultural contexts of end-of-life conversations and decisions: bereaved family cancer caregivers' retrospective co-constructions. *BMC Palliative Care*, 16(1). doi: 10.1186/s12904-017-0222-z
- Gwyther, L., Brennan, F., & Harding, R. (2009). Advancing Palliative Care as a Human Right. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 38(5), 767-774. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.03.003
- Hall, S., Goddard, C., Martin, P., Opio, D., & Speck, P. (2012). Exploring the impact of dignity therapy on distressed patients with advanced cancer: three case studies. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1748-1752. doi: 10.1002/pon.3206
- Health and Human Rights Resource Guide. (2013). Retrieved from https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/25/2014/03/HHRRG_Chapter-3.pdf
- IASP. (2020). Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/CancerPain>
- IASP Terminology - IASP. (2020). Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- Ibrahim, J., Burris, S., & Hays, S. (2012). Public Health Law Research. *Journal Of Public Health Management And Practice*, 18(6), 499-505. doi: 10.1097/phh.0b013e31825ce8f6
- Improving Access to Palliative Care. (2016). Retrieved from https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_EN_final.pdf?ua=1
- Institute for Chronic Pain | Ideas that are Changing Pain. (2020).

- Retrieved from <https://www.instituteforchronicpain.org/>
International Association for the Study of Pain (IASP). (2020). Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/>
- International Centre on Human Rights and Drug Policy. (2013). Retrieved from https://www.hr-dp.org/files/2013/09/05/CASE_OF_KUPCZAK_v_POLAND.pdf
- International Narcotics Control Board. (2011). *Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes* (p. 88). New York: International Narcotics Control Board, United Nations.
- Knaut, F. (2018). Integrating palliative care into health systems is essential to achieve Universal Health Coverage. *The Lancet Oncology*, 19(11), e566-e567. doi: 10.1016/s1470-2045(18)30600-4
- Krakauer, E. (2008). Just Palliative Care: Responding Responsibly to the Suffering of the Poor. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 36(5), 505-512. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.11.015
- Krakauer, E., Phuong Cham, N., Husain, S., Hai Yen, N., Joranson, D., Khue, L., & Maurer, M. (2015). Toward Safe Accessibility of Opioid Pain Medicines in Vietnam and Other Developing Countries: A Balanced Policy Method. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 49(5), 916-922. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.10.012
- Li, H., Richardson, A., Speck, P., & Armes, J. (2014). Conceptualizations of dignity at the end of life: exploring theoretical and cultural congruence with dignity therapy. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(12), 2920-2931. doi: 10.1111/jan.12455
- Lipman, A. (2008). A Review of: "EAPC Atlas of Palliative Care In Europe". *Journal Of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 22(1), 67-68. doi: 10.1080/15360280801991316
- Maier, S., & Seligman, M. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal Of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3-46. doi: 10.1037/0096-3445.105.1.3
- Malas, E., Chaar, B., & Krayem, G. (2020). End-of-life treatment decisions in adult Muslims: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 18(7), 1528-1536. doi: 10.11124/jbisrir-d-19-00270
- Merriman, A., Mwebesa, E., & Zirimenya, L. (2019). Improving access to palliative care for patients with cancer in Africa: 25 years of Hospice Africa. *Ecancermedical science*, 13. doi: 10.3332/ecancer.2019.946
- Mutubuki, E., Luitjens, M., Maas, E., Huygen, F., Ostelo, R., Tulder, M., & Dongen, J. (2019). Predictive factors of high societal costs among chronic low back pain patients. *European Journal Of Pain*, 24(2), 325-337. doi: 10.1002/ejp.1488
- Pain Alliance Europe. (2020). Retrieved from <https://pae-eu.eu/>
- Palliative Care. (2020). Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Palliative Care. (2020). Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Price, T., & Ray, P. (2019). Recent advances toward understanding the mysteries of the acute to chronic pain transition. *Current Opinion In Physiology*, 11, 42-50. doi: 10.1016/j.cophys.2019.05.015
- Public Health Fact Sheet, Palliative Care as a Human Right. (2016). Retrieved from <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/e533cf3a-b2a2-46e6-9612-6aaf1bf54e77/palliative-care-human-right-fact-sheet-20160218.pdf>
- Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. (2003). Retrieved from [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
- Reville, B., & Foxwell, A. (2014). The global state of palliative care-progress and challenges in cancer care. *Ann Palliat Med*, 3(3), 129-38.
- Rief, W., & Petrie, K. (2016). Can Psychological Expectation Models Be Adapted for Placebo Research?. *Frontiers In Psychology*, 7. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01876
- Rurup, M., Rhodius, C., Borgsteede, S., Boddaert, M., Keijser, A., Pasma, H., & Onwuteaka-Philipsen, B. (2010). The use of opioids at the end of life: the knowledge level of Dutch physicians as a potential barrier to effective pain management. *BMC Palliative Care*, 9(1). doi: 10.1186/1472-684x-9-23
- Samwel, H., Evers, A., Crul, B., & Kraaimaat, F. (2006). The Role of Helplessness, Fear of Pain, and Passive Pain-Coping in Chronic Pain Patients. *The Clinical Journal Of Pain*, 22(3), 245-251. doi: 10.1097/01.ajp.0000173019.72365.f5
- Shen, M., & Wellman, J. (2018). Evidence of palliative care stigma: The role of negative stereotypes in preventing willingness to use palliative care. *Palliative And Supportive Care*, 17(04), 374-380. doi: 10.1017/s1478951518000834
- Smyth, D. (2019). Dignity in dying. *International Journal Of Palliative Nursing*, 25(10), 471-471. doi: 10.12968/ijpn.2019.25.10.471
- Stajduhar, K., Mollison, A., Giesbrecht, M., McNeil, R., Pauly, B., & Reimer-Kirkham, S. et al. (2019). "Just too busy living in the moment and surviving": barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. *BMC Palliative Care*, 18(1). doi: 10.1186/s12904-019-0396-7
- Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course (WHO, Report by the Secretariat). (2014). *Journal Of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 28(2), 130-134. doi: 10.3109/15360288.2014.911801
- Thomas, L. (2011). *Global state of pain treatment*. New York, NY: Human Rights Watch.
- Treede, R., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M., & Benoit, R. et al. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. PAIN, 1. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000160
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Fact Sheet No. 31, The Right to Health. (2018). Retrieved from <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
- Van Beek, K., Siouta, N., Preston, N., Hasselaar, J., Hughes, S., & Payne, S. et al. (2016). To what degree is palliative care integrated in guidelines and pathways for adult cancer patients in Europe: a systematic literature review. *BMC Palliative Care*, 15(1). doi: 10.1186/s12904-016-0100-0
- Van Beuken, M., De Rijke, J., Kessels, A., Schouten, H., Van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals Of Oncology*, 18(9), 1437-1449. doi: 10.1093/annonc/mdm056
- WHO | WHO's cancer pain ladder for adults. (2020). Retrieved from <https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
- Wiech, K. (2016). Deconstructing the sensation of pain: The influence of cognitive processes on pain perception. *Science*, 354(6312), 584-587. doi: 10.1126/science.aaf8934
- Willemsen, A., Mason, S., Zhang, S., & Elsner, F. (2020). Status of palliative care education in Mainland China: A systematic review. *Palliative And Supportive Care*, 1-11. doi: 10.1017/s1478951520000814
- Μπούμπας, Δ., & Τσερκέζογλου, Α. (2019). Το πρόγραμμα ΑΤΟΜΕ (Access to Opioid Medication in Europe) και η πρόσβαση στα ισχυρά αναλγητικά (οπισιοειδή) στην Ελλάδα μετά τα άρθρα 90 και 91 του Νόμου 4600/2018 (ΦΕΚ 43Α/9/32019). *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(3).
- Μπούρη, Μ., Τσερκέζογλου, Α., Μυστακίδου, Μ., Καρανικόλας, Σ., & Σπηλιοπούλου, Χ. (2016). Έκθεση του ευρωπαϊκού προγράμματος ΑΤΟΜΕ «Πρόσβαση στα οπισιοειδή φάρμακα στην Ευρώπη» (2009-2014) Συμπεράσματα σχετικά με την κατάσταση στην Ελλάδα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(4), 550-561.

Pain relief as human right to patients with terminal stage cancer

Evangelos Aliferis¹, Stamatia Gkarani - Papadatou²

1. Hellenic Navy General Staff, Health Directorate

2. Dept. of Public Health Policy | School of Public Health, University of West Attica

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO) cancer is the second leading cause of death worldwide and accounts for approximately 9.6 million deaths in 2018. Pain is particularly common and extremely worrying for these patients, especially in metastases. Such a situation imposes an approach that would improve the quality of life and would provide specialized medical care which is, according to WHO, the definition of Palliative Care. There have been many efforts to recognize and establish the human right of pain relief, in order to promote the enforcement of human dignity and the protection of Public Health. However, from the thorough study of the literature on this subject, it emerges that much more could be done in that direction. There is a lag firstly in health policy making to prevent and adopt palliative care in health care and health systems. Secondly, there is also a lag in continuing education of health professionals in the treatment and management of pain, and the information of patients and their relatives about their rights. Another obstacle is the problem in opioid accessibility, that are in the treatment of pain, and finally there are social, cultural and economic problems that are to be resolved. Relief from pain, especially in patients with end-stage cancer, is a major public health and community issue. Good cooperation of all (health scientists, scientists, patients, relatives, governments, international organizations) and the exchange of knowledge and information can overall bring very important changes that would go beyond any obstacles and would bring us one step closer to conquering the relief from pain at the end of life.

Key words: human rights, pain relief, public health, cancer, pain

Corresponding author: Evangelos Aliferis
e-mail: ealiferis@yahoo.gr

Submission date: 22/01/2021
Publication date: September 2021

Citation: Aliferis E. & Gkarani – Papadatou S. (2022). Pain relief as human right to patients with terminal stage cancer. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(3): 3-14, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202131>

Οικονομική αξιολόγηση τεχνολογιών Υγείας

Ελπινίκη Μπισκανάκη

Νοσοκομειακή Φαρμακοποιός, BSc, MPharm, MSc, MPH, Υπεύθυνη Φαρμακευτικού Τμήματος Γ.Ν. Λιβαδειάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις μέρες μας περισσότερο από ποτέ, η ανάγκη για οικονομική αξιολόγηση στον χώρο της υγείας, πηγάζει από την αναγκαιότητα λήψης τεκμηριωμένων επιστημονικά αποφάσεων για την άσκηση ορθολογικής πολιτικής υγείας με έμφαση στην κατανομή των σπάνιων διαθέσιμων πόρων μεταξύ ανταγωνιστικών εναλλακτικών χρήσεων. Η οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας συνίσταται στην υπό το πρίσμα εισροών-εκροών ανάλυση οποιασδήποτε παρέμβασης αφορά στην προαγωγή, πρόληψη και αποκατάσταση της υγείας, και στοιχειοθετείται κυρίως μέσω της ελαχιστοποίησης του κόστους, της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας, της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας και της ανάλυσης κόστους-ωφελείας. Οι αναλύσεις κόστους-επίπτωσης στον χώρο της υγείας παρέχουν τεκμηριωμένες απαντήσεις όχι μόνο βάσει οικονομικών, αλλά και κοινωνικών και τεχνολογικών κριτηρίων, ώστε να συμπνέουν με τις ραγδαίες εξελίξεις των καιρών μας. Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να αναδείξει και να αναλύσει τις βασικές μεθόδους οικονομικής αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, καθώς και να αποδώσει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου.

Λέξεις Κλειδιά: κατανομή πόρων, λήψη απόφασης, οικονομική αξιολόγηση, Τεχνολογία Υγείας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ελπινίκη Μπισκανάκη
e-mail: elpibis@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 01/11/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Σεπτέμβριος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Μπισκανάκη Ε. (2022). Οικονομική αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(3): 15-21, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202132>

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Η αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας αποτελεί βασικό εργαλείο στην διαδικασία λήψης αποφάσεων
- Βάση της αξιολόγησης: οπτική, αποτίμηση μελλοντικού κόστους-οφέλους και ανάλυση ευαισθησίας
- Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας, κόστους-ωφελείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία για τον άνθρωπο αποτελεί την έννοια της απόλυτης συνθήκης, προκειμένου να έχει νόημα κάθε άλλη δραστηριότητα, ανάγοντας κατά συνέπεια τη συστηματική παροχή υπηρεσιών υγείας στη σημαντικότερη παράμετρο κοινωνικής προσφοράς.

Στα πλαίσια ενός άκρως ιατροκεντρικού συστήματος υγείας, όπως αυτό της Ελλάδος, η παροχή φροντίδας υγείας, καθώς και η ποιότητα αυτής της παροχής επί σειρά δεκαετιών καθοριζόταν ως επί το πλείστον μέσω της επαγγελματικής κρίσης των ιατρών, ανάγοντας την υγεία από θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου σε εμπορεύσιμο αγαθό. Λόγω αυτής ακριβώς της εμπορευματοποίησης, κατέστη διακριτή η λεπτή διαφορά μεταξύ της υγείας, ως κατάσταση πλήρους ευεξίας του ατόμου (ΠΟΥ 1985), και της φροντίδας υγείας, με τα απορρέοντα από αυτήν αγαθά και υπηρεσίες ως αντικείμενα συναλλαγής. Η «εμπορία» αυτού του είδους όμως, διαφέρει από των υπολοίπων αγαθών, καθώς χαρακτηρίζεται κατά κύριο λόγο από ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ θεράποντος ιατρού και ασθενούς (μειωμένη γνωστική ικανότητα του ασθενούς, ώστε να αυτο-διαχειριστεί την πάθηση → μονομερής «διοίκηση» της θεραπείας από τον ιατρό), γεγονός που εύκολα οδηγεί στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (ζήτηση που δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες υγείας του ασθενούς, αλλά προκαλείται για οικονομικούς κυρίως λόγους από το ιατρικό σώμα) με κορύφωση των επενδυτικών αναγκών στον τομέα της υγείας.

Αυτές ακριβώς οι συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας και παράλληλα τα περιορισμένα πλέον διαθέσιμα κεφάλαια, σε συνδυασμό με την εισβολή εξειδικευμένης και δαπανηρής ιατρικής τεχνολογίας, τη δημογραφική γήρανση και τη μεταβολή του επιδημιολογικού προτύπου, τη χαμηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, τις ανισότητες στην παροχή των ίδιων υπηρεσιών, καθώς και τα διάλου αμελητέα ιατρικά-κλινικά λάθη ήγειραν έντονο προβληματισμό αναφορικά με την ελάχιστη ανταποδοτικότητα των διατιθέμενων πόρων σε όρους αποτελεσμάτων υγείας (valuefor money), την αξιολόγηση της «χαμένης ευκαιρίας» (δέσμευση παραγωγικών συντελεστών για την παραγωγή ενός αγαθού-υπηρεσίας, που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την παραγωγή ετέρας, ίσως αποδοτικότερης, εκροής) και την κλονισμένη κοινωνική δικαιοσύνη (αναφορικά με

την οριζόντια και κάθετη ισότητα πρόσβασης σε φροντίδες υγείας) (Άγνωστος συγγραφέας 2001).

Η σταθερή διατήρηση του επιπέδου υγείας και του εκτός συνόρων πληθυσμού κατά τη διάρκεια της τελευταίας τριακονταετίας, παρόλο που οι σχετικές δαπάνες των ανεπτυγμένων χωρών είχαν διπλασιαστεί, καθώς και οι υψηλότερες δαπάνες χωρών για την υγεία, που δεν επικροτήθηκαν όμως με τους αντίστοιχα καλύτερους δείκτες, κατέστησαν αντιληπτό ότι, ελλείψει σαφών μέτρων αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, η εκτίμηση του βαθμού βέλτιστης αξιοποίησης των επιπλέον δαπανών καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής. Για τους λόγους αυτούς το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων και των επιστημόνων του κλάδου των οικονομικών της υγείας επικεντρώθηκε στην ανεύρεση αντικειμενικών κριτηρίων για την οικονομική αξιολόγηση της υγείας (Γείτονα).

Στις μέρες μας πλέον η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της υγειονομικής ανάπτυξης μιας χώρας και βασικό εργαλείο στην κρίσιμη διαδικασία της λήψης αποφάσεων. Κατά τον ΠΟΥ, «η οικονομική αξιολόγηση ορίζεται ως η ανάλυση της κατανομής των σπάνιων πόρων μεταξύ ανταγωνιστικών εναλλακτικών χρήσεων και διανομή των προϊόντων που παράγονται από αυτές τις χρήσεις στα μέλη της» (WHO 2013).

Η οικονομική αξιολόγηση στον τομέα της υγείας συμπεριλαμβάνει τόσο την ορθολογική και αποδοτική κατανομή των σπανίων πόρων του Συστήματος Υγείας σε εθνικό επίπεδο, όσο και των επιμέρους Υπηρεσιών και Μονάδων Υγείας, που στο σύνολό τους συνθέτουν ένα ολοκληρωμένο Σύστημα Υγείας, ενώ επιπλέον πραγματοποιείται και στα Προγράμματα και Δράσεις για την Υγεία, Προαγωγής και Πρόληψης (κυρίως σε επίπεδο δημόσιας υγείας, π.χ. εμβολιασμοί και προληπτικές εξετάσεις). Κύριος σκοπός της αξιολόγησης είναι η παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων δεδομένων στους υπεύθυνους για τη λήψη των βέλτιστων αποφάσεων στο πλαίσιο μιας ορθολογικής πολιτικής υγείας (Κυριόπουλος 2005, Facey, Topfer & Chan 2006).

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στη χρήση του όρου «τεχνολογία υγείας» εμπεριέχεται οποιαδήποτε παρέμβαση με σκοπό την προώθηση της υγείας, την αποκατάστασή της ή τη μακροχρόνια φροντίδα της. Συμπεριλαμβάνει φαρμακευτικά είδη, συσκευές

και μηχανήματα, διαδικασίες και οργανωτικά συστήματα που χρησιμοποιούνται για την παροχή φροντίδας υγείας (Μορφονιός, Καϊτελίδου, Μπαλτόπουλος & Μυριανθεύς 2013).

Η Αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας (A.T.Y.-Health Technology Assessment-H.T.A.) αποτελεί ένα διεπιστημονικό εργαλείο της πολιτικής υγείας, το οποίο παρατηρεί, καταγράφει και αναλύει τις ιατρικές, κοινωνικές, ηθικές και οικονομικές επιπτώσεις της εκμετάλλευσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Πρωταρχικό σκοπό της αποτελεί η ενημέρωση σε εθνικό, καθώς και σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο για θέματα που αφορούν στην προμήθεια, χρηματοδότηση ή κατάλληλη χρήση των τεχνολογικών επιτευγμάτων υγείας, καθώς και η αποτροπή επένδυσης κεφαλαίων σε αναποτελεσματικές τεχνολογίες (Drummond 2006).

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η Οικονομική Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας στηρίζεται στην κλινικά τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας (Evidence based medicine) και μελετά, καταγράφει και αναλύει τα απορρέοντα κόστη και αποτελέσματα, ή αλλιώς τις εισροές και τις εκροές, δρώντας συνεργικά (κι όχι μεμονωμένα) στη λήψη απόφασης σχετικά με την κατανομή πόρων. Κάθε οικονομική αξιολόγηση αποτελεί ανάλυση μίας εναλλακτικής παρέμβασης μεταξύ άλλων, ανταγωνιστικών επιλογών. Πάνω στην ανάλυση της σχέσης ανάμεσα στους πόρους που επενδύονται και τα οφέλη που αποκομίζονται, θα στηριχθεί π.χ. η εφαρμογή της Α Θεραπευτικής αγωγής έναντι της Β, η αγορά ενός ιατρικού μηχανήματος νέας τεχνολογίας ή η ένταξη ενός εμβολίου στο υποχρεωτικό πρόγραμμα εμβολιασμού.

Οπτική Οικονομικής Αξιολόγησης

Αντικείμενο της οικονομικής αξιολόγησης αποτελεί η διευκόλυνση λήψης απόφασης σχετικά με την κατανομή πόρων μέσω της μελέτης και ανάλυσης των εισροών και των εκροών με σκοπό την εύρεση των κριτηρίων που κάνει μία επιλογή ελκυστικότερη από μία άλλη, με στόχο πάντα τη διασφάλιση της ισότητας, τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και τη βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας. Σύμφωνα με τον Drummond, η οικονομική αξιολόγηση ορίζεται ως η συγκριτική ανάλυση εναλλακτικών δράσεων, τόσο ως προς το κόστος, όσο και προς τα αποτελέσματά τους.

Η οπτική γωνία της ανάλυσης μπορεί να αφορά στο σύνολο της κοινωνίας, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα νοσοκομεία, τους ιατρούς ή τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Ο υπολογισμός του κόστους διαφέρει ανάλογα με το ποιος το επωμίζεται ή αντίστοιχα με το πού εστιάζεται το όφελος του εφαρμοζόμενου προγράμματος υγείας. Χαρακτηριστικά, ο υπολογισμός του κόστους μιας ασθένειας στο πλαίσιο της υιοθέτησης της «κοινωνικής»

οπτικής περιλαμβάνει το κόστος όλων των παρενεργειών της νοσηρότητας και την εξοικονόμηση πόρων από την αποφυγή της, ενώ ο υπολογισμός κόστους για την αυτή ασθένεια αναφερόμενος σε ένα νοσοκομείο περιλαμβάνει το κόστος που η ίδια η υγειονομική μονάδα καλείται να καλύψει ως προς τη θεραπεία της.

Εκτίμηση του κόστους στην αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας

Η εκτίμηση του κόστους αποτελεί βασική παράμετρο της οικονομικής αξιολόγησης για την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων στον σχεδιασμό υγείας (Καραγιάννη). Ως κόστος ορίζονται οι εισροές που θυσιάζονται για την επίτευξη συγκεκριμένων εκροών. Ο υπολογισμός του κόστους βασίζεται στην αρχή του κόστους-ευκαιρίας, σύμφωνα με την οποία επενδύοντας σε κάποια συγκεκριμένη παραγωγική διαδικασία, αυτομάτως χάνονται οι ωφέλειες που θα προέκυπταν από την επένδυση της εισροής (ολικής ή μέρους αυτής) σε διαφορετική παρέμβαση.

Το κόστος στην αξιολόγηση ταυτίζεται με την έννοια της επένδυσης και όχι με της λογιστικής δαπάνης, καθώς δεν περιορίζεται μόνο σε οικονομικό πλαίσιο, αλλά εμπρικλείει και ο,τιδήποτε άλλο θυσιάζεται προς επίτευξη του στόχου-εκροής: χρόνο, ενέργεια, ψυχολογία.

Το κόστος μιας παρέμβασης είναι αποτέλεσμα τριών διαφορετικών συνιστωσών: του άμεσου κόστους, του έμμεσου κόστους και του άυλου κόστους. Η τριπλή αυτή υπόσταση του κόστους καθιστά την εκτίμησή του ιδιαίτερα δύσκολη διαδικασία, καθώς συνήθως πυροδοτεί ενστάσεις σχετικά με το ποιες μεταβλητές πρέπει να συμπεριληφθούν στην ανάλυση και ποιες όχι, με αποτέλεσμα τη διεξαγωγή μη συγκρίσιμων μελετών.

Αποτίμηση μελλοντικού κόστους-οφέλους σε πραγματικές τιμές

Η χρονική αντιστοιχία κόστους-οφέλους, η αποκαλούμενη «προεξόφληση», αντανακλά την αξία του χρήματος μέσα στο χρόνο (time value of money) και την επικείμενη απαξίωσή του λόγω του πληθωρισμού, η οποία οδηγεί σε στρεβλά αποτελέσματα αναλύσεων (Καλιαμπάκος & Δαμίγκος 2008). Το πρόβλημα επιλύεται μέσω της διαδικασίας υπολογισμού της παρούσας αξίας του ποσού μέσα στο χρόνο με τη βοήθεια μιας συνάρτησης που λαμβάνει υπ' όψιν το χρόνο και το επιτόκιο.

Ανάλυση ευαισθησίας για πρόβλεψη της αβεβαιότητας

Οι αξιολογήσεις μπορεί να περιέχουν πηγές αβεβαιότητας στις εκτιμήσεις τους προερχόμενες από ελλιπή ή ανακριβή στοιχεία. Με την ανάλυση ευαισθησίας εξετάζεται ο βαθμός στον οποίο η αβεβαιότητα στα δεδομένα δύναται να επηρεάσει τα αποτελέσματα της ανάλυσης (Sperry 1997). Η χρήση ανάλυσης ευαισθησίας μπο-

ρεί να δείξει ότι τα αποτελέσματα είναι έγκυρα και αξιόπιστα παρά την αβεβαιότητα σχετικά με μία σημαντική μεταβλητή, εφόσον η επίδραση ηθελημένων μεταβολών των υπό αμφισβήτηση παραμέτρων δεν μετατοπίζει σημαντικά τους δείκτες των αντιστοίχων αποτελεσμάτων (Udvarhelyietal 1992).

ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η μεθοδολογία της Α.Τ.Υ. συνίσταται κυρίως στις εξής ευρείες κατηγορίες ανάλυσης:

- ❖ Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους
- ❖ Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας
- ❖ Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας
- ❖ Ανάλυση κόστους-ωφελείας

Ανάλυση Ελαχιστοποίησης κόστους (Cost-minimization analysis-CMA)

Η ανάλυση αυτή εφαρμόζεται στην περίπτωση όπου δύο ή περισσότερες παρεμβάσεις καταλήγουν στα ίδια αποτελέσματα. Το γεγονός της ίσης αποτελεσματικότητας περιορίζει την επιλογή της λύσης στην παρέμβαση με το μικρότερο συνολικό κόστος (Calvetetal 2016). Βασική (περιοριστική) προϋπόθεση είναι να μπορεί να τεκμηριωθεί επιστημονικά η ίση αποτελεσματικότητα μεταξύ των τεχνολογιών υγείας υπό αξιολόγηση. Το είδος αυτό της μελέτης συνηθίζεται να χρησιμοποιείται στην περίπτωση των φαρμακοοικονομικών μελετών, όπου η αποτελεσματικότητα δύο ή περισσότερων ισοδύναμων φαρμακευτικών ουσιών έχει αποδειχθεί η ίδια, ενώ το κόστος προμήθειας και χορήγησης των φαρμάκων αυτών διαφέρει σημαντικά (Σούλης 1999).

Παρόλα αυτά, για τη λήψη της βελτίστης απόφασης, η ελαχιστοποίηση του κόστους δεν θεωρείται επαρκής. Στο πλαίσιο αυτό επιβάλλεται να ερευνηθούν περαιτέρω διαστάσεις της φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος και συν. 1993, Φραγκουλάκης 2015). Ένα σημαντικό σχετικό παράδειγμα είναι η σύγκριση χολεκυστεκτομής με την συμβατική χειρουργική μέθοδο έναντι της λαπαροσκοπικής τεχνικής. Καίτοι οι δύο διαφορετικές τεχνικές παρουσιάζουν την ίδια αποτελεσματικότητα, στους 6 μήνες που έπονται την επέμβαση, η μετεγχειρητική νοσηρότητα, η αποχή από την εργασία και η αυξημένη πιθανότητα πνευμονικής εμβολής ουσιαστικά διαφοροποιούν τα αποτελέσματα (Brownetal 2003).

Ανάλυση Κόστους - Αποτελεσματικότητας (Cost-effectiveness analysis-CEA)

Σε αυτή τη μέθοδο οι επιπτώσεις χρησιμοποιούν ως μονάδα μέτρησης φυσικές μονάδες, όπως π.χ. διασωθέντα έτη ζωής, ποσοστά θνητότητας, θεραπευθείσες περιπτώσεις. Η σύγκριση έγκειται μεταξύ παρεμβάσεων με

ομοιδή επιθυμητή έκβαση, οι οποίες όμως μπορεί να διαφέρουν ως προς το μέγεθος της έκβασης ή το κόστος της παρέμβασης (Φραγκουλάκης 2015).

Το πλεονέκτημα αυτής της ανάλυσης έγκειται στο ότι αποδίδει μετρήσιμη διάσταση στην ανθρώπινη ζωή και τα κλινικά αποτελέσματα, τα οποία δεν δύνανται να αποτιμηθούν με χρηματικούς όρους. Εφόσον λοιπόν τα διάφορα αποτελέσματα αποτιμώνται στην ίδια μονάδα μέτρησης, η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας δύναται να χρησιμοποιηθεί για να συγκρίνει και διαφορετικές παρεμβάσεις μεταξύ τους, όπως π.χ. μεταμόσχευση νεφρού και πρόγραμμα εμβολιασμού. Η ανάλυση αυτή δεν στοχεύει στην επιλογή της παρέμβασης με το χαμηλότερο κόστος, αλλά εκείνης που προσφέρει το χαμηλότερο κόστος με το καλύτερο ταυτόχρονα αποτέλεσμα. Στην ουσία επιχειρεί να απαντήσει στο ερώτημα «ποια παρέμβαση αποδίδει π.χ. τα περισσότερα κερδισμένα έτη ζωής για κάθε μονάδα δαπάνης» (Μίτσουλη 2004).

Μειονέκτημα της μεθόδου ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας αποτελεί το γεγονός της σύγκρισης μόνο παρεμβάσεων με όμοιες συνέπειες, ενώ και η μέτρηση των αποτελεσμάτων σε φυσικές μονάδες μπορεί να προκαλέσει συγχύσεις (π.χ. το ένα κερδισμένο έτος ζωής για δέκα ανθρώπους ισούται με δέκα, όπως και τα δέκα κερδισμένα χρόνια ζωής για έναν άνθρωπο). Το μειονέκτημα αυτό της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας καλύπτει η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (βλ. παρακάτω).

Η ανάλυση κόστους-αποτελέσματος δίδει τη δυνατότητα να αξιολογηθούν επενδυτικά σενάρια εναλλακτικών παρεμβάσεων και να συγκριθεί το κόστος των εισροών ανά μονάδα εκροών. Όταν κάποια παρεμβατική δράση είναι πιο δραστική και πιο οικονομική σε σύγκριση με κάποια άλλη, έχει προφανώς μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα-κόστους. Όταν όμως η παρέμβαση έχει και πιο υψηλή τιμή και μεγαλύτερη δραστικότητα από άλλες (εκτίμηση δείκτη οριακού κόστους-incrementalcost-effectivenessratio-ICER), τότε η τελική κρίση για το κόστος-αποτελεσματικότητας εξαρτάται από το αν ο υπεύθυνος για τις αποφάσεις θεωρεί ότι η επιπλέον αποτελεσματικότητα δικαιολογεί το επιπλέον κόστος (cost-effective), καθώς και από το τι διατίθεται κοινωνία να πληρώσει για ένα δεδομένο αποτέλεσμα, ενώ ο Briggs για παρόμοιες περιπτώσεις έχει εκδώσει οδηγίες για την ανάλυση ευαισθησίας (Ψαρόπουλος 2013, Haasisetal 2014, Tangwongsiri etal 2014).

Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας (Cost-utilityanalysis-CUA)

Η χρησιμότητα συνιστά ουσιαστικά τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες-προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και έχει σχέση με το αναμενόμενο αποτέλεσμα από την παροχή φροντίδας υγείας. Θεωρείται ως η πιο σύνθετη και επιτηδευμένη μέθοδος

οικονομικής αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα προσμετρώνται με διαφόρους τρόπους (κλίμακα κατάταξης, τυπικό ρίσκο, χρονικό αντιστάθμισμα, μέθοδοι κατάταξης) σε μονάδες χρησιμότητας, οι οποίες αποδίδονται με την ποιότητα ζωής που ο ασθενής προσδοκά από την παρεχόμενη παρέμβαση (Ψαρόπουλος 2013). Οι μελέτες επικεντρώνονται συχνά στην επιτυχούσα κοινωνική ευημερία μετά από την εφαρμογή μιας παρέμβασης, μετρώντας τη βελτίωση της υγείας σε προστιθέμενα ποιοτικά χρόνια ζωής. Κλασικός δείκτης που χρησιμοποιείται σε αυτή την ανάλυση είναι τα ποιοτικά σταθμισμένα χρόνια ζωής (QALYs), που εμπεριέχουν τόσο την ποσοτική-φυσική διάσταση της βελτίωσης (έτη ζωής), όσο και την ποιοτική.

Το κύριο προτέρημα της ανάλυσης αυτής είναι ότι επιτρέπει τη σύγκριση παρεμβάσεων σε διαφορετικά κλινικά επίπεδα, ενώ το κύριο μειονέκτημά της έγκειται στην υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας από τον ασθενή, καθώς και στο γεγονός ότι δεν μπορεί να έχει εφαρμογή σε ενδιάμεσες εκβάσεις, εφόσον αυτές δε δύνανται να μετατραπούν σε QALYs (Σουλιώτης 2006).

Ανάμεσα στην CEA και την CUA εντοπίζονται αρκετές ομοιότητες, όπως π.χ. τα στοιχεία αποτελεσματικότητας που απαιτούνται και από τις δύο. Η καίρια διάφορα που τις διακρίνει είναι το γεγονός ότι η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας στοχεύει, εκτός από την επιμήκυνση της ζωής, και στην αναβάθμιση της ποιότητάς της, όπως η τελευταία γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή.

Ανάλυση Κόστους - Οφέλους (Cost-benefit analysis-CBA)

Πρόκειται για μία μέθοδο οικονομικής αξιολόγησης του γενικότερου μακροοικονομικού επιπέδου, η οποία εκφράζεται μέσω μια οικονομικής συνάρτησης του κοινωνικού κόστους με το κοινωνικό όφελος. Η κοινωνική ωφέλεια αντανακλάται τόσο μέσω της κοινωνικής ευημερίας, όσο και μέσω της οικονομικής ευημερίας. Συγκεκριμένα, σε επίπεδο δομών, κοινωνική ωφέλεια προκύπτει π.χ. με την κατασκευή μιας υγειονομικής μονάδας, με έμμεσο αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας στην περιβάλλουσα περιοχή. Ταυτόχρονα, η χρηματική ωφέλεια παρουσιάζεται ως απόρροια της καταναλωτικής κίνησης στην συγκεκριμένη περιοχή.

Στην ανάλυση κόστους-οφέλους τόσο τα κόστη, όσο και οι επιπτώσεις μετατρέπονται σε χρηματικούς όρους, γεγονός που επιτρέπει συγκρίσεις ανόμοιων παρεμβάσεων, διαφορετικών ειδικοτήτων, π.χ. θεωρητικά είναι δυνατή μέχρι και η σύγκριση της κατασκευής ενός νοσοκομείου με τη κατασκευή ενός λιμένα (Μίτσουλη 2004). Ταυτόχρονα, το μεγάλο μειονέκτημα της ανάλυσης αυτής αποτελεί η λεγόμενη «άλλη όψη του νομίσματος», σύμφωνα με την οποία η αποτίμηση κάποιων επιπτώσεων σε χρήμα καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής, με αποτέλεσμα οι επιπτώσεις αυτές συχνά να παραλείπονται από την

ανάλυση αυτή. Χαρακτηριστικά, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν με νομισματικά κριτήρια τα πλεονεκτήματα από την μείωση του κίνδυνου των ατυχημάτων και τα οφέλη από την αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής, λόγω παροχής καλύτερων υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό, απαιτείται καθορισμός κριτηρίων αξιολόγησης, με σκοπό την αποφυγή της υποκειμενικής κρίσης και της προσωπικής επιρροής στην ανάλυση. Επιπλέον, είναι απαραίτητο το όφελος μίας παρέμβασης, να μετατρέπεται σε χρηματικούς όρους σε καθορισμένο χρόνο μετά την αναγνώρισή του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οικονομική αξιολόγηση των Τεχνολογιών Υγείας αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο κατανομής πόρων σε όλα τα επίπεδα λήψης απόφασης. Οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης εφαρμόζονται είτε σε μακρο είτε σε μικρο-επίπεδο, υπό τη μορφή των βασικών μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης, ήτοι της ελαχιστοποίησης κόστους και της ανάλυσης κόστους-αποτελέσματος, κόστους-οφέλους, κόστους-χρησιμότητας, οι οποίες στην ουσία αναλύουν και συσχετίζουν τις εισροές και τις εκροές για κάθε παρέμβαση υγείας, με διαφορετικό η κάθε μία τρόπο. Ανεξαρτήτως όμως της μεθόδου, ο στόχος παραμένει πάντοτε ο ίδιος: η εξοικονόμηση πόρων μέσα από τη σύγκριση ανταγωνιστικών εναλλακτικών λύσεων. Με τις αναλύσεις κόστους-επίπτωσης παρέχεται η δυνατότητα βελτίωσης της αποδοτικότητας προσανατολίζοντας τα περιορισμένα ποσά των διαθέσιμων προϋπολογισμών για την υγεία σε εκείνες τις δραστηριότητες που δίνουν τα μεγαλύτερα συγκριτικά οφέλη.

Ανάμεσα στις πολιτικές για τη συγκράτηση των δαπανών, σε όλες σχεδόν τις χώρες με οργανωμένα συστήματα υγείας, η οικονομική αξιολόγηση κατέχει σημαντική θέση είτε επίσημα είτε ανεπίσημα. Αν και σε λίγες μόνο περιπτώσεις είναι θεσμοθετημένη (NICE χωρίς χρονολογία), στις περισσότερες χώρες γίνεται μία προσπάθεια, έστω και άτυπα, να πραγματοποιούνται οικονομικές αναλύσεις κόστους-επίπτωσης, προτού καθιερωθεί μια νέα παρέμβαση στον χώρο της υγείας, λαμβάνοντας υπ' όψιν και τις οικονομικές κατευθυντήριες οδηγίες (economic guidelines) παράλληλα με τις κλινικές οδηγίες (clinical guidelines). Δεδομένου της μεγάλης και ταχείας μεταβλητότητας των σημείων των καιρών μας, οι οικονομικές οδηγίες θα πρέπει να αναθεωρούνται συχνά ανάλογα με τις μεταβολές των τιμών της αγοράς, τις υγειονομικές ανάγκες, το πληθυσμιακό προφίλ, τις τεχνολογικές καινοτομίες και τους κλινικούς νεωτερισμούς, ώστε να επιτυγχάνεται ταυτόχρονα μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα και βέλτιστη αποτελεσματικότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Brown MM., Brown GC., Sharma S. & Landy, J. (2003). Health care economic analyses and value based medicine. *Survey of Ophthalmology* 48(2):204-223.
- Drummond MF. (2006). Methods for the economic evaluation of health care programmes, 3rd ed. *J Epidemiol Community Health* 60(9): 822-823.
- Drummond MF., O'Brien B., Stoddart GL., Torrance GW. (2002). *Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*, Εκδόσεις Κριτική.
- Facey K., Topfer LA. & Chan L. (2006). *Health Technology Assessment (HTA) glossary*. 1st ed. Stockholm (Sweden). International Network of Agencies for Health Technology Assessment, 1-5.5
- Haasis MA. & Ceria JA. (2014). Cost-Utility Analysis of 10- and 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccines in the Philippines. *Value Health* 17:A807.
- Nice - National Institute for Health and Care Excellence. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.nice.org.uk/>, ημερομηνία επίσκεψης: 17/5/2016.
- Sperry R.J. (1997). Principles of Economic Analysis. *Anesthesiology* 7;86:1197-205.
- Tangwongsiri D. & Leartsakulpanitch J. (2014). Cost Utility Analysis of Ustekinumab for the Treatment of Moderate to Severe Chronic Plaque Psoriasis in Thailand. *Value Health* 17:A782-3.
- Udvarhelyi S., Colditz GA., Rai A & Epstein AM. (1992). Cost-effectiveness and cost-benefit analysis in the medical literature. Are the methods being used correctly? *Annals of Internal Medicine* 116:238-244.
- World Health Organization, (W.H.O.). (2013). Research agenda for Health Economic Evaluation. Background Document.
- Άγνωστος συγγραφέας. (2001). Οικονομική της Υγείας (Σεμινάριο). *Σημείωμα για την Οικονομική Ανάλυση του τομέα Υγείας. Εαρινό εξάμηνο ακαδημαϊκού έτους 2001-2002*. Διαθέσιμο: file:///C:/Users/PC-141/Downloads/lecture%20_A5_.pdf. [Πρόσβαση 11/10/2020]
- Γείτονα Μ. *Εισαγωγή στα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρητική και εμπειρική προσέγγιση*. Διαθέσιμο: <https://docplayer.gr/432589-Eisagogi-sta-oikonomika-ygeias-theoritiki-empiriki-proseggisi.html>. [Πρόσβαση 11/10/2020]
- Καλιαμπάκος Δ & Δαμίγκος Δ. (2008). *Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο. Οικονομικά του Περιβάλλοντος και των Υδατικών Πόρων. «Επιστήμη και Τεχνολογία Υδατικών Πόρων». Αξιολόγηση επενδύσεων*. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://mycourses.ntua.gr/courses/PSTGR1094/document/Investment_presentation.pdf. [Πρόσβαση 11/10/2020]
- Καραγιάννη Μ. *Σημειώσεις για το μάθημα Οικονομία της Υγείας και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Μέρος 1ο. Διαθέσιμο: <http://www.teiath.gr/userfiles/kodelez/karag28115.pdf>. [Πρόσβαση 11/10/2020]
- Κυριόπουλος Γ. *Η συμβολή των Οικονομικών της Υγείας στη λήψη αποφάσεων και τη διαμόρφωση πολιτικών*. Διαθέσιμο: <https://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/862/1/M01.039.05.pdf>. [Πρόσβαση 11/10/2020]
- Κυριόπουλος Γ., Κορνάρου Ε. & Παπαρίζος Β. (1993). Οικονομικά και Διαχείριση του AIDS στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ. & Σκουρολιάκου Μ. (1996). *Φαρμακοοικονομία. Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης*. Αθήνα, Εξάντας Εκδόσεις ΑΕ.
- Μίτσουλη Ε. (2004). *Οικονομική Αξιολόγηση Εναλλακτικών Θεραπειών-Κατανομή πόρων*. Διαθέσιμο: http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/12/759.pdf. [Πρόσβαση: 16/10/2020]
- Μορφονιάς Α., Καϊτελίδου Δ., Μπαλιτόπουλος Γ. & Μυριανθεύς Π. (2013). Η διεθνής πρακτική της Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική* 30: 19-34.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) 1985.
- Σούλης Σ. (1999). *Οικονομική της υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σουλιώτης Κ. (2006). *Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Φραγκουλάκης Β. (2015). *Οικονομική Αξιολόγηση στις Υπηρεσίες Υγείας*. Διαθέσιμο: <https://slideplayer.gr/slide/11245178/>. [Πρόσβαση: 14/10/2020]
- Ψαρόπουλος Χ. (2013). *Η Οικονομία της Υγείας*. Διαθέσιμο: http://www.psaropouloschristos.com/2013/02/blog-post_2861.html. [Πρόσβαση: 20/5/2016]

Economic evaluation of health technologies

Elpiniki Biskanaki

Hospital Pharmacist, BSc, MPharm, MSc, MPH, Head of Pharmaceutical Department, General Hospital of Livadia

ABSTRACT

Nowadays more than ever, the need for financial evaluation in the field of health stems from the need to make scientifically sound decisions to pursue a rational health policy with an emphasis on allocating the scarce resources available amongst competing alternative uses. The economic evaluation of health technology consists of the input-output analysis of any intervention related to the promotion, prevention and restoration of health, and is substantiated mainly through cost-minimization analysis, cost-effectiveness analysis, cost-utility analysis and cost-benefit analysis. Cost-impact analyses in the field of health provide substantiated answers not only on the basis of economic, but also social and technological criteria, in order to coincide with the rapid developments of our times. The present article aims to highlight and analyze the basic methods of economic evaluation of Health Technologies with their particular characteristics, as well as to attribute advantages and disadvantages of each method. The material for this work is the result of a thorough search through the literature, both in Greek and foreign languages, and through online sources.

Keywords: decision making, resource allocation, economic evaluation, Health Technology

Corresponding author: Elpiniki Biskanaki
e-mail: elpibis@yahoo.gr

Submission date: 01/11/2020
Publication date: September 2021

Άρνηση λήψης υπηρεσιών υγείας: το παράδειγμα άρνησης μετάγγισης αίματος για θρησκευτικούς λόγους υπό την οπτική της πολιτισμικής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας

Φανή Πέγιου¹, Χαρίκλεια Πίτσου²

1. Νοσηλεύτρια, MSc, ENhANCE, «Βοήθεια στο Σπίτι» Πτολεμαΐδας

2. ΕΔΙΠ, Πανεπιστήμιο Πατρών, Med, PhD, ΣΕΠ ΕΑΠ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και της υγείας είναι δυναμική, αμφίδρομη, αλληλεξαρτώμενη και σε κάποιες περιπτώσεις αλληλοσυγκρουόμενη. Οι προκλήσεις των επαγγελματιών υγείας στο χώρο της υγείας σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία είναι αναπόφευκτες καθώς οι χρήστες υγείας «φέρουν» διαφορετικές κουλτούρες. Η άρνηση των χρηστών υγείας στην τέλεση ζωτικών για την κατάσταση υγείας τους ιατρικών πράξεων, κυρίως για θρησκευτικούς λόγους, εγείρει τόσο νομικά και ηθικά θέματα όσο και πρακτικά. Η άρνηση μετάγγισης αίματος για θρησκευτικούς λόγους, οφείλει να ακολουθεί από τη μια τις δεοντολογικές αρχές που διέπουν τους επαγγελματίες υγείας και από την άλλη το περιεχόμενο των σχετικών δικαιωμάτων των χρηστών υγείας, προς αποφυγή των επαγόμενων ηθικών, και πρακτικών συγκρούσεων εκατέρωθεν. Η εφαρμογή και απόλαυση των δικαιωμάτων των εμπλεκόμενων μελών υπό την πολιτισμική οπτική των επαγγελματιών υγείας θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας. Η πολιτισμική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας θα αποτελέσει βασικό στοιχείο εξατομίκευσης και ολιστικής προσέγγισης της διαχείρισης των προκλήσεων, καθώς και της άρσης των ανισοτήτων, που επιτάσσει η φροντίδα υγείας σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία.

Λέξεις Κλειδιά: Ανθρώπινα δικαιώματα, άρνηση μετάγγισης αίματος, ηθικά διλήμματα, πολιτισμική ικανότητα επαγγελματιών υγείας, χρήστης υπηρεσιών υγείας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Φανή Πέγιου
e-mail: fanypegiou@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 02/11/2020
Ημερομηνία δημοσίευσης: Σεπτέμβριος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Πέγιου Φ. & Πίτσου Χ. (2022). Άρνηση λήψης υπηρεσιών υγείας: το παράδειγμα άρνησης μετάγγισης αίματος για θρησκευτικούς λόγους υπό την οπτική της πολιτισμικής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(3): 22-29, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202133>

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Η άρνηση λήψης αίματος για θρησκευτικούς λόγους εμπίπτει στο πεδίο προστασίας της θρησκευτικής συνείδησης
- Ηθικό δίλημμα ανακύπτει όταν συγκρούονται αντίθετες ηθικές αρχές
- Η εφαρμογή των κανόνων του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας κρίνει την ποιότητα των ηθικών αποφάσεων στην κλινική πρακτική
- Η πολιτισμική ικανότητα των επαγγελματιών υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο πλουραλισμού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (ΑΔ) μέσα από το δημοκρατικό και κοινωνικό τους χαρακτήρα, εκφράζουν, προάγουν και διαφυλάττουν την ισότητα, την αξία της ανθρώπινης υπόστασης, της ίσης μεταχείρισης για όλους αδιακρίτως. Η απόλαυση του υψηλότερου επιπέδου επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικής πεποίθησης, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης (WHO, 1946).

Το δικαίωμα της άρνησης λήψης της θεραπείας από τους χρήστες υγείας, εμπεριέχει ορισμένες διακριτικές ιδιότητες, εθνικά χαρακτηριστικά και κατά συνέπεια, έχει διαφορετικές εκφράσεις (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2013). Ως εκ τούτου, η άρνηση θεραπείας δεν βασίζεται μόνο στη στάθμιση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων θεραπείας, αλλά και στην προσωπική κατάσταση, τις πεποιθήσεις, τις προτιμήσεις, τις αξίες και τα συναισθήματα του ασθενούς (Huijjer & van Leeuwen, 2000).

Στα πλαίσια της αυξανόμενης και πολιτισμικά μεταβαλλόμενης υγειονομικής περίθαλψης, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διαχειρίζονται τα ηθικά διλήμματα και τις συγκρούσεις που αναπόφευκτα αναπτύσσονται στην κλινική πράξη είτε μεταξύ αυτών και των χρηστών υγείας, είτε μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, είτε σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα και τη δημόσια πολιτική (Fowler, 2011; Genuis & Lipp, 2013). Το δικαίωμα στην υγεία ως ατομικό και κοινωνικό αγαθό, θα πρέπει να εκφράζεται μέσα από τις αξίες του σεβασμού, της αξιοπρέπειας, της ελεύθερης επιλογής και της ασφάλειας, που διέπουν τις αρχές της διαπολιτισμικής φροντίδας, υπό την προστασία των κανόνων της Ιατρικής Δεοντολογίας του διεθνούς δικαίου (Chand, Subramanya, & Rao, 2014; Φυτράκης, 2013).

Προς τούτο η παρούσα εργασία επιχειρεί την προσέγγιση των συγκρούσεων που προκύπτουν από την άρνηση των χρηστών υγείας να απολαύσουν το δικαίωμα στην υγεία μέσω μετάγγισης αίματος λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων και την ανάδειξη των επαγόμενων ηθικών και πρακτικών ζητημάτων, υπό το πρίσμα των ΑΔ και της πολιτισμικής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας.

Το δικαίωμα στη ζωή την υγεία και τη θρησκευτική ελευθερία μέσα από τα διεθνή κείμενα
Το δικαίωμα στη ζωή

- Στην Οικουμενική Διακήρυξη για τα ΑΔ (1948) στο Άρθρο 3, επισφραγίζεται το ύψιστο δικαίωμα των ατόμων στη ζωή, την ελευθερία και την προσωπική ασφάλεια.

- Στο Άρθρο 2§1 εδ.α., της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (1950) υπογραμμίζεται το δικαίωμα στη ζωή: «*Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις την ζωήν προστατεύεται υπό του νόμου. Εις ουδένα δύναται να επιβληθή εκ προθέσεως θάνατος, ειμή εις εκτέλεσιν θανατικής ποινής εκδιδομένης υπό δικαστηρίου εν περιπτώσει αδικήματος τιμωρουμένου υπό του νόμου δια της ποινής ταύτης*» (European Convention on Human Rights, 1950).

- Στο Άρθρο 6§1 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (1966) το δικαίωμα των ανθρώπων στη ζωή χαρακτηρίζεται ως «εγγενές» δηλαδή, ότι το φέρουμε με τη γέννησή μας «*Το δικαίωμα στη ζωή είναι εγγενές στον άνθρωπο. Το δικαίωμα αυτό πρέπει να προστατεύεται από το νόμο. Από κανένα δεν μπορεί να αφαιρεθεί η ζωή*».

- Στο Άρθρο 5§2 του Ελληνικού Συντάγματος (1986), το ύψιστο δικαίωμα της προστασίας της ζωής κρίνεται εμπλουτισμένο με τις έννοιες της τιμής και της ελευθερίας: «*Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο*».

Κατά συνέπεια, το δικαίωμα του υπέρτατου αγαθού της ζωής κρίνεται ενεργό από την στιγμή που γεννιόμαστε και αποτελεί τη βασική προϋπόθεση όχι μόνο για την ύπαρξη, αλλά την απόλαυση και την ενάσκηση όλων των άλλων δικαιωμάτων του ανθρώπου. Θα πρέπει να απολαμβάνεται από όλα τα άτομα αδιακρίτως, να προστατεύεται και να διαφυλάσσεται από το κράτος.

Το δικαίωμα στην υγεία

Η σημασία της προαγωγής του δικαιώματος στην υγεία καταγράφεται τόσο στα διεθνή όσο και τα εθνικά κείμενα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) «*αποτελεί εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και ασχολείται με τη διεθνή δημόσια υγεία με στόχο την επίτευξη από όλους τους ανθρώπους του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας*». Σύμφωνα με τον Καταστατικό Χάρτη του ΠΟΥ, ως υγεία ορίζεται «*η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας*». Στο Άρθρο 25§1 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, πέραν άλλων, επισημαίνεται το δικαίωμα όλων των ανθρώπων για ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο καθώς και το δικαίωμα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, η υγεία θεωρείται και ως κοινωνικό αγαθό που θα πρέπει να λαμβάνουν όλοι οι άνθρωποι χωρίς διακρίσεις.

Το δικαίωμα στη θρησκευτική ελευθερία

Στο Άρθρο 18 της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα ΑΔ (1948) υπογραμμίζεται το δικαίωμα της ελεύθερης άσκησης της θρησκευτικής συνείδησης «*Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της ελευθερίας της σκέψης, της συνείδησης και της θρησκείας...*».

Στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών (1950) στο Άρθρο 9§2, επισημαίνεται πως «*Η ελευθερία εκδηλώσεως της θρησκείας ή των πεποιθήσεων δεν επιτρέπεται να αποτελέσει αντικείμενο ετέρων περιορισμών...*». Γίνεται σαφές, ότι το δικαίωμα της ελεύθερης άσκησης της θρησκευτικής συνείδησης είναι απαραβίαστο (Άρθρο 9 ΕΣΔΑ), λαμβάνει Συνταγματική προστασία (Άρθρο 13§1Σ) και απορρέει από το δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας των ανθρώπων.

Συγκρούσεις δικαιωμάτων στο χώρο της υγείας- Το παράδειγμα της άρνησης μετάγγισης αίματος για θρησκευτικούς λόγους

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των ΑΔ και της υγείας είναι δυναμική, αμφίδρομη, αλληλεξαρτώμενη και αλληλοσυγκρουόμενη (Χρυσοσπάθη & Γκαράνη-Παπαδάτου, 2006). Υπάρχουν φορές που οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με ασθενείς που αρνούνται να δεχτούν π.χ. τις κατευθυντήριες οδηγίες του γιατρού, τη φαρμακευτική αγωγή και τις συστάσεις συμμόρφωσης, επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις ή θεραπευτικές επεμβατικές. Οι λόγοι άρνησης λήψης υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι οικονομικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί, θρησκευτικοί, φιλοσοφικοί, ιδεολογικοί, πολιτισμικοί ή απλά ακούσιοι (Kyriakaki, 2016).

Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής εκούσια αρνείται τη λήψη θεραπείας π.χ. μετάγγισης αίματος, επικαλούμενος

τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις, εγείρονται σοβαρά κλινικά, δεοντολογικά, και ηθικά ζητήματα. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη μορφή άρνησης της θεραπείας, δεν αντιτίθεται με αυτήν στο σύνολό της, αλλά με την ενάσκηση του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης των ληπτών υγείας να μπορούν να επιλέγουν εναλλακτικές μορφές θεραπείας (Kee, 1995). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η θρησκευτική ομάδα των Μαρτύρων του Ιεχωβά που αρνείται ρητά τη μετάγγιση αίματος για αυτούς και τα παιδιά τους, επικαλούμενη τις θρησκευτικές δοξασίες της πίστης τους (σύμφωνα με αυτές, οι μεταγγίσεις αίματος αντιτίθενται με τον νόμο του Θεού), καθώς είναι άκρως προσηλωμένοι σε αυτές.

Σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις π.χ. χρόνιες αιματολογικές παθήσεις, σοβαρή αναιμία και σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης με ακατάσχετη απώλεια αίματος π.χ. μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, τραύμα, τοκετός, η άρνηση της μετάγγισης αίματος από τους εν λόγω πιστούς, εγείρει σοβαρές ηθικές συγκρούσεις και διλήμματα για τους επαγγελματίες υγείας. Συγκεκριμένα, συγκρούεται το δικαίωμα των ασθενών με την αρχή της αυτονομίας, η οποία απορρέει από το δικαίωμα της ελευθερίας των ανθρώπων να αποφασίζουν οι ίδιοι για τη ζωή τους και το δικαίωμα της θρησκευτικής τους συνείδησης από την μια, με την υποχρέωση των γιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας να προσπαζονται και να διατηρούν την υγεία των ανθρώπων και κατ'επέκταση την ίδια τη ζωή, ως υπέρτατο αγαθό από την άλλη. Κατ'επέκταση, συγκρούεται το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας των χρηστών υγείας και η θρησκευτική τους ελευθερία με το ιατρικό λειτούργημα, το οποίο είναι ασυμβίβαστο με κάθε πράξη που ενδεχομένως συνεπάγεται το θάνατο του ασθενούς. (Garraud & Tissot, 2018; Iijima, 2020).

Θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί, πως στην αρνητική συναίνεση του ασθενούς για μετάγγιση αίματος, συγκρούεται το δικαίωμα της ζωής με το δικαίωμα της διαθέσεως της ίδιας της ζωής, μιας και το αποτέλεσμα της ελευθερίας του ατόμου για αυτοδιάθεση μπορεί να προβεί μοιραίο για τη ζωή του. Σύγκρουση δικαιωμάτων θα μπορούσε ακόμη να θεωρηθεί, ανάμεσα στο δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του ασθενούς και την άρνηση μετάγγισης, ως επέμβασης που προσβάλλει και διαταράσσει τη σωματική του ακεραιότητα, προσβάλλοντας τα θρησκευτικά του «πιστεύω», σύμφωνα με τα άρθρο 7§2Σ «*Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει*».

Σε αυτές τις περιπτώσεις και στο πλαίσιο του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και Βιοϊατρικής (Ν.2619/1998) και των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών (Ν.2071/

ΦΕΚ 123/92 τ.α/Άρθρο 47), ο σεβασμός στην αυτονομία αλλά και στα ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών, επιβάλλει τη λήψη ενυπόγραφης συγκατάθεσης (συναίνεσης) πριν τη διενέργεια κάθε ιατρικής πράξης (Georgoroulos, 2017):

1. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας Ν. 3418/2005: Άρθρο 8 (ιατρική: σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού), Άρθρο 9 (υποχρεώσεις γιατρού προς ασθενή).

2. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας και Βιοϊατρικής Ν.2619/1998: Άρθρο 3 (ισότητα ευκαιριών στην περίθαλψη), Άρθρο 5 (συναίνεση, ενημέρωση ασθενών, δικαίωμα ανάκλησης συναίνεσης), Άρθρο 10 (προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση).

3. Δικαιώματα νοσοκομειακού ασθενούς Άρθρο 47 Ν.2071/92 (ΦΕΚ Α'123): Άρθρο 2 (σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια), Άρθρο 3 (δικαίωμα άρνησης ή συγκατάθεσης θεραπευτικής ή διαγνωστικής πράξης), Άρθρο 4 (δικαίωμα πληροφόρησης με ακρίβεια και πληρότητα), Άρθρο 7 (σεβασμός και αναγνώριση θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων).

Οι επαγγελματίες υγείας σε κάθε περίπτωση που καλούνται να αντιμετωπίσουν μια ανάλογη κατάσταση έχουν υποχρέωση σύμφωνα με τα παραπάνω άρθρα που αφορούν στους Κ.Ι.Δ., τον ν. 2251/1994 (που αφορά στην προστασία του καταναλωτή) και το Άρθρο 288 ΑΚ (αρχή της αντικειμενικής καλής πίστης), να παρέχουν μια ολιστική ενημέρωση π.χ. το είδος της παρεχόμενης θεραπείας και τις δυνατότητες άλλων εναλλακτικών, τη φύση της ιατρικής πράξης, πιθανούς κινδύνους από παράληψη ή τέλεσή της. Ο ασθενής με αυτόν τον τρόπο, έχει τη δυνατότητα και το δικαίωμα εν «*πλήρη συνειδήσει*» και ανεπηρέαστος, να σχηματίσει μια σαφή γνώμη και να αποφασίσει τι είναι καλύτερο για τον εαυτό του και την ασθένειά του. Η συναίνεση ή άρνηση του ασθενούς κατατίθεται ενυπόγραφη και πρωτοκολλημένη στην αρμόδια υπηρεσία Υγείας (Μητροσύλη, 2009). Σύμφωνα με αυτή, «*Μέσω του δικαιώματος της συναίνεσης, προστατεύεται και συντηρείται το δικαίωμα του ασθενή να επιλέγει τη θεραπεία βάσει των δικών του αξιών και εκτιμήσεων, ανεξάρτητα από την ορθότητα της επιλογής του*» (Γρινιεζάκης, 2012, σελ. 138).

Στις περιπτώσεις των ενηλίκων Μαρτύρων του Ιεχωβά που κατέχουν έντυπο μη αποδοχής μετάγγισης, αυτή θεωρείται επιβεβαιωμένη και ο γιατρός και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας, απαλλάσσονται από κάθε ευθύνη. Εξαιρέσεις αποτελούν οι ανήλικοι ασθενείς, τα περιστατικά αυτοκτονίας και οι κατεπείγουσες καταστάσεις, όπου σύμφωνα με το Άρθρο 12§3 ν. 3418/2005, δεν απαιτείται συναίνεση. Η χορήγηση αίματος ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς είναι πράξη που ενδεχομένως υπόκειται σε δίωξη (Kyriakaki, 2016; Φυτράκης, 2013). Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός, πως παρόλο που μέχρι σήμερα δεν έχει θεσπιστεί σε διεθνές επίπεδο κάποια σύμβαση που να διασφαλίζει τα δικαιώματα του χρήστη υπηρε-

σιών υγείας, η Ελλάδα καταλαμβάνει την πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, που καθιερώνει με νόμο τα δικαιώματα των ασθενών (Άρθρο 47 ν.2071/1992 ΦΕΚ Α' 123): «*Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας*». Ομοίως τα δικαιώματα των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας καθώς και το χρέος του κράτους να μεριμνά για τους πολίτες του, όπως διαφαίνονται στο Άρθρο 21§3Σ. Κατά συνέπεια, η τήρηση των αρχών που διέπουν την ολοκληρωμένη φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας, θα αποτελέσει ασπίδα κατά των ανακυπτόντων συγκρούσεων στην κλινική πρακτική των περιπτώσεων της άρνησης λήψης αίματος των χρηστών υγείας για θρησκευτικούς λόγους.

Συγκρούσεις δικαιωμάτων και επαγόμενα ηθικά διλήμματα στην υγεία

Η έννοια της ηθικής, συμπεριλαμβάνει το σύνολο των θεσμοθετημένων κανόνων που αφορούν και καθορίζουν τον τρόπο που συμπεριφέρονται οι άνθρωποι τόσο ως προς τον εαυτό τους, όσο και στους άλλους, με γνώμονα το κοινωνικά αποδεκτό, το καλό και το κακό. Ακρογωνιαίος λίθος για την άσκηση της ηθικής ικανότητας στη λήψη αποφάσεων αποτελεί η συνείδηση των ατόμων (Dictionary of Standard Modern Greek; Genouis & Lipp, 2013; Γρινιεζάκης, 2012).

Όταν κατά την ενάσκηση του ιατρικού καθήκοντος δημιουργείται σύγκρουση καθηκόντων και αξιών, αναφερόμαστε σε ηθικά διλήμματα (Genouis & Lipp, 2013; Rainer, Schneider, & Lorenz, 2018). Ηθικά διλήμματα στο χώρο της υγείας εμφανίζονται συχνά και προκύπτουν όταν μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών, παραβιάζεται η απόφαση του άλλου (Rainer et al., 2018). Για το λόγο αυτό, ηθικά διλήμματα και συγκρούσεις αξιών δύναται να αναδυθούν:

- Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών/συγγενών (όταν συγκρούονται οι ηθικές αξίες τους με τα αιτήματα των ασθενών ή και τους στόχους της φροντίδας).
- Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (όταν αντικρούονται οι αποφάσεις των ιατρών ως υπεύθυνοι και σε υπερισχύουσα θέση εξουσίας για τη λήψη αποφάσεων σε θέματα φροντίδας, με τις προσωπικές ή και θρησκευτικές πεποιθήσεις των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας).
- Μεταξύ επαγγελματιών υγείας και φορέα υγείας (όταν αντικρούονται οι αποφάσεις των υπευθύνων λήψης αποφάσεων για θέματα φροντίδας, με τις πολιτικές του φορέα ή την έλλειψη οργανωτικών πόρων).

Τα ηθικά διλήμματα κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων στην υγειονομική περίθαλψη καθώς και τις πιθανές επαγόμενες συγκρούσεις, καλείται να ρυθμίσει και να επιλύσει ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Κ.Ι.Δ.), βασιζόμενος στην Οικουμενική Διακήρυξη για την Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (Fowler, 2011; Genouis &

Lipp, 2013; Rasoal, Skovdahl, Gifford, & Kihlgren, 2017; Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, χ.η. ; Φυτράκης, 2013). Συνοψίζοντας, η άρνηση λήψης αίματος για θρησκευτικούς λόγους, εγείρει ηθικά διλλήματα και πυροδοτεί συγκρούσεις δικαιωμάτων ανάμεσα στους χρήστες υγείας και τους επαγγελματίες υγείας που οφείλουν τα διαχειρίζονται με ευσυνειδησία, κριτική σκέψη και πολιτισμική κατάρτιση.

Πολιτισμικότητα στις υπηρεσίες υγείας

Ο προσδιορισμός της έννοιας της υγείας, της ασθένειας και των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποδίδεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε κοινωνία και ως κοινωνική αναπαράσταση, διαφοροποιείται π.χ. από τις εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικές αντιλήψεις, την εκπαίδευση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, το βιοτικό επίπεδο, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις κ.α. (WHO, 1946).

Η πολιτισμικότητα είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τη διαμόρφωση των αντιλήψεων και των εμπειριών των ανθρώπων σχετικά με την κατανόηση της έννοιας της υγείας καθώς και των παρεχόμενων υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το αν είναι πάροχοι ή δικαιούχοι περίθαλψης.

Μέσα στο συνονθύλευμα της πολυπολιτισμικής κοινωνίας, τα άτομα φέρουν μαζί τους την κουλτούρα τους, τα χαρακτηριστικά της οποίας δύναται να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο που τα άτομα αντιλαμβάνονται τη ζωή, την υγεία, την ασθένεια.

Κατά τον Τόνιο Μπอร์ตζ, επίτροπο Υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «*Ισότητα δεν σημαίνει ότι δημιουργούνται νέα δικαιώματα για ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, αλλά ότι κανένας δεν στερείται των δικαιωμάτων του, είτε σκοπίμως είτε λόγω παραμέλησης των αναγκών τους*» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016), επισφραγίζοντας τη δυναμική της ενσωμάτωσης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της πολιτισμικής ικανότητας στην υγεία (Watt, Abbott, & Reath, 2016).

Η πολιτισμική ικανότητα στο χώρο της υγείας

Ο όρος «πολιτισμική ικανότητα» είναι μια πολύπλευρη και πολύπλοκη έννοια, η οποία απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας να κατέχουν και να συνδυάζουν εξίσου σημαντικές γνώσεις συμπεριφορές και δεξιότητες, με σκοπό να παρέχουν μια ασφαλή και ολοκληρωμένη θεραπευτική φροντίδα, με σεβασμό στον πολιτισμό των ατόμων και στο λειτουργήμα που ασκούν. Να παρέχουν εξατομικευμένα, ποιοτικά και ανθρωποκεντρικά πλάνα φροντίδας, απαλλαγμένα από στερεότυπα και προκαταλήψεις (Sorensen et al., 2017; Watt et al., 2016). Αποτελεί βασικό στοιχείο επαγγελματισμού στις υπηρεσίες υγείας, το οποίο μπορεί να εκμαθευτεί, σε αντίθεση με την ενσυναίσθηση, που είναι έμφυτη (Benbenishty & Biswas, 2015).

Οι προκλήσεις των επαγγελματιών υγείας σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία είναι στην πράξη μεγάλες και αναπόφευκτες, αντικατοπτρίζοντας και για τους ίδιους ηθική ποικιλομορφία (Genuis & Lipp, 2013). Συχνά καλούνται να παράσχουν φροντίδα σε άτομα από διαφορετικούς πολιτισμούς (π.χ. μετανάστες, τουρίστες), διαφορετικές εθνικές και θρησκευτικές μειονότητες (π.χ. Ρομά, ή Έλληνες-μουσουλμάνους, Μάρτυρες του Ιεχωβά), άτομα με μεταδοτικές νόσους π.χ. HIV/AIDS. Προβλήματα όπως π.χ. στη λεκτική επικοινωνία, τον στιγματισμό των ανθρώπων σε σχέση με την πολιτισμική και γλωσσική τους ιδιαιτερότητα και ακόμη με την νόσο τους, η θρησκευτική και ομοφοβική προκατάληψη, σε συνδυασμό με μια αδύναμη ή ακόμη και ανύπαρκτη πολιτισμική ικανότητα (Jongen, McCalman, & Bainbridge, 2018; Lanting et al., 2019; Watt et al., 2016), συχνά παρεμποδίζουν ορισμένους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν πολιτισμικά κατάλληλη φροντίδα (συνειδητά ή και ασυνειδητά): ελλιπής προσήλωση προσοχής, μη διαθέσιμος χρόνος, λιγότερες προσφερόμενες διαγνωστικές εξετάσεις, μη ενδελεχής διάγνωση (Belintxon & López de Dicastillo, 2014; Watt et al., 2016; Αθανασοπούλου & Χριστοδούλου, 2011; Γερογιάννη & Πλεξίδα Αικατερίνη, 2008; Κούτα, 2007). Όλα τα παραπάνω δημιουργούν συγκρούσεις στον τομέα της υγείας, οι οποίες δύναται να διασπάσουν την κοινωνική συνοχή να καταπατήσουν τα ΑΔ και να εκληφθούν από τους χρήστες υγείας ως αιτία διακριτής μεταχείρισής τους από πλευράς επαγγελματιών υγείας (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2013). Ακόμη και σε καταστάσεις στον τομέα υγείας, όπου δεν απειλείται η ζωή των ατόμων, οι δεξιότητες πολιτισμικής ικανότητας είναι επίσης απαραίτητες με σεβασμό (Genuis & Lipp, 2013).

Συμπερασματικά, η κατάρτιση, η τήρηση των κανόνων επαγγελματικής δεοντολογίας και ο σεβασμός στα ΑΔ αποτελούν τα βασικά στοιχεία παροχής ποιοτικής, ανθρωποκεντρικής και ολιστικής φροντίδας μιας ώριμης πολιτισμικά κοινωνίας (Watt et al., 2016) και έχουν τη δύναμη να προστατεύουν ταυτόχρονα, τόσο τους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, όσο και τους ασθενείς από αναπόφευκτες δυσμενείς επιπτώσεις (DeMichelis, 2017).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το φαινόμενο των συγκρούσεων που προκύπτουν από την άρνηση των χρηστών υγείας να απολαύσουν το δικαίωμα στην υγεία μέσω μετάγγισης αίματος λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων, απαντάται συχνά μέσα στα πλαίσια της πολυπολιτισμικής κοινωνίας, προκαλώντας συνειδησιακή δυσφορία στους επαγγελματίες υγείας στα θέματα φροντίδας στην κλινική πράξη. Όταν η πράξη μετάγγισης αίματος κρίνεται ζωτικής σημασίας για τον ασθενή, ηθική και αξίες συγκρούονται, στην προσπάθεια να συμβιβαστεί το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του χρή-

στη υγείας με τις αξίες των επαγγελματιών υγείας, επιδιώκοντας την ηθική και πρακτική ισορροπία εκατέρωθεν (Iijima, 2020; Kee, 1995).

Παρόλα αυτά, η άρνηση λήψης αίματος για θρησκευτικούς λόγους, θα μπορούσε πέρα από τον αρνητισμό που απορρέει, να θεωρηθεί με την ευρεία του πλουραλισμού και της θετικής αναθεώρησης, μια πράξη εκδημοκρατισμού της υγείας. Υπό αυτή την έννοια, σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία αναγνωρίζονται και συμφιλιώνονται τα ΑΔ και τίθενται βάσεις όχι για αποχή από τις επιβαλλόμενες θεραπείες, αλλά για νέους τρόπους αντιμετώπισης και εύρεσης της καταλληλότερης εναλλακτικής επιλογής (DeMichelis, 2017; Gedge, Giacomini, & Cook, 2007). Η περιπλοκότητα στην επίλυση ανάλογων ζητημάτων, επιτάσσει την εφαρμογή των δεοντολογικών κανόνων της ιατρικής καθώς και την ενίσχυση της πολιτισμικής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας (Rasoal et al., 2017). Η ενσωμάτωση της πολιτισμικής ικανότητας στον χώρο της υγείας έχει θεωρηθεί ως βασικό στοιχείο διασφάλισης της ποιότητας και της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας που επιτάσσει η πολυπολιτισμική κοινωνία (Sorensen et al., 2017).

Αποτελεί στοιχείο εξατομίκευσης και ολιστικής προσέγγισης της διαχείρισης των προκλήσεων που επιτάσ-

σει η φροντίδα στις διαφορετικές ομάδες χρηστών υγείας (π.χ. στην περίπτωση των Μαρτύρων του Ιεχωβά ανάπτυξη αναίμακτων επεμβατικών τεχνικών ή χορήγηση υποκατάστατων αίματος). Αυτό κρίνει επιτακτική την ανάγκη για αναδιοργάνωση της πολιτικής της υγείας, επικεντρώνοντας στην ανάπτυξη και ενσωμάτωση υποχρεωτικών προγραμμάτων πολιτισμικής ικανότητας στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (Lanting et al., 2019), τη σύσταση επιτροπών κλινικής δεοντολογίας (Rasoal et al., 2017), κύκλους δια βίου μάθησης στον εργασιακό χώρο, καθώς και μέτρα συνεχούς αξιολόγησης και συγκριτικών μελετών των εν λόγω προγραμμάτων (Curtis et al., 2019; Jongen et al., 2018).

Εν κατακλείδι, αν και για τους επαγγελματίες υγείας το δικαίωμα της θρησκευτικής επιλογής συγκεκριμένων ομάδων χρηστών υγείας για άρνηση λήψης αίματος υπερβαίνει την αξία της ανθρώπινης ζωής και συγκρούεται με το καθήκον αλλά και τη συνείδησή τους, οφείλουν, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, να σεβαστούν την προσωπική απόφαση του ασθενούς. Η ενάσκηση πολιτισμικής-ολιστικής φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας, αποτελεί σημαντικό παράγοντα ποιοτικής και ισότιμης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και προστασίας τους από ενδεχόμενες συγκρούσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Belintxon, M., & López de Dicastro, O. (2014). Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura [The challenges of health promotion in a multicultural society: a narrative review]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 37(3), 401–409.
- Benbenishty, J., & Biswas, S. (2015). Developing Cultural Competence in Clinical Practice. *Journal of Modern Education Review*, 5(8), 805–811.
- Chand, N. K., Subramanya, H. B., & Rao, G. V. (2014). Management of patients who refuse blood transfusion. *Indian Journal of Anaesthesia*, 58(5), 658–664.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 174.
- DeMichelis, C. (2017). Transfusion Refusal and the Shifting Limits of Multicultural Accommodation. *Qualitative Health Research*, 27(14), 2150–2161.
- Dictionary of Standard Modern Greek. Retrieved from http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/triantafyllides/search.html?lq=%CE%B7%CE%B8%CE%B9%CE%BA%CE%AE&dq.
- European Convention on Human Rights (1950). Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.
- Fowler, S. B. (2011). Ethics in Nursing: Cases, Principles, and Reasoning. *JAMA*, 305(5), 512.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2013). *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. Equality*. Luxembourg: Publ. Off. of the Europ. Union.
- Garraud, O., & Tissot, J.-D. (2018). Transfusion and refusal: trials and tribulations. *International Journal of Clinical Transfusion Medicine*, Volume 6, 15–20.
- Gedge, E., Giacomini, M., & Cook, D. (2007). Withholding and withdrawing life support in critical care settings: Ethical issues concerning consent. *Journal of Medical Ethics*, 33(4), 215–218.
- Genuis, S. J., & Lipp, C. (2013). Ethical diversity and the role of conscience in clinical medicine. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 587541.
- Georgopoulos, G. (2017). Η άρνηση μετάγγισης αίματος ως αντίρρηση συνείδησης και ως στοιχείο πολιτιστικού πλουραλισμού.
- Huijjer, M., & van Leeuwen, E. (2000). Personal values and cancer treatment refusal. *Journal of Medical Ethics*, 26(5), 358–362.
- Iijima, Y. (2020). The ethics of blood transfusion refusal in clinical practice among legal and medical professions in Japan. *Nagoya Journal of Medical Science*, 82(2), 193–204.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 232.
- Kee, P. (1995). Refusal to consent to treatment on religious grounds. *E Law : Murdoch University Electronic Journal of Law*, 2(2), E3.
- Kyriakaki, E. (2016). Άρνηση ιατρικής πράξης από τον ασθενή και καθήκον θεραπείας του ιατρού, ΔτΑ 69/2016, σελ. 559-600.
- Lanting, K., Dogra, N., Hendrickx, K., Nathan, Y., Sim, J., & Suurmond, J. (2019). Culturally Competent in Medical Education – European Medical Teachers' Self-Reported Preparedness and Training Needs to Teach Cultural Competence Topics and to Teach a Diverse Class. *Med Ed Publish*, 8(2).
- Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3446–3461.
- Rasoal, D., Skovdahl, K., Gifford, M., & Kihlgren, A. (2017). Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. *HEC Forum: An Interdisciplinary Journal on Hospitals' Ethical and Legal Issues*, 29(4), 313–346.
- Sorensen, J., Norredam, M., Dogra, N., Essink-Bot, M.-L., Suurmond, J., & Krasnik, A. (2017). Enhancing cultural competence in medical education. *International Journal of Medical Education*, 8, 28–30.
- Watt, K., Abbott, P., & Reath, J. (2016). Developing cultural competence in general practitioners: An integrative review of the literature. *BMC Family Practice*, 17(1), 158.
- Αθανασοπούλου, Μ., & Χριστοδούλου, Ε. (2011). Διαπολιτισμική προσέγγιση οικογενειών με διαφορετική κουλτούρα από τους επαγγελματίες υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 4(Τεύχος 3), 62–66.
- Γερογιάννη, Γ., & Πλεξίδα Αικατερίνη (2008). Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην Ελληνική Νοσηλευτική πραγματικότητα. Retrieved from
- Γρινιεζάκης, Μ. (2012). *Βιοηθικοί προβληματισμοί στην ιατρική δεοντολογία* (2nd ed.): Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Βουλή των Ελλήνων. Σύνταγμα. Retrieved from <https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-5>
- Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (1966). Retrieved from <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4bd686e52>
- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Βιοιατρική. Retrieved from <http://www.bioethics.gr/index.php/dikaio/nomothesia/132-bioatriki>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016). Υγεία-ΕΕ- Ενημερωτικό δελτίο 115 - Ειδικό Θέμα: Καταπολέμηση των διακρίσεων στην υγεία. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/newsletter/115/focus_newsletter_el.htm
- Κούτα, Χ. (2007). Υγεία και κουλτούρα. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, Τόμος 46(Τεύχος 2).
- Μητροσύλη, Μ. (2009). *Δίκαιο της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Φυτράκης, Ε. (2013). Η σύγκρουση καθηκόντων κατά τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρ. 15)*: [υπό δημοσίευση σε: Θ. Παπαχρήστου/Τ. Βιδάλη (επιμ.), Ιατρική δεοντολογία, εκδ. Σάκκουλα 2013].
- Χρυσοσπάθη, Σ., & Γκαράνη-Παπαδάτου, Τ. (2006). Ανθρώπινα δικαιώματα, υγεία και Νοσηλευτική.

Denial of medical care: the example of blood transfusion refusal for religious reasons under the view of the cultural competence of health professionals

Fani Pegiou¹, Hariklia Pitsou²

1. Nurse, MSc, ENhANCE, "Help at Home" Ptolemaida

2. EDIP, University of Patras, Med, PhD, SEP EAP

ABSTRACT

The relationship developing between Human Rights and health is dynamic, two-way, interdependent and in some cases conflicting. The challenges within health professionals in health care in a multicultural society are inevitable, as health users "carry" different cultures. The refusal of health users to perform medical procedures vital to their health, mainly for religious reasons, raises both legal and moral issues as well as practical ones. The refusal to transfuse blood for religious reasons must, on the one hand, follow the ethical principles governing health professionals and, on the other, the content of the relevant rights of health users, in order to avoid induced moral, legal and practical conflicts on both sides. To this end, based on the literature review, the application and enjoyment of the rights of the members involved under the cultural perspective of health professionals are considered of primary importance. The cultural competence training of health professionals will be a key element of individualization and holistic approach to managing the challenges, as well as removing the inequalities required by health care in a multicultural society.

Keywords: Human rights, refusal of blood transfusion, moral dilemmas, health professionals' cultural ability, health service user

Corresponding author: FaniPegiou
e-mail: fanypegiou@hotmail.com

Date of submission: 02/11/2020
Publication date: September 2021

Citation: Pegiou F. &Pitsou H. (2022). Denial of medical care: the example of blood transfusion refusal for religious reasons under the view of the cultural competence of health professionals. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(3):22-29, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202133>

The impact of coronavirus on mental health and welfare of the elderly

Athina Papageorgiou¹, Alexandra Skitsou², George Charalambous³

1. MSc, Department of Nursing, General Hospital of Katerini, Katerini, Greece

2. Legal, MSc, PhD, Assistant Professor, Frederick University, Cyprus

3. MD, MSc, PhD, Director of Emergency Department-Hippocratio Hospital of Athens, As-sociate Professor, Frederick University, Cyprus

ABSTRACT

Extreme distancing during quarantine and social isolation in periods of serious infections, such as COVID-19, affected society and the social life of the population worldwide, changing cultural habits while it was found to be associated with mental and social health problems such as depression and anxiety. It was found that the elderly is the portion of the population that is at greater risk in the COVID-19 epidemic and if they get sick, they have a greater risk of dying. This group is particularly vulnerable to infections due to a weakened immune system, comorbidities, including respiratory diseases, hypertension, diabetes and coronary heart disease. The balance that has been accomplished in the past between age-related disorders and good quality of life and health is now under high pressure. It is therefore very important to protect the elderly and if isolation can reduce the transmission of the disease and save their lives, it should be implemented, in order to maintain their quality of life as much as possible. Compliance with the instructions and recommendations of the WHO and other national, regional, international organizations can significantly reduce the risk of spreading the disease. This study examines the impact of the coronavirus pandemic on the elderly and how this disease has affected their mental health and well-being. Our goal is also to comprehend the factors associated with depressive symptoms in older people during the disease.

Key-Words: COVID-19, effects, elderly, depression, quality of life

Corresponding author: Athina Papageorgiou
e-mail: maxremisgiannis@yahoo.gr

Submission Date: 21/01/2021
Publication date: September 2021

Editor's note: The authors are expressing their personal views in the present paper.

Citation: Papageorgiou A., Skitsou A. & Charalambous G. (2022). The impact of coronavirus on mental health and welfare of the elderly. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(3): 30-36, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202134>

KEY POINTS :

- Social distancing is vital, however, it is associated with potentially serious consequences for mental and physical health
- Distancing and social isolation can damage the well-being and mental health of the elderly
- Depression was significantly associated with loneliness and chronic illness

INTRODUCTION

The current global problem that has alarmed humanity and monopolized the interest in recent months, concerns the outbreak of a new type of coronavirus (COVID-19), which came from the province of Hubei in the People's Republic of China, with the first cases being reported at the end of 2019. China carried a high rate of morbidity and mortality in February 2020. The epidemic spread rapidly to 140 other countries, including Japan, Korea and Italy, and the World Health Organization's emergency committee declared a global state of emergency on 30th January 2020 (WHO 2020). Europe became the epicenter of the epidemic in early April 2020, and due to the number of countries reporting cases, the WHO considered it a pandemic (Tanno et al 2020).

For the third time in decades, a zoonotic virus has crossed species to infect human populations. This virus, temporarily named 2019-nCoV, caused severe respiratory infections in humans. On 1st January 2020, the WHO requested information from the National Health Committee on risk assessment (WHO 2020). The rapid response of the Chinese public health, clinical and scientific communities has facilitated the recognition of the clinical disease and an initial understanding of the epidemiology of the infection. Early reports indicated that human-to-human transmission was limited or non-existent, but this proved to be wrong (Perlman 2020).

Current evidence suggests that the main source of SARS-COV-2 has been transmitted to humans from wild animals, which are illegally sold at the Huaman seafood wholesale market, and bats are also likely to be the main source of the virus. Specifically, SARS-COV-2, shares a high level of cognitive similarity with the bat coronavirus RaTG13, which was acquired by bats in Yunnan in 2013 (Paraskevis et al 2020).

COVID-19 is transmitted through droplets and contacts, which is why public health measures, including community isolation, as well as early diagnosis and strict adherence to universal precautions in healthcare settings, are critical to control and reduce

its transmission (Perlman 2020).

The present study aims at describing the impact of COVID-19 on the mental health of the elderly and to investigate the risk factors associated with depressive symptoms.

COVID-19 SYMPTOMS

Common symptoms include several days of fever and cough, myalgia or fatigue, symptoms attributed to the flu (Guan et al 2020). Some patients may initially experience diarrhea or vomiting, abdominal pain and nausea a few days before fever, suggesting that fever is a predominant but not the main symptom of the infection (Pan et al 2020). Among patients from Europe, anosmia or hyposmia and loss of taste were reported in 85% and 88% of the cases respectively (Chowdhury & Oommen 2020).

Elderly patients with comorbidities are more likely to develop respiratory failure due to severe alveolar damage. The onset of the disease may indicate rapid progression to organ dysfunction (e.g. shock, acute respiratory distress syndrome [ARDS], acute heart failure and acute renal failure) and even death in severe cases (Wang et al 2020).

Patients may experience normal or lower numbers of white blood cells, lymphopenia or thrombocytopenia, with prolonged activated thromboplastin time and elevated C-reactive protein. In short, a patient with fever and upper respiratory tract symptoms with lymphopenia or leukopenia should be treated as a possible case (Zu et al 2020).

The symptoms of COVID-19 may vary, and some patients may even be asymptomatic. For example, gastrointestinal symptoms first appear in about 10% of cases, and this is often not reported as a symptom defining a suspected case (Koh & Cunningham 2020).

The clinical picture of COVID-19 ranges from asymptomatic or mild symptoms, characterized by respiratory failure requiring mechanical ventilation and support in an intensive care unit (ICU) to extensive multiorgan disease, septic shock and multiple organ dysfunction syndrome (MODS) (Cascella et al 2020).

The report of the Chinese Center for Disease Control has classified the clinical manifestations of the disease according to the severity into:

- a) Mild illness: Non-pneumonia and mild pneumonia.
- b) Severe disease: Dyspnoea, respiratory rate ≥ 30 / min, blood oxygen saturation (SpO₂) $\leq 93\%$, partial pressure of arterial oxygen to fraction of inspired oxygen ratio <300 and pulmonary infiltrate > 500 within 24 to 48 hours.
- c) Critical illness: Respiratory failure, septic shock and/or multiple organ dysfunctions. (He et al 2020).

EPIDEMIOLOGICAL DATA

From the moment of onset, cases were observed to appear in waves and develop into larger outbreaks around the world. The first documented outbreak occurred mainly in Wuhan and had recorded 78,630 cases and 2747 deaths in China until February 27, 2020 and then spread to 46 other countries reporting a total of 3664 cases by February 27, 2020 (He et al 2020). The case detection rate increases exponentially, and only at the beginning according to a WHO report, on April 28, 2020, the number of COVID-19 cases had exceeded 2,954,222 worldwide with 202,597 deaths (Tanno et al 2020). Globally, as of December 7, 2020, 66,422,058 confirmed cases of COVID-19 have been reported, including 1,532,418 deaths (WHO 2020). (See Table 1)

As an epidemic develops, there is an urgent need to expand public health activities in order to clarify the

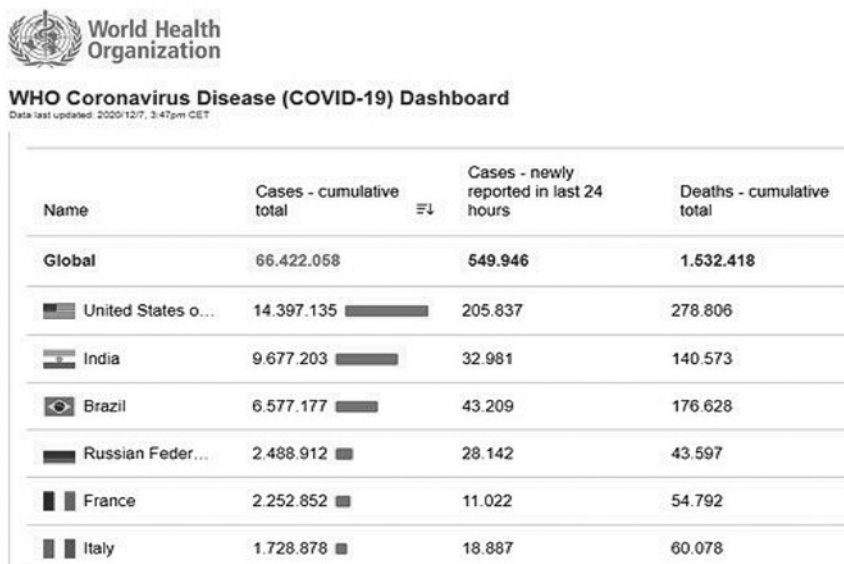
epidemiology of the new virus and to characterize its potential impact. The impact of an epidemic depends on the number of people infected, the contagiousness of the infection, and the range of clinical severity.

The parameters to be considered according to Lipsitch, Swerdlow & Finelli (2020) are:

1. The full range of severity of the disease (which can range from asymptomatic to symptomatic, mild to severe, requiring hospitalization to fatal).
2. The contagiousness of the virus.
3. Infectious factors such as the age of the infected person, the severity of the disease and other characteristics of a case affect the risk of transmitting the infection to others. Whether the role played by asymptomatic or pre-symptomatic infected individuals during transmission is vital. When and for how long is the virus present in the respiratory secretions.
4. Risk factors for serious illness or death (see Table 2)

A study of the early COVID-19 transmission dynamic revealed that the mean incubation period was 5.2 days (95% confidence interval [CI], 4.1-7.0), with the 95th percentile of the distribution at 12.5 days (Li et al 2020). An unusual case was reported in which the incubation period was up to 19 days but this is considered a low probability event and thus experts recommend a quarantine period of 14 days (Zhai et al 2020). The period between the onset of symptoms and death varies from 6-14 days and depends on age, underlying

Table 1. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard



The screenshot shows the WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard as of December 7, 2020. It features a table with columns for Name, Cases - cumulative total, Cases - newly reported in last 24 hours, and Deaths - cumulative total. The data is as follows:

Name	Cases - cumulative total	Cases - newly reported in last 24 hours	Deaths - cumulative total
Global	66,422,058	549,946	1,532,418
United States of America	14,397,135	205,837	278,806
India	9,677,203	32,981	140,573
Brazil	6,577,177	43,209	176,628
Russian Federation	2,488,912	28,142	43,597
France	2,252,852	11,022	54,792
Italy	1,728,878	18,887	60,078

Table 2. Types of data required to control an epidemic (Lipsitch M, Swerdlow D. & Finelli L. (2020)

Required data	Study type
Number of cases, including mild ones	Syndromic surveillance plus targeted testing
Risk factors and transmission time	Household studies
Degree of severity and attack	Community studies
"Severity" pyramid	Integration of multiple sources and data types
Risk factors for infection and serious consequences, including death	Case-control studies
Time and intensity of infectiousness	Virus eradication studies

complications, level of care and the state of the immune system (Yamamoto et al 2020). The time period from the first symptom to death was usually found to be shorter in those over 70 years of age, with an average period of 11.5 days, than in those under 70 years of age, with an average period of 20 days (Rothan & Byrareddy 2020), (Wang et al 2020).

A large number of cases from China revealed that 81% of cases had mild symptoms, 14% severe and 5% were in critical condition. While mortality in China was reported to be 2.3%, Italy, with a high rate of old people, reported a mortality rate of 7.2% due to higher rates of infection and mortality among the elderly (Dhar et al 2020).

However, many factors have been found to be predictive of poor outcomes, such as shortness of breath, comorbidities such as cardiovascular disease and COPD, and complications such as ARDS. It should be noted that once ARDS appeared, the probability of death increased dramatically (Wang et al 2020).

Also in a study by Wang, He, Yu & et al., (2020) involving 339 patients with COVID-19 (aged 71 ± 8 years old), 80 cases (23.6%) were critical, 159 were severe (46, 9%) and the 100 moderate (29.5%). However, there were common comorbidities such as hypertension (40.8%), diabetes (16.0%) and cardiovascular disease (15.7%). Common symptoms included fever (92.0%), cough (53.0%), shortness of breath (40.8%) and fatigue (39.9%). Lymphocytopenia was a common laboratory finding (63.2%). The most common complications observed were bacterial infection (42.8%), liver enzyme abnormalities (28.7%) and acute respiratory distress syndrome (21.0%). By March 5, 2020, 91 cases had recovered (26.8%), 183 cases remained in the hospital (54.0%) and 65 cases (19.2%) died. Symptoms of dyspnea (HR 2.35, $P = 0.001$), comorbidities including cardiovascular disease (HR 1.86, $P = 0.031$), chronic obstructive pulmonary disease (HR 2.24, $P = 0.023$) and acute respiratory distress syndrome (HR 29.33, $P < 0.001$) were strong predictors of death. The findings

of this study indicated a high rate of severe to critical cases and a high mortality rate in elderly patients with COVID-19 (Wang et al 2020).

In mental health, as well, according to Chinese research findings, in addition to physical complications, the prevalence of depression in COVID-19 patients was 43.1% (95% confidence interval (CI): 39.6% -46.6%). Specifically, the prevalence of mild, moderate and severe depression was 24.5% ($n = 189$), 12.1% ($n = 93$) and 6.5% ($n = 50$), respectively. The average overall score of PHQ-9 was 5.06 (standard deviation (SD) = 5.19). Patients with depression were older ($P = 0.01$) confirming once more the negative effects of COVID-19 on the well-being of the elderly (Ma et al 2020).

CAUSE

COVID-19 has a high mortality rate among older people. Resistance to viral infections decreases with age due to the inevitable reduction or disruption of the normal functioning of the immune system, susceptibility to infectious diseases and reduced immune response to medication. The reasons for the dysfunction of the immune system are multifactorial, indicating the emergence of permanent susceptibility to significant bacterial and viral infections, which deplete the immune system (Abdelbasset 2020). For example, in the case of severe acute respiratory syndrome, the damage caused by aging is closely related to the deterioration of the patient's condition and as older adults are more likely to have underlying comorbidities, they are therefore at greater risk of deterioration (Pang et al 2020).

The susceptibility of the elderly to infectious diseases increases due to the significant reduction in the number of T cells, which play an important role in detecting and responding to evolving pathogens such as viral infections. Although this reduction is closely related to reduced adaptive functions of the immune system, the innate parts of immunity cannot resist to the negative effects of the aging process (Abd el basset 2020).

RISKS

What should happen in public health virus outbreaks is to identify the groups most likely to have an adverse outcome so that prevention and treatment efforts can be focused on such groups of people (Lipsitch et al 2020).

The present COVID-19 threat is more dangerous for the elderly because an aging immune system is less able to clear the virus as it leads to poor virus recognition and eradication and an overall reduction of the normal cells immune response (Pang et al 2020).

Data published by Chinese researchers showed that they did not believe that children were infected with the virus, or were infected at low rates. However, after tracking contacts - that is, checking people who come in contact with a confirmed case - children appeared to be infected at the same rate as adults. Young children also appeared to serve as carriers for additional transmission. School closures were therefore effective in slowing the rate of transmission, as children often contracted the infection transmitting the virus to parents, relatives and to the wider community (Wan & Achenbach 2020).

The risk of transmission is also particularly high in long-term care facilities where the elderly are particularly vulnerable to outbreaks of respiratory disease. In long-term care, large groups of patients coexist in confined spaces with shared meals and many group social activities. Unfortunately, many cases of infected elderly people were caused by uninformed visitors, who caused an increased burden on healthcare facilities. Healthcare facilities should restrict visitors, regularly monitor care staff and residents for fever and COVID-19 symptoms and limit activities to keep residents safe. In addition, many residents are unable to apply the levels of personal hygiene required to stop transmission (Gardner et al 2020).

Also, it is quite difficult for people with dementia or Alzheimer's to take preventive measures against COVID-19 (such as social distancing, hand washing, staying at home, following the instructions of their caregivers, etc.) (Suzuki et al 2020). Recognizing that people with dementia have difficulty in understanding and taking preventative measures, caregivers should try to give instructions in a simple and understandable way, with regular daily programs and activities, which should be tailored to the interests of patients with dementia.

CORONAVIRUS IMPACTS

Most countries around the world have recommended staying home and isolation with the aim of controlling and preventing the spread of COVID-19 infection.

Frenkel-Yosef, Maytles & Shrira (2020) examined

loneliness and related factors in the elderly during the pandemic, assuming that the feeling of loneliness would be higher among older people, those with medical problems, those with a more negative perception of old age and low activity. The sample of 295 older people in Israel showed that the loneliness they experience is actually mainly related to a negative perception of aging, higher psychological distress, limited face-to-face interactions and reduced activity. The recommendation of this study is that mitigating certain factors such as activity, maintaining interactions, etc., can improve the feeling of loneliness in the elderly in these difficult times.

Hwang et al. (2020) as experts in the field of psychogeriatric, describe the nature of loneliness and social isolation of the elderly in terms of the effects on physical and mental health, its effect on their health and ways to deal with loneliness and social isolation during COVID-19 pandemic. Advice on crisis management, while simple, requires effort from the elderly and their families or caregivers as the pandemic was thought to highlight the pre-existing threat of social isolation and loneliness that older people often experience.

Also, older people, whether they live in their own home or in a facility, depend on frequent visits from family and friends to socialize with them. Without these visits, they may feel more and more lonely, abandoned and frustrated. This is a medical problem in itself, leading to depression, weight loss and stressful behavior. Limited visits and increased absence of staff might cause the quality of care - already low in many facilities - to decline further, which extends to a problem beyond the existing psychological and health issue (Gardner et al 2020).

As cases multiply in geriatric facilities, the healthcare system will come under severe pressure. First of all, long-term care facilities are neither designed nor equipped to treat patients with severe COVID-19. They have limited patient isolation options and no ventilators. Staff is not trained to take care of serious respiratory illnesses and they do not have the personal protective equipment to protect themselves. The role of these facilities is to care for elderly patients in an environment that is different from a hospital and intended to operate alongside with hospitals (when residents become ill, they are transported to hospitals that can provide more intensive care) (Gardner et al 2020).

According to Stapleton (2020), isolation instructions kept the elderly safe in their homes. However, they also restricted access to much-needed support services for the elderly. Many of them have underlying chronic conditions such as heart disease, lung disease, hypertension and diabetes and to some extent, they keep

the elderly tied to the medical community for support. Without proper professional attention, these comorbid conditions can have a detrimental effect on the quality of life of the elderly. Unfortunately, physical distance instructions and restraint measures, while important in limiting the spread of the virus, they create inevitable barriers to social support, as well as to emotional and medical help.

In addition, these restrictive recommendations can lead to a lack of physical activity which can lead to physical and psychological complications. Self-isolation can lead to increased rates of anxiety and depression in the general population and especially in the elderly who are most affected by this pandemic. In addition, lack of physical activity can lead to elevated blood glucose levels, vulnerability to infection, cardiovascular disorders, cognitive impairment and musculoskeletal disease. Fighting the COVID-19 pandemic can continue for a long time and this can worsen the psychological and mental state, including anger, hostility, despair and depression which can lead to cardiovascular or cerebrovascular dysfunction and intensify the mortality rate. In addition, aging is associated with loss of muscle mass, decreased muscle strength and decreased functional activity known as sarcopenia, which can be increased due to such isolation, increase mortality, and decrease quality of life (Abdelbasset 2020).

Social distancing is intended to save the lives of vulnerable older adults, but there is a high cost associated with potentially serious mental and physical health consequences. The strategic response to COVID-19 crisis must not only aim at saving lives, developing effective therapies and revitalizing the economy, but also at protecting individuals and societies from the social, intellectual and cognitive adverse effects. Adopting appropriate measures to maintain social and family ties, to maintain activities and to manage emotions can help alleviate the negative consequences experienced by the elderly in social isolation. Social inclusion is necessary to exist as it is beneficial to both vulnerable individuals and society (Vernooij-Dassen et al 2020).

In addition, it is important to remember that people today in their eighties and nineties are the ones

who experienced World War II and the subsequent "economic boom." In the past, they learned how to deal with a difficult situation and develop a kind of "post-traumatic growth" and now they prove it with courage and patience (Petretto & Pili 2020).

CONCLUSIONS

The COVID-19 pandemic has proven to be a public health emergency of global concern and all countries need a coordinated effort to fight it. The rapid spread of the virus, the lack of medical and nursing staff, the lack of targeted treatment, the strict measures imposed by governments and the lack of vaccines, have caused anxiety, distress, uncertainty and fear in society.

There is a need to understand the transmission of the disease and to implement guidelines for its better management in order to limit its spread. Health professionals should be properly trained to manage this new disease.

It is essential that policymakers comprehend the situation and get prepared to improve treatment protocols and develop effective drugs and vaccines as soon as possible.

Distancing and social isolation are necessary measures to prevent the spread of viruses during a pandemic, but they cause significant concerns in the mental health of older people. Alertness for the health of the elderly and especially in long-term care is necessary not only for their health, but also for the protection of the health care system, which is flooded by the spread of the virus. Healthcare workers play a central role in adopting appropriate management measures to eradicate this harmful disease.

In addition, severe COVID-19 infection has been found to cause depression at a higher rate to the elderly. In old people depression can reduce the willingness to take antiviral therapy and the willingness to recover. That is why, in the field of mental health of the elderly, as the pandemic floods the health systems, the collaboration of health professionals, scientists, researchers, psychiatrists, counselors, for the successful management of diseases such as depression, is crucial.

REFERENCES

- Abdelbasset W.K. (2020). Stay Home: Role of Physical Exercise Training in Elderly Individuals' Ability to Face the COVID-19 Infection. *Journal of Immunology Research* 1–5.
- Cascella M., Rajnik M., Cuomo A., Dulebohn SC. & Di Napoli R. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). *Stat Pearls Publishing* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK5547761>.
- Chowdhury & Oommen.(2020). Epidemiology of COVID-19. *Journal of Digestive Endoscopy* 11(1): 3-7.
- DharChowdhury S. & Oommen A.M.(2020).Epidemiology of COVID-19. *Journal of Digestive Endoscopy* 11(01), 03–07.
- Frenkel-Yosef M., Maytles R. & Shrira, A.(2020). Loneliness and Its Concomitants among Older Adults during the COVID-19 Pandemic. Published online by Cambridge University Press: 14 September 2020 pp. 1-8.
- Gardner W., States D. & Bagley N. (2020): The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of Aging & Social Policy* 310-315.
- Guan WJ., Ni ZY., Hu Y., Liang WH., Ou CQ., He JX., Liu L. & et al. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine* 382(18): 1708-1720.
- He F., Deng, Y. & Li W. (2020).Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): What we know? *Journal of Medical Virology* First published: 14 March 2020 <https://doi.org/10.1002/jmv.25766>.
- Hwang T.J., Rabheru K., Peisah C., Reichman W. & Ikeda M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID19 pandemic. 26 May 2020 pp. 1-4.
- Li Q., Guan X., Wu P., Wang X., Zhou L. & Tong Y. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine* 382: 1199-1207.
- Lipsitch M, Swerdlow D. & Finelli L.(2020). Defining the Epidemiology of Covid-19 — Studies Needed. *The New England Journal of Medicine* Downloaded from nejm.org by ARACELI OLIVO on March 26, 2020.
- Ma Y.F., Li W., Deng H.B., Wang L., Wang Y., Wang P.H., Xiang Y.T. (2020). Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. *Journal of Affective Disorders* 275: 145–148.
- Pan L., Mu M., Yang P., Sun Y., Wang R., Yan J., Li P., et al.(2020). Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional, multicenter study. *The American journal of Gastroenterology* 115(5): 766-773.
- Pang L., Liu Y., Shen M., Ye J., Chen R., Lan Z., Wu Z & Zhang, P. (2020). Influence of aging on deterioration of patients with COVID-19. *Aging* 12.
- Paraskevis D., Kostaki E.G., Magiorkinis G., Panayiotopoulos G., Sourvinos G. & Tsiodras S. (2020). Full-genome evolutionary analysis of the novel coronavirus (2019-nCoV) rejects the hypothesis of emergence as a result of a recent recombination event. Published in *Infection Genetics and Evolution* 79:104212.
- Perlman S. (2020). Another Decade, another Coronavirus. *New England Journal of Medicine* 382(8):760-762.
- Petretto D.R. & Pili R.(2020). Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People? *Geriatrics* 5(2): 25.
- Rothan HA & Byrareddy SN.(2020).The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak, *Journal of Autoimmunity* 109, 102433.
- Stapleton K. Keeping the Elderly Safe during COVID-19. The Black Perspective Monograph 3: Addressing the COVID-19 Pandemic through an Examination of Mental Health and Health Disparities in the Black Community, 63.
- Suzuki M., Hotta M., Nasage A., Yamamoto Y., Hirakama N., Satake Y., Nagata Y. & et al. (2020). The behavioral pattern of patients with frontotemporal dementia during the COVID-19 pandemic. Published: online by Cambridge University Press: 10 June 2020 pp. 1-4.
- Tanno L.K, Casale T. & Demoly P.(2020). Coronavirus Disease (COVID-19): World Health Organization Definitions and Coding to Support the Allergy Community and Health Professionals. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology Practice* 8(7): 2144-2148.
- Vernooij-Dassen M., Verhey F. & Lapid M.(2020). The risks of social distancing for older adults: a call to balance. Published: online by Cambridge University Press: 24 June 2020 pp. 1-3.
- Wan W., & Achenbach J.(2020). Coronavirus is mysteriously sparing kids and killing the elderly. Understanding why may help defeat the virus. *The Washington Post*.
- Wang D., Hu B., Hu C. & et al. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. Feb 7. Doi:10.1001/jama.2020.1585.
- Wang L., He W., Yu X., Hu D., Bao M., Liu H., Zhou J. & Jiang H. (2020). Corona-virus Disease 2019 in elderly patients: characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *The Journal of infection* 80(6): 639-645.
- Wang W., Tang J. & Wei F.(2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019 n-CoV) in Wuhan, China. *Journal of medical Virology* 92: 441-447.
- World Health Organization (2020). Novel coronavirus - China. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>. [Accessed Jan 12, 2020].
- World Health Organization (2020).Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) [Accessed Jan 30, 2020].
- World Health Organization (2020).WHO announces COVID-19 disease outbreak a pandemic. World Health Organization. Retrieved from <http://euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
- World Health Organization (2020). 2019-nCoV outbreak is an emergency of international concern. World Health Organization. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/01/2019-ncov-outbreak-is-in-an-emergency-of-international-concern>.
- Yamamoto Y., Bolanos J.F., Fiallos J., Strand S.E., Morris K., Shahrokhinia S., Cushing T.R., Hopp L. & et al. (2020). COVID-19: Review of a 21st century pandemic from Etiology to Neuropsychiatric Implications. *Journal of Alzheimer's disease* 77(2): 459-504.
- Zhai P., Ding Y., Wu X., Long J., Zhong Y., & Li Y. (2020).The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. *International Journal of Antimicrobial Agents* 105955.
- Zu Z. Y., Jiang M. D., Xu P. P., Chen W., Ni Q. Q., Lu G. M. & Zhang L. J. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from China *Radiology* 200490.

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, Akademik Keys, Cross Ref.

B. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΔΡ. ΣΟΦΙΑ ΤΑΝΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Δρ. Μαρία Καπρίτσου, RN, BSc, MSHCM, PhD, Postdoc, Πρόεδρος Ελληνικής Περί Αναισθησιολογικής Εταιρείας, Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας»

Δρ. Γεώργιος Κριτωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Τουρισμού, Ελληνικό 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 Μαλλιάρου, 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, MSc, PhD, Επίκουρος Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Χρύσα Χρυσοβιτσάνου, MSc, PhD, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Γεώργιος Αργυρίου

Αριστείδης Βασιλόπουλος

Αικατερίνη Βενέτη

Μαρία Γέραλη

Γεώργιος Ελεσνίτσαλης

Ευτυχία Ευαγγελίδου

Γεώργιος Ευλαβής

Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης

Αγγελική Καραϊσκού

Βαΐα Κωνσταντικάκη

Θεοχάρης Κωνσταντινίδης

Ελένη Λαχανά

Πολυξένη Λιαμοπούλου

Πολυξένη Μαγγούλια

Γεώργιος Μανομενίδης

Ευαγγελία Μείμετη

Νικόλαος Μπακάλης

Δημήτριος Μπαρουξής

Δήμητρα Παλιτζήκα

Νίκη Παυλάτου

Δημήτριος Πιστόλας

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

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, στηρίζονται 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 συντήσεων και να αναφέρονται σε χωριστή τελευταία γραμμή οι αντίστοιχες στατιστικές δοκιμασίες.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

Τίτλος*

Περίληψη*

Λέξεις-κλειδιά*

Εισαγωγή

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

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Συμπεράσματα

Συμεισφορά

* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

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

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

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση Δεδομένων

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με σαφήνεια για κάθε

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

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

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

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

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

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

Τίτλος*

Περίληψη*

Λέξεις-κλειδιά*

Εισαγωγή

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

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Συμπεράσματα

Συνεισφορά

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

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

Δείγμα μελέτης

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

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

Συλλογή δεδομένων

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

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση των δεδομένων

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

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

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

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

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

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

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΣΚΟΠΟΣ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/ αρχικής κλίμακας

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

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

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

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

Μετάφραση

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

Στατιστική ανάλυση

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

Ηθική και δεοντολογία

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

Περιορισμοί

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

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

Οι μελέτες περίπτωσης μπορούν να περιλαμβάνουν:

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

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

Τίτλος*

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

Λέξεις-κλειδιά*

Εισαγωγή

Παρουσίαση Περίπτωσης

Συζήτηση

Συμπεράσματα

Συνεισφορά συγγραφέων

Βιβλιογραφία

Πίνακες -Εικόνες

* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

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

Λέξεις κλειδιά:

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συζητούνται τα ευρήματα και συγκρίνονται με άλλες μελέτες ή περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

ΠΙΝΑΚΕΣ -ΕΙΚΟΝΕΣ

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

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

Λίστα ελέγχου της Μελέτης Περίπτωσης

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

ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ

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

Πριν τη λεπτομερή ανάγνωση του βιβλίου, ελέγξτε:

Τίτλος – τι μας προτείνει

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

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

Διαβάστε το κείμενο:

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

Συμβουλευτείτε περισσότερες πηγές

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

Προετοιμάστε ένα προσχέδιο κριτικής

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

Συγγραφή της βιβλιοκριτικής

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

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

Εισαγωγή – με την εναρκτήρια πρόταση προσπαθήστε να τραβήξετε την προσοχή του αναγνώστη. Η εισαγωγή θα πρέπει να παρουσιάζει την κεντρική σας θέση και να προιδεάζει 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 14 - ISSUE 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER
2021



Ελληνικό περιοδικό της **Νοσηλευτικής Επιστήμης**
Hellenic journal of **Nursing Science**

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

ΤΟΜΟΣ 14 - ΤΕΥΧΟΣ 3

ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

2021

ENE 
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.ene.gr