Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 9, Τεύχος 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2016
Volume 9, Issue 4, OCTOBER - NOVEMBER - DESEMBER 2016

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL
Η σύγχρονη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, από την πλευρά των νοσηλευτών.
Αναστάσιος Τζεναλής

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Διαχείριση των κινδύνων και των λαθών στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Σερρών συγκριτικά με τις απαιτήσεις του προτύπου OHSAS 18001:1999
Risk management and errors in the surgical clinic of Serres hospital compared with the requirements of standard OHSAS 18001: 1999
Μαρία Ελένη Μεγαλομύστακα

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES
Ανίχνευση περιπτώσεων Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας από τελειόφοιτους φοιτητές νοσηλευτικής στην κοινότητα: μια πιλοτική μελέτη
Detection of Chronic Obstructive Pulmonary Disease by student nurses in primary health care: a pilot study
Κλεονίκη Λιναρίτη, Μαριάνθη Ζάχου, Μαρία Γλυκοκοκάλου, Λίζα Βλαστού, Αντωνία Σκάρπου, Χρήστος Κλεισιάρης

Αξιολόγηση αρχιτεκτονικού περιβάλλοντος πολύκλινων θαλάμων νοσηλείας
Multi-bed patient room architectural evaluation
Ευαγγελία Σκλάβου, Ιωάννης Τζουβαδάκης

Κατάθλιψη και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ: η περίπτωση του Νομού Σερρών
Depression and health-related quality of life of patients with diabetes mellitus type II:
data from Serres province, Greece
Παναγιώτης Τζουράκης, Θεοδώρα Καυκιά, Θάλεια Μπελλάλη

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος
The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses

Ο ΡΥΘΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΝ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΕΤΟΣ ΟΓΔΟΟ
(ΦΥΛΛΟ 85)
ΜΑΪΟΣ 2016

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΑΣΥΝΟ ΕΣΥ

17ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Θεσμός για το σύγχρονο νοσηλευτή

2-4 Δεκεμβρίου 2016

ΚΑΛΑΒΡΥΤΑ



Kalavrita Canyon Hotel & Spa

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ ΕΝΕ ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ www.enne.gr

www.pasyno2016.gr

Τι σημαίνει "θεμελίωση" & "κατοχύρωση" συνταξιοδοτικού δικαιώματος για τους νοσηλευτές είτε είναι ασφαλισμένοι του Δημοσίου είτε του ΙΚΑ;



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

Η σύγχρονη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, από την πλευρά των νοσηλευτών.
Αναστάσιος Τζεναλής 3

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Διαχείριση των κινδύνων και των λαθών στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Σερρών συγκριτικά με τις απαιτήσεις του προτύπου OHSAS 18001:1999
Risk management and errors in the surgical clinic of Serres hospital compared with the requirements of standard OHSAS 18001: 1999
Μαρία Ελένη Μεγαλομύστακα 6

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Ανίχνευση περιπτώσεων Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας από τελειόφοιτους φοιτητές νοσηλευτικής στην κοινότητα: μια πιλοτική μελέτη
Detection of Chronic Obstructive Pulmonary Disease by student nurses in primary health care: a pilot study
Κλεονίκη Λιναρίτη, Μαριάνθη Ζάχου, Μαρία Γλυκοκοκάλου, Λίζα Βλαστού, Αντωνία Σκάρπου, Χρήστος Κλεισιάρης 14

Αξιολόγηση αρχιτεκτονικού περιβάλλοντος πολύκλινων θαλάμων νοσηλείας
Multi-bed patient room architectural evaluation
Ευαγγελία Σκλάβου, Ιωάννης Τζουβαδάκης 23

Κατάθλιψη και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ: η περίπτωση του Νομού Σερρών
Depression and health-related quality of life of patients with diabetes mellitus type II: data from Serres province, Greece
Παναγιώτης Τζουράκης, Θεοδώρα Καυκιά, Θάλεια Μπελλάλη 39

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ 49

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 51

Η σύγχρονη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, από την πλευρά των νοσηλευτών.

Αναστάσιος Τζεναλής
RN, MSc, PhD, ΜΕΘ, Γ.Ν.Θ «Παπαγεωργίου»

Ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος είναι μια πολύ διαδεδομένη διαταραχή και η διαχείρισή του αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Το σοβαρό αυτό πρόβλημα υγείας συναντάται περισσότερο στις βιομηχανικές χώρες, με επιπολασμό περίπου 35% στο γενικό πληθυσμό (Bergman, 2008). Άλλωστε, ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος στη σπονδυλική στήλη με όλες τις επιπλοκές του αποτελεί την πιο κοινή αιτία μακροχρόνιας αναπηρίας του ενεργού πληθυσμού με ένα ισόβιο επιπολασμό 40% έως 80% και με 2% έως 7% των περιπτώσεων να εμφανίζουν χρόνια προβλήματα. (Moradi et al 2012, Cohlmann, 2013).

Η σύγχρονη προσέγγιση στο χρόνιο νευροπαθητικό πόνο περιλαμβάνει ένα συνδυασμό θεραπειών: φαρμακευτική θεραπεία, ψυχολογική θεραπεία, θεραπεία αποκατάστασης, αναισθησιολογική θεραπεία, νευρολογική θεραπεία, χειρουργική θεραπεία, αλλαγές στον τρόπο ζωής, καθώς και μεθόδους της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής (Dureja 2006). Στις μέρες μας, επικρατεί η παραδοχή ενός νέου βιοψυχοκοινωνικού θεραπευτικού μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο ο χρόνιος πόνος αποτελείται από τρείς ισοδύναμες συνιστώσες: την αισθητική, την συναισθηματική και τη συνειδητή εκτίμηση (Gatchel 2005). Ενώ το βιολογικό μοντέλο εστιάζει στην ασθένεια, η οποία αναγνωρίζεται ως ένα αντικειμενικό και αποδιοργανωτικό για τον ανθρώπινο οργανισμό γεγονός, που οφείλεται σε παθοφυσιολογικές και ανατομικές σωματικές αλλαγές, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι ανθρωποκεντρικό και χωρίζεται σε τρείς διαστάσεις: α) τη βιολογική-αισθητική διάσταση που αναφέρεται στην φυσική κατάσταση του ασθενούς, β) την ψυχολογική-συναισθηματική διάσταση που αναφέρεται στους εσωτερικούς παράγοντες που δύναται να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα του ασθενή και γ) την κοινωνική-συνειδητή διάσταση που αναφέρεται στη ικανότητα του κοινωνικού πλαισίου του ασθενούς να επηρεάσει την εξέλιξη της ασθένειας. (Mechanic 1986; Victor & Richeimer 2003, Schecter & Nordin 2009)

Το παραπάνω μοντέλο αν και αναγνωρίσθηκε παλαιότερα, ωστόσο, ενεργοποιήθηκε πρόσφατα ως διαγνωστικό εργαλείο, αλλά και ως εργαλείο διαχείρισης του πόνου, με σκοπό να αναγνωριστεί ορθά από τους επαγγελματίες υγείας η πολυδιάστατη φύση του πόνου (Disorbio et al 2006, Jull 2009, Jull & Sterling 2009). Σύμφωνα με την παραπάνω αποδοχή, διατηρείται η βιοιατρική-βιολογική πλευρά του χρόνιου πόνου, αλλά προστίθεται ο ρόλος των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την ιδία αντίληψη του πόνου στον κάθε ασθενή ξεχωριστά και να προκαλέσουν συναισθηματική αντίδραση και περιορισμό της λειτουργικότητας (Nicholas 2008). Το τρισδιάστατο αυτό μοντέλο υποστηρίζει πως η ανταπόκριση της συμπεριφοράς του εκάστοτε πάσχοντα που βιώνει νευροπαθητικό πόνο, επηρεάζεται από κοινωνικές και περιβαλλοντικές μεταβλητές, ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύει πως ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες δύναται να επηρεάσουν φυσιολογικές λειτουργίες, όπως είναι η παραγωγή ορμονών, η κινητικότητα στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και η φυσική δυσλειτουργία (Nicholas 2008).

Πολλές έρευνες έχον δείξει πως ο επίμονος πόνος σε σημεία της σπονδυλικής στήλης, μπορεί να αλλάξει ακόμη και τη μορφολογία του εγκεφάλου με μείωση του όγκου της φαιάς ουσίας στην προμετωπιαία περιοχή και το θάλαμο (Apkarian et al., 2004). Σύμφωνα με τη βιολογική και ιατρική θεώρηση του χρόνιου πόνου η ιατρική ομάδα επικεντρώνεται παραδοσιακά στην εκτίμηση της φυσικής βάσης του πόνου που αποτελείται από την κλινική εξέταση, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αξιολόγηση της θεραπείας. Ωστόσο, ακόμα και όταν τα φάρμακα και οι επεμβατικές διαδικασίες μειώσουν αποτελεσματικά τον πόνο, συχνά δεν παράγουν ταυτόχρονη βελτίωση της φυσικής και συναισθηματικής λειτουργίας των ασθενών (Turk et al 2008).

Οι ψυχολογικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου άρχισαν να κερδίζουν δημοτικότητα στα τέλη του 1960 με την εμφάνιση της θεωρίας του Melzack και Wall με την ονομασία «πύλη ελέγχου του πόνου »(«gate control theory») και την επακόλουθη θεωρία «neuromatrix» (Melzack & Wall 1965, Melxack 1999). Οι παραπάνω θεωρίες υποθέτουν ότι οι ψυχοκοινωνικές και φυσιολογικές διεργασίες αλληλεπιδρούν για να επηρεάσουν την αντίληψη του πόνου γενικότερα.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις συναισθηματικές συνιστώσες του πόνου: κατάθλιψη, άγχος και θυμό. Τα παραπάνω συμπτώματα δύναται να διεγείρουν το αυτόματο νευρικό σύστημα το οποίο με τη σειρά του θα οδηγηθεί σε μία αλυσιδωτή αντίδραση και θα εκκρίνει αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη. Αυτές οι ουσίες δρώντας πάνω σε τραυματισμένους ή ερεθισμένους νευρώνες θα αυξήσουν τον πόνο. Αρνητικές σκέψεις όπως οι αυτοκαταστροφικές τάσεις του ασθενή, μη ρεαλιστικοί στόχοι που προσμένει από την θεραπεία του, έλλειψη αυτοπεποίθησης, οδηγούν σε αναποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση και αύξηση των επιπέδων του πόνου. Ως αποτέλεσμα, είναι η πυροδότηση μιας εσωτερικής διεργασίας ενεργοποίησης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος με αύξηση του μυϊκού τόνου και των μυϊκών σπασμών και επομένως του πόνου που ο ίδιος βιώνει (Victor & Richeimer 2003).

Επιπλέον, οι κοινωνικές μεταβλητές επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου σε ατομικό επίπεδο, διότι υπάρχουν ενδείξεις ότι ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί σε έξαρση του πόνου, σε συμπεριφορές και εμπειρίες που αντλήθηκαν μέσω αλληλεπιδράσεων με το περιβάλλον (Νικολάου 2008). Οι παράγοντες της κοινωνικής μάθησης διαπραγματεύονται τις στάσεις και τις απόψεις για την υγεία και τον πόνο, όπως και τις αντιδράσεις του εκάστοτε ασθενή απέναντι στον τραυματισμό και την ασθένεια που διδάσκεται από το ίδιο του το κοινωνικό περιβάλλον, όπως είναι η οικογένεια η το σχολικό περιβάλλον και που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό αν θα αγνοήσουν η θα μεγιστοποιήσουν τα σωματικά τους συμπτώματα. Σε παλιότερες έρευνες έχει διαπιστωθεί πως παιδιά που προέρχονται από γονείς με χρόνιο πόνο έχουν την τάση να εμφανίζουν μικρότερο βαθμό ελέγχου της υγείας τους (Richard 1985).

Διαμέσου της συμβουλευτικής επιστήμης, υπάρχουν πέντε αλληλένδετες συνιστώσες που απαρτίζουν την διαχείριση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου από ψυχοκοινωνική άποψη: *α) Η εκπαίδευση των ασθενών.* Ο στόχος της εκπαίδευσης των ασθενών είναι να αποκαταστήσει την χαμένη αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας του ασθενή και να ενδυναμώσει τις γνώσεις του (Victor & Richeimer 2003, Disorbio et al 2006; Turk et al 2008). *β) Η Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία.* Αυτή η θεραπεία αποτελείται από μία ευρεία γκάμα τεχνικών όπως συμπεριφοριστικά πειράματα, αμφισβήτηση σκέψεων, διακοπή αρνητικών σκέψεων, που στόχο έχουν να αλλάξουν τον τρόπο σκέψης του ασθενή και κατ' επέκταση την συμπεριφορά του. (Linton et al 2005, Merlijn et al 2005, Kroner-Herwing 2009). *γ) Οι ασκήσεις χαλάρωσης και η βιοανάδραση.* Οι στόχοι της εκπαίδευσης χαλάρωσης περιλαμβάνουν μείωση του δυσπροσαρμοστικών νευρομυϊκών συμπεριφορών και η επανάκτηση του αυτοελέγχου του ασθενή, δίνοντας του τη δυνατότητα της αυτόματης χαλάρωσης κάθε φορά που αυτός θεωρεί ότι την χρειάζεται. Η βιοανάδραση αναφέρεται στη όργανα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με την χαλάρωση και τη συμβουλευτική τα οποία καταγράφουν την βελτίωση του ασθενή (Victor & Richeimer 2003, Dureja 2006, Turk et al 2008). *δ) Η ενεργός προσαρμογή* η οποία επικεντρώνεται στις πτυχές του περιβάλλοντος και του τρόπου ζωής των ασθενών «life style», που έχουν τη δυνατότητα να υποστηρίξουν ή όχι τη διαδικασία της θεραπευτικής άσκησης στο χρόνιο αυχενικό πόνο (Bergman, 2008. Nicholas 2008, Albaladejo et al 2010). *ε) Η παρακινησιακή συνέντευξη* «motivational interviewing». Το είδος αυτό της συνέντευξης χρησιμοποιείται ευρέως στους ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο και σκοπό έχει να αναδείξει και να ενισχύσει τα εσωτερικά κίνητρα που μπορεί να έχει ένας ασθενής προκειμένου να δεσμευτεί να αλλάξει αυτό που τον ενοχλεί στην καθημερινότητα του (Jensen et al 2003, Kerns & Habib 2004).

Είναι ευρέως γνωστός ο σκοπός της Νοσηλευτικής Επιστήμης που έχει να κάνει με την πρόληψη, τη θεραπεία, την νοσηλεία, την αντιμετώπιση οξέων καταστάσεων, με στόχο την ίαση, την εξάλειψη παραγόντων που απειλούν την ζωή. Ο νοσηλευτικός ρόλος λοιπόν, αναδεικνύεται ως μια σύγχρονη πρόκληση στην αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, καθώς οι νοσηλευτές είναι εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται στην κατάλληλη θέση, σε όλα τα στάδια της υγειονομικής περίθαλψης (πρωτοβάθμια δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), προκειμένου να διερευνήσουν τις φυσιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και συναισθηματικές εμπειρίες του πόνου κάθε ασθενούς. Ωστόσο, για να πραγματοποιηθεί αυτό θα πρέπει να αναπτύξουν την κατάλληλη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς και να αποκτήσουν τις γνώσεις και την εμπειρία της διαχείρισης του χρόνιου πόνου. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της χρήσης κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης του πόνου, της αποτελεσματικής επικοινωνίας με τους ασθενείς, αλλά και της εποικοδομητικής επικοινωνίας με την εκάστοτε διεπιστημονική ομάδα διαχείρισης του πόνου. Ο νοσηλευτής που ασχολείται με τον πόνο, θα πρέπει να είναι καταρτισμένος ώστε να εκπαιδεύει κατάλληλα τους ασθενείς στη διαχείριση του πόνου τους, να γνωρίζει τεχνικές χαλάρωσης, στρατηγικές εποικοδομητικού ύπνου και ενίσχυσης της ευεξίας τους. Ωστόσο, ο εξειδικευμένος στην αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου νοσηλευτής δεν πρέπει και δεν δύναται να εργάζεται μόνος του αλλά να αποτελεί σημαντικό μέλος μιας ευρύτερης διεπιστημονικής ομάδας που μπορεί να περιλαμβάνει γιατρούς, ψυχολόγους, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και επισκέπτες υγείας.

Σήμερα, *ο νοσηλευτής αποκατάστασης* είναι ένα από τα άτομα που διαχειρίζονται τον πόνο στις νοσηλευτικές δομές της χώρας. Η νοσηλευτική αποκατάστασης είναι η επιστήμη της υποστήριξης, με όποια έννοια μπορεί να περικλείει ο όρος, που έχει ως κύριο στόχο να υποστηρίζει ολιστικά τους ανθρώπους με ιδιαίτερες ικανότητες έτσι ώστε να ανταπεξέρχονται στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των νέων συνθηκών της ζωής τους (Παπαστογιαννίδου 2015). Ο στόχος της νοσηλευτικής αποκατάστασης είναι να βοηθήσει τα άτομα με αναπηρία ή / και χρόνιες ασθένειες, όπως είναι ο χρόνιος νευροπαθητικός πόνος, να επιτύχουν και να διατηρήσουν τη μέγιστη λειτουργικότητά τους στην καθημερινότητά τους. Ο νοσηλευτής λειτουργεί ως «διευκολυντής» στην προσαρμογή των ασθενών σε ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, παρέχοντας ταυτόχρονα ένα θεραπευτικό

περιβάλλον για τον πάσχοντα και την ανάπτυξη της οικογένειάς του, σχεδιάζοντας και υλοποιώντας στρατηγικές θεραπείας που βασίζονται στην επιστημονική νοσηλευτική θεωρία, προάγοντας τη σωματική, ψυχοκοινωνική και πνευματική υγεία μέσα από το πρίσμα της «βιοψυχοκοινωνικής» θεώρησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Albaladejo C., Kovacs F., Royuela A., del Pino R. & Zamora J.(2010). The Efficacy of a Short Education Program & a Short Physiotherapy Program for Treating Low Back Pain in Primary Care. A Cluster Randomized Trial. *SPINE*, 35(5),483–496.

Chao Ma., Szeto G., Yan T., Wu S., Lin C. & Li, L. (2011). Comparing Biofeedback With Active Exercise and Passive Treatment for the Management of Work-Related Neck and Shoulder Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arches of Physical Medical Rehabilitation*, 92.

Dedering A., Halvorsen M., Cleland J., Svensson M. & Peolsson A. (2014). Neck-specific training with a cognitive behavioural approach compared with prescribed physical activity in patients with cervical radiculopathy: a protocol of a prospective randomised clinical trial. *Bio-Med-Central Musculoskeletal Disorders*, 15,274

Dufour N., Thamsborg G., Oefeldt A., Lundsgaard C. & Stender S.(2010). Treatment of chronic low back pain: a randomized, clinical trial comparing group-based multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation and intensive individual therapist-assisted back muscle strengthening exercises. *Spine*, 1;35(5),469-76.

Gustvanson C., Denison E., & Kock L. (2010). Self management of persistent neck pain: a randomized controlled trial of a multi-component group intervention on primary health care. *European Journal of Pain*, 14(6)630e1-630e11.

Hansen I., Søgaard K., Christensen R., Thomsen B., Mannich, C. & Kristensen BJ. (2011). Neck exercises, physical and cognitive behavioral-graded activity as a treatment for adult whiplash patients with chronic neck pain: Design of a randomized controlled trial. *Bio-Medical-Central Musculoskeletal Disorders*, 12,274

Καραμήτρη Ι. (2015). Ο νοσηλευτής στα κέντρα ιατρικής και φυσικής αποκατάστασης. *Περιοδικό Ελληνικής Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8(3):3-5

Kılınç H., Harput G., Baltacı G., & İnal İnce D. (2014). Short Term Effects of Mobilization Techniques on Neck Pain and Deep Neck Flexor Muscle Endurance inPatients with Mechanical Chronic Neck Pain. *Orthopedic Journal of Sports Medicine*, 2(3).

Kohlmann T. (2013). Muskuloskeletal pain in the population. *Schmerz*, 17,405-411

Misailidou V., Malliou P., Beneka A., Karagiannidis A. & Godolias G. (2010). Assessment of patient with neck pain: a review of definitions, selection criteria and measurements tools. *Journal of Chiropractic Medicine*, 9, 49-59.

Mundal I., Gråwe R., Bjørngaard J., Linaker O. & Fors E. (2014). Psychosocial factors and risk of chronic widespread pain: An 11-year follow-up study. *PAIN*, 155, 1555–1561

Pincus T., Kent P., Bronfort G., Loisel P., Pransky G., & Hartvigsen J. (2013). Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain-is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. *Spine*, 15;38(24),2118-23.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διαχείριση των κινδύνων και των λαθών στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Σερρών συγκριτικά με τις απαιτήσεις του προτύπου OHSAS 18001:1999

Μαρία Ελένη Μεγαλομύστακα
Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν. Σερρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθούν τα μέτρα που εφαρμόζονται για τη διαχείριση των κινδύνων κατά την εργασία, στη χειρουργική κλινική ενός δημόσιου νοσοκομείου της Βορείου Ελλάδας, σε σχέση με τις απαιτήσεις του προτύπου OHSAS 18001:1999, καθώς και να γίνει αναφορά σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα διαχείρισης των κινδύνων αυτών. Το δικαίωμα για ασφαλή και υψηλής ποιότητας περίθαλψη των ασθενών, καθώς και η αντιμετώπιση ανεπιθύμητων συμβάντων, αποτελεί μέρος του συστήματος ποιότητας που οφείλει να επιδιώκει κάθε οργανισμός υγείας. Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, γίνονται ενέργειες προκειμένου η χώρα να εναρμονιστεί με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής ένωσης σε θέματα που αφορούν στην ασφάλεια στο χώρο εργασίας. Προς αυτή την κατεύθυνση το συγκεκριμένο νοσοκομείο κάνει ενέργειες για τη μείωση των εργατικών ατυχημάτων και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Ο ΕΛΟΤ 1801 αποτελεί πρότυπο για τη διαχείριση της υγείας και της ασφάλειας, είναι συμβατός και έχει τεχνική ισοδυναμία με το αντίστοιχο BSI-OHSAS 18001:1999. Η εφαρμογή της πολιτικής για την υγιεινή και την ασφάλεια στη χειρουργική κλινική του υπο μελέτη νοσοκομείου, έδειξε να υπάρχει η βούληση από τη διοίκηση για την υιοθέτηση και την εφαρμογή διαδικασιών που συνδράμουν στην ορθή διαχείριση και τη μείωση των επικείμενων συμβάντων. Ωστόσο, είναι δυνατόν να γίνουν βελτιωτικές ενέργειες που αφορούν στην εκπαίδευση του προσωπικού κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ αναγκαία θεωρείται η στελέχωση του τμήματος με προσωπικό και ο εφοδιασμός του με επαρκές αναλώσιμο υλικό.

Λέξεις Κλειδιά: Διαχείριση κινδύνων, σχέδιο αντιμετώπισης, υγιεινή και ασφάλεια νοσοκομείων.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Μαρία Ελένη Μεγαλομύστακα
Διεύθυνση Επικοινωνίας: 8ης Μαρτίου 18, Σέρρες, Τ.Κ. 62125
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: megamarialena@gmail.com
Τηλέφωνο: +6948050955

Ημερομηνία Υποβολής: 24/02/2016
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 02/10/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η σωματική και ψυχική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την πρόκληση λαθών κατά την παροχή φροντίδας υγείας.**
- **Παραλείψεις ή σφάλματα στη φροντίδα δημιουργούνται εξαιτίας προβλημάτων στην οργάνωση και στην επικοινωνία μεταξύ των δομών.**
- **Το πρόγραμμα διαχείρισης κινδύνων προσδιορίζει τις αιτίες και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την πρόληψη, ανίχνευση και αντιμετώπιση τους.**
- **Θετικές ενέργειες είναι η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων, η καταγραφή ανεπιθύμητων συμβάντων, η λειτουργία επιτροπής για την υγιεινή και ασφάλεια στο νοσοκομείο**
- **Η εκπαίδευση των νοσηλευτών στη διαχείριση των κινδύνων, θα συμβάλλει στον εμπλουτισμό των γνώσεων, την ενεργό συμμετοχή, την ανάληψ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την παροχή φροντίδας υγείας με ασφάλεια. Γι' αυτό το λόγο έχουν αναπτυχθεί προγράμματα διαχείρισης των κινδύνων και των λαθών που εφαρμόζονται κατά τη νοσηλεία των ασθενών και στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Ραφτόπουλος 2009).

Η έννοια του κινδύνου αναφέρεται στο ενδεχόμενο εμφάνισης ενός ανεπιθύμητου συμβάντος, όταν συντρέχουν ορισμένες καταστάσεις. Η αύξηση ή η μείωση του επιπολασμού τους, σχετίζεται με τους παράγοντες κινδύνου που μπορεί να παρουσιάζονται κάθε φορά. Ο όρος «συμβάν» περιλαμβάνει κάθε περιστατικό που αποκλίνει από την πολιτική που ακολουθεί το νοσοκομείο και περικλείει οποιαδήποτε περίπτωση μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο ατύχημα ή τραυματισμό (Ζαχαριάς 2008).

Το «λάθος» αναφέρεται σε κάθε ενέργεια που αποκλίνει από αυτό που θεωρείται σωστό (Ραφτόπουλος 2009). Πρόσφατες έρευνες δείχνουν, ότι στο 10% των νοσηλευόμενων στα νοσοκομεία διαπράττονται λάθη (Smith et al 2012). Αυτά μπορεί να οφείλονται στην άγνοια στοιχειωδών οδηγιών για την περίθαλψη των ασθενών, στην παράλειψη ενεργειών λόγω φόρτου εργασίας και ελλείψεων σε προσωπικό, στην κακή επικοινωνία και οργάνωση, καθώς και σε προβλήματα που υπάρχουν στις κτιριακές υποδομές. Η συνέπεια ενός λάθους μπορεί να δημιουργήσει ένα απλό συμβάν που είναι αναστρέψιμο και μπορεί να αντιμετωπιστεί, ή ένα σοβαρό θανατηφόρο περιστατικό. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την αναγκαιότητα λήψης μέτρων που διασφαλίζουν την ποιότητα στη φροντίδα υγείας και την παροχή της με ασφαλείς μεθόδους (Κυρίτση 2009).

Για τη διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αναπτύχθηκαν διεθνώς διάφορα προγράμματα, όπως το Standards Australia και το Standards New Zealand για την αντιμετώπιση των κινδύνων και των λαθών, τα οποία προτείνουν τρόπους σχετικά με τη διαχείριση των επικίνδυνων αυτών καταστάσεων, με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο (Australian and New Zealand Standard on risk management 2004).

Τελευταία, έχουν επίσης αναπτυχθεί βελτιωμένα προγράμματα, όπως είναι το ευρωπαϊκό AIRMIC, ALARM, IRM (2002), το Αυστραλιανό AS/NZS 4360:2004 και το Βρετανικό OHSAS 18001 που εκδόθηκε το 1999, αναθεωρήθηκε το 2007 και αποτελεί πρότυπο σύστημα διαχείρισης επαγγελματικής υγιεινής και ασφάλειας (FERMA: A risk management standard 2002). Τα προγράμματα αυτά, ορίζουν τα κριτήρια και τους δείκτες ποιότητας, καθορίζουν τα πρότυπα σε συνάρτηση με τους δείκτες που έχουν τεθεί, εισάγουν πρωτόκολλα που προσδιορίζουν τις κατευθυντήριες οδηγίες για την ορθή κλινική πρακτική και τη διαχείριση ανεπιθύμητων συμβάντων κατά την εργασία (Τούντας 2003).

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθούν τα μέτρα που εφαρμόζονται για τη διαχείριση των κινδύνων κατά την εργασία, στη χειρουργική κλινική ενός δημόσιου νοσοκομείου της Βορείου Ελλάδας, σε σχέση με τις απαιτήσεις του προτύπου OHSAS 18001:1999, καθώς και να γίνει αναφορά σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα διαχείρισης των κινδύνων αυτών.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ OHSAS 18001:1999

Σκοπός OHSAS 18001:1999

Σκοπός του προγράμματος για τη διαχείριση των κινδύνων, είναι η ανίχνευση των παραγόντων που συμβάλουν στην πρόκληση ανεπιθύμητων συμβάντων και ο καθορισμός των κατάλληλων μέτρων για την πρόληψη,

την έγκαιρη ανίχνευση και την κατάλληλη αντιμετώπιση τους (Jovanovic & Balos 2013).

Αποστολή

Το προσωπικό της κλινικής να είναι σε θέση να προλαμβάνει και να αντιμετωπίζει με συντονισμένες ενέργειες επικίνδυνες καταστάσεις (Buelow et al 2010).

Στόχοι

- Να προσδιορίσει τις ενέργειες αντιμετώπισης ανεπιθύμητων συμβάντων.
- Να καλύψει τη δυνατότητα της κλινικής να συνεχίσει να παρέχει ένα σύνολο από κρίσιμες υπηρεσίες σε συνθήκες ανάγκης.
- Να επανέρχεται ομαλά σε κατάσταση κανονικής λειτουργίας, όταν οι συνθήκες ανάγκης εκλείψουν (Πετρίδης και συν 2013).

Πολιτική

Σύμφωνα με το πρότυπο του ΕΛΟΤ 1801, είναι αναγκαία η σύσταση μιας διεπιστημονικής ομάδας για την υγιεινή και την ασφάλεια στο χώρο του νοσοκομείου. Η επιτροπή διαμορφώνει ένα εγχειρίδιο συστήματος διαχείρισης για τα ζητήματα αυτά. Συγκεκριμένα οι αρμοδιότητες της επιτροπής αυτής είναι οι ακόλουθες:

1. Διερευνά τις συνθήκες εργασίας, προτείνει τρόπους για τη βελτίωση τους και ελέγχει, εάν τηρούνται τα μέτρα υγιεινής και ασφάλειας.
2. Συμβάλλει στη διαμόρφωση της πολιτικής του νοσοκομείου σε θέματα πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου.
3. Σε περίπτωση άμεσου και σοβαρού κινδύνου κινητοποιούν τη διοίκηση να λάβει τα κατάλληλα μέτρα.
4. Ενημερώνεται από τη διοίκηση για τα στοιχεία των εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών.
5. Ενημερώνεται για τις νέες παραγωγικές διαδικασίες, τα μηχανήματα, εργαλεία και υλικά που μπορεί να επηρεάζουν τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας.
6. Ενημερώνει την επιθεώρηση εργασίας, όταν θεωρήσει ότι τα μέτρα που υπάρχουν δεν επαρκούν (Scheckler et al 1998).

Η πολιτική αυτή αφού εγκριθεί από τη διοίκηση κοινοποιείται σε όλο το προσωπικό, το οποίο εκπαιδεύεται και υπάρχει ανατροφοδότηση (Πετρίδης και συν 2013).

Βιβλίο ανεπιθύμητων συμβάντων

Σύμφωνα με τον OHASAS 18001:1999 είναι απαραίτητη η ύπαρξη μιας βάσης δεδομένων που θα έχει ευελιξία και αξιοπιστία και θα περιέχει:

- ανεπιθύμητα συμβάντα που έχουν ήδη συμβεί,
- ατυχήματα όπως τρύπημα από βελόνα,
- μηνύσεις και
- αναφορές επιτροπών ελέγχου
- παράπονα ασθενών (Lindgren et al 1991).

Κριτήρια αξιολόγησης επικίνδυνων καταστάσεων

- Ρυθμός εμφάνισης εργατικών ατυχημάτων στο προσωπικό.
- Ρυθμός εμφάνισης επικίνδυνων καταστάσεων για τους ασθενείς.
- Αριθμός παραπόνων των αρρώστων.
- Αριθμός ανεπιθύμητων συμβάντων (Havighurst 2000).

Αναγνώριση και τυποποίηση κινδύνων σύμφωνα με το πρότυπο OHSAS 18001:1999

Για την αναγνώριση και τυποποίηση των κινδύνων της χειρουργικής κλινικής προτείνονται οι ακόλουθες ενέργειες:

1. Διαμόρφωση βιβλίου, όπου θα καταγράφονται όλοι οι πιθανοί και οι υπαρκτοί κίνδυνοι. Τα συμβάντα αυτά θα μπορούσαν να αποτελέσουν θέμα συζητήσεως έτσι ώστε να διερευνηθούν οι αιτίες για την αποφυγή παρόμοιων μελλοντικών καταστάσεων
2. Δημιουργία μιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων στην οποία το προσωπικό μπορεί να παρακολουθεί τις δηλώσεις των ενδεχόμενων κινδύνων
3. Καθιέρωση ελέγχου στο τέλος κάθε βάρδιας για ύπαρξη ανεπιθύμητων καταστάσεων (ΕΛΟΤ1801 2002).

Ανάλυση παραγόντων κινδύνου

Με την ανάλυση των παραγόντων κινδύνου επιδιώκεται η περιγραφή και εκτίμηση της σοβαρότητας τους και η ιεράρχηση τους ανάλογα με την κρισιμότητα και την προτεραιότητα που θα δοθεί στην αντιμετώπιση τους. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η σύγκλιση της Επιτροπής Διαχείρισης των κινδύνων του νοσοκομείου στην οποία μπορούν να λάβουν μέρος εκπρόσωποι από όλα τα τμήματα και τους σημαντικότερους ασφαλιστικούς οργανισμούς (OHSAS18001 1999).

Δυνητικοί παράγοντες κινδύνου

Οι δυνητικοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι:

- Μολυσματικοί βιολογικοί, παράδειγμα αποτελούν οι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα όπως οι βελόνες
- Χημικοί, όπως είναι οι ουσίες που χρησιμοποιούνται για την καθαριότητα και την απολύμανση
- Μηχανικοί, όπως είναι η μετακίνηση ασθενών με προβλήματα κινητικότητας από τους νοσηλευτές προκαλώντας τους σοβαρά μυοσκελετικά προβλήματα
- Φυσικοί, όπως οι σεισμοί, η πυρκαγιά

• Ψυχοκοινωνικοί, όπως είναι οι επιθετικές αντιδράσεις ασθενών προς το προσωπικό (Φουντούκη & Θεοφανίδης 2010).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ OHSAS 18001:1999

Η διαμόρφωση της στρατηγικής για την πρόληψη των κινδύνων στην κλινική πρέπει να αντανακλά τη δεδηλωμένη βούληση της διοίκησης, να λαμβάνει υπόψη τις δυνατότητες του οργανισμού και να εμπλέκει ολόκληρο το προσωπικό ζητώντας προτάσεις και επισημάνσεις (Gershon et al 2000).

Εκπαίδευση προσωπικού

Η υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στοχεύει:

• Στην αναγνώριση της αναγκαιότητας της λήψης των κατάλληλων μέτρων ασφαλείας.

• Στην επισήμανση των ωφελειών από την υιοθέτηση των μέτρων αυτών κατά την εργασία.

• Στην ανάληψη ρόλων και ευθυνών για την εκπλήρωση των απαιτήσεων του προγράμματος διαχείρισης κινδύνων που ακολουθεί το νοσοκομείο.

• Στον καθορισμό των συνεπειών που προκαλεί η απόκλιση από τις διαδικασίες ασφάλειας του οργανισμού (Πετρίδης και συν 2013).

Τεκμηρίωση - Διαβούλευση και επικοινωνία

Το νοσοκομείο κοινοποιεί στο προσωπικό τις υπάρχουσες ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των κινδύνων και τη σημασία και αναγκαιότητα τους με έντυπα που στέλνει στις κλινικές. Επιπλέον, διοργανώνει τακτικές συνελεύσεις με θέμα συζήτησης τις διαδικασίες που εφαρμόζονται για τη διασφάλιση της ασφάλειας και τη λήψη διορθωτικών ενεργειών (Gershon et al 2000).

Έλεγχος λειτουργίας

Εντοπίζονται από τη διοίκηση οι δράσεις που πρέπει να γίνουν για την αντιμετώπιση προβλημάτων που ανιχνεύονται και εφαρμόζονται ελεγκτικές διαδικασίες. Λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα συντήρησης των μηχανημάτων. Ο υπεύθυνος ΠΣΕΑ φροντίζει να:

• Ελέγχει σε τακτά διαστήματα τους πυροσβεστήρες

• Ενημερώνει το προσωπικό για χειρισμό των πυροσβεστήρων

• Καταμερίζει κατά ορόφους τα μέσα διάσωσης για να χρησιμοποιηθούν την κατάλληλη στιγμή

• Ελέγχει την καλή λειτουργία του συστήματος συναγερμού μέσω Κεντρικού πίνακα πυρανίχνευσης συντάσσει καταστάσεις στελέχωσης της ομάδας διάσωσης (Jovanovic & Balos 2013).

Σχέδιο δράσης

Οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν περιλαμβάνουν:

• Την εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων που συντελούν στην ορθή και σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες νοσηλευτική διεργασία.

• Την εκπαίδευση του προσωπικού σε ζητήματα ανίχνευσης, πρόληψης και διαχείρισης των κινδύνων μέσω ενημερωτικών προγραμμάτων.

• Τις μηνιαίες συναντήσεις του προσωπικού με θέμα συζήτησης την αντιμετώπιση των κινδύνων.

• Τη σωστή επικοινωνία μεταξύ των δομών στους χώρους υγείας, αφού πολλά λάθη συμβαίνουν από προβληματική επικοινωνία (Gershon et al 2000).

• Για την έγκαιρη ανίχνευση και πρόληψη των κινδύνων είναι απαραίτητη η θεωρητική προσέγγιση, όπως αποτυπώνονται στον ευρύτερο χώρο της υγείας. Η μελέτη ανάλογων ερευνών από τη διεθνή βιβλιογραφία καθώς και η ανάλυση των στατιστικών δεδομένων που προκύπτουν απ' αυτές μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση της κατάλληλης εικόνας γύρω από τα θέματα ασφάλειας και των μέτρων αντιμετώπισης που την αφορούν.

• Τη συντήρηση και τον έλεγχο της λειτουργίας των μηχανημάτων.

• Την ενίσχυση των μέτρων καθαριότητας.

Για την υλοποίηση του προγράμματος υγιεινής και ασφάλειας το νοσοκομείο ορίζει υπεύθυνο:

α) ασφάλειας σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης (ΠΣΕΑ),

β) καθαριότητας,

γ) εκπαίδευσης του προσωπικού για την πρόληψη ατυχημάτων,

δ) τεχνικό ασφάλειας,

ε) ιατρό εργασίας (Gershon et al 2000).

Αξιολόγηση του Προγράμματος

Στη φάση αυτή αξιολογείται η επίτευξη των δεικτών που έχουν τεθεί εξαρχής, διαμορφώνεται το αποτέλεσμα από την εφαρμογή του προγράμματος και γίνεται ανατροφοδότηση με λήψη διορθωτικών κινήσεων, όπου χρειάζεται. Τα αποτελέσματα που αναμένονται είναι:

• Μείωση του αριθμού των ατυχημάτων των ασθενών το επόμενο έτος.

• Ελάττωση του αριθμού των παραπόνων των νοσηλευομένων στο ίδιο χρονικό διάστημα.

• Μείωση του επιπολασμού των ανεπιθύμητων συμβάντων.

• Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

• Ποσοστό πρόκλησης ατυχημάτων μετά την εκπαίδευση του προσωπικού (Κάργα 2009).

Διορθωτικές ενέργειες

Σε αυτό το στάδιο, προτείνονται από τους υπεύθυνους για την υλοποίηση του προγράμματος υγιεινής και ασφάλειας, οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν ώστε να αντιμετωπισθούν οι ελλείψεις και τα προβλήματα που παρατηρούνται κατά την εφαρμογή του προγράμματος (Scheckler et al 1998).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕΡΡΩΝ

Το νοσοκομείο Σερρών ανήκει στην 4η ΥΠΕ και λειτουργεί από το 2003 σε ένα καινούριο κτίριο. Η χειρουργική κλινική έχει δυναμικότητα φροντίδας 52 ασθενών, στην οποία, όπως προβλέπεται για κάθε χειρουργική κλινική (Ζάντζος και συν 2013). νοσηλεύονται άτομα για:

- Θεραπευτική αντιμετώπιση από τροχαία ατυχήματα, από πτώσεις, κάθε είδους τραυματισμό και για επείγοντα ή προγραμματισμένα χειρουργεία.
- Διαγνωστικές εξετάσεις, π.χ. ερευνητική λαπαροτομία.
- Προληπτικούς σκοπούς π.χ. αφαίρεση σπίλων και βιοψία.

Λόγω της σοβαρότητας των περιστατικών που νοσηλεύονται, έχουν ληφθεί μέτρα για την αποφυγή επικίνδυνων καταστάσεων. Συγκεκριμένα, για την αποφυγή ατυχημάτων επιδιώκεται:

- Η επιμελής καθαριότητα των χώρων της κλινικής για αποφυγή πτώσεων από νερό, ή από βιολογικά υγρά, όπως αίμα, ούρα.
- Η καθημερινή και σε κάθε βάρδια τακτοποίηση των θαλάμων και η καταγραφή από το νοσηλευτικό προσωπικό πιθανών προβλημάτων που προκύπτουν και μπορεί να αποτελέσουν αιτίες ενδεχόμενων ατυχημάτων, όπως καμένες λάμπες, δυσλειτουργίες στα συστήματα αναρρόφησης και οξυγονοθεραπείας.

Ο τεχνολογικός εξοπλισμός της κλινικής περιλαμβάνει σημαντικές ηλεκτρονικές συσκευές, όπως δύο ηλεκτροκαρδιογράφους, δύο απινιδωτές, οξύμετρο, ηλεκτρονικά πιεσόμετρα για την ακεραιότητα και την καλή λειτουργία των οποίων υπεύθυνη είναι η προϊσταμένη του τμήματος. Σε τακτά διαστήματα ελέγχει, στέλνει προς επιδιόρθωση τον εξοπλισμό που έχει προβλήματα και κάνει ενέργειες για την ανανέωση του εξοπλισμού που δεν επιδιορθώνεται.

Οι υποδομές είναι σύγχρονες και έχουν ληφθεί μέτρα για την αποφυγή ατυχημάτων όπως:

- Αντιολισθιτικό δάπεδο στις κλινικές.
- Σύστημα κεντρικού εξαερισμού των κλινικών.
- Ειδικά διαμορφωμένες ράμπες και τουαλέτες για την εξυπηρέτηση ατόμων με αναπηρία.
- Πόρτες πυροπροστασίας που κλείνουν σε περίπτωση πυρκαγιάς για την αποφυγή επέκτασης της φωτιάς από κλινική σε άλλη κλινική.
- Κεντρικό σύστημα ανίχνευσης καπνού σε περίπτωση φωτιάς.

Για την αποφυγή και την διόρθωση λαθών κατά την εκτέλεση της νοσηλείας στη συγκεκριμένη κλινική, εφαρμόζονται οι ακόλουθες ενέργειες:

- Η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων που τα χρησιμοποιούν οι οργανισμοί υγείας (από το 2013) που ανήκουν στην 4η Υγειονομική περιφέρεια (ΥΠΕ). Στο νοσοκομείο Σερρών έχει εκπαιδευτεί νοσηλευτικό προσωπικό από κάθε τμήμα, για την εκτέλεση της νοσηλείας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές των πρωτοκόλλων. Στη χειρουργική κλινική υπάρχουν 2 κλινικοί εκπαιδευτές, έργο των οποίων είναι:
  α) Η συστηματική ενημέρωση των συναδέλφων τους για τις κατευθυντήριες οδηγίες.
  β) Η αναφορά πιθανών προβλημάτων ή ελλείψεων που εμποδίζουν την εφαρμογή τους, μετά από την καταγραφή τους στο βιβλίο των πρωτοκόλλων από το προσωπικό που εργάζεται σε κάθε βάρδια
  γ) Η εξαμηνιαία αξιολόγηση της εφαρμογής των πρωτοκόλλων και η διενέργεια διορθωτικών ενεργειών.
- Επιπλέον, στην κλινική υπάρχει κυτίο παραπόνων, στο οποίο μπορούν να αφήσουν συμπληρωμένο το ειδικό έντυπο που μοιράζεται σε όλους τους ασθενείς κατά την εισαγωγή τους στην κλινική έχοντας καταγράψει ενδεχόμενα προβλήματα, που αντιμετώπισαν κατά τη νοσηλεία τους.
- Παράλληλα, τηρείται ειδικό βιβλίο όπου καταγράφονται τα περιστατικά τραυματισμού του προσωπικού από τρύπημα από βελόνα ή άλλο αιχμηρό αντικείμενο και καθορίζονται οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν. Συγκεκριμένα στην πρωινή βάρδια καταγράφεται το περιστατικό στο βιβλίο αυτό. Στη συνέχεια, ο εργαζόμενος που έχει υποστεί το ατύχημα συμπληρώνει το ειδικό έντυπο καταγραφής ατυχήματος που έχει διανείμει η Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας και βρίσκεται στο γραφείο της προϊσταμένης. Το έντυπο υποβάλλεται από τον παθών στο πρωτόκολλο και αναφέρεται το συμβάν στην Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων. Όταν αυτό συμβεί κατά την απογευματινή, νυχτερινή βάρδια ή αργία ενημερώνεται η εφημερεύουσα, η οποία παραπέμπει τον εργαζόμενο που έχει υποστεί το ατύχημα στον εφημερεύοντα παθολόγο και καταγράφεται στο βιβλίο λογοδοσίας. Ο εργαζόμενος υποβάλλεται σε εργαστηριακές εξετάσεις για έλεγχο έκθεσης σε μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Υπάρχει βιβλίο καταγραφής ασθενών που παρουσιάζουν αλλεργική αντίδραση λόγω μετάγγισης.
- Υπάρχει βιβλίο χρέωσης και παράδοσης ναρκωτικών ουσιών, όπου καταγράφονται και οι περιπτώσεις

ασθενών που παρουσιάζουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις.

- Επισήμανση με έντονη ένδειξη στην κάρτα νοσηλείας του ασθενούς που πάσχει από κάποια μεταδοτική ασθένεια, όπως είναι η ηπατίτιδα Β.
- Τοποθέτηση ετικέτας στο χέρι του ασθενούς που θα χειρουργηθεί με το όνομα του.

Σε περιπτώσεις σεισμού, φωτιάς ή άλλης έκτακτης ανάγκης, ενεργοποιείται η διαδικασία εκκένωσης που υπάρχει στο τμήμα. Κατά την πρωινή βάρδια, η προϊσταμένη της κλινικής συντονίζει τη διαδικασία και ενημερώνει τη διεύθυνση νοσηλευτικής υπηρεσίας για να συνδράμει με ενίσχυση του προσωπικού από άλλα τμήματα, εφόσον η εκκένωση αφορά ένα τμήμα. Σε απογευματινή, νυχτερινή βάρδια ή σε αργίες, το συντονισμό της εκκένωσης αναλαμβάνει ο εφημερεύων νοσηλευτής, αφού ειδοποιηθεί από το προσωπικό του τμήματος.

Παράγοντες κινδύνου στη χειρουργική κλινική του υπό μελέτη νοσοκομείου σύμφωνα με το πρότυπο OHSAS 18001:1999

Οι υπαρκτοί παράγοντες κινδύνου στο Νοσοκομείο Σερρών, δημιουργούνται από:

- Τις ελλείψεις σε προσωπικό που αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την πρόκληση λαθών κατά τη νοσηλεία των ασθενών και οδηγεί σε σωματική και ψυχική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Την έλλειψη ιατρού εργασίας στο νοσοκομείο με αποτέλεσμα τα συμβάντα να αντιμετωπίζονται από τον παθολόγο που εφημερεύει
- Την έλλειψη τεχνικού ασφαλείας. Η συντήρηση των μηχανημάτων δεν γίνεται πάντα έγκαιρα με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος ατυχημάτων.
- Το σοβαρό κίνδυνο μετάδοσης ασθενειών και άλλων προβλημάτων λόγω ελλείψεων περιοδικά σε αναλώσιμα υλικά όπως γαντιών εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.
- Την ελλιπή ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού για ζητήματα έκτακτης ανάγκης.
- Τα προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των κλινικών κατά τη διαδικασία διακομιδής και παράδοσης των περιστατικών μεταξύ τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συγκεκριμένη εργασία παρουσιάζει την αναγκαιότητα και τη σημασία της ύπαρξης ενός συστήματος διαχείρισης κινδύνων και λαθών στις υπηρεσίες υγείας. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα αντιμετώπισης κινδύνων στα νοσοκομεία περιλαμβάνει τον καθορισμό κατάλληλων μέτρων, με σκοπό την ελάττωση και τον έλεγχο ανάλογων καταστάσεων. Αυτό απαιτεί επιχειρησιακό και τεχνικό σχεδιασμό, ώστε να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης των κινδύνων, αλλά και να εκπονούνται σχέδια δράσης εκτάκτου ανάγκης. Επιπλέον, στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε να προσδιορισθεί ένα σχέδιο αντιμετώπισης ανεπιθύμητων συμβάντων, σύμφωνα με το βρετανικό πρότυπο OHSAS 18001:1999, το οποίο θα μπορούσε να αποτελέσει αφετηρία για λήψη βελτιωτικών δράσεων στον τομέα αυτό.

Από τη σύγκριση των μέτρων που εφαρμόζονται στη Χειρουργική κλινική με το οργανωμένο πρόγραμμα για τη διασφάλιση ασφαλών συνθηκών στην εργασία, διαπιστώθηκε ότι τα μέτρα που εφαρμόζονται στην κλινική συμβαδίζουν σε πολλά σημεία με αυτά που προτείνει το βρετανικό πρότυπο. Συγκεκριμένα, έχει αναγνωρισθεί η αναγκαιότητα ύπαρξης και εφαρμογής πρωτοκόλλων για την ορθή και με ασφάλεια νοσηλεία των ασθενών, καθώς επίσης η σημασία της καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων που αναφέρονται είτε από τους νοσηλευτές είτε από τους ασθενείς και η αξιολόγηση αυτών των δεδομένων. Επιπλέον, η διοίκηση αναγνωρίζει τη σημασία της ασφαλούς νοσηλείας των ασθενών για αυτό και έχει προβεί στη σύσταση της επιτροπής υγιεινής και ασφάλειας, η οποία διερευνά τις συνθήκες εργασίας, εντοπίζει και ενεργοποιεί τη διοίκηση για τη λήψη διορθωτικών μέτρων που πρέπει να γίνουν. Παράλληλα έχει ορίσει υπεύθυνους για την ασφάλεια σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, λειτουργεί υπηρεσία ελέγχου λοιμώξεων και διενεργεί περιοδικά ασκήσεις ετοιμότητας του νοσοκομείου.

Οι βελτιωτικές δράσεις που πρέπει να γίνουν από τη διοίκηση και τους εργαζόμενους, με σκοπό τη βελτίωση των ήδη εφαρμοζόμενων μέτρων περιλαμβάνουν τα εξής:

- Την επιμόρφωση όλων των εργαζομένων, ώστε να ακολουθούν τα νέα δεδομένα για τη διαχείριση κινδύνων και η προσπάθεια δημιουργίας δυνατοτήτων, ανάληψης ευθυνών και λήψης αποφάσεων από αυτούς.
- Τον καθορισμό μηνιαίων συναντήσεων του προσωπικού με θέμα συζήτησης την αντιμετώπιση των κινδύνων.
- Την πρόσληψη ιατρού εργασίας.
- Την πρόσληψη τεχνικού εργασίας επιβάλλεται για την ορθή και σε τακτά διαστήματα συντήρηση των μηχανημάτων.
- Την αντικατάσταση του παλαιού και χαλασμένου εξοπλισμού.
- Τις προσλήψεις και την ανακατανομή του υπάρχοντος προσωπικού.
- Την επικαιροποίηση των καταλόγων που περιλαμβάνουν τη στελέχωση σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (Πολύζος και συν 2005).

Τέλος επίσης, σε τακτά διαστήματα θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση των διαδικασιών για να εντοπίζονται τα προβλήματα και να λαμβάνονται οι απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Broadleaf capital international. Tutorial notes: *The Australian and New Zealand standard on risk management*, AS/NZS 4360. Australia. 2004.

Buelow J., Zuckweiler K. & Rosacker K. (2010). Evaluation Methods for Hospital Projects. *Hospital Topics* 88(1): 10-17.

ΕΛΟΤ 1801. (2002). *"Συστήματα διαχείρισης της υγείας και ασφάλειας στην Προδιαγραφή"*. Αθήνα.

FERMA (Federation of European Risk Management associations. *A risk management standard*. Brussels.2002.

Ζάντζος Ι., Βουτσινάς Β.& Κουτελέκος Ι. (2013). Το χειρουργείο σε περιπτώσεις μαζικών καταστροφών. Σχέδιο Περσέας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 1(1): 13-31.

Ζαχαριάς Ο. (2008). *Ολοκληρωμένη Μεθοδολογία Διαχείρισης Κινδύνου Έργων και Προγραμμάτων Μεγάλης Κλίμακας*. Ph.D. Thesis, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.

Gershon R., Karkashian C., Grosch J., Murphy L., Cejudo AE., Flanagan P., Bernacki E., Kasting C. & Martin L. (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *An American Journal of Infection Control* 28(3): 211-221.

Havighurst C. (2000). Vicarious liability: Relocating responsibility for the quality of medical care. *American Journal of Law & Medicine* 26(1): 7-29.

Jovanovic AS. & Balos D. (2013). iNTeg-Risk project: concept and first results. *Journal of Risk Research* 16(3-4): 275-291.

Κάργα Μ. (2009). *Η διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική*. Ph.D. Thesis, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Κυρίτση Ε. (2009). Νοσοκομειακή περίθαλψη και ασφάλεια των ασθενών. *Νοσηλευτική* 48(1): 5-6.

Lindgren O., Christensen R. & Mills H. (1991). Medical Malpractice Risk Management Early Warning Systems. *Law and Contemporary problems* 54(2): 23-41.

Μήτσης Δ., Κελέση Μ. & Καπάδοχος Θεόδωρος. (2012). Παράγοντες που
επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείριση τους. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 11(2): 293-312.

OHSAS18001. Important BSI - OHSAS 18001 is not a British Standard BSI - OHSAS 18001will be withdrawn on publication of its contents in, or as, a British Standard. British. 1999.

Πετρίδης Ε., Λαβράνος Γ. & Ραφτόπουλος Β. (2013). Διερεύνηση του κλίματος στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 30(4): 449-455.

Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι. & Υφαντόπουλος Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 22(3): 284-295.

Ραφτόπουλος Β. (2009). *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*: Λευκωσία.

Smith K., Girasek D., Baker S., Manganello J., Bowman S., Samuels A. & Gielen A. (2012). It was a freak accident: an analysis of the labelling of injury events in the US press. *Injury Prevention* 18: 38-43.

Scheckler W., Brimhall D., Buck A., Farr B., Friedman C., Garibaldi R., Gross P., Harris JA., Hierholzer W., Martone W., McDonald L. & Solomon S. (1998). Requirements for Infrastructure and Essential Activities of Infection Control and Epidemiology in Hospitals: A Consensus Panel Report. *SHEA Position Paper* 19(2): 114-124.

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

Φουντούκη Α. & Θεοφανίδης Δ. (2010). Παράγοντες κινδύνου και ασφάλειας στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2(2): 64-72.*

Risk management and errors in the surgical clinic of Serres hospital compared with the requirements of standard OHSAS 18001: 1999

Maria Eleni Megalomystaka
Nurse, Msc, General Hospital of Serres, Greece

ABSTRACT
The purpose of this study was to investigate the measures implemented to manage risks at work in the surgical clinic of a public hospital in Northern Greece, in relation to the requirements of the standard OHSAS 18001: 1999, and to refer to an integrated program to manage those risks. The right to safe and high-quality patient care and management of adverse events is part of the quality system and must be pursued by every health organization. In recent years, in Greece, there are measures taken by the country to align with European Union directives on matters related to safety in the workplace. In this direction, this hospital takes the initiative to reduce accidents and improve working conditions. The ELOT 1801 is a model for the management of health and safety, it is compatible and has technical equivalence with the corresponding BSI-OHSAS 18001: 1999. Since the relevant investigation found that the implementation of policy on health and safety in the surgical clinic under hospital study showed that there is a will by the authorities to adopt and implement procedures that contribute to the proper management and reduction of upcoming events. However, improvement actions are related to staff training can be made in the provision of health services, while considered necessary staffing the department with personnel and equipping adequate consumables.

Keywords: Risk management, risk response plan, hygiene and hospital security.

Corresponding Author: Maria Eleni Megalomystaka
Address : 8th Martiou str. Serres, Greece. P.K.62100
e-mail: megamarialena@gmail.com
mob.tel.: +306977730908

Submission Date: 24/02/2016
Publication Date: 02/10/2016

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ανίχνευση περιπτώσεων Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας από τελειόφοιτους φοιτητές νοσηλευτικής στην κοινότητα: μια πιλοτική μελέτη

Κλεονίκη Λιναρίτη[1], Μαριάνθη Ζάχου[1], Μαρία Γλυκοκοκάλου[1], Λίζα Βλαστού[1], Αντωνία Σκάρπου[1], Χρήστος Κλεισιάρης[2]

1. Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Επιδημιολογίας, Πρόληψης και Διαχείρισης Νοσημάτων, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης
2. Επίκουρος καθηγητής ΠΦΥ και κατ' οίκον φροντίδας, Εργαστήριο Επιδημιολογίας, Πρόληψης και Διαχείρισης Νοσημάτων, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η πρώιμη ανίχνευση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) αποτελεί το κλειδί για τον έλεγχο και τη διαχείρισή της. Εάν οι νοσηλευτές εκπαιδευτούν σε βασικές πρακτικές, όπως στην εκτέλεση σπιρομετρήσεων και στην αξιολόγηση των κλινικών συμπτωμάτων, θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ουσιαστικά στην πρώιμη ανίχνευσή της.

Σκοπός: Να αξιολογηθεί η ικανότητα φοιτητών νοσηλευτικής ως προς την ταυτοποίηση περιπτώσεων πιθανής ΧΑΠ και κατ' επέκταση να αναδειχθεί η σημαντικότητα της συμβολής τους στον έλεγχο και τη διαχείριση της στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε προ-συμπτωματικός έλεγχος για ανίχνευση αδιάγνωστων περιπτώσεων ΧΑΠ σε αγροτικό πληθυσμό ηλικίας άνω των 40 ετών, που προσήλθε σε 4 Κέντρα Υγείας της Κρήτης κατά τη χρονική περίοδο Ιανουάριος - Ιούνιος 2015 έπειτα από ανοικτή πρόσκληση των δημοτικών αρχών. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε η εγκυροποιημένη κλίμακα *International Primary Care Airways Guidelines (IPAG)* και στην συνέχεια εκτέλεσαν σπιρομετρήσεις (κριτήριο απόφραξης FEV1/FVC<70%) ως τις βασικές πρακτικές που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν από τελειόφοιτους φοιτητές Νοσηλευτικής στην ανίχνευση περιπτώσεων πιθανής ΧΑΠ. Ο σχεδιασμός περιλάμβανε επίσης εκπαίδευση 4 εβδομάδων, μεταξύ άλλων, στην εκτέλεση σπιρομετρήσεων. Η διερευνητική ικανότητα των φοιτητών νοσηλευτικής στον εντοπισμό περιπτώσεων ΧΑΠ κρίθηκε από το βαθμό συμφωνίας (δείκτη Kappa και καμπύλης ROC) μεταξύ των δύο μεθόδων ανίχνευσης (ερωτηματολογίου και σπιρομέτρησης). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίσθηκε το p-value <0.05.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των 390 συμμετεχόντων ήταν 55.6 (12,7) έτη (46.9% άνδρες). Ανιχνεύτηκαν 78 περιπτώσεις ΧΑΠ με την κλίμακα IPAG (20%), ενώ 47 (12.1%) μέσω της σπιρομέτρησης. Οι περισσότερες περιπτώσεις ΧΑΠ κατηγοριοποιήθηκαν ως σταδίου ΙΙ και ΙΙΙ με βάση την σπιρομέτρηση (26/47 και 11/47, αντίστοιχα). Παρόλο που IPAG και σπιρομέτρηση συμφώνησαν και στις 47 περιπτώσεις ΧΑΠ, ωστόσο προέκυψαν 31περιπτώσεις που ενώ η IPAG τις ταυτοποίησε ως θετικές για ΧΑΠ, η σπιρομέτρηση τις κατέταξε ως φυσιολογικές, δείχνοντας έτσι μέτρια συμφωνία (Kappa=0.71, p<0.001). Για το λόγο αυτό επιχειρήθηκε ανάλυση ευαισθησίας-ειδικότητας, όπου η συνολική διακριτική ικανότητα της δοκιμασίας - καμπύλη ROC: 0.842; (ΔΕ:0.767-0.909, p<0,001) έδειξε ευαισθησία 0.997 και ειδικότητα 0.397.

Συμπεράσματα: Εάν οι νοσηλευτές εκπαιδευτούν σε βασικές πρακτικές αναγνώρισης ΧΑΠ, μπορούν ουσιαστικά και έγκυρα να συμβάλουν στην πρώιμη ανίχνευση της στην ΠΦΥ. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη παρέχει ενδείξεις για σύσταση Πνευμονολογικής ειδικότητας στη Νοσηλευτική.

Λέξεις κλειδιά: ΧΑΠ, σπιρομέτρηση, αποφρακτικά νοσήματα των αεραγωγών, πρώιμος εντοπισμός ΧΑΠ.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Χρήστος Κλεισιάρης
Τηλ. Επικοινωνίας: +30 2810 379531 – 6944986666
Διεύθυνση: Μελίνας Μερκούρη 34, Ηράκλειο Κρήτης 71305
E-mail: chrisklisiaris@staff.teicrete.gr

Ημερομηνία Υποβολής: 28/06/2016
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 05/12/2016

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), είναι μια ετερογενής διαταραχή που χαρακτηρίζεται από εμμένουσα απόφραξη των αεραγωγών που είναι συνήθως προοδευτική και σχετίζεται με μία υπερβολική χρόνια φλεγμονώδη απάντηση των αεραγωγών σε βλαπτικά σωματίδια ή αέρια», σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Global initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD) [GOLD update 2015]. Η ΧΑΠ σχετίζεται με υψηλά ποσοστά έκθεσης σε εσωτερική και εξωτερική ατμοσφαιρική μόλυνση του αέρα (indoor & outdoor air-pollution), αλλά και με σοβαρή επαγγελματική έκθεση σε σκόνες και χημικά κατά την εργασία (Johannessen et al 2005). Ο κυριότερος όμως παράγοντας πρόκλησης ΧΑΠ παραμένει το κάπνισμα καθώς το 95% των ασθενών αναφέρουν ιστορικό καπνίσματος, ενώ έχει υπολογισθεί ότι περίπου το 15-25% των καπνιστών θα εμφανίσει τη νόσο σε κάποια περίοδο της ζωής τους (Schermer et al 2008). Παγκοσμίως, η νόσος προσβάλει το 9-10% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 40 ετών, ενώ αναμένεται να είναι η τρίτη αιτία θνησιμότητας και η πέμπτη αιτία νοσηρότητας μέχρι το έτος 2030 (WHO 2016). Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της ΧΑΠ σε πληθυσμό ηλικίας >35 ετών, με ιστορικό καπνίσματος >100 τσιγάρα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής βρέθηκε 11,6% για τους άνδρες και 4,8% για τις γυναίκες και σχετίσθηκε με το κάπνισμα και το ανδρικό φύλο (Tzanakis et al 2004), ενώ τα στοιχεία πιο πρόσφατης μελέτης αναφέρουν συχνότητα 20,2% νέων περιπτώσεων γυναικών με ΧΑΠ και 9,4% εξ αυτών μη καπνιστριών (Papaioannou et al 2014). Παρόλα αυτά, υψηλά ποσοστά ΧΑΠ (27%-50%) παραμένουν αδιάγνωστα τόσο στην Ευρώπη (Lindberg et al 2006), όσο και στις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της νόσου (Minas et al 2010, Kleisiaris et al 2014).

Στην Ελλάδα, η έγκαιρη διάγνωση της ΧΑΠ παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος για την αποτελεσματική διαχείρισή της επιφορτίζοντας το έργο των Γενικών Ιατρών στην ΠΦΥ (Minas et al 2005). Πολλές φορές όμως η ΧΑΠ υποδιαγιγνώσκεται ή υπερδιαγιγνώσκεται κυρίως λόγω της ελλιπούς εκπαίδευσης ή της μη τήρησης των κατευθυντήριων οδηγιών από τους Γενικούς Ιατρούς (Bednarek et al 2006). Επομένως, γίνεται προφανές ότι ο έλεγχος και η διαχείριση της ΧΑΠ απαιτεί εξειδίκευση και συνεχιζόμενη κατάρτιση των Γενικών ιατρών στην ΠΦΥ. Από την άλλη, οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ΠΦΥ, καθώς μετέχουν ήδη στις ομάδες υγείας θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στον πρώιμο εντοπισμό της ΧΑΠ, ή ακόμα και στη διαχείριση της, στα προβλήματα δηλαδή που σχετίζονται με την προώθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ (Zieliński et al 2001). Ειδικότερα, στοιχεία μελέτης ανέφεραν πως ένα δομημένο πρόγραμμα με την εκπαίδευση αυτό-φροντίδας των ατόμων από νοσηλευτές, μπορεί να παρακινήσει τα άτομα με ΧΑΠ για αλλαγές στον τρόπο ζωής τους και κατ' επέκταση στην διαχείριση της ΧΑΠ (Osterlund et al 2008). Ωστόσο, βασική και απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαχείρηση της ΧΑΠ, παραμένει ο συχνός σπιρομετρικός έλεγχος κυρίως μέσω ανοιχτών σπιρομετρικών προγραμμάτων (Gourgoulianis et al 2000, Konstantikaki et al 2011). Ακολούθως, υποθέσαμε ότι εάν οι νοσηλευτές εκπαιδευτούν αρχικά σε πρακτικές που απαιτούνται για τον πρώιμο εντοπισμό της ΧΑΠ όπως αναγνώριση συμπτωμάτων της ΧΑΠ, εκτέλεση σπιρομέτρησης και ερμηνεία των σπιρομετρικών τιμών, θα μπορούσαν να συνεισφέρουν σημαντικά τόσο στον έλεγχο, όσο και στη διαχείριση της.

Επομένως, ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αξιολογήσει την ικανότητα των νοσηλευτών ως προς την αναγνώριση της ΧΑΠ μέσω ενός σπιρομετρικού προγράμματος και κατ' επέκταση να αναδείξει τη σημαντικότητα της συμβολής τους στο έργο των ειδικών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα συγχρονική μελέτη διενεργήθηκε σε 4 Κέντρα Υγείας (ΚΥ) της Κρήτης: Ανωγείων, Κρουσώνα, Αρκαλοχωρίου και Τυλίσου σε χρονικό διάστημα 6 μηνών (Ιανουάριος - Ιούνιος 2015). Συμπεριέλαβε επισκέπτες ασθενείς ηλικίας άνω των 40 ετών που προθυμοποιήθηκαν να συμμετέχουν σε δωρεάν έλεγχο της αναπνευστικής λειτουργίας μετά από ανοιχτή πρόσκληση των Δημοτικών αρχών. Έτσι, αφού οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό και τις διαδικασίες της μελέτης και αφού συναίνεσαν προφορικά για τη συμμετοχή τους, ερωτήθηκαν για την παρουσία αναπνευστικών συμπτωμάτων, όπως: συριγμός, βήχας, δύσπνοια κ.ά., που αφορούν ουσιαστικά την κλινική αξιολόγηση της ΧΑΠ. Δημογραφικά στοιχεία όπως: φύλο, ηλικία, κάπνισμα κλπ, επίσης καταγράφηκαν. Εξαιρέθηκαν: άτομα που ανέφεραν γνωστή ΧΑΠ (20 άτομα), άσθμα, πρόσφατη λοίμωξη του αναπνευστικού, ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου και πρόσφατα χειρουργημένα άτομα. Ακόμα, από τη στατιστική ανάλυση εξαιρέθηκαν 140 άτομα με «μη αποδεκτές» σπιρομετρήσεις σύμφωνα με τις συστάσεις της GOLD. Συνολικά η μελέτη συμπεριέλαβε 390 από τα 530 άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Κανένας από τους ασθενείς που ταυτίσθηκαν με ΧΑΠ δεν είχε προγενέστερα υποβληθεί σε σπιρομέτριση.

Η ιδιαιτερότητα του ερευνητικού μας ερωτήματος και κατ' επέκταση η επίτευξη του σκοπού μας απαιτούσε άρτια μεθοδολογική προσέγγιση καθώς ο «χρυσός κανόνας» για τη διάγνωση της ΧΑΠ είναι ο έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας μέσω της σπιρομέτρησης, αμιγώς έργο των ιατρών. Ακόμα, οι μετρήσεις θα πραγ-

ματοποιούνταν από τρεις τελειόφοιτους Νοσηλευτικής και όχι από επαγγελματίες νοσηλευτές με πολυετή πείρα στην εκτέλεση σπιρομετρήσεων. Γι' αυτό, ο ερευνητικός σχεδιασμός προέβλεπε την εκπαίδευση των φοιτητών στην εκτέλεση σπιρομετρήσεων, στην αξιολόγηση τους ως προς το βαθμό «αποδοχής» της καλύτερης εκτέλεσης (best) μεταξύ των 3 σπιρομετρικών προσπαθειών και τέλος της ερμηνείας της ώστε να τεθεί η διάγνωση της ΧΑΠ συνεκτιμώντας την κλινική συμπτωματολογία σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GOLD.

Ανάλυση μελέτης

Ανίχνευση ΧΑΠ με την κλίμακα (IPAG)

Για την ανίχνευση περιπτώσεων ΧΑΠ χρησιμοποιήθηκε η εγκυροποιημένη για τον Ελληνικό πληθυσμό κλίμακα *International Primary Care Airways Guidelines (IPAG)*, η οποία σε προγενέστερη μελέτη στην ΠΦΥ κρίθηκε αξιόπιστη με ευαισθησία (75%) και ειδικότητα (72%) με την ταυτόχρονη χρήση φορητού σπιρομέτρου (Sichletidis et al 2011). Αποτελείται από 8 διαβαθμισμένες ερωτήσεις οι οποίες αξιολογούν την κλινική συμπτωματολογία της ΧΑΠ όπως: παραγωγικός βήχας, συριγμός της αναπνοής, βαρύτητα και συχνότητα καπνίσματος και εμφάνιση αλλεργιών. Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 0-56 βαθμούς. Άθροισμα άνω των 17 βαθμών, υποδηλώνει ύπαρξη πιθανής ΧΑΠ.

Ανίχνευσης ΧΑΠ μέσω σπιρομέτρησης (κριτήρια GOLD)

Η σπιρομέτρηση αποτελεί το «χρυσό κανόνα» για τη διάγνωση της ΧΑΠ, καθώς είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος για την ανίχνευση της παρουσίας απόφραξης των αεραγωγών και της οριστικοποίησης της διάγνωσης της ΧΑΠ. Ο περιορισμός της ροής του αέρα και της απόφραξης των αεραγωγών ορίσθηκε από την τιμή του κλάσματος του σταθερού λόγου των σπιρομετρικών τιμών FEV1 προς FVC.Έτσι, η διάγνωση τέθηκε με βάσει την τιμή αποκοπής (cut-off) του σταθερού λόγου μικρότερη του 70% (FEV1/FVC%<70%) της προβλεπόμενης μετά από βρογχοδιαστολή με τη συνεκτίμηση των αναπνευστικών συμπτωμάτων όπως: συριγμός, βήχας με παραγωγή πτυέλων, αλλεργίες αλλά και ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας. Επιπλέον, κατηγοριοποιήθηκε η σοβαρότητα της ΧΑΠ (ήπια, μέτρια, βαριά και πολύ βαριά) ώστε να γίνεται προφανές το στάδιο εντοπισμού της νόσου (GOLD update 2015).

Διαδικασία σπιρομέτρησης

Αρχικά προηγήθηκε ενημέρωση των υποψηφίων σχετικά με την διαδικασία που θα ακολουθηθεί, καθώς και για πιθανές αντενδείξεις (ιστορικό εμφράγματος, πρόσφατης λοίμωξης του αναπνευστικού, πρόσφατα χειρουργημένα και άτομα με γνωστή ΧΑΠ) ώστε να εξαιρεθούν από τη δοκιμασία. Διαδικαστικά, μετρήθηκαν τα σωματομετρικά στοιχεία και άλλα χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος, κάπνισμα, ηλικία και φύλο), τα οποία εισήχθησαν στο ηλεκτρονικό φορητό σπιρόμετρο (Spiropalm) το οποίο πληρούσε τις συστάσεις της GOLD (GOLD update 2015). Πριν την εκτέλεση της σπιρομέτρησης (15 λεπτά) προκλήθηκε βρογχοδιαστολή (200 mg σουλβοταμόλη, aerolin). Κατόπιν, ο εξεταζόμενος παροτρυνόταν να βρίσκεται σε καθιστή θέση όπου γινόταν η εφαρμογή του ρινόμετρου στο στόμα και το κλείσιμο της μύτης με ρινοκάνιστρο. Μετά από 4-5 ήρεμες αναπνοές, ο εξεταζόμενος παροτρύνονταν να πραγματοποιήσει μια μέγιστη εισπνοή και μετά την υπόδειξη του ερευνητή, μια βίαιη δυνατή εκπνοή διάρκειας τουλάχιστον 6 δευτερόλεπτων και τέλος μια κανονική εισπνοή. Μετά από 3 επιτυχημένες προσπάθειες, το σπιρόμετρο υποδείκνυε την καλύτερη (best predicted) εκτελεστικά μέτρηση της βίαιης εκπνευστικής προσπάθειας ή του ταχέως εκπνεόμενου όγκου αέρα το 1ο δευτερόλεπτο (Forced Expiratory Volume in 1 sec, FEV1) της προβλεπόμενης τιμής (%), η οποία και καταχωρήθηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της GOLD. Οι σπιρομετρήσεις πραγματοποιήθηκαν από τους κύριους ερευνητές της μελέτης μετά την εκπαίδευσή τους και για χρονικό διάστημα 4 εβδομάδων (3 μέρες τη βδομάδα και 5 ώρες ημερησίως) στο Πνευμονολογικό Τμήμα των Εξωτερικών Ιατρείων του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου. Επιπλέον, οι φοιτητές εκπαιδεύτηκαν από ειδικό τεχνικό προσωπικό της εταιρείας που προμήθευσε το ηλεκτρονικό σπιρόμετρο στην εισαγωγή των δεδομένων, αλλά και στη χρήση του ειδικού λογισμικού μέσω φορητού υπολογιστή.

Αποδεκτή σπιρομέτρηση

Θεωρήθηκε η εκτελεσθείσα μέγιστη δυνατή εκπνευστική προσπάθεια διάρκειας τουλάχιστον 6 δευτερολέπτων της (FEV), μετά από μια βαθιά πλήρης εισπνοή. Ακόμα, η μη ύπαρξη βήχα, ιδίως κατά την διάρκεια του 1ου δευτερολέπτου, η μη πρώιμη διακοπή της εκπνοής σε χρόνο μικρότερο των 3 δευτερολέπτων. Επίσης, ελήφθη υπόψιν η επαναληπτικότητα της εξέτασης, δηλαδή να μην υπάρχει απόκλιση μεγαλύτερη του 5% ή των 100 mL μεταξύ των σπιρομετρικών τιμών της ταχέως εκπνεόμενης ζωτικής χωρητικότητας (Forced Vital Capacity, FVC) και της FEV1 στο σύνολο 3 επιτυχημένων προσπαθειών (Malm et al 2000, Sichletidis et al 2007).

Εγκυρότητα διαδικασίας

Για την διάγνωση της ΧΑΠ ακολουθήθηκαν και τηρήθηκαν πιστά οι κατευθυντήριες οδηγίες της GOLD, όπως: κλινική αξιολόγηση των αναπνευστικών συμπτωμάτων, χρήση ειδικού σπιρομέτρου που να πληροί τις προϋποθέσεις της American Thoracic Society (ATS) καθώς και της European Respiratory Society (ERS), πρόκληση βρογχοδιαστολής πριν την σπιρομέτρηση, εκπαίδευση στην εκτέλεση αποδεκτής σπιρομέτρησης και λεπτομε-

ρής αξιολόγηση και ερμηνεία των σπιρομετρήσεων. Για την αξιολόγηση της ικανότητας των φοιτητών Νοσηλευτικής, τέθηκε ως κριτήριο ο βαθμός συμφωνίας της συνολικής διαγνωστικής ικανότητας των περιπτώσεων ΧΑΠ μεταξύ των δύο μεθόδων ανίχνευσης (ερωτηματολόγιο – σπιρομέτρηση). Έτσι, σημαντικός βαθμός συμφωνίας θα σήμαινε και σημαντική ικανότητα των Νοσηλευτών στην πρώιμη ανίχνευση της ΧΑΠ στην ΠΦΥ, ανεξαρτήτως του εάν η διάγνωση της είναι έργο των ειδικών ιατρών.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας και επομένως πληροί την απαιτούμενη γραπτή έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης. Διαδικαστικά, αφού εξασφαλίσθηκε η έγγραφη άδεια από το Διευθυντή του εκάστοτε Κέντρου Υγείας για την διεξαγωγή της μελέτης, όλοι οι συμμετέχοντες συναίνεσαν προφορικά μετά την ενημέρωσή τους για το σκοπό και τις διαδικασίες της μελέτης, ενώ τονίστηκε ότι η συμμετοχή τους ήταν προαιρετική.

Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS 21.0. Αρχικά, υπολογίσθηκαν οι κατανομές συχνοτήτων των χαρακτηριστικών των 390 συμμετεχόντων. Στην εκτίμηση του επιπολασμού της ΧΑΠ υπολογίστηκαν επίσης και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης με τεχνικές bootstrap, ενώ οι έλεγχοι διαφοροποίησης ως προς διάφορα χαρακτηριστικά ή παραμέτρους μέτρησης (όπως π.χ. οι σπιρομετρήσεις) έγιναν με τις μεθόδους x2, ανάλυσης διακύμανσης ή Kruskal Wallis. Υπολογίστηκαν οι συντελεστές μονομεταβλητής συσχέτισης κατά Pearson των δεικτών σπιρομετρήσεων και της κλίμακας IPAG. Επιπλέον, ελέγχθηκε ο βαθμός συμφωνίας (Kappa) ταυτοποίησης ΧΑΠ μεταξύ σπιρομετρήσεων κατά GOLD και της κλίμακας IPAG, ενώ στη σύγκριση των δύο μεθόδων έγινε εκτίμηση της καμπύλης ROC και των δεικτών ευαισθησίας και ειδικότητας για το διαχωριστικό όριο ≤70% του λόγου FEV1/FVC. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίσθηκε το $p<0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά χαρακτηριστικά

Τα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Πιο συγκεκριμένα, από τους 390 συμμετέχοντες οι 46,9% ήταν άνδρες ενώ η μέση ηλικία τους ήταν 55,6 (12,7) έτη. Η συχνότητα εμφάνισης της ΧΑΠ σύμφωνα με την κλίμακα IPAG ήταν 20%, ενώ με τη σπιρομέτρηση 12,1% (άνδρες 12,6% - γυναίκες 11,6%), όπου περίπου οι μισές περιπτώσεις ΧΑΠ (26/47) ταξινομήθηκαν στο δεύτερο στάδιο βαρύτητας. Ακόμα, η ΧΑΠ ήταν σημαντικά υψηλότερη στα άτομα ηλικίας μεταξύ 60-93 (25,2%) έναντι των ατόμων 40-59 (4,1%, $p<0,001$).

Εκτίμηση του βαθμού απόφραξης ως προς την παρουσία της ΧΑΠ

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι παράμετροι αξιολόγησης της ΧΑΠ σε μια σπιρομετρική δοκιμασία. Ειδικότερα, τόσο ο σταθερός λόγος των σπιρομετρικών τιμών FEV1/FVC σε λίτρα εκπνεόμενου αέρα [0,60 (0,10), $p<0,001$], όσο και ο σταθερός λόγος των σπιρομετρικών τιμών FEV1/FVC% της προβλεπόμενης τιμής (%) εκπνεόμενου αέρα [60,2(9,8), $p<0,001$], έδειξαν ισχυρό βαθμό συσχέτισης, γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία των σπιρομετρήσεων ώστε να τεθεί η διάγνωση της ΧΑΠ.

Συμφωνία περιπτώσεων ΧΑΠ μεταξύ των δύο μεθόδων εντοπισμού

Στον πίνακα 3 παρατηρείται πως το ερωτηματολόγιο IPAG εντόπισε και τις 47 περιπτώσεις ΧΑΠ που ταυτίσθηκαν μέσω της σπιρομέτρησης. Ωστόσο, προέκυψαν επιπλέον 31 περιπτώσεις που ενώ βρέθηκαν θετικές για ΧΑΠ με την κλίμακα IPAG, εντούτοις στην σπιρομέτρηση εμφανίσθηκαν ως φυσιολογικές παρουσιάζοντας έτσι μέτριο προς καλό βαθμό συμφωνίας ($k=0,71$, $p<0,001$). Ενδεικτικά, τιμές (k) μεταξύ 0-0,40 θεωρούνται μικρής αξιοπιστίας (0.41-0.60), μέτριας (0.61-0.80) και 0.81 και άνω μέγιστης αξιοπιστίας (Galanis 2013). Για το λόγο αυτό επιχειρήθηκε ανάλυση ευαισθησίας-ειδικότητας(σχήμα 1), όπου η συνολική διακριτική ικανότητα της δοκιμασίας (καμπύλη ROC: 0.842; ΔΕ:0.767-0.909, $p<0.001$) έδειξε ευαισθησία 0.997 και ειδικότητα 0.397. Πρακτικά, εκφράζει την πιθανότητα να ταξινομήσει το ερωτηματολόγιο (IPAG) ορθά ένα τυχαίο ζεύγος ενός πάσχοντος και ενός μη πάσχοντος από ΧΑΠ ατόμου (σχήμα 1). Το σημείο με την επιθυμητή ευαισθησία και ειδικότητα (max της καμπύλης) είναι το όριο 0.715 (οι αναλύσεις δεν παρουσιάζονται σε πίνακα).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη στα Ελληνικά νοσηλευτικά δρώμενα που διερεύνησε την ικανότητα των φοιτητών νοσηλευτικής στην ταυτοποίηση περιπτώσεων ΧΑΠ, λαμβάνοντας υπόψιν ότι η εκπαίδευση στα αποφρακτικού τύπου νοσήματα του αναπνευστικού ή ακόμα περισσότερο στην «Πνευμονολογική Νοσηλευτική» είτε σε προπτυχιακό, είτε σε μεταπτυχιακό επίπεδο είναι ανύπαρκτη. Απ' την άλλη, η ΧΑΠ παραμένει αδιάγνωστη ή υποδιαγιγνώσκεται στην ΠΦΥ και ένας από του βασικούς λόγους που έχουν προγενέστερα αναφερθεί είναι η έλλειψη εξιδεικευμένης γνώσης των γενικών ιατρών των Κέντρων Υγείας, τόσο στην εκτέλεση σπιρομέτρησης, όσο και στα αποφρακτικά νοσήματα του αναπνευστικού

(Minas et al 2010). Επομένως, γίνεται προφανές ότι με τη συνήθη πρακτική στην ΠΦΥ (usual care) οι περιπτώσεις ΧΑΠ που εντοπίσθηκαν, δεν θα είχαν πιθανότατα ποτέ ανιχνευθεί εάν δεν είχε διενεργηθεί το συγκεκριμένο πρόγραμμα διαλογής (screening), παρά μόνο εάν ζητούσαν μόνοι τους ιατρική βοήθεια. Στην παρούσα μελέτη το 50% των περιπτώσεων ΧΑΠ εντοπίσθηκαν σε προχωρημένο στάδιο (II & III), λαμβάνοντας υπόψιν ότι κανένας από αυτούς δεν γνώριζε ή αμελούσε ότι είχε σημαντικού βαθμού απόφραξη των αεραγωγών. Σχετικά μ' αυτό, μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ αγνοούν τα αναπνευστικά συμπτώματα που εκδηλώνονται στην έναρξη της νόσου (στάδιο I), με αποτέλεσμα η νόσος να προχωρά ή οι ηλικιωμένοι κυρίως να θεωρούν πως ο βήχας ή η δύσπνοια «σ' αυτή την ηλικία» είναι φυσιολογικά συμπτώματα, ενώ επί της ουσίας πρόκειται για ΧΑΠ - στάδιο I (Gourgoulianis et al2000, Minas et al 2010).

Το σημαντικότερο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ο ικανοποιητικός βαθμός συμφωνίας (k=0,71) αλλά και εγκυρότητας (ευαισθησία 0,987) μεταξύ των μεθόδων εκτίμησης της ΧΑΠ, υποδηλώνοντας ότι οι φοιτητές ανίχνευσαν σε ικανοποιητικό βαθμό περιπτώσεις αδιάγνωστης ΧΑΠ κυρίως με τη σπιρομέτρηση και κατ' επέκταση αναδεικνύοντας τη συμβολή τους στο έργο των ειδικών στον πρώιμο εντοπισμό της ΧΑΠ. Σε σύγκριση με ευρήματα άλλων μελετών, δεδομένα μελέτης προερχόμενα από τη Σουηδία έδειξαν ότι η συμβολή στη διαχείριση της ΧΑΠ από εκπαιδευμένους νοσηλευτές σε επίπεδο κοινότητας, δεν διέφερε σημαντικά από την φροντίδα που παρείχαν οι Γενικοί Ιατροί. Πιο συγκεκριμένα, οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών συνέβαλαν σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΑΠ, καθώς αποσκοπούσαν κυρίως στη μείωση των συμπτωμάτων της αναπνευστικής δυσχέρειας, στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, αλλά και στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας (Robinson et al 2008). Επιπλέον, στοιχεία δύο συστηματικών ανασκοπήσεων και μιας τυχαιοποιημένης μελέτης που είχαν σκοπό να απαντήσουν στο εάν οι νοσηλευτές της ΠΦΥ μπορούσαν πρακτικά να παρέχουν ισάξιες υπηρεσίες φροντίδας με τους γενικούς ιατρούς, έδειξαν ότι η ποιότητα φροντίδας που παρείχαν οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι νοσηλευτές ήταν εξίσου υψηλή ή δεν διέφερε σημαντικά σε σχέση με αυτή των Γενικών Ιατρών, γεγονός που ενισχύει τον σημαντικό ρόλο των νοσηλευτών στην ΠΦΥ (Lauran et al 2005, Horrocks et al 2002, Mundinger et al 2000). Επίσης σημαντικό, ευρήματα μελέτης από την Ολλανδία που είχε σκοπό να αναδείξει τον κεντρικό ρόλο του εξειδικευμένου νοσηλευτή στην ποιοτική φροντίδα νοσημάτων του αναπνευστικού, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές έχουν κεντρικό και ουσιαστικό ρόλο στην διαχείριση των ασθενών με αποφρακτικά νοσήματα κυρίως ΧΑΠ (Vrijhoef et al 2000). Επιπρόσθετα, αναλύσεις δεδομένων από την Αυστραλία αναφορικά με την αύξηση της αναγνώρισης της ΧΑΠ, επιβεβαίωσαν ότι οι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές κατείχαν ουσιαστικό ρόλο καθώς ανίχνευσαν ένα σημαντικά υψηλό ποσοστό πληθυσμού με απόφραξη των αεραγωγών με σπιρομέτρηση (Walters et al 2008).

Η παρούσα μελέτη έδειξε επίσης ότι 31/78 περιπτώσεις που εντοπίσθηκαν με το ερωτηματολόγιο με ΧΑΠ (IPAG>17), διαγνώσθηκαν ως φυσιολογικές με τη σπιρομέτρηση. Εάν υποθέσουμε ότι για τη διάγνωση της ΧΑΠ στα ΚΥ δεν εκτελείται σπιρομέτρηση τότε πολύ πιθανό αυτός ο τρόπος να οδηγεί σε λανθάνουσα διάγνωση. Έχει προγενέστερα δειχθεί πως ένα μεγάλο ποσοστό γενικών ιατρών χορηγούν βρογχοδιασταλτικά για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων χωρίς να έχουν προηγουμένως εκτελέσει σπιρομέτρηση (Minas et al 2005). Στη Βόρεια Ελλάδα αναφέρθηκαν παρόμοια συμπεράσματα από τον Σιχλετίδη (2007) και τους συνεργάτες του. Ειδικότερα, η έλλειψη ακριβούς διαγνωστικής επιβεβαίωσης της ΧΑΠ χωρίς την εφαρμογή των κριτηρίων της GOLD, έδειξε να οδηγεί στην άσκοπη χρήση βρογχοδιασταλτικών αλλά και σε λανθασμένη διάγνωση της ΧΑΠ (overdiagnosis or misdiagnosis) από τους γενικούς ιατρούς Κέντρων Υγείας. Αναλυτικότερα, στην επανεξέταση των ασθενών με προηγούμενη διάγνωση ΧΑΠ, μόνο το 50,2% διαγνώσθηκε τελικά με ΧΑΠ βάσει των κριτηρίων της GOLD (update 2001), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 43,9% με ρινική απόφραξη ή ΧΑΠ σταδίου 0 - (at risk) ελάμβανε «λανθασμένα» ή «κακώς» τους συνταγογραφήθηκαν βρογχοδιασταλτικά φάρμακα (Sichletidis et al 2007).

Επίσης σημαντικό εύρημα είναι ότι κανένας από τους συμμετέχοντες που εντοπίσθηκε με ΧΑΠ δεν είχε υποβληθεί σε σπιρομέτρηση ή δεν είχε ζητήσει ιατρική βοήθεια παρόλο που ανέφεραν συμπτωματολογία συμβατή με ΧΑΠ. Τόσο στην Ελλάδα (Minas et al 2010), όσο και στην Ευρώπη (Lindberg et al 2006), υψηλά ποσοστά (27% - 50%) ΧΑΠ παραμένουν αδιάγνωστα στην ΠΦΥ, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της νόσου. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ΧΑΠ υποδιαγιγνώσκεται και αυτό αποτελεί μείζον πρόβλημα κυρίως στην αντιμετώπιση της. Ως κυριότερος λόγος υποδιάγνωσης της ΧΑΠ αναφέρθηκε η απουσία εμφανών συμπτωμάτων κατά το πρώτο στάδιο, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αγνοούν την σοβαρότητα της κατάστασης τους και το γεγονός ότι χρειάζονται θεραπεία (Bednarek et al 2006). Στην παρούσα μελέτη 26 από τα 47 άτομα εντοπίσθηκαν στο δεύτερο στάδιο και μόλις 6 στο πρώτο στάδιο, γεγονός που υποδηλώνει ότι κατά το πρώτο στάδιο οι ασθενείς αγνοούν την ύπαρξη συμπτωμάτων με αποτέλεσμα η νόσος να προχωρά. Στην Ελληνική ΠΦΥ, σε πρόσφατη μελέτη του Μηνά και των συνεργατών του, ο επιπολασμός της ΧΑΠ ήταν 18,4%, όπου το 69% ήταν νέοι ασθενείς που δεν γνώριζαν ότι έπασχαν από ΧΑΠ και ήταν η πρώτη φορά που υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση (Minas et al 2010). Ακόμα, στην ίδια γεωγραφική

περιοχή, οι μισοί από τους εξετασθέντες που διαγνώσθηκαν με χρόνια βρογχίτιδα δεν είχαν ζητήσει ποτέ ιατρική βοήθεια (Gourgoulianis et al 2000). Η υποδιάγνωση της ΧΑΠ, δεν αποτελεί πρόβλημα μόνο στην Ελλάδα. Ενδεικτικά, σε πρόγραμμα σπιρομέτρησης προ-συμπτωματικού ελέγχου για πιθανή απόφραξη των αεραγωγών, σε τυχαίο δείγμα 353 ασθενών ηλικίας 60-75 χρόνων στη Βρετανία, το 16,4% βρέθηκε με αποφρακτική νόσο των αεραγωγών, ενώ οι μισοί από αυτούς δεν είχαν ποτέ διαγνωστεί και δεν λάμβαναν καμία θεραπεία (Dickinson et al 1999). Συνεπώς, το μεγάλο ποσοστό αδιάγνωστων περιστατικών στην Ελληνική ΠΦΥ, αναδεικνύει την αναγκαιότητα εφαρμογής προγραμμάτων σπιρομέτρησης, τη χρησιμότητα της τήρησης των κριτηρίων της GOLD και την εκπαίδευση των γενικών ιατρών για την ιδιαιτερότητα των αποφρακτικών νοσημάτων υποδεικνύοντας ότι, η μη τήρηση των παραπάνω οδηγεί σε λανθασμένους χειρισμούς σχετικά με τον έλεγχο και τη διαχείριση τους (Karachaliou et al 2007). Πρακτικά, εάν οι γενικοί ιατροί εφαρμόσουν τις κατευθυντήριες οδηγίες, εκπαιδευτούν στην σπιρομέτρηση ώστε να μπορούν να εκτελέσουν σωστά μια σπιρομέτρηση και ερμηνεύσουν σωστά τα αποτελέσματα, θα συνέβαλαν ουσιαστικά στη βελτίωση και διαχείριση των αποφρακτικών νοσημάτων στην ΠΦΥ (Poels et al 2006, Bellia et al 2000). Αξίζει να αναφερθεί ότι, εξειδίκευση στα κυριότερα πνευμονολογικά νοσήματα μπορεί να αποκτήσει οποιοσδήποτε γενικός ιατρός παρακολουθώντας μαθήματα, μέσω μιας πρωτοβουλίας της European Respiratory Society (ERS). Αυτή η ξεχωριστή ενότητα ξεκίνησε το 2005 με την επωνυμία HERMES (Harmonized Education in Respiratory Medicine for European Specialists) με σκοπό την κοινή εκπαίδευση στην πνευμονολογία σε όλη την Ευρώπη (Loddenkemper et al 2006). Επομένως, θα μπορούσε να αναλογισθεί πόσο σημαντική θα ήταν η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε βασικές πρακτικές ελέγχου και διαχείρισης της ΧΑΠ στην ΠΦΥ.

Πίνακας 1
Βασικά χαρακτηριστικά 390 συμμετεχόντων στη μελέτη

	v=390	%
Ηλικία, χρόνια	**Μέση τιμή (ΤΑ) 55,6(12,7)**	
40-59	243	62,3
60-93	147	37,7
Φύλλο		
Άνδρες	183	46,9
Γυναίκες	207	53,1
Κάπνισμα		
Ναι	141	36,2
ΧΑΠ (IPAG>17)*	78	20,0
ΧΑΠ(FEV1/FVC<70%)**	47	12,1
Άνδρες	25/47	12,6
Γυναίκες	22/47	11,6
Σοβαρότητα ΧΑΠ(GOLD)***		
Ήπια	6	1,5
Μέτρια	26	6,7
Βαριά	11	2,8
Πολύ βαριά	4	1,1

**Εκτίμηση πιθανής ΧΑΠ βάσει της κλίμακας IPAG (εύρος βαθμολογίας 0-24, IPAG>17=πιθανή ΧΑΠ)*
***Εκτίμηση του βαθμού απόφραξης (κριτήριο αποκοπής ο λόγος FEV1/FVC<70% των σπιρομετρικών τιμών της προβλεπόμενης μετά από βρογχοδιαστολή - pred).*
****Κατηγοριοποίηση της σοβαρότητας της απόφραξης με βάσει τα κριτήρια της GOLD.*

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Πέρα των χρήσιμων και αξιόλογων αποτελεσμάτων, η παρούσα μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, οι σπιρομετρήσεις πραγματοποιήθηκαν από φοιτητές χωρίς προηγούμενη εμπειρία με την απαραίτητη βέβαια εκπαίδευση για τις ανάγκες της μελέτης. Ως αποτέλεσμα, ένας σημαντικός αριθμός σπιρομετρήσεων (104) δεν ήταν αποδεκτές και επομένως δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε τον πραγματικό αριθμό των παθολογικών περιπτώσεων. Ακόμα, υπήρχε πληθυσμός που προσήλθε για σπιρομέτρηση, ωστόσο εξαιρέθηκαν διότι δεν πληρούσαν τα κριτήρια και επομένως περιορίζουν τον πραγματικό επιπολασμό της ΧΑΠ. Να τονισθεί όμως, πως οι συχνότητες (%) χρησιμοποιούνται μόνο για την περιγραφή των χαρακτηριστικών του πληθυσμού και όχι για την περιγραφή επιδημιολογικών σχέσεων. Ένας άλλος περιορισμός ήταν ότι δεν πραγματοποιήθηκε ακροαστικός έλεγχος των αναπνευστικών συμπτωμάτων για τη διάγνωση της ΧΑΠ, αλλά ελήφθησαν υπόψιν οι αυτοαναφορές (μαρτυρίες) των συμμετεχόντων κατά την κλινική αξιολόγηση τους και συνεπώς εμπεριέχουν υψηλό βαθμό υποκειμενικότητας και βρίθουν αξιοπιστίας. Ακόμα, δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε εάν κάποιες από τις 47 περιπτώσεις που εντοπίσθηκαν με ΧΑΠ μέσω της σπιρομέτρησης πάσχουν ενδεχομένως από κάποιο περιοριστικό σύνδρομο ή από κάποια εκτεταμένη χρόνια βρογχίτιδα και λανθασμένα ερμηνεύτηκαν ως ΧΑΠ, παρόλο που τηρήθηκαν επ' ακριβώς οι συστάσεις της GOLD. Να τονισθεί ως ιδιαιτερότητα και όχι περιορισμός για τους μελλοντικούς ερευνητές, η δυσκολία εκτέλεσης αποδεκτής σπιρομέτρησης σύμφωνα με τα κριτήρια της GOLD στα ηλικιωμένα κυρίως άτομα, καθώς αδυνατούσαν να εκπνεύσουν δυναμικά για 6 δευτερόλεπτα. Σε ορισμένες

Πίνακας 2: Έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας με βάσει τη σπιρομέτρηση ΧΑΠ

Σπιρομετρικές τιμές	Σύνολο	Όχι v=343 Μέση τιμή (τυπ.απόκλιση)	Ναι v=47	p-value
FEV_1(*L/s*)	2,6 (0,9)	2,7 (0,9)	1,4 (0,6)	<0,001
FVC(*L*)	2,8 (1,0)	2,9 (0,9)	2,0 (1,0)	<0,001
FEV_1/FVC	0,89 (0,13)	0,93 (0,07)	0,60 (0,10)	<0,001
FEV_1(*pred %*)	86,4 (21,1)	90,4 (18,1)	57,8 (20,1)	<0,001
FVC (*pred %*)	77,8 (18,4)	79,8 (16,2)	62,5 (25,3)	<0,001
FEV_1/FVC%	88,8 (12,8)	92,7 (6,8)	60,2 (9,8)	<0,001

Σημείωση: Κριτήριο αποκοπής (cut-off) FEV1/FVC<70% για απόφραξη των αεραγωγών και πιθανή ΧΑΠ. Οι τιμές παρουσιάζονται σε λίτρα όγκου αέρα (L) και ως προβλεπόμενες (pred %) μετά βρογχοδιαστολή.
Έλεγχοι: Kruskal Wallis& ανάλυσης διακύμανσης (έλεγχος ετερογένειας κατά Levene).

περιπτώσεις χρειάστηκαν τουλάχιστον 5 προσπάθειες για την επίτευξη μιας επιτυχούς (best) σπιρομετρικής δοκιμασίας, ενώ οι 5 προσπάθειες ήταν εξουθενωτικές έως και ακατόρθωτες για τους αποφραγμένους σε προχωρημένο στάδιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ενδείξεις πως εάν οι νοσηλευτές εκπαιδευτούν στην εκτέλεση σπιρομετρήσεων αλλά και στην κλινική αξιολόγηση της ΧΑΠ, θα μπορούσαν να συμβάλουν ουσιαστικά και έγκυρα στην πρώιμη ανίχνευση της ΧΑΠ στην ΠΦΥ. Ως εκ τούτου, αναδεικνύεται όσο κάθε άλλη φορά, η αναγκαιότητα για σύσταση Νοσηλευτικής ειδικότητας στα νοσήματα του Αναπνευστικού.

Συμβολή των συγγραφέων

Ο σχεδιασμός της μελέτης και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκαν από τους ΚΛ, ΜΓ,ΜΖ και ΧΚ. Η συλλογή και η ερμηνεία των δεδομένων πραγματοποιηθήκαν από τις ΚΛ, ΜΖ, ΛΒ, ΑΣ και ΜΓ. Ο ΧΚ είχε το συντονισμό, την οργάνωση και τη γενικότερη εποπτεία στην τήρηση του πρωτοκόλλου και το συντονισμό της μελέτης. Το τελικό κείμενο γράφτηκε από τις ΚΛ,ΛΒ, ΑΣ και ΜΖ και αναθεωρήθηκε κριτικά από τον ΧΚ. Όλοι οι συγγραφείς ανάγνωσαν και ενέκριναν την υποβολή του παρόντος κειμένου.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά τον Διευθυντή του εργαστηρίου «Επιδημιολογίας, Πρόληψης και Διαχείρισης Νοσημάτων» του Τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Δρ. Γιώργο Κριτσωτάκη για τον εξοπλισμό και την αμέριστη συμπαράσταση που μας παρείχε. Θερμές ευχαριστίες επίσης σε όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη και στους Διευθυντές και το προσωπικό των Κέντρων Υγείας για τη βοήθειά τους.

Πίνακας 3
Βαθμός συμφωνίας περιπτώσεων για πιθανή ΧΑΠ (από κλίμακα IPAG σε σχέση με το κριτήριο απόφραξης των αεραγωγών FEV1/FVC<70% των σπιρομετρικών τιμών).

		ΧΑΠ (FEV1/FVC<70%)		
		όχι	*ναι*	p-value
		v (%)		
IPAG(>17)	***<17***	312 (**80,0**)	--	<0,001
	17+	31 (7,9)	47 (**12,1**)	
Βαθμός k (kappa)		0,71		<0,001

Σημείωση: Η κλίμακα IPAG εντόπισε 47 περιπτώσεις με ΧΑΠ (άρα 100% συμφωνία). Ωστόσο, εντοπίσθηκαν επιπλέον 31 περιπτώσεις με πιθανή ΧΑΠ (IPAG)που είχαν φυσιολογική σπιρομέτρηση.
Έλεγχος:Kappa test

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bednarek M., Maciejewski J., Wozniak M., Kuca P. & Zielinski J. (2008). Prevalence, severity and under diagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax* 63(5): 402-407.

BelliaV., Pistelli R., Catalano F., Antonelli-Incalzi R., Grassi V., Melillo G. & Rengo F. (2000). Quality control of spirometry in the elderly: the SA. RA study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 161(4): 1094-1100.

Dickinson JA., Meaker M., Searle M. & Ratcliffe G. (1999). Screening older patients for obstructive airways disease in a semi-rural practice. *Thorax* 54(6): 501-505.

Efraimsson EÖ., Hillervik C. & Ehrenberg A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian journal of caring sciences* 22(2): 178-185.

Galanis P. (2013). Validity and reliability of questionnaires in epidemiological studies. *ARCHIVES OF HELLINIC MEDICINE*, 30(1):97-110.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, (GOLD) [Updated 2015]. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Available from http://www.goldcopd.com/

Gourgoulianis KI., Katikos P., Moraitis M., Argiriou N. & Molyvdas P. (2000). Chronic bronchitis in rural and industrial areas. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 7(1): 29-31.

Horrocks S., Anderson E. &Salisbury C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 324(7341): 819-823.

Johannessen A., Omenaas ER., Bakke PS. and Gulsvik A. (2005). Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study. *Thorax60*(10), pp.842-847.

Karachaliou F., Kostikas K., Pastaka C., Bagiatis V. & Gourgoulianis KI. (2007). Prevalence of sleep-related symptoms in a primary care population–their relation to asthma and COPD. *Primary Care Respiratory Journal* 16(4): 222-228.

Kleisiaris CF., Kritsotakis EI., Daniil Z., Tzanakis N., Papaioannou A., & Gourgoulianis KI. (2013). The prevalence of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome-related symptoms and their relation to airflow limitation in an elderly population receiving home care. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease9*, 1111-1117.

Konstantikaki V., Kostikas K., Minas M., Batavanis G., Daniil Z., Gourgoulianis KI., & Hatzoglou C. (2011). Comparison of a network of primary care physicians and an open spirometry programme for COPD diagnosis. *Respiratory medicine*, 105(2): 74-281.

Laurant M., Reeves D., HermensR., Braspenning J., Grol R. & Sibbald B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2(2): D001271.

Lin K., Watkins B., Johnson T., Rodriguez JA. & Barton MB. (2008). Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*148(7): 535-543.

Lindberg A., Bjerg-Bäcklund A., Rönmark E., Larsson LG. & Lundbäck B. (2006). Prevalence and under diagnosis of COPD by disease severity and the attributable fraction of smoking: report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respiratory medicine*100(2): 264-272.

Loddenkemper R., Séverin T., Eiselé JL. & Haslam PL. (2006). HERMES: good reasons for harmonising education and training in respiratory medicine. *European Respiratory Journal* 28(3): 470-471.

Malm L., Gerth VR. & Bachert C. (2000). Guidelines for nasal provocations with aspects on nasal patency, airflow, and airflow resistance. International Committee on Objective Assessment of the Nasal Airways, *International Rhinologic Society. Rhinology* 38(1): 1-6.

Minas M., Hatzoglou C., Karetsi E., Papaioannou A. I., Tanou K., Tsaroucha R. & Kostikas K. (2010). COPD prevalence and the differences between newly and previously diagnosed COPD patients in a spirometry program. *Primary Care Respiratory Journal* 19(4), 363-370.

Minas M., Dimitropoulos K., Pastaka C., Papadopoulos D., Markoulis N. & Gourgoulianis KI. (2005). Global initiative for chronic obstructive lung disease for chronic obstructive pulmonary disease: GOLD opportunity for lung disorders. *Preventive medicine* 40(3): 274-277.

Mundinger MO., Kane RL., Lenz ER., Totten AM., Tsai WY., Cleary PD. & Shelanski ML. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA* 283(1): 59-68.

Osterlund Efraimsson E., Hillervik C., Ehrenberg A. (2008). Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian journal of caring sciences* 22(2), 178-185.

Papaioannou AI., Bania E., Alexopoulos EC., Mitsiki E., Malli F., Gourgoulianis KI. (2014). Sex discrepancies in COPD patients and burden of the disease in females: a nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health ecoNomics: GOLDEN study). *International Journal Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 9:203-13.

Poels PJ., Schermer TR., Jacobs A., Akkermans RP., HartmanJ., Bottema BJ. & van Weel C. (2006). Variation in spirometry utilization between trained general practitioners in practices equipped with a spirometer. *Scandinavian journal of primary health care* 24(2): 81-87.

Robinson A., Courtney-Pratt H., Lea E., Cameron-Tucker H., Turner P., Cummings E. & Walters E. H. (2008). Transforming clinical practice amongst community nurses: mentoring for COPD patient self-management. *Journal of clinical nursing* 17(11c): 370-379.

Schermer TR., Smeele IM., Thoonen BA., Lucas AM., Grootens JG., Van Boxem TJ. & Van Weel C. (2008). Current clinical guideline definitions of airflow obstruction and COPD overdiagnosis in primary care. *European Respiratory Journal*, 32(4): 945-952.

Sichletidis L., Chloros D., Spyratos D., Chatzidimitriou N., Chatziliadis P., Protopappas N. & Patakas D. (2007). The validity of the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in general practice. *Primary care respiratory journal: journal of the General Practice Airways Group* 16(2): 82-88.

Sichletidis L., Spyratos D., Papaioannou M., Chloros D., Tsiotsios A., Tsagaraki V., Haidich AB. (2011). A combination of the IPAG questionnaire and PiKo-6® flow meter is a valuable screening tool for COPD in the primary care setting. *Primary Care Respiratory Journal* 20(2):184-189.

Tzanakis N., Anagnostopoulou U., Filaditaki V., Christaki P. & Siafakas N. (2004). Prevalence of COPD in Greece. CHEST 125(3):892 - 900.

Vrijhoef HM., Diederiks JM. & Spreeuwenberg C. (2000). Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialized nurse has a central role: a literature review. *Patient education and counseling* 41(3): 243-250.

Walters JA., Hansen EC., Johns DP., Blizzard EL., Walters E. H. & Wood-Baker R. (2008). A mixed methods study to compare models of spirometry delivery in primary care for patients at risk of COPD. *Thorax* 63(5): 408-414.

World Health Organization (WHO). Chronic respiratory diseases: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Available from: http://www.who.int/respiratory/copd/en/ (Assessed Feb 2016)

Zieliñski J., Bednarek M. (2001). Early Detection of COPD in a High-Risk Population Using Spirometric Screening, *CHEST* 119(3):731-6.

Detection of Chronic Obstructive Pulmonary Disease by student nurses in primary health care: a pilot study

Kleoniki Linariti[1], Marianthe Zachou[1], Maria Glykokokalou[1], Liza Vlastou[1], Antonia Skarpou[1], Christos F. Kleisiaris[2]

1. Nursing Students, Laboratory of Epidemiology, Prevention and Management of Diseases, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Crete, Greece, 2. Assistant Professor in Home Care Nursing, Laboratory of Epidemiology, Prevention and Management of Diseases, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Crete, Greece

ABSTRACT

Introduction: Early detection of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD) is the key for its control and management in Primary Health Care. Nurses could significantly contribute to the early detection of COPD if they receive appropriate training and develop skills such as performing spirometry tests and assess early COPD's signs and symptoms.

Aim: To assess the ability of nursing students to detect undiagnosed cases of COPD through a designed spirometry program.

Methods: Participants were approached following an open invitation by the local municipal authorities during January-June 2015 in 4 primary health care centres of the island of Crete, Greece. A screening program was conducted using two different diagnostic methods of COPD. All participants completed the 'International Primary Care Airways Guidelines' (IPAG) questionnaire, a validated instrument for COPD cases identification and performed a spirometry, a gold standard method for the diagnosis of COPD. Nursing students were trained for one month.Two different diagnoses of COPD were given using the interpretations of the spirometry tests and IPAG results for each individual participant (IPAG & GOLD standards). Diagnosis of COPD was based on the spirometry values using the GOLD recommendations (fixed ratio FEV1/FVC<70%). The capacity of nursing students in detecting COPD was based on the degree of agreement (Kappa test and ROC curve) between the two diagnoses of COPD (IPAG & GOLD). P-values <0.05 were considered statistically significant.

Results: The mean age of the 390 participants was 55.6 (12.7) years old and 46.9% were male. The prevalence of COPD was 20% (78 cases) according to IPAG questionnaire and 12.1% (47 cases) according to spirometry. However, 31 cases of COPD that were detected using the IPAG, were classified as normal in spirometry, showing middle level of agreement (Kappa=0.71, p<0.001, 47/78 cases). Consequently, a sensitivity and specificity analysis was performed reported a sensitivity equal to 0.997, specificity equal to 0.397 and Curve ROC 0.842; CI: 0.767-0.909, p<0.001). Most of the COPD cases were classified as GOLD stages II and III (26/47 and 11/47, respectively).

Conclusions: Our data suggest that nurses may significantly contribute to the early and accurate detection of COPD cases in primary healthcare if they receive a relevant COPD program. In addition, our findings highlight the necessity to establish "Respiratory Nursing" in Greece.

Keywords: COPD, spirometry, obstructive airway diseases, early COPD detection.

Corresponding Author:Christos Kleisiaris
Contact:+30 2810 379531 – 6944986666
Address: Melinas Merkouri 34, Heraklion Crete 71305
E-mail: chrisklisiaris@staff.teicrete.gr

Submission Date: 28/06/2016
Publication Date: 05/12/2016

Αξιολόγηση αρχιτεκτονικού περιβάλλοντος πολύκλινων θαλάμων νοσηλείας

Ευαγγελία Σκλάβου, Ιωάννης Τζουβαδάκης
Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αξιοποίηση του περιβάλλοντος είναι σημαντική στα νοσοκομεία, τόσο στη δημιουργία θεραπευτικών συνθηκών, όσο και στη βιωσιμότητά τους. Μελλοντικά, η ανάγκη αναδιαμόρφωσης των νοσοκομείων διαφαίνεται πιθανότερη, από την κατασκευή νέων μονάδων. Στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλο περιθώριο εξέλιξης της σχετικής αρχιτεκτονικής έρευνας και εφαρμογής.

Σκοπός: Η αρχιτεκτονική διερεύνηση του περιβάλλοντος πολύκλινων θαλάμων νοσηλείας και η ανταπόκριση των χρηστών σε αυτούς

Μεθοδολογία: Μελετήθηκε το περιβάλλον νοσηλείας εξάκλινων θαλάμων ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, με αρχιτεκτονική τεκμηρίωση, συγκριτική μελέτη της εμπειρίας ασθενών και συνοδών, καθώς και διερεύνηση της επίδρασης της εγγύτητας στο παράθυρο κατά την αξιολόγηση του περιβάλλοντος του θαλάμου. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας, αποτελούμενο από 160 ασθενείς και 136 συνοδούς. Η στατιστική ανάλυση έγινε με ακριβείς ελέγχους ανεξαρτησίας x^2 στο στατιστικό πακέτο SPSS 20, με επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Η αρχιτεκτονική τεκμηρίωση υπέδειξε πως η μορφή του κτιρίου συνέβαλλε θετικά στο φωτισμό και τη θέα των θαλάμων νοσηλείας. Ωστόσο, ο έλεγχος του ηλιακού φωτός κρίθηκε κρίσιμος για την εξασφάλιση άνετων περιβαλλοντικών συνθηκών. Εντός των θαλάμων διαπιστώθηκε μεγάλη χωρική πυκνότητα και μειονεκτήματα της ενδιάμεσης κλίνης, έναντι των ακριανών. Η αξιολόγηση των χρηστών ήταν γενικά θετική και δεν επιβεβαίωνε πάντα τα αντικειμενικά ευρήματα. Οι ασθενείς δεν αξιολογούσαν διαφορετικά το χώρο από τους συνοδούς, παρά μόνο στην άνεση της θέας. Η εγγύτητα στο παράθυρο επηρέαζε συνολικά την ενόχληση από το φυσικό φωτισμό και την άνεση με την οποία οι ερωτώμενοι έβλεπαν έξω από το παράθυρο. Οι ασθενείς επηρεάζονταν επιπλέον στην εκτίμηση του μεγέθους του παραθύρου και οι συνοδοί σε παραμέτρους σχετικές με τη θέα.

Συμπεράσματα: Η συνέργεια της κτιριακής μορφολογίας με τη λειτουργία, συμβάλλει στο συνολικά βιώσιμο θεραπευτικό περιβάλλον. Η ανθρώπινη εμπειρία μπορεί να διαφέρει σημαντικά από μία αντικειμενικά αποτυπωμένη κατάσταση. Οι ασθενείς και οι συνοδοί φαίνεται πως βιώνουν με παρόμοιο τρόπο το περιβάλλον νοσηλείας, ενώ υπήρξαν ισχυρές ενδείξεις σκοπιμότητας κατάργησης της ενδιάμεσης κλίνης και μείωσης της δυναμικότητας των θαλάμων.

Λέξεις κλειδιά: Αξιολόγηση χρηστών, αρχιτεκτονική νοσοκομείων, αρχιτεκτονική τεκμηρίωση, θεραπευτικό περιβάλλον, σχεδιασμός χώρου.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Σκλάβου Ευαγγελία
Διεύθυνση: Ηρώων Πολυτεχνείου 9, Τ. Κ. 157 80 Αθήνα
e-mail:eva.sklavou@gmail.com
tel.: +30 694 6060 972

Ημερομηνία υποβολής: 13/07/ 2016
Ημερομηνία Δημοσίευσης:12/12/2016

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η αρχιτεκτονική των νοσοκομείων, ως τομέας έρευνας και εφαρμογής στην Ελλάδα, έχει μεγάλα Η αρχιτεκτονική των νοσοκομείων, ως τομέας έρευνας και εφαρμογής στην Ελλάδα, έχει μεγάλα περιθώρια και ανάγκη εξέλιξης.**
- **Η συνέργεια κτιριακής λειτουργίας και μορφολογίας ευνοεί το βιώσιμο θεραπευτικό περιβάλλον.**
- **Ασθενείς και συνοδοί ανταποκρίνονται με παρόμοιο τρόπο στο περιβάλλον νοσηλείας.**
- **Η εγγύτητα στο παράθυρο επιδρά στην αξιολόγηση της θέας.**
- **Η ενδιάμεση κλίνη φαίνεται να μειονεκτεί συγκριτικά με τις ακριανές θέσεις.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αλληλεπίδραση υγείας και διαμορφωμένου περιβάλλοντος ήταν ήδη γνωστή στα αρχαία Ασκληπιεία (Καλαντζής & Λασκαράτος 2003). Στη σύγχρονη εποχή, η επίδραση του δομημένου περιβάλλοντος στην υγεία, το ευ ζειν και την ασφάλεια των ασθενών, των συγγενών τους και του προσωπικού, δηλαδή στην ποιότητα και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιβεβαιώνεται διαρκώς (Ulrich et al 2008). Το θεραπευτικό περιβάλλον αποτελεί θεμελιώδη αρχή της αρχιτεκτονικής των νοσοκομείων (Malkin 1992) και ο στοιχειοθετημένος σχεδιασμός (evidence-based design – EBD) αποδεικνύεται βασικό εργαλείο υλοποίησής του (Smith & Watkins 2008).

Επιπλέον, στο πνεύμα της αειφορίας, η ορθολογική χρήση ενέργειας αποτελεί πρωταρχικό μέλημα στις κτιριακές υποδομές ων νοσοκομείων. Ο βιοκλιματικός σχεδιασμός, ως η προσέγγιση με βάση το τοπικό κλίμα, με σκοπό την εξασφάλιση συνθηκών περιβαλλοντικής άνεσης, αξιοποιώντας την ηλιακή ενέργεια και άλλες περιβαλλοντικές πηγές, αλλά και τα φυσικά φαινόμενα του κλίματος (Λάζαρη 2002), είναι ένα ισχυρό εργαλείο, τόσο σε καινούριες εγκαταστάσεις, όσο και στον εκσυγχρονισμό υπαρχόντων, με σκοπό την ορθολογική χρήση πόρων (ASHRAE 2012).

Η ολιστική αρχιτεκτονική μελέτη των χώρων υγείας είναι σκόπιμο να περιλαμβάνει μία συνολική προσέγγιση του περιβάλλοντος, για να μεγιστοποιούνται τα οφέλη του και να περιορίζονται δυσμενείς συνθήκες που προκαλούνται από άστοχους χειρισμούς. Στο μέτρο που αφορά τους χώρου υγειονομικής φροντίδας, η διερεύνηση και η αξιοποίηση του περιβάλλοντος, ως κοινή συνιστώσα της θεραπευτικής και οικολογικής διάστασης της αρχιτεκτονικής των νοσοκομείων, είναι κρίσιμο να διερευνηθεί (Rostenberg 2009).

Ωστόσο, η έρευνα της επίδρασης του δομημένου περιβάλλοντος επικεντρώνεται περισσότερο σε χώρους εργασίας και σχολεία και λιγότερο σε χώρους υγειονομικής φροντίδας (Choi et al 2012). Η πλειονότητα δε των τελευταίων, έχουν γίνει υπό το πρίσμα της περιβαλλοντικής ψυχολογίας (Griffin 1992). Στο μέτρο που αφορά την βιωσιμότητα, έχει ήδη επισημανθεί η ασυμφωνία μεταξύ της ανάγκης για άνεση στα κτίρια και για μείωση της χρήσης ενέργειας (Zeiler & Boxem 2008). Στο ίδιο πνεύμα, τα διεθνή εγχειρίδια οφείλουν να συμπεριλαμβάνουν την υποκειμενική αξιολόγηση των περιβαλλοντικών παραμέτρων όπως ο φωτισμός, καθώς διαφορετικοί άνθρωποι ανταποκρίνονται σε αυτά με διαφορετικό τρόπο (Meir et al 2009). Έτσι, ο ευρύτερος ορισμός του ποιοτικού περιβάλλοντος είναι σκόπιμο να περιλαμβάνει χωρικά χαρακτηριστικά καθώς και τις αντιδράσεις σε αυτά, κάτι που δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς (Wang & Boubekri 2011).

Προς αυτό το σκοπό, η μελέτη της ανταπόκρισης των χρηστών είναι σημαντική. Άλλωστε, τα ευρήματα του στοιχειοθετημένου σχεδιασμού, όπως αυτά προκύπτουν από τις ΗΠΑ, απ' όπου προέρχεται ο κύριος όγκος της σχετικής βιβλιογραφίας, δεν έχουν καθολική ισχύ (Botma & Hoekstra 2006). Στην προσπάθεια εξασφάλισης της ολιστικής βιωσιμότητας, αυτό αποκτά μεγάλη σημασία, γιατί τα κτίρια που δεν ανταποκρίνονται στον πληθυσμό που καλούνται να εξυπηρετήσουν, είναι πιθανό να μην καταφέρουν να παραμείνουν λειτουργικά, με αποτέλεσμα να χρειάζονται στην καλύτερη περίπτωση σημαντικές προσαρμογές και στη χειρότερη ολική αντικατάσταση (McMinn & Polo 2005). Επιπλέον, η ανάγκη αναδιαμόρφωσης των κτιριακών εγκαταστάσεων των νοσοκομείων φαίνεται πως μελλοντικά θα είναι μεγαλύτερη από την ανάγκη κατασκευής καινούριων μονάδων (Hofrichter 2006). Η ανάγκη συλλογής εμπειρικών δεδομένων και διαμόρφωσης εθνικών βάσεων δεδομένων της αρχιτεκτονικής των νοσοκομείων είναι επιτακτική (Huijsman 2006).

Στο περιβάλλον νοσηλείας, οι ασθενείς αποτελούν τη βασική ομάδα ενδιαφέροντος. Η εμπειρία τους επηρεάζεται έντονα από την κατάστασή τους, αφού στερούνται του οικείου περιβάλλοντός τους και είναι αναγκασμένοι να αποδεχθούν και να προσαρμοστούν σε ένα ξένο περιβάλλον (Ulrich et al 2008). Συνήθως είναι περιορισμένοι

εντός του χώρου του θαλάμου, έχουν εξαιρετικά μειωμένη κινητικότητα και συνήθως δεν έχουν τον έλεγχο του περιβάλλοντος τους. Τέλος, λόγω της θέσης τους έχουν ιδιαίτερη οπτική του χώρου (bedscape) αλλά και της θέας. Ορισμένες έρευνες αποδίδουν στους ασθενείς χαρακτήρα παθητικό και εξαρτημένο (Schumaker 1989). Η ομάδα των «συνοδών», περιλαμβάνει τους συγγενείς του ασθενούς, τους φροντιστές και τους επισκέπτες. Από τη μία, οι συνοδοί μπορούν να θεωρηθούν υγιείς άνθρωποι, που βιώνουν το χώρο βραχυπρόθεσμα, έχουν σε μεγάλο βαθμό έλεγχο του περιβάλλοντός και ελευθερία κινήσεων και προσαρμογής της θέσης τους. Από την άλλη, έχουν και αυτοί να διαχειριστούν το ενυπάρχον στρες της επίσκεψης ενός οικείου στο νοσοκομείο και τον «εξαναγκασμό» προσαρμογής σε ένα κλινικό περιβάλλον. Υπάρχουν ενδείξεις πως οι ανάγκες της ομάδας αυτής δεν ήταν ανέκαθεν αντικείμενο διερεύνησης (Zimring et al 1987). Η συγκριτική διερεύνηση ασθενών και συνοδών, με σκοπό τον εντοπισμό ομοιοτήτων και διαφορών, έχει μεγάλο ενδιαφέρον.

Το παράθυρο είναι από τα ισχυρότερα αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά ενός χώρου. Η γεωμετρία του παραθύρου και το βάθος του χώρου που βρίσκεται, καθορίζουν σημαντικά τη διείσδυση και τα περιθώρια εκμετάλλευσης του ηλιακού φωτός (Rea 2000). Επιπλέον, το παράθυρο προσφέρει θέα προς τα έξω, η οποία, κατ' ελάχιστο, ικανοποιεί την ανάγκη του ματιού να προσαρμόζεται συνεχώς στο βάθος, παρέχοντας αφενός προοπτική και αφετέρου ερεθίσματα για την αντίληψη του περιβάλλοντος πέραν του κτιρίου (Philips 2000). Έτσι, η θέα είναι «καλή», όταν η οπτική της περιλαμβάνει ένα μικρό τουλάχιστον ποσοστό κάθε στοιχείου του κυρίως θέματός της και του φόντου της (έδαφος, τοπίο, ουρανός) (Littlefair 1996).

Από την πλευρά του στοιχειοθετημένου σχεδιασμού, το παράθυρο ενισχύει τις θεραπευτικές ιδιότητες του ήλιου και της θέας (Ulrich et al 2008). Ένας εκ των μηχανισμών που το ηλιακό φως επηρεάζει το ευ ζειν είναι μέσω της παραγωγής βιταμίνης D που προκαλείται όταν ο ήλιος έρχεται σε επαφή το δέρμα, καθώς πέραν της επίδρασης που έχει σε πολλές παθήσεις (Holick 2004), η βιταμίνη αυτή έχει συνδεθεί με την παραγωγή σεροτονίνης, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με τη διάθεση (Landsdowne & Provost 1998, Lambert et al 2002). Οι Walch et al (2004) διεξήγαγαν έρευνα σχετικά με την επίδραση του ηλιακού φωτός μέσα σε δωμάτιο νοσηλείας στην ψυχοκοινωνική υγεία και στην ποσότητα και το κόστος των αναλγητικών φαρμάκων, ασθενών που είχαν υποβληθεί σε επεμβάσεις της σπονδυλικής στήλης. Οι ερευνητές αυτοί απέδειξαν πως οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε θαλάμους νοσηλείας με άπλετο ηλιακό φως, βίωναν λιγότερο στρες και πόνο και έλαβαν 22% λιγότερα αναλγητικά φάρμακα, των οποίων το κόστος ήταν μειωμένο κατά 20% (Walch et al 2004). Αντίστοιχη επίπτωση έχει και η ποιότητα της θέας από το παράθυρο. Ήδη από το 1984, η πρωτοποριακή για την εποχή της έρευνα του Roger Ulrich είχε υποδείξει πως ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε επέμβαση στην κοιλιά, παρουσίασαν ταχύτερη ανάρρωση, ευχάριστη διάθεση και μικρότερη ανάγκη λήψης αναλγητικών φαρμάκων, όταν έβλεπαν παράθυρα με θέα στη φύση, συγκριτικά με ασθενείς των οποίων τα παράθυρα έβλεπαν έναν τοίχο από τούβλα (Ulrich, 1984). Το συνολικό έργο του Ulrich έχει επιβεβαιώσει, μεταξύ άλλων, πως ένας άνθρωπος που βιώνει στρες, θα ανακάμψει γρηγορότερα εάν η θέα του περιλαμβάνει φυσικά σκηνικά, ή αστικά εμπλουτισμένα με φυσικά στοιχεία, σε σχέση με αστικά σκηνικά χωρίς κανένα στοιχείο της φύσης (Ulrich 1984, Ulrich 1991, Ulrich et al 2008). Όσον αφορά συγκεκριμένα τον πόνο, η σημασία του σχεδιασμού των εγκαταστάσεων υγείας προς την εκμετάλλευση της φύσης, του φωτός και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων για τον έλεγχο του πόνου έχει επισημανθεί σε κορυφαίο σχετικό περιοδικό (Malenbaum et al 2008).

Σχεδόν σε όλους τους τύπους κτιρίων, η μεγαλύτερη εγγύτητα στο παράθυρο έχει συνδεθεί με θετικότερες αξιολογήσεις άνεσης (Vischer 1996, Aries et al 2010) και η απόσταση από αυτό με περισσότερες αρνητικές εντυπώσεις και αναφορά προβλημάτων (Veitch 2005, Aries et al 2010). Έτσι, η διερεύνηση της επίδρασης της εγγύτητας στο παράθυρο σε χώρους νοσηλείας, στην εντύπωση και την αξιολόγηση των χώρων αυτών, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Στην Ελλάδα, το εθνικό δίκτυο των δημόσιων νοσοκομείων είναι ήδη ανεπτυγμένο, υποδεικνύοντας πως μελλοντικά η ανάγκη ανακαίνισης και αναδιαμόρφωσης των υπαρχόντων κτιριακών υποδομών του θα είναι εντονότερη από την κατασκευή νέων μονάδων. Επιπλέον, υπάρχει σταθερή έλλειψη συνεπούς και μεθοδικής αρχιτεκτονικής επιστημονικής παρακολούθησης των ελληνικών νοσοκομείων (Sklavou & Tzouvadakis 2012, Sklavou and Tzouvadakis 2015). Τέλος, ο κανονισμός ενεργειακής απόδοσης (ΥΠΕΚΑ 2008) δίνει μεν έμφαση στο οικολογικό αποτύπωμα των κτιρίων, παραβλέποντας ωστόσο τη βαρύτητα της υποκειμενικής αξιολόγησης και επιβεβαιώνοντας την επιχειρηματολογία των Meir et al (2009). Επομένως, υπάρχει μεγάλο περιθώριο εξέλιξης της αρχιτεκτονικής επιστημονικής έρευνας για τα ελληνικά νοσοκομεία και επικαιροποίησης των σχετικών συστάσεων. Αφομοιώνοντας τις σχετικές πληροφορίες με τη διεθνή εμπειρία και πρακτική, θα διευκολυνθεί σημαντικά η ορθότερη προσέγγιση και θα δοθούν κατάλληλες λύσεις με στόχο τον εκσυγχρονισμό των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της ανταπόκρισης των χρηστών σε πολύκλινους θαλάμους νοσηλείας. Απώτερος στόχος είναι, αφενός η συνεισφορά στη γεφύρωση του κενού μεταξύ ελληνικής και διε-

θνούς αρχιτεκτονικής έρευνας και αφετέρου η συμβολή στην τεκμηρίωση της ελληνικής εμπειρίας. Η εργασία βασίστηκε στη βιβλιογραφική αρχιτεκτονική έρευνα τεσσάρων ελληνικών τυπολογιών (απλό γραμμικό, καμπύλο γραμμικό, σταυροειδές και διπλό «Λ») και εμπλουτίζει την τεκμηρίωση της τυπολογίας του καμπύλου γραμμικού μοντέλου (Sklavou & Tzouvadakis 2015). Επιπλέον της καταγραφής της εμπειρίας των χρηστών, διαμορφώθηκαν δύο ερευνητικά ερωτήματα: πρώτον αν οι ασθενείς αξιολογούσαν διαφορετικά από τους συνοδούς το περιβάλλον τους και δεύτερον αν η εγγύτητα στο παράθυρο επιδρούσε στην αξιολόγηση αυτή.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός και δείγμα μελέτης

Η έρευνα διεξήχθη στο κεντρικό κτίριο νοσηλείας γενικού νοσοκομείου της Αττικής, εντός του αστικού ιστού των βορείων προαστίων της Αθήνας. Το κτίριο αυτό ικανοποιεί επιλεγμένα αρχιτεκτονικά κριτήρια: αφενός του συνειδητού σχεδιασμού, αφετέρου της διαφοροποίησης στη δύναμη και την παλαιότητα των θαλάμων νοσηλείας (ΘΝ). Όσον αφορά στο σχεδιασμό, υπάρχουν ενδείξεις πως η μορφολογία του κτιρίου ευνοεί τον φυσικό φωτισμό, τον ηλιασμό αλλά και τον φυσικό αερισμό του (Sklavou & Tzouvadakis, 2015). Επιπλέον, η καμπύλη μορφή του κτιρίου προσδίδει δυναμικότητα στον κυρίαρχο νότιο προσανατολισμό του και μεγαλύτερο εύρος θέας (εικ. 1). Όσον αφορά τη δύναμη των ΘΝ, στο κτίριο χωροθετούνται πολύκλινοι (εικ. 2), ολιγόκλινοι αλλά και μονόκλινοι θάλαμοι νοσηλείας, καλύπτοντας το επιθυμητό φάσμα διερεύνησης. Στο μέτρο που αφορά την παλαιότητα, με την εξαίρεση των ΘΝ ενός ορόφου, το κτίριο ανακαινίστηκε στα πλαίσια των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004, οπότε στη σημερινή του κατάσταση αποτελείται από ανακαινισμένους αλλά και παλαιότερους ΘΝ.

Η περιγραφική αυτή έρευνα αποτελείται από αρχιτεκτονική τεκμηρίωση και δομημένες συνεντεύξεις χρηστών των ΘΝ. Οι θάλαμοι που μελετήθηκαν ήταν οι πολύκλινοι ανακαινισμένοι ΘΝ των ορθοπεδικών κλινικών του δεύτερου, τρίτου και τέταρτου ορόφου του κεντρικού κτιρίου νοσηλείας και στους χρήστες συμπεριλήφθησαν οι ασθενείς που νοσηλεύονταν στους ΘΝ αυτούς, καθώς και οι συνοδοί τους.

Η δειγματοληψία έγινε σε δείγμα ευκολίας. Οι βασικοί λόγοι για την επιλογή αυτή ήταν δύο. Αφενός, θεωρήθηκε σκόπιμο να μην εμποδιστεί η καθημερινή ρουτίνα εργασίας του προσωπικού, αφετέρου εκτιμήθηκε πως η δομημένη συνέντευξη θα είχε μεγαλύτερη ανταπόκριση από την απλή διανομή ερωτηματολογίων. Οι θάλαμοι νοσηλείας (ΘΝ) στους οποίους εισέρχονταν οι ερευνητές καθορίζονταν σε συνεννόηση με το προσωπικό, ενώ η ανταπόκριση των πιθανών συμμετεχόντων εξαρτιόταν σημαντικά από τη διάθεσή τους.

Συλλογή δεδομένων

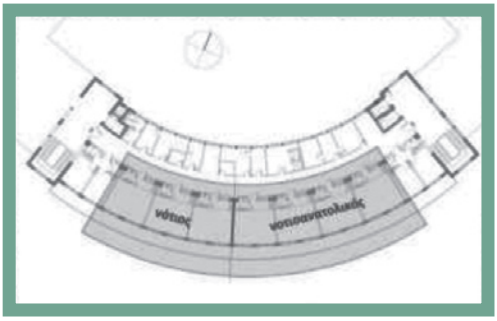
Η αρχιτεκτονική τεκμηρίωση πραγματοποιήθηκε μέσω μελέτης των τεχνικών σχεδίων που παραχώρησε η τεχνική υπηρεσία και με επιτόπου μελέτη του αρχιτεκτονικού περιβάλλοντος των ΘΝ. Από τα αρχιτεκτονικά σχέδια τεκμηριώθηκαν οι ΘΝ ως προς τα γεωμετρικά τους στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων του συνολικού εμβαδού, της επιφάνειας ανά κλίνη, του ωφέλιμου χώρου των ασθενών, καθώς και του προσανατολισμού και της επιφάνειας των παραθύρων. Διερευνώντας την ηλιακή γεωμετρία, διαπιστώθηκαν οι ετήσιες συνθήκες διείσδυσης του ηλιακού φωτός. Η επιτόπου μελέτη έγινε αφενός με την καταγραφή των παρατηρήσεων των ερευνητών, αφετέρου με σχετική φωτογραφική τεκμηρίωση. Το όνομα και η γωνία λήψης κάθε φωτογραφίας, σημειωνόταν σε ένα σκαρίφημα κάτοψης. Η αρχιτεκτονική ανάλυση των ΘΝ παρουσιάζεται στην αντίστοιχη ενότητα των αποτελεσμάτων.

Η διερεύνηση της αξιολόγησης των χρηστών έγινε με δομημένες συνεντεύξεις, για τις οποίες χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε, σταθμίστηκε και χρησιμοποιήθηκε εκτενώς σε χώρους εργασίας από τη Διεθνή Εταιρία Ενέργειας (International Energy Agency – IEA) (Hygge 1999). Η μετάφραση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά, όπως και η ικανή και αναγκαία προσαρμογή του σε χώρους νοσηλείας, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία του στοιχειοθετημένου σχεδιασμού και θέματα ενδιαφέροντος της ευρύτερης έρευνας, έγινε από τους συγγραφείς της εργασίας.

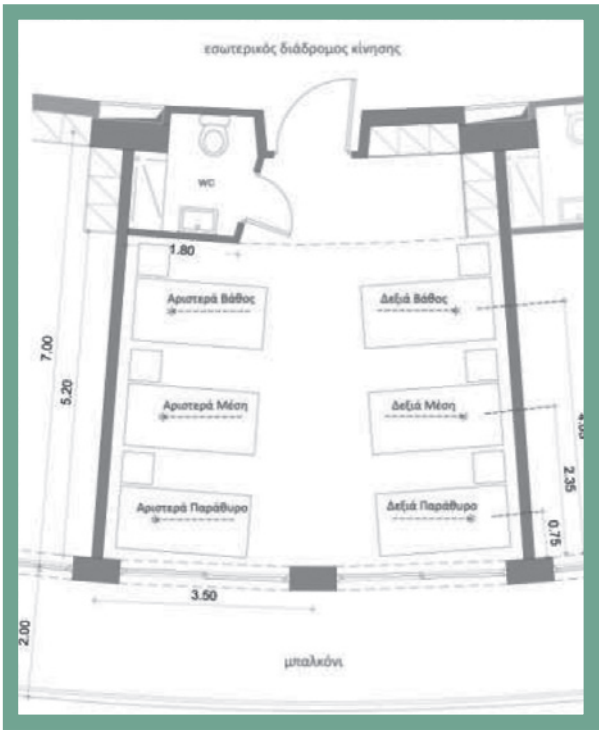
Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από τέσσερις ομάδες ερωτήσεων. Η πρώτη κατηγορία ήταν οι δημογραφικές ερωτήσεις. Οι ασθενείς ερωτούνταν για το χρονικό διάστημα νοσηλείας τους και οι συνοδοί για το χρόνο που διέμεναν στο θάλαμο νοσηλείας. Όλοι οι συμμετέχοντες ερωτούνταν για την ηλικιακή τους ομάδα και το φύλο. Η δεύτερη κατηγορία ήταν οι ερωτήσεις σχετικά με το αρχιτεκτονικό περιβάλλον των θαλάμων και συγκεκριμένα το μέγεθος του θαλάμου σε σχέση με τον αριθμό των κρεβατιών (χωρική πυκνότητα), το μέγεθος του παραθύρου, τα χρώματα του θαλάμου και της ποιότητα της σκίασης. Η τρίτη κατηγορία αφορούσε τις περιβαλλοντικές παραμέτρους του φωτισμού και του ηλιασμού. Οι ερωτώμενοι αξιολογούσαν το φυσικό φωτισμό και τον ηλιασμό, ενώ ρωτούνταν αν ενοχλούνται από το φυσικό φωτισμό. Η τέταρτη κατηγορία αφορούσε το παράθυρο και τη θέα.. Τόσο οι ασθενείς, όσο και οι συνοδοί, αξιολογούσαν το παράθυρο ως προς τα δυνητικά αρνητικά χαρακτηριστικά του (α.χ.π.) και τα θετικά χαρακτηριστικά του (θ.χ.π.). Επιπλέον, ρωτούνταν αν ενδιαφέρονται να δουν τη θέα έξω από το παράθυρο, όπως και την άνεση με την οποία βλέπουν τη θέα αυτή από τη θέση που βρίσκονται. Τέλος, αξι-

ολογούσαν τη θέα, ως ευχάριστη ή δυσάρεστη, φωτεινή ή μουντή, ενδιαφέρουσα ή αδιάφορη, απλή ή περίπλοκη και τέλος καθησυχαστική ή στρεσσογόνα. Οι ερωτήσεις κάθε κατηγορίας ήταν κατηγορικές τριών απαντήσεων ή διχοτόμες. Οι αρχιτεκτονικές και περιβαλλοντικές ερωτήσεις, ομαδοποιημένες ανά τύπο, ήτοι κατηγορικές και μεταβλητές, φαίνεται στον πίνακα 1, ενώ η ομαδοποίησή τους ανά θεματική κατηγορία, φαίνεται στον πίνακα 2. Σε κάθε ερωτηματολόγιο αναγραφόταν ένας αύξων αριθμός, ο οποίος σημειωνόταν σε σκαρίφημα της κάτοψης του ορόφου (εικ. 1) στον αντίστοιχο θάλαμο νοσηλείας.

Εικόνα 1:
Τυπική κάτοψη ορόφου με ένδειξη της ομαδοποίησης των θαλάμων νοσηλείας ανά προσανατολισμό



Εικόνα 2:
Τυπική κάτοψη εξάκλινου θαλάμου νοσηλείας



Επιπλέον, πάνω στο ερωτηματολόγιο υπήρχε και ένα μικρό σκαρίφημα της κάτοψης (εικ. 2), όπου οι ερευνητές σημείωναν τη θέση του ερωτώμενου (πλευρά θαλάμου και εγγύτητα στο παράθυρο).

Επειδή η έρευνα εστιάζει στο οπτικό περιβάλλον του ΘΝ, η λήψη επαρκών παρατηρήσεων σε όλες τις κρίσιμες περιόδους του έτους ήταν κρίσιμη. Στο πνεύμα της ελάχιστης δυνατής αναστάτωσης, όπως και για πρακτικούς λόγους, δεν ήταν εφικτή η συνεχής παρουσία στο νοσοκομείο. Έτσι, η συνολική διάρκεια της μελέτης ήταν από τον Ιούλιο του 2011 έως το Μάρτιο του 2014. Εφόσον εξετάζονται αρχιτεκτονικές μεταβλητές, που κατά τη διάρκεια των ετών αυτών παρέμειναν σταθερές και αμετάβλητες, η μεγάλη αυτή διάρκεια δεν κρίνεται προβληματική.

Θέματα ηθικής – δεοντολογίας

Η συλλογή δεδομένων για τη μελέτη ξεκίνησε μετά την έγκριση από το επιστημονικό και διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, ούτως ώστε να διασφαλισθεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί για τους σκοπούς της έρευνας, είτε από το νοσηλευτικό προσωπικό είτε από τους ερευνητές, ενώ ήταν ελεύθεροι να σταματήσουν τη συμμετοχή τους οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν. Σε κανένα στάδιο δεν ασκήθηκε πίεση για τη συμμετοχή.

Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία των δεδομένων της δημοσκόπησης έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20. Η αξιολόγηση ασθενών και συνοδών για τα χαρακτηριστικά του ΘΝ εκφράστηκε με συχνότητες. Η διερεύνηση των σημαντικών διαφορών έγινε με στατιστικούς ελέγχους ανεξαρτησίας x^2. Ως μέθοδος επιλέχθηκε η ακριβής (exact) και ως επίπεδο σημαντικότητας το $p < 0,05$, αν και στα αποτελέσματα σημειώνονται και τα επίπεδα $p < 0,01$ και $p < 0,001$. Οι δείκτες συνάφειας που χρησιμοποιούνται είναι οι Crammer's V και Phi.

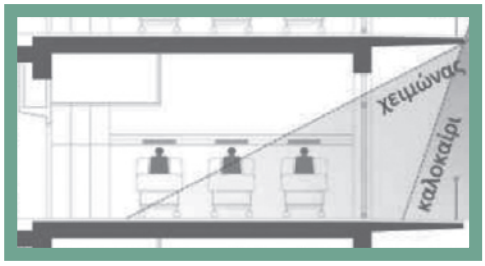
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Α. Αρχιτεκτονική τεκμηρίωση

Οι εξάκλινοι ΘΝ βρίσκονται στον δεύτερο, τρίτο και τέταρτο όροφο του κτιρίου (εικ. 1). Η επιφάνεια ενός εξάκλινου ΘΝ είναι 48,34 τ.μ., το οποίο αντιστοιχεί σε 8,05τ.μ./ασθενή (εικ. 2). Ο κυρίως χώρος του θαλάμου, που προκύπτει αφαιρώντας τον προθάλαμο και το λουτρό, είναι 33,10 τ.μ. Οι κλίνες διατάσσονται ανά τρεις κατά μήκος των πλαϊνών τοίχων, σε βάθος 5,20 μ., αφήνοντας περίπου 1,73μ για την κλίνη και το κομοδίνο. Η ωφέλιμη και αξιοποιήσιμη επιφάνεια ανά κλίνη είναι 5,6 τ.μ.

Ο κυρίαρχος νότιος προσανατολισμός των ΘΝ ση-

Εικόνα 3:
Τομή εξάκλινου θαλάμου νοσηλείας με ένδειξη της ηλιακής διείσδυσης το χειμώνα και το καλόκαίρι.



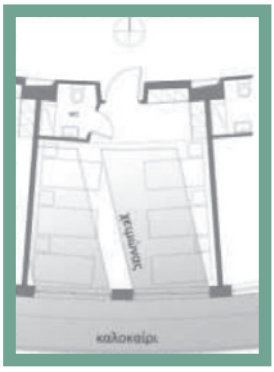
μαίνει πως ο χαμηλός χειμερινός ήλιος θα εισέρχεται βαθιά στο εσωτερικό των δωματίων, ενώ το καλοκαίρι θα εμποδίζεται από το υπερκείμενο μπαλκόνι (εικ. 3). Ο πρωινός ήλιος προσπίπτει στην αριστερή πλευρά, όπου είναι πιθανό να προκαλείται οπτική δυσφορία. Άλλωστε αυτή την ώρα ο ήλιος βρίσκεται σχετικά χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου (εικ. 4α). Το μεσημέρι ο ήλιος βρίσκεται στην ψηλότερη θέση του. Το χειμώνα, ακόμη και αυτό το ύψος είναι χαμηλό και το ηλιακό ίχνος δεν εμποδίζεται από το να διεισδύσει βαθιά μέσα στο χώρο, συνεισφέροντας στην παθητική θέρμανση του χώρου

Εικόνα 4:
Ηλιακή διείσδυση και ίχνος στις 9 π.μ. (α), 12 μ.μ. (β) and 3 μ.μ. (γ) στους νότιους θαλάμους νοσηλείας

(α)



(β)



(γ)



Εικόνα 5:
Περιβάλλον εξάκλινων θαλάμων νοσηλείας. Υποδεικνύονται τα χρώματα ανά όροφο. (α) Επίτευξη απομόνωσης στις θέσεις δίπλα στο παράθυρο. (β)Έλεγχος της σκίασης από τον ασθενή. (γ) περιορισμός οπτικής και ορίων της μεσαίας θέσης.

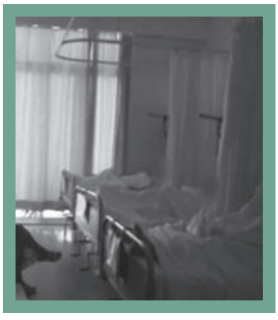
(α)



(β)



(γ)



αλλά αυξάνοντας ταυτόχρονα την πιθανότητα οπτικής δυσφορίας (εικ. 4β). Το καλοκαίρι, όταν το ηλιακό ύψος είναι μεγάλο, το μπαλκόνι δρα ως οριζόντιο σκίαστρο, προφυλάσσοντας σε μεγάλο βαθμό το κτίριο από υπερθέρμανση, αλλά περιορίζοντας ταυτόχρονα τα επίπεδα φωτισμού. Το απόγευμα ο ήλιος προσπίπτει στη δεξιά πλευρά, η οποία δέχεται το περισσότερο φως (εικ. 4γ).

Οι μπαλκονόπορτες έχουν εμβαδό 9,35 τ.μ. και δίνουν πρόσβαση σε μπαλκόνι πλάτους 2μ. που καταλαμβάνει το μήκος όλου του ορόφου. Η κίνηση κατά μήκος του μπαλκονιού είναι ελεύθερη, καθώς δεν υπάρχουν χωρίσματα μεταξύ των τμημάτων που αντιστοιχούν σε κάθε θάλαμο Τα κουφώματα είναι μεταλλικά με διπλούς καθαρούς υαλοπίνακες, ενώ η σκίαση υλοποιείται εσωτερικά με γαλάζια μη διαπερατή υφασμάτινη κουρτίνα στο δεύτερο όροφο και κίτρινη στον τρίτο και τον τέταρτο όροφο. Οι τοίχοι είναι χρώματος μπεζ και το δάπεδο γκρι – γαλάζιου χρώματος (εικ. 5).

Η θέα από τις μπαλκονόπορτες έχει αστικά και φυσικά στοιχεία. Το κυρίως θέμα της αποτελείται από το μπαλκόνι, τον κήπο του νοσοκομείου και τα γειτονικά κτίρια. Το φόντο της περιέχει οπτικές προς τον αστικό ιστό της Αθήνας, αλλά και φυσικά στοιχεία του λεκανοπεδίου, ήτοι την Πεντέλη και τον Υμηττό, όπως και σημαντικό μέρος του αττικού ουρανού.

Θέση ενδιαφέροντος

Η θέση δίπλα στο παράθυρο είναι σταθερή, αφού καθορίζεται από τους τοίχους στην εσοχή των οποίων χωροθετείται. Μπορεί να απομονωθεί οπτικά από τον υπόλοιπο θάλαμο τραβώντας το ενδιάμεσο παραπέτασμα, χωρίς ωστόσο να μπορεί να επιτευχθεί αντίστοιχη απομόνωση και από το μπαλκόνι (εικόνες 5α). Έχει πρόσβαση στην θέα, σύνδεση με το μπαλκόνι ενώ είναι η μόνη θέση στην οποία ο ασθενής μπορεί να ελέγξει ως ένα βαθμό την κουρτίνα χωρίς βοήθεια (εικ. 5β).

Η θέση στο βάθος του ΘΝ είναι και αυτή σταθερή και έχει εποπτεία του ΘΝ και της θέας. Φυσικά, οι υπόλοιποι νοσηλευόμενοι, οι επισκέπτες τους, τα έπιπλα του ΘΝ αλλά και ενδεχομένως τα τραβηγμένα εσωτερικά υφασμάτινα παραπετάσματα ίσως δημιουργούν εμπόδια στην οπτική από το κρεβάτι αυτό (εικ. 5γ). Μπορεί να απομονωθεί οπτικά αποτελεσματικά, τραβώντας το υφασμάτινο παραπέτασμα.

Η μεσαία θέση δεν έχει κάποιο σταθερό όριο. Έτσι, είναι εύκολο να περιοριστεί χωρικά από τη μετακίνηση των εκατέρωθεν επίπλων (κομοδίνα ή και κλίνες). Η θέση αυτή παρουσιάζει δυσκολίες σε θέματα οπτικής, καθώς αν τραβηχτούν και τα δύο εκατέρωθεν παραπετάσματα εμποδίζεται εντελώς η θέα και η οπτική φυγή προς κάποιον αντιπερισπασμό (εικ. 5γ), κάτι που μπορεί να υποθάλψει δυσφορία.

Β. Αξιολόγηση χρηστών

Συνολικά 296 άτομα έλαβαν μέρος στη μελέτη, 54,1% (n=160) ασθενείς και 45,9% (n=136) συνοδοί. Όσον αφορά το συνολικό δείγμα, το 15,9% (n=47) αποτέλεσαν άτομα ≤ 30 ετών και ίσο ποσοστό 30–39 ετών, το 21,6% (n=64) μεταξύ 40-49 ετών, το 18,6% (n=55) μεταξύ 50-59 ετών και το 28% (n=83) ≥ 60 ετών, ενώ 55,4% (n=164) ήταν άνδρες και το 44,6% (n=132) ήταν γυναίκες. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνω των 60 ετών (f=36,9%, n=59) και η πλειονότητά τους ήταν άνδρες (f=69,4%, n=111). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (45%, n=72) νοσηλεύονταν περισσότερες από 5 ημέρες, Από τους υπόλοιπους, 25% (n=40) βρισκόντουσαν στο θάλαμο 3-4 ημέρες, 12,5% (n=20) 2-3 ημέρες, 15% 1-2 ημέρες (n=24) και το υπόλοιπο 2,5% (n=4) βρισκόντουσαν στο νοσοκομείο λιγότερο από μία ημέρα. Οι περισσότεροι συνοδοί ήταν μεταξύ 40-49 ετών (27,2%, n=37) και η πλειονότητά τους ήταν γυναίκες (f=61%, n=53). Οι περισσότεροι συνοδοί πέρναγαν στο νοσοκομείο περισσότερες από 8 ώρες την ημέρα (41,9%, n=57), 35,3% (n=48) έμεναν 4-8 ώρες, 13,2% (n=18) για 2-4 ώρες, 6,6% (n=9) για 1-2 ώρες και το υπόλοιπο 2,9% (n=4) έμεναν για λιγότερο από μία ώρα την ημέρα.

Με γνώμονα την εγγύτητα στο παράθυρο, το 36,6% (n=58) των ασθενών βρισκόταν δίπλα του, το 28,1% (n= 45) στη μέση και το 35,6% (n= 57) στο βάθος του ΘΝ. Αντίστοιχα, από τους συνοδούς που συμμετείχαν, το 34,6% (n=47) βρισκόντουσαν δίπλα στο παράθυρο, το 25,7% (n=35) στη μέση και το 39,7% (n=54) στο βάθος του ΘΝ.

Το πρώτο στάδιο της μελέτης, η καταγραφή της αξιολόγησης των χρηστών για τα αρχιτεκτονικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά των ΘΝ, παρουσιάζεται ανά ομάδα ενδιαφέροντος (ασθενείς και συνοδοί) στον πίνακα 1. Η μελέτη των ερευνητικών ερωτήσεων απεικονίζεται στον πίνακα 2.

Ομάδες ενδιαφέροντος

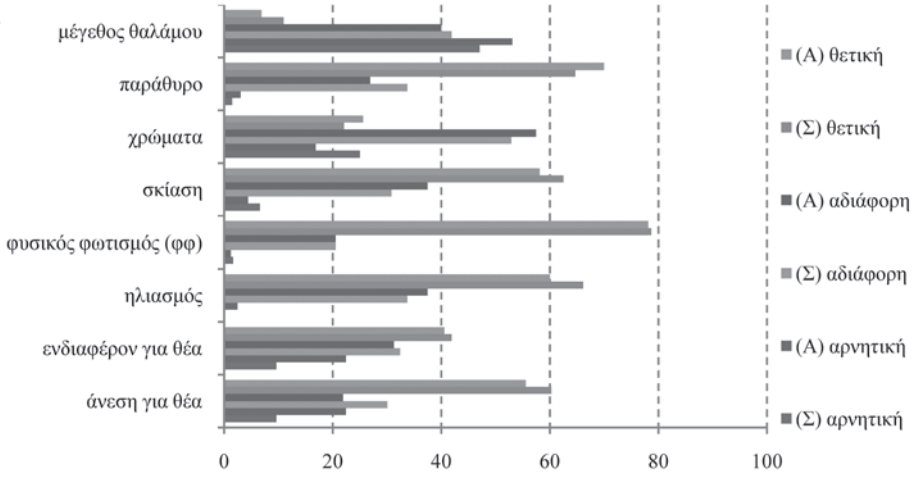
Γενικά, ο ΘΝ δεν αξιολογήθηκε διαφορετικά από τους ασθενείς και τους συνοδούς. Μοναδική εξαίρεση αποτέλεσε η άνεση της θέας έξω από το παράθυρο, καθώς οι ασθενείς ανέφεραν, πολύ συχνότερα από τους συνοδούς, ότι δεν είχαν απρόσκοπτη οπτική επαφή με τον εξωτερικό χώρο, (x^2=9,674, p < 0,01, ΦCramer=0,181 (πίνακας 2).

Εγγύτητα στο παράθυρο

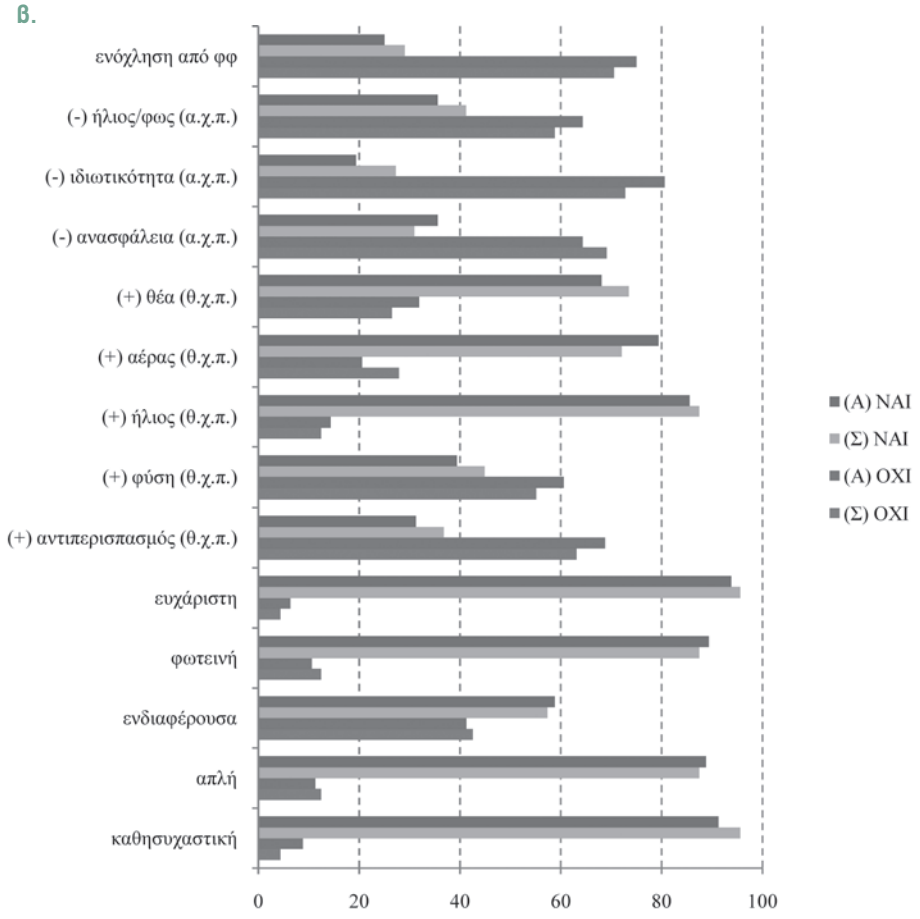
Η εγγύτητα στο παράθυρο επηρέαζε σημαντικά την άνεση της θέας έξω από αυτό, τόσο των ασθενών (x^2 = 30,009, p < 0,001, ΦCramer = 0,316), όσο και των συνοδών (x^2 = 32,114, p < 0,001, ΦCramer = 0,34). Όσον αφορά τους ασθενείς, το 54,05% (n= 160) ανέφεραν συχνότερα πως έβλεπαν άνετα από το παράθυρο όταν βρισκόντουσαν δίπλα σε αυτό (72,4%, n=42) απ' ό, τι στη μέση (46,7%, n= 21) ή στο βάθος (45,6%, n=26) του ΘΝ. Όσο δε μεγάλωνε η απόσταση από το παράθυρο, τόσο αυξανόταν

Πίνακας 1:
Συγκριτική αξιολόγηση του περιβάλλοντος των εξάκλινων θαλάμων νοσηλείας, ανά κατηγορικές (α) και δίτιμες (β) μεταβλητές. Παρουσιάζονται οι αποκρίσεις ασθενών και συνοδών σε συχνότητες f%. Όπου «α.χ.π» : αρνητικό χαρακτηριστικό παραθύρου και όπου «θ.χ.π.» : θετικό χαρακτηριστικό παραθύρου.

α.

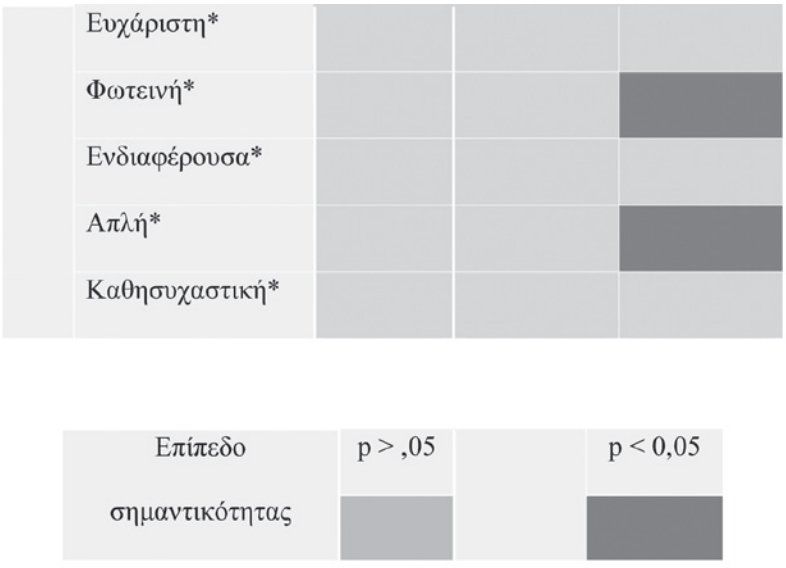


β.



Πίνακας 2:
Αποτελέσματα ακριβούς ελέγχου ανεξαρτησίας x^2 της αξιολόγησης των αρχιτεκτονικών και περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών από την ομάδα ενδιαφέροντος και την απόσταση του ερωτώμενου από το παράθυρο. Οι δικοτόμες μεταβλητές σημειώνονται με αστερίσκο (*).

		ΟΜΑΔΑ	ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΠΑΡΑΘΥΡΟ	
			ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΔΟΙ
Αρχιτεκτονικά	Μέγεθος θαλάμου			
	Μέγεθος παραθύρου			
	Χρώματα			
	Σκίαση			
φωτισμός	εντύπωση ΦΦ			
	Ενόχληση από ΦΦ*			
	Ηλιασμός			
Παράθυρο	Μπαίνει πολύς ήλιος/φως*			
	Μειώνει την ιδιωτικότητα*			
	Νιώθω ανασφάλεια*			
	Βλέπω ωραία θέα*			
	Μπαίνει ευχάριστος ήλιος*			
	Με συνδέει με τη φύση*			
	Θετικός			



η πιθανότητα να εμποδίζονται εντελώς, όπως αναφέρει το 6,9% (n=4) των ασθενών που νοσηλευόταν δίπλα στο παράθυρο, το 15,6% (n=7) αυτών που βρισκόταν στη μέση και το 43,9% (n= 25) αυτών που βρισκόταν στο βάθος του ΘΝ. Οι ασθενείς που δυσκολεύονταν μεν, αλλά τόσο ώστε να αισθάνονται πως με μικρή προσπάθεια μπορούσαν να το αντιμετωπίσουν («σχετική» άνεση) ήταν περισσότεροι στη μέση του ΘΝ (37,8%, n=17) από εκείνους που βρισκόντουσαν εκατέρωθεν (20,7%, n=12 δίπλα στο παράθυρο και 10,5%, n=6 στο βάθος του θαλάμου). Παρατηρείται επίσης πως δίπλα στο παράθυρο οι ασθενείς βίωναν δύο φορές συχνότερα «σχετική» δυσκολία, συγκριτικά με το βάθος του ΘΝ. Οι συνοδοί ανέφεραν, αντίστοιχα, ότι βλέπουν άνετα έξω από το παράθυρο όταν βρισκόντουσαν δίπλα σε αυτό (87,2%, n=41), συγκριτικά με τη μέση του ΘΝ (40%, n=14), ενώ στο βάθος του ΘΝ η πιθανότητα να βλέπει ένας συνοδός άνετα έξω ήταν 50%. Κανένας συνοδός δίπλα στο παράθυρο δεν θεώρησε πως εμποδίζεται πλήρως να δει έξω. Ωστόσο, στο βάθος του θαλάμου η πιθανότητα αυτή ήταν πολλαπλάσια (20,4%, n=11), συγκριτικά με τη μέση (5,7%, n=2). Τέλος, «σχετική» δυσκολία αναφερόταν συνήθως από τους συνοδούς που βρισκόταν στη μέση (54,3%, n= 19), μετά στο βάθος του ΘΝ (29,6%, n= 16) και τέλος δίπλα στο παράθυρο (12,8%, n=6).

Η εγγύτητα στο παράθυρο βρέθηκε πως επηρέαζε και τις δύο ομάδες ενδιαφέροντος στην εκτίμηση της ενόχλησης από το φυσικό φωτισμό. Για τους ασθενείς, προέκυψε πως όσο μικρότερη ήταν η απόσταση τους από το παράθυρο, τόσο μεγάλωνε η πιθανότητα να βιώνουν ενόχληση (x^2= 6,503, p < 0,05, ΦCramer= 0,20), αφού από εκείνους που απάντησαν θετικά, το 34,5% (n=20) βρισκόντουσαν δίπλα στο παράθυρο, το 26,7% (n=12) στη μέση και το 14% (n=8) στο βάθος του ΘΝ. Οι συνοδοί δίπλα στο παράθυρο ενοχλούνταν από το φως (44,7%, n=21) τρεις φορές συχνότερα από αυτούς στη μέση του ΘΝ (14,3%, n=5) και μιάμιση φορά συχνότερα από αυτούς στο βάθος (25,9%, n=14) (x^2=9,451, p < 0,01, ΦCramer=0,26).

Η απόσταση από το παράθυρο επηρέαζε μόνο τους ασθενείς (54,1%, n=160) στην εντύπωση του μεγέθους του παραθύρου (x^2 =14,257, p<0,01, ΦCramer=-0,21). Δίπλα στο παράθυρο και στο βάθος του ΘΝ, οι ασθενείς έκριναν συχνότερα το παράθυρο θετικά (75,9%, n=44 και 71,9%, n=41 αντίστοιχα), σε σχέση με τη μέση του ΘΝ (60%, n=27), όπου η πιθανότητα αδιάφορης αξιολόγησης (40%, n=18) ήταν διπλάσια συγκριτικά με τη θέση δίπλα στο παράθυρο (24,1%, n=14) και το βάθος του ΘΝ (19,3%, n=11). Στο βάθος του ΘΝ υπήρχε μία μικρή πιθανότητα να κρίνουν οι ασθενείς το παράθυρο ως «μικρό» (8,8%, n=5), ενώ στις πλησιέστερες στο παράθυρο θέσεις αυτή ήταν μηδενική.

Οι συνοδοί επηρεάζονταν μεμονωμένα από την απόσταση που είχαν από το παράθυρο σε τρεις επιπλέον περιπτώσεις. Πρώτον, στην αξιολόγηση της θέας ως «φωτεινή» ή «μουντή» (45,9%, n= 136) (x^2 =9,598, p<0,01, Φ=0,26), καθώς όσο μεγάλωνε η απόσταση από το παράθυρο, τόσο αυξανόταν η πιθανότητα να χαρακτηριστεί η θέα θετικά (78,7%, n=37) δίπλα στο παράθυρο, 82,9% (n=29) στη μέση και 98,1% (n=53) στο βάθος του ΘΝ. Δεύτερον, στην εκτίμηση τους αν το παράθυρο προσφέρει θετικούς αντιπερισπασμούς (45,9%, n=136) (x2 =7,844, p<0,05, Φ=0,24). Δίπλα στο παράθυρο και στο βάθος του ΘΝ, η πιθανότητα να θεωρήσουν πως αποσπάται ευχάριστα η προσοχή τους ήταν σημαντικά μεγαλύτερη (42,6%, n=20 και 44,4%, n=24) από τη μέση του ΘΝ (17,1%, n=6). Τέλος, οι συνοδοί βρέθηκε να επηρεάζονται στην κατάταξη της θέας ως «απλή» ή «περίπλοκη», (45,9%, n=136),

(x^2 =7,863, p<0,05, Φ=0,24). Αν και οι περισσότεροι τη θεώρησαν «απλή» (87,5%, n=119), η εκτίμηση αυτή ήταν συχνότερη στη μέση του ΘΝ (94,3%, n=33) και το βάθος (92,6%, n=50) συγκριτικά με τη θέση δίπλα στο παράθυρο (f = 76,6%).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της καταγραφής της αξιολόγησης ασθενών και συνοδών των εξάκλινων ορθοπεδικών ΘΝ. Από αυτόν προκύπτει πως οι μισοί σχεδόν ερωτώμενοι έκριναν τους ΘΝ μικρούς, με μεγάλα παράθυρα, ουδέτερα χρώματα και καλή σκίαση.

Όσον αφορά στη χωρική πυκνότητα, κρίνεται μεγάλη, αφού τα 1,73 μέτρα ως συνολικό πλάτος για μία κλίνη, πλάτους 1 μ. και μήκους 2μ. και ένα κομοδίνο πλάτους και μήκους περίπου 0,5 μ., είναι οριακή. Επιπλέον, η ωφέλιμη επιφάνεια ανά κλίνη υπολογίστηκε στα 5,6 τ.μ. Η επιφάνεια που καταλαμβάνουν η κλίνη και το κομοδίνο είναι 5,25 τ.μ. Στον χώρο που απομένει, θα ήταν ιδανικό να μπορούν να χωροθετηθούν αφενός μία καρέκλα για τους επισκέπτες ή τους συνοδούς, αφετέρου βοηθήματα για την κινητοποίηση του ασθενούς, όπως μία καρέκλα, ή ένας περιπατητήρας. Ωστόσο, η χωροθέτηση των παραπάνω με εργονομικό και λειτουργικό τρόπο, όπως και η πρόβλεψη για ικανό και αναγκαίο ελεύθερο χώρο, δεν κρίνεται εφικτή σε 3,3 τ.μ.

Η πλειονότητα και των δύο ομάδων ενδιαφέροντος χαρακτήρισε τις μπαλκονόπορτες θετικά. Πράγματι, η επιφάνεια που καταλαμβάνουν αντιστοιχεί σχεδόν στο 80% της πρόσοψης. Πέραν της διευκόλυνσης πρόσβασης στη θέα, η μεγάλη αυτή αναλογία παραθύρου – πρόσοψης συνεισφέρει στη μέγιστη δυνατή ηλιακή διείσδυση (ASHRAE 2012), συνθήκη που έχει συνδεθεί με ενίσχυση της ανάκαμψης των ορθοπεδικών τραυμάτων (Holick 2004, Walch 2004). Από την άλλη, εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, το δυνατό ηλιακό φως μπορεί να προκαλέσει δυσφορία (Rea 2000, ASHRAE 2012), μειώνοντας ταυτόχρονα και τη θεραπευτική αξία της θέας.

Ως σκίαση, οι κουρτίνες αξιολογήθηκαν πρώτα θετικά και μετά ουδέτερα. Η κουρτίνα είναι από τα πιο δημοφιλή μέσα σκίασης στην Ελλάδα. Επομένως, μία κουρτίνα που σκιάζει επαρκώς ολόκληρο το παράθυρο πληροί τις προσδοκίες και είναι αναμενόμενο να αξιολογηθεί θετικά. Ωστόσο, η κουρτίνα αποκλείει μερικώς ή ολικώς τη θέα, αφού είναι αδιαφανής. Πέραν του ότι έτσι οι ασθενείς στερούνται τα ευεργετικά οφέλη της θέας, η απόχρωσή της κουρτίνας επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση των χρωμάτων του δωματίου.

Ο φωτισμός και ο ηλιασμός των ΘΝ κρίθηκε συνολικά θετικά, υποδεικνύοντας πως η αρχιτεκτονική αρχή του να ακολουθεί η μορφή του κτιρίου την πορεία του ήλιου (Sklavou & Tzouvadakis, 2015) ήταν πετυχημένη. Άλλωστε, όταν οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αργότερα αν θεωρούν πως από το παράθυρο μπαίνει υπερβολικό ηλιακό φως απάντησαν κατά την πλειονότητά τους αρνητικά, ενώ στην ερώτηση αν από το παράθυρο εισέρχεται ευχάριστα ο ήλιος, οι περισσότεροι απάντησαν καταφατικά. Η υποκειμενική αυτή αξιολόγηση αντικρούει τα ευρήματα της αρχιτεκτονικής τεκμηρίωσης, και συγκεκριμένα την ύπαρξη συνθηκών που θα ευνοούσαν την οπτική δυσφορία, ειδικά κατά τους χειμερινούς μήνες. Αυτή η διαφοροποίηση υποδεικνύει τη σχετικότητα της υποκειμενικής αξιολόγησης (Meir et al 2009). Από την άλλη, το ποσοστό που δήλωσε ενόχληση και πως από το παράθυρο πράγματι εισέρχεται πολύς ήλιος καλεί για περεταίρω μελέτη του φυσικού φωτισμού, καθώς ίσως η αντίθεση της λαμπρότητας μεταξύ του συνολικά φωτεινού εξωτερικού περιβάλλοντος και του εσωτερικού του ΘΝ προκαλεί δυσφορία (Rea 2000).

Το παράθυρο δεν εκτιμήθηκε ότι περιορίζει την ιδιωτικότητα (privacy) των νοσηλευόμενων, ούτε ότι προκαλεί ανασφάλεια. Η ανεμπόδιστη και ανεξέλεγκτη κίνηση κατά μήκος του μπαλκονιού που διαπιστώθηκε στην αρχιτεκτονική τεκμηρίωση, θα υποδείκνυε το αντίθετο. Η αντίθεση αυτή θα μπορούσε να αιτιολογηθεί από την ευχάριστη προδιάθεση και ανοχή σε διαφορετικά αρνητικές συνθήκες με τις οποίες έχουν συνδεθεί τόσο η θέα, όσο και ο ήλιος (Ulrich 1984, Lambert et al 2002). Ωστόσο, η πλειονότητα των ασθενών δεν θεώρησε πως το παράθυρο τους συνδέει με τη φύση, ούτε πως αποσπάει την προσοχή τους από την κατάστασή τους, το οποίο θα μπορούσε να ερμηνευθεί με το σκεπτικό πως τα φυσικά στοιχεία της θέας είναι περιορισμένα και κατ' επέκταση ο εν γένει χαρακτήρας της δεν εμπνέει θετικό αντιπερισπασμό (Ulrich et al 2008). Άλλωστε δύο σε κάθε πέντε ερωτώμενους βρήκαν τη θέα «αδιάφορη». Όμως, η συγκεκριμένη θέα είναι καλή (Littlefair 1996), Με αυτό συνάδει το ότι η θέα κρίθηκε σχεδόν από το σύνολο των ερωτηθέντων ως «ευχάριστη», «φωτεινή», «απλή» και «καθησυχαστική».

Ένα ενδιαφέρον εύρημα που κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθεί περαιτέρω είναι το ενδιαφέρον και η άνεση της θέας από το παράθυρο. Ενώ το μέγεθος του παραθύρου και η ποικιλία του εξωτερικού περιβάλλοντος κρίθηκαν κατά την αρχιτεκτονική τεκμηρίωση ότι θα ενισχύουν το ενδιαφέρον της θέας, η πλειονότητα των ερωτηθέντων είχε σχετικό ή καθόλου ενδιαφέρον. Αυτό θα μπορούσε να αιτιολογηθεί από τα εμπόδια προς τη θέα. Πράγματι, αν και η πλειονότητα εκτίμησε πως βλέπει άνετα έξω, ήταν μεγάλο το ποσοστό εκείνων που αντιμετώπιζαν σχετική δυσκολία ή εμποδίζονταν εντελώς. Συνδυαστικά με την προσωπική διάθεση, αυτό ίσως δρα ανασταλτικά στο ενδιαφέρον να ανταποκριθεί κάποιος στη θέα έξω από το παράθυρο.

Συγκριτικά, οι δύο ομάδες ενδιαφέροντος δεν αξιολόγησαν διαφορετικά τους ΘΝ (βλ. πίνακα 2). Αυτό ενισχύει

την επιχειρηματολογία πως και οι συνοδοί βιώνουν σημαντικό stress (Zimring et al 1987), υποδεικνύοντας πως τελικά ασθενείς και συνοδοί ανταποκρίνονται με όμοιο τρόπο στο περιβάλλον νοσηλείας και δε βιώνουν τόσο διαφορετικά το χώρο αυτό. Πράγματι, η πλειονότητα των συνοδών (77,2%) έμενε στο θάλαμο πάνω από τέσσερις ώρες την μέρα, ενώ ήταν αρκετοί και εκείνοι που έμεναν περισσότερες από οκτώ ώρες την ημέρα. Τέτοιες ιδιαιτερότητες ενισχύουν την ανάγκη προσαρμογής της μελέτης και τη διαχείριση των αποτελεσμάτων της κατά περίπτωση (Botma & Hoekstra 2006, Huijsman 2006).

Η μόνη περίπτωση που εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στην αξιολόγηση της άνεσης με την οποία βλέπουν έξω από το παράθυρο. Το εύρημα αυτό ερμηνεύεται από τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων. Οι συνοδοί, μπορούν να προσαρμόσουν σε σημαντικό βαθμό τη θέση τους, ούτως ώστε να βλέπουν άνετα έξω. Οι ασθενείς, όντας περιορισμένοι και με ελάχιστο έλεγχο του περιβάλλοντός τους, σπάνια μπορούν να προσαρμόσουν τη στάση σώματός τους και αυτό μόνο αν έχουν κάποιο βαθμό κινητικότητας. Ειδικά όσον αφορά όσους δεν βρίσκονται δίπλα στο παράθυρο, η οπτική τους περιλαμβάνει έπιπλα και ανθρώπους που παρεμβάλλονται μεταξύ εκείνων και της θέας. Τα στοιχεία αυτά είναι πιθανό να αποτελέσουν οπτικά εμπόδια. Δεδομένης της θεραπευτικής ποιότητας που έχει η θέα για την πορεία ανάκαμψης και εν γένει υγεία των ασθενών και της ανασταλτικής δράσης που έχει η στέρησή της (Ulrich et al 2008), κρίνεται σκόπιμη η περεταίρω διερεύνηση της διάστασης αυτής.

Όσον αφορά στη δυνητική επίδραση της εγγύτητας στο παράθυρο στην αξιολόγηση του περιβάλλοντος του θαλάμου, η μελέτη επιβεβαίωσε την λογική υπόθεση της αρχιτεκτονικής τεκμηρίωσης, πως η απόσταση από το παράθυρο θα επηρέαζε την άνεση της θέας προς τα έξω (βλ. πίνακα 2). Γενικά προέκυψε πως όσο μεγάλωνε η απόσταση από το παράθυρο, τόσο μεγάλωνε και η δυσκολία θέας προς τα έξω. Οι ασθενείς δε στη μέση του ΘΝ αντιμετώπιζαν μερική δυσκολία συχνότερα από το βάθος του ΘΝ, ενισχύοντας τη θεώρηση της μεσαίας θέσης ως αρνητικά φορτισμένη. Αυτό επιβεβαιώνεται από το ότι οι συνοδοί ανέφεραν πλήρη άνεση συχνότερα στο βάθος απ' ό, τι στη μέση του ΘΝ.

Η συσχέτιση μεταξύ της απόστασης από το παράθυρο και της ενόχλησης από το φυσικό φωτισμό (βλ. πίνακα 2) ήταν αναμενόμενη, αφού το φως στην περιοχή κοντά στο παράθυρο είναι εντονότερο από το βάθος του θαλάμου. Αυτό εξηγεί το ότι όσο πιο κοντά βρίσκονταν στο παράθυρο οι ασθενείς, τόσο συχνότερα έκριναν πως βιώνουν δυσφορία. Άλλωστε υπήρξε σχετική τεκμηρίωση από την αρχιτεκτονική μελέτη όπου υπέδειξε πιθανές συνθήκες δημιουργίας δυσφορίας, οι οποίες εντείνονται από την περιορισμένη κινητικότητα και προσαρμοστικότητα των ασθενών. Οι συνοδοί όμως στο βάθος του ΘΝ, ανέφεραν ενόχληση συχνότερα απ' ό, τι στη μέση. Πιθανώς το κυρίως θέμα της οπτικής από τη βαθύτερη θέση, ήτοι το εσωτερικό του ΘΝ, να γίνεται αντιληπτό ως πιο σκοτεινό σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον και η αντίθεση αυτή να προκαλεί ενόχληση (Rea 2000). Διαφορετικά, θα ήταν εύλογη υπόθεση πως η μεγάλη απόσταση από το παράθυρο και η περιορισμένη πρόσβαση στη θέα μειώνει την ανοχή των συνοδών στην όποια ενόχληση, οπότε σημειώνονται οι σχετικές αναφορές, το οποίο συνάδει με τις γενικές ενδείξεις της βιβλιογραφίας (Veitch 2005). Σε κάθε περίπτωση, αξίζει να διερευνηθεί η διαφοροποίηση μεταξύ συνοδών και ασθενών, ακόμη και αν η ανάλυση ανά ομάδα ενδιαφέροντος εδώ δεν εντόπισε στατιστικά σημαντική σχέση.

Η συσχέτιση μεταξύ εγγύτητας στο παράθυρο και συχνότερης θετικής εκτίμησης του μεγέθους του, που διαπιστώθηκε για τους ασθενείς, συνάδει με τις ενδείξεις της βιβλιογραφίας (Vischer 1996, Aries 2010). Ωστόσο, η μεσαία θέση σχετίστηκε με διπλάσια πιθανότητα ουδέτερης αξιολόγησης. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί από τα δυσμενή χαρακτηριστικά της θέσης αυτής, καθώς ο ασθενής που δεν μπορεί να οριοθετήσει τον προσωπικό του χώρο ενδεχομένως αποτραβιέται και γίνεται παθητικός (Schumaker 1989), κάτι που ίσως επηρεάσει την εν γένει εντύπωση του περιβάλλοντός του.

Οι συνοδοί βρέθηκε να επηρεάζονται από τη θέση τους στο θάλαμο στην αξιολόγηση τριών επιπλέον παραμέτρων. Πρώτον, στην αντίληψη της θέας ως «φωτεινή» ή «μουντή». Όσο πιο κοντά βρισκόταν ο συνοδός στο παράθυρο, τόσο αυξανόταν η πιθανότητα να εκτιμήσει πως η θέα είναι «φωτεινή», υποδεικνύοντας θετικότερη διάθεση σε κοντινότερη απόσταση από το παράθυρο, το οποίο γενικά συνάδει με τη βιβλιογραφία (Vischer 1996, Veitch 2005, Aries, 2010). Δεύτερον στην εκτίμηση της δυνητικής προσφοράς θετικών αντιπερισπασμών από το παράθυρο (βλ. πίνακα 2), καθώς στην ενδιάμεση μέση του ΘΝ ήταν πολύ λιγότερο πιθανό να είναι θετικοί, συγκριτικά με τις υπόλοιπες δύο θέσεις. Αυτό συνάδει με την άποψη πως η μεσαία θέση στο θάλαμο είναι η λιγότερο προνομιακή από τις τρεις και ίσως προκαλεί μία γενικά αρνητική προδιάθεση του χρήστη, υποδεικνύοντας όμως παράλληλα πως η χωρική οριοθέτηση του προσωπικού χώρου είναι σημαντική και για τους συνοδούς. Τέλος, στον χαρακτηρισμό της θέας ως «απλή» ή «περίπλοκη», κοντά στο παράθυρο οι συνοδοί έτειναν να βρίσκουν συχνότερα τη θέα «περίπλοκη». Σε εκείνη τη θέση, η θέα του εξωτερικού περιβάλλοντος απλώνεται σε όλη της τη λεπτομέρεια, που συμπεριλαμβάνει κτίρια διαφορετικής μορφολογίας και ογκοπλασίας, κάτι που ίσως καθιστά τη θέα δύσκολη στην αποκωδικοποίησή της. Αντίθετα, η οπτική από μεγαλύτερο βάθος ίσως είναι πιο απλοποιημένη στις βασικές ομάδες, ήτοι κυρίως θέμα και φόντο.

Το ότι οι ασθενείς δεν επηρεάζονταν καθόλου στην αξιολόγηση της θέας από την εγγύτητά τους στο παράθυρο, είναι ίσως ένδειξη πως απολαμβάνουν την ευεργετική της δράση από κάθε θέση στο θάλαμο.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, υπάρχουν ενδείξεις πως, σε διεθνές επίπεδο, η αρχιτεκτονική έρευνα των νοσοκομείων δεν είχε την ίδια εξέλιξη με άλλους τύπους κτιρίων (Choi et al 2002), ενώ η επίδραση του δομημένου περιβάλλοντος διερευνάται κυρίως από την περιβαλλοντική ψυχολογία και όχι τόσο από άλλους κλάδους (Griffin 1992). Επιπλέον, πέραν μεμονωμένων αξιόλογων εξαιρέσεων, στην Ελλάδα παρατηρείται εν γένει απουσία αρχιτεκτονικής εκπαίδευσης και έρευνας γύρω από τα νοσοκομεία, τόσο σε ακαδημαϊκό, όσο και επαγγελματικό επίπεδο (Sklavou & Tzouvadakis, 2015). Επομένως, οι αρχιτεκτονικές έρευνες σχετικά με το περιβάλλον νοσηλείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν εξ' αρχής σοβαρούς περιορισμούς. Στην παρούσα εργασία, ελλείψει συνολικά ικανού και αναγκαίου ερευνητικού έργου, οι αμιγώς αρχιτεκτονικές έρευνες του νοσηλευτικού περιβάλλοντος στο βιβλιογραφικό υπόβαθρο της μελέτης, ήταν περιορισμένες. Επιπλέον, λόγω απουσίας έγκυρων, επιστημονικά τεκμηριωμένων αρχιτεκτονικών μεθοδολογικών εργαλείων, η έρευνα της ανταπόκρισης των χρηστών βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο για χώρους εργασίας (Hygge 1999), το οποίο προσάρμοσε, με μικρές αλλαγές, στις συγκεκριμένες ανάγκες.

Ένας δεύτερος περιορισμός αφορά στον αποκλεισμό του προσωπικού από τις ομάδες ενδιαφέροντος στην παρούσα μελέτη. Αυτό συνέβη γιατί το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στις δομημένες συνεντεύξεις και αντιστοιχούσε στις κλινικές που εστίασε η έρευνα, ήταν λιγότερο του επιτρεπτού για τους ελέγχους x^2 ($n<50$). Αναγνωρίζεται ωστόσο πως η μελέτη της ανταπόκρισης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι κρίσιμη για την ορθή εικόνα της υφιστάμενης κατάστασης των ΘΝ, όπως και τη συνολική αξιολόγησή της.

Τέλος, ο τρόπος συλλογής των δεδομένων θέτει έναν προβληματισμό ως προς τον αυθορμητισμό και την ειλικρίνεια των συμμετεχόντων, αφού οι απαντήσεις ενός ήταν πιθανό να επηρεάσουν ή να προδιαθέσουν τους υπόλοιπους. Ωστόσο, η έλλειψη ιδιωτικότητας είναι ένα ενυπάρχον χαρακτηριστικό των πολύκλινων ΘΝ (Ulrich 2008), ενώ άλλες μορφές συνέντευξης, όπως η απλή διανομή ερωτηματολογίων, δεν θα είχαν τον ίδιο βαθμό συμμετοχής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν πως το κεντρικό κτίριο νοσηλείας του νοσοκομείου που συμπεριλήφθηκε σε αυτή σχεδιάστηκε σκόπιμα με τρόπο που θα μεγιστοποιούσε την ηλιακή διείσδυση στο εσωτερικό των θαλάμων νοσηλείας (Sklavou and Tzouvadakis, 2015). Η ευεργετική επίδραση του ηλιακού φωτός, και της θέας, τεκμηριώθηκαν τόσο κατά την αρχιτεκτονική έρευνα, όσο και την εν γένει θετική αξιολόγηση των χρηστών. Μάλιστα, ενώ εντοπίστηκαν συνθήκες που δημιουργούν οπτική δυσφορία σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, τα ευρήματα της αξιολόγησης των χρηστών δεν συμφώνησαν, υποδεικνύοντας πως η υποκειμενική εκτίμηση μπορεί να απέχει αρκετά από το αναμενόμενο (Meir et al 2009). Ωστόσο, η θετική ανταπόκριση των χρηστών μπορεί είναι ανοχή δυσμενών συνθηκών, προκειμένου να απολαύσει κανείς τις ευεργετικές ιδιότητες της θέας και του ήλιου (Aries 2010). Η παρούσα μελέτη δε διερεύνησε το διαχωρισμό αυτό και επόμενες μελέτες θα ήταν σκόπιμο να τον διερευνήσουν. Πέραν αυτού όμως, η αρχιτεκτονική τεκμηρίωση υπέδειξε πως σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους θα δημιουργούνταν αντικειμενικά τεκμηριωμένα δυσμενείς περιβαλλοντικές συνθήκες (Rea 2000, ASHRAE 2012). Είναι κρίσιμη η μελέτη βελτίωσης της διαχείρισης του ηλιακού φωτός. Θα άξιζε να μελετηθεί ένα σύστημα σκίασης αποτελούμενο αφενός από ένα εξωτερικό τμήμα, που θα ενίσχυε τη σκίαση που παρέχει το νότιο μπαλκόνι και αφετέρου από ένα εσωτερικό, που θα ελαχιστοποιούσε την αντίθεση της λαμπρότητας μεταξύ εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος του θαλάμου. Ανάμεσα στα καθοριστικά κριτήρια θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνονται η αποφυγή του αποκλεισμού της θέας και της παραμόρφωσης της απόχρωσης του εσωτερικού περιβάλλοντος.

Οι ομάδες ενδιαφέροντος δεν διέφεραν σημαντικά στην αξιολόγηση του ΘΝ. Ωστόσο, οι ασθενείς παραμένουν η πρωταρχική ομάδα ενδιαφέροντος, ως άνθρωποι σε ευαίσθητη κατάσταση, που βιώνουν μια στρεσσογόνα εμπειρία και έχουν ιδιαιτερότητες, προτιμήσεις και ανάγκες, πέραν των ιατρικών, που πρέπει να αναγνωρίζονται κατά τη διαμόρφωση των χώρων όπου θα να διαβιώσουν το χρονικό διάστημα της νοσηλείας τους. Αξίζει να σημειωθεί πως η εμπειρία και οπτική του προσωπικού, που βιώνει τους χώρους αυτούς εντελώς διαφορετικά, είναι αναγκαία τόσο για την ορθή τεκμηρίωση της υφιστάμενης κατάστασης ενός περιβάλλοντος υγειονομικής φροντίδας, όσο και την εν γένει αρχιτεκτονική έρευνα για τη βελτιστοποίηση του περιβάλλοντος νοσηλείας. Επομένως, η συμμετοχή τους σε παρόμοιες έρευνες είναι κρίσιμη.

Η συσχέτιση της εγγύτητας στο παράθυρο με την άνεση για θέα και της ενόχλησης από το φυσικό φωτισμό χρήζουν περεταίρω διερεύνησης, καθώς ίσως να μειώνεται η ανοχή σε δυσμενείς συνθήκες λόγω της δυσκολίας πρόσβασης στη θέα (Veitch 2005, Aries 2010). Εκτός

αυτού, τα ευρήματα υποδεικνύουν σημαντικά μειονεκτήματα της μεσαίας θέσης, έναντι των υπολοίπων, τόσο σε επίπεδο αρχιτεκτονικής τεκμηρίωσης, όσο και αξιολόγησης των χρηστών. Η απουσία σαφώς καθορισμένου προσωπικού χώρου, είναι πιθανό να ενισχύει το ενυπάρχον stress που βιώνει ο ασθενής, κάτι που θα δράσει αναστολτικά στην πορεία της ανάκαμψής του. Δεδομένης της περιορισμένης επιφάνειας ανά κλίνη που τεκμηριώθηκε στην υπάρχουσα κατάσταση, θα ήταν σκόπιμη η διερεύνηση της μείωσης των κλινών από έξι σε τέσσερις. Φυσικά, μία τέτοια μελέτη είναι κρίσιμο να γίνει μεθοδικά και διεπιστημονικά, από επιστήμονες και επαγγελματίες όλων των ενδιαφερόμενων ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένων του ιατρικού, νοσηλευτικού, αρχιτεκτονικού, οικονομικού και διοικητικού κλάδου.

Τέλος, τόσο η γεφύρωση και η σύνθεση, όσο και η χωρική κατανόηση και μετάφραση επιμέρους προδιαγραφών, απαιτήσεων, αναγκών και προσδοκιών, σε ένα ενιαίο, λειτουργικό και βιώσιμο αποτέλεσμα, είναι μία δυναμική και πολυπαραμετρική διαδικασία, που εμπίπτει στον τομέα της Αρχιτεκτονικής. Στο μέτρο που αφορά τα νοσοκομεία, η αντιμετώπιση του εγγενούς περιορισμού που αντιμετωπίζει σήμερα η επιστημονική αρχιτεκτονική έρευνα αλλά και η εφαρμογή της, καθώς και η ανάγκη εξέλιξής της, είναι θεμελιώδους σημασίας. Η εξειδίκευση αρχιτεκτόνων στον τομέα των χώρων υγείας και η ενεργή συμμετοχή τους στη διεπιστημονική προσέγγισή των νοσοκομείων, είναι κρίσιμη.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

ΕΣ: Διεκπεραίωσε όλα τα στάδια μελέτης, ως μέρος της διδακτορικής της διατριβής (βιβλιογραφική έρευνα, σχεδιασμός της έρευνας, εκτέλεση των επιμέρους σταδίων, ανάλυση και ερμηνεία αποτελεσμάτων, διερεύνηση δυνητικών βελτιωτικών σεναρίων).

ΙΤ: Κατεύθυνε την έρευνα, ως επιβλέπων της διδακτορικής διατριβής της ΕΣ.

Και οι δύο συγγραφείς αξιολόγησαν και ενέκριναν το τελικό κείμενο που υποβλήθηκε στο περιοδικό.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εκφράζονται θερμές ευχαριστίες στο διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό, εκπαιδευτικό και τεχνικό προσωπικό του νοσοκομείου που συμμετείχε στην έρευνα και διευκόλυνε την διεκπεραίωσή της σε όλα τα στάδια (οργανωτικό και εκτελεστικό). Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζονται στο νοσηλευτικό προσωπικό για τη συνεχή και εποικοδομητική διάθεση. Ευχαριστίες εκφράζονται στην κ. Χρυσίδα Καρώνη – Richardson, καθηγήτρια Στατιστικής στη Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών (ΣΕΜΦΕ) του Ε.Μ. Πολυτεχνείου για την πολύτιμη καθοδήγησή της στον τομέα εξειδίκευσής της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aries M B C, Veitch J A & Newsham G R. (2010). *Windows, view and office characteristics predict physical and psychological discomfort.* Journal of environmental psychology 30: 533-541.

American Society of Heating, Refrigerating and Air-cooling Engineers (ASHRAE). (2012). Advanced energy design guide for large hospitals. ASHRAE, Atlanta.

Botma E. & Hoekstra E. (2006). *Hospital rooms: Where they've been, where they're going.* In C. Wagenaar (Ed.). The Architecture of Hospitals. Rotterdam: NAi.

Choi J H, Beltran L O & Kim H S. (2012). *Impacts of indoor daylight environments on patient average length of stay (ALOS) in a healthcare facility*, Building and Environment 50: 65-75.

Griffin J P. (1992). *The impact of noise on critically ill people.* Holistic Nurse Practitioner 6 (4), 53–56.

Guenther R. & Vittori G. (2008). *Sustainable healthcare architecture.* John Wiley & Sons, New York.

Vischer J. C. (1996). *Workspace Strategies: Environment as a Tool for Work.* New York: Chapman & Hall.

Hofrichter L. (2006). *Hospital rooms: Where they've been, where they're going.* In C. Wagenaar (Ed.). The Architecture of Hospitals. Rotterdam: NAi.

Holick M F. (2004). Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers and cardiovascular disease. American journal of clinical nutrition 80(6 suppl): 1678S-1688S.

Huijsman R. (2006). *History and trends in Dutch hospital architecture.* In C. Wagenaar (Ed.). The Architecture of Hospitals. Rotterdam: NAi.

Hygge S. & Löfberg H. A. (1999). *POE. Post-Occupancy Evaluation of Daylight in Buildings.* (IEA SHC TASK 21/ ECBCS Report, Annex 29). Gäble: Centre for built environment.

Lambert G W, Reid C, Kaye D M, Jennings G L & Esler M D. (2002). *Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain.* Lancet 360: 1840-1842.

Landsdowne A T & Provost S C. (1998). *Vitamin D3 enhances mood in healthy subjects during winter.* Phsycopharmacology, 135(4): 319-323.

Littlefair P J. (1996). Designing with innovative daylighting. Building Rresearch Establishment Report BR305. London: Building Rresearch Establishment.

Malenbaum S, Keefe F J, Williams A C, Ulrich R & Somers T J. (2008). Pain in its environmental context: implications for designing environments to enhance pain control. Pain, 134: 241-244.

MALKIN J. (1992). *Hospital interior architecture.* Van Nostrand Reinhold, New York.

McMinn J & Polo M. (2005). 41° to 66°: *Regional responses to sustainable architecture in Canada.* Cambridge, Cambridge Galleries.

Meir I A, Garb Y, Jiao D, & Cicelsky A. (2009). *Post Occupancy Evaluation: an inevitable step toward Sustainability.* Advances in Building Research 3: 189–220.

Philips D. (2000). *Lighting modern buildings.* Oxford, Architectural Press.

Rea M S (ed). (2000). *IESNA Lighting Handbook: Reference and Application, 9th edition.* IESNA, New York.

Rostenberg B. (2009). *Bridging the gap between sustainability and evidence-based design.* Design and Health [online]. Available at: http://www.worldhealthdesign.com/Sustainability-and-Evidence.aspx [accessed 12 Jul 2016].

Shumaker S A, & Pequegnat W. (1989). *Hospital design, health providers, and the delivery of effective health care.* In Zube E H, & Moore G T (Eds.), Advances in environment, behavior and design, Vol. 2. New York: Plenum Press.

Sklavou E & Tzouvadakis I. (2012). *Healing environment and evidence based design (EBD): The international experience and the case of Greece.* Archives of Hellenic Medicine 29(2):154-161.

Sklavou, E & Tzouvadakis, I. (2015). *Towards better planning and design of hospitals; lessons from the Greek experience.* Housing Policies and Urban Economics 3: 63–78.

Smith R & Watkins N. (2008). *Therapeutic Environments.* Academy of Architecture for Health, Washington.

Ulrich R S. (1984). *View through a window may influence recovery from surgery.* Science 224: 420-421.

Ulrich R S, Simons R F, Losito B D, Fiorito E, Miles M A & Zelson M. (1991). *Stress recovery during exposure to natural and urban environments.* Journal of environmental psycology 11: 201-230.

Ulrich R S, Zimring C M, Zhu X, DuBose J, Seo H, Choi Y, et al. (2008). *A review of the research literature on evidence-based healthcare design.* Health Environments Research and Design Journal (HERD) 1(3): 61-125.

Veitch J A, Geerts J, Charles K E, Newsham G R, & Marquardt C J G. (2005). *Satisfaction with lighting in open-plan offices: COPE field findings.* In: Proceedings of Lux Europa 2005. Berlin, 19 September 2005.

Vischer J C. (1996). *Workspace Strategies: Environment as a Tool for Work.* New York: Chapman & Hall.

Walch J M, Rabin B S, Day R, Williams J N, Choi K & Kang J D. (2005). *The effect of sunlight on post-operative analgesic medication usage: A prospective study of patients undergoing spinal surgery.* Psychosomatic Medicine 67:156-163.

Wang N. & Boubekri M. (2011). *Design recommendations based on cognitive, mood and preference assessments in a sunlit workspace.* Lighting Research and Technology 43: 55–72.

Zeiler W. & Boxem G. (2008). *Sustainable schools: Better than traditional schools?.* TVVL Magazine. 37(10): 24-31.

Zimring C, Reizenstein C J, & Michelson W. (1987). *Design for special populations: Mentally retarded persons, children, hospital visitors.* In D. Stokols, & I. Altman (Eds.). Handbook of environmental psychology, Vol. 2. New York: John Wiley & Sons.

Καλαντζής Γ & Λασκαράτος Ι. (2003). Τα Ασκληπιεία ως νοσηλευτήρια. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(1):67-75.

Λάζαρη Ε Α. (2002). *Βιοκλιματικός σχεδιασμός και παθητικά ηλιακά συστήματα.* Σε: Τζανακάκη Ε (εκδ). Βιοκλιματικός σχεδιασμός στην Ελλάδα: Ενεργειακή απόδοση και κατευθύνσεις εφαρμογής, Πικέρμι, ΚΑΠΕ. [online]. Διαθέσιμο στο: http://www.cres.gr/kape/education/bioclimatic_brochure.pdf [τελευταία πρόσβαση: 23 Σεπτ 2016].

Υπουργείο περιβάλλοντος και κλιματικής αλλαγής (ΥΠΕΚΑ). (2008). *Κανονισμός Ενεργειακής Απόδοσης Κτιριακού Τομέα (ΚΕΝΑΚ),* Αθήνα.

Multi-bed patient room architectural evaluation

Evangelia Sklavou, Ioannis Tzouvadakis
National Technical University of Athens

ABSTRACT

Introduction: Leveraging the physical environment's merits is crucial in healthcare settings towards fostering sustainable healing conditions. In the future, the need to retrofit hospitals already appears more probable than to build new facilities. In Greece, holistic healthcare architecture has significant potential and room to develop.

Aim: The architectural research of multi-bed patient room environment.

Method: A sample of multi-bed patient rooms of a Greek hospital was studied per architectural documentation and user evaluation survey. Beyond recording the existing situation and user experience, user group differences and the influence of window proximity were studied. The survey sample was based on convenience and comprised 160 patients and 136 visitors. Statistical analysis was performed in SPSS 20, using chi-square exact tests of independence. The chosen level of significance was $p < 0.05$.

Results: Architectural documentation showed that the building morphology had a positive impact in patient rooms, with regard to sunlight penetration and view. Further solar daylight control was deemed necessary, to facilitate overall environmental comfort conditions. High spatial density and considerable disadvantages of the middle patient bed, compared to the one bedside the window and the one further in the back of the room, were also ascertained. User groups did not evaluate their surroundings significantly different, with the exception of ease of access to the view. Window proximity influenced both patients and visitors in evaluating ease of access to the view and visual discomfort. Patients were further affected on window size evaluation and visitors on view related aspects.

Conclusions: Synergy between building form and function contributes in creating holistic sustainable healing environments. User evaluation can deviate from objective documentation. Patients and visitors experienced the patient room in a similar manner. The middle bed was ascertained to have significant disadvantages. Notwithstanding specific particularities and needs, bed reduction should be considered.

Key-words: architectural documentation, evidence-based design, healing environment, healthcare architecture, user evaluation.

Corresponding Author: Sklavou Evangelia
Adress: Iroon Polytechniou 9, P. C. 15780 Athens.
e-mail:eva.sklavou@gmail.com
tel.: +30 694 6060 972

Submission Date: 13/07/ 2016
Publication Date: 12/12/2016

Κατάθλιψη και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ: η περίπτωση του Νομού Σερρών

Παναγιώτης Τζουράκης[1], Θεοδώρα Καυκιά[2], Θάλεια Μπελλάλη[3]
1. Ψυχολόγος, MSc, ΕΑΠ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»
2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, ΣΕΠ- ΕΑΠ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου ΙΙ (ΣΔ ΙΙ) αποτελεί μια χρόνια νόσο η οποία επηρεάζει ιδιαίτερα τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επίδρασης του επιπέδου κατάθλιψης στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ ΙΙ του Νομού Σερρών.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια συγχρονική αναλυτική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2016 έως το Μάρτιο του 2016. Στη μελέτη συμμετείχαν 100 ασθενείς με διαγνωσμένο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ (ΣΔ ΙΙ), οι οποίοι προσεγγίστηκαν από το Σύλλογο Διαβητικών του Νομού Σερρών. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία μέτρησης: α) ερωτηματολόγιο με κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, β) το ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής στο Σακχαρώδη Διαβήτη (Audit of Diabetes Dependent Quality of Life Questionnaire, ADDQoL-19) και γ) η κλίμακα Κατάθλιψης του Beck ΙΙ. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v23.0.

Αποτελέσματα: Το 45% των διαβητικών ασθενών παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης. Η κατάθλιψη διαπιστώθηκε ότι επηρεάζει τη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ ΙΙ. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η κατάθλιψη τόσο μειώνεται το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών. Οι συσχετίσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του εκπαιδευτικού επιπέδου, του τόπου κατοικίας και του επαγγέλματος των συμμετεχόντων με τη ΣΥΠΖ των ασθενών έδειξαν ότι μόνο ο τόπος κατοικίας επιδρά στην ποιότητα ζωής (F= 5,208, p=0,015).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με ΣΔ ΙΙ παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ΣΥΠΖ και σε υψηλό ποσοστό συμπτώματα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να συμβάλουν στη διαμόρφωση νέων ολοκληρωμένων προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ, που να δίνουν έμφαση στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Λέξεις κλειδιά: Ασθενείς, κατάθλιψη, σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Παναγιώτης Τζουράκης
e-mail: p.tzourakis@yahoo.gr
Τηλ. +306980759557

Ημερομηνία Υποβολής: 30/08/16
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 22/12/16

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι ασθενείς με ΣΔ ΙΙ παρουσιάζουν σε υψηλό ποσοστό συμπτώματα κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής τους.**
- **Ο τόπος κατοικίας των ασθενών με ΣΔ ΙΙ επιδρά στην ποιότητα ζωής τους.**
- **Απαιτείται η διαμόρφωση νέων ολοκληρωμένων προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ, τα οποία να βασίζονται στη ψυχολογική και κοινωνική ενδυνάμωσή τους.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σημερινή εποχή, είναι γεγονός ότι οι ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου έχουν αντιμετωπίσει οριστικά τις περισσότερες από τις ασθένειες του παρελθόντος, με αποτέλεσμα να έχει αυξηθεί σε σημαντικό ποσοστό το προσδόκιμο επιβίωσης των πολιτών τους. Παράλληλα όμως, έχει διαπιστωθεί ότι οι ανεπτυγμένες χώρες πλήττονται πλέον από τις ονομαζόμενες νόσους του πολιτισμού. Στις σύγχρονες αυτές ασθένειες περιλαμβάνονται τα κακοήθη νεοπλάσματα, οι παθήσεις του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού συστήματος και ο σακχαρώδης διαβήτης (Ιωαννίδη και συν 1999).

Τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) σημειώνει ιδιαίτερα αυξητική τάση, σχεδόν σε όλες της χώρες της Ευρώπης, αλλά και γενικότερα σε ολόκληρο τον κόσμο (Γιωτάκη 2014). Ο ΣΔ θεωρείται ως μια από τις κυριότερες χρόνιες νόσους για τον 21ο αιώνα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ έχει ανέλθει σε 422 εκατομμύρια, ενώ το ποσοστό για την ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων ανέρχεται στο 8.5% (World Health Organization 2016). Σε ότι αφορά στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της τελευταίας έκθεσης της Διεθνούς Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (IDF 2014), η συχνότητα εμφάνισης του ΣΔ ανέρχεται στο 7,04%. Ειδικότερα για το ΣΔ ΙΙ, το ποσοστό εμφάνισης βρίσκεται στο 6,9% με 8,7% και εκτιμάται ότι θα ανέλθει σε υψηλότερο ποσοστό τα επόμενα χρόνια. Επίσης, η Ελλάδα, σε σύνολο 220 χωρών, βρίσκεται στην ογδοηκοστή θέση. Ως προς την εσωτερική γεωγραφική κατανομή παρατηρείται πως οι αστικές περιοχές της χώρας, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ΣΔ, σε σχέση με τη περιφέρεια. Ακόμα ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει, το γεγονός ότι οι θάνατοι οι οποίοι καταγράφονται στην Ελλάδα λόγω του ΣΔ φθάνουν τους 4.906 περίπου τον χρόνο (IDF 2014).

Στην εξελικτική πορεία της νόσου του ΣΔ, φαίνεται να παίζουν ιδιαίτερα κομβικό ρόλο η ατομική συμπεριφορά του κάθε ατόμου, όπως και το κοινωνικό περιβάλλον του. Η γήρανση του πληθυσμού, το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και γενικότερα οι καταχρήσεις αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη αυτής της χρόνιας νόσου (Petrak et al 2010). Επίσης, σε διάφορες έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι οι πιθανότητες να εμφανίσει κάποιος ΣΔ, αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Ιδιαίτερα κρίσιμο φαίνεται να είναι το εβδομηκοστό με ογδοηκοστό έτος της ηλικίας (Ryden et al 2007), παρόλο που σε ορισμένες μελέτες στην Ευρώπη, παρατηρήθηκε μια ραγδαία αύξηση της επίπτωσης του ΣΔ ΙΙ σε πληθυσμό κάτω των 20 με 30 ετών (Bloomgarden 2004, Bradley et al 2011). Σε επιδημιολογικές μελέτες επίσης, οι οποίες μελετούσαν τους δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με το ΣΔ, παρατηρήθηκε πως ο επιπολασμός της νόσου κυμαίνεται σε υψηλότερα ποσοστά στους άντρες, σε σχέση με τις γυναίκες. Παράλληλα όμως βρέθηκε, πως οι γυναίκες νοσούν από διαβήτη τύπου ΙΙ (ΣΔ ΙΙ) σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τους άντρες (Wild et al 2004).

Οι ασθενείς με ΣΔ δεν υποφέρουν μόνο σωματικά, αλλά κυρίως ψυχολογικά, καθώς η νόσος πλήττει διάφορες πτυχές της ζωής τους (Παπαματθαίου 2013). Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει το βαθμό επίδρασης της νόσου στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) αυτών των ασθενών. Η ΣΥΠΖ αποτελεί μια πολυδύναμη έννοια, της οποίας το περιεχόμενο περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις της ζωής όπως είναι για παράδειγμα η σωματική υγεία, η ψυχολογική υγεία, η κοινωνική-σεξουαλική υγεία και η πνευματική υγεία (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001). Για τους Patrick και συν (1993), η ΣΥΠΖ μπορεί να περιγραφεί ως η κατάσταση σωματικής-ψυχολογικής-κοινωνικής υγείας, αλλά και κοινωνικής ευεξίας.

Σε μελέτη των Μαλλιαρού και συν (2012), στην οποία αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ ΙΙ, σε σύγκριση με τη ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού, παρατηρήθηκε πως η ποιότητα ζωής των πρώτων κυμαίνεται σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, σε διάφορες μελέτες οι οποίες εξέταζαν τους παράγοντες που δρουν αρνητικά στη ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ ΙΙ, παρατηρήθηκε πως οι επιπλοκές που συνοδεύουν το διαβήτη (πχ μικροαγγειακές, μακροαγγειακές), το υψηλό οικονομικό κόστος, ο υψηλός γλυκαιμικός δείκτης και η παχυσαρκία επηρεάζουν

αρνητικά τη ζωή των συγκεκριμένων ασθενών (Liuetal 2012). Επίσης στην έρευνα των Παπαδόπουλου και συν (2007) βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ ΙΙ επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, φύλο κτλ) και ότι οι μικρο-μακροαγγειακές επιπλοκές που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη χρόνια νόσο, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

Παρατηρώντας τα διεθνή επιστημονικά δεδομένα, έχει διαπιστωθεί ότι ο ΣΔ συνοδεύεται σε μεγάλο βαθμό από μια ποικιλία ψυχολογικών διαταραχών όπως είναι οι διαταραχές διάθεσης, άγχους και προσωπικότητας. Σε ό,τι αφορά στην κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί, πως επηρεάζει ιδιαιτέρως αρνητικά τους διαβητικούς ασθενείς κάθε ηλικίας, ως προς τον έλεγχο της ασθένειάς τους (Peyrotetal 1997). Σε έρευνα η οποία διεξήχθη το 1997 από τους Lustman και συν, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη, και ιδιαίτερα από ΣΔ ΙΙ, είναι δύο φορές πιο πιθανόν να εμφανίσουν κάποια μορφή κατάθλιψης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Μάλιστα παρατηρήθηκε πως μετά από ένα πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης, οι ασθενείς με ΣΔ ΙΙ έχουν την τάση να υποτροπιάζουν πιο εύκολα, σε σύγκριση με άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια άλλη οργανική ασθένεια. Επιπλέον, στη μελέτη των Fisher και συν (2008) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΣΔ ΙΙ παρουσιάζουν έως και δύο φορές πιο συχνά διαταραχή διάθεσης, σε σχέση πάντοτε με το γενικό πληθυσμό. Σε παλιότερη μελέτη άλλωστε, των Anderson και συν (2001), είχε επισημανθεί ότι οι γυναίκες με διαβήτη παρουσιάζουν κατά 28% πιο συχνά κατάθλιψη σε αντιπαραβολή με τους άντρες διαβητικούς (18%). Ομοίως στην έρευνα των Chen και συν (2012) διαπιστώθηκε, η σημαντική σχέση μεταξύ ΣΔ και κατάθλιψης. Τέλος, στη συστηματική ανασκόπηση των Tapash & Lloyd (2012), παρατηρήθηκε, ότι το ποσοστό κατάθλιψης, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, είναι περισσότερο από τρεις φορές υψηλότερο σε ασθενείς με ΣΔΙ και σχεδόν δύο φορές υψηλότερο σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ.

Σε ότι αφορά στην Ελλάδα, εντοπίζονται στη βιβλιογραφία διάφορες μελέτες που διερευνούν την κατάθλιψη που εμφανίζουν οι ασθενείς με ΣΔ. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Πήτα και συν (2006), παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ΣΔ και επιπλέον βρέθηκε ότι οι δευτερογενείς ασθένειες από τις οποίες υποφέρει ο διαβητικός ασθενής, επηρεάζουν σε σημαντικό ποσοστό την ποιότητα ζωής του. Σημαντικά επίσης είναι τα ευρήματα της μελέτης των Sotiropoulos et al (2008), όπου διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΣΔ ΙΙ κυμαίνεται σε υψηλό ποσοστό και μάλιστα οι γυναίκες ασθενείς με ΣΔ ΙΙ παρουσίασαν σε μεγαλύτερο ποσοστό συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, σε σύγκριση με τους άντρες. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας της Φαιτατζίδου (2014), στην οποία διαπιστώθηκε ότι η συνοσηρότητα ανάμεσα στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ και στη κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα υψηλή και κυρίως στις γυναίκες. Τέλος, στη μελέτη των Τσιρογιάννη και συν (2010), η οποία πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ, διαπιστώθηκε πως τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης τα σημείωναν οι διαβητικοί ασθενείς με κοιλιακή παχυσαρκία. Επίσης, οι άντρες διαβητικοί με υπέρταση παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες με υπέρταση.

Αναφορικά με τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης των ασθενών με ΣΔ Ι και ΙΙ στην Ελλάδα, εντοπίστηκαν επίσης ορισμένες μελέτες. Οι Paschalides et al (2004), διαπίστωσαν ότι οι προσωπικές πεποιθήσεις, η κατάθλιψη και το άγχος των ασθενών με ΣΔ ΙΙ επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Ωστόσο δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική επίδραση ως προς τον έλεγχο του γλυκαιμικού δείκτη της εν λόγω πληθυσμιακής ομάδας. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας της Αντωνοπούλου (2013), στην οποία διερευνήθηκε η ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ ΙΙ και η επίδραση της κατάθλιψης και της αϋπνίας σε αυτήν, όπου διαπιστώθηκε, αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των διαβητικών ασθενών. Επίσης στη μελέτη του Παπαματθαίου (2013) παρατηρήθηκε ότι παράγοντες όπως είναι η κατάθλιψη, οι διαταραχές ύπνου και η οικονομική κατάσταση φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά τη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ ΙΙ. Ανάλογα είναι και τα ευρήματα της μελέτης του Παπαδόπουλου (2013) στην οποία διαπιστώθηκε η ΠΖ των διαβητικών ασθενών (ΣΔ ΙΙ) να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα και κυρίως των γυναικών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον ακόμα παρουσιάζει η μελέτη των Παπαδόπουλου και συν (2007) στην οποία βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (π.χ ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, φύλο), ενώ οι μικρο-μακροαγγειακές επιπλοκές που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη χρόνια νόσο επηρεάζουν αρνητικά επίσης τη ποιότητα ζωής τους.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το επίπεδο της κατάθλιψης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ ΙΙ στο Νομό Σερρών, καθώς και την επίδραση της κατάθλιψης και άλλων κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ ΙΙ. Αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης μελέτης που αφορά στη διερεύνηση της επίδρασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αντίληψης για τη νόσο, στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ ΙΙ στο Νομό Σερρών, με απώτερο στόχο να διατυπωθούν προτάσεις οι οποίες θα συμβάλουν στη διαμόρφωση προγραμμάτων ολοκληρωμένης υποστήριξης, ψυχολογικής και σωματικής, για την εν λόγω πληθυσμιακή ομάδα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική, αναλυτική μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ ΙΙ, το χρονικό διάστημα από 8/01/2016 έως 18/3/2016.

Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την πραγματοποίηση της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας από ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ ΙΙ, οι οποίοι είναι μέλη του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών. Χορηγήθηκαν 110 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 100 (ποσοστό ανταπόκρισης 90,9%). Τα κριτήρια εισαγωγής των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν: α) να είναι ενήλικοι, β) να έχουν διαγνωσθεί με ΣΔ ΙΙ, γ) να κατανοούν και να ομιλούν σε ικανοποιητικό επίπεδο την ελληνική γλώσσα και δ) να έχουν δώσει τη συγκατάθεση τους για τη συμμετοχή στη συγκεκριμένα μελέτη. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους διαβητικούς ασθενείς από τον ερευνητή, κατά τη διάρκεια της συνέλευσης του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών. Οι συμμετέχοντες τα συμπλήρωναν στο χώρο του συλλόγου ή στο σπίτι και τα επέστρεφαν μέσα σε κλειστό φάκελο μετά από τρεις ημέρες.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή και καταγραφή των απαραίτητων δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούν σε κοινωνικό-δημογραφικά, σωματομετρικά (ύψος και βάρος) και κλινικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών), καθώς και ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονταν με τη διάρκεια της νόσου, τη θεραπευτική αντιμετώπιση, τις επιπλοκές από τη νόσο.

Στο δεύτερο μέρος υπήρχε το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ασθενών με ΣΔ, το Audit of Diabetes Dependent Quality of Life Questionnaire-ADD QoL-19 (Bradley & Gilbride 2008). Περιλαμβάνει δεκαεννέα ερωτήσεις οι οποίες, αφορούν στην επίδραση του διαβήτη σε συγκεκριμένους τομείς της ζωής των ασθενών, όπως είναι για παράδειγμα η οικογενειακή, η επαγγελματική, η κοινωνική και η σεξουαλική ζωή, η σωματική υγεία, η κινητοποίηση για επιτεύγματα, η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους κτλ. Οι συμμετέχοντες απαντούν στις δεκαεννέα ερωτήσεις, εκτιμώντας πώς θα ήταν η ζωή τους σε αυτούς τους τομείς εάν δεν έπασχαν από ΣΔ, επιλέγοντας ένα από τα ακόλουθα πέντε σημεία: πάρα πολύ περισσότερο, πολύ περισσότερο, λίγο περισσότερο, το ίδιο, λιγότερο. Για κάθε ένα από αυτά σημεία υπολογίζεται τόσο ο αντίκτυπος από -3 έως και 1, όσο και το πόσο σημαντικό το θεωρούν τα υποκείμενα από 0 έως 3. Στη συνέχεια πολλαπλασιάζεται ο αντίκτυπος με το βαθμό σημαντικότητας για κάθε τομέα και υπολογίζεται ο σταθμισμένος δείκτης (από -9 έως 3) όπως επίσης και ο μέσος σταθμισμένος δείκτης (από -1 έως +3). Χαμηλότερα σκορ δείχνουν φτωχότερο επίπεδο ποιότητας ζωής για τους ασθενείς με ΣΔ. Η ελληνική μετάφραση του ADD QoL-19, ελήφθη και χρησιμοποιήθηκε μετά από σχετική άδεια από το δημιουργό του (Bradley 2016).

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει την κλίμακα της Κατάθλιψης του Beck II (Beck et al1996). Περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις, απευθύνεται σε ενήλικα άτομα και συγκεκριμένα κάθε συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις, οι οποίες περιγράφουν βασικά συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής. Οι απαντήσεις σχετίζονται με τη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων στη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων. Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται από το 0 έως 3, ενώ το συνολικό μέγεθος της βαθμολογίας το οποίο περιγράφει τη πλήρη ψυχολογική εικόνα του ερωτώμενου είναι το 63. Τα υποκείμενα τα οποία έχουν σημειώσει βαθμολογία <9 θεωρούνται ότι δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη, με σκορ 14-19 παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη, με βαθμολογία 20-28 έχουν μέτρια κατάθλιψη και με 29-63 σοβαρή κατάθλιψη. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη για τον ελληνικό πληθυσμό έκδοση της κλίμακας (Γιαννακού και συν 2013). Τέλος, ο έλεγχος του συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach´s alpha (α)έδειξε υψηλές τιμές για το δείγμα που συμμετείχε (ADDQoL-19= 0.87 και Beck II= 0.9).

Θέματα ηθικής - δεοντολογίας

Για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης εξασφαλίστηκε η έγκριση από το επιστημονικό και διοικητικό συμβούλιο του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών, σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπεται από τον εσωτερικό κανονισμό του εν λόγω συλλόγου. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες με βάση τις αρχές της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων. Πιθανοί κίνδυνοι και λοιπές επιβλαβείς συνέπειες από τη συμμετοχή της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας στην εν λόγω έρευνα δεν προβλέπονται.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v23.0. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση. Οι διχοτόμες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες. Ο έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Στην αναλυτική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test και One-Way ANOVA για τη σύγκριση των μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών

μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r correlation. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και των τριών ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha (α). Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ ΙΙ που ήταν μέλη του συλλόγου διαβητικών του Νομού Σερρών. Το 53% των συμμετεχόντων ήταν άντρες και το 47% ήταν γυναίκες. Το 30% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 58-67 έτη και το 73% ήταν έγγαμοι. Το 90% των συμμετεχόντων είχαν τέκνα και το 34% είχαν απολυτήριο πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας (γυμνασίου/λυκείου) εκπαίδευσης. Το 60% των συμμετεχόντων κατοικούσε σε αστική περιοχή και το 52% ήταν συνταξιούχοι. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Όσον αφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Πίνακας 2), αξίζει να σημειωθεί ότι στο 39% των συμμετεχόντων η διάγνωση του ΣΔ ΙΙ τέθηκε τα προηγούμενα 1-5 έτη και στο 23% τα προηγούμενα 11-15 έτη. Σχετικά με τη θεραπεία που ακολουθείται σε σχέση με το

Πίνακας 1.
Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης

Φύλο	Άντρας	53%
	Γυναίκα	47%
Τέκνα	Ναι	90%
	Όχι	10%
Επάγγελμα	Άνεργος	16%
	Δημόσιος υπάλληλος	14%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	16%
	Ελεύθερο επάγγελμα	4%
	Συνταξιούχος	52%
Ηλικία	28-37 έτη	12%
	38-47 έτη	6%
	48-57 έτη	18%
	58-67 έτη	30%
	68-77 έτη	18%
	77 έτη και άνω	16%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Κανένα	8%
	Απολυτήριο δημοτικού	34%
	Απολυτήριο γυμνασίου/λυκείου	34%
	Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	20%
	Μεταπτυχιακό/διδακτορικό	4%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	6%
	Έγγαμος/η	73%
	Διαζευγμένος/η	7%
	Χήρος/α	14%
Τόπος κατοικίας	Αγροτική περιοχή	28%
	Ημιαστική περιοχή	12%
	Αστική περιοχή	60%

Πίνακας 2.
Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Πόσα χρόνια έχει διαγνωσθεί ότι πάσχετε από ΣΔ ΙΙ;	1-5 έτη	39%
	6-10 έτη	20%
	11-15 έτη	23%
	16-20 έτη	8%
	21-25 έτη	2%
	26-30 έτη	6%
	30 έτη και άνω	2%
Επιπλοκές	Καμία επιπλοκή	55%
	Μόνο μικροαγγειακές επιπλοκές	20%
	Μόνο μακροαγγειακές επιπλοκές	17%
	Μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές	8%
Άλλες χρόνιες παθήσεις	Αρτηριακή υπέρταση	67%
	Δυσλιπιδαιμία (χοληστερίνη)	42%
	Στεφανιαία νόσος/καρδιακή ανεπάρκεια	17%
	Κατάθλιψη	8%
Θεραπεία σε σχέση με το ΣΔ ΙΙ	Μόνο δίαιτα και άσκηση	12%
	Αντιδιαβητικά δισκία	66%
	Ινσουλίνη	6%
	Συνδυασμός ινσουλίνης και αντιδιαβητικών δισκίων	16%
Φαρμακευτική αγωγή για τοΣΔ ΙΙ;	Ναι	76%
	Όχι	24%

ΣΔ ΙΙ το 12% των συμμετεχόντων ακολουθεί μόνο δίαιτα και άσκηση, το 66% λαμβάνει αντιδιαβητικά δισκία, το 6% λαμβάνει ινσουλίνη και το 16% λαμβάνει συνδυασμό ινσουλίνης και αντιδιαβητικών δισκίων.

Σχετικά με τις επιπλοκές από το ΣΔ το 55% δεν παρουσίαζε καμία επιπλοκή, το 20% παρουσιάζει μόνο μικροαγγειακές επιπλοκές (αμφιβληστροειδοπάθεια, απώλεια όρασης, νεφροπάθεια, νευροπάθεια), το 17% παρουσιάζει μόνο μακροαγγειακές επιπλοκές (στεφανιαία νόσο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αγγειοπάθεια) και το 8% μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές. Το 67% των συμμετεχόντων εμφάνιζε υψηλή αρτηριακή πίεση, το 42% δυσλιπιδαιμία, το 17% είχε στεφανιαία νόσο και το 8% κατάθλιψη. Το 76% των συμμετεχόντων που είχαν κάποια άλλη χρόνια πάθηση λάμβαναν κάποια φαρμακευτική αγωγή για αυτήν.

Ο μέσος όρος του σωματικού βάρους ήταν 84,92 (±15.7). Το 52% των συμμετεχόντων είχαν φυσιολογικό βάρος, το 34% ήταν υπέρβαροι και το 14% ήταν παχύσαρκοι.

Μέσες τιμές κατάθλιψης και ΣΥΠΖ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 23% του δείγματος χαρακτηριζόταν από μέτρια κατάθλιψη, το 12% από ήπια κατάθλιψη και το 10% από σοβαρή κατάθλιψη. Οι μέσες τιμές για τα ερευνητικά εργαλεία της ΣΥΠΖ (ADDQoL-19) και της Κατάθλιψης (Beck II) είναι αντίστοιχα 99.79 (±18,31) και 1.88 (±1.08).

Συγκρίσεις δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τη ΣΥΠΖ

Οι συγκρίσεις μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του εκπαιδευτικού επιπέδου, του τόπου κατοικίας και του επαγγέλματος των συμμετεχόντων με την ποιότητα ζωής των ασθενών έδειξαν ότι μόνο ο τόπος κατοικίας επιδρά στην ποιότητα ζωής (F= 5.208, p=0.015). Μάλιστα, το μεγαλύτερο σκορ σημείωσαν όσοι κατοικούσαν σε αγροτική περιοχή (μέσος όρος= 118.04) και το μικρότερο σκορ όσοι κατοικούσαν σε ημιαστική περιοχή (μέσος όρος= 82.71). Όλα τα υπόλοιπα αποτελέσματα των συγκρίσεων των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά (Πίνακας 3).

Οι συγκρίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με την ποιότητα ζωής τους έδειξαν ότι η θεραπεία, η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης και της στεφανιαίας νόσου, καθώς επίσης και το αν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για τις επιπλέον ασθένειες που έχουν είναι στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 4). Πιο συγκεκριμένα όσοι λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής (μέσος όρος= 108.05), σε σύγκριση με όσους κάνουν μόνο δίαιτα και άσκηση (μέσος

Πίνακας 3. Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη ΣΥΠΖ των ασθενών

ADDQ-oL	Pearson r	P
Ηλικία	0.186	0.395
	Μέσος όρος	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος = 109.54	0.204
	Έγγαμος = 99.70	
	Διαζευγμένος = 81.02	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό = 105.77	0.212
	Γυμνάσιο/Λύκειο = 95.45	
	Πτυχίο = 109.54	
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό =81.02	
Τόπος Κατοικίας	Αγροτική περιοχή = 118.04	0.015
	Ημιαστική περιοχή = 82.71	
	Αστική περιοχή = 105.05	
Επάγγελμα	Άνεργος = 109.39	0.633
	Δημόσιος υπάλληλος = 97.55	
	Ιδιωτικός υπάλληλος = 90.54	
	Ελεύθερο επάγγελμα = 98.05	
	Συνταξιούχος = 99.36	

όρος=75.03)(p=0.001). Όσοι συμμετέχοντες είχαν αρτηριακή υπέρταση, είχαν στατιστικά σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν αρτηριακή υπέρταση(p=0.021).Οι ασθενείς με ΣΔ ΙΙ, στεφανιαία νόσο και καρδιακή ανεπάρκεια είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σύγκριση μες αυτούς που δεν είχαν. Τέλος όσοι λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή καθώς και αγωγή για τη στεφανιαία νόσο είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν λάμβαναν αγωγή (p=0.037).

Κατάθλιψη και ποιότητα ζωής

Σε ότι αφορά στη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της κατάθλιψης και της ΣΥΠΖ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μεταξύ των δύο μεταβλητών υπάρχει αρνητική, μέτρια συσχέτιση (pearson r=0.573, p=0.004). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται το σκορ στην κλίμακα του Beck, τόσο μειώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνήσει το επίπεδο της κατάθλιψης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ ΙΙ στο Νομό Σερρών, καθώς και την επίδραση της κατάθλιψης και άλλων κοινωνικο-δημογραφικών και, κλινικών χαρακτηρι-

Πίνακας 4. Συγκρίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με τη ΣΥΠΖ των ασθενών

ADDQoL	Pearsonr	p
Πόσα χρόνια έχετε διαγνωσθεί ότι πάσχετε από ΣΔ ΙΙ	0.306	0.155
	Μέσος όρος	**F/sig**
Θεραπεία που ακολουθείτε σε σχέση με το ΣΔ ΙΙ	Μόνο δίαιτα και άσκηση= 99.57	F= 9.694
	Αντιδιαβητικά δισκία= 108.05	p= 0.001
	Συνδυασμός ινσουλίνης/αντιδιαβητικών δισκίων= 93.55	
Επιπλοκές	Καμία επιπλοκή= 99.57	F= 0.829
	Μόνο μικροαγγειακές επιπλοκές= 114.08	p= 0.451
	Μόνο μακροαγγειακές επιπλοκές= 93.55	
	Μέσος όρος	**t/sig**
Αρτηριακή υπέρταση	Ναι= 107.29	t= 2.492
	Όχι= 90.03	p= 0.021
Δυσλιπιδαιμία	Ναι= 81.02	t= -1.566
	Όχι= 101.57	p= 0.132
Στεφανιαία νόσος/καρδιακή ανεπάρκεια	Ναι= 114.08	t= 3.855
	Όχι= 98.42	sig= 0.001
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για την παραπάνω νόσο σας;	Ναι= 107.29	t= 2.32
	Όχι= 98.42	sig= 0.037

στικών στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ ΙΙ.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 45% των ασθενών με διαγνωσμένο ΣΔ ΙΙ παρουσιάζει συμπτώματα μέτριας έως και σοβαρής κατάθλιψης. Ωστόσο μόνο το 8% των συμμετεχόντων ανέφεραν οι ίδιοι ότι πάσχουν από διαγνωσμένη κατάθλιψη. Παρομοίως σε αντίστοιχες έρευνες σε Ευρώπη και Ελλάδα διαπιστώθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ΣΔ ΙΙ (Peyrot et al 1997, Ali et al 2006, Chen et al 2012, Πήτα και συν 2006, Sotiropoulos et al 2008, Καραδήμας 2005). Το παραπάνω εύρημα μπορεί να ερμηνευτεί, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την αδυναμία των ίδιων των ασθενών να εντοπίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, όσο και από την αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να διαφοροδιαγνώσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης που εντοπίζουν από τη συμπτωματολογία του ΣΔ ΙΙ (Ρεκλείτη και συν 2012).

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση (και μάλιστα αρνητική-μέτρια) ως προς την επίδραση της κατάθλιψης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔ ΙΙ. Αναλυτικότερα, όσο αυξάνεται το σκορ στην κλίμακα του Beck τόσο μειώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί απόλυτα με τα αντίστοιχα ευρήματα άλλων ερευνών (Goldney et al 2004, Derakhshanpour et al 2015, Egede et al 2009, Paschalides et al 2004, Αντωνοπούλου 2013). Το παραπάνω εύρημα είναι απόλυτα λογικό καθώς η νόσος του ΣΔ ΙΙ αποτελεί μια ιδιαίτερα απαιτητική χρόνια νόσο. Οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να ζουν ακολουθώντας πολύ συγκεκριμένους κανόνες όπως είναι για παράδειγμα η τήρηση σε καθημερινή βάση ενός απαιτητικού διαιτολογίου, η φαρμακευτική αγωγή και η σωματική άσκηση (Παπαδόπουλος 2013). Η ύπαρξη επομένως και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας επιβαρύνει ακόμα πιο πολύ την ήδη «δύσκολη» ζωή του διαβητικού ασθενή, με αποτέλεσμα να κατακλύζεται από έντονα καταθλιπτικά συναισθήματα όπως είναι αυτά της θλίψης, της απογοήτευσης, της ανηδονίας και της αίσθησης ματαιότητας και έτσι να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής του (Ταχτσόγλου και συν 2015).

Αναφορικά με τη διερεύνηση της επίδρασης των κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων και των άλλων κλινικών χαρακτηριστικών στη ΣΥΠΖ, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι κατοικούσαν σε αγροτική περιοχή παρουσίαζαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευτεί αναλογιζόμενοι τις καλύτερες συνθήκες διαβίωσης που επικρατούν γενικότερα στις αγροτικές περιοχές. Σύμφωνα με αποτελέσματα διαφόρων ερευνών έχει παρατηρηθεί πως οι κάτοικοι της υπαίθρου εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αίσθησης ικανοποίησης από τη ζωή, ασφάλεια

και ψυχολογική υγεία σε σχέση με τους κατοίκους των πόλεων (Moser et al 2006, Γιαννακάκη και συν 2012).

Επίσης από τις συσχετίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής των ασθενών προέκυψε ότι όσοι ασθενείς λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, συγκριτικά με όσους ακολουθούν θεραπευτικό πρόγραμμα μόνο με δίαιτα και άσκηση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία που δείχνει ότι η άσκηση και η δίαιτα βοηθά στην ΣΥΠΖ των διαβητικών ατόμων (Morrato et al 2007), ωστόσο μπορεί να ερμηνευτεί δεδομένης της μεγάλης ηλικίας των συμμετεχόντων την παρούσα μελέτη και την εξοικείωση τους με ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής.

Τέλος, όσοι από τους συμμετέχοντες έπασχαν και από κάποια άλλη χρόνια πάθηση και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για τις διαταραχές αυτές, εμφάνισαν καλύτερη ποιότητα ζωής. Στη βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκαν παρόμοια ευρήματα από μελέτες με δείγμα ασθενείς με ΣΔ ΙΙ, αλλά προφανώς αυτό συμβαίνει καθώς η επιτυχής διαχείριση των υπολοίπων χρόνιων παθήσεων επιφέρει στον ασθενή καλύτερη ψυχολογική υγεία και γενικότερα καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται από άλλους παράγοντες και όχι από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, με εξαίρεση τον τόπο κατοικίας των ασθενών. Επίσης, από τις συσχετίσεις των κλινικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής των ασθενών προέκυψε ότι όσοι ασθενείς λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, συγκριτικά με όσους κάνουν μόνο δίαιτα και άσκηση. Επίσης όσοι από τους συμμετέχοντες πάσχουν από κάποια άλλη χρόνια πάθηση και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για τις διαταραχές αυτές, εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Σε ότι αφορά στη διερεύνηση της επίδρασης των επιπέδων κατάθλιψης στη ΣΥΠΖ των ασθενών με ΣΔ ΙΙ, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ τους υπάρχει μία μέτρια συσχέτιση, δηλαδή όσο αυξάνεται το σκορ στη κλίμακα του Beck, τόσο μειώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως στη συγκεκριμένη μελέτη υπήρχαν κάποιοι περιορισμοί. Αρχικά το δείγμα των ασθενών με ΣΔ ΙΙ που χρησιμοποιήθηκε ήταν δείγμα ευκολίας και μικρό σε μέγεθος. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός πως η νόσος του ΣΔ ΙΙ εξελίσσεται στο χρόνο δεν επαναλήφθηκε η αξιολόγηση της ΣΥΠΖ των διαβητικών ασθενών.

Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν για να διατυπωθούν προτάσεις σχετικά με την κλινική πρακτική, όπως είναι η διαμόρφωση νέων ολοκληρωμένων προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ, τα οποία να λαμβάνουν υπόψη τους την ψυχοκοινωνική στήριξη αυτών των ασθενών. Παράγοντας κλειδί σε αυτά τα προγράμματα είναι η στελέχωση τους από εξειδικευμένους επιστήμονες όπως είναι ο ειδικός διαβητολόγος, ο ψυχολόγος, ο διατροφολόγος και ο ειδικός νοσηλευτής (Καραδήμας 2005). Τέλος, μελλοντικά θα μπορούσε να διερευνηθεί περεταίρω η επίδραση της κατάθλιψης και των άλλων δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού μιας ευρύτερης περιοχής. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων που θα οδηγήσουν στην καλύτερη κατανόηση της χρόνια νόσου του ΣΔ ΙΙ και της επίδρασής της στη ΣΥΠΖ αυτών των ασθενών.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Ο ΠΤ: συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού και το σχεδιασμό της μελέτης, συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου. Η ΘΚ: συμμετείχε 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. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ali S., Stone M.A., Peters J.L., Davies M.J. & Khunti K. (2006). The prevalence of comorbid depression in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*, 23:1165–73.

Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E. & Lustman P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta- analysis. *Diabetes Car*e, 24:1069–1078.

Beck A.T., Steer R.A., & Brown G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bloomgarden Z. (2004). Type 2 diabetes in the young: the evolving epidemic. *Diabetes Care* 27(4): 998-1010.

Bradley C., (2016). ADDQuol-19. Greek for Greece 19.05.09A . For Use by Panayiotis Tzourakis under license CB515 (from Standard UK English rev. 1.3.06) Health Psychology Research, Dept of Psychology, Royal Holloway, University of London, Egham.

Bradley C., De Pablos-Velasco P., Parhofer K., Escwege E., et al. (2011). Panorama: A European Study to evaluate quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes mellitus-study design. *Primary Care Diabetes*, 5: 231-239.

Bradley C. & Gilbride J. (2008). Improving treatment Satisfaction and other patient-reported outcomes in people with type 2 diabetes:the role of once daily insulin glargine. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 10: 50-65.

Chen P.C., Chan Y.T., Chen H.F., Ko M.C. & Li C.Y. (2012). Population-based cohort analyses of the bidirectional relationship between type 2 diabetes and depression. *Diabetes Care*, 36(2): 376-382.

Derakhshanpour F., Vakili M.A., Farsinia M.& Mirkarimi K. (2015). Depression and quality of life in patients with type II diabetes in north of Iran, Gorgan. *Iran Red Crescent Med J*, 17(5): 9-25.

Egede L.E., Ellis C. & Grubaugh A.L. (2009).The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in a national sample of adults with diabetes. Gen Hosp *Psychiatry*, 31 (5): 422-427.

Fisher L., Skaff M.M., Mullan J.T., Arean P., Glasgow R. & Masharani U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Diabet Med*, 25: 1096–1101.

Goldney D.R., Phillips J.P., Fisher J.L. & Hons B.A. (2004). Diabetes Depression and Quality of Life: A population study. *Diabetes Care*. 27(5):1066-70.

International Diabetes Federation (IDF).(2014)www.idf.org (Ηλεκτρονικό) (Ημερομηνία ανάκτησης: 5/12/2016).

Liu Y., Maier M., HaoY., Chen Y., Qin Y. &Huo R. (2012). Factors related to quality of life for patients with type 2 diabetes with or without depressive symptoms – results from a community-based study in China. *Journal of Clinical Nursing*, 22: 80–88.

LustmanP.J., Clouse R.E., Griffith L.S., Carney R.M. & Freedland K.E. (1997). Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med*, 59:24-31

Morrato E.H., Hill, J.O., Wyatt H.R., Ghushchyan V. & Sullivan P.W. (2007).Physical activity in U.S. adults with diabetes and at risk for developing diabetes, 2003. *Diabetes Care*, 30: 203–209.

Moser G. & Robin M. (2006). Environment annoyances: an urban-specific threat to quality of life? *Review of European and Psychological Applications*, 56: 35-41.

Paschalides A.J., Wearden R., Dunkerley C., Bundy R., Davies. & Dickens C.M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6): 557-564.

Patrick B. & Erickson P.D. (1993).In: *Oxford University Press. Health Status and Health Policy*. Allocating Resources to Health Care. Oxford.

Petrak F., Hautzinger M., Plack K., Kronfeld K., Ruckers C., Herpertz S. & Muller M. (2010). Cognitive behavioral therapy in elderly type2 diabetes patients with minor depression or mild major depression: study protocol of a randomized trial (MIND-DIA). *BMC Geriatrics*, 10, 21.

Peyrot M. & Rubin R.R.(1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20: 585-590.

Rydén, L., Standl, E., Bartnik, M., Van den, Berghe G., Betteridge, J., de Boer, M.J.,et al. (2007). The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD).Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases. *Eur Heart J*, 28 (1): 88-136.

Sotiropoulos A., Papazafiropoulou A., Apostolou O., Kokolaki A, Gikas A. & Pappas S. (2008). Prevalence of depressive symptoms among non insulin treated Greek type 2 diabetic subjects. *BMC Res Notes: 1:* 101.

Tapash R..& Lloyd L. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 142: 8-221.

Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R. & King H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5): 1047-1053.

World Health Organization (WHO) (2016). *Global Report on Diabetes.* Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization.

Αντωνοπούλου Κ. (2013). *Εκτίμηση της ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου ΙΙ και πως αυτή επηρεάζεται από την κατάθλιψη και τις διαταραχές του ύπνου.* Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης.

Γιαννακάκη Α. &Κουγιουμτζάκη Δ. (2012). *Διατροφικές συνήθειες και ποιότητα ζωής σε αγροτικό πληθυσμό στην Κρήτη.* Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας.

Γιαννακού Μ., Ρούσση Π., Κοσμίδου Μ.Ε., Κιοσέογλου Γ., Αδαμαπούλου Α. & Γαρύφαλλος Γ. (2013). Προσαρμογή της κλίμακας κατάθλιψης του Beck-II σε ελληνικό πληθυσμό. *Hellenic Journal of Psychology*, 10: 120-146

Γιωτάκη Ε. (2014). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία.* 2η έκδοση. Ιωάννινα: Εκδόσεις: Ελένη Χαράτση-Γιωτάκη.

Ιωαννίδη Ε., Λοπατατζίδης Α. & Μάντη Π. *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις.* Τόμος Α-Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα 1999.

Καραδήμας Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη.* Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Μαλλιαρού Μ., Αγόρη Α., Σαράφης Π. & Κοτρώτσιου Ε. (2012). Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5(1): 45-55.

Παπαδόπουλος ΑΑ., Οικονομάκης Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Φρυδάς, Α. &Νιάκας Δ. (2007). Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 24: 66-74.

Παπαδόπουλος Α. (2013). *Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής της κατάθλιψης και της ικανοποίησης από τη θεραπεία ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.* Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Σέρρες.

Παπαματθαίου Α. (2013). *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με διαβήτη τύπου Ι και ΙΙ και η επίδραση των διαταραχών ύπνου, της κατάθλιψης και της ικανοποίησης από τη θεραπεία.* Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα.

Πήτα Ρ., Γρηγοριάδου Ε., Μαρίνα Ε., Κουβάτσου Ζ., Διδάγγελος Τ. & Καραμήτσος Δ. (2006). Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* 19(4): 282-294.

Ρεκλείτη Μ., Ρούπα Ζ., Κυριαζής Ι., Βόζνιακ Γ., Σαρίδη Μ., Κυλούδης Π., Κουράκος Μ. & Σουλιώτης Κ. (2012). Αυτοαξιολόγηση κατάθλιψης ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με τις επιπλοκές του. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29 (5): 599-605.

Ταχτσόγλου Κ. & Ηλιάδης Χ. (2015). Επιπτώσεις του Σακχαρώδη Διαβήτη στη Ποιότητα Ζωής των ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική,* 4(2): 50-57.

Τσιρογιάννη Ε., Κουνιάκης Φ., Μπαλτατζή Μ., Λαυρεντιάδης Γ. & Αλεβίζος Μ. (2010). Βιολογικές Παράμετροι και κατάθλιψη σε διαβητικούς ασθενείς. *Ψυχιατρική*, 21(2): 115-125.

Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 18(3): 218-229.

Φαιτατζίδου Α. (2014). *Διερεύνηση της συχνότητας κατάθλιψης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με βάση το φύλο.* Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας – Τμήμα Νοσηλευτικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη».

Depression and health-related quality of life of patients with diabetes mellitus type II: data from Serres province, Greece

PanagiotisTzourakis[1], Theodora Kafkia[2] , Thalia Bellali[3]

1. Psychologist, MSc, "Health Care Management"
2. Clinical Lecturer, Department of Nursing, "Alexandreio" Technological Educational Institution of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece.
3. Professor, Department of Nursing, "Alexandreio" Technological Educational Institution of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus Type II (DM II) is a chronic disease that particularly affects the patients' Health-Related Quality of Life (HRQOL).

Aim: The aim of the present study was to investigate the effect of various depression levels on HRQOL in DM II patients in Serres province of Northern Greece.

Methodology: A cross-sectional analytical study was conducted from January 2016 to March 2016. The study involved 100 patients diagnosed with DM II who were approached through the Diabetic Association of Serres province. Data were collected with the following research tools: a) a questionnaire with socio-demographic and clinical data, b) the questionnaire Audit of Diabetes Dependent Quality of Life Questionnaire (ADDQoL-19),and c) the Beck II depression scale. Statistical analysis of the results was performed using the statistical program IBM SPSS Statistics v23.0.

Results: Forty five percent of the diabetic patients under study, present symptoms of depression which affected their HRQOL. Specifically, the more depression increases, the more the level of quality of life of the patients is decreased. Correlations between gender, age, marital status, educational level, place of residence and profession of the participants with the quality of the patients' life showed that only the place of residence affected their quality of life ($F=5.208$, $p=0.015$).

Conclusions: Patients with diabetes mellitus type II present low HRQOL levels and a high rate of depression symptoms. The results of the present research could help develop new integrated healthcare programs for patients with diabetes mellitus type II with emphasis to psychosocial interventions.

Key-words: Depression, diabetes mellitus type II, health-related quality of life, patients.

Corresponding Author:
Panagiotis Tzourakis,
e-mail: p.tzourakis@yahoo.gr
Tel.. +306980759557

Submission Date: 30/08/16
Publication Date: 22/12/16

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 επιχειρηματά 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

VOLUME 9 - ISSUE 4
OCTOBER - NOVEMBER - DESEMBER
2016

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 9 - ΤΕΥΧΟΣ 4
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
2016

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr