



# Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 14, Τεύχος 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2021

Volume 14, Issue 4, OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2021

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

**Σεξουαλικότητα και τρίτη ηλικία: παράγοντες που ενοχοποιούνται για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες στους ηλικιωμένους**

Sexuality and the elderly: factors implicated in sexual dysfunctions in the elderly

*Θεοδόσιος Κόκκιος, Φωτεινή Κολέντση*

**Προσφυγική-μεταναστευτική κρίση στην Ευρώπη και δημόσια υγεία**

Refugee-migration crisis in Europe and public health

*Ελένη Καζαντζίδου*

**Εφαρμογές (Apps) κινητών τηλεφώνων στη φροντίδα του χειρουργικού ασθενή**

Mobile phones' applications (Apps) in care provision to surgical patient

*Αικατερίνη Κοντάρη, Ελένη-Χρυσοβαλάντου Μπουλή, Πέτρος Κολοβός*

**Η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης/Six Sigma στην περιεγχειρητική φροντίδα των ασθενών**

Implementation of lean management/Six Sigma in patient's perioperative care

*Μαρία Καπρίτσου, Μαρία Γαμβρούλη, Βασιλική Παπανικολάου*

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ – RESEARCH ARTICLE

**Η αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής παρέμβασης για τη σεξουαλική αγωγή σε εκπαιδευτικούς Δημοτικής εκπαίδευσης και επισκέπτες υγείας στην Κύπρο**

The effectiveness of sex education intervention in Primary school teachers and health visitors in Cyprus

*Αναστασία Χριστοφή*

Τεύχος 4<sup>ο</sup> 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<sup>ος</sup> 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 Μπαλιόζογλου,  
Γενικός Γραμματέας: Τζαννής Πολυκανδριώτης, Αναπληρωτής Γραμματέας: Κωνσταντία Μπελαλή,  
Ταμίας: Λάμπρος Μπίζας, Οργανωτικός Γραμματέας: Γεώργιος Αβραμίδης

#### Μέλη:

Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Κούρτης, Γεώργιος Αρβανίτης, Ευτυχία Γιάγκου, Παναγιώτης Κοσκινάς, Μαρία Κωστίκου, Μιχαήλ Μαντζανάς, Ευάγγελος Ναλμπάντης

#### 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, Αθνή Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Μαρία Μαλλιάρου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Στέφανος Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Αθανάσιος Μαστροκόστας, 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, Επίκουρος Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Χρύσα Χρυσοβιτισάνου, MSc, PhD, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

#### ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Γεώργιος Αργυρίου, Αριστείδης Βασιλόπουλος, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσνίτσας, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραϊσκού, Βαία Κωνσταντικάκη, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Πολυξένη Μαγγούλια, Γεώργιος Μανομενίδης, Ευαγγελία Μείμμη, Νικόλαος Μπακάλης, Δημήτριος Μπαρουξής, Δήμητρα Παλιτζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Αναστάσιος Τζενάλης, Αικατερίνη Τόσα, 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-Petitte, 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'Isabria-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 Zydziunaitė, RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipėda 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**

**Σεξουαλικότητα και τρίτη ηλικία: παράγοντες που ενοχοποιούνται για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες στους ηλικιωμένους**

*Sexuality and the elderly: factors implicated in sexual dysfunctions in the elderly*

**Θεοδόσιος Κόκκιος, Φωτεινή Κολέντση..... 3**

**Προσφυγική-μεταναστευτική κρίση στην Ευρώπη και δημόσια υγεία**

*Refugee-migration crisis in Europe and public health*

**Ελένη Καζαντζίδου..... 9**

**Εφαρμογές (Apps) κινητών τηλεφώνων στη φροντίδα του χειρουργικού ασθενή**

*Mobile phones' applications (Apps) in care provision to surgical patient*

**Αικατερίνη Κοντάρη, Ελένη-Χρυσοβαλάντου Μπουλή, Πέτρος Κολοβός..... 16**

**Η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης/SixSigma στην περιεχειρητική φροντίδα των ασθενών**

*Implementation of lean management/Six Sigma in patient's perioperative care*

**Μαρία Καπρίτσου, Μαρία Γαμβρούλη, Βασιλική Παπανικολάου..... 26**

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ – RESEARCH ARTICLE**

**Η αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής παρέμβασης για τη σεξουαλική αγωγή σε εκπαιδευτικούς**

**Δημοτικής εκπαίδευσης και επισκέπτες υγείας στην Κύπρο**

*The effectiveness of sex education intervention in Primary school teachers and health visitors in Cyprus*

**Αναστασία Χριστοφή..... 34**

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ.....47**

**ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ..... 49**

# Σεξουαλικότητα και τρίτη ηλικία: παράγοντες που ενοχοποιούνται για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες στους ηλικιωμένους

**Θεοδόσιος Κόκκιος<sup>1</sup>, Φωτεινή Κολέντση<sup>2</sup>**

1. Νοσηλεύτης, MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας, MSc Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων, Ειδικευόμενος στη Δημόσια Υγεία / Κοινωνική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Μονάδα Αγρινίου
2. Νοσηλεύτρια, MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ειδικευμένη Νοσηλεύτρια Παθολογίας, Προϊσταμένη Παθολογικού-Καρδιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλονιάς

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συζήτηση για τη σεξουαλικότητα, η οποία αποτελεί βασική παράμετρο της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων κατά τη διαδικασία της γήρανσης, έχει αναμφισβήτητα ωριμάσει τα τελευταία χρόνια, λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι στο θέμα αυτό. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η θεωρητική προσέγγιση, τόσο των αλλαγών που πραγματοποιούνται στη φυσιολογία της σεξουαλικής λειτουργίας των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας, όσο και των παραγόντων και των καταστάσεων που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση αυτών των δυσλειτουργιών. Για τη συγγραφή, χρησιμοποιήθηκε μια συστηματική προσέγγιση αναζήτησης και προσδιορισμού όλων των πρόσφατων δημοσιευμένων βιβλιογραφιών (άρθρων, μελετών, ανασκοπήσεων) σχετιζόμενων με τους παράγοντες που προκαλούν Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες στην Τρίτη Ηλικία, μέσω των επιστημονικών βάσεων δεδομένων PubMed, Academia. Edu, Research Gate. Παθοφυσιολογικές και ανατομικές αλλαγές, οργανικά και ψυχολογικά προβλήματα, που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου, επηρεάζουν αρνητικά τη συχνότητα της σεξουαλικής επαφής, τη σεξουαλική επιθυμία και γενικότερα τη σεξουαλικότητα των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι άνδρες, παρουσιάζουν κυρίως προβλήματα στυτικής δυσλειτουργίας, προβληματικών εκσπερματίσεων και μειωμένης ερωτικής επιθυμίας. Οι γυναίκες, κυρίως λόγω της εμμηνόπαυσης, η οποία επιφέρει ορμονικές, σωματικές και ψυχικές αλλαγές, παρουσιάζουν κατά κύριο λόγο μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και διέγερση, ανεπάρκεια κολπικής λίπανσης και δυσπαρευνία. Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας έχουν ενίοτε να αντιμετωπίσουν πληθώρα προβλημάτων υγείας, τα οποία έχουν αρνητικές επιδράσεις στη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Κάθε φύλο χωριστά έρχεται αντιμέτωπο με συγκεκριμένα προβλήματα, ιατρικής, φαρμακευτικής και ψυχοκοινωνικής αιτιολογίας, τα οποία επιδρούν αρνητικά στη σεξουαλική του ζωή.

**Λέξεις Κλειδιά:** Άνδρες, γυναίκες, δυσλειτουργίες, ηλικιωμένοι, σεξουαλικότητα, φυσιολογία

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θεοδόσιος Κόκκιος  
e-mail: sakis.kokkios@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 21/02/2021  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Κόκκιος Θ. & Κολέντση Φ. (2022). Σεξουαλικότητα και τρίτη ηλικία: παράγοντες που ενοχοποιούνται για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες στους ηλικιωμένους. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(4): 3-8, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202141>

#### ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Η σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων συχνά παρερμηνεύεται και παραμένει μια παραμελημένη έννοια, καθώς θεωρείται ότι η ενεργή σεξουαλική ζωή αποτελεί προνόμιο μόνο των νέων ανθρώπων
- Η σεξουαλική λειτουργία και δραστηριότητα μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας, καθώς συνδέεται στενά με τη βεβαρημένη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων
- Οι ηλικιωμένοι πρέπει να αντιμετωπίζονται ως βιοψυχοκοινωνικές οντότητες και ως εκ τούτου τα σεξουαλικά τους προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται ολιστικά

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** γήρανση αποτελεί μια φυσιολογική, ψυχολογική και κοινωνική μετάβαση που συνήθως προκαλεί σημαντικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν πέραν των άλλων και τη σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων ανθρώπων (Maciell & Lagana 2014). Παγκοσμίως, το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται ραγδαία (υπολογίζεται ότι το ¼ του πληθυσμού το 2030 θα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω) κυρίως χάρη στην ιατρική πρόοδο, στην αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία και στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (Heidari 2016), ο ρόλος της σεξουαλικότητας στην τρίτη ηλικία αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία, καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά αλλάζει και η σεξουαλική λειτουργία διαταράσσεται με την πάροδο του χρόνου (Stuart-Hamilton 2011).

Η σεξουαλική ευημερία στους ηλικιωμένους, παρόλο που αποτελεί μια ξεχασμένη διάσταση η οποία δύναται να οδηγήσει στην ευδόκιμη γήρανση, σχετίζεται με οφέλη τόσο για τις οργανικές νόσους (καρδιαγγειακά νοσήματα), όσο και για την ψυχική υγεία (μείωση κατάθλιψης) παραμένοντας ένα σημαντικό και διαρκές συστατικό όσον αφορά την ποιότητα ζωής (Turpy et al 2015, Syme et al 2013), αλλά και μια διαρκής ανησυχία, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, που έχει τύχει αυξημένης προσοχής και μελέτης τα τελευταία χρόνια (Heidari 2016, Hincliff 2016). Όμως, η απουσία επιδημιολογικών δεδομένων καταγραφής συνθηκών και συμπεριφορών, η δυσκολία αντιμετώπισης των σεξουαλικών δυσλειτουργιών και η άποψη ότι καθώς οι άνθρωποι γερνούν επέρχεται έκπτωση των σωματικών και ψυχικών τους λειτουργιών και ως εκ τούτου μείωση της σεξουαλικής τους δραστηριότητας, οδήγησαν στη λάθος εκτίμηση ότι η σεξουαλική ζωή είναι προνόμιο μόνο των νέων (Σταματίου 2014, Rohde et al 2014).

#### ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η γήρανση, προκαλεί αλλαγές που απαιτούν προσαρμογή στον τρόπο κατανόησης και συνειδητοποίησης αυτού του κύκλου ζωής, κατανοώντας αρχικά τις μεταβολές στη φυσιολογία των ηλικιωμένων, που σχετίζο-

νται με τις διαταραχές της σεξουαλικής τους λειτουργίας (Araujo et al 2017). Σε έναν ηλικιωμένο άνδρα, κυρίως η χαλάρωση των μυών στα αιμοφόρα αγγεία και η φλεβική ανεπάρκεια είναι ζωτικής σημασίας για τη σεξουαλική του λειτουργία (Stuart-Hamilton 2011). Έτσι, καθώς οι άνδρες μεγαλώνουν, απαιτείται περισσότερος χρόνος για την επίτευξη μιας στύσης, ο οργασμός είναι ασθενέστερος, ο όγκος σπέρματος μικραίνει, η εκσπερμάτιση είναι προβληματική και η ανερέθιστη περίοδος είναι μεγαλύτερη (Deacon 1995).

Από την άλλη, η σεξουαλική λειτουργία των ηλικιωμένων γυναικών, παρόλο που είναι ελάχιστα κατανοητή, φαίνεται παρόμοια με αυτή των ανδρών, με την εμπλοκή και αλληλεπίδραση των συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών νευρικών συστημάτων και την παροχή αίματος στα θηλυκά γεννητικά όργανα. Καθώς οι γυναίκες μεγαλώνουν, φαίνεται ότι υπάρχει μια σταδιακή μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της σεξουαλικής διέγερσης. Η μειωμένη ροή αίματος προς τον κόλπο, μπορεί να προκαλέσει αυξημένη κολπική ξηρότητα και ατροφία του κολπικού ιστού, που θα επηρεάσει μια φυσιολογική συνουσία. Επιπλέον, η μειωμένη ελαστικότητα του κόλπου, η συρρίκνωση της κλειτορίδας και ο μειωμένος μυϊκός τόνος στη λεκάνη, έχουν ως αποτέλεσμα τον αυξημένο χρόνο επίτευξης οργασμού (Stuart-Hamilton 2011, Deacon 1995).

#### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΝΟΧΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η πιθανότητα ανάπτυξης προβλημάτων υγείας στους ηλικιωμένους αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, έχοντας αντίκτυπο στη σεξουαλικότητά τους. Ένας από τους πλέον συνήθεις λόγους για τη μείωση ή τον τερματισμό του ενδιαφέροντος και της ικανότητας συμμετοχής των ηλικιωμένων σε σεξουαλικές δραστηριότητες, ο οποίος είναι ικανός να δημιουργήσει ανησυχίες και να καταστήσει τη συνουσία δύσκολη και επώδυνη, επηρεάζοντας τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων, είναι οι σωματικές ασθένειες (Turpy et al 2015, Bouman 2013).

Πιο συγκεκριμένα, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, η

στεφανιαία νόσος και η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια σχετίζονται με αυξημένη σεξουαλική δυσλειτουργία, με διπλάσιο επιπολασμό από τον γενικό πληθυσμό. Η στυτική δυσλειτουργία παρατηρείται στο 40% των υπερτασικών ανδρών, ενώ το 25-63% των ηλικιωμένων γυναικών με καρδιαγγειακές παθήσεις παρουσιάζει μειωμένη λίμπιντο, δυσπαρευνία, μειωμένο οργασμό και ξηρότητα κόλπου, η οποία εμφανίζεται 1-3 χρόνια πριν από τη στηθάγχη (Merghati-Khoei et al). Επίσης, το ΑΕΕ, η νόσος Πάρκινσον, η άνοια και η βλάβη σε ορισμένες νευρικές οδούς μπορούν να εμποδίσουν τη σεξουαλική διέγερση και επιθυμία. Επιπλέον, ο σακχαρώδης διαβήτης συγκαταλέγεται μεταξύ των πιο συχνών παθήσεων, που σχετίζονται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία στην εκσπερμάτιση και στη σύση των ανδρών μπορεί να οφείλεται σε διαβητική νευροπάθεια (εμφανίζεται στο 25-60% των διαβητικών ανδρών), ενώ σε διαβητικές γυναίκες φαίνεται να υπάρχουν αυξημένες ατροφικές μεταβολές στον ιστό της μήτρας και των ωοθηκών, οι οποίες οδηγούν σε μειωμένη λίμπιντο και αίσθηση σεξουαλικής ανεπάρκειας (Bouman, 2013· Deacon, 1995). Επίσης, οι νεφρικές, ηπατικές και πνευμονολογικές νόσοι (ΧΑΠ) έχουν σαφή σχέση με τη σεξουαλική δυσλειτουργία και ικανοποίηση. Η ακράτεια ούρων μειώνει τη λίμπιντο και την ικανοποίηση (Mota 2017, Appa et al 2014), όπως επίσης η χρόνια προστατίτιδα στους άνδρες και η διάμεση κυστίτιδα στις γυναίκες, αλλά και η οστεοαρθρίτιδα μέσω των αλλαγών που επιφέρει όσον αφορά τη μάζα και το σχήμα του σώματος (Merghati-Khoei et al 2016, McNicoll 2008). Μελέτες δείχνουν, ότι ηλικιωμένες γυναίκες με χαμηλό δείκτη μάζας σώματος, είχαν καλύτερη σεξουαλική λειτουργία (Nazarpour et al 2016).

Επιπροσθέτως, οι νεοπλασίες και οι χειρουργικές επεμβάσεις επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία, είτε λόγω των ψυχολογικών επακόλουθων, είτε ως αποτέλεσμα της οργανικής βλάβης. Πιο συγκεκριμένα, η υστερεκτομή και η μαστεκτομή έχουν επίδραση στην αυτο-εικόνα, στην αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, το αίσθημα ελκυστικότητας, αλλά και τη σεξουαλική ταυτότητα μιας ηλικιωμένης γυναίκας, προκαλώντας της ψυχολογική δυσφορία. Η κολπική ξηρότητα, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, το λεμφόδημα και οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας μπορούν να εμποδίσουν, τόσο την ερωτική επιθυμία, όσο και την ικανότητα μιας ηλικιωμένης γυναίκας, λόγω οδυνήρης συνουσίας και κόπωσης, να συμμετάσχει σε σεξουαλικές δραστηριότητες. Επιπλέον, στους άνδρες, επεμβάσεις που αφορούν τον καρκίνο του ορθού, αλλά κυρίως η διουρηθρική προστατεκτομή, μπορεί να βλάψει τα παρασυμπαθητικά νεύρα, αναστέλλοντας τη διέγερση, προκαλώντας προβλήματα σύσης, μείωση του όγκου εκσπερμάτισης και ανικανότητα (Bouman 2103, Syme et al 2012, Deacon 1995).

Επίσης, οι ορμονικές ανισορροπίες εμπλέκονται στις σεξουαλικές δυσλειτουργίες (Stuart-Hamilton 2011). Στους άνδρες, η ανεπάρκεια τεστοστερόνης (υπογοναδισμός) ενοχοποιείται για μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, ενώ ο υποθυρεοειδισμός και τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης συμβάλλουν σε προβλήματα εκσπερμάτισης, στυτικής δυσλειτουργίας και σε μειωμένη λίμπιντο και στα δύο φύλα (Merghati-Khoei et al 2016). Στις ηλικιωμένες γυναίκες, οι αλλαγές που σχετίζονται με τα οιστρογόνα και την τεστοστερόνη, όπου μέσω αυτών συντηρείται η δομική ακεραιότητα των θηλυκών γεννητικών οργάνων, οδηγούν σε κολπική ξηρότητα και ατροφία του κόλπου, σε δυσπαρευνία, σε αλλαγές του δέρματος και σε συρρίκνωση ή ατροφία της κλειτορίδας (Maciel & Lagana 2014, Bouman 2013).

Ακόμη, τα φάρμακα και η πολυφαρμακία μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλική λειτουργία. Τα αντικαταθλιπτικά (SSRI) σε ποσοστό 80% των ασθενών, τα αντιψυχωτικά, οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντιυπερτασικά, τα διουρητικά, οι στατίνες και τα αντισπασμωδικά, επηρεάζουν το αυτόνομο νευρικό σύστημα, προκαλώντας στυτική δυσλειτουργία και μειωμένη λίμπιντο (Bouman 2013, DeLamater & Karraker 2009). Παρά τις επιζήμιες επιπτώσεις των φαρμάκων, οι πιο κοινές φαρμακολογικές αιτίες της σεξουαλικής ανεπάρκειας είναι η κατάχρηση αλκοόλ, που οδηγεί σε προβλήματα σύσης, προκαλώντας άγχος και δευτερογενή ψυχογενή ανικανότητα, καθώς και το κάπνισμα που προκαλεί καρδιαγγειακές νόσους (Deacon 1995).

Επίσης, ψυχιατρικά νοσήματα, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, ευθύνονται για χαμηλή σεξουαλική επιθυμία, προβλήματα σεξουαλικής διέγερσης και επίτευξης οργασμού (Nazarpour et al 2016, Appa et al 2014). Επίσης, η ανασφάλεια και η απαισιοδοξία λόγω αδυναμίας επίτευξης ή συντήρησης μιας σύσης στους άνδρες, όπως επίσης η απώλεια της αρρενωπότητάς τους, αυξάνουν το άγχος, δημιουργώντας προβλήματα αυτοπεποίθησης και μειωμένου σεξουαλικού ενδιαφέροντος (Bouman 2013, Karla et al 2011). Επιπλέον, η κακή εικόνα του σώματος των γυναικών (ρυτίδες, ξηρό δέρμα), οδηγεί σε αίσθηση μειωμένης ελκυστικότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να υιοθετούν μια πιο διακριτική αλλά και καταπιεσμένη στάση έναντι της σεξουαλικής τους επιθυμίας, ακυρώνοντας με τον τρόπο αυτό τη σεξουαλικότητά τους, ενισχύοντας τους φόβους της ντροπής, της απόδοσης, της απόρριψης και εν τέλει της απομόνωσης (Araujo et al 2017, McNicoll 2008).

Επίσης, η έλλειψη ιδιωτικής ζωής, όταν οι ηλικιωμένοι συγκατοικούν με τα παιδιά τους, περιορίζει τις ευκαιρίες για σεξουαλική συνεύρεση. Αν και οι ηλικιωμένοι επιθυμούν το σεξ, τα παιδιά τους μπορεί να τους αποδοκιμάσουν, γεμίζοντάς τους με ενοχές (Karla et al 2011). Για το λόγο αυτό, η σεξουαλικότητα των ηλικιω-

μένων αποτελεί ένα θέμα προκατάληψης και ταμπού, με την κοινωνική πίεση να τους οδηγεί στην σεξουαλική «απόσυρση» (Agauijo et al 2017, Maciell & Lagana 2014), παρόλο που η σεξουαλική δραστηριότητα είναι ένας τρόπος επιβεβαίωσης και διατήρησης της προσωπικής τους ταυτότητας και εδραίωσης της αυτοπεποίθησής τους (Karla et al 2011). Επίσης, οι περιορισμοί που επιβάλλει η κοινωνία και η θρησκεία στη σεξουαλική ελευθερία των ηλικιωμένων, είναι ιδιαίτερα εμφανείς και στα ιδρύματα φροντίδας ηλικιωμένων, όπου και λόγω έλλειψης ιδιωτικότητας, οι ίδιοι στερούνται ευκαιριών άσκησης των σεξουαλικών τους δικαιωμάτων (Deacon 1995). Τέλος, όσον αφορά τη σεξουαλική δραστηριότητα των ηλικιωμένων, έχει αποδειχθεί ότι η συχνότητά της σχετίζεται με τη συχνότητα των νεότερων χρόνων (Deacon 1995), ενώ η ποιότητά της, εξαρτάται από τη σχέση και την κατανόηση που αναπτύσσουν τα ηλικιωμένα ζευγάρια μεταξύ τους, σχετικά με τις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που επέρχονται μέσω της γήρανσης (Ben-Nun 2017, Waite et al 2017).

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η σεξουαλικότητα αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ποιότητας ζωής των ανθρώπων και η έκφρασή της αποτελεί βασική ανάγκη και δικαίωμα, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, θρησκείας, εθνικότητας, αναπηρίας και σεξουαλικής προτίμησης (Bouman 2013). Η σεξου-

αλικότητα των ηλικιωμένων, αν και αναγνωρίζεται ως θεμελιώδης κινητήρια δύναμη, συχνά παρερμηνεύεται και παραμένει μια παραμελημένη έννοια (Karla et al 2011). Δυστυχώς, ο σύγχρονος πολιτισμός, που εξακολουθεί να αρνείται στους ηλικιωμένους τις ίδιες ευκαιρίες που απολαμβάνουν οι νέοι για να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους (Deacon, 1995), τους τοποθετεί έξω από το πλαίσιο αυτό, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν τη δέουσα προσοχή και υποστήριξη, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από την κοινωνία την ίδια (Hincliff 2016).

Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στην τρίτη ηλικία συχνά κάνουν τη σεξουαλική ζωή ενός ηλικιωμένου δύσκολη, αλλά παρόλα αυτά ο ίδιος εξακολουθεί να έχει μια εσωτερική ανάγκη για σεξουαλική εκπλήρωση (Karla et al 2011). Επειδή η σεξουαλική λειτουργία και δραστηριότητα μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας (μείωση από 73% σε 26% σε ηλικίες 65-85 ετών) (Appa et al 2014, McNicoll 2008) και επειδή συνδέεται στενά με τη σωματική και ψυχική υγεία, η κατανόηση της σεξουαλικής λειτουργίας των ηλικιωμένων είναι σημαντική (DeLamater & Karraker 2009). Για το λόγο αυτό, οι ηλικιωμένοι πρέπει να αντιμετωπίζονται ως βιοψυχοκοινωνικές οντότητες και ως εκ τούτου τα σεξουαλικά τους προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται ολιστικά (Maciell & Lagana 2014).



**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Appa A, Creasman J, Brown J, Van Den Eeden S, Thom D, Subak L, Huang A. (2014). *The Impact of Multimorbidity on Sexual Function in Middle-Aged and Older Women: Beyond the Single Disease Perspective*. The Journal of Sex Medicine, 11(11): 2744–2755.
- Araújo T, Vasconcelos S, Beserra P, Bittencourt G, Da Nóbrega M. (2017). *Impact of sexuality in the life of the elderly person: Integrative review*. International Journal of Development Research, 7(10): 16124-16132.
- Ben-Num L. (2017). *Approach to the Elderly*. B.N. Publication House, 94<sup>th</sup> Book, Israel, p. 73-76.
- Bowman WP. (2013). *Sexuality in later life*. Oxford textbook of old age psychiatry, Chapter : 54, p. 703-724.
- Deacon S, Minichiello V, Plummer D. (1995). *Sexuality and Older People: Revising the Assumptions*. Educational Gerontology, 21: 497-513.
- DeLamater J, Karraker A. (2009). *Sexual Functioning in Older Adults*. Current Psychiatry Reports, 11(1): 6-11.
- Heidari S. (2016). *Sexuality and older people: a neglected issue*. Reproductive Health Matters, 24:48, 1-5.
- Hincliff S. (2016). *Sexual health and older adults: suggestions for social science research*. Reproductive Health Matters, 24:48, 52-54.
- Karla G, Subramanyam A, Pinto C. (2011). *Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly*. Indian Journal of Psychiatry, 53(4).
- Maciell M, Lagana L. (2014). *Older Women's Sexual Desire Problems: Biopsychosocial Factors Impacting Them and Barriers to Their Clinical Assessment*. BioMed Research International, Volume 2014.
- McNicol L. (2008). *Issues of Sexuality in the Elderly*. Geriatrics for the Practicing Physician, Medicine & Health / Rhode Island, 91(10).
- Merghati-Khoei E, Pirak A, Yazdkhasti M, Rezasoltani P. (2016). *Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature*. Journal of Research in Medical Science, 21: 136.
- Mota R. (2017). *Female urinary incontinence and sexuality*. International Brazil Journal of Urology, 43(1): 20-8.
- Nazarpour S, Simbar M, Tehrani F. (2016). *Factors affecting sexual function in menopause: A review article*. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, 55: 480-487.
- Rhode G, Berg K, Haugeberg G. (2014). *Perceived effects of health status on sexual activity in women and men older than 50 years*. Health and Quality of Life Outcomes, 12:43.
- Stuart-Hamilton I. (2011). *An Introduction to Gerontology*. New York: Cambridge University Press.
- Syme M, Klonoff E, Macera C, Brodine S. (2012). *Predicting Sexual Decline and Dissatisfaction among Older Adults: The Role of Partnered and Individual Physical and Mental Health Factors*. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68(3), 323–332.
- Tupy S, Schumann M, Xu X. (2015). *Sexual Activity and Older Adults: Stigma, Overall Health and Research*. Journal of Positive Sexuality, 1(1).
- Waite L, Iveniuk J, Laumann E, McClintock M. (2016). *Sexuality in Older Couples: Individual and Dyadic Characteristics*. Archives of Sexual Behavior, 46(2): 605–618.
- Σταματίου Κ. (2014). *Σεξουαλικότητα στην Τρίτη Ηλικία*. Η Γηριατρική στην Ουρολογία, Έκδοση: Ουρολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο, p. 139-152.

# Sexuality and the elderly: factors implicated in sexual dysfunctions in the elderly

Theodosios Kokkios<sup>1</sup>, Foteini Kolentsi<sup>2</sup>

1.Nurse, MSc in Management of Health Units, MSc in Management of Aging and Chronic Diseases, Registered Nurse in Public Health / Community Nursing (candidate), Nursing Unit of Agrinio

2.Nurse, MSc in Management of Health Units, Registered Nurse in Pathology, Head Nurse of the Pathology-Cardiology Department of the General Hospital of Kefalonia

## ABSTRACT

The debate about sexuality, a key parameter of the quality of life of older people in the aging process, has undoubtedly matured in recent years, due to the problems that older people face in this regard. The aim of the present review is the theoretical approach, both of the changes that take place in the physiology of sexual function of elderly people and of the factors and situations that are blamed for the occurrence of these dysfunctions. For the writing of this review, a systematic approach was used to search and identify all recently published literature (articles, studies and reviews) related to the factors that cause Sexual Dysfunctions in Elderly, through the scientific databases Pub Med, Academia.Edu, Research Gate. Pathophysiological and anatomical changes, organic and psychological problems, which occur over time, negatively affect the frequency of sexual intercourse, sexual desire and in general the sexuality of older people. Older men, on the one hand, have mainly problems with erectile dysfunction, problematic ejaculation and decreased sexual desire, while women, on the other hand, mainly due to menopause, which causes hormonal, physical and mental changes, mainly show reduced sexual desire and stimulation, insufficiency of vaginal lubrication and dyspareunia. Older people have a variety of health problems that have a negative effect on their sexual activity, while each gender is faced with specific problems, medical, pharmaceutical and psychosocial reasons, which negatively affect their sex life.

**Key words:** Men, women, dysfunctions, elderly, sexuality, physiology

Corresponding author: Theodosios Kokkios  
e-mail: sakis.kokkios@gmail.com

Date of submission: 21/02/2021  
Publication date: December 2021

Citation: Kokkios T. & Kolentsi F. (2022). Sexuality and the elderly: Factors implicated in sexual dysfunctions in the elderly. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(4): 3-8, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202141>

# Προσφυγική-μεταναστευτική κρίση στην Ευρώπη και δημόσια υγεία

Ελένη Καζαντζίδου  
Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δεδομένου ότι η μετανάστευση γίνεται ολοένα και περισσότερο μέρος της ζωής των ευρωπαίων πολιτών και υφίσταται μία άνευ προηγουμένου ροή προσφύγων και μεταναστών στην Ευρώπη, οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στη δημόσια υγεία και η υγεία των μεταναστών και των προσφύγων, πρέπει να αναγνωριστούν ως σημαντικό ζήτημα για τη χάραξη πολιτικής στο τομέα της δημόσιας υγείας. Τα άτομα αυτά εκτίθενται σε ποικίλες εμπειρίες, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία τους και αυξάνουν την ευπάθεια τους στην εκδήλωση διαφόρων νοσημάτων κατά τη διάρκεια όλων των φάσεων της μεταναστευτικής διαδικασίας. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της προσφυγικής-μεταναστευτικής ροής στην Ευρώπη, στη δημόσια υγεία. Η πρόσβαση των ατόμων αυτών στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί σημαντική πτυχή της ένταξής τους στη κοινωνία αλλά και της διασφάλισης της δημόσιας υγείας. Ωστόσο, σήμερα, ελάχιστες χώρες της ΕΕ παρέχουν ισάξια πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας τόσο για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, όσο και για τον ευρύτερο πληθυσμό της εκάστοτε χώρας υποδοχής. Το φάσμα των ζητημάτων υγείας το οποίο μπορεί να συσχετιστεί με τη μετανάστευση των πληθυσμών είναι αναπόφευκτα ευρύ. Αυτό περιλαμβάνει μεταδιδόμενα και μη μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς και τραυματισμούς που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον. Απαιτείται λοιπόν, περαιτέρω ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών, σε ότι αφορά τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας και να αποφευχθεί η εμφάνιση δευτερογενών περιπτώσεων. Έτσι λοιπόν, θα επιτευχθεί η ενίσχυση της ενσωμάτωσης των προσφύγων και μεταναστών στις χώρες υποδοχής και κατά συνέπεια η διασφάλιση της δημόσιας υγείας.

**Λέξεις Κλειδιά:** Δημόσια υγεία, Ευρώπη, κρίση, μετανάστες, πρόσφυγες

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ελένη Καζαντζίδου  
e-mail: elen\_kaz@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 05/05/2021  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2021

*Σημείωμα εκδότη:* Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη της συγγραφέως.

Αναφορά του άρθρου ως: Καζαντζίδου Ε. (2022). Προσφυγική-μεταναστευτική κρίση στην Ευρώπη και δημόσια υγεία. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 14(4): 9-15, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202142>

#### ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Ανασκόπηση της προσφυγικής-μεταναστευτικής ροής στην Ευρώπη και των επιπτώσεων αυτής στη δημόσια υγεία
- Παρουσίαση του προφίλ υγείας των μεταναστών και των προσφύγων
- Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί σημαντική παράμετρο για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** προσφυγική-μεταναστευτική κρίση είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο του 21<sup>ου</sup> αιώνα, με ιδιαίτερες που αποτελεί γεγονός του σημερινού παγκοσμιοποιημένου κόσμου και ολοένα και περισσότερο απαραίτητη συνιστώσα της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης αυτού. Ο αριθμός των διεθνών μεταναστών παγκοσμίως αυξάνεται, με την Ευρώπη να κατέχει το δεύτερο μεγαλύτερο αριθμό μεταναστών σε παγκόσμια κλίμακα (1.3 εκατομμύρια μετανάστες ετησίως). Αυτή η ταχέως αυξανόμενη μετακίνηση του πληθυσμού, έχει σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και κατά συνέπεια απαιτεί επαρκή ανταπόκριση από τον τομέα της υγείας. Η μετανάστευση στην Ευρώπη περιλαμβάνει μία διαφορετική ομάδα ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων σε αυτήν των μεταναστών και των προσφύγων. Ενώ πολλοί επιλέγουν να μετακινούνται οικειοθελώς, άλλοι αναγκάζονται να μεταναστεύουν για οικονομικούς λόγους ή να εγκαταλείψουν το πόλεμο, τις συγκρούσεις ή τις διώξεις. Σύμφωνα με το διεθνή οργανισμό μετανάστευσης, η Μεσόγειος θάλασσα αποτελεί ένα από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα δρομολόγια από τους πρόσφυγες και τους μετανάστες προκειμένου να φτάσουν στην Ευρώπη (Vito et al 2016, O'Donnell 2018, Laverack 2018).

Κατά την περίοδο 2014-2015 σημειώθηκε η μεγαλύτερη και ταχύτερη προσφυγική-μεταναστευτική εισροή στην Ευρώπη. Εκατομμύρια άνθρωποι εγκατέλειψαν το πόλεμο στη Συρία, το Ιράκ, το Αφγανιστάν και την Ουκρανία, καθώς και τις διώξεις σε περιοχές της Νοτιοανατολικής Ασίας και της υποσαχάριας Αφρικής, δημιουργώντας το υψηλότερο επίπεδο μετατόπισης μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο. Στα μέσα του 2016, οι Ευρωπαϊκές χώρες φιλοξένησαν 2.1 εκατομμύρια πρόσφυγες, με τη Γερμανία, την Ιταλία, τη Γαλλία και την Ελλάδα να έχουν λάβει το μεγαλύτερο αριθμό αιτήσεων ασύλου το 2016. Σήμερα, οι Ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν μία άνευ προηγουμένου ροή προσφύγων και μεταναστών, με περίπου 31.9 εκατομμύρια μη ευρωπαίους πολίτες να διαμένουν στην Ευρώπη (Matlin et al 2018).

Σύμφωνα με το διεθνή οργανισμό μετανάστευσης, ως μετανάστης ορίζεται: «οποιοδήποτε άτομο που μετακινείται ή έχει μετακινηθεί σε διεθνή σύνορα ή σε ένα κράτος

μακριά από το τόπο διαμονής του, ανεξάρτητα από 1) το νομικό καθεστώς του ατόμου 2) αν η μετακίνηση είναι εθελοντική ή ακούσια 3) ποια είναι τα αίτια της μετακίνησης ή 4) ποια είναι η διάρκεια της διαμονής», ενώ ως πρόσφυγας ορίζεται: «ένα άτομο το οποίο εξαιτίας ενός βάσιμου φόβου δίωξης για λόγους της φυλής, της θρησκείας, της εθνικότητας, της ιδιότητας μέλους συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας ή πολιτικών απόψεων, είναι εκτός της χώρας της εθνικότητας του και δεν είναι σε θέση ή εξαιτίας αυτού του φόβου, δεν επιθυμεί να κάνει χρήση της προστασίας του από τη χώρα του» (O'Donnell, 2018).

Οι συνθήκες κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδικασίας, δημιουργούν ή αυξάνουν την ευπάθεια των μεταναστών και των προσφύγων στην εκδήλωση διαφόρων νοσημάτων. Τα άτομα αυτά εκτίθενται σε ποικίλες εμπειρίες, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία τους κατά τη διάρκεια όλων των φάσεων της μεταναστευτικής διαδικασίας. Κίνδυνοι για την υγεία μπορούν να σχετίζονται με τις συνθήκες πριν από την αναχώρηση, τις συνθήκες ταξιδιού, το στάδιο άφιξης και τις συνθήκες διαβίωσης καθώς επίσης και το επίπεδο κοινωνικής αποδοχής στη χώρα υποδοχής. Το φυσικό και κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον στον τόπο προέλευσης των μεταναστών, καθορίζει πολλές από τις προϋποθέσεις με τις οποίες μεταναστεύουν οι άνθρωποι. Το ταξίδι της μετανάστευσης από μόνο του μπορεί να επηρεάσει την υγεία των ανθρώπων αυτών με αρνητικό τρόπο, ειδικά όταν τα άτομα αυτά ταξιδεύουν κρυφά χρησιμοποιώντας ακατάλληλα μέσα μαζικής μεταφοράς (Keidar et al 2019).

Διαφορετικές ομάδες μεταναστών και προσφύγων, αντιμετωπίζουν διαφορετικές προκλήσεις στην υγεία και κατέχουν διαφορετικά επίπεδα πρόσβασης σε υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Δεδομένου ότι η μετανάστευση γίνεται ολοένα και περισσότερο μέρος της ζωής των ευρωπαίων πολιτών, οι επιπτώσεις της μετανάστευσης στη δημόσια υγεία και την υγεία των μεταναστών και των προσφύγων, πρέπει να αναγνωριστούν ως σημαντικό ζήτημα για τη χάραξη πολιτικής στο τομέα της δημόσιας υγείας (Pace 2010, Wickramage et al 2018).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της προσφυγικής-με-



ταναστευτικής ροής στην Ευρώπη στη δημόσια υγεία.

### **ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗ-ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΕΙΣΡΟΗ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες είναι από τις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού παγκοσμίως και αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις που συνδέονται με την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Η πρόσβαση των ατόμων αυτών στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί σημαντική πτυχή της ένταξής τους στη κοινωνία αλλά και της διασφάλισης της δημόσιας υγείας (Carballo & Nerurkar 2001).

Σήμερα, ελάχιστες χώρες της ΕΕ παρέχουν ισάξια πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας τόσο για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, όσο και για τον ευρύτερο πληθυσμό της εκάστοτε χώρας υποδοχής. Ανεξάρτητα από τη νομική τους υπόσταση, τα άτομα αυτά μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κακής σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς βιώνουν έντονα το φαινόμενο της κοινωνικής περιθωριοποίησης μετά την άφιξή τους στη χώρα υποδοχής τους ή έχουν πλήρη άγνοια των δικαιωμάτων τους σε ότι αφορά τη χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Ακόμη και στις χώρες όπου η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι πιο προσιτή, οι υπηρεσίες ίσως να μην καλύπτουν εξ' ολοκλήρου τις ανάγκες του μεταναστευτικού πληθυσμού. Επιπλέον, τα άτομα αυτά επί το πλείστον δεν λαμβάνουν το ίδιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης σε ότι αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση σε σύγκριση με τις κοινότητες υποδοχής, εξαιτίας ενός συνδυασμού παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου του νομικού και επαγγελματικού επιπέδου, του κοινωνικού αποκλεισμού, του γλωσσικού περιορισμού, της διαφορετικής κουλτούρας και της έλλειψης γνώσης στα τοπικά συστήματα (Davies et al 2010, Bhugra et al 2014, Castelli & Sulis 2017).

Η γλώσσα συχνά αναφέρεται ως το κυριότερο εμπόδιο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας για τον μετακινούμενο πληθυσμό. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες μετακινούνται συνήθως με τη κουλτούρα και τους πολιτισμικούς κανόνες της χώρας προέλευσής τους, οι οποίοι συχνά διαφέρουν από τις χώρες υποδοχής. Το γεγονός αυτό αποτελεί σημαντική πρόκληση ιδιαίτερα για τις γυναίκες του μετακινούμενου πληθυσμού, οι οποίες τηρούν αυστηρά τους πολιτισμικούς κανόνες της πατρίδας τους και έχουν περιορισμένες επαφές με κοινότητες εκτός της χώρας διαμονής τους. Έτσι λοιπόν, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες είναι συνήθως απρόθυμοι να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, κυρίως εξαιτίας διαφόρων προβλημάτων επικοινωνίας (Rossi et al 2017, Schilling et al 2017, Kotsiou et al 2018).

### **ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ**

Η μετανάστευση από μόνη της δεν αποτελεί παράγο-

να κινδύνου για την υγεία. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες είναι συχνά σχετικά υγιείς. Ωστόσο, η ευπάθεια των ατόμων αυτών στην εκδήλωση σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων υγείας, μπορεί να είναι αποτέλεσμα της μεταναστευτικής διαδικασίας και των εξαιρετικά αντίξοων συνθηκών αυτής. Η χρονική διάρκεια της μεταναστευτικής διαδικασίας και η διαμονή στα κέντρα κράτησης μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων αυτών. Όλες οι φάσεις της μεταναστευτικής διαδικασίας, συμπεριλαμβανομένου της περιόδου του ταξιδιού, της χρονικής στιγμής της άφιξης και έπειτα, καθώς και της περιόδου διαμονής στη χώρα υποδοχής, μπορεί να επηρεάσουν την επιρρέπεια των προσφύγων και μεταναστών στις μεταδοτικές και μη μεταδοτικές ασθένειες (Pace 2010, Pavli & Maltezos 2017, Laverack 2018).

Πολλοί πρόσφυγες και μετανάστες προέρχονται από χώρες όπου τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι υποβαθμισμένα και όπου οι συγκρούσεις και η φτώχεια έχουν επηρεάσει τη ποιότητα των υπηρεσιών, όπως ο ακτινοδιαγνωστικός έλεγχος και ο εμβολιασμός (Carballo & Nerurkar 2001).

Το φάσμα των ζητημάτων υγείας το οποίο μπορεί να συσχετιστεί με τη μετανάστευση των πληθυσμών είναι αναπόφευκτα ευρύ. Αυτό περιλαμβάνει μεταδιδόμενα και μη μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς και τραυματισμούς που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον. Έκτος από τις μεταδιδόμενες ασθένειες όπως αναπνευστικές, γαστρεντερικές και δερματολογικές λοιμώξεις, οι μη μεταδιδόμενες ασθένειες συμπεριλαμβανομένων των χρόνιων παθήσεων, των ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων, αποτελούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας ανάμεσα στο προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό. Τα νοσήματα τα οποία μπορούν να προληφθούν μέσω του εμβολιασμού είναι επίσης εξαιρετικής σημασίας. Έτσι λοιπόν, γίνεται αντιληπτό το γεγονός ότι η υγεία των προσφύγων και των μεταναστών, έχει σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες για τις χώρες υποδοχής, καθώς επίσης και για τους ίδιους και τις οικογένειές τους (Davies et al 2010).

Εν συντομία, η κατάσταση υγείας των προσφύγων και των μεταναστών, ποικίλλει ανάλογα με τις προηγούμενες και τις παρούσες συνθήκες διαβίωσης τους, τους λόγους μετανάστευσης, την μεταναστευτική τους εμπειρία, το φύλο και την ηλικία τους καθώς επίσης και με τις θέσεις εργασίας στις οποίες μπορούν να έχουν πρόσβαση. Παρέχοντας λοιπόν στους πρόσφυγες και τους μετανάστες μια πιο συστηματική φροντίδα υγείας κατά τη διάρκεια υποδοχής τους στα κέντρα φιλοξενίας, βασισμένη σε μία ολιστική προσέγγιση από μία διεπιστημονική ομάδα, δεν θα ωφελήσει μόνο τα άτομα αυτά αλλά θα προστατεύσει επίσης τη δημόσια υγεία των χωρών υποδοχής (Laverack 2018).

### Μεταδιδόμενα νοσήματα

Τα λοιμώδη νοσήματα, μπορούν να μεταδοθούν από άνθρωπο σε άνθρωπο, μέσω των μολυσμένων υδάτων ή της τροφής, ή μέσω ενός διαβιβαστή. Η εξάπλωση αυτών των νοσημάτων, συνδέεται με τις κακές συνθήκες διαβίωσης συσχετιζόμενες με τη διαδικασία της μετανάστευσης. Η ανεπαρκής πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγιεινής και τα μη ασφαλή ύδατα και τρόφιμα, μπορούν να αυξήσουν το κίνδυνο εμφάνισης κρουσμάτων υδατογενώς και τροφιμογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως η σαλμονέλλωση, η ηπατίτιδα Α και η χολέρα. Ευπαθείς ομάδες, όπως παιδιά, έγκυες και ηλικιωμένοι, είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς. Επιπλέον, ο στενός συγχρωτισμός, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο νοσημάτων που μεταδίδονται με διαβιβαστή, συγκεκριμένα με το τσίμπα μολυσμένων αρθροπόδων (κουνούπια, ψείρες, ψύλλοι, κρότωνες κ.ά.) όπως η ελονοσία, η λείσημανίαση, ο υποτροπιάζων πυρετός, η ρικετσίαση και ο τύφος. Επιπρόσθετα σε αυτούς τους κινδύνους για την υγεία, το σωματικό και ψυχολογικό στρες στο οποίο υποβάλλονται τα άτομα αυτά κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης, μπορούν επίσης να αυξήσουν το κίνδυνο αναπνευστικών λοιμώξεων από ιούς της γρίπης (Pavli & Maltezu 2017).

Ενώ πολλά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων των ασθενειών που μπορούν να προληφθούν μέσω του εμβολιασμού όπως η ιλαρά, η φυματίωση και η ηπατίτιδα Α και Β, προέρχονται κυρίως από τον πληθυσμό της εκάστοτε χώρας υποδοχής και όχι από τον μετακινούμενο πληθυσμό, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες είναι πιο ευάλωτοι και επιρρεπείς στην εκδήλωση αυτών των νοσημάτων. Το γεγονός αυτό συμβαίνει, διότι πολλοί από αυτούς, προέρχονται από κοινότητες που έχουν πληγεί από διαμάχες, με κακή ποιότητα υπηρεσιών υγείας και χαμηλή έως ανύπαρκτη εμβολιαστική κάλυψη (Carballo & Nerurkar 2001).

Παρόλο που τα λοιμώδη νοσήματα δεν αποτελούν προτεραιότητα για την υγεία κατά την άφιξη των προσφύγων και μεταναστών στη χώρα υποδοχής, θα πρέπει να διενεργείται έλεγχος τουλάχιστον σε ότι αφορά τα κυριότερα μεταδιδόμενα νοσήματα όπως η φυματίωση. Στα κέντρα υποδοχής όπου φιλοξενούνται οι πρόσφυγες και οι μετανάστες μετά την άφιξη τους στην εκάστοτε χώρα, επικρατεί συνήθως συνωστισμός, ευνοώντας έτσι τις επιδημικές εξάρσεις, που προκαλούνται ενίοτε από ελλιπή εμβολιαστική κάλυψη για ασθενείς που μπορούν να προληφθούν. Μετά την εγκατάστασή τους στη κοινότητα, ο επιπολασμός μερικών χρόνιων λοιμώξεων όπως ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, η ιική ηπατίτιδα ή η φυματίωση, αντικατοπτρίζει σε μεγάλο βαθμό το επιδημιολογικό προφίλ της χώρας προέλευσης των ατόμων αυτών (Castelli & Sulis 2017, Laverack 2018).

Το φάσμα των μεταδιδόμενων νοσημάτων ανάμεσα στους πρόσφυγες και τους μετανάστες, μπορεί να ποικί-

λει από ασθενείς οι οποίες απαιτούν άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση όπως η ελονοσία, σε χρόνιες ασθενείς με σημαντικές ανησυχίες για τη δημόσια υγεία όπως η φυματίωση και το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Pavli & Maltezu 2017).

Η χώρα προέλευσης και το επιδημιολογικό προφίλ της χώρας υποδοχής, αποτελούν σημαντικό παράγοντα σε ότι αφορά τα λοιμώδη νοσήματα στους πρόσφυγες και τους μετανάστες. Στην Ευρώπη, ο μέσος αριθμός των κρουσμάτων από φυματίωση αντιστοιχεί σε 39 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμό. Επιπλέον, το 2015, περίπου 30.000 πρόσφυγες και μετανάστες διαγνώστηκαν με το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας στην Ευρώπη, το οποίο αντιστοιχεί σε 6.3 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμό. Ακόμη, ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β κυμαίνεται από 4 με 6%, ενώ της ηπατίτιδας C από 2.2 με 5.6%. Τέλος, σύμφωνα με μία Γερμανική μελέτη σε συμπτωματικούς μεταναστευτικούς πληθυσμούς στην Ευρώπη, το 38% των ατόμων αυτών, νοσούσε από ένα λοιμώδες νόσημα (Schilling et al 2017).

### Μη μεταδιδόμενα νοσήματα

Στα μη μεταδιδόμενα νοσήματα από τα οποία συχνά υποφέρουν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, συμπεριλαμβάνονται οι χρόνιες παθήσεις, τα ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, τα χρόνια νοσήματα είναι παθήσεις οι οποίες ταλαιπωρούν συνήθως τους ασθενείς εφ' όρου ζωής και εξελίσσονται με αργούς ρυθμούς. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και ο σακχαρώδης διαβήτης. Επιπλέον, η υγεία των προσφύγων και των μεταναστών που πάσχουν ήδη από χρόνια νοσήματα, ενδέχεται να επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης, εξαιτίας της ελλιπούς πρόσβασης σε φάρμακα και κατά συνέπεια τη διακοπή της χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής τους, της έλλειψης στέγασης, νερού και τροφίμων ή λόγω της ψυχολογικής καταπόνησης. Συνολικά, περίπου το 51% των προσφύγων στην Ευρώπη αναφέρουν χρόνια νοσήματα (Carballo & Nerurkar 2001).

Ανεξάρτητα από το γεγονός ότι η μετανάστευση είναι προγραμματισμένη ή όχι, εθελοντική ή εξαναγκαστική, τα άτομα αυτά βιώνουν πάντα το αίσθημα του στρες σε ορισμένο βαθμό. Μετανάστευση, σημαίνει αποκοπή από την οικογένεια, τους συγγενείς, τους φίλους και τα καθιερωμένα κοινωνικά δίκτυα, ξεφεύγοντας από την παραδοσιακή ρουτίνα, τα συστήματα αξιών και τους αποδεκτούς τρόπους συμπεριφοράς και προσαρμογή σε νέα κοινωνικά περιβάλλοντα (Bhugra et al 2014).

Οι ψυχικές και κοινωνικές διαταραχές αποτελούν και αυτές σημαντικά προβλήματα υγείας για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, της αγχώδους διαταραχής, του μετατραυματικού στρες, του αλκοολισμού και της κατάχρησης των ναρκω-

τικών ουσιών ως αποτέλεσμα τραυματικών εμπειριών στη χώρα προέλευσης τους ή κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδικασίας, οι οποίες μπορεί να σχετίζονται με το πόλεμο, τη πείνα, τη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση. Μάλιστα, οι γυναίκες πέρα από τα προαναφερόμενα προβλήματα υγείας, έρχονται αντιμέτωπες και με διαταραχές που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα, όπως οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, καθώς επίσης και ο κίνδυνος έκθεσης σε σεξουαλική βία και κακοποίηση. Επιπλέον, τα παιδιά, τα οποία είναι μία ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα του μεταναστευτικού πληθυσμού, μπορεί να υποστούν πολλαπλά τραύματα, από τη φρίκη του πολέμου, της βίας και του θανάτου. Οι τραυματικές εμπειρίες, μπορεί να δημιουργήσουν μνήμες, οι οποίες στοιχειώνουν αυτά τα παιδιά στο βαθμό που επηρεάζεται η συναισθηματική, γνωστική και κοινωνική τους ανάπτυξη. Επίσης, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, τόσο για προβλήματα υγείας όσο και για κοινωνικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, έρχονται αντιμέτωποι με κινδύνους όπως, απαγωγή, εμπορία για πώληση και εκμετάλλευση, ειδικά εάν πραγματοποιείται ελλιπής έλεγχος και φύλαξη των συνόρων και υφίσταται ήδη η παραβίαση των δικαιωμάτων των παιδιών της εκάστοτε χώρας υποδοχής (Pavli & Maltezos 2017, Schilling et al 2017, Laverack 2018, Keidar et al 2019).

Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες στην Ευρώπη, έχει αξιολογηθεί σε πολυάριθμες μελέτες. Σύμφωνα λοιπόν με αυτές τις μελέτες, έχει προσδιοριστεί ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης κυμαίνεται από 5 έως 44% στις ομάδες προσφύγων και μεταναστών, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό όπου ο επιπολασμός κυμαίνεται από 8 έως 12%. Επιπλέον, όσο αφορά τις αγχώδεις διαταραχές, ο επιπολασμός κυμαίνεται από 4 έως 40% σε σύγκριση με

τον επιπολασμό στο γενικό πληθυσμό που ήταν 5%. Τέλος, αναφορικά με το μετατραυματικό στρες που βιώνουν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, ο επιπολασμός κυμαίνεται από 9 έως 36% σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό όπου κυμαίνεται από 1 έως 2% (Bhugra et al 2014).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία των μεταναστών και των προσφύγων αποτελεί σημαντική πρόκληση στη σημερινή εποχή. Οι συγκεκριμένες προκλήσεις τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει ο μετακινούμενος πληθυσμός, τόσο κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδικασίας όσο και κατά την παραμονή στη χώρα υποδοχής, καταδεικνύουν το λόγο για τον οποίο η μετανάστευση πρέπει να θεωρείται ως ένας καθοριστικός κοινωνικός παράγοντας για την υγεία. Παρά το μέγεθος των ζητημάτων δημόσιας υγείας με τα οποία έρχονται αντιμέτωπες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης εξαιτίας της μετανάστευσης, φαίνεται πως δεν δόθηκε η απαιτούμενη προσοχή στην αλλαγή του επιδημιολογικού προφίλ των κοινοτήτων. Δεδομένου ότι η υγεία έχει αναγνωριστεί ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, κρίνεται αναγκαίο να διασφαλιστεί η πρόσβαση όλων των ανθρώπων συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων και μεταναστών στις δομές δημόσιας υγείας. Απαιτείται λοιπόν, περαιτέρω ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών, σε ότι αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση της πρώιμης διάγνωσης και της θεραπείας, η οποία είναι σημαντική τόσο για το κάθε άτομο ξεχωριστά όσο και για τη κοινότητα, προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο υγείας και να αποφευχθεί η εμφάνιση δευτερογενών περιπτώσεων. Έτσι λοιπόν, θα επιτευχθεί η ενίσχυση της ενσωμάτωσης των προσφύγων και μεταναστών στις χώρες υποδοχής και κατά συνέπεια η διασφάλιση της δημόσιας υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bhugra D., Gupta S., Schouler-Ocak M., Graeff-Calliess I., Deakin N., Qureshi A., Dales J., Moussaoui D., Kastrup M., Tarricone I., Till A., Bassi M. & Carta M. (2014). EPA Guidance mental health care of migrants. *European Psychiatry* 29: 107-115.
- Carballo M. & Nerurkar A. (2001). Migration, refugees and health risks. *Emerging Infectious Diseases* 7: 556-560.
- Castelli F. & Sulis G. (2017). Migration and infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection* 23:283-289.
- Davies A., Basten A. & Frattini C. (2010). Migration: A social determinant of migrants' health. *Eurohealth* 16: 10-12.
- Kotsiou O., Kotsios P., Srivastava D., Kotsios V., Gourgoulianis K. & Exadaktylos A. (2018). Impact of the refugee crisis on the Greek healthcare system: A long road to Ithaca. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15: 1790-1808.
- Keidar O., Srivastava D., Pikoulis E. & Exadaktylos A. (2019). Health of refugees and migrants-Where do we stand and what directions should we take?. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16: 1319-1326.
- Laverack G. (2018). The challenge of promoting the health of refugees and migrants in Europe: A review of the literature and urgent policy options. *Challenges* 10: 9-32.
- Matlin S., Depoux A., Schutte S., Flahault A. & Saso L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews* 39: 27-81.
- O'Donnell C. (2018). Health care access for migrants in Europe. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. USA: Oxford University Press. Available at: <https://oxfordre.com> (Accessed: 25 October 2019).
- Pace P. (2010). What can be done in EU member states to better protect the health of migrants?. *Eurohealth* 16: 5-10.
- Pavli A. & Maltezou H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of Travel Medicine* 24: 1-8.
- Rossi P., Riccardo F., Pezzarossi A., Ballotari P., Dente M., Napoli C., Chiarenza A., Munoz C., Noori T. & Declich S. (2017). Factors influencing the accuracy of infectious disease reporting in migrants: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14: 720-733.
- Schilling T., Rauscher S., Menzel C., Reichenauer S., Muller-Schilling M., Schmid S. & Selgrad M. (2017). Migrants and refugees in Europe: Challenges, experiences and contributions. *Visceral Medicine* 33: 295-300.
- Vito E., Waure C., Specchia M., Parente P., Azzolini E., Friscate E., Favale M., Telesman A. & Ricciardi W. (2016). Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union?. *Public Health Reviews* 37: 13-21.
- Wickramage K., Vearey J., Zwi A., Robinson C. & Knipper M. (2018). Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health* 18: 987-995.



# Refugee-migration crisis in Europe and public health

Eleni Kazantzidou

Nurse, MSc, General Hospital of Sparta

## ABSTRACT

Given the fact that migration is increasingly becoming part of the lives of European citizens and there is an unprecedented flow of refugees and migrants to Europe, the impact of migration on public health and the health of migrants and refugees, must be recognized as an important issue for public health policy making. These people are exposed to a variety of experiences, which affect their health and increase their susceptibility to various diseases during all stages of the migration progress. The purpose of this literature review was to investigate the impact of refugee-migration flow in Europe on public health. The access of these people to health services is an important aspect of their integration into society and of safeguarding public health. However, today, few EU countries provide equal access to health services for both migrants and refugees, as well as for the wider population of the host country. The range of health issues that can be associated with the migration of the populations is inevitably wide. This includes communicable and non-communicable diseases as well as work-related injuries. Further development of guidelines on access to health services is therefore needed, in order to improve the level of health and to avoid the emergence of secondary cases. Thus, the integration of refugees and migrants into the host countries will be reinforced and therefore public health will be safeguarded.

**Keywords:** Public health, Europe, crisis, migrants, refugees

Corresponding author: Eleni Kazantzidou  
e-mail: elen\_kaz@yahoo.gr

Date of submission: 05/05/2021  
Publication date: December 2021

Citation: Kazantzidou E. (2022). Refugee-migration crisis in Europe and public health. Hellenic Journal of Nursing Science 14(4): 9-15, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202142>

# Εφαρμογές (Apps) κινητών τηλεφώνων στη φροντίδα του χειρουργικού ασθενή

Αικατερίνη Κοντάρα<sup>1</sup>, Ελένη-Χρυσοβαλάντου Μπουλή<sup>1</sup>, Πέτρος Κολοβός<sup>2</sup>

1. Προπτυχιακή Φοιτήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη, Ελλάδα

2. Επίκουρος Καθηγητής, Εργαστήριο Ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη, Ελλάδα

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η «κινητή υγεία» (mobile health) αποτελεί μια νέα μορφή ηλεκτρονικής υγείας με εφαρμογές διαθέσιμες και για τις υπηρεσίες υγείας, συμβάλλοντας στην παροχή φροντίδας σε ένα ευρύ φάσμα νοσολογικών οντοτήτων και ομάδων ασθενών. Η συνεισφορά των τηλεπικοινωνιών και των τεχνολογικών εφαρμογών στη χειρουργική φροντίδα έχει τεκμηριωθεί στην επιστημονική βιβλιογραφία. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να περιγράψει εφαρμογές κινητών τηλεφώνων στη φροντίδα του χειρουργικού ασθενή. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων PubMed /Medline και τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar με τη χρήση των λέξεων-κλειδίων. Οι μελέτες εξήχθησαν σύμφωνα με κριτήρια επιλεξιμότητας, αναλύθηκαν και πραγματοποιήθηκε σύνθεση των αποτελεσμάτων τους. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε πως η υποστήριξη της περιεχειρητικής φροντίδας είναι εφικτή από τη χρήση εφαρμογών σε συσκευές κινητών τηλεφώνων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι εφαρμογές αυτές διευκολύνουν και υποστηρίζουν τη φροντίδα του χειρουργικού ασθενή, ιδίως κατά την προεχειρητική προετοιμασία και τη μετεχειρητική παρακολούθηση. Η χρήση τους βρέθηκε να έχει θετικό αντίκτυπο για το χειρουργικό ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους οργανισμούς φροντίδας υγείας, ενισχύοντας την ασφάλεια και την ποιότητα, αλλά και ένα μοντέλο ασθενοκεντρικής προσέγγισης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά αποτελούν τη βάση για περαιτέρω έρευνα στο συνεχές της φροντίδας, από το νοσοκομείο έως τη φροντίδα μετά την έξοδο.

**Λέξεις Κλειδιά:** Εφαρμογές, κινητά/«έξυπνα» τηλέφωνα, «κινητή υγεία», περιεχειρητική φροντίδα, χειρουργικός ασθενής

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ελένη-Χρυσοβαλάντου Μπουλή  
e-mail: eleni992010@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 13/10/2020  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Κοντάρα Α., Μπουλή Ε.Χ. & Κολοβός Π. (2022). Εφαρμογές (Apps) κινητών τηλεφώνων στη φροντίδα του χειρουργικού ασθενή. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(4): 16-25, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202143>

#### ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Η «κινητή υγεία» (mhealth) αποτελεί μια νέα μορφή ηλεκτρονικής υγείας
- Η υποστήριξη της περιεχειρηπτικής φροντίδας είναι εφικτή από τη χρήση εφαρμογών κινητών τηλεφώνων
- Η χρήση τους έχει θετικό αντίκτυπο για το χειρουργικό ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους οργανισμούς φροντίδας υγείας
- Ενισχύουν την ασφάλεια και τη ποιότητα, καθώς και την ασθενοκεντρική προσέγγιση της φροντίδας υγείας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** αύξηση των χρονίων νοσημάτων, η εμφάνιση νέων νοσολογικών οντοτήτων και η έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας, σε συνδυασμό με τη ραγδαία εξέλιξη των τηλεπικοινωνιών και των τεχνολογικών εφαρμογών τις τελευταίες δεκαετίες, έχει δημιουργήσει πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη της επιστήμης της Τηλεϊατρικής (Free et al 2013, Σπυριδάκη και συν 2019). Η Τηλεϊατρική ορίζεται ως η παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενείς χρησιμοποιώντας ιατρικές πληροφορίες και τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών με σκοπό τη διάγνωση, παρακολούθηση, θεραπεία ασθενειών και τραυμάτων, καθώς και τη συνεχή εκπαίδευση και ανταλλαγή πληροφοριών ανάμεσα σε άτομα που δεν βρίσκονται στον ίδιο γεωγραφικό χώρο την ίδια χρονική στιγμή (Salibian & Scholz 2011, Bashshur et al 2013). Η "κινητή υγεία" (mhealth) είναι ένας επιμέρους κλάδος της ηλεκτρονικής υγείας και ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «η πρακτική της ιατρικής και της δημόσιας υγείας που υποστηρίζεται από κινητές συσκευές, όπως κινητά τηλέφωνα, συσκευές παρακολούθησης ασθενών, προσωπικά ψηφιακά βοηθήματα [ολογράφως στα αγγλικά το PDA] και άλλες ασύρματες συσκευές» (WHO 2011). Ο αριθμός των εφαρμογών (apps) αυτών έχει αυξηθεί σημαντικά, και οι περισσότερες αφορούν την υγεία και τη φυσική κατάσταση. Η εξοικείωση των ατόμων με τα κινητά τηλέφωνα (smartphones) και την πολλαπλή καθημερινή χρήση τους έχει οδηγήσει στην είσοδο των εφαρμογών και στον τομέα της υγείας.

Στο πλαίσιο της χειρουργικής φροντίδας, η τηλεϊατρική και οι επιμέρους εφαρμογές της "κινητής υγείας" (mhealth) μπορούν να συνεισφέρουν στην παροχή ποιτικής και ασφαλούς φροντίδας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση ή άλλη επεμβατική διαδικασία (Slade Shantz & Veillette 2014, Simpaio et al 2015, Kolonos 2020). Ειδικότερα, εφαρμογές κινητών τηλεφώνων έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούνται ως ένα εκπαιδευτικό εργαλείο για την ενημέρωση των ασθενών αλλά και την τήρηση των απαραίτητων οδηγιών, τόσο προεχειρηπτικά όσο και μετεχειρηπτικά. Η χρήση τους έχει ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που απαιτούνται κατά την προεχειρηπτική περίοδο, η υπο-

στήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του αλλά και η προετοιμασία για τη χειρουργική επέμβαση, να υποστηρίζονται με τη βοήθεια των εφαρμογών αυτών, οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να αποθηκεύουν τις πληροφορίες αυτές και ο ασθενής να μπορεί να τις αναζητά οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμεί. Μετεχειρηπτικά, οι εφαρμογές αυτές συμβάλλουν στην γρήγορη αναζήτηση δεδομένων από το ιστορικό υγείας του ασθενή από οποιοδήποτε μέλος της ομάδας υγείας, στη μετεχειρηπτική αξιολόγηση σημείων και συμπτωμάτων μέσω φωτογραφιών ή συμπλήρωσης κατάλληλων ερωτηματολογίων και στην αξιολόγηση της κινητικότητας του ασθενή (Salibian & Scholz 2011, Slade Shantz & Veillette 2014, Simpaio et al 2015). Από τη χρήση εφαρμογών μέσω κινητών τηλεφώνων φαίνεται να υπάρχει θετική επίδραση στα αποτελέσματα υγείας για τον ασθενή, στη μείωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, στη μείωση των εισαγωγών και επανεισαγωγών (μειώνονται οι επισκέψεις για επανέλεγχο), στη συμμόρφωση και καθυσύχασση του ασθενή, αφού παρακολουθείται συνεχώς, ενώ, τέλος, φαίνεται να επιδρά σημαντικά και στη βελτίωση των σχέσεων επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του ασθενή (De La Cruz Monroy & Mohaseb 2019).

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να περιγράψει εφαρμογές κινητών τηλεφώνων που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά τη φροντίδα χειρουργικών ασθενών μέσα από την ανασκόπηση της σύγχρονης επιστημονικής βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed/Medline και τη μηχανή αναζήτησης Google Scholar από τον Ιανουάριο 2009 μέχρι και τον Ιανουάριο 2019. Σε κάθε βάση δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις-κλειδιά: «smart phone apps», «preoperative patients», «smart phone apps in preoperative surgical patients», «surgical patients», «mobile apps in postoperative care», «postoperative patients», «mobile health» και «telemedicine», τόσο ξεχωριστά όσο και σε συνδυασμό με τη χρήση του τελεστή «AND». Τα κριτήρια ένταξης των μελετών στην ανασκόπηση ήταν τα εξής: (α) Πρωτογενείς μελέτες δημοσιευμένες σε επιστημονικά περιοδικά με σύστημα κριτών, (β) Μελέτες που αφορούσαν τη χρήση εφαρμογών (apps) μέσω κινητού τηλεφώνου σε χειρουργικούς ασθενείς, (γ)

Ασθενείς οι οποίοι βρίσκονταν κατά την περιεγχειρητική περίοδο της φροντίδας τους και (δ) Μελέτες δημοσιευμένες το χρονικό διάστημα από 01/2009 έως 01/2019. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα ακόλουθα: (α) Ερευνητικά πρωτόκολλα μελετών, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετά-αναλύσεις, (γ) Η δημοσίευση να είναι σε άλλη γλώσσα πέρα από την αγγλική, (δ) Μελέτες που βασίζονται σε βίντεο, ιστοσελίδες ή e-mails και όχι σε εφαρμογές (apps) κινητών τηλεφώνων, (ε) Μελέτες που αφορούσαν χρόνιους πάσχοντες ή ασθενείς των οποίων η χειρουργική επέμβαση είχε προηγηθεί της έρευνας, (στ) άρθρα για τα οποία δεν υπήρχε πρόσβαση στο πλήρες κείμενο και (ζ) μελέτες που περιελάμβαναν πρόσθετα ιατρικά βοηθήματα (παλμικό οξύμετρο). Εφαρμόζοντας τη συγκεκριμένη στρατηγική αναζήτησης, αξιολογήθηκε αρχικά ο τίτλος και η περιληψη των αναφορών, που προέκυψαν. Στη συνέχεια αξιολογήθηκε το πλήρες κείμενο των άρθρων και, με βάση τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, περαιτέρω αναλύθηκαν τα αποτελέσματα από δέκα επτά (n=17) πρωτογενείς μελέτες και ακολούθησε σύνθεση των ευρημάτων τους.

#### **ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Η περιεγχειρητική περίοδος αποτελεί ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες για την επιτυχή έκβαση μιας χειρουργικής επέμβασης, καθώς αναγνωρίζει τους παράγοντες κινδύνου για προβλήματα κατά τη διεγχειρητική περίοδο ή μετεγχειρητικά. Στόχος της νοσηλευτικής αξιολόγησης κατά τη περίοδο αυτή είναι η έγκαιρη αναγνώριση, διόρθωση ή ελαχιστοποίηση των παραγόντων αυτών, προκειμένου να προληφθούν ανεπιθύμητες εκβάσεις, ενώ, συγχρόνως, παρέχει δεδομένα για την ανάπτυξη κατάλληλου σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας και εκπαίδευσης για τον ασθενή και την οικογένειά του. Επιπλέον, εξασφαλίζεται η αρχική εκτίμηση της σωματικής και λειτουργικής ικανότητας του ασθενή που θα αξιοποιηθεί κατά τη μετεγχειρητική του φροντίδα. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι οι ανάγκες αυτές της φροντίδας των χειρουργικών ασθενών, τόσο ενήλικων όσο και παιδιατρικών, μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά με τη χρήση εφαρμογών (apps) κινητής τηλεφωνίας, ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό το ρόλο του ασθενή και υποστηρίζοντας τις εξατομικευμένες ανάγκες της χειρουργικής εμπειρίας (Simprao et al 2015, De La Cruz Monroy & Mohasebi 2019).

Η ακύρωση της χειρουργικής επέμβασης την τελευταία στιγμή αντιπροσωπεύει μια βασική πηγή απώλειας εσόδων για τους οργανισμούς υγείας. Η συχνότητα ακύρωσης των χειρουργικών επεμβάσεων ποικίλλει στη βιβλιογραφία, με το ποσοστό αυτό να κυμαίνεται από 6% έως 20% προκαλώντας σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομική διαχείριση των οργανισμών αυτών (Cambell

et al 2011). Στη μελέτη των Stewart et al(2019) διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής Amie by Favor Health, προκειμένου να διαπιστωθεί ο περιορισμός ακυρώσεων των χειρουργικών επεμβάσεων αλλά και να αξιολογηθεί η συμμόρφωση των ασθενών με τις προεγχειρητικές οδηγίες. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, καθώς στην ομάδα χρηστών της εφαρμογής δεν ακυρώθηκε καμία χειρουργική επέμβαση, ενώ στην ομάδα ελέγχου, που έλαβε την συνηθισμένη νοσηλευτική φροντίδα, ακυρώθηκαν πέντε επεμβάσεις που οφείλονταν σε ανεπαρκή προεγχειρητική προετοιμασία και παρακολούθηση.

Η συμπλήρωση των απαραίτητων εντύπων (ιστορικό υγείας, φαρμακευτική αγωγή, τρόπος ζωής) πριν το χειρουργείο πραγματοποιήθηκε μέσω της εφαρμογής MyOp στη μελέτη των Howell et al (2015), σε αντίθεση με την παραδοσιακή συμπλήρωση σε έντυπη μορφή. Από τη μελέτη αυτή βρέθηκε πως η μέση διάρκεια της συνεργασίας για τη συμπλήρωση των σχετικών εντύπων μειώθηκε για το νοσηλευτικό προσωπικό κατά 5 λεπτά (ή 21,7%) με τη χρήση της εφαρμογής σε σύγκριση με τη συμπλήρωση σε έντυπη μορφή (p=0,001). Ο χρόνος συνεργασίας με το νοσηλευτή ήταν μικρότερος σε όλες τις ηλικιακές ομάδες εκτός από εκείνες, που αφορούσαν ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών. Όπως φαίνεται, ο χρόνος που απαιτείται για τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν τα ψηφιακά αρχεία πριν από την επικοινωνία τους με το νοσηλευτή, αυξήθηκε σταδιακά στην παρούσα μελέτη με την αύξηση της ηλικίας των ασθενών (15 λεπτά σε ασθενείς ηλικίας 40 ετών, 17 λεπτά σε ασθενείς ηλικίας 40-50 ετών, 20 λεπτά σε ασθενείς ηλικίας 50-60 ετών, 21,5 λεπτά σε ασθενείς ηλικίας 60-70 ετών, 26 λεπτά σε ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών), επισημαίνοντας πως η ηλικία αποτελεί μια βασική παράμετρο για τη χρήση αυτών των εφαρμογών.

Η χρήση της εφαρμογής POPACT App στη διαχείριση της από του στόματος αντιπηκτικής αγωγής διερευνήθηκε στην τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή των Thomaschewski et al (2019) σε ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως η χρήση της εφαρμογής στην καθημερινή κλινική πρακτική ήταν εφικτή, με τους κλινικούς και τους ασθενείς να αναφέρουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη χρήση της. Η POPACT App παρέχει στους κλινικούς ένα εξατομικευμένο πλαίσιο για την ορθή περιεγχειρητική διαχείριση της αντιθρομβωτικής αγωγής στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Επιπλέον, η εφαρμογή iGetBetter(iGB) έχει αξιοποιηθεί στην προεγχειρητική αξιολόγηση και προετοιμασία ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική γόνατος στην πιλοτική μελέτη των Kelvin et al (2016). Προεγχειρητικά οι ασθενείς λάμβαναν υπενθύμιση των καθημερινών δραστηριοτήτων που έπρεπε να εφαρμόζουν



ή να αποφεύγουν, απαντούσαν σε ερωτήσεις σχετικά με το αν είχαν παρακολουθήσει τις προεγχειρητικές επισκέψεις και κλήθηκαν να καταγράψουν εάν είχαν τηρήσει το καθορισμένο πρωτόκολλο της φαρμακευτικής αγωγής και τις οδηγίες δραστηριότητας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν υψηλό επίπεδο ανταπόκρισης από την πλευρά των ασθενών, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην αποφυγή λαθών κατά την περιεγχειρητική προετοιμασία του ασθενή και στο περιορισμό των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

### ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Για την εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους σε παιδιατρικούς ασθενείς πριν τη χορήγηση της αναισθησίας χρησιμοποιήθηκαν διάφορες εφαρμογές με τη χρήση κινητών τηλεφώνων ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των παιδιών στη μελέτη των Lee et al (2013). Το άγχος εκτιμήθηκε με την τροποποιημένη κλίμακα άγχους ανηλικών του Yale (mYPAS) στην περιοχή αναμονής (πριν το χειρουργείο), 5 λεπτά μετά τη χορήγηση μιδαζολάμης ενδοφλέβια στις ομάδες παρέμβασης (M και SM) και κατά την είσοδο στο χειρουργείο. Στην τυχαίοποιημένη κλινική αυτή δοκιμή βρέθηκε ότι για τη βελτίωση του προεγχειρητικού άγχους στις ομάδες των παιδιατρικών ασθενών, η παρέμβαση με τη χρήση εφαρμογών σε κινητό τηλέφωνο μπορεί να χρησιμεύσει ως μια αποτελεσματική εναλλακτική λύση για τη μείωση του άγχους πριν το χειρουργείο, έναντι της χορήγησης φαρμακευτικού παράγοντα, κατά τη διεγχειρητική περίοδο.

Σε μια άλλη μελέτη περιγράφηκε η ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση της εφαρμογής CommunicatOR κατά τη χορήγηση αναισθησίας σε ασθενείς που αντιμετώπιζαν εμπόδια στη γλωσσική επικοινωνία. Οι ασθενείς σε μεγάλο ποσοστό ανέφεραν ότι αισθάνονταν πιο ήρεμοι (88%) και κατανοούσαν καλύτερα τις οδηγίες (96%), επειδή δίνονταν στη μητρική τους γλώσσα. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι η χρήση τέτοιων εφαρμογών μπορεί να βελτιώσει την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας, αν και περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για να τεκμηριώσει αυτή την αποτελεσματικότητα (Taicher et al 2011).

### ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε πως οι εφαρμογές των κινητών τηλεφώνων (smart phones) κατά τη μετεγχειρητική περίοδο συνεισφέρουν στην άμεση και ασύγχρονη επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενή μέσω ηλεκτρονικών μηνυμάτων και φωτογραφιών, αποθηκεύοντας παράλληλα οδηγίες και σημαντικές πληροφορίες για τον ασθενή.

Στη πιλοτική μελέτη των Warren-Stomberg et al (2016) σε δείγμα 83 ασθενών, αξιολογήθηκε η πρόθεση

των ασθενών να χρησιμοποιούν την εφαρμογή Medipal για την παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας τους μετά από χειρουργική επέμβαση κατά την παραμονή τους στο σπίτι στη διάρκεια των επτά πρώτων μετεγχειρητικών ημερών. Μέσω της εφαρμογής γινόταν αξιολόγηση του μετεγχειρητικού πόνου, της μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου και εκτίμηση της δυνατότητας χρήσης της εφαρμογής με τρεις ξεχωριστές οπτικές κλίμακες. Αν και οι συμμετέχοντες στη μελέτη αυτή εξέφρασαν την πρόθεση χρήσης της εφαρμογής, καταγράφηκε μικρό ποσοστό συμμετοχής. Η ηλικία των ασθενών αποτέλεσε εμπόδιο στη χρήση της εφαρμογής, καθώς και το γεγονός ότι δεν υπήρχε αμφίδρομη πληροφόρηση - από τον επαγγελματία υγείας προς τον ασθενή.

Στη διαχείριση της μετεγχειρητικής φροντίδας των ασθενών βρέθηκε να συμβάλλει και η εφαρμογή iGetBetter με βάση την οποία καταγράφεται η ημερήσια δραστηριότητα και δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων εκτιμήσεων των επιπέδων πόνου και επίπεδα δυσφορίας (πόνος στις αρθρώσεις, ναυτία, ποιότητα ύπνου) σε οποιαδήποτε δεδομένη ημέρα μετεγχειρητικά. Οι ασθενείς μέσα από την εφαρμογή αυτή ήταν σε θέση να λαμβάνουν συνεχώς οδηγίες για τη μετεγχειρητική τους κατάσταση με αποτέλεσμα την ταχύτερη αποκατάστασή τους σε ένα οικείο περιβάλλον (Kelvin et al 2016).

Τη μετεγχειρητική παρακολούθηση ασθενών υποστηρίζει και η εφαρμογή SOVNITY, που ελέγχτηκε σε 36 ασθενείς, που υποβλήθηκαν σε επέμβαση οσφυϊκής δισκεκτομής. Η εφαρμογή περιλάμβανε ενημέρωση του ασθενή πριν και μετά το χειρουργείο, για τα συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα που θα ληφθούν στο σπίτι αλλά και πληροφορίες για τον τρόπο χρήσης τους. Επιπλέον, η εφαρμογή διαθέτει τη δυνατότητα παρακολούθησης της πορείας του ασθενή μετεγχειρητικά και άμεσης παρέμβασης από κατάλληλα εκπαιδευμένους νοσηλευτές (Debono et al 2016).

Στη πιλοτική μελέτη των Symer et al (2017) αξιολογήθηκε η συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών και ο αριθμός επανεισαγωγών με τη χρήση της εφαρμογής DailySurvey. Στη μελέτη συμμετείχαν 31 ενήλικες ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση κοιλίας και εκτιμήθηκε ο μετεγχειρητικός πόνος, απάντησαν σε ερωτήσεις, απέστειλαν φωτογραφίες της χειρουργικής τομής, έλαβαν υπενθύμιση για την πρόσληψη ύδατος και χρησιμοποίησαν μια συσκευή για την καθημερινή παρακολούθηση των βημάτων τους. Η πλειονότητα των ασθενών (89%), που συμμετείχαν στην έρευνα απάντησε πως η εφαρμογή βρέθηκε εύκολη στη χρήση και το 85,2% θεώρησε ότι οι ερωτήσεις ήταν σημαντικές για τον εντοπισμό των προβλημάτων που σχετίζονται με την επανεισαγωγή του ασθενή.

Η εφαρμογή Mobile Qoc Health Inc στη μελέτη των

Armstrong et al (2017) χρησιμοποιήθηκε σε μια τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή σε 65 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης του μαστού 30 ημέρες, μετά τη χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης χρησιμοποιώντας την εφαρμογή βρέθηκε πως είχαν λιγότερες επισκέψεις παρακολούθησης κατά τη διάρκεια των πρώτων 30 ημερών μετά την επέμβαση σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον στη μελέτη αυτή, η χρήση της εφαρμογής δεν βρέθηκε να επηρεάζει, ούτε τα ποσοστά των επιπλοκών, ούτε την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά βρέθηκε να βελτιώνει την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου).

Στη μελέτη κοορτής των Semple et al (2015) αξιολογήθηκε η σκοπιμότητα χρήσης μιας εφαρμογής κινητού τηλεφώνου για την παρακολούθηση της ποιότητας της ανάρρωσης κατ' οίκον μετά από χειρουργική επέμβαση. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν γυναίκες ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση αποκατάστασης μαστού όσο και ασθενείς (άνδρες και γυναίκες), που υποβλήθηκαν σε ορθοπεδικές επεμβάσεις. Ο μέσος αριθμός συνδέσεων στην εφαρμογή κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης (30 ημέρες) ήταν 23,9 συνδέσεις (με εύρος 7-30 ημέρες) για τους γυναικολογικούς ασθενείς και 19,3 συνδέσεις (με εύρος 5-30 ημέρες) για τους ορθοπεδικούς ασθενείς. Ο μέσος αριθμός συνδέσεων ήταν υψηλότερος στις πρώτες 14 ημέρες μετά την επέμβαση, σε σύγκριση με τις 15-30 ημέρες μετά την επέμβαση για την ομάδα των γυναικολογικών ασθενών (13.4 συνδέσεις έναντι 10.5,  $p < .001$ ) και για τους ορθοπεδικούς ασθενείς (13.4 συνδέσεις έναντι 6.0,  $p < .001$ ). Κατά τη διάρκεια των 30 ημερών, ο μέσος αριθμός φωτογραφιών που σχετίζονταν με τη χειρουργική τομή και αναρτήθηκαν στην εφαρμογή από την ομάδα των γυναικολογικών ασθενών ήταν 63 φωτογραφίες (εύρος 11-181 φωτογραφίες) και για τους ορθοπεδικούς ασθενείς 38 φωτογραφίες (εύρος 13-160 φωτογραφίες). Η χρήση της εφαρμογής αυτής βρέθηκε να ικανοποιεί τους ασθενείς στη μελέτη αυτή, υποστηρίζοντας τη δυνατότητα μετατόπισης της φροντίδας από το νοσοκομειακό περιβάλλον στην κατ' οίκον φροντίδα.

Αντίστοιχα, μια εφαρμογή κινητού τηλεφώνου χρησιμοποιήθηκε και στη μελέτη των van der Meij et al (2018), στο πλαίσιο μια κλινικής δοκιμής με την εφαρμογή μιας ηλεκτρονικής παρέμβασης κατά τη περιεγχειρητική φροντίδα σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση με σκοπό να ενισχύσει τη διαδικασία της ανάρρωσης. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ικανοποιημένοι από την παρέμβαση, ενώ οι συγγραφείς επισημαίνουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη της αποτελεσματικότητας τέτοιων παρεμβάσεων, προκειμένου να διερευνηθούν παράγοντες που επηρεάζουν και διευκολύνουν την εφαρμογή τους πριν δοκιμαστούν σε κλινικό περιβάλλον.

Η χρήση της εφαρμογής 317NAPP αξιολογήθηκε σε δείγμα παιδιατρικών ασθενών σε μια τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή, που συμμετείχαν συνολικά 127 παιδιά σε χρονικό διάστημα 3 μηνών μετά από χειρουργική επέμβαση (χειρουργείο μιας ημέρας), προκειμένου να εκτιμηθεί η ποιότητα της ανάρρωσής τους μετεγχειρητικά (Li et al 2019). Οι συμμετέχοντες ασθενείς χωρίστηκαν σε δυο ομάδες, την ομάδα παρέμβασης που χρησιμοποίησε την εφαρμογή 317NAPP, και την ομάδα ελέγχου που δεν έκανε χρήση της εφαρμογής, με  $n_1=64$  και  $n_2=63$  ασθενείς, αντίστοιχα. Η ποιότητα της ανάρρωσης βρέθηκε καλύτερη στην ομάδα παρέμβασης, αν και όχι στατιστικά σημαντική ( $p=0.27$ ), καθώς και ο χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης σημαντικά μικρότερος ( $p=0.00$ ) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά της μελέτης παρέχουν ενδείξεις για τη χρησιμότητα της συγκεκριμένης εφαρμογής στη βελτίωση της ποιότητας της μετεγχειρητικής φροντίδας μετά από χειρουργείο μιας ημέρας (Li et al 2019).

Η μελέτη των Jaensson et al (2015) περιγράφει τη διαδικασία ανάπτυξης μιας εφαρμογής (RAPP) για χρήση σε κινητό τηλέφωνο με βάση τη σουηδική έκδοση του «Web-based Quality of Recovery (SwQoR)» ερωτηματολογίου, προκειμένου να αξιολογήσει τη μετεγχειρητική ανάρρωση μετά από χειρουργείο ημέρας. Η μετεγχειρητική ανάρρωση εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο «SwQoR». Οι συμμετέχοντες στην ομάδα RAPP (ομάδα παρέμβασης) χρησιμοποίησαν την εφαρμογή για να απαντήσουν στις ερωτήσεις και οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου απάντησαν σε ένα συμβατικό ερωτηματολόγιο κατά την 7η και 14η μετεγχειρητική μέρα. Η συνολική βαθμολογία ήταν σημαντικά χαμηλότερη (δηλαδή αποδεικνύει καλύτερη μετεγχειρητική ανάρρωση) στην ομάδα RAPP, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, τόσο για τις γυναίκες (μέση τιμή SD 29,45 [31,46] έναντι 37,84 [33,57],  $P=0,003$ ) όσο και για τους άνδρες (26,54 [27,78] έναντι 31,35 [26,52],  $P=0,008$ ) την 7η μετεγχειρητική ημέρα. Μετά την 14η μετεγχειρητική ημέρα δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων, αλλά ούτε και μεταξύ του φύλου των συμμετεχόντων της μελέτης (Jaensson et al 2015).

Οι Tofte et al (2018) στην εργασία τους επαλήθευσαν την υπόθεση ότι μια εικονική επίσκεψη που βασίζεται σε λογισμικό θα μπορούσε να είναι ασφαλής, αποτελεσματική και να εξυπηρετεί τη φροντίδα ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης του καρπιαίου σωλήνα, είτε με ανοιχτή χειρουργική επέμβαση είτε ενδοσκοπικά. Το λογισμικό εγκαταστάθηκε σε συσκευή κινητού τηλεφώνου και τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι 10 από τους 16 ασθενείς (63%) κατάφεραν να αφαιρέσουν επιτυχώς τα ράμματα από την τομή τους, 15 ασθενείς (94%) μεταφόρτωσαν φωτογραφίες του τραύματος και 14 ασθενείς (88%) έστειλαν επιτυχώς βί-

ντεο φυσικής εξέτασης που περιλάμβανε την εκτέλεση κινητικών ασκήσεων.

Βασικό άξονα της μετεγχειρητικής παρακολούθησης αποτελεί η φροντίδα του χειρουργικού τραύματος και η μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Σε αυτό το πλαίσιο αξιολογήθηκε η δυνατότητα χρήσης και η χρησιμότητα της εφαρμογής Wound Core App σε ασθενείς μετά από ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση (Scheper et al 2019). Ο μέσος όρος ευκολίας από τη χρήση της εφαρμογής την 15η μετεγχειρητική ημέρα ήταν 4,2 (σε κλίμακα 1–5) και 4,1 για τη χρησιμότητα της εφαρμογής. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν πως με την πάροδο του χρόνου η εφαρμογή γίνεται πιο κατανοητή και εύχρηστη, ενώ παράλληλα με τη σωστή χρήση της συμβάλλει στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση επιπλοκών από το χειρουργικό τραύμα (Scheper et al 2019).

### ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

Οι νέες τεχνολογίες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι τόσο της καθημερινότητας των ατόμων όσο και της Επιστήμης. Η χρήση της κινητής τεχνολογίας (mhealth) και των εφαρμογών της για την προαγωγή της υγείας και τη διαχείριση των διαταραχών της έχει τεκμηριωθεί στην επιστημονική βιβλιογραφία (Free et al 2013, Slade Shantz & Veillette 2014, Σπυριδάκη και συν 2019). Οι τεχνολογικές αυτές εξελίξεις καθιστούν εφικτή τη διαχείριση κλινικών πληροφοριών, χωρίς γεωγραφικούς και χρονικούς περιορισμούς, υποστηρίζοντας τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων και βελτιώνοντας τα αποτελέσματα υγείας για τον ασθενή. Ταυτόχρονα, με την χρήση των ηλεκτρονικών εφαρμογών ο ασθενής βρίσκεται σε θέση να διαχειριστεί παραμέτρους που σχετίζονται με τη φροντίδα του και να συμμετέχει ενεργά στο θεραπευτικό του πλάνο. Οι νέες τεχνολογίες, επομένως, διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση ενός ασθενοκετρικού μοντέλου (patient-centered care), προάγοντας την ποιότητα και την ασφάλεια στη φροντίδα υγείας (Simprao et al 2015).

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης της βιβλιογραφίας ήταν να περιγράψει εφαρμογές κινητών τηλεφώνων κατά τη περιεγχειρητική φροντίδα των ασθενών. Από την εφαρμογή της στρατηγικής αναζήτησης βρέθηκαν δέκα επτά (n=17 μελέτες, εκ των οποίων οι τέσσερις (n=4) αφορούν την προεγχειρητική περίοδο, δύο (n=2) τη διεγχειρητική και έντεκα (n=11) τη μετεγχειρητική περίοδο. Με δεδομένο ότι οι περισσότερες εφαρμογές επικεντρώνονται στη διαχείριση αναγκών φροντίδας από τους ίδιους τους ασθενείς και λόγω του ότι η διεγχειρητική περίοδος εστιάζει περισσότερο στο ρόλο των κλινικών γιατρών και νοσηλευτών σε σχέση με τον ασθενή, στη περίοδο αυτή της χειρουργικής φροντίδας οι εφαρμογές με χρήση κινητών τηλεφώνων βρέθηκαν να έχουν περι-

ορισμένη εφαρμογή. Ως προς τον ερευνητικό σχεδιασμό, η πλειονότητα των μελετών ήταν τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές. Στις μελέτες της παρούσας ανασκόπησης συμπεριλήφθηκαν ασθενείς, για τους οποίους είχε προγραμματιστεί να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση ή είχαν ήδη υποβληθεί κατά τη διεξαγωγή της μελέτης, σε χρονικό διάστημα που δεν ξεπερνούσε τον ένα μήνα. Η διερεύνηση της συμμετοχής των ασθενών από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας ξεκινούσε με την εισαγωγή τους στην λίστα αναμονής ή λίγο πριν τη διεξαγωγή της επέμβασης. Οι μετεγχειρητικές περιόδους παρακολούθησης διέφεραν σε κάθε μελέτη και κυμαίνονταν από ένα μήνα μέχρι τρεις μήνες μετά την επέμβαση. Επιπλέον, στις περισσότερες μελέτες συμμετείχαν ασθενείς και από τα δύο φύλα, ενώ μια μελέτη αφορούσε μόνο γυναικολογικές επεμβάσεις (Armstrong et al 2017). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στις μελέτες ήταν τα 40 έτη, ενώ δύο μελέτες αφορούσαν ανήλικους χειρουργικούς ασθενείς (Lee et al 2013, Li et al 2019). Ο μικρότερος αριθμός ατόμων που συμμετείχε σε μελέτη ήταν 13 ασθενείς (Kelvin et al 2016) και ο μεγαλύτερος 997 (Jaensson et al 2015).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε πως για τις περισσότερες εφαρμογές είναι εφικτή η χρήση τους περισσότερο στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα των χειρουργικών ασθενών αλλά και αποδοτική, αν και περισσότερες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων ασθενών θα πρέπει να διεξαχθούν. Για τους ασθενείς οι εφαρμογές αυτές έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη βελτίωση και προαγωγή της υγείας τους κατά την περιεγχειρητική περίοδο (Jaensson et al 2015, Symer et al 2017, Li et al 2019, Scheper et al 2019). Επίσης, ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή των ασθενών και την αυτοδιαχείριση, ενώ αυξάνουν και την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη φροντίδα (Jaensson et al 2017, Rauwerdink et al 2019). Για επαγγελματίες υγείας η χρήση εφαρμογών σε συσκευές κινητών τηλεφώνων φαίνεται να διευκολύνει την επικοινωνία με τους ασθενείς και εξασφαλίζει άμεση πρόσβαση σε κλινικά δεδομένα (Taicher et al 2011, Li et al 2019). Για τους οργανισμούς φροντίδας υγείας η εισαγωγή των εφαρμογών αυτών συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση του κόστους (πρόληψη καθυστερημένης διάγνωσης μετεγχειρητικών επιπλοκών, μικρότερος αριθμός επανεισαγωγών, απομακρυσμένη παρακολούθηση) και στην καλύτερη διαχείριση των προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων (μείωση ακυρώσεων), αν και περισσότερες μελέτες σχετικά με την οικονομική προσέγγιση του ζητήματος καθώς και με το πόσο οικονομικά αποδοτική μπορεί να είναι, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν στο μέλλον (Semple et al 2015, Tofte et al 2018, Scheper et al 2019).

Ανασταλτικοί παράγοντες στην υιοθέτηση των εφαρμογών σε συσκευές κινητών τηλεφώνων αποτελεί η

διαθεσιμότητα αυτών από τους χειρουργικούς ασθενείς αλλά και η εξοικείωση με τη χρήση τους (Li et al 2019). Η ηλικία του ασθενή στη μελέτη των Howell et al (2015) βρέθηκε να αποτελεί σημαντική παράμετρο που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη όχι μόνο στην κλινική πρακτική αλλά και στον ερευνητικό σχεδιασμό σχετικών μελετών. Επιπλέον, τεχνικά ζητήματα σχετικά με τη χρήση των κινητών τηλεφώνων και το είδος της εφαρμογής επίσης βρέθηκαν να επηρεάζουν αρνητικά την εφαρμογή τους στη φροντίδα των χειρουργικών ασθενών (Scheper et al 2019), αν και μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά στην καθημερινή κλινική πρακτική (Symer et al 2017). Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη χρήση της τεχνολογίας αυτού του είδους είναι η στάση του προσωπικού. Οι Yeter και Mesude (2020) σε μια πρόσφατη μελέτη τους συμπέραναν πως οι νοσηλευτές έχουν θετική στάση απέναντι στη χρήση νέων τεχνολογιών, αφού συνεισφέρουν ουσιαστικά στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, στη καλύτερη διαχείριση του φόρτου εργασίας και των πληροφοριών. Προς την κατεύθυνση αυτή κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση και υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας από τους ίδιους τους οργανισμούς για την ασφαλή και αποτελεσματική υιοθέτηση των νέων τεχνολογιών στη καθημερινή κλινική πρακτική. Τέλος, ένα ζήτημα που εμποδίζει τη διάδοση των εφαρμογών αυτών είναι η ασφάλεια και η προστασία των προσωπικών δεδομένων των χρηστών. Οι περισσότερες εφαρμογές της «κινητής υγείας» (m-Health) απαιτούν πρόσβαση σε ευαίσθητες προσωπικές πληροφορίες ή προσφέρουν υπηρεσίες που ενδεχομένως να επηρεάζουν τη θεραπεία των χρηστών ή την κατάσταση της υγείας τους, γεγονός που αυξάνει το πιθανό κόστος συγκριτικά με το αναμενόμενο όφελος από τη χρήση τους. Για την αποτελεσματική χρήση αυτών των εφαρμογών έχουν αναπτυχθεί κατάλληλα εργαλεία αξιολόγησης, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιοτική απόδοσή τους (Stoyanov et al 2015).

Για τη συγκεκριμένη ανασκόπηση θα πρέπει να αναφερθούν οι περιορισμοί της, που δυσχεραίνουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της. Ο βασικός περιορισμός αφορά στην αναζήτηση των μελετών μόνο σε μια βάση δεδομένων και μια μηχανή αναζήτησης, αφού η αναζήτηση σε περισσότερες βάσεις δεδομένων πιθανότατα θα οδηγούσε και σε μεγαλύτερο αριθμό μελετών. Επιπλέον, η επιλογή άρθρων μόνο στην αγγλική γλώσσα αποτελεί έναν ακόμα περιορισμό. Τέλος, ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων ασθενών στις μελέτες που αναλύθηκαν τα ευρήματά τους, ενισχύει την άποψη ότι η γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας ανασκόπησης θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη.

Τέλος, από τη στρατηγική αναζήτησης προέκυψαν δύο επιπλέον ερευνητικά πρωτόκολλα μελετών, αν και δεν συμπεριλήφθησαν στις μελέτες της παρούσας ανα-

σκόπησης, που επισημαίνουν ότι η ερευνητική δραστηριότητα αναφορικά με τη χρήση εφαρμογών σε συσκευές κινητών τηλεφώνων στη χειρουργική φροντίδα είναι συνεχής. Πρόκειται για το πρωτόκολλο μελέτης των Rauwerdink et al (2019) σύμφωνα με το οποίο έχει σχεδιαστεί να διερευνηθεί η συμμόρφωση και η ενεργός συμμετοχή ασθενών που θα υποβληθούν σε προγραμματισμένο χειρουργείο παχέος εντέρου, σε επιμέρους πτυχές των Πρωτοκόλλων Ταχείας Ανάρρωσης (Enhanced Recovery After Surgery protocol, ERAS) με τη χρήση της εφαρμογής APptimize σε κινητό τηλέφωνο. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής θα προσπαθήσουν να επαληθεύσουν την υπόθεση αναφορικά με τη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών με τη χρήση της εφαρμογής, γεγονός που θα οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας ζωής και της φυσικής δραστηριότητας για τους ασθενείς αυτούς αλλά και σε μεγαλύτερη ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Επιπρόσθετα, στο πρωτόκολλο μελέτης των Herrera-Usagreetal (2019) πρόκειται να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής Listeo+, ως ένα εργαλείο για τη βελτίωση της συμμόρφωσης των χειρουργικών ασθενών με τις προεγχειρητικές οδηγίες και να συσχετιστεί με τη μείωση στον αριθμό των ακυρώσεων των επεμβατικών διαδικασιών.

Περαιτέρω ερευνητική μελέτη για τη χρήση και την αποτελεσματικότητα (κλινική και οικονομική) των εφαρμογών των κινητών τηλεφώνων στη φροντίδα των χειρουργικών ασθενών σε όλες τις φάσεις της περιεγχειρητικής περιόδου, μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της συναφούς βιβλιογραφίας αλλά και με τον κατάλληλο ερευνητικό σχεδιασμό κλινικών μελετών, θα πρέπει να ενθαρρυνθεί από την επιστημονική κοινότητα. Ανώτερος στόχος είναι η εφαρμογή τους να συμβάλει στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας για τους χειρουργικούς ασθενείς και να διευκολυνθούν οι συνθήκες και το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα ανασκόπηση γίνεται φανερό πως η υποστήριξη της περιεγχειρητικής φροντίδας είναι εφικτή από τη χρήση εφαρμογών σε συσκευές κινητών τηλεφώνων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι εφαρμογές αυτές διευκολύνουν και υποστηρίζουν τη φροντίδα του χειρουργικού ασθενή, ιδίως κατά την προεγχειρητική προετοιμασία και τη μετεγχειρητική παρακολούθηση, τόσο στο νοσοκομειακό περιβάλλον όσο και στην κοινότητα. Η χρήση τους βρέθηκε να έχει θετικό αντίκτυπο για τον ίδιο τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους οργανισμούς φροντίδας υγείας, ενισχύοντας την ασφάλεια και την ποιότητα, αλλά και ένα μοντέλο ασθενοκεντρικής προσέγγισης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά αποτελούν τη βάση για περαιτέρω έρευνα στο συνεχές της περιεγχειρητικής



φροντίδας, από την ενδονοσοκομειακή στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα.

### ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΑΚ, ΕΧΜ: Συνέβαλλαν στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων της βιβλιογραφίας και στη συγγραφή του κειμένου. ΠΚ: Συνέβαλε στην σύλληψη

της ιδέας, στο σχεδιασμό της μελέτης και στις τελικές διορθώσεις του κειμένου.

Όλοι οι συγγραφείς επεξεργάστηκαν το υλικό από το οποίο έγινε η συγγραφή των επιμέρους μερών του κειμένου, αξιολόγησαν και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Armstrong K. A., Coyte P. C., Brown M., Beber B., & Semple J. L. (2017). Effect of home monitoring via mobile app on the number of in-person visits following ambulatory surgery: a randomized clinical trial. *JAMA surgery* 152(7): 622-627.
- Bashshur R. L., Shannon G., Krupinski E. A., & Grigsby J. (2013). Sustaining and realizing the promise of telemedicine. *Telemedicine and e-Health* 19(5): 339-345.
- Campbell C., Mora A., Russo S., Abdur-Rahman N., Pier N., Rosinia F., & Bent S. (2011). The financial burden of cancelled surgeries: Implications for performance improvement. In American Society of Anesthesiologists' Practice Management Conference. Houston, 28-30 January, 2011. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/235924549\\_The\\_Financial\\_Burden\\_of\\_Cancelled\\_Surgeries\\_Implications\\_for\\_Performance\\_Improvement](https://www.researchgate.net/publication/235924549_The_Financial_Burden_of_Cancelled_Surgeries_Implications_for_Performance_Improvement) [Accessed: 28 December 2019].
- Debono B., Bousquet P., Sabatier P., Plas J. Y., Lescure J. P., & Hamel O. (2016). Postoperative monitoring with a mobile application after ambulatory lumbar discectomy: an effective tool for spine surgeons. *European Spine Journal* 25(11): 3536-3542.
- De La Cruz Monroy M. F. & Mosahebi A. (2019). The use of smartphone applications (Apps) for enhancing communication with surgical patients: a systematic review of the literature. *Surgical innovation* 26(2): 244-259.
- Free C., Phillips G., Watson L., Galli L., Felix L., Edwards P., Patel V., Haines A. (2013) The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: a systematic review and metaanalysis. *PLoS medicine* 10(1): e1001363.
- Herrera-Usagre M., Santana V., Burgos-Pol R., Oliva J. P., Sabater E., Rita-Acosta M., Casado M. A., Cruces S., Pacheco M. & Perez C. S. (2019). Effect of a mobile app on preoperative patient preparation for major ambulatory surgery: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR research protocols* 8(1): e10938.
- Howell M., Hood A. J., & Jayne D. G. (2015). Use of a patient completed iPad questionnaire to improve pre-operative assessment. *Journal of clinical monitoring and computing* 31(1): 221-225.
- Jaensson M., Dahlberg K., Eriksson M., Grönlund Å., & Nilsson U. (2015). The development of the Recovery Assessments by Phone Points (RAPP): a mobile phone app for postoperative recovery monitoring and assessment. *JMIR mHealth and uHealth* 3(3): e86.
- Kim K., Pham D., & Schwarzkopf R. (2016). Mobile Application Use in Monitoring Patient Adherence to Perioperative Total Knee Arthroplasty Protocols. *Surgical technology international* 28: 253-260.
- Lee J. H., Jung H. K., Lee G. G., Kim H. Y., Park S. G., & Woo S. C. (2013). Effect of behavioral intervention using smartphone application for preoperative anxiety in pediatric patients. *Korean journal of anesthesiology* 65(6): 508.
- Li C., Huang S., Su X., Zhang T., & Jiang K. (2019). Monitoring of home recovery using the 317-nursing mobile application following day-case surgery in children: Perspectives from both nurses and patients. *Medicine* [online], 98(31), p e16639. Available at: [https://journals.lww.com/mdjournal/Fulltext/2019/08020/Monitoring\\_of\\_home\\_recovery\\_using\\_the\\_317\\_nursing.31.aspx](https://journals.lww.com/mdjournal/Fulltext/2019/08020/Monitoring_of_home_recovery_using_the_317_nursing.31.aspx) [Accessed: 25 November 2019].
- Rauwerdink A., Jansen M., De Borgie C. A. J. M., Bemelman W. A., Daams F., Schijven M. P., & Buskens C. J. (2019). Improving enhanced recovery after surgery (ERAS): ERAS APtimize study protocol, a randomized controlled trial investigating the effect of a patient-centred mobile application on patient participation in colorectal surgery. *BMC surgery* 19(1), 125.
- Salibian A. & Scholz T. (2011). Smartphones in surgery. *Journal of Healthcare Engineering* 2(4): 473-486.
- Scheper H., Derogee R., Mahdad R., van der Wal R. J., Nelissen R. G., Visser L. G., & de Boer M. G. (2019). A mobile app for postoperative wound care after arthroplasty: Ease of use and perceived usefulness. *International journal of medical informatics* 129: 75-80.
- Semple J. L., Sharpe S., Murnaghan M. L., Theodoropoulos J., & Metcalfe K. A. (2015). Using a mobile app for monitoring post-operative quality of recovery of patients at home: a feasibility study. *JMIR mHealth and uHealth* 3(1): e18.
- Simpao A. F., Lingappan A. M., Ahumada L. M., Rehman M. A., & Gálvez J. A. (2015). Perioperative smartphone apps and devices for patient-centered care. *Journal of medical systems* 39(9):102.
- Slade Shantz J. A. & Veillette C. J. (2014). The application of wearable technology in surgery: ensuring the positive impact of the wearable revolution on surgical patients. *Frontiers in surgery* 1: 39.
- Stewart J. J., Fayed I., Henault S., Kalantar B., & Voyadzis J. M. (2019). Use of a smartphone application for spine surgery improves patient adherence with preoperative instructions and decreases last-minute surgery cancellations. *Cureus* 11(3): e4192.
- Stoyanov S. R., Hides L., Kavanagh D. J., Zelenko O., Tjondronegoro D., & Mani M. (2015). Mobile app rating scale: a new tool for assessing the quality of health mobile apps. *JMIR mHealth and uHealth* 3(1): e27.
- Symer M. M., Abelson J. S., Milsom J., McClure B., & Yeo, H. L. (2017). A mobile health application to track patients after gastrointestinal surgery: results from a pilot study. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 21(9): 1500-1505.
- Taicher B. M., Alam R.I., Berman J. & Epstein R. H. (2011). Design, implementation, and evaluation of a computerized system to communicate with patients with limited native language proficiency in the perioperative period. *Anesth Analg.* 112(1): 106-112.

- Thomaschewski M., Beyer F., Thomaschewski M., Ellebrecht D., Jonczyk M., Schneider M., Keck T., Mentler T. & Hummel R. (2019). Application-based management of perioperative anticoagulant therapy: description of POPACT App. *Langenbeck's archives of surgery* 404(5): 633-645.
- Tofte J. N., Anthony C. A., Polgreen P. M., Buckwalter J. A., Caldwell L. S., Fowler T. P., Ebinger T., Hanley J. M., Dowdle S. B., Holte A. J., Arpey N. C. & Lawler E. A. (2018). Postoperative care via smartphone following carpal tunnel release. *Journal of telemedicine and telecare* 26(4): 223-231.
- Eva van der Meij E., Huirne J. AF., ten Cate A. D., Stockmann H. BAC, Scholten P. C., Davids P. HP, Bonjer H. J. & Anema J. R. (2018). A perioperative eHealth program to enhance postoperative recovery after abdominal surgery: process evaluation of a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research* 20(1): e1.
- World Health Organization (W.H.O) (2011). New Horizons for Health Through Mobile Technologies. [Online]. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44607/9789241564250\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44607/9789241564250_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Accessed: 4 January 2020].
- Warren-Stomberg M., Jacobsson J., Brattwall M., & Jildenstål P. (2016). At-home monitoring after surgery/anaesthesia—a challenge. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 22(6): 886-890.
- Yeter Durgun Ozan & Mesude Duman (2020). Nurses' Perceptions Regarding the Use of Technological Devices in Nursing Care Practices. *International Journal of Caring Sciences* 13(2): 901-908.
- Σπυριδάκη Α., Αντωνάκος Ι., Αποστολάκης Ι. & Τούντας Ι. (2018). Εφαρμογές της «κινητής υγείας» (mobile health) στα χρόνια νοσήματα και διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς τους. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική* 36(1): 73-80.

# Mobile phones' applications (Apps) in care provision to surgical patient

Aikaterini Kontara<sup>1</sup>, Eleni-Chrysovalantou Mpouli<sup>1</sup>, Petros Kolovos<sup>2</sup>

1. Undergraduate Student, Department of Nursing, University of Peloponnese, Tripolis, Greece

2. Assistant Professor, Laboratory of Integrated Health Care, Department of Nursing, University of Peloponnese, Tripolis, Greece

## ABSTRACT

Mobile health (mhealth) is a novel technology of e-health with applications available for health services as well, affecting the provision of care in a wide range of diseases and group of patients. The contribution of telecommunications and technological applications to surgical care has been documented in the scientific literature. The purpose of this study was to describe mobile phones' applications in the care provision to surgical patient. A review of the contemporary literature was conducted on the database PubMed/Medline and the search engine Google Scholar with keywords. Data were extracted according to eligibility criteria, analyzed and synthesized. The literature review revealed that mobile phones' applications are evident during the perioperative care, especially preoperatively and in postoperative follow up. These applications were found to have a positive impact on the surgical patient, the health personnel and the health care organizations, enhancing safety and quality as well as a patient-centered model of the care provided. Moreover, these findings form the basis for further research in the care continuum, from hospital to post hospitalization care.

**Key words:** Applications (apps), mobile health, mobile/smart phone, perioperative care, surgical patient

Corresponding author: Eleni-Chrysovalantou Mpouli  
e-mail: eleni992010@hotmail.com

Date of submission: 13/10/2020  
Publication date: December 2021

Citation: Kontara A., Mpouli E.C. & Kolovos P. (2022). Mobile phones' applications (Apps) in care provision to surgical patient. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(4): 16-25, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202143>

# Η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης/Six Sigma στην περιεγχειρητική φροντίδα των ασθενών

Μαρία Καπρίτσου<sup>1</sup>, Μαρία Γαμβρούλη<sup>2,3</sup>, Βασιλική Παπανικολάου<sup>4</sup>

1. Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Άγιος Σάββας», Κ.Η.Ν. «Ν. ΚΟΥΡΚΟΥΛΟΣ», Αθήνα

2. Γ.Ν.Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Νίκαια Αττικής

3. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

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

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Κατά τη λειτουργία του νοσοκομείου και τη διαχείριση του, πολλά απρόβλεπτα γεγονότα μπορούν να επηρεάσουν τη χειρουργική ασφάλεια και την εμπειρία του ασθενούς, προκαλώντας ταλαιπωρία τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένεια του, με ταυτόχρονη σπατάλη σε πόρους του χειρουργείου και μείωση της αποδοτικότητας του υγειονομικού προσωπικού. Κάθε νοσοκομείο πρέπει να θεωρεί την περιεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς ως σημαντικό ζήτημα και θα πρέπει να απαιτείται συστηματική βελτίωση της. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η ανάδειξη των μεθόδων Λιτής Διαχείρισης (LeanManagement)/SixSigma στην Περιεγχειρητική φροντίδα των ασθενών.

**Υλικό-Μέθοδος:** Διεξήχθη βιβλιογραφική αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline/Pubmed, Scopus, Embase και CochraneLibrary από το 2015 έως το 2020. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν lean management, six sigma, lean/ six sigma surgery, lean/six sigma perioperative care. Τα κριτήρια ένταξης ήταν μελέτες που σχετίζονται άμεσα με το θέμα στην αγγλική γλώσσα, που δημοσιεύθηκαν σε περιοδικά με κριτές.

**Αποτελέσματα:** Η στρατηγική αναζήτησης εφαρμόστηκε σε 896 μελέτες, 889 από τα οποίες αποκλείστηκαν και 7 από τα οποίες πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης. Η χρήση των μεθοδολογιών Lean/ SixSigma αύξησε την αποδοτικότητα του προσωπικού των χειρουργείων και την οικονομική απόδοση σε ολόκληρη τη λειτουργική μονάδα. Η χαρτογράφηση διαδικασιών, η ηγετική υποστήριξη, η εμπλοκή του προσωπικού και η κοινή χρήση μετρήσεων απόδοσης είναι κλειδιά για την ενίσχυση της αποδοτικότητας.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή του Lean/ SixSigma στις υπηρεσίες υγείας έχει μεγάλες δυνατότητες. Προτείνεται την θεσμική υιοθέτηση αυτής της μεθοδολογίας, με επιπλέον μελέτη των πρακτικών, εκπαιδευτικών και οικονομικών οφελών του μετά από ευρεία εφαρμογή.

**Λέξεις Κλειδιά:** lean management, six sigma, lean/six sigma surgery, lean/six sigma perioperative care

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Καπρίτσου  
e-mail:mariakaprit@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 16/04/2021  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2021

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

Αναφορά του άρθρου ως: Καπρίτσου Μ., Γαμβρούλη Μ. & Παπανικολάου Β. (2022). Η εφαρμογή της λιτής διαχείρισης/Six Sigma στην περιεγχειρητική φροντίδα των ασθενών. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*14(4): 26-33, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202144>

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η χρήση των μεθοδολογιών Lean και Six Sigma αυξάνει την ασφάλεια των ασθενών
- Η χαρτογράφηση διαδικασιών είναι κλειδιά για την ενίσχυση της αποδοτικότητας
- Η εφαρμογή του Lean/Six Sigma χρήζει εκπαιδευτικής κουλτούρας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Τ**ο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται παγκοσμίως τα τελευταία χρόνια και τα προβλήματα της, λόγω σχεδιασμού των διεργασιών είναι ευρέως διαδεδομένα, όπως η επικάλυψη υπηρεσιών, οι μακροχρόνιες αναμονές για τους ασθενείς και η μη χρησιμοποίηση των υπάρχοντων πόρων. Η επίτευξη ισορροπημένης ανάπτυξης της υγειονομικής ποιότητας και του κόστους είναι σημαντικά ζητήματα, για τη διαχείριση του νοσοκομείου (Brown et al 2019).

Σε αυτόπλαίσιο, πολλά συστήματα υγείας ανά τον κόσμο έχουν εισαγάγει την Λιτή Διαχείριση/Six Sigma και άλλες καινοτόμες προσεγγίσεις επίτευξης υψηλού επιπέδου λειτουργικής αποτελεσματικότητας. Ως προηγμένη έννοια διαχείρισης και λειτουργίας, οι ρίζες του Six Sigma ως πρότυπο μέτρησης μπορούν να αναχθούν στον Carl Friedrich Gauss (1777-1855) που εισήγαγε την έννοια της κανονικής καμπύλης. Το Six Sigma ως πρότυπο μέτρησης στην παραγωγή προϊόντος μπορεί να ανιχνευθεί στη δεκαετία του '20, όταν ο Walter Shewhart έδειξε ότι τρία σίγμα από το μέσο είναι το σημείο όπου μια διαδικασία απαιτεί διόρθωση. Πολλά πρότυπα μέτρησης (Cpk, Zero Defects) εμφανίστηκαν, αλλά η πίστωση για τον καθορισμό του όρου "Six Sigma" πηγαίνει σε έναν μηχανικό της Motorola που ονομάζεται Bill Smith. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 με πρόεδρο τον Bob Galvin, οι μηχανικοί της Motorola αποφάσισαν ότι τα παραδοσιακά επίπεδα ποιότητας - μέτρηση ελαττωμάτων σε χιλιάδες ευκαιρίες - δεν παρείχαν αρκετή λεπτομέρεια. Αντ' αυτού, ήθελαν να μετρήσουν τα ελαττώματα ανά εκατομμύριο ευκαιρίες. Η Motorola ανέπτυξε αυτό το νέο πρότυπο και δημιούργησε τη μεθοδολογία, με ταυτόχρονη πολιτιστική αλλαγή (Improta et al., 2015).

Ενώ, απαρχή για την Λιτή Διαχείριση αποτέλεσε ο Sakichi Toyoda, κατασκευαστής μηχανών ύφανσης, και ο οποίος ίδρυσε την Toyoda Loom Works, αναπτύσσοντας έναν αργαλειό που σταματά αυτόματα όταν σπάει ένα νήμα: είχε μόλις εφεύρει την έννοια της «αυτονομίας», η οποία επιτρέπει στον χειριστή να μην συνδέεται πλέον άμεσα με ένα μηχανήμα και μπορεί να επιβλέπει διάφορες μηχανές. Αυτή η ιδέα εισάγει την έννοια του ανθρώπου στη διαδικασία παραγωγής, η οποία είναι μια από τις

βασικές αρχές του Lean (Suman et al., 2020).

Τόσο το Lean όσο και το Six Sigma είναι μεθοδολογίες, που έχουν σχεδιαστεί για την εφαρμογή συνεχούς βελτίωσης, τονίζοντας την ικανοποίηση των πελατών και την ολοκλήρωση του συστήματος. Η συνέπεια των στόχων και η συμπληρωματικότητα των εργαλείων έκαναν τον συνδυασμό Lean και Six Sigma αναπόφευκτο (Scalas and Yoshida, 2018). Το Lean Six Sigma είναι ένας συνδυασμός σκέψης της Lean και της Six Sigma Μεθοδολογίας, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί συνήθως στην βιομηχανία παραγωγής, για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας της διαδικασίας, και χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, εφαρμόστηκε για τη μείωση του κινδύνου που σχετίζεται με τις νοσοκομειακές λοιμώξεις, και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του χειρουργείου (Improta et al., 2015).

Η μεθοδολογία της Λιτής Διαχείρισης, Six Sigma ή Lean Six Sigma χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στη βιομηχανία της υγειονομικής περίθαλψης τα τελευταία χρόνια. Μέθοδος, η οποία αποδείχθηκε αποτελεσματική προσέγγιση, με σκοπό την βελτίωση της αποτελεσματικότητας του χειρουργείου, τη βελτιστοποίηση της χειρουργικής επέμβασης εγκαίρως, καθώς επίσης και τη μείωση των δαπανών χειρουργείου, τη βελτίωση της διαδικασίας μεταφοράς των ασθενών και τον χρόνο του κύκλου των εργασιών. Κατά τη λειτουργία του νοσοκομείου και τη διαχείρισή του, πολλά απρόβλεπτα γεγονότα μπορούν να επηρεάσουν τη χειρουργική ασφάλεια και την εμπειρία του ασθενούς, προκαλώντας ταλαιπωρία τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του, και ταυτόχρονη σπατάλη πόρων του χειρουργείου και μείωση της αποδοτικότητας του υγειονομικού προσωπικού. Κάθε νοσοκομείο πρέπει να θεωρεί την περιεχειρητική φροντίδα του ασθενούς ως σημαντικό ζήτημα και θα πρέπει να απαιτείται συστηματική βελτίωσή της (Zhu et al 2020). Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η ανάδειξη των μεθόδων Λιτής Διαχείρισης και Six Sigma στην Περιεχειρητική φροντίδα των ασθενών.

## ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ

Διεξήχθη βιβλιογραφική αναζήτηση στις ηλεκτρο-



νικές βάσεις δεδομένων Medline/ Pubmed, Scopus, Embase και Cochrane Library από το 2015 έως το 2020. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν lean management, six sigma, lean/six sigma surgery, lean/six sigma perioperative care. Τα κριτήρια ένταξης ήταν μελέτες που σχετίζονται άμεσα με το θέμα στην αγγλική γλώσσα που δημοσιεύθηκαν σε περιοδικά με κριτές. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν οι μελέτες περίπτωσης, τα άρθρα σύνταξης ή τα γράμματα προς τον εκδότη.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η στρατηγική αναζήτησης εφαρμόστηκε σε 896 μελέτες, 889 από τα οποίες αποκλείστηκαν και 7 από τα οποίες πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης. Η διερεύνηση της βιβλιογραφίας παρουσιάζεται στο Διάγραμμα Ροής. Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα. Οι Zhu et al (2020) εστίασαν στην μη προγραμματισμένη ακύρωση/αναβολή της χειρουργικής επέμβασης, η οποία είναι ένα σημαντικό ζήτημα διαχείρισης της ποιότητας κατά τη διάρκεια της υγειονομικής περίθαλψης για χειρουργική επέμβαση ασθενών. Η μη προγραμματισμένη ακύρωση/αναβολή προκαλεί ακατάλληλη χρήση νοσοκομειακών πόρων και έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών. Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε τη Lean/Six Sigma μέθοδο, για μείωση της συχνότητας των αναβολών των χειρουργικών επεμβάσεων. Ακολουθώντας τη Lean Six Sigma (ορισμός, μέτρηση, ανάλυση, βελτίωση και διαδικασία ελέγχου), εντοπίστηκαν οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τις αναβολές, όπως ο χρόνος ενημέρωσης της εισαγωγής του ασθενούς, η ώρα υποβολής της ειδοποίησης για χειρουργική επέμβαση και η διαχείριση της παρακολούθησης της διαδικασίας. Ενώ, η επίπτωση των αναβολών μειώθηκε από 10,21% τον Ιανουάριο του 2016 σε 3,8% τον Δεκέμβριο του 2016, η βαθμολογία Z αυξήθηκε από 1,25 σε 1,68, η οποία βελτίωσε την ασφάλεια των ασθενών και απέδειξε ότι το Lean Six Sigma ήταν μια αποτελεσματική μέθοδος για την επίλυση ζητημάτων στο νοσοκομείο (Zhu et al 2020).

Οι Shah et al (2019) χρησιμοποίησαν τη μεθοδολογία Six Sigma στον εντοπισμό των ελλείψεων στην υφιστάμενη μετεγχειρητική διαδικασία παράδοσης του ασθενούς. Μια τυποποιημένη συνδυαστική διαδικασία παράδοσης συμπεριλαμβανομένης μιας γραπτής λίστας ελέγχου και των ηλεκτρονικών σημειώσεων για τον ασθενή ήταν η παρέμβαση και η εφαρμογή της lean/six sigma μεθοδολογίας, για την μείωση των λαθών και των παραλείψεων. Έγιναν άμεσες παρατηρήσεις παραδόσεων για τον προσδιορισμό της ακριβούς αναφοράς και της διάρκειας παράδοσης. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια της παράδοσης, όπως εμφανίστηκε μεταξύ των κοόρτων (6,8 λεπτά έναντι 6,1 λεπτών, διαφορά 0,5 λεπτών • διαστήματα εμπιστοσύνης 95%  $j$ 2,8 έως 3,7;  $p =$

0,78) (Shah et al 2019).

Οι Molla et al (2018) εστίασαν στο χρόνο λήψης του εξιτηρίου, μετά από μία χειρουργική επέμβαση. Σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο 627 κλινών, μετά τον καθορισμό των προβλημάτων γύρω από το εξιτήριο και την εφαρμογή των νέων μεθοδολογιών, φάνηκε ότι το ποσοστό των εντολών εξιτηρίου που γινόντουσαν από τις 10:00 π.μ. αυξήθηκε κατά 21,3 μονάδες ( $p < 0,001$  • προσαρμοσμένος λόγος αποδόσεων [OR] = 2,62, διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI] = 1,91–3,59) και το ποσοστό των ασθενών που έλαβαν εξιτήριο, μέχρι το μεσημέρι αυξήθηκε κατά 7,5 μονάδες ( $p = 0,001$  • προσαρμοσμένο OR = 1,70 • 95% CI 1.15–2.51). Δεν υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στο ποσοστό επανεισαγωγής των ασθενών έως και 30 ημέρες από το εξιτήριο (Molla et al 2018).

Οι Montella et al (2017) εφάρμοσαν τη μεθοδολογία για τη μείωση των χειρουργικών λοιμώξεων. Η μεθοδολογία εφαρμόστηκε στο τμήμα γενικής χειρουργικής. Στοιχεία για περισσότερους από 20.000 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ένα ευρύ φάσμα χειρουργικών επεμβάσεων από το 2011 έως το 2014 συλλέχθηκαν, για τη διεξαγωγή της μελέτης. Η μεθοδολογία επέτρεψε την ταυτοποίηση μεταβλητών που επηρέασαν τον κίνδυνο εμφάνισης αυτών των λοιμώξεων και την εφαρμογή διορθωτικών ενεργειών για βελτίωση της φροντίδας, μειώνοντας έτσι το ποσοστό των λοιμώξεων. Η βελτιωμένη διαδικασία είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση κατά 20% του μέσου αριθμού των ημερών νοσηλείας όσο και του αριθμού των ασθενών που πάσχουν από χειρουργικές λοιμώξεις (Montella et al 2017).

Τέλος, οι Improta et al (2015) παρατήρησαν ότι το 2012, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στην Ιταλία ανήλθαν σε 114,5 ευρώ δισεκατομμύρια, αντιπροσωπεύοντας το 7,2% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕγχΠ) και το 14,2% του συνόλου σε δημόσιες δαπάνες. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να δείξει ότι το Lean/Six Sigma αντιπροσωπεύει μία κατάλληλη μεθοδολογία για την ανάπτυξη μιας κλινικής οδού που επιτρέπει την βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση του κόστους των ορθοπαιδικών χειρουργικών επεμβάσεων. Η μελέτη έδειξε ότι η διάρκεια της παραμονής του ασθενούς μειώθηκε από 18,9 σε 10,6 ημέρες (44%). Αυτό το άρθρο έδειξε ότι δεν υπάρχει αντιστάθμιση μεταξύ ποιότητας και κόστους. Η Lean/Six Sigma μεθοδολογία φάνηκε να βελτιώνει την ποιότητα και, ταυτόχρονα, να μειώνει το κόστος (Improta et al 2015).

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το χειρουργείο είναι ο οικονομικός κόμβος οποιουδήποτε νοσοκομείου και η μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας του χειρουργείου έχει σημαντικές επιπτώσεις στην εξοικονόμηση του κόστους, την ικανοποίηση των ασθενών και το ηθικό της ομάδας. Κατά την τελευταία

δεκαετία, οι αρχές και οι διαδικασίες όπως το Lean και το Six Sigma έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του χειρουργείου. Παρόλο που η χαρτογράφηση διαδικασιών για κάθε βήμα του ταξιδιού του ασθενούς από την προεγχειρητική επίσκεψη στην μετεγχειρητική νοσηλεία είναι χρονοβόρα διαδικασία, μπορεί να έχει πολλαπλασιαστικά οφέλη που εκτείνονται από την εξοικονόμηση κόστους έως τη διατήρηση της εστίασης στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών (Chai et al 2017).

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση είχε ως στόχο να διερευνήσει τη χρησιμότητα των δύο μεθοδολογιών Lean και Six Sigma, για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών κατά τη περιεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς. Οι μελέτες εστίασαν σε στόχους, που παρέχουν κατανόηση αυτών των τεχνικών σε όλο το χειρουργικό μονοπάτι του ασθενούς. Τα ευρήματα αυτής της ανασκόπησης δείχνουν έναν ρόλο για τις Lean και Six Sigma μεθοδολογίες στο πλαίσιο της χειρουργικής επέμβασης, με σημαντικές βελτιώσεις, καταδεικνύοντας μια ποικιλία αποτελεσμάτων των ασθενών, που προσέρχονται για χειρουργική επέμβαση.

Πολλές από τις μεθοδολογίες, ιδίως το Six Sigma απαιτούν σημαντική συλλογή δεδομένων και προσωπικό με κατάλληλη εκπαίδευση στην εφαρμογή της μεθοδολογίας και στη στατιστική ανάλυση. Σαφώς, εάν η μεγάλη εξοικονόμηση κόστους μπορεί να γίνει, υπάρχει ένα επιχείρημα για επενδύσεις στην εκπαίδευση του προσωπικού και στην τεχνολογία, για να βοηθήσουν αυτή τη διαδικασία. Μια αλλαγή στην προσέγγιση, εφαρμόζοντας έννοιες της συμπεριφορικής οικονομίας, θα μπορούσε να είναι σημαντική για τη δημιουργία ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρο το οργανωτικό επίπεδο, με προτεραιότητα και όχι αποδοχή μεμονωμένων διαφορετικών έργων.

Στο τρέχον περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της περιεγχειρητικής φροντίδας είναι ουσιαστικό στοιχείο της χρηματοδότησης και της βιωσιμότητας ενός νοσοκομείου. Εδώ αναφέρεται η εφαρμογή της μεθοδολογίας Lean/Six Sigma ως μέσο βελτίωσης της αποτελεσματικότητας της χειρουργικής διαδικασίας σε πολλές χειρουργικές ειδικότητες. Οι αλλαγές της διαδικασίας οδήγησαν σε σημαντικές βελτιώσεις στην αποδοτικότητα και την ικανοποίηση του προσωπικού, την ασφάλεια και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στον ασθενή, αλλά και στο οικονομικό όφελος των συστημάτων υγείας.

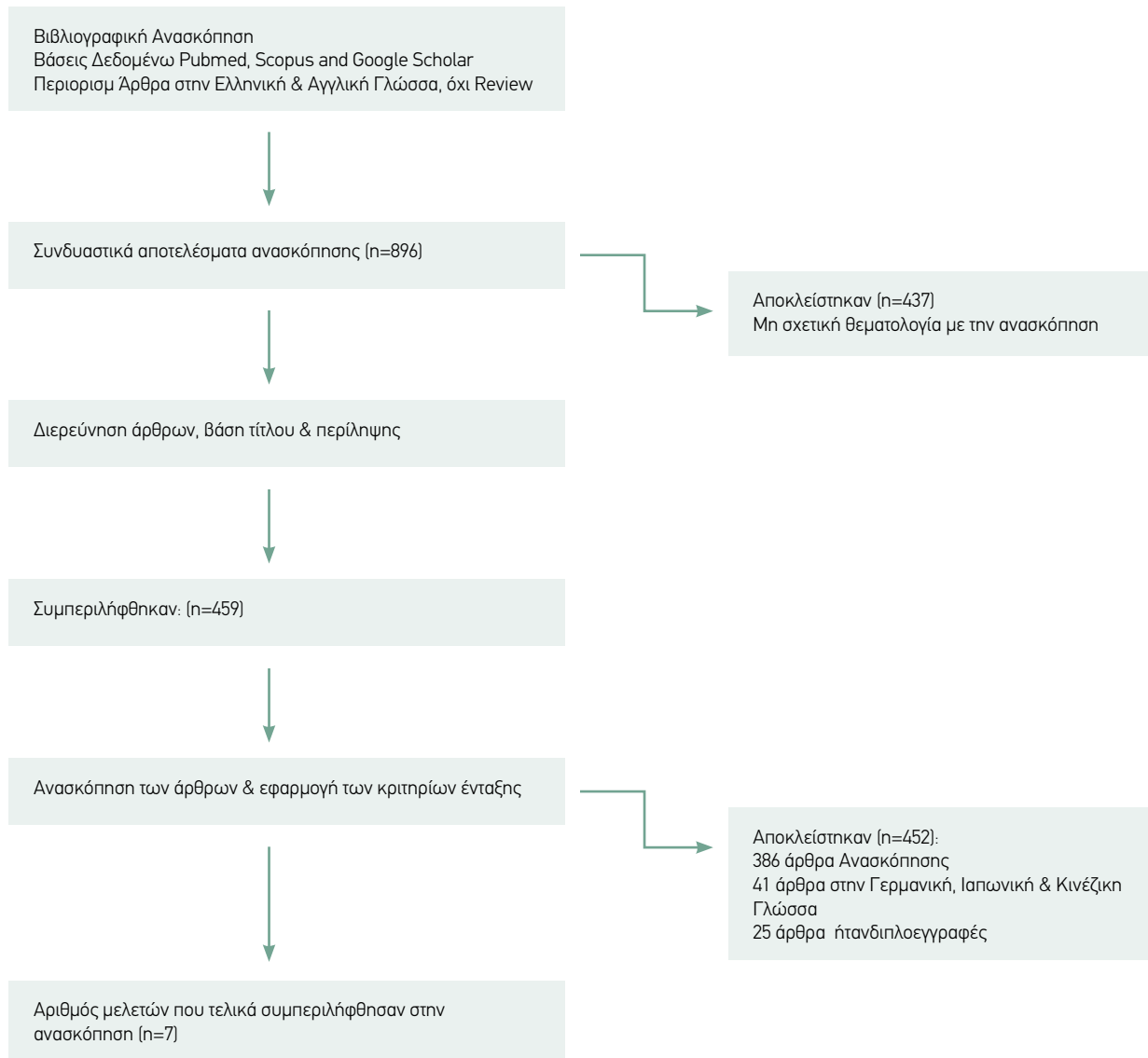
### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τόσο η Lean όσο και η Six Sigma μεθοδολογία προέρχονται από τη βιομηχανία παραγωγής προϊόντων και έχουν μεγάλα πλεονεκτήματα στην εξάλειψη των προβλημάτων και ατελειών κατά την παραγωγή αυτών. Όμως, με την αύξηση των απαιτήσεων του ασθενούς, τα συστήματα υγείας έχουν οδηγηθεί στην εμπάθυνση της μεταρρύθμισης των διαδικασιών τους, ώστε να επιδιώκουν συνεχώς την ισόρροπη ανάπτυξη ποιότητας, κόστους και ταχύτητας. Η εφαρμογή του Lean/Six Sigma στις υπηρεσίες υγείας έχει μεγάλες δυνατότητες. Η χρήση των μεθοδολογιών Lean και Six Sigma αύξησε την αποδοτικότητα των χειρουργείων και την οικονομική απόδοση σε ολόκληρη τη λειτουργική μονάδα. Η χαρτογράφηση διαδικασιών, η ηγετική υποστήριξη, η εμπλοκή του προσωπικού και η κοινή χρήση μετρήσεων απόδοσης είναι κλειδιά για την ενίσχυση της αποδοτικότητας. Τα κέρδη απόδοσης είναι σημαντικά, βιώσιμα, θετικά οικονομικά και μεταπίπτουν στην λειτουργία όλου του νοσοκομείου. Προτείνεται η θεσμική υιοθέτηση αυτής της μεθοδολογίας, με επιπλέον μελέτη των πρακτικών, εκπαιδευτικών και οικονομικών οφελών της μετά από ευρεία εφαρμογή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Brown, R., Grehan, P., Brennan, M., Carter, D., Brady, A., Moore, E., Teeling, S.P., et al. (2019), "Using Lean Six Sigma to improve rates of day of surgery admission in a national thoracic surgery department", *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, Vol. 31 No. 1, pp. 14–21.
- Chai, Z.Y., Hu, H.M., Ren, X.L., Zeng, B.J., Zheng, L.Z. and Qi, F. (2017), "Applying Lean Six Sigma methodology to reduce cesarean section rate", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 23 No. 3, pp. 562–566.
- Hultman, C.S., Kim, S., Lee, C.N., Wu, C., Dodge, B., Hultman, C.E., Tanner Roach, S., et al. (2016), "Implementation and analysis of a lean six sigma program in microsurgery to improve operative throughput in perforator flap breast reconstruction", *Annals of Plastic Surgery*, Vol. 76 No. June, pp. S352–S356.
- Improta, G., Balato, G., Romano, M., Carpentieri, F., Bifulco, P., Alessandro Russo, M., Rosa, D., et al. (2015), "Lean Six Sigma: A new approach to the management of patients undergoing prosthetic hip replacement surgery", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 21 No. 4, pp. 662–672.
- Molla, M., Warren, D.S., Stewart, S.L., Stocking, J., Johl, H. and Sinigayan, V. (2018), "A Lean Six Sigma Quality Improvement Project Improves Timeliness of Discharge from the Hospital", *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Elsevier Inc., Vol. 44 No. 7, pp. 401–412.
- Montella, E., Di Cicco, M.V., Ferraro, A., Centobelli, P., Raiola, E., Triassi, M. and Improta, G. (2017), "The application of Lean Six Sigma methodology to reduce the risk of healthcare-associated infections in surgery departments", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 23 No. 3, pp. 530–539.
- Polanski, W.H., Martin, K.D., Günther, S., Schackert, G., Klingelhofer, L., Fauser, M., Storch, A., et al. (2018), "Application of the Six Sigma concept for quality assessment of different strategies in DBS surgery", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 30 No. 10, pp. 760–768.
- Scalas, A. and Yoshida, N. (2018), "Multiparty session types, beyond duality", *Journal of Logical and Algebraic Methods in Programming*, Elsevier Inc., Vol. 97, pp. 55–84.
- Shah, A.C., Herstein, A.R., Flynn-O'Brien, K.T., Oh, D.C., Xue, A.H. and Flanagan, M.R. (2019), "Six Sigma Methodology and Postoperative Information Reporting: A Multidisciplinary Quality Improvement Study With Interrupted Time-Series Regression", *Journal of Surgical Education*, Elsevier Inc., Vol. 76 No. 4, pp. 1048–1067.
- Suman, G., Prajapati, D.R. and Bansawal, R.K. (2020), "Determining Bottlenecks in Length of Stay for Intestinal Obstruction Patients in Surgery Using Lean and Six Sigma", *American Journal of Medical Quality*, p. 915274.
- Zhu, L.F., Qian, W.Y., Zhou, G., Yang, M., Lin, J.J., Jin, J.L., Dong, S.J., et al. (2020), "Applying Lean Six Sigma to Reduce the Incidence of Unplanned Surgery Cancellation at a Large Comprehensive Tertiary Hospital in China", *Inquiry (United States)*, Vol. 57, available at: <https://doi.org/10.1177/0046958020953997>.

### Διάγραμμα Ροής της Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης



**Πίνακας. Αποτελέσματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης**

Α/ Συγγραφείς/ α Χρονολογία	Τύπος/ Δείγμα	Μεθοδολογία Σχεδιασμός	Σκοπός Μελέτης	Αποτελέσματα
<b>1 Zhou et al., 2020</b>	N= 30139 χειρουργικές επεμβάσεις με N=2897 αναβολές για ποικίλους λόγους σε Νοσοκομείο της Κίνας	Προοπτική Μελέτη	Επίλυση διατμηματικών προβλημάτων για μη προγραμματισμένη αναβολή χειρουργείων με τη εφαρμογή της μεθόδου six sigma	Βελτίωση των υγειονομικών διαδικασιών
<b>2 Shah et al., 2019</b>	Μεταναισθητική Μονάδα ΗΠΑ N= 82 Ειδικευόμενοι Αναισθησιολόγοι N= 139 Χειρουργοί N=57 Nurse-Anesthetist N= 139 Νοσηλεύτές Αναισθησιολογικού Τμήματος	Προοπτική Μελέτη	Εφαρμογή μεθόδου Sixsigma για την πρόληψη λαθών κατά την παράδοση-παραλαβή ασθενούς από τμήμα σε τμήμα	Βελτίωση της αναφοράς πληροφοριών
<b>3 Molla et al., 2018</b>	N=627 κλίνες που αντιστοιχούν σε 14 χειρουργικά τμήματα σε Νοσοκομείο των ΗΠΑ	Προοπτική Μελέτη	QI program βασισμένο στο lean sixsigma για την πρόληψη προβλημάτων του ασθενούς κατά το εξιτήριο	Οι ασθενείς λάβανε εξιτήριο νωρίτερα του προβλεπόμενου χρόνου
<b>4 Polanski et al., 2018 (Polanski et al., 2018)</b>	N= 2184 ασθενείς με νόσο Parkinson που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση είτε με τοπική είτε με γενική αναισθησία	Μετά- ανάλυση	Συγκριτική μελέτη για την μείωση των επιπλοκών και βελτίωση του χειρουργικού αποτελέσματος με την εφαρμογή της six sigma μεθόδου στην ομάδα παρέμβασης	Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες
<b>5 Montella et al., 2017</b>	2 περίοδοι σύγκρισης	Συγκριτική Μελέτη	Μείωση των χειρουργικών λοιμώξεων με την εφαρμογή της sixsigma μεθόδου	Μείωση 20% των λοιμώξεων την περίοδο εφαρμογής της μεθόδου
<b>6 Hultman et al., 2016 (Hultman et al., 2016)</b>	168 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση μαστού	Προοπτική Μελέτη	3 φάσεις εφαρμογής της μεθόδου six sigma για μείωση του προχειρτητικού και διεγχειρητικού χρόνου	Η εφαρμογή της μεθόδου ήταν επιτυχής με ασφάλεια για τον ασθενή και οικονομικά οφέλη
<b>7 Improta et al., 2015</b>	Διατμηματική επικοινωνία για ασθενείς που υποβάλλονται σε ορθοπεδικές επεμβάσεις	Προοπτική Μελέτη	LSS project για βελτίωση της ποιότητας	Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και ταυτόχρονη μείωση του κόστους



# Implementation of lean management/Six Sigma in patients' perioperative care

Maria Kapritsou<sup>1</sup>, Maria Gamvrouli<sup>2,3</sup>, Vasiliki Papanikolaou<sup>4</sup>

1. Anesthesiology Department, GAONA "Saint Savvas", Day Care Clinic "N. Kourkoulos", Athens, Greece

2. General Hospital of Nikaia- Piraeus "Agios Panteleimon", Nikaia, Greece

3. National and Kapodistrian University of Athens, School of Health Sciences, Department of Nursing, Athens, Greece

4. Department of Public Health Policy, Faculty of Public Health, University of West Attica, Athens, Greece

## ABSTRACT

**Aim:** During healthcare management in hospitals, many unforeseen events can affect patient's surgical safety and experience, causing discomfort both him and his family, simultaneously wasting surgery resources and reducing its efficiency. Healthcare professionals in every hospital should consider perioperative care of patient as an important issue and its systematic improvement should be required. The aim of this review was to highlight the Lean Management and Six Sigma methods in patients' perioperative care.

**Material-Method:** A systematic review was conducted in the electronic databases Medline / Pubmed, Scopus, Embase and Cochrane Library from 2015 to 2020. The keywords were lean management, six sigma, lean / six sigma surgery, lean / six sigma perioperative care. The inclusion criteria were studies directly related to the subject in English, published in peer-reviewed journals.

**Results:** The search strategy was applied to 896 studies, 889 of which were excluded and 7 of which met the inclusion criteria. Lean and Six Sigma methodologies increased the efficiency of the operating room staff, as well as the financial performance of the entire operating unit. Process mapping, leadership, and staff satisfaction are keys to enhance patient's safety.

**Conclusions:** The implementation of Lean / Six Sigma in health services has great potential. It is proposed the institutional adoption of this methodology, with additional research of its practical, educational and financial benefits after wide implementation.

**Key words:** lean management, six sigma, lean/six sigma surgery, lean/six sigma perioperative care

Corresponding author: Maria Kapritsou  
e-mail: mariakaprit@gmail.com

Date of submission: 16/04/2021  
Publication date: December 2021

Citation: Kapritsou M., Gamvrouli M. & Papanikolaou V. (2022). Implementation of lean management/Six Sigma in patient's perioperative care. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(4):26-33, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202144>

# Η αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής παρέμβασης για τη σεξουαλική αγωγή σε εκπαιδευτικούς Δημοτικής εκπαίδευσης και επισκέπτες υγείας στην Κύπρο

Αναστασία Χριστοφή

Δρ., Συνεργαζόμενο Εκπαιδευτικό Προσωπικό της Σχολής Επιστημών της Αγωγής του Πανεπιστημίου Frederick, Κύπρος

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτή. Καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία του προγράμματος διαδραματίζει η εκπαίδευση του εκπαιδευτή στον τομέα αυτό.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του βαθμού της αποτελεσματικότητας της εκπαιδευτικής παρέμβασης για τη σεξουαλική αγωγή σε εκπαιδευτές σεξουαλικής αγωγής (επισκέπτες υγείας και εκπαιδευτικούς) στη Δημοτική Εκπαίδευση στην Κύπρο και η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της μεταξύ τους συνεργασίας στη διδασκαλία του θέματος.

**Μεθοδολογία:** Το δείγμα για την εκπαιδευτική παρέμβαση αποτελείται από 18 άτομα (12 επισκέπτριες υγείας και 6 εκπαιδευτικούς). Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ημιδομημένο ερωτηματολόγιο (πριν και μετά την παρέμβαση), η κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης και τα πρωτόκολλα παρατήρησης και συνέντευξης. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο ανάλυσης δεδομένων SPSS version 22 και συγκεκριμένα οι μέθοδοι κατανομής συχνότητας (αθροιστική συχνότητα), ανάλυση t-test για εξαρτημένα δείγματα και ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκαν διαφορές στους μέσους όρους πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση στις αντιλήψεις του δείγματος για τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτή σεξουαλικής αγωγής (20.27/23.00) και του επίπεδου στο οποίο κατατάσσει τον εαυτό του το δείγμα σε αυτά τα χαρακτηριστικά (18.88/21.33), οι οποίες ήταν στατιστικά σημαντικές ( $p=0.40$ ,  $p=0.03$  αντίστοιχα). Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι το δείγμα στην πλειονότητά του επιθυμεί τη συνεργασία στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα που προκύπτουν εισηγούνται ότι η εκπαιδευτική παρέμβαση που εφαρμόστηκε ήταν αποτελεσματική δεδομένου ότι αυτή φάνηκε να βελτιώνει τις αντιλήψεις, τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις ικανότητες και την άνεση του δείγματος στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής. Επιπλέον, για αποτελεσματικότερη διδασκαλία του θέματος διαπιστώθηκε η ανάγκη συνεργασίας των εκπαιδευτικών και επισκεπτών/τριών υγείας. Ως εκ τούτου, διαφαίνεται η αναγκαιότητα παροχής προϋπηρεσιακής και ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης για θέματα σεξουαλικής αγωγής σε επαγγελματίες που εφαρμόζουν σχετικά προγράμματα στα σχολεία, καθώς και η ενθάρρυνση της μεταξύ τους συνεργασίας.

**Λέξεις Κλειδιά:** Σεξουαλική αγωγή, εκπαίδευση εκπαιδευτών, εμπόδια στη σεξουαλική αγωγή, χαρακτηριστικά εκπαιδευτών

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αναστασία Χριστοφή  
e-mail: chrjana@cytanet.com.cy

Ημερομηνία υποβολής: 27/03/2021  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Δεκέμβριος 2021

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη της συγγραφέως.

Αναφορά του άρθρου ως: Χριστοφή Α. (2022). Η αποτελεσματικότητα της εκπαιδευτικής παρέμβασης για τη σεξουαλική αγωγή σε εκπαιδευτικούς Δημοτικής εκπαίδευσης και επισκέπτες υγείας στην Κύπρο. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 14(4): 34-46, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202145>

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής εξαρτάται και από την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτή που την υλοποιεί
- Ο ρόλος της επιμόρφωσης/εκπαίδευσης του εκπαιδευτή σεξουαλικής αγωγής είναι καθοριστικός στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος σεξουαλικής αγωγής
- Η επιμόρφωση βελτιώνει τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις ικανότητες και την προσωπική άνεση του δειγματος στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής
- Η ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών Δημοτικής Εκπαίδευσης και Επισκεπτών Υγείας είναι επιτακτική

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, στις περισσότερες χώρες, η Αγωγή και Προαγωγή Υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης. Πληθώρα στρατηγικών και προληπτικών προγραμμάτων, τα οποία εστιάζουν σε διάφορα θέματα υγείας, έχουν αναπτυχθεί από διεθνείς οργανισμούς, με στόχο την προστασία, τη βελτίωση και την προαγωγή της υγείας. Η σεξουαλική αγωγή αποτελεί σημαντική ενότητα της Αγωγής Υγείας, που διεξάγεται στο πλαίσιο του σχολείου, διασφαλίζοντας ότι τα παιδιά και οι έφηβοι μέσω εμπειριών τυπικής και άτυπης μορφής, αποκτούν τις απαραίτητες γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες, αξίες και συμπεριφορές ώστε να μπορούν να πάρουν καλά πληροφορημένες αποφάσεις, που θα συμβάλουν στη διαφύλαξη και προαγωγή της υγείας τους. Η ένταξη της Αγωγής Υγείας, και ειδικότερα της σεξουαλικής αγωγής, στα αναλυτικά προγράμματα από πολύ μικρή ηλικία είναι σημαντική, δεδομένου ότι επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε θέματα όπως η σεξουαλική κακοποίηση, η δημιουργία υγιών σχέσεων, η ανάπτυξη δεξιοτήτων κ.α. (Walsh et al 2018, Li et al 2017, Pound 2017, Blaise 2009).

Πληθώρα ερευνών αναφέρουν ότι η αυτοπεποίθηση, η επαγγελματική ανάπτυξη, οι ειδικές δεξιότητες, οι αντιλήψεις, οι στάσεις και οι ικανότητες των εκπαιδευτών είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος σεξουαλικής αγωγής (Vamos et al 2020, Xiong et al, 2020, Johnson et al 2014, Duffy et al 2013, Kimmel et al 2013, Formby et al 2010, Parker et al 2009). Ως εκ τούτου, η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής εξαρτάται, μεταξύ άλλων παραγόντων, και από την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτή (Cohen et al 2012). Επιπλέον, η εστίαση των νέων στον τρόπο με τον οποίο παρέχονται τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής, αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο εκπαιδευτής σεξουαλικής αγωγής. Διάφορες έρευνες, αναφέρουν ότι νεαρά άτομα δήλωσαν προτίμηση στους εκπαιδευτές σεξουαλικής αγωγής

που είναι άρτια καταρτισμένοι, επαγγελματίες και έχουν άνεση στον χειρισμό ευαίσθητων θεμάτων όπως είναι τα σεξουαλικά θέματα (Οικογενειακός Προγραμματισμός 2014(β), Kimmel et al 2013, Kanahols et al 2011, O'Higgins & Gabhain, 2010, Sex education Forum 2008).

Η εφαρμογή της διεπιστημονικής προσέγγισης στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής επιβάλλεται από τη φύση και το περιεχόμενο των θεμάτων που καλύπτονται, τα οποία προέρχονται από διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα (π.χ. υγεία, βιολογία, επιδημιολογία, ψυχολογία, κοινωνιολογία κ.τ.λ.) (Στάππα - Μουρτζίνη 2010). Πολλές έρευνες εστιάζουν στην ανάγκη εφαρμογής της διεπιστημονικής συνεργασίας στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής και αναφέρουν ότι αρέσει στους νέους να διδάσκονται το θέμα από ειδικούς –επαγγελματίες υγείας καθώς οι ειδικοί τείνουν να είναι λιγότερο επικριτικοί, περισσότερο ενημερωμένοι και καλύτεροι στην παροχή της σεξουαλικής αγωγής από τους εκπαιδευτικούς (Vamos et al 2020, Francis & De Palma 2015, Wood et al 2015, Formby 2010, Kimmel et al 2013, MacDonald et al 2011, O'Higgins & Gabhain, 2010). Επιπλέον, ευρήματα ερευνών αναφέρουν ότι οι ειδικοί σεξουαλικής αγωγής έκαναν τους μαθητές να αισθάνονται μεγαλύτερη εμπιστευτικότητα και λιγότερη αμηχανία λόγω της ανωνυμίας τους ή της μη στενής σχέσης μαζί τους (Kanahols et al 2011, Van Teijlingen et al., 2007).

Η σημασία του ρόλου της εκπαίδευσης-επιμόρφωσης στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτών σεξουαλικής αγωγής έχει διαπιστωθεί από πληθώρα ερευνών (Rhodes et al 2013, Hammig et al 2011, Menmuir & Kakavoulis 1999). Διάφορες μελέτες εισηγούνται ότι οι εκπαιδευτικοί που έχουν μεγαλύτερη ακαδημαϊκή προετοιμασία γύρω από θέματα σεξουαλικής αγωγής και που αντιλαμβάνονται τη δική τους σεξουαλική παιδεία ως επαρκή, αισθάνονται πιο ικανοί, πιο άνετοι και έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση να διδάξουν τέτοιου είδους θέματα (Hammig et al 2011, Sarma et al 2013). Επίσης, κάνουν πολύ μεγαλύτερη χρήση διαδρα-

στικών και συμμετοχικών μεθόδων διδασκαλίας συγκριτικά με τους μη εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς (Wood et al 2015, Sarma et al 2013), χρησιμοποιώντας κυρίως τη μέθοδο της συζήτησης και της ομαδικής εργασίας.

Ωστόσο, παρόλο που έχει διαπιστωθεί η ευεργετική επίδραση της εκπαίδευσης-επιμόρφωσης στην αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτών σεξουαλικής αγωγής εντούτοις, ακόμα και σήμερα, στις πλείστες χώρες, αυτή κρίνεται από ανεπαρκής έως ανύπαρκτη, γεγονός που αποτελεί για τους εκπαιδευτές ένα από τα βασικότερα εμπόδια στη διδασκαλία του θέματος (Francis et al 2015, Johnson et al 2014, Smith et al 2011, Apostolidou & Fontana 2003, Αυγερινού 2010, Γερούκη 2011). Επομένως, με βάση τα ευρήματα διεθνών ερευνών για ανεπαρκή εκπαίδευση των εκπαιδευτών σεξουαλικής αγωγής και την έλλειψη ερευνών για το θέμα αυτό στην Κύπρο, η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της παρούσας εκπαιδευτικής παρέμβασης κρίνεται σημαντική.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η αξιολόγηση του βαθμού της αποτελεσματικότητας της εκπαιδευτικής παρέμβασης που εφαρμόστηκε σε εκπαιδευτικούς δημοτικής εκπαίδευσης και επισκέπτες υγείας στην Κύπρο. Οι στόχοι της εκπαιδευτικής παρέμβασης είναι να εκτιμήσει κατά πόσο αυτή βελτιώνει τις αντιλήψεις του δείγματος για τη σεξουαλική αγωγή και παράλληλα να διερευνήσει κατά πόσο το δείγμα θεωρεί αναγκαία τη συνεργασία μεταξύ των δύο αυτών επιστημονικών κλάδων για τη διδασκαλία του θέματος.

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο πριν και μετά την παρέμβαση για ποσοτική διερεύνηση των αντιλήψεων του δείγματος και ακολούθως της επίδρασης της εκπαιδευτικής παρέμβασης στις αντιλήψεις του δείγματος για τη σεξουαλική αγωγή. Πριν τη διεξαγωγή της μελέτης, έγινε πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε 7 άτομα (5 εκπαιδευτικούς και 2 επισκέπτες υγείας) ώστε να ελεγχθεί κατά πόσον η διατύπωση των ερωτήσεων είναι ακριβής και κατανοητή, εάν η διάταξη των ερωτήσεων ήταν ορθή και για να γίνει μια πρώτη εκτίμηση της εγκυρότητας περιεχομένου. Διαφάνηκε ότι υπήρξε δυσκολία στην κατανόηση δύο ερωτήσεων και έγιναν οι ανάλογες διορθώσεις. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο του 2020. Στη συνέχεια έγινε ποιοτική ανάλυση των δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν μέσω της παρατήρησης και των συνεντεύξεων.

Το δείγμα της εκπαιδευτικής παρέμβασης αποτέλεσαν 18 άτομα τα οποία παρακολούθησαν πέντε τρίωρα βιωματικά εργαστήρια με σκοπό την επιμόρφωσή τους στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής. Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας, δηλαδή δημιουργήθηκε ένα

δείγμα με επισκέπτριες υγείας και εκπαιδευτικούς που εθελοντικά δέχτηκαν να συμμετέχουν στην μελέτη και ήταν άμεσα προσβάσιμοι. Ο αρχικός αριθμός των ατόμων που εκδήλωσαν ενδιαφέρον ήταν 26 (12 εκπαιδευτικοί και 14 επισκέπτριες υγείας). Τελικά, μόνο 18 άτομα συμμετείχαν στην εκπαιδευτική παρέμβαση, καθώς 8 άτομα ακύρωσαν για προσωπικούς λόγους τη συμμετοχή τους (ποσοστό ανταπόκρισης  $RR=69,2$ ).

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν πρωτογενή και δευτερογενή δεδομένα. Η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου πριν και μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση τον Ιούνιο του 2020. Η διανομή των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια, η οποία ενημέρωσε τους συμμετέχοντες και επέλυσε απορίες πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία: α) το ημιδομημένο ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση των αντιλήψεων του δείγματος για τη σεξουαλική αγωγή, β) η ελληνική κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης γ) πρωτόκολλο παρατήρησης και δ) πρωτόκολλο συνέντευξης.

Μετά από μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας, ως καταλληλότερο για την αξιολόγηση της παρούσας εκπαιδευτικής παρέμβασης κρίθηκε το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από την κ. Γερούκη το 2011. Ακολούθως, έγινε διαφοροποίηση του ερωτηματολογίου και προσθήκη κάποιων ερωτήσεων που εξυπηρετούσαν τον σκοπό της εκπαιδευτικής παρέμβασης. Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο που προέκυψε, αποτελείται από 7 βασικές κατηγορίες δηλώσεων (παραγόντων) και επιπλέον κάποιες άλλες δηλώσεις. Η ελληνική κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης που επιλέχθηκε δημιουργήθηκε από τον κ. Ευστράτιο Παπάνη το 2011.

Το είδος της παρατήρησης που χρησιμοποιήθηκε για την εν λόγω έρευνα ήταν η συμμετοχική παρατήρηση (Ζαφειροπούλου 2015). Κατά τη διάρκεια και των πέντε βιωματικών εργαστηρίων (εκπαιδευτική παρέμβαση), η ερευνήτρια και μια ακόμα εκπαιδευτικός συμμετείχαν και ταυτόχρονα κατέγραφαν τις διάφορες παρατηρήσεις των 18 συμμετεχουσών με βάση το πρωτόκολλο παρατήρησης που χρησιμοποιήθηκε.

Στην παρούσα μελέτη, πραγματοποιήθηκαν 4 ημιδομημένες συνεντεύξεις (2 εκπαιδευτικοί και 2 επισκέπτριες υγείας) σύμφωνα με το πρωτόκολλο συνέντευξης, με σκοπό την εις βάθος διερεύνηση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών για τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις ήταν πολύ σημαντικά καθώς έγινε μια εις βάθος συζήτηση των θεμάτων, κάτι που δεν επιτεύχθηκε με το ερωτηματολόγιο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, τον εμπλουτισμό των διαφόρων θεμάτων της σεξουαλικής αγωγής με περισσότερα δεδομένα. Επιπλέον, ο συνδυασμός των δύο

εργαλείων (ερωτηματολογίου και συνέντευξης), αποκάλυψε ποιοτικά αλλά και ποσοτικά δεδομένα για το υπό μελέτη θέμα. Τέλος, οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν και στη συνέχεια έγινε κωδικοποίηση και ανάλυσή τους.

Το πρόγραμμα επιμόρφωσης περιλάμβανε 5 τρίωρες συναντήσεις (βιωματικά εργαστήρια), κατά τη διάρκεια των οποίων χρησιμοποιήθηκε η ενεργητική/βιωματική μέθοδος εκπαίδευσης, όπως υπόδυση ρόλων, σενάρια, κουτί ερωτήσεων κ.α. Για τη χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου και της κλίμακας μέτρησης της αυτοεκτίμησης, εξασφαλίστηκαν, μέσω ηλεκτρονικής επικοινωνίας, οι αντίστοιχες άδειες από τους συγγραφείς. Επιπλέον, ελήφθη σχετική άδεια από το Κέντρο Εκπαιδευτικής Έρευνας και Αξιολόγησης (Κ.Ε.Ε.Α.) του Υπουργείου Παιδείας της Κύπρου για χρήση του ερωτηματολογίου. Τέλος, εξασφαλίστηκε ενυπόγραφη συγκατάθεση των συμμετεχόντων στα βιωματικά εργαστήρια και στις συνεντεύξεις.

Τα ποσοτικά δεδομένα της μελέτης αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS version 22. Η στατιστική ανάλυση περιλαμβάνει την περιγραφική και την επαγωγική στατιστική. Όσον αφορά την περιγραφική στατιστική, τα προσωπικά δεδομένα εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας την κατανομή συχνότητας (αθροιστική συχνότητα). Όσον αφορά την επαγωγική στατιστική, οι δηλώσεις σχετικά με τις αντιλήψεις του δείγματος για τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτών σεξουαλικής αγωγής, το επίπεδο στο οποίο κατατάσσουν τον εαυτό τους σε αυτά τα χαρακτηριστικά, τα αποτελέσματα της σεξουαλικής αγωγής στα παιδιά, τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής και τους τρόπους συνεργασίας μεταξύ των δυο επαγγελματικών κλάδων, αναλύθηκαν με

τη χρήση της ανάλυσης t-test για εξαρτημένα δείγματα. Όσον αφορά την ποιοτική ανάλυση των δεδομένων, μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας συλλογής ποιοτικών δεδομένων, έγινε απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων (στάδιο 1). Ακολούθησε η μελέτη των δεδομένων που συλλέχθηκαν και η κωδικοποίησή τους (στάδιο 2). Μετά την κωδικοποίηση έγινε καταγραφή των στοιχείων κάτω από τις αντίστοιχες ενότητες (στάδιο 3). Τέλος, έγινε παρουσίαση των ευρημάτων και σύνδεσή τους με τη σχετική βιβλιογραφία (στάδιο 4). Για την ανάλυση των δεδομένων της παρατήρησης ακολουθήθηκε η ίδια διαδικασία.

Η διασφάλιση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου που αποτελεί την ποσοτική μελέτη, έγινε με τη χρήση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας, με το συντελεστή Cronbach's Alpha, όπου το σύνολο των ερωτήσεων/δηλώσεων είχαν υψηλές τιμές  $>.7$  Cronbach's Alpha. Όσον αφορά την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η εγκυρότητα περιεχομένου. Το ερωτηματολόγιο, υποβλήθηκε για αξιολόγηση σε μια ομάδα ειδικών για το θέμα. Συγκεκριμένα, στάλθηκε πιλοτικά σε 2 Επισκέπτριες Υγείας και 5 εκπαιδευτικούς Δημοτικής εκπαίδευσης για να διαπιστωθεί ότι όλες οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες σωστά και γίνονται αντιληπτές από τις συμμετέχουσες. Έγινε ανατροφοδότηση από την πιλοτική ομάδα, η οποία και αποκλείστηκε από το δείγμα της έρευνας. Όσον αφορά την αξιοπιστία της κλίμακας αξιολόγησης της αυτοεκτίμησης, σύμφωνα με τον δημιουργό της ελέγχθηκε με τη στατιστική μέθοδο αξιοπιστίας Cronbach's Alpha με δείκτη  $\alpha = 0.87 > 0.72$ .

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα 18 άτομα που συμμετείχαν ήταν όλες γυναίκες, από

Πίνακας 1: Δείγμα ανά εκπαίδευση και εμπειρία στην διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής

	Εκπαιδευτικός	Επισκέπτης /τρία Υγείας	Σύνολο	Ποσοστό %
<b>Προϋπηρεσιακή εκπαίδευση</b>				
Ναι	0	6	6	33.3
Όχι	6	6	12	66.6
<b>Σύνολο</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
<b>Ενδουπηρεσιακή εκπαίδευση</b>				
Ναι	1	8	9	50
Όχι	5	4	9	50
<b>Σύνολο</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
<b>Εμπειρία στη διδασκαλία της Σ.Α</b>				
Ναι	2	10	12	66.6
Όχι	4	2	6	33.3
<b>Σύνολο</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>100</b>



**Πίνακας 2: Δείγμα ανά προσωπική και εργασιακή αυτοεκτίμηση**

	Ενδοπροσωπική Αυτοεκτίμηση	Ποσοστό %	Εργασιακή Αυτοεκτίμηση	Ποσοστό %
Παθολογικά χαμηλή	0	0	0	0
Υπερβολικά χαμηλή	0	0	0	0
Πολύ χαμηλή	0	0	0	0
Χαμηλή	0	0	0	0
Μέτρια προς χαμηλή	1	5.5	2	11.1
Μέτρια	3	16.6	2	11.1
Μέτρια προς υψηλή	4	22.2	2	11.1
Υψηλή	2	11.1	6	33.3
Πολύ υψηλή	4	22.2	4	22.2
Υπερβολικά υψηλή	3	16.6	1	5.5
Ναρκισιστικά υψηλή	1	5.5	1	5.5
<b>Σύνολο</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

τις οποίες οι 6 (33.3%) ήταν εκπαιδευτικοί δημοτικής εκπαίδευσης και 12 (66.6%) ήταν επισκέπτριες υγείας. Όσον αφορά την ηλικία τους, 5 (27.7%) από τις συμμετέχουσες ανήκαν στο ηλικιακό φάσμα των 25-30 ετών, 6 (33.3%) στο ηλικιακό φάσμα 31-40 και 7 (38.8%) στο ηλικιακό φάσμα 41-50 ετών. Όσον αφορά τα χρόνια υπηρεσίας, 8 (44,4%) συμμετέχουσες είχαν από 1 έως 10 χρόνια και 10(55,5%) συμμετέχουσες είχαν πάνω από 10 χρόνια υπηρεσίας. Η πλειονότητα του δείγματος (66.6%,n=12) αναφέρει ότι δεν είχε προϋπηρεσία στην εκπαίδευση και το 50% (n=9) του δείγματος αναφέρει ότι δεν είχε ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι η πλειονότητα των εκπαιδευτικών (83,33%, n=5) αναφέρει ότι δεν έχει λάβει ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, σε αντίθεση με το 33,4% του δείγματος των επισκεπτριών υγείας. Όσον αφορά την εμπειρία στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής, η πλειονότητα του δείγματος (66,6%, n=12) αναφέρει ότι έχει διδάξει σεξουαλική αγωγή, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που έχουν διδάξει να εντοπίζεται ανάμεσα στο δείγμα των επισκεπτριών υγείας (83,3%, σε σύγκριση με 33,4% των εκπαιδευτικών). (Πίνακας 1)

### Μέτρηση της αυτοεκτίμησης πριν την έναρξη της εκπαιδευτικής παρέμβασης

Με βάση αυτά τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι η πλειονότητα των συμμετεχουσών είχαν υψηλή έως ναρκισιστικά υψηλή προσωπική αυτοεκτίμηση, ενώ διαπιστώνεται ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων είχαν υψηλή έως ναρκισιστικά υψηλή εργασιακή αυτοεκτίμηση. (Πίνακας 2)

Ως βασικότατο εμπόδιο κατά τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής αναφέρθηκε από όλους τους συμμετέχοντες η ανεπαρκής εκπαίδευση, ανεξάρτητα σε ποια

κατηγορία ανήκαν. Ωστόσο, η συμμετέχουσα που ανήκε στην κατηγορία της υψηλής έως ναρκισιστικά υψηλής εργασιακής αυτοεκτίμησης συζητήσε πιο έντονα την ανάγκη για εκπαιδευτικό υλικό συγκριτικά με τις υπόλοιπες. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της σεξουαλικής αγωγής στα παιδιά, η συμμετέχουσα που ανήκε στην κατηγορία υψηλή έως ναρκισιστικά υψηλή εργασιακή αυτοεκτίμηση, ανέφερε πιο πολλά οφέλη της σεξουαλικής αγωγής για τα παιδιά και τα ανέλυσε εκτενέστερα συγκριτικά με τις υπόλοιπες συνεντευξιζόμενες. Τέλος, όσον αφορά την συνεργασία κατά τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής, η συμμετέχουσα που ανήκε στην κατηγορία υψηλή έως ναρκισιστικά υψηλή προσωπική αυτοεκτίμηση εστίασε περισσότερο στην ανάγκη συνεργασίας εκπαιδευτικών και επισκεπτών/τριών υγείας και ανέφερε αναλυτικά τον ρόλο του καθενός ξεχωριστά στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής.

### Επίδραση της επιμόρφωσης

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι διαφορές των μέσων όρων μεταξύ των διαφόρων παραγόντων πριν και μετά την παρέμβαση. Όπως διαπιστώνεται, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις του δείγματος που αφορούσαν τα αποτελέσματα της σεξουαλικής αγωγής στα παιδιά, τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής και τους τρόπους συνεργασίας. Αντίθετα, στατιστικά σημαντικές διαφορές υπήρξαν στις αντιλήψεις του δείγματος για τα χαρακτηριστικά και το επίπεδο των χαρακτηριστικών του εκπαιδευτή σεξουαλικής αγωγής. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος του βαθμού των αντιλήψεων για τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτή σεξουαλικής αγωγής που είχε το δείγμα πριν την παρέμβαση ήταν 20.27, ενώ ο αντίστοιχος μέσος

**Πίνακας 3: Η επίδραση της επιμόρφωσης στους διάφορους παράγοντες πριν και μετά την παρέμβαση**

Παράγοντες	Μέσος Όρος Πριν την παρέμβαση	Μέσος Όρος μετά την παρέμβαση	t	df	Sig
Επίπεδο χαρακτηριστικών εκπαιδευτών	18.88	21.33	-3.463	17	.003
Χαρακτηριστικά εκπαιδευτών	20.27	23.00	-2.927	17	.040
Αποτελέσματα σεξ. αγωγής	28.11	28.61	-.975	17	.343
Εμπόδια κατά τη διδασκαλία της σεξ. αγωγής	23.16	24.55	-.797	17	.437
Τρόποι συνεργασίας	1.777	2.055	-.950	17	.350

όρος μετά την παρέμβαση ήταν 23.00. Αυτή η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική,  $t(17) = -2.927$ ,  $p = .040$ . Ο μέσος όρος του βαθμού των αντιλήψεων για το επίπεδο των χαρακτηριστικών του εκπαιδευτή σεξουαλικής αγωγής που είχε το δείγμα πριν την παρέμβαση ήταν 18.88 ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος μετά την παρέμβαση ήταν 21.33. Αυτή η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική,  $t(17) = -3.463$ ,  $p = .003$ . (Πίνακας 3)

#### **Αποτελέσματα σεξουαλικής αγωγής στα παιδιά**

Η εκπαιδευτική παρέμβαση δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τα αποτελέσματα της σεξουαλικής αγωγής στα παιδιά. Ωστόσο, μέσα από τις δηλώσεις που έκαναν στις συνεντεύξεις, διαπιστώθηκε ότι βελτιώθηκαν οι αντιλήψεις τους για τα οφέλη της σεξουαλικής αγωγής στα παιδιά. Σύμφωνα με τα αποσπάσμα-

τα των συνεντεύξεων που παρουσιάζονται στον πίνακα 4, και οι τέσσερις συμμετέχουσες αναφέρουν ότι η σεξουαλική αγωγή, πέρα από τις γνώσεις που προσφέρει, αναπτύσσει και πολλές δεξιότητες, όπως αυτές της επικοινωνίας, της αποδοχής της διαφορετικότητας και του σεβασμού. Επιπλέον, ακόμα ένα πολύ σημαντικό εύρημα ήταν η αναφορά στα μακροχρόνια αποτελέσματα της σεξουαλικής αγωγής όπως είναι η καθυστέρηση της έναρξης της σεξουαλικής ζωής, η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και η οριοθέτηση. (Πίνακας 4)

#### **Τρόποι συνεργασίας στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής**

Η εκπαιδευτική παρέμβαση δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τους τρόπους συνεργασίας στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής. Αξίζει να

**Πίνακας 4: Αποσπάσματα που αφορούν τα αποτελέσματα της σεξουαλικής αγωγής στα παιδιά**

Αποτελέσματα της σεξουαλικής αγωγής στα παιδιά
<p><b>E.Y 1 ...</b> « Πιστεύω ότι τα οφέλη είναι πολύ περισσότερα για τους μαθητές από αυτά που είχα στο μυαλό μου... Περιλαμβάνει στάσεις, γνώσεις, συμπεριφορές όλα μαζί. Όσον αφορά τις δεξιότητες των μαθητών, πιστεύω θα αναπτύξουν την δεξιότητα για το πως να συμπεριφέρονται και πως να διαχειρίζονται κάποια πράγματα, να μην είναι τόσο ανώριμα... Πιστεύω ότι μέσα τους θα καλλιεργηθεί μια κουλτούρα κατανόησης του αντίθετου φύλου και της διαφορετικότητας του κάθε παιδιού και νομίζω ότι θα μειωθεί και ο σχολικός εκφοβισμός. Για παράδειγμα ίσως να μην είναι τόσο προκλητικά κάποια παιδιά, να αποδέχονται την διαφορετικότητα πιο εύκολα.»</p>
<p><b>E.Y 2...</b> «Πιστεύω ότι τα οφέλη είναι ότι τους κάνει να σκέφτονται πιο ώριμα και όταν σκέφτονται πιο ώριμα σημαίνει ότι αποφασίζουν όταν είναι πιο έτοιμοι να ξεκινήσουν την σεξουαλική τους ζωή και γνωρίζουν καλύτερα και τις συνέπειες τούτης της απόφασης. Οπότε πιστεύω ότι τούτο τους βοηθά να καθυστερήσουν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής, να σέβονται πιο πολύ τον εαυτό τους, ενισχύει την αυτοεκτίμηση τους, την αυτοεικόνα τους, την αυτοπεποίθηση τους και κάμνει τους να έχουν μια πιο σταθερή άποψη και να είναι πιο δυνατοί ως προς την απόφαση τους δηλαδή να αποφασίσουν χωρίς να παρασυρθούν από άλλους... Οι δεξιότητες που αναπτύσσει είναι να μάθουν να αγαπούν τον εαυτό τους, να θέτουν όρια στους άλλους, να κάνουν κάτι όταν μόνο οι ίδιοι το θέλουν και όχι όταν οι άλλοι τους πιέζουν. Επίσης αναπτύσσει δεξιότητες επικοινωνίας, σεβασμού, εκτίμησης, αποδοχής του εαυτού τους και του διαφορετικού.»</p>
<p><b>Εκπ. 3...</b> Τα οφέλη που προσφέρει στους μαθητές είναι ζωτικής σημασίας... γιατί η σεξουαλική αγωγή είναι κάτι που οι μαθητές θα συναντήσουν στην ζωή τους, σαν παιδιά, σαν έφηβοι επομένως θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι ώστε να μην έρθουν μετά και οι μαθητές και οι γονείς προ εκπλήξεως... Κάνει τον άνθρωπο γενικά να είναι πιο συνειδητοποιημένος για τον ίδιο του τον εαυτό, να αναγνωρίζει ποια είναι τα όρια του, να ξέρει ποιες πράξεις θα τον βοηθήσουν και που πρέπει να σταματήσει γιατί θα ξεκινήσει να κάνει ζημιά στον εαυτό του. Επίσης, αναπτύσσει τις δεξιότητες επικοινωνίας, λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας.»</p>
<p><b>Εκπ. 4...</b> «Ήταν πιο ξεκάθαρο πλέον πόσο ωφελεί και πόσο προάγει την υγεία ειδικά και για πιο μεγάλες ηλικίες του γυμνασίου, για έφηβους. Φάνηκε ότι συνδέεται με θετικά αποτελέσματα ως προς την ανάπτυξη των παιδιών και την διαπαιδαγώγηση τους... Σίγουρα αναπτύσσει και τις δεξιότητες των μαθητών. Δεν είναι μόνο γνώσεις που αποσκοπεί να δώσει αλλά και δεξιότητες και αξίες, είναι ένα πακέτο. Κατάλαβα ότι μέσα από ένα αβίαστο βιωματικό τρόπο μεταδίδεις γνώσεις και δεξιότητες στα παιδιά.»</p>

**Πίνακας 5: Αποσπάσματα που αφορούν τον τρόπο συνεργασίας στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής**

Συνεργασία στη διδασκαλία σεξουαλικής αγωγή
<b>E.Y 1 ...</b> « Για μένα αυτό που θα μας βοηθούσε να διδάξουμε τη σεξουαλική αγωγή, είναι η συνεργασία με τον δάσκαλο της τάξης γιατί τον εμπιστεύονται και παράλληλα τον γνωρίζουν και οι γονείς ώστε να μην έχουμε πολλές αντιδράσεις.»
<b>E.Y 2...</b> « Η συνεργασία μας με τους εκπαιδευτικούς πιστεύω ότι είναι σημαντική... Επομένως, ενώ έχουμε καλή συνεργασία πιστεύω ότι ο χρόνος που δίνεται για τούτα τα θέματα είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας.»
<b>Εκπ 3...</b> « Εγώ εκείνο που θα ήθελα να δω σε μετέπειτα στάδιο μέσα στην τάξη μου, φυσικά δεν έχει σχέση άμεση σχέση με τα σεμινάρια, είναι τούτο που είπα και πριν, να έρθει κάποιος επισκέπτης υγείας και να κάνουμε μαζί μια συνδιδασκαλία. Και θεωρώ ότι θα ήταν καλά να γίνει αλλά και να παραμείνει αυτή η συνεργασία γιατί ο εκπαιδευτικός έχει πιο πολλά το παιδαγωγικό κομμάτι αλλά και ο επισκέπτης υγείας από την άλλη επειδή είναι ο τομέας του ο συγκεκριμένος, ενημερώνεται πιο συχνά, ξέρει σίγουρα καλύτερα πως να προσεγγίσει το θέμα άρα νομίζω αν συνεργαστούν θα είναι ότι καλύτερο »
<b>Εκπ 4...</b> « Μια πιο στενή συνεργασία και αλληλεπίδραση με τους επισκέπτες υγείας θα ήταν πολύ βοηθητική»

σημειωθεί ότι ως δημοφιλέστερος τρόπος συνεργασίας μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων αναφέρθηκε η ταυτόχρονη συνεργασία μεταξύ επισκεπτριών υγείας και εκπαιδευτικών, με ποσοστό 77.8% πριν την εκπαιδευτική παρέμβαση και 83.3% μετά την εκπαιδευτική παρέμβαση.

Ωστόσο, παρόλο που δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μετά την παρέμβαση σε αυτό τον τομέα, εντούτοις μέσα από τις δηλώσεις που έκαναν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων διαφάνηκε ότι θεωρούν αναγκαία τη συνεργασία στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής μεταξύ εκπαιδευτικών και επισκεπτών/τριών υγείας. Συγκεκριμένα, οι δύο επισκέπτριες υγείας ανέφεραν ότι η συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, και ειδικότερα με το δάσκαλο της τάξης στη διδασκαλία της σεξουαλικής

αγωγής είναι πολύ σημαντική λόγω της σχέσης που έχει αναπτυχθεί μεταξύ εκπαιδευτικού, μαθητών και γονιών κάτι που, ενδεχομένως θα συμβάλει και στην πρόληψη αντιδράσεων από μέρους των γονιών για τη διδασκαλία του θέματος. Παράλληλα, οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν την αναγκαιότητα της συνεργασίας με τις επισκέπτριες υγείας καθώς τις θεωρούν «ειδικές» στο θέμα, ενώ θεωρούν ότι η δική τους εξειδίκευση στο παιδαγωγικό κομμάτι θα ενισχύσει αυτή τη συνεργασία. (Πίνακας 5)

#### **Εμπόδια κατά τη διδασκαλία σεξουαλικής αγωγής**

Η εκπαιδευτική παρέμβαση, δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα αναφορικά με τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής. Ωστόσο, φάνηκε ότι τα ίδια εμπόδια

**Πίνακας 6: Αποσπάσματα από τις απαντήσεις του δείγματος αναφορικά με τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διδασκαλία σεξουαλικής αγωγής**

Εμπόδια κατά τη διδασκαλία της στη σεξουαλική αγωγή
<b>E.Y 1 ...</b> « Ο πρώτος παράγοντας που εμποδίζει τους επισκέπτες υγείας είναι η ανεπαρκής εκπαίδευση και γι' αυτό πιστεύω ότι και κάποιοι συνάδερφοι δεν νιώθουν καθόλου άνετα να παρουσιάσουν τέτοια θέματα»... Άλλος παράγοντας για κάποιους συναδέλφους είναι ότι γονείς που είναι βαθιά θρησκευόμενοι έτυχε να μην στείλουν τα παιδιά τους όταν έκανα το μάθημα της εφηβείας... Επίσης η στήριξη από το σχολείο, γιατί εάν ο διευθυντής για παράδειγμα είναι εναντίον αυτών των διαλέξεων, σίγουρα και εσύ θα δυσκολευτείς πάρα πολύ να διεκπεραιώσεις και γενικότερα θα είσαι στοχοποιημένη...»
<b>E.Y 2...</b> « Η ανεπαρκής εκπαίδευση είναι ο κύριος παράγοντας που εμποδίζει γιατί όταν υπάρχει εκπαίδευση δεν υπάρχει φόβος... Άλλοι παράγοντες είναι κάποιες προσωπικές γνώμες, προσωπικά μου πιστεύω, προσωπικές αντιλήψεις που είχα, τούτα μπορεί να είναι εμπόδια. Η συνεργασία μας με τους εκπαιδευτικούς πιστεύω ότι είναι καλή, όμως ο εκπαιδευτικός χρόνος είναι ένας παράγοντας που εμποδίζει
<b>Εκπ 1...</b> « Ο πρώτος και κύριος παράγοντας για μένα είναι η επιμόρφωση..... Αν δεν έχω γνώσεις και δεξιότητες να διδάξω κάτι τότε δεν μπορώ να μπω μέσα στην τάξη και να έχω αυτοπεποίθηση και να μπορώ να έχω και μεταδοτικότητα. Έναν άλλο εμπόδιο που νομίζω ότι θα συναντούσα και συναντούμε είναι η απουσία του υλικού. Δηλαδή δεν έχει στα σχολεία ένα εγχειρίδιο ή τουλάχιστον κάποια φύλλα εργασίας που να έχουν σχέση με το συγκεκριμένο θέμα. Επίσης, άλλος παράγοντας είναι οι γονείς ή ο διευθυντής μπορεί να αποτελέσουν εμπόδια.
<b>Εκπ 2...</b> «Δεν έχουμε εκπαιδευτεί και βιωματικά για αυτά τα θέματα, γι αυτό υπάρχει και συχνά αντίληψη ότι είναι πολύ νωρίς στο δημοτικό να κάνουμε αυτά τα ...επίσης είναι δύσκολο γιατί ούτε στις αρχικές σπουδές μας είχαμε εκπαιδευτεί για αυτό το κομμάτι». Επίσης πιστεύω και τα προσωπικά ταμπού μπορεί να δυσκολεύουν, μπορεί κάποιος να θεωρεί ότι δεν είναι δουλειά του σχολείου γιατί είναι πολύ λεπτό θέμα, δηλαδή μπορεί να υπάρχουν αυτές οι αντιλήψεις, οι παραδοσιακές. Επίσης, το υλικό θα βοηθούσε πάρα πολύ. Ένας δάσκαλος θα δυσκολευτεί να παράγει μόνος του υλικό, θα διερωτάται αν είναι σωστό ή λάθος, στη σωστή βάση. Αν υπήρχε όμως υλικό που να καθοδηγεί λίγο τα βήματα μας θα ήταν πολύ βοηθητικό».

που αναφέρονται διεθνώς διαπιστώθηκαν και κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Συγκεκριμένα, ως κυριότερο εμπόδιο αναφέρθηκε η ανεπαρκής εκπαίδευση. Παράλληλα, ως συνέπειες της ανεπαρκούς εκπαίδευσης ανέφεραν το φόβο να διδάξουν το θέμα λόγω π.χ. πιθανής αντίδρασης των γονέων και έλλειψης άνεσης και αυτοπεποίθησης. Επίσης, πολύ σημαντικό εύρημα αποτελεί και το γεγονός ότι μόνο οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν την απουσία υλικού ως εμπόδιο για τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής, ενώ οι επισκέπτριες υγείας δεν έκαναν καμία αναφορά στο θέμα αυτό. Αυτό σημαίνει ότι οι εκπαιδευτικοί δεν έχουν αναπτύξει αρκετό εκπαιδευτικό υλικό για το θέμα. Αντίθετα, οι επισκέπτριες υγείας εδώ και αρκετά χρόνια διδάσκουν το θέμα και έχουν αναπτύξει αρκετά εκπαιδευτικά προγράμματα, επομένως το εκπαιδευτικό υλικό δεν αποτελεί για αυτές εμπόδιο στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής. Τέλος, η έλλειψη στήριξης από τη διεύθυνση του σχολείου και τα προσωπικά ταμπού αναφέρθηκαν και από τις τέσσερις συνεντευξιαζόμενες ως εμπόδια που συναντούν κατά τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής. (Πίνακας 6)

Τα ευρήματα που εξάχθηκαν για την επίδραση της εκπαιδευτικής παρέμβασης θεωρούνται πολύ σημαντικά. Διαπιστώνεται ότι η εκπαιδευτική παρέμβαση επηρέασε θετικά τις αντιλήψεις για τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτή σεξουαλικής αγωγής (γνώσεις, δεξιότητες, ικανότητες, προσωπική άνεση και αποδοχή της διαφορετικότητας) ενώ, παράλληλα, αύξησε το βαθμό του επίπεδου των γνώσεων, ικανοτήτων, δεξιοτήτων, προσωπικής άνεσης και αποδοχής της διαφορετικότητας των συμμετεχουσών. Η εκπαιδευτική παρέμβαση ήταν αποτελεσματική, καθώς αύξησε τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις ικανότητες, την προσωπική άνεση και βελτίωσε προσωπικές αντιλήψεις όπως την αποδοχή της διαφορετικότητας.

Για την διεξαγωγή της παρατήρησης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης, ως μέθοδος αξιολόγησης των βιωματικών εργαστηρίων. Η παρατήρηση γινόταν κατά τη διάρκεια των βιωματικών εργαστηρίων από την ίδια την ερευνήτρια και μια εκπαιδευτικό. Συγκεκριμένα, γινόταν καταγραφή των διαδικασιών που ακολουθήθηκαν στην κάθε συνάντηση και παράλληλα γινόταν συμπλήρωση του εντύπου της παρατήρησης. Η παρατήρηση έγινε και για τα πέντε βιωματικά εργαστήρια που διενεργήθηκαν. Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι παρατηρήσεις των δύο παρατηρητών. (Πίνακας 7)

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη αυτή επιχειρήσει να διερευνήσει την επίδραση της εκπαιδευτικής παρέμβασης και της αυτοεκτίμησης στις αντιλήψεις του δείγματος για τη σεξουαλική αγωγή. Η εκπαιδευτική παρέμβαση φάνηκε να έχει επίδραση στις αντιλήψεις του δείγματος για τα χαρακτηρι-

στικά του εκπαιδευτή σεξουαλικής αγωγής και του επιπέδου στο οποίο κατατάσσουν τον εαυτό τους σε αυτά τα χαρακτηριστικά. Στα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτή σεξουαλικής αγωγής περιλαμβάνονται οι γνώσεις για θέματα σεξουαλικής αγωγής, οι ικανότητες για χρήση νέων τεχνολογιών και νέων διδακτικών προσεγγίσεων, οι δεξιότητες επικοινωνίας καθώς και προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η προσωπική άνεση και η αποδοχή της διαφορετικότητας. Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε πλήρη συμφωνία με αυτά διεθνών ερευνών οι οποίες αναφέρουν ότι η εκπαίδευση-επιμόρφωση αυξάνει τις γνώσεις, βελτιώνει τις στάσεις, τις δεξιότητες/ικανότητες και την άνεση/αυτοπεποίθηση των εκπαιδευτών σεξουαλικής αγωγής και συμβάλλει στην βελτίωση της ετοιμότητας και των προθέσεων για διδασκαλία τέτοιου είδους προγραμμάτων (Sarma et al 2013, Francis 2015, Rhodes et al 2013, Hammig et al 2011).

Όσον αφορά τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής και τους τρόπους συνεργασίας, διαπιστώνεται ότι συμφωνούν με ευρήματα ερευνών που αναφέρουν ότι από μόνη της η επιμόρφωση/εκπαίδευση δεν επιφέρει αλλαγές στις αντιλήψεις των εκπαιδευτών για τη σεξουαλική αγωγή καθώς απαιτείται να υπάρχει υποστήριξη τόσο από το σχολείο και τους συναδέλφους, όσο και από τους γονείς και την ευρύτερη κοινότητα. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με ευρήματα διεθνών ερευνών που αναφέρουν την ανάπτυξη τέτοιων δεξιοτήτων στους μαθητές μέσα από τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής (Walsh et al 2018, Tanton et al 2015).

Η πλειονότητα των επισκεπτών υγείας έχει ικανοποιητική εκπαίδευση και εμπειρία στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής. Και αυτό το συμπέρασμα συμφωνεί με ευρήματα διεθνών ερευνών που αναφέρουν ότι οι «ειδικοί» εμφανίζονται να είναι πιο καταρτισμένοι και έμπειροι στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς (Young et al 2018, Kanahols et al 2011, Mac Donald et al 2011, O'Higgins & Gabbainn 2010, Lester & Allan 2006)

Η σημασία της συνεργασίας των εκπαιδευτικών με τους ειδικούς για την αποτελεσματικότερη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής αποτελεί δικλείδα ασφαλείας για την ορθότερη εκμάθηση των μαθητών σε θέματα σεξουαλικής αγωγής. (Poundetal 2017, Brewin et al 2014, Smith et al 2011, DeVries et al 2009). Αυτό το εύρημα συμφωνεί με τα ευρήματα πολλών ερευνών που αναφέρουν ότι η ανεπαρκής εκπαίδευση είναι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια που συναντούν οι εκπαιδευτές σεξουαλικής αγωγής (Francis et al 2015, Johnson et al 2014, Apostolidou & Fontana 2003, Αυγερινού 2010, Γερούκη 2011).

Όσον αφορά τις αντιλήψεις οι οποίες φαίνεται να βελτιώθηκαν με την εκπαιδευτική παρέμβαση, αυτές αφορούσαν τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτή σεξουαλικής

**Πίνακας 7: Αποτελέσματα παρατηρήσεων**

Βιωματικές Δραστηριότητες	Δεν ισχύει					Ισχύει σε μικρό βαθμό					Ισχύει					Ισχύει σε μεγάλο βαθμό				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Η δραστηριότητα ήταν ελκυστική																W	W	W	W	W
Οι οδηγίες που δίνονταν ήταν ξεκάθαρες και σαφείς																W	W	W	W	W
Η εκπαιδευτρια προωθούσε τη δημιουργική συνεργασία																W	W	W	W	W
Η εκπαιδευτρια παρείχε κατευθυντήριες γραμμές εκεί και όπου ήταν απαραίτητο																W	W	W	W	W
Οι συμμετέχοντες συμμετείχαν με άνεση στην δραστηριότητα																V	V	W	W	W
Οι συμμετέχοντες ήθελαν συνεχώς βοήθεια	W	W				W	W	W	W	W										
Ο χρόνος για την ολοκλήρωση της κάθε δραστηριότητας ήταν επαρκής																W	W	W	W	W
Δυσκολεύονταν πολύ να εκτελέσουν την δραστηριότητα	W	W	W	W	W															
Ήταν ενθουσιασμένοι με αυτή τη δραστηριότητα																W	W	W	W	W
Οι συμμετέχοντες ανταποκρίνονταν στην δραστηριότητα																W	W	W	W	W
Βαρέθηκαν σε αυτή τη δραστηριότητα	W	W	W	W	W															
Ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη δραστηριότητα																W	W	W	W	W
Συμμετείχαν όλα τα μέλη στην ομάδα											V	V				V	W	V	W	W
Ολοκλήρωσαν με δυσκολία τη δραστηριότητα	W	W																W		
Δεν ολοκλήρωσαν τη δραστηριότητα	W	W	W	W	W															
Υποστήριξαν ο ένας τον άλλο στην δραστηριότητα											V	V	W			V	V		W	W
Η εκπαιδευτρια προώθησε τη παραγωγική συζήτηση των συμμετεχόντων																W	W	W	W	W



αγωγής καθώς και το επίπεδο που κατέταξαν τον εαυτό τους σε αυτά τα χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να ειπωθεί ότι η εκπαιδευτική παρέμβαση συνέβαλε στην βελτίωση των γνώσεων, των δεξιοτήτων και της άνεσης του δείγματος στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής, συμπέρασμα το οποίο συμφωνεί με ευρήματα διεθνών ερευνών. Αντίθετα, η εκπαιδευτική παρέμβαση δεν φαίνεται να βελτιώνει τις αντιλήψεις για τα αποτελέσματα της σεξουαλικής αγωγής στα παιδιά, για τα εμπόδια που συναντούν κατά τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής και τους τρόπους συνεργασίας. Σύμφωνα με ευρήματα ερευνών, για να επιτευχθούν αλλαγές και βελτιώσεις στις αντιλήψεις αυτές, δεν αρκεί μόνο η εκπαίδευση/επιμόρφωση, αλλά χρειάζεται και η υποστήριξη από την διεύθυνση, τους γονείς και τους συναδέλφους, η ύπαρξη ευρύτερης πολιτικής για το θέμα και η προσαρμογή των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής, ώστε να είναι πολιτισμικά κατάλληλα (Wood et al 2020, Young et al 2018, Li et al 2017, Francis et al 2015, Browns 2015, Johnson et al 2014, Smith & Harrison 2013, Kasonde 2013, Picot et al 2012, Mukoma 2009)

Πρόσφατες έρευνες προτείνουν ως ορθή πρακτική τη συνεργασία των εκπαιδευτικών με ειδικούς υγείας για την αποτελεσματική παροχή της σεξουαλικής αγωγής (Pound et al 2017, Brewin et al 2014). Σύμφωνα με την

UNESCO (2018), θετικότερα αποτελέσματα στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής παρατηρούνται όταν υπάρχει συνεργασία ειδικών υγείας με εκπαιδευτικούς κατά τη διαδικασία του σχεδιασμού, της εφαρμογής αλλά και της αξιολόγησης των προγραμμάτων.

Τέλος, όσον αφορά την άνεση και την αυτοπεποίθηση, μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι εκπαιδευτές σεξουαλικής αγωγής που έχουν μεγαλύτερη ακαδημαϊκή εκπαίδευση στο θέμα αντιλαμβάνονται τη σεξουαλική τους παιδεία ως επαρκή, αισθάνονται πιο ικανοί, πιο άνετοι και έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση για να διδάξουν τέτοιου είδους θέματα (Vamos et al 2020, Francis & De Palma 2015, Wood et al 2015, Sarma et al 2013, Rhodes et al 2013, Herr et al 2012, Hammig et al 2011).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι, τόσο από την παρατήρηση των βιωματικών εργαστηρίων, όσο και από τις συνεντεύξεις διαφαίνεται η ανάγκη εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών αλλά και η παροχή ευκαιριών για απόκτηση εμπειρίας στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής. Σε ότι αφορά τους τρόπους συνεργασίας κατά τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής, η ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των δύο επαγγελματικών κλάδων κρίνεται αναγκαία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Apostolidou, M., & Fontana, D. (2003). Teacher attitudes towards health education in Greek-speaking Cyprus schools. *Health Education, 103*(2), 75-83.
- Blaise, M. (2009). "What a girl wants, what a girl needs": Responding to sex, gender, and sexuality in the early childhood classroom. *Journal of Research in Childhood Education, 23*(4), 450-460.
- Brewin, D., Koren, A., Morgan, B., Shipley, S., & Hardy, R. L. (2014). Behind closed doors: school nurses and sexual education. *The journal of school nursing, 30*(1), 31-41.
- Browes, N. C. (2015). Comprehensive sexuality education, culture and gender: the effect of the cultural setting on a sexuality education programme in Ethiopia. *Sex Education, 15*(6), 655-670.
- Cohen, J. N., Byers, E. S., & Sears, H. A. (2012). Factors affecting Canadian teachers' willingness to teach sexual health education. *Sex Education, 12*(3), 299-316.
- Duffy, B., Fotinatos, N., Smith, A., & Burke, J. (2013). Puberty, health and sexual education in Australian regional primary schools: Year 5 and 6 teacher perceptions. *Sex Education, 13*(2), 186-203.
- Formby, E., Hirst, J., Owen, J., Hayter, M., & Stapleton, H. (2010). 'Selling it as a holistic health provision and not just about condoms... 'Sexual health services in school settings: current models and their relationship with sex and relationships education policy and provision. *Sex Education, 10*(4), 423-435.
- Francis, D. A., & DePalma, R. (2015). 'You need to have some guts to teach': Teacher preparation and characteristics for the teaching of sexuality and HIV/AIDS education in South African schools. *Sahara-J: Journal of Social Aspects of Hiv/Aids, 12*(1), 30-38.
- Hammig, B., Ogletree, R., & Wycoff-Horn, M. R. (2011). The relationship between professional preparation and class structure on health instruction in the secondary classroom. *Journal of School Health, 81*(9), 513-519.
- Herr, S. W., Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A., & Stone, G. E. (2012). High school health education teachers' perceptions and practices related to teaching HIV prevention. *Journal of School Health, 82*(11), 514-521.
- Johnson, R. L., Sendall, M. C., & McCuaig, L. A. (2014). Primary schools and the delivery of relationships and sexuality education: the experience of Queensland teachers. *Sex Education, 14*(4), 359-374.
- Kanahols, A. F., Magnusson, H., & Alehagen, S. (2011). Swedish adolescents' experiences of educational sessions at Youth Clinics. *Sexual & reproductive healthcare, 2*(3), 119-123.
- Kasonde, M. (2013). Perception of teachers to sexuality education in secondary schools in Gaborone, Botswana (Doctoral dissertation, Stellenbosch: Stellenbosch University).
- Kimmel, A., Williams, T. T., Veinot, T. C., Campbell, B., Campbell, T. R., Valacak, M., & Kruger, D. J. (2013). 'I make sure I am safe and I make sure I have myself in every way possible': African-American youth perspectives on sexuality education. *Sex education, 13*(2), 172-185.
- Lester, C., & Allan, A. (2006). Teenage sexual health needs: asking the consumers. *Health Education.*
- Li, C., Cheng, Z., Wu, T., Liang, X., Gaoshan, J., Li, L., & Tang, K. (2017). The relationships of school-based sexuality education, sexual knowledge and sexual behaviors—a study of 18,000 Chinese college students. *Reproductive health, 14*(1), 1-9.
- MacDonald, J. A., Gagnon, A. J., Mitchell, C., Di Meglio, G., Rennick, J. E., & Cox, J. (2011). Asking to listen: towards a youth perspective on sexual health education and needs. *Sex Education, 11*(4), 443-457.
- Menmuir, J., & Kakavoulis, A. (1999). Sexual development and education in early years: A study of attitudes of pre-school staff in Greece and Scotland. *Early Child Development and Care, 149*(1), 27-45.
- Mukoma, W., Flisher, A. J., Ahmed, N., Jansen, S., Mathews, C., Klepp, K. I., & Schaalma, H. (2009). Process evaluation of a school-based HIV/AIDS intervention in South Africa. *Scandinavian journal of public health, 37*(2\_suppl), 37-47.
- O'Higgins, S., & Gabhainn, S. N. (2010). Youth participation in setting the agenda: learning outcomes for sex education in Ireland. *Sex Education, 10*(4), 387-403.
- Parker, R., Wellings, K., & Lazarus, J. V. (2009). Sexuality education in Europe: An overview of current policies. *Sex Education, 9*(3), 227-242.
- Picot, J., Shepherd, J., Kavanagh, J., Cooper, K., Harden, A., Barnett-Page, E., ... & Frampton, G. K. (2012). Behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19 years: a systematic review. *Health Education Research, 27*(3), 495-512.
- Pound, P., Denford, S., Shucksmith, J., Tanton, C., Johnson, A. M., Owen, & Campbell, R. (2017). What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. *BMJ open, 7*(5).
- Rhodes, D. L., Kirchofer, G., Hammig, B. J., & Ogletree, R. J. (2013). Influence of professional preparation and class structure on sexuality topics taught in middle and high schools. *Journal of School Health, 83*(5), 343-349.
- Sarma, H. & Oliveras, E. (2013). Implementing HIV/AIDS education: impact of teachers' training on HIV/AIDS education in Bangladesh. *Journal of health, population, and nutrition, 31*(1), 20.
- Sex Education Forum (2008). Young people's survey on sex and relationships education. Accessed 3/7/2017 from: <http://www.ncb.org.uk/media/333301/pdf>
- Smith, K. A., & Harrison, A. (2013). Teachers' attitudes towards adolescent sexuality and life skills education in rural South Africa. *Sex education, 13*(1), 68-81.
- Smith, A., Schlichthorst, M., Mitchell, A., Walsh, J., Lyons, A., Blackman, P., & Pitts, M. (2011). Sexuality education in Australian secondary schools 2010. *Melbourne: Australian Research Centre in Sex Health and Society, La Trobe University.*
- Tanton, C., Jones, K. G., Macdowall, W., Clifton, S., Mitchell, K. R., Datta, J., & Wellings, K. (2015). Patterns and trends in sources of information about sex among young people in Britain: evidence from three National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. *BMJ open, 5*(3).
- Vamos, S. D., Xie, X., & Yeung, P. (2020). Effects of a Health Education Course on Pre-Service Teachers' Perceived Knowledge, Skills, Preparedness, and Beliefs in Teaching Health Education. *Journal of School Health, 90*(3), 224-233.
- Van Teijlingen, E., Reid, J., Shucksmith, J., Harris, F., Philip, K., Imamura, M., & Penney, G. (2007). Embarrassment as a key emotion in young people talking about sexual health. *Sociological research online, 12*(2), 1-16. Accessed 3/5/2014 from: [http://www.socresonline.org.uk/12/2/van\\_teijlingen.html](http://www.socresonline.org.uk/12/2/van_teijlingen.html).
- UNESCO (2018). International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach. Accessed 5/10/2019 from <https://www.unaids.org/sites/default/files/mediaasset/ITGSEen.pdf>
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2018). School-based education programs for the prevention of child sexual abuse: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *Research on social work practice, 28*(1), 33-55.
- Wood, J., McKay, A., Wentland J., & Byers, S. (2020). Attitudes towards sexual health education in schools: A national survey of parents

- in Canada. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 30(1), 39-55.
- Wood, S. Y., Rogow, D., & Stines, F. (2015). Preparing teachers to deliver gender-focused sexuality/HIV education: A case study from Nigeria. *Sex Education*, 15(6), 671-685.
- Xiong, Z., Warwick, I., & Chales, S. (2020). Understanding novice teachers' perspectives on China's sexuality education: a study based on the national pre-service teacher education programme. *Sex Education*, 20(3), 252-266.
- Young, H., Long, S. J., Hallingberg, B., Fletcher, A., Hewitt, G., Murphy, S., & Moore, G. F. (2018). School practices important for students' sexual health: analysis of the school health research network survey in Wales. *The European Journal of Public Health*, 28(2), 309-314.
- Αυγερινού, Ι. Β. (2010). Σεξουαλική αγωγή: αντιλήψεις των εκπαιδευτικών προσχολικής εκπαίδευσης για τις δυσκολίες εφαρμογής και αξιολόγηση σχετικού παιδαγωγικού υλικού στα νηπιαγωγεία του Δήμου Βόλου (Master's thesis).
- Γερούκη Μ (2011). Η σεξουαλική αγωγή στο Σχολείο. Θεωρία και Πράξη/Οι απόψεις των εκπαιδευτικών. Εκδόσεις Μαράθια .
- Ζαφειροπούλου, Κ. (2015). Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία: Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών. Αθήνα: Κριτική.
- Οικογενειακός Προγραμματισμός (2014 Β). Αντιλήψεις και στάσεις των εφήβων όσον αφορά τη δημιουργία υγιών διαπροσωπικών σχέσεων και οι ανάγκες τους σε σχέση με την Περιεκτική Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση στα σχολεία. Implementing Mandatory Sexuality Education for teens- IMSER (EEA/CY03/3.40)
- Παπάνης, Ε. (2011). Η αυτοεκτίμηση: Θεωρία και αξιολόγηση. Ι. Σιδέρης, Αθήνα.
- Στάππα-Μουρτζίνη, Μ. (2010). Αγωγή Υγείας: Βασικές αρχές-Σχεδιασμός προγράμματος-Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

# The effectiveness of sex education intervention in Primary school teachers and health visitors in Cyprus

Anastasia Christofi

Dr., Visitor Lecturer Frederick University, Cyprus

## ABSTRACT

**Introduction:** The effectiveness of sex education programs depends, to a great extent, on the effectiveness of the instructor. The instructor's education in the area is crucial to the success of the program.

**Aim:** The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of a sex education intervention to sex educators (school teachers and health visitors) in Primary Education in Cyprus and the investigation of the effectiveness of their cooperation in teaching the subject.

**Methodology:** The sample of the educational intervention consisted of 18 people (12 health visitors and 6 primary school teachers). The research tools used were the semi-structured questionnaire, the Greek self-esteem measurement scale, the observation and the interview protocols. For the statistical analysis of the data, the statistical package of data analysis SPSS version 22 was used, namely the frequency distribution methods (cumulative frequency), t-test analysis for dependent samples and qualitative analysis of the interviews.

**Results:** The results revealed that there were differences in the averages (means) before and after the educational intervention in the perceptions of the sample about the characteristics of the sex education instructor (20.27 / 23.00) and the level that the sample ranks itself in these characteristics (18.88 / 21.33), which were statistically significant ( $p = 0.40$ ,  $p = 0.03$  respectively). In addition, it was found that the majority of the sample wants to cooperate in the teaching of sex education.

**Conclusions:** The findings suggest that the educational intervention applied was effective as it improved the perceptions, knowledge, skills, abilities and comfort of the sample in teaching sex education. In addition, for more effective teaching of sex education, the need for cooperation of teachers and health visitors was identified. Therefore, it can be assumed that both pre and in-service training in the area of sex education as well as encouragement of cooperation between professionals will improve the effectiveness of sex education programs in schools.

**Key words:** sex education, training of sex educators, barriers to sex education, characteristics of a sex educator

Corresponding author: Anastasia Christofi  
e-mail: [chriana@cytanet.com.cy](mailto:chriana@cytanet.com.cy)

Date of submission: 27/03/2021  
Publication date: December 2021

Citation: Christofi A. (2022). The effectiveness of sex education intervention in Primary school teachers and health visitors in Cyprus. *Hellenic Journal of Nursing Science* 14(4): 34-46, doi: <https://doi.org/10.24283/hjns.202145>

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 Μαλλιαρού**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Στέφανος Μαντζούκας**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Αθανάσιος Μαστροκώστας**, PhD

**Ευγενία Μηνασίδου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

**Ιωάννα Παπαθανασίου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Τζαννής Πολυκανδριώτης**, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»

**Μαρία Σαρίδη**, MSc, PhD, Επίκουρος Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Χρύσα Χρυσοβιτσάνου**, MSc, PhD, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

### ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

**Γεώργιος Αργυρίου**

**Αριστείδης Βασιλόπουλος**

**Αικατερίνη Βενέτη**

**Μαρία Γέραλη**

**Γεώργιος Ελεστίσαλης**

**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 @

Επιπλέον της ηλεκτρονικής υποβολής άρθρων μέσω της σχετικής φόρμας, οι συγγραφείς μπορούν να υποβάλλουν τα προς αξιολόγηση άρθρα και μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού στη διεύθυνση [journal@enne.gr](mailto:journal@enne.gr). Όλη η αλληλογραφία θα πραγματοποιείται μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Κάθε άρθρο θα συνοδεύεται από **επιστολή του συγγραφέα**, στην οποία αναφέρονται τα ακόλουθα:

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

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

### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

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

Οι κριτές αποφαινόμενοι εάν το άρθρο είναι:

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

(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή

Η τελική προσαρμογή του κειμένου στις υποδείξεις των κριτών διαπιστώνεται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, ώστε το άρθρο να προωθηθεί προς δημοσίευση.

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

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

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

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

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

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

### Σελίδα τίτλου

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

### Σελίδα περίληψης

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

### Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου

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

*Παράδειγμα στην Ελληνική γλώσσα*

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

### Βασικά Σημεία του Άρθρου

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

#### Παράδειγμα στην Αγγλική γλώσσα

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

#### Highlights /key points

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

#### Κυρίως κείμενο του άρθρου (manuscript)

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

#### Συμβολή των συγγραφέων

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

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

#### Ευχαριστίες

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

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

#### Προηγούμενη δημοσίευση

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

#### Βιβλιογραφικός κατάλογος

(σύμφωνα με τις οδηγίες, βλ. @)

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

- Θα πρέπει να είναι αριθμημένοι με αραβικούς αριθμούς (1,2,3) και να αναφέρονται με τη σειρά παράθεσής τους και μέσα στο κείμενο (π.χ. Πίνακας ΧΧ, εντός του κειμένου).
- Θα πρέπει να συνοδεύονται από ένα βραχύ τίτλο και να αναφέρεται η πηγή τους, αν δεν προέρχονται από πρωτογενές υλικό.
- Η έκταση κάθε πίνακα δεν πρέπει να υπερβαίνει τη μια σελίδα.
- Σε περίπτωση χρησιμοποίησης υλικού (πινάκων, σχημάτων) που έχει ήδη δημοσιευθεί αλλού, θα πρέπει να εξασφαλίζεται, πριν την υποβολή του άρθρου, η άδεια από τους αρχικούς συγγραφείς ή αυτούς που κατέχουν τα πνευματικά δικαιώματα του αναπαραγόμενου 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 σπληνών.

#### 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](http://www.icmje.org)) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2000). Δηλαδή, όπου είναι απαραίτητο οι συγγραφείς πρέπει να επιβεβαιώσουν ότι τα αποτελέσματα των μελετών τους προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες, που η συγκατάθεση ενημέρωσης λήφθηκε από τους συμμετέχοντες ανθρώπους και τις αρμόδιες αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

#### Άδειες

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

#### Σύγκρουση συμφερόντων (conflict of interest)

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



### **Χρηματοδότηση**

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

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

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

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

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

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

Η δομή θα πρέπει να είναι η ακόλουθη:

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

Επισήμανση: Στις περιγραφικές ανασκοπήσεις δεν περιλαμβάνεται κεφάλαιο μεθοδολογίας.

### Περίληψη

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

### Λέξεις-κλειδιά

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

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

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

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

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

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

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

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

κλπ ανάλογα με το θέμα...

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

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

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

### ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

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

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

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

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

\* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

### Περίληψη

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

### Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

### ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

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

### Πίνακες

Περιλαμβάνονται πίνακες όπως

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

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ - ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

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

### Περίληψη

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

### Λέξεις-κλειδιά

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

### ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

### Σχεδιασμός

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

### Δείγμα μελέτης

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

### Συλλογή δεδομένων

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

### Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

### Στατιστική ανάλυση

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

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

### Συνεισφορά ερευνητών

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

### Πίνακες

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



## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

Τίτλος\*

Περίληψη\*

Λέξεις-κλειδιά\*

Εισαγωγή

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

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Συμπεράσματα

Συνεισφορά

\* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

### Περίληψη

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

### Λέξεις-κλειδιά

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

### ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

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

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

### Σχεδιασμός

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

### Δείγμα μελέτης

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

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

### Συλλογή δεδομένων

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

### Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

### Ανάλυση Δεδομένων

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

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

### Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με σαφήνεια για κάθε

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

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

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

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

### Συνεισφορά ερευνητών

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

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

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

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

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

Τίτλος\*

Περίληψη\*

Λέξεις-κλειδιά\*

Εισαγωγή

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

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Συμπεράσματα

Συνεισφορά

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

\* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

### Περίληψη

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

### Λέξεις-κλειδιά

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

### ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

#### Σχεδιασμός

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

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

#### Δείγμα μελέτης

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

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

#### Συλλογή δεδομένων

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

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

#### Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

#### Ανάλυση των δεδομένων

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

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

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

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

#### Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

### Συνεισφορά ερευνητών

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

### Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

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



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

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

### ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

#### ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

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

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

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

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

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

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

**Αποτελέσματα:** αναφορά κύριων ψυχομετρικών ιδιοτήτων εγκυρότητας και αξιοπιστίας με παράθεση των στατιστικών τιμών (π.χ. του συντελεστή  $\alpha$  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 4  
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER  
2021



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

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

ΤΟΜΟΣ 14 - ΤΕΥΧΟΣ 4

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ  
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ  
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ

2021

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