Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 9, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ -ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ -ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2016

Volume 9, Issue 3, JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2016

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Ειδικευμένοι νοσηλευτές: αναγκαιότητα ή πολυτέλεια;
Θεοδώρα Καυκιά

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Η Μεθοδολογία υλοποίησης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία.
The implementation methodology of Total Quality Management in health services, as a best practice operation.
Θεοδώρα Μαλάμου

Επιδράσεις της Γιόγκα (Yoga) στους ασθενείς με καρκίνο: Δευτερογενής Ανάλυση των Συστηματικών Ανασκοπήσεων / Μετα-Αναλύσεων
Effects of Yoga on cancer patients: Secondary analysis of Systematic Reviews/Meta-Analyses
Δήμος Μαστρογιάννης, Άννα Μπίθα

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Η εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στην αξιολόγηση της διοικητικής λειτουργίας και απόδοσης νοσηλευτικής υπηρεσίας: η περίπτωση ενός Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής
The implementation of the Common Assessment Framework in the assessment of administrative and efficiency of nursing service in General Hospital of island region.
Απόστολος Ευκαρπίδης

Διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ
Exploring the psychosocial needs and satisfaction of the family of patients hospitalized in the Intensive Care Unit
Ευθυμία Χαλκίδη, Θάλεια Μπελλάλη, Ασημίνα Κυρομίτη, Ανδρέας Κοσμάς, Σοφία Παπότη, Νικόλαος Καπραβέλος

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses

Ελληνικό περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης

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

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

ISSN 1791-9002
e-ISSN 2459-2994

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

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

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

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD
Βασιλική Ρόκα MSc, PhD

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Στέφανος Μαντζούκας,** Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου, **Ευγενία Μηνασίδου,** Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου,** Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Θεοδώρα Καυκιά,** Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, **Γεώργιος Κριτσωτάκης,** Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης, **Μαρία Μαλλιαρού,** MSc, PhD, **Ιωάννα Καραμήτρη,** MSc, PhD(c), **Αθανάσιος Μαστροκώστας,** MSc, PhD(c), **Μαρία Γκριζώτη,** MSc

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

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

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Ειδικευμένοι νοσηλευτές: αναγκαιότητα ή πολυτέλεια;
Θεοδώρα Καυκιά **3**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Η Μεθοδολογία υλοποίησης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία.
The implementation methodology of Total Quality Management in health services, as a best practice operation.
Θεοδώρα Μαλάμου **6**

Επιδράσεις της Γιόγκα (Yoga) στους ασθενείς με καρκίνο: Δευτερογενής Ανάλυση των Συστηματικών Ανασκοπήσεων / Μετα-Αναλύσεων
Effects of Yoga on cancer patients: Secondary analysis of Systematic Reviews/Meta-Analyses
Δήμος Μαστρογιάννης, Άννα Μπίθα **16**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Η εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στην αξιολόγηση της διοικητικής λειτουργίας και απόδοσης νοσηλευτικής υπηρεσίας: η περίπτωση ενός Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής
The implementation of the Common Assessment Framework in the assessment of administrative and efficiency of nursing service in General Hospital of island region.
Απόστολος Ευκαρπίδης **34**

Διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ
Exploring the psychosocial needs and satisfaction of the family of patients hospitalized in the Intensive Care Unit
Ευθυμία Χαλκίδη, Θάλεια Μπελλάλη, Ασημίνα Κυρομίτη, Ανδρέας Κοσμάς, Σοφία Παπότη, Νικόλαος Καπραβέλος **44**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ **56**

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ **58**

EDITORIAL

Ειδικευμένοι νοσηλευτές: αναγκαιότητα ή πολυτέλεια;

Θεοδώρα Καυκιά
Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Πρόσφατα, γνωστοποιήθηκε έγγραφο του Υπουργείου Υγείας που αφορά στις διαδικασίες υποψηφιότητας για τη συμμετοχή σε προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας, για το έτος 2016-2017. Με αφορμή την εν λόγω διαδικασία, θα μπορούσε κανείς να αναρωτηθεί για την αναγκαιότητα ύπαρξης ειδικευμένων/εξειδικευμένων νοσηλευτών.

Η νοσηλευτική ως επάγγελμα μορφοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα με ηγετική φιγούρα εκείνη της Florence Nightingale. Τις επόμενες δεκαετίες η νοσηλευτική, ως επιστήμη και τέχνη, εδραιώθηκε και επεκτάθηκε σε πολλούς τομείς παροχής υγειονομικής φροντίδας, με πρώτη την κοινοτική νοσηλευτική, η οποία άρχισε να διδάσκεται στο Πανεπιστήμιο Columbia το 1899, ενώ είχε προηγηθεί λίγα χρόνια πριν (1893) ο Καναδάς, όπου νοσηλεύτριες ασκούσαν το επάγγελμά τους σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές (Hodgkin 1977). Οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη και τεχνολογία που επιτεύχθηκαν κατά τον 20ο αιώνα κατέδειξαν την ανάγκη για ειδικευμένους νοσηλευτές τόσο σε παραδοσιακούς τομείς φροντίδας (παθολογική, χειρουργική, παιδιατρική, ψυχική υγεία και κοινοτική νοσηλευτική) όσο και σε πιο εξειδικευμένους χώρους (επείγουσα και εντατική φροντίδα ενηλίκων και νεογνών, αναισθησιολογική νοσηλευτική κ.α.). Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές, έχοντας τις θεωρητικές και κλινικές γνώσεις και δεξιότητες συνεργάζονται με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας, με στόχο την παροχή εξατομικευμένης, ασφαλούς και βασισμένης σε ενδείξεις φροντίδας. Συμβάλλουν στη διαμόρφωση θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή και την οικογένειά του, συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία (Sangster-Gormley et al 2015) και στη διαμόρφωση των πλάνων φροντίδας, διασφαλίζοντας έτσι την υψηλή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας χωρίς να αυξάνεται το οικονομικό κόστος (Blackwell et al 2015, Baxter & Leary 2011, IOM 2011, Vidall et al 2011).

Επιπλέον, στους χώρους παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, ο ειδικευμένος νοσηλευτής έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών (Bryant-Lukosious et al 2015), μειώνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (De Grasse & Nicklin 2001, Graham et al 2010), τις λοιμώξεις και τις κατακλίσεις (Kleinpell 2007), καθώς και τις επαναεισαγωγές με το ίδιο πρόβλημα υγείας (Kleinpel 2007, Petkar et al 2011).

Στην Ελλάδα, αναφορικά με τις νοσηλευτικές ειδικότητες που παρέχονται από το Υπουργείο Υγείας, το κύριο πρόβλημα αποτελεί το αναχρονιστικό πρόγραμμα ειδίκευσης, ο περιορισμός των ειδικοτήτων σε τέσσερις (παθολογική, χειρουργική, παιδιατρική και ψυχικής υγείας), η προϋπόθεση της διετούς ευδόκιμης υπηρεσίας, αλλά κυρίως η αδυναμία τροφοδότησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων με συμμετέχοντες νέους νοσηλευτές, καθώς είναι πολύ έντονη η έλλειψη προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία. Τέλος, η απουσία μοριοδότησης, η ανάγκη για μετακίνηση σε άλλη πόλη από αυτή της μόνιμης κατοικίας και η δυνατότητα, εκ του νόμου, τοποθέτησης σε τμήμα εργασίας μη συναφές με το αντικείμενο της εκπαίδευσης του νοσηλευτή μετά την επιστροφή του στην εργασία, αποτελούν σημαντικά αποτρεπτικά στοιχεία για την παρακολούθηση αυτών των προγραμμάτων.

Στο ίδιο πλαίσιο κινούνται και οι εξειδικεύσεις - ειδικές εκπαιδεύσεις (νεφρολογική, αιμοδοσίας, χειρουργείου και αναισθησιολογίας), οι περισσότερες από τις οποίες είναι ουσιαστικά ανενεργές.

Η προσφορά κλινικών προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών (ΠΜΣ) από ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα καλύπτει ένα ευρύ φάσμα κατευθύνσεων (γαστρεντερολογική νοσηλευτική, επείγουσα και εντατική, ογκολογική και ανακουφιστική φροντίδα, παιδιατρική, πρόληψη και έλεγχος λοιμώξεων, φροντίδα στο σακχαρώδη διαβήτη, χειρουργική, νευρολογικά νοσήματα, πρωτοβάθμια φροντίδα, ψυχική υγεία κλπ) με οικονομικό κόστος όμως, που καλύπτει αποκλειστικά ο νοσηλευτής με ίδια μέσα, χωρίς, συνήθως, να λαμβάνει εκπαιδευτική άδεια και οικονομικές απολαβές μετά την αποφοίτηση, παρά μόνο επωφελείται της βαθμολογικής ανέλιξης και ικανοποιεί την προσωπική του επιθυμία για μάθηση και διεύρυνση – επικαιροποίηση των γνώσεων. Ωστόσο, τα ΠΜΣ έχουν εντελώς διαφορετικό στόχο, σε σχέση με τα προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων. Εστιάζουν περισσότερο στην αύξηση θεωρητικών γνώσεων πάνω σε διάφορα αντικείμενα της νοσηλευτικής επιστήμης, παρέχοντας ένα ακαδημαϊκό τίτλο σπουδών. Τα προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων είναι μικρότερα σε διάρκεια, πραγματοποιούνται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, με θεωρητικά μαθήματα, αλλά και κλινική άσκηση, και δεν παρέχουν επίσημο ακαδημαϊκό τίτλο σπουδών.

Οι νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν τη δυνατότητα μετά το βασικό πτυχίο της νοσηλευτικής να ακολουθήσουν ετήσιες, συνήθως, περαιτέρω σπουδές ώστε να αποκτήσουν τον τίτλο του Nurse Practitioner (NP) ή του Ειδικού Κλινικού Νοσηλευτή (Clinical Nurse Specialist, CNS). Για την απόκτηση των παραπάνω τίτλων απαιτούνται, από το 2014, μεταπτυχιακές σπουδές. Η ειδοποιός διαφορά μεταξύ των δύο κατευθύνσεων είναι ότι οι πρώτοι εργάζονται ιδιωτικά στην κοινότητα και έχουν τη δυνατότητα εκ του νόμου να συνταγογραφούν, ενώ οι δεύτεροι εργάζονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα χωρίς, συνήθως, τη δυνατότητα της συνταγογράφησης (Stenner et al 2011). Οι Ειδικοί Κλινικοί Νοσηλευτές εντοπίζουν και αντιμετωπίζουν τις υγειονομικές ανάγκες των ατόμων, υγιών και ασθενών, εργάζονται για την προαγωγή της υγείας και την ευεξία των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα νοσηλευτικών ειδικοτήτων, όπως κοινοτική/πρωτοβάθμια φροντίδα, παιδιατρική νοσηλευτική, ογκολογική/ανακουφιστική φροντίδα, νεφρολογική & νευρολογική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας και ατόμων με αναπηρίες ή Σακχαρώδη Διαβήτη. Παράλληλα με τις κλινικές τους αρμοδιότητες, ασχολούνται με την εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, αλλά και την έρευνα (Vidall et al 2011, Royal College of Nursing 2014).

Στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού, στις ΗΠΑ και τον Καναδά, οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν τον τίτλου του Ειδικού Κλινικού Νοσηλευτή (Clinical Nurse Specialist, CNS), του Nurse Practitioner (NP), της/του Πιστοποιημένης/ου Μαίας/Μαιευτή (Certified Nurse Midwife, CNM) και του Πιστοποιημένου Νοσηλευτή Αναισθησιολογίας (Certified Nurse Anaesthetist, CRNA). Οι διαδικασίες απόκτησης του τίτλου του ειδικού νοσηλευτή στις ΗΠΑ, καθώς και οι αρμοδιότητές του, είναι όμοιες με αυτές του αντίστοιχου Βρετανού με τη διαφοροποίηση ότι προβλέπεται κλινική άσκηση 500 ωρών και επιπλέον αρμοδιότητα της εκπαίδευσης φοιτητών νοσηλευτικής. Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές μπορούν να ασκήσουν ελεύθερο επάγγελμα ή να απασχολούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τον κλινικό χώρο, όπως στην ψυχική υγεία (πρώτη επίσημη ειδίκευση από τις αρχές του 20ου αιώνα), την επείγουσα και εντατική φροντίδα και σε γενικά ή εξειδικευμένα τμήματα (Goudreau et al 2007, Bryant-Lukosius et al 2010, Gordon et al 2012, Patten & Goudreau 2012). Επίσης, είναι δυνατό να παρέχουν γενετική συμβουλευτική και παρέμβαση (Γενετική Νοσηλευτική) ή να συμμετέχουν στην ομάδα εμπειρογνωμόνων δικαστικών λειτουργών (Νομική ή Ιατροδικαστική Νοσηλευτική) (IOM 2011, Foster & Flanders 2014).

Στην Ελλάδα, παίρνοντας ως παράδειγμα μια νοσηλευτική εξειδίκευση/ειδική εκπαίδευση, όπως είναι αυτή της νεφρολογικής φροντίδας, θα λέγαμε ότι απαιτούνται γνώσεις και δεξιότητες που δεν καλύπτονται από τα βασικά προγράμματα σπουδών της νοσηλευτικής, αφού στα περισσότερα νοσηλευτικά τμήματα των ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων της χώρας μας δεν διδάσκεται το μάθημα της Νεφρολογικής νοσηλευτικής ή διδάσκεται ως μάθημα επιλογής. Ωστόσο, ο νεφρολογικός ασθενής χρειάζεται ιδιαίτερα περίπλοκη φροντίδα, η οποία είναι απαραίτητο να παρέχεται διεπιστημονικά (ιατροί, νοσηλευτές, διαιτολόγοι, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι). Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση του προσωπικού στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης και περιτοναϊκής κάθαρσης, στην πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών της νόσου ή της θεραπείας, στην εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας, καθώς και στην ψυχολογική προσέγγιση και παροχή συμβουλευτικής τόσο πριν, όσο και μετά, την ένταξη σε θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας ή κατά την αναμονή μεταμόσχευσης.

Η συμμόρφωση του ασθενή στη θεραπευτική αγωγή (διαιτητική, φαρμακευτική ή κάθαρση) είναι ζωτικής σημασίας. Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές νεφρολογίας με την καθημερινή τους επαφή με τους ασθενείς είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και αντιμετωπίζουν τις ανάγκες τους και εξαιτίας αυτής της επαφής, μπορούν να επηρεάσουν της συμπεριφορά τους και να συμβάλλουν στη βελτίωση της συμμόρφωσης (Renal Physicians Association 2015).

Συμπερασματικά, έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε χώρους με μη τυποποιημένες διαδικασίες και κλινικά πρωτόκολλα, χωρίς ειδικευμένους/εξειδικευμένους νοσηλευτές, είναι πιθανό να εμφανίσουν αυξημένη θνησιμότητα λόγω της πλημμελούς φροντίδας, γεγονός που μειώνει την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα (Bolton 1998, Aiken et al 2008, Davis & Zuber 2014, Wierdsma et al 2016).

Στο παραπάνω πλαίσιο κρίνεται απαραίτητο να υιοθετηθεί από την πολιτεία η πρόταση του ΝΠΔΔ των νοσηλευτών, της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΝΕ), για την αναθεώρηση, αναβάθμιση και αύξηση του αριθμού των προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων/εξειδικεύσεων με ταυτόχρονη παροχή πιστοποίησης και κινήτρων για τους νοσηλευτές, όπως είναι η μοριοδότηση, η προσαύξηση στις αποδοχές και η βαθμολογική εξέλιξη. Στην κατεύθυνση της αναβάθμισης του ρόλου των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, αλλά και της αντιμετώπισης της έλλειψης προσωπικού, κινείται και η περαιτέρω πρόταση της ΕΝΕ για τη συμμετοχή στα προγράμματα ειδικοτήτων και άνεργων νοσηλευτών, σε ποσόστωση 20%-80%, τροποποιώντας την προϋπόθεση της διετούς ευδόκιμης υπηρεσίας. Κατά τη διάρκεια του χρόνου εκπαίδευσης, οι άνεργοι νοσηλευτές θα προσλαμβάνονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου.

Ολοκληρώνοντας, θα πρέπει να τονιστεί ότι για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων θα πρέπει να υποβάλλονται σε συνεχείς διαδικασίες αξιολόγησης από εγκεκριμένους και αρμόδιους φορείς που μπορεί να είναι ανώτατα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα, σε συνεργασία το Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου των Νοσηλευτών (ΕΝΕ), που στους στόχους του είναι να προάγει και να προστατεύει το νοσηλευτικό επάγγελμα σε όλα τα επίπεδα.

Ας ελπίσουμε ότι τα προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων θα τύχουν της κατάλληλης αναγνώρισης και θα ικανοποιούν το στόχο τους που είναι η εξειδίκευση των νοσηλευτών σε συγκεκριμένα κλινικά πεδία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Baxter J. & Leary A. (2011). Productivity gains by specialist nurses. *Nursing Times* 107(30-31): 15-17.

Blackwell C. & Felber Neff D. (2015). Certification and education as determinants of nurse practitioner scope of practice: An investigation of the rules and regulations defining Nurse Practitioner scope of practice in the United States. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 27: 552-557.

Bolton W.K. (1998). Nephrology nurse practitioners in a collaborative care model. *American Journal of Kidney Diseases* 31(5): 786-793.

Bryant-Lukosius D., Carter N., Reid K., Donald F., Martin-Misener R., Kilpatrick K., Harbman P., Kaasalainen S., Marshall D., Charbonneau-Smith R. & DiCenso A. (2015). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21(5): 763-781.

Bryant-Lukosius D., Carter N., Kilpatrick K., Martin-Misener R., Donald F., Kaasalainen S., Harbman P., Bourgeault I. & DiCenso A. (2010). The clinical nurse specialist role in Canada. *Nursing Leadership* 23(special issue): 140-166.

Davis J.S. & Zuber K. (2014). Advanced practitioners are nephrology's future. *Nephrology News and Issues* 28(6): 14-16.

De Grasse C. & Nicklin W. (2001). Advanced nursing practice: old hat, new design. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 14(4): 7-12.

Foster J. & Flanders S. (2014). Challenges in Clinical Nurse Specialist Practice and Education. *The On-line Journal of Issues in Nursing* 19(2): manuscript 1.

Gordon J., Lorilla J. & Lehman C. (2012). The role of the clinical nurse specialist in the future of health care in the United States. *Perioperative Nursing Clinics* 7: 343-353.

Goudreau K., Baldwin K., Clark A., Fulton J., Lyon B., Murray T., Rust J.E. & Sendelbach S. for the National Association of Clinical Nurse Specialists. (2007). A vision of the future for clinical nurse specialists. *Clinical Nurse Specialist* 21(6): 310-320.

Graham L., Neal C.P., Garcea G., Lloyd D.M., Robertson G.S. & Sutton C.D. (2010). Evaluation of nurse-led discharge following laparoscopic surgery. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18(1): 19-24.

Hodgkin K. (1977). The family practice nurse. *Canadian Medical Association Journal* 116: 829-830.

Institute of Medicine. (2011). The future of nursing: leading change, advancing health. Washington DC: The National Academic Press.

Kleinpell R.M. (2007). Advance Practice Nurses: invisible champions? *Nursing Management* 38(5): 18-22.

Mullerr A., McCauley K., Harringhton P. et al. . (2011). Evidence-based practice implementation strategy: the central role of the clinical nurse specialist. *Nurse Administration Quarterly* 35: 140-151.

Patten S. & Goudreau K. (2012). The bright future for clinical nurse specialist practice. *Nursing Clinics of North America* 47(2): 193-2003.

Petkar S., Bell W., Rice N., Iddon P., Cooper P., McKee D., Curtis N., Hanley M., Stuart J., Mackway Jones K. & Fitzpatrick A.P. (2011). Initial experience with a rapid access blackouts triage clinic. *Clinical Medicine* 11(1): 11-16.

Renal Physicians Association. Position on Development of Effective Collaborative Practice Models for Chronic Renal Care. (2015). *Clinical Nephrology* 84(5): 255-256

Royal College of Nursing factsheet: Specialist nursing in the UK. (2014) in https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0018/501921/4.13_RCN_Factsheet_on_Specialist_nursing_in_UK_-_2013.pdf (assessed July 2016).

Sangster-Gormley E, Griffith J, Schreiber R, Feddema A, Boryki E & Thompson J. 2015. Nurse practitioners changing health behaviours: one patient at a time. *Nursing Management* 22(6): 26-31.

Stenner K.L., Courtenay M. & Cannons K. (2011). Nurse prescribing for inpatient pain in the United Kingdom: a national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 48(7): 847-855

Vidall C., Barlow H., Crowe M., Harrison I. & Young A. (2011). Clinical nurse specialists: essential resource for an effective NHS. *British Journal of Nursing* 20(17): S23-S27.

Wierdsma J.M., Vervoort S.C., Van Zuilen A.D., Berkhout N.C. & Gundlach P.J. (2016). Evaluation of the role of nurse practitioners in MASTERPLAN. *Journal of Renal Care* 42(1): 23-33.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η Μεθοδολογία υλοποίησης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία.

Θεοδώρα Μαλάμου
Νοσηλεύτρια, MSc, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη. Μονάδα Αιμοδυναμικού εργαστηρίου,
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων « Γ. Χατζηκώστα »

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διοίκηση ολικής ποιότητας(ΔΟΠ) (Total Quality Management-TQM), στις υπηρεσίες υγείας, είναι μια σύγχρονη διοικητική φιλοσοφία, για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, ως σύνολο, με την συμμετοχή όλων των εργαζόμενων, σε όλα τα επίπεδα. Η έννοια της ποιότητας διακρίνεται στην τεχνική, τη διαπροσωπική ποιότητα και την ξενοδοχειακή υποδομή, έχοντας ως επίκεντρο την ικανοποίηση των ασθενών. Οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας της ΔΟΠ, στους οργανισμούς, για επιχειρηματική αριστεία σε συνεχές ανταγωνιστικό μεταβαλλόμενο περιβάλλον, είναι η δέσμευση της ηγεσίας, η εστίαση στον χρήστη-πελάτη υγείας, η συνεχής επικοινωνία με τους εργαζόμενους, η υποκίνηση, η ενθάρρυνση και η επιβράβευσή τους, η εκπαίδευση και επιστημονική κατάρτιση, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι αλληλένδετες σχέσεις με τους προμηθευτές, η ενεργή συμμετοχή των εργαζόμενων, η δημιουργία αντιπροσωπευτικών δεικτών, ο καθορισμός στόχων και η βαθμολόγηση αποδόσεων, η διαρκής αξιολόγηση αποτελέσματος και συνεχή ανασκόπηση και τέλος, η αναθεώρηση των διαδικασιών του προγράμματος. Σκοπός του παρόντος άρθρου, είναι μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, να εισαγάγει τη μεθοδολογία υλοποίησης ενός έργου ΔΟΠ, στις υπηρεσίες υγείας, ως καθημερινή βέλτιστη πρακτική, με έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ΔΟΠ συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος καθώς και στη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της ηγεσίας, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση όλων. Η ΔΟΠ αποτελεί μια καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Χρειάζεται ολοκληρωμένη προσπάθεια, προσέγγιση της βελτίωσης της ποιότητας από την ηγεσία και εισαγωγή της στην κουλτούρα των εργαζομένων.

Λέξεις Κλειδιά: Διοίκηση ολικής ποιότητας, ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα, υπηρεσίες υγείας, management

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Θεοδώρα Μαλάμου
Σεφέρη 16,Τ.Κ.45500, Ανατολή, Ιωάννινα
Τηλ. 26510 37716, 6947209532
e-mail: dmalamou@gmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 21/03/2016
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 22/07/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η ΔΟΠ είναι μια διοικητική φιλοσοφία, για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, ως σύνολο, με τη συμμετοχή όλων των εργαζόμενων, σε όλα τα επίπεδα.**
- **Είναι ένα συνεχές πρόγραμμα, που ενσωματώνεται καθημερινά σε όλες τις δραστηριότητες της μονάδας υγείας.**
- **Η έννοια της ποιότητας στην υγεία, περιλαμβάνει διαστάσεις και χαρακτηριστικά που έχουν επίκεντρο την ικανοποίηση των ασθενών.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύγχρονη διοικητική λειτουργία που γνωρίζει ιδιαίτερη ανάπτυξη την τελευταία δεκαετία, ως το καλύτερο και το αποδοτικότερο μοντέλο διοίκησης, στην αποτελεσματική αξιοποίηση των παραγωγικών πόρων (ανθρώπινων, υλικών, τεχνικών) για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων του οργανισμού (Κουτουζής 1999, Μπουραντάς 2002), είναι η διοίκηση ολικής ποιότητας – ΔΟΠ (Total Quality Management-TQM). Η ΔΟΠ προσαρμόζεται σε συνθήκες συνεχούς αλλαγής και στηρίζεται στην ενεργή κινητοποίηση των συνεργατών, για βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της επιχείρησης (Ahire et al 1996, Lee et al 2010, Talib et al 2012).

Η ΔΟΠ εμφανίζεται, ως το μέσο που μπορεί να εφαρμοστεί και στις μονάδες υγείας για την αύξηση της αποδοτικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Johnson & Omachonu 1995, Faloudah et al 2015). Σε ένα περιβάλλον που εξελίσσεται συνέχεια, λόγω κοινωνικοπολιτικών αλλαγών και συνεχούς τεχνολογικής εξέλιξης, με την εμφάνιση νέων κινδύνων για την υγεία και την παγκοσμιοποιημένη ανταγωνιστική αγορά, η διοίκηση ενός νοσοκομείου, καλείται να υλοποιήσει αποφάσεις. Οι αποφάσεις, έχουν ήδη ληφθεί στη βάση των μετρήσιμων στόχων, στοχεύοντας με τις κατάλληλες ενέργειες να επιτευχτεί βέλτιστο επίπεδο υγειονομικών ποιοτικών υπηρεσιών (Ennis & Harrington 1999).

Τα τελευταία 30 χρόνια οι δαπάνες για την υγεία έχουν διπλασιαστεί, χωρίς να σημαίνει, ότι επιφέρουν και τα αναμενόμενα αποτελέσματα (WHO 2006). Η ΔΟΠ, εμπεριέχει σε μεγάλο βαθμό την έννοια του ελέγχου. Ο έλεγχος έχει ιδιαίτερη σημασία στην επίτευξη στόχων και στη συγκράτηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η εφαρμογή προγραμμάτων ΔΟΠ και πιο συγκεκριμένα η εφαρμογή συστημάτων ποιότητας, σε νοσηλευτικό ίδρυμα δίνει αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης στους ασθενείς-χρήστες υπηρεσιών υγείας (Hughes 2008, McFadden et al 2009). Βελτιώνεται, θεματικά η διαχείριση των αποθεμάτων και των πόρων, εξοικονομώντας χρόνο και κεφάλαια σε περίοδο συνεχούς εξελισσόμενου ανταγωνισμού (Yusuf et al 2007). Επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας της παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με τη συνεχή βελτίωση του ποιοτικού αποτελέσματος (Lee 2012, Talib et al 2013).

Σκοπός του παρόντος άρθρου, είναι μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, να εισαγάγει τη μεθοδολογία υλοποίησης ενός προγράμματος ΔΟΠ στις υπηρεσίες υγείας, ως καθημερινής βέλτιστης πρακτικής, με έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, στόχος ήταν οι επαγγελματίες υγείας, να ενημερωθούν και να υιοθετήσουν προγράμματα διοίκησης ποιότητας, για την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

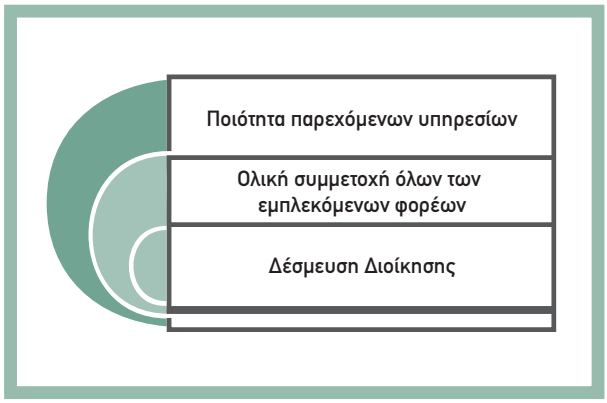
Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ - ΔΟΠ (TOTAL QUALITY MANAGEMENT - TQM)

Η ΔΟΠ είναι μια διοικητική φιλοσοφία, για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού ως σύνολο, με τη συμμετοχή όλων των εργαζόμενων, σε όλα τα επίπεδα. Αποτελεί ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας, σε όλα τα στάδια των διεργασιών του οργανισμού και όχι μόνο στην παραγωγή ή την εξυπηρέτηση των πελατών (Seetharaman et al 2006, Evans & Lindsay 2011). Ο Oakland (2012), αναφέρει ότι η ΔΟΠ, είναι μια προσπάθεια για αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της δομής όλου του οργανισμού. Ουσιαστικά τα στοιχεία της ΔΟΠ, όπως προκύπτει και από το όνομα παρουσιάζονται στον πίνακα 1 (Λογοθέτης 1992, Lau & Anderson 1998, Oakland 2012).

Το στοιχείο Διοίκησης: αναφέρεται στη δέσμευση της διοίκησης σε όλες της δραστηριότητες του οργανισμού, για τη συνεχή υποστήριξη της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το στοιχείο της ολικής συμμετοχής: μια συνολική συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων (εργαζόμενοι, προμηθευτές, ασθενείς) (Lau & Anderson 1998, Dayton 2003), ενώ το στοιχείο της ποιότητας: εμπεριέχει εκπλήρωση απαιτήσεων, προσδοκιών των πελατών - ασθενών (Sit et al 2009). Ως πελάτης θεωρείται εσωτερικός και εξωτερικός. Η έννοια του πελάτη, εμπεριέχει τελικούς καταναλωτές, χρήστες προϊόντων

και εργαζόμενους σε όλες τις βαθμίδες, οι οποίοι συμμετέχουν στην παραγωγή και επηρεάζουν την προσφερόμενη ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 1. Βασικά στοιχεία της ΔΟΠ



Πηγή: Lau R.C.M & Anderson C.A. (1998). A three dimensional perspective of total Quality management. *International Journal of Quality and Reliability Management* 15(1): 87-89

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Περιεχόμενο της ποιότητας στο χώρο της υγείας

Η ποιότητα ως έννοια υφίσταται από το 1950. Από τότε έως και σήμερα, έχουν δοθεί διάφορες ερμηνείες, από διάφορους υποστηρικτές. Σύμφωνα με τον Deming (1993), «καλή ποιότητα είναι ένας προβλέψιμος βαθμός αξιοπιστίας, με χαμηλό κόστος και σύμφωνα με τις απαιτήσεις της αγοράς». «Ποιότητα είναι η συμμόρφωση στις απαιτήσεις» (Crosby 1980). Ο ευρύτερα χρησιμοποιημένος ορισμός, είναι «η ποιότητα να ικανοποιεί και υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών» (Evans & Lindsay 2011).

Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας, είναι πιο σύνθετη και πολύπλοκη, σε σχέση με τις επιχειρήσεις, που η ποιότητα για ένα είδος (προϊόν ή υπηρεσία) είναι ταυτόσημη με την τήρηση προδιαγραφών του προϊόντος. Βασικός σκοπός είναι να μην υπάρχουν αποκλίσεις από διαδικασίες και τελικό αποτέλεσμα (Crosby 1980). Στις υγειονομικές μονάδες, η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές προσεγγίσεις. Όταν στην υγεία, αναφέρεται ελάττωμα ή έλλειψη, σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της κακής πρακτικής στις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες (Gilbert et al 1992, Τούντας 2003, Lillrank 2015). Η βάση της βελτίωσης σύμφωνα με τον Gilbert et al (1992), είναι η πρόληψη των ίδιων λαθών, σε όλα τα επίπεδα της παροχής της υπηρεσίας και η διακοπή μέχρι να εξακριβωθεί το λάθος.

Ο Donabedian (1980), ορίζει την ποιότητα, ως «τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, αφού υπολογιστούν όλες οι ωφέλειες και οι απώλειες, που πρόκειται να αντιμετωπιστούν σε μια διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης» (Theodorakioglou & Tsiotras 2000, Harteloh 2003). Σύμφωνα με τον Black (1990), υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, είναι όταν παρέχει αποτελεσματική φροντίδα, ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε πελάτη, που παρέχεται δίκαια, αποδοτικά, αποτελεσματικά και ανθρώπινα. Ο Kronenfeld (2006), ορίζει την ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ως το βαθμό κατά τον οποίο, οι παρεχόμενες υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητά αποτελέσματα σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και είναι σύμφωνα με τη σύγχρονη ιατρική γνώση.

Η Ποιότητα συμβαδίζει με την ικανοποίηση του πελάτη, τις προσδοκίες και αντιλήψεις του. Ως ικανοποίηση, μπορεί να οριστεί ο βαθμός κατά τον οποίο οι προσδοκίες των ασθενών, επιβεβαιώνονται με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι (Naidu 2009, Faloudah et al 2015).

Διαστάσεις και χαρακτηριστικά της ποιότητας.

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, συνίσταται σε τρεις επιμέρους διαστάσεις, σύμφωνα με τον Donabedian (1980): την τεχνική ποιότητα (technical quality), τη διαπροσωπική ποιότητα (Interpersonal) και τη ξενοδοχειακή υποδομή. Η τεχνική ποιότητα εκφράζει γνώση, επιστημονική κατάρτιση, επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας, για το όσο γίνεται καλύτερο επιθυμητό αποτέλεσμα, με όλα τα επιστημονικά, τεχνολογικά μέσα που έχουν οι υπηρεσίες στη διάθεση τους. Επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας, προκειμένου να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα (Καϊτελίδου 2010).

Η διαπροσωπική ποιότητα, εστιάζεται στις προτιμήσεις, ανάγκες των ασθενών, στην επιλογή των κατάλληλων μεθόδων στην ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας, στις απαιτήσεις των ασθενών. Η ξενοδοχειακή υποδομή αφορά το χώρο και συνθήκες περιβάλλοντος που προσφέρεται η φροντίδα. Οι διαστάσεις αυτές, συσχετίζονται με ποικίλους τρόπους για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αφορούν, όλη την παραγωγική διαδικασία του συστήματος παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας. Εστιάζονται, στη σωστή αξιοποίηση των εισροών του συστήματος (οικονομικοί πόροι, ανθρώπινο δυναμικό, υλικοτεχνική υποδομή), στις διαδικασίες (εξετάσεις, λήψη ιστορικού, διάγνωση, θεραπεία, επανέλεγχος, αποκατάσταση) που εφαρμόζονται για την παροχή φροντίδας, μέχρι και στα αποτελέσματα της όλης διαδικασίας (βελτίωση επιπέδου υγείας, ποιότητας ζωής) (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς 2002, Λιαρόπουλος 2010).

Υπάρχουν, μερικά χαρακτηριστικά που προσδίδουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, στην απόδοση των υπηρεσιών υγείας, που σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) (2002) είναι: η φροντίδα να χορηγείται με το σωστό τρόπο, την κατάλληλη επιστημονική γνώση, για το επιθυμητό αποτέλεσμα, να ικανοποιηθεί ο ασθενής

σύμφωνα με τις ανάγκες του, να υπάρχει ασφάλεια όσον αφορά τη μείωση των ανεπιθύμητων κινδύνων για τους χρήστες και για εμπλεκόμενους φορείς και φυσικά, να υπάρχει αναλογία των αποδόσεων της φροντίδας, προς τις πηγές και τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν (εκτίμηση κόστους - αποτελέσματος). Τελική, θετική έκβαση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού **(πίνακας 2)**

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά υψηλής ποιότητας

Χαρακτηριστικά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας
Κατάλληλη φροντίδα
Επιστημονική γνώση
Ικανοποίηση αναγκών ασθενών
Ασφάλεια-μείωση ανεπιθύμητων κινδύνων-ενεργειών
Εκτίμηση κόστους -αποτελέσματος
Θετική έκβαση υγείας-βελτίωση υγείας

Πηγή: WHO (2002). *A Background for national quality Policies in health systems.* Copenhagen

Η ΔΟΠ περιλαμβάνει στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στοχεύοντας στη διασφάλιση της ποιότητας. Διαθέτει μέτρα, γίνεται λεπτομερής καταγραφή και ανάλυση των διαδικασιών και του αποτελέσματος (Gilbert et al 1992, Κοράκη & Πέππας 2013, Mosadeghrad 2014a). Η ΔΟΠ υιοθετεί μια προσέγγιση μείωσης του κόστους, με ταυτόχρονη αύξηση της ικανοποίησης και κατά επέκταση της εμπιστοσύνης των πελατών - χρηστών υγείας, μέσω διαρκών βελτιώσεων, οι οποίες οδηγούν σε ένα αναβαθμισμένο σύνολο, δίνοντας έτσι ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Zhang et al 2000, Talib & Rahman 2010).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο στόχος της ΔΟΠ, είναι να γίνει κατανοητή η σχέση μεταξύ πελάτη και προμηθευτή και να γίνουν αντιληπτές, οι ανάγκες των πελατών. Η ΔΟΠ δεν είναι απλώς ένα σχέδιο που εφαρμόζεται και στη συνέχεια εγκαταλείπεται. Είναι ένα συνεχές πρόγραμμα, που ενσωματώνεται καθημερινά σε όλες τις δραστηριότητες της μονάδας. Προϋποθέτει αποτελεσματικό σύστημα διοίκησης ποιότητας που ξεκινά από την ιεραρχία και επεκτείνεται οργανωτικά προς τα κάτω, χαρακτηρίζοντας όλη τη λειτουργία του οργανισμού (Sarathy 2013).

Αν και δεν υπάρχουν μοντέλα απόλυτα, εισαγωγής, υιοθέτησης και συνεχούς εφαρμογής ΔΟΠ, υπάρχουν όμως κρίσιμα βήματα, για τη μετάβαση προς τη διοίκηση με αρχές ολικής ποιότητας. Πριν από την ανάπτυξη ενός συστήματος ΔΟΠ, ο οργανισμός θα πρέπει να αξιολογήσει το εσωτερικό, εξωτερικό περιβάλλον και να προσδιορίσει την αποστολή και το όραμα του (Μποχώρης 2008, Fotopoulos & Psomas 2010).

Σύμφωνα με τους Talib & Rarhman (2010), υπάρχουν κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας της ΔΟΠ, που μπορεί να βοηθήσουν τους οργανισμούς να επιτύχουν επιχειρηματική αριστεία και να προσαρμοστούν στο συνεχές ανταγωνιστικό μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Αυτό το οργανωτικό μοντέλο, μπορεί να εφαρμοστεί και στους οργανισμούς υγείας και να επιφέρει ανάλογα αποτελέσματα (Faloudah et al 2015).

Τα βήματα για την υιοθέτηση της Διοίκησης ολικής ποιότητας (Ovretveit 2000, Μποχώρης 2008, Talib & Rarhman 2010, Talib 2013, Mosadeghrad 2014b, Faloudah et al 2015) παρουσιάζονται στον **πίνακα 3.**

Πίνακας 3. Βήματα υλοποίησης ΔΟΠ – Αποτελέσματα προγράμματος

ΒΗΜΑΤΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΔΟΠ	**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**
1. Δέσμευση -υποστήριξη της ηγεσίας	• *Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών*
2. Εστίαση στον πελάτη -χρήστη υπηρεσιών υγείας	• *Αύξηση της ικανοποίησης εσωτερικών -εξωτερικών πελατών*
3. Διαρκής επικοινωνία με τους εργαζόμενους	• *Ανταγωνιστικότητα των παραγόμενων υπηρεσιών*
4. Συνεχής βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών	• *Αύξηση της παραγωγικότητας*
5. Συμμετοχή και δέσμευση όλων των εργαζόμενων	• *Μείωση κόστους εργασιών*
6. Αλληλένδετες σχέσεις με τους προμηθευτές	• *Επικοινωνία - Πληροφόρηση, ενίσχυση εργασιακών σχέσεων*
7. Υποκίνηση, ενθάρρυνση και επιβράβευση των εργαζόμενων	• *Η φροντίδα παρέχεται στο σωστό χρόνο*
8. Δημιουργία αντιπροσωπευτικών δεικτών, καθορισμός στόχων	
9. Διαρκή αξιολόγηση αποτελέσματος και σύγκριση με τους στόχους, βαθμολόγηση αποδόσεων	
10. Διαρκής ανασκόπηση και αναθεώρηση των διαδικασιών του προγράμματος	

Πηγή: Talib F., & Rahman Z. (2010). Critical Success Factors of TQM in Service Organizations: A Proposed Model. *Services Marketing Quarterly* 31 (3): 363-381.

Δέσμευση, υποστήριξη από την ηγεσία. Ο ρόλος των ανώτερων στελεχών είναι κύριος στον προγραμματισμό, οργάνωση, επίτευξη στόχων και παρακολούθηση της διαδικασίας συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών (Ovretveit & Gustafson 2003, Marley et al 2004). Η καθοδήγηση και η στήριξη της διοίκησης, πρέπει να είναι διάχυτη στον οργανισμό και να μπορεί να υποστηρίξει τη δημιουργία κουλτούρας φιλικής προς την ποιότητα, κατάρτιση πλάνου δράσης με τη συνεργασία των εργαζομένων, αλλά και με συμβούλους για θέματα ποιότητας με σκοπό το σχεδιασμό της και την υλοποίηση της, δέσμευση και σωστή αξιοποίηση οικονομικών πόρων, ενέργειας και χρόνου (Jackson 2001). Η εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης, η δημιουργία και η συντήρηση οράματος ποιότητας, παρακίνηση, επιβράβευση, αξιολόγηση και διόρθωση (Mosadeghrad 2013, Backstrom et al 2014), μαζί με την γνώση και την συνεχή επιμόρφωση σε θέματα διοίκησης ποιότητας από τα ανώτερα στελέχη, θα επιφέρουν αποτελέσματα (Jackson 2001, Chen et al 2004).

Εστίαση στον πελάτη - χρήστη υπηρεσιών υγείας. Ένας πρωταρχικός στόχος του οργανισμού, είναι να καλύψει ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών. Ο ασθενής διαμορφώνει προσδοκίες σχετικά με τα οφέλη της φροντίδας (Harrigton et al 2001, Sofaer & Firminger 2005). Η γνώμη του σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει, συνδέεται με αυτές τις προσδοκίες και τις αξίες του.

Η ικανοποίηση αφορά προσβασιμότητα, ικανότητα προσωπικού, γραφειοκρατική διαδικασία, υλικοτεχνική υποδομή, ασφάλεια θεραπευτικής φροντίδας, συνέχεια στην φροντίδα, πληροφόρηση, επαγγελματικές δεξιότητες προσωπικού. Συγκεκριμένα, πρέπει να επισημανθούν και να αναλυθούν οι ανάγκες, να υπάρξει πρόγραμμα, σχεδιασμός διοικητικών διεργασιών και κλινικής φροντίδας (Lillrank 2015, Kamra et al 2015).

Διαρκής επικοινωνία με τους εργαζόμενους και υλοποίηση προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης. Οι εργαζόμενοι είναι υπεύθυνοι, για την ποιότητα του προϊόντος που παράγεται και ο καθένας χωριστά, για την δική του εργασία. Οφείλουν, να γνωρίζουν τι κάνουν, χωρίς σπατάλη χρόνου και εργασίας (Dahlgaard et al 2002). Όλες οι βαθμίδες, χρειάζεται να διαθέτουν ανάλογες τεχνικές δεξιότητες, για παρεχόμενη υψηλή επιστημονικά υπηρεσία, που με την ανάλογη επιμόρφωση σε νέες μεθόδους και τεχνικές, θα υπάρξει βέλτιστο αποτέλεσμα (Triagarajan & Zairi 1997, Jackson 2001).

Τα νοσηλευτικά τμήματα, που λειτουργούν με προγράμματα συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών, έχουν πιο ικανοποιημένους εργαζόμενους και ασθενείς, ιδιαίτερα όταν υπάρχει η συμμετοχή των δύο πλευρών (Kammerlind et al 2004). Η εκπαίδευση αναφέρεται στο σχέδιο υλοποίησης της ολικής ποιότητας, ανασκόπηση βασικών ιδεών, διαδικασιών και εκμάθηση δεξιοτήτων για την υποστήριξη διαδικασιών παροχής προκαθορισμένης ποιότητας και βελτίωσης.

Συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι διαδικασία μείωσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα. Σκοπός είναι η καλύτερη συνολική ενέργεια αλλά και διορθωτικές ενέργειες. Οι περισσότεροι οργανισμοί συγκροτούν ομάδες (κύκλοι ποιότητας) και καθορίζουν συμβούλια ποιότητας, προκειμένου να υπάρχει επίβλεψη της πορείας των διαδικασιών της προσπάθειας για διαρκή βελτίωση (Al - Assaf & Sheikh 2004).

Ο κύκλος ποιότητας είναι μια ομάδα ατόμων - εργαζόμενων σε επίπεδο διευθύνσεων, τομέων, τμημάτων και γραφείων, με σκοπό να αναλύσουν και να διευθετήσουν συγκεκριμένα προβλήματα της εργασίας τους, να επιφέρουν στον οργανισμό το επιθυμητό αποτέλεσμα με λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις και στο μικρότερο κόστος (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς 2012). Γίνεται εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης, προσδιορισμός των προβλημάτων, καταστάσεις που συμβάλλουν στην αρμονική συνεργασία μεταξύ του προσωπικού του νοσοκομείου, με πρωταρχικό σκοπό τη λήψη αποφάσεων, πρωτοβουλιών και ανάληψη ευθυνών (Τζωρτζάκη & Τζωρτζάκης 2002).

Η συμμετοχή και η δέσμευση όλων των εργαζόμενων, είναι υποχρεωτική στην εφαρμογή της ΔΟΠ (Ennis & Harrington 1999, Dayton 2003). Η δυνατότητα επίλυσης των προβλημάτων, αυξάνεται με την κοινή προσπάθεια. Τα μέλη αισθάνονται, ότι αγωνίζονται για ένα κοινό σκοπό. Βοηθούν το ένα το άλλο στον αποκλεισμό λαθών, για βέλτιστο αποτέλεσμα, με οφέλη για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς (Ovretreit 2003, Downey - Ennis et al 2004).

Αλληλένδετες σχέσεις με τους προμηθευτές. Ανάπτυξη σχέσεων και καλής συνεργασίας με τους προμηθευτές για τη διαχείριση των αναγκών των ασθενών. Ανάπτυξη νέας τεχνογνωσίας και εισαγωγή πληροφοριών (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου 2011, Faloudah et al 2015).

Υποκίνηση, ενθάρρυνση και επιβράβευση των εργαζόμενων. Οι εργαζόμενοι πρέπει να έχουν την απαιτούμενη υποκίνηση, προκειμένου να υιοθετήσουν καινούργιες αξίες, να νιώθουν ότι προσφέρουν και να παίρνουν επιβράβευση για αυτό, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην ανάδειξη των ιδιαίτερων ικανοτήτων τους σε κάθε αντικείμενο εργασίας. Αισθάνονται, δεσμευμένοι ως προς την ανάγκη για ποιοτικό αποτέλεσμα, με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στο βραχύτερο χρόνο (Karia & Hasmi Abu Hassan Asaari 2006, Lee et al 2012). Η ηγεσία οφείλει να αναγνωρίσει και να εκτιμά τις προσπάθειες και τα επιτεύγματα των εργαζόμενων. Επίσης οφείλει να ενισχύει το ομαδικό πνεύμα, την επικοινωνία, την ανατρο-

φοδότηση, ενδυνάμωση και την προσωπική ανάπτυξη (Ugboro & Obeng 2000).

Δημιουργία αντιπροσωπευτικών δεικτών, καθορισμός στόχων και μέτρησης. Βασικό σημείο στην υλοποίηση προγράμματος ΔΟΠ, είναι η ανίχνευση των αναγκών των πελατών (εσωτερικών και εξωτερικών) και να διενεργούνται μετρήσεις που αντανακλούν την ικανοποίηση των αναγκών (Naidu 2009). Απαραίτητη προϋπόθεση, ο καθορισμός στόχων, η εξάλειψη λαθών στη θεραπεία με την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και ο ορισμός δεικτών μέτρησης ποιότητας (Chassin & Leob 2013, Al-Assaf & Sheikh 2004).

Οι Δείκτες Αξιολόγησης είναι μετρήσιμα στοιχεία των παρεχόμενων υπηρεσιών και μπορούν, να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών, δίνοντας σημαντικά στοιχεία για το επίπεδο υγείας, αλλά και συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας υγείας (Ψαρόπουλος 2010). Οι δείκτες αφορούν τη δομή του οργανισμού (Παπακωστίδη & Τσουκαλά 2012), μέθοδοι αξιολόγησης, οργάνωση ανθρώπινου δυναμικού, σύνολο αναπτυγμένων κλινών, νοσηλευτές ανά κλίνη (Καϊτελίδου 2010, Παπακωστίδη & Τσουκαλά 2012). Δείκτες που εκτιμούν τις διαδικασίες, που δίνουν πληροφορίες για το τι συμβαίνει στον ασθενή από τη διάγνωση μέχρι και την έξοδο του, την κατάσταση αναμονής, αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία, εφαρμογή διασφάλισης ποιότητας, χρήση ενδεδειγμένων επιστημονικών πράξεων, κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις. Δείκτες αποτελέσματος που εστιάζουν, στις συνέπειες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στο επίπεδο υγείας των ατόμων αλλά και του πληθυσμού, ποσοστό επιβίωσης, υποτροπές νόσου, ικανοποίησης ασθενών (Ader et al 2001, Mainz 2003) και δείκτες αποδοτικότητας, αναφορικά με το διάστημα εναλλαγής, Μ.Δ.Ν, ρυθμός εισροής.

Διαρκή αξιολόγηση αποτελέσματος και σύγκριση με τους στόχους, βαθμολόγηση αποδόσεων (Benchmarking) του οργανισμού (Talib et al 2011). Οι λειτουργίες και οι διαδικασίες παρακολουθούνται και αξιολογούνται συνεχώς, για να υπάρχει γνώση κάθε φορά στα στελέχη, για το τι ακριβώς συμβαίνει. Εάν, από την σύγκριση των αποτελεσμάτων, με βάση κριτήρια που έχουν καθοριστεί από την αρχή, υπάρχουν αποκλίσεις, απαιτείται λήψη διορθωτικών μέτρων. Η σύγκριση στοχεύει στο εντοπισμό των αποκλίσεων μεταξύ επιθυμητού και πραγματοποιηθέντος (Jackson 2001, Mosadeghrad 2006a).

Διαρκής ανασκόπηση και αναθεώρηση των διαδικασιών του προγράμματος. Η πρόοδος της ΔΟΠ βασίζεται στη συστηματική ανασκόπηση και στον έλεγχο της βελτίωσης της ποιότητας (Ovretveit 2000, Carman 2010). Επανεκτιμάται η όλη διαδικασία, καθορίζονται αναθεωρήσεις και νέοι στόχοι υψηλότεροι. Ωστόσο η λεπτομερής καταγραφή της παρεχόμενης φροντίδας, η εξαγωγή δεικτών, ο καθορισμός προτύπων για τη σύγκριση της απόδοσης, είναι απαραίτητα όχι μόνο για την εφαρμογή ΔΟΠ, αλλά για όλους τους υγειονομικούς οργανισμούς (Cheng et al 1999, WHO 2003).

Τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει ένας οργανισμός υγείας από την υιοθέτηση ενός προγράμματος ΔΟΠ (Oakland & Rorter 1999, Jackson 2001, Ovretveit 2004, Talib & Rarhman 2010 ,Talib 2013) είναι:

- Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Αύξηση της ικανοποίησης εσωτερικών - εξωτερικών πελατών.
- Αύξηση της ανταγωνιστικότητας των παραγόμενων υπηρεσιών.
- Αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων σε όλες τις βαθμίδες.
- Μείωση κόστους εργασιών. Εξετάζονται όλες οι διεργασίες, ώστε να μειωθεί η σπατάλη και η μη παραγωγική διαδικασία. Καλύτερο ποιοτικό αποτέλεσμα με το όσο δυνατόν μικρότερο κόστος.
- Αναπτύσσονται καλές διαδικασίες επικοινωνίες και πληροφόρησης, Ενισχύονται οι σχέσεις μεταξύ των εργαζόμενων.
- Η φροντίδα παρέχεται στον σωστό χρόνο.

ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΔΟΠ

Η εισαγωγή ΔΟΠ, απαιτεί κατάλληλες προϋποθέσεις, σχεδιασμό ενεργειών, υπευθυνοτήτων και μέσων, στηριζόμενα στις βασικές αρχές που την διέπουν. Στην εφαρμογή της, που δεν είναι καθόλου εύκολη, στους πολύπλοκους οργανισμούς υγείας, εμφανίζονται συχνά εμπόδια και λάθη. Διαπιστώνεται έλλειψη συμμετοχής της διοίκησης, άρνηση των εργαζόμενων να συμμετέχουν σε αντίστοιχα προγράμματα (Jackson 2001, Chen et al 2004, Mosadeghrad 2014a). Η μη συμμετοχή του ιατρικού προσωπικού, δημιουργεί δυσκολία στην υιοθέτηση και την συνέχιση ενός προγράμματος ΔΟΠ (Shortell et al 1998, Wardhani et al 2009).

Η έλλειψη ομαδικής εργασίας και συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων, απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για κατάρτιση και ενίσχυση των εργαζόμενων σε όλες τις βαθμίδες (Wardhani et al 2009, Mosadeghrad 2014a). Αδυναμία θεώρησης των προβλημάτων, από όλες τις πλευρές προκειμένου να βρεθεί λύση (Brashier et al 1996).

Ανεπαρκείς οικονομικοί πόροι (Ovretveit 2000, Mosadeghrad 2014a). Η χρησιμοποίηση του υψηλού κόστους, ως δικαιολογία για τη μη εφαρμογή της ΔΟΠ, αναφέρεται στην υποστήριξη νέων τεχνολογιών και στην προσαρμογή του οργανισμού στο συνεχές αναπτυσσόμενο περιβάλλον της ιατρικής (Mosadeghrad 2013). Οι μάνατζερ και οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν την έλλειψη χρόνου, ως εμπόδιο, προκειμένου να επικεντρωθούν

σε προγράμματα ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης που θα φέρουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Ovretveit 2000). Έλλειψη οργανωμένης πληροφόρησης και χρήσης στοιχείων. Ένα πρόγραμμα ολικής ποιότητας, χρειάζεται αξιόπιστα στοιχεία, για αποτελέσματα αξιόπιστα και η μέτρηση τους να είναι συνεπής (Chen et al 2004, Wardhani et al 2009).

Τα Εμπόδια κουλτούρας στον οργανισμό, δυσχεραίνουν τη διοίκηση ποιότητας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να δίνουν έμφαση σε αξίες που συνδέονται άμεσα με την εξασφάλιση της ποιότητας (Henry 2001, Wardhani et al 2009). Να υπάρχει η βεβαιότητα, ότι η υποστήριξη προγράμματος ΔΟΠ, θα έχει θετικές αλλαγές, στους ίδιους και στον οργανισμό. Η κάθε αλλαγή, σε κάτι καινούργιο, συνδέεται λίγο ή πολύ με αβεβαιότητα, ως προς τα χαρακτηριστικά και τις συνέπειες στα άτομα (Grol et al 2002, Mosadeghrad 2006b). Οι εργαζόμενοι έχουν την εντύπωση, ότι θα στερηθούν δύναμη, αξία ή περιεχόμενο εργασίας, που απολαμβάνουν στην κατεστημένη κατάσταση (Stephens 1994, Scott et al 2003). Οι ομάδες ποιότητας, θα πρέπει να λαμβάνουν την ευθύνη για το αποτέλεσμα της εργασίας τους, να μετρούν την απόδοση τους, να προγραμματίζουν και να εφαρμόζουν βελτιωτικές ενέργειες.

Πέρα από τα εμπόδια που υπάρχουν, τα τελευταία χρόνια, αρκετοί οργανισμοί (ISO 9000, 2000, ΕΛΟΤ), έχουν αναπτυχθεί για να υποστηρίξουν τις υπηρεσίες υγείας στην εφαρμογή της ΔΟΠ, σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Παρέχουν υπηρεσίες πιστοποίησης και διασφάλισης ποιότητας – τελειότητας, μέσα από συγκεκριμένα εννοιολογικά πλαίσια και μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας σε όλους τους τομείς του οργανισμού. Οι σημαντικότεροι, είναι το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM (European Foundation For Quality Management) στην Ευρώπη, το SERVQUAL (εργαλείο μέτρησης και υπολογισμού της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσίων), το διεθνές και το εθνικό βραβείο ποιότητας MBNQA (Malcolm Baldrige National Quality Award) στις ΗΠΑ, το ISO 9000:2000, το Joint commission of Administration of Health Care Organizations (JCAHO), το Balanced Scorecard και το Six Sigma Approach (Μπουραντάς 2002, Zelmen et al 2003, Χλέτσος 2014)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η ΔΟΠ είναι ένα συνεχές πρόγραμμα, που ενσωματώνεται καθημερινά σε όλες τις δραστηριότητες των μονάδων υγείας. Προϋποθέτει αποτελεσματικό σύστημα διοίκησης ποιότητας που ξεκινά από τη διοίκηση και επεκτείνεται οργανωτικά προς τα κάτω, χαρακτηρίζοντας όλη τη φιλοσοφία λειτουργίας του οργανισμού. Δεν είναι απλώς, ένα σχέδιο που εφαρμόζεται και στη συνέχεια εγκαταλείπεται. Συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων των υγειονομικών υπηρεσιών, στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος, συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της ηγεσίας, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση όλων. Η εισαγωγή της σε έναν οργανισμό απαιτεί κατάλληλες προϋποθέσεις, σχεδιασμό ενεργειών, υπευθυνοτήτων και μέσων, στηριζόμενα στις βασικές αρχές που τη διέπουν.

Τα νοσοκομεία αποτελούν βασικές υπηρεσίες υγείας, που θα πρέπει να υποστηρίζονται από ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας. Η ποιότητα ενδιαφέρει καταρχήν τους ασθενείς, χρήστες υπηρεσιών υγείας, τους επαγγελματίες υγείας, αυτούς που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς) και την κοινωνία. Συνεπάγεται ουσιαστικά, οφέλη υγειονομικά (έγκαιρη διάγνωση, αποτελεσματική αντιμετώπιση, πρόληψη επιπλοκών), οικονομικά (μείωση του κόστους, με την βελτίωση της ποιότητας, και εξοικονόμηση πόρων από περιορισμό των εξετάσεων, του συνολικού χρόνου νοσηλείας, από θεραπείες που δεν είναι οι ενδεικνυόμενες) και κοινωνικά (αίσθηση εκπλήρωσης του σκοπού, περιορισμός της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των μονάδων υγείας, ενίσχυση της εικόνας του κράτους). Ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των εργαζόμενων και η ασφάλεια τους, η ικανοποίηση που αποκομίζουν από το έργο τους, ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους. Όλοι οι μηχανισμοί, μέσα από ένα οργανωμένο πρόγραμμα ΔΟΠ, συμβάλλουν στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, έχουν την ικανότητα να συλλέγουν τις αναγκαίες πληροφορίες για την καταγραφή και την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η πρόκληση, που έχουν να αντιμετωπίσουν οι οργανισμοί υγείας, το τελευταία χρόνια, είναι η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, που διαφοροποιούν τις δραστηριότητες για τη βελτίωση της καλής υγείας των πολιτών, την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενειών, αλλά και τη διαχείριση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων των εργαζομένων τους. Οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι είναι περιορισμένοι. Οι εργαζόμενοι αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο στη νέα διοικητική φιλοσοφία. Ο προσανατολισμός στην ποιότητα, την δημιουργικότητα, την ικανοποίηση των χρηστών υγείας, με την μέτρηση της αποδοτικότητας, κάνει την ΔΟΠ να είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Η συμμετοχή όλων των εργαζομένων, ανεξαρτήτου ιεραρχικής βαθμίδας, αποτελεί το κλειδί της επιτυχούς, αποτελεσματικής εισαγωγής, εφαρμογής και αξιολόγησης προγραμμάτων ποιότητας.

Η ύπαρξη ενός νομοθετικού πλαισίου θα μπορούσε να βοηθήσει αρκετά, αλλά δεν διασφαλίζει την ουσία της εφαρμογής, γιατί πέρα από την τυπική ακολουθία του νόμου, χρειάζεται ολοκληρωμένη προσπάθεια και προσέγγιση της βελτίωσης της ποιότητας από την ηγεσία, εισαγωγή της ποιότητας στην κουλτούρα των εργαζομέ-

νων, ενώ απαιτείται όραμα με ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Η ΔΟΠ έχει αποτελέσει ένα ουσιαστικό βήμα στη βελτίωση των υγειονομικών οργανισμών, ιδιαίτερα μετά την κρίση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας τα τελευταία χρόνια, όπου ο έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών που παράγουν, αποτελεί πρωταρχικό στόχο και είναι βασική ευθύνη της διοίκησης του οργανισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ader M., Beresson K., Carlsson P., Granath M. & Urwitz V. (2001). Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International* 16(2): 187-195.

Ahire S., Waller M. & Golhar D. (1996). Quality Management in TQM versus non-TQM firms: an empirical investigation. *International Journal of Quality and Reliability Management* 13(8): 8-27.

Al - Assaf A. & Sheikh M. (2004). Quality improvement in primary health care. A Practical guide. WHO. Cairo.

Backstrom I., Lagrosen Y. & Erikson L. (2014). Change of the quality management Culture through health-promotion activities? *Total Quality Management & Business Excellence* 25(11-12): 1236-1246.

Black N. (1990).Quality assurance of medical care. *Journal of puplic health medicine* 12(2): 97-104.

Brashier L., Sower V., Motwani J & Savoie M. (1996). Implementation of TQM/CQI in the health care industry: A Comprehensive model. *Benchmarking for Quality Management & Technology* 3(2): 31-50.

Carman J., Shortell S., Foster R., Hughes E., Boerstler H., O'Brien J. & O' Connor. (1996). Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health care management review* 21(1): 48-60.

Chassin M. & Loeb J. (2013) High-Reliability Health Care: Getting There from Here *The Milbank Quarterly* 91(3): 459-490.

Chen H.K., Chen H.Y, Wa H.H & Lin W.T. (2004). TQM Implementation in a healthcare and Pharmaceutical Logistics Organization: The Case of Zuelling pharma in Taiwan. *Journal of Total Quality Management and Business Excellence* 15(9-10): 1171-1178.

Cheng Lim P., Tang N. & Jackson P. (1999). An innovative framework for health care Performance measurement. *Managing Service Quality: An International Journal* 9(6): 423-433.

Crosby P. (1980). *Quality is free.* New York, NY: Mentor Books.

Dahlgaard J., Kristensen K. & Kanji G. (2002). Fundamentals of *Total Quality Management.* 6h edition. London & New York: Taylor and Francis.

Dayton N. (2003). The demise of total quality management (TQM). *The TQM Magazine* 15(6): 391-396.

Deming W.E. (1993). *The new economics for industry, government and education.* Second edition. London England. Cambridge MA: Massachusettes Institute of Technology.

Donabedian A (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment* Administration Press.

Downey-Ennis K., Harrington D. & Williams B. (2004). Head and Heart in Quality Implementation - Applying the Quality Philosophy within Irish Healthcare Institutions. *Total Quality Management* 15(8): 1143-1153.

Ennis K., Harrington D. (1999). Factors to consider in the implementation of quality Within Irish healthcare. *Managing service Quality: An International Journal* 9(5): 320-326

Ennis K. & Harrington D. (1999). Quality management in Irish health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 12(6): 232-243.

Evans R. J. & Lindsay M.W. (2011). *The Management and control of Quality.* South Westen Cengage Learning. 8th edition International.

Faloudah A., Qasim S. & Bahumayd M. (2015). Total Quality Management in health. *International Journal of computer Amplications* 120(12): 22-24.

Fotopoulos CH. & Psomas E. (2010). The Structural Relationships between Total Quality Management Factors and Organizational Performance. *The TQM Journa*l. 22(5): 539-552.

Gilbert F., Lumpkin J. & Dant R. (1992). Adaptation and customer expectations of health care options. *Journal of health care Management* 12(3): 46-55.

Grol R., Baker R. & Moss F. (2002). Quality improvement research: understanding the Science of change in health care. *Quality Safety Health Care* 11(2): 110-111.

Harrington J., Noble L. & Newman S. (2004). Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *The Leading International Journal for communication in health* 52(1): 7-16.

Harteloh P. (2003). The meaning of Quality in health care: A conceptual Analysis. *Health care Analysis* 11(3): 259-267.

Henry S. (2001). Developing a culture of quality within the United Kingdom health Care Quality system. *International Journal of Health care Quality Assurance* 14(4): 174-180.

Jackson S. (2001). Successfully implementing total quality management tools within Healthcare: what are the key action? *International Journal of Health care Quality Assurance* 14(4): 157-163.

Jennings B.M. & McClure. (2004). Strategies to advance health care quality. *Nursing outlook*. 52(1):17-22.

Johnson J. & Omachonu V. (1995). Total Quality Management as a health care Corporate strategy. *International Journal of health care Quality Assurance* 8(6): 23-28.

Hughes R. (2008). Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. In: Patient *Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality* (US).

Kammerlind P., Dahlgaard J. & Rutberg H. (2004). Climate for Improvement and the effects on Performance in Swedish Healthcare- a survey in the country council of Ostergotland. *Total Quality Management and Business Excellence* 15(7): 909-924.

Kamra V., Singh H. & Kumar De K. (2015). Factors affecting patient satisfaction: an exploratory study for quality management in the health-care sector. *Total Quality Management & Business Excellence*: 1-15.

Karia N. & Hasmi Abu Hassan Assari. (2006). The effects of total quality management practices on employees' work-related attitudes. *The TQM Magazine* 18(1): 30-43.

Kronenfeld J. (2006), Access, Quality and Satisfaction: Three Critical Concepts in Health Services and Health Care Delivery. *Research in the Sociology of Health Care* 24: 3-14.

Lau R.C.M & Anderson C.A. (1998). A three dimensional perspective of total Quality management. *International Journal of Quality and Reliability Management* 15(1): 87-89.

Lee D.H. (2012) Implementation of Quality Programs in Health Care Organizations. *Service Business*. 6: 387-404.

Lee V.H., Ooi K.B., Sohal A. & Loong chong A.Y. (2012). Structural relationship between TQM practices and learning organisation in Malaysia's manufacturing industry. *Production Planning &*

Control: The Management of Operations 23(10-11): 885-902.
Lee VH., Ooi KB., Tan BI. & Chong AL. (2010). A Structural Analysis of the relationship between *TQM practices and product innovation. Asian Journal of Technology Innovation* 18(1): 73-96.
Lillrank P. (2015). Small and big quality in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 28 (4): 356-366.
Mainz J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality health care* 15(6): 523-530.
Marley K., Collier D. & Goldstein M. (2004). The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals. *Decision Sciences* 35(3): 349-369.
McFadden K., Henagan S., & Gowen C. (2009). The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management* 27(5): 390-404.
Mosadeghrad M.A. (2006a). A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction. *Leadership in Health Services* 19(2): 11-28.
Mosadeghrad M.A. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of health care Quality Assurance* 26(2): 147-173.
Mosadeghrad M.A. (2014a). Why TQM programmes fail? A pathology approach. *The TQM journal* 26(2): 160-187.
Mosadeghrad M.A. (2014b).Essentials of total quality management: a meta-analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 27(6): 544-558.
Mosadeghrad M.A. (2006b). The Impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. *The TQM Magazine* 18(6): 606- 625.
Naidu A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and health quality. *International Journal of health care Quality Assurance* 22(4): 366-381.
Oakland J.S. & Rorter LS. (1999). *Total Quality Management.* Oxford: Butterworth Heinemann.
Oakland J.S. (2012). Oakland on Quality Management. Oxford: Butterworth Heinemann.
Ovretveit J. (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of health care Quality Assurance* 17(7): 368-376.
Ovretveit J. (2000). The Economics of quality-a practical approach. *International Journal of Health care Quality Assurance* 13(5): 200-207.
Ovretveit J. (2003). What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).* Copenhagen Denmark.
Ovretveit J. & Gustafson D. (2003). Improving the quality of health care Using research to inform quality programmes *British Medical Journal, International edition* 326(5): 759-61.
Sarathy P.S. (2013). TQM Practice in Real-Estate Industry Using AHP. *Quality Quantity* 47(4): 2049- 2063.
Seetharaman A., Sreenirasan A. & Boom LP. (2006). Critical Success Factors of Total Quality Management. *Quality and Quantity.* 2006. 40: 675-695.
Scott T., Mannion R., Huwt D. & Marshall M. (2003). Implementing Culture Change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in healthcare* 15(2): 111-118.
Shortell S., Bennett C. & Byck G. (1998). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on clinical Practice: What it will take to Accelerate Progress. *Milbank Quarterly* 76(4): 593-624.
Sit W.Y., Ooi K.B., Lin B. & Loong Chong A.Y. (2009). TQM and Customer Satisfaction in Malaysia's Service Sector. *Industrial Management and Data Systems* 109 (7): 957-975.
Sofaer S. & Firminger K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health* 26: 513-559.
Stephens R. (1994). Cost, quality and reform. *Health care Executive* 9(1): 23
Talib F. & Rahman Z. (2010). Critical Success Factors of TQM in Service Organizations: A Proposed Model. *Services Marketing Quarterly.* 2010a. 31 (3): 363-380.
Talib F., Rahman Z. & Qureshi M.N. (2010).The Relations between Total Quality Management and Quality Performance in the service industry: A Theoretical Model. *International Journal of Business Management and Social Science* 1(1): 113-128.
Talib F., Rahman Z. & Azam M. (2011). Best Practices of Total Quality Management Implementation in health care settings. *Health Marketing Quartering* 28(3): 232-252.
Talib F. (2013). An Overview of Total Quality Management: Understanding the Fundamentals in Service Organization. *International Journal of Advanced Quality Management* 1(1): 1-20.
Talib F., Rahman Z. & Qureshi MN. (2013). An Empirical Investigation of Relationship between Total Quality Management Practices and Quality Performance in Indian Service Companies. *International Journal of Quality and Reliability Management* 30 (3): 280-318.
Theodorakioglou Y. & Tsiotras G. (2000). The need for the introduction of quality management into the Greek healthcare. *Total quality management* 11(8): 1153-1165.
Thiagarajan T. & Zairi M. (1997). A review of total Quality management in practice: understanding the Fundamentals through examples of best practice application- Part I. *The TQM Magazine.* 9(4): 270-286.
Ugboro I. & Obeng K. (2000).Top management leadership, employee empowerment, job satisfaction and customer satisfaction in TQM organizations: an empirical study. *Journal of Quality management* 5(2): 247-272
Wardhani V., Utarini A., Van Dijk J., Post D. & Groothoff J. (2009). Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health Policy* 89: 239-25.
World Health Organization WHO (2006). Quality of care. A progess for making strategic choice in health systems. France.
World Health Organization WHO (2002). A Background for national quality Policies in health systems. Copenhagen. Available at: http://apps.who.int/iris/handle/10665/107458 {Accessed 07 December 2015}.
World Health Organization WHO (2003). What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? Copenhagen Denmark.
Yusuf Y., Gunasecaren A. & Dan G. (2007). Implementation of TQM in China and Organizational Performance: An Empirical Investigation. *Total Quality Management.* 18 (5): 509-530.
Zhang Z., Waszink A. & Wijngaard J. (2000). An Instrument for Measuring TQM Implementation for Chinese Manufac turing Companies. *International Journal of Quality and Reliability Management.* 17 (7): 730-755.
Zelman W., Pink G. & Matthias C. (2003). Use of the Balanced Scorecard in health care. *Journal of Health care finance* 29(4): 1-16.
Καϊτελίδου Δ. (2010). Ποιότητα και Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στο: Λ. Λιαρόπουλος. *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας & Συστημάτων Υγείας, Α΄τόμος* Αθήνα. Βήτα.
Κουτούζης Μ. (1999). Διοίκηση ενός οργανισμού. Στο: Κ. Δίκαιος, Κουτουζής Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι. & Χλέτσος Μ. *Βασικές αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) υπηρεσιών Υγείας.* Πάτρα. Ε.Α.Π.
Κοράκη Α.& Πέππας Χ. (2013). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα;. *Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρίας Κέρκυρας* 1(9): 25-31.
Λογοθέτης Ν. (1992). Μάνατζμεντ Ολικής ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC. *Interbooks.* Αθήνα TQM Hellas.
Λιαρόπουλος Λ. (2010). Η έννοια του συστήματος υγείας. Στο: Λιαρόπουλος Λ. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α΄τόμος.* Αθήνα. Βήτα.
Μάρκοβιτς Γ. & Μοναστηρίδου Σ. (2011). Ο ρόλος των επαγγελματιών και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης* 1(4): 51-56.

Μποχώρης Γ. (2008). Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής ποιότητας. Στο: Μποχώρης Γ. *Διοίκηση Ολικής ποιότητας και Διαχείριση περιβάλλοντος, Α΄τόμος*. Πάτρα Ε.Α.Π.

Μπουραντάς Δ. (2002). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Στο: Δ. Μπουραντάς. *Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες πρακτικές*, 3η. Αθήνα. Μπένου.

Παπακωστίδη Α. & Τσουκαλάς Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29(4): 480-488.

Τζωρτζάκη Α. & Τζωρτζάκης Κ. (2002). *Οργάνωση και Διοίκηση*. Αθήνα. Rosili.

Τούντας Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 20(5): 532-546.

Χλέτσος Μ. (2014). Διοίκηση ολικής ποιότητας μονάδων υγείας. *Διδακτικές σημειώσεις στο εξ αποστάσεως πρόγραμμα εκπαίδευσης «Συνεχιζόμενη κατάρτιση οικονομία και κοινωνία»* Ε.Ε.Ο.Κ.Π Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Ψαρόπουλος Χ. (2010). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Μοντέλα Διοίκησης Ολικής ποιότητας. Μετά ISO εποχή-απαιτήσεις. Αθήνα. Διαθέσιμο στο: http://www.psaropouloschristos.com/ Πρόσβαση: 12/03/2016.

The implementation methodology of Total Quality Management in health services, as a best practice operation.

Theodora Malamou
Nurse, MSc, Deputy Head Cardiac Catheterization Laboratory, General Hospital of Ioannina "G. Chatzikosta

ABSTRACT
Total Quality Management - TQM (Total Quality Management-TQM), health services, is a modern management philosophy to improve the quality and efficiency of the organization as a whole, with the involvement of all employees, at all levels. According to the research data, the concept of quality is distinguished in technical, interpersonal quality and hotel infrastructure and focuses on patient satisfaction. The Critical success factors of TQM, organizations for business excellence in continuous competitive changing environment, is the management commitment, customer focus, constant communication with employees, encouragement and reward, education and scientific training, continuous improvement quality of service, interdependent relationships with suppliers, active employee participation, creation of representative indicators, targets and benchmarking, continuous outcome assessment and continuous review, review of program procedures. The purpose of this article is through the review of Greek and international literature, to introduce the methodology of a project TQM, to health services, as everyday best practice, with emphasis on quality of service. According to the literature review, TQM contributes to improving the quality of health services, the cultivation of team spirit, cooperation between health professionals and leadership, with a view to satisfy all. TQM is purely anthropocentric theory of organization and administration. We need comprehensive effort approach to improving the quality of leadership and the introduction of the culture of workers.

Keywords: Total Quality Management, management, health services, quality, patient satisfaction

Corresponding Author:
Theodora Malamou, Seferi 16, P.C. 45500, Anatoli, Ioannina
Tel.: +30 26510 37716, 6947209532
e-mail:dmalamou@gmail.com

Submission Date: 21/03/2016
Publication Date: 22/07/2016

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Επιδράσεις της Γιόγκα (Yoga) στους ασθενείς με καρκίνο: Δευτερογενής Ανάλυση των Συστηματικών Ανασκοπήσεων / Μετα-Αναλύσεων

Δήμος Μαστρογιάννης[1], Άννα Μπίθα[2]
1. Καθηγητής Εφαρμογών, PhD, MSc, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Στερεάς Ελλάδας
2. Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το μοντέλο της παραδοσιακής δυτικής ιατρικής ολοένα και περισσότερο εμπλουτίζεται με εναλλακτικές μεθόδους διαχείρισης και αντιμετώπισης των ασθενειών. Η γιόγκα είναι μία τεχνική σωματικών ασκήσεων, μεθόδων αναπνοής, διαλογισμού και χαλάρωσης η οποία θεωρείται ότι ενδεχομένως έχει ευεργετικές επιδράσεις στους ασθενείς με καρκίνο.

Σκοπός: η κριτική αξιολόγηση και παρουσίαση των ευρημάτων των συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων που είναι διαθέσιμες στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με τις επιδράσεις της γιόγκα στους ασθενείς με καρκίνο.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε πέντε (5) βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus, EMBASE, Web of Science και Cochrane Database of systematic Reviews. Για την κριτική της υπάρχουσας βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis, ενώ η ποιοτική αξιολόγηση των υπό μελέτη ανασκοπήσεων έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια του Assessment of Multiple Systematic Reviews. Κριτήρια για την ένταξη των άρθρων στη παρούσα μελέτη ήταν η Αγγλική γλώσσα, η διεξαγωγή μελετών σε ενηλίκους και η εκτίμηση της επίδρασης της γιόγκα ως μεθόδου παρέμβασης.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν 16 σχετικές μελέτες, που εντοπίστηκαν. Τα ευρήματα βρέθηκαν να είναι αντικρουόμενα, παρόλο που υπάρχουν ενδείξεις που ευνοούν τη γιόγκα σε ορισμένους τύπους καρκίνου. Συγκεκριμένα, αναφέρεται βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ελάττωση του άγχους, βελτίωση της ψυχικής υγείας και της κόπωσης, αλλά όχι ελάττωση του πόνου, στις γυναίκες με καρκίνο μαστού. Επίσης, δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική επίδραση σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες.

Συμπεράσματα: Η επίδραση της γιόγκα φαίνεται να επηρεάζει σε μικρό βαθμό την ποιότητα ζωής, την κόπωση, τις διαταραχές ύπνου, το άγχος και την κατάθλιψη ασθενών με καρκίνο. Παρόλο που έχουν διεξαχθεί αρκετές τυχαιοποιημένες μελέτες, δεν μπορεί να διατυπωθεί το συμπέρασμα για το αν η γιόγκα είναι ωφέλιμη σε όλες τις περιπτώσεις καρκίνου και συνεπώς χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από τα άτομα που την εφαρμόζουν.

Λέξεις Κλειδιά: Γιόγκα, καρκίνος, παρέμβαση

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Άννα Μπίθα
Διεύθυνση Επικοινωνίας: Δανάης 12, Γέρακας, Αθήνα
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: annabith@gmail.com
Τηλέφωνο: 6939246099

Ημερομηνία Υποβολής: 30/04/2016
Ημερομηνία Δημοσίευσης:10/07/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η γιόγκα φαίνεται να έχει θετικές επιδράσεις στα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης και στη βελτίωση της ΣΥΠΖ**
- **Η γιόγκα φαίνεται ότι επηρεάζει σε μικρό βαθμό τις διαταραχές ύπνου. Δεν ελαττώνει τα επίπεδα πόνου**
- **Σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού η γιόγκα φαίνεται να δρα θετικά ενώ δεν έχει σημαντική επίδραση σε άνδρες με άλλου τύπου καρκίνου, όπως λέμφωμα Hodgkin's, καρκίνο πνεύμονα ή γαστρεντερικού συστήματος**
- **Οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν τα οφέλη και τους ενδεχόμενους κινδύνους από την υιοθέτηση της γιόγκα ως μέθοδο παρέμβασης σε ασθενείς με καρκίνο και να τη συστήνουν με προσοχή**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μοντέλο της παραδοσιακής δυτικής ιατρικής ολοένα και περισσότερο εμπλουτίζεται με συμπληρωματικές και εναλλακτικές μεθόδους διαχείρισης και αντιμετώπισης των ασθενειών που προέρχονται από την Ανατολή. Η δημοτικότητα της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής είναι αξιοσημείωτη, με τον επιπολασμό χρήσης των συμπληρωματικών και εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας να ανέρχεται στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής στο 42% (Eisenberg et al 1998) και στο 20% στο Ενωμένο Βασίλειο (Ernst & White 2000).

Η γιόγκα ανήκει στην κατηγορία των συμπληρωματικών και εναλλακτικών παρεμβάσεων που είναι γνωστές ως θεραπείες σώματος - μυαλού (mind-body therapies) που έχουν στόχο να βελτιώσουν την ικανότητα του νου να επιδρά στις σωματικές λειτουργίες και τα συμπτώματα (Kramlich 2014). Η λέξη γιόγκα (yoga) προέρχεται από την σανσκριτική ρίζα "yuj" που σημαίνει ενώνω-ένωση ("to yoke", "to join"). Εμφανίστηκε στην Ινδία περίπου το 3000 π.Χ. σύμφωνα με αρχαιολογικές μαρτυρίες (Raj 1994) και περιλαμβάνει τεχνικές σωματικών ασκήσεων (asanas), μεθόδων αναπνοής (pranayama), διαλογισμού (dhyana), ψαλμών (mantras) και διδασκαλιών φιλοσοφικών θεωριών (sutras), με σκοπό την προαγωγή της υγείας και της χαλάρωσης (Satchidananda 2011). Περίπου 31 εκατομμύρια ενήλικων Αμερικανών πολιτών έχουν εξασκηθεί στη γιόγκα κυρίως για πρόληψη ασθενειών και για ανακούφιση από πόνους στη μέση (Cramer et al 2016).

Η πρώτη τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη για τα οφέλη της γιόγκα δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Lancet το 1975, με ευρήματα που υπόσχονταν μια νέα και ωφέλιμη προσέγγιση στην αντιμετώπιση της υπέρτασης, καθώς η γιόγκα αποδείχθηκε πιο αποτελεσματική μέθοδος από την ξεκούραση για τη μείωση της υψηλής αρτηριακής πίεσης (Patel 1975). Έκτοτε ακολούθησαν πολλές μελέτες με το συνολικό αριθμό άρθρων που σχετίζονται με τη γιόγκα στη βάση δεδομένων PubMed από το1950-2012 να ανέρχεται σε 2.099, εκ των οποίων 498 (24%) να είναι κλινικές μελέτες (yoga trials) και 324 συστηματικές ανασκοπήσεις (McCall 2014). Σε πρόσφατες δημοσιεύσεις, η εξάσκηση της γιόγκα έχει δείξει θετικές επιδράσεις σε συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας συμπεριλαμβανομένων του χρόνιου πόνου (Wren 2011), του άσθματος (Bidwell 2012), των καρδιαγγειακών παθήσεων (Raub 2002), του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (Kuttner 2006), του μεταβολικού συνδρόμου (Innes 2005), του σακχαρώδη διαβήτη (Pandey 2011), ψυχιατρικών διαταραχών όπως κατάθλιψη και άγχος (Cabral 2011), και του καρκίνου (Culos-Reed 2006, Banerjee 2007, Bower 2012). Ιδιαίτερα δε για τον καρκίνο, η σημαντική αύξηση των δημοσιεύσεων συνιστά μια περιοχή αναδυόμενου ερευνητικού ενδιαφέροντος (McCall 2014).

Το 2012 αναφέρθηκαν 14.1 εκατομμύρια νέων περιπτώσεων καρκίνου και 32.6 εκατομμύρια ενηλίκων συνολικά με καρκίνο παγκοσμίως (Ferlay et al 2013). Πάνω από το 40% των ενήλικων καρκινοπαθών που λάμβανε χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή είχε υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ανέφερε χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών με σκοπό τη βελτίωση της διαχείρισης των συμπτωμάτων και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής (Fouladbakhsh & Stommel 2010, Horneber et al 2012). Η γιόγκα ως συμπληρωματική και εναλλακτική μέθοδος θεραπείας εφαρμόζεται στους καρκινοπαθείς για βελτίωση της διάθεσης και του ευ ζην τους (Anderson & Taylor 2012, Chandawani et al 2012).

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις και οι μετα-αναλύσεις θεωρούνται ως τα πρότυπα (gold standard) για τον καθορισμό των επιδράσεων μιας παρέμβασης σε ένα αποτέλεσμα (Higgins & Green 2011, Shorten & Shorten 2013). Συνεπώς, είναι απαραίτητη η συστηματική ανασκόπηση των προηγούμενων ανασκοπήσεων με σκοπό την παροχή των απαραίτητων πληροφοριών στους επαγγελματίες υγείας για τη λήψη αποφάσεων βασισμένων σε ενδείξεις και συστάσεων που αφορούν στις επιδράσεις μιας παρέμβασης σε ένα αποτέλεσμα καθώς και την παροχή στους ερευνητές προτάσεων για μελλοντική διερεύνηση

(Smith et al 2011).

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η κριτική αξιολόγηση των ευρημάτων των συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων που είναι διαθέσιμες στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με τις επιδράσεις της γιόγκα στους ασθενείς με καρκίνο.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός μελέτης

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε πέντε (5) βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus, EMBASE, Web of Science και Cochrane Database of systematic Reviews για τα έτη μετά το 2006 (τελευταία δεκαετία). Ο αριθμός των μελετών που προέκυψαν στα διάφορα στάδια της αναζήτησης, παρουσιάζονται στο διάγραμμα 1.

Κατά την αναζήτηση, χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις-κλειδιά: yoga, cancer, systematic review, meta-analysis και συνδυασμοί τους. Οι συγγραφείς υιοθέτησαν το μοντέλο Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) για τη διεξαγωγή της κριτικής ανασκόπησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας (Liberati et al 2009), ενώ η μεθοδολογική ποιότητα των υπό μελέτη ανασκοπήσεων έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια του εργαλείου Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR) (Shea et al 2007α,β, Shea et al 2009, Kang et al 2009). Τα χαρακτηριστικά των μελετών παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Κριτήρια για την επιλογή των άρθρων ήταν η Αγγλική γλώσσα, η διεξαγωγή μελετών σε ενηλίκους και η εκτίμηση της επίδρασης της γιόγκα ως μεθόδου παρέμβασης. Δεν υπήρξε περιορισμός ως προς το μέγεθος του δείγματος των μελετών και ως προς το χρόνο παρακολούθησης. Η εξαγωγή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από αμφότερους τους συγγραφείς και σε όλα τα στάδια υπήρξε απόλυτη ομοφωνία. Τα χαρακτηριστικά των μελετών που καταγράφηκαν είναι το είδος της μελέτης, ο συνολικός αριθμός συμμετεχόντων, ο τύπος καρκίνου, οι παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν, τα αποτελέσματα και οι περιορισμοί. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο σύγκρισης των προτυποποιημένων μέσων τιμών (SMD). Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Comprehensive Meta-analysis v.3.

Αρχικά, από την αναζήτηση προέκυψαν συνολικά 5662 εμφανίσεις άρθρων. Η πλειοψηφία αυτών (5550) αποκλείστηκε βάσει τίτλου ή/και περίληψης. Στη συνέχεια, στα 112 άρθρα που επιλέχθηκαν, προστέθηκαν ακόμη έξι που βρέθηκαν από προσωπική αναζήτηση των συγγραφέων. Από τα 118 άρθρα, αποκλείσθηκαν αρκετά, είτε ως διπλοεγγραφές (22), είτε ως μη σχετικά με το σκοπό της παρούσας μελέτης (61), ενώ, δεν υπήρξε εφικτή η ανεύρεση πλήρους κειμένου για 6 άρθρα. Τελικά, στην κριτική ανασκόπηση συμπεριλήφθησαν 16 μελέτες, εκ των οποίων οι 6 περιείχαν επαρκή δεδομένα για περαιτέρω στατιστική επεξεργασία. Στο διάγραμμα 1 απεικονίζεται η διαδικασία αναζήτησης και αποκλεισμού των μελετών.

Η συμφωνία μεταξύ των δύο αξιολογητών ως προς την αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών σύμφωνα με την κλίμακα AMSTAR, ήταν απόλυτη. Η διάμεση τιμή για τη μεθοδολογική ποιότητα των μελετών ήταν 80% (ελάχιστη: 55%, μέγιστη: 82%) (πίνακας 1). Ωστόσο, η σχετικά υψηλή αυτή τιμή δεν αναιρεί το γεγονός ότι οι επιμέρους συστηματικές ανασκοπήσεις εμπεριείχαν και αρκετές μελέτες χαμηλής μεθοδολογικής ποιότητας.

Τα χαρακτηριστικά των μελετών στην κριτική ανασκόπηση και ανάλυση παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Από τις μελέτες που συμπεριελήφθησαν, η πλειοψηφία αναφέρεται σε ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο του μαστού, ενώ λίγες μελέτες αναφέρονταν σε ασθενείς που έπασχαν και από άλλα είδη καρκίνου, όπως λέμφωμα Hodgkin's και καρκίνο πνεύμονα και γαστρεντερικού συστήματος. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ανά συστηματική ανασκόπηση, ποικίλε από 39 (Felbel et al 2014) έως 3694 (Mishra et al 2014).

Μεγάλη ετερογένεια εμφανίστηκε ως προς το είδος γιόγκα που μελετήθηκε (Iyengar, Patanjali, Hatha, Modified Hatha, Viniyoga, Tibetan, Sahaja, Restorative, Asanas, Pranayama, Yoga awareness, Yoga stretches, Yoga education class, Yoga in Daily Life System, MBSR: gentle yoga), τη διάρκεια και τη συχνότητα των συνεδριών μεταξύ των μελετών. Η χρονική διάρκεια της παρέμβασης με συνεδρίες γιόγκα ποικίλε από μία μόνο συνεδρία (Sharma et al 2013) έως ένα (Mishra et al 2014) και δύο έτη (Sharma et al 2013). Η χρονική διάρκεια της κάθε συνεδρίας κυμαινόταν από 10 λεπτά (Samuel et al 2015) έως 120 λεπτά (Mustian 2013).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άγχος

Για τη μέτρηση του άγχους στις μελέτες που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα εργασία, βρέθηκε ότι χρησιμοποιήθηκαν διάφορα εργαλεία, μεταξύ άλλων το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A), το State Trait Aanxiety Inventory (STAI) και το Epidemiologic Studies-Depression Scale (CESD). Η ανασκόπηση αλλά και η στατιστική ανάλυση των μελετών δείχνει ότι η γιόγκα μειώνει τα επίπεδα του άγχους **(πίνακας 2 και διάγραμμα 2)**.

Κατάθλιψη

Για την εκτίμηση της κατάθλιψης, μεταξύ άλλων, χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία μέτρησης όπως το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), το Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CESD) και το Symptoms Checklist Revised (SCL-90-R). Η ανασκόπηση αλλά και η στατιστική ανάλυση των μελετών δείχνει ότι η γιόγκα είναι ευεργετική στη μείωση των τιμών της

κατάθλιψης **(πίνακας 2 και διάγραμμα 3)**.

Αίσθημα στεναχώριας/θλίψη

Για την εκτίμηση των επιπέδων στεναχώριας/θλίψης, χρησιμοποιήθηκαν είτε υποκλίμακες εργαλείων, όπως το Global Severity Index (GSI) και το SCL-90-R, είτε εργαλεία που έχουν σχεδιαστεί για τη μέτρηση αυτής της μεταβλητής, όπως το Distress Mood Index (DMI), ή εργαλεία τα οποία ενδέχεται να μην είναι επαρκή για αυτό το σκοπό, όπως το Impact of Events Scale (IES). Η ανασκόπηση αλλά και η στατιστική ανάλυση των μελετών έδειξε ότι η γιόγκα έχει ασθενή ευεργετική επίδραση, όμως, δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ όλων των μελετητών **(πίνακας 2 και διάγραμμα 4)**.

Κόπωση

Για την εκτίμηση της κόπωσης, στις μελέτες έγινε χρήση διαφόρων εργαλείων μέτρησης, όπως το Fatigue Symptom Inventory (FSI), το Brief Fatigue Inventory (BFI), το Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue (FACT-F), καθώς και ημερολογίου που κρατούσαν οι ασθενείς. Η ανασκόπηση αλλά και η στατιστική ανάλυση των μελετών έδειξε ότι η γιόγκα έχει μικρή ευεργετική επίδραση χωρίς όμως να υπάρχει ομοφωνία μεταξύ όλων των μελετητών **(πίνακας 2 και διάγραμμα 5).**

Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)

Για την εκτίμηση της ΣΥΠΖ (HRQoL), υπήρξε ποικιλία στην υιοθέτηση εργαλείων μέτρησης. Μεταξύ άλλων, χρησιμοποιήθηκε το European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Version 3.0 (EORTC QLQ-C30), η SF-12 και το SF-36. Αν και η πλειοψηφία των μελετών αλλά και η στατιστική ανάλυση αυτών έδειξε να υπάρχει θετική επίδραση της γιόγκα στη ΣΥΠΖ, εντούτοις, η ύπαρξη διαστημάτων εμπιστοσύνης που εμπερικλείουν το μηδέν αλλά και αρνητικών τιμών, δεν επιτρέπει την άκριτη υιοθέτηση της θετικής τάσης της πλειοψηφίας των μελετών **(πίνακας 2 και διάγραμμα 6)**.

Πόνος

Για την εκτίμηση των επιπέδων του πόνου, στις μελέτες βρέθηκε να χρησιμοποιούνται εργαλεία όπως το European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), το Anderson Symptom Inventory (MDASI) και ημερολόγια καταγραφής. Από τη μελέτη δεν φάνηκε η γιόγκα να έχει θετική επίδραση στη μείωση του πόνου **(πίνακας 2 και διάγραμμα 7)**.

Λειτουργικότητα

Η εκτίμηση της σωματικής λειτουργικότητας έγινε κυρίως με τη χρήση υποκλιμάκων εργαλείων όπως της SF-36 και του Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Η ανασκόπηση αλλά και η στατιστική ανάλυση των μετα-αναλύσεων, έδειξε ότι η γιόγκα έχει ήπια ευεργετική επίδραση στη βελτίωση της σωματικής λειτουργικότητας, χωρίς, παράλληλα, να αναφέρονται ιδιαίτερα σημαντικά προβλήματα ασφάλειας κατά την εφαρμογή της **(πίνακας 2 και διάγραμμα 8)**.

Σωματική ευεξία

Η εκτίμηση της σωματικής ευεξίας έγινε κυρίως με τη χρήση υποκλιμάκων και διαστάσεων από διάφορα εργαλεία όπως της SF-36, της SF-12, του Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT). Η ανασκόπηση αλλά και η στατιστική ανάλυση των μετα-αναλύσεων έδειξε αντικρουόμενα ευρήματα κι επομένως δεν μπορεί να εξαχθεί με ασφάλεια συμπέρασμα για την επίδραση της γιόγκα στη σωματική ευεξία **(πίνακας 2 και διάγραμμα 9)**.

Ποιότητα ύπνου

Για την εκτίμηση της επίδρασης της γιόγκα στην αϋπνία και στην ποιότητα του ύπνου, χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία όπως το Pittsburgh Sleep Quality Inventory (PSQI), ημερολόγιο καταγραφής και υποκλίμακες εργαλείων όπως το European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30). Στις συστηματικές αναλύσεις είτε αναφέρεται ότι δεν βρέθηκε σημαντική επίδραση στην ποιότητα του ύπνου, είτε αναφέρεται βελτίωση σε ασθενείς με λέμφωμα. Οι μετα-αναλύσεις εμφάνιζαν μικρή αλλά μη σημαντική θετική επίδραση στην ποιότητα του ύπνου **(πίνακας 2 και διάγραμμα 10)**.

Κοινωνική ευεξία

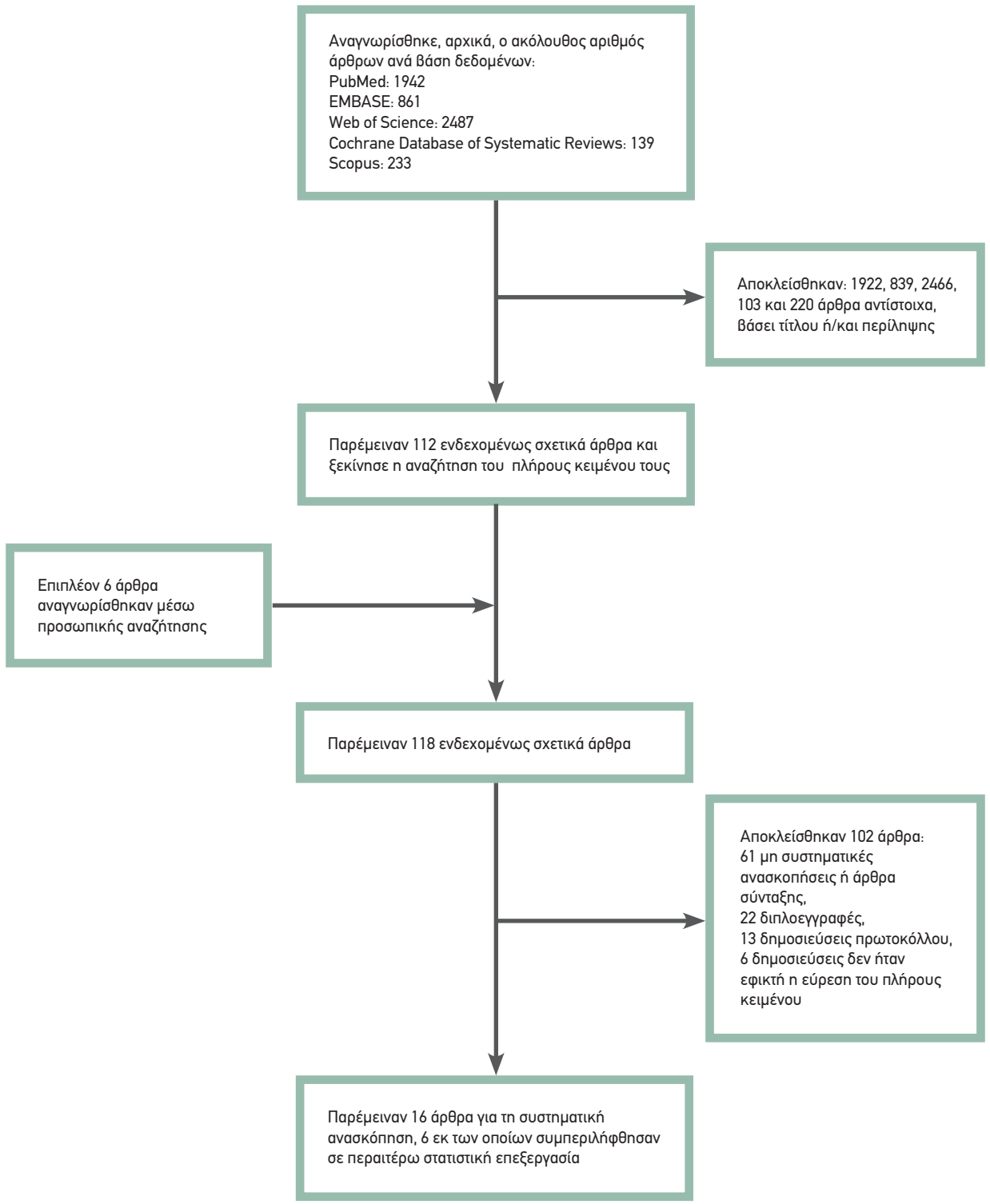
Για την εκτίμηση της επίδρασης της γιόγκα στην κοινωνική ευεξία, χρησιμοποιήθηκαν υποκλίμακες εργαλείων όπως το European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) και η SF-36. Τόσο οι συστηματικές αναλύσεις όσο και οι μετα-αναλύσεις έδειξαν μικρή θετική επίδραση της γιόγκα στον τομέα της κοινωνικής ευεξίας, η οποία, ενδεχομένως, να σχετίζεται με τη βελτίωση της γενικότερης Ποιότητας Ζωής (ΠΖ) **(πίνακας 2 και διάγραμμα 11)**.

Στρες

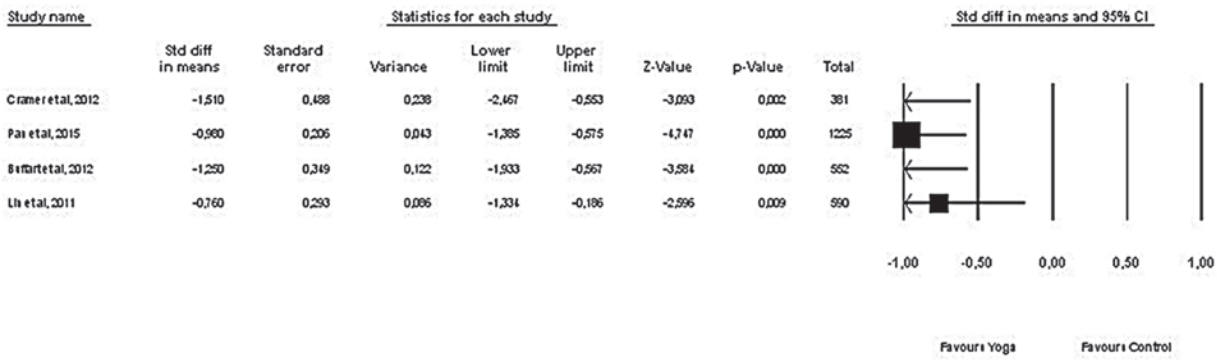
Η εκτίμηση του στρες υπήρξε ετερογενής μεταξύ των διαφόρων μελετών. Σε άλλες μελέτες έγινε εκτίμηση των συμπτωμάτων του στρες με το εργαλείο Symptoms of Stress Inventory (SOSI) και σε άλλες με το εργαλείο Perceived Stress Scale (PSS). Η ανασκόπηση των μελετών έδειξε ότι υπάρχει βραχύχρονη ευνοϊκή επίδραση στην ελάττωση του στρες, όμως, από τη στατιστική ανάλυ-

ση των μετα-αναλύσεων φάνηκε ότι αν και η γιόγκα έχει ευεργετική επίδραση στη βελτίωση του στρες, η ύπαρξη διαστημάτων εμπιστοσύνης που εμπερικλείουν το μηδέν αλλά και τιμών προς την αντίθετη κατεύθυνση, κάνει μη ασφαλή την εξαγωγή ενός τελικού συμπεράσματος **(πίνακας 2 και διάγραμμα 12)**.

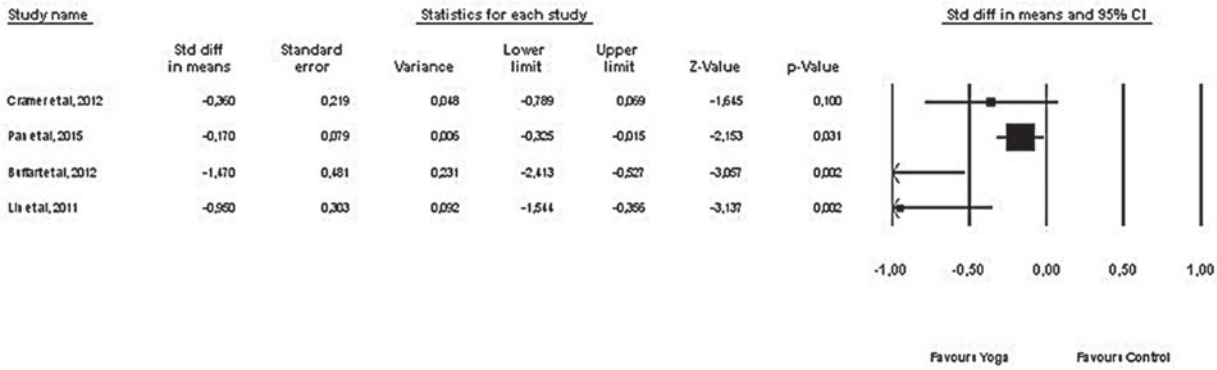
Διάγραμμα 1. Απεικόνιση διαδικασίας επιλογής συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων



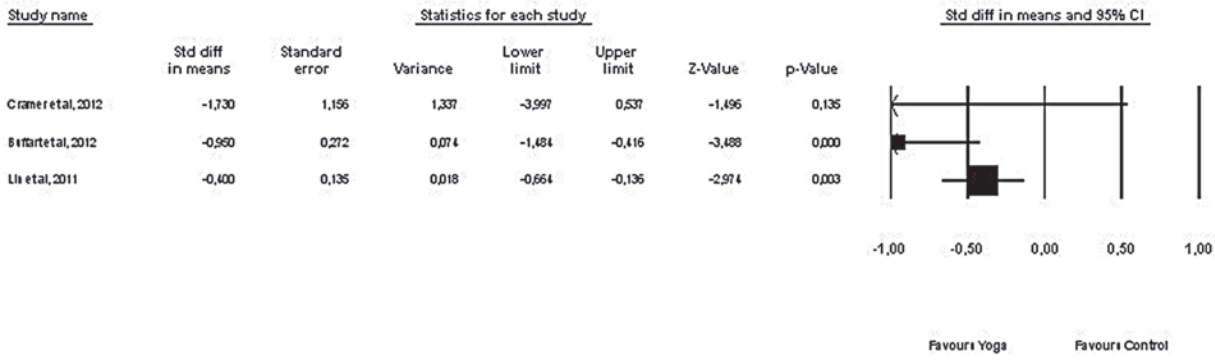
Διάγραμμα 2. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στο άγχος



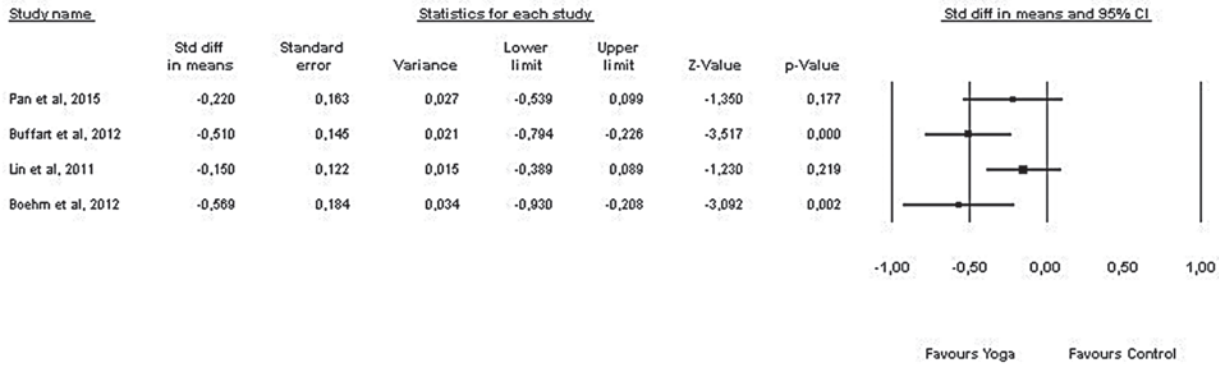
Διάγραμμα 3. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στην κατάθλιψη



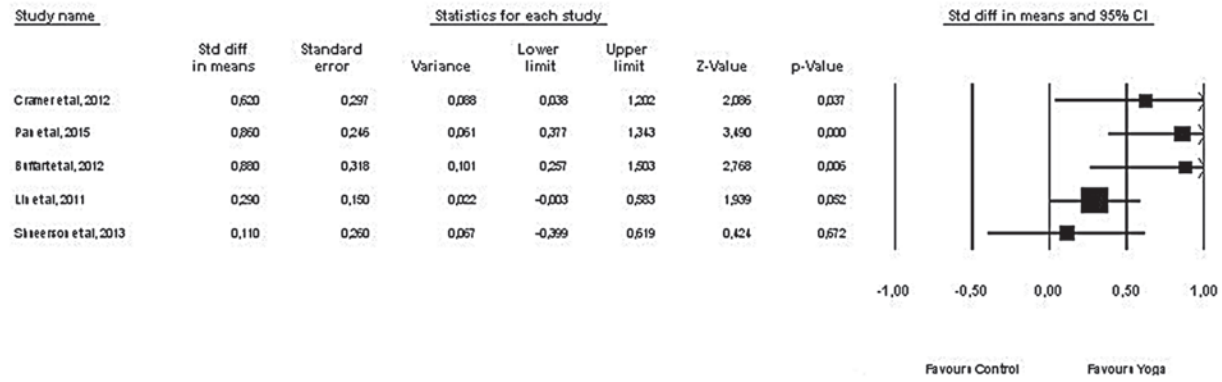
Διάγραμμα 4. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στο αίσθημα στεναχώριας/θλίψης



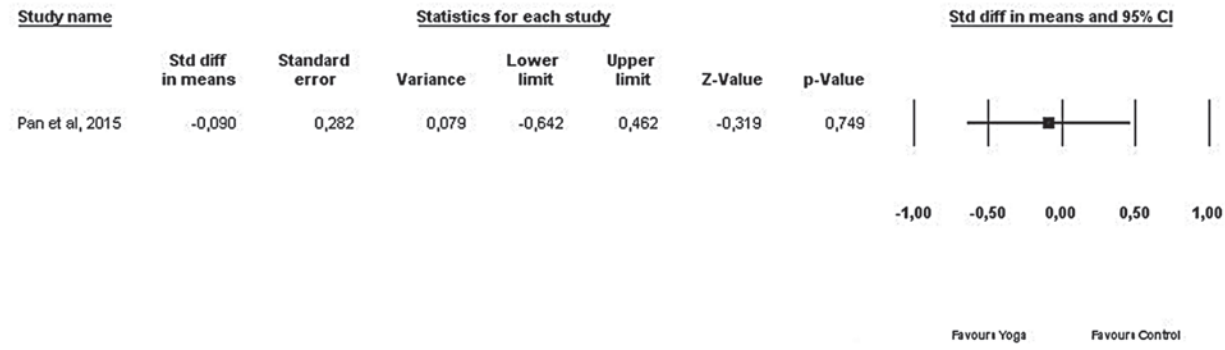
Διάγραμμα 5. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στην κόπωση



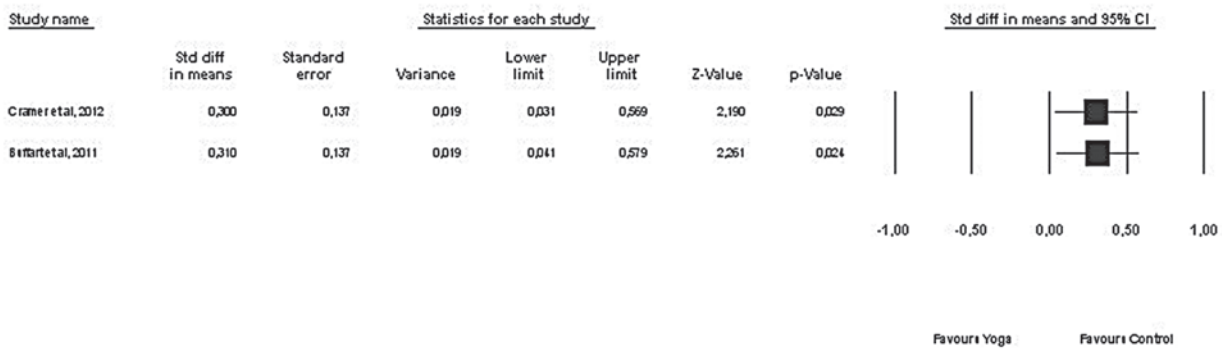
Διάγραμμα 6. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)



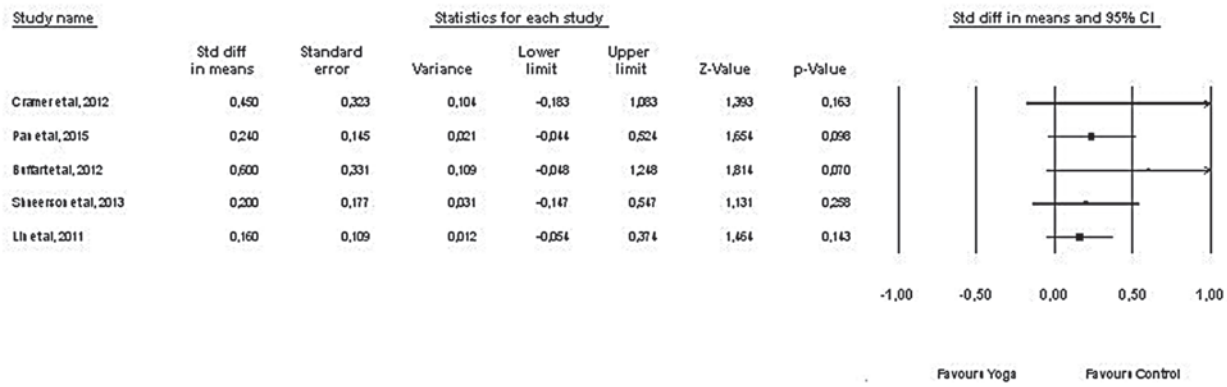
Διάγραμμα 7. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στον πόνο



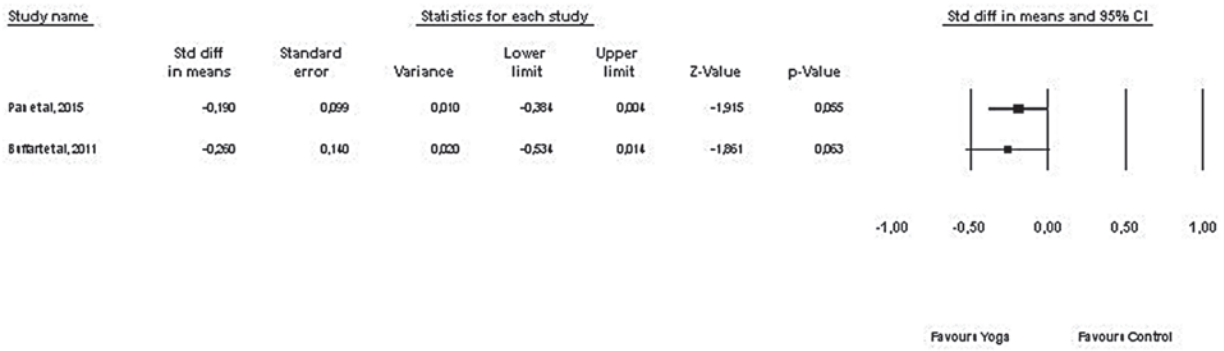
Διάγραμμα 8. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στη λειτουργικότητα



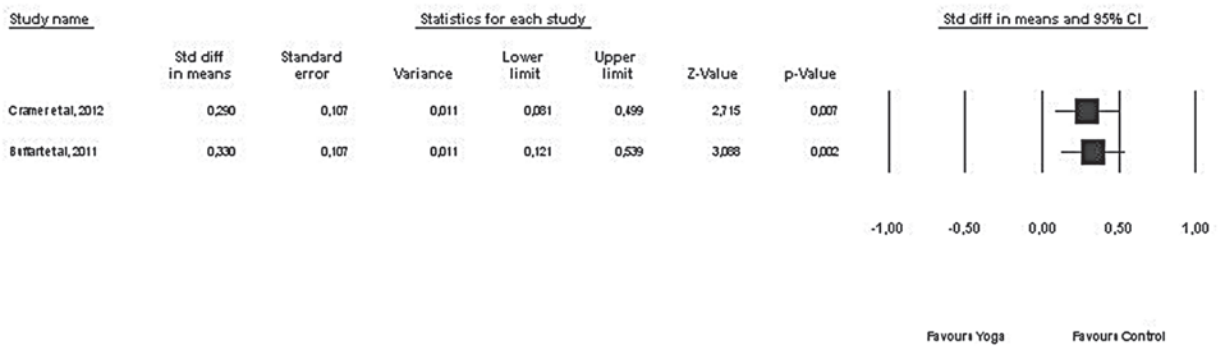
Διάγραμμα 9. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στη σωματική ευεξία



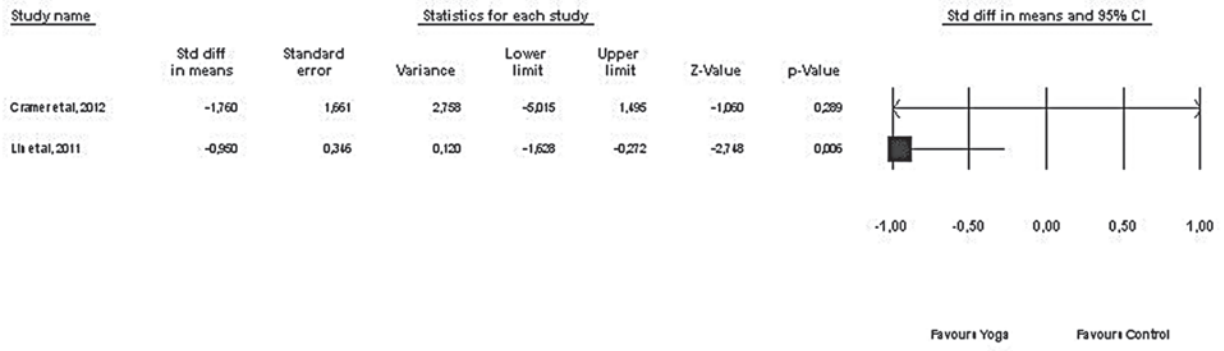
Διάγραμμα 10. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στην ποιότητα του ύπνου



Διάγραμμα 11. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στην κοινωνική ευεξία



Διάγραμμα 12. Σύνοψη μετα-ανάλυσης για την επίδραση της γιόγκα στο στρες



Πίνακας 1. Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών σύμφωνα με το εργαλείο AMSTAR*

Πηγή	A priori' σχεδιασμός	Εξαγωγή δεδομένων και αποκλεισμών διπλοεγγραφών	Περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση	Κριτήριο συμπερίληψης το στάδιο/είδος της δημοσίευσης	Πίνακας συμπεριλαμβανόμενων/μη συμπεριλαμβανόμενων μελετών	Αναφορά χαρακτηριστικών των μελετών	Εκτίμηση επιστημονικής ποιότητας	Κατάλληλη χρήση επιστημονικής ποιότητας μελετών στα συμπεράσματα	Κατάλληλη μέθοδος συνδυασμού μελετών	Εκτίμηση μεροληψίας ανεύρεσης βιβλιογραφίας	Δήλωση αντικρουόμενων συμφερόντων	Συνολική Βαθμολογία (%)
Boehm et al. (2012)	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	70
Buffart et al. (2012)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Cramer et al. (2012)α	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Cramer et al. (2012)β	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Felbel et al. (2014)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Finnegan-John et al (2013)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Harder et al. (2012)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Kelley & Kelley (2015)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Lin et al. (2011)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Mishra et al. (2014)	Ναι	Ναι	No	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Mustian (2013)	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	55
Pan et al. (2015)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Sadja & Mills (2013)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Samuel et al. (2015)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	ΜΔ†	Ναι	80
Sharma et al. (2013)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Ναι	73
Shneerson et al. (2013)	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	82
Διάμεση Τιμή												80

*. *Shea et al, 2007α,β, Shea et al, 2009, Kang et al, 2009. †ΜΔ: μη διαθέσιμο*

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά μελετών

Συγγραφέας, έτος	Είδος μελέτης	Αριθμός-είδος μελετών/ Αριθμός συμμετεχόντων	Τύπος καρκίνου	Παρεμβάσεις	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Boehm et al (2012)	Μετα-ανάλυση	18 RCTs & 1 Non-RCT / 948 συμμετέχοντες, εκ των οποίων 458 με διάφορους τύπους καρκίνου	Καρκίνος μαστού Άλλοι τύποι καρκίνου Λέμφωμα	Ομάδα γιόγκα: 5-24 εβδομάδες. Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής, εκπαίδευση υγείας, υποστηρικτική συμβουλευτική, χαλάρωση, ομαδική συζήτηση, λίστα αναμονής και στατικό ποδήλατο ή περπάτημα, κολύμπι, ορειβασία.	Τα ευρήματα αυτής της μετα-ανάλυσης υποδεικνύουν μικρή επίδραση της γιόγκα όσο αφορά στην κόπωση, ιδιαίτερα στους ασθενείς με καρκίνο.	Ετερογένεια δεδομένων. Συμπεριλήφθηκε στη μετα-ανάλυση 1 μη τυχαιοποιημένη μελέτη.
Buffart et al (2012)	Συστηματική ανασκόπηση & Μετα-ανάλυση	16 μελέτες στη συστηματική ανασκόπηση. Μετα-ανάλυση σε 13 RCTs/ 783 συμμετέχοντες	Καρκίνος μαστού Λέμφωμα	Ομάδα γιόγκα: 6 εβδομάδες-6 μήνες. Ομάδα ελέγχου: υποστηρικτική θεραπεία με εκπαίδευση, συμβουλευτική, προετοιμασία διαχείρισης, εκπαιδευτικά μαθήματα υγείας.	Η γιόγκα έχει ισχυρά ωφέλιμα αποτελέσματα στη θλίψη, στο άγχος και την κατάθλιψη, μέτρια επίδραση στην κόπωση, τη γενική ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, τη συναισθηματική λειτουργικότητα και την κοινωνική λειτουργικότητα, μικρή επίδραση στη λειτουργική ευεξία και καμία σημαντική επίδραση στη σωματική λειτουργικότητα και στις διαταραχές ύπνου.	Δεν μπορεί να αποκλειστεί ο κίνδυνος μεροληψίας. Μικρός αριθμός συμμετεχόντων σε μερικές μελέτες.
Cramer et al (2012a)	Συστηματική ανασκόπηση	6 RCTs / 458 συμμετέχοντες	Καρκίνος μαστού	Ομάδα γιόγκα: 6 εβδομάδες-6 μήνες. Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής, καμία παρέμβαση, σύντομη θεραπεία με γιόγκα (15 λεπτά/ 10 ημέρες για 6 εβδομάδες).	Υπάρχουν αποδείξεις ότι η γιόγκα έχει ευεργετική επίδραση στην κόπωση των ασθενών και των επιζώντων από καρκίνο μαστού. Η ομάδα γιόγκα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου έδειξε σημαντική βελτίωση στη βαθμολογία κόπωσης.	Μικρός αριθμός μελετών. Πιθανός κίνδυνος μεροληψίας.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά μελετών (συνέχεια)

Συγγραφέας, έτος	Είδος μελέτης	Αριθμός-είδος μελετών/ Αριθμός συμμετεχόντων	Τύπος καρκίνου	Παρεμβάσεις	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Cramer et al (2012b)	Συστηματική ανασκόπηση & Μετα-ανάλυση	12 RCTs, εκ των οποίων 10 συμπεριλήφθησαν στη μετα-ανάλυση/ 742 συμμετέχοντες (εκ των οποίων 687 συμμετέχοντες στη μεταανάλυση)	Καρκίνος μαστού	Ομάδα γιόγκα: 6 εβδομάδες- 6 μήνες Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής, καμία θεραπεία, υποστηρικτική συμβουλευτική και οδηγίες για ελαφρά άσκηση, εκπαίδευση υγείας, φυσιοθεραπεία, σύντομη θεραπεία με γιόγκα (60 λεπτά μία φορά, 30 λεπτά/ 10 ημέρες για άγνωστο χρόνο ή 15 λεπτά/ 10 ημέρες για 6 εβδομάδες).	Η γιόγκα μπορεί να προταθεί ιδιαίτερα ως μέθοδος παρέμβασης για βελτίωση της ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της ενεργούς θεραπείας των ασθενών με καρκίνο του μαστού.	Μικρός αριθμός μελετών. Πιθανός κίνδυνος μεροληψίας. Ετερογένεια των παρεμβάσεων.
Felbel et al (2014)	Συστηματική ανασκόπηση	1 RCT / 39 συμμετέχοντες (20 στην ομάδα παρέμβασης και 19 στην ομάδα ελέγχου).	Αιματολογικές κακοήθειες (Hodgkin's και non-Hodgkin's λέμφωμα)	Ομάδα γιόγκα: 7 εβδομάδες Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής	Δεν μπορούν να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα όσον αφορά στην επίδραση της γιόγκα ως μέθοδο θεραπείας για αιματολογικές κακοήθειες Υπάρχουν κάποιες αποδείξεις ότι η γιόγκα συμπληρωματικά με την κύρια θεραπεία μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου σε ασθενείς με λέμφωμα.	Μικρός αριθμός συμμετεχόντων. Υψηλός κίνδυνος μεροληψίας. Κίνδυνος σφάλματος ανεύρεσης δημοσιεύσεων και γλώσσας δημοσιεύσεων.
Finnegan-John et al (2013)	Συστηματική ανασκόπηση	15 RCTs, 3 μελέτες phase II και 3 με ημιπειραματικό σχεδιασμό/ 1560 συμμετέχοντες	Λέμφωμα Hodgkin's Καρκίνος μαστού	Ομάδα γιόγκα: 7 και 10 εβδομάδες Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής	Η γιόγκα σε σχέση με άλλες συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες είναι λιγότερο αποτελεσματική στην ανακούφιση της κόπωσης που σχετίζεται με καρκίνο.	Ποικίλη και χαμηλή ποιότητα μελετών. Ετερογενή δείγματα ατόμων. Υπο-αναφορά των υπό ανασκοπηση μελετών
Harder et al (2012)	Συστηματική ανασκόπηση	18 RCTs/ 760 συμμετέχοντες	Καρκίνος μαστού	Ομάδα γιόγκα: 4 εβδομάδες-6 μήνες. Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής, παραμονή στο σπίτι, υποστηρικτική συμβουλευτική θεραπεία και οδηγίες για ελαφρά άσκηση, εκπαίδευση υγείας, φυσιοθεραπεία	Η γιόγκα ως παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχει ουδέτερη ή θετική επίδραση στην ολική ποιότητα ζωής των ασθενών και τη συναισθηματική τους ευεξία.	Υποκειμενικά εργαλεία αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των μελετών. Εμπειρικά αποτελέσματα των μελετών παρά τις στατιστικές συγκρίσεις. Ετερογένεια παρεμβάσεων.

Kelley & Kelley (2015)	Συστηματική ανασκόπηση	10 συστηματικές ανασκοπήσεις με μετα-αναλύσεις/ 2661 συμμετέχοντες	Καρκίνος μαστού	Ομάδα γιόγκα: 6-24 εβδομάδες Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής	Τα αποτελέσματα αυτής της ανασκόπησης δείχνουν ότι η κινησιοθεραπεία μέσω διαλογισμού (Meditative Movement Therapies) μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής που οφείλεται στην υγεία σε επιλεγμένες καταστάσεις, όπως σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.	Μικρός αριθμός μελετών στις μετα-αναλύσεις. Ενδεχόμενες μικρές ανευρεθείσες τιμές επίδρασης λόγω εισαγωγής σφαλμάτων
Lin et al (2011)	Συστηματική ανασκόπηση & Μετα-ανάλυση	10 RCTs / 762 συμμετέχοντες	Καρκίνος μαστού Διάφοροι τύποι καρκίνου Λέμφωμα	Ομάδα γιόγκα: 6-24 εβδομάδες Ομάδα ελέγχου: υποστηρικτική συμβουλευτική	Τα ευρήματα δείχνουν πιθανά οφέλη της γιόγκα σε ασθενείς με καρκίνο όσο αφορά στη βελτίωση της ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα δεν δείχνουν θετική επίδραση της γιόγκα στην κόπωση.	Μη τυφλές μελέτες. Μεροληψία ανεύρεσης δημοσιεύσεων και γλώσσας μελετών. Πιθανό σφάλμα από μη ομοιογενείς μελέτες
Mishra et al (2014)	Συστηματική ανασκόπηση & Μετα-ανάλυση	40 μελέτες στην ποιοτική σύνθεση δεδομένων, εκ των οποίων 33 συμμετείχαν στην ποσοτική σύνθεση δεδομένων. Στις 38 RCTs χρησιμοποιήθηκε παράλληλη κατανομή και σε 2 RCTs οι ασθενείς κατανεμήθηκαν με ημι-τυχαιοποιημένο σχέδιο κατανομής στην ομάδα παρέμβασης/ 3,694 συμμετέχοντες: 1,927 σε παρέμβαση με άσκηση και 1,764 στην ομάδα ελέγχου	Καρκίνο μαστού Διάφοροι τύποι καρκίνου	Ομάδα γιόγκα:3 εβδομάδες έως 1 έτος. Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής	Ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι η άσκηση έχει θετική επίδραση στη γενική ποιότητα ζωής και σε τομείς της, όπως το άγχος, η συναισθηματική ευεξία, η κόπωση και η κοινωνική λειτουργικότητα. Τα προγράμματα άσκησης μπορούν να ενσωματωθούν στα σχέδια διαχείρισης και φροντίδας των επιζώντων από καρκίνο που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους.	Ετερογένεια μεταξύ των προγραμμάτων άσκησης και εργαλείων μέτρησης. Πιθανή έλλειψη εύρεσης μελετών
Mustian (2013)	Συστηματική ανασκόπηση	10 κλινικές μελέτες εκ των οποίων οι 9 RCTs/ 785 συμμετέχοντες	Καρκίνος μαστού Λέμφωμα Διάφοροι τύποι καρκίνου	Ομάδα παρέμβασης: συνεδρίες γιόγκα διάρκειας από 60 έως 120 λεπτά. Διάρκεια παρέμβασης από 4 εβδομάδες έως 12 μήνες. Ομάδα ελέγχου: συνήθης φροντίδα, λίστα αναμονής	Η γιόγκα μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στην αϋπνία ή την ελαττωμένη ποιότητα ύπνου.	Τα δείγματα των συμμετεχόντων (εκτός από 1 μελέτη) ήταν μικρά. Κάποιες μελέτες δεν χρησιμοποίησαν αξιόπιστες αναφορές ασθενών ή αντικειμενικές εκτιμήσεις των προβλημάτων ύπνου.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά μελετών (συνέχεια)

Συγγραφέας, έτος	Είδος μελέτης	Αριθμός-είδος μελετών/ Αριθμός συμμετεχόντων	Τύπος καρκίνου	Παρεμβάσεις	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Pan et al (2015)	Συστηματική ανασκόπηση & Μετα-ανάλυση	16 RCTs/ 1031 συμμετέχοντες (538 ομάδα παρέμβασης και 493 ομάδα ελέγχου)	Καρκίνος μαστού	Ομάδα γιόγκα: 3 εβδομάδες -6 μήνες. Ομάδα ελέγχου: υποστηρικτική ομαδική θεραπεία, λίστα αναμονής, εκπαίδευση υγείας, φυσιοθεραπεία, συνήθης φροντίδα, ψυχοδυναμική υποστηρικτική-εκφραστική φροντίδα, υποστηρικτική θεραπεία με ασκήσεις αποκατάστασης, υποστηρικτική θεραπεία.	Η γιόγκα για τη διαχείριση των ψυχοσωματικών προβλημάτων υγείας έχει πιθανά οφέλη για τους ασθενείς και τους επιζώντες από καρκίνο του μαστού. Η γιόγκα θα μπορούσε να ανακουφίσει το άγχος, την κατάθλιψη και τα γαστρεντερικά συμπτώματα και θα μπορούσε να βελτιώσει τη γενική ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η γιόγκα δεν έχει καμία επίδραση στη σωματική ευεξία, τον πόνο και την ποιότητα ύπνου.	Δεν μπορεί να αποκλειστεί ο κίνδυνος μεροληψίας των μελετών. Μικρός αριθμός μελετών. Η μεθοδολογική ποιότητα των μελετών ήταν ανεπαρκής.
Sadja & Mills (2013)	Συστηματική ανασκόπηση	10 μελέτες/ 583 συμμετέχοντες	Καρκίνος μαστού Άλλοι τύποι καρκίνου Λέμφωμα	Ομάδα γιόγκα: 6-26 εβδομάδες Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής	Η γιόγκα μπορεί να είναι ωφέλιμη για τη μείωση της κόπωσης που οφείλεται στον καρκίνο σε γυναίκες της λευκής φυλής με καρκίνο μαστού.	Υψηλός κίνδυνος μεροληψίας αναφοράς από τους ασθενείς. Δυσκολία γενίκευσης των ευρημάτων σε γυναίκες και άνδρες με άλλα είδη καρκίνου. Περιορισμός γλώσσας μελετών (Αγγλικά).
Samuel et al (2015)	Συστηματική ανασκόπηση	13 μελέτες, εκ των οποίων 6 RCTs, 3 μελέτες παρέμβασης χωρίς ομάδα ελέγχου, 2 σειρές περιπτώσεων, 1 μελέτη περίπτωσης, 1 αναδρομική/ 768 συμμετέχοντες	Καρκίνος μαστού Καρκίνος κεφαλής και τραχήλου Διάφορα είδη καρκίνου (οστών, μαστού, κεφαλής, τραχήλου, πνεύμονα)	Ομάδα γιόγκα: 10 λεπτά (προεγχειρητικά)-6 εβδομάδες Ομάδα ελέγχου: υποστηρικτική συμβουλευτική και ελαφρά άσκηση, συμβουλευτικές θεραπείες, συμβουλευτική θεραπεία και πρόγραμμα άσκησης ώμου, υπό μορφίνη και συμβουλευτική, καμία παρέμβαση.	Οι παρεμβάσεις γιόγκα, με την επικέντρωσή τους στον έλεγχο της αναπνοής και στην ένωση του μυαλού και του σώματος, θα μπορούσαν να είναι χρήσιμες στην ανακούφιση των επιπλοκών από τις θεραπείες για τον καρκίνο μεταξύ των επιζώντων από καρκίνο κεφαλής, τραχήλου και πνεύμονα.	Πιθανή πηγή σφάλματος ανεύρεσης μελετών. Ετερογένεια μελετών.

Sharma et al (2013)	Συστηματική ανασκόπηση	13 μελέτες εκ των οποίων 6 RCTs / 573 συμμετέχοντες	Καρκίνος μαστού Λευχαιμία Καρκίνος του γαστρεντερικού	Ομάδα γιόγκα: από 1 άπαξ συνεδρία 45 λεπτών έως 2 συνεδρίες διάρκειας 15 λεπτών ημερησίως κατ' οίκον για 2 έτη	Ασθενής βελτίωση της ποιότητας ζωής και ελάττωση της κόπωσης και του άλγους. Αντικρουόμενα ευρήματα για το άγχος, κατάθλιψη, ποιότητα ύπνου	Μικρός εύρος αναζήτησης (2010-12). Ετερογενή ηλικιακά δείγματα μελετών
Shneerson et al (2013)	Συστηματική ανασκόπηση & Μετα-ανάλυση	13 RCTs (1 μη δημοσιευμένη), εκ των οποίων 6 περιλήφθησαν στη μετα-ανάλυση/ 1228 συμμετέχοντες (Από αυτές οι 5 μελέτες έχουν τη γιόγκα ως μέθοδο παρέμβασης, 1 τη γιόγκα σε συνδυασμό με διαλογισμό και οι υπόλοιπες χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών) (μελέτες γιόγκα: συμμετείχαν 191 στην ομάδα παρέμβασης και 136 στην ομάδα ελέγχου)	Καρκίνος μαστού Άλλοι τύποι καρκίνου (δεν αναφέρονται)	Ομάδα γιόγκα: 8 εβδομάδες-6 μήνες Ομάδα ελέγχου: λίστα αναμονής	Η γιόγκα εμφανίζεται να βελτιώνει τη γενική και ψυχική ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο, αλλά όχι τη σωματική ποιότητα ζωής.	Υψηλός κίνδυνος μεροληψίας στις περισσότερες μελέτες. Μικρός αριθμός μελετών.

RCTs: τυχαιοποιημένες μελέτες με ομάδα ελέγχου

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα δευτερογενής ανάλυση είχε ως σκοπό να εξετάσει τις επιδράσεις της γιόγκα ως μεθόδου παρέμβασης-θεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο μέσα από την κριτική αξιολόγηση των ευρημάτων των συστηματικών ανασκοπήσεων/μετα-αναλύσεων που είναι διαθέσιμες στη διεθνή βιβλιογραφία. Αν και από τα ευρήματα φάνηκε ότι η γιόγκα μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις στους ασθενείς με καρκίνο, η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων αποδυναμώνεται λόγω του μέτριου ως υψηλού κίνδυνου μεροληψίας των περισσότερων μελετών (Sneerson et al 2013, Lin et al 2011). Η παρούσα μελέτη διαφέρει από άλλες δημοσιευμένες συστηματικές ανασκοπήσεις, καθώς αξιολογεί μέσα από μια πιο διευρυμένη σκοπιά το σύνολο των επιδράσεων της γιόγκα σε όλους τους τύπους καρκίνου.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αφορούν κυρίως σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού στις οποίες φάνηκε ότι η γιόγκα δρα θετικά (Harder et al 2012, Sadja & Mills 2013). Μεταξύ των συμμετεχόντων, ο αριθμός των ανδρών με διάφορους τύπους καρκίνου, όπως λέμφωμα Hodgkin's, καρκίνο πνεύμονα ή καρκίνο γαστρεντερικού συστήματος, ήταν ιδιαίτερα μικρός και η επίδραση της γιόγκα δεν είχε καμία στατιστικά σημαντική επίδραση (Felbel et al 2014). Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία που χαρτογραφεί το προφίλ χρηστών της γιόγκα, παρουσιάζοντας αποτελέσματα που αφορούν κυρίως γυναίκες της λευκής φυλής, με υψηλή μόρφωση και υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και συνεπώς με καλή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Birdee et al 2008). Ωστόσο, εγείρονται ερωτήματα σε σχέση με την επίδραση της γιόγκα σε άνδρες με διάγνωση άλλου τύπου καρκίνου ή σε άτομα που δεν ανήκουν στη λευκή φυλή ή δεν είναι ευκατάστατα ή είναι κοινωνικά απομονωμένα ή άνεργα. Χρειάζεται επομένως, να γίνουν μελέτες μεταξύ ασθενών με διάφορους τύπους καρκίνου που ανήκουν σε διαφορετική φυλή και με διαφορετικό μορφωτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Η ετερογένεια ως προς το είδος γιόγκα, τη διάρκεια και τη συχνότητα των συνεδριών που ακολουθήθηκαν στις μελέτες είναι μια σημαντική παράμετρος στην παρούσα εργασία (Cramer et al 2012β). Δεδομένης της μεταβλητότητας στη χρονική διάρκεια, στην ένταση και τη συχνότητα των παρεμβάσεων γιόγκα είναι δύσκολο να διεξαχθούν σαφή και αξιόπιστα αποτελέσματα (Mishra et al 2014). Επιπλέον, σε λίγες μελέτες έγινε αναφορά σε παρενέργειες ή τραυματισμούς κατά τη διάρκεια των συνεδριών, γεγονός που καθιστά επιβεβλημένη τη διεξαγωγή μελετών για την ασφάλεια της γιόγκα, αλλά και που υποδεικνύει χαμηλή καταγραφή στοιχείων στις δημοσιευμένες μελέτες.

Τα αποτελέσματα των επιδράσεων της γιόγκα στους ασθενείς με καρκίνο είναι ασθενή, ενώ η ετερογένεια υψηλή. Θετικές επιδράσεις φαίνεται να έχει στα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης και στη βελτίωση της ΣΥΠΖ, μέτριες στην κόπωση και μικρές στη βελτίωση των διαταραχών ύπνου, αν και δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία, καθώς κάποια ευρήματα είναι αντικρουόμενα (Cramer et al 2012a). Ευνοημένες φαίνεται να είναι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ενεργούς θεραπείας. Δεδομένου ότι το χρονικό διάστημα το οποίο μελετάται η γιόγκα ως μέθοδος παρέμβασης και θεραπείας για τους ασθενείς με καρκίνο είναι μικρό, τα στοιχεία που παρουσιάζονται σε αυτή την ανασκόπηση πρέπει να θεωρηθούν ως πρώιμα. Θα πρέπει να διεξαχθούν καλά σχεδιασμένες, μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες με ομάδα ελέγχου, οι οποίες θα προσθέσουν νέα και πιο αξιόπιστα δεδομένα. Έως τότε, θα πρέπει η χρήση της γιόγκα ως μεθόδου παρέμβασης να γίνεται με προσοχή. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνουν μελέτες κόστους-οφέλους, για να αξιολογηθεί εάν η παρέμβαση με γιόγκα αποτελεί μια χαμηλού κόστους θεραπευτική και συμπληρωματική παρέμβαση για τους ασθενείς με καρκίνο ή όχι.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Στην παρούσα μελέτη υπήρξε αναπόφευκτη η αποφυγή σφαλμάτων που κυρίως σχετίζονται με αδυναμίες κατά το στάδιο της αναζήτησης και ανεύρεσης των διαφόρων μελετών στη βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε μόνο στην Αγγλική γλώσσα και παρόλο που η πλειοψηφία των δημοσιευμένων άρθρων ενδέχεται να είναι σε αυτή τη γλώσσα, εντούτοις, δεν αποκλείεται να έχουν παραβλεφθεί μελέτες που έχουν γραφεί σε διαφορετική γλώσσα. Επίσης, η αδυναμία πρόσβασης σε ορισμένους εκδοτικούς οίκους και ο επακόλουθος αποκλεισμός ορισμένων άρθρων από την παρούσα ανασκόπηση, ενδέχεται να συμβάλλει περαιτέρω στην εισαγωγή σφάλματος και να έχει επηρεάσει την εξαγωγή των συμπερασμάτων.

Επιπλέον, δεν έγινε αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων γκρίζας βιβλιογραφίας, με συνέπεια να υπάρχει μικρότερη αντιπροσώπευση μελετών που δεν έχουν ακόμη δημοσιευθεί σε βάσεις δεδομένων, ή ενδεχομένως να μην έχουν στα ευρήματά τους θετικές επιδράσεις, κάτι που μπορεί να οδηγήσει στο να μην ληφθούν υπόψη στη διεθνή δημοσιευμένη βιβλιογραφία (publication bias). Ωστόσο, η ήδη δημοσιευμένη βιβλιογραφία σε αυτό το πεδίο είναι ιδιαίτερα επιφυλακτική και κατά κύριο λόγο, δεν αναφέρονται ισχυρές ενδείξεις και υψηλές τιμές επιδράσεων, κάτι που μετριάζει το γεγονός της έλλειψης μελετών με αρνητικά ή μη σημαντικά ευρήματα.

Τέλος, η ισχύς των παρόντων αποτελεσμάτων ενδέχεται να αμφισβητηθεί εξαιτίας της υψηλής ετερογένειας των μελετών που έχουν συμπεριληφθεί στις συστηματικές ανασκοπήσεις, το γεγονός ότι η πλειοψηφία τους διεξήχθη σε γυναίκες με καρκίνο μαστού καθώς και την

ανομοιογένεια των τεχνικών της γιόγκα που χρησιμοποιήθηκαν, της διάρκειας της κάθε συνεδρίας, τη διάρκεια της παρέμβασης αλλά και των διαφορετικών εργαλείων εκτίμησης των αποτελεσμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι ενθαρρυντικό ότι υπάρχουν ενδείξεις που αφορούν στις θετικές επιδράσεις της γιόγκα σε ασθενείς με καρκίνο. Εντούτοις, η ποιότητα και ποσότητα των υπαρχουσών αποδείξεων είναι αποτρεπτική για τη εξαγωγή ασφαλών και αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

Οι επαγγελματίες υγείας ωστόσο, θα πρέπει να γνωρίζουν και να κατανοούν όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες και μεθόδους θεραπείας, στοχεύοντας στην παροχή ολιστικής φροντίδας. Επομένως, είναι σημαντική η ενημέρωσή τους για τις επιδράσεις της γιόγκα στους ασθενείς με καρκίνο, καθώς πρόκειται για μια νέα και υποσχόμενη μέθοδο που ερευνάται τα τελευταία χρόνια στη δυτική ιατρική, με σκοπό τη λήψη αποφάσεων βασισμένων σε ενδείξεις και την προαγωγή ολιστικών στρατηγικών σε ασθενείς που αναζητούν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

1ο βραβείο πρωτότυπης ερευνητικής εργασίας στο 9ο Πανελλήνιο και 8ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό και Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο. Καλαμάτα 19-22 Μαΐου, 2016.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson J.G. & Taylor A.G. (2012). Use of complementary therapies for cancer symptom management: Results of the 2007 national health interview survey. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 18(3):235-41.

Banerjee B., Vadiraj H.S., Ram A., Rao R., Jayapal M., Gopinath K.S., Ramesh B.S., Rao N., Kumar A., Raghuram N., Hegde S., Nagendra H.R. & Prakash Hande M. (2007). Effects of an integrated yoga program in modulating psychological stress and radiation-induced genotoxic stress in breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Integrative Cancer Therapies* 6(3):242-50.

Bidwell A.J., Yazel B., Davin D., Fairchild T.J. & Kanaley J.A. (2012). Yoga training improves quality of life in women with asthma. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 18(8):749-55.

Birdee G.S., Legedza A.T., Saper R.B., Bertisch S.M., Eisenberg D.M. & Phillips R.S. (2008). Characteristics of yoga users: results of a national survey. *Journal of General Internal Medicine* 23(10):1653-8.

Boehm K., Ostermann T., Milazzo S. & Büssing A. (2012). Effects of yoga interventions on fatigue: a meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2012:124703.

Bower J.E., Garet D., Sternlieb B., Ganz P.A., Irwin M.R., Olmstead R. & Greendale G. (2012). Yoga for persistent fatigue in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer* 118(15):3766-75.

Buffart L.M., van Uffelen J.G., Riphagen I.I., Brug J., van Mechelen W., Brown W.J. & Chinapaw M.J. (2012). Physical and psychosocial benefits of yoga in cancer patients and survivors, a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cancer* 12:559.

Cabral P., Meyer H.B. & Ames D. (2011).Effectiveness of yoga therapy as a complementary treatment for major psychiatric disorders: a meta-analysis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 13(4).

Chandwani K.D., Ryan J.L., Peppone L.J., Janelsins M.M., Sprod L.K., Devine K., Trevino L., Gewandter J., Morrow G.R. & Mustian K.M. (2012). Cancer-related stress and complementary and alternative medicine: A review. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2012:979213.

Cramer H., Lange S., Klose P., Paul A. & Dobos G. (2012a). Can yoga improve fatigue in breast cancer patients? A systematic review. *Acta Oncologica* 51(4):559-60.

Cramer H., Lange S., Klose P., Paul A. & Dobos G. (2012b). Yoga for breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 12:412.

Cramer H., Ward L., Steel A., Lauche R., Dobos G. & Zhang Y. (2016). Prevalence, Patterns, and Predictors of Yoga Use: Results of a U.S. Nationally Representative Survey. *American Journal of Preventive Medicine* 50(2):230-5.

Culos-Reed S.N., Carlson L.E., Daroux L.M. & Hately-Aldous S. (2006). A pilot study of yoga for breast cancer survivors: physical and psychological benefits. *Psycho-oncology* 15(10): 891-7.

Eisenberg D.M., Davis R.B., Ettner S.L., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M. & Kessler R.C.(1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 280(18):1569-75.

Ernst E. & White A.R. (2000). The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complementary Therapies in Medicine* 8(1):32-6.

Felbel S., Meerpohl J.J., Monsef I., Engert A. & Skoetz N. (2014). Yoga in addition to standard care for patients with haematological malignancies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 6:CD010146.

Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin D.M., Forman D. & Bray F. (2013). *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11.* In GLOBOCAN 2012, version 1.0. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.

Finnegan-John J., Molassiotis A., Richardson A. & Ream E. (2013). A systematic review of complementary and alternative medicine

interventions for the management of cancer-related fatigue. *Integrative Cancer Therapies* 12(4):276-90.
Fouladbakhsh J.M. & Stommel M. (2010). Gender, symptom experience, and use of complementary and alternative medicine practices among cancer survivors in the U.S. cancer population. *Oncology Nursing Forum* 37(1): E7-E15.
Harder H., Parlour L. & Jenkins V. (2012). Randomised controlled trials of yoga interventions for women with breast cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer* 20(12):3055-64.
Higgins J.P.T. & Green S., editors (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011].
Horneber M., Bueschel G., Dennert G., Less D., Ritter E. & Zwahlen M. (2012). How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis. *Integrative Cancer Therapies* 11(3):187-203.
Innes K.E, Bourguignon C. & Taylor A.G. (2005). Risk indices associated with the insulin resistance syndrome, cardiovascular disease, and possible protection with yoga: a systematic review. *Journal of the American Board of Family Practice* 18(6):491-519.
Kang D., Wu Y., Hu D., Hong Q., Wang J. & Zhang X. (2012). Reliability and External Validity of AMSTAR in Assessing Quality of TCM Systematic Reviews. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2012:732195.
Kelley G.A. & Kelley K.S. (2015). Meditative Movement Therapies and Health-Related Quality-of-Life in Adults: A Systematic Review of Meta-Analyses. *PLoS One* 10(6):e0129181.
Kramlich D. (2014). Introduction to complementary, alternative, and traditional therapies. *Critical Care Nurse* 34(6):50-6.
Kuttner L., Chambers C.T., Hardial J., Israel D.M., Jacobson K. & Evans K. (2006). A randomized trial of yoga for adolescents with irritable bowel syndrome. *Pain Research and Management* 11(4):217-23.
Lin K.Y., Hu Y.T., Chang K.J., Lin H.F. & Tsauo J.Y. (2011). Effects of yoga on psychological health, quality of life, and physical health of patients with cancer: a meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2011:659876.
Liberati A., Altman D.G., Tetzlaff J., Mulrow C., Gøtzsche P.C., Ioannidis J.P., Clarke M., Devereaux P.J., Kleijnen J. & Moher D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine* 151(4):W65-94.
McCall M.C. (2014). In search of yoga: Research trends in a western medical database. *International Journal of Yoga* 7(1):4-8.
Mishra S.I., Scherer R.W., Snyder C., Geigle P. & Gotay C. (2014). Are exercise programs effective for improving health-related quality of life among cancer survivors? A systematic review and meta-analysis. *Oncology Nursing Forum* 41(6):E326-42.
Mustian K.M. (2013). Yoga as Treatment for Insomnia Among Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review. *European Medical Journal Oncology* 1:106-115.
Pan Y., Yang K., Wang Y., Zhang L. & Liang H. (2015). Could yoga practice improve treatment-related side effects and quality of life for women with breast cancer? A systematic review and meta-analysis. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* doi: 10.1111/ajco.12329.
Pandey A., Tripathi P., Pandey R., Srivatava R. & Goswami S. (2011). Alternative therapies useful in the management of diabetes: A systematic review. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences* 3(4):504-12.
Patel C. (1975). 12-month follow-up of yoga and bio-feedback in the management of hypertension. *The Lancet* 1(7898):62-4.
Raj V.A. (1994). *The Hindu Connection: Roots of New Age*. St. Louis: Concordia Publishing House.
Raub J.A. (2002). Psychophysiologic effects of Hatha Yoga on musculoskeletal and cardiopulmonary function: a literature review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 8(6):797-812.
Sadja J. & Mills P.J. (2013). Effects of yoga interventions on fatigue in cancer patients and survivors: a systematic review of randomized controlled trials. *Explore (New York, N.Y.)* 9(4):232-43.
Samuel S.R., Veluswamy S.K., Maiya A.G., Fernandes D.J. & McNeely M.L. (2015). Exercise-based interventions for cancer survivors in India: a systematic review. *Springer Plus* 4:655.
Satchidananda SS. (2011). *The yoga sutras of Patanjali*. 16th ed. Yogaville, Virginia US: Integral Yoga Publications.
Sharma M., Haider T. & Knowlden A.P. (2013). Yoga as an alternative and complementary treatment for cancer: a systematic review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 19(11):870-5.
Shea B.J., Grimshaw J.M., Wells G.A., Boers M., Andersson N., Hamel C., Porter A.C., Tugwell P., Moher D. & Bouter L.M. (2007a). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 7:10.
Shea B.J., Bouter L.M., Peterson J., Boers M., Andersson N., Ortiz Z., Ramsay T., Bai A., Shukla V.K. & Grimshaw J.M. (2007b). External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). *PLoS One* 2(12):e1350.
Shea B.J., Hamel C., Wells G.A., Bouter L.M., Kristjansson E., Grimshaw J., Henry D.A. & Boers M. (2009). AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 62(10):1013-20.
Shneerson C., Taskila T., Gale N., Greenfield S. & Chen Y.F. (2013). The effect of complementary and alternative medicine on the quality of life of cancer survivors: a systematic review and meta-analyses. *Complementary Therapies in Medicine* 21(4):417-29.
Shorten A. & Shorten B. (2013). What is meta-analysis? *Evidence-Based Nursing* 16(1):3-4.
Smith V., Devane D., Begley C.M. & Clarke M. (2011). Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Medical Research Methodology* 11(1):15.
Wren A.A., Wright M.A., Carson J.W. & Keefe F.J. (2011). Yoga for persistent pain: new findings and directions for an ancient practice. *Pain* 152(3):477-80.

Effects of Yoga on cancer patients: Secondary analysis of Systematic Reviews/Meta-Analyses

Dimos Mastrogiannis[1], Anna Bitha[2]
1. Lecturer, PhD, MSc, Nursing Department, T.E.I. of Central Greece (Sterea Ellada)
2. Registered Nurse, "Sotiria" General Hospital of Chest Diseases

ABSTRACT

Introduction: Western medicine's model has been enriched with alternative management and treatment methods. Yoga is a technique that incorporates physical exercises, breathing methods, meditation and relaxation which has been proposed to have positive effects on cancer patients.

Aim: The aim of the present study is to critically review findings of systematic reviews/meta-analyses that are available in the international literature, regarding the effects of yoga on cancer patients.

Methodology: Literature review was performed in five (5) databases: PubMed, Scopus, EMBASE, Web of Science and Cochrane Database of systematic Reviews. Authors adopted the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis model in order to perform a critical review of the existing literature. Methodological assessment of papers under review was performed according to criteria of the Assessment of Multiple Systematic Reviews instrument. Inclusion criteria were the English language, research undertaken in adults and evaluation of effects of yoga as the primary intervention.

Results: Although there is a lack of guidelines regarding the assessment of systematic reviews using the above mentioned instruments, 16 papers were included in the present study. Findings are confounding, even though there is evidence supporting the use of yoga in certain types of cancer. Specifically, improvements in quality of life and psychological wellbeing, anxiety, however, not pain reduction, have been reported in women suffering from breast cancer, however, no statistically significant effect has been documented in patients with haematological malignancies.

Conclusions: The majority of studies about the effects of yoga on quality of life, fatigue, sleep quality, anxiety, and depression have small samples. There is a trend towards an overall quality of life improvement, nonetheless, the lack of sufficiently powered randomized controlled trials prevents the extraction of a safe conclusion about the efficacy of yoga in various cancer types and caution must be exercised by patients practicing yoga.

Keywords: Review, effects, yoga, cancer

Corresponding Author: Anna Bitha
Contact Address: 12 Danais str., Gerakas,Athens, Greece
E-mail: annabith@gmail.com
Telephone Number: +306939246099

Submission Date: 30/04/2016
Publication Date: 10/07/2016

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στην αξιολόγηση της διοικητικής λειτουργίας και απόδοσης νοσηλευτικής υπηρεσίας: η περίπτωση ενός Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής

Απόστολος Ευκαρπίδης
Νοσηλευτής MSc, Γενικό Νοσοκομείο Σύρου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) αποτελεί εύκολο εργαλείο στη χρήση Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) που διατίθεται στους Οργανισμούς του Δημόσιου Τομέα στην Ευρώπη. Εφαρμόζεται κάθε διετία παρέχοντας ένα πλαίσιο αυτοαξιολόγησης εννοιολογικά παρόμοιο με το European Foundation Quality Management, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές τους. Είναι κοινό για όλους τους Οργανισμούς του Δημοσίου διασφαλίζοντας τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων μεταξύ ομοειδών Υπηρεσιών.

Σκοπός: Η μέτρηση του υφιστάμενου διοικητικού και επιχειρησιακού επιπέδου της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γενικού Νοσοκομείου, νησιωτικής περιοχής της Ελλάδας.

Μεθοδολογία: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μετά της λήψη άδειας από τη Διοίκηση του νοσοκομείου και ακολουθήθηκαν τα βήματα της διαδικασίας που προβλέπει ο Οδηγός Εφαρμογής του ΚΠΑ με τη χρήση του ερωτηματολογίου του Οδηγού. Το δείγμα αποτέλεσαν 32 εργαζόμενοι (Ομάδα Αυτοαξιολόγησης) όλων των κατηγοριών, σε σύνολο 101 ατόμων. Η ανάλυση διενεργήθηκε με το πρόγραμμα Excel.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης έδειξαν να βρίσκονται μεταξύ δύο βαθμολογικών κλιμάκων με βάση το μέσο όρο (50 μονάδες) Συγκεκριμένα: α) της κλίμακας με βαθμούς από 31 έως 50 (κάτω του μέσου όρου), δηλώνοντας τη σχετική ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το μέτριο επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της, και β) της κλίμακας από 51 έως 70 (άνω του μέσου όρου), δηλώνοντας την ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της. Η βαθμολογία στα 9 Κριτήρια του ΚΠΑ ήταν: 1) Ηγεσία (57,36), 2) Στρατηγική - Προγραμματισμός (44,1), 3) Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού (50,07), 4) Συνεργασίες - Πόροι (41,18), 5) Διοίκηση Διαδικασιών - Αλλαγών (30,04), 6) Αποτελέσματα στον Πολίτη (49,17), 7) Αποτελέσματα στο Ανθρώπινο Δυναμικό (42,13), 8) Αποτελέσματα στην Κοινωνία (53,97), 9) Κύρια Αποτελέσματα (53,78).

Συμπεράσματα: Αξιολογήθηκε η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου για τη διοικητική λειτουργία και την οργανωτική απόδοσή της από το προσωπικό με βάση το ΚΠΑ. Εμφανίστηκαν 72 αδύνατα σημεία που χρήζουν βελτίωσης, καθώς και τα ήδη υπάρχοντα δυνατά σημεία που πρέπει να διατηρηθούν.

Λέξεις Κλειδιά: Αξιολόγηση Δημόσιων Οργανισμών, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Απόστολος Ευκαρπίδης
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: apostolosefkarpidis@yahoo.gr
Τηλέφωνο: 6979778636

Ημερομηνία υποβολής:1/3/2016
Ημερομηνία Δημοσίευσης:15/07/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η αξιολόγηση αποδίδει αξία σε μια παρέμβαση μέσα από τη συστηματική συλλογή αξιόπιστων πληροφοριών.**
- **Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης, μετρά τα αποτελέσματα που επιφέρει ένας Οργανισμός ή οι επιμέρους τομείς του (υπηρεσίες - τμήματα - γραφεία), ως προς την οργανωτική απόδοση, τους πελάτες / πολίτες και την κοινωνία.**
- **Επιτεύχθηκε η χαρτογράφηση του σημείου που βρίσκεται η Νοσηλευτική Υπηρεσία ενός νοσοκομείου και φάνηκε ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο βελτίωσης.**
- **Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης καταδεικνύεται ως ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο, εκτίμησης των επιδόσεων ενός Δημόσιου Οργανισμού.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αξιολόγηση των ακολουθούμενων πολιτικών υγείας και των προσφερόμενων υπηρεσιών, αποτελεί αδιαμφισβήτητη συνθήκη. Το κρίσιμο ερώτημα είναι κατά πόσο οι προσφερόμενες υπηρεσίες δύνανται να ανταποκριθούν στους προσχεδιασμένους σκοπούς και στόχους του συστήματος υγείας με τον πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο (Λιαρόπουλος 2005).

Στα Γενικά Νοσοκομεία, της νησιωτικής Ελλάδας, η νοσηλευτική υπηρεσία παρέχει υπηρεσίες υγείας σε 24ωρη βάση, όχι μόνο στον πληθυσμό του νησιού που εδρεύει, αλλά καλύπτει ανάγκες και των γύρω νησιών, καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου. Κάτω από αυτές τις συνθήκες καθίσταται αναγκαία η διαμόρφωση της κατάλληλης διοικητικής και οργανωτικής δομής, ώστε άμεσα και συνεχόμενα να δίνεται η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών ποιοτικής και ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (Continuous Care) και άμεσης εξυπηρέτησης του πολίτη (Μωραϊτάκη & Βασιλάκης 2007).

Η κατανόηση της εργασίας του οργανισμού, ως συστήματος παραγωγής και η διαχείρισή του για βελτίωση, βασίζεται στην απάντηση τριών βασικών ερωτήσεων: α) Πώς ενεργούμε; (Η ερώτηση αναφέρεται στα μέσα παραγωγής), β) Γιατί ενεργούμε; (Η ερώτηση αναφέρεται στο σκοπό του συστήματος και σχετίζεται με την ανάπτυξη και εμβάθυνση της «γνώσης του πελάτη» καθώς και την κατανόηση της κοινωνικής ανάγκης που εξυπηρετεί ο οργανισμός) και γ) Πώς βελτιώνουμε; (Η ερώτηση αναφέρεται στη σημασία της ανάπτυξης γνώσης στο πλαίσιο της βελτίωσης, που οριοθετείται από το όραμα για το μέλλον με την εφαρμογή ειδικών σχεδίων βασισμένων στις προτεραιότητες βελτίωσης) (Μουμτζόγλου 2001).

Στη διαδικασία κατανόησης της εργασίας περιλαμβάνεται μια σειρά δραστηριοτήτων, μεταξύ των οποίων εξέχουσα θέση έχουν η αξιολόγηση των διαδικασιών παροχής ιατρικής φροντίδας και η επίτευξη της μέγιστης ικανοποίησης των χρηστών (Donabedian 1988). Η ποιότητα ως άμεσα σχετιζόμενη έννοια με την ικανοποίηση των χρηστών, καλύπτει ένα ιδιαίτερα διευρυμένο πεδίο της διοικητικής δράσης το περιεχόμενο της οποίας εστιάζεται στη στοχοθεσία της και στις ανάγκες των πολιτών, ενώ η δημόσια διοίκηση οφείλει να καθοδηγείται από τον πολίτη/πελάτη και τις ανάγκες του (Μιχαλόπουλος 2003). Ο ασθενής ως πολίτης/ πελάτης, τις περισσότερες φορές βρίσκει τις προβληματικές περιοχές τις οποίες η διοίκηση δεν έχει αγγίξει, συμβάλλοντας έτσι σε αυξημένη ποιότητα φροντίδας (Παπανικολάου 1995).

Σταδιακά η προσοχή στράφηκε από τις διαδικασίες και τη διασφάλιση της ποιότητας στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) που χαρακτηρίζεται από τη μόνιμη κινητοποίηση όλων των πόρων (ιδίως των ατόμων) να βελτιώνουν με ένα συνεχή τρόπο όλες τις πτυχές ενός οργανισμού, την ποιότητα των αγαθών και των υπηρεσιών (Thijs & Staes 2006). Σύμφωνα με τον Μιχαλόπουλο (2003), οι δημόσιες υπηρεσίες αλλάζουν εφαρμόζοντας πολιτικές ΔΟΠ, ανασχεδιάζουν τις δομές τους και στοχεύουν στην ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών, με έννομο, ποιοτικό και αποδοτικό τρόπο.

Επίσης, ο Τούντας (2007) υποστηρίζει ότι *«αποτελεσματικότητα μιας Υπηρεσίας ή ενός Συστήματος Υγείας, ορίζεται ο βαθμός επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός τους»*. Αν λοιπόν το αποτέλεσμα δεν εξυπηρετεί το σκοπό που πρέπει, τότε η παραγωγικότητα χωλαίνει και πρέπει να εξετάσουμε, να αξιολογήσουμε και να θεραπεύσουμε το σύστημα αναπροσαρμόζοντας τις διαδικασίες.

Σύμφωνα με τους Δικαίο και συν (1999), αξιολόγηση είναι η απόδοση αξίας σε μια παρέμβαση, με τη συστηματική συλλογή αξιόπιστων και έγκυρων πληροφοριών σχετικά με αυτήν. Το όφελος δε της αξιολόγησης μεγιστοποιείται όταν δίνει τη δυνατότητα τα αποτελέσματα της αξιολογούμενης δομής να συγκρίνονται με αποτελέσματα αξιολόγησης αντίστοιχων δομών. Στην Ελληνική νομοθεσία, ως *«αξιολόγηση»* νοείται *«η εκτίμηση με συστηματικό τρόπο του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων και προκαθορισμένων σκοπών και στόχων, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, με αντικειμενικό σκοπό την επιβεβαίωση της επίτευξης των στόχων αυτών»* (Νόμος 3230/2004 ΦΕΚ

44 Α΄). Το τελικό όμως ζητούμενο της έννοιας της αξιολόγησης, είναι η συνεχής βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Ναούμ 2009), και όπως επισημαίνει η Γκρέγκορυ (2005), ο κύριος λόγος που υποστηρίζει ή επιβάλλει την αξιολόγηση και τεκμηρίωση των υπηρεσιών υγείας, είναι και η επίτευξη καλύτερης απόδοσης των ήδη περιορισμένων πόρων.

Η αυτοαξιολόγηση είναι μια περιεκτική, συστηματική και τακτική ανασκόπηση ως προς τις δραστηριότητες και τα αποτελέσματα σε σχέση με το χρησιμοποιούμενο μοντέλο, που επιτρέπει στον αξιολογούμενο φορέα να διακρίνει με ευκρίνεια τα δυνατά του σημεία, όπως επίσης και τα σημεία που πρέπει να γίνουν βελτιώσεις και που καταλήγουν σε προγραμματισμό δραστηριοτήτων βελτίωσης, των οποίων η πρόοδος παρακολουθείται (Advanced Management Consultants 2003).

Το ΚΠΑ, ανήκει στα εργαλεία ΔΟΠ και μετράει τα αποτελέσματα που επιφέρει ένας οργανισμός ή οι επιμέρους τομείς του (υπηρεσίες), ως προς την οργανωτική απόδοση, τους πελάτες / πολίτες και την κοινωνία (Thijs & Staes 2006). Το 2013 δημοσιεύτηκε η τέταρτη αναθεώρησή του που υποστηρίζει ακόμα καλύτερα την αξιολόγηση των Οργανισμών του Δημοσίου σε θέματα που αφορούν τον προσανατολισμό των χρηστών των υπηρεσιών του αξιολογούμενου Οργανισμού, της δημόσιας εικόνας του, των καινοτόμων δράσεών του, της αποτελεσματικότητας των εταιρικών σχέσεών του και το βάθος της κοινωνικής ευθύνης που τον χαρακτηρίζει (Staes 2013).

Στη μελέτη τους από την εφαρμογή του ΚΠΑ σε 15 διαφορετικούς τομείς της Δημόσιας Διοίκησης στην Ευρώπη, οι Brandon et al (2006) συμπεραίνουν ότι όσο πιο συστηματικά ο οργανισμός εφαρμόζει την αυτοαξιολόγηση, τόσο καλύτερα και μετρήσιμα αποτελέσματα έχει. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι το ΚΠΑ είναι αποτελεσματικό μόνο όταν ενθαρρύνεται και έχει καταστεί σαφές από την ηγεσία, ότι ο λόγος της εφαρμογής του είναι η βελτίωση και μόνο του οργανισμού. Μόνο τότε αποτελεί και παράγοντα υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού (Staes et al 2011).

Το ΚΠΑ μπορεί να εφαρμοστεί ως βάση των στοχευμένων διοικητικών βελτιώσεων στο σύνολο των δημόσιων οργανώσεων όπως π.χ. σε ένα επιλεγμένο τμήμα ή διεύθυνση ή γενική διεύθυνση ή/και υπουργείο. Η δομή του περιλαμβάνει 9 κριτήρια και 28 υποκριτήρια, των οποίων το περιεχόμενο προσδιορίζει τα κύρια ζητήματα της αξιολόγησης **(Πίνακας 1)** (Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης 2007Α).

Σκοπός της παρούσας μελέτης περίπτωσης ήταν η διερεύνηση της υφιστάμενης διοικητικής και επιχειρησιακής λειτουργίας και απόδοσης της συγκεκριμένης νοσηλευτικής υπηρεσίας με τη χρήση των κριτηρίων του ΚΠΑ (ηγεσία, στρατηγική και προγραμματισμός κλπ).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ανάλυση του περιεχομένου των 9 κριτηρίων και των 28 υποκριτηρίων του ΚΠΑ

1ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΗΓΕΣΙΑ	Αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο οι επικεφαλείς και οι διοικητές διαμορφώνουν την αποστολή ενός Δημόσιου Οργανισμού (Δ.Ο.), διευκολύνουν την επίτευξή της και συμβάλλουν στην πραγματοποίηση του οράματος. Διερευνάται μέσα από 4 υποκριτήρια:
Υποκριτήριο 1.1	Να δώσει η ηγεσία μια σαφή κατεύθυνση του Δ.Ο. αναπτύσσοντας όραμα, αποστολή και αξίες.
Υποκριτήριο 1.2	Τι κάνει η ηγεσία για να αναπτύξει και εφαρμόσει, σύστημα διοίκησης απόδοσης και αλλαγής
Υποκριτήριο 1.3	Τι κάνει η ηγεσία για να υποκινήσει και υποστηρίξει τους υπαλλήλους και να δράσει ως πρότυπο ρόλου
Υποκριτήριο 1.4	Πώς η ηγεσία διαχειρίζεται τις σχέσεις με τους πολιτικούς και τις άλλες ομάδες συμφερόντων ώστε να εξασφαλιστούν οι κοινές ευθύνες
2ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	Αξιολογεί τον τρόπο ΠΟΥ ο Οργανισμός υλοποιεί την αποστολή του μέσω μιας συγκεκριμένης στρατηγικής προσανατολισμένης προς τις ομάδες συμφερόντων και με την υποστήριξη δημόσιων πολιτικών, προγραμμάτων, διαδικασιών κ.λ.π. Διερευνάται μέσα από 4 υποκριτήρια:
Υποκριτήριο 2.1	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να συλλέξει πληροφορίες σχετικές με τις τωρινές ή τις μελλοντικές ανάγκες των εμπλεκόμενων στη λειτουργία της
Υποκριτήριο 2.2	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύξει, αναθεωρήσει και επικαιροποιήσει τη στρατηγική και τον προγραμματισμό λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των εμπλεκόμενων στη λειτουργία της και τους διαθέσιμους πόρους.
Υποκριτήριο 2.3	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να εφαρμόσει τη στρατηγική και τον προγραμματισμό σε όλη την οργάνωση
Υποκριτήριο 2.4	Τι κάνει ο Δ.Ο.για να σχεδιάσει, εφαρμόσει και επικαιροποιήσει το πρόγραμμα για τον εκσυγχρονισμό και την καινοτομία.

3ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝ/ΚΟΥ	Αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο ένας Δ.Ο. διαχειρίζεται και αναπτύσσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του προσωπικού του. Διερευνάται μέσα από 3 υποκριτήρια:
Υποκριτήριο 3.1	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να προγραμματίσει, διοικήσει και βελτιώσει το ανθρώπινο δυναμικό με διαφάνεια σε σχέση με τη στρατηγική και τον προγραμματισμό της
Υποκριτήριο 3.2	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να προσδιορίσει, αναπτύξει και χρησιμοποιήσει τις ικανότητες των υπαλλήλων εναρμονίζοντας τους ατομικούς στόχους με αυτούς της οργάνωσης.
Υποκριτήριο 3.3	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να ενεργοποιήσει μέσω της ανάπτυξης ανοιχτού διαλόγου και της ενδυνάμωσής του.
4ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ & ΠΟΡΟΙ	Αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο ο Δ.Ο. σχεδιάζει και διαχειρίζεται τις εξωτερικές της συνεργασίες και τους εσωτερικούς πόρους της προκειμένου να υποστηρίξει την πολιτική και στρατηγική της και την αποτελεσματική λειτουργία των διαδικασιών της. Διερευνάται μέσα από 6 υποκριτήρια:
Υποκριτήριο 4.1	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύσσει και να υλοποιεί βασικές σχέσεις συνεργασίας
Υποκριτήριο 4.2	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύσσει και εφαρμόζει τις συνεργασίες με τους πολίτες / πελάτες
Υποκριτήριο 4.3	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να διαχειρίζεται τα οικονομικά
Υποκριτήριο 4.4	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να διαχειρίζεται την πληροφορία και τη γνώση
Υποκριτήριο 4.5	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να διαχειρίζεται την τεχνολογία
Υποκριτήριο 4.6	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να διαχειρίζεται τις εγκαταστάσεις της
5ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΩΝ	Αξιολογεί τον τρόπο που ο Δ.Ο. διαχειρίζεται και βελτιώνει τις διαδικασίες για να υποστηρίξει τη στρατηγική του και να ικανοποιήσει τους πελάτες/πολίτες του
Υποκριτήριο 5.1	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να προσδιορίζει, σχεδιάζει, και βελτιώνει τις διαδικασίες της συνεχώς
Υποκριτήριο 5.2	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύσσει και παρέχει υπηρεσίες και προϊόντα προσανατολισμένα προς τον πολίτη / πελάτη
Υποκριτήριο 5.3	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύσσει καινοτόμες διαδικασίες με τη συμμετοχή των πολιτών
6ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ	Αξιολογεί τα αποτελέσματα του Δ.Ο. σχετικά με την ικανοποίηση των εξωτερικών και εσωτερικών πελατών του. Διερευνάται μέσα από 2 υποκριτήρια:
Υποκριτήριο 6.1	Αποτελέσματα των μετρήσεων της ικανοποίησης των πολιτών/ πελατών
Υποκριτήριο 6.2	Δείκτες που αφορούν μετρήσεις για τους πολίτες/ πελάτες
7ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝ/ΚΟ	Αξιολογεί τα αποτελέσματα που επιτυγχάνει ο Δ.Ο. σε σχέση με την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού του. Διερευνάται μέσα από 2 υποκριτήρια:
Υποκριτήριο 7.1	Αποτελέσματα μέτρησης της ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού και της υποκίνησης
Υποκριτήριο 7.2	Δείκτες αποτελεσματικότητας ανθρώπινου δυναμικού
8ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	Μελετά τι επιτυγχάνει ο Δ.Ο. για την ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών της κοινωνίας, για θέματα όπως η ποιότητα ζωής, η διατήρηση των παγκόσμιων πόρων κ. α. Διερευνάται μέσα από 2 υποκριτήρια:
Υποκριτήριο 8.1	Ποια αποτελέσματα έχει επιτύχει ο Δ.Ο. για να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κοινωνίας σε σχέση με τα αποτελέσματα των κοινωνικών μετρήσεων όπως τα αντιλαμβάνονται οι εμπλεκόμενοι πολίτες
Υποκριτήριο 8.2	Ποια αποτελέσματα έχει επιτύχει ο Δ.Ο. για να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κοινωνίας σε σχέση με δείκτες κοινωνικής απόδοσης καθιερωμένοι από τη δημόσια οργάνωση
9ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΙΔΟΣΗΣ	Μελετά τι επιτυγχάνει ο Δ.Ο. σε σχέση με τη θεσμοθετημένη εντολή του και τους στόχους του τους προκαθορισμένους, καθώς και σε σχέση με την ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών όσων έχουν οικονομικό συμφέρον ή συμμετέχουν στο δημόσιο οργανισμό. Διερευνάται μέσα από 2 υποκριτήρια:
Υποκριτήριο 9.1	Εξωτερικά αποτελέσματα: Εκροές - αποτελέσματα σε σχέση με τους στόχους
Υποκριτήριο 9.2	Εσωτερικά αποτελέσματα

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Ο σχεδιασμός για την οργάνωση και συλλογή των δεδομένων ακολουθεί μια σειρά βημάτων που προβλέπονται στον οδηγό εφαρμογής του ΚΠΑ που ονομάζονται βήματα διαδικασίας εφαρμογής του ΚΠΑ. Αυτά είναι η απόφαση της διεύθυνσης και η έγγραφη έγκριση /δέσμευση της διοίκησης για εφαρμογή του ΚΠΑ (αρ. πρωτ/λου αιτήματος 10285 – 22/10/2012 και εγκρίσεως 10825 – 7/12/2012), η γνωστοποίηση της απόφασης σε όλο το προσωπικό της υπηρεσίας και η ενημέρωσή του για τα οφέλη του ΚΠΑ.

Ορίστηκε από τη διοίκηση ο υπεύθυνος έργου και δόθηκε η άδεια σύστασης ομάδας έργου/αυτοαξιολόγησης. Κατόπιν πραγματοποιήθηκε ανοιχτή συζήτηση με όλο το προσωπικό για την επίλυση απορίων και την ενίσχυση της ιδέας εφαρμογής και καθορίστηκε η ομάδα αυτοαξιολόγησης σύμφωνα με τη διαδικασία που ορίζει η υπουργική εγκύκλιος (Υπουργείο Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης 2007Β).

Δείγμα μελέτης

Την ομάδα αυτοαξιολόγησης αποτέλεσαν 32 εργαζόμενοι στη νοσηλευτική υπηρεσία (4 άνδρες και 28 γυναίκες). Η σύνθεση της ομάδας έγινε με κριτήριο την αντιπροσωπευτική εκπροσώπηση της κάθε κατηγορίας εργαζόμενων, σε σχέση με το συνολικό αριθμό των εργαζόμενων και την εθελοντική επιθυμία για συμμετοχή. Ο ρόλος του κάθε προσώπου της ομάδας αυτοαξιολόγησης ήταν να αξιολογήσει με τη βαθμολογία του τα στοιχεία τεκμηρίωσης που καταθέτονταν, ως απάντηση για το κάθε ερώτημα κάθε υποκριτηρίου.

Το ΚΠΑ προβλέπει εκτός από την αξιολόγηση των εργαζόμενων και την αξιολόγηση από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, με τα ερωτήματα του υποκριτηρίου 6.1, που σχετίζεται με τα αποτελέσματα των μετρήσεων της ικανοποίησης των πολιτών. Για το σκοπό αυτό διανεμήθηκαν σε ασθενείς 100 ερωτηματολόγια με τα συγκεκριμένα ερωτήματα, το διάστημα από 20 έως και 31 Μαρτίου 2013 με τυχαιοποιημένο τρόπο ανά δύο εισαγωγές σε όλες τις κλινικές, εκ των οποίων 60 επεστράφησαν και κωδικοποιήθηκαν.

Εργαλείο μελέτης

Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη, ήταν αυτό το οποίο περιέχεται στον οδηγό εφαρμογής του ΚΠΑ και περιείχε ερωτήσεις σχετικά με το νόημα και το περιεχόμενο κάθε υποκριτηρίου του ΚΠΑ. Κάθε ερώτηση του κάθε υποκριτηρίου βαθμολογείται με έναν βαθμό της κάτωθι κλίμακας ως εξής:

1. Βαθμός από 0-10 της κλίμακας δηλώνει την απουσία οποιασδήποτε ικανοποίησης για κάποια δραστηριότητα και την πλήρη ανεπάρκεια και αποτελεσματικότητά της. Αντιστοιχεί στο «ΚΑΘΟΛΟΥ-0».

2. Από 11-30 δηλώνει την ελάχιστη ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα για το χαμηλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της. Αντιστοιχεί στο «ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ-1».

3. Από 31-50 δηλώνει τη σχετική ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το μέτριο επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της. Αντιστοιχεί στο «ΛΙΓΟ-2».

4. Από 51-70 δηλώνει την ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της. Αντιστοιχεί στο «ΠΟΛΥ-3».

5. Από 71-90 δηλώνει τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης για κάποια δραστηριότητα και το πολύ καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της. Αντιστοιχεί στο «ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ-4».

6. Από 91-100 δηλώνει την απόλυτη ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το άριστο πεδίο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της. Αντιστοιχεί στο «ΑΠΟΛΥΤΑ-5».

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από την ομάδα αυτοαξιολόγησης σε 9 προγραμματισμένες συναντήσεις, μία για την αξιολόγηση του κάθε κριτηρίου, που διεξήχθησαν από τις αρχές Φεβρουαρίου μέχρι και το τέλος Μαρτίου 2013. Κατά τις συναντήσεις αυτές, όλα τα μέλη είχαν μπροστά τους τα ερωτήματα, το υλικό τεκμηρίωσης, καθώς και ένα διαμορφωμένο έντυπο στο οποίο κατέγραφαν τη βαθμολογία τους. Η βαθμολογία ακολουθούσε την προαναφερθείσα εξαβάθμια κλίμακα και συμπληρωνόταν ο αντίστοιχος βαθμός για κάθε ερώτηση στην εκατοστιαία κλίμακα.

Κατά τη διαδικασία, ο πρόεδρος της ομάδας εκφωνούσε τα ερωτήματα και για το καθένα παρουσίαζε τα αντίστοιχα τεκμήρια στο βαθμό που υπήρχαν. Αποσαφηνίζονταν πριν την απάντηση οι όποιες απορίες που αφορούσαν την τεκμηρίωση, γίνονταν διευκρινιστικές συζητήσεις και κατόπιν ανώνυμα το κάθε μέλος της ομάδας βαθμολογούσε στο έντυπο βαθμολογίας που διατηρούσε. Η διαδικασία αυτή ακολουθούνταν για κάθε ερώτημα.

Το υλικό τεκμηρίωσης το οποίο ήταν στη διάθεση των ερωτηθέντων προκειμένου να μπορούν να βαθμολογούν βάσει αποδεικτικών στοιχείων, αποτελούνταν από νόμους, προεδρικά διατάγματα, κανονιστικές αποφάσεις της διοίκησης, διοικητικά έγγραφα, αποφάσεις συλλογικών διοικητικών οργάνων, επίσημα στατιστικά στοιχεία ή αποτελέσματα ερευνών, άλλο έντυπο υλικό ή υλικό σε ηλεκτρονική μορφή, ηλεκτρονικές βάσεις πληροφοριακών δεδομένων στο διαδίκτυο ή σε εσωτερικό δίκτυο, με κοινό χαρακτηριστικό όλων τη συσχέτιση που έχουν με την οργάνωση και λειτουργία της δημόσιας οργάνωσης, καθώς και με τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων της. Καθίσταται σαφές ότι το υλικό τεκμηρίωσης (εφόσον υπήρχε) και ο βαθμός συνάφειάς του με το ερώτημα, ήταν ιδιαίτερης χρησιμότητας και κατείχε σημαντικότατο ρόλο στη διαδικασία αξιολόγησης.

Θέματα Δεοντολογίας

Η διεξαγωγή της μελέτης αδειοδοτήθηκε, κατόπιν αιτήματος, από τη διοίκηση του νοσοκομείου μετά από αίτημα της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (ΔΝΥ) και ελήφθη η συναίνεση των συμμετεχόντων νοσηλευτών, κατόπιν επιβεβαίωσης τήρησης της ανωνυμίας και της εχεμύθειας.

Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση δεδομένων διενεργήθηκε με τη βοήθεια του προγράμματος λογιστικών φύλλων Excel 2010.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το νοσηλευτικό προσωπικό που έλαβε μέρος στην ομάδα αυτοαξιολόγησης όπως φαίνεται και στον **Πίνακα 2** αποτελούνταν από 32 σε σύνολο 92 εργαζόμενων στη Νοσηλευτική Υπηρεσία. Τα άτομα που συμμετείχαν ήταν Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, Μαίες, Επισκέπτες Υγείας, Βοηθοί Νοσηλευτές ΔΕ, Βοηθητικό Προσωπικό ΥΕ

Πίνακας 2: Ειδικότητες και αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην Ομάδα Αυτοαξιολόγησης

Προσωπικό που έλαβε μέρος στην Ομάδα Αυτοαξιολόγησης	
Νοσηλευτές ΠΕ	2
Νοσηλευτές ΤΕ	13
Μαίες ΤΕ	2
Επισκέπτες Υγείας	2
Βοηθοί Νοσηλευτές ΔΕ	11
Βοηθοί ΥΕ	2
Σύνολο	**32**

Η μέση βαθμολογία των 9 κριτηρίων και των 28 υποκριτηρίων του ΚΠΑ σχετικά με τη διοικητική απόδοση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, φαίνεται στον **Πίνακα 3**.

Πίνακας 3: Μέση βαθμολογία των 9 κριτηρίων και των 28 υποκριτηρίων του ΚΠΑ σχετικά με τη διοικητική απόδοση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ			
1ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΗΓΕΣΙΑ		**Συνολική μέση βαθμολογία 4ου κριτηρίου**	**41,18**
Υποκριτήριο 1.1	60,35	**5ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ**	
Υποκριτήριο 1.2	57,53	Υποκριτήριο 5.1	40,43
Υποκριτήριο 1.3	59,33	Υποκριτήριο 5.2	29,32
Υποκριτήριο 1.4	52,23	Υποκριτήριο 5.3	20,37
Συνολική μέση βαθμολογία 1ου κριτηρίου	**57,36**	**Συνολική μέση βαθμολογία 5ου κριτηρίου**	**30,04**
2ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		**6ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ**	
Υποκριτήριο 2.1	41,21	Υποκριτήριο 6.1	57,61
Υποκριτήριο 2.2	41,33	Υποκριτήριο 6.2	40,74
Υποκριτήριο 2.3	47,72	**Συνολική μέση βαθμολογία 6ου κριτηρίου**	**49,16**
Υποκριτήριο 2.4	46,16	**7ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟ**	
Συνολική μέση βαθμολογία 2ου κριτηρίου	**44,10**	**ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ**	
3ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ		Υποκριτήριο 7.1	51,00
Υποκριτήριο 3.1	50,56	Υποκριτήριο 7.2	33,26
Υποκριτήριο 3.2	45,47	**Συνολική μέση βαθμολογία 7ου κριτηρίου**	**42,13**
Υποκριτήριο 3.3	54,20	**8ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ**	
Συνολική μέση βαθμολογία 3ου κριτηρίου	**50,07**	Υποκριτήριο 8.1	55,18
4ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ		Υποκριτήριο 8.2	52,76
Υποκριτήριο 4.1	49,73	**Συνολική μέση βαθμολογία 8ου κριτηρίου**	**53,97**
Υποκριτήριο 4.2	33,89	**9ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ - ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΙΔΟΣΗΣ**	
Υποκριτήριο 4.3	26,97	Υποκριτήριο 9.1	54,43
Υποκριτήριο 4.4	49,63	Υποκριτήριο 9.2	53,14
Υποκριτήριο 4.5	48,05	**Συνολική μέση βαθμολογία 9ου κριτηρίου**	**53,78**
Υποκριτήριο 4.6	38,83	**ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ**	**46,87**

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της αξιολόγησης έδειξαν να βρίσκονται μεταξύ δύο βαθμολογικών κλιμάκων με βάση το μέσο όρο (50 μονάδες). Συγκεκριμένα: α) της κλίμακας με βαθμούς από 31 έως 50 (κάτω του μέσου όρου), δηλώνοντας τη σχετική ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το μέτριο επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της, και β) της κλίμακας από 51 έως 70 (άνω του μέσου όρου), δηλώνοντας την ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της. Η βαθμολογία στα 9 Κριτήρια του ΚΠΑ ήταν:1) Ηγεσία (57,36), 2) Στρατηγική - Προγραμματισμός (44,1), 3) Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού (50,07), 4) Συνεργασίες - Πόροι (41,18), 5) Διοίκηση Διαδικασιών - Αλλαγών (30,04), 6) Αποτελέσματα στον Πολίτη (49,17), 7) Αποτελέσματα στο Ανθρώπινο Δυναμικό (42,13) 8) Αποτελέσματα στην Κοινωνία (53,97), 9) Κύρια Αποτελέσματα (53,78).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη έγινε αξιολόγηση της διοικητικής και επιχειρησιακής λειτουργίας της νοσηλευτικής υπηρεσίας Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής στο σύνολό της με τα κριτήρια που θέτει το ΚΠΑ και οι βαθμολογίες κυμάνθηκαν στα κριτήρια από 30,4 έως 57,36. Κατεγράφησαν 4 κριτήρια στα οποία η υπηρεσία αξιολογήθηκε με ικανοποιητικό βαθμό άνω του μέσου όρου, καθώς και 5 κριτήρια στα οποία η βαθμολογία της αξιολόγησης δεν ήταν ικανοποιητική. Ως εκ τούτου αναδείχθηκαν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της υπηρεσίας, τα οποία πρέπει να τύχουν της κατάλληλης επεξεργασίας και σχεδιασμού για τη βελτίωσή τους.

Αναφορικά με τον τρόπο που αποτυπώνεται η εφαρμογή της ηγεσίας στην υπηρεσία, αποδόθηκε μία ικανοποιητική εικόνα σε όλα τα υποκριτήρια, κάτι που σύμφωνα με τον οδηγό εφαρμογής δηλώνει την ικανοποίηση για κάποιες δραστηριότητες και το καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της.

Η ίδια απάντηση δόθηκε και για τα κριτήρια που αφορούν α) τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, β) την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υπηρεσίας που επιφέρει στην κοινωνία, καθώς και γ) τα κύρια αποτελέσματα που επιτυγχάνει. Οι βαθμολογίες 57,36 – 50,07 – 53,97 και 53,78 αντίστοιχα για κάθε ένα από τα ανωτέρω κριτήρια, παρά το γεγονός ότι είναι άνω του μέσου όρου, τονίζει την ανάγκη εφαρμογής του επιχειρησιακού πλάνου βελτίωσης των κριτηρίων με βάση τις βαθμολογίες του κάθε ερωτήματος των υποκριτηρίων. Με αυτή την έννοια, τα ερωτήματα των υποκριτηρίων εκλαμβάνονται ως δείκτες απόδοσης και η βαθμολογία που το καθένα εισπράττει αποτελεί τη βάση του επιχειρησιακού πλάνου βελτίωσης μέχρι την επόμενη εφαρμογή του ΚΠΑ.

Στον αντίποδα, οι απαντήσεις που σχετίζονται με τα κριτήρια α) της στρατηγικής και του προγραμματισμού, β) της επίδρασης των συνεργασιών και των πόρων, γ) της διοίκησης διαδικασιών και αλλαγών, δ) της αξιολόγησης από τους πολίτες των υπηρεσιών που τους προσφέρονται, καθώς ε) της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνει η υπηρεσία στο ανθρώπινο δυναμικό της, αποδίδουν μία μη επαρκή εικόνα σε όλα τα υποκριτήρια, κάτι που σύμφωνα με τον Οδηγό Εφαρμογής δηλώνει τη σχετική ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το μέτριο επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της.

Οι βαθμολογίες 44,1 – 41,18 – 30,04 – 49,18 και 42,13, αντίστοιχα για κάθε ένα από τα ανωτέρω κριτήρια, που βρίσκονται κάτω του μέσου όρου, προσδιορίζουν τις άμεσες προτεραιότητες βελτίωσης των συγκεκριμένων αξιολογούμενων πεδίων μέσω του σχετικού με τα αποτελέσματα επιχειρησιακού πλάνου που έχει εκπονηθεί.

Ένα από τα συμπεράσματα της μελέτης του Ευρωπαϊκού Δικτύου Δημόσιας Διοίκησης (EUPAN 2008) είναι ότι το ΚΠΑ, κατέχει πλέον υψηλή θέση ανάμεσα στα εργαλεία της ΔΟΠ, που χρησιμοποιούνται στην Ευρώπη. Στην ίδια μελέτη, αναφέρεται ότι η εφαρμογή πρέπει να παραμένει εθελοντική καθώς έτσι διασφαλίζεται η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Η εφαρμογή του ΚΠΑ στην Ελλάδα είναι νομοθετημένη και συστήνεται ισχυρά. Ωστόσο η χρήση του δεν επιβάλλεται.

Στη μελέτη των Staes et al (2010) καταγράφονται 2035 εγγεγραμμένοι χρήστες του ΚΠΑ στην Ευρώπη με τους μισούς περίπου από αυτούς να αφορούν Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) (542) και εκπαίδευσης (403) ενώ εγγεγραμμένοι οργανισμοί υγείας ήταν 98.

Αντίστοιχες μελέτες στο χώρο της υγείας στη χώρα μας, για συγκεκριμένα όμως νοσηλευτικά τμήματα, έχουν γίνει για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου Τρικάλων (Τσιόκα και συν 2016) με δημοσιευμένα όμως μη συγκρίσιμα αποτελέσματα λόγω του διαφορετικού αντικειμένου αξιολόγησης, καθώς και για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ (Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ 2012).

Μελέτη αξιολόγησης της διοικητικής απόδοσης νοσηλευτικής υπηρεσίας δημόσιου νοσοκομείου στο σύνολό της διεξήχθη για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Ως εκ τούτου δεν υπάρχουν στη βιβλιογραφία στοιχεία για να προβούμε σε αντιστοίχιση βαθμολογιών σε ομοειδή και εντός του ιδίου συστήματος υγείας σε νοσοκομεία. Ωστόσο το ΚΠΑ φαίνεται ότι έχει διανύσει σημαντικό δρόμο από την εφαρμογή του σε Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης της χώρας μας, όπου μέχρι το τέλος του 2011 υπήρχαν 46 επίσημες καταγραφές εφαρμογής του ΚΠΑ (Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης 2011).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης αφορούν τα εξής:

1. Η έλλειψη προηγούμενης εμπειρίας από την ομά-

δα αυτοαξιολόγησης στη μέτρηση και την αυτοαξιολόγηση. Τα Κριτήρια θέτουν μια φιλοσοφία με την οποία δεν ήταν απόλυτα εξοικειωμένη η ομάδα. Αυτό απαιτούσε ανάλυση και εξηγήσεις που πολλές φορές χρειάζονταν αρκετός χρόνος ώσπου να υπάρξει κοινή συμφωνία περί του νοήματος. Σχετικά με τη συμμόρφωση της ομάδας, πρόσθετο περιορισμό αποτέλεσε η έλλειψη από ένα μέρος της Ομάδας πίστης στην αξία της εφαρμογής και η αναγκαιότητα για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων να είναι ειλικρινείς και ευθείς στις απαντήσεις τους.

2. Το γεγονός ότι η εφαρμογή διενεργήθηκε από την ομάδα αυτοαξιολόγησης σε 9 συναντήσεις εντός του ωραρίου εργασίας δημιουργούσε μια σχετική πίεση στους συμμετέχοντες από τις εκκρεμότητες των καθηκόντων τους που άφηναν σε αναμονή.

3. Η ύπαρξη κατά το ξεκίνημα μιας δυσκολίας στην κατανόηση του συστήματος βαθμολόγησης.

4. Όπως αναφέρθηκε η επανάληψη της αυτοαξιολόγησης απαιτεί τη δέσμευση και την ενθάρρυνση της ηγεσίας. Στις υπηρεσίες του δημοσίου συμβαίνουν πολύ συχνά αλλαγές στα ηγετικά στελέχη τους. Η συνέχιση της αυτοαξιολόγησης για το λόγο αυτό θα πρέπει να αποτελεί πολιτική των υπηρεσιών ανεξάρτητα από την εναλλαγή των προσώπων. Αυτό αποτελεί σημαντικότατη προϋπόθεση και παράλληλα παράγοντα για τη μη συνέχισή του, κάτι που συνέβη και στην περίπτωση της Υπηρεσίας μας λίγους μήνες μετά το πέρας της αυτοαξιολόγησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΔΟΠ και εργαλεία όπως το ΚΠΑ φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επανάκτηση της στρατηγικής θέσης των υπηρεσιών στο περιβάλλον που λειτουργούν.

Καταθέτοντας τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης σε σχέση με τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί μπορούμε να ειπωθεί πως αποτυπώθηκαν πολύ ευκρινώς όλα τα σημεία που απαντούν σε αυτά σε σχέση με την εφαρμογή της ηγεσίας, την υφιστάμενη διοικητική και επιχειρησιακή λειτουργία της εν λόγω Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού της, την επίδραση των συνεργασιών και των πόρων καθώς και του τρόπου που αντιλαμβάνονται τη λειτουργία της οι εργαζόμενοι, οι πολίτες και οι εμπλεκόμενοι κοινωνικοί φορείς.

Επιπλέον, διαφάνηκαν τα αποτελέσματα που επιτυγχάνει σε σχέση με την ικανότητα, τα κίνητρα, την ικανοποίηση και την απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού της και ο βαθμός της αποτελεσματικότητας του τρόπου με τον οποίο η νοσηλευτική υπηρεσία εντοπίζει, διαχειρίζεται, βελτιώνει και αναπτύσσει τις βασικές της διαδικασίες ώστε να υποστηρίζει τη στρατηγική και τον προγραμματισμό της. Επιπρόσθετα, καταγράφηκαν τα αποτελέσματα της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει στους πολίτες και την κοινωνία.

Το ΚΠΑ καταδείχθηκε ως ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο ΔΟΠ, ενδελεχούς εκτίμησης των επιδόσεων ενός δημόσιου οργανισμού, που είναι εφαρμόσιμο στις υπηρεσίες υγείας και βεβαίως και στα νοσοκομεία της χώρας μας και παρέχει πολύ σημαντική πληροφορία για το επίπεδο που βρίσκεται ο εκάστοτε αξιολογούμενος οργανισμός.

Προκειμένου να υπάρχει μια πιο συνολική εικόνα της εφαρμογής του στο χώρο της υγείας, καθίσταται αναγκαία και σκόπιμη η διεύρυνση της χρήσης του και η εφαρμογή του και σε άλλες υπηρεσίες υγείας ώστε να αναπτυχθεί και η δυνατότητα που δίνει ως εργαλείο της σύγκρισης των αποτελεσμάτων μεταξύ των αξιολογούμενων οργανισμών. Έτσι δημιουργείται το πλαίσιο ώστε αντίστοιχες πρωτοβουλίες να μην θεωρηθούν μεμονωμένες και να επιβεβαιωθεί η συνεχώς αυξανόμενη τάση των χωρών της Ευρώπης, προς την κατεύθυνση της δημιουργίας μιας κοινής γλώσσας και ενός κοινού πλαισίου αναφοράς. Εργαλεία ποιότητας, όπως το ΚΠΑ μπορεί να χρησιμεύσουν ως πλαίσιο γι αυτή την κοινή γλώσσα. Σ' αυτό μπορούν να συμβάλλουν βεβαίως και οι επιστημονικοί και επαγγελματικοί φορείς της χώρας μας μέσα από τη δημιουργία προγραμμάτων αυτοαξιολόγησης όμοιων για όλες τις υπηρεσίες, με τη συνεργασία του υπουργείου υγείας και τη δημιουργία με τον τρόπο αυτό ενός κοινού κώδικα επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας που θα βασίζεται στις αρχές της ΔΟΠ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Advanced Management Consultants (2003). *Βασικές Έννοιες και Αρχές Διοίκησης Ποιότητας. Το μοντέλο Αριστείας EFQM*. Αθήνα: AMC.

Brandon M., Howe A., Dagley V., Salter C., Warren C. & Black J. (2006). Evaluating the Common Assessment Framework and Lead Professional and Implementation in 2005-6. Nottingham: DfES Publications. Available at: https://www.uea.ac.uk/documents/3437903/4264977/DFES-RR740.pdf/d6df9548-702f-4e03-bb09-c32959fb4edd. [Accessed: 7 June 2016].

Γκρέγκορυ Σ. (2005). *Τεκμηρίωση και Αξιολόγηση στην Υγεία και τις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Dearing E., Staes P. & Prorok T. (2006). *CAF works - Better service for the citizens by using CAF*. Vienna: Austrian Federal Chancellery. Available at: http://www.eipa.eu/files/repository/product/CAFworks_EN.pdf. [Accessed: 7 June 2016]

Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι. & Χλέτσος Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Donabedian A. (1988). The quality of care: Howitbeassessed? *Journal of the American Medical Association*, 260: 853-872.

European Institute Of Public Administration, (2005). *Study on the use of the Common Assessment Framework in European Public Administrations*. Luxembourg: CAF Resource Centre at the European Institute of Public Administration. Available at: http://www.eipa.eu/CAF/Articles/CAFpublication_2005_EN_V01_7dec05.pdf [Accessed 7 June 2016).

European Public Administration Network (EUPAN) (2008). *Quality Management in Public Administration of the EU Member States, Comparative Analysis*. Ljubljana. Published by Ministry of Public Administration of the Republic of Slovenia. Available at: http://www.eupan.eu/files/repository/QM.pdf [Accessed 7 June 2016].

Λιαρόπουλος Λ. (2005). *Τα «Εγώ» του ΕΣΥ*. Αθήνα: Βήτα.

Μιχαλόπουλος Ν. (2003). *Από τη Δημόσια Γραφειοκρατία στο Δημόσιο Management*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Μουμτζόγλου Α. (2001). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Management.

Μωραϊτάκη Α. & Βασιλάκης Π. (2007). *Νησιά: Πρόταση για την Υγεία*. Αθήνα: Παπαζήσης

Ναούμ Μ. (2009). Η σημασία των Δεικτών Αξιολόγησης Θεραπευτικών Παρεμβάσεων, Λειτουργίας Υπηρεσιών Υγείας και Υγείας του Πληθυσμού, στο Σχεδιασμό Πολιτικής Υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2(1): 8-13.

Νόμος 3230/2004 ΦΕΚ 44/11.2.2004 «Καθιέρωση συστήματος διοίκησης με στόχους, μέτρηση της αποδοτικότητας και άλλες διατάξεις».

Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ (2012). Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης. Εφαρμογή στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.ahepahosp.gr/koino-plaisio-axiologisis.asp [Ανάκτηση 7 Ιουνίου 2016].

Παπανικολάου Β. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας* 6(4): 56-64.

Staes P., Thijs N., Stoffels A. & Heidler L. (2010). 10 Years of CAF" More than 2000 CAF users. [Online]. Available at: http://www.eipa.eu/files/repository/eipascope/20101022102451_Eipascope_2010_2_Report.pdf [Accessed 7 June 2016].

Staes P., Thijs N., Stoffels A. & Geldof S. (2011). Five Years of CAF 2006: *From Adolescence to Maturity - What Next? A study on the use, the support and the future of the Common Assessment Framework*. Maastricht: CAF Resource Centre at the European Institute of Public Administration. Available at: http://www.eipa.eu/files/File/CAF/CAF%20Study%202011_v5_2,3%20MB.pdf [Accessed 7 June 2016].

Staes P. (2013). *Improving Public Organizations through Self-Assessment CAF 2013*. Maastricht. CAF Resource Centre at the European Institute of Public Administration. Available at: http://www.eipa.eu/files/File/CAF/CAF_2013.pdf. [Accessed 7 June 2016].

Thijs N. & Staes P. (2012). *Organisational development, improvement and innovation management in Public Employment Services*. Maastricht. CAF Resource Centre at the European Institute of Public Administration. Available at: file:///C:/Users/User/Downloads/Analytical%20paper%20%20Organisational%20development,%20improvement%20and%20innovation%20management%20in%20Public%20Employment%20Services%20(2012).pdf [Accessed 7 June 2016].

Τούντας Γ. & Οικονόμου Ν. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 24(1): 7-21.

Τσιόκα Α., Παγκάκη Ε., Ευθυμιάδη Α., Παγδάτογλου Κ., Κουκουμπάνη Τ., Σταυροθανασοπούλου Α., Κουλουμουνδρή Β., Σιάφη Μ., Παπαποστόλου Γ., Μωρίκη Σπ., Παγούνη Ε., Παπασπύρου Μ., Λέτσιου Κ., Ηλιούδη Σ. & Παραφόρου Θ. (2016). Πρωτόκολλο εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, ενός εργαλείου ποιότητας για τους δημόσιους οργανισμούς, στην Μ.Ε.Θ του Γ.Ν. Τρικάλων, με σκοπό την βελτίωση παροχών υγείας. *The Greek E-Journal of Perioperative Medicine*. 14(a): 3-14.

Υπουργείο Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης (2007). Απόφαση με αριθμό (ΔΙΠΑ/Φ.1/οικ.9537 – 12/4/2007), με θέμα: «Οδηγίες για τη Σύσταση και Λειτουργία της Ομάδας Αυτοαξιολόγησης και το ρόλο του Προέδρου». Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ_ΟΜΑΔΑ_ΚΠΑ_ΝΕΑ.DOC [Ανάκτηση 7 Ιουνίου 2016].

Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης (2007Α). *Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.gspa.gr/%282716060822083252%29/documents/κπα%202006.pdf [Ανάκτηση 7 Ιουνίου 2016].

Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτ*ρονικής Διακυβέρνησης (2007Β).* Οδηγός Εφαρμογής του ΚΠΑ. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.gspa.gr/%282716060822083252%29/documents/οδηγοσ%20εφαρμογης%20κπα%20.pdf [Ανάκτηση 7 Ιουνίου 2016].

Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης (2011). Εφαρμογή μέτρων βελτίωσης δημόσιων υπηρεσιών και φορέων βάσει του κοινού πλαισίου αξιολόγησης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.minadmin.gov.gr/wpcontent/uploads/20111129eguklios_upobolis_beltiotikon_metron.pdf. [Ανάκτηση 7 Ιουνίου 2016].

The implementation of the Common Assessment Framework in the assessment of administrative and efficiency of nursing service in General Hospital of island region.

Apostolos Efkarpidis
RN, MSc, General Hospital of Syros, Greece

ABSTRACT

Introduction: The Common Assessment Framework (CAF) is an easy to use tool of Total Quality Management (TQM) which is available to the public sector organizations in Europe. The Common Assessment Framework applied every two years providing a self-assessment framework to organizations, conceptually similar with the European Foundation Quality Management, taking into account their differences. It is common for all public organizations ensuring the comparability of results between similar services.

Objective: To measure the existing administrative and operational level of Nursing Service in General Hospital.

Methodology: The study was authorized by the General Manager of the Hospital. We followed the steps of the procedure provided the Implementation Guide of the CAF and used the questionnaire of the Guide. The sample consisted of 32 employees (Self-Assessment Group) of all categories in a total of 101 employees. The analysis was performed with the Excel program.

Results: The results of the evaluation were initiated between two rating scales based on the average (50 points) a) of the scale with grades from 31 to 50 (below average) indicating the relative satisfaction for some activity and the moderate level of efficiency and effectiveness, and b) of the scale with grades from 51 to 70 (above average) indicating satisfaction for some activity and the good level of efficiency and effectiveness. The rating on the nine criteria of the CAF were: 1) Leadership (57.36), 2) Strategy - Planning (44.1), 3) Human Resource Management (50.07), 4) Partnerships - Resources (41,18), 5) Process Management - Changes (30.04), 6) Results for the Citizen (49.17), 7) Results for the Human Resources (42.13), 8) Results in Society (53, 97), 9) Main results (53,78).

Conclusions: The Nursing Service of the General Hospital was evaluated for its administration as well as the organizational performance by staff and citizens, based on the CAF. Seventy two weak points were spoted needing improvement, and the strengths to be retained.

Keywords: Common Assessment Framework, Assessment of Public Organizations, Total Quality Management.

Correspondence: Apostolos Efkarpidis
E-mail: apostolosefkarpidis@yahoo.gr
Mobile: 6979778636

Submission Date: 01/03/2016
Publication Date: 15/07/2016

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ

Ευθυμία Χαλκίδη[1], Θάλεια Μπελλάλη[2], Ασημίνα Κυρομίτη[3], Ανδρέας Κοσμάς[4], Σοφία Παπότη[5], Νικόλαος Καπραβέλος[6]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, 2. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Β΄ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», 4. Πνευμονολόγος, Β΄ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
5. Εντατικολόγος-Πνευμονολόγος, Επικουρική Ιατρός Β΄ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
6. Εντατικολόγος-Πνευμονολόγος, Διευθυντής Β΄ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ξαφνική εισαγωγή των ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) καθίσταται μια εξαιρετικά αγχωτική και οδυνηρή εμπειρία για ολόκληρη την οικογένεια. Τα τελευταία χρόνια, έχει αναγνωριστεί ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας στην έκβαση της πορείας της νόσου και έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην οικογενειακά προσανατολισμένη προσέγγιση του ασθενή.

Σκοπός: Η διερεύνηση των αναγκών και του βαθμού ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ.

Υλικό-Μέθοδος: Η παρούσα συγχρονική, αναλυτική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ΜΕΘ ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, από το Νοέμβριο 2015, έως το Φεβρουάριο 2016. Συμμετείχαν 47 συγγενείς και φροντιστές, ασθενών νοσηλευόμενων για διάστημα >48 ωρών, στους οποίους χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, η κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης (FS-ICU 24) και η κλίμακα διερεύνησης αναγκών των συγγενών (CCFNI). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 23.0.

Αποτελέσματα: Το 72% και το 80% των συνοδών εξέφρασαν καλή ικανοποίηση στις υποκλίμακες ικανοποίησης από τη φροντίδα και ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων του FS-ICU 24 αντίστοιχα. Βασικότερες θεωρήθηκαν οι ανάγκες του τομέα της διαβεβαίωσης για την καλύτερη δυνατή φροντίδα, τη γνώση του αποτελέσματος της κατάστασης του οικείου τους και τη λήψη ειλικρινών και κατανοητών απαντήσεων και πληροφοριών. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ της σχέσης με τον ασθενή στην υποκλίμακα προσέγγισης του CCFNI (p=0,024) και μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των συμμετεχόντων, στην ομάδα των 26-40 ετών, στις υποκλίμακες της διαβεβαίωσης (p=0,049), πληροφόρησης (p=0,006), προσέγγισης (p=0,009), υποστήριξης (p=0,004) και άνεσης διευκόλυνσης (p=0,005) του CCFNI.

Συμπεράσματα: Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας των ΜΕΘ, όσον αφορά στην παροχή ολιστικής φροντίδας στον άρρωστο και την οικογένειά του, η συνεργασία τους με τους συγγενείς και η ενσωμάτωση της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία μπορούν να οδηγήσουν στην επαρκή και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών των συγγενών/φροντιστών και συνεπώς της ικανοποίησης τόσο αυτών, όσο και των ίδιων των επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις - Κλειδιά: Ανάγκες, ικανοποίηση, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, οικογένεια, ολιστική φροντίδα, φροντιστές

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Ευθυμία Χαλκίδη
e-mail: efi.chalkidi@gmail.com
Τηλ. +306985067774

Ημερομηνία υποβολής: 05/06/2016
Ημερομηνία Δημοσίευσης:20/07/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ο ρόλος της οικογένειας στην έκβαση της πορείας της νόσου ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ είναι σημαντικός και προωθείται η οικογενειακά προσανατολισμένη προσέγγισή τους.**
- **Η ικανοποίηση των συγγενών διαφέρει ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή και επηρεάζεται θετικά από τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, την επικοινωνία, την πληροφόρηση και τη συναισθηματική στήριξή τους.**
- **Η διαβεβαίωση παροχής της καλύτερης δυνατής φροντίδας για τον ασθενή και η ενημέρωση για την πιθανή έκβαση της κατάστασής του μέσα από τη λήψη ειλικρινών και κατανοητών πληροφοριών, κρίνονται ως ιδιαίτερα σημαντικές.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ξαφνική και απροσδόκητη εισαγωγή των ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), η οποία συνεπάγεται τη σοβαρή και συχνά περίπλοκη φύση της κλινικής εικόνας του «βαρέως πάσχοντα» ασθενή, σε συνδυασμό με το άγνωστο, τεχνολογικά φορτωμένο περιβάλλον της ΜΕΘ και την ιατρική ορολογία, καθίστανται μια εξαιρετικά αγχωτική και οδυνηρή εμπειρία για ολόκληρη την οικογένεια (Achury et al 2011, Γιούρντα & Τούλια 2015).

Ο άρρωστος και η οικογένειά του αποτελούν ένα σύνολο, συνδέονται μεταξύ τους με ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς και σε περίπτωση που ένα μέλος της πάσχει από μια βαριά αρρώστια, τα άλλα μέλη είναι εκείνα που θα αναλάβουν τον πρωταρχικό ρόλο να το φροντίσουν, να εξασφαλίσουν τη σωματική, αλλά και την ψυχική ευημερία του και να αντεπεξέλθουν σε ποικίλες προκλήσεις (Παπάζογλου 2003, Agard & Harder 2007, Al-Mutair et al 2013). Ο όρος «οικογένεια» ωστόσο, είναι ευρύς και περιλαμβάνει όχι μόνο τους νόμιμους συγγενείς, αλλά και όλα τα άτομα που μπορεί να έχουν μια σημαντική σχέση με τον άρρωστο και συνδέονται μαζί του με βιολογικό, ή άλλο συναισθηματικό δεσμό (Rando 1988). Στην παρούσα εργασία λοιπόν, θα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά οι όροι, οικογένεια, συγγενείς, φροντιστές ή συνοδοί.

Οι ανάγκες της οικογένειας επιτείνονται από το ιδιαίτερο περιβάλλον της ΜΕΘ (Παπάζογλου 2003, Achury et al 2011, Γιούρντα & Τούλια 2015). Τα μέλη της καθίστανται συχνά μη ικανά να αναπτύξουν τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης, ανάλογα με το κοινωνικό υπόβαθρό τους, την ενδεχόμενη προϋπάρχουσα εμπειρία από νοσηλεία σε ΜΕΘ και το επίπεδο αντίληψης της ευρύτερης κατάστασης του ανθρώπου τους (Paparrigopoulos et al 2006, Χατζάκη 2010). Η εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ «εγκλωβίζει» την οικογένεια για άγνωστο χρονικό διάστημα, τη θέτει σε συναγερμό, ενώ επηρεάζει τη δομή, την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας της σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, επιφέροντας αλλαγές στις πτυχές της καθημερινότητάς της (Herridge 2003, Gomez et al 2008, Achury et al 2011).

Στο χώρο της υγείας, *η ανάγκη* ορίζεται κάποιες φορές από την άποψη της μέγιστης δυνατής βελτίωσης της υγείας και άλλες φορές από την άποψη της κάλυψης ενός αντικειμενικού ελλείμματος της κατάστασης της υγείας (Στεφανάτου 2014). Η αποτυχία συστηματικής διερεύνησης και κάλυψης των αναγκών στην καθημερινή κλινική πράξη, οφείλεται ορισμένες φορές, στο ίδιο το σύστημα υγείας, καθώς παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις κατά την παροχή περίθαλψης και οι υγειονομικές υπηρεσίες δεν είναι πάντα προσιτές όσον αφορά οικονομικούς, φυσικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (Γιούρντα & Τούλια 2015).

Η διερεύνηση των εμπειριών και των αναγκών που βιώνει το οικογενειακό περιβάλλον κατά την παραμονή ασθενούς στη ΜΕΘ, έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα από τη δεκαετία του 1970 και αφορά κυρίως σε ποσοτικές μελέτες (Γιούρντα & Τούλια 2015). Σύμφωνα με αυτές, οι ανάγκες των συγγενών διακρίνονται στην πληροφόρηση, που χαρακτηρίζεται ως η πιο σημαντική, την εγγύτητα, την άνεση, την υποστήριξη και την επιβεβαίωση (Molter 1979, Bailey et al 2010, Khalaila 2014). Οι Achury et al (2011) υποστηρίζουν ότι οι οικογενειακές ανάγκες διακρίνονται σε κοινωνικές (διατήρηση επαφής και εγγύτητας με ασθενή), πρακτικές - υλικές (διαθεσιμότητα κατάλληλων χώρων αναμονής, οικονομική ενίσχυση) και μη υλικές (ευελιξία του ωραρίου του επισκεπτηρίου, πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του ασθενή, πρακτικές που πρέπει να αναλάβουν) και συναισθηματικές (ελπίδα, σιγουριά, καθησυχασμός, έκφραση συναισθημάτων). Συνήθως, οι μη υλικές, πρακτικές ανάγκες των μελών της οικογένειας είναι αυτές που ικανοποιούνται λιγότερο. Οι συγγενείς αναφέρουν αυστηρή διάρκεια και ώρες του επισκεπτηρίου, καθώς και επιμήκυνση του χρόνου αναμονής, πολύ γρήγορη, ανεπαρκή και ακατάλληλη ενημέρωση, άγνωστο λεξιλόγιο και δυσκολία κατανόησης των μηχανημάτων υποστήριξης και της ακολουθούμενης θεραπείας (Omari 2009, Achury et al 2011, Γιούρντα & Τούλια 2015).

Η ικανοποίηση στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, ορίζεται ως η συναισθηματική αντίδραση των ατόμων σε καταστάσεις και διαδικασίες, είναι αποτέλεσμα των εμπειριών τους, εκδηλώνεται με μεταβολές στη συμπεριφορά τους και συνδέεται με πολιτισμικά και κοινωνικά πρότυπα, αντιλήψεις και αξίες (Γαβριήλ και συν 2012). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι περισσότεροι συγγενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση, αλλά δυσαρεστημένοι από τον ανεπαρκή χρόνο της ενημέρωσης, τις ασαφείς και ατελείς πληροφορίες (Azoulay et al 2004, Azoulay et al 2005). Η επικοινωνία και η αποτελεσματικότητα της πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και συγγενή είναι υποκειμενική, επηρεάζεται από τη συνολική ποιότητα φροντίδας, εξαρτάται από την πλήρη κατανόηση της ενημέρωσης και από το αίσθημα αισιοδοξίας από αυτήν (DeAlbistur et al 2000, Auerbach et al 2005).

Στη διαδρομή της νόσου, όλοι οι εμπλεκόμενοι (ασθενείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας) συναντιούνται και αλληλεπιδρούν στο κοινό έδαφος της φροντίδας και ο τρόπος της αλληλεπίδρασής τους είναι καθοριστικός για τη διαμόρφωση του θεραπευτικού σχήματος, την κοινή ιεράρχηση των αναγκών, τη λειτουργικότητα των υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση από αυτές (Στεφανάτου 2014). Ο άρρωστος και η οικογένειά του θα πρέπει να περικλείονται και να περιβάλλονται από το πλαίσιο της φροντίδας και οι ανάγκες τους να βρίσκουν την κατάλληλη ανταπόκριση (Παπάζογλου 2003, Omari 2009, Γιούρντα & Τούλια 2015), καθώς η ικανοποίηση των αναγκών τους δεν είναι δεδομένες και δεν συμβαδίζουν πάντοτε (Πάτσιος και συν 2014).

Παρόλο που τις τελευταίες δεκαετίες, πραγματοποιούνται ολοένα και περισσότερες μελέτες στο διεθνή χώρο για το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, οι δημοσιευμένες μελέτες στην Ελλάδα, αφορούν στην αξιολόγηση διαφορετικών παραμέτρων από την εμπειρία των συγγενών ασθενών στις ΜΕΘ και επιπλέον ότι έχουν μεθοδολογικούς περιορισμούς, συνιστώντας τη διενέργεια περαιτέρω μελετών (Παπάζογλου 2003, Paparrigopoulos et al 2006, Plakas et al 2009, Χατζάκη 2010, Κούρτη 2012).

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των αναγκών και του βαθμού ικανοποίησης που δύναται να εκδηλώσουν οι συγγενείς των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης μελέτης που αφορά στη διερεύνηση διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των αναγκών των συγγενών, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, το μετατραυματικό στρες και η βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή. Απώτερος στόχος ήταν η κατανόηση των εμπειριών του οικογενειακού περιβάλλοντος, ώστε να διατυπωθούν προτάσεις που θα αφορούν στη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση και φροντίδα των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και της οικογένειάς τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική, αναλυτική μελέτη (cross-sectional analytical study), η οποία πραγματοποιήθηκε σε συγγενείς και συνοδούς ασθενών που νοσηλευόταν σε ΜΕΘ ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, το χρονικό διάστημα από 1/11/2016 έως 29/2/2016.

Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το δείγμα ευκολίας της έρευνας αποτέλεσαν 47 συγγενείς και συνοδοί ασθενών που νοσηλευόταν σε ΜΕΘ μεγάλου ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου της Βόρειου Ελλάδας, το οποίο αποτελείται συνολικά από 650 κλίνες. Η συγκεκριμένη ΜΕΘ αποτελείται από μια μονάδα δυναμικής δώδεκα κλινών σε δυο χώρους (οκτώ και τεσσάρων κλινών). Τα κριτήρια εισαγωγής των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν τα εξής: α) να είναι ενήλικες και να έχουν την ικανότητα να διαβάζουν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα και β) να ανήκουν στο ευρύτερο οικογενειακό/υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενούς, ο οποίος θα έπρεπε να νοσηλεύεται στη ΜΕΘ για διάστημα άνω των 48 ωρών, προκειμένου να δοθεί στην οικογένεια επαρκής χρόνος έκθεσης και αλληλεπίδρασης με το χώρο και το προσωπικό της ΜΕΘ. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσε η περίπτωση επανεισαγωγής του ασθενούς στη ΜΕΘ, όπου δεν υπήρξε εκ νέου συμμετοχή του μέλους της οικογένειας στην έρευνα, διότι ήταν δύσκολη η επαναπροσέγγιση, λόγω της επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας του ανθρώπου τους. Ένα άλλο κριτήριο αποκλεισμού ήταν οι συγγενείς/φροντιστές των οποίων οι ασθενείς τους απεβίωσαν ή έλαβαν εξιτήριο σε διάστημα παραμονής λιγότερο των 48 ωρών στη ΜΕΘ.

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στα μέλη της οικογένειας από την ερευνήτρια, κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου και μετά το πέρας της ιατρικής τους ενημέρωσης. Οι συγγενείς τα συμπλήρωναν στο χώρο αναμονής της ΜΕΘ ή στο σπίτι και τα επέστρεφαν μέσα σε κλειστό φάκελο.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου που αποτελούνταν από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, τόπο διαμονής και εργασιακή κατάσταση) και ερωτήσεις κατηγοριοποίησης των συμμετεχόντων στην έρευνα (σχέση με τον ασθενή, προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας ανθρώπου τους σε ΜΕΘ, επιθυμία επιπλέον ενημέρωσης και ανάγκη υποστήριξης από ψυχολόγο).

Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε τα εξής ψυχομετρικά εργαλεία:

α) Την κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης της οικογέ-

νειας FS-ICU 24 (Family Satisfaction in Intensive Care Unit-24), η οποία περιλαμβάνει 24 λήμματα τα οποία χωρίζονται σε δυο υποκλίμακες: την υποκλίμακα ικανοποίησης από τη φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις (αφορούν στην ικανοποίηση των συγγενών του ασθενή σχετικά με την παρεχόμενη στον πάσχοντα φροντίδα) και την υποκλίμακα ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων, η οποία περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις (αφορούν στην ικανοποίηση των συγγενών του ασθενή σχετικά με τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων που σχετίζονται με τον πάσχοντα). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων υπάγονται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων τύπου Likert, από το «άριστα» έως το «άσχημα». Συνολικά, όσο μεγαλύτερες είναι οι βαθμολογίες των ερωτηθέντων, τόσο μεγαλύτερο επίπεδο ικανοποίησης φανερώνουν (Κούρτη 2012). Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη ελληνική έκδοση της κλίμακας από τους Μαλλιαρού και συν (2012).

β) Την κλίμακα διερεύνησης των αναγκών της οικογένειας (Critical Care Family Needs Inventory-CCFNI), η οποία περιλαμβάνει 45 ερωτήσεις όσον αφορά στη σημαντικότητα της εκπλήρωσης των αναγκών τους και οι οποίες διακρίνονται σε πέντε υποκλίμακες: πληροφόρηση (information), εγγύτητα (proximity), άνεση (comfort), υποστήριξη (support) και διαβεβαίωση (assurance). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων υπάγονται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων τύπου Likert, από το «πολύ σημαντικό» έως το «καθόλου σημαντικό». Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη ελληνική έκδοση από τη Χατζάκη (2010).

Στη παρούσα μελέτη, από τον έλεγχο του συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach´s alpha προέκυψε ότι οι τιμές του για τις συνολικές κλίμακες και τις υποκλίμακες του CCFNI και FS-ICU 24 ήταν άνω του 0,7 με εξαίρεση τις υποκλίμακες ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων του FS-ICU 24 και διαβεβαίωσης του CCFNI που η τιμή του συντελεστή Cronbach´s alpha ήταν 0,434 και 0,417 αντίστοιχα.

Θέματα ηθικής - δεοντολογίας

Για τη διεκπεραίωση της μελέτης, εξασφαλίστηκε η έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας και της Διοίκησης του Νοσοκομείου, καθώς και του Διευθυντή και της Προϊσταμένης της ΜΕΘ. Επίσης, ενημερώθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες για το σκοπό και το είδος της έρευνας, διαβεβαιώθηκαν ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ανώνυμη και ότι είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν ή να αρνηθούν να συνεχίσουν, ανά πάσα στιγμή.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23.0. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (sd) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ). Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες και ποσοστά.

Χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test και One-Way ANOVA και οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test για τη σύγκριση μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για να ελεγχθεί η σχέση των ερωτηματολογίων διερεύνησης των αναγκών της οικογένειας (Critical Care Family Needs Inventory CCFNI) και μέτρησης ικανοποίησης της οικογένειας (Family Satisfaction in Intensive Care Unit-24 FSICU-24) χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Pearson r correlation και Spearman's rho correlation. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης το αποτέλεσαν 47 συγγενείς/φροντιστές ασθενών που νοσηλευόταν στη ΜΕΘ. Από τους συμμετέχοντες, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (66%). Η μέση ηλικία του μελετώμενου δείγματος ήταν τα 44,9 έτη (±10,6 95% ΔΕ:41,8-48,1). Το 76,6% ήταν έγγαμοι, το 74,5% είχε παιδιά, το 53,5% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 23,4% ήταν άνεργοι ενώ το 31,9% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι. Η πλειοψηφία των συγγενών (72,1%) κατοικούσε σε αστική περιοχή, ήταν ελληνικής εθνικότητας (86,7%) και οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν ότι νοσήλευαν γονιό (40%). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά των ασθενών, η μέση τιμή της ηλικίας τους ήταν τα 56,1 έτη, η διάμεσος διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 10 ημέρες, με εύρος τιμών από 3 έως 90 ημέρες. Οι λόγοι νοσηλείας των ασθενών διακρίθηκαν σε τρεις κατηγορίες (νευροχειρουρχικά, πνευμονολογικά και άλλα περιστατικά) και η συχνότερη διάγνωση νοσηλείας ήταν η κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Πίνακας 2).

Προηγούμενη εμπειρία συγγενών από νοσηλεία οικείου τους σε ΜΕΘ

Οι περισσότεροι συνοδοί δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας κάποιου συγγενικού τους προσώπου στη ΜΕΘ (77,8%) και από αυτούς που απάντησαν ότι είχαν εμπειρία νοσηλείας, στην πλειοψηφία τους το συγγενικό πρόσωπο το οποίο είχε νοσηλευτεί ήταν γονέας (80%).

Ενημέρωση και εξειδικευμένη ψυχολογική στήριξη συγγενών στη ΜΕΘ

Όσον αφορά στην ενημέρωση των συγγενών για τη νοσηλεία των ασθενών στη ΜΕΘ, η πλειονότητα των συγγενών φάνηκε ότι ζητούσε επιπλέον ενημέρωση για την πρόγνωση της νόσου (55,9%), όπως και για τη θεραπεία και

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	n/N	%
Φύλο		
Άνδρες	16/47	34
Γυναίκες	31/47	66
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	7/47	14,9
Έγγαμος	36/47	76,6
Διαζευγμένος	4/47	8,5
Τέκνα		
Ναι	35/47	74,5
Όχι	12/47	25,5
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτος Δημοτικού	7/43	16,3
Απόφοιτος Γυμνασίου-Λυκείου	23/43	53,5
Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ	13/43	30,2
Επάγγελμα		
Φοιτητής	1/47	2,1
Άνεργος	11/47	23,4
Δημόσιος Υπάλληλος	8/47	17
Ιδιωτικός Υπάλληλος	15/47	31,9
Ελεύθερος Επαγγελματίας	8/47	17
Συνταξιούχος	4/47	8,5
Τόπος κατοικίας		
Αγροτική περιοχή	4/47	8,5
Ημιαστική περιοχή	9/47	19,1
Αστική περιοχή	34/47	72,3
Εθνικότητα		
Ελληνική	39/45	86,7
Αλλοδαπή	6/45	13,3
Συγγένεια με τον ασθενή		
Παιδί	5/45	11,2
Σύζυγος	11/45	24,4
Γονέας	18/45	40
Αδερφός	11/45	24,4
	Μέση τιμή	**ΤΑ*(95%ΔΕ)**
Ηλικία	44,9	±10,6(95%ΔΕ:41,8-48,1)

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά των ασθενών

	Μέση τιμή	ΤΑ*(95%ΔΕ)
Ηλικία ασθενών	56,1	±17,6(95%ΔΕ:50,8-61,2)
	Διάμεσος	**Εύρος (ελάχιστη-μέγιστη)**
Διάρκεια νοσηλείας	10	87 (3-90)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	**n/N**	**%**
Νευροχειρουργικά περιστατικά	31/47	66
Πνευμονολογικά περιστατικά	10/47	21,2
Άλλα περιστατικά	6/47	12,8

τη διάγνωση (50% και 48,6% αντίστοιχα). Σχετικά με την παροχή ειδικής στήριξης από ψυχολόγο μόνο το 17,4% των συγγενών απάντησαν ότι τη χρειαζόταν.

Συγκρίσεις μεταξύ φύλου, εθνικότητας, είδους σχέσης με ασθενή και ηλικιακών ομάδων

Οι συγκρίσεις των μέσων τιμών των υποκλιμάκων των δύο ερωτηματολογίων μεταξύ του φύλου και της εθνικότητας δεν βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ της σχέσης με τον ασθενή μόνο στις συγκρίσεις των μέσων τιμών στην υποκλίμακα προσέγγισης του CCFNI (p=0,024) και συγκεκριμένα όσοι από τους συμμετέχοντες νοσήλευαν γονέα στη ΜΕΘ είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή στην υποκλίμακα προσέγγισης του CCFNI σε σύγκριση με αυτούς που νοσήλευαν σύζυγο (p=0,002) (Πίνακας 3).

Μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των συμμετεχόντων, οι υποκλίμακες του FS-ICU 24 δεν βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ωστόσο, για όλες τις υποκλίμακες του CCFNI. Συγκεκριμένα, στις υποκλίμακες διαβεβαίωσης (p=0,049), πληροφόρησης (p=0,006), προσέγγισης (p=0,009), υποστήριξης (p=0,004) και άνεσης διευκόλυνσης (p=0,005), οι συμμετέχοντες της ηλικιακής ομάδας 26-40, είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή σε σύγκριση με όσους ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 41-55 (Πίνακας 4).

Συσχετίσεις κλιμάκων CCFNI και FS ICU-24

Η υποκλίμακα της ικανοποίησης από τη φροντίδα του FS-ICU 24 βρέθηκε ότι είχε μία μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα της ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων του FS-ICU 24 (rho=0,381).

Η υποκλίμακα της διαβεβαίωσης του CCFNI είχε μία μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της πληροφόρησης (rho=0,425), της

προσέγγισης (rho=0,478), της υποστήριξης (rho=0,341) και της άνεσης-διευκόλυνσης (rho=0,314) του CCFNI. Η υποκλίμακα της πληροφόρησης του CCFNI είχε μία υψηλή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της προσέγγισης (rho=0,717), της υποστήριξης (rho=0,699) και της άνεσης-διευκόλυνσης (rho=0,629) του CCFNI. Η υποκλίμακα της προσέγγισης του CCFNI είχε μία υψηλή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της υποστήριξης (rho=0,82) και της άνεσης-διευκόλυνσης (rho=0,771) του CCFNI. Τέλος η υποκλίμακα της υποστήριξης του CCFNI είχε μία υψηλή θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα της άνεσης-διευκόλυνσης (rho=0,864) του CCFNI (Πίνακας 5).

Πίνακας 3: Συγκρίσεις των εργαλείων της μελέτης μεταξύ της σχέσης με τον ασθενή

Ερωτηματολόγια	Σχέση με ασθενή		Μέση τιμή±ΤΑ*		
	Παιδί	Σύζυγος	Γονέας	Αδέρφια	
Υποκλίμακα ικανοποίησης από τη φροντίδα FS-ICU 24	66,9±8,8	76,6±14,2	66,3±13,5	65,8±13,5	0,576
Υποκλίμακα ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων FS-ICU 24	71,3±4,3	77,8±14,5	66,1±7,4	65,6±7,8	0,085
Υποκλίμακα διαβεβαίωσης CCFNI	-	-	1,2±0,2	1,1±0,1	0,191
Υποκλίμακα πληροφόρησης CCFNI	1,7±0,3	1,3±0,4	1,8±0,4	1,7±0,8	0,142
Υποκλίμακα προσέγγισης CCFNI	1,2±0,2	1,1±0,1	1,7±0,6	1,5±0,4	0,024
Υποκλίμακα υποστήριξης CCFNI	1,7±0,5	1,4±0,4	1,8±0,7	1,9±0,8	0,162
Υποκλίμακα άνεσης-διευκόλυνσης CCFNI	1,8±0,5	1,5±0,4	2,1±0,8	1,9±0,8	0,085

** ΤΑ: Τυπική Απόκλιση*

Πίνακας 4: Συγκρίσεις των εργαλείων της μελέτης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των συμμετεχόντων

Ερωτηματολόγια	Ηλικιακές ομάδες συμμετεχόντων		Μέση τιμή ±ΤΑ*	p
	26-40	41-55	56-70	
Υποκλίμακα ικανοποίησης από τη φροντίδα FS-ICU 24	68,3±10,3	68,1±16,2	66,9±6,3	0,527
Υποκλίμακα ικανοποίησης από τη λήψη αποφάσεων FS-ICU 24	68,9±7,6	69,8±10,5	66,3±5,3	0,948
Υποκλίμακα διαβεβαίωσης CCFNI	1,2±0,2	1,1±0,1	1,1±0,1	0,049
Υποκλίμακα πληροφόρησης CCFNI	1,9±0,4	1,6±0,5	1,2± 0,4	0,006
Υποκλίμακα προσέγγισης CCFNI	1,7±0,5	1,3±0,4	1,4±0,6	0,044
Υποκλίμακα υποστήριξης CCFNI	2,1±0,7	1,6±0,6	1,6±0,8	0,034
Υποκλίμακα άνεσης-διευκόλυνσης CCFNI	2,2±0,8	1,7±0,6	2,1±1,4	0,021

Πίνακας 5. Συσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων της μελέτης

Υποκλίμακες	FS-ICU 24 φροντίδα	FS-ICU 24 λήψη αποφάσεων	CCFNI διαβεβαίωσης	CCFNI πληροφόρησης	CCFNI προσέγγισης	CCFNI υποστήριξης	CCFNI άνεσης-διευκόλυνσης	APPACHE SCORE
FS-ICU 24 φροντίδα	-	rho=0,381*	rho=-0,131***	rho=-0,202***	rho=-0,262***	rho=-0,184***	rho=-0,237***	r=-0,157***
FS-ICU 24 λήψη αποφάσεων	rho=0,381*	-	rho=-0,092***	rho=0,175***	rho=-0,041***	rho=0,04***	rho=0,003***	rho=-0,189***
CCFNI διαβεβαίωσης	rho=-0,131***	rho=-0,092***	-	rho=0,425**	rho=0,478**	rho=0,341*	rho=0,314*	rho=0,215***
CCFNI πληροφόρησης	rho=-0,202***	rho=0,175***	rho=0,425**	-	rho=0,717**	rho=0,699**	rho=0,629**	rho=0,208***
CCFNI προσέγγισης	rho=-0,262***	rho=-0,041***	rho=0,478**	rho=0,717**	-	rho=0,82**	rho=0,771**	rho=0,304*
CCFNI υποστήριξης	rho=-0,184***	rho=0,04***	rho=0,341*	rho=0,699**	rho=0,82**	-	rho=0,864**	rho=0,13***
CCFNI άνεσης-διευκόλυνσης	rho=-0,237***	rho=0,003***	rho=0,314*	rho=0,629**	rho=0,771**	rho=0,864**	-	rho=0,228***

**p<0,05 **p<0,01 ***ns*

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 47 συγγενείς/συνοδοί ασθενών που νοσηλευόταν στη ΜΕΘ, με την πλειοψηφία να είναι γυναίκες, μέσης ηλικίας 44,9 ετών. Η συχνότερη διάγνωση νοσηλείας των ασθενών ήταν η κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η μέση τιμή της ηλικίας τους ήταν τα 56,1 έτη και η διάμεσος διάρκεια νοσηλείας τους στη ΜΕΘ 10 ημέρες. Επίσης, οι περισσότεροι συνοδοί δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας κάποιου συγγενικού τους προσώπου στη ΜΕΘ (77,8%) και από αυτούς που είχαν εμπειρία νοσηλείας στην πλειοψηφία τους είχαν νοσηλεύσει γονέα. Σε αντίστοιχες μελέτες έχει βρεθεί ότι το δείγμα είναι επίσης μικρό για διάφορους λόγους, όπως η δυσκολία προσέγγισης και τα κριτήρια επιλογής του δείγματος. Ωστόσο, τα αποτελέσματα από διάφορες μελέτες οι οποίες συμπεριέλαβαν μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων είναι παρόμοια με τα αποτελέσματα των μελετών με μικρό αριθμό συμμετεχόντων (Agard & Harderb 2007).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η ηλικία των συμμετεχόντων, αλλά και η σχέση τους με τον ασθενή δεν επηρεάζουν την ικανοποίησή τους όσον αφορά στην παρεχόμενη στον πάσχοντα φροντίδα και τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων που σχετίζονται με εκείνον. Ωστόσο, η ικανοποίηση από τη φροντίδα βρέθηκε ότι διαφέρει ανάλογα με το λόγο νοσηλείας του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών φάνηκε αρκετά ευχαριστημένο, καθώς το 62,2% των συγγενών δήλωσε πολύ υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας που έλαβε το μέλος της οικογένειας τους στη ΜΕΘ. Υψηλό βαθμό ικανοποίησης έδειξαν τα αποτελέσματα και της μελέτης της Κούρτη (2012) που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Αθήνας, όπως και των Carlson et al (2015) σε νοσοκομείο των ΗΠΑ. Ωστόσο, η ικανοποίησή τους ήταν μικρότερη όσον αφορά στην επικοινωνία, την πληροφόρηση και τη συναισθηματική στήριξη, όπως και στη μελέτη των Azoulay et al (2005) στη Γαλλία, στην οποία οι περισσότεροι συγγενείς δήλωσαν ανεπαρκή χρόνο ενημέρωσης καθώς και ασαφή και ατελή πληροφόρηση.

Το ποσοστό που δήλωσε ικανοποιημένο από τη συναισθηματική υποστήριξη που λάμβανε, αλλά και το ενδιαφέρον και τη φροντίδα του προσωπικού απέναντι στις δικές τους ανάγκες ήταν μικρότερο, καθώς έφτασε μόλις το 32,6% και 39,1 αντίστοιχα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη γενικότερη έλλειψη επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως την αντιλαμβάνονται οι συγγενείς, καθώς θεωρούν ότι επειδή το προσωπικό παρευρίσκεται πολλές ώρες με τον ασθενή και αναπτύσσει μεγαλύτερη επαφή μαζί του, είναι κατάλληλο για να ακούσει τις ανησυχίες και να δώσει κουράγιο και ελπίδα, τόσο στον ασθενή όσο και στο συγγενή του (Κούρτη 2012).

Η σημασία της φροντίδας για τον ασθενή και της υποστήριξης για τους ίδιους από το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρεται και σε άλλες μελέτες, καθώς δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας στο οικογενειακό περιβάλλον, τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν την κατάσταση και βελτιώνει την επικοινωνία τους με το προσωπικό (Kutash et al 2007, McKiernan McCarthy 2010, Κούρτη 2012). Μελέτη των Azoulay et al (2001) στη Γαλλία, έδειξε ότι οι συγγενείς ήθελαν να περνούν περισσότερο χρόνο με τους ιατρούς, να γνωρίζουν το ρόλο κάθε νοσηλευτή που ασχολούνταν με τον άνθρωπό τους και ήταν ευχαριστημένοι όταν αντιστοιχούσαν τρεις νοσηλευτές στη φροντίδα του ασθενή τους. Συνεπώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, οι συγγενείς ίσως να θεωρούσαν πολύ περιορισμένη την επικοινωνία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που ενδέχεται να επηρέαζε και την εικόνα την οποία σχημάτιζαν για αυτούς. Αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί με τα ευρήματα άλλης μελέτης, σύμφωνα με την οποία περισσότεροι από τους μισούς συγγενείς εξέφρασαν δυσαρέσκεια για την επικοινωνία τους με το προσωπικό της ΜΕΘ (Carlson et al 2015). Η δυσαρέσκεια αυτή μπορεί να οφείλεται στους περιορισμούς του ωραρίου επίσκεψης στη ΜΕΘ, το οποίο εξακολουθεί να ισχύει στις ΜΕΘ της Ελλάδας και οι οποίες προκαλούν απώλεια της οικειότητας και στερούν συγγενείς την προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης στους ασθενείς τους. Αντίθετα, υπάρχουν μελέτες του εξωτερικού των οποίων τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το ανοιχτό επισκεπτήριο και οι καλύτερες υπηρεσίες πληροφόρησης ωφελούν τους συγγενείς και την οικογένεια και ότι η παρουσία τους είναι ευεργετική για τον ασθενή της ΜΕΘ (Fumagalli et al 2006, Achury et al 2011). Η παροχή υποστήριξης από το προσωπικό της ΜΕΘ προς τους συγγενείς κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων ήταν στο 45,7% και η αίσθηση ελέγχου του οικογενειακού περιβάλλοντος σε ότι αφορούσε τη φροντίδα του ασθενούς ήταν στο 28,95% ικανοποιημένη, ενώ στο 26,7% θεωρήθηκε ανύπαρκτη.

Στην παρούσα μελέτη, τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένα όσον αφορά τις δεξιότητες και τις ικανότητες του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΘ (60,9% και στο 65,2% αντίστοιχα), αλλά και σχετικά με τη συχνότητα επικοινωνίας με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές (58,7% και 45,7% αντίστοιχα). Η ευκολία πληροφόρησης από τους ιατρούς και η προθυμία του προσωπικού να απαντήσει στις ερωτήσεις τους, η κατανόηση, η ειλικρίνεια, η πληρότητα και η συνοχή των πληροφοριών ικανοποίησαν το 50- 58,7% των συνοδών. Οι συγγενείς δήλωσαν ικανοποίηση σχετικά με το ενδιαφέρον και τη φροντίδα από το προσωπικό της ΜΕΘ για τον ασθενή αλλά και για τον τρόπο διαχείρισης του πόνου, της δύσπνοιας και της συγχυτικότητας του ασθενή. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι περισσότεροι συγγενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση (Azoulay et al 2004, Azoulay et al 2005), από τη φροντίδα στη ΜΕΘ και από το προσωπικό (Carlson et al 2015), αλλά δυσαρεστημένοι από την επικοινωνία, την πληροφόρηση, τη συναισθηματική στήριξη (Carlson et

al 2015), τον ανεπαρκή χρόνο ενημέρωσης, τις ασαφείς και ατελείς πληροφορίες (Azoulay et al 2004, Azoulay et al 2005). Μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης προκαλεί και η ύπαρξη αισιοδοξίας στην ενημέρωση (Auerbach et al 2005). Η επικοινωνία μεταξύ θεράποντος ιατρού και του συγγενή του ασθενούς είναι υποκειμενική και επηρεάζεται από τη συνολική ποιότητα φροντίδας (Siddiqui et al 2010).

Η ικανοποίηση από το περιβάλλον στη ΜΕΘ και στο χώρο αναμονής βρέθηκε να είναι σχετικά καλή. Άλλωστε, η ανάγκη για την ύπαρξη ενός άνετου και κατάλληλου περιβάλλοντος στο χώρο αναμονής τονίστηκε και στις μελέτες των Auerbach et al (2005) και Kutash et al (2007). Παρόλα αυτά και σύμφωνα με τη μελέτη των Hashim & Hussin (2012) και της Κούρτη (2012), η καταλληλότητα της αίθουσας αναμονής δε θεωρείται σημαντική και η διαμόρφωση του εσωτερικού χώρου και του χώρου αναμονής μιας ΜΕΘ δεν συγκαταλέγονται στα πλέον βασικά και επείγοντα θέματα που πρέπει να διευθετηθούν.

Όσον αφορά στις ανάγκες των συγγενών, δεν βρέθηκε διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, αλλά η πλειονότητα των συγγενών ζητούσε επιπλέον ενημέρωση για την πρόγνωση της νόσου των ασθενών στη ΜΕΘ (55,9%).

Από τα αποτελέσματα του CCFNI βρέθηκε ότι οι γυναίκες εκδήλωσαν μεγαλύτερη ανάγκη για διαβεβαίωση, πληροφόρηση, προσέγγιση, υποστήριξη και άνεση-διευκόλυνση σε σύγκριση με τους άνδρες, όπως και στη μελέτη των Delva et al (2002). Όλες αυτές οι ανάγκες, εκτός της προσέγγισης, βρέθηκε να είναι μεγαλύτερες στις ηλικίες των 41-55 αλλά δεν επηρεάζονται ανάλογα με τη σχέση με τον ασθενή. Όσοι νοσήλευαν σύζυγο στη ΜΕΘ βρέθηκε ότι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για προσέγγιση, σε σύγκριση με αυτούς που νοσήλευαν γονέα και οι συγγενείς των ασθενών με πιθανότητα ίασης εκδήλωσαν μεγαλύτερη ανάγκη για πληροφόρηση και προσέγγιση, αποτελέσματα τα οποία συμφωνούν και με εκείνα άλλων ερευνών (Delva et al 2002, Pochard et al 2005, Komachi & Kamibeppu 2015).

Σχετικά με την εξειδικευμένη στήριξη μόνο το 17,4% των συγγενών θεώρησαν ότι τη χρειαζόταν, αν και σύμφωνα με τις μελέτες των Chien et al 2006 και των Paparrigopoulos et al (2006), η παροχή ψυχολογικής βοήθειας δύναται να συμβάλει στην αποτελεσματική συνεργασία τους με το προσωπικό προς όφελος της φροντίδας των ασθενών.

Στην πλειοψηφία του δείγματος, σχετικά με τις ανάγκες, θεωρήθηκε βασικότερος ο τομέας της διαβεβαίωσης, ενώ ο τομέας της άνεσης - διευκόλυνσης θεωρήθηκε ελάχιστα σημαντικός, αποτελέσματα τα οποία συμφωνούν και με τη μελέτη της Χατζάκη (2010). Ωστόσο, σε έρευνα των Delva et al (2002) αναφέρεται ότι η ανάγκη για μεγαλύτερη άνεση ήταν η πιο σημαντική από ηλικιωμένους συγγενείς και από τους συγγενείς που ζουν σε μεγαλύτερη απόσταση από το νοσοκομείο.

Ο τομέας της διαβεβαίωσης έχει θωρηθεί πολύ σημαντικός και από άλλες μελέτες (Engstrom & Soderberg 2004, Agard & Harderb 2007, Verhaeghe et al 2007, Omari, 2009, McKiernan McCarthy 2010, Gholamzadeh et al 2010, Al-Mutair et al 2013), γεγονός που δείχνει τη σημασία του πέρα από οποιεσδήποτε κοινωνικές ή πολιτιστικές διαφορές των μελών της οικογένειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Αναλυτικότερα, εκφράστηκε μεγαλύτερη σημασία από τα μέλη της οικογένειας όσον αφορά τη διαβεβαίωση ότι δίνεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα και ότι το προσωπικό της ΜΕΘ ενδιαφέρεται και φροντίζει τον ασθενή. Ακόμη, μεγάλη σημασία έχει να γνωρίζουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα της κατάστασης του συγγενή τους, να απαντώνται οι ερωτήσεις τους με ειλικρίνεια και να λαμβάνουν κατανοητές πληροφορίες.

Σχετικά με τη σχέση των υποκλιμάκων των αναγκών της οικογένειας (CCFNI) και της ικανοποίησής της, (FSICU-24), βρέθηκε ότι η διαβεβαίωση σχετίζεται με την πληροφόρηση, προσέγγιση, υποστήριξη και άνεση-διευκόλυνση, ενώ η υποστήριξη έχει σχέση μόνο με την ανάγκη άνεσης-διευκόλυνσης. Η ανάγκη για πληροφόρηση έχει σχέση με την προσέγγιση, την υποστήριξη και την άνεση-διευκόλυνση. Μελέτη των Bailey et al (2010) στον Καναδά, συμπέρανε ότι η πληροφόρηση σχετίζεται με την ικανοποίηση, αλλά η ικανοποίηση δεν σχετίζεται με τη φροντίδα.

Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση της Molter (1979), η πιο σημαντική ανάγκη είναι η ανάγκη της πληροφόρησης, και με βάση τη διάκριση των Achury et al (2011), οι βασικότερες ανάγκες των συγγενών αναφέρονται σε μη υλικό επίπεδο (γνώση του αναμενόμενου αποτελέσματος της κατάστασης και λήψη ειλικρινών και κατανοητών απαντήσεων και πληροφοριών), καθώς και σε συναισθηματικό επίπεδο (διαβεβαίωση βέλτιστης δυνατής φροντίδας και ενδιαφέροντος για τον ασθενή).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων δεν επηρεάζεται από την ηλικία και τη σχέση τους με τον ασθενή, αλλά διαφέρει ανάλογα με το λόγο νοσηλείας του ασθενή. Επίσης, αν και οι συγγενείς δηλώνουν ευχαριστημένοι σχετικά με το περιβάλλον στη ΜΕΘ και τις δεξιότητες και ικανότητες του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΘ, η ικανοποίησή τους όσον αφορά το χώρο αναμονής, την επικοινωνία, την πληροφόρηση και τη συναισθηματική στήριξη, επιδέχεται βελτίωση. Η πληροφόρηση θα πρέπει να σχετίζεται με όλους τους τομείς (διάγνωση, πρόγνωση, θεραπεία, ιατρικό εξοπλισμό) και να είναι όσο το δυνατόν πιο ακριβής, κατανοητή και με περιθώρια ελπίδας.

Όσον αφορά στις ανάγκες της οικογένειας, δεν διέφεραν ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και ανάλογα με τη σχέση

με τον ασθενή, ήταν μεγαλύτερες στις γυναίκες και η πλειονότητα των συγγενών ζητούσε επιπλέον ενημέρωση για την πρόγνωση της νόσου των ασθενών στη ΜΕΘ. Πιο συγκεκριμένα, όσοι νοσήλευαν σύζυγο στη ΜΕΘ βρέθηκε ότι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για προσέγγιση και οι συγγενείς των ασθενών με πιθανότητα ίασης εκδήλωσαν μεγαλύτερη ανάγκη για πληροφόρηση και προσέγγιση. Επιπλέον, σημαντικότερος θεωρήθηκε ο τομέας της διαβεβαίωσης (διαβεβαίωση καλύτερης δυνατής φροντίδας και ενδιαφέροντος για τον ασθενή, γνώση αναμενόμενου αποτελέσματος της κατάστασης του και λήψη ειλικρινών και κατανοητών απαντήσεων και πληροφοριών). Αναλυτικότερα, η διαβεβαίωση έχει σχέση με την πληροφόρηση, την προσέγγιση, την υποστήριξη και την άνεση-διευκόλυνση, η υποστήριξη έχει σχέση μόνο με την ανάγκη άνεσης-διευκόλυνσης, η πληροφόρηση έχει σχέση με την προσέγγιση, την υποστήριξη και την άνεση-διευκόλυνση, η προσέγγιση έχει σχέση με την υποστήριξη και την άνεση-διευκόλυνση και με τη βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς που αφορούν στο είδος της δειγματοληψίας (ευκολίας), το μικρό μέγεθος και τη διαφορά μεγέθους μεταξύ των συγγενών των δυο φύλων. Το μικρό δείγμα ωστόσο οφειλόταν στις δυσκολίες κατά τη συλλογή των δεδομένων που αφορούσαν στο περιορισμένο ενδιαφέρον τους για την έρευνα ή στο γεγονός ότι δεν έρχονται όλοι οι συγγενείς κάθε μέρα στο επισκεπτήριο ή μπορεί να μην ήταν σε θέση να ενημερωθούν για τη διεξαγωγή της έρευνας τη μέρα της επίσκεψης, λόγω πιθανής επιδείνωσης της κατάστασης του οικείου τους. Αποτέλεσμα ήταν αρκετοί να έχουν συμπληρώσει μέρος των ερωτηματολογίων, τα οποία δεν συμπεριλήφθησαν στη μελέτη, ενώ κάποιοι άλλοι ξεχνούσαν να το επιστρέψουν ή το έχαναν και ζητούσαν να τους δοθεί εκ νέου. Ένας άλλος περιορισμός της παρούσας μελέτης, αφορά στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν στην ερευνήτρια ότι ανησυχούσαν μήπως οι απαντήσεις τους μπορεί να επηρεάσουν τη φροντίδα του συγγενή τους γεγονός που πιθανά τις επηρέασε.

Ωστόσο, παρά τους παραπάνω περιορισμούς και τις δυσκολίες εκπόνησης της μελέτης, μπορούν να διατυπωθούν ορισμένες προτάσεις αναφορικά με την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση και φροντίδα των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και της οικογένειάς τους. Θα πρέπει λοιπόν, να δοθεί έμφαση στα εξής:

- *Ολιστική φροντίδα:* η ευαισθητοποίηση του προσωπικού στην παροχή ολιστικής φροντίδας, συμπεριλαμβάνοντας όχι μόνο τον άρρωστο, αλλά και την οικογένειά του
- *Εκπαίδευση προσωπικού:* η εκπαίδευση του προσωπικού στις δεξιότητες επικοινωνίας, προκειμένου να καλύπτουν ανάγκες των συγγενών, όπως είναι η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης σε αυτούς και η επίλυση πρακτικών προβλημάτων, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και τη διατήρηση της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- *Επισκεπτήριο:* η προσαρμογή της διάρκειας και των συνθηκών του επισκεπτηρίου σύμφωνα με τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ασθενών και της οικογένειας, σε συνδυασμό με την ανάγκη των νοσηλευτών να διαχειρίζονται με ασφάλεια τη φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών.
- *Καταλληλότεροι χώροι:* η διαμόρφωση του χώρου αναμονής με κατάλληλα έπιπλα και εξοπλισμό, προκειμένου να ικανοποιεί βασικές ανάγκες των επισκεπτών, όπως είναι η κόπωση, η έλλειψη φαγητού και ύπνου και η φύλαξη των προσωπικών αντικειμένων τους.
- *Ενημερωτικό φυλλάδιο:* η ύπαρξη κάποιου ενημερωτικού φυλλαδίου στους συνοδούς, το οποίο θα παρέχει πληροφορίες για τις ώρες επισκεπτηρίου, χρήσιμα τηλέφωνα, την ομάδα των ανθρώπων που εργάζονται, τον τεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς και αναφορά για τις καταστάσεις που απαιτούν συνήθως τη νοσηλεία στη ΜΕΘ και τις πρακτικές που εφαρμόζονται για το έλεγχο των λοιμώξεων.

Προκειμένου να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω, θα πρέπει πρώτα από όλα να γίνει διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης των συγγενών μέσω μελλοντικών ερευνών σε μεγαλύτερο δείγμα, σε διαφορετικές φάσεις της παραμονής του ασθενούς στη ΜΕΘ και στα διαφορετικά και εξειδικευμένα είδη ΜΕΘ (καρδιοχειρουργικές, παιδιατρικές, πνευμονολογικές, νεφρολογικές, κ.α.). Επίσης, θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθεί η αντίληψη που έχουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας για τις ανάγκες των συγγενών, αλλά και γενικότερα η αντίληψη σχετικά με το ρόλο τους, εάν αυτός περιλαμβάνει την ολιστική προσέγγιση παροχής φροντίδας.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να καλύπτουν τις ανάγκες της οικογένειας των ασθενών της ΜΕΘ και να τους αντιμετωπίζουν ως μια ιδιαίτερη ομάδα ανθρώπων, η οποία χρήζει ειδικής προσοχής, διαχείρισης, φροντίδας, διαβεβαίωσης, πληροφόρησης, προσέγγισης και υποστήριξης.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Η ΕΧ: συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού και στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου. Η ΘΜ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου, ενώ είχε τη γενική εποπτεία της μελέτης. Η ΑΚ, ο ΑΚ και η ΣΠ συνέβαλαν σημαντικά στη συλλογή των δεδομένων. Τέλος, ο ΝΚ, συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού της μελέτης και διευκόλυνε τη συλλογή των δεδομένων. Και οι έξι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Achury DM., Achury Beltran LF. & Ramirez Cardenas AM. (2011). La familia y las visitas en las unidades de cuidado intensive. Clinical Connections. *The Word of Critical Care Nursing* 8(1): 2-8.

Agard SA. & Harderb I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nursing* 23: 170-177.

Al-Mutair AS., Plummer V., Clerehan R. & O' Brein A. (2013). Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *British Association of Critical Care Nurse*s 19 (3): 135-144.

Auerbach SM., Kiesler DJ., Wartella J., Rausch S., Ward KR. & Ivatury R. (2005). Optimism, Satisfaction With Needs Met, Interpersonal Perceptions of the Healthcare Team, and Emotional Distress in Patients' Family Members During Critical Care Hospitalization. *American Journal of Critical Care* 14(3): 202-210.

Azoulay E., Pochard F., Chevret S., Lemaire F., Mokhtari M., Le Gall JR., Dhainaut JF. & Schlemmer B. (2001). Meeting the needs of Intensive Care Unit Patient Families: A multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 163(1): 135-139.

Azoulay E., Pochard F., Kentish-Barnes N., Chevret S., Aboab J., Adrie C., Annane D., Bleichner G., Bollaert PE., Darmon M., Fassier T., Galliot R., Garrouste-Orgeas M., Goulenok C., Goldgran-Toledano D., Hayon J., Jourdain M., Kaidomar M., Laplace C., Larche J., Liotier J., Papazian L., Poisson C., Reignier J., Saidi F. & Schlemmer B. (2005). Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 171: 987-994.

Azoulay E., Pochard F., Chevret S., Adrie C., Annane D., Bleichner G., Bornstain C., Bouffard Y., Cohen Y., Feissel M., Goldgran-Toledano D., Guitton C., Hayon J., Iglesias E., Joly LM., Jourdain M., Laplace C., Lebert C., Pingat J., Poisson C., Renault A., Sanchez O., Selcer D., Timsit JF., Le Gall JR. & Schlemmer B. (2004). Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Critical Care Medicine* 32(9): 1832-8.

Bailey JJ., Sabbagh M., Loiselle CG., Boileau J. & McVey L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing* 26: 114-122.

Carlson EB., Spain DA., Muhtadie L., McDade-Montez L. & Macia KS. (2015). Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care* 30: 557-561.

Chien W., Chiu YL., Lam L. & Ip W. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* 43(1): 39-500.

DeAlbistur MC., Bacigualpo JC., Gerez J., Uzal M., Ebeid A., Maciel M. & Soto J. (2000). La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intersivos. *Revista Medical del Uruguay* 16: 243-256.

Delva D., Vanoost S., Bijttebier P., Lauwers P. & Wilmer A. (2002). Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: Implications for social work. *Social Work in Health Care* 35 (4).

Engstrom A. & Soderberg S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 20: 299-308.

Fumagalli S., Boncinelli L., Lo Nostro A., Valoti P., Baldereschi G., Di Bari M., Ungar A., Baldasseroni S., Geppetti P., Masotti G., Pini R. & Marchionni N. (2006). Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit. *American Heart Association* 113: 946-952.

Gholamzadeh S. & Sorbi Akbari H. (2010). Exploration of the needs and experiences of family members of a patient being admitted to a neurosurgery intensive care unit in Shiraz, Iran. *Critical Care* 14(1): 599.

Gomez S., Gil B. & Ballster R. (2008). Grado de interferencia en los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, Jornades de Foment de la Investigacio. Universitat Jaume I.

Hashim F. & Hussin R. (2012). Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 36: 103-111.

Herridge MS., Cheung AM., Tansey CM., Matte-Martin A., Diaz-Granados N., Al-Saidi F., Cooper AB., Guest CB., Mazer CD. & Mehta S. (2003). One - year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine* 348(8): 698-693.

Khalaila R. (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard journal* 28(43): 37-44.

Komachi M. & Kamibeppu K. (2015). Acute Stress Symptoms in Families of Patients Admitted to the Intensive Care Unit during the First 24 Hours Following Admission in Japan. *Open Journal of Nursing* 5: 325-335.

Kutash M. & Northrop L. (2007). Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of Advanced Nursing* 60(4): 384-8.

McKiernan M. & McCarthy G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: a phemenological study. *Intensive Critical Care of Nursing* 26(5): 254-61.

Molter NC. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung journa*l 8: 332-9.

Omari FH.(2009). Perceived and Unmet Needs of Adult Jordanian Family Members of Patients in ICUs. *Journal of Nursing Scholarship* 41(1): 28-34

Paparrigopoulos T., Melissaki A., Efthymiou A., Tsekou H., Vadala C., Kribeni G. & Soldatos C. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research* 61(5): 719-722.

Plakas S., Cant B. & Taket A. (2009). The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing* 25(1): 10-20.

Pochard F., Darmon M., Fassier T., Bollaert PE., Cheval C., Cologner M., Merouani A., Moulront S., Pigne E., Pingat J., Zahar JR., Schlemmer B. & Azoulay E. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care* 20: 90-96.

Rando TA. (1988). Grieving: how to go on living when someone you love dies. (eds) Lexington MA: Lexington Books.

Siddiqui S., Scott C. & Bryden D. (2010). Evaluating the quality of communication with patients' relatives in critical care. Critical Care 14: 596

Verhaeghe ST., van Zuuren FJ., Defloor T., Duijnstee MS. & Grypdonck MH. (2007). How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive careunit? *Journal of Clinical Nursing* 16(8): 1488-97.

Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ. & Middleton N. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29 (6): 720-730.

Γιούρντα ΑΜ. & Τούλια Γ. (2015). Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 14(1): 4-18.

Κούρτη Μ. (2012). Η επίδραση των ψυχολογικών διακυμάνσεων του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών της ΜΕΘ στην αξιολόγηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: Διαπανεπιστημιακό - Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Τμήμα Νοσηλευτικής. Εθνικό και Καποδιστριακό Αθηνών.

Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σωτηριάδου Κ., Μουστάκα Ε. & Ζυγά Σ. (2012). Αξιοπιστία ερωτηματολογίου FS ICU-24 για την εκτίμηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη φροντίδα στη ΜΕΘ. *Υγεία και εργασία* 3(1): 127-134.

Παπάζογλου Ε. (2003). Μελέτη της υποστήριξης των συγγενών από το προσωπικό υγείας στο τελικό στάδιο και το θάνατο του αρρώστου. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: Τομέας Ψυχικής Υγείας και Επιστημών Συμπεριφοράς. Τμήμα Νοσηλευτικής. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Πάτσιος Δ., Κομνός Α., Αποστολίδης Χ. & Μπαλασοπούλου Α. (2014). Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 13 (4): 351-365.

Πολυκανδριώτη Μ. & Κουτελέκος Ι. (2013). Ανάγκες Ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 2(2): 73-83.

Στεφανάτου Π. (2014). Η στάθμιση της κλίμακας CAN στον ελληνικό πληθυσμό και η εκτίμηση των αναγκών των χρονίως και σοβαρά ψυχικά πασχόντων. Διδακτορική Διατριβή: Ιωάννινα. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Χατζάκη Μ. (2010). Προσδιορισμός των αναγκών των συγγενών όσων νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας νοσοκομείου της περιφέρειας Κρήτης ερευνώντας ένα ημιαστικό - αγροτικό περιβάλλον: μια προοπτική μελέτη. Διδακτορική Διατριβή. Ηράκλειο: Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Exploring the psychosocial needs and satisfaction of the family of patients hospitalized in the Intensive Care Unit

Efthymia Chalkidi[1], Thalia Bellali[2], Asimina Kyromiti[3], Andreas Kosmas[4], Sofia Papoti[5], Nikolaos Kapravelos[6]

1. RN, MSc , 2. Professor, Nursing Department, "Alexandreio" Technological Educational Institution of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece , 3. RN, CNO of ICU,"G. Papanikolaou", General Hospital, Thessaloniki, Greece
4. Pulmonologist, ICU "G. Papanikolaou", General Hospital, Thessaloniki, Greece
5. Pulmonologist-Intensivist, Registrar in ICU "G. Papanikolaou", General Hospital, Thessaloniki, Greece
6. Pulmonologist-Intensivist, Medical Director of ICU "G. Papanikolaou", General Hospital, Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Introduction: The sudden admission of patients in the Intensive Care Unit (ICU) is considered an extremely stressful and painful experience for the whole family. In recent years, family has been recognized to have an important role to the outcome and particular emphasis has been given to the oriented approach of the patient's family.

Aims: To investigate the needs and the degree of satisfaction of relatives whose patients are hospitalized in ICU.

Methodology: This cross-sectional analytical study was conducted in a Greek ICU of a public hospital from November 2015 to - February 2016. The sample consisted of 47 relatives of patients who had been hospitalized for more than 48 hours. They were administered a questionnaire including socio-demographic data and the following psychometric tools: Family Satisfaction in Intensive Care Unit (FS-ICU 24) and Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). Data were analyzed with the program SPSS version 23.0 .

Results: A 72% and 80% of patients companions, expressed a great satisfaction in the caring and satisfaction with the decision making process scales of the FS-ICU 24. Basics are considered the need of reassurance for the better delivered care the knowledge of their patients' outcome and the administration of sincere and understandable information. Statistically significant differences have been found on the relationship with the patient, in the approach subscale of the CCFNI (p=0,024). Concerning the ages of the participants, statistically differences have been found at a group of 26-40 years old, in reassurance subscales (p=0,049), information (p=0,006), approach (p=0,009), support (p=0,004) and the offer of comfort (p=0,005) of the CCFNI.

Conclusions: The cooperation of ICU professionals with relatives, the training of personnel in the provision of holistic care and the family's integration in the therapeutic process, may be beneficial in reducing stress and adequate and effectively fulfillment of their needs and therefore to the satisfaction of both sides.

Key-words: Caregivers, family, holistic care, Intensive Care Unit, satisfaction, support

Corresponding Author:
Efthymia Chalkidi,
e-mail: efi.chalkidi@gmail.com,
Tel.. +306985067774

Submission Date: 05/06/2016
Publication Date: 20/07/2016

Ελληνικό περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ (ΕΠΝΕ)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Γ. ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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

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

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

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

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

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

ΑΠΟΔΕΛΤΙΩΣΗ: Το περιοδικό ΕΠΝΕ αποδελτιώνεται στη Βάση δεδομένων Google Scholar, Research bible, Elektronische Zeitschriftenbibliothek.

Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ

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

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD
Βασιλική Ρόκα MSc, PhD

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
Στέφανος Μαντζούκας, Επίκουρος Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου
Ευγενία Μηνασίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσ/νίκης
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρη Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλίας
Θεοδώρα Καυκιά Καθηγήτρια Εφαρμογών,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης
Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης
Μαρία Μαλλιαρού MSc, PhD
Ιωάννα Καραμήτρη MSc, PhD(c)
Αθανάσιος Μαστροκώστας MSc, PhD(c)
Μαρία Γκριζώτη, MSc

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

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

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Παρασκευή Αποστολάρα
Αικατερίνη Βενέτη
Μαρία Γέραλη
Δημήτριος Δάλλας
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Γεώργιος Ίντας
Αγγελική Καραΐσκου
Νεκταρία Κάραλη
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος
Μιχάλης Κουράκος
Βάγια Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Πολυξένη Μαγγούλια
Χρυσούλα Μελισσά
Βασιλική Μούγια
Δημήτριος Μπαρουξής
Λάμπρος Μπίζας
Ιωάννης Μωϋσογλου
Χρυσούλα Νταφογιάννη
Δήμητρα Παλητζήκα
Ειρήνη Παπάζογλου
Νίκη Παυλάτου
Μαρία Ρεκλείτη
Νίκος Στεφανόπουλος
Νικόλαος Στούφης
Σοφία Τάνη
Αναστάσιος Τζενάλης
Αικατερίνη Τόσκα
Ολυμπία Χαλικιοπούλου
Αλεξάνδρα Χαραλαμπίδου
Καλλιόπη Χατζίκα
Ελένη Χριστοδούλου
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

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

Γ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

(Υπάρχουν και στην ιστοσελίδα του περιοδικού)
Οι Έλληνες συγγραφείς μπορούν να δημοσιεύουν άρθρα και στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Τύποι Άρθρων
Διαδικασία Υποβολής Άρθρων
Διαδικασία Αξιολόγησης
Γενικές Οδηγίες
Γενικές οδηγίες Συγγραφής
Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

ΤΥΠΟΙ ΑΡΘΡΩΝ

Το ΕΠΝΕ δημοσιεύει τα ακόλουθα:

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ @*
2. ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ
Το περιοδικό δημοσιεύει φιλοσοφικά, θεωρητικά, μεθοδολογικά ή επαγγελματικά θέματα/καταστάσεις που παρέχουν επίκαιρη, προηγμένη γνώση για τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και μπορεί να αφορούν στη νοσηλευτική πρακτική, την εκπαίδευση, τη διοίκηση κ.λπ. Επίσης, δημοσιεύει άρθρα συζήτησης.
3. ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ
α. Πρωτογενείς
- Εμπειρικές @
- Κλινικές δοκιμές @

β.Δευτερογενείς (συστηματικές ανασκοπήσεις) @
γ. Ανάπτυξης και Ψυχομετρικής Στάθμισης ερευνητικών εργαλείων @
4. ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ
- Εμπειρικές @

5. ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ @
6. ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ @
7. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΚΔΟΤΗ
Οι επιστολές μπορεί να είναι έκτασης ως 500 λέξεων και να περιλαμβάνουν κρίσεις, ή σχόλια για εργασίες που έχουν ήδη δημοσιευτεί σε 2 προηγούμενα τεύχη.

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

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΡΘΡΩΝ @

Έως ότου ολοκληρωθεί το σύστημα ηλεκτρονικής υποβολής άρθρων, καλούνται οι συγγραφείς να υποβάλλουν τα προς αξιολόγηση άρθρα μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του περιοδικού στη διεύθυνση journal@enne.gr. Όλη η αλληλογραφία θα πραγματοποιείται μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.
Κάθε άρθρο θα συνοδεύεται από **επιστολή του συγγραφέα**, υπόδειγμα της οποίας μπορείτε να βρείτε εδώ (link) και στην οποία αναφέρονται τα ακόλουθα:

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

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

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι υποβληθείσες εργασίες αξιολογούνται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, εάν συνάδουν με την αποστολή και τους στόχους του Περιοδικού, προκειμένου να προωθηθούν για ανώνυμη αξιολόγηση. Ανάλογα με τη θεματική ενότητα στην οποία ανήκουν, προωθούνται στο υπεύθυνο μέλος της συντακτικής επιτροπής και σε δύο κριτές της αντίστοιχης θεματικής ενότητας, ή σε ανεξάρτητους κριτές.
Οι κριτές αποφαίνονται εάν το άρθρο είναι:
(α) Αποδεκτό για δημοσίευση χωρίς τροποποιήσεις
(β) Αποδεκτό για δημοσίευση με μικρές τροποποιήσεις
(γ) Αποδεκτό για δημοσίευση κατόπιν σημαντικών τροποποιήσεων
(δ) Μη αποδεκτό για δημοσίευση στην παρούσα μορφή
Η τελική προσαρμογή του κειμένου στις υποδείξεις των κριτών διαπιστώνεται από τη Διεύθυνση Σύνταξης, ώστε το άρθρο να προωθηθεί προς δημοσίευση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

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

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ (λίστα ελέγχου – check list)

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

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

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

Σελίδα τίτλου

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

Σελίδα περίληψης

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

Σελίδα Βασικών Σημείων του Άρθρου

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

Παράδειγμα στην Ελληνική γλώσσα

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

Βασικά Σημεία του Άρθρου

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

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

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

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

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

Ευχαριστίες
Κατά την ηλεκτρονική υποβολή του άρθρου, οι συγγραφείς μπορούν να αναγράφουν τις ευχαριστίες τους σε άτομα, φορείς κ.λπ που τους βοήθησαν ουσιαστικά στην εκπόνηση της εργασίας τους, επεξηγώντας τους λόγους πχ για την οικονομική ενίσχυση, τη συλλογή των δεδομένων, τη χορήγηση άδειας κ.λπ.

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

Βιβλιογραφικός κατάλογος
(σύμφωνα με τις οδηγίες, βλ. @)

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

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

Άλλες οδηγίες μορφοποίησης

- Τα άρθρα θα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα με γραμματοσειρά TIMES NEW ROMAN, μεγέθους 12 και διάστιχο 1.5. Τα περιθώρια της σελίδας θα πρέπει να είναι 2.54 περιμετρικά της σελίδας. Η αρίθμηση των σελίδων θα πρέπει να εμφανίζεται στην κάτω δεξιά γωνία της σελίδας.
- Για τη διατήρηση της ανωνυμίας, στο άρθρο δεν θα πρέπει να αναφέρονται ονοματεπώνυμα ατόμων, νοσοκομείων ή άλλων φορέων, αλλά να περιγράφονται σε γενικές γραμμές όπως πχ « ….το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ενός ελληνικού, γενικού περιφερειακού νοσοκομείου…..»
- Αποφύγετε τις συντομογραφίες, οπουδήποτε είναι δυνατόν. Οποιεσδήποτε συντμήσεις οι συγγραφείς σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν, θα πρέπει να καταγράφονται πλήρως και να ακολουθούνται από τα αρχικά γράμματα εντός παρενθέσεως, την πρώτη φορά που εμφανίζονται πχ World Health Organization (WHO) και στη συνέχεια χρησιμοποιείται μόνο με το ακρωνύμιο WHO. Αποφύγετε την υπερβολική χρήση πολλαπλών ακρωνυμίων.
- Μη χρησιμοποιείτε κεφαλαίο αρχικό γράμμα σε διάφορες λέξεις, χωρίς λόγο πχ διευθυντής, νοσηλευτής, καθηγητής.
- Μονάδες μέτρησης μήκους, ύψους, βάρους και όγκου θα πρέπει να αναφέρονται σε μετρικές μονάδες, σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα.
- Στο κείμενο, να αποφεύγεται η γραφή σε α' ενικό ή α' πληθυντικό πρόσωπο, καθώς και η χρήση προσωπικών αντωνυμιών, όπως «εγώ» ή «εμείς». Οι αναφορές να γίνονται σε τρίτο Πρόσωπο και παθητική φωνή. Π.χ. αντί να γράψουμε «κάναμε αυτήν την έρευνα με σκοπό…» ή «προτείνουμε τα εξής μέτρα» γράφουμε «αυτή η έρευνα έγινε με σκοπό…» ή «προτείνονται τα εξής μέτρα».
- Μέσα στο κείμενο δεν χρησιμοποιούνται υπογραμμίσεις, έντονοι (bold) και πλάγιοι (italics) χαρακτήρες.
- Το κείμενο της εργασίας θα πρέπει να είναι χωρισμένο σε παραγράφους. Η παραγραφοποίηση βοηθά στην κατάτμηση ενός κειμένου ώστε αυτό να γίνεται ευκολότερα αναγνώσιμο και περισσότερο κατανοητό. Καλό είναι να αποφεύγονται οι πολύ μεγάλες παράγραφοι, αλλά και οι πολύ μικρές (π.χ. παράγραφος με μια ή δύο προτάσεις).
- Όλες οι παράγραφοι ξεκινούν με μια εσοχή (1 tab). Μεταξύ των παραγράφων δεν θα πρέπει να υπάρχει κενή σειρά, παρά μόνο μετά από κάθε ενότητα (π.χ. κείμενο εισαγωγής, κενή σειρά, κείμενο μεθοδολογίας, κενή σειρά).
- Κεφαλίδες, υποκεφαλίδες κλπ. Οι κεφαλίδες μπορούν να είναι τριών (3) επιπέδων, ίδιας γραμματοσειράς (χωρίς αριθμήσεις, στην αριστερή πλευρά της σελίδας, ενώ η στοίχιση του κειμένου παραμένει κεντρική):

  ΕΠΙΠΕΔΟ 1. κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, (bold)

  ΕΠΙΠΕΔΟ 2. πεζά γράμματα με έντονη γραφή,(bold)

  ΕΠΙΠΕΔΟ 3. πεζά γράμματα με πλάγια γραφή, (italics)

  Εάν κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη περεταίρω υποδιαιρέσεων, προτείνεται η χρήση κουκίδων για τις υπόλοιπες υποκεφαλίδες.

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Συγκατάθεση Ενημέρωσης

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

Άδειες

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

Σύγκρουση συμφερόντων (conflict of interest)

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

Χρηματοδότηση

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

Πνευματικά Δικαιώματα (transfer of copyright)

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

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

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

Η δομή θα πρέπει να είναι η ακόλουθη:

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

Επισήμανση: Στις περιγραφικές ανασκοπήσεις δεν περιλαμβάνεται κεφάλαιο μεθοδολογίας.

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΤΙΤΛΟΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
Υποκεφάλαιο (πεζά γράμματα με έντονη γραφή, bold)
Τμήμα υποκεφαλαίου (πεζά με πλάγια γραφή, italics)
Υποκεφάλαιο (πεζά γράμματα με έντονη γραφή, bold)
Τμήμα υποκεφαλαίου (πεζά με πλάγια γραφή, italics)
κλπ ανάλογα με το θέμα…
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

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

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
Πίνακες
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

Τρεις έως πέντε λέξεις που αντιπροσωπεύουν το περιεχόμενο της έρευνας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

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

Πίνακες

Περιλαμβάνονται πίνακες όπως

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΕΣ - ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

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

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

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

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

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Στατιστική ανάλυση

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

Πίνακες

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

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

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση Δεδομένων, Αληθοφάνεια/σταθερότητα/εμπιστευσιμότητα)
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εισαγωγή θα πρέπει να καθορίζεται το σκεπτικό, το πλαίσιο και η σημαντικότητα του άρθρου για τη νοσηλευτική, ή τις επιστήμες υγείας, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Όταν ο σκοπός δεν είναι η ανάδειξη ενός θεωρητικού μοντέλου που θα επεξηγεί το υπό μελέτη φαινόμενο, στην εισαγωγή θα πρέπει να περιγράφεται το επιστημονικό και θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η έρευνα και να επεξηγείται πώς αυτό σχετίζεται με τις παραμέτρους της μελέτης. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να υποστηρίζονται από την αντίστοιχη βιβλιογραφία (κατόπιν κριτικής αξιολόγησης των σχετικών, αντιπροσωπευτικών και σύγχρονων θεωρητικών και ερευνητικών πηγών, με αριθμό όχι μεγαλύτερο από 30). Σε περίπτωση που η μελέτη αφορά σε ελληνικό πληθυσμό, θα πρέπει να περιλαμβάνει και τις αντίστοιχες αναφορές από την ελληνική βιβλιογραφία, εάν υπάρχουν.

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

Δείγμα μελέτης

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

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

Συλλογή δεδομένων

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

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση Δεδομένων

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

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

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

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

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

Τα κριτήρια αξιολόγησης είναι τα εξής:

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

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

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

Τίτλος*
Περίληψη*
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
Μεθοδολογία (Σχεδιασμός, Δείγμα μελέτης, Συλλογή δεδομένων, Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας, Ανάλυση των δεδομένων-Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης)
Αποτελέσματα
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά
Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

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

Λέξεις-κλειδιά

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Σχεδιασμός

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

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

Δείγμα μελέτης

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

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

Συλλογή δεδομένων

Θα πρέπει να προσδιορίζεται ο τόπος, ο τρόπος και η χρονική περίοδος της δειγματοληψίας. Περιγράψτε τις τεχνικές και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, με χωριστές επικεφαλίδες. Πχ ερωτηματολόγια, οδηγός συνέντευξης, ομάδες εστίασης, λίστες παρατήρησης κλπ. Αν πρόκειται για ερωτηματολόγια που είναι γνωστά και σταθμισμένα περιγράψτε αναλυτικά και συμπεριλάβετε τη σχετική βιβλιογραφία, περιλαμβάνοντας απαραίτητα, την αναφορά της εργασίας στάθμισης του εργαλείου. Αν πρόκειται για εργαλεία που αναπτύχθηκαν ειδικά για αυτή τη μελέτη, περιγράψτε τη διαδικασία ανάπτυξης, περιλαμβάνοντας στοιχεία ελέγχου της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Αν πρόκειται για οδηγό ατομικής ή ομαδικής συνέντευξης, περιγράψτε τις ερωτήσεις που αυτός περιλαμβάνει.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

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

Ανάλυση των δεδομένων

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

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

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

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

Κριτήρια μεθοδολογικής αυστηρότητας διεξαγωγής της μελέτης

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Συνεισφορά ερευνητών

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

Πίνακες, Διαγράμματα, Σχήματα

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

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

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

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΤΑΘΜΙΣΗ

ΔΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΣΚΟΠΟΣ

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

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

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

Περιγραφή πρωτότυπου ερωτηματολογίου/ αρχικής κλίμακας

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

Συμμετέχοντες – Πληθυσμός

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

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

Μετάφραση

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

Στατιστική ανάλυση

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

Ηθική και δεοντολογία

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

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

Περιορισμοί

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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

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

ΟΔΗΓΙΕΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

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

Οι μελέτες περίπτωσης μπορούν να περιλαμβάνουν:

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

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

Τίτλος*
Περίληψη* (η διάρθρωση της περίληψης θα έχει την εξής μορφή: Εισαγωγή, Σκοπός, Παρουσίαση περίπτωσης, Συζήτηση, Συμπεράσματα).
Λέξεις-κλειδιά*
Εισαγωγή
ΠαρουσίασηΠερίπτωσης
Συζήτηση
Συμπεράσματα
Συνεισφορά συγγραφέων
Βιβλιογραφία
Πίνακες -Εικόνες
* στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα

Περίληψη

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

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

ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ

Το κυρίως κείμενο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υποενότητες:
ΕΙΣΑΓΩΓΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΣΥΖΗΤΗΣΗ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (κεφαλαία γράμματα με έντονη γραφή, bold)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

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

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συζητούνται τα ευρήματα και συγκρίνονται με άλλες μελέτες ή περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

ΠΙΝΑΚΕΣ -ΕΙΚΟΝΕΣ

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

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

Λίστα ελέγχου της Μελέτης Περίπτωσης

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

ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΤΙΚΗ

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

Πριν τη λεπτομερή ανάγνωση του βιβλίου, ελέγξτε:

Τίτλος – τι μας προτείνει

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

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

Διαβάστε το κείμενο:

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

Συμβουλευτείτε περισσότερες πηγές

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

Προετοιμάστε ένα προσχέδιο κριτικής

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

Συγγραφή της βιβλιοκριτικής

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

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

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

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

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

Τελικός έλεγχος του προσχέδιου

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

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

ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

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

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

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

Παραπομπές εντός κειμένου

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

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

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

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

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

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

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

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

Βιβλιογραφικός Κατάλογος

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

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

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

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

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

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

Βιβλίο

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

Κεφάλαιο σε βιβλίο

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

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

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

Ηλεκτρονικό βιβλίο

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

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

Άρθρο

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

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

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

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

Διατριβή

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

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

Πληροφορίες από το Διαδίκτυο (Ιστοσελίδες)

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

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

National electronic Library for Health (2003). Can walking make you s l i m m e r a n d h e a l t h i e r ? [Online]. (Updated 16 Jan 2005) Available at: http://www.nhs.uk.hth.walking [accessed 10 April 2005]

Πρακτικά Συνεδρίων

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

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

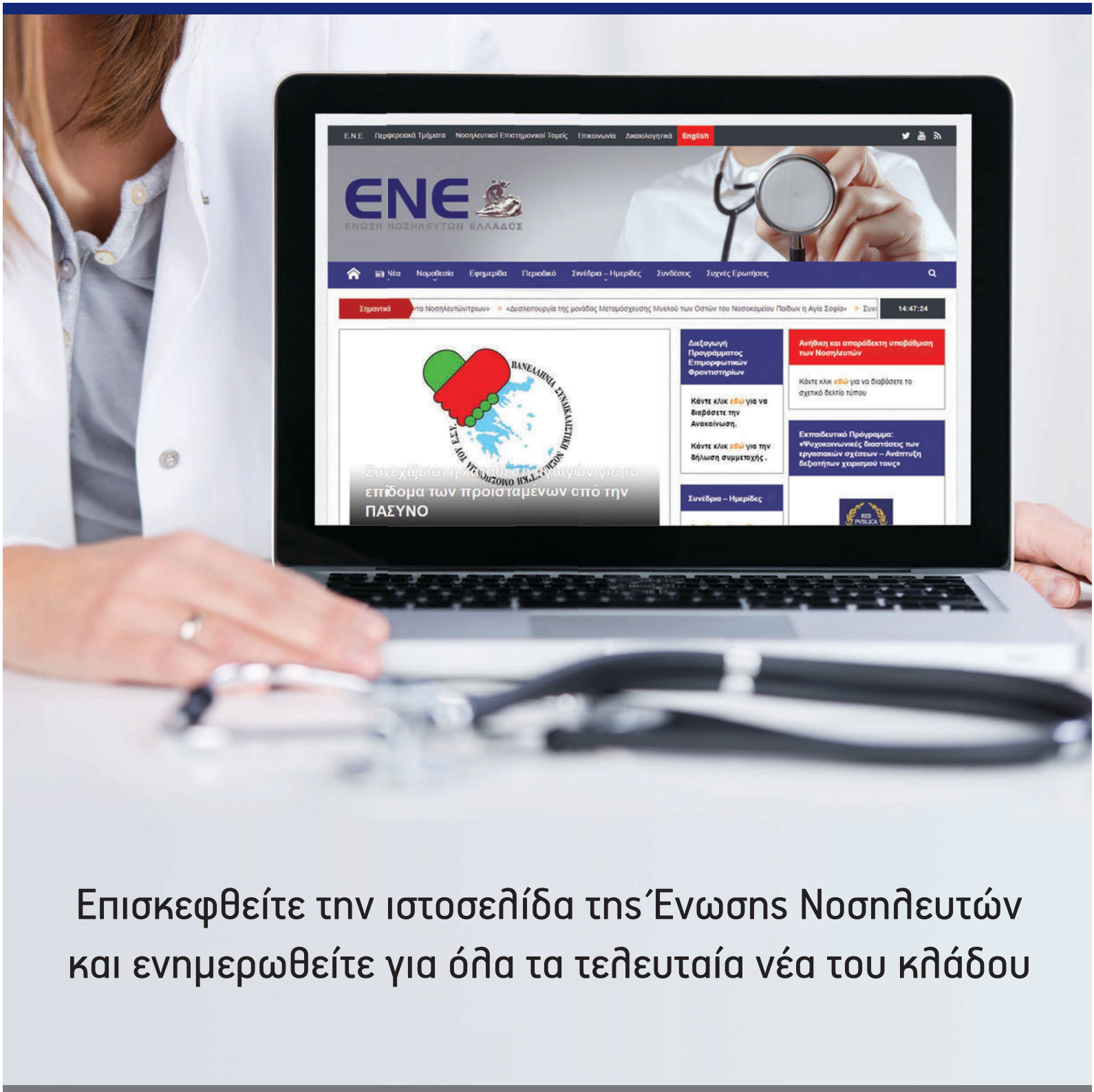
ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
http://journal-ene.gr/



ΕΝΕ

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne.gr



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

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα
2ος όροφος

Τηλ.: 210-3648044
Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

HRBN
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

JULY - AUGUST - SEPTEMBER

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr