Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

Τόμος 11, Τεύχος 3, ΙΟΥΛΙΟΣ-ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ-ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2018

Volume 11, Issue 3, JULY-AUGUST-SEPTEMBER 2018



ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL

Σύγχρονος νοσηλευτής: Επιστήμονας ή άνθρωπος;
Contemporary nurse: Scientist or human?
Λάμπρος Λιάπης

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS

Κινητά τηλέφωνα και μετάδοση μικροοργανισμών στο χώρο του νοσοκομείου
Mobile phones and microorganisms transmission in hospital environment
Οδυσσεύς Μπότσης, Στέφανος Αθανάσιος Μουστάκης

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η διαφθορά στο χώρο της υγείας και το υπόδειγμα της θεωρίας των παιγνίων
Corruption in healthcare services and the game theory model
Ευαγγελία Ανδρεαδάκη, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES

Η επιβάρυνση και η ποιότητα ζωής των φροντιστών χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στο νομό Ηρακλείου
Burden and quality of life of caregivers of chronic haemodialysis patients in Heraklion, Crete
Εργίνη Αντωνάκη, Δημήτρης Ξυδάκης, Μαρία Καλογεροπούλου, Μανόλης Λιναρδάκης

Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής
Looking into the knowledge and attitudes of nurses regarding mourning and burial customs of people with different cultural background
Αρετή Παπαδοπούλου, Παρασκευή Αποστολάρα, Πέτρος Γαλάνης, Αθηνά Καλοκαιρινού

A research on anxiety and depression of the elderly in the community
Aristidis Vasilopoulos , Stavroula Marinou, Marianthi Rammou, Penelope Sotiropoulou, Zoe Roupa, Eleni Siamaga

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 Θεοδώρα Καυκιά,** Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης
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:
Δρ. Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης
Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας, Αθήνα

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Παρασκευή Αποστολάρα, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, **Μαρία Γκριζιώτη**, MSc, **Αθηνά Καλοκαιρινού**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, **Ιωάννα Καραμήτρη**, PhD, **Μάρθα Κελέση**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, **Μαρία Μαλλιαρού**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας **Στέφανος Μαντζούκας**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου, **Αθανάσιος Μαστροκώστας**, PhD, **Ευγενία Μηνασίδου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, **Βασιλική Ρόκα**, PhD, **Μαρία Σαρίδη**, PhD, **Ελένη Χριστοδούλου**, PhD, **Χρύσα Χρυσοβιτσάνου**, 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
Γεώργιος Αργυρίου, Αριστείδης Βασιλόπουλος, Αικατερίνη Βενέτη, Ευγενία Βλάχου, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσνίτσαλης, Χρήστος Ερμείδης, Ευτυχία, Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραΐσκου, Νικόλαος Κοντοδημόπουλος, Αγορίτσα Κουλούρη, Βαΐα Κωνσταντικάκη, Θεοχάρης Κωνσταντινίδης, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Γεώργιος Μανομενίδης, Ευαγγελία Μεϊμετη, Νικόλαος Μπακάλης, Δημήτριος Μπαρουξής, Λάμπρος Μπίζας, Ιωάννης Μωϋσογλου, Δήμητρα Παλητζήκα, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Ποντισίδης, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθαρού, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Αναστάσιος Τζενάλης, Αικατερίνη Τόσκα, Ευάγγελος Φραδέλος, Καλλιόπη Χατζίκα

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, **Dr Christina Papachristou**, Dipl. Psych. MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin Berlin, Germany

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ – EDITORIAL

Σύγχρονος νοσηλευτής: Επιστήμονας ή άνθρωπος;
Contemporary nurse: Scientist or human?
Λάμπρος Λιάπης **3**

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ - REVIEWS
Κινητά τηλέφωνα και μετάδοση μικροοργανισμών στο χώρο του νοσοκομείου
Mobile phones and microorganisms transmission in hospital environment
Οδυσσεύς Μπότσης, Στέφανος Αθανάσιος Μουστάκης **5**

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ
Η διαφθορά στο χώρο της υγείας και το υπόδειγμα της θεωρίας των παιγνίων
Corruption in healthcare services and the game theory model
Ευαγγελία Ανδρεαδάκη, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 10

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ - RESEARCH ARTICLES
Η επιβάρυνση και η ποιότητα ζωής των φροντιστών χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στο νομό Ηρακλείου
Burden and quality of life of caregivers of chronic haemodialysis patients in Heraklion, Crete
Εργίνη Αντωνάκη, Δημήτρης Ξυδάκης, Μαρία Καλογεροπούλου, Μανόλης Λιναρδάκης 33

Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής
Looking into the knowledge and attitudes of nurses regarding mourning and burial customs of people with different cultural background
Αρετή Παπαδοπούλου, Παρασκευή Αποστολάρα, Πέτρος Γαλάνης, Αθηνά Καλοκαιρινού **48**

A research on anxiety and depression of the elderly in the community
Aristidis Vasilopoulos , Stavroula Marinou, Marianthi Rammou, Penelope Sotiropoulou, Zoe Roupa, Eleni Siamaga 59

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ & ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ **67**

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ **69**

Σύγχρονος νοσηλευτής: Επιστήμονας ή άνθρωπος;

Contemporary nurse: Scientist or human?

Λάμπρος Λιάπης,
Νοσηλευτής, Υπεύθυνος Εξωτερικών Ιατρείων Γενικό Νοσοκομείο Μεσολογγίου

Η τεχνολογία, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η γνώση είναι απαραίτητα όπλα τα οποία υπάρχουν πλέον στη φαρέτρα του σύγχρονου νοσηλευτή προκειμένου να αντιμετωπίσει τις ολοένα αυξανόμενες υγειονομικές προκλήσεις. Καθώς οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού αυξάνονται, τόσο σε ποσότητα όσο και σε ποιότητα, αποτελεί επιτακτική ανάγκη ο νοσηλευτής του σήμερα να είναι σε θέση να ανταποκριθεί επιστημονικά και τεχνολογικά στις ανάγκες αυτές. Και φυσικά όταν μιλάμε για ανάγκες εννοούμε κάθε μορφής αιτία που οδηγεί τον πολίτη στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας (από μία απλή καταρροή μέχρι ένα πολύ επώδυνο και επικίνδυνο καρδιολογικό σύμπτωμα). Ο ασθενής όταν νιώθει ενόχληση απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να βρει λύση στο πρόβλημά του. Σε αυτούς εναποθέτει τις ελπίδες του και σε αυτούς στηρίζεται όταν βρεθεί σε κατάσταση αδυναμίας.

Ο νοσηλευτής του σήμερα δεν αποτελεί τον κλασικό παλιό διεκπεραιωτή εντολών και οδηγιών. Οι γνώσεις και η συνεχιζόμενη κατάρτισή του έχουν μετουσιωθεί σε δεξιότητες και έχουν εναρμονιστεί με την εποχή ώστε να δύναται να παρέχει ολιστική φροντίδα στον άνθρωπο που έχει απέναντί του χρησιμοποιώντας όλα τα μέσα που διαθέτει και τα οποία δεν άπτονται μόνο των επιστημονικών του γνώσεων, αλλά εμπεριέχουν και άλλες έννοιες όπως η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, η κατανόηση των αναγκών τους και η ενσυναίσθηση. Στην καθημερινή κλινική πράξη ο νοσηλευτής παρέχει φροντίδα σε 20-30 ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη προσοχής και φροντίδας. Ο ρόλος αυτός ανατίθεται στο νοσηλευτή, ο οποίος είναι υποχρεωμένος μέσα στα στενά περιθώρια του 8ώρου του να καλύψει όσο το δυνατόν περισσότερες ανάγκες. Ανάγκες σωματικές, ψυχικές συναισθηματικές. Εκτός από την άρτια εκπαίδευση και την επιστημονική γνώση που διαθέτει ο σύγχρονος νοσηλευτής, θα πρέπει να έχει άλλα δύο στοιχεία. Το πρώτο αφορά την ταχύτητα με την οποία πρέπει να πραγματοποιήσει τις νοσηλευτικές του πράξεις προκειμένου να ανταπεξέρχεται επιτυχώς ανακουφίζοντας τους ασθενείς του. Το δεύτερο αφορά την συναισθηματική κάλυψη των ανθρώπων αυτών, καθώς πρόκειται για ανθρώπους που βρίσκονται σε αδυναμία ψυχική και είναι ευάλωτοι σε συναισθηματικές πιέσεις. Ο νοσηλευτής έρχεται σε στενή επαφή με τον ασθενή πολύ περισσότερο απ' ό,τι ο γιατρός ή οποιοσδήποτε άλλος επαγγελματίας υγείας. Γνωρίζει πτυχές της προσωπικότητάς του, ιδιαιτερότητες και κρυφά στοιχεία του χαρακτήρα του. Στο νοσηλευτή εναπόκειται εάν, και κατά πόσο, θα καταφέρει να αγγίξει ψυχικά τον ασθενή, να τον κάνει να νιώσει άνετα, να μην φοβάται και να συνεργαστεί ομαλά και συνετά. Ένας νοσηλευτής που θέλει να δώσει ψυχή στο έργο του, θα το κάνει γιατί η δεοντολογία του επαγγέλματός του είναι τέτοια που τον ωθεί σε αυτό. Αρκεί να προλαβαίνει!

Και κάπου εδώ αρχίζουν τα προβλήματα. Το ενεργό νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα μας δεν επαρκεί για να καλύψει όλες αυτές τις ανάγκες καθώς, σύμφωνα με μελέτες του ΟΟΣΑ, η αναλογία νοσηλευτών – ασθενών στην Ελλάδα είναι 3 περίπου νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. Τί σημαίνει αυτό; Πρακτικά, λιγότερους λειτουργούς υγείας για τους εν δυνάμει ασθενείς. Ουσιαστικά όμως το φαινόμενο αυτό οδηγεί σε ένα καθοδικό σπιράλ αποδοτικότητας του συστήματος υγείας.

Λιγότεροι νοσηλευτές ανά ασθενή = μεγαλύτερη κόπωση του νοσηλευτικού πληθυσμού = σύνδρομο burn out = λιγότερος ποιοτικός χρόνος φροντίδας ανά ασθενή = χαμηλότερης ποιότητας παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας = μεγαλύτερος κίνδυνος επισφάλειας και λαθών = έκθεση σε κίνδυνο της ζωής των ασθενών = αύξηση θνησιμότητας.

Νοσηλευτές που εργάζονται στα όρια της επαγγελματικής εξουθένωσης (ιδίως σε μεγάλα γενικά ή πανεπιστημιακά νοσοκομεία) αναγκαζόμενοι να εργάζονται σε εξοντωτικά ωράρια (πρωί και νύχτα, πάλι νύχτα, πάλι νύχτα ενίοτε) έχοντας καταστρέψει το βιολογικό τους ρολόι, είναι πιο επιρρεπείς σε σφάλματα. Σφάλματα τα οποία στο επαγγέλμά μας απαγορεύονται. Γιατί κοστίζουν ζωές.

Το φαινόμενο φυσικά δεν είναι τωρινό. Τα νοσοκομεία είναι υποστελεχωμένα, κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο και αποτελεί βασικό πυλώνα λειτουργίας του συστήματος υγείας. Ένα νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο είναι γερασμένο υπηρεσιακά. Νοσηλευτές και νοσηλεύτριες 45-50 χρόνων, έχοντας στη πλάτη τους 20 και πλέον χρόνια σκληρής υπηρεσίας, συνεχίζουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους επιβαρύνοντας την δική τους ψυχολογία και κατά συνέπεια και

την ψυχολογία των ασθενών τους. Ο ασθενής που βλέπει έναν κουρασμένο νοσηλευτή, σχεδόν αμίλητο να εκτελεί μηχανικά επιστημονικές πράξεις χωρίς να είναι διαθέσιμος ψυχικά, οδηγείται και ο ίδιος σε μία άρνηση και μία ψυχική δυστοπία.

Ας μην ξεχνάμε και ας γνωρίσουμε και σε όσους δεν το γνωρίζουν πως σε μία βάρδια, ο νοσηλευτής μπορεί να είναι: νοσηλευτής, ψυχολόγος, παρηγορητής, εξομολογητής, τεχνικός, τραυματιοφορέας, βοηθός θαλάμου, ηλεκτρολόγος, υδραυλικός, γραμματέας, φύλακας κι άλλες ειδικότητες που απέχουν παρασάγγας από το αντικείμενο της εργασίας του. Φορτωμένος με τόσες πολλές ευθύνες, αδυνατεί τις περισσότερες φορές να ανταπεξέλθει στις αμιγώς νοσηλευτικές του υποχρεώσεις, κυρίως δε τη συναισθηματική κάλυψη των πιο αδύναμων, ψυχικά, ασθενών του. Το πρόβλημα είναι αρκετά σοβαρό και το διαπιστώνει εύκολα όποιος επισκέπτεται τα νοσοκομεία ως ασθενής ή συνοδός, αφού βλέπει τα ίδια πρόσωπα σχεδόν σε κάθε βάρδια να προσπαθούν να κάνουν τα πάντα. Αν και γίνονται προσπάθειες κάλυψης των κενών θέσεων με νέες προκηρύξεις, εν τούτοις χρειάζονται μερικές γενναίες αποφάσεις.

Όντας επιφορτισμένος ο σύγχρονος νοσηλευτής με αρμοδιότητες οι οποίες τον καταξιώνουν στην επιστημονική υγειονομική κοινότητα ως ένα ισότιμο μέλος, συνεργάτη του γιατρού και όχι στη σκιά του σαν απλό εντολοδόχο, εν τούτοις όλη αυτή η αναβάθμιση έρχεται άλλοτε σε αντιδιαστολή και άλλοτε αλληλοσυμπληρώνοντας την αποστολή του ως επιστήμονα-ανθρώπου. Να προσφέρει δηλαδή ολιστική φροντίδα στον άνθρωπο που έχει την ανάγκη του.

Εκεί ακριβώς είναι το κρίσιμο σημείο, τόσο για το νοσηλευτή όσο και για τον ασθενή. Η κατάθεση ψυχής από τη πλευρά του νοσηλευτή είναι δυνατόν να αποτελέσει τροχοπέδη στην εκτέλεση επιστημονικών νοσηλευτικών πράξεων, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό τον ψυχισμό του αλλά και την υγεία του. Πολλοί συνάδελφοι έχουν παρουσιάσει αυτοάνοσα και καρδιολογικά νοσήματα, ακόμη και καρκίνο ίσως εξ αιτίας της πίεσης, του άγχους, της υπερβολικής κόπωσης και της αυθόρμητης προσπάθειάς τους να ανταποκριθούν ψυχικά και να μπουν στη θέση του ασθενούς που έχουν απέναντί τους. Μεγάλη μερίδα νοσηλευτών διακατέχονται από ενσυναίσθηση και μέσα από αυτό μπαίνουν κυριολεκτικά στη θέση των ασθενών τους χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειες που έχει μία τέτοια ενέργεια στους ίδιους. Ο νοσηλευτής συχνά «αδειάζει» ψυχικά καθώς η καθημερινή επαφή με τον πόνο και το θάνατο τον οδηγεί σε ψυχική και επαγγελματική εξουθένωση με ολέθρια αποτελέσματα για τον ίδιο πρωτίστως. Μην ξεχνάμε ότι ο σύγχρονος νοσηλευτής είναι μεν ένας πολύ καλά και άρτια καταρτισμένος επιστήμονας υγείας, αλλά παραμένει άνθρωπος. Και συμμετέχει πρακτικά, τεχνικά, επιστημονικά και ψυχικά στο δράμα που αντιμετωπίζει απέναντί του. Πολλές φορές ταυτίζεται με τον ασθενή και σε εξαιρετικές περιπτώσεις βιώνει τον πόνο του, τη θλίψη του, το πένθος του.

Είναι εξαιρετικά λεπτή και δυσδιάκριτη η γραμμή που χωρίζει τον επιστήμονα νοσηλευτή από τον άνθρωπο νοσηλευτή. Γιατί ο σύγχρονος νοσηλευτής θα πρέπει να είναι συνδυασμός αυτών των δύο. Δυστυχώς όμως σε όσες περιπτώσεις συμβαίνει αυτό, ο νοσηλευτής κινδυνεύει να τραυματιστεί ψυχικά. Μία συμβουλή που δίνει ο «παλιός» νοσηλευτής στο «νέο» είναι να σβήνει εντελώς τη μνήμη του μόλις περάσει την πύλη του νοσοκομείου. Αυτή η συμβουλή, όσο απάνθρωπη κι αν ακούγεται, περιέχει μεγάλη δόση προστασίας προς τον επαγγελματία υγείας. Τον αποφορτίζει από τα δυσάρεστα και τον κάνει να σκεφτεί κάτι θετικό μέχρι την επόμενη βάρδια. Κι εδώ γεννάται το ερώτημα: κατά πόσο, σε μία δύσκολη βάρδια, μπορεί κάποιος να σβήσει μονομιάς από το μυαλό του τα ουρλιαχτά του πόνου μιας μάνας που μόλις έχασε το παιδί της; Ερωτήματα που δεν έχουν απάντηση και δεν πρέπει να έχουν απάντηση. Γιατί ο σύγχρονος νοσηλευτής ξέρει πως έκανε ό,τι ήταν επιστημονικώς και ανθρωπίνως δυνατόν για να σωθεί μια ζωή. Και, είτε σώθηκε η ζωή είτε όχι, τον λόγο από εκεί και πέρα έχουν τα συναισθήματα. Όχι λοιπόν, δεν πρέπει ο νοσηλευτής να είναι άψυχος. Όχι, δεν πρέπει ο νοσηλευτής να είναι ένας στυγνός επαγγελματίας. Όχι, δεν πρέπει ο νοσηλευτής να είναι άλλη μία μηχανή.

Ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να αφουγκράζεται τις ανάγκες του κάθε ασθενούς, να χρησιμοποιεί την επιστήμη και την τεχνολογία προς όφελος του ασθενούς, να μην φοβάται να εκφράσει τα συναισθήματά του, να έχει ενσυναίσθηση αλλά να είναι σε θέση να τιθασεύσει τα θετικά και αρνητικά ψυχικά ερεθίσματα ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται με επιτυχία στο έργο του. Να νοσηλεύει, να φροντίζει και να περιθάλπει τον ασθενή του αλλά να μην ξεχνάει το νοσηλευτή. Τον εαυτό του.

Αναφορά του άρθρου ως: Λιάπης Λ. (2018). Σύγχρονος νοσηλευτής: Επιστήμονας ή άνθρωπος; .Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(3): 3-4

Citation: Liapis L. (2018). Contemporary nurse: scientist or human? Hellenic Journal of Nursing Science 11(3): 3-4

Κινητά τηλέφωνα και μετάδοση μικροοργανισμών στο χώρο του νοσοκομείου

Οδυσσεύς Ι. Μπότσης[1] , Στέφανος Αθανάσιος Ν. Μουστάκης[2]
1. Νοσηλευτής, BSc, Center for Digestive Diseases, Karolinska University Hospital, Huddinge, Sweden
2. Νοσηλευτής, BSc, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αιγάλεω

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρήση των κινητών τηλεφώνων σε χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης συναντάται όλο και συχνότερα, γεγονός το οποίο εγκυμονεί πολλούς αόρατους κινδύνους, καθώς σχετίζεται με τη φορεία και μετάδοση μικροβιακών στελεχών. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τους παράγοντες κινδύνου μετάδοση νοσοκομειακών λοιμώξεων, οφειλόμενους στη χρήση κινητών τηλεφώνων εν ώρα εργασίας και παροχής φροντίδας υγείας. Επιπλέον, η εργασία στοχεύει στην ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις εν λόγω λοιμώξεις έτσι ώστε να μειωθούν οι παράγοντες κινδύνου για τους ασθενείς αλλά και για το ίδιο το προσωπικό, καθώς και να προταθούν μέθοδοι πρόληψης και αντιμετώπισης. Από τη μελέτη του υλικού, προκύπτει η παρατήρηση πως ο μισός πληθυσμός του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού χρησιμοποιεί τις ηλεκτρονικές του συσκευές κατά την επίσκεψη του στον ασθενή, ενώ περισσότερο από τα 2/3 των κινητών τηλεφώνων είναι αποικισμένα από παθογόνα στελέχη, γεγονός το οποίο είναι δυνητικά επιζήμιο για τον ασθενή αλλά και για το προσωπικό. Προκειμένου να αντιμετωπισθεί η παρούσα κατάσταση, απαιτείται από το προσωπικό περισσότερη ευσυνειδησία και προσοχή κατά τη χρήση των ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και μέριμνα από τον ίδιο τον οργανισμό υγείας.

Λέξεις κλειδιά: αποικισμός, κινητές συσκευές, κύκλος λοίμωξης

Υπεύθυνος επικοινωνίας: Οδυσσεύς Ι. Μπότσης,
odyssefsbotsis@gmail.com,
τηλ: 0046-072-010-6654

Ημερομηνία υποβολής: 2 Νοεμβρίου 2017

Αναφορά του άρθρου ως: Μπότσης Ο. & Μουστάκης Σ.Α. (2018). Κινητά τηλέφωνα και μετάδοση μικροοργανισμών στο χώρο του νοσοκομείου. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(3): 5-9

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- **Αποικισμός των κινητών τηλεφώνων από παθογόνα στελέχη**
- **Μετάδοση στελεχών μεταξύ προσωπικού και ασθενών**
- **Μεταφορά ανθεκτικών μικροβίων μέσω των κινητών**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση της τεχνολογίας στις υπηρεσίες υγείας είναι στην εποχή μας εκτεταμένη, τόσο όσον αφορά τις συσκευές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, όσο και τις προσωπικές ηλεκτρονικές συσκευές, όπως κινητά τηλέφωνα και tablets του προσωπικού, καθώς και το σύστημα τηλεφώνων ή βομβητών που μπορεί να παρέχονται από το νοσοκομείο για ενδοϋπηρεσιακή επικοινωνία.

Συγκεκριμένα, οι φορητές συσκευές έχουν συμβάλει ανυπολόγιστα στην καθημερινή επικοινωνία μέσω της αύξησης της ταχύτητας ροής πληροφοριών, της άμεσης επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού, με την τάχιστη μετάδοση αποτελεσμάτων των εξετάσεων, καθώς και την απρόσκοπτη επικοινωνία σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (Morvai & Julia 2015, Ulger et al 2015). Τα κινητά τηλέφωνα εν τούτοις, όπως και πολλές ακόμη επιφάνειες του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, βρίθουν από μικροοργανισμούς, γεγονός το οποίο συμβάλλει στην έναρξη ή στη συνέχιση μίας αλυσίδας λοιμώξεων.

Σκοπός του άρθρου είναι να ενημερώσει τον αναγνώστη για την επίπτωση της μετάδοσης παθογόνων μικροοργανισμών μέσω ηλεκτρονικών συσκευών και να επηρεάσει την καθημερινή πρακτική των επαγγελματιών υγείας προς το καλύτερο όσον αφορά το παρόν θέμα.

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Οι λοιμώξεις που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας υγείας παραμένουν ένα μείζον πρόβλημα με υψηλό κόστος για την παγκόσμια κοινότητα, καθώς αποτελούν ένα αρκετά συχνό ανεπιθύμητο γεγονός (Ulger et al 2015). Έρευνα στις Η.Π.Α. υποδεικνύει πως οποιαδήποτε χρονική στιγμή ένας στους 25 νοσηλευόμενους ασθενείς νοσεί από κάποια νοσοκομειακή λοίμωξη (C.D.C. 2016)

Τα κινητά τηλέφωνα είναι δυνατό να συμβάλλουν ως φορείς στη μετάδοση παθογόνων στελεχών καθώς καθαρίζονται σπάνια. Μάλιστα, όσο πιο εκτεταμένη είναι η χρήση των συσκευών, τόσο περισσότερες οι πιθανότητες για συνέχιση μίας επαναλαμβανόμενης κυκλικής διαδικασίας αποικισμού μεταξύ των επιφανειών και του προσωπικού. Αναμφίβολα τον κίνδυνο λοίμωξης επηρεάζουν οι προσωπικές συνήθειες του κάθε ατόμου. Τα κινητά τηλέφωνα μπορεί να φέρουν μικροοργανισμούς, συμπεριλαμβανόμενων πολυανθεκτικών στελεχών μετά την επαφή του προσωπικού υγείας με τους ασθενείς, ενώ δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο για διασταυρούμενη μόλυνση μεταξύ των τελευταίων (Ulger et al 2015). Συγκεκριμένα, μόνο το 8% των εργαζομένων φαίνεται πως καθαρίζουν συχνά τα κινητά τους τηλέφωνα με αποτέλεσμα την καταγραφή υψηλών ποσοστών μόλυνσης (Morvai & Julia 2015). Πηγή αναφέρει πως στελέχη κοαγκουλάσης- αρνητικού σταφυλόκοκκου (Coagulase-negative Staphylococci) και στελέχη χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου (Staphylococcus aureus) εντοπίστηκαν συχνότερα στις κινητές συσκευές, εκ των οποίων τα περισσότερα ήταν ανθεκτικά στη μεθικιλλίνη (10- 95.3%) (Morvai & Julia 2015). Άλλη έρευνα, υποδεικνύει πως επιπλέον των προαναφερθέντων στελεχών, συχνά εμφανίζονται και άλλα παθογόνα, όπως στελέχη του είδους Acinetobacter, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas και Enterococcus (Shekhar et al 2015).

Εκτός από τις επιφάνειες εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, ακόμα και τα χέρια του προσωπικού αποτελούσαν μέσο μεταφοράς μικροοργανισμών, καθώς βρέθηκε πως 53 στους 200 επαγγελματίες υγείας έφεραν στα χέρια τους Staphylococcus aureus, ενώ 193 στους 200 έφεραν Coagulase-negative staphylococci μεταξύ άλλων στελεχών. Επιπλέον, τα στελέχη τα οποία απομονώθηκαν από τα κινητά τηλέφωνα και τα χέρια του προσωπικού υπήρξαν παρόμοια με στελέχη γνωστά για την πρόκληση νοσοκομειακών λοιμώξεων (Ulger et al 2009).

Τα τηλέφωνα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των ίδιων των ασθενών συμβάλλουν στη διαδικασία της μετάδοσης. Έρευνα υποδεικνύει πως τα κινητά τηλέφωνα χρησιμοποιούμενα από τους ασθενείς, τους συνοδούς και τους επισκέπτες αυτών, έφεραν πολυανθεκτικά νοσοκομειακά στελέχη, όπως χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ανθεκτικό στη μεθικιλλίνη (M.R.S.A.) και υψηλού επιπέδου ανθεκτικό στις αμινογλυκοσίδες εντερόκοκκο, καθώς και άλλα παθογόνα. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται επιπλέον πως το ποσοστό παθογόνων που εντοπίσθηκε στα κινητά τηλέφωνα των ασθενών σε σύγκριση με του προσωπικού υπήρξε σημαντικά υψηλότερο, με 39.6% έναντι 20.6% (Tekerekoğ lu et al 2011).

Τα ανωτέρω στοιχεία αποδεικνύουν πως υφίστανται πανομοιότυπα μικροβιακά στελέχη στις κινητές συσκευές και στα χέρια του προσωπικού και ταυτοχρόνως στις

κινητές συσκευές των ασθενών, χωρίς όμως να έχουν βρεθεί στοιχεία απευθείας σύνδεσης των στελεχών των κινητών τηλεφώνων του προσωπικού με τη νοσηρότητα ασθενών από αντίστοιχα στελέχη. Η γεφύρωση των δύο δεδομένων δεν απέχει εντούτοις πολύ.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΩΡΟΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Ο αποικισμός των κινητών συσκευών του προσωπικού από παθογόνα στελέχη είναι ένα συχνό φαινόμενο σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, καθώς βρέθηκε πως οι αποικισμένες συσκευές κυμαίνονταν μεταξύ 66.7%-100% (Nwankwo et al 2014, Ulger et al 2015, Shekhar et al 2015, Abaza & Selim 2015). Ο αποικισμός της επιφάνειας των κινητών τηλεφώνων μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα και σε χώρους του νοσοκομείου στους οποίους δεν θα έπρεπε να υφίσταται τέτοιο ζήτημα λόγω της ίδιας της φύσης του τμήματος και της βαρύτητας των νοσηλευόμενων περιστατικών. Χαρακτηριστικά, βρέθηκε πως τα ποσοστά αποικισμένων κινητών τηλεφώνων στους χώρους των χειρουργείων κυμαίνονταν μεταξύ 83%-98.1%, ενώ σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) νεογνών το 86% των συσκευών ήταν αποικισμένα από βακτήρια (Shakir et al 2015, Orsi et al 2015, Chang et al 2017). Επιπλέον, παρατηρήθηκε πως η χρήση των κινητών τηλεφώνων ήταν συχνότερη σε κλινικές νοσηλείας ενηλίκων σε σύγκριση με κλινικές νοσηλείας παίδων (Pillet et al 2015).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Υγειονομικό προσωπικό

Δύο από τους παράγοντες που συμβάλλουν στον αποικισμό των κινητών τηλεφώνων από παθογόνα στελέχη και στη μετάδοση αυτών σε σχέση με το προσωπικό, είναι η συχνότητα χρήσης των κινητών τηλεφώνων στο νοσοκομειακό περιβάλλον καθώς και ο χρόνος που αφιερώνει η κάθε επαγγελματική ομάδα κοντα στον ασθενή.

Η συχνότητα χρήσης δύναται να επηρεάσει τον αποικισμό των κινητών τηλεφώνων, καθώς όσο συχνότερα αυτά χρησιμοποιούνται, τόσο πιθανότερο να έρθουν σε επαφή με μικροοργανισμούς τους οποίους πιθανώς να μεταφέρουν και να μεταδώσουν.

Εντοπίζεται διαφορά στη συχνότητα χρήσης των κινητών τηλεφώνων ανάλογα με την επαγγελματική ομάδα. Το ιατρικό προσωπικό χρησιμοποιεί με μεγαλύτερη συχνότητα τα κινητά τηλέφωνα σε σύγκριση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, ενώ σχεδόν το 50% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού παραδέχθηκε πως χρησιμοποιεί τις συσκευές του κατά την επίσκεψη του σε ασθενείς (Stein 2014, Pillet et al 2015).

Βάσει διαφορετικών δεδομένων, φαίνεται πως υψηλό ποσοστό νοσηλευτών χρησιμοποιεί τα κινητά του τηλέφωνα κατά τη διάρκεια της εργασίας. Σε μελέτη των McBride και συνεργατών (2015) η χρήση των προσωπικών κινητών τηλεφώνων είτε άλλων μέσων επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της εργασίας από νοσηλευτές έφτασε έως και το 78.1%, εξαιρουμένου του χρόνου γεύματος και του διαλείμματος. Ειδικότερα, 38.6% αυτών έστελνε προσωπικά μηνύματα ή e-mails, 20.8% ασχολούνταν με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, 9,6% έκανε διαδυκτιακές αγορές και τέλος 6,5% έπαιζε ηλεκτρονικά παιχνίδια (McBride et al 2015).

Οι επισκέψεις του προσωπικού στο δωμάτιο ενός ασθενούς μπορεί να επηρεάσουν τον αποικισμό των κινητών τηλεφώνων ή τη μετάδοση στελεχών, διότι έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες μεταφοράς μικροβίων από ή προς τη συσκευή. Αναφορικά με την επαφή των επαγγελματιών με το περιβάλλον του ασθενούς, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές κάνουν περισσότερες επισκέψεις εντός του δωματίου του ασθενούς (45%) (Cohen et al 2012). Ακολούθησαν προσωπικοί επισκέπτες (23%), ιατρικό προσωπικό (17%), μη-κλινικό προσωπικό (7%) και τέλος λοιπό κλινικό προσωπικό (4%). Από τον πληθυσμό που εισήλθε στο δωμάτιο του ασθενούς, το 33% ήρθαν σε επαφή μόνο με το περιβάλλον αυτού, το 27% ήρθε σε επαφή με ακέραιο δέρμα του, το 22% δεν ήρθε σε επαφή με κάποιο στοιχείο εντός του δωματίου, ενώ τέλος το 18% ήρθε σε επαφή με αίμα ή σωματικά υγρά (Cohen et al 2012).

Φαίνεται κατά συνέπεια πως οι συνήθειες των επαγγελματιών υγείας καθώς και το επάγγελμα αυτό καθ' αυτό δύνανται να επηρεάσουν το φαινόμενο του αποικισμού των κινητών τηλεφώνων από μικροβιακά στελέχη και όχι μόνο.

Τύποι κινητών τηλεφώνων και αποικισμός

Σημασία έχει επίσης και η μορφή της ίδιας της συσκευής. Τα κινητά τηλέφωνα με οθόνη αφής παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερο μικροβιακό φορτίο συγκρινόμενο με τα κινητά τηλέφωνα με φυσικό πληκτρολόγιο. Η διαφορά μεταξύ των δύο έγκειται στο διαφορετικό μέγεθος της οθόνης, αλλά και στις διαστάσεις της ηλεκτρονικής συσκευής, καθώς όσο μεγαλύτερη η συσκευή τόσο υψηλότερο και το μικροβιακό φορτίο (Koroglu et al 2015).

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Προκειμένου πρωτίστως να προληφθεί, αλλά και να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα του αποικισμού των κινητών τηλεφώνων προτείνεται η αποκλειστική χρήση αυτών σε περιπτώσεις επειγουσών καταστάσεων, καθώς και η σωστή υγιεινή των χεριών με τα κατάλληλα μέσα, πριν και μετά την επαφή με τον ασθενή ή με πιθανώς αποικισμένο περιβάλλον (Shekhar et al 2015). Άλλη έρευνα προτείνει: 1) την χρήση υδατοστεγούς θήκης κινητού τηλεφώνου, 2) χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων για τον καθαρισμό του κινητού τηλεφώνου πριν και μετά την επαφή με τον ασθενή ή το οικογενειακό του περιβάλλον, 3) τη χρήση υπενθύμισης έτσι ώστε το προσωπικό να

καθαρίζει σε τακτά χρονικά διαστήματα τις συσκευές του, 4) συχνή και σωστή υγιεινή χεριών (Manning et al 2013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αναμφίβολα η χρήση των κινητών τηλεφώνων εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος δεν μπορεί να αποκλεισθεί. Μπορεί εντούτοις να περιοριστεί και με τη χρήση κατάλληλων μέσων να μειωθεί σημαντικά το φαινόμενο της μετάδοσης μικροοργανισμών μεταξύ των χώρων του νοσοκομείο, αλλά και πιθανώς και εκτός αυτού. Με τον τρόπο αυτό θα μειωθούν αφενός οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και αφετέρου ο κίνδυνος που διατρέχει το προσωπικό. Η παρούσα μελέτη συγκέντρωσε σύγχρονα στοιχεία και παρουσίασε δεδομένα που αφορούν την παγκόσμια κοινότητα υγείας. Τα ανωτέρω στοιχεία παρουσιάστηκαν με σκοπό να ενημερώσουν το κοινό, αλλά και αφυπνίσουν τους επαγγελματίες υγείας ως προς το θέμα της μετάδοσης μικροοργανισμών εξαιτίας της χρήσης των κινητών τηλεφώνων σε ώρα εργασίας. Είναι σίγουρα δύσκολο να εφαρμοστούν κάποια μέτρα, όπως η χρήση προστατευτικού περιβλήματος ή ο καθαρισμός του τηλεφώνου πριν και μετά από κάθε ασθενή, όμως όχι ακατόρθωτο. Τόσο οι δομές παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και οι ίδιοι οι επαγγελματίες οφείλουν να συνεισφέρουν όσο το δυνατό περισσότερο στη μείωση, αν όχι εξάλειψη, αυτού του φαινομένου με την διατύπωση, εφαρμογή και τήρηση πρωτοκόλλων, καθώς και με τη διαρκή ενημέρωση και έλεγχο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Chang C.H., Chen S.Y., Lu J.J., Chang C.J., Chang Y., Hsieh P.H. (2017). Nasal colonization and bacterial contamination of mobile phones carried by medical staff in the operating room. *PLOS ONE* 1: 1-11.

Cohen B., Hyman S., Rosenberg L., Larson E. (2012). Frequency of Patient Contact with Health Care Personnel and Visitors: Implications for infection Prevention. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 38(12): 560- 565.

C.D.C. (2016). *National and State Health Care Assosiated Infections: Progress Report.* United States of America: Centers for Disease Control and Prevention.

Koroglu M., Gunal S., Yildiz F., Savas M., Ozer A., Altindis M. (2015). Comparison of keypads and touch-screen mobile phones/devices as potential risk for microbial contamination. T*he Journal of Infections in Developing Countries* 9(12): 1308-1314.

McBride D.L., LeVasseur S.A., Li D. (2015). Non-Work-Related Use of Personal Mobile Phones by Hospital Registered Nurses. J*ournal of Medical Internet Research mHealth and uHealth* 3(1): e3.

Manning M.L, Davis J., Sparnon E., Ballard R.M. (2013). iPads, droids, and bugs Infection prevention for mobile handheld devices at the point of care. *American Journal of Infection Control* 41(11): 1073-1076.

Morvai J., Szabo R. (2015). The role of mobile communication devices in the spread of infections. *Orvosi Hetilap* 156(20): 802-807.

Nwankwo E.O., Ekwunife N., Mofolorunsho K.C. (2014). Nosocomial pathogens associated with the mobile phones of healthcare workers in a hospital in Anyigba, Kogi state, Nigeria. J*ournal of Epidemiology and Global Health* 4: 135- 140.

Orsi G.B., Natale F., d'Ettorre G., Protano C., Vullo V., De Curtis M. (2015). Mobile phone microbial contamination among neonatal unit healthcare workers. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 36(4): 487- 489.

Pillet S., Berthelot P., Gagneux Brunon A., Mory O., Gay C., Viallon A., Lucht F., Pozzetto B., Botelho-Nevers E. (2015). Contamination of healthcare workers' mobile phones by epidemic viruses. *Clinical Microbiology and Infectio*n 22(5): 456e.

Selim H.S., Abaza A.F. (2015). Microbial contamination of mobile phones in a health care setting in Alexandria, Egypt. *German Medical Science* (G.M.S.) 5: 1-9.

Shakir I.A., Patel N.H., Chamberland R.R., Kaar S.G. (2015). Investigation of Cell Phones as a Potential Source of Bacterial Contamination in the Operating Room. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 3: 225- 231.

Shekhar P., Deepak J., Shamanth A., Munesh S., Rajat P., Neelam S., Amit R., Ashwin P. (2015). Mobile phones: Reservoirs for the transmission of nosocomial pathogens. *Advanced Biomedical Researc*h 5: 1- 6.

Stein, R. A. (2014). When talking and texting get dirty: beware of mobile bacterial zoos. *The International Journal of Clinical Practise* 68(9): 1049-1052.

Tekerekoğlu M.S., Duman Y., Serindag A., Cuglan S.S., Kaysadu H., Tunc E., Yakupogullari Y. (2011). Do mobile phones of patients, companions and visitors carry multidrug-resistant hospital pathogens? *American Journal of Infection* Control 39(5): 379- 381

Ulger F., Dilek A., Esen S., Sunbul M., Leblebicioqlu H. (2015). Are healthcare workers' mobile phones a potential source of nosocomial infections? Review of the literature. *The Journal of Infections in Developing Countries* 9(10): 1046-1053.

Ulger F., Esen F., Dilek A., Yanik K., Gunaydin M., Leblebicioglu H. (2009). Are we aware how contaminated our mobile phones with nosocomial pathogens? *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials* 8(7): 1- 4.

REVIEW

Mobile phones and microorganisms transmission in hospital environment

Odyssefs I. Botsis[1], Stefanos Athanasios N. Moustakis[2]
1. Registered Nurse, BSc, Center for Digestive Diseases, Karolinska University Hospital, Huddinge, Sweden
2. Registered Nurse, BSc, University of West Attica, Athens, Greece

ABSTRACT
The use of mobile devices within the clinical setting is becoming more and more frequent. However it may involve several risks not directly visible, the results of which are more obvious. The purpose of the study was to present the risk factors responsible for hospital acquired infections, caused by the use of mobile devices within the clinical setting. In addition, the study aimed at raising public awareness of these infections in order to reduce the risk factors for patients and for the staff themselves, as well as to propose methods of prevention and management. The study reveals that half of the medical and nursing staff use their electronic devices during their visit to the patient, while more than the 2/3 of the mobile devices are colonized by pathogenic strains. It turns out that electronic devices carry several pathogenic microorganisms which are potentially harmful to the patient as well as to staff. In order to address the current problem, staff has to be more diligent and more attentive at work and steps to be taken by the healthcare facility itself.

Key- words: colonization, chain of infection, mobile devices

Corresponding author: Odyssefs I. Botsis,
odyssefsbotsis@gmail.com,
tel: 0046-072-010-6654

Date of submission: 2 November 2017

Citation: Botsis O. & Moustakis S.A. (2018). Mobile phones and microorganisms transmission in hospital environment. Hellenic Journal of Nursing Science 11(3): 5-9

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η διαφθορά στο χώρο της υγείας και το υπόδειγμα της θεωρίας των παιγνίων

Ευαγγελία Ανδρεαδάκη[1], Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου[2]
1.Νοσηλεύτρια, MSc, Γραφείο Προσωπικού Διεύθυνσης Νοσηλευτικού Τομέα, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα
2. Καθηγήτρια, Τομέας Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Είναι intelligentia communis ότι ο χώρος των Υγειονομικών Υπηρεσιών, σε παγκόσμια κλίμακα, ταλαν ίζεται από εκτεταμένη διαφθορά, διαρρηγνύοντας τοιουτοτρόπως τον κοινωνικό ιστό προστασίας έναντι στο σημαντικότερο αγαθό, την υγεία. Η Θεωρία των Παιγνίων (Θ.Π.), εφαρμοζόμενη σε καταστάσεις κοινωνικών διλημμάτων, αναδεικνύει ζητήματα προτεραιότητας του προσωπικού οφέλους που τελικά αποβαίνει σε βάρος του συνόλου και κατ' επέκταση του ίδιου του ατόμου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η χαρτογράφηση των ρεαλιστικών διαστάσεων της διαπλοκής που παγιωμένα εξυφαίνεται γύρω από την υγειονομική περίθαλψη των Ελλήνων, η ανάδειξη των υποκείμενων αιτιών της, η καταγραφή των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων υπό το πρίσμα της Θ.Π., καθώς και η ανάδειξη των πολιτικών πρόληψης, εξυγίανσης και καταστολής του εν λόγω μορφώματος.

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων «PubMed/Medline», «Embase», «Cinahl», «Cochrane», διαδικτυακά portal διεθνών οργανισμών, ελληνικών και ξένων φορέων, ενώ μελετήθηκε η σχετική ελληνική και αγγλική βιβλιογραφία με λέξεις κλειδιά όπως "διαφθορά", "απάτη", "παραοικονομία", "ελληνικό σύστημα υγείας", "Θεωρία Παιγνίων". Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 195 δημοσιεύσεις, με αποδοχή αποκλειστικά εκείνων σε ελληνική και αγγλική γλώσσα της τελευταίας εικοσιπενταετίας.

Αποτελέσματα: Ο εκμαυλισμός στις Υπηρεσίες Υγείας καταρρακώνει τις αρχές της ισότητας-προσβασιμότητας-αποδοτικότητας-αποτελεσματικότητας στις οποίες οικοδομήθηκε το σύγχρονο ελληνικό υγειονομικό σύστημα ενώ καταστρατηγεί θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Οι αμοραλιστικές δραστηριότητες αφορούν το σύνολο των υγειονομικών φορέων, συνδυάζονται με υψηλό επίπεδο γενικής κοινωνικής διαφθοράς και έχουν ευθεία, αρνητική επίπτωση στην υγεία των Ελλήνων πολιτών, πλήττοντας άμεσα τους αδυνάτους. Τα τελευταία χρόνια, οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας ήταν διαρθρωτικές και πολυεπίπεδες, με λήψη μέτρων για την κατά μέτωπο αντιμετώπιση και τροποποίηση του σαθρού υπόβαθρου που γαλουχούσε διαχρονικά τη διαφθορά.

Συμπεράσματα: Η αλλαγή φιλοσοφίας και στάσης των ίδιων των πολιτών απέναντι στο φαινόμενο της διαφθοράς, είναι το νευραλγικό σημείο που θα καθορίσει την αλυσιτέλεια του όποιου εγχειρήματος. Σε ένα παιχνίδι μηδενικού αθροίσματος, η περιχαράκωση των υγειονομικών εταίρων στην αποκλειστική διεκδίκηση των ατομικών/συντεχνιακών συμφερόντων τους, λειτουργεί σαν σπείραμα στρέβλωσης της ευρύτερης κοινωνικής ανάπτυξης και ομαλότητας. Η πάταξη της διαφθοράς απαιτεί τη μετάβαση σε ένα νέο «Κοινωνικό Συμβόλαιο», με ομοθυμία, κραταιή αποφασιστικότητα από τους πολιτικούς ταγούς, ρηξικέλευθες πολυσχιδείς τομές σε δικονομικό/ελεγκτικό επίπεδο και συντονισμό των προσπαθειών όλων των δυνάμεων της συντεταγμένης πολιτείας με συναίσθηση esprit de corps.

Λέξεις-Κλειδιά: Απάτη, Διαφθορά, Ελλάδα, Θεωρία Παιγνίων, Υπηρεσίες Υγείας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ευαγγελία Ανδρεαδάκη
Ηλεκτρονική διεύθυνση: eyhandreadaki@gmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 17/9/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 9/2018

Αναφορά του άρθρου ως: Ανδρεαδάκη Ε. & Καλοκαιρινού Αναγνωστοπούλου Α. (2018). Η διαφθορά στο χώρο της υγείας και το υπόδειγμα της θεωρίας των παιγνίων. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(3): 10-32

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ο τομέας της Υγείας, στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως, ταλανίζεται από το εκτεταμένο και πολυπλόκαμο φαινόμενο της διαφθοράς.**
- **Η Θεωρία των Παιγνίων αναδεικνύει ζητήματα προτεραιοποίησης του προσωπικού οφέλους και μπορεί να έχει προβλεπτική ισχύ σε ορισμένες συνθήκες υγειονομικής διαφθοράς.**
- **Το ελληνικό σύστημα υγείας υπέστη μεταβολές εκ θεμελίων την τελευταία επταετία προκειμένου να περισταλούν οι στρεβλώσεις που υποδαύλιζαν τη διαφθορά με πενιχρά αποτελέσματα, λόγω της εγγενούς σύνδεσης της υγειονομικής διαφθοράς με τη γενικότερη συνθήκη έκπτωσης αξιών και χρηστών ηθών στη σύγχρονη κοινωνία.**
- **Οι επιπτώσεις της διαφθοράς συνεχίζουν, παρά τις προσπάθειες, να είναι καταστροφικές με το φτωχότερο κομμάτι της κοινωνίας να τις επωμίζεται δυσανάλογα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας να δυσχεραίνεται.**
- **Η αλλαγή της φιλοσοφίας της κοινωνίας των πολιτών και μια κραταιή ηγεσία αναδύονται ως οι σημαντικότεροι παράγοντες για την απάλειψη της διαφθοράς.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ετήσια Διεθνή Έρευνα Gallup 2013, η διαφθορά αναδεικνύεται ως το σημαντικότερο πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει η ανθρωπότητα σήμερα (WIN 2014). Η Ελλάδα το 2015, αναδείχθηκε τέταρτη στη λίστα των πιο διεφθαρμένων από τις αναπτυγμένες χώρες, σε βαθμονόμηση που συνδύαζε το Δείκτη Αντίληψης Διαφθοράς, το Βαρόμετρο και άλλους χρηματοοικονομικούς δείκτες του ΟΟΣΑ (Martin 2016).

Στις ΗΠΑ, το 1993 η Υπουργός Δικαιοσύνης Janet Leto, δήλωσε ότι η απάτη στο χώρο της υγείας «είναι το δεύτερο μεγαλύτερο πρόβλημα μετά το βίαιο έγκλημα» (Sparrow 2008). Είναι intelligentia communis ότι ο χώρος των Υπηρεσιών Υγείας ταλανίζεται από εκτεταμένη διαφθορά, διαρρηγνύοντας τοιουτοτρόπως τον κοινωνικό ιστό προστασίας έναντι στο σημαντικότερο αγαθό, την υγεία. Οι εν λόγω αμοραλιστικές δραστηριότητες αφορούν το σύνολο των εμπλεκομένων σε οποιαδήποτε υγειονομική ενέργεια (TI 2006).

Παρά τα εκτεταμένα κρούσματα διαφθοράς που συνομολογούν οι πολίτες, τα ποσοστά διώξεων των παραβατών είναι εξαιρετικά μικρά, γεγονός που οφείλεται ενδεχομένως στην μη αποκάλυψη των περιστατικών αυτών (Διεθνής Διαφάνεια Ελλάς 2012).

Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί

Η διαφθορά, σύμφωνα με τον ορισμό από την ΕΕ, την Παγκόσμια Τράπεζα και τη Διεθνή Διαφάνεια (2016), ορίζεται ως *«η κατάχρηση εξουσίας για ιδιωτικό όφελος»*.

Εστιάζοντας στον Τομέα της Υγείας, η διαφθορά *«σχετίζεται με την κατάχρηση εξουσίας στην οποία μπορούν να προβούν τόσο οι εμπλεκόμενοι σε υπηρεσίες διαχείρισης χρημάτων και προμηθειών (ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, υλικών, υπηρεσιών κ.α.) όσο και οι εμπλεκόμενοι πάροχοι υγείας προκειμένου να προσποριστούν παράνομο ίδιο όφελος»* (ΟΕΚΔΥ 2014, σελ.10). Οι μορφές διαφθοράς ποικίλουν και περιλαμβάνουν: τη δωροδοκία, το χρηματισμό, τον εκβιασμό, την υπεξαίρεση χρημάτων, τη δωροληψία, την κατάχρηση, την πλαστογραφία, το νεποτισμό και τη σπατάλη (ΟΕΚΔΥ 2014, TI-Italia 2013).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να χαρτογραφήσει τις διαστάσεις της διαπλοκής που παγιωμένα εξυφαίνεται γύρω από τον ευαίσθητο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, να αναδείξει τις υποκείμενες αιτίες της, να καταγράψει τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις υπό το πρίσμα της Θεωρίας των Παιγνίων, καθώς και να αναδείξει τις πολιτικές πρόληψης, εξυγίανσης, καταστολής του εν λόγω μορφώματος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Διενεργήθηκε εκτεταμένη έρευνα γραφείου (desk research) που περιελάμβανε την αναζήτηση βιβλιογραφίας από βάσεις δεδομένων (PubMed/Medline, EMBASE, CINAHL, Cochrane, Google Scholar), διαδικτυακά portal διεθνών οργανισμών (World Bank, WHO, UN, Eurostat, European Commission,U-4 Anticorruption Centre, Transparency International, European Healthcare fraud & corruption Network) και επίσημων ελληνικών και ξένων κρατικών ή ιδιωτικών φορέων (Υπουργεία Υγείας, Υπουργεία Οικονομικών, Υπουργεία Δικαιοσύνης, Αρχή Προστασίας του Πολίτη, The Health Insurance Counter Fraud group, INE, ILO, IRS, U.S. Department of Justice) καθώς και δημοσιοποιημένα συγγράμματα ή έντυπα περιοδικά με δια ζώσης αναζήτηση από τις βιβλιοθήκες των τμημάτων Νοσηλευτικής και Νομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η αναζήτηση ολοκληρώθηκε το Μάρτιο του 2017 με λέξεις κλειδιά όπως "διαφθορά", "απάτη", "παραοικονομία", "ελληνικό σύστημα υγείας", "Θεωρία Παιγνί-

ων" και αντίστοιχη αγγλική ορολογία.

Κριτήρια αποκλεισμού ή αποδοχής, αντίστοιχα, των βιβλιογραφικών δεδομένων υπήρξαν: 1.ο χρόνος δημοσίευσης, αποκλειστικά μετά το 1990, 2.δημοσίευση σε μη επιστημονικά περιοδικά, επίσημες εκθέσεις οργανισμών, ή πανεπιστημιακές βιβλιοθήκες, 3.κείμενα με θεματολογία που δεν άπτεται ζητημάτων υγειονομικής δραστηριότητας, δημόσιας διοίκησης, δικονομικής ανάλυσης, ή κοινωνιολογικής οπτικής της θεωρίας των παιγνίων, 4.δεν ενσωματωθήκαν στη μελέτη «κλειστά» άρθρα που δεν διέθεταν περίληψη, ώστε να πιστοποιηθεί η συνάφεια του περιεχομένου, ενώ τέλος 5.η γλώσσα συγγραφής του κυρίως κειμένου έπρεπε να είναι ελληνικά ή αγγλικά. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν τελικά 195 δημοσιεύσεις από την πρωταρχική αναζήτηση που απέδωσε πάνω από ένα εκατομμύριο αποτελέσματα. Τα δεδομένα αυτά παρουσιάζονται στο Διάγραμμα Ροής Βιβλιογραφίας καθώς και στο συνοπτικό περιγραφικό πίνακα ενδεικτικών μελετών/συγγραμμάτων (Πίνακας 1).

Η ανάλυση γίνεται με ειδικό βάρος στην οπτική και τη θέση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας υπό το πρίσμα των κριτηρίων της ιατρικής αποτελεσματικότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας και της κοινωνικής ισότητας (ΕΣΔΥ 2012).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αιτιολογικό Υπόβαθρο

Η διαφθορά στην υγεία, όπως ορίζουν τα Ηνωμένα Έθνη, είναι αντανάκλαση των δομικών προκλήσεων στα Συστήματα Υγείας καθώς και των εσωτερικών συνθέσεων του υγειονομικού τομέα. Σαν γενεσιουργές αιτίες της δε, αναγνωρίζονται η υπό- ή υπέρ- νομοθέτηση, η ελλειμματική λογοδοσία, οι χαμηλοί μισθοί και η περιορισμένη προσφορά Υπηρεσιών Υγείας (UNDP 2011).

Στη μελέτη Health Sector Corruption Survey, καταδεχθήκαν ως κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες της διαφθοράς στον υγειονομικό χώρο, με σειρά συχνότητας-σοβαρότητας:

1.το ακατάλληλο σύστημα εποπτείας και παρακολούθησης προμηθειών,

2.οι χαμηλές αμοιβές/ αποδοχές,

3.οι πολιτικές παρεμβάσεις/ανύπαρκτη κυβερνητική βούληση και ρύθμιση,

4.η κακή ηγεσία και καθοδήγηση,

5.η ανύπαρκτη λογοδοσία,

6.η απληστία,

7.η φτώχεια, και

8.η κουλτούρα (USAID 2013).

Επίσης, ανάμεσα στους προσδιοριστικούς παράγοντες διαφθοράς, σε θέματα της πρόκλητης ζήτησης, συγκαταλέγεται και ο πληθωρισμός ιατρών (Chernew et al 2009), καθώς και οι χαμηλοί μισθοί τους (Jakusovaite et al 2005). Μελέτες εντοπίζουν άμεση συσχέτιση του αριθμού των ειδικών σε μια χώρα με το φαινόμενο, ενώ αντίθετη επίδραση φαίνεται να έχει η παρουσία γενικών–οικογενειακών ιατρών (Grumbach et al 1997). Στη χώρα μας είναι γνωστή η παθογένεια της παρουσίας του μεγαλύτερου αριθμού ιατρών ανά χίλιους κατοίκους, με μόνο 31,8 εκ των 678 να είναι Γενικοί Ιατροί (Eurostat 2013), καθώς και της χαμηλής αποζημίωσής τους εν συγκρίσει με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (Reginato & Grosso 2011).

Παραμετροποίηση Διαφθοράς

Παρότι το θεωρητικό ερμηνευτικό κατασκεύασμα της διαφθοράς είναι πιο ακριβές από ποτέ, παραμένει τόσο πολυσχιδές, ώστε να περιγράφεται ως «κλειστό κουτί», σχεδόν αδύνατο να ανοιχτεί και να μετρηθεί (Norad 2008). Οι διαθέσιμοι δείκτες απόδοσης είναι κατ' ελάχιστον συγκεχυμένοι και ουσιαστικά πρόκειται για εργαλεία διερεύνησης, έμμεσοι δείκτες που συναξιολογούνται, και όχι ελεγκτικά μεγέθη πολλές φορές. Επιπλέον δυσκολία προκύπτει από το ότι προσκρούει στη μυστικότητα (Jafari et al 2015), στον κυνισμό, και την παθητικότητα ευρέως κομματιού του πληθυσμού που την αποδέχεται ως φυσιολογική νόρμα συμπεριφοράς, καθώς και στο υψηλό και αδιαμφισβήτητο κύρος που χαίρουν οι επαγγελματίες υγείας, και δη ο ιατρικός κλάδος (EHFCN 2013). Τα μέσα που διαθέτει στη φαρέτρα της η κοινωνία, για την αξιολόγηση της διαφθοράς, παρουσιάζονται στο Πίνακα 2.

Θεωρία των Παιγνίων και Υγειονομική Διαφθορά

Η διάσταση συμφερόντων μεταξύ των πάροχων υγείας και των ασθενών, είναι όχι μόνο εμφανής, αλλά και επιδεινούμενη στα συστήματα υγείας (ΣΥ). Καθώς οι υπηρεσίες υγείας γίνονται ολοένα και πιο ακριβές, οι πελάτες –ασθενείς αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις τους (Caplan 2011). Η πρόσβαση και η ζήτηση για φροντίδα υγείας είναι πιο υψηλή παρά ποτέ (WHO 2008). Με την παραδοχή ότι 80% των δαπανών υγείας καθορίζονται από ιατρικές αποφάσεις (Cassel & Guest 2012), πλέον είναι αδήριτη ανάγκη οι ιατροί να πληρούν όχι μόνο το ρόλο τους ως θεραπευτές, αλλά και να είναι άρτιοι διαχειριστές των πεπερασμένων υγειονομικών πόρων (WHO 2008). Παρότι θεωρητικά υποθέτει κανείς ότι και τα δύο μέρη, επαγγελματίες υγείας και πελάτες, υιοθετούν αλτρουιστική, υπεύθυνη και λογική συμπεριφορά, αυτό αίρεται από τη μεταξύ τους σύγκρουση συμφερόντων (Dubois 2006). Εν καιρώ οικονομικού και γενικευμένου κοινωνικού αναβρασμού και αβεβαιότητας, ο κάθε εταίρος προσπαθεί να εκμεταλλευτεί το ΣΥ για μεγιστοποίηση του ατομικού του κέρδους (Djulbegovic et al 2014). Καθώς το ατομικό συμφέρον τίθεται σε πρώτη γραμμή και σε βάρος της κοινωνικής μακροπρόθεσμης χρηστικότητας, με συνειδητή, συστηματική διασπάθιση πόρων και φτωχά υγειονομικά αποτελέσματα, η κοινωνία οδηγείται στην «τραγωδία των κοινών», δηλαδή σε υποβιβασμό

ενός συλλογικού κεφαλαίου, που εν προκειμένω είναι η δημόσια υγεία.

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης επιδέχεται διαβρωτικές παρεμβάσεις. Οι λόγοι για αυτό είναι ποικίλλοι με ένα μοναδικό συγκερασμό αβεβαιότητας, ασσύμετρης πληροφόρησης, ανελαστικής ζήτησης, πολύπλοκο σύστημα τιμολόγησης, εναπόθεση δημόσιων λειτουργημάτων σε ιδιωτικούς φορείς, πληθωρισμό και κατακερματισμό των συστημικών εταίρων, καθώς και το γεγονός ότι είναι ανεξάντλητη δεξαμενή χρήματος (δημόσιου και ιδιωτικού). Αποκύημα αυτού είναι η συστημική επιρρέπεια στη διαφθορά, ενώ η κραταίωση εναντίον της απαιτεί ολιστική θεώρηση και αντιμετώπιση (Economou et al 2015, TI 2006). Η πολυσχιστότητα και περιπλοκότητα των ίδιων των Συστημάτων Υγείας με τους εμπλεκόμενους εταίρους διακρίνεται στην Εικόνα 1.

Τα αντικρουόμενα συμφέροντα μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών μπορούν να αναλυθούν εκτεταμένα στο πλαίσιο της πελατειακής σχέσης αντιπροσώπευσης (εντολέα-πληρεξούσιου), που συνδέει παρόχους και ασθενείς. Εδώ ο ασθενής ουσιαστικά εξουσιοδοτεί τον ιατρό να δράσει υπέρ του και να πάρει αποφάσεις εκ μέρους του (principal-agent, patron-client relationship) (Sappington 1991). Ο εντολοδότης (ασθενής) προσλαμβάνει – αναθέτει στον «εκπρόσωπο-μεσίτη» (ιατρό) να διεκπεραιώσει κάποια λειτουργία-υπηρεσία, ωστόσο λόγω του ότι υπάρχουν αντικρουόμενα συμφέροντα και το αποτέλεσμα της εργασίας του εντολοδοχέα δεν μπορεί να αξιολογηθεί πλήρως -εξαιτίας της ελλειματικής πληροφόρησης-, η συμφωνία αυτή παύει a priori να είναι ισορροπημένη και βέλτιστη. Φυσικά ο ιατρικός κλάδος δεν είναι αποκλειστικός φορέας τέτοιων εντολών εντός του συστήματος υγείας. Οι διαχειριστές χώρων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, οι λοιποί επαγγελματίες υγείας, οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι προμηθευτές ιατροφαρμακευτικής τεχνολογίας και οι ασφαλιστικές εταιρείες λειτουργούν υπό την επιρροή κινήτρων που πολλάκις ενισχύουν την κατασπατάληση, υπερεξάντληση ή υπερκοστολόγηση πόρων, και τελικά συνδράμουν στη μη άριστη ποιοτικά παροχή φροντίδας. Εν ολίγοις, η ασύμετρη πληροφόρηση αφήνει έκθετους, κατά κύριο λόγο τους ασθενείς, στις οπορτουνιστικές δράσεις των παρόχων, ιδιαίτερα των φαρμακευτικών (κατασκευαστών, εισαγωγέων, μεταπωλητών, συνταγογράφων, φαρμακοποιών) που επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση του κέρδους τους (Cohen et al 2007).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναπτυχτεί ποικίλα μοντέλα Θεωρίας των Παιγνίων (ΘΠ) για τη σχέση ιατρού-ασθενή, μεταξύ άλλων, σε ότι αφορά τη συμβουλευτική συνδιαλλαγή τους σε μια ιατρική επίσκεψη (Tarrant et al 2004), τη λήψη κλινικών αποφάσεων (Djulbegovic et al 2014), καθώς και σε περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου (Riggs 2004).

Καθότι η παρουσίαση πολυσύνθετων μαθηματικών μοντέλων ανάλυσης της ΘΠ ανά περίπτωση σχέσης μεταξύ παρόχων και πελατών στο ΣΥ υπερβαίνει τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, προς τούτο η ανάλυση θα περιοριστεί στο θεωρητικό καθαρά σκέλος.

Έτσι λοιπόν, η Θεωρία των Παιγνίων (Θ.Π.), εφαρμοζόμενη σε καταστάσεις κοινωνικών διλημμάτων, αναδεικνύει ζητήματα προτεραιοποίησης του προσωπικού οφέλους. Μπορεί να αξιοποιηθεί ως θεωρητικό υπόβαθρο σε περιπτώσεις κοινών και αντικρουόμενων συμφερόντων μεταξύ δύο «παικτών», όπως π.χ. η σχέση ιατρού-ασθενή (Tarrant 2004), με το υπόδειγμα του Διλήμματος του Φυλακισμένου να είναι το πλέον αναγνωρίσιμο. Το Δίλημμα του Φυλακισμένου (Poundstone 1992) ουσιαστικά μοντελοποιεί τους συνδυασμούς των στρατηγικών αποφάσεων έκαστων μερών, αναδεικνύοντας το πώς όταν ο καθένας υιοθετεί τη βέλτιστη ορθολογική στρατηγική για τον ίδιο, αυτό καταλήγει να αποβαίνει σε βάρος του, και να μεταπίπτουν ομαδικά σε χειρότερη θέση (Riggs 2004). Οφείλει να τονιστεί ότι εδώ δε λαμβάνεται υπόψη η επαγγελματική, ηθική και νομική, υποχρέωση των ιατρών να δρουν προς όφελος των ασθενών και τη σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ τους, συνθήκη η οποία καταργείται de facto και σε καταστάσεις διαφθοράς. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια, η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ παρόχων ΥΥ και ασθενών έχει διαρραγεί πιο πολύ από ποτέ, όπως καταδεικνύουν μελέτες (Calnan & Sanford 2004), ενώ συνομολογείται παράλληλη άνθιση του ατομικισμού (Santos et al 2017). Όλα τα παραπάνω στοιχεία αναδεικνύουν τη Θεωρία των Παιγνίων επίκαιρη και αναγκαία.

Παράδειγμα αυτού θα μπορούσε να είναι, τροποποιημένο, το υπόδειγμα των Djulbegovic et al (2014) με έναν εξαρτημένο στα οπιοειδή ασθενή που αιτείται τη συνταγογράφηση τους από τον ιατρό Εάν αισθάνεται αληθινό άλγος, η βέλτιστη για τον ιατρό επιλογή είναι να του τα παρέχει. Εάν από την άλλη δεν πονά, πάλι το να τα συνταγογραφήσει είναι η καλύτερη στρατηγική για τον ιατρό, καθώς και μεγάλη ικανοποίηση για τις υπηρεσίες του θα έχει από τον εξαρτημένο (και κατ' επέκταση διαφήμιση) και σε περίπτωση χρηματισμού του, θα λάβει ποσό «κάτω από το τραπέζι» για να τον εξυπηρετήσει αναντίρρητα. Αυτά ωστόσο είναι βραχυχρόνια οφέλη, καθώς η μη διακοπή των οπιοειδών θα λειτουργήσει σε βάρος του ασθενή, αλλά και της κοινωνίας εν συνόλω. Η πράξη αποδοχής για το «φακελάκι» λειτουργεί σαν δεδικασμένο «σπασμένου παραθύρου» (Hinkle 2014) επιτείνοντας τις παράνομες συμπεριφορές (πιθανόν και άλλοι ασθενείς να υιοθετήσουν τέτοια συμπεριφορά ενώ ιατροί, λόγω της ατιμωρησίας, θα κρατήσουν παρόμοια στάση, αναπαράγοντας κακές πρακτικές στην οπιο-απεξάρτηση και καθιερώνοντας την τακτική χρηματισμού ως status quo). Στην περίπτωση, επίσης, που οι ελεγκτικές αρχές αντιληφθούν το μεταξύ τους «παίγνιο» και οι δύο θα τιμωρηθούν βάση

των δικονομικών θεσπισμάτων. Το εν λόγω παράδειγμα καταδεικνύει λοιπόν, πως οι ανταμοιβές που στην αρχή φαντάζουν λογικοφανείς και ωφέλιμες από ατομικιστική θεώρηση, καταλήγουν να είναι επιζήμιες και κοστοβόρες τόσο στους εμπλεκομένους όσο και στην πολιτεία.

Έτσι λοιπόν, όταν έχουμε παράνομες ή κατάπτυστες – αλλά όχι παρά το νόμο-συμπεριφορές που περιχαρακώνονται αποκλειστικά στα ατομικά, συντεχνιακά συμφέροντα, όπως για προσπορισμό άμεσων χρηματικών κερδών και αύξηση του κύρους (ιατρικό σώμα), είτε για μεγιστοποίηση του μεριδίου της αγοράς ή πολιτικής επιρροής (εταιρείες ιατροφαρμακευτικής τεχνολογίας), είτε για βελτίωση της ποιότητας ΥΥ (σε όρους ποιότητας ή ακόμα και εξοικονόμησης χρόνου πχ. «γρηγορόσημο» για διεκπεραίωση χειρουργικής επέμβασης και υπερκέραση λίστα αναμονής, για τους πελάτες-ασθενείς) (TI 2006), θα ισχυριζόταν κάποιος ότι υιοθετείται η βέλτιστη στρατηγική για κάθε παίκτη. Μια προβολή στο μέλλον, θα μας πιστοποιούσε ότι με τις παραπάνω μεμονωμένες ενέργειες διακυβεύεται, κατ' αναλογία του «φαινομένου της πεταλούδας», το σοβαρότερο όλων των αγαθών που είναι η δημόσια υγεία και η κοινωνική ομαλότητα, φέρνοντας τελικά όλους τους μετέχοντες στο αρχικό σημείο μηδέν, αν όχι σε χειρότερο. Καταλήγοντας, το δίλημμα του φυλακισμένου έχει ενδιαφέρον διότι εξηγεί με μαθηματικό μοντέλο, τον τρόπο που δύο ανταγωνιστές αποτυγχάνουν συχνά να συνεργαστούν όταν η μεταξύ τους συνεργασία θα ήταν προς το κοινό συμφέρον (Riggs 2004).

Το Μανιφέστο της Διαφθοράς και οι Επιπτώσεις του

Οι επιπτώσεις της διαφθοράς στον τομέα υγείας έχουν περιγραφεί με αρκετούς, διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα. Οι Rădulescu et al (2008) τα συνοψίζουν στην εξάντληση των υγειονομικών πόρων, υπονόμευση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, πυροδότηση των δαπανών, μείωση της αποτελεσματικότητας και του όγκου του παραγόμενου έργου. Για περιγραφικούς λόγους, κατηγοριοποιούνται ως εξής (Gaitonde et al 2016, Lewis 2006):

Γενικές Συστημικές Επιπτώσεις

Ο ΟΗΕ υποδεικνύει τη διαφθορά ως αιτία τεχνητών καθυστερήσεων και περιττής γραφειοκρατίας προκειμένου να υπάρξει προκλητή ζήτηση για επιταχύνσεις και τεχνηέντως να υποκινηθεί το σύστημα των δωροδοκιών. Συνοψίζει δε, τις επιπτώσεις της σε οικονομική επιβάρυνση των εμπορικών συναλλαγών παντός φύσεως, καταλύτη αναποτελεσματικής ή διασπαθισμένης επένδυσης δημόσιων πόρων, επίτασης της ανέχειας και της κοινωνικής ανισότητας, συντελεστή απονομιμοποίησης (OECD 2014).

Η διαφθορά, μπορεί να εντείνει την άνιση κατανομή εισοδήματος (Gupta et al 2002), αυξάνει το κόστος βασικών δημόσιων υπηρεσιών και μπορεί να περιορίσει την πρόσβαση στους οικονομικά ασθενέστερους (BUSPH 2016). Η διαφθορά πλήττει κατά κύριο λόγο τη φτωχότερη κάστα της κοινωνίας (Boehm & Joerges 2008).

Επιπτώσεις στον υγειονομικό τομέα

Η διαφθορά υπονομεύει μακροπρόθεσμα τα σύστημα υγείας, απομυζώντας πόρους από αυτό, ενώ ευνοεί και την κακή εσωτερική κατανομή και διοχέτευσή τους ασυνάρτητα (U4 Anti-Corruption Resource Centre 2008). Ενώ οι πόροι του υγειονομικού προϋπολογισμού εξαντλούνται μέσω υπεξαιρέσεων και απάτης, αυτό μπορεί να οδηγήσει στην αποδραστηριοποίηση του προσωπικού, σε παροχή χαμηλότερης ποιότητας φροντίδας και σε μειωμένη διαθεσιμότητα και χρήση των υπηρεσιών (Lindelow et al 2006). Η μελέτη των Rothstein & Holmberg (2011) αποδεικνύει τη θετική συσχέτιση μεταξύ έντασης διαφθοράς και ιδιωτικών δαπανών στην υγεία, δηλαδή σε πιο αδιάφθορες χώρες οι ιδιωτικές δαπάνες (και επομένως οι παραπληρωμές) είναι μικρότερες, ενώ αντίστοιχα καταγράφεται αύξηση των κυβερνητικών δαπανών στην υγεία. Η διαφθορά με τη μορφή άτυπων πληρωμών για φροντίδα υγείας, μπορεί να μειώσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες, ειδικά για τους φτωχούς, και να προκαλέσει καθυστερήσεις στις συμπεριφορές αναζήτησης φροντίδας (Lewis 2000). Επίσης η διαφθορά *«τιμωρεί τους πιο ηλικιωμένους, καθότι είναι το κομμάτι εκείνο του πληθυσμού που είναι πιθανό να αναζητήσει πιο συχνά φροντίδα»* (TI 2006, σελ 40).

Η μελέτη των Bobak et al (2007) δείχνει την ήπια αρνητική συσχέτιση του δείκτη διαφθοράς με το αντιλαμβανόμενο επίπεδο υγείας, ενώ έρευνα στην Ουγκάντα την χαρακτηρίζει ως πρωτεύων εμπόδιο για τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Bouchard et al 2012). Τέλος, η διαφθορά θεωρείται ως παράγοντας αποσταθεροποίησης της παγκόσμιας δημόσιας υγείας, λόγω της εξασθένισης των συστημάτων υγείας ενάντια σε πιθανές προσβολές, όπως πχ. η πρόσφατη επιδημία του ιού Έμπολα (Mackey et al 2016).

Εκβάσεις Υγείας

Η διαφθορά έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα ποσοστά ανοσοποίησης, καθυστερήσεις στους εμβολιασμούς και αποτυχία στη θεραπεία ασθενών, λιγότερη χρήση δημόσιων κλινικών, μειωμένη ικανοποίηση στη φροντίδα και αυξημένους χρόνους αναμονής (Azfar & Tugrul 2008), ενώ συνδέεται αρνητικά και με δείκτες υγείας, όπως τη βρεφική και παιδική θνησιμότητα (Gupta et al 2002).

Η πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ δεικτών διαφθοράς και δεικτών υγείας σε διάφορες χώρες καταδεικνύει θετική συσχέτιση των δύο. Μεγαλύτερη ένταση του παθογόνου φαινομένου της διαφθοράς οδηγεί σε χειρότερα αποτελέσματα υγείας για τον πληθυσμό (health

outcomes) (Lewis 2006). Οι Factor & Kang (2015) παρέχουν αποδείξεις για τη συσχέτιση των χαμηλών δαπανών για την υγεία, ως μέγεθος επί % του ΑΕΠ, και των πτωχών υγειονομικών αποτελεσμάτων, με την ύπαρξη υπέρμετρης διαφθοράς. Οι Lio & Lee (2015) διαπίστωσαν ότι μικρότερης έντασης διαφθορά έχει θετική επίδραση στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, χαμηλότερη βρεφική θνησιμότητα και θνησιμότητα κάτω των 5 ετών σε μια χώρα. Ομοίως, οι Muldoon et al (2011) ανάγουν τις άτυπες πληρωμές, σε προδιαθεσικό παράγοντα αύξησης τριών Δεικτών Θνησιμότητας, της Βρεφικής, της Παιδικής και της Μητρικής, ενώ αντίθετα προστατευτική δράση φαίνεται να έχει η διαφάνεια στην κυβερνητική δράση και ηγεσία.

Συνολικά, η μεταβλητή της διαφθοράς, παραμένει πρωτεύοντας παράγοντας που επηρεάζει τις εκβάσεις υγείας σε συστηματική βάση (Azfar & Tugrul 2008).

Χρηματοοικονομικές επιπτώσεις στο επίπεδο του ασθενή

Το EHFCN (2010a) υποδεικνύει τις πολυμελείς οικογένειες, τους κατοίκους αγροτικών περιοχών, τους πολίτες με αντιλαμβανόμενο κακό επίπεδο υγείας, και ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ως τους πιο ευάλωτους να υποστούν καταστροφικές δαπάνες εξαιτίας των άτυπων πληρωμών, ενώ στηλιτεύει την Ελλάδα για τη λίστα και το «φακελάκι».

Μελέτη σε δείγμα 4738 ασθενών, διαπίστωσε ότι το 36% εξ αυτών διεκπεραίωσε μια τουλάχιστον άτυπη πληρωμή (Liaropoulos et al 2008). Έτερη έρευνα βρήκε ότι το ποσό €300 ήταν η μέση πληρωμή, ενώ για τα «δώρα ευγνωμοσύνης» αντίστοιχα, το ποσό ανερχόταν στα €200, με το νοσηλευτικό προσωπικό να λαμβάνει μικρότερα τέτοια ποσά της τάξεως των €25–€35 (Siskou et al 2008). Τρίτη μελέτη αναδεικνύει το πρόβλημα της μαύρης οικονομίας στον τομέα της γυναικολογίας, μεσούσης της ύφεσης. Καταγράφεται ότι σε σύνολο 160 γυναικών από 4 αθηναϊκές μαιευτικές κλινικές, 74,4% έδωσαν «φακελάκι» (Kaitelidou et al 2013). Τέλος, έρευνα που διεξήχθη το 2012 σε 2741 άτομα, αναφέρει ότι περίπου το 32,4% των εισαγωγών σε δημόσιο νοσοκομείο αφορά σε κάτω-από-το-τραπέζι πληρωμές. Στον ιδιωτικό τομέα, το μεγαλύτερο ποσοστό (36%) των κάτω-από-το-τραπέζι πληρωμών διεκπεραιώθηκε σε επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς και οδοντιάτρους (που δεν εξέδιδαν απόδειξη πληρωμής) (Souliotis et al 2016).

Οι υπολογιζόμενες απώλειες, εξαιτίας απάτης, λαθών και κατάχρησης στην ΕΕ, ανέρχονται στα €30-100 εκατομμύρια (3-10% των συνολικών δαπανών για την υγεία), ενώ η Παγκόσμια Τράπεζα εκτιμά ότι μέχρι και το 30% των πόρων που προορίζονται για την υγεία, στις υπό μετάβαση χώρες της ΕΕ, διασπαθίζεται στη 'μαύρη τρύπα' της διαφθοράς (EHFCN 2010b).

Ο Chattopadhyay (2013, σελ.158) αναγνωρίζοντας ότι «η διαφθορά στον τομέα της υγείας συνεπάγεται εγκλήματα κατά της ανθρωπότητας», διακρίνει τις πρωταρχικές επιπτώσεις ανάλογα με το τύπο των παράτυπων δράσεων, ενώ λίστα επιλεγμένων πρακτικών διαφθοράς με τον αντίκτυπό τους παραθέτει και το Boston University School of Public Health (Πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η «μνημονιακή» υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα : αντίκτυπος στον ασθενή

Η ίση πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κεντρικό ζήτημα της πολιτικής υγείας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας είναι κοινωνικοί και οικονομικοί, με το εισόδημα να αποτελεί βασικό παράγοντα πρόσβασης –ή ανισότητας- σε ένα σύστημα υγείας (Cylus & Papanicolas 2015). Όπως επισημαίνουν οι Mossialos et al (2005), η πολιτική υγείας και οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία στην Ελλάδα έχουν σχέση εξάρτησης και επηρεάζονται από τις πελατειακές σχέσεις, την απουσία συναίνεσης και την αδύναμη κοινωνία των πολιτών. Η ανικανότητα να επέλθει η αλλαγή υπήρξε πάντα μια συνέπεια των επικρατούντων πολιτικών συνθηκών, της ανεπίλυτης διένεξης μεταξύ των πολιτικών κομμάτων και των οικονομικών συμφερόντων, καθώς και της ουσιαστικής αντίστασης από τους συμμέτοχους ιατρούς.

Το 2010 θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα κομβικό μεταρρυθμιστικό έτος, με την εισαγωγή σημαντικών νομοθετημάτων που τροποποίησαν το «φαινότυπο» του ΣΥ της χώρας και αποπειράθηκαν να παρέμβουν και στο «γονότυπο», με την εκρίζωση όλων των παθογενειών. Ωστόσο, από τη πλευρά των χρηστών υπηρεσιών υγείας, η πεποίθηση της κυριαρχίας της διαφθοράς στο ελληνικό σύστημα, συντηρείται ακόμα σε υψηλά επίπεδα, όπως διαφαίνεται από το Παγκόσμιο Βαρόμετρο 2013 (Mackey et al 2016) Το χρηματοδοτικό βάρος που υφίστανται οι πολίτες για να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας, διογκώνεται εάν κανείς αναλογιστεί ότι η κρίση άφησε, για το 2015, περίπου 2,5 εκατομμύρια πολίτες της ελληνικής επικράτειας χωρίς ασφαλιστική κάλυψη υγείας, καθώς επίσης και αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Economou et al 2015).

Η περιστολή των κρατικών δαπανών για την υγεία την τελευταία επταετία, με την ταυτόχρονη επίταση της αδυναμίας καταβολής ιδίων πληρωμών από τους ασθενείς, καταλύουν αρνητικά την εξίσωση μεταξύ προσφοράς υπηρεσιών υγείας και ζήτησης. Διαχρονικά άλλωστε, οι ιδιωτικές δαπάνες υπήρξαν σημαντικός ισοσταθμιστής αυτής της σχέσης αλλά και «άτυπο εισιτήριο» ταχείας πρόσβασης στο ελληνικό ΣΥ. Άξιο προσοχής είναι το γεγονός ότι η ανικανοποίητη ζήτηση που περιγράφεται, αφορά τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως οι χρόνιοι

πάσχοντες, οι άνεργοι και οι φτωχοί (ΕΣΔΥ 2013). Ως εκ τούτου, το κεφαλαιώδες ζήτημα ανθούσης της χρηματοπιστωτικής κρίσης, συνίσταται στην ανυπαρξία ισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, με πλήρη αδυναμία αντιρρόπησης πλέον από τους ασθενείς μέσω ίδιων πληρωμών (ΕΣΔΥ 2012). Επιβεβαιώνεται, λοιπόν, ότι η αδυναμία πληρωμής επηρεάζει κυρίως εκείνους με φτωχό επίπεδο υγείας και χαμηλά εισοδήματα (BUSPH 2016).

Το 2014, 15,1% ήταν το πραγματικό σχετικό ποσοστό φτώχειας , ενώ το 2012 ο Δείκτης Gini (δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος) κατέγραψε τιμή-ρεκόρ 36,68 (εν συγκρίσει με 33,97 για το 2004) (The World Bank 2016). Και οι δύο δείκτες, σε συνδυασμό με τα υψηλότερα, στην πρόσφατη ιστορία, ποσοστά ανεργίας (24,9 % το πρώτο τρίμηνο του 2016), υποδεικνύουν, εν ολίγοις, ότι οι φτωχοί έγιναν φτωχότεροι και το ψαλίδι της ανισότητας στην ελληνική κοινωνία διευρύνεται. Αυτό δικαιολογεί τη στροφή των ασθενών στο δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς αδυνατούν πλέον να καταβάλλουν άμεσες πληρωμές. Η μελέτη των Krueger et al (2015) παρέχει απτές αποδειξεις για τη, σημαντική στατιστικά, αρνητική συσχέτιση του δεικτη Gini με την αυτοαξιολογούμενη υγεία των πολιτών, και μάλιστα ποσοτικοποιεί τη σχέση, με το να αποδίδει το 21% κάθε μονάδας μεταβολής της τελευταίας, ευθέως στην οικονομική ανισότητα.

Το ζήτημα που τίθεται είναι από τη στιγμή που οι χρηματικές εφεδρείες εξαντλούνται και οι ασθενείς δεν δύνανται να καταβάλουν παραπληρωμές στους διεφθαρμένους δημόσιους λειτουργούς που απευθύνονται, αλλά και λαμβάνοντας υπόψη και την αυξημένη συμμετοχή σε ιατροφαρμακευτικά προιόντα και υπηρεσίες, τι αντίκτυπο έχει αυτό στην υγεία τους;

Η μελέτη EU Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC 2016) φανερώνει μια γενική αύξηση των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών σε σύνολο 20 χωρών εξαιτίας του κόστους, ωστόσο η Ελλάδα και η Λετονία διαπιστώνεται ότι κατέχουν τις πρώτες θέσεις με κύρια προσβολή της φτωχότερης κάστας. Προς επίρρωση αυτού, σε όλα τα ερευνητικά κύματα του Ευρωβαρόμετρου, από το 2009 και έπειτα, η Ελλάδα σταθερά αναδεικνύεται στην τριάδα των χωρών με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοαναφερόμενης δυσκολίας των πολιτών να πληρώσουν για την υγειονομική περίθαλψη. Αξιοσημείωτο δε, είναι το γεγονός, ότι η χώρα μας έχει συστηματικά το χαμηλοτερο δείκτη ικανοποίησης από το σύστημα υγείας αλλά και τη μεγαλύτερη πτώση του στην πενταετία 2009-2014 (Eurobarometer 2009 & 2014).

Ένα μεγάλο μέρος των άμεσων δαπανών υγείας στην Ελλάδα αφορά άτυπες, κάτω-από-το τραπέζι ή δευτερεύουσες πληρωμές, συνθέτοντας μία μαύρη ή κρυφή οικονομία στο εσωτερικό του συστήματος υγείας. Οι κρυφές οικονομικές δραστηριότητες αποτελούν ένα βασικό χαρακτηριστικό του τομέα υγείας στην Ελλάδα και καμία ρεαλιστική ανάλυση δεν μπορεί να αγνοήσει το φαινόμενο αυτό, ακόμη και αν η έκτασή τους είναι εξαιρετικά δυσχερής να μετρηθεί (Souliotis & Kyriopoulos 2003).

Η διεθνής εμπειρία φανερώνει ότι οι άτυπες πληρωμές δεν είναι ο μοναδικός καθοριστικός παράγοντας καταστροφικών δαπανών. Είναι ο μεγαλύτερος επιβαρυντικός παράγοντας όταν συνυπάρχουν τρείς επιπλέον παράγοντες: ανέχεια, περιορισμοί στην πρόσβαση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και αποτυχημένοι κοινωνικοί μηχανισμοί προστασίας (Xu et al 2003).

Μέτρα και Προτάσεις κατά της διαφθοράς

Οι πρώτες ενδείξεις, σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, ανάγουν τη διαφθορά σε εμπόδιο πρόσβασης και πηγή δυσαρέσκειας με το σύστημα υγείας των Ελλήνων πολιτών. Καθότι καταγράφεται διασύνδεση της διαφθοράς στην υγεία και τη συνολική κατάσταση ευνομίας σε μια χώρα, η πρόληψη και η δημιουργία ενός αλώβητου κοινωνικού πλαισίου, απρόσφορου για την ανάπτυξη της διαφθοράς θα πρέπει να είναι ο απώτερος στόχος. Sine qua non προϋπόθεση, φυσικά, είναι η ανάπτυξη κραταιής, ακατάβλητης ηγεσίας με οριστική απόρριψη της ρητορικής, plus ça change, πολιτικής ενάντια στη διαφθορά. Οι δράσεις πρέπει να καθοδηγούνται από αποδείξεις, με επίκεντρο τον ενεργό ασθενή, την αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες υγείας και μέλημα την μακροημέρευσή τους.

Εδώ δεν υφίσταται το δόγμα του "one size fits all" καθώς η προσέγγιση και το ρυθμιστικό πλαίσιο πρέπει να εξατομικεύεται, να εναρμονίζεται ανάλογα με την ηθικοπλαστική κουλτούρα, τις τρέχουσες ιστορικοκοινωνικές μεταβλητές και τις χρηματοπιστωτικές δυναμικές του κράτους. Η διεθνής εμπειρία από την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων υγειονομικής περίθαλψης δείχνει ότι μια προσέγγιση «μεγάλης έκρηξης» βασισμένη στην από επάνω προς τα κάτω επιβολή ενός μεγάλου σχεδίου, δεν είναι ο πλέον κατάλληλος τρόπος για να εισαχθεί η αλλαγή (Figueras et al 1997). Η αειφόρος ανάπτυξη μπολιάζεται εκ των έσω, οι εισαγώγιμες λύσεις που ακολουθούν το «δόγμα του σοκ» δεν ευδοκιμούν, ενώ αρκεί «η έμπρακτη κορυφαία πολιτική βούληση, μία αφοσιωμένη υπηρεσία κατά της διαφθοράς και μία σωστή στρατηγική, να μετατρέψουν ακόμη και το πιο διεφθαρμένο μέρος στον κόσμο σε μία καθαρή κοινωνία» (Υπουργείο Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων 2013, σελ.35)

Παρά τις προσπάθειες της πολιτείας και της κοινωνίας των πολιτών, η Ελλάδα παραμένει ουραγός της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με την πάταξη της διαφθοράς (Διεθνής Διαφάνεια-Ελλάς 2012).

Το EHFCN (2010a) θέτει τους εξής πέντε οδηγούς – κανόνες καταπολέμησης της διαφθοράς στο τομέα της υγείας: 1. Την προώθηση και καθιέρωση κοινής δεξαμενής πληροφοριών για τη διαφθορά μεταξύ όλων των ικα-

νών φορέων, ιδιωτικών και δημόσιων, 2. Την εδραίωση συστήματος πληροφόρησης και ανάλυσης δεδομένων σε πραγματικό χρόνο ως αιχμή του δόρατος για την αποτροπή και ανίχνευση της απάτης, 3. Την ενίσχυση επιστημένων επιθεωρήσεων και αξιολογήσεων προ της αποζημίωσης, 4. Την επιβολή κυρώσεων στους μετέχοντες σε παράνομες δραστηριότητες από τους αντίστοιχους φορείς, 5. Την ανεξάντλητη επένδυση σε καινοτόμες διεργασίες ανίχνευσης της διαφθοράς και της απάτης.

Σε συμφωνία με τις προτάσεις αυτές, στη μελέτη Health Sector Corruption Survey (USAID 2013) ως μείζονες στρατηγικές αντιμετώπισης της διαφθοράς στο χώρο της υγείας αναδεικνύονται η αύξηση της λογοδοσίας και της διαφάνειας σε όλες τις διαδικασίες, η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας βάσει μετρήσιμων δεδομένων και συνεκτικών εργαλείων, η ενίσχυση της διασυνοριακής και εσωτερικής συνεργασίας, η ευαισθητοποίηση για τη διαφάνεια μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων ηθικής και δεοντολογίας στους επαγγελματίες υγείας και στους μαθητές ως αυριανούς πολίτες. Η καλλιέργεια κλίματος νομοτυπίας και εικονοκλαστικής πολιτειακής ενεργότητας σε κάθε επίπεδο του δημόσιου βίου, εξασφαλίζει την αυτοδυναμία και αυτοκαθορισμό της κοινωνίας των πολιτών και την ισχυρή φωνή (voice) της στη πολυσύνθετη διαδικασία εξασφάλισης της κοινωνικής συναίνεσης, αίροντας παράλληλα τα δεσμά της διαφθοράς και των αγκυλώσεων στις μεταρρυθμίσεις (Σουλιώτης 2014).

Επίσης, δικαιώνοντας το ρητό "Corruptissima republica plurimae leges" (Tacitus, Annals, Book III, 27), η ύπαρξη πολυνομίας και η αταξία επί συνεχούς αναθεώρησης των σχετικών διατάξεων, δημιουργούν de facto σύγχυση και αυξάνουν τις πιθανότητες παρατυπιών και παραλείψεων. Η αυστηροποίηση της νομοθεσίας, και ειδικά των πειθαρχικών ποινών, η αναβάθμιση του ελεγκτικού μηχανισμού και της δίωξης και η ταυτόχρονη ενθάρρυνση των δυνητικών μαρτύρων – πληροφοριοδοτών (whistle blowers) (μέσω πχ. συστήματος ανταμοιβής qui tam) (ΔΔΚ 2015) κρίνεται πιο αναγκαία παρά ποτέ.

Άλλα μέτρα θα ήταν η απόδοση κινήτρων (πχ. bonus –malus) στους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους εταίρους για παροχή ποιοτικής φροντίδας και η αναβάθμιση πληροφοριακών υποδομών, όπως λογισμικό οικονομικής διαχείρισης, διαδραστικές πληροφοριακές υποδομές με καθιέρωση ιστοσελίδας ή χωρίς χρέωση hot-line για καταγγελίες σχετικά με διαφθορά (ΔΔΚ 2015). Τέλος πρέπει άμεσα να εφαρμοστεί ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς– Κάρτα Υγείας.

Μια καινοτόμα, ολιστική και σαρωτική εκ βάθρων πρόταση για τα ΣΥ, που προκρίνεται ως πανάκεια πληθώρας στρεβλώσεων στην υγεία (και του σαθρού υπόβαθρου που τροφοδοτεί τη διαφθορά στην υγεία διαχρονικά, είναι η μεταστροφή σε Σύστημα Υγείας Βασισμένο στην Αξία (ΣΥΒΑ Value-based Healthcare-VHS) (Porter & Lee 2016).

Προχωρώντας, σε μια συνεκτική και ενδελεχή μελέτη τα Ηνωμένα Έθνη (UNDP 2011) προτείνουν μια σειρά διατομεακών μέτρων προκειμένου να προληφθεί και ελαχιστοποιηθεί η διαφθορά στο χώρο της υγείας, ενώ οι Gaitone et al (2016), προσδιορίζουν παρεμβάσεις οι οποίες κυμαίνονται σε ένα συνεχές (Πίνακας 4), από τις λιγότερο περιοριστικές και επιτακτικές, όπως η διάχυση της πληροφορίας με εκστρατείες ενημέρωσης, έως τις πιο πολυσύνθετες, όπως η σύσταση ενός συντονιστικού οργανισμού καταπολέμησης της διαφθοράς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασικό συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι η διαφθορά στην Ελλάδα πηγάζει πρωτίστως από μία κρίση αξιών, η οποία έχει εμποτίσει τη νοοτροπία και τους θεσμούς της χώρας. Οι πελατειακές σχέσεις συμβαδίζουν με την αδιαφορία για το δημόσιο συμφέρον.

Σε ένα παιχνίδι μηδενικού αθροίσματος, όπου η απώλεια του ενός παίκτη είναι όφελος του άλλου, η παρεμβολή της διαφθοράς σε οποιαδήποτε συνδιαλλαγή υγειονομικής υπηρεσίας, επιβαρύνει και μετακυλύεται στον ασθενή, είτε ως οντότητα είτε ως φορολογούμενο πολίτη. Η τυφλή διεκδίκηση των ατομικών συμφερόντων, στην πρόβλεψη των οποίων η ΘΠ μπορεί να έχει ενεργητικό ρόλο, λειτουργεί σαν σπείραμα στρέβλωσης της κοινωνικής ευρυθμίας. Σε κάθε περίπτωση, η διαφθορά στο χώρο της Υγείας, καταστρατηγεί θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, θέτει σε κίνδυνο την ευρωστία των πολιτών, πλήττει άμεσα τους αδυνάτους, διαρρηγνύει τον ίδιο τον κοινωνικό ιστό και υποσκάπτει οποιαδήποτε απόπειρα εξομάλυνσης των ανισοτήτων ενώ αλλοδρομεί τη διανεμητική υγειονομική πολιτική. Αποτελεί μέρος μιας γενικευμένης ιδεολογικής πρακτικής και «νομιμοποιημένης διαφθοράς» στην Ελλάδα, για την αντιμετώπισή της οποίας, εκτός από ρηξικέλευθες πολυσχιδείς τομές σε ελεγκτικό/δικονομικό επίπεδο, οφείλει να αντιπαραβληθεί ένα ίσο ή μεγαλύτερο ιδεολογικό δέος, που δεν είναι άλλο από την ηθική και την ακεραιότητα όλων των κοινωνικών εταίρων. Η αλλαγή φιλοσοφίας των πολιτών είναι το νευραλγικό σημείο που θα καθορίσει την αλυσιτέλεια του εγχειρήματος.

Οι ερευνήτριες καλούν σε ένα «Νέο Κοινωνικό Συμβόλαιο», με ομοθυμία και συντονισμό των προσπαθειών όλων των δυνάμεων της συντεταγμένης πολιτείας με συναίσθησης μιας υψηλής αποστολής (esprit de corps) για την εκρίζωση της διαφθοράς.

Συμβολή συγγραφέων

ΑΕ: συμμετείχε στη σύλληψη της μελέτης, τη συλλογή των δεδομένων, καθώς και τη συγγραφή του κειμένου. ΚΑ: συμμετείχε στη σύλληψη της μελέτης, καθώς και τη συγγραφή του κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Azfar, O. & Tugrul, G. (2008) Does corruption affect health and education outcomes in the Philippines? *Economics of Governance* 9(3):197-244

Bobak,M., Murphy,M., Rose,R. & Marmot, M. (2007) Societal characteristics and health in the former communist countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: a multilevel analysis. Journal of Epidemioly and Community Health;61:990–996

Boehm, F. & Joerges, J. (2008) Costs of Corruption: Everyone Pays – And the Poor More than Others. Eschborn: GTZ Ανακτήθηκε 29 Ιουλίου 2016 από: https://www.giz.de/fachexpertise/downloads/gtz2008-en-german-uncac-project-costs-of-corruption.pdf

Boston University School of Public Health (BUSPH)(2016) *Act for Health.* Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου 2016 από http://www.bu.edu/actforhealth/CorruptionInHealthforce/Reader%201.pdf

Bouchard, M., Kohler, J. C., Orbinski, J., & Howard, A. (2012) Corruption in the health care sector: A barrier to access of orthopaedic care and medical devices in Uganda. BMC International Health and Human Rights12 (5).

Calnan, M.W. & Sanford, E.(2004) Public trust in health care: the system or the doctor? Qual Saf Health Care;13:92–7.

Caplan, A.L. (2011) Will evidence ever be sufficient to resolve the challenge of cost containment? Journal of Clinical Oncology 29 (15):1946–8.

Cassel, C.K., Guest, J.A. (2012) Choosing Wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA 2012;307:1801–2.

Chattopadhyay, S. (2013) *Corruption in healthcare and medicine: Why should physicians and bioethicists care and what should they do?* Indian Journal of Medical Ethics; X (3);153-159

Chernew, M.E., Sabik, L., Chandra, A., Newhouse, J.P. (2009) *Would Having More Primary Care Doctors Cut Health Spending Growth?* Health Affairs 28(5): 1327□1335

Cohen, N.(2012) *Informal payments for health care—the phenomenon and its context.* Health Economic Policy Law; 7(3): 285–308.

Cylus, J., Papanicolas, I. (2015) *An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage?* Health Policy ;119 ; p.1133–1144

De Jaegher, K.(2012) The Value of Private Patient Information in the Physician-Patient Relationship: A Game-Theoretic Account. Computational and Mathematical Methods in Medicine: 1-16; doi:10.1155/2012/847396

Djulbegovic, B, Hozo, I. (2012) When is it rational to participate in a clinical trial? A game theory approach incorporating trust, regret and guilt. BMC Med Res Methodol 2012;12:85

Djulbegovic, B., Hoz, I., Ioannidis, J.P.A. (2014) Modern health care as a game theory problem. European Journal of Clinical Investigation, 45: 1-12

Dubois, M.Y (2006) Conflicts of Interest with the Health Industry. Pain medicine;7: 463-465

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A. (2015) *The impact of the crisis on the health system and health in Greece.* In: Maresso A,

Mladovsky P, Thomson S, Sagan, A, Karanikolos M, Richardson E, et al. (Ed). *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory Studies Series 41); Ανακτήθηκε 14 Μαΐου 2016 από: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisison-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf? ua=1

EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILS) (2016) Ανακτήθηκε 6.9.2016 από:http://www.eui.eu/Research/Library/ResearchGuides/Economics/Statistics/DataPortal/EU-SILC.aspx

Eurobarometer (2009). *Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union: analytical report.* Flash Eurobarometer 276 . Ανακτήθηκε 13.7.2016 από:http://ec.europa.eu/public_ opinion/flash/fl_276_en.pdf

Eurobarometer (2014). *Social climate: report.* Special Eurobarometer 418, Wave EB81.5. Ανακτήθηκε 14 Ιουλίου 2016 από: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_418_ en.pdf

European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2010a) *EHFCN Annual Report 2009/2010.* Ανακτήθηκε 13.9.2016 από:http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/ar_may2010_final_email.pdf

European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2010b) *European Commission Consultation on The future EU evaluation of anti-corruption efforts.* Ανακτήθηκε 13.9. 2016 από:http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/publicconsultation/2010/pdf/0007/contributions/ngo/european_healthcare_fraud_and_corruption_network_en.pdf

European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2013) *The European Healthcare Fraud and Corruption Network. Who we are and what we do.* Ανακτήθηκε 12.9. 2016 από: http://www.coopami.org/en/countries/countries/south_africa/projects/2013/pdf/2013011405.pdf

Eurostat (2013) Statistics explained. Ανακτήθηκε 21 Αυγούστου 2016 από: explained/index.php/File:Physicians,_by_speciality,_2013_Health2015B.png

Factor, R., Kang, M. (2015) *Corruption and population health outcomes: an analysis of data from 133 countries using structural equation modelling.* International Journal of Public Health;60(6):633–41.

Figueras, J., Saltman, R., Mossialos, E. (1997) *Challenges in evaluating health sector reform: an overview.* London, London School of Economics and Political Sciences (Health Discussion Paper 8).

Gaitonde R., Oxman, A.D., Okebukola, P.O., Rada, G. (2016) *Interventions to reduce corruption in the health sector.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD008856 Ανακτήθηκε 20 Σεπτεμβρίου 2016 από: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008856.pub2/pdf

Gawande, A.A, Colla, C.H, Halpern, S.D, Landon, B.E.(2014) Avoiding low value care. New England Journal of Medicine;370 (14) :e21

Glycopantis, D. & Stavropoulou, C. (2011). The supply of information in an emotional setting. CESifo Economic Studies, 57(4), pp. 740-762. doi: 10.1093/cesifo/ifr024

Grumbach, K., Vranizan, K., and Bindman, A.B. (1997) *Physician supply and access to care in urban communities.* Health Affairs 16(1):71–86.

Gupta, S., Davoodi, H. & Alonso-Terme, R. (2002) *Does corruption affect income inequality and poverty?* Economics of Governance 3(1): 23-45.

Hinkle, J. (2014) The relationship between disorder, perceived risk, and collective efficacy: a look into the indirect pathways of the broken windows thesis. Journal of Criminal Justice Studies, 26(4):408-432

Jafari, A., Ravangard, R., Heidari, F.,Roshani, M., Mohammadi, M. (2015) *Informal Payment in Health Settings: A Survey of Teaching Hospitals.* International Journal of Hospital Research 4(2):83-88

Jakusovaite, I., Darulis, Z., Zekas, R. (2005): *Lithuanian health care in transition state: ethical problems.* BMC Public Health 5:117-122.

Kaitelidou, D.C., Tsirona, S., Galanis, P.A., Siskou, O.C., Mladovsky, P., Kouli, E.G., Prezerakos, P.E., Theodorou, M., Sourtz,i P.A., Liaropoulos, L.L. (2013) *Informal payments for maternity health*

services in public hospitals in Greece. Health Policy; 109(1):23–30.
Krueger,P.M., Dovel, K., Denney, J.T. (2015) *Democracy and self-rated health across 67 countries: A multilevel analysis.* Social Science & Medicine 143: 137-144
Lewis, M. (2000) *Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?* Ανακτήθηκε 24.5. 2016 από: http://web.worldbank.org/archive/website00504/WEB/PDF/WHO˙IS˙P.PDF
Lewis, M.(2006) Governance and Corruption in Public Health Care Systems. Centre for Global Development, Working Paper 78. Ανακτήθηκε 10 Σεπτεμβρίου 2016 από: http://www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/Corruption%20WP_78.pdf
Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., Katostaras, T. (2008) *Informal payments in public hospitals in Greece.*Health Policy;87(1): 72 – 81
Lindelow, M., Kushnarova, J., Kaiser, K. (2006.) *Measuring corruption in the health sector: what can we learn from public expenditure tracking and service delivery surveys in developing countries?* In: Transparency International, editor(s). Global Corruption Report 2006: Special Focus on Corruption and Health. London: Pluto Press
Lio, M.C., Lee, M.H. (2015) *Corruption costs lives: a cross-country study using an IV approach.* The International Journal of Health Planning and Management;31(2):175-90. doi: 10.1002/hpm.2305
Mackey, T.M., Kohler, J.C., Savedoff,W.D.,Vogl, F., Lewis, M., Sale, J., Michaud, J.,Vian, T.(2016) *The disease of corruption: views on how to fight corruption to advance 21st century global health goals.* BMC Medicine 14:149
Martin, W. (2016) *These are the 18 most corrupt countries in the developed world.* Business Insider UK. Ανακτήθηκε 20 Αυγούστου 2016 από: http://uk.businessinsider.com/the-most-corrupt-countries-in-the-oecd-2016-6/#t-17-ireland--scoring-75-points-overall-ireland-was-one-of-the-less-corrupt-countries-worldwide-but-a-2015-documentary-from-the-tv-network-rte-showed-that-politicians-at-all-levels-in-the-country-had-incorrectly-declared-their-interests-with-certain-councillors-seeking-cash-payments-in-return-for-their-services-1
McAdams, D. (2014) Game-Changer. Game Theory and the Art of Transforming Strategic Situations. W.W. Norton & Company;New York,USA
Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005) *Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia.* Health Economics 14(Suppl 1):S151–68
Muldoon, K.A., Galway, L.P., Nakajima, M., Kanters, S., Hogg, R.S., Bendavid, E., Mills,
E.J.(2011) Health system determinants of infant, child and maternal mortality: a cross-sectional study of UN member countries. Globalization and Health;7:42.
Norad (2008) Anti-corruption approaches – a literature review. Ανακτήθηκε 10.9.2016 από: https://www.norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/filarkiv/vedlegg-til-publikasjoner/study2_2008.pdf
OECD (2014) *Intergrity in Business.* Ανακτήθηκε 14 Οκτωβρίου 2016 από: https://www.oecd.org/cleangovbiz/49693613.pdf
OECD (2015) Government at a Glance 2015. OECD Publishing, Paris, France.
Poundstone W. (1992). Prisoner's Dilemma: John Von Neumann, Game Theory and the
Puzzle of the Bomb. Doubleday New York, NY, USA.
Porter, M.E., Lee, T.H. (2016) *From Volume to Value in Health Care. The Work Begins.* JAMA; 316(10): 1047-1048.
Rădulescu, I.G, Alexandru, G., Miu, A. (2008) *Inside the Core of Corruption from the Health System.* Ανακτήθηκε 25.9.2016 από: http://www.upg-bulletin-se.ro/archive/2008-1/6.%20Radulescu,%20Alexandru,%20Miu.pdf
Reginato, E., Grosso, P. (2011) *European Hospital Doctors' Salaries.* Ανακτήθηκε 11.6.2016 από: http://www.liganet.hu/news/6205/F11-071_EN_European_Hospital_Doctors_Salaries.pdf
Riggs J.E (2004) Medical ethics, logic traps, and game theory: an illustrative tale of brain death.Journal of Medical Ethics;30(4):359-61.
Rothstein B., Holmberg S. (2011) *Correlates of Corruption.* Working Paper Series 2011:12.
Department of Political Science, University of Gothenburg. Ανακτήθηκε 14.10.2016 από:http://www.qog.pol.gu.se/digitalAssets/1357/1357840_2011_12_rothstein_holmberg.pdf
Santos, H.C., Varnum, M.E.W., Grossman, I. (2017) Global Increases in Individualism. Psychological Science: In press. Ανακτήθηκε 29 Μαρτίου 2017 από: https://www.academia.edu/31723600/Global_Increases_in_Individualism?auto=download&campaign=weekly_digest
Sappington, D. E. (1991) *Incentives in Principal–Agent Relationships.* Journal of Economic Perspectives 5(2):45-66
Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Liaropoulos, L. (2008) *Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins.* Health Policy; 88(2–3):282–93.
Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O.,Kaitelidou, D., Liaropoulos, L. (2016) *Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last.* European Journal of Health Economics;17 (2): 159-170
Souliotis, K., Kyriopoulos, J. (2003) *The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues.* Applied Health Economics Health Policy. 2(3):129–34
Sparrow, M.K.(2008) *Fraud in the U.S. health care system : exposing the vulnerabilities of automated payments systems.* Social Research;75(4):1151–80.
Tarrant, C., Stokes, T., Colman, A.M. (2004) Models of the medical consultation: opportunities and limitations of a game theory perspective.Quality and Safety in Health Care;13:461–466. doi: 10.1136/qshc.2003.008417
The World Bank (1997) *Helping countries combat corruption, the role of the World Bank.* Ανακτήθηκε 8.6. 2016 από: http://www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/corruptn/corrptn.pdf
The World Bank (2016) Ανακτήθηκε 10.8.2016 από: http://datacatalog.worldbank.org/
World Health Organization. The World Health Report 2008 – primary Health Care (Now More Than Ever). In: TWH, editor. Report-2008. Geneva: The World Health Organization; 2008.
Transparency International (2006) *Global Corruption Report 2006, Special Focus on Corruption and Health.* London: Pluto Press; p.378 Ανακτήθηκε 16 Μαΐου 2016 από: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd60/etica/global.pdf
Transparency International Italia (2013) *Corruption and Waste in the Health System.* Ανακτήθηκε 23.7.2016 από: https://www.transparency.it/wp-content/uploads/2013/11/21x21_SprechiSanit%C3%A0_ENG.pdf
U4 Anti-Corruption Resource Centre (2008a) *Corruption in the health sector.* U4 ISSUE 2008:10. Ανακτήθηκε 17.6. 2016 από : https://www.cmi.no/publications/file/3208-corruption-in-the-health-sector.pdf
United Nations Development Programme (UNDP) (2011) *Fighting Corruption in the Health Care Sector. Methods, Tools and Good Practices.* UNDP, Bureau for Development Policy, One United Nations Plaza, New York, USA
United Nations Development Programme (UNDP) (2014) *Corruption Risk Assessment in the Health Sector in Kosovo.* Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου 2016 από: http://www.ks.undp.org/content/kosovo/en/home/library/democratic_governance/saek-corruption-risk-assessment-in-health.html
United States Agency for International Development (USAID) (2013) *Corruption in Health Sectors of Low- and Middle- Income Countries. A report on preliminary findings from a survey of*

health sector leaders and managers in 95 countries. Ανακτήθηκε 18.8.2016 από: http://www.lmgforhealth.org/sites/default/files/Corruption%20in%20Health%20Sectors%2005%20December%202013.pdf

Vian, T.(2008) *Review of corruption in the health sector: theory, methods and intervention*. Health Policy and Planning;23(2):83-94.

WIN (2014) *Corruption Tops the List as the World's Most Important Problem According to WIN/Gallup International's Annual Poll*. Ανακτήθηκε 19 Οκτωβρίου 2016 από : http://www.gallup-international.bg/en/Publications/71-Publications/181-Corruption-Tops-the-List-as-the-World%E2%80%99s-Most-Important-Problem-According-to-WIN-Gallup-International%E2%80%99s-Annual-Poll

Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Jan Klavus, C., Murray, J.L.(2003) *Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis*. Lancet 362: 111–17.

Διεθνής Διαφάνεια – Ελλάς (2012). *Αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Ακεραιότητας*. Ανακτήθηκε 23.7.2016 από: https://www.transparency.org/whatwedo/publication/national_integrity_system_assessment_greece1

Διεθνής Διαφάνεια Κύπρος (2015) Εναλλακτική στη σιωπή: Κύπρος. Ανακτήθηκε 25.9.2016 από:http://transparencycyprus.org/wpcontent/uploads/2015/10/greek_report_whistleblower.pdf

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012) *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας*: το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ. Ανακτήθηκε 11.8.2016: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013) *Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα*. Ανακτήθηκε 12.8.2016 από: http://www.healthpolicy.gr/images/stories/pdf/portaria_forum_2013_mylona_k.pdf

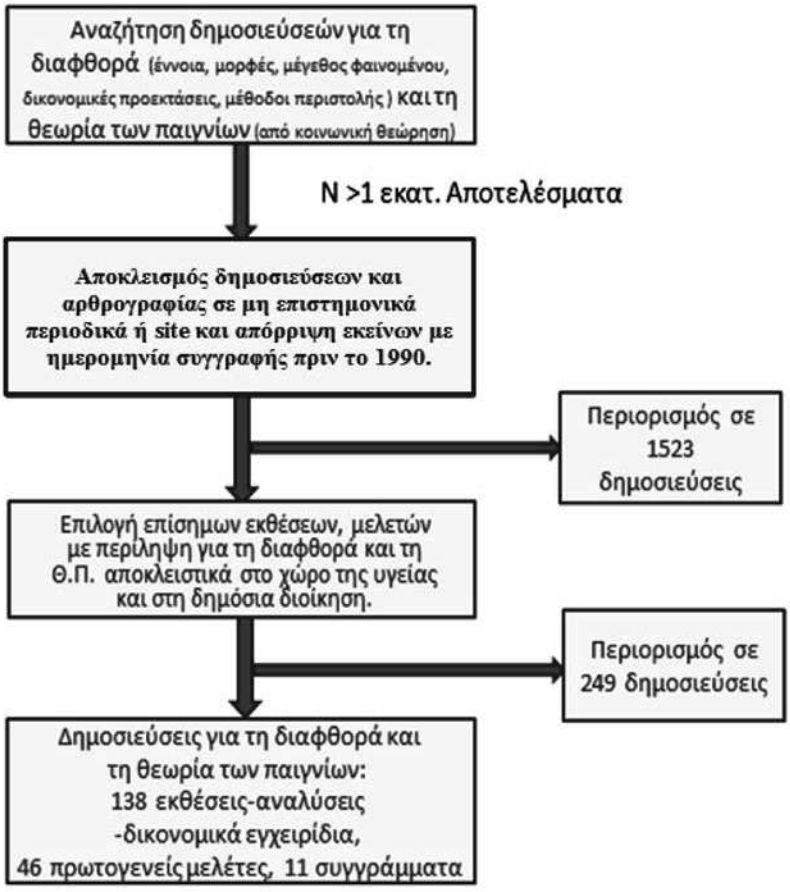
Ομάδα Εργασίας για την Καταπολέμηση της Διαφθοράς στον Τομέα της Υγείας (ΟΕΚΔΤΥ) (2014) *Ολοκληρωμένο Σχέδιο για την Καταπολέμηση της Διαφθοράς στον Τομέα της Υγείας στο Πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής Καταπολέμησης της Διαφθοράς*. Ανακτήθηκε 5.7.2016 από: http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/sxediafthoras.pdf

Σουλιώτης Κ. (2014) *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας. Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ομάδες πίεσης και συμφερόντων, σύλλογοι ασθενών*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Υπουργείο Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (2013)*"Διαφάνεια" – Εθνικό Σχέδιο κατά της διαφθοράς. Ανακτήθηκε 13.9.2016 από: http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=Q_C4Fw_rxLk%3D&tabid=64*

ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΑ

Διάγραμμα Ροής Αναζήτησης Βιβλιογραφίας



Πίνακας 1. Κατάλογος ενδεικτικών μελετών/συγγραμμάτων για τη διαφθορά στον υγειονομικό τομέα σε χώρες ανά την υφήλιο που περιελήφθησαν στην ανασκόπηση

Ενδεικτικές μελέτες που πραγματεύονται ποικίλες πτυχές της διαφθοράς στο χώρο της υγείας και προτεινόμενα ή/και ληφθέντα μέτρα πάταξης της.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
ΝΙΓΗΡΙΑ	Alubo, S.O.	Πρωτογενής μελέτη. Σεπτ. 1986 με Δεκ. 1988	Ιδιωτικοποίηση και συνεργασία κρατικών-ιδιωτικών παρόχων	Επιθεώρηση των αποτελεσμάτων του Structural Adjustment Programme (SAP) , μεταρρυθμίσεων υποβαλλόμενων από τη Παγκόσμια Τράπεζα. Κύριοι Πυλώνες του SAP είναι η μετακύλιση του κόστους στον καταναλωτή μέσω άμεσων χρεώσεων (εμπορευματοποίηση) και ιδιωτικής ασφάλειας (ιδιωτικοποίηση). Συμπεράσματα θετικά.
Ουγκάντα	McPake, B., Asiimwe, D., Mwesigye, F., Ofumbi, M., Ortenblad, L, Streefland, P., Turinde, A.	Πρωτογενής μελέτη (1999)	Παρά το νόμο δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας. Καταπολέμηση και επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας.	Σε 10 νοσοκομειακές δομές, 105 επαγγελματίες υγείας απάντησαν σε ερωτηματολόγιο και δομημένη συνέντευξη ενώ διατηρήθηκαν για ένα μήνα νοσοκομειακά λογιστικά αρχεία. Κατεγράφη υψηλό ποσοστό απώλειας φαρμάκων, απουσιασμού, αναξιοποίηση των ΥΥ και παράτυπων πληρωμών. Συμπεραίνεται ότι «οι άτυπες ενέργειες εξυπηρετούν ένα σκοπό. Χωρίς αυτές οι υγειονομικές εγκαταστάσεις δεν θα δίναντο να επιβιώσουν στο διαταραγμένο κρατικό περιβάλλον, καθότι οι επαγγελματίες υγείας δεν θα μπορούσαν να λειτουργήσουν»(σελ.861)
Διεθνής	Brinkerhoff, D.	Έκθεση (2003)	Επικέντρωση στην αρχή της λογοδοσίας -εννοιολογικό πλαίσιο και guidelines για την ενσωμάτωση και ενίσχυση της στη κυβερνητική πρακτική.	Ορισμός, θεωρητική διαφοροποίηση, έκπτυξη εντός των υπηρεσιών υγείας, ο ρόλος των εταίρων, στρατηγικές ενίσχυσης. Ταυτοποιούνται 3 τέτοιες στρατηγικές : πάταξη της εκμετάλλευσης, πειθάρχηση στις διεργασίες και standards, βελτίωση απόδοσης/εκμάθησης. Συνεργικά η χρήση τους υποστηρίζεται ότι προσφέρει σταθεροποίηση στο σύστημα. Με τη χρήση της λογοδοσίας και υπευθυνότητας αποκτάται δια-συστημική ευρεία επίγνωση των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων και προσδιορίζονται διασυνδέσεις αυτοβελτίωσης ατομικές και ομαδικές.
Διεθνής	Dininio, P. Kpundeh, S.J., & Leiken, R. S.	Μελέτη ανασκόπησης (1999)	Οδηγός αντιμετώπισης διαφθοράς, μη ειδική για τον υγειονομικό χώρο, με εντόπιση στα προγράμματα αλλοδαπής συνεργασίας και υποβοήθησης από την USAID.	Παρουσιάζει ένα πλαίσιο που καθορίζει τις βασικές αιτίες της διαφθοράς, εντοπίζει μια σειρά θεσμικών και κοινωνικών μεταρρυθμίσεων για την αντιμετώπισή της, και εισάγει μια μεθοδολογία για την επιλογή ανάμεσα σε αυτά τα μέτρα ανάλογα με τη φύση του προβλήματος της διαφθοράς, τις ευκαιρίες και τους περιορισμούς για την αντιμετώπισή της. Ο οδηγός αναφέρεται στο μηχανισμό λειτουργίας και έκπτυξης της βοήθειας της USAID σε αλλότριες χώρες.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Διεθνής	Vian t.	Μελέτη ανασκόπησης (2002)	Οδηγός αντιμετώπισης διαφθοράς, ειδική για τον υγειονομικό χώρο	Περιγράφονται οι ευπαθείς στη διαφθορά τομείς στην υγείας και προσδιορίζονται τα εργαλεία και οι προσεγγίσεις για την πρόληψη. Τονίζει αφενός τη σημασία της προσέγγισης του προβλήματος της διαφθοράς στην υγεία στο πλαίσιο μιας ευρύτερης πολύ-τομεακής στρατηγικής για την καταπολέμηση της διαφθοράς, και αφετέρου ότι η δέσμευση θα πρέπει να επιτευχθεί αποδεικνύοντας πώς η μείωση της διαφθοράς μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία, βελτιωμένη ποιότητα και επέκταση στην πρόσβαση.
Ευρωπαϊκές χώρες	Enson, T., Duran-Moreno, A.	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση (2002)	Η διαφθορά ως τροχοπέδη στη αποτελεσματική ρύθμιση του υγειονομικού τομέα ως αγορά και επιχειρησιακή ανάπτυξη.	Προτείνει τη δημιουργία απλών και υπεύθυνων συστημάτων και την ανάπτυξη στρατηγικών ρύθμισης για τη μείωση των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τη διαφθορά, με τη δημιουργία κατάλληλων ρυθμιστικών φορέων ελέγχου και τη διασφάλιση ότι όλες οι διαδικασίες είναι σαφείς και διαφανείς.
Βιομηχανικές & Αναπτυσσόμενες χώρες	Meagher, P.	Μελέτη καταγραφής εμπειριών (2004)	Οργανισμοί ενάντια στη διαφθορά	Εξετάζονται οι εμπειρίες με ένα ευρύ φάσμα φορέων από όλο το κόσμο, τόσο στις βιομηχανικές, όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες, και παρουσιάζεται μια ποικιλία σχεδίων. Αναλύεται η υπάρχουσα τεκμηρίωση σχετικά με τους οργανισμούς καταπολέμησης της διαφθοράς και παρουσιάζονται τρεις νέες, πρωτότυπες μελέτες περιπτώσεων. Παρέχεται πρακτική καθοδήγηση στους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής και στους χρηματοδοτικούς φορείς, όπως η Παγκόσμια Τράπεζα, και εντοπίζονται υποσχόμενες στρατηγικές για την ανάπτυξη ενός πιο αυστηρού πλαισίου αξιολόγησης.
Διεθνής	Andwig, J.C.	Έρευνα γραφείου (2004)	Διακυβέρνηση και διεθνείς συνεργασίες με χώρες χαμηλού εισοδήματος.	Επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα των διεθνών συνεργασιών . Πραγματεύεται τις προτεινόμενες από την Rose-Ackerman μεταρρυθμίσεις, απορρίπτοντας τις. Από τα υπαρκτά εργαλεία για την αξιολόγηση της διαφθοράς και της κακής διακυβέρνησης, κανένα δεν κρίνεται ως αξιόπιστο.
Ουγγαρία	Gaal, P., McKee, M.	Συμπεριφορική Ανάλυση (2004)	Ανάπτυξη της θεωρίας του 'INXIT' στις άτυπες πληρωμές	Εξετάζει τη θεωρητική βάση για την κατανόηση της επιμονής των άτυπων πληρωμών. Υποστηρίζεται ότι οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν μια πιθανή συμπεριφορική αντίδραση: το «inxit», το οποίο είναι σημαντικό όποτε μπλοκάρονται τα κανάλια εξόδου και φωνής. Εξετάζει τις προτεινόμενες πολιτικές για την αντιμετώπιση των άτυπων πληρωμών, και με βάση τη θεωρία του «inxit» , υποστηρίζει ότι οι λύσεις θα πρέπει να περιέχουν την κατάλληλη ισορροπία μεταξύ εξόδου και φωνής για να βελτιστοποιηθούν οι πιθανότητες διατήρησης ενός καλού επιπέδου δημοσίων υπηρεσιών.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Χώρες Κεντρικής & Ανατολικής Ευρώπης, του Καυκάσου και της Κεντρικής Ασίας	Gaál, P., Jakab, M., Shishkin, S.	Ανασκόπηση πεπραγμένων της τελευταίας 20ετίας (2010)	Στρατηγικές ενάντια στις άτυπες πληρωμές	Παρέχει μια συστηματική ανάλυση των μεταρρυθμίσεων στη χρηματοδότησης υγείας που έχουν εφαρμοστεί τα τελευταία 20 χρόνια σε χώρες της Κεντρικής & Ανατολικής Ευρώπης, του Καυκάσου και της Κεντρικής Ασίας. Οι συγγραφείς παρουσιάζουν μια περιεκτική συγκριτική ανάλυση των εμπειριών των χωρών όσον αφορά στην αντιμετώπιση του προβλήματος των άτυπων πληρωμών στην υγειονομική περίθαλψη.
Διεθνής	Lanyi, A., Azfar, O.	Οδηγός εργαλείων-μεθόδων-checklist (2005)	Επικέντρωση στα γενικά εργαλεία καταπολέμησης της διαφθοράς σε οργανωσιακά Μικροπεριβαλ-λοντικά πλαίσια. Μη ειδικά για τον υγειονομικό τομέα.	Περιγράφει μια μεθοδολογία που παρέχει αξιόπιστες ποσοτικές, ποιοτικές και συγκριτικές πληροφορίες οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση ειδικών προγραμμάτων κατά της διαφθοράς. Η μεθοδολογία περιλαμβάνει την ανασκόπηση των διαθέσιμων πληροφοριών, τη διενέργεια αξιολόγησης από εμπειρογνώμονες, τη διεξαγωγή ποσοτικών ερευνών για τους χρήστες και τους κυβερνητικούς παράγοντες, και τη χρήση των πορισμάτων αξιολόγησης για την ενημέρωση του σχεδιασμού προγραμμάτων.
Ινδία	Chaudhury,R.R., Parameswar, R., Gupta,U., Sharma, S., Tekur,U., Bapna J.S	Έκθεση αποτελεσμάτων εφαρμογής του 'Delhi Model ' 1994-2005	Πρόγραμμα ελέγχου σε όλο το φάσμα της φαρμακευτικής αλυσίδας	Με μια μέθοδο προσέγγισης "bottom up" συνετάχθη το 1994 βασική λίστα φαρμάκων (διετούς ανανέωσης) essential medicines list and transpare με κεντρικές διαδικασίες αγοράς/προμήθειας τους και ταυτόχρονη εισαγωγή επιθεωρήσεων «καλής κατασκευαστικής πρακτικής». Μείωση κόστους κατά 30% ετησίως, βελτίωση της ποιότητας και της διαθεσιμότητας (κατά 80%) των φαρμάκων.
Μεγάλη Βρετανία	Gee, J.	Έκθεση (2006)	Fighting fraud and corruption in Britain's National Health Service	Παρουσιάζει το έργο της Υπηρεσίας Κατά της Απάτης στο εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας. Η υπηρεσία αυτή έχει την ευθύνη για τη «λειτουργική» εργασία αντιμετώπισης της διαφθοράς(ανίχνευση, διερεύνηση, αναζήτηση των κυρώσεων και αποκατάσταση) και αναπτύσσει μια πραγματική κουλτούρα καταπολέμησης της απάτης και της διαφθοράς, ώστε να δημιουργήσει ένα ισχυρό αποτρεπτικό αποτέλεσμα, καινα αναθεωρήσει την πολιτική και τα συστήματα για την πρόληψη της αποτροπής του φαινόμενου

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Αυστραλία (Ασία-Περιοχή Ειρηνικού).	McCusker (2006)	Συστηματική Ανασκόπηση μελετών από το 2000-2006.	Στρατηγικές ενάντια στη διαφθορά. Μη ειδικές για τον υγειονομικό τομέα.	231 μελέτες με έμφαση σε πρακτικές αναλύσεις. Συμπεραίνεται ότι πρέπει να υπάρξει ολιστική θεώρηση με εστίαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου, δέσμευση και συντονισμό των εταίρων, τη ενίσχυση των κινήτρων για νομοταγή στάση, εξατομικευμένα στις ανάγκες τις κοινωνίας μέτρα και εξομάλυνση των ανεπαρκειών του δημόσιο τομέα. Ιδανικό παράδειγμα φέρεται Hong Kong SAR's Independent Commission Against Corruption (ICAC) ενώ προτείνεται η εφαρμογή Special Governance Zones (SGZs), που μορφοποιούνται στις Free Enterprise Zones. (SGZ =πόλη ή επαρχία στην οποία εφαρμόζονται πιλοτικά μεταρρυθμίσεις ευρύ σκέλους, ώστε να έχει αντιστρεπτά αποτελέσματα και μειωμένο πολιτικό κίνδυνο)
Αργεντινή	Iriart, C., Waitzkin, H.	Ανασκόπηση των μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας από το 1989 και μετά (2006)	2 κύματα μεταρρυθμίσεων 1989 και 2001 εξέταση των αποτελεσμάτων της ιδιωτικοποίησης και των επιταγών των δανειστών.	Στα πλαίσια των structural adjustment policies (SAPs) με ανάδειξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας που επέβαλε η Διεθνής Τράπεζα , ΔΝΤ και άλλα διεθνή χρηματοπιστωτικά ιδρύματα (IFIs). Η διαφθορά κατονομάστηκε ως κύρια αιτία αποτυχίας από το ΔΝΤ ενώ οι παραπληρωμές επιτάθηκαν λειτουργώντας σαν εμπόδιο πρόσβασης (σε συνδυασμό με την συνολική κατάρρευση των δημόσιων ΥΥ).
Διεθνής	OHE, UN Office of Drugs and Crime Division for Treaty Affairs	Οδηγός Ισχύοντα Διεθνούς Δικονομικού Πλαισίου (2006)	Νομοθετικές συστάσεις και απαιτήσεις ενάντια στη διαφθορά.	Δικονομική καθοδήγηση, επεξηγήσεις, συστάσεις, υποδείγματα καλών πρακτικών προς τα μέλη –κράτη για τη συνολική αντιμετώπιση της διαφθοράς και την εφαρμογή των συμφωνηθέντων. Μη εξειδικευμένα μέτρα.
Διεθνής	Cohen, J.C., Mrazek, M., Hawkins, L.	Έκθεση (2007)	Φαρμακευτικός τομέας	Ανάλυση της ευαλωτότητας του φαρμακευτικού τομέα με στοιχεία από κράτη ανά τον κόσμο. Προτάσεις για περιστολή της διαφθοράς ανά κομβικό σημείο της προμηθευτικής φαρμακευτικής αλυσίδας.
Λατινική Αμερική & Καραϊβική	Savedoff, W.D.	Έκθεση (2007)	Επισκόπηση του θεωρητικού υπόβαθρου της διεφθοράς και προτάσεις για την πάταξη προσαρμοσμένες στη Λατινική Αμερική & Καραϊβική	Το έγγραφο ορίζει τη διαφθορά, ανασκοπεί και ταξινομεί τις μορφές της διαφθοράς που συναντούνται στο υγειονομικό σύστημα της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής, παρουσιάζει μια σειρά από υπάρχουσες πρωτοβουλίες για την καταπολέμηση της διαφθοράς και καταλήγει με ιδέες που η Διαμερικανική Τράπεζα Ανάπτυξης θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για να αναπτύξει νέα προγράμματα και δραστηριότητες σε αυτόν τον τομέα.
Νότιο Βιετνάμ	L^e Gillian	Έρευνα πεδίου για τη περίοδο Ιανουαρίου 2007-Αύγουστο 2008	Διαφθορά στην αδειοδότηση των ιατρών	Διενέργεια συνεντεύξεων σε 25 βελονιστές –Ιατρούς. Διαπιστώνεται ότι η διαδικασία πιστοποίησης επάρκειας είναι άκρως διαβλητή και συγκεχυμένη και προτείνεται η αυστηροποίηση και συγκεκ-ριμενοποίηση του νομοθετικού πλαισίου απόδοσης διαπιστεύσεων για την εξάσκηση ιατρικής.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Διεθνής	Norad	Έκθεση – Συστηματική ανασκόπηση 150 δημοσιεύσεων (2008)	Παρεμβάσεις ενάντια στη διαφθορά-Μη ειδικές για τον τομέα της υγείας	Κατηγοριοποιημένες παρεμβάσεις με βάση το διαφορετικό κοινωνικό αντίκτυπο: 1. ανάλυση των πολιτικού συστήματος με εστίαση στη συστημική διαφθορά, 2. Νομικό πλαίσιο και η βαρύτητα που δίνεται στον έλεγχο και δίωξη της διαφθοράς, 3. Δημόσια διοίκηση και βελτίωση μηχανισμών για τη πρόληψη της διαφθοράς, 4. καίριες υπηρεσίες και βιομηχανικοί κλάδοι- διαφθορά δημόσιων λειτουργών, 5. μη κρατικοί φορείς και η προσοχή τους στη διαφάνεια και τη λογοδοσία, 6. οργανωσιακή και κοινωνική δυναμική και ικανότητα να διαχειριστεί το φαινόμενο της διαφθοράς.
	Nordberg, C., & Vian, T. (2008)	Έκθεση (2008)	Γενική Επισκόπηση του προβλήματος και προτάσεις	Παρουσιάζει ορισμένα βασικά μέσα για την προώθηση δράσεων ενάντια στη διαφθορά στον τομέα της υγείας, επισημαίνοντας τις προκλήσεις που μπορεί να προκαλέσει η διαφθορά.
	Lewis, M., & Pettersson, G	Έκθεση (2009)	Διακυβέρνηση-Εργαλεία Βελτίωσης	Παρέχει τον ορισμό της καλής διακυβέρνησης στον τομέα της υγείας και ένα πλαίσιο ώστε τα θέματα διακυβέρνησης να αντιμετωπίζονται με τρόπο που να βελτιώνει την απόδοση του τομέα της υγείας. Προτείνονται δείκτες απόδοσης που προσφέρουν τη δυνατότητα για παρακολούθηση της σχετικής απόδοσης στην υγεία, και παρέχεται το πλαίσιο για συζήτηση μιας χρηστής διακυβέρνησης στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους τομείς του προϋπολογισμού και της διαχείρισης των πόρων, της ατομικής απόδοσης παρόχων, της απόδοσης των υγειονομικών εγκαταστάσεων, των άτυπων πληρωμών, και των αντιλήψεων για τη διαφθορά
	Atanasova, E., Pavlova,M., Moutafova, E., Rechel, B., Groot, M	Έρευνα με ερωτηματολόγια σε δείγμα 1003 ατόμων με διαπροσωπική συνέντευξη το 2010 και follow-up περίοδο 12μηνών (2013)	Άτυπες πληρωμές	Εξετάζει τα αποτελέσματα εισαγωγής επίσημων συμπληρωμών δέκα χρόνια μετά τη θεσμοθέτηση τους. Συμπεραίνεται ότι τα αποτελέσματα του μέτρου ήταν πενιχρά.
	Miller, K. & Vian, T.	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και εμπειρικών μελετών (2010)	Στρατηγικές ενάντια στις άτυπες πληρωμές	Διερευνώνται οι παράγοντες που προάγουν ή αναστέλλουν την πρακτική των άτυπων πληρωμών στις υπηρεσίες υγείας, και αναλύονται οι επιπτώσεις στη διακυβέρνηση και την απόδοση του συστήματος υγείας. Παρουσιάζονται καινοτόμες προσπάθειες για τη μείωση των άτυπων πληρωμών (εμπειρίες από την Αλβανία, τη Δημοκρατία της Κιργιζίας, την Καμπότζη και την Αρμενία), από τις οποίες προκύπτει ότι η μείωση των άτυπων πληρωμών είναι δυνατή, μέσω παρεμβάσεων που απευθύνονται στις θεσμικές και κοινωνικές αιτίες του φαινομένου.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Διεθνής (Αφρική)	Semrau, K., Scott, N., & Vian, T.	Ανασκόπηση και ανάλυση έργου (2010)	Διαφθορά σε χρηματοδοτούμενα προγράμματα	Μελετά και αναλύει το φαινόμενο της διαφθοράς με τη μορφή της υπεξαίρεσης, πώς αυτή μπορεί να συμβεί σε χρηματοδοτούμενα προγράμματα από χορηγούς, και τι μπορεί να γίνει για να ελαχιστοποιηθεί ένα τέτοιο ρίσκο. Στο πλαίσιο αυτό περιγράφεται η περίπτωση του «ABC Project», ενός πολυετούς ερευνητικού προγράμματος προϋπολογισμού πολλών εκατομμυρίων δολαρίων που διεξάγεται από μία ΜΚΟ των ΗΠΑ στο Belletown της Αφρικής
Νότια Ασία (Μπαγκλαντές, Πακιστάν), Αφρική (Ουγκάντα και Νότιος Αφρική), Ευρώπη (Κράτη Βαλτικής)	Paredes-Solís,S., Andersson, N., Ledogar,R.J., Cockcroft, A.	Πρωτογενής μελέτη (2011)	Κοινωνικοί έλεγχοι και διαβουλεύσεις για τις άτυπες πληρωμές.	Σε δείγμα αντιπροσώπων της κοινότητας, νοικοκυριών και παρόχων φροντίδας διεξήχθησαν συνεντεύξεις καθώς και διάλογος σε focus groups με τις υγειονομικές αρχές. Επιτρέπουν την εκτίμηση της συχνότητας των άτυπων πληρωμών , των αιτιών που υποκρύπτονται, των παραγόντων κινδύνου, και την αξια-αντίκτυπο στον ασθενή. Τα αποτελέσματα αξιοποιήθηκαν από τους επίσημους φορείς όταν καταρτούσαν τα σχέδια για την εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας.
Διεθνής	Hussmann, K.	Έκθεση (2011)	Ολιστική Θεώρηση της Διαφθοράς	Παρέχει πρακτική καθοδήγηση για το πώς να προσδιοριστούν και να αποτραπούν τα φαινόμενα διαφθοράς. Εξηγεί τι είναι η διαφθορά και ποιες μορφές λαμβάνει στον τομέα της υγείας, εντοπίζει τις ευπάθειες της διαφθοράς και του μετριασμού των στρατηγικών, παρουσιάζει τα μέσα για τον εντοπισμό και την παρακολούθηση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας και προτείνει τρόπους για την ενσωμάτωση των προσεγγίσεων καταπολέμησης της διαφθοράς στα προγράμματα του υγειονομικού τομέα.
Ουγκάντα	Bariyo, R., Ngoboka, P.T.	Έκθεση (2012)	Πολυεστιακή ανάλυση των υπηρεσιών υγείας σε μια αναπτυσσόμενη χώρα	Διεξοδική ανάλυση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας στην Ουγκάντας. Τονίζει τις ζωτικές στρατηγικές και πολιτικές, που πρέπει να κλιμακωθούν για την καταπολέμηση της διαφθοράς, προκειμένου να εξασφαλίσει τη βελτιωμένη παροχή και χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Προτείνεται η ενίσχυση του θεσμού του whistleblowing, ενεργοποίηση των ποινικών διώξεων και ελεγκτικών μηχανισμών (κυρίως εσωτερικού ελέγχου), εντατικοποίηση κατασχέσεων, με τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών. Ενδυνάμωση των δημοκρατικών θεσμών με κυβερνητική πρωτοβουλία.
Γκανά	Agbenorku, P.	Περιγραφική μελέτη με δείγμα 1620 ατόμων στη πόλη Kumasi, Δυτική Αφρική, με χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων από το αρχές Μάρτίου έως τέλη Ιουλίου 2012	Επικέντρωση στη διαφθορά από την οπτική του πολίτη	Προτάθηκαν τα εξής μέτρα: Κίνητρα και αύξηση μισθολογική (56,2%) . έλεγχο και εποπτεία των κατάλληλων μηχανημάτων (26.5%), εκπαίδευση και συχνοί έλεγχοι στο εργατικό δυναμικό(9,3%) και διάθεση σε υποχρεωτική αργία (4.3%), καθώς και αξιοποίηση του Εθνικού Συστήματος Ασφάλισης (National Health Insurance Scheme, NHIS) .

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Ινδία	Chattopadhyay, S.	Περιγραφή Case studies από την Ινδία (2013)	Κοινωνιολογική-Βιοηθική οπτική της διαφθοράς στην υγεία	Επισκόπηση των δυνητικών βιοηθικών παρεμβάσεων με εστίαση στη κάστα των ιατρών.
ΗΠΑ	Rodwin, M.A.	Έκθεση (2013)	Συνταγογράφηση εκτός ενδείξεων	Καταγράφεται ανεπάρκεια αποτελεσμάτων σε απάντηση των υψηλών προστίμων που έχουν θεσμοθετηθεί και προτείνεται τροποποίηση του αγοραστικού πλαισίου εξαγοράς φαρμάκων για εκμηδενισμό των κίνητρων και εντατικοποίηση των ελέγχων εντοπισμού των εκτός ενδείξεων συνταγογραφήσεων
Χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες	USAID	Πρωτογενής Μελέτη (2013)	Εστίαση στις υπολανθάνουσες αιτίες της διαφθοράς και τις προτεινόμενες λύσεις.	1125 ηγέτες και μάνατζερ του τομέα της υγείας από 95 χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, εκλήθησαν το 2013 να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο ανοιχτών ερωτήσεων και να καταθέσουν την εμπειρία και τα βιώματα τους στο πεδίο ειδικότητας τους . Πέντε κύριες παρεμβάσεις κατονομάστηκαν: Αφύπνιση και ενίσχυση της Διαφάνειας, διάνθιση της αποτελεσματικής ηγεσίας και διοίκησης, καλλιέργεια κλίματος νομοτυπίας, ελέγχου και απόδοσης ευθυνών, παροχή κινήτρων στους παρόχους υγείας για βελτιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσίες υγείας, Εγκαθίδρυση προγραμμάτων εκπαίδευσης Ηθικής Δεοντολογίας.
Σιέρα Λεόνε	Pieterse, P. & Lodge, T.	Έρευνα πεδίου με focus groups και συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας από το Σεπτ 12 - Μάιο 14	Άτυπες πληρωμές στη ΠΦΥ	Συστηματική ανασκόπηση όλων των δυνητικά σχετικών μελετών με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών για τη μείωση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας. Χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 9 μελέτες από τις ΗΠΑ, τη Νότιο Κορέα, την Ινδία, τη Γερμανία και το Κιργιστάν όπου αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα των διαφορετικών στρατηγικών που ακολουθήθηκαν καθώς και η χρήση των πόρων. Ισχυρές ενδείξεις αποτελεσματικότητας προσέφερε η εγκαθίδρυση ανεξάρτητης αρχής κατά της υγειονομικής απάτης (λιγότερο ισχυρές η ενημέρωση του κοινού με //αύξηση του μισθού των ιατρών, guidelines στους νοσοκομειακούς ιατρούς για την απόρριψη δωροδοκιών, αύξηση των ενδονοσοκομειακών ελέγχων, νομοθέτηση των καταγγελιών από φαρμακευτικές εταιρείες των δωροδοκούμενων)
Κόσοβο	Vian T.	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και διενέργεια συνεντεύξεων σε 36 υγειονομικούς και κυβερνητικούς σχηματισμούς-κλειδιά ποικίλλων επιπέδων εξουσίας και περίθαλψης. (2014)	Εκτίμηση κινδύνου για διαφθορά στις ΥΥ μεταπολεμικά	Ανάλυση βασισμένη στα έξι δομικά στοιχεία των ΣΥ κατά ΠΟΥ: ηγεσία/διακυβέρνηση, ΥΥ, υγειονομικό δυναμικό, πληροφορίες, ιατροφαρμακευτική τεχνολογία, χρηματοδότηση. Προτείνεται η εντατικοποίηση του θεσμού του εσωτερικού ελέγχου σε 3 πυλώνες : Υπουργείο Υγείας, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, Οργανισμός Χρηματοδότησης Υγείας (MoH,KHUCS, HFA) καθώς και των δήμων. Διατείνεται ότι ο διάλογος μεταξύ των προαναφερθέντων θεσμών, των κυβερνητικών αντιπροσώπων και των ΜΜΕ είναι απαραίτητος για την δέσμευση των πολιτών. Η θεμελίωση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων και η σύνθεση εξειδικευμένων για τον απουσιασμό νομικών κυρώσεων κρίνεται επιτακτική.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Αφρική	Mostert,S., Njuguna,F., Olbara,G., Sindano, S., Sitaresmi, MN., Supriyadi,E., Kaspers, G.	Περιγραφική μελέτη σε συνδυασμό με βιβλιογραφική ανασκόπηση (2015)	Διαφθορά στις αντικαρκινικές υπηρεσίες	Αναλυτική περιγραφή, αιτιολογική από-δοση και στηλίτευση των εκτεταμένων πρακτικών διαφθοράς στον υγειονομικό τομέα στις χώρες της Αφρική. Ανάλυση των επιπτώσεων στη περίθαλψη των ογκολογικών ασθενών. Προτάσεις ενά-ντια στη διαφθορά προσαρμοσμένες στην κοινωνικοοοικονομικό ενεστωτικό status.
Διεθνής	Gaitonde R., Oxman, A.D., Okebukola, P.O., Rada, G.	Συστηματική Ανασκόπηση (Ιαν 2014 με Ιουν 2016)	Αξιολόγηση των παρεμβάσεων ενάντια στη διαφθορά στο χώρο της υγείας.	Συστηματική ανασκόπηση όλων των δυ-νητικά σχετικών μελετών με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών για τη μείωση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας. Χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 9 μελέτες από τις ΗΠΑ, τη Νότιο Κορέα, την Ινδία, τη Γερμανία και το Κιρ-γιστάν όπου αξιολογήθηκαν τα αποτελέ-σματα των διαφορετικών στρατηγικών που ακολουθήθηκαν καθώς και η χρήση των πόρων. Ισχυρές ενδείξεις αποτελε-σματικότητας προσέφερε η εγκαθίδρυση ανεξάρτητης αρχής κατά της υγειονομικής απάτης (λιγότερο ισχυρές η ενημέρωση του κοινού με //αύξηση του μισθού των ιατρών, guidelines στους νοσοκομεια-κούς ιατρούς για την απόρριψη δωροδο-κιών, αύξηση των ενδονοσοκομειακών ελέγχων, νομοθέτηση των καταγγελιών από φαρμακευτικές εταιρείες των δωρο-δοκούμενων)

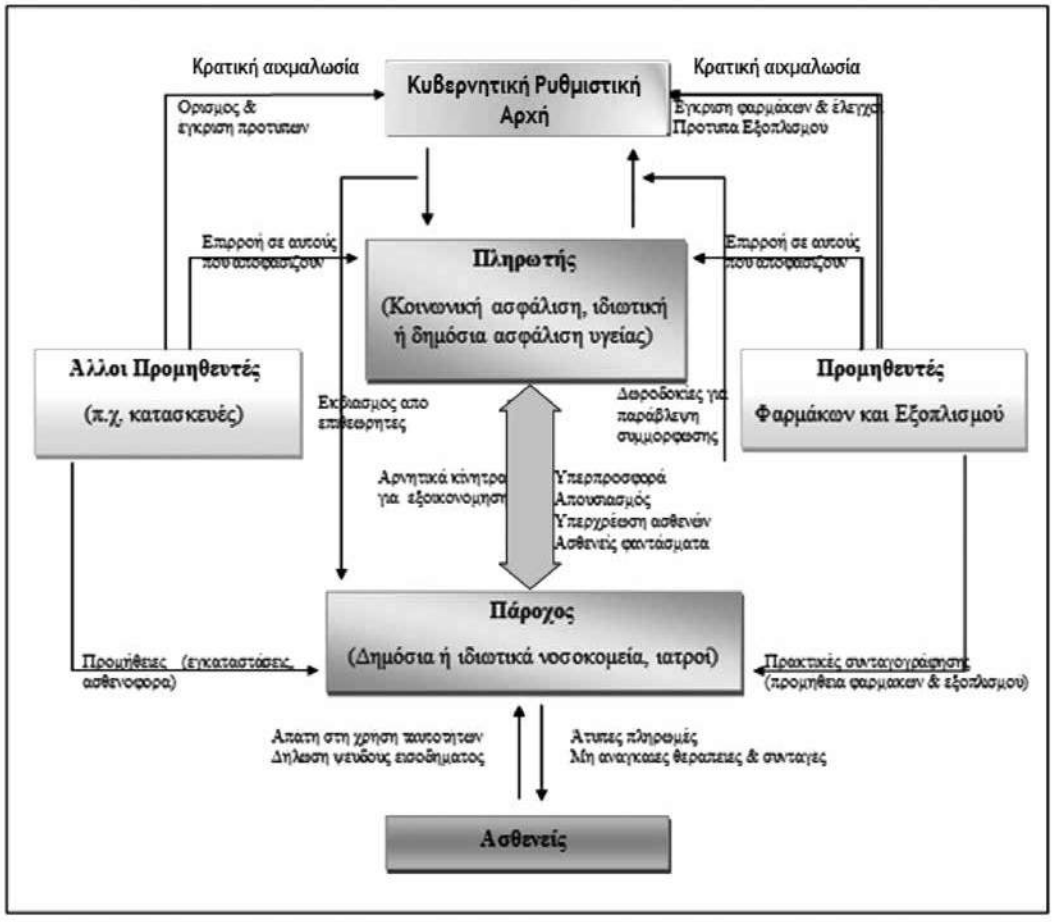
Πίνακας 2 Καταγραφή της Διαφθοράς: Μέθοδοι Συλλογής και Ανάλυσης Δεδομένων.

Προσέγγιση	Περιγραφή	Οφέλη	Αδυναμίες
Έρευνες αντίληψης της διαφθοράς	Έρευνες των αντιλήψεων για τη διαφθορά, στο γενικό πληθυ-σμό ή σε συγκεκριμένες κατη-γορίες επαγγελματιών υγείας. Παραδείγματα: Έρευνες της Παγκόσμιας Τράπεζας για την Αντίληψη της Διαφθοράς, ο δείκτης αντίληψης της διαφθο-ράς της Διεθνούς Διαφάνειας	*Δίνουν έμφαση στους τομείς ενδια-φέροντος *Καθιερώνουν τη βάση και επιτρέ-πουν την παρακολούθηση των αλ-λαγών με την πάροδο του χρόνου *Με ερώτηση διαφορετικών επαγ-γελματιών υγείας για το ίδιο πρόβλη-μα μπορεί να τονιστούν ζητήματα *Παρέχουν δημόσια πληροφόρηση για εξωτερική υπευθυνότητα	*Υπάρχει τρέχουσα συζήτηση για την καλύτερη μεθοδολογία και για το πώς επηρεάζονται τα αποτελέσματα από το-πική κατανόηση των όρων *Η αντιληπτή συμπεριφορά μπορεί να διαφέρει από την πραγματική συμπερι-φορά
Έρευνες δημόσιων δαπανών και δαπανών των νοικοκυριών	Οι έρευνες στα νοικοκυριά μετρούν δαπάνες συμπεριλαμ-βανομένης της υγειονομικής περίθαλψης και των άτυπων πληρωμών. Η ανάλυση των δημοσίων δαπανών μπορεί να εντοπίσει τις διαρροές και τις ροές των δημόσιων κον-δυλίων μεταξύ των επιπέδων της κυβέρνησης. Παραδείγματα: Έρευνες Μέτρησης Βιοτικού Επιπέδου της Παγκόσμιας Τρά-πεζας, Έρευνες Παρακολούθη-σης Δημόσιων Δαπανών (PETS	*Παρέχουν λεπτομέρειες σχετικά με τις υγειονομικές δαπάνες των νοικο-κυριών ανάλογα με το εισόδημα και την περιοχή, επίσημες ή ανεπίσημες *Τα δεδομένα μπορούν να συγκρι-θούν με στόχους ώστε να παρέχουν μέτρα υπευθυνότητας, π.χ. ποσά που καταβάλλονται για υποτιθέμενες δωρεάν υπηρεσίες, το ποσοστό των κρατικών δαπανών που πραγματικά καταλήγει στα ση-μεία παροχής υπηρεσιών	*Τα υπάρχοντα σύνολα δεδομένων μπορεί να μην περιλαμβάνουν ερω-τήσεις που να επιτρέπουν σε κάποιον να διακρίνει τις τυπικές από τις άτυπες πληρωμές *Οι έρευνες παρακολούθησης δημόσι-ων δαπανών εξαρτώνται από τα δημόσια αρχεία, τα οποία μπορεί να είναι απο-σπασματικά

Προσέγγιση	Περιγραφή	Οφέλη	Αδυναμίες
Συλλογή ποιοτικών δεδομένων	Η συλλογή ποιοτικών δεδομένων μέσω αναλυτικών συνεντεύξεων και ομάδων εστίασης, ώστε να καθοριστούν οι τομείς ενδιαφέροντος. Παράδειγμα: Vian et al. (2006), Balabanova & McKee (2002)	*Παρέχουν λεπτομέρειες για τις στάσεις, τα πρότυπα, τις πεποιθήσεις, τις πιέσεις *Βοηθούν να καθοριστούν οι όροι, να διευκρινιστεί το «πώς» των διεφθαρμένων πράξεων, να ενημερώσουν την ανάπτυξη των ερευνών για τις αντιλήψεις *Επιτρέπουν τη συνέχεια (follow up)	* Η κοινωνικής προκατάληψη ή η επιφυλακτικότητα μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα *Η πλήρης διαπολιτισμική κατανόηση απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στη μετάφραση και την κατάρτιση του ερευνητικού προσωπικού
Ανασκόπηση συστημάτων ελέγχου	Εξετάζει τους εγγενείς κινδύνους, δεδομένης της αποστολής /του τύπου λειτουργίας, τον έλεγχο του περιβάλλοντος και τα υφιστάμενα μέτρα προστασίας κατά της διαφθοράς. Παραδείγματα: προγράμματα συμμόρφωσης νοσοκομείων ΗΠΑ για την καταπολέμηση της απάτης (OIG, 1998)•φαρμακευτική αξιολόγηση (WHO, 2007)	*Καλό για τη σύγκριση πραγματικών συστημάτων με βέλτιστες πρακτικές *Παρέχει βαθειά ανάλυση συγκεκριμένων κυβερνητικών υπηρεσιών ή μονάδων	*Υποθέτει ότι τα συστήματα είναι σταθερά, ως εκ τούτου, είναι ακατάλληλη μέθοδος για συστήματα που υποβάλλονται σε υγειονομικές μεταρρυθμίσεις *Λειτουργεί καλύτερα σε χώρες με ανεπτυγμένα διοικητικά συστήματα και καλή τεκμηρίωση

Πηγή: Vian (2008, σελ.89)

Εικόνα 1 Οι Πέντε Παίκτες-Κλειδιά στο Σύστημα Υγείας.



Πίνακας 3 Λίστα επιλεγμένων πρακτικών διαφθοράς και οι επιπτώσεις τους.

Τύπος Διαφθοράς	Επεξήγηση	Επιπτώσεις
Άτυπες πληρωμές	Πληρωμές που αποδίδονται στους πάροχους υγείας, είτε υψηλότερες από τις επίσημες χρεώσεις, είτε έναντι δωρεάν υπηρεσιών.	Μειώνει την πρόσβαση στη φροντίδα, υπονομεύει την ισότητα στην πρόσβαση, αυξάνει την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών.
Πώληση κρατικών θέσεων	Όταν ένας ανώτερος υπάλληλος απαιτεί πληρωμές από κρατικούς οργανισμούς για να ασφαλίσει ή να κρατήσει τη θέση του.	Αυξάνει την πιθανότητα μη εξειδικευμένου προσωπικού, τα άτομα μπορεί να αισθάνονται πίεση να καταχρούνται εξουσία ώστε να χρηματοδοτούν την «αγορά» της εργασίας τους.
Κατά συνήθεια απουσία	Απουσία από την εργασία ή ιδιωτική ενασχόληση κατά την διάρκεια των ωρών εργασίας.	Μειώνει την πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών.
Δωροδοκίες	Υπόσχεση ή απόδοση χρημάτων ή αντικειμένων αξίας σε αντάλλαγμα επίσημης ενέργειας.	Δωροδοκίες στην καταγραφή, επιλογή και προμήθεια μπορεί να καταλήξουν σε υψηλό κόστος, ακατάλληλα ή αλληλεπικαλυπτόμενα φάρμακα και υποθεραπευτικά ή πλαστά φάρμακα να επιτραπούν στην αγορά.
Διαφθορά Προμηθειών	Περικλείει διαφόρων τύπων καταχρήσεις όπως: δωροδοκίες, μίζες, δόλια τιμολόγηση, συμπαιγνίες με προμηθευτές, αποτυχία ελέγχων συμβάσεων, κλπ.	Αύξηση τιμών προϊόντων ή υπηρεσιών αυξάνοντας την ανεπάρκεια, προϊόντα και υπηρεσίες μπορεί να μην είναι αναγκαία, να μην παραδίδονται ή να είναι κατώτερης ποιότητας.
Κλοπή ή απώλεια περιουσίας	Κλοπή ή μη νόμιμη χρήση περιουσίας όπως φάρμακα, εξοπλισμός, οχήματα, για ιδία χρήση, χρήση σε ιδιωτικό ιατρείο ή επαναπώληση.	Οδηγεί σε υψηλότερο κόστος ανά μονάδα, φάρμακα εκτός αποθέματος, διακοπές στη θεραπεία ή ατελείς θεραπείες, ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά. Μπορεί να εμποδίζει την πρόσβαση στη φροντίδα εφόσον οι ασθενείς σταματούν να επισκέπτονται τις εγκαταστάσεις.
Απάτη	Εσκεμμένη διαστρέβλωση με πρόθεση την εξασφάλιση μη νόμιμου κέρδους. Μπορεί να περιλαμβάνει ψευδή τιμολόγηση, ασθενείς «φαντάσματα» ή υπηρεσίες (τιμολόγηση ασθενών που δεν υπάρχουν ή υπηρεσιών που δεν έχουν προσφερθεί), εκτροπή εισπρακτέων λογαριασμών σε προσωπικούς λογαριασμούς, ή άλλου είδους ελλείμματα.	Η άντληση των πόρων μπορεί να οδηγήσει σε αφερεγγυότητα των ασφαλιστικών ταμείων, χαμηλής ποιότητας φροντίδα, άρνηση φροντίδας από κάποιους ασθενείς ή αποτυχία προγραμμάτων να επιτύχουν αποτελέσματα.
Υπεξαίρεση εσόδων χρέωσης χρηστών	Κλοπή ή χρήση κεφαλαίων τα οποία ανήκουν στον εργοδότη ή σε κρατική υπηρεσία.	Λιγότερη χρηματοδότηση διαθέσιμη για τις υπηρεσίες, χαμηλής ποιότητας φροντίδα.

Πίνακας 4 Παρεμβάσεις για τη Περιστολή της Διαφθοράς.

Τύποι Παρεμβάσεων για τη Περιστολή της Διαφθοράς	Παραδείγματα	Μηχανισμοί
Διάχυση της Πληροφορίας Εκστρατείες πληροφόρησης που στοχεύουν στην αλλαγή της γνώσης, στάσεων ή πεποιθήσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την πάταξη της διαφθοράς.	Καμπάνιες ενημέρωσης που στοχεύουν στη γνωστική κατάρτιση του κοινού ή τους κινητήριους παράγοντες (στάσεις, πεποιθήσεις, κοινωνικές νόρμες) που υποβόσκουν σε διεφθαρμένες συμπεριφορές ή ενίσχυση των δεξιοτήτων περιστολής της διαφθοράς (ταυτοποίηση και ανάληψη δράσης)	Η γνώση μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή της συνολικής θεώρησης, πολλαπλασιασμό των πρακτικών περιστολής και την ανάληψη δράσεων ενάντια στη διαφθορά.
Μείωση των Μονοπωλίων Αύξηση της ελευθερίας επιλογής από διαφορετικούς πάροχους, προμηθευτές, υπηρεσίες.	Η ύπαρξη πολλών παροχών δίδει ελευθερία στο καταναλωτή να επιλέξει την υπηρεσία ή το προϊόν, περιορίζοντας τη δυναμική πιθανών δωροδοκιών	Η ανταγωνιστικότητα δρά σαν αντικίνητρο διεφθαρμένων πρακτικών και σαν μοχλός πίεσης για τη βελτίωση της αποδοτικότητας.
Ελαχιστοποίηση Κινήτρων Αφαίρεση ή μείωση των ελατηρίων και των παραγόντων που παρακινούν παράτυπες συμπεριφορές.	Απόδοση πρόσθετου εισοδήματος και κίνητρων απόδοσης	Η αύξηση του εισοδήματος μπορεί να μειώσει την πίεση για διεφθαρμένες δράσεις.
Ενίσχυση της Διαφάνειας και της Λογοδοσίας Καλλιέργεια της διαφάνειας και της υπευθυνότητας στη διαδικασίες λήψη αποφάσεων πχ. Αυξάνοντας τη συμμετοχή όλων των εταίρων ή καθιερώνοντας σύστημα καταγραφής και ανοιχτής πρόσβασης των αποφάσεων.	Νομοθεσία για υποχρεωτική δημοσιοποίηση πληροφοριών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων ή επιδόσεων, οργανισμοί «φρουροί», δραστηριότητες (ή διευκόλυνση δραστηριοτήτων), από ανεξάρτητους οργανισμούς, κοινωνία πολιτών ή τα ΜΜΕ για την πρόσβαση και τη διασπορά των πληροφοριών, τοπικά συμβούλια με εμπλοκή των πολιτών ή ανοιχτές συναντήσεις, συστήματα πληροφοριών που συνδέουν τη χρήση πόρων με το αποτέλεσμα. Επανασχεδιασμός των προμηθειών ή της διαδικασίας συμβάσεων μέσω βελτίωσης πληροφοριών (για τη διευκόλυνση συγκρίσεων), εκπαίδευσης του προσωπικού (ώστε να ζητάει και να αξιολογεί τις προσφορές ή να διαπραγματεύεται συμβόλαια), δομές που να διευκολύνουν πιο ανοιχτές και ανταγωνιστικές προσφορές ή διαδικασίες συμβάσεων.	Η βελτιωμένη παράθεση πληροφοριών για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και επίδοσης και υψηλής λογοδοσίας θα μπορεί να μειώσει τα κίνητρα για διεφθαρμένη συμπεριφορά, να αυξήσει την κινητοποίηση εμπλοκής σε δραστηριότητες κατά της διαφθοράς και να μειώσει τις ευκαιρίες για διαφθορά. Καλύτερος ενημερωμένος ανταγωνισμός θα μείωνε τις ευκαιρίες για τους προμηθευτές και τους παρόχους να προσφέρουν δωροδοκίες ή μίζες ή να παραποιούν πληροφορίες.
Περιστολή της Αυτενέργειας Μείωση στην ελευθερία κινήσεων των κατεχόντων τη δύναμη.	Διαμοιρασμός καθηκόντων στα άτομα ώστε να δημιουργούνται έλεγχοι και ισοζύγια, ή εισαγωγή τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας.	Μειώνοντας την αυτόνομη εξουσία των ανθρώπων να παίρνουν αποφάσεις θα μπορεί να μειώσει τις ευκαιρίες για διαφθορά.
Αυστηροποίηση του Πλαισίου Εντοπισμού και Επιβολής Βελτιστοποίηση των μεθόδων ανίχνευσης και μεγιστοποίηση των επιβαλλόμενων ποινών.	Στενή παρακολούθηση, εσωτερικές ασφαλιστικές δικλίδες, έλεγχος για διαφθορά, ενδελεχής έρευνα, προστασία και ανταμοιβή των πληροφοριοδοτών, απόδοση κυρώσεων σε περίπτωση μη πραγμάτωσης των συμφωνηθέντων, δριμύ πρόστιμα, μηδενική επιείκεια.	Η βελτιωμένη ανίχνευση θα μπορούσε να είναι μία αποτροπή (μείωση κινήτρων) και να μειώνει τις ευκαιρίες (αν η τιμωρία περιλαμβάνει την απομάκρυνση ατόμων που συμπεριφέρθηκαν διεφθαρμένα από τη θέση εξουσίας που κατείχαν) Οι έχοντες την εξουσία μπορεί να αισθανθούν πίεση να υπεξαιρέσουν ή να δεχθούν δωροδοκίες ώστε να πληρώσουν προσωπικά χρέη. Εξασφαλίζοντας ότι δεν έχουν υπέρογκα χρέη και ότι μπορούν να μειώσουν την ευαισθησία τους στη διαφθορά. Οι έλεγχοι του ιστορικού μπορούν να μειώσουν ευκαιρίες για διεφθαρμένη συμπεριφορά για εκείνους που διατρέχουν.
Ίδρυση Ανεξάρτητης Αρχής Καθιέρωση υπηρεσίας με συντεταγμένη λειτουργία συντονισμού όλων των δραστηριοτήτων ενάντια στη διαφθορά.	Χρηματοπιστωτικός και παρασκηνιακός έλεγχος Διαχωρισμός, μόνιμων οργανισμών των οποίων η πρωτεύουσα λειτουργία είναι να παρέχουν κεντρική ηγεσία, συντονισμό ή εκτέλεση δραστηριοτήτων κατά της διαφθοράς, συμπεριλαμβανομένων όλων των παραπάνω.	Η ηγεσία και ο συντονισμός μπορούν να βοηθήσουν στη διασφάλιση εφαρμογής αποτελεσματικών πολιτικών κατά της διαφθοράς

REVIEW

Corruption in healthcare services and the game theory model

Evaggelia Andreadaki[1], Athena Kalokairinou-Anagnostopoulou[2]
1. RN, MSc, Department of Nursing Staff, 251 General Airforce Hospital, Athens
2. Professor, Public Health Division, Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens

ABSTRACT

Introduction: It is intelligentia communis that Healthcare services, worldwide, suffer from corruption, thereby disrupting the social web of protection of the most important good, which is health. The Game Theory (GT), applied in situations of social dilemmas, highlights issues of personal benefits prioritization that eventually end up at the expense of the total as well as the individual.

Aim: The aim of the present study was to explore corruption in the Greek healthcare services, to highlight its underlying causes, to record the socio-economic impact in the light of the GT. In addition the paper aims at highlighting the prevention and coping policies of this major problem.

Methods: An extensive literature review was conducted in various databases, such as "PubMed/ Medline", "Embase", "Cinahl", "Cochrane", in websites of various international organizations, Greek and foreign institutions, using, in Greek and English, key-words such as "corruption" , "fraud", "black economy", "Greek Health System", "Game Theory". The study included 195 publications, accepting finally those published in the last twenty-five years in Greek and English language.

Results: Imoralisation of Healthcare Services is diminishing the principles of equality-accessibility-efficiency-effectiveness on which the modern Greek National Healthcare System (NHS) was built. Furthermore, it violates fundamental human rights. The amoralist activities involve all healthcare providers, are combined with a high level of general social corruption and have a direct, negative impact on the health status of Greek citizens, directly affecting the less privileged citizens. In recent years, healthcare system reforms have been structural and multilevel, with measures being taken to tackle and modify the actual background that has, overtime, nurtured corruption.

Conclusions: Changing the citizens' philosophy and attitude against the phenomenon of corruption, is the key to determine the effectiveness of any measure taken. In a zero-sum game, confinement of healthcare partners to the exclusive claim of their individual/corporate interests acts as a coil of distortion of the wider social development and normality. The fight against corruption requires a transition to a new "Social Contract" with eagerness, resolute determination by political leaders, multi-sectoral interventions at legal/managerial level, and coordination of the efforts of all with a sense of esprit de corps.

Key-words: Corruption, Greece, Game Theory, Healthcare Services

Corresponding Author: Evaggelia Andreadaki
e-mail: eyhandreadaki@gmail.com

Submission date: 17/9/2017
Publication date: 09/2018

Citation: Andreadaki E. & Kalokairinou Anagnostopoulou A. (2018). Corruption in healthcare services and the Game Theory model. Hellenic Journal of Nursing Science 11(3): 10-32

Η επιβάρυνση και η ποιότητα ζωής των φροντιστών χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στο νομό Ηρακλείου

Εργίνη Αντωνάκη[1], Δημήτρης Ξυδάκης[2], Μαρία Καλογεροπούλου[3], Μανόλης Λιναρδάκης[4]

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»
2. Ιατρός Νεφρολόγος, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»
3. Μέλος Συνεργαζόμενου Εκπαιδευτικού Προσωπικού Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Αθήνα
4. Βιοστατιστικός, PhD, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής και η επιβάρυνση των φροντιστών ασθενών σε αιμοκάθαρση παρουσιάζει ενδιαφέρον εξαιτίας της μεγάλης συμμετοχής τους στην φροντίδα αυτών των ασθενών (θεραπεία, διατροφή, νοσηλεία κτλ).
Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η περιγραφή των χαρακτηριστικών των φροντιστών των ασθενών σε αιμοκάθαρση και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το βαθμό επιβάρυνσης και της ποιότητα ζωής τους.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 133 φροντιστές ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε όλες τις μονάδες τεχνητού νεφρού του νομού Ηρακλείου, Κρήτης (2 δημόσιες και 1 ιδιωτική). Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των φροντιστών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα 'Επισκόπησης Υγείας SF-36' και για την εκτίμηση της επιβάρυνσης η 'Κλίμακα Επιβάρυνσης Zarit'.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν γυναίκες (55,6%, n=74), άνω των 65 ετών και σύζυγοι των ασθενών. Η μέση συνολική βαθμολογία επιβάρυνσης ήταν 42,4 (ΤΑ 21,6). Οι παράμετροι που είχαν την μεγαλύτερη συσχέτιση με την επιβάρυνση ήταν η προσωπική ένταση και η ένταση του ρόλου. Οι κλίμακες ποιότητας ζωής που επιβαρύνονται σε μεγαλύτερο βαθμό είναι ο Συναισθηματικός Ρόλος (34,9, ΤΑ 40,3), η Γενική Υγεία (42,3, ΤΑ 22,8) και ο Σωματικός Ρόλος (43,3, ΤΑ 44,5), ενώ βρέθηκε θετική συσχέτιση της κλίμακας Επιβάρυνσης Υγείας με τις υποκλίμακες Φυσική Υγεία (R2=0,29, stand Beta=0,54, p<0,001) και Διανοητική Υγεία (R2=0,46, stand beta=0,68, p<0,001). Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με την επιβάρυνση και την ποιότητα ζωής είναι η ηλικία του φροντιστή, το μορφωτικό του επίπεδο, η απόσταση από τη μονάδα αιμοκάθαρσης, η διαμονή στην ίδια οικία με τον ασθενή, το εισόδημα του φροντιστή, το είδος της μονάδας αιμοκάθαρσης (δημόσια ή ιδιωτική) και η διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

Συμπεράσματα: Οι φροντιστές ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση παρουσιάζουν μετρίου έως σοβαρού βαθμού επιβάρυνση και έκπτωση ποιότητας ζωής. Ως εκ τούτου η επανεξέταση και ο σχεδιασμός μιας εθνικής κοινωνικής πολιτικής, όσον αφορά τους αιμοκαθαρόμενους και τους άτυπους οικογενειακούς φροντιστές τους, είναι επιτακτική ανάγκη.

Λέξεις Κλειδιά: Αιμοκάθαρση, Επιβάρυνση, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Ποιότητα Ζωής, Φροντιστής.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Εργίνη Αντωνάκη
ergini13@yahoo.gr
Τηλ: 6934064661

Ημερομηνία υποβολής: 08/05/2017
Ημερομηνία δημοσίευσης: 09/2018

Αναφορά του άρθρου ως: Αντωνάκη Ε., Ξυδάκης Δ., Καλογεροπούλου Μ. & Λιναρδάκης Μ. (2018). Η επιβάρυνση και η ποιότητα ζωής των φροντιστών χρόνιων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στο νομό Ηρακλείου. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(3): 33-47

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Η φροντίδα των αιμοκαθαρόμενων ασθενών συνδέεται με την επιβάρυνση των φροντιστών.**
- **Όταν η επιβάρυνση των φροντιστών αυξάνει, η Ποιότητα Ζωής στις κλίμακες της Φυσικής και Διανοητικής Υγείας μειώνεται.**
- **Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιβάρυνση και την Ποιότητα Ζωής είναι πολλαπλοί.**
- **Οι φροντιστές των ασθενών σε δημόσιο νοσοκομείο παρουσίασαν μεγαλύτερη συνολική επιβάρυνση σε σχέση με τους φροντιστές ασθενών της ιδιωτικής κλινικής.**
- **Οι φροντιστές που διέμεναν σε μεγάλη απόσταση (>50 km) είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό σοβαρής επιβάρυνσης και τη χαμηλότερη Ποιότητα Ζωής.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο επίκεντρο της επιστημονικής κοινότητας βρίσκονται τα χρόνια νοσήματα, τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αυτών που τα βιώνουν σε προσωπικό και σε οικογενειακό επίπεδο (Σπύρου 2004). Πρόσφατα, στην βιβλιογραφία παρουσιάζεται μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον και για την επιβάρυνση που φέρει μια χρόνια σωματική ή ψυχική νόσος στην οικογένεια του ασθενή και κυρίως, στους «άτυπους» φροντιστές (Olsen 1970).

Η Χρόνια Νεφρική Νόσος Τελικού Σταδίου (ΧΝΝ-ΤΣ) είναι μια σοβαρή ασθένεια. Ο πιο διαδεδομένος τύπος θεραπείας της, παγκοσμίως, είναι η εξωνεφρική κάθαρση, η οποία επιφέρει πολλούς περιορισμούς στους ασθενείς. Αυτοί οι περιορισμοί επιβαρύνουν άμεσα τους φροντιστές τους επηρεάζοντας εις βάθος τις ζωές τους (Levy et al 2004, Steinglass et al 1982). Ο μέσος όρος ηλικίας κατά την έναρξη της εξωνεφρικής κάθαρσης στην Ελλάδα είναι τα 69 έτη (ERA-EDTA Registry Annual Report 2012) και είναι πιθανόν να υπάρξει ακόμη μεγαλύτερη αύξηση, λόγω του ότι αυξάνεται ο ηλικιωμένος πληθυσμός.

Συνυπολογίζοντας και την συννοσηρότητα αυτών των ασθενών, γίνεται φανερό το πόσο αναγκαία είναι η εμπλοκή των φροντιστών. Όμως, τελικά όλες αυτές οι δυσκολίες, γιγαντώνουν το φορτίο των φροντιστών, επηρεάζοντας κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής (ΠΖ) τους, ψυχική και φυσική (Belasco & Sesso 2002, Campbell 1998, Pereira et al 2005).

Στην Ελλάδα και στη διεθνή βιβλιογραφία (Wicks et al 1997, Steele et al 1996, Soskolne & De-Nour 1987, Finkelstein et al 1976) τα ερευνητικά δεδομένα και οι αναφορές είναι ελάχιστες, αντίθετα με αυτό που ισχύει για φροντιστές άλλων νόσων (άνοια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνος). Το γεγονός αυτό είναι τουλάχιστον παράδοξο, δεδομένης της συμμετοχής του φροντιστή στην καθημερινή ζωή του αιμοκαθαρόμενου ασθενή (διατροφή, φαρμακευτική αγωγή, επισκέψεις σε ιατρούς, νοσηλείες κ.λπ.). Αυτό δύναται να αιτιολογηθεί, μέσα από την επικρατούσα αντίληψη, ότι η φροντίδα αντιπροσωπεύει ένα αναπόφευκτο γνώρισμα της οικογενειακής ζωής και αποτελεί καθήκον (Τριανταφύλλου & Μεσθεναίου 1993).

Η αναγκαιότητα της ερευνητικής αυτής μελέτης πρόεκυψε από ένα βασικό ερευνητικό ερώτημα για την εκτίμηση του βαθμού επιβάρυνσης της κοινωνικής, προσωπικής, συναισθηματικής, οικογενειακής τους ζωής από το φορτίο της φροντίδας και της επίδρασης της επιβάρυνσης στην ΠΖ τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η συσχέτιση της ΧΝΝ-ΤΣ και της αιμοκάθαρσης (ΑΚ) με την επιβάρυνση και την ΠΖ των φροντιστών. Συγκεκριμένα, στόχος της μελέτης ήταν η περιγραφή των χαρακτηριστικών των φροντιστών ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση και η εκτίμηση του βαθμού επιβάρυνσης και του επιπέδου της ΠΖ τους, καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται στην ΠΖ των φροντιστών ασθενών με ΧΝΝ-ΤΣ υπό ΑΚ.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός μελέτης – Συλλογή δεδομένων

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος 2015 - Απρίλιος 2015 και αφορούσε στους φροντιστές ασθενών με ΧΝΝ-ΤΣ υπό ΑΚ σε δυο δημόσιες και μια ιδιωτική ΜΤΝ που έδρευαν στον νομό Ηρακλείου, Κρήτης, τη χρονική περίοδο της έρευνας. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους φροντιστές στις ΜΤΝ, κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης των ατόμων που φρόντιζαν και συμπληρώνονταν επί τόπου.

Πληθυσμός μελέτης

Ως κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη τέθηκαν τα παρακάτω:

- Οι φροντιστές να έχουν την κύρια ευθύνη και τη βασική φροντίδα του ασθενούς ή τουλάχιστον το μεγαλύτερο μέρος από αυτή, από την 1η ημέρα ένταξης του ασθενούς στη θεραπεία ΑΚ (αποκλείστηκαν οι περιστασιακοί φροντιστές)
- Οι φροντιστές να μην είναι έμμισθοι

- Οι φροντιστές να μπορούν να επικοινωνήσουν στην ελληνική γλώσσα.
- Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης να μην είναι παρόντες οι ασθενείς, λόγω ενδεχομένης άσκησης επιρροής στον φροντιστή. και
- Ο ασθενής να είναι ενταγμένος σε χρόνια περιοδική ΑΚ, και όχι σε οξεία φάση νεφρικής νόσου.

Αρχικά διανεμήθηκαν 158 ερωτηματολόγια και από αυτά συμπληρώθηκαν 135, που αντιστοιχούσαν σε 65 φροντιστές (48,9%) σε δημόσιες ΜΤΝ και 68 φροντιστές (51,1%) σε ιδιωτική ΜΤΝ. Επίσης, 23 φροντιστές αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα αναφέροντας την έλλειψη χρόνου ως αιτία.

Ερευνητικό εργαλείο

Ως εργαλείο εκτίμησης της ΠΖ των φροντιστών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα "Επισκόπησης Υγείας SF-36" (Κοντοδημόπουλος και συν 2004, Anagnostopoulos et al 2005), ενώ ως εργαλείο εκτίμησης της επιβάρυνσης χρησιμοποιήθηκε η συνέντευξη επιβάρυνσης του Zarit (Zarit 1990, Zarit 1996), που είναι μια από τις πιο ευρέως διαδεδομένες κλίμακες μέτρησης της επιβάρυνσης. Και τα δυο έχουν σταθμιστεί για χρήση στην Ελλάδα (Anagnostopoulos et al 2005, Ιατράκη 2005, Κοντοδημόπουλος & συν 2004, Παπασταύρου & συν 2006, Παππά & συν 2006).

Παράλληλα, καταγράφηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών που συμμετείχαν στην έρευνα (το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικονομική του κατάσταση, η οικογενειακή του κατάσταση, ο βαθμός συγγένειας/είδος σχέσης φροντιστή-ασθενή, ο αριθμός των ασθενειών που νοσεί ο φροντιστής, η απόσταση που απέχει η ΜΤΝ από την οικία του φροντιστή και αν διαμένει ο φροντιστής με τον ασθενή), αλλά και κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών (η ηλικία του ασθενούς, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, σπειραματονεφρίτιδα, αν είναι γνωστή η αιτία της ΧΝΝ, περιφερική αρτηριοπάθεια, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, την συννοσηρότητα), και πόσους μήνες υποβάλλεται ο ασθενής σε ΑΚ.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Η μελέτη εγκρίθηκε γραπτώς από τα επιστημονικά συμβούλια των δημοσιών νοσοκομείων και την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, καθώς και από τον γενικό διευθυντή του ιδιωτικού νεφρολογικού κέντρου. Κατά την διεξαγωγή της έρευνας, τηρήθηκαν κανόνες δεοντολογίας, όπως η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Πριν και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας διασφαλίστηκε η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο του ερωτηματολογίου, ενημερώθηκαν εκ των προτέρων, με επιστολή όλοι οι συμμετέχοντες σχετικά με το σκοπό της μελέτης, καθώς και τη σημαντικότητα της συμμετοχής τους σε αυτήν και πληροφορήθηκαν ότι η συμμετοχή τους στην μελέτη ήταν προαιρετική. Επίσης, ενημερώθηκαν οι διευθυντές των ΜΤΝ για την διεξαγωγή της μελέτης, λαμβάνοντας παράλληλα την έγγραφη θετική συγκατάθεση τους.

Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 22.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 133 συμμετεχόντων φροντιστών ή των ασθενών και έλεγχος μέσω των μεθόδων x2 και Mann Whitney.

Στις κλίμακες και υποκλίμακες της ΠΖ SF-36 και Επιβάρυνσης της Υγείας Zarit, έγινε έλεγχος κανονικότητας τους σύμφωνα με τη μέθοδο Kolmogorov-Smirnov (K-S). Σημαντικές αποκλίσεις από την κανονική κατανομή βρέθηκαν στην υποκλίμακα του Zarit «Διαχείριση Φροντίδας» ($p<0,001$) και του SF-36 στο «Σωματικό ρόλο» ($p<0,001$) και «Συναισθηματικό ρόλο», ενώ η χρήση μετασχηματισμών δεν απέδωσε κανονικοποίηση.

Με τη χρήση των μεθόδων x2, Student t, ανάλυσης διακύμανσης ή μη παραμετρικών Mann Whitney και Kruskal Wallis, ελέγχθηκαν τα επίπεδα ή η κατηγοριοποίηση των κλιμάκων ως προς διάφορα χαρακτηριστικά των φροντιστών. Με την εφαρμογή μοντέλου απλής γραμμικής εξάρτησης, απεικονίστηκαν γραφικά οι συσχετίσεις της ΚΕ της Υγείας Zarit με τις κλίμακες της ΠΖ SF-36 (Φυσική και Διανοητική).

Παρουσιάζονται εκτός από την εξίσωση της ευθείας, ο συντελεστής προσαρμογής της R2, ο διορθωμένος συντελεστής συσχέτισης standardized beta και το επίπεδο σημαντικότητας. Τα επίπεδα των κλιμάκων της ΠΖ SF-36 (Φυσική και Διανοητική) παρουσιάστηκαν γραφικά ως προς την διαβάθμιση της επιβάρυνσης με τη χρήση των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης. Ακολούθησε συσχέτιση με τη χρήση της μεθόδου r-Pearson των κλιμάκων με τα χαρακτηριστικά των φροντιστών και ασθενών και τέλος εφαρμογή ανάλυσης πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της ΚΕ Υγείας Zarit και των χαρακτηριστικών των 133 φροντιστών της μελέτης ή/και των ασθενών, στις κλίμακες ΠΖ SF-36 (Φυσική & Διανοητική Υγεία). Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Διαχείριση ελλειπουσών τιμών

Για το ερωτηματολόγιο SF-36, 133 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν έχοντας απαντήσεις τουλάχιστον στο 50% των ερωτήσεων (είχαν απαντήσει τουλάχιστον σε 18 ερωτήσεις) και τα υπόλοιπα 2 είχαν <50%, οπότε εξαιρέθηκαν από την ανάλυση. Οι ελλείπουσες τιμές των 133 ερωτηματολογίων ανέρχονται στο 2,5% του συνόλου των

κελιών (119 ελλείπουσες απαντήσεις σε σύνολο 4752). Λόγω του μικρού αριθμού τους, αυτές αντικαταστάθηκαν (imputation procedure) με τις επικρατούσες τιμές/απαντήσεις (modes) ανά ερώτηση. Αντιστοίχως, και για το ερωτηματολόγιο της κλίμακας επιβάρυνσης (ΚΕ) Zarit συμπληρώθηκαν 133 ερωτηματολόγια έχοντας απαντήσεις τουλάχιστον στο 50% των ερωτήσεων (είχαν απαντήσει τουλάχιστον σε 11 ερωτήσεις) και τα υπόλοιπα 2 είχαν <50%, οπότε εξαιρέθηκαν και αυτά από την ανάλυση. Οι ελλείπουσες τιμές των 133 ερωτηματολογίων ανέρχονται στο 1,1% του συνόλου των κελιών (38 ελλείπουσες απαντήσεις σε σύνολο 2838). Αυτές με το ίδιο τρόπο, αντικαταστάθηκαν (imputation procedure) με τις επικρατούσες τιμές/απαντήσεις (modes) ανά ερώτηση.

Αξιοπιστία κλιμάκων

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής στο ερωτηματολόγιο SF-36, εκτιμήθηκε μέσω του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach 's α (alpha), ή δείκτης εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient) και απόδωσε τιμή α=0,96. Αντίστοιχα, η κλίμακα Zarit, στο σύνολο των 22 ερωτήσεων απέδωσε συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach' s α=0,96.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 133 φροντιστές ασθενών με ΧΝΝ-ΤΣ υπό ΑΚ (πίνακας 1). Οι περισσότερες ήταν γυναίκες φροντιστές, σύζυγοι, άνω των 65 ετών, έγγαμοι, με επίπεδο εκπαίδευσης την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, με μηνιαίο εισόδημα <800 ευρώ. Η απόσταση της οικίας από την ΜΤΝ κυμαίνονταν από 16-30 χιλιόμετρα. Οι περισσότεροι φροντιστές ανέφεραν ότι πάσχουν από ένα ή και περισσότερα σοβαρά νοσήματα.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών περιγράφονται στον πίνακα 2. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 65 έτη, με περίπου τους μισούς να πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία έπασχε από αρτηριακή υπέρταση. Οι ασθενείς στις δημόσιες ΜΤΝ εμφάνιζαν μεγαλύτερη συνοσηρότητα από ότι στις ιδιωτικές, ενώ είχαν και μεγαλύτερο συνολικό χρονικό διάστημα υπό αιμοκάθαρση.

Η μέση συνολική βαθμολογία επιβάρυνσης στους 133 φροντιστές στην κλίμακα Zarit ήταν 42,4, ενώ η μέση βαθμολογία για κάθε διάσταση κυμαίνονταν από 3,8 (ΤΑ 1,9) έως 17,6 (ΤΑ 9,5) (πίνακας 3). Οι παράμετροι που είχαν την μεγαλύτερη επίδραση στην επιβάρυνση ήταν η προσωπική ένταση και η ένταση του ρόλου. Στο σύνολο της εκτίμησης της επιβάρυνσης, σοβαρή επιβάρυνση διαπιστώθηκε στο 26,4% των φροντιστών, ενώ μικρή επιβάρυνση είχε το 23,3%. Οι φροντιστές των ασθενών στο δημόσιο νοσοκομείο παρουσίασαν μεγαλύτερη συνολική επιβάρυνση σε σχέση με τους φροντιστές ασθενών της ιδιωτικής ΜΤΝ.

Οι πιο επηρεασμένες κλίμακες ΠΖ στους 133 φροντιστές στο ερωτηματολόγιο SF-36 ήταν ο Συναισθηματικός Ρόλος, η Γενική υγεία και ο Σωματικός Ρόλος, ενώ η λιγότερο επηρεασμένη ήταν η Σωματική ή Φυσική Λειτουργικότητα (πίνακας 3). Λαμβάνοντας υπόψη το νοσοκομείο προέλευσης του ασθενούς, οι υποκλίμακες που εκτιμούν την ΠΖ και έχουν επηρεαστεί περισσότερο σε σχέση με την ιδιωτική ΜΤΝ είναι τόσο ο Σωματικός Πόνος, η Ψυχική Υγεία και η Ζωτικότητα, όσο και η Κοινωνική Λειτουργικότητα, αλλά και η Συνοπτική Κλίμακα Διανοητικής Υγείας.

Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το είδος της σχέσης ασθενή-φροντιστή, το εισόδημα και η νοσηρότητα του φροντιστή δεν σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση των φροντιστών (πίνακας 4). Η συνολική βαθμολογία επιβάρυνσης αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας του φροντιστή, χωρίς όμως να είναι στατιστικά σημαντική. Οι φροντιστές με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν χαμηλότερη επιβάρυνση, ενώ για τους φροντιστές που εμφάνιζαν σοβαρή επιβάρυνση, τότε η διάφορα αυτή στατιστικά ήταν ακόμα μεγαλύτερη, με 10% σοβαρή επιβάρυνση οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και 50% σοβαρή επιβάρυνση οι φροντιστές χωρίς βασική εκπαίδευση. Η βαθμολογία επιβάρυνσης αυξανόταν με την απόσταση και αποστάσεις μεγαλύτερες των 50 χιλιόμετρων είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό σοβαρής επιβάρυνσης.

Οι συνοπτικές κλίμακες ΠΖ SF-36 Φυσικής και Διανοητικής Υγείας δεν είχαν στατιστικά σημαντική σχέση με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή με τον ασθενή και τη σχέση του ασθενή με τον φροντιστή, σε αντίθεση με το επίπεδο εκπαίδευσης που σχετίζονταν θετικά και σημαντικά με την ΠΖ και στις δυο υπό εξέταση κλίμακες (πίνακας 5). Το εισόδημα δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της Διανοητικής Υγείας, ενώ σχετίζεται με την κλίμακα Φυσικής Υγείας, με βελτίωση μέχρι το πόσο των 2500 ευρώ, ενώ για εισόδημα πάνω από 2500 ευρώ η βαθμολογία μειώνεται. Τέλος, η νοσηρότητα του φροντιστή επηρεάζει και την κλίμακα Φυσικής Υγείας, αλλά και αυτήν της Διανοητικής Υγείας, όπως και σημαντική συσχέτιση καταγράφεται για την απόσταση της οικίας από την ΜΤΝ.

Στον πινάκα 6 παρουσιάζεται ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης r-Pearson των επιπέδων ΚΕ Υγείας Zarit και ΠΖ SF-36 στους 133 φροντιστές της μελέτης, ως προς τα χαρακτηριστικά τους και ως προς εκείνα των ασθενών που φροντίζουν. Όσο μεγαλύτερη η απόσταση της οικίας του φροντιστή από την ΜΤΝ, η συνοσηρότητα του ασθενούς, η διάρκεια σε μήνες ΑΚ, τόσο υψηλότερη ήταν η επιβάρυνση και τόσο χαμηλότερη η ποιότητα ζωής.

Στην πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Φυσικής Υγείας

και της εκπαίδευσης του φροντιστή, ενώ βρέθηκε αρνητική συσχέτιση με τη νοσηρότητα του φροντιστή και με τη συνολική βαθμολογία επιβάρυνσης (πινάκας 7). Επιπρόσθετα, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Διανοητικής Υγείας και της εκπαίδευσης του φροντιστή, ενώ αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση είχε με τη νοσηρότητα του φροντιστή και με την συνολική βαθμολογία επιβάρυνσης του. Ο συντελεστής προσαρμογής R2 (adjusted R2), θεωρείται ικανοποιητικός, και για τις δύο κλίμακες.

Τα επίπεδα των κλιμάκων ΠΖ SF-36 (Φυσική και Διανοητική) παρουσιάστηκαν γραφικά ως προς την διαβάθμιση της επιβάρυνσης με τη χρήση των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (Σχήμα 1). Η μέση βαθμολογία για τη συνοπτική κλίμακα Φυσικής Υγείας για τους φροντιστές που είχαν σοβαρή επιβάρυνση ήταν 31,4, για αυτούς με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση ήταν 40,6, με ήπια έως μέτρια επιβάρυνση ήταν 64,3, ενώ για τους φροντιστές με μικρού βαθμού επιβάρυνση ήταν 65,6. Η μέση βαθμολογία για την κλίμακα Διανοητικής Υγείας για τους φροντιστές που είχαν σοβαρή επιβάρυνση ήταν 24,4, για αυτούς με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση ήταν 38,8, με ήπια έως μέτρια επιβάρυνση ήταν 57,3, ενώ για τους φροντιστές με μικρού βαθμού επιβάρυνση ήταν 64,7.

Στο σχήμα 2 απεικονίζεται με την εφαρμογή μοντέλου απλής γραμμικής εξάρτησης, η συσχέτιση της κλίμακας Επιβάρυνσης της Υγείας Zarit με την κλίμακα της ΠΖ SF-36 για την Φυσική Υγεία. Οι δυο αυτές παράμετροι σχετίζονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους, με τη βαθμολογία της Φυσικής Υγείας να φθίνει όσο η επιβάρυνση αυξάνει.

Στο σχήμα 3, με την απεικόνιση του διαγράμματος διασποράς που προκύπτει από την ανάλυση γραμμικής εξάρτησης της κλίμακας Επιβάρυνσης της Υγείας Zarit με την κλίμακα ΠΖ SF-36 για την Διανοητική Υγεία, γίνεται φανερή η σημαντική εξάρτηση των δυο αυτών παραμέτρων μεταξύ τους, με επιδείνωση της Διανοητικής Υγείας, όσο επιδεινώνεται η επιβάρυνση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε δείγμα 133 φροντιστών, οι οποίοι προέρχονταν από δυο δημόσιες ΜΤΝ (48,9%, n=65) και μια ιδιωτική ΜΤΝ (51,1%, n=68), το 55,6% ήταν γυναίκες (n=74), κυρίως σύζυγοι των ασθενών (το 64,4%, n=85), με τους περισσότερους (47%, n=62) να είναι πάνω από τα 65 έτη και έγγαμοι. Η μεγάλη ηλικία μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι με την αύξηση της ηλικίας εμφανίζεται και αύξηση της νοσηρότητας, αλλά και γιατί η ΧΝΝ είναι, συνήθως, μια αργά εξελισσόμενη πάθηση που οδηγεί σε ΑΚ μετά την πάροδο πολλών ετών. Τα διεθνή δεδομένα δείχνουν ότι σχεδόν ένας στους πέντε ασθενείς που ξεκινούν ΑΚ είναι ηλικίας 65-74 ετών, με το 16% να είναι ηλικίας άνω των 75 ετών (Administation on aging 2006).

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος της παρούσας μελέτης είναι σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά φροντιστών ασθενών με ΧΝΝ-ΤΣ σε μελέτη των Wicks et al (1997) και των Rioux et al (2012), αλλά και με παρόμοια ελληνική μελέτη για φροντιστές εξαρτημένων ηλικιωμένων ατόμων (Τριανταφύλου & Μεσθεναίου 1993). Στην πλειοψηφία τους, οι φροντιστές ήταν μέλη του στενού οικογενειακού πυρήνα (64,4%, n=85 σύζυγοι, 20,5%, n=27 τέκνα), ευρήματα σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία (Rioux et al 2012, Rebollo et al 2004, Belasco & Sesso 2002).

Σχετικά με τον τόπο διαμονής των φροντιστών της μελέτης, οι περισσότεροι διέμεναν στην ίδια οικία με τον ασθενή, κάτι που ήταν αποτέλεσμα της συγγενικής σχέσης τους (σύζυγοι, τέκνα). Ήταν ένα σημαντικό στοιχείο, γιατί η καθημερινή επαφή με τον ασθενή και το πρόβλημα του, αυξάνει κατά πολύ τη σωματική, πνευματική και ψυχική καταπόνηση, εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου που απαιτεί μακροχρόνια φροντίδα. Η φροντίδα των χρόνιων πασχόντων (και φυσικά και των αιμοκαθαρόμενων) ασθενών στο σπίτι τους, θεωρείται η καλύτερη επιλογή και υπερτερεί από την περίθαλψη σε ιδρύματα φροντίδας.

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση της απόστασης από το κέντρο ΑΚ με τη συνολική βαθμολογία επιβάρυνσης. Μάλιστα οι φροντιστές που διέμεναν σε μεγάλη απόσταση (>50 km) είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό σοβαρής επιβάρυνσης (72%), αλλά αυτό σχετίζονταν και με φθίνουσα βαθμολογία για την ΠΖ. Μεγαλύτερη απόσταση επιφέρει επιπλέον προβλήματα στο φροντιστή σχετικά με την μετακίνηση: αναχώρηση από την οικία νωρίτερα, η διαδικασίας της ΑΚ διαρκεί περισσότερο, νιώθει ανασφάλεια εξαιτίας αυτής της απόστασης από το κέντρο αναφοράς του, το ταξίδι της επιστροφής μετά τη συνεδρία γίνεται ακόμα πιο δύσκολο εξαιτίας της γενικής κακουχίας και εξάντλησης που βιώνουν οι ασθενείς μετά τη θεραπεία τους και ο φροντιστής νιώθει πολλές φορές ότι δεν μπορεί να βοηθήσει.

Φαίνεται ότι οι φροντιστές καταπονούνται περισσότερο ψυχικά παρά σωματικά. Η πιθανή εξήγηση γι' αυτό βρίσκεται στη συνεχή ενασχόληση του φροντιστή με τον ασθενή, στη συνεχή ψυχολογική του υποστήριξη, στην πολλές φορές δύσκολη συμβίωση με το χρόνιο ασθενή, που γίνεται ολοένα και πιο απαιτητικός. Φυσικά όμως μια παρατεταμένη ψυχική καταπόνηση, θα οδηγήσει και σε σωματικά προβλήματα.

Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, οι μελέτες των Morton et al (2015) και των Garcia-Garcia et al (2015), έδειξαν ότι άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ (χαμηλά εισοδήματα, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο), εμφάνιζαν χειρότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή στο χρόνιο νόσημα και ως εκ τούτου μικρότερο βαθμό ποιότητας ζωής.

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ένα ιδιαίτερο εύρημα, που σχετίζεται με το είδος της ΜΤΝ, καθώς διαπιστώθηκε ότι οι φροντιστές των ασθενών σε δημόσιο νοσοκομείο παρουσίασαν μεγαλύτερη συνολική επιβάρυνση σε σχέση με τους φροντιστές ασθενών της ιδιωτικής ΜΤΝ. Στην επί μέρους μελέτη της διαβάθμισης της επιβάρυνσης βρέθηκε ότι οι περισσότεροι φροντιστές ασθενών στις δημόσιες ΜΤΝ παρουσίαζαν σοβαρή επιβάρυνση (το 40%) και το αντίστοιχο ποσοστό για την ιδιωτική μονάδα ήταν αρκετά μικρότερο (12,5%). Η ΠΖ με τις υποκλίμακες της, διαφοροποιούνταν και αυτή ανάλογα με τον τύπο της ΜΤΝ. Το γεγονός αυτό συμβαίνει γιατί πιθανότατα ασθενείς με περισσότερα προβλήματα υγείας, άρα και επιβάρυνση των φροντιστών τους, αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια στο δημόσιο νοσοκομείο ή/και ότι οι θεράποντες ιατροί κατευθύνουν ένα τέτοιο ασθενή που ξεκινά ΑΚ στο δημόσιο νοσοκομείο, εξαιτίας των υποστηρικτικών δομών που διαθέτει (καρδιολόγος, εύκολη πρόσβαση σε νοσηλεία, ΜΕΘ). Επιπροσθέτως, ασθενείς που δεν έχουν την ικανότητα να μεταβούν στη ΜΤΝ με συμβατικά μέσα, εξαιτίας της γενικής τους κακής κατάστασης, μεταφέρονται με το ΕΚΑΒ, αλλά μόνο σε δημόσιο νοσοκομείο, δημιουργώντας μη ομοιόμορφες συνθήκες κατανομής των ασθενών στους δυο τύπους ΜΤΝ. Αυτό αποτυπώνεται και στη συννοσηρότητα των ασθενών ανάμεσα στους δυο τύπους ΜΤΝ (3,1 συννοσηρότητες ανά ασθενή ΜΤΝ του Ε.Σ.Υ. και 2,1 συννοσηρότητες ανά ασθενή ιδιωτική ΜΤΝ, $p<0,001$). Από όσο είναι γνωστό, δεν υπάρχει άλλη μελέτη που να συγκρίνει την επιβάρυνση των φροντιστών αιμοκαθαρόμενων ασθενών ανάλογα με την ΜΤΝ αναφοράς.

Τα δεδομένα της μελέτης δείχνουν, επίσης, με τρόπο σαφή ότι όταν η επιβάρυνση αυξάνει, η ΠΖ του φροντιστή, στις κλίμακες της Φυσικής και Διανοητικής του Υγείας, χειροτερεύει. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από μελέτη των Belasco et al (2002) οι οποίοι εκτιμώντας την ΠΖ με το SF-36 και την επιβάρυνση με την κλίμακα Zarit σε 100 αιμοκαθαρόμενους ασθενείς και στους άτυπους φροντιστές τους, βρήκαν τα ίδια αποτελέσματα. Επίσης, μελέτη των Shimoyama et al (2003) στην οποία εκτιμήθηκε η ΠΖ (με το KDQOL-SF και το SF-36) και η επιβάρυνση (με την Zarit Burden Interview) 26 ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση και 34 φροντιστών, κατέληξε ότι η αυξημένη επιβάρυνση των ασθενών και των φροντιστών σχετίζεται με χαμηλότερη ΠΖ. Η συγκεκριμένη μελέτη όμως, αναφέρεται σε ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση και το δείγμα ήταν πολύ μικρό.

Αναφορικά με την μελέτη των Acaray και Pinar (2005), οι οποίοι εκτιμώντας την ΠΖ με το SF-36 σε 100 αιμοκαθαρόμενους ασθενείς και στους φροντιστές τους, βρήκαν ότι οι φροντιστές παρουσιάζουν σχετικά καλή βαθμολογία ως προς την ΠΖ συνολικά, αλλά και στις περισσότερες επιμέρους κλίμακες, έχοντας μια αισιόδοξη αντίληψη για την ΠΖ τους, σε σύγκριση με τους ασθενείς που φροντίζουν.

Τέλος, ο Wicks και οι συνεργάτες του (1997), μελέτησαν την ΠΖ (με το General Qol) και την επιβάρυνση (με την Caregiver Burden Interview) των φροντιστών σε ασθενείς με ΧΝΝ-ΤΣ. Οι φροντιστές ανέφεραν καλή ΠΖ και ελάχιστη επιβάρυνση, με την ΠΖ του φροντιστή να σχετίζεται με την επιβάρυνση του. Όμως το δείγμα της μελέτης ήταν από ασθενείς σε διαδικασία προμεταμοσχευτικού ελέγχου, όπου εκεί εντάσσονται ασθενείς με σχετικά πολύ καλή φυσική υγεία και μικρότερης σχετικά ηλικίας.

Διάφορες μελέτες έχουν επίσης ασχοληθεί με την επιβάρυνση φροντιστών ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση, εξαιτίας ίσως της εμπλοκής των φροντιστών σε καθημερινή βάση με αυτού του είδους την εξωνεφρική κάθαρση (Shimoyama et al 2003), καθώς και με περιτοναϊκή κάθαρση σε σχέση με μεταμόσχευση (Avsar et al 2013).

Η εκτίμηση των υπό μελέτη φροντιστών συμβαδίζει με το ενδιαφέρον της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη ζωή των φροντιστών ασθενών με χρόνιες νόσου. Οι παράγοντες που σχετίζονται με χειρότερες βαθμολογίες στην ΠΖ ή την επιβάρυνση, μπορούν να αποτελέσουν ένα εργαλείο στα χέρια του προσωπικού που ασχολείται με τους αιμοκαθαρόμενους, για την έγκαιρη ανίχνευση των ομάδων που κινδυνεύουν με μεγαλύτερη επιβάρυνση και χειρότερη ΠΖ.

Παρά τα σημαντικά και πρωτότυπα αποτελέσματα, ορισμένοι περιορισμοί οφείλουν να αναφερθούν: κατά την στατιστική ανάλυση, εξαιτίας της μη κανονικής κατανομής των δεδομένων στην υποκλίμακα του Zarit «Διαχείρισης Φροντίδας» ($p<0,001$) και του SF-36 στο «Σωματικό Ρόλο» ($p<0,001$) και «Συναισθηματικό Ρόλο», παρά την προσπάθεια μετασχηματισμού τους, δεν απέδωσε κανονικοποίηση. Για αυτό το λόγο, η τελική ανάλυση τους έγινε με τη χρήση των μεθόδων x2, Student t, ανάλυσης διακύμανσης ή μη παραμετρικών Mann Whitney & Kruskal Wallis. Σε κάθε περίπτωση, ο αριθμός του δείγματος των φροντιστών που μελετήθηκαν είναι συγκρίσιμος με αυτόν που προέρχεται από μεγάλες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Παρόλα αυτά, περισσότερες μελέτες θα πρέπει να διεξαχθούν στον ελληνικό πληθυσμό, προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Εξάλλου, έχει προαναφερθεί ότι εξαιτίας της απουσίας ελληνικών μελετών δεν υπήρξε τελικά η δυνατότητα να πραγματοποιηθεί συγκριτική ανάλυση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν ότι η φροντίδα ενός αιμοκαθαρόμενου ασθενή συνδέεται με

την επιβάρυνση των φροντιστών, επηρεάζοντας και κατ' επέκταση την ΠΖ τους, τόσο ψυχικά, όσο και σωματικά. Φάνηκε επίσης, ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιβάρυνση και την ΠΖ είναι πολλαπλοί και ως εκ τούτου η επιβάρυνση των φροντιστών θα πρέπει να προσεγγιστεί μέσα από ένα πιο ευρύ κοινωνικό και κλινικό πλαίσιο.

Τα υψηλά ποσοστά επιβάρυνσης για τους φροντιστές των αιμοκαθαρόμενων, αλλά και οι επηρεαζόμενες κλίμακες ΠΖ, σε συνδυασμό με τις ελλιπείς δομές οικογενειακής, κοινωνικής, επιστημονικής κλινικά στήριξης, καταδεικνύουν και υπερτονίζουν ότι η επανεξέταση και ο σχεδιασμός μιας εθνικής κοινωνικής πολιτικής, όσον αφορά τους αιμοκαθαρόμενους νεφροπαθείς και τους άτυπους οικογενειακούς φροντιστές τους, είναι επιτακτική ανάγκη. Η διαδικασία αυτή εκτιμάται ως υψηλής προτεραιότητας, καθώς θα πρέπει να γίνει αντιληπτό το μέγεθος της επιβάρυνσης και η επίδραση στην ΠΖ ζωής των φροντιστών ατόμων που υποβάλλονται σε ΑΚ.

Συμβολή συγγραφέων

Η ΕΑ είχε την ευθύνη σχεδιασμού της μελέτης και συμμετείχε στη συλλογή, στη στατιστική ανάλυση, στην επεξεργασία των δεδομένων, και στη συγγραφή του κειμένου. Ο ΔΞ συμμετείχε στην αναζήτηση της βιβλιογραφίας, των ερευνητικών άρθρων και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η ΜΚ είχε την γενική εποπτεία εκπόνησης της μελέτης. Ο ΜΛ έκανε τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ιατράκη Ε. (2005) «Η Φροντίδα των Ασθενών με Άνοια σε Επιλεγμένες Αστικές και Αγροτικές Περιοχές της Κρήτης: Αναφορά στην Επιβάρυνση των Φροντιστών», Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ., Παππά Ε., Νιάκας Δ. (2004). Στατιστικοί Έλεγχοι της Εγκυρότητας και της Αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 21(5): 451-62.

Παπασταύρου Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Αλεβιζόπουλος Γ., Παπακώστας Σ., Τσαγκάρη Χ., Σουρτζή Π. (2006). Η Αξιοπιστία και Εγκυρότητα της Κλίμακας της Επιβάρυνσης (Zarit burden interview) σε Ελληνοκυπρίους Φροντιστές Ασθενών με Άνοια. *Νοσηλευτική* 45(4): 439–449.

Παππά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ. (2006). Εγκυροποίηση και Προτυποποίηση της Επισκόπησης Υγείας SF-36 με Αντιπροσωπευτικό Δείγμα του Ελληνικού Αστικού Πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 23(2): 159-166.

Σπύρου Α. (2004). Το Στρες στους Χρόνιους Ασθενείς σε Αιμοκάθαρση. Μεταπτυχιακή Εργασία, ΚΤΙΣΙΣ-Ιδρυματικό Καταθετήριο του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου (ΤΕΠΑΚ).

Τριανταφύλλου Τ., Μεσθεναίου Ε. (1993). Ποιος Φροντίζει; Η Οικογενειακή Φροντίδα των Εξαρτημένων Ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, Αθήνα: Εκδ. SEXTANT.

Acaray A., Pinar R. (2005). Quality of Life Perceived by Chronic Hemodialysis Patients and Family Members. *EDTNA ERCA Journal* 31: 35-38.

Anagnostopoulos F., Niakas D., Pappa E. (2005). Construct Validation of Greek SF- 36 Health Survey. *Quality of Life Research* 14: 1959-1965.

Avsar U., Avsar U.Z., Cansever Z., Set T., Cankaya E., Kaya A., Gozubuyuk H., Saatchi F., Keles M. (2013). Psychological and Emotional Status, and Caregiver Burden in Caregivers of Patients with Peritoneal Dialysis Compared with Caregivers of Patients with Renal Transplantation. *Transplant Proceedings* 45: 883-886.

Belasco A.G., Sesso R. (2002). Burden and Quality of Life of Caregivers for Hemodialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases* 39(4): 805-812.

Campbell A.R. (1998). Family Caregivers: Caring for Aging End-stage Disease Partners. *Advances in Renal Replacement Therapy* 5(2): 98-108.

ERA-EDTA Registry: *ERA-EDTA Registry Annual Report* 2012, Academic Medical Center, Department of Medical Informatics, Amsterdam, The Netherlands, 2014, ISBN: 978-90-817480-4-9.

Finkelstein F.O., Finkelstein S.H., Steele T.E. (1976). Assesssment of Marital Relationships of Hemodialysis Patients. *American Journal of the Medical Sciences* 271(1): 21-28.

Garcia-Garcia G., Jha V. on behalf of the World Kidney Day Steering Committee (2015). Chronic Kidney Disease in Disadvantaged Populations", *Current Opinion in Nephrology & Hypertension* 24: 203-7.

Levy J.B., Chambers E.J., Brown E.A. (2004). Supportive Care for the Renal Patient. *Nephrology Dialysis Transplantation* 19: 1357-1360.

McHorney C., Ware J., Racczec A. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health Constructs. *Medical Care* 31: 247-263.

Morton R.L., Schlackow I., Mihaylova B., Staplin N.D., Gray A., Cass A. (2016). The Impact of Social Disadvantage in Moderate-to-Severe Chronic Kidney Disease: an equity-focused systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation* 31(1): 46-56.

Olsen E.H. (1970). The Impact of Serious Illness on the Family System. *Postgraduate Medicine* 47: 169-174.

Pereira A.A., Weiner D.E., Scott T., Sarnak M.J. (2005). Cognitive Function in Dialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases* 45(3): 448-462.

Quality Metric Corporation (2014). SF-36v2 Health Survey, Updated: 17/12/2014, on www.qualitymetric.com/WhatWeDo/SFHealthSurveys/SF36v2HealthSurvey/tabid/185/Default.aspx.

Rebollo P., Alvarez-Ude F., Valdes C., Estebanez C., Group F.S. (2004). Different Evaluations of the Health-Related Quality of Life in Dialysis Patients. *Journal of Nephrology* 17: 833-840.

Rioux J.P., Narayanan R., Chan C.T. (2012). Caregiver Burden Among Nocturnal Home Hemodialysis Patients. *Hemodialysis International* 16: 214-219.

Shimoyama S., Hirakawa O., Yahiro K., Mizumachi T., Schreiner A., Kaluma T. (2003). Health-related Quality of Life and Caregiver Burden Among Peritoneal Dialysis Patients and Their Family Caregivers in Japan. *Peritoneal Dialysis International* 23: Suppl 2: S200-S205.

Soskolne V., De-Nour A.K. (1987). Psychosocial Adjustment of Home Hemodialysis, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Hospital Dialysis Patients and Their Spouses. *Nephron* 47(4): 266-273.

Steele T.E., Wuerth D., Finkelstein S., Juergensen D., Juergensen

P., Kliger A.S., Finkelstein F.O. (1996). Sexual Experience of the Chronic Peritoneal Dialysis Patient. *Journal of the American Society of Nephrology* 7(8): 1165-1168.
Steinglass P., Gonzalez S., Dosovitz I., Reiss D. (1982). Discussion Groups for Chronic Hemodialysis Patients and their Families. *General Hospital Psychiatry* 4: 7-14.
Wicks M.N., Milstead E.J., Hathaway D.K., Cetingok M. (1997). Subjective Burden and Quality of Life in Family Caregivers of Patients with End Stage Renal Disease. *ANNA Journal* 24(5): 527-538.
Zarit S.H., Edwards A.B. (1996). Family Caregiving: Research and Clinical Interventions, In R. Woods (Ed.), *Clinical Psychology and Ageing*, London: John Wiley & Sons.
Zarit S.H. (1990). Concepts and Measures in Family Care Giving Research, *Paper Presented at the Conference on Conceptual and Methodological Issues in Family Caregiving Research*, University of Toronto.

Πίνακας 1: Ατομικά, επαγγελματικά και μορφωτικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

		v	%
Νοσοκομείο	Δημόσιο	65	48,9
	Ιδιωτικό	68	51,1
Φύλο	Άνδρες	59	44,4
	Γυναίκες	**74**	**55,6**
Ηλικία, *χρόνια*	29-35	7	5,3
	36-50	23	17,4
	51-65	40	30,3
	>65	**62**	**47,0**
Οικογενειακή κατάσταση	**Έγγαμος/η**	**98**	**73,7**
	Άγαμος/η	13	9,8
	Διαζευγμένος/η	7	5,3
	Χήρος/α	15	11,3
Εκπαίδευση	Χωρίς μόρφωση	4	3,1
	Έως δημοτικό	**57**	**43,5**
	Γυμνάσιο	24	18,3
	Λύκειο	36	27,5
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	10	7,6
Εισόδημα φροντιστή	**<800 ευρώ**	**70**	**53,8**
	800-1500	45	34,6
	1501-2500	10	7,7
	>2500	5	3,8
	κανένα νόσημα	47	35,6
Νοσηρότητα φροντιστή	**1**	**36**	**27,3**
	2+	**49**	**37,1**
Απόσταση της οικίας από την ΜΤΝ	<15 χλμ	34	25,6
	16-30	**44**	**33,1**
	31-50	29	21,8
	>50	26	19,5
Διαμονή στην ίδια οικία με ασθενή	Όχι	33	24,8
	Ναι	**100**	**75,2**
Σχέση με ασθενή	**σύζυγος**	**85**	**64,4**
	παιδί	27	20,5
	αδερφός/η, ανίψια, φίλος/η, άλλο	20	15,2

ΧΝΝ: Χρόνια Νεφρική Νόσος, ΜΤΝ: Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Πίνακας 2. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά των ασθενών υπό ΑΚ

		Νοσοκομείο						
Ατομικά χαρακτηριστικά		**Σύνολο**		*Δημόσιο*		*Ιδιωτικό*		
		v	**%**	**v**	**%**	**v**	**%**	**p-value**
	έως 50	25	18,9	7	10,8	18	26,9	
	51-65	34	25,8	18	27,7	16	23,9	0,061
Ηλικία, χρόνια	*>65*	73	55,3	40	61,5	33	49,3	
	μέση ηλικία (τυπική απόκλιση (εύρος)	**65,0 (13,2)**	**(30-85)**	66,3	(12,3)	63,7	(13,9)	0,259
	Αρτηριακή Υπέρταση	**94**	**71,8**	48	75,0	46	68,7	0,444
	Σακχαρώδη Διαβήτη	**64**	**48,1**	36	55,4	28	41,2	0,120
Συννοσηρότητα	*Σπειραματονεφρίτιδα σαν αιτία της*	24	21,2	12	25,0	12	18,5	0,487
	ΧΝΝ-ΤΝ							
	Άγνωστη η αιτία της ΧΝΝ	**88**	**72,1**	37	64,9	51	78,5	0,109
	Περιφερειακή αρτηριοπάθεια	42	31,8	28	43,1	14	20,9	0,009
	Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια	56	42,1	34	52,3	22	32,4	0,023
	μέση αριθμός νοσημάτων (τυπ. απόκλ.) (εύρος)	2,6	(1,5)	(0-5)	3,1	(1,5)	2,1 (1,4)	<0,001
Διάρκεια αιμοκάθαρσης, μήνες	*μέση τιμή (τυπ. απόκλ.) (εύρος)*	23,2	(22,9)	(2-98)	32,3	(25,1)	14,4 (16,5)	<0,001

Έλεγχοι x2 και Mann Whitney

Πίνακας 3. Επίπεδα Κλιμάκων Επιβάρυνσης Υγείας Zarit & Ποιότητας Ζωής SF-36 στους 133 Φροντιστές της Μελέτης, Συνολικά και ως προς τα Νοσοκομεία Φροντίδας των Ασθενών τους.

	Νοσοκομείο		
Ατομικά χαρακτηριστικά	**Σύνολο**	*Δημόσιο*	*Ιδιωτικό*
Επιβάρυνση Υγείας - Κλίμακα Zarit	**Μέση βαθμολογία (τυπ. απόκλ).**		**p-value**
Προσωπική ένταση	17,6 (9,5)	20,6 (9,6)	14,6 (8,5)	**<0,001**
Ένταση του ρόλου	12,9 (7,1)	16,0 (6,6)	9,7 (6,1)	**<0,001**
Αποστέρηση σχέσεων	8,0 (5,0)	9,5 (4,2)	6,6 (5,3)	**0,001**
Διαχείριση της φροντίδας	3,8 (1,9)	4,2 (1,8)	3,5 (2,0)	**0,042**
Συνολική βαθμολόγια επιβάρυνσης	42,4 (21,6)	50,3 (21,2)	34,3 (19,0)	**<0,001**
μικρή επιβάρυνση	23,3%	15,4%	31,3%	**0,002**
ήπια έως μέτρια	22,5%	16,9%	28,1%	
μέτρια έως σοβαρή	27,9%	27,7%	28,1%	
σοβαρή	26,4%	40,0%	12,5%	
Ποιότητα Ζωής - Κλίμακα SF-36				
Σωματική ή Φυσική Λειτουργικότητα	57,9 (32,9)	61,8 (31,2)	54,2 (34,3)	0,187
Σωματικός Ρόλος	43,3 (44,5)	41,0 (44,0)	45,5 (45,2)	0,564
Σωματικός Πόνος	54,6 (27,6)	46,6 (25,0)	62,4 (27,8)	0,001

Πίνακας 3. Επίπεδα Κλιμάκων Επιβάρυνσης Υγείας Zarit & Ποιότητας Ζωής SF-36 στους 133 Φροντιστές της Μελέτης, Συνολικά και ως προς τα Νοσοκομεία Φροντίδας των Ασθενών τους.

		Νοσοκομείο	
Ατομικά χαρακτηριστικά	**Σύνολο**	*Δημόσιο*	*Ιδιωτικό*
Επιβάρυνση Υγείας - Κλίμακα Zarit	**Μέση βαθμολογία (τυπ. απόκλ).**		**p-value**
Γενική Υγεία	42,3 (22,8)	38,9 (24,1)	45,6 (21,2)	0,094
Ψυχική Υγεία	50,1 (23,7)	41,5 (21,2)	58,3 (23,2)	**<0,001**
Συναισθηματικός Ρόλος	34,9 (40,3)	31,2 (37,5)	38,3 (42,7)	0,318
Κοινωνική Λειτουργικότητα	50,7 (27,6)	44,9 (26,4)	56,2 (27,8)	0,019
Ζωτικότητα	47,2 (25,3)	39,1 (22,8)	54,9 (25,4)	**<0,001**
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	49,6 (27,0)	47,1 (28,1)	51,9 (25,9)	0,306
Συνοπτική Κλίμακα Διανοητικής Υγείας	45,7 (24,8)	39,2 (23,8)	51,9 (24,2)	**0,003**

Έλεγχοι Student t, Mann Whitney & x^2

Πίνακας 4. Επίπεδα Βαθμολογίας Κλίμακας Επιβάρυνσης Υγείας Zarit στους 133 Φροντιστές της Μελέτης, ως προς τα Περιγραφικά τους Χαρακτηριστικά

		Επιβάρυνση Υγείας - Κλίμακα Zarit				
Ατομικά χαρακτηριστικά		**Συνολική βαθμολόγια επιβάρυνσης**			**Σοβαρή**	
		ΜΤ	**ΤΑ**	**p-value**	**%**	**p-value**
Φύλο	*Άνδρες*	39,6	22,0	0,190	22,8	0,157
	Γυναίκες	44,6	21,1		29,2	
Ηλικία, χρόνια	*29-35*	37,9	13,3		14,3	
	36-50	37,3	20,9	0,964	18,2	0,035
	51-65	38,4	23,2		23,1	
	>65	47,4	21,1		33,3	
Οικογενειακή κατάσταση	*Έγγαμος/η*	43,8	21,5		28,9	
	Άγαμος/η	33,7	16,5	0,361	8,3	0,305
	Διαζευγμένος/η	47,5	26,6		50,0	
	Χήρος/α	37,8	23,5		14,3	
Εκπαίδευση	*Χωρίς μόρφωση*	51,5	35,7		50,0	
	Έως δημοτικό	44,8	20,8		30,9	
	Γυμνάσιο	48,5	20,1	0,037	33,3	0,006
	Λύκειο	35,6	20,0		14,7	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	30,6	23,4		10,0	
Εισόδημα φροντιστή	*<800 ευρώ*	45,8	21,7		31,9	
	800-1500	40,3	19,9		18,6	0,100
	1501-2500	31,2	23,9	0,189	20,0	
	>2500	39,4	26,8		40,0	
Νοσηρότητα φροντιστή	*κανένα νόσημα*	41,4	21,4		23,4	
	1	38,1	23,3	0,256	23,51	0,156
	2+	46,4	20,3		31,3	

		Επιβάρυνση Υγείας - Κλίμακα Zarit				
Ατομικά χαρακτηριστικά		Συνολική βαθμολόγια επιβάρυνσης			Σοβαρή	
		MT	TA	p-value	%	p-value
	<15 χλμ	23,1	18,5		6,3	
Απόσταση της οικίας από την MTN	*16-30*	35,9	17,4	<0,001	9,3	<0,001
	31-50	55,0	13,8		34,5	
	>50	63,6	7,8		72,0	
Διαμονή στην ίδια οικία με ασθενή	*Όχι*	35,9	17,5	0,059	10,0	0,023
	Ναι	44,4	22,4		31,3	
	σύζυγος	43,4	21,7		28,6	
Σχέση με ασθενή	*παιδί*	41,3	20,4	0,774	19,2	0,614
	αδερφός/η, ανίψια,άλλο	39,6	23,6		26,3	

MT: μέση τιμή, TA: τυπική απόκλιση, ΧΝΝ: χρόνια νεφρική νόσος, MTN: μονάδα τεχνητού νεφρού. Έλεγχοι Student t, ανάλυσης διακύμανσης, Kruskal Wallis & x^2

Πίνακας 5. Επίπεδα Βαθμολογίας Συνοπτικών Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής SF-36 στους 133 Φροντιστές της Μελέτης, ως προς τα Περιγραφικά τους Χαρακτηριστικά

		Ποιότητα Ζωής - Κλίμακα SF-36					
Ατομικά χαρακτηριστικά		Συνολική βαθμολόγια επιβάρυνσης			Συνοπτική Κλίμακα Διανοητικής Υγείας		
		MT	TA	p-value	MT	TA	p-value
Φύλο	*Άνδρες*	51,4	27,1	0,47	48,6	25,3	0,22
	Γυναίκες	48,1	27,0	7	43,4	24,3	7
Ηλικία, χρόνια	*29-35*	62,9	16,6		49,4	16,5	
	36-50	63,0	28,4	0,15	53,7	28,2	0,60
	51-65	50,4	26,1	1	47,0	26,1	1
	>65	42,9	26,1		41,7	23,2	
Οικογενειακή κατάσταση	*Έγγαμος/η*	48,8	27,2		45,1	25,2	
	Άγαμος/η	66,3	21,8		55,5	24,2	0,38
	Διαζευγμένος/η	38,2	14,2	0,102	35,5	15,9	6
	Χήρος/α	46,2	30,2		46,2	25,7	
Εκπαίδευση	*Χωρίς μόρφωση*	25,5	17,1		26,5	17,7	
Χωρίς μόρφωση	*Έως δημοτικό*	40,4	25,4		40,6	23,2	
	Γυμνάσιο	46,9	23,5	**<0,001**	39,5	21,6	**0,002**
	Λύκειο	65,2	24,8		56,5	23,6	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	66,7	20,4		62,6	28,1	
	<800 ευρώ	42,8	26,2		40,5	24,8	
Εισόδημα φροντιστή	*800-1500*	56,0	24,9	**0,00**	48,9	21,9	0,07
	1501-2500	66,6	23,9	**6**	58,1	28,9	5
	>2500	41,0	40,1		52,8	30,8	

Ατομικά χαρακτηριστικά		Ποιότητα Ζωής - Κλίμακα SF-36					
		Συνολική βαθμολόγια επιβάρυνσης			Συνοπτική Κλίμακα Διανοητικής Υγείας		
		MT	TA	p-value	MT	TA	p-value
Νοσηρότητα φροντιστή	*κανένα νόσημα*	60,2	26,7		51,1	25,2	
	1	51,7	27,8	**<0,001**	47,7	27,5	**0,01**
	2+	38,2	22,6		39,0	21,3	7
Απόσταση της οικίας από την ΜΤΝ	*<15 χλμ*	64,7	22,6		60,4	23,1	
	16-30	53,3	30,1	**<0,001**	49,7	25,4	**<0,001**
	31-50	40,6	18,4		35,5	16,9	
	>50	33,2	23,1		30,9	20,8	
Διαμονή στην ίδια οικία με ασθενή	*Όχι*	51,5	27,1	0,63	50,4	25,7	0,21
	Ναι	48,9	27,1	7	44,2	24,4	6
Σχέση με ασθενή	*σύζυγος*	49,3	28,5		45,7	25,4	
	παιδί	52,4	26,3	0,87	47,7	24,9	0,87
	αδερφός/η, ανίψια,άλλο	47,0	22,7	0	42,9	23,4	2

ΜΤ: μέση τιμή, ΤΑ: τυπική απόκλιση, ΧΝΝ: χρόνια νεφρική νόσος, ΜΤΝ: μονάδα τεχνητού νεφρού. Έλεγχοι Student t, ανάλυσης διακύμανσης & Kruskal Wallis

Πίνακας 6. Συσχέτιση Επιπέδων Κλιμάκων Επιβάρυνσης Υγείας Zarit & Ποιότητας Ζωής SF-36 στους 133 Φροντιστές της Μελέτης, ως προς τα Χαρακτηριστικά τους και Εκείνα των Ασθενών

Χαρακτηριστικά φροντιστών	Επιβάρυνση Υγείας - Κλίμακα Zarit	Ποιότητα Ζωής – Κλίμακα SF-36	
	Συνολική βαθμολόγια επιβάρυνσης	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Συνοπτική Κλίμακα Διανοητικής Υγείας
	r-Pearson		
Φύλο	0,116	-0,106	-0,063
Ηλικία	**0,189***	-0,166	**-0,285***
Οικογενειακή κατάσταση	-0,086	0,001	-0,030
Εκπαίδευση	**-0,231***	**0,342****	**0,435****
Εισόδημα	-0,169	**0,213***	**0,194***
Νοσηρότητα	0,101	**-0,211***	**-0,349****
Απόσταση της οικίας από την ΜΤΝ	**0,697****	**-0,449****	**-0,429****
Διαμονή στην ίδια οικία με ασθενή	0,167	-0,109	-0,042
Σχέση με ασθενή	-0,066	-0,023	-0,011
Χαρακτηριστικά ασθενών			
Νοσοκομείο	**-0,372****	0,090	**0,257****
Ηλικία (σε χρόνια)	**0,193***	-0,124	**-0,228***
Συννοσηρότητα (αριθμός νοσημάτων)	**0,835****	-0,620**	**-0,495****
Διάρκεια αιμοκάθαρσης (σε μήνες)	**0,695****	-0,489**	**-0,314****

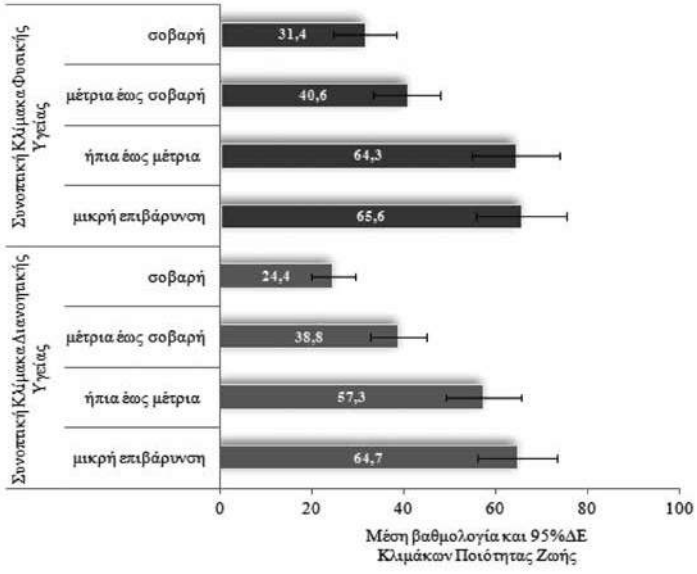
*ΜΤΝ: μονάδα τεχνητού νεφρού. Οι διαβαθμίσεις των κατηγορικών χαρακτηριστικών αφορούν: φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες), ηλικία (1:29-35, 2:36-50, 3:51-65, 4:>65), οικογενειακή κατάσταση (1:έγγαμος/η, 2:άγαμος/η, 3:διαζευγμένος/η, 4:χήρος/α), εκπαίδευση (1:χωρίς μόρφωση, 2:έως δημοτικό, 3:γυμνάσιο, 4:λύκειο, 5:ΑΕΙ/ΤΕΙ), εισόδημα (1:<800 ευρώ, 2:800-1500, 3:1501-2500, 4:>2500), νοσηρότητα (1:κανένα νόσημα, 2: ένα, 3: δύο ή περισσότερα), απόσταση της οικίας από την ΜΤΝ (1:<15 χλμ, 2:16-30, 3:31-50, 4:>50), διαμονή στην οικία με ασθενή (1:όχι, 2:ναι), σχέση με ασθενή (1:σύζυγος, 2:παιδί, 3:αδερφός κλπ) και νοσοκομείο (1:δημόσιο, 2:ιδιωτικό) * p-value<0,05 **p-value<0,001*

Πίνακας 7. Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση της Κλίμακας Επιβάρυνσης Υγείας Zarit και των Χαρακτηριστικών των 133 Φροντιστών της Μελέτης στις Κλίμακες Ποιότητας Ζωής SF-36 (Φυσική & Διανοητική Υγεία)

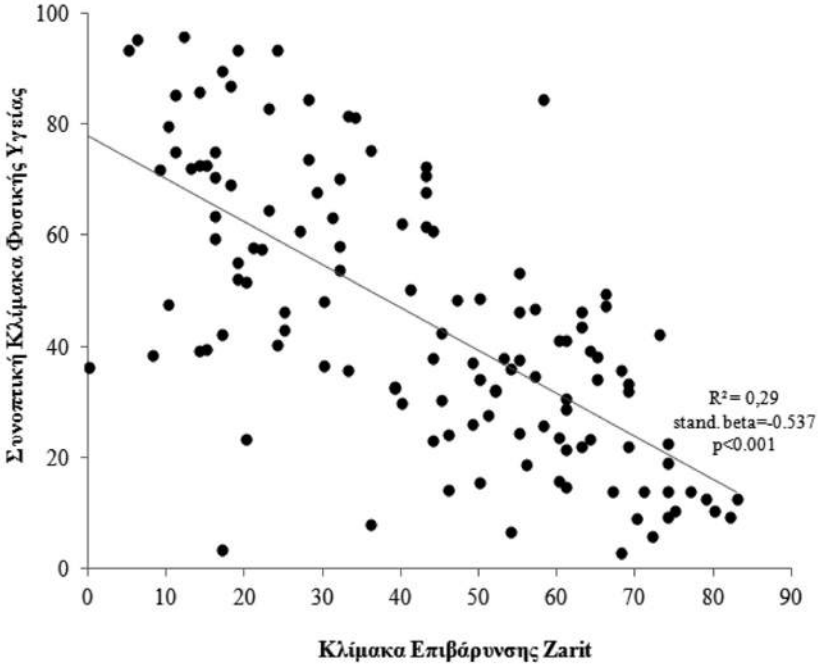
	Ποιότητα Ζωής – Κλίμακα SF-36			
Προγνωστικοί παράγοντες	**Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας**		**Συνοπτική Κλίμακα Διανοητικής Υγείας**	
Χαρακτηριστικά φροντιστών	**stand. beta**	**p-value**	**stand. beta**	**p-value**
Φύλο	-0,033	0,671	-0,025	0,724
Ηλικία	0,033	0,762	0,144	0,154
Οικογενειακή κατάσταση	-0,042	0,688	-0,088	0,368
Εκπαίδευση	**0,316**	**<0,001**	**0,205**	**0,010**
Εισόδημα	-0,036	0,654	0,017	0,821
Νοσηρότητα	**-0,247**	**0,006**	**-0,209**	**0,013**
Απόσταση της οικίας από την ΜΤΝ	-0,118	0,277	-0,035	0,732
Διαμονή στην ίδια οικία με ασθενή	0,080	0,424	0,005	0,961
Σχέση με ασθενή	-0,023	0,846	-0,057	0,596
Χαρακτηριστικά ασθενών				
Νοσοκομείο	-0,075	0,387	0,068	0,402
Ηλικία (σε χρόνια)	0,064	0,491	0,073	0,401
Συννοσηρότητα (αριθμός νοσημάτων)	-0,075	0,596	-0,103	0,434
Διάρκεια αιμοκάθαρσης (σε μήνες)	0,119	0,278	-0,024	0,811
Επιβάρυνση Υγείας - Κλίμακα Zarit				
Συνολική βαθμολόγια επιβάρυνσης	**-0,440**	**0,004**	**-0,503**	**<0,001**
adjusted R^2	0,40		0,49	

ΜΤΝ: μονάδα τεχνητού νεφρού.
*Οι διαβαθμίσεις των κατηγορικών χαρακτηριστικών αφορούν: φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες), ηλικία (1:29-35, 2:36-50, 3:51-65, 4:>65), οικογενειακή κατάσταση (1:έγγαμος/η, 2:άγαμος/η, 3:διαζευγμένος/η, 4:χήρος/α), εκπαίδευση (1:χωρίς μόρφωση, 2:έως δημοτικό, 3:γυμνάσιο, 4:λύκειο, 5:ΑΕΙ/ΤΕΙ), εισόδημα (1:<800 ευρώ, 2:800-1500, 3:1501-2500, 4:>2500), νοσηρότητα (1:κανένα νόσημα, 2: ένα, 3: δύο ή περισσότερα), απόσταση της οικίας από την ΜΤΝ (1:<15 χλμ, 2:16-30, 3:31-50, 4:>50), διαμονή στην οικία με ασθενή (1:όχι, 2:ναι), σχέση με ασθενή (1:σύζυγος, 2:παιδί, 3:αδερφός κλπ) και νοσοκομείο (1:δημόσιο, 2:ιδιωτικό). * p-value<0,05 **p-value<0,001*

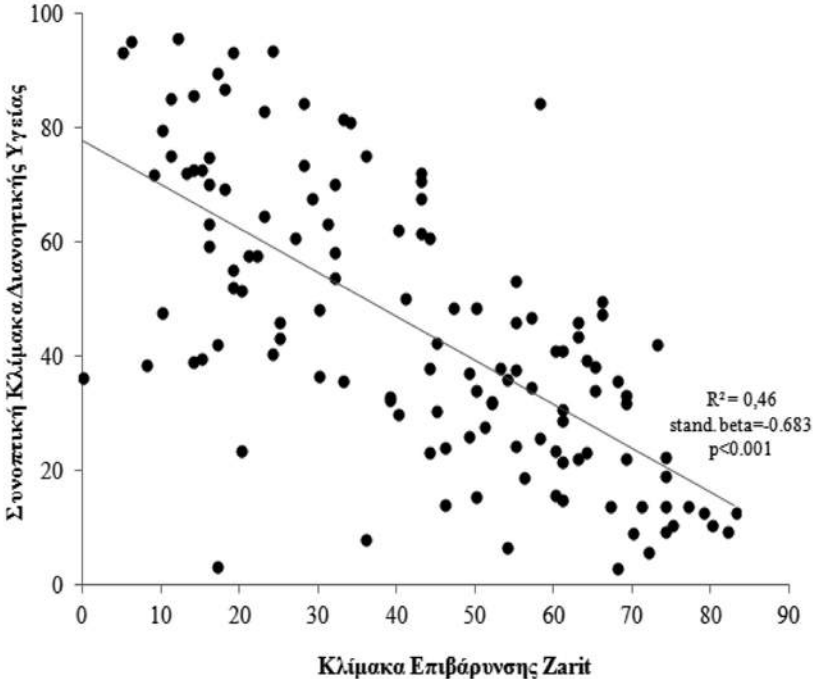
Γράφημα 1. Επίπεδα Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής SF-36 (Φυσική & Διανοητική Υγεία) στους 133 Φροντιστές της μελέτης, ως προς τη Διαβάθμιση της Επιβάρυνσης της Υγείας τους



Γράφημα 2. Γραμμική Συσχέτιση των Επιπέδων της Κλίμακας Επιβάρυνσης Υγείας Zarit με την Ποιότητα Ζωής SF-36 (Φυσική Υγεία) στους 133 φροντιστές της Μελέτης



Γράφημα 3. Γραμμική Συσχέτιση των Επιπέδων της Κλίμακας Επιβάρυνσης Υγείας Zarit με την Ποιότητα Ζωής SF-36 (Διανοητική Υγεία) στους 133 Φροντιστές της Μελέτης



RESEARCH STUDY

Burden and quality of life of caregivers of chronic haemodialysis patients in Heraklion,Crete

Ergini Antonaki[1], Dimitrios Xidakis[2], Maria Kalogeropoulou[3], Manolis Linardakis4

1. Nurse, MSc, Cardiology Ward, General Hospital «Venizelio», Heraklion, Crete
2. Nephrologist, Renal Ward, General Hospital «Venizelio», Heraklion, Crete
3. Educational Member of Hellenic Open University, School of Social Sciences, Postgraduate Program on Healthcare Units Management, Athens
4. Biostatistician, PhD, Social Medicine Department, Faculty of Medicine, University of Crete

ABSTRACT

Introduction: Compared to other chronic diseases, burden and quality of life of caregivers of hemodialysis patients has not been extensively studied. However, it is of great interest because of the extent of involvement of caregiverσ in multiple levels of care (treatment, diet, hospitalization etc.).

Aim: The aim of this study was to describe the characteristics of caregivers of chronic haemodialysis patients, and to assess their perceived burden and health-related quality of life. Additionally, the purpose of this study was to examine diverse factors influencing those two parameters.

Methods: The sample of the study included 133 End Stage Renal Disease (ESRD) patients' caregivers from three dialysis units (2 public and 1 private) in the Prefecture of Heraklion Crete, Greece. Caregivers provided information on their socio-demographic characteristics and the clinical characteristics of the patients they were caring for. They also completed the "Health Survey Short Form Questionnaire 36/SF-36" and the "Zarit Burden Interview scale" (ZBIs) to assess the perceived burden.

Results: Most caregivers were female (55,6%, n=74), aged >65 years (47%, n=62) and spouses of the patients. The mean score of total burden experienced was 42,4 (±21,6). The variables with the greatest impact on burden were personal strain and strain of the role. The most affected quality of life subscales were Emotional Role 34,9 (±40,3), General Health 42,3 (±22,8) and Physical Role 43,3 (±44,5), while the least affected was Physical Functioning 57,9 (±32,9). Linear regression analysis showed correlation of ZBIs with the Physical Component of SF-36 (R2=0,29, stand Beta=0,537, p<0,001) and the Mental Component of SF-36 (R2=0,46, stand beta=0,683, p<0,001). Factors associated with perceived burden and/or health related quality of life were: caregiver's age, caregiver's educational level, distance from dialysis unit, residence in the same house with patient, caregiver's income, private or public dialysis unit and dialysis duration.

Conclusions: The study highlighted that caregivers of hemodialysis patients exhibit moderate to severe burden and loss of quality of life. The re-design of a national health and social policy concerning end renal stage dialysis patients and their informal family caregivers, is imperative to be rated as a high priority issue.

Key Words: Burden, Caregiver, Dialysis Unit, Hemodialysis, End Stage Renal Disease, Quality of life.

Coresponding Author: Ergini Antonaki
ergini13@yahoo.gr
Tel: 6934064661

Submission date: 08/05/2017
Publication date: 09/2018

Citation: Antonaki E., Xidakis D., Kalogeropoulou M. & Linardakis M. (2018). Burden and quality of life of caregivers of chronic haemodialysis patients in Heraklion, Crete, Greece. Hellenic Journal of Nursing Science 11(3): 33-47

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής

Αρετή Παπαδοπούλου[1], Παρασκευή Αποστολάρα[2] , Πέτρος Γαλάνης[3], Αθηνά Καλοκαιρινού[4]

1.Νοσηλεύτρια, MSc

2. Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

3. Νοσηλευτής MSc, PhD, ΕΔΙΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

4. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο θάνατος αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση για όλους τους ανθρώπους. Λόγω της φύσης του επαγγέλματος του, το νοσηλευτικό προσωπικό καθημερινά έρχεται αντιμέτωπο με το θάνατο και το πένθος. Αναμφισβήτητα, πρόκειται για μια ιδιαίτερη διαδικασία που γίνεται δυσκολότερη όταν ο νεκρός έχει διαφορετική πολιτισμική καταγωγή.

Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγράψει τις γνώσεις και τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Επιπρόσθετα, η μελέτη στόχευε να ανιχνεύσει την πηγή προέλευσης των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας και το βαθμό πρόθεσής τους για εκμάθηση του διαφορετικού τρόπου έκφρασης του πένθους, αλλά και των ταφικών εθίμων σε άτομα διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη με δείγμα 181 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου η οποία πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η έλλειψη σχετικού ερωτηματολόγιου, προσαρμοσμένου και κατάλληλου για τις ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού, οδήγησε στη δημιουργία ενός νέου με βάση παρόμοιες διεθνείς μελέτες. Πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη με 30 συμμετέχοντες. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

Αποτελέσματα: Από τη μελέτη αναδείχτηκε ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των στάσεων και γνώσεων των συμμετεχόντων σε σχέση με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ανθρώπων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής Οπότε, όσο υψηλότερη ήταν η γνώση που είχαν οι συμμετέχοντες τόσο θετικότερη ήταν και η στάση τους (p=0,020). Τα άτομα που εργάζονταν σε χώρο όπου υπήρχε συγκεκριμένο πρωτόκολλο περιποίησης νεκρού διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης είχαν θετικότερη στάση, συγκριτικά με τους συναδέλφους τους που εργάζονταν σε χώρο όπου δεν υπήρχε τέτοιο πρωτόκολλο (p=0,012). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που είχαν διδαχθεί σε προπτυχιακό επίπεδο, τις διαδικασίες περιποίησης μετά τον θάνατο ασθενή διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής, είχαν σημαντικά περισσότερη γνώση και θετικότερη στάση, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δεν τις είχαν διδαχθεί (p=0,001). Τέλος, το 44,2% των συμμετεχόντων επιθυμούσαν «αρκετά/ πάρα πολύ» να εκπαιδευτούν σε θέματα φροντίδας και ταφικών εθίμων ανθρώπων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής.

Συμπεράσματα: Η Ελλάδα είναι μια πολυπολιτισμική χώρα. Κρίνεται σκόπιμο οι σχολές υγείας να εντάξουν στον εκπαιδευτικό τους σχεδιασμό περισσότερα θέματα που να άπτονται σε θεματολογία σχετική με το θάνατο, έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν γνώσεις και να καταστούν ικανοί να αντιμετωπίσουν με σεβασμό, στην μετέπειτα επαγγελματική τους πορεία, το δικαίωμα στον αξιοπρεπή θάνατο.

Λέξεις- Κλειδιά : Πένθος, Θρήνος, Ταφικά έθιμα, Νοσηλευτικό προσωπικό, Κουλτούρα.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας : Αρετή Παπαδοπούλου
E-mail : areti.pap@live.com
Τηλ :+306947030656:

Ημερομηνία υποβολής : 23/10/2017
Ημερομηνία δημοσίευσης: 09/2018

Αναφορά του άρθρου ως: Παπαδοπούλου Α., Αποστολάρα Π., Γαλάνης Π. & Καλοκαιρινού Α. (2018). Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(3): 48-58

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ο θάνατος αποτελεί μια καθολική εμπειρία για τους ανθρώπους όλων των πολιτισμικών ομάδων.**
- **Οι παραδοσιακές και θρησκευτικές πρακτικές που σχετίζονται με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ατόμων έχουν αξιοσημείωτες διαφορές σχεδόν σε όλες τις κουλτούρες.**
- **Αναγκαιότητα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην προθανάτια και μεταθανάτια φροντίδα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής και θρησκευτικής προέλευσης.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ανεξάρτητα από τον τρόπο και τον τόπο που ο κάθε άνθρωπος γεννιέται, είναι γεγονός ότι τελικά πεθαίνει (Gire 2014). Ο θάνατος αποτελεί μια καθολική εμπειρία για τους ανθρώπους όλων των πολιτισμικών ομάδων. Όταν πεθάνει ένας ασθενής στο νοσοκομείο, οι επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να ακολουθήσουν τις οδηγίες του πρωτοκόλλου που εφαρμόζει το νοσοκομείο για την φροντίδα του νεκρού. Αυτό διευκολύνει το νοσηλευτικό προσωπικό να προσφέρει την κατάλληλη περιποίηση στο νεκρό και να φροντίσει να ακολουθηθούν πιστά οι θρησκευτικές ιδιαιτερότητες ή πεποιθήσεις του (Παϊκοπούλου & Γέραλη 2009). Σύμφωνα με τον Pattison (2008) το γραφείο τελετών ανάλογα με τις θρησκευτικές και πολιτισμικές αντιλήψεις του νεκρού, επιτρέπει και στους συγγενείς να συμμετάσχουν στη φροντίδα του σώματος.

Η προετοιμασία για το θάνατο, οι τελετουργίες και ο θρήνος αποτελούν σημαντικές μεταβατικές περιόδους στη ζωή ενός ανθρώπου. Ανεξάρτητα από το πρωτόκολλο που ακολουθούν τα νοσοκομεία ανά τον κόσμο και από τον τρόπο που το νοσηλευτικό δυναμικό αντιμετωπίζει το θάνατο των ασθενών, ακολουθούνται συγκεκριμένες πρακτικές ανάλογα με την κουλτούρα και/ή τη θρησκεία που το κάθε άτομο πρεσβεύει. Οι παραδοσιακές και θρησκευτικές πρακτικές διαφέρουν σχεδόν σε όλες τις κουλτούρες (Bahar et al 2012).

Η βασική θέση του χριστιανισμού εδράζεται στην πίστη της ανάστασης των νεκρών κατά τη Δευτέρα Παρουσία, ενώ είναι κάθετα αντίθετος με την καύση των νεκρών (Χατζηφώτης 1997). Μια πολύ σημαντική φροντίδα για τον ετοιμοθάνατο είναι η εξομολόγηση και η Θεία Κοινωνία από τον ιερέα (Μερακλής 2004). Επίσης, ένας χριστιανός ορθόδοξος όταν πεθαίνει, ενταφιάζεται με τελετουργία που φανερώνει το σεβασμό, τις ευχές και τις τιμές προς το νεκρό (Χατζηφώτης 1997). Η κηδεία είναι ένας τρόπος έκφρασης, μέριμνας και αγάπης των ζωντανών προς τον θανόντα, και καθώς οι χριστιανοί πιστεύουν στη Δευτέρα Παρουσία, θάβουν τον νεκρό με ιδιαίτερη φροντίδα για να αναστηθεί (Μερακλής 2004).

Στον ισλαμισμό, η ζωή και ο θάνατος είναι στα χέρια του Αλλάχ. Όσοι ασπάζονται τον ισλαμισμό, δεν είναι σύμφωνοι με τη διενέργεια νεκροψίας, ενώ προτιμάται η ταφή και όχι η αποτέφρωση. Η ταφή πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατό μετά το θάνατο (Shaw 2014). Τους ζεστούς μήνες, περιποιούνται και θάβουν τον νεκρό αμέσως, για να αποφύγουν την άσχημη μυρωδιά λόγω ζέστης (Bahar et al 2012). Τις τελευταίες ώρες του ατόμου πρέπει να βρίσκεται ένα άτομο κοντά του για να τον ενημερώσει για την Shahadah, μαρτυρία ότι δεν υπάρχει αληθινός Θεός αλλά ο Αλλάχ και ο Μωάμεθ είναι ο αληθινός δούλος του και αγγελιοφόρος του, ως μια τελική δήλωση της πίστης. Επίσης, η παρουσία κάποιου κοντά του για να απαγγείλει το κοράνι, είναι απαραίτητη. Οι μουσουλμάνοι ιδανικά προτιμούν να πεθαίνουν σε ιερό χρόνο όπως στο Ραμαζάνι ή την ημέρα Παρασκευή (Tayeb et al 2010).

Σύμφωνα με τον ιουδαϊσμό, το νεκρό σώμα δεν πρέπει να πλυθεί, αλλά τυλίγεται μόνο σε σεντόνι και από κει και μετά επιλαμβάνεται η Chevra Kadisha, ένας οργανισμός που απαρτίζεται από Ιουδαίους άντρες και γυναίκες που μεριμνούν για τα νεκρά σώματα και τα προετοιμάζουν για την κηδεία, αλλά και τα προστατεύουν από βεβήλωση-ιεροσυλία, σκόπιμη ή μη, έως την κηδεία (Babacan and Obst 1998). Οι κηδείες γίνονται όσο το δυνατόν συντομότερα μετά το θάνατο, γιατί πιστεύεται ότι η ψυχή ξεκινά για τον ουρανό αμέσως μετά το θάνατο. Επικρατεί ακόμα η πεποίθηση ότι το σώμα είναι μια ιερή αποθήκη της ψυχής και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ευσέβεια (Lobar et al 2006).

Οι βουδιστές πιστεύουν ότι το πνεύμα αιωρείται πάνω από το σώμα για τρεις μέρες μετά το θάνατο. Για τον λόγο αυτό, το σώμα δεν πρέπει να μετακινηθεί σε αυτή τη χρονική περίοδο. Ακόμα πιστεύουν πως αν κάποιος αγγίξει το σώμα, πέρα από την απαραίτητη καθαριότητα, θα διαταραχτεί το πνεύμα (Walsh-Burke 2006). Δεν εφαρμόζουν ειδικές πρακτικές ως προς τη φροντίδα του νεκρού. Βουδιστές διαφορετικών χωρών εφαρμόζουν τις δικές τους πρακτικές που σχετίζονται με την φροντίδα. Οι τοπικές παραδόσεις καθορίζουν αν θα γίνει ταφή ή καύση του σώματος του νεκρού (Bahar et al 2012).

Τέλος, για τους Ινδούς όταν πεθάνει κάποιος, είναι σημαντικό να στρέψουν το κεφάλι προς τα νότια (Kemp 2005). Επίσης, στον ινδουϊσμό προτιμάται η καύση/απο-

τέφρωση των νεκρών. Σκοπός των αποτεφρώσεων είναι να εξαγνιστεί και να ελευθερωθεί η ψυχή από το σώμα του νεκρού. Η καύση γίνεται εντός εικοσιτεσσάρων ωρών από τη στιγμή του θανάτου. Πριν την αποτέφρωση, το σώμα αντιμετωπίζεται ως ιερό και λατρεύεται με τον ίδιο τρόπο όπως μια θεότητα (Hadders 2013).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοποί και στόχοι της μελέτης

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που είχε σκοπό να καταγράψει τις γνώσεις και τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Επιπρόσθετα, η μελέτη στόχευε να ανιχνεύσει την πηγή προέλευσης των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας και τον βαθμό πρόθεσής τους για μάθηση του διαφορετικού τρόπου πένθους, αλλά και ταφικών εθίμων ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης.

Δείγμα

Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσε το νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου, που απαρτίζεται από νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και βοηθούς νοσηλευτών. Σε σύνολο 258 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων, τελικά έλαβαν μέρος στη μελέτη 181 άτομα.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν βρέθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο που να είναι προσαρμοσμένο και κατάλληλο για τις ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού. Για το λόγο αυτό, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με βάση παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν διεθνώς. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος και πιο συγκεκριμένα ερωτηματολόγιο, με «κλειστές» ερωτήσεις με διχότομες απαντήσεις τύπου «ναι» ή «όχι» και διατάξιμες απαντήσεις 5βαθμης κλίμακας Likert («καθόλου», «λίγο», «μέτρια», «πολύ», «πάρα πολύ»). Πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη με 30 συμμετέχοντες στην οποία έγινε έλεγχος της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου. Πραγματοποιήθηκαν ελάχιστες συντακτικές διορθώσεις, καθώς οι συμμετέχοντες κατανοούσαν πλήρως το περιεχόμενο των ερωτήσεων και το αντικείμενο της μελέτης. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις ερωτήσεις τύπου Likert ήταν 0,81, γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας και συλλέχθηκαν από την ερευνήτρια σε χρονική περίοδο 2 μηνών, το έτος 2016. Η διανομή έγινε σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.

Ηθική και Δεοντολογία

Τηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σύμφωνα με την έγκριση της αρμόδιας επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου, τηρώντας της αρχές της ηθικής και δεοντολογία που ορίζει η Διακήρυξη του Ελσίνκι.

Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τη βαθμολογία γνώσης και τη βαθμολογία στάσεων από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 181 άτομα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού (ΝΠ) με μέση ηλικία τα 42,4 έτη (SD=6,6 έτη). Το 85,6% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 72,9% του ΝΠ ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση. Το 22,7% του δείγματος δεν είχαν παιδιά και το 48,1% είχε 2 παιδιά. Ακόμα, το 61,9% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ. Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 1.

Όσον αφορά στην εργασιακή εμπειρία των συμμετεχόντων, ο μέσος όρος των ετών προϋπηρεσίας ήταν 17,6 (SD=8,2 έτη). Το 60,8% των συμμετεχόντων είχαν αντιμετωπίσει θάνατο ατόμου διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης στη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας. Ακόμα, το 8,3% των συμμετεχόντων είχε στο χώρο εργασίας του συγκεκριμένο πρωτόκολλο περιποίησης νεκρού διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Το 7,7% είχε διδαχθεί, σε προπτυχιακό επίπεδο, τις διαδικασίες περιποίησης μετά το θάνατο, ασθενή διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής και το 5,5% είχε συμμετάσχει σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης σχετικά με το πένθος ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης (πίνακας 2).

Αναφορικά με τις γνώσεις του ΝΠ για τη φροντίδα και τη διαχείριση του θανάτου ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής, τα ποσοστά σωστών απαντήσεων

κυμαίνονταν από 7,2% μέχρι 90,1%. Το 7,2% των συμμετεχόντων γνώριζε αν επιτρέπεται η παρουσία θεραπευτών (healers), ιμάμηδων ή μάγων κατά και μετά τον θάνατο ασθενούς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Επίσης, το 13,3% των συμμετεχόντων γνώριζαν αν σε κάποιες κουλτούρες, επιτρέπεται να αγγίξει (αγκάλιασμα, χειραψία) ο επαγγελματίας υγείας τους συγγενείς του νεκρού, μετά την ανακοίνωση του θανάτου και με το ίδιο ποσοστό ήταν ενήμεροι για το αν επιτρέπεται στους συγγενείς να συμμετέχουν στην προετοιμασία του νεκρού διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Το 90,1% των συμμετεχόντων γνώριζε ότι δεν είναι εφικτό να περιποιηθεί έναν νεκρό άνδρα που ασπάζεται το Ισλάμ, μια γυναίκα επαγγελματίας υγείας. Επιπρόσθετα, το 89,0% των συμμετεχόντων θεωρούσαν ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον τρόπο ταφής τους και το 84,5% γνώριζε ότι τα άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης έχουν διαφορετικά ταφικά έθιμα (πίνακας 3).

Σύμφωνα με την πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν διδαχθεί σε προπτυχιακό επίπεδο, τις διαδικασίες μεταθανάτιας περιποίησης ασθενή διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν τις είχαν διδαχθεί, ενώ και οι συμμετέχοντες που είχαν συμμετάσχει σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης σχετικά με το πένθος ατόμων διαφορετικής πολιτισμικότητας είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν συμμετάσχει σε τέτοια προγράμματα (πίνακας 4). Επίσης, το 64,1% των συμμετεχόντων έκρινε ότι είναι «αρκετά/ πάρα πολύ» σκόπιμη η παρουσία πολιτισμικού διαμεσολαβητή κατά την ανακοίνωση των δυσάρεστων ειδήσεων του θανάτου στην οικογένεια.

Όσον αφορά στις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο θάνατο ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής, το 44,2% των συμμετεχόντων επιθυμούσαν «αρκετά/πάρα πολύ» να εκπαιδευτούν σε θέματα φροντίδας και ταφικών εθίμων ανθρώπων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Επίσης, το 51,4% των συμμετεχόντων πίστευαν «αρκετά/πάρα πολύ» ότι πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ επαγγελματία υγείας και οικογένειας στην προετοιμασία του νεκρού. Ακόμα, το 57,4% των συμμετεχόντων γνώριζαν «αρκετά/ πάρα πολύ» τις διαδικασίες περιποίησης ενός ασθενή μετά τον θάνατό του. Το 90,6% των συμμετεχόντων θεωρούσαν «αρκετά/πάρα πολύ» σημαντικό να τηρούνται τα ταφικά έθιμα σε νεκρούς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Το 90,0% τηρούσε «αρκετάπάρα πολύ» την ίδια στάση συμπεριφοράς σε όλους τους νεκρούς, ακόμα και αν κάποιοι έχουν διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα (πίνακας 5).

Ολοκληρώνοντας, στην παρούσα μελέτη υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών στάσεων και γνώσεων. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες γνώσεις είχαν οι συμμετέχοντες γύρω από το υπό διερεύνηση θέμα, τόσο πιο θετική ήταν η στάση τους απέναντι στο θάνατο ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής (Πίνακας 6).

Τέλος, σύμφωνα με την πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση όσο υψηλότερη ήταν η γνώση που είχαν οι συμμετέχοντες τόσο θετικότερη ήταν και η στάση τους, ενώ οι συμμετέχοντες που είχαν στο χώρο εργασίας τους και εφάρμοζαν συγκεκριμένο πρωτόκολλο περιποίησης νεκρού διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν τέτοιο πρωτόκολλο στο χώρο εργασίας τους (Γράφημα 1).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγράψει τις γνώσεις και τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πένθος και τα ταφικά έθιμα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Αναλύοντας την παράμετρο των γνώσεων, το 64,1% των συμμετεχόντων πίστευαν ότι είναι «αρκετά/πάρα πολύ» απαραίτητη η παρουσία πολιτισμικού διαμεσολαβητή κατά την ανακοίνωση των δυσάρεστων ειδήσεων του θανάτου στην οικογένεια. Όμως, με βάση την μελέτη των Kelly and Minty (2007) για τους ιθαγενείς του Καναδά η χρήση διερμηνέων αποτελεί πρόκληση μιας και έχουν διαφορετική προσέγγιση στον τρόπο ανακοίνωσης των δυσάρεστων ειδήσεων. Μόλις το 24,3%, γνώριζε ότι ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να σχηματίζει το σύμβολο της πίστεως του ατόμου που μόλις απεβίωσε, ανάλογα με την θρησκευτική του προέλευση. Το εύρημα είναι σύμφωνο με τη μελέτη των Παϊκοπούλου και Γέραλη (2009) που αναφέρεται ότι, αν ο νεκρός είναι Χριστιανός Ορθόδοξος, τότε ο επαγγελματίας υγείας κρατάει το δεξί του χέρι και κάνει το σταυρό του τρεις φορές. Το ίδιο συμβαίνει και με τους Ρωμαιοκαθολικούς, όπως αναφέρει ο Goopy (2006) ότι όταν ένας ασθενής πεθάνει στην Ιταλία, οι νοσηλευτές κάνουν στον νεκρό το «σημάδι του σταυρού».

Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη γνώριζε ότι είναι απαγορευτικό επαγγελματίας υγείας διαφορετικού φύλου να περιποιηθεί έναν νεκρό αντίθετου φύλου που ασπάζεται το Ισλάμ. Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται και με τα ευρήματα του Shaw (2014), ο οποίος αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν ότι στον ισλαμισμό οι άνδρες φροντίζουν το ανδρικό σώμα και οι γυναίκες το γυναικείο.

Επιπλέον το 89,0% των συμμετεχόντων θεωρούσαν ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον τρόπο ταφής τους. Με αυτό το εύρημα συμφωνούν και οι Παϊκοπούλου και Γέραλη (2009), οι οποίες αναφέρουν ότι ο ετοιμοθάνατος επιλέγει αν θέλει ταφή ή καύση. Αντίθετα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο από

τους Televantos et al (2013) αναδείχτηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν υποστηρίζει την καύση των νεκρών.

Παράλληλα, το 67,4% στη μελέτη μας, πιστεύει ότι η έλλειψη γνώσεων του επαγγελματία υγείας, μπορεί να αποτελέσει ασεβή στάση στην περίπτωση θανάτου ατόμου διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Μελέτη του 2002 (Kayser-Jones 2002) κατέληξε ότι η έλλειψη προσοχής σε σχέση με τις πολιτισμικές ανάγκες και η ακατάλληλη και ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών και των ενοίκων οίκων ευγηρίας ήταν σημαντικοί παράγοντες που επηρέασαν την εμπειρία του θανάτου. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και η ανάλυση του Kemp (2005) που υποστηρίζει ότι η αυξανόμενη ειδική-πολιτισμική γνώση για θέματα σχετικά με το θάνατο, θα αποτελέσει για τους νοσηλευτές με μια βάση για την εξερεύνηση των ατομικών ή οικογενειακών τους πιστεύω.

Αξιοσημείωτο είναι ότι σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, όσο περισσότερες γνώσεις είχε το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο πιο θετική ήταν η στάση του απέναντι στο θάνατο ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής. Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται με την έρευνα των Wilson and Kirshbaum (2011) που κατέληξε στο ότι η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα γύρω από το θάνατο, αλλά και η υποστήριξη από άλλους επαγγελματίες, συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη στρατηγικών για την αντιμετώπιση του θανάτου των ασθενών.

Ακόμη αναφορικά με τη στάση των επαγγελματιών υγείας, σύμφωνα με την μελέτη, τα άτομα που εργάζονταν σε τμήμα/μονάδα όπου υπήρχε συγκεκριμένο πρωτόκολλο περιποίησης νεκρού διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης είχαν σημαντικά θετικότερη στάση, συγκριτικά με άλλους συναδέλφους τους που εργάζονταν σε τμήμα/μονάδα όπου δεν υπήρχε τέτοιο πρωτόκολλο. Αυτό το εύρημα της μελέτης, συμβαδίζει με τα ευρήματα των Ulrich et al (2010), που αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές αισθάνονται στρες στην αντιμετώπιση ηθικών ζητημάτων που ανακύπτουν κατά τη φροντίδα των ασθενών (τήρηση απορρήτου ασθενή, λήψη αποφάσεων για το τέλος της ζωής). Για το λόγο αυτό, προτείνουν στις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, να δείξουν περισσότερο ενδιαφέρον στις εξατομικευμένες ανάγκες που έχει ένας ασθενής με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή.

Σημαντικός, όμως, είναι και ο ρόλος της εκπαίδευσης στην κατανόηση και αποδοχή των ταφικών εθίμων διαφορετικών πολιτισμών. Οι συμμετέχοντες που είχαν διδαχθεί, σε προπτυχιακό επίπεδο, τις διαδικασίες περιποίησης μετά το θάνατο ασθενή διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής είχαν σημαντικά περισσότερη γνώση, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών τους παρόμοια μαθήματα. Οι έρευνες των der Warth & du Toit (2015), Lippe & Becker (2015) και Gillan et al (2016) συμφωνούν με το παραπάνω αποτέλεσμα, αποδεικνύοντας ότι οι φοιτητές που εκπαιδεύτηκαν προπτυχιακά, μέσω προσομοίωσης, για τη φροντίδα του ανθρώπου στο τέλος της ζωής του, ανέπτυξαν περισσότερες ικανότητες, βελτίωσαν τη στάση τους απέναντι στο θάνατο και ήταν καλύτερα προετοιμασμένοι για το θέμα του θανάτου.

Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν λάβει μέρος σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης σχετικά με το πένθος ατόμων διαφορετικής πολιτισμικότητας είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν συμμετάσχει σε τέτοια προγράμματα. Το ίδιο έδειξε και η έρευνα των Cang-Wong et al (2009), όπου μια μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων απέκτησαν την εμπειρία μέσω εκπαίδευσης και κατάρτισης, αλλά και μέσω διαδικτύου και μέσων μαζικής ενημέρωσης, ενώ επιπρόσθετα εξέφρασαν την επιθυμία για περισσότερη κατάρτιση, συνεχιζόμενη εκπαίδευση και συχνότερη επαφή με διαφορετικούς πολιτισμούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Για να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να ανταποκριθούν στην προθανάτια και μεταθανάτια φροντίδα ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής και θρησκευτικής προέλευσης, χρειάζεται να έχουν γίνει κοινωνοί, είτε στη διάρκεια της εκπαίδευσής τους είτε μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, των θρησκευτικών πιστεύω, των πολιτισμικών ιδεών, καθώς και των διαφορετικών τελετουργιών που πιθανά θα συναντήσουν στην πολυπολιτισμική Ελλάδα. Ενσυναίσθηση, πολιτισμική γνώση και ευαισθησία είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που πρέπει να αποκτήσουν για να ενασχοληθούν με το δύσκολο ταξίδι του θανάτου. Η πρόπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση οφείλει να εντάξει στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών περισσότερα μαθήματα που αφορούν στο θάνατο, το πένθος και τα ταφικά έθιμα διαφορετικών πολιτισμικών και θρησκευτικών ομάδων, έτσι ώστε οι φοιτητές να αποκτήσουν γνώση για το θέμα αυτό και να καταστούν ικανοί να αντιμετωπίσουν με σεβασμό, στη μετέπειτα επαγγελματική τους πορεία, το δικαίωμα στον αξιοπρεπή θάνατο. Αλλά και τα νοσηλευτικά ιδρύματα θα μπορούσαν να διοργανώνουν περισσότερα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σχετικά με παρόμοια θέματα που αφορούν άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης, δίνοντας τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να αντιμετωπίζουν με γνώση και τον σεβασμό που αρμόζει στους νεκρούς διαφορετικών πολιτισμών.

Συμβολή συγγραφέων

Η ΑΠ συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού, συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του τελικού κειμένου. Η ΠΑ συμμετείχε στο σχεδιασμό της μελέτης, συνέβαλε

στη συγγραφή του τελικού κειμένου, ενώ είχε την γενική εποπτεία της μελέτης. Ο ΠΓ συνέβαλε στην δημιουργία του ερωτηματολογίου και βοήθησε καθοριστικά για την στατιστική ανάλυση της μελέτης. Η ΑΚ συνέβαλε στην εποπτεία των αποτελεσμάτων

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Babacan H. & Obst P. (1998). Death, Dying and Religion. An examination of non-christian beliefs and practices. Available at: http://www.multiculturalaustralia.edu.au/doc/babacan_death_dying_religion.pdf.

Bahar Z., Beser A., Ersin F., Kıssal A. &Aydogdu NG. (2012). Traditional and Religious Death Practices in Western Turkey. *Asian Nursing Research 6*: 107-114.

Cang-Wong C., Murphy S.O. & Adelman T. (2009). Nursing Responses to Transcultural Encounters: What Nurses Draw on When Faced with a Patient from Another Culture. *The Permanente Journal* 13 (3):31-37.

Gillan PC., van der Riet P. & Jeong S. (2016). Australian nursing students' stories of end-of-life care simulation. *Nursing Health Science 18* (1):64-9.

Gire J. (2014). How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying. *Online Reading in Psychology and Culture*. 6 (2):1-22.

Goopy S. (2006). That the social order prevails: death, ritual and the 'Roman' nurse. *Nursing Inquiry* 13 (2): 110–117.

Hadders H. (2013). Cremation in Norway: regulation, changes and challenges. *Routledge* 18(2): 195–213.

Kayser-Jones J. (2002). The Experience of Dying: An Ethnographic Nursing Home Study. *The Gerontologist* 42 (Special Issue III): 11–19.

Kelly L. & Minty A. (2007). End-of-life issues for aboriginal patients-A literature review. *Canadian Family Physician* 53:1459-1465.

Kemp C. (2005). Cultural Issues In Palliative Care. *Seminars in Oncology Nursing*. 21(1): 44-52.

Lippe M.P. & Becker H. (2015). Improving Attitudes and Perceived Competence in Caring for Dying Patients: An End-of-Life Simulation. *Nurs Educ Perspect*.36 (6):372-8.

Lobar S.L., Youngblut J.M. & Brooten D. (2006). Cross-cultural Beliefs, Ceremonies, and Rituals Surrounding Death of a loved one. *Pediatric nursing* 32 (1):45.

Pattison N. (2008). Caring for patients after death. *Nursing Standard* 22(51):48-56

Shaw A. (2014). Rituals of Infant Death: Defining Life And Islamic Personhood. *Bioethics* 28(2): 84–95.

Tayeb M.A., Al-Zamel E., Fareed M.M. & Abouellail H.A. (2010). A "good death": perspectives of Muslim patients and health providers. *Annals of Saudi Medicine* 30 (3): 215-221.

Televantos A., Talias M.A., Charalambous M..& Soteriades E.S. (2013). Attitudes towards euthanasia in severely ill and dementia patients and cremation in Cyprus: a population-based survey. *BMC Public Health* 13:878.

Ulrich C.M., Taylor C., Soeken K., O'Donnell P., Farrar A., Danis M. & Grady C. (2010). Everyday Ethics: Ethical Issues and Stress in Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing* 66(11): 2510-2519.

Van der Wath A.E. & Du Toit P.H. (2015). Learning end-of-life care within a constructivist model: Undergraduate nursing students' experiences. *Curationis* 38(2): 1537.

Walsh-Burke K. (2006). Grief and Loss: Theories and Skills for Helping Professionals. Chapter 5: *Cultural and Spiritual Influences*. *First Editions* Club: 62-74.

Wilson J. & Kirshbaum M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British journal of nursing* 20(9): 559-563.

Μερακλής Μ.Γ. (2004). *Ελληνική Λαογραφία.* Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.

Παϊκοπούλου Δ. & Γέραλη Μ. (2009). Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του. Πρωτόκολλο μεταθανάτιας φροντίδας. *Νοσηλευτική 48*(1):19-29.

Χατζηφώτη Ι.Μ. (1997). *Ορθοδοξία και λαϊκές δοξασίες*. Δεύτερη έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Άνδρες	26	14,4
	Γυναίκες	155	85,6
Ηλικία (σε έτη), μέση τιμή (SD)		42,4	(6,6)
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος(η)	32	17,7
	Έγγαμος(η)/ σε συμβίωση	132	72,9
	Διαζευγμένος(η)	16	8,8
Αριθμός παιδιών	Χήρος(α)	1	0,6
	0	41	22,7
	1	30	16,6
	2	87	48,1
	3	18	9,9
	4	4	2,2
	5	1	0,6
Αριθμός παιδιών, μέση τιμή (SD)		1,5	
		(1,1)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος(η) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	53	29,3
	Απόφοιτος(η) ΤΕΙ	112	61,9
	Απόφοιτος(η) ΑΕΙ	5	2,8
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	11	6,1

Πίνακας 2: Εκπαίδευση και Εργασία των συμμετεχόντων

		N	%
Έτη προϋπηρεσίας, μέση τιμή (SD)		17,6 (8,2)	
Στο πλαίσιο της επαγγελματικής σας πορείας, έχετε αντιμετωπίσει θάνατο ατόμου διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης;	Όχι	71	39,2
	Ναι	110	60,8
Στο χώρο εργασίας σας, υπάρχει συγκεκριμένο πρωτόκολλο περιποίησης νεκρού διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης;	Όχι	166	91,7
	Ναι	15	8,3
Έχετε διδαχθεί , σε προπτυχιακό επίπεδο, τις διαδικασίες περιποίησης μετά τον θάνατο ασθενή διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής;	Όχι	167	92,3
	Ναι	14	7,7
Έχετε συμμετάσχει σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης σχετικά με το πένθος ατόμων διαφορετικής πολιτισμικότητας;	Όχι	171	94,5
	Ναι	10	5,5

Πίνακας 3: Γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα και τη διαχείριση θανάτου ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής

	Όχι		Ναι		Σωστή απάντηση (%)
	N	%	N	%	
Γνωρίζετε αν οι άνθρωποι διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης εκφράζουν την θλίψη και το πένθος τους με διαφορετικό τρόπο;	48	26,5	133	73,5	73,5
Γνωρίζετε αν τα άτομα διαφορετικής πολιτισμικότητας έχουν διαφορετικά ταφικά έθιμα;	28	15,5	153	84,5	84,5
Γνωρίζετε ποιος από τους επαγγελματίες υγείας μεταφέρει τις ειδήσεις του θανάτου στην υπόλοιπη οικογένεια μετά τον θάνατο ασθενούς διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής;	76	42,0	105	58,0	58,0
Γνωρίζετε αν σε κάποιες κουλτούρες, επιτρέπεται να αγγίξει (αγκάλιασμα, χειραψία) ο επαγγελματίας υγείας τους συγγενείς του νεκρού, μετά την ανακοίνωση του θανάτου;	157	86,7	24	13,3	13,3
Είστε ενήμεροι για το αν επιτρέπεται στους συγγενείς να συμμετέχουν στην προετοιμασία του νεκρού διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής;	157	86,7	24	13,3	13,3
Στο χώρο εργασίας σας, επιτρέπεται στους συγγενείς να συμμετέχουν στην φροντίδα του νεκρού (π.χ. ντύσιμο);	145	80,1	36	19,9	19,9
Γνωρίζετε αν σε κάποιες κουλτούρες, είναι απαραίτητο οι συγγενείς να αγγίξουν το χέρι του ασθενούς, την τελευταία στιγμή της ζωής του;	140	77,3	41	22,7	22,7
Γνωρίζετε αν είναι απαραίτητο για τον επαγγελματία υγείας να σχηματίζει το σύμβολο της πίστεως του ατόμου που μόλις απεβίωσε, ανάλογα με την θρησκευτική του προέλευση;	137	75,7	44	24,3	24,3
Γνωρίζετε αν σε κάποιες κουλτούρες, είναι αναγκαίο ο επαγγελματίας υγείας να κλείσει τα βλέφαρα του ασθενούς, αν ο τελευταίος αποβιώσει με τα μάτια ανοιχτά;	93	51,4	88	48,6	48,6
Γνωρίζετε αν είναι σημαντικό για τους μουσουλμάνους να στρέφουν το κεφάλι του νεκρού προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση (Μέκκα);	145	80,1	36	19,9	19,9
Γνωρίζετε εάν είναι εφικτό να περιποιηθεί έναν νεκρό άνδρα, μια γυναίκα επαγγελματίας υγείας που ασπάζεται το Ισλάμ;	163	90,1	18	9,9	90,1
Πιστεύετε ότι ο νεκρός πρέπει να τυλίγεται με σάβανο πριν την μεταφορά του στο νεκροτομείο;	139	76,8	42	23,2	23,2
Γνωρίζετε αν κάποια άτομα διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι τους παρά στο νοσοκομείο;	113	62,4	68	37,6	37,6
Θεωρείτε ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον τρόπο ταφής τους (καύση, ταφή);	20	11,0	161	89,0	89,0
Στο χώρο εργασίας σας επιτρέπεται η παρουσία θεραπευτών (healers), ιμάμηδων ή μάγων κατά και μετά τον θάνατο ασθενούς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης;	168	92,8	13	7,2	7,2

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία γνώσεων και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχόντων

		β*	SE**	P
Έχετε διδαχθεί , σε προπτυχιακό επίπεδο, τις διαδικασίες περιποίησης μετά τον θάνατο ασθενή διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής;	Όχι	0,00+	3,96	**0,001**
	Ναι	12,87		
Έχετε συμμετάσχει σε προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης σχετικά με το πένθος ατόμων διαφορετικής πολιτισμικότητας;	Όχι	0,00	4,77	**0,007**
	Ναι	13,02		

**συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης +υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς*

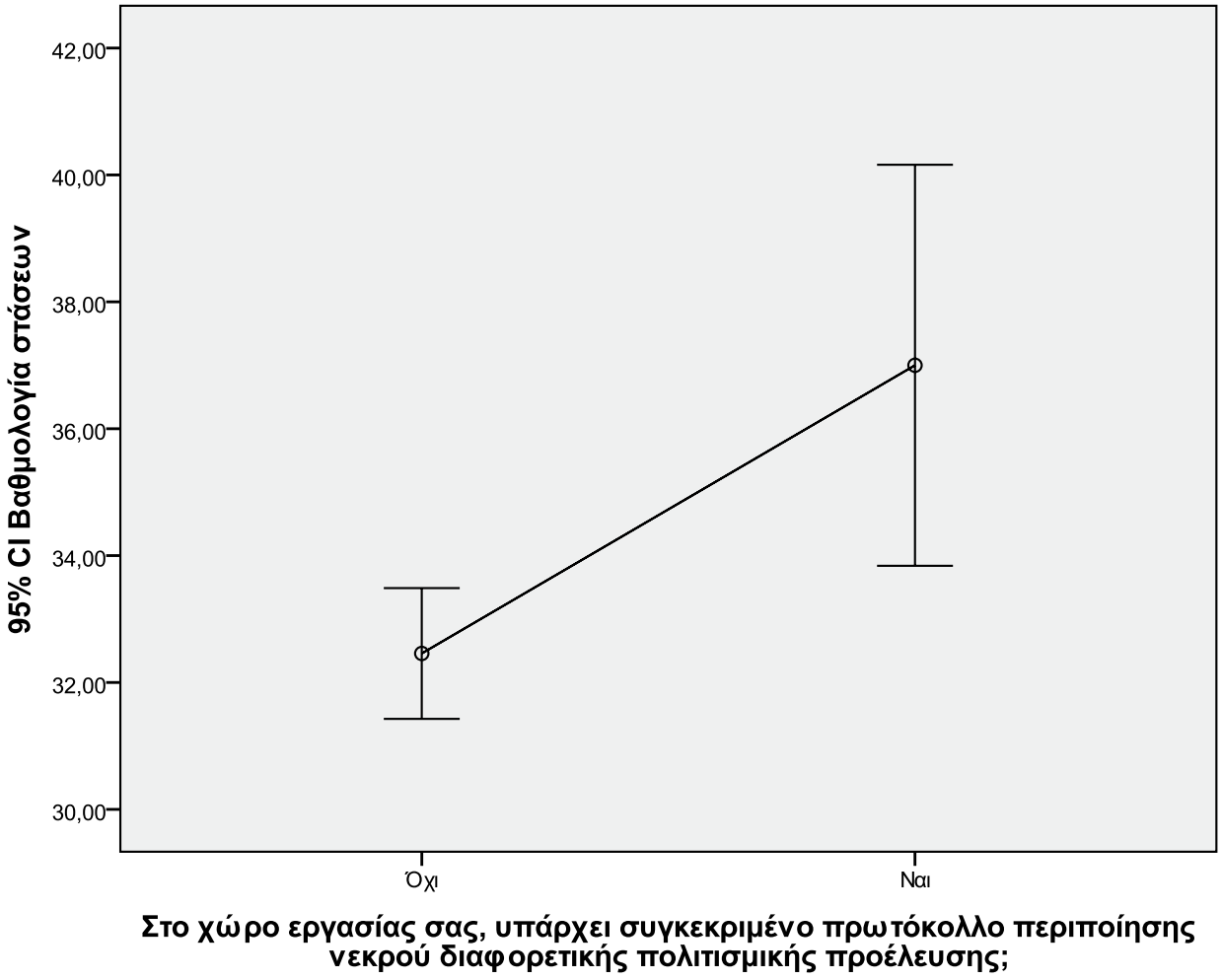
Πίνακας 5: Στάσεις νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα και τη διαχείριση θανάτου ατόμων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής

	Καθόλου N (%)	Λίγο N (%)	Μέτρια N (%)	Αρκετά N (%)	Πάρα πολύ N (%)	Αρκετά/ Πάρα πολύ (%)
Πόσο σημαντικό θεωρείτε ότι είναι να τηρούνται τα ταφικά έθιμα σε νεκρούς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης;	3 (1,7)	5 (2,8)	9 (5)	77 (42,5)	87 (48,1)	90,6
Γνωρίζετε τις διαδικασίες περιποίησης ενός ασθενή μετά τον θάνατό του;	13 (7,2)	24 (13,3)	40 (22,1)	75 (41,4)	29 (16)	57,4
Θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να έχετε συγκεκριμένες δεξιότητες για να διαχειριστείτε μια κατάσταση πένθους ατόμου διαφορετικής εθνικότητας;	12 (6,6)	27 (14,9)	22 (12,2)	66 (36,5)	54 (29,8)	66,3
Πιστεύετε ότι η έλλειψη γνώσεων του επαγγελματία υγείας, μπορεί να αποτελέσει ασεβή στάση στην περίπτωση θανάτου ατόμου διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης;	22 (12,2)	18 (9,9)	19 (10,5)	76 (42)	46 (25,4)	67,4
Πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ επαγγελματία υγείας και οικογένειας στην προετοιμασία του νεκρού;	44 (24,3)	24 (13,3)	20 (11)	52 (28,7)	41 (22,7)	51,4
Πιστεύετε ότι κατά την ανακοίνωση των δυσάρεστων ειδήσεων του θανάτου στην οικογένεια είναι απαραίτητη η παρουσία πολιτισμικού διαμεσολαβητή;	21 (11,6)	19 (10,5)	25 (13,8)	59 (32,6)	57 (31,5)	64,1
Τηρείτε την ίδια στάση συμπεριφοράς σε όλους τους νεκρούς, ακόμα και αν κάποιοι έχουν διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα;	3 (1,7)	3 (1,7)	12 (6,6)	56 (30,9)	107 (59,1)	90,0
Θα επιθυμούσατε η υπηρεσία σας να διοργανώνει προγράμματα κατάρτισης σχετικά με το πένθος/ταφικά έθιμα ατόμων πολιτισμικής διαφορετικότητας;	24 (13,3)	24 (13,3)	22 (12,2)	54 (29,8)	57 (31,5)	61,3
Επιθυμείτε να εκπαιδευτείτε σε θέματα φροντίδας και ταφικών εθίμων ανθρώπων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής;	42 (23,2)	31 (17,1)	28 (15,5)	32 (17,7)	48 (26,5)	44,2

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας στάσεων και της βαθμολογίας γνώσεων

		Βαθμολογία γνώσεων
Βαθμολογία στάσεων	r	0,17
	P	0,020

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Βαθμολογία στάσεων ανάλογα με την ύπαρξη ή μη συγκεκριμένου πρωτοκόλλου περιποίησης νεκρού διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης στο χώρο εργασίας των συμμετεχόντων



RESEARCH STUDY

Looking into the knowledge and attitudes of nurses regarding mourning and burial customs of people with different cultural background

Areti Papadopoulou1, Paraskevi Apostolara[2], Petros Galanis3, Athina Kalokairinou[4]
1.Nurse, MSc
2.Lecturer, Faculty of Nursing, University of West Attica, Greece
3.Nurse MSc, PhD, EDIP, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Greece
4.Professor, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

ABSTRACT

Introduction: Death is an uncomfortable situation for everyone. Due to the nature of nursing profession, a nurse comes everyday face to face with death. Undoubtedly, this is a difficult procedure that becomes even more difficult when the deceased has a different cultural or ethnic background.

Aim: The aim of the study was to examine the knowledge and attitudes of nurses regarding mourning and burial customs of persons from different cultural backgrounds. Additionally, the study aimed to examine the source of health professionals' knowledge and the degree of their intention to learn the burial customs and different ways of mourning of different cultures.

Methods: This is a cross-sectional study with a convenience sample of 181 nurses employed in the General Hospital of Volos. Due to the lack of a questionnaire adapted and suitable to the needs of the Greek population, a new one was created, based on similar international studies. A pilot study with 30 participants was conducted. The level of significance was bilateral and the statistical significance was set at 0.05. Statistical analysis was performed with SPSS 19.0 statistical program.

Results: It emerged from the study that there is a significant positive correlation between the attitude scores and the knowledge of the participants regarding the burial customs and the way of mourning of people with different cultural backgrounds. So, the higher the knowledge the participants had, the more positive was their attitude (p=0,020). It was found that nurses working in a ward with specific protocols about care after death for different cultures had more positive attitude compared to nurses who worked in wards with no such protocol (p=0,012). Furthermore, participants who had been taught, at undergraduate level, about after death multicultural care procedures had significantly more knowledge and more positive attitude compared to participants who had not received such training (p=0,001). Finally, 44.2% of the participants wanted "considerably/very much" to be trained in topics of care and burial customs of people from different cultural backgrounds.

Conclusions: Greece in the last twenty years has become a multicultural country. It is needed for healthcare schools to include in their syllabus more courses related to death and care for the end of life, so that healthcare professionals could acquire the appropriate knowledge and become competent to care for the dying patient with respect to his/her right of a dignified death.

Keywords: Bereavement, Burial customs, Culture, Mourning, Nurses

Corresponding Author: Papadopoulou Areti
E-mail: areti.pap@live.com
Mobile: 6947030656

Submission Date: 23/10/2017
Publication Date: 09/2018

Citation: Papadopoulou A., Apostolara P., Galanis P., Kalokairinou A. (2018). Looking into the knowledge and attitudes of nurses regarding mourning and burial customs of people with different cultural background. Hellenic Journal of Nursing Science 11(3): 48-58

RESEARCH STUDY

A research on anxiety and depression of the elderly in the community

Aristidis Vasilopoulos[1], Stavroula Marinou[2], Marianthi Rammou[3], Penelope Sotiropoulou[4], Zoe Roupa[5], Eleni Siamaga[6]

1.RN, MSc, PhD, Hellenic Center for Disease Control and Prevention, Athens, Greece
Laboratory Assistant School of Nursing Technological Institute of Central Greece
2.RN, 3.Psychologist, "Fthiotiki" Mental Health Services Company, Lamia, Greece
4.Health Visitor, Lecture Technological Educational Institute of Athens. Greece
5.RN, MD, PhD, Professor School of Nursing University of Nicosia, Cyprus
6.RN, MSc, PhD, Assistant Professor School of Nursing Technological Education Institute of Central Greece esiamaga@teiste.gr

ABSTRACT

Introduction: Aging is a normal process in the course of human life. It is not a disease, but a condition with many particularities. It is characterized by a decline in organic function and degeneration of the human body cells resulting in physical, biological, intellectual, mental and social downfall.

Aim: The aim of the research study was to measure anxiety and depression levels of the elderly in community structures.

Methods: The study was conducted in Primary Health Care Structures of Lamia Municipality of the region of Central Greece as well as in Structures of Athikies Municipality of the region of Peloponnese. For data collection, an anonymous self-compiling questionnaire was used.

Results: The 81.6% (n=102) of the participants had a >3 anxiety score, which states the presence of anxiety symptoms, while 18.4% (n=23) had a ≤3 anxiety score, which states the absence of anxiety symptoms. The depression for the 84.8% (n=106) of the sample was calculated as >3 in the depression score, which states the presence of depression symptoms, while 15.2% (n=19) of the participants had a ≤3 depression score, which states the absence of depression symptoms.

Conclusions: One can easily understand, from this study, that the elderly display high anxiety and depression levels. The female gender and living away from close family are positively related to the development of anxiety or depression in the elderly.

Key-words: Anxiety, community, elderly, health, loneliness, prevention

Corresponding Author: Aristidis Vasilopoulos
Taugetou 3rd Parodos 23, Lamia, Greece
Email: arisvasilop@yahoo.gr

Submission date: 15.11.2017
Publication date: 09/2018

Citation: Vasilopoulos A., Marinou S., Rammou M., Sotiropoulou P., Roupa Z., Siamaga E. (2018). A research on anxiety and depression of the elderly in the community. Hellenic Journal of Nursing Science 11(3): 59-66

HIGHLIGHTS/KEY POINTS

- **Aging is accompanied by changes in the physical and psycho-emotional state of the individuals.**
- **Depression in the elderly is related to loss of beloved persons and loneliness.**
- **Anxiety is related to physical and social factors and is manifested by withdrawal.**
- **The elderly need specialized care and have special needs. For this reason healthcar professionals should be appropriately trained.**

INTRODUCTION

Aging is a normal process in the course of human life. It is not a disease, but a condition with many particularities. It is characterized by a drop in organic function and degeneration of the human body cells resulting in physical, biological, intellectual, mental and social downfall (Leggett & Zarit 2014, Roupa et al 2010, Dahlin-Ivanoff et al 2010). Anxiety of the elderly constitutes a common phenomenon and a major cause in the onset of serious physical and mental diseases.

According to the American Psychiatric Association "anxiety is an unpleasant emotional state which is characterized by an intense negative emotion, physical tension symptoms and concern about the future" (American Psychiatric Association 2004). The clinical manifestation of anxiety in the elderly is defined as a condition of excessive feeling of fear, concern, terror, nervousness, irritability, inability to concentrate and to pay attention as well as sleep disorder. The feeling of pressure or "heaviness" in the chest or throat and that of pain in various body areas prove the embodied form of anxiety, which requests targeted treatment, palliative interventions and special care (American Psychiatric Association 2004, National Institute of Mental Health 2016).

The influence of anxiety on the sociability of the elderly is expressed with the form of withdrawal, not only from relatives but also from the individual's wider social environment (Kvaal et al 2001). The feeling of loneliness and the fear of separation or those of incurable diseases cause social marginalization and isolation of the elderly (American Psychiatry Association 2004, Legget & Zarit 2014, National Institute of Mental Health 2016).

The onset of anxiety disorders in the elderly is usually associated with the way and the quality of life during the adult period. However, the female gender, the partner's death, loneliness and psychosomatic downfall constitute some of the predisposing factors for the development of anxiety disorders in old age (Kunik 2005, Forlani et al 2014, National Institute of Mental Health 2016).

Depression in old age has a high impact affecting the elderly socially, biologically, physically and mentally. It can be expressed with physical symptoms such as pain, dizziness, constipation, weight loss, insomnia, with behavior changes such as isolation, denial of exit from home, alcohol use, persistent thoughts of death, difficulty in concentration and mild or severe dementia symptoms. The downfall of psycho-emotional, physical and social functions is interpreted by both health professionals and relatives as "poor health" and not as overt symptomatology of the disease (Kim et al 2009).

The epidemiological approach of depression in old age displays a constantly growing impact. According to the World Health Organization, 10%-20% of the elderly in the general population suffer from the disease, with females displaying a slight more prevalence. The aggravating factors for the development of depressive symptoms are usually associated with family factors such as partner's death or living away from close family core, with socio-economic conditions such as income reduction, incapacity to access health facilities as well as different cultural background (Barua et al 2011).

The impact of anxiety and depression on the health of the elderly appears to be determining. Major health problems such as arterial hypertension, heart failure, chronic occlusive pulmonary disease, tumors, dementia and psychotic disorders seem to be associated with the presence of anxiety and depression (Kunik et al 2005). The aim of the present study was to look into anxiety and depression levels of the elderly in community structures.

METHODS

Sample

A cross-sectional study was conducted, involving 125 elderly people aged >62 years old, a convenience sample. Ninety of the participants were attending

the Open Security Centers for the Elderly of Lamia Municipality of the region of Central Greece and 35 were attending the Open Security Center for the Elderly of Athikies Municipality of the region of Peloponnese. Data was collected from October to November 2015, after no.38401 written authorization of Lamia Municipality and no.29487 written authorization of Athikies Municipality.

Data collection

For data collection the Bedford & Foulds questionnaire was used, which records anxiety and depression with 14 questions. Questions 1, 3, 4, 7, 9, 11 and 13 of the questionnaire are studying anxiety, while questions 2, 5, 6, 8, 10, 12 and 14 are measuring depression. The anxiety and depression scores are calculated from the sum of the answers to the above mentioned questions. The anxiety score rate from 0 to 21, with higher rates stating more anxiety, while the depression score rate from 0 to 21, with higher rates stating greater depression. Anxiety and depression score higher than 3 stated the presence of anxiety and depression symptoms respectively, whereas less than 3 stated the absence of any symptoms. (Roupa et al 2009).

Statistical analysis

In order to investigate the existence of a relationship between two quantitative variables, with followed the normal distribution; Pearson's correlation coefficient was used. In order to investigate the existence of a relationship between one quantitative variable with normal distribution and one ordinal variable, Spearman's correlation coefficient was used. In case that more than two independent variables showed statistical significance on the level of 0.2 ($p<0.2$) in the bivariate analysis, multivariate linear regression was applied using the anxiety and depression scores as a dependent variable. In this case, the backward stepwise linear regression method was applied. With regard to the multivariate linear regression, the coefficients beta, the corresponding 95% confidence intervals and the p-values were displayed. The two-sided level of statistical significance was set equal to 0.05. For the statistical data analysis, the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21 was used.

RESULTS

Regarding the demographic features of the sample it was found that the average age of the sample was 76.1 years old, with 54.4% males and 45.6% females. The 72.0% of the elderly lived permanently in an urban area, while 28% in a rural one. The 32.8% had not attended school, 48.8% had completed elementary school, 12.8% were secondary education graduates and 5.6% were highe/r education graduates. Regarding marital status, the 68.8% were married of the participants, while 31.2% were single or widowed. The 79.2% lived with a family member, while 20.8% lived alone. Regarding their social habits, the 13.6% of the elderly were smokers, 36% consumed alcohol and 11.2% received medications for mental health problems (Table 1).

In the anxiety questionnaire, Cronbach's alpha internal consistency coefficient was set at 0.73. The average anxiety score was 9(±5.2) with the median value being 9 (rating from 0 to 20). An anxiety score higher than 3 was found for 81.6% (n=102) of the sample, stating the presence of anxiety symptoms, whereas 18.4% (n=23) had a ≤3 anxiety score, which stated the absence of anxiety symptoms.

The bivariate analysis showed a statistical relationship (p=0.20) between the anxiety score and gender, marital status, accommodation and medications for mental health problems (Table 2). For this reason, multivariate linear regression was applied, which revealed that female participants, as well as those living home alone, had a higher anxiety score (Table 3).

In the depression questionnaire, Cronbach's alpha internal consistency coefficient was 0.72, showing acceptable reliability of the depression questionnaire. The average depression score was 8.9(±4.6) with median value of 9 (rating from 0 to 20). The 84.8% (n=106) of the sample had a >3 depression score (presence of depression symptoms), whereas 15.2% (n=19) had a ≤3 depression score (absence of depression symptoms). After the bivariate analysis, a statistical relationship was found (p=0.20) between the depression score and age, educational level, marital status, accommodation and medications for mental health problems (Table 4).

For this reason, multivariate linear regression was performed. According to the results of multivariate linear regression, unmarried or widowed participants had a higher depression score and therefore more depression than the married ones. The above variable explains the 10.5% of the variability of the depression score (Table 5).

DISCUSSION

Anxiety is an unpleasant, threatening, discomforting emotion significantly affecting human's physical and mental health. It resembles the emotion of fear; eventhough the phobic stimulus is absent. It is an emotional reaction of the body in order to be able to deal with the approaching dangers, adjust to and prevent "threatening" or unknown situations in order to maintain the psycho-emotional balance and well-being (American Psychiatry Association 2004, Dahlin-Ivanoff

et al. 2010, Roupa et al 2010, Leggett & Zarit 2014).

The results of this study indicate that a high proportion of the elderly (84.8%) develop depression symptomatology. Carefully examining the literature, it can be observed that the majority of the elderly develop anxiety symptoms or disorders (Kunik et al 2005). It is estimated that the generalized anxiety disorder develops in 14% of all the elderly, while about a quarter of Primary Health Care (PHC) services users, aged over 65 years old develop anxiety disorders (Roupa et al 2009).

Most anxiety disorders diagnosed in elderly population seem to start developing at the adult period and form a continuation of the anxiety-inducing and pressing situations that the old person experienced or probably experiences. The onset of the anxiety symptoms and disorders in individuals older than 85 years of age appears to be lower than the ones found in younger ages (Kunik 2005).

Comparing the results of this study with those of Roupa et al (2009) and Kang et al (2016), we observe that in all three studies the anxiety levels in the elderly were particularly high. However, in this study the anxiety levels appeared significantly higher than in the study of Kang et al (2016), and in that of Roupa et al (2009). This increase is probable due to the unfavorable financial situation experienced by Greek population in recent years or due to the lack of a psychosocial support network both for the elderly individuals and for their families.

From the inductive analysis of the results, a statistically significant correlation was found between gender and anxiety. Specifically, females had a higher anxiety score and therefore more anxiety than males.

The results of this study are consistent with the results of Roupa et al (2009) where more anxiety symptoms were observed in females, but are different from the study of Kvall et al (2001) where the greatest anxiety proportion developed in elderly males. Given that both the present study and that of Roupa et al (2009) were conducted in Greece, while that of Kvall et al (2001) in Norway, one can speculate that the difference of anxiety symptoms in relation to gender is probably due to social characteristics, such as different culture and the position of women in society.

Depression is a mental disease with severe psychosomatic and psychosocial implications. Depression in elderlies usually appears after acute or chronic mental and physical problems, and in individuals with problematic family background. It is a medically reversible condition which can be prevented, if spotted early.

In the present study, it was found that 84.8% of the sample developed depression symptomatology. Literature review revealed that depression in the elderly ranged in exceptionally high proportions. A similar study of Roupa et al (2009) reported that 24.7% of the elderly develop symptoms or clinical manifestation of the disease. According to the US Center for Disease Control and Prevention about 1% to 5% of the community's elderly ails from depression, while the percentage increases for the elderly hospitalized patients to 11.5% and to 13.5% for those who live in home healthcare. The difference of the depression impact is probably due to the different social conditions and the way of life of the elderly (Center for Disease Control and Prevention 2015).

An important factor which significantly affects depression in the elderly is loneliness. Loneliness is a negative and multilateral emotion. It is a unique, complex and painful experience with direct consequences on the individual's spiritual and social life affecting at the same time the physical and psycho-emotional condition (WRVS 2012, Tiwari 2013, Schachter et al 2014).

From this study, it was found that the unmarried or the widowed had a higher depression score and therefore more depression than the married ones. As it occurs from the bibliography, the factors that boost depression besides the feeling of loneliness are living away from close family core, loss of a partner or a loved one, reduced mobility, limited income and the development of serious health problems.

Loneliness is presented as a threatening condition for the health of the elderly, as it can result in the development of high morbidity and mortality indicators, which in turn affect both health services users and the health system of each country (Victor 2005, Tiwari 2013, Christiansen et al 2016). A research by Steptoe et al (2013) reported that loneliness and social isolation were positively associated with increased mortality in the elderly. A study by Dahlberg and McKee (2014) reported that 7.7% of the elderly developed severe or very severe loneliness, while 38.3% moderate. In addition it was found that social and sentimental loneliness ranged at 19.3% of the study population (Dahlberg & McKee 2014).

CONCLUSIONS

In conclusion, from the present study was found that the elderly develop high anxiety and depression levels. The female gender and living away from family indicated a statistically significant association with the development of both anxiety and depression.

More and better welfare facilities at community level, development and better staffing of a modern and unified Primary Healthcare System, as well as geriatric specialized healthcare professionals can effectively

contribute to the prevention, treatment and rehabilitation of senior citizens with depression and anxiety. Limiting the incidence of anxiety and depression in the elderly population is the primary short-term goal and the prevention of the problem has to be the ultimate goal.

CONTRIBUTION OF THE AUTHORS

SM and MR helped to collect the data. PS and ES helped in data analysis. ZP contributed to write the text while AV had the general supervisor.

REFERENCES

American Psychiatric Association (2004). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Available at http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iv.pdf (accessed 15.12.16).

Barua A., Ghosh M.K., Kar N. & Basilio M.A. (2011). Prevalence of depressive disorders in elderly. *Annual Saudi Medicine* 31: 620-624.

Center for Disease Control and Prevention (2015). Available at https://www.cdc.gov/aging/mentalhealth/depression.htm (accessed 15.12.16).

Christiansen J., Larsen F.B. & Lasgaard M. (2016). Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Social Science Medicine* 152: 80-86.

Dahlin-Ivanoff S., Hedström G., Edberg A., Wilhelmson K., Eklund K., Duner A., Ziden L., Welmer A. & Landahl S. (2010). Elderly persons in the risk zone. Design of a multidimensional, health-promoting, randomised three-armed controlled trial for "prefrail" people of 80+ years living at home. *BMC Geriatrics* 10: 27-32.

Dahlberg L. & McKee K.J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging Mental Health* 18: 504–514.

Forlani M., Morri M., Belvederi Murri M., Bernabei V., Moretti F., Attili T., Biondini A., De

Ronchi D. & Atti A.R. (2014). Anxiety Symptoms in 74+ Community-Dwelling Elderly: Associations with Physical Morbidity, Depression and Alcohol Consumption. *Plos One* 9: 5-10.

Kang H.J., Bae K.Y., Kim S.W., Shin I.S., Yoon J.S. & Kim J.M. (2016). Anxiety symptoms in Korean elderly individuals: a two-year longitudinal community study. *International Psychogeriatry* 28: 423-433.

Kim J.I., Choe M.A. & Chae Y.R. (2009). Prevalence and predictors of geriatric depression in community- Dwelling Elderly. *Asian Nursing Research* 3: 121-129.

Kunik M.E., Roundy K., Veazey C., Souchek J., Richardson P., Wray N.P. & Stanley M.A. (2005). Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing Disorders. *CHEST* 127: 1205–1211.

Kvaal K., Macijauskiene J., Engedal K. & Laake K. (2001). High prevalence of anxiety symptoms in hospitalized geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16: 690–693.

Leggett A. & Zarit S.H. (2014). Prevention of Mental Disorder in Older Adults: Recent Innovations and Future Directions. *Generations* 8: 45-52.

National Institute of Mental Health. (2016. Anxiety disorders: Available at *http://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml* (accessed 15.12.16).

Roupa Z., Nikas M., Gerasimou E., Zafeiri V., Giasyrani L., Kazitori E. & Sotiropoulou P. (2010). The use of technology by the elderly. *Health Science Journal* 4: 118-126.

Roupa Z., Tatsiou I., Tsiklitara A., Koulouri A., Nikas M., Mpiskini I., & Sotiropoulou P. (2009). Anxiety and depression among elderly in the community. Interscientific *Health Care* 1: 61-66.

Schachter J., Kächele H. & Schachter J.S,. (2014). *Psychotherapeutic/psychoanalytic* treatment of the elderly. *Psychodynamic Psychiatry* 42: 51-63.

Steptoe A., Shankar A., Demakakos R. & Wardle J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of National Academy of Science USA 110*: 5797–5801.

Tiwari S.C. (2013). Loneliness: A disease? *Indian Journal of Psychiatry* 55: 320–322.

Victor C.R., Scambler S.J., Bowling A. & Bond J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society* 25: 357-375.

WRVS. (2012). Loneliness amongst older people and the impact of family connection. Available at http://www.royalvoluntaryservice.org.uk/Uploads/Documents/How_we_help/loneliness-amongst-older-people-and-the-impact-of-family-connections.pdf (accessed 15.12.16)

TABLE 1

Demographic characteristics

	v	$\bar{x}$	SD
Gender			
Males	68 (54.4)		
Females	57 (45.6)		
Age		76.1	7.8
Permanent residence area			
Rural	35 (28.0)		
Urban	90 (72.0)		
Educational level			
No school	41 (32.8)		
Elementary school graduates	61 (48.8)		
Secondary education graduates	16 (12.8)		
Higher education graduates	7 (5.6)		
Marital status			
Unmarried	3 (2.4)		
Married	86 (68.8)		
Widowed	36 (28.8)		
Accommodation with			
Husband or Wife	39 (31.2)		
Children	9 (7.2)		
Children and grandchildren	8 (6.4)		
Nobody	26 (20.8)		
Husband or Wife and children	24 (19.2)		
Husband or Wife, children and grandchildren	19 (15.2)		
Smokers			
No	108 (86.4)		
Yes	17 (13.6)		
Cigarettes per day		11.3	4.6
Alcohol intake			
No	80 (64.0)		
Yes	45 (36.0)		
Glasses of alcohol per day		2.3	1.1
Psychiatric medication intake			
No	111 (88.8)		
Yes	14 (11.2)		

TABLE 2

Associations between demographic features and anxiety score.

Feature	Anxiety score		Correlation coefficient	p-rate
	$\bar{x}$	SD		
Gender				**0.016[a]**
Males	8.0	4.4		
Females	10.3	5.9		
Age				0.4[b]
Permanent residence area			-0.08[β]	0.5α
Rural	9.5	5.2		
Urban	8.8	5.3		
Educational level			-0.11[γ]	
Marital status				
Unmarried/widowed	10.9	5.0		0.23[d]
Married	8.2	5.1		**0.006[a]**
Accommodation				
Alone	11.4	4.7		
With husband or wife/children/grandchildren	8.4	5.2		0.008[a]
Smokers				
No	8.8	5.0		0.3[a]
Yes	10.2	6.6		
Alcohol intake				
No	8.8	5.5		0.5[a]
Yes	9.5	4.7		
Psychiatric medication intake				**0.004[a]**
No	8.5	5.1		
Yes	12.8	4.8		

a t check, b Pearson's correlation coefficient, d Spearman's correlation coefficient

TABLE 3

Multivariate linear regression using the anxiety score as a dependent variable.

	b coefficient	95% confidence interval for b	p-rate
Females in relation to males	1.9	0.1 to 3.7	**0.038**
Elderly people living alone in relation to elderly people living with husband or wife/children/ grandchildren	2.3	0.1 to 4.6	**0.039**

TABLE 4

Associations between demographic features and depression score.

Feature	Depression score		Correlation coefficient	p-rate
	$\bar{x}$	SD		
Gender				0.3[a]
Males	8.5	3.6		
Females	9.4	5.5		
Age			0.13[β]	0.16[β]
Permanent residence area				0.4[a]
Rural	8.4	4.6		
Urban	9.2	4.5		
Educational level				
Marital status			-0.24[γ]	0.007[γ]
Unmarried/widowed	11.2	4.3		<0.001[a]
Married	7.9	4.3		
Accommodation				
Alone	11.2	4.2		0.005[a]
With husband or wife/children/grandchildren	8.4	4.5		
Smokers				
No	9.0	4.5		0.6[a]
Yes	8.5	4.7		
Alcohol intake				
No	9.1	4.9		0.8[a]
Yes	8.8	3.8		
Psychiatric medication intake				
No	8.7	4.4		0.06[a]
Yes	11.1	5.0		

a t check, b Pearson's correlation coefficient, d Spearman's correlation coefficient

TABLE 4

Multivariate linear regression using the depression score as a dependent variable.

	b coefficient	95% confidence interval for b	p-rate
Unmarried/widowed in relation to married ones	3.3	1.6 to 4.9	<0.001

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 ΘΕΟΔΩΡΑ ΚΑΥΚΙΑ,
Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ,
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΙΣΤΟΛΑΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Δρ Μιχαήλ Κουράκος, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΓΝΑ Ασκληπιείο Βούλας, Αθήνα
Δρ. Γεώργιος Κριτσωτάκης, Επίκουρος Καθηγήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Παρασκευή Αποστολάρα,Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Μαρία Γκριζιώτη, MSc,
Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ,
Ιωάννα Καραμήτρη, PhD,
Μάρθα Κελέση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
Μαρία Μαλλιαρού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας
Στέφανος Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου
Αθανάσιος Μαστροκώστας, PhD
Αθανάσιος Μαστροκώστας, PhD,
Ευγενία Μηνασίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης,
Ιωάννα Παπαθανασίου, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας,
Βασιλική Ρόκα, PhD,
Μαρία Σαρίδη, PhD,
Ελένη Χριστοδούλου, PhD,
Χρύσα Χρυσοβιτσάνου, 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

Γεώργιος Αργυρίου
Αριστείδης Βασιλόπουλος
Ευγενία Βλάχου
Μαρία Γέραλη
Αικατερίνη Βενέτη
Γεώργιος Ελεσνίτσαλης
Χρήστος Ερμείδης
Ευτυχία Ευαγγελίδου
Γεώργιος Ευλαβής
Μιχαήλ Ζωγραφάκης
-Σφακιανάκης
Αγλαΐα Καραΐσκου,
Νικόλαος Κοντοδημόπουλος,
Αγορίτσα Κουλούρη
Βαΐα Κωνσταντικάκη
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
Ελένη Λαχανά
Πολυξένη Λιαμοπούλου
Γεώργιος Μανομενίδης
Ευαγγελία Μεϊμέτη
Νικόλαος Μπακάλης
Δημήτριος Μπαρουξής
Δήμητρα Παλητζήκα
Νίκη Παυλάτου
Λάμπρος Μπίζας
Ιωάννης Μωϋσογλου
Δημήτριος Πιστόλας
Νικόλαος Στεφανόπουλος
Γεώργιος Σιδηράς,
Αγγελική Σταθαρού,
Ευαγγελία Σταματοπούλου,
Αναστάσιος Τζεναλής
Ευάγγελος Φραδέλος
Καλλιόπη Χατζίκα
Αικατερίνη Τόσκα

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.

Dr Christina Papachristou, Dipl. Psych. MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitatsmedizin Berlin, Germany

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 3
JULY-AUGUST-SEPTEMBER
2018

Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic journal of Nursing Science

http://journal-ene.gr/

ΤΟΜΟΣ 11 - ΤΕΥΧΟΣ 3
ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ
2018

ΕΝΕ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr