



# Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 15, Τεύχος 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2022

Volume 15, Issue 2, APRIL - MAY - JUNE 2022

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

**Αλγόριθμος ελέγχου ασφαλείας χειρουργικού ασθενή σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο**

Safety control algorithm on surgical patient in a Greek public hospital  
*Νικόλαος Πολίτης*

**Παροδικό άγχος και παρενόχληση στο χώρο εργασίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού**

State anxiety and workplace harassment among nursing personnel  
*Μαρία Μανιού, Σοφία Ζυγά*

**Determining the Cut-Off Points of the Self-Rated Health Visual Analogue Scale for Patients with Depression in Greece**

*Dimitris Zavras*

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

**Το νοσηλευτικό ιστορικό ως θεμελιώδες στοιχείο της νοσηλευτικής αξιολόγησης και οι επικοινωνιακές νοσηλευτικές δεξιότητες στην αποτελεσματική λήψη του**

Nursing history as a fundamental element of nursing assessment and nurses' communication skills in effectively taking a nursing history  
*Θεοδώρα Μαλάμου, Βασιλική Πλεύρη, Σταυρούλα Καλάμη*

**Σύγκριση ποιότητας ζωής τυπικών και άτυπων φροντιστών ασθενών με Alzheimer**

The difference of the quality of life between formal/professional and informal/non-professional caregivers to patients with Alzheimer's disease  
*Φωτεινή Καραθάνου, Κωσταντίνα Σκλάβου*

**Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου που έχουν εφαρμόσει τη μέθοδο της διαδερμικής αγγειοπλαστικής ως θεραπευτική παρέμβαση – Βιβλιογραφική ανασκόπηση**

Quality of life in patients with acute myocardial infarction who have undergone percutaneous coronary intervention as a therapeutic intervention - Literature Review  
*Παναγιώτα Καραβαλάκη, Σπυριδούλα Τσιρώνη, Θεόδωρος Κατσούλας*

Τεύχος 2<sup>ο</sup> 2022

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

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

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

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:** Power Graphics  
Αγνώντων Ηρώων 101, Νέα Ιωνία, 142 31  
Τηλ.: 210 2717979, e-mail: info@powergraphics.gr

**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. Βαΐα Κωνσταντικάκη**, MSc, PhD, ANΘ Θεαγένειο

#### ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

**Αλέξιος Παραράς**, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

#### ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

**Αθηνά Καλοκαιρινού**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Μαρία Μαλλιαρού**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, **Ιωάννης Κουτελέκος**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΠΑΔΑ, **Στέφανος Μαντζούκας**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, **Ευγενία Μηνασίδου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Νικόλαος Μπακάλης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, **Θάλεια Μπελλάλη**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, **Πάυλος Μυριανθεύς**, Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Τζαννής Πολυκανδριώτης**, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί»

#### ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Ελένη Αλμπάνη, Γεώργιος Αργυρίου, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσνίτσας, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραϊσκού, Γεώργιος Κριτωτάκης, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Γαβριήλ Λάζος, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Ασπασία Λούτα, Πολυξένη Μαγρούλια, Γεώργιος Μανομενίδης, Ευαγγελία Μειμέτη, Δημήτριος Μπαρουξής, Δήμητρα Παλιτζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Αναστάσιος Τζεναλής, Αικατερίνη Τόσκα

#### ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

**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

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Αλγόριθμος ελέγχου ασφαλείας χειρουργικού ασθενή σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο

Safety control algorithm on surgical patient in a Greek public hospital

Νικόλαος Πολίτης.....5

Παροδικό άγχος και παρενόχληση στο χώρο εργασίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού

State anxiety and workplace harassment among nursing personnel

Μαρία Μανιού, Σοφία Ζυγά..... 16

Determining the Cut-Off Points of the Self-Rated Health Visual Analogue Scale for Patients with Depression in Greece

Dimitris Zavras..... 33

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Το νοσηλευτικό ιστορικό ως θεμελιώδες στοιχείο της νοσηλευτικής αξιολόγησης και οι επικοινωνιακές νοσηλευτικές δεξιότητες στην αποτελεσματική λήψη του

Nursing history as a fundamental element of nursing assessment and nurses' communication skills in effectively taking a nursing history

Θεοδώρα Μαλάμου, Βασιλική Πλεύρη, Σταυρούλα Καλάμη ..... 40

Σύγκριση ποιότητας ζωής τυπικών και άτυπων φροντιστών ασθενών με Alzheimer

The difference of the quality of life between formal/professional and informal/non-professional caregivers to patients with Alzheimer's disease

Φωτεινή Καραθάνου, Κωσταντίνα Σκλάβου..... 51

Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου που έχουν εφαρμόσει τη μέθοδο της διαδερμικής αγγειοπλαστικής ως θεραπευτική παρέμβαση – Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Quality of life in patients with acute myocardial infarction who have undergone percutaneous coronary intervention as a therapeutic intervention - Literature Review

Παναγιώτα Καραβαλάκη, Σπυριδούλα Τσιρώνη, Θεόδωρος Κατσούλας..... 60

# Αλγόριθμος ελέγχου ασφαλείας χειρουργικού ασθενή σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο

Νικόλαος Πολίτης

Νοσηλεύτης, MSc, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η Λίστα Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εφαρμόζεται σε χειρουργικές επεμβάσεις παγκοσμίως, σε μία προσπάθεια να μειωθούν οι ανεπιθύμητες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η εφαρμογή του συγκεκριμένου εργαλείου βελτιώνει το επίπεδο ασφαλείας και ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στο χειρουργείο. Ακόμα, ενισχύει την κουλτούρα ασφαλείας μεταξύ του προσωπικού κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών.

**Σκοπός:** Ο γενικός στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συμβολή της Λίστας Ελέγχου ως προς την κουλτούρα ασφαλείας, τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη μετεγχειρητική πορεία των ασθενών.

**Υλικό και μέθοδος:** Πρόκειται για μία μη πειραματική συγχρονική μελέτη που αφορά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας την χρονική περίοδο πριν, κατά και μετά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων σε Ελληνικό δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα, για να διαπιστωθεί αν συμβάλλει στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Πραγματοποιήθηκαν 312 χειρουργικές επεμβάσεις και η Λίστα Ελέγχου εφαρμόστηκε σε 155 (49,7%). Χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία και σχεδιάστηκαν πίνακες συχνότητας για τα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

**Αποτελέσματα:** Από τους 312 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη, οι 115 (36,9%) ήταν άντρες και οι 197 (63,1%) γυναίκες. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών και ακολουθούσε η ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών. Το συνολικό ποσοστό των επιπλοκών που καταγράφηκε ήταν 7/312 (2,2%). Το ποσοστό των επιπλοκών για τις χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου ήταν 0/155 (0%), ενώ σε όσες δεν εφαρμόστηκε ήταν 7/157 (4,5%). Το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας ήταν 1/312 (0,3%). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ( $P < 0,05$ ) κατά τη σύγκριση των μετεγχειρητικών επιπλοκών μεταξύ των δύο ομάδων, πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου σχετίζεται με τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και το φαινόμενο αυτό φαίνεται να είναι μεγαλύτερο στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η χρήση της Λίστας Ελέγχου συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφαλείας των χειρουργικών επεμβάσεων, με αποτέλεσμα λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ακόμα, παρατηρήθηκε βελτίωση όσον αφορά το εργασιακό κλίμα, την επικοινωνία και την αποτελεσματικότητα της ομάδας.

**Λέξεις Κλειδιά:** Λίστα Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας, μετεγχειρητικές επιπλοκές, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Νικόλαος Πολίτης  
e-mail: nikolas.poliths@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 14/02/2020  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούnius 2022

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη του συγγραφέως

Αναφορά του άρθρου ως: Πολίτης Ν. (2022). Αλγόριθμος ελέγχου ασφαλείας χειρουργικού ασθενή σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 15(2): 5-15, <https://doi.org/10.24283/hjns.202221>

#### ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου βελτιώνει το επίπεδο ασφάλειας και ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στο χειρουργείο
- Μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών
- Συμβάλλει στη βελτίωση όσον αφορά το εργασιακό κλίμα, την επικοινωνία και την αποτελεσματικότητα της ομάδας

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας στους 25 ανθρώπους υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση κάθε χρόνο (Weiser et al., 2008). Η εκκίνηση έχει ως σκοπό τη διάσωση της ζωής του ασθενή, αλλά η μη ασφαλής χειρουργική φροντίδα μπορεί να προκαλέσει σημαντική βλάβη: επιπλοκές μετά από νοσοκομειακές επεμβάσεις εμφανίζονται στο 25% των ασθενών, ενώ ο αναφερόμενος ρυθμός θνησιμότητας μετά από σοβαρή χειρουργική επέμβαση είναι 0.5-5% (WHO, 2014).

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, επτά εκατομμύρια χειρουργικών ασθενών ετησίως παρουσιάζουν μετεγχειρητικές επιπλοκές, ενώ ένα εκατομμύριο ασθενείς πεθαίνουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης ή μετά το πέρας αυτής. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον οι μισές από τις περιπτώσεις στις οποίες η χειρουργική επέμβαση προκαλεί βλάβη μπορεί να αποφευχθούν (Kable et al., 2002). Τα περισσότερα χειρουργικά σφάλματα οφείλονται σε αποτυχίες μη τεχνικών δεξιοτήτων, όπως η επικοινωνία, η ηγεσία και η ομαδική εργασία (Alnaib et al., 2012). Βάσει της βιβλιογραφίας, τα ιατρικά λάθη και η μη τήρηση πρωτοκόλλων συμβάλλουν στην αύξηση των σφαλμάτων στο χώρο του χειρουργείου (Kable et al., 2002; Gawande et al., 1999).

Το 2008, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανέπτυξε μία λίστα ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις, σε μία προσπάθεια ελαχιστοποίησης των ανεπιθύμητων χειρουργικών επιπλοκών (WHO, 2014). Η λίστα ελέγχου, η οποία αποτελείται από τρεις φάσεις και 19 βήματα, περιλαμβάνει διάφορα περιεγχειρητικά στοιχεία που στοχεύουν άμεσα στη διασφάλιση της εφαρμογής συγκεκριμένων μέτρων ασφαλείας. Ο μηχανισμός, βάσει του οποίου η λίστα ελέγχου συμβάλλει στη βελτίωση των χειρουργικών αποτελεσμάτων, περιλαμβάνει τόσο άμεσους όσο και έμμεσους τρόπους. Άμεσοι παράγοντες, όπως η εξασφάλιση της έγκαιρης χορήγησης προφυλακτικών αντιβιοτικών μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση του ποσοστού των μετεγχειρητικών λοιμώξεων. Επίσης, έχει αναφερθεί ότι η λίστα ελέγχου αυξάνει την «κουλτούρα ασφαλείας» στον χώρο του χειρουργείου και έτσι περιορίζονται τα μη τεχνικά χειρουργικά λάθη, με αποτέλεσμα να έχει θετική επίδραση σε όλες τις ανεπιθύμητες χειρουργικές επιπλοκές (Kawano et al., 2014; Bohmer et al., 2012; Sewell et al., 2011; Kearns et al., 2011; Haynes et al., 2011).

Η λίστα ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχει εφαρμοστεί ως πρότυπο φροντίδας σε χιλιάδες χειρουργικές αίθουσες παγκοσμίως, καθώς είναι σχετικά εύκολο να τεθεί σε εφαρμογή και είναι σχεδόν απίθανο να προκαλέσει βλάβη (Center for Geographic Analysis, Harvard University 2014). Ωστόσο, υπάρχουν νέα στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία, για να είναι αποτελεσματική η λίστα ελέγχου απαιτείται συγκεκριμένη διαδικασία εφαρμογής, συνεχής παρακολούθηση και εκπαίδευση του προσωπικού (Conley et al.,

2011). Επομένως, είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν οι επιπτώσεις της λίστας ελέγχου στα μετεγχειρητικά αποτελέσματα, έτσι ώστε να επικυρωθεί αυτή η συνεχιζόμενη προσπάθεια (Russ et al., 2015; Russ et al., 2013; Sarah Whyte et al., 2008).

#### ΣΚΟΠΟΣ

Ο γενικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί η επίδραση της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως προς τη νοσηρότητα και τη μετεγχειρητική πορεία των ασθενών σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο. Παράλληλα, μελετήθηκε η συμβολή της Λίστας Ελέγχου στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και στην ενίσχυση της ασφάλειας του χειρουργικού ασθενή στην Ελλάδα.

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη που αφορά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας την χρονική περίοδο πριν, κατά και μετά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων σε Ελληνικό δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα, για να διαπιστωθεί αν συμβάλλει στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι συγχρονικές μελέτες χρησιμοποιούνται συχνά για την εκτίμηση των συνθηκών ασφάλειας των ασθενών σε ποικίλα περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένου του χειρουργείου (Haynes et al., 2011; Wolf et al., 2010; Bognár et al., 2008; Sexton et al., 2006; Bleakley et al., 2006).

#### Σχεδιασμός

Αρχικά πραγματοποιήθηκε έρευνα της βιβλιογραφίας και της αρθρογραφίας σε διάφορες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων με λέξεις κλειδιά surgical patient, postoperative complications, surgical safety checklist, world health organization safety, effectiveness, wrong site surgery, morbidity. Επίσης, τέθηκε γλωσσικός περιορισμός στην επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά.

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων συμπεριλαμβάνεται στο εγχειρίδιο «Λίστα Ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις», το οποίο έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα από το Σύλλογο Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου (ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.) μετά από σχετική άδεια που χορηγήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας έχει ληφθεί η απαραίτητη έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή Ερευνητικής Ηθικής και Δεοντολογίας του ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.

### Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 312 άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 18 ετών και άνω, ασθενείς των χειρουργικών κλινικών δημόσιου Ελληνικού Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου, για περίοδο έξι διαδοχικών μηνών, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Από αυτούς, οι 115 ήταν άνδρες και οι 197 γυναίκες, κάτοικοι της Ελλάδας. Όλοι οι χειρουργικοί ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα πληρούσαν ορισμένα κριτήρια όπως η ηλικία (να είναι ενήλικες), να μπορούν να επικοινωνήσουν και να καταλάβουν το περιεχόμενο του έντυπου συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα καθώς και να είναι σε θέση να το υπογράψουν.

Όσον αφορά την επιλογή του νοσοκομειακού ιδρύματος, που πραγματοποιήθηκε η μελέτη, είχε να κάνει με την εκπροσώπηση ενός ποικίλου συνόλου χειρουργικών περιστατικών και ασθενών από διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Η επιλογή μόνο ενός νοσοκομείου οφείλεται στον οικονομικό περιορισμό της συγκεκριμένης έρευνας και στην ύπαρξη ενός μόνο ερευνητή για τη συλλογή των δεδομένων. Το βασικό κριτήριο επιλογής ήταν ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων ανά μήνα, καθώς έπρεπε να συγκεντρωθεί ένας συγκεκριμένος αριθμός ασθενών σε συγκεκριμένη περίοδο.

### Συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε διάστημα έξι μηνών, από τον Ιανουάριο 2018 έως τον Ιούνιο 2018. Οι επικεφαλές των τμημάτων ενεργούσαν ως διαμεσολαβητές μεταξύ των ερωτούμενων και των ερευνητών. Το σύνολο των ερευνητικών εργασιών διεξήχθη με έμπιστο και ηθικό τρόπο. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, η Λίστα Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008), κρίθηκε έγκυρο και αξιόπιστο. Γι' αυτό το λόγο δεν ήταν απαραίτητη η προσθήκη ή η αφαίρεση κάποιου από τα 19 βήματα της Λίστας Ελέγχου του ΠΟΥ. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κυρίως σε επεμβάσεις γενικής, λαπαροσκοπικής, ογκολογικής, γυναικολογικής, ορθοπαιδικής, πλαστικής και ουρολογικής χειρουργικής.

Οι επιπλοκές καθορίστηκαν σύμφωνα με το Πρόγραμμα Βελτίωσης της Χειρουργικής Ποιότητας του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών (Khuri SF et al., 1995). Πιο αναλυτικά, συμπεριλαμβάνεται η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, η αιμορραγία που απαιτεί μετάγγιση 4 ή περισσότερων μονάδων ερυθρών αιμοσφαιρίων εντός 72 ωρών μετά την χειρουργική επέμβαση, η καρδιακή ανακοπή που απαιτεί καρδιοπνευμονική ανάνηψη, το κώμα διάρκειας 24 ωρών ή περισσότερο, η θρόμβωση εν τω βάθει φλέβας, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η μη προγραμματισμένη διασωλήνωση, η πνευμονία, η πνευμονική εμβολή, το εγκεφαλικό επεισόδιο, η σοβαρή διάσπαση τραύματος, η λοίμωξη του χειρουργικού ιστού, η σήψη, το σππτικό σοκ, η μη προγραμματισμένη επιστροφή στο χειρουργείο και ο θάνατος.

### Θέματα ηθικής-δεοντολογίας

Η παρούσα μελέτη προτάθηκε για συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών και εξετάστηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδι-

στριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η αξιοπιστία της έρευνας διατηρήθηκε χρησιμοποιώντας πρόσφατες έρευνες. Επιπλέον, τέθηκαν περιορισμοί στην χρήση μόνο επιστημονικών ερευνών και άρθρων επίσημων περιοδικών. Όλο το υλικό αναφοράς παρατέθηκε με ακρίβεια και αποφεύχθηκε η λογοκλοπή και η παρερμηνεία.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με το έντυπο της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και την γραπτή συγκατάθεση συμμετοχής των ασθενών. Το έντυπο συγκατάθεσης μοιράστηκε στους συμμετέχοντες στις χειρουργικές κλινικές, πριν τη μεταφορά τους στο χώρο του χειρουργείου. Επιπλέον, δόθηκε η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να έρθουν σε επαφή με τον ερευνητή για οποιαδήποτε ανησυχία έχουν σχετικά με τη διασφάλιση των προσωπικών τους δεδομένων.

### Στατιστική ανάλυση

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική και σχεδιάστηκαν πίνακες συχνοτήτων για τα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η σύγκριση όσον αφορά το ερευνητικό ερώτημα, για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών έγινε με το στατιστικό έλεγχο Chi – Squared Test,  $\chi^2$ . Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.05. Συνεπώς, η στατιστική συσχέτιση θα θεωρηθεί σημαντική για τιμή  $P < 0.05$ . Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και την αξιολόγηση της σημαντικότητας τους χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών IBM SPSS v.24 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, ένα από τα πιο δημοφιλή και έγκυρα στατιστικά πακέτα για ανάλυση και υλοποίηση ποσοτικών ερευνών.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 1. παρουσιάζονται τα στοιχεία των συμμετεχόντων αναφορικά με το φύλο και στον Πίνακα 2. σχετικά με την ηλικία τους.

Πίνακας 1. Φύλο συμμετεχόντων στην έρευνα.

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άνδρας	115	36,9
Γυναίκα	197	63,1
Σύνολο	312	100,0

Πίνακας 2. Ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων στην έρευνα.

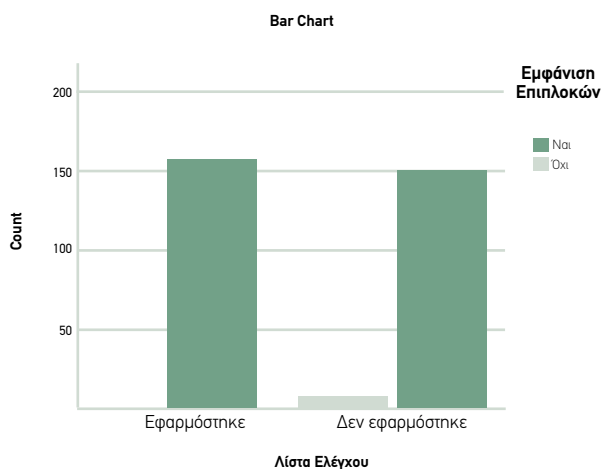
Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
18-24	6	1,9
25-34	11	3,5
35-44	34	10,9
45-54	48	15,4
55-64	73	23,4
65-74	86	27,6
75-84	46	14,7

≥85	8	2,6
<b>Σύνολο</b>	<b>312</b>	<b>100,0</b>

Ως προς το φύλο, από τους 312 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη οι 115, ποσοστό 36,9%, ήταν άνδρες και οι 197, ποσοστό 63,1%, ήταν γυναίκες. Όσον αφορά την ηλικία των ασθενών που πήραν μέρος στην έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών, 27,6% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών, ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό, 23,4% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών.

Το συνολικό ποσοστό επιπλοκών σε όλη τη διάρκεια της εργασίας ήταν 2,2% (7/312). Η Λίστα Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας χρησιμοποιήθηκε στο 49,7% (155/312) του συνόλου των επεμβάσεων. Το ποσοστό των επιπλοκών για τις χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου έφτασε το 0% (0/155), σε αντίθεση με τις επεμβάσεις που δεν εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου 4,5% (7/157). Τα ευρήματα αυτής της μελέτης αναφέρονται πλήρως στον Πίνακα 3.

**Πίνακας 3. Συνολικό ποσοστό επιπλοκών.**



Η επίδραση της χρήσης της Λίστας Ελέγχου όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα μετά την χειρουργική επέμβαση και μέχρι την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο αναλύθηκε ξεχωριστά για κάθε ασθενή. Το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας για ολόκληρη την περίοδο της μελέτης ήταν 0,3% (1/312). Παρουσιάστηκαν και άλλες επιπλοκές όπως η θρόμβωση εν τω βάθει φλέβας 0,3% (1/312), η μη προγραμματισμένη επιστροφή στο χειρουργείο 0,3% (1/312), η λοίμωξη χειρουργικού τραύματος 0,6% (2/312), ενώ παρουσιάστηκαν δύο περιστατικά (2/312), ποσοστό 0,6%, που χρειάστηκαν μετάγγιση αίματος λόγω αιμορραγίας.

Το σκεπτικό πίσω από την επιλογή του στατιστικού εργαλείου εξηγείται στην παρούσα παράγραφο. Ο έλεγχος κανονικότητας διεξήχθη σε αυτή την έρευνα πριν επιλεγεί η κατάλληλη στατιστική μέθοδος. Η κανονικότητα των δεδομένων ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας το ιστόγραμμα και το τεστ Kolmogorov-Smirnov. Αυτό χρησιμοποιήθηκε για να προσδιοριστεί εάν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις μετεγχειρητικές επιπλοκές πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου χειρουργικής Ασφάλειας του Παγκόσμιου

Οργανισμού Υγείας.

Στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P < 0,05$ ) εντοπίστηκε στη σύγκριση των μετεγχειρητικών επιπλοκών ανάμεσα στις δύο ομάδες, πριν και μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου στο χώρο του χειρουργείου. Όπως προκύπτει από το στατιστικό έλεγχο  $\chi^2$  (Chi - Squared test), σχετικά με την ερευνητική υπόθεση της εργασίας, το P-value βρέθηκε να είναι 0,008. Εφόσον από την αρχή της εργασίας το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είχε τεθεί στο 0,05, μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της μείωσης των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

### Συζήτηση

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε μία ομάδα ελέγχου και μία ομάδα παρέμβασης, καθώς αυτός ήταν ο καταλληλότερος τρόπος για τη διερεύνηση των επιπτώσεων της εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Haugen et al., 2013). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πριν και μετά την χρήση του ερευνητικού εργαλείου, της Λίστας Ελέγχου. Στη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, δε βρέθηκαν μελέτες στην Ελλάδα που να χρησιμοποιούν παρόμοιο σχεδιασμό για να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας. Ο περιορισμός όσον αφορά τις προηγούμενες μελέτες, αυξάνει τον κίνδυνο μεροληψίας (Brown et al., 2008).

Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο συστηματικού σφάλματος πληροφωρίας μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου, σχετικά με τις πληροφορίες που παρέχονται όσον αφορά την παρέμβαση. Γι' αυτό το λόγο ελήφθησαν μέτρα για την αποφυγή αυτής της δυνατότητας. Για παράδειγμα, ο πληθυσμός της μελέτης ήταν αντιπροσωπευτικός των ασθενών που βρίσκονταν σε Ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο. Η συμπερίληψη ασθενών από ένα μεγάλο εύρος χειρουργικών περιστατικών πιθανώς αυξάνει την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας σχετικά με τις επιπτώσεις από την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου στις μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορούν να γενικευτούν και σε άλλα Ελληνικά νοσοκομεία με παρόμοια χαρακτηριστικά και χειρουργικά περιστατικά.

Διεξήχθη μία μελέτη έρευνας για να κατανοηθεί καλύτερα αν η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας συμβάλει στη βελτίωση της ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου και στη μείωση των ανεπιθύμητων μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως αυτές καθορίστηκαν από το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών (Lyons & Porejey, 2017). Τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου συμβάλλει στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και κατ' επέκταση στη βελτίωση της ποιότητας στον χώρο του χειρουργείου.

Τα θετικά αποτελέσματα από την χρήση της Λίστας Ελέγχου είναι καλά τεκμηριωμένα. Οι Lyons & Porejey διεξήγαγαν μία μετά-ανάλυση και βρέθηκε ότι η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας μπορεί να μειώσει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και τη θνησιμότητα (Lyons & Porejey, 2014; Bergs et al., 2014; van



Klei et al., 2012; de Vries et al., 2010; Weiser et al., 2010; Haynes et al., 2009). Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η συμμόρφωση με τις παρεμβάσεις ασφάλειας που περιλαμβάνονται στη Λίστα Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως η αντιβιοτική προφύλαξη και η πρόληψη του θρομβοεμβολισμού, αυξήθηκε μετά την εφαρμογή της λίστας (Truran et al., 2011; W-Dahl et al., 2011). Επίσης, η χρήση της Λίστας Ελέγχου συμβάλει στη βελτίωση της ομαδικής εργασίας και επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (Lyons & Porejoy, 2014). Τέλος, η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την κουλτούρα ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου (Haynes et al., 2011). Σε μία μελέτη με 257 χειρουργούς, περισσότεροι από το 90% δήλωσαν ότι σε περίπτωση που ήταν ασθενείς θα ήθελαν να χρησιμοποιηθεί η Λίστα Ελέγχου που χρησιμοποιούσαν (Haynes et al., 2011).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα από την χρήση της Λίστας Ελέγχου εξαρτώνται άμεσα από τη σωστή εφαρμογή αυτής (van Klei et al., 2012). Πολλές φορές η συμμόρφωση με τη λίστα μπορεί να μην επαρκεί για τη σταθερή εξασφάλιση των βελτιωμένων αποτελεσμάτων των χειρουργικών επεμβάσεων (Lyons & Porejoy, 2017). Ο Borchard και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μία συστηματική ανασκόπηση από την οποία προέκυψε ότι η χρήση της Λίστας Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας κυμάνθηκε από 12% έως 100% (Borchard et al., 2012). Η μη βέλτιστη εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ποιότητας των αποτελεσμάτων των χειρουργικών επεμβάσεων και μπορεί στην πραγματικότητα να συμβάλει στην πρόκληση σφάλματος ή βλάβης στους ασθενείς (Haugen et al., 2015; Morgan et al., 2015; Russ et al., 2015; Sendlhofer et al., 2015; Bergs et al., 2014; Gagliardi et al., 2014; Rydenfalt et al., 2014; Saturno et al., 2014; Braaf et al., 2013; Cullati et al., 2013; Hannam et al., 2013; Morgan et al. 2013; Sparks et al., 2013; Fourcade et al., 2012; Levy et al., 2012; Sheena et al., 2012; van Klei et al., 2012; Walker et al., 2012; Vogts et al., 2011; Bosk et al., 2009). Η επιτυχημένη εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου απαιτεί προσοχή πέρα από αυτήν και εξέταση της κουλτούρας ασφάλειας του εκάστοτε χειρουργείου (Haugen et al., 2015; Vats et al., 2010). Η εφαρμογή των διαδικασιών, όπως η Λίστα Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας, είναι πολύπλοκη και χρειάζεται πολυκλαδική συμμετοχή των εμπλεκόμενων σε όλα τα επίπεδα. Ακόμα και με την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου, η σωστή χρήση της Λίστας Ελέγχου δε μπορεί να είναι αποτελεσματική χωρίς να έχει επιτευχθεί αλλαγή στην κουλτούρα ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου (Porter et al., 2014). Μερικά κλειδιά για την επιτυχή υλοποίηση είναι η δραστήρια ηγεσία, ο σχεδιασμός της λίστας, η εκτεταμένη συζήτηση και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού (Russ et al., 2015; Haugen et al., 2015; Gagliardi et al., 2014; Low et al., 2012).

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε μία σημαντική μεταβολή στο επίπεδο της ασφάλειας των χειρουργικών επεμβάσεων μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008). Το ποσοστό των επιπλοκών στις χειρουργικές επεμβάσεις που δεν εφαρμόστηκε η λίστα ήταν 4,5%, (7/157), ενώ σε αυτές που εφαρμόστηκε ήταν 0% (0/155). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση 0,008 ( $P < 0,5$ ). Από αυτό το αποτέλεσμα προκύπτει μία σχέση ανάμεσα στη Λίστα Ελέγχου και

τη μείωση των χειρουργικών επιπλοκών καθώς και τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

Υπάρχει, όμως, η πιθανότητα η μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών να σχετίζεται με τη μείωση των αποτρέψιμων σφαλμάτων κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Σε μία μελέτη που διεξήχθη το 2009 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Haukeland, αναφορικά με τις λανθασμένες χειρουργικές διαδικασίες (λάθος ασθενής, λάθος χειρουργική επέμβαση, λάθος χειρουργικό σημείο) διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού του χειρουργείου, 91% (250/275), υποστήριξε την εφαρμογή μιας Λίστας Ελέγχου και το 96% (263/275) πίστευε ότι με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν να αποφευχθούν τα λάθη (Haugen et al., 2013). Τα μέλη της χειρουργικής ομάδας ανέφεραν ότι ήταν εξοικειωμένα με την ιδέα της παραλίγο λανθασμένης χειρουργικής επέμβασης. Το 38% απάντησε ότι ήταν αβέβαιοι για την ταυτότητα του ασθενή, το 81% απάντησε ότι ήταν αβέβαιοι για το σημείο της χειρουργικής επέμβασης και τέλος το 60% απάντησε πως είχε προετοιμαστεί για διαφορετική χειρουργική επέμβαση.

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν δύο μελέτες που χρησιμοποιούσαν ένα επικυρωμένο ερευνητικό εργαλείο αναφορικά με την κουλτούρα ασφάλειας για τη διερεύνηση των επιπτώσεων από την χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το επίπεδο της ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου. Η πρώτη ήταν μία μελέτη του Haynes και των συναδέλφων του, που χρησιμοποίησαν ένα τροποποιημένο όργανο για την αξιολόγηση της ασφάλειας και της ποιότητας (Haynes et al., 2011). Διερεύνησαν τα υποσύνολα της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών με πρόσθετες ερωτήσεις αναφορικά με τη λίστα. Είναι ενδιαφέρον ότι μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση του σχετικού κινδύνου των ασθενών 0,038 ( $P < 0,05$ ). Η δεύτερη μελέτη δεν διαπίστωσε μεταβολές μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου (Morgan et al., 2013). Μία ακόμα μελέτη διαπίστωσε βελτίωση της ασφάλειας στον χώρο του χειρουργείου μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου (Kawano et al., 2014).

Από την ανασκόπηση προέκυψαν αρκετές μελέτες που ανέφεραν θετικές αλλαγές στα αποτελέσματα μετά την χρησιμοποίηση της Λίστας Ελέγχου στις χειρουργικές επεμβάσεις (Bleakley et al., 2012; Allard et al., 2011; Timmel et al., 2010; Makary et al., 2006; DeFontes & Surbida, 2004). Για τις περισσότερες έρευνες, ο κοινός παρανομαστής ήταν το εργαλείο που εφαρμόστηκε για την αξιολόγηση της ποιότητας και της ασφάλειας. Το εάν οι παρεμβάσεις που έγιναν θα επηρέαζαν όλους τους τομείς της κουλτούρας ασφάλειας παραμένει ανοιχτό ερώτημα.

Σύμφωνα με τον Conley και τους συνεργάτες του, προκειμένου να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα χρησιμοποιώντας τη Λίστα Ελέγχου, η διαδικασία εφαρμογής της πρέπει να διεξαχθεί αποτελεσματικά. Οι υπεύθυνοι των χειρουργικών τμημάτων πρέπει να εξηγήσουν πειστικά το σκεπτικό και τα οφέλη από την χρήση της και στη συνέχεια να ακολουθήσει παρουσίαση του τρόπου εφαρμογής της (Conley et al., 2011). Από την άλλη πλευρά, οι κακώς εφαρμοσμένες Λίστες Ελέγχου μπορούν να προκαλέσουν επαγγελματικό χάσμα, να αυξήσουν τις εντάσεις και να ενισχύσουν τα κενά στην ασφάλεια (Vats et al., 2010; Whyte et al., 2008). Μία συστηματική ανασκόπηση αναφορικά με τον αντίκτυπο της χρήσης της Λίστας

Ελέγχου στο χειρουργείο έδειξε ότι η βελτίωση της ποιότητας της ομαδικής εργασίας και επικοινωνίας επιτυγχάνεται με μία ανοιχτή πλατφόρμα επικοινωνίας στην αρχή της χειρουργικής επέμβασης (Russ et al., 2013). Επίσης, στη μελέτη διαπιστώθηκε η ύπαρξη αρνητικών επιπτώσεων στην ομαδική λειτουργία, όταν η Λίστα Ελέγχου δεν εφαρμόστηκε όπως θα έπρεπε.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι συγκρίσιμα με τα ευρήματα μίας μελέτης αναφορικά με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που διεξήχθη σε οκτώ χώρες (Weiser et al., 2010; Haynes et al., 2009). Μόνο μία από τις 5 μελέτες χωρών υψηλού εισοδήματος σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης της Λίστας Ελέγχου του ΠΟΥ έδειξε συνολική μείωση των επιπλοκών από 23,6% στο 15,9% (Bliss et al., 2012). Ωστόσο, οι μελέτες σχετικά με την χρήση του ολοκληρωμένου συστήματος ελέγχου στην Ολλανδία από τον de Vries και τους συνεργάτες του ανέφεραν παρόμοια αποτελέσματα. Διαπιστώθηκε μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών από 15,4% σε 10,4% ( $P < 0,001$ ) (de Vries et al., 2010).

Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στις ορθοπαιδικές χειρουργικές επεμβάσεις διαπιστώθηκε μείωση κατά 65% των προγραμματίσιμων επιστροφών στο χειρουργείο, με μείωση από 1,7% σε 0,6% ( $P < 0,001$ ) (Lubbeke et al., 2013). Παρόμοιο εύρημα βρέθηκε σε έρευνα του Haynes και των συναδέλφων του, καθώς σημειώθηκε μείωση των ανεπιθύμητων επιστροφών στο χειρουργείο από 2,4% σε 1,8% ( $P = 0,047$ ). Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου συμβάλει στη μείωση του κινδύνου βλάβης και στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών με την πρόληψη σημαντικών και μικρών επιπλοκών.

Η μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών θα έπρεπε κανονικά να σχετίζεται με τη διάρκεια παραμονής του ασθενή. Όμως, κατά τη διάρκεια της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας δε βρέθηκαν μελέτες που να υποστηρίζουν τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών σχετικά με τη διάρκεια παραμονής των ασθενών. Σε μία μελέτη στην Ολλανδία διαπιστώθηκε σχέση ανάμεσα στη μείωση της διάρκειας διαμονής και την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών από 9,1 σε 8,5 ημέρες, η οποία όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $P = 0,15$ ) (de Vries et al., 2010). Η έλλειψη μελετών και θετικών ευρημάτων πάνω στο συγκεκριμένο κομμάτι ενισχύει την άποψη ότι η μείωση των επιπλοκών οφείλεται στην εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου.

Όσον αφορά τη μείωση της θνησιμότητας, ήταν δύσκολο να επιτευχθεί σε μελέτες που αφορούσαν την χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε μία μελέτη στις Κάτω Χώρες, στην οποία παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της θνησιμότητας με λόγο σχετικών πιθανοτήτων 0,85 (95% CI, 0,73 έως 0,98) (van Klei et al., 2012). Παρόμοιο αποτέλεσμα βρήκε και ο Haynes με τους συναδέλφους του, σε μία μελέτη σχετικά με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου, με συνολική μείωση της θνησιμότητας από 1,5% σε 0,8% ( $P = 0,003$ ). Ωστόσο, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της θνησιμότητας σε χώρες υψηλού εισοδήματος, στις οποίες παρατηρήθηκε μείωση από 0,9% σε 0,6% ( $P = 0,18$ ). Αντίθετα, σε χώρες χαμηλού εισοδήματος σημειώθηκε

μείωση του ποσοστού θνησιμότητας από 2,1% σε 1,0% ( $P = 0,006$ ) (Kwok et al., 2013; Weiser et al., 2010).

Επίσης, σε δύο ακόμα συστηματικές ανασκοπήσεις αποδείχθηκε πως η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2008) συμβάλλει στη μείωση των ποσοστών των ανεπιθύμητων μετεγχειρητικών επιπλοκών και της θνησιμότητας (Thomassen et al., 2014; Bergs et al., 2014). Παρόλα αυτά, υπάρχουν διάφοροι συγχυτικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τα ποσοστά της θνησιμότητας, συμπεριλαμβανομένου του μικρού δείγματος, των δυσκολιών κατά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Vats et al., 2010). Άλλοι παράγοντες όπως οι νέες θεραπείες, τα φάρμακα ή ο εξοπλισμός θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα των μελετών.

Το Τμήμα Νευρολογικής Χειρουργικής της κλινικής Mayo στην Αριζόνα πέτυχε ποσοστό συμμόρφωσης 99,5% όσον αφορά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου, σε διάστημα 8 ετών (Lyons, 2010). Στο άρθρο που περιγράφει την εμπειρία του, ο Lyons αναφέρει ότι η Λίστα Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και άλλες πρωτοβουλίες βελτίωσης της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εφαρμόζονται άμεσα στο συγκεκριμένο ίδρυμα. Αυτό οφείλεται στην ύπαρξη χειρουργικής κουλτούρας αφιερωμένη στην ασφαλεία των ασθενών, και ως αποτέλεσμα η υιοθέτηση της Λίστας Ελέγχου θεωρείται ότι προσφέρει αξία στην ασφάλεια των χειρουργικών ασθενών. Στη συνέχεια, ο Conley και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν μία μελέτη για την χρήση της Λίστας Ελέγχου στην Ουάσιγκτον και διαπίστωσαν ότι η επιτυχής εφαρμογή της λίστας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την χειρουργική κουλτούρα ασφάλειας ενός ιδρύματος (Conley et al., 2011).

Στα νοσοκομεία της Νότιας Καρολίνας, ολοκληρώνοντας μία εθελοντική και δομημένη χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την χειρουργική ασφάλεια, μέσω μιας κρατικής συνεργασίας, τα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση βελτιώθηκαν σε μεγάλο βαθμό, ενώ καταγράφηκαν σημαντικά χαμηλά ποσοστά μετεγχειρητικής θνησιμότητας. Στην Αγγλία, ερευνητές εξέτασαν τη συμβολή της Λίστας Ελέγχου στη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και διαπίστωσαν θετικά αποτελέσματα (Mayer et al., 2016). Μία μελέτη σε 5 νοσοκομεία κατέδειξε ότι στις χειρουργικές επεμβάσεις που είχε εφαρμοστεί η Λίστα Ελέγχου, παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά (34%) μετεγχειρητικών επιπλοκών σε σύγκριση με χειρουργικές επεμβάσεις που δεν εφαρμόστηκε η λίστα. Επίσης, χαμηλά ποσοστά σημειώθηκαν και όσον αφορά τη θνησιμότητα, όμως το μέγεθος του δείγματος ήταν πολύ μικρό για να υπάρξει σημαντικότητα (Russ et al., 2015).

Σε μία άλλη μελέτη που στόχευε στην εκτίμηση του επιπολασμού του κινδύνου σε μία χειρουργική κλινική, καταγράφηκαν 5672 περιστατικά και τα 218 χαρακτηρίστηκαν ως ανεπιθύμητα σφάλματα, καθώς προκάλεσαν βλάβη στους ασθενείς. Τα πιο συχνά επεισόδια ήταν ο μετεγχειρητικός πόνος, η έλλειψη πίεσης, η αλλεργικές αντιδράσεις στη φαρμακευτική αγωγή, η έλλειψη προϊόντων αίματος και ο θάνατος (Paragaguá, 2013). Σε αυτό το πλαίσιο, η έγκαιρη αναγνώριση των επιπλοκών που σχετίζονται με το χειρουργικό

τραύμα συμβάλει στην αντιμετώπισή τους. Συνεπώς, η μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου Χειρουργικής Ασφάλειας συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών.

Μία συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με την χρήση της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και τις επιπτώσεις της, απέδειξε ότι μπορεί να αποτρέψει τα περιεγχειρητικά λάθη και τις επιπλοκές κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Μειώνοντας τα ποσοστά των μετεγχειρητικών επιπλοκών και της θνησιμότητας, εκτός από τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών παρατηρήθηκε βελτίωση στην επικοινωνία ανάμεσα στην χειρουργική ομάδα (Tang et al., 2014). Τα αποτελέσματα των αναφερόμενων μελετών αποκαλύπτουν ότι η χρήση της Λίστας Ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις συμβάλει στη μείωση των βλαβών σε ασθενείς. Εκτός από τον έλεγχο και την αξιολόγηση της περιεγχειρητικής περιόδου, οι πληροφορίες που συλλέγονται με τη συμπλήρωση των Λιστών Ελέγχου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την τροφοδοσία βάσεων δεδομένων και την παροχή στήριξης τόσο σε επαγγελματίες υγείας όσο και σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Fonseca & Peniche, 2009).

Επίσης, υπάρχουν στοιχεία από προηγούμενες μελέτες που έχουν συνδέσει το βελτιωμένο κλίμα ασφάλειας και την αποδοτική ομαδική εργασία και επικοινωνία στον χώρο του χειρουργείου με την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Lingard et al., 2008; Makary et al., 2006; Sexton et al., 2006). Οι μελέτες παρατήρησης έδειξαν μία συσχέτιση μεταξύ της καλής ομαδικής εργασίας της χειρουργικής ομάδας και τη μειωμένη εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών (Mazzocco et al., 2009). Ο Dixon-Woods σε πρόσφατη ανασκόπηση εθνογραφικής μελέτης σχετικά με τις διαδικασίες στο χειρουργείο, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν σημαντικά εμπόδια όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών τόσο σε δομικό όσο και σε πολιτιστικό επίπεδο (Dixon-Woods, 2010).

Μία ακόμα μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου του Βερμόντ, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οδήγησε σε αισθητές βελτιώσεις όσον αφορά την επικοινωνία του προσωπικού και την ασφάλεια των ασθενών, γεγονός που υποδηλώνει βελτίωση της συνολικής κουλτούρας ασφάλειας (Zingiryan, 2017). Σε μία άλλη μελέτη, η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου συσχετίστηκε με μία στατιστικά σημαντική μείωση της θνησιμότητας και των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Αυτή ήταν η πρώτη μελέτη που αποδείκνυε τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών στην Αυστραλία. Τα μετεγχειρητικά ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν κατά 23%, από 1,2% σε 0,92% ( $P=0,038$ ). Η διάρκεια παραμονής των ασθενών μειώθηκε κατά 9,6%, από 5,2 σε 4,7 ημέρες ( $P=0,014$ ) (de Jager, E., 2018).

Το 2018, πραγματοποιήθηκε μία προοπτική μελέτη ανάλυσης των δεδομένων της Διεθνούς Μελέτης Χειρουργικών Αποτελεσμάτων, συνοδευόμενη από μία συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας. Το κύριο αποτέλεσμα της έρευνας ταυτιζόταν με αυτό της παρούσας εργασίας. Στις χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η Λίστα Ελέγχου χειρουργικής ασφάλειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι ασθενείς παρουσίασαν μικρότερη συχνότητα εμφάνισης μετεγχει-

ρητικών επιπλοκών και θανάτων σε σύγκριση με τους ασθενείς, στις επεμβάσεις των οποίων δεν χρησιμοποιήθηκε η λίστα. Ο Λόγος Αναλογιών σχετικά με τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας ήταν 0,75 (0,62-0,92) και υπήρξε στατιστική σημαντικότητα ( $P<0,01$ ), ενώ όσον αφορά τη μείωση των ποσοστών μετεγχειρητικών επιπλοκών ήταν 0,73 (0,61-0,88) και η στατιστική σημαντικότητα  $P<0,01$  (Abbot et al., 2018).

Σε μία μελέτη στη Νορβηγία, διαπιστώθηκε μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μετά την χρήση της Λίστας Ελέγχου κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Πραγματοποιήθηκε μία τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη κατά την οποία το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών μειώθηκε από 19,9% σε 11,5% ( $P<0,001$ ), με απόλυτη μείωση του κινδύνου 8,4 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 6,3-10,5). Η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά από 1,9% σε 0,2% σε ένα από τα δύο νοσοκομεία που πραγματοποιήθηκε η μελέτη (Haugen et al., 2015). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και μία μελέτη στο Ιράν, καθώς μετά την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου οι μετεγχειρητικές επιπλοκές μειώθηκαν κατά 58% (Maryam Baradaran Binazir et al., 2012). Η συχνότητα εμφάνισης τυχόν επιπλοκών πριν την εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου ήταν 30%, αλλά μετά την εφαρμογή της λίστας ήταν 12% ( $P=0,002$ ). Αντίστοιχη μείωση, σε ποσοστό 57% καταγράφηκε σε μία μελέτη που διεξήχθη στο νοσοκομείο Faghihi, Ιράν (Askarian et al., 2011).

Το 2011, πραγματοποιήθηκε μία μελέτη στη Δανία προκειμένου να υπολογιστεί το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών που θα μπορούσε να αποφευχθεί με την χρήση της Λίστας Ελέγχου για την χειρουργική ασφάλεια. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, προέκυψε ότι η εφαρμογή της λίστας θα μπορούσε να είχε αποτρέψει το 40% των θανάτων και το 29% των μετεγχειρητικών επιπλοκών (Eefje & de Vries, 2011). Σε άλλη μελέτη στην Ολλανδία, μελετήθηκαν οι επιπτώσεις της εφαρμογής της Λίστας Ελέγχου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, (WHO, 2008) στην ασφάλεια των ασθενών και την ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου ( $n=3760$ ) και την ομάδα παρέμβασης ( $n=3820$ ) και ο συνολικός αριθμός των επιπλοκών ανά 100 ασθενείς μειώθηκε από 27,3 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 25,9-28,7) σε 16,7 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 15,6-17,9) (De Vries et al., 2010).

### Συμπεράσματα

Η εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου έχει ως στόχο την επαλήθευση των ουσιαστών μέτρων ασφάλειας των ασθενών από τη στιγμή που θα εισέλθουν στο χώρο του χειρουργείου μέχρι και την έξοδό τους, ώστε να προληφθούν πιθανά ανεπιθύμητα ατυχήματα. Ο έλεγχος και η καταγραφή των 19 βημάτων της λίστας κατά την είσοδο, παραμονή και έξοδο του ασθενή από την χειρουργική αίθουσα συνέβαλε στη μείωση των αναίτιων θανάτων και επιπλοκών από τις χειρουργικές επεμβάσεις.

Το σημαντικότερο εύρημα σε αυτή την εργασία ήταν η απόδειξη πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην εφαρμογή της Λίστας Ελέγχου και τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Στις 155 χειρουργικές επεμβάσεις που εφαρμόστηκε η λίστα δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές, ενώ στις 157 που η λίστα δεν εφαρμόστηκε πλήρως σημειώθηκαν 7 μετεγχειρητικές επιπλοκές. Στις χειρουργικές επεμ-



**BIBΛIOΓPAΦIA**

- Abbott, T., E., F., Ahmad, T., Phull, M., K., Fowler, A., J., Hewson, R., Biccarrd, B., M., Chew, M., S., Gillies, M. and Pearse, R., M. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 120(1), pp. 146-155.
- Allard, J., Bleakley, A., Hobbs, A., Coombes, L. (2011). Pre-surgery briefings and safety climate in the operating theatre. *BMJ Quality & Safety*, 20(8), pp. 711-717.
- Alnaib, M., Al Samaraee, A., Bhattacharya, V. (2012). The WHO surgical safety checklist. *Journal of Perioperative Practice*, 22, pp. 289-292.
- Askarian, M., Kouchak, F., Palenik, J. (2011). Effect Of Surgical Safety Checklist n postoperative Morbidity and Mortality Rates, Shiraz, Faghihy Hospital, a 1-Year Study. *Quality Management Health Care*, 4(20), pp. 293-297.
- Bergs, J., Helling, J., Cleemput, I., Zurel, Ö., De Troyer, V., Van Hiel, M., Vandijck, D. (2014). Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *British Journal of Surgery*, 101(3), pp. 150-158.
- Bleakley, A., Allard, J., Hobbs, A. (2012). Towards culture change in the operating theatre: embedding a complex educational intervention to improve teamwork climate. *Medical Teacher*, 34(9), pp. e635-640.
- Bognár, A., Barach, P., Johnson, J. K., Duncan, R. C., Birnbach, D., Woods, D., Bacha, E. A. (2008). Errors and the burden of errors: Attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *The Annals of Thoracic Surgery*, 85(4), pp. 1374-1381.
- Bohmer, AB., Wappler, F., Tinschmann, T., et al. (2012). The implementation of a perioperative checklist increases patients perioperative safety and staff satisfaction. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56, pp. 332-338.
- Borchard, A., Schwappach, D. L. B., Barbir, A., & Bezzola, P. (2012). A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Annals of Surgery*, 256(6), pp. 925-933.
- Bosk, C. L., Dixon-Woods, M., Goeschel, C. A., & Pronovost, P. J. (2009). Reality check for checklists. *The Lancet*, 374(9688), pp. 444-445.
- Braaf, S., Manias, E., & Riley, R. (2013). The 'time-out' procedure: An institutional ethnography of how it is conducted in actual clinical practice. *BMJ Quality and Safety*, 22(8), pp. 647-655.
- Brown, C., Hofer, T., Johal, A., Thomson, R., Nicholl, J., Franklin, BD., Lilford, RJ. (2008). An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 3. End points and measurement. *Quality & Safety in Health Care*, 17(3), pp. 170-177.
- Center for Geographic Analysis, Harvard University (2014). WHO Patient safety: Surgical Safety. URL: [https://maps.cga.harvard.edu/surgical\\_safety/info.html](https://maps.cga.harvard.edu/surgical_safety/info.html) [Πρόσβαση 4 Απριλίου 2018].
- Conley, DM., Singer, SJ., Edmondson, L., et al. (2011). Effective surgical safety checklist implementation. *Journal of American College of Surgeons*, 212, pp. 873-879.
- Cullati, S., Le Du, S., Raë, A.-C., Micallef, M., Khabiri, E., Ourahmoune, A., . . . Chopard, P. (2013). Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Quality and Safety*, 22(8), pp. 639-646.
- DeFontes, J., Surbida, S. (2004). Preoperative safety briefing project. *The Permanente Journal*, 8(2), pp. 21-27.
- De Jager, E., Gunnarsson, R. & Ho, YH. (2018). *World Journal of Surgery*, 42, pp. 1-8.
- De Vries, EN., Prins, HA., Crolla, RMPH., den Outer, AJ., van Andel, G., van Helden, SH., Schlack, WS., van Putten, MA., Gouma, DJ., Dijkgraaf, GW., Smorenburg, SM., Boermeester, MA. (2010). Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *NEJM*, 363(20), pp. 1928-1937.
- Dixon-Woods, M. (2010). Why is patient safety so hard? A selective review of ethnographic studies. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15, pp. 11-16.
- Eefje, N., de Vries. (2011). Prevention of Surgical Malpractice Claims by Use of a Surgical Safety Checklist. *Annals of Surgery*, 253(3), pp. 624-628.
- Fonseca, RM., Peniche, AC. (2009). Operation room nursing in Brazil: thirty years after the institution of perioperative nursing process. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), pp. 428-433.
- Fourcade, A., Blache, J.-L., Grenier, C., Bourgain, J.-L., & Minvielle, E. (2012). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality and Safety*, 21(3), pp. 191-197.
- Gagliardi, A. R., Straus, S. E., Shojania, K. G., & Urbach, D. R. (2014). Multiple interacting factors influence adherence, and outcomes associated with surgical safety checklists: A qualitative study. *PLOS One*, 9(9), e108585.
- Gawande, AA., Thomas, EJ., Zinner, MJ., Brennan, TA. (1999). The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 126, pp. 66-75.
- Hannam, J. A., Glass, L., Kwon, J., Windsor, J., Stapelberg, F., Callaghan, K., . . . Mitchell, S. J. (2013). A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. *BMJ Quality and Safety*, 22(11), pp. 940-947.
- Haugen, A. S., Søfteland, E., Almeland, S., K., Sevdalis, N., Vonen, B., Eide, G., E., Nortvedt, M., W., Harthug, S. (2015). Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial, *Annals of Surgery*, 261(5), pp. 821-828.
- Haugen, A. S., HÅ yland, S., Thomassen, Å. y., & Aase, K. (2015). 'It's a state of mind': A qualitative study after two years' experience with the World Health Organization's surgical safety checklist. *Cognition, Technology & Work*, 17(1), pp. 55.
- Haugen, A. S., Søfteland, E., Eide, GE., Sevdalis, N., Vincent, CA., et al. (2013). Impact of the World Health Organization's surgical safety checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. *British Journal of Anaesthesia*, 110(5), pp. 807-815.
- Haugen, A., Murugesu, S., Haaverstad, R., Eide, G., Søfteland, E. (2013). A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out protocols. *BMC Surgery*, 13(1), pp. 46.
- Haynes, AB., Weiser, TG., Berry, WR., et al. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality & Safety*, 20, pp. 102-107.
- Haynes, AB., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A., Dellinger, E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M., Merry, A., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B., Gawande, A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *NEJM*, 360(5), pp. 491-499.
- Kable, AK., Gibberd, RW., Spigelman, AD. (2002). Adverse events in surgical patients in Australia. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua*, 14, pp. 269-276.
- Kawano, T., Taniwaki, M., Ogata, K., et al. (2014). Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. *Journal of Anesthesia*, 28, pp. 467-470.
- Kearns, RJ., Uppal, V., Bonner, J., et al. (2011). The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. *BMJ Quality in Safety*, 20, pp. 818-822.
- Khuri, SF., Daley, J., Henderson, W., et al. (1995). The National Veterans Administration Surgical Risk Study: risk adjustment for the comparative assessment of the quality of surgical care. *Journal of the American College of Surgeons*, 180, pp. 519-531.
- Kwok, AC., Funk, LM., Baltaga, R., Lipsitz, SR., Merry, AF., Dziekan, G., Ciobanu, G., Berry, WR., Gawande, AA. (2013). Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist, Including Introduction of Pulse Oximetry, in a Resource-Limited Setting. *Annals of Surgery*, 257(4), pp. 633-639.
- Levy, S. M., Senter, C. E., Hawkins, R. B., Zhao, J. Y., Doody, K., Kao, L. S., Tsao, K. (2012). Implementing a surgical checklist: More than checking a box. *Surgery*, 152(3), pp. 331-336.

- Lingard, L., Regehr, G., Orser, B., et al. (2008). Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Archives of Surgery*, 143, pp. 12-18.
- Low, D., Walker, I., Heitmiller, E. S., & Kurth, D. (2012). Implementing checklists in the operating room. *Pediatric Anesthesia*, 22(10), pp. 1025-1031.
- Lubbeke, A., Hovaguimian, F., Wickboldt, N., Barea, C., Clergue, F., Hoffmeyer, P., Walder, B. (2013). Effectiveness of the surgical safety checklist in a high standard care environment. *Medical Care*, 51(5), pp. 425-429.
- Lyons, V. E., & Popejoy, L. L. (2014). Meta-analysis of surgical safety checklist effects on teamwork, communication, morbidity, mortality, and safety. *Western Journal of Nursing Research*, 36(2), pp. 245-261.
- Lyons, V. E., & Popejoy, L. L. (2017). Time-out and checklists: A survey of rural and urban operating room personnel. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(1), pp. 3-10.
- Makary, M., Sexton, J., Freischlag, J., Holzmueller, C., Millman, E., Rowen, L., Pronovost, P. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202, pp. 746-752.
- Maryam Baradaran Binazir, Mahasti Alizadeh, Parisa Nikasa, Ramin Azhough, Reza Movassaghi (2012). The Effect of a Modified World Health Organization Surgical Safety Checklist on Postoperative Complications in a Tertiary Hospital in Iran, 2012. *European Journal of General Medicine*, 13(1), pp. 21-27.
- Mayer, EK., Sevdalis, N., Rout, S., et al. (2016). Surgical Checklist Implementation Project: the impact of variable WHO Checklist compliance on risk-adjusted clinical outcomes after national implementation: a longitudinal study. *Annals of Surgery*, 263, pp. 58-63.
- Mazzocco, K., Petitti, DB., Fong, KT., et al. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *American Journal of Surgery*, 197, pp. 678-685.
- Morgan, L., Pickering, S. P., Hadi, M., Robertson, E., New, S., Griffin, D., McCulloch, P. (2015). A combined teamwork training and work standardisation intervention in operating theatres: Controlled interrupted time series study. *BMJ Quality and Safety*, 24(2), pp. 111-119.
- Paranaguá, TT., Bezerra, AL., Silva, AE., Azevedo, Filho, FM. (2013). Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), pp. 256-262.
- Porter, A. J., Narimasu, J. Y., Mulroy, M. F., & Koehler, R. P. (2014). Sustainable, effective implementation of a surgical preprocedural checklist: An "attestation" format for all operating team members. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(1), pp. 3-9.
- Russ, SJ., Sevdalis, N., Moorthy, K., et al. (2015). A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England. *Annals of Surgery*, 261, pp. 81-91.
- Russ, SJ., Rout, S., Sevdalis, N., et al. (2013). Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Annals of Surgery*, 258(6), pp. 856-871.
- Rydenfalt, C., Ek, A., & Larsson, P. A. (2014). Safety checklist compliance and a false sense of safety: New directions for research. *BMJ Quality & Safety*, 23(3), pp. 183-186.
- Sarah Whyte, LL., Sherry Espin, G., Baker, R., Bohnen, J., Orser Beverley, A., Doran, D., Reznick, R., Regehr, G. (2008). Paradoxical effects of interprofessional briefings on OR team performance. *Cognition Technology & Work*, 10, pp. 287-294.
- Saturno, P. J., Soria-Aledo, V., Da Silva Gama, Z. A., Lorca-Parra, F., & Grau-Polan, M. (2014). Understanding WHO Surgical Checklist implementation: Tricks and pitfalls. An observational study. *World Journal of Surgery*, 38(2), pp. 287-295.
- Sendhofer, G., Mosbacher, N., Karina, L., Kober, B., Jantscher, L., Berghold, A., Kamolz, L. P. (2015). Implementation of a surgical safety checklist: Interventions to optimize the process and hints to increase compliance. *PLOS one*, 10(2), e0116926.
- Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., et al. (2011). Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *International Orthopaedics*, 35, pp. 897-901.
- Sexton, J., Helmreich, R., Neilands, T., et al. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, pp. 44.
- Sexton, J. B., Makary, M. A., Tersigni, A. R., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E. J., Pronovost, P. (2006). Teamwork in the operating room. *Anesthesiology*, 105(5), pp. 877-884.
- Sheena, Y., Fishman, J. M., Nortcliff, C., Mawby, T., Jefferis, A. F., & Bleach, N. R. (2012). Achieving flying colours in surgical safety: Audit of World Health Organization 'Surgical Safety Checklist' compliance. *Journal of Laryngology and Otolaryngology*, 126(10), pp. 1049-1055.
- Sparks, E. A., Wehbe-Janek, H., Johnson, R. L., Smythe, W. R., & Papaconstantinou, H. T. (2013). Surgical safety checklist compliance: A job done poorly. *Journal of the American College of Surgeons*, 217(5), pp. 867-867.
- Tang, R., Ranmuthugala, G., Cunningham, F. (2014). Surgical safety checklists: a review. *ANZ Journal of Surgery*, 84(3), pp. 148-154.
- Thomassen, O., Storesund, A., Sjøfteland, E., Brattebø, G. (2014). The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(1), pp. 5-18.
- Timmel, J., Kent, PS., Holzmueller, CG., Paine, L., Schulick, RD., Pronovost, PJ. (2010). Impact of the Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) on safety culture in a surgical inpatient unit. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(6), pp. 252-260.
- Truran, P., Critchley, R. J., & Gilliam, A. (2011). Does using the WHO surgical checklist improve compliance to venous thromboembolism prophylaxis guidelines? *Surgeon*, 9(6), pp. 309-311.
- Van Klei, W. A., Hoff, R. G., Van Aarnhem, E. E. H. L., Simmermacher, R. K. J., Regli, L. P. E., Kappen, T. H., Peelen, L. M. (2012). Effects of the introduction of the WHO "surgical safety checklist" on in-hospital mortality: A cohort study. *Annals of Surgery*, 255(1), pp. 44-49.
- Vogts, N., Hannam, J. A., Merry, A. F., & Mitchell, S. J. (2011). Compliance and quality in administration of a surgical safety checklist in a tertiary New Zealand hospital. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 124(1342).
- Walker, I. A., Reshamwalla, S., & Wilson, I. H. (2012). Surgical safety checklists: Do they improve outcomes? *British Journal of Anaesthesia*, 109(1), pp. 47-54.
- W-Dahl, A., Robertsson, O., Stefánsdóttir, A., Gustafson, P., & Lidgren, L. (2011). Timing of preoperative antibiotics for knee arthroplasties: Improving the routines in Sweden. *Patient Safety in Surgery*, 5(1), pp. 22-22.
- Weiser, TG., Haynes, AB., Dziekan, G., Berry, WR., Lipsitz, SR., Gawande, AA. (2010). Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Annals of Surgery*, 251(5), pp. 976-980.
- Weiser, TG., Haynes, AB., Lashoher, A., Dziekan, G., Boorman, DJ., Berry, WR., Gawande, AA. (2010). Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), pp. 365-370.
- Weiser, TG., Regenbogen, SE., Thompson, KD., Haynes, AB., Lipsitz, SR., Berry, WR., and Gawande, AA. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 372, pp. 139-144.
- Whitaker, DK., Brattebø, G., Smith, AF., Staender, SEA. (2011). The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology: Putting words into practice. *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*, 25(2), pp. 277-290.
- WHO. (2008). Safe Surgery Saves Lives. URL: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/launch/en/>
- WHO, World Health Organization patient safety. (2014). Safe Surgery Saves Lives Frequently Asked Questions. URL: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq\\_introduction/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/) [Πρόσβαση 2 Απριλίου 2018].
- Wolf, F. A., Way, L. W., & Stewart, L. (2010). The efficacy of medical team training: Improved team performance and decreased operating room delays. *Annals of Surgery*, 252(3), pp. 477-485.
- Zingiryan, A., Paruch, JL., Osler, TM., Hyman, NH. (2017). Implementation of the surgical safety checklist at a tertiary academic center: Impact on safety culture and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 214(2), pp. 193-197.
- ΣΥΔΝΟΧ. (2009). Εγχειρίδιο εφαρμογής της λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις. URL: [http://www.sydnoc.gr/articlefiles/downloads/asfali\\_xeirourgiki.pdf](http://www.sydnoc.gr/articlefiles/downloads/asfali_xeirourgiki.pdf) [Πρόσβαση 15 Ιανουαρίου 2018].

# Safety control algorithm on surgical patient in a Greek public hospital

Nikolaos Politis

Registered Nurse, MSc, University General Hospital of Irakleio

## ABSTRACT

**Introduction:** World Health Organization's surgical safety Checklist is applied in surgeries worldwide in an effort to reduce adverse postoperative complications. The implementation of the surgical safety Checklist improves the level of safety and quality of the services provided in the operating theater. This enhances the safety culture between staff during surgery and reduces unwanted postoperative complications.

**Purpose:** The overall purpose of this study was to investigate the impact of the World Health Organization's surgical safety Checklist on the safety culture, morbidity and postoperative course of patients in a Greek public hospital. At the same time the contribution of surgical safety Checklist to the reduction of postoperative complications was studied.

**Material and Methods:** This is a non-experimental cross-sectional study on the implementation of the World Health Organization's surgical safety Checklist for the period before, during and after surgery in a Greek public hospital to see if it contributes to reducing postoperative complications. 312 surgeries were performed, while the surgical safety Checklist was implemented in 155 (49,7%). Descriptive statistics were used and frequency tables designed for the general characteristics of the sample.

**Results:** Of the 312 patients who participated in the study, 115 (36,9%), were men, and 197 (63,1%) were women. The majority of participants belonged to the age group of 65-74 years, while the second largest group belonged to the age group of 55-64 years. The overall complication rate over the duration of this work was 2,2% (7/312). The complication rate for surgical procedures surgical safety Checklist was applied reached 0% (0/155), in contrast with procedures that were not applied, 4,5% (7/157). The overall mortality rate for the entire study period was 0,3% (1/312). Other complications such as deep vein thrombosis 0,3%, (1/312), surgical wound infection 0,6%, (2/312), unplanned surgery returns 0,3%, (1/312) were occurred. A statistically significant difference ( $P < 0,05$ ) was found in the comparison of postoperative complications between the two groups before and after the application of the surgical safety Checklist at the operating room.

**Conclusions:** The implementation of the surgical safety Checklist is related to the reduction of undesirable postoperative complications and this phenomenon appears to be greater in developing countries. The implementation of the surgical safety Checklist contributes significantly to improving the quality and safety of surgical procedures, resulting in fewer postoperative complications. Yet, there was improvement in the working environment, team communication and efficiency of the group.

**Key words:** Surgical safety Checklist, postoperative complications, WHO

Corresponding author: Nikolaos Politis  
e-mail: nikolas.poliths@hotmail.com

Date of submission: 14/02/2020  
Publication date: June 2022

Citation: Politis N. (2022). Safety control algorithm on surgical patient in a Greek public hospital. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(2): 5-15, <https://doi.org/10.24283/hjns.202221>

# Παροδικό άγχος και παρενόχληση στο χώρο εργασίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού

Μαρία Μανιού<sup>1</sup>, Σοφία Ζυγά<sup>2</sup>

1.Επιστημονικός συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο  
2.Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με τον Spielberger, το παροδικό άγχος ή προσωρινό άγχος (state anxiety) αναφέρεται «στην υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένταση και νευρικότητα ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης». Η εργασιακή παρενόχληση στο τομέα της υγείας είναι υπαρκτό πρόβλημα.

**Σκοπός** της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης του παροδικού άγχους ή προσωρινού άγχους και των φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης σε νοσηλευτικό προσωπικό.

**Μεθοδολογία:** Διεργήθηκε έρευνα στην Κρήτη, από τον Αύγουστο 2017 έως τον Ιανουάριο 2018, σε δεκατέσσερα Κέντρα Υγείας, δύο Πρωτοβάθμια Εθνικά Δίκτυα Υγείας, τέσσερα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και έντεκα Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Στη μελέτη, συμμετείχαν 213 άτομα. Έγινε χρήση των ερωτηματολογίων Leymann Inventory of Psychological Terror και της Κλίμακα Άγχους του Spielberger (Ενότητα 1 state anxiety).

**Αποτελέσματα:** Το 45.5% του δείγματος εργάζεται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), το 24.9% σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και το 29.6% σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 41.73(±7.33). Ο βαθμός Cronbach α του παροδικού άγχους βρέθηκε 0.895. Η μέση τιμή του παροδικού άγχους για το συνολικό δείγμα της μελέτης ήταν 40.82. Από τη σύγκριση των μέσων τιμών της αξιολογικής μεταβλητής «δομή» ως προς την εμφάνιση του παροδικού άγχους προέκυψαν τα ακόλουθα: ΜΕΘ: παροδικό άγχος 41.74, ΤΕΠ: παροδικός άγχος 41.81, ΠΦΥ: παροδικός άγχος 38.57. Συγκεκριμένα, τις υψηλότερες τιμές παροδικού άγχους συγκέντρωσε το ΤΕΠ. Σε σχέση τώρα με τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ παροδικού άγχους με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig. [2-tailed] > 0.05). Αναφορικά με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό τη δεδομένη στιγμή και το φύλο προκύπτει στατιστικό σημαντικό αποτέλεσμα με το παροδικό άγχος (Sig. [2-tailed] < 0,05). Από το συνολικό δείγμα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι 24 άτομα εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτά τα 24 άτομα εμφάνιζαν μέση τιμή παροδικού άγχους 47.50.

**Συμπεράσματα:** Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού δείγματος της μελέτης αντιμετωπίζει παροδικό άγχος ήπιας έντασης. Τα άτομα τα οποία υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση αντιμετωπίζουν παροδικό άγχος μέτριας έντασης. Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση των συμπτωμάτων άγχους.

**Λέξεις Κλειδιά:** Εργασιακή παρενόχληση, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, παροδικό άγχος, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μαρία Μανιού  
e-mail: mmaniou@hotmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 05/04/2020  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Μανιού Μ. & Ζυγά Σ. (2022). Παροδικό άγχος και παρενόχληση στο χώρο εργασίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(2): 16-32, <https://doi.org/10.24283/hjns.202222>



### ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η μέση τιμή του παροδικού άγχους για το συνολικό δείγμα της μελέτης ήταν 40.82.
- Τις υψηλότερες τιμές παροδικού άγχους συγκέντρωσε το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
- Τις υψηλότερες τιμές εργασιακής παρενόχλησης συγκέντρωσε το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
- Αναφορικά με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό τη δεδομένη στιγμή και το φύλο, προκύπτει στατιστικό σημαντικό αποτέλεσμα με το παροδικό άγχος (Sig. (2-tailed) <0,05).
- 24 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού από το συνολικό δείγμα της μελέτης εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και για τουλάχιστον 6 μήνες.
- Τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης εμφάνιζαν μέση τιμή παροδικού άγχους 47.50

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** εργασιακή παρενόχληση στον εργασιακό χώρο (Chappell, Di Martino 2006) αποτέλεσε αντικείμενο διεξοδικής έρευνας σε διεθνές επίπεδο (Hahn et al, 2008; Hahn et al. 2010; Hahn et al. 2012; Hahn et al. 2013). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την εργασιακή παρενόχληση ως "περιστατικά όπου το προσωπικό καταχράται, απειλείται ή προσβάλλεται σε περιστάσεις που σχετίζονται με την εργασία του, συμπεριλαμβανομένης της μετακίνησης προς και από την εργασία, που συνεπάγεται ρητή ή έμμεση πρόκληση για την ασφάλεια τους, την ευημερία ή την υγεία τους" (ILO, ICN, WHO & PS, 2002). Οι διεθνείς μελέτες προσδιορίζουν περαιτέρω το ιατρικό επάγγελμα, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό, ως ένα από τα επαγγέλματα με υψηλό κίνδυνο στην εργασιακή παρενόχληση (Park, Cho & Hong, 2015). Η εργασιακή παρενόχληση μπορεί να καταταχθεί σε σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βία (ή παρενόχληση) (Spector, Zhou & Che, 2014). Η σωματική βία ορίζεται ως μια εκ προθέσεως συμπεριφορά που σκοπεύει να βλάψει ένα άλλο άτομο φυσικά (Pai & Lee, 2011). Η ψυχολογική βία αποσκοπεί στην ψυχολογική βλάβη του θύματος και συχνά συνοδεύεται από άλλες μορφές βίας (Dement, Lipscomb, Schoenfisch & Pompeii, 2014). Η σεξουαλική βία (ή παρενόχληση) παίρνει λεκτικές και φυσικές μορφές και μπορεί να ερμηνευτεί ως ανεπιθύμητη ή ανεπιθύμητη συμπεριφορά σεξουαλικής φύσης που τείνει να ταπεινώσει, να απειλήσει ή να δυσχεράνει (Spector, Zhou & Che, 2014; Pai & Lee, 2011). Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, οι Ψυχιατρικές μονάδες και οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας εμφανίζονται ως τα πιο κοινά τμήματα στα οποία πιο συχνά εμφανίζεται το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό (Albashtawy, 2013).

Σύμφωνα με τον Spielberg, ορίζεται το παροδικό άγχος ως «η υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένταση και νευρικότητα ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης» και το μόνιμο ή ιδιοσυγκρασιακό άγχος ως η «προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται συγκεκριμένες

καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά με άγχος σε αυτές» (Μητρούση, 2014). Ο Spielberg θεωρεί για το ιδιοσυγκρασιακό και παροδικό άγχος τα εξής: οι προσλήψεις που δέχεται ο άνθρωπος τόσο από τα εσωτερικά, όσο και από τα εξωτερικά ερεθίσματα, τα εκλαμβάνει ως απειλητικά και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να πυροδοτούνται αντιδράσεις παροδικού άγχους. Τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους αναγνωρίζονται ως δυσάρεστα από το άτομο και αυτό οφείλεται στους αισθητηριακούς και γνωστικούς μηχανισμούς ανατροφοδότησης. Η αντίδραση του παροδικού άγχους, είναι ανάλογη του μεγέθους της έντασης της απειλής. Αντιστοίχως, η διάρκεια της έντασης, μπορεί να επιδράσει στην μονιμότητα της αντίδρασης του παροδικού άγχους. Τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόνιμου άγχους, αντιλαμβάνονται τις περισσότερες καταστάσεις ως απειλή και αντιδρούν με πιο έντονες αντιδράσεις παροδικού άγχους (Μητρούση, 2014). Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δομές Πρωτοβάθμιας φροντίδας φανέρωσε ότι εκδηλώνουν ιδιαίτερα υψηλές τιμές παροδικού άγχους το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο εντείνεται από τη σύγκρουση οικογένειας-εργασίας (Φακή κ.α., 2009). Υψηλό επιπολασμό (70%) εργασιακής παρενόχλησης εμφανίζεται στο ιατρικό προσωπικό που εργάζεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στο Μαρόκο. Η έκθεση του ιατρικού προσωπικού σε κάποια μορφή βίας είναι υψηλότερη σε αυτούς που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά παροδικού άγχους (Belayachi et al., 2010).

Οι παρατεταμένες συμπεριφορές παρενόχλησης στο χώρο εργασίας είναι ψυχολογικά αγχωτικές σε σχέση με την απώλεια ελέγχου της κατάστασης και την έλλειψη πόρων για κατάλληλη ανταπόκριση (Duffy & Sperry, 2014). Όταν οι συμπεριφορές αυτές θεωρούνται απειλητικές (στοχευμένες, επαναλαμβανόμενες, ανεπιθύμητες) το άγχος αυξάνεται. Η συμβιβαστική ικανότητα αντιμετώπισης μπορεί να συμβεί μέσω σταθερών αρνητικών συμπεριφορών (Lazarus & Folkman, 1984). Σε ένα δείγμα 191 νοσηλευτών, το 90% του δείγματος ανέφερε μέτριο

έως σοβαρό άγχος όταν εκτέθηκε σε συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης (Vessey et al., 2009). Η συστηματική παρενόχληση μπορεί να οδηγήσει σε μετατραυματικό άγχος (Tehrani, 2004).

Από τις σοβαρές επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης αρνητικές για την ψυχική υγεία των εργαζομένων, βασική θέση έχει το άγχος, η κατάθλιψη, η επαγγελματική εξουθένωση και το μετατραυματικό stress. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τις πρόσφατες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Πιο συγκεκριμένα, μελέτη που πραγματοποιήθηκε, άγχος αναφέρει το 22,5% των εργαζομένων, κατάθλιψη το 8% και έντονη ανησυχία το 30% (Quine, 1999).

Ερευνητική εργασία η οποία πραγματοποιήθηκε στη Ελλάδα για την επίδραση του συνδρόμου της εργασιακής παρενόχλησης, στην επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών, σε επτά νοσηλευτικά ιδρύματα της όλης ΥΠΕ, φανέρωσε ότι οι νοσηλευτές, γυναίκες και άνδρες (71%), ανεξαρτήτως φύλου ή επιπέδου σπουδών, έπασαν θύματα εργασιακής παρενόχλησης κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους και εμφάνισαν ψυχοσωματικά συμπτώματα (άγχος 53,4%, κεφαλαλγίες 52%, διαταραχές ύπνου 32,6% (Μπακέλλα, 2015).

Σε μια μελέτη που διεξήχθη σε νοσηλευτές στην Τουρκία, (Yildirim, 2009) φανέρωσε ότι τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης εμφάνισαν σωματικές διαταραχές όπως κόπωση, άγχος και νοσοκομείους. Οι Silva Joao και Saldanha Portelada (2016) ανέφεραν παρόμοια αποτελέσματα. Στη δικιά τους μελέτη, οι νοσηλευτές που εκτέθηκαν σε συμπεριφορές εργασιακής παρενόχλησης εμφάνισαν άγχος, αϋπνία, ανησυχία, αποτυχία, αισθήματα δυσπιστίας και μειωμένη συγκέντρωση.

Σε συγκριτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα για την παρενόχληση σε νοσηλευτικό προσωπικό σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Νοσοκομείο, φανέρωσε ότι οι κύριες ψυχολογικές επιπτώσεις της παρενόχλησης στους νοσηλευτές είναι το άγχος (47,2%), η μειωμένη αντοχή σε αυτό (23,9%), η δυσκολία επικοινωνίας (18,7%), η ευερεθιστότητα (20,8%) η δυσφορία (18,4%), η επιθετικότητα (14,7%) και η κατάθλιψη (8,2%). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα άλλης σχετικής μελέτης οι πιο σημαντικές επιπτώσεις της εργασιακής παρενόχλησης είναι η κατάθλιψη και το άγχος (Duffy & Sperry, 2007).

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης παροδικού άγχους και φαινομένων εργασιακής παρενόχλησης (mobbing) σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.).

## ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας που απορρέουν από τον γενικό σκοπό και για την παρούσα έρευνα είναι:

- ο Να καταγραφεί η συχνότητα εμφάνισης παροδικού άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και των δομών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) για το συνολικό πληθυσμό μελέτης.

- ο Να καταγραφεί η συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου της εργασιακής παρενόχλησης στο νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και των δομών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) για το συνολικό πληθυσμό μελέτης.

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παρενόχλησης με τα τμήματα εργασίας Π.Φ.Υ, Τ.Ε.Π και Μ.Ε.Θ

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και ηλικίας για το συνολικό δείγμα της μελέτης.

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και χρόνων υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό τη δεδομένη στιγμή για το συνολικό δείγμα της μελέτης.

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και χρόνων υπηρεσίας του νοσηλευτικού προσωπικού για το συνολικό δείγμα της μελέτης.

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και εκπαιδευτικού επιπέδου για το συνολικό δείγμα της μελέτης.

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και φύλου για το συνολικό δείγμα της μελέτης

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και οικογενειακής κατάστασης για το συνολικό δείγμα της μελέτης

- ο Να καταγραφεί το παροδικό άγχος σε νοσηλευτικό προσωπικό που έχει υποστεί εργασιακή παρενόχληση.

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και ηλικίας σε νοσηλευτικό προσωπικό που έχει υποστεί εργασιακή παρενόχληση.

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και εκπαιδευτικού επιπέδου σε νοσηλευτικό προσωπικό που έχει υποστεί εργασιακή παρενόχληση.

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και χρόνων υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό τη δεδομένη στιγμή σε άτομα που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση.

- ο Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και χρόνων υπηρεσίας του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει υποστεί εργασιακή παρενόχληση.

## ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για την πληρέστερη εφαρμογή του σχεδιασμού μελέτης αποφασίστηκε η επιλογή του πληθυσμού μελέτης να είναι από νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), τόσο από τα αστικά κέντρα, όσο και από τις απομακρυσμένες περιοχές από την ευρύτερη περιοχή της Κρήτης. Επιπρόσθετα, τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσε το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) των 5 νοσοκομείων της Κρήτης. Από τα 401 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού που προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν, 213 συμφώνησαν και παρεί-

χαν χρήσιμα δεδομένα.

Τα κριτήρια επιλογής των συγκεκριμένων δομών αποτέλεσαν: α) η διασπορά του πληθυσμού μελέτης στο νησί της Κρήτης και β) το στοχευόμενο δείγμα πληθυσμού μελέτης. Η συλλογή του δείγματος της μελέτης ξεκίνησε τον Αύγουστο του 2017 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2018.

### ΧΩΡΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην ευρύτερη περιοχή της Κρήτης. Περιελάμβανε τους εξής Νομούς: Ηρακλείου, Ρεθύμνου, Χανίων, Λασιθίου.

Για την εξασφάλιση του κριτηρίου της διασποράς του πληθυσμού μελέτης επιλέχθηκαν να συμμετέχουν συνολικά 21 δομές. Πιο συγκεκριμένα, για τη συμμετοχή νοσηλευτικού προσωπικού από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) επιλέχθηκαν 14 Κέντρα Υγείας της Κρήτης και 2 δομές Πρωτοβάθμιων Εθνικών Δικτύων Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) από το Ν. Ηρακλείου.

Επιπρόσθετα, για την εξασφάλιση του κριτηρίου της διασποράς του πληθυσμού μελέτης από νοσηλευτικό προσωπικό των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) επιλέχθηκαν και τα 4 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) που λειτουργούν στα νοσοκομεία της Κρήτης, 2 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών από το Ν. Ηρακλείου, 1 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών από το Ν. Ρεθύμνου και 1 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών από το Ν. Χανίων. Τέλος, για τη συλλογή δείγματος από νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) επιλέχθηκαν και οι 11 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) που λειτουργούν στα νοσοκομεία της Κρήτης, 6 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας από το Ν. Ηρακλείου, 1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας από το Ν. Ρεθύμνης, 3 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας από το Ν. Χανίων και 1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας από το Ν. Λασιθίου.

### ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Τα κριτήρια επιλογής για τον πληθυσμό της μελέτης ήταν:

- ο Νοσηλευτικό προσωπικό, οποιασδήποτε εκπαιδευτικής βαθμίδας με οποιαδήποτε σχέση εργασίας.
- ο Νοσηλευτικό προσωπικό από όλες τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και τις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Κρήτης
- ο Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Π.Ε.Δ.Υ. ενταγμένα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και με το ίδιο σύστημα εφημεριών έτσι ώστε να διασφαλιζόταν η ομοιογένεια του πληθυσμού μελέτης.
- ο Γραπτή συγκατάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για τη συμμετοχή του στη μελέτη.

### ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Τα κριτήρια αποκλεισμού για το συνολικό πληθυσμό της μελέτης περιελάμβαναν: ε

- ο Σπουδαστές ή φοιτητές Νοσηλευτικής οποιασδήποτε εκπαιδευτικής βαθμίδας.

### ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμέ-

να ερωτηματολόγια. Επιπλέον, ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου χρησιμοποιήθηκε για την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων. Η διανομή όλων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τη κύρια ερευνήτρια αφού γινόταν λεπτομερής επεξήγηση όπου ζητήθηκαν διευκρινίσεις.

ο **Το ερωτηματολόγιο των γενικών πληροφοριών**, το οποίο περιλαμβάνει δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού το οποίο έχει κατασκευαστεί από την ερευνήτρια.

#### ο **Η Κλίμακα Άγχους του Spielberger**

Η κλίμακα άγχους του Spielberger State -Trait Anxiety Inventory (STAI) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε ερευνητικό επίπεδο και σε κλινική πρακτική. Η δημιουργία της State Trait Anxiety Index ξεκίνησε το 1964 από τους C.D. Spielberger και R.L. Gorsuch και η μορφή STAI X εκδόθηκε το 1970 (Spielberger et al., 1970). Βάσει των συσσωρευμένων γνώσεων που αποκτήθηκαν από την εκτενή έρευνα αναφορικά με το STAI, το 1979 ξεκίνησε η αναθεώρηση της κλίμακας και τελικά το 1985 εκδόθηκε η μορφή STAI Y (Fountoulakis et al., 2006). Η κλίμακα έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό (βλ. Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002; Fountoulakis et al., 2006) και παρουσιάζει επαρκή δομική εγκυρότητα και ικανοποιητικούς δείκτες εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων. Σύμφωνα με την Αναγνωστοπούλου (2002), οι δείκτες Cronbach's α για το περιστασιακό και χαρακτηριστικό άγχος κυμάνθηκαν σε υψηλά επίπεδα (.92 και .89, αντίστοιχα). Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ενότητα 1 η οποία αναφέρεται στο παροδικό άγχος.

Η κλίμακα άγχους του Spielberger Ενότητα 1 (Spielberger, 1983) αποτελείται από 20 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 1 υποκλίμακα: τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Αντίστροφα βαθμολογούνται οι ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 20. Η μέση τιμή για τη πρώτη υποκλίμακα είναι 43,21. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002).

ο **Ερωτηματολόγιο LIPT** (Leymann Inventory of Psychological Terror)

Ο Σουηδός ψυχολόγος και καθηγητής πανεπιστημίου Heinz Leymann ανέπτυξε το ερωτηματολόγιο LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror) το 1990. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από 45 δράσεις εργασιακής παρενόχλησης (ηθικής παρενόχλησης) στο χώρο εργασίας. Ένα άτομο θεωρείται ότι υπόκειται σε ηθική παρενόχληση εάν μία ή περισσότερες από τις 45 δράσεις συμβαίνουν τουλάχιστον μία φορά ανά εβδομάδα για μια περίοδο τουλάχιστον ενός έτους. Οι 45 συμπεριφορές παρενόχλησης προέρχονται από 300 προσωπικές συνεντεύξεις που διεξήγαγε ο Leymann στα χρόνια του 1981 έως το 1984.

Σύμφωνα με την τυπολογία του Leymann οι 45 χαρακτηριστι-

κές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε 5 ομάδες είναι:

- 1) παρεμπόδιση έκφρασης και επικοινωνίας,
- 2) επιθέσεις στις κοινωνικές σχέσεις,
- 3) επιθέσεις στη φήμη,
- 4) επιθέσεις στην ποιότητα ζωής και στην επαγγελματική θέση,
- 5) επιθέσεις στην υγεία του ατόμου.

Κάθε ερώτηση αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο τύπο ψυχολογικής παρενόχλησης, για την οποία ζητείται να καταγραφεί πόσο συχνά παρουσιάζεται τους τελευταίους 6 μήνες. Όλες αυτές οι συμπεριφορές δεν παρουσιάζονται σε όλες τις περιπτώσεις (Συμπυράκης, 2009).

### ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η ερευνήτρια υπέβαλλε το ερευνητικό πρωτόκολλο για την εξασφάλιση των απαιτούμενων γραπτών ενυπόγραφων αδειών από τις επιτροπές έρευνας, ηθικής και δεοντολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ), του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου «Βενιζέλιο Πανάνειο», του Γενικού Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου, του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου και της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (Υ.Π.Ε.). Οι εγκρίσεις από τους παραπάνω φορείς δόθηκαν με την προϋπόθεση η οποία και πραγματοποιήθηκε ότι θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της μελέτης στη Διοίκηση της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (Υ.Π.Ε.).

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν γραπτώς αλλά και προφορικά ότι η συμμετοχή τους είναι οικειοθελής και προαιρετική και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινότανε ανώνυμα, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο το απόρρητο των δεδομένων τους εξασφαλίζοντας την πληροφορημένη συναίνεση και τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων.

### ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Αναφορικά με την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας η οποία και εξετάστηκε για κάθε κλίμακα και υποκλίμακα (Κλίμακα Spielberg Ενότητα 1 και LIPT) έγινε χρήση του δείκτη Cronbach's alpha (Cronbach, 1951).

Αναφορικά με τη στατιστική ανάλυση που ακολουθεί, οι ποσοτικές μεταβλητές αναφέρονται με βάση τη μέση τιμή  $\pm$  τυπική απόκλιση (mean $\pm$ sd) καθώς και με τη διάμεση τιμή (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR), ενώ για τις ποιοτικές τις αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά. Στην περίπτωση που δεν ικανοποιείται η υπόθεση της κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, βάσει των κατάλληλων στατιστικών ή/και γραφικών ελέγχων, τότε συνίσταται να γίνεται χρήση της διαμέσου και του ενδοτεταρτημοριακού εύρους (median, IQR) ως αντιπροσωπευτικά περιγραφικά μέτρα. Εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Spearman και ο έλεγχος chi-square. Χρησιμοποιήθηκε το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p-value. Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 22.0.

### ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Με την πιλοτική έρευνα δοκιμάστηκαν οι ερευνητικές τεχνικές και μέθοδοι που επιλέχθηκαν, προκειμένου να διαπιστώσουμε την αποτελεσματικότητά τους.

Στο στάδιο αυτό, κατά το οποίο τέθηκε σε δοκιμή η λειτουργικότητα του ερωτηματολογίου ως εργαλείου έρευνας για τη συλλογή δεδομένων, επιδιώξαμε τη συλλογή εμπειριών και διαπιστώσεων, τα οποία θα συνέβαλαν στην αποτελεσματικότερη διεξαγωγή της κυρίως έρευνας. Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της πιλοτικής φάσης προτεραιότητα είχε να εξασφαλιστεί η πρακτικότητα, η εγκυρότητα, η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Η πιλοτική φάση της παρούσας έρευνας που πραγματοποιήθηκε είχε διάρκεια μία εργάσιμη ημέρα. Τα τμήματα των νοσοκομείων, στο οποίο διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια δεν συμπεριλήφθησαν στην δειγματοληψία της οριστικής έρευνας. Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο παρουσίαζε χαρακτηριστικά παρόμοια με εκείνα των ατόμων που θα συμμετάσχουν στο τελικό δείγμα (νοσηλευτικό προσωπικό χειρουργείου και τακτικών εξωτερικών ιατρείων).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητα των ερευνητικών εργαλείων

Ελέγχθηκε ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας των ερευνητικών εργαλείων της παρούσας έρευνας για το συνολικό πληθυσμό της μελέτης και συγκεκριμένα, ο βαθμός Cronbach  $\alpha$  του παροδικού άγχους STAI (Ενότητα 1, state anxiety) βρέθηκε 0.895 και του ερωτηματολογίου για την εργασιακή παρενόχληση Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT) βρέθηκε 0.905.

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 213 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού, μέσης ηλικίας  $41.73\pm 7.33$ , προερχόμενα από τρεις διαφορετικές δομές, ΜΕΘ (45.5%), ΠΦΥ (29.6%) και ΤΕΠ (24.9%). Η πλειοψηφία των ατόμων της μελέτης ήταν γυναίκες (89.2%). Το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών ήταν έγγαμοι (75.1%) και απόφοιτοι ΤΕΙ (64.8%) (πίνακας 1α). Τα έτη εργασίας στην υπηρεσία ήταν κατά μέσο όρο  $15.78\pm 8.49$  ενώ η διάμεση τιμή των ετών υπηρεσίας στο παρόν τμήμα ήταν 8.00 (IQR=10.50) (πίνακας 1β).

Συνεχίζοντας, γίνεται παράθεση των περιγραφικών στοιχείων της Κλίμακα άγχους του Spielberg (Ενότητα 1, state anxiety) και της κλίμακας εργασιακής παρενόχλησης Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT) για το συνολικό πληθυσμό της μελέτης που παρουσιάζεται παρακάτω, βάσει των scores αυτών, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστών. Αναφέρονται τα εξής: μέση τιμή (mean), τυπική απόκλιση (sd), διάμεσος (median), ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR), εύρος (range, στη μορφή ελάχιστη-μέγιστη τιμή). Για όσες κλίμακες, το τελικό score δύναται να κατηγοριοποιηθεί, παρατίθενται επιπλέον οι συχνότητες καθώς και τα ποσοστά κάθε κατηγορίας.

Ο βαθμός Cronbach  $\alpha$  της κλίμακας του παροδικού άγχους για τη STAI-Ενότητα 1 βρέθηκε 0.895 (πίνακας 2).. Η μέση τιμή στην κλίμακα του παροδικού άγχους (state anxiety) για την ενότητα STAI - Ενότητα 1 ήταν 40.82 (πίνακας 3).

Ακολουθούν τα αποτελέσματα αναφορικά με την κλίμακα της εργασιακής παρενόχλησης, όπου δίνονται τα ποσοστά όσων απάντησαν «ναι» σε κάθε ερώτηση.

Ο βαθμός Cronbach  $\alpha$  της κλίμακας του παροδικού άγχους για το ερωτηματολόγιο LIPT βρέθηκε 0.938 (πίνακας 4α). Από το ερωτηματολόγιο του LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι συνθετικές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» που αναφέρθηκαν μεταξύ των συμμετεχόντων του συνολικού πληθυσμού της μελέτης ήταν: «μιλάνε άσχημα για εσάς πίσω από την πλάτη σας» και «Άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε». Αντίθετα, οι λιγότερο συχνές συμπεριφορές «εργασιακής παρενόχλησης» που εντοπίστηκαν ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν: «σας απειλούν με σωματική βία» και «δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον (πίνακας 4β).

Βάσει του ορισμού του Leymann για την εργασιακή παρενόχληση, προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα. Ένα ποσοστό 44.6% (n=95) έχει δηλώσει ότι εκτέθηκε σε τουλάχιστον μία (εκ των 45) συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης ένα ποσοστό 32.43% (n=74 άτομα) των ερωτώμενων ήρθε αντιμέτωπο με μία ή περισσότερες από αυτές τις καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες. Η διάμεση τιμή του χρονικού διαστήματος για το οποίο είχε έλθει κάποιος/κάποια αντιμέτωπος/η με αυτές τις καταστάσεις ήταν 12 μήνες (IQR=51.75). Οπότε, το ποσοστό των ερωτώμενων που είχαν δηλώσει ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία (εκ των 45) συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα σχεδόν καθημερινά ή καθημερινά, και για έξι μήνες ή περισσότερο (Leymann, 1996), ήταν 11.3% (n=24) και αυτά τα άτομα σύμφωνα με τον Leymann είναι τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης (πίνακας 8).

Σε σχέση τώρα με τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ παροδικού άγχους με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Sig. (P> 0.05). Αναφορικά με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό τη δεδομένη στιγμή, το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο, προκύπτει στατιστικό σημαντικό αποτέλεσμα με το παροδικό άγχος (Sig. (P< 0,05) (πίνακας 5).

Ξεκινώντας με την κλίμακα Spielberger για το συνολικό δείγμα της μελέτης:

ο Αναφορικά με την πρώτη υποκλίμακα για το παροδικό του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο score της ενότητας 1 της κλίμακας Spielberger, μεταξύ των τριών δομών:  $F(2,210)=1.991$ ,  $p=0.139$ , ΜΕΘ:  $41.74\pm 11.59$ , ΠΦΥ:  $35.57\pm 9.62$ , ΤΕΠ:  $41.81\pm 10.04$ . Βάσει του Tukey HSD test για συγκρίσεις ανά δύο των δομών, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ΜΕΘ-ΠΦΥ ( $p=0.160$ ), ούτε μεταξύ των ΜΕΘ-ΤΕΠ ( $p=0.999$ ) ούτε μεταξύ των ΠΦΥ-ΤΕΠ ( $p=0.236$ ).

ο Από τη σύγκριση των μέσων τιμών της αξιολογικής μεταβλητής «δομή» ως προς την εμφάνιση του παροδικού άγχους και

όπως φαίνεται παρακάτω προέκυψαν τα ακόλουθα: ΜΕΘ: παροδικό άγχος 41.74, ΤΕΠ: παροδικό άγχος 41.81, ΠΦΥ: παροδικό άγχος 38.57. Συγκεκριμένα, τις υψηλότερες τιμές παροδικού άγχους είχε το ΤΕΠ (πίνακας 6).

Τέλος, σε ό,τι αφορά το φαινόμενο «εργασιακή παρενόχληση», έγινε χρήση του chi-square ελέγχου για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των τριών δομών, στα ποσοστά αυτών που είχαν δηλώσει ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης (εκ των 45) τους τελευταίους 12 μήνες. Ο έλεγχος έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ( $p=0.016$ ). Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έκθεσης σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης αναφέρεται στα ΤΕΠ (58.5%) ενώ το μικρότερο στην ΠΦΥ (31.7%) (πίνακας 7). Σε ό,τι αφορά τη συχνότητα εργασιακής παρενόχλησης, συγκριτικά στις δομές, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά (πίνακας 9).

Αναφορικά με τα 24 άτομα (2 άνδρες, 22 γυναίκες), που είχαν δηλώσει ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία (εκ των 45) συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για έξι μήνες ή περισσότερο, προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα. Η μέση τιμή στην κλίμακα του παροδικού άγχους (state anxiety) για την ενότητα STAI-Ενότητα 1 για τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης ήταν 47.50 (πίνακας 9).

Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση διερευνώντας για στατιστικά σημαντικές διαφορές του score της κλίμακας Spielberger (Ενότητα 1) ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά των 24 ατόμων. Λόγω του μικρού αριθμού ατόμων, χρησιμοποιήθηκαν μόνο μη παραμετρικοί έλεγχοι. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της ενότητας 1 της STAI μεταξύ των τριών δομών (πίνακας 10).

Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της κλίμακας STAI (Ενότητα 1) με την ηλικία, τα χρόνια στην υπηρεσία, τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας για τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης (πίνακας 11).

Επιπλέον, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ενότητας 1 της STAI με το εκπαιδευτικό επίπεδο (θεωρούμενο ως διατάξιμη μεταβλητή), βάσει τη συσχέτιση Spearman για τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης (πίνακας 12).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της μελέτης σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις που ορίστηκαν, έχουν ως εξής:

Στην παρούσα μελέτη, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου STAI για το συνολικό δείγμα, διαπιστώθηκε ότι η μέση τιμή του παροδικού άγχους ήταν 40.82. Η έρευνα των Μαρνέρα (2010), είχε βασικό σκοπό την αξιολόγηση της εργασιακής ικανοποίησης και του παροδικού άγχους των νοσηλευτών που εργάζονταν σε νεφρολογικά τμήματα. Το άγχος αξιολογήθηκε με την ίδια κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη μας. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Στην παρούσα έρευνα, τα άτομα του πληθυσμού μελέτης εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης

σης τους τελευταίους 12 μήνες και για τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, σχεδόν καθημερινά ή καθημερινά, και για έξι μήνες ή περισσότερο (Leymann, 1996), ήταν το 11.3% (n=24). Αυτά τα άτομα σύμφωνα με τον ορισμό του Leymann είναι τα θύματα εργασιακής παρενόχλησης. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο το 2014 και τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 136 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Λευκωσία και έγινε χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου (Χείρα κ.ά., 2014). Επίσης, σε άλλη μελέτη που έλαβε μέρος πάλι στην Κύπρο το 2015 και τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 2264 άτομα (γενικοί γιατροί και νοσηλευτές), που εργάζεται σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Λευκωσία και σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, δήλωσαν, όταν εφαρμόστηκε ο ορισμός του Leymann, ότι το 5.9%, από τους συμμετέχοντες στη μελέτη ανέφεραν έκθεση σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά παρενόχλησης τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και για τουλάχιστον 6 μήνες (Zachariadou et al., 2017). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης της Fontes, Santana, Pelloso, Carvalho & Barros (2010), στην Βραζιλία πραγματοποιήθηκε έρευνα με τη χρήση του ερωτηματολογίου LIPT, 11.6% των νοσηλευτών του πληθυσμού μελέτης είχαν υποστεί ηθική παρενόχληση κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Παρόμοιο αποτέλεσμα, με βάση τα ίδια κριτήρια, διαπιστώθηκε μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονταν στο δημόσιο τομέα στην Πορτογαλία με ποσοστό που ανήλθε στο 13% (Sá et al., 2008).

Η παρούσα έρευνα, έδειξε ότι σχετίζεται θετικά το φύλο και τα χρόνια υπηρεσίας στο τωρινό τμήμα εργασίας με το παροδικό άγχος ( $p < 0.05$ ) ενώ, σε παλιότερη έρευνα δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντικά συσχέτιση του φύλου ως προς το την εκδήλωση του παροδικού άγχους (Μητρούση, 2014).

Επιπρόσθετα, δεν σχετίζεται η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο με το παροδικό άγχος ( $p > 0.05$ ) σύμφωνα με την παρούσα έρευνα. Στην έρευνα της Μητρούση (2014), σε ό,τι αφορά τις ανεξάρτητες μεταβλητές ηλικία και οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε επίδραση αυτών στην εκδήλωση του άγχους. Σε ό,τι αφορά τα εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά διαπιστώθηκε ότι οι απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης βίωναν στατιστικά υψηλότερο άγχος από τους απόφοιτους Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Σε δημόσιο νοσοκομείο της Kuala Lumpur, σε πληθυσμό μελέτης 114 νοσηλευτών από 5 τμήματα, φανέρωσε, πως δεν βρέθηκε κάποιος συσχετισμός στατιστικά αξιοσημείωτος ανάμεσα στο εργασιακό άγχος και την ηλικία (Dua, 1994).

Από τη σύγκριση των δομών της δεδομένης έρευνας, προέκυψε ότι τις υψηλότερες τιμές παροδικού άγχους είχε το ΤΕΠ σε σχέση με την ΜΕΘ και την ΠΦΥ. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα ΤΕΠ φανέρωσε ότι υψηλά ποσοστά παροδικού άγχους παρουσιάζει το ιατρικό προσωπικό το οποίο ήταν θύμα εργασιακής παρενόχλησης (Belayachi et al., 2010). Ο Lee (2003) σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Χόνγκ Κόνγκ βρήκε ότι οι νοσηλευτές στην ΠΦΥ θεωρούν τον εαυτό τους υγιή και έχουν χαμηλά επίπεδα παροδικού και μόνιμου άγχους. Είναι έντονη η διαφορά αυτών των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στα νοσοκομεία. Ο

ερευνητής αποδίδει το αποτέλεσμα στο γεγονός ότι αυτοί οι νοσηλευτές δεν έρχονται σε επαφή με το άγχος του θανάτου στη δουλειά τους και χρησιμοποιούν στρατηγικές ελέγχου του στρες όπως να είναι όσο πιο οργανωμένοι είναι δυνατόν και να μην ασχολούνται με μη σημαντικά ζητήματα (Lee, 2003).

Τέλος, σε ό,τι αφορά στο φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των τριών δομών, στα ποσοστά αυτών που είχαν δηλώσει ότι εκτέθηκαν σε τουλάχιστον μία συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης τους τελευταίους 12 μήνες, ο έλεγχος έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ( $p=0.016$ ). Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έκθεσης σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά ηθικής παρενόχλησης αναφέρεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (58.5%), ενώ το μικρότερο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (31.7%). Σε ό,τι αφορά τη συχνότητα εργασιακής παρενόχλησης, συγκριτικά στις δομές, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά. Βάσει του ορισμού της ψυχολογικής παρενόχλησης στην εργασία, προέκυψε (οριακά) στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών δομών ( $p=0.047$ ), με το μεγαλύτερο ποσοστό να αναφέρεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (26.4%). Μελέτη η οποία αφορά στην εργασιακή παρενόχληση στην Αίγυπτο και συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Mansoura το 2013 σε νοσηλευτές που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έδειξε ότι παρουσίαζαν το υψηλότερο επίπεδο διαφορετικών τύπων εργασιακής παρενόχλησης. Διαπιστώθηκε ότι το 54.7% των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, έδειξε ότι ανησυχούν πολύ σε σύγκριση με το 6.8% των νοσηλευτών που δεν εργάζονται στο συγκεκριμένο τμήμα, αλλά σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε ό,τι αφορά στην ανησυχία και τον τύπο της παρενόχλησης (Abou-ElWafa et al., 2014).

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

- Σημαντικός περιορισμός της παρούσας μελέτης υπήρξε το γεγονός ότι στο πληθυσμό μελέτης οι γυναίκες αποτέλεσαν την συντριπτική πλειονότητα και αυτό οφείλεται στο ότι η πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι γυναίκες.
- Η καχυποψία και ο φόβος για στιγματισμός των υποκειμένων οι οποίοι προσεγγίστηκαν να συμμετάσχουν τη μελέτη δύναται επίσης να θεωρηθεί ως περιορισμός της παρούσας έρευνας.

## ΠΕΔΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη προτείνονται τα παρακάτω πεδία για έρευνα:

- ο Μελέτες για την εμφάνιση εργασιακής παρενόχλησης και άγχους στο εργασιακό περιβάλλον του νοσηλευτικού προσωπικού έτσι ώστε να διαπιστωθούν οι λόγοι για την εμφάνιση των αυξημένων ποσοστών των παραπάνω φαινομένων.
- ο Μελέτες για την αξιολόγηση παρεμβάσεων με ομαδική ή ατομική Ψυχοθεραπεία που ελαχιστοποιούν το φαινόμενο της εργασιακής παρενόχλησης και του άγχους.
- ο Μελέτες για την αξιολόγηση παρεμβάσεων που αφορούν τη χρήση εφαρμογών κινητών συσκευών π.χ. κινητό τηλέφωνο,

tablet κ.ά. και χρήση τεχνητής νοημοσύνης μέσω ανεξάρτητης διαδικτυακής πλατφόρμας για να συνδέουν ανώνυμα θύματα εργασιακής παρενόχλησης τα οποία βιώνουν άγχος με ομάδες υποστήριξης ανά πάσα στιγμή.

ο Ερευνητικές προσπάθειες εφαρμογής και αξιολόγησης προγραμμάτων που αφορούν στην ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική του νοσηλευτικού προσωπικού που υφίστανται εργασιακή παρενόχληση.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του συνολικού δείγματος της μελέτης αντιμετωπίζει παροδικό άγχος ήπιας έντασης. Τα άτομα τα οποία υπέστησαν εργασιακή παρενόχληση αντιμετωπίζουν παροδικό άγχος μέτριας έντασης. Οι οργανισμοί που απασχολούν νοσηλευτές θα πρέπει να εφαρμόσουν προγράμματα παρακολούθησης και διαχείρισης άγχους και στήριξη των ατόμων που έχουν υποστεί εργασιακή παρενόχληση.

### ΔΗΛΩΣΗ ΑΝΤΙΚΡΟΥΟΜΕΝΩΝ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Όλοι οι συγγραφείς δεν αναφέρουν πιθανές συγκρούσεις συμφερόντων όσον αφορά την έρευνα, την πνευματική ιδιοκτησία και / ή τη δημοσίευση αυτού του άρθρου.

### ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η μελέτη αυτή δεν θα ήταν εφικτή χωρίς τη βοήθεια των νοσηλευτών, Ασημίνα Ευαγγελία, Σταματάκη Εύα, Αντωνάκη Κωστατίνα, Τερζάκη Αικατερίνη, Μαρινάκη Σοφία, τον Γενικό Ιατρό Με-

ραμβελιωτάκη Μανόλη και τον μεταπτυχιακό φοιτητή Λιναριτάκη Δημήτριο οι οποίοι ασχολήθηκαν με την συλλογή δεδομένων στη φάση Ι της μελέτης. Η Παπαστεφανάκη Άννα βοήθησε για την τεχνική επεξεργασία του κειμένου. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό για τη συμμετοχή του στη μελέτη αυτή.

### ΔΗΛΩΣΗ ΠΗΓΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Δεν υπάρχουν πηγές χρηματοδότησης.

### ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Οι ΜΜ και ΣΖ σχεδίασαν τη μελέτη, συνέταξαν το άρθρο, ανέλυσαν και ερμήνευσαν τα δεδομένα, αναθεώρησαν το άρθρο για το σημαντικό πνευματικό περιεχόμενο του και έδωσαν την τελική έγκριση για τη δυνατότητα δημοσίευσης του. Όλοι οι συγγραφείς συμφωνούν να είναι υπεύθυνοι για όλες τις πτυχές του έργου. Όλοι οι συγγραφείς διάβασαν και ενέκριναν το τελικό χειρόγραφο.

### ΗΘΙΚΗ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Όλοι οι συγγραφείς επιβεβαιώνουν ότι τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες οι οποίες τήρησαν τον κώδικα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα σε ανθρώπους και πειραματόζωα, όπως αυτές σαφώς διατυπώνονται από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) και την Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1975 αναθεώρηση 2008) ([www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/)).

Πίνακας 1α: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 213 νοσηλευτών της μελέτης

Χαρακτηριστικά	n (%)
<b>Δομές</b>	
ΜΕΘ	97 (45.5)
ΠΦΥ	63 (29.6)
ΤΕΠ	53 (24.9)
<b>Φύλο</b>	
Άνδρας	23 (10.8)
Γυναίκα	190 (89.2)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Έγγαμος/η	160 (75.1)
Άγαμος/η	49 (23.0)
Διαζευγμένος/η	4 (1.9)
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	
Απόφοιτος/η λυκείου ΕΠΑΛ, ΙΕΚ	43 (20.2)
Απόφοιτος/η ΤΕΙ	138 (64.8)

	Απόφοιτος/η ΑΕΙ	13 (6.1)
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και απόφοιτος ΤΕΙ	16 (7.5)
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου και απόφοιτος ΑΕΙ	2 (0.9)
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	1 (0.5)

Πίνακας 18: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 213 ατόμων της μελέτης

Χαρακτηριστικά	n (%)
Ηλικία (έτη)	41.73±7.33*
Χρόνια στην υπηρεσία	15.78±8.49*
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	8.00 (10.50)**

\* Τυπική απόκλιση ± sd

\*\* Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος (IQR)

Πίνακας 2α: Έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας του παροδικού άγχους του Spielberger STAI (Ενότητα 1).

Κλίμακα STAI

Αξιοπιστία

Στατιστικά αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha	N
,895	20

Πίνακας 2β: Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI) Ενότητα 1

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ πολύ
	%			
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	6.6	17.8	43.2	32.4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	6.1	14.1	40.4	39.4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση	34.7	29.1	24.4	11.7
4. Έχω αγωνία.	45.5	28.6	19.2	6.6
5. Αισθάνομαι άνετα.	6.1	19.7	33.8	40.4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	66.7	18.8	10.3	4.2
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	28.6	42.3	19.2	9.9
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	32.4	26.3	32.9	8.5
9. Αισθάνομαι άγχος.	23.5	37.1	25.4	14.1
10. Αισθάνομαι βολικά.	5.2	31.9	31.5	31.5
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	2.3	15.5	42.7	39.4
12. Αισθάνομαι νευρική/ότητα.	46.9	32.4	13.1	7.5
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	12.2	20.2	36.2	31.5
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	59.2	21.1	12.2	7.5
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	17.8	31.9	30.5	19.7
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η	9.4	19.7	46.5	24.4
17. Ανησυχώ	32.4	38	21.1	8.5



18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	68.5	18.3	9.4	3.8
19.	Αισθάνομαι υπερένταση	53.1	24.9	16.9	5.2
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα	12.2	16.9	41.8	29.1

Πίνακας 3: Περιγραφικά χαρακτηριστικά της Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI Ενότητα 1)

Κλίμακες	n (%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	Εύρος
Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI)						
STAI-Ενότητα 1		40.82	10.72	39.00	16.00	23-68

Πίνακας 4α: Έλεγχος αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror):

Αξιοπιστία

Κλίμακα: Όλες οι μεταβλητές

Στατιστικά αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha	N
.938	14

Πίνακας 4β: Leymann Inventory of Psychological Terror (κλίμακα εργασιακής παρενόχλησης, n=213)

	Ναι (%)
<b>Σε ότι αφορά τις εργασιακές σας σχέσεις</b>	
Ο άμεσα προϊστάμενος σας, σας απαγορεύει να εκφραστείτε	8.5
Σας διακόπτουν διαρκώς ενώ εκφράζεστε	10.3
Άλλα άτομα σας εμποδίζουν να εκφραστείτε	14.6
Σας υβρίζουν και σας φωνάζουν	11.3
Σας ασκούν μία συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με τη δουλειά σας	9.4
Σας ασκούν μία συνεχή αρνητική κριτική σε σχέση με την προσωπική σας ζωή	5.2
Σας παρενοχλούν τηλεφωνικά	5.2
Δέχεστε λεκτικές απειλές	7.5
Δέχεστε γραπτές απειλές	2.3
Δέχεστε περιφροντικές ματιές ή/ και περιφροντικές χειρονομίες	14.6
Αδιαφορούν για την παρουσία σας απευθυνόμενοι αποκλειστικά σε άλλους	9.4
<b>Σας απομονώνουν συστηματικά</b>	
Δεν σας απευθύνουν το λόγο	5.6
Δεν θέλουν να τους πλησιάσετε	3.3

Σας έχουν τοποθετήσει σε μία εργασιακή θέση η οποία σας απομονώνει από τους άλλους	3.3
Απαγορεύουν στους συναδέλφους σας να σας μιλούν	1.9
Κάνουν σαν να μην υπάρχουν	5.2
Απευθύνονται σε εσάς μόνο γραπτώς	0.5
<b>Τα επαγγελματικά σας καθήκοντα έχουν τροποποιηθεί ως τιμωρία</b>	
Δεν σας αναθέτουν κανένα καθήκον, δεν έχετε εργασία	0.9
Σας αναθέτουν καθήκοντα που δεν έχουν ενδιαφέρον	7.5
Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ κατώτερα των ικανοτήτων σας	6.1
Σας αναθέτουν διαρκώς καινούργια καθήκοντα	8.5
Σας αναθέτουν ταπεινωτικά καθήκοντα	2.8
Σας αναθέτουν καθήκοντα πολύ ανώτερα των ικανοτήτων σας	7.5
<b>Επιθέσεις στο πρόσωπο σας</b>	
Μιλούν άσχημα για σας πίσω από την πλάτη σας	15.0
Διαδίδουν ψεύτικες φήμες για σας	12.2
Σας γελοιοποιούν μπροστά σε άλλους	4.7
Αφήνουν υπόνοιες ότι είστε ψυχικά ασθενής	1.9
Θέλουν να σας υποχρεώσουν να κάνετε ψυχιατρική εξέταση	1.9
Σας κοροϊδεύουν για μία αδυναμία (σωματική ή ψυχική) που έχετε	4.2
Μιμούνται την εμφάνιση, τη φωνή και τις χειρονομίες σας για να σας γελοιοποιήσουν	5.6
Επιτίθενται στις πολιτικές και θρησκευτικές σας απόψεις	3.3
Σας επιτίθενται ή σας κοροϊδεύουν για την καταγωγή σας	3.8
Είστε υποχρεωμένος/η να εκτελείτε εργασίες που πλήττουν τη συνείδηση σας	8.9
Κρίνουν τη δουλειά σας με τρόπο άδικο και επιζήμιο	11.3
Αμφισβητούν τις αποφάσεις σας	8.9
Σας προσβάλλουν χρησιμοποιώντας άσεμνες ή εξευτελιστικές εκφράσεις	2.8
Σας κάνουν προφορικούς υπαινιγμούς ή προτάσεις σεξουαλικού περιεχομένου	2.3
<b>Βία και απειλές βίας</b>	
Σας υποχρεώνουν να εκτελείτε καθήκοντα που βλάπτουν την υγεία σας	4.7
Παρά την κακή σας υγεία, σας υποχρεώνουν να κάνετε κάποια εργασία που βλάπτει την υγεία σας	7.0
Σας απειλούν με σωματική βία	0.9
Χρησιμοποιούν ήπιας μορφής βία απέναντι σας ως προειδοποίηση	2.8
Σας κακομεταχειρίζονται σωματικά (σπρωξιματα)	1.4

Σας προκαλούν έξοδα προσπαθώντας να σας βλάψουν οικονομικά	0.5
Έχουν προκαλέσει ζημιές στο σπίτι ή στο χώρο εργασίας σας	1.9
Σας έχουν επιτεθεί σεξουαλικά	0.0

Πίνακας 5:

Συσχετίσεις του παροδικού άγχους (κλίμακα STAI, Ενότητα 1) με την ηλικία, τα χρόνια στην υπηρεσία, τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας και το εκπαιδευτικό επίπεδο

		STAI Ενότητα 1
Ηλικία (έτη)	$r_s$	-0.014
	p-value	0.839
Χρόνια στην υπηρεσία	$r_s$	-0.043
	p-value	0.533
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	$r_s$	-0.062
	p-value	0.368
Εκπαιδευτικό επίπεδο	$r_s$	0.041
	p-value	0.554

Συσχέτιση Spearman  $r_s$

Πίνακας 6:

Περιγραφικά αποτελέσματα για την κλίμακα STAI (Ενότητα 1) ως προς τις διαφορετικές δομές, για το σύνολο του πληθυσμού μελέτης

ΔΟΜΗ		STAI Ενότητα 1
ΜΕΘ	Μέση τιμή	41.7423
	Τυπική απόκλιση	11.59677
	Διάμεσος	39.0000
	Ελάχιστο	24.00
	Μέγιστο	68.00
ΠΦΥ	Μέση τιμή	38.5714
	Τυπική απόκλιση	9.62140
	Διάμεσος	38.0000
	Ελάχιστο	23.00
	Μέγιστο	64.00
ΤΕΠ	Μέση τιμή	41.8113
	Τυπική απόκλιση	10.04424
	Διάμεσος	42.0000
	Ελάχιστο	25.00
	Μέγιστο	68.00
Σύνολο	Μέση τιμή	40.8216
	Τυπική απόκλιση	10.71703
	Διάμεσος	39.0000

	Ελάχιστο	23.00
	Μέγιστο	68.00
<b>p-value</b>		<b>0.186</b>

**Πίνακας 7: Φαινόμενο «εργασιακή παρενόχληση» και δομές**

			Έκθεση σε τουλάχιστον μια συμπεριφορά εργασιακής παρενόχλησης		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
<b>ΔΟΜΕΣ</b>	ΜΕΘ	N	53	44	97
		%	54.6%	45.4%	100.0%
	ΠΦΥ	N	43	20	63
		%	68.3%	31.7%	100.0%
	ΤΕΠ	N	22	31	53
		%	41.5%	58.5%	100.0%
<b>Σύνολο</b>		N	118	95	213
		%	55.4%	44.6%	100.0%

 $\chi^2(2)=8.374, p=0.016$ 
**Πίνακας 8: Συχνότητα «εργασιακή παρενόχληση» και δομές**

			Πόσο συχνά έχετε έλθει αντιμέτωπος/η με μία ή περισσότερες από τις πιο πάνω καταστάσεις τους τελευταίους 12 μήνες:		Σύνολο
			Σπάνια / Τουλάχιστον μια φορά το μήνα	Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα / Σχεδόν καθημερινά / Καθημερινά	
<b>ΔΟΜΕΣ</b>	ΜΕΘ	N	23	10	33
		%	69.7%	30.3%	100.0%
	ΠΦΥ	N	12	4	16
		%	75.0%	25.0%	100.0%
	ΤΕΠ	N	15	10	25
		%	60.0%	40.0%	100.0%
<b>Σύνολο</b>		N	50	24	74
		%	67.6%	32.4%	100.0%

 $\chi^2(2)=1.125, p=0.625$

Πίνακας 9: Περιγραφικά χαρακτηριστικά της κλίμακας STAI (Ενότητα 1) της μελέτης για τα 24 θύματα εργασιακής παρενόχλησης

Κλίμακες	N(%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος	Εύρος
Κλίμακα άγχους του Spielberger (STAI)						
STAI-Ενότητα 1		47.50	10.11	43.50	16.00	33-68

Πίνακας 10: Κλίμακες-Δομές (n=24)

	ΔΟΜΕΣ	Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος)
STAI Ενότητα 1	ΜΕΘ	41.00(19.00)
	ΠΦΥ	54.00(23.75)
	ΤΕΠ	44.50(9.25)

Πίνακας 11: Συσχετίσεις της κλίμακας STAI (Ενότητα 1) με ηλικία, χρόνια στην υπηρεσία, χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα τωρινής εργασίας (n=24)

		STAI Ενότητα 1
Ηλικία (έτη)	$r_s$	.076
	p-value	.725
Χρόνια στην υπηρεσία	$r_s$	-.112
	p-value	.603
Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα	$r_s$	.016
	p-value	.942

Συσχέτιση Spearman  $r_s$

Πίνακας 12: Συσχέτιση κλίμακας STAI (Ενότητα 1) με το εκπαιδευτικό επίπεδο (n=24)

		Εκπαιδευτικό επίπεδο
STAI Ενότητα 1	$r_s$	-.039
	p-value	.855

Συσχέτιση Spearman  $r_s$

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ)

- Abou-El Wafa S, El-Gilany A, Abd-El-Raouf S, Abd-Elmouty S, El-Sayed Hassan, El-Sayed R. (2014). Workplace Violence Against Emergency Versus Non-Emergency Nurses in Mansoura University Hospitals, Egypt. *Journal of Interpersonal Violence* 2014, 30:857-872.
- Albashtawy M. Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *Int Nurs Rev.* 2013,60:550-5.
- Belayachi J, Berrechid K, Amlaiky F, Zekraoui A, Abouqal R. Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact. *J Occup Med Toxicol* 2010;5:27.
- Bell C, Bourk C, Colhoun H, Carter F, Frampton C, Porter R. The misclassification of facial expressions in generalised social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 2011, 25:278-283.
- Boulenger J.P, Lavalley Y.J. Mixed anxiety and depression: diagnostic issues. *Journal Clinical Psychiatry* 1993, 54:3-8.
- Chappell D, Di Martino V. *Violence at work*. 3rd ed. Geneva: International Labour Office; 2006.
- Cheung T, Yip P. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health* 2017, 17:196.
- Cronbach L.J. "Coefficient alpha and the internal structure of tests". *Psychometrika* 1951, 16:297-33.
- Da Silva Joao AL, Saldanha Portelada AF. *Mobbing and Its Impact on Interpersonal Relationships at the Workplace*. J Interpers Violence 2016.
- Dement JM, Lipscomb HJ, Schoenfish AL, Pompeii LA. Impact of hospital Type II violent events: Use of psychotropic drugs and mental health services. *Am J Ind Med.* 2014;57:627-39.
- Duffy M, Sperry L. Workplace mobbing: Individual and family health consequences. *The Family Journal* 2007, 15:398-404.
- Duffy M, Sperry L. *Overcoming mobbing: A recovery guide for workplace aggression and bullying*. Oxford, NY: Oxford University Press. 2014.
- Dua J K. Job stressors and their effects on physical health, emotional health, and job satisfaction in a university. *Journal of Educational Administration* 1994, 32:59-78.
- Einarsen S, Matthiesen, S B, Mikkelsen EG. *Tiden leger alle sar? Senvirkninger av mobbing i arbeidslivet* (PhD Dissertation) Norway, University of Bergen, 1998.
- Fontes KB, Santana RG, Pelloso SM, Carvalho MD de Barros. Factors associated with bullying at nurses' workplaces *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2013, 21:758-64.
- Fountoulakis KN, Papadopoulou M, Kleanthous S, Papadopoulou A, Bizeni V, Nimatoudis I, Iacovides A, Kaprinis GS. Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State - Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Annals of General Psychiatry* 2006, Vol 5:2.
- Hänsel A, Hong S, Cámara RA. Inflammation as a psychophysiological biomarker in chronic psychosocial stress. *Neurosci Biobehav Rev* 2010, 35:115-21.
- Hahn S, Müller M, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs.* 2010, 19:3535-46.
- Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2008, 13:431-41.
- Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *J Adv Nurs.* 2012, 68:2685-99.
- Hahn S, Müller M, Hantikainen V, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *Int J Nurs Stud.* 2013,50:374-85.
- Hunnighake GW, Gadek JE, Szapile SV. The human alveolar macrophage. In: Harris CC (ed) *Cultured human cells and tissues in biomedical research*. New York, Academic Press, 1980:54-56.
- ILO/, ICN/WHO/PS. *Framework guidelines for addressing workplace violence in health sector*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in Health Sector. 2002.
- Kapikiran NA. Positive and Negative Affectivity as Mediator and Moderator of the Relationship between Optimism and Life Satisfaction in Turkish University Students. *Social Indicators Research* 2012, 106:333-345.
- Khoo SB. (2010). Academic mobbing: Hidden health hazard at workplace. *Malaysian Family Physician* 2010, 5: 61-67.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company 1984.
- Levine GA. Foucaultian approach to academic anxiety. *Educational Studies: Journal of the American Educational Studies Association* 2008, 44:62-76.
- Namie G. Workplace bullying: Escalated incivility. *Ivey Business Journal* 2003, 1-7.
- Pai H-C, Lee S. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *J Clin Nurs* 2011, 20:1405.
- Park M, Cho S-H, Hong H-J. Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment: Workplace violence against nurses. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(1):87-95.
- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS Community Trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318, 228-232
- Sá L, Fleming M. Bullying, Burnout, and Mental Health Amongst Portuguese Nurses, *Issues in Mental Health Nursing* 2008, 29:411-426.
- Salin, D. Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations* 2003, 56:1213-1232.
- Sexual harassment at the workplace in the European Union. (1998). Available at <http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/shworkpl.pdf>
- Shallcross L, Sheehan M, Ramsay S. Workplace Mobbing: Experiences in the public sector. *International Journal of Organisational Behaviour* 2008, 13:56-70.
- Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *Int J Nurs Stud.* 2014;51:72-84.
- Speedy S. Workplace violence: the dark side of organisational life. *Contemp Nurse* 2006, 21:239-50
- Spielberger CD. *Preliminary Professional Manual For The Test Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologist Press, 1980.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
- Spielberger CD. *Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
- Tehrani N. Bullying: A source of chronic posttraumatic stress. *British Journal of Guidance & Counselling* 2004, 32:357-366.
- Vessey J, Demarco R, Gaffney D, Budin W. Bullying of staff registered nurses in the workplace: A preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *Journal of Professional Nursing* 2009, 25:299-306.
- Yildirim D. Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review* 2009, 56:504- 511.
- Zachariadou TH, Zannetos S, Chira S E, Gregoriou S, Pavlakis A. Professionals in Cyprus: Greek Version of "Leymann Inventory of Psychological Terror". *Instrument. of Health Work* 2018, 9:339-346.
- Zeidner M, Matthews G. Evaluation anxiety-Current theory and research. In: Elliot, A.J., Dweck, C.S.(ed) *Handbook of Competence and Motivation*. The Guilford Press, New York 2005, 141-163.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ)

- Κοΐνης Α, Βελονάκης Ε, Τζαβέλλα Φ, Τζιαφέρη Σ. Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού 2016, 15:380 – 393.
- Κουβουτσάκη Π. Η Έννομη Προστασία για την Αντιμετώπιση του Φαινομένου της Ηθικής Παρενόχλησης στο Χώρο της Εργασίας. (Πτυχιακή εργασία) Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, 2017.
- Λιάκος Α, Γιαννίτση Σ. Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. Εγκέφαλος 1984, 21:71-76.
- Μακράκης Χ. Ηθική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο: εξετάζοντας το παράδειγμα ενός ιδιωτικού και ενός δημόσιου νοσοκομείου στα Χανιά. (Πτυχιακή εργασία) Ηράκλειο, ΤΕΙ Κρήτης, 2009.
- Μαρνέρας Χ, Αρβανίτης Γ. Η συζήτηση ως αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση 2015, 4:57-61.
- Μητρούση Σ. Επίδραση του άγχους στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών. (Διδακτορική διατριβή) Σπάρτη, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, 2014.
- Μπακέλλα Π, Γάγκου Ε, Μπραχαντίνη, Κ. Η επίδραση του "συνδρόμου mobbing" στην επαγγελματική ζωή των Νοσηλευτών. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2015,6:15-21.
- Παπαδάκη Μ, Χουστουλάκη Ε, Τσιράκος Δ. Διερεύνηση του "Συνδρόμου Mobbing" (εργασιακή παρενόχληση) στο νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων νομού Ηρακλείου. Συγκριτική μελέτη μεταξύ των δύο μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων Βενιζέλειου-Πανάνειου και ΠΑΓΝΗ. (Πτυχιακή εργασία) Ηράκλειο, ΤΕΙ Κρήτης, 2007.
- Σάκουλα Ζ, Μπελαλή Κ, Σταθαρού, Α. Σύνδρομο mobbing. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2014, 6:123-127.
- Φακή Μ, Γκούβα Μ, Παπαθανασίου Ι, Πράπα Π, Πάσχου Δ, Πράπα Ε, Κοτρώτσιου Ε, Interscientific Health Care 2009, 1: 9-15.
- Χείρα Σ. Εκτίμηση της παρουσίας του συνδρόμου mobbing ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κύπρο. (Μεταπτυχιακή εργασία) Λευκωσία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία. 2014.

# State anxiety and workplace harassment among nursing personnel

Maria Maniou<sup>1</sup>, Sofia Zyga<sup>2</sup>

1. Associate lab fellow, Nursing Department, Hellenic Mediterranean University

2. Professor, Faculty of Nursing, University of Peloponnese

## ABSTRACT

**Introduction:** According to Spielberger, state anxiety refers to "the subjective emotional state characterized by tension and nervousness as a result of the present situation." Workplace harassment in the health sector is a real problem.

**Aim:** The main aim of this study was to examine the existence of state anxiety and phenomena of work-related harassment.

**Methodology:** An investigation was carried out in the area of Crete between August 2017 and January 2018 in fourteen Health Centers, two Primary National Health Networks, four Emergency Department, eleven Intensive Care Units. The study involved 213 nurses. The Leymann Inventory of Psychological Terror and the State-Trait Anxiety Inventory (Unit 1, state anxiety) has been used.

**Results:** The 45.5% of the total sample of the participants work in Intensive Care Units (ICU), the 24.9% in Emergency Departments (ED) and the 29.6% in Primary Care Units. The average age of the participants was 41.73 ( $\pm 7.33$ ). The reliability of State - Trait Anxiety Inventory (Unit 1, state anxiety) by Cronbach  $\alpha$  was 0.895. The mean value of state anxiety was 40.82 for the total study sample. They were exposed to at least one mobbing behavior in the past 12 months, and for at least once a week, almost daily or daily and for at least 6 months the 11.3% of the total sample. Comparing the mean values of the variable "structure" to the occurrence of state anxiety, the following results were obtained: ICU: state anxiety 41.74, ED: state anxiety 38.57. Primary Care: state anxiety 41.81. In particular, the higher values of state anxiety appear in the ED. There is a statistically significant result with state anxiety (Sig. (2-tailed) > 0,05 between age, marital status, and educational level. Regarding the total years of working the nursing personnel in the present department and the gender, there is a statistically significant result (Sig. (2-tailed) < 0,05) with state anxiety. From the total sample of the survey found that 24 people were exposed to at least one harassment behavior in the last 12 months and at least once a week and for at least 6 months. These 24 persons had a mean state anxiety of 47.50.

**Conclusions:** The evaluation of the results shows that the nursing personnel of the total sample face state anxiety with mild intensity. Nurses who have been harassed have state anxiety with moderate intensity. It is necessary the education of nursing personnel in managing anxiety symptoms.

**Key words:** Work-related harassment, Intensive Care Unit, state anxiety, Primary Care, Emergency Department.

Corresponding author: Maria Maniou  
e-mail: mmaniou@hotmail.com

Date of submission: 05/04/2020  
Publication date: June 2022

Citation: Maniou M. & Zyga S. (2022). State anxiety and workplace harassment among nursing personnel. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(2): 16-32, <https://doi.org/10.24283/hjns.202222>



# Determining the Cut-Off Points of the Self-Rated Health Visual Analogue Scale for Patients with Depression in Greece

Dimitris Zavras

Department of Public Health Policy, School of Public Health, University of West Attica

## ABSTRACT

**Introduction:** Depressed individuals usually rate their health more poorly than non-depressed ones.

**Aim:** Because little is known regarding the correspondence between the scales used to measure self-rated health in patients with depression, the objective of this study is to determine the cut-off points of the Visual Analogue scale that indicate bad, moderate and good health for patients with depression.

**Methods:** For the purpose of this study, data from a Panhellenic cross-sectional survey were used. The survey was conducted in 2017 and used stratified random sampling. The study focused on 71 patients with depression. The respondents were asked to rate their health on a 5-point Likert scale and in a Visual Analogue scale. In order to determine the cut-off points of the Visual Analogue scale, an ordinal logistic model was applied. The dependent variable was the Likert scale and the independent variable was the Visual Analogue scale. In addition, a multinomial logistic model was applied and the 33.3rd and 66.6th percentiles of the Visual Analogue scale were calculated.

**Results:** According to the ordinal logistic regression model, the cut-off points of the Visual Analogue scale are 24 and 76. In addition, according to the multinomial logistic regression model, the cut-off points are 21 and 77. The cut-off points that correspond to the 33.3rd and 66.6th percentiles of the Visual Analogue scale are 50 and 70, respectively. Finally, the Gwet's AC2s of the regression methods were found to be significantly higher than the percentiles' method.

**Conclusions:** The results of this study confirm international bibliography in the sense that depression is positively related to poor perception of health. Because the cut-off point of poor health, which is based on the percentiles method, is relatively high, we argue that the percentiles method is inappropriate. This conclusion is also derived from the Gwet's AC2s' comparison.

**Key words:** Depression, Likert scale, percentiles, regression methods, self-rated health, visual analogue scale

Corresponding author: Dimitris Zavras  
e-mail: dzavras@uniwa.gr

Date of submission: 27/04/2020  
Publication date: June 2022

*Editor's note: The author is expressing his personal view in the present paper.*

Citation: Zavras D. (2022). Determining the Cut-Off Points of the Self-Rated Health Visual Analogue Scale for Patients with Depression in Greece. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(2): 33-39, <https://doi.org/10.24283/hjns.202223>

**HIGHLIGHTS / KEY POINTS**

- The percentiles method is arbitrary
- The cut-off point corresponding to very bad and bad health, is low
- Researchers should adopt the regression methods

**INTRODUCTION**

**D**epression is a major public-health issue and is one of the leading causes of disease burden globally (Moussavi et al 2007). Although depressive symptoms and poor perception of individual's health are strongly associated (Rantanen et al 2019), little is known regarding the correspondence between the scales that are used to measure self-rated health (SRH) in patients with depression.

SRH is a subjective assessment of one's health (Meng et al 2014) and constitutes the most widely used measure of health in medical, social, and behavioral surveys (Garbarski 2016). Although this assessment is subject to reporting error (Ichoku et al 2011), SRH has been found to be a predictor of mortality and morbidity (Bonner et al 2017) and is considered a valid and reliable measure (Cullati et al 2018, Arsandaux 2019). As a result, quantitative studies suggest that since SRH reflects physical, mental and social health and functioning, it provides an integrative summary of internal and external information of one's health (Benyamini 2016).

SRH may be used to identify individuals or groups at risk for poor health (Bardage et al 2005) and is a useful prognostic measure for the stratification of treatment allocations during clinical trials (Fayers & Sprangers 2002). In this sense, it is a useful concept not only in clinical medicine but also in healthcare planning (DeSalvo et al 2005). In addition, health-policy makers can use SRH to predict healthcare demand in order to effectively allocate resources, assess subjective effectiveness of treatments and identify areas of inequity that require special attention (Cislaghi & Cislaghi 2019).

Given that SRH can be measured in different ways, variations in wording, scale and number of response categories exist (Bowling 2005, Jurges et al 2008, Daniilidou et al 2010). SRH may be quantified via Likert scales using questions (Bowling & Windsor 2008, Hoshi 2018) such as "In general, how would you rate your health today?" (Subramanian et al 2010) or "In general, would you say your health is?" (Bombak 2013). In many cases SRH is measured on a Likert scale (Kondo et al 2009) using a single question with 5 (very good, good, moderate, bad, very bad or excellent, very good, good, fair, poor) (Wilson et al 2004) or 4 typical answers (excellent, good, fair, poor) (Manor et al 2000). However, SRH may also be captured on a Visual Analogue scale (VAS), anchored with 100 (best imaginable health state) at the top and 0 (worst imaginable health state) at the bottom (Rabin & de Charro 2001). Both VASs and Likert scales have pros and cons (Hasson & Arnetz 2005). For example, although the VAS allows for finer distinctions than the Likert scale, providing a greater

amount of information to the researcher (Gorrall et al 2016), its interpretations is thought to be more difficult (Bowling 2009).

The difficulty in categorizing the VAS scores can be overcome, to some extent, by determining the correspondence between the VAS scores and the Likert scale (Badia Llach et al 1999). Nevertheless, in several studies, the VAS scores are arbitrarily interpreted (Szybalska et al 2018) using the calculation of percentiles as a method to interpret scores (Pedersen et al 2011, Krantz et al 2019), even if this method is considered to be arbitrary (Diouf et al 2015). In other cases that concern psychological health, the VAS scores have been divided into arbitrary categories (Kim et al 2017).

With these considerations, the objective of this study is to determine the cut-off points of the VAS that correspond to the bad, moderate and good health states of the Likert scale for patients with depression.

**METHODS**

For the purpose of this study, data from a Panhellenic cross-sectional survey were used (Zavras 2019). The survey was conducted in 2017 and used stratified random sampling. Sample selection strata were based on the 2011 Census of the Hellenic Statistical Authority; strata were defined by age, gender, urbanity status of permanent residence and prefecture based on Nomenclature of Territorial Units for Statistics II (NUTS II). A computer-assisted telephone interviewing (CATI) method was used for the data collection.

The sample size was 2003 individuals aged 18 years or over ( $n_1=2003$ ). However, the study focused on 71 patients with depression ( $n_2=71$ ).

The ethical approval from the Bioethics Committee of the Greek National School of Public Health was obtained for this study.

The respondents were asked to rate their health on a 5-point Likert scale. The answers of the Likert scale were: a) 1: very bad; b) 2: bad; c) 3: moderate; d) 4: good; and e) 5: very good. In addition, the respondents were asked to rate their health in a VAS. The value of 100 on the VAS scale represented the best health state imaginable and a value of 0 represented the worst health state imaginable.

In order to determine the cut-off points of the VAS, an ordinal logistic regression model was applied. The dependent variable was the Likert scale and the independent variable was the VAS.

Due to the low frequency of some classes of the original variables (the "very bad", "bad", "good" and "very good" categories)

these categories were collapsed (Preisser et al 2011). Although collapsing categories in the Likert scale results in loss of information, it is a valid approach (Armstrong & Sloan 1989).

According to the ordinal logistic regression model, the cut-off points are given by:

$$cut-off_1 = \frac{\ln(e^{-a_1} - 2 e^{-a_2})}{\beta}$$

$$cut-off_2 = \frac{\ln(e^{-a_2} - 2 e^{-a_1})}{\beta}$$

(Bersabé et al 2009)

where  $a_i$  the intercepts and  $\beta$  the coefficient of the VAS.

The proportionality of the odds assumption was tested using the Brant Test (Brant 1990). The model's goodness of fit was tested using the Lack of Fit test. The model was tested through the Link Test for specification error (Stata Corp 2013).

A multinomial logistic regression model was also applied. According to the multinomial logistic regression model, the cut-off points are given by:

$$cut-off_1 = \frac{a_1 - a_2}{\beta_2 - \beta_1}$$

$$cut-off_2 = \frac{a_2}{-\beta_2}$$

(Bersabé & Rivas 2010)

where  $a_i$  the intercepts and  $\beta_i$  the coefficients of the VAS.

The model's goodness of fit was tested using the Lack of Fit test.

The cut-off points that corresponded to two equal percentiles (Çelebioğlu & Çiçeklioğlu 2013), i.e., the 33.3rd and 66.6th percentiles of the VAS, were calculated.

In order to compare the cut-off points from the regression methods with that of the percentiles' method, the difference of Gwet's AC2s (Gwet 2016) was tested.

The STATA 14 and JMP 14 statistical software packages were used for the analysis.

## RESULTS

The prevalence of depression was found to equal 3.54% (n=71 out of 2003 respondents) of the study sample.

Approximately twenty-one percent (21.13%) of the patients were men and seventy-nine (78.87%) were women.

The average age in the sample was 56.37 years ( $\pm 12.51$ ).

All respondents answered the Likert scale and the VAS. 52.11% of respondents (the highest) rated their health as moderate in the Likert scale, while the percentage of the patients that rated their health as very bad and bad was 19.72% (Table 1).

(Table 1)

The mean of the VAS was found equal to 54.93 ( $\pm 24.28$ ), while the median equaled 60.

The diagnostic tests of the ordinal logistic regression model (Table 2) indicated a good fit.

(Table 2)

According to the Brant test (1990) (the STATA command brant (Long & Freese 2014) was used), the proportional odds assumption holds ( $p=0.847$ ). In addition, the Lack of Fit test indicates good fit ( $p=0.14$ ). Finally, according to the Link test, the model does not suffer from specification error (Table 3).

(Table 3)

According to the ordinal logistic regression model, the cut-off scheme (rounding of the regression coefficients was not used) is the following: a) very bad and bad health: 0-24; b) moderate health: 25-76; and c) good and very good health: 77-100. The frequency of the categories that correspond to the cut-off points that were derived from the ordinal logistic regression model is given in Table 4.

(Table 4)

The results of the multinomial logistic regression model are given in Table 5.

(Table 5)

The Lack of Fit test indicated a good fit ( $p=0.07$ ). According to the multinomial logistic regression model, the cut-off scheme (rounding of the regression coefficients was not used) is the following: a) very bad and bad health: 0-21; b) moderate health: 22-77; and c) good and very good health: 78-100. The frequency of the categories that correspond to the cut-off points that were derived from the multinomial logistic regression model is given in Table 6.

(Table 6)

The frequency of the categories that corresponded to the cut-off points that correspond to the percentiles of the VAS is given in Table 7.

(Table 7)

In order to compare the cut-off points from the regression methods with that of the percentiles' method, the Gwet's AC2s were calculated (Table 8) and their difference was tested (the STATA command kappaetc (Klein 2018) was used).

(Table 8)

According to Table 8, the Gwet's AC2s for the cut-off schemes that were derived from the regression methods are higher than that derived from the percentiles method, and their difference (0.258) is significant ( $p<0.001$ ).

## DISCUSSION

According to the ordinal logistic regression model, the cut-off points of the VAS are 24 and 76. In addition, according to the multinomial logistic regression model, the cut-off points of the VAS are 21 and 77. From these results we can see that the cut-off points of the two methods are comparable.

Based on the ordinal logistic regression model, VAS scores between 0 and 24 (0-21 for the multinomial logistic regression model) correspond to very bad and bad health, i.e. the range of scores that correspond to the two lowest health states is equal to 24 (21 for the multinomial logistic regression model). In addition,

the range of the scores that correspond to moderate health (25-76) [22-77 for the multinomial logistic regression model] is equal to 51 (55 for the multinomial logistic regression model). Furthermore, the range of the scores that correspond to good and very good health (77-100) [78-100 for the multinomial logistic regression model] is equal to 23 (22 for the multinomial logistic regression model). So, it seems that the range of the VAS scores differs between health states. Emphasis should be given to this point, since in some cases the VAS scores are divided into a number of even categories, e.g. 0-20, 21-40, 41-60, 61-80, 81-100 (Yang et al 2018).

As mentioned above, in some cases, the calculation of percentiles is used as a method to interpret the VAS scores (Krijger et al 2014, Machon et al 2017). This point is also true in depression studies (Flores et al 2017). However, differences in the valuations between populations (König et al 2009, Heijink et al 2017) highlight the need for a calculation of cut-off points using regression methods.

Given that depressed individuals tend to rate their health more poorly (Williamson et al 2009), the numbers mentioned above, and the results of this study highlight the need to calculate the VAS cut-off points using regression methods, when studying self-perceived health in patients with depression.

The extent to which the VAS can be interpreted as the Likert scale requires the VAS to be best classified against the Likert scale in order to be applicable an agreement methodology (Lin et al 2012).

As a result, the comparison between the cut-off points

derived from the three methods that are described in this study was made possible through Gwet's AC2s (Gwet 2014). According to the results, the Gwet's AC2 (when taking into account the Likert scale) is higher than the opposite case, and indicates that the percentiles method is inappropriate.

### LIMITATIONS

The main limitation of this study is that we collapsed some categories of the Likert scale and lost information regarding the cut-off points for all the five health states.

### CONCLUSION

According to the results of this study, the cut-off point corresponding to very bad health, which was calculated using regression methods, is low, a finding that confirms international bibliography. Indeed, depression, has a large contribution to poor self-rated health in individuals (Molarius & Janson 2002). Furthermore, the Gwet's AC2s' comparison indicates that the percentiles method is inappropriate.

The calculations of these cut-off points using ordinal or multinomial logistic regression is easy and all statistical software packages include routines for these methods, thus, researchers should adopt these methods when studying similar problems. However, both scales (Likert and VAS) shall be included in the surveys' questionnaire.

Table 1 Likert Scale

Category	n (%)
Very Bad	2 (2.82)
Bad	12 (16.90)
Moderate	37 (52.11)
Good	16 (22.54)
Very Good	4 (5.63)

Table 2 Ordinal Logistic Regression Model

Variable	Coefficient	p	95% Confidence Interval	
VAS	0.058	<0.001	0.033	0.082
Cut 1	1.310		0.027	2.592
Cut 2	4.436		2.752	6.121

Table 3 Link Test

Variable	Coefficient	p	95% Confidence Interval	
h	0.641	0.356	-0.720	2.001
h2	0.064	0.591	-0.170	0.298

Cut 1	0.918		-0.950	2.786
Cut 2	4.051		1.905	6.197

**Table 4 Cut-Off Scheme that was Based on the Ordinal Logistic Regression Model**

Cut-Off Scheme	n (%)
0-24	10 (14.08)
25-76	46 (64.79)
77-100	15 (21.13)

**Table 5 Multinomial Logistic Regression Model**

Category	Variable	Coefficient	p	95% Confidence Interval	
Very Bad & Bad	VAS	-0.088	<0.001	-0.133	-0.044
	Constant	4.454	0.001	1.823	7.086
Moderate	VAS	-0.047	0.009	-0.082	-0.011
	Constant	3.582	0.003	1.188	5.976

**Table 6 Cut-Off Scheme that was Based on the Multinomial Logistic Regression Model**

Cut-Off Scheme	n (%)
0-21	10 (14.08)
22-77	46 (64.79)
78-100	15 (21.13)

**Table 7 Cut-Off Scheme that was Based on the Percentiles of the VAS**

Cut-Off Scheme	n (%)
0-50	35 (49.30)
51-70	21 (29.58)
71-100	15 (21.13)

**Table 8 Gwet AC2**

Variables	Gwet AC2
Likert Scale-Cut-off Scheme Derived from the Ordinal Logistic Regression Model	0.706
Likert Scale-Cut-off Scheme Derived from the Multinomial Logistic Regression Model	0.706
Likert Scale-Cut-off Scheme Derived from the Percentiles of the VAS	0.448

## REFERENCES

- Armstrong B.G. & Sloan M. (1989). Ordinal regression models for epidemiologic data. *American Journal of Epidemiology* 129(1): 191-204.
- Arsandaux J., Michel G., Tournier M., Tzourio C. & Galéra C. (2019). Is self-esteem associated with self-rated health among French college students? A longitudinal epidemiological study: The i-Share cohort. *BMJ Open* 9: e024500.
- Badia Llach X., Herdman M. & Schiaffino A. (1999). Determining correspondence between scores on the EQ-5D «thermometer» and a 5-point categorical rating scale. *Medical Care* 37(7): 671-677.
- Bardage C., Pluijm S.M.F., Pedersen N.L., Deeg D.J.H., Jylhä M., Noale M., Blumstein T. & Otero A. (2005). Self-rated health among older adults: a cross-national comparison. *European Journal of Ageing* 2(2): 149-158.
- Benyamini Y. (2016). Self-rated health. In: Y. Benyamini, M. Johnston, E.C. Karademas, eds *Assessment on health psychology*. Boston: Hogrefe.
- Bersabé R., Rivas T. & Berrocal C. (2009). Obtaining equations from the proportional odds model to set multiple cut scores on a test. *Methodology* 5(4):123-130.
- Bersabé R. & Rivas T. (2010). A general equation to obtain multiple cut-off scores on a test from multinomial logistic regression. *The Spanish Journal of Psychology* 13(1): 494-502.
- Bombak A.E. (2013). Self-rated health and public health: a critical perspective. *Frontiers in Public Health* 1.
- Bonner W.I.A., Weiler R., Orisatoki R., Lu X., Andkhoie M., Ramsay D., Yaghoubi M., Steeves M., Szafron M. & Farag M. (2017). Determinants of self-perceived health for Canadians aged 40 and older and policy implications. *International Journal for Equity in Health* 16: 94.
- Bowling A. (2005). Just one question: If one question works, why ask several? *Journal of Epidemiology and Community Health* 59(5): 342-345.
- Bowling A. & Windsor J. (2008). The effects of question order and response-choice on self-rated health status in the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *Journal of Epidemiology and Community Health* 62(1): 81-85.
- Bowling A. (2009). *Research methods in health. Investigating health and health services*. New York: Open University Press.
- Brant R. (1990). Assessing proportionality in the proportional odds model for ordinal logistic regression. *Biometrics* 46(4): 1171-1178.
- Çelebioğlu A. & Çiçeklioğlu M. (2013). Elderly health care needs and associated factors in terms of health inequalities. *Turkish Journal of Geriatrics* 16(3):315-321.
- Cislaghi B. & Cislaghi C. (2019). Self-rated health as a valid indicator for health-equity analyses: evidence from the Italian health interview survey. *BMC Public Health* 19: 533.
- Cullati S., Mukhopadhyay S., Sieber S., Chakraborty A. & Burton-Jeangros, C. (2018). Is the single self-rated health item reliable in India? A construct validity study. *BMJ Global Health* 3: e000856.
- Daniilidou N.V., Gregory S.P., Zavras D.J., Pavi E.A., Athanasakis K.P., Lionis C.D., & Kyriopoulos J.H. (2010). Comparison between two different measures of self-rated health: a single-question measure and a visual analogue scale. *Folia Medica* 52(1): 63-69.
- DeSalvo K.B., Blosner N., Reynolds K., He J. & Muntner P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 21(3): 267-275.
- Diouf M., Bonnetain F., Barbare J.C., Bouche O., Dahan L., Paoletti X. & Filleron T. (2015). Optimal cut points for quality of life questionnaire-core 30 (QLQ-C30) scales: Utility for clinical trials and updates of prognostic systems in advanced hepatocellular carcinoma. *The Oncologist* 20(1): 62-71.
- Fayers P.M. & Sprangers M.A. (2002). Understanding self-rated health. *The Lancet* 359(9302): 187-188.
- Flores R.J., Campo-Arias A., Stimpson J.P., Chalela C.M. & Reyes-Ortiz C.A. (2018). The Association Between Past Sexual Abuse and Depression in Older Adults from Colombia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 31(1): 13-18.
- Garbarski D. Research in and Prospects for the Measurement of Health Using Self-Rated Health. *Public Opinion Quarterly* 80(4): 977-997.
- Gorrall B.K., Curtis J.D., Little T.D. & Panko P. (2016). Innovations in measurement: Visual analog scales and retrospective pretest self-report designs. *Actualidades en Psicología* 30(120):1-6.
- Gwet K.L. (2014). *Handbook of inter-rater reliability*. Gaithersburg: Advanced Analytics LLC.
- Gwet K.L. (2016). Testing the Difference of Correlated Agreement Coefficients for Statistical Significance. *Educational and Psychological Measurement* 76(4): 609-637.
- Hasson D. & Arnetz B.B. (2005). Validation and findings comparing VAS vs. Likert scales for psychosocial measurements. *International Electronic Journal of Health Education* 8:178-192.
- Heijink R., Reitmeir P. & Leidl R. (2017). International comparison of experience-based health state values at the population level. *Health and Quality of Life Outcomes* 15: 138.
- Hoshi T. (2018). SES, dietary and lifestyle habits, three health-related dimensions, and healthy survival days. In: T. Hoshi & S. Kodama, eds *The structure of health life determinants. Lesson from the Japanese aging cohort studies*. Singapore: Springer.
- Ichoku H.E., Fonta W.M. & Thiede M. (2011). Socioeconomic gradients in self-rated health: A developing country case study of Enugu State, Nigeria. *Economic Change and Restructuring* 44:179-202.
- Jurges H., Avendano M. & Mackenbach J.P. (2008). Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *European Journal of Epidemiology* 23(12): 773-781.
- Kim H.J., Min J.Y., Kim H.J. & Min K.B. (2019). Association between psychological and self-assessed health status and smartphone overuse among Korean college students. *Journal of Mental Health* 28(1): 11-16.
- Klein D. (2018). Implementing a general framework for assessing interrater agreement in Stata. *The Stata Journal* 18(4):871-901.
- Kondo N., Sembajwe G., Kawachi I., van Dam R.M., Subramanian S.V. & Yamagata Z. (2009). Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ* 339: b4471.
- König H.H., Bernert S., Angermeyer M.C., Matschinger H., Martinez M., Vilagut G., Haro J.M., de Girolamo G., de Graaf R., Kovess V., Alonso J. & ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2009). Comparison of population health status in six European countries: results of a representative survey using the EQ-5D questionnaire. *Medical Care* 47(2): 255-261.
- Krantz E., Wide U., Trimpou P., Bryman I. & Landin-Wilhelmsen, K. (2019). Comparison between different instruments for measuring health-related quality of life in a population sample, the WHO MONICA Project, Gothenburg, Sweden: An observational, cross-sectional study. *BMJ Open* 9: e024454.
- Krijger K., Schoofs J., Marchal Y., Van de Vijver E., Borgermans L. & Devroey D. (2014). Association of objective health factors with self-reported health. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* 55(3): 101-107.
- Lin L., Hedayat A.S. & Wu W. (2012). *Statistical tools for measuring agreement*. New York: Springer.
- Long J.S. & Freese J. (2014). *Regression models for categorical dependent variables using Stata* (3rd eds). College Station, TX: Stata Press.
- Machón M., Larrañaga I., Dorronsoro M., Vrotsou K. & Vergara I. (2017). Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. *BMC Geriatrics* 17: 19.
- Manor O., Matthews S. & Power, C. (2000). Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *International Journal of Epidemiology* 29(1): 149-157.
- Meng Q., Xie Z. & Zhang, T. (2014). A single-item self-rated health measure correlates with objective health status in the elderly: A survey in suburban Beijing. *Frontiers in Public Health* 2: 27.
- Molarius A. & Janson S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology* 55: 364-370
- Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V. & Ustun B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the

- World Health Surveys. *The Lancet* 370(9590): 851-858.
- Pedersen S.S., Versteeg H., Denollet J., Cheng J.M., Serruys P.W. & van Domburg R. T. (2011). Patient-rated health status predicts prognosis following percutaneous coronary intervention with drug-eluting stenting. *Quality of Life Research* 20(4): 559-567.
- Preisser J.S., Phillips C., Perin J. & Schwartz T.A. (2011). Regression models for patient-reported measures having ordered categories recorded on multiple occasions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 39(2): 154-163.
- Rabin R. & de Charro F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine* 33(5): 337-343.
- Rantanen A.T., Korkeila J.J.A., Kautiainen H. & Korhonen P.E. (2019). Poor or fair self-rated health is associated with depressive symptoms and impaired perceived physical health: A cross-sectional study in a primary care population at risk for type 2 diabetes and cardiovascular disease. *The European Journal of General Practice* 25(3): 143-148.
- Stata Corp. (2013). *Stata: Release 14. Statistical software*. College Station: Stata Corp.
- Subramanian S.V., Huijts T. & Avendano M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: How do they correlate with education? *Bulletin of the World Health Organization* 88(2): 131-138.
- Szybalska A., Broczek K., Puzianowska-Kuznicka M., Slusarczyk P., Chudek J., Skalska A. & Mossakowska, M. (2018). Self-rated health and its association with all-cause mortality of older adults in Poland: The PolSenior project. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 79: 13-20.
- Williamson A., Darke S., Ross J. & Teesson M. (2009). Changes and predictors of change in the physical health status of heroin users over 24 months. *Addiction* 104(3): 465-470.
- Wilson B.F., Altman B.M., Whitaker K. & Callegaro M. (2004). How good is good? Comparing numerical ratings of response options for two versions of the self-assessed health status question. *Journal of Official Statistics* 20(2): 379-391.
- Yang X., Chen M., Du J. & Wang Z. (2018). The inequality of inpatient care net benefit under integration of urban-rural medical insurance systems in China. *International Journal for Equity in Health* 17: 173.
- Zavras D. (2019). Testing the dual-state-process assumption in the preventive care services use. *Journal of Health and Social Sciences* 2019 (doi: 0.19204/2019/tstn4).

# Το νοσηλευτικό ιστορικό ως θεμελιώδες στοιχείο της νοσηλευτικής αξιολόγησης και οι επικοινωνιακές νοσηλευτικές δεξιότητες στην αποτελεσματική λήψη ΤΟΥ

Θεodώρα Μαλάμου<sup>1</sup>, Βασιλική Πλεύρη<sup>2</sup>, Σταυρούλα Καλάμη<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Προϊσταμένη Μονάδα Αιμοδυναμικού εργαστηρίου ΓΝ Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

2. Νοσηλεύτρια, MSc, Μονάδα Αιμοδυναμικού εργαστηρίου ΓΝ Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

3. Νοσηλεύτρια, Μονάδα Αιμοδυναμικού εργαστηρίου ΓΝ Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο, της νοσηλευτικής διεργασίας, στον προγραμματισμό μιας τεκμηριωμένης, άριστης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή. Περιλαμβάνει την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας, την αναγνώριση προβλημάτων, αναγκών και παραγόντων κινδύνου, για την υγεία του αρρώστου. Θεμελιώδες στοιχείο της αξιολόγησης, είναι η συλλογή δεδομένων που επιτυγχάνεται με διάφορες στρατηγικές, με σημαντικότερη την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού. Σκοπός του άρθρου, είναι να εισαγάγει, τη διαδικασία της λήψης του νοσηλευτικού ιστορικού, ως αδιάσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής αξιολόγησης, περιγράφοντας δεξιότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών, στην αποτελεσματική λήψη και καταγραφή των δεδομένων. Η λήψη του ιστορικού, επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη διαπροσωπικού κλίματος νοσηλευτή – ασθενή, με ειδικές δεξιότητες χειρισμού της λεκτικής και της μη λεκτικής επικοινωνίας από τους νοσηλευτές. Με συμπεριφορά, που εκδηλώνει κατανόηση αποδοχής και θετικής στάσης, διευκολύνεται η συλλογή δεδομένων, συμβάλλοντας στον προγραμματισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και στην θετική έκβαση, της θεραπευτικής αντιμετώπισης των προβλημάτων. Τα Βασικά συστατικά, του πλήρους ιστορικού υγείας, με τα βιογραφικά στοιχεία, περιλαμβάνουν: κύρια συμπτώματα- ενοχλήματα, προηγούμενο ιστορικό υγείας, σημερινός τρόπος ζωής, την ψυχοκοινωνική κατάσταση, ψυχιατρικό ιστορικό και περιβάλλον εργασίας, ιστορικό φαρμάκων και σεξουαλική ζωή, οικογενειακό ιστορικό και στοιχεία από την ανασκόπηση των συστημάτων. Η ικανότητα συλλογής, ενός πλήρους ιστορικού και η φυσική εξέταση, ενισχύουν την κριτική σκέψη των νοσηλευτών, για την επίλυση των προβλημάτων του ασθενή και βελτιώνουν τη σχέση μεταξύ τους, δίνοντας την δυνατότητα για σχεδιασμό άμεσης και μακροπρόθεσμης φροντίδας, που υλοποιείται υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης του ατόμου.

**Λέξεις Κλειδιά:** Νοσηλευτική αξιολόγηση, επικοινωνία, λήψη ιστορικού, νοσηλευτικές δεξιότητες, νοσηλευτικό ιστορικό

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θεodώρα Μαλάμου  
e-mail: dmalamou@gmail.com

Ημερομηνία αρχικής υποβολής: 02/05/2020  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Μαλάμου Θ., Πλεύρη Β. & Καλάμη Σ. (2022). Το νοσηλευτικό ιστορικό ως θεμελιώδες στοιχείο της νοσηλευτικής αξιολόγησης και οι επικοινωνιακές νοσηλευτικές δεξιότητες στην αποτελεσματική λήψη του. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(2): 40-50, <https://doi.org/10.24283/hjns.202224>



## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η νοσηλευτική αξιολόγηση είναι η συστηματική, συνεχής, εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή
- Η εκτίμηση, επιτυγχάνεται με συγκεκριμένες στρατηγικές και μεθόδους συλλογής πληροφοριών
- Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι γραπτό αρχείο, πληροφοριών, οργανωμένα καταγραμμένες, για την φυσική, διανοητική, λειτουργική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενή
- Βασικές αρχές επικοινωνίας και νοσηλευτικές δεξιότητες συμβάλλουν στην αποτελεσματική λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού
- Το νοσηλευτικό ιστορικό δίνει τη δυνατότητα για σχεδιασμό άμεσης και μακροπρόθεσμης φροντίδας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** νοσηλευτική επιστήμη, εξελίσσεται συνεχώς και βασίζεται σε ένα ευρύ θεωρητικό επιστημονικό πλαίσιο. Πριν πολλά χρόνια, οι ηγέτες της νοσηλευτικής ακολουθώντας το πρότυπο της επιστημονικής μεθόδου (παρατήρηση, μέτρηση, συλλογή στοιχείων και ανάλυση ευρημάτων), ανέπτυξαν μια διεργασία επίλυσης προβλημάτων. Η μέθοδος αυτή, η οποία ξεκίνησε τη δεκαετία του '60, ονομάστηκε «νοσηλευτική διεργασία» (Aggleton & Chalmers 1986, Griffiths 1998, Alfaro-lefevre 1999).

Η νοσηλευτική διεργασία περιγράφηκε, ότι «συνδυάζει τα πλέον επιθυμητά στοιχεία της νοσηλευτικής τέχνης με τα πλέον ουσιαστικά στοιχεία της θεωρίας των συστημάτων, χρησιμοποιώντας την επιστημονική μέθοδο» (American Nurses Association 2003, Doenges et al 2016). Η νοσηλευτική διεργασία κέρδισε ευρεία αποδοχή, ως βάση για την παροχή αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι δυναμική, συστηματική μέθοδος (Stonehouse 2017), για την επιστημονική εκτίμηση των αναγκών του ασθενή, για τον προγραμματισμό και την παροχή της ενδεδειγμένης νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της (Ραγιά, 1995, Dillon 2007).

Η διεργασία οργάνωσης και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας διακρίνεται σε πέντε στάδια: (α) την αξιολόγηση, (β) την διάγνωση, (γ) τον σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, (δ) την εφαρμογή του προγράμματος και (ε) την εκτίμηση του αποτελέσματος (Dillon 2007, ANA 2017, ANA 2019). Ο σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας, έχει σαν επίκεντρο την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή, την διατήρηση της υγείας, την ολοκληρωμένη φροντίδα, την σωστή διαχείριση της ασθένειας, την προώθηση της ανάρρωσης και τελικά την αποκατάσταση της υγείας και προαγωγή αυτής (Alfro-lefevre 2002).

Η διαδικασία της αξιολόγησης, είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Ορίζεται, ως η εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή, την αναγνώριση των προβλημάτων υγείας και των παραγόντων κινδύνου για την υγεία (ANA 2017). Θεμελιώδες στοιχείο, της αξιολόγησης, είναι η συλλογή δεδομένων που επιτυγχάνεται με διάφορες στρατηγικές, με σημαντικότερη την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού. Σκοπός του άρθρου, είναι να εισαγάγει τη διαδικασία της λήψης του νοσηλευτικού ιστορικού, ως αδιάσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής αξιολόγησης, περιγράφοντας δεξιότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών στην αποτελεσματική λήψη του, ενισχύοντας τον κρίσιμο ρόλο του νοσηλευτικού

ιστορικού, στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Είναι η συστηματική, συνεχής, παρατήρηση και εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή. Στοχεύει στην δημιουργία, μιας βάσης δεδομένων για τον ασθενή, για την καλύτερη διαχείριση και τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει, φυσιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικοπολιτικά, πνευματικά και οικονομικά δεδομένα, για τον τρόπο ζωής του ατόμου. Γίνεται εκτίμηση, της οικογένειας του ατόμου, του έμμεσου περιβάλλοντος, των διαθεσίμων υπηρεσιών υγείας και άλλων παραγόντων, που μπορεί να ενοχοποιούνται για την εμφάνιση νόσου (Kozier 2008, ANA 2017).

Με τη συλλογή και καταγραφή των απαραίτητων πληροφοριών, δημιουργείται ένα σημαντικό αρχείο, με όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τον ασθενή, που πρέπει να παρουσιάζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι προσβάσιμα σε ολόκληρη την διεπιστημονική ομάδα. Οι Hamilton και Price (2013) δηλώνουν, ότι αυτός είναι ο ακρογωνιαίος λίθος, στην αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή και ένα γίνει σωστά, τότε η αξιολόγηση είναι επιτυχής. Η αξιολόγηση έχει ως επίκεντρο, τον ασθενή και τον τρόπο με τον οποίον βιώνει, ο ίδιος, την ασθένεια και την κακή υγεία (Melin-Johansson et al 2017).

Η αξιολόγηση χαρακτηρίζεται, από συγκεκριμένες αρχές για να μπορεί, να αποφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, στην προαγωγή της ασφάλειας, την συνέχεια της φροντίδας, την οργάνωση και τον προγραμματισμό της παρεχόμενης φροντίδας. Στόχος, η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή και η διαχείριση των συμπτωμάτων, που βιώνει το άτομο (Karttunen et al 2019, Toney-Butler & Thaver 2019). Επικεντρώνεται στις ανάγκες ασθενή και οικογένειας.

Η πληροφόρηση που παρέχει, έχει ολιστική προσέγγιση, ενισχύοντας την ενεργή συμμετοχή του ασθενή, στον προγραμματισμό της φροντίδας του. Επηρεάζει άμεσα την θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενή (Παπαγεωργίου 2013, Truglio-Londrigan & Silver 2018). Η νοσηλευτική αξιολόγηση, διαφοροποιείται από την ιατρική αξιολόγηση, γιατί προσεγγίζει τον άρρωστο ψυχοσωματικά και ολιστικά (Bryn et al 1994).

## Τύποι της νοσηλευτικής αξιολόγησης

Οι τύποι της αξιολόγησης, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών διακρίνεται στην σύντομη αξιολόγηση (min assessment) ή

συντετημένη αξιολόγηση (interval or abbreviated assessment). Είναι σύντομη οπτική και φυσική εξέταση του ασθενή. Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση (comprehensive assessment), που περιλαμβάνει βασικά δεδομένα των ασθενών, πλήρης ιστορικό υγείας, τωρινές ανάγκες και προβλήματα, την καταγραφή των παραγόντων κινδύνου, σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών Holmes 2003, Παπαγεωργίου 2013). Η συστηματική φυσική αξιολόγηση, παραμένει ένα από τα πιο ζωτικά στοιχεία, της περίθαλψης των ασθενών. Μια διεξοδική, φυσική αξιολόγηση μπορεί, να ολοκληρωθεί μέσα σε ένα χρονικό πλαίσιο που είναι πρακτικό και δεν πρέπει ποτέ, να απορριφθεί, λόγω των χρονικών περιορισμών (Zambas 2010).

Η στοχευόμενη – εστιασμένη αξιολόγηση (focused assessment), περιλαμβάνει την εκτίμηση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας, για το οποίο, προσήλθε το άτομο στην υγειονομική υπηρεσία. Πλεονέκτημα, της εστιασμένης αξιολόγησης, είναι ότι σας κατευθύνει, να ρωτήσετε για τα συμπτώματα και να προχωρήσετε γρήγορα, στη διεξαγωγή μιας εστιασμένης φυσικής εξέτασης (Scanlon 2011, Jarvis 2012).

Η εστιασμένη αξιολόγηση αναφέρεται, στη συλλογή δεδομένων για ένα πρόβλημα, που έχει ήδη αναγνωρισθεί. Ακολουθεί την αρχική αξιολόγηση. Καθορίζει, το επίπεδο υγείας σε σχέση με το πρόβλημα, την επιδείνωση ή τη βελτίωσή του. Έχει μεγάλη σημασία στη κλινική πρακτική, διότι μπορούν να αποτιμηθούν νέες καταστάσεις στο ήδη υπάρχον πρόβλημα, ή να αναγνωριστούν δεδομένα, που έχουν διαφύγει κατά την αρχική αξιολόγηση (Wilson & Giddens, 2013).

Ο τέταρτος τύπος αξιολόγησης (ongoing assessment), εστιάζεται στην παρακολούθηση όλων των προβλημάτων, που καταγράφθηκαν από την αρχή. Γίνεται εκ νέου μια επαναξιολόγηση, με σκοπό την εκτίμηση των οποιονδήποτε αλλαγών στο επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. Διενεργείται, σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα μετά την αρχική αξιολόγηση. Είναι το ίδιο συστηματική και προσδιορίζει το βαθμό βελτίωσης ή επιδείνωσης των προβλημάτων, που έχουν ήδη αναγνωρισθεί ή οδηγεί την εξακρίβωση νέων καταστάσεων (Altman 2010, Wilson & Giddens 2013, Παπαγεωργίου 2013).

Σε καταστάσεις απειλητικές, για τη ζωή του ασθενή, πραγματοποιείται η επείγουσα αξιολόγηση. Ο στόχος είναι η ταχεία αναγνώριση προβλημάτων και η ιεράρχηση των παρεμβάσεων, για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Σ' αυτό το τύπο αξιολόγησης, εντάσσεται η εκτίμηση του επιπέδου βαρύτητας των ασθενών (triage) (Munroe et al 2018).

Η επιτυχία της αξιολόγησης, στηρίζεται στην σωστή συλλογή των δεδομένων (αντικειμενικά και υποκειμενικά). Τα δεδομένα πρέπει να είναι, πλήρη, ακριβή και τεκμηριωμένα, όσον αφορά τον ασθενή και το πρόβλημα υγείας που βιώνει (Taylor et al 2002). Τα αντικειμενικά λαμβάνονται, με την μέθοδο της παρατήρησης. Μπορούν να επαληθευθούν, με την επιβεβαίωση ή την συλλογή στοιχείων από κάποιο άτομο, οικείο στον ασθενή ή από τα εργαστηριακά ευρήματα. Τα υποκειμενικά δεδομένα βασίζονται, στην υποκειμενική αντίληψη του ασθενή, στα συμπτώματα που βιώνει ο ίδιος και στο τι αναφέρει ο ίδιος.

Υπάρχουν πρωτογενή στοιχεία, που αναφέρονται στα υπο-

κειμενικά δεδομένα και στο τι νιώθει ο ίδιος ο ασθενής και δευτερογενή που λαμβάνονται, από άλλες πηγές πχ μέλη οικογένειας, ιατρικός φάκελος, άλλοι επαγγελματίες υγείας (Kozier et al 2008).

Η εκτίμηση, επιτυγχάνεται με διάφορες στρατηγικές και μεθόδους συλλογής πληροφοριών, όπως η νοσηλευτική συνέντευξη – νοσηλευτικό ιστορικό με τον ασθενή, η παρατήρηση, η κλινική – φυσική εξέταση, η μελέτη του ιατρικού φακέλου, το ιατρικό ιστορικό, έλεγχος για προηγούμενη νοσηλεία, εργαστηριακά και διαγνωστικά ευρήματα. Επικοινωνία, με μέλη της οικογένειας και με σημαντικά πρόσωπα του αρρώστου. Η συνεργασία, με υπόλοιπο νοσηλευτικό- ιατρικό προσωπικό και γενικά, με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και επαγγελματίες υγείας της θεραπευτικής ομάδας, είναι σημαντική για την όλη διαδικασία. Στοιχεία, από την ανασκόπηση της νοσηλευτικής και της ιατρικής βιβλιογραφίας, βοηθάνε την όσο γίνεται καλύτερη, ολιστική προσέγγιση του ασθενή.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το νοσηλευτικό ιστορικό (Crumbie 2006), είναι η σημαντικότερη πτυχή της νοσηλευτικής αξιολόγησης. Είναι ένα γραπτό αρχείο, που περιέχει, πληροφορίες για τον ασθενή, οργανωμένα καταγραμμένες, αναγνώσιμες και κατανοητές. Δίνει μια περιγραφή των συμπτωμάτων, του ασθενή και πώς εξελίχθηκαν. Ένα πλήρες ιστορικό, χρησιμεύει ως οδηγός για τον εντοπισμό πιθανών ή υποκείμενων ασθενειών. Λαμβάνονται πληροφορίες, για πολλούς παράγοντες, που επηρεάζουν την σωματική κατάσταση του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των πνευματικών και ψυχολογικών αναγκών, της πολιτιστικής ιδιοσυγκρασίας και της καθημερινής λειτουργικής ζωής του (Fawcett & Rhynas 2014).

Η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, δεν είναι καινούργια, αλλά πολλοί θεωρητικοί της νοσηλευτικής επιστήμης (Orem 1995, Roper et al 1990, Henderson 1966), έχουν επισημάνει την αξία της λήψης του ιστορικού από τους νοσηλευτές, για την ανάπτυξη της ιδιαίτερης σχέσης, εμπιστοσύνης με τον ασθενή και τον καλύτερο προγραμματισμό, της νοσηλευτικής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες.

Ο σκοπός του ιστορικού της υγείας, είναι να αντλήσει σημαντικές, οικείες γνώσεις για τον ασθενή και να δημιουργηθεί ανάμεσα στην νοσηλεύτρια και τον ασθενή μια θεραπευτική σχέση, να υπάρξει ενθάρρυνση της έκφρασης των συναισθημάτων, εξακρίβωση και αποσαφήνιση αναγκών και σκοπών (Ingram 2017). Η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, γίνεται μέσω προγραμματισμένων ή μη συνεντεύξεων με τον ασθενή και με το οικείο περιβάλλον του. Οι παρεμβάσεις που γίνονται βασίζονται στην επικοινωνία και διαδραματίζει, τον πρώτο ρόλο στους διάφορους τομείς της νοσηλευτικής παρέμβασης.

## Η επικοινωνία στη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού

Η επικοινωνία (Theodorson & Theodorson 1969) είναι δυναμική, αμφίδρομη περιπλοκή διεργασία αποστολής και λήψης μηνυμάτων. Είναι διαβίβαση πληροφοριών, ιδεών, στάσεων, ή συναισθημάτων από ένα πρόσωπο ή ομάδα, σε άλλο (ή άλλα) κυρίως μέσω συμβόλων (Theodorson & Theodorson 1969). Η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, επιτυγχάνεται μέσα από την ανάπτυξη δι-

απροσωπικού κλίματος νοσηλευτή – ασθενή, με ειδικές δεξιότητες χειρισμού της λεκτικής και της μη λεκτικής επικοινωνίας από τους νοσηλευτές. Για να επιτύχουν το έργο τους, οι νοσηλευτές, χρειάζονται γνώσεις και τεχνικές επικοινωνίας, από την εκπαίδευσή τους, που στηρίζονται σε βασικούς κανόνες (Wikström & Svidén 2011).

Η γλώσσα είναι ο αγωγός, που μεταφέρονται τα μηνύματα από ένα πρόσωπο σε κάποιο άλλο. Για θεωρηθεί πετυχημένη, η μεταφορά, πρέπει να είναι σαφής και κατανοητή η γλώσσα και από τα δύο πρόσωπα και από αυτόν, που το λαμβάνει το μήνυμα και από αυτόν, που το στέλνει. Δυσκολίες προκύπτουν, για τον νοσηλευτή, εάν οι ίδιες λέξεις για το ασθενή ή για ένα άλλο πρόσωπο, έχουν την ίδια με εκείνον σημασία (Buckman & Baile 1999). Ο νοσηλευτής οφείλει, να μην χρησιμοποιεί ιατρικούς, τεχνικούς ή και επιστημονικούς όρους, που είναι γνωστοί σε εκείνον, αλλά άγνωστοι για τον ασθενή ή και για την οικογένειά του. Η γλώσσα της επικοινωνίας επομένως, θα πρέπει να είναι ανάλογη, του γνωστικού και διανοητικού επιπέδου του ασθενή, επειδή ακριβώς απαιτείται, να καταλαβαίνει, όλα όσα του λέγονται (Σαββοπούλου 1996, Lee et al 2002).

Στη νοσηλευτική πράξη σημαντική είναι, ομιλία και ακρόαση. Η ομιλία, είναι τρόπος επικοινωνίας, όχι μοναδικός. Συμβάλλει στην συνεργασία. Είναι όργανο συλλογής και μεταβίβασης πληροφοριών και νοημάτων, μεταξύ των ατόμων. Περιγράφει πράγματα και διεγείρει ανθρώπινα συναισθήματα. Όταν οι νοσηλευτές, συνομιλούν με τους ασθενείς, χρειάζεται να γνωρίζουν, ότι με τα λόγια μεταβιβάζονται, πραγματικά συναισθήματα. Υπάρχει η δυνατότητα, να προκληθεί άγχος και απόσταση και να μην υπάρχει κατανόηση και συνεργασία (Kourkouta & Papathanasiou 2014).

Η ακρόαση, χρειάζεται προσοχή και παρατήρηση, για την αντίληψη των λεκτικών και μη λεκτικών, συμβολικών μηνυμάτων και νοημάτων. Με την ακρόαση, ο νοσηλευτής εκδηλώνει σεβασμό, μεταβίβαση ενδιαφέροντος προσοχή, ενθάρρυνση για συνέχιση στην έκφραση των συναισθημάτων, του ασθενή. Επιδρώντας ψυχοδραστικά, στην τωρινή κατάσταση του. Ο νοσηλευτής οφείλει να μην δείχνει ψυχρός (Casey & Wallis 2011). Να προσπαθεί, να κάνει τον ομιλητή να αισθάνεται άνετα. Προσπαθήστε, να δείτε από τη «μεριά» που βλέπει και αυτός (Riley 2017). Μεταβίβαση σαφών και σωστών μηνυμάτων. Η υπομονή του νοσηλευτή είναι ουσιώδης. Όταν μιλάει ο ασθενής, το μυαλό του νοσηλευτή να μην αποσπάται σε κάτι άλλο. Διατήρηση οπτικής επαφής, για καταλάβει ο ομιλητής, ότι θέλεις να τον ακούσεις (Ali 2017).

Η μη λεκτική επικοινωνία, μερικές φορές ξεπερνά και το λεκτικό μήνυμα. Επαληθεύει ή διαψεύδει, όσα εκφράζονται με λόγια. Όταν λέμε μη λεκτική επικοινωνία, εννοούμε όλα εκείνα τα γεγονότα και τις καταστάσεις, που συμβάλλουν και επηρεάζουν την επικοινωνία μεταξύ δύο ατόμων και η ερμηνεία τους (Kourkouta & Papathanasiou 2014). Έκφραση προσώπου, κινήσεις σώματος, διακυμάνσεις της φωνής, τόνος -ένταση φωνής, προφορά, μορφασμοί, χειρονομίες, επαφή ματιών, απόσταση που κρατούν τα άτομα, μεταξύ τους όταν συνομιλούν, άγγιγμα συνομιλητή, αίσθηση χιούμορ. Εσκεμμένη καθυστέρηση ομιλίας, καθαρίζοντας ή τακτοποιώντας τα γυαλιά, τρίψιμο πλάτης ή του λαιμού, επιλογή χρωμάτων (Kacperck 1997).

### Επικοινωνιακές νοσηλευτικές δεξιότητες στη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού

Ο νοσηλευτής πρέπει να επιλέξει, τον κατάλληλο χρόνο και τόπο για την συνέντευξη, προκειμένου, ο ασθενής να είναι δεκτικός για πληροφόρηση ή για διδασκαλία (Kourkouta & Papathanasiou 2014). Π.χ. όχι όταν υπάρχουν, έντονα κλινικά συμπτώματα, επείγουσα χειρουργική επέμβαση ή όταν, διακατέχεται από πόνο, φόβο ή αγωνία. Οι σκοποί της συνέντευξης, είναι η λήψη πληροφοριών, συλλογή δεδομένων για την καταγραφή του ιστορικού και η παροχή πληροφοριών. Εξακρίβωση προβλημάτων υγείας, αποσαφήνιση αναγκών και σκοπών, της νοσηλευτικής παρέμβασης. Ενθάρρυνση της έκφρασης συναισθημάτων του ασθενή και η δημιουργία κατάλληλου κλίματος, θετικής, υποστηρικτικής επικοινωνίας μαζί του (Fakhr-Movahedi et al 2016).

Πριν από την έναρξη, της συνέντευξης, χρειάζεται η ενημέρωση του ασθενή για τον σκοπό, το λόγο, τον χρόνο που θα διαρκέσει, αλλά και τι χρειάζεται να κάνει ο ίδιος. Όλα γίνονται, με την σύμφωνη συγκατάθεση, του ασθενή, αφού τονιστεί, ότι έχει το δικαίωμα, να μην δώσει κάποιες πληροφορίες, εάν δεν το επιθυμεί (Crouch & Meurier 2005).

Είναι προτιμότερο, ο νοσηλευτής κατά τη διαδικασία της συνέντευξης, να χρησιμοποιεί και την κατευθυνόμενη, εκτός από την μη κατευθυνόμενη συνέντευξη. Η κατευθυνόμενη, αποσπά συγκεκριμένες πληροφορίες. Ο νοσηλευτής κατευθύνει τη συζήτηση, τουλάχιστον στην αρχή. Ο ασθενής έχει περιορισμένη δυνατότητα, να κάνει ερωτήσεις ο ίδιος ή να συζητάει τις ανησυχίες του (Douglas et al 2005). Αντίθετα, κατά τη διάρκεια μιας μη κατευθυνόμενης συνέντευξης, ο νοσηλευτής επιτρέπει στον ασθενή να ελέγχει το σκοπό, το θέμα της συνομιλίας και το ρυθμό αυτής. Πάντα, η αρχή να γίνεται με ανοιχτές ερωτήσεις και να δοθεί χρόνος στον άρρωστο, να μιλήσει για την ιστορία του. Οι ανοιχτές ερωτήσεις εξασφαλίζουν, περισσότερες πληροφορίες, δίνουν ελευθερία απάντησης (Hurley 2005). Αξιολογούν το λεκτικό και εκφραστικό επίπεδο του ατόμου και δημιουργούν ευνοϊκή ατμόσφαιρα διαλόγου. Παραδείγματα ανοιχτών ερωτήσεων: «Μίλησε μου γι' αυτό», «Παρακαλώ μιλήστε με λεπτομέρειες», «Παρακαλώ πείτε μου τι είναι αυτό που σας απασχολεί», «Παρακαλώ πείτε μου ποιο είναι το πρόβλημά σας;», «Από πού θα θέλατε να αρχίσετε;» (Douglas et al 2005, Shah 2005).

Οι κλειστές ερωτήσεις παρέχουν, επιπλέον συγκεκριμένες λεπτομέρειες, για το ζήτημα υγείας. Εξασφαλίζουν ειδικές πληροφορίες, σε σύντομο διάστημα. Επιτρέπουν, περιορισμένη επιλογή απάντησης και δεν αφήνουν περιθώριο, για εξωτερίκευση συναισθημάτων. Παραδείγματα κλειστών ερωτήσεων: «Πότε ξεκίνησε;» και «Πόσο καιρό είχατε το σύμπτωμά;». Κλείνοντας, να γίνουν και ερωτήσεις διευκρινίσεων, όσον αφορά την καλύτερη κατανόηση του προβλήματος. Επιπλέον, ακολουθούν και ερωτήσεις στον ασθενή, έναν υπάρχει κάτι άλλο που πρέπει να αναφερθεί, δίνοντας του έτσι, την ευκαιρία να συμπληρώσει περισσότερα στοιχεία. Αποφεύγετε τις καθοδηγητές ερωτήσεις (Crumbie 2006). Βοηθήστε τους ασθενείς, να γίνουν συγκεκριμένοι και εστίασε στην συζήτηση. Τοποθετήστε τα προβλήματα σε σειρά, κάντε διακοπές όποτε χρειάζεται και να γίνονται παρατηρήσεις, που θα βοηθήσουν για περαιτέρω διευκρινήσεις. Αντανακλάτε στους ασθενείς τα συναισθή-

ματα τους. Αποφύγετε ερωτήσεις που αρχίζουν με το γιατί (Lloyd & Craig 2007).

Όταν ο επαγγελματίας υγείας καλείται, να λάβει συνέντευξη από ασθενή, πρέπει να καλύψει κάποιες ενότητες, έτσι ώστε να έχει ένα πλήρες ιστορικό, με τις απαραίτητες πληροφορίες, για την αρχική καταγραφή του κύριου προβλήματος υγείας και του λόγου, που τώρα αναζητά βοήθεια. Απαραίτητο είναι, να αναζητούνται επιπρόσθετες πληροφορίες, από άλλα μέλη της οικογένειας.

Προσόντα και δεξιότητες του νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής οφείλει, να είναι ειλικρινής και αυθεντικός. Η συμπεριφορά του, να εκδηλώνει κατανόηση αποδοχής και θετικής στάσης, για την συμπεριφορά του ασθενή, μέσα στα όρια, που δεν δυσχεραίνεται η ομαλή και σωστή νοσηλευτική και ιατρική παρέμβαση. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ευγενής (Kourkouta & Parathanasiou 2014). Έτοιμος για απάντηση και παροχή πληροφοριών, όταν ο ασθενής θέλει να ρωτήσει κάτι, που είναι σπουδαίο για εκείνον. Η απάντηση που θα δοθεί, να είναι αληθινή, χωρίς ανακρίβειες. Εάν ο ασθενής, αντιληφθεί, ότι λέγονται ψέματα, ή ότι, σημαντικές πληροφορίες, δεν ανακοινώνονται, η επικοινωνία δυσκολεύεται και δεν αναπτύσσεται εμπιστοσύνη, μεταξύ των συνομιλητών. Η φιλικότητα και η κατανόηση συμπληρώνουν, τις βασικές δεξιότητες, για την ανάπτυξη σχέσεως εμπιστοσύνης με τον άρρωστο.

Οι βασικές αρχές επικοινωνίας, στην λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, που αναφέρθηκαν (πίνακας 1), συμβάλλουν στην αποτελεσματική επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς (Crumbie 2006). Διευκολύνεται η συλλογή δεδομένων, συμβάλλοντας έτσι, στον μελλοντικό προγραμματισμό της φροντίδας και στην θετική έκβαση της θεραπευτικής ιατρικής και νοσηλευτικής παρέμβασης (Vertino 2014, Ali M 2017).

### Παράγοντες που εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία στη λήψη ιστορικού

Πολλοί και διάφοροι παράγοντες, επηρεάζουν θετικά και αρνητικά την διεργασία της επικοινωνίας και τα πρόσωπα, που συμμετέχουν σε αυτήν. Το ποικίλο και το απρόβλεπτο της επικοινωνίας, καθιστά τους νοσηλευτές προσωπικά υπεύθυνους, για την επιλογή και την απόφαση, πότε και πως, κάτι πρέπει να λεχθεί, κάθε φορά (The National Academies Press 2011).

Ο νοσηλευτής οφείλει, να βεβαιωθεί, ότι δεν υπάρχει κάτι στην δική του συμπεριφορά, που εμποδίζει τον ασθενή, να επικοινωνήσει αποτελεσματικά, προσωπικά μαζί του. Μερικές φορές, δημιουργείται ακατάλληλο κλίμα επικοινωνίας, χωρίς να το γνωρίζει, ούτε ο ίδιος (Lloyd & Craig 2007). Η συμπεριφορά και η προσέγγιση του αρρώστου, χρειάζεται να είναι τέτοια ώστε, να μην δημιουργούνται αρνητικά συναισθήματα. Ο νοσηλευτής ενδεικνύεται, όπως αναφέρθηκε, να μην χρησιμοποιεί ακατάλληλο, δυσνόητου λεξιλόγιο. Να μην δημιουργεί την εντύπωση, ότι είναι πολύ απασχολημένος. Η πληροφόρηση που δίδεται, μπορεί να περιέχει άσχετα στοιχεία, αυτόματες βιαστικές απαντήσεις. Η διευκρίνιση των σημαντικών πληροφοριών, θα συμβάλλουν στην ορθή κατανόηση των προβλημάτων. Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή, θα πρέπει να γίνεται σταδιακά. Να μην παρατηρείται το φαινόμενο,

πρόωρης ερμηνείας των λεγομένων του, συνήθως λανθασμένη. Να μην υποτιμούνται τα συναισθήματα των αρρώστων (Sheldon et al 2006, Bramhall 2014).

Ο νοσηλευτής χρειάζεται, να παραμείνει όσο γίνεται αντικειμενικός, χωρίς να δίνει συμβουλές και οδηγίες άκρες ή να κάνει ερωτήσεις επίμονες. Είναι συχνό, το φαινόμενο, να προσφέρονται γρήγορες λύσεις στα προβλήματα του ασθενή και να γίνονται γρήγορες και πρόχειρες παρατηρήσεις, για να ηρεμήσει και να χαρεί, οι οποίες είναι ακατάλληλες, για την συγκεκριμένη χρονική στιγμή (Σαββοπούλου 1996, Lloyd & Craig 2007).

Το περιβάλλον που πραγματοποιείται η συνέντευξη, να είναι ευχάριστο, μοναχικό και ήσυχο. Η σωματική κατάσταση των ατόμων, να είναι κατάλληλη για επικοινωνία και ερωτήσεις (Σαββοπούλου 1996). Ελέγχεται, εάν υπάρχει δυσφορία, πόνος, εξάντληση ή άλλο σωματικό σύμπτωμα που δυσχεραίνει την όλη κατάσταση. Όλες οι αισθήσεις να λειτουργούν επαρκώς και να μην υπάρχει κάποια ελαττωμένη συνειδητότητα του ατόμου. Όταν νοσηλεύονται, ασθενείς με προβλήματα όρασης και ακοής, είναι σημαντικό ο νοσηλευτής, να πραγματοποιεί κάποιες συγκεκριμένες ενέργειες. Σε ασθενείς με άνοια, ή σε κωματώδη κατάσταση ή σε ασθενείς με τραχειοστομία ή λαρυγγεκτομή, θα πρέπει να δίνεται επαρκής χρόνος και να χρησιμοποιείται ο καλύτερος για εκείνον τρόπο επικοινωνίας, με την ταυτόχρονη βοήθεια συλλογής στοιχείων από το συγγενικό περιβάλλον. Μεταξύ των εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας, αναφέρονται το σφίξιμο του χεριού, το άνοιγμα και το κλείσιμο των ματιών ή και η γραπτή επικοινωνία, όταν υπάρχει η δυνατότητα (Kaufman 2008).

Πλησιάζοντας τον ασθενή, ο επαγγελματίας υγείας δηλώνει την παρουσία του, λέγοντας το όνομά και την ιδιότητα του, χωρίς να αλλοιώνει τον τόνο και την ένταση της φωνής του. Στοιχεία προσωπικότητας, των συνομιλητών και χαρακτηριστικά συμπεριφοράς, όπως καχυποψία, απόσυρση, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την διεργασία της επικοινωνίας. Μορφωτικά, πολιτιστικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο (Σαββοπούλου 1996).

Οι επαγγελματίες υγείας, τα τελευταία χρόνια, καλούνται να αντιμετωπίσουν μια πραγματικότητα, που συνεχώς αλλάζει. Καλούνται να φροντίσουν ανθρώπους, που προέρχονται από καταπιεστικά πολιτικά συστήματα, οικονομικούς μετανάστες και θύματα πολέμου. Η νοσηλευτική επιστήμη, καλείται να παρέχει τα κατάλληλα εφόδια για φροντίδα και προσέγγιση ασθενών, με διαφορετική κουλτούρα, διαφορετικό, πολιτισμικό υπόβαθρο, με διαφορετικές απόψεις και πεποιθήσεις, για την υγεία, την ασθένεια και τη ζωή γενικά (Tuohy et al 2008). Το πρόβλημα της γλώσσας και της επικοινωνίας, που παρατηρείται στα άτομα αυτά, δυσχεραίνει την λήψη σωστού ιστορικού και την ενδεδειγμένη νοσηλευτική παρέμβαση, καθιστώντας τις ομάδες αυτές, του πληθυσμού αποκλεισμένες, από το κοινωνικό σύστημα υγείας (Γερογιάννη & Πλεξίδα 2008).

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, έχει μετατραπεί σε μια πολυπολιτισμική χώρα. Συμβαίνει όλο και συχνότερα στο χώρο του νοσοκομείου, να προσέρχονται ασθενείς, οι οποίοι δεν μιλούν τη γλώσσα. Η ιδανική περίπτωση, είναι να υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένος διερμνέας, ο οποίος να γνωρίζει την ιατρονοσηλευτική

ορολογία. Η ολοένα μεγαλύτερη συσχέτιση, του κοινωνικού υπόβαθρου του ασθενή και των οικογενειών τους, υποχρεώνει τον επαγγελματία υγείας, να ακολουθεί μια πολιτισμική προσέγγιση, για θετικά αποτελέσματα στον προγραμματισμό εξατομικευμένης φροντίδας, χωρίς προκαταλήψεις, για σωστή αξιολόγηση των προβλημάτων.

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Τα Βασικά συστατικά του πλήρους ιστορικού υγείας (AMN 2019), εκτός από τα βιογραφικά στοιχεία-στοιχεία ταυτότητας του ασθενούς, που είναι αρχικά, περιλαμβάνουν: τα κύρια συμπτώματα- ενοχλήματα, προηγούμενο ιστορικό υγείας, σημερινός τρόπος ζωής, την ψυχοκοινωνική κατάσταση, ψυχιατρικό ιστορικό και περιβάλλον εργασίας, ιστορικό φαρμάκων και σεξουαλική ζωή, οικογενειακό ιστορικό και στοιχεία από την ανασκόπηση των συστημάτων (Douglas et al 2005, Talley & O'Connor 2010, Jarvis 2012). (πίνακας 2).

#### Ιστορικό της παρούσας κατάστασης

Στην αρχή, προσδιορίζεται το αρχικό σύμπτωμα, ο κύριος λόγος ή η αιτία προσέλευσης στην υπηρεσία υγείας. Καταγράφονται, αυτούσιες οι λέξεις που αναφέρει ο ασθενής στις ερωτήσεις: «για ποιο λόγο ήρθατε στο νοσοκομείο;», «πείτε μας τι σας ενοχλεί;». Συλλέγονται πληροφορίες για το πότε άρχισαν τα συμπτώματα, εάν η έναρξη των συμπτωμάτων ήταν ξαφνική ή βαθμιαία, πόσο συχνά εμφανίζεται το πρόβλημα, η ακριβής θέση του προβλήματος. Χαρακτηρίζεται το πρόβλημα και η ένταση του πόνου ή της ενόχλησης. Διερευνώνται δραστηριότητες που έκανε ο ασθενής όταν εμφανίστηκε το πρόβλημα, φαινόμενα ή συμπτώματα που συνδέονται και καταστάσεις που επιδεινώνουν ή ανακουφίζουν το πρόβλημα (Douglas et al 2005, Jarvis 2012). Διασφαλίζετε το απόρρητο και φυσικά εξασφαλίζετε την συγκατάθεση του ασθενή κατόπιν ενημέρωσής του. Οι διαδικασίες αυτές, διαφοροποιούνται ανάλογα, με την γενική κατάσταση του ασθενούς και από τα πρόσωπα που δίδεται η ενημέρωση (ο ίδιος ο ασθενής ή το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον), πχ σε καταστάσεις απειλητικές, για τη ζωή του ασθενή, ο στόχος είναι η ταχεία αναγνώριση προβλημάτων και η ιεράρχηση των ενεργειών, για την αντιμετώπιση της κρισιμότητας της κατάστασης.

#### Προηγούμενο ιστορικό υγείας

Είναι σημαντικό, να κάνετε ερωτήσεις σχετικά με το παρελθοντικό ιστορικό υγείας του ασθενή (Hurley 2005). Συλλογή πληροφοριών, για παιδικές ασθένειες και τις ανοσοποιήσεις του ασθενή, για εμβολιασμούς, ατυχήματα ή τραυματικές βλάβες, νοσηλείες, χειρουργικές επεμβάσεις, ψυχιατρικές και ψυχικές ασθένειες, αλλεργίες και χρόνιες ασθένειες. Η χρόνια ασθένεια ή νόσος περιλαμβάνει, καρκίνο, διαβήτη, αυτοάνοσες διαταραχές, χοληστερόλη, καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικό, υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, επιληψία, νεφρική νόσου και διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια (Douglas 2015). Είναι προτιμότερο, να ρωτήσετε τον ασθενή, με απευθείας ερωτήσεις. Για τις γυναίκες, συμπεριλάβετε ιστορικό εμμηνορροϊκού κύκλου, εγκυμοσύνες και γεννήσεις

(Jarvis 2012).

Είναι σημαντικό, η γνώση του λόγου, προηγούμενης νοσηλείας ένα υπάρχει, την θεραπεία, τυχόν μεταγγίσεις αίματος και θεραπεία παρακολούθησης. Συμπεριλάβετε και τη νοσηλεία για τοκετό (Jarvis 2012). Προσδιορίστε, ποιος είναι ο αλλεργικός ασθενής σας (τόσο σε φάρμακα όσο σε τρόφιμα, περιβαλλοντικές αλλεργίες και ευαισθησίες), καθώς και αντίδραση και απάντηση στη θεραπεία.

#### Ψυχική υγεία- mental health

Είναι σημαντικό, εάν ο ασθενής σας έχει ιστορικό ή διάγνωση ψυχιατρικών και ψυχικών ασθενειών, κατάθλιψη, άγχος (Jarvis, 2012). Πιο συγκεκριμένα, εάν αντιμετωπίζει, στην παρούσα φάση, διαγνωσμένη ψυχική νόσο, πχ διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια και εάν ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας (WHO 2019), περίπου το 25% του πληθυσμού στον κόσμο αντιμετωπίζει πρόβλημα ψυχικής υγείας. Κατά την ψυχική εκτίμηση, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δώσουν σημασία στα ακόλουθα: εμφάνιση, συμπεριφορά, αλλαγές στην συμπεριφορά και στο συναίσθημα, λόγος, διάθεση, σημάδια άγχους, ύπαρξη εμμονών ή παραισθήσεων, ικανότητα προσδιορισμού χρόνου και τόπου, ικανότητα προσοχής και συγκέντρωσης, νευρική κατάσταση, επιθετικότητα, απάθεια, αμφιθυμία, διαταραχές ύπνου και στην ύπαρξη ή όχι ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, τα οποία εφόσον παρατηρηθούν και καταγραφούν, πρέπει να αξιολογηθούν από τον ειδικό επαγγελματία υγείας.

#### Ιστορικό φαρμάκων

Λήψη ιστορικού φαρμάκων, που λαμβάνει ο ασθενής, στην τωρινή χρονική στιγμή ή και η χρόνια χορήγηση φαρμάκων, για κάποια πάθηση. Επίσης, επισημαίνετε την λήψη φάρμακων, χωρίς ιατρική συνταγή, συμπεριλαμβανόμενων και των ομοιοπαθητικών φαρμάκων ή φυτικής προέλευσης (Lloyd & Craig 2007). Ανίχνευση και καταγραφή, ιστορικού αλλεργίας σε φαρμακευτικό σκεύασμα, πχ ευαισθησία στην πενικιλίνη καθώς και αντίδραση και απάντηση στη θεραπεία.

#### Οικογενειακό ιστορικό

Στο οικογενειακό ιστορικό, λαμβάνονται στοιχεία, για την κατάσταση υγείας των ατόμων της οικογένειας, αιτία θανάτου, περιλαμβανόμενων τους παππούδες, τους γονείς, αδέρφια και παιδιά. Οι χρόνιες ασθένειες, με κληρονομικά γενετικά χαρακτηριστικά καταγράφονται και εξετάζονται.

#### Κοινωνικό ιστορικό

Επικεντρώνεται κυρίως, στην καθημερινότητα του ατόμου. Εάν είναι μόνος, εάν εργάζεται, τις καθημερινές ασχολίες και τις κοινωνικές του σχέσεις. π.χ. είναι συνταξιούχος, τι είδους εργασίες κάνει καθημερινά, ασχολείται με τα ψώνια του σπιτιού, τα οικιακά, το μαγείρεμα και φυσικά, εάν αυτοεξυπηρετείται μόνος του.

Διερεύνηση, των σχέσεων του ασθενή με την οικογένεια του, τους φίλους του και των κοινωνικές ενασχολήσεων, εάν υπάρχουν. Θετικό είναι, η νοσηλεύτρια να μπορέσει να συλλέξει πληροφορίες, για την χρήση αλκοόλ, καπνού και διαφορών ουσιών (Lloyd & Craig

2007). Ειδικές ερωτήσεις, θα δώσουν πληροφορίες για το είδος του αλκοόλ, την ποσότητα και την ώρα. Εάν είναι καπνιστής, πότε άρχισε το τσιγάρο, πόσα τσιγάρα κάνει χρήση την ημέρα, το είδος του καπνού ή τη χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου. Ο εθισμός με τα οινοπνευματώδη ποτά, τη χρήση ουσιών και τον καπνό, σχετίζεται με νοσηρότητα στα καρδιαγγειακά νοσήματα, στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τα κακοήθη νεοπλασμάτα και την κατάθλιψη (Murray & Lopez 1997, Marmot 2005).

### Ιστορικό για τη σεξουαλική ζωή του ασθενή

Η λήψη πληροφοριών, για τη σεξουαλική ζωή του ασθενή, έχει ιδιαίτερες δυσκολίες όσον αφορά την ευαισθησία του θέματος. Φυσικά, δεν είναι σκόπιμο να γίνουν ερωτήσεις, ένα αυτό δεν είναι σημαντικό, για την παρούσα κατάσταση υγείας. Η προσέγγιση, θα πρέπει να είναι, όσο γίνεται με αντικειμενικό τρόπο, μέσα στο πλαίσιο, της λήψης ιστορικού του γενετικού- αναπαραγωγικού, ιστορικού υγείας και με την θέληση του ασθενή.

### Ιστορικό εργασίας

Η εργασιακή απασχόληση, και οι πληροφορίες για το παρελθοντικό περιβάλλον εργασίας, θα δώσει στοιχεία για συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα σχετικά με τα εργατικά ατυχήματα και διάφορες επαγγελματικές νόσους από φυσικούς και χημικούς παράγοντες (Lloyd & Craig 2007). Οι νόσοι που σχετίζονται με την εργασία αποτελούν το 40-50% του παγκόσμιου πληθυσμού (Τούντας & Αλαμάνου 1999).

Το εργασιακό stress, επηρεάζει αρνητικά στην ψυχική υγεία των εργαζομένων, κυρίως στην εμφάνιση κατάθλιψης και καρδιαγγειακών νοσημάτων (Κυριόπουλος & Τσιάντου 2010, Κινιμάκι et al 2002). Οι χειρωνακτικές εργάτες και τα άτομα που εργάζονται με εξορύξεις μετάλλων, είναι περισσότερο επιρρεπείς σε αναπνευστικές παθήσεις και σε μυοσκελετικά νοσήματα (Schrijvers et al. 1998). Η ανεργία σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Weich et al.1998).

Καθημερινά, για λόγους επαγγελματικούς μεγάλος αριθμός ατόμων, διασχίζουν τα σύνορα. Παθολογικοί οργανισμοί και λησμονημένες ασθένειες αναζωπυρώνουν καθώς και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Wilkinson & Marmot 2005, Carballo et al 1998).

### Ανασκόπηση κατά συστήματα

Ο ασθενής ερωτάται, για συνήθη συμπτώματα από κάθε μείζον σύστημα, έτσι ώστε να εντοπίζονται προβλήματα, που δεν έχουν αναφερθεί. Η ανασκόπηση συστημάτων, περιλαμβάνει, συστηματική αναζήτηση των συμπτωμάτων, που σχετίζονται από το καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, γαστρεντερικό, ουρογεννητικό σύστημα, ενδοκρινικό, μυοσκελετικό και δέρμα. Μπορεί να καταγραφούν, σημαντικές ενδείξεις, για την αιτία των προβλημάτων, που παρουσιάζονται στον ασθενή.

Το κλειδί για την συστηματική ανασκόπηση, είναι να εξασφαλιστεί μια συνεπής, μεθοδική προσέγγιση, για να αποφευχθεί η απώλεια κάθε ζωτικής σημασίας στον τομέα αξιολόγησης. Μια ανασκόπηση των συστημάτων, μπορεί να ενσωματωθεί κατά τη δι-

άρκεια της φυσικής εξέτασης του ατόμου. Η αξιολόγηση, βασίζεται σε βασικές τεχνικές κατά τη διάρκεια της φυσικής εξέτασης, με οργανωμένο τρόπο και με τους κανόνες της δεοντολογίας για τον ασθενή (Jarvis, 2012).

Ένα πλήρες ιστορικό, χρειάζεται συλλογή και επιπρόσθετων πληροφοριών, από το άμεσο περιβάλλον του ασθενή (οικογενειακό ή και φιλικό), αφού δοθεί η ανάλογη άδεια από τον ασθενή. Συλλογή στοιχείων, από το ατομικό βιβλιάριο του ασθενούς, συνταγογραφούμενα φάρμακα, επισκέψεις σε ιατρούς, ιατρικές εξετάσεις. Στόχος η καλύτερη κατανόηση του τωρινού προβλήματος και η σωστή, ενδεδειγμένη διαχείριση της φροντίδας.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, αποτελεί βασικό στοιχείο της αξιολόγησης του ασθενούς και βασίζεται η νοσηλευτική διάγνωση, επιτρέποντας, την παροχή φροντίδας, υψηλής ποιότητας. Η κατανόηση της πολυπλοκότητας και των διαδικασιών, που αφορούν τη λήψη επιτρέπει, στους νοσηλευτές να κατανοήσουν καλύτερα τα προβλήματα των ασθενών και να δημιουργήσουν ένα σχέδιο, που θα προάγει την υγεία, θα αντιμετωπίσει τα οξέα προβλήματα και θα ελαχιστοποιήσει τις χρόνιες παθήσεις υγείας. Προσδιορίζονται, προτεραιότητες φροντίδας σχεδιάζεται άμεση και μακροπρόθεσμη φροντίδα για τον ασθενή και καθορίζονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην βελτιστοποίηση της παροχής της. Με το νοσηλευτικό ιστορικό, ο επαγγελματίας υγείας, έχει τη δυνατότητα να αξιολογήσει πρακτικές προώθησης της υγείας και να προσφέρει εκπαίδευση στους ασθενείς. Η νοσηλευτική φροντίδα σχεδιάζεται και υλοποιείται υπό το πρίσμα της ολιστικής αντιμετώπισης του ατόμου που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. Η ικανότητα συλλογής ενός πλήρους ιστορικού και η φυσική εξέταση ενισχύουν την κριτική σκέψη για την επίλυση των προβλημάτων του ασθενή και βελτιώνουν τη σχέση μεταξύ τους.

### Συμβολή των συγγραφέων

Θ.Μ. συμμετείχε στη σύλληψη, στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συγγραφή του κειμένου.

Β.Π. συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων και ανάλυση των δεδομένων.

Σ.Κ. συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

### Προηγούμενη δημοσίευση

Τμήμα του άρθρου «Νοσηλευτικό Ιστορικό ασθενούς σε Αιμοδυναμικό εργαστήριο», σε προφορική ανακοίνωση στο 250 Πανελλήνιο Καρδιολογικό νοσηλευτικό συνέδριο. Ακολουθώντας την Καρδιά μας» 17-18 Οκτωβρίου 2019 Ιωάννινα.

**Πίνακας 1**

ΣΗΜΕΙΑ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ
Εκδήλωση σεβασμού, μεταβίβαση ενδιαφέροντος προσοχή, ενθάρρυνση.
Μεταβίβαση πραγματικών συναισθημάτων
Ελικρίνεια και αυθεντικότητα
Καθορισμός του κύριου συμπτώματος
Τοποθέτηση των προβλημάτων σε σειρά.
Αποφυγή ερωτήσεων που αρχίζουν με το «γιατί» ή το «πως»
Αποφυγή καθοδηγητικών ερωτήσεων
Αποφυγή επίμονων ερωτήσεων
Αποφυγή συμβουλών και οδηγιών άκρυων
Αποφυγή βιαστικών απαντήσεων και συμπερασμάτων
Η αρχή της συνέντευξης να γίνεται με ανοιχτές ερωτήσεις.
Διακοπές στην συζήτηση όποτε χρειάζεται
Να μην χρησιμοποιούνται ιατρικοί οροί και ακατάλληλο, δυσνόητο λεξιλόγιο

Πηγή: Douglas et al 2005, Lloyd & Craig 2007

**Πίνακας 2**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
Στοιχεία ταυτότητας του ασθενούς	Οικογενειακό ιστορικό
Βασικό σύμπτωμα – λόγοι εισαγωγής	Κοινωνικό ιστορικό
Προηγούμενο ιστορικό υγείας	Ιστορικό για την σεξουαλική ζωή
Ψυχική υγεία	Ιστορικό εργασίας
Ιστορικό φαρμάκων	Ανασκόπηση κατά συστήματα Περισσότερες πληροφορίες από άλλες πηγές

Πηγή: Douglas et al 2005, Jarvis, 2012

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ)

- Aggleton P. & Chalmers H. (1986). *Nursing Models and the nursing process*. London. Macmillan Press LTD
- Alfaro-Lefevre R. (1999). *Critical thinking in nursing: A practical approach* (2<sup>nd</sup> eds). Philadelphia W.B. Saunders.
- Alfaro-Lefevre R. (2002). *Applying Nursing Process: Promoting Collaborative Care*. Philadelphia. Lippincott.Williams&Wilkins.
- Ali M. (2017). Communication skills: Benefits of effective communication for patients. *Nursing Times* 113 (12):18-19.
- Altman G.B. (2010). *Fundamental and advanced nursing skills* (3rd ed). Clifton Park, NY: Delmar Publications
- American Nurses Association (ANA). (2019). The Nursing Process. Available at: <http://www.nursingworld.org/practice policy>. {Accessed 29 october2019}.
- American Nurses Association ANA. (2003). *Nursing's Social Policy Statement*. (2nd eds) Washington.
- American Nurses Association ANA (2017). The Nursing Process. Available at: <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing/Tools>. {Accessed 29 october2019}.
- Bramhall E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing standard* 29(14): 53-59
- Bryn D., Billings J. & Ryland R. (1994). Evaluation of nursing process documentation. *Journal of Advanced Nursing* 19(5): 835- 1044
- Buckman R., Baile WF. (1999). *A Practical Guide to Communication Skills in Clinical practice*. Medical Audio Visual Communications. Toronto. Canada.
- Carballo M., Divino J., Zeric D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine & International Health* 3:936-944.
- Casey A. & Wallis A. (2002). Effective communication: Principle of Nursing Practice. *Nursing Standard* 25(32): 35-37
- Crouch A. & Meurier C. (2005). *Vital Notes for Nurses: Health Assessment*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Crumbie A. (2006) Taking a history. In Walsh M (Ed) *Nurse Practitioners: Clinical Skills and Professional Issues*. Second edition. Edinburgh Butterworth Heinemann: 14-26.
- Dillon P.M. (2007). *Nursing Health Assessment: A Critical Thinking, Case Studies Approach*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Doenges M., Moorhouse M. & Murr A. (2016). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care* (15th eds). Philadelphia E.A Davis Company.
- Douglas G, Nicol F. & Robertson C. (2005) *Macleod's Clinical Examination* (11 th eds). Edinburgh. Churchill Livingstone.
- Fakhr-Movahedi A., Rahnavaard Z., Salsali M, & Reza Negarandeh (2016). Exploring Nurse's Communicative Role in Nurse-Patient Relations: A Qualitative Study. *Journal of caring Sciences* 5(4): 267-276.
- Fawcett T. & Rhymanas S. (2012). Taking a patient history: the role of the nurse. *Nursing Standard* 26(24):41-46
- Griffiths P. (1998). An investigation into the description of patients' problems by nurses using two different needs – based nursing models. *Journal of Advanced Nursing* 28 (5): 969-970.
- Hamilton P. & Price T. (2013) The Nursing Process, Holistic Assessment and Baseline Observations. In: Brooker C, Waugh A (eds) *Nursing Practice: Fundamentals of Holistic Care*. London. Mosby Elsevier: 303-336
- Henderson V. (1966). *The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research and Education*. Macmillan, New York NY.
- Holmes HN. (2003). *3-minute Assessment*. Philadelphia. Williams& Wilkins: 1-19, 20-32
- Hurley K.J. (2005.) *OSCE and Clinical Skills Handbook*. Ontario. Saunders Elsevier.
- Hurley K.J. , Roper N, Logan WW. & Tierney AJ. (1990.) *The Elements of Nursing: a model for Nursing Based on a Model of Living* (2nd end). Edinburgh. Churchill Livingstone.
- Ingran S. (2017). Taking a comprehensive health history: learning through practice and reflection *British Journal of Nursing* 28(18): 0966-0461.
- Jarvis C. (2012). *Physical examination and health assessment* (6th ed). St. Louis: W.B. Saunders.
- Kacperck L. (1997). Non-verbal communication: the importance of listening. *British Journal of Nursing* 6(5):275-9
- Karttunen M., Sneek S., Jokelainen J. & Elo S. (2019). Nurses' self-assessments of adherence to guidelines on safe medication preparation and administration in long-term elderly care. *Scand Journal Caring Sciences: 101111-12712*
- Kaufman (2008). Patient assessment : effective consultation and history taking. *Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing* 23(4):50-6.
- Kivimaki M., Leino-Arjas P., Luukkonen R., Riihimaki H., Vahtera J. & Kirjonen J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal* 325:857.
- Kourkouta L. & Papathanasiou I. V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia sociomedica: 65-67*
- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S., Lake R. & Harvey S. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. Edinburgh Gate. Person Education Limited.
- Lee SJ., Back AL., Block SD. & Stewart SK. (2002). Enhancing physician-patient communication. *American Society of Hematoogy Education Program* 1: 464-483
- Lloyd H. & Craig S. (2007). A guide to taking a patient's history. *Nursing Standard* 22 (13): 42-48.
- Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365: 1099-104
- Melin-Johansson C., Palmqvist R. & Ronnberg L. (2017). Clinical Intuition in the Nursing Process and Decision-making – a mixed Studies Review. *Journal of Clinical Nursing* : 1-14.
- Munroe B., Curtis K., Buckley T. & Atkins L. (2018). Optimising implementation of a patient-assessment framework for emergency nurses: A mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2):269-286
- Murray CJ, Lopez AD. (1997) Global mortality, disability, and the contribution of risk factors : Global Burden of disease study. *Lancet* 349: 1436-1442
- Orem DE. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. (5th ed). Mosby, St Louis MO.
- Riley J. (2017). *Communication in Nursing*. Eighty edition. . United States Elsevier.
- Scanlon V. (2011). *Essentials of anatomy and physiology* (6th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Schrijvers CT., Van de Mheen HD., Stronks K. & Mackenbach JP. (1998). Socioeconomic inequalities in health in the working population: The contribution of working conditions. *International Journal of Epidemiology* 27:1011-1018.
- Shah N. (2005). Taking a history: introduction and the presenting complaint. *Student British Medical Journal*: 309-352.
- Sheldon L., Barrett R. & Ellington L. (2006). Difficult Communication in Nursing. *Journal of nursing scholarship*. 38(2): 41-147
- Stonehouse D. (2017). Understanding the nursing process. *British Journal of healthcare Assistants* 11(8): 388-391
- Talley N. & O'Connor S. (2010). *Clinical Examination: A Systematic guide to physical diagnosis*. 5th ed. Edinburgh. Churchill Livingstone.
- Taylor C., Carol L. & Le Mone P. (2010) *Fundamentals of nursing. The art and Science of nursing care*. ( 6th ed). Philadelphia Lippincott
- The National Academies Press. (2011). *In The Future of Nursing : Leading Change, Advancing Health*. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. Washington.
- Theodorson S. & Theodorson A. (1969). *A modern dictionary of sociology*. New York. Cassell Education Limited.
- Toney-Butler TJ. & Thaver JM. (2019). Nursing Process. *StatPearls publishing LLC*. [PubMed] {Accessed 2 October2019}.
- Truglio-Londrigan M. & Slyer J. (2018). Shared Decision- Making for nursing practice: An Integrative Review. *The open nursing Journal* 12: 1-14
- Tuohy D., McCarthy J., Cassidy I. & Graham M. (2008). Educational needs of nurses



- when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review* 55 (2): 164-170.
- Vertino K. (2014). Effective Interpersonal Communication: A Practical Guide to improve your Life. *The Online Journal of Issues in Nursing* 19(3):1
- Wheich S. & Lewis G. (1998). Poverty unemployment and common mental disorders: Population based cohort study. *British Medical Journal* 317:115-119.
- Wikström BM. & Svidén G. (2011). Exploring communication skills training in undergraduate nurse education by means of a curriculum. *Nursing reports* 1(1):7
- Wilkinson R. & Marmot M. (2003). *Social determinants of health: The social facts*. Copenhagen. World Health Organization.
- Wilson F. & Giddens J. (2017). *Health assessment for nursing practice* ( 6<sup>th</sup> eds). St. Louis. Mo. Elsevier.
- Zambas S.I. (2010). Purpose of the systematic physical assessment in everyday practice: Critique of a "sacred cow". *Journal of Nursing Education* 49(6): 305-310.
- World Health Organization (WHO). Mental health. Available at: <https://www.who.int/health-topics/mental-health>. {Accessed 13 February 2020}.

---

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ)

- Γερογιάννη Γ. & Πλεξίδα Α. (2008). Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα. *Το βήμα του Ασκληπιού* 7 (2): 113-119
- Κυριόπουλος Γ. & Τσιάντου Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 27: 834-840.
- Παπαγεωργίου Δ. (2013). Η Νοσηλευτική αξιολόγηση ως απαραίτητο στοιχείο της φροντίδας του αρρώστου. *Νοσηλευτική* 52(4) :363-366.
- Ραγιά Α. (1995). Διεργασία Νοσηλευτικής Φροντίδας. Στο : Ραγιά Α. *Βασική Νοσηλευτική. Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές*. Αθήνα.
- Σαββοπούλου Γ. (1996). Επικοινωνία. Στο: Σαββοπούλου Γ. *Βασική Νοσηλευτική. Μια βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση*. Αθήνα. Ταβίθα.
- Τούντας Γ, Αλαμάνου Γ.(1999). Εργασία και υγεία. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 16:182-190.

# Nursing history as a fundamental element of nursing assessment and nurses' communication skills in effectively taking a nursing history

Theodora Malamou<sup>1</sup>, Vasiliki Plevri<sup>2</sup>, Stavroula Kalami<sup>3</sup>

1. Nurse, MSc, Head Cardiac Catheterization Laboratory, General Hospital Ioannina "G. Chatzikosta", Greece

2. Nurse, MSc, Cardiac Catheterization Laboratory, General Hospital of Ioannina "G. Chatzikosta", Greece

3. Nurse, Cardiac Catheterization Laboratory, General Hospital of Ioannina "G. Chatzikosta", Greece

## ABSTRACT

Nursing assessment is the first step, of the nursing process in planning a documented, excellent nursing care, for the patient. It includes the assessment of health status, problem recognition, needs and risk factors for the health of the patient. A fundamental element of assessment, is the collection of data achieved, through various strategies, most importantly the acquisition/taking a/ of a nursing history. The purpose of this article is to introduce the process of the medical history acquisition, as an integral part of nursing assessment, describing nurses' communication skills, in effectively receiving and recording data. The history taking, achieved by developing interpersonal communication nurse - patient, with special skills in verbal and non-verbal communication of nurses. With behavior that manifest understanding acceptance and positive attitude, facilitate data collection, contributing to the planning of nursing interventions and the positive outcome of treatment problems. The Essentials, of a complete health history, with biographical data include: the Main symptomata, previous health history, current lifestyle, psychosocial status, psychiatric history and work environment, history of drug and sexual health, family history and evidence from the review of systems. The ability to collect a complete nursing history and physical examination, enhance critical thinking nurses, to solve the problems of the patient and improve the relationship between them, giving the opportunity for immediate and long-term care planning, implemented in the holistic perspective approach of the person.

**Key words:** Nursing assessment, communication, history taking, nursing skills, nursing history

Corresponding author: Theodora Malamou  
e-mail: dmalamou@gmail.com

Date of initial submission: 02/05/2020  
Publication date: June 2022

Citation: Malamou T., Plevri V. & Kalami S. (2022). Nursing history as a fundamental element of nursing assessment and nurses' communication skills in effectively taking a nursing history. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(2): 40-50, <https://doi.org/10.24283/hjns.202224>

# Σύγκριση ποιότητας ζωής τυπικών και άτυπων φροντιστών ασθενών με Alzheimer

Φωτεινή Καραθάνου<sup>1</sup>, Κωσταντίνα Σκλάβου<sup>2</sup>

1. MSc Physical Education  
2. M.Ed., MSc Κοινωνική Λειτουργός – Παιδαγωγός

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer παρουσιάζουν ένα συνδυασμό γνωστικών, συμπεριφορικών και λειτουργικών συμπτωμάτων. Ο βαθμός των συμπτωμάτων εξαρτάται από τον εκάστοτε ασθενή και σχετίζονται με το στάδιο της νόσου. Η διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων προκαλεί σημαντικές επιβαρύνσεις στην ποιότητα ζωής ασθενών και φροντιστών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, να γίνει η σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ τυπικών/επαγγελματιών και άτυπων/μη επαγγελματιών φροντιστών σε ασθενείς με Alzheimer.

**Μεθοδολογία:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε βασίστηκε στην αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που σχετίζονταν με την ποιότητα ζωής τυπικών/επαγγελματιών και άτυπων/μη επαγγελματιών φροντιστών σε ασθενείς με Alzheimer. Η αναζήτηση έγινε μέσω της ηλεκτρονικής βάσης google scholar. Άρθρα γραμμένα πέραν της ελληνικής και αγγλικής απορρίπτονταν.

**Αποτελέσματα:** Η ποιότητα ζωής τυπικών/επαγγελματιών φροντιστών επηρεάζεται κυρίως από τη σωματική κούραση και τη γνωστική και λειτουργική εκπαιδευτικότητα των ασθενών με Alzheimer, ενώ η ποιότητα ζωής των άτυπων/μη επαγγελματιών φροντιστών επηρεάζεται κυρίως από την συναισθηματική και οικονομική επιβάρυνση που υφίστανται.

**Συμπεράσματα:** Εντοπίζοντας τις μεταβλητές εκείνες που δρουν αρνητικά στη διατήρηση ενός καλού επιπέδου ποιότητας ζωής, κυρίως των άτυπων/μη επαγγελματιών φροντιστών, μπορούν να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα που θα οδηγήσουν στην ελαχιστοποίηση της επιβάρυνσης που δέχονται, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και ταυτόχρονα η ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς.

**Λέξεις Κλειδιά:** Άτυποι/μη επαγγελματίες φροντιστές, νόσος Alzheimer, ποιότητα ζωής, τυπικοί/επαγγελματίες φροντιστές

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Φωτεινή Καραθάνου  
e-mail: fotinikarathanou@yahoo.gr

Ημερομηνία υποβολής: 04/05/2020  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Καραθάνου Φ. & Σκλάβου Κ. (2022). Σύγκριση ποιότητας ζωής τυπικών και άτυπων φροντιστών ασθενών με Alzheimer. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(2): 51-59, <https://doi.org/10.24283/hjns.202225>

#### ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ποιότητα ζωής τυπικών/επαγγελματιών φροντιστών επηρεάζεται κυρίως από τη σωματική κούραση και τη γνωστική και λειτουργική εκπρωτικότητα των ασθενών με Alzheimer
- Η ποιότητα ζωής των άτυπων/μη επαγγελματιών φροντιστών επηρεάζεται κυρίως από την συναισθηματική και οικονομική επιβάρυνση που υφίστανται
- Με τα κατάλληλα μέτρα που θα οδηγήσουν στην ελαχιστοποίηση της επιβάρυνσης που δέχονται οι άτυποι/μη επαγγελματίες φροντιστές, μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και η ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με τη μείωση της θνησιμότητας οδήγησε σε μια αύξηση του πληθυσμού και κυρίως των ηλικιωμένων. Ταυτόχρονα, ενώ τα ποσοστά αναπηρίας μειώνονται στο γενικό πληθυσμό, τα ποσοστά αναπηρίας σε ηλικιωμένα άτομα αυξάνονται εξαιτίας κάποιας νόσου (Gavrilov & Heuveline, 2003), όπως αυτή του Alzheimer. Περί τους 7,7 εκατομμύρια ασθενείς διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο με τη νόσο Alzheimer (NA) και αυτός ο αριθμός αναμένεται να αυξηθεί κατά 75,6% το 2030 ενώ το 2050 αναμένεται να αγγίξει τα 135,5 εκατομμύρια (Elif et al, 2017). Η NA δημιουργεί σταδιακά σε γνωστικά, συμπεριφοριστικά και λειτουργικά προβλήματα. Τα γνωστικά προβλήματα περιλαμβάνουν δυσλειτουργία μνήμης, λόγου, γλώσσας και υποβαθμισμένη κρίση. Τα συμπεριφοριστικά προβλήματα πιθανότατα περιλαμβάνουν αλλαγές προσωπικότητας, ευερεθιστότητας, άγχος, κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, επιθετικότητα, αποπροσανατολισμός και τέλος τα λειτουργικά προβλήματα, στα οποία συγκαταλέγονται η δυσκολία στο φαγητό, στο ντύσιμο και στη προσωπική υγιεινή (Cabin, 2008). Η μείωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ασθενούς, τον καθιστούν ανίκανο να αντεπεξέλθει στις καθημερινές του υποχρεώσεις, αυξάνοντας ταυτόχρονα τον κίνδυνο για τη σωματική του ακεραιότητα· συνεπώς η ανάγκη παροχής φροντίδας θεωρείται μονόδρομος. Σύμφωνα με στοιχεία των Takahashi et al (2005) εξαιτίας της ραγδαίας αύξησης του πληθυσμού με άνοια, ο αριθμός των φροντιστών δε θα είναι επαρκής μέχρι το 2050. Γι' αυτό θα πρέπει η ψυχική υγεία κι κατ' επέκταση η ποιότητα ζωής (ΠΖ) των τυπικών/επαγγελματιών και άτυπων/μη επαγγελματιών φροντιστών, να μελετηθεί ενδελεχώς ώστε να εντοπισθούν οι μεταβλητές εκείνες που οδηγούν σε μειωμένη ΠΖ, ώστε να βρεθούν λύσεις για βελτίωση αυτής.

#### Ποιότητα ζωής

Ο όρος ΠΖ εμφανίστηκε για πρώτη φορά μετά το πέρας του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και είχε ταυτιστεί αρχικά με το βιοτικό επίπεδο, ενώ το 1960 ο όρος διευρύνθηκε περιλαμβάνοντας την παιδεία, την υγεία, την ευεξία και την ατομική οικονομική ανάπτυξη (Farquhar, 1995). Μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει ένας ευρείας αποδοχής ορισμός καθώς σχετίζεται με την προσέγγιση που κάθε επιστημονικός κλάδος της δίνει, συνεπώς «παρατηρούνται πολλές εννοιολογικές ασάφειες» (Οικονόμου και συν. 2001 σελ.240). Ο Hornquist (1982, όπ.αναφ. στο Αναστασόγλου, 2012 σελ. 574) πιστεύει ότι η ΠΖ σχετίζεται με το θετικό βαθμό ικανοποίησης των αναγκών σε διαφορετικούς τομείς της ζωής όπως σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς. Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, θα χρησιμοποιήσουμε τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1997 όπ.αναφ. στο Joshi, 2014): « η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο των πολιτισμικών και των αξιακών συστημάτων μέσα στα οποία ζει και σχετίζεται με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του». Η ευρύτητα της έννοιας επηρεάζεται από τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις σχέσεις με το περιβάλλον του κάθε ατόμου (Joshi, 2014).

#### Μέτρηση ποιότητα ζωής

Η σχέση μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών εκτιμήσεων παραπέμπει στο ζήτημα του εύρους και του βάθους των πολλαπλών διαστάσεων της ΠΖ. Σύμφωνα με την εργασία ανασκόπησης των Υφαντόπουλος και Σαρρής (2001) σχετικά με τα εργαλεία μέτρησης της ΠΖ, υπάρχουν πολλά και διαφορετικά όργανα μέτρησης

όπως: ο δείκτης Spitzer, EQ-15D, EQ-5D, WHOQOL-BREF, McGill, ερωτηματολόγιο γενικής υγείας κ.τ.λ. τα οποία αντανακλούν σε διαφορετικές προσεγγίσεις. Όποιο όργανο και να επιλεγεί πρέπει να χαρακτηρίζεται από ειδικότητα, ευαισθησία, εγκυρότητα, αξιοπιστία και ανταποκρισιμότητα (Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001).

Πέραν των γενικών εργαλείων μέτρησης ΠΖ, υπάρχουν και εξειδικευμένα εργαλεία μέτρησης τα οποία εστιάζουν σε μια λεπτομερή περιγραφή της αντίληψης, τόσο του ασθενούς όσο και του φροντιστή, για την κατάσταση της υγείας του. Ορισμένα εκ των οποίων είναι: 1) το Quality of Life in Alzheimer Disease scale (QoL-AD). Το QoL-AD περιλαμβάνει 13 διαστάσεις (σωματική υγεία, ενέργεια, διάθεση, κατάσταση ζωής, μνήμη, οικογένεια, γάμος, φίλοι, ικανότητα για δραστηριότητες, διασκέδαση, χρήματα, προσωπική και συνολική αίσθηση ζωής) και αναφέρεται τόσο σε ασθενείς όσο και φροντιστές (Logsdon et al, 1999). Το QoL-AD θεωρείται το πιο διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής για φροντιστές ασθενών με ΝΑ, 2) Beck Depression Inventory (BDI) (Logsdon & Teri, 1995) το οποίο πολογίζει τα επίπεδα κατάθλιψης φροντιστών, 3) Caregiver Burden Inventory (CBI) (Marvadi et al, 2005), 4) Zarit Burden Inventory (ZBI) (Schreiner et al, 2006) και 5) World Health Organization-Quality of Life-26 (WHO-QOL26) (Takahashi et al, 2005).

### Η έννοια της φροντίδας και η διάκριση των φροντιστών

Η έννοια φροντιστής αναφέρεται στην παροχή φροντίδας σε κάποιον συνάνθρωπο και μπορεί να γίνει διάκριση σε τυπικούς (formal) ή επαγγελματίες (professionals ή paraprofessional) και άτυπους (informal) ή μη επαγγελματίες (non professionals). Ο επαγγελματίας φροντιστής παρέχει τις υπηρεσίες του με οικονομικό αντάλλαγμα· ανήκουν σε αυτόν οι νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, βοηθοί υγείας στο σπίτι. Στην κατηγορία των επαγγελματιών νοσηλευτών, πολλοί εντάσσουν και τους εθελοντές φροντιστές (LoboPranhth et al, 2006 σελ.25). Ο μη επαγγελματίας φροντιστής παρέχει τις υπηρεσίες του χωρίς οικονομικό αντάλλαγμα και συνήθως είναι ενήλικα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς. Οι Nichols, Martindale-Adams et al (2011) δίνουν μια διαφορετική έννοια στους τυπικούς και άτυπους φροντιστές, καθώς θεωρούν ότι τυπικοί φροντιστές είναι οι σύζυγοι και τα τέκνα, ενώ άτυποι είναι τα ανίψια, τα εγγόνια, τα ετεροθαλή αδέρφια. Αυτού του είδους διάκριση, δεν παρουσιάζεται σε καμιά άλλη έρευνα γι' αυτό και

στην παρούσα εργασία όταν γίνεται αναφορά σε τυπικούς φροντιστές νοούνται οι επαγγελματίες ή επίσημοι φροντιστές, ενώ η αναφορά σε άτυπους υποδηλώνει τους μη επαγγελματίες ή ανεπίσημους και σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται σύζυγοι, παιδιά, φίλοι και λοιποί συγγενείς.

### Ποιότητα ζωής των φροντιστών

Η ΝΑ όπως την χαρακτηρίζει ο Woerner & Kasper (1987) είναι ένα βιο-ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο και χρίζεται όχι μόνο ιατρικής αλλά και σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής βοήθειας. Οι ασθενείς περνώντας τα διάφορα στάδια της νόσου έχουν διαφορετικές απαιτήσεις και χρειάζονται ειδική και εξειδικευμένη μεταχείριση. Η απόφαση για το εάν τη φροντίδα των ασθενών με ΝΑ την αναλάβουν επαγγελματίες ή μη φροντιστές, για τον εάν ο ασθενής παραμένει στο σπίτι ή μεταφερθεί σε ίδρυμα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως οικονομικούς, ηθικούς, κοινωνικούς. Στις περισσότερες Μεσογειακές χώρες, ο βασικός φροντιστής παραμένει κάποιο μέλος της οικογένειας παρότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται όλο και πιο έντονο το φαινόμενο των παρα-επαγγελματιών φροντιστών στο σπίτι (Daga et al, 2014). Επειδή η ΝΑ είναι μια ιδιαίτερη ασθένεια με έντονη έκπτωση της λειτουργικότητας του ασθενούς, η ΠΖ των φροντιστών μειώνεται σταδιακά. Οι Ory και συν. (1985, όπ.αναφ. στο Novak & Guest, 1989) διαπίστωσαν ότι οι συμπεριφορικές και νοητικές αλλαγές των ασθενών με Alzheimer δεν έχουν το ίδιο αντίκτυπο σε όλους τους τυπικούς και άτυπους φροντιστές.

### Ποιότητα ζωής τυπικών φροντιστών σε ασθενείς με Alzheimer

Υπάρχουν πολλές έρευνες που μελετούν την ψυχική υγεία των φροντιστών και το αντίκτυπο που αυτή έχει στην ΠΖ τους. Λίγες όμως είναι οι έρευνες που συγκρίνουν τις επιπτώσεις παροχής φροντίδας ασθενών με άνοια στην ΠΖ ανάμεσα στους τυπικούς και άτυπους φροντιστές. Οι Takahashi et al (2005) ασχολήθηκαν με τη σύγκριση ΠΖ και κατάθλιψης τυπικών και άτυπων φροντιστών ασθενών με βαριά μορφής άνοια. Μελετήθηκαν 23 άτυποι και 24 τυπικοί φροντιστές και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άτυποι φροντιστές φάνηκε να έχουν μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ BDI, ZBI και WHO-QOL26, σε αντίθεση με τους τυπικούς φροντιστές όπου υπήρχε συσχέτιση της ΠΖ τους με τη σωματική επιβάρυνση που δέχονταν αλλά και τη λειτουργική κατάσταση του ασθενούς. Παρότι οι ώρες

ενασχόλησης και των δύο ομάδων ήταν περίπου ίδιες (32,6/ εβδομάδα για τους τυπικούς έναντι 38,3/ εβδομάδα για τους άτυπους), το συναισθηματικό δέσιμο φαίνεται να είναι ένας καθοριστικός παράγοντας αυξημένης κατάθλιψης των άτυπων φροντιστών. Πιθανότατα, καθοριστικός είναι και ο παράγοντας ηλικίας των φροντιστών που ήταν τα 42,3 έτη για τους τυπικούς έναντι 61,1 των άτυπων φροντιστών.

Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν και από τους Seidel & Thyrian, (2019) οι οποίοι μάλιστα πρόσθεσαν ότι οι τυπικοί φροντιστές δέχονταν μεγαλύτερο φορτίο, κυρίως λόγω επιθετικής συμπεριφοράς, όταν ο ασθενής ήταν άνδρας κάτι το οποίο δεν επιβάρυνε τους άτυπους φροντιστές. Επιπλέον, οι άνδρες τυπικοί φροντιστές απολάμβαναν λιγότερης αποδοχής των υπηρεσιών τους από τους συγγενείς των ασθενών σε σχέση με τις γυναίκες επαγγελματίες φροντιστές γεγονός που είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ΠΖ τους.

Οι τυπικοί φροντιστές εν συγκρίσει με τους εθελοντές φροντιστές φαίνεται να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, λιγότερο μετατραυματικό στρες και καλύτερα επίπεδα ικανοποίησης σύμφωνα με έρευνα των Anieli et al (2016). Τα περισσότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας μειώνουν ακόμα περισσότερο την ψυχική επιβάρυνση, το μετατραυματικό στρες αλλά και οδηγούν σε αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση Bassal, Czellar et al (2016).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ΠΖ των φροντιστών σχετιζόταν περισσότερο με το βαθμό άνοιας και το προχωρημένο επίπεδο της ΝΑ καθώς και με τις ώρες ενασχόλησης με τον εκάστοτε ασθενή σύμφωνα με τους Karlawish et al (2001). Η ΠΖ των φροντιστών σε κέντρα μακροχρόνιας φροντίδας (ΚΜΦ) ατόμων με Alzheimer φάνηκε να μην αλλάζει σημαντικά από τη φύση της νόσου, ωστόσο αλλάζει η ΠΖ των ασθενών, όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα των Beerens et al (2014). Οι Beerens et al (2014) μελέτησαν την ΠΖ και την ποιότητα φροντίδας (ΠΦ) σε 1123 ασθενείς που λάμβαναν φροντίδα στο σπίτι και 791 σε ΚΜΦ σε 8 Ευρωπαϊκές χώρες (Αγγλία, Εσθονία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ισπανία και Σουηδία). Φάνηκε ότι οι ασθενείς σε Αγγλία και Σουηδία είχαν καλύτερη ΠΖ στα ΚΜΦ από ότι στο σπίτι, σε αντίθεση με την Ισπανία και Εσθονία όπου η ΠΖ βρισκόταν σε καλύτερα επίπεδα όταν η φροντίδα παρέχονταν στο σπίτι. Πιθανότατα η ποιότητα της επαγγελματικής φροντίδας στα ΚΜΦ Αγγλίας και Σουηδίας, η μη συναισθηματική εμπλοκή των φροντιστών, τα χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης

των φροντιστών αλλά και η καλύτερη εκπαίδευση αυτών να οδήγησαν σε αυτά τα αποτελέσματα.

Οι επαγγελματίες φροντιστές υποστηρίζουν ότι η ψυχική επιβάρυνση που δέχονται, κατά την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με ΝΑ, οφείλονταν κυρίως στα συμπτώματα της ίδιας της νόσου (επιθετική συμπεριφορά, εξάρτηση, γνωστικά ελλείμματα) και παρέμενε σταθερή ακόμα και σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Αντιθέτως οι συγγενείς φροντιστές με την πάροδο της νόσου δέχονταν μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση καθώς εμπλεκόνταν το συναίσθημα, ακόμα και όταν οι οικογενειακές σχέσεις δεν ήταν καλές. Οι επαγγελματίες νοσηλεύτες νιώθουν ικανοποίηση παρά τη σωματική και ψυχική επιβάρυνση και αυτό βοηθάει στη διατήρηση του επιπέδου της ΠΖ (Karger, 2018). Συνεπώς, η διατήρηση της ΠΖ των τυπικών φροντιστών οφείλεται κυρίως στην ικανοποίηση που νιώθουν παρέχοντας φροντίδα στους ασθενείς με ΝΑ και η οποία μπορεί να υπερκεράσει τις όποιες δυσκολίες εμφανιστούν.

### Ποιότητα ζωής άτυπων φροντιστών σε ασθενείς με Alzheimer

Οι ανάγκες των ασθενών με Alzheimer αλλάζουν συνεχώς με αποτέλεσμα η φροντίδα να γίνεται απαιτητικότερη. Η αναστάτωση και ανακατανομή των ισορροπιών που προκαλείται στο οικογενειακό περιβάλλον είναι πρόδηλη. Η επιβάρυνση (ψυχολογική, οικονομική, κοινωνική) που δέχεται μια οικογένεια όταν φροντίζει ένα άτομο με άνοια έχει μελετηθεί από το 1950 Thomson (1982) και από τα πρώτα αποτελέσματα που είδαν το φως της δημοσιότητας φάνηκε ότι οι ίδιοι οι ασθενείς δεν επιβαρυνόταν τόσο όσο οι φροντιστές τους.

Η μέτρηση ΠΖ άτυπων φροντιστών ασθενών με Alzheimer ήταν ο σκοπός της έρευνας των Δουδουμής και συν. (2003). Οι φροντιστές των νοσοκομείων είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 64,74 έτη και κλήθηκαν να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο QOL-AD. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ΠΖ των φροντιστών βρισκόταν σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ωστόσο δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία, το φύλο και την φυσική υγεία/ ενεργητικότητα- αντιθέτως, ο οικονομικός παράγοντας (αυξημένη οικονομική επιβάρυνση) είναι αυτός που οδηγεί σε στατιστικά σημαντική διαφορά μειωμένης αίσθησης ΠΖ. Στην εν λόγω έρευνα η κοινωνική επιβάρυνση επηρέαζε την ΠΖ όχι όμως σε μεγάλο βαθμό, πιθανότατα διότι οι φροντιστές ανέλαβαν

συνειδητά την ευθύνη φροντίδας του ασθενούς.

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα που ήρθαν στο φως της δημοσιότητας από την έρευνα των Pinto et al (2009) όπου το 60,3% των φροντιστών παρουσίαζαν προβλήματα ψυχικής υγείας ενώ το 63,6% είχαν χαμηλό σκορ ΠΖ εξαιτίας σωματικής κούρασης και έλλειψη κοινωνικοποίησης. Η συγκεκριμένη έρευνα τονίζει ότι η ΠΖ των φροντιστών βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το επίπεδο νοητικής ικανότητας των ασθενών (πραγματοποιήθηκε έλεγχος με τη βοήθεια του Mini Mental State Examination). Οι 118 συμμετέχοντες είχαν μέσο όρο τα 57,4 χρόνια, παρείχαν φροντίδα για περίπου 42,2 μήνες, το 85% ήταν γυναίκες, το 80,3% ήταν μέλη της οικογένειας εκ των οποίων οι περισσότερες είχαν την ιδιότητα της κόρης. Επιπροσθέτως, φάνηκε ότι οι γυναίκες φροντιστές παρουσίαζαν περισσότερο επιβαρυνόμενη ψυχική και σωματική κατάσταση εν συγκρίσει με τους άνδρες φροντιστές.

Εντυπωσιακά είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Conde-Sala et al (2010) όπου μελετήθηκαν 112 «σύζυγοι» φροντιστές και 139 «τέκνα» φροντιστές. Φάνηκε, πως οι γυναίκες σύζυγοι δήλωναν καλύτερη ποιότητα ζωής ενώ οι κόρες χειρότερη. Όποιο όμως και αν ήταν το φύλο των τέκνων – φροντιστών, η κατάθλιψη, η απάθεια και το χαμηλό γνωστικό επίπεδο των ίδιων των ασθενών επηρεάζει σημαντικά την ΠΖ των τέκνων – φροντιστών. Περνώντας στους ασθενείς, η ΠΖ τους φαίνεται να είναι καλύτερη όταν η φροντίδα που δέχονται προέρχεται από τους/τις συζύγους συγκριτικά με τους γιους.

Οι σύζυγοι φροντιστές παρουσίαζαν καλύτερη ποιότητα ζωής, πιθανότατα διότι αντιλαμβάνονταν την φροντίδα ως μέρος της συζυγικής τους δέσμευσης αλλά και εξαιτίας της συναισθηματικού δεσίματος. Επιπροσθέτως, ο σημαντικός ρόλος που τους δίδεται, προσθέτει νόημα και σκοπό στη ζωή τους. Αντιθέτως, τα «τέκνα» φροντιστές βρίσκονται συναισθηματικά πιο μακριά αλλά και οι αυξημένες τρέχουσες υποχρεώσεις τους (δουλειά-οικογένεια) τους οδηγεί σε αυξημένη ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση. Αυτό το οποίο επισημαίνεται, στην εν λόγω έρευνα, είναι ότι το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών, σχετίζεται με καλύτερη ΠΖ ασθενών και φροντιστών, εξαιτίας της καλύτερης αντίληψης της ίδιας της νόσου και της εξέλιξης αυτής.

Αντιθέτως, οι Nogueira et al (2015) υποστηρίζουν ότι η χαμηλή ποιότητα ζωής των 54 συζύγων/ φροντιστών όπου μελέτησαν, σχετίζονταν με την έλλειψη συντροφικότητας, συζυγικής σχέσης καθώς και με τα χαμηλά επί-

πεδα σεξουαλικής ικανοποίησης (61% για τους άνδρες και 48,1% για τις γυναίκες). Η εναλλαγή από συντρόφους σε φροντιστές είχε αρνητική επίδραση στην ψυχολογία και κατ' επέκταση στην ΠΖ τους.

Η αποκλειστική φροντίδα των ασθενών με Alzheimer προκαλεί σε ποσοστό 53,6% προβλήματα ύπνου, 31,9% αλλαγές στο σωματικό βάρος, 43,1% καταθλιπτικά συμπτώματα, εκ των οποίων το 28,9% δήλωσαν ότι παίρνουν αγχολυτικά φάρμακα και το 30,3% αντικαταθλιπτικά (Daga et al, 2014).

Ο βαθμός και οι ώρες ενασχόλησης των άτυπων φροντιστών με τους ασθενείς εξαρτάται από το επίπεδο εκπλήρωσης καθημερινών δραστηριοτήτων (Activities of Daily Living) των ασθενών όπως διατροφή, ντύσιμο, μετακίνηση και ατομική υγιεινή, αλλά και των ειδικών ικανοτήτων (Instrumental Activities of Daily Living) όπως ικανότητα πραγματοποίησης αγορών, χειρισμός οικονομικών, συντήρηση σπιτιού, λήψη αποφάσεων. Έτσι, συχνά αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους, όπως του ελεγκτή της θεραπείας, υπεύθυνου φροντίδας, συνηγόρου, φίλου και συμβούλου, διαμεσολαβητή επικοινωνίας (LoboPranhu et al, 2006) γεγονός που αυξάνει το ψυχικό βάρος και οδηγεί σε μειωμένη ΠΖ.

### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης έδειξαν ότι οι περισσότεροι μη επαγγελματίες φροντιστές ασθενών με Alzheimer ανήκουν στο γυναικείο φύλο, είναι κόρες των ασθενών, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ (Meyer et al 2018; Gómez et al, 2012; Gallicchio et al, 2002; Riedijk et al, 2006). Οι σύζυγοι-φροντιστές έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής εν συγκρίσει με τις κόρες οφειλόμενη στον ρόλο υπευθυνότητας που τους δίνεται, ενώ η όποια δυσαρέσκεια σχετίζεται με τη μειωμένη σεξουαλική ζωή και το «χαλαρό» συναισθηματικό δεσίμο. Η ιδιότητα του άτυπου φροντιστή είναι πιο επαχθής σε σχέση με εκείνη του τυπικού όσον αφορά τη μεταβολή της συμπεριφοράς του ασθενούς, ενώ αναφορικά με τα καθήκοντα θεωρείται εξίσου δύσκολη. Οι επαγγελματίες φροντιστές ατόμων με ΝΑ έχουν αυξημένη ικανοποίηση από την παροχή φροντίδας ενώ οι όποιες δυσκολίες περιορίζονται στη σωματική κούραση και στη μειωμένη έλλειψη επικοινωνίας. Η διαφορά ηλικίας ανάμεσα στις δύο κατηγορίες φροντιστών είναι μια σημαντική μεταβλητή και πρέπει πάντα να αξιολογείται ανάλογα (Seidel & Thyrian, 2019).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η σωματική και κυρίως η ψυχική κούραση των άτυπων φροντιστών είναι κατάφορη. Ο βαθμός επιβάρυνσης είναι μεγαλύτερος για τις γυναίκες και εξαρτάται από το επίπεδο και το είδος της σχέσης μεταξύ φροντιστή και ασθενούς.

### Συζήτηση

Η ΝΑ αυξάνεται τα τελευταία χρόνια και αναμένεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο μέχρι το 2050. Το μεγαλύτερο "βάρος" το επωμίζονται οι άτυποι φροντιστές (σύζυγοι, παιδιά, συγγενείς, εγγόνια) και συχνά εκδηλώνουν αυξημένο άγχος, κατάθλιψη, κατάχρηση αγχολυτικών φαρμάκων, προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, αυξημένη κοινωνική απομόνωση, έλλειψη ύπνου ως αποτέλεσμα στην αποκλειστικής φροντίδας που επωμίζονται. Η απόφαση για τη διαχείριση της φροντίδας του ασθενούς δεν εξαρτάται μονάχα από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των συγγενών αλλά και από τις περιβαλλοντικές συνθήκες, τα ψυχικά αποθέματα των συγγενών που καλούνται να αναλάβουν το ρόλο των φροντιστών, τις ενδοοικογενειακές δυναμικές. Ακόμα και η αναγκαστική τοποθέτηση του ασθενούς σε ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας, όταν η νόσος φτάσει σε τελικό στάδιο που η φροντίδα από έναν μη επαγγελματία φροντιστή καθίσταται αδύνατη, μειώνει τη στρεσογόνο κατάσταση στην οποία ζει ο άτυπος φροντιστής, αλλά όχι επαρκώς ώστε να επανέλθει ο ίδιος σε μια καλή ΠΖ (Mittelman et al, 2004).

Πιθανότατα το μεγαλύτερο πρόβλημά τους έγκειται στη μειωμένη κοινωνικοποίηση εξαιτίας της απαιτητικής φροντίδας που εμπεριέχει η ίδια η ασθένεια του Alzheimer αλλά και η ελάχιστη υποστήριξη (συναισθηματική και πρακτική) που δέχονται από την στιγμή που αναλαμβάνουν την φροντίδα τους ασθενούς (Norak και Guest, 1985).

Επειδή, δημόσιοι και ασφαλιστικοί φορείς παρέχουν περιορισμένη έως μηδαμινή κάλυψη για να βοηθήσουν τους ασθενείς και τους άτυπους φροντιστές που ασχολούνται με τα "βάρη" της φροντίδας ασθενών με ΝΑ (Cabin, 2008), ο εντοπισμός των μεταβλητών εκείνων που επιδρούν στην ΠΖ των φροντιστών μπορούν να βοηθήσουν στον σχεδιασμό προγραμμάτων αλλαγής και βελτίωση της ζωής αυτών οδηγώντας ταυτόχρονα στη βελτίωση ΠΖ και των ίδιων των ασθενών.

Ομάδες υποστήριξης, σύλλογοι ασθενών, υπηρεσίες παροχής ψυχολογικής στήριξης θα μπορούσαν να προσφέρουν ανακούφιση και να βοηθήσουν στην ψυχολογική ενδυνάμωση των φροντιστών. Η διαρκής και συνεχής ροή ενημέρωσης για την εξέλιξη της νόσου αλλά και τα νέα επιστημονικά δεδομένα για νέες μεθόδους παρέμβασης φαρμακευτικής και μη, πρέπει να θεωρείται δεδομένο για όλους τους φορείς ιδιωτικούς και δημόσιους. Επιπλέον, η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για την ίδια την ασθένεια, θα μπορούσε να συντελέσει στη μείωση της περιθωριοποίησης των φροντιστών αλλά και στο στιγματισμό αυτών. Επιπροσθέτως, η αύξηση των εθελοντών/φροντιστών μέσω δήμων και κοινοτήτων θα παρείχε μιας πρακτικής φύσεως βοήθεια στους φροντιστές.

Η φροντίδα ασθενών με Alzheimer πολλές φορές είναι επαχθής και χρειάζεται να δοθεί η δέουσα σημασία στους φροντιστές. Ο μετριασμός της κατάθλιψης από την οποία υποφέρουν κυρίως οι άτυποι φροντιστές, η βελτίωση της κοινωνικής απομόνωσης, η ενίσχυση της σωματικής αντοχής, πιθανότατα θα βελτίωνε την ΠΖ των άτυπων φροντιστών και ως εκ τούτου την ποιότητα φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς με Alzheimer.



**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ)**

- Avieli, H., Ben-David, S., & Levy, I. (2016). Predicting professional quality of life among professional and volunteer caregivers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 80.
- Bassal, C., Czellar, J., Kaiser, S., & Dan-Glauser, E. S. (2016). Relationship between emotions, emotion regulation, and well-being of professional caregivers of people with dementia. *Research on Aging*, 38(4), 477-503.
- Beerens, H. C., Sutcliffe, C., Renom-Guiteras, A., Soto, M. E., Suhonen, R., Zabalegui, A., Bokberg, C., Saks, K., Hamers J., & RightTimePlaceCare Consortium. (2014). Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1), 54-61.
- Cabin, W. D. (2008). Moving Toward Medicare Home Health Coverage for Persons with Alzheimer's Disease. *Journal of gerontological social work*, 51(1-2), 77-86. Διατίθεται από τον ιστότοπο: [https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01634370801967562?casa\\_token=ZiZfm1AbW0wAAAAA%3AkykiPun\\_YPuMgYnWzaUWCeOk2fJfSML0jijqfvBrj05hxlhs9KIZs7Rg-Bd0KW41uCNbHYMISsvv](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01634370801967562?casa_token=ZiZfm1AbW0wAAAAA%3AkykiPun_YPuMgYnWzaUWCeOk2fJfSML0jijqfvBrj05hxlhs9KIZs7Rg-Bd0KW41uCNbHYMISsvv)
- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J., & López-Pousa, S. (2010). Quality of life of patients with Alzheimer's disease: differential perceptions between spouse and adult child caregivers. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 29(2), 97-108.
- Daga, E., Corvo, E., Marucci, A., & Sansoni, J. (2014). L'esperienza dei caregiver primari che assistono a domicilio le persone affette dalla Malattia di Alzheimer [Alzheimer's disease and caregivers experience in home care]. *Professioni infermieristiche*, 67(1), 5-14.
- Elif, K. O. C. A., TAŞKAPILIOĞLU, Ö., & Bakar, M. (2017). Caregiver burden in different stages of Alzheimer's disease. *Archives of Neuropsychiatry*, 54(1), 82. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439478/>
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life.. *Soc. Sci. Med*, 41(10), 1439-1446.
- Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(2), 154.
- Gavrilov, L. A., & Heuveline, P. (2003). Aging of population. *The encyclopedia of population*, 1, 32-37.
- Joshi, V. D. (2014). Quality of life in end stage renal disease patients. *World journal of nephrology*, 3(4), 308-316. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220366/pdf/WJN-3-308.pdf>
- Karger, C. R. (2018). Emotional experience in patients with advanced Alzheimer's disease from the perspective of families, professional caregivers, physicians, and scientists. *Aging & mental health*, 22(3), 316-322. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2016.1261797>
- Karlawish, J. H., Casarett, D., Klocinski, J., & Clark, C. M. (2001). The relationship between caregivers' global ratings of Alzheimer's disease patients' quality of life, disease severity, and the caregiving experience. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(8), 1066-1070. Διατίθεται από το διαδίκτυο: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1532-5415.2001.49210.x>
- LoboPranhu, S., Molinari, v., Lomax, j.(2006). The caregiver in dementia. *Supporting the caregiver in dementia: A guide for health care professionals*, 25-45. Διατίθεται από τον ιστότοπο: [https://books.google.gr/?hl=el&lr=&id=gT5UIFUy1wAC&oi=fnd&pg=PA25&dq=formal+caregiver+definition&ots=m5loAKEle0&sig=vKLxIG7b1NngpMiNF2uc0lkbzVuk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=formal%20caregiver%20definition&f=false](https://books.google.gr/?hl=el&lr=&id=gT5UIFUy1wAC&oi=fnd&pg=PA25&dq=formal+caregiver+definition&ots=m5loAKEle0&sig=vKLxIG7b1NngpMiNF2uc0lkbzVuk&redir_esc=y#v=onepage&q=formal%20caregiver%20definition&f=false)
- Logsdon, R. G., & Teri, L. (1995). Depression in Alzheimer's disease patients: caregivers as surrogate reporters. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(2), 150-155.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *Journal of Mental health and Aging*, 5, 21-32. Διατίθεται από το διαδίκτυο: [https://www.researchgate.net/profile/Susan\\_Mccurry/publication/232417911\\_Quality\\_of\\_Life\\_in\\_Alzheimer's\\_disease\\_Patient\\_and\\_Caregiver\\_Reports/links/00b7d536bb4ef116f2000000/Quality-of-Life-in-Alzheimers-disease-Patient-and-Caregiver-Reports.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Susan_Mccurry/publication/232417911_Quality_of_Life_in_Alzheimer's_disease_Patient_and_Caregiver_Reports/links/00b7d536bb4ef116f2000000/Quality-of-Life-in-Alzheimers-disease-Patient-and-Caregiver-Reports.pdf)
- Marvardi, M., Mattioli, P., Spazzafumo, L., Mastriforti, R., Rinaldi, P., Polidori, M. C., & Cucinotta, D. (2005). The Caregiver Burden Inventory in evaluating the burden of caregivers of elderly demented patients: results from a multicenter study. *Aging clinical and experimental research*, 17(1), 46-53.
- Meyer, O. L., Liu, X., Tancredi, D., Ramirez, A. S., Schulz, R., & Hinton, L. (2018). Acculturation level and caregiver outcomes from a randomized intervention trial to enhance caregivers' health: evidence from REACH II. *Aging & mental health*, 22(6), 730-737. Διατίθεται από το διαδίκτυο: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2017.1317330>
- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Haley, W. E., & Zarit, S. H. (2004). Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(1), P27-P34. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/59/1/P27/645370>
- Nichols, L. O., Martindale-Adams, J., Burns, R., Graney, M. J., & Zuber, J. (2011). Typical and atypical dementia family caregivers: Systematic and objective comparisons. *The International Journal of Aging and Human Development*, 72(1), 27-43.
- Nogueira, M. M. L., Neto, J. P. S., Sousa, M. F. B., Santos, R. L., Rosa, R. D., Belfort, T., Torres, B. & Dourado, M. C. N. (2015). Spouse-caregivers' quality of life in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 27(5), 837-845.
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*, 29(6), 798-803.
- Pinto, M. F., Barbosa, D. A., de Lucena, C. E., Ferreti, L. F. D. S., Fram, D. S., Gonçalves, A., & Belasco, S. (2009). Quality of life among caregivers of elders with Alzheimer's. *Acta Paul Enferm*, 22(5), 652-7. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <https://core.ac.uk/download/pdf/37708653.pdf>
- Riedijk, S. R., De Vugt, M. E., Duivenvoorden, H. J., Niermeijer, M. F., Van Swieten, J. C., Verhey, F. R. J., & Tibben, A. (2006). Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 22(5-6), 405-412. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <https://www.karger.com/Article/PDF/95750>
- Schreiner, A. S., Morimoto, T., Arai, Y., & Zarit, S. (2006). Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Aging and Mental Health*, 10(2), 107-111. Διατίθεται από τον ιστότοπο: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860500312142?casa\\_token=ywIR3kDLFvAAAAA:weJH-8RtSN0j69Q62itT91YfYTR0iiv](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860500312142?casa_token=ywIR3kDLFvAAAAA:weJH-8RtSN0j69Q62itT91YfYTR0iiv)

- IsnIFtb9WCN-6JBUBYSC-TliaoMavu37Xob55wpJiBgg  
Seidel, D., & Thyrian, J. R. (2019). Burden of caring for people with dementia—comparing family caregivers and professional caregivers. A descriptive study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 655. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6698592/>
- Takahashi, M., Tanaka, K., & Miyaoka, H. (2005). Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(4), 473-480. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1819.2005.01401.x>
- Thompson Jr, E. H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family relations*, 379-388.
- Woerner, L., & Casper, K. (1987). Alzheimer's Care: A home health model. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, (4):23-29

---

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ)

- Αναστασόγλου Γαρύφαλλος (2012). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία και η θετική επίδραση της άσκησης. Διατίθεται από τον ιστότοπο: [https://www.researchgate.net/publication/319901927\\_Oi\\_epiptoseis\\_tes\\_oikonomikes\\_krises\\_sten\\_psychike\\_ygeia\\_kai\\_e\\_thetike\\_epidrase\\_tes\\_askeses](https://www.researchgate.net/publication/319901927_Oi_epiptoseis_tes_oikonomikes_krises_sten_psychike_ygeia_kai_e_thetike_epidrase_tes_askeses)
- Δουλουμής, Σ., Τσολάκη, Μ., Σαγιαδίνου, Μ., Δεούδη, Ο., Κάζη, Ε., Κιοσέογλου, Γ., & Καζής, Α., (2003). Ποιότητα ζωής φροντιζόντων τους ασθενείς με νόσο Alzheimer. *Εγκέφαλος*, 40, 3. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <http://www.encephalos.gr/full/40-3-05g.htm>
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. *Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/239.pdf>
- Υφαντόπουλος, Γ. Ν., & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229. Διατίθεται από τον ιστότοπο: <http://hypatia.lb.teiath.gr/bitstream/11400/8673/1/218.pdf>

# The difference of the quality of life between formal/professional and informal/non-professional caregivers to patients with Alzheimer's disease

Foteini Karathanou<sup>1</sup>, Konstantina Sklavou<sup>2</sup>

1. MSc Physical Education

2. M.Ed., MSc, Social worker - Educator

## ABSTRACT

**Introduction:** Patients with Alzheimer display a combination of cognitive, behavioral and functional symptoms. These symptoms are individual and depends on the disease from the disease stage. Managing these symptoms imposes significant burden on both patients and caregivers.

**Aim of the study:** The primary aim of this study is to explore the difference of the quality of life between formal/professional and informal/non-professional caregivers to patients with Alzheimer's disease.

**Methodology:** A review study of literature of research and review studies related to quality of life, depression, burden inventory of formal/professional and informal/nonprofessional caregivers to patients with Alzheimer's disease.

**Results:** The quality of life of formal/professional caregivers is mainly affected by the physical fatigue that they feel and the decreasing of cognitive and functional status that patients with Alzheimer's disease display while, informal/non-professional caregivers affected by the sentimental and economic burden that they accept.

**Conclusions:** Identifying all the variables that affect negatively the quality of life, especially for the informal/non-professional caregivers, can be obtain all the appropriate measures for minimize the burden, in order to improve caregiver's quality of life and the quality of care that patients with Alzheimer's disease receive as well.

**Key words:** Informal/ non professional caregivers, Alzheimer's disease, quality of life, formal/ professional caregivers

Corresponding author: Foteini Karathanou  
e-mail: fotinikarathanou@yahoo.gr

Date of submission: 04/05/2022  
Publication date: June 2022

Citation: Karathanou F. & Sklavou K. (2022). The difference of the quality of life between formal/professional and informal/non-professional caregivers to patients with Alzheimer's disease. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(2): 51-59, <https://doi.org/10.24283/hjns.202225>

# Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου που έχουν εφαρμόσει τη μέθοδο της διαδερμικής αγγειοπλαστικής ως θεραπευτική παρέμβαση – Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Καραβαλάκη Παναγιώτα<sup>1</sup>, Τσιρώνη Σπυριδούλα<sup>2</sup>, Κατσούλας Θεόδωρος<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια Π.Ε., PhD(c), Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων 'Αμαλία Φλέμινγκ', Μονάδα Εμφραγμάτων, Αθήνα

2. Νοσηλεύτρια Π.Ε., Msc, Νοσοκομείο Παίδων 'Αγία Σοφία', Καρδιοχειρουργική Εντατική Μονάδα Παίδων, Αθήνα

3. Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής 'Μονάδων Εντατικής Θεραπείας', Τμήμα Νοσηλευτικής, Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς 'Άγιοι Ανάργυροι', Πανεπιστημιακή Μ.Ε.Θ.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η εφαρμογή της διαδερμικής αγγειοπλαστικής αποτελεί μια χαμηλού κινδύνου επεμβατική μέθοδο αντιμετώπισης των ασθενών που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και φαίνεται να βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους.

**Σκοπός:** Πρόκειται για μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που παρουσιάζει όλες τις διαθέσιμες έρευνες που έχουν δημοσιευτεί από το 2000-2019 σε ασθενείς που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και που έχουν εφαρμόσει τη διαδερμική αγγειοπλαστική. Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της διαδερμικής αγγειοπλαστικής στους 6 και 12 μήνες επανεξέτασης. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της διαδερμικής αγγειοπλαστικής αποτελεί σημαντικό βήμα για μια ολιστική προσέγγιση των ασθενών. Προτείνεται η πραγματοποίηση ειδικά σχεδιασμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας και η ενσωμάτωση της συνεχιζόμενης αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών που εφαρμόζουν την διαδερμική αγγειοπλαστική ως μέθοδο επιλογής, στην καθημερινή πρακτική του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

**Συμπεράσματα:** Παρατηρήθηκε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της διαδερμικής αγγειοπλαστικής στους 6 και 12 μήνες επανεξέτασης. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της διαδερμικής αγγειοπλαστικής αποτελεί σημαντικό βήμα για μια ολιστική προσέγγιση των ασθενών. Προτείνεται η πραγματοποίηση ειδικά σχεδιασμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας και η ενσωμάτωση της συνεχιζόμενης αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών που εφαρμόζουν την διαδερμική αγγειοπλαστική ως μέθοδο επιλογής, στην καθημερινή πρακτική του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

**Λέξεις Κλειδιά:** Διαδερμική αγγειοπλαστική, έμφραγμα μυοκαρδίου, ποιότητα ζωής

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Σπυριδούλα Τσιρώνη  
e-mail: silvytsironi@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 02/06/2020  
Ημερομηνία δημοσίευσης: Ιούνιος 2022

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

Αναφορά του άρθρου ως: Καραβαλάκη Π., Τσιρώνη Σ. & Κατσούλας Θ. (2022). Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου που έχουν εφαρμόσει τη μέθοδο της διαδερμικής αγγειοπλαστικής ως θεραπευτική παρέμβαση – Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(2): 60-70, <https://doi.org/10.24283/hjns.202226>

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η εφαρμογή της διαδερμικής αγγειοπλαστικής αποτελεί μια χαμηλού κινδύνου επεμβατική μέθοδο αντιμετώπισης των ασθενών που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
- Η εφαρμογή της διαδερμικής αγγειοπλαστικής φαίνεται να βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου στους 6 και 12 μήνες επανεξέτασης
- Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της PCI αποτελεί σημαντικό βήμα για μια ολιστική προσέγγιση των ασθενών
- Η συνεχιζόμενη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που εφαρμόζουν την PCI ως μέθοδο επιλογής προτείνεται να ενσωματωθεί στην καθημερινή πρακτική του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί την πιο συχνή νόσο που προκαλεί θάνατος στο 25% του πληθυσμού (British Heart Foundation Statistics 2011 , Burden of Disease 2016). Αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς ένα μεγάλο μέρος των ηλικιωμένων ανθρώπων θα εμφανίσει συμπτώματα καρδιαγγειακής νόσου και η πλειοψηφία αυτών θα έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής (Huber et al. 2007 , Wiedemann et al. 2010 , De Quadros et al. 2011). Ο ορισμός της ποιότητας ζωής εμπεριέχει τη σωματική, συναισθηματική, ψυχική υγεία και την κοινωνική και λειτουργική κατάσταση ενός ανθρώπου (Testa & Simonson 1996).

Ο τρόπος αντιμετώπισης της καρδιαγγειακής νόσου, και ανάλογα αν ο ασθενής έχει υποστεί έμφραγμα ή όχι, καθορίζεται από κλινικά πρωτόκολλα που καθορίζουν τον τρόπο θεραπείας. Σε κάθε περίπτωση και υπό προϋποθέσεις οι διαθέσιμες επιλογές είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή η εφαρμογή διαδερμικής αγγειοπλαστικής (Percutaneous Coronary Intervention-PCI) ή η αορτοστεφανιαία παράκαμψη με μόσχευμα (CABG). Η εφαρμογή της PCI αποτελεί μια χαμηλού κινδύνου επεμβατική μέθοδο αντιμετώπισης των ασθενών που έχουν υποστεί έμφραγμα μυοκαρδίου, με μικρό χρόνο ανάρρωσης, που φαίνεται να ανακουφίζει τους ασθενείς από τα συμπτώματα αρρυθμιών και έντονης στηθάγχης (Fraker & Fihn 2007 , Anderson et al., 2007 , King et al 2008). Επίσης, μειώνει τα ισχαιμικά επεισόδια, βελτιώνει την πρόγνωση και τα ποσοστά επιβίωσης, μειώνει τα ποσοστά θνησιμότητας και βελτιώνει γενικότερα την ποιότητα ζωής των ασθενών (Serruys et al. 2009 , Agarwal et al. 2009 , Stefanini & Holmes 2013 , Blankenship et al. 2013 , Park et al. 2013 , Sipötz et al. 2013, Kwong et al. 2019). Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς με συνυπάρχουσες νοσηρότητες έχουν αυξημένο βαθμό τόσο εμφάνισης ανεπιθύμητων επιπλοκών που προκύπτουν από την εφαρμογή της μεθόδου PCI όσο και θνησιμότητας (Batchelor et al. 2000, Feldman et al. 2006 , Johnman et al. 2010). Τα υψηλότερα ποσοστά

θνησιμότητας που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους ασθενείς μετά την εφαρμογή της μεθόδου PCI οφείλονται κυρίως στην εμφάνιση επιπλοκών όπως εγκεφαλικών επεισοδίων, αιμορραγιών, επαναστενώσεων, επαναλαμβανόμενων συμπτωμάτων στηθάγχης γεγονός που παρατείνει το χρόνο νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομεία (Batchelor et al. 2000 , Sakai et al. 2002 , Sukiennik et al. 2007).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να παρουσιάσει όλες τις διαθέσιμες έρευνες που έχουν δημοσιευτεί από το 2000-2019 σε ασθενείς που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και που έχουν εφαρμόσει ως θεραπευτική μέθοδο τη διαδερμική αγγειοπλαστική (PCI).

## ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των 22 μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για κάθε μελέτη έγινε καταγραφή των εξής δεδομένων: Όνομα συγγραφέα, έτος δημοσίευσης μελέτης, χώρα διεξαγωγής μελέτης, είδος πληθυσμού μελέτης, μέγεθος δείγματος, είδος μελέτης, ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, χρονικό διάστημα εξέτασης και επανεξέτασης (Follow-up) της ποιότητας ζωής των ασθενών και αποτελέσματα.

Σε μελέτη των Seto et al. (2000) που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, αξιολογήθηκε το αντίκτυπο στην λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με διαδερμική στεφανιαία επαναστενώση. Το μέγεθος του δείγματος ήταν μεγάλο (n= 1.789 ασθενείς συνολικά όπου n= 295 ηλικιωμένοι > 70 ετών και n=1.150 ασθενείς < 70 ετών). Πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη παρατήρησης, έγινε χρήση 2 ερωτηματολογίων (SF-36, SAQ) και ως περίοδος επανεξέτασης ορίστηκαν οι 6 και 12 μήνες. Παρατηρήθηκε μέτρια βελτίωση της ποιότητας ζωής στο 58-75% των ασθενών. Στους 6 μήνες, η σωματική υγεία των ηλικιωμένων ασθενών βελτιώθηκε κατά 51% και η ψυχική τους υγεία κατά 29%. Οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας είχαν σημαντικότερη βελτίωση στην

ποιότητα ζωής τους (σωματική και ψυχική υγεία) έπειτα από 1 χρόνο εφαρμογής της PCI. Έπειτα από 6 μήνες, υπήρξε ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών ειδικά στη σωματική τους λειτουργικότητα, στη συχνότητα εμφάνισης σπληθάγχης και στη γενικότερη αντίληψή τους για την ασθένεια και την ποιότητα ζωής τους. Μόνο το 4-13% των ασθενών ανέφερε μείωση της ποιότητας ζωής τους.

Αποτελέσματα άλλης μελέτης των Spertus et al. (2004) που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική με μέγεθος δείγματος 1.518 ασθενείς είχε ως σκοπό να διερευνήσει τους πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες που μπορεί να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με συμπτωματική σπληθάγχη μετά από την εφαρμογή της PCI. Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη κοορτής, όπου έγινε χρήση του εργαλείου SAQ και ορίστηκε ως περίοδος επανεξέτασης το ένα έτος. Παρατηρήθηκε κλινικά σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής του 85% των ασθενών 1 χρόνο μετά την εφαρμογή της PCI. Η συχνότητα εμφάνισης σπληθάγχης και η σωματική λειτουργικότητα ήταν οι πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες κατά την αρχική αξιολόγηση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, 1 χρόνο μετά την εφαρμογή της PCI. Συγκρίνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών χωρίς σπληθάγχη με αυτών με σπληθάγχη βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών χωρίς σπληθάγχη ήταν καλύτερη ( $p=0.001$ ). Ασθενείς με ήπιους, μέτριους και σοβαρούς περιορισμούς στη σωματική τους υγεία φάνηκε να εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους ασθενείς που αρχικά είχαν περιορισμένη σωματική υγεία ( $p=0.001$ ).

Το 2006 στην Αγγλία οι Denvir et al. (2006) πραγματοποίησαν προοπτική μελέτη παρατήρησης σε στόχο να αξιολογήσουν την επίδραση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στα κλινικά αποτελέσματα και την ποιότητα ζωής των ασθενών έπειτα από την εφαρμογή της PCI. Το μέγεθος δείγματος ήταν 1.346 ασθενείς και χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία EuroQOL (EQ-VAS, EQ-5D). Ως χρόνος επανεξέτασης ορίστηκαν οι 12 μήνες. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της PCI. Οι ασθενείς με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφάνισαν χαμηλότερο σκορ στην ποιότητα ζωής τους (Ερωτηματολόγιο EQ-5D πριν την PCI,  $p=0.003$  και 12 μήνες μετά την PCI,  $p<0.001$ ) σε σχέση με αυτούς που είχαν υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο EQ-VAS, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ζωής σχετίστηκε με χαμηλό μέσο όρο βελτίωσης της αυτό-αναφερόμενης ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της PCI ( $p=0.002$ ).

Σε μελέτη των Moore et al. (2006) που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία έγινε διερεύνηση αν ο παράγοντας ηλικία μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με σταθερή καρδιαγγειακή νόσο ύστερα από την εφαρ-

μογή της PCI. Το μέγεθος δείγματος ήταν 105 ασθενείς και ήταν μια προοπτική μελέτη κοορτής. Χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια: SF-36 (γενικό) και SAQ (ειδικό). Ως περίοδος επανεξέτασης ορίστηκε ο ένας χρόνος. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών κατά 20% στις περισσότερες διαστάσεις του ερωτηματολογίου ( $p=0.01$ ). Η ποιότητα ζωής των ασθενών, έπειτα από 1 χρόνο εφαρμογής της PCI, ήταν βελτιωμένη σε στατιστικό σημαντικό επίπεδο σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις των 2 ερωτηματολογίων (SF-12, SAQ) στην ομάδα των ασθενών μικρότερης ηλικίας (<60 ετών) ( $p<0.001$ ), εξαιρούμενη της διάστασης 'ικανοποίηση από την θεραπεία' για τις 2 ηλικιακές ομάδες 60-70 ετών και >70 ετών. Η διάσταση του ερωτηματολογίου 'σωματικοί περιορισμοί' ήταν στατιστικά σημαντική μεταξύ των 3 ηλικιακών ομάδων, όπου παρατηρήθηκε μικρότερη ανάρρωση στην ομάδα των ασθενών μεγαλύτερης ηλικιακής κατηγορίας ( $p=0.047$ ). Ο παράγοντας ηλικία φάνηκε να επηρεάζει σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο τη σωματική λειτουργικότητα του ασθενούς αλλά όχι την ποιότητα ζωής του.

Το 2007 στην Αυστραλία σε συγχρονική μελέτη των Fernandez et al. (2007) με μέγεθος δείγματος 202 ασθενείς (18-80 ετών) τέθηκε ως σκοπός να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής των καρδιοπαθών κατά τη διάρκεια περιόδου 12-15-17 μήνες μετά από την εφαρμογή της PCI (εργαλείο Mac-New). Μετά την εφαρμογή της PCI σημειώθηκε βελτίωση στη ποιότητα ζωής των ασθενών (συναισθηματική και σωματική υγεία, κοινωνική ευημερία) στους 15-17 μήνες ( $p<0.001$ ). Αναγνωρίστηκαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες όπως η ηλικία, η σωματική λειτουργικότητα, η συχνότητα εμφάνισης σπληθάγχης πριν την εφαρμογή της PCI ( $p<0.01$ ).

Το 2007 στην Κίνα οι Wong et al. (2007) αξιολόγησαν τις αλλαγές της ποιότητας ζωής των ασθενών έπειτα από την εφαρμογή της PCI. Το μέγεθος δείγματος ήταν μικρό ( $n=65$  ασθενείς). Πραγματοποιήθηκε προοπτική-τυχαίοποιημένη μελέτη και χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια: SF-36 (γενικό), SAQ(ειδικό). Ως περίοδος επανεξέτασης ορίστηκαν οι 1 μήνας και οι 3 μήνες. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της PCI (6/8 διαστάσεις του SF-36 με  $p<0,05$  και 5/5 διαστάσεις του SAQ με  $p<0,05$ ) στον 1ο μήνα μετά την PCI. Η ίδια βελτίωση δεν παρατηρήθηκε σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου στους 3 μήνες μετά την εφαρμογή της PCI. Παρά το γεγονός ότι παρατηρήθηκε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών έπειτα από την εφαρμογή της PCI, αρχικά και τον 1ο μήνα, η βελτίωση αυτή δεν διήρκεσε και τον 3ο μήνα.

Μια ακόμα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε από τους Gunal et al. (2008) στην Ολλανδία με μικρό μέγεθος δείγματος ( $n=98$  ασθενείς) με στόχο να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών ηλικίας μεγαλύτερης των

80 ετών με καρδιαγγειακή νόσο έπειτα από την εφαρμογή της PCI. Το εργαλείο RAND-36 χρησιμοποιήθηκε. Η περίοδος επανεξέτασης αφορούσε τον ένα χρόνο μετά την PCI. Η γενική υγεία των ασθενών >80 ετών που εφάρμοσαν την PCI ήταν αρκετά καλή και βελτιωμένη στο follow-up. Οι μεγαλύτεροι ασθενείς εμφάνισαν λιγότερα συμπτώματα στηθάγχης στο follow-up. Τα αποτελέσματα του RAND-36 συγκρίθηκαν με αυτά των ασθενών ηλικίας 80 ετών του γενικού πληθυσμού της Ολλανδίας. Παρατηρήθηκε μεγαλύτερη βελτίωση της ψυχικής υγείας από ότι της σωματικής υγείας των ασθενών. Η σωματική λειτουργικότητα και οι περιορισμοί του ρόλου των ασθενών που προκλήθηκαν από τα σωματικά προβλήματα υγείας, έλαβαν τα χαμηλότερα ποσοστά. Η διάσταση 'ψυχική υγεία-ζωτικότητα' έλαβε το χαμηλότερο σκορ ενώ η ψυχική υγεία έλαβε το υψηλότερο σκορ. Η κοινωνική λειτουργικότητα έλαβε καλό σκορ. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Το 2009 στην Αμερική πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη κοορτής με σκοπό να αξιολογήσει τη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών ηλικίας >80 ετών μετά από την εφαρμογή της PCI (Agarwal et al., 2009). Το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό (n=74 ασθενείς) και συμμετείχαν ασθενείς >80 ετών. Έγινε χρήση 2 εργαλείων: SF-36 (γενικό), SAQ (ειδικό). Ως περίοδος επανεξέτασης ορίστηκαν οι 6 και 12 μήνες. Η σωματική (μέσος όρος βαθμολογίας μετά το εξιτήριο: 31.7 # έπειτα από 6 μήνες: 47, p<0.05) και ψυχική υγεία (44.6 # 58, p<0.05) των ασθενών βελτιώθηκε σημαντικά στους 6 μήνες μετά την PCI. Τα οφέλη συνέχισαν να υφίστανται έως και τους 12 μήνες (σωματική υγεία: 46.2 # ψυχική υγεία: 57.6, p<0.05). Ωστόσο, η λειτουργική κατάσταση και η ποιότητα ζωής στους 6 και 12 μήνες, βρέθηκε να είναι χαμηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού. Το 40% των ασθενών δεν εμφάνισε στηθαγχικό πόνο στους 6 μήνες και το 36% στους 12 μήνες. Επίσης, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση ιδιαίτερα στους 6 μήνες, βάσει των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου SAQ, στις διαστάσεις που αφορούσαν τους σωματικούς περιορισμούς (μετά την PCI: 24.4 # 6 μήνες μετά: 42.3 # 12 μήνες μετά: 41.4, p<0.05), τη συχνότητα εμφάνισης της στηθάγχης (45.8 # 76.5 # 73.5, p<0.05), την ικανοποίηση από την θεραπεία που έλαβε (74.3 # 83.7 # 83.7, p<0.05) και τέλος τη γενικότερη αντίληψή του για την ασθένεια (38.8 # 66.7 # 62.3, p<0.05) και την ποιότητα ζωής του. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Το 2009 στην Αμερική (Shah et al., 2009) πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη με σκοπό να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών ηλικίας >85 ετών με ST-ανάσπαση σε έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το μέγεθος δείγματος ήταν 1.847 ασθενείς

ηλικίας (μέσος όρος ηλικίας ομάδας παρέμβασης: 85 ετών # ομάδα ελέγχου: γενικός πληθυσμός ίδιας ηλικίας). Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια EQ-5D και EQ-VAS και ορίστηκε ως χρόνος επανεξέτασης οι 12 μήνες. Παρατηρήθηκε μικρή βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Λίγοι ασθενείς εμφάνισαν σοβαρά προβλήματα στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου EQ-5D: κινητικότητα (6%), αυτό-φροντίδα (9%), συνηθισμένες δραστηριότητες (13%), πόνος (9%), άγχος/ κατάθλιψη (0%). Ο μέσος όρος βαθμολογίας του ερωτηματολογίου EQ-5D ήταν 0.78/1 και του ερωτηματολογίου EQ-VAS ήταν 70.5/100. Στους ηλικιωμένους ασθενείς με ST-ανάσπαση η επιλογή της πιο επιθετικής θεραπείας σχετίζεται με μακροπρόθεσμα ποσοστά επιβίωσης και εξαιρετική ποιότητα ζωής. Η εφαρμογή της μεθόδου PCI ήταν ο μόνος ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας της μακροπρόθεσμης επιβίωσης (ποσοστό κινδύνου 0.3, 95% Δ.Ε. 0.1-0.8, p = 0.02). Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανά ηλικιακή ομάδα.

Μια ακόμα προοπτική μελέτη κοορτής πραγματοποιήθηκε στην Βραζιλία από τους De Quadros et al. (2010) με μέγεθος δείγματος 110 ασθενείς με στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της κατάστασης υγείας των ασθενών με σταθερή στηθάγχη έπειτα από την εφαρμογή της PCI. Ορίστηκε ως περίοδος επανεξέτασης οι 6, 12 μήνες και χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο SAQ. Πριν την εφαρμογή της PCI, μόνο το 5% των ασθενών ήταν χωρίς συμπτώματα στηθάγχης κάτι που βελτιώθηκε στο 68% στην επανεξέταση του 1ου χρόνου (p < 0.001). Παρατηρήθηκαν βελτιώσεις σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ στους 6 μήνες και 1 χρόνο μετά την εφαρμογή της PCI (p < 0.0001). Η ποιότητα ζωής των ασθενών πριν την εφαρμογή της PCI ήταν ο κύριος παράγοντας πρόβλεψης της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών όπως φάνηκε στην πολυμεταβλητή ανάλυση (p < 0.001). Στατιστικά σημαντική κλινική βελτίωση της ποιότητας ζωής του 70% των ασθενών με σταθερή στηθάγχη μετά την εφαρμογή της PCI (βελτίωση στις 4/ 5 διαστάσεις του SAQ στους 6 και 12 μήνες, p<0,001). Ως προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την PCI ήταν το αντρικό φύλο και η αναφερόμενη ποιότητα ζωής πριν την εφαρμογή της PCI. Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της PCI βελτιώθηκε στους 6 και 12 μήνες (78% και 90% αντίστοιχα, p=0.02).

Σε μελέτη των Melberg et al. (2010) που πραγματοποιήθηκε στη Νορβηγία αξιολογήθηκε η κατάσταση της υγείας και η ποιότητα ζωής των στεφανιαίων ασθενών έπειτα από την εφαρμογή της PCI. Το μέγεθος δείγματος αποτέλεσαν 576 ασθενείς και μεθοδολογικά ήταν μια προοπτική - τυχαίοποιημένη μελέτη όπου έγινε χρήση του ερωτηματολογίου SF-36. Ως περίοδος επανεξέτασης ορίστηκαν οι 6 μήνες. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της

PCI στους 6 μήνες. Αρχικά, το 91.4% των ασθενών είχε συμπτώματα και ο μέσος όρος (τυπική απόκλιση) ήταν  $2.5 \pm 0.9$ . Σταδιακά, παρατηρήθηκε ουσιαστική βελτίωση των συμπτωμάτων και η τιμή του παραπάνω δείκτη μειώθηκε σε 1.91, αυξήθηκε ο χρόνος άσκησης [ $1.4 \pm 1.9$  λεπτά] και μειώθηκε η χρήση αντι-σπληθαγικών φαρμάκων [ $0.6 \pm 0.9$ ] στους 6 μήνες μετά την αρχική εκτίμηση ( $p > 0.001$ ). Οι μεγαλύτερες βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στη διάσταση 'σωματική λειτουργικότητα' [συνολική βελτίωση στη βαθμολογία από την αρχή έως τους 6 μήνες της επανεξέτασης μέσος όρος  $\pm$  τυπική απόκλιση:  $6.9 \pm 9.1$  βαθμοί,  $p < 0.001$ ] και οι μικρότερες στη διάσταση 'ψυχική υγεία' [βαθμολογία  $3.3 \pm 10.7$  βαθμοί,  $p < 0.001$ ].

Στην Αμερική το 2010 οι Grantham et al. (2010) πραγματοποίησαν έρευνα με σκοπό να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας των ασθενών και τα οφέλη από την επιλεγμένη μέθοδο ύστερα από ολική επαναστένωση. Το μέγεθος δείγματος ήταν 125 ασθενείς και πραγματοποιήθηκε προοπτική μελέτη κοορτής. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SAQ και η περίοδος επανεξέτασης ήταν στον έναν μήνα μετά την PCI. Παρατηρήθηκε βελτίωση της σωματικής λειτουργικότητας [ερωτηματολόγιο SAQ: 13.1 βαθμοί, 95% διάστημα εμπιστοσύνης, 5.1 - 21.1,  $p=0.001$ ] ενώ βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών [ερωτηματολόγιο SAQ: 20.3 βαθμοί, 95% Δ.Ε. 11.9 - 28.6,  $p < 0.001$ ]. Μεγαλύτερο όφελος από την εφαρμογή της PCI είχαν οι συμπτωματικοί ασθενείς σε σχέση με τους ασυμπτωματικούς και συνεπώς καλύτερη ποιότητα ζωής [ $27.3 \# 8.5$  βαθμοί,  $p=0.047$ ].

Το 2010 στην Ολλανδία πραγματοποιήθηκε από τους Schenkeveld et al. (2010) προοπτική μελέτη παρατήρησης με σκοπό να διερευνήσει αν η κακή ποιότητα ζωής μειώνει τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών που έχουν εφαρμόσει την PCI έπειτα από 6 χρόνια. Το μέγεθος δείγματος ήταν 872 ασθενείς, ενώ ως εργαλείο εκτίμησης χρησιμοποιήθηκε το SF-36. Ως περίοδος επανεξέτασης ορίστηκε: 1 μήνας, 12 μήνες, 6 χρόνια, χωρίς να ληφθούν δεδομένα αξιολόγησης μετά της εφαρμογή της PCI. Παρατηρήθηκε ότι η κατανομή των ασθενών με κακή ή καλή κατάσταση υγείας στον 1 ή 12 μήνες μετά την εφαρμογή της PCI ήταν η εξής: το 12% των ασθενών είχαν καλή κατάσταση υγείας στον 1 μήνα μετά την εφαρμογή της PCI αλλά χειρότερη κατάσταση υγείας στους 12 μήνες, το 9% των ασθενών είχαν χειρότερη κατάσταση υγείας στον 1 μήνα μετά την PCI αλλά καλύτερη κατάσταση υγείας στους 12 μήνες, το 59% είχε καλή κατάσταση υγείας και τον 1ο μήνα και τον 12ο μήνα μετά την PCI και τέλος το 20% των ασθενών είχε χειρότερη κατάσταση υγείας και τον 1ο και τον 12ο μήνα μετά την PCI. Οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-36 σχετίστηκαν με την 6-ετή πιθανότητα θνησιμότητας υπολογίζοντας το ποσοστό κινδύνου. Τα αποτελέσματα των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SF-36 ήταν τα ακόλουθα: σωματική λειτουργικότητα (Ποσοστό

κινδύνου 2.59, 95% Δ.Ε. 1.61-4.16), κοινωνική λειτουργικότητα (Ποσοστό κινδύνου 2.76, 95% Δ.Ε. 1.74-4.37), περιορισμός ρόλων εξαιτίας σωματικής λειτουργικότητας (Ποσοστό κινδύνου 2.45, 95% Δ.Ε. 1.52-3.92), ψυχική υγεία (Ποσοστό κινδύνου 2.12, 95% Δ.Ε. 1.35-3.31), ζωτικότητα (Ποσοστό κινδύνου 1.73, 95% Δ.Ε. 1.09-2.74), σωματικός πόνος (Ποσοστό κινδύνου 2.25, 95% Δ.Ε. 1.43-3.54) και γενική υγεία (Ποσοστό κινδύνου 2.46, 95% Δ.Ε. 1.57-3.87). Βρέθηκε ότι η μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και της κατάστασης υγείας τους στον 1 ή 12 μήνες μετά την εφαρμογή της PCI, δεν σχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά 6-ετούς θνησιμότητας.

Μια ακόμα μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική από τους Chait et al., (2011) με στόχο να αξιολογήσει τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα και την ποιότητα ζωής των ασθενών ύστερα από την εφαρμογή της PCI. Το μέγεθος δείγματος ήταν 173 ασθενείς (όπου οι  $n=90$  ασθενείς έκαναν PCI, μέσος όρος ηλικίας ομάδας παρέμβασης: 90 ετών # ομάδα ελέγχου: γενικός πληθυσμός ίδιας ηλικίας). Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη, όπου έγινε χρήση του εργαλείου SF-36 αλλά δεν αναφέρεται ο χρόνος επανεξέτασης. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας εμφάνισαν μεγαλύτερη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους συγκριτικά με τους ασθενείς του γενικού πληθυσμού (ίδιας ηλικίας στις εξής διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-36: σωματική υγεία ( $p=0,001$ ), σωματικό πόνο ( $p=0,03$ ), ζωτικότητα ( $p=0,001$ ), γενική υγεία ( $p=0,004$ ), κοινωνική λειτουργικότητα ( $p=0,049$ ), συναισθηματική υγεία ( $p=0,002$ ), ψυχική υγεία ( $p=0,004$ ), συνολική σωματική ( $p=0,044$ ) και ψυχική υγεία ( $p=0,001$ ). Η σωματική λειτουργικότητα δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά στις 2 ομάδες του πληθυσμού. Η συνολική σωματική ( $p=0.044$ ) και ψυχική υγεία των ασθενών ( $p=0.001$ ) επέφερε θετικά στατιστικά αποτελέσματα βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Το 2011 στην Αγγλία πραγματοποιήθηκε μια ακόμα προοπτική των Viswanathan et al. (2011) με σκοπό να αξιολογήσει τις αλλαγές της ποιότητας ζωής των ασθενών έπειτα από διαδερμική στεφανιαία επαναστένωση εφόσον έχει προηγηθεί CABG. Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με και χωρίς προηγηθέν CABG που εφάρμοσαν την PCI. Στη μελέτη συμμετείχε πολύ μεγάλος αριθμός δείγματος ( $n=2.935$  ασθενείς) και χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο NHP (Nottingham Health Profile). Ως περίοδος επανεξέτασης ορίστηκαν οι 3, 12 και 24 μήνες. Η ποιότητα ζωής των ασθενών χωρίς προηγηθείσα CABG που έκαναν PCI ήταν καλύτερη σε σχέση με αυτή των ασθενών με προηγηθείσα CABG όπου εφάρμοσαν την PCI. Στους 24 μήνες, οι ασθενείς με προηγηθείσα CABG παρουσίασαν χειρότερη σωματική λειτουργία απ' ότι πριν την PCI ( $p < 0.05$ ). Συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής των ασθενών χωρίς προηγηθείσα CABG στους 24 μήνες μετά την PCI ήταν βελτιωμένη στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου



πόνος, ενέργεια, συναισθηματική αντίδραση ( $p < 0.0001$ ) αλλά η βελτίωση αυτή ήταν μικρότερη για τους ασθενείς με προηγηθείσα CABG ( $p < 0.05$ ).

Σε προοπτική μελέτη των Weilu et al. (2011) που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα με μέγεθος δείγματος 223 ασθενείς αξιολογήθηκαν οι αλλαγές στην ποιότητα ζωής των Κινέζων ασθενών με στεφανιαία νόσο ύστερα από την εφαρμογή της PCI. Το εργαλείο SF-36 χρησιμοποιήθηκε και ως περίοδος επανεξέτασης ορίστηκαν οι 6 μήνες. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο πριν την εφαρμογή της PCI ήταν σημαντικά χαμηλότερη από αυτή του υγιούς πληθυσμού και στις 8 διαστάσεις του ερωτηματολογίου SF-36 ( $p < 0.01$ ). Στους 6 μήνες μετά την PCI, η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώθηκε και στις 8 διαστάσεις του ερωτηματολογίου ( $p < 0.01$ ) και τα σκορ στις 3/8 διαστάσεις του ερωτηματολογίου πλησίαζαν αυτά του υγιή πληθυσμού ( $p < 0.01$ ). Οι παράγοντες που σχετίστηκαν αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών στους 6 μήνες ήταν: φύλο- ηλικία- δραστηριότητα που σχετίστηκαν με το σωματικό πόνο, η δραστηριότητα σχετίστηκε με τη σωματική λειτουργικότητα, η ηλικία και η δραστηριότητα σχετίστηκαν με την ψυχική υγεία και τη γενική υγεία. Η εφαρμογή της PCI σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών ( $p < 0.05$ ). Παράγοντες όπως η προχωρημένη ηλικία, άλλες καρδιαγγειακές ασθένειες και η σπληθάγχη μπορεί να μειώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Σε προοπτική μελέτη των Shibayama et al. (2012) που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία με μέγεθος δείγματος 118 ασθενείς που έπαθαν οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και εφάρμοσαν τη μέθοδο PCI χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Το εργαλείο αυτό αξιολόγησε τη σχέση μεταξύ της βελτίωσης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και της συμμετοχής σε δραστηριότητες αυτο-φροντίδας και στεφανιαίας διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου στους 6 μήνες μετά το εξιτήριο σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα. Παρατηρήθηκε βελτίωση της σωματικής λειτουργικότητας (ημέρα εξιτηρίου:  $72.1 \pm 20.8$  # 6 μήνες μετά:  $79.5 \pm 19.5$ ,  $p < 0.05$ ) και του σωματικού πόνου (ημέρα εξιτηρίου:  $63 \pm 32.7$  # 6 μήνες μετά:  $78 \pm 22.8$ ,  $p < 0.05$ ) στους 6 μήνες μετά το εξιτήριο συγκριτικά με τα αποτελέσματα τη μέρα του εξιτηρίου. Τα αποτελέσματα για την κοινωνική λειτουργικότητα (ημέρα εξιτηρίου:  $76.6 \pm 28.4$  # 6 μήνες μετά:  $78.3 \pm 23.8$ ,  $p < 0.05$ ) και τη ψυχική υγεία (ημέρα εξιτηρίου:  $66 \pm 21.8$  # 6 μήνες μετά:  $68.9 \pm 20.6$ ,  $p < 0.05$ ) ήταν υψηλές κατά το εξιτήριο και 6 μήνες μετά το εξιτήριο. Ωστόσο, τα αποτελέσματα για τη γενική αντίληψη για την υγεία μετά το εξιτήριο ήταν χαμηλά και συνεχίστηκαν το ίδιο 6 μήνες μετά το εξιτήριο (ημέρα εξιτηρίου:  $55.8 \pm 19.1$  # 6 μήνες μετά:  $53.6 \pm 16.9$ ,  $p < 0.05$ ). Η βελτίωση της σωματικής λειτουργικότητας σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου συσχετίστηκε με την εκτέλεση σωματικής άσκησης και την απουσία σακ-

χαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Διαπιστώθηκε ότι η άσκηση, ως δραστηριότητα αυτο-φροντίδας μετά το εξιτήριο, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο ΣΔ θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου της στεφανιαίας νόσου και είναι παράγοντας που σχετίζεται με την επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Μια ακόμα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε από τους Cassar et al. (2012) στην Ισπανία για να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της PCI. Το μέγεθος δείγματος ήταν 228 ασθενείς συνολικά ( $n=11$  ασθενείς  $>80$  ετών,  $n=217$  ασθενείς 40-79 ετών). Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF και η αξιολόγηση αφορούσε μόνο τη στιγμή που πραγματοποιήθηκε η μέθοδος PCI, χωρίς να παρουσιάζονται αποτελέσματα αναφορικά με τον μετέπειτα χρόνο επανεξέτασης. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στην ποιότητα ζωής των ασθενών ανά φύλο ( $p=0.009$ ), εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p=0.003$ ), απασχόληση ( $p=0.013$ ), στρες ( $p=0.01$ ) και κοινωνική υποστήριξη ( $p=0.002$ ). Η διάσταση του ερωτηματολογίου 'κοινωνική υποστήριξη' έλαβε υψηλά σκορ αυξάνοντας τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών, ανεξαρτήτως των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου όπως π.χ. κάπνισμα, έλλειψη σωματικής άσκησης. Ο παράγοντας 'στρες' και 'κοινωνική υποστήριξη' επηρέασαν την ποιότητα ζωής των ασθενών θετικά ( $p=0.002$ ).

Σε άλλη προοπτική μελέτη των Kim et al. (2013) που πραγματοποιήθηκε στην Κορέα με μέγεθος δείγματος 3.362 ασθενείς. Ως περίοδος επανεξέτασης, ορίστηκε ο ένας μήνας. Για τις ανάγκες της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δυο ερωτηματολόγια: EQ-5D (γενικό), SAQ (ειδικό). Η μελέτη είχε σαν στόχο να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με σπληθάγχη και ST-ανάσπαση με την ποιότητα ζωής εκείνων των ασθενών με σπληθάγχη και χωρίς ST-ανάσπαση, ύστερα από την εφαρμογή της PCI. Η ποιότητα ζωής και των 2 ομάδων βελτιώθηκε. Η μεγαλύτερη βελτίωση παρουσιάστηκε στους ασθενείς με σπληθάγχη και χωρίς ST-ανάσπαση ( $44.2\%$  #  $36.8\%$ ,  $p < 0.001$ ). Οι βελτιώσεις στο γενικό επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών ήταν λιγότερο συχνές. Στην επανεξέταση της ποιότητας ζωής των ασθενών βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με σπληθάγχη και χωρίς ST-ανάσπαση συγκρίθηκε με αυτή των ασθενών με ST-ανάσπαση ( $56.1 \pm 18.6$  #  $56.6 \pm 18.7$ ,  $p = 0.521$ ). Ωστόσο, η γενική ποιότητα ζωής των ασθενών αντίστοιχα ήταν σημαντικά χαμηλότερη ( $0.86 \pm 0.21$  #  $0.89 \pm 0.17$ ,  $p = 0.001$ ) στον ένα μήνα συγκριτικά με τα αρχικά αποτελέσματα ( $p < 0.001$ ). Συνεπώς, η γενική ποιότητα ζωής των ασθενών με σπληθάγχη και χωρίς ST-ανάσπαση δεν φάνηκε να βελτιώνεται στον 1 μήνα μετά την εφαρμογή της PCI.

Σε άλλη μελέτη των Siroetz et al. (2013) που πραγματοποιήθηκε στην Αυστρία, έθεσε ως στόχο να περιγράψει τις αλλαγές της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρ-

μογή της PCI και να διερευνήσει τα επίπεδα άγχους των ασθενών αυτών. Το μέγεθος δείγματος ήταν 163 ασθενείς και ήταν μια προοπτική μελέτη παρατήρησης. Έγινε χρήση των εργαλείων: Mac-New, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Ως χρόνος επανεξέτασης ορίστηκαν οι 1,6,12 και 24 μήνες. Παρατηρήθηκε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της PCI έως τους 6 μήνες, μέσω του ερωτηματολογίου Mac-New. Τα επίπεδα άγχους φάνηκε να μειώνονται κατά τη διάρκεια του 1ου μήνα επανεξέτασης. Η ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίστηκε αρνητικά με τα επίπεδα άγχους των ασθενών. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την PCI, και στις 4 διαστάσεις του ερωτηματολογίου Mac-New από τη στιγμή εφαρμογής της PCI έως τον 1ο μήνα επανεξέτασης. Συγκεκριμένα, το σκορ της διάστασης του ερωτηματολογίου 'Mac-New Global', 'Mac-New- Συναισθηματική υγεία', 'Mac-New-Σωματική υγεία' και 'Mac-New-Κοινωνική ευεξία' αυξήθηκε σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο από τη στιγμή εφαρμογής της PCI έως τον 1ο μήνα επανεξέτασης ( $p < 0.001$ ). Τους επόμενους μήνες 1-24 μήνες δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στις ανωτέρω 2 διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Η ίδια βελτίωση παρατηρήθηκε και από τον 1ο-6ο μήνα της επανεξέτασης για τις 2 διαστάσεις του ερωτηματολογίου (1-6 μήνες επανεξέτασης: 'Mac-New-Σωματική υγεία' με  $p=0.038$  και 'Mac-New- Κοινωνική ευεξία' με  $p<0.001$ ). Τους επόμενους μήνες 6-24 μήνες δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στις ανωτέρω 2 διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Συγκρίνοντας τα σκορ της διάστασης του ερωτηματολογίου 'Mac-New Global' από τη στιγμή εφαρμογής της PCI έως και τη στιγμή της επανεξέτασης, παρατηρήθηκε βελτίωση ( $\geq 0.51$ ) στο 48.5-55.8% των ασθενών. Πάνω από το 1/3 των ασθενών παρέμεινε σταθερό στη βαθμολογία του (34.4-39.3%). Κλινική επιδείνωση της κατάστασης ( $\geq 0.5$ ) παρατηρήθηκε στο 9.8- 12.3% των ασθενών. Παρατηρώντας γενικότερα την ποιότητα ζωής των ασθενών από τη στιγμή της εφαρμογής της PCI έως και τον 1ο μήνα επανεξέτασης, βρέθηκε σημαντική βελτίωση κατά 48.5%. Το 14.7% των ασθενών εμφάνισε κλινικά σημαντική βελτίωση έως και τον 6ο μήνα επανεξέτασης. Στους 12-24 μήνες, μόνο το 4.3% και το 3.1% αντίστοιχα εμφάνισε κλινικά σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Κλινική επιδείνωση από τη στιγμή της εφαρμογής της PCI έως και τον 1ο μήνα επανεξέτασης βρέθηκε στο 12.3% των ασθενών. Στους 6,12,24 μήνες επανεξέτασης, μόνο το 4.3%, 3.9% και 3.7% αντίστοιχα εμφάνισε κλινική επιδείνωση.

Στην Αμερική το 2015 από τους Chatriwalla et al. (2015) πραγματοποιήθηκε έρευνα με σκοπό να διερευνήσει διαφορές της ποιότητας ζωής των ασθενών που εφάρμοσαν 2 διαφορετικές μεθόδους της PCI (Drug-Eluted Stent # Bare Metal Stent). Το μέγεθος δείγματος ήταν συνολικά

2.694 ασθενείς. Ήταν μια προοπτική μελέτη κοορτής, όπου έγινε χρήση των ερωτηματολογίων: SAQ, SF-12, Patient Health Questionnaire Depression Scale. Δεν λήφθηκαν δεδομένα κατά την αρχική φάση μετά την PCI, αλλά μόνο στους 6 και 12 μήνες. Και οι δυο ομάδες ασθενών (Drug-eluting stent,  $n=1.361$  # Bare- Metal stent,  $n=1.333$ ) εμφάνισαν σημαντικές βελτιώσεις στην κατάσταση υγείας τους στους 6 και 12 μήνες επανεξέτασης μετά την εφαρμογή της PCI, ανεξαρτήτως του είδους stent που χρησιμοποιήθηκε. Η ομάδα ασθενών που εφάρμοσαν την PCI (Drug-eluting stent) παρουσίασε μικρή βελτίωση της διάστασης 'ποιότητα ζωής' και 'λειτουργικοί περιορισμοί' όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου SAQ στους 6 μήνες της επανεξέτασης (3.6, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0.96-6.21,  $p= 0.007$  και 3.8, 95% Δ.Ε. 1.55- 6.01,  $p<0.001$ , αντίστοιχα), αλλά όχι στους 12 μήνες (2.3, 95% Δ.Ε. -0.46 έως 5.03,  $p=0.1$  και 0.3, 95% Δ.Ε. -2.04 έως 2.48,  $p= 0.85$ , αντίστοιχα). Στους ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου που εφάρμοσαν την PCI (Drug-eluting stent) παρατηρήθηκε βελτίωση της ποιότητας ζωής τους η οποία δεν διατηρήθηκε έως τους 12 μήνες επανεξέτασης μετά την PCI.

Το 2017 στην Κίνα οι Yan et al. (2017) πραγματοποίησαν προοπτική μελέτη κοορτής σε στόχο να εκτιμήσουν την μακροπρόθεσμη επίδραση της εφαρμογής της μεθόδου PCI στην κατάσταση υγείας και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 1.957 ασθενείς. Έγινε χρήση των εργαλείων: EuroQOL, EQ-VAS και ορίστηκε ως χρόνος επανεξέτασης οι 6,12,36 μήνες. Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στην αναλογία των ασθενών που ανέφεραν ήπια έως σοβαρά προβλήματα σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου EQ-5D κατά τη διάρκεια της επανεξέτασης σε σχέση με την αρχική εκτίμηση σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ασθενών ( $p<0.01$ ). Για κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου και για κάθε ηλικιακή ομάδα, το μεγαλύτερο όφελος παρατηρήθηκε στους 6 μήνες της επανεξέτασης διατηρούμενο έως και τους 36 μήνες, εξαιρώντας τη διάσταση του ερωτηματολογίου που αναφέρονταν στην 'κινητικότητα' των ηλικιωμένων ασθενών ( $p<0.01$ ). Η πιο σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε στη διάσταση του ερωτηματολογίου 'πόνος/δυσχέρεια' και 'άγχος/κατάθλιψη' όπου η αναλογία των ασθενών που ανέφεραν ήπια έως σοβαρά προβλήματα στους ασθενείς <65 ετών μειώθηκε από 87% και 54% στην αρχική φάση της εξέτασης σε 31.4% και 24.5% στους 36 μήνες της επανεξέτασης, συγκρινόμενη με τους ασθενείς 65-74 ετών όπου ήταν 88% και 49.8% στην αρχική φάση της εξέτασης σε 37.8% και 22.2% στους 36 μήνες της επανεξέτασης και τους ασθενείς >75 ετών ήταν από 91.2% και 41.4% στην αρχική φάση της εξέτασης σε 41.4% και 28.2% στους 36 μήνες της επανεξέτασης, αντίστοιχα ( $p<0.01$ ). Βάσει της πολυμεταβλητής ανάλυσης βρέθηκε: για το σύνολο των ασθενών ( $n=1.138$ ) α)χαμηλή ποιότητα ζωής των ασθενών

νών στην αρχική αξιολόγηση (ποσοστό κινδύνου 6.68, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 4.26–10.48,  $p<0.01$ ), β) το ελάχιστο δυνατό όφελος κατά την 6μηνη παρακολούθηση (ποσοστό κινδύνου 6.95, 95% Δ.Ε. 5.10–9.48,  $p<0.01$ ). Οι ασθενείς που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 65–74 ετών ( $n=333$ ), φάνηκε να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο σε σχέση με την αρχική αξιολόγηση (αρχική αξιολόγηση: 4.32, 95% Δ.Ε. 2.10–8.91,  $p<0.01$  # 6μηνη επανεξέταση: 8.04, 95% Δ.Ε. 4.56–14.16,  $p<0.01$ ). Αντίθετα, οι άλλες 2 ηλικιακές ομάδες ασθενών (<65 ετών με  $n=578$  και >75 ετών  $n=227$ ), παρουσίασαν επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους κατά την 6μηνη επανεξέταση σε σχέση με την αρχική αξιολόγηση ( $p<0.01$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, από τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της PCI στους 6 και 12 μήνες επανεξέτασης. Μετά το πέρας των 12 μηνών, τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικά. Παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων στηθάγχης μετά την εφαρμογή της PCI, της σωματικής λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας των ασθενών.

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εφαρμογή της PCI αποτελεί σημαντικό βήμα για μια ολιστική προσέγγιση των ασθενών των οποίων τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση. Χωρίς τον συνδυασμό καλής σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής υγείας, δεν είναι δυνατή η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ανάρρωσης των ασθενών και αντίστοιχα της ποιότητας ζωής τους, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

Σαφέστατα, θα πρέπει να υπάρξει τροποποίηση των επι-

βαρυντικών παραγόντων όπως στρες, παχυσαρκία, καθιστική ζωή, κάπνισμα κ.ά., προκειμένου να υιοθετηθεί ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής. Προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να κινούνται τα ειδικά κέντρα αποκατάστασης που υπάρχουν, τα οποία θα πρέπει να αναλάβουν μια πιο οργανωμένη δράση και να ασχοληθούν τόσο με την πρόληψη όσο και με την αποκατάσταση των ασθενών που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου. Συμπληρωματικά, προτείνεται η πραγματοποίηση ειδικά σχεδιασμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην πρόληψη εμφάνισης των καρδιαγγειακών νόσων ή την αποφυγή επανανόσωσης π.χ. από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Δυστυχώς, στην Ελλάδα δεν υπάρχει οργανωμένη δράση τέτοιων κέντρων αποκατάστασης που να αντιμετωπίζουν τον ασθενή ολιστικά. Τέλος, θα πρέπει να ενσωματωθεί η συνεχιζόμενη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που εφαρμόζουν την PCI ως μέθοδο επιλογής, στην καθημερινή πρακτική του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

### Συμβολή συγγραφέων:

Όλοι οι συγγραφείς του άρθρου έχουν συνεισφέρει ενεργά στη συλλογή των πληροφοριών και στη συγγραφή του. Συγκεκριμένα, η Κ.Π. συμμετείχε στη σύλληψη της αρχικής ιδέας και στον σχεδιασμό της μελέτης. Επίσης, συνέλεξε τα άρθρα που ενσωματώθηκαν στην ανασκόπηση. Η Τ.Σ. συνέλεξε και επέλεξε τα τελικά άρθρα που ενσωματώθηκαν στην ανασκόπηση. Η Κ.Π. και η Τ.Σ. έγραψαν τελικά την ανασκόπηση. Ο Κ.Θ. συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, την αξιολόγηση των τελικών άρθρων που επιλέχθηκαν να ενσωματωθούν στην ανασκόπηση και τη επίβλεψη και διόρθωση όλης της ανασκόπησης. Όλοι οι συγγραφείς του άρθρου μελετήσαν το περιεχόμενο και ενέκριναν την τελική έκδοση του άρθρου που έχει υποβληθεί προς δημοσίευση.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Agarwal S., Schechter C. & Zaman, A. (2009). Assessment of functional status and quality of life after percutaneous coronary revascularization in octogenarians. *Age & Ageing* 38(6): 748-751. doi: 10.1093/ageing/afp174.
- Anderson J.L., Adams C.D., Antman E.M., Bridges C.R., Califf R.M., Casey D.E. Jr., et al. (2007). ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST-elevation myocardial infarction executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST-elevation. *Journal of American Collaboration of Cardiology* 50:652-726.
- Batchelor W.B., Anstrom K.J., Muhlbaiier L.H., et al. (2000). Contemporary outcome trends in the elderly undergoing percutaneous coronary interventions: results in 7472 octogenarians: National Cardiovascular Network Collaboration. *Journal of American Collaboration of Cardiology* 36:723-730.
- Blankenship J.C., Marshall J.J., Pinto D.S., Lange R.A., Bates E.R., Holper E.M., et al. (2013). Effect of percutaneous coronary intervention on quality of life: a consensus statement from the society for cardiovascular angiography and interventions. *Catheterization & Cardiovascular Interventions* 81(2):243-259.
- British Heart Foundation Statistics (2011). *Coronary heart disease statistics in Scotland*. London: British heart Foundation,. <http://www.bhf.org.uk/research/statistics.aspx> [accessed 12/3/2019].
- Burden of Disease. (2008). *Top 10 Causes of Death*. World Health Organization. (Updated June 2016). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>. [Accessed 19/3/2019].
- Cassar S. & Baldacchino D.R. (2012). Quality of life after percutaneous coronary intervention: part 2. *British Journal of Nursing* 21(16). <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.19.1125>
- Chait R., Zad O., Ramineni R., Shukla A. & Mitchell A. (2011). Midterm Outcomes and Quality of Life Following Percutaneous Coronary Intervention in Nonagenarians. *The American Journal of Cardiology* 107(11): 1609-1612. doi:10.1016/j.amjcard.2011.01.046.
- Chhatrwalla A.K., Venkitachalam L., Kennedy K.F., Stolker J.M., Jones P.G., Cohen D.J., Spertus J.A. (2015). Relationship between stent type and quality of life after percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *American Heart Journal* 170: 796-804.e3.
- De Quadros A.S., Lima T.C., Da Rosa Rodrigues A.P., Modkovski T.B., Welter D.I. & Sarmiento-Leite R. (2011). Quality of life and health status after percutaneous coronary intervention in stable angina patients. Results from the real-world practice. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 77: 954-960. <https://doi.org/10.1002/ccd.22746>
- Denvir M. A., Lee A.J., Rysdale J., Walker A., Eteiba H., Starkey I. R. & Pell J. P. (2006). Influence of socioeconomic status on clinical outcomes and quality of life after percutaneous coronary intervention. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(12).
- Feldman D.N., Gade C.L., Slotwiner A.J., et al. (2006). Comparison of outcomes of percutaneous coronary interventions in patients of three age groups (<60, 60-80, and >80 years). *American Journal of Cardiology* 98:1334-1339.
- Fernandez R.S., Davidson P., Salamonson Y., Griffiths R. & Juergens, C. (2007). The Health-Related Quality of Life Trajectory in Patients after Percutaneous Coronary Intervention. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* 27(4): 223-226. doi: 10.1097/01.HCR.0000281767.59781.a1
- Fraker T.D. Jr. & Fihn S.D. (2007). Chronic Unstable Angina Working Committee. Chronic angina focused update of the ACC/AHA 2002 guidelines for the management of patients with chronic unstable angina: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Working Group to develop the focused update of the 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina. *Journal of American Collaboration of Cardiology* 4: 2264- 2274.
- Grantham J.A., Jones P.G., Cannon L. & Spertus J.A. (2010). Quantifying the early health status benefits of successful chronic total occlusion recanalization: Results from the Flow Cardia's approach to chronic total occlusion recanalization (FACTOR) trial. *Circulation and Cardiovascular Quality Outcomes* 3:284-290.
- Gunal A., Aengevaeren W.R., Gehlmann H.R., Luijten J.E., Bos J.S. & Verheugt F.W. (2008). Outcome and quality of life one year after percutaneous coronary interventions in octogenarians. *Netherlands Heart Journal* 16(4): 117-122.
- Huber C.H., Goeber V., Berdat P., Carrel T., Eckstein F. (2007). Benefits of cardiac surgery in octogenarians – a postoperative quality of life assessment. *European Journal of Cardiothoracic Surgeons* 31: 1099– 1105.
- Johnman C., Oldroyd K.G., Mackay D.F., et al. (2010). Percutaneous coronary intervention in the elderly: changes in case-mix and peri-procedural outcomes in 31,758 patients treated between 2000 and 2007. *Circulation & Cardiovascular Interventions* 3:341– 345.
- Kim M.J., Jeon D.S., Gwon H.C., Kim S.J., Chang K., Kim H.S., Tahk S.J. (2013). Health-Related Quality-of-Life after Percutaneous Coronary Intervention in Patients with UA/NSTEMI and STEMI: the Korean Multicenter Registry. *Journal of Korean Medical Science* 28: 848-854. <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2013.28.6.848>
- King S.B. 3rd, Smith S.C. Jr., Hirshfeld J.W. Jr., Jacobs A.K., Morrison D.A., Williams D.O., et al. (2008). Focused update for the ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to review new evidence and update the ACC/ AHA/ SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention, writing on behalf of the 2005 Writing Committee. *Circulation* 117:261-295.
- Kwong E., Neuburger J., Petersen S.E., et al. (2019). Using patient reported outcome measures for primary percutaneous coronary intervention. *Open Heart* 6:e000920. doi:10.1136/openhrt-2018-000920.
- Melberg T., Nordrehaug J.E. & Nilsen D.W.T. (2010). A comparison of the health status after percutaneous coronary intervention at a hospital with and without on-site cardiac surgical backup: a randomized trial in non-emergent patients. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 17(2), 235-243. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3283378880>.
- Moore R., Pedel S., Lowe R., Perry R. (2006). Health-Related Quality of Life Following Percutaneous Coronary Intervention: The Impact of Age on Outcome at 1 Year. *American Journal of Geriatric Cardiology* 15(3):161-164.
- Park K.W., Kang S.H., Velders M.A., Shin D.H., Hahn S., LimW.H., et al. (2013). Safety and efficacy of everolimus versus sirolimus-eluting stents: a systematic review and meta-analysis of 11 randomized trials. *American Heart Journal* 165(2): 241-250, e4.
- Sakai K., Yoshihisa N., Kimura T. et al. (2002). Comparison of results of coronary angioplasty for acute myocardial infarction in patients

- > 75 years of age versus patients < 75 years of age. *American Journal of Cardiology* 89: 797–800.
- Schenkeveld L., Pedersen S.S., Van Nierop J.W.I., Lenzen M.J., De Jaegere P.P.T., Serruys P.W., Van Domburg R.T. & The Netherlands. (2010). Outcomes, Health Policy, and Managed Care. Health-related quality of life and long-term mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention. *American Heart Journal* 159:471–476.
- Serruys P.W., Morice M.C., Kappetein A.P., Colombo A., Holmes D.R., Mack M.J., et al. (2009). Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *New England Journal of Medicine* 360:961–972.
- Seto T.B., Taira D.A., Berezin R., Chauhan M.S., Cutlip D.E., Ho K.K.L., Kuntz R.E. & Cohen D.J. (2000). Percutaneous Coronary Revascularization in Elderly Patients: Impact on Functional Status and Quality of Life. *Annual International Medicine* 132(12): 955–958. DOI: 10.7326/0003-4819-132-12-200006200-00005
- Shah P., Najafi A.H., Panza J.A. & Cooper H.A. (2009). Outcomes and Quality of Life in Patients ≥85 Years of Age with ST-Elevation Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology* 103(2): 170–174. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2008.08.051>.
- Shibayama K. (2012). Factors Related to the Improvement of Quality of Life at 6 Months after Discharge for Myocardial Infarction Patients Treated with Percutaneous Coronary Intervention. *Journal of Rural Medicine* 7(1): 33–37.
- Sipötz J., Friedrich O., Höfer S., Benzer W., Chatsakos T. & Gaul G. (2013). Health related quality of life and mental distress after PCI: restoring a state of equilibrium. *Health and Quality of Life Outcomes* 11:144.
- Spertus J.A., Salisbury A.C., Jones P.G., Conaway D.G. & Thompson R.C. (2004). Predictors of quality-of-life benefit after percutaneous coronary intervention. *Circulation* 110: 3789–3794.
- Stefanini G.G. & Holmes Jr. D.R. (2013). Drug-eluting coronary-artery stents. *New England Journal of Medicine* 368(3):254–265.
- Testa M.A., & Simonson D.C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *North England Journal of Medicine* 334: 835–840.
- Weilu Z., Yong L., Yongping Y., Zhenjun G., Qiangsun Z., Lei Z., Yi C., Ke M., Dezhong X. (2011). Health-related quality of life in Chinese patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention with stent. *Scientific Research and Essays* 6(6): 1232–1239. DOI: 10.5897/SRE10.695
- Wiedemann D., Bernhard D., Laufer G., Kocher A. (2010). The elderly patient and cardiac surgery— a mini-review. *Gerontology* 56: 241–249.
- Yan B.P., Chan L.L.Y., Lee V.W.Y., Yu C.M., Wong M.C.S., Sanderson J., Reid C.M. (2017) Sustained 3-Year Benefits in Quality of Life after Percutaneous Coronary Interventions in the Elderly: A Prospective Cohort Study. *Value in Health*, In Press. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2017.10.004>

# Quality of life in patients with acute myocardial infarction who have undergone percutaneous coronary intervention as a therapeutic intervention - Literature Review

Karavalaki Panagiota<sup>1</sup>, Tsironi Spyridoula<sup>2</sup>, Katsoulas Theodoros<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Registered Nurse, PhD(c), General Hospital of Mellission 'Amalia Fleming', Heart Attack Unit, Athens

<sup>2</sup>Registered Nurse, Msc, Pediatric Hospital 'Agia Sophia', Pediatric Cardiothoracic Intensive Care Unit, Athens

<sup>3</sup>Assistant Professor in Nursing Department, National and Kapodistrian University of Athens, General Oncology Hospital of Kifisias 'Agiou Anrgiroi', Intensive Care Unit

## ABSTRACT

**Introduction:** Percutaneous Coronary Intervention is a low-risk invasive treatment for patients with acute myocardial infarction which appears to improve their quality of life.

**Purpose:** This bibliographic review presents all the available studies published from 2000-2019 in patients with acute myocardial infarction who have undergone Percutaneous Coronary Intervention (PCI).

**Conclusions:** Improvement in quality of life of patients after PCI was observed at 6 and 12 months follow-up. Assessing patients' quality of life after PCI is an important step towards a holistic approach. It is recommended health educational programs to be carried out and ongoing assessment of the quality of life of patients who have undergone PCI to be incorporated by the health care staff in their daily practice.

**Key words:** Myocardial Infarction, Percutaneous Coronary Intervention (PCI), Quality of life

Corresponding author: Spyridoula Tsironi  
e-mail: silvytsironi@gmail.com

Date of submission: 02/06/2020  
Publication date: June 2022

Citation: Karavalaki P., Tsironi S. & Katsoulas T. (2022). Quality of life in patients with acute myocardial infarction who have undergone percutaneous coronary intervention as a therapeutic intervention - Literature Review. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(2): 60-70, <https://doi.org/10.24283/hjns.202226>



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

**HRBN**   
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

VOLUME 15 - ISSUE 2  
APRIL - MAY - JUNE  
2022



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

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

ΤΟΜΟΣ 15 - ΤΕΥΧΟΣ 2

ΑΠΡΙΛΙΟΣ

ΜΑΪΟΣ

ΙΟΥΝΙΟΣ

2022

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