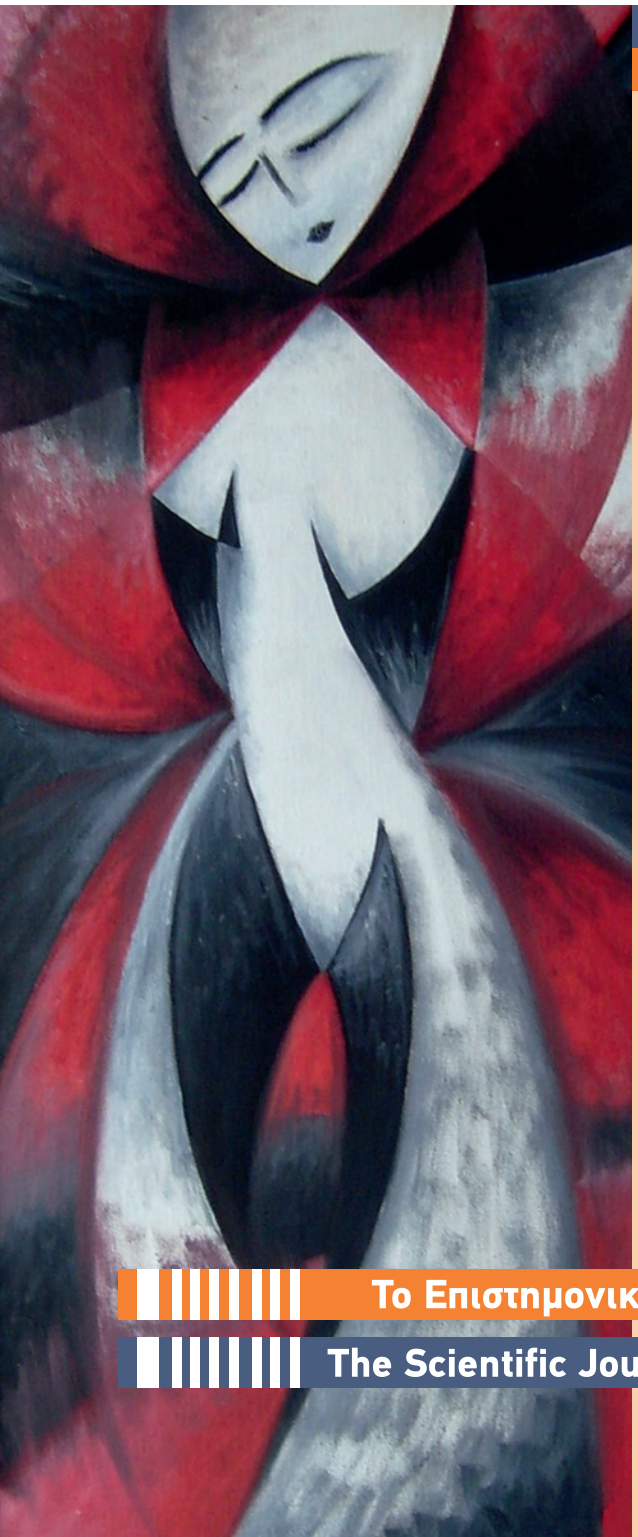
Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 10, Τεύχος 1, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2017

Volume 10, Issue 1, JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2017



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Οι Νέες Τεχνολογίες στη Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Δρ Ελένη Χριστοδούλου

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Στρατηγικές διαχείρισης του στρες, πριν, κατά και μετά το ωράριο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού: μια περιγραφική ανασκόπηση

Coping strategies used by nurses before, during and after work to deal with work stress: a literature review

Γεώργιος Μανομενίδης, Εύχαρις Παναγοπούλου, Θάλεια Μπελλάλη

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων από την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας στα νοσηλευόμενα παιδιά

Measuring parental satisfaction of care quality provided in hospitalized children

Σπυριδούλα Τσιρώνη, Γεώργιος Κουλιεράκης

Κινητικότητα και λεκτική επικοινωνία των ασθενών που υποβάλλονται σε κρανιεκτομή ¨εν εγρηγόρσει¨

Mobility and verbal communication patients undergoing awake craniotomy

Ιωάννης Σαπουντζής, Σοφία Ανεβλαβή, Βασιλική Ντέρου, Μαρία Δάντσιου, Νικόλαος Γεωργακούλιας, Γιαννούλα Νταβώνη

Διερεύνηση της επίδρασης του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Αγγειακή Προσπέλαση Αιμοκαθαιρόμενων Ασθενών

Looking into the effect of Diabetes Mellitus on Vascular Access in Haemodialysis Patients

Σταυρούλα Τσινικόρη, Θεοδώρα Καυκιά, Ευγενία Μηνασίδου, Μιχαήλ Κουράκος, Αλεξάνδρα Δημητριάδου

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses

ΕΝΕ

ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

www.enne2017.gr

Ηράκλειο 2017

27-30 ΑΠΡΙΛΙΟΥ

AQUILA ATLANTIS HOTEL



9ο 10ο Πανελλήνιο Πανευρωπαϊκό

Επιστημονικό & Επαγγελματικό ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

fepi European Council of Nursing Regulators

Με τη στήριξη του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ρυθμιστικών Αρχών Νοσηλευτικής

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ

PROOPSIS Consulting S.A.

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

Οι Νέες Τεχνολογίες στη Νοσηλευτική Εκπαίδευση
Δρ Ελένη Χριστοδούλου **3**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Στρατηγικές διαχείρισης του στρες, πριν, κατά και μετά το ωράριο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού: μια περιγραφική ανασκόπηση
Coping strategies used by nurses before, during and after work to deal with work stress: a literature review
Γεώργιος Μανομενίδης, Εύχαρις Παναγοπούλου, Θάλεια Μπελλάλη **6**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων από την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας στα νοσηλευόμενα παιδιά
Measuring parental satisfaction of care quality provided in hospitalized children
Σπυριδούλα Τσιρώνη, Γεώργιος Κουλιεράκης **13**

Κινητικότητα και λεκτική επικοινωνία των ασθενών που υποβάλλονται σε κρανιεκτομή ¨εν εγρηγόρσει¨
Mobility and verbal communication patients undergoing awake craniotomy
Ιωάννης Σαπουντζής, Σοφία Ανεβλαβή, Βασιλική Ντέρου, Μαρία Δάντσιου, Νικόλαος Γεωργακούλιας, Γιαννούλα Νταβώνη **27**

Διερεύνηση της επίδρασης του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Αγγειακή Προσπέλαση Αιμοκαθαιρόμενων Ασθενών
Looking into the effect of Diabetes Mellitus on Vascular Access in Haemodialysis Patients
Σταυρούλα Τσινικόρη, Θεοδώρα Καυκιά, Ευγενία Μηνασίδου, Μιχαήλ Κουράκος, Αλεξάνδρα Δημητριάδου **39**

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ **47**

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ **49**

EDITORIAL

Οι Νέες Τεχνολογίες στη Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Δρ Ελένη Χριστοδούλου
Καθηγήτρια Δ.Ι.Ε.Κ. Βοηθών Νοσηλευτικής «Η Σωτηρία»

Οι τεχνολογίες της πληροφορίας και επικοινωνιών αποτελούν αναμφισβήτητα τον καταλύτη πολλών αλλαγών σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής. Η πλούσια εθνική και διεθνής βιβλιογραφία, αναδεικνύει το έντονο ενδιαφέρον επιστημόνων διαφόρων κλάδων για την επίδραση της τεχνολογίας στο πεδίο του ενδιαφέροντός τους. Η εκπαίδευση και ο τρόπος μάθησης και κατάκτησης της γνώσης, είναι ένα από αυτά.

Ο ρόλος των νέων τεχνολογιών είναι ιδιαίτερα σημαντικός και καθοριστικός στον μετασχηματισμό των διαδικασιών εκπαίδευσης. Άλλωστε, τόσο η εποχή, όσο και οι γνώσεις που λαμβάνουμε, αλλάζουν ταχύτατα. Σύμφωνα με τον Resnick (2002), κατά τον 21ο αιώνα οδεύουμε πλέον προς την «Κοινωνία της Δημιουργικότητας», η οποία εστιάζει όχι τόσο στο πλήθος των γνώσεων που διαθέτουμε, αλλά στην ικανότητά μας να σκεπτόμαστε και να ενεργούμε δημιουργικά.

Η μετάβαση στο συγκεκριμένο πλαίσιο επιταχύνεται, αλλά και επιτείνεται από τη ραγδαία ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών, ενώ η δημιουργική και κριτική σκέψη αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του πλαισίου αυτού. Ειδικότερα δε στο νευραλγικό χώρο της υγείας, η ανάγκη για συνεχή, αποτελεσματική και ποιοτική εκπαίδευση και κατάρτιση των λειτουργών είναι επιτακτικότερη, κυρίως λόγω του υψηλού ρυθμού μεταβολής των γνώσεων και χρησιμοποιούμενων τεχνολογιών, του μεγάλου βαθμού εξειδίκευσης και τέλος, της κρισιμότητας των αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν από τις οποίες εξαρτώνται ανθρώπινες ζωές.

Ο σύγχρονος άνθρωπος λοιπόν, πρέπει να έχει τη δυνατότητα να μαθαίνει με πολλαπλούς τρόπους, να έχει ίσες ευκαιρίες για μάθηση και κατάρτιση, απαλλαγμένος από χωροχρονικές δεσμεύσεις, να έχει επιλογές στον τρόπο και το είδος της μάθησης και να αποτελεί το κέντρο της μαθησιακής διαδικασίας. Η τεχνολογία έχει πολλά να προσφέρει προς όφελος των καταρτιζομένων, των εκπαιδευτικών, αλλά και της επιστήμης γενικότερα. Οι εφαρμογές των νέων τεχνολογιών στην εκπαίδευση, απαντώνται τόσο στη βασική, όσο και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας.

Βασική Εκπαίδευση

Η αναγκαιότητα ενσωμάτωσης των νέων τεχνολογιών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι προφανής για τις συνεχώς εξελισσόμενες επιστήμες, όπως είναι η νοσηλευτική. Δημιουργώντας νέες απαιτήσεις και προκλήσεις στον χώρο της εκπαίδευσης, οι νέες τεχνολογίες ενισχύουν το παραδοσιακό περιβάλλον μάθησης με εναλλακτικούς τρόπους, νέους διαύλους επικοινωνίας και συνεργασίας, αλλά και ταχύτατη διακίνηση τεράστιου όγκου πληροφοριών (Farrell 2014).

Η υιοθέτηση των αναδυόμενων νέων τεχνολογιών είναι σε άνοδο εντός ενός ακαδημαϊκού περιβάλλοντος. Μάλιστα, η ενσωμάτωση των ψηφιακών εργαλείων στην εκπαιδευτική διαδικασία είναι ιδιαίτερα έντονη, αφού τα πανεπιστήμια καλούνται να ανταποκριθούν στις ανάγκες, απαιτήσεις και προσδοκίες των φοιτητών, οι οποίοι είναι αρκετά εξοικειωμένοι με ποικίλα είδη πολυμέσων (smart phones, tablets κ.α΄.).

Η ένταξη των νέων τεχνολογιών στο χώρο της εκπαίδευσης πραγματοποιείται με την είσοδο των ηλεκτρονικών υπολογιστών και με αφετηρία τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής τη δεκαετία του 1950, ενώ τα πράγματα αλλάζουν δραστικά με την ανάπτυξη των προσωπικών υπολογιστών μετά τη δεκαετία του 1970 (McCutcheon et al 2014). Έκτοτε, ο χώρος της εκπαίδευσης γνωρίζει μια έκρηξη τεχνολογικών καινοτομιών. Οι φοιτητές ανά πάσα στιγμή έχουν πρόσβαση, μέσω ποικίλων ψηφιακών συσκευών, σε οποιαδήποτε βιβλιοθήκη, βιβλίο, έκθεση, περιοδικό, μουσείο κ.α. Αναδυόμενες τεχνολογίες, όπως η τηλεκπαίδευση, τα περιβάλλοντα προσομοίωσης και εικονικής πραγματικότητας, το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, το podcasting, αλλά κυρίως το διαδίκτυο, παρέχουν στους χρήστες καινοτόμες μεθόδους διδασκαλίας, κάνοντας την εκπαίδευση πιο άνετη και ενδιαφέρουσα.

Έτσι, στις μέρες μας καταγράφεται η ανάγκη ενίσχυσης της συμβατικής εκπαίδευσης με σκοπό την αναβάθμισή της και τον εμπλουτισμό της με νέες, αποδοτικότερες και ελκυστικότερες εκπαιδευτικές διαδικασίες και τεχνικές. Τα πανεπιστημιακά ιδρύματα θα πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψη την έντονη ποικιλομορφία και ανομοιογένεια του φοιτητικού πληθυσμού, να μεριμνούν για τα νέα μοντέλα μάθησης και να περιλαμβάνουν τεχνικές και μέσα των νέων τεχνολογιών.

Οι εφαρμογές των νέων τεχνολογιών για την υποστήριξη της διδασκαλίας εντός της πανεπιστημιακής αίθουσας, αλλά

και κατά την κλινική άσκηση, υποστηρίζεται ότι συμβάλλουν κατά το μέγιστο στην εκπλήρωση των στόχων των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. Οι στόχοι αυτοί προσανατολίζονται στη δια βίου μάθηση και στη βελτίωση της προσβασιμότητας, στη βελτίωση του πραγματολογικού μοντέλου μάθησης με την ταυτόχρονη υποστήριξη της έρευνας, στην παροχή υψηλής ποιότητας εκπαιδευτικών υπηρεσιών και συγχρόνως στη μείωση του κόστους των προσφερομένων εκπαιδευτικών υπηρεσιών.

Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση

Οι σύγχρονες τάσεις και οι ταχύτατες επιστημονικές εξελίξεις επιβάλλουν τη συνεχιζόμενη κατάρτιση και τη δια βίου εκπαίδευση σε όλους τους χώρους εργασίας, μιας και οι γνώσεις που αποκομίζει ο εργαζόμενος από το βασικό του πτυχίο, καθίστανται σε μικρό χρονικό διάστημα, ξεπερασμένες και ανεπαρκείς. Ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας, η ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση των εργαζομένων και πληροφόρηση είναι ακόμη μεγαλύτερη αφού συνεχώς προκύπτουν νέα επιστημονικά στοιχεία, τα οποία αποτελούν απαραίτητα εργαλεία στην επαγγελματική δραστηριότητα των επαγγελματιών υγείας.

Οι ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου χώρου που δυσχεραίνουν τη συνεχή επιμόρφωση των λειτουργών είναι πολλές: οι αυξημένες και επείγουσες ανάγκες, η έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και τα πιεστικά ωράρια των εργαζομένων, η σημαντική έλλειψη προσωπικού σε όλες τις ειδικότητες, η ιδιαίτερη γεωγραφική μορφολογία (πλήθος νησιών και απομακρυσμένων περιοχών), καθώς και η ραγδαία αύξηση της επιστημονικής πληροφορίας. Αναφορικά με την τελευταία παράμετρο, χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι δημοσιεύονται περίπου 600.000 επιστημονικά άρθρα ετησίως σε 80.000 επιστημονικά περιοδικά. Ένας επιστήμονας υγείας που διαβάζει δύο άρθρα την ημέρα από την τρέχουσα ιατρική βιβλιογραφία, χρειάζεται 800 χρόνια για να διαβάσει την ετήσια βιβλιογραφία.

Οι παραπάνω συνθήκες καθιστούν αναγκαία την υιοθέτηση σύγχρονων μεθόδων εκπαίδευσης, δηλαδή μεθόδων που θα στηρίζονται στις νέες τεχνολογίες, προκειμένου να εξυπηρετηθούν οι ανάγκες των επιστημόνων υγείας. Τεχνολογικές εφαρμογές και υπηρεσίες όπως είναι ο Παγκόσμιος Ιστός (World Wide Web), το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail), η συνδιάσκεψη (Chat) και η τηλεδιάσκεψη (videoconference) συνδυάζονται για τη διαμόρφωση περιβαλλόντων εκπαίδευσης. Τα συστήματα εξ αποστάσεως εκπαίδευσης απαντώνται με διάφορες ορολογίες, όπως για παράδειγμα «διαδικτυακά περιβάλλοντα», «περιβάλλοντα μάθησης δια μέσου υπολογιστών», «εικονικές τάξεις» και «ηλεκτρονικές κοινότητες μάθησης», συχνά όμως χρησιμοποιείται ο γενικός όρος «ηλεκτρονική μάθηση» (e-learning) για να προσδιορίσει τις διδακτικές και μαθησιακές διαδικασίες που υποστηρίζονται από τις νέες τεχνολογίες πληροφορίας και επικοινωνίας (Jones 2010).

Οι νέες τεχνολογίες καλούνται να κάνουν την εκπαίδευση ενηλίκων πιο δημοκρατική και πιο ευέλικτη ως προς τη δυνατότητα προσαρμογής της μαθησιακής διαδικασίας στις προσδοκίες και τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ενήλικα. Η είσοδος μάλιστα του Νέου Παγκόσμιου Ιστού (Web 2.0) αναδεικνύει καινούργιες μορφές πολιτισμού και μάθησης. Χαρακτηριστικές εφαρμογές του Web 2.0 είναι τα μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (social media), οι σελίδες συνεργατικής γραφής (wikis) και τα ιστολόγια (blogs). Το Web 2.0 είναι περισσότερο μια κοινωνική παρά μια τεχνολογική επανάσταση και έρχεται να αλλάξει εντυπωσιακά την εκπαιδευτική διαδικασία, διαμορφώνοντας τον τρόπο που εκπαιδευόμενοι και εκπαιδευτές προσεγγίζουν τη μάθηση. Έτσι, τα εργαλεία του Νέου Παγκόσμιου Ιστού προσφέρουν πολλαπλά οφέλη στους εμπλεκόμενους χρήστες, με εξαιρετικά πλούσιο σε περιεχόμενο εκπαιδευτικό υλικό, διαδραστικό και άμεσα διαθέσιμο. Ταυτόχρονα, διασφαλίζεται η συμμετοχική μάθηση και η άμεση διαχείριση της προόδου και της ανταλλαγής απόψεων με τους εκπαιδευτές.

Η ένταξη των νέων τεχνολογιών στα προγράμματα εκπαίδευσης ενηλίκων αποτελεί βασική προτεραιότητα των εκπαιδευτικών πολιτικών στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, την Αυστραλία και την Ευρώπη μέχρι την Νότια Αμερική και τις χώρες τις Ανατολικής Ασίας, ο ρόλος των νέων τεχνολογιών κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός για την αύξηση της απασχόλησης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών (Young & Chapman 2010). Μέσα από μια σειρά από αποφάσεις και πρωτοβουλίες, οι κυβερνήσεις των περισσοτέρων ανεπτυγμένων χωρών εκδηλώνουν με εμφανή τρόπο την πρόθεσή τους να βασιστούν στις νέες τεχνολογίες σε μια προσπάθεια να ξεπεράσουν υφιστάμενα εμπόδια και να βελτιώσουν την εκπαίδευση σε όλες τις βαθμίδες. Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας από το 2009 έως και σήμερα έχει εκπονήσει και συνεχίζει να εκπονεί πλήθος εκπαιδευτικών προγραμμάτων με τη συμμετοχή χιλιάδων νοσηλευτών και επιστημόνων του χώρου της υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, το πρόγραμμα «Θεραπεία εκεί που Ζω», το οποίο διενεργήθηκε σε 18 πόλεις της χώρας με το σύστημα της τηλεκατάρτισης έχοντας ως κύριο στόχο την ενημέρωση των νοσηλευτών για τη χορήγηση κυτταροστατικών ουσιών με ασφάλεια και σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Συμπερασματικά, η αναγκαιότητα ενσωμάτωσης των νέων τεχνολογιών στην τριτοβάθμια νοσηλευτική εκπαίδευση είναι προφανής, για μια επιστήμη συνεχώς εξελισσόμενη, όπως είναι η νοσηλευτική. Άλλωστε στην εισηγητική έκθεση που έγινε από το Institute of Medicine (IOM) (2003) με τίτλο «The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Care», στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ανάμεσα στις πέντε ικανότητες που θα πρέπει να έχουν οι νοσηλευτές, ιατροί και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας, είναι και η χρήση των νέων τεχνολογιών. Σήμερα, η χρήση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας δεν είναι πλέον προαιρετική. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι νέες τεχνολογίες δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την παραδοσιακή μάθηση, αλλά να τη συμπληρώσουν. Με την κατάλληλη και συνετή αξιοποίησή τους, μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμο εργαλείο για όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική Επιστήμη.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

Farrell, L. (2014). Training the Millennial Generation: Implications for Organizational Climate. *Journal of Organizational Learning and Leadership* 12(1):50-52

Institute of Medicine (US). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press.

Jones, C. (2010). A New Generation of Learners? The Net Generation and Digital Natives. *Learning, Media and Technology* 35 (4):365-368

Mc Cutcheon, K., Lohan, M., Traynor, M. and Martin, D. (2014). A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills in undergraduate nurse education. *Journal of Advanced Nursing* 71(2):255-270.

Resnick, M. (2002) *Rethinking Learning in the Digital Age*. The Global Information Technology Report 2001–2002. New York: Oxford University Press

Young, J., & Chapman, E. (2010). Generic competency frameworks: a brief historical overview. *Education Research and Perspectives* 37(1):1.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στρατηγικές διαχείρισης του στρες, πριν, κατά και μετά το ωράριο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού: μια περιγραφική ανασκόπηση

Γεώργιος Μανομενίδης[1], Εύχαρις Παναγοπούλου[2], Θάλεια Μπελλάλη[3]

1. Νοσηλευτής MSc, PhDc, Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας - Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

2. Επίκουρος Καθηγήτρια, Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας - Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

3. Καθηγήτρια, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες, με σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχοσωματική υγεία των εργαζομένων. Σκοπός του παρόντος άρθρου ήταν η διερεύνηση των στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές πριν, κατά και μετά το ωράριο εργασίας τους για να διαχειριστούν το εργασιακό στρες. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε διάφορους μηχανισμούς, οι οποίοι πριν το ωράριο εργασίας προετοιμάζουν τους νοσηλευτές ψυχολογικά, κατά τη διάρκεια του ωραρίου αναστέλλουν ή περιορίζουν την επίδραση του στρεσσογόνου παράγοντα, ενώ μετά το τέλος του συμβάλλουν στην αποθεραπεία και τη διαχείριση της συναισθηματικής αναστάτωσης. Η χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες από το νοσηλευτικό προσωπικό μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, αυξάνει την επαγγελματική ικανοποίηση και οδηγεί στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του. Ωστόσο, επειδή η επίδρασή τους έχει περιορισμένη διάρκεια και η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι πάντα εξασφαλισμένη, απαιτούνται αλλαγές, κυρίως σε επίπεδο οργανισμού, οι οποίες θα συμβάλλουν στην αλλαγή, μέσω της διαμόρφωσης θετικού εργασιακού κλίματος, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η καλή υγεία και ευεξία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Λέξεις κλειδιά: Στρατηγικές διαχείρισης, στρες, νοσηλευτικό προσωπικό, ωράριο εργασίας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Γεώργιος Μανομενίδης
Τηλέφωνο: 6974857643
e-mail: george.mano@yahoo.gr

Ημερομηνία Υποβολής: 09/01/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 12/02/2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν ποικίλες στρατηγικές διαχείρισης του στρες που βιώνουν πριν, κατά και μετά το ωράριο εργασίας τους**
- **Οι αποτελεσματικοί μηχανισμοί διαχείρισης του στρες μειώνουν την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ παράλληλα αυξάνουν την επαγγελματική ικανοποίηση**
- **Η ευεργετική επίδραση των στρατηγικών διαχείρισης του στρες έχει περιορισμένη διάρκεια και αποτελεσματικότητα**
- **Για τη διασφάλιση της καλής υγείας και ευεξίας του νοσηλευτικού προσωπικού απαιτούνται αλλαγές, κυρίως σε επίπεδο οργανισμού**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι νοσηλευτές αποτελούν τους βασικούς λειτουργούς υγείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα, κατέχοντας ρόλους υψηλών απαιτήσεων και προδιαγραφών. Γενικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί εκείνη την ομάδα επαγγελματιών υγείας που βιώνει τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες (Chou et al 2014), με σοβαρές επιπτώσεις, όχι μόνο στη σωματική και ψυχική τους υγεία (Meeusen et al 2010), αλλά παράλληλα και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Lee & Akhtar 2007). Πολλαπλοί παράγοντες έχουν εντοπιστεί ως αιτίες πρόκλησης εργασιακού στρες συμπεριλαμβανομένων του φόρτου εργασίας (Epp 2012), τη συχνή εναλλαγή των βαρδιών (McVicar 2003), τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους (Guidroz et al 2012), την καθημερινή επαφή με τον πόνο και το θάνατο (Peters et al 2012), καθώς και την ύπαρξη ασάφειας ρόλων (Lei et al 2010).

Η διαδικασία του στρες συνοδεύεται από τη διαχείριση για την αντιμετώπισή της (Folkman 2013) είτε σε προσωπικό επίπεδο, είτε μέσω της αλλαγής των απαιτήσεων του εξωτερικού περιβάλλοντος (Theodoratou et al 2009). Κάθε άνθρωπος χρησιμοποιεί διαφορετικούς μηχανισμούς και συμπεριφορές εκτόνωσης για να το πετύχει αυτό (Sonnentag & Fritz 2007). Η μη αποτελεσματική διαχείριση του στρες προκαλεί πλήθος μεταβολών στις νοητικές, συμπεριφοριστικές, και συναισθηματικές λειτουργίες του ατόμου (Smith 2014) και μεταξύ άλλων μπορεί να οδηγήσει και στην επαγγελματική εξουθένωση (McCloskey & Taggart 2010). Ειδικότερα για το νοσηλευτικό επάγγελμα, η σχετική με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες βιβλιογραφία, προσδιορίζει χρονικά τρία κομβικά σημεία στα οποία λαμβάνει χώρα η διαδικασία αυτή, τα οποία είναι: πριν την εργασία (Manomenidis et al 2016), στη διάρκεια της εργασίας (Perdikaris et al 2010, Wright 2014) και μετά το τέλος αυτής (Fritz et al 2013, Happell et al 2013, Laal 2013).

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο, η έννοια της διαχείρισης του εργασιακού στρες από το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί έννοια, που δεν έχει διερευνηθεί επισταμένως. Περιορίζεται στα αποτελέσματα ελάχιστων μελετών που έχουν εκτιμήσει την επίδραση των πολιτισμικών (Theodoratou et al 2009) και δημογραφικών-εργασιακών χαρακτηριστικών (Zyga et al 2016) στις στρατηγικές διαχείρισης του στρες του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και στην ποιοτική μελέτη των Manomenidis et al (2016) που προσδιόρισε τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές πριν και μετά το ωράριο εργασίας τους για να αντιμετωπίσουν το εργασιακό στρες.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας που αναφέρεται στις στρατηγικές διαχείρισης του εργασιακού στρες που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές, πριν, στη διάρκεια και μετά το τέλος της εργασίας τους, με απώτερο στόχο να ενισχυθούν οι πιο αποτελεσματικές από αυτές, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη υγεία και ευεξία των νοσηλευτών.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Το εργασιακό στρες περιγράφεται ως η κατάσταση, στην οποία υποπίπτει ο οργανισμός όταν υπάρχει ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας και την ικανότητα του εργαζομένου να λειτουργήσει αποτελεσματικά και να έχει τον έλεγχο (Lambert & Lambert 2008). Ωστόσο, είναι δύσκολο να δοθεί ένας απόλυτος ορισμός, δεδομένης της διαφορετικότητας της φύσης και της αντίληψης του τι είναι το στρες μέσα στο χώρο της εργασίας (Trenberth & Dewe 2004).

Σύμφωνα με τους Lazarus & Folkman (1984) το στρες αποτελεί «κάθε εμπειρία που προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος και ιδιαίτερα από εκείνες τις απαιτήσεις (εσωτερικές ή εξωτερικές), στις οποίες υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των πόρων (ικανότητες) που διαθέτει το άτομο και της αντιλαμβανόμενης πρόκλησης». Όταν το άτομο βιώνει στρες, κινεί μια διεργασία αντιμετώπισής του (coping process), η οποία ορίζεται ως «οι συνεχείς γνωστικές και συμπερι-

φοριστικές προσπάθειες που σκοπό έχουν να χειριστούν, συγκεκριμένες εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις που αποτιμώνται ότι υπερβαίνουν τους πόρους του ατόμου» (Folkman 2013). Τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη γνωστική εκτίμηση (cognitive appraisal) του στρεσσογόνου παράγοντα (Ivancevich & Matteson 1982), τις αντιδράσεις που εμφανίζουν, τους μηχανισμούς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες διακρίνονται σε αυτές που εστιάζουν απευθείας στο πρόβλημα (problem focused- strategy), όπου το άτομο προσπαθεί να αντιμετωπίσει ή να διαχειριστεί τα ζητήματα που του προκαλούν στρες μέσα από τον προγραμματισμό και την ανεύρεση εναλλακτικών δράσεων (Sang Min et al 2014) και σε αυτές που εστιάζουν στη μετρίαση της συναισθηματικής αναστάτωσης (emotion focused- strategy) μέσα από την αποστασιοποίηση και την αποφυγή του προβλήματος (Chang et al 2006). Οι θετικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης του στρες μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στην ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στην υφιστάμενη κατάσταση, ενώ οι αρνητικοί μηχανισμοί μπορεί να οδηγήσουν σε σωματική και ψυχολογική εξάντληση (Zhou & Gong 2015). Οι στρατηγικές οι οποίες προσανατολίζονται στην απευθείας αντιμετώπιση του προβλήματος επιτρέπουν στο άτομο να διατηρεί την αίσθηση της προσωπικής επιτυχίας και σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης (McTiernan & McDonald 2015).

Σύμφωνα με τους Robinson et al (1982), οι μηχανισμοί αντιμετώπισης του στρες ενεργοποιούνται χρονικά σε τρεις φάσεις: α) πριν την αντιμετώπιση του στρεσσογόνου παράγοντα, που περιλαμβάνει την αντίδραση του ατόμου στη συνειδητοποίηση του κινδύνου ή την απειλή της κατάστασης και παράλληλα του επιτρέπει να προετοιμαστεί για πιθανή βλάβη, β) κατά τη διάρκεια της επαφής με το στρεσσογόνο παράγοντα, όπου το άτομο αλλάζει τις αναποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης του στρες με περισσότερο αποτελεσματικές και γ) μετά το τέλος της επίδρασής του, όπου το άτομο αναπτύσσει στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επιστροφή του σε όσο το δυνατό προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας. Στη συνέχεια παρατίθενται αυτοί οι μηχανισμοί, σύμφωνα με τα τρία παραπάνω κομβικά σημεία.

Στρατηγικές διαχείρισης του στρες πριν την έναρξη του ωραρίου εργασίας των νοσηλευτών

Η ψυχολογική προετοιμασία για την έλευση στο στρεσσογόνο νοσοκομειακό περιβάλλον, αποτελεί σημαντική ανάγκη για τους νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο. Η θετική επίδραση της ψυχολογικής προετοιμασίας στην απόδοση και τη διαχείριση του στρες, προέρχεται από την έρευνα στην αθλητική ψυχολογία (Bertollo et al 2009), η οποία υποστηρίζει πως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις νοητικές και ψυχολογικές λειτουργίες και στην επαγγελματική απόδοση (Zaichkowsky & Baltzell 2001), κάτι που ενισχύει τον ισχυρισμό ότι οι νοητικές διαδικασίες που σχετίζονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές, μπορεί να έχουν επίδραση στην απόδοση του εργαζομένου μέσω των μηχανισμών αντιμετώπισης του στρες.

Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες για τη χρήση της ψυχολογικής προετοιμασίας ως μηχανισμός διαχείρισης του στρες πριν την έναρξη του ωραρίου εργασίας σε νοσηλευτές. Μόλις πρόσφατα, μελετήθηκαν οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές προκειμένου να προετοιμαστούν ψυχολογικά για το ωράριο εργασίας τους και να αντιμετωπίσουν το εργασιακό στρες (Manomenidis et al 2016), και διατυπώθηκε ένα θεωρητικό μοντέλο, το "Switch on/Switch off Model", το οποίο περιγράφει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές προκειμένου να επιτύχουν αποτελεσματική προετοιμασία για το εργασιακό στρες. Οι στρατηγικές αυτές εντοπίζονται σε πέντε κατηγορίες και περιλαμβάνουν: α) την προσωπική φροντίδα/περιποίηση (β) τα θρησκευτικά τελετουργικά (γ) τη χρήση καφέ/νικοτίνης (δ) την κοινωνική αλληλεπίδραση και (ε) τη χρήση μουσικής. Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο αν η διαδικασία προετοιμασίας "Switch on" είναι αποτελεσματική τότε αναμένεται αύξηση της απόδοσης και του επαγγελματισμού στην εργασία., ενώ στην αντίθετη περίπτωση αναμένεται αύξηση της πιθανότητας λαθών και επαγγελματικού στρες. Η προσέγγιση αυτή αποτελεί μια ευκαιρία για να αυξηθεί τόσο η ψυχική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών όσο και να διασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών.

Στρατηγικές διαχείρισης του στρες στη διάρκεια του ωραρίου εργασίας των νοσηλευτών

Στη διάρκεια του ωραρίου εργασίας, τα ψυχικά αποθέματα και οι σωματικές αντοχές του εργαζόμενου νοσηλευτή μειώνονται, εξαιτίας της αυξημένης προσπάθειάς του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εργασίας του. Είναι αναμενόμενο λοιπόν να υπάρχει φόρτιση και εξάντληση, με αποτέλεσμα την αναζήτηση αποκατάστασης των ψυχολογικών και σωματικών αποθεμάτων που έχουν εξαντληθεί (Geurts & Sonnentag 2006). Η αποκατάσταση επιτυγχάνεται, είτε με προσαρμογή της συμπεριφοράς και τη χρήση εστιασμένης αντιμετώπισης της αιτίας του στρεσσογόνου παράγοντα (Lim et al 2010), είτε με την υιοθέτηση στρατηγικών και συμπεριφορών που σκοπό έχουν να επιτύχουν τη διατήρηση της ψυχοσωματικής υγείας του εργαζομένου (Fritz et al 2013).

Το χιούμορ ως μηχανισμός αντιμετώπισης των ψυχοπιεστικών καταστάσεων στον εργασιακό χώρο συμβάλλει στη μείωση ή και αποβολή των αρνητικών συναισθημάτων που δημιουργούνται από τις αντιδράσεις

πίεσης του νοσοκομειακού περιβάλλοντος (Wanzer et al 2005). Επίσης, η κοινωνική κριτική και ο σχολιασμός των άλλων συναδέλφων, χρησιμοποιούνται ως μέσο έκφρασης και διαχείρισης συναισθημάτων σε συνθήκες αυξημένου εργασιακού στρες (Michelson et al 2010), προσφέροντας παράλληλα στους νοσηλευτές την ευκαιρία για ανακούφιση από το εργασιακό στρες (Waddington & Fletcher 2005). Ο πνευματικός στοχασμός ή η προσευχή ως μηχανισμοί αντιμετώπισης του στρες (Roopalekha et al 2012) λειτουργούν ρυθμιστικά σε θέματα στρες, καθώς η ατομική αναφορά στο υπερβατικό στοιχείο και η προσπάθεια άντλησης δύναμης μέσα από μορφές θρησκευτικής έκφρασης, μπορεί μόνο θετική επίδραση να έχει στο στρες (Kim & Seidlitz 2002).

Ένα σημαντικό κομμάτι επίσης στις στρατηγικές διαχείρισης του στρες, αποτελεί και η χρήση των διαλειμμάτων κατά τη διάρκεια της εργασίας. Τα διαλείμματα ανάπαυσης στη διάρκεια της εργασίας η προσωρινή δηλαδή αποδέσμευση από την εργασία-, αποτελούν την πιο αποτελεσματική στρατηγική αποθεραπείας και διαχείρισης του στρες (Trougakos et al 2008). Τα διαλείμματα είναι αποτελεσματικά στην αποθεραπεία του εργαζομένου μόνο όταν σχετίζονται με την ενασχόληση του ατόμου με δραστηριότητες που αναστέλλουν την επίδραση ή απομακρύνουν το στρεσσογόνο παράγοντα (Trougakos & Hideg 2009). Από τα ποιο συνηθισμένα διαλείμματα είναι αυτό για το φαγητό (lunch break). Ωστόσο, δεν είναι όλα τα διαλείμματα προκαθορισμένα και οι εργαζόμενοι συχνά επιδίδονται σε μικρά ολιγόλεπτα διαλείμματα (micro-breaks).

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι από τις ποιο συχνές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του στρες στη διάρκεια των διαλειμμάτων είναι η χρήση της νικοτίνης (Perdikaris et al 2010) και η κατανάλωση καφέ (Fritz et al 2011), που έχουν ταυτόχρονα διεγερτική και αγχολυτική δράση, καθώς και η συνομιλία-επικοινωνία με τους συναδέλφους (Bakibinga et al 2012) που βοηθά στην απόσπαση από τον στρεσσογόνο παράγοντα μέσω της ανταλλαγής προσωπικών εμπειριών.

Στρατηγικές διαχείρισης του εργασιακού στρες μετά την εργασία- αποθεραπεία από το εργασιακό στρες

Η καθημερινή αποφόρτιση από το εργασιακό στρες μετά το πέρας του ωραρίου εργασίας αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση των αποθεμάτων ενέργειας και ζωτικότητας για την επόμενη μέρα (Sonnentag et al 2008). Η ψυχολογική αποδέσμευση από την εργασία δεν είναι μια αυτόματη διαδικασία, η οποία συμβαίνει μετά το πέρας του ωραρίου με την απομάκρυνση από το εργασιακό περιβάλλον (Querstret & Cropley 2012), με αποτέλεσμα, η παραμονή μακριά από αυτό να μη συνεπάγεται πάντα μια αποτελεσματική αποθεραπεία (De Croon et al 2004). Ωστόσο, χαρακτηριστικό των στρατηγικών αντιμετώπισης του εργασιακού στρες έξω από τον εργασιακό χώρο, είναι η χρήση στρατηγικών που εστιάζουν στη μετρίαση της συναισθηματικής αναστάτωσης (emotion focused- strategy) και όχι απευθείας στο πρόβλημα (problem-focused strategy), δεδομένου ότι ο στρεσσογόνος παράγοντας δεν υπάρχει πλέον στο περιβάλλον και επομένως δεν είναι απαραίτητη μια τέτοια προσέγγιση.

Επειδή η ψυχολογική αποδέσμευση από την εργασία είναι καθημερινή ανάγκη και η συμμετοχή σε διαλείμματα μεγάλης διάρκειας δύσκολη, ο εργαζόμενος προβαίνει μετά το τέλος της εργασίας του στην ενασχόληση με δραστηριότητες αποθεραπείας που του προσφέρουν ψυχολογική αποσύνδεση από την εργασία, χωρίς να απαιτούν μεγάλη προσπάθεια (Fritz et al 2011). Τέτοιες στρατηγικές περιλαμβάνουν την κοινωνική αλληλεπίδραση μέσω σελίδων κοινωνικής δικτύωσης (Happell et al 2013), την ανταλλαγή προσωπικών εμπειριών με συναδέλφους (Bakibinga et al 2012), την εμπλοκή σε οικογενειακές δραστηριότητες (Ariapooran 2014), την ενασχόληση με δραστηριότητες που περιλαμβάνουν τη φυσική άσκηση και συμμετοχή σε δραστηριότητες στη φύση (Robles 2008), την ενασχόληση με διάφορα χόμπι (Perry 2005),την κατανάλωση αλκοόλ (Chipas & McKenna 2011), τη χρήση αγχολυτικών- ψυχοτρόπων φαρμάκων (Santos et al 2010) και το κάπνισμα (Happell et al 2013).

Η επίδραση των διαλειμμάτων από την εργασία ως τρόπος μείωσης της ψυχολογικής φθοράς και της σωματικής κούρασης έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών (Trougakos & Hideg 2009, Drach-Zahavy & Marzuq 2013, Fritz et al 2013) με τις διακοπές, που αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο σε χρονική διάρκεια διάστημα που μπορεί να λείψει ο εργαζόμενος από την εργασία του, να αποτελεί και την πιο αποτελεσματική ευκαιρία για να αποκτήσει ενέργεια (De Bloom et al 2009). Οι εργαζόμενοι αναφέρουν αυξημένη απόδοση και ευεξία αμέσως μετά τις διακοπές (De Bloom et al 2009), ωστόσο η θετική επίδραση των διακοπών, γρήγορα εξασθενεί, διαρκεί λίγες μόλις εβδομάδες και η εξουθένωση επιστρέφει γρήγορα σε πριν τις διακοπές επίπεδα (Fritz et al 2013). Δεδομένης της περιορισμένης ικανότητας των εργαζομένων για συχνές και πολυήμερες διακοπές, το διάλειμμα του σαββατοκύριακου αποτελεί την πιο συχνή ίσως ευκαιρία για αποθεραπεία (Fritz & Sonnentag 2005). Ο εργαζόμενος έχει την ευκαιρία να ασχοληθεί με δραστηριότητες που τον ξεκουράζουν και τον χαλαρώνουν (Binnewies et al 2010). Ωστόσο, στα μέσα της εβδομάδας η θετική επίδραση του σαββατοκύριακου φαίνεται να εξασθενεί (Fritz et al 2010).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το νοσοκομειακό περιβάλλον αποτελεί πηγή αυξημένου εργασιακού στρες και φέρει την ευθύνη για την πρό-

κληση πλήθους σωματικών και ψυχικών προβλημάτων στο νοσηλευτικό προσωπικό. Καθώς για την αντιμετώπιση του προβλήματος, δεν υπάρχουν εύκολες λύσεις, για αυτό και οι νοσηλευτές προσπαθούν μέσα από στρατηγικές και μηχανισμούς να αντιμετωπίσουν σε προσωπικό επίπεδο το φαινόμενο του εργασιακού στρες, είτε στην διάρκεια της εργασίας τους, είτε πέρα από αυτήν. Ωστόσο, επειδή οι στρατηγικές αντιμετώπισης δεν είναι πάντα αποτελεσματικές, απαιτείται επιπλέον σε επίπεδο οργανισμού και διοίκησης, η προώθηση μέτρων και παρεμβάσεων που θα συμβάλλουν στην αλλαγή μέσω της διαμόρφωσης θετικού εργασιακού κλίματος για το νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπρόσθετα, βοηθητική θα ήταν η οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την αποτελεσματική διαχείριση και αντιμετώπιση του στρες, η πραγματοποίηση συναντήσεων μεταξύ του προσωπικού, που στοχεύουν στην ενδυνάμωση της ικανότητας του ατόμου να μπορεί να διαχειριστεί το εργασιακό στρες, καθώς και ατομικές ψυχολογικές παρεμβάσεις, συμπεριφοριστικής προσέγγισης.

Παρόλο που στη βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται στους τρόπους διαχείρισης του εργασιακού στρες από τους νοσηλευτές η αποτελεσματικότητά τους κρίνεται επισφαλής. Δεν εντοπίστηκαν επίσης αναφορές που να προσδιορίζουν χρονικά τις συμπεριφορές που υιοθετούν οι νοσηλευτές αμέσως πριν αναλάβουν υπηρεσία προκειμένου να προετοιμαστούν ψυχολογικά για αυτήν και αμέσως μετά το τέλος του ωραρίου εργασίας τους, προκειμένου να αποδεσμευτούν αντίστοιχα από αυτήν. Μελλοντικές έρευνες με στόχο τη διερεύνηση της επίδρασης της συσχέτισης μεταξύ των συμπεριφορών αυτών, μπορούν να οδηγήσουν στη μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, στην αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση και την καλύτερη υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού στη χώρα μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ariapooran S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 19(3): 279-284.

Bakibinga P., Vinje H.F. & Mittelmark M.B. (2012). Self-tuning for job engagement: Ugandan nurses' self-care strategies in coping with work stress. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14(1): 3-12.

Bertollo M., Saltarelli B. & Robazza C. (2009). Mental preparation strategies of elite modern pentathletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(2): 244-254.

Binnewies C., Sonnentag S. & Mojza E.J. (2010). Recovery during the weekend and fluctuations in weekly job performance: A week-level study examining intra-individual relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(2): 419-441.

Chang E. M., Daly J., Hancock K.M., Bidewell J. W., Johnson A., Lambert V.A. & Lambert C.E. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 22(1): 30-38.

Chipas A. & McKenna D. (2011). Stress and burnout in nurse anesthesia. *AANA Journal*, 79(2): 122-128.

Chou L.P., Li C.Y. & Hu S.C. (2014). Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*, 4(2), e004185.

de Bloom J., Kompier M., Geurts S., de Weerth C., Taris T. & Sonnentag S. (2009). Do We Recover from Vacation? Meta-analysis of Vacation Effects on Health and Well-being. *Journal of Occupational Health*, 51(1): 13-25.

de Croon E. M., Sluiter J. K., Blonk R. W., Broersen J. P. J. & Frings-Dresen M. H. (2004). Stressful Work, Psychological Job Strain, and Turnover: A 2-Year Prospective Cohort Study of Truck Drivers. *Journal of Applied Psychology*, 89(3): 442-454. https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.3.442

Drach-Zahavy A. & Marzuq N. (2013). The weekend matters: exploring when and how nurses best recover from work stress. *Journal of Advanced Nursin*g, 69(3): 578-589.

Epp K. (2012). Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*, 23(4), 25-31.

Folkman S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. M. D. Gellman & J. R. Turner, *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 1913-1915. Springer New York.

Fritz C., Ellis A. M., Demsky C. A., Lin B. C. & Guros F. (2013). Embracing work breaks. Recovering from work stress. *Organizational Dynamics*, 42, 274-280.

Fritz C., Lam C. F. & Spreitzer G. M. (2011). It's the Little Things That Matter: An Examination of Knowledge Workers' Energy Management. *Academy of Management Perspectives*, 25(3): 28-39.

Fritz C. & Sonnentag S. (2005). Recovery, Health, and Job Performance: Effects of Weekend Experiences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(3): 187-199.

Fritz C., Sonnentag S., Spector P.E. & McInroe J.A. (2010). The weekend matters: Relationships between stress recovery and affective experiences. *Journal of Organizational Behavior*, 31(8): 1137-1162.

Geurts S.A. & Sonnentag S. (2006). Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, (6): 482.

Guidroz A.M., Wang M. & Perez L.M. (2012). Developing a Model of Source-specific Interpersonal Conflict in Health Care. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(1): 69-79.

Happell B., Reid-Searl K., Dwyer T., Caperchione C.M., Gaskin C.J. & Burke K.J. (2013). How nurses cope with occupational stress outside their workplaces. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research*, 20(3): 195-199.

Ivancevich J.M. & Matteson M.T. (1982). Occupational stress, satisfaction, physical well being, and coping: a study of homemakers. *Psychological Reports*, 50 (3 Pt 1): 995-1005.

Kim Y. & Seidlitz L. (2002). Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual Differences*, 32(8): 1377-1390.

Lambert V.A., & Lambert C.E. (2008). Nurses' workplace stressors

and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1): 38.
Lee J.S.Y. & Akhtar S. (2007). Job burnout among nurses in Hong Kong: Implications for human resource practices and interventions. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 45(1): 63-84.
Lei W., Youn Hee K. & Dong W. (2010). A review of research and strategies for burnout among Chinese nurses. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(13): 844-850.
Lim J., Bogossian F. & Ahern K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review*, 57(1), 22-31.
Manomenidis G., Panagopoulou E. & Montgomery A. (2016). The 'switch on-switch off model': Strategies used by nurses to mentally prepare and disengage from work: Switch on-switch off model. *International Journal of Nursing Practice*.
McCloskey S. & Taggart L. (2010). How much compassion have I left? An exploration of occupational stress among children's palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 233-240.
McTiernan K. & McDonald N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3): 208-218.
McVicar A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6): 633-642.
Meeusen V., VAN Dam K., Brown-Mahoney C., VAN Zundert A. & Knape H. (2010). Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anaesthetists: a survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(5): 616-621.
Michelson G., Iterson Ad. van & Waddington K. (2010). Gossip in Organizations: Contexts, Consequences, and Controversies. *Group & Organization Management*, 35(4): 371-390.
Perdikaris P., Kletsiou E., Gymnopoulou E. & Matziou V. (2010). The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: a review of the literature. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 7(5): 2362-2375.
Perry T.R. (2005). The certified registered nurse anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal*, 73(5): 351-356.
Peters L., Cant R., Sellick K., O'Connor M., Lee S. & Burney S. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review...[corrected][published erratum appears in Int J Palliat Nurs. 2012 Dec;18(12): 618]. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(11): 561-567.
Querstret D. & Cropley M. (2012). Exploring the Relationship Between Work-Related Rumination, Sleep Quality, and Work-Related Fatigue. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(3): 341-353.
Robinson K. M., Bridgewater S. C., Molla P. M. & Wathen C. A. (1982). Concepts of Stress for Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 4(3): 167-176.
Robles L. S. B. (2008). Acciones para manejar el estrés laboral de las enfermeras en servicios de oncologia. Revisión documental de 1995 a 2005.
Roopalekha J., Latha K.S. & Swetha P. (2012). Occupational Stress and Coping among Nurses in a Super Specialty Hospital. *Journal of Health Management*, 14(4): 467-479.
Sang Min Noh H., Kim B., Jin Yuan Park Y. M. & Shin H. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology, Research and Practice*, (1): 44.
Santos MB dos., Frazão IS. & Aquino DMF de. (2010). Occupational stress related to the use of psychoactive substances among nurses who working in university hospital. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, (4): 1618.
Smith S. A. (2014). Mindfulness-based stress reduction: an intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(2): 119-130.
Sonnentag S., Binnewies C. & Mojza E.J. (2008). Did You Have A Nice Evening? A Day-Level Study on Recovery Experiences, Sleep, and Affect. *Journal of Applied Psychology*, 93(3): 674-684.
Sonnentag S. & Fritz C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3): 204-221.
Theodoratou M., Andreopoulou O., Bekos V., Pierrakeas C. & Skiadopoulos S. (2009). Culture specific stress coping strategies used to alleviate occupational stress among Greek nursing personnel. *Journal of Medical Psychology*, 1(1): 21-28.
Trenberth L. & Dewe P. (2004). Work stress and coping: drawing together research and practice. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(2): 143-156.
Trougakos J.P., Beal D.J., Green S.G. & Weiss H.M. (2008). Making the break count: An episodic examination of recovery activities, emotional experiences, and positive affective displays. *Academy of Management Journal*, 51(1): 131–146.
Trougakos J.P. & Hideg I.(2009). *Research in Occupational Stress and Well-being* (T. 7). Bingley: Emerald Group Publishing. Available at: http://www.emeraldinsight.com/10.1108/S1479-3555(2009)0000007005. [Accessed: 15 November 2016].
Waddington K. & Fletcher C. (2005). Gossip and emotion in nursing and health-care organizations. *Journal of Health Organization and Management*, 19(4–5): 378-394.
Wright K. (2014). Alleviating stress in the workplace: advice for nurses. *Nursing Standard*, 28(20): 37-42. https://doi.org/10.7748/ns2014.01.28.20.37.e8391
Zhou H. & Gong Y.H. (2015). Relationship between occupational stress and coping strategy among operating theatre nurses in China: a questionnaire survey. *Journal of Nursing Management*, 23(1): 96-106.
Zyga S., Mitrousi S., Alikari V., Sachlas A., Stathoulis J., Fradelos E. & Maria Lavdaniti. (2016). Assessing Factors That Affect Coping Strategies Among Nursing Personnel. *Materia Socio-Medica*, 28(2): 146-150.

Coping strategies used by nurses before, during and after work to deal with work stress: a literature review

Georgios Manomenidis[1], Efharis Panagopoulou[2], Thalia Bellali[3]

1. RN, MSc, PhDc, Primary Health Care General Practice and Health Care Services Research, Medical Department, Aristotle University Thessaloniki
2. Assistant Professor, Primary Health Care General Practice and Health Care Services Research, Medical Department, Aristotle University Thessaloniki
3. Professor, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki

ABSTRACT

The nursing profession is characterized by high levels of work stress and serious associated health problems. The aim of the present study was to explore the strategies nurses employ before, during and after work to cope with every day work stress. The literature review indicated that nurses use mechanisms which at the beginning of shift work as preparation mechanisms, during work as stress controllers and after the end of it as an opportunity for nursing staff's emotional recovery. In terms of effectiveness, the use of stress coping mechanisms not only reduces job burnout but also increases nurses' job satisfaction and wellbeing. However, evidence show that their duration is short and their effectiveness may be limited. Changes mainly in organizational level are required to create a more positive working environment and advocate for nurses' good level of health and wellbeing.

Keywords: Coping strategies, stress, nursing staff, work shift

Corresponding Author: Georgios Manomenidis
Mob. Tel.: 6974857643
e-mail: george.mano@yahoo.gr

Submission Date: 09/01/2017
Publication Date: 12/02/2017

Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων από την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας στα νοσηλευόμενα παιδιά

Σπυριδούλα Τσιρώνη[1], Γεώργιος Κουλιεράκης[2]
1. Νοσηλεύτρια, MSc, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας Νεογνών, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»
2. Επιστημονικός συνεργάτης, Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων είναι μείζονος σημασίας για τα παιδιατρικά νοσοκομεία, καθώς αποτελεί τη βασική συνιστώσα της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στις υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός: Η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη φροντίδα στα νοσηλευόμενα παιδιά τους.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας γονέων που τα παιδιά τους νοσηλεύονταν σε δύο δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε σε χρονικό διάστημα 3 μηνών. Συλλέχθηκαν 352 ερωτηματολόγια (ποσοστό ανταπόκρισης 88%). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Pyramid Questionnaire for parents of hospitalized children, που εκτιμάει το βαθμό ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη φροντίδα στο νοσηλευόμενο παιδί τους.

Αποτελέσματα: Περισσότεροι γονείς ήταν ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (81,9%), την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα (78,2%) και την πληροφόρηση των γονέων για τη νόσο του νοσηλευόμενου παιδιού (71,9%). Αντίθετα, λιγότεροι γονείς ήταν ικανοποιημένοι από τη δυνατότητα συμμετοχής τους στη φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού τους (52,3%) και την προσβασιμότητα στο νοσοκομείο (39,5%). Η συνολική ικανοποίηση των γονέων κυμάνθηκε σε πολύ καλά επίπεδα (76,8%) και ήταν σημαντικά υψηλότερη στο νοσοκομείο Α (78,8%), στους έγγαμους γονείς (77,4%) και στους γονείς που δεν ανησυχούσαν καθόλου ή ανησυχούσαν ελάχιστα για την ασθένεια του παιδιού τους (83,1%). Το υπόδειγμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης που χρησιμοποιήθηκε έδειξε ότι η νοσηλεία στο νοσοκομείο Β και η ανησυχία σε μεγάλο βαθμό για την ασθένεια του παιδιού και τις επιπλοκές της οδηγούν στη μείωση της συνολικής ικανοποίησης κατά 24% και 17% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων αποτελεί τον πιο σημαντικό δείκτη της εύρυθμης λειτουργίας των νοσοκομείων. Από την παρούσα μελέτη φάνηκε πως ορισμένοι τομείς, όπως η συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα του παιδιού τους, η πληροφόρηση, η προσβασιμότητα, η επικοινωνία και η διαπροσωπική φροντίδα υγείας χρήζουν βελτίωσης, προκειμένου να υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Λέξεις- Κλειδιά: Ικανοποίηση γονέων, παιδιατρική φροντίδα, ποιότητα

Υπεύθυνη Αλληλογραφίας: Τσιρώνη Σπυριδούλα
Τηλ. 6973435381
E-mail: silvytsironi@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 24/1/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης:15/03/2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί έναν κατάλληλο δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας**
- **Η συνολική ικανοποίηση των γονέων κυμάνθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα**
- **Υπήρξαν διαφορές στην ικανοποίηση των γονέων, ανά νοσοκομείο**
- **Ορισμένοι τομείς φροντίδας, όπως η συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα του παιδιού τους και η πληροφόρηση επιδέχονται βελτίωσης**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αγαθό της υγείας, που παρέχεται καθολικά στο κοινωνικό σύνολο, οφείλει να προσφέρεται με το ανάλογο επίπεδο ποιότητας. Σε μια εποχή που οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των πολιτών από το υγειονομικό σύστημα είναι αυξημένες, η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται μείζονος σημασίας, ώστε οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας να είναι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Λαζάρου 2006, Wagner & Bear 2009).

Η ικανοποίηση ορίζεται ως οι προσωπικές εκτιμήσεις των ασθενών και οι επακόλουθες αντιδράσεις στα ερεθίσματα που δέχονται μέσα στο περιβάλλον του τομέα υγείας μόλις πριν, στη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης. Αυτές οι εκτιμήσεις και οι αντιδράσεις επηρεάζονται από το χαρακτήρα που διαθέτει κάθε ασθενής και από τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του στον τομέα της υγείας (Παπανικολάου 2003).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας που σχετίζονται με τις προσδοκίες και τις αξίες του. Έχει δε θεμελιώδη σημασία ως μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας υγείας, αφού αφενός βοηθάει στην κατανόηση των αντιλήψεων και στον προσδιορισμό των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα (Μερκούρης 1996) και αφετέρου παρέχει πληροφόρηση σχετικά με την επιτυχία των υπηρεσιών να ικανοποιούν αυτές τις προσδοκίες. Η ικανοποίηση αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά, που πρέπει να διαθέτει ο υγειονομικός τομέας, προκειμένου να παρέχεται υψηλής ποιότητας φροντίδα (Latour 2014).

Η ικανοποίηση είναι μια πολυδιάστατη έννοια στην οποία περιλαμβάνονται, ιεραρχικά, η επικοινωνία, η τεχνική διάσταση της φροντίδας, η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, αλλά και οι παράμετροι που αντιπροσωπεύουν την προσοχή σε μη σωματικές ανάγκες του ασθενή και τη σχέση του ασθενή με το ίδιο το σύστημα (προσβασιμότητα, κόστος και γραφειοκρατία) (Ware et al 1983, Καλογεροπούλου 2011). Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών αφορούν τις προσδοκίες τους (Bramadat & Driedger 1993), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους όπως η ηλικία (McCartan et al 1996) και το φύλο (Mulcahy & Lloyd 1994), το επίπεδο υγείας (Owens & Batchelor 1996) και η διαχείριση του πόνου (Comley & DeMeyer 2001).

Η νοσηλεία ενός παιδιού στο νοσοκομείο αποτελεί μια στρεσσογόνο κατάσταση, τόσο για το ίδιο, όσο και για την οικογένειά του και προκαλεί δυσλειτουργία και αστάθεια, οδηγώντας σε οικογενειακή κρίση (Diaz-Caneja et al 2005). Η εκτίμηση από το νοσηλευτικό προσωπικό των ιδιαίτερων αναγκών της οικογένειας παίζει σημαντικό ρόλο στη μεταξύ τους επικοινωνία και την προσαρμογή στο νοσοκομείο και αυξάνει την ικανοποίηση (Latour et al 2009). Οι ανάγκες, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με το βαθμό ικανοποίησης των γονέων αφορούν την ψυχολογική / συναισθηματική / πνευματική υποστήριξη (Blackington & McLauchlan 1995, Feudtner et al 2003), την επικοινωνία και πληροφόρηση από το προσωπικό (Haines & Childs 2005, Matziou et al 2005, Ammentrop 2007, Eriksson & Svedlund 2007), τη συμμετοχή στη φροντίδα του παιδιού και τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων (Shaffer et al 2000).

Όταν το ενδιαφέρον εστιάζεται στη μέτρηση της ικανοποίησης ιδιαίτερων ομάδων πληθυσμού όπως μικρά παιδιά, που υπάρχει δυσκολία έκφρασης των απόψεων τους, οι ερευνητές καλούνται να απευθυνθούν στους συνοδούς των μικρών ασθενών (Ygge & Arnetz 2001). Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχουν κατάλληλες κλίμακες που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να γίνει αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας που λαμβάνουν οι μικροί ασθενείς (Ygge & Arnetz 2001).

Η αξιολόγηση της ποιότητας σε παιδιατρικούς ασθενείς είναι μια πρόκληση, όμως, σε διεθνές επίπεδο, το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης των γονέων που νοσηλεύουν τα παιδιά τους συνεχώς αυξάνεται (Ygge & Arnetz 2001, Hong et al 2008, Williams et al 2011, Latour 2014). Στην Ελλάδα, οι ερευνητικές προσπάθειες που έχουν γίνει εστιάζονται σε συνοδούς παιδιατρικών ασθενών (Moumtzoglou et al 2000, Μάτζιου και συν 2006, Παπαγιαννοπούλου 2008, Μπουτοπούλου και συν 2010).

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων από την ποιότητα της

παρεχόμενης φροντίδας στα νοσηλευόμενα παιδιά τους, σε δυο παιδιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Η αποτύπωση της γνώμης των γονέων είχε ως στόχο να αναδείξει προβλήματα που τυχόν υπάρχουν στην παρεχόμενη ιατρική/ νοσηλευτική φροντίδα. Ως βασικό μεθοδολογικό εργαλείο, η αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης θα βοηθήσει τη Διοίκηση των δυο νοσοκομείων και τους επαγγελματίες υγείας των νοσοκομείων να αναζητήσουν λύσεις για την αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των γονέων και να τους ικανοποιεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα παιδιατρικά και χειρουργικά τμήματα δυο δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε παιδιά ηλικίας μικρότερα των 14 χρονών. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του νοσοκομείου για το έτος 2015 φαίνεται πως στο πρώτο νοσοκομείο (Νοσοκομείο Παίδων Α) υπήρχαν συνολικά 364 κλίνες στα παιδιατρικά και χειρουργικά τμήματα, με 18.046 εισαγωγές περιστατικών ετησίως (στα παιδιατρικά και χειρουργικά τμήματα), 4.322 χειρουργικές επεμβάσεις ανά έτος και 99.508 επισκέψεις εξωτερικών παιδιατρικών ασθενών ετησίως. Στο δεύτερο παιδιατρικό νοσοκομείο (Νοσοκομείο Παίδων Β), βάσει στατιστικών στοιχείων για το 2015, υπήρχαν συνολικά 167 κλίνες στα παιδιατρικά και χειρουργικά τμήματα, με 16.425 εισαγωγές περιστατικών ετησίως, 2.732 χειρουργικές επεμβάσεις ανά έτος και 79.947 επισκέψεις εξωτερικών παιδιατρικών ασθενών ετησίως.

Στη μελέτη συμμετείχαν 352 γονείς νοσηλευόμενων παιδιών. Εφαρμόστηκε δειγματοληψία ευκολίας. Αρχικά, μοιράστηκαν 400 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν συμπληρωμένα, τα 352, ενώ 48 ερωτηματολόγια δεν συμπληρώθηκαν (ποσοστό ανταπόκρισης 88%), το οποίο θεωρείται επαρκές (Polit & Hughler 1995).

Οι γονείς των παιδιών που κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη έπρεπε να πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ήταν οι κύριοι συνοδοί των νοσηλευόμενων παιδιών.
- Τα νοσηλευόμενα παιδιά ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 30 ημερών.
- Η διάρκεια παραμονής του παιδιού στο τμήμα ήταν μεγαλύτερη των 3 ημερών.
- Το τμήμα νοσηλείας του παιδιού ήταν παιδιατρικό ή χειρουργικό.
- Οι γονείς ήταν γνώστες της ελληνικής γλώσσας σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Στη μελέτη, μπορούσαν να συμμετάσχουν και οι δυο γονείς του νοσηλευόμενου παιδιού, εφόσον το επιθυμούσαν.

Η συλλογή του δείγματος ολοκληρώθηκε σε χρονικό διάστημα 3 μηνών (Φεβρουάριος έως Απρίλιος 2015).

Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Pyramid Questionnaire for parents of hospitalized children των Ygge & Arnetz (2001), όπως έχει χρησιμοποιηθεί στην ελληνική γλώσσα (Μπουτοπούλου και συν 2010). Το ερωτηματολόγιο, το οποίο μετράει την ικανοποίηση των γονέων από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου και χωρίζεται σε δύο μέρη:

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, υπηκοότητα και μορφωτικό επίπεδο). Συμπληρωματικά, υπάρχουν ερωτήσεις που αναφέρονται στο νοσηλευόμενο παιδί και σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο και την προηγούμενη εμπειρία από το νοσοκομείο.

Στο δεύτερο μέρος αναφέρονται οι ερωτήσεις για την ικανοποίηση, σε οκτώ διαστάσεις:

- Προσβασιμότητα στο νοσοκομείο (3 ερωτήσεις).
- Συμπεριφορά ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (8 ερωτήσεις).
- Διαδικασίες παροχής φροντίδας (8 ερωτήσεις).
- Πληροφόρηση για τη νόσο του παιδιού (3 ερωτήσεις).
- Πληροφόρηση σχετικά με τις λειτουργίες του τμήματος (4 ερωτήσεις).
- Ιατρονοσηλευτική φροντίδα (4 ερωτήσεις).
- Συμμετοχή γονέων στη φροντίδα του παιδιού τους (4 ερωτήσεις).
- Εργασιακό περιβάλλον ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (9 ερωτήσεις).

Οι γονείς βαθμολόγησαν το βαθμό ικανοποίησής τους σε 4βαθμη κλίμακα τύπου Likert όπου 0 = «Όχι καθόλου», 1 = «Όχι ιδιαίτερα», 2 = «Ναι, έως ένα βαθμό», 3 = «Ναι, σε μεγάλο βαθμό». Για κάθε διάσταση, αθροίζονται οι επιμέρους βαθμολογίες στις αντίστοιχες ερωτήσεις και το σύνολο μετατρέπεται σε ποσοστό (%) του μέγιστου δυνατού σκορ. Η βαθμολογίες για κάθε διάσταση, αλλά και η συνολική, κυμαίνονται από 0% έως 100% όπου τα υψηλότερα ποσοστά υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Όλες οι βαθμολογίες παρουσιάζονται ως ποσοστά, τα οποία αναπαριστούν μέσες τιμές (Ygge & Arnetz 2001). Επιπλέον, με τη χρήση μιας οπτικής αναλογικής κλίμακας που αριθμείται από το 1 (Πολλή αρνητική) έως το 10 (Πολλή θετική), ζητήθηκε από τους γονείς να εκφράσουν ένα συνολικό βαθμό ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα νοσηλευόμενα παιδιά τους. Και αυτή η κλίμακα μετατράπηκε σε ποσοστό (%) του μέγιστου δυνατού σκορ.

Για τις ανάγκες χρήσης του ερωτηματολογίου στην παρούσα μελέτη ζητήθηκε και παραχωρήθηκε σχετική άδεια από τις συγγραφείς - δημιουργούς του αγγλικού και του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Μετά την ενημέρωση των γονέων για τους σκοπούς της έρευνας, η βασική ερευνήτρια τους έδινε τα ερωτηματολόγια, με κενό φάκελο και τους ζητούσε να τα συμπληρώσουν και να τα τοποθετήσουν στον φάκελο, σφραγίζοντάς τον. Δίνονταν ο απαραίτητος χρόνος για να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια (περίπου 20-25 λεπτά). Σε περίπτωση που οι γονείς είχαν απορίες ή χρειάζονταν διευκρινίσεις, η ερευνήτρια ήταν πρόθυμη να τους απαντήσει. Στο τέλος, συγκεντρώνονταν οι σφραγισμένοι φάκελοι με τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Θέματα Ηθικής - Δεοντολογίας

Για την πραγματοποίηση της έρευνας δόθηκε έγκριση από την επιτροπή Βιοηθικής και Ερευνητικής Δεοντολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και από την Επιστημονική Επιτροπή των δυο νοσοκομείων. Οι γονείς των παιδιών που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη και δέχτηκαν να συμμετάσχουν σε αυτή ενημερώθηκαν αναλυτικά για το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, τη σημασία συμμετοχής τους, αλλά και τη δυνατότητα άρνησης συμμετοχής τους σε αυτή. Έπειτα, κλήθηκαν να υπογράψουν τη φόρμα πληροφορημένης συγκατάθεσης. Τόσο στο ερωτηματολόγιο, όσο και στους φακέλους δεν υπήρχε κάποια ερώτηση ή διακριτό σημάδι που να οδηγεί στην αναγνώριση της ταυτότητας των συμμετεχόντων ή του νοσοκομείου, εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό την ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Στατιστική Ανάλυση

Οι απόλυτες (Ν) και οι σχετικές (%) συχνότητες, οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις υπολογίστηκαν για τις ανάγκες της μελέτης. Για τον έλεγχο διαφορών ανάμεσα σε υποομάδες του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες Student's t test και ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου Ι, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ = αριθμός των συγκρίσεων). Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αξιοπιστία των εργαλείων

Η συνολική εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, αλλά και αυτή των υποκλιμάκων του, ελέγχθηκε με τον υπολογισμό του δείκτη α του Cronbach. Όπως και στην αγγλική (Ygge & Arnetz 2001), αλλά και στην ελληνική εκδοχή τους (Μπουτοπούλου και συν 2010), όλες οι κλίμακες στην παρούσα έρευνα εμφάνισαν υψηλή αξιοπιστία: συνολική ικανοποίηση: α=0,93, προσβασιμότητα στο νοσοκομείο: α=0,76, συμπεριφορά ιατρονοσηλευτικού προσωπικού: α=0,91, διαδικασίες παροχής φροντίδας: α=0,85, πληροφόρηση για τη νόσο του παιδιού: α=0,83, πληροφόρηση σχετικά με τις λειτουργίες του τμήματος: α=0,68, ιατρονοσηλευτική φροντίδα: α=0,81, συμμετοχή γονέων στη φροντίδα του παιδιού τους: α=0,67, εργασιακό περιβάλλον ιατρονοσηλευτικού προσωπικού: α=0,85.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η μέση ηλικία των γονέων ήταν 36,5±7,3 χρόνια. 270 (76,7%) γονείς νοσήλευσαν το παιδί τους στο νοσοκομείο Α. Στον πίνακα 1 δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και των παιδιών, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν τη νοσηλεία των παιδιών, αθροιστικά, αλλά και ξεχωριστά για κάθε νοσοκομείο.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, η πλειοψηφία (66,8%) των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, έγγαμες (88,6%), με ελληνική υπηκοότητα (88,1%). Περίπου 1 στους 4 (39,2%) ήταν απόφοιτοι λυκείου-ΤΕΕ, ενώ περίπου 1 στους 3 (32,4%) ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΕΙ.

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών και τα στοιχεία νοσηλείας τους, συνολικά, 270 παιδιά νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο Α. Η πλειοψηφία (72,2%) νοσηλεύτηκε στο παιδιατρικό τμήμα και των δύο νοσοκομείων. Η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων παιδιών (53,4%) ήταν αγόρια, ηλικίας 2-6 ετών (34,7%). Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων νοσήλευσαν για πρώτη φορά (44,6%) το παιδί τους στο νοσοκομείο Παίδων Α (76,7%), σε παιδιατρικό τμήμα (72,2%) και για λίγες μέρες (3-7 μέρες) (67,9%).

Συγκριτικά, περισσότερα (77,8%) παιδιά νοσηλεύονταν στο παιδιατρικό τμήμα του νοσοκομείου Α και η βραχεία νοσηλεία (3-7 ημέρες) τους ήταν μεγαλύτερη (70,7%), σε σχέση με το νοσοκομείο Β.

Ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα

Το μέσο ποσοστό ικανοποίησης όλων των γονέων από τη νοσηλεία των παιδιών τους ήταν: συνολικά 76,8%±14,3% (95% ΔΕ: 75,3%-78,3%), για την πληροφόρηση για τη νόσο του παιδιού 71,9%±21,9% (95% ΔΕ: 69,6%-74,2%), την πληροφόρηση για τις λειτουργίες του τμήματος 50,3%±22,4% (95% ΔΕ: 47,9%-52,6%), για την προσβασιμότητα στο νοσοκομείο 39,5%±26,5% (95% ΔΕ: 57,7%-63,3%), την ιατρονοσηλευτική φροντίδα 78,21%±8,1% (95% ΔΕ: 76,4%-80,1%), για τις διαδικασίες παροχής φροντίδας 61,4%±18,2% (95% ΔΕ: 59,5%-63,3%), τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία γονέων και παιδιών με τα στοιχεία που αφορούν τη νοσηλεία των παιδιών αθροιστικά και ξεχωριστά για κάθε νοσοκομείο (N=352)

		Νοσοκομείο Α	Νοσοκομείο Β	Σύνολο	P
		N (%)	**N (%)**	**N (%)**	
Αριθμός γονέων		270 (76,7)	82 (23,3)	352 (100)	
Φύλο γονέα					0,316
	Γυναίκα	184 (68,1)	51 (62,2)	235 (66,8)	
	Άντρας	86 (31,9)	31 (37,8)	117 (33,2)	
Ηλικία γονέα	36,3±6,9	37,3±8,3	36,5±7,3	0,280	
Έγγαμοι					**0,002**
	Όχι	23 (8,5)	17 (20,7)	40 (11,4)	
	Ναι	247 (91,5)	65 (79,3)	312 (88,6)	
Υπηκοότητα					0,636
	Ελληνική	239 (88,5)	71 (86,6)	310 (88,1)	
	Άλλη	31(11,5)	11 (13,4)	42 (11,9)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο				0,121	
	Δημοτικό-Γυμνάσιο	47 (17,4)	10 (12,2)	57 (16,2)	
	Λύκειο - ΤΕΕ	112 (41,5)	26 (31,7)	138 (39,2)	
	ΑΕΙ - ΤΕΙ	80 (29,6)	34 (41,5)	114 (32,4)	
	M.Sc. – Ph.D.	31 (11,5)	12 (14,6)	43 (12,2)	
Τμήμα					**<0,001**
	Παιδιατρικό	210 (77,8)	44 (53,7)	254 (72,2)	
	Χειρουργικό	60 (22,2)	38 (46,3)	98 (27,8)	
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)					**0,009**
	3-7	191 (70,7)	48 (58,5)	239 (67,9)	
	8-14	39 (14,4)	24 (29,3)	63 (17,9)	
	>14	40 (14,8)	10 (12,2)	50 (14,2)	
Ηλικία παιδιού					0,241
	1μηνός - 1έτους	92 (34,1)	23 (28,0)	115 (32,7)	
	2-6 ετών	96 (35,6)	26 (31,7)	122 (34,7)	
	7-16 ετών	82 (30,4)	33 (40,2)	115 (32,7)	
Φύλο παιδιού					0,086
	Αγόρια	151 (55,9)	37 (45,1)	188 (53,4)	
	Κορίτσια	119 (44,1)	45 (54,9)	164 (46,6)	
Προηγούμενη επίσκεψη στο συγκεκριμένο νοσοκομείο					0,621
	Ήταν η 1η φορά	123 (45,6)	34 (41,5)	157 (44,6)	
	…περιστασιακά στο παρελθόν	103 (38,1)	31 (37,8)	134 (38,1)	
	…αρκετές / πολλές φορές στο παρελθόν	44 (16,3)	17 (20,7)	61 (17,3)	

Σχήμα 1. Συνολική μέση βαθμολογία ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη νοσηλεία των παιδιών τους (N=352)



81,9%±17,4% (95% ΔΕ: 80,1%-83,7%), για τη συμμετοχή των ιδίων των γονιών στη φροντίδα 52,3%±17,8% (95% ΔΕ: 50,5%-54,2%) και, τέλος, για το εργασιακό περιβάλλον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού 67,2%±11,8% (95% ΔΕ:65,9%-68,4%).

Τα μέσα ποσοστά ικανοποίησης, για όλο το δείγμα, αποτυπώνονται, κατά αύξουσα σειρά, στο σχήμα 1.

Ικανοποίηση, δημογραφικά στοιχεία γονέων και στοιχεία νοσηλείας

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση της βαθμολογίας ικανοποίησης από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα με την ηλικία των συμμετεχόντων (r=0,13, p=0,015). Στον πίνακα 2, φαίνεται ότι οι άνδρες και οι γονείς των οποίων τα παιδιά νοσηλεύονταν στο χειρουργικό τμήμα δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από το εργασιακό περιβάλλον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, συγκριτικά με τις γυναίκες (p=0,010) και τους γονείς των παιδιών που νοσηλεύονταν σε παιδιατρικό τμήμα (p=0,011). Οι έγγαμοι δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τους άγαμους, σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου (εκτός από το εργασιακό περιβάλλον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού) και συνολικά. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση από τη συμμετοχή τους στη φροντίδα (p<0,001). Ειδικότερα, οι γονείς, οι οποίοι κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (M.Sc. – Ph.D.) ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με τους γονείς απόφοιτους Δημοτικού – Γυμνασίου (p=0,001). Στατιστικώς σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στα δύο νοσοκομεία, στις περισσότερες διαστάσεις. Οι γονείς των οποίων τα παιδιά νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο Α ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση για τις λειτουργίες του τμήματος (p=0,008), την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (p=0,001), τις διαδικασίες παροχής φροντίδας (p<0,001), τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (p<0,001), αλλά και συνολικά (p<0,001) σε σύγκριση με τους γονείς που το παιδί τους νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο Β. Η διάρκεια νοσηλείας του παιδιού επηρέασε την ικανοποίηση από την προσβασιμότητα στο νοσοκομείο (p=0,012), την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (p=0,026), τις διαδικασίες παροχής φροντίδας (p=0,001) και τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (p=0,002). Ειδικότερα, οι γονείς των οποίων τα παιδιά νοσηλεύονταν από 3-7 ημέρες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την προσβασιμότητα, συγκριτικά με τους γονείς που τα παιδιά τους νοσηλεύονταν πάνω από 14 ημέρες (p=0,01) και περισσότερο ικανοποιημένοι από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (p=0,01), τις διαδικασίες παροχής φροντίδας (p=0,005) και τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (p=0,011), συγκριτικά με τους γονείς που τα παιδιά τους νοσηλεύονταν από 8-14 ημέρες. Αναφορικά με την ηλικία του νοσηλευόμενου παιδιού, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση από την πληροφόρηση για τη νόσο (p=0,015) και τις λειτουργίες του τμήματος (p=0,009). Ειδικότερα, οι γονείς των μεγαλύτερων παιδιών (7-16 ετών) ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι και στις δύο διαστάσεις (p=0,010 και (p=0,007, αντίστοιχα), συγκριτικά με τους γονείς των οποίων τα παιδιά ήταν 2-6 ετών. Η συχνότητα επισκέψεων στο συγκεκριμένο νοσοκομείο επηρέασε την ικανοποίηση από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (p=0,011), με τους γονείς που το είχαν επισκεφθεί περιστασιακά στο παρελθόν να είναι πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους γονείς που το είχαν επισκεφθεί αρκετές/πολλές φορές (p=0,009). Τέλος, η ανησυχία των γονιών για την ασθένεια του παιδιού τους και τις επιπλοκές της, φάνηκε να επηρεάζει την ικανοποίησή τους συνολικά (p<0,001), αλλά και την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (p=0,004). Συγκριμένα, οι γο-

Πίνακας 2. Διαστάσεις ικανοποίησης και συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη φροντίδα των παιδιών και δημογραφικά χαρακτηριστικά (όλες οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις αφορούν %)

	Πληροφόρηση για νόσο του παιδιού			Πληροφόρηση για τις λειτουργίες του τμήματος			Προσβασιμότητα στο νοσοκομείο			Ιατρονοσηλευτική φροντίδα			Διαδικασίες παροχής φροντίδας		
	Μέση τιμή	Τ.Α.	P	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p
Φύλο γονέα			0,992			0,685			0,575			0,241			0,244
Γυναίκα	71,9	22,5		50,6	22,0		60,0	26,3		77,4	18,3		62,2	17,5	
Άντρας	71,9	20,9		49,6	23,3		61,6	27,0		79,8	17,5		59,8	19,6	
Έγγαμος/η			0,001			0,050			<0,001			0,002			0,011
Όχι	61,1	25,7		43,8	22,8		44,7	28,0		70,0	19,8		54,6	21,5	
Ναι	73,3	21,1		51,1	22,2		62,5	25,6		79,3	17,6		62,3	17,6	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,468			0,422			0,733			0,501			0,213	
Δημοτικό-Γυμνάσιο	71,3	24,0		48,8	21,6		63,0	24,9		77,5	17,2		58,5	17,8	
Λύκειο - ΤΕΕ	72,1	23,2		52,5	24,1		60,5	27,9		78,0	19,6		63,5	18,1	
ΑΕΙ - ΤΕΙ	70,3	19,0		48,0	21,7		58,6	24,9		77,5	17,9		61,5	18,4	
M.Sc. – Ph.D.	76,5	22,5		50,8	19,4		62,3	28,2		82,2	13,9		58,4	18,0	
Νοσοκομείο			0,718			0,008			0,194			0,001			<0,001
Α	72,1	21,2		52,0	21,4		61,5	27,1		80,0	17,7		63,8	17,0	
Β	71,1	24,4		44,5	24,5		57,2	24,1		72,6	18,2		53,7	19,9	
Τμήμα			0,136			0,399			0,738			0,667			0,515
Παιδιατρικό	70,8	21,8		50,9	22,8		60,8	27,2		78,0	18,3		61,8	17,9	
Χειρουργικό	74,7	22,1		48,6	21,3		59,8	24,7		78,9	17,6		60,4	19,0	
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)		0,190			0,229			0,012			0,026			0,001	
3 – 7	72,8	20,8		51,5	21,8		62,9	26,7		80,0	17,6		63,9	17,1	
8 – 14	72,7	20,2		48,9	21,0		59,1	24,2		75,4	15,4		55,8	18,2	
>14	66,7	28,2		45,8	26,4		50,9	26,3		73,5	22,0		56,9	21,3	
Ηλικία παιδιού			0,015			0,009			0,379			0,329			0,056
1μηνός -1έτους	70,2	21,6		49,7	22,5		63,2	25,8		77,0	18,8		58,7	17,8	
2 - 6 ετών	68,9	22,4		46,2	23,1		58,5	25,0		77,5	16,6		61,1	18,6	
7 - 16 ετών	76,7	21,3		55,1	20,8		60,0	28,5		80,3	18,8		64,5	17,9	

Πίνακας 2. Διαστάσεις ικανοποίησης και συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη φροντίδα των παιδιών και δημογραφικά χαρακτηριστικά (όλες οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις αφορούν %)

	Πληροφόρηση για νόσο του παιδιού			Πληροφόρηση για τις λειτουργίες του τμήματος			Προσβασιμότητα στο νοσοκομείο			Ιατρονοσηλευτική φροντίδα			Διαδικασίες παροχής φροντίδας		
	Μέση τιμή	Τ.Α.	P	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p
Επισκέψεις στο συγκεκριμένο νοσοκομείο				0,369			0,203			0,980			0,011		0,704
1η φορά	70,4	21,4		49,3	21,8		60,7	27,8		78,6	18,0		62,1	17,9	
Περιστασιακά στο παρελθόν	72,2	23,2		49,3	23,4		60,5	24,1		80,5	16,3		61,4	17,1	
Αρκετές/πολλές φορές στο παρελθόν	75,0	20,5		54,9	21,2		59,9	28,3		72,3	20,5		59,8	21,3	
Ανησυχία για την ασθένεια του παιδιού και τις επιπλοκές της			0,803			0,541			0,658			0,004			0,132
Καθόλου /Οχι ιδιαίτερα	73,5	25,9		51,4	23,8		62,2	26,3		84,2	15,9		64,7	15,7	
Αρκετά	71,7	19,9		51,3	21,1		61,2	25,7		78,4	17,5		62,0	18,1	
Σε μεγάλο βαθμό	71,4	22,2		48,7	23,0		59,0	27,4		75,3	18,9		59,4	19,2	

Πίνακας 2 (συν.). Διαστάσεις ικανοποίησης και συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη φροντίδα των παιδιών και δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Συμπεριφορά του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού			Συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα			Εργασιακό περιβάλλον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού			Συνολική ικανοποίηση		
	Μέση τιμή	Τ.Α.	P	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p
Φύλο γονέα			0,365			0,788			0,010			0,993
Γυναίκα	82,5	17,0		52,2	17,7		66,1	12,0		76,8	14,3	
Άντρας	80,7	18,2		52,7	18,1		69,5	11,0		76,8	14,2	
Έγγαμο/η			<0,001			<0,001			0,613			0,013
Όχι	72,4	19,6		41,5	20,1		66,3	8,7		71,5	16,6	
Ναι	83,1	16,7		53,7	17,1		67,3	12,1		77,4	13,8	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,581			<0,001			0,269*			0,447
Δημοτικό - Γυμνάσιο	80,6	17,4		44,2	19,2		67,3	12,1		78,6	16,2	
Λύκειο - ΤΕΕ	82,6	17,9		51,3	16,7		68,3	12,0		77,2	15,4	
ΑΕΙ - ΤΕΙ	80,7	17,5		55,1	17,2		65,5	11,4		76,2	12,5	
M.Sc. – Ph.D.	84,4	15,5		59,3	17,3		68,0	11,4		74,2	12,0	

Πίνακας 2 (συν.). Διαστάσεις ικανοποίησης και συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη φροντίδα των παιδιών και δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Συμπεριφορά του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού			Συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα			Εργασιακό περιβάλλον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού			Συνολική ικανοποίηση		
	Μέση τιμή	Τ.Α.	P	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p	Μέση τιμή	Τ.Α.	p
Νοσοκομείο			<0,001			0,554			0,515			<0,001
Α	84,6	15,7		52,7	17,1		67,4	11,8		78,8	13,9	
Β	73,0	19,7		51,3	20,1		66,4	11,6		70,1	13,5	
Τμήμα			0,220			0,175			0,011			0,786
Παιδιατρικό	82,6	17,3		51,5	17,7		66,2	12,0		76,9	15,0	
Χειρουργικό	80,1	17,5		54,4	18,1		69,7	10,6		76,4	12,3	
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)			0,002			0,070			0,724			0,075
3 - 7	84,1	15,9		52,6	16,7		67,2	11,1		77,9	13,6	
8 - 14	77,1	18,8		55,2	19,7		67,8	10,9		74,3	12,8	
>14	77,3	20,2		47,5	20,1		66,1	15,5		74,2	18,1	
Ηλικία παιδιού			0,176			0,260			0,092			0,666
1 μηνός – 1 έτους	80,3	18,2		53,3	18,1		66,2	12,7		76,9	14,3	
2 - 6 ετών	81,1	16,9		50,2	18,6		66,3	10,7		75,9	13,3	
7 - 16 ετών	84,3	16,9		53,6	16,7		69,1	11,7		77,6	15,1	
Επισκέψεις στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	0,382			0,635			0,730			0,653		
1η φορά	82,1	17,4		52,5	18,7		67,5	11,8		77,2	14,0	
Περιστασιακά στο παρελθόν	82,8	16,4		53,0	16,9		67,3	11,5		76,9	13,2	
Αρκετές/πολλές φορές στο παρελθόν	79,2	19,3		50,4	17,7		66,1	12,4		75,2	17,0	
Ανησυχία για την ασθένεια του παιδιού και τις επιπλοκές της			0,139			0,722			0,314			<0,001
Καθόλου /Όχι ιδιαίτερα	85,3	15,8		52,9	19,3		69,1	12,7		83,1	11,8	
Αρκετά	82,0	16,7		53,0	16,0		67,1	11,5		76,3	13,8	
Σε μεγάλο βαθμό	80,2	18,5		51,4	19,0		66,4	11,6		74,3	14,9	

νείς που δεν ανησυχούσαν καθόλου ή ελάχιστα δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι, συγκριτικά με τους γονείς που ανησυχούσαν σε μεγάλο βαθμό, συνολικά (p=0,000) και από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα (p=0,003).

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση αναφορικά με την υπηκοότητα των γονιών, το φύλο του νοσηλευόμενου παιδιού, την αξιολόγηση (των γονιών) για την κατάσταση υγείας του παιδιού κατά την παρούσα επίσκεψη στο νοσοκομείο.

Πρόβλεψη συνολικής ικανοποίησης

Χρησιμοποιήθηκε ένα υπόδειγμα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης και ανεξάρτητες, την οικογενειακή κατάσταση, το νοσοκομείο και την ανησυχία για την ασθένεια. Το υπόδειγμα παρουσιάζεται στον Πίνακα 3. Όπως δείχνει ο πίνακας 3, το μοντέλο βρέθηκε να ερμηνεύει το 10% της ικανοποίησης. Ειδικότερα, η νοσηλεία στο νοσοκομείο Β οδηγεί στη μείωση της συνολικής ικανοποίησης κατά 24%, ενώ η σε μεγάλο βαθμό ανησυχία για την ασθένεια του παιδιού και τις επιπλοκές της οδηγεί στη μείωση της συνολικής ικανοποίησης κατά 17%, αντίστοιχα, αφαιρώντας τις συγχυτικές επιδράσεις των υπόλοιπων μεταβλητών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκαν 8 διαστάσεις ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα στα παιδιατρικά νοσοκομεία και φάνηκε ότι περισσότεροι γονείς ήταν ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα, την πληροφόρηση των γονέων για τη νόσο του παιδιού, το εργασιακό περιβάλλον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και τις ιατρικές/ νοσηλευτικές διαδικασίες που ακολουθούνταν στα παιδιατρικά τμήματα. Αντίθετα, λιγότερο γονείς ήταν ικανοποιημένοι από τη δυνατότητα συμμετοχής τους στη φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού τους, την πληροφόρηση για τις διαδικασίες του τμήματος και την προσβασιμότητα στο νοσοκομείο.

Η ικανοποίηση από την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα, όχι όμως το ίδιο υψηλά όσο σε άλλες μελέτες με το ίδιο ερωτηματολόγιο. Οι Williams et al (2011), σε μελέτη τους σε παιδιατρικά ορθοπεδικά τμήματα, βρήκαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα (95%). Αντίστοιχα, σε μελέτες στην Ελλάδα με τη χρήση διαφορετικού ερωτηματολογίου, τα ποσοστά ικανοποίησης των γονέων από την παρεχόμενη φροντίδα κυμάνθηκαν από 93,9% (Μάτζιου και συν (2006), 64,8% (Παπαγιαννοπούλου και συν 2008), έως και 45% (Moumtzoglou et al 2000). Η ιατρονοσηλευτική φροντίδα αποτελεί την «καρδιά» της φροντίδας υγείας. Συνεπώς, αυτή η παρατηρούμενη διασπορά των ευρημάτων στην ικανοποίηση των γονιών – αν και μπορεί να αποδοθεί σε μεθοδολογικούς λόγους, είναι σημαντικό να αποτελέσει πεδίο περαιτέρω εξειδικευμένης έρευνας.

Η προσβασιμότητα στο νοσοκομείο φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει αντίστοιχα τα ποσοστά ικανοποίησης των γονέων. Οι γονείς στη μελέτη μας, αξιολόγησαν πολύ χαμηλά την ικανοποίησή τους από την προσβασιμότητα στο νοσοκομείο (οι άγαμοι και όσων τα παιδιά νοσηλεύονταν πάνω από 14 ημέρες ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι), ενώ στη μελέτη των Μπουτοπούλου και συν (2010) το ποσοστό κυμάνθηκε σε μεγαλύτερα επίπεδα (65,5%) και σε ακόμη υψηλότερα (95%) στη μελέτη των Williams et al (2011). Πράγματι, δυσκολία στην τηλεφωνική επικοινωνία με το προσωπικό του τμήματος βρέθηκε και σε άλλες έρευνες επισημαίνοντας προβλήματα τηλεφωνικής επικοινωνίας με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου (Ammentrop 2007).

Η συμπεριφορά του προσωπικού, που αξιολογήθηκε από τους γονείς της παρούσας μελέτης σε υψηλά επίπεδα, όπως και στις μελέτες των Μπουτοπούλου και συν (2010), Matziou et al (2011), Williams et al (2011), επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση των γονιών. Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι η ικανοποίηση από τη συμπεριφορά σχετίζονταν με το οικογενειακό επίπεδο, το νοσοκομείο και τη διάρκεια νοσηλείας του παιδιού. Έχει φανεί ότι η ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού και η θετική

Πίνακας 3. Συντελεστές πολλαπλής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της ικανοποίησης

	Β	Τυπικό σφάλμα	β (95% ΔΕ)†	t	p
(Σταθερά)	92,9	4,4		21,3	
Έγγαμος/-η (ΟΧΙ)	3,7	2,3	0,1 (-0,81 – 8,3)	1,6	0,11
Νοσοκομείο (Β)	-7,9	1,7	-0,24 (-11,4 - -4,56)	-4,6	0,000
Ανησυχία για την ασθένεια (Σε μεγάλο βαθμό)	-3,0	0,89	-0,17 (-4,8 - -1,3)	-4,8	0,001
R2	0,10*				

*† 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης, * p <0,001*

στάση απέναντι στους γονείς, τους βοηθάει να ανταπεξέλθουν καλύτερα στη δύσκολη αυτή περίοδο της ζωής τους, ενώ η καλή συμπεριφορά του προσωπικού θεωρείται εξίσου σημαντική με τη φροντίδα του παιδιού τους (Diaz-Caneja et al 2005, Latour et al 2009). Επιπρόσθετα, η καλή επικοινωνία γονέων - προσωπικού και τη συμπόνια που δείχνει το προσωπικό προς τον γονέα και το παιδί σχετίζεται με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα (Keating et al 2002, Matziou et al 2006). Προφανώς, η καλή επικοινωνία των νοσηλευτών με το παιδί και τους γονείς δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας, μειώνοντας τα συνολικά ποσοστά φόβου, ανησυχίας και άγχους (Maisels & Kring, 2005). Συνεπώς, οι γονείς έχουν ανάγκη από ένα συνεργατικό περιβάλλον επικοινωνίας, πληροφόρησης και υποστήριξης, αρκεί αυτά να γίνονται πάντα με σεβασμό και κατανόηση (Latta et al 2008).

Οι γονείς προβάλλουν την πληροφόρηση που λαμβάνουν σχετικά με το νόσημα του παιδιού τους και την εξέλιξή του, ως μια από τις βασικότερες ανάγκες τους (Halfon et al 2004, Ammentrop et al 2007) και την αξιολογούν αρκετά ψηλά, στην παρούσα μελέτη, επιβεβαιώνοντας προηγούμενες μελέτες (Ygge & Arnetz 2001). Μάλιστα, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι όσο μικρότερο ήταν το νοσηλευόμενο παιδί, τόσο λιγότερη ήταν η ικανοποίηση των γονιών από την πληροφόρηση που τους δίνονταν. Η επαρκής, ακριβής και προσωποποιημένη πληροφόρηση, ειδικά όταν αφορά μικρά παιδιά, επιβεβαιώνεται ότι βελτιώνει τα συνολικά ποσοστά ικανοποίησης των γονέων (Ammentorp et al 2006).

Στην παρούσα μελέτη, αναφορικά με την πληροφόρηση για τις λειτουργίες του τμήματος, οι γονείς δεν έμειναν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι. Το ίδιο καταγράφει και η μελέτη των Kyritsi et al (2005), μάλιστα, με ταυτόσημο σχεδόν ποσοστό, επισημαίνοντας πως οι μισοί γονείς δεν είχαν ενημερηθεί για τους κανονισμούς του νοσοκομείου και τις λειτουργίες του τμήματος. Στη μελέτη των Μπουτοπούλου και συν (2010), οι γονείς σημείωσαν επίσης παραπλήσια χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης από την πληροφόρηση για τις διαδικασίες του τμήματος. Πράγματι, η παρεχόμενη εξατομικευμένη φροντίδα, η πληροφόρηση και η βελτίωση ορισμένων υπηρεσιών (προσβασιμότητα, εγκαταστάσεις, ποιότητα φαγητού κτλ.) μπορεί να αποτελέσουν σημαντικούς παράγοντες της ικανοποίησης των γονέων στα παιδιατρικά νοσοκομεία (Bikker & Thompson 2006).

Η συμμετοχή των γονέων σε θέματα που αφορούν τη νοσηλεία του παιδιού τους έχει βρεθεί πως είναι ιδιαίτερα σημαντική γι΄αυτούς. Στην παρούσα μελέτη, το ποσοστό ικανοποίησης σε αυτή τη διάσταση ήταν μέτριο και επηρεάζονταν από την οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Αντίθετα, τα αντίστοιχο ποσοστό εμφανίζεται πολύ υψηλό σε προηγούμενες μελέτες (Williams et al 2011). Η γονική συμμετοχή στη φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού εξασφαλίζει τη συνοχή της οικογένειας, συντηρεί την καθημερινότητα του παιδιού, παρά τους περιορισμούς του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, ενώ μειώνει το άγχος του (Hopia et al 2005). Ταυτόχρονα, καλλιεργείται σχέση εμπιστοσύνης και συνεργασίας, ενώ βελτιώνεται η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό και αυξάνεται η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα (Ygge & Arnetz 2001, 2004). Συγχρόνως, οι γονείς αναζητούν και τη δυνατότητα συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με τη φροντίδα του νοσηλευόμενου παιδιού τους. Συγκεκριμένα, η ανάπτυξη θετικού κλίματος συνεργασίας γονέων-επαγγελματιών υγείας (που περιλαμβάνει τη συμμετοχή των γονέων στη λήψη αποφάσεων με σοβαρότητα) μπορεί να μειώσει τα επίπεδα άγχους και ανασφάλειας των γονέων, αυξάνοντας την ικανοποίησή τους. Μια εποικοδομητική συνεργασία, που θα βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό, θα μπορούσε να βελτιώσει την επικοινωνία των δυο αυτών ομάδων και να οδηγήσει στην ανάπτυξη ουσιαστικών διαπροσωπικών σχέσεων (Osbourne & Reed 2008, Moh & Magiati 2012).

Στην παρούσα μελέτη, η συνολική ικανοποίηση των γονέων κυμάνθηκε σε πολύ καλά επίπεδα και φάνηκε να επηρεάζεται από το νοσοκομείο νοσηλείας και την ανησυχία των γονιών για την ασθένεια του παιδιού τους. Στη μελέτη των Μπουτοπούλου και συν (2010) που έγινε χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου και το δείγμα συλλέχθηκε από ένα παιδιατρικό και ένα γενικό νοσοκομείο της Αττικής, η συνολική ικανοποίηση των γονέων από την παρεχόμενη φροντίδα ήταν λίγο χαμηλότερη (69,2%). Την ίδια στιγμή, το συνολικό ποσοστό ικανοποίησης που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη είναι μικρότερο από τα αντίστοιχα των μελετών των Ygge & Arnetz (2001) (87%), με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ως δείκτης για τη διαπίστωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τις διοικήσεις των νοσοκομείων καθώς παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για το προσωπικό και τα οργανωτικά/ λειτουργικά προβλήματα, υποδεικνύοντας λύσεις για την αναβάθμισή τους. Από τη μελέτη μας φάνηκε πως ορισμένοι τομείς, όπως: η συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα του παιδιού τους, η πληροφόρηση, η προσβασιμότητα, η επικοινωνία και η διαπροσωπική φροντίδα υγείας χρήζουν βελτίωσης, προκειμένου να υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Με δεδομένο ότι ο πήχης των απαιτήσεων των χρηστών και το ενδιαφέρον τους για την ποιότητα αυξάνονται συνεχώς, το μέλλον της παροχής υπηρεσιών υγείας θα ανήκει σε εκείνους τους φορείς που θα μπορούν να προσαρμόσουν τις παροχές τους στις ανάγκες

των ασθενών (Μαλλιαρού και συν 2009). Συνεπώς, βασική προτεραιότητα για τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να αποτελέσει η υιοθέτηση κατάλληλων διοικητικών μεθόδων για την αποτίμηση, διασφάλιση και προαγωγή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προκειμένου να καταστούν ανταγωνιστικά σε σχέση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία που έχουν γνωρίσει ραγδαία ανάπτυξη λόγω ταχείας εξυπηρέτησης, καλύτερης ξενοδοχειακής υποδομής και καλύτερης οργάνωσης (Kleeberg et al 2005).

Στο πλαίσιο αυτό και με βασικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας τη μέτρηση της ικανοποίησης των γονέων, θα πρέπει να γίνει επανεκτίμηση μεταξύ αυτών που αναμένουν να λάβουν οι χρήστες και αυτών που λαμβάνουν πραγματικά, ώστε στη συνέχεια να γίνει επαναπροσδιορισμός στόχων με βασικές συνιστώσες την εξυπηρέτηση των χρηστών και το σεβασμό των δικαιωμάτων τους (McCarthy et al 2009).

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Σ.Τ: Συνέβαλλε στη σύλληψη της αρχικής ιδέας, συνέλεξε τα δεδομένα, ερμήνευσε τα αποτελέσματα.
Γ.Κ: Συμμετείχε στην ανάλυση των δεδομένων.
Σ.Τ. και **Γ.Κ:** Συμμετείχαν στο σχεδιασμό της μελέτης και στη συγγραφή του άρθρου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες στις διευθύνσεις των δύο νοσοκομείων που επέτρεψαν τη διενέργεια της παρούσας έρευνας και βέβαια στους γονείς των παιδιών που με υπομονή και προθυμία θέλησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, αναγνωρίζοντας τη συμβολή τους στην όλη προσπάθεια για βελτίωση των συνθηκών των δύο δημόσιων νοσοκομείων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συναδέλφους ερευνητές, για την παραχώρηση του δικαιώματος χρήσης του εργαλείου Pyramid Questionnaire for parents of hospitalized children των Ygge & Arnetz, που έχει προσαρμόσει και σταθμίσει στα ελληνικά η κ. Μπουτοπούλου και οι συνεργάτες της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ammentrop J., Mainz J. & Sabroe S. (2006). Determinants of priorities and satisfaction in pediatric care. *Pediatric Nursing*, 32: 333-348.

Ammentrop J., Rasmussen A.M., Norgaard B., Kirketerp E. & Kofoed P.E. (2007). Electronic questionnaires for measuring parent satisfaction and as a basis for quality improvement. *International Journal of Quality Health Care*, 19: 120-124.

Bikker A.P. & Thompson A.G. (2006). Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across nation. *Social Science & Medicine*, 63: 1671-1683.

Blackington S.M. & McLauchlan T. (1995). Continuous quality improvement in the neonatal intensive care unit: evaluating parent satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 9: 78-85.

Bramadat I.J. & Driedger M. (1993). Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth*, 20: 22-29.

Comley A.L. & DeMeyer F. (2001). Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *Journal of Path and Symptom Management*, 21: 27-40.

Diaz-Caneja A., Gledhill J., Weaver T., Nadel S. & Garralda E. (2005). A child's admission to hospital: A qualitative study examining the experiences of parents. *Intensive Care Medicine*, 31: 1248-1254.

Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. *Health Administration Press*, 1: 38-40.

Eriksson U. & Svedlund M. (2007). Struggling for confirmation--patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 438-446.

Feudtner C., Haney J. & Dimmers M.A. (2003). Spiritual care needs of hospitalized children and their families: a national survey of pastoral care providers' perceptions. *Pediatrics*, 111: 67-72.

Haines C. & Childs H. (2005). Parental satisfaction with pediatric intensive care. *Paediatric Nursing*, 17: 37-41.

Halfon N., Inkelas M., Mistry R. & Olson L.M. (2004). Satisfaction with health care for young children. *Pediatrics*, 113: 1965-1972.

Hong S.S., Murphy S.O. & Connolly P.M. (2008). Parental satisfaction with nurses' communication and pain management in a pediatric unit. *Pediatric Nursing*, 34: 289-293.

Hopia H., Tomlinson P.S., Paavilainen E. & Astedt-Kurki P. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 212-222.

Keating N.L., Green D.C., Kao A.C., Gazmararian J.A., Wu V.Y. & Cleary P.D. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction and considering changing physicians? *Journal of General Internal Medicine*, 17: 29-39.

Kleeberg U., Tews J., Ruprechi T., Hoing M., Kuhlmann, A. &Runge C. (2005). Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer*, 13: 303-310.

Kyritsi H., Matziou V., Perdicaris P. & Evagelou H. (2005). Parents' needs during their child's hospitalization. *ICUS Nursing Web Journal*, 23.

Latour J.M. (2014). Parent Satisfaction and Quality of Life: Measuring Parent Satisfaction with Nursing Care. *Archives of Disease Children*, 99: 16-21.

Latour J.M., Van Goudoever J.B., Duivenvoorden H.J., Van Dam N.A., Dullaart E., Albers M.J. Verlaat C.W., van Vught E.M., van Heerde M. & Hazelzet JA. (2009). Perceptions of parents on satisfaction with care in the pediatric intensive care unit: The EMPATHIC study. *Intensive Care Medicine*, 35: 1082-1089.

Latta L.C., Dick R., Parry C. & Tamura G.S. (2008). Parental responses to involvement in rounds on a pediatric inpatient unit at a teaching hospital: a qualitative study. *Academic Medicine*, 83: 292-297.

Maisels M.J. & Kring E.A. (2005). A simple approach to improving patient satisfaction. *Clinical Pediatric (Philadelphia)*, 44: 797-800.

Matziou V., Kiritsi E., Perdikaris P. & Evaggelou E. (2005). Parental needs of hospitalized children in intensive care units. *Nursing Web Journal*, 23.

Matziou V., Boutopoulou B., Chrysostomou A., Vlachioti E., Matziou T. &Petsios K. (2011). Parent's satisfaction concerning their child's hospital care. *Japan Journal of Nursing Science*, 8: 163-173.

McCartan Quinn D., McAleer, E. & Naqvi I. (1996). Service quality: a satisfaction survey of the elderly. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9: 4-10.

McCarthy M., Datta P. & Sherlaw-Johnson C. (2009). Organizational determinants of patients' experiences of care for breast, lung and colorectal cancers. *European Journal of Cancer Care*, 18: 287-294.

Moh T. & Magiati I. (2012). Factors associated with parental stress and satisfaction during the process of children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6: 293-303.

Moumtzoglou A., Dafogianni C., Karra V., Michailidou D., Lazarou P. & Bartsocas C. (2000). Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Car*e, 14: 331-337.

Mulcahy L. & Lloyd- Bostock S. (1994). The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaints processes. *Law and Policy*, 16: 185-208.

Osbourne L.A. & Reed P. (2008). Parent's perceptions of communication with professionals during diagnosis of autism. *Autism*, 12: 309-324.

Owens J.D. & Batchelor C. (1996). Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine*, 42: 1483-1491.

Polit D.F. & Hughler B.P. (1995). *Nursing Research: Principles and methods*. 5th ed. Lippincott J.B. Co., Philadelphia.

Schaffer P., Vaughn G., Kenner C., Donohue F. & Longo A. (2000). Revision of a parent satisfaction survey based on the parents perspectives. *Journal of Pediatric Nursing*, 15: 373-377.

Wagner D. & Bear M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65: 692-701.

Ware J.E., Snyder M.K., Wright W.R. & Davies A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6: 247-263.

Williams G., Pattison G., Mariathas C., Lazar J. & Rashied M. (2011). Improving parental satisfaction in pediatric orthopaedics. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 31: 610-615.

Ygge B.M. & Arnetz J.E. (2001). Quality of pediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. *International Journal of Quality in Health Care*, 13: 33-43.

Ygge B.M. & Arnetz J.E. (2004). A study of parental involvement in pediatric hospital care: Implications for clinical practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 19: 217-223.

Καλογεροπούλου Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών-Μέθοδοι βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28: 667-673.

Λαζάρου Π. (2006). *Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης του χρήστη*. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ.

Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π. & Ζυγά Σ. (2009). Ποιότητα παροχής φροντίδας στο τμήμα Επειγόντων. *Βήμα Ασκληπιού*, 8: 25-40.

Μάτζιου Β, Γαλάνης Π, Αλεξοπούλου Δ, Βλαχιώτη Ε. & Τσουμάκας Κ. (2006). Πώς οι γονείς αξιολογούν τη φροντίδα υγείας στα νοσηλευόμενα παιδιά τους. *Νοσηλευτική*, 45: 92-97.

Μπουτοπούλου Β., Πέτσιος Κ., Μαυρίδη Φ., Βλαχιώτη Ε., Κωνσταντάκη Ε. & Μάτζιου Β. (2010). Ικανοποίηση γονέων από την παρεχόμενη φροντίδα στα νοσηλευόμενα παιδιά τους. *Νοσηλευτική*, 49: 264-273.

Μερκούρης Α. (1996). *Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ.

Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ. & Υφαντόπουλος Γ. (2008). Μέτρηση ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25: 73- 82.

Παπανικολάου Β. (2003). Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση των χρηστών, Στο: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (Επιμ.), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Κοινωνία και Υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα, 261-277.

Measuring parental satisfaction of care quality provided in hospitalized children

Spyridoula Tsironi [1], George Koulierakis [2]
1. Registered Nurse, M.Sc., Neonatal Intensive Care Unit, 'Agia Sophia' Pediatric Hospital of Athens
2. Senior Lecturer, Sociology Department, National School of Public Health

ABSTRACT
Introduction: Measuring parental satisfaction is of major importance for pediatric hospitals and the key component of evaluating the quality of services provided to health services.
Aim: To assess the degree of parental satisfaction from the care provided to their hospitalized children.
Methodology: A descriptive study conducted using a convenience sample of parents of hospitalized children in two public pediatric hospitals in Athens. Data collection was completed in a period of 3 months. 352 questionnaires were collected (response rate 88%). The Pyramid Questionnaire for parents of hospitalized children was used which estimates the degree of parental satisfaction from the care provided to their hospitalized child.
Results: More parents were satisfied with health care professionals' behavior (81,9%), the supplied care (78,2%) and the information provision to parents regarding the hospitalized child's disease (71,9%). In contrast, less parents were satisfied with their hospitalized child's involvement in care (52,3%) and the accessibility to the hospital (39,5%). The overall parental satisfaction ranged in very good level (76,8%) and it was higher on hospital A (78,8%), among married parents (77,4%) and those not al all concerned or concerned less for child's illness (83,1%). Logistic regression model showed that hospitalization in hospital B and the great concern for child's illness and its complications decreased ovewrall satisfaction by 24% and 17% respectively.
Conclusions: The assessment of the degree of parental satisfaction is the most important indicator of hospitals' proper functioning. From our study certain areas need improvement, such as: the parental involvement in child's care, information provision, the accessibility to the hospital, the communication and the interpersonal health care in order greater satisfaction to be achieved.

Keywords: Parental satisfaction, pediatric care, quality

Corresponding Author:
Tsironi Spyridoula
Tel.6973435381
E-mail: silvytsironi@gmail.com

Submission Date: 24/1/2017
Publication Date: 15/03/2017

Κινητικότητα και λεκτική επικοινωνία των ασθενών που υποβάλλονται σε κρανιεκτομή ¨ εν εγρηγόρσει ¨

Ιωάννης Σαπουντζής[1], Σοφία Ανεβλαβή[2], Βασιλική Ντέρου[3], Μαρία Δάντσιου[4], Νικόλαος Γεωργακούλιας[5], Γιαννούλα Νταβώνη[6]

1. Νοσηλευτής Νευροχειρουργικής Κλινικής, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», 2. Νοσηλεύτρια Νευροχειρουργικής Κλινικής, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»
3. Νοσηλεύτρια Νευροχειρουργικής Κλινικής, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», 4. Νοσηλεύτρια, MSc, Γραφείο Νοσηλευτικής Διεύθυνσης, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»
5. Συντονιστής Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», 6. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η χειρουργική θεραπεία των γλοιωμάτων σε περιοχές κίνησης και λόγου αποσκοπεί στη μέγιστη δυνατή εκτομή τους, με το ελάχιστο δυνατό μετεγχειρητικό νευρολογικό έλλειμμα. Η επέμβαση εκλογής είναι η κρανιεκτομή με τον ασθενή «εν εγρηγόρσει» (awake craniotomy). Η «εν εγρηγόρσει» κρανιοτομία με διεγχειρητική χαρτογράφηση του εγκεφαλικού φλοιού, υπερέχει των συμβατικών κρανιοτομιών στα ποσοστά μικροχειρουργικής εκτομής, στη διάρκεια νοσηλείας και στο χρόνο ανάρρωσης των χειρουργημένων ασθενών με εξεργασίες στην περιοχή λόγου και κίνησης.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη περιστατικών με γλοιώματα εγκέφαλου στη ρολάνδειο περιοχή και στα κέντρα λόγου, η διερεύνηση και μελέτη της προεγχειρητικής νευρολογικής κατάστασης και των απεικονιστικών ευρημάτων των ασθενών και τέλος η συσχέτισή τους με την μετεγχειρητική πορεία και έκβαση των ασθενών.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία περιγραφική μελέτη, τον πληθυσμό της οποίας αποτέλεσαν 43 ασθενείς της Νευροχειρουργικής Κλινικής του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς» με γλοιώματα στην περιοχή κίνησης και λόγου, που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά μέσα σε διάστημα τεσσάρων ετών. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη χρήση του SPSS15. Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική ταξινόμηση με βάση την εξέταση της μυϊκής ισχύος και του λόγου, έγινε σε τέσσερις ομάδες: I - χωρίς εστιακό έλλειμμα, II - ήπιο κινητικό έλλειμμα, III - μέτριο κινητικό έλλειμμα, IV - βαρύ κινητικό έλλειμμα και τέλος δύο υποομάδες όσον αφορά τις διαταραχές λόγου: Α-χωρίς διαταραχές και Β-με διαταραχές λόγου. Μακροσκοπικά πλήρης αφαίρεση, πάνω από 95%, ορίστηκε η απουσία εστίας χωροκατακτητικής εξεργασίας στη μετεγχειρητική αξονική τομογραφία.

Αποτελέσματα: Η ηλικία των ασθενών κυμάνθηκε από 26 έως 69 έτη, με μέση τιμή τα 43,7 έτη. Μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε κρανιεκτομή, πλήρης αφαίρεση επιτεύχθηκε σε 36 ασθενείς (83,75%) και μερικώς σε 7 ασθενείς (16,3%). Μετεγχειρητικά 6 ασθενείς (18,6%) παρουσίασαν βελτίωση κινητικού ελλείμματος, 23 ασθενείς (53,49%) παρουσίασαν αμετάβλητη μυϊκή ισχύ, 12 ασθενείς (27,91%) παρουσίασαν κινητική επιδείνωση και σε 9 ασθενείς (20,93%) παρατηρήθηκαν πρωτο-εμφανιζόμενες διαταραχές λόγου, αναφερόμενες ως επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η κρανιοτομία με τον ασθενή σε εγρήγορση, αποτελεί την αξιόπιστη μέθοδο εξασφάλισης της ολικής εκτομής του όγκου στις περιοχές κίνησης και λόγου και παράλληλα της νευρολογικής ακεραιότητας των ασθενών. Πρόκειται για μία ιδιάζουσα και καθοριστικής σημασίας διεγχειρητική διαδικασία λόγω της ιδιαίτερης επικοινωνίας και συνεργασίας τόσο μεταξύ της χειρουργικής ομάδας, όσο και μεταξύ χειρουργικής ομάδας και του ασθενούς.

Λέξεις - Κλειδιά: Γλοίωμα, κρανιοτομία 'εν εγρηγόρσει', χωροκατακτητική εξεργασία, νευρολογικό έλλειμμα

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Γιαννούλα Νταβώνη
Διεύθυνση: Αγ. Σπυρίδωνος 10, 11146, Γαλάτσι
Τηλέφωνο: 6977745797, 2102220573
e-mail: yannadavoni@gmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 25/04/16
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 05/03/2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η κρανιοτομία με τον ασθενή σε εγρήγορση αποτελεί την αξιόπιστη μέθοδο εξασφάλισης της ολικής εκτομής του όγκου στις περιοχές κίνησης και λόγου**
- **Η διεγχειρητική λειτουργική χαρτογράφηση, που εφαρμόζεται μόνο με τον ασθενή σε εγρήγορση, επιτρέπει τη μεγαλύτερη αφαίρεση της χωροκατακτητικής εξεργασίας, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο εμφάνισης νευρολογικού ελλείμματος.**
- **Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, η ενημέρωση και η επεξήγηση των δυσνόητων ιατρικών όρων**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

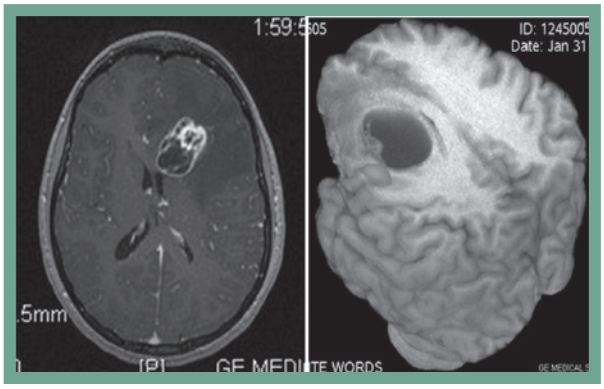
Το γλοίωμα είναι ένας συνήθης τύπος πρωτοπαθούς όγκου εγκεφάλου, που αποτελεί περίπου το 33% αυτών των όγκων. Τα γλοιώματα προέρχονται από τα κύτταρα της γλοίας του εγκεφάλου. Αναπτύσσονται μέσα στο παρέγχυμα του εγκεφάλου και συχνά αναμιγνύονται με το φυσιολογικό παρέγχυμα αυτού. Τα κύτταρα της γλοίας σχηματίζουν τον ιστό, ο οποίος περιβάλλει και στηρίζει τα νευρικά κύτταρα στον εγκέφαλο. Αυτοί οι όγκοι προέρχονται από τρεις διαφορετικούς τύπους κυττάρων, που ανευρίσκονται συνήθως στον εγκέφαλο: τα αστροκύτταρα, τα ολιγοδενδροκύτταρα και τα κύτταρα του επενδύματος. Υπάρχουν διαφορετικοί βαθμοί γλοιωμάτων. Ωστόσο, συνήθως αναφέρονται ως χαμηλής κακοήθειας ή υψηλής κακοήθειας γλοιώματα. Ο όρος χαμηλής ή υψηλής κακοήθειας σχετίζεται με το δυναμικό αύξησης του μεγέθους και την επιθετικότητα του όγκου (Zanchetta & Bernstein 2004).

Το πόσο σοβαρό είναι ένα γλοίωμα εξαρτάται από το βαθμό του. Ο βαθμός, I - IV εξαρτάται από τη δομή των κυττάρων του όγκου στο μικροσκόπιο, την ιστολογική εικόνα. Ο βαθμός I είναι ο λιγότερο σοβαρός και ο βαθμός IV ο πιο σοβαρός. Τα γλοιώματα ταξινομούνται σε χαμηλής κακοήθειας, I ή II, τα οποία αναπτύσσονται αργά ή σχετικά αργά και σε υψηλής κακοήθειας, III ή IV, τα οποία αναπτύσσονται γρήγορα, επεκτείνονται και διηθούν στο φυσιολογικό παρέγχυμα του εγκεφάλου (Zanchetta & Bernstein 2004, Kuchcinski et al 2015).

Στις μισές σχεδόν περιπτώσεις, το πρώτο σύμπτωμα των γλοιωμάτων είναι η εμφάνιση μιας εστιακής ή γενικευμένης επιληπτικής κρίσης. Αναμένεται επίσης ότι το 60 με 75% αυτών των ασθενών, θα έχουν υποτροπιάζουσες επιληπτικές κρίσεις κατά την πορεία της νόσου. Πονοκέφαλος και σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης, όπως κεφαλαλγία και έμετοι, εμφανίζονται αργά στην εξέλιξη της νόσου. Στα παιδιά οι όγκοι αυτοί, εντοπίζονται συνήθως στην παρεγκεφαλίδα και παρουσιάζονται με ένα συνδυασμό οπτικών διαταραχών που τυπικά δε διορθώνονται με γυαλιά οράσεως, αστάθεια βάδισης, ετερόπλευρη αταξία, και σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης όπως κεφαλαλγία και έμετος. Παιδιά με αστροκύττωμα έχουν συνήθως μειωμένη μνήμη, ελλειμματική προσοχή και μειωμένες κινητικές ικανότητες, αλλά ανεπηρέαστη την πνευματική και γλωσσική τους ικανότητα (Zanchetta & Bernstein 2004).

Η μαγνητική τομογραφία, όπως φαίνεται στην Εικόνα 1, και σε μερικές περιπτώσεις και η αξονική τομογραφία είναι απαραίτητες για τον καθορισμό των χαρακτήρων του όγκου όπως είναι το μέγεθος και η εντόπιση. Πρόσθετες απεικονιστικές εξετάσεις καθίστανται σε πολλές περιπτώσεις απαραίτητες. Η μαγνητική φασματοσκοπία είναι απαραίτητη για τη διαφορική διάγνωση και εν μέρει για την κατηγοριοποίηση του όγκου, βάσει του βαθμού κακοήθειας. Η λειτουργική μαγνητική τομογραφία, όπως απεικονίζεται στην Εικόνα 1, βοηθά στον εντοπισμό λειτουργικών κέντρων, όπως λόγου ή κίνησης, σε σχέση με τη θέση του όγκου με σκοπό την αξιολόγηση των κινδύνων του χειρουργείου και τον καλύτερο προγραμματισμό αυτού. Τέλος η τρισδιάστατη μαγνητική τομογραφία, η γνωστή και ως νευροπλοήγηση, και η PET αξονική το-

Εικόνα 1: Μαγνητική τομογραφία και λειτουργική μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου όπου απεικονίζεται η ΧΕΕ.
Αρχείο Νευροχειρουργικής κλινικής – Ιατρικός φάκελος ασθενούς



μογραφία συμβάλλουν στον εντοπισμό της περιοχής του εγκεφάλου που έχει προσβληθεί από τον όγκο (Sakkas 2004, Tsitsopoulos 2015, Kuchicinski et al 2015).

Η χειρουργική επέμβαση είναι η πιο συχνή αρχική θεραπεία για τα γλοιώματα. Η βιοψία, η οποία πραγματοποιείται δίνει μία ακριβή διάγνωση για την σύσταση του όγκου, η οποία είναι σημαντική για την καλύτερη θεραπεία. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί επίσης να επιτρέψει την αφαίρεση του όγκου με σκοπό τη μείωση των πιεστικών φαινομένων, λόγω της παρουσίας του όγκου. Αυτό πολλές φορές ίσως χρειάζεται να γίνει σε επείγουσα βάση (Sakkas 2004, Tsitsopoulos 2015, Kuchcinski et al 2015, Racine et al 2015, Tate 2015).

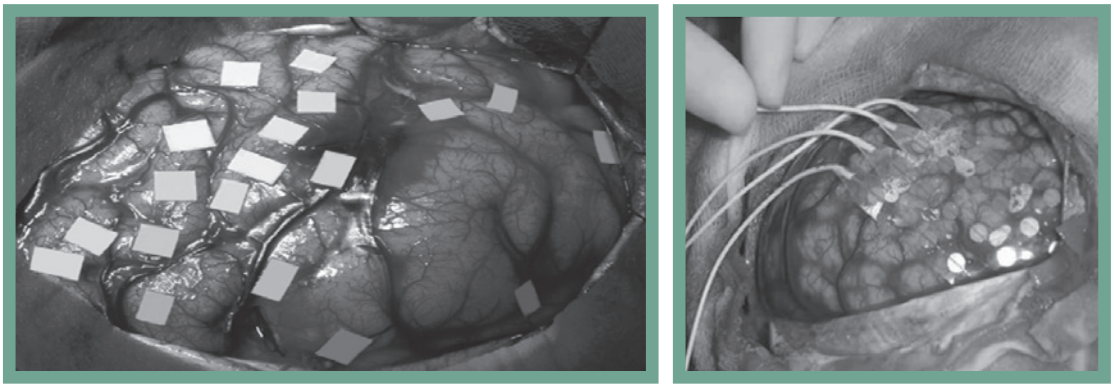
Οι κλασικές χειρουργικές επεμβάσεις στον εγκέφαλο απαιτούν την εφαρμογή γενικής αναισθησίας στον ασθενή. Παρόλα αυτά, σε ορισμένες περιπτώσεις, απαιτείται ο ασθενής να είναι σε εγρήγορση προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο χειρουργικό αποτέλεσμα. Τέτοιες περιπτώσεις αφορούν κυρίως την παρουσία χωροκατακτητικών βλαβών του εγκεφάλου σε ευγενείς δομές του, όπως είναι ο αισθητικοκινητικός φλοιός και τα φλοιώδη κέντρα του λόγου. Και ενώ οι βλάβες που βρίσκονται σε στενή ανατομική σχέση με τον αισθητικοκινητικό φλοιό μπορούν να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά, με ή χωρίς την εφαρμογή γενικής αναισθησίας, εντούτοις βλάβες που αφορούν τα φλοιώδη κέντρα του λόγου του εγκεφάλου απαιτούν τον ασθενή σε εγρήγορση κατά τη φάση της χειρουργικής επέμβασης (Kuchcinski et al 2015, Racine et al 2015, Bulsara et al 2005).

Φλοιώδεις περιοχές, απαραίτητες για την εκφορά και την κατανόηση του λόγου, διαφέρουν σημαντικά, με αποτέλεσμα να υπάρχει σημαντική διακύμανση μεταξύ των ατόμων, όσον αφορά την ακριβή ανατομική τους θέση. Αυτό κάνει τα ανατομικά κριτήρια μη επαρκή για την ασφαλή εκτομή χωροκατακτητικών εξεργασιών που βρίσκονται γύρω της σιλουείου σχισμής, στο επικρατούν ημισφαίριο. Την κατάσταση κάνει ακόμα δυσκολότερη το γεγονός ότι η τεχνική της σταδιακής αφαίρεσης της βλάβης εκ΄των έσω για την αποφυγή νέου νευρολογικού ελλείμματος, δεν θεωρείται πλέον βάσιμη. Είναι γνωστό ότι σε ορισμένες περιπτώσεις γλοιωμάτων του εγκεφάλου, χαμηλής ή υψηλής κακοήθειας, εμπεριέχεται φυσιολογικός/λειτουργικός νευρικός ιστός, ενώ σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις η βλάβη συνίσταται κυρίως από φυσιολογικό/λειτουργικό νευρικό ιστό (Sakkas 2004, Tsitsopoulos 2015, Kuchcinski et al 2015, Racine et al 2015, Zanchetta & Bernstein 2004).

Η κρανιοτομία με τον ασθενή σε εγρήγορση επιτρέπει τη λειτουργική χαρτογράφηση του εγκεφάλου, και ειδικότερα των περιοχών που σχετίζονται με το λόγο όπως αυτό απεικονίζεται στην Εικόνα 2. Έτσι παρέχεται η δυνατότητα στο νευροχειρουργό να διαλέξει μία ασφαλή δίοδο για τη βλάβη , επιτρέποντάς του την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αφαίρεση αυτής ελαχιστοποιώντας παράλληλα το κίνδυνο εμφάνισης νευρολογικού ελλείμματος. Επιπλέον της χαρτογράφησης των φλοιωδών περιοχών του εγκεφάλου, οι τεχνικές ερεθισμού μπορούν να χρησιμοποιηθούν με στόχο τη χαρτογράφηση και τη διατήρηση ευγενών υποφλοιωδών περιοχών του εγκεφάλου (Saito et al 2015, Fekete et al 2015, Bulsara et al 2005). Η κρανιοτομία με τον ασθενή σε εγρήγορση, από αναισθησιολογικής πλευράς, βασίζεται στην αρχή της περιοχικής αναισθησίας και τη χρήση αναισθησιολογικών ουσιών βραχείας δράσης (Kanno et al 2015).

Ως επέμβαση, αποτελεί για τον ασθενή μια σύνθετη και υποκειμενική εμπειρία που απορρέει από το ένστικτο της αυτοσυντήρησης και από τη δυνατότητα συμμετοχής στην όλη διαδικασία. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη νοσηλευτική ομάδα να κατανοεί αυτή την ιδιαίτερη εμπειρία του ασθενούς και να τον προετοιμάζει κατάλληλα, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθεί σ' αυτήν, διευκολύνοντας έτσι το έργο του χειρουργού (Zanchetta & Bernstein 2004, Bulsara et al 2005, Ilira et al 2015). Ο ρόλος του νοσηλευτή στη σωστή προεγχειρητική ετοιμασία είναι

Εικόνα 2: Διεγχειρητική χαρτογράφηση του εγκεφαλικού φλοιού
Αρχείο Νευροχειρουργικής κλινικής – Ιατρικός φάκελος ασθενούς



ιδιαίτερα σημαντικός, όπως άλλωστε σε κάθε επέμβαση εγκεφάλου, ενώ ιδιαίτερη πρόκληση αποτελεί η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και των συγγενών του, η οποία περιλαμβάνει τον καθησυχασμό, την ενημέρωση, την απάντηση σε ποικίλα ερωτήματα, την επεξήγηση ιατρικών όρων και την επιβεβαίωση των πληροφοριών που έχουν ληφθεί από το χειρουργό (Zanchetta & Bernstein 2004, Ilira et al 2015).

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας που υποδέχεται τον ασθενή στο χειρουργείο, με τη διακριτική προσέγγισή του, την προσεκτική πληροφόρηση του ασθενούς, την ικανοποίηση των αναγκών του και τον απαραίτητο σεβασμό στο πρόσωπό του και την κατάστασή του, συνεισφέρει σημαντικά στην κατάλληλη προετοιμασία του, κερδίζοντας την εμπιστοσύνη, τη συμμετοχή και τη συνεργασία του (Ronald et al 1999, Palese et al 2006, Ilira et al 2015).

Μεγάλη βαρύτητα δίνεται στην ψυχολογία του ασθενή που υποβάλλεται σε κρανιοτομία «εν εγρηγόρσει», γιατί πρέπει να ξεπεράσει όσο είναι εφικτό, το άγχος και τις αμφιβολίες του, κινητοποιώντας τις ψυχικές του δυνάμεις εφόσον κατά τη διάρκεια της επέμβασης, αποτελούν τον κύριο βοηθό του χειρουργού. Στη διενέργεια της κρανιοτομίας «εν εγρηγόρσει», η ενημέρωση του ασθενή αφορά και στο δικαίωμά του να αποφασίσει για το χειρουργείο που πρόκειται να υποστεί. Η συνομιλία μαζί του βοηθάει στη αξιολόγηση της ψυχικής του κατάστασης και των αντιδράσεών του και στη διαπίστωση του βαθμού συνεργασίας κατά την διάρκεια της επέμβασης (Papageorgiou 2003, Milian et al 2014, Ilira et al 2015). Ο συνδυασμός πληροφοριών συμβάλλει στην επιλογή του σωστού πρωτοκόλλου επέμβασης που περιλαμβάνει: α) σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, β) εργαλεία και αναλώσιμα και γ) ειδικό εξοπλισμό (Milian et al 2014, Ilira et al 2015).

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας είναι ο απολύτως αρμόδιος για το συντονισμό και τον καθορισμό των ενεργειών κάθε μέλους της χειρουργικής ομάδας, γι΄ αυτό και ο ρόλος του είναι σημαντικός. Είναι υπεύθυνος για την τήρηση των κανόνων άσηπτης τεχνικής από τα μέλη της χειρουργικής ομάδας, καθώς και για τη συνεχή επικοινωνία και επαφή με τον ασθενή. Εξασφαλίζει την τήρηση ησυχίας στη χειρουργική αίθουσα γνωρίζοντας πως ο οποιοσδήποτε απρόβλεπτος θόρυβος μπορεί να προκαλέσει διέγερση των φυσιολογικών συστημάτων του ανθρώπου και μειωμένη απόδοση των ικανοτήτων του (Ronald et al 1999, Palese et al 2006). Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, όταν η επικοινωνία με τον ασθενή είναι εφικτή, η συμπαράσταση και η ψυχολογική ενίσχυσή του από όλη τη χειρουργική ομάδα είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η επικοινωνία πλέον της ομάδας γίνεται χαμηλόφωνα και κωδικοποιημένα προς αποφυγήν δημιουργίας άγχους στον ασθενή (Ronald et al 1999, Palese et al 2006). Ο νοσηλευτής εργαλειοδοσίας πρέπει να παρακολουθεί ανελλιπώς το χειρουργό και να συντονίζεται με τις ενέργειές του (Papageorgiou 2003).

Αντενδείξεις εφαρμογής της κρανιοτομίας με τον ασθενή σε εγρήγορση αποτελούν: τα παιδιά ή οι ηλικιωμένοι άνθρωποι, λόγω κακής συνεργασίας, πιθανή συναισθηματική αστάθεια των ασθενών, καταστάσεις νοητικής υστέρησης, καθώς επίσης και η αδυναμία επικοινωνίας του ασθενούς με το νευροχειρουργό, κατά τη φάση της επέμβασης, είτε λόγω προεγχειρητικού ελλείμματος ομιλίας, είτε λόγω προφανούς έλλειψης γνώσης της γλώσσας (Saito et al 2015, Fekete et al 2015, Dziedzic & Bernstein 2014, Santini et al 2012).

Συνολικά, κλασική ένδειξη της εφαρμογής της κρανιοτομίας με τον ασθενή σε εγρήγορση αποτελούν εξεργασίες που εδράζονται σε περιοχές του εγκεφάλου απαραίτητες για το λόγο. Τα πλεονεκτήματα είναι αρκετά και περιλαμβάνουν: τη δυνατότητα για λειτουργική χαρτογράφηση του εγκεφάλου, ειδικά για τα κέντρα του λόγου, την αποφυγή γενικής αναισθησίας για τον ασθενή και γενικότερα το μειωμένο αριθμό επιπλοκών με την αποφυγή χρήσης αναισθησιολογικών συσκευών με τη δυναμική του αυξημένου κινδύνου λοίμωξης. Οι ασθενείς είναι σε εγρήγορση στο τέλος της επέμβασης και δεν απαιτείται νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον ο χρόνος της μετεγχειρητικής τους νοσηλείας μειώνεται σημαντικά (Kuchcinski et al 2014, Racine et al 2015, Zanchetta & Bernstein 2004, Saito et al 2015, Fekete et al 2015, Dziedzic & Bernstein 2014, Bulsara et al 2005).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη περιστατικών με γλοιώματα εγκέφαλου στη ρολάνδειο περιοχή και στα κέντρα λόγου, η διερεύνηση της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής νευρολογικής κατάστασης των ασθενών καθώς και η μετεγχειρητική αξιολόγηση της κλινικής εικόνας των ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μία περιγραφική μελέτη, τον πληθυσμό της οποίας αποτέλεσαν 43 ασθενείς, 21 άνδρες και 22 γυναίκες, της Νευροχειρουργικής Κλινικής του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς» με γλοιώματα στην περιοχή κίνησης και λόγου που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά μέσα σε διάστημα τεσσάρων ετών.

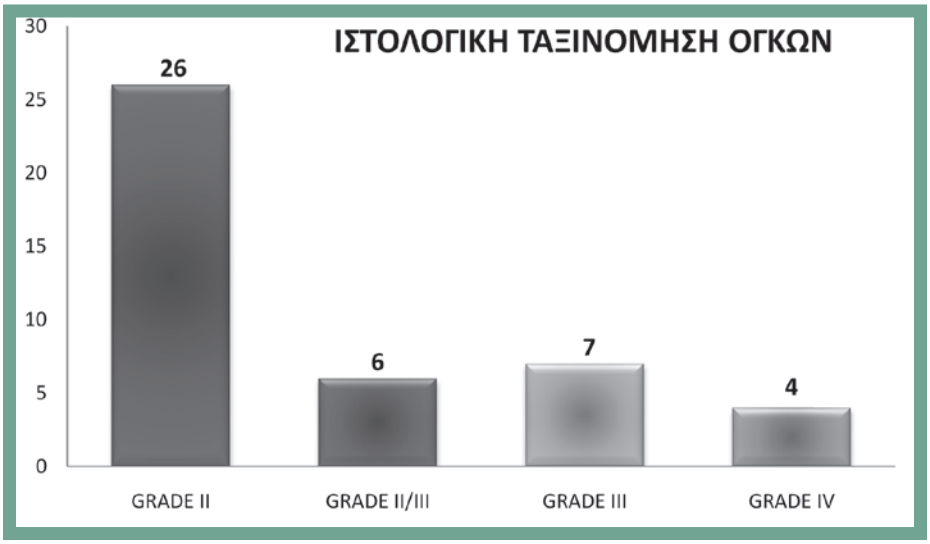
Έγινε προ- και μετεγχειρητική ταξινόμηση των ασθενών σε τέσσερις ομάδες, με βάση την εξέταση της μυϊκής ισχύος και δύο υποομάδες με βάση διαταραχές ή όχι του λόγου. Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική ταξινόμηση με βάση την εξέταση της μυϊκής ισχύος και του λόγου, έγινε σε τέσσερις ομάδες: Ι-χωρίς εστιακό έλλειμμα, ΙΙ-ήπιο κινητικό έλλειμμα – μυϊκή ισχύς 4/5 ή και περισσότερο, ΙΙΙ-μέτριο κινητικό έλλειμμα – μυϊκή ισχύς 2/5 ή και περισσότερο, IV-βαρύ κινητικό έλλειμμα – μυϊκή ισχύς λιγότερο από 2/5 και τέλος δύο υποομάδες όσον αφορά τη λεκτική επικοινωνία: Α) χωρίς διαταραχές εκ-

φοράς/κατανόησης λόγου και Β) με διαταραχές εκφοράς είτε κατανόησης λόγου. Να σημειωθεί, όπως δείχνει και το Γράφημα 1 & 2, ότι η μετεγχειρητική αξιολόγηση των ασθενών πιστοποιήθηκε με βάση την κλινική εξέταση την 6η μετεγχειρητική ημέρα.

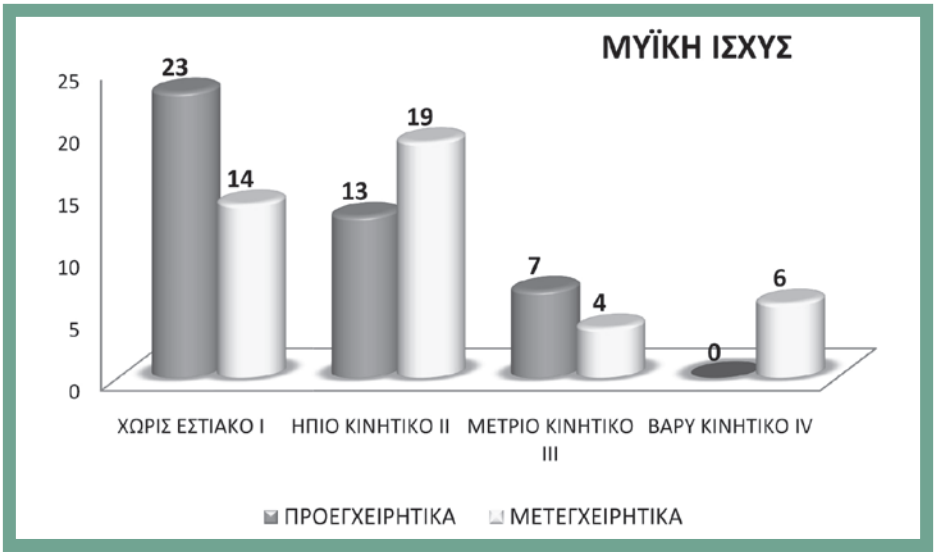
Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου όπου και απεικονίστηκε η χωροκατακτητική εξεργασία εγκεφάλου – ΧΕΕ, όπως φαίνεται στην Εικόνα 3. Επίσης, έγινε χρήση της αναισθησιολογικής πρακτικής asleep – awake – asleep. Δηλαδή η χειρουργική επέμβαση έγινε σε τρία στάδια: κρανιοτομία με τον ασθενή υπό καταστολή - αφαίρεση του όγκου με τον ασθενή σε εγρήγορση – χειρουργική σύγκλιση με τον ασθενή υπό καταστολή.

Διεγχειρητικά εφαρμόστηκε νευροφυσιολογική παρακολούθηση, του εγκεφάλου και των νευρολογικών λειτουργιών σε σημαντικές λειτουργικές περιοχές. Έγινε διεγχειρητική χαρτογράφηση του εγκεφαλικού φλοιού με συνεχή καταγραφή των προκλητών κινητικών δυναμικών (MEPs) και κατονομασία αντικειμένων, αρίθμηση και επανάληψη προτάσεων από τον ασθενή. Με τη βοήθεια της νευροπλοήγησης, της τρισδιάστατης απεικόνισης της ανατομίας του εγκεφάλου διεγχειρητικά, έγινε ανατομική ταξινόμηση των γλοιωμάτων. Επιπλέον επε-

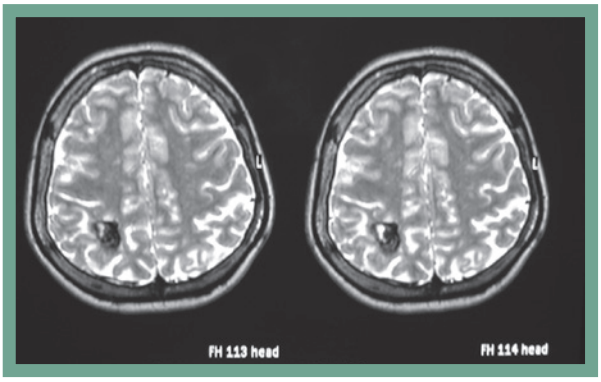
Γράφημα 1: Ιστολογική ταξινόμηση των γλοιωμάτων



Γράφημα 2: Διαταραχές κινητικότητας προ- και μετεγχειρητικά



Εικόνα 3: Μαγνητική τομογραφία όπου φαίνεται η βλάβη εντοπισμένη στην κινητική περιοχή του δεξιού ημισφαιρίου.
Αρχείο Νευροχειρουργικής κλινικής – Ιατρικός φάκελος ασθενούς



τεύχθη και ιστολογική ταξινόμηση των όγκων σύμφωνα με την ομοιόμορφη ταξινόμηση των όγκων του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κρανιοτομία «εν εγρηγόρσει» παρουσίασαν ιδιαίτερες απαιτήσεις, όσον αφορά στη μετεγχειρητική νοσηλευτική τους φροντίδα. Ήταν υπό συνεχή μετεγχειρητική παρακολούθηση κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο με σκοπό την άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση επιπλοκών, όπως επιληπτικές κρίσεις και εγκεφαλικά αιματώματα, τη χορήγηση αναλγητικών – ανακούφιση από τον πόνο, την ταχεία κινητοποίηση προς αποφυγή όψιμων επιπλοκών, τη λήψη των ενδεδειγμένων μέτρων ασηψίας προς αποφυγή μετεγχειρητικών λοιμώξεων και την πρώιμη αναγνώριση αυτών, τη συνεχή ψυχολογική υποστήριξη, τόσο των ασθενών. όσο και των συγγενών τους με σκοπό την

προετοιμασία των ασθενών, με την παροχή κατάλληλων οδηγιών, για την έξοδό τους από το Νοσοκομείο.

Θέματα Δεοντολογίας

Στην παρούσα μελέτη τηρήθηκαν οι αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι που διέπουν την βιοϊατρική έρευνα. Για τη συλλογή των δεδομένων και τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε η απαιτούμενη άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσηλευτικού ιδρύματος, το οποίο γνωμοδότησε βάσει κατευθυντηρίων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής και Δεοντολογίας. Βασική προϋπόθεση για την διεξαγωγή της έρευνας αποτέλεσε η δέσμευση των ερευνητών για την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στη διοίκηση του νοσοκομείου, καθώς και για την ανωνυμία, την εχεμύθεια και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής περιόδου καταμετρήθηκαν οι συχνότητες κάθε κατηγορίας, δημιουργώντας έτσι τον λεγόμενο πίνακα συχνοτήτων, και εν συνεχεία δημιουργήθηκαν γραφικές παραστάσεις, όπως το Τομεόγραμμα (pie-chart) ή το Ραβδόγραμμα (bar-chart). Για την ομαδοποίηση των συνεχών δεδομένων δημιουργήθηκαν κλάσεις, συνήθως με το ίδιο εύρος, με την βοήθεια του τύπου του Sturges που μας δίνει προσεγγιστικά τον αριθμό κλάσεων που έπρεπε να δημιουργηθούν.

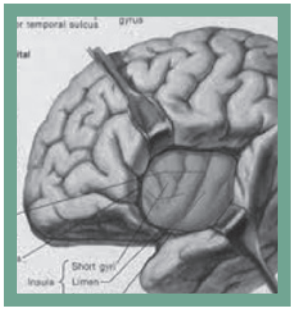
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ηλικία των ασθενών κυμάνθηκε από 26 έως 69 έτη, με μέση τιμή τα 43,7 έτη. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 43 ασθενείς, μεταξύ των οποίων 21 άνδρες και 22 γυναίκες. Σε 14 ασθενείς η εξεργασία εντοπίστηκε στη ρολάνδειο περιοχή και σε 29 ασθενείς η εξεργασία εντοπίστηκε στη νήσο του Reil, οι οποίες περιοχές διαφαίνονται στις Εικόνες 4 & 5 (Sakkas 2004).

Εικόνα 4: Ρολάνδειος Περιοχή (Sakkas 2004)



Εικόνα 5: Νήσος του Reil (Sakkas 2004)



Έτσι σε 26 ασθενείς το γλοίωμα ήταν χαμηλής κακοήθειας – βαθμού II, 6 ασθενείς εμφάνισαν γλοίωμα μέτριας κακοήθειας - βαθμού II/III, στους οποίους ασθενείς ο όγκος εν μέρει διηθούσε στο φυσιολογικό παρέγχυμα του εγκεφάλου. Σε 7 ασθενείς το γλοίωμα ταξινομήθηκε σε υψηλής κακοήθειας – βαθμού III και σε 4 ασθενείς το γλοίωμα ήταν πολύ υψηλής κακοήθειας - βαθμού IV.

Σε 34 ασθενείς τα γλοιώματα είχαν εκδηλωθεί με επιληπτικές κρίσεις, 8 ασθενείς προσήλθαν με άτυπα συμπτώματα όπως κεφαλαλγίες, αδυναμία, εμετούς και ένας εξ αυτών προσήλθε με πάρεση κάτω άκρων.

Όσον αφορά στην κλινική εξέταση μυϊκής ισχύος, 23 ασθενείς δεν παρουσίασαν κανένα εστιακό κινητικό έλλειμμα προεγχειρητικά, έναντι 14 μετεγχειρητικά. 13 ασθενείς παρουσίασαν ήπιο κινητικό έλλειμμα προεγχειρητικά, έναντι 19 μετεγχειρητικά. Να σημειωθεί εδώ ότι ως κινητικό έλλειμμα ορίστηκε η εμφάνιση μυικής αδυναμίας σε μία εκ των κεντρομελικών ομάδων των άκρων τουλάχιστον. Συνεπώς το ήπιο κινητικό έλλειμμα αντιστοιχεί σε μυϊκή ισχύ περί τα 4/5 ή και περισσότερο. 7 ασθενείς παρουσίασαν μέτριο κινητικό έλλειμμα προεγχειρητικά, με την μυϊκή ισχύ να υπολογίζεται περί τα 4/5

ή και περισσότερο, έναντι 4 μετεγχειρητικά. Τέλος βαρύ κινητικό έλλειμμα με μυϊκή ισχύ λιγότερο από τα 2/5 δεν παρουσίασε κανείς ασθενείς προεγχειρητικά έναντι 6 μετεγχειρητικά το οποίο ορίζεται ως μετεγχειρητική επιπλοκή.

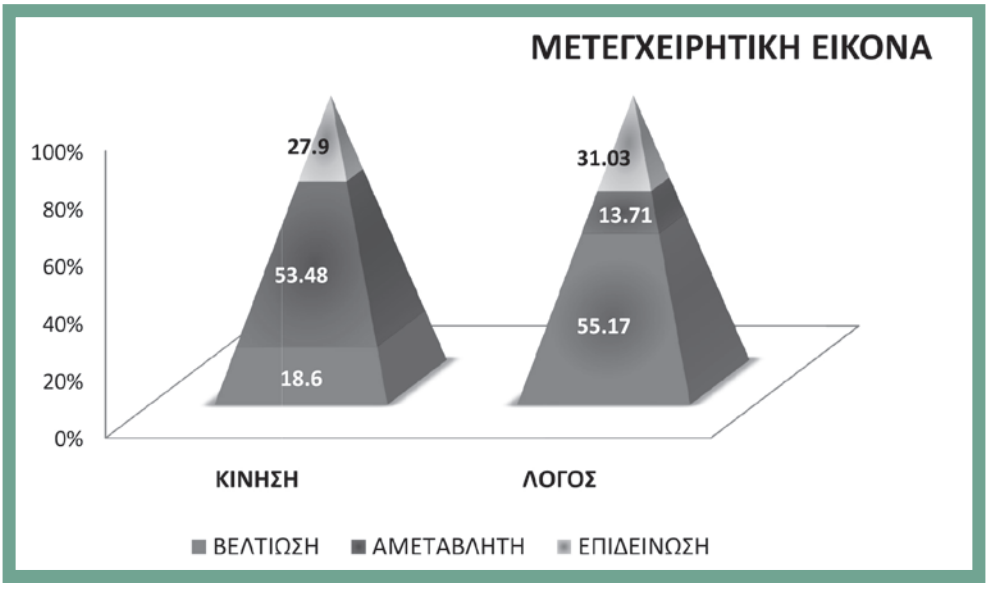
Για τη λεκτική επικοινωνία μετά την κλινική εξέταση αξίζει να σημειωθεί ότι 29 από τα 43 περιστατικά ανιχνεύτηκαν προεγχειρητικά με χωροκατακτητική εξεργασία σε γειτνίαση με κέντρα λόγου. Το νευρολογικό έλλειμμα αφορούσε διαταραχή στην εκφορά και κατανόηση του λόγου. Δηλαδή την εμφάνιση μερικής ή ολικής αφασίας , η οποία αφορούσε είτε την εκπομπή λόγου, είτε την πρόσληψη λόγου ή και τα δύο. Έτσι από τους 29 ασθενείς προεγχειρητικά 25 διαγνώστηκαν χωρίς διαταραχές στην εκφορά ή κατανόηση λόγου, έναντι 16 μετεγχειρητικά με διαταραχές στην εκφορά λόγου. Επιπλέον 4 ασθενείς διαγνώστηκαν με διαταραχές λόγου προεγχειρητικά, αναφερόμενες στην εκφορά του λόγου έναντι 13 μετεγχειρητικά, όπως φαίνεται και στο Γράφημα 3, αναφερόμενες και ως μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε κρανιεκτομή, πλήρης αφαίρεση επιτεύχθηκε σε 36 ασθενείς

Γράφημα 3: Διαταραχές λόγου



Γράφημα 4: Μετεγχειρητική εικόνα των ασθενών



(84%) και μερικώς σε 7 ασθενείς (16%). Κριτήριο για την πλήρη αφαίρεση (>95%) ορίστηκε ως η απουσία εστίας χωροκατακτητικής εξεργασίας στην μετεγχειρητική αξονική τομογραφία, ενώ για τη σχεδόν πλήρη αφαίρεση (>90%) ορίστηκε ως η παρουσία στικτής εστιακής πρόσληψης στην μετεγχειρητική αξονική τομογραφία.

Μετεγχειρητικά 8 ασθενείς, ποσοστό 18,6%, παρουσίασαν βελτίωση κινητικού ελλείμματος, 23 ασθενείς, ποσοστό 53,49%, παρουσίασαν αμετάβλητη μυϊκή ισχύ, ενώ 12 ασθενείς, δηλαδή σε ποσοστό 27,91%, παρουσίασαν κινητική επιδείνωση. Όσο αφορά το λόγο 16 ασθενείς (55,17%) εμφανίστηκαν χωρίς διαταραχές λόγου, 4 ασθενείς (13,79%) παρουσίασαν εμμένουσα αφασία και σε 9 ασθενείς (20,93%) παρατηρήθηκαν πρωτο-εμφανιζόμενες διαταραχές λόγου, αναφερόμενες και ως επιπλοκές όπως φαίνεται στο Γράφημα 4.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το γλοίωμα είναι ένας συνήθης τύπος πρωτοπαθούς όγκου εγκεφάλου, που αποτελεί περίπου το 33% αυτών των όγκων. Η χειρουργική επέμβαση είναι η πιο συχνή αρχική θεραπεία για τα γλοιώματα. Εντούτοις βλάβες που αφορούν τα φλοιώδη κέντρα του λόγου του εγκεφάλου απαιτούν τον ασθενή σε εγρήγορση κατά τη φάση της χειρουργικής επέμβασης (Kuchcinski et al 2015, Racine et al 2015).

Η αφαίρεση των όγκων αυτών γίνεται με κρανιοτομία εν εγρηγόρσει η οποία σκοπό έχει, κατ' αρχάς, να μεγιστοποιήσει την ασφαλή αφαίρεση του όγκου και ταυτόχρονα να ελαχιστοποιήσει τη βλάβη ζωτικού εγκεφαλικού ιστού και επιπροσθέτως να διατηρήσει τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Tamura et al 2015, Bulsara et al 2005). Στην παρούσα έρευνα παρουσιάζονται γενικές αρχές της κρανιοτομίας εν εγρηγόρσει και η συμβολή της κρανιοτομίας εν εγρηγόρσει στην έκβαση της νόσου.

Η κρανιοτομία εν εγρηγόρσει είναι μία τεχνική, κατά την οποία ενσωματώνεται η λειτουργική αξιολόγηση στο χειρουργείο. Αυτό επιτρέπει καταγραφή της λειτουργικότητας, δηλαδή της ομιλίας και της κίνησης και τροποποίηση της χειρουργικής τακτικής, αν αυτό θεωρηθεί αναγκαίο. Συγκεκριμένα, γίνεται γενική αναισθησία κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας και της κρανιοτομίας, όπως διάνοιξη δέρματος, οστού, μήνιγγας. Ακολουθεί αφύπνιση του ασθενή κατά τη διάρκεια της διεγχειρητικής εγκεφαλικής χαρτογράφησης, κατά την οποία διενεργείται αφαίρεση του όγκου, προστασία γλωσσικών και κινητικών λειτουργιών. Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, γλωσσικές δραστηριότητες, κινητικές δραστηριότητες και δραστηριότητες μνήμης διενεργούνται συνεχώς, ενώ ο όγκος αφαιρείται, αποφεύγοντας να προκαλέσει βλάβες σε γειτονικό ιστό. Όταν ο όγκος αφαιρεθεί, ο ασθενής επιστρέφει στην πρότερη κατάσταση νάρκωσης για σύγκλιση μήνιγγας, οστού, δέρματος κατ' αντίστροφη ανατομική τάξη (Della Puppa et al 2015, CA' Li et al 2015, Bulsara et al 2005). Σε όλες τις περιπτώσεις επιτεύχθηκε πλήρης ή σχεδόν πλήρης εξαίρεση της εξεργασίας.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διενέργεια της επέμβασης ήταν: α) η σωστή επιλογή των ασθενών, όπως περιπτώσεις με όγκους εγκεφάλου κοντά σε περιοχές κίνησης και λόγου, β) η δυνατότητα να επιτευχθεί ικανοποιητική επικοινωνία και συνεργασία του ασθενούς κατά τη διάρκεια της φάσης αφύπνισης, όπως αποκλεισμός ψυχιατρικών ή ψυχολογικά ασταθών ασθενών με αδυναμία αυτοελέγχου σε καταστάσεις άγχους και έντασης και γ) η εμπειρία χειρουργού, αναισθησιολόγου, νευροφυσιολόγου και του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο αυτών που θα συμμετάσχουν στην επέμβαση, όσο και αυτών που θα ασχοληθούν με την περιεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς (Ralese et al 2006, Bulsara et al 2005, Racine et al 2015).

Η αξιολόγηση των γλωσσικών δεξιοτήτων σκοπεύει στην ανίχνευση γλωσσικών δυσκολιών προεγχειρητικά, στον εντοπισμό γλωσσικών δυσκολιών κατά τη διάρκεια του χειρουργείου και στην πρόληψη γλωσσικών δυσκολιών μετεγχειρητικά (Kanno & Mikuni 2015, Palese et al 2006).

Προοπτικές μελέτες σε ασθενείς με κακόηθες γλοίωμα ανέδειξαν την μεγάλη προγνωστική σημασία της ευρείας εξαίρεσης της χωροκατακτητικής εξεργασίας. Οι περισσότερες μελέτες υποδεικνύουν ότι η έκταση της εξαίρεσης αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα. Γενικώς, η ιδανική χειρουργικά επιλογή είναι η μέγιστη ασφαλής εξαίρεση, αυτή δηλαδή που δεν θα αφήσει βαριά νευρολογικά ελλείμματα στον ασθενή. Ο χρόνος και η ποιότητα της μετεγχειρητικής επιβίωσης είναι οι σπουδαιότεροι παράμετροι με τους οποίους αξιολογούνται τα αποτελέσματα κάθε θεραπείας για τα γλοιώματα του εγκεφάλου (Bampoe et al 2002, Saito et al 2015, Lang et al 1999).

Με βάση τις μελέτες των παραπάνω, η ολική εξαίρεση του γλοιώματος παρουσιάζει καλή μετεγχειρητική πορεία των ασθενών, από αυτούς με μερική εξαίρεση του όγκου. Η χρήση αυτής της μεθόδου επιτρέπει τον ακριβέστερο εντοπισμό του όγκου, την αποφυγή βλάβης σε γειτνιακές σημαντικές δομές και άρα στην ασφαλέστερη χειρουργική αντιμετώπιση του ασθενούς, την πληρέστερη εξαίρεση του όγκου, τη μείωση χειρουργικού χρόνου, την συντομότερη ανάρρωση του ασθενούς και τη μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο (Kanno & Mikuni 2015, Palese et al 2006, Kelleher et al 2002, Cashman et al 2008, Wahab et al 2011).

Η ύπαρξη χωροκατακτητικής εξεργασίας στις συγκεκριμένες περιοχές οδηγεί σε μη αναστρέψιμες βλάβες (Sakkas 2004). Ανάλογα με τα αίτια, χρήζει στην πλειονότητα των περιπτώσεων χειρουργικής αποκατάστασης

με τον ασθενή σε εγρήγορση, η οποία έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει καλά αποτελέσματα, όπως και στη δική μας μελέτη. Κατά την τελευταία δεκαετία έχει βελτιωθεί σημαντικά η ποιότητα ζωής, αλλά και ο μέσος όρος επιβίωσης ασθενών με γλοιώματα. Αυτό οφείλεται στην εξάπλωση της εφαρμογής νέων τεχνικών, όπως είναι η κρανιοτομία «εν εγρηγόρσει», η οποία επιτρέπει τη ριζικότερη αφαίρεση γλοιωμάτων ακόμα και σε ιδιαίτερα δυσπρόσιτες περιοχές του εγκεφάλου, προστατεύοντας συγχρόνως σημαντικά λειτουργικά κέντρα του (Dziedzic & Bernstein 2014, Della Puppa et al 2015, Saito et al 2015).

Η μελέτη των προεγχειρητικών κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων με την μετεγχειρητική πορεία και έκβαση σε ασθενείς με γλοίωμα εγκεφάλου είναι πολύ σημαντική, επειδή μπορεί να προσδιορίσει σε μεγάλο βαθμό εκείνους τους ασθενείς που θα ωφεληθούν από τη χειρουργική αντιμετώπιση, καθώς και σε ποιο βαθμό θα συμβεί αυτό. Μέχρι σήμερα, όπως διαπιστώθηκε και στην παρούσα έρευνα, δεν έχει πλήρως διερευνηθεί κατά πόσο η διάρκεια των συμπτωμάτων συσχετίζεται με τα σοβαρά προεγχειρητικά απεικονιστικά ευρήματα, όπως επίσης και σε πιο βαθμό επηρεάζει την έκβαση της νόσου (Kelleher et al 2002).

Βέβαια εδώ πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την μετεγχειρητική νευρολογική κατάσταση των ασθενών, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η οικογενειακή κατάσταση του πάσχοντος, οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιρροές του (Sakkas 2004, Tsitsopoulos 2015). Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε κρανιοτομία ¨εν εγρηγόρσει¨ παρουσιάζουν ιδιαίτερες απαιτήσεις όσον αφορά την προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα τους, γι' αυτό και ο ρόλος των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντικός (Zanchetta & Bernstein 2004, Cashman et al 2008, Wahab et al 2011).

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης ο ασθενής δέχεται πολλά, έντονα στρεσσογόνα ερεθίσματα, που απειλούν τη συγκέντρωση και την προσοχή του, οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιτυχή έκβαση. Για να μπορέσει να ανταπεξέλθει σ' αυτή την κατάσταση θα πρέπει: α) να έχει γίνει σωστή προεγχειρητική προετοιμασία και ενημέρωση που θα δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης, τόσο προς το γιατρό όσο και προς όλη την ομάδα και β) η μη φαρμακευτική διεγχειρητική φροντίδα να εστιάζεται στην ελάττωση του πόνου και του άγχους, μέσω της προσαρμογής του περιβάλλοντος και της καλά προσεγμένης επικοινωνίας, έργο κατά κύριο λόγο των νοσηλευτών (Zanchetta & Bernstein 2004, Cashman et al 2008, Wahab et al 2011).

Σύμφωνα επίσης με την έρευνα των Zanchetta & Bernstein (2004) και των Pavlatou et al (2015), οι νοσηλευτές του τμήματος είναι υπεύθυνοι για την μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς, την άμεση αναγνώριση των επιπλοκών (επιληπτικές κρίσεις), την ταχεία κινητοποίηση του ασθενούς, τη λήψη μέτρων προς αποφυγή των μετεγχειρητικών λοιμώξεων και τέλος την ψυχολογική υποστήριξη, τόσο των ασθενών, όσο και των συγγενών και την παροχή κατάλληλων οδηγιών για την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Οι Zanchetta & Bernstein (2004) μελέτησαν την πρόγνωση των γλοιωμάτων εγκεφάλου σε σχέση με την μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα συνδέεται με λεπτομερή προεγχειρητική αξιολόγηση, προσεκτική χρήση αντιβιοτικών, στεροειδών, χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους, την παρακολούθηση για την εμφάνιση επιπλοκών καθώς και έγκαιρη κινητοποίηση των ασθενών, το οποίο δια φαίνεται και στην παρούσα έρευνα. Σύμφωνα με την έρευνα των Boviatsis et al (2007) η καλή ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς από την υγειονομική ομάδα, περιόριζε κατά μία μέρα την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.

Η παροχή της απαραίτητης πληροφορίας και η κατανόηση της από τον ασθενή στηρίζεται στις βασικές αρχές της ηθικής περί αυτονομίας του αρρώστου και σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Οι Pavlatou et al (2015) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ενημέρωση του ασθενούς διασφαλίζει τη συμμετοχή του, στις διαδικασίες λήψης απόφασης σχετικά με τα ενδεικνυόμενα θεραπευτικά μέτρα και συντελεί στη διαμόρφωση σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή. Η ικανότητα αντίληψης και εκτίμησης, αποτελεί το δεύτερο συστατικό στοιχείο της συναίνεσης και αναφέρεται στην ικανότητα του ασθενή να κατανοήσει τις σχετικές με την πάθηση του ιατρικές πληροφορίες και να εκτιμήσει τις συνέπειες μιας απόφασης μεταξύ διαφόρων θεραπευτικών επιλογών ή ιατρικών πράξεων. Γι' αυτό επιβάλλεται επιμελής και διακριτική ενημέρωση από την υγειονομική ομάδα ανάλογα με τον κάθε ασθενή ξεχωριστά και συναίνεση από τον ίδιο και την οικογένεια για την θεραπεία και τις επιπτώσεις.

Το στενό οικογενειακό περιβάλλον οφείλει να είναι ενήμερο για την πρόγνωση και τους κινδύνους της αναπηρίας. Έτσι, είναι σημαντική η διαδικασία συναίνεσης έχοντας υπόψη τους κινδύνους της χειρουργικής επέμβασης και τις επιπλοκές ώστε να αντισταθμίσουν την μετεγχειρητική πορεία με το αποτέλεσμα της επέμβασης (Cashman et al 2008, Wahab et al 2011).

Σύμφωνα με την έρευνα των Zanchetta & Bernstein (2004) ο οποιοσδήποτε απρόβλεπτος θόρυβος μέσα στο χειρουργείο μπορεί να προκαλέσει τη διέγερση των φυσιολογικών συστημάτων του εγκεφάλου. Συνεπώς ο καλός συντονισμός της χειρουργικής ομάδας και ο καθορισμός των ενεργειών κάθε μέλους της χειρουργικής ομάδας, εξασφαλίζει την ησυχία στην χειρουργική αίθουσα, την ηρεμία και την καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Καθοριστικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή

κίνησης και του νοσηλευτή εργαλειοδοσίας, οι οποίοι πρέπει να παρακολουθούν ανελλιπώς το χειρουργείο, να διασφαλίζουν την ησυχία και την ηρεμία μέσα στην χειρουργική αίθουσα και να συντονίζονται με τις ενέργειες του χειρουργού. Η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας κρίνεται απαραίτητη για τη σωστή περάτωση της χειρουργικής διαδικασίας καθώς μέσω της κρανιοτομίας εν εγρηγόρσει διασφαλίζεται η ποιότητα ζωής του ασθενούς, αφού καθίσταται όσο το δυνατόν περισσότερο λειτουργικός (Cashman et al 2008, Wahab et al 2011, Pavlatou et al 2015).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται ο σχετικά μικρός αριθμός του δείγματος, που ενδεχομένως να οδηγεί σε σφάλμα σχετικά με την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Το θέμα αντισταθμίστηκε με την προσεκτικά σχεδιασμένη επιλογή των περιστατικών. Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη πρέπει να ενθαρρύνουν επιπλέον έρευνες στο συγκεκριμένο θέμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο καλός προεγχειρητικός απεικονιστικός έλεγχος, η καλή γνώση της ανατομίας της περιοχής και η χρήση της εν εγρηγόρσει κρανιοτομίας, που επιτρέπει τη χαρτογράφηση περιοχών λόγου και κίνησης εξασφαλίζουν τη μεγαλύτερη δυνατή εξαίρεση των γλοιωμάτων με την ελάχιστη νευρολογική επιβάρυνση του ασθενούς μετεγχειρητικά.

Η κρανιοτομία με τον ασθενή σε εγρήγορση αποτελεί την αξιόπιστη μέθοδο εξασφάλισης της ολικής εκτομής του όγκου στις περιοχές κίνησης και λόγου και παράλληλα της νευρολογικής ακεραιότητας των ασθενών με χαμηλότερα ποσοστά μετεγχειρητικής νοσηρότητας. Η συσχέτιση της κλινικής εικόνας και των προεγχειρητικών απεικονιστικών ευρημάτων με την μετεγχειρητική πορεία των ασθενών είναι πολύ σημαντική, γιατί μπορεί να προσδιορίσει ποιοτικά και ποσοτικά το επίπεδο ωφέλειας των ασθενών από την χειρουργική αντιμετώπιση. Άμεση κινητοποίηση και ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο συνηγορούν υπέρ της επιλογής της κρανιοτομίας «εν εγρηγόρσει» ως θεραπεία εκλογής.

Όσον αφορά στη βελτίωση της νευρολογικής εικόνας, οι ασθενείς με διαταραχές λεκτικής επικοινωνίας έχουν μικρή πιθανότητα άμεσης μετεγχειρητικής βελτίωσης, αφού ένας σημαντικός αριθμός ασθενών παρουσίασαν εμμένουσα αφασία, ενώ σεβαστές είναι και οι περιπτώσεις ασθενών με πρωτοεμφανιζόμενες γλωσσικές διαταραχές αναφερόμενες ως επιπλοκές. Από την άλλη οι ασθενείς με διαταραχές μυϊκής ισχύος δύναται να υποβληθούν σε ολική εκτομή και βελτίωση της νευρολογικής σημειολογίας άμεσα μετεγχειρητικά.

Πρόκειται για μία ιδιάζουσα και καθοριστικής σημασίας διεγχειρητική διαδικασία λόγω της ιδιαίτερης επικοινωνίας και συνεργασίας, τόσο μεταξύ της χειρουργικής ομάδας, όσο και μεταξύ χειρουργικής ομάδας και του ασθενούς για την επιτυχία της όλης διαδικασίας. Στην αξιολόγηση του χειρουργικού αποτελέσματος, πρέπει να λαμβάνεται υπ όψιν η προεγχειρητική κλινική εικόνα, η διάρκεια των συμπτωμάτων, η ηλικία του ασθενούς, η ικανότητα αντίληψης και συνεργασίας και πάνω από όλα η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Αδιαμφισβήτητα, θα πρέπει να σταθμίζονται οι κίνδυνοι με τα οφέλη της επέμβασης, ενώ υπάρχει ανάγκη έρευνας σχετικά με την μετεγχειρητική πορεία που σχετίζεται με μακροχρόνια ποιότητα. Σημαντικό είναι να γίνουν παρόμοιες έρευνες που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε κρανιοτομία «εν εγρηγόρσει», λόγω μειωμένης αναφοράς περιπτώσεων.

Για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων συνεπώς, κρίνεται απαραίτητη περαιτέρω διερεύνηση. Ωστόσο, η κρανιοτομία εν εγρηγόρσει αποτελεί την πλέον αξιόπιστη μέθοδο που εξασφαλίζει την ολική ή σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό την στο μέγιστο δυνατό βαθμό εκτομή του όγκου με τον ελάχιστο δυνατό κίνδυνο για τη νευρολογική ακεραιότητα του ασθενή. Η μέθοδος, εφόσον τηρούνται τα κριτήρια επιλογής, είναι καλά ανεκτή από τους ασθενείς. Σχεδόν κανένας δεν αντιλαμβάνεται ισχυρό πόνο ή σημαντική δυσφορία, ο πόνος που αναφέρεται από το 1/3 των ασθενών χαρακτηρίζεται ως μέτριος και σχετίζεται με τη στερέωση της κεφαλής και τη θέση στο χειρουργικό τραπέζι, ενώ αρκετοί ασθενείς δεν έχουν καθόλου αναμνήσεις από το χειρουργείο. Η πλειοψηφία των ασθενών δηλώνει ότι θα δεχόταν να ξαναϋποβληθεί στη διαδικασία. Στη μη αντίληψη κάποιας ουσιαστικής δυσφορίας καθοριστικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών, τόσο του χειρουργείου όσο και του τμήματος, η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και σιγουριάς και ο εφησυχασμός του ασθενούς.

Συμβολή των συγγραφέων

Ο ΙΣ, ΣΑ και ΒΝ και ΝΓ συνεισέφεραν στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας. Η ΜΔ συνεισέφερε στο σχεδιασμό, στην ανάλυση των δεδομένων, καθώς και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΓΝ είχε την γενική εποπτεία εκπόνησης της μελέτης και συνέβαλε ενεργά σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας, καθώς και στη συγγραφή του κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bampoe J., Vitaly S. & Market B. (2002). Quality-of-Life Assessment in Neurosurgical Patients. *Neurosurgery Quarterly* 12(2): 132-141.

Boviatsis E., Bouras T., Kouyialis A., Themistokleous M. & Sakas D. (2007). Impact of age on complication and outcome in meningioma surgery. *Surgical Neurology* 68(4): 407-411.

Bulsara K., Johnson J. & Villavicencio A. (2005e). Improvements in brain tumor surgery: the modern history of awake craniotomies. *Neurosurg Focus* 18(4): 5-15.

CA' Li J., Molinaro AM., Butowski N. & Berger MS. (2015). Undergoing Surgical Resection with Awake Mapping Techniques. Neurocognitive Function in Newly Diagnosed Low - Grade Glioma Patients Racine, *Neurosurgery.*

Cashman R. (2008). Four themes described the experiences of patients before, during, and immediately after awake. *Evid Based Nurs* 11(4): 126.

Della Puppa A., De Pellegrin S. & Rossetto M. (2015). Intraoperative functional mapping of calculation in parietal surgery. New insights and clinical implications. *Acta Neurochir (Wien)* 157(6): 971-7.

Dziedzic T. & Bernstein M. (2014). Awake craniotomy for brain tumor: indications, technique and benefits. *Expert Rev Neurother* 14(12): 1405-15.

Fekete G., Novák L. & Erőss L. (2015). Intraoperative electrophysiological monitoring during neurosurgery on eloquent structures. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 68(1-2): 37-45.

Ilira L., Sonila O. & Gentiana M. (2015a). The Importance of Nursing Role in Awake Craniotomy. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg* 76: 125.

Kanno A. & Mikuni N. (2015). Evaluation of Language Function under Awake Craniotomy. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 55(5): 367-73.

Kelleher M., Fernandes M.F, Sim DW. & O'Sullivan MG. (2002). Health –related quality of life in patients with skull base tumors. *Br J Neurosurg* 16(1): 16-20.

Kuchcinski G., Mellerio C., Pallud J. & Dezamis E. (2015). Three-tesla functional MR language mapping. Comparison with direct cortical stimulation in gliomas. *Neurology* 84(6): 560-8.

Lang DA., Neil-Dwyer G. & Garfield J. (1999). Outcome after complex neurosurgery: the careginer's burden is forgotten. *J Neurosurg* 91(3): 359-63.

Milian M, Tatagiba M, & Feigl GC. (2014). Patient response to awake craniotomy - a summary overview. *Acta Neurochir (Wien)* 156(6): 1063-70.

Pavlatou N., Marvaki Ch., Kotanidou A. & Ouzouni Ch. (2015). Quality of life in patients after brain meningioma resection. *Health and Pesearch Journal HRJ.*

Papageorgiou E. (2003). *Patient Psychology.* Athens: Parisianos A.E.

Palese A. & Infanti S. (2006). The experiences of nurses who participate in awake craniotomy procedures. *AORN J* 84(5): 811-26.

Racine CA' Li J.,Molinaro AM.,Butowski N.& Berger MS. (2015). Neurosurgery Neurocognitive Function in Newly Diagnosed Low-Grade Glioma Patients Undergoing Surgical Resection with Awake Mapping Techniques. *Neurosurgery Apr. 29th.*

Ronald G., John K., Stephen Lee B., Deborah S., Denham W. (1999). *Operating Room Management.*

Saito T, Muragaki Y. Maruyama T., Tamura M., Nitta M. & Okada Y. (2015). Intraoperative functional mapping and monitoring during glioma surgery. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 55(1): 1-13

Sakkas D. (2004). *Neurosurgery.* Athens: Parisianou A.E.

Santini B., Talacchi A., Casagrande F., Casartelli M., Savazzi S., Procaccio F. & Gerosa M. (2012). Eligibility criteria and psychological profiles in patient candidates for awake craniotomy: a pilot study. *J Neurosurg Anesthesiol* 24(3): 209-16.

Tamura M., Muragaki Y. & Saito T. (2015). Strategy of surgical resection for glioma based on intraoperative functional mapping and monitoring. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 15(5): 383-98.

Tate MC. (2015). Surgery for gliomas. Cancer Treat Res 163: 31-47

Tsitsopoulos F. (2015). *Neurosurgery: Critical and Practical approach.* Athens: Parisianou A.E.

Wahab S., Grundy P. & Weidmann C. (2001). Patient experience and satisfaction with awake craniotomy for brain tumors. *Br J Neurosurg.* 25(5): 606-13.

Zanchetta C. & Bernstein M. (2004). The nursing role in patient education regarding neurosurgical procedures. *AXON* 25: 18-21

Mobility and verbal communication patients undergoing awake craniotomy

Ioannis Sapountzis[1], Sofia Anevlavi [2], Vasiliki Nterou[3], Maria Dantsiou[4], Nikolaos Georgakoulias[5], Giannoula Ntavoni[6]

1. Nurse of Neurosurgical Clinic, General Hospital of Athens "G. Gennimatas", 2. Nurse of Neurosurgical Clinic, General Hospital of Athens "G. Gennimatas" , 3. Nurse of Neurosurgical Clinic, General Hospital of Athens "G. Gennimatas"
4. MSc, Office Nurse of Nursing Service General Hospital of Athens "G. Gennimatas", 5. Coordinator Director of Neurosurgical Clinic, General Hospital of Athens "G. Gennimatas", 6. Director of Nursing Services, General Hospital of Athens "G. Gennimatas"

ABSTRACT

Introduction: The surgical treatment of gliomas in traffic areas, speech is aimed at the maximum ablation, with minimal postoperative neurological deficit. The election procedure is craniectomy with the patient conscious (awake craniotomy). The conscious craniotomy with intraoperative mapping of the cerebral cortex, superior to conventional craniotomy microsurgery in resection rates during hospitalization and recovery time of the operated patients with lesions in speech and movement area.

Purpose: The aim of the research was to study cases with brain gliomas in rolandeio area and literary centers, the investigation and study of preoperative neurological status and imaging findings of patients and end their correlation with the postoperative course and outcome of patients.

Methods: This is a study population of 43 patients of Neurosurgery Clinic of General Hospital «G. Gennimatas» with gliomas in the movement and speech area treated surgically within four years. Statistical analysis was done using the SPSS15. Preoperative and postoperative classification based on the examination of muscle strength and speech became into four groups: I - without focal motor, II - mild motor, III - moderate kinetic, IV - heavy motor deficit and finally two groups regarding disorders word: a- undisturbed and B with speech disorders . Macroscopically complete removal of over 95%, defined as the absence hearth space-occupying lesion in the postoperative CT scan .

Results: The age of patients ranged from 26-69 years with a mean of 43.7 years. Among patients who underwent craniectomy, complete removal was achieved in 36 patients (83.75%) and partly in 7 patients (16.3%). Postoperatively 6 patients (18.6%) showed improvement of motor deficit, 23 patients (53.49%) experienced unchanging muscle strength, 12 patients (27.91%) showed a kinetic deterioration in 9 patients (20.93%) first observed - emfanizomenes speech disorders, referred to as complications.

Conclusions: The craniotomy on the patient alert is a reliable method of ensuring the total ablation volume in traffic areas, while speech integrity of neurological patients. This is a special and critical intraoperative procedure because of the particular communication and cooperation both between the surgical team, and between the surgical team and the patient.

Key - Words: Glioma, awake craniotomy, mass lesion, neurological deficit

Corresponding author: Giannoula Ntavoni
Adress:Ag. Spiridonos 10, 11146, Galatsi
Mob. Tel. 6977745797, 2102220573
e-mail: yannadavoni@gmail.com

Submission Date: 25/04/16
Publication Date: 05/03/2017

Διερεύνηση της επίδρασης του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Αγγειακή Προσπέλαση Αιμοκαθαιρόμενων Ασθενών

Σταυρούλα Τσινικόρη[1], Θεοδώρα Καυκιά[2], Ευγενία Μηνασίδου[3], Μιχαήλ Κουράκος[4], Αλεξάνδρα Δημητριάδου[5]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική», Θεσσαλονίκη
2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
4. Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η δημιουργία, αλλά και η διατήρηση μιας καλής αγγειακής προσπέλασης είναι απαραίτητη για την επιτυχή πραγματοποίηση των συνεδριών αιμοκάθαρσης και τη διατήρηση στη ζωή των ασθενών με νεφρική νόσο τελικού σταδίου.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της εμφάνισης επιπλοκών της αγγειακής προσπέλασης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με ή χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη και ο εντοπισμός πιθανής συσχέτισης των επιπλοκών αυτών με το ΣΔ.

Μεθοδολογία: Για την πραγματοποίηση της παρούσας αναλυτικής μελέτης χρονικής στιγμής, αξιοποιήθηκαν δεδομένα από τους ιατρικούς φακέλους ασθενών Ιδιωτικής Μονάδας Χρόνιας Αιμοκάθαρσης (n=77) και της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού μεγάλου Γενικού Νοσοκομείου (n=33) σε πόλη της Βόρειας Ελλάδας. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, η φαρμακευτική αγωγή και στοιχεία που αφορούν την ΑΠ (σημείο, τύπος, παράμετροι αιμοκάθαρσης, επιπλοκές, σύνολο ΑΠ). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS 20.0.

Αποτελέσματα: Το δείγμα είχε ηλικία 66,7(±12,5) έτη, αποτελούνταν κυρίως από άνδρες (58%, n=58) και υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση για 37,3(±34,3) μήνες. Ως πρωτοπαθής νόσος για το 53% (n=53) των ασθενών ήταν ο ΣΔ και για το 13% (n=13) η Αρτηριακή Υπέρταση, ενώ κατά μέσο όρο είχαν 5,3(±2,6) συνοδά νοσήματα. Αναφορικά με την ΑΠ το 37% (n=37) είχαν περισσότερες από μια προσπάθειες δημιουργίας. Συνολικά στο δείγμα (n=100) αξιολογήθηκαν 156 ΑΠ με 63% (n=63) αυτόλογη fistula (AVF), 35% (n=35) κεντρικό φλεβικό καθετήρα (CVC) και 2% (n=2) αρτηριοφλεβικό μόσχευμα (AVG). Βρέθηκε οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά (U=2560,5, p=0,112) στον αριθμό ΑΠ μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών (ΣΔ=2,2 ΑΠ, χωρίς ΣΔ=1,8), με τους ασθενείς με ΣΔ να έχουν αυξημένο κίνδυνο διακοπής λειτουργίας της κατά 1,7 φορές (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,1-2,6).

Συμπεράσματα: Ο ΣΔ, ως πρωτοπαθής ή συνοδός νόσος, σε ασθενείς σε ΑΚ επηρεάζει αρνητικά την ΑΠ. Σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ΑΠ των ασθενών με ΣΔ παίζει η σωστή ρύθμιση του ΣΔ, καθώς και η φροντίδα και ο τρόπος παρακέντησης της ΑΠ από το προσωπικό των μονάδων τεχνητού νεφρού.

Λέξεις - κλειδιά: Αγγειακή Προσπέλαση, επιβίωση αγγειακής προσπέλασης, επιπλοκές, Σακχαρώδης Διαβήτης.

Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Σταυρούλα Τσινικόρη
Τηλέφωνο: 6983060346
e-mail: sts06@live.com

Ημερομηνία υποβολής: 15/12/2016
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 28/01/2017

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες ένταξης στην αιμοκάθαρση**
- **Η επιβίωση της Αγγειακής Προσπέλασης μειώνεται με την ύπαρξη συνοδών νοσημάτων**
- **Ο Σακχαρώδης Διαβήτης, ως πρωτοπαθής ή συνοδός νόσος, μειώνει την επιβίωση της Αγγειακής Προσπέλασης**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ), αποτελεί νόσο που επηρεάζει όλα σχεδόν τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Αποτελεί την τέταρτη, παγκοσμίως, κύρια αιτία θνησιμότητας και καρδιαγγειακής νόσου, πρώτη αιτία μη τραυματικού ακρωτηριασμού και τύφλωσης στο δυτικό κόσμο και πρώτη αιτία νεφρικής ανεπάρκειας που απαιτεί κάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού (National Kidney Foundation 2012, American Diabetes Association 2017).Ο ΣΔ συνδέεται στενά με την Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ), καθώς πάνω από το 50% των διαβητικών ασθενών φτάνουν σε ΧΝΝ τελικού σταδίου.

Ο ΣΔ, ένα σύνδρομο ετερογενές με πολυπαραγοντικό υπόστρωμα, χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών, η οποία οφείλεται σε έλλειψη ινσουλίνης. Η έλλειψη μπορεί να είναι πλήρης, μερική ή σχετική, όταν παρά τα αυξημένα επίπεδά της στο αίμα, δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του μεταβολισμού, λόγω της παρεμπόδισης της δράσης της στους περιφερικούς ιστούς (αντίσταση στην ινσουλίνη). Η κύρια έκφραση της διαταραχής του μεταβολισμού στο ΣΔ είναι η αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα (ΕΔΕ 2013). Σύμφωνα με διεθνή δεδομένα, ο ΣΔ παρουσιάζει αυξητική τάση που διαπιστώνεται παγκοσμίως (Καραμήτσος 2009, Kyriazis et al 2013). Ο επιπολασμός της νόσου στην Ευρώπη κυμαίνεται από 0,6-2,6% για τον ΣΔ τύπου 1 (άτομα ηλικίας < 15 ετών) και 5-10% για τον ΣΔ τύπου 2 (ΕΔΕ 2013).

Η ΧΝΝ είναι μια κατάσταση στην οποία οι νεφροί αδυνατούν να αποβάλουν τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού ή να εκτελέσουν τις ρυθμιστικές τους λειτουργίες. Έτσι, προϊόντα που φυσιολογικά αποβάλλονται με τα ούρα, συσσωρεύονται στον οργανισμό και οδηγούν σε αποδιοργάνωση των ενδοκρινικών και μεταβολικών λειτουργιών, καθώς επίσης και σε διαταραχές υγρών, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας (Thomas 2013).

Παρά την πρόοδο της επιστήμης, ένας διαρκώς αυξανόμενος αριθμός ασθενών με ΧΝΝ καταλήγει σε τελικό στάδιο νεφρικής νόσου. Οι περισσότεροι εξ' αυτών αντιμετωπίζονται με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.Η αιμοκάθαρση στηρίζεται στην κάθαρση των τοξικών ουσιών του μεταβολισμού με διάχυση ή διήθησή τους διαμέσου ημιδιαπερατής μεμβράνης σε συνδυασμό με αποβολή του πλεονάζοντος νερού (υπερδιήθηση) (Κοσμαδάκης 2012). Απαραίτητη προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της αιμοκάθαρσης είναι η ύπαρξη Αγγειακής Προσπέλασης (ΑΠ). Ως ιδανική μέθοδος προσπέλασης θεωρείται η δημιουργία αυτόλογης αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης (Arteriovenous Fistula, AVF), ακολουθούμενη από το αρτηριοφλεβικό μόσχευμα (Arteriovenous Graft, AVG). Σε έκτακτες περιπτώσεις ή σε αποτυχία των δύο προηγούμενων μεθόδων επιλέγεται η τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα αιμοκάθαρσης (Central Venous Catheter, CVC) (Shinstock et al 2011).

Η μέθοδος δεν είναι χωρίς επιπλοκές, με πιο συνηθισμένες την αρτηριακή υπόταση, τη ναυτία και τον έμετο ή επιπλοκές από την αγγειακή προσπέλαση, όπως θρόμβωση και ανεύρυσμα. Οι τελευταίες είναι αυτές που προκαλούν τα περισσότερα προβλήματα παρεμποδίζοντας την επιτυχή ολοκλήρωση της συνεδρίας, μειώνοντας την ποιότητα της κάθαρσης και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν η διερεύνηση της εμφάνισης επιπλοκών της αγγειακής προσπέλασης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με ή χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη και ο εντοπισμός πιθανής συσχέτισης των επιπλοκών αυτών με το ΣΔ.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη, είναι μια αναλυτική μελέτη παρατήρησης χρονικής στιγμής, η οποία καταγράφει τα στοιχεία μιας συγκεκριμένης ομάδας ανθρώπων με κοινά χαρακτηριστικά. Τα στοιχεία συλλέχτηκαν σε διάστημα τριών (3) μηνών με τη χρήση ενός φύλλου καταγραφής από τους φακέλους ασθενών, των αρχείων δύο Μονάδων Τεχνητού Νεφρού.

Δείγμα μελέτης

Το δείγμα αποτέλεσαν 100 ασθενείς από μια ιδιωτική Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και την αντίστοιχη μεγάλου Γενικού Νοσοκομείου της Βόρειας Ελλάδας (δείγμα σκοπιμότητας). Κατά την επιλογή του δείγματος, αποφασίστη-

κε οι μισοί (n=50) συμμετέχοντες να είναι ασθενείς με ΣΔ και οι άλλοι μισοί χωρίς ΣΔ, ώστε να μπορούν να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς κάτω των 18 και άνω των 90 χρόνων. Επίσης, αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς που υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση λιγότερο από 6 μήνες και όσοι είχαν ελλιπή ιατρικό φάκελο, χωρίς λεπτομερή στοιχεία για τις αγγειακές προσπελάσεις ή τη φαρμακευτική αγωγή.

Συλλογή δεδομένων

Για τις ανάγκες της έρευνας κατασκευάστηκε ένα αναλυτικό φύλλο καταγραφής δεδομένων, που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών για κάθε ασθενή. Η μορφή του φύλλου καθώς και το περιεχόμενό του, διαμορφώθηκαν μετά από μελέτη παρόμοιων ερευνών (Hammes et al 2009, Lee et al 2013). Το φύλλο αυτό ήταν χωρισμένο σε πέντε ενότητες:

- Δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του ασθενούς.
- Στοιχεία για τις ΑΠ που αφορούσαν στο είδος (AVF, AVG και CVC), στο σημείο, την ημερομηνία τοποθέτησης ή δημιουργία της, τη διάρκεια της επιβίωσής της και τα αίτια της αποτυχίας. Επίσης για τις AVF και τα AVG καταγράφηκαν επίσης το εύρος της βελόνας παρακέντησης (15G, 16G ή 17G) και η τεχνική παρακέντησης.
- Πρωτοπαθής νόσος που οδήγησε σε ΧΝΝ τελικού σταδίου και στην ανάγκη για αιμοκάθαρση.
- Συνοδοί παράγοντες εμφάνισης επιπλοκών που είναι πιθανόν να επηρεάζουν την εμφάνιση επιπλοκών στην αγγειακή προσπέλαση του ασθενή, όπως αγγειακή νόσος, θρομβοφιλία.
- Φαρμακευτική αγωγή: Στο τελικό τμήμα του φύλλου καταγραφής ομαδοποιήθηκε η αγωγή που λάμβανε ο ασθενής (Αντιαιμοπεταλιακά, Αντιυπερτασικά, Ηπαρίνες, Φωσφοροδεσμευτικά, Αντιδιαβητικά δισκία, Ινσουλίνη).

Θέματα Ηθικής-Δεοντολογίας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής και του Διοικητικού Συμβουλίου του γενικού νοσοκομείου και της διοίκησης της ιδιωτικής μονάδας για χρήση των αρχείων των δύο Μονάδων αντίστοιχα. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι μόνο τα αρχικά του ονόματος του ασθενή καταγραφόταν στα ειδικά φύλλα καταγραφής στοιχείων, στα οποία είχε πρόσβαση μόνο η κύρια ερευνήτρια. Οι αρχές της διακήρυξης του Helsinki για τα δικαιώματα των ασθενών τηρήθηκαν πλήρως κατά τη διεξαγωγή της μελέτης.

Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών υπολογίστηκαν η σχετική και η απόλυτη συχνότητα (αριθμός ασθενών) για κάθε κατηγορία. Για την περιγραφή ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκαν και αναφέρονται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση και άλλα στατιστικά μεγέθη, όπου κρίθηκε απαραίτητο. Για τη σύγκριση των σχετικών συχνοτήτων δύο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ2 του Fisher και η πιθανότητα υπολογίστηκε με ακριβείς (exact) μεθόδους. Για τη σύγκριση των μέσων όρων δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το η δοκιμασία t-test του Student για ανεξάρτητα δείγματα, όταν η μεταβλητή ήταν ποσοτική (π.χ. ηλικία) και η μη παραμετρική μέθοδος U των Mann-Whitney όταν η μεταβλητή ήταν τακτική (π.χ. αριθμός προσπελάσεων ενός ασθενή). Τέλος, για την δημιουργία μοντέλων πρόβλεψης χρησιμοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση όταν η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν διχοτομική (όπως η τρέχουσα χρήση ή κατάργηση μιας προσπέλασης), τακτική παλινδρόμηση όταν η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν τακτική (όπως ο αριθμός προσπελάσεων ενός ασθενή) και τέλος το μοντέλο αναλογικών κινδύνων του Cox, για τη μελέτη της επίδρασης των διαφόρων παραγόντων στη διάρκεια ζωής των προσπελάσεων των ασθενών. Το επίπεδο σφάλματος καθορίστηκε στο p=0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα αποτελούνταν από άτομα ηλικίας από 37 έως 88 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 66,74 (±12,521) έτη και η διάμεσος τιμή ήταν 70 έτη. Περισσότερο από τα τρία τέταρτα του δείγματος (77%, n=77) προέρχονταν από την ιδιωτική μονάδα χρόνιας αιμοκάθαρσης καθώς είναι ο χώρος στον οποίο εργάζεται η κύρια ερευνήτρια και αποτέλεσε δείγμα ευκολίας, ενώ οι υπόλοιποι 23 ασθενείς (23%) προέρχονταν από την μονάδα τεχνητού νεφρού ενός Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Τα δύο τρίτα των ασθενών βρίσκονται σε αιμοκάθαρση για χρονικό διάστημα μικρότερο των τριών ετών, ενώ οι μισοί ασθενείς για διάστημα μικρότερο των δύο ετών. Ο μέσος όρος της διάρκειας αιμοκάθαρσης για τους ασθενείς του δείγματος ήταν 37,34 (±34,299) μήνες και η διάμεσος τιμή 25 μήνες. Περίπου το μισό δείγμα (53%, n=53) έχει ως κύρια αιτία ένταξης στην αιμοκάθαρση το ΣΔ, ενώ ακολουθούσαν η αρτηριακή υπέρταση, η σπειραματονεφρίτιδα και η νεφρική νόσος αγνώστου αιτιολογίας.

Από τις συγκρίσεις φάνηκε ότι, η συχνότερη συνυπάρχουσα νόσος είναι η αρτηριακή υπέρταση, από την οποία πάσχουν τα επτά όγδοα του δείγματος, ενώ ακολουθούν η στεφανιαία νόσος, η νευροπάθεια, η περιφερική αγγειοπάθεια, ο σακχαρώδης διαβήτης και η αθηρωμάτωση που προσβάλλουν τους μισούς και περισσότερους ασθενείς του δείγματος (Σχήμα 1). Οι ασθενείς του δείγματος είχαν κατά μέσο όρο 5,26 (±2,631) ανεξάρτητους συνοδούς παράγοντες και διάμεσο τιμή τους πέντε.

Σχήμα 1: Συνοδοί παράγοντες για επιπλοκές στο δείγμα.

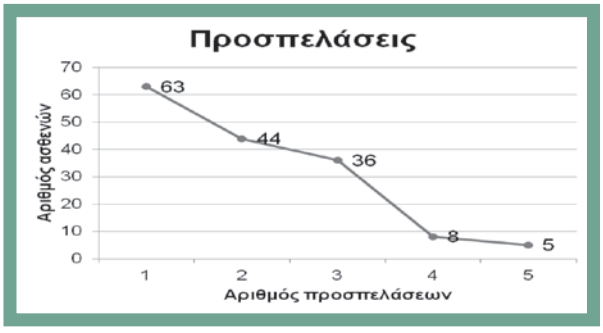


Αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή, όλοι οι ασθενείς λάμβαναν αντιπηκτικά φάρμακα και δεσμευτικά του φωσφόρου, ενώ τα εννιά δέκατα των ασθενών λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή.

Χαρακτηριστικά Αγγειακής προσπέλασης

Από τους 100 ασθενείς του δείγματος, οι 63 (63%) είχαν μια μόνο αγγειακή προσπέλαση, ενώ οι υπόλοιποι 37 (37%) είχαν δύο ή περισσότερες. Στο σχήμα 2 απεικονίζεται ο αριθμός των προσπελάσεων που είχαν οι ασθενείς έως μέχρι τη στιγμή που πραγματοποιήθηκε η έρευνα.

Σχήμα 2: Συνολικός αριθμός προσπελάσεων που είχε έως τη μελέτη κάθε ασθενής του δείγματος.



Συνολικά στο δείγμα των 100 ατόμων της έρευνας αξιολογήθηκαν 156 διαφορετικές προσπελάσεις. Οι περισσότερες προσπελάσεις (63,5%) αφορούσαν Αρτηριοφλεβική Επικοινωνία (AVF-φίστουλα), κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες (34,6%), ενώ μόνο το 1,9% των ασθενών είχε Αρτηριοφλεβικό Μόσχευμα (AVG). Επίσης, μελετήθηκαν τα σημεία της ΑΠ (φίστουλα και μόσχευμα). Οι περισσότερες προσπελάσεις βρισκόταν στο αντιβράχιο (57,84%) παρά στο βραχίονα (42,16%), αριστερά (58,82%) παρά δεξιά (41,18%). Εντούτοις δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά [$x^2(1)=0,278$, $p=0,598$].

Καταγράφηκαν τα εύρη της βελόνας παρακέντησης και η τεχνική παρακέντησης της AVF. Στις περισσότερες προσπελάσεις (82,3%, n=84) η παρακέντηση πραγματοποιήθηκε με βελόνες μεσαίου μεγέθους (16G), ενώ φαίνεται ότι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος παρακέντησης ήταν του τύπου «ανεμόσκαλα», δηλαδή σε όλο το μήκος της φίστουλα, ενώ η μέθοδος «κουμπότρυπα», δηλαδή συνεχώς στο ίδιο ακριβώς σημείο, δεν χρησιμοποιήθηκε καθόλου. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι τα ίδια ευρήματα εντοπίστηκαν και αναφορικά με τα τρία μοσχεύματα (AVG) που έχουν καταγραφεί στο δείγμα. Αναλυτικά, κυρίως χρησιμοποιούνταν η τεχνική «ανεμόσκαλα» και οι βελόνες 16G (σε δύο από αυτά) ή 17G (σε ένα).

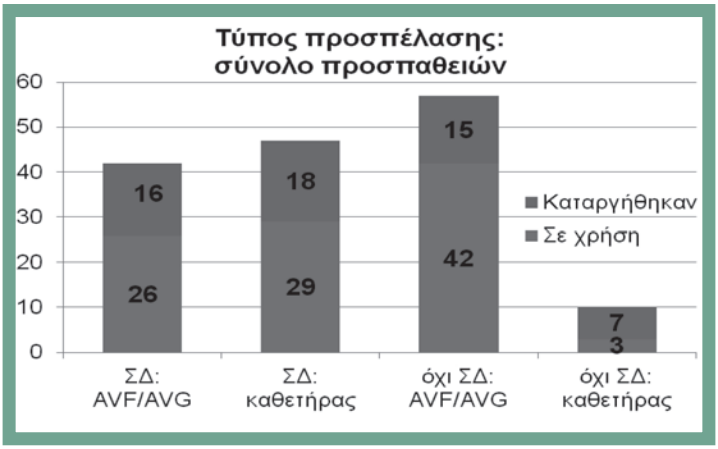
Οι περισσότεροι CVC (68,52%, n=37) τοποθετήθηκαν στην υποκλείδιο φλέβα, ενώ ελάχιστοι στη μηριαία (3,70%, n=2). Αντίθετα με τα AVF/AVG, όπου υπήρχε προτίμηση στα αγγεία αριστερά, στην τοποθέτηση των κεντρικών φλεβικών καθετήρων η προτίμηση είναι στα αγγεία δεξιά, εντούτοις αυτή η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική [$x^2(2)=0, 849$, $p=0,654$].

Η θρόμβωση ήταν η μοναδική αιτία αποτυχίας των AVF/AVG. Περίπου το ένα τρίτο αυτών των προσπελάσεων (32,35%, n=33) απέτυχαν. Στην περίπτωση των κεντρικών φλεβικών καθετήρων, το ένα πέμπτο τους (22,22%, n=23) αντικαταστάθηκαν από fistula, άλλο ένα πέμπτο (20,37%, n=11) απέτυχε λόγω θρόμβωσης, λοίμωξης ή αιμορραγίας, ενώ οι υπόλοιποι επιβιώνουν έως σήμερα.

Σύγκριση αγγειακής προσπέλασης ασθενών με ΣΔ και χωρίς ΣΔ

Οι ασθενείς με ΣΔ είχαν 2,17 διαφορετικές προσπελάσεις σε αντιδιαστολή με τους ασθενείς χωρίς διαβήτη οι οποίοι είχαν 1,84. Αυτό το εύρημα παρουσίασε οριακή στατιστική σημαντικότητα [Mann-Whitney U=2560,5, p=0,112].

Σχήμα 3: Τύπος παρούσας προσπέλασης στους ασθενείς του δείγματος ανάλογα με την νόσηση από σακχαρώδη διαβήτη.



Τη στιγμή της μελέτης 63 ασθενείς (35 με ΣΔ και 28 χωρίς) είχαν μια μόνο προσπέλαση, ενώ οι υπόλοιποι 37 είχαν περισσότερες από μία προσπελάσεις. Όπως φάνηκε, ο κεντρικός φλεβικός καθετήρας χρησιμοποιείται εξαρχής πιο συχνά σε ασθενείς με ΣΔ [$x^2(1)=4,002$, $p=0,084$]. Εστιάζοντας στους τριανταεπτά ασθενείς όπου η πρώτη προσπέλαση αλλάχθηκε, οι περισσότεροι χωρίς ΣΔ, όταν αλλάζουν προσπέλαση καταλήγουν σχεδόν πάντα σε AVF ή AVG (88,24%). Αντίθετα, οι ασθενείς με ΣΔ καταλήγουν συγκριτικά σε μεγαλύτερο ποσοστό σε κεντρικό φλεβικό καθετήρα (65%) [$x^2(1)=10,972$, $p=0,012$].

Αξίζει να σημειωθεί ότι η θρόμβωση της ΑΠ ήταν η κύρια αιτία αλλαγής των AVF/AVG. Σε ασθενείς με ΣΔ οι αλλαγές του καθετήρα (είτε σε καθετήρα είτε σε άλλη μορφή ΑΠ) οφείλονταν κατά 60% σε επιπλοκές (6/10 περιπτώσεις) και κατά 40% σε προοπτική αντικατάστασης του καθετήρα με AVF. Στους ασθενείς χωρίς ΣΔ τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 33,33% (2/6 περιπτώσεις) και 66,67%. Επομένως, και σε ασθενείς με CVC ο αριθμός των επιπλοκών ήταν μεγαλύτερος στους διαβητικούς. Στους ασθενείς με ΣΔ χρησιμοποιείται σε πολύ μεγαλύτερη συχνότητα ο μόνιμος CVC συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ΣΔ [$x^2(1)=24,131$, $p<0,001$] (Σχήμα 3).

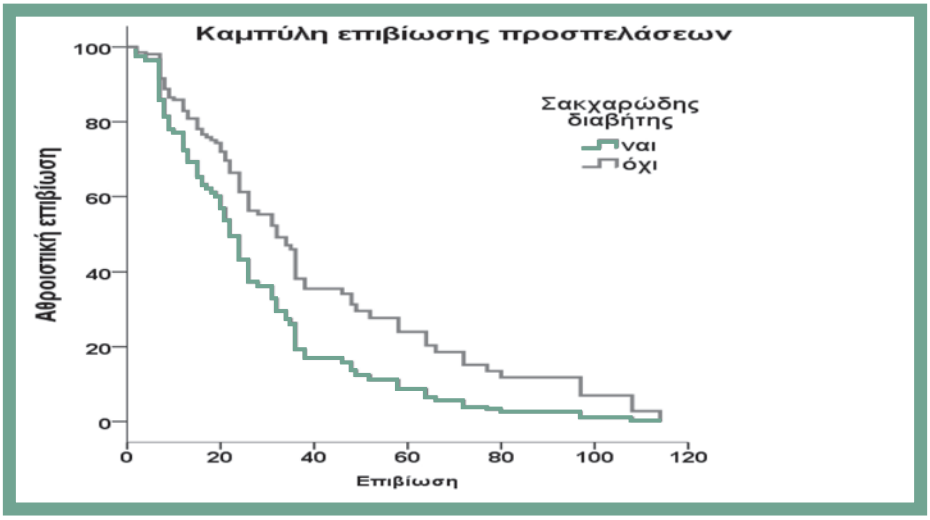
Στην προσπάθεια συνολικής αξιολόγησης των παραγόντων που επηρεάζουν την επιτυχία μιας αγγειακής προσπέλασης κατασκευάστηκε ένα μοντέλο ανάλυσης επιβίωσης (survival analysis) και αξιολογήθηκε η επίδραση των διαφόρων συνοδών παραγόντων στη διάρκεια επιβίωσης των προσπελάσεων που δοκιμάστηκαν στους ασθενείς. Για τη σύγκριση αυτή χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο αναλογικών κινδύνων του Cox (Cox proportional hazards model).

Ο σημαντικότερος παράγοντας που μπορούσε να προβλέψει τη διάρκεια επιβίωσης μιας προσπέλασης ήταν το άθροισμα (σύνολο) των παραγόντων κινδύνου που σημειώθηκαν στο φύλλο καταγραφής αυτής της έρευνας (Πίνακας 1). Το μοντέλο που περιγράφεται στον Πίνακα 1 είναι στατιστικά σημαντικό [$x^2(2)=16,659$, $p<0,001$] και περιλαμβάνει δύο ανεξάρτητες μεταβλητές πρόβλεψης. Η πρώτη είναι η αθηρωμάτωση, της οποίας η παρουσία αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο κατάργησης μιας προσπέλασης με λόγο πιθανοτήτων (Odds Ratio) ίσο με 1,747 (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,141-2,676) και η δεύτερη είναι ο ΣΔ, που αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο κατάργησης μιας προσπέλασης με λόγο πιθανοτήτων 1,714 (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,118-2,628).

Πίνακας 1: Παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια ζωής μιας προσπέλασης στους ασθενείς του δείγματος.

Μεταβλητή	Beta	S.E.	Wald	B.E.	p	O.R.
Αθηρωμάτωση	0,558	0,217	6,585	1	0,010	1,747
Σακχαρώδης διαβήτης	0,539	0,218	6,114	1	0,013	1,714

Σχήμα 4: Καμπύλες επιβίωσης των προσπελάσεων στους ασθενείς του δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη ΣΔ.



Στο Σχήμα 4 απεικονίζονται οι καμπύλες επιβίωσης των αγγειακών προσπελάσεων που δοκιμάστηκαν στους ασθενείς του δείγματός ανάλογα με την παρουσία ή όχι ΣΔ. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα, η παρουσία ΣΔ αυξάνει τις πιθανότητες κατάργησης μιας προσπέλασης λόγω επιπλοκών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φάνηκε ότι για τους ασθενείς που συμμετείχαν, η δημιουργία AVF θεωρείται ιδανικότερη μέθοδος προσπέλασης καθώς έχει λιγότερες επιπλοκές. Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει, το ίδιο συμπέρασμα, δηλαδή ότι η δημιουργία αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης ή η τοποθέτηση αρτηριοφλεβικού μοσχεύματος, είναι προτιμότερη από τη χρήση κεντρικού φλεβικού καθετήρα στην αγγειακή προσπέλαση τόσο των διαβητικών όσο και των μη διαβητικών αιμοκαθαρόμενων ασθενών (Burton et al 2011, Ocal et al 2013). Σύμφωνα με τους ερευνητές αυτό προκύπτει, από το πλήθος επιπλοκών που εμφανίζει η χρήση του καθετήρα και επιβαρύνει επιπρόσθετα την υγεία των αιμοκαθαρόμενων. Επιπλέον επιβαρύνει το αγγειακό τους δίκτυο, αλλά αυξάνει και τη διάρκεια νοσηλείας τους και συνεπώς τις δαπάνες υγείας (Al-Jaishi et al 2014).

Η θέση τοποθέτησης, αλλά και ο χειρισμός οποιουδήποτε είδους αγγειακής προσπέλασης επηρεάζουν την επιβίωσή της. Αυτό υποστηρίζεται από πολλούς ερευνητές οι οποίοι όμως δεν εστιάζουν αποκλειστικά στον διαβήτη ως πρωτοπαθή νόσο των αιμοκαθαρόμενων, αλλά εξετάζουν την αγγειακή προσπέλαση συνολικά (Hammes et al 2009, De Jager et al 2011, Conentrao et al 2015).

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης και η αθηρωμάτωση βρέθηκε ότι αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη βατότητα και την επιβίωση των προσπελάσεων. Σε παρόμοιες έρευνες υποστηρίζεται ότι η προχωρημένη ηλικία, το κάπνισμα, τα υποτασικά επεισόδια και η καρδιαγγειακή νόσος, συντελούν επίσης στην εμφάνιση επιπλοκών (Smith et al 2012, Lee et al 2013, Al-Jaishi et al 2014).

Επίσης, ανατρέχοντας σε πρόσφατες έρευνες σχετικές με τον τρόπο παρακέντησης που προσφέρει καλύτερη βατότητα της ΑΠ, παρατηρείται ότι η μέθοδος της κουμπότρυπας, η παρακέντηση ενός συγκεκριμένου σημείου της αγγειακής προσπέλασης με την ίδια φορά και με κυρτή βελόνα, σχετίζεται με λιγότερα επεισόδια ανευρυσμάτων και αιματωμάτων (Van Loon et al 2010, Chan et al 2014, Shingarev et al 2012). Κατά τη διενέργεια της παρούσας έρευνας, η μέθοδος της κουμπότρυπας δεν χρησιμοποιήθηκε σε καμία από τις δυο ΜΤΝ, ίσως γιατί απαιτεί ιδιαίτερη εκπαίδευση του προσωπικού, αλλά και εξειδικευμένο υλικό (βελόνες παρακέντησης). Με βάση τις τελευταίες οδηγίες του National Kidney Foundation, αλλά και έρευνες που ασχολήθηκαν με την εκπαίδευση του προσωπικού υγείας στις μονάδες, διαπιστώνεται πως οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει μα εκπαιδεύεται και να καταρτίζεται κατάλληλα για την εφαρμογή της (Goodkin et al 2010, Kandil et al 2014). Πρέπει να σημειωθεί ότι ακόμη και η παρακέντηση με τη μέθοδο της κουμπότρυπας που πλέον θεωρείται και προτείνεται ως ιδανική, ενοχοποιείται για την εμφάνιση περισσότερων λοιμώξεων εξαιτίας των υψηλών συνθηκών αντισηψίας που απαιτεί και κάποιες φορές δεν εφαρμόζονται (O' Brient et al 2012).

Συνολικά, οι περιορισμοί της μελέτης, που ίσως να επηρέασαν το αποτέλεσμα, αφορούν στην έλλειψη οργάνωσης των αρχείων των δύο μονάδων. Παρουσιάστηκε

δυσκολία στη συλλογή των δεδομένων καθώς, σε πολλούς ασθενείς, δεν καταγράφονταν στοιχεία όπως παράλληλη λήψη φαρμάκων για άλλες παθήσεις και νοσήματα που προέκυψαν μετά την ένταξη στην αιμοκάθαρση. Επίσης, δεν ορίζονταν σαφώς η χειρουργική τεχνική για τη δημιουργία της ΑΠ, παρά μόνον η θέση της στα άνω άκρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη έδειξε ότι ο ΣΔ οδηγεί στη δημιουργία πολλών αγγειακών προσπελάσεων με μικρότερη διάρκεια από ότι στους μη διαβητικούς αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Απαιτείται στενή συνεργασία των επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν τα διαβητολογικά ιατρεία για την πρόληψη ή/και καθυστέρηση εμφάνισης Χρόνιας Νεφρικής Νόσου και έγκαιρη παραπομπή σε εξειδικευμένη ομάδα ειδικών. Επιπλέον, απαιτείται επιπλέον εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση νέων μεθόδων και υλικού παρακέντησης που πιθανά θα βελτιώσουν την επιβίωση της αγγειακής προσπέλασης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Συνεισφορά ερευνητών

Η ΣΤ συνεισέφερε στο σχεδιασμό, στη συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΘΚ και η ΕΜ είχαν την γενική εποπτεία εκπόνησης της μελέτης και συνέβαλαν ενεργά στο σχεδιασμό, στην αξιολόγηση των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. Ο ΜΚ και η ΑΔ συμμετείχαν στη συγγραφή του κειμένου.

Χρηματοδότηση

Η παρούσα μελέτη δεν χρηματοδοτήθηκε από κάποια πηγή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Al-Jaishi A., Oliver M., Thomas S., Lock C., Zhang J., Garg A., Kosa S., Quinn R. & Moist L. (2014). Patency rates of the arteriovenous fistula for haemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Kidney Disease* 63: 464-478.

American Diabetes Associasion (2017). Standards of medical care in diabetes-2017: Summary of Revisions. *Diabetes Care 40*(suppl.1): S4-S5.

Burton K., Guo L., Tan K., Simons M., Sniderman K., Kachura J., Beecroft J. & Rajan D. (2011). Patency of femoral tunneled hemodialysis catheters and factors predictive of patency failure. *Cardiovascular and Interventional Radiology* 35: 1396-1402.

Chan R., Shobande O., Vats H., Wakeen M., Meyer X., Bellingham J., Astor B. & Yevzlin A. (2014). The effect of buttonhole canulation vs. rope-ladder technique on hemodialysis access patency. *Seminars in dialysis* 27: 210-216.

Coentrao L., Van Biesen W., Nistor I., Tordoir J., Gallieni M., Marti Monros A. & Bolignano D. (2015). Preferred haemodialysis vascular access for diabetic chronic kidney disease patients: a systematic literature review. *Journal of Vascular Access* 16: 259-264.

De Jager D., Voormolen N., Krediet R., Dekker F., Boeschoten E. Grootendorst D., for the NECOSAD Study Group. (2011). Association between time of referral and survival in the first year of dialysis in diabetics and the elderly. *Nephrology, Dialysis and Transplantation* 26: 652-658.

Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (2013). *Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του διαβητικού ασθενούς*. Αθήνα.

Goodkin D., Pisoni R., Locatelli F., Port F. & Saran R. (2010). Hemodialysis vascular access training and practices are key to improve access outcomes. *American Journal of Kidney Diseases* 56: 1032-1042.

Hammes M., Boghosian M., Cassel K., Funaki B. & Coe F. (2009). Characteristic differences in cephalic arch geometry for diabetic and non-diabetic ESRD patients. *Nephrology, Dialysis and Transplantation* 24: 2190-2194.

Kandil H., Collier S., Yewetu E., Cross J. & Davenport A. (2014). Arteriovenous fistula survival with buttonhole cannulation for hemodialysis access. *American Society of Artificial Internal Organs (ASAIO) Journal* 60: 95-98.

Καραμήτσος Γ. (2009). *Διαβητολογία*. Αθήνα: Σιώκης ιατρικές εκδόσεις.

Κοσμαδάκης Γ. (2012). *Αιμοκάθαρση*. Αθήνα: εκδόσεις Ροτόντα.

Kyriazis I., Mendrinos D., Rekleiti M., Toska A., Kourakos M., Souliotis K. & Saridi M. (2013). Diabetic patients are often sub-optimally aware about their disease and its treatment. *International Journal of Caring Sciences* 6: 53-58.

Lee D., Zhao L., Shim J., Lee D. & Suh D. (2013). Relationship between diabetes melitus with duration of arteriovenous fistula. *Neuroradiology* 55: 1129-1134.

National Kidney Foundation. (2012) Clinical practice guideline for diabetes and CKD. *American Journal of Kidney Diseases* 60: 850-886.

O'Brien F., Kok H., O'Kane C., McWilliams J., O'Kelly P., Collins P., Walshe J., Magee C., Denton M. & Conlon P. (2012). Arteriovenous fistula buttonhole cannulation technique: a retrospective analysis of infectious complications. *Clinical Kidney Journal* 5: 526-529.

Ocak G., Rotmans J., Vossen C., Rossendaal F., Krediet R., Boeschoten E., Dekker F. & Verduijn M. (2013). Type of arteriovenous vascular access and association with patency and mortality. *BMC Nephrology* 14: 79-87.

Schinstock C., Albright R., Williams A., Dillon J., Bergstralh E., Jenson B., McCarthy J. & Nath K. (2011). Arteriovenous fistula creation after the fistula first initiative. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 6: 1996-2002.

Shingarev R., Barker-Finkel J. & Allon M. (2012). Association of hemodialysis central venus catheter use with ipsilateral arteriovenous vascular access survival. *American Journal of Kidney Diseases* 60: 983-989.

Smith G., Gohil R. & Chetter I. (2012). Factors affecting the patency of arteriovenous fistulas for dialysis access. *Journal of Vascular Surgery* 55: 849-855.

Thomas N. (2013). *Νεφρολογική νοσηλευτική*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Van Loon M., Goovaerts T., Kessels A., Van Der Sande F. & Tordoir J. (2010). Buttonhole needling of hemodialysis arteriovenous fistula results in less complications and interventions compared to the rope-ladder technique. *Nephrology, Dialysis and Transplantation* 25: 225-230.

Looking into the effect of Diabetes Mellitus on Vascular Access in Haemodialysis Patients

Stavroula Tsinikori[1], Theodora Kafkia[2], Eugenia Minasidou[3], Michael Kourakos[4], Alexandra Dimitriadou[5]

1. Nurse, MSc, Chronic Haemodialysis Unit «Therapeutic», Thessaloniki
2. Clinical Lecturer, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki
3. Assistant Professor, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki
4. University Scholarship part-time teacher, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki
5. Associate Professor, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki

ABSTRACT

Introduction: The creation and maintenance of a good vascular access is mandatory for a successful haemodialysis sessions and the survival of a Chronic Kidney Disease patient.

Aim: The aim of the present cross-sectional study was to look into the vascular access complications in haemodialysed patients with or without Diabetes Mellitus (DM) and to find any possible correlation of these complications with Diabetes Mellitus.

Methods: For this cross-sectional study data from patients' records of private Dialysis Unit (n=77) and a big General Hospital in a Northern Greece city (n=33) were studied. Demographics, data on medication therapy and vascular access (area, type, dialysis parameters and complications) were recorded. Statistical analysis was performed with SPSS 20.0.

Results: The sample was 66.7 (±12.5) years old, mainly male (58%, n=58) and on dialysis for 37.3 (±34.3) months. DM was the primary disease of 53% (n=53) of the patients and Hypertension for 13% (n=13), whereas the mean of comorbidities was 5,3 (±2,6). Thirty-seven patients (37%) had more than one VA created or placed. On the total of the sample (n=100) 156 VA were accessed with the 63% (n=63) of them with arteriovenous fistula (AVF), 35% (n=35) with central venous catheter (CVC) and 2% (n=2) with arteriovenous graft (AVG). A statistical significance (U=2560,5, p=0,1) was found regarding the number of VA of the two group of patients (DM=2,2 VA, non DM=1,8). On survival analysis it was found that DM increases the relative risk of "death" of a VA with odds ratio of 1,7 (95% confidence interval 1,1-2,6).

Conclusions: DM, as primary disease or co-morbidity, in haemodialysis patients affects negatively the VA survival. Effective blood glucose control, management and methods of puncturing VA play a crucial role in maintaining the VA in DM haemodialysis patients.

Key-words: Diabetes Mellitus, complications, Vascular Access, Vascular Access survival.

Corresponding Author: StavroulaTsinikori
Telephone number: 6983060346
e-mail: sts06@live.com

Submission Date: 15/12/2016
Publication Date: 28/01/2017

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 10 - ISSUE 1
JANUARY - FEBRUARY - MARCH
2017

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 10 - ΤΕΥΧΟΣ 1
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ
2017

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr