Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science



Τόμος 11, Τεύχος 2, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2018

Volume 11, Issue 2, APRIL - MAY - JUNE 2018

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL

Ο εμβολιασμός αφορά τους επαγγελματίες υγείας ή μόνο το γενικό πληθυσμό;
Is vaccination for health professionals or just for the general population?
Γεώργιος Μανομενίδης

ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – GENERAL ARTICLES

Status of vaccination against influenza among the Ukrainian population
Oksana Artemchuk

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Υποστήριξη νεογνών σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας με τη βοήθεια της μουσικής και άλλων ήχων
Supporting with music and other sounds infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Units
Μαρία Γεωργιάδη, Ιωάννα Δήμτσου, Στέλλα Σωτηράκη

Εφαρμογή των θεωριών παρακίνησης για τη διατύπωση ενός πλαισίου κινήτρων του ιατρικού προσωπικού στην Ελλάδα της κρίσης
Application of motivation theories for an incentive framework for medical staff in Greece of crisis
Χρυσοβαλάντης Καραγκούνης, Θάλεια Μπελλάλη

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Διερεύνηση του φαινομένου mobbing στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου
Exploring the phenomenon of mobbing in health professionals at the University General Hospital of Heraklion
Νίκη Κατσουνάκη, Ελπίδα Κιαουρτζή, Ευτυχία Μανουσάκη

Διερεύνηση της συσχέτισης σακχαρώδη διαβήτη, κατάθλιψης και άνοιας σε χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς
Exploring the correlation of diabetes mellitus, depression and dementia in chronic haemodialysis patients
Αικατερίνη Νούρη, Μαρία Νικοδημοπούλου, Κυριάκος Καζάκος, Σπυρίδων Λιάκος, Στέφανος Ρουμελιώτης

Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
Quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients
Δημήτρης Παπαγεωργίου, Παναγιώτα Μήτσιου, Μαρία Σιδηροπούλου, Ουρανία Τσιάκου, Χριστίνα-Αθανασία Σαμπάνη, Νίκη Παυλάτου

Το Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος

The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses



Η ισχύς εν τη ενώσει

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα (2ος όροφος)
Τηλ.: 210-3648044, Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

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΄: **Γεώργιος Αρβανίτης**, Αντιπρόεδρος Β΄: **Απόστολος Κωτσής**
Γενικός Γραμματέας: **Αριστείδης Δάγλας,** Αναπληρωτής Γραμματέας: **Κωνσταντία Μπελαλή**
Ταμίας: **Λάμπρος Μπίζας,** Οργανωτικός Γραμματέας: **Γεώργιος Αβραμίδης**

Μέλη ΔΣ:
Δημήτριος Πιστόλας, Ειρήνη Κολώνια, Μιχαήλ Μαντζανάς, Γεώργιος Δόντσιος, Παναγιώτης Κοσκινάς
Τζαννής Πολυκανδριώτης, Ευτυχία Γιάγκου, Μαρία Μηλάκα

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μαρία Σαρίδη MSc, PhD
Δρ. Θεοδώρα Καυκιά, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Μαρία Γκριζιώτη, MSc, **Αθηνά Καλοκαιρινού**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Ιωάννα Καραμήτρη**, PhD, **Μάρθα Κελέση**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, **Μιχαήλ Κουράκος,** PhD, **Γεώργιος Κριτσωτάκης,** Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, **Μαρία Μαλλιαρού**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Στέφανος Μαντζούκας**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου, **Αθανάσιος Μαστροκώστας**, PhD, **Ευγενία Μηνασίδου**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Βασιλική Ρόκα**, PhD

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, 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, **Dr. Viktor Vus, Psychologist**, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine, **Anastasia Mallidou,** Assistant Professor, University of Victoria, School of Nursing, British Columbia, Canada.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL

Ο εμβολιασμός αφορά τους επαγγελματίες υγείας ή μόνο το γενικό πληθυσμό;
Is vaccination for health professionals or just for the general population?
Γεώργιος Μανομενίδης 3

ΓΕΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – GENERAL ARTICLES
Status of vaccination against influenza among the Ukrainian population
Oksana Artemchuk 6

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Υποστήριξη νεογνών σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας με τη βοήθεια της μουσικής και άλλων ήχων
Supporting with music and other sounds infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Units
Μαρία Γεωργιάδη, Ιωάννα Δήμτσου, Στέλλα Σωτηράκη 11

Εφαρμογή των θεωριών παρακίνησης για τη διατύπωση ενός πλαισίου κινήτρων του ιατρικού προσωπικού στην Ελλάδα της κρίσης
Application of motivation theories for an incentive framework for medical staff in Greece of crisis
Χρυσοβαλάντης Καραγκούνης, Θάλεια Μπελλάλη 19

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES
Διερεύνηση του φαινομένου mobbing στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου
Exploring the phenomenon of mobbing in health professionals at the University General Hospital of Heraklion
Νίκη Κατσουνάκη, Ελπίδα Κιαουρτζή, Ευτυχία Μανουσάκη 29

Διερεύνηση της συσχέτισης σακχαρώδη διαβήτη, κατάθλιψης και άνοιας σε χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς
Exploring the correlation of diabetes mellitus, depression and dementia in chronic haemodialysis patients
Αικατερίνη Νούρη, Μαρία Νικοδημοπούλου, Κυριάκος Καζάκος, Σπυρίδων Λιάκος, Στέφανος Ρουμελιώτης 43

Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
Quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients
Δημήτρης Παπαγεωργίου, Παναγιώτα Μήτσιου, Μαρία Σιδηροπούλου, Ουρανία Τσιάκου, Χριστίνα-Αθανασία Σαμπάνη, Νίκη Παυλάτου 51

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ 63

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ 65

Ο εμβολιασμός αφορά τους επαγγελματίες υγείας ή μόνο το γενικό πληθυσμό;

Is vaccination for health professionals or just for the general population?

Γεώργιος Μανομενίδης,
RN, MSc, PhD, Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων Γ.Ν Πτολεμαΐδας

Στον ανεπτυγμένο κόσμο, και με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο εμβολιασμός αποτελεί βασική προτεραιότητα για την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Παρά την αποδεδειγμένη συμβολή του στη μείωση της θνησιμότητας και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οι αμφιβολίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εμβολίων, έχει επαναφέρει τα τελευταία χρόνια ισχυρά κινήματα ενάντια στον καθολικό εμβολιασμό του γενικού πληθυσμού, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην επανεμφάνιση ασθενειών που για πολλές δεκαετίες είχαν εκλείψει. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η επιδημία ιλαράς που βρισκόταν σε έξαρση τον τελευταίο καιρό, με καταγεγραμμένα περισσότερα από 20.000 περιστατικά και 49 θανάτους στην Ευρώπη (Κέντρο Ελέγχου Και Πρόληψης Λοιμώξεων-ΚΕΕΛΠΝΟ 2017). Επιπλέον, η παραπληροφόρηση και η διακίνηση πληροφοριών στο διαδίκτυο σχετικά με την υποτιθέμενη επικινδυνότητα των εμβολίων, σε συνδυασμό με την αδράνεια και τη δυσπιστία εθνικών οργανισμών απέναντι στον εμβολιασμό, έχουν υπερκεράσει το φόβο για τις ασθένειες, παραγνωρίζοντας προσπάθειες δεκαετιών που είχαν ως στόχο τον έλεγχο και τον περιορισμό των νοσογόνων ασθενειών. Με άλλα λόγια, παράγοντες όπως ο φόβος για τυχόν παρενέργειες του εμβολιασμού, η αμφισβήτηση για την ασφάλεια των συστατικών των εμβολίων, η αμφιβολία της αποτελεσματικότητάς τους αναφορικά με την προστασία από τις ασθένειες, καθώς και η καχυποψία για το ρόλο των φαρμακευτικών εταιρειών και των οργανισμών υγείας σε εθνικό, αλλά και διεθνές επίπεδο, κλόνισαν την πίστη της κοινωνίας απέναντι στα οφέλη του εμβολιασμού.

Στο σύγχρονο κόσμο, το ίδιο το άτομο αποφασίζει για τις επιλογές του με βάση το αν εμπιστεύεται ή όχι την πληροφορία που δέχεται. Η αποτυχία στη χάραξη πολιτικής υπέρ του εμβολιασμού έγκειται στο ότι οι διαμορφωτές της κοινής γνώμης δεν υπολόγισαν σε σημαντικό βαθμό ότι ο πληθυσμός θα μπορούσε να έχει την επιλογή του «δεν εμβολιάζομαι». Και είναι διαφορετική η προσέγγιση της στάσης επιφύλαξης απέναντι στον εμβολιασμό, σε σχέση με την καθολική άρνηση. Παρόλο που είναι γόνιμο να υπάρχουν διαφορετικές απόψεις του πληθυσμού, οι οποίες διαμορφώνονται μέσα από μια κριτική στάση απέναντι σε συγκεκριμένες πλευρές του εμβολιασμού, ο αφορισμός και η απόλυτη απόρριψή του απέναντι σε τεκμηριωμένες ενδείξεις και πρακτικές δεκαετιών, αποκτά εντελώς διαφορετική έννοια και χαρακτήρα.

Οι νοσηλευτές αποτελούν τους επαγγελματίες υγείας που, μεταξύ των άλλων, είναι υπεύθυνοι και για την προαγωγή υγείας και πρόληψη της ασθένειας. Στο πλαίσιο αυτό, αποτελούν την άμεση πηγή πληροφόρησης και ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού σχετικά με τον εμβολιασμό απέναντι στις διάφορες νόσους. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι έχουμε εκπαιδευτεί ως νοσηλευτές να προάγουμε θετικές συμπεριφορές υγείας και να λειτουργούμε ως πρότυπα ρόλων για τους υγιείς και ασθενείς, ωστόσο αυτά που διδάσκουμε δεν τα εφαρμόζουμε πάντα στην προσωπική μας ζωή. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας διχάζονται απέναντι στο δίλημμα του εμβολιασμού για τους ίδιους, τους ασθενείς τους και την οικογένειά τους (Hidalgo et al 2016, Van Lier et al 2016).

Σύμφωνα με τις συστάσεις του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου Λοιμώξεων (European Center for Disease Prevention and Control- ECDC) οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εμβολιάζονται για την Ηπατίτιδα Β, τη γρίπη, την παρωτίτιδα, την ιλαρά, την ερυθρά, την ανεμοβλογιά, τον τέτανο και τη διφθερίτιδα. Ο εμβολιασμός είναι απαραίτητος, καθώς έχει διττό ρόλο: την προφύλαξη των ιδίων και των οικογενειών τους από μεταδοτικά νοσήματα, αλλά και των ευάλωτων πληθυσμών που φροντίζουν. Ιδιαίτερος λόγος γίνεται τα τελευταία χρόνια για τη δυσπιστία των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον αντιγριπικό εμβολιασμό και τα δυνητικά του οφέλη. Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου κατά της γρίπης έχει τεκμηριωθεί σε πολλές έρευνες (Lee et al 2013, Cozza et al 2015) καθώς μειώνει την πιθανότητα νόσησης από τον ιό ή την εμφάνιση συμπτωμάτων σε περίπτωση ασθένειας, μειώνει τη θνησιμότητα σε ασθενείς που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, ενώ παράλληλα έχει ευεργετικά αποτελέσματα για τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας και το περιβάλλον του, καθώς λειτουργεί προστατευτικά. Όφελος υπάρχει και για το υγειονομικό σύστημα, αφού ο αντιγριπικός εμβολιασμός μειώνει τις απουσίες των επαγγελματιών υγείας λόγω ασθένειας από την εργασία και το αντίστοιχο οικονομικό κόστος που αυτό συνεπάγεται.

Παρά την αποτελεσματικότητα του αντιγριπικού εμβολιασμού και τη σύσταση που υπάρχει για ετήσια ανοσοποίηση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, τα ποσοστά αντιγριπικού εμβολιασμού παραμένουν πολύ χαμηλά. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε για την περίοδο 2007-2008 σε 17 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η μέση εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας με το αντιγριπικό εμβόλιο ήταν 26%, όταν υπήρχε στόχος για κάλυψη της τάξης του 75% που επετεύχθη μόνο από το Ηνωμένο Βασίλειο (Mereckiene 2015). Τα παραπάνω χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού ερμηνεύονται μέσα σε ένα πολυπαραγοντικό πλαίσιο, με βασικότερους παράγοντες την έλλειψη γνώσεων για το εμβόλιο και την αμφιβολία για την αποτελεσματικότητά του (Asma et al 2016), τη μη αναγνώριση του κινδύνου προσβολής (Al-Tawfiq 2009), αλλά και τον ισχυρισμό ότι το ίδιο το εμβόλιο προκαλεί γρίπη και παρενέργειες (Livni et al 2008).

Αναφορικά με τη χώρα μας, στοιχεία από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ 2017) για την εμβολιαστική κάλυψη των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, άγγιξαν για την περίοδο 2016-2017 μόλις το 18% για τα νοσοκομεία και το 34,6% στα κέντρα υγείας και τις μονάδες υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ). Συγκεκριμένα, σε μελέτη που διεξήχθη από το ΚΕΕΛΠΝΟ προέκυψε ότι ο πιο συχνά αναφερόμενος λόγος μη εμβολιασμού των επαγγελματικών υγείας ήταν ο χαμηλός κίνδυνος να νοσήσουν από τη γρίπη (Maltezou et al 2007). Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν και σε μελέτη του Raftopoulos (2008) σχετικά με τη στάση Ελλήνων νοσηλευτών απέναντι στον αντιγριπικό εμβολιασμό, όπου η εμπιστοσύνη στο ισχυρό ανοσοποιητικό τους σύστημα βρέθηκε μεταξύ άλλων να αποτελεί βασικό παράγοντα αποφυγής του εμβολιασμού. Σε άλλη μελέτη, αυτή των Dedoukou et al (2010) σε επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά αντιγριπικού εμβολιασμού ήταν το ίδιο χαμηλά όπως και στα νοσοκομεία, με τους νοσηλευτές ωστόσο που προέρχονταν από γεωγραφικές περιοχές της Βόρειας Ελλάδας να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά αντιγριπικού εμβολιασμού σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν στη Νότια Ελλάδα. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να αποτελέσει η συσχέτιση του κλίματος με τις εποχιακές λοιμώξεις (Roussel et al 2016) και ο υψηλότερος κίνδυνος για το φόβο νόσησης από τη γρίπη. Τέλος, οι Saridi et al (2011) επιβεβαίωσαν ότι η συμμόρφωση στον εμβολιασμό βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην εκπαίδευση και την ενημέρωση του υγειονομικού προσωπικού, θέτοντας ταυτόχρονα και το ζήτημα του υποχρεωτικού εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας.

Η εύλογη διαπίστωση της αναποτελεσματικότητας του εθελοντικού εμβολιασμού γεννά το ερώτημα μήπως τελικά η λύση είναι πράγματι ο υποχρεωτικός αντιγριπικός εμβολιασμός όλων των επαγγελματιών υγείας; Σε χώρες στις οποίες αυτό εφαρμόζεται, τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης αγγίζουν το 98% (Rakita et al 2010). Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα ενός τέτοιου μέτρου τίθεται υπό αμφισβήτηση αν σκεφτεί κανείς ότι ακόμη και οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε παιδιατρικά τμήματα και έχουν πειστεί ότι οι παιδικές ασθένειες προλαμβάνονται με τους εμβολιασμούς, δεν εμφανίζονται αρκετά υποστηρικτικοί απέναντι σε τέτοιες λύσεις, όπως δείχνει άλλωστε η χαμηλή συμμετοχή και των παιδιατρικών νοσηλευτών στον εμβολιασμό (Maltezou et al 2012).

Αξιοσημείωτο ωστόσο, είναι το εύρημα ότι περισσότερο θετικοί στον αντιγριπικό εμβολιασμό παρουσιάζονται οι γιατροί, οι οποίοι εμβολιάζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους νοσηλευτές. Αυτό έχουν δείξει πολυάριθμες μελέτες σε διάφορες χώρες (Mytton et al 2013, Cozza 2015), γεγονός που τονίζει την ανάγκη για ενημέρωση και γνώση σχετικά με τα οφέλη του αντιγριπικού εμβολιασμού, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα την ανάγκη εφαρμογής παρεμβάσεων που στόχο θα έχουν κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό. Σημαντικό ρόλο προς την κατεύθυνση αύξησης της εμβολιαστικής κάλυψης στους νοσηλευτές, μπορεί να έχει η προώθηση της παραδοχής ότι ο αντιγριπικός εμβολιασμός συνιστά επαγγελματική ευθύνη των νοσηλευτών απέναντι σε αυτούς που φροντίζουν και προέκταση του ρόλου τους ως προαγωγών της υγείας.

Εν κατακλείδι, θα πρέπει στη χώρα μας να ληφθούν μέτρα που θα βασίζονται σε συγκεκριμένες προτάσεις κινητοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με το θέμα του εμβολιασμού. Για να είναι εμπειρικά τεκμηριωμένες ωστόσο οι προτάσεις αυτές, θα πρέπει να προηγηθεί εκπόνηση μελετών με στόχο να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την πραγματοποίηση του αντιγριπικού εμβολίου από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και η διερεύνηση της πρόθεσής τους να επηρεάσουν άλλους (συναδέλφους και ασθενείς) προκειμένου να προβούν στον εμβολιασμό. Το σημαντικότερο ωστόσο, είναι ο νοσηλευτής να προάγει το θέμα του εμβολιασμού, αποτελώντας ο ίδιος με το παράδειγμα του «πρότυπο» ρόλου για τους άλλους.

Άλλωστε ας μην ξεχνάμε τη Florence Nightingale που υποστήριζε ότι καθήκον του νοσηλευτή είναι να φροντίζει πρώτα για τη δική του υγεία και κατόπιν να την προάγει. Σε γράμμα προς τις νοσηλεύτριές της χαρακτηριστικά ανέφερε: *«...και πως είναι δυνατό να διδάξουμε τον καθένα από εμάς..τους φτωχούς ασθενείς μας, τους εαυτούς μας και ο ένας τον άλλο; Σίγουρα όχι μέσα από το κήρυγμα, αλλά με το παράδειγμα, με το να είμαστε εμείς το παράδειγμα..»* (Dossey 2005, p.41). Ας δώσουμε λοιπόν το «καλό» παράδειγμα με τον εμβολιασμό, πρώτοι εμείς οι νοσηλευτές, τόσο στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας/συνεργάτες μας, όσο και στον ευρύτερο πληθυσμό της κοινότητας στην οποία ανήκουμε και παρέχουμε υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Αναφορά του άρθρου ως: Μανομενίδης Γ. (2018). Ο εμβολιασμός αφορά τους επαγγελματίες υγείας ή μόνο το γενικό πληθυσμό; *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(2): 3-5.

Citation: Manomenidis G. (2018). Is vaccination for health professionals or just for the general population? *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(2): 3-5.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Al-Tawfiq J.A., Antony A. & Abed M.S. (2009). Attitudes towards influenza vaccination of multi-nationality health-care workers in Saudi Arabia. *Vaccine, 275538-5541.*

Asma S., Akan H., Uysal Y., Poçan A. G., Sucakli M.H., Yengil E. & Kut A. (2016). Factors effecting influenza vaccination uptake among health care workers: a multi-center cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases, 16:*192.

Cozza V., Alfonsi V., Rota M.C., Paolini V. & degli Atti M.C. (2015). Promotion of influenza vaccination among health care workers: findings from a tertiary care children's hospital in Italy. BMC Public Health, 15(1), 1-7.

Dedoukou X., Nikolopoulos G., Maragos A., Giannoulidou S. & Maltezou H.C. (2010). Attitudes towards vaccination against seasonal influenza of health-care workers in primary health-care settings in Greece. *Vaccine,* (37), 5931.

Dossey B.M. (2005). Florence Nightingale's 13 formal letters to her nurses (1872-1900). In Dossey B.M., Selander L.C., Beck D. & Attewell A. (Eds.), Florence Nightingale today: Healing leadership global action (pp. 29-63). Silver Spring, MD: American Nurses Association.

Hidalgo K.D., Mielke G.I., Parra D.C., Lobelo F., Simões E.J., Hallal P.C. (2016). Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health, 16*(1), 1114.

Lee S.S., Wong N.S. & Lee S. (2013). Declining influenza vaccination coverage among nurses, Hong Kong, 2006-2012. *Emerging Infectious Diseases, 19*(10), 1660-1663.

Livni G., Chodik G., Yaari A., Tirosh N., & Ashkenazi S. (2008). Attitudes, knowledge and factors related to acceptance of influenza vaccine by pediatric healthcare workers. Journal Of Pediatric Infectious Diseases, 3(2), 111-117.

Maltezou H., Maragos A., Halharapi T., Karagiannis I., Karageorgou K. (2007). Factors influencing influenza vaccination rates among health care workers in Greek hospitals. Journal of Hospital Infection 66(2):156-159.

Maltezou H., Lourida A., Katragkou A., Grivea I.N., Katerelos P., Wicker S. (2012). Attitudes regarding occupational vaccines and vaccination coverage against vaccine preventable diseases among healthcare workers working in pediatric departments in Greece. Pediatric Infection Disease Journal, 31:623–5.

Mytton O.T., O' Moore E.M., Sparkes T., Baxi R. & Abid M. (2013). Knowledge, attitudes and beliefs of health care workers towards influenza vaccination. Occupational Medicine (Oxford, England), 63(3), 189-195.

Mereckiene J. (2015) ECDC Technical report. Seasonal influenza vaccination in Europe. Overview of vaccination recommendations and coverage rates in the EU member states for the 2012–13 influenza season. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

Raftopoulos V. (2008). Attitudes of nurses in Greece towards influenza vaccination. *Nursing Standard, 23*(4), 35-42

Rakita R.M., Hagar B.A., Crome P., Lammert J.K. (2010) Mandatory influenza vaccination of healthcare workers: a 5-year study. Infection Control Hospital Epidemiology 31:881–8.

Roussel M., Pontier D., Cohen J., Lina B. & Fouchet D. (2016). Quantifying the role of weather on seasonal influenza. *BMC Public Health*, 16441.

Saridi M., Toska A., Souliotis K., Orfanos N., Sietou M., Stamatiou K., Farmaki K. (2011) Vaccination Coverage among Health Care Workers in A Greek Hospital. Journal of Vaccines Vaccination 2011, 2:4

van Lier A., Tostmann A., Harmsen I.A., de Melker H.E., Hautvast J.A. & Ruijs W.M. (2016). Negative attitude and low intention to vaccinate universally against varicella among public health professionals and parents in the Netherlands: two internet surveys. BMC Infectious Diseases, 16127.

Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Λοιμώξεων-ΚΕΕΛΠΝΟ (2017) Επιδημία Ιλαράς στην Ευρώπη και στην Ελλάδα) [Διαθέσιμο στο http://www.keelpno.gr (Ημερομηνία Πρόσβασης 5/2/2018].

Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου Λοιμώξεων (European Center for Disease Prevention and Control- ECDC (2017) Vaccine-preventable diseases [Διαθέσιμο στο https://ecdc.europa.eu/en/vaccine-preventable-diseases (Ημερομηνία Πρόσβασης 15/2/2018].

World Health Organization (2014) Immunization, Vaccines and Biologicals. [Διαθέσιμο στο http://www.who.int/immunization/programmes_systems/en/ (Ημερομηνία Πρόσβασης 5/2/2018].

GENERAL ARTICLE

Status of vaccination against influenza among the Ukrainian population

Oksana Artemchuk
Centre of influenza and ARVI State Institution
"Ukrainian Center for control and prevention of diseases",
Ministry of health of Ukraine

ABSTRACT

Background: Influenza is a seasonal, highly contagious infectious disease and one of the most important respiratory tract infections, from a public health point of view. The most efficient and cost-effective means of combating influenza in the world is vaccination. Unfortunately, vaccination rates against influenza in Ukraine are low; eventhough Ukraine has an official published policy on seasonal influenza vaccination. Although seasonal influenza vaccination is recommended by the appropriate organizations, the vaccine is neither free of charge nor reimbursed.

Objectives: To describe vaccination coverage, morbidity and mortality data in Ukraine and to identify the main reason not to be vaccinated. The goal was to develop a communication strategy in favor of vaccination.

Methodology: Data from the national routine surveillance for influenza in the 2015-2016 season was assessed. After processing data a communication strategy was produced.

Results: During the season, 14.9% of the population were affected by influenza and with 733 cases of severe acute respiratory infection were identified, of which 391 deaths, including 5 children under the age of 17, 2 pregnant women and 3 fatal cases among healthcare workers. The population's coverage of the vaccine against influenza was very low; specifically only 0.3% of the population was vaccinated during 2015-2016. The proportion of children vaccinated against influenza was 19.0%, with 5-9 years old and 10-14 years old being more vaccinated. Vaccines were mainly purchased by enterprises' and organizations' funds and by personal citizens' means. Vaccine effectiveness was not estimated in Ukraine and cost effectiveness was estimated partially only in one region.

Conclusions: From the present research it was found that vaccination data was available for only 93.5% of deaths in 2015-2016 and none were vaccinated for seasonal influenza. In addition, the population's coverage of the vaccination was very low. The majority of the respondents reported that healthcare workers did not recommend vaccination. Finally, a communication strategy for healthcare workers was suggested in order to strengthen vaccination.

Key words: Influenza vaccination, public health, risk groups, seasonal influenza, Ukraine

Corresponding author: Oksana Artemchuk
41 Street Yaroslavskaya, Kyiv 04071, Ukraine
Tel: (044) 425-43-54,
Fax: (044) 417-37 75
e-mail: cses.flu@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 17/07/2017

Citation: Artemchuk O. (2018). Status of vaccination against influenza among the Ukrainian population. *Hellenic Journal of Nursing Science* **11(2): 6-10.**

INTRODUCTION

Influenza infection can cause a wide range of symptoms and quite often complications, including severe viral pneumonia with multiorgan failure, exacerbation of underlying medical conditions and invasive bacterial, coinfection. Influenza is a vaccine preventable disease and annual vaccination is the most effective means to prevent it. The World Health Organization (WHO) recommends that the following priority groups are vaccinated annually against seasonal influenza (WHO 2012): pregnant women, elderly persons irrespective of other risk factors, individuals older than 6 months with underlying health conditions, children aged 6–59 months, healthcare workers including those who work in nursing homes or settings with persons with disabilities.

WHO estimates that each year approximately 5–15% of the population will be infected. In addition, the annual global number of severe infections is estimated at 3–5 million (WHO 2003). Influenza is associated with increased morbidity and mortality, often due to associated infections such as pneumonia (Rothberg et al 2008), and excess healthcare expenditure.

Vaccination is accepted to be the most effective means of protection against influenza and its complications and is recommended in most countries (WHO 2005, Molinari et al 2007). Annual vaccination against influenza can prevent 70–90% of influenza-related illness in healthy individuals. In addition, in the elderlies it can reduce the severity of illness/complications and the risk of death by up to 60% and 80%, respectively (Blank et al 2012). The economic burden of influenza in population is recognized worldwide, and in order to decrease it many countries have implemented vaccination programs.

Official policy on seasonal influenza in Ukraine

Ukraine has an official published policy on seasonal influenza vaccination. Eventhough, seasonal influenza vaccination is recommended, the vaccine is neither free of charge nor reimbursed.

Vaccination against influenza is conducted at healthcare establishments or at temporary clinics for immunization, which meet the regulation requirements set by the Ministry of Health (Legislation of Ukraine 2017). According to the Ukrainian law "On approval of normative legal acts on issues of organization and holding of sanitary and anti-epidemic measures aimed at preventing the occurrence and spread of influenza and acute respiratory infections" (Legislation of Ukraine 2015) vaccinations are carried out annually in September – November, primarily among people of risk group. Vaccination against influenza is performed by medical staff based on clinical data of the population. Information on the number of persons vaccinated against influenza (see in attachments) is submitted to the Center of influenza and ARVI on a weekly basis during the epidemic season. This Department summarizes the information on vaccinations from different regions of the country and it informs annually the Ministry of Health.

The main aims of this study were to describe seasonal influenza immunization policies, identify recommendations for different risk groups, obtain vaccination coverage data for 2015-2016, and to develop communication strategy in order to communicate to the population the need for vaccination.

METHODS

Subjects - recruitment

Data form the national surveillance for influenza in the 2015-2016 season were analyzed in order to highlight vaccination coverage, morbidity and mortality. A research was conducted among the population to determine attitudes towards vaccination against influenza and the main reason for not being vaccinated with the goal of developing a communication strategy. The questionnaire consisted of 7 questions (see attached) and was distributed randomly to the population in Kyiv as a hard copy. Responses were analysed using Excel 2007 (Microsoft, Redmond, WA, USA). Data collected will provide a baseline from which to measure future progress in vaccination coverage, as well as changes in influenza vaccination policies.

RESULTS

Analysis of morbidity and mortality from influenza in 2015-2016

Season 2015–2016 was characterized by high intensity of influenza epidemic, with a maximum rise of the incidences in mid-January-beginning of February. Dominant etiological factor in this season was virus A(H1N1)pdm09. During that time 14.9% of the population was infected, and 259 thousand people were hospitalized, that is 4.5% of the total population. The proportion of children up to 17 years among hospitalized patients was 67.1%. With severe acute respiratory infection 733 cases were identified. From those 391 deaths were recorded, including 5 children under the age of 17 and 2 pregnant women. Furthermore, 924 healthcare professionals manifested respiratory infections and three people were recorded as dead.

In this period, increased mortality among risk groups were recorded, such as among people with chronic diseases (respiratory and cardiovascular diseases, kidney and/or metabolic diseases), persons older than 60 years, persons residing in communes (orphanages, homes for the elderly etc.) or working in public places

(teachers/professors, healthcare staff, persons being in contact with a large number of people, pregnant women). Vaccination information was available for 93.5% of deaths that happened during 2015-2016, revealing that none was vaccinated for seasonal influenza.

Analysis of vaccination against influenza in 2015-2016

The population's vaccination coverage against influenza was very low. For the years 2015-2016 only 0.3% of the Ukrainian population (129138 persons) was vaccinated. In more details, 21% of the vaccinated population was children under 17 years old (children from 6 months to 1 year old accounted for 1.0%, 1 – 4 years old for 8.0%, 5 to 9 years old for the 28.0%, 10 - 14 years old for 40.0 %, and those from 15 to 17 years old accounted for 23.0%. Furthermore, the 22.8% of the vaccinated population belonged to risk groups and the most vaccinated individuals were healthcare professionals. Vaccination was mainly performed from mid-October 2015 to beginning of April 2016 (Fig. 1).

Information on financing the purchase of influenza vaccines across the Ukrainian regions is presented in figure 3. Up to 60% of the funds were provided by the heads of enterprises and organizations in Luhansk and Rivne regions. Unfortunately, the 27% of the citizens purchased, at their own expense, influenza vaccinations.

The highest number of people vaccinated against influenza (42544 individuals) resides in Dnipropetrovsk region; the least vaccinated in Chernihiv, Zhytomyr and Khmelnytsky regions (237, 298 and 674, respectively). Vaccination against influenza in the Dnipropetrovsk region was performed with expenses form the local budget (nearly 1 million gryvnias=31.910 euros). In Chernihiv region the request to the state administration for the allocation of funds for the purchase of vaccines was rejected resulting in the lowest number of vaccinated individuals in Ukraine.

Vaccine effectiveness and cost- effectiveness

Vaccine effectiveness is not estimated in Ukraine. According to the analysis carried out by experts of the appropriate services, it was determined that, an average of 7 days treatment costed 250 UAH (7.9775 euros) per day. The cost of treatment of influenza patients in 2014 and 2015, accounted around 675 and 638.8 million UAH, accordingly (21539250 and 20384108 euros). It should be noted that under today's socio-economic conditions, in the event of an epidemic, such costs will increase. At the same time, the use of vaccine prophylaxis makes it possible to reduce these costs by 3-5 times.

Analysis of study conducted in 2015-2016 influenza season

The Influenza Center and ARVI conducted a study among randomly selected people in Kyiv with the aim to find the reasons for Ukrainians to not want to be vaccinated against influenza. A total of 200 people were studied, with 67% females and 33% males. Age group of the sample is presented in table 1. Regarding clinical characteristics, 93 respondents had chronic diseases and 68 were elderly. In the analysis of the responds, it was found that 44.5% of the sample did not received any advice from their family regarding vaccination, 35% of the respondents did not believe in vaccination effectiveness and safety, and 20.5% reported that vaccines were

Fig.1. Number of persons vaccinated against influenza (Ukraine, 2015 - 2016).

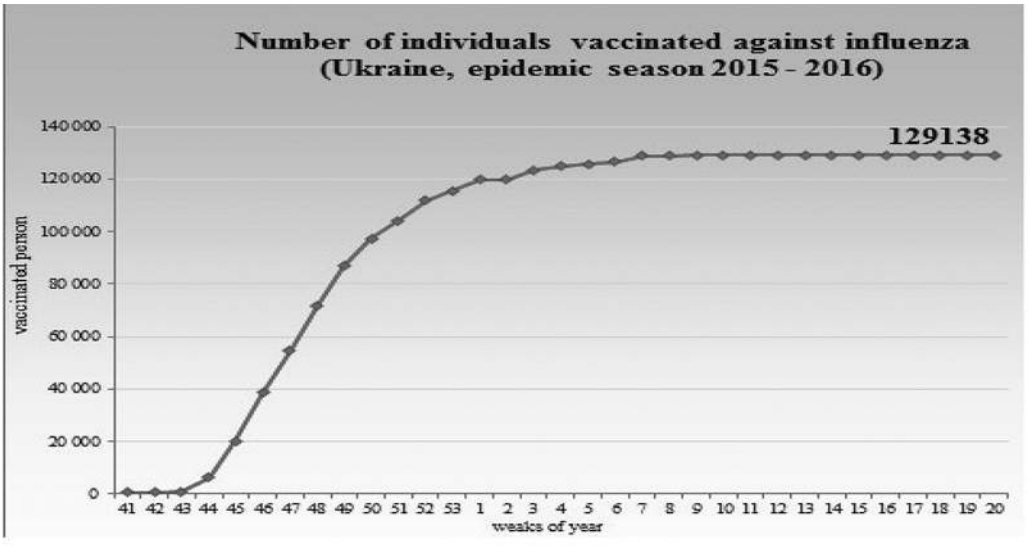
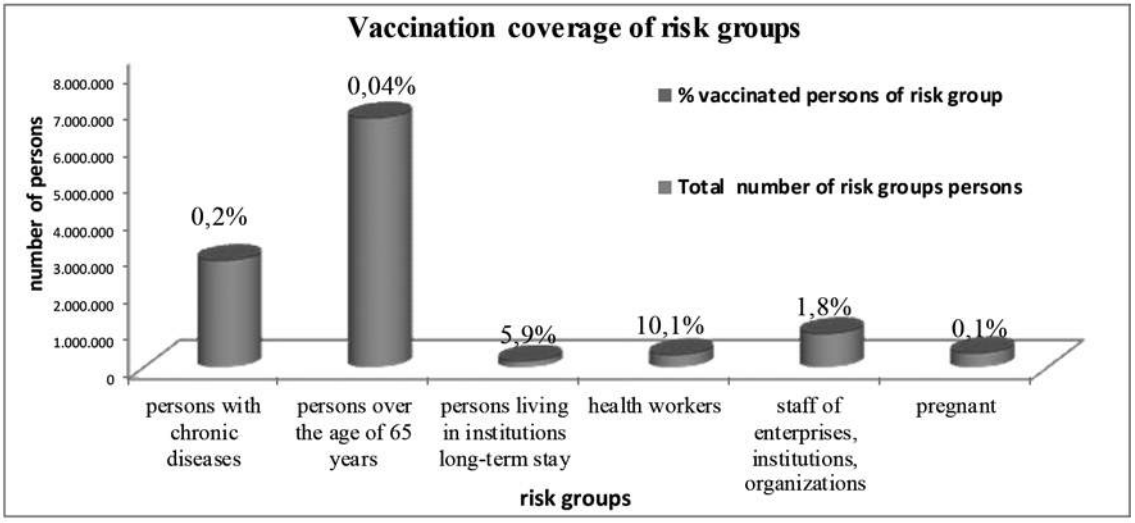


Fig.2 Vaccination coverage of risk groups (Ukraine, influenza season 2015-2016)

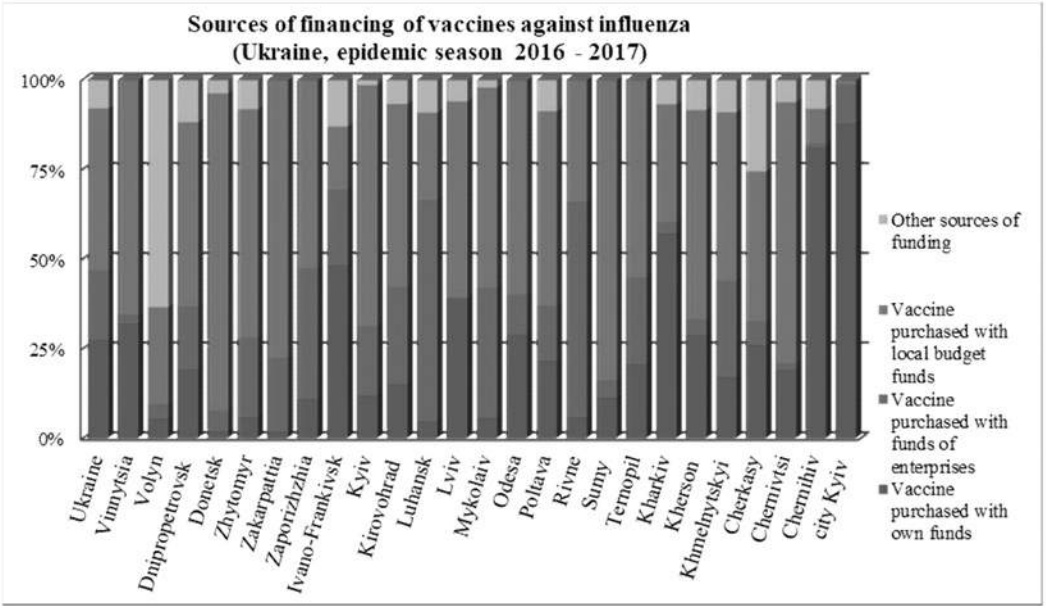


very costly.

As most respondents reported that healthcare professional did not recommend vaccination, it is necessary to develop a communication strategy aiming at healthcare professionals. The ultimate goals would be to increase the support of healthcare professional, to promote a more positive attitude towards vaccination, and to achieve higher levels of vaccination.

An implementation of a training course for healthcare professionals involved in vaccination is needed. The course could be integrated into the existing teaching curriculums or it would be in the form of continuous education program aiming at facilitating the implementation of vaccinations. In this training program it is necessary to include, firstly, assessment of knowledge, skills and abilities of professionals. This will identify the needs for further training, and form a training program. As a second step in this process, advice on how to correctly explain to people the advantages and risks of vaccination against influenza will be provided.

Fig.3 Sources of financing the purchase of influenza vaccines across the regions (Ukraine, influenza season 2015-2016).



Furthermore, training on how to adequately pass information regarding safety and side effects of vaccines is going to be implemented. Finally, ethical relationships and the importance of communication with parents and guardians, pregnant women, the elderly and people with disabilities are going to be addressed. Last but not least, skills of counseling and availability of information materials for the healthcare professionals are going to be included.

To make influenza vaccination more popular, it is advisable to develop and disseminate information materials for general public. But as this is costly and the resources are limited, it would be better to focus on providing high-quality reference materials for healthcare professionals. After appropriate training, these people can act as representatives of the vaccination program against influenza and may be involved in interaction with the media.

Other factors that could increase vaccination uptake could be monitoring of vaccine coverage rate, setting national vaccination coverage objectives per year, reimbursement (90–100%) of vaccination costs, awareness campaigns on radio or television, flyers in healthcare facilities, press adverts or informative websites.

Vaccination is a key tool for reducing morbidity and mortality from infectious diseases, as well as for minimizing outbreaks and epidemics. According to WHO, vaccination is a matter of national security.

Limitations

Lack of data on the effectiveness of vaccination, small sample, lack of data from private practices or clinics, data on vaccine coverage were obtained only from state healthcare settings.

CONCLUSIONS

In conclusion, it could be reported that recommendations and implementation of seasonal influenza vaccination programs in Ukraine broadly followed both WHO and EU recommendations. The findings of the present study confirm that there is a large gap between recommendations and implementation of policies (vaccination uptake), but also between recommendations and availability of mechanisms to monitor uptake. Vaccination coverage rates vary widely across target groups of people. The results show that achieving high vaccination coverage rates for those who are at risk of developing severe complications due to influenza infection remains a serious public health challenge. Furthermore, it is quite common for healthcare professional to avoid recommending vaccination. Implementation of communication strategy on influenza and influenza vaccines for healthcare professional is very important.

Ukraine should strive to strengthen influenza vaccination coverage monitoring systems for target risk groups (elderly, persons with medical risk conditions, pregnant women and healthcare professionals). Data on uptake should be collected from both state and private medical facilities. It is important to encourage healthcare professionals to proactively recommend seasonal influenza vaccination to persons identified as key target groups by the national vaccination programme.

Acknowledgements

The author is grateful to the laboratory specialists of the Ministry of health of Ukraine of all regions of Ukraine for the data submitted.

REFERENCES

Blank P., Schwenkglenks M. & Szucs T.D. (2012). The impact of European vaccination policies on seasonal influenza vaccination coverage rates in the elderly. *Hum Vaccin Immunother* 8:328–35.

Legislation of Ukraine (2015). Order Ministry of Health of Ukraine No. 732 "On approval of normative legal acts on issues of organization and holding of sanitary and anti-epidemic measures aimed at preventing the occurrence and spread of influenza and acute respiratory infections". Available from: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0115-16. (accessed 6 November 2017).

Legislation of Ukraine. (2017). Order of Ministry of Health. No. 595. Available from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110916_595.html (accessed 6 November 2017).

Molinari N.A., Ortega-Sanchez I.R., Messonnier M.L., Thompson W.W., Wortley P.M., Weintraub E. & Bridges C.B. (2007). The annual impact of seasonal influenza in the US: measuring disease burden and costs. *Vaccine* 25:5086–96.

Rothberg M.B., Haessler S.D. & Brown R.B. (2008). Complications of viral influenza. *American Journal of Medicine* 121:258–64.

World Health Organisation (WHO). (2012). Vaccines against influenza WHO position paper: Weekly epidemiological record. Available from:www.who.int/wer/2012/wer8747.pdf (accessed 6 November 2017).

World Health Organization (WHO). (2003). Influenza: Fact Sheets. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs211/en/ (accessed 6 November 2017).

World Health Organization (WHO). (2005). Influenza vaccines: WHO position paper. Weekly Epidemiol Rec.33:279–87.

Υποστήριξη νεογνών σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας με τη βοήθεια της μουσικής και άλλων ήχων

Μαρία Γεωργιάδη[1], Ιωάννα Δήμτσου[2], Στέλλα Σωτηράκη[3]
1. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης "Βοστάνειο",
2. Νοσηλεύτρια, MSc, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "Θεαγένειο"
3. Φοιτήτρια, τμήμα Γαλλικής Γλώσσας και Φιλολογίας ΑΠΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ανάγκες των νεογνών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας αμέσως μετά από τον τοκετό είναι αυξημένες και περιλαμβάνουν την υποστήριξη των ζωτικών τους λειτουργιών και τη διασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Τα νεογνά αυτά, που στην πλειοψηφία τους είναι πρόωρα, κινδυνεύουν να εμφανίσουν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η παρουσίαση της επίδρασης της μουσικής και άλλων ήχων στην κατάσταση των νεογνών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας. Οι συνθήκες νοσηλείας τους με τους ενοχλητικούς θορύβους, τα έντονα φώτα, η απουσία των γονέων και οι συχνές ιατρικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται συνιστούν στρεσσογόνους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξή τους. Η χρήση της μουσικής και άλλων ήχων στη μονάδα εντατικής νοσηλείας δύναται να καλύψει δυσάρεστους θορύβους και βρέθηκε να μειώνει τα επίπεδα στρες εξασφαλίζοντας ηρεμία, λιγότερο κλάμα και καλύτερο ύπνο για τα πρόωρα νεογνά. Παρατηρήθηκε, επίσης, βελτίωση του καρδιακού και αναπνευστικού τους ρυθμού, αύξηση του κορεσμού οξυγόνου στο αίμα και ενδυνάμωση των κινήσεων θηλασμού, γεγονός που οδήγησε στην καλύτερη θρέψη τους. Η παρουσία των μητέρων δίπλα στα νεογνά που συνοδεύονταν από νανούρισμα ή ομιλία είχε σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση λιγότερων δυσάρεστων περιστατικών σε αυτά όπως άπνοια, βραδυκαρδία, υποξαιμία. Οφέλη προέκυψαν και για τους γονείς, αφού μειώθηκαν τα επίπεδα άγχους τους και ενισχύθηκε η επικοινωνία τους με τα νεογνά. Η χρήση της μουσικής για τη μείωση επώδυνων ερεθισμάτων ως μη φαρμακολογική παρέμβαση άλλοτε είχε σημαντικά θετικά αποτελέσματα και άλλοτε όχι. Ωστόσο, θεωρείται μια ασφαλής και ελάχιστα δαπανηρή μέθοδος.

Λέξεις- κλειδιά: μονάδες εντατικής νοσηλείας, μουσική, νεογνά

Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Ιωάννα Δήμτσου,
Ηλεκτρονική διεύθυνση: jdimtsou@yahoo.com,
τηλ. +302310818832, κιν. 6947219318

Ημερομηνία Υποβολής: 29/07/2017

Αναφορά του άρθρου ως: Γεωργιάδη Μ., Δήμτσου Ι., Σωτηράκη Σ. (2018). Υποστήριξη των νεογνών σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας με τη βοήθεια της μουσικής και άλλων ήχων. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(2):11-18.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Τα πρόωρα νεογνά χρειάζονται αυξημένη φροντίδα μετά από τον τοκετό**
- **Το περιβάλλον στις μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών είναι ιδιαίτερα ενοχλητικό**
- **Η εφαρμογή της μουσικής και άλλων ήχων μπορεί να φέρει μείωση του στρες και βελτίωση ζωτικών λειτουργιών των πρόωρων νεογνών, καθώς επίσης να βοηθήσει στην καλύτερη ψυχοσωματική ανάπτυξή τους**
- **Οφέλη από τη μουσική παρέμβαση προκύπτουν και για τους γονείς.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) νοσηλεύονται νεογνά με ανάγκη υποστήριξης και σοβαρά προβλήματα υγείας που απαιτούν αυξημένη φροντίδα. Η πλειοψηφία αυτών είναι νεογνά που έχουν γεννηθεί σε χρονικό διάστημα λιγότερο των 37 εβδομάδων κύησης και γι΄ αυτό χαρακτηρίζονται πρόωρα. Στις ΗΠΑ, το 2016, το 1 στα 10 νεογνά ήταν πρόωρο.Καθώς η ανάπτυξη του εγκεφάλου, των πνευμόνων και του ήπατος ολοκληρώνεται κατά τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης ο πρόωρος τοκετός μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα των νεογνών. Το 36% των θανάτων νεογνών αποδίδεται στην προωρότητα (MacDorman 2008, CDC 2017). Τις τελευταίες δεκαετίες ολοένα και περισσότερα πρόωρα νεογνά κατορθώνουν να επιβιώσουν, αλλά κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν χρόνια προβλήματα υγείας ή μακροπρόθεσμες αναπτυξιακές διαταραχές. Όσον αφορά στην ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού τους συστήματος η επιβίωσή τους συνοδεύεται από την ανησυχία για το αν αυτό αναπτυχθεί πλήρως και δεν θα υπάρξουν γνωστικά και συμπεριφορικά προβλήματα. Ειδικά τα πολύ πρόωρα νεογνά, μπορούν να εμφανίσουν στο μέλλον μια καθυστέρηση στην ομιλία και μη φυσιολογικές ακουστικές εκδηλώσεις (Simmons et al 2010, Hovel et al 2014). Η μουσική παρέμβαση σε μεγαλύτερης ηλικίας βρέφη (9 μηνών) αποδείχθηκε ότι βοηθάει νευρικές διεργασίες και την καλύτερη αναγνώριση και πρόβλεψη ακουστικών μοτίβων που οδηγεί στην ανάπτυξη της ομιλίας τους. Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις φαίνεται ότι διευκολύνουν ακόμα και την αναγνώριση ήχων από ξένη γλώσσα (Zhao & Kuhl 2016).

Το περιβάλλον της ΜΕΝΝ αποτελεί ένα χώρο όπου υπάρχει δυνατός φωτισμός και θόρυβοι που σχετίζονται με τα μηχανήματα, αλλά και τους ανθρώπους που κινούνται εκεί. Οι ανεπιθύμητοι θόρυβοι στη ΜΕΝΝ που είναι επαναλαμβανόμενοι, ακατάλληλοι και μη ελεγχόμενοι μπορούν να οδηγήσουν σε συμπεριφορές στρες όπως υπερδιέγερση, κόπωση, άγχος, φόβο, διαταραχές ύπνου, βλάβη της ακοής καθώς και σε άλλες μεταβολές στον οργανισμό, όπως αύξηση του καρδιακού ρυθμού, διακυμάνσεις του κορεσμού οξυγόνου στο αίμα, διαταραχές της αρτηριακής και της ενδοκράνιας πίεσης και μεταβολές των επιπέδων κορτικοστεροειδών ορμονών στο αίμα, ιδιαίτερα στα πολύ πρόωρα νεογνά (Kuhn et al 2012, Aydin et al 2015). Στις ΜΕΝΝ, επίσης, τα νεογνά βρίσκονται αντιμέτωπα με πρωτόγνωρες γι΄ αυτά καταστάσεις όπως διάφοροι χειρισμοί από το προσωπικό και επώδυνες ιατρικές διαδικασίες (Vinal et al 2014).

Κι ενώ κάποιοι από τους παράγοντες του στρες είναι αδύνατο να απομακρυνθούν, οι δυνατοί θόρυβοι και οι δυσάρεστοι ήχοι μπορούν να μετριαστούν. Η προσπάθεια απομόνωσης των νεογνών που νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ από τον έντονο φωτισμό και τα δυσάρεστα ακουστικά ερεθίσματα απλώς με την εφαρμογή προστατευτικών γυαλιών και ειδικών υφασμάτινων ακουστικών που μειώνουν τους θορύβους κατά 50% δεν είχε θετικά αποτελέσματα. Σε έρευνα βρέθηκε ότι τα επίπεδα στρες των νεογνών που δέχονταν την παραπάνω παρέμβαση ήταν μεγαλύτερα, καθώς ο καρδιακός τους ρυθμός ήταν σημαντικά αυξημένος (Aita et al 2012).

Πολλοί προσπαθούν να υποστηρίξουν τα νεογνά σε ΜΕΝΝ με τη βοήθεια της μουσικής και άλλων ευχάριστων ήχων. Η μουσική άλλωστε αποτελείται από ήχους που δημιουργούνται με σκοπό να ικανοποιήσουν τον ακροατή με την αρμονία τους, τη δυναμική, το ρυθμό και την ένταση και όταν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί για θεραπευτικό σκοπό προσαρμόζεται έτσι ώστε να εξυπηρετήσει όσο το δυνατόν περισσότερο τους στόχους της, δηλαδή την αποκατάσταση, βελτίωση και διατήρηση της συναισθηματικής και φυσιολογικής κατάστασης και ευεξίας (Standley 2012, Allen 2013).

Στην περίπτωση της νοσηλείας των νεογνών σε ΜΕΝΝ τα ερωτήματα που ερευνώνται είναι αν η χρήση της μουσικής, τραγουδιών, νανουρίσματος και άλλων ήχων μειώνουν τα συμπτώματα στρες, αν βελτιώνονται ανθρωπομετρικές μετρήσεις (π.χ. βάρος), αν αυξάνεται ο κορεσμός οξυγόνου στο αίμα και βελτιώνεται ο αναπνευστικός και ο καρδιακός ρυθμός, αν προσφέρει ανακούφιση από επώδυνα ερεθίσματα και αν ελαττώνεται ο χρόνος νοσηλείας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανασκόπηση

της διεθνούς βιβλιογραφίας ως προς τη διερεύνηση της εφαρμογής της μουσικής και άλλων ηχητικών ακουσμάτων (όπως είναι το νανούρισμα, η ομιλία των γονιών κι η ανάγνωση βιβλίων) ως μέσο ανακούφισης και υποστήριξης των νεογνών, κυρίως των πρόωρων, στις ΜΕΝΝ.

ΕΙΔΟΣ ΗΧΗΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Κλασική μουσική

Σε τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών και περιλάμβανε 26 πρόωρα νεογνά (31±3 εβδομάδων), μικρού σωματικού βάρους (1268±537 γραμ.) εφαρμόστηκε μουσικοθεραπεία με κλασική μουσική μέσα στη θερμοκοιτίδα με τη βοήθεια κασετόφωνου κατά τη διάρκεια φυσιοθεραπείας. Τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά όσον αφορά στην αναπνευστική λειτουργία των νεογνών που άκουγαν μουσική, σε σχέση με εκείνα που δεν δέχθηκαν καμία παρέμβαση, αν και δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε ό,τι αφορούσε τον καρδιακό ρυθμό και τον κορεσμό οξυγόνου. Στη συγκεκριμένη μελέτη δεν αναφέρεται αν η ακουστική ικανότητα των νεογνών που συμμετείχαν ήταν ικανοποιητική, αλλά τα 14 νεογνά που άκουγαν, κατά τη διάρκεια αναπνευστικής φυσιοθεραπείας, κλασική μουσική με ένταση μόνο 25 dB είχαν μικρότερο αναπνευστικό ρυθμό χωρίς μεγάλες διακυμάνσεις (Moran et al 2015).

Η ακρόαση κλασικής μουσικής για μία (1) ώρα μέσω ηχητικού συστήματος που προσαρμόστηκε στις θερμοκοιτίδες της μονάδας εντατικής νοσηλείας κάλυψε δυσάρεστους θορύβους και βρέθηκε ότι έτσι μείωσε σημαντικά τις συμπεριφορές στρες των νεογνών της ομάδας παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Φάνηκε ότι έδρασε χαλαρωτικά, με αποτέλεσμα να μειωθεί το κλάμα και να διευκολυνθεί ο ύπνος τους, αν και στα νεογνά που επιλέχθηκαν για να συμμετέχουν στη συγκεκριμένη έρευνα δεν είχε προηγηθεί άμεσος έλεγχος της ακοής τους. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά σε άλλες ζωτικές ενδείξεις των νεογνών, ούτε και στη μείωση του χρόνου νοσηλείας (Aydin & Yildiz 2012).

Όλα τα είδη κλασικής μουσικής φαίνεται ότι δεν έχουν την ίδια επίδραση. Σε έρευνα που έγινε σε 12 πρόωρα νεογνά βρέθηκε ότι η επίδραση της μουσικής του Μότσαρτ σε σχέση με τη μουσική του Μπαχ είχε ευεργετικότερα αποτελέσματα στην κατανάλωση ενέργειας κατά την ανάπαυση (resting energy). Προηγούμενες, άλλωστε, μελέτες είχαν περιγράψει τη θετική επίδραση της μουσικής του Wolfgang Amadeus Mozart στον ανθρώπινο εγκέφαλο, γεγονός που χαρακτηρίστηκε ως "Mozart effect" (Keidar et al 2014).

Η μελέτη 12 πρόωρων νεογνών σε ΜΕΝΝ της Βραζιλίας που δέχθηκαν την επίδραση κλασικής μουσικής για 15 λεπτά της ώρας 2 φορές τη μέρα και για 3 συνεχόμενες ημέρες έδειξε ότι βελτιώθηκαν, έστω και πρόσκαιρα, οι μετρήσεις του καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού των νεογνών και ο κορεσμός οξυγόνου. Η επιλογή της μουσικής στη συγκεκριμένη έρευνα βασίστηκε επίσης στο φαινόμενο "Mozart effect" και στο γεγονός ότι η χαλαρωτική, απαλή κλασική μουσική με απλούς ρυθμούς, που δεν προκαλεί έντονες δονήσεις και με συχνότητά περίπου 60 με 70 παλμοί (beats) το λεπτό είναι αποτελεσματική στη μείωση του στρες, του πόνου, της κατάθλιψης και της ανησυχίας, ενισχύει τη χαλάρωση και βελτιώνει τον ύπνο και τη μνήμη (Silva et al 2013).

Νανούρισμα με μουσική του Brahms, καθώς και νανουρίσματα από τη μητέρα, βρέθηκε ότι ωφέλησαν τον κορεσμό οξυγόνου των νεογνών που ανήκαν στις συγκεκριμένες ομάδες παρέμβασης σε σχέση με εκείνα στα οποία δεν έγινε χρήση της μουσικής. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα θετικά αποτελέσματα στην ομάδα των νεογνών που άκουγαν Brahms είχαν μεγαλύτερη διάρκεια σε σχέση με τα αποτελέσματα από το μητρικό νανούρισμα (Jabraelli et al 2016).

Νανούρισμα και ήχοι - ομιλία από τη μητέρα ή τον πατέρα

Σε τυχαιοποιημένη κλινική έρευνα 272 νεογνών (ηλικίας κύησης μεγαλύτερης των 32 εβδομάδων) που πραγματοποιήθηκε σε 11 ΜΕΝΝ βρέθηκαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα μετά από την παρέμβαση ειδικευμένου μουσικοθεραπευτή που απέδιδε ζωντανά ήχους και νανουρίσματα που είχαν επιλέξει οι γονείς. Ο μουσικοθεραπευτής επίσης καθοδηγούσε τους γονείς να παράγουν ήχους με την αναπνοή τους, αλλά και μουσική με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι συντονισμένοι με το ρυθμό ζωτικών σημείων των νεογνών (π.χ. με το ρυθμό των αναπνοών). Η διαδικασία συμπεριλάμβανε την άμεση επαφή των γονέων με τα νεογνά (skin-to-skin) στο θώρακα (Lowey et al 2013). Πιστεύεται ότι αυτή η άμεση επαφή (που μοιάζει με τον τρόπο που μεγαλώνουν τα καγκουρό τα μωρά τους - kangaroo care) προσφέρει πρόσθετα αισθητικά ερεθίσματα στα νεογνά και βοηθάει στην καλύτερη μετάδοση όχι μόνο του ήχου αλλά και των δονήσεων του θωρακικού τοιχώματος του γονέα στο νεογνό, βοηθάει στον ύπνο, στην καλύτερη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, μειώνει την αίσθηση του πόνου και δρα εξίσου ευεργετικά στο γονέα (Flacking et al 2012). Από την παραπάνω έρευνα βρέθηκε ότι υπήρχε σημαντική βελτίωση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας των νεογνών. Επίσης σημαντική ήταν και η βελτίωση του κινήσεων θηλασμού ώστε να μην πνίγονται τα νεογνά και να υπάρχει ισορροπία μεταξύ κατάποσης και αναπνοής, κάτι που οδήγησε σε βελτίωση της θρέψης τους (Loewy et al 2013).

Η χρήση ηχογραφημένου νανουρίσματος από ανδρική φωνή και χωρίς τη συνοδεία μουσικού οργάνου, παρόλο που το νεογνό είναι πιο εξοικειωμένο με τη φωνή της μητέρας του που την ακούει κατά τη διάρκεια της κυοφορίας μέσα από τη μήτρα, αποδείχθηκε επίσης ότι

βοηθάει στη σταθεροποίηση των ζωτικών μετρήσεων των νεογνών, μειώνει σημαντικά τον καρδιακό ρυθμό και αυξάνει το επίπεδο κορεσμού του οξυγόνου στο αίμα (Taheri et al 2016).

Η ηχογραφημένη φωνή της μητέρας, είτε τραγουδώντας νανουρίσματα ή άλλους απλούς μελωδικούς σκοπούς με τη βοήθεια μουσικοθεραπευτή είτε διαβάζοντας από βιβλίο, η οποία ακούγονταν όταν ενεργοποιούνταν ειδική συσκευή με τη βοήθεια πιπίλας συνδεδεμένης με αυτή (PAM - Pacifier Activated Music player) είχε ενθαρρυντικά αποτελέσματα ως προς τη θρέψη των πρόωρων νεογνών. Η παρέμβαση ήταν ολιγόλεπτη (15 λεπτά της ώρας) αλλά γινόταν 5 φορές τη μέρα πριν από το τάισμα των νεογνών και έδειξε ότι βελτίωνε τις ικανότητες των νεογνών να θηλάζουν σε σχέση με αυτά που άκουγαν σποραδικά μόνο τη φωνή της μητέρας τους κατά την επίσκεψή της στη ΜΕΝΝ. Η ικανότητα δε των νεογνών να θηλάζουν καλύτερα βοήθησε στη γρηγορότερη αφαίρεση του καθετήρα σίτισης και στη μείωση των ημερών νοσηλείας. Συγκεκριμένα αναφέρεται μικρότερη νοσηλεία κατά 20%, χωρίς όμως το ποσοστό αυτό να είναι στατιστικά σημαντικό. Σύμφωνα και με προηγούμενες μελέτες που είχαν πραγματοποιηθεί με τη χρήση της συγκεκριμένης συσκευής αποδεικνύεται ότι τα νεογνά έχουν την ικανότητα να εκπαιδευθούν και να αναπτύξουν τις κινήσεις θηλασμού και κατάποσης με τη βοήθεια ηχητικών ερεθισμάτων που διεγείρουν το νευρικό τους σύστημα. Η χρήση της φωνής της μητέρας σε αυτή τη διεργασία, ως ενίσχυση, ήταν σημαντική (Chorna et al 2014).

Η ζωντανή παρουσία 18 μητέρων δίπλα στη θερμοκοιτίδα που συνοδεύονταν από τραγούδια και ομιλία προς τα πρόωρα νεογνά τους απέδειξε ότι είχε θετικές επιδράσεις στον κορεσμό οξυγόνου και στον καρδιακό ρυθμό, καθώς και λιγότερα δυσάρεστα περιστατικά (υποξαιμία, βραδυκαρδία, άπνοια). Οι μετρήσεις αυτές που πραγματοποιήθηκαν για 6 ημέρες, όσες ήταν και οι μέρες παρέμβασης, συγκρίθηκαν με εκείνες που είχαν πραγματοποιηθεί χωρίς να υπάρχει ακουστικό ερέθισμα από την πλευρά της μητέρας (Filippa et al 2013). Φαίνεται ότι κατά τη διαδικασία αυτή τα νεογνά επανασυνδέονται με τη γνώριμη - από τη μήτρα - φωνή της μητέρας τους κι αυτό δρούσε ευεργετικά. Είναι άλλωστε γνωστό, ότι τα νεογνά μπορούν να ακούσουν για πρώτη φορά τους χτύπους της καρδιάς της μητέρας τους από τη 16η εβδομάδα της κύησης (Loewy et al 2013).

Σε άλλη έρευνα, χρησιμοποιήθηκε μίξη ήχων και συγκεκριμένα συνδυασμός ηχογραφημένων ήχων της μήτρας μέσω συσκευής υπερήχων (ultrasonic Doppler) και των ήχων της μητέρας καθώς εκείνη τραγουδάει. Τα αποτελέσματα αυτής της παρέμβασης ήταν σημαντικά ως προς τη μείωση του καρδιακού ρυθμού των πρόωρων νεογνών που νοσηλεύονταν, τη βελτίωση της κατάστασης ύπνου - εγρήγορσης (sleep-wake state score) και των αντιδράσεων τους στον πόνο κατά τη διάρκεια αιμοληψίας, κάτι που συνεπάγεται εξοικονόμηση δυνάμεων και ενέργειας που είναι πολύτιμη για τα πρόωρα νεογνά (Shabani et al 2016).

Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε καμία ευεργετική επίδραση του νανουρίσματος στη φυσιολογία και συμπεριφορά 90 πρόωρων νεογνών, που δεν αντιμετώπιζαν άλλα προβλήματα υγείας και τα οποία άκουγαν μουσική (νανουρίσματα) μέσω ακουστικών σε ένταση 50- 60 dB για 20 λεπτά, και αφού είχαν περάσει 30 λεπτά μετά από το τελευταίο τάισμα και άλλη φροντίδα ρουτίνας. Οι μετρήσεις του καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού, ο κορεσμός οξυγόνου και η συμπεριφορά των νεογνών αυτών δεν είχαν σημαντικές αλλαγές (Alipour et al 2013). Πιθανώς ο χρόνος παρέμβασης να επηρέασε το αποτέλεσμα, καθώς συνέβη σε πολύ μικρό διάστημα μετά από το τάισμα.

Ζωντανή ή ηχογραφημένη μουσική;

Αντικείμενο έρευνας επίσης υπήρξε η σύγκριση ηχογραφημένων νανουρισμάτων με τη ζωντανή τους απόδοση. Σε 35 νεογνά (με ηλικία κύησης μικρότερη των 32 εβδομάδων) έγιναν μετρήσεις σε 3 διαφορετικές παρεμβάσεις στο καθένα από αυτά: 1) μετά από το άκουσμα ζωντανού νανουρίσματος, 2) μετά από το άκουσμα ηχογραφημένου νανουρίσματος και 3) χωρίς να ακουστεί κανένα νανούρισμα ή μουσική. Όταν τα νεογνά άκουγαν το νανούρισμα (είτε ζωντανά είτε ηχογραφημένο) υπήρχε σημαντική μείωση του καρδιακού τους ρυθμού. Μετά όμως από το ζωντανό νανούρισμα τα νεογνά κοιμόντουσαν βαθύτερα από ό,τι μετά από το άκουσμα ηχογραφημένου νανουρίσματος ή μετά από κανενός είδους παρέμβαση (Garunkstiene et al 2013).

Στην έρευνα των Loewy et al (2013) που προαναφέρθηκε, εκτός από το ζωντανό νανούρισμα από τους γονείς ή τον μουσικοθεραπευτή, χρησιμοποιήθηκαν επίσης δύο μουσικά όργανα: ένα κυλινδρικό όργανο που περιέχει μεταλλικά σφαιρίδια που όταν μετακινηθούν παράγουν ένα ηχητικό εφέ σαν τους ήχους της μήτρας (ocean disc) και ένα είδος κρουστού (gato box) που παράγει χαλαρωτικούς, ζεστούς ήχους με τη βοήθεια μπαγκέτας ή των δακτύλων του χεριού. Αυτά όταν χρησιμοποιούνταν ζωντανά είχαν σημαντική θετική επίδραση σε ζωτικά σημεία των νεογνών. Ειδικότερα μετά από τη χρήση του ocean disc τα νεογνά είχαν σημαντικά ποιοτικότερο ύπνο.

Σε έρευνα που έγινε για να διαπιστωθεί αν η μουσική μειώνει τα επίπεδα στρες σε νεογνά με πολύ χαμηλό σωματικό βάρος που νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ προτιμήθηκε η ζωντανή μουσική, γιατί σύμφωνα με τους ερευνητές υπερτερεί από την ηχογραφημένη. Στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι η ζωντανή μουσική παρέμβαση με τη βοήθεια μουσικοθεραπευτή που χρησιμοποιούσε έγχορδο μουσικό όργανο σε 20 πρόωρα νεογνά για χρονικό διάστημα 15 λεπτών μείωνε τα επίπεδα κορτιζόλης στο

αίμα, περιόριζε τα περιστατικά άπνοιας, ελαττωμένου κορεσμού οξυγόνου και βραδυκαρδίας. Επίσης τα αποτελέσματα από τη χρήση κλίμακας πόνου ήταν καλύτερα ακόμα και 4 ώρες μετά από τη ζωντανή μουσική σε σχέση με τις μετρήσεις που είχαν γίνει 15 λεπτά πριν από την παρέμβαση (Schwilling et al 2015).

Η ζωντανή μουσική, όταν έχει διαδραστικό χαρακτήρα με τη συμβολή ειδικού μουσικοθεραπευτή, μπορεί να έχει ακόμα πιο θετικά αποτελέσματα για τα νεογνά αλλά και για τους γονείς κυρίως σε ό,τι αφορά στη συναισθηματική στήριξη των νεογνών, στη σύνδεσή τους με τους γονείς και στην ικανοποίηση των γονέων (Haslbeck 2014).

Μουσική ανάλογη με την κουλτούρα

Παρόλο που το είδος της μουσικής που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι η κλασική καταβάλλονται προσπάθειες να ερευνηθούν και άλλα είδη μουσικής, ανάλογα με την κουλτούρα των ερευνητών και των νεογνών και να αναγνωριστεί τυχόν θετική επίδρασή τους, όπως πχ συνέβη σε έρευνα που έγινε για να βρεθούν τα αποτελέσματα της χρήσης τουρκικής μουσικής στη διάρκεια νοσηλείας των πρόωρων νεογνών σε ΜΕΝΝ της Τουρκίας, στον κορεσμό οξυγόνου τους και στα επίπεδα στρες τους και η οποία τελικά δεν οδήγησε σε στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα. Τα νεογνά που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα αυτή ήταν 60 και μοιράστηκαν σε 2 ομάδες. Σε κανένα από αυτά δεν αναφέρεται αν έγινε ακουστική εξέταση παρά μόνο διερεύνηση αν υπήρξε στο οικογενειακό τους περιβάλλον συγγενής με ακουστικά προβλήματα από την παιδική ηλικία (Aydin & Yildiz 2014).

Πιστεύεται πάντως ότι η μουσική παρέμβαση σε ΜΕΝΝ θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στον πολιτισμό, τις ευρύτερες κοινωνικές απόψεις και βέβαια στις ιδιαίτερες προτιμήσεις της οικογένειας των νεογνών. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η θετική επίδραση της μουσικής και αναπτύσσεται μια υγιής και σταθερή σχέση μεταξύ γονιών και νεογνών (Ettenberger 2017).

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΜΟΥΣΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ

Αναφέρθηκε ήδη η θετική επίδραση του ακούσματος μίξης ηχογραφημένων ήχων της μήτρας με τη φωνή της μητέρας στον πόνο νεογνών πριν και μετά από λήψη δείγματος αίματος, που θεωρείται σημαντική γιατί τα νεογνά - ιδιαίτερα τα πρόωρα - δαπανούν πολλή ενέργεια για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στις επώδυνες αιμοληψίες (Shabani et al 2016).

Σε άλλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε πρόωρα νεογνά σε ΜΕΝΝ, ο συνδυασμός χορήγησης γλυκόζης και μουσικής παρέμβασης αποδείχθηκε ότι είναι ένας ασφαλής και αποτελεσματικός τρόπος μείωσης του πόνου μετά από επώδυνα ερεθίσματα (Bergomi et al 2014). Αντίθετα σε κλινική μελέτη που έγινε προσπάθεια να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα της χορήγησης γλυκόζης μόνης ή σε συνδυασμό με μουσική παρέμβαση ή μετά από μουσική παρέμβαση μόνο κατά τη διάρκεια επώδυνης ιατρικής διαδικασίας (αιμοληψία) σε πρόωρα νεογνά υπήρξαν αμφίβολα αποτελέσματα (Cardoso 2014).

Ενθαρρυντικά ήταν τα αποτελέσματα έρευνας 50 νεογνών σε ΜΕΝΝ. Στα 25 από αυτά, στα οποία εφαρμόστηκε παρέμβαση με μελωδικούς ήχους πιάνου με τη βοήθεια ηχητικής συσκευής (MP3 player) που ακούγονταν σε ένταση 65 dB και βρίσκονταν σε απόσταση ενός μέτρου από το νεογνό, παρατηρήθηκε θετική επίδραση στον καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό κατά τη διάρκεια τρυπήματος του άκρου ποδιού του νεογνού. Επειδή πρόκειται για ασφαλή και χαμηλού κόστους παρέμβαση συνιστάται η εφαρμογή της από τους ερευνητές ως μη φαρμακολογική αντιμετώπιση του πόνου σε νεογνά (Marofi et al 2015).

Ο συνδυασμός μουσικής και αγγίγματος - χαδιού είναι πιθανό να μειώνει τον πόνο πρόωρων νεογνών σε ΜΕΝΝ αυξάνοντας σημαντικά τα επίπεδα β-ενδορφινών. Με νανουρίσματα και απλά τραγούδια μέσω εφαρμογής ηχητικού συστήματος και με το απαλό άγγιγμα του κεφαλιού του νεογνού και του δεξιού του ώμου με τα χέρια του νοσηλευτή βρέθηκε ότι ανακουφίζονται τα πρόωρα νεογνά από επώδυνες διαδικασίες που μάλιστα μετρήθηκαν ότι είναι κατά μέσο όρο 29 με 35,5 σε χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων (Qiu et al 2017).

Για την εκτίμηση του πόνου στα νεογνά χρησιμοποιήθηκαν διάφορες μέθοδοι, όπως το «Neonatal Facial Coding System» (NFCS) που εκτιμάει μορφασμούς του νεογνού οι οποίοι υποδηλώνουν πόνο (χαμήλωμα βλεφάρων, έντονα κλειστά μάτια, σφίξιμο χειλιών κλπ), η κλίμακα πόνου «Bernese Pain Scale for Neonates», η κλίμακα «Premature Infant Pain Scale» (Shabani et al 2016, Schwilling et al 2015, Qiu et al 2017).

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι οι γονείς πρόωρων νεογνών βρίσκονται αντιμέτωποι με αυξημένα επίπεδα στρες, αγωνίας και κατάθλιψης τόσο κατά την παραμονή των νεογνών τους σε ΜΕΝΝ όσο και μετά από τη λήξη της νοσηλείας τους (Carson et al 2015). Η αδυναμία των γονέων να είναι συνέχεια δίπλα στα νεογνά τους και να τα φροντίζουν, όπως εκείνοι θέλουν, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μακροχρόνιες επιπτώσεις τόσο στη νευροσυμπεριφορά και στην ψυχολογική ευεξία των νεογνών όσο και στην ψυχική κατάσταση των γονέων (Shoemark et al 2015). Οι μουσικές δραστηριότητες με τα νεογνά και βρέφη θεωρούνται εξίσου ευεργετικές για τους γονείς αφού αποτελούν ένα μέσο συναισθηματικής έκφρασης και ενίσχυσης του δεσμού με αυτά ενδυναμώνοντας την επικοινωνία, τη χαλάρωση, την καλή διάθεση και αυξάνοντας γρήγορα την οικειότητα μεταξύ τους. Επίσης κατά τη διάρκεια φωνητικών ή μουσικών παρεμβά-

σεων η μητέρα και ο πατέρας μαθαίνουν να προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες και την συμπεριφορά των νεογνών τους, με αποτέλεσμα να αποκτούν αυτοπεποίθηση ως γονείς (Sulkin & Brodsky 2015).

Η μουσική παρέμβαση πριν και κατά τη διάρκεια της συλλογής μητρικού γάλακτος με ειδική αντλία είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση τους άγχους που είναι αυξημένο σε μητέρες πρόωρων νεογνών που νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ και τη μεγαλύτερη παραγωγή γάλακτος. Το μητρικό γάλα είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα πρόωρα νεογνά. Περιέχει σημαντικά αντιοξειδωτικά και ένζυμα, βοηθάει στην ανάπτυξη και λειτουργία των νευρώνων και μειώνει κατά 20% τη θνητότητα των πρόωρων νεογνών. Αντιθέτως, όταν μετρήθηκαν τα επίπεδα του στρες (με τη βοήθεια της κλίμακας PSS «Perceived Stress Scale», αλλά και με λήψη σιέλου για εξέταση των επιπέδων κορτιζόλης) σε μητέρες που δεν άκουγαν μουσική βρέθηκαν μεγαλύτερα και το γάλα τους ήταν λιγότερο (Jayamala et al 2015).

ΕΝΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΗΣ

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής το επίπεδο των θορύβων που ακούνε τα νεογνά δεν πρέπει να ξεπερνάει τα 45 dB. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε ένα ήσυχο δωμάτιο οι ήχοι που υπάρχουν φθάνουν περίπου τα 47 dB και αυξάνονται στα 59 dB μόνο με το άκουσμα των ηχητικών συναγερμών (alarms) των συσκευών παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών των νεογνών (Allen 2013, White et al 2013). Η νομοθεσία σε διάφορες χώρες όμως πιθανόν να επιτρέπει διαφορετικά όρια, όπως π.χ. συμβαίνει στη Βραζιλία όπου είναι αποδεκτοί ήχοι ως 60 dB μέσα στη θερμοκοιτίδα (Silva et al 2013). Έτσι στις διάφορες έρευνες που μελετήθηκαν χρησιμοποιήθηκαν ήχοι διαφόρων εντάσεων.

Η επιλογή της έντασης θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή αφού τα πρόωρα νεογνά είναι ικανά να αντιδράσουν ακόμα και σε πολύ μικρές διακυμάνσεις του ακουστικού τους περιβάλλοντος 5 με 10 dBA, όπου dBA αντί του απλού dB είναι μετρήσεις της έντασης που έχουν προσαρμοστεί στην προσπάθεια να ληφθεί υπόψη η ευαισθησία του ανθρώπινου αυτιού σε διαφορετικές συχνότητες του ήχου (Kuhn et al 2012).

Η διάρκεια επίσης της μουσικής παρέμβασης είχε μεγάλες διαφοροποιήσεις στις διάφορες έρευνες που μελετήθηκαν και κυμαίνονταν από λίγα λεπτά της ώρας ως αρκετά μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Το ίδιο και η συχνότητα καθώς και η χρονική στιγμή εφαρμογής της μουσικής ήταν διαφορετικές από έρευνα σε έρευνα.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Οι νοσηλευτές που προσπαθούν με μη φαρμακολογικές μεθόδους να βοηθήσουν τα νεογνά που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας φαίνεται ότι δεν καταφεύγουν στη μουσική, τουλάχιστον όχι τόσο συχνά όσο σε άλλα μέσα όπως είναι η αλλαγή της θέσης των νεογνών (82%), το μασάζ (80,1%), η χρήση πιπίλας (65,7%), ο θηλασμός (61,2%), ο εναγκαλισμός σαν καγκουρό (43,3%) και η μείωση των παραγόντων που προκαλούν εκνευρισμό (37,3%). Μουσική εφαρμόζει μόνο το 34,3% των νοσηλευτών. Η πλειοψηφία αυτών προτιμάει την ηχογραφημένη μουσική από τη ζωντανή ή το νανούρισμα της μητέρας, για διάστημα 30-60 λεπτά της ώρας και πιστεύει ότι η μουσική πρέπει να ακούγεται σε ώρες ανάπαυσης σε χαμηλή ένταση. Τα παραπάνω βρέθηκαν σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών στην Τουρκία το 2012 (Aydin & Cifici 2015).

Ανάμεσα, επίσης, σε 294 νοσηλευτές που έλαβαν μέρος σε έρευνα σε 8 ΜΕΝΝ της Φινλανδίας μόνο το 11% αυτών κατέφυγε στη μουσική για να ανακουφίσουν τα νεογνά από τον πόνο, παρόλο που σε άλλη έρευνα οι Φιλανδοί νοσηλευτές βρέθηκε ότι πιστεύουν ότι η μουσική μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στα πρόωρα νεογνά, τους γονείς και το προσωπικό και οι απόψεις τους ήταν θετικές ως προς τη χρήση της μουσικής σε ΜΕΝΝ (Pöllki et al 2012, Pöllki et al 2016).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπάρχουν στοιχεία που συνηγορούν στις θετικές επιδράσεις που προκύπτουν από τη χρήση της μουσικής και άλλων ήχων (με τη μορφή νανουρίσματος, μελωδίας, τραγουδιών, ομιλίας από τους γονείς κλπ) στα πρόωρα νεογνά που νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του στρες, καλύτερες συνθήκες ύπνου κατά τη νοσηλεία τους και εξοικονόμηση πολύτιμης ενέργειας. Βρέθηκε επίσης βελτίωση του αναπνευστικού και καρδιακού τους ρυθμού και του κορεσμού οξυγόνου στο αίμα άλλοτε σε σημαντικό βαθμό και άλλοτε όχι. Δυσάρεστα περιστατικά, όπως άπνοια, βραδυκαρδία, κλάμα φαίνεται ότι ελαττώθηκαν, ενώ αυξήθηκαν οι ικανότητες θηλασμού και θρέψης. Από τη μουσική παρέμβαση φαίνεται ότι ωφελήθηκαν και οι γονείς, αφού μειώθηκε το άγχος τους, βελτιώθηκαν οι συνθήκες επικοινωνίας με τα νεογνά τους και ενισχύθηκε ο δεσμός τους στη διάρκεια των επισκέψεων τους στη ΜΕΝΝ.

Καθώς οι περισσότερες έρευνες αφορούν σε μικρό αριθμό νεογνών με ανομοιογενή δημογραφικά στοιχεία, για περιορισμένο χρονικό διάστημα και χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη μεθοδολογία χρειάζεται η καθιέρωση πρωτοκόλλων για τη χρήση της μουσικής και άλλων ήχων ως υποστηρικτικά μέσα των πρόωρων νεογνών, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τις εξατομικευμένες ανάγκες τους, αλλά και καλός σχεδιασμός για την έρευνα των αποτελεσμάτων. Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζεται σε ΜΕΝΝ, στην υποστήριξη των νεογνών με τη βοήθεια της μουσικής είναι σημαντική αλλά απαιτείται σωστή ενημέρωση και εκπαίδευσή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aita M., Johnston C., Goulet C., Oberlander TF. & Snider L. (2012). Intervention Minimizing Preterm Infants' Exposure to NICU Light and Noise. *Clinical Nursing Research* 22 (3):337-358.

Alipour Z., Eskandari N., Tehran HA. & Hossaini SKE. (2013). Effects of music on physiological and behavioral responses of premature infants: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 19: 128-132.

Allen K. (2013). Music Therapy in the NICU: Is there Evidence to support Integration for Procedural Support? *Advanced Neonatal Care* 13(5).

Aydin D. & Cifici E. (2015). Nurse's Views of the Use of Music in the Neonatal Intensive Care Units in Turkey. *Balkan Journal of Health Science* 3(3-4): 65-72.

Aydin D. & Yildiz S. (2012). Effect of classical music on stress among preterm infants in a neonatal intensive care unit. *HealthMED* 6(9): 3176-82.

Aydin D. & Yildiz S. (2014). Effect of Turkish music that premature infants are made to listen during care on stress, oxygen saturation level and length of hospital stay. *International Journal of Human Sciences* 11(1): 1343-59.

Bergami P., Chieppi M., Maini A., Mugnos T., Spotti D., Tzialla C. & Scudeller L. (2014). Nonpharmacological technique to reduce pain in preterm infants who receive heel-lance procedure: A randomized controlled trial. *Research and Theory for Nursing Practice* 28(4): 335-348.

Cardoso M. (2014). Music and 25% glucose pain relief for the premature infant: a randomized clinical trial. *Revista. Latino-Am Enfermagem* 22(5): 810-8.

Carson C., Redsaw M., Gray R. & Quigley MA. (2015). Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: Evidence from the UK Millennium Cohort Study. *BMJ Open* [18 Dec 2015,5(12):e007942].

CDC (Center of Disease Control and Prevention), US Department of Health and Human Services, USA (2017). Preterm birth. [Online]. (Updated 25 Oct 2017) Available at: https://www. cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm [accessed 28 Oct 2017].

Chorna O., Slaughter J., Wang L., Stark A. & Maitre N. (2014). A Pacifier-Activated Music Player With Mother's Voice Improves Oral Feeding in Preterm Infants. *Pediatrics* 133(3): 462-468.

Ettenberger M. (2017). Music therapy in the neonatal intensive care unit: Putting the families at the centre of care. *British Journal of Music Therapy* 31(1):12-17

Filippa M., Devouche E., Arioni C., Imberty M. & Gratier M. (2013). Live maternal speech and singing have beneficial effects on hospitalized preterm infants. *Acta Pediatrica* 102: 1017-1020.

Flacking R., Lehtonen L., Thomson G., Axelin A., Ahlqvist S., Moran VH, Edwald U. & Dykes E. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica* 101: 1032-7.

Garunkstiene R., Buinauskiene J., Uloziene I. & Markuniene E. (2013). Controlled trial of live versus recorded lullabies in preterm infants. *Nordic Journal of Music Therapy* 23(1)

Haslbeck FB. (2014). The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: A qualitative analysis. *Nordic Journal of Music Therapy* 23(1):36-70.

Hovel H., Partanen E., Huotilainen M., Lindgren M., Rosen I. & Fellman V. (2014). Auditory event-related potentials at preschool age in children born very preterm. *Clinical Neurophysiology* 125: 449-56.

Jabraelli M., Sabet T., MustafaGharebaghi M., Ashgari JM. & Arshadi M. (2016). The Effect of Recorded Mum's Lullaby and Brahm's Lullaby on Oxygen Saturation in Preterm Infants: a Randomized Double-Blind Clinical Trial. *Journal of Caring Science* 5(1): 85-94.

Jayamala AK., Lakshmanagowda PB., Pradeep G. & Goturu J. (2015). Impact of Music Therapy on Breast Milk Secretion in Mothers of Premature Newborns. [Online]. Available at: *www.jcdr.net* 2015 Apr;9(4):CC04-CC06.

Keidar HR., Mandel D., Mimouni FB & Lubetzky R. (2014). Bach music in preterm infants: no 'Mozart effect' on resting energy expediture. *Journal of Perinatology* 34: 153-155.

Kuhn P., Zores C., Pebayle T., Hoeft A., Langlet C., Escande B. Astruc D. & Dufour A. (2012). Infants born very preterm react to variations of the acoustic environment in their incubator from a minimum signal-to-noise ratio threshold of 5 to 10 dBA. *Pediatric RESEARCH* 71(4): 386-392.

Loewy J., Stewart K., Dassler A-M., Telsey A. & Homel P. (2013). The effects of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature infants. *Pediatrics* 131: 902-918.

MacDorman M. & Mathews TJ. (2008). Recent trends in infant mortality in the United States. [Online]. Available at: www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db09.pdf [accessed 18 Jul 2017].

Marofi M., Nikobakht F., Badiee Z. & Golchin M. (2015). The effect of melody on the physiological responses of heel sticks pain in neonates. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research* 20(3): 405-408.

Moran CA., Cacho R., Cacho E., Sousa K., de Souza JC., da Fonseca Filho GG. & Pereira SA. (2015). Use of music during physical therapy intervention in a neonatal intensive care unit: a randomized controlled trial. *Journal of Human Growth and Development* 25(2): 177-181.

Pöllki T., Korhonen A. & Laukkala H. (2012). Nurses' expectations of using music for premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing* 27(4): e29-e37.

Pöllki T., Laukkala H. & Korhonen A. (2016). Nurses' and Parents' Perceptions of Parental Guidance on Using Nonpharmacological Pain-Relieving Methods Among Neonates in the NICU. *Pain Management \Nursing* 17(4):272-280.

Qiu J., Jiang Y., Tong FL., Rong H. & Cheng R. (2017). Effect of combined music and touch intervention on pain response and ß-endorphin and cortisol concentrations in late preterm infants. *BMC Pediatrics* 17:38 DOI 10.1186/s12887-016-0755-y

Schwilling D., Vogeser M., Kirchhoff F., Boulesteix A., Schulze A. & Flemmer A. (2015). Live music reduces stress levels in very low-birthweight infants. *Acta Pediatrica* 104: 360-367.

Shabani F., Nayeri ND., Karimi R., Zarei K. & Chehrazi M. (2016). Effects of music therapy on pain responses induced by blood sampling in premature infants: A randomized cross-over trial. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research* 21(4): 391-396.

Shoemark H., Abromeit D. & Stewart L. (2015). Constructing optimal experience for the hospitalized newborn through neuro-based music therapy. *Frontiers in Human Neuroscience* 9(487).

Silva CM., Cacao JM., Silva KC., Marques CF. & Merey LS. (2013). Physiological responses of preterm newborn infants submitted to classical music therapy. *Revista Paulista de Pediatria* 31(1): 30-6.

Simmons LVE., Rubens CE., Darmstadt GL. & Gravett MG. (2010). Preventing preterm birth and neonatal mortality: Exploring the epidemiology, causes, and interventions. *Seminars in Perinatology* 34: 403-415.

Standley J. (2012). Music therapy research in the NICU: an updated meta-analysis. *Neonatal Network* 31(5): 311-316.

Sulkin I. & Brodsky W. (2015). Parental preferences to music stimuli of devices and playthings for babies, infants and toddlers. *Psychology of Music* 43(3): 307-320.

Taheri L., Jahromi MK., Abbasi M. & Hojat M. (2016). Effect of recorded male lullaby on physiological response of neonates in NICU. *Applied Nursing Research* 33: 127-130.

Vinall J., Miller SP., Bjornson BH., Fitzpatrick K., Poskitt K., Brant R., Synnes AR., Cepeda I. & Grunau R. (2014). Invasive procedures in preterm infants: Brain and cognitive development at school age. *Pediatrics* 133(3): 412-421.

White RD., Smith JA. & Shepley MM. (2013). Recommended standards for newborn ICU design, eighth edition. *Journal of Perinatology* 33: s2-s16.

Zhao TC. & Kuhl P. (2016). Musical intervention enhances infants' neural processing of temporal structure in music and speech. *PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America)* 113(19): 5212-5217.

REVIEW

Supporting with music and other sounds infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Units

Maria Georgiadi[1] , Ioanna Dimtsou[2], Stella Sotiraki[3]
1. RN, General Hospital of Mytilene "Vostaneio",
2. RN, MSc, Anticancer Hospital of Thessaloniki "Theageneio",
3. Student of French Language and Literature Department, Aristotle University of Thessaloniki

ABSTRACT
Newborn infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Units directly after labor have increased needs that include the infants' vital signs and providing a safe environment for them. The above mentioned newborns, mostly preterm infants, are in risk of increased morbidity and mortality. The aim of the present literature review is to present the impact of music and other sounds in the clinical status of newborns hospitalized in Intensive Care Units. The conditions of their hospitalization with the annoying noise, bright lights, absence of parents and frequent medical procedures can cause stress affecting the infants' development. The use of music and other sounds in the Intensive Care Unit can cover unpleasant noise and has been found to induce stress levels providing calm, less cry and better sleep conditions for preterm newborns. An improvement in their cardiac and respiratory rate, an increase in oxygen saturation and better sucking behaviours were found leading to improved feeding status. Mothers' presence while singing lullabies or talking to their infants resulted in less side effects such as bradycardia, apnoea, and hypoxia. Parents also benefited as they their stress levels dropped and developed better communication with their infants. As a non-pharmacological method used to reduce pain sometimes had positive effects and sometime not. Furthermore, music is considered to be safe and of low cost intervention.

Keywords: : infants, intensive care units, music.

Corresponding Author: Ioanna Dimtsou,
e-mail: jdimtsou@yahoo.com,
tel. +302310818832, cell phone 6947219318

Submission Date: 29/07/2017

Citation: Georgiadi M., Dimtsou I., Sotiraki S. (2018). Supporting infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Units with music and other sounds. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(2): 11-18.

Εφαρμογή των θεωριών παρακίνησης για τη διατύπωση ενός πλαισίου κινήτρων του ιατρικού προσωπικού στην Ελλάδα της κρίσης

Χρυσοβαλάντης Καραγκούνης[1], Θάλεια Μπελλάλη[2]
1. Νοσηλευτής – Ψυχολόγος, «Βοήθεια Στο Σπίτι Ελαφίνας», Δήμος Κατερίνης
2. Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν να τεκμηριώσει την ανάγκη παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα στη χώρα μας, να αξιολογήσει την πρακτική εφαρμογή των θεωριών παρακίνησης στο μόνιμο ιατρικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων και να παρουσιάσει ένα ρεαλιστικό πλαίσιο κινήτρων για αυτό το προσωπικό, με στόχο να βελτιωθεί η ποιότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε πως η παροχή εξωγενών και ενδογενών κινήτρων στο μόνιμο ιατρικό προσωπικό των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων αποτελεί επιτακτική ανάγκη, ιδιαίτερα στις μέρες μας, όπου οι περιορισμένοι πόροι στον τομέα της υγείας, λόγω της οικονομικής κρίσης, ενίσχυσαν το φαινόμενο της *«διαρροής εγκεφάλων»* (πάνω από 4.000 Έλληνες ιατροί αιτήθηκαν το 2013 για θέσεις εργασίας στο εξωτερικό) και τα επαγγελματικά προβλήματα των ιατρών (επαγγελματική εξουθένωση, στρες, μείωση αποδοχών), με αποτέλεσμα τη χαμηλή ικανοποίησή τους από την εργασία και κατ' επέκταση τη χαμηλότερη απόδοσή τους. Ωστόσο, για την αποτελεσματικότερη παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού, είναι σημαντικό να αναγνωριστούν οι ανάγκες και να καταγραφούν τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου ιατρού, έτσι ώστε να επιλεχθούν οι κατάλληλες μέθοδοι και θεωρίες παρακίνησης στο πλαίσιο ενός ρεαλιστικού σχεδιασμού κινήτρων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις- κλειδιά: εργασιακή απόδοση, εργασιακή ικανοποίηση, θεωρίες κινήτρων, ιατρικό προσωπικό, οικονομική κρίση

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Χρυσοβαλάντης Καραγκούνης
e-mail: kchrysov@gmail.com
Διεύθυνση: Βάρναλη 1, Τ.Κ. 60100, Κατερίνη
Τηλέφωνο: 6970712409

Αναφορά του άρθρου ως: Καραγκούνης Χ., Μπελλάλη Θ. (2018). Εφαρμογή των θεωριών παρακίνησης για τη διατύπωση ενός πλαισίου κινήτρων του ιατρικού προσωπικού στην Ελλάδα της κρίσης. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(2): 19-28.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Το ιατρικό προσωπικό αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την αποτελεσματικότητα όλου του συστήματος υγείας**
- **Η παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού ενισχύει την εργασιακή του απόδοση και ικανοποίηση, μειώνοντας το φαινόμενο της *«διαρροής εγκεφάλων»* (brain drain)**
- **Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός ενός ρεαλιστικού πλαισίου κινήτρων του ιατρικού προσωπικού πρέπει να λαμβάνει υπόψη κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά κάθε ιατρού**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά τις τεχνολογικές εξελίξεις κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οι ανθρώπινοι πόροι εξακολουθούν να θεωρούνται ως ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες για την επιτυχία των στόχων ενός Οργανισμού. Ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως ένας χώρος «εντάσεως εργασίας» αναφορικά με την παροχή και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο του (Shanks 2007).

Θεμελιώδες στοιχείο για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η διαμόρφωση αποτελεσματικής παρακίνησης των εργαζομένων. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, η ανθρώπινη συμπεριφορά κατευθύνεται και διατηρείται στα επιθυμητά πλαίσια που έχει θέσει ο οργανισμός για την επίτευξη των στόχων του (Kreitner 1995). Σύμφωνα με την Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1997), τα κίνητρα αποτελούν βασικό συστατικό της παρακίνησης και χωρίζονται σε ενδογενή ή μη οικονομικά, τα οποία αναφέρονται στο πόσο ικανοποιημένο και ολοκληρωμένο νιώθει το άτομο από την εργασία του και σε εξωγενή ή οικονομικά, που αφορούν τις οικονομικές αποδοχές, το κύρος, τα προνόμια, την αύξηση μισθού κ.α.

Η επιτυχής διαχείριση του ιατρικού προσωπικού αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις και στόχους για τις διοικητικές αρχές των νοσοκομείων, καθώς σχετίζεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η οποία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητα όλου του συστήματος υγείας (Tsounis et al 2014). Η κατανόηση των κινήτρων του ιατρικού προσωπικού συνιστά σημαντικό ζητούμενο στο χώρο της υγείας, καθώς τα κίνητρα συνδέονται άρρηκτα με την απόδοση, αλλά και με την ικανοποίηση των εργαζομένων (Berry & Houston 1993). Για παράδειγμα, όσο πιο ικανοποιημένος είναι ένας ιατρός από την εργασία του, τόσο πιο πρόθυμος είναι να εργάζεται περισσότερο και κατά επέκταση πιο αποδοτικός. Αντιθέτως, η δυσαρέσκεια των ιατρών από την εργασία τους έχει βρεθεί να σχετίζεται με το στρες, την επαγγελματική εξουθένωση, τα ιατρικά σφάλματα, τη μειωμένη ποιότητα και το αυξημένο κόστος της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς και τα αυξημένα ποσοστά παραίτησης από την εργασία ή την αναζήτηση εργασίας σε διαφορετικά πλαίσια και κυρίως σε χώρες του εξωτερικού (Bogue et al 2006, Ifanti et al 2014).

Σύμφωνα με τον Locke (1976), η εργασιακή ικανοποίηση ορίζεται ως *«η θετική συναισθηματική ανταπόκριση του ατόμου προς το συγκεκριμένο έργο που ασκεί, η οποία πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό παρέχει πλήρωση ή επιτρέπει την πλήρωση των εργασιακών αξιών του ατόμου»*. Η εργασιακή ικανοποίηση και τα κίνητρα, παρόλο που δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμα, έχουν ταυτοποιηθεί ως σημαντικά στοιχεία για τη διατήρηση και τη βελτίωση της απόδοσης του ιατρικού προσωπικού (Kivimaki et al 1995, Tzeng 2002, Mbindyo et al 2009). Ιδιαίτερα, σε περιόδους οικονομικής κρίσης όπως συμβαίνει στις μέρες μας, η παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού συνιστά αδήριτη ανάγκη και προτεραιότητα σε μία προσπάθεια διαφύλαξης και βελτίωσης της αποδοτικότητας, της οικονομικής αποτελεσματικότητας και της κοινωνικής ισότητας (Tsounis et al 2014).

Ενώ από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται ότι πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με το θέμα της παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού (Lazaro & Azcona 1996, Ratanawongsa et al 2006, Janus et al 2008, Scott et al 2011, Barikani et al 2013, Conrad et al 2015, Emanuel et al 2016, Lagarde & Blaauw 2017, Waddimba et al 2017), η ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας δείχνει ότι οι περισσότεροι ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την παρακίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού (Σπυράκη & συν 2005, Σαραφίδης & Τσιώρα 2006, Ευθυμίου 2008, Γάκη 2010, Κοσμίδης 2011, Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου 2011, Μπακόλα & συν 2015, Μπραούδακης 2017, Πίκουλα 2017), ενώ ελάχιστες μελέτες έχουν γίνει για το ιατρικό προσωπικό (Γιαννόπουλος 2008, Κανελλόπουλος 2012, Ζώγα 2016).

Η μελέτη της παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού της χώρας μας είναι απαραίτητη, ιδιαίτερα στις μέρες μας που λόγω της οικονομικής κρίσης μειώνεται η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ ταυτόχρο-

να αυξάνονται οι εισαγωγές των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία (Tsounis et al 2014) και οι εισαγωγές των ασθενών στα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν μειωθεί κατά 30% (Kentikelenis et al 2011). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο μισθός του ιατρικού προσωπικού έχει μειωθεί κατά 40% τουλάχιστον, γεγονός που σημαίνει ότι ο μέσος μηνιαίος μισθός ενός νεοδιορισμένου ιατρού στο δημόσιο νοσοκομείο είναι περίπου στα 1100€ και κατατάσσεται στο χαμηλότερο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ (Reginato & Grosso 2011), όπου συνδυαστικά με την υπερβολική φορολογία, το ετήσιο εισόδημα του ιατρικού προσωπικού βρίσκεται σε επίπεδο κάτω από το ελάχιστο όριο που απαιτείται για την άσκηση της ιατρικής με κίνητρα (Trachana 2013). Την ίδια χρονική στιγμή, αυτή η πολιτική εξοικονόμησης πόρων έχει προκαλέσει «πάγωμα» στις προσλήψεις νέου ιατρικού προσωπικού, εντείνοντας έτσι τον ήδη υψηλό φόρτο εργασίας που αντιμετωπίζουν οι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων (Karanikolos et al 2013).

Υπό αυτές τις συνθήκες, σύμφωνα με τους Tsounis et al (2014), η καλύτερη αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων και ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού, μέσω της παρακίνησης, αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο για την ικανοποίηση του ιατρικού προσωπικού, αλλά και για την ενίσχυση της αποδοτικότητας και ποιότητας όλου του υγειονομικού συστήματος.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν να τεκμηριώσει την ανάγκη παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα στη χώρα μας, να αξιολογήσει την πρακτική εφαρμογή των θεωριών παρακίνησης στο μόνιμο ιατρικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων και να παρουσιάσει ένα ρεαλιστικό πλαίσιο κινήτρων για το μόνιμο ιατρικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων, με στόχο να βελτιωθεί η ποιότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΝΤΑΜΟΙΒΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Τα αποτελέσματα που καταγράφονται για την απόδοση του ιατρικού προσωπικού, μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται να είναι αποθαρρυντικά. Οι απαιτήσεις του επαγγέλματος, το χαμηλό ηθικό, η οικονομικοκοινωνική κρίση, η αμέλεια των αρχών να αντιμετωπίσει τα προβλήματα και η έλλειψη οργανωσιακής κουλτούρας στα νοσοκομεία, καθιστούν απαραίτητη την παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού και την ενίσχυση της εργασιακής απόδοσης και ικανοποίησής τους με κατάλληλες παρεμβάσεις (Rowe et al 2005, Nantha 2013).

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι τα χαμηλά κίνητρα και τα επαγγελματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι ιατροί, όπως η επαγγελματική εξουθένωση και το στρες σχετίζονται με τη χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση (Firth-Cozens & Greenhalgh 1997, McManus et al 2002, Lepnurum et al 2006). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2003), τα χαμηλά κίνητρα και τα επαγγελματικά προβλήματα του ιατρικού προσωπικού αποτελούν προωθητικούς παράγοντες για τη μετανάστευσή τους τόσο από την περιφέρεια στις μεγάλες αστικές περιοχές, όσο και σε άλλες χώρες, ενισχύοντας το φαινόμενο της *«διαρροής εγκεφάλων»* (brain drain). Στη χώρα μας, εκτός από τα χαμηλά κίνητρα και τα επαγγελματικά προβλήματα των ιατρών, η οικονομική κρίση αποτελεί τον κύριο λόγο μετανάστευσης των ελλήνων ιατρών (Zahariadis et al 2013, Ifanti et al 2014).

Δεδομένα από τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών (ΙΣΑ) που δημοσιεύτηκαν το 2012, δείχνουν ότι σημειώνεται μία πενταπλάσια αύξηση στον αριθμό εξειδικευμένων ελλήνων ιατρών που μεταναστεύουν στο εξωτερικό σε σύγκριση με το 2007 (από 292 το 2007 σε 1166 το 2012). Επίσης, ένας στους τρεις γιατρούς που είναι μέλη του ΙΣΑ φαίνεται να είναι άνεργος ή απασχολούμενος με μερική απασχόληση ή έχει ήδη μεταναστεύσει στο εξωτερικό, ενώ τέσσερις στους πέντε νέους γιατρούς αντιμετωπίζουν παρόμοιες συνθήκες εργασίας (ΙΣΑ 2013).

Από το 2007 έως το 2009, 1635 γιατροί ζήτησαν να διαγραφούν από την λίστα μελών του ΙΣΑ, επειδή εργάζονταν στο εξωτερικό, ενώ κατά την περίοδο 2010-2011 άλλοι 2115 γιατροί εγκατέλειψαν το Σύλλογο. Για την αντιμετώπιση της παραπάνω ανησυχητικής κατάστασης, το Φεβρουάριο του 2013, για πρώτη φορά στη μακροχρόνια ιστορία του (έτος ίδρυσης το 1924), ο ΙΣΑ δημιούργησε μια εσωτερική υπηρεσία αναζήτησης θέσεων εργασίας για τα μέλη της (ΙΣΑ 2013). Τα στοιχεία έδειξαν ότι περισσότεροι από 4000 Έλληνες γιατροί ζήτησαν θέσεις εργασίας στο εξωτερικό, όπου πάνω από το 60% αυτών των ιατρών ήταν εξειδικευμένοι (Tsolakidou 2013).

Επιπλέον, μια άλλη σοβαρή αιτία πίσω από τη *«διαρροή εγκεφάλων»* των ιατρών στην Ελλάδα, είναι ο μεγάλος αριθμός ιατρών στη χώρα μας. Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ του 2011, η Ελλάδα διέθετε τον μεγαλύτερο αριθμό ιατρών κατά κεφαλήν μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, με 6,1 ανά 1000 κατοίκους. Μάλιστα, οι εξειδικευμένοι ιατροί στην Ελλάδα είναι πολύ περισσότεροι από τους γενικούς ιατρούς (GPs) και ως εκ τούτου, είναι σαφές ότι η πλειονότητα των γιατρών δεν μπορεί να απορροφηθεί, είτε στο δημόσιο, είτε στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια οικονομικής ύφεσης (OECD 2011).

Συγκεκριμένα, η οικονομική κρίση της χώρας μας οδήγησε σε μείωση των δαπανών υγείας με αποτέλεσμα οι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων να εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης, με μειωμένο εργατικό δυναμικό στις μονάδες (άρα περισσότερες εφημερίες και λιγότερες άδειες), με χαμηλότερες αποδοχές και με αυξημένο αριθμό ασθενών, αφού οι ασθενείς αδυνατούν να πληρώσουν εξωτερικούς ιδιώτες ιατρούς (Scheurer et al 2009, Πέ-

λεχας & Αντωνιάδης 2013). Ομοίως και στον ιδιωτικό τομέα, αν και οι συνθήκες εργασίας είναι καλύτερες ως προς τον αριθμό των ασθενών και ως προς τη στελέχωση των μονάδων, οι ιατροί έχουν να αντιμετωπίσουν την πίεση που ασκείται από τις διοικητικές αρχές των ιδιωτικών νοσοκομείων για μέγιστη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα, καθώς επίσης και την εργασιακή ανασφάλεια και το φόβο της απώλειας εργασίας, δεδομένου ότι δεν υπάρχει το καθεστώς της μονιμότητας (Dekker & Schaufeli 1995).

Η διεθνής βιβλιογραφία δίνει έμφαση στη σημασία τόσο των εξωγενών (οικονομικών), όσο και των ενδογενών (μη οικονομικών) κινήτρων ως προς την ενίσχυση του ιατρικού προσωπικού (Rodwin 2004), ανεξάρτητα από την πολιτισμική και κοινωνικοοικονομική διαφορετικότητα των ιατρών και ανεξάρτητα από το δημόσιο ή ιδιωτικό χαρακτήρα των μονάδων υγείας όπου εργάζονται (Franco et al 2004, Ratanawongsa et al 2006, Κανελλόπουλος 2012, Alhyas et al 2013, Γραμματικόπουλος & συν 2013, Ojakaa et al 2014, Dagne et al 2015).

Ορισμένα οικονομικά κίνητρα του ιατρικού προσωπικού διαφοροποιούνται μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία η πολιτική όσον αφορά στα κίνητρα, περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο ρυθμίζει μια σειρά από σημαντικά ζητήματα, όπως προσλήψεις, μισθοί, κ.α. (Tsounis et al 2014). Οι μισθοί των γιατρών καθορίζονται από το κράτος δικαίου και όχι από τους διοικητές των νοσοκομείων. Η κατάσταση είναι διαφορετική στα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου οι διοικητές αυτών είναι ελεύθεροι να προσλάβουν εργαζομένους σύμφωνα με τα δικά τους κριτήρια, τα οποία συνήθως είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα για την επιχείρηση και η παροχή οικονομικών κινήτρων είναι περισσότερο ευέλικτη (Kontodimopoulos et al 2009). Για παράδειγμα, στον ιδιωτικό τομέα οι ιατροί μπορεί είτε να είναι μέτοχοι στον οργανισμό με επιπλέον ποσοστά αμοιβών είτε να έχουν επιπλέον παροχές, όπως χρήση εταιρικού αυτοκινήτου και κινητού (Χυτήρης 2001). Τα στοιχεία ωστόσο δείχνουν ότι η αύξηση των μισθών και των παροχών δεν επαρκούν για να λύσουν το πρόβλημα των χαμηλών κινήτρων, καθώς ο υψηλότερος μισθός και οι περισσότερες εξωγενείς παροχές δε συνεπάγονται αυτόματα υψηλότερο κίνητρο (Mathauer & Imhoff 2006).

Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, τα σημαντικότερα και αποτελεσματικότερα κίνητρα του ιατρικού προσωπικού, τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα είναι τα ενδογενή ή μη οικονομικά κίνητρα (Franco et al 2004, Ratanawongsa et al 2006, Peters et al 2010, Heponiemi et al 2011, Κανελλόπουλος 2012, Γραμματικόπουλος & συν 2013, Okello & Gilson 2015). Αυτά μπορεί να είναι, η ειλικρίνεια, η αυτο-αποτελεσματικότητα, ο σεβασμός, η εκτίμηση, η κοινωνική αποδοχή, η επίτευξη στόχων, η αναγνώριση, η εκπαίδευση, η επαγγελματική ανάπτυξη, η ασφάλεια, η συναδελφικότητα, η υποστήριξη και καθοδήγηση από τους προϊσταμένους, οι ευνοϊκές και δημιουργικές εργασιακές συνθήκες (συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων), η επικοινωνία και η συνεργασία με τον ασθενή (Franco et al 2004, Κανελλόπουλος 2012, Γραμματικόπουλος & συν 2013, Alhyas et al 2013, Ojakaa et al 2014, Heidarian et al 2015 Hotchkiss et al 2015).

Ορισμένα ωστόσο, από αυτά τα μη οικονομικά κίνητρα διαφοροποιούνται επίσης για το ιατρικό προσωπικό στις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες. Για παράδειγμα, στα δημόσια νοσοκομεία, τα κριτήρια για την εξέλιξη της σταδιοδρομίας των ιατρών είναι άκαμπτα και βασική προϋπόθεση της επαγγελματικής τους εξέλιξης αποτελεί η εργασιακή τους εμπειρία (Tsounis et al 2014). Επίσης, η ανάγκη για επίτευξη στόχων και εξουσίας ικανοποιείται ευκολότερα στον ιδιωτικό τομέα καθώς οι δυνατότητες αντικειμενικής αξιολόγησης και προαγωγής είναι μεγαλύτερες (Σαραφίδης & Τσιώρα 2006).

Εν κατακλείδι, τόσο τα οικονομικά, όσο και τα μη οικονομικά κίνητρα φαίνεται να υπερισχύουν στον ιδιωτικό τομέα σε σχέση με το δημόσιο. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στο καλύτερο οργανωσιακό και διοικητικό πλαίσιο των ιδιωτικών νοσοκομείων, το οποίο συντελεί στην ισχυρότερη παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού και κατά επέκταση στη βελτίωση της εργασιακής τους απόδοσης και ικανοποίησης (Kontodimopoulos et al 2009, Heponiemi et al 2011).

ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΟ ΜΟΝΙΜΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Οι σημαντικότερες θεωρίες παρακίνησης που έχουν διατυπωθεί για την καλύτερη κατανόηση των κινήτρων των ατόμων είναι η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow (1943), η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg (1953), η θεωρία της κάλυψης επίκτητων αναγκών του Mc Clelland και των συνεργατών του (1953), η θεωρία των προσδοκιών του Vroom (1964), η θεωρία της ισοτιμίας (Adams 1965), η θεωρία της ενίσχυσης (Skinner 1953) και η θεωρία Χ και Υ του Mc Gregor (1960).

Αναλύοντας τρεις από αυτές τις θεωρίες για την ανάγκη παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού και για τη διατύπωση ενός ρεαλιστικού προτύπου κινήτρων για αυτούς, θα μπορούσε κανείς καταρχήν να εστιάσει στη θεωρία του Herzberg (1953). Σύμφωνα με αυτή, η παρουσία ορισμένων παραγόντων που χρησιμοποιούνται ως κίνητρα, σε ορισμένες συνθήκες μπορεί να λειτουργήσουν ως πιθανά αντικίνητρα. Τα πιθανά αυτά αντικίνητρα ο Herzberg τα ονόμασε *«παράγοντες υγιεινής»* και είναι τα εξής οκτώ: *«η διοίκηση και η πολιτική του οργανισμού, η επίβλεψη, οι συνθήκες εργασίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις στον Οργανισμό, ο μισθός, το κύρος, η προσωπική ζωή και η*

ασφάλεια εργασίας». Αντίστοιχα, ανέδειξε έξι παράγοντες που λειτουργούν ως κίνητρα *(«επίτευξη κάποιου στόχου, αναγνώριση, εξέλιξη, το ίδιο το αντικείμενο της εργασίας, υπευθυνότητα, δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης»)*. Η εφαρμογή αυτής της θεωρίας στο μόνιμο ιατρικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων είναι εφικτό να συμβεί, καθώς οι παράγοντες παρακίνησης μπορούν να επηρεαστούν εφόσον οι διοικητικές αρχές των νοσοκομείων και οι προϊστάμενοι αναθέτουν ευθύνες και καθήκοντα στο ιατρικό προσωπικό και τους επιβραβεύουν για τα θετικά αποτελέσματα που επιφέρουν. Οι παράγοντες παρακίνησης του Herzberg βέβαια, προκειμένου να λειτουργήσουν ως κίνητρα στο ιατρικό προσωπικό, χρειάζεται να υπάρχει το αίσθημα της ικανοποίησης των ιατρών από το ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον (οικονομικές απολαβές, συνθήκες εργασίας και διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ του προσωπικού) (Karassavidou & Markovits 1994).

Μια άλλη θεωρία είναι αυτή που διατύπωσαν οι Mc Clelland και συν (1953) και αφορά στη θεωρία κάλυψης επίκτητων αναγκών, που σχετίζονται με την *«επίτευξη στόχων»*, τη *«δημιουργία των δεσμών»* και την *«εξουσία»*. Οι ανάγκες αυτές αποτελούν επιθυμία όλων των εργαζομένων και η διαφορά έγκειται στα προσωπικά χαρακτηριστικά του καθενός. Παρόλο που η συγκεκριμένη θεωρία διατυπώθηκε με σκοπό να παρακινεί τα στελέχη και να βοηθά τις επιχειρήσεις στην επιλογή στελεχών, μπορεί όμως σε συνδυασμό με άλλες θεωρίες παρακίνησης και αξιοποιώντας μέρος των αναγκών των εργαζομένων, να εφαρμοστεί και στο μόνιμο ιατρικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων (Μάρκοβιτς 2002). Για παράδειγμα, η τοποθέτηση εκείνων των ιατρών που αισθάνονται έντονα την ανάγκη για εξουσία ή επιτεύγματα σε διευθυντικές θέσεις ενεργοποιεί τα κίνητρά τους καθώς παρακινούνται από τις ίδιες τις εσωτερικές τους ανάγκες (Mc Clelland & Liberman 1949, Mc Clelland et al 1953). Αντίστοιχα, η δημιουργία μιας ομάδας ιατρών η οποία στηρίζεται στην αμοιβαία εκτίμηση, στο σεβασμό και στην αποδοχή και η τοποθέτηση στην ομάδα εκείνων των ιατρών που αισθάνονται έντονα την ανάγκη για δημιουργία δεσμών, λειτουργεί ως κίνητρο (Κανελλόπουλος 2012).

Τέλος, σύμφωνα με την θεωρία των προσδοκιών (Vroom 1964), το κάθε άτομο προσδιορίζει τα αποτελέσματα που επιθυμεί *(προτίμηση)* και αντιδρά ανάλογα με την πιθανότητα επιτυχίας που εκτιμά το ίδιο το άτομο για αυτά τα αποτελέσματα *(προσδοκία)*. Η θεωρία αυτή αποτελεί έναν συνδυασμό ρεαλιστικών κινήτρων (οικονομικές απολαβές) και ορθολογισμού του μέσου εργαζόμενου, δηλαδή ο εργαζόμενος παρακινείται για να αποκτήσει καλύτερα εργασιακά αποτελέσματα και κατά επέκταση περισσότερες απολαβές. Εάν τα οικονομικά κίνητρα στο δημόσιο νοσοκομείο προσαρμοστούν και αφορούν τη θετική αξιολόγηση και την επαγγελματική εξέλιξη του ιατρικού προσωπικού, δεδομένου ότι οι οικονομικές απολαβές ορίζονται από το κράτος και όχι από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, τότε ο εργαζόμενος θα παρακινηθεί για να τα αποκτήσει. Αυτό βέβαια, προϋποθέτει πως η διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων θα υλοποιήσει τις υποσχέσεις της στον εργαζόμενο, καθώς η θεωρία αυτή βασίζεται στις σχέσεις εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας μεταξύ των διοικητικών αρχών και του προσωπικού (Μάρκοβιτς 2002).

ΕΝΑ ΡΕΑΛΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΟΝΙΜΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Η αποτελεσματική παρακίνηση των ιατρών εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και η θεωρητική συζήτηση γύρω από αυτό το θέμα έχει οδηγήσει σε πολυάριθμες θεωρίες, οι οποίες αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για το ρεαλιστικό σχεδιασμό των κινήτρων στο μόνιμο ιατρικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων (Shanks 2007). Ωστόσο, στο παρόν άρθρο, ο σχεδιασμός των προτάσεων σχετικά με τα κίνητρα του ιατρικού προσωπικού επιλέχθηκε μεταξύ των άλλων θεωριών, η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg (1953) για δύο σημαντικούς λόγους. Πρώτον, η θεωρία αυτή αναλύει λεπτομερώς την ικανοποίηση των εργαζομένων, η οποία διακρίνεται σε ενδογενή (ελέγχεται από τον ίδιο τον εργαζόμενο και από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται την εργασία του) και σε εξωγενή (καθορίζεται από τις συνθήκες εργασίας, από το μισθό και τις εργασιακές σχέσεις) (Dell 1988). Ο δεύτερος και πιο σημαντικός λόγος είναι η απλότητα αυτής της θεωρίας στην παρουσίαση και κατανόηση, τόσο από τα στελέχη της διοίκησης, όσο και από τους επαγγελματίες υγείας (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου 2011).

Με βάση τη θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg (1953) λοιπόν, οι διοικητικές αρχές των δημόσιων νοσοκομείων, πρωτίστως θα πρέπει να εξαλείψουν τα αντικίνητρα των εργαζομένων και στη συνέχεια να τους παρακινήσουν θετικά μέσω της παροχής κινήτρων. Σύμφωνα με τον Herzberg (1966) οι εξωγενείς παράγοντες, όπως η ευελιξία προγραμματισμού του ωραρίου εργασίας και η ενίσχυση των οικονομικών απολαβών, πρέπει να είναι στο επίκεντρο ενδιαφέροντος των διοικητικών αρχών. Ωστόσο, η βασική προτεραιότητα των διοικητικών αρχών για την παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού είναι η ενίσχυση των ενδογενών παραγόντων (Lambrou et al 2010). Μερικοί από τους σημαντικότερους ενδογενείς παράγοντες για το ιατρικό προσωπικό είναι η πνευματική πρόκληση, οι ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη, η αίσθηση της επάρκειας δεξιοτήτων, η αυτονομία και η αυτό-αποτελεσματικότητα (Ratanawongsa et al 2006).

Ένα σημαντικό στοιχείο, το οποίο μπορεί να ενισχύσει όλα τα παραπάνω είναι η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση εντός νοσοκομείου (Tsounis et al 2014). Οι συζητήσεις των περιστατικών και των δημοσιευμένων

ιατρικών ερευνών, τα συνέδρια και τα σεμινάρια που μπορούν να οργανωθούν από το νοσοκομείο, αποτελούν μια αποτελεσματική συνεχιζόμενη κατάρτιση που ενισχύει το ενδιαφέρον του ιατρικού προσωπικού για την καθημερινή κλινική πρακτική (Tsounis et al 2014). Η ευκαιρία για επιστημονική έρευνα και περαιτέρω εκπαίδευση και κατάρτιση παρακινεί τους ιατρούς, συμβάλλοντας στην υπέρβαση της καθημερινής ρουτίνας και στην ενίσχυση της εξωστρέφειας του νοσοκομείου (Tsounis et al. 2014).

Γεγονός βέβαια είναι ότι τα κίνητρα του ιατρικού προσωπικού διαφοροποιούνται ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο βρίσκονται στην ιεραρχία του νοσοκομείου. Στην περίπτωση της κλινικής ηγεσίας, πρέπει να ληφθεί υπόψη ο διττός ρόλος των ιατρών. Από τη μία πλευρά, είναι ο ρόλος του κλινικού γιατρού ο οποίος είναι επιφορτισμένος με τη φροντίδα των ασθενών και από την άλλη ο ρόλος του διευθυντή ιατρού, ο οποίος σχετίζεται με μια σειρά από διαδικασίες που αφορούν στη διαχείριση οργανωτικών ζητημάτων (Pantouvakis & Mpogiatzidis 2012). Οι διοικητικές αρχές των νοσοκομείων θα πρέπει να γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες του κάθε τμήματος, να ανταποκρίνονται άμεσα στα ζητήματα που προκύπτουν, αναγνωρίζοντας τα προσωπικά επιτεύγματα του ιατρικού προσωπικού. Απαραίτητη προϋπόθεση για αυτό είναι η συνεργασία με όλους τους ιατρούς, η τήρηση των δεσμεύσεων και το πραγματικό ενδιαφέρον για το κάθε πρόβλημα που προκύπτει. Υπό αυτές τις συνθήκες, η λειτουργία των κινήτρων και η ποιότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου ενισχύονται μέσω της ενδυνάμωσης του ρόλου των διευθυντών-ιατρών (Pantouvakis & Mpogiatzidis 2012).

Προκειμένου να ενδυναμωθεί και ο ρόλος των ιατρών που δεν κατέχουν διευθυντικές θέσεις, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη βελτίωση των όρων συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων ώστε να καθοριστούν σαφή καθήκοντα και στόχοι και στην ανταμοιβή των επιτευγμάτων τους. Σε αυτήν την κατεύθυνση μπορεί να γίνει επίκληση στον «δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα» (Ν. 2683/1999), ο οποίος προβλέπει κάποιες «ηθικές» αμοιβές (έπαινο, επίτιμο τίτλο κ.α.) για τις εξαιρετικές πράξεις.

Η θετική αναγνώριση των επιτευγμάτων και των καθημερινών ιατρικών πράξεων έχει μεγάλη σημασία για την ενίσχυση της εργασιακής ικανοποίησης και απόδοσης του ιατρικού προσωπικού (Tsounis et al 2014). Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές διαφορές. Σε αυτό, χρήσιμα εργαλεία αποτελούν οι θεωρίες κινήτρων του Mc Clelland (1949) και Vroom (1990). Τα διοικητικά στελέχη πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τις σημαντικότερες ανάγκες για κάθε ιατρό (επίτευξη των στόχων, ασφάλεια, κύρος) και να προσαρμόσουν τα ειδικά καθήκοντα και τις πρόσθετες ευθύνες σε ένα εξατομικευμένο επίπεδο με βάση τις προσωπικές προσδοκίες και τις προτιμήσεις του κάθε ιατρού.

Τέλος, μεγάλη σημασία έχει η διασφάλιση των συμμετοχικών διαδικασιών στη λήψη αποφάσεων. Παρόλο που οι στρατηγικοί στόχοι καθορίζονται από τα ανώτερα διοικητικά στελέχη, συγκεκριμένοι στόχοι διαμορφώνονται μέσω της συμμετοχής όλου του ιατρικού προσωπικού κάθε επιπέδου ιεραρχίας (Bedeian 1993). Αυτό μπορεί να συμβεί με τη δημιουργία ομάδων εργαζομένων που εκτελούν παρόμοια καθήκοντα, οι οποίες θα συναντώνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και θα συζητάνε εργασιακά θέματα καθώς και θα διατυπώνουν προτάσεις για τη βελτίωσή τους (Wilhite et al 1983). Μέσω αυτής της διαδικασίας, το ιατρικό προσωπικό θα έχει την ευκαιρία να εντοπίσει οργανωτικά προβλήματα που σχετίζονται με την καθημερινή κλινική πράξη, να διερευνήσει τα αίτια, να συστήσει λύσεις και μέτρα αντιμετώπισης, δεδομένου ότι έχουν την εξουσία να το κάνουν (Palaiologou 2010).

Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα όλων των κινήτρων που παραπάνω αναφέρθηκαν, επηρεάζεται από παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η ειδικότητα, ο βαθμός και τα χρόνια προϋπηρεσίας του ιατρικού προσωπικού (Paleologou et al 2006, Heidarian et al 2015) που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στο ρεαλιστικό σχεδιασμό του πλαισίου κινήτρων. Συγκεκριμένα, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι τα κίνητρα των γυναικών ιατρών που έχουν παιδιά σε σχέση με τους άνδρες ιατρούς, αφορούν περισσότερο την αναζήτηση ευκαιριών για πιο ευέλικτη μορφή εργασίας ως προς το ωράριο με σκοπό την ανατροφή της οικογένειάς τους (McCullough et al 1998). Επίσης, σύμφωνα με έρευνα της Ζώγα (2016), τα κίνητρα επηρεάζονται από τα χρόνια προϋπηρεσίας, το βαθμό και τον τομέα, εφόσον βρέθηκε ότι η ικανοποίηση ως προς το αντικείμενο εργασίας και την αναγνώριση είναι χαμηλότερη για όσους εργάζονται λιγότερο από δύο χρόνια στο νοσοκομείο και για όσους εργάζονται στο χειρουργικό τμήμα, ενώ για όσους εργάζονται στον εργαστηριακό Τομέα η ικανοποίηση είναι υψηλότερη ως προς τις απολαβές. Τέλος, στην ίδια έρευνα (Ζώγα 2016) βρέθηκε ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί εκφράζουν χαμηλότερη ικανοποίηση ως προς το αντικείμενο εργασίας τους, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και την επίτευξη των στόχων, σε αντίθεση με τους επικουρικούς ιατρούς που δηλώνουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να γίνουν κατανοητά τα κίνητρα για το κάθε άτομο ξεχωριστά, καθώς τα κίνητρα αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατομικών, οργανωτικών και πολιτιστικών παραγόντων (Mathauer & Imhoff 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ανθρώπινοι πόροι και στην προκειμένη περίπτωση το ιατρικό προσωπικό, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την αποτελεσματικότητα όλου του συστήματος υγείας. Συνε-

πώς, η επιτυχής διαχείριση και παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού είναι στο επίκεντρο των διοικητικών αρχών τόσο των δημοσίων όσο και των ιδιωτικών νοσοκομείων. Ιδιαίτερα σήμερα, όπου η οικονομική κρίση οδήγησε στη μείωση των δαπανών υγείας κυρίως στο δημόσιο τομέα υγείας, το ιατρικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων, αντιμετωπίζει σωρεία επαγγελματικών προβλημάτων (επαγγελματική εξουθένωση, στρες, μείωση αποδοχών), τα οποία σχετίζονται με τη χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και απόδοσή τους και σε πολλές περιπτώσεις αποτελούν την αιτία μετανάστευσής τους σε άλλες χώρες. Ως εκ τούτου, η παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την ενίσχυσή τους, με σκοπό την αντιμετώπιση των επαγγελματικών προβλημάτων τους και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Για την αποτελεσματικότερη ωστόσο, παρακίνηση του ιατρικού προσωπικού των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, πέρα από τα οικονομικά κίνητρα, είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση στα μη οικονομικά κίνητρα (επίτευξη των στόχων, αναγνώριση κ.α.). Τέλος, στο ρεαλιστικό σχεδιασμό των κινήτρων, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου ιατρού και στη διάγνωση των αναγκών τους έτσι ώστε να επιλεγούν οι καλύτερες θεωρίες και μέθοδοι παρακίνησης με απώτερο σκοπό την υψηλή εργασιακή ικανοποίηση και απόδοση του μόνιμου ιατρικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων και τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams J.S. (1965). Inequity in social exchange. In: L. Berkowitz. *Advances in experimental social psychology.* New York: Academic Press.

Alhyas L., Nielsen J.D.J., Dawoud D. & Majeed A. (2013). Factors affecting the motivation of healthcare professionals providing care to Emiratis with type 2 diabetes. *JRSM Short Reports* 4(2): 14.

Armour B.S., Pitts M.M., Maclean R., Cangialose C., Kishel M., Imai H. & Etchanson J. (2001). The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Archives of Internal Medicine* 161(10): 1261-6.

Barikani A., Javadi M., Mohammad A., Firooze B. & Shahnazi M. (2013). Satisfaction and motivation of general physicians toward their career. *Global Journal of Health Science* 5(1): 166-73.

Bedeian A.G. (1993). Management *(3rd Eds).* New York: Dryden Press.

Berry L.M. & Houston J.P. (1993). *Psychology at work.* Madison: Brown & Benchmark.

Bogue R.J., Guarneri J.G., Reed M., Bradley K. & Hughes J. (2006). Secrets of physician satisfaction. Study identifies pressure points and reveals life practices of highly satisfied doctors. *Physician Executive* 32(6): 30–39.

Conrad D., Ghosh A. & Isaacson M. (2015). Employee motivation factors: A comparative study of the perceptions between physicians and physician leaders. *International Journal of Public Leadership* 11(2): 92-106.

Dagne T., Beyene W. & Berhanu N. (2015). Motivation and Factors Affecting It among Health Professionals in the Public Hospitals, Central Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences* 25(3): 231–242.

Dekker S.W. & Schaufeli W.B. (1995). The effect of job insecurity on psychological health and withdrawal: A longitudinal study. *Australian Psychologist* 30: 57–63.

Dell T. (1988). How to motivate people. Kogan Page-Crisp Publications: London.

Firth-Cozens J. & Greenhalgh J. (1997). Doctor's preceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine* 44(7): 1017-1022.

Emanuel E.J., Ubel P.A., Kessler J.B., Meyer G., Muller R.W., Navathe A.S., Patel P. et al. (2016). Using Behavioral Economics to Design Physician Incentives That Deliver High-Value Care. *Annals of Internal Medicine* 164(2): 114-9.

Franco L.M., Bennett S., Kanfer R. & Stubblebine P. (2004). Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine* 58(2): 343-55.

Heidarian A.R., Kelarijani S.E.J., Jamshidi R. & Khorshidi M. (2015). The relationship between demographic characteristics and motivational factors in the employees of social security hospitals in Mazandaran. *Caspian Journal of Internal Medicine* 6(3): 170–174.

Heponiemi T., Kuusio H., Sinervo T. & Elovainio M. (2011). Job attitudes and well-being among public vs. private physicians: organizational justice and job control as mediators. *European Journal of Public Health* 21(4): 520-5.

Herzberg F., Mausner B. & Snyderman B.B. (1953). *The motivation to work.* New York: John Wiley & Sons.

Herzberg F. (1966). *Work and the Nature of Man.* Cleveland: World Publishing Company.

Hotchkiss R.D., Banteyerga H. & Tharaney M. (2015). Job satisfaction and motivation among public sector health workers: evidence from Ethiopia. *Human Resources for Health* 13: 83.

Ifanti A.A., Argyriou A.A., Kalofonou F.H. & Kalofonos H.P. (2014). Physicians' brain drain in Greece: A perspective on the reasons why and how to address it. *Health Policy* 117: 210-215.

Janus K., Amelung V.E., Baker L.C., Gaitanides M., Schwartz F.W. & Rundall T.G. (2008). Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers: insights from a cross-national study. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 33(6): 1133-67.

Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D. et al. (2013). Financial Crisis, Austerity and Health in Europe. *The Lancet* 381(9874): 1323-1331.

Karassavidou E. & Markovits Y. (1994). Job Satisfaction, Job Security, Trust and Commitment in the Greek Workplace. In: EALE (eds.). Models of the Labour Market, Efficiency Wages/Organizational Effects on Employment and Earnings: Proceedings of the 6th European Conference of the EALE. Warsaw: Warsaw School of Economics.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., Mc Kee M. & Stuckler D. (2011). Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek tragedy. *The Lancet* 378(9801): 1457-1458.

Kontodimopoulos N., Paleologou V. & Niakas D. (2009). Identifying Important Motivational Factors for Professionals in Greek Hospitals. *BMC Health Services Research* 9: 164.

Kreitner R. (1995). *Management (6th eds).* Boston: Houghton Mifflin Company.

Kivimaki M., Voutilainen P. & Koskinen P. (1995). Job enrichment, work motivation, and job satisfaction in hospital wards: testing the job characteristics model. *Journal of Nursing Management* 3: 87-91.

Lambrou P., Kontodimopoulos N. & Niakas D. (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human Resources for Health* 8: 26.

Lagarde M. & Blaauw D. (2017). Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment. *Social Science & Medicine* 179: 147-159.

Lazaro P. & Azcona B. (1996). Clinical practice, ethics and economics: the physician at the crossroads. *Health Policy* 37: 185-198.

Lepnurum R., Danielson D., Dobson R. & Keegan D. (2006). Cornerstones of Career Satisfaction in Medicine. *The Canadian Journal of Psychiatry* 51(8): 512-522.

Maslow A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review* 50: 370-396.

Mathauer I. & Imhoff I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resources management tools. *Human Resources for Health* 4: 24.

Mbindyo P.M., Blaauw D., Gilson L. & English M. (2009). Developing a tool to measure health worker motivation in district hospitals in Kenya. *Human Resources for Health* 7: 40-51.

Mc Clelland D.C. & Liberman A.M. (1949). The Effect of Need for Achievement of Recognition of Need-Related Words. *Journal of Personality* 18(2): 236-251.

Mc Clelland D.C., Atkinson J.W., Clark R.A. & Lowell E.L. (1953). *The achievement motive.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Mc Cullough T., Dodge H.D. & Moeller S. (1998). Physician Recruitment. *Health Marketing Quarterly* 16(2): 55-64.

Mc Gregor D. (1960). *The Human side of Enterprise.* New York: McGraw- Hill.

Mc Manus I.C., Winder B.C. & Gordon D. (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 359(9329): 2089-2090.

Nantha Y.S. (2013). Intrinsic motivation: how can it play a pivotal role in changing clinician behaviour? *Journal of Health Organization and Management* 27(2): 266-272.

OECD (2011). Medical doctors. In: Health at a glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing. Available at: https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf [Accessed 19.01.18]

Ojakaa D., Olango S. & Jarvis J. (2014). Factors affecting motivation and retention of primary health care workers in three disparate

regions in Kenya. *Human Resources for Health* 6: 12-33.
Okello D.R. & Gilson L. (2015). Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review. *Human Resources for Health* 31: 13-16.
Paleologou V., Kontodimopoulos N., Stamouli A., Aletras V. & Niakas D. (2006). Developing and Testing an Instrument for Identifying Performance Incentives in the Greek Health Care Sector. *BMC Health Services Research* 6: 118.
Palaiologou V. (2010). Investigation and Estimation of the Motivation Factors for Workers in The Greek Hospitals. Dissertation. Patra: Hellenic Open University.
Pantouvakis A. & Mpogiatzidis P. (2012). Evaluation of the Relationship between Job Satisfaction and Internal Quality: a Study on Perceptions of Clinical Leadership. *Archives of Hellenic Medicine* 29(1): 44-50.
Peters H.D., Chakraborty S., Mahapatra P. & Steinhardt L. (2010). Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. *Human Resources for Health* 8: 27.
Ratanawongsa N., Howell E.E. & Wright S.M. (2006). What motivates physicians throughout their careers in medicine? *Comprehensive Therapy* 32: 210-217.
Rowe K.A., De Savigny D. & Lanata F.C. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *The Lancet* 366(9490): 1026–1035.
Reginato E. & Grosso R. (2011). European Hospital doctor's salaries. Document F11-071 EN. Federation Europeenne des Medecins salariesEuropean federation of salaried doctors. Available at: http://www.liganet.hu/news/6205/F11-071_EN_European_Hospital_Doctors_Salaries.pdf [Accessed 23.01.18]
Scheurer D., McKean S., Miller J. & Wetterneck T. (2009). US physician satisfaction a systematic review. *Journal of Hospital Medicine* 4(9): 560-668.
Scott A., Sivey P., Ait Ouakrim D., Willenberg L., Naccarella L., Furler J. & Young D. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 9: CD008451.
Shanks N. (2007). Management and Motivation. In: Buchbinder S. & Shanks N. *Introduction to Health Care Management*. Sudbury Masachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
Skinner B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Free Press.
Trachana V. (2013). Austerity-led brain drain is killing Greek science. *Nature* 496(7445): 271.
Tsolakidou S. (2013). Greek doctor exodus, 4,000 flee country; 2013. Available at: http://greece.greekreporter.com/2013/01/31/greek-doctor-exodus-4000-flee-country/ [Accessed 22.01.18]
Tsounis A., Sarafis P. & Bamidis P. (2014). Motivation among Physicians in Greek Public Health-Care Sector. *British Journal of Medicine & Medical Research* 4(5): 1094-1105.
Tzeng H.M. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 39: 867-878.
Vroom V.H. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley.
Vroom V.H. (1990). *Preface In Manage People, not Personnel. Motivation and Performance Appraisal*. Boston: Harvard Business School Press.
Waddimba A.C., Beckman H.B., Mahoney T.L. & Burgess J.F. Jr (2017). The Moderating Effect of Job Satisfaction on Physicians' Motivation to Adhere to Financially Incentivized Clinical Practice Guidelines. *Medical Care Research and Review* 74(2): 148-177.
Wilhite B., Terry B., Yoshioka C.F. & McLean D.D. (1983). Exploring quality circles in the provision of therapeutic recreation services. *Therapeutic Recreation Journal* 17: 6-13.
World Health Organization (2003). *Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report*. Brazzaville: WHO.
Zahariadis N. (2013). The politics of risk-sharing: fiscal federalismand the Greek debt crisis. *Journal of European Integration* 35(3): 271–85.
Γάκη Ε. (2010). *Παράγοντες υποκίνησης νοσηλευτικού προσωπικού στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*. ΜΔΕ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
Γιαννόπουλος Δ. (2008). *Μελέτη σχετικά με την υποκίνηση του ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ.* ΜΔΕ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
Γραμματικόπουλος Η.Α., Κουπίδης Σ.Α., Μόραλης Δ., Σαδραζάμης Α., Αθηναίου Δ. & Γκιουζέπας Ι. (2013). Παράγοντες παρακίνησης εργαζομένων και κίνητρα απόδοσης ως εργαλεία αποτελεσματικής διαχείρισης. Μελέτη σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 30*(1): 46-58.
Ευθυμίου Ι. (2008). *Εμπειρική διερεύνηση για την υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία*. ΜΔΕ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
Ζώγα Β. (2016). *Ο ρόλος της ηγεσίας στην υποκίνηση του ιατρικού προσωπικού και στην ικανοποίησή του από την εργασία σε ένα δημόσιο τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης*. ΜΔΕ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (2013). Το συνεχιζόμενο «έγκλημα» απέναντι στους νέους γιατρούς της χώρας μας: 1 στους 3 γιατρούς της Αθήνας άνεργος ή υποαπασχολούμενος ή μετανάστης - Γραφείο Εύρεσης Εργασίας ιδρύει ο ΙΣΑ. Διαθέσιμο στο: http://www.isathens.gr/syllogos/arxeio-drasewn-isa/arxeio-syndikalistiko/2240-iatriki-metanastefsi-isa-anergia.html [Πρόσβαση 21 Ιανουαρίου 2018]
Κανελλόπουλος Δ. (2012). Θεωρίες παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία. *Το βήμα του Ασκληπιού* 11(2): 182-189.
Κοσμίδης Α. (2011). *Υποκίνηση και επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς*. ΜΔΕ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α. (1997). *Ψυχολογία κινήτρων*. Θεσσαλονίκη: Art of Text.
Μάρκοβιτς Γ. (2002). *Διοίκηση ανθρώπινου παράγοντα: παρακίνηση – εξουσία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
Μάρκοβιτς Γ. & Μοναστηρίδου Σ. (2011). Παρακίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού και πλαίσιο ρεαλιστικών κινήτρων σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο. *Το βήμα του Ασκληπιού* 10(4): 502-514.
Μπακόλα Ε., Ζυγά Σ., Πανουτσόπουλος Γ. & Αλικάρη Β. (2015). Παρακίνηση νοσηλευτών και νοσηλευτική ηγεσία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 7(2): 58-64.
Μπραούδακης Π. (2017). *Εφαρμογή μεθόδων υποκίνησης στο νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων ως μέσο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών εν μέσω οικονομικής κρίσης*. ΜΔΕ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
Νόμος 2683/1999 (ΦΕΚ 19/ τ. Α΄/ 09-02-1999). «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. και άλλες διατάξεις».
Πελέχας Ε. & Αντωνιάδης Α. (2013). Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 3: 325–334.
Πίκουλα Ι. (2017). *Διερεύνηση των παραγόντων υποκίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (ΠΓΝΠ) και του ρόλου της ηγεσίας στην επιτυχία της υποκίνησης σε περίοδο έντονης κοινωνικό-οικονομικής κρίσης*. ΜΔΕ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
Σαραφίδης Π. & Τσιώρα Β. (2006). Η υποκίνηση του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας* 17(102): 21-26.
Σπυράκη Χ., Καράτσης Π., Στεφανοπούλου Κ., Γραφάκου Ο. & Φραγκιαδάκη Ε. (2005). *Η Υποκίνηση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και ο Ρόλος του στην Ποσοτική και Ποιοτική Αναβάθμιση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας*. Στο Νιάκας Δ., Διαχειριστικά και Οικονομικά Ζητήματα του Υγειονομικού Τομέα. Αθήνα.: Mediforce, 101-113.
Χυτήρης Λ. (2001). *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*. Αθήνα: Interbooks.

REVIEW

Application of motivation theories for an incentive framework for medical staff in Greece of crisis

Chrysovalantis Karagkounis[1], Thalia Bellali[2]
1. Nurse - Psychologist, "Help at Home of Elafina", Municipality of Katerini
2. Professor of Nursing Department, "Alexander" Technological Educational Institute of Thessaloniki

ABSTRACT
The purpose of this literature review was to demonstrate the need to motivate medical staff of public and private sector in our country, to assess the practical application of motivation theories to permanent medical staff in public hospitals and to present a realistic framework of incentives for this staff, in order to improve the quality and efficiency of health services. The literature review has shown that the provision of extrinsic and intrinsic incentives to permanent medical staff in public and private hospitals is an urgent need, especially nowadays, where the limited resources in the health sector due to the economic crisis have reinforced the phenomenon of *"brain drain"* (more than 4,000 Greek doctors have requested in 2013 for jobs abroad) and the professional problems of doctors (burnout, stress, decrease earnings), resulting in low satisfaction and therefore lower performance. However, for effective motivation of the medical staff, it is important to recognize the needs and record the socio-economic and demographic characteristics of each medical practitioner in order to choose the appropriate methods and motivation theories in the context of a realistic incentive design to improve the quality and efficiency of health services.

Keywords: Job performance, job satisfaction, motivation treatments, medical staff, financial crisis

Correspondent: Chrysovalantis Karagkounis
e-mail: kchrysov@gmail.com
Address: Varnali 1, Zip Code: 60100, Katerini
Phone number: 6970712409

Citation: Karagounis C., Bellali T. (2018). Application of motivation theories for ana incentive framework for medical staff in Greece of crisis. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(2): 19-28.

Διερεύνηση του φαινομένου mobbing στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Νίκη Κατσουνάκη[1], Ελπίδα Κιαουρτζή[1], Ευτυχία Μανουσάκη[2]
1. Νοσηλεύτρια
2. Νοσηλεύτρια, ΜΕΘ, ΠΑ.Γ.Ν. Ηρακλείου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Αποτελέσματα διεθνών μελετών έχουν δείξει ότι ο εργασιακός εκφοβισμός (mobbing) αποτελεί συχνό φαινόμενο στο χώρο της υγείας. Στην Ελλάδα, ωστόσο, το θέμα δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Η διερεύνηση του φαινομένου mobbing στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ).

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική ποσοτική μελέτη σε δείγμα 80 νοσηλευτών, βοηθών νοσηλευτών και ιατρών (ποσοστό απόκρισης 53,3%) κατά τον Ιούλιο-Οκτώβριο 2016. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Negative Acts Questionnaire - Revised και για τη στατιστική ανάλυση το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics V.23.

Αποτελέσματα: Το δείγμα της μελέτης ήταν 65% γυναίκες, το 57,5% ήταν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών και το 42,5% ιατροί. Το βασικό επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν ΠΕ σε ποσοστό 48,8%, ΤΕ 38,8% και ΔΕ 12,5%. Το 87% των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών δεν κατείχε θέση προϊσταμένου και το 50% των ιατρών ήταν ειδικευόμενοι. Με την έμμεση μέθοδο αυτοαναφοράς, βρέθηκε ότι το 41,3% των ερωτηθέντων υπήρξαν θύματα σοβαρού mobbing και το 31,3% περιστασιακού mobbing. Με την άμεση μέθοδο του αυτοχαρακτηρισμού, βρέθηκε ότι το 6,3% αναγνωρίζουν τον εαυτό τους ως θύματα σοβαρού mobbing και το 37,6% ως περιστασιακού. Συχνότερα αναγνωρίζεται το mobbing που σχετίζεται με την εργασία. Ως προς το φύλο, δράστες αναγνωρίζονται περισσότερο οι άνδρες, ενώ ως θύματα χαρακτηρίζονται περισσότερο οι ιατροί σε σχέση με τους νοσηλευτές ως προς την κλίμακα του mobbing που σχετίζεται με την εργασία ($p<0,05$), οι προϊστάμενοι νοσηλευτές σε σχέση με τους μη κατέχοντες θέση προϊσταμένου ως προς το προσωπικό mobbing ($p<0,05$) και οι πτυχιούχοι ΠΕ σε σχέση με τους πτυχιούχους ΤΕ και ΔΕ ως προς το mobbing που σχετίζεται με την εργασία ($p<0,05$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε τη συχνή εμφάνιση mobbing σε μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού. Προτείνεται περαιτέρω έρευνα, σε μεγαλύτερο δείγμα, που να περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες επαγγελματιών από το χώρο της υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: Mobbing, εργασιακός εκφοβισμός, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Ελπίδα Κιαουρτζή,
Ηλεκτρονική Διεύθυνση: elpida.kiaourtzi@gmail.com,
Τηλέφωνο: 6942868367

Ημερομηνία Υποβολής: 20/05/2017

Αναφορά του άρθρου ως: Κατσουνάκη Ν., Κιαουρτζή Ε., Μανουσάκη Ε. (2018). Διερεύνηση του φαινομένου mobbing στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(2): 29-42.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Το 41,3% των συμμετεχόντων στην έρευνα χαρακτηρίζονται ως θύματα σοβαρού mobbing.**
- **Η μορφή mobbing που αναγνωρίζεται συχνότερα είναι το mobbing που σχετίζεται με την εργασία.**
- **Βρέθηκε συσχέτιση της εμφάνισης του mobbing με την ειδικότητα, με το ιατρικό προσωπικό να βιώνει συχνότερα συμπεριφορές mobbing που σχετίζονται με την εργασία από το νοσηλευτικό προσωπικό.**
- **Συσχέτιση βρέθηκε και μεταξύ της εμφάνισης του mobbing και της θέσης στην ιεραρχία του νοσηλευτικού προσωπικού, με τους νοσηλευτές που κατέχουν θέση προϊσταμένου να βιώνουν συχνότερα συμπεριφορές προσωπικού mobbing.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τη δεκαετία του '90, ο Heinz Leymann (1996) έθεσε τις βάσεις για τη μελέτη του φαινομένου του εργασιακού εκφοβισμού (mobbing). Σύμφωνα με τον Leymann (1996), η ψυχολογική τρομοκρατία ή mobbing στην εργασιακή ζωή συμπεριλαμβάνει εχθρική και ανήθικη επικοινωνία, που κατευθύνεται με συστηματικό τρόπο από ένα ή περισσότερα άτομα, κυρίως προς ένα άτομο το οποίο, λόγω του mobbing, ωθείται σε μειονεκτική θέση και κρατείται εκεί μέσω συνεχιζόμενων δραστηριοτήτων mobbing. Αυτές οι δράσεις συμβαίνουν σε πολύ συχνή βάση, τουλάχιστον μια φορά τη βδομάδα, και για μακρά χρονική περίοδο, τουλάχιστον για έξι μήνες. Σήμερα, υπάρχουν πολλοί ορισμοί για το mobbing, που χρησιμοποιούνται μάλλον άναρχα. Ωστόσο, σε ένα βασικό επίπεδο πρόκειται για συστηματική κακομεταχείριση ενός υφιστάμενου, ενός συναδέλφου, ή ενός ανώτερου που, αν συνεχιστεί και διαρκέσει πολύ, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά κοινωνικά, ψυχολογικά και ψυχοσωματικά προβλήματα στο θύμα. Το φαινόμενο αναφέρεται ως workplace bullying στις αγγλόφωνες χώρες, ως harassment στις γαλλόφωνες και ως mobbing στις περισσότερες άλλες ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως τις σκανδιναβικές (Einarsen et al 2011).

Η έρευνα για το mobbing στην Ευρώπη, όπως περιγράφεται από τους Zapf et al (2003), αφορά κυρίως στη συχνότητα και διάρκεια του mobbing, τον αριθμό, φύλο και στάτους των δραστών και θυμάτων, την εμφάνιση του mobbing στους εργασιακούς κλάδους και τις κατηγορίες του mobbing.

Ο συνηθέστερος τρόπος μέτρησης της συχνότητας του mobbing είναι μέσω των απαντήσεων σε ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών. Κυρίαρχη μέθοδος είναι η αυτοαναφορική, που χρησιμοποιεί κριτήρια όπως το λειτουργικό του Leymann (1990b αναφορά στο Nielsen et al 2011) το οποίο χαρακτηρίζει κάποιον ως στόχο mobbing αρκεί να έχει εκτεθεί σε τουλάχιστον μία αρνητική συμπεριφορά με συχνότητα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για μία διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών ή το εναλλακτικό κριτήριο των Notelaers και Einarsen (2009 αναφορά στο Nielsen et al 2011), σύμφωνα με το οποίο η βαθμολογία των ερωτώμενων στο ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών τους κατατάσσει σε θύματα σοβαρού mobbing ή όχι. Επιπλέον της παραπάνω μεθόδου, προτείνεται και η συμπληρωματική προσέγγιση του αυτοχαρακτηρισμού των ερωτώμενων ως θυμάτων mobbing, μέσω ερώτησης που μετράει την αυτοαναφερόμενη θυματοποίηση από mobbing κατά τη διάρκεια των 6 τελευταίων μηνών, αφού έχει παρουσιαστεί στους συμμετέχοντες ένας παγκόσμια αποδεκτός ορισμός του εκφοβισμού στην εργασία (Einarsen & Skogstad 1996, Salin 2001αναφορά στο Einarsen et al 2009).

Ο μέσος όρος της συχνότητας του mobbing, σύμφωνα με ευρωπαϊκές έρευνες, εμφανίζεται στο 3-7% με την αυτοαναφορική προσέγγιση και στο 1-4% με τη προσέγγιση του αυτοχαρακτηρισμού (Zapf et al 2003). Ωστόσο, έρευνες που έχουν εστιάσει ειδικότερα σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εντοπίζουν μεγαλύτερα ποσοστά, όπως η έρευνα των McMahon et al (2013), σε νοσηλευτές στην Ιρλανδία, των Karatza et al (2016) και των Μπακέλλα και συν (2013) σε μέλη νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα.

Αρκετές έρευνες δείχνουν ότι συνήθως οι γυναίκες είναι πιο συχνά μεταξύ των θυμάτων, ωστόσο, πολλές φορές το γεγονός αυτό οφείλεται στην υπερεκπροσώπηση των γυναικών στον αντίστοιχο πληθυσμό, ιδίως στις έρευνες που μελέτησαν το mobbing σε τομείς που κυριαρχούνταν από γυναίκες, όπως ο τομέας των κοινωνικών υπηρεσιών και ο τομέας υγείας (Zapf et al 2003). Ως προς το φύλο των δραστών, οι έρευνες γενικά δείχνουν μια υπερεκπροσώπηση των ανδρών μεταξύ των δραστών (Zapf et al 2003).

Ως προς τον αριθμό των εμπλεκομένων, οι έρευνες δείχνουν ότι ο δράστης είναι ένας σε ποσοστό 20-40% των περιπτώσεων. Ωστόσο, αναφέρονται πολλοί δράστες σε ποσοστό 15-50% και αυτό εξηγείται από το ότι σε περιπτώσεις σοβαρού mobbing οι δράστες αυξάνονται όσο αυξάνεται η διάρκεια του mobbing, καθώς γίνεται όλο

και δυσκολότερο στον περίγυρο να παραμείνει ουδέτερος (Zapf et al 2003). Με ανάλογο τρόπο μοιράζονται τα αποτελέσματα και σε αντίστοιχες έρευνες στον τομέα της υγείας (McMahon et al 2013, Χείρα 2014).

Η θέση του δράστη στην ιεραρχία διαφέρει ανάλογα με τη χώρα στην οποίο διεξήχθη η έρευνα, διαφορά που εξηγείται από τους Zapf et al (2003) ότι οφείλεται στις πολιτισμικές διαφορές που εμφανίζουν οι χώρες μεταξύ τους. Ωστόσο, νέες έρευνες που εστιάζουν σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καταγράφουν μεγαλύτερα σε ποσοστά τους δράστες ως προϊσταμένους (Cevik et al 2012, Mc Mahon et al 2013, Χείρα 2014).

Ως προς τον επαγγελματικό τομέα, οι τομείς υγείας, δημόσιας διοίκησης και εκπαίδευσης εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης mobbing (Zapf et al 2003). Υποστηρίζεται ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα υγείας έχουν περίπου 16 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν βία από ότι οι άλλοι εργαζόμενοι στους τομείς υπηρεσιών, αλλά είναι οι νοσηλευτές που κινδυνεύουν περισσότερο (Leather 2002). Αυτή η συνειδητοποίηση συνοδεύτηκε από μια στροφή της έρευνας από την εξέταση του βαθμού έκθεσης που βίωναν οι ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, σύμβουλοι και άλλοι θεραπευτές, αρχικά, προς τους νοσηλευτές.

Όπως φάνηκε παραπάνω, σύμφωνα με τη διεθνή έρευνα, το mobbing αποτελεί συχνό φαινόμενο στις υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα, ωστόσο, η έρευνα και οι τρόποι αντιμετώπισής του δεν είναι ακόμα επαρκείς.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την εμφάνιση του φαινομένου του mobbing στα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στον χώρο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου του Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑΓΝΗ). Για την επίτευξη του ερευνητικού σκοπού τίθενται τρεις ερευνητικοί στόχοι. Ο πρώτος είναι να καταγραφεί ο βαθμός και η συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου του mobbing στα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και να γίνει μία προσπάθεια τυπολογίας των εκφοβιστικών συμπεριφορών για την αναγνώριση των μορφών της επιθετικής συμπεριφοράς. Δεύτερος στόχος είναι να γίνει μία προσπάθεια σκιαγράφησης του προφίλ των δραστών, ενώ τρίτος στόχος είναι να διερευνηθεί η συσχέτιση της εμφάνισης του φαινομένου με δημογραφικούς (φύλο, ηλικία), επαγγελματικούς (ειδίκευση, χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, θέση στην ιεραρχία) και μορφωτικούς παράγοντες (επίπεδο βασικών σπουδών), παράγοντες οι οποίοι προτείνονται και από τη βιβλιογραφία.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Καθώς κύριος ερευνητικός στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης δημογραφικών, επαγγελματικών και μορφωτικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με την άσκηση mobbing σε αυτούς, επιλέχθηκε ο συσχετιστικός ερευνητικός σχεδιασμός, ο οποίος χρησιμοποιείται για να περιγραφεί και να μετρηθεί ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες μεταβλητές ή σύνολα τιμών.

Δείγμα μελέτης

Ο πληθυσμός της έρευνας αποτέλεσε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ΠΑΓΝΗ και το δείγμα επιλέχθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας, δηλαδή επιλέχθηκαν συμμετέχοντες που ήταν πρόθυμοι, διαθέσιμοι για τη μελέτη και υπόγραψαν το «Έντυπο συναίνεσης» και την ίδια στιγμή αποτελούσαν προσωπικό των συγκεκριμένων Κλινικών ή Μονάδων/Τμημάτων του Οργανισμού για τις οποίες δόθηκε έγκριση συμμετοχής στην έρευνα. Συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 80 μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του ΠΑΓΝΗ, δηλαδή ένα ποσοστό 6,9% του συνολικού πληθυσμού της μελέτης (1.162 μέλη). Από τους 80 συμμετέχοντες, οι 46 ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών), που αποτελούν ένα ποσοστό 7,8% του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού (n=596) και 34 ανήκαν στο ιατρικό προσωπικό, που αποτελούν ένα ποσοστό 6% του συνόλου των ιατρών (n=566).

Συλλογή δεδομένων

Τόπος και χρόνος της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 5 Κλινικές (Πνευμονολογική, Ψυχιατρική, Παιδιατρική, Οφθαλμολογική, Γαστρεντερολογική) και 4 Μονάδες/Τμήματα (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων, Μονάδα Αιμοδοσίας και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) ΠΑΓΝΗ κατά τους μήνες Ιούλιο έως και Οκτώβριο 2016. Οι παραπάνω δομές αποτελούν περίπου το 20% των 46 Κλινικών και Μονάδων/Τμημάτων που διαθέτει το ΠΑΓΝΗ.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα. Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε από τις ίδιες τις ερευνήτριες στις κλινικές του ΠΑΓΝΗ. Πριν από τη διανομή του ερωτηματολογίου ενημερώθηκαν οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/τριες και ιατροί των αντίστοιχων κλινικών για τη διεξαγωγή της έρευνας. Επίσης, στους συμμετέχοντες δόθηκαν γραπτές εξηγήσεις σχετικά με το σκοπό της έρευνας, τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων, τον εθελοντικό χαρακτήρα της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας καθώς και την τήρηση της εχεμύθειας, αλλά και προφορικές εξηγήσεις από τις ίδιες τις ερευνήτριες κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαίνονταν από 10 έως 15 λεπτά, ενώ στους συμμετέχοντες δόθηκε χρονικό περιθώριο δύο εβδομάδων για τη συμπλήρωση και επιστροφή τους. Σε κάθε κλινική

την ευθύνη για τη συλλογή και φύλαξη των ερωτηματολογίων είχε ο προϊστάμενος ή ο διευθυντής της κλινικής.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για τη μέτρηση της συχνότητας και του βαθμού έκθεσης των εργαζομένων σε mobbing χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών, το Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) (Einarsen et al 2009). Το NAQ-R αποτελεί αναθεωρημένη έκδοση του αρχικού NAQ, και σχεδιάστηκε με σκοπό την καθιέρωση μιας αξιόπιστης, έγκυρης, περιεκτικής και σχετικά μικρής κλίμακας, που φτιάχτηκε για να χρησιμοποιηθεί σε μία ποικιλία διαφορετικών επαγγελματικών περιβαλλόντων. Η τελευταία αναθεωρημένη έκδοση ερευνά τη συχνότητα της έκθεσης των συμμετεχόντων σε 22 διαφορετικούς τύπους ανεπιθύμητης και αρνητικής συμπεριφοράς, οι οποίες κυμαίνονται από ανεπαίσθητες και έμμεσες πράξεις, όπως το κουτσομπολιό, έως πολύ πιο άμεσες συμπεριφορές, όπως απειλές σωματικής κακοποίησης. Όλες οι ερωτήσεις έχουν διαμορφωθεί με όρους συμπεριφοράς, χωρίς να γίνεται καμία αναφορά στον όρο bullying ή mobbing. Βασισμένοι στις εμπειρίες τους από τον εργασιακό τους χώρο τους τελευταίους έξι μήνες, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να δηλώσουν πόσο συχνά εκτέθηκαν στις 22 αρνητικές συμπεριφορές βάση μιας 5-βαθμης κλίμακας που εκτείνεται από το «ποτέ», έως το «κάθε μέρα» (ποτέ, σπάνια, μια φορά το μήνα, μια φορά την εβδομάδα, κάθε μέρα). Έτσι, υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών με χρονικό ορίζοντα τους τελευταίους 6 μήνες.

Για να διερευνηθεί αν οι συμμετέχοντες είναι θύματα mobbing εφαρμόστηκε το κριτήριο της αυτοαναφορικής προσέγγισης που προτείνουν οι Notelaers & Einarsen (2009 αναφορά στο Nielsen et al 2011), σύμφωνα με την οποία γίνεται μέτρηση της συνολικής βαθμολογίας των ερωτώμενων στις 22 ερωτήσεις του NAQ και στη συνέχεια, οι ερωτώμενοι κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τη βαθμολογία σε αυτούς που: α) δεν έχουν υποστεί mobbing (βαθμολογία <33), β) έχουν υποστεί mobbing μερικές φορές (βαθμολογία 33 έως 44) και γ) είναι θύματα mobbing (βαθμολογία >44).

Μετά τις 22 προτάσεις ακολούθησε μία ερώτηση που μετρούσε την αυτοαναφερόμενη θυματοποίηση από mobbing κατά τη διάρκεια των 6 τελευταίων μηνών (βάσει της ίδιας 5-βαθμης κλίμακας), αφού είχε παρουσιαστεί στους συμμετέχοντες ένας παγκόσμια αποδεκτός ορισμός του εκφοβισμού στην εργασία (Einarsen & Skogstad1996, Salin 2001 αναφορά στο Einarsen et al 2009). Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν από ποιους δέχθηκαν εκφοβισμό (από τον άμεσα προϊστάμενο, από άλλους προϊσταμένους/διευθυντές στον οργανισμό, από συναδέλφους, από υφιστάμενους, από πελάτες/ασθενείς/φοιτητές κλπ ή από άλλους), αλλά και το φύλο και τον αριθμό των δραστών.

Επιπλέον, μέσα από αυτές τις 22 ερωτήσεις καταγράφηκαν τρεις προσδιοριστικοί παράγοντες που χαρακτηρίστηκαν ως «προσωπικός (personal) εκφοβισμός» (σε αυτόν εντάσσονται συμπεριφορές όπως η διάδοση κουτσομπολιών ή φημών), «εκφοβισμός που σχετίζεται με την εργασία (work-related)» (συμπεριφορές όπως η παρακράτηση πληροφοριών που επηρεάζουν την απόδοση του θύματος) και «σωματικός (physical intimidating forms) εκφοβισμός» (συμπεριφορές όπως έντονες φωνές και ξαφνική οργή) (Nielsen et al 2011), οι οποίοι μπορούν και να κατατάξουν τον εκφοβισμό στις τρεις αυτές αντίστοιχες μορφές του. Για να μετρηθεί η έκθεση του κάθε ατόμου σε κάθε έναν από τους παραπάνω παράγοντες αρκεί να μετρηθεί η βαθμολογία του σε μία σειρά από τις 22 ερωτήσεις του NAQ-R και πιο συγκεκριμένα την έκθεση σε προσωπικό εκφοβισμό μετράνε οι ερωτήσεις 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 20, σε εκφοβισμό που σχετίζεται με την εργασία οι ερωτήσεις 1, 3, 14, 16, 18, 19, 21 και σε σωματικό εκφοβισμό οι ερωτήσεις 8, 9, 22.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερωτηματολογίου

Το NAQ-R έχει τυποποιηθεί σε αρκετές χώρες του κόσμου, όπως η Ιαπωνία, οι ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά και στις Σκανδιναβικές χώρες. Έρευνες από τη Νορβηγία και το Ηνωμένο Βασίλειο έδειξαν μεγάλη αξιοπιστία εσωτερική συνέπειας (Cronbach's alpha περίπου στο 0,90) (Kakoulakis et al 2015). Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι το εργαλείο διαθέτει άριστη εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής καθώς και εγκυρότητα κριτηρίου (Nielsen et al 2011). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε έρευνες στην Ελλάδα στην αρχική του (Galanaki & Papalexandris 2011), αλλά και στην αναθεωρημένη του μορφή (Kakoulakis et al 2015, Karatza et al 2016), η οποία χρησιμοποιείται και στην παρούσα έρευνα. Στις παραπάνω περιπτώσεις, το εργαλείο εμφάνισε μεγάλη αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (με Cronbach's alpha = 0,904, 0,915 και 0,90 αντίστοιχα) καθώς και εγκυρότητα κριτηρίου.

Άδεια χρήσης και μετάφραση του NAQ-R

Για τη χρήση του NAQ-R χορηγήθηκε άδεια στις ερευνήτριες από τον Καθηγητή Staale Einarsen του Bergen Bullying Research Group. Για την ελληνική έκδοση των 23 πρώτων ερωτήσεων του NAQ-R χρησιμοποιήθηκε η μετάφραση από την έρευνα των Kakoulakis et al (2015). Η μετάφραση των ερωτήσεων 24 και 25, που έλειπαν από την έρευνα των Kakoulakis et al (2015) πραγματοποιήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας με τη μέθοδο της αντίστροφης μετάφρασης (Trust Scientific Advisory Committee 2002). Για την πολιτισμική προσαρμογή, οι ερωτήσεις χορηγήθηκαν σε τυχαίο δείγμα 10 νοσηλευτών

οι οποίοι ρωτήθηκαν για τον βαθμό κατανόησης τους και αν επιθυμούσαν να αλλαχθεί μία ερώτηση ή μία φράση ώστε να γίνουν οι ερωτήσεις πιο κατανοητές. Δεν υπήρξε καμία σύσταση για αλλαγή φράσεων ή προτάσεων.

Θέματα ηθικής-Δεοντολογίας

Η συμμετοχή των ερωτώμενων στην έρευνα ήταν εθελοντική, ενώ τηρήθηκε η ανωνυμία των απαντήσεων. Η συγκέντρωση των δεδομένων έγινε σύμφωνα με τους κανόνες δεοντολογίας και χαρακτηρίζεται από σεβασμό προς τα άτομα και τον χώρο στον οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, πριν από την έναρξη της συλλογής δεδομένων εξασφαλίστηκε η συναίνεση των συμμετεχόντων μέσα από την υποβολή του «Εντύπου συναίνεσης δοκιμαζόμενου σε ερευνητική εργασία» που υπόγραψαν όλοι οι συμμετέχοντες, αλλά και η συναίνε-

Πίνακας 1: Ατομικά, επαγγελματικά και μορφωτικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	**Άντρας**	28	35,0%
	Γυναίκα	52	65,0%
Ηλικία	**20 έως 30**	13	16,3%
	30 έως 40	20	25,0%
	40 έως 50	35	43,8%
	50 έως 60	10	12,5%
	60 και άνω	2	2,5%
Ειδικότητα	**Νοσηλευτικό Προσωπικό**	46	57,5%
	Ιατρικό Προσωπικό	34	42,5%
Θέση στην ιεραρχία για το νοσηλευτικό προσωπικό	**Κατέχει θέση προϊσταμένου**	6	7,5/13,0%*
	Δεν κατέχει θέση προϊσταμένου	40	50,0/87,0%*
	Δεν απάντησαν	34	42,5%
Θέση στην ιεραρχία για το ιατρικό προσωπικό	**Ειδικευμένος Συντονιστής Διευθυντής**	3	3,8/8,8%*
	Διευθυντής	4	5,0/11,8%*
	Επιμελητής Α'	5	6,3/14,7%*
	Επιμελητής Β'	5	6,3/14,7%*
	Ειδικευόμενος	17	21,3/50,0%*
	Δεν απάντησαν	46	57,5%
Χρόνια συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας	**0-5**	19	23,8%
	5-10	11	13,8%
	10-20	19	23,8%
	20-30	29	36,3%
	>30	2	2,5%
Χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας στον οργανισμό	**0-5**	27	33,8%
	5-10	13	16,3%
	10-20	16	20,0%
	20-30	24	30,0%
Επίπεδο βασικών σπουδών	**Πτυχίο ΔΕ**	10	12,5%
	Πτυχίο ΤΕ	31	38,8%
	Πτυχίο ΠΕ	39	48,8%

Σημείωση. Οι τιμές εκφράζονται σε απόλυτες (N) και σχετικές συχνότητες (%) επί του συνόλου του δείγματος, εκτός και αν δηλώνεται διαφορετικά
** Ποσοστό επί του συνόλου των απαντήσεων*

ση του φορέα στον οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα, με έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ (Α.Π. 9694/20.07.2016) και με την έγκριση έρευνας του Υπουργείου Υγείας (Α.Π. 11134/05.08.2016). Τέλος, οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν για την τήρηση της εχεμύθειας των στοιχείων της έρευνας μέσα από τη «Δήλωση Τήρησης Εχεμύθειας».

Στατιστική ανάλυση

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση των ατομικών, επαγγελματικών και μορφωτικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Για να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στη βαθμολογία στις ερωτήσεις του NAQ-R και το φύλο, την ειδικότητα, τη θέση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ιεραρχία χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό στατιστικό τεστ Mann Withney U, με το οποίο συγκρίνονται οι μέσοι όροι της βαθμολογίας των υποομάδων που σχηματίζονται σύμφωνα με τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Δεν προτιμήθηκε το t-test γιατί τα δεδομένα των μεταβλητών δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Για τον έλεγχο της κανονικότητας εφαρμόστηκαν τα τεστ Kolmogorov-Smirnov ή Shapiro-Wilk κατά περίπτωση, τα οποία έδειξαν στατιστική σημαντικότητα <0,05 (μη κανονική κατανομή της βαθμολογίας των διάφορων ομάδων στις κλίμακες του NAQ-R). Για να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στη βαθμολογία στις κλίμακες του NAQ-R και την ηλικία, τη θέση του ιατρικού προσωπικού στην ιεραρχία, τα χρόνια συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας και το βασικό επίπεδο σπουδών, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό στατιστικό τεστ Kruskal-Wallis H, καθώς τα δεδομένα των μεταβλητών δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics V.23.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 150 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, συμπληρώθηκαν τα 80 (ποσοστό απόκρισης 53,33%). Εξ αυτών το 65% ήταν γυναίκες, το 57,5% ήταν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών και το 42,5% ιατροί. Το βασικό επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων ήταν ΠΕ σε ποσοστό 48,8%, ΤΕ 38,8% και ΔΕ 12,5%. Το 87% του νοσηλευτικού προσωπικού δεν κατείχε θέση προϊσταμένου και το 50% των ιατρών ήταν ειδικευόμενοι. Ως προς τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας το 36,3% είχε 20-30 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας (Πίνακας 1).

Η συχνότητα βίωσης αρνητικών συμπεριφορών των συμμετεχόντων τους τελευταίους έξι μήνες παρουσιάζεται στον Πίνακα 2. Η μορφή mobbing που εμφανίζεται συχνότερα, σύμφωνα με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων, είναι το mobbing που σχετίζεται με την εργασία, με τις ερωτήσεις 3, 4 και 21 να ξεχωρίζουν ιδιαίτερα καθώς 35,9%, 27,5% και 29,1% των συμμετεχόντων αντίστοιχα αναφέρουν ότι έχουν βιώσει αυτές τις συμπεριφορές τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα ή /και συχνότερα. Η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων (Total Score) στις τρεις υποκλίμακες και στο σύνολο του NAQ-R, υπολογίστηκε με τον Μ.Ο. της βαθμολογίας του συνόλου των συμμετεχόντων στις αντίστοιχες υποκλίμακες. Έτσι, ο Μ.Ο. της συνολικής βαθμολογίας των συμμετεχόντων στο σύνολο του NAQ-R βρέθηκε να είναι 42,06 (±13,82), όσον αφορά στις ερωτήσεις που φανερώνουν mobbing που σχετίζεται με την εργασία 16,16 (±5,51), προσωπικό mobbing 21,25 (±7,72) και σωματικό mobbing 4,65 (±1,89).

Ο βαθμός χαρακτηρισμού των συμμετεχόντων ως θυμάτων σύμφωνα με την αυτοαναφορική προσέγγιση και το κριτήριο των Notelaers & Einarsen (2009 αναφορά στο Nielsen et al 2011), παρουσιάζεται στον Πίνακα 3. Σύμφωνα με αυτό, το 41,3% των συμμετεχόντων χαρακτηρίζονται ως θύματα σοβαρού mobbing, ενώ το 27,5% ως θύματα περιστασιακού mobbing.

Κατά την αξιολόγηση του βαθμού αναγνώρισης της θυματοποίησης από τα ίδια τα θύματα (ερώτηση NAQ-R 23) αφού τους έχει δοθεί ένας ορισμός του mobbing (προσέγγιση αυτοχαρακτηρισμού) βρέθηκε ότι 35 από τα 80 άτομα (43,7%) έχουν υποστεί κάποιο είδος mobbing. Αναλυτικότερα, 56,3% αναφέρουν ότι δεν έχουν υποστεί καθόλου mobbing, 28,7% ότι έχουν υποστεί σπάνια, 8,8% μία φορά ανά μήνα, 3,8% μία φορά ανά εβδομάδα και 2,5% κάθε μέρα. Σύμφωνα με το κριτήριο της εμφάνισης του φαινομένου σε τουλάχιστον εβδομαδιαία βάση, προκύπτει ότι το φαινόμενο εμφανίζεται σε ένα 6,3% του συνόλου των ερωτώμενων.

Το 48,6% των θυμάτων αναγνώρισαν τους δράστες ως πελάτες/ασθενείς/φοιτητές κλπ, το 42,9% ως συναδέλφους τους, το 25,7% ως τον άμεσο προϊστάμενό τους, το 20,0% ως άλλους προϊσταμένους/διευθυντές στον οργανισμό, ενώ μόλις το 5,7% ως υφισταμένους τους. Ενώ, ως προς το φύλο των δραστών, το 44,8% των θυμάτων αναγνώρισαν τους δράστες ως άνδρες, το 31% ως γυναίκες και το 24,1% και από τα δύο φύλα. Τέλος, ως προς τον αριθμό των δραστών, το 33,3% των θυμάτων αναγνώρι-

Πίνακας 3. Χαρακτηρισμός συμμετεχόντων σύμφωνα με την αυτοαναφορική προσέγγιση και το κριτήριο των Notelaers & Eninarsen (NAQ-R 22)

	N	%	Αθρ %
Είναι θύμα mobbing (NAQ Score > 44)	33	41,3	41,3
Έχει υποστεί mobbing μερικές φορές (NAQ Score 33 έως 44)	22	27,5	68,8
Δεν έχει υποστεί mobbing (NAQ Score<33)	28	31,3	100,0
Σύνολο	80	100,0	

Πίνακας 2: Δηλώσεις συμμετεχόντων σχετικά με τη συχνότητα βίωσης αρνητικών συμπεριφορών του NAQ-R τους τελευταίους 6 μήνες (NAQ-R 22)

22. Πόσο συχνά έχετε υποστεί κάθε μια από τις συμπεριφορές αυτές τους τελευταίους 6 μήνες	Ποτέ	Σπάνια	Μια φορά ανά μήνα	Μια φορά ανά εβδομάδα	Κάθε μέρα	Μία φορά ανά εβδομάδα ή/και κάθε μέρα*	Μ.Ο. (Τ.Α.)**
1. Σας αποκρύπτονται πληροφορίες που επηρεάζουν την απόδοσή σας	20 (25,0)	37 (46,3)	8 (10,0)	9 (11,3)	6 (7.5)	15 (18,8)	2,30 (1,18)
2. Εξευτελίζεστε ή γελοιοποιείστε σχετικά με τη δουλειά σας	51 (64,6)	18 (22,8)	5 (6,3)	4 (5,1)	1 (1,3)	5 (6,4)	1,56 (0,92)
3. Σας ανατίθεται δουλειά ξεκάθαρα κατώτερη του επιπέδου ικανοτήτων σας	12(15,4)	22 (28,2)	16 (20,5)	16 (20,5)	12 (15,4)	28 (35,9)	2,92 (1,32)
4. Σημαντικές περιοχές ευθύνης σας σας αφαιρούνται ή αντικαθίστανται με τετριμμένα ή ασήμαντα καθήκοντα	22 (27,5)	21 (26,3)	15 (18,8)	12 (15,0)	10 (12,5)	22 (27,5)	2,59 (1,37)
5. Φήμες και κουτσομπολιά διαδίδονται για σας	27 (34,2)	27 (34,2)	12 (15,2)	5 (6,3)	8 (10,1)	13 (16,4)	2,24 (1,28)
6.Εξαιρείστε ή αποκλείεστε από διαδικασίες και κοινωνικά γεγονότα	45 (56,3)	25 (31,3)	5 (6,3)	3 (3,8)	2 (2,5)	5 (6,3)	1,65 (0,94)
7. Προσβλητικά ή επιθετικά σχόλια για εσάς (π.χ. συνήθειες ή παρελθόν) και την προσωπική σας ζωή	41 (51,9)	25 (31,6)	6 (7,6)	3 (3,8)	4 (5,1)	7 (8,9)	1,78 (1,08)
8. Σας φωνάζουν ή γίνεστε στόχος αγανάκτησης ή θυμού	28 (35,4)	27 (34,2)	15 (19,0)	4 (5,1)	5 (6,3)	9 (11,4)	2,13 (1,15)
9. Εκφοβιστική συμπεριφορά, όπως εισβολή στον προσωπικό σας χώρο, σπρώξιμο, κλείσιμο περάσματος κ.α.	61 (77,2)	10 (12,7)	7 (8,9)	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)	1,34 (0,70)
10. Υπόνοιες ή σημάδια από άλλους ότι θα έπρεπε να παρατήσετε τη δουλειά σας	59 (74,7)	13 (16,5)	7 (8,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,34 (0,64)
11. Σας υπενθυμίζονται συνεχώς τα λάθη και οι παραλείψεις σας	31 (39,2)	34 (43,0)	8 (10,1)	5 (6,3)	1 (1,3)	6 (7,6)	1,87 (0,96)
12. Σας αγνοούν ή γίνονται επιθετικοί εναντίον σας όταν επιχειρείτε να προσεγγίσετε	46 (57,5)	24 (30,0)	8 (10,0)	2 (2,5)	0 (0,0)	2 (2,5)	1,58 (0,78)
13. Εξακολουθητική κριτική της δουλειάς και της προσπάθειάς σας	27 (33,8)	26 (32,5)	20 (25,0)	4 (5,0)	3 (3,8)	7 (8,8)	2,12 (1,06)
14. Η γνώμη και οι απόψεις σας αγνοούνται	25 (31,6)	33 (41,8)	5 (6,3)	5 (6,3)	5 (6,3)	10 (12,6)	2,14 (1,13)
15. Γίνεστε αποδέκτες φαρσών – αστείων από άτομα που δεν σας συμπαθούν	59 (74,7)	13 (16,5)	3 (3,8)	3 (3,8)	1 (1,3)	4 (5,1)	1,41 (0,84)
16. Σας δίνονται καθήκοντα με παράλογους ή αδύνατους στόχους ή/και προθεσμίες	30 (37,5)	31 (38,8)	10 (12,5)	6 (7,5)	3 (3,8)	9 (11,3)	2,01 (1,07)

17. Γίνονται ψευδείς ισχυρισμοί σε βάρος σας	40 (50,6)	26 (32,9)	7 (8,9)	6 (7,6)	0 (0,0)	6 (7,6)	1,73 (0,92)
18. Η δουλειά σας παρακολουθείται και ελέγχεται υπερβολικά	24 (30,4)	29 (36,7)	15 (19,0)	5 (6,3)	6 (7,6)	11 (13,9)	2,24 (1,18)
19. Δέχεστε πίεση να μην απαιτήσετε κάτι το οποίο δικαιούστε (π.χ. άδειες, άδεια ασθενείας, έξοδα ταξιδίου)	32 (40,5)	23 (29,1)	13 (16,5)	8 (10,1)	3 (3,8)	11 (13,9)	2,08 (1,15)
20. Δέχεστε υπερβολικά πειράγματα και σαρκασμό	48 (60,8)	24 (30,4)	4 (5,1)	1 (1,3)	2 (2,5)	3 (3,8)	1,54 (0,86)
21. Εκτίθεστε σε μη διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας	14 (17,7)	27 (34,2)	15 (19,0)	18 (22,8)	5 (6,3)	23 (29,1)	2,66 (1,20)
22. Σωματική κακοποίηση ή απειλές βίας	64 (80,0)	15 (18,8)	0 (0,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)	1,23 (0,50)

Σημείωση. Οι τιμές εκφράζονται ως Ν (%)επί του συνόλου του δείγματος εκτός αν ορίζεται διαφορετικά.
** Για να έχουμε μία πιο ξεκάθαρη εικόνα εμφάνισης των αρνητικών συμπεριφορών σε τουλάχιστον εβδομαδιαία βάση ή/και συχνότερα, οι δύο τελευταίες στήλες αθροίστηκαν*
*** Για κάθε μία ερώτηση υπολογίστηκε ο Μ.Ο. (Τ.Α.) από τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες αντιστοιχίζοντας τις τιμές 1,2,3,4,5 στις αντίστοιχες απαντήσεις της 5βαθμης κλίμακας*

σαν πάνω από τέσσερις δράστες, το 27,8% δύο δράστες, το 16,7% τέσσερις δράστες και έναν δράστη και το 5,6% τρεις δράστες.

Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα σε ατομικούς, επαγγελματικούς και μορφωτικούς παράγοντες των θυμάτων και το βαθμό χαρακτηρισμού των συμμετεχόντων ως θυμάτων σύμφωνα με την αυτοαναφορική προσέγγιση, δηλαδή τον Μ.Ο. των απαντήσεων στις 22 ερωτήσεις του NAQ-R, παρουσιάζεται στον Πίνακα 4. Φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες που σχηματίζονται σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία, τη θέση στην ιεραρχία για τους ιατρούς και τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας. Αντίθετα, από τη σύγκριση των μέσων όρων των ομάδων διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους Μ.Ο. των ομάδων που σχηματίζονται: α) σύμφωνα με την ειδικότητα [(U(46,34)=524,5, p=0,012<0,05] για το συνολικό mobbing και [U(46,34)=409,5, p=0,000<0,05] για το mobbing που σχετίζεται με την εργασία, με το ιατρικό προσωπικό να εμφανίζει υψηλότερους μέσους όρους (Μ.Ο.=47,44±16,46 και Μ.Ο.=18,88±5,98) από το νοσηλευτικό (Μ.Ο.=38,09±9,93 και Μ.Ο.=14,15±5,98) για το συνολικό mobbing και το mobbingπου σχετίζεται με την εργασία αντίστοιχα, β) σύμφωνα με τη θέση στην ιεραρχία για το νοσηλευτικό προσωπικό [U(6,40)=54,0, p=0,030<0,05] στο προσωπικό mobbing, με τους προϊσταμένους να εμφανίζουν μεγαλύτερους μέσους όρους (Μ.Ο.=23,67±5,16) από αυτούς που δεν κατέχουν θέση προϊσταμένου (Μ.Ο.=18,70±5,14), γ) σύμφωνα με το επίπεδο βασικών σπουδών [H(2)=6,361, p=0,042<0,05] για το συνολικό mobbing και [H(2)=12,342, p=0,002<0,05] για το mobbing που σχετίζεται με την εργασία, με τους πτυχιούχους ΠΕ να εμφανίζουν μεγαλύτερους μέσους όρους (Μ.Ο.=46,41±16,10 και Μ.Ο.=18,43±6,13) από τους ΤΕ (Μ.Ο.=38,87±9,60 και Μ.Ο.=14,34±3,82) και τους ΔΕ (Μ.Ο.=35,00±10,04 και Μ.Ο.=12,90±3,70) στο συνολικό mobbing και το mobbing που σχετίζεται με την εργασία αντίστοιχα.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στους ίδιους παράγοντες και το βαθμό αναγνώρισης της θυματοποίησης από τα ίδια τα θύματα σύμφωνα με την προσέγγιση του αυτοχαρακτηρισμού, δηλαδή τον Μ.Ο. των απαντήσεων στην ερώτηση 23 του NAQ-R, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες (Πίνακας 5).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνας που προέκυψαν με την αυτοαναφορική προσέγγιση και εντοπίζουν ότι το 41,3% των συμμετεχόντων αποτελούν θύματα σοβαρού mobbing, διαφέρουν σημαντικά με εκείνα των ευρωπαϊκών ερευνών που αναφέρουν κατά μέσο όρο ποσοστά 3-7%. Ωστόσο, το ποσοστό 6,3% που προκύπτει από την προσέγγιση του αυτοχαρακτηρισμού δεν διαφέρει σημαντικά από τα ποσοστά 1-4% των ευρωπαϊκών ερευνών όταν χρησιμοποιείται η μέθοδος της έμμεσης μέτρησης σε συνδυασμό με τη μέθοδο του αυτοχαρακτηρισμού (Zapf et al 2003).

Αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα, όπως η έρευνα των Galanaki & Papalexandris (2011) που έγινε σε 840 κατώτερα και μεσαία διοικητικά στελέχη δημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών το 2008, κατέγραψε ένα 13% των

Πίνακας 5. Σχέση χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με την αναγνώριση άσκησης mobbing στον εργασιακό χώρο τους τελευταίους 6 μήνες (NAQ-R23)

Ατομικά χαρακτηριστικά		Καθόλου	Σπάνια	Μια φορά ανάμηνα	Μια φορά ανά εβδομάδα	Κάθε μέρα	Μ.Ο. (Τ.Α.)*	Test/ Sig.
Φύλο	**Άντρας**	16 (57,1)	7 (25,0)	2 (7,1)	2 (7,1)	1 (3,6)	1,75 (1,11)	U(28,52)=717,5[a]
	Γυναίκα	29 (55,8)	16 (30,8)	5 (9,6)	1 (1,9)	1 (1,9)	1,63 (0,87)	p=,906
Ηλικία	**20 έως 30**	7 (53,8)	3 (23,1)	1 (7,7)	2 (15,4)	0 (0,0)	1,85 (1,14)	H(4)=2,226[b]
	30 έως 40	10 (50,0)	7 (35,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	1,75 (1,10)	p=,694
	40 έως 50	21 (60,0)	10 (28,6)	2 (5,7)	1 (2,9)	1 (2,9)	1,60 (0,95)	
	50 έως 60	5 (50,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,70 (0,82)	
	60 και άνω	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	
Ειδικότητα	**Νοσηλευτικό Προσωπικό**	26 (56,5)	16 (34,8)	2 (4,3)	1 (2,2)	1 (2,2)	1,59 (0,86)	U(46,34)=729,5[a]
	Ιατρικό Προσωπικό	19 (55,9)	7 (20,6)	5 (14,7)	2 (5,9)	1 (2,9)	1,79 (1,09)	p=,567
Θέση στην ιεραρχία για τους νοσηλευτές	**Κατέχει θέση προϊσταμένου**	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,83 (0,75)	U(6,40)=84,5[a]
	Δεν κατέχει θέση προϊσταμένου	25 (62,5)	12 (30,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	1 (2,5)	1,53 (0,88)	p=,254
Θέση στην ιεραρχία για τους ιατρούς	**Ειδικευμένος Συντονιστής Διευθυντής**	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,33 (0,58)	H(4)=1,729[b] p=,785
	Διευθυντής	3 (75,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,50 (1,00)	
	Επιμελητής Α'	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,80 (0,84)	
	Επιμελητής Β'	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	2,4 (1,67)	
	Ειδικευόμενος	9 (52,9)	4 (23,5)	2 (11,8)	2 (11,8)	0 (0,0)	1,82 (1,07)	
Χρόνια συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας	**0 έως 5**	11 (57,9)	5 (26,3)	1 (5,3)	2 (10,5)	0 (0,0)	1,68 (1,00)	H(4)=1,671[b]
	5 έως 10	6 (54,5)	2 (18,2)	2 (18,2)	0 (0,0)	1 (9,1)	1,91 (1,30)	p=,796
	10 έως 20	10 (52,6)	8 (42,1)	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,53 (0,61)	
	20 έως 30	16 (55,2)	8 (27,6)	3 (10,3)	1 (3,4)	1 (3,4)	1,72 (1,03)	
	30 και άνω	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	
Επίπεδο βασικών σπουδών	**Πτυχίο ΔΕ**	5 (50,0)	4 (40,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,60 (0,60)	H(2)=,693[b]
	Πτυχίο ΤΕ	19 (61,3)	9 (29,0)	1 (3,2)	1 (3,2)	1 (3,2)	1,58 (0,96)	p=,785
	Πτυχίο ΠΕ	21 (53,8)	10 (25,6)	5 (12,8)	2 (5,1)	1 (2,6)	1,77 (1,04)	

Σημείωση. Οι τιμές εκφράζονται ως Μ.Ο. (Τ.Α.)
a. Mann Withney U
b. Kruskal-Wallis H

συμμετεχόντων να κατατάσσονται στην κατηγορία των θυμάτων mobbing με την αυτοαναφορική προσέγγιση και ένα 7,3% με την προσέγγιση του αυτοχαρακτηρισμού. Η έρευνα των Kakoulakis et al (2015), που έγινε σε 265 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το 2012, κατέγραψε ένα 14,4% των συμμετεχόντων να κατατάσσονται στην κατηγορία των θυμάτων mobbing με την αυτοαναφορική προσέγγιση και ένα 16,7% με την προσέγγιση του αυτοχαρακτηρισμού.

Τέλος, έρευνες που έχουν εστιάσει ειδικότερα σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εντοπίζουν μεγαλύτερα ποσοστά, όπως η έρευνα των Mc Mahon et al (2013) που έγινε σε 2.929 νοσηλευτές στην Ιρλανδία με ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αρνητικών συμπεριφορών και κατέγραψε ένα 38,5% να αναγνωρίζουν τον εαυτό τους ως θύματα mobbing με την προσέγγιση του αυτοχαρακτηρισμού. Στην Ελλάδα, η έρευνα των Karatza et al (2016), η οποία έγινε σε 841 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού πέντε νοσοκομείων της Περιφέρειας Αττικής το 2013, κατέγραψε ότι 30,2% των συμμετεχόντων αναγνώρισαν ότι έχουν υποστεί κάποιου είδους mobbing τους τελευταίους 6 μήνες σπάνια, ενώ 3,1% δηλώνει συχνότητα τουλάχιστον σε εβδομαδιαία βάση. Ακόμα μεγαλύτερα ποσοστά αναφέρει η έρευνα των Μπακέλλα και συν (2013)

Πίνακας 4. Σχέση χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία στο σύνολο και στις υποκλίμακες των 22 ερωτήσεων του NAQ-R (NAQ-R 22)

Ατομικά χαρακτηριστικά	Mobbing που σχετίζεται με την εργασία/ Work-related mobbing		Προσωπικό mobbing/ Personal mobbing		Σωματικό mobbing/ Physical forms of mobbing		Συνολικό mobbing/ NAQ Total	
	Score	Test / Sig.	Score	Test / Sig.	Score	Test / Sig.	Score	Test / Sig.
Φύλο		U(28,52)=660,5[a] p=,495		U(28,52)=599,5[a] p=,194		U(28,52)=628,0[a] p=,299		U(28,52)=611,5[a] p=,240
Άντρας	16,86 (5,86)		22,61 (7,59)		4,71 (1,46)		44,18 (13,45)	
Γυναίκα	15,79 (5,33)		20,52 (7,77)		4,62 (2,10)		40,92 (14,01)	
Ηλικία		H(4)=3,959[b] p=,462		H(4)=3,333[b] p=,504		H(4)=,988[b] p=,912		H(4)=2,973[b] p=,562
20 έως 30	17,92 (6,20)		24,23 (9,11)		4,85 (2,19)		47,00 (16,03)	
30 έως 40	16,40 (6,49)		20,60 (6,36)		4,50 (1,79)		41,50 (13,53)	
40 έως 50	16,23 (5,07)		21,37 (8,28)		4,60 (1,95)		42,20 (14,05)	
50 έως 60	14,10 (3,21)		19,40 (6,35)		5,00 (1,76)		38,50 (10,29)	
60 και άνω	11,50 (6,36)		15,50 (4,95)		4,00 (1,41)		31,00 (12,73)	
Ειδικότητα		U(46,34)=409,5[a] p=,000*		U(46,34)=596,5[a] p=,071		U(46,34)=754,5[a] p=,783		U(46,34)=524,5[a] p=,012*
Νοσηλευτικό Προσωπικό	14,15(4,16)		19,37 (5,36)		4,57 (1,70)		38,09 (9,93)	
Ιατρικό Προσωπικό	18,88 (5,98)		23,79 (9,59)		4,76 (2,15)		47,44 (16,46)	
Θέση στην ιεραρχία για τους νοσηλευτές		U(6,40)=65,5[a] p=,075		U(6,40)=54,0[a] p=,030*		U(6,40)=92,5[a] p=,379		U(6,40)=62,0[a] p=,059
Κατέχει θέση προϊσταμένου	16,33 (3,20)		23,67 (5,16)		5,00 (1,79)		45,0 (9,08)	
Δεν κατέχει θέση προϊσταμένου	13,73 (4,76)		18,70 (5,14)		4,45 (1,68)		36,86 (9,65)	
Θέση στην ιεραρχία για τους ιατρούς		H(4)=4,647[b] p=,326		H(4)=4,021[b] p=,403		H(4)=5,152[b] p=,272		H(4)=4,026[b] p=,402
Ειδικευμένος Συντονιστής Διευθυντής	16,00 (9,85)		18,00 (9,54)		4,00 (1,73)		38,00 (20,88)	
Διευθυντής	14,75 (8,38)		23,00 (11,64)		5,25 (3,30)		43,00 (29,09)	
Επιμελητής Α'	18,60 (4,45)		23,40 (11,04)		3,60 (0,89)		45,60 (15,08)	
Επιμελητής Β'	17,00 (6,52)		20,20 (6,91)		4,00 (2,24)		41,20 (14,97)	
Ειδικευόμενος	21,24 (4,32)		26,24 (7,76)		5,47 (2,10)		52,94 (12,66)	
Χρόνια συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας		H(4)=6,846[b] p=,144		H(4)=4,150[b] p=,386		H(4)=,224[b] p=,994		H(4)=4,538[b] p=,338
0 έως 5	17,26 (5,92)		22,26 (7,87)		4,79 (2,04)		44,32 (14,51)	
5 έως 10	19,73 (7,25)		24,27 (7,99)		4,46 (2,07)		48,45 (16,67)	
10 έως 20	14,95 (4,48)		20,68 (8,97)		4,63 (1,95)		40,26 (13,86)	
20 έως 30	15,21 (4,57)		20,21 (6,72)		4,69 (1,81)		40,10 (11,85)	
30 και άνω	11,50 (6,36)		15,50 (4,95)		4,00 (1,41)		31,00 (12,73)	
Επίπεδο βασικών σπουδών		H(2)=12,342[b] p=,002*		H(2)=4,476[b] p=,107		H(2)=,140[b] p=,932		H(2)=6,361[b] p=,042*
Πτυχίο ΔΕ	12,90 (3,70)		17,50 (5,49)		4,60 (2,07)		35,00 (10,04)	
Πτυχίο ΤΕ	14,24 (3,82)		19,94 (5,49)		4,58 (1,63)		38,87 (9,60)	
Πτυχίο ΠΕ	18,43 (6,13)		23,26 (9,16)		4,72 (2,08)		46,41 (16,10)	

*Σημείωση. Οι τιμές εκφράζονται ως Μ.Ο. (Τ.Α.), a. Mann Withney U, b. Kruskal-Wallis H, * Η συσχέτιση ή η διαφοροποίηση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05*

που έγινε σε 521 νοσηλευτές σε επτά Νοσοκομεία της 6ης Υ.ΠΕ. το 2013, με τη μέθοδο του αυτοχαρακτηρισμού, και βρήκε ότι 71% των συμμετεχόντων έχει βιώσει κάποια στιγμή mobbing.

Το γεγονός ότι το σωματικό mobbing εμφανίζεται σε μικρότερα ποσοστά, συμφωνεί και με τις πρώτες ευρωπαϊκές έρευνες σχετικά με τις μορφές του mobbing, όπως η έρευνα των Einarsen & Raknes (1997 αναφορά στο Zapf et al 2011), σύμφωνα με την οποία 2,4% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι δέχθηκε σωματική βία ή του Zapf (1999a αναφορά στο Zapf et al 2011), σύμφωνα με την οποία η σωματική επιθετικότητα εμφανίζεται στο 3,6-9,1% των περιπτώσεων, υπογραμμίζοντας το γεγονός ότι ο εκφοβισμός στην εργασία αποτελεί πρωτίστως μία μορφή ψυχολογικής παρά σωματικής επίθεσης. Η αντίστοιχη έρευνα των Karatza et al (2016), συμφωνεί με τη συχνότερη εμφάνιση αρνητικών συμπεριφορών που σχετίζονται με την ίδια την εργασία (mobbing που σχετίζεται με την εργασία), ενώ οι μέσοι όροι της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις αντίστοιχες κλίμακες εμφανίζονται ελαφρώς μικρότεροι από την παρούσα έρευνα, και πιο συγκεκριμένα για το mobbing που σχετίζεται με την εργασία 14,2 (Τ.Α.=5,5), για το προσωπικό mobbing 19,3(±6,8) και για το σωματικό mobbing 4,4(±1,7).

Όσον αφορά στην εργασιακή σχέση των θυμάτων με τους δράστες και τη θέση των δραστών στην ιεραρχία, 48,6% από αυτούς που δηλώνουν ότι έχουν υποστεί mobbing αναγνώρισαν τους δράστες ως πελάτες/ασθενείς/φοιτητές κλπ, το 42,9% ως συναδέλφους τους, το 25,7% ως τον άμεσο προϊστάμενό τους, το 20,0% ως άλλους προϊσταμένους/διευθυντές στον οργανισμό, ενώ μόλις 5,7% ως υφισταμένους τους. Η θέση του δράστη στην ιεραρχία διαφέρει ανάλογα με τη χώρα στην οποία διεξήχθη η έρευνα. Αυτή η διαφορά οφείλεται σύμφωνα με τους Zapf et al (2003) στις πολιτισμικές διαφορές που εμφανίζουν οι χώρες μεταξύ τους. Ωστόσο, νέες έρευνες που εστιάζουν σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καταγράφουν σε μεγαλύτερα ποσοστά τους δράστες ως προϊσταμένους. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα της Χείρα (2014), ως προς την εργασιακή σχέση των θυμάτων με τους δράστες αναφέρεται ότι 55,9% των θυμάτων δήλωσαν ότι έχουν υποστεί mobbing από τους προϊσταμένους τους και 50% από συναδέλφους. Στην έρευνα των Mc Mahon et al (2013), ως δράστες αναγνωρίζονται στο μεγαλύτερο ποσοστό (74,2%) οι προϊστάμενοι και οι ανώτεροι διευθυντές, οι συνάδελφοι (38,2%), οι υφιστάμενοι (13,5%) και οι πελάτες/φοιτητές/οικογένειες (18,9%). Αντίστοιχα, στην έρευνα των Cevik et al (2012), που έγινε σε 180 νοσηλευτές στην Τουρκία, η πλειοψηφία των θυμάτων (58,9%) αναγνωρίζει τους δράστες ως τους άμεσους προϊστάμενους.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν στο ότι οι προϊστάμενοι και οι συνάδελφοι είναι τις περισσότερες φορές οι δράστες mobbing. Όσον αφορά στο ρόλο των τρίτων, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η έρευνα για το mobbing και τη βία στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας ξεκίνησε με τον εντοπισμό της βίαιης συμπεριφοράς των ασθενών προς τους ιατρούς και νοσηλευτές, κυρίως σε ψυχιατρικές κλινικές και μονάδες έκτακτων περιστατικών (Leather 2002). Επίσης, οι ορισμοί των διεθνών οργανισμών εργασίας και υγείας, όπως του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (EU-OSHA 2010), συμπεριλαμβάνουν τη βία και παρενόχληση από τρίτους, π.χ. πελάτες και ασθενείς, επισημαίνοντας, ωστόσο, ότι το mobbing είναι μια μορφή ψυχολογικής, κυρίως βίας, γεγονός που απαιτεί περαιτέρω μελέτη.

Όσον αφορά στις απαντήσεις σχετικά με το φύλο των δραστών, το 44,8% από αυτούς που δηλώνουν ότι έχουν υποστεί mobbing αναγνώρισαν τους δράστες ως άνδρες, το 31% ως γυναίκες και το 24,1% και από τα δύο φύλα. Το αποτέλεσμα ως προς το φύλο των δραστών συμφωνεί με πολλές έρευνες, οι οποίες γενικά δείχνουν μια υπερεκπροσώπηση των ανδρών μεταξύ των δραστών (Zapf et al 2003). Στην έρευνα της Χείρα (2014), ως προς το φύλο των δραστών, το 83,8% δηλώνει ότι έχει υποστεί mobbing από γυναίκες, ωστόσο η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες, γεγονός που δείχνει ότι το αποτέλεσμα δεν μπορεί να αποτελέσει ασφαλές συμπέρασμα για τη γενίκευση του φύλου των δραστών.

Σχετικά με τις απαντήσεις αναφορικά με τον αριθμό των δραστών, μόνο 18 από τα 35 άτομα που δήλωσαν ότι έχουν υποστεί κάποιου είδους mobbing (έστω και σπάνια) δήλωσαν και τον αριθμό των δραστών. Πιο συγκεκριμένα, 33,3% από αυτούς αναγνώρισαν πάνω από τέσσερις δράστες, 27,8% δύο δράστες, 16,7% τέσσερις δράστες και έναν δράστη και 5,6% τρεις δράστες. Στην έρευνα της Χείρα (2014), καταγράφεται ο Μ.Ο. του αριθμού των δραστών σε 2,3 (±1,1), ενώ στην έρευνα των Mc Mahon et al (2013), το 50% των θυμάτων αναφέρει ότι έχει υποστεί mobbing από έναν μεμονωμένο δράστη, ενώ το υπόλοιπο 50% από περισσότερους δράστες.

Το αποτέλεσμα της μη συσχέτισης του mobbing με το φύλο και την ηλικία των θυμάτων συμφωνεί με την έρευνα της Χείρα (2014) και των Kakoulakis et al (2015) που έδειξαν ότι το φύλο και η ηλικία δεν επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση του φαινομένου. Ωστόσο, αντίστοιχη έρευνα των Cevik et al (2012) στην Τουρκία, έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την εμφάνιση του φαινομένου, με τους μικρότερης ηλικίας νοσηλευτές να δέχονται συχνότερα mobbing.

Η συσχέτιση του mobbing με την ειδικότητα των συμμετεχόντων, με το ιατρικό προσωπικό να εμφανίζει μεγαλύτερους μέσους όρους, συμφωνεί με την έρευνα των Carter et al (2013), που έγινε σε 2.950 μέλη ιατρο-

νοσηλευτικού προσωπικού στη Βρετανία. Το γεγονός ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά mobbing συμφωνεί και με την εθνικής εμβέλειας έρευνα στη Βρετανία που διεξάγει ο Ιατρικός Σύλλογος (General Medical Council 2013 & 2014) ετησίως σε 50.000 περίπου εκπαιδευόμενους ιατρούς, σχετικά με το mobbing που δέχονται κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, όπου φαίνεται ότι, το 2014,το 8% των εκπαιδευόμενων ιατρών δηλώνουν θύματα mobbing (με τη μέθοδο του αυτοχαρακτηρισμού), ενώ το 2013 ο αριθμός ανέρχεται στο 13,2%.

Το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα εντοπίσθηκε να εμφανίζουν μεγαλύτερους μέσους όρους οι πτυχιούχοι ΠΕ, διαφωνεί με τις έρευνες των Cevik et al (2012) και των Karatza et al (2016) που εμφανίζουν τους νοσηλευτές με το χαμηλότερο επίπεδο σπουδών να δέχονται συχνότερα mobbing. Η παραπάνω αντίθεση θα μπορούσε να εξηγηθεί και με το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των πτυχιούχων ΠΕ στο δείγμα μας ήταν οι ιατροί, οι οποίοι εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά mobbing, παρασύροντας έτσι το σύνολο των πτυχιούχων ΠΕ να εμφανίζονται ως θύματα mobbing.

Περιορισμοί της έρευνας

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παρότι δίνουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση του φαινομένου του mobbing στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ΠΑΓΝΗ, ωστόσο δεν μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο του προσωπικού, ούτε στον πληθυσμό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στον ελλαδικό χώρο. Για αυτό, προτείνεται η επέκταση της έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα εντός του νοσοκομείου ή άλλων νοσοκομείων της περιφέρειας ή/και πανελλαδικά. Επιπλέον, προτείνεται η επέκταση της έρευνας και στα υπόλοιπα μέλη των υπηρεσιών υγείας, όπως τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους, τους ασκούμενους φοιτητές νοσηλευτικής και ιατρικής, ή/και διοικητικό προσωπικό που βρίσκεται σε εργασιακή σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να συμπεριλάβει επιπλέον επαγγελματικά χαρακτηριστικά (όπως η επαγγελματική εξουθένωση) και οργανωσιακά χαρακτηριστικά (όπως οργανωσιακή κουλτούρα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, παρότι η έρευνα δεν μπορεί να γενικεύσει στον πληθυσμό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του ΠΑΓΝΗ, ωστόσο, καταγράφει πληροφορίες που δείχνουν σημαντικές ενδείξεις για την εμφάνιση του φαινομένου του mobbing σε μεγάλο βαθμό στα μέλη του σε ένα μεγάλο πανεπιστημιακό νοσοκομείο και εφιστά την προσοχή στην αναγκαιότητα της ενημέρωσης και της λήψης μέτρων πρόληψης και προστασίας των εργαζομένων που είναι θύματα mobbing.

Συνεισφορά ερευνητών

Ε.Μ.: είχε την ευθύνη σχεδιασμού της μελέτης και συμμετείχε στη συγγραφή της μελέτης.

Ν.Κ.: συμμετείχε στη συλλογή, την ανάλυση των δεδομένων, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και τη συγγραφή της μελέτης.

Ε.Κ.: συμμετείχε στη συλλογή, την ανάλυση των δεδομένων, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και τη συγγραφή της μελέτης. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς τη συμμετοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του ΠΑΓΝΗ, τους οποίους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαιτέρως καθώς συμμετείχαν με προθυμία σε μία έρευνα με ευαίσθητα δεδομένα. Θα θέλαμε, επίσης, να ευχαριστήσουμε τη Διοίκηση της 7ης ΥΠΕ Κρήτης και το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ, που χορήγησαν την έγκρισή τους για τη διεξαγωγή της έρευνας. Τέλος, εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας στον καθηγητή Staale Einarsen και στα μέλη του ερευνητικού κέντρου Bergen Bullying Research Group για τη χορήγηση της άδειας χρήσης του ερωτηματολογίου NAQ-R.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Carter M., Thompson N., Crampton P., Morrow F., Burford B., Gray C. & Illing J. (2013). Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *BMJ Open* 3.doi:10.1136/bmjopen-2013- 002628.

Cevik R., Tan M., Saritas S. & Altuntas S. (2012). Levels of mobbing perception among nurses in Eastern Turkey. *International Nursing Review,* 59 (3), 402-8.doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.00974.x.

Einarsen S., Hoel H. & Notelaers G. (2009). Measuring Exposure to Bullying and Harassment at Work: Validity, Factor Structure and Psychometric Properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44.

Einarsen S., Hoel H., Zapf D. & Cooper C.L. (2011). The Concept of Bullying and Harassment at Work: The European Tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bulling and Harassment in the Workplace* (2nd ed., pp. 17-43). Boca Raton, FL: CRC Press.

Galanaki E. & Papalexandris N. (2011). Exploring Workplace Bullying in Greece: Frequency of Occurrence and Handling of Measurement Issues, under the Light of Previous Research Findings at the International Level. European Academy of Management Conference: Management Culture in the 21st Century. Ανακτήθηκε από https://ssrn.com/abstract=1831425 (10.11.2016).

General Medical Council (2013). National Training Survey 2013: undermining. Ανακτήθηκε από http://www.gmc-uk.org/NTS_2013_autumn_report_undermining.pdf_54275779.pdf (10.11.2016).

General Medical Council (2014). National Training Survey 2014: bullying and undermining. Ανακτήθηκε από http://www.gmc-uk.org/NTS_bullying_and_undermining_report_2014_FINAL.pdf_58648010.pdf (10.11.2016).

Kakoulakis C., Galanakis M., Bakoula-Tzoumaka C., Darvyri P., Chroussos G. & Darvyri C. (2015). Validation of the Negative Acts Questionnaire (NAQ) in a Sample of Greek Teachers. *Psychology*, 6, 63-74. doi:10.4236/psych.2015.61007.

Karatza C., Zyga S., Tziaferi S. & Prezerakos P. (2016).Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Annals of General Psychiatry* 15(7). doi: 10.1186/s12991-016-0097-z.

Leather P. (2002). Workplace violence: Scope, definition and global context. In C.L. Cooper & N. Swanson (Eds.), *Workplace violence in the health sector: state of the art* (pp. 3-18). International Council of Nurses. Ανακτήθηκε από http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf (10.11.2016)

Leymann H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184. doi: 10.1080/13594329608414853.

McMahon J., MacCurtain S., O'Sullivan M., Murphy C. & Turner T. (2013). A Report on the extent of bullying and negative workplace behaviors affecting Irish nurses. Dublin: Irish Nurses and Midwives Organisation (INMO).

Nielsen M.B., Notelaers G. & Einarsen S. (2011). Measuring Exposure to Workplace Bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bulling and Harassment in the Workplace* (2nd ed., pp. 149-174). Boca Raton, FL: CRC Press.

Trust Scientific Advisory Committee (2002). Assessing Health Status and Quality-of-Life Instruments: Attributes and Review Criteria. Quality of Life Research 11(3), 193-205.

Zapf D., Einarsen S., Hoel H. & Vartia M. (2003).Empirical findings on bullying in the workplace. In Einarsen S., Hoel H., Zapf D., Cooper C. (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp.103-126). London: Taylor.

Zapf D., Escartin J., Einarsen S., Hoel H. & Vartia M. (2011).Empirical Findings on Prevalence and Risk Groups of Bullying in the Workplace. In Einarsen S., Hoel H., Zapf D., & Cooper C.L. (Eds.), *Bulling and Harassment in the Workplace* (2nd ed., pp. 75-108). Boca Raton, FL: CRC Press.

Μπακέλλα Π., Γιάγκου Ε. & Μπραχαντίνη Κ. (2013). Η επίδραση του "συνδρόμου mobbing" στην επαγγελματική ζωή των Νοσηλευτών. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 6(2), 15-21.

Χείρα Σ. (2014). *Εκτίμηση της παρουσίας του συνδρόμου mobbing ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κύπρο* (Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Διατριβή), Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία.

RESEARCH STUDY

Exploring the phenomenon of mobbing in health professionals at the university general hospital of Heraklion

Niki Katsounaki[1], Elpida Kiaourtzi[1], EftychiaManousaki[2]
1. Nurse
2. Nurse, Intensive Care Unit, University General Hospital of Heraklion

ABSTRACT
Introduction: According to the international literature, workplace bullying (mobbing) is frequent in health services. In Greece, however, research and management policies are not yet sufficient.
Purpose: The purpose of the study was to investigate the phenomenon of mobbing in health professionals of University General Hospital of Heraklion (Pa.G.N.I.), Greece.
Methods: A cross sectional quantitative empirical study was conducted on a sample of 80 nurses, nursing assistants and doctors (response rate 53.3%) in July-October 2016. Negative Acts Questionnaire - Revised was used for data collection and IBM SPSS Statistics V.23 for the statistical analysis.
Results: The 65% of the sample were women, 57.5% were nurses and nursing assistants and 42.5% doctors. University graduates were the 48.8% of the participants, 38.8% graduates of applied universities and 12.5% of secondary nursing schools. Administrative positions were occupied by the 13% of the nurses and nursing assistants and 50% of doctors were interns. With the self-report approach, 41.3% of the participants were reported as victims of serious mobbing and 31.3% as victims of occasional mobbing. The self-labelling approach showed that 6.3% identified themselves as victims of serious mobbing and 37.6% as victims of occasional mobbing. Work-related mobbing was more commonly recognized. Perpetrators were also recognized mostly as men, doctors were identified as victims more than nurses and nursing assistants in relation to work-related mobbing ($p<0.05$). Head nurses were identified as victims more than nurses regarding personal mobbing ($p<0.05$), University graduates were identified as victims more than graduates of applied universities and of secondary school regarding work-related mobbing ($p<0.05$).
Conclusions: The present study revealed the frequent occurrence of mobbing in health professionals. A phenomenon often observed in the literature for this population group. Further research is needed in a larger sample and other health professionals.

Keywords: health professionals, mobbing, workplace bullying

Corresponding Author: Elpida Kiaourtzi
E-mail: elpida.kiaourtzi@gmail.com,
Telephone Number: +306942868367

Submission Date: 20/05/2017

Citation: Katsounaki N., Kiaourtzi E., Manousaki E. (2018). Exploring the phenomenon of mobbing in health professional at the University General Hospital of Heraklion. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(2): 29-42.

Διερεύνηση της συσχέτισης σακχαρώδη διαβήτη, κατάθλιψης και άνοιας σε χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς

Αικατερίνη Νούρη[1], Μαρία Νικοδημοπούλου[2], Κυριάκος Καζάκος[3], Σπυρίδων Λιάκος[4], Στέφανος Ρουμελιώτης[5]

1.Νοσηλεύτρια, MSc, «ΑΧΙΛΛΕΙΟΝ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ», Θεσσαλονίκη, 2.Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Β', Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ.Ν. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Θεσσαλονίκη, 3.Καθηγητής, Διαβητολόγος, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκη, 4.Νεφρολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος, ΜΧΑ «ΑΧΙΛΛΕΙΟΝ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ», Θεσσαλονίκη, 5.Επιστημονικός συνεργάτης Α' παθολογικής κλινικής, ΑΠΘ, ΑΧΕΠΑ, Νεφρολόγος, ΜΧΑ «ΑΧΙΛΛΕΙΟΝ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ», Θεσσαλονίκη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα άτομα που πάσχουν από Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, πάσχουν συχνά από κατάθλιψη και άνοια. Ωστόσο, στους ασθενείς αυτούς δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς η συσχέτιση του σακχαρώδη διαβήτη με την κατάθλιψη και την άνοια.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης του σακχαρώδη διαβήτη στην εμφάνιση κατάθλιψης και άνοιας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Μεθοδολογία: Μελετήθηκαν 53 ασθενείς, εκ των οποίων 27 ήταν διαβητικοί και 26 μη διαβητικοί, οι οποίοι υποβάλλονταν σε χρόνιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης τριών συνεδριών την εβδομάδα για 28.34(±56.36) μήνες. Όλοι οι ασθενείς απάντησαν σε τυποποιημένα ερωτηματολόγια «Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης» (MMSE) και «Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης» (HADS), με τη μορφή συνέντευξης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης, ώστε να προσδιοριστεί ο βαθμός κατάθλιψης και άνοιας. Λήφθηκαν δείγματα αίματος για τον προσδιορισμό της αιμοσφαιρίνης, της επάρκειας κάθαρσης (kt/V), των επιπέδων νατρίου, καλίου, ασβεστίου και φωσφόρου του αίματος, καθώς και των επιπέδων της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

Αποτελέσματα: Συνολικά, ο βαθμός κατάθλιψης και άνοιας αντιστοιχούσε σε μέτριου βαθμού νόσο (13.91±10.56 και 15.00±5.49, αντίστοιχα). Η σύγκριση μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά, με τους διαβητικούς να παρουσιάζουν σοβαρού βαθμού κατάθλιψη σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς (17.63±10.63 vs 10.04±9.15, p<.05). Η άνοια αξιολογήθηκε ως μετρίου βαθμού, τόσο στους διαβητικούς όσο και στους μη διαβητικούς, αλλά με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (13.19±5.19 vs 16.88±5.23, p<.05). Στην ομάδα των μη διαβητικών ασθενών διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ότι αφορά το βαθμό κατάθλιψης (Α:8.79±7.70 vs Γ:13.43±12.35, p<.05), χωρίς ωστόσο να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό άνοιας στην ίδια ομάδα ασθενών. Στην ομάδα των διαβητικών ασθενών δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο. Σημαντική συσχέτιση διαπιστώθηκε στα επίπεδα της CRP στους μη διαβητικούς ασθενείς (r=0.487, p<.05), αλλά όχι στους διαβητικούς ασθενείς. Στις υπόλοιπες παραμέτρους δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση.

Συμπεράσματα: Η κατάθλιψη σχετίζεται με την παρουσία του σακχαρώδη διαβήτη στους αιμοκαθαιρόμενους και είναι σοβαρότερου βαθμού στους διαβητικούς ασθενείς. Ο βαθμός άνοιας είναι υψηλότερος στους διαβητικούς, αλλά όχι σοβαρού βαθμού, ωστόσο απαιτούνται μακροχρόνιες μελέτες για τη γνωστική κατάσταση των αιμοκαθαιρόμενων οι οποίες θα αποκάλυπταν πιθανά ενδιαφέρουσες παραμέτρους.

Λέξεις κλειδιά: Άνοια, Αιμοκάθαρση, Σακχαρώδης Διαβήτης, MMSE, HADS.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Νούρη Αικατερίνη, Νοσηλεύτρια, MSc
Μ.Χ.Α Αχίλλειον Νεφρολογικό Κέντρο
Μητροπόλεως 8, 54625, Θεσ/νίκη, Ελλάδα
Τηλ/Fax:+302310288110/+306978348823
Email: katerina.nr@hotmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 24/7/2017

Αναφορά του άρθρου ως: Νούρη Α., Νικοδημοπούλου Μ., Καζάκος Κ., Λιάκος Σ., Ρουμελιώτης Σ. (2018). Διερεύνηση της συσχέτισης σακχαρώδη διαβήτη και άνοιας σε χρόνιους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(2): 43-50.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Οι διαβητικοί αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς έχουν υψηλά ποσοστά άνοιας ανεξαρτήτου ηλικίας**
- **Ο ΣΔ είναι η κυριότερη αιτία της ΧΝΑ τελικού σταδίου στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών**
- **Η άνοια σχετίζεται με την ηλικία, τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, την CRP και την κλίμακα κατάθλιψης**
- **Απαιτείται η διαμόρφωση νέων ολοκληρωμένων προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου, τα οποία να βασίζονται στην ψυχολογική και κοινωνική ενδυνάμωση τους.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα εμφάνισης του ΣΔ σημειώνει ιδιαίτερα αυξητική τάση σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, αλλά και γενικότερα σε ολόκληρο τον κόσμο (Γιωτάκη 2014). Ο ΣΔ θεωρείται ως μια από τις κυριότερες χρόνιες νόσου τον 21ο αιώνα με χαρακτήρα πανδημίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ έχει ανέλθει σε 422 εκατομμύρια, ενώ το ποσοστό για την ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων ανέρχεται στα 8.5% (World Health Organization 2016). Σε ότι αφορά στην Ελλάδα σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη, η συχνότητα εμφάνισης του ΣΔ ανέρχεται στα 7.04%. Ειδικότερα για το ΣΔ ΙΙ, το ποσοστό εμφάνισης βρίσκεται στο 6.9% με 8.7%, με αυξητική τάση.

Οι ασθενείς που έχουν ΣΔ για αρκετά έτη είναι πιθανό να εμφανίσουν επιπλοκές από διάφορα συστήματα του οργανισμού. Οι μεγάλες αρτηρίες στους διαβητικούς προσβάλλονται προκαλώντας στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικά επεισόδια και περιφερική αρτηριοπάθεια. Επιπλοκές που εμφανίζονται εξαιτίας του ΣΔ είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ), η διαβητική νευροπάθεια και ορισμένες δερματικές εκδηλώσεις, οι οποίες θεωρούνται σε μεγάλο ή μικρότερο βαθμό επιπλοκές μικροαγγειοπάθειας.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, μια επιπλοκή του ΣΔ είναι η ΔΝ. Οι νεφροί έχουν σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό της ινσουλίνης, καθώς το 40% της ινσουλίνης μεταβολίζεται σ' αυτούς. Καθώς ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης μειώνεται στη νεφρική ανεπάρκεια, μειώνεται το ίδιο και η μεταφορά ινσουλίνης στα εγγύς σπειραματικά κύτταρα, όπου αυτή μεταβολίζεται.

Σύμφωνα με την Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, η ΔΝ διακρίνεται σε 5 στάδια. Βάση για τη σταδιοποίηση αποτελεί ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR) που μετράται κατά την κάθαρση της κρεατινίνης. Όσο μικρότερος είναι ο GFR, τόσο βαρύτερη είναι η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Στο τέταρτο και πέμπτο στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας, με το GFR μικρότερο του 10% της φυσιολογικής τιμής, εμφανίζεται ουραιμία ή νεφρική νόσος τελικού σταδίου και αθροίζονται αζωτούχες ενώσεις (π.χ. ουρία, κρεατινίνη, φαινόλες) σε επίπεδα τοξικά για τον οργανισμό. Στο στάδιο αυτό για την επιβίωση του ασθενή είναι αναγκαία η αιμοκάθαρση, η περιτοναϊκή κάθαρση ή η μεταμόσχευση νεφρού (Daugirdas 2008).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η άνοια είναι μια από τις νόσους που έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας. Θα πρέπει να διευκρινιστεί πως η άνοια δεν είναι ασθένεια, αλλά είναι σύνολο συμπτωμάτων που δηλώνουν την έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας του ατόμου, όπως η μνήμη, η λήψη αποφάσεων και η επιχειρηματολογία. Κάποιες από τις μορφές της άνοιας είναι αναστρέψιμες. Όσοι πάσχουν από άνοια μπορεί να μην είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν πράξεις ρουτίνας για την αντιμετώπιση της καθημερινότητας. Οι δύο πιο γνωστές περιπτώσεις άνοιας είναι η νόσος Alzheimer (ΝΑ) και η αγγειακή άνοια που προκαλείται από διαταραχές στη ροή του αίματος του εγκεφάλου. Η νόσος Alzheimer αποτελεί την πιο συχνή αιτία άνοιας και δεν είναι αναστρέψιμη. Ορίζεται, σύμφωνα με την εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, ως η προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα με βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεων του ατόμου. Παρατηρούνται ατομικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία έναρξης, το είδος των γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό αποδιοργάνωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην ενοχοποιείται άλλη νοσολογική οντότητα που θα μπορούσε να προκαλέσει άνοια. Η ΝΑ αποτελεί σήμερα πραγματική μάστιγα, αν λάβει κανείς υπόψη το ιατρικό

κόστος, και τον κοινωνικό αλλά και τον καθαρά ανθρώπινο παράγοντα με την οικονομική, σωματική και ψυχική επιβάρυνση των ασθενών, των οικείων τους αλλά και του περιβάλλοντός τους.

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκε η πιθανή αλληλεπίδραση των τριών αυτών νοσολογικών οντοτήτων, η σχέση δηλαδή του ΣΔ, της κατάθλιψης και της άνοιας σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Για το σκοπό αυτό, βιοχημικές και γενικές εξετάσεις αίματος καθώς και το ερωτηματολόγιο HADS, που μετρά το ποσοστό κατάθλιψης, συσχετίστηκαν με την δοκιμασία MMSE, που μετρά την τυχόν ύπαρξη άνοιας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Ο πληθυσμός αποτελούνταν από ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου, με ΣΔ και χωρίς ΣΔ, που ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης σε ιδιωτική μονάδα χρόνιας αιμοκάθαρσης. Ο αριθμός των ατόμων που ήταν καταγεγραμμένοι στα μητρώα της μονάδας και ακολουθούσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας (1-15 Δεκεμβρίου 2016) ήταν 65. Χορηγήθηκαν, λοιπόν, 65 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 52 (ποσοστό ανταπόκρισης 72%).

Τα κριτήρια εισαγωγής των συμμετεχόντων στην μελέτη ήταν: 1) Ηλικία άνω των 18 χρονών, 2) Ικανότητα επικοινωνίας στην Ελληνική γλώσσα, 3) Διάγνωση ΧΝΝ τελικού σταδίου, 4) Ένταξη σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης για περισσότερο από 2 μήνες, 5) Διάρκεια συνεδρίας αιμοκάθαρσης περισσότερο από 2 ώρες, και 6) Μη αποδεδειγμένη νόσος Alzheimer. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Οι ασθενείς τα συμπλήρωναν εκείνη την ώρα μόνοι τους ή με τη βοήθεια των νοσηλευτών της μονάδας, σύμφωνα με τα λεγόμενα των ασθενών.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή και καταγραφή των απαραίτητων δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 4 μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάβανε ερωτήσεις που αφορούσαν κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία, σωματομετρικά (ύψος και ξηρό βάρος), δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματική κατάσταση).

Στο δεύτερο μέρος υπήρχαν ερωτήσεις που αφορούσαν το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα υπήρχαν ερωτήσεις σχετικά με την αρτηριακή πίεση, την εκδήλωση ορθοστατικής υπότασης, την ύπαρξη ΣΔ, τη χρονική διάρκειά του ΣΔ και το είδος της αγωγή. Επίσης, υπήρχαν ερωτήσεις σχετικά με τη ΧΝΝ, και πιο συγκεκριμένα το χρονικό διάστημα που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση, το είδος της αγγειακής προσπέλασης και του διαλύματος που χρησιμοποιείται, η συνολική απώλεια όγκου ανά συνεδρία και τέλος, η φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς, τα συνοδά νοσήματα και η ύπαρξη ή όχι ακρωτηριασμού.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε αιματολογικές εξετάσεις, οι οποίες συμπληρώθηκαν από την ερευνήτρια μια βδομάδα αφού οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Το τέταρτο μέρος του ερευνητικού εργαλείου αποτελούσαν το ερωτηματολόγιο HADS για το νοσοκομειακό άγχος και την κατάθλιψη και το MMSE για τη γνωστική κατάσταση των ασθενών.

Θέματα Ηθικής – Δεοντολογίας

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

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση. Οι διχοτόμες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες. Ο έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με το test Kolmogorov-Smirnov. Στην αναλυτική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson rho correlation. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p< 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Μελετήθηκαν 52 ασθενείς, εκ των οποίων 38 (73%) ήταν άνδρες και 14 (26,9%) γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 69 (εύρος 24-93) έτη. Όσο για το επίπεδο εκπαίδευσης, το 25% του δείγματος είχε τελειώσει το δημοτικό σχολείο ή μερικές τάξεις αυτού, το 45% δευτεροβάθμια εκπαίδευση και 31% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Χαρακτηριστικά είναι και τα αποτελέσματα που αφορούν την εργασία, καθώς το 94%

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Χαρακτηριστικά	Δείγμα	Ποσοστό % του δείγματος
Φύλο	Άντρας	70,3%
	Γυναίκα	29,7%
Ηλικία	65 και άνω	68,5%
	από 20 εώς 65	31,4%
Εκπαίδευση	Δημοτικό	25,45%
	Γυμνάσιο - Λύκειο	45,45 %
	Πανεπιστήμιο	30,9%
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος	5,45%
	Συνταξιούχος	94,54%

δήλωσαν ότι είναι συνταξιούχοι. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

Όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Γράφημα 1), αξίζει να σημειωθεί ότι η συχνότερη πρωτογενής αιτία νεφροπάθειας ήταν ο ΣΔ με ποσοστό 49.09%, και ακολουθούν η αρτηριακή υπέρταση (17%), η πολυκυστική νόσος των νεφρών (13%) και η σπειραματονεφρίτιδα (11%). Επιπρόσθετα, στα διάφορα αίτια (9.91%) αναφέρθηκαν περιπτώσεις νεφροπάθειας οφειλόμενης σε φαρμακευτική αγωγή και σε αυτοάνοσα νοσήματα.

Επίσης, στο παρόν δείγμα των ασθενών εμφανίζονται υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας της ΧΝΝ με μια ή περισσότερες ασθένειες (83.63%). Συγκεκριμένα, το 49.09% πάσχει από ΣΔ, το 17% από Αρτηριακή Υπέρταση και το 16.4% από καρδιακή ανεπάρκεια (Γράφημα 2).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, ο μέσος όρος για την τιμή σιδήρου ήταν 65.5μg/dl, της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης 5.67%, της γλυκόζης 132mg/dl, της επάρκειας κάθαρσης 0.96, της χοληστερόλης 41.41mg/dl, της CRP 11.59 και, τέλος, η τιμή νατρίου πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης 140.05 mEq/L.

Τέλος, σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων για το ερωτηματολόγιο της κλίμακας κατάθλιψης ο μέσος όρος ήταν 7.45 (αρνητικός για κατάθλιψη) και για την κλίμακα άνοιας 15 (μέτρια γνωστική δυσλειτουργία).

Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας MMSE και των επιμέρους παραγόντων στο σύνολο του πληθυσμού.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας MMSE και των επιμέρους παραγόντων αιματολογικών και κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων στο σύνολο των συμμετεχόντων στη μελέτη. Συγκεκριμένα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας MMSE και των προαναφερόμενων παραγόντων

Πίνακας 2: Συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας MMSE και των επιμέρους παραγόντων στο σύνολο του πληθυσμού

	Pearson r	P
Ηλικία	0.342	0.012
BMI	-.084	0.552
HbA1c (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη)	-.302	0.028
Fe	0.017	0.902
Kt/v	0.075	0.594
CRP	-.268	0.042
HADS	0.534	0.000

Πίνακας 3: Συσχετίσεις της κλίμακας MMSE και των επιμέρους παραγόντων στους ασθενείς που πάσχουν από ΣΔ

	Pearson r	P
Ηλικία	-.387	0.046
BMI	-.134	0.507
Fe	0.038	0.852
HbA1c	-.168	.401
Kt/v	-.041	0.838
Νάτριο	-.360	0.055
HADS	-.225	0.259

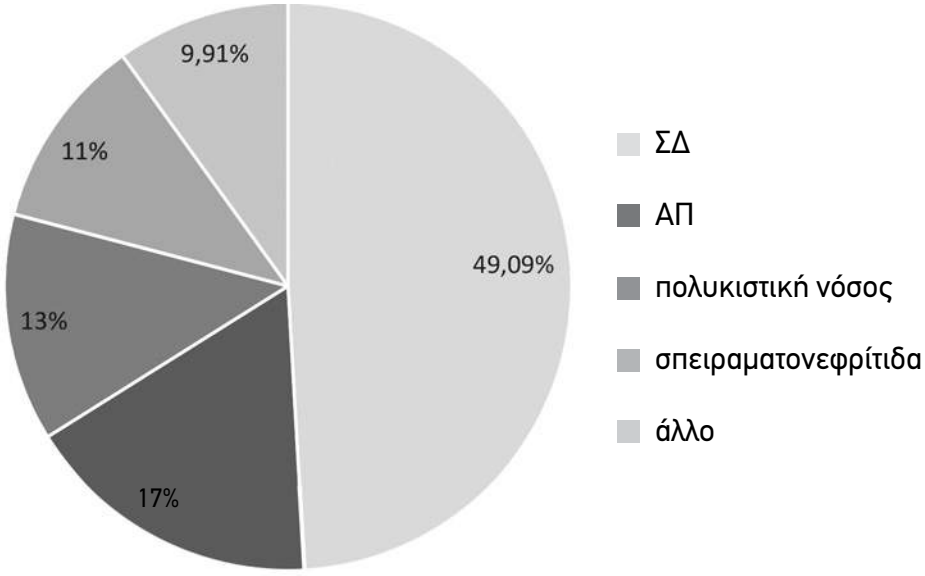
Πίνακας 4: Συσχετίσεις τις κλίμακας MMSE και των επιμέρους παραγόντων στους ασθενείς που δεν πάσχουν από ΣΔ

	Pearson r	P
Ηλικία	-.364	0.054
BMI	.100	0.633
Fe	-.148	0.471
HbA1c	-.044	0.832
Kt/v	.148	0.471
CRP	-.300	0.137
Νάτριο	-.380	0.055
HADS	-.533	0.003

[ηλικία (r=.342, p=0.012), HbA1c (r=-.268 p=0.028), CRP (r=.302 p=0.042) και HADS (r=-.534 p=.000)], αλλά η σχέση μεταξύ τους ήταν ασθενής.

Εκτός όμως από το γενικό σύνολο, επιλέχθηκε να μελετηθεί και η συσχέτιση της κλίμακας MMSE με τους υπόλοιπους παράγοντες στις δύο επιμέρους ομάδες του πληθυσμού, δηλαδή αυτών που έπασχαν από ΣΔ και αυτών που δεν έπασχαν από ΣΔ. Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης στον πληθυσμό που έπασχε από ΣΔ. Από αυτόν τον πίνακα, παρουσιάζουν ενδιαφέρον οι συσχετίσεις μεταξύ της MMSE και της

Γράφημα 1: Πρωτοπαθής αιτία ΧΝΝ



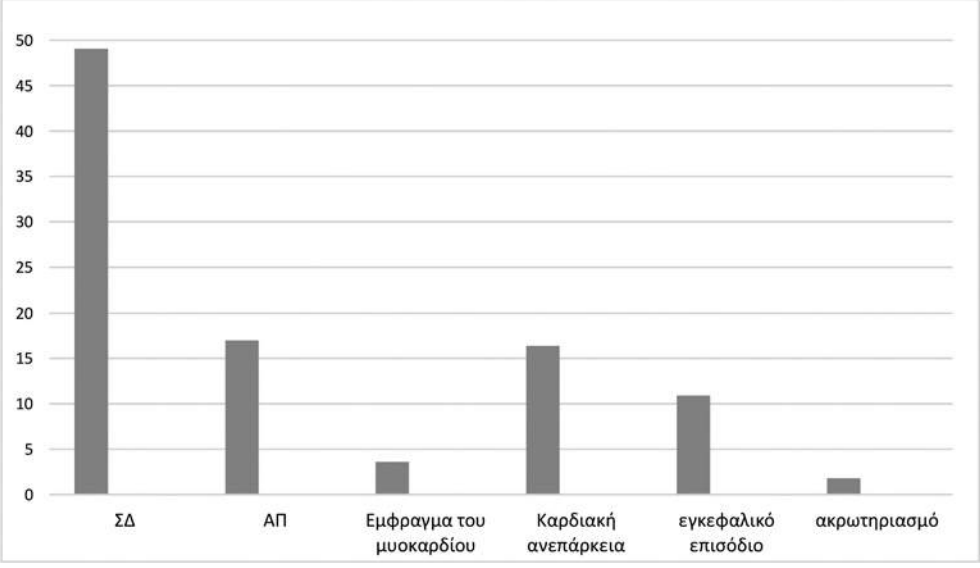
ηλικίας, του χλωριούχου νατρίου, και της χοληστερόλης. Συγκεκριμένα, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της MMSE με την ηλικία (r= -.387 p=0.046) και το χλωριούχο νάτριο (r= -.360 p=0.045), αλλά η μεταξύ τους σχέση, επίσης, ήταν ασθενής.

Τέλος, στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι συγκρίσεις μεταξύ της κλίμακας MMSE και των επιμέρους παραγόντων στον πληθυσμό που δεν πάσχει από ΣΔ. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα MMSE και στο χλωριούχο νάτριο (r=-.380 p=0.045), αλλά και την κλίμακα HADS (r=-.553 p=0.03), χωρίς όμως ιδιαίτερα ισχυρή συσχέτιση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επιβίωση και ποιότητα ζωής ενός ασθενή εξαρτάται από την περιοδική διόρθωση των βιολογικών παραμέτρων με την ανάλογη τεχνική βοήθεια, όπως είναι η μέθοδος της αιμοκάθαρσης για τους ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου. οι οποίοι μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Διαπιστώθηκε λοιπόν πως κάποιοι κοινωνικοί, δημογραφικοί και αιματολογικοί παράγοντες κατέχουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των αιμοκαθαιρόμενων ασθε-

Γράφημα 2: Ποσοστά συνοσηρότητας στο δείγμα



νών, ενώ κάποιοι από τους ασθενείς θα εμφανίσουν άνοια. Στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, μεγάλη σημασία στην εμφάνιση της άνοιας φαίνεται να παίζει η ηλικία, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, η CRP και η κατάθλιψη. Μετά το διαχωρισμό των ασθενών σε δύο ομάδες, αυτών με ΣΔ και αυτών χωρίς ΣΔ (καθώς ο ΣΔ είναι από τις κυριότερες αιτίες της ΧΝΝ), στην πρώτη ομάδα εντοπίστηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην άνοια και την ηλικία, τη χοληστερόλη και την κατάθλιψη, ενώ στη δεύτερη, συσχέτιση διαπιστώθηκε μόνο ανάμεσα στην άνοια και τα επίπεδα του χλωριούχου νατρίου.

Σύμφωνα με τους Bugnicourt et al (2013), έχει υπολογιστεί πως το 30-60% των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας. Στην παρούσα εργασία, το 100% των ασθενών έχει διάφορου βαθμού έκπτωση της γνωστικής λειτουργία (ήπια, μέτρια ή σοβαρή). Η ήπια και μέτρια έκπτωση κυμαινόταν στο 87.2%, γεγονός που συμφωνεί με την μελέτη των Murray et al (2006) η οποία αναφέρει ότι η πραγματική επικράτηση της ήπιας ως σοβαρής εξασθένισης της γνωστικής λειτουργίας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς ήταν υψηλή (87%). Ακόμη, σύμφωνα με τους Terawaki et al (2004), νεφρογενείς παράγοντες για την εμφάνιση άνοιας είναι η αναιμία και η υπονατριαιμία. Στην παρούσα έρευνα, όμως, δεν βρέθηκε κάτι ανάλογο.

Αναφορικά με την παχυσαρκία, ως παράγοντας κινδύνου για τη νόσο Alzheimer, η μελέτη των Qiu et al (2007) συμφωνεί με το παραπάνω. Στην παρούσα έρευνα το 30.9% του δείγματος ήταν παχύσαρκοι (BMI>30kg/m^2), όμως σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση ο δείκτης μάζας σώματος δεν παρουσιάζει συσχέτιση με την ΝΑ.

Σύμφωνα με τους Sajjadi et al (2008), οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πάσχουν από κατάθλιψη, η οποία είναι και αυτή ένας ακόμη παράγοντας για την εμφάνιση ΝΑ. Η παρούσα εργασία συμφωνεί με αυτή την άποψη, όμως σε μια πιο προσεκτική παρατήρηση των δύο ομάδων θα διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς που έπασχαν από ΣΔ έχουν υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης από τους μη διαβητικούς. Αυτό, πιθανώς να συμβαίνει, διότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν δύο πολύ σοβαρές και δύσκολες νόσους με περισσότερους περιορισμούς σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν να αντιμετωπίσουν μόνο τη νεφροπάθεια.

Οι Accardi et al (2012) υποστήριξαν ότι τα άτομα με ΣΔ έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης γνωστικής έκπτωσης και στη συνέχεια ΝΑ. Η παρούσα έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο ρύθμισης του ΣΔ είναι παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση ΝΑ, αφού η HbA1c έχει σχέση με την ΝΑ.

Τέλος, δόθηκε βαρύτητα και στο δείκτη λοίμωξης (CRP) και τα ευρήματα συμφωνούν με αυτά του Παπαγαλάνη (2015), ο οποίος αναφέρει πως η τιμή της CRP είναι ένας μη παραδοσιακός παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση άνοιας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι προοπτικές που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα θα είχαν ενδιαφέρον, και από ιατρική αλλά και από νοσηλευτική πλευρά. Μακροχρόνιες μελέτες για τη γνωστική κατάσταση των αιμοκαθαιρόμενων θα αποκάλυπταν ίσως ενδιαφέρουσες παραμέτρους. Οι αιματολογικές τιμές, επίσης, που στις δύο ομάδες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά, θα έχρηζαν, επίσης, πιο λεπτομερούς μελέτης. Από νοσηλευτικής πλευράς, η προσοχή στη σωστή τήρηση του φαρμακευτικού σχήματος και οι επιπτώσεις στην επιβράδυνση παραγόντων που προξενούν άνοια, θα μπορούσε να διερευνηθεί. Επίσης, ο ανθρώπινος παράγοντας που φάνηκε ότι διαδραματίζει τόσο μεγάλο ρόλο, μαζί με έρευνες για την κατάθλιψη, ίσως μπορεί να διερευνηθεί, διότι όπως όλα έδειξαν, ο ψυχικός παράγοντας επηρεάζει και την καθ' αυτό σωματική υγεία.

Συμβολή συγγραφέων

Η ΝΚ συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού και το σχεδιασμό της μελέτης, συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου. Ο ΚΚ συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου, ενώ είχε τη γενική εποπτεία της μελέτης. Η ΝΜ συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ο ΛΣ συμμετείχε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ο ΡΣ έκανε τις τελικές διορθώσεις του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Accardi G., Caruso C., Colonna-Romano G., Camarda C., Monastero R. & Candore G. (2012). Can Alzheimer disease be a form of type 3 diabetes? *Rejuvenation Res* 15:217–221.

Bugnicourt J., Godefroy O., Chillon J. & Choukroun G. (Μάρτιος 2013). Cognitive Disorders and Dementia in CKD: The Neglected Kidney-Brain Axis. *J Am Soc Nephrol* 24:353-363.

Daugirdas J., Blake P. & Ihg T. (2008). Εγχειρίδιο αιμοκάθαρσης. Αθήνα: Ελληνικό κολλέγιο νεφρολογίας.

Murray A., Tupper D. & Knopman D. (2006). Cognitive impairment in hemodialysis patients is common. *Neurology* 67:216-223.

Nicola T. (2003). Νεφρολογική Νοσηλευτική, Μετάφραση από τα Αγγλικά από Καυκιά Θ., Θεσσαλονίκη: University studio press A.E. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 2002).

NKF (National Kidney Foundation) (2002). Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Νέα Υόρκη: National Kidney Foundation

Qiu C., Ronchi D. & Fratiglioni L. (2007). The epidemiology of the dementias: an update. *Curr Opin Psychiatry* 20:380-385.

Sajjadi M., Akbari A., Kianmehr M. & Atarodi A. (2008). The relationship between self-care and depression in patients undergoing hemodialysis. *Horizon Med Sci* 14:13-17.

Strachan M., Reynolds R., Marioni R. & Price J. (2011). Cognitive function, dementia and type 2 diabetes mellitus in the elderly. *Nat Rev Endocrinol* 7:108-114.

Terawaki H., Yoshimura K., Hasegawa T., Matsuyama Y., Negawa T., Yamada K., Matsushima M., Nakayama M., Hosoya T. & Era S. (2004). Oxidative stress is enhanced in correlation with renal dysfunction: Examination with the redox state of albumin. *Kidney International* 66:1988–19989.

Tiwari S.C., Rakesh Kumar Tripathi R.K., Farooqi S.A., Rajesh Kumar R., Srivastava G. & Kumar A. (2012). Diabetes mellitus: A risk factor for cognitive impairment amongst urban older adults. *Ind Psychiatry J* 21:44-48.

Umegaki H. (2014). Type 2 diabetes as a risk factor for cognitive impairment: current insights. *Clinical Interventions in Aging* 9:1011-1019.

Van Harten B., Oosterman J., Muslimovic D., Potter van Loon B.J., Scheltens P. & Weinstein HC. (2007). Cognitive impairments and MRI correlates in the elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *Age Ageing* 36:164–170.

Vanita R., Deshmukh R., Jaswa P. & Puneet K. (2016). Alzheimer's disease: Is this a brain specific diabetic condition? *Physiology & Behavior* 164:259-267.

Velayudhan L., Poppe M., Archer N., Proitsi P., Brown R. & Lovestone S. (2010). Risk of developing dementia in people with diabetes and mild cognitive impairment. *Br J Psychiatry* 196:36-40.

Wimo A., Guerchet M., Ali, G.C., Wu Y.T., Prina A.M.,Winblad B., Jönsson L., Liu Z. & Prince M. (2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimer's and Dementia* 13:1-7.

Zigmond A.S. & Snaith P.R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 67:361-370.

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

Ιωαννίδη Ε., Λοπατατζίδης Α. & Μάντη Π. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιότυπες και Προκλήσεις. Τόμος Α-Υγεία: οριοθετήσεις και Προοπτικές.Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα.

Καρασαββίδου Δ., Καλαϊτζίδης Ρ., Πελίδου Σ. & Σιαμόπουλος Κ. (2012). Η γνωστική δυσλειτουργία στη χρόνια νεφρική νόσο: ένας παράγοντας που παραμένει συχνά αδιάγνωστος. *Ελληνική νεφρολογία* 24:118-126.

Μιχαλόπουλος Ι., Καλκαβούρα Χ., Μιχαλοπούλου Π. & Φινέτη Κ. (2007). Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 18:217-224.

RESEARCH STUDY

Exploring the correlation of diabetes mellitus, depression and dementia in chronic haemodialysis patients

Aikaterini Nouri[1], Maria Nikodimopoulou[2], Kyriakos Kazakos[3], Spyridon Liakos[4], Stefanos Roumeliotis[5]

1.Nurse, MSc, "ACHILLION Dialysis Center", Thessaloniki, Greece 2.Nephrologist, Transplant Clinic, General Hospital "IPPOKRATEIO" Thessaloniki, Greece 3.Professor, Diabetologist, Department of Nursing, Alexandreio Technological Educational Institution of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece 4.Nephrologist, Director, "ACHILLION Dialysis Center", Thessaloniki 5.Scientific associate of A' Internal Medicine Ward, University Hospital AHEPA, Nephrologist, "ACHILLION Dialysis Center", Thessaloniki

ABSTRACT

Introduction: Patients with End Stage Renal Disease on haemodialysis often suffer from depression and dementia. However, the relation between diabetes and depression and/or dementia in haemodialysis patients has not yet been efficiently researched.

Objective: The purpose of the study was to explore the effect of diabetes mellitus on depression and dementia on haemodialysis patients.

Methodology: Fifty three patients, out of which 27 diabetics, were on haemodialysis for 28.34 (±56.36) months. All patients answered the Mini Mental State Examination (MMSE) test and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in an interview during haemodialysis session in order to assess the level of depression and dementia. Moreover, blood samples were taken in order to determine haemoglobin, dialysis adequacy (kt/V), levels of blood sodium, potassium, calcium and phosphorus, as well as the levels of C-reactive protein (CRP). Statistical analysis was performed with SPSS 17.0.

Results: The level of depression and dementia for the total patients was correspondent to a moderate level of illness (13.91±10.56 and 15.00±5.49, respectively). In a comparison between diabetics and non-diabetics the results indicated a statistically significant difference for diabetics who displayed a high-level of depression (17.63±10.63 vs 10.04±9.15, $p<0.05$). The level of dementia was that of an average degree both for diabetics and non-diabetics, however there was a significant difference between the two groups (13.19±5.19 vs 16.88±5.23, $p<0.05$). In the non-diabetic group a noteworthy difference regarding the depression level between men and women was established (8.79±7.70 vs 13.43±12.35, $p<0.05$). Nevertheless, the same distinguishable difference concerning the level of dementia was not statistically determined. In diabetics a substantial difference between the two genders was not determined. A significance between the levels of CRP in non-diabetics ($r=0.487$, $p<0.05$) was found, but not in the diabetic patients group. As far as the rest of the parameters, there was no noteworthy correlation found.

Conclusions: Depression was closely related with diabetes in haemodialysis patients and is of a higher degree for the diabetics. Dementia has higher prevalence in those suffering from diabetes but not alarmingly high. Nevertheless, more prolonged studies are needed in order to determine the cognitive status of haemodialysis patients, which will probably reveal interesting parameters

Keywords: Dialysis, Diabetes, Dementia, MMSE, HADS.

Correspondence author: Nouri Aikaterini, Nurse, MSc
Achilleion Dialysis Center, Mitropoleos 8, 54625, Thessaloniki, Greece
Tel/Fax:+302310288110
Email: katerina.nr@hotmail.com

Submission Date: 24/7/2017

Citation: Nouri A., Nikodimopoulou M., Kazakos K., Liakos S., Roumeliotis S. (2018). Exploring the correlation of diabetes mellitus, depression and dementia in chronic haemodialysis patients. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(2): 43-50.

Ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Δημήτρης Παπαγεωργίου[1], Παναγιώτα Μήτσιου[2], Μαρία Σιδηροπούλου[3], Ουρανία Τσιάκου[4], Χριστίνα-Αθανασία Σαμπάνη[5], Νίκη Παυλάτου[6]

1.Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας, 2.Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης 3.Νοσηλεύτρια,Νοσηλευτικό ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού, 4.Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος "Η Σωτηρία" 5.Φοιτήτρια Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Αθήνας, 6.Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μια χρόνια, βραδέως εξελισσόμενη νόσος που χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη μη αναστρέψιμη απόφραξη των αεραγωγών και οδηγεί σε δύσπνοια, βήχα και παραγωγή πτυέλων με συριγμό. Με την πάροδο του χρόνου οι ασθενείς οδηγούνται σε αδυναμία εργασίας, ανικανότητα και μείωση της ποιότητας ζωής τους.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΑΠ.

Υλικό – μέθοδος: Η παρούσα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο από τον Φεβρουάριο 2016 έως και τον Ιούλιο 2016. Συμμετείχαν 150 ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στους οποίους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο St George's Respiratory Questionnaire. Το SGRQ αξιολογεί τα συμπτώματα, τη δραστηριότητα των πασχόντων, αλλά και τις επιπτώσεις της νόσου. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το υπολογιστικό φύλλο SGRQ excel calculator και το SPSS.

Αποτελέσματα: Το 53,3% του δείγματος ήταν άνδρες ενώ το 46,7% ήταν γυναίκες. Σύμφωνα με το SGRQ, η χαμηλότερη τιμή (67,95) παρουσιάστηκε στην κλίμακα των δραστηριοτήτων και η βέλτιστη τιμή (49,03) στην κλίμακα των συμπτωμάτων της νόσου. Η συνιστώσα «Επιπτώσεις» έλαβε τιμή 55,35. Η εκτίμηση των επιπτώσεων της νόσου στη συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών, έλαβε μέση τιμή 58,12. Η αξιολόγηση των δραστηριοτήτων έδειξε ότι τα συμπτώματα της ΧΑΠ οδήγησαν σε μειωμένη ικανότητα και θέληση για δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης. Σχετικά με τις επιπτώσεις της νόσου, περίπου το 1/3 των ασθενών άλλαξε επάγγελμα. Τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς επηρεάζουν την ποιότητα ζωής λόγω μεγαλύτερων περιορισμών στη δραστηριότητα, υψηλότερων κοινωνικών επιπτώσεων, αλλά και χειρότερης φυσικής κατάστασης.

Συμπεράσματα: Η μελέτη αυτή ανέδειξε αρκετούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ. Η αναγνώριση και η μείωση της έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου, η διατήρηση της σωματικής δραστηριότητας και η συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή μειώνει τα συμπτώματα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

Λέξεις κλειδιά: St George's Respiratory Questionnaire, ποιότητα ζωής, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Δημήτρης Παπαγεωργίου
Ηλεκτρονική διεύθυνση: dpapa@teiath.gr
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6938358890

Ημερομηνία Υποβολής: 1/5/2017

Αναφορά του άρθρου ως: Παπαγεωργίου Δ., Μήτσιου Π., Σιδηροπούλου Μ., Τσιάκου Ο., Σαμπάνη Χ.Α. & Παυλάτου Ν. (2018). Ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 11(2): 51-62.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Το 1/3 των ασθενών με ΧΑΠ ανέφερε ότι επηρεάστηκε σε τέτοιο βαθμό από τη νόσο που αναγκάστηκε να αλλάξει επάγγελμα.**
- **Οι ασθενείς ανέφεραν εξάντληση κατά τη διάρκεια, περιορισμό ή αποκλεισμό σε βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης.**
- **Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς εμφάνιζαν συχνότερα δύσπνοια, βήχα, πτύελα και συριγμό. Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους λόγω μεγαλύτερων περιορισμών στη δραστηριότητα, υψηλότερων κοινωνικών επιπτώσεων αλλά και χειρότερης φυσικής κατάστασης.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μια προοδευτική, απειλητική για τη ζωή νόσος, η οποία σχετίζεται με το κάπνισμα, την ατμοσφαιρική ρύπανση ή την έκθεση σε ρυπογόνους παράγοντες στο χώρο της εργασίας, καταστάσεις που προκαλούν παρεμπόδιση της κυκλοφορίας του αέρα στους πνεύμονες και κατά συνέπεια σημαντική δυσκολία κατά την αναπνοή (GOLD update 2015). Στο αρχικό στάδιο εκδηλώνεται με πρωινό βήχα ('βήχας των καπνιστών') που σταδιακά επιδεινώνεται, με επεισόδια λοίμωξης με πυρετό τους χειμερινούς μήνες και με δύσπνοια σταδιακά επιδεινούμενη. Σε προχωρημένο στάδιο παρατηρείται κυανωτικό και πληθωρικό προσωπείο και δύσπνοια στην ανάπαυση, ακροαστικά και ο ασθενής κάνει χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών. Τέλος, εγκαθίσταται αναπνευστική ανεπάρκεια (υπερκαπνία, υποξαιμία) και χρόνια καρδιακή κάμψη (Tashkin et al 2011).

Η ΧΑΠ προσβάλλει 210 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως και προβλέπεται ότι θα συνιστά την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου έως το 2030 (Mathers et al 2006). Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στη Λατινική Αμερική [Sao Paulo (Brazil), Santiago (Chile), Mexico City (Mexico), Montevideo (Uruguay) and Caracas (Venezuela)], ο επιπολασμός της νόσου αυξάνει σταδιακά στις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες (Menezes et al 2005).

Περισσότερα από 12 εκατομμύρια άτομα, ή το 7% του ενήλικου πληθυσμού, διαγιγνώσκονται με ΧΑΠ στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ 12 ακόμα εκατομμύρια άτομα πιθανότατα πάσχουν από τη νόσο χωρίς να έχουν, ωστόσο, διαγνωστεί (National Heart, Lung and Blood Institute 2017). Από τις έξι κύριες αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ μόνο η ΧΑΠ παρουσιάζει σταθερά αυξητική τάση από το 1970 (Jemal et al 2005). Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι προσβάλλεται το 4-70% των ενηλίκων, ενώ 3.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν από ΧΑΠ ετησίως (WHO 2016). Στην Ελλάδα οι εννέα ενήλικες καπνιστές στους 100 πάσχουν από τη νόσο (8,4%), δηλαδή περίπου 600.000 Έλληνες. Το 56% αυτών δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από τη νόσο και οι μισοί πάσχοντες συνεχίζουν να καπνίζουν. Οι άνδρες πάσχουν 2,5 φορές περισσότερο από τις γυναίκες (11,6% έναντι 4,8%) (Tzanakis et al 2004, Sichletidis et al 2005).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), προβλέπεται ότι ο συνολικός αριθμός θανάτων από ΧΑΠ θα αυξηθεί κατά περισσότερο από 30% μέσα στα επόμενα 10 χρόνια, εκτός αν ληφθούν άμεσα μέτρα για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου (WHO 2016).

Οι ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στις Η.Π.Α. χάνουν κατά μέσο όρο ετησίως 1.800 δολάρια από το εισόδημά τους ως άμεσο αποτέλεσμα της νόσου τους, ποσό το οποίο αντιστοιχεί σε εκτιμηθείσα ισόβια απώλεια της τάξεως των 20.000 δολαρίων κατ' άτομο. Επιπλέον, σχεδόν ένα στα πέντε άτομα 45-67 ετών με ΧΑΠ, αναγκάζεται να συνταξιοδοτηθεί πρώιμα λόγω της κατάστασής του, με επακόλουθο την αυξανόμενη χρήση των πόρων υγείας, μειώνοντας ταυτόχρονα το ποσοστό με το οποίο συμβάλλει στις φορολογικές και συνταξιοδοτικές του εισφορές και αυξάνοντας τα επιδόματα αναπηρίας για την κυβέρνηση της χώρας του (Fletcher et al 2011).

Παράλληλα, πρόκειται για μια χρόνια νόσο που προκαλεί μέγιστο πρόβλημα υγείας και έχει μεγάλη επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Υφαντόπουλος 2007). Εξαιτίας της δύσπνοιας μειώνεται σταδιακά η λειτουργική ικανότητα του ασθενή με ΧΑΠ, όπως π.χ. η ικανότητα βάδισης και άσκησης. Οι καθημερινές του δραστηριότητες, όπως το ντύσιμο, περιορίζονται με συνέπεια την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του (Δημητρόπουλος και συν 2013, Τζούνης και συν 2016, Κακολύρης 2014). Ροχαλητό και αποφρακτική υπνική άπνοια παρατηρείται σε ασθενείς με ΧΑΠ (Mermigkis 2007). Διαταραχές αερισμού, όπως προκύπτει από τις τιμές του μέγιστου εκπνεόμενου όγκου του πρώτου δευτερόλεπτου (Forced Expiratory Volume in one second, FEV_1) και της ολικής πνευμονικής χωρητικότητας (Total Lung Capacity, TLC), επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (Tzanakis et al 2005). Αν και το ερωτηματολόγιο της έρευνας χρησιμοποιείται σε ασθενείς με χρόνια

αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ωστόσο οι ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου είναι ιδιαίτερα σημαντικές και στους ασθενείς με ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (Swigris et al 2014). Σε ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ, οι τιμές της FEV_1 επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, ενώ το αντίθετο συμβαίνει όταν οι ασθενείς έχουν παρόξυνση ΧΑΠ (Katsoulas et al 2010).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής ασθενών με ΧΑΠ μέσα από την αξιολόγηση των συμπτωμάτων (δύσπνοια, βήχας, πτύελα και συριγμός), των δραστηριοτήτων που προκαλούν ή περιορίζονται από τη δύσπνοια και της επίπτωσης της πάθησης (κοινωνική λειτουργικότητα, ψυχολογική αναστάτωση) στην καθημερινότητα του ασθενή το τελευταίο τρίμηνο, πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ –ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακα «Σωτηρία». Χρησιμοποιήθηκε περιγραφικός συγχρονικός σχεδιασμός και διερευνήθηκαν ταυτόχρονα ασθενείς οι οποίοι διαφέρουν ως προς το στάδιο εξέλιξης της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε 5 μήνες και πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα μεταξύ 1/2/2016 και 1/7/2016.

Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης ήταν ασθενείς που είχαν στο παρελθόν διαγνωσθεί με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και διακομίστηκαν στο νοσοκομείο λόγω παρόξυνσης. Η αρχική προσέγγιση των ασθενών έγινε στο χώρο νοσηλείας τους. Για τις ανάγκες της έρευνας διατηρήθηκε αρχείο ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο. Η επιλογή των ατόμων από τον πληθυσμό, δηλαδή η δειγματοληψία, έγινε τυχαία προκειμένου να αυξηθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Το δείγμα περιελάμβανε ασθενείς με ΧΑΠ που νοσηλεύθηκαν σε τέσσερα (4) Πνευμονολογικά Τμήματα, προερχόμενοι από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν: να έχουν τη δυνατότητα λεκτικής επικοινωνίας, να βρίσκονται σε κατάσταση ψυχικής ηρεμίας και να μη λαμβάνουν φάρμακα για ψυχική νόσο ή να υποβάλλονται σε κάποια θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς θα επηρέαζε την ψυχολογική τους κατάσταση, και να υπάρχει προφορική συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα ύστερα από μία σύντομη περιγραφή της διαδικασίας διεξαγωγής της συνέντευξης και επεξήγηση του σκοπού της. Η ερευνητική ομάδα προσέγγισε 157 ασθενείς εκ των οποίων οι 150 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (ποσοστό συμμετοχής 95.5%).

Εργαλείο έρευνας

Για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), για το οποίο χορηγήθηκε άδεια χρήσης από το St George's University of London. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι το πιο διαδεδομένο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΧΑΠ (Mermigkis et al 2007, Tsiligianni et al 2016). Σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η έκδοση των «τελευταίων 3 μηνών» (Jones et al 1991). Το ερωτηματολόγιο είναι μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα ελληνικά (Katsoulas et al 2010). Οι βαθμολογίες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, αντικατοπτρίζουν σημαντικούς τομείς της ποιότητας ζωής ενός ασθενή στο πλαίσιο ενός ζητήματος υγείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη: το μέρος 1 αξιολογεί τη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων και το μέρος 2, εκτιμά τη δραστηριότητα των πασχόντων αλλά και τις επιπτώσεις της νόσου στην καθημερινότητα τους. Πιο συγκεκριμένα υπολογίζονται τρία (3) σκορ: **Συμπτώματα**-αυτό το στοιχείο ασχολείται με τον αντίκτυπο των αναπνευστικών συμπτωμάτων, τη συχνότητα και τη σοβαρότητα τους. **Δραστηριότητες**-δραστηριότητες που προκαλούν ή περιορίζονται από τη δύσπνοια. **Επιπτώσεις**-καλύπτει ένα ευρύ φάσμα σχετικά με την κοινωνική δραστηριότητα και τις ψυχολογικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της νόσου των αεραγωγών.

Κάθε απάντηση στο ερωτηματολόγιο καταχωρήθηκε στο SGRQ excel calculator και έχει εύρος από 0 έως 100. Το SGRQ excel calculator είναι ένα φύλλο εργασίας στο οποίο καταχωρήθηκαν τα δεδομένα των ασθενών. Στην στήλη ID καταχωρήθηκε ο αριθμός του αντίστοιχου ασθενή και κατά συνέπεια αποτέλεσε και τον κωδικό του (ή την ταυτότητά του). Όλες οι θετικές απαντήσεις σημειώθηκαν ως 1 και όλες οι αρνητικές απαντήσεις καταχωρήθηκαν ως 0.

Κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου βαθμολογείται χωριστά σε τρία στάδια: **i.**Το εύρος για όλες τις ερωτήσεις με τις θετικές απαντήσεις, αθροίζονται. **ii.**Τα εύρη από τις απούσες τιμές αφαιρούνται από το μέγιστο δυνατό εύρος για κάθε στοιχείο. Τα εύρη από τις απούσες τιμές αφαιρούνται από το μέγιστο δυνατό εύρος για το συνολικό σκορ. **iii.**Η βαθμολογία υπολογίζεται διαιρώντας το άθροισμα των προστιθέμενων ευρών από τις αναπροσαρμοσμένα μέγιστα δυνατά εύρη για το συγκεκριμένο στοιχείο και εκφράζοντας το αποτέλεσμα ως ποσοστό:

$$\text{Σκορ} = 100 \times \frac{\text{Άθροισμα εύρους θετικών απαντήσεων σε συγκεκριμένο στοιχείο}}{\text{Άθροισμα εύρους όλων των απαντήσεων του συγκεκριμένου στοιχείου}}$$

Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται, επίσης, και συ-

νοψίζει τις επιπτώσεις της νόσου στη συνολική κατάσταση της υγείας του ατόμου. Το σκορ εκφράζεται ως ποσοστό της γενικής επιδείνωσης, όπου το 100 αντιπροσωπεύει τη χειρότερη δυνατή κατάσταση υγείας και το 0 δείχνει την καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας. Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται με παρόμοιο τρόπο:

Σκορ = 100 x Άθροισμα εύρους θετικών απαντήσεων του ερωτηματολογίου

Άθροισμα εύρους όλων των απαντήσεων του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο για επόπτευόμενη αυτοδιαχείριση. Αυτό σημαίνει ότι οι ίδιοι οι ασθενείς πρέπει να το συμπληρώσουν, αλλά κάποιος θα πρέπει να είναι διαθέσιμος να παρέχει συμβουλές σε περίπτωση που απαιτηθεί. Είναι σχεδιασμένο για να εκμαιεύσει τη γνώμη των ασθενών για την υγεία τους, όχι τη γνώμη κάποιου άλλου (π.χ. οικογένεια, φίλοι ή μέλη του προσωπικού) που θα μπορούσε να επηρεάσει τις απαντήσεις του ασθενή.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε σε έναν ήσυχο χώρο, όπου οι ερευνητές εξηγούσαν στον ασθενή γιατί πρέπει να το συμπληρώσει και πόσο σημαντικό είναι για τους κλινικούς γιατρούς και τους ερευνητές να κατανοήσουν πώς η νόσος του επηρεάζει την καθημερινή του ζωή. Ζητήθηκε από τους ασθενείς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο όσο πιο ειλικρινά μπορούσαν και τονίστηκε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, απλά η απάντηση τους να είναι η πλησιέστερη σε αυτό που αισθανόταν. Τους εξηγήθηκε ότι πρέπει να απαντήσουν σε κάθε ερώτηση και ότι κάποιος θα είναι κοντά τους για να απαντήσει σε τυχόν απορίες σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Εάν ο ασθενής συνοδευόταν, ο συνοδός παρέμενε έξω από το χώρο της συνέντευξης. Ομοίως, δεν επιτράπηκε στους ασθενείς να πάρουν στο σπίτι τους το ερωτηματολόγιο. Όταν ο ασθενής ολοκλήρωνε την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, το ερωτηματολόγιο ελεγχόταν για να βεβαιωθούν οι ερευνητές ότι απάντηση έχει δοθεί σε κάθε ερώτηση. Αν δεν είχε απαντήσει σε κάποια ερώτηση, επιστρεφόταν στον ασθενή για να απαντήσει, προτού φύγει από τον χώρο. Ο χρόνος συμπλήρωσης ήταν 10 λεπτά.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Η μελέτη διεξήχθη μετά την έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου. Ακολούθησε ενημέρωση των Διευθυντών και των Προϊστάμενων των τμημάτων. Τα βασικά δικαιώματα των ασθενών, αυτά της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας, αυτονομίας και της ιδιωτικότητας προστατεύθηκαν. Η απόφαση της συμμετοχής του ασθενή βασίστηκε στην πλήρη πληροφόρησή του και στην αποφυγή οποιασδήποτε εξωτερικής πίεσης. Η πληροφόρηση των ασθενών πριν την συναίνεσή τους σύμφωνα με το Department of Health and Human Services (DHHS) περιελάμβανε μια σύντομη εισαγωγή της έρευνας, τον σκοπό της έρευνας, τον τρόπο επιλογής των ασθενών, επεξήγηση για τις διαδικασίες, την περιγραφή του οφέλους, την διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας και την δήλωση για αποποίηση πίεσης (ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική και η άρνηση για συμμετοχή δεν συνεπάγεται κάποια τιμωρία ή απώλεια οφέλους).

Ανάλυση δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, και των μεταβλητών που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22 και πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε γραμμική διμεταβλητή συσχέτιση. Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0.05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το 53,3% (n=80) του δείγματος ήταν άνδρες και το 46,7% (n=70) ήταν γυναίκες. Η ηλικία κυμάνθηκε από 22 έως 100 ετών, με μέση τιμή τα 67,3 έτη (SD=16.10) (Πίνακας 1).

Περιγραφικά αποτελέσματα

Τους τελευταίους 3 μήνες, βήχα ανέφεραν 37 ασθενείς (24.7%), 33 ασθενείς (22%) φλέγμα, 28 ασθενείς

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία

		f	%
Φύλο	Άντρας	80	53,3
	Γυναίκα	70	46,7
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	103	68,7
	Άγγαμος	36	24,0
	Διαζευγμένος	3	2,0
	Χήρος	8	5,3
Επαγγελματική κατάσταση	Συνταξιούχος	68	45,3
	Οικιακά	29	19,3
	Άνεργος	5	3,3
	Δημόσιος Υπάλληλος	9	6,0
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	15	10,0
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	24	16,0

(18.7%) ανέφεραν «έλλειψη» αέρα και 27 ασθενείς (18%) παρουσίασαν συριγμό ενώ έπασχαν από λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Από 1 έως και 2 σοβαρές κρίσεις είχαν 72 ασθενείς (48%). Η διάρκεια της κρίσης κυμάνθηκε από 1-2 ημέρες στους 55 ασθενείς (36.7%).

Σχετικά με τις επιπτώσεις της νόσου στην καθημερινότητα των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οι 51 ασθενείς (34%) περιέγραψαν τα αναπνευστικά τους προβλήματα ως τα πιο σοβαρά που είχαν, οι 87 ασθενείς (58%) ανέφεραν ότι τα αναπνευστικά τους προβλήματα δεν επηρεάζουν αρνητικά την εργασία τους, οι 117 ασθενείς (78%) εμφάνισαν δύσπνοια όταν ανέβαιναν έναν όροφο ή όταν περπατούν σε ανηφόρα, οι 104 ασθενείς (69.3%) δεν ασκούνται γιατί αισθάνονται ανασφαλείς ενώ, οι 32 ασθενείς (21.3%) θεωρούν ότι τα φάρμακα που λαμβάνουν δεν τους βοηθούν αρκετά στην αντιμετώπιση της νόσου τους (Πίνακας 2).

Συσχετίσεις

Γραμμική διμεταβλητή συσχέτιση (Linear Bivariate Correlation)

Σε επίπεδο δίπλευρης σημαντικότητας 0.005, οι μεταβλητές «συμπτώματα» και «ηλικία» (r=0.31, DF=148, p<0.005), «δραστηριότητες» και «ηλικία» (r=0.34, DF=148, p<0.002), «επιπτώσεις» και «ηλικία» (r=0.26, DF=148, p<0.016) και «επιπτώσεις της νόσου στη συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών» και «ηλικία» (r=0.32, DF=148, p<0.004), παρουσιάζουν γραμμική συσχέτιση.

Ο έλεγχος t

Έγινε υπολογισμός του μη συσχετισμένου ελέγχου t με τα δεδομένα του αρχείου, ο οποίος δείχνει τις μέσες τιμές των μεταβλητών συμπτώματα, δραστηριότητες, επιπτώσεις και επιπτώσεις στη συνολική κατάσταση των ασθενών από τους άνδρες και τις γυναίκες. Ο σκοπός της ανάλυσης ήταν να αξιολογηθεί αν οι μέσες τιμές των ανδρών διαφέρουν από τις μέσες τιμές των γυναικών. Ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων έδειξε ότι οι διακυμάνσεις ήταν ίσες, επειδή οι τιμές 0.860, 0.892, 0.544 και 0.589 της πιθανότητας ρδεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι ο μέσος όρος των τιμών δεν διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Έγινε υπολογισμός του μη συσχετισμένου ελέγχου t με τα δεδομένα του αρχείου, ο οποίος δείχνει τις μέσες

Πίνακας 2. Συχνότητα εμφάνισης των αναπνευστικών συμπτωμάτων

	0		1	
	f	%	f	%
1. Τους τελευταίους 3 μήνες έβηχα:				
Τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα	128	85,3	**22**	**14,7**
Αρκετές ημέρες την εβδομάδα	127	84,7	**23**	**15,3**
Μερικές ημέρες το μήνα	129	86,0	**21**	**14,0**
Μόνο με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος	113	75,3	**37**	**24,7**
Καθόλου	103	68,7	**47**	**31,3**
2. Κατά τους τελευταίους 3 μήνες έβηχα φλέγμα:				
Τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα	127	84,7	**23**	**15,3**
Αρκετές ημέρες την εβδομάδα	131	87,3	**19**	**12,7**
Μερικές ημέρες το μήνα	126	84,0	**24**	**16,0**
Μόνο με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος	117	78,0	**33**	**22,0**
Καθόλου	99	66,0	**51**	**34,0**
3. Κατά τους τελευταίους 3 μήνες λαχάνιαζα (μου έλειπε αέρας):				
Τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα	120	80,0	**30**	**20,0**
Αρκετές ημέρες την εβδομάδα	125	83,3	**25**	**16,7**
Μερικές ημέρες το μήνα	123	82,0	**27**	**18,0**
Μόνο με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος	122	81,3	**28**	**18,7**
Καθόλου	110	73,3	**40**	**26,7**

	0		1	
	f	%	f	%
4. Κατά τους τελευταίους 3 μήνες είχα κρίσεις θορυβώδους αναπνοής (συριγμός):				
Τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα	132	88,0	**18**	**12,0**
Αρκετές ημέρες την εβδομάδα	130	86,7	**20**	**13,3**
Μερικές ημέρες το μήνα	127	84,7	**23**	**15,3**
Μόνο με λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος	123	82,0	**27**	**18,0**
Καθόλου	90	60,0	**60**	**40,0**
5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών πόσες σοβαρές ή πολύ δυσάρεστες κρίσεις αναπνευστικών προβλημάτων είχατε;				
Περισσότερες από 3 κρίσεις	126	84,0	**24**	**16,0**
3 κρίσεις	131	87,3	**19**	**12,7**
2 κρίσεις	114	76,0	**36**	**24,0**
1 κρίση	114	76,0	**36**	**24,0**
Καμία κρίση	115	76,7	**35**	**23,3**
6. Πόσο διήρκησε η χειρότερη κρίση αναπνευστικών προβλημάτων που είχατε;				
1 εβδομάδα ή περισσότερο	126	84,0	**24**	**16,0**
3 ή περισσότερες ημέρες	129	86,0	**21**	**14,0**
1 ή 2 ημέρες	95	63,3	**55**	**36,7**
Λιγότερο από 1 ημέρα	100	66,7	**50**	**33,3**
7. Κατά τους τελευταίους 3 μήνες, σε μια συνηθισμένη εβδομάδα, πόσες ήταν οι καλές ημέρες (δηλαδή με λίγα αναπνευστικά προβλήματα);				
Καμία καλή ημέρα	128	85,3	**22**	**14,7**
1 ή 2 καλές ημέρες	108	72,0	**42**	**28,0**
3 ή 4 καλές ημέρες	106	70,7	**44**	**29,3**
Σχεδόν κάθε ημέρα είναι καλή	126	84,0	**24**	**16,0**
Κάθε ημέρα είναι καλή	132	88,0	**18**	**12,0**
8. Εάν έχετε θορυβώδη αναπνοή (συριγμό), είναι χειρότερη όταν ξυπνάτε το πρωί;				
Ναι			48	32,0
Όχι			102	68,0
9. Πως θα περιγράφατε τα αναπνευστικά σας προβλήματα;				
Ως τα πιο σοβαρά που έχω	99	66,0	**51**	**34,0**
Μου προκαλούν αρκετά προβλήματα	112	74,7	**38**	**25,3**
Μου προκαλούν μερικά προβλήματα	108	72,0	**42**	**28,0**
Δεν μου προκαλούν κανένα πρόβλημα	132	88,0	**18**	**12,0**
10. Εάν ποτέ εργαστήκατε έναντι αμοιβής (εργασία έξω και από το σπίτι σας):				
Τα αναπνευστικά μου προβλήματα με ανάγκασαν να σταματήσω τελείως τη δουλειά	127	84,7	**23**	**15,3**
Τα αναπνευστικά μου προβλήματα επηρεάζουν αρνητικά τη δουλειά μου ή με ανάγκασαν να αλλάξω δουλειά	108	72,0	**42**	**28,0**
Τα αναπνευστικά μου προβλήματα δεν επηρεάζουν αρνητικά τη δουλειά μου	63	42,0	**87**	**58,0**

	0		1	
	f	%	f	%
11. Ερωτήσεις σχετικά με τις δραστηριότητες που αυτές τις ημέρες σας κάνουν συνήθως να αισθάνεστε ότι σας λείπει αέρας (δύσπνοια):				
Το να κάθομαι ή να είμαι ξαπλωμένος χωρίς να κινούμαι	75	50,0	**75**	**50,0**
Το να πλένομαι ή να ντύνομαι	54	36,0	**96**	**64,0**
Το να περπατώ μέσα στο σπίτι	67	44,7	**83**	**55,3**
Το να περπατώ έξω, στο ίσιωμα	57	38,0	**93**	**62,0**
Το να ανεβαίνω έναν όροφο από τις σκάλες	33	22,0	**117**	**78,0**
Το να περπατώ σε ανηφόρα	32	21,3	**117**	**78,7**
Το να αθλούμαι ή να παίζω υπαίθρια παιχνίδια	41	27,3	**109**	**72,7**
12. Μερικές ακόμα ερωτήσεις σχετικά μετο βήχα σας και την αίσθηση ότι σας λείπει αέρας (δύσπνοια) αυτές τις ημέρες:				
Πονάω όταν βήχω	101	67,3	**49**	**32,7**
Ο βήχας μου με κάνει και κουράζομαι	55	36,7	**95**	**63,3**
Έχω την αίσθηση ότι μου λείπει αέρας (δύσπνοια) όταν μιλάω	49	32,7	**101**	**67,3**
Έχω την αίσθηση ότι μου λείπει αέρας (δύσπνοια) όταν σκύβω	37	24,7	**113**	**75,3**
Ο βήχας ή η αναπνοή μου διαταράσσουν τον ύπνο μου	49	32,7	**101**	**67,3**
Εξαντλούμαι εύκολα	26	17,3	**124**	**82,7**
13. Ερωτήσεις σχετικά με άλλες επιδράσεις που σας προκαλούν τα αναπνευστικά σας προβλήματα αυτές τις ημέρες:				
Ο βήχας ή η αναπνοή μου με φέρνουν σε δύσκολη θέση όταν βρίσκομαι με άλλον κόσμο	84	56,0	**66**	**44,0**
Τα αναπνευστικά μου προβλήματα είναι ενοχλητικά για την οικογένεια τους φίλους ή τους γείτονες μου	106	70,7	**44**	**29,3**
Φοβάμαι ή πανικοβάλλομαι όταν δεν μπορώ να πάρω αναπνοή	45	30,0	**105**	**70,0**
Αισθάνομαι ότι δεν έχω τον έλεγχο των αναπνευστικών μου προβλημάτων	54	36,0	**96**	**64,0**
Δεν περιμένω ότι θα καλυτερεύσει η κατάσταση των αναπνευστικών μου προβλημάτων	55	36,7	**95**	**63,3**
Έχω καταντήσεις φιλάσθενος ή σχεδόν ανάπηρος λόγω των αναπνευστικών μου προβλημάτων	53	35,3	**97**	**64,7**
Η σωματική άσκηση δεν είναι ασφαλής για μένα	46	30,7	**104**	**69,3**
Μου φαίνεται ότι τα πάντα χρειάζονται μεγάλη προσπάθεια	49	32,7	**101**	**67,3**
14. Ερωτήσεις σχετικά με τα φάρμακα που λαμβάνετε:				
Τα φάρμακά μου δεν με βοηθούν πολύ	121	80,7	**29**	**19,3**
Αισθάνομαι άσχημα όταν παίρνω τα φάρμακά μου μπροστά σε κόσμο	139	92,7	**11**	**7,3**
Τα φάρμακα μου δημιουργούν δυσάρεστες παρενέργειες	134	89,3	**16**	**10,7**
Τα φάρμακα μου επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή μου με αρνητικό τρόπο	118	78,7	**32**	**21,3**
15. Αυτές είναι ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο που η αναπνοή σας μπορείνα επηρεάσει τις δραστηριότητές σας:				
Χρειάζομαι πολύ ώρα για να πλυθώ ή να ντυθώ	64	42,7	**86**	**57,3**
Δεν μπορώ να κάνω ντους ή μπάνιο ή χρειάζομαι πολύ ώρα	62	41,3	**88**	**58,7**
Περπατώ πιο αργά από τους άλλους ανθρώπους ή σταματώ για ξεκούραση	47	31,3	**103**	**68,7**

	0		1	
	f	%	f	%
Εργασίες, όπως η φροντίδα του σπιτιού, μου παίρνουν πολύ χρόνο ή πρέπει να σταματάω για ξεκούραση	40	26,7	**110**	**73,3**
Όταν ανεβαίνω έναν όροφο από τις σκάλες, πρέπει να πηγαίνω αργά ή να σταματάω	38	25,3	**112**	**74,7**
Όταν βιάζομαι ή περπατώ γρήγορα, πρέπει να σταματάω ή να επιβραδύνω το βήμα μου	40	26,7	**110**	**73,3**
Η αναπνοή μου με δυσκολεύει να κάνω πράγματα όπως να ανεβαίνω ανηφόρες, να κουβαλάω πράγματα όταν ανεβαίνω σκάλες, να ασχολούμαι με ελαφριές δουλειές στον κήπο, να χορεύω, να πηγαίνω περίπατο ή να παίζω ρακέτες σε παραλία	36	24,0	**114**	**76,0**
Η αναπνοή μου με δυσκολεύει να κάνω πράγματα όπως να μεταφέρω βαριά αντικείμενα, να σκάβω τον κήπο, να κάνω τζόκινγκ ή να περπατάω γρήγορα (8χλμ / ώρα), να παίζω τένις ή να κολυμπάω	35	23,3	**115**	**76,7**
Η αναπνοή μου με δυσκολεύει να κάνω πράγματα όπως βαριά χειρονακτική εργασία, να τρέχω, να κάνω ποδήλατο, να κολυμπάω γρήγορα ή να κάνω αθλήματα που απαιτούν έντονη προσπάθεια	35	23,3	**115**	**76,7**
16. Θα θέλαμε να μάθουμε πώς τα αναπνευστικά σας προβλήματα επηρεάζουν συνήθως την καθημερινή σας ζωή:				
Δεν μπορώ να αθλούμαι ή να παίζω υπαίθρια παιχνίδια	43	28,7	**107**	**71,3**
Δεν μπορώ να βγω για διασκέδαση ή αναψυχή	52	34,7	**98**	**65,3**
Δεν μπορώ να βγω από το σπίτι για ψώνια	58	38,7	**92**	**61,3**
Δεν μπορώ να κάνω δουλειές για την φροντίδα του σπιτιού	53	35,3	**97**	**64,7**
Δεν μπορώ να μετακινηθώ μακριά από το κρεβάτι ή από την καρέκλα μου	64	42,7	**86**	**57,3**
17. Σημειώστε την επιλογή που νομίζετε ότι περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που σας επηρεάζουν τα αναπνευστικά σας προβλήματα:				
Δεν με εμποδίζουν να κάνω αυτά που θέλω να κάνω	133	88,7	**17**	**11,3**
Δεν με εμποδίζουν να κάνω ένα ή δυο πράγματα που θα ήθελα να κάνω	106	70,7	**44**	**29,3**
Με εμποδίζουν να κάνω τα περισσότερα από αυτά που θα ήθελα να κάνω	110	73,3	**40**	**26,7**
Με εμποδίζουν να κάνω όλα όσα ήθελα να κάνω	99	66,0	**51**	**34,0**

τιμές των μεταβλητών συμπτώματα, δραστηριότητες, επιπτώσεις και επιπτώσεις στη συνολική κατάσταση των ασθενών σε σχέση με την ηλικία των ασθενών. Ο σκοπός της ανάλυσης ήταν να αξιολογηθεί αν οι μέσες τιμές των μεγαλύτερων σε ηλικία διέφεραν από τις μέσες τιμές των νεότερων ασθενών. Ο έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων αναφέρει ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες, επειδή οι τιμές 0.911, 0.352, 0.365και 0.205 της πιθανότητας p δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι ο μέσος όρος των τιμών της μεταβλητής ¨Συμπτώματα¨ των μεγαλύτερων σε ηλικία ασθενών (M=64.34±28.61) είναι σημαντικά υψηλότερος (t=3.91, DF=95, δίπλευρη p=0.003) από αυτόν των νεότερων ασθενών (M=42.60±27.19).

Scores

Οι βαθμολογίες του SGRQ παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Οι βαθμολογίες κάλυψαν όλο το εύρος τιμών από το 0 έως και το 100. Η χειρότερη μέση τιμή (67.9) παρατηρήθηκε στην κλίμακα δραστηριοτήτων, ενώ η καλύτερη (49.0) στην κλίμακα των συμπτωμάτων. Στην κλίμακα επιπτώσεων παρατηρήθηκε μέση τιμή 55.4, ενώ, οι επιπτώσεις της νόσου στη συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών έλαβε μέση τιμή 58.1.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αξιολόγηση των δραστηριοτήτων των ασθενών της μελέτης έδειξε ότι τα συμπτώματα των αναπνευστικών παθήσεων οδήγησαν σε μειωμένη ικανότητα και θέληση για πραγματοποίηση δραστηριοτήτων καθημερινής δια-

Πίνακας 3. Scores από το SGRQ excel calculator

	Συμπτώματα	Δραστηριότητα	Επιπτώσεις	Σύνολο
Μέση τιμή	49,0	67,9	55,4	58,1
Κεντρική τιμή	46,9	87,2	69,6	70,0
Επικρατούσα τιμή	6,3	100	3,6	1,1
Τυπική απόκλιση	26,8	38,8	31,3	30,9

βίωσης. Με αυτά τα ευρήματα συμφωνούν και έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στις αρχές της δεκαετίας του 2000 (Rutten-van Mölken et al 1999, Azarisman et al 2007, Antonelli-Incalzi et al 2009, Δημητρόπουλος και συν 2013) (Πίνακας 4).

Οι ασθενείς ανέφεραν εξάντληση κατά τη διάρκεια, περιορισμό ή αποκλεισμό σε βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, όπως είναι το ντύσιμο, το μπάνιο, η βάδιση και η σίτιση. Παράλληλα δυσκολεύονταν σε δουλειές του σπιτιού, σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, σε δραστηριότητες σχετικές με την εργασία, καθώς και στην σεξουαλική ζωή. Σχετικά με τις επιπτώσεις της νόσου στην καθημερινότητα των ασθενών της μελέτης, περίπου το 1/3 του δείγματος ανέφερε ότι επηρεάστηκε σε τέτοιον βαθμό που αναγκάστηκε να αλλάξει επάγγελμα. Η διακοπή μιας δραστηριότητας εξαρτάται από τον βαθμό των ενοχλητικών συμπτωμάτων που προκαλεί η πάθηση και από τη σημασία της για τον ασθενή. Συχνά οι ασθενείς δεν συνειδητοποιούν ότι οι δραστηριότητες τους έχουν μειωθεί αποδίδοντας τους λειτουργικούς περιορισμούς τους στο γεγονός ότι «γερνούν» (Zwerink et al 2014).

Όλες οι κλίμακες του SGRQ συσχετίστηκαν με το φύλο, την ηλικία και το επάγγελμα. Στην παρούσα μελέτη το φύλο δεν βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ. Σε αντίθεση με παρόμοια έρευνα που ανέδειξε ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά περισσότερο στις γυναίκες (Antonelli-Incalzi et al 2009). Παράλληλα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχετίση με την ηλικία και το επάγγελμα των ασθενών. Οι ασθενείς άνω των 70 ετών παρουσίασαν τις χαμηλότερες τιμές σε όλες τις κλίμακες, αλλά και στη συνολική κλίμακα που εκτιμά τις επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα ζωή τους. Τα άτομα αυτής της ηλικιακής κατηγορίας, από το σύνολο των συμπτωμάτων, βιώνουν κυρίως δύσπνοια και κόπωση. Η συχνότητα εμφάνισης, η ένταση και ο βαθμός της δυσφορίας που δημιουργεί η δύσπνοια έχει επίπτωση στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών με ΧΑΠ. Η δυσφορία εξαιτίας της δύσπνοιας, είναι πιθανό να αποτρέπει κάποιον από διάφορες δραστηριότητες ή μπορεί να περιγραφεί ως φόβος επιδείνωσης της αναπνοής, ενώ η επίπτωση της δύσπνοιας μπορεί να περιγραφεί ως περιορισμός σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα ή δραστηριότητες.

Επίσης, στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει τη συχνότητα, αλλά και τη διάρκεια, των συμπτωμάτων. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα δύσπνοια, βήχα, πτύελα και συριγμό. Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους λόγω μεγαλύτερων περιορισμών στη δραστηριότητα, υψηλότερων κοινωνικών επιπτώσεων αλλά και χειρότερης φυσικής κατάστασης (Pickard et al 2011, Puhan et al 2007, Weatherall et al 2009).

Περιορισμοί μελέτης

Η μελέτη αυτή παρουσιάζει περιορισμούς στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η μελέτη διενεργήθηκε σε αστικό ελληνικό πληθυσμό και αντικατοπτρίζει τα χαρακτηριστικά Αθηναίων ασθενών με ΧΑΠ, που εξυπηρετούνται από μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο. Με αυτό τον τρόπο, ο σχεδιασμός της μελέτης έχει αποκλείσει ασθενείς με ΧΑΠ που παρακολουθούνται σε ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές (πιο εύποροι, πιο λειτουργικοί ασθενείς κ.λπ.), οι οποίοι δεν χρησιμοποιούν το δημόσιο νοσοκομείο για τον έλεγχο της νόσου τους. Οι καιρικές συνθήκες και τα επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης της Αθήνας επηρεάζουν επίσης τη συμπεριφορά και ενδεχομένως την ποιότητα ζωής των ασθενών με αναπνευστικές παθήσεις.

Πίνακας 4. Σύγκριση τιμών με παρόμοιες έρευνες

	Παρούσα μελέτη (2016)	Rutten-van Mölken et al (2000)	Azarisman et al (2007)	Antonelli-incalzi et al (2009)	Δημητρόπουλος και συν (2013)
Δραστηριότητες	67.94±38.80	65±24	55.1±27.9	56.75±20.75	65.2±24
Επιπτώσεις	55.35±31.28	43±23	35.2±23.8	18±10.75	43.7±22.8
Συμπτώματα	49.03±26.25	50±23	43.7±23.6	53.75±21	49.50±22.58
ΣΥΝΟΛΟ	58.12±30.91	51±21	50.2±23.2	46.5±18	51.31±20.91

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ειδικό ερωτηματολόγιο SGRQ αντικατοπτρίζει επαρκώς τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ στον πληθυσμό που εξετάστηκε. Τα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου αυτού περιλαμβάνουν το σχεδιασμό κατάλληλων ερωτήσεων για τη μέτρηση της συγκεκριμένης νόσου, την υψηλή ευαισθησία στην ανίχνευση αλλαγών που προκαλούνται από τον χρόνο ή από την εφαρμογή προγραμμάτων πνευμονικής αποκατάστασης και τέλος, την υψηλότερη αποδοχή του ερωτηματολογίου από τους ασθενείς αυτούς λόγω του ότι σχετίζεται με τη νόσο που αντιμετωπίζουν.

Η μελέτη ανέδειξε αρκετούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, όπως η ηλικία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αναγνώριση και η μείωση της έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου έχει μεγάλη σημασία, ότι όλοι οι ασθενείς με ΧΑΠ ωφελούνται από την διατήρηση της σωματικής δραστηριότητας και τέλος, η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή μειώνει τα συμπτώματα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

Συμβολή των συγγραφέων

Η σύλληψη της ιδέας, η επικοινωνία με το εξωτερικό για λήψη άδειας χρήσης του SGRQ, ο σχεδιασμός της μελέτης, η ανάλυση κι ερμηνεία αποτελεσμάτων, και συγγραφή του κειμένου έγινε από τον ΔΠ. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας και των ερευνητικών άρθρων και, η συλλογή των δεδομένων έγινε από τις ΜΠ, ΜΣ και ΟΤ. Η λήψη άδειας από το νοσοκομείο και η μεταφορά δεδομένων στο SGRQ excel calculator έγινε από την ΟΤ. Η ΧΣ συμμετείχε στην ανάλυση των δεδομένων και στη μετάφραση κειμένων. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και η συγγραφή του κειμένου έγινε από τη ΝΠ. Η κριτική αναθεώρηση του άρθρου έγινε από τον ΔΠ. Το τελικό κείμενο γράφτηκε από τον ΔΠ και τη ΝΠ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Antonelli-Incalzi R., Pedone C., Scarlata S., Battaglia S., Scichilone N., Forestiere F. & Bellia V. (2009). Correlates of mortality in elderly COPD patients: focus on health-related quality of life. *Respirology* 14(1):98-104.

Azarisman M.S., Fauzi M.A., Faizal M.P., Azami Z., Roslina A.M. &Roslan H. (2007). The SAFE (SGRQ score, air-flow limitation and exercise tolerance) Index: a new composite score for the stratification of severity in chronic obstructive pulmonary disease. *Post grad Med J* 83(981):492-7.

Fletcher J.M., Upton J., Fishwick J.T., Buist S.A., Jenkins G., Hutton J., Barnes N., Van Der Molen T., Walsh J.W., Jones P. & Walker S. (2011). COPD uncovered: an international survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease [COPD] on a working age population. *BMC Public Health*1; 11:612.

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

Jemal A., Ward E., Hao Y. & Thun M. (2005). Trends in the leading causes of death in the United States, 1970-2002. *JAMA*14;294(10):1255-9.

Jones P.W., Quirk F.H. & Baveystock C.M. (1991) The Saint George's Respiratory Questionnaire. *Respiratory Medicine* 85, 25-31.

Katsoulas T.A., Skordilis E.K., Myrianthefs P., Fildisis G., Theodosopoulou E. & Baltopoulos G. (2010). Validity of St. George's Respiratory Questionnaire for Greek patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Percept Mot Skills* 110(3 Pt 1):772-88.

Mathers C.D. & Loncar D. (2006). Project ions of global mortality and burden of disease from 2002 to2030. *PLoS Med* 3 (11):e442.

Menezes A.M., Perez-Padilla R., Jardim J.R., Muino A., Lopez M.V., Valdivia G., Montes de Oca M., Talamo C., Hallal P.C. & Victora C.G; PLATINO Team. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*26; 366(9500):1875-81.

Mermigkis C., Kopanakis A., Foldvary-Schaefer N., Golish J., Polychronopoulos V., Schiza S., Amfilochiou A., Siafakas N. and Bouros D. (2007). Health-related quality of life in patients with obstructive sleep apnoea and chronic obstructive pulmonary disease (overlap syndrome). *International Journal of Clinical Practice* 61: 207–211.

Pickard A.S., Yang Y. & Lee T.A. (2011). Comparison of health-related quality of life measures in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Qual Life Outcomes* 18; 9:26.

Puhan M.A., Guyatt G.H., Goldstein R., Mador J., McKim D., Stahl E., Griffith L. &Schünemann H.J. (2007). Relative responsiveness of the Chronic Respiratory Questionnaire, St. Georges Respiratory Questionnaire and four other health-related quality of life instruments for patients with chronic lung disease. *Respir Med* 101(2):308-16.

Rutten-van Mölken M., Roos B. & Van Noord J.A. (1999). An empirical comparison of the St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) and the Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) in a clinical trial setting. *Thorax* 54(11):995-1003.

Sichletidis L., Tsiotsios I., Gavriilidis A., Chloros D., Kottakis I., Daskalopoulou E. & Konstantinidis T. (2005). Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and rhinitis in northern Greece. *Respiration*72(3):270-7.

Swigris J.J., Esser D., Conoscenti C.S. & Brown K.K. (2014). The psychometric properties of the St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) in patients with idiopathic pulmonary fibrosis: a literature review. *Health Qual Life Outcomes*20;12:124.

Tashkin D.P., Rennard S., Taylor Hays J., Lawrence D., Marton J.P. & Lee T.C. (2011). Lung function and respiratory symptoms in a 1-year randomized smoking cessation trial of varenicline in COPD patients. *Respir Med*105 (11):1682-90.

Tsiligianni I.G., Alma H.J., de Jong C., Jelusic D., Wittmann M., Schuler M., Schultz K., Kollen B., van der Molen T. & Kocks J. (2016). Investigating sensitivity, specificity, and area under the curve of the Clinical COPD Questionnaire, COPD Assessment Test, and Modified Medical Research Council scale according to GOLD using St George's Respiratory Questionnaire cutoff 25 (and 20) as reference. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*11:1045-1052.

Tzanakis N., Anagnostopoulou U., Filaditaki V., Christaki P. & Siafakas N.: COPD group of the Hellenic Thoracic Society (2004). PrevalenceofCOPDinGreece.*Chest*125(3):892-900.

Tzanakis N., Samiou M., Lambiri I., Antoniou K., Siafakas N., Bouros D. (2005). Evaluation of health-related quality-of-life and dyspnea scales in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. Correlation with pulmonary function tests. *Eur J Intern Med*16(2):105-112.

Weatherall M., Marsh S., Shirtcliffe P., Williams M., Travers J. & Beasley R. (2009).Quality of life measured by the St George's Respiratory Questionnaire and spirometry. *Eur Respir J*33(5):1025-30.

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

Zwerink M., Brusse-Keizer M., van der Valk P.D., Zielhuis G.A., Monninkhof E.M., van der Palen J., Frith P.A. & Effing T. (2014). Self-management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *CochraneDatabaseSystRev*19 (3):CD002990.

Δημητρόπουλος Χ., Θεοδωρακοπούλου Ε., Κοπιτοπούλου Α., Νικολάου Α., Τσάπας Χ., Κουλούρης Ν., Ντάνος Ι. & Κοσμάς Ε. (2013). Ποιότητα ζωής Ελλήνων ασθενών με ΧΑΠ. *ΠΝΕΥΜΩΝ*26(2): 127-138.

Κακολύρης Ν. (2014). Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Από την Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας και την Έρευνα στην Ποιότητα Ζωής της Καθημερινότητας των Ασθενών. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 53(3): 231–236.

Τζούνης Ε., Κερενίδη Θ., Χατζόγλου Χ., Δανιήλ Ζ., Κοτρώτσιου Ε. & Γουργουλιάνης Κ. (2016). Η διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας σε φροντιστές ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Ποιοτική ανάλυση. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 15(2): 166-189.

Υφαντόπουλος Γ.Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24: 6-18.

Quality of life in Chronic Obstructive Pulmonary disease patients

Dimitris Papageorgiou[1], PanagiotaMitsiou[2], Maria Sidiropoulou[3],OuraniaTsiakou[4], Christina-Athanasia Sampani[5], Niki Paulatou[6]

1.Assistant Professor, Technological Educational Institution, Department of Nursing, Athens, Greece, 2.Nurse, General Hospital of Paidon Pentelis, Athens, Greece, 3.Nurse, NIMITS, Athens, Greece, 4.Nurse, General Hospital of Thorax Diseases "H Sotiria", Athens, Greece, 5.Student of Nursing, Technological Educational Institution, Department of Nursing, Athens, Greece 6.Nurse, General Hospital of Athens G.N.A. "G. Gennimatas", Athens, Greece

ABSTRACT

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a chronic slowly progressive disease characterized by excessive irreversible airway obstruction, leading to shortness of breath, cough, sputum production and wheezing. Over time the patients manifest weakness, disability and reduced quality of life.

Aim: of the present study was to evaluate the quality of life of patients with the COPD.

Methodology: This cross-sectional study was performed in a Greek public hospital from February 2016 until July 2016. The St George's Respiratory Questionnaire was distributed to 150 patients with COPD. The SGRQ evaluates the symptoms, activity of patients and the impact of the disease. For data analysis was used the SGRQ excel calculator and SPSS.

Results: In the present research 53,3% of the sample were males and 46,7% female. According to the SGRQ scores of the study, the worst value (67.95) had been shown on the scale of activities and the best value in the range of symptoms (49.03). The average value received by the "Impact" component was 55,35. The assessment of disease impact on the overall patient's health status showed a mean of 58,12. The evaluation of the activities revealed that COPD symptoms led to reduced capacity and willingness for daily living activities. Regarding the impact of disease, about 1/3 of patients had to change their profession. The symptoms, which the older patients manifest, affected their quality of life due to greater restrictions on activity, higher social impact and worst fitness.

Conclusion: This study highlighted several factors that affect the quality of life of patients with COPD. The identification and reduction of exposure to risk factors, the physical activity and, finally, compliance with medication therapy reduces symptoms and improves the quality of life.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, St George's Respiratory Questionnaire

Corresponding Author: Dimitris Papageorgiou
Email: dpapa@teiath.gr
Telephone: 6938358890

Submission Date: 1/5/2017

Citation: Papageorgiou D., Mitsiou P., Sidiropoulou M., Tsiakou O., Sampani C.A. & Paulatou N. (2018). Quality of life in Chronic Obstructive Pulmonary disease patients. *Hellenic Journal of Nursing Science* 11(2): 51-62.

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, DOAJ, Akademic Keys, Cross Ref.

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
Δρ. Θεοδώρα Καυκιά, Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Μαρία Γκριζιώτη, MSc,
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ,
Ιωάννα Καραμήτρη, PhD,
Μάρθα Κελέση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
Μιχαήλ Κουράκος, PhD,
Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης,
Μαρία Μαλλιαρού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας,
Στέφανος Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου,
Αθανάσιος Μαστροκώστας, PhD,
Ευγενία Μηνασίδου, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης,
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας,
Βασιλική Ρόκα, PhD

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
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.
Dr. Viktor Vus, Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine

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 11 - ISSUE 2
APRIL - MAY - JUNE
2018

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 11 - ΤΕΥΧΟΣ 2
ΑΠΡΙΛΙΟΣ
ΜΑΪΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ
2018

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr